Ross, A.O. (1964). Interruptions and termination of treatment. In H.R. Haworth (Ed.), *Child psychotherapy*. (pp. 290-292). New York: Basic Books (original work published 1959).

Sandler, J., Dare, G., & Holder, A. (1973). *The patient and the analyst*. New York: International Universities Press.

Schowalter, J.E., & Prauett, K. (1975). The supervision process for individual child psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14(4)*, 708-718.

Senin, M.E., & Solnit, A.J. (1968). *Problems in child behavior and development*. Philadelphia: Lea & Febiger.

Sperling, E. (1979). Parent counseling and therapy. In J.D. Noshpitz (Ed.), *Basic handbook of child psychiatry*. (Vol. 3, pp. 136-148). New York: Basic Books.

Wender, P.H. (1987). *The hyperactive child: Adolescent and adult*. New York: Oxford University Press (first published in 1983).

Winnicott, D.W. (1982). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press (first published in 1965).

Winnicott, D.W. (1982). *Playing and reality*. England: Penguin Books (first published in 1971).

Witenberg, E.G. (1972). How not to succeed in psychotherapy. In B.B. Wolman (Ed.), *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy* (pp. 177-192). New York: Macmillan.

הדרכה על טיפול קבוצתי

מאת

מרדכי בן־יקר

בבואנו לדון בנושא ההדרכה בטיפול קבוצתי, עלינו לתת את הדעת על נושאים אחדים: המסגרת התיאורטית שאליה שייך המדריך, הדרך שבה הוא תופס את תופעת הקבוצה, וכיצד הוא מבין את התהליך הקבוצתי, כאשר ברקע עומדות חוויותיו האישיות כמשתתף, כמטפל וכמדריך קבוצתי. בפרק זה אנסה להביא הצעות אחדות, ספקות רבים וסימני שאלה, שהתעוררו אצלי בשנים שבהן התנסיתי כמשתתף, כמטפל, כחוקר וכמדריך בתחום הטיפול הקבוצתי. ברצוני להבהיר תחילה, שרבים מהנושאים אותם אעלה בתחום ההדרכה על פסיכותרפיה קבוצתית, תקפים גם בתחום ההדרכה על פסיכותרפיה פרטנית. קיימת חפיפה בין השניים ובהתייחס לחפיפה זו אעלה את המשותף, בצד המיוחד לכל אחד משני תחומים אלה. למותר לציין כי לא ניתן לקבוע גבולות חדים בין שני התחומים (Grinberg, 1985).

המסגרת התיאורטית שעל־פיה מתפתחת העבודה הטיפולית, היא בעלת חשיבות רבה בכל סוגי ההדרכה. לכל מטפל השקפה תיאורטית משלו לגבי העבודה הטיפולית, אך לעתים זו עלולה להיות בלתי מגובשת. אחד מתפקידי המדריך הוא לסייע למטפל להבהיר לעצמו מהי אותה השקפה תיאורטית, שעל־פיה הוא פועל.

המסגרת התיאורטית היא התשתית, שעליה מבוססת הפסיכותרפיה, ובמקרה זה הפסיכותרפיה הקבוצתית. מסגרת זו מספקת את ההנחות הבסיסיות המסייעות בהבנת המתרחש בקבוצה, הבנת ההתפתחות והכוחות, הפועלים בתהליך הטיפולי. באמצעות המסגרת התיאורטית, אנו יכולים לבחון את מעשינו מעבר לעשייה האישית־הפרטית, ואף לכוון אותם.

בסקירה זו אביע את השקפותי המתבססות על התיאוריה הפסיכואנליטית הקובעת, כי ההתנהגות האנושית מונעת על־ידי כוחות לא־מודעים, והעבודה הטיפולית מכוונת לעבדם (Freud, 1913, 1921). הגדרה כה רחבה של המסגרת התיאורטית טומנת בחובה מגוון רחב של אסכולות וזרמים. אף כי רצוי, שהמסגרת המושגית הכללית תהיה משותפת או לפחות מוכרת לשני הצדדים, גישה תיאורטית מסוימת של המדריך אינה פוסלת את כושרו ויכולתו להדריך מטפל שגישתו הבסיסית שונה. על המדריך להיות בעל ידע בתפיסות אחרות ונכונות לכבדן כדי למנוע את חפיכתה של ההדרכה לתהליך של אינדוקטרינציה.

תפקיד המדריך לסייע למטפל להבין את ייחודיותה של גישתו הטיפולית ולהיות

• ברצוני להודות לד"ר נחמיה קיסר, למירי תדיר ולמירב גורביץ' על עזרתם בעריכה הלשונית.

ער לכך שגישתו המקצועית של המטפל בנויה על אישיותו, הכשרתו, ניסיונו האישי והשקפת עולמו (McGee, 1968). עליו לסייע למטפל למצוא עקביות פנימית בגישתו הוא, כדי להדגיש את מטרת ההתערבויות הטיפוליות על ציר מקשר, שייתן לחן משמעות ומהות. ציר כזה ימנע התפתחות מסגרת טיפולית של מקבץ התערבויות מקריות ולא ספציפיות.

למרות שאני רואה חשיבות רבה בגיבוש השקפת המדריך לגבי תבנתו את התהליך הקבוצתי, ברצוני לציין, כי זהו רק חלק מתהליך ההדרכה. לעתים קיימת נטייה להפוך את ההדרכה לשיעור בנושא תיאוריות בטיפול קבוצתי. תופעה זו שכיחה בקבוצות הדרכה, יותר מאשר בהדרכה פרטנית, מכיוון שמבנה קבוצת ההדרכה דומה לכיתת לימוד והפיתוי להרצות בפניה הוא גדול. יתר על כן, העובדה שהקבוצה הטיפולית היא ישות אחת, המורכבת ממספר יחידים, עלולה בנקל להטות את המטפל ואת המדריך מהתייחסות לחוויות אישיות ולחווייתי הקבוצה כישות אחת, להתייחסות מופשטת-תיאורטית. כך אובד הייחוד הקליני של התופעה שאיתה אנו מתמודדים. ההדרכה, אם כן, צריכה לכלול את החומר הקליני שדנים בו וגם את התהליך המתרחש בקבוצת ההדרכה עצמה (Anzieu, 1953; Berman, 1978).

פסיכותרפיה קבוצתית בישראל

כל פסיכותרפיה מתרחשת בתוך מסגרת היסטורית בחברה מסוימת. המעיין בקפידה בתיאוריה הפרוידיאנית הקלאסית, שהתפתחה באירופה הוויקטוריאנית, ומשווה אותה להתפתחותה בשנים האחרונות באירופה, בארצות־הברית ובדרום אמריקה, יוכל להבחין, כיצד מתפתחת גישה מסוימת סביב ציר משותף, אך לובשת צורות שונות בהתאם לתקופה ולסביבה, בה היא מתרחשת. ההבדלים התרבותיים בנוסף להשפעתם על הזרמים והאסכולות, באים לידי ביטוי אף בשינוים מהותיים, כגון במקומה של המלה המדוברת. כך למשל, יש הבדל מהותי בין פסיכותרפיה המתרחשת בתרבות המערבית לבין כזו המתרחשת בתרבויות המזרח הרחוק. אחד ההבדלים הוא באשר לחשיבותה של המלה המדוברת ומשמעותה בתהליך הטיפולי: בתרבות המערבית יש למלה ערך ריפויי גדול, אך בתרבויות המזרח דווקא להתכנסות ולשתיקות ערך טיפולי נעלה (Suzuki, 1960). הוא הדין באשר למקומה של הקבוצה כגורם בסיסי באינטראקציה היום־יומית של העמים השונים. בתרבות היהודית מהווה מניין מתפללים תנאי הכרחי לקיום חלק מהתפילות. בכך מודגשת מרכזיות הקבוצה בקיומו של האדם בקהילתו. בהתחשב בעובדה שספר זה נכתב בישראל, ברצוני להתייחס למקומה של התפתחות הפסיכותרפיה הקבוצתית במדינת ישראל (Kaplan & Brown, 1983).

ישראל היא מדינה צעירה, המושתתת על התרבות היהודית רבת השנים, ואשר צומחת על בסיס של פיתוח חיים קהילתיים אינטנסיביים ביותר. אופן קליטתם של התושבים, צורות ההתיישבות השונות והמיוחדות הקיימות בארץ, מקומו המרכזי של צה"ל כקבוצה גדולה ואף הקשר ההדוק הנשמר בין היהודים בארץ ובגולה, הם ביטויים למרכזיותה של הקבוצתיות בחיי היום־יום בארץ.

למרות עובדות אלו, ואולי בגללן, מקומה של הפסיכותרפיה הקבוצתית אינו מרכזי בעולם הפסיכותרפיה בארץ. לדעתי, אין הדבר מקרי, שכן אנו דנים בארץ קטנה, המצויה בתהליך התפתחות וחווה את הקבוצה בכל מקטע של חייה.

תופעה, העשויה להדגים היטב את הקשר בין מרכזיות הקבוצתיות בחיי היום־יום לבין מקומה המשני בקרב הפסיכותרפיה בישראל, היא נטייתו של הישראלי למצוא מכרים בכל מפגש קבוצתי. אם לא ימצא מכר או ידיד, ימצא מכר של מכר, ואם אף לא זה, תימצא הדרך לאתר חוויות בעלות אופי משותף מהעבר, כגון מתנועת הנוער או מהיחידה בצבא. באורח זה, כל קבוצה חברתית יוצרת באופן מיידי קבוצות דמיוניות, המאיימות ישירות על פרטיותו של היחיד, שכן בכך הוא הופך לחלק מקבוצה דמיונית, והדמויות ההופכות לכאורה לשותפות ואינטימיות, למעשה אינן נמצאות במגע ממשי עמו. תהליכים כגון אלה גורמים לכך, שהישראלי צמא במיוחד לפינה פרטית, אשר בה לא יחוש שהוא מחלק את עולמו עם כלל האנשים.

כאשר אנו בונים קבוצה טיפולית, מטרתנו לקיים מפגש בין זרים כדי לסייע להם להתמודד עם חוויותיהם האישיות ביותר ולעבדן. עובדה זו מאיימת ישירות על האינטימיות והפרטיות. מפגש הזרים כאמצעי ליצירת מפגש של הפרט עם הייחודיות שלו, קשה במיוחד בארץ כמו ישראל, בנתונים הסביבתיים והתרבותיים שלה.

מניסיוני האישי ועל סמך מידע מעמיתי המטפלים, ביכולתי לקבוע, כי פניות יזומות על־ידי הפרט להשתתף כמטופל בקבוצה טיפולית הן מעטות ביותר. בדרך כלל, אנשים, שטיפול כזה מוצע להם, דוחים אותו או חשים שמוצע להם טיפול באיכות מדרגה שנייה. קשה לקבוע, אם הגורם לכך הוא הנחות קודמות של המטופל, הנובעות מאותם גורמים סביבתיים ותרבותיים שציינתי לעיל או שמא מדובר בספקות של המטפלים, המועברים באורח סמוי למועמד לטיפול, באשר לעוצמתו של הטיפול הקבוצתי ככלי טיפולי או שילוב של השניים. קיימים גורמים אחדים לספקותיהם של המטפלים, באשר לטיפול הקבוצתי. קיים פער ניכר בין כמות ההכשרה, הניתנת למתלמד בתחום הטיפול הפרטני, לבין זו הניתנת לו בתחום הטיפול הקבוצתי, אם בכלל. המטפל הפרטני נדרש בדרך כלל (בצדק לדעתי) להיות בטיפול פרטני בעצמו (Freud, 1937), בעוד שמעטים הם המטפלים הקבוצתיים, שהיו בטיפול קבוצתי בעצמם. קיימת סברה הגורסת, כי כל אירוע בטיפול הפרטני הוא כבד משקל עבור המטופל, בעוד שבטיפול הקבוצתי רווחת התחושה שהבעיות תיפתרנה מאליהן. רוב התיאוריות הנלמדות במוסדות ההכשרה הטיפוליים לקוחות מהתחום הפרטני, בעוד שמספר התיאוריות הקבוצתיות, דל ביותר.

מקובל, כי הסמכות לטפל באופן פרטני במוסד טיפולי ניתנת רק לאנשים, שהוכשרו לכך במיוחד, בעוד שטיפול קבוצתי ניתן על־ידי מגוון רחב של עוסקים במקצועות חקשורים במידה זו או אחרת בבריאות הנפש, לא תמיד לבעלי ההכשרה המתאימה (Mintz, 1969).

כל המצוין לעיל, מטרתו להדגיש, כי בעקבות המציאות השוררת בישראל היום, עלינו לקחת בחשבון, שפעמים רבות קבוצת ההדרכה היא קבוצת ההתנסות הראשונה בה פוגש המטפל המתחיל (Levin, 1964). לעתים, זו הקבוצה הראשונה, בה מתמודד חמטפל עם המושגים של טיפול קבוצתי, והראשונה שבה הוא חווה את הכוחות חטיפוליים הקיימים בקבוצה. עובדה זו עלולה להביא את המשתתף להיות מרוכז

בחוויות האישיות שהוא חווה בקבוצת ההדרכה ולהזניח את מקומו ואת תפקידו כמטפל. להדרכה מקום נכבד בסיוע למטפל לחוש את הכוחות הטיפוליים של הקבוצה, ובאמצעות חוויה זו להבין את חשיבות הטיפול הקבוצתי ועוצמתו. חוויה כזו תשפיע על השקפתו של המטפל על הטיפול הקבוצתי, ויכולתו להעביר למטופלים את המסר שטיפול קבוצתי איננו טיפול 'סוג ב', אלא טמונים בו כוחות טיפוליים ייחודיים (Podnos, 1967; Beukenkamp, 1956).

מבט אישי על פסיכותרפיה קבוצתית

ניתן להבין את הקבוצה הטיפולית כתופעה הנגרמת עקב יוזמתו של המטפל להפגיש שלושה אנשים זרים, או יותר, במטרה לעבד את התהליכים התוך־אישיים, שמפגש זה מעורר. באמצעות תפעול זה, יכול המטפל להתייחס לאופן התמודדותו של כל פרט בקבוצה על מרכיביה המודעים והבלתי מודעים. זוהי המטרה אותה קובע לעצמו המטפל. כדי לממש מטרה זו, אין מקום להכריז על מטלה (task) כלשהי.

בהיעדר מטלה מוכרזת ייאלץ כל מטופל לפנות לחוויותיו האישיות ולחפש בתוך עולמו האישי פתרונות למצב האמורפי אליו נכנס (Foulkes, 1984; Puget, 1982). תכנים אלה, שהם נחלת העולם התוך־אישי והבלתי מודע, מופעלים מתוך עצם השתייכותו של האדם למסגרת שאינה מחייבת אותו לתפוקה כלשהי אך משאירה אותו באינטראקציה מתמדת עם אנשים אחרים. מצב זה מוביל אותו להתמודד עם הקונפליקטים הפנימיים שלו.

לומר, שהמטלה של המפגש הטיפולי היא 'הטיפול', יהיה להדגיש את התוצאה במקום את העשייה. המשתתף נכון להשתייך לקבוצה בלי לדעת בצורה ברורה, מה עליו לעשות, מה מצופה ממנו בקבוצה, ולאן תגיע הקבוצה . כל האמירות המתייחסות לציפיות הן תולדה של הפנטזיה, שכל משתתף מביא עמו לקבוצה (Bion, 1959).

בבואנו לברר מהו הטיפול הקבוצתי נוצר לעתים קרובות בלבול עקב חוסר הבחנה בין הגדרות שונות המתייחסות למתרחש בקבוצה, למטלת הקבוצה ולמטרותיה. עבודתנו הטיפולית מכוונת לא ליצירת התרחשויות מסוימות, אלא לעיבוד רגשי וחווייתי של מניעי ההתרחשות ותוצאותיה. יצירת הקבוצה ללא קביעת מטלה ברורה מראש, יוצרת מצב מאיים, עבור כל אחד מהמשתתפים, המזמין אותם למלא חלל זה בעולם הפנטזיות שלהם. כדי להתמודד עם המצב המאיים, מופעלים מנגנוני־הגנה מגוונים, בהם מנגנונים פרימיטיביים כגון פיצול (splitting) והזדהות השלכתית (projectine identification) (Grotstein, 1985). פעמים רבות מופעלים מנגנונים אלה על־ידי תחושות רודפניות, כגון: "מה המטפל רצה ממני שהוא הכניס אותי לקבוצה עם החבורה המוזרה הזאת".

יחד עם זאת מתפתחת אצל כל משתתף הפנטזיה, שעם אנשים אלה, או באמצעותם, יוכל למצוא תשובות לבעיות המטרידות אותו. משחק עדין זה בין המצב הבלתי מוגדר לבין החיפוש אחר מטלה כדי להרגיע את החרדות שמצב זה יוצר, מפתח בהדרגה את התהליך הקבוצתי (Hare, 1972; Allen, 1979). הביטוי המרבי של משחק גומלין זה,

עליו חייב המטפל לשמור, מתרחש בתכיפות רבה יותר בקבוצות סגורות (בזמן ובמספר האנשים המצטרפים), המאפשרות עיבודו של האיום לדיסאינטגרציה הן בממד האישי והן בקבוצתי, אשר Bion (1966) מכנה אותו 'האיום הקטסטרופלי'.

האפשרות להיכנס לאותו מצב דיסאינטגרטיבי ולעבד אותו בלי הרס הקבוצה כמסגרת, היא המאפשרת את העבודה הטיפולית. כדי לא להיכנס לשלב הדיסאינטגרטיבי, יוצרת הקבוצה, באופן לא מודע שני שלבים מוקדמים: שלב של 'הידבקות' (adhesiveness), המאופיין בהבחנה מינימלית בין המשתתפים, ושלב של 'לכידות' (cohesiveness), בו המובחנות אמנם רבה יותר, אך מתבססת על הגנות מסיביות מאוד, המופעלות על־ידי המשתתפים ועל־ידי הקבוצה כולה.

הנטייה להימנע מכניסה לשלב הדיסאינטגרטיבי (disintegrative) על־ידי יצירת שני השלבים הקודמים, באה לידי ביטוי ביצירת 'פסיאודו מטלות', הגנתיות במהותן, כדי להימנע מהתמודדות עם המטלה האמיתית של הקבוצה. Bion (1959) כינה הגנות אלו, שהקבוצה כולה יוצרת כיישות, 'הנחות יסוד' (basic assumptions). אלה הן ההגנות הבלתי מודעות שמפעילה כל קבוצה, כדי להתמודד עם האיום הקטסטרופלי ולהתגבר עליו. מנגנונים אלה הם בלתי מודעים והתמודדות אתם היא העבודה הטיפולית. הכניסה לשלב השלישי – הדיסאינטגרטיבי, אותו שלב שמפניו מתגוננת הקבוצה, מתאפשרת מעצם התרחשותם של שני השלבים הקודמים, זאת באם אלו התרחשו ב־setting מתאים ובאם המטפלים לא חסמו את המעבר בין שלב לשלב עקב חרדותיהם או נקודות עיוורות של עצמם. השלב הדיסאינטגרטיבי יסלול את הדרך לשלב הרביעי – האינטגרטיבי (integrative), במהלכו ולאחריו מתמודדים המשתתפים בקבוצה עם עיבוד האובדנים השונים ומנסים לקבל חלקים של עצמם, שהיו מוכרים להם פחות, ואולי אף היו דחויים.

כל המרכיבים הטיפוליים שצוינו לעיל מצויים לא רק בקבוצה טיפולית, אלא בכל קבוצה שהיא. השוני הוא בכך, שהקבוצות בהן אנו משתתפים בחיי היום־יום הן בעלות מטלה מוגדרת, והקבוצה לא זו בלבד שאינה מעבדת את מנגנוני ההגנה, אלא אף מחזקת יותר ויותר את אותם מנגנונים המסייעים לה להתמודד עם המטלה. בניגוד לכך, הקבוצה הטיפולית נוצרת דווקא במטרה להתמודד עם מנגנונים אלה.

אחת מאי־ההבנות האופייניות שהקבוצה יוצרת, ואשר נתקלתי בה גם בעבודה הקלינית, היא הבלבול בין עצם קיום של התופעה לבין הייצוג הפסיכולוגי שלה שמתבטא בהתייחסות לרמת ה־acting בקבוצה, ללא הבחנה בינו לבין המנגנונים העומדים מאחוריו.

על המדריך לסייע למטפלים לנסח פרדיגמה, שתאפשר להם להבחין בין התופעה לבין ייצוגה הפנימי ולבסס עליה את העבודה הטיפולית. הבחנה זו דורשת מן המטפל הקבוצתי מאמץ רב, הכרוך בתרגום תופעות מסובכות לייצוגיהן הפנימיים. על המדריך לסייע למטפל להבין שגם הוא עצמו חלק אינטגרלי מהתופעה הממשית של הקבוצה. משום כך, עליו להיות ער למידת יכולתו להתרחק, ובו זמנית לשמור את עצמו בפנים, על מנת לקרוא בצורה מתאימה את הייצוג הפסיכולוגי של התהליך המתרחש בקבוצה. כדי לעשות זאת יש להבין את הממדים המרכיבים את התופעה הקבוצתית הרב־ממדית.

רב־הממדיות בקבוצה הטיפולית

תופעת הקבוצה היא מורכבת, וכוללת יחסי גומלין בין רכיבים שונים: תוך־אישיים, בין־אישיים וקבוצתיים. ניתן לתארם בעזרת תצורות (קונפיגורציות), שהן מבנים היפותטיים בעלי צורה ותפקוד, הבאים לידי ביטוי בארבעה ממדים – הפסיכולוגי, החברתי, הזמן והמרחב. ממדים אלה אינם מבטלים זה את זה, וכל תופעה קיימת בו־זמנית בכל אחד מהם. לכל אחד מהממדים הללו מבנה (structure) ותפקוד (function). כך יכולים אנו להתייחס לתופעות שונות מזוויות שונות כפי שיודגם להלן.

נניח, שאנו מתייחסים לאירועים של מריבה בין חיים לבין חנה, שני מטופלים בקבוצה. מן הזווית **הפסיכופונקציונלית** (psychofunctional), אנו קובעים, כי חיים חרד מאוד או כי חנה חשה קנאה, אתה אין ביכולתה להתמודד.

מן הזווית **הפסיכוסטרוקטורלית** (psychostructural), באמירה: "חיים מפעיל מנגנוני הגנה, שאינם מאפשרים לו להיות במגע עם החרדות שלו", אין אנו אומרים כיצד מתרחשת התופעה, אלא מהו המבנה הפסיכולוגי של חיים.

מהזווית **הסוציופונקציונלית** (sociofunctional) ניתן לאמור: "חיים מתווכח באופן תמידי עם חנה" או: "חנה וחיים מתגרים זה בזה ללא הרף".

ואילו כשנאמר, שחיים וחנה יצרו תת־קבוצה וכל הקבוצה הפכה לקהל העסוק בהם, תהיה זו אמירה **סוציוסטרוקטורלית** (sociostructural) כי באמירה זו אנו מתארים מבנה בין־אישי שנוצר בתוך הקבוצה.

באורח דומה ניתן להתייחס לתופעה מבחינה מרחבית, ולומר: "חנה וחיים נעים ממקום למקום בקבוצה". אמירה זו תהיה **סטריאופונקציונלית** (stereofunctional; סטריאו מתייחס למרחב).

אבל אם נאמר: "חנה וחיים יושבים תמיד יחד", או "יושבים מחוץ למעגל הקבוצתי", תהיה זו התייחסות **סטריאוסטרוקטורלית** (stereostructural). לעתים התבוננות באופן בו תופעה מתרחשת במרחב הפיסי מהווה כשלעצמה אינפורמציה נוספת על אותה תופעה.

לבסוף עלינו להתייחס לממד הזמן. כאשר אנו אומרים: "תהליך ההתקשרות בין חיים לחנה נוצר בצורה איטית והדרגתית", אנו מדגישים את ההיבט **הכרונופונקציונלי** (chronofunctional). הדגש הוא על אֲפיוני ממד הזמן.

כאשר אנו אומרים: "בתחילה היתה בקבוצה אווירה עצובה, וכעבור כמחצית השעה השתנה מצב הרוח", אנו מדגישים את סדר הזמנים ובכך מתייחסים להיבט **הכרונוסטרוקטורלי** (chronostructural).

אם עדיין לא איבדנו את הסבלנות כלפי ריבוי המושגים, נוכל להבחין בעזרתם עד כמה מורכבת כל התרחשות בקבוצה. באמצעות הממדים הללו, אנו יכולים לאתר את השכבות השונות, היוצרות את התצורות הקבוצתיות, ולא ללכת שולל אחרי התופעה הבולטת ביותר לעין. אם נתייחס לדוגמה לעיל: העובדה, שחנה וחיים רבים כל הזמן, תופעה הבולטת במישור הסוציופונקציונלי, אינה אומרת שהמייצג הפסיכולוגי הוא תוקפנות. המישור הפסיכופונקציונלי עשוי לייצג למשל קנאה, המבטאת הזדקקות לקרבה. עלינו לנסות לקרוא את התהליך הקבוצתי בשכבות השונות על מנת להבין, מהן השכבות הדומיננטיות הנותנות לקבוצה את אופיה. במקרה הספציפי של חנה

וחיים, לאחר ההתייחסות לכל היחסים הקיימים בין השכבות השונות, ניתן להגיע למסקנה שהתוכן הסמוי בקבוצה הוא הצורך העמוק בקירבה ולא בתוקפנות הגלומה בגילוי הריב.

תפקיד המנחה הוא לאפשר למטפלים הקבוצתיים לאתר את התופעות השונות במישורים השונים. בכך יוכלו מטפלים אלה להיות במגע עם הצד המופשט של התופעה ולהבין, שההתערבויות הטיפוליות מופנות לייצוג הפסיכולוגי ולא לתופעה עצמה. לשם כך עלינו לדעת, בראש ובראשונה, מהו התוכן הסמוי הקבוצתי. הבנה מהותית זו של הקבוצה, דרך ניתוחה של התופעה, לא תמיד תואמת את אופן המחשבה של מטפלים רבים, ובעיקר זו של אלה הפועלים על סמך אינטואיציות פנומנולוגיות, שמקורן בעולם התחושתי הפנימי, ולכן אינן ניתנות תמיד לניתוח. מטפלים אלה דוחים לא פעם את אופן הניתוח הסטרוקטורלי. לעומת זאת, ישנם מטפלים, שתוך כדי ניסיון לנתח את התופעה, מאבדים את ההקשר. תפקיד המדריך הוא לסייע למטפלים לפענח את התופעות, לנתח אותן ולהבין את הייצוגים הפסיכולוגיים של הקבוצה ואת הקשרם במישור התוך־אישי, במישור הבין־אישי ובמישור הקבוצתי. בכך יסייע המדריך למטפלים לקרוא בצורה מתאימה את התוכן הקבוצתי הסמוי, כדי שיוכלו להתמודד אתו.

מעורבותו של המטפל עצמו בתהליך הקבוצתי גורמת אף היא לנקודות עיוורות, ובכוחו של המדריך לאתר את מקורותיה בעזרת שלושה גורמים. הגורם הראשון הוא כאמור האופן שבו תופס המטפל את התופעה הקבוצתית, כלומר, כיצד הוא קורא את התוכן הקבוצתי הסמוי. גורם שני הוא האופן שבו מביא המטפל את ההתרחשות לקבוצת ההדרכה. הגורם השלישי הוא התנהגות המטפל בקבוצת ההדרכה. בשני אלה האחרונים אתמקד כעת.

תהליכים (לא) מקבילים

בתחום ההדרכה על פסיכותרפיה קבוצתית שגור ונפוץ השימוש במונח "תהליכים מקבילים", הלקוח מהגישה הסיסטמית (general system theory) ואשר המשגתו שאולה מעולם הגיאומטריה. מושג זה בא כביכול להוות כלי עזר להבנת ההתרחשות בזירה הטיפולית דרך התופעות המקבלות צורה דומה בזירת ההדרכה.

בדרך כלל משתמשים במושג 'תהליכים מקבילים' כנטייה לחוות בקבוצת ההדרכה מצבים שנחוו בקבוצה הטיפולית. המצדדים בעמדה זו סבורים, שאיתור תהליכים אלה עשוי להיות לעזר בהבנת תופעות המתרחשות בקבוצה הטיפולית, ושהחוויה האישית הנחווית בקבוצת ההדרכה משליכה אור אחר, מפתיע לפעמים, על שאירע למנחים בקבוצה הטיפולית (Maronhn, 1969). ברצוני להתריע על הסכנות הכרוכות בשימוש במושג 'תהליכים מקבילים' בו אני רואה מושג מוטעה ומטעה. אם ניזכר במשפט הגיאומטרי הגורס ששני קווים מקבילים אינם נפגשים, הרי דומני, שרובנו ככולנו לא היינו רוצים להגיע למצב בו אין מפגש בין טיפול להדרכה. מכאן שהמושג חשאול אינו מתאים אטימולוגית. משמעות הדבר איננה סמנטית בלבד. נשארת בעינה חשאלה – מהו אם כן טיבו של מרקם זה וכיצד ניתן לפרשו.

נקח לדוגמה את דני, מטפל צעיר המביא לקבוצת ההדרכה תיאור של פגישה טיפולית אחת. דני יצא מתוסכל מהפגישה, והוא מנסה להעביר לקבוצה את שחווה. הקבוצה והמדריך מנסים לעזור לו, שואלים אותו שאלות, מפגינים יחס אמפתי, ואילו דני נשאר מתוסכל וחש שאין מבינים את כוונתו לאשורה. מתוך הליכת שולל אחרי הקונספציה של 'תהליכים מקבילים' עלול המדריך להתערב באופן הבא: "אתה יודע, אני מרגיש שמה שאתה מביא אלינו היום, זה משהו מעבר לתכנים של הפגישה. אתה משתף אותנו בחוויה שלך שם כמטפל. הקבוצה מנסה להיות אתך, לעזור לך, ונראה לי שהאנשים נשארים חסרי אונים ומתוסכלים לנוכח האכזבה שלך. ייתכן שאם נקשיב ל'תהליך המקביל' בין התסכול שלך עם יוסף בפגישה הטיפולית לבין התסכול שאנחנו חווים פה אתך, נוכל להבין יותר את החווייה של יוסף בפגישה, וכיצד ניתן לגשת אליה". למרות שהמדריך חש נכון את דני ואת מצבו עם יוסף ולמרות שבכוחה של התערבות זו להקל רגעית על דני ועל קבוצת ההדרכה, היא טומנת בחובה את המסר שהקבוצה הטיפולית וקבוצת ההדרכה הם שני עולמות נפרדים, ואינה מאפשרת לדני לראות כיצד הוא מנסה לתקן את החוויה שעבר בטיפול בתוך קבוצת ההדרכה, מתוך צרכיו הבלתי מודעים.

לשם התייחסות לאירוע הנ"ל נשתמש במטאפורה: נתאר את פגישת ההדרכה כדף חלק עליו מצויר תיאור גרפי סכימטי, שמהווה את המפגש הטיפולי עליו דיבר דני, למעשה, אומר מדריך לדני – גם אתה ציירת לנו ציור, אשר דומה באיכויותיו לציור שצייר יוסף בפגישה אתך.

אני טוען שבהצגת הדברים כך יש משום עיוות התפיסה הפסיכותרפויטית בכלל והפסיכואנליטית בפרט. דני **אינו יכול** לצייר ציור נפרד, משום שהמטפל מהווה חלק אינטגרלי מהציור המקורי. תהליך זה, המתרחש בקבוצת ההדרכה, יכול להיות דומה – אך אינו מקביל. זהו המשכו של אותו תהליך ממש, המתהווה **בגלל** מה שאירע קודם **ועבור** מה שיקרה אחר כך. לא ניתן לייחס את חוסר האונים לפציינט בנפרד מדני, החוויה של הפציינט מושפעת מהטרנספרנס בינו לבין המטפל, כפי שהחוויה של המטפל מורכבת מאלמנטים קאונטרטרנספרנסיאליים, שמשפיעים ומושפעים באינטארקציה דיאלקטית עם חוויית המטופל.

כאשר מדברים בהדרכה על 'תהליכים מקבילים', לא זו בלבד שיוצרים הפרדה מלאכותית בין סיטואציית הטיפול לסיטואציית ההדרכה, כי אם יוצרים הפרדה מלאכותית בין המטפל למטופל. למרות שכביכול ההצבעה על "ההקבלה" בין הסיטואציות באה לסמל את המשותף ביניהן, בסופו של דבר קובעת תפיסה זו שתהליכים אלה קיימים בו־זמנית בשני מישורים וכדרכם של קווים מקבילים לעולם לא ייפגשו.

ניתן להרחיב ולומר שהסיטואציה הטיפולית משפיעה על ההדרכה ומושפעת ממנה, כך שלא זו בלבד שאין אלה קווים מקבילים, אלא זהו תהליך עמוק ורב־ממדי, אשר בו חלקים שונים מהווים בו־זמנית מניעים ומונעים באותה מערכת. המטפל המביא שעה טיפולית להדרכה לא רק 'מספר' מה היה. הוא אינו פסיבי בהביאו את אותה שעה, ומטרתו אינה מסתכמת בניסיון להבין טוב יותר את אותו מפגש, או לרכוש דרכי התערבות 'נכונות' יותר. הוא עובר תהליך בעצם שחזור החוויה, וקורים לו דברים דרך

העבודה של קבוצת ההדרכה. הוא משלים, מתקן, פורק תוקפנויות אגורות, ועוד. כל אלה מהווים חלק אקטיבי במהלכו של הטיפול.

הטיפול והדרכה מהווים מיקשה אחת. ישנו טיפול **ללא** הדרכה וישנו טיפול **עם** הדרכה, אך לא קיים טיפול **והדרכה**.

לא פעם מנסים לאלץ מצבים באופן מלאכותי כדי לאתר את 'התהליך המקביל', ובכך מעוותים את אותה חוויה המתרחשת בקבוצת ההדרכה מחד ובקבוצה הטיפולית מאידך. למרות שקבוצת ההדרכה מקיימת קשר מתמיד עם המתרחש בקבוצה הטיפולית, חיוני שיהיו לה גם חיים עצמאיים ושתייצר תהליכים שיעובדו בתוך הקבוצה עצמה. תהליכים אלה אינם תהליכים דידקטיים בלבד אלא גם נושאים אופי טיפולי ובאים להתמודד עם הרכיבים הקאונטרטרנספרנסיאליים של המטפלים. כדי לאפשר התרחשותו של תהליך זה, על קבוצת ההדרכה לפתח בעצמה את ה־containment וה־holding ולאפשר handling מתאים.

הסכנה לקרוא לתופעה בה אנו עוסקים – 'תהליך מקביל' – אינה אם כן בחטאנו לאקדמיה ללשון או בהמשגה הגיאומטרית המוטעית, אלא במסר העומד מאחורי המשגה זו, אשר מאפשר לברוח מהסיטואציה הטיפולית ומהמעורבות הקאונטר־טרנספרנסיאלית של המטפל בתוכה. כאילו היינו מדברים על טרנספרנס כעל פונקציה של עברו של מטופל, מבלי להתייחס לדמות עליה נעשית הטרנספרנס ועל האינטראקציה עמה.

לא מדובר אם כן ב'תהליכים מקבילים' וגם לא בתופעות המתרחשות זו לאחר זו. למרות שנדמה שההדרכה מתרחשת אחרי הטיפול, כי החומר של פגישה טיפולית מסוימת מובא רק לאחר שהפגישה הטיפולית הסתיימה, למעשה היא שזורה בו ומתקיימת עמו במקביל.

לשם התמודדות עם מִרקם מורכב זה של הטיפול וההדרכה, יהיה זה לעזר עבור המדריך להתייחס למספר היבטים, באמצעותם הוא מתמודד עם מה שהמטפל מביא לקבוצת ההדרכה, והם:

1. מה אירע לפציינטים ולמטפל בקבוצה הטיפולית, על־פי דיווחם של המטפלים.
2. כיצד משפיע החומר המובא על המטפל ועל שאר המודרכים בקבוצת ההדרכה.
3. איזה תפקיד משרתת הבאת החומר הטיפולי בתהליך של קבוצת ההדרכה.
4. כיצד המובא על־ידי המטפל משרת את הצרכים הבלתי מודעים של עצמו: לתיקון, השלמה, גיבוי, גילוי ועוד.
5. כיצד תסייע ותשפיע ההתרחשות בקבוצת ההדרכה על המשך דרכו של המטפל בהתמודדות עם הקבוצה בה הוא מטפל.

אחת הדרכים להיות במגע עם היבטים אלה היא ערנותו של המדריך לרגשותיו, למחשבותיו ולמרכיבים הקאונטרטרנספרנסיאליים המופעלים בו משני כיוונים, הן דרך המובא על־ידי המטפל והן באמצעות האינטראקציה המתרחשת בקבוצת ההדרכה.

הכלה, החזקה, תיפעול

המושג 'טיפול' מורכב לדעתי משלושה מרכיבים: הכלה (containment), החזקה (holding) ותיפעול (handling), שכל אחד מהם מהווה תנאי הכרחי לקיום הטיפול. המונחים צמחו בזרמים שונים של התיאוריה הפסיכואנליטית, והמחשבה כיצד כל אחד מהם משלים את רעהו שופכת אור על משמעותה של הפסיכותרפיה.

הקשר הקיים בין שלושת המושגים הללו מרכזי בכל פסיכותרפיה, בעיקר בפסיכותרפיה קבוצתית, וחשוב להפנימו בתהליך ההדרכה.

המושג הכלה הוטבע על־ידי ביון, ומציין תכונה פסיכולוגית של המטפל: היכולת להכיל את התכנים, שהמטופל אינו מסוגל להכיל בעצמו, ובכך לפתח אצל המטופל את היכולת להתמודד עם אותם תכנים (Etchegoyen, 1991; Kernberg, 1985; Bion, 1962, 1967). יכולת ההכלה בקבוצה מיוצגת בעיקר על־ידי המטפל (או על־ידי יחידת ההנחיה). קיומו של המטפל, נוכחותו ופעולותיו, מאפשרים את ההכלה.

מושג ההחזקה הוטבע על־ידי ויניקוט. במושג זה מובלט תפקידה הפעיל של האם ביחס לתינוק. תפקיד זה מיוצג בקבוצה על־ידי המטפל, אך יכול להתבצע גם על ידי הקבוצה עצמה (Winnicott, 1989). ביון וגם ויניקוט הרחיבו את תחום המושגים הללו וטענו, שניתן להשתמש בהם במסגרת קבוצתית (Grinberg, 1985). לדעתי, פיתוח החזקה מתאים יאפשר לחוות את ההכלה שהמטפל מפתח ולהפך. אם תהיה למטפלים היכולת להכלת התכנים המאיימים על המשתתפים, תוכל הקבוצה בעצמה לפתח את יכולת ההחזקה. במהלך הטיפול, קבוצה המפתחת החזקה מתאימה יכולה גם היא לפתח יכולת להכלה.

תיפעול היא פעולה, המתבצעת, על־ידי המטפל או על־ידי יחידת ההנחיה. פעולה זו מיוצגת על־ידי הפירוש, השיקוף או ההבהרה של המטפל. באמצעות הפירוש יסייע המטפל להביא את החומר ממצב סמוי לגלוי, או ממצב בלתי מודע למודע. כאשר מדובר בתיפעול, החשיבות אינה מסתכמת בבחירה של פעולה טכנית מסוימת, אלא גם בבחירת המסגרת בה היא נעשית, מתי ולשם מה היא מתבצעת. אלו הנקודות, אותן עלינו להדגיש בתהליך ההדרכה, ובכך לקדם את היכולות של המודרכים להיות קשובים למוקדי התערבויותיהם, ולא רק לאופן בו הן מתבצעות. כמו כן יש לאפשר למודרכים להגיע לחוויית התיפעול שקבוצת ההדרכה מאפשרת, להכיל את התכנים אשר מטפלים מביאים ואשר קשורים לתחושות החרדה הנובעות מהתמודדותם כמטפלים, ולבחון אתם את התיפעול שהם מבצעים בעבודתם הטיפולית, תוך מתן כבוד לאפיוני סגנונות עבודתם כמטפלים (Ganzarian, 1989).

סגנונות שונים של מדריכים

כמו בכל עבודה טיפולית, מפתח כל מדריך סגנון אישי בעבודתו. דבר זה מתבסס בעיקר על אישיותו, התנסותו כמטופל, תפיסתו הטיפולית, הכשרתו וביטחונו המקצועי. כמעט בלתי אפשרי לקטלג את הסגנונות השונים בהדרכה. יחד עם זאת, ולשם שמירה על המורשת הצבאית הישראלית, המחלקת כל דבר לשלושה חלקים,

ניתן לחלק את סגנונות ההדרכה הקבוצתית, בצורה גסה למדי, לשלושה: (1) מדריכים הקובעים מראש את קו הפעולה ואת התהליך, שקבוצת ההדרכה צריכה לעבור. סגנון הדרכה זה ידגיש יותר את החלק הדידקטי של פעולת ההדרכה וישתמש בחומר המובא להדרכה כחומר גלם ליצירת המשגה של העבודה. (2) מדריכים, המשתמשים בדינמיקה המתפתחת בקבוצת ההדרכה כדי לעבד את התהליכים המתרחשים בקבוצות הטיפוליות ולהדגיש אותם (בספרות המקצועית מכונה הדרכה זו 'חווייתית'). (3) מדריכים, המתייחסים לרכיבים הבלתי מודעים של המטפל, השזורים בחומר המובא על־ידיו, ודרכם יעובד תהליך ההדרכה.

תדירות השתתפות המדריך באורח פעיל בתוך קבוצת ההדרכה קשורה יותר לקווי אישיותו, מאשר לתיאוריה שעל־פיה הוא עובד.

לעתים, אנו פוגשים במדריכים שאינם עושים הפרדה מספקת בין העבודה הטיפולית ועבודת ההדרכה. הם הופכים את קבוצת ההדרכה למפגש 'טיפולי' ובכך שואפים ליצור דגם, אשר לדעתי מבלבל, יותר מאשר תורם. בכך נגרם כרסום בעבודת ההדרכה וכך גם אין מגיעים לתוצאות טיפוליות (Sadock, 1971).

אין צורה אופטימלית של התנהגות המדריך בהדרכה. החשוב הוא שהמדריכים יהיו במגע עם התכונות האישיות של עצמם, כדי שיעלה בידם להתמודד עם הרכיבים הטרנספרנס והקאונטרטרנספרנס, המופיעים בתהליך ההדרכה. אפיוני הטיפול הקבוצתי – תופעה חברתית המתרחשת בהווה, מביאים מטפלים רבים להתייחס באופן בלעדי ל"כאן ועכשיו", ללא התייחסות למרכיבי הטרנספרנס. תופעת הטרנספרנס אינה קלה לעיבוד במסגרת קבוצתית, מאחר שהקבוצה כתופעה מלאכותית־רגרסיבית, מביאה לפיתוח מסיבי של הטרנספרנס. בהדרכה מופיע הטרנספרנס לעתים קרובות בצלו של תהליך הלמידה, ולכן קשה לאתר אותו. על המדריך להיות ער לתופעת הטרנספרנס ולהכליל אותה בתהליך ההדרכה (Beukenkamp, 1956).

עם כל האמור לעיל, ניתוח הטרנספרנס בצורה ישירה אצל אחד מהמשתתפים בקבוצת ההדרכה עלול, במקרים מסוימים, להזיק, כאשר אין אפשרות מספקת לעבד את הטרנספרנס בתהליך הקבוצתי. המידה שבה יכליל המדריך את ניתוח הטרנספרנס בתהליך ההדרכה, תלויה בדינמיקה המתפתחת בקבוצת ההדרכה. יש להיות רגישים גם למידה בה מאפשרת מטלת הקבוצה התייחסות זו (Leichter, 1963; Glatzer, 1971).

הקבוצה הטיפולית כתופעה בזמן ובמרחב

אחת ממטרות ההדרכה היא לגרום למטפלים להתמודד עם הייחודיות של הטיפול הקבוצתי, שפן אחד שלה הוא העובדה שמדובר ביצירת תופעה, המתמסדת בזמן ובמרחב. במוסד הנקרא 'טיפול קבוצתי', המשתתף הוא הקובע את קיומו של המוסד, אך אינו הקובע הבלעדי. לדוגמה, כאשר המטופל אינו מגיע למפגש טיפולי פרטני, אין חמפגש מתקיים. בטיפול קבוצתי לעומת זאת, מתקיים מפגש גם כאשר משתתף בודד אינו מגיע. הבדל זה מבליט את פוטנציאל ה־exclusion של הקבוצה, כלומר את

האפשרות להיות מוצא על־ידי הקבוצה, מבלי שזו תחדל להתקיים כתופעה. במקרה של טיפול קבוצתי אנו רואים, כי לעתים היעדרותו של אחד המשתתפים היא דרכו המיוחדת להכריז על קיומו בקבוצה. במקרים אחרים יכול משתתף לדאוג שלא להיעדר מאף מפגש ובדרך זו לשלוט על כך שהקבוצה לא תעסוק בו כלל. דוגמאות אלה יכולות להיות ביטוי של התנגדות הן בטיפול אישי והן בטיפול קבוצתי. המשמעות לכך שפגישה קבוצתית מתקיימת למרות שמשתתף מסוים לא הופיע, יכולה להיות מקבילה לפנטזיה הקיימת בטיפול האישי, שהמטפל ממשיך 'לחיות', גם אם המטופל לא מגיע לפגישה. העובדה שהתהליך הטיפולי בקבוצה ממשיך להתקיים והמבנה הקבוצתי נשמר ללא נוכחות אחד המשתתפים, מפגישה את המשתתפים עם בעיות נרקיסיסטיות, וכן עם תכנים רודפניים. כל אלה חשובים לפיתוח תכונותיה הטיפוליות של הקבוצה. ההדרכה צריכה לסייע למטפלים להבין את משמעותה והשפעתה של היעדרותו של מטופל מהמפגש. כדי להתמודד עם המקום והנוכחות שהמטופל רוכש דרך היעדרות זו באופן נכון, יש לסייע למטפל שלא להגיב מהעמדה של הפגיעה הנרקיסיסטית הנובעת מכך שמטופל נעדר. כמו כן יש לסייע למטפל להבין מהו המסר של המטופל לקבוצה, ולראות כיצד הקבוצה מתמודדת עם היעדרות זאת. לשם כך חשוב גם להיות ערים לחוקים ולכללים (setting) שנקבעו בקבוצה ושעל־פיהם היא מתפקדת.

כאשר אנו בונים קבוצה, אנו יוצרים תופעה בעלת חוקים משלה, שעלינו להבינם כדי לפתח את עבודתנו הטיפולית (Winnicott, 1989). אחד מתפקידי ההדרכה הוא לסייע למטפלים לאתר, בזמן ההיווצרות של המסגרת והתפתחותה, את הכוחות הפועלים בתוך הקבוצה, אשר חלקם נקבעו על־ידינו.

ברצוני להציע שלושה מושגים, העשויים לסייע בהבנת תכונותיה של הקבוצה, שלושת המושגים הם חוקים (laws), כללים (rules) ונורמות (norms).

1. החוקים (laws) בקבוצה הם הכוחות האוניברסליים, המניעים את ההתנהגות האנושית ומניעים את התפתחות הקבוצה כולה. בעוד שבמדעי הטבע, למשל, קיומו האוניברסלי של כוח משיכת כדור הארץ הוא ברור, הרי שבעולם הקיום האנושי קביעות מסוג זה מסובכות יותר. בתוך השדה הפסיכואנליטי רואים כחוק את העובדה, שההתנהגות האנושית מונעת על־ידי כוחות בלתי מודעים, אך מידת מרכזיותיו של הדחף משתנה בגישות וזרמים שונים. שלוש הגישות – הפרוידיאנית, הקלייניאנית והקוהוטיאנית – מתבססות על הבלתי מודע, אך החוקים ניתנים להבנה באורח שונה. בפסיכואנליזה, כמו בפסיכותרפיה, חשוב לדעת לאילו חוקים אנו מתייחסים כאשר אנו מבצעים את העבודה הטיפולית. בטיפול הקבוצתי הבנה זו היא בעלת ערך רב. לעתים, בשל מורכבות התופעה, הופך איתור החוקים למסובך יותר.

2. הכללים (rules) מתייחסים לכל הקביעות שאנו קובעים תוך כדי יצירת התופעה הקבוצתית, כלומר, לפני שהיא קיימת בזמן ובמרחב: קביעת מספר הפגישות, מספר המשתתפים, משך הזמן, אופן התשלום ויתר הנושאים הנכללים במה שמקובל לכנות "החוזה הטיפולי". כל הקביעות הללו הן חלק של ה־setting, והן קביעות הקיימות עוד לפני התרחשותה של הפעילות הקבוצתית. מתוך היכרות עם הטכניקה הפסיכואנליטית עולה הפער בין התחושה, השגורה בקרב הדיוטות בתחום הפסיכואנליזה, שקביעת כללים מוגדרים וברורים היא מגבילה, לבין המציאות הטיפולית ב־setting

זה, המראה שדווקא קביעתם של כללים מוגדרים היא שמאפשרת חופש רב יותר בטיפול. לעומת זאת כללים שהם כביכול גמישים ולביליים מעוררים אחר כך צורך ליצור בתוך מהלך הטיפול קביעות שייתפסו כשרירותיות וכסמכותיות ויגבילו את תחושת המרחב והחופש הטיפולי.

3. הנורמות (norms) הן תחום המשחק בין החוקים לכללים. במהלך טיפול בקבוצה מסוימת, לאחר שנקבעו הכללים, מתהוות הנורמות ומקבלות צביון מסוים. למשל, בקבוצה טיפולית כלשהי עשויה להיווצר נורמה של מספר רגעי שתיקה בטרם מתחילים לדבר, או שהמשתתפים מאחרים כעשר דקות לכל מפגש.

להבנת האינטראקציה הקיימת בין החוקים, הכללים והנורמות, ניתן לתת דוגמה ציורית של משחק כדורגל, בו קיימת נטייה להביע תוקפנות בצורה גלויה על־ידי פציעת היריב, בעת שהוא עומד להבקיע שער. נטייה זו היא חלק **מהחוקים** של ההתנהגות האנושית. לעומתם, **הכללים** קובעים מראש, שהתנהגות זו אסורה, **והנורמות** במשחק תהיינה תוצר, המתקבל מיחסי הגומלין בין החוקים לבין הכללים בקבוצה ספציפית זו. יהיו משחקים מאוד סוערים ומרובי בעיטות, ולעומתם משחקים אחרים, שקטים יותר. כלומר הנורמות ישתנו מקבוצה לקבוצה, אך המשותף ביניהם יישאר בקיומם של אותם חוקים ואותם כללים.

תפקיד המדריך הוא להביא את המטפלים במגע עם ההתרחשויות השונות בקבוצה, לקרבם להבנת החוקים הפועלים במישור התוך־אישי, במישור הבין־אישי ובמישור הקבוצתי, לסייע בפיתוח מיומנויות לקביעת הכללים, ולסייע בהבנה כיצד משפיעים אלה על הופעת הנורמות השונות.

קביעה ברורה של כללים, היא שתאפשר לקבוצה להתמודד עם סוגיות כגון ההבדל הקיים בין סיום תהליך טיפולי לבין עזיבה. לדוגמה: אם אנו עדים לכך כי משתתפים מתחילים לנשור מהקבוצה לאחר חצי שנת עבודה, ניתן להבין תהליך זה כתולדה של חוקיות הקבוצה להרוס את עצמה או כחוקיות של המשתתפים שאינם יכולים לשאת רמות חרדה גבוהות בקבוצה. לעומת זאת, משמעותה של העזיבה תהיה שונה במצב בו הכללים שעל־פיהם עוזבים המשתתפים את הקבוצה אינם ברורים, או אם נקבע מראש שכאשר מרגישים טוב יותר מתחילים לעזוב וכל אחד עוזב את התהליך הטיפולי באופן אישי. משמעות העזיבה שונה במצב בו הקבוצה פועלת במשך תקופה של שנתיים והסיום הוא משותף. כל הקביעות הללו באות לענות על חוקיות כלשהי, כמו למשל הפוטנציאל לדיסאינטגרציה. על המטפל להיות מודע לסיבה בעטיה קבע כלל זה או אחר בהתייחס לתפקודה של הקבוצה. בנקודה זו עבודתו של המדריך היא לסייע למטפל לקבוע את הכללים תוך כדי הבנת החוקים, ולעזור לו להתייחס לכל נורמה המופיעה בקבוצה כמבטאת יחסי גומלין בין החוקים לבין הכללים.

פרקי הזמן בהדרכה

אני מבחין בשלושה ממדי זמן בהדרכה: (1) ארבע התקופות הבסיסיות בתהליך ההדרכה; (2) משך הזמן של קיום קבוצת ההדרכה; (3) משך הזמן של כל פגישה ופגישה וחלוקתו הפנימית.

התקופות הבסיסיות בתהליך ההדרכה

ארבע תקופות אלה זהות לאותן התקופות בחיי הקבוצה הטיפולית. לא פעם פגשתי מטפלים, שהבינו את התהליך הקבוצתי כמתחיל ומסתיים באותה עת שהתופעה הקבוצתית מתרחשת במרחב, ובהתאם הבינו את מועד תחילתה וסיומה של קבוצת ההדרכה.

אני מסתייג מכך וגורס, כי הקבוצה הטיפולית מתחילה להתקיים לפני המפגש הקונקרטי וממשיכה להתקיים אחריו. יש אם כן שתי רמות של קיום לקבוצה: האחת, הקיום המוחשי של האנשים במפגש שלהם במרחב. השנייה, הקיום של הקבוצה ברמה האבסטרקטית, כל אותם הייצוגים הפסיכולוגיים בקבוצה אשר מתקיימים מעבר לרמת התופעה. כדי להבחין בין שתי הרמות – אשאל מן הביולוגיה את המושג 'אונה' (lobe) שהיא יחידה סטרוקטורלית בעלת קיום במרחב, בעלת תפקיד, ואשר מהווה חלק משלם. באמצעות מושג זה (לוברי) יינתן שם לקיום הממשי של הקבוצה במרחב. מכאן, שהמושג 'קבוצה' בנוי משני מרכיבים: מרכיב אחד הוא האונה, שמתייחס לקיומה המוחשי של הקבוצה ומרכיב שני הוא האבסטרקציה של התופעה. לא מדובר בחלקים שונים כי אם בפנים שונות של אותה תופעה. כשמדובר בתקופות בקבוצה – המושג 'אונה' ישמש אך ורק לתקופה בה נפגשת הקבוצה בקונקרטי, להבדיל מהקיום הקבוצתי באבסטרקציה. בסך הכול נוכל אם כן לדבר על ארבע תקופות – כאשר שתי התקופות הראשונות, הקודמות לתקופה הלוברית (אונתית), ייקראו 'פרוטו־לוברית' ו'פרה־לוברית'. אחריהן הקבוצה נפגשת במרחב – וזו התקופה ה'לוברית' ולאחר הפגישה האחרונה של הקבוצה במרחב מגיעה התקופה ה'פוסט־לוברית'.

במציאות המקצועית, כפי שהיא מוכרת לי, רוב ההדרכות מתרחשות רק במקביל לתקופה אחת מתוך הארבע שצוינו לעיל, דהיינו במקביל לתקופה הלוברית בה משתתפי הקבוצה הטיפולית מתחילים להיפגש כקבוצה, כאשר אין הן לוקחות בחשבון את העובדה שבקבוצה הטיפולית ובקבוצת ההדרכה כאחת ישנן עוד שלוש תקופות קיום לקבוצה, שחשוב מאוד לעבד אותן, ושעיבודן, הוא שייתן את הטון לתקופה הלוברית.

כל אחת מהן עשויה להימשך פרק זמן שונה, אך תוך שמירה על יחס סביר ביניהן. שלוש מתוכן קיימות בכל קבוצה ורק אחת מהן – הפרה־לוברית – עשויה להתקיים או שלא להתקיים, דבר התלוי באופן בו נבנית הקבוצה, כפי שיוסבר בהמשך.

התקופה הפרוטו־לוברית היא תקופה שבה הקבוצה קיימת אך ורק בפנטזיה ובמחשבה של המטפל. בתקופה זו אין דמויות ממשיות של משתתפים. התקופה מתחילה ברגע בו מתחיל המטפל לפנטז, או לחשוב על אפשרות פתיחת קבוצה טיפולית או כאשר המטפלים נקראים להקים קבוצה כזאת. זוהי תקופה בה המטפלים מתחילים להגדיר את המטרות, תקופה שבה נקבעים העקרונות הראשוניים של ה־setting ומתחילים להיקבע כללי הקבוצה. בתקופה זו מתחילים לדון ביחסי הגומלין בין הקו־מטפלים (או יחידת ההנחיה) ומתחילות לצוץ אצל המטפלים חרדות, הנגרמות עקב ההתמודדות עם מטרות טיפוליות עתידיות. ברור, כי למדריך משקל חשוב בתקופה זו ובכוחו לתרום רבות לעיבוד הסוגיות המתעוררות במהלכה. על כל פעולות ההדרכה להיות מכוונות כדי להבליט נקודות אלו בטרם תהפוכנה לפעולה.

למרות החשיבות הרבה של ההדרכה בתקופה זו, מועטות יחידות ההנחיה הזוכות להדרכה לפני התקופה הלוברית (התקופה שבה מתרחש המפגש הממשי של המשתתפים).

התקופה הפרה־לוברית מתרחשת, כאשר מתחילים להופיע משתתפי הקבוצה בשטח, כרשימת שמות או בהגיעם לראיון כמשתתפים פוטנציאליים. זו התקופה שנקראת ברוב המוסדות 'תקופת ה־intake' לקבוצה. במסגרת מוסדית תקופה זו מאוד רגישה. אני רואה את האופן בו פונים כיום למועמדים לקראת הצטרפות לטיפול קבוצתי כבעייתי מאוד. יש לקחת בחשבון, שבדרך כלל המציע להיכנס לטיפול פרטני הוא המטופל. לעומת זאת, את אפשרות הטיפול הקבוצתי מעלה דווקא המטפל. מקומו של המדריך הוא לסייע למטפל להבין את הרגישות הטמונה בפנייה אל המטופל ואת החשיבות שבמסר הראשוני שמועבר אליו. פעמים רבות מקבל המטופל טלפון מאדם אנונימי עבורו, ובמהלך השיחה נמסר לו שהוא מוזמן לראיון לשם בדיקת אפשרות הצטרפותו לקבוצה. ראשית, יש סבירות גבוהה, שהמטופל יגיב בסירוב על ההצעה להצטרף לנעלם הנקרא 'קבוצה טיפולית', בעיקר כאשר אין לו קשר עם הדמות המציעה לו אפשרות מאיימת זו. אפילו אם המטופל מוכן להתראיין, הרי שקבלתו משמעה הפיכתו ל'נבחר' ודחייתו משמעה ש'אינו מתאים'. לעומת זאת, משמעות ההצעה ומשמעות הקבלה או הדחייה עבור המועמד תהיה שונה בתכלית, כאשר המטפלים הקבוצתיים יקבעו אתו פגישה, כדי לבחון שוב ביחד אפשרויות טיפוליות שונות, ורק לאחר יצירת הקשר הראשוני והבחנה בכך שהמועמד מתאים לקבוצה טיפולית, יציעו לו את האפשרות של טיפול קבוצתי.

ברצוני להדגיש שוב שעדיף להימנע מהזמנת מטופל לראיון, שמטרתו בחינת התאמתו לקבוצה. רצוי לזמנו לפגישה לשם חשיבה משותפת על אפשרויות טיפוליות שונות עבורו ורק אז להעלות בפניו את האפשרות להצטרף לקבוצה טיפולית באם נראה שהמטופל עשוי להתאים לכך. בנוסף לכך, חשוב לשמור בתקופה זו על אחידות במידע הניתן למשתתפים. על המדריך לסייע למטפלים בקביעת כלליה הבסיסיים של הקבוצה. תקופה זו מתחילה במפגש הראשון של המטפלים עם המטופלים ומסתיימת ברגע בו מתכנסת הקבוצה לראשונה במקום המפגש. בקבוצה סגורה (במשך הזמן ובמספר המשתתפים), ברורה תקופה זו ומוגדרת יותר מאשר בקבוצה פתוחה. במקרים מסוימים, בעיקר במוסדות, לא מתקיימת תקופת מיון זו, משום שהמטופלים נשלחים אל הקבוצה על־ידי גורם מתווך, לא מתקיימים ראיונות והמטפלים פוגשים במטופלים לראשונה במפגש הקבוצתי הראשון. במקרה זה ההכרזה על כללי הקבוצה נעשים לראשונה באותו מפגש.

התקופה הלוברית היא זו, בה מופיעה התופעה הקבוצתית במרחב. היא נפתחת במפגש הראשון בין כלל המשתתפים ויחידת ההנחיה, ומסתיימת במפגש האחרון שלה. יש לציין, כי מטפלים ומדריכים רבים מתייחסים לתקופה זו כאל תחילת התהליך הקבוצתי. אני סבור, כפי שכבר צוין לעיל, כי התפתחות הקבוצה החלה בעידן הפרוטו־לוברי של הקבוצה. האינטראקציה המתרחשת בין המטפלים בזמן המחשבה והתכנון של הקבוצה לצד האינטראקציה שלהם עם המטופלים בזמן הראיונות והמיון – מהווים חלק אינטגרלי מהתהליך הטיפולי כולו וכל העת יהיו נוכחים וישפיעו על המתרחש בתקופה הלוברית ואחריה.

בתקופה הלוברית, כפי שכבר צוין, קיימים ארבעה שלבים, אותם עוברת הקבוצה כיישות במהלך קיומה במרחב, ואותם כיניתי: השלב האדהסיבי, השלב הקוהסיבי, השלב הדיסאינטגרטיבי והשלב האינטגרטיבי, אותם אפרט בתת־הפרק "התהליך הקבוצתי בתקופה הלוברית". במהלך השלב האינטגרטיבי, לאחר הפרידה של המשתתפים מן המפגשים במרחב, נפתחת התקופה הרביעית – הפוסט־לוברית. לתקופה הפוסט־לוברית יש רק התחלה, אך אין לה סיום. תחילתה במפגש האחרון של הקבוצה כמסגרת, כלומר מרגע סיום התופעה הקבוצתית בזמן ובמרחב. או־אז היא הופכת לחוויה בלבד, אותה עשויים לחוות המטופלים והמטופלים למשך טווח זמן בלתי מוגבל כחוויה אקטיבית, הניתנת לעיבוד עצמי על־ידי המשתתף.

במהלך תכנון הקבוצה חשוב לדעת מראש כיצד אמורים להיות היחסים העתידיים בין המשתתפים בקבוצה לאחר תום קיומה הממשי, לדוגמה, כאשר מדובר בקבוצת סטודנטים שהצטרפו לקבוצה הטיפולית כחלק ממסלול הכשרתם, הם ימשיכו להיפגש במסגרת הלימודים גם בתום המפגשים הקבוצתיים. יש לתת את הדעת על כך שנתונים אלה לגבי התקופה הפוסט־לוברית, כגון המשך המפגש של הסטודנטים בתום הקבוצה, מגבילים את דרגות החופש שלהם בתקופה הלוברית.

לא פעם אנו שומעים אנשים המלבנים תופעות שהתרחשו בקבוצה שלהם ומתמודדים אתן כאשר המפגשים הקבוצתיים הסתיימו מזה שנה או יותר. זוהי, למעשה, המטרה הטיפולית שלנו, שלמתרחש בזמן המפגש הטיפולי תהיה השפעה על האדם גם מעבר לתקופת המפגשים עצמם.

ההתייחסות לארבע תקופות אלה של קיום הקבוצה תסייע לנו לאתר בעיות, העלולות להופיע כסמויות בתהליך הקבוצתי. לדוגמה – במשך חודש פגשתי קבוצת הדרכה, שבה המטפלים הביאו שוב ושוב את התנגדות המשתתפים למועדי הקבוצה, הדיונים וההתנצחויות הכרוכים בה. אלה הסתיימו רק לאחר שעלה בידנו לעבד את העובדה, כי נושא זה היה מרכזי בוויכוח בין שני המטפלים בתקופה הפרוטו־לוברית. באותה תקופה מתח זה לא זכה לעיבוד משום שתקופה זו לא לוותה בהדרכה. לכן בתקופה הלוברית לא ראו המטפלים כי הנושא, שהובא כבעיה של הקבוצה, נבע בעצם מקונפליקט בלתי מעובד בין המטפלים עוד בתקופה הפרוטו־לוברית.

בתהליך ההדרכה חשוב ביותר להתייחס לפערים הקיימים בין התקופות השונות, בעיקר בין התקופה הפרוטו־לוברית והפרה־לוברית. זכורה לי דוגמה המלמדת על האינפורמציה הגלומה בפער כזה. בבית־חולים פסיכיאטרי, בו מילאתי תפקיד כמדריך יחידת הנחיה בקבוצה של חולים פוסט־פסיכוטיים ובני זוגם, ניכרת התלהבות רבה בקרב המטפלים בתקופה הפרוטו־לוברית. נקבעו מטרות מוגדרות, הובע רצון לעבודה טיפולית מעמיקה, נקבעו תפקידים ודרכי תקשורת בין המנחים ובעיקר הוחלט באיזו רמה תתנהלנה ההתערבויות.

בשלב הפרה־לובריי, כאשר הוחל בראיון זוגות פוטנציאליים, החלו המטפלים להציע לשנות את מטרות הקבוצה, להוריד את הרמה וכיוצא באלה, כאשר ההצעות יוחסו ליכולת המשתתפים להתמודד עם פוטנציאל הקבוצה הטיפולית. במהלך ההדרכה התברר, כי למעשה מדובר בחרדות המטפלים עצמם בפני המשימה, חרדות שהושלכו על המטופלים. כוונת ההדרכה היתה לסייע בעצם לזיהוי השלכה זו, לבדוק

את מטרות היסוד של הקבוצה ולוודא, כי תהליך ההתאמה של מטרות הקבוצה לרמת המטופלים – הלגיטימי כשלעצמו – ינבע מצורכי המטופלים ולא מחרדות בלתי מודעות של המטפלים. מכאן נובעת עמדתי, באשר לחשיבות ההדרכה בשתי תקופות ההכנה של הטיפול הקבוצתי. נושא רצף ההדרכה במהלך התקופה הלוברית יידון בהמשך.

פרק הזמן של קבוצת ההדרכה:

יש לקיים את קבוצת ההדרכה במשך כל ארבע תקופות הקבוצה, החל בתקופה הפרוטו־לוברית וכלה בתקופה הפוסט־לוברית. אינני ממליץ על סיום ההדרכה בסמוך לסיום הקבוצה הטיפולית. אחד מתפקידיו החשובים של תהליך ההדרכה הוא לסייע למטפלים לעבד את סיום התהליך הקבוצתי. לעתים קרובות, מעורר הסיום חרדות והתלבטויות בקרב המטפלים. סיום ההדרכה בסמוך לסיום התהליך הקבוצתי יקשה על המטפל לעבד את תהליך הפרידה של הקבוצה הטיפולית. זאת מכיוון שהוא עצמו יהיה עסוק בסיום תהליך ההדרכה והפרידה ממסגרת זאת, בה הוא נוטל חלק כמשתתף.

מכאן נובע שלא זו בלבד שגם בקבוצת ההדרכה מתרחשות ארבע תקופות: פרוטו־לוברית, פרה־לוברית, לוברית ופוסט־לוברית, אלא שגם חשוב ביותר לדאוג לכך שהתקופה הלוברית של קבוצת ההדרכה (דהיינו מפגש המטפלים בקבוצה זו) תתחיל במקביל לתקופה הפרוטו־לוברית של הקבוצה הטיפולית ויימשך אל מעבר לסיומה של התקופה הפוסט־לוברית שלה. כך עיבוד הפרידה מהקבוצה הטיפולית לא יתפוס את מקומה של הפרידה מקבוצת ההדרכה. למרות שזה המצב הרצוי, אני ער לקשיים ליישם זאת טכנית בתנאים הקיימים במסגרות מוסדיות, כפי שאפרט בהמשך.

התהליך הקבוצתי בתקופה הלוברית

על מנת שהמדריך יוכל ללוות את המטפלים בתהליך המתרחש בתקופה הלוברית בקבוצות טיפוליות, לא די בכך, שיהיו בידיו טכניקות בודדות של התערבויות, כי אם עליו להחזיק בהשקפה מגובשת לגבי האופן בו מתנהל התהליך הטיפולי בתקופה זו. השקפה זו עשויה להיות (או שלא להיות) בנויה על בסיס מודל התפתחותי של קבוצה. אך חשוב שיהיה ברור למדריך כיצד הוא רואה את התהליך הטיפולי. לשם דוגמה אביא בקצרה קווים כלליים של מודל התפתחותי שפיתחתי, המסביר את התהליך המתרחש בתקופה הלוברית בקבוצה טיפולית הסגורה בזמן ובמספר המשתתפים. יש לחערכתי חשיבות מכרעת בהעמקה במודל הטיפולי, אך היות שפרק זה דן בעיקר בהדרכה אביא רק את תמצית הדברים.

כאמור, בתקופה הלוברית נוכל לראות את הופעתם של ארבעה שלבים עיקריים, אותם אני מכנה – השלב האדהסיבי, השלב הקוהסיבי, השלב הדיסאינטגרטיבי וחשלב האינטגרטיבי. השלבים מאפיינים את הדינמיקה בין המישור התוך־אישי,

הבין־אישי והקבוצתי. בתוך כל שלב יופיעו פאזות שונות, שעשויות לחזור על עצמן פעמים מספר, בדומה לפוזיציות שתיארה M. klein – הסכיזואידית־פרנואידית והדפרסיבית.

השלב הראשון: השלב האדהסיבי (adhesiveness = 'הידבקות') מתאפיין בעיקר בהתלכדות הפרטים בקבוצה כמסה בעלת זהות אחידה, תוך ויתור, כביכול, על הזהות הנפרדת.

השלב השני: השלב הקוהסיבי (cohesiveness = 'לכידות') מתאפיין בעיקר על־ידי תחילתה של פסיאודו־דיפרנציאציה. נוצרות תת־קבוצות. המשתתפים ממלאים תפקידים שונים, תוך הגברת השימוש במנגנונים המאפיינים את כל אחד מהם.

שני השלבים הראשונים, האדהסיבי והקוהסיבי, קיימים על מנת להתגונן בפני הכניסה לשלב השלישי, הדיסאינטגרטיבי.

השלב השלישי: השלב הדיסאינטגרטיבי (disintegration = 'התפרקות'): באופן כללי יש לציין שהאיום הדיסאינטגרטיבי מלווה אותנו בחיי היום־יום. לעומת זאת, החוויה הדיסאינטגרטיבית תופיע בשלושה מקרים : (1) בפתולוגיה קשה; (2) בטראומה; (3) בתוך שלב בתהליך קבוצתי שמתרחש בתוככי setting טיפולי של קבוצה סגורה־סגורה (בזמן ובמספר המשתתפים).

חוויה דיסאינטגרטיבית זו תהווה מרכיב עיקרי בשלב הדיסאינטגרטיבי.

במהלך השלב יופיעו ביטויים של יחסי אובייקט חלקיים, אשר לא ניתן לחוותם בחיי היום־יום כסיטואציה שלמה, פרט לאנשים עם הפרעות אישיות גבוליות או נרקיסיסטים קשים. זהו שלב מאוד חשוב בטיפול. המעבר דרך שלב זה יאפשר לקבוצה ולפרטים בתוכה להיכנס לשלב האינטגרטיבי, לקראת סיומה של הקבוצה.

הפוטנציאל של השלב הדיסאינטגרטיבי הוא בהיותו מאפשר יצירת self אינטגרטיבי יותר, פחות מאוים מחוויית ההתפרקות ויותר פנוי ליצירת קשרים המכילים את מרכיב ה־togetherness, דהיינו, היחד המלווה בדיפרנציאציה.

השלב הרביעי: השלב האינטגרטיבי (integrative): שלב זה אינו מיועד למימוש מלא במהלך הטיפול, אלא ייעודו בהיותו יוצר פוטנציאל להתקשרות מסוג חדש, אותה מגשים כל פציינט בדרך האופיינית לו, ולא בתוך מסגרת הקבוצה. בשלב זה יש התמודדות עם תחושת אובדן ודיפרסיה, מלווה בחרדות פרידה. מטרת הקבוצה אינה להבליט את היחד, אלא לאפשר להתאבל ולחוות את הבדידות הקיומית בעלת המאפיינים האינטגרטיביים יותר.

אני רואה את תרומתו של מודל התהליך־בתקופה־הלוברית שהצעתי, בהיותו מודל התפתחותי, הרואה את הפרוגרסיה (progression) בקבוצה כהתמודדות עם הרגרסיה שלה, ומאפשר לפתח חשיבה כלפי הקבוצה כישות, וכלפי הפרט הנמצא בתוכה כאחד. עם זאת, מודל זה הוא רק דוגמה אחת למודל בו ניתן להשתמש לשם הסתכלות על התפתחות התהליך הקבוצתי בתקופה הלוברית.

בכל פעם שאני מתעמק במורכבות שביישום ההבנה הקונספטואלית לרמה פרגמטית, אני נזכר באנלוגיה הבאה : לאחר שהסבירו שעות ארוכות לאיכרים בארגנטינה על מה מושתתת תנועת הרכבת החשמלית וכיצד היא פועלת, קם אחד מהאיכרים ואמר: "הבנתי הכול, נשמע לי מאוד מעניין, העניין הזה של האנרגיה

החשמלית. יש לי רק שאלה קטנה אחת: היכן קושרים את הסוסים – קדימה או אחורה?".

כדי לא להישאר עם שאלת הסוסים, נניח לרגע לתיאורים הקונספטואליים ונשלבם עם מספר היבטים מעשיים.

משך מפגש קבוצת ההדרכה וחלוקתו הפנימית

כדי לעבד את החומר, המובא להדרכה, רצוי שכל פגישת הדרכה תימשך בין שעה וחצי לשעתיים. בזמן קצר יותר תקצר היריעה, ובמשך זמן ארוך יותר מאבדת קבוצת ההדרכה את יכולת העיבוד שלה. אופיה של כל קבוצת הדרכה נקבע בהתאם למסגרת בה היא ניתנת, אך קיים, מעבר לכך, חומר בסיסי משותף לכל המסגרות, אותו יש לעבד.

כל מפגש הדרכה עומד בפני עצמו, אך במהלך ההדרכה רצוי לגשר, במידה זו או אחרת, בין המפגשים. יש להישמר מפני עיבוד אינטנסיבי מדי של תהליך קבוצת ההדרכה, שכן בכך הופכת קבוצת ההדרכה לקבוצה טיפולית והקבוצה המובאת להדרכה הופכת לשולית.

מדריכים מסוימים נוטים לחלק חומר קריאה במהלך ההדרכה. הדבר נכון במיוחד במרכזי הכשרה. לדעתי, יש לעבד את חומר הקריאה במהלך הניתוחים הקליניים, ולא להפוך את מפגש ההדרכה לשעור תיאורטי. אי לכך, לא הייתי מקדיש זמן לחומר הקריאה, היות שבכך מוזמנת הקבוצה להתייחס לחלק האינטלקטואלי, דבר שלעתים פוגע בחלק הקליני והחווייתי (Grossman, 1973).

אביא להלן חלוקת מפגש טיפוסי של קבוצת הדרכה לשם הדגמה דידקטית בלבד. חלוקה זו אינה חייבת להיות נוקשה ולשמור דווקא על הרצף שאתאר.

בתחילת המפגש ניתן להקדיש זמן למטפלים, שהציגו במפגש הקודם, כדי שתהיה התייחסות קצרה לקבוצה הטיפולית שנערכה בין שני מפגשי ההדרכה, ובכך לגשר במידת מה בין המפגשים. חשוב לא לגלוש מעבר לזמן הקצר המוקדש לגישור זה, כדי שלא ייפגעו המטפלים המציגים במפגש הנוכחי. רצוי, שזהות המציגים בכל מפגש תהיה מוסכמת מראש כדי שהחומר יוכן באורח נגיש ומובן. חשוב שיציינו כמה פרטים המתארים את התקופה הפרוטו־לוברית והפרה־לוברית. לאחר מכן יש לתאר את ה־setting של הקבוצה, כדי שהשתלשלות התהליך המוצג תובן לעומקה. רצוי גם, שהתהליך הקבוצתי שקדם למפגש יוצג באופן תמציתי. לאחר זאת יש מקום להציג השתלשלות אירועים שהתרחשו במפגש מסוים של הקבוצה הטיפולית אותו בחרו המטפלים להביא להדרכה. כאשר המשקיף משתתף בתהליך ההדרכה, רצוי לאפשר לו להציג את האירועים בקבוצה ולאחר מכן לאפשר למטפלים להתייחס לאופן בו הבינו את התהליכים השונים. לאחר שסיימו להציג בקבוצת ההדרכה את המסגרת, התהליך והמפגש, על המטפלים המציגים להביע דעתם והתייחסותם על שלושת אלה (Bloch, 1975).

ניתן להבין את אופי החומר המוצג ומה הוא גורם למטפלים בתהליך הקבוצתי, בהתאם לשאלותיהם והתייחסויותיהם במהלך ההדרכה. כאשר קיימת יחידת הנחיה,

חשוב לאפשר לכל אחד ממשתתפיה להציג את ההיבט האישי שלו. פעמים רבות, הפערים ביניהם ותפיסותיהם השונות מאפשרים למדריכים לאתר את הבעיה. נקודה נוספת בעלת חשיבות היא, שיש להיות ערים לאופן שבו מציג כל מטפל את החומר במהלך ההדרכה. כך למשל, אנו פוגשים במהלך הצגת החומר במטפלים הנוטים להבליט את שגיאותיהם הטיפוליות באופן מוגזם. לכאורה, ניתן לראות בכך יכולת לביקורת עצמית, אך לעתים מדובר במנגנון הגנתי, שתפקידו למתן את ביקורת הקבוצה. לעומתם יש מטפלים, המביאים את החומר בצורה שאינה מאפשרת ביקורת. זו עלולה להיות צורת ההגנה של המטפלים כדי להימנע מהתמודדות עם בעיותיהם בעבודה.

מהותו של החומר המוצג תובן גם על־פי תגובות שאר משתתפי קבוצת ההדרכה. לדוגמה: בקבוצת הדרכה של מטופלים, שהיו במשך שנה וחצי בטיפול קבוצתי, העלה אחד המשתתפים את הנושא של "מוות במשפחה" ותיאר באיזה אופן התמודד עמו.

המטפלים דיברו בהדרכה על כך שהם מבינים את התהליך כקשור לעולמו האינטרה־פסיכי של המשתתף, ויחד עם זאת העלו סברה, שיש קשר בין תיאור המקרה לבין החרדות מפני סיום הקבוצה ומותה. הם ציינו, שהיה משהו בקבוצה אותו לא עלה בידם להבין ולמקם. יתר משתתפי קבוצת ההדרכה התייחסו לדברי המטפלים במידה רבה של תוקפנות. הם טענו שהתנהגות המטפלים היתה מנוכרת במקצת. תוקפנות זו, שעלתה בקבוצת ההדרכה על רקע הנאמר על־ידי המטפלים ועל־ידי משתתפי קבוצת ההדרכה גם יחד, סייעה לי להבין שהניכור בקבוצה הטיפולית הופיע כהגנה מפני התוקפנות בעוד שהמטפלים לא התייחסו לתוקפנות זו. במקרה זה יוצגה התוקפנות על־ידי משאלת המוות כלפי מטפלים, אשר עליה הגיבו בניכור במהלך הטיפול. בקבוצת ההדרכה המטפלים הרגישו מוגנים דיים כדי לעשות repetition של החוויה הטיפולית, לשם ניסיון תיקונה. זוהי דוגמה נוספת לכך שאין מדובר בקיומם של תהליכים מקבילים כי אם בתהליכים קומפלמנטריים (משלימים). מבחינה טכנית רצוי, שבשלב זה, בו המשתתפים מגיבים לחומר העולה על ידי המציגים, תתבצע התערבות של המדריך. על המדריך להיות ער בקריאת החומר המובא להדרכה תוך מבט בנעשה בקבוצת ההדרכה עצמה.

לחומר המועלה יש ערך אישי עבור המטפל שהעלה אותו ועל המדריך להיות ער לרגישויות הנוצרות במהלך ההדרכה. על סמך התייחסות לרגישויות אלה ניתן יהיה להבין טוב יותר מהם המרכיבים הגלומים בחומר המובא (הכוללים בתוכם הן את המרכיבים הקאונטרטרנספרנסיאליים והן מרכיבים השייכים לקבוצת ההדרכה). באמצעות הדינמיקה הקבוצתית יהיה חומר זה קריא יותר.

התערבויות המדריך מכוונות לאיתור החומר המתגלה והבנתו. בנוסף לכך על המדריך לכוון את ההתערבויות כלפי המתרחש בתוך קבוצת ההדרכה, רק באם יש בכך סיוע להבנת החומר המובא להדרכה. אם אין זה כך, תעוררנה התערבויותיו חרדות מיותרות, שלא יהיה ניתן לעבדן במסגרת ההדרכה. יחד עם זה, הימנעות מוחלטת מהתייחסות לדינמיקה המופיעה בקבוצת ההדרכה תימנע נגישות לחומר חשוב.

יש מדריכים, המעדיפים לסגור את המפגש הקבוצתי בהתערבויותיהם ולהשאיר את הנושא פתוח כך שכל אחד ממשתתפי המפגש יעבד את החומר באופן אישי מחוץ

לקבוצה. בניגוד לגישה זו, אני מציע לפנות זמן כדי לדון בהתייחסויותיו של המדריך ולעבדן במהלך המפגש בקבוצת ההדרכה. והיה אם בוחרים לסגור את המפגש בהתערבויותיו של המדריך, רצוי שהדבר ייעשה לגבי האירועים שהתרחשו במהלך הפגישה בין המטפלים.

יש לסיים את המפגש בזמן הנקוב. אי־שמירה על כלל זה עלולה להתפרש בצורה מעוותת על־ידי המשתתפים ולעורר קנאה ותחרות מיותרות.

הדרכת יחידת ההנחיה

שלא כמקובל בפסיכותרפיה פרטנית, בטיפול קבוצתי ניתן לבצע את העבודה בהנחיה משותפת, כלומר ליצור יחידת הנחיה בה יפעלו יותר ממטפל אחד וצופה־משקיף.

יחידת ההנחיה מורכבת מאותם אנשים, שעליהם מוטל תפקיד הטיפול במסגרת נתונה. התמודדות יחידת ההנחיה עם התופעה הקבוצתית מקנה צביון מיוחד לעבודה הטיפולית. ההחלטה האם לטפל לבד או ביחידת הנחיה נתונה בידי המטפלים עצמם ולא בידי המדריך. לא אמצה כאן את הסוגיה השואלת מהם יתרונותיה וחסרונותיה של יחידת ההנחיה על־פני מנחה בודד. עם זאת, ניתן להתייחס לשאלה זו באמצעות אנלוגיה מעולם הנהיגה. לא ניתן לנהוג בשניים. ניתן אולי להיוועץ, לקבל אזהרה על תמרור שפספסנו בדרך, אבל רק אחד נוהג את המכונית.

ביצוע התפקיד של מטפל קבוצתי זו מלאכה של אדם אחד. אני גורס שמבחינת הצרכים האינהרנטיים לקבוצה, במיוחד כשמדובר במטופלים נוירוטים, אין צורך בשני מטפלים. לא בכדי מדברים המודלים הקונספטואליים של ביון, פולקס וגרינברג על מבנה של קבוצות טיפולית הכולל מטפל אחד בלבד. עם זאת, השתתפתי כמנחה שותף בלא מעט קבוצות, ורוב הקבוצות שהדרכתי טופלו אף הן על־ידי יחידת הנחיה המורכבת משני מטפלים. ביחידת ההנחיה אנו בוחרים לטפל בשניים, ויש חשיבות להיות ערים למגבלותיה של בחירה זו, בכדי להפיק ממנה את מרב היתרונות.

לעתים נובעת בחירה זו מהתפיסה שבאופן זה אנו מאפשרים לקבוצה ריבוי של דמויות טרנספרנס. לעתים אנו חשים שקל יותר לבצע מלאכה זו כשאנו מתחלקים בעומס רגשי ובאחריות הטיפולית, ולא פעם משתלבות שתי הסיבות הללו ביחד.

הבחירה האם לטפל לבד או ביחד היא אינדיווידואלית וניתנת לשינוי על־פי ההעדפה של המטפל או בהתאם לקבוצה בפניה הוא עומד. אם אמנם בחר מטפל לעבוד בשותפות עם מטפל נוסף, חשוב שהמדריך יסייע לו להבין לא רק את הסיבה בעטיה העדיף לעבוד בשניים ולא כמטפל יחידי, אלא גם מדוע בחר במטפל המסוים כשותף. אם נוצרה השותפות מסיבות שאינן תלויות בשניים, כגון השתייכות לצוות מסוים במקום העבודה, הרי שחשוב לעמוד על יחסם של המטפלים לזיווג ולמקומם בתוכו.

כשאנו יוצרים יחידת הנחיה, נבנית מסגרת תפקודית ייחודית, שמטרתה לבצע משימה מסוימת. למסגרת זו יש דינמיקה בתוכה, והיא גם מקיימת אינטראקציה עם המטופלים הסובבים אותה. דהיינו, על המטפל להתמודד במקביל עם הדינמיקה בינו לבין המטפל השני, לצד הדינמיקה בינם לבין הקבוצה. ניתן להתמודד עם משימה זו

במספר אופנים. באנלוגיה מעולם הספורט, ניתן לטפל בקבוצה כפי שמשחקים כדורסל בשכונה, ולעומת זאת ניתן לטפל כמו במשחק כדורסל מקצועי. במשחק כדורסל בשכונה כולם רצים אחר הכדור וכולם רוצים לקלוע. המשחק השכונתי טומן בחובו הנאה וסיפוק שאין לבטלם. השאלה היא, האם במשחק זה כל אחד מהשחקנים ממצה את הפוטנציאל הגלום בו, ואת היכולת של הקבוצה לשחק כצוות. כדורסל מקצועי מושתת, בין השאר, על דיפרנציאציה תפקודית בין השחקנים, כך שלא יהיה על כל אחד להשקיע את מרצו בכל רגע נתון בניסיון להבין את הכוונות, הרצונות או הכוחות של השחקן השני, מטרה שהיא גם מתישה וגם לא אפקטיבית. נפוצה האשליה ששני אנשים 'פשוט' יעבדו כיחידת הנחיה, כשלעתים מדובר בזוג אנשים שמעולם לא עבדו יחד קודם ואשר אינם מכירים זה את זה לעומק.

אני גורס שאם כבר הוחלט לטפל בשניים, הרי רצוי שתהיה בין המטפלים דיפרנציאציה תפקודית.

כפי שציינתי בסעיף הדן בתהליך, אני רואה את הקבוצה כמצויה ברמת דיפרנציאציה מאוד נמוכה בשלביה הראשונים. לכן לדעתי לא יהיה זה נכון שמסגרת יחידת ההנחיה תיכנס לעבודה המקצועית, כשבתוכה זהה רמת הדיפרנציאציה לזו של הקבוצה. לכן על המדריך לסייע ולעבוד עם המטפלים על ההבהרה וההפנמה של שני סוגי דיפרנציאציה בסיסיים, שאותם אני מכנה:

1. preliminary structural roles: P.S.R
2. preliminary interactional roles: P.I.R

מקור השם P.S.R: preliminary משום שזוהי קביעה מוקדמת, structural היות שהיא מבנית, roles משום שזוהי קביעה של תפקיד מסוים.

ה־P.S.R. קובע מיהו המטפל ומיהו המטופל. קביעה זו נשמעת טריביאלית, אולם נודעת לה חשיבות רבה, בעיקר במסגרת מוסדית. לא פעם נמצא קבוצות טיפוליות במוסדות כבתי־חולים, אשר מדי פעם מישהו מהסגל מחליט להצטרף למפגש קבוצתי בודד ביום מסוים. והיה אם ניכנס לחדר ונשאל מה תפקידו, יענו לנו : "הוא אחד מהסגל". בקבוצה הטיפולית לא קיים שטח לא מוגדר מעין זה. על המדריך לעבוד עם המטפלים על המשמעות שיש לעובדה שברגע שנכנסים לשטח הקבוצה', הדמויות השונות, שעד לרגע קודם ייתכן שהיו peers (עמיתים מקצועיים), הופכים להיות אחד משניים: מטפלים, ואז הם חלק מיחידת ההנחיה, או משתתפים. קביעה זו היא מבנית, ונשארת בעינה מתחילתה של הקבוצה ועד לסיומה.

לעתים קרובות משתתפים אנשי סגל במוסדות ובבתי־חולים בקבוצה טיפולית לאורך תקופה. במקרים רבים, לא נעשית ההבחנה בין יחידת ההנחיה לשאר אנשי הסגל באשר למיקום התפקודי שלהם בקבוצה. לטענתי, חשוב ביותר להבנות מראש את התפקיד של כל אחד מאנשי הסגל בקבוצה. אלו שאינם לוקחים חלק ביחידת ההנחיה מהווים משתתפים בקבוצה. הם אינם מטופלים, משום שאינם משתתפים בקבוצה מתוך הצורך לטפל בפתולוגיה של עצמם. היתרון שבהשתתפותם עשוי להיות גלום בהיותם מייצגים את החלקים ה'מאורגנים יותר' או ה'נוירוטים יותר' בקבוצה (בעיקר בקבוצה של חולים פסיכוטים). לעומת זאת, אין הם מוגדרים מראש כמטפלים קבוצתיים, כלומר ההבניה הראשונית קובעת שהם חלק מהקבוצה ולא אחראים עליה. לכן הם אינם לוקחים חלק בקבוצת ההדרכה. על המדריך לשמור בקבוצת

ההדרכה על התפקוד הייחודי של יחידת ההנחיה ולעזור לה להבין את מקומם של אנשי הסגל האחרים כמשתתפים בקבוצה הטיפולית.

אביא דוגמה אחת מני רבות לבלבול ולנזק שיכול להיווצר מכך שתפקידים אלה אינם מוגדרים ומובחנים מראש זה מזה. במחלקה של חולים פסיכוטים אקוטיים בבית־חולים פסיכיאטרי התקיימה קבוצה טיפולית שבה היו מעורבים שלושה אנשי סגל ולא נקבע ביניהם ה־P.S.R., דהיינו, האם כל אחד מהם נמצא בקבוצה כמטפל או כמשתתף בתהליך הקבוצתי. אחד מאנשי הסגל איחר בכעשר דקות לאחת הפגישות של הקבוצה. חברת סגל אחרת אמרה לו עם כניסתו, מתוקף תפקידה כמטפלת: "למרות שאתה דוקטור, הגעת מאוחר לקבוצה ואתה לא רשאי להיכנס". תגובה זו עוררה התקוממות ותדהמה אצל המטפל ('הדוקטור') שהסתובב ויצא החוצה. המטפלת התייחסה אליו כאל משתתף בקבוצה, שאמור לקיים את הכללים שנקבעו עבור הקבוצה. הדוקטור הגיב ממקומו כמטפל במחלקה, הרואה תפקיד זה כמקנה לו באופן אוטומטי מקום ביחידת ההנחיה. למותר לציין, כי לא היה זה אירוע רצוי עבור הקבוצה או עבור הסגל במחלקה, וכי הוא נבע בין היתר מאי־קביעת P.S.R. **לפני** הקמת הקבוצה הטיפולית. כלומר, היה מקום לקבוע מראש לגבי כל אחד מאנשי הסגל, האם הוא מהווה חלק מיחידת ההנחיה או מהמשתתפים. אם הוא חלק מיחידת ההנחיה, הרי שהוא לוקח חלק פעיל באחריות על המתרחש ביחידה זו ובקבוצה. לעומת זאת, אם הוא משתתף, הרי שאינו לוקח חלק בתכנון הקבוצה ובנטילת האחריות על המתרחש בה, בדיונים מיד לאחר כל מפגש ובקבוצת ההדרכה. הוא כן לוקח חלק בתהליך הקבוצתי עצמו. במקרה שצוין לעיל קביעת ה־P.S.R. לא היתה מפחיתה את רמות התוקפנות הקיימות בין אנשי הסגל, אבל היתה מאפשרת עיבוד נכון יותר של רגשות אלה. מבחינת הקבוצה אין צורך ביותר משני מטפלים וצופה אחד. יתרה מכך, כפי שצוין ריבוי דמויות מטפלות רק משבש את העבודה הטיפולית. לכן, יש לשקול כל הצטרפות של איש סגל לקבוצה באמצעות השאלה: האם הוא נחוץ ליחידת ההנחיה או שהוא מעוניין להיכנס מתוך הצורך שלו כאיש סגל. אם כך המצב מומלץ שייכנס כמשתתף בקבוצה ולא כמטפל בה, דבר שיוסכם ויוגדר מראש.

מקור השם P.I.R.: preliminary משום שזוהי קביעה מוקדמת, interactional משום שזוהי קביעה לגבי היחסים בין המטפלים לבין עצמם ובינם לבין המשתתפים. roles משום שזוהי קביעה של תפקיד מסוים. ה־P.S.R. התייחס לקביעה של שני תת־מבנים מוגדרים בקבוצה הטיפולית: זה של יחידת ההנחיה וזה של המטופלים. ה־P.I.R. מתייחס אך ורק למתרחש בתוך תת־המבנה של יחידת ההנחיה.

בקביעה זו מחליטים המטפלים ביחידת ההנחיה על התפקידים להם הם מצפים זה מזה. לדוגמה – ניתן לקבוע שהאחד יתערב במישור האישי והשני ברמה הקבוצתית. החשוב הוא שנוצרת ציפייה כלשהי, שהוגדרה מראש, לגבי תפקידו של האחר, וזאת כדי שאחר כך נוכל להבין מה אכן התבצע, מה לא ומדוע. קביעת התפקידים לא נוצרה כדי לקבעם, אלא מתוך ההבנה שכל העת אנו חורגים מהם ושדרך אותן חריגות אנו למדים על הקורה לנו בקבוצה ועל המתרחש בה שהביא לחריגות אלה. ניתן לחלק את התפקידים בהתאם לגישות ולאופני ההנחיה של כל אחד, וניתן לשלב יותר מחלוקה אחת בצוות המטפל.

במהלך ניסיוני מצאתי שהחלוקה בין המטפל "הממשי" לבין המטפל "המכיל" תורמת רבות בעבודה בקבוצות, בעיקר כשמדובר בהפרעות אישיות או בחולים פסיכוטים.

המטפל "הממשי" הוא זה המביא את האינטרוונציות שלו מעולמו הרגשי, ומתוך התחושות העולות בו תוך כדי התרחשות התהליך הקבוצתי. למרות היותן התערבויות רגשיות, הן צריכות להתבצע תוך התחשבות בצורכי המטופל. התערבויות אלו מאפשרות השלכות אך חוסמות במידה מסוימת פיתוח של יחסים טרנספרנסיאליים, כי הן מושתתות על תגובות ממשיות. המטפל 'המכיל' הוא זה שתפקידו לעבוד בקבוצה בעיקר עם הכלי של האינטרפרטציה. באמצעות ההימנעות מהבעת רגש אוברטית הוא מהווה קרקע פורייה להשלכות ובכך מעודד יחסי טרנספרנס.

במסגרות לימודיות שונות בהן אני מעלה חלוקה זו, אני מקבל שלוש תגובות טיפוסיות:

האחת, שזוהי יצירה של splitting. ביחס לתגובה זו עלינו להבין, ש־splitting היא דווקא חלוקה במקום בו **לא** אמורה להופיע חלוקה ואשר נערכת **ללא** דיפרנציאציה. לעומת זאת, ב־P.I.R. החלוקה מושתתת על דיפרנציאציה מאוד מובחנת בתפקוד.

תגובה שנייה, שאופיינית לנו כישראלים, היא שאין צורך בחלוקה זו כי בידי כל אחד לבצע את שני התפקידים בו־זמנית – 'גם את זה וגם את זה'. להערכתי דבר זה אינו מומלץ מבחינה קונספטואלית, שכן אם מגיבים במלוא עוצמת הרגש באופן אוברטי, כפי שעושה המטפל הממשי, הרי שנפגמת היכולת לתת אינטרפרטציות על המתרחש. שילוב שתי הפונקציות יהיה יותר מבלבל מאשר תורם.

התגובה השלישית היא, שחלוקה זו כובלת את המטפלים, שכן היא מקבעת ציפיות תפקודיות של מטפל אחד ממשנהו ובכך מגבילה את התפקוד. במקרים אלה משפט המפתח שאני שומע הם: "ניתן ליחסים בינינו להתפתח ונפעל בהתאם". משפט זה נשמע מאוד פרמיסיבי ופתוח, ונובע בעיקר מהניסיון בטיפול פרטני אך למעשה בא לכסות על מצב שיוצר מתחים מיותרים, המפריעים למהלך הטיפול. מניסיוני, חוויית הכבילות עלולה להיות יותר דומיננטית בשלבים המוקדמים של ההתפתחות המקצועית, בעיקר כאשר מדובר ביצירת דיפרנציאציה מקצועית או תפקודית.

החלוקה מעניקה חופש ומאפשרת להתמקם בקבוצה. בנוסף, היא מסייעת להבין מהן הסיבות לכך שהמטפלים חורגים מן התפקיד שקבעו לעצמם דווקא ברגעים מסוימים בתהליך ולבדוק באיזה אופן ענו על ציפיות המטפל השני – ציפייה שהיא תפקודית ולא התנהגותית. כאשר אין חלוקה כזו, ישנו עיסוק מתמיד מצד המטפלים בשאלה, האם כל התערבות והתערבות תואמת את ציפיות המטפל השני, והאם עליו לאומרה או שמא עליו להשאירה לרעהו. עיסוק זה כובל הרבה יותר מן החלוקה התפקודית.

תפקיד המדריך לסייע למטפלים להבין, שחריגה מהתפקידים שנקבעו, לא רק שאינה פוגעת או הורסת, אלא שהיא מהווה כלי חשוב בהבנת התהליכים המתרחשים בקבוצה דרך הבנת הסיבות להופעתה.

אין הכרח לכלול ביחידת ההנחיה את 'המטפל הממשי', ועובדה היא שבעבודתו של מטפל בודד בקבוצה טיפולית פסיכואנליטית אנו ממלאים רק את הפונקציה של 'המכיל'. עם זאת, יש מקום להוסיף את 'המטפל הממשי' בקבוצות שהן יותר קצרות

טווח, ובכאלו הכוללות חולים ברמות ארגון נמוכות, אשר בהן הבעה רגשית מצד המטפל תהווה פסיליטציה לאותם ביטויים רגשיים מצד המטופלים, מהם המטופלים נמנעים. בטיפול קבוצתי ממושך יותר, הצורך בהכנסת דמות כזאת קטן יותר.

לא פעם ניתן לשלב את החלוקה בין 'מטפל אישי' ל'ממשי', ובין 'מטפל קבוצתי' ל'מכיל', אז יהיו 'מטפל אישי ממשי' ו'מטפל קבוצתי מכיל'.

על המדריך לברר האם המטפלים ביחידת ההנחיה בחרו לעשות חלוקה תפקודית או לא. אם לא, עליו לברר מדוע. אם כן, הרי שיש מקום לבדוק מהם המניעים לבחירה בסוג החלוקה המסוים, לאופן בו התחלקו ביניהם תפקודית וכיצד הם מתמודדים עם תפקידיהם אחר כך בטיפול הקבוצתי.

אין באפשרות פרק זה לדון במכלול התפקידים הטיפוליים שכל משתתף ביחידה יכול לקבל על עצמו. יש לקחת בחשבון, כי לא תמיד משתתפים כל חברי יחידת ההנחיה בתהליך ההדרכה. מדובר בעיקר במצבים, בהם ניתנת ההדרכה במוסדות להכשרה. במצבים כאלה, המשתתף בקבוצת ההדרכה מעביר לשותפיו ליחידת ההנחיה את אשר קלט בקבוצה. לא פעם מעורר מצב זה קונפליקטים בין המטפלים. לכן, גם אם מצב זה חשוב להכשרת המטפל, אין הוא מסייע בהכרח לתפקוד הטיפול של אותה יחידת הנחיה. על המדריך להיות ער לבעיה זו ולהתייחס לקונפליקט של המטפל בין החוויה שחווה בקבוצת ההדרכה לבין עמדתו ביחידת ההנחיה.

המצב שונה כאשר יחידת ההנחיה כולה מצויה בהדרכה. במקרה זה, עלינו להיות ערים לשאלה, אם כל יחידות ההנחיה הנמצאות בהדרכה הקבוצתית שלמות. מצב זה אינו שכיח. נפוץ יותר המצב, בו רק מטפל אחד או שניים נמצאים בהדרכה אך הצופה אינו נמצא בה. לדעתי, השתתפות הצופה בתהליך ההדרכה עשויה לתרום רבות.

למרות היתרונות הטמונים בכך שיחידת הנחיה שלמה תשתתף בתהליך ההדרכה, נוטה יחידה כזו להסתגר וליצור מחנה בלתי חדיר בתוך קבוצת ההדרכה. על המדריך לחוש באיזה אופן באות יחידות הנחיה שונות ליחסי גומלין וכיצד בא לידי ביטוי עיבוד הרגשות, המתעוררים בתוך יחידות ההנחיה וביניהן.

עשוי להתהוות מצב שבו יבקש המדריך לפעול במשותף עם מדריך אחר, כיחידת הדרכה. מצב כזה יתהווה בעיקר בקרב מדריכים, המייחסים חשיבות רבה ל־modeling. למיטב ידיעתי מצב זה אינו שכיח, אך הוא עשוי להיות פורה רק אם תפקידי המדריכים מוגדרים היטב. לדוגמה, ייתכן שאחד המדריכים יעסוק בדינמיקה המתרחשת בקבוצה ואילו השני במרכיבי הפנטזיות, הקונפליקטים והתכנים שהמטפלים מביאים מהקבוצות בהן הם פועלים. בדומה לנאמר לעיל תיתכנה דוגמאות רבות של חלוקת תפקידים בין המדריכים. עבודת שני מדריכים יחד היא לעתים השקעה גדולה, שלא תמיד מצדיקה את עצמה. גם אם לשניהם ניסיון רב בעבודה משותפת, עלול לצאת שכרם בהפסדם (McGee, 1974).

הסביבה הפיסית בה מתבצעת ההדרכה

לסביבה הפיסית נודעת חשיבות רבה בהתפתחות תהליך ההדרכה. על מנת לשמור

על ניטרליות המקום, איני ממליץ שההדרכה תתבצע בבית־מגורים או מקום עבודה של אחד מהמודרכים, אלא במקום השייך למדריך, או במקום עבודה משותף לכולם. צורת עבודה כזו תהיה נוחה יותר למדריך ותתרום להפחתת לחצים על המשתתפים. כמו כן חשוב שההדרכה תתבצע במקום קבוע. הקביעות ומיעוט השינויים יאפשרו הבנת משמעות המרחב הפיסי בעבודה הטיפולית. חשוב, שהמרחב הפיסי יהיה רחב דיו ויאפשר קשר עין בין כל משתתפי ההדרכה. כלל זה חשוב בכל קבוצה טיפולית, ואינו נלקח תמיד בחשבון לגבי קבוצת ההדרכה. עניין נוסף הוא הנטייה הישראלית ללוות כל מפגש באוכל, תופעה הקיימת גם במפגשים מקצועיים ובהדרכות. על־פי ניסיוני, ריבוי המזון פועל בדרך כלל כפונקציה הפוכה לתחושת הריקנות לגבי תוכן המפגש הקבוצתי. אין להסיק מכך שבקבוצת הדרכה, בשונה מקבוצה טיפולית, אין מקום לשתייה קלה. להפך, דבר זה עשוי לתת גוון של אינטימיות ותחושה טובה לגבי שמירת המסגרת, אך חשוב לשמור על המידות (Grinberg, 1975).

מטפלים אחדים נוהגים לנהל רשימות במהלך ההדרכה. פעולה זו עשויה להיות לגיטימית, אך על המדריך לבדוק באיזו מידה מדובר במנגנון הגנתי, המביא את המשתתף להתנתק ממגע עם התוכן המועלה במהלך הפגישה, כמו היה לוקח את חוויותיו במחברת הביתה כדי לא לעבדן במפגש הקבוצתי, או מנסה "לבלוע" הכול ללא שום עיכול ועיבוד.

מספר המשתתפים בקבוצת הדרכה

לגבי מספר המשתתפים, קבוצת הדרכה ממלאת אחר כל התנאים לקיום קבוצה טיפולית. ניתן לתת הדרכה על טיפול קבוצתי גם למטפל בודד, אך במקרה של קבוצת הדרכה, המספר האופטימלי נע בין שלושה לשנים־עשר משתתפים. מספר המשתתפים לא חייב לעמוד ביחס ישר למספר הקבוצות המובאות להדרכה. לדעתי, לא רצוי להביא להדרכה יותר משלוש או ארבע קבוצות במקביל. כלומר, אם שלושת משתתפי יחידת ההנחיה מכל קבוצה יהיו שותפים לתהליך ההדרכה, נגיע למספר מרבי של שנים־עשר משתתפים. ככל שיגדל מספר הקבוצות המובאות להדרכה, תגבר הנטייה להפוך את התהליך למפגש דידקטי ותקטן האפשרות ללוות את התהליך הטיפולי מקרוב.

הדרכה במסגרת פרטית ומוסדית

ניסיוני האישי כולל מספר צורות הדרכה הן במסגרת מוסדית והן במסגרת פרטית. צורה אחת היא הדרכה בתוך מסגרת מוסדית לקבוצות המתארגנות בתוך המוסד (בתי־חולים, מרכזי בריאות נפש, מרפאות חוץ). צורה אחרת היא זו, הניתנת בתוך מסגרת מוסדית הכשרתית, כגון אוניברסיטאות, מכוני הכשרה לפסיכותרפיה, או מוסדות אחרים מסוג זה. צורה נוספת היא הדרכה פרטית על קבוצות, המתארגנות בתחום המוסדות. מקובלת גם הדרכה פרטית על קבוצות המתארגנות באופן פרטי,

יכולים להיות הרכבים וגרסאות שונות מאלה, אך אני בוחר להתייחס אליהן כאל דגם לצורות שונות. לכל אחת מצורות ההדרכה אֶפיון ובעייתיות משלה. באשר למטרת ההדרכה, עלינו לקחת בחשבון באיזו מסגרת אנו דנים. לא תמיד קובעת המסגרת את מטרות ההדרכה, אך היא מעניקה לה את צביונה. אנסה לשרטט את ייחודיותה של כל אחת מהמסגרות הללו ולהבליט את המשותף והמיוחד לכל אחת.

1. הדרכה בתוך מסגרת מוסדית לקבוצות המתארגנות בתוך המוסד

בדרך כלל, המדריך הוא חלק מצוות המוסד ובעל ניסיון מקצועי רב. עליו להדריך בתוך המוסד אנשים, הבאים לתקופות קצרות או מתחלפים כסטודנטים וכמתמחים. מצב זה עלול ליצור בעיה מיוחדת למדריך. ההצלחה הטיפולית היא עיקר מעייניו, ומוטלת עליו האחריות המקצועית לגבי המשכיות הקבוצה הטיפולית, המשתתפים בה, הפתרונות השונים ואפשרויות העבודה השונות. בדרך כלל המדריך עצמו הוא בעל המוטיבציה לעבודה הקבוצתית, והוא אף מכיר טוב יותר את המטופלים. מתוך כך נוצרת מחויבות מיוחדת של המדריך למטופלים, שעבורם הוא מעין מתווך, ולמעשה מקשר ביניהם לבין המטפלים המקבלים את ההדרכה. המדריך מעורב יותר בקונפליקטים בין המטופלים לבין המטפלים ויש לו עניין אישי רב, שהמטפלים יצליחו בעבודתם. בדרך כלל נוצר בלבול וניגוד אינטרסים בין החלק המינהלי־הטיפולי לבין החלק המקצועי, הקשור לטיפול הקבוצתי. בשל כך מוקדשות שעות רבות לאופן ההתקשרות עם המטופלים, לבעיות אבחון, למקומות מפגש, לעזיבת משתתפים וכדומה (Grotjahn, 1955).

כאשר מתעוררת בעיה עם אחד ממשתתפי יחידת ההנחיה, המדריך הוא בעל האחריות לפתור אותה.

כל שנאמר עד כה תלוי הן באישיות המדריך ובצורת העבודה שלו, והן באלה של המטפל. גם לאפיוני המוסד נודעת חשיבות רבה. ככלל, ניתן לומר שבמוסדות קיים משקל רב יותר לחלק הארגוני, לעומת החלק המושגי של ההדרכה מאשר במסגרות אחרות. במרכזים לבריאות הנפש בארץ מקובל, שהאחראים לכל תחום מקצועי (פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים, ואף מעט מהפסיכיאטרים) מקיימים קבוצות הדרכה על טיפול קבוצתי לסטודנטים ולמתמחים במקצועם הספציפי בתקופת הכשרתם.

לפיכך מקבלת כל קבוצת הדרכה את הצביון המייחד את המקצוע אליו היא שייכת. תלותם של מקבלי ההדרכה בהערכתם המקצועית של נותניה עלולה אף היא לפגום בתהליך ההדרכה. בדרך כלל, ככל שהדרכות מגוונות מבחינת ההשתייכות המקצועית, כך הן עשויות להיות פוריות יותר (Apaka, 1967).

בעיה אופיינית למדריך ממוקדת בקונפליקט נאמנות טבוע ובלתי נמנע בין הנאמנות למטופלים, לעמיתיו בעבודה, למוסדות האוניברסיטאיים ולמטפלים הבאים להדרכה. חשוב שהמדריך יהיה מודע למידת השפעתו של קונפליקט הנאמנות על תהליך ההדרכה. מצב זה עלול לחזק את חלקו של 'האני העליון' בתהליך ההדרכה. במקרה זה יש ניסיון להתמודד עם הבעיה על־ידי הפרדה מוחלטת בין העבודה הארגונית־הטיפולית עם המטופלים לבין החלק ההתנסותי־הקליני.

2. הדרכה בתוך מסגרת מוסדית הכשרתית באוניברסיטאות ובמכוני הכשרה לפסיכותרפיה (על קבוצות המתארגנות בבתי־חולים, במרכזי בריאות הנפש, או בקבוצות פרטיות)

עמדת המדריך במסגרת הכשרתית שונה מעמדתו במוסדות טיפוליים, ובדרך כלל תפקידו דידקטי במידה רבה יותר. המטפלים מביאים להדרכה קבוצות בנויות, והמדריך חש אחריות ישירה כלפי המטפלים בלבד. במקרים אלה, אנו רואים את המדריכים עסוקים יותר בדינמיקה של קבוצת ההדרכה מאשר בבעיות הספציפיות של המטופלים. המדריך יכול להתרחק מהבעייתיות של המטופלים, וכך יתאפשר לו ללוות יותר את המטפלים בהתלבטויותיהם בעבודתם המקצועית. לעתים נשכח המטופל במהלך ההדרכה. כאשר מובאות בעיות טכניות מצד המטפלים, ניכרת נטייה גדולה יותר אצל המדריכים להתייחס אליהן בצורה מושגית, תוך ניסיון להבין את מניעי הבעיה. זאת לעומת המקרה הקודם, בו נופל הצורך במציאת הפתרונות על כתפי המדריך בלבד.

בשל אופיים של מוסדות ההכשרה, הפועלים במסגרת סימסטריאלית – או שנתית – על־פי לוח אקדמי של שמונה עד תשעה חודשים, אין ההדרכות יכולות ללוות את הקבוצה בכל התהליך. ההדרכה מלווה את התהליך הטיפולי רק בקטע שבו הוא מצוי, עובדה המצמצמת במידה רבה את פוטנציאל ההדרכה. מכיוון שהמשתתפים מביאים קבוצות במצב התפתחות שונה, יש למצוא פתרונות דידקטיים כדי לשתף את כל קבוצת ההדרכה בתהליך.

אפשרות אחת היא שהמדריך יקבע פגישה נפרדת, אחת או שתיים, עם כל יחידת הנחיה כדי לעמוד מקרוב על הבעיות הטכניות שהתעוררו בקבוצות השונות. כך ינוצלו טוב יותר שעות ההדרכה של הקבוצה הכוללת לשם עבודה על הרמה המושגית של התהליכים. בדרך כלל בקבוצות מסוג זה, מביאים להדרכה קבוצות טיפוליות ממוסדות שונים, דבר הגורם לעתים לתחרות העלולה להשפיע על תהליך הלמידה, מידת השפעה זו תלויה באופן בו מלבן המדריך את התופעות הללו בקבוצה.

3. הדרכה פרטית על קבוצות המתארגנות בתחום המוסדות

מצב זה מתרחש, כאשר בוחרים מדריך על סמך הידע שלו בתחום ועל סמך ניסיונו. כאן אפשריים שני תרחישים: במוסדות בעלי תקציב מספק יוזמן המדריך למוסד לתת את ההדרכה כמומחה חיצוני. במקרה כזה , עבודתו של המדריך אינה נמשכת בדרך כלל תקופה ארוכה, וקיימת נטייה להחליף את המדריכים כל שנתיים עד ארבע שנים. במוסדות כאלה אופייני לתת שמות לתקופת ההדרכה ואז נשמעים ביטויים כמו: "התקופה של פלוני והתקופה של אלמוני". לכך מיתוספת הנטייה להתלהב מגישות חדשות או מדמויות של מדריכים חדשים כצורת התמודדות עם תסכולים וכישלונות בעבודה קבוצתית. וכך למרות שבכוחו של המדריך להצליח בעבודתו, מתעוררת, לאחר שנתיים או שלוש, תחושה שיש להחליפו למרות שהמטפלים המקבלים את ההדרכה התחלפו. כל מדריך חדש המגיע למוסד, עובד על־פי הגישה האישית והאופיינית לו. יחד עם זאת, מעניין ההבדל בין מדריך מתוך המוסד, לבין זה המגיע מבחוץ. במקרה האחרון, שומרים הרבה יותר על זמני ההדרכה. המטפלים מוכנים יותר להקריב את זמנם החופשי כדי לחגיע להדרכה. תופעה זו אינה קשורה תמיד

ליכולתו של המדריך. המדריך מלווה מקרוב את תהליך ההדרכה בפרק זמן קצוב מראש, המותנה בחוזה שהוא קבע ולא על־פי תקופות הכשרתם של המטפלים. בסוג זה של הדרכות קיימת תקופה שבה על המדריך ללמוד את התנהגות המוסד כולו ואת האופן בו מתבצעת העבודה הטיפולית.

התרחיש האחר הוא, כאשר מטפלים ממוסד מסוים מחליטים לפנות בצורה פרטית למדריך כדי לקבל הדרכה. זו אפשרות, שאינה שכיחה ביותר בישראל וקיימת כאשר קבוצת מטפלים רוצה לרכוש ייחודיות בעבודה בתוך המוסד ומעוניינת להתפתח מבחינה מקצועית, או כאשר המוסד מעוניין להשקיע בקבוצה של מטפלים. במקרה כזה מחפשים איש מקצוע, שיבצע את העבודה. בתרחיש זה קשה לאפיין את אופי ההדרכות כי מגוון האפשרויות רחב יותר. מידת ההשפעה של המוסד על המדריך היא קטנה יותר וקיים איזון טוב יותר בין החלק המושגי לבין הצדדים הארגוניים של העבודה הטיפולית.

4. הדרכה פרטית על קבוצות המתארגנות באופן פרטי

זוהי הצורה הרביעית של ההדרכה ועל־פי ניסיוני קיימים מקרים מועטים של הדרכה מסוג זה, בשל מספרן הקטן של הקבוצות הטיפוליות הפרטיות. יתר על כן, כאשר אלה מתקיימות הן מתבצעות על־ידי מטפלים מנוסים יותר שבדרך כלל מסוגלים להיות מדריכים בעצמם, ופחות זקוקים להדרכה.

בצורה כזו של הדרכה מתאפשר מעקב צמוד יותר על התהליך הטיפולי. הסכנה בקבוצות אלה היא שקבוצת ההדרכה תהפוך לקבוצה חברתית. לעתים, מטפלים העובדים באופן פרטי חשים צורך להשתייך לקבוצה כלשהי ובכך להפיג את הבדידות הנכפית עליהם בעבודה הטיפולית. לא פעם מהווה קבוצת ההדרכה הפרטית מוסד השתייכות שדרכו הם יכולים לענות על הצורך שלהם בהתחלקות ובשייכות. לעתים קרובות תימצא עילה להפיכת הקבוצה למוסד השתייכות סביב דמות אוטוריטטיבית או סביב אידיאולוגיה כלשהי, והמדריך יהיה צריך לקחת בחשבון את מידת השפעתה של תופעה זו על תהליך ההדרכה.

ההדרכה כחוויה

אבני היסוד של הכשרתנו כמטפלים הן: הטיפול שאנו עוברים כמטופלים, היותנו מודרכים והלמידה התיאורטית־המושגית. האינטגרציה של שלושה מרכיבים אלה בעשייה הטיפולית תאפשר את שיפור עבודתנו כמטפלים. עיבוד ניסיוננו כמטפלים והפיכתו לקומוניקטיבי הוא שיסלול את דרכנו כמדריכים. גורם נוסף הוא המידה בה נהיה ערים למתרחש במהלך ההדרכה ונעבדו. יש לשים דגש על גורמים אלה בתהליך ההדרכה־על־הדרכה.

מצבו של המודרך, מתוך עצם היותו מודרך, הוא מצב רגרסיבי. לא זו בלבד שקבוצת ההדרכה, ככל קבוצה, מפתחת מרכיבים רגרסיביים ומעוררת את איום ההתפרקות, אלא שהיא מפגישה את המודרך עם הנקודות העיוורות והמגבלות שלו בעבודתו הטיפולית, ומעוררת באופן מסיבי את צורכי הקבלה וההשתייכות. מדובר אפוא במצב

מורכב מאוד, שמחד טומן בחובו ציפיות רבות, ומאידך מכיל איום על זהותנו המקצועית ואיום על עצם השתייכותנו למסגרת. לא אחת אנו שומעים ממשתתפים, שמאז התחילו את תהליך ההדרכה בקבוצה, ידיהם כמטפלים כבולות. מופיעות תחושות של אחריות כבדה יותר ותחושות של הימצאות תחת ביקורת מתמדת. עצם הצורך להמשיג לעצמם את עבודתם ולהביאה בפני הקבוצה והמדריך, מעורר חרדה. לחרדות המתעוררות יכול להיות פוטנציאל מקדם וחיובי אם יהיה ניתן להתחלק בהן ולעבדן. מאידך, אם לא יעובדו יהפכו החרדות לרודפניות ומשתקות.

מצבו של המודרך המצטרף להדרכה על־פי בחירה חופשית, שונה משל המודרך השייך לקבוצה כזו כחלק מדרישות תהליך הכשרתו. המרכיב ה'רודפני' עשוי להיות בעל גוון שונה, אם כי אין זה אומר, שקבוצת ההדרכה במסגרת ההכשרתית תהיה בהכרח 'רודפנית' יותר מזו שבמסגרת השנייה. מרכזיות קיומה של האווירה הרודפנית היא פונקציה של אופי המוסד, אישיות המדריך והמודרך, האווירה שהקבוצה יוצרת והמידה שבה מעובדות החרדות במסגרת ההדרכה.

ההדרכה היא חוויה מיוחדת במינה. זהו תהליך, בו אנו מעבדים את עבודתנו וזוהי מסגרת השתייכות ומסגרת למידה וגדילה. בדרך כלל, נותנים מוסדות ומסגרות יציבים מקום רב יותר לפיתוח מסגרת הדרכתית. כאשר מדובר במסגרות בלתי יציבות, עשויה קבוצת ההדרכה להוות את החלק, המקנה יציבות לעבודתו של המטפל. השתייכות לקבוצת הדרכה מאפשרת כאמור להפיג את חוויית הבדידות, הנכפית על המטפל בעבודתו הטיפולית. למרות ההנחיה המשותפת בטיפול הקבוצתי, העומס המוטל על המטפלים והאיום הכרוך בהתמודדות עם מסגרת כה אמורפית גובלים לעתים אף הם בחוויה של בדידות ותסכול. תפקידה של קבוצת ההדרכה הוא לאפשר holding ו־containment (Papanek, 1958).

הבנת התהליך וההתמודדות המושגית עם העשייה הטיפולית עשויות לסייע לנו להתמודד עם המשימה, אך חוויית ההשתייכות, ההתחלקות ותחושת היחד, אלה יסייעו לנו להתמודד עם המתח ועם החרדות שהמשימה מעוררת. יש להיות ערים לכך שההבדל הגדול בין קבוצת הדרכה לקבוצה טיפולית הוא בכך שקבוצת הדרכה היא קבוצה משימתית (task group) ואין צורך שתעבוד באותן רמות חרדה כמו אלו המופיעות בקבוצה הטיפולית. ההפך הוא הנכון.

ההשקעה הנדרשת כדי להעביר את החומר לקבוצת ההדרכה מקרבת אותנו לתחושת הנופך המאוד אישי בעבודתנו. קבוצת ההדרכה היא במה להתבוננות משותפת בשונה שיש לכל אחד מאתנו בצורת עבודתו. אמנם, קבוצת ההדרכה ממקדת את חשיבות המושגים התיאורטיים ועליה להבליטם, אך הגורם הקובע בעבודה הטיפולית הוא הביטוי האישי והייחודי של כל מטפל. החבדלים התיאורטיים בין המשתתפים מקבלים גוון אחר, כאשר מצליחים לעבדם באמצעות החוויה, והמשתתפים מתבצרים פחות מאחורי עמדות כוח. אם החוויה מעובדת, יש מקום לפתיחת דיאלוג פורה.

לא פעם, כאשר משתתף מביא בעיה להדרכה, נוצרת הרגשה מאוד מיוחדת, כאילו כל הקבוצה מלווה אותו בעשייה הטיפולית שלו. ביטוי לכך אנו מוצאים כאשר משתתפים ממשיכים לשוחח על ההתרחשויות לפני ואחרי פגישת הקבוצה. החרדה,

המלווה בדרך כלל העלאת חומר בהדרכה, נותנת תחושה, שמדובר בחומר מאוד אינטימי, המקנה לקבוצת ההדרכה מעמד מיוחד.

על המדריך להשתתף בעולמות שונים בו־זמנית. עליו להכיר את המטופלים המוצגים בקבוצות השונות, לראות את כל הקבוצות הטיפוליות המובאות להדרכה, להיות במגע עם עולמו של כל מטפל, אך יחד עם זאת להיות בקשר עם קבוצת ההדרכה כמסגרת. מאמץ רב נדרש מהמדריך כדי להגיע לאינטגרציה של כל העולמות הללו. המאבק לעמוד בנ־יתוי של הפיכת קבוצת ההדרכה למסגרת תיאורטית, לקבוצה טיפולית או לקבוצה התנסותית בלבד, משאיר את המדריך בקונפליקט על מקומו ועל תפקידו כמדריך בקבוצה.

המדריך יוכל להתמודד עם קונפליקט זה רק אם וכאשר יוכל להיות חלק מחוויית הלמידה המשותפת, תוך שמירה על מקומו המיוחד במסגרת הקבוצה.

בשל היות הקבוצה הטיפולית קבוצה אשר בה התופעות לא רק מדווחות אלא גם קורות בדרך של פעולה, יש לקבוצת ההדרכה תפקיד ייחודי, והוא להעביר למטפלים את העיקרון הגלום בסוד שגילה השועל לנסיך הקטן בטרם נפרדו: "הנה סודי והוא פשוט מאוד: אין לראות את הדברים היטב אלא בלב בלבד. כי הדבר החשוב באמת סמוי מן העין".

ספרות

Allen, M.G. (1979). Peer review of group therapy. Washington, DC, 1972-77. *American Journal of Psychiatry, 136*, 444.

Anzieu, D., Bejarano, A., Kaes, R., Missenard, A., & Pontalis, J.B. (1978). *El trabajo psicoanalitico en los grupos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Apaka, T.K., Girsch, G., & Kleidman, S. (1967), Establishing group supervison in a hospital social work department. *Social Work, 12*, 54-60.

Berman, L. (1953). Problems of supervision and training in clinical psychology. Round table, 1952 6: A group psychotherapeutic technique for training in clinical psychology. *American Journal of Orthopsychiatry, 23*, 322-327.

Beukenkamp, C. (1956). Clinical observations on the effect of analytically oriented group therapy and group supervision on the therapist. *Psychoanalytic Review, 43*, 82-90.

Bion, W. (1959). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.

Bion, W. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis. XLIII, 4-5*, 306.

Bion, W. (1966). Catastrophic change. *Scientific Bulletin of British Psychoanalytic Society*, 5.

Bion, W. (1967). *Second Thoughts.* London: Heinemann.

Bloch, S., Brown, S., Davis, K., & Dishotsky, N. (1975). The use of a written summary in group psychotherapy supervision. *American Journal of Psychiatry, 132,* 1055-1057.

Etchegoyen, R.H. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique.* London, New York: Karnc Books.

Foulkes, S.H. (1984). *Therapeutic Group Analysis.* London: Maresfield Reprints.

Freud, S. (1913). totem and taboo. *Standard Edition, 13,* 1-99, London: The Hogarth Press 1964

Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. *Standard Edition, 18,* 65-143. London: The Hogarth Press 1964.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *Standard Edition, 23,* 210-253. London: The Hogarth Press 1964.

Ganzarian, R.(1989). *Object Relations Group Psychotherapy: The Group as an Object, a Tool, and a Training Base.* Madison, Connecticut: International University Press.

Glatzer, H.T. (1971). Analytic supervision in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 21,* 436-443.

Grinberg, L. (1975). *La supervision Psicoanalitica: Teoria y practica.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

Grinberg, L. (1985). Bion's contribution to the understanding of the individual and the group. *Bion and Group Psychotherapy.* In M. Pines (Ed.), London: Routledge & Kegan Paul.

Grossman, W.K., & Karmiol, E. (1973). Group psychotherapy supervision and its effect on resident training. *American Journal of Psychiatry, 130,* 920-921.

Grotjahn, M. (1955). Teaching, problems and techniques of supervision in psychiatric situations. *Psychiatry, 18,* 9-15.

Grotstein, J.S. (1985). *Splitting and Projective Identification.* New York, London: Jason Aronson.

Hare, R.T., & Frankena, S. T. (1972). Peer group supervison. *American Journal of Orthopsychiatry, 42,* 527-529.

Kaplan, De-Nour A., Brown, J. P. (1983). Group Psychotherapy in Israel. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.) *Comprehensive Group Psychotherapy.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Kernberg, O. (1985). *Internal World and External Reality.* Northvale, New Jersey-London: Jason Aronson Inc.

Leichter, E. (1963). Use of group dynamics in the training and supervision of group therapists in a social agency. *International Journal of Group Psychotherapy, 13,* 74-79.

Levin, S., & Kanter, S. S. (1964). Some general considerations in the supervision of

beginning group psychotherapists. *International Journal of Group Psychotherapy, 14,* 318-331.

Maronhn, R. C. (1969). The similarity of therapy and supervisory themes. *International Journal of Group Psychotherapy, 19,* 176-184.

McGee, T.F. (1968). Supervision on group psychotherapy: A comparison of four approaches. *International Journal of Group Psychotherapy, 18,* 165-176.

McGee, T.F. (1974). The triadic approach to supervision in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 24,* 471-476.

Mintz, E.E. (1969). Group supervision for mature therapists. *Journal Group Psychoanalysis & Process, 1,* 63-70.

Papanek, H. (1958). Training in group psychotherapy: A symposium. (III) Satisfactions and frustrations of a supervisor of group psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy, 12,* 500-503.

Podnos, B., & Robinson, L. (1967). A dynamic approach to supervision of trainees for group psychotherapy. *Interntional Journal of Group Psychotherapy, 17,* 257-260.

Puget, J. Bernard, M., Games Chaves G., & Romano, E. (1982). *El grupo y sus configuraciones.* Argentina: Lugar Editorial.

Sadock, B.J., & Kaplan, H. I. (1971). Training and Standards in Group Psychotherapy. 774-798. In B.J. Sadock, H.I. Kaplan, *Comprehensive Group Psychotherapy,* Baltimore: Williams & Wilkins.

Shatan, C. F., Brody, B., & Ghent, E. R. (1962). Countertransference: Its reflection in the process of peer-group supervison. *International Journal of Group Psychotherapy, 12,* 335-346.

Suzuki, D.T., & Fromm, E. (1960). *Zen Buddhism & Psychoanalysis.* New York: Harper and Brothers.

Winnicott, D. W. (1989). Fear of Breakdown (Written in 1963). In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Psycho-analytic explorations.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Winnicott, D. W., (1989). The importance of the setting in meeting regression in psycho-analysis (Written 1964) 96-102 . In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Psycho-analitic explorations.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Winnicott, D. W., (1989). The mother-infant experience of mutuality (Written 1969) 251-260. In C. Winnicott., R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Psycho-analytic explorations.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.