החוזה הטיפולי בפסיכותרפיה פסיכואנליטית

נעמי קלנר, מ.א.[1]

מטרתו העיקרית של מאמר טכני זה, היא לשרטט תמונה מקיפה של החוזה הטיפולי הנערך במסגרת הפסיכותרפיה הפסיכואנליטית. המאמר מתייחס למקומו של החוזה בסיטואציה הטיפולית, לחוזה כמכוננו של המערך הטיפולי, וכחוליה מקשרת בין התיאוריה הטיפולית לעשייה הקלינית, המאמר סוקר את סוגי מרכיביו של המערך הטיפולי, וביתר הרחבה, את מרכיביו של החוזה עצמו. לבסוף, נידונים היבטים של אופן עריכת החוזה הלכה למעשה. ההנחה הטמונה ביסוד הדברים היא, כי איכות העבודה הטיפולית תלויה לא במעט בטיבו של החוזה הטיפולי.

> ...המלצותַי באשר לטכניקה היו נגטיביות בעיקרן. [...] כמעט כל דבר שיש לעשותו, במובנו הפוזיטיבי, הותרתי ל׳טאקט׳ שאותו הצגת. מה שהשגתי בכך היה כניעה צייתנית לאזהרות אלה, כאילו היו איסורי־טאבו, בלא תשומת־לב לגמישותן. דבר זה צריך יהיה לשנות ביום מן הימים, אך בלא וויתור על ההתחייבויות.״
>
> (פרויד לפרנצי, 4.1.1928) (1, עמ׳ 271).

> ״אנו יכולים, ואמנם חייבים להיות גמישים ביישומם של כל הכללים הטכניים. הכול מותר, ובלבד שיודעים מדוע.״
>
> (2, עמ׳ 58).

ל הלכה, ניתן לסקור את נושא החוזה הטיפולי במסגרת מאמר או פרק יחיד. ואולם, עריכת החוזה **בפועל** היא מלאכת מחשבת מורכבת עד מאוד. מורכבות זו נובעת מכך שעריכת החוזה מצויה בנקודת צומת שבין התיאוריה, הטכניקה, וסגנונו האישי של המטפל. כיוון שכך, על כל מטפל לעצב ולסגל לעצמו, במשך השנים, ובמשך התפתחותו המקצועית את צורת החוזה ההולמת אותו, בהתאם לתיאוריות שדרכן הוא משקיף על נפש האדם ועל פסיכותרפיה, ובהתאם לצורת עבודתו, אישיותו וסגנונו האישי.

מטרתו של מאמר זה היא לסקור באופן בסיסי ומקיף, **אף כי לא ממצה**, את מקומו של החוזה בסיטואציה הטיפולית, את תכניו ואופן עריכתו. הכרת מכלול היבטיו של החוזה, היא בבחינת צעד ראשון בלבד. לאחריה, דרוש לימוד מעמיק וממצה יותר של המשמעויות של כל חלק מחלקי החוזה בהקשרה של הסיטואציה הטיפולית, מנקודת מבטן של תיאוריות שונות. בלימוד שכזה יש מקום לבחינת המחלוקות הרבות באשר לתכני החוזה ואופן הצגתם (או אי־הצגתם). מסגרת זו אינה מאפשרת לדון במחלוקות ובטעמים התיאורטיים של כל גישה, אך תקוותי שהמאמר יעורר את העניין במחלוקות אלו.

הערה בדבר הזנחת ההיבטים הטכניים: נושא החוזה הטיפולי הוא נושא **טכני**, ואפשר להניח שעל שום כך הוא מוזנח למדי. מטעמים תמוהים, במהלך הכשרתנו כפסיכות־רפויטים איננו נדרשים לרכוש לעצמנו שליטה בבחינות הטכניות של עבודתנו. מָשָל לנוירו־כירורג המטיב ללמוד את האנטומיה והפאתולוגיה של המוח, אך אינו לומד, אלא באופן שטחי, לעשות שימוש בכלי הניתוח. הזנחת הטכניקה בתחום הפסיכותרפיה היא רעה חולה, שעליה התלונן פרויד

---

[1] שירות הייעוץ לסטודנט, אוניברסיטת בר אילן.
[2] התוכנית לפסיכותרפיה של הפקולטה ללימודי־המשך, בית־הספר לרפואה ע״ש סאקלר, אוניברסיטת תל־אביב.

* מאמר זה עבר בדרך פיתוחו שינויים רבים. אף לא אחד מבין קוראותיו וקוראיו, אשר בהם הסתייעתי, הסכים עם כל הנאמר בו, והאחריות לתכנים הבלתי מוסכמים מוטלת כולה עלי. עם זאת, תודתי העמוקה נתונה לנעמה קינן ולד״ר רנה לזר שעודדו את פיתוח המאמר בשלביו הראשונים, לד״ר רוחמה מרטון ולדוד קיטרון על הערותיהם הביקורתיות, ותודה מיוחדת לד״ר עפרה אשל ולפרופ׳ רבקה אייפרמן על קריאתן ועל הערותיהן ודבריהן, אשר מהם למדתי רבות.

כבר בראשית המאה. במאמרו "נאום הגנה על פסיכותרפיה" מ־1905 (3), מוחה פרויד כנגד אלה הסבורים שניתן לערוך פסיכותרפיה ללא התמחות בטכניקה הפסיכותרפויטית. פרויד מצטט את המלט, אשר מתרעם על ידידיו רוזנקרנץ וגילדנשטרן המנסים, בפקודת המלך והמלכה, לחלץ ממנו את סוד דיכאונו. המלט מבקש מגילדנשטרן המנסה לדובבו, כי ינגן לפניו בחליל, אך גילדנשטרן מסרב בטענה שמעולם לא למד את אמנות הנגינה (משמע, את טכניקת הנגינה) בחליל. בתגובת עלבונו אומר המלט בין השאר:

"ועתה ראה נא איזה כלי קלוקל הייתי בעיניך! [....] שדים ורוחות! האמנם חשבת, כי נקל לנגן בי, מלנגן בחליל?" (בתרגום שלונסקי).

נראה, כי המלט עשוי לשמש פה לכל פציינט אשר מטפלו אינו טורח לרכוש לעצמו ולמען מטופליו, מיומנות בטכניקת הטיפול בכלל, ובעריכת חוזה טיפולי בפרט.

המונח 'טכניקה' מתקשר לעתים — שלא בצדק — לניגודו של יחס רגשי, להיעדר יצירתיות ואותנטיות. ואולם המונח טכנולוגיה במקורו היווני פירושו לימוד האומנות והאֶמנות. טכניקה פירושה אוסף שיטות ומכשירים שאדם נוקט בהם כדי לעבד וליצור. לפיכך, כאשר מדובר בטיפול פסיכולוגי, שימושו של המטפל באמפתיה, לדוגמה, או בתגובות ההעברה שלו, בהיותם חלק מהאמצעים שבהם הוא עושה שימוש בעבודתו, צריך להיחשב כחלק חשוב של הטכניקה הטיפולית.

מובן, שכאשר מדובר על הזנחת ההיבטים הטכניים, בשום פנים ואופן אין הכוונה לביקורת כנגדם, או ויכוח עמם, אלא לחוסר בקיאות. שכן, ביקורת, ויכוח, הצעות לשינוי, ואפילו מרדנות, אינם רק ביטויים מבורכים של הכרה, התייחסות, והתמודדות עם הבחינות הטכניות, אלא גם נחוצים להתפתחות הטכניקה.

כנגד הזנחת הטכניקה, קיימת גם סכנה הפוכה, והיא, דְבֵקוּת־יתר, תלות ודוגמטיות ביחסו של המטפל ל'טכניקה הנכונה'. פרויד עצמו התייחס לשתי סכנות אלו במכתבו (הנזכר במובאת הפתיחה) לפרנצי (1). מצד אחד, הוא תומך בכל לב בקריאתו של פרנצי לגמישות טכנית, אך מיד לאחר מכן הוא מוסיף:

"הגם שדבריך על 'טאקט' נכונים מאוד, נראה לי שהרשאה מסוג זה די מוטלת בספק. כל אלה שאין להם טאקט יראו בכך הצדקה לשרירותיות, כלומר, לגורם הסובייקטיבי, כלומר, להשפעת התס־ביכים האישיים שעליהם לא התגברו [...]". (1, עמ' 271).

צ'ארלס ברנר (4), בהתייחסו לקושי הכרוך בפרקטיקה הפסיכואנליטית אומר:

"אנו יודעים היטב שזוהי מלאכת־אמנות קשה ושחיי אדם אחד הם משך זמן קצר מדי לשם השגת שליטה בה." (עמ' 334, הדגשה שלי, נ.ק.).

לפיכך, ברנר (4, 5) רואה בהוראת כללים טכניים מקור סיוע חשוב לפיתוח המיומנות הקלינית, מצד אחד, ומצד שני הוא מזהיר מפני התייחסות לא מבוקרת לכללים שכאלה, ומציין את המכשלות הכרוכות בהם. לדבריו:

"סיטואציה אנאליטית איננה יכולה להיווצר פשוט על פי יישום רשימת כללים, או על־ידי עריכת הסדרים פיסיים. "מהותה של כל סיטואציה אנאליטית היא עמדותיהם של שני האנשים המעורבים בסיטואציה" (עמ' 30, הדגשה שלי, נ.ק.).

ואולם, סכנת הדְבֵקוּת הנוקשה בכללים (בניגוד לסכנת הזנחת ההיבטים הטכניים) זכתה מאז ראשית הפסיכואנליזה, ובפרט בעשורים האחרונים, להתייחסות נרחבת מאוד בספרות הפסיכו־אנאליטית (לדוגמה אצל: פרויד 1, 6, עמ' 282, 7, פרנצי 8, פנישל 2, ברנר 4, 5, ליכטנברג ואאוכינקלוס 9, הופמן 10, 11, 12, 13, גרינברג 14, ברמן 15, 16, ועוד).

סכנת הדְבֵקוּת הדוגמטית נוגעת ללא־ספק גם בעמדת המטפל ביחס לחוזה הטיפולי. ואולם, הזנחת הטכניקה איננה פתרון נאות ליישוב בעיית הדוגמטיות והדבקות הנוקשה. מאמר זה פונה יותר למכשלת ההזנחה מאשר למכשלה ההפוכה לה, אם כי, בשום פנים אין לראות בכך תמיכה בעמדות דוגמטיות.

הגדרה והערות הנוגעות למינוח

סאנדלר וחב' (17) ואטשגוז'ן (18), מתייחסים למונחים השונים בהם משתמשים כותבים שונים בהתייחסם להסכם הטיפולי שנערך בין הפונה לטיפול לבין המטפל. המונח 'חוזה (contract) טיפולי' מיוחס בעיקר לקרל מנינגר (19), אשר הקדיש את הפרק השני בספרו על הטכניקה הפסיכואנליטית לניתוח אופיו של החוזה הטיפולי. יש המעדיפים להימנע משימוש במונח 'חוזה טיפולי' על שום ההשתמעויות המשפטיות הכרוכות במונח 'חוזה', בעברית כבשפות אחרות (18). ואולם, כפי שאטשגוז'ן מציין, פרויד (20) השתמש במילה הגרמנית 'Vertrag' המתורגמת לעברית כ'חוזה, הסכם, אמנה, ברית'.

בדברים הבאים יוגדר 'החוזה הטיפולי' כהסכם בין המטפל למטופל באשר לכללי המסגרת הטיפולית (המערך הטיפולי), אשר בחלקם מנוסחים מפורשות. בהמשך נראה מדוע הניסוח המפורש מתייחס רק לחלק מכללי המסגרת.

אטשגוז'ן (18) מבחין בין 3 סוגי חוזים: חוזה רציונלי, המותאם למה שנקבע כעדיף ביותר להתפתחות התהליך הטיפולי, חוזה סמכותי, המציב את נוחיותו של המטפל כקודמת למשימה הטיפולית, וחוזה דמגוגי, המבקש לרצות את הפציינט, תוך גרימת היזק למשימה הטיפולית.

למרות שבספרות הפסיכואנליטית, אופן עריכת החוזה והגדרותיו שנויים במחלוקת, קיימת הסכמה נרחבת למדי בין הכותבים השונים באשר להֶיכללותם של חמישה נושאים או 'פרקים' בחוזה הטיפולי: הסדרי הזמנים, הסדרי התשלום, כלל־היסוד, הסודיות, וציון קיומם של כללי מסגרת אחרים.

מקומו של החוזה בסיטואציה הטיפולית

את החוזה הטיפולי של הפסיכותרפיה הפסיכואנליטית ואת חשיבותו לא ניתן להבין במלואם, אלא מתוך הבנת הפונקציות המתודיות שהחוזה ממלא בסיטואציה הטיפולית בכללותה. במירב התימצות ובאורח סכמטי ניתן לתאר את הדברים באופן כזה: **הסיטואציה הטיפולית** (המגדירה את מכלול התופעות הנוגעות ליחס הטיפולי שבין המטפל לבין הפציינט), כוללת את **המערך הטיפולי** ואת **התהליך הטיפולי**.

התהליך הטיפולי: הוא לב־לבה של הסיטואציה הטיפולית והמערך הטיפולי נועד לשרת את התפתחותו האופטימלית. הצגתו של התהליך הטיפולי במילים ספורות תחטא, בהכרח, לחשיבותו ולמורכבותו הרבה. למרות זאת, נסתפק כאן במניית היסודות הכללים, אותם מזכירים כותבים שונים בהתייחסם לתהליך הטיפולי.

התהליך מתאר את ההתרחשויות השונות החלות במהלך דרכם של המטופל והמטפל להשגת מטרות הטיפול (סילוק סימפטומים, יישוב הקשיים הגורמים להם, או שינויים אירגוניים במבנה האישיות). התרחשויות אלו אמורות לכלול סדרות שינויים הדרגתיים המתוארים בצורות שונות על־ידי כותבים שונים (18, 21, 22, 23, 24). יסודות השינוי החשובים, החוזרים בתיאוריהם של רוב הכותבים הם: התפתחות יחס של אימון מצד הפציינט כלפי המטפל, הפחתת החרדה, ותחושת ביטחון גוברת, אלה מאפשרים ירידה ברמת ההגנתיות הכללית והתפתחות תהליך של רגרסיה טיפולית, הכוללת את תופעות ההעברה. במקביל, מתפתחת הברית־הטיפולית, יכולת גוברת לשיתוף פעולה עם המטפל, הפנמה של הפונקציה הטיפולית והתפתחותה. כל אלה תורמים ליכולת גוברת לצפייה עצמית, ניסוח ופירוש, המובילים ליתר תובנה. זו, מובילה לתכליתו של התהליך הטיפולי, או למטרותיו.

המערך הטיפולי: הוא מִבנה אשר נועד **לאפשר ולעודד את התפתחותו של התהליך הטיפולי**. מִבנה זה כולל שלוש קבוצות של משתנים קבועים. סוג המשתנים הקבועים הראשון תלוי בתיאוריה הפסיכואנליטית ונגזר ממנה. השני, תלוי בהעדפותיו התיאורטיות, ובסגנונו האישי של המטפל. השלישי, בהסכמים חוזיים שבין המטפל למטופל.

אחד מתפקידיו המרכזיים של המטפל הוא לכרות ברית עם אותם חלקים של המטופל השואפים להתבגרות ובריאות נפשית, ולהגן עליה לכל אורכו של התהליך הטיפולי. במונחיו של פרויד (25):

"אנו יודעים שמהות הסיטואציה האנליטית היא זו, שהאנליטיקאי בא בברית עם האני של הפציינט לשם הכנעת חלקים בלתי־נשלטים מסויימים של הסתמי שלו, כלומר, לשם הכללתם בסינתזה של האני" (עמ' 235).

אפשר שכיום שוב איננו משקיפים על בני־בריתו של המטפל ו'יריביו' במונחים של "הכנעת חלקים... של הסתמי" אך מכל מקום, המערך הטיפולי מסייע למטפל למלא תפקיד זה של בן־ברית.

הפונקציה של המערך הטיפולי הוארה על־ידי כותבים שונים מזוויות ראייה שונות. לדוגמה, ויניקוט (26) מתאר את המערך הטיפולי כמסמל את הפונקציה האמהית, ואילו קווינודוז (27) מציגה את המערך הטיפולי כממלא פונקציה אבהית, המצויינת בשפה הלאקניאנית כ'שם האב' או כ'חוק האב'. אפשר להניח שהמערך הטיפולי מייצג שתי פונקציות אלו כאחד, כמו גם רבות אחרות. ראנגל (14) רואה כיסוד מרכזי בתהליך השינוי האנליטי את **התייחסותו** של המטפל למסגרת והתנהגותו אליה. לטענתו, שתי אלו הן מושא להזדהותו של הפציינט. פורלונג (29) טוענת כי:

"המסגרת היא סוכן טיפולי מכריע בזכות עצמה, במיוחד אם היא עצמה מנותחת לבסוף כחלק מהטיפול" (עמ' 701).

נדמה לי, כי יותר מכל תיאורטיקן אחר, רוברט לאנגס (30, 31, 32, 33, 34, 35) מייחס למערך הטיפולי ולכללי היסוד של הפסיכותרפיה, **תפקיד בסיסי, מהותי ומרכזי** בסיטואציה הטיפולית. על פי לאנגס, המערכת־הלא־מודעת העמוקה של הנפש, רגישה במידה קיצונית למסגרות וכללי יסוד, נוטה לשומרם וקשובה ללא הפסק למצבי שמירתם הפרתם. זאת, בניגוד למערכת המודעת, שאינה רגישה למסגרות וכללי יסוד, ונוטה לשנותם ולהפר אותם, מתוך מניעים שונים (כולל משאלות אומניפוטנטיות והכחשת המוות). לדעתי, המשגתו של לאנגס עשויה לתרום תרומה רבה להבנת חשיבותו המהותית של המערך הטיפולי והפנמתה, אף אם אין מאמצים את המשגתו כולה. לאנגס טוען, כי במישור הלא מודע מצבי שמירת גבולות וכללים והפרתם הם בבחינת גירויים טעוני רגש חזקים מאוד, המשפיעים על תגובותיו של הסובייקט או המטופל בעוצמה רבה. לפיכך, בעבודתו הוא מקדיש תשומת לב מרובה לשמירת 'כללי היסוד' של המסגרת הטיפולית.

בתיאורי הסיטואציה והמערך הטיפולי כותבים שונים מזכירים את מריון מילנר (36), אשר המשילה את הסיטואציה הפסיכואנליטית לציור (המשול לתהליך), הממוסגר במסגרת (המשולה למערך הטיפולי). ואולם, נראה בעיני, כי מורכבות היחסים שבין התהליך הטיפולי (הציור) לבין המערך הטיפולי (המסגרת), ניתנת להמחשה דווקא על־ידי ציון ההבדלים שבין הצייר לבין המטפל. שכן, לעומת הצייר, המטפל האמן עושה את מלאכתו תוך התייחסות קבועה למסגרת (כלומר, למערך הטיפולי), ותוך שימוש בה. המערך הטיפולי, איפוא, אינו משול אך למסגרת התמונה, אלא אף לבד הציור, למברשות ולמסגרת גם יחד. במונחי מטאפורה זו ניתן לומר, כי בניגוד לצייר, המטפל אינו נדרש ללמוד רק את תולדות האמנות ואת טכניקות הציור השונות. בנוסף על אלו, עליו ללמוד גם את מלאכת אריגת הקנבס, בניית המסגרות, ויצירת המברשות.

ולסיכום חלק זה — במרכזה של הסיטואציה הטיפולית מצוי התהליך הטיפולי, שתכליתו היא השגת המטרות הטיפוליות. לשם התפתחותו הנשאפת של התהליך הטיפולי, נחוץ מערך טיפולי מועיל. המערך הטיפולי שעקרונותיו כלולים בתיאוריה הפסיכואנליטית, מכוּון הלכה למעשה באמצעות החוזה הטיפולי, המהווה בו־בזמן חלק מהמערך הטיפולי, ואחד מהכלים העיקריים לבנייתו ושימורו. לפיכך, כדי להטיב ולהבין את החוזה ככלי מכוּון ומשמר, יש להתייחס תחילה למערך, אשר לשם בנייתו ושימורו נועד החוזה.

מרכיבי המערך הטיפולי לסוגיהם

המערך הטיפולי איננו אוסף של מוסכמות דוגמטיות, אלא מִבנה כולל, המהווה תנאי מוקדם, בסיס ומסגרת להיווצרותו של התהליך הטיפולי. בעיני לאנגס (31) מרכיבי המערך מהווים חטיבה אחת היוצרת את שלד המסגרת הטיפולית. הוא מחשיב את המערך המסורתי כתנאי מצויין לאפשרות הקשבה לגורמים לא־מודעים. לפיכך הוא יוצא כנגד אלה המציעים בקלות רבה מדי עריכת שינויים במסגרת הטיפולית. שכן, לדעתו: שינית כלל אחד, שינית את המסגרת בכללותה. עמדה כמעט זהה לזו מבטא גם וידרמן (37) בהתייחסו למרחב האנליטי. לטענתו, לכל אחד מהכללים המסורתיים הנוגעים ליחס הטיפולי יש תפקיד ביצירת המרחב האנליטי שבו יתפתחו תופעות ההעברה, ועל כן, שינית כלל אחד, שינית את המרחב בכללותו.

מכל מקום, המערך הטיפולי כולל מרכיבים רבים, אשר ניתן לחלקם ל־4 סוגים:

1. **מרכיבים פיסיים**: אלה הם איפיונים שאינם מהותיים לסיטואציה הטיפולית, ואף על פי כן משפיעים עליה בהכרח, לחיוב או לשלילה (38). כאן מדובר על איפיונים כגון: מיקום חדר הטיפול (בבית המטפל או מחוצה לו, בסביבה עשירה או דלה וכד'), איפיונו האירגוני־חברתי (חלק מאירגון, קליניקה פרטית חלק מבית־חולים וכיו"ב), עיצובו הפנימי של חדר הטיפול, תנאיו, מידת נוחיותו, סידורי הישיבה שבו וכיו"ב. מייסנר (39) אומר כי אלה משפיעים רבות על יחסו הלא־העברתי של הפציינט למטפל. ואולם ברור כי מרכיבים אלה משפיעים גם על יחס ההעברה של המטופל. כאמור, ויניקוט (26), בהתייחסו גם לגורמים פיסיים כאלה, רואה את המערך הטיפולי כמייצג את האם ואת הטכניקה של אמהותה. ברוח זו, תומא וקכלה (38) מדגישים את הצורך שלחדר הטיפול תהיה איכות של 'סביבה מאפשרת'. כנגדם, לאנגס (35) מדגיש את הצורך להתחשב בעקרונות טיפוליים המעודדים 'מערך מאובטח' (secured setting) תוך הדגשת האנונימיות היחסית של המטפל, פרטיות וסודיות הקשר הטיפולי וכד'. על כן הוא ממליץ על דקורציה פשוטה, המשקפת במידה מיזערית את אישיותו של המטפל. כך, לדוגמה, הוא ממליץ לדאוג לכך שבחדר הטיפול לא יהיו אפילו ספרים (!) או חומר קריאה כלשהו. זוהי דוגמה להשפעת השוני שבהדגשים המושגיים על אירגון תנאיו הפיסיים של המערך הטיפולי.

2. **מרכיבים חוזיים**: אלה הם מרכיבים הנכללים בחלקו המפורש של החוזה הטיפולי. הם כוללים את הסדרי הזמנים, התשלום, כלל היסוד, חובת הסודיות, וציון קיומם של כללים נוספים, אשר המטפל יבהיר למטופל לכשיתעורר הצורך בכך. לאנגס (30, 35) מחשיב מרכיבים אלה כחלק ממה שהוא מכנה 'כללי היסוד' (ground rules) של הסיטואציה הטיפולית (בלא הבחנה בין פסיכואנליזה לפסיכותרפיה), כביטוי לכך שלדעתו, למרכיבים אלה השפעה מהותית על התפתחות התהליך הטיפולי. המרכיבים 'החוזיים' הם, כמובן, מרכיבי המערך המעניינים אותנו ביותר בהקשרו של החוזה הטיפולי. למרכיבים מסוג זה נתייחס בהמשך בפירוט ובהרחבה.

3. **מרכיבי היחס הטיפולי**: הם עקרונות טיפוליים, הנגזרים במידה רבה מהתיאוריה על הטכניקה הטיפולית. הם כוללים עקרונות המנחים את המטפל, אופן נוכחותו ופעילותו הטיפוליים, תוך חתירה לבניית יחס טיפולי המסייע לתהליך הטיפולי. לדוגמה, על העקרונות המסורתיים נמנים: 'הטריומוויראט הקלאסי' לאמור — כללי ההינזרות (abstinence), האנונימיות, והנייטרליות — וכן, עיקרון הקשב הנינוח (evenly suspended attention), היחס הא־סימטרי בין המטפל למטופל, אקסקלוסיביות הקשר הטיפולי (בהיבטיו השונים, כגון: אי־שיתוף של אנשים אחרים, הימנעות מקשרים שמחוץ למערך הטיפולי הקבוע מבחינת מקום וזמנים, הימנעות מצורות סיוע (הדדי) שמחוץ לסיוע הטיפולי המוגדר, כגון מתן עצות, או הענקת מתנות), מהימנותו של המטפל, וכיו"ב. וידרמן (37) מתייחס בהרחבה למרכיבי היחס הטיפולי והשפעתם על יצירת המרחב האנליטי.

במהלך השנים, לא נותרו העקרונות המסורתיים כשהיו במקורם, אלא שונו בהתאם להתפתחות התיאוריה. המגמה העיקרית המצטיירת היא של הגמשה וריכוך, אשר הושפעה ממקורות שונים, כולל התפתחות האפיסטמולוגיה בתחום החשיבה הפסיכואנליטית, צמיחתו של מודל החֶסֶר ההתפתחותי לצד מודל הקונפליקט, ושינויים תרבותיים המשפיעים עמוקות על יחסים עם בעלי סמכות מקצועית. כך, בקרב אסכולות שונות מדובר כיום, על כלל ההינזרות (abstinence) האופטימלית, כלל האנונימיות היחסית, כלל הנייטרליות המטיבה, ועיקרון ההדדיות הא־סימטרית ביחסי מטפל־מטופל.

4. **כללים התלויים בסגנונם של המטפלים**: בקבוצה זו, ניתן לקבץ את אותם כללים השנויים במחלוקת, אשר מטפלים שונים בוחרים להכלילם במערך הטיפולי, או לא להכלילם, אם בשל טעמים תיאורטיים ואם בשל סגנון אישי (נראה בעיני כי תכופות, ההעדפות האישיות זוכות

לרציונליזציות תיאורטיות). לדוגמה, יש מטפלים הכוללים בחוזה הטיפולי את הסכמתו של המטופל להימנע מנקיטת צעדים גורליים במהלך הטיפול בלא שאלה נשקלו קודם בטיפול (30). אחרים מתנגדים לכלל זה שפרויד, בזמנו, עמד עליו (כאשר משך האנליזה המקובל נמדד בחודשים, ולא בשנים). מטפלים אחדים (18) כוללים בחוזה את ההסכמה על כך שהפסקת הטיפול תיערך לאחר הסכמה משותפת. מטפלים אחדים אוסרים על עישון במהלך השעה הטיפולית (בטענה כי זה סותר את כלל האיפוק. פרויד, כידוע, לא נהג כך), ואילו אחרים לא רק מתירים את העישון, אלא גם מגיבים בשמחה לעישונו של המטופל.

לסכום סעיף זה: חילקנו את מרכיבי המערך ל־4 קבוצות כלליות של גורמים קבועים־יחסית, המרכיבים את המערך הטיפולי, האמור לתפקד כמצע וכמסגרת להתפתחות התהליך הטיפולי. מבין ארבע קבוצות אלו, זו הנוגעת במיוחד לדיוננו בחוזה הטיפולי היא, כמובן, קבוצת המרכיבים החוזיים, שעתה נתייחס אליהם ביתר הרחבה.

ואולם, בטרם נדון במרכיבי החוזה גופו, נשוב ונזכור: 'החוזה הטיפולי' נערך לרוב בראשית הקשר מטפל־מטופל, כאשר השניים עדיין זרים זה לזה במידה רבה. המטופל עלול להיות אמביוואלנטי, חרד, מדוכא, מבולבל, כאוב, 'המום' מעצם פגישתו הראשונה עם עולם בריאות הנפש, חסר סבלנות לדיון שאינו עוסק במצוקתו, מוטרד, וכו'. בקצרה, מידת פְּנִיוּתוֹ הרגשית והקוגניטיבית לעריכת הסכמים בדבר טיפול, שאין הוא יודע כלל מה טיבו, עלולה להיות מיזערית, הגם שאין הוא מעז, או אין הוא יכול לבטא זאת.

עלינו לערוך את 'החוזה הטיפולי', אך אל לנו לצפות לכך שביטויי הסכמה מצד המטופל יהיו פשוטם כמראיתם. זאת ועוד: ההסכמים הכלולים בחוזה, כמו יסודות המסגרת הטיפולית בכללותה, הם, לדברי מייסנר (39):

"בבחינת אמירה לגבי התנאים ההכרחיים לעיסוק טיפולי, יותר מאשר תביעה הנכפית על הפציינט. הם אף כוללים יותר מהמשתמע מצד המודל החוזי" (עמ' 1075, הדגשה שלי, נ.ק.). וכפי שאומר מייסנר בהמשך לגבי כל מרכיבי המסגרת הטיפולית, גם מרכיבי החוזה הטיפולי הם עניין לדיון, משא־ומתן והסכמה, והדברים אמורים לא רק לגבי מעמד עריכת החוזה הפורמלית, אלא, לגבי משך מהלך הטיפול כולו.

מרכיבי החוזה הטיפולי

את החוזה הטיפולי ניתן לראות כמורכב מ־5 פרקים:

1. הסדרי זמנים.
2. הסדרי תשלום.
3. כלל היסוד או עיקרון מנחה תחליפי.
4. הסודיות המקצועית וגבולותיה.
5. ציון קיומם של כללים אחרים.

סדר זה של הצגת פרקי החוזה, המקובל למדי בספרות, הוא בעייתי במידת מה, שכן הוא מציב בראשו את הפרקים הפורמליים יותר של המערך הטיפולי, ודוחק למיקום משני את הפרקים המהותיים יותר. יש טעמים מסויימים להצגת החוזה על פי סדר זה, אך יש גם טעם לפגם, ואולי אף טון צורם בהצגת הסדרי הזמנים והתשלום לפני העיקרון המנחה והסודיות.

בתקשורת אישית, מפי ד"ר עפרה אשל (1999), למדתי דרך אחת לפתרון בעיה מטרידה זו. להצעתה, המטפל יכול לאפיין ולציין מפורשות את טבעם של חלקי החוזה השונים (כגון, סעיפים 'מהותיים' לעומת 'טכניים', או לעומת 'פורמליים' וכד') ובכך לשלול במידת מה את ההשתמעות האפשרית כאילו סדר הצגת הסעיפים משקף את מידת המהותיות שמייחס להם המטפל.

לכל אחד ממרכיבי החוזה, ואף לרוב תת־מרכיביו, חשיבות רבה, ומשמעויות ממשיות וסמליות, מודעות ולא־מודעות רבות. לכל אחד השפעה, אם גדולה ואם קטנה, על התפתחות התהליך הטיפולי. ואולם, כיוון שמטרתנו הנוכחית היא לשרטט תמונה סכמטית, אך מקיפה של מרכיבי החוזה, לא נמצה באורח שיטתי קשרים והשפעות אלה, אף לא נתייחס לטעמיו של כל מרכיב והשפעותיו על התהליך הטיפולי.

1. **הסדרי זמן**: כוללים 4 סעיפים עיקריים:

א. **תכיפות הפגישות**: ככל שהדבר נוגע לפסיכותרפיה פסיכואנליטית, מקובל לראות בפגישה אחת בשבוע, מינימום הכרחי. לאנגס (30) מדבר על תכיפות של פעם עד שלוש פעמים בשבוע, כאשר מדובר בפסיכותרפיה פסיכואנליטית, לעומת ארבע עד חמש פעמים באנליזה גופא. קרנברג (40) שולל עריכת פסיכותרפיה פסיכואנליטית בתכיפות פחותה מזו של שתי פגישות בשבוע, אחרת, לדעתו, רצף הסיטואציה הטיפולית מידלל מדי ואיננו מאפשר התייחסות הולמת להיבטים המציאותיים ולהיבטי ההעברה גם יחד. מכל מקום, בהשוואה לתכיפות של פעם בשבוע, אין ספק כי שתי פגישות בשבוע עשויות, במקרים רבים, לתרום לאיכותו, עוצמתו וקצב התפתחותו של התהליך הטיפולי, שכן, תכיפות הפגישות משפיעה על מידותיו של המרחב הנוצר, לשם התגלותם של תהליכים לא־מודעים (38). ואולם, יש להביא בחשבון את צרכיו ואפשרויותיו — רגש, זמן וכסף — של המטופל. לעתים, דווקא מטופלים בעלי פאתולוגיה חמורה, אשר מבחינות אחדות עשויים היו לצאת נשכרים מקביעת שתיים או שלוש פגישות בשבוע, אינם יכולים לשאת זאת. במקרים שכאלה, שכר פגישות כפויות, שהפציינט מתנגד אליהן מאוד, עלול לצאת בהפסדן, כל עוד איננו מוצאים דרך לסייע לו להתגבר על התנגדות זו.

ב. **משך הפגישות**: משך הפגישות המקובל הוא ארבעים וחמש או חמישים דקות. במקרים מיוחדים (כגון במקרים

של פאתולוגיה קשה, או מצב רגרסיבי חריף) רצוי לחרוג מכך, ולקבוע משך זמן ארוך או קצר יותר, בהתאם לצרכיו של המטופל, המטפל והתהליך הטיפולי.

יהיה משך הפגישה המוסכם אשר יהיה, חשיבות יתירה יש ליכולת המטפל לשמור היטב על גבולות זמן הפגישה כפי שנקבעו. נוהגו של המטפל ביחס למרכיב קבוע זה של המערך הטיפולי, משקף במידה רבה את יחסו לגבולות המסגרת הטיפולית בכללם. לעתים מזומנות מעמידים מטופלים את המטפל ואת יכולתו לשמור על גבולות הזמן במבחן בעל משמעויות סמליות רבות. ויניקוט (26) רואה את הקפדת המטפל על תחילת הפגישות וסיומן במועד כביטוי ישיר ואמיתי לשנאתו 'האובייקטיבית' (והטיפולית) של המטפל ביחסו למטופל. אין זה מעניינו כאן לדון במשמעות המושג 'שנאת־המטפל' הוויניקוטיאני והשלכותיו, אבל טענתו של ויניקוט מדגימה את אחת הצורות שבהם נקשר מרכיב המערך הקבוע, **ליחס הטיפולי**.

ג. **מועדי הפגישות** (השעות והימים הקבועים שבהם תערכנה הפגישות): הגם שנראה בעינינו כי קביעות מועדי הפגישות היא כה מובנת מאליה, עד כי מיותר להזכירה מפורשות, בכל זאת, הדבר נחוץ. מטפל שאינו סבור כך, ילמד זאת במוקדם או במאוחר כאשר יתברר לו שלא לכל הפונים לטיפול הדבר מובן. קל יותר לציין זאת כדרך שיגרה, מאשר לגלות בתום מלאכת עריכת החוזה, כי המטופל מסכים לכול בחפץ לב, אלא שאין הוא יכול להתחייב לפגישות במועדים ושעות קבועים, כי הוא טייס, עורך־דין, או כי בטיפול הקודם שלו, כל פגישה נקבעה 'כמובן' בפגישה שקדמה לה. קביעותן של הפגישות במועדים קבועים, נחשבת לאחד מהקובעים בעלי ההשפעה החזקה על מהימנותו של המטפל, ועל התפתחות היחס הטיפולי, ו'המרחב' הטיפולי.

ד. **חגים, מועדים, חופשות, וזמנים שבהם לא תתקיימנה הפגישות**: העיקרון המנחה בסעיף זה הוא, שככל שניתן לחזות מראש את המועדים שבהם תיערך הפסקה ברצף התהליך הטיפולי, ראוי לציינם מראש. באופן זה ישולבו מועדים אלה בתוך המסגרת הטיפולית הקבועה, ויהפכו אותה ליותר מהימנה מבחינה זאת.

2. **הסדרי תשלום**: הסדרים הנוגעים לתשלום כוללים 3 סעיפים עיקריים:

I. תעריף הפגישות.

II. צורות התשלום.

III. אחריות התשלום על פגישות מוחמצות.

נושא התשלום הוא נושא מורכב וקשה למטפלים ולמטופלים כאחד (41). אפשר שעל שום כך מועטים, יחסית, הדיונים הכלולים בספרות האנליטית על משמעויות הכסף לגבי היבטי הברית הטיפולית, ההעברה וההעברה הנגדית בסיטואציה האנליטית (41, 43, 44). חשיבותו ומהותיותו של מרכיב זה קשורות לטבעו היחיד במינו של כסף בתרבותנו. הלשון העברית משקפת ייחודיות זו במונח הנרדף ל'כסף' — 'דמים'. אפשר שבתרבותנו אין עוד כמו הכסף, סמל הקשור בו־זמנית, ובמידה כה הדוקה, לדחפים מודחקים, לקונפליקטים, לרגשות קנאה, תחרות, בושה ואשמה, לפנטזיות מיניות ותוקפניות, למאַוויים, לתחושות ביטחון וחרדה, לשאיפות לערך וכוח ולכמיהה לאושר. הכתיב המבחין בין 'עושר' לבין 'אושר', מבחין ביניהם יותר משעושה זאת הלא מודע. פרויד, הדן בנושא התשלום במאמרו על תחילת הטיפול (7), אומר:

"...האנליטיקאי אינו חולק על כך שכסף אמור להיחשב בראש ובראשונה כאמצעי לקיום החיים ולהשגת כוח, ואולם, הוא גורס שבנוסף לכך, גורמים מיניים בעלי עוצמה כרוכים בערך המיוחס לו, לפיכך הוא יכול לצפות לכך ששאלות הנוגעות לכסף יטופלו על־ידי אנשים תרבותיים באותה דרך שבה הם נוהגים ביחס לעניינים מיניים, לאמור, עם אותו חוסר־עקביות, התחסדות וצביעות" (עמ' 131, הדגשות שלי, נ.ק.).

ארנולד אלן (45) מתייחס לתשלום ככלי טיפולי חשוב, הן ברמה הסמלית והן ברמת המציאות. הוא מדגיש את הצורך בנחישות סלקטיבית ובגמישות או מתירנות סלקטיבית — על בסיס שיקולים דינמיים — כל אימת שצצה בעיה בעניני תשלום. פציינט שאינו עומד בהסכמים השונים שהוסכמו לגבי צורות התשלום, פוגע בגבולות המסגרת ואינו עומד בהתחייבותו. ואולם, אומר אלן, באותה מידה, כאשר מטפל מתעלם מתחום התשלום או אינו מטפל נכון בבעיות הצצות בנושא זה, אף הוא פוגע בעליל בהתחייבות שעליה הוסכם בבירור: התחייבותו לתפקד באורח יעיל כמטפלו של הפציינט (במאמרו מתייחס אלן לקשיים שונים שבהם נתקל כל מטפל בתחום טעון רגשות זה של תשלום כסף וקבלתו). לטענתו, כאשר נושא התשלומים אינו נשקל במונחים של האינטראקציה הטיפולית בכללותה, המטפל מחמיץ כלי טיפולי רב ערך.

כאמור, מסגרת המאמר הנוכחי אינה מאפשרת דיון במחלוקות המתייחסות להסדרי התשלום. לפיכך, על אף החשיבות הרבה שיש להבנה מעמיקה של משמעויות והשתמעויות מרכיבי הסדרי התשלום, אסתפק בכל אחד מהסעיפים אך ורק בהערות בודדות, אשר בשום פנים אינן ממצות את הנושא, ואינן משקפות את כל הדעות.

I. **תעריף הפגישות**: סוגיית גובה התעריף קשה ומסובכת. דימן (44) מנתחת מקורות השפעה שונים על גובה התעריפים הנהוג בקהילות שונות, כגון, תחרותיות בין מטפלים, שאיפות לכוח, ליוקרה, הערך המיוחס להצלחה חומרית וכיו"ב. קיימות גישות שונות ביחס לשאלה עד כמה על המטפל להתחשב ביכולתו הכספית של המטופל, ולהתאים את תעריפי הפגישות על פי שיקול זה. שאלה זו קשורה בין היתר לתפיסת אופיו של המקצוע הטיפולי, לגישות שונות בדבר האיזון הראוי בין צרכיו של המטפל לצרכיו של המטופל (גם לכאן נוגעת הבחנתו הנזכרת של

אטשגוז'ן (18) בין חוזה רציונלי, סמכותי ודמגוגי), מחוייבותו של המטפל כלפי אנשים במצוקה נפשית שמזלם הכלכלי לא האיר להם פנים וכיו"ב. לפי אלה הסבורים כי כאמצעי כלכלי, דינה של פסיכותרפיה כדין כל מקצוע אחר, ועיקרון ה'ביקוש־וההיצע' לגיטימי כאן, הרי אין אפילו מקום לעיקרון שהתעריף ישקף את מידה ניסיונו, מומחיותו ומיומנותו של המטפל.

אייסלר (46) עשוי לייצג את הסוברים כי לעתים, על המטפל להתחשב ביכולתו הכלכלית של הפונה באומרו:

"כאשר, מכל מקום, אנליטיקאי מוכן לקבל פציינט לטיפול רק בתנאי שישולם התשלום הגבוה ביותר, הדבר עלול להצביע על יחס פאתולוגי מצדו לכסף — ולפיכך גם לפציינט. יחס מאוזן לכסף יכלול נכונות מצדו של האנליטיקאי לטפל לעתים בלא תשלום, או תמורת תשלום נמוך" (עמ' 85).

ואולם עמדה זו אינה מקובלת על הכול. לאנגס (35) קיצוני בגישתו שעל המטפל לקבוע לעצמו תעריף קבוע, ולא לשנותו (לא להורידו אף לא להעלותו). במקרה שהפונה אינו מסוגל לעמוד בתעריף זה, על המטפל להפנותו למטפל שתעריפיו נמוכים יותר (בעיני, גישה זו בעייתית ביותר). טעמיו של לאנגס קשורים להמשגתו הייחודית באשר למערך הטיפולי האידיאלי, אך יש מטפלים הסוברים כי המטפל אינו צריך להתחשב ביכולתו הכלכלית של המטופל, אף מטעמים שאינם קשורים לתפיסת המערך הטיפולי.

II. צורת התשלום: בנקודה זו רצוי להגדיר בבירור את הדפוס הקבוע שלפיו ייערך התשלום. האם ייערך בכל פגישה או אחת לחודש, בתחילתו או בסופו? האם התשלום יימסר למטפל במזומן או בהמחאות? בסוף הפגישה או בתחילתה? יש אנליטיקאים ופסיכותרפויטים המעדיפים את ביצוע התשלום בתחילת הפגישה, מתוך כוונה לאפשר התייחסות למשמעויות ולהשתמעויות המודעות והלא מודעות המתקשרות לתשלום, בתוך גבולות זמן הפגישה. כאשר התשלום נערך בסוף הפגישות, העיסוק הטיפולי במשמעויות פוטנציאליות שכאלו נדחה בהכרח לפגישה הבאה, ומאבד מערך המיידיות.

III. אחריות התשלום על פגישות מוחמצות: בעניין זה רבות המחלוקות והנוהגים (15). פרויד (7) המליץ (בנימוק מעשי בעיקר) לחייב את הפציינט בתשלום על פגישות שהחמיץ. במשך הזמן הוצעו בשמה של ההתגמשות שינויים שונים לכלל זה, אך עדיין יש מטפלים המשוכנעים בחשיבותו לסיטואציה הטיפולית, ועל שום כך, גם בהגינותו.

כלל חיוב הפציינט בתשלום על פגישות מוחמצות — כולל פגישות שבהם נעדר מסיבות שמעבר לשליטתו — עשוי להיראות בעיני מי שאינו מבין את הקשר ההדוק שבין כללי המערך הטיפולי לתהליך הטיפולי, ככלל שאינו הוגן, המונע על־ידי חמדנות המטפל, כניצול לרעה של תלות המטופל וכיו"ב. ההצעות לשינוי הכלל נבעו בחלקן מהזדהויותיהם של מטפלים עם טענות אלו, שהשכל הישר תומך בהן, אומנם, כל עוד לא נלקחים בחשבון טעמיו הטיפוליים של הכלל. היעדר שיכנוע עמוק בכך שכלל החיוב בעבור פגישות מוחמצות משרת את האינטרסים של המטופל והוא מוצדק והוגן, מחליש את יכולתו של המטפל לעמוד בפני תגובות ההתנגדות, הזעם, ותגובות ההעברה השליליות והתוקפניות שהכלל מעורר לעתים מזומנות.

במישור הקונקרטי, יתרונותיו העיקריים של כלל זה קשורים לכך שהוא מניע חזק לשמירת הרצף הטיפולי, ומגן על הצמד הטיפולי מפני התעוררות תגובות העברה שליליות, לעתים הרסניות בעוצמתן, עד כדי הכחדת 'גמישותו' הנשאפת של המטפל.

ברמן (15) סוקר הסדרים שונים שבהם נוקטים מטפלים שונים באנליזה, בפסיכותרפיה ובהדרכה. נראה בעיני שבמקרים מיוחדים ובנסיבות מיוחדות יש טעמים מוצדקים לשנות כלל זה. ואולם, עקרונית, בגישה המדגישה את התהליכים הלא מודעים התוך־נפשיים, יש יתרון רב לכלל זה, אף אם החמצת הפגישה אינה נובעת ממניעי התנגדות.

ככל שהדבר נוגע לעריכת החוזה, אם המטפל סבור שראוי מבחינה טיפולית להטיל את אחריות התשלום על פגישות מוחמצות על המטופל (ועמדתי היא אכן כזו), חובתו להבהיר זאת באורח ברור ומפורש בעת עריכת החוזה. בסעיף זה, אולי יותר מבכל סעיף אחר, נמצא כי גם 'הבהרה מפורשת' מצד המטפל, והסכמה מצד המטופל, אינם תמיד 'כל הסיפור'. הסכמתו הפורמלית של המטופל, אין פירושה היעדר תגובות אי־הסכמה מודעות ולא־מודעות, קונפליקטים, הדחקות, ופירושים שונים, אשר אפשר שיתבטאו או לא יתבטאו, ישירות או בעקיפין, בהמשך התהליך הטיפולי. להזכירנו, שהתודעה איננה אלא קצה הקרחון, **גם בעת עריכת החוזה הטיפולי.**

כאמור, העמידה על הסכם זה מאוחר יותר במהלך הטיפול, כאשר מתעוררות בעיות ביחס לתשלום על פגישות מוחמצות, עלולה להיות עניין לא קל. על מנת שהמטפל יוכל להטיב ולטפל בקשיים אלה, עליו להבין היטב את הטעמים **הטיפוליים** השונים המצדיקים תשלום על פגישות מוחמצות (15, 19, 29, 30, 31, 33, 35, 45).

3. כלל היסוד או העיקרון המנחה:

מרכיב חוזי זה של המערך הטיפולי, יחד עם המרכיב הבא — חובת הסודיות, קשורים במידה המהותית ביותר להבנית המערך הטיפולי. עצם המונח 'כלל יסוד' מורה על מרכזיותו של מרכיב זה במערך הטיפולי. לאפלנש ופונטאליס (47) מגדירים את הכלל הבסיסי ככלל "המַבְנֶה את הסיטואציה האנליטית [...]". במאמר קודם (48), התייחסתי בהרחבה ובפירוט לכלל הבסיסי, כאן אחזור בקצרה על נקודות מעטות, הנוגעות לעריכת החוזה הטיפולי.

לא כל המטפלים מבססים את עבודתם הטיפולית על האסוציאציות החופשיות, ואף מבין אלה המקבלים כלל זה ככלל יסוד של הטיפול, לא כולם כוללים את הצגתו בחוזה הטיפולי (49). אם, המטפל מחשיב את האסוציאציות החופשיות ככלל יסוד של הטיפול, יש תועלת מרובה בהצגתו בפני הפציינט במסגרת החוזה הטיפולי. שכן, כלל היסוד לא רק מיידע את הפציינט באשר לאופי הסיטואציה הטיפולית שלגביה הוא נשאל אם יסכים לקבלה ככלי העזרה שהמטפל מציע לו, אלא שהוא אף מנחה את המטופל המיועד באופן האופטימאלי בו יוכל לשתף פעולה עם המטפל. כלל היסוד, או עקרונות פעולה תחליפיים לו, מהווים מרכיב מהותי ביותר של המערך הטיפולי.

ליכטנברג וגאלר (49) סוקרים בהרחבה ובאורח מקיף את האפשרויות הפתוחות בפני המטפל בנסותו לגבש לעצמו את אורח הצגתו של כלל היסוד בפני המטופל. דוגמאות נוספות, מפורטות יותר, לאופן הצגת הכלל המנחה על־ידי המטפל בפני המטופל המיועד, ניתן למצוא אצל פרויד (7), אלה שארפ* (50) ואצל קרנברג (40).

כאן ראוי לציין עד מה מוערך גם כיום, מאמרו הנזכר של פרויד מ־1913 "על תחילת הטיפול". במהלך עשרות השנים שעברו מאז נכתב, וחרף ההתפתחויות והשינויים העמוקים שעברו על התיאוריה והטכניקה הפסיכואנליטיות, לא פסקו כותבים שונים להלל מאמר זה ולשבחו. ב־1958 אומר מנינגר (19) כי כל מועמד להסמכה כאנליטיקאי צריך לזוכרו כמעט בעל־פה (הדגשה שלי, נ.ק.). ב־1974 נקטו עמדה דומה בלנק ובלנק (51), באומרם כי מאמריו של פרויד על הטכניקה הטיפולית נותרו בבחינת **הטקסט הטוב ביותר בנושא זה**. נראה כי אף גריי (52) ואטשגוז'ן (18) מסכימים איתם. ואומנם, לפחות חלק מדבריו ומהצעותיו המעשיות של פרויד (3, 7, 53), המתייחס לבניית המסגרת הטיפולית, מפתיע ברעננותו ובמידה הרלבנטיות שלו לעבודתנו כיום, ובמיוחד הדברים הנוגעים לתחילת הטיפול ולבניית המערך הטיפולי.

על כל פנים, אופן ניסוח כלל היסוד תלוי בבחירותיו התיאורטיות של המטפל ובסגנונו האישי. מטפלים המבכרים עקרונות תחליפיים על פני כלל האסוציאציות החופשיות, ינסחו את העיקרון המנחה של עבודתם בהתאם לבחירו־תיהם. יש לזכור, כי ניסוחים כגון: "כאן **תוכל** לבטא את כל העולה בדעתך..."‏, או "כאן תוכל לבטא את כל מה שאתה רוצה"‏, נוגדים מהותית את כלל היסוד המקורי, בהקנותם זכות קדימה לתהליכים משניים על פני התהליכים הראשוניים, ובעודדם את המטופל לערוך את דבריו ולמיינם לפי רצונו, נוחותו, (והתנגדויותיו).

מטפלים שונים נבדלים במידת ההסברים שהם מצרפים להנחיה זו (לאו דווקא בשלב עריכת החוזה). אטשגוז'ן (18) ואוגדן (54), אף כי מטעמים שונים, מבכרים לחסוך בהסברים, ולהקנות למטופל את אורח השיח האסוציאטיבי דרך ההתנסות בו. לעומתם גרינסון (55, 56), קרנברג (40, 57), ובוש (58), מעדיפים ללוות את הצגת הכלל הבסיסי בהסברים מפורטים.

4. הסודיות המקצועית וגבולותיה:

מיטשל (59) אומר בהקדמה לספרו: "**אין שום דבר יותר מהותי בפסיכואנליזה מסודיות.**" (עמ' xi, הדגשה שלי, נ.ק.). אפשר שאמירה זו עשויה לעורר תהייה, האם אין הגזמת־מה בקביעתו זו של מיטשל. ברם, דעתו של מיטשל עולה בקנה אחד עם דעתו של פרויד (20) האומר:

"...אנו יוצרים ברית (Vertrag) אחד עם השני. האני החולה מבטיח לנו את גילוי **הלב הגמור ביותר** — משמע, מבטיח להעמיד לרשותנו את כל החומר אשר תפיסתו העצמית מספקת, אנו מבטיחים לפציינט את **הדיסקרטיות החמורה ביותר** [...] **ברית זו מכוננת את הסיטואציה האנליטית**" (20, עמ' 173, הדגשה שלי, נ.ק.).

נראה כי הנחתם של פרויד ומיטשל אחד היא, שהסודיות המוחלטת היא תנאי קודם והכרחי, גם אם לא מספיק, לאפשרותו של הפציינט לנהוג בהתאם לכלל היסוד. ספקות באשר לשמירת הסודיות מצד המטפל, עלולות להיות בנות־ברית רבות־עוצמה לכוחות ההתנגדות של המטופל. כמו כן, אם אנו שבים לתיאור התהליך הטיפולי, נקל להבין כי התפתחותם של יחס אימון, תחושת ביטחון, הפחתת מידה ההגנתיות, ורגרסיה טיפולית, יַפגעו מאוד בהיעדר תנאים מגינים של סודיות.

לפיכך, יש חשיבות מרובה להתחייבותו **המפורשת** של המטפל בפני המטופל לשמירת הסודיות, תוך ציון מפורש של גבולותיה. שהרי אם לדייק, חובת הסודיות של המטפל 'מוחלטת' (במובנה המילולי של המילה), אך מוגבלת. בנסיבות קיצוניות הנוגעות לשמירת חיים או הגנה על המטופל מפני משברים קטסטרופליים, אפשר שיהיה על המטפל לפגוע בחובת הסודיות שלו (לרוב אין צורך בפירוט המלא של גבולות אלה, העלול לעורר חרדה, אלא אם כן המטופל מבקש לברם). יתירה מזאת, אף הצורך של המטפל להסתייע מידי פעם בהדרכה, על מנת לשרת את צרכיו של המטופל, כרוך בהפרת־מה של חובת הסודיות בצורתה המחמירה. למרבה המזל, הניסיון מלמד כי הצבת גבול זו לחובת הסודיות מתקבלת ברצון על־ידי מטופלים, ועל דרך הכלל, אולי אף מגבירה את אימונם במטפל. בעניין זה, במסגרת החוזה הטיפולי, אני נוהגת לומר דבר־מה מעין זה:

"עלי חלה חובת סודיות מקצועית מכוח החוק. יש לסודיות זו גבולות מסויימים שהחוק קובע. חוץ מזה, כאשר יש לי התלבטויות ואני מרגישה צורך להיוועץ במי מעמיתי בקשר לתהליך הטיפולי, אני מרשה לעצמי לעשות זאת, ואני עושה זאת בעילום שם".

---

* למרות שתֵיאוּריה של שארפ מתייחסים לאנאליזה־גופא בלבד, ולמרות שייכותם לתקופה מוקדמת בהתפתחות החשיבה הפסיכואנליטית, הרי יתרונם טמון, לדעתי, בהתייחסותה לעקרונות בסיסיים של הטכניקה הפסיכואנליטית, בסגנונה הפשוט והבהיר, וכן בגישתה המאוזנת והמתחשבת.

במקרים שבהם אי־חשיפת זהותו של הפונה מעקרת את יעילות ההדרכה הצפויה, רצוי לקבל את אישורו של המטופל לוויתור על חובת הסודיות שאנו חבים לו.

5. ציון קיומם של כללים אחרים, או הזכרתם:

אמרנו כי החוזה הטיפולי מנוסח מפורשות רק בחלקו. הסיבה לכך היא שלמסגרת הטיפולית כללים אחדים שאינם נמסרים למטופל בשלב עריכת החוזה. לשם ניסוחם המפורש של כל הכללים, אף ללא הסבר, תידרש הרצאה ארוכה, מייגעת וחסרת תועלת. לרוב הפונים אין עניין בהרצאה שכזו, ורב הכותבים סבורים כי מניית כל כללי המסגרת, או אפילו רובם, איננה רצויה מטעמים שונים. פרויד (7) אטשגוז'ן (18) לאנגס (30) ואחרים, ממליצים לקצר ככל האפשר בהנחיית הפציינט ובהסברים הקודמים לתחילת הטיפול גופו. אטשגוז'ן אומר: "...אין זה שקול אף לא אלגנטי להיות דקדקן מדי ולהכביר יותר מדי הנחיות" (18, עמ' 64). לדעתו, עדיף למסור לפציינט חלק של כללי המסגרת בהמשך התהליך, כאשר התנהגותו של האנליזנט יוצרת את ההזדמנות ליידע אותו באשר לכלל זה או אחר של האנליזה.

על כן, ראוי למטפל להזכיר בעת עריכת החוזה כי הכללים המפורשים הם עיקר כללי המסגרת, או השלד שלה, וכי כללים נוספים יוזכרו ויוסברו אם וכאשר יתעורר צורך בכך. אחד מיתרונותיו של איזכור זה הוא במסר המובלע, כי המטפל חש עצמו מחוייב לפעול לפי עקרונות מסויימים המקנים לו את בסיס כשירותו להיות מטפל מקצועי ומיומן.

שארפ (50) נמנעת מפירוט כללים והצבת איסורים, כיוון שלדעתה איסורים למיניהם עשויים לחזק הדחקה של נושאים לא־מודעים בעלי חשיבות מרובה, ואת זיהויו של המטפל עם תפקיד האני העליון, וההורה האוסר. לפיכך, לדעתה, שכרם של איסורים אשר לכאורה עשויים לקדם את התהליך הטיפולי, יוצא בהפסדם.

ואולם, יהא מטעה להציג את המסגרת הטיפולית כאילו גבולותיה ועקרונותיה כוללים רק את שנאמר לגבי הסדרי הזמנים, התשלום, כלל היסוד וחובת הסודיות. בהזכרת קיומם של כללים נוספים, ניתן לראות גם מסר מובלע, הנמסר למטופל, לפיו המטפל מתחייב לשרת את המטופל על פי כלליה של מסגרת טיפולית הידועה לו.

כאמור לעיל, העקרונות הנוספים הכלולים במערך הטיפולי הם בעיקר אלה המנחים את היחס הטיפולי, כגון: כלל האיפוק (abstinence) האופטימלי, כלל האנונימיות היחסית, כלל הנייטרליות, עיקרון הקשב הנינוח (evenly suspended attention), השאיפה לביטוי במילים ולא בפעולה, עיקרון ההדדיות הא־סימטרית ביחסי מטפל־מטופל, אקסקלוסיביות הקשר הטיפולי, מהימנותו של המטפל, וכללים או עקרונות הנובעים מאלה, כגון, הימנעות מקשרים חוץ־טיפוליים, הימנעות משיתוף אנשים אחרים בקשר הטיפולי, והשאיפה להגברת יכולת השימוש בשפה המילולית במקומן של שפות אחרות כשפת הפעולה (acting-out, enactment), השפה הגופנית ושפת השתחזרותם של דפוסים בלתי־מודעים בהעברה.

כללים אלה הופכים את היחס הטיפולי ליחס ייחודי מאוד, המתנגש לעתים קרובות עם כל שהמטופל למד על יחסי כבוד ונימוס בין אדם לרעהו, ואפילו רעהו הוא סמכות מקצועית. על כן חשוב שבמומנטים שבהם מתעוררת סתירה לכאורה, בין חובת הנימוס או יחס־מכבד, לבין עקרונות היחס הטיפולי, המטפל ידריך את המטופל ויֵדע אותו על מנת שיהא ברור — ובמיוחד כאשר מדובר במטופל שהשפה הטיפולית זרה לו מאוד, שבוחן המציאות שלו חלוש, או שפגיעותו הנרקיסיסטית ממארת — כי המטפל אינו נוהג על פי שרירות לבו וגחמותיו, אלא על פי עקרונות טיפוליים שנועדו לשרת את מיטב האינטרסים של המטופל.

כך, לדוגמה, בהקשרו של עיקרון הא־סימטריות שביחס הטיפולי, גרינסון (55) אומר:

> [...] בשלב מוקדם של האנליזה, ומעת לעת גם בהמשכה, [...] לדעתי, הפציינט זכאי להסבר הסיבות לכך שהאנליטיקאי נוקט יחס זה כפי שהוא עושה. אינני מאמין שדבר זה צריך להיות נתון לבחירה, כיוון שלפציינט יש צורך [הדגשה במקור] בהגנה על זכויותיו. [...] איננו יכולים להשפילו באופן מתמשך בכך שאין אנו מסבירים את האמצעים שבהם אנו עושים שימוש. [...] ממש כשם שחשוב לאבטח את סיטואצית ההעברה, חשוב באותה מידה לאבטח את זכויותיו של הפציינט ואת הערכתו־העצמית" (עמ' 278, הדגשות שלי, נ.ק.).

הפונקציות המתודיות של החוזה הטיפולי יתרונותיו ומכשלותיו

בחינת קשרי הגומלין שבין החוזה הטיפולי לבין המערך הטיפולי, התהליך והסיטואציה הטיפולית בכללותה, והצגת חשיבתו של החוזה הטיפולי, ניתנות להיערך אף מנקודת המבט של הפונקציות המתודיות של החוזה הטיפולי. 'פונקציה מתודית' פירושה תפקיד אורגאני של שיטת העבודה. כך, לדוגמה, חובת הסודיות המקצועית חלה על הפסיכותרפויט בדיוק כשם שהיא חלה על הגניקולוג. ואולם, לטיפול הגניקולוגי גופו, אין שום נגיעה לחובת הסודיות. מעילה בחובת הסודיות מצדו הגניקולוג לא תשפיע על איכות טיפולו הרפואי. לעומת זאת, בקשר הפסיכותרפויטי, הסודיות מהווה את אחד **מהתנאים הבסיסיים** לאפשרות של התפתחות היחס הטיפולי (כלומר, יחס שהוא חלק מהשיטה הטיפולית עצמה), ומשום כך היא ממלאת פונקציה מתודית. מהן, אם כך, **הפונקציות המתודיות** שממלא החוזה הטיפולי?

1. **הבנית המסגרת הטיפולית:** לפלאנש ופונטאליס (47) טוענים כי כלל היסוד הוא "כלל המָבְנֶה את הסיטואציה האנליטית [...]" (עמ' 178). טענה זו (השנויה במחלוקת), מקובלת עלי, אך בהקשר שלנו, בהסתייגות מה. שכן אם לדייק, צריך לומר כי כלל היסוד יחד **עם שאר מרכיבי** החוזה, ועקרונות המערך בכללותו, הם המָבְנִים את

הסיטואציה הטיפולית. כלל היסוד ממלא, אומנם, תפקיד נכבד ביותר בהבניית הסיטואציה, ואולם, גם שאר פרקי החוזה תורמים כל אחד את חלקו. לדוגמה, השפעת תכיפות הפגישות על הבניית הסיטואציה ודוגמה נוספת, אותו סעיף בחוזה הדן בחיובו או אי־חיובו של המטופל לשלם בעבור פגישות מוחמצות, שיהיה בעל השפעה גדולה מאוד מצד אחד על ביטויי ההתנגדות של המטופל, מצד אחר על תגובות ההעברה הנגדית של המטפל לפגישות מוחמצות, וגם על אפשרותם של השניים להתייחס למשמעויות המודעות והלא־מודעות של מניעי ההיעדרות מהפגישה ותגובות המטופל להיעדרות זו, אפילו מניעיה לא היו תלויים בו.

פחות מובנת מאליה וברורה הפונקציה המַבְנָה של אותו פרק חוזי העוסק בציון קיומם של כללים נוספים. כיצד ציון שכזה תורם להבניית הסיטואציה הטיפולית? לדעתי, ציון זה מבנה את הסיטואציה הטיפולית ככזו שבה היחס הטיפולי אינו יחס דיאדי בין מטפל ומטופל, אלא יחס טריאדי, שבין מטופל לבין מטפל ולבין מסגרת טיפולית מִנְחָה. שכן, המסר המובלע בה:

"ראה, התהליך הטיפולי המוצע לך, מודרך ומונחה על־ידי כללים ועקרונות שנוצרו ונצברו במשך כמאה שנות ניסיון והתפתחות המקצוע שאליו אתה פונה במצוקתך. אני אעשה כמיטב יכולתי לגייס את אלה לעזרתך".

בדברים אלה משתקפת עמדה הרואה בסיטואציה הטיפולית מצב שבו המטפל/הורה אינו משול להורה יחיד ובודד, שהמטופל/ילד תלוי אך בו ובכשרונו ההורי, אלא להורה שקהילה שלמה עומדת מאחוריו, מנחה אותו ומסייעת לו.

2. **הגינות:** הטיפול הפסיכותרפויטי כרוך בקשיים ובהשקעות גדולות מצד המטופל (והמטפל). פרויד, (7) אומר בהתייחסו לעריכת החוזה הטיפולי, אף שאינו משתמש מפורשות במונח זה או בנרדפו: "מכובד יותר ואף כדאי יותר" להסב את תשומת־לבו של הפציינט לקשיים ולקורבנות הכרוכים בטיפול האנליטי. (עמ' 141-142). ואולם על כך ניתן להוסיף ולומר: **אין זה מכובד, אף אין זה הוגן, שלא להעמידו על קשיים אלה.**

החוזה שוטח בפני הפונה לטיפול את תנאי העבודה הטיפולית, ומאפשר לו לשקול האם התנאים מקובלים עליו מתוך 'רצון חופשי', לפחות לכאורה. שפירו (61) מתנגד לשימוש ברעיון החוזה, בדיוק על שום שהוא סבור שהפציינט אינו משוחרר דיו מהקובעים הנוירוטיים שבאישיותו, ולפיכך לא ניתן לדבר על 'רצון חופשי'. אמת שמנקודות מבט פילוסופית ופסיכודינמית, הטענה בדבר פונקציית ההגינות של החוזה איננה מוצקה ביותר, וניתן להפריכה בטיעונים שונים, בין היתר ככל שהיא מושתתת על ההנחה השנויה־במחלוקת, בדבר קיומו של 'רצון חופשי'. ולמרות זאת, בעיני מבחינה אתית, טענה זו נכונה ובעלת משקל כבד.

3. **הנחיה של המטופל באשר לחלקו בתהליך הטיפולי:**

"מטרת החוזה" אומר אטשגוז'ן "היא להגדיר קונקרטית את הבסיסים שעליהם תיערך העבודה, באופן שלשני הצדדים יהיה מושג ברור לגבי המטרות, הציפיות וכן לגבי הקשיים שבהם כרוך הטיפול האנליטי, כדי למנוע עמימויות, שגיאות או אי־הבנות העלולות לצרך בהמשך במהלך התרפיה. ..." (18, עמ' 61).

החוזה הטיפולי על כל סעיפיו השונים משרטט בפני המטופל את גבולות המסגרת, את תפקידיו, את הדרך האופטימאלית שבה הוא יכול לשתף פעולה עם מטפלו, ולסייע להשגת מטרותיו שלו־עצמו. לדעת אטשגוז'ן (18) חשוב לנסח מפורשות את סעיפי החוזה, שכן, "על קשיים המתעוררים מאוחר יותר, ניתן לגבור רק אם הכללים שבאמצעותם מתפתחת עבודה מסוג פרטיקולרי, נקבעו קודם לכן נכונה" (עמ' 62, הדגשה שלי, נ.ק.). כל פרשנות, ובכלל זה, לדוגמה, פרשנות באשר ל־acting-out, תלויה בהכרח בהֶקְשר מסויים. המערך הטיפולי הוא הקשר לחלק גדול של הפרשנויות הטיפוליות, וגם על שום כך, חשובה ההנחיה הברורה המועברת למטופל באמצעות החוזה.

4. **הצגת המטפל את עצמו כסמכות מקצועית:** אחת מהפונקציות המובלעות של החוזה הטיפולי, אשר בדרך כלל ממעטים להתייחס אליה, היא בהצגת עמדה של סמכות ומיומנות מקצועית, ויכולת הנחיה, שלהן נזקק המטופל (5). קרנברג (40) בדבריו על החוזה הטיפולי אומר:

"... כך, שמיסוד חוזה הטיפול התחילי, אם לסכם, הוא מיסודה של מערכת פתוחה, שבה אנו בונים מנחיגות, כלומר שליטה בתחום, ומארגנים את המשימה במונחים של יצירת מסגרת, גבול, מערך אשר ברובד לא מודע עמוק יותר משקף יחסי־אובייקט אובייקטיביים, שכנגדם אנו אומדים את האקטיבציה של ההעברה וההעברה הנגדית כיחס אובייקט פרימיטיבי, שבו אנו מופיעים, ובו בזמן משמרים עצמנו מחוצה לו במידה מספקת על מנת שנהיה מסוגלים לשלוט בו ולפרשו" (עמ' 15, הדגשה שלי, נ.ק.).

ואולם, בהקשר זה של סמכות מקצועית, יש לציין גם היבט שראוי להישמר ממנו: התהליך הטיפולי יוצא נשכר מהווייתו של המטפל סמכות שחוסנה מתבטא בכוחותיה ומיומנויותיה להחזקה ולהכלה. הסתמכות רבה מדי על סיועה של הטכניקה, ובכללה על ההסכמים החוזיים, עלולה להוות חרב פיפיות, במיוחד במומנטים קשים של acting-out, וחוסר אונים מצדו של המטפל. בעתות שכאלו, המטפל עלול להתפתות לעשות שימוש מעין־כוחני בהסכ־מים החוזיים, המפורשים והלא־מפורשים, ולהיחפז מדי במעבר מהתערבויות פרשניות להתערבויות העוסקות בתיפעול (management). שימוש כזה בחוזה הטיפולי עלול לפגום בהתפתחותו של התהליך הטיפולי, במקום לסייע לו ולקדמו.

ברובד ההכרתי, או בהקשרה של הברית־הטיפולית, ועוד יותר מכך, ברובד הלא־מודע, המטפל, בהציגו את מסגרת

העבודה שעליה הוא מופקד, כחלק מאופן תיפעולו את המסגרת הטיפולית, מקנה למטופל גם בסיס מציאותי כלשהו שעל פיו יוכל לאמוד את מידה האימון שראוי לו לרחוש כלפי מטפלו (28, 35, 40).

בנוסף לפונקציות מתודיות אלו, ניתן למנות עוד יתרונות המוסיפים משקל לתועלת ולחשיבות של עריכת החוזה.

מנינגר (19) טוען שבכל טרנסאקציה בין־אישית, בין אם מדובר בקניית ומכירת תפוחים, ובין אם במתן שירות רפואי ובקבלתו, קיים חוזה בין השותפים למעשה החליפין. אלא שבמקרים רבים, חוזה זה ערוך במובלע (אמפליציטי), ואינו מנוסח ומבוטא מפורשות. לאור זאת, ניתן לומר כי גם מטפלים המתעלמים מהצורך בעריכת החוזה, בהכרח עורכים אותו, אלא שהחוזה הנערך על־ידם הוא חוזה פגום, שחסרונותיו מרובים. ניתן להניח כי בכל תחום חוזים מפורשים עדיפים על חוזים מובלעים. החוזה הטיפולי מלווה את התהליך הטיפולי לאורך כל מהלכו, וחשיבותו בולטת במיוחד בזמנים שבהם מתגלעים קשיים שונים בתהליך המונעים מכוח התנגדויות שונות (מצד שני המשתתפים), וביניהן ביטויי העברה (והעברה נגדית), חיובים או שליליים המאיימים לפגוע בעבודה הטיפולית. מכאן חשיבות החוזה הטיפולי ככוח המגן על התהליך הטיפולי ברגעי משבר (18).

מצד המטפל, עריכת חוזה טיפולי פירושה, במובלע, התחייבות לפני המטופל לאחריות מקצועית. מטפל המטיב להבין את הבסיס לסעיפי החוזה שהוא עורך אף ער יותר לתיאוריה שעל פיה הוא פועל. בחייבו עצמו לפעול במסגרת התיאוריה והטכניקה המתרגמת את ההלכה למעשה תורם המטפל להשלמת הכשרתו כפסיכותרפויט.

פרויד (7) ממליץ על מיסוד החוזה הטיפולי (אם כי אין הוא משתמש במינוח זה) כאמצעי לסלקציה בין פונים המוכנים ליטול על עצמם את עול כללי המסגרת הטיפולית, לבין פונים שאינם מוכנים לעשות כן. לטענתו, אלה האחרונים, ממילא יתגלו מאוחר יותר כבלתי מתאימים לטיפול אנליטי. בימינו, המלצה זו, בניסוח זה, וודאי לא תהיה מקובלת. אך ניתן לנסחה אחרת ולומר, כי במקרים שבהם חוזה בצורתו האחת אינו מתאים למטופל, יש יתרון להכרה מפורשת בכך, והגדרתה המפורשת של מסגרת אחרת, הולמת יותר, תוך משא ומתן עם המטופל על טיבה של מסגרת שכזו. מבחינה זו, עריכת החוזה מהווה הזדמנות טובה להתאמת המסגרת הטיפולית לצורכי המטופל, ובכך חוסכת זמן רב ותיסכולים רבים. התאמה שכזו, עשויה להיערך לא רק בעת עריכת החוזה הראשונית, אלא גם בהמשך, אם קבועים חוזיים מסויימים, שעליהם הוסכם, מתבררים לא ברורים דיים, או לא מתאימים.

עריכת החוזה — הבחינות המעשיות

חוזים ממוקדים וחוזים מבוזרים: לאחר שהובן טיבו של החוזה, נותרות השאלות בדבר עריכתו הלכה למעשה. בעיקר, שאלת עיתוי עריכת החוזה, ואורח הצגתו לפני הפונה. יש לומר, כי בספרות ניתן למצוא הגדרות שונות של החוזה הטיפולי וסגנונות שונים של אופן עריכתו. בטיפולים דינמיים הנצמדים פחות לעקרונות התיאוריה הפסיכואנליטית, (62, 63, 64) ומדגישים פחות את מרכיב התובנה של מניעים לא מודעים כסוכן שינוי מרכזי, יש נטייה להגדיר את החוזה בצורה מבוזרת, יותר מאלה הדבקים בעקרונות הפסיכואנליטיים, ולכלול בו הסברים רבים והסכמות שונות בנוסף על חמשת הסעיפים שצויינו לעיל. בגישות אלו, עריכת החוזה עשויה להתפרש על פני פגישות אחדות.

חלוקה מקבילה ניתן למצוא בקרב אנליטיקאים. אלה המדגישים יותר את חשיבות התפתחות תופעות ההעברה ייטו לעריכת חוזה ממוקדת ככל האפשר. גישה זו, מושפעת כפי הנראה מאחת מהמלצותיו של פרויד (7):

"לדיוני פתיחה ארוכים לפני תחילתו של הטיפול האנליטי, [...] יש תוצאות בלתי־רצויות מסויימות שאליהן חייבים להתכונן. הם גורמים לכך שהפציינט פוגש את הרופא עם עמדת העברה שכבר נבנתה, ושאותה צריך אזי הרופא תחילה לחשוף לאט, תחת שתהיה לו הזדמנות לצפות בצמיחתה ובהתפתחותה של ההעברה מתחילה..." (עמ' 137).

לעומתם, אנליטיקאים המדגישים יותר את חשיבות הברית הטיפולית, ייטו ללוות את החוזה בהסברים ככל שדרוש לפציינט. גישה זו מונחית יותר על־ידי העיקרון שקבע גרינסון (55):

"הסיטואציה הפסיכואנליטית דורשת מהפסיכואנליטיקאי שתהיה לו היכולת להתקשר למטופלו בדרך שבה המטופל יפתח נוירוזת העברה וגם ברית טיפולית. זוהי דוגמה נוספת שבה האנליטיקאי נדרש להתמחות בשמירת שתי עמדות אנטיתטיות, שכן העמדות והטכניקות המקדמות את התפתחות נוירוזת ההעברה מנוגדות לאלו המסייעות לברית הטיפולית" (עמ' 376, הדגשה שלי, נ.ק.).

עיתוי עריכת החוזה

בדרך כלל, בהיעדר בעיות מיוחדות, וכאשר הפונה מצוי במצב שבו הוא מסוגל להיות שותף לעריכת חוזה שכזה, עיתוי עריכת החוזה הוא לאחר ראיון ההערכה, "משעה שהפציינט הסכים — על פי המלצת המטפל — להיכנס לתרפיה ... כללי היסוד ... צריכים להיות מוצגים לפציינט בצורה פשוטה וישירה, המספקת תיאור של הדרך שבה תיערך התרפיה" (30, עמ' 89). כך גם מציג אטשגוז'ן (18) את עיתוי עריכת החוזה האנליטי: החוזה, (או ליתר דיוק, עיקריו) צריך להיות מוצג לאחר הראיון האנליטי כאשר קיימת אינדיקציה לטיפול, ולפני תחילת הטיפול האנליטי גופו.

באשר למשך הצגת החוזה, המבכרים את סגנונו של גרינסון, והמייחסים חשיבות למתן אפשרות למטופל לשאול, להגיב ולהתייחס לפרטי ההסכם הטיפולי, לבטח יקדישו זמן ממושך יותר לעריכתו. לאנגס (65), מקדיש לצורך זה את השליש האחרון של הפגישה הראשונה,

ומדגיש את הצורך להתייחסות לתגובותיו של הפציינט לכללי היסוד המוצגים בפניו.

במקרים של פונים בעלי פאתולוגיה קשה, המצויים במצב בילבולי או רגרסיבי מאוד, או במצב שבו חלקו של 'האני הסביר' אינו מתפקד, ניתן לדחות את עריכת החוזה ולקיימה משהפציינט מסוגל להיות בן־שיח ובן־ברית לעריכת חוזה שכזה. ואולם, גם במקרים כאלה במידה האפשר, ניתן לערוך חוזה־ביניים אחר, המותאם לצרכיו של המטופל, ולציין שכאשר יהיה מסוגל לכך, תוגדר מסגרת הטיפול באופן אחר. לעתים, עריכת החוזה הופכת להיות משא ומתן טיפולי רב ערך, העשוי להימשך על פני פגישות אחדות, או אפילו במשך תקופה ארוכה.

אורח הצגת החוזה הטיפולי

אטשגוז'ן (18) ולאנגס (30) מדגישים כי את החוזה יש להציג בפני הפציינט בצורה פשוטה וברורה.

"... עדיף לרכז את תשומת־הלב על מה שהוא פונדמנטאלי, ואין זה לא זהיר אף לא אלגנטי להיות דקדקני או להרבות בהכוונות רבות מדי. כלל היסוד ניתן להצגה במילים מועטות, ועמו השימוש בספה. אזי באות ההסכמות על לוח הזמנים והתשלום, ימי חג ושיטת התשלום, ותו לא" (18, עמ' 64, הדגשה שלי, נ.ק.).

יתירה מזאת, לפי אטשגוז'ן, אין זה הכרחי תמיד להציג בפתיחת האנליזה את הסעיפים המהותיים. לדעתו, תמיד צריך לערוך את החוזה על פי הנסיבות. לדוגמה, הגם שהוא סבור כי בדרך כלל יש להציג בפתיחת האנליזה את כלל היסוד, הוא יימנע מכך כאשר הפציינט נתון במצב היפומאני, או שהוא אובססיבי מאוד.

כנגדו, כאמור לעיל, גרינסון (55, 56), קרנברג (40, 57), בוש (58) ואחרים, מדגישים את חשיבות ההסברים, שמטרתם התייחסות לפציינט כמי שאמור להיות שותף פעיל להבנת צורת העבודה. בעיקר אמורים הדברים לגבי כלל היסוד. גישה זו קשורה גם לשאיפה לעודד במשך הזמן את הפנמת הפונקציה הטיפולית.

נראה כי ניתן להסכים על שני העקרונות המנוגדים מבחינה מסויימת זה לזה: מצד אחד, קיימת השאיפה להציג את החוזה באורח קצר ופשוט, בין השאר כדי לא לייגע את הפונה ולהעמיס עליו פרטים שממילא הוא עלול להתקשות לתת עליהם את דעתו במעמד רגיש זה של תחילת הטיפול. מצד שני, קיימת השאיפה להפוך את החוזה למובן יותר, ונתון לשיקולו של הפונה אם סעיפיו נראים לו, ואם הוא מסכים לקבל על עצמו את מסגרות התהליך הטיפולי. על כן, נראה כי בהצגת החוזה הטיפולי המטפל נדרש, כמו במומנטים רבים מאוד בעבודה הטיפולית, לגישה אינטגרטיבית ודיאלקטית, המונחית בו בזמן על־ידי עקרונות מנוגדים (55, 65, 66).

לעתים, מגיעים אלינו פונים אשר מושגם על הצורך בטיפול פסיכולוגי וטבעו קלוש ביותר או שגוי מאוד. לעתים חוסר הבנה שכזה נובע מחֶסר תרבותי, ולעתים ממניעים הגנתיים המשקפים חרדה ו/או התנגדות או קונפליקטים חזקים לגבי עצם ההסתייעות בטיפול פסיכולוגי. אפשר שפונים שכאלה יזדקקו להסברים רבים יותר על טבעו של התהליך הטיפולי ומסגרותיו. במקרים שכאלה — אך לא רק בהם — אני נוהגת לעשות שימוש כפול בחוזה הטיפולי: פעם אחת לצורך הצגת טבעו של הטיפול, ופעם, לאחר שהפונה אכן גמר בנפשו להסתייע בתהליך הטיפולי (ובי), לשם עריכת החוזה עמו.

כך, תכופות, אני נוהגת לומר לפונה בראשית היכרותנו, כי לקראת סוף פגישתנו (הראשונה) אציג לפניו את מסגרת העבודה על פיה אני עובדת, על מנת שיוכל להתרשם אם זו מתאימה לו, ואם הוא, אכן, מעוניין להסתייע בתהליך הטיפולי (ובי). לאחר שברור לי הצורך של הפונה ורצונו בטיפול (ונכונותי לקבלו לטיפולי), אני מקדישה את חלקה האחרון של הפגישה לצורך זה. לאחר שהצגתי בקצרה את חמשת פרקי החוזה, אני שואלת את הפונה ליחסו ותגובותיו למסגרת המוצעת. אם הביע הסכמה ונכונות עקרונית להתחיל בתהליך הטיפולי כפי שהוצג בפניו, אני שבה לקבוע עמו את הסדרי התשלום ומועדי הפגישות. בתיאור המסגרת הטיפולית אני מציינת כי אם יהיה מעוניין להסתייע בי, אקדיש גם פגישה או שתיים לקבלת אנמנזה. לאחר שזו נערכה, על סף התהליך הטיפולי גופו, אני חוזרת שוב על כלל היסוד, והפעם בליווי הסברים מעט יותר מפורטים.

כאמור, המערך הטיפולי כולל קבועים הנגזרים מהתיאוריה, קבועים התלויים בהעדפותיו של המטפל ובסגנונו, וקבועים התלויים בהסכמים שבין המטפל למטופל. אף עריכת החוזה הטיפולי מושפעת משלושת מקורות השפעה אלה. על כן, כל מטפל צריך לגבש לעצמו במשך השנים ובמשך התפתחותו המקצועית, את צורת (או צורות) עריכת החוזה המתאימה לו. בנוסף על כך, עליו להיות מסוגל לערוך את החוזה באורח המתאים לצורכי הפונה היושב ממולו, וליכולותיו. יש פציינטים המגיבים להצגת החוזה בקשב ללא התערבויות, ויש הבוחרים לשאול, להעיר ולהגיב מיידית בהסכמה או אי־הסכמה, חשש או תגובות אחרות לנקודות שונות הכלולות בחוזה.

סיכום

הדברים שלעיל עסקו בשבחו של החוזה הטיפולי, אשר לא הכול מכירים בחיוניותו. ייחסנו את הזנחת הנושא להיותו היבט טכני של הפסיכותרפיה, והתייחסנו מעט למשמעותה של טכניקה. הוצגה מכשלת ההזנחה, כנגד מכשלת דבקות־היתר הדוגמטית בכללים טכניים. לאחר מכן הגדרנו את מושג 'החוזה הטיפולי', והשקפנו עליו מנקודת המבט של הסיטואציה הטיפולית בכללותה. הצגנו את החוזה ככלי שבעזרתו מכונן המטפל את המערך הטיפולי הלכה למעשה, ובעשותו כך, יוצר את המצע ואת המסגרת

להתפתחותו של התהליך הטיפולי. לאחר מכן סקרנו את מרכיבי המערך הטיפולי, ואת פרקי החוזה הטיפולי. לצורך העמקת הבנת החוזה, התייחסנו לפונקציות המתודיות שהוא ממלא, והזכרנו אף יתרונות נוספים שיש לעריכת חוזה. לבסוף התייחסנו בהרחבה לצדדים המעשיים של עריכת החוזה. המידה שבה הדברים יסייעו למטפל הצעיר או הוותיק לשכלל את איכות החוזה שהוא עורך עם מטופלו בין כך ובין כך, היא המידה שבה השיג מאמר זה את מטרתו האמיתית.

ס פ ר ו ת :

1. Grubrich-Simitis I., Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. Int. Rev. Psychoanal., 13: 259-277, 1986.
2. Fenichel O., Problems of psychoanalytic technique. Psychoanalytic Quarterly, 8: 57-87, 1938.
3. Freud S., On psychotherapy. S.E., VII. London, Hogarth Press, 1905.
4. Brenner C., Some comments on technical precepts in psychoanalysis. J. Am. Psychoanal. Assn., 17: 333-352, 1969.
5. Brenner C., The nature of knowledge and the limit of authority in psychoanalysis. Psychoanalytic Quarterly. 65: 21-31, 1996.
6. Freud S., Breuer J., Studies on hysteria. S.E., II. London, Hogarth Press, 1895.
7. Freud S., On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psycho-analysis). S.E., XII. 1913.
8. Ferenczi S. (1928). The elasticity of psycho-analytic technique. In: Selected papers. pp 87-101. Vol. 3, New York, Basic Books, 1955.
9. Lichtenberg J.D., Auchincloss E.L., The opening phase of psychoanalysis. J. Am. Psychoanal. Assn., 37: 199-214, 1989.
10. Hoffman I.Z., Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. (Discussion of papers by L.Aron, A. Model, and J. Greenberg.) Psychoanalytic Dialogues, 1: 74-105, 1991.
11. Hoffman I.Z., Expressive participation and psychoanalytic discipline. Contemp. Psychoanal., 28: 1-15, 1992.
12. Hoffman I.Z., Some practical implications of a social constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogues, 2: 287-304, 1991.
13. Hoffman I.Z., Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. Psychoanal. Q., 63: 187-218, 1994.
14. Greenberg J., Psychoanalytic technique and the interactive matrix. Psychoanal. Q., 64: 1-22, 1995.
15. ברמן ע., על התשלום עבור שעות שבוטלו. שיחות, ט'(1): 75-76, 1994.
16. ברמן ע., "חוסר תהודה" — של מי? שיחות, י'(1): 66-68, 1995.
17. Sandler J., Dare C., Holder A, The patient and the analyst. London, Maresfield Library, 1973.
18. Etchegoyen R.H., The fundamentals of psychoanalytic technique. London, New York, Karnac Books, 1991.
19. Menninger K., Theory of psychoanalytic technique. New York, Basic Books, 1958.
20. Freud S., An outline of psycho-analysis. S.E., XXIII, London, Hogarth Press, 1940.
21. Dewald P.A., Conceptualizations of the psychoanalytic process. Psychoanal. Q., 59: 693-711, 1990.
22. Moore B.E., Fine B.D. (Eds.) Psychoanalytic terms and concepts. New-Haven and London, The Am. Psychoanal. Assoc., 1990.
23. Abend S.M., The psychoanalytic process: Motives and obstacles in the search for clarification. Psychoanal. Q., 59: 545-549, 1990.
24. Pine F., A contribution to the analysis of the psychoanalytic process. Psychoanal. Quart., 62: 185-204, 1993.
25. Freud S., Analysis terminable and interminable. S.E., XXIII: 211-253, 1937.
26. Winnicott D., Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. Int. J. Psycho-Anal., 36: 26-30, 1955.
27. Quinodoz D., The psychoanalytic setting as the instrument of the container unction. Int.. J. Psycho-Anal., 73: 627-635, 1992.
28. Rangell L., The psychoanalytic theory of change. Int. J. Psycho-Anal., 73: 415-427, 1992.
29. Furlong A., Some technical and theoretical considerations regarding the missed session. Int. J. Psycho-Anal., 73: 701-717, 1992.
30. Langs R., The technique of psychoanalytic psychotherapy. Vol. 1. New York, Jason Aronson, 1973.
31. Langs R., The listening process. New York, Jason Aronson, 1978.
32. Langs R., The communicative approach and the future of psychoanalysis. Cont. Psychoanal., 21: 403-438, 1985.
33. Langs R., A clinical workbook for psychotherapists. London, Karnac Books, 1992.
34. Langs R., Doing supervision and being supervised. London, Karnac Books, 1994.
35. Langs R., Ground rules in psychotherapy and counseling. London, Karnac Books, 1998.
36. Milner M. The role of illusion in symbol formation. In: M. Klein, P. Heimann, R. E. Money-Kyrle (Eds.), New directions in psychoanalysis. The significance of infant conflict in the pattern of adult behavior. New York, Basic Books, 1955.
37. Viderman S., The analytic space: Meaning and problems. Psychoanal. Q., 48: 257-291, 1979.
38. Thoma H., Kachele H. (Eds.), Psychoanalytic practice: Principles. Northvale, N.J., Jason Aronson, 1994 (1987).
39. Meissner W., The concept of the therapeutic alliance. J. Am. Psychoanal. Assn., 40: 1059-1087, 1992.
40. Kernberg O.F., Concepts in psychotherapy: Boundaries and parameters. In: Schneider S. (Ed.), Symposium papers. Jerusalem, Martin Buber Center, 1997.
41. Aron L., Hirsch I., Money matters in psychoanalysis. In: Skolnick N.J., Warshaw S.C. (Eds.), Relational perspec-

tives in psychoanalysis. Hillsdale NJ, London, Analytic Press, 1992.
42. ברמן ע., על התשלום עבור שעות שבוטלו. שיחות, ט'(1): 75-76, 1994.
43. Rothstein A., The seduction of money: A brief note on an expression of transference love. Psychoanal. Q., 55: 296-300, 1986.
44. Dimen M., Money, love and hate: Contradiction and paradox in psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues, 4: 69-100, 1994.
45. Allen A., The fee as a therapeutic tool. Psychoanal. Q., 40: 132-140, 1971.
46. Eissler K., On some theoretical and technical problems regarding the payment of fees for psychoanalytic treatment. Int. Rev. Psychoanal., 1: 73-101, 1974.
47. Laplnche J., Pontalis J.B., The language of psycho-analysis. London, Hogarth Press, 1985.
48. קלנר נ., "כלל היסוד" אבן פינה שמאסו בה הבונים? שיחות, י"ג(2): 112-121, 1999.
49. Lichtenberg J.D., Galler F., The fundamental rule: A study of current usage. J. Am. Psychoanal. Assn., 35: 47-76, 1987.
50. Sharpe E., Freeman, The technique of psycho-analysis. Int. J. Psycho-Anal., 11: 251-277, 1930.
51. Blanck G., Blanck R., Ego psychology: Theory and practice. New York, Columbia Univ. Press, 1974.
52. Gray P., "Developmental lag" in the evolution of technique for psychoanalysis of neurotic conflict. J. Am. Psychoanal. Assn., 30: 621-655, 1982.
53. Freud S., Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. S.E., XII, 1912.
54. Ogden T.H., Reconsidering three aspects of psychoanalytic technique. Int. J. Psychoanal. 77: 883-899, 1996.
55. Greenson R.R., The technique and practice of psychoanalysis. Vol. 1. New York, Int. Univ. Press, 1967.
56. Seidenberg, H., The basic rule: Free association – a reconsideration. J. Am. Psychoanal. Assn., 19: 98-109, 1971.
57. Schlesinger H.J., Schuker E., Effects of theory on psychoanalytic technique and on the development of psychoanalytic process. J. Am. Psychoanal. Assn., 38: 221-233, 1990.
58. Busch F., Beginning a psychoanalytic treatment: Establishing an analytic frame. J. Am. Psychoanal. Assn., 43: 449-468, 1995.
59. Mitchell S.A., Hope and dread in psychoanalysis. New York, Basic Books, 1993.
60. Tyson P., Morris J.L., Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy – similarities and differences: Therapeutic technique. J. Am. Psychoanal. Assn., 40: 211-347, 1992.
61. Shapiro D., Psychotherapy of neurotic character. New York, Basic Books, 1989.
62. Weiner I.B., Principles of psychotherapy. New York, John Wiley & Sons, 1975.
63. Dewald P.A., Psychotherapy: A dynamic approach. Oxford & Edinburgh, Blackwell Scientific Pub., 1964.
64. Hollender M.H., Ford C.V., Dynamic psychotherapy: An introductory approach. Ch. 4. pp 39-50, Washington & London, A. P. Press. 1990.
65. Langs R., Psychotherapy: A basic text. New York, Jason Aronson, 1982 (1990).

מכללת סמינר הקיבוצים בית הספר ללימודים מתקדמים ולהשתלמויות

תכנית הכשרה בפסיכותרפיה באוריינטציה יונגיאנית (תלת-שנתית)

צוות ההיגוי והמורים מורכב מאנליטיקאים יונגיאנים

התוכנית מיועדת לפסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאלים ומטפלים באמנויות, בעלי תואר שני לפחות ובעלי נסיון טיפולי במסגרות בריאות הנפש

מחזור הלימודים הראשון ייפתח באוקטובר 2000. ההרשמה החלה והיא תסתיים באפריל 2000.

לפרטים ולקבלת ערכת-הרשמה נא לפנות למכללת סמינר הקיבוצים, בית הספר ללימודים מתקדמים ולהשתלמויות

טל: 03-6902345, פקס: 03-6901218

וילנאי