

ויותר בשדה הקליני, בפרט מול הפרעות קשות, כגון: הפרעת אישיות גבולית (2), או הפרעה פוסט-טראומטית (3, 4).

לשם הערכת והבנת המטופל יש חשיבות רבה להקניית הבנה פסיכולוגית עמוקה, המאפשרת לפסיכולוג להבין את המטופל העומד מולו, ולמפות את ארגון האישיות שלו: להעריך את בוחן המציאות, לזהות את האופן בו הוא תופס את עצמו ואת הזולת, להכיר בטיב הגנותיו ובמידת יעילותן, ולעמוד על מידת ויסות הרגשות והדחפים. הערכה זו חשובה ומשמעותית להתאמת הגישה הטיפולית שבה יש לנקוט. זאת, גם במקרים בהם הטיפול שיינתן איננו דינמי כלל. דוגמה בולטת לכך ניתן לראות בטיפול לאנשים הלוקים בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית: כאשר ההערכה היא כי האדם הסובל מהפרעה זו הוא בעל ארגון נוירוטי, הרי למרות שההבנה הדינמית תקשור את סימפטומי ההפרעה לקושי בביטוי ייצרי ולמערכת הסטרוקטורלית, הטיפול המתאים והיעיל ביותר לאדם זה הוא טיפול התנהגותי-קוגניטיבי. אך, כאשר האדם הלוקה בהפרעה הוא בעל ארגון גבולי-נמוך או פסיכוטי, ונראה כי ההתנהגות הכפייתית שומרת על האדם מפני פירוק פסיכוטי, טיפול בסימפטומי ההפרעה בלבד, ללא טיפול שיקומי-תמיכתי ותרופתי, עלול לא להועיל במקרה הטוב, ובמקרה הרע יותר להוביל לנטילת ההגנה המרכזית השומרת על האדם, ולסכנו, לכן, בפירוק פסיכוטי.

החשיבות להכשרה אינטגרטיבית, ולהקניית קשת רחבה של תיאוריות וטכניקות טיפוליות היא משמעותית וחשובה דווקא במדינה כשלנו, אשר מחד, עמוסה בטראומות ובמצוקות נפשיות, ומאידך, בעלת משאבים כלכליים מוגבלים. במערכת מדינית זו, הכשרת הפסיכולוג הקליני צריכה להיות מכוונת לעבודה שתוכל להיות עמוקה ומשמעותית, מחד, אך מאידך, קשובה לצורכי המציאות של המטופל ושל המערכת בה הוא נמצא, כאשר יש חשיבות לחתור לטיפול יעיל וקצר, אך גם לטיפול המתאים לצורכי המטופל. כאשר יתרונותיהם של טיפולים פסיכודינמיים ארוכים, של שנה ומעלה, נמצאת כחשובה ומשמעותית בפרט למטופלים רב-בעייתיים (למטא-אנליזה בנושא, ראו, 5). לשם כך, יש חשיבות רבה שהן השדה האקדמי והן המדיני יכירו בחשיבות השקעת המשאבים להכשרת הפסיכולוג הקליני. הכשרה שתמקצע אותו ליכולות גבוהות של אבחון קליני, המשגה תיאורטית ויכולות רגשיות לצד, אך לא במקום, רכישת מיגוון טכניקות טיפוליות. רק הכשרה נמשכת כזו, החל מהלימודים האקדמיים ולאורך כל ההתפתחות המקצועית, תוכל להכשיר אנשי מקצוע טובים, מהימנים ובעלי יכולות קליניות גבוהות. כמו כן, יש חשיבות רבה להשקעת משאבים כספיים, שיאפשרו עבודה טיפולית יעילה ומועילה בבריאות הנפש בקהילה, ללא הגבלה מצומצמת ונוקשה מדי של הסל הטיפולי הניתן למטופלים. סל טיפולים כזה (שעלול להתקבל ללא הפיכת הרפורמה בבריאות הנפש למיטיבה) מסכן ופוגע דווקא באוכלוסייה החלשה והרב-בעייתית של המדינה, זו שאיננה יכולה לפנות לטיפולים פרטיים.

בזכות האינטגרציה: הרהורים על עתיד ההכשרה בפסיכולוגיה קלינית

הקרע המחריף בתוך שדה הפסיכולוגיה הקלינית המתרחש כיום מדאיג וחמור. בדיאלוג זה (או יותר נכון בהיעדרו) בולטת תפיסה פיצולית ודיכוטומית, כאשר כל צד מתאר את האחר באופן דמוני ו'חשוך'. מציאות זו מדאיגה ומתמיהה, בעיקר נוכח העובדה שהגישות הפסיכולוגיות השונות רואות איזון נפשי כקשור ביכולת ליצור ראייה אינטגרטיבית ומאוזנת. כך בגישה הפסיכודינמית לדוגמה, דרך העמדה הדפרסיבית או בגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות, לדוגמה, דרך הדגשת חשיבותם של חשיבה רציונלית או חשיבותו של ויסות קוגניטיבי ואפקטיבי.

בנוסף, קרע זה איננו מיצג את הקול הטיפולי הגובר והולך בארץ ובעולם. ההבנה המקובלת כיום רואה את החשיבות להעריך את צורכי המטופל ואת עולמו הנפשי מתוך זוויות מבט שונות ואינטגרטיביות. זאת תוך מיפוי כוחותיו ומגבלותיו הפיסיוולוגיים, האישיותיים, הרגשיים, הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והמשפחתיים, והתאמת הגישה הטיפולית והכלים הטיפוליים לאלה. התאמת הגישות הטיפוליות והכלים הטיפוליים נעשית לצורכי המטופל, תוך הימנעות מיצירת 'מיטת סדום' טיפולית (דינמית, פסיכואנליטית או קוגניטיבית-התנהגותית) אשר תשרת אג'נדה טיפולית 'טהורה' על חשבון צרכיו של המטופל.

כדי שניתן להעריך את מצבו של המטופל ולהתאים לו תוכנית טיפולית הולמת, יש חשיבות שבאמתחת הפסיכולוג הקליני יהיה מנעד רחב של טכניקות טיפול והתערבות, אותן יוכל להתאים לצרכיו של המטופל. זאת כדי שיוכל לראות את המטופל כאדם ייחודי, ולהעריכו תוך הבנה עמוקה של אישיותו, צרכיו, מצוקתו הנוכחית והמערכת בה הוא מצוי, כמו גם של המערכת האנטומית-מוחית שלו, ובכלל זה השפעות פרה-דיספוזיציות מולדות והשפעת הסביבה, והסביבה המוקדמת בפרט, על מערכת זו (1). לעתים על-ידי בחירת טכניקת טיפול מובהקת אחת, ולעתים תוך שילוב מיגוון כלים טיפוליים בעבודה עם מטופל יחיד, תוך נקיטת גישה אינטגרטיבית. כיום גישות אינטגרטיביות כאלו, אשר מתייחסות להיבטים רגשיים, ביולוגיים, התנהגותיים וקוגניטיביים, נעשית מקובלת יותר

ספרות:

1. Fonagy P., Target M., Attachment, trauma and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. In: Jurist E.L., Slade A., Bergner S. (Eds), Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis. New York, Other press, 2008.
2. Bateman A. Fonagy P., Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. New York, Oxford Univ. Press, 2006.
3. Kramer U., Individualizing exposure therapy for PTSD: The case of Caroline. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 5(2): 1-24, 2009.
4. Briere J., Treating adult survivors of sever childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In: J.E.B. Myers, J. Berliner, C.T. Hendrix et al., (Eds.), The APSAC handbook on child maltreatment. 2d ed. New Bury Park, CA, Sage, 2002.
5. Leichsenring F., Rabung S., Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. J. Am. Med. Asc., 300: 1551-1565, 2008.
6. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M. et al., A Meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "All must have prizes". Psychologic. Bul. , 122(3): 203-215, 1997.

המאבקים והפיצול הקיימים כיום בשדה הפסיכולוגיה הקלינית בישראל מהווים מודל בעייתי לתקשורת ולעבודה אינטגרטיבית, ומונעים איגוד וחתימה משותפת של הפסיכולוגים הקליניים. השאלה: "איזו גישה בפסיכולוגיה הקלינית היא הטובה והיעילה ביותר" התגלתה לא רלוונטית כבר באמצע שנות ה-70, כאשר לוברסקי ועמיתיו מצאו כי "כל הגישות מנצחות", באפקט הידוע בכינויו 'אפקט ציפור הדודו', ששוחזר במחקרים רבים מאז ועד היום (לסקירות ספרות, ראו, 6). אנו צריכים, לכן, לחתור לשילוב כוחות, ולבחינת והבנית הטיפול הטוב והיעיל ביותר לכל אחד ואחד ממטופלינו באופן ייחודי.

לשם כך, כמי שמחנכים ומגדלים דורות חדשים של פסיכולוגים, עלינו לפעול לקראת אינטגרציה, שיתוף פעולה, הקנית ידע מקיף והידברות, קודם כול בינינו לבין עצמנו. זאת כדי שנוכל לגדל, הן את הפסיכולוגים בתהליך ההכשרה והן את מטופלינו, באופן אינטגרטיבי ו'רואה'.

שרון חביב-פלגי
החטיבה הפסיכיאטרית,
המרכז הרפואי רמב"ם.
sharonpalgi@gmail.com