

## פסיכולוגיה רפואית

הפסיכולוגיה הרפואית אשר עוסקת, בין השאר, בטיפול באנשים שחלו במחלות גופניות, חיכון כרונית, מחפתש זרכים ורעיונות יצירתיים כדי לסייע לאותם חולמים להמשיך בחיהם למורות הקשיים והמגבילות הגוףוניות, תוך התמקדות בכוחות הנפש, ברוחה. מאמרנו של שאל נבורן מציג בפנינו בעורבה מעניינת יישום מודל הפסיכולוגוניטיבי בטיפול בחולים במחלת גופנית ומציג אפשרות להיחלצות ממצבי תקיעות אופייניים.

שם המאמר — מודל האי-מחלה מאפשר גם הסתכלות נוספת. אחת מהגדירות מושג התקווה עשוה שימוש במילה "אי" במשמעותה: Hope: a piece of enclosed land in the midst of marches וכאן, מתן אפשרות לחולים לעגן, ولو לזמן-מה, באיזו מתחם בהיבטים חיוביים של חייו מאפשרת לשtol בהתערבות הטיפולית זרעים של התקווה.

רבקה יעקבי, עורכת המדור

## מודל האי-מחלה: פסיכותרפיה לחולים גופנית ולמשפחותיהם

ד"ר שאול נבורן<sup>1</sup>

המאמר מתאר צורת התערבות פסיכותרapeutית לטיפול בחולה במחלת גופנית ו/או בנכה גופנית, המש坦שת בפסיכולוגיה גופנית כהתרבotta טיפולית ספציפית. הפסיכולוגוניטיבי מושם במהלך הטיפול בשתי רמות: 1. בין חומר של המטופל הקשור למחלת לבין חומר של המטופל הקשור לא-מחלה. 2. בין אמונה המטופל, המתואמת בחמש קטגוריות. שלושה קטעים מתוך שלושה תיאורי מקרים מדגימים את דרך הטיפול.

תהליך הפסיכותרפיה עם החולים גופנית ונכים מאופיין במספר מרכיבים: סיבותיות, אי-הפיקות, תקיעות, אין אונים טיפול, וכן הטיפול. מרכיבים מאפיינים אלה לרלבנטיים, הן להקשר הפסיכותרפטי (למשל, מוסד רפואי שבו מאושפזו החולים במחלת הגוףונית, או מסגרת עובודה פרטית) והן להקשר ההפנייה לטיפול (פניה-עצמה של המטופל, או הפנייה של רופא משפחה או כל גורם רפואי אחר).

"מחלה היא הצד האפל של החיים, אורותות מכידה ומטרידיה. כל הנולד אוחז בשתי אורחות: אורותות במלכת הבראות ואורותות במלכת החול. על אף שככל אחד מאיינו מעדך להחיק בדרכון החוייב, מוקדם או מאוחר הוא מוכחה, אפילו לפך זמן קצר, להזות את עצמו כאורה המקומ 'ההוא'". ס. זונטאג (1)

**סיבותיות:** החולים רבים במחלת גופנית, נכים ומשחזרים פונמים לטיפול פסיכותרפטי כיון שהם מעריכים את מחלתם ונוכחות כסיבה הייחידה לטבל שלהם, לחוסר מזלם ולמצבם הנפשי הקשה. הם מאמינים כי אילו היו היו בריאותם, היו חשובים, מוגשים ופועלים יותר. בغالל מחלתם ונוכחותם, הם קשורים למצב קיומי קשה המונע אותם, מדרך הטבע, לפועל אחר. אחת ממטרות הפסיכותרפיה עם החולים במחלת גופנית היא לשנות את ההערכה (appraisal) שלהם לגבי היחס המגעלי ו/או יחס הגומלין בין מחלת גופנית, הפרט, המשפחה ומערכות אחרות (5, 6).

**אי-הפיקות:** מספר מחלות גופניות ונוכחות עלולות להיות בלתי-הפיקות: מחלות כרוניות, כגון דלקת מירפקים שיגרונית (rheumatoid arthritis), לופוס, סכרת, ונוכחות,

**ן** חלה גופנית ונוכחות עלולים להופיע בכל שלב התפתחותי בחייו של אדם, ולפגוע בדיומיו העצמי ובתקודתו היום-יום. האדם החולה או הנכה עלול לאבד שליטה על מהלך חייו ועל תחושת הקורונטיביות שלו. החולים רבים במחלות גופניות מגיבים בתיסמנויות נשיות שונות, כגון חרדה ודיכאון, וחילקם אף נתון בפחד מתמיד מפני החמרת המחלת והשפעתה על תפקודם הכלול (31). כן עלולים להיגע תחומי משפחה, עבודה וחברה (2). ואכן, לאחרונה התפתח והתרחב תחום הטיפול המשפחתי סביבה מחלת גופנית ונוכחות (4).

<sup>1</sup> מרכז השיקום, המרכז הרפואי תל-אביב, בית-חולים איכילוב.

שלו (7). להערכתי ומנסיוני, יש ראיית לבדוק אפשרות לטפל בחולה כזה בשיטת טיפול קצורות-מועד, שכן חולים במחלה גופנית עלולים לא להתמיד בפסיכותרפיה. גם נכים ותיקים וחולמים כרוניים מצפים, בחלקם, לעזרה פסיכותרפית ויתית מהירה לסייע המתחשך.

### 'מחלה' לעומת 'אי-מחלה'

חולמים במחלה גופנית, המטופלים בפסיכותרפיה, עלולים שלא לעשות הפרדה קוגניטיבית ורגשית נכונה בין נושא רפואי לאי-מחלה, בשל הסבל הגוף והנפשי הקשה. דבר זה עלול להוות קושי בחוזה הטיפול (מה ניתן לשינוי ומה לא ניתן לשינוי בפסיכותרפיה), למרות שקיימת הבנה, הן מצד המטופל והן מצד הטיפול, כי נושאים ביו-רפואים מוטב להפנותם לרופא או לצוות רפואי ולא לפסיכותרפיסט. גם חוק זכויות החולה, שחוקק במדינת ישראל, מחייב הספר המדוקיק ומוכן לחולה על שיטות טיפול רפואיים מסופות שאוthon הוא יכול להחליט לתקבָּל או לדוחות. הפסיכותרפיסט שאינו רפואי, ישאיר את ההסבירים בנושאי רפואי לצוות רפואי ולא יעסוק בנושאים שאינם בתחום מומחיותו. נושא רפואי אינ-מחלה הם אלה שמעובדים בתהליך הפסיכותרפי ועשויים לעבור שינוי.

מטופל בן 55 שהיה טיפול נמרץ ואמר לי: "כאשר אני מבקר אצל הקידילוג שלי, אני יודע שבריאותי כבר לא השתנה לטובה מעבר לקאים עצשי. התקף לב — לעולם נשאר התקף לב. כאשר אני בא לפסיכותרפיה, אני מרגיש שאין משתנה מהאדם שהייתי לפני התקף, לאדם שאני עכשו".

ג'ורג' אנגל (8, 9) היה הראשון שהציג מודל בי-פסיכוסוציאלי, שיושם לחולמים במחלה גופנית. מודל זה מכיר בהיררכיה של יחסים בלתי-תלויים של מערכות ביולוגיות, פיסיולוגיות, פרטניות, משפחתיות, חברתיות וקונסיליאריות. כך, על-פני אנגל, מערכת עצבים מגדרת באופן ביו-רפואי, בעוד שחויה והתנהגות מוגדרות באופן פסיכוסוציאלי. מינושין היה הראשון שיצר את המודל המרוכבי במשפחות עם ילד חולה גופנית, אותו כינה 'משפחות פסיכומוטיות' (10).

בשנים האחרונות, התפרסמו בספרות המקצועית מודלים חשובים בתחום הדינמיקה המשפחתי במשפחה עם חולה במחלה גופנית ו/או נכה (5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15). מודלים אלה מבאים להבנה קונצפטואלית וקלינית של הדינמיקה של חולמים במחלה גופנית ומשפחותיהם בשלבים השונים של המשפחה הגופנית ו/או הנכה. כמו כן, התפרסמו מודלים, המתארים משפחות וдинמיקה משפחית ללא חולה גופנית, הנחוצים לישום גם במשפחות עם חולה במחלה גופנית ו/או נכה (16, 17). דוגמה בולטת לשימוש במודל משפחתי, שיושם במחלה גופנית, הוא המודל הסירוקומפלקס של אולסון וחב' (16), שזכה למחקר אמפירי

כגון פארפלגיה ועוד, הן דוגמאות אופייניות. המחשבה, לפיה המחללה הגופנית או הנכה נשאות לעד — היא בעלת משמעות פסיכולוגית מכרעת אצל מטופלים ומשפָּחות (11).

**תקיעות:** החולה ו/או הנכה עסוק, מטיבם הדברים, בהשפעות השיליות של מצב המחללה ו/או הנכה על חייו.

בשיחות רבתה מושעים בחדר הטיפול משפטי כגון: "בגלל המחלה אני לא יכול..."; "אלמלא הייתי חולה הייתי..."; אם הייתי בריא היום, הייתי יכול...". המטופל חזר שבושב לחוויה הקשה של היותו חולה ו/או נכה. במצב זהה, גם החולה וגם המטופל מרגשים כי הם תקועים. חולה בטיפול, בת 45 לאחר כריתת-شد בגולן מחלת סרטן, תיארה את מחללה הכרונית באופן מטאפורי: "המחלה שלי דומה לאדם זו המתפרק יום אחד על דלת ביתי ואומר: 'מעתה אגור בביתך. תיאלץ להאכיל אותי, אגש עם חבירך. בכל מקום שתהיה תיאלץ לפונס ולכלכל אותי. אגש עם חבירך. אשר בביתך לעד — אהיה גם אני. איני עוזב אותך. אשר בביתך לעד — אם תרצוי ואני לא תרצוי'".

מצב התקיעות הוא מצב סובייקטיבי, המתוור בחדור הטיפול בהתאם לחוויותו הרגשיות של המטופל, על-אף אפשרות קיומו של מצב אובייקטיבי, שבו המטופל עשוי גם לתפקיד היפיבר במישורים של עבודה, משפחה, חברה וכיו"ב. אין-אונים טיפול: העיסוק המתמיד מצד המטופל במחלה גופנית ו/או בנסיבות מחוץ שוב ושוב אצל המטופל (בודאי אצל המטופל) תחושה של אין-אונים טיפול. הפסיכותרפיסט, מטיבם הדברים, אינו מטופל בעובותיו הרפואיות של המטופל ואינו מרפא אותו. חולה

שבער אירוע מוחי אמר לי:  
"אני יודע מה הטיפול הפסיכולוגי יכול לעזור לי. הרופא, לפחות נוהן תרופות, שולח אותו לבריקות ועובד בשאלת כיצד למנוע את הישנות האידຽום המוחי שלו. מה אתה יכול לעוזר לי?"  
בשלב זה של התהליך הפסיכותרפי, המטופל מגלה כלפי המטופל אמפתיה רבתה והבנה טוטאלית לשלבו הגוף והנפשי ומכל אותו. להערכתי, אין די בכך. רוב החולים גם אינם מפיקים תועלות פסיכותרפיאティות רבה משיקוף, גילויי אמפתיה, הבנה, התחשבות והכללה — אם אין מעבר לכך בתהליך הטיפול מקום לשינוי של ממש.

**זמן הטיפול:** המחללה הגופנית, ולעתים מצד נכה שונים, מלויים בכ Abrams ובסבל פיסי רב. כאן — מהפש החולה מרפא מיידי לסבלו. הישיgi הרפואה מאפשרים חיים פתרונות מיידיים: תרופות משלכחות כאב הפעולית בMRI; רות; תשובות מהמעבדה הרפואית ניתנות תוך מספר דקות; פיענוח בדיקות כגון C.T. ו-M.R.I. נעשה תוך פרק זמן קצר מסימן. בדיקת רופא יסודית אורכת פהות משעה, ומרגע זה ואילך החולה יכול להתחיל הטיפול. כך, החולה לומד חיש מהר כי גורם הזמן מהו מהרכיב השוב והכרחי בטיפול והוא מצפה כי גורם הזמן, המאפשר שינויים מהירים ברפואה, יהיה מיוושם גם בתהליך הפסיכותרפי

**טבלה 1 : מודלים המתארים מושגי מחלה ואי-מחלה**

מחלה	אי-מחלה	
Doherty & Colangelo (1984): Fundamental Interpersonal Orientations — FIRO Model (13).	Inclusion Control Intimacy	
Engel (1977, 1980): The Biopsychosocial Model (8,9).	Nervous System Organs Tissues Cells Organelles Molecules Atoms Subatomic Particles	Experience & Behavior Person Two-Person Family Community Culture-Subculture Society-Nation Biosphere
McCubbin & McCubbin (1993): The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (14).	Illness Stressor	Family Vulnerability Family Types Patterns of Functioning Appraisal of Illness Family Resistance & Resources Problem Solving & Coping Bonadjsment Maladjustment
McCubbin & Patterson (1982); Patterson (1989): The Family Adjustment & Adaptation Response (FAAR) Model (11, 12).	Illness Stressor Chronic Illness	Adjustment Adaptation Family Resources Family Coping Beliefs
McDaniel et al. (1992): Medical Family Therapy – Techniques for Medical Family Therapy (4).	Biological Dimension Diagnosis Prognosis Physicians Explanation	Listen Empathically Respect Defenses Remove Blame Accept Unacceptable Feelings Normalize Negative Feelings Maintain Communication Attend to Developmental Issues Increasing a Sense of Agency Facilitate rather than Advise
Minuchin (1978): Psychosomatic Family Model (10).	Ketoacidosis Nutrition	Emmeshment Rigidity Overprotection Conflict Avoidance
Rolland (1994): Families, Illness & Disability An Integrative Treatment Model (5).	Time Phases of Illness Illness Beliefs	Psychosocial Typology of Illness Time Line Components of Family Functioning Multigenerational Experience Life Cycle Life Structure Beliefs Systems Anticipatory Loss
Wood (1993): The Biobehavioral Model of Pediatric Illness (15).	Disease Activity Psychophysiological	Proximity Generational Hierarchy Negative Parental Relationship Triangulation Family Responsivity



2. מיסגור מחדש (reframing) (21). **דיבוב פירוש אלטרנטיבי לתפיסה המטופל את עצמו/או בנסיבותיו ורגשותיו.**
3. שימוש בשפת המטופל (22).
4. שימוש במטאפרוז (23).
5. שאלות עתידיות, מפות עתידיות (24). **ההערבות יצירתיות המאפשרת למטופל ולמשפתחו להשתחרר מודפס של תקויות בחיהם.**
6. שימוש בדיאלוג (25) עם המחלה או עם התפיסות הקוגניטיביות של המטופל ביחס למחלה או ביחס לעצמו.

#### מקרה 1

ר' בן, 38, איש-עסקים, נשוי כ-15 שנה והוא שני ילדים: בן 13 ובת 10. נפגע בגין בתאונת דרכים לפני בחזי-שנה ומאז הוא משותק בפלג גופו התחתון ומרותק לביסא גיגלים, אך עצמאי בפעולות היום-יום. פונה לטיפול רפואי לאחר גמר הטיפול במרכזי שיקום ורפואית.

ר': כל חייו היהודי אדם פעיל, אנרגטי ומלא-חיים. הכל — עד התאוננה. התאוננה הרסה את חייו; היום אני אדם שבור, הרוס, מדוכא ומיוаш (ביטוי חרד-צדדי).

מטופל: מודיע אתה אדם שבור, הרוס, מדוכא ומיוаш? (אתגר ושימוש בשפת המטופל).

ר': בגל התאוננה אני לא יכול לעשות כלום! (ביטוי טוטאלי).

מטופל: מה אתה יכול לעשות ומה אתה לא יכול לעשות? (טיפול קוגניטיבי באמונה של ר').

ר': כמעט שום דבר (ביטוי המתקרב לטוטאליות).

מטופל: אם כך "כמעט" שונה מ"שום דבר"? (הדגשת החליקות עלומת הטוטאליות).

ר': כן. אני יכול לעשות מספר דברים (עשיות הפיזול הקוגניטיבי הצלילה).

מטופל: מה אתה יכול לעשות? (המטופל מבסס את האזהה המטופל לראות שהוא חיווי בעשייתו).

ר': אני יכול ללמידה, לחשב על תוכנית השיקום שלי לעיחד, לרצחות לתורום למשפחתי ועוד.

מטופל: הדברים הללו קשורים לנוכחות או למה שאינו נכון? (טיפול קוגניטיבי בין מחלה לאי-מחלה).

ר': למה שאינו קשור לנוכחות כמובן.

מטופל: האם אפשר לומר כי הנושאים שהזכרת קודם: ללמידה, לקרוא, לחשב על תוכנית השיקום ולתרום למשפחה ובוודאי גם נושאים אחרים. שאניהם קשורים לנוכחות שלך, הם אלה שבגללם אתה מרגיש לפעמים "שבור, הרוס, מדוכא ומיוаш"? (המטופל מציג נושאים של אי-מחלה).

ר': כן. וגם נושאים אחרים, כגון: מי אני ומה ערכי חיים? מה יהיה אתי לעתיד? האם אוכל להצליח בתוכניות השיקום שלי? ועוד...

מטופל: שוב הזכרת נושאים כאלה קשורים לגוף או לנוכחות שלך, אלא לנושאים הקשורים לאי-nocחות שלך, לאופי שלך, לאישיות שלך? (טיפול קוגניטיבי).

ר': כן. אבל הנושאים הללו מציקים לי.

מטופלים עם מחלות גופניות. על-כן, במהלך הטיפול, המטופל יבין כי רוב ביטויו אינם קשורים למחלתו ו/או לנוכותו (=אי-מחלה). הוא יבין כי אך ורק בתחום אי-מחלה יש לו שליטה ונitin להbia לשינוי, בנגדות לתחום המחלה, שם, על-פי תפיסתו "לא משתנה דבר", "מעט מאוד משתנה", או, "לא מספיק".

חשוב ביותר להזכיר: אין מטרת הפיזול הקוגניטיבי להכחיש, להדיח או להסלל דיבורים על המחלה, אלא לעזרה לטופל לחזור מלהיות אסיר שלה ולהפנים הבנות חדשות על מכך — להקשיב גם למה שהחיים יכולים להשיע לו מעבר לנושאי המחלה.

ג) **פיזול קוגניטיבי באמונות המטופל:** עקב מצוקתו, נוטה המטופל עם מחלות גופניות ו/או נוכות להתחטט באופן קיצוני, מגומם וoxicotomiy בתיאור סבלו הגופני והנפשי. ביטויים קיצוניים אלה מהווים אמונה (5), הקושרות אותו לדעות חד-מידיות ובלתי-משתנות, שתוקעות אותו שוב ושוב להוسر דיפרנציאציה בין נושא מחלה לאי-מחלה. עבדות הפיזול הקוגניטיבי דרישה כאן, לכן, כדי להbia שנייניו, בעזרתו יכול המטופל הגיעו לרמת אמונה יותר לגביו מחלתו/nocותו בחין.

**מוגדות** כאן לדוגמה מספר אמונה מתוך דברימטופלים עם מחלות גופניות ו/או נוכות:

1. טוטאליות: "מאז שנעשית חוליה/נכחה אני בדיכאון".
2. יחיד: "קיבلت טראומה פעם אחת, لكن עד היום אני מודאג וምופחד עד מוות".
3. חד-צדדי: "הסיפור היה כל חייו".
4. נוקשות: "אני לא יכול לסבול זאת יותר: או אני בריא או שאני חוליה".
5. מחויבות: "אני מוכrho להציג את מטרת חייו".

**המטופל בתגובה:**

1. **חליקות** (עלומת טוטאליות): "מאז שנעשית חוליה/נכחה, לעיתים אחת(ה) בדיכאון ולעתים לא".
2. **יבוי** (עלומת ייחיד): "הו לך איזוים ורבים בערך שגם לא גרמו לך להיות מודאג וምופחד עד מוות".
3. **רב-צדדי** (עלומת חד-צדדי): "יתכן שסיפור יכול היה להסתיר ולהחביא חלקים אחרים של חייך".
4. **גמישות** (עלומת נוקשות): "לעתים אתה מרגיש בריא ולעתים אתה מרגיש חוליה".
5. **חופש בחירה** (עלומת מחויבות): "אתה תשתדל להציג את מטרת חייך".

**ד) טכניקות מסייעות:** שיטת ההתערבות המרכזית שלנו היא **עבודת הפיזול הקוגניטיבי**, להשגת יש צורך, לעומת, להשתמש בטכניקות טיפוליות מסייעות מתוך המטופל הקוגניטיבי קוצר המועד:

1. **אתגר** (challenge) (20). לאתגר את דברי המטופל כדי לעזור לו להגן על עמדותיו, מחשבותיו ורגשותיו במהלך הטיפול.

מטפל: (פונה ל-ל') יתכן כי המידה של "טיפ-טופ" אף גודלה ממידת המחללה? (שים שטח מטפורי בשפת המטופלת ופיצול קוגניטיבי בין מחללה לא-מחללה).

ר': אתה מתחכו ממה אני סובלת יותר? מהפרפקציוניזם שלי או מהמחללה?

מטפל: כן. כי لو לא הייתה פרפקציוניסטית הייתה חייה בשלום עם המחללה, לא כן?

ג': נכון...

מטפל: אז נטפל בפרפקציוניזם שלך? (מיסגור מחרש המביא לפיצול קוגניטיבי).

ל': כן. לא רק. יש נושאים אחרים.

ג': כמו למשל זה שאחנו רבים בגל המחללה?

ל': למה אתה מתחכו?

ג': אני לא תמיד מקבל את זה שאת לא מרגישה טוב. למשל, את עשו דברים, הולכת לעבודה ואחר-כך כדי לעשות משהו עבורי את אומרת שאין לך כוח!

ל': אתה מגדים!

מטפל: בערך אומר שatoms, הוא לא מאמין לך ואת אומרת שהוא מגדים — אלה נושאים נוספים לטיפול זוגי?

ל': כן.

מטפל: טוב, נושא אי-מחללה לא כן?

ל': כן.

ג': מחללה אשתי פוגעת בכל הבית. (אמונה טוטאלית).

מטפל: מה במחללה פוגע בבית ומה באשתך פוגע בבית? (מנוגלוג מול דיאלוג עם המחללה ופיצול קוגניטיבי בין מחללה לא-מחללה).

ג': היא מחלונה על עייפות וכאבים ולא מרגישה שיכולה לעשות דברים כמו שהיתה רוצה.

מטפל: עייפות וכאבים — אלה נושא מחללה. עושים דברים כמו שהיתה רוצה — אלה נושא אי-מחללה. טוב — "כמו שרצה"

נראה כבעיה המרכזית ויש לבדוק עניין זה.

ל': נכון. אני תמיד מזכירנה חינויות ופעולות ומסתירה את המחללה בעבודה ולפניהם זרים.

מטפל: כמובן, את יודעת גם להפתיע את הסביבה? (מיסגור מחדש)

ג': חשוב לאשתי להיראות super woman.

מטפל: עניין זה קשור למחללה או לצורך מסויים? (פיצול קוגניטיבי)

ג': בודאי לצורך שלה.

ל': תמיד חיה כי צואת.

מטפל: או לא השתנית?

ל': לא.

מחלך הטיפול: ר' ו-ג' מדברים בכלל מהלך הטיפול על הלקים של אי-מחללה: החסכנות והמעלות שם וואים בעצםם, הם מעלים נושאים זוגיים ובודקים במהלך הטיפול דרכי להגשמה של תוכניות, שאיפות וציפיות לעתיד. הטיפול נמשך 12 פגישות והזוג מודיע על הרגשה טובה ושביעות רצון עצמית גבוהה, אצל הזוג ואצל האשה עצמה.

מטפל: מה יהיה הסימן הראשון לכך שתדרע שהדברים יציקו לך בחותם? (שאלת עתידית, מפה עתידית).

ר': כאשר אהחיל לטפל בהם.

מטפל: כבר עתה התחלת לטפל בהם לא כן?

ר': כן, כמובן...

מטפל: בנסיבות שאותה מעוניין לטפל בהם ניתן להביא שניים, כי נושאים, כגון: "מי אני ומה ערכיכי כולם, מה יהיה אני לעתיד והאם אוכל להצליח בתוכנית השיקום שלי לעתיד ועוד" — הם נושאים שאינם קשורים לנכונות הגוף שלך, לא כן? (פיצול קוגניטיבי).

ר': כן... זה מדרהים... אני מתחילה פתוחה להבין כי יש תקווה לשינוי, דזוקא בנסיבות שאינם קשורים לנכונות שלך... כלומר כי, בעצמי, بما שהוא שאהיה... ולכנן הנכונות לא מפרעה שם.

מטפל: יתכן שאתה שארץ מצב הנכונות הביא אותך או תרם מידה רבה ליכולתך לבצע שינוי? (מיסגור מחדש).

ר': אני מסכים... אני אפילו מעז לומר כי הנכונות הביאו אותי לטיפול אבל האין-נכונות היא דזוקא הטיפול כאן בחרד...!

מטפל: נכון מאוד. בעצם, הטיפול בכך הוא טיפול הדומה גם לאדם ללא נוכחות גופנית. אדם בריא! האם אתה מסכים עם קביעה זו?

ר': עד לפני שהגעתי אליך לא חשבתי כך. עכשיו — אני מאד מתחבר למה שאמרת.

מטפל: טוב. אפשר שנתחילה לעבוד בטיפול על הנושאים שמצויקים לך?

ר': כן, מאוד (פיצול הקוגניטיבי הצליח — הטיפול ממשיק בנושאי אי-מחללה).

מחלך הטיפול: ר' המשיך בטיפול שהחמקד כללו בנושאי אי-מחללה. בכל מהלך הטיפול, לא חזר ר' לדבר על הפיצעה בתאונת הדריכים, על הנזק הגוף ועל הנוכחות שלו. הטיפול עסק בנושאי דימוי, עצמי, ענק עצמי, שליטה עצמית, תעסוקה, משפחחה, חי חברה, עתיד וכו'. הטיפול נמשך 24 פגישות ובסיום — ר' מודיע על "מצב נפשי מאוזן ביותר, עם מרוץ, אנרגיה ויומה הדומים למי שהיה בפני התאונתך".

## מקרה 2

ל', בת 40, מורה במקצועה, נשואה ואם לבת 16 ובן 12, חולה בדלקת מירקדים שיגרונית C-5 שנים. הפגישות הטיפולית היו זוגיות, עם הבעל — ג'.

ל': אנחנו באמצע של בניית משותפת, קריירה, ביטוס כלכלי וחברתי ופתרונות הופיעה המחללה האורורה הוזו...

מטפל: מה המחללה עשו לך? (התהבותות עם נושא המחללה).

ל': יש לי כאבים בכפות הידיים, בכפות הרגליים, בברכיים, בכתפיים. אני מוגבלת בטוחות מע諾ות מיפורקי הידיים. יש לי כאבים בלבלה, קשה לי לישון. בבוקר כל הפרקים שלי תפוסים. אני מודכאת כי אני לא מצילהה לעשות כלום...

מטפל: איך הייתה רוצה לעשות אחרת? (מיסגור מחדש המנוסחת כשאלת עתידית).

ל': אני פרפקציוניסטית. לא יכולה לעשות דבר באופן חלקי.

מטפל: (פונה לבעל — ג') מה ערו?

ג': אשתי מאוד הישגית ומחורגת. כל דבר חייב להיות טיפ-טופ, אחרית היא יוצאה מן הכלים.

טפל: לא. אני יודע את התוכנה שתבצע פדאס ג'בָא אם יסוף הצורך בשיליטה (שימוש בשפט המטופל והצג פז'אל קוגניטיבי לכיוון של מיתון הצורך בשיליטה של מ').

טוב. בהיעדר תוכנה שכזו, אני אחותך דורך אחדת לשיליטה. מטפל: ...ואז החדרות כביתי בצווק שלך לשיליטה, יכולות לדודע מעט? (מיסגור חדש של החדרות כביתי לצווק הנוקשה להשגת שליטה = אי-מחלה).

מ': אשタル. מהלך הטיפול: מ' מכוען את מחשבותיו ורגשותיו לכיווני השלהמה והסכמה עם מצבו הרפואי. הוא מתחפש אסטרטגיית של אי-מחלה, המתאיםות להוויה ומנסה להתרחק מ استراتيجיות שתתי-איימו למצבו הרפואי בעבר. התקיימו 4 פגישות טיפוליות. מצבו הגופני של מ' מישק להירדרר, אך הוא מרגש נפשית כאדם שרווח כבר ניצחה בمعרכה על ההישרדות שלו.

הערות על הטיפול: המטפל מSKI לשפט המטופל ומעודד אותו לקבל אהירות על נושא אי-מחלה. בכלל פעמי שהמטפל קשור לנושאי מחלה לאי-מחלה — המטפל מפְרִיד בינויהם ומראה למטופל שהשינוי יתבצע רק בנושא אי-מחלה, נושא שיש למטופל מקום לשיליטה, תובנה ומודעות. מה שנראה למטופל בתחילת הטיפול כרצון לשינוי בנושאי מחלה, הופך להיות מובן בהמשך הטיפול עבورو, כינוי בנושאי אי-מחלה.

## ד'ו נ

הטיפול בחולה במחלת גופנית ובנכח, מוגדר כתיפוף בעל שני מחלכים: במהלך הראשון, המטפל עוזר למטופל לצאת מתיקיות מחשבתיות ורגשית, הקורשת אותו לנושא המחלת ו/או הנכות שלו. המטפל מגע לטיפול כשהו חסר-אונים ומרוכז כל-כלו בסיבותיות ובאי-הפיקות של מחלהו, נכותו או פצעתו. במהלך הטיפול הראשון, המטפל מעלה תלונות רבות הקשורות את סבלו הגוף והרפוא' לאירוע חיוו', מצב רוחו ויכולת תיפקודו. עם התקדמות התהיליך הטיפולי, המטפל רוכש הבנה ומודעות אחרת, המכונת לשינוי בנושאי אי-מחלה. המטפל מתעדבר בתחילת התהיליך הטיפולי לאט, בזרירות הדורשה, כאשר הוא מפקד על צעידה ווהובלה (pacing and leading) של המטופל (26). כמו כן, המטפל חייב תמיד ליצור קשר עמוק עם המטופל ולהקפיד על שיתופ פעולה עמו, גם במקרים של התנגדות טיפולית. המטפל חייב להיות רגיש לשינויים הקלים המתורחשים בחדר הטיפול, תוך הקשה לשפה המילולית ואף לרמזים הלא-מילוליים של המטופל. בעבורה ברוך זו — עשוי להתרחש מהפרק טיפול: המטפל יהיה מוכן לעסוק בנושאי אי-מחלה והטיפול עובר למהלך שני.

המהלך השני של הטיפול מרוכז כל-כלו בנושאי אי-מחלה. המטפל הפנים את ההבנה כי רק בהם ניתן להביא שינוי. במהלך טיפול זה, המטפל יכול להתרחק מחשבתיות ורגשית ממחלה, נכותו ופציעתו ולעסוק בנושאים טיפוליים של אי-מחלה.

מ', בן 56, מתקנת מחשבים במקצעו, נשוי, שני ילדים חיים מוחוץ לבית, גור עם אשתו ועם מטפל סיודי עקב מוצבו הבלתי-ריאתי הירוד ביחס: מ' חוליה בטרשת נפוצה, מרוחק לכיסא גלגליים, משוטק בכל ארבע הגפיים ולכון אין מוסגל כבר להשתמש בידיו וברגליים ונזקק לעזרה מלאה 24 שעות ביום.

מ': ...זהו, זה הסוף של. המחלת הזה גומרת אוטו.

מטפל: אתה מוכן להסביר? (התהברות עם המחלת).

מ': אני איש מחשבים ואני נמל לעבד יותר על המחשב.

מטפל: מדוע? (אתגר).

מ': כי אני משותק בידיים ולא יכול להקייש על המיקלחת של המח заб.

מטפל: איך אתה לא משותק? (אי-מחלה).

מ': בראש, בשכל...

מטפל: אם כך המחלת לא פוגעת בשכל?

מ': כן. המחלת לא פוגעת בשכל.

מטפל: ואתה משתמש בשכל כדי לעבוד?

מ': כמובן. חכמת מחשבים זו עבודה עם ראש.

מטפל: אז לעבוד אתה יכול, רק אתה לא יכול להראות לעצמך את עבודתך? (מיסגור חדש).

מ': נכון.

מטפל: ...כלומר, עד לפני חודש היה עצמאי בעבודתך וعصוי אתה พฤษภาคม או לא עצמאי כל? (מיסגור חדש).

מ': כן. אני לא עצמאי עכשו בעבודתי.

מטפל: ...או הבעייה שלך היא עצמאות בעבודה? (מיסגור מחדר).

מ': נתן לומר.

מטפל: "נתן לומר" או אתה חושב אחרה? (אתגר).

מ': אני לא חושב אחרה. אני מסכים שהבעייה שלי היא "עצמאות בעבודה".

מטפל: התהום של עצמאות בעבודה מוכך לך? (אתגר).

מ': בוודאי. הרבה שנים הייתה עצמאי בעבודה.

מטפל: כМОמה בתחום של עצמאות בעבודה, אני מבקש כי תשייא לעצמך עצה כיצד להתמודד עם מצבך החדש. (עידוד חקלים של אי-מחלה)

מ': אני צריך לחשוב על כך עם עצמי ואו אוכל לטפס עצה.

מטפל: טוב מאוד. כשהתआ לך דעה בעניין, אשמע אם תשתקפ אותה בפתרון (אי-מחלה).

מ': טוב. בינהיים יש לי חרדות בקשר לעתיד. מה יהיה איתי?

מטפל: למה הכוונה? (אתגר).

מ': אני חייב לדעת מה יהיה איתי (אמונה של אילוץ).

מטפל: מדוע אתה "חייב"? אולי מוטב לומר "אני אשタル" (פיזול קוגניטיבי).

מ': ככה הייתה כל חי: אני אדם עם צורן גבוה בשיליטה.

מטפל: והצורך הגבוה שלך סופק תמיד?

מ': ברוב המקרים לא סופק ולכון הייתה מתחסכל.

מטפל: כיצד תדע עכשו אם תהיה לא מתחסכל? (שאלת עמידה).

מ': לא יודע.

מטפל: מי יודע?

מ': אולי אתה יודע?

2. היה (2), בה המטופל לומד להתמודד עם נושאים של המחלה, ללא הפרדה ביניהם לבין נושא אי-מחלה). הטיפול הוא תהליך של יציאה מאבל מתensus על אובדןם. מתרור למטופל כי תחושת אבל זו קשורה דווקא לנושא אי-מחלה. זו הבנה חדשה, העשויה להביא לשינוי פסיכותרפיוטי.
3. המטופל מתגיר את המטופל, שומר במהלך הטיפול על חזות אופטימית וחיובית ומודגים ריחוק וgeshi, כל אימת שהמטופל מעורב רגשית במחלהו, נכותו, גופו ומצבו הרפואי. מעל לכל, המטופל משמש מודל להזדהות ולהקורי שיש בו מקום לאופטימיות והקווה, שכן, ככל שנמשך הטיפול — נושא השינוי, קרי, הא-מחלה, הופכים יותר ויותר מרכזים.
- יש לסייע ולומר כי שלוש הדוגמאות נבחרו לשם ייצוג התערבות הא-מחלה במיטהה. מדובר בשלב זה על התערבות בעלת ערך קליני, המאפשרת הקלה רכה ברגע עם החוללה הגופני הסובל. אולם, בשלב זה, אין עדין מעקב מחקרי מסודר לאורך זמן אחר התוצאות הטיפוליות. הערכת העבודה נמצאת עתה בתחום של בדיקה, ודיווח על התוצאות ניתנת במועד מאוחר יותר. כמו כן, יש להניח כי טיגנוןן, אישיותו וניטונו של המטופל (כמו בכל שיטת טיפול) תקבע במידה רבה את הצלחת הטיפול בדרך התערבות זו.

#### סודות :

1. Sontag S., Illness as metaphor and AIDS and its metaphors. New York, Anchor Books, Doubleday, 1988.
2. Wright B., Physical disability — A psychosocial approach. New York, Harper and Row, 1983.
3. Flor H., Turk D.C., Chronic illness in an adult family member: Pain as a prototype. In: D.C. Turk, R.D. Kerns (Eds.), Health, illness, and families: A life-span perspective. pp 255-278. New York, John Wiley & Sons, 1985.
4. McDaniel S.H., Hepworth J., Doherty W.J., Medical family therapy. New York, Basic Books, 1992.
5. Rolland J., Families, illness and disability - An integrative treatment model. New York, Basic Books, 1994.
6. McDaniel S., Hepworth J., Doherty W.J., The biopsychosocial systems model. In: Medical family therapy. New York, Basic Books, 1992.
7. Henao S. Grose N.P. (Eds.), Principles of family systems medicine. New York, Brunner/Mazel, 1985.
8. Engel G.L., The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196: 129-136, 1977.
9. Engel G.L., The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry, 137: 535-544, 1980.
10. Minuchin S., Rosman B.L., Baker L., Psychosomatic families. London, Harvard University Press, 1978.
11. McCubbin M.A., Patterson J.M., Family adaptation to crisis. In: H. McCubbin, A. Cauble, J. Patterson (Eds.), Family stress, coping and social support. pp 26-47, Spring-

שלשות המקרים שהובאו, שונים מבחינה אופי המחלה והנכחות: המקרה הראשון נוכחות חדשה. במקרה השני, המחלה אופי כרוני ומתמשן. במקרה השלישי, נושאת המחלה אופי אקטואלי (עקב הידירות הפתאומית שחלה במצב רפואי), ועל הכל, המחלה היא סופנית (המטופל יודע את הפרוגנוזה של מחלת הטרשת הנפוצה). על- אף האופי השונה של המחלות בשלושת המקרים שהובאו, גישת הא-מחלה זהה מבחינה בעבודת הפיזiol הקוגניטיבי ויישומו הילכה למעשה טיפול. בכל שלשות המקרים, מטרת ההתערבות היא לעبور מהלך השני בו עוסקים בשינוי.

בעבודת הפיזiol הקוגניטיבי אינה מעודדת הכהשה או התעלמות מנושא המחלה. הנפקון הוא: היא מאפשרת למטופל להרחב את רפרטואר המודעות וההתמודדות שלו לנושא המחלה, בכך שהוא קיבל את מוגבלותו-minus חלתו, לא מתוך התעלמות, אלא מתוך השלמה עם המציאותות, שלפעמים, אכן, קשה ומכבידה. המקרים שהובאו במאמר זה מדגימים היטב את ההשלמה עם הנוכחות והמחלה. עם זאת, ככל שלשות המקרים, במהלך הטיפול מוביל אל חכמי הא-מחלה, מוביל להתעלם או להכחיש את המצב תחומי א-מחלה, רקען העשויו קשחה בטרשת הנפוצה, מעידף לעסוק, תוך במהלך הטיפול, בתכניות העשויות להוביל אותו אל שינוי ואולי אף תקווה.

הספרות המקצועית העדכנית עוסקת במגוון שיטות לטיפול במצבי דחק שונים, ביניהן, שיטות העוסקות בהרפיה, מדיטציה, ביו-פידבק וקשרי הגומלין של מערכות גופ-נפש ברפואה המערבית וברפואה הסינית (28, 27). גם בעבודות אלו מගיסים חלקים של א-מחלה בשיטות שונות. עבודותם של וויט ואפסטון (29), המציגות את הטכניקה הטיפולית של החצנת (externalization), סימפטום, עוסקת בעיקר במשמעותו מחדש (reframing), המאפשר את החצנת הסימפטום. בשיטה זו, עדין המטופל שב ועובד בסימפטום המעניין עליו שוב ושוב ואילו המטופל ממשיך למסגר חדש את ביטויו של המטופל בכל פעם שב ועובד בסימפטום. לעומת זאת — גישת הא-מחלה, מציע שיטת התערבות שונה — בעבודת הפיזiol הקוגניטיבי, המאפשרת למטופל ולמטופל עשיית חיז' בלתי-הפני בין נושא המחלה למשך הזמן השני של תהליכי הטיפול. הראתה א-מחלה — שם המהלך השני של תהליכי הטיפול, התערבות, מנסה להוביל לשינוי פסיכותרפיוטי, בקצב ההתקדמות של המטופל, תוך שימוש בשפתו, בעולםמושווים ומערכת אמוןתו, הן סביב מוחלתו/נכחות והן סביב נושא א-מחלתו/נכחות.

#### לסיכום, מספר מאפיינים:

1. מודל עבודה טיפול וויישום. תהליכי התמודדות פעילה עם נושא א-מחלה (בניגוד לגישה השיקומית המטורה-

- field, IL, Charles C. Thomas, 1982.
12. Patterson J.M., A family stress model: The family adjustment and adaptation response. In: C.N. Ramsey (Ed.), Family systems in medicine. New York, Guilford, 1989.
  13. Doherty W.J., Colangelo N., The family FIRO model: A modest proposal for organizing family treatment. *J. Marital and Family Therapy*, 10: 19-29, 1984.
  14. McCubbin M.A., McCubbin H.J., Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In: Danielson C.B., Hamel-Bissel B., Winstead-Fry P. (Eds.), Families, health and illness. St. Louis, Mosby, 1993.
  15. Wood B.L., Beyond the Psychosomatic Family: A biobehavioral family model of pediatric illness. *Family Process*, 32: 261-278, 1993.
  16. Olson D., Sprenkle D., Russell C., Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical application. *Family Process*, 18: 3-28, 1979.
  17. Reiss D., The family construction of reality. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1981.
  18. נבון ש., מידדים פנימיים של המערכת המשפחה הקשורים להסתגלות המשפחה לאחרר. כריהת-שר של בת הזוג. עבודה דוקטורט, האוניברסיטה העברית בירושלים, 1994.
  19. Hammond D.C. (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York, W.W. Norton, 1990.
  20. Minuchin S., Fishman H.C., Family therapy techniques. Cambridge MA, Harvard University Press, 1981.
  21. De Shazer S., Patterns of brief family therapy. New York, The Guilford Press, 1982.
  22. Watzlawick P., The language of change. New York, Basic Books, 1978.
  23. Madanes C., Strategic family therapy. San Francisco, Jossey-Bass Pub. 1982.
  24. Penn P., Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24: 299-310, 1985.
  25. נבון ש., התurbation משפחתיות בהתקומות עם חולין וכוכות: קורס מיום ניירות. בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב, 1994.
  26. Brown D.P., Fromm E., Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillssade, N.J, Lawrence Erlbaum, 1986.
  27. Lehrer P.M., Woolfolk R.L., Principles and practices of stress management. New York, The Guilford Press, 1993.
  28. Moyers B., Healing and the mind. New York, Doubleday, a division of Bantam Doubleday Dell Pub. Group, 1994.
  29. White M., Epston D., Narrative means to therapeutic ends. New York, Norton, 1990.

## **מרפאת שאן לטיפול אינטגרטיבי**

מצמינה אתכם להשתתף בסמינר: 28-30 ינואר 99

**I.P.E.C.**

Integrated Physio Emotional Clearing

### **טיפול אינטגרטיבי בהפרעות נפשיות ווגפניות באמצעות מבחן שרירים**

**בחנichiyah ד"ר אורן קינג, לוס אנג'לס**

C.I. היא שיטת פסיכותרפיה חדשה ומהפכנית לטיפול عميق ועיל בחודדות, פוביות, מתח נפשי ודיכאון, הפרעת פסיכוסומטיות (כולל אכילה ושינה), תוקפנות יתר והכשלה עצמית, אלרגיות, התמכרות למיניהן ובעיות פיסיולוגיות נוספות. השיטה פועלת באמצעות אינטגרציה של טיפול שיחתי עם איבחוון וטיפול באופן בלתי מיול, תוך שימוש במערכת הביו-פיזיק הטיבעת של הגוף, העוזרת להסרת אמונה ורגשות שליליים ברמה האנוגטטיב ולהאיץ את תהליכי הריפוי והגדלה של המטופל.

שיטת I.P.E.C. משלבת דמיון מודרך ועקרונות מתאוריות הביו-אנרגגיה, הרואה באדם מערכת גוף-נפש בעלת **שזה אַלְקָטָה מגנטו** ייחודי ודוני, אשר נפגע או מתחזק בתגובה לירויים פנימיים לא מודעים ו/או לאירועים חיצוניים טראומטיים. כמו כן **היא פשיטה את המטיפ Meridian & Acupressure Medicine, Neuro-Emotional Technique, Applied Kinesiology, Allergy** — **Technique, Thought Field Therapy** ועוד.

ד"ר אורן קינג הוא פסיכולוג קליני, שהתמחה בתחום הטיפול הפסיכולוגי הביו-אנרגנטי, וכיום מלמד ועומד באה"ב ובישראל בשיטת I.P.E.C., אותה פיתח בשנים האחרונות לאור תוצאות ממשמעותיות **אצל מטופלי**.

**הסמינר מיועד לפסיכיאטרים, פסיכולוגים ואנשי מקצוע נוספים בתחום הטיפול הנפשי, ותקיים לאזרע שולשה ימים רצופים (ה' עד שבת) 28-29-30, ינואר 1999.**

**לפרטים והרשמה — מרפאת שאן, רוח' יוסף קארו 26, תל אביב**

**טלפון 03-5615352, פקס 03-5621152**