כשהעל לא מתאימה

סינדרום הפסיכולוג וגבולות האתיקה בטיפול השיאצו

מאת: גיא עמיר

מאמר זה משקף סוגיה אתית שעולה מתוך ממצאי מחקר בו נבחנו התקשורת הטיפולית והיבטיה בטיפול השיאצו. מהממצאים השתקפה תמונה בה ניסיונם של המשתתפים לשמירה על יושרם האתי על ידי ההימנעות מחקירה באורייינטציה פסיכולוגית לנוסח תכנים רגשיים, הושגה התוצאה ההפוכה. הדבר יתבטא בכך שהוצגו שתי מטרות טיפוליות אחת שהייתה רפואית בפני הקלייינט ושניה שהייתה רגשית, אותה שמרו המשתתפים לעצמם. ההימנעות מהחקירה הגלויה לא מנעה מהמשתתפים לבצע הערכה ואבחון פסיכולוגים לעצמם ואת, על סמך הנחותיהם האישיות ובהסתמך על המידע המועט עמד לרשותם והזמן הקצר. התוצאה נראתה באבחון השגוי של מקור המצוקה הרגשית. בעקבות כך, נבחנים במאמר זה מחדש גבולות האתיקה שביישום הורבאלי וההיענות לתכנים הרגשיים שבטיפול.

ישנה הסכמה ובצדק שאין להשתמש במיומנויות פסיכולוגיות ללא הכשרה בטיפול השיאצו. מסלולי הלימוד לרוב אינם כוללים טכניקות ורבאליות לטיפול רגשי והתייחסות למימדים הרגשיים בחייו של הקלייינט, או ההתעסקות במצוקותיו הרגשיות, נעשית באמצעות טכניקות מגע המבוססות על הפילוסופיה בה מתמקדת תכנית הלימודים. מאמר זה, יעסוק בנושא הגבולות האתיים שבהתייחסות הפסיכולוגית שבטיפול השיאצו. זאת, באמצעות סוגיה אתית שעלתה מתוך תוצאותיו של מחקר שבחן את המכשולים והפתרונות העומדים בפני מטפלי השיאצו ביישום התקשורת הטיפולית.

כאמור, מטרתו של המחקר הייתה לבחון את התקשורת הטיפולית והיבטיה השונים. בכדי לעשות זאת, נערכו ראיונות עומק שתומללו ומתוכם זוקקו תמות ראשיות בשיטת הניתוח של תיאוריה מעוגנת שדה. הראיונות, כללו מצד אחד שאלות פתוחות שמטרתם הייתה למשוך ידע לגבי תפיסתם של המרואיינים את התקשורת הטיפולית ומצד שני, משחקי תפקידים שמטרתם הייתה לבחון את אופן היישום בפועל. ניתוח הנתונים הצביע על פערים בין תפיסת התקשורת ליישומה ועל השלכותיהם, אולם לא לכך אתייחס במאמר זה, אלא לסוגיה האתית שעלתה מתוך הממצאים.

בראיון, במסגרת משחק התפקידים, החוקר ביקש מהמשתתפים לערוך תשאול ראשוני כפי שהיו עורכים בקליניקה למקרה אותו הוא הולך להציג. בעת הצגת המקרה, הוא הביעה רגשות סותרים ותכני מצוקה בהקשר לבעיה הרפואית. כאמרו משפטים כגון, "אני כועס, למה כאב הכתף הזה מגיע לי", או "אני מפחד ומתוח ולא יודע עם בעיתי תיפתר או שאשאר עם הכאב הזה". מצד שני, הוא רמז שישנו הקשר רגשי פסיכוסומאטי לבעיה הרפואית, אולם תכנים אלו לא הובעו בצורת מצוקה רגשית. כאמרו משפטים כגון, "זה התחיל כשאיבדתי את לפני שנה ושמונה חודשים", "עברתי תהליך של עיבוד אבל, בעסתי, צחקתי ובכיתי. היום אני יכול לדבר על כך בקלות ואני מרגיש רק אהבה בלב ולא צער ויגון".

ראוי לציין ששיח מהן זה שהתנהל במסגרת משחק התפקידים של התשאול הראשוני, מבטא קונפליקט שיכול להיות נוסח בחדרם של כל מטפל ומטפלת. הרי אנו לא יכולים להימנע מתכני השיח הורבאלי שנוצר במפגש הטיפולי, איננו יכולים להימנע מרגשות שעולים במפגש ולוודאי שאיננו יכולים להימנע מביטויים רגשים אותם מכניס הקלייט לחדר הטיפולים. מכיוון שהתיאוריה ההוליסטית כוללת בתוכה מימדים אלו, נוצר הצורך להתייחס אליהם באופן כל שהוא. אי היכולת לעשות זאת בשיחה מחשש לחציית גבולות האתיקה, יכול להוות קונפליקט מהותי. מבחינת המטפלים שהשתתפו במחקר, קונפליקט זה נפתר על ידי יישום המגע ככלי לנגישה הרגשית.

כשנשאלו המשתתפים לגבי התייחסות ורבאלית לנושאים רגשים שהם באורייטציה פסיכולוגית, הם הסתייגו. הם אמרו שימגעו מתגובה טיפולית היכולה להיחשב כפסיכולוגית והסבירו את הימנעותם בהיעדר הכשרה פסיכולוגית מתאימה. הם אמרו משפטים כגון, "אני לא פסיכולוג ואסור לי ליפול בקטע של השיחה", או "אני לא פסיכולוגית אני לא ישאל שאלות בדברים שאני לא מבינה". לדבריהם, המגע כשלעצמו משמש ככלי מספק היכול לתת מענה ליצירת קשר ולהתייחסות למצוקות רגשיות. הם התייחסו לכך במשפטים כגון, "לפעמים רק ממגע, מהנחת יד על הבטן האמון נרכש", או "אני משתמשת במגע בכדי ליצור קשר, כשאני נוגעת המטופל מתרכך, הוא נפתח".

על פניו, נראה שמשתתפי המחקר עקבו אחר הכללים האתיים ונהגו באופן מקצועי. אולם מתוצאותיו עולה תמונה אחרת, המרמזת על הצורך לבחון מחדש את גבולותיה של סוגיה אתית זו. כפי שצוין, במשחק התפקידים החוקר הציג באופן גלוי רמזים לכך ששורש בעייתו הרפואית היא פסיכוסומאטית. באותו הזמן, הוא התנהל באופן רגשי המביע כעס ותסכול על מצבו הרפואי. בהתאם לכך, כל המשתתפים במחקר זיהו את ההיבט הנפשי כדומיננטי. היה ברור לכולם שהם יכניסו היבטים רגשים לטיפול והם תפסו את הדבר כטריוויאלי ובלתי נפרד. לאחר משחק התפקידים, כשנשאלו "מה הייתם עושים בטיפול?", הם ענו, "הייתי עובד פיזית אבל דרך הפיזית פותח את הנפש", או "הרגשתי שאין בעיה בכתף, הכאב זה כאב פיזי אבל שמגיע ממקום אחר". תשובותיהם של כל המשתתפים שיקפו את התייחסותם לבעיה הרגשית שעלתה כקודמת לפתולוגיה הפיסיולוגית.

אף על פי כן, כשהמשתתפים נשאלו על ידי החוקר בזמן משחק התפקידים "מה יש לי?", או "מה אנו הולכים לעשות?", כל משתתפי המחקר התייחסו להיבטים הפיזיים של בעייתו בלבד. כאמרו משפטים כגון, "אנו עובד על הכתף, ניצור תנועה", או "אני אשתדל לא להתמקד באזור עצמו אלא להגיע בדרכים

עקיפות". אף אחד מהם לא הציג את מטרת הטיפול כנוגעת גם להיבטים הרגשיים. במילים אחרות, הם לא שיתפו את הקלייט (החוקר) במטרת הטיפול האמיתית אליה התכוונו והציגו בפניו מטרה טיפולית אחרת. עצם הצגת מטרת הטיפול באופן אחד לקלייט וקביעת מטרה אחרת שהיא אינה גלויה לו, מהווה מצב אשר יכול להיסחן ברמה האתית.

אמנם, לדבריהם של המראיינים הם נמנעו מחקירתם של היבטים רגשיים, מכיוון שלא קיבלו הכשרה לאותה. אולם יחד עם זאת, הצורך להתייחסות לאותם ההיבטים עצמם היה נוסח ויתבטא בהבנתם את מצבו של הקלייט שהוצג בפניהם ובדרך פעולתם. ישנה האפשרות שתוצאה זו מבטאת נסיבתיות שמקורה באותו הקונפליקט הפנימי, זה המבטא מצד אחד את הצורך להתייחסות ומצד שני, את חוויית הסיטואציה כמחויבת להיות נסתרת, מכיוון שההתעסקות הגלויה עימה נתפסת כלא אתית ברמה הפסיכולוגית. הדבר משקף צורך העולה מהשטח ושיש לתת לו מענה ברמת מערכות ההכשרה, אולם זהו נושא לדיון אחר.

ההשלכות לאי ההתייחסות הורבאלית לתכנים הרגשים שעלו, נראו באסחון שגוי לגבי המצב שהוצג. למרות שהקלייט (החוקר) ציין באופן ישיר שהיה בטיפול פסיכולוגי, שעיבד את רגשותיו שקשורים לאח והתמודד עימם ולמרות שתלונותיו הרגשיות כוונו באופן מכוון לחוויית המצוקה של לחיות עם הבעיה רפואית, לחיות עם הכאב גופני המוגבלות וחוסר האונים הנובע מכך, כל משתתפי המחקר קבעו שהמתח והמצוקה הרגשית אותם חווה, מקורם בגורם הפסיכוסומאטי. מסיפור המקרה, ניתן היה להסיק שאכן סיבת הפתולוגיה היא פסיכוסומאטית, אולם במקור המצוקה הרגשית לא היה ניתן לטעות, היא הוצגה כנובעת באופן וודאי, ברור וישיר מהפתולוגיה עצמה.

יחד עם זאת, החומרה האתית שבעניין אינה נוגעת לאי דיוקם של המשתתפים באסחון המקרה, זו התוצאה. היא נוגעת לכך שלמרות הימנעותם מהתייחסות הורבאלית ומהצהרתם המסתייגת מתכנים פסיכולוגיים, הם לא נמנעו מלבצע הערכה פסיכולוגית ומקביעת מטרת טיפול רגשית. כל זאת, ללא ידיעתו של הקלייט ובאמצעות הנחות פנימיות שנעשו בזמן הקצר וללא משיכת מידע קונקרטי לגבי החוויה הרגשית אותה הציג החוקר. לדוגמא "לדעתי הוא לא עבר את זה, עדיין לא השתחרר ולכן הכאב נמצא", "הטיפול יהיה בכל נושא הטראומה, מאז קרה לא משהו קשה לא להתמודד ברור שהמקור הוא באח".

נתון זה, מצביע על כך שבכדי לקבל הבנה מלאה למצבו ישנה חשיבות להבנת חוויתו הסובייקטיבית של החולה ולהבנת המשמעויות האישיות אותן הוא מייחס לסימפטום הרפואי. המצוקה רגשית יכולה לנבוע מגורמים רבים, פסיכוסומאטיים, שקשורים לעצם חווית החיים עם הפתולוגיה, ישנה לאסטרטגיות ההתמודדות של הקלייט, תכונות האופי שלו, תפיסתו את מצבו, הקשר למצבים אחרים בחייו וכן אלאה. ישנה האפשרות, שבמידה והיו המראיינים בעלי כלים מתאימים, היו יכולים למשוך מידע על מצבו הרגשי של הקלייט (החוקר) באופן גלוי ומבלי לתפוס את עצמם כפסיכולוגים ובכך, לאפשר לעצמם להבין באופן יותר טוב את מצבו ולהשליך זאת על הטיפול.

כול משתתפי המחקר טענו באוזן מקור המצוקה הרגשית, כולם ערכו פרשנות והערכה פסיכולוגית למצבו של הקלייט וכולם הסתירו זאת מהקלייט בזמן הראיון והציגו לו רציונאל ומטרת טיפול שונה. מצד אחד, היידה מודעות אתית ואי שימוש בתכנים פסיכולוגיים באופן גלוי ומצד שני, אותו הצורך שעלה התרחש בפנימיותם של המשתתפים. תהליך זה התרחש ממילא, כך שניסיונם להתנהלות האתית הנמנעת מהשימוש בתכנים הפסיכולוגיים, לא עלה בהצלחה. נהפוך הוא, מחיר הסתרת המטרות הטיפוליות מלבד לכך שיתבטא בהבנתם השגויה את המקרה, השתקף באותה ההתנהלות שאינה אתית ושממנה ניסו להימנע.

חשוב לציין שזהו מחקר איכותני. הוא משקף קבוצה מסיומת בזמן מסוים ומהותו היא סובייקטיבית. מעצם רעיון זה עולות מגבלות היכולות לעתור על תוקפו. לדוגמא, המחקר משקף את פרשניות המשתתפים ואת מעורבותו של החוקר בניתוח הנתונים, משחקי התפקידים לא משקפים באופן אוטנטי את המציאות הקלינית והמשתתפים ידעו שמדובר במשחק תפקידים. יחד עם זאת, ניתן היה למצוא משותף באופן בו ניהלו המשתתפים את השיח והראיון הטיפולי ובאופן בו התייחסו אל המקרים שהוצגו בפניהם. הדבר מרמז על הדרך אליה הוכשרו ליצור קשר והדבר יכול לעלות שאלות רבות.

מחקר זה מאלץ לבחון מחדש מהם גבולות האתיקה שבשימוש הורבאלי כשמדובר בתכנים בעלי אורייינטציה רגשית. זאת, מכיוון שנראה שאי ההתייחסות לתכנים אלו, יכולה לעורר סוגיות אתיות משל עצמה. הדבר מצביע שוב על הצורך שבהרחבת תוכניות הלימוד לכלול בתוכם תכנים המשקפים יישום של כלים ואסטרטגיות להתמודדות ורבאלית עם תכנים רגשיים. אולם עד שהדבר יעשה, עולה שאלה נוספת והיא, האם ישנה אפשרות ליישום תכנים ורבאלים בעלי אורייינטציה רגשית שהיא אתית, במסגרת הכלים שניתנים כיום במסגרות הלימוד.

חשוב להבין שמשיכתם והסתרתם של התכנים הרגשיים המובנים או המתוארים באופן נרטיבי בטיפול ושמהם ניסו להימנע משתתפי המחקר אינה חוצה גבולות אתיים. כשמגיע אדם עם כאב גב, אנו שואלים שאלות ומתמקדים בהסתרה של הביטוי הפתולוגי. שאלות כגון מתי כואב, מה מעורר את הכאב, כיצד הוא בא לידי ביטוי, האם ישנם דברים נוספים מלבד לכך וכדומה, עוזרות למקד ולדייק את ההסתרה ומשליכות ליישום הטיפול באופן שהוא אינו רפואי מערבי, אלא מבוסס באמצעות הטכניקה והיישום הנלמדים במסגרת הפילוסופיה הסינית לדוגמא.

באותו האופן, כשמגיע אדם המציג מצוקה נפשית, שמבטא רגשות באופן ישיר וגלוי, או שסיפורו מרמז על גורם פסיכוסומאטי, ישנה הלגיטימציה לשאול שאלות מסדירות ושממקדות את ההבנה לגבי מצבו. לגיטימי לשאול באיזה אופן הדבר משפיע עליו, מה המשמעות שהוא נותן למצבו, או כיצד הדבר בא לביטוי. לגיטימי לציין ולשאול כשחווים תחושה של מחץ או רגש כשהקלייט מתאר את בעיתו. לגיטימי לשאול את הקלייט אם הוא רואה קשר בין הפתולוגיה לבין עברו, לגיטימי לחקור ולהסדיר את התנסותו לאותו עומק ולאותה רמת דיוק אליה היינו חותרים ושאליה היינו רוצים להגיע, כשהיינו מסדירים את הפתולוגיה הפיזית.

שאלות אלו מהן ניסו להימנע המשתתפים, אינן משקפות טיפול פסיכולוגי ואינן מהוות אבחון או הערכה פסיכולוגיים. הן ביטוי לקלט ראשוני שמטרתו לשפוך אור על מצבו של הקליינט, זהו איסוף נתונים. נתונים אלו יכולים להיות מושלכים לעולמם התיאורטי של המטפלים וככל שהיו בהירים יותר וממוקדים יותר כך יעזרו לדייק את האבחון ואת היישום הטיפולי. אין בכך שום נגיעה לעולם הפסיכולוגי. עם זאת, במידה ותהיה פרשנות המשתמשת במושגים פסיכולוגיים, או במידה ומלבד למשיכת הנתונים הרגשיים לשם השלכתם על התיאוריה תהיה התייחסות והערכה ורבאלית וישירה למצבו הרגשי של הקליינט, אז ניתן לפתוח דיון הנוגע לגבולות האתיים שביישום.

עוד חשוב לציין, שהגדרת מטרת הטיפול חייבת בהלימה בין אופן הצגתה ובין יישומה לפי הבנתו של המטפל והדבר מחייב שיח הנוגע גם לעולמו הרגשי של הקליינט. יחד עם זאת, אין בכך מעבר על עקרונות אתיים, ההפוך הוא הנכון. אי ההלימה שבין אופן ההצגה והיישום, יכולים להוות ברמה האתית את המעבר מגבול הטעם הטוב. צריך להבין שישנה האפשרות שהקליינט ישתף פעולה, אולם ישנה האפשרות שירצה התייחסות לבעייתו הפיסית בלבד. בין אם כך או כך וגם במידה והשקפת עולמו של המטפל רואה את החיוב שבקשר הגוף נפש, ברמה האתית עליו להתמקד במטרה המשותפת בלבד ותמיד לשתף בתכנים שעולים או כשמטרת הטיפול משתנה.

נותרת השאלה, האם טיפול שמטרתו ממוקדת בביטוי הנפשי או הרגשי, הוא כשלעצמו אתי. האם בטיפול השיאצו ראוי לטפל במצוקות רגשיות. התשובה היא כן, השקפת העולם ההוליסטית מחייבת התייחסות לכל הממדים בחייו של אדם בכדי להבין אותו כשלם ולתת לו מענה. בהתאם להשקפה זו, מערכות ההכשרה מספקות, במידה כזו או אחרת, כלים יישומיים להתייחסות וטיפול בכל ממדי האדם כולל את עולמו הרגשי. יחד עם זאת, הדבר תלוי גם במידה בה ישנה הלימה של הגדרת מטרות הטיפול ולמידה בה האבחון והיישום משקפים את התיאוריה הנלמדת ללא כניסה לעולי הפסיכולוג.

על אחת כמה וכמה הדבר אפשרי, מכיוון שכפי שטענו המטפלים שהשתתפו במחקר, למגע אכן יש את האיכות המסוימת שנוגעת בממדים הרגשיים. הוא יכול להרגיע, להשרות ביטחון, לשחרר מתחים ולעורר רגשות עמוקים. הוא יכול להכיל, לעטוף, לחמוך ולאסוף. הטיפול הגופני כשלעצמו, בכוחו לשחרר התנסויות רגשיות הבאות לביטוי במתח או מצוקה, או בשמן המקצועי חסימות, שמקורן בטראומות מהעבר ושתוצאתן נראית כפתולוגיה בהווה. כל זאת, ללא מילים. הדבר לגיטימי להשתמש בכלי זה, בדיוק באותו האופן שהדבר לגיטימי למשוך תכנים רגשיים להסדרה בכדי להשליכם על התיאוריה ולהביא לאבחון שהוא מדויק יותר ומכך לוודאי לטיפול שהוא יעיל יותר.

מאמר זה מבוסס על ממצאים מתוך:

עמיר, ג' (2008). ביטויים של העדר מיומנויות תקשורת במצבים רגשיים בטיפול השיאצו. http://www.guyamir.com/?p=a.