

"אל תהיה הפסיכולוג, רק תקשיב"

מאת גיא עמיר www.guyamir.com

מאמר זה נותן ביקורת על הדרך בה נתפסים היבטים רגשיים בטיפול השיאצו, הוא מסביר מדוע תכנים פסיכולוגיים הינם בלתי נמנעים בטיפול והוא דן בחשיבות התקשורת ככלי בסיסי במערכת היחסים הטיפולית ובמיומנות האמפתיה כקריטית ליצירת שינוי במישור הרגשי והפיזי בטיפול הרפואי, בידי מטפל השיאצו.

השיאצו, לפני המגע, הפילוסופיה הסינית או הרפואה המערבית, הוא שני אנשים שנפגשים. עצם המפגש יוצר מערכת יחסים ומעצם היותם בני אדם, במסגרת מערכת יחסים זו, שניהם חווים רגשות ומשנעים רגשות אלו אחד כלפי השני. הרגשות הם בלתי נמנעים, לא ניתן להפריד אותם מהחוויה ולא ניתן לנטרל אותם, הם נמצאים שם מתוקף האינטראקציה שנוצרת ומכאן החשיבות בהתייחסות לנושאים אלו.

כיום במציאות הקלינית של מטפל השיאצו, ישנו פחד מלהתייחס להיבטים רגשיים באופן ישיר בטיפול. פחד זה נובע מהבורות לגבי מהלך הטיפול הפסיכו רפואי שנתפס כניתוח אנאליטי של עברו הרגשי של המטופל, מאי ידיעה לגבי הכלים והאפשרויות העומדים בפני המטפל ומהכשרה לקוויה במערכות הלימוד. לכן, למרות ההכרה בהשפעתו של הטיפול על עולמו הפנימי והרגשי של המטופל ולמרות תפיסת "הגופנפש", המועברת בגאווה רבה מדור לדור של מטפלי השיאצו, ישנו קונסנזוס מוסכם לגבי האיסור בהתייחסות לנושאים אלו, המורים אומרים, "אל תהיה הפסיכולוג, רק תקשיב"

אומנם, תקשורת ורבאלית ישירה המופנית כלפי ילדותו, אישיותו, או טראומות שונות אותן חווה האדם, מצריכה הכשרה מקיפה שאינה מאפיינת את מסלול לימודי השיאצו אלא, את מסלולי הפסיכותרפיה לסוגיה ולמטפל השיאצו אין את הכלים הדרושים בכדי לממש סוג יחסים זה, אולם אין זה עיקרו של הטיפול הפסיכו רפואי.

ישנם מספר גישות מז'וריות בפסיכותרפיה. אלו, נבדלות אחת מהשנייה בפילוסופיה ברציונאל ובכלים הטיפוליים. חלקם פונים כלפי עברו של האדם חלקם מייחסים חשיבות להווה, חלקם שואפים לשנות את התבניות הקוגניטיביות אותם האדם מחזיק וחלקם מתייחסים לרגשותיו, חלקם תופסים את האדם טוב מטבעו ואחרים כרע או כלוח חלק המעוצב על ידי התנסותו בחייו וכן אלאה ואלאה. אולם, למרות השוני הגדול בתפיסה ובכלים הטיפוליים המאפיינים כול שיטה ושיטה, ישנו משותף והוא ההכרה בחשיבות ביסוס מערכת היחסים.

חשיבותה של מערכת היחסים בקונטקסט הטיפולי, אם זה רפואי או נפשי, ידועה כבר זמן רב. הדעה הרווחת היא שישנו צורך בביסוס מערכת יחסים בכדי שהיה ניתן להתחיל בתהליך וליצור שינוי אמיתי.

ניתן לבקר הנחה זו ולטעון, ששינוי יכול להתרחש גם ללא ביסוס מערכת היחסים הטיפולית. אך אם זאת, אין ספק שתרומתה של זו בהעצמת הטיפול, אינה עוברת ללא הבחנה. בקונטקסט הרפואי מערכת היחסים היא מעין מרכבה שביטוייה בנוסף לשינוע הידע הרפואי, הפתולוגי או הפילוסופי שמאחורי השיטה, הינו נשיאת התכנים הרגשיים ותפקידה, כמעין צינור דרכו באות לביטוי מיומנויות התקשורת של המטפל (Galín, Thorpe & DiMatteo, 2008).

נטען שמערכת יחסים זו, היא משתנה הפועל על פני כל הגישות ושהוא אינו ספציפי למודל או תיאוריה מסוימים, שכוחה של מערכת היחסים הטיפולית פורץ את גבולות הטיפול הנפשי והיא פועלת על פני מטופלים, מטפלים ומיקומים שונים כשהיא מהווה את היסודות החזקים, עליהם מיושמים הכלים הטיפוליים המאפיינים כול שיטה ושיטה (Asay & Lambert, 1999; Rogers, 1957).

אולם, אצל מטפל השיאצו מערכת יחסים זו נתפסת טריוויאלית. ייתכן, שהדבר נובע בעקבות חוסר מודעות לחשיבות ביסוס מערכת היחסים הטיפולית והכשרה לקויה או חסרה למיומנויות תקשורתיות, במערכת הלימוד. ייתכן, שמנורמה רווחת ומתפוסה קולקטיבית שאינה מכירה בחשיבות זו ויתכן שמסיבות אחרות.

בכל מקרה, הדבר בא לביטוי, כשההתמקדות וההתייחסות לרגשותיו של האדם, מופנים כלפי האבחון הסיני המסורתי. לפיו, מהותו של האדם, עברו, תכונותיו, אישיותו וההיבטים הרגשיים יכולים להוות את המקור והגורם למצבו הכללי או להצביע על בעיה רפואית ספציפית, כשהכלי היחיד אותו יכול מטפל השיאצו ליישם בהתייחסות לתכנים אלו, הינו טיפול המגע, בהסתמכות על האבחון הסיני, את האדם כבעל סינדרום או כטיפוס אלמנט מסוים.

מערכת יחסים שהיא טיפולית, אם זו מאופיינת במגע או בדיבור, אם זו אורטופדית או תזונתית, בדרך כלל תכלול אדם שהוא בעל בעיה כול שהיא. עצם חוויית הבעיה יוצר מטען רגשי ומכיוון שהאדם בא למטפל השיאצו בכדי לפתור או להקל על מצבו, מטען רגשי זה מופנה כלפי המטפל. למטפל, לעיתים כואב, מציק, יש לו חששות, הוא כועס, מדוכא, חסר אונים או מיואש, הוא רוצה לדעת, להבין, רוצה שידברו איתו, יניחו לו יד על הכתף ויתמכו בו והוא מבטא זאת באמצעות מערכת היחסים.

ניתוח הרגשות כסינדרום הקשור ללב או לכבד או התייחסות לאדם כטיפוס אש או מתכת, אומנם מהווים אבחון לאטיולוגיה והם משקפים את מצבו ואף מניחים יסודות, לטיפול שישנה האפשרות שתוצאותיו יהיו יעילות, אולם זו שכלתנית ומנותקת מרגשותיו ומחויבתו של המטפל כאדם. איכויות המגע לעומת זאת, כן פונות לעולמו הרגשי של האדם, אולם האם זו התייחסות ישירה לחוייתו, או שמה זו משפיעה בעקיפין על רגשותיו החבויים באמצעות הנגיעה, בעוד שמצוקותיו המידיות המופנות כלפי המטפל, נשארות ללא מענה.

מצוקה מידית זו של האדם המגיע לטיפול, לגיטימית והיא מצריכה היענות במישור האישי ובאופן ישיר ומערכת היחסים, מספקת היענות זו. נכון הדבר, שעוצמתה תלויה באישיותו של האדם, ביכולות ההתמודדות שברשותו ובתפיסתו את המצב כחמור, מגביל או קשה. אולם, בכול מקרה תהיה זו מאופיינת ברגשות הנגזרים מחווייתו את החולי.

כך, שמלבד תפקידו של המטפל בלפתור או להקל על הבעיה בהתאם ליכולתו והכשרתו או לספק טיפול מניעתי כללי ומקיף, המשקף את מצבו הבריאותי של האדם, לא יוכל זה להימנע מהתייחסות לתכנים הרגשיים. לעיתים יאלץ בעל כורחו לשמש כיועץ או כתומך מתוקף תפקידו, לעיתים ישתמש בכלי האבחון והמגע בכדי להשפיע ולעיתים יתעלם או ידחיק. דרכי התגובה בין אם הן פסיבית או אקטיבית, רבות כמספר המגיבים. זהו אופייה הטבעי של מערכת היחסים וטבעו של האדם.

אם ישתמש המטפל בכליו ויאבחן את האדם בעיניים סיניות, קרוב לוודאי שהאדם יחוש הקלה בטיפול. אך אם זאת, מערכת היחסים תישאר באשר היא, אם בקונטקסט רפואי, חברי או אחר. אולם, במידה והאדם הנעזר יחוש שהמטפל מרגיש ומבין אותו ושהוא חווה את מצוקתו כאדם ולא כסינדרום סיני, תשנה מערכת היחסים את אופייה ויווצר אמון שיתבטא בשביעות הרצון, פתיחות, מוטיבציה וירידה ברמות המתח ותהיה השפעה על תוצאות הטיפול מבחינה פסיכולוגית, רגשית וקוגניטיבית ומכאן, חשיבותם של מיומנויות התקשורת בהתייחסות למטופל (Beck, Daughtridge & Sloane, 2002; Roter, 2000; Stewart, 1995; Greenfield, Kaplan, Ware, Yano & Frank, 1988).

ערוצי התקשורת המאפיינים את מערכת היחסים יכולים לנוע ממקצועיים לחבריים ועד לאישיים. מטפלי השיאצו ומטפלים אחרים במקצועות הרפואה האלטרנטיבית והמשלימה לסוגיהן מתגאים באופי הטיפול ככזה שמאופיין באותו חיבור אנושי ואישי שמקיף את כול עולמו של האדם. אולם, במסגרת מערכת היחסים הטיפולית, מכיוון שחסרה הכשרה זו החיבור האנושי האישי יהיה תלוי אך ורק בתכונות האופי של המטפל ולא באבחון הסיני המסורתי, את האדם כבעל רגש זה או אחר או בסגולותיו של המגע.

כיום, ישנה הכרה ברפואה המערבית בחשיבותה של התקשורת במערכת היחסים הטיפולית הרפואית ובצורך לשלב בין אבחון המחלה וההבנה של התנסותו ותפיסתו של החולה, את החיים ואת מחלתו כתנאי לטיפול באדם כשלם (Stewart, et al, 2003; Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000). ישנן תוכניות להכשרה להיבטים פסיכו סוציאליים ולרכישת מיומנויות לניהול רגשות בטיפול לרופאים ואנשי מקצוע אחרים הקשורים אליהם שאינם פסיכולוגיים וקיים, יישום של מיומנויות תקשורת וביסוס מערכת יחסים טיפולית, בטיפולים שאינם נפשיים והם רפואיים (Kern, et al. 2005; Wilkes, 1998). Usatine, Slavin, & Hoffman, 1998). כך שהדבר יכול להוות לגיטימציה גם למטפל השיאצו לרכוש כלים אלו.

אחת מאסטרטגיות התקשורת המיושמת על פני הגישות השונות הרפואיות והפסיכו רפואיות, שנתפסת כתנאי בסיסי ושנמצאת חשובה לכול מערכת יחסים בה ישנו מתן עזרה, כשבמערכת הרפואית היא

נחשבת כמרכיב קריטי, היא האמפתיה. בקונטקסט הרפואי, זוהי היכולת לתקשר את עולמו של החולה להבין את מצוקתו ולספק תמיכה באמצעות התקשורת הבין אישית. ביטוייה של האמפתיה כאסטרטגיה לתקשורת יהיו, השראה של תחושת נינוחות, הקשבה אמיתית לסיפור החולה, הבעת עניין בחולה כאדם, הבנה מלאה של דאגותיו, הבעת דאגה וחמלה, חיוביות, הבהרה של המצב, יצירת אמביציה ללקיחת אחריות וקבלת החלטות משותפת (Reynolds & Scott, 1999). כלי זה מיושם כיום אצל רופאים מערביים ויכול להיות מיושם גם אצל מטפל השיאצו ויתר על כן, ניתן להגיד כי מיומנות זו היא אחת מהיחידות ואולי אף היחידה הזמינה לו בהעדר הכשרה מקיפה אחרת ומכאן חשיבותה

אך על לטעות, יישום האמפתיה נראה טריוויאלי ופשוט, היא כה בסיסית, שהיא יכולה לאפיין כול מערכת יחסים, אם ותינוק, חבר שמקשיב לחבר בעת צרה, השתתפות כנה בשמחה או צער של ידיד, כולם ביטוייה ומכאן, הלגיטימיות לשימוש בה ככלי בטיפול הרפואי. אולם, אין זו משימה פשוטה, האמפתיה דורשת טיפוח, ישנו צורך להבין כיצד היא פועלת וללמוד ליישמה לאורך זמן ובעקביות, כך שהשינוי הבא בעקבותיה, יהיה יציב וקבוע. בקונטקסט רגיל וללא התמקדות, לא מחזיקה האמפתיה מעמד ויכול להיות היפוך תפקידים, או שזו יכולה להפוך להבעה של רגשות אחרים או רגשות מנוגדים (Rogers, 1957).

לבסוף, צריך לזכור שהעובדה שמטפל השיאצו רוכש כלים מהרפואה המערבית במסגרת לימודיו אינה נותנת לו לגיטימציה להחליף את הרופא, אלא מעשירה את ידיעותיו של המטפל ומרחיבה את אופקיו, תורמת למקצועיותו ומאפשרת לו את הידיעה מתי יש להימנע ממצבים רפואיים מסוימים ומתי מקומו של השיאצו בטיפול. באותה מידה הכשרתו של המטפל להתייחסות להיבטים רגשיים בטיפול לא תיתן את הלגיטימציה למטפל לעשות את עבודתו של הפסיכולוג, אלא בדומה ליישום התכנים של הרפואה הביולוגית, תרחיב את אופקיו ותאפשר לו כלים בסיסיים והבחנה, לגבי מתי תפקידו כמטפל להתייחס להיבטים אלו ומתי תפקידו להעביר ולהפנות זאת למי שהוכשר לכך.

נב: חשיבותה של ההתייחסות לתכנים רגשיים בטיפול גם מצידה השני של מערכת היחסים. המטפל כאדם גם הוא חווה רגשות ומגיב ופעמים רבות בצורה שאינה מודעת ומכיוון שבמערכת זו ישנם תכנים פסיכולוגיים שאינם ניתנים למניעה, פעמים רבות גם המטפל נפגע. ישנו צורך קריטי ביישום מערכות תמיכה בהם תהיה אפשרות למטפלים להביע ולהבין תכנים רגשיים אותם הם חווים בקליניקה ולאפשר לו כלים לבחון את עצמו ואת תגובתו כלפי אותם התכנים. אולם, נושא זה רחב בפני עצמו ודורש התייחסות נפרדת, כך שאליו אתייחס בפעם אחרת.

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and soul of change* (pp. 33–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15, 25-38.
- Bensing, I. M., Verhaak, P. F. M., van Dulmen, A. M., & Visser, A. P. (2000). Communication: The royal pathway to patient-centered medicine, *Patient Education and Counseling*, 39, 1-3.
- Galin, C. E., Thorpe, C. & DiMatteo, R. M. (2008), *Accessing the Patient's World: Patient-Physician Communication About Psychosocial Issues*, in JA. L. Earp, E. A. French & M. B. Gilkey (Eds), *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care* (pp. 185-214), Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Gould, A, MacPherson, H. (2001). Patient perspectives on outcomes after treatment with acupuncture. *Journal of Alternative and Complement Medicine*, 7, 261–268.
- Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, I. E., Jr., Yano, E. M., & Frank, H. I. (1988). Patients' participation in medical care: Effects of blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 3, 448-457.
- Kern, D. E., Branch, W. T., Jackson, J. L., Brady, D. W., Feldman, M. D., Levinson, W., & Lipkin, M. (2005). Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting: Practical recommendations, general internal medicine generalist educational leadership group. *Academic Medicine*, 80, 8-20.
- MacPherson, H., Mercer, S.W., Scullion, T. & Thomas, K. J. (2003). Empathy, Enablement, and Outcome: An Exploratory Study on Acupuncture Patients' Perceptions. *the Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 869-876.
- Mercer, S.W., Reilly, D. & Watt, G. C. M. (2002), The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *British Journal of General Practice*, 52, 901–905.
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
- Rogers, C.R. (1957), *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*, *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 21, 95-103.

Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship.

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2003). Patient-centred medicine: transforming the clinical method (Ed²). Radcliffe Medical Press Ltd.

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Canadian Medical Association Journal, 152, 1423-1433.

Wilkes, M. S., Usatine, R., Slavin, S., & Hoffman, I. R. (1998). Doctoring: University of California, Los Angeles. Academic Medicine, 7,32-40.