

טיפול קבוצתי בשילוב מסעות אתגריים בשטח השפעת השינוי בסטינג על מערך היחסים הטיפוליים

ענבל מרחב

משרד הרווחה והשירותים החברתיים החל להפעיל בשנת 2009, במסגרת שירות המבחן למבוגרים, תכנית טיפול ושיקום המשלבת פעילות שטח. אחת השאלות המרכזיות שעולות בהקשר של טיפול קבוצתי המשלב יציאה למסעות אתגריים בשטח, היא האם השינויים בסטינג (setting) הטיפולי הקבוע של הקבוצה משרתים את הטיפול, או שמא הם פורצים את גבולות היחסים הטיפוליים ופוגעים בתהליך הטיפולי. המאמר מנסה לענות על שאלה זו באמצעות התבוננות בתהליך הטיפולי הקבוצתי מנקודת המבט של הגישה ההתייחסותית, העשויה לספק הסברים מחודשים לסוגיות הקשורות לסטינג הטיפולי בשטח, ולמערך היחסים הטיפוליים הייחודי שהוא יוצר. תחילה מתאר המאמר קבוצה טיפולית לצעירים עוברי חוק בשירות המבחן למבוגרים, המשלבת טיפול קבוצתי בחדר הטיפולים עם יציאה למסעות אתגריים בשטח. בהמשך הוא סוקר בקצרה את התפתחות הגישה ההתייחסותית בפסיכואנליזה. לבסוף הוא מציע מהלך של אינטגרציה בין העקרונות המרכזיים של הגישה לבין סוגיות ייחודיות הקשורות לשינויים בסטינג הטיפולי בעקבות יציאה של קבוצה לפעילויות שטח, לרבות בנייה ואחזקה משותפת של הסטינג הטיפולי בשטח, תהליכי השפעה הדדית, וחשיפה אישית מוגברת של המנחה והמשתתפים. להמחשה משולבות דוגמאות קליניות מן הקבוצה המתוארת.

תודה לחנה אלירז (מדריכה ומנהלת נפה בשירות המבחן למבוגרים) על ההארות וההערות הכוננות בתהליך כתיבת המאמר.

ענבל מרחב, M.S.W, היא מנחת קבוצות וקצינת מבחן למבוגרים.

תיאור הקבוצה הטיפולית

הקבוצה שתואר במאמר פועלת החל מחודש יוני 2012, בשירות המבחן למבוגרים, במחוז חיפה והצפון. מדובר בקבוצת רכבת, הכוללת משתתפים צעירים, בני 18-30, שאובחנו כבעלי דפוסי התנהגות אימפולסיביים ותקשורת כוחנית. מטרת העל של הקבוצה היא הרחבת יכולת השליטה של המשתתפים על דפוסי התנהגותם האימפולסיביים ושיפור יכולתם לתקשר עם הסביבה, על מנת למנוע חזרה של התנהגות הפורצת את גבולות החוק. הקבוצה פועלת על פי מודל עבודה המשלב בין טיפול פסיכותרפי ("קונבנציונאלי") בחדר הקבוצות, לבין יציאה למסעות אתגריים של שניים-שלושה ימים בשטח. מסעות אלה מהווים חלק אינטגרלי מהטיפול, והאתגר המקצועי המרכזי של מנחה הקבוצה הינו לשמור על הרצף הטיפולי בין החדר לשטח (ברמת התוכן ובמישור התהליך).

טיפול קבוצתי בשילוב יציאה למסעות אתגריים בשטח

הטיפול הפסיכותרפי המסורתי מתנהל בחדר סגור המבטיח פרטיות וחופש מהפרעות (יאלום ולשץ', 2006), אולם בעשורים האחרונים עולה מידת הפופולאריות של התערבויות טיפוליות המשלבות פעילות חווייתית, כמו טיפול באמנות, פסיכודרמה ו"התערבות באמצעות שטח ואתגר" (adventure therapy). התערבות באמצעות שטח ואתגר היא שם גנרי לאוסף של תכניות טיפול קבוצתיות, הנשענות על הגישה התיאורטית של למידה התנסותית. גישה זו מניחה כי הפרט לומד בצורה הטובה ביותר כשכל חושיו מעורבים בלמידה, וכאשר הוא מצוי מחוץ לאזור הנוחות שלו, דבר הדורש ממנו הסתגלות וחזרה לאיזון (בן סימון וכאהן-סטרבצ'ינסקי, 2013; Hans, 2000). תכניות טיפול אלו משלבות גישות טיפול מסורתיות עם פעילות אתגרית בשטח, ועושות שימוש בלמידה ובפעילויות חוץ ויצירה כדרך טיפול (Russell, 2003; Williams, 2000). האתגר בשטח אינו קשור רק לקושי הפיסי שחוהה המשתתף, כי אם גם להתמודדות שלו עם מצבים שאינם ברפרטואר ההתנהגויות השגור שלו. ההנחה היא כי באמצעות פעילויות אלו ניתן ללמד את המשתתפים למצוא הזדמנות לשינוי וללמידה במצבים מורכבים (דיאלוסק וגבור, 2009).

איש החינוך קורט האן, היה הראשון ששילב למידה התנסותית עם חוץ וטבע, עת הקים בגרמניה, בשנת 1920, בית ספר שהתבסס על עקרונות גישה זו. בשנות הארבעים של המאה העשרים הוא הקים בכריטניה תכנית שנועדה להגביר את חוסנם של שייטים צעירים במלחמת העולם השנייה, ובשנות השישים הוא ייסד בארצות הברית את תכנית Outward Bound, אשר עשו שימוש בחוץ ובטבע לצרכים חינוכיים ופיתוח יכולות אישיות (בן סימון וכאהן-סטרבצ'ינסקי, 2013). על בסיס עקרונות הלמידה ההתנסותית ותכניות אלו, פותחו

תכניות מגוונות של טיפול אתגרי וחוייתי, הכוללות פעילויות קבוצתיות של ספורט אתגרי (wilderness therapy), (Gelkopf, Hasson-Ohayon, Bikman & Kravetz, 2013) וטיפול בשטח (wilderness therapy), המתרחש בסטינג מרוחק, בסביבות ישימון (מדבר או שממה) (Hans, 2000; Williams, 2000). תכניות אלו מכוונות ליצירת שינוי התנהגותי, לפיתוח אחריות אישית וחברתית ולהעצמה רגשית. הן מיועדות לאוכלוסיות מגוונות, לרבות נוער בסיכון, מתבגרים בעלי בעיות רגשיות והתנהגותיות, אנשים המכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים, עוברי חוק ומטופלים של מסגרות בריאות הנפש השונות (Russell, 2003; Williams, 2000).

בישראל, תחום הטיפול באמצעות שטח ואתגר החל להתמסד בשנות התשעים של המאה הקודמת. חלוצי התחום היו ניר גור ודוד מיכאלי, שהפעילו סדנאות הישרדות במדבר לנוער בסיכון (מיכאלי, 2007). מאז הופעלו בישראל תכניות שונות לטיפול באמצעות שטח ואתגר, בעיקר במסגרות לטיפול בנער בסיכון, אולם בשנים האחרונות נעשה שימוש בתכניות כאלה גם בקרב אוכלוסיות של בוגרים, למשל במשרד הביטחון ובשירות המבחן למבוגרים (של משרד הרווחה והשירותים החברתיים).

לצד העלייה בפופולאריות של שיטת התערבות זו, החל להתפתח גוף מחקר חדש, המבקש לבחון את השפעתה ואת הגורמים התורמים ליעילותה. ממצאי המחקרים השונים שנעשו בתחום מצביעים על תרומתה של גישה טיפולית זו להפחתת הרצדיביזם (עבריינות חוזרת) בקרב עוברי חוק צעירים, להתגברות הערכתם העצמית, לשיפור בתפישת המסוגלות העצמית שלהם ולשינוי מוקד השליטה שלהם (Hans, 2000; Williams, 2000). מחקר שנערך בישראל (לב-ויזל, 2004) בחן את האפשרות שחיוזוק תחושת יכולת של בני נוער עם בעיית שימוש בסמים תמנע את המשך ההידרדרות במצבם ההתמכרותי. ממצאי המחקר העלו כי תחושת היכולת, המוגדרת כמידת השליטה העצמית, האמון ביכולת העצמית והאמון בקיומה של חברה צודקת ובעלת סדר ומשמעת והערכה עצמית, היתה גבוהה יותר בקרב הנבדקים מאשר בקבוצת הביקורת.

היות ומדובר בגישה טיפולית המיושמת לרוב בקרב נוער בסיכון, מרבית המחקרים בתחום נערכו על אוכלוסיה זו. עם זאת, בישראל נערך מחקר ייחודי שבחן את יישומה על משתתפים בוגרים, ובדק את ההשפעה של פעילות אתגרית על נפגעי פוסט טראומה כרונית (הלומי קרב), המטופלים במשרד הביטחון. המשתתפים במחקר זה עסקו במשך שנה בפעילות אתגר טיפולית (קבוצת שיט), וממצאיו הצביעו על אפקט כוללני חיובי של התכנית על המשתתפים, לרבות שיפור בתסמיני הפוסט טראומה, הדיכאון, איכות החיים הרגשית והסוציאלית ותפקודי היומיום. מעבר לזה, התכנית עודדה את משתתפיה "להיפתח" להתנסויות וחוויות חדשות, והפחיתה את נטייתם לצמצום ולבידוד פיסי ורגשי (Gelkopf et al., 2013). ככל הידוע, טרם נערך בישראל מחקר הבוחן את תרומתה של גישה טיפולית זו לעוברי חוק בוגרים. עם זאת, דיאלוסק וגבור

(2009) מתארות במאמרו את השפעתה החיובית של התערבות טיפולית באמצעות אתגר על משתתפים בוגרים, מכורים נקיים לסמים. להערכתן, הפעילות האתגרית שהועברה על ידי עמותת "אתגרים", תרמה להתפתחות התפישה העצמית של המשתתפים ועודדה בקרבם גילויים של יוזמה, עצמאות ושליטה עצמית. בנוסף, היא אפשרה להם לבנות אמון ולפתח מיומנויות חברתיות ויכולת לקבל החלטות.

כאמור, כבר שנים ארוכות מפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים תכניות טיפול ושיקום המשלבות פעילות שטח, בעיקר במסגרות המיועדות לצעירים. הפרויקט הייחודי המתואר במאמר זה החל לפעול בשירות המבחן למבוגרים בשנת 2009, כחלק ממערך הטיפול הקבוצתי, במטרה לאפשר לקבוצות טיפוליות להעשיר את התהליך הטיפולי באמצעות מתודה בעלת עוצמה פיזית ורגשית משמעותית. הפרויקט נערך בשיתוף עם צוות "שביל" של עמותת "ענ"ב", המלווה את הקבוצות הטיפוליות במהלך המסעות בשטח ומשמש גורם המקצועי המלווה את שירות המבחן למבוגרים ותומך בו בתחום זה. בראשית דרכו של הפרויקט שולבו בו קבוצות שאפיון המרכזי היה עבירות אלימות כללית, ורובן טיפלו בצעירים עוברי חוק. עם השנים, שולבו בפרויקט אוכלוסיות נוספות, כמו נשים עוברות חוק, ונעשו התאמות של פעילות השטח לכל קבוצה, בהתאם למאפייניה וצרכיה הייחודיים.

ייחודיותו של פרויקט "השטח" בשירות המבחן למבוגרים קשורה למרחב הטיפולי הנוסף שהוא מעניק, המציב בפני המשתתפים, בראש ובראשונה, אתגרים פיזיים ורגשיים הנובעים ממפגש עם הטבע, ובתוך כך מאפשר להם לקיים מגע ממושך ומעמיק יותר עם עצמם, עם חבריהם לקבוצה ועם צוות המנחים. הערך המוסף של מודל טיפולי זה טמון בחוויה הממשית של הדברים (כשלא רק "מדברים על.."), בעיקר כאשר מדובר במשתתפים צעירים, בעלי יכולת ורבליית מוגבלת ועולם רגשי מצומצם.

יציאה למסעות טיפוליים בשטח כרוכה בתזוזה מאזור הנוחות ובהתמודדות עם קשיים פיזיים ממשיים (נשיאת משקל כבד, תנאי מזג אוויר קשים, עמידה בכללים שמכתיב הצוות, כמו הפקדת הטלפון הנייד בידי הצוות, הגבלת העישון להפסקות שמתקיימות אחת לשעה וחצי, ועוד). תנאים אלה מייצרים חוויה רגשית מורכבת, שברמה הסימבולית מרמה התמודדות עם מצבים קונפליקטואליים בחיים ה"אמיתיים", לרבות קבלה של גבולות החוק והנורמות החברתיות, והתמודדות עם דמויות סמכות. כאשר המשתתפים נתקלים בקונפליקטים בשטח, אין להם לאן לברוח (תרתי משמע), והם נדרשים לחשוב, בסיוע וליווי של אנשי הצוות, על דרך יצירתית להתמודד עם המצב. תפקיד המנחים הוא לסייע למשתתפים לבחון את הקונפליקט שנוצר ואת נסיבותיו הרגשיות, לשקף להם את אופני ההתמודדות שלהם עם המצב, להאיר דפוסי התנהגות וחשיבה לא אדפטיביים ולסייע

כפיתוח כלים קונסטרוקטיביים להתמודדות. כאשר הקבוצה חוזרת לחדר הטיפוליים, נערך עיבוד מעמיק יותר של החוויה.

לדוגמא, באחד המסעות סירבו המשתתפים למסור את הטלפונים שלהם, על אף החוזה שנערך איתם בטרם היציאה לשטח. המשתתפים הכריזו על מעין "מרד", שבמסגרתו אף אחד מהם לא הסכים לתת את הטלפון, ואחד מהם אף הזמין מוניט שתיקח אותו בחזרה לחיפה. כתוצאה מכך נתקעה הפעילות למשך שעות, שבמהלכן ניסינו להבין את הקושי שעומד מאחורי ההתנגדות. בתהליכי ההזדהות ההשלכתית התעוררו בקרבי תחושות לא פשוטות ובפרט תחושה עזה של חוסר אונים. בשלב מסוים הכרזנו על פסק זמן, והצוות פרש הצידה להתייעצות. מנהל המסע, מאנשי צוות "שביל", סיפר שאין זה נדיר שתופעה זו קורית בשטח והבהיר כי אין סיבה להילחץ, כיוון שיש לנו אפשרות להישאר במקום כל זמן שיידרש, והצוות ערוך לכך. האמירה הזאת הרגיעה אותי ואפשרה לי לקחת צעד אחורנית, על מנת לבחון את הדינמיקה שנוצרה ולנסות להבין מה הקבוצה אומרת לנו. בדרך זו יכולתי לעזור למשתתפים לעבד את חוויית חוסר האונים שלהם. בהמשך השיחה הבנו שהמשתתפים חוששים מפני הצבה של כללים שרירותיים נוספים, וחשש זה מעורר בקרבם תחושה של חולשה, היעדר שליטה וחוסר אונים.

אף על פי שהתהליך היה ממושך ועורר תחושות קשות, הן בקרב המשתתפים והן בקרב הצוות (שחש שיהיה הרבה יותר "קל" לוותר על הכלל), ההתמודדות עם הקונפליקט, והשהות עם המשתתפים במצב הקשה, אפשרו להם לזהות את רגשותיהם, לבטא אותם באופן מילולי, לפתוח בשיחה פתוחה וישירה עם דמויות הסמכות, ולהציע פתרונות יצירתיים. המשתתפים למדו למשל, שיש להם אפשרות ליידע את הצוות על כל בעיה ולקבל את הטלפון במקרה שיתעורר אצלם צורך לקיים שיחה דחופה. פתרון זה הוביל לקבלת מענה הולם לצרכיהם, תוך שמירה על כללי המסגרת, ואיפשר להם לפתח תחושות של ביטחון ואמון כלפי הצוות, כמו גם תחושה שיש להם שליטה בחייהם.

מעבר ליחסים המיוחדים שנרקמים במסעות אלה עם הצוות הטיפולי, המשתתפים מתנסים במהלכם גם ביחסים אינטימיים יותר זה עם זה. הם מעמיקים את הקירבה וההיכרות ביניהם, ומפתחים מחויבות הדדית ויכולת לחוש אמפתיה. כל אלה מקבלים ביטוי חזק יותר בשל העובדה שלעתים משולכים בקבוצה גם צעירים בעלי מגבלות פיזיות ובריאותיות, ששילובם דורש מיתר המשתתפים להתארגן באופן שיתחשב במגבלותיהם. לדוגמא, במהלך אחד המסעות נפצע אחד המשתתפים ונזקק לפינוי לבית חולים. חלק מחברי הקבוצה טיפלו בו, עודדו אותו, והתעקשו להישאר לצדו עד שצוות החילוץ הגיע, והתנדבו גם לשאת את הציוד האישי שלו בהמשך המסלול.

חלק מהמשתתפים בקבוצות מסוג זה סובלים ממגבלות פיזיות, או קשיים רגשיים וחברתיים, ומתמודדים לאורך שנים עם תחושות של דימוי עצמי נמוך, חוסר אונים, חוסר ערך, וחוסר השתייכות לקבוצת השווים. לעתים רגשות אלה הם שעמדו בבסיס הדינמיקה שהובילה אותם לקחת חלק במעשי עבריינות. השתלבותם בקבוצה, המאתגרת אותם מבחינה פיזית, רגשית וחברתית, וההתייחסות אליהם כאל בעלי יכולת להשתתף במסעות אלה (קצת כמו מסע כומתה), מאפשרות להם לבוא במגע עם החלקים המתפקדים שלהם ולגלות בתוכם יכולות המפצות על מגבלותיהם. גילויים אלה מאפשרים להם לחוות חוויה של נורמליות. לדוגמא, אחד המשתתפים שהיה מגמגם וכבד משקל, הצליח להשלים את המסעות על אף קשייו הפיזיים, השתלב בקבוצה מבחינה חברתית, והביא לידי ביטוי את יכולותיו וכוחותיו בתחום הקולינרי. כל אלה תרמו לפיתוח תחושת שייכות, מסוגלות והצלחה בקרב אותו משתתף.

כל מסע טיפולי נפתח במפגש הכנה שנערך בשיתוף של איש צוות "שביל", כחודש לפני היציאה למסע, שבמהלכו נחשפים חברי הקבוצה לתכנית המסע, לרבות מסלול ההליכה, אזורי הלינה, הציוד הנדרש, כללי ההתנהגות ועוד. מפגש זה מעורר בקרב המשתתפים התרגשות רבה, המלווה בחרדה וניסיון לערוך משא ומתן לגבי הכללים. המפגשים הנותנים עד ליציאה לשטח מוקדשים להתמודדות עם החרדות ולקביעת המטרות האישיות במסע של כל משתתף, מטרות הנגזרות מהמטרה הקבוצתית.

במהלך היום הראשון למסע נפגשים המנחה והמשתתפים במשרד, בשעת בוקר מוקדמת, ונוסעים לנקודת המפגש עם צוות "שביל", הממתין עם ארוחת בוקר. בהמשך מתכנסים כולם לשיחת פתיחה, שבמהלכה שוב מתאר הצוות את תכנית המסע ומטרותיו (הקבוצתית והאישיות). לאחר חלוקת הציוד האישי והקבוצתי, וארגונם, יוצאים כולם לדרך. המסלול קבוע מראש, אולם המשתתפים מתבקשים לקבל החלטות לגבי עצירות למנוחה או הפסקות אוכל. כאשר מתרחשים אירועים הדורשים התייחסות מיוחדת, נעצרת ההתקדמות ומתנהלת שיחה בנושא. עצירה כזו יכולה להתרחש למשל כאשר נוצר פיצול חריג בקבוצה בין ההולכים מהר לבין המתקשים מעט יותר בהליכה. יש לציין כי מעבר לשיחות הקבוצתיות, ההליכה במסלול מאפשרת לצוות לערוך גם שיחות "בלתי פורמאליות" עם המשתתפים, ובדרך זו להעמיק את ההיכרות עמם. עם ההגעה לחניון הלילה, המשתתפים מארגנים בעזרת הצוות את אזור הלינה ומכינים ארוחת ערב. בסיומו של כל יום, נערכת שיחת סיכום לעיבוד ראשוני של חוויות המשתתפים ביום שעבר ולסימון התכנים הטיפוליים המרכזיים, שלגביהם יהיה כדאי להעמיק את העבודה בחדר הטיפולים. באותה השיחה מקבלים המשתתפים גם עדכון לגבי המסלול המתוכנן ליום הבא. לאחר מכן הם מקבלים את הטלפונים שלהם למשך כחצי שעה, שבסיומה כולם הולכים לישון. בבוקר המחרת משכים הצוות את המשתתפים בשעה 06:30

לערך, וכולם שותים משהו חם, מתכנסים לשיחת בוקר קצרה, מארגנים מחדש את הציוד, מקפלים את המחנה ויוצאים לדרך.

יצוין כי לאורך המסע מתלווה לקבוצה צלם (איש צוות "שביל"), המתעד את ההתרחשויות המרכזיות לאורך התהליך הטיפולי בשטח. החומרים המתועדים משמשים את המנחה והקבוצה בתהליך עיבוד התכנים הטיפוליים שעלו בשטח, לאחר החזרה לחדר הטיפולים. נוכחות המצלמה מעוררת לעתים בקרב המשתתפים תחושות לא פשוטות, לרבות מבוכה וכעס. אולם צפייה בחומרים המתועדים מסייעת לתהליך הטיפולי, לרבות שמירה על הרצף הטיפולי בין חדר הטיפולים לשטח.

אף על פי שבספרות המקצועית קיים תיעוד נרחב הנוגע לתרומתה של פעילות השטח לתהליכים טיפוליים, מעטים המאמרים הקושרים בין תיאוריות פסיכולוגיות "מקובלות" לבין הפרקטיקה של התערבות באמצעות שטח ואתגר (Williams, 2000). כאן אבקש לבחון את התהליך הטיפולי הקבוצתי, המשלב בין גישה טיפולית "מסורתית" לבין פעילות שטח. בשל אופייה של פעילות השטח, הכרוכה בשינויים בסטינג הטיפולי, היוצרים מרחב ייחודי של יחסים טיפוליים, בחינת התהליך מנקודת המבט של הגישה ההתייחסותית עשויה לשפוך אור על תהליך טיפולי מורכב ומרתק זה, ולהרחיב ולהעמיק את הבנתו.

התפתחות הגישה ההתייחסותית בפסיכואנליזה

המסורת ההתייחסותית, המציעה הסברים אלטרנטיביים לתיאוריית הדחף הקלאסית, צמחה בפסיכואנליזה האמריקאית באמצע שנות התשעים של המאה העשרים. המהלך המרכזי של זרם זה היה התנועה ממודל פסיכולוגי של אדם אחד, המיוצג על ידי מודל הדחף (drive), שרואה את הנפש כמורכבת מדחפים מיניים ותוקפניים ומנגזרותיהם, למודל פסיכולוגי של שני אנשים, התופש את הנפש כבנויה מתצורות של יחסי גומלין בין העצמי לאחרים (מיטשל, 2003; מיטשל וארון, 2013; Greenberg & Mitchell, 1983).

על פי הגישה הפסיכואנליטית הקלאסית, היחידה הבסיסית בטיפול הינה הפרט, והתהליך הטיפולי מתמקד בחקירת ה"עצמי" שלו, בדרך של הפיכת הבלתי מודע למודע באמצעות פרשנויות של המטפל ופיתוח העברה נורוטית. על פי גישה זו, על המטפל לשמש כמזמנה נטראלי שאינו נתפש על ידי המטופל כאדם ממשי, אלא מתפקד כמסך חלק שניתן לייחס לו עמדות, רגשות ומניעים שונים, בהתאם לתכנים התוך-נפשיים שהמטופל משליך עליו בתהליך ההעברה (הופמן, 2013).

אסכולות עדכניות יותר של החשיבה הפסיכואנליטית, כמו תיאוריות יחסי אובייקט, תיאוריות של פסיכואנליזה בין-אישית ופסיכולוגיית העצמי, מבשרות את המעבר למודל

התייחסותי, ומתמקדות בקשר שבין העולם הפנימי והעולם החיצוני של הפרט. בתיאוריות יחסי אובייקט, למשל אצל ויניקוט וכולבי, הדגש מושם על חשיבות הקשר עם הדמויות המשמעותיות בשלבי ההתפתחות המוקדמים, קשר שתורם להפנמתם של ייצוגים מנטאליים של העצמי והזולת ומעצב את התהליכים ההתפתחותיים, את מבנה האישיות ואת ארגון העצמי. על פי גישות אלו, התהליך הטיפולי מתמקד ביחסים ובלמידה חווייתית, כך שהאינטראקציה הטיפולית בין המטפל למטופל תורמים לשינוי מבנים קיימים ומביאים ללמידת דרכים אדפטיביות לעיבוד המידע ההתייחסותי. אך בדומה למודל הדחף, גם בגישות אלו ההתערבות וההשתתפות של המטפל באינטראקציה נשארות מינימליות, והוא עדיין משמש כזופה (ויניקוט, 2007, 2009; פלד אברם, 2012; Bowlby, 1969, 1973, 1977). לעומת זאת, תיאוריות של פסיכואנליזה בין-אישית, כמו זו של סאליבן, מתמקדות בגורמים האינטראקטיביים של האישיות, ומתייחסות לטיפול כאל תהליך אינטראקטיבי. במסגרת תהליך זה, המטפל נתפש כמומחה לקשרים בין-אישיים ומשמש כזופה-משתתף בתוך הסיטואציה הטיפולית, המסייעת למטופל לחקור היבטים בעייתיים בקשריו עם הזולת, כולל בקשר הטיפולי עצמו (מיטשל ובלאק, 2006). גם פסיכולוגיית העצמי, למשל זו של קוהוט, מציבה את הקשר עם הזולת במרכז התייחסותה, אך בנוסף מדגישה גם את הכוח החותר לכיסוס של תחושת עצמי שלמה ושמירה עליה. על פי גישה זו, תהליך ההתפתחות של האישיות מותנה ביכולת של המטפל העיקרי להיענות בצורה אמפתית למצבו הסובייקטיבי של הילד, ובכך תורמת להתפתחות תחושה של שלמות העצמי (עצמי בריא). בהדרגה מופנמים אפיוניה התפקודיים של הסביבה המטפלת (זולת-עצמי) וממרים למבנה פנימי, שמניב עצמי עמיד ובטוח, המאפשר לפרט לווסת מצבים פנימיים ולשמר תחושה של עצמי המתאפיין בהמשכיות ויציבות. הטיפול שם אפוא את הדגש על החוויה ההתייחסותית המתפתחת בין המטפל למטופל, במטרה לחזק את ה"עצמי" שלו. לפיכך, תפקידו של המטפל הינו לספק למטופל חוויה אמפתית ומכווננת של זולת-עצמי (הופמן, 2013; מיטשל, 2003; מיטשל ובלאק, 2006; פלד אברם, 2012).

מתוך השפעות אלו צמחה הגישה ההתייחסותית בפסיכואנליזה, הכוללת מודלים שונים כמו אינטרסובייקטיביות (בנג'מין, 2013) והשפעה הדדית (ארון, 2013), המאפשרים התבוננות מחודשת בסוגיות שונות הקשורות לתהליך הטיפולי וליחסים הטיפוליים, לרבות בנייה ואחזקה של הסטינג הטיפולי, הדדיות, חשיפה אישית של המטפל ועוד. בבסיס גישה זו עומדת האמונה כי הנפש אינטראקטיבית מטבעה, וכי יש להבין את התהליך הפסיכואנליטי כמפגש בין שתי ישויות סובייקטיביות נפרדות (ולא בין סובייקט לאובייקט).

בנייה ואחזקה משותפת של הסטינג הטיפולי ותהליכי ההשפעה ההדרדית בשטח

עם יציאתה לפעילות השטח, חווה הקבוצה שינוי בסטינג הטיפולי הקבוע שלה, בשל המעבר החד שמתרחש בין חדר הטיפולים למרחבי הטבע ובין מפגש בן שעה וחצי למפגש שנמשך יומיים-שלושה ברצף. שינויים נוספים בסטינג הטיפולי הינם כניסה נקודתית של אנשי צוות נוספים, הוספה של כללים למסגרת הטיפולית והצורך להתמודד עם "דרישות" נוספות (מזג אוויר, משקל כבד), ועוד.

אופן ההתנהלות בשטח שונה מאוד מאשר בחדר הטיפולים, כי אם בחדר אני כמנחה אחראית על ניהול המסגרת, בשטח חלק גדול מהאחריות הזו ניטל ממני ועובר גם לאנשי צוות "שביל" (המחליטים על מקום המסע ומכירים את השטח בפועל), אך במידה רבה גם למשתתפים, המתבקשים לקבל החלטות שונות באשר להתנהלות בתוך המסע. למעשה, לעתים נוצר מצב שבו למשתתפים יש משקל גדול יותר בניהול סדר היום מאשר למנחה או לאנשי הצוות האחרים. לדוגמא, באחד המסעות החליטו המשתתפים לבשל ממליגה, מאכל שדורש בישול איטי שנמשך שלוש שעות. לאור החלטתם נאלצנו לדחות את שיחת הסיכום של אותו יום לשעה 00:30 בלילה ולסגור את היום בשעה 1:30 לפנות בוקר.

מעבר לזה, אין זמן מוגדר וקבוע לעצירות או לשיחות קבוצתיות, וההתנהלות ספונטנית יותר, ומותאמת לצרכים שמתעוררים בשטח. לדוגמא, אם משתתף עובר על הכללים ומעשן שלא בזמן, או כאשר חל נתק בקבוצה, כיוון שחלק מהמשתתפים רצים קדימה ואחרים מתעכבים מאחור, מתקיימת שיחה בעניין בניסיון להבין את ההתרחשות, את נסיבותיה, את משמעותה ואת השלכותיה.

שינויים אלה הופכים את הסטינג הטיפולי ל"נוזל" ומורכב יותר, ובהשוואה לחדר הטיפולים, הם מעניקים למשתתפים עוצמה רבה והשפעה מוחשית יותר על המסגרת, על המנחה ועל מערך היחסים הטיפוליים. מצב זה תובע מהמנחה להפגין גמישות רבה בהרבה מזו הנדרשת ממנו בחדר הטיפולים. להמחשת התהליך והשפעתו הרבה על המשתתפים בתהליך הטיפולי, ניתן לתאר את החוויה הטיפולית בשטח כרכבת הרים רגשית, שדוהרת מעלה ומטה בקצב ועוצמה מסחררים. לכל התרחשות, בין אם מקורה במשתתף אחד או בדינמיקה הקבוצתית, יש השפעה גדולה מאוד על כלל הקבוצה ועל המסגרת הטיפולית, בפרט לנוכח העובדה שבניגוד למפגשים הרגילים, המשתתפים והצוות לא פונים לבתייהם בתום המפגש, אלא הולכים לישון ביחד, קמים ביחד למחרת, ומבלים את היום או היוםיים הבאים ביחד, כשאותה התרחשות, והעוצמות הרגשיות שנלוו אליה, מלווים אותם. למעשה, בסטינג זה גם לי כמנחה אין די זמן לעבד את האירועים, אשר משפיעים גם עלי מבחינה

הגשית, ועלולים עקב כך לקבל ביטוי לא מודע, למשל בתגובות של העברה נגדית או בתהליכים של הזדהות השלכתית.

לדוגמא, באחד המסעות, אחד המשתתפים פרש לפנות ערב לישון, במקום לעזור לחבריו בהכנת ארוחת הערב. ניגשתי אליו, ניסיתי לעודד אותו לקום, והזכרתי לו שהמטרה האישית שהציב לעצמו לפני המסע היתה לעזור לחבריו לעבור את המסע. הוא קם בכעס כעבור דקות ארוכות, אולם עזר מעט לחבריו בהכנת הארוחה. בהמשך, בשיחת סיכום היום, הוא נשאר לעמוד בעת שחברי הקבוצה ישבו. ביקשתי ממנו לשבת כמו כולם, אך הוא סירב, התווכח והתעקש שזה בסדר שהוא עומד (מעשה של acting out). ביקשתי ממנו פעם נוספת להצטרף לחבריו, אך הוא התרגז, קילל אותי וחזר לשק השינה שלו. עצרנו את השיחה, והמתנו לו עד ששב לקבוצה, כעבור עשר דקות, לאחר שהחברים דרבנו אותו לעשות כן. בשיחה עצמה נגענו מעט באירוע, אך בשל שעת הערב המאוחרת, והעייפות, לא עיבדנו אותו לעומקו, והוא ליווה אותנו גם למחרת. סימנו אותו כאירוע משמעותי, והמשכנו לעבד אותו רק לאחר החזרה לחדר הטיפולים.

כאשר לי כמנחה, אין את הזמן או התנאים לעיבוד מעמיק של אירוע בשטח, בסמוך להתרחשותו, עלול להיווצר מצב שבו, באופן לא מודע, אתקשה לגשת לאותו משתתף במהלך המסע או לפתוח את האירוע לדיון בקבוצה, מחשש לתוקפנות נוספת. כתוצאה מכך עלול התהליך הטיפולי להיפגע.

בספרות המקצועית, הסטינג הטיפולי מוגדר כמרחב שבו מתקיימים התהליך הטיפולי והיחסים הטיפולים - מבנה, מקום ותנאים (יום, שעה, תשלום וכו'). הגישה הקלאסית גורסת כי המטפל הוא האחראי הבלעדי לבניית הסטינג ואחזקתו, ותפקידו לשמור עליו או להתאימו למטופל. השמירה על כללי טיפול בהירים וקבועים, תפקידה לאפשר סביבה בטוחה ופורייה להבנת ההתרחשות הטיפולית. על פי המודל הפסיכואנליטי הקלאסי, מערכת היחסים הטיפולית מתסכלת במהותה ומעודדת רגרסיה והעלאת דחפים עמוקים ביותר באמצעות אי היענות להם, מה שעשוי להוביל בסופו של דבר לווייתור עליהם וליצירת שינוי (לאור, 2007; מיטשל, 2003).

גישות מאוחרות יותר, למשל תיאוריות של יחסי אובייקט, מכירות בכך שיש מטופלים שאינם יכולים לשאת את כללי המשחק הסטנדרטיים, וכי יש להתאים את כללי המשחק למטופל, בדומה לאם המתאימה עצמה לתינוקה ולצרכיו הייחודיים. ויניקוט טבע את המונח "מרחב פוטנציאלי", המתאר תחום ביניים של חוויה המתקיים בין האם לתינוק (או בין המטפל למטופל). תחום זה שוכן בין הסובייקטיבי לבין מה שנתפש באופן אובייקטיבי. הוא מצוי בין האני לאחר, ובתוכו התינוק או המטופל מרגיש חופשי ומשוחרר מכבלי המציאות החיצונית.

על פי גישה זו, שינויים בסטינג הטיפולי והתאמתם למטופל עשויים להיות חיוניים לקיום התהליך הטיפולי, ומבטאים הבנה של הצורך ההתפתחותי של המטופל (ויניקוט, 2007; לאור, 2007; מיטשל ובלאק, 2006).

מיטשל (2003), מתייחס בהקשר זה לבקשות המטופל לערוך שינוי בסטינג הטיפולי, ועורך הבחנה בין משאלות יצריות (פנטזיות וכו') לבין צורכי אני. ההנחה שלו היא שההינזרות מהיענות לבקשות המטופל מתאימה למטופלים בעלי "אני" בריא ושלם (ואז מדובר במשאלות יצריות), אולם כאשר מדובר במטופלים הסובלים מהפרעות רבות יותר ומחסכים ומעצורים התפתחותיים, יש לפגוש ולספק במידה כזו או אחרת את צורכי האני, כדי שתהליך טיפולי כלשהו יוכל להתקיים. לא קל להכריע אם דרישה של מטופל הינה משאלה או צורך, ואם היענות לה תתרום לתהליך הטיפולי או תעכב אותו. החלטה מורכבת זו מתקבלת בעיקר בתהליך של העברה נגדית, דהיינו דרך התחושה של המטופל אם נכון או לא נכון להיענות לה. מיטשל מדגיש כי אין מדובר בהחלטה שמתקבלת כלאחר יד, אלא בתהליך רציונלי ומלא משמעות, וכי האופן שבו חווה המטופל את דרישת המטופל יכול לספק מידע רב על ההקשר הרגשי שממנו היא נובעת (למשל, האם הוא מזדהה עם כאבו, או אולי מרגיש שמדובר במניפולציה). מיטשל סבור כי הקשבה והיענות לתשוקות של המטופל עשויות לתרום לכינונה של חוויה חדשה בקרבו (שלגבי אחרים עשויה להיראות מובנת מאליה), שמישהו באמת מאזין לו בשקט ובתשומת לב, מעניק עדיפות לצרכיו, ואפילו נענה לגחמותיו. התחושה היא שהמטופל חווה אז משהו חדש, מעין חיבור שערך לא נראה לו אפשרי. לדוגמא, משתתפים בקבוצה יכולים לבקש לעשן סיגריה בזמן שחורג מן המועדים שנקבעו מראש, או לבצע שיחת טלפון במהלך היום. לפני קבלת ההחלטה, הצוות מנסה לברר עם המשתתפים מה הסיבה לבקשתם, מקיים התייעצות, ובמקרים אחדים נענה לבקשות ה"חריגות".

הגישה ההתייחסותית מרחיבה את גישתו של ויניקוט ומדברת על ההשפעה של המטופל על תהליך בניית הסטינג הטיפולי. חסידי גישה זו רואים במטפל ובמטופל שני שותפים לטיפול הבונים ומעצבים אותו באופן הדדי, אם כי לא סימטרי. אין מדובר אפוא רק בגמישות של המטפל והבנת צרכיו של המטופל הייחודי, אלא בבנייה משותפת של המסגרת הטיפולית. תהליך זה מאפשר לכל צד להבליט את הסובייקטיביות שלו, ולכן חשוב גם לדבר על הבקשה, לנסחה במילים, להעניק לה משמעות, ובדרך זו להגדיל ולהעמיק את המרחב הטיפולי (לאור, 2007). ארון (2013), מתאר את התהליך הטיפולי כמאמץ משותף של המטפל והמטופל, היוצרים ביחד מערכת ייחודית ששבה ומתחדשת כל העת, דרך השפעה הדדית מתמשכת, ואשר במסגרתה המטפל והמטופל משפיעים זה על זה ומושפעים זה מזה באופן מבני וקבוע. ההשפעה ההדדית מתרחשת באמצעות תהליכים של העברה, העברה נגדית והזדהות השלכתית, כאשר חקירתה

ובחינתה עשויות לספק מרחב לחקירה ולהבנה של החוויה הפנימית וההתפתחותית של המטופל (לאור, 2007; Shubs, 2008).

בשטח, עוד יותר מאשר בחדר הטיפולים, בשל מאפייני המשתתפים, תנאי המסגרת והעוצמות הרגשיות של התהליך, נדרשת אחזקה ובנייה משותפת של הסטינג. כשאין בנייה משותפת, המשתתפים מרגישים שכופים עליהם מסגרת שהיא קשה מנשוא, ומצב זה מעורר בהם כעסים ותסכולים, שעלולים לקבל ביטוי במאבקי כוח ולהביא להרס התהליך, במקום לבנות אותו. לדוגמא, באחד המסעות המשתתפים התעכבו מאוד בבוקר, והתווכחו כמעט על כל דבר, כל משתתף בתורו וכולם יחד כקבוצה: "למה לא אוכלים עכשיו ארוחת בוקר?? אני רעב"; "למה אני צריך לסחוב ארבעה ליטר מים אם אני לא שותה אפילו חצי ליטר?"; "אני לא זז מפה עד שאני לא מקבל את הטלפון", וכדומה. בשיחה קבוצתית שקיימנו, אמרו המשתתפים שהם מתקשים לקבל את הסמכות של הצוות ומרגישים שאנחנו שולטים בהם, אף על פי שאמרנו להם שהם האחראים על ההתנהלות בשטח. בסופו של דבר, לקראת צהרי היום, הם הסכימו לצאת לדרך, אבל הלכו מהר מאוד, כך שנוצר בינינו נתק והיינו צריכים לרוץ אחריהם. כשהצלחנו להשיג אותם, הם אמרו שהם לא רוצים לעשות עצירות וגם לא לאכול, הם לא רעבים ורוצים להגיע כמה שיותר מהר הביתה ("הרי אמרתם שאנחנו קובעים"). אני באופן אישי התחלתי להרגיש חולשה, שכן לא אכלנו כלום בבוקר, וגם חשתי למשתתפים שרצו מקדימה. לכן קיבלנו בצוות החלטה לעשות הפסקה, להכין אוכל ולהזמין אותם להצטרף. כשאמרנו זאת למשתתפים, התעורר ויכוח נוסף, שלוה בהתפרצויות זעם וכעסים. קיימנו שיחה נוספת על התהליך שהתרחש, על התחושות שלהם ושלנו, ועל מה שעמד מאחורי ההחלטה שלנו לעצור, למשל הרצון לשמור על קשר ותקשורת בקבוצה (דבר שנקשר גם למטרה הקבוצתית של המסע). למעשה, האחריות על הסטינג הפכה מקור למאבקי כוח ושליטה. המשתתפים עשו שימוש כוחני באחריות שלהם, כש"ברחו" מהצוות וסירבו לעצור, ועשו זאת כתגובה לחוויה שלהם, שאנחנו נהגנו כלפיהם בכוחנות כשכפינו עליהם כללים "לא הגיוניים". בתגובה להתנהלות הקבוצה, ותהליכי ההזדהות ההשלתית, כפה הצוות על המשתתפים לעשות עצירה לצורך אכילה. אף על פי שהסיבה להחלטה היתה רציונלית, החוויה הרגשית היתה שחלה כאן כפייה, והדינמיקה שנוצרה הותירה את כולם בתחושה של חוסר אונים וניתוק. פתיחת הדברים בשיחה נוספת, והמשך עיבודם גם בחדר הטיפולים, עזרו להבין את החוויה הרגשית של המשתתפים, נתנו להם כלים לביטוי רגשי ומילולי, והובילו להתקרבות מחדש בקבוצה.

כמובן שבנייה משותפת של הסטינג הטיפולי בשטח אין פירושה ויתור על הכללים והמסגרת, שכן אחת ממטרות הטיפול הינה ללמד את המשתתפים לכבד גבולות חיצוניים, אך חשוב גם לתת להם נהאל משא ומתן, לתת להם הסברים מפורטים לגבי החלטות שמקבל הצוות (להסביר

להם, למשל, למה אוספים את הטלפונים במהלך המסע), לתת מקום לרצונות שלהם, ולחשוב אם הבקשות ה"חריגות" שלהם עשויות לקדם את התהליך והקשר הטיפולי או לא. כאמור, תהליך זה דורש מהמנחים גמישות רבה יותר, נכונות לזוז מ"אזור הנוחות" שלהם ולהיות נכונים, במידה מסוימת, להיות נתונים להשפעת המשתתפים, כל עוד הדבר משרת את התהליך הטיפולי, כמובן.

חשיפה אישית גבוהה של המנחים והמשתתפים במהלך הפעילות בשטח

השינויים בסטיגט הטיפולי כרוכים בחריגה של המנחה והמשתתפים מ"אזור הנוחות", ומזמנים להם חשיפה אישית גדולה יותר, קל וחומר כאשר מדובר במסעות שנמשכים יומיים-שלושה ברצף, וכוללים "לינה משותפת". השינויים משפיעים על מערך היחסים הטיפוליים, וחושפים את המנחה ואת חברי הקבוצה לסוגיות רבות, שייתכן שהיו עולות גם בחדר הטיפולים, אולם אז היה הטיפול בהן עשוי להיות תיאורטי יותר ופחות ממשי (דיבור על.. לעומת חוויה של..). באחד המסעות בשטח, לדוגמא, עלתה סוגיה של תפקידי נשים וגברים: אחד המשתתפים ציין כי במסע הוא לוקח על עצמו תפקידים שבבית היה מתבייש לעשות, שכן מדובר בתפקיד של נשים, כמו למשל שטיפת כלים.

יש לציין כי רוב החשיפה העצמית אינה מתקיימת בהכרח במישור המילולי (דרך חשיפה של חוויות אישיות, תחושות וכו'), אלא במישור המעשי והמוחשי. המסעות חושפים את המשתתפים והצוות בהתנהגויות האנושיות והטבעיות ביותר שלהם, ומגלים חולשות וגם חוזקות, ולכן הם עלולים לעורר חרדה גדולה מאוד, או מנגד ליצור קירבה רבה.

קיום הקבוצה בשטח שונה מאוד מאשר בחדר הטיפולים, בו כל הצדדים המעורבים מוגנים על-ידי השעון (הידיעה שתוך שעה וחצי המפגש מסתיים), ארבעת קירות החדר, "כיסא" המנחה/המשתתף, הלבוש הפורמאלי יותר, ואפילו המזגן שמסתיר את הקושי להתמודד עם מזג האוויר, עם הזיעה וקוצר הנשימה. אינני יודעת באיזו מידה כל אחד מאיתנו, מנחה או משתתף, חושף את ה"אני האמיתי" שלו בחדר הטיפולים, אבל אין ספק שבשטח אותו "אני אמיתי" מקבל מקום רב יותר, שלא לומר נדחף החוצה לעיני כול - המנחים, אנשי הצוות, המשתתפים, וכמובן המצלמה.

בעבורי כמנחה, חשיפה זו אינה פשוטה ומעוררת דיסוננס בין האופן שבו תפשתי בעבר את תפקידי כקצינת מבחן לבין החשיפה שתנאי השטח מזמנים לי, כאשר בהיותי אדם סגור, היא מאתגרת אותי גם ברמה האישית. בדיעבד אני מבינה היום עד כמה במסעות הראשונים הייתי עסוקה במאמץ "לא להיחשף יותר מדי". במסע הראשון של הקבוצה, לדוגמא, הגענו למעיין והחלטנו להיכנס למים, אך אני חיכיתי עד שהמשתתפים יצאו מהמים ורק אז נכנסתי. בנוסף,

חששתי שמא אחד המשתתפים ישמע שיחה שלי עם אחד מאנשי הצוות, ויחשף למידע אישי אודותי ולפרטים שאיני חושפת בפני המשתתפים בדרך כלל.

המטרה של מאמצי ה"הסתתרות" שלי בשטח, שחלקם היו מודעים ואחרים לא, היתה להשיב לי מעט מההגנה (האשלייתית כמובן) שמספק לי חדר הטיפולים, אך הם גזלו ממני משאבים והשפיעו בצורה לא טובה ומצמצמת על התהליך הקבוצתי. לדוגמא, באחד המסעות היינו צריכים לעבור מגדת נחל אחת לאחרת. אחד המשתתפים עמד והציע עזרה למי שנזקק לה. לא הרגשתי בנוח לתת לו יד ולקבל ממנו עזרה, הן בשל התפקיד האחראי שיש לי בקבוצה, והן בשל אי הנוחות ליצור מגע פיזי עם משתתף. מנגד, חששתי ליפול למים (דבר שהיה גורר כמובן תגובות מחברי הקבוצה), ולכן בחרתי ללכת בשביל עוקף. המשתתפים הבחינו בכך ואף התייחסו לנושא בהערות שהשמיעו בהמשך היום. אני מבינה היום שהבחירה שלי יצרה בינינו ריחוק.

המשתתפים בקבוצה עוברים תהליך דומה כתוצאה מהחשיפה הגבוהה בשטח. גם הם מנסים להסתיר חלקים חלשים או נזקקים יותר שלהם, ולהרשים ולרצות את חבריהם לקבוצה, וכמובן גם אותי כקצינת המבחן שלהם. באחד המסעות, לדוגמא, סחב אחד המשתתפים משקל כבד יותר מכפי שהיה מסוגל, כיוון שרצה להיתפש כאדם חזק שתורם לקבוצה. כעבור מספר שעות הוא כרע תחת הנטל, וסבל מכאבים פיסיים שהקשו עליו בהמשך המסע. המשתתפים מבטאים את חששם מפני חשיפה, את תחושתם שאנשי הצוות מביאים אותם למצבי קצה רק כדי לבדוק איך הם מגיבים, ואף מצלמים אותם ברגעי החולשה שלהם. בהקשר זה חלקם מביעים כעס רב מאוד על קיומה של המצלמה, ומפנים אותו כלפי הצלם ("איך שאני מתעצבן, הוא בא ודוחף לי את המצלמה דווקא"). לאור זאת נדמה לי, כי דווקא בתנאים המורכבים והקשים של השטח, יש חשיבות לחשיפה האישית שלי כמנחה, כיוון שהיא עשויה להקל מעט על המשתתפים בהתמודדותם עם החרדה מפני חשיפתם האישית.

כאמור, הפסיכואנליזה הקלאסית רואה במנחה מומחה ניטרלי, אובייקטיבי, המהווה לוח חלק להשלכות של המטופל ולתהליכי ההעברה שלו, ולא כאדם ממשי (הופמן, 2013). פרויד סבר כי לאישיותו של המטפל, לערכיו, לרגשותיו ולאמונותיו לא צריכה להיות כל השפעה על התהליך הטיפולי (מיטשל, 2003). משום כך, חסידי הגישה הקלאסית רואים את תגובות ההעברה הנגדית של המטפל כהפרעה לטיפול, שאת תכניה צריך המטפל לפתור עם עצמו, במסגרת של תרפיה אישית (Shubs, 2008).

בניגוד לגישה זו, חסידי הגישה ההתייחסותית גורסים כי עמדת המטפל לא צריכה להיות ניטרלית, וכי אין מניעה שישתף את המטופל במחשבותיו וברגשותיו הנוגעים למנגנון הטיפולי וליחסים הטיפוליים, ואף יביא לטיפול את חייו האישיים. אולם, על המטפל להקפיד שהדבר ייעשה בשירות המטרות הטיפוליות בלבד, שכן היחסים הטיפוליים הינם א-סימטריים במהותם.

המטרה של החשיפה האישית הינה לחזק את תחושת ההדריות בקשר, ולמנוע תחושה של היררכיה וריחוק בטיפול (הופמן, 2013). ארון (2013) מרחיק לכת עוד יותר בהשקפתו הגורסת כי החשיפה העצמית אינה אפשרות אלא כורח. זהו היבט בלתי נמנע ומתמשך של התהליך הטיפולי, הנובע מכך שהמטופלים ממילא יודעים לקרוא מתוך הפרשנויות של המטפל, באופן מדויק ואינטואיטיבי, את המסרים החבויים בהן. מטופלים רוצים להכיר את המטופלים שלהם, הם מחפשים דרכים ליצור עמם קשר ולחקור אותם מעבר לחזותם המקצועית, בדומה לדרך שבה ילדים מבקשים ליצור קשר עם הוריהם ולחדור אל תוך עולמם הפנימי.

במשך הזמן למדתי לקבל את החשיפה האישית שמזמנת לי הפעילות בשטח, ולראות אותה כחלק ממערך היחסים החדש שנוצר בסטינג זה. בנוסף נוכחתי לדעת, שיש בכוחה אף לתרום להעמקת הקשרים הטיפוליים. במסעות הטיפוליים בשטח נחשפים המשתתפים לחלקים חזקים וחלשים שלי, ויכולים להזדהות איתם. הם נחשפים באופן מוחשי לחלקים אימהיים וטיפוליים יותר שלי, למשל כאשר אני מציעה למשתתף שמתקשה עזרה בסחיבת הציוד שלו, או דואגת לברר אם הוא שותה מספיק מים. הם נחשפים גם לחלקים פחות טובים שלי, למשל ברגעים שבהם אני מתקשה להכיל התנהגות של משתתף זה או אחר, ומפגינה כלפיו חוסר סבלנות. אני "נגישה" יותר למשתתפים, ולהם יוצא להכיר חלקים אישיים יותר שלי. הם לומדים לדעת למשל, שאני אוהבת לטייל "גם בלי שאף אחד מכריח אותי". במקביל אני גם יכולה להיות זאת שמקבלת עזרה מן המשתתפים, פעולה שיש לה בעיני חשיבות רבה לפיתוח הקשר הטיפולי, כיוון שהיא משרדת למשתתפים שאני סומכת עליהם ומניחה להם לעשות משהו בעבורי.

לצד ההיבטים החיוביים שתוארו, חשוב להדגיש כי תהליך הטיפול הקבוצתי הינו א-סימטרי במהותו, ולכן יש חשיבות לשמירה על גבולות היחסים ולהקפדה כי החשיפה האישית של המנחה תיעשה בשירות הטיפול בלבד, תוך שימת לב לכך שבשטח קל יותר "לגלוש". בנוסף, החשיפה האישית המוגברת ותנאי השטח מעוררים במשתתפים בלבול, המקבל ביטוי בנטייתם המוגברת לבדוק גבולות, למשל בהשמעת הערות לא מותאמות. לא אחת מעוררת אצלי החשיפה האישית שאלות אתיות, כמו למשל עד כמה לתת למשתתפים לעזור לי, ומה ייתפש כעזרה ומה עלול להיות מובן כניסיון לרצות, או כניצול של יחסי סמכות.

סיכום

השינויים שחלים בסטינג הטיפולי הקבוע של הקבוצה עם יציאתה למסעות טיפוליים בשטח משפיעים על מערך היחסים הטיפוליים בקבוצה. בשטח, המנחה והמשתתפים בונים ומחזקים את הסטינג הטיפולי ביחד, ומקיימים ביניהם תהליך של השפעה הדדית (שהיא א-סימטרית). בעקבות החשיפה ההדרית המוגברת נוצר בין הצדדים מרחב יחסים שהוא עמוק וייחודי יותר,

ומתהווה חוויה טיפולית ייחודית המושפעת מהסובייקטים המרכיבים אותה, כמו גם מתנאי השטח. אוגדן (2003, 2013), כינה את החוויה הייחודית והלא מודעת שנוצרת בין המטפל למטופל בשם "השלישי האנליטי" או "הסובייקט השלישי". חוויה זו בולטת במיוחד בפעילות השטח, המהווה מסגרת למשחק משותף בין המנחה והמשתתפים, שכן ההתנהלות בשטח אינה דומה למציאות החיים השגרתית של המנחה או של המשתתפים, אלא מהווה חוויה ייחודית ומיוחדת המתרחשת ברגע נתון ובתנאים מסוימים. בהמשך העבודה הקבוצתית, ובפרט לאחר החזרה לחדר הטיפוליים, ניתן להטעין חוויה זו במשמעות אנליטית.

אחת הדוגמאות שעשויות לשקף בצורה הטובה ביותר את מערך היחסים הטיפוליים הייחודי ואת המשחק המתקיים בשטח, הינה זו של הכנת הארוחות. במהלך המסע, האחריות על הכנת הארוחות מוטלת על המשתתפים, ובין השאר עליהם להחליט מתי, איפה ומה הם רוצים להכין. כמו כן עליהם לשמש כמניעים העיקריים של תהליך ההכנה, כאשר בדרך כלל הצוות מהווה כוח עזר בהכנה. יש לציין, כי השתתפותי כמנחה בהכנה אינה מובנת מאליה ומעוררת בקרבי מחשבות ורגשות רבים, שכן בחדר הטיפולים אינני לוקחת חלק במשימות ובפעילויות השונות, והכנת הארוחות גם היא מעין פעילות או משימה. פעמים רבות אני חשה אי נוחות מסוימת כאשר אני מבשלת עם המשתתפים, בשל החשיפה שפעולה זו יוצרת וטשטוש הגבולות שהיא מחוללת. מאידך, אינני חשה בנוח לאכול בלי לעזור בהכנה, מצב שעלול להיראות כהיפוך תפקידים, או להיחוות כניצול של כוח וסמכות. אני מניחה שסוגיה זו מעוררת תחושות מורכבות ובלבול גם בקרב המשתתפים, ואלה באים לידי ביטוי, בין השאר, בבדיקה של גבולות היחסים. באחד המסעות, לדוגמא, העירו לי המשתתפים הערות בסגנון: "את לא יודעת לחתוך", או "אני עושה את זה יותר טוב".

כיום, לאחר התהליך שעברתי ביחד עם הקבוצה, אני מבינה שלשיתוף הפעולה בהכנת הארוחות יש משמעות טיפולית עמוקה, החורגת מעבר לסיפוק הצרכים הקונקרטיים של האכילה. מלאכת הכנת הארוחות הינה מעין יצירה משותפת או משחק משותף של המשתתפים והצוות, בו כל אחד מביא את עולמו האישי ומשתף בו גם את האחר. באחד המסעות, לדוגמא, ביקש אחד המשתתפים לבשל אורז "כמו של אמא שלי". הוא ביקש מהצוות ומחבריו לקבוצה שיעזרו לו לעשות זאת, ובכך שיתף אנשים נוספים בחוויה הרגשית האישית שלו מבית הוריו.

בעת הכנת הארוחה אפשר "לשחק" (חוויה נטו), ובהמשך, במסגרת שיחת העיבוד, אפשר להעניק לחוויית ההכנה משמעות טיפולית. אפשר לבחון לדוגמא את מערך היחסים בקבוצה, את אופן קבלת ההחלטות בה, את חלוקת התפקידים, ואת העמדות והתפישות שעומדות בבסיס כל אלה. לדוגמא, באחד המסעות פנו אלי המשתתפים ובצורה ישירה אמרו לי שאני צריכה להכין את ארוחת הערב, כיוון שאני אישה. בתחילה האמירה הזאת הכעיסה אותי מעט, כיוון

שהרגשתי שדוחקים אותי לתפקיד "האישה הקטנה". מהמקום הזה הגבתי ואמרתי להם שיתחילו בהכנות, כיוון שזו האחריות שלהם, ושאני אשמח לעזור להם. בדיעבד פירשתי את האמירה הזו כבקשה של ילד מאמו שתזין אותו, או אולי כביטוי לכלבול שחווים המשתתפים מולי בתחום של תפקידים מגדריים (רובם מגיעים מחברה שבה לאם שמור מקום חלש ופאסיבי, ואילו הגבר דומיננטי יותר). אם הייתי מצליחה להשעות את תגובת ההעברה הנגרדת שלי, היינו יכולים לדון במשמעות אמירתם, ולפתח בעקבותיה שיחה פתוחה על יחסינו, על תפקידים מגדריים, על יחסים בין גברים לנשים, וכן הלאה.

השינוי שחל עם הזמן בעמדה שלי, בהתמקמות שלי כמנחה ובתפישתי את מערך היחסים הטיפוליים, נובע להערכתו מן ההשפעה שיש למשתתפים בקשר הטיפולי על המטפל, כמו גם לתהליך הבנייה המשותף של הסטינג הטיפולי, ולקשר הטיפולי הייחודי שתנאי השטח מאפשרים.

מקורות

- אוגרן, ת. ה. (2003). **מצע הנפש**. תל אביב: תולעת ספרים.
- (2013). השלישי האנליטי: עבודה עם עובדות קליניות אינטרסובייקטיביות. בתוך ס. א. מיטשל ול. ארון (עורכים), **פסיכואנליזה התייחסותית** (עמ' 534-569). תל אביב: תולעת ספרים.
- ארון, ל. (2013). האופן שבו חווה המטופל את הסובייקטיביות של האנליטיקאי. בתוך ס. א. מיטשל ול. ארון (עורכים), **פסיכואנליזה התייחסותית** (עמ' 298-326). תל אביב: תולעת ספרים.
- בנג'מין, ג'. (2013). הכרה והרס: מתווה של אינטרסובייקטיביות. בתוך ס. א. מיטשל ול. ארון (עורכים), **פסיכואנליזה התייחסותית** (עמ' 228-261). תל אביב: תולעת ספרים.
- בן סימון, ב. וכאהן-סטרבצ'נסקי, פ. (2013). התערבות באמצעות שטח ואתגר: כלי לעבודה עם בני נוער בסיכון - סקירת ספרות. ירושלים: מאירס, ג'וינט - מכון ברוקדייל, אשלים.
- דיאלוסק, נ. וגבור, ס. (2009). אתגרים בקבוצה. **מידעו"ס**, 51, 46-42.
- הופמן, א. ז. (2013). "המטופל כפרשן של חוויית האנליטיקאי". בתוך ס. א. מיטשל ול. ארון (עורכים), **פסיכואנליזה התייחסותית** (עמ' 74-114). תל אביב: תולעת ספרים.
- ויניקוט, ד. ו. (2007). **משחק ומציאות**. תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, ד. ו. (2009). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**. תל אביב: עם עובד.

יאלום, א. ולשץ', מ. (2006). **טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה**. אור יהודה: כנרת, זמורה-ביתן, דביר וירושלים: מאגנס.

לאור, א. (2007). המטפל, המטופל וה-setting הטיפולי: בנייה הדדית של ה-setting כגורם טיפולי. **שיחות, כ"א (2)**, 160-169.

לבוויזל, ר. (2004). חיזוק תחושת יכולת בקרב מתבגרים בסיכון: מחקר פעולה. **מקבץ, 9 (1)**, 25-46.

מיטשל, ס. א. (2003). **תקווה ופחד בפסיכואנליזה**. תל אביב: תולעת ספרים.

מיטשל, ס. א. וארון, ל. (2013). **פסיכואנליזה התייחסותית**. תל אביב: תולעת ספרים.

מיטשל, ס. א. ובלאק, מ. ג'. (2006). **פרויד ומעבר לו**. תל אביב: תולעת ספרים.

מיכאלי, ד. (2007). **גלות, מסע, בחירה: טיפול דרך שטח**. גבעתיים: הוצאת מדרך.

פלד אברם, מ. (2012). **הדרכה על טיפול בטראומה: תרומתם של מאפייני ההדרכה והמדריך לתפקודם האישי והמקצועי של המודרכים**. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment (2nd ed.)*. New York: Penguin Books.

---- (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

---- (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Etiology and psychopathology in light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210.

Gelkopf, M., Hasson-Ohayon, I., Bikman, M. & Kravetz, S. (2013). Nature adventure rehabilitation for combat-related posttraumatic chronic stress disorder: A randomized control trial. *Psychiatry Research, 209(3)*, 485-493.

Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hans, T.H. (2000). A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control. *Journal of Psychotherapy, 30(1)*, 33-60.

Russell, K. (2003). An assessment of outcomes in outdoor behavioral healthcare treatment. *Child and Youth Care Forum, 32(6)*, 355-381.

Shubs, C. H. (2008). Countertransference issues in the assessment and treatment of trauma recovery with victims of violent crime. *Psychoanalytic Psychology, 25(1)*, 156-180.

Williams, B. (2000). The treatment of adolescent populations: an institutional vs. wilderness setting. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10(1)*, 47-56.