

שימוש בסימולציות וידאו ככלי טיפולי בהתערבות התנהגותית קוגניטיבית

תמי רונן ויוטה שכטר*

במאמר מוצג שימוש בסימולציות וידאו כדרך יעילה להשגת מטרות מספר בטיפול. הסימולציה מבוססת על סרט וידאו, המדגים התערבות התנהגותית קוגניטיבית בטיפול בהרטבה. הסרט הוצג בפני נער בן 15, שסבל מהרטבת לילה ושימש ככלי עיקרי לשינוי התנהגות ההרטבה. במאמר הוצגו עקרונות לבניית סימולציה דרכי השימוש בה בטיפול התנהגותי קוגניטיבי.

מבוא

ההתפתחות הטכנולוגית הכניסה לחיינו אמצעים אודיו-ויזואליים, כמו: וידאו וטלוויזיה במעגל סגור, אשר הפכו לחלק בלתי נפרד מחיי החברה והתרבות שלנו. בשנים האחרונות חדרו אמצעים אלו גם לחיים המקצועיים, והם מסייעים רבות בשירותים, העוסקים בטיפול ובהדרכה. הוכח, שהאמצעים יעילים, מקדמים ומקצרים תהליכי טיפול.

טבען של טכנולוגיות מורכבות, שהן מעוררות חששות בקרב מטפלים, שאינם אמונים על השימוש בהן, אבל נגישותן של טכנולוגיות בשירותים רבים גרם לכך, שהסקטור הטיפולי אינו יכול להימנע מהשימוש בהן.

הספרות המקצועית מצביעה על הפוטנציאל העצום, הגלום במכשיר הוידאו. כלי זה מסייע למטפל, להעלות את רמת המודעות של המטופל, להקנות לו מיומנויות, לשנות את דפוסי התנהגותו ולשנות עמדות ותפקידים מסורתיים (Walz & Johnston, 1963; Baker, Udin & Vogler, 1975; Berger, 1979).

הוידאו משמש כלי עזר בלבד, ואין לראות בו טכניקת טיפול עצמאית, שנועדה להחליף את מרכיביו האחרים של הטיפול (אמפטיה, קבלה, מודלינג, חיזוק, תמיכה, או עימות), אלא חלק ממגוון ההתערבויות הכולל, העומד לרשות המטפל המיומן, בהתאם למטרת הטיפול (Heilveil, 1983).

* ד"ר תמי רונן ויוטה שכטר הן מרצות בבית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש כוב שאפל באוניברסיטת תל-אביב.

במאמר תוצג טכניקת וידאו אחת – סימולציית וידאו, שהשימוש בה עוזר להשיג מספר מטרות ויעדים טיפוליים. הטכניקה, שתוצג להלן, היא חלק מתכנית התערבות התנהגותית קוגניטיבית, שהשיגה שינוי התנהגותי באמצעות סרט. הסרט הדגים טיפול בבעיה דומה לבעיית המטופל, שבפניו הוצג, והוא הוכן במיוחד למטרה זו. סימולציית וידאו היא שילוב של משחק תפקידים עם טכנולוגיית הוידאו-טייפ, והשימוש בה מתבצע בדרך הבאה: מוצג מצב, או אירוע, שהוא חיקוי והקטנה של מציאות קיימת, והמטופל מתבקש להגיב עליו. החשיפה נעשית בהדרגתיות, כך שהמטופל יכול להגיב ולתרגל מיומנויות במצב, שאינו מעורר תרדה, שכן הוא אינו מעורב בנעשה באופן ישיר (Heilviel, 1983).

התערבות התנהגותית-קוגניטיבית

הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית היא סט של גישות, המנסות לעצב בעיות נחוצות על-ידי שינוי הקוגניציות או התהליכים הקוגניטיביים. אלו הן גישות פעילות, ישירות ומובנות, המבוססות על ההנחה, שהתנהגות האדם מושפעת מהדרך, שבה הוא תופש את עולמו. בעיות רבות של האדם נובעות מפירוש מוטעה, שמעורר רגשות שליליים וכתוצאה מכך דפוסי התנהגות לא רצויים (Mahoney, 1974). כל עוד דפוסי חשיבתו של האדם מוטעים – אין הוא יכול לשנות את רגשותיו או את מעשיו (Ellis, 1962). הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי רואה בתיווך המוחי תנאי הכרחי לארגון תפיסות, לתהליכים, להשגת שינוי ולהערכת אירועים. מטרות וכוונות הן ייצוג קוגניטיבי עתידי לציפיות האדם (Beck et al., 1979).

הטיפול נועד לזהות בעיה במבחן המציאות, לחקן ולהמשיג את האמונות שמאחורי הקוגניציות. המטפל עוזר להשיג דפוסי חשיבה ופעולה נכונים יותר דרך זיהוי המחשבות האוטומטיות, הכרת הקשר בין קוגניציות, רגשות והתנהגות, בחינת ההוכחות נגד החשיבה האוטומטית, מציאת פירוש מציאותי יותר ותרגולו בכוחן המציאות (Beck et al., 1979).

הטכניקה – סימולציית וידאו מובנה להדגמת טיפול קוגניטיבי בהרטבה

ההתערבות הקוגניטיבית בוצעה דרך צפייה בסרט וידאו, שהוכן לצורך הטיפול. בסרט היה משחק תפקידים, שמדגים תהליך טיפול קוגניטיבי בהרטבה. הטיפול בוצע בהתאם למודל, שנועד להקנות לילדים מרטיבים מיומנויות של שליטה עצמית (רונן ויוזנר, 1990). במודל חמישה שלבים:

1. קבלת אחריות על הבעיה.
2. ניתוח רציונלי של ההתנהגות.
3. הגברת הרגישות לגירויים פנימיים.
4. פיתוח שליטה עצמית, פיזית ורגשית.
5. הפחתת ההתנהגות המפריעה.

בסרט ניסתה המטפלת, לפתח תחושה של שליטה אצל נערה, דרך שימוש בשאלות סוקראטיות, תרגילים והמחשות שונות.

נבחר מודל, הדומה לנער, שבפניו הוצג הסרט, במרבית המרכיבים מלבד משתנה המין. הוחלט לזוותר על הדמיון במין לטובת הדמיון במרכיבים האחרים, אשר נראו משמעותיים יותר: בעיה, גיל, סטטוס סוציו-אקונומי ורמת האינטליגנציה. בסרט השתתפה אותה מטפלת, שטיפלה בנער, תהליך הטיפול היה דומה, והסרט נבנה על-פי עקרונות הלמידה: תורה על כל שלב וסיכום הלמידה.

הסרט המחיש מושגים מופשטים והציגם בצורה קונקרטית, היו בו 6 סיטואציות קצרות בנות 5 דקות כל אחת, וכל סיטואציה התאימה לשלב בטיפול (מלבד שתי הסיטואציות הראשונות, ששתייהן התייחסו למרכיב הראשון במודל). המעבר משלב לשלב היה הדרגתי ומוחנה בהתמודדות נכונה של המטפלת עם המטלות, שהוצגו בפניה בשלב הקודם. לפני כל סיטואציה הסבירה המטפלת את מטרת המפגש, ואת הדרך שבה היא מתכוונת להשיג מטרה זו. בסרט השתמשו במושגים שכיחים ואופייניים למרטיבים: "ברח לי", "כשאני ישן אני לא מרגיש", "זה בגלל השינה העמוקה" וכו'.

לסימולציות וידאו יש גם יתרונות של שימוש בסרט כאמצעי להוראה — הוא מבהיר רעיונות, מדגים מיומנויות, מעביר מידע ותורם ללמידה יעילה יותר. סימולציות וידאו מאפשרות:

חשיפה הדרגתית

המטופל נחשף למצב המאיים באופן הדרגתי, וההדרגתיות מקילה את החרדה מפני ההתמודדות (Wolpe, 1982). המטופל צופה בזולת ולא בעצמו בהתאם לקצב שלו, יכול להיכנס לסיטואציה ולהיות מעורב בה מתוך הזדהות או מתוך חיקוי הדמות המטופלת או המטפלת.

ההדרגתיות קיימת גם במעברים מהסיטואציות הראשונות, העוסקות בניחות רציונאלי של התופעה, עד לסיטואציה האחרונה, המחייבת עימות של המטופל עם רגשותיו, כוחותיו ורצונותיו.

למידה תצפיתית (Modeling)

אחת מתוך שלוש צורות הלמידה הבסיסיות (האחרות: התניה קלסית והתניה אופראנטית). נמצא, שהלמידה דרך צפייה במודל יעילה לא פחות מלמידה ישירה, וככל שהמודל דומה יותר לצופה הלמידה יעילה יותר (Bandura, 1969; Bandura & Walters, 1963). בסרט הוידאו מתרחשת הלמידה התצפיתית בשתי צורות:

1. המטופל צופה בדמות בעלת מאפיינים דומים לשלו, ולכן הוא יכול לחקות אותה וללמוד ממנה.
2. המטופל צופה במטפל, ששפתו, סגנון דיבורו ודרך ההתערבות שלו מוכרים לו ולכן קל לו יותר להבין וללמוד ממנו. אין גירוי חדש ומכלבל.

שימוש בחיזוקים

החיזוק הוא כלי יעיל לשינוי התנהגות. קיימים חיזוקים שונים — חומרי, סימבולי, חיזוק

שנותן הזולת, או חיזוק עצמי. החיזוק משתנה בהתאם לרמה הרגשית והאינטלקטואלית של האדם הזוכה בו (ווזנר, 1985 ; Bandura, 1969).
המטופל, הצופה בסרט, יכול לזכות במספר חיזוקים סימבוליים:
חיזוק "בעד אחר" – דרך צפייה בחיזוק סימבולי, שמקבלת הנערה בסרט מהמטפלת.
חיזוק ישיר – כאשר בזמן הצפייה מחזקת המטפלת תגובות של הצופה בסרט.
חיזוק עצמי – שהצופה נותן לעצמו תוך כדי צפייה בסרט, ושיש לו חיזוק גם מהמטפלת.

תיאור המקרה

אורי, בן 15, הגיע לטיפול פרטי יחד עם אמו, שנמצאה כאותה עת כהליכי גירושין. סיבת הפנייה – הרטבה מתמשכת. לנער היתה היסטוריה של ארבעה טיפולים קודמים בארבע שיטות שונות: שיטת הפעמון המעורר, טיפול תרופתי, טיפול דינאמי בארגז חול וטיפול משפחתי מערכתי. בשל כך הוחלט, לטפל באורי לפי מודל קוגניטיבי, שפותח על-ידי רונן. המודל נועד להקנות לילדים שליטה עצמית (רוזן וווזנר, 1990), ונמצא יעיל להפחתת הרטבה אצל ילדים ובני-נוער.

הטיפול נמשך שישה חודשים. במהלך חודשים אלו, למד הנער לשלוט על הרטבתו, ונגמל. ארבעה חודשים לאחר שנגמל, הודיעה האם שהיא עומדת להינשא לחבר, שגר בביתם, והנער, החל להרטיב שוב, וחזר לטיפול.

עם חידוש הטיפול התקיימה שיחת בירור ראשונית. המטפלת התרשמה, שמיומנויות השליטה העצמית, שרכש הנער בטיפול הקודם, קיימות אך הוא איננו מפעיל אותן. את המצב החדש, שנוצר במשפחה, תפש הנער כמשבר, וטען, שאינו מסוגל לשלוט על עצמו ולהפסיק להרטיב.

ההודעה הפתאומית על הנישואין גררה תגובה של הרטבה, לאחר שהילד היה יבש במשך תקופה ארוכה. ההתנהגות הלא רצויה, קרי ההרטבה, תוזקה כשקיבל הילד תשומת לב מיוחדת מאמו, דווקא בתקופה שהיתה עסוקה בבעיותיה האישיות. המשך ההרטבה גרם לאבדן האמונה ביכולתו לשלוט עליה, והוא ראה בכך סימן לכישלון. התוצאה – הנער הפסיק ליישם את המיומנויות שרכש, והמשיך להרטיב.

השימוש בסימולציה וידאו במקרה זה נבע מהטעמים הבאים:

- א. המטפלת העריכה, שלנער מיומנויות שליטה, שרכש בטיפול הקודם, וכי יש ביכולתו לשוב ולהפעילם גם ללא טיפול מתמשך.
- ב. המטפלת ראתה חשיבות בכך, שהילד יבחר, מתוך החלטה עצמית שלו, לשוב ולהפעיל את המיומנויות כך, שבעתיד יהיה מסוגל להפעילן גם במצבי משבר.
- ג. נבחרה דרך, שתזכיר לילד לימוד קודם מבלי לחזור ולטפל בו, וכך תשמש קטליזטור לחזור ולהפעיל מיומנויות קיימות.

השימוש בסימולציה הוידאו נועד אפוא להשיג מספר מטרות הן ברמת ההתנהגות הסמויה: קוגניטיבית ורגשית, והן ברמת ההתנהגות הגלויה.

התנהגות סמויה – קוגניטיבית:

- א. חזרה על חומר שנלמד – רענון האינפורמציה, הקשורה להרטבה.
”אה, זה בדיוק מה שאת לימדת אותי. נכון, שהמוח הוא זה שנותן פקודות לגוף?”
- ב. אפשרות להערכה חוזרת של היכולת, הציפיות וההתנהגות.
”בעצם, אולי גם אני אהיה מסוגל להיות יבש אם אני אחליט ש...?”

התנהגות סמויה – רגשית:

- א. הזדהות עם המטפל ועם המטופל לסירוגין.
כתגובה לנערה בסרט, הטוענת שאינה אחראית להרטבה: ”טיפשה, היא לא מבינה שום דבר. היא צריכה...”
כתגובה לדברי המטפלת: ”את צודקת. זה בדיוק ככה...”
- ב. עימות וזעזוע ממצב האפטיה, שלתוכו נכנס.
”ואו, זה כמו לקבל מכה על הראש... זה מזכיר לי... אני אחזור למסלול...”
- ג. הגברת המוטיבציה.
”אל תתני לי דפים. אל תגידי לי מה לעשות. אני יודע לבד, אני אוכיח לך. תני לי רק שבויעים ותראיי...”

התנהגות גלויה:

- א. תרגול המיומנויות דרך צפייה במודל המבצע אותן.
”האמת היא שלא הקפדתי בכלל על ההוראות שלך. אני אנסה לבצע אותן שוב מהיום”.

מיד לאחר המפגש הראשון, בו צפה אורי בחלקו הראשון של הסרט – חלה ירידה משמעותית בשכיחות ההרטבה. אורי ביקש מהמטפלת, לא לשוחח איתו על ההרטבה, אלא לאפשר לו להתמודד עם הבעיה בכוחות עצמו וליישם את המיומנויות, שראה בסרט (והמוכרות לו היטב).

בפגישה השנייה צפה אורי בחלקו השני של הסרט, והשיחה התמקדה בתחושות, שעוררה בו הצפייה. מאז (הפגישה היתה לפני כשנתיים וחצי), נשאר אורי יבש, ולא שב להרטיב ולו פעם אחת. הטיפול בהרטבה הסתיים לאחר שתי פגישות טיפוליות נוספות, שבהן נדון נושא לקיחת אחריות והיכולת להכליל מיומנויות שליטה עצמית לתחומים שונים.

שימושים נוספים לסרט

הסרט תוכנן לשמש כלי לתרגול ולחזרה על תהליכי הלמידה של הנער. עם זאת נראה, שהכלי יכול לסייע גם להשגת מטרות נוספות, הקשורות לתהליך הטיפול, ולמטופל ולמערכת המשפחתית.

1. הכנה לטיפול

הסרט יכול לשמש כלי להפחתת ההתנגדות והחרדה, הקיימים בקרב הורים וילדים,

מפני הפנייה לטיפול. פעמים רבות נובעת החרדה מאי־ידיעת מהות הטיפול — והסרט, המציג בפני המשפחה את התהליך, מעורר אצלם מוטיבציה בהראותו, כיצד בעיה דומה טופלה והגיעה לידי פתרון מוצלח (Day & Reznikoff, 1980).

2. תרומה לתהליך הטיפול

- א. הערכת תוצאות ההתערבות. הערכת השינוי, שחל בעמדות, ברגשות ובהתנהגות, הערכת השיפור בדרכי ההתמודדות של המטופל: "את יודעת — באיזה שהוא מקום הפסקתי להאמין ביכולת שלי, ואז גם הפסקתי להתאמץ".
- ב. הערכת מצב המטופל בהווה. זיהוי השלב, שהוא נמצא בו, והכלים שרכש, או שעליו עדיין לרכוש. "היום אני מבין שהייתי צריך להשקיע יותר מאמצים ולא להיבהל מהפנצ'ר", "את כל הדברים על המוח אני זוכר. איברתי רק את הרצון".
- ג. הערכת דרך הלמידה. המטפל לומד, מהי דרך הלמידה היעילה ביותר בשביל המטופל, אילו דברים מעוררים בו עניין, סקרנות, אתגר ומאילו מרכיבים הוא מתעלם.
- ד. בעת הצפייה בקטעים, שבהם המטופלת היתה תקועה וביטאה קושי, ההזדהות של אורי היתה כה רבה עד כי ענה במקומה. לעומת זאת, כאשר עלו שאלות ענייניות, אינפורמטיביות, הוא ביטל אותן כב־סמכא: "טיפשה. מה, היא לא יודעת?"
- ד. תכנון המשך ההתערבות. בעזרת הנקודות, שהוזכרו לעיל, יכול המטפל לתכנן את המשך הלמידה בצורה היעילה ביותר.

3. תרומה למטופל

מעבר לתרומה, הנובעת ממטרותיו המוצהרות של הטיפול, יש למטופל גם רווח משני. הטיפול נערך בדרך לא שגרתית, המעוררת את סקרנותו, ומגבירה את המוטיבציה שלו לשתף פעולה.

הסרט גם מקצר תהליכי למידה. בסרט ניתן לצפות בזמן קצר בתהליך שלם. יש בסרט מעין תמצות וסיכום של תהליך למידה שלם, שהמטופל התנסה בו לאורך זמן. בדרך זו, יכול המטופל להעריך את הישגיו ולחזק את עצמו (אלמנטים, העוזרים לפיתוח השליטה העצמית). הצפייה גורמת, שהמטופל ירגיש חלק מקבוצה בעלת בעיות דומות, ולא יחוש בודד, או יוצא דופן. הצלחת הנערה מעודדת אותו ועוזרת לו לפתח אופטימיות ושאיפה לשינוי. "גם אני אצליח כמוה! גם אני יכול!" בכך משתפר גם הדימוי העצמי של המטופל.

הצפייה יחד עם המטפלת בדמות אחרת, יוצרת חוויה רגשית משותפת ומאפשרת תגובות ספונטניות של המטופל ושל המטפל. התנסות כזו תורמת לחיזוק הקשר הטיפולי.

4. שיתוף ההורים בחוויות הטיפול

לאחר שהוקן בפני אורי, הוצג הסרט בפני ילדים נוספים. נמצא, שהילדים סיפרו להוריהם על הסרט וההורים ביקשו לראותו. המטפלת השאילה את הסרט להורים, והם צפו בו בחברת ילדיהם. לאחר הצפייה שוחחו ההורים והילדים על הבעיה. ההורים חיזקו את הילד ואתגרו אותו להתנהג כמו הנערה בסרט.

ההורים דיווחו, שהסרט קירב אותם לילדם, הבהיר להם מה קורה עם הילד בחדר

הטיפוליים, ונתן להם תקווה מוגברת להצלחה. בעקבות הסרט ביקשו ההורים גם חומר אינפורמטיבי, וציינו, שהיו רוצים ללמוד ולהכיר טוב יותר את התופעה ממנה סובל ילדם.

בניית הסרט והשימוש בו

את כל האמור לעיל ניתן להשיג באמצעות שימוש בסרט מוכנה, המציג בעיה דומה לבעיה, שבה עוסק המטפל. בעלות קטנה יחסית, ניתן ליצור סרט, המתאים באופן מיוחד לצרכים ספציפיים של טיפול נתון, וכך יכול מטפל ליצור בעצמו סרט, המתאים לצרכיו.

סימולציית הוידאו, שמכין מטפל, היא כלי אישי שלו, העוסק בבעיה, שהוא התמחה בה. מאחר ובסרט המטפל הוא אחד השחקנים, ההמחשות והדוגמאות הן חלק ממגוון הטכניקות, שהוא משתמש בהן. ההשפעה, שיש לסרט כזה, שבו מככב המטפל, על המטופל, שונה מההשפעה שיש לצפייה בטיפול של אדם אחר. ביצירת סימולציה כזו יש לקחת בחשבון, שהכנת הסרט הוא תהליך מתוכנן לפי שלבים:

א. על המטפל להגדיר לעצמו את מטרת השימוש בסרט, ולשם כך הוא צריך להבהיר לעצמו מספר סוגיות, כמו:

האם להציג תהליך טיפול מתקדם, שבו הילד מצליח יפה בכל שלב משלבי הטיפול, או להציג ילד, הנתקע בשלב טיפולי זה או אחר, ובכך לגרום למטופל להזדהות עם הקושי ולנסות להתגבר עליו. הספרות המקצועית, העוסקת בלמידה מתוך חיקוי, מדגישה את חשיבות הדמיון בין המודל ללומד (Bandura, 1969), ולכן בסרט הנוכחי בחרה המטפלת להדגים תהליך למידה מקובל, המורכב מהתקדמות ונסיגה.

ב. כתיבת תסריט מדויק, המורכב מסיטואציות קצרות ברצף של תהליך טיפולי. הסרט, שבו משתמשים הוא פונקציה של שיטת ההתערבות, ומדגים טיפול התנהגותי קוגניטיבי. יש בו מטרות ספציפיות לכל מודולה, הדגמת הכלים, שהמטפל משתמש בהם בשכיחות גבוהה, שימוש בתרגילים ובהמחשות לשיפור הלמידה ומתן שיעורי בית למטופל.

ג. בחירת "שחקן" מתאים. הגיבור יכול להיות מטופל אמיתי, או שחקן, שנבחר כדי להדגים מאפיינים מסוימים בדרך היעילה ביותר. יש לקחת בחשבון איזה מודל יאפשר למידה יעילה ביותר.

ד. צילום.

ה. עריכה.

בתכנון סרט יש להתחשב ברמתו ההתפתחותית, השכלית והרגשית של הילד. ילד ברמה נמוכה יצפה בסרט בעל תכנים קונקרטיים, המוסברים בשפה פשוטה ומציגים תהליך שינוי איטי, ואילו ילד ברמה גבוהה יותר יוכל לצפות בסרט מורכב, העוסק בתכנים מופשטים שקצב השינוי בו מהיר (Piaget, 1955).

השוני בין ילדים מכתוב גם את דרך השימוש בסרט. ילד אינטליגנטי בעל יכולת

הפשטה והכללה יכול לראות את כל הסרט בפגישה אחת, והמטפל יכול להציב לו שאלות פתוחות, המתמקדות במחשבותיו וברגשותיו בעקבות החומר הנצפה. ילד ברמה התפתחותית נמוכה יותר בעל רמת קשב נמוכה יותר יצפה בכל יחידה (מודולה) בשיחה נפרדת, שאלות המטפל יהיו מכוונות וקונקרטיות ומטרתן – לחזור על החומר הנצפה ולוודא שהילד הבינו. רק לאחר מכן יוכל המטפל לעסוק ברגשות ובמחשבות, המלווים את הילד. עתוי השימוש בסימולציית הוידאו משתנה בהתאם לסוג הבעיה ולשלב הלמידה של הילד.

1. צפייה בסרט בתחילת הטיפול כהכנה לקראת ההתערבות. המטרה – להציג לילד את המצופה ממנו כמודל לחיקוי ולהזדהות.
2. צפייה בסרט במהלך הטיפול. דרך להתמודד עם נסיגה או חוסר התקדמות. במקרה כזה משמש הסרט קטליזטור להתקדמות.
3. צפייה בסרט בסוף הטיפול, כשהוא משמש כלי עזר לסיכום תהליך הלמידה.

הסרט ככלי להערכת תוצאות התערבות

השימוש בסרט וידאו ככלי טיפולי יעיל, רק כאשר המטפל בקי בכלי ויודע להפעילו כביטחון.

סיכום

כמאמר מוצגת דרך שילובן של טכנולוגיות מתקדמות בטיפול בילדים מרטיבים. השימוש בסימולציית וידאו הוא תהליך למידה הדרגתי, המבוסס על למידה תצפיתית, וכל שלב מחוזק ומהווה בסיס לשלב שאחריו.

המטרות, שניתן להשיגן כאמצעות השימוש בסימולציית וידאו, זהות למטרות, המושגות בעזרת טכניקות מוכרות אחרות. ייחודו של הכלי, המוכר ככלי בעל עצמה רבה, היוצר ריחוק וקירבה, שהוא מאפשר מיקוד והידוד של סיטואציות. יתרון נוסף טמון בכך, שהכלי מאפשר השגת מטרות ויעדים רבים ושונים בו זמנית. מטרות עיקריות:

מטרות הקשורות לתהליך הטיפול (הערכת תהליך ההתערבות ותוצאותיו); מטרות הקשורות במטופל (הגברת מוטיבציה, זירוז תהליכי למידה, פיתוח אופטימיות ואמונה בשינוי); מטרות הקשורות למערכת המשפחתית של המטופל (שיתוף ההורים בחוויית הטיפול ובכך שיפור תהליכי תקשורת במשפחה); מטרות הקשורות למטפל (גירוי שונה ומעניין בטיפול בתופעה שהוא עוסק בה כתדירות גבוהה). יעדי ביניים:

יעדים קוגניטיביים. תרגול הלמידה על-ידי שחזרה, תרגול תצפית אישית והערכה עצמית כתגובה להתנהגות המטופל בסרט.

יעדים רגשיים. הזדהות עם המטופל ועם המטפל לסירוגין, הגברת המוטיבציה לשינוי, יציאה מאפטיה ואדישות.

יעדים התנהגותיים. רכישת מיומנויות חדשות, תרגול ושיפור מיומנויות קיימות, סימולציות הוידאו הדגימה שימוש בסרט, שגיבוריו הם המטפל עצמו ונערה, הממלאת תפקיד של מטופל. יש להניח, כי ניתן להפיק סרט זה בוואריאציות נוספות: שני הגיבורים שחקנים. הגיבורים הם המטפל והמטופל עצמם, או המטופל ומטפל אחר. כמובן, שלכל ואריאציה השפעות שונות, שיש להתחשב בהן בהחלטה, מי יהיו השחקנים הנבחרים.

השפעת סרט הוידאו על הנער, ועל כמה צופים נוספים, שעברו תהליך דומה, מורה, שבכלי טמון פוטנציאל ייחודי לשינוי התנהגות יעיל ומהיר, המזרז תהליכי למידה מקובלים.

על־אף שהכלי פותח לצורך התערבות התנהגותית־קוגניטיבית בבעיית הרטבה של נער בן 15, נראה לנו, כי ניתן להשתמש בסרט דומה גם לאוכלוסיות שונות בגילן וברמתן הסוציו־אקונומית וההתפתחותית, לבעיות כמו: כסיסת צפרניים, טיקים, פחדים ובעיות כלליות, כמו: דימוי עצמי וחוסר הסתגלות, ולדרכי התערבות שונות, כמו: טיפול תמיכתי בסגנון רוג'ריאני, כדרך לשיקוף עצמי, טיפול פרדוכסלי — כדי להציג את הפרדוקס ולעזור למטופל לבחור בעמדה הרצויה, וטיפול משפחתי מערכתי — להדגמת מצבים מסובכים, גבולות או תפקידים במשפחה.

הכנת כלי טיפולי כזה מחייבת השקעה מרובה בתכנון ובביצוע, ולכן הוא מומלץ לשימוש בשירותים, המתמחים בבעיות ייחודיות ובאוכלוסייה ספציפית (כמו: שירות מבחן, שיקום, נערה במצוקה) או למטפלים, שהתמחו ועוסקים בבעיה ייחודית (הרטבה, גמגום, פחדים). כך ניתן יהיה לחזור ולהשתמש בסרט בטיפולים נוספים.

מטפל המעוניין להשתמש בכלי כזה אך מתקשה להכינו לבד, יוכל למצוא סרטים מוכנים, לעזור בהם, ולהפיק את היתרונות הטמונים בכלי ללא צורך להשקיע זמן וכסף בהכנתו.

כאמור, השימוש בסימולציות וידאו ובטלוויזיה במעגל סגור הוא יקר, והשימוש בו מחייב התמצאות בהפעלת המכשירים. מאידך, הרווח הוא משמעותי הן בשל הלמידה היעילה יותר — מספר החושים המופעלים רב יותר, והן בשל ההשפעות החזקות והמהירות של הכלי על שינוי ההתנהגות. הטלוויזיה והוידאו הפכו להיות חלק בלתי נפרד מחיינו ומחיי היום־יום ולכן, יש לשקול אפשרות להכניסם לשימוש שוטף גם בחיים המקצועיים.

מקורות

- וחנר, י. (1985). שינוי התנהגות. מועצת בתי הספר לעבודה סוציאלית בישראל.
רונן, ת. ווחנר, י. (1990). פיתוח מודל להקניית מיומנויות שליטה עצמית לטיפול בהרטבה (בדפוס).
Baker, B.L., Udin, H. & Vogler, R.E. (1975). The effect of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 10, 779-793.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. & Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Berger, M.M. (Ed.). (1979). *Videotape techniques in psychiatric training & treatment* (2 ed.). New York, Brunner/Mazel.
- Day, L. & Reznikoff, M. (1980). Preparation of children & parents for treatment at a children's psychiatric clinic through videotape modeling. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 30(2), 213-227.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Heilveil, I. (1983). *Video in mental health practice*. London: Tavistock.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Piaget, Z. (1955). *The language and thought of the child*. New York: Meridar.
- Walz, G.R. Johnston, T.A. (1963). Counselors look of themselves on videotape. *Journal of Counseling Psychology*, 10.
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.