

למחוק את הזיכרון, את ההבנה ואת התשוקה": תרומת אי-הידיעה לעבודת צוות טיפולי רב-מקצועי

שמאל ויינשטיין ועל רון

המאמר דן במשמעותם של מצבי אי-ידיעה שבהם שרוי, לעתים קרובות, צוות טיפולי מוסדי. עבודת צוות רב-מקצועי מצטיינת ביכולתה להעניק לאנשי הצוות הטיפולי הגנה גבוהה מפני הערעור והזעזוע, שמביאים עמם מטופלים קשים. ההגנה מתבטאת באמצעות הנטייה להגיע במהירות גבוהה יחסית, לשימוש בגורמים, כגון ידע, מורשת מקצועית ולכידות קבוצתית, ובכך לחסום את החרדה מפני האפשרות לא להבין ולא לדעת. במאמר מועלות שאלות לגבי מקורן ותפקידן של תחושות ודאות וחסור דאות בעבודת צוות טיפולי, ומוצעות דרכי התמודדות באמצעות ניתוח תהליכי העברה והעברה נגדית צוותית. כמו-כן, נבדק הקשר בין המשגות תיאורטיות בנושא אי-הידיעה לבין סוגיות אופייניות לעבודת צוות טיפולי רב-מקצועי. כל זאת, על רקע הצגתו של מוסד חינוכי-טיפולי יומי למתבגרים בעלי הפרעות רגשיות קשות.

Bion, W.R. (1967b). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum* 2, 271-280 *

"לאן אתה הולך?" שאל טי-טס'אנג את פא-ין.
"אני עולה לרגל" השיב פא-ין.
"לשם מה?" שאל טי-טס'אנג.
"אני לא יודע" ענה פא-ין.
"לא לדעת זה הקרוב ביותר" אמר טי-טס'אנג.

(שילר, 1996, עמ' 62)

מבוא

אחת ההנחות המקובלות בעת הדיון בשאלה מה עוזר בפסיכותרפיה (דסברג, 1987; Lambert & Bergin, 1994; Luborsky et al., 1985; Barratt, 1984) היא, שהצלחת העבודה הטיפולית אינה מותנית אך ורק במשתנים, כגון טכניקה, אמפתיה, תובנה, ברית טיפולית או פירוש העברה. כל אלה הם, כנראה, רק כלים או תנאים לתהליך בין-אישי יצירתי, שבו מתאפשרת התוודעות של המטופל אל עצמו. אחת ההגדרות הרחבות רואה במפגש הפסיכו-תרפויטי אינטראקציה, שבה המטפל והמטופל הם זוג המחפש משמעות כלשהי. מהגדרה זו משתמע, שאיש מהם אינו יודע לפני החיפוש, מהי המשמעות המבוקשת, ולשניהם מידה רבה של חוסר ודאות, חרדה ולעתים קרובות גם סבל. "בכל חדר יעוץ מצויים בהכרח שני אנשים מפוחדים מאוד", טען ביון, "המטופל והפסיכואנליסט. שאם לא כן, אתה תוהה, מדוע הם טורחים לגלות מה שהכל יודעים" (Bion, 1974, p. 13).

ידיעה ואי-ידיעה

הפחד מפני אי-הידיעה הופיע בכתיבהם של תיאורטיקנים פסיכואנליטיים רבים, ביניהם לאקאן, (Lacan, 1948), מקדוגל (McDougall, 1985), טוסטין (Tustin, 1986), ויניקוט (Winnicott, 1971), אוגדן (Ogden, 1989), ועוד. גם ביון עסק בנושא זה בהרחבה בחוקרו את התפתחות החשיבה. הוא ראה עצמו קאנטיאני כשהתבונן במושג הפנטזיה הקלייניאני ובקשר המורכב שלו אל המציאות החיצונית, ונהג לשאול לגבי חומר קליני, שעולה בטיפול: "מה ניתן לידיעה? באיזה מובן הדבר ניתן לידיעה? מה ידוע? ומה אנו יודעים על מה שידוע?" (Lansky, 1983, p. 429). זאת, משום שמנקודת מבטו "הדבר כשלעצמו" (קאנט, 1982), או "יחידות הביתא" בלשונו של ביון, הם אפריוריים ואינם ניתנים כלל לחשיבה ולידיעה. אלו הם נתונים גולמיים ראשוניים של החושים והרגשות שאותם הוא מכנה חומר הגלם (the raw material). נתונים אלו משמשים נקודת חיבור בין המציאות האונטולוגית, המציאות כשלעצמה, לבין המציאות האפיסטמולוגית, זו הניתנת להכרה.

עם זאת, טען ביון, את ההיבטים הפנומנולוגיים של הנתונים הגולמיים ניתן לעבד באמצעות "פונקציית אלפא", פעולה מנטלית, ההופכת את נתוני החושים הנקלטים מן המציאות החיצונית, ל"יחידות אלפא", לחומר הניתן לחשיבה, למניפולציה קוגניטיבית ולמעבר לרמות גבוהות יותר של הפשטה וחשיבה (Bion, 1962a). ניסיונו של ביון, להגדיר את גבולות הידיעה, הניח את התשתית לחקירת ההגנות הפסיכולוגיות מפני חוויית אי-הידיעה.

אוגדן (Ogden, 1989) טוען, כי במצב הבסיסי ביותר של אי-ידיעה, האדם אינו יודע מה הוא מרגיש, כלומר, אינו יודע מי הוא ואם הוא בכלל קיים. מצב זה מעורר חרדה וזו גורמת ליצירת אשליה של ידיעה המושגת באמצעות תחליפים מגוונים, הממלאים את "המרחב הפוטנציאלי" (Winnicott, 1951), שעלול, ללא אשליה זו, להתמלא בתשוקות ובפחדים, בתחושות רעב ומלאות, באהבה ובשנאה. כלומר, יכולתו של הפרט לדעת שאינו

יודע, תלויה ביכולתו לפתח תחושת עצמי מגובשת ולכידה דיה, המאפשרת מחד התחלה של תחושות בלבול, ריקנות, ייאוש ואף פאניקה, ומאידך מאפשרת לארגן מול תחושות אלו הגנות אדפטיביות. כאשר הפרט אינו בשל להתמודדות עם תחושות מאיימות אלה, הוא יגלה נטייה לפתח אשליה של ידיעה שתמנע מהפנטזיות ומהרגשות לעלות אל המודעות. כך משמשת אשליית הידיעה מנגנון, המאפשר להילחם בחוויות ראשוניות מעוררות חרדה, הקשורות במפגש עם הלא-ידוע, חסר הצורה, הפרימיטיבי והמסתורי (Fordham, 1977). מכאן, החשיבות הרבה המיוחסת ליכולתו של מטפל, להבחין בין מה שידוע לבין ההגנות מפני מה שאינו ידוע במרחב הטיפולי שבינו למטופל, כתנאי לאוטנטיות של החיפוש הטיפולי אחר משמעות. חיפוש זה מדגיש לא רק את חשיבות יכולתו של המטפל לשאת מצבי עמימות, אי-ידיעה וחוסר ישע ולהיות שותף במסע החיפוש, אלא אף את חשיבות יכולתו לשמר את מצב אי-הידיעה, כדי להישאר פתוח להבנה רעננה (קייסמנט, 1988).

אי-הידיעה – מרכיב בעבודת צוות רב-מקצועי

כאמור, קיימת בספרות התייחסות רחבה ומגוונת להשפעה שיש למרכיב אי-הידיעה על המפגש הפסיכו-תרפויטי האינדיבידואלי, ואולם הרבה פחות נכתב על משמעותו של מרכיב זה במפגש שבין מטופל וצוות מטפלים. צוותים רב-מקצועיים, הפועלים תחת קורת גג אחת במטרה לספק מענה מקיף ואינטגרטיבי לצרכיו המורכבים של מטופל, הם תופעה מוכרת במוסדות לבריאות הנפש (קטן וסאנג, 1984). צוותים אלו עשויים לכלול פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, אנשי חינוך וסיעוד, מטפלים באומנות, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, יועצי תזונה ועוד. האנלוגיות, הרווחות בספרות, בין צוות מטפלים מוסדי לבין ארגון חברתי (ולד, 1988; Stanton & Schwartz, 1954) או משפחה (צדיק, 1995; Pine, 1976), מדגישות את ההבדל המהותי שבין יחסי צוות - מטופל לבין מערכת היחסים האינטימית הנוצרת בדיאדה מטפל-מטופל. עבודתו של מטפל באוריינטציה דינמית-אינדיבידואלית היא ריצה למרחקים ארוכים, המאופיינת בבדידות מתמשכת בתוך החדר הטיפולי, ויכולתו המקצועית מושפעת, משום כך, במידה רבה מכישוריו האישיותיים, המעצבים את אופי התמודדותו עם מצב מיוחד זה. לעומת זאת, אנשי צוות טיפולי עשויים להישען על האיזון העדין שבין נטיותיהם האישיותיות לבין אופי המסגרת, ולתמרן במרחב שבין אחריותם האישית והקולקטיבית.

המסגרת המוסדית מעניקה, בדרך כלל, לאנשי הצוות הטיפולי הגנה גבוהה מפני הערעור והזעזוע שיוצרים מטופלים קשים, בכך שהיא מאפשרת להם להשתמש במהירות יחסית בגורמים הגנתיים כדי לחסום את החרדה מפני האפשרות לא להבין ולא לדעת. אופציה זו אינה עומדת לרשותו של מטפל אינדיבידואלי. מכך עולה, שעבודת צוות טיפולי עשויה לצאת נשכרת או נפסדת ממורכבות המרקם המקצועי שהיא יוצרת. להלן יפורטו כמה מאפיינים מרכזיים בעבודתו של צוות טיפולי, הממחישים את המתח העדין שבין פוטנציאל העזרה ובין הסכנות שהם מכילים, ותודגש סכנת העמדה ההגנתית, הלא-מודעת בעיקרה, שצוות טיפולי עלול לנקוט במצבי אי-ידיעה.

1. השימוש בתיאוריה. טענה מוכרת היא, כי תיאוריות, טכניקות ואידיאולוגיות טיפוליות עלולות להביא את המטפל לביטחון אופטימי ואף מוגזם ביכולתו להבין את המטופל (Gold, 1995). במקום להשתמש במבנים תיאורטיים כבכלים שיעזרו לו לארגן את ניסיונו המקצועי להבנת האינטראקציה הייחודית עם מטופל ייחודי, עלולה התיאוריה לשמש מכשיר להורדת רמת החרדה של המטפל. השימוש ההגנתי בתיאוריה עשוי למתן אצל המטפל את חוסר הישע שבאי-הידיעה (Bion, 1974). להגביר את סיכוייו להיתפש בעיני המטופל כ"כל יודע" ולהעמיד חיץ ביניהם (Nightingale & Scott, 1994). בצוות רב מקצועי בולטת הגנה זו במיוחד במצבים, שבהם 'מצליח' הצוות לזהות במהירות רבה מדי אבחנה 'מתאימה' ולגבש הבנה תיאורטית וטיפולית. ייתכן, שמקור התופעה בעובדה, שהדיון הצוותי אינו מתמקד בעיבוד משמעותיותו של המפגש האישי, הפנומנולוגי, הבלתי אמצעי עם עולמו הפנימי של המטופל, אלא מוטה לכיוון של רענון הידע התיאורטי הרלוונטי אליו, כך שידעת המטופל מתחלפת בידע על ההפרעה שלו. לתופעה זו של שימוש ההגנתי בתיאוריה ניתן לשייך גם נטייה של צוותים להיצמד למסורת או למדיניות המוסד, ולהתייחס אליה כאל ערך מקודש, שאינו ניתן לערעור. היצמדותו של צוות אל 'ספר החוקים' שהוא עצמו יצר, משחררת אותו, לעתים, מן הצורך המתיש לשוב ולבחון את עקרונות עבודתו מול כל מטופל חדש.

2. פסאודו-ידיעה. המקרים שבהם יש למטופל 'ידיעה-לכאורה' של עצמו מושפעים מאוד מן השימוש ההגנתי שעושים מטפלים בתיאוריה. הם נוצרים כאשר מטפל 'יודע' חוסם באמצעות פרשנויותיו אפשרות לאלברציה ע"י המטופל (Nightingale & Scott, 1994). בטענתו של ויניקוט (Winnicott, 1971), כי הוא מפרש כדי שמטופליו יתודעו אל גבולות הבנתו כמטפל, ניתן לראות את ערנותו ואת חששו מפני השפעותיה של פרשנות 'יודעת'. "הפירוש הנכון הוא טראומה", טוען ויניקוט, "והמטופל מוכרח לדחותו משום שאינו הפירוש שלו" (Winnicott, 1965). יכולתו של מטפל להיותר בחוסר ידיעה ולהציע השערה 'מגששת', מאפשרת למטופל לשלוט על חשיפת או שמירת סודותיו מפני המטפל. מטפל שכזה מאפשר למטופל לשמור על איזון בין יכולתו לשאת בתוכו זיכרון או ידיעה מאיבה על עצמו לבין הצורך 'להפקידם' אצל המטפל ולשמור אותם במרחק בטוח מתודעתו (Balint, 1991). פסקנותו של מטפל עלולה לנטרל את מרכיב הגילוי בדיאלוג הטיפולי, לחזק את תדמיתו כבר-סמך ולגונן על גרעין רעוע של יכולת וזהות מקצועיים במפגש עם המטופל, ובמיוחד במפגשים עם אנשי הצוות שבפניהם הוא מציג את עבודתו עם המטופל. בנוסף לכך, אם מטופל מקבל באופן אוטומטי את 'הפירוש הידעני' של המטפל, עלול להתפתח אצלו misrecognition כלפי רגשותיו, כלומר, תחושה שהוא אינו מכיר את עצמו, וכן misnaming, תחושה שלזולת יש יכולת טובה משלו לשיים את עולמו הפנימי (Ogden,).

1989). תחושות אלו של המטופל עלולות להתעצם, אם גם אנשי צוות אחרים מציגים בפניו הבנות ועמדות טיפוליות מוצקות, לאחר שעיבדו וגבשו אותן בישיבת הצוות.

3. טשטוש פונקציות. בצוותים טיפוליים רב-מקצועיים רבים קיימים הבדלי עמדות, תפישות, אמונות, יכולות מקצועיות ונטיות אישיותיות שונות, והם צופנים בחובם פוטנציאל לאווירה תחרותית. אחת הדרכים להתגונן מפני המודעות המכאיבה למרכיב הקנאה בעבודת צוות טיפולי, היא טשטוש הבדלי התכונות האישיות והכישורים, והתעלמות מהבדלי הוותק או רמת ההכשרה (Nightingale & Scott, 1994). העדר דיפרנציאציה אישית ומקצועית בין אנשי צוות, במיוחד כאשר מדובר בצוות רב-מקצועי, עשוי לשחרר את הצוות מן העיסוק המורכב והמסובך בהבנת מקומו ותפקידו של כל איש צוות על-פי כישוריו, מגבלותיו וסגנונו האישי. מעבר לעובדה, שהבנה מעין זו חיונית ליצירת אוטונומיה אישית ומקצועית, יש לה השפעה מכרעת על תפישת הלגיטימיות של מצבי אי-ידיעה. זאת, משום שהדרישה והציפייה לדעת ולהבין, מוכתבות, מטבע הדברים, ממומחיותו של איש המקצוע (Gold, 1995). בצוות שבו 'כולם עושים הכל', למשל, תוך התעלמות שבשתיקה מהבדלים בסוג ההכשרה הטיפולית וברמתה, עשויות הציפיות שהמטפל יידע הכל לעורר אצלו חרדה. הגדרת תפקידים בהירה עשויה להגדיל את נכונותם של אנשי הצוות להודות בצורך בעזרה, לצמצם את הפגיעה הנרקיסטיטית העלולה להתלוות להדרכה ולהקטין את התנגדות אנשי הצוות לעיבוד תגובותיהם וחוויותיהם בישיבות הצוות (Nightingale & Scott, 1994).

4. לכידות יתר. זהו פן נוסף של הכחשת ההבדלים שבין אנשי הצוות. גיובצ'יני (Giovacchini, 1985), מבחין בין העברה נגדית אחידה (homogeneous) לבין העברה נגדית ייחודית (idiosyncratic). בהעברה נגדית אחידה נכללות תגובות שגרתיות, שניתן לצפות להן ממרבית המטפלים, ואילו בהעברה נגדית ייחודית נכללות תגובות ייחודיות למטפל, הקשורות לרקע שלו ולתכונותיו, ומשפיעות על אופן התייחסות אישי לחומר הטיפולי. ניתוחם ועיבודם של שני סוגי ההעברה הנגדית בעבודת הצוות הטיפולי חיוניים להבנת עולמו של המטופל ולהשגת איזון נפשי עבור המטופל והמטפל כאחד. ואולם, האפשרות שתהליך מעין זה יתרחש מותנית באווירה מקבלת ותומכת, הרואה בעיבוד זה מרכיב חיוני ובלתי נפרד מן העבודה הטיפולית. בצוות, ששוררת בו אווירת קבלה ותמיכה קולגיאלי, הסכנה להצפה רגשית, לחרדה, להערכה עצמית נמוכה ולשחיקה נמוכה יותר (Corrigan, Holmes, & Luchins, 1995). לעומת זאת אווירה ביקורתית ותחרותית עלולה לגרום לכך, שאנשי הצוות יחשפו אך ורק תגובות רגשיות הנתפשות בעיניהם 'אחידות', כלומר, שנראה להם, כי רבים מאנשי הצוות שותפים להן, ויימנעו מחשיפת תחושות 'ייחודיות', המתעוררות אצלם בעקבות המפגש עם המטופל. תופעה זו אופיינית במיוחד למקרים, שאיש הצוות סבור שרגשותיו מנוגדים לרגשות, שאותם צריך להרגיש, על-פי תפיסתו, מטפל טוב (Sanders, 1985). לדוגמה, תחושות של תוקפנות, שנאה או משיכה מינית כלפי מטופל, עלולות להיות מוכחשות בפרום הצוות, על אף שעיבודן עשוי להיות חשוב ביותר להבנת עולמו של המטופל (Winnicott, 1949).

במקרה כזה הבנת הצוות תהיה מוגבלת ותצטמצם לפרטואר חווייתי שלגביו קיים קונצנזוס קבוצתי. כשעבודת הצוות נותנת מקום לדיווח ולעיבוד של רגשות 'חיוביים' בלבד, עלולה אווירת הזהירות להוות איתות לא מודע גם כלפי המטופלים (Sanders, 1985), אשר מונחים בדרך זו לגעת בתחושות 'לגיטימיות' בלבד באופן שעלול לחזק את הפסאדה הבריאה, האופטימית והנעימה, המשפרת כלפי חוץ את השהייה במסגרת המוסדית אך איננה מבטאת אלא נסיון לרצות את הצוות.

5. העברה צוותית. העברה זו מבוססת על האשליה, שהצוות כבר פגש את המטופל הנוכחי בעבר, כפי שקורה למשל כאשר אנשי הצוות מעלים בזיכרונם מטופלים מהעבר בעלי סימפטומים דומים. ההישיענות על מקרים מהעבר נועדה לפזר את איום המפגש עם הלא-מוכר, להפוך את המפגש עם המטופל החדש לחוויה מוכרת ומרגיעה, להדגיש את תחושת השותפות ולצמצם את השוני שבין אנשי צוות מדיסציפלינות חשיבה שונות. היזכרות זו עלולה לבוא לעיתים על חשבון התעלמות ממרכיבים ייחודיים ומפתיעים בעולמו של המטופל הנוכחי. 'חזרתיות כפייתית צוותית' מעין זו עלולה לגרום לתקיעות ולאובדן היצירתיות בעבודת הצוות.

6. התנגדות לשמש מיכל. אחד היתרונות הבולטים, שיש לעבודת צוות רב מקצועי על פני עבודה אינדיבידואלית, הוא רעיון 'סיעור המוחות' המקצועי, המעניק לצוות טווח הסתכלות רחב. בנוסף לכך, עבודת צוות משקפת רפרטואר מורכב של קשרי אובייקט, המעשיר את יכולת ההתבוננות בעולמו של המטופל, מאפשר רב-ממדיות ותמרון ביחסים עמו ובהבנת חוויותיו. יתרונות אלו, על אף משמעותם הקוסמת, טומנים בחובם פוטנציאל נוסף, להפוך את קבוצת העבודה ל'קבוצת מקלט', החוסמת בפני המטופל את האפשרות להביא לטיפול את מופרעויותיו הקשות ו'לדבר' דרכן עם צוות בעל נכונות להיחשף לפתולוגיה חדשה ולבחון את התפתחות הדיאלוג הלא-מודע שנוצר עמה, כדי להבין את משמעותה הייחודית בעולמו של המטופל. כאשר צוות טיפולי מקשה על המטופל, לספר את סיפור מצוקתו באמצעות חוויות, כגון: ערעור, חרדה, חוסר אונים וכיו"ב, לא מתאפשר עיבודם של הדפוסים הפתולוגיים של המטופל, והם עלולים להיות 'מתורגמים' קונקרטיים אל תחום יחסי הצוות. במילים אחרות, כאשר אנשי הצוות מגלים התנגדות לא מודעת לשמש מיכל (Bion, 1962b) להשלכותיו של המטופל, הם עלולים לא לזהות את טביעת אצבעו בחוויותיהם ולהתייחס אליה כאילו מדובר בתכנים אישיים שלהם. במקרה כזה יעלו בדינוי הצוות תכנים ומוטיבים שונים, הלקוחים מסיפורו האישי של המטופל, כגון: פיצול, עימות, האשמה, אידיאליזציה, תלות ועוד, העלולים להתפשט כשטום במקום לעבור ניסוח מחדש באמצעות מילון מונחיו הייחודי של המטופל ולשמש אספקלריה לעולמו הפנימי. סכנה זו קשורה,

בין השאר, בהתעלמות מן העובדה, שלמטופל המוסדי יש אפשרות 'להפקיד' חלקים שונים של העצמי אצל דמויות טיפוליות שונות בצוות, ולהפכן, באופן סלקטיבי ואקסקלוסיבי, מושכות, נערצות, שנואות או לא מקצועיות. עבודת העיבוד הצוותית עשויה, לפיכך, לאפשר תשתית טיפולית לאינטגרציה מקבילה בעולמו הפנימי של המטופל. בנוסף לכך, התעלמות מחלקים מושלכים שנדחו או נותקו מהעצמי והופקדו אצל המטפלים, עלולה לשמש את אנשי הצוות לצורכיהם, כפי שעלול לקרות, למשל, כאשר איש צוות משתמש באידיאליזציה שהמטופל מבטא כלפיו כאל מחמאה אמיתית לצורך חיזוק דימויו המקצועי בעיני חבריו לצוות. התנגדות אנשי הצוות לשמש מיכל לתכנים רגישים, טעונים ואמביוולנטיים של המטופל, מקטינה את יכולתם לקלוט את מסריו, להבין את משמעויותיהם ולאפשר לו הפנמה מחדש של השלכותיו בעקבות תהליך של דה-טוקסיפיקציה (Bion, 1967a). התנגדות זו קשורה, בין השאר, במשאלה הלא-מודעת להימנע מחוויית המפגש עם עמימותו של קו התפר בין עולמותיהם הפנימיים של אנשי הצוות ושל המטופל, אשר מכילים, ככלות הכול, תכנים אנושיים דומים. משאלה זו נועדה לפוגג את ערפל 'אזור הביניים' (Winnicott, 1971) וליצור אשליה של ידיעה ברורה ומוחנת לגבי מיקומו של הגבול בין עולמו של המטפל 'הבריא' ועולמו של המטופל 'החולה'.

7. דרישות סביבתיות. המטופלים, משפחותיהם, המערכת המשפטית והחינוכית וספרי ההדרכה המקצועיים, כולם מאיצים במטפל להגיב במהירות, לאבחן, להבין, להסיק, ליישם ולהתערב (Gold, 1995). גם מגמות של התייעלות וחיסכון בזמן ובמשאבים, שהן מסמני התקופה הבלוטים, עלולות להצטרף לנטייה הטבעית להימנע ממצבי אי-ידיעה ולשמש מסך הגנתי משכנע לצוות הטיפולי, הזוכה לגיטימציה מן הסביבה. תהליכי סוציאליזציה, המושרשים היטב גם בתהליכי ההכשרה של המקצועות הטיפוליים, מחנכים את איש המקצוע ואת המטופלים, להעריך את מומחיותו של איש המקצוע על-פי מהירותו, וחד-משמעויותם של הפתרונות המקצועיים שהוא מספק. תופעה זו עלולה לעכב מאוד את נכונותו להיזרק שוב ושוב אל תוך הלא-נודע, אל הבורות, אל הספק ואל חוסר הוודאות, העומדים בסתירה כה חריפה, מתסכלת ומאכזבת, לתביעת המטופל להיות שותף ל'ידיעה הברורה' של המומחה (Menzies-Lyth, 1988).

התפתחות עבודת צוות רב-מקצועי במוסד חינוכי-טיפולי

עבודת צוות במוסד טיפולי נתונה, אם כן, בסכנה מתמדת של ידיעה רבה ומהירה מדי. סכנה זו מתחדדת במיוחד במפגש שבין הצוות הטיפולי ומתבגרים, הנוטים ליצור אצל אנשי הצוות, באמצעות דחפים ראשוניים רבי עצמה ורגשות דרמטיים מורכבים ואמביוולנטיים, תחושת מותקפות קשה. תחושות שכאלה מורידות את סף סבילותם של המטפלים למצבי אי-ידיעה ומביאות אותם לנקוט פעולה מתוך עמדה של הבנה, ידיעה ושליטה, המועדת, בעבודה עם מתבגרים, לערעור מתמיד.

להלן, תוצג עבודתו של צוות רב-מקצועי במוסד למתבגרים, ובאמצעותה ייבדק הקשר בין ההמשגות התיאורטיות בנושא אי-הידיעה, כפי שהוצגו עד כה, לבין סוגיות אופייניות לעבודת צוות טיפולי רב-מקצועי. מוסד חינוכי-טיפולי זה ממוקם בצפון הארץ ומיועד למתבגרים בעלי הפרעות רגשיות קשות, חלקם במצב פוסט-פסיכוטי, אשר נפלטו ממסגרות חינוכיות רגילות. המוסד פועל על בסיס אקסטרני, לא פנימייתי, והצוות הרב-מקצועי המאייש אותו כולל צוות טיפולי (פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים ומטפלות באומנויות), צוות חינוכי (מנהלת חינוכית, מחנכות, מורים מקצועיים וסייעת) וצוות חברתי (אם-בית, מדריך חברתי וחונך). בשנתיים הראשונות לקיום המוסד ניסה כל איש צוות לתרום מרקעו המקצועי ומניסיונו המצטבר, אך על-אף מגוון המקצועות, עבודת הצוות התנהלה ללא גיבוש תיאורטי מקדים וללא דומיננטיות מקצועית המקובלת מראש על כולם. הנחת היסוד המשותפת היחידה הייתה, שהצוות הרב-מקצועי, אליו נספחו גם מדריכי רכיבה על סוסים ומדריכים לידאו ולמחשבים, נועד לשמש כ'יחידה אופרטיבית משותפת, שמטרתה לאפשר לתלמיד להתפתח בו זמנית במישור הרגשי, החברתי והלימודי, והשואפת לכוונו לקראת חזרה אופטימאלית, ככל האפשר, למסגרת רגילה ולתפקוד תקין בחברה, בקהילה ובלימודים בהתאם ליכולותיו.

קושי נוסף בעבודת הצוות נבע מכך, שהועלו בו שאלות בעלות אופי קיומי, שעסקו בזהות המורכבת של הצוות, במיוחד בשל הצורך למצוא מנחה משותף למושגים שונים מעולם הטיפול, החינוך והשיקום ולתרגמם לשפת מעשה מובנת ומקובלת על כל אנשי הצוות. תחושה בסיסית של חוסר ודאות ליוותה את מרבית הסוגיות היום-יומיות שהתעוררו, החל מביניית קווים מנחים לתכנים ולקביעת סדר היום ועד הניסיונות הבלתי פוסקים למצוא מענה להתנהגויות תוקפניות, קומפולסיביות, מגעים פיזיים בעלי אופי פרוורטי, הפרעות קשב ותקשורת ועוד. כמקובל בעבודת צוות רב-מקצועי (מנוני, 1993; Nightingale & Scott., 1994) בנו אנשי הצוות מודל 'פירמידלי' ועל פיו הדריך צוות הפסיכולוגים את אנשי הצוות החינוכי והחברתי, שעל אף ניסיונם הרב במקצועותיהם, היו חסרי הכשרה פסיכו-תרפויטית פורמאלית. מצב זה יצר קושי מוכר בתחום העבודה הרב-מקצועית. ההדרכה, שנתנו אנשי צוות מרקע ומדיציפלינה שונים מאלו של המודרכים, העלתה אצל המודרכים תחושות של תלות ושאלות של זהות שעמדו, מטבע הדברים, בסתירה להיותם אנשי מקצוע מנוסים בתחום. (משמעותו של קושי זה והשפעתו על היכולת לתפקד במצבים של אי-ידיעה, נדונה לעיל בפרק שדן בטשטוש פונקציות בצוות רב-מקצועי).

ההתלבטות וחוסר הידיעה ליוו את הצוות גם כשנדרשו לבחור אופציות טיפוליות שונות, כגון: פסיכותרפיה אינדיבידואלית, קבוצתית או בניית מערך של קהילה טיפולית, המשתמשת בסוציו-תרפיה ככלי טיפולי מרכזי (דויטש ומירסקי, 1988; Edelson, 1970). אבל במיוחד הטרידה אותם השאלה המרכזית, האם המוסד ישמש כמערכת חינוך-מיוחדת המלווה ביעוץ טיפולי או כמערכת טיפולית, המשתמשת במבנה בית ספר כדי להשיג

יעדים טיפוליים. לשאלה זו נודעת חשיבות רבה בהגדרת אופיו של מוסד מסוג זה ומטרותיו. מנוני (1993) טוענת, כי כאשר אין מגדירים בבהירות מראש את ההבדל שבין עמדה חינוכית לבין עמדה אנליטית, עלולים לצוץ קשיים, בעיקר משום שהעמדה החינוכית מאורגנת סביב המציאות הממשית של הילד הפסיכטי, ואילו העמדה האנליטית עוסקת בייצוגים הפנימיים שלו. הבחנה בסיסית זו, בין התמקדות בעשייה ובהתנהגות לבין התמקדות בדינמיקה ובחוויה, עמדה במרכז חילוקי הדעות המקצועיים, ותהליך בניית עקרונות העבודה עורר אצל אנשי הצוות חוויה של 'הליכה בחשכה'. הצוות היטלטל בין אידיאליזציה ואומניפוטנציה של ציפיות, שהפנה כלפי עצמו לבין התחושה הקשה שאין מי שיספק תשובות ברורות וחד-משמעיות.

אנשי הצוות התגייסו למציאת פתרונות מעשיים (חקיקת חוקים, תגמול, ענישה, וכיו"ב), אך התקשו לראות באווירת אי-הידיעה ערך טיפולי כלשהו. אי-הבנת קשייהם של התלמידים והקושי לקבוע קווי טיפול מתאימים עבורם, נחוו ככישלון. כתוצאה מכך, נטו אנשי הצוות ליצור 'אילוזיות של ידיעה', כלומר לטשטש אי-הסכמות ולהביא אל קצו את סבל ההתלבטות וחוסר הידיעה במחיר של השטחת ניגודים ואימוץ פתרונות קונקרטיים מהירים, ולעתים אף בעלי אופי מאגי. מתוך מצב דברים זה צצו בהדרגה אצל אנשי הצוות איים של הכרה, שאין באפשרותם למצוא פתרונות מעשיים מספקים לאין ספור מצבים יום-יומיים קשים, ובמשך הזמן התגבשה המסקנה, שיש לאמץ סוג התמודדות שונה.

הצוות החל לסגת מן המרחב החיצוני, שבו נעשו עד אז מרבית ההתערבויות, אל המרחב הפנימי שבו נשאלו שאלות לגבי אופיין של התנהגויות המתבגרים ותגובות אנשי הצוות, משמעותן ומקורן. תהליך זה הוציא את הצוות בהדרגה מן המבוי הסתום של עשייה מאכזבת ובלתי מספקת אל המרחב של חיפוש יצירתי מתמיד אחר תובנות שיאירו את האירועים הכאוטיים באור של משמעות. משעה שחווית החיפוש הפסיקה להיות עדות לכישלונה של המערכת ואף זכתה ללגיטימציה טיפולית, התפנה הצוות בפחות חרדה לניסיונות התמודדות, שהתבססו על תפיסה חדשה, שלפיה אין מי שפטור מן האחריות לגייס כוחות הכלה ולתור אחר דרכים להבנת עולמו הפנימי של התלמיד-המטופל.

התפתחות עבודת הצוות, כפי שתוארה עד כה, הדגישה רבדים שונים של התמודדות עם אי-ידיעה. ברובד הבין-מקצועי בלט החיפוש אחר השקפה מקצועית משותפת לאנשי הצוות השונים, וברמה הטיפולית נעשה ניסיון מתמיד, להבין את עולמו הפנימי של התלמיד. בשני הרבדים העלו אנשי המקצוע השונים פרשנות שונה הן לגבי אופי קשייו של כל תלמיד והן לגבי אופן ההתמודדות המועדף. כך נוצרו חילוקי דעות אף לגבי השאלות הבסיסיות: "מה ידוע? ומה יודעים על מה שידוע?"

במשך הזמן החלו ההתלבטויות המורכבות הללו להיתפס כחלק בלתי נפרד ובלתי נמנע מעבודת הצוות והמשאלה להגיע לתמימות דעים התפתחה להיות כוח מניע יותר מאשר יעד להשגה. מצב זה יצר בין התלמידים לבין אנשי הצוות ברית בעלת אופי דיאלקטי, שהחוויה המרכזית שלה הייתה שותפות בחיפוש דרך, בחוסר ודאות ובתחושת חרדה. המקרה הבא ימחיש באיזה אופן תרם הדיאלוג ההתפתחותי הזה להבנת עולמו של התלמיד-המטופל.

תיאור מקרה

יוסי (שם בדוי), נער בן 14, הופנה למוסד הטיפולי לאחר שנפלט בעבר כעבור תקופות קצרות ממוסדות חינוך אחדים, בהם היה, ככל הנראה, קרוב לניצול והשפלה על-ידי חבריו לכיתה. יוסי סבל ממגוון רחב של הפרעות התפתחותיות. התנהגותו התאפיינה בבלבול רב, העוויות ביזאריות והתבטאויות ילדותיות וליצניות לחלופין. בלט אצלו דיבור להגני בלתי פוסק ולכאורה חסר פשר, שאופיין בחשיבה סירקומסטנציאלית, פרסברטיבית ואידיוסינקרטית. הוא מצא רמזים להאשמות קשות כלפיו בכל משפט שנאמר בסביבתו ומאמץ ליצור קשר לוו בניסיונות התקרבות מילוליים ופיזיים שאופיינו בפרוורטיות ובחוסר גבולות. יוסי עורר בצוות תחושות מורכבות, משום שהניסיון לעקוב אחר דבריו ולהבין את התנהגותו היה קשה ומסובך. ליצנותו עוררה חיוכים וגילויי חיבה, אך התנהגותו הפרוורטית נתפשה כתוקפנית ועוררה אצל הצוות תגובות של תוקפנות-נגד, שנבעה מן הצורך להגן על הסביבה מפניו. מלמוליו והתנהגותו הביזארית נתפשו, בדרך כלל, כביטוי לחוסר ריכוז או כחיפוש אחר תשומת-לב, וגררו תגובות של תסכול וכעס של הצוות שניסה לקרוא אותו לסדר, ללא הצלחה. ככל שגברה תחושת התסכול בצוות בשל חוסר היכולת להבין את יוסי, כך הלכה התנהגותו הביזארית והקצינה. העימותים בינו לבין הצוות הלכו ותכפו על רקע משמעותי. מלמוליו נעשו עוד פחות מובנים, הוא סירב לשתף את הזולת במחשבותיו וברגשותיו וחלה הקצנה בחשדנותו ובהסתגרותו. בהדרגה החלו להופיע אצלו ביטויים דומים לביטויי הצוות כלפיו. הוא החל לגלות חוסר הבנה כלפי נהלים בסיסיים, שהיו מוכרים לו זה מכבר, ולהציק בעקביות לצוות בשאלות חוזרות, שדרשו הבהרת עמדות, התבטאויות וחוקים. הצוות נענה בהסברים מפורטים ואמפטיים, אבל יוסי נותר בחוסר הבנה, ושאלותיו חזרו על עצמן שוב ושוב ועוררו עייפות, תסכול ותחושה של 'שבירת כלים'. זמן רב עבר עד שהבינו אנשי הצוות, כי ניסיונות ההסבר המתישים שלהם אינם יעילים. תחת זאת תהליך של חיפוש משמעות בחוסר ההבנה המופגן של יוסי.

ניתוח המקרה

ניתן לראות בהפרעות הבולטות בזרימת החשיבה, בחשדנות ובמוזרות שאפיינה את יוסי, מערך סימפטומים, שנועד ליצור סביבו שכבת הגנה, כדרך להרחקה ולבידוד, ונסיגה מן הקשר שלו עם האובייקט הנתפש כאיים. באותו דו-שיח פרטי של הבעות ומלמולים אידיוסינקרטיים, שניהל יוסי עם עצמו, לא התאפשר לצוות לתפוש

עמדה מוכרת של מגישי עזרה. הקושי להבין את יוסי הפך לכעס על אבדן תחושת הקומפוטנטיות הצוותית. עמדת הצוות ביטאה מסר, ששפה משותפת ומובנת היא תנאי הכרחי ליצירת דיאלוג עם התלמיד-המטופל, ועמדה אקטיבית זו הייתה הבסיס לדרישה, שהופנתה כלפי יוסי, לאמץ עקרונות התנהגות ותקשורת נורמטיביים. דרישה כזו הייתה אז, ככל הנראה, מעבר ליכולתו של יוסי.

הניסיונות החוזרים ונשנים, להסביר ליוסי את מה ש'אינו מבין', לא אפשרו לאנשי הצוות להקשיב למה שהם עצמם לא הבינו. תחושת הייאוש ערערה את ביטחונם של אנשי הצוות ביכולתם לתפוש ולפענח נכונה את יוסי, והם נותרו במצב של חוסר הבנה וחוסר מוצא, אשר הכין את הקרקע לחוויה שהם עצמם בלתי מובנים, חוויה שנטע בהם יוסי באופן בלתי מודע בתהליך של הזדהות השלכתית. דרישותיו הלא-רציונליות ערערו את המבנה הפורמאלי של המפגש החינוכי-טיפולי כפי שהיה מוכר לאנשי הצוות, ויצרו כניעה לתימה ששלטה בילדותו המוקדמת, שהלכה והצטיירה כצירוף של חרדה, אי-הבנה ואשמה קפקאית בלתי ברורה. משהתברר לאנשי הצוות, כי נכשל הניסיון לבסס שפה משותפת עם יוסי על-ידי שימוש במציאות החיצונית, כלומר, באמצעות כלים הדרכתיים ו/או משמעותיים, הם נסוגו, מחוסר ברירה, לעמדה של ייאוש והשלמה עם חוסר הידיעה. רק אז התפנו להקשיב באופן פתוח ורגיש יותר למסרים הלא-מודעים של יוסי, שהלכו וחשפו את סיפור חייו כפי שהופנם בעולם ייצוגי הפנימיים.

אנשי הצוות החלו לראות את האפשרות, שההתנהגויות והפרעות החשיבה האופייניות ליוסי אינן דורשות אך ורק הצבת גבולות, שימצמו ואולי יכחידו את התופעות הביזאריות. ברוח דבריו של דרזנין (1993), ייתכן גם קשר בין הצורה הספציפית ומועדי הופעתן של הפרעות אצל יוסי, לבין צרכיו, ציפיותיו, חרדותיו ותפישותיו את עצמו ואת תבנית יחסיו עם הדמויות המשמעותיות עבורו, ביניהן מורים ומטפלים. תחושת המתקפה על התודעה ועל ההבנה (Bion, 1959) התבררה כחוויה המרכזית של אנשי הצוות מול יוסי, והפכה להיות כלי משמעותי בהבנת דפוסי יצירת הקשר שלו. היכולת לקלוט משמעות עלולה הייתה ליצור אצל יוסי חשיפה לחוויות של השפלה קשה וכאב נפשי קשה מנשוא. הפתרון שנמצא, מתקפה הגנתית על התהליכים הפסיכולוגיים המצמידים משמעות להתנסות, העביר את החוויה הבלתי נסבלת אל אנשי הצוות, שמיאנו בתחילה לשאת את עצמת הבלבול ואי-ההבנה. מה שנותר, היא תקשורת של מילים נטולות משמעות, אשר שימשו כלא, אם להשתמש בלשוננו הצוירת של לאקאן (Lacan, 1953), עבור חוויית הדיאלוג בין יוסי לבין הצוות.

משהחלו אנשי הצוות לקבל על עצמם את תפקיד 'המיכל' לתחושות הבלבול ואי-ההבנה של יוסי, הופנו משאביהם לפירוש התבטאויותיו הלא-שגרתיות ולהתחקות אחר עקבותיהן. תוך כדי כך, החלו אנשי הצוות לגלות את נקודות המפגש בין סיפורו של יוסי לבין קשייהם ברכישת שפה טיפולית רב-מקצועית, ובזיהוי ביטויי התוקפנות הסמויים, שביטאו זה כלפי זה כאשר נראה היה ששפה מקצועית אחת מאיימת על אחרת. הם הכירו במורכבות הרגשית של מלאכת התרגום הסבלנית, שהם עצמם נזקקו לה כדי להבין ולתקשר זה עם זה. מה שנתפש בתחילה כבעיית משמעות וחוסר ריכוז או כחשיבה בעלת לוגיקה מוזרה ומופרעת שאי-אפשר להבינה, החל לקבל לגיטימציה כחשיבה בעלת הגיון פנימי, המספרת סיפור בעל קוד אישי, שכדי להבינו ולבסס עמו תקשורת בעלת משמעות, יש לצאת ממבנה החשיבה המקובל והנוקשה ולתור אחר תהליכיו הדינאמיים והאסוציאטיביים הייחודיים.

ניתוח תהליכי העברה והעברה נגדית בעבודת צוות טיפולי

שנים רבות לפני שהחל ביון לחקור את האפשרות להכיר ולדעת את עולמו הפנימי של הזולת, טען פרויד כי כל אדם מחזיק בלא-מודע שלו, מכשיר שבאמצעותו הוא יכול לפרש את הביטויים הלא-מודעים של האחר (Freud, 1913). בכך הצביע פרויד על טבעיותו של הדיאלוג המתמיד בין עולמותיהם הפנימיים של בני-האדם מול התפיסה הסולופיסטית והפסימית של פילוסופים, שקדמו לו, ואשר ציירו את נפשות בני האדם כ'מונאדות' מנוכרות, הכלואות כל אחת כבתוך בועה 'נטולת חלונות' (לייבניץ, 1967). ללא יכולת לבוא במגע עם התהליכים הנפשיים המתרחשים אצל רעותה.

כאשר דיבר פרויד על מושג ה'העברה הנגדית' כעל מכשיר להתבוננות רפלקטיבית של המטפל על עצמו, עמדה מול עיניו המשאלה האוטופית, לנטרל את השפעת תגובות הנגד של המטפל אל המטופל. על כל פנים, התבונה הבסיסית של פרויד לגבי עצם קיומו של דיאלוג רגשי מורכב וסמוי מן העין ומן המודעות בין בני-אדם שונים, הניחה את התשתית להשערה, כי עלייתה של הבנה פנימית חדשה לגבי תהליכים אינטרה-פסיכיים המתרחשים אצל הזולת, מתאפשרת, ואולי אף מותנית, בקיומו של מרחב להתבוננות פנימית חופשית מידיעה מוקדמת. משום כך, ככל הנראה, יש הטוענים (Issacharoff, 1976), כי העברה נגדית היא המדריך המדויק והאמין ביותר, העומד לרשותו של המטפל ומאפשר לו לדעת לאילו צדדים בהתנהגותו או במסריו של המטופל עליו להגיב.

עבודת צוות טיפולי, המבוססת על שימוש ב'מדריך' מעין זה, כלומר על ניתוח תהליכי העברה והעברה נגדית צוותיים, עשויה לא רק לשפר את יכולתם של אנשי הצוות לזהות, לקבל ולהבין את תחושותיהם כלפי מטופליהם (Sanders, 1985), אלא אף לאפשר להם הכרות עם המרחב הדינאמי בין הידוע והבלתי ידוע במפגש עם כל מטופל, ולעתים קרובות אף עם חלקי מפגשים עם אותו מטופל. כמו-כן, היא יוצרת אווירה של תהייה וחיפוש אחר דרך משמעות, ומשמשת, במיוחד עבור מתבגרים בעלי הפרעות רגשיות קשות, כר פתוח

ופורה להתלבטויותיהם ולהתמודדויותיהם עם משבריהם הסבוכים, מתוך תחושה שהדבר הוא חלק לגיטימי מן המורטוריום המתבקש בשל גילם הכרונולוגי ובשל מצבם הנפשי המיוחד. עיבודם של תהליכי העברה בישיבות הצוות חשוב במיוחד בעבודה עם מתבגרים, אשר ניחנים ביכולת לגרור את אנשי הצוות בלי משים לדפוסים התבגרותיים אופייניים, כגון אימוץ שפת המעשה במקום שימוש במילים או ברגשות. אצל צוותים מקצועיים, שעובדים עם מתבגרים בעלי הפרעות רגשיות קשות, ניתן לשמוע את הטענה הנפוצה, שמול תוקפנותם, מרדנותם ומיניותם הבוטה והמתריסה של המתבגרים, יש להפסיק לדבר על תהליכים אינטרה-פסיכיים, כלומר "לדבר באוויר", ולהתחיל לנקוט באופן דחוף צעדים 'תכליתיים' ו'מעשיים'. כאשר הצוות מתנהג לפי תחושותיו במקום לשיים אותן, כפי שתואר בהצגת המקרה, תוך כדי התנגדות לא מודעת לשמש מיכל לתכנים קשים ואמביוולנטיים, עלולים הדחפים הלא-מודעים, של הצוות ושל המתבגרים כאחד, להיחשף לסכנה של הרסנות פוטנציאלית יותר מאשר לשליטתם של כוחות אגו אינטגרטיביים (Giovacchini, 1985). דוגמה לכך, ניתן לראות בתגובת אחת הנשים שבצוות בית-הספר הטיפולי, אשר נדון לעיל. לאחר טיול כיתתי בחמת גדר, היא טענה באוזני חבריה לצוות, ספק ברוגז ספק בהומור, כי הייתה מוכנה 'להשליך' אל התנינים את אחת התלמידות. דבריה, שנתקבלו בתחילה בהערות גינוי וביקורת, עוררו מאוחר יותר, בישיבת הצוות, ביטויי הזדהות אצל אנשי צוות נוספים, שהיו שותפים לתחושות התוקפנות ולמשאלות החיסול כלפי אותה תלמידה וכלפי תלמידים נוספים. משהפכה העברה נגדית 'ייחודית' ו'אסורה' זו 'לאחידה', כלומר, לנחלת אנשים נוספים בצוות, ניתן היה לדון באלמנטים הסדיסטיים, שאפיינו את דפוס יחסי האובייקט של אותה נערה, ונדונו האופנים, שבהם מצליחים תלמידים מסוימים לזהות ולגרות, ללא מודעות, את סיפי רגישויותיהם האיטיות של אנשי צוות מסוימים.

הסכנות הכרוכות בהתעלמות מתהליכים לא מודעים, המתרחשים בעבודתו של צוות טיפולי, מקבלות הד גם בהתייחסויותיו של ביון למבנים קבוצתיים. הפוזיציה המרכזית בכל דינמיקה קבוצתית, מאופיינת, לטענתו, במנגנונים פרימיטיביים, משום שמצד אחד הפרט נאלץ לחפש סיפוק לצרכיו במסגרת קבוצתו, אך באותה שעה הוא מתקשה להשיג מטרה זו עקב פחדים פרימיטיביים שהקבוצה מעוררת בו (Bion, 1961). לטענת ביון, ניתן להבין את חייה הרגשיים של הקבוצה אך ורק במונחים של מנגנונים פסיכוטיים. טענה זו עומדת בבסיס התפישה לפיה מוסדות וארגונים מחזקים אצל הפרטים המאכלסים אותם, את המנגנונים ההגנתיים האינדיבידואליים כנגד חרדות רודפניות וכאוניות.

במילים אחרות, הפרט מחצין אל תוך חיי הארגון שהוא שייך אליו, דחפים ואובייקטים מופנמים מעוררי חרדה פסיכוטית, והתוצאה היא תופעות של פיצול, חוסר ריאליות, עיונות, חשדנות והתנהגויות בלתי אדפטיביות אחרות בין חברי הצוות בארגון (Jaques, 1955). ההגנות שמפעיל הפרט כנגד תחושות החרדה, הייאוש והדיכאון, מפרקות אותן לחלקים בלתי מתחברים ובלתי מוכרים למודע, כדי לאפשר את השלכתן אל 'האחרים' בצוות או בארגון. מטרתו הלא מודעת של תהליך זה היא למנוע את תהליך הלימידה של הצוות (Menzies-Lyth, 1988), ולשמר מצב של קיפאון וחרתיות כפייתית על דפוסים לא אדפטיביים לצוות ולמטופלים כאחד, כשמצד שני מבטיח התהליך חוסר מגע עם התחושות הבלתי נסבלות.

תפישה זו, המגשרת בין חשיבה פסיכואנליטית קלאסית לבין מבנים קבוצתיים וארגוניים, ממחישה את מורכבות העבודה הטיפולית הצוותית, ומדגישה את החשיבות שיש לסגנון עבודה, המאפשר דיון פתוח בתחושות, ברגשות ובמחשבות בין אנשי הצוות וכלפי המטופלים. סגנון שכזה משלב הבנות ואבחנות תיאורטיות עם זרימה קבוצתית של אסוציאציות חופשיות, באופן שיוצר תבנית של מפגשים בין הלא-מודעים האישיים (Foulkes, 1986) בקבוצת אנשי הצוות.

תבנית זו היא כלי רב-ערך לעיבוד סוגי ההעברה הנגדית השונים, האישית והקבוצתית, ה'אחידה' וה'ייחודית', ולהקטנת סכנת ההכחשה ולכידות היתר בין אנשי הצוות. סגנון עבודה מעין זה גם מחדד את הקשר בין המרכיבים האישיים והקבוצתיים של תגובות למצבי אי-ידיעה, ומבחין בין השאיפה לכוון ולספק פתרונות מהירים, הנגזרת מתוך צורך להוביל ולהדריך, לבין השאיפה להבין, הנבעת מתוך עמדה של חוסר ידיעה (קייסמנט, 1995).

בדומה למסקנתו הבסיסית של פרויד (Freud, 1910), ברור, אם כן, מדוע נפוצה ההמלצה (מנוני, 1993; Nightingale & Scott., 1994), שאנשי צוות טיפולי רב-מקצועי יעברו טיפול אישי כאמצעי לשכלול יכולת ההקשבה שלהם לעצמם, קבלת טווח הרגשות הרחב ככלי טיפולי לגיטימי, והרחבת יכולתם ונכונותם להתבונן על חוויותיהם מתוך עמדה בסיסית של אמביוולנטיות, כחלק מהתמודדות אפקטיבית עם מצבי אי-ידיעה.

סיכום

מטרת המאמר הייתה, לבדוק את הקשר בין אי-ידיעה בטיפול לבין סוגיות אופייניות לעבודת צוות טיפולי רב-מקצועי. נעשה ניסיון, להדגיש את חשיבותה של אי-ידיעה כמצב מאפשר, כתשתית רצפטיבית וכאמצעי לגילוי, אך אין בכונת המאמר לרמוז לטענה הפוסט-מודרניסטית הרווחת, כי המפגש עם העולם הוא נטול משמעות במהותו, וכי נכפה עלינו להטיל ספק בכל, לנטוש את ההנחות האפיסטמולוגיות והאונטולוגיות, אשר מבססות את יכולתנו להכיר מציאות כלשהי, ולוותר על המשאלה לדעת (Newman & Holzman, 1997). ההפך הוא הנכון. נראה, כי המאמץ להבחין בין אשליה של ידיעה לבין ידיעה, עשוי לעזור להצלחתו של

התהליך הטיפולי, שמהותו להוביל, כפי שהוצג בפתח המאמר, להתוודעות ולהכרה. במקום לזהות אי-ידיעה עם בורות, כפי שמזהיר קייסמנט (1988), ומבוכה עם סימן לפחיתות אינטלקטואלית, כפי שמתריע פרום (Fromm, 1951), מציע גולד (Gold, 1995), כי אי-ידיעה היא לדעת איך, מה ולמה איננו יודעים, להישאר עם הפערים הללו בידיעה מבלי לברוח להכחשה וגרנדיוזיות.

אי-הידיעה, לפיכך, נוגעת ליכולתו של המטפל לא לדעת על המטופל, אך היא אינה פוטרת את המטפל מן הצורך לדעת על עצמו. כאשר אנשי צוות פנויים לא לדעת משהו על המטופל, הם עשויים להיות פתוחים וקשובים יותר למסריו מבלי להשלים את פערי אי-הידיעה באמצעות טלאי ידיעותיהם על עצמם ועל המציאות שמחוץ לעולמו הפנימי של המטופל. מודעותם המתפתחת של אנשי צוות טיפולי למנגנוני ההגנה האישיים והקולקטיביים שלהם ויכולתם לעשות שימוש מועיל ומאוזן בחרדותיהם, עשויה לאפשר להם "לעזור עצמם כלפי הברור והמובן מאליו" (Menzies-Lyth, 1982), ועם זאת, לשרוד בתנאי החשיכה הטיפולית, להקטין את תדירות יצירתן של 'אילוזיות ידיעה' ואת עצמתן לשם הפגת החרדה מפני הנסתר, וכהמלצתו של ביון, אף למחוק, במידת האפשר, את הזיכרון, ההבנה והתשוקה בבואם אל המפגש עם המטופל (Bion, 1967b).

הוויתור על הזיכרון נועד למנוע מן הידוע לעכב את עליית הלא ידוע, והוויתור על התשוקה נועד לאפשר למטפל קשב בלתי ממוקד נטול משאלות הצלחה ממוקדות בטיפול, במטופל או בעצמו. נטישה זמנית של הזיכרון, של התשוקה, של הידע, של ההבנה ושל המודעות קשה יותר לביצוע במסגרת צוותית, אך יכולתו של צוות לשאת חוויה מבלבלת ומפחידה זו, שניתן לקרוא לה, ברוח דבריו של ביון 'יכולת שלילית צוותית' (Bion, 1970), עשויה להיות תנאי הכרחי לכך, שהמטופל יצליח להפתיע את עצמו ואת סביבתו ולהשתעשע ברבגוניותן של אפשרויות התפתחותו והיותו. במילים אחרות, תחת החלוקה הדיכוטומית בין ידיעה והעדרה, ניתן לראות באי-הידיעה סוג מסוים ואחר של ידיעה, שעשוי לנוע על רצף בין יכולת טיפולית לחדירות, פתיחות ורזוננטיות המאפשרת הימצאות במישור משותף עם המטופל במקום שהוא נמצא בו בהווה, לבין יכולת הטיפולית להכיל במבט את הבו-זמניות של ההווה והעתיד, המאפשר, כמו מבט הידוע של אם על תינוקה (Winnicott, 1971), גם את הרגע הבא, בו יוכל המטופל להיות מה שהוא עדיין איננו.

מקורות

- דויטש, ח. ומירסקי, י. (1988). יחסי מטפל-מטופל בקהילה טיפולית: העברה והעברה נגדית. שיחות, 2 (3), 227-232.
- דסברג, ח. (1987). מה עוזר בפסיכותרפיה. שיחות, 1 (3), 189-194.
- דרזנין, א. (1993). הפרעות במהלך החשיבה ובצורתה בסכיזופרניה ומשמעותן הדינמית. שיחות, 7 (3), 193-184.
- ולד, ד. (1988). קהילה טיפולית - גישה דיפרנציאלית. שיחות, 2 (3), 220-226.
- לייבניץ, ג.ו. (1967). מסות חדשות על שכל האדם. ירושלים: מאגנס, אוניברסיטה העברית.
- מנוני, מ. (1993). הילד, "מחלתו" והאחרים. תל אביב: עם עובד.
- צדיק, י.צ. (1995). המחלקה הפסיכיאטרית כמשפחה 'מופרעת'. שיחות, 10 (1), 75-79.
- קאנט, ע. (1982). ביקורת התבונה הטורה. ירושלים: מוסד ביאליק.
- קטן, י. וסאנג, ק.ט. (1984). יחסים בין עובדים מקצועיים בארגוני רווחה רב-מקצועיים. חברה ורווחה, ה (4), 317-336.
- קייסמנט, פ. (1988). ללמוד מן המטופל. תל אביב: דביר.
- קייסמנט, פ. (1995). להוסיף וללמוד מן המטופל. תל אביב: דביר.
- שילר, ד. (1996). מדריך זן קטן. תל אביב: מודן.

Balint, E. (1991). Commentary on Philip Bromberg's "On knowing one's patient inside out". *Psychoanalytic Dialogues*, 1(4), 423-430.

Barratt, B.B. (1984). *Psychic reality and psychoanalytic knowing*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.

Bion, W.R. (1961). *Experiences in groups, and other papers*. London: Tavistock.

Bion, W.R. (1962a). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.

Bion, W.R. (1962b). *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bion, W.R. (1967a). *Second thought*. New York: Aronson.

Bion, W.R. (1967b). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum* 2, 271-280.

Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.

Bion, W.R. (1974). *Brazilian Lectures*, 1. Rio De-Janeiro: Imago Editora.

Corrigan, P.W., Holmes, E.P., & Luchins, D. (1995). Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 703-710.

Edelson, M. (1970). *Sociotherapy and psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

Fordham, M. (1977). *Autism and the self*. London: Heinemann.

- Foulkes, S.H. (1986). *Group analytic psychotherapy methods and principles*. London: Karnac.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. *Standard edition*, vol. 11 (pp. 139-151). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). The predisposition to obsessional neurosis. *Collected Papers*, 2, (pp. 122-132). London: Hogarth Press, 1949.
- Fromm, E. (1951). *The Forgotten Language: An Introduction to the understanding of dreams, fairy tales and myths*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Giovacchini, P.L. (1985). Countertransference and the severely disturbed adolescent. *Adolescent Psychiatry*, 12, 449-467.
- Gold, J.R. (1995). Knowing and not knowing: Commentary on the roots of psychotherapeutic failure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(2), 167-170.
- Issacharoff, A. (1976). Barriers to knowing in psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 12(4), 407-422.
- Jaques, E. (1955). 'Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety'. In M. Klein, P. Heimann, & R. Money-Kyrle, (Eds.) *New directions in psychoanalysis*, London: Tavistock.
- Lacan, J. (1948). *Aggressivity in Psychoanalysis*. In *Ecrits*. New York: W.W. Norton (1977).
- Lacan, J. (1953). The function and field of speech and language in psychoanalysis. In *Ecrits*. New York: W.W. Norton (1977).
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In Sol L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lansky, M. (1983). Philosophical Issues in Bion's Thought. In J. Grotstein (Ed.), *Do I dare disturb the world: A memorial to Wilfred Bion* (pp. 428-439). London: Maresfield Library.
- Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G.E., O'brian, C.P. & Aurbach, A. (1985). Therapy success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- McDougall, J. (1985). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Basic Books.
- Menzies-Lyth, I. (1982). The psychological welfare of children making long stays in the hospital. *Occasional Paper No. 3*, London: Tavistock Institute of Human Relations.
- Menzies-Lyth, I. (1988). A Psychoanalytic perspective on social institutions. In E. Bott Spillius (Ed.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice* (pp. 284-299). London: Routledge.
- Newman, F., & Holzman, L. (1997). *The end of knowing: A new developmental way of learning*. London: Routledge.
- Nightingale, A., & Scott, D. (1994). Problems of identity in multi-disciplinary teams: The self and systems in change. *British Journal of Psychotherapy*, 11(2), 267-278.
- Ogden, T.H. (1989). *The primitive edge of experience*. London: Jason Aronson Inc.
- Pine, F. (1976). On therapeutic change: perspective from a parent-child model. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 5, 183-194.
- Sanders, J. (1985). Principles of residential treatment: Staff growth and therapeutic interaction. *Adolescent Psychiatry*, 12, 361-370.
- Stanton, A.H., & Schwartz, M.S. (1954). *The mental hospital. A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic Books.
- Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (1965). Maturational processes and the facilitating environment (pp. 50-51). London: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.