



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

ispraisrael.org.il

סיכום מאמר

האתגרים המיוחדים של פסיכותרפיה עם אנשים עם פסיכוזה : מודל בין-סובייקטיבי מטה-קוגניטיבי של הסכמה ומשמעות משותפת

אילנית חסון-אוחיון, שלמה קרביץ ופול ה. לייסקר, 2016

יספר"א - האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
רחוב משה הס 12
ירושלים 9418513

ispraisrael.org.il

02-6249204

כל הזכויות שמורות © Copyright
יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Lysaker, P. H. (2016). The special challenges of psychotherapy with persons with psychosis: Intersubjective metacognitive model of agreement and shared meaning. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Published online (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/cpp.2012

יספר"א. בונים קהילה מקצועית לקידום השיקום הפסיכיאטרי בישראל.

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ

בהמלצת פרופ' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא

הסכמה בין מטופל למטפל על מטרות ותהליך הפסיכותרפיה נחשבת כאחד המרכיבים העיקריים של הברית הטיפולית. הסכמה זו כוללת קונצנזוס על מטרות, את ההסבר של המטפל לגבי טבעו של הטיפול והבנת הלקוח את הטיפול, את היקף הדיון והפירוט לגבי מטרות, המחויבות של המטופל למטרות והסכמה לגבי מקורות הבעיה והאחריות לפתירתה.

על אף שהסכמה על מטרות היא חיונית, השגתה מאתגרת, בפרט בפסיכותרפיה עם אנשים עם פסיכוזה. רבים מהאנשים המאובחנים עם פסיכוזה מחזיקים בדעה שונה על בעיותיהם ויכולותיהם מזו של המטפלים שלהם, ויחסי לקוח-מטפל במצבים אלה דווחו לעתים קרובות כרעועים ובעלי פוטנציאל לשבר. כדי להתגבר על בעיית ההסכמה דרושה הבנה שיטתית ומקיפה לגבי הגורמים המעכבים יצירת הסכמה בטיפול בפסיכוזה, והבנת התהליכים הדרושים לבניית הסכמה לנוכח אתגרים בטיפול.

המאמר הנוכחי עוסק בהיבטים שמאיימים על השגת הסכמה והאופנים שבהם ניתן להתגבר עליהם וליצור הסכמות בטיפול בפסיכוזה. המודל מבוסס על ההנחה כי יצירת מטרות טיפול משותפות בכל סוג של פסיכותרפיה היא ביסודה תהליך בין-סובייקטיבי. לכן בניית הסכמה בפסיכותרפיה אינה בעיקרה מהלך קוגניטיבי שבו אנשים מחליטים האם הבנותיהם דומות במידה מספקת או שהן מבוססות על תכתיבים של צד אחד. במקום זאת, הסכמה מתרחשת כאשר כל הצדדים מעורבים ביוזמה משותפת לחקירה וחיפוש של משמעות משותפת. חשיבותה של בניית הסכמה וברית עם אנשים עם פסיכוזה הודגשה על ידי חוקרים שהראו כי פסיכותרפיה לאנשים בפסיכוזה נתפשה כמועילה או מזיקה בהתאם לחוזה של הברית הטיפולית.

נציג ונדון בשלושה חסמים אפשריים להבנה החדדית שדורשים התייחסות במרחב הבין-סובייקטיבי, כדי שיוכלו להתרחש תהליכי מתן משמעות וביסוס של הסכמה עם אנשים עם פסיכוזה. חסמים אלה כוללים (1) התייחסות לנרטיבים שונים של הלקוח ושל המטפל לגבי תפקידה של מערכת בריאות הנפש; (2) התייחסות לרמות שונות של תובנת הלקוח ופרספקטיבות תיאורטיות של המטפל; (3) התייחסות לאמונות סטיגמותיות שמחזיקים הלקוח והמטפל. לאחר דיון בחסמים אפשריים אלה, נציע המשגה בין-סובייקטיבית לגבי האופן שבו ניתן לנהל איומים אלה על ההסכמה בטיפול, באמצעות תשומת לב לתהליכים מטה-קוגניטיביים ולאמפתיה.

בניית הסכמה כתהליך בין-סובייקטיבי: שלושה אתגרי יסוד בפסיכותרפיה עם אנשים עם פסיכוזה

המונח בין-סובייקטיביות מתייחס ככלל למה שמתרחש בין שתי נפשות (Minds, להלן גם: תודעה). הוא קשור להתייחסות למה שמתרחש בתוך הנפשות של שני אנשים וההבנה ההדדית של החוויה הסובייקטיבית שלהן. בין-סובייקטיביות לא רק פועלת כבסיס ההתקשרות אל האחר, אלא גם כתנאי מקדים להתפתחות של רפלקציה עצמית ולסיפור של החוויה. ביישום מסגרת חשיבה בין-סובייקטיבית, כל נושא פוטנציאלי שניתן להסכים עליו בנוגע לצרכי הלקוח או מטרותיו, צריך להתפתח בין תודעת הלקוח לבין זו של המטפל, ואינו רק תוצאה של התמזגות הדעות הקיימות מראש. נתאר שלושה סוגים של חסמים אפשריים במודל הבין-סובייקטיבי:

א. הלקוח והמטפל עשויים שלא לחלוק הבנות דומות לגבי ההקשר שבו מתרחש הדיאלוג שלהם. לכן האתגר הפוטנציאלי הראשון לפיתוח הסכמות הוא הצורך להתגבר על פערים בנרטיבים האישיים של הלקוח והמטפל ביחס לתפקידיהם במערכת בריאות הנפש ולתפקידה של מערכת בריאות הנפש עצמה. מחקרים הראו כי רבים מהמאובחנים עם מחלות נפש הרגישו דיכוי או השפלה מצד מערכת בריאות הנפש, ודיווחו כי שירותים לעתים קרובות ממקמים אותם כחסרי-אונים ותלותיים, ולא כבעלי מסוגלות. דוגמא בולטת נראית אצל מתמודדים שמתייחסים לעצמם כשורדים פסיכיאטרים ורואים במערכת בריאות הנפש את האיום העיקרי על רווחתם הנפשית. עמדות שליליות ופחדים ביחס למערכת בריאות הנפש, כולל דאגות לגבי חיסיון המידע והשלכות של סטיגמה חברתית ואפליה כתוצאה מצריכת שירותי המערכת, הם

פחדים נורמליים ולגיטימיים שיש למתמודדים רבים. רבים אחרים רואים את המערכת כטובה ביסודה, וכמציעה עזרה חיונית לאנשים הנזקקים לה, המובטחת באמצעות אתיקה מקצועית מבוססת והתקדמות מחקרית מתמדת. לפיכך, בתחילת כל טיפול, החסם הראשוני להתגבר עליו הוא האפשרות לאי-הבנה עמוקה של תפקיד הלקוח ותפקיד המטפל, כמו גם התפקיד הרחב יותר של מערכת בריאות הנפש. לקוחות עשויים לראות את פיתוח המטרות כתהליך שנוצר במקום חורש רעה, בעוד שמטפלים עשויים להניח מראש את ההפך. המטפל עשוי לראות מטרה כלשהי בפשטות כדרך להציע נתיב לבריאות טובה, בעוד שהלקוח עשוי לראות אותה כהזדמנות לשליטה מצד המערכת והמטפל.

ב. החסם הפוטנציאלי השני לביסוס משמעות משותפת והצבת מטרות הוא חוסר בהבנה משותפת בין הלקוח והמטפל לגבי מהי בריאות נפשית ומהו חולי או חוסר בבריאות נפשית. יכולות להיות דעות שונות לגבי מה הן הבעיות של הלקוח. מחקרים הראו כי לקוחות רבים עם פסיכوزה אינם מודעים או מכחישים כי יש להם מחלת נפש. חוקרים התייחסו לכך כתובנה נמוכה והכחשה של תופעות שונות, בהן האם חוויות מסוימות הן סימפטומים של מחלת נפש (כמו הזיות), האם בכלל יש צורך בטיפול, האם ישנן בעיות פסיכו-סוציאליות והאם חלו שינויים בתהליכים רגשיים וקוגניטיביים. חוסר התובנה אינו רק חוסר בהשכלה ואינו התנגדות לקבל עובדה, אלא מייצג דרך להבין את האירועים שהתרחשו במהלך החיים, אשר אחרים סבורים שקשורים למחלת נפש (לדוגמא, אשפוז פסיכיאטרי, ניסיון אובדני, התנהגות לא מאורגנת). כתוצאה מחוסר בתובנה, אפשר שיהיה חומר מוגבל למדי שלגביו יכול הלקוח להרגיש שניתן לבסס משמעות. בעוד שהמטפל עשוי להאמין כי סימפטומים (מחשבות שווא, אנ-הדוניה (חוסר יכולת להנאה), או חוסר מוטיבציה) או השלכות של המחלה (בידוד חברתי, אבטלה) הם מקומות טבעיים לעיסוק במשמעות במסגרת הדיאדה, כנקודות מהן ניתן להתחיל ליצור מטרות, הרי שלקוח עם מה שמכונה תובנה נמוכה עשוי שלא לראות זאת כך. חוסר התובנה נקשר עם ברית טיפולית חלשה ואי-הסכמות על היבטים שונים בחייו של המטופל. הקונספט של תובנה נרטיבית מתייחס לתובנה כסיפור שאנשים מספרים על המחלה שלהם ולא כמערך של אמונות ותיאורים שתואמים או בלתי-תואמים למודל הרפואי הפורמאלי. סוג זה של תובנה יידון בהמשך כחלק מפתרון אפשרי. בעוד שהלקוח עשוי להראות תובנה נמוכה, למטפלים יש דרך משלהם להבין את הבריאות הנפשית או חסרונה. בפרט, רבים מהמודלים התיאורטיים של פסיכוזה מדגישים אירועים קודמים והשלכות. מקובל, לדוגמא, כי המטפל יראה פסיכוזת כנובעת מאינטראקציה של גורמים נירו-ביולוגיים שונים כמו גם גורמים חברתיים (טראומה, עוני) ופסיכולוגיים (סגנון התקשרות ורגישות בין-אישית). לפיכך, כפי שהלקוח עשוי לבוא עם דרגות שונות של קבלה ביחס לאתגרים נפשיים, למטפלים עשויה להיות דרך משלהם להבנת אתגרים נפשיים, דרך שלעתים אין ללקוח יכולת לצפות או להבין בקלות, אפילו עם השכלה ניכרת.

ג. החסם הפוטנציאלי השלישי לפיתוח של משמעות משותפת והסכמות קשור לאמונה כי הלקוח עשוי שלא להיות צד שווה שיכול להעניק משמעות לאתגריו בשלב כלשהו של המחלה. חסם אפשרי זה מתייחס לסטיגמה מצד המטפל וסטיגמה עצמית מצד הלקוח. סטיגמה מתייחסת לאמונות הקיימות בכל שכבות החברה, לפיהן אנשים עם מחלות נפש שונים ביסודם ופחות-ערך לעומת אנשים אחרים. הדבר כולל אמונות כי אנשים עם מחלות נפש מסוכנים, שבריריים, או בלתי מסוגלים להבין את דרישות החיים הבוגרים. סטיגמה יכולה להשפיע על מטפלים ומובילה אותם "לתפוס פיקוד" במפגשים ולהחליט עבור לקוחות מה צרכיהם, או כיצד יש לטפל בהם. לדוגמא, החלטה כי לקוח צריך להשתכנע כי יש לו מחלת נפש ועליו ליטול תרופות, במקום לחשוב יחד עם הלקוח על תפישותיו וחוויותיו. סטיגמה יכולה גם להשפיע על מטפלים להפציר בלקוחות להימנע מלקחת סיכונים, כמו יצירת קשר רומנטי או ניסיון ללכת בעקבות חלומות, בשל חשש שיתאכזבו ולא יוכלו להתמודד עם אכזבה. בכל אחד מתרחישים אלה, לא סביר שתושג מידה רבה של משמעות

משותפת. מלבד אמונות מתייגות של מטפלים, לקוחות גם פגיעים להפנמה של הסטיגמה. סטיגמה עצמית קשורה לכך שמתמודדים מניחים כי אינם מסוגלים לכוון את חייהם בעצמם ולכן הם נסוגים למצב פאסיבי ומיואש, או מחליטים לפנות לאחרים שיאמרו להם כיצד להגיב לאתגרים בחייהם. סטיגמה מופנמת נמצאה כשכיחה ביותר בקרב אנשים עם פסיכوزה וקשורה לתוצאות שליליות מגוונות, בהן דיכאון, חוסר תקווה, בושה ודימוי עצמי נמוך. כמו במקרה של סטיגמה של מטפלים, אם לקוח מחזיק בסטיגמה עצמית ואינו מחפש אחר משמעות או שנותן את האחריות הזו למטפל, לא ניתן להשיג משמעות והסכמה בין-סובייקטיבית.

נתיבים אפשריים לפתרון חסמים להסכמה ומשמעות משותפת: מטה-קוגניציה ואמפתיה

בהינתן שלושה חסמים אפשריים אלה לפיתוח של משמעויות והסכמות משותפות, עולה השאלה כיצד ניתן להשיג הסכמה? במענה לכך, אנו מציעים כי ביחסים הבין-סובייקטיביים, המושגים של מטה-קוגניציה ואמפתיה יכולים לפעול כמסגרת עבודה לניווט בין החסמים הפוטנציאליים לבין הסכמות ומשמעויות משותפות רצויות. נציג להלן את המושגים של מטה-קוגניציה ואמפתיה ונציע כי אלה מאפשרים לטפל בחסמים שצוינו וליצור הסכמות.

מטה-קוגניציה

מטה-קוגניציה מתארת את היכולת של אדם לחשוב על החשיבה שלו בעת למידה. המושג מיושם בתחומים פסיכולוגיים שונים, בהם התקשרות (Attachment), פסיכופתולוגיה, התפתחות אנושית, ופסיכולוגיה קוגניטיבית. מטה-קוגניציה נראית כספקטרום של פעילויות הנעות בין המודעות וההתייחסות לחוויות מנטליות מובחנות, כמו תפישה של מחשבה ספציפית או רגש ברגע מסוים, לבין סינתזה של תפישות לכדי תחושה אינטגרטיבית של עצמי ואחרים כסוכנים ייחודיים בעולם. במובן זה, מטה-קוגניציה מתייחסת לאופן שבו אנשים מודעים למרכיבי החוויה (למשל, אינטואיציות, מתחים, משאלות, רגשות) ולאופן שבו אלה משתלבים יחד כנושא של רפלקציה ודיאלוג. היא גם מתייחסת לתהליך מתמשך ומתפתח שבא בתגובה למה שעולה בתוך זרם החיים. תחושת העצמי והאחר שלנו משתנה כאשר דברים סביבנו משתנים (למשל, כאשר אנו פוגשים אנשים חדשים, חווים אובדנים, או כשניתנות לנו הזדמנויות חדשות). מטה-קוגניציה דורשת יכולת מורכבת לעבור שוב ושוב מהפרספקטיבה של העצמי אל פרספקטיבות שונות אך ברות-תוקף של אחרים. באופן תיאורטי, המושג של מטה-קוגניציה עוסק במעין תחושת הבנה שהיא גדולה יותר מסך חלקיה. היא עוסקת באופן שבו אלמנטים של חוויה משתלבים זה בזה. ומאפשרת אינטגרציה של פרטים אלה אל תוך שלם, שעשוי להיות קוהרנטי במידות שונות.

חקר המטה-קוגניציה במקומות שונים בעולם חשף כי רבים מהמתמודדים עם פסיכוזה חווים ליקויים מטה-קוגניטיביים או צמצום של יכולותיהם ליצור ייצוגים מורכבים של עצמי ואחרים ולהשתמש בידע הזה בתגובתם לאתגרים פסיכולוגיים וחברתיים יומיומיים. הליקויים נמצאו הן בשלבים מוקדמים והן מאוחרים יותר של מצבי פסיכוזה ונקשרו לרמות גבוהות יותר של קשיים פסיכו-סוציאליים, וכן כגורם סיכון פוטנציאלי להתפתחות של כמה מהביטויים ההרסניים ביותר של המחלה, כמו סימפטומים שליליים.

בקונטקסט של ביסוס הסכמות בפסיכותרפיה עם אנשים עם פסיכוזה, ברור כי כאשר לקוחות יוצרים תחושה משל עצמם לגבי משמעות השירותים הפסיכיאטרים, המשגה של מצבם או תגובתם לסטיגמה, הדבר עשוי להיות שונה מהרעיונות של המטפלים שלהם. פער אפשרי זה מציע כי נתיב ראשון להסכמה הוא שהמטפלים והלקוחות יתחילו לחקור במשותף את ההיבטים של החוויה שיכולים להיתפש באופן דומה, שהם האלמנטים החווייתיים יותר, במקום לעסוק במטרה סופית. כדי להמחיש זאת,

התייחסו לסיטואציה שבה מטפל מאמין שלקוח סובל ממחלת נפש אבל הלקוח אינו מאמין כך. מפרספקטיבה מטה-קוגניטיבית, סוגיה פוטנציאלית עשויה להיות הרמה שבה יכול הלקוח לעשות אינטגרציה של מידע לתוך תחושת העצמי הרחבה יותר, כך שיתאפשר ייצוג קוהרנטי של עצמו כאדם שיש לו את המחלה הזו. אם זהו המקרה, הרי שדיאלוג לגבי הלקוח כאדם חולה לעומת כאדם שאינו חולה נועד לכישלון. בניגוד לכך, דיאלוג לגבי אלמנטים של החוויה שעשויים להיות רלוונטיים לצורך בטיפול, יכול לבחון בנפרד מגוון של נושאים, כמו הזיכרונות של הלקוח (למשל מאשפוז), חוויות מיידיות (למשל, הרגשה שהוא תמיד נמצא בסכנה או מבולבל), ידע לגבי פרספקטיבות על אחרים (למשל, שאמונות מסוימות הן מאוד בלתי סבירות) ותחושה לגבי האופן שבו רגשות ומחשבות קשורות זו לזו ברצף החיים (למשל, תחושת חוסר ביטחון הובילה לאובדן עבודה). בהתאם לכך, במקום להתווכח על התווית, ניתן לקיים דיון משותף ומתוכו להעלות מטרות פוטנציאליות לטיפול (לדוגמה: לפתח תחושת עצמי כבעל מסוגלות).

שיחה כזו יכולה לספק הזדמנויות ללקוח להתחיל ליצור רעיונות יותר מורכבים ואינטגרטיביים, אשר, ללא קשר לקבלת התווית של המחלה, יכולים להתקבל על ידי אחרים, לשמש להסכמות על מטרות עתידיות ולעזור לתכנן מסלול לחיים מספקים יותר. לפיכך, למרות דעות שונות בשאלה האם ללקוח יש מחלת נפש, הסכמה יכולה להיעשות על בסיס האלמנטים שאותם אחרים מפרשים כמחלה, ללא צורך בתווית. רעיון זה מהדהד עם המושג של תובנה נרטיבית (Narrative insight): תקשורת על נרטיב קוהרנטי, שאינו תואם למודל הרפואי של פסיכוזא, עשוי למעשה לערב יכולות מטה-קוגניטיביות יעילות. לכן, רק אם המטפל יאמץ השקפה פתוחה ויהיה סקרן באופן אותנטי בנוגע ליצירה-משותפת נרטיבית, אזי יוכל הלקוח לפתח את הנרטיב שלו שעשוי שלא לציית למודל הרפואי של פסיכוזא או לסיפור הסטיגמטי של מחלת נפש. ברור כי אותו תהליך עצמו רלוונטי גם להבדלים בתפישה לגבי מערכת בריאות הנפש או סטיגמה: תשומת לב לאלמנטים של חווית הלקוח יכולה לאפשר הסכמות גם כאשר מסקנות רחבות יותר נראות במחלוקת בלתי פתירה.

פתרון זה דורש מהמטפל להתייחס בדיון משותף לאלמנטים של חוויה, הוא דורש מודעות להבדל בין להיות יכול לתפוש אלמנטים של אירועים לבין היכולת לעשות סינתזה. בהתאם לכך, לקוח שאינו חושב שהוא חולה, אינו טועה או חושב לא נכון. נכון יותר לומר כי הוא אינו מחבר את המידע באותו אופן כמו המטפל. המסקנה היא כי מטפלים צריכים להיות מודעים להטיות התיאורטיות שלהם עצמם ולהיות פתוחים כל הזמן להבין את החוויות הייחודיות של אחרים. אין משמעות הדבר כי מטפלים צריכים להתנגד למומחיות שלהם, אלא כי עליהם להיות מודעים לחוסר הידע שלהם עצמם לגבי האופן שבו מומחיות זו עשויה להועיל או להזיק, ולהיות בעצמם פתוחים לפתח ולשנות את ראייתם לגבי טיפול נפשי, מחלת נפש וסטיגמה. לדוגמה, מטפל הפתוח להבנת החוויה של הלקוח במערכת בריאות הנפש עשוי לגלות כי אשפוז שאותו ראה בעבר כניסיון חיובי להגן על הלקוח, נחוה על ידי הלקוח כפגיעה תוקפנית בזהות שלו.

אמפתיה

לצד מטה-קוגניציה כמסגרת ליצירת משמעות משותפת והסכמות, אמפתיה גם היא פועלת כאלמנט מרכזי במודל. בהקשר הפסיכיאטרי, נמצא כי תפישת המטפל כאמפתי על ידי המטופל מנבאת ברית טיפולית חזקה. חוקרים הציעו להגדיר אמפתיה באופן רחב, הכולל הן היבטים קוגניטיביים והן היבטים רגשיים. ניתן לראות כי המושגים של מטה-קוגניציה ואמפתיה קשורים זה לזה, שכן שניהם מערבים מאמץ אקטיבי לחשוב ולחוות את העצמי, את האחר ואת הדיאלוג ביניהם. בעוד שאמפתיה מתמקדת יותר בחוויה המתמשכת, מטה-קוגניציה מתמקדת יותר בייצוגים המתפתחים של העצמי, האחר, והאינטראקציה החברתית. רעיון זה תואם לטענה כי היכולת ליצור ייצוג מנטלי ולחוש אמפתיה הם שני מסלולים נורו-קוגניטיביים שונים

וקשורים. הבחנה מרכזית ביניהם היא שאמפתיה מערבת השתתפות עם האחר במצבו הרגשי, בעוד שמטה-קוגניציה מערבת את הבנת המצב המנטלי של העצמי והאחר. שיתוף רגשי שמתרחש באמפתיה עשוי שלא להתרחש ללא מודעות.

המודל הנוכחי של פסיכותרפיה עם אנשים עם פסיכוזה מיישם את הרעיון כי מטה-קוגניציה ואמפתיה מקיימות ביניהן אינטראקציה, והוא מוביל לכמה תרחישים אפשריים: בתרחיש הראשון, אמפתיה יכולה לסלול את הדרך למודעות גדולה יותר וליצירת אינטגרציה וסינתזה של ייצוגים (כלומר, מטה-קוגניציה). כך, אמפתיה מאפשרת חוויה שמובילה לאישור (confirmation) ושיתוף במצבים ותהליכים רגשיים, ואלה יוצרים אפשרויות ליצירת ייצוגים פנימיים של העצמי והאחר. בתרחיש שני, כאשר אפתיה נוכחת במרחב הבין-סובייקטיבי, היא אינה בהכרח מובילה לרפלקציה-עצמית ויצירת ייצוגים אינטגרטיביים. הדבר עשוי להתרחש בשל ליקויים במטה-קוגניציה של הלקוח או חוסר מודעות מצד המטפל. בהתאם לכך, המטפל והלקוח עשויים לחלוק חוויה שבה הם חשים אבודים וחסרי אונים ועדיין לא פיתחו (שניהם או כל אחד מהם) הבנה כוללת של העצמי והאחר. מצב זה עשוי להוביל לכך ששניהם יחלקו חוויה משותפת מבלי שיהיו מודעים אליה ומבלי לשתף במשמעות של חוויה זו. תרחיש שלישי קשור לסיטואציה שבה תפקודים מטה-קוגניטיביים מסוימים יכולים להתקיים ללא נוכחות של אמפתיה, שכן ישנו גם קשר ישיר בין מטה-קוגניציה והתקשרות. מצב זה יוביל להבנה של האחר ברמה הקוגניטיבית ו/או המטה-קוגניטיבית, תוך הזנחת ההיבטים הרגשיים והשיתוף בחוויה. בתרחיש רביעי ובלתי רצוי יש חוסר הן באמפתיה והן במטה-קוגניציה בשל ליקויים כגון גישה סטיגמטית מצד המטפל וחוסר בתובנה מצד הלקוח. תרחיש זה יכול להתבטא בתחושת התקשרות חלשה, אשר תאגור כל נתיב לשיתוף בהסכמות ומשמעויות משותפות. המטפל צריך לשאוף לתרחיש הראשון, שבאמצעותו עמדה אמפתית תוביל, בעזרת יכולות מטה-קוגניטיביות, לייצוגים אינטגרטיביים של עצמי והאחר. המטפל האמפתי, המכוון כלפי הלקוח, הסקרן והמודע לאפשרות של סטיגמה או נטייה תיאורטית מוקדמת, מספק את אבני הבניין הראשונות לביסוס הסכמות ומשמעויות משותפות. בנתיב זה של אמפתיה, שבעקבותיו רפלקציה, הלקוח מוזמן לחקור יחד עם המטפל, לעסוק יחד בחקירה וגילוי. כאשר לשניהם יש מוטיבציה לחקירה זו, תוך וויתור על האשליה כי אחד מהם מחזיק באמת, רק אז יכול להתרחש שיתוף אמיתי. יישוב בין נרטיבים מנוגדים בין המטפל ללקוח, אפשרי באמצעות היבטים שונים של מטה-קוגניציה ואמפתיה.

סיכום, מסקנות ושיקולים נוספים

קונצנזוס על מטרות הוא חיוני לתהליך משותף ולתוצאה חיובית בפסיכותרפיה. הגישה שהוצגה במאמר זה רואה את הברית הטיפולית ככזו הנוצרת במרחב בין-סובייקטיבי המאפשר את הופעתו ובנייתו המתמשכת של נרטיב ייחודי משותף, מבלי להיצמד לעובדות אלא לקוהרנטיות של הסיפור והשלכותיו על ההחלמה. המאמר מציג את מסגרת העבודה של מודל מטה-קוגניטיבי בין-סובייקטיבי להבנת האתגרים המיוחדים הקיימים בעבודה עם אנשים עם פסיכוזה ופתרונותיהם האפשריים. אתגרים אלה מובנים במושגים של שלושה חסמים אפשריים: נרטיבים שונים של המטפל והלקוח לגבי תפקיד מערכת בריאות הנפש; רמות שונות של תובנת הלקוח ופרספקטיבות תיאורטיות של המטפל; ואמונות סטיגמטיות שבהן מחזיקים הלקוח והמטפל. הפתרונות לחסמים אפשריים אלה מובנים במושגים של מטה-קוגניציה, אמפתיה ובין-סובייקטיביות, המאפשרות משמעות משותפת והסכמה.

בנוסף, יש לקחת בחשבון שיקולים נוספים, בהם סוגיות של גיל, ומגדר, תרבות, וסביבה משפחתית והשפעתם על אתגרי הברית הטיפולית. יש חשיבות רבה לרגישות תרבותית בפסיכותרפיה בכלל ובתהליך של ביסוס הברית הטיפולית בפרט. לכן נדרשת מכוונות מיוחדת של המטפל להבניית משמעות מבוססת-תרבות ביחס למחלה, לסימפטומים ולאתגרים. סוגיות של סביבה משפחתית ותרבות הן בעלות חשיבות מרכזית בהיבטים של תובנה וסטיגמה. כמו כן, הורים של אנשים עם פסיכوزה והסביבה התרבותית-חברתית משפיעות על תפישת המחלה, לכן חשוב לשקול צורך בהתערבות משפחתית.

לסיכום, בעבודה עם אנשים עם פסיכوزה, מטפלים צריכים להיות מודעים לחסמים והאתגרים שעשויים להופיע בשל נרטיבים שונים המבוססים על גורמים כמו תובנה, סטיגמה, הטיה תיאורטית ומטה-קוגניציה. אלה מאיימים על יכולת להגיע להסכמה ומשמעות משותפת, ופתרוןם דורש את המודעות של המטפל ויכולתו ליצור מרחב לגילוי וחקירה באמצעות אמפתיה ורפלקציה. המודל המוצע מתמקד על שלושה אתגרים מרכזיים עימם נפגשים לעתים קרובות מטפלים העובדים עם אנשים עם פסיכוזה. אתגרים אלה עשויים להיות מושרשים במחשבות והרגשות של המטפל או של הלקוח והם מתבטאים במרחב הבין-סובייקטיבי הייחודי ביניהם. בנוסף לשיקולים של גיל, תרבות ומגדר, עשויים להתקיים גם אתגרים אחרים שקיימים בכל סוגי הפסיכותרפיה מעבר להקשר של פסיכוזה (כגון: העברה והעברה נגדית) ואתגרים נוספים שרווחים בפסיכוזה (כגון: מטרות מרובות).