**המרחב הפסיכודרמטי כמענה פוטנציאלי למצוקה אקוטית של מאושפזים: מחקר פעולה של open-ended group בבית-חולים פסיכיאטרי**

**מילות מפתח:** אשפוז פסיכיאטרי, טיפול קבוצתי, מחלות נפש, מחקר פעולה, פסיכודרמה

המחקר המוצג במאמר זה מבקש לשמש מסגרת להבנת הפוטנציאל של העבודה הקבוצתית הפסיכודרמטית כמענה לחוויית הבדידות והמצוקה של מאושפזים פסיכיאטריים. בשונה ממחקרים רבים העוסקים בטיפול בפגועי נפש, מחקר זה לא עוסק בהיבטים פנומנולוגיים של פסיכופתולוגיה או בהסברים אטיולוגיים המבוססים על תיאוריות פסיכואנליטיות, אלא בהתמודדות של המשתתפים במרחב הפסיכודרמטי עם חוויית המחלה והאשפוז הפסיכיאטרי. גישה זו מהווה חלק ממגמה רחבה של מטפלים בפסיכודרמה שמעדיפים שפה חלופית על-פני שפת האבחון והתיוג הפסיכיאטרי (Kellermann, 1998), וכן של אנשי מקצוע בתחום השיקום הפסיכיאטרי שמבקרים את הגישות הביולוגיות והפנומנולוגיות לסיווג ולטיפול בחולים במחלות נפש בטענה שהן מתמקדות בסימפטומים ובמחלה ומתעלמות מהחלקים הבריאים ומהחוויות של פגועי נפש (Roe & Lachman, 2005).

**ההתמודדות עם מחלת נפש ועם אשפוז פסיכיאטרי**

חוויית ההתמודדות עם מחלת הנפש מתוארת, בין היתר, על-ידי פטרישיה דיגן, ממובילות הrecovery movement. דיגן מתארת כיצד האבחנה של מחלת הנפש "צובעת", גם בתפיסתו ובחווייתו של החולה עצמו, את הכול בצבעי המחלה. היא מתארת את הבידוד החברתי, תחושת הכישלון, הניתוק והניכור, המשתלטת על החולה בעקבות האבחנה (Deegan, 2004). מחקרים נוספים מצביעים על כך שעצם המודעות למחלה או לאבחנה הרפואית מעוררת תסמינים של דיכאון (Roe & Lachman, 2005) ואף של PTSD בקרב אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית קשה[[1]](#footnote-1) (Frame & Morrison,). לכך נוספת ההשפעה של הסטיגמה והדחייה החברתית, ובפרט של הסטיגמה העצמית, על החוויה וההתמודדות של פגועי נפש (Corrigan & Rao, 2012). הסטיגמה העצמית מצמצמת את זהותו של המתמודד, מבנה את העמדות שהוא מאמץ ביחס להחלמה, מעוררת בו חוסר תקווה ודימוי עצמי נמוך, ומביאה אותו למעט בקשרים חברתיים (Orkibi, Bar & Elkayam, 2014).

בנוסף לכל אלו, חוויית הטיפול והאשפוז עצמו עשויה להיות חוויה קשה וטראומטית. המתמודדים עלולים להיחשף לטיפולים קשים, לאשפוז כפוי, לשימוש באמצעי הגבלה כגון קשירה או בידוד. הם מקבלים תרופות, לעתים בכפיה, שתופעות-הלוואי שלהן יוצרות תחושת זרות אל מול העצמי המוכר, והם עלולים להיות נתונים לאיומים ולהתעללות רגשית, פיזית או מינית מצד מאושפזים אחרים או אנשי צוות (Schur, 1971). בתוך סביבה קשה ומורכבת זו מתקיימים טיפולים קבוצתיים שונים, וביניהם טיפולים בפסיכודרמה, עם מאושפזים פסיכיאטריים.

**טיפול קבוצתי במחלקות לאשפוז פסיכיאטרי**

מחקרים רבים מראים כי לטיפול קבוצתי תועלת רבה בעבודה עם אנשים המתמודדים עם מצוקה משותפת, ובפרט עם מחלות נפש קשות (Kanas, 1996; Fagin, 2010). ההתמודדות עם מחלת נפש קשה מלווה פעמים רבות באבדן של הדיאלוג התוך והבין אישי, ובחוויה עצמית של חד-ממדיות ועקרות. האינדיבידואל החולה חש ריק וחלול, הוא חש עצמו כצופה מן הצד בחייו. במצבים אלו יש ערך רב בטיפול שמזמן למטופל סיטואציות מתמשכות ומגוונות של דיאלוג משמעותי, שמציב מולו פרטנרים שישמשו עבורו ראי, ושמאפשר נראות והשמעת קול לנרטיב הפנימי של המטופל (Lysaker & Lysaker, 2004).

בהקשר של טיפול קבוצתי המתקיים עם מאושפזים פסיכיאטריים, הספרות המחקרית עוסקת בתנאים ובמגבלות המכתיבים את אופי הקבוצות הטיפוליות. בין היתר, התנאים הפיזיים במחלקות האשפוז, המצוקה האקוטית של המטופלים, תופעות של אלימות ופגיעה עצמית (Holloway, 2010), וכן ההיבט של תחלופה מהירה של מטופלים. תחלופה זו מכתיבה עבודה קבוצתית במתכונת של "open ended group"; קבוצה המאופיינת בכניסות ויציאות תדירות של משתתפים במהלך התהליך הקבוצתי (Schopler & Galinski, 1984/2006), מתכונת שEbenstein ואחרים מזהים עם הקטגוריה של "single-session group" (Ebenstein, 1998; Manor, 2010).

יאלום, בספריו, מתאר בפירוט את ההקשר שבמסגרתו מתקיימות קבוצות טיפוליות במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי. במסגרת זו מתוארים מאבקי הכוח הפרופסיונאליים המתקיימים בין אנשי המקצועות הרפואיים והפרא-רפואיים, מתוארת שוב תחלופת המטופלים המהירה הנובעת מההתקצרות של משך האשפוז, וכן מתוארות תופעות כמו ההטרוגניות הפסיכופתולוגית המתקיימת ביחידות האשפוז, וגבולות הקבוצה המטושטשים כתוצאה מריבוי הקבוצות, השהות המשותפת מחוץ למסגרת הקבוצה, ונורמת השיתוף במידע בין אנשי הצוות במחלקה (Yalom, 1983, 1995).

אל מול המציאות הזו, יאלום מציג מספר היבטים שבהם טיפול קבוצתי עשוי להיות בעל ערך עבור מאושפזים פסיכיאטריים. בנוסף ל11 "therapeutic factors" שיאלום מנסח בהקשר לטיפול קבוצתי בכלל (ביניהם הפחת תקווה, אוניברסליות, אלטרואיזם ועוד), הוא מציב כמה יעדים לטיפול קבוצתי בתוך מסגרות אשפוזיות: עידוד מעורבות של המטופל בתהליך הטיפולי כך שירצה להמשיך בו גם לאחר שחרורו מבית-החולים; המחשה שדיבור על בעיות ושיתוף עשוי לעזור; איתור בעיות באמצעות הקבוצה כדי שניתן יהיה לעבוד עליהן בהמשך באמצעות טיפול פרטני; הפחתת בדידות והסרת המחיצות בין מי ששוהים יחד באותה מסגרת אשפוזית; מתן אפשרות למאושפזים לעזור ולתמוך בחבריהם לקבוצה - חוויה המחזקת את תחושת המסוגלות והערך העצמי של המאושפזים; ולבסוף - הקלת חרדה שקשורה לסביבת בית החולים ומתן אפשרות למרחב בטוח ומוגן בתוך המחלקה האשפוזית (Yalom, 1983, 1995).

**פסיכודרמה כמענה לפגועי נפש**

רבות נכתב על הפוטנציאל התרפויטי הרב הגלום בשיטה הפסיכודרמטית ובעבודתה על איתור מקורות הספונטאניות והיצירתיות (Roine, 1997; Schacht, 2007). פארמר (Farmer, 1995) מתאר את האופן בו הפעולה הפסיכודרמטית מסייעת להנגיש רגשות ומחשבות במקומות שבהם הדיאלוג המילולי המאפיין את הפסיכותרפיה האנליטית אינו מספיק. מחקרים רבים מתארים כיצד עשויה הפסיכודרמה, על תכונותיה הייחודיות, לשמש אמצעי לעבודה תרפויטית עם אוכלוסיות קשות שהפסיכותרפיה המסורתית מתקשה לתת להן מענה, ובהן מתבגרים בסיכון, אלכוהוליסטים, וכן נערות ונשים המתמודדות עם אנורקסיה (Karatas, 2011; Karp, 1994). אחרים מתארים כיצד עשויה השיטה הפסיכודרמטית לסייע בהתמודדות עם קשת רחבה של פסיכופתולוגיות, ובהן דיכאון, הפרעות חרדה, obsessive-compulsive disorder, פוביות, post-traumatic stress disorder הפרעות אישיות ועוד, וכן עם תופעות נלוות כמו הסטיגמה העצמית של מתמודדים עם מחלות נפש (Orkibi et al., 2014; Vieira & Risques, 2007).

על אפשרות העבודה הפסיכודרמטית עם אנשים המתמודדים עם מחלות נפש קשות ניתן ללמוד מההשוואה שעושה מייסד הפסיכודרמה, יעקב ל. מורנו בין גישתו בנושא זה לגישתו של פרויד. בעוד פרויד הצהיר בעקביות שטיפול פסיכואנליטי ישים רק עבור מטופלים המסוגלים לייצר העברה למטפל, ומשום כך שלל אפשרות לטיפול פסיכואנליטי במטופלים פסיכוטיים ובכאלה הסובלים מהפרעה קשה בעלת אופי נרקיסיסטי, מורנו טען שהפרעות מסוג זה לא מונעות אפשרות לעבודה טיפולית בפסיכודרמה (Fox, 2008).

עיקרי תפיסתו של מורנו בנוגע לעבודה עם חולים הסובלים ממחלות נפש קשות מפורטים במאמר העוסק בטיפול בפסיכוזות באמצעות פסיכודרמה (Fox, 2008 אצלMoreno, 1939 ). מוקד התהליך הטיפולי בפסיכודרמה, זה שמאפשר לה להיות בעלת ערך גם בעבודה עם חולים במחלות נפש קשות ואנשים במצב פסיכוטי, לא מתרחש לטענת מורנו בהעברה של המטופל למטפל, אלא במפגש המתקיים בין אנשים ובין תפקידים. באמצעות ה"טלה", הרגש המתקיים במפגש הבין-אישי ובאינטראקציה בין תפקידים שונים, שואפת הפסיכודרמה לקיים תהליכי ריפוי גם בהפרעות נפש שהפסיכואנליזה הפרוידיאנית אינה מתמודדת איתן.

הפסיכודרמה, בעזרת המציאות המדומיינת שעל הבמה, מאפשרת למטופל הפסיכוטי לתת ביטוי גם להזיות ולמחשבות השווא שלו באופן שנותן לגיטימציה לחוויה שלו ומנכיח אותה. הביטוי הניתנים באמצעות הפסיכודרמה לחוויה של האדם הפסיכוטי לא פועל לחיזוק מחשבות השווא שלו או לערעור בוחן המציאות, כפי שניתן היה לחשוש, אלא מסייע למטופל הפסיכוטי לרסן בכוחות עצמו את הפסיכוזה. זאת דווקא בזכות יכולתה של הפסיכודרמה להתאים את עצמה למטופל ולאפשר לו לתת ביטוי לעולם אותו הוא חווה (שם).

על האופן בו מכוונת הפסיכודרמה לעבודה גם עם פגועי נפש ובמאושפזים במצב אקוטי ניתן ללמוד מהטכניקות אותן מתאר מורנו במאמרו; טכניקות המיועדות לעבודה פסיכודרמטית עם מטופלים שמצבם הנפשי לא מאפשר להם להשתתף באופן רגיל בתהליך הפסיכודרמטי. בין היתר מתואר ה*substituting role technique* המאפשר למטופל לגלם באופן פסיכודרמטי תפקיד סימבולי ורחוק מעצמו כאשר הוא מתקשה לגלם את תפקיד עצמו או הקרובים לו, וכן הmirror technique המאפשר גם למטופל המתקשה לשחק תפקיד כלשהו על הבמה הפסיכודרמטית, "לראות את עצמו" על הבמה באמצעות חבר מסייע הממלא את תפקידו. גם עם המטופלים המעטים שלא מסוגלים כלל להשתתף בפסיכודרמה בתיאטרון הטיפולי, מציע מורנו טכניקה שתאפשר לעבוד אתם ולסייע להם: the auxiliary world technique שבה סביבתו היומיומית של המטופל הופכת לבמה הפסיכודרמטית שלו, וכל האנשים המהווים חלק מאותה סביבה יומיומית מתגייסים לתהליך הטיפולי באמצעות תפקידי "אגו מסייע".

הauxiliary world technique מיועדת בעיקר למאושפזים פסיכיאטריים במצבים קיצוניים ונדירים. בפועל, עבודה טיפולית פסיכודרמטית מתקיימת כשגרה ברבות ממחלקות האשפוז הפסיכיאטרי. המחקר הנוכחי מציג ממצאים מתהליך קבוצתי פסיכודרמטי שהתקיים במחלקה אשפוזית אקוטית בבית-חולים פסיכיאטרי בישראל, ובוחן כיצד עשוי המרחב הפסיכודרמטי לספק מענה, ולו חלקי, לחוויית הבדידות והמצוקה של מאושפזים פסיכיאטריים במצבים אקוטיים.

**Methods**

**Action Research**

AR הוא גישה מחקרית המשלבת חקירה שיטתית עם פעולה בשדה החברתי או הקהילתי. במקורו, המושג AR זוהה עם עבודותיהם של Kurt Lewin (1946) ושל John Collier (ראה Deshler & Ewart, 1995) בשדה של יחסים בין-קבוצתיים, ונקשר לפעולה המכוונת לשינוי חברתי, לשחרור קבוצות מדוכאות וליצירת חברה שוויונית. כיום מקובלת הגדרה רחבה יותר המזהה AR עם סוגים שונים של מחקרים המבוצעים על-ידי practitioners. גישה מחקרית זו שנפוצה בעבר בעיקר במחקר בחינוך ובהוראה, מקובלת היום בשדות שונים ובהם עבודה סוציאלית, התנהגות ארגונית,healthcare , בריאות הנפש ועוד (Koshy, Koshy & Waterman, 2011; Meyer, 2000; Hutchinson & Novell, 2013).

AR היא גישה הרואה את החוקר ככלי-המחקר העיקרי. המחקר מאופיין בהיותו תיאורי, הוא שואב את נתוניו מהמערך הטבעי בשדה, הדגש בו הוא על התהליך, והוא מייחס חשיבות למשמעות הדברים בעיני הנחקרים (Greenwood & Levin, 2007; Stringer, 1999).

המחקר הנוכחי התבצע כמחקר פעולה שעקב במשך שנה אחר קבוצת פסיכודרמה אותה הנחה כותב המאמר, ושפעלה במחלקה אשפוזית אקוטית בבית-חולים פסיכיאטרי בישראל.

**השדה והמשתתפים**

שדה המחקר הוא מחלקה אקוטית בבית-חולים פסיכיאטרי בישראל. במחלקה מתאשפזים מבוגרים, מעל גיל 20, הסובלים ממשבר אקוטי שהביא אותם להתאשפז מרצון לתקופה שנעה לרוב בין חודש לשלושה חודשים. הרקע לאשפוז מגוון, וכולל, בין היתר, התמודדויות עם דיכאון, עם מחלות כמו סכיזופרניה ומאניה-דפרסיה, עם חרדות ומצבי דחק שונים, וכן עם מצבים פסיכוטיים.

קבוצת הפסיכודרמה במחלקה התקיימה במתכונת של open-ended group המאופיינת בתחלופה גבוהה של המשתתפים (Miller & Mason, 2012; Schopler & Galinski, 1984/2006). המחקר עקב אחר הקבוצה במשך קרוב לשנה. בתקופה זו התקיימו 40 מפגשים טיפוליים בהם השתתפו 85 משתתפים שונים. את הקבוצה הנחה כותב המאמר.

**Materials**

המחקר מבוסס על תצפית משתתפת. חומרי המחקר כוללים תמלילי וורבאטים מפורטים של כל המפגשים הטיפוליים שהתקיימו בתקופת המחקר (הורבאטים נכתבו על-ידי מנחה הקבוצה מיד בסיום כל מפגש טיפולי), וכן מסמכים נוספים כדוגמת ציורים, שירים ומכתבים שנכתבו על-ידי המשתתפים במסגרת המפגשים הטיפוליים. השימוש בחומרים נעשה באישור המשתתפים והגורמים האחראים בבית-החולים, ותוך הקפדה על שינוי של שמות ושל כל הפרטים המזהים.

**Findings**

ממצאי המחקר מוצגים באמצעות שלוש קטגוריות תמאטיות מרכזיות: (א) ביטויי המצוקה של המשתתפים בקבוצה, (ב) תרומתו של הכפיל הפסיכודרמטי לתהליך הטיפולי, ו(ג) התפקיד של הsharing הקבוצתי. בעוד הקטגוריה הראשונה מדגימה את המצוקה האקוטית של המאושפזים הפסיכיאטריים, כפי שהתבטאה במרחב הטיפולי, שתי הקטגוריות הנוספות מתמקדות בתרומתם של אמצעים פסיכודרמטיים בהתמודדות עם אותה מצוקה אקוטית.

**ביטויי המצוקה של המשתתפים בקבוצה**

לצד התחלופה של משתתפים לאורך השנה, הנוכחות הקבועה והמתמשכת בקבוצה הייתה של ביטויי המצוקה של המאושפזים: הדיכאון, הייאוש והעייפות, חוסר האונים, האשמה, הפחד והבדידות.

כמעט בכל שבוע, במיוחד בשלב "הדופק הקבוצתי" שבתחילת כל מפגש, דובר וסופר על הדיכאון. על השקיעה בייאוש, באפאתיות ובחוסר-תפקוד שהביאה לאשפוז, על החרדות שמצטרפות לדיכאון בלילות, כדורי השינה שכבר אי אפשר לישון בלעדיהם, הבקרים שבהם הדיכאון משתלט על הגוף ועל הנפש. על הקושי לקום מהמיטה, להזיז את הרגליים ולהתחיל את היום. אימהות צעירות דיברו על חוסר היכולת שלהן לטפל בילדיהן ולשמוח בהם בגלל הדיכאון. משתתפים שמצבם החל להשתפר דיברו על הפחד לשקוע שוב בדיכאון.

ניכר היה שלפעולה בקבוצה יש משמעות רבה. לעתים זו הייתה פעולה של שיחה ושל שיתוף, ולעתים נוסף לה מהלך פסיכודרמטי כמו וינייט, חילוף תפקידים או כפיל:

 דניאל[[2]](#footnote-2) שהתאשפז לפני יומיים מספר על הדיכאון שלו. הוא גרוש וגר לבד, ומוטרד מהעתיד. הוא נכנס לדיכאון והפסיק לעבוד לפני כמה שבועות. זה כבר קרה לו כמה פעמים בעבר. בלילה האחרון הוא לא ישן בכלל, למרות שלקח כדור-שינה.

אלנה מדברת גם היא על הדיכאון. היא השתחררה מהמחלקה לפני כחודש, נכנסה שוב לדיכאון והתאשפזה מחדש. היא מדברת על כך שהבקרים הכי קשים. היא בוכה כל הבוקר ובמשך היום זה משתפר.

אנחנו מדברים קצת על הדיכאון. על כך שדניאל ואחרים כבר היו במקום הזה בעבר ויצאו ממנו. דניאל אומר: "זה לא אומר לגבי העתיד".

אני עושה לדניאל כפיל: "כשאני בדיכאון אני לא יכול לראות איך זה הולך להשתפר. אני לא רואה את האור בקצה המנהרה. בראש אני יודע שזה תמיד היה זמני ושיצאתי מזה, אבל כשאני בתוך הדיכאון קשה לי להרגיש שעוד יהיה טוב".

בסיטואציה זו התרחש שיתוף מצד דניאל שסיפר על ההתמודדות שלו עם הדיכאון. בעקבותיו התרחש שיתוף דומה מצד אלנה. נוצר בקבוצה ממד של *אוניברסאליות* (Yalom, 1995) או *תגובת ראי* (Foulkes אצל Fehr, 2003) שבה היחיד יכול לראות את עצמו באחד מחברי הקבוצה האחרים. בשיחה הקבוצתית הקצרה ובכפיל הפסיכודרמטי שנעשה לדניאל, היה ניסיון לאפשר הרחבה של המרחב המנטאלי ושל הראייה המצומצמת ונעדרת התקווה (tunnel vision) המאפיינת את מי שמצוי בדיכאון. בכפיל עצמו נעשה ניסיון לאזן בין עמדה מזדהה ועמדה מעמתת: בין הניסיון לגרום לדניאל לחוש שהוא נראה ושהוא מובן בתחושותיו ובחוסר התקווה שלו, לבין הניסיון להציע לו זווית ראייה שונה ולהדהד לו זיכרון של תקופות טובות יותר, של יציאה מהמשבר.

אל ביטויי הדיכאון בקבוצה, נוספו פעמים רבות ביטויי ייאוש, עייפות וחוסר-תקווה. זאת כחלק מהמחלה, כתוצאה מההתמודדויות מחוץ למסגרת האשפוז, או על רקע מצוקת האשפוז עצמו. ביטוי מוחשי לכך היה במפגש שבו התבקשו המשתתפים לכתוב מכתב המופנה למישהו משמעותי עבורם. אחד המשתתפים, אדם, בחר לכתוב מכתב לעצמו:

"מכתב לאדם: לאדם כבר אין כוחות, איבדתי כבר תקווה, ההרגשות הרעות לא הולכות ממני, וכל יום במחלקה הזאת זה גיהינום בשבילי. אני מרגיש שאני הולך להשתגע, בא לי ללכת הביתה. כל יום אמא נלחמת איתי שאשאר כאן. במחלקה הכול נראה לי קודר ועצוב, אני מקווה ומחזיק אצבעות שתהיה לי סבלנות עד השחרור".

עצם הביטוי של המצוקה, האפשרות לשתף בה את הקבוצה כשגם אחרים משתפים במצוקתם, היא כשלעצמה בעלת ערך. בעקבות המכתב של אדם נעשה ניסיון לאפשר לו לחוות נקודת-מבט אחרת באמצעות חילוף תפקידים, ולבסוף פשוט להדהד עבור אדם ככפיל את דבריו ותחושותיו:

אני מציב מול אדם כיסא, מבקש ממנו להתיישב עליו ושואל אותו מה הוא עונה לעצמו. הוא אומר "אתה צריך להיות סבלני". כשהוא חוזר לכיסא שלו אני שואל אם הוא השתכנע, ואדם אומר שלא. אני עושה לו כפיל: "קשה לי, אין לי סבלנות".

היו מקרים שבהם, לצד הדיכאון, הייאוש והעייפות, נכחו בקבוצה גם האובדנות והרצון למות. לרוב הם לא היו מידיים וקונקרטיים וכמעט תמיד ניתן היה לראות לצדם גם רצון לחיות, אבל הם נכחו במרחב הקבוצתי:

אנה: "אני כאן כבר חודשיים וזה לא משתפר. אני כל יום רוצה למות. אבל הבטחתי שכל זמן שאני כאן אני לא אעשה שום דבר".

מאוחר יותר אנה בוחרת חישוק המונח במרכז המעגל ו"מסלקת" אותו מהמעגל.

אנה: "זו האובדנות. אני רוצה להיפטר ממנה. אני לא רוצה **לרצות** למות".

אני ככפיל לאנה: "אני רוצה לחיות?"

אנה מהססת.

אני מנסה כפיל נוסף: "אני רוצה **לרצות** לחיות?"

אנה: "כן. אני רוצה לרצות לחיות"

רגשות קשים נוספים שהרבו לעלות בקבוצה הם תחושת של אשמה, בדידות ופגימות סביב "המחלה". "מחלה" במירכאות, לא משום שאינה אמיתית, אלא משום שפעמים רבות עולמו של המטופל נצבע כולו בגוונים שלה, והיא לוותה בתיוג עצמי, בחוויית בדידות ובתחושות קשות של אשמה. במקרים רבים שבהם הוזמנו המשתתפים לפנות לדמות משמעותית מחייהם באמצעות כתיבת מכתב, דיבור מול כיסא ריק או חילוף תפקידים, הם ביטאו תחושות אשמה. אשמה כלפי חברים קרובים, בני-זוג, ובעיקר אשמה כלפי הורים, ושל הורים כלפי ילדיהם.

לעתים, חילוף התפקידים הפסיכודרמטי סייע למשתתפים לסלוח לעצמם, לפחות באופן זמני:

רפאל החל לקרוא מכתב המופנה לבנו, ובו הוא מבקש מהבן סליחה על המחלה שלו, ועל כל מה שהבן עבר בשל כך במשך כל השנים. הוא אומר שהוא פגע בבן. שהוא מתגעגע אליו. תוך כדי קריאה רפאל פורץ בבכי.

אני מבקש מרפאל לעשות חילוף, ורפאל משיב לעצמו בשם הבן: "אני מבין את המצב שלך, אני מתגעגע ואוהב אותך, אבא".

**תרומתו של הכפיל הפסיכודרמטי** **לתהליך הטיפולי**

לצד הביטויים הרבים של מצוקת המאושפזים היה ניתן גם להיווכח בכוחו של המרחב הפסיכודרמטי לאפשר חוויה של נראות, להפיח תקווה ולשמש מיכל לביטוי עצמי, למפגש אנושי ולשיתוף. אחד הכלים הטיפוליים המשמעותיים בהקשר זה היה *הכפיל*. הכפיל בפסיכודרמה נועד להיות אני נוסף, העשוי לעזור לפרוטגוניסט להביע את שקשה לו להביע, לסייע לו לבטא מחשבות ורגשות שלא נמצאו להם מלים, להגיש עבורו קונפליקטים מודחקים ולספק לו ביטחון ותמיכה. הכפיל מהדהד את מחשבותיו ורגשותיו של הפרוטגוניסט, מאפשר לו לחוש שרואים ומבינים אותו, ומבטא כלפיו אמפתיה, קרבה והבנה לנקודת-מבטו ולרגשותיו.

בקבוצת המאושפזים, כמעט תמיד היה זה מנחה הקבוצה ששימש כפיל למשתתפים. הם עצמם מיעטו לשמש כפילים זה לזה. ייתכן שהמסגרת של open-ended group המאופיינת בתחלופה גבוהה של משתתפים, מנעה מהם לחוות את הכלי הזה לאורך זמן ולצבור בו מספיק ביטחון כדי להעז ולשמש כפיל לחבריהם לקבוצה. היו, לעומת זאת, מספר פעמים בהן אחד המשתתפים ביקש שיעשו לו כפיל:

דויד הסביר לאחרים מה זה כפיל, והצעתי לו שידגים. הוא העדיף שלא, והציע שאני אעשה לו כפיל. עשיתי לו כפיל: "אני יודע מצוין מה זה כפיל, אבל אני מעדיף שיעשו לי. אני קצת מתבייש לעשות כפיל למישהו אחר, וחושש לקחת אחריות. מה אם הוא לא יסכים או לא יאהב את הכפיל שעשיתי לו? מה אם אני אביך אותו? אני לא רוצה להביך אף אחד ולא רוצה לבלוט יותר מדי". דויד מחייך ומודה לי.

במקרה זה, מעבר להדגמה של טכניקת הכפיל עבור יתר החברים בקבוצה, הכפיל ניסה להציע לדויד פרשנות להתנהגותו, להאיר ולהבהיר את המחשבות והחששות שלו, ולסייע לדויד להיות מובן יותר על-ידי חבריו ועל-ידי עצמו. בעצם מעשה הכפיל, הועבר לדויד מסר של אמפתיה. מסר שמנחה הקבוצה, קשוב לו ומבין אותו.

הכפילים שנעשו במהלך השנה שימשו למטרות שונות ומגוונות. לעתים, המטרה הייתה לחזק את תחושת הנראות אצל מי שחש שקוף ובלתי נראה:

חזרנו אל קלרה ופתאום היא דיברה על זה שהיא הולכת אחרי אנשים במחלקה ואז הם אומרים לה להפסיק ללכת אחריהם. עשיתי לה כפיל: ״אני הולכת פה לאיבוד ואנשים לא רואים אותי״.

היו מקרים שבהם הכפיל נועד ליצור בהירות בתוך מצב כאוטי שהיה בקבוצה; להתיר סיטואציה מאיימת ומתוחה, ולהפחית חרדה אצל חלק מהמשתתפים. כך היה באחד המפגשים, כאשר אדי, משתתף שנראה היה במצב פסיכוטי, החל לבטא רגשות כלפי משתתפת אחרת באופן שנחווה כמוזר, בלתי מותאם, לא נשלט, ואף מאיים:

אדי מתיישב על הכיסא הריק ומתחיל לדבר אל נעמי (משתתפת חדשה בקבוצה). הוא מדבר בצורה לא קוהרנטית, אומר כמה הוא אוהב אותה, שמח על הקשר איתה, ומוסיף ש"יש לי סבלנות". יש אי-נוחות בקבוצה, ואיגור מציע שנעבור למישהו אחר.

אני עושה כפיל לאדי "נעמי, אני מאד שמח על ההיכרות איתך, זה עושה לי טוב שאנחנו מכירים, וכנראה שיש לי גם רגש כלפייך".

אני שואל את נעמי אם הייתה רוצה לענות או להגיד משהו, וכשהיא לא חשה צורך, אני עובר למשתתפים נוספים.

במקרה זה, דבריו של אדי נחוו כביזאריים, בלתי נשלטים, ומאיימים. הכפיל שנעשה לאדי היה אקט של הומניזציה כלפייו: ביטוי של רגשותיו בשפה אנושית ומובנת. בתוך כך, הכפיל סייע להחזיר למשתתפים את תחושת הסדר והשליטה, להקל על נעמי שאליה הופנו הדברים, וכן לאפשר לאדי להירגע, ולעבור הלאה מבלי להתעלם ממנו או לפגוע בו.

לעתים, הכפיל נועד לעזור למשתתפים לבטא קרבה זה לזה, לקשר ולהפגיש ביניהם. לתת ביטוי לרגשות של אמפתיה בין חברי הקבוצה, כאשר היה נראה שאמפתיה כזו אכן קיימת ומחפשת ביטוי. כך היה באחד המפגשים הקשים, מיד לאחר שאחת המשתתפות, לורה, סיפרה על אונס שעברה:

מיכאל מדבר על כך שבדרך כלל הוא נגד עונש מוות, אבל הוא חושב שצריך להיות עונש מוות לאנשים שדוקרים ואונסים.

אני עושה למיכאל כפיל ואומר בשמו: "אני אומר את זה גם כי זו הדעה שלי, אבל גם כי אני מנסה להגיד לך דרך זה, לורה, שמה שסיפרת מאד נגע בי. אני מזדהה עם הכאב שלך, ואני מאד איתך".

מיכאל מגיב ואומר: "בדיוק כך!".

כשמיכאל הגיב לסיפורה הקשה של לורה הוא עשה זאת באמצעות הבעת-דעה לגבי העונש הראוי לאנסים. הכפיל איפשר למיכאל להיות מובן בדרך ביטוי אחרת, רגשית ואישית, המבטאת אמפתיה ללורה בכאבה. תגובתו של מיכאל לכפיל, "בדיוק כך!", עשויה ללמד שהאמפתיה והחמלה ללורה אכן היו בו, ורק חיפשו לעצמם ביטוי.

**התפקיד של ה"sharing" הקבוצתי**

בנוסף לשימוש בכפיל ובטכניקות פסיכודרמטיות נוספות, ה"sharing" הקבוצתי שימש מרחב לשיתוף, לחוויה של אוניברסאליות ולתמיכה הדדית. שלב הsharing בפסיכודרמה הוא השלב שבו חברי הקבוצה משתפים בחוויות מחייהם המתקשרות בעבודתו של הפרוטגוניסט. בפועל, בקבוצת המאושפזים לא תמיד הפעולה הפסיכודרמטית התמקדה בפרוטגוניסט אחד, ולא תמיד הייתה הפרדה ברורה בין בדיקת ה"דופק" הקבוצתי בתחילת מפגש או הפעולה המרכזית לבין שלב הsharing. בקבוצת המאושפזים הsharing שימש מרחב שבו יכלו המשתתפים לשתף את הקבוצה בתחושותיהם, במצוקותיהם ובמה שעובר עליהם. מרחב זה זימן פעמים רבות חוויה של אוניברסאליות; גילוי של היחיד שהוא אינו לבד בחוויות ובמצוקה שלו:

חברי הקבוצה משתפים בשלומם הבוקר. יהודה מדבר על כך שהוא מבולבל לגבי המקום שלו בעולם. כשהוא לא שומר את מצוות היהדות הוא מרגיש ריקנות, וכשהוא מתחיל לשמור מצוות הוא יוצא מאיזון ומגיע למצבים מאניים. אברהם אומר לו שכשאתה מתקרב לדת אלוהים נותן לך "פוש" בהתחלה ואחר-כך אתה נשאר עם זה לבד. אני שואל את אברהם אם הוא מכיר את זה מעצמו, הוא אומר שכן ומוסיף: "אנחנו נשמות דבוקות זו לזו, נשמות מדברות".

כשעלתה מצוקה קשה בsharing הקבוצתי, ניתן היה לראות פעמים רבות כיצד המשתתפים מנסים לתמוך זה בזה, לחזק, להגיד מילה טובה, לעודד, ולהציע לחבר שבמצוקה פתרונות, נקודת-מבט או דרך פעולה אחרת:

אנה מדברת על האובדנות: "אני כאן כבר חודשיים וזה לא משתפר. אני כל יום רוצה למות. אבל הבטחתי שכל זמן שאני כאן אני לא אעשה שום דבר... אנשים אומרים לי כל הזמן שאני נראית יותר טוב, אבל אני לא מרגישה יותר טוב".

שרון אומרת שהיא רואה שאנה סובלת ומדוכאת ושהיא מאחלת לה שתרגיש טוב, שקשה לה לראות אותה ככה. היא אומרת שאנה מקסימה ושמגיע לה להרגיש טוב.

יצחק מדבר גם הוא על ייאוש, על דיכאון מכך שהוא הרס לעצמו ואיבד את הכול, על עייפות מאד גדולה; על כך שהוא רק רוצה להתחבא כאן מהמציאות ולישון.

דויד מדבר על אמונה ומנסה לעודד את יצחק.

ניתן לראות כאן כיצד הפך הsharing הקבוצתי למרחב של תמיכה הדדית: שרון מנסה לתמוך באנה ודויד מעודד את יצחק. בהמשך אנה ויצחק זוכים למחוות נוספות של עידוד ותמיכה מהקבוצה. לא תמיד ברור האם המצוקה היא מצוקתם האישית של אנה או יצחק, ועד כמה הקולות המחזקים הם הקולות הפרטיים של תמי או של שרון. לעתים נראה שהקולות כולם הם קולות של הקבוצה. שבכל משתתף ישנה מצוקה ונזקקות, ולעתים ייאוש, לצד כוחות, אופטימיות ורצון לעזור. הsharing בקבוצה שימש מרחב חשוב לביטוי ולדיאלוג בין הקולות האלו.

לעתים, כשהמרחב הקבוצתי התמלא במצוקות ובתחושות קשות, הsharing קיבל גוון טקסי שאפשר חוויה משותפת של התמודדות עם המצוקות. כך היה בהמשך אותו sharing קבוצתי המתואר לעיל, שבו אנה ויצחק שיתפו בסבל שלהם. המשך השיתוף קיבל אופי שונה מן הרגיל:

אנחנו מניחים במעגל חישוקים שיש בחדר, וכל חישוק מייצג רגש שהועלה במהלך המפגש: עצב, בלבול, אופטימיות, דיכאון, שותפות, שמחה, בושה, עייפות... כל משתתף בוחר חישוק (לאו דווקא את החישוק שהוא הניח במרכז המעגל) ומספר לקבוצה מה הוא היה רוצה לעשות איתו.

בוריס בוחר בחישוק של הייאוש כדי להגיד לאנה שלא תאבד תקווה. יצחק בוחר באופטימיות (של דויד). יהודה בוחר באמונה ובאופטימיות. הוא מפנה את דבריו לאנה וליצחק, ומדבר על אלוהים שגם אם קשה להבין אותו הוא מכוון את הדברים לטובתנו. לסיום אני לוקח את החישוק של השותפות, ואומר שהרגשתי הרבה מהשותפות הזו בקבוצה בשעה האחרונה

במקרה הזה, החישוקים איפשרו למשתתפים לתת ולקחת זה מזה משהו מהכוחות וגם מהמצוקות שלהם. בכך בא לידי ביטוי מוחשי רעיון השותפות או ה"התחלקות" שבבסיס מושג הsharing. את רעיון ההתחלקות היטיבה לבטא לורה בסיומו של מפגש קשה שבמהלכו היא שיתפה את הקבוצה בסיפור על אונס שעברה:

שרינג: אני מבקש מהמשתתפים לציין דבר אחד שהם ייקחו איתם כשייצאו מהחדר. מרבית המשתתפים מאחלים ללורה שתרגיש טוב ושתהיה בריאה וחזקה.

לורה עצמה אומרת: "אני לוקחת קצת מהכאב של כל אחד בקבוצה".

אני שואל, ככפיל ללורה: "אני לוקחת גם מהאהבה של הקבוצה?"

לורה: "אני אשתדל".

אני ככפיל: "אני יכולה לראות את האהבה של הקבוצה?"

לורה: "כן".

האמירה של לורה שהיא לוקחת "קצת מהכאב של כל אחד בקבוצה", בתוספת דבריו של הכפיל המזמין את לורה לקחת "גם מהאהבה של הקבוצה", מהווה ביטוי תמציתי לרעיון ההתחלקות שבבסיס מושג הsharing. התחלקות במשא הכבד וגם בכוחות ובמשאבים של משתתפי הקבוצה. התחלקות זו היא מהותו של המיכל שנוצר בקבוצת הפסיכודרמה. מיכל של שיתוף, הדדיות ומפגש אנושי, שמשמש מענה, ולו חלקי, למצוקה של המאושפזים הפסיכיאטריים.

**Discussion**

ממצאי מחקר זה מציגים תמונה שיש בה ביטויי מצוקה של מאושפזים במחלקה אקוטית בבית-חולים פסיכיאטרי בישראל, וגם גילויים של שיתוף, תמיכה הדדית ומפגש אנושי במרחב הפסיכודרמטי המאפשר התמודדות עם מצוקה זו.

בין ביטויי המצוקה המוצגים במאמר מתוארים ביטויים של דיכאון, ייאוש, חוסר אונים ועייפות, אובדן הרצון לחיות, ותיוג עצמי של המאושפזים. תיאורים אלו תואמים את ממצאיהם של חוקרים שונים בנוגע לתסמיני הדיכאון המתעוררים בעקבות האבחנה הרפואית והמודעות למחלה (Moore et al., 1999; Roe & Lachman, 2005), לתיאורים של Schur (1971) בנוגע לתהליך ה"היבלעות בתפקיד החולה" אצל מתמודדים עם מחלות נפש קשות, וכן לממצאים על הסטיגמה העצמית חוסר-האונים הנרכש, אובדן האמונה העצמית, הייאוש ואובדן הרצון, המאפיינים את חוויית ההתמודדות עם מחלת-נפש (Deegan, 2004).

לכך נוספות תחושת אשמה ובדידות. אשמה כלפי חברים קרובים, בני זוג, בני משפחה ובמיוחד כלפי הוריהם או כלפי ילדיהם של המאושפזים; ולצד זאת, חוויית הבדידות והמצוקה הנלווית לאשפוז: הניתוק מחברים ומבני-משפחה, אובדן העצמאות, וחשיפה למצבים קשים במסגרת האשפוז. תמונה זו תואמת את ממצאיהם של כותבים שונים בנוגע למצוקת האשפוז הפסיכיאטרי ( Morisson et al. 2003; Holloway, 2010), ובכלל לחוויית ההתמודדות עם מחלות והפרעות נפשיות, כפי שזו מתוארת בספרות המחקרית (Roe & Lachman, 2005).

מעבר לתיאור המצוקה האקוטית של המאושפזים, כפי שהתבטאה במרחב הטיפולי, מחקר זה עוסק באופן שבו שמשה קבוצת הפסיכודרמה מיכל להתמודדות עם חוויית המצוקה של משתתפיה תוך יצירת מרחב לביטוי עצמי, מפגש אנושי, תמיכה הדדית ושיתוף. ממצאי המחקר מדגימים שניים מהמהלכים הטיפוליים שננקטו על-מנת ליצור בקבוצה מרחב מכיל, תומך ומאפשר. במסגרת ממצאי המחקר מוצג התפקיד שמילא *הכפיל הפסיכודרמטי*; האופן בו הוא הדהד מחשבות ורגשות של משתתפים, הציע להם פרשנות, וסייע להם לחוש ולהיות מובנים יותר. מתואר הניסיון לתת קול באמצעות הכפיל לאלו שהתקשו לבטא את עצמם, ליצור בהירות במצבים כאוטיים, להפחית חרדות, ולאפשר ביטוי של תחושות הזדהות, אמפתיה וקרבה בין חברי הקבוצה. בכך ניתן ביטוי לתפיסתם של מורנו ושל ממשיכיו את הכפיל הפסיכודרמטי כמעין "אני נוסף" העשוי לעזור לפרוטגוניסט לחוש נראות, להביע את עצמו, לסייע לו להביא לידי ביטוי מחשבות ורגשות שלא נמצאו להם מלים, להפגיש אותו עם קונפליקטים מודחקים, ולספק תמיכה על מנת שיחוש בטוח במרחב הפסיכודרמטי. זאת תוך ביטוי אמפתיה שיש בה מסר של קרבה והבנה לזולת, לרגשותיו ולערכיו (Blatner, 2000; Fox, 2008; Holmes & Karp, 1991).

בנוסף לשימוש בכפיל, ממצאי המחקר מבליטים את המקום המשמעותי של הsharing הקבוצתי במפגשים של קבוצת המאושפזים (הכוונה אינה רק לsharing המתקיים בסיומו של וינייט פסיכודרמטי, אלא גם למרחבים נוספים של שיתוף במהלך המפגשים הקבוצתיים). מודגם התפקיד שמימד הsharing מילא ביצירת מיכל של נראות, תמיכה הדדית ומפגש אנושי בין המשתתפים בקבוצה. הsharing הקבוצתי היווה מרחב של התחלקות ושיתוף בין חברי הקבוצה, הוא אפשר למשתתפים לשתף במה שעובר עליהם, בעוד חבריהם מקשיבים ולעתים מגיבים לכך. מרחבים אלו של שיתוף קבוצתי הפגישו את המשתתפים שוב ושוב עם חוויית האוניברסאליות (Yalom, 1983), או "תגובת ראי" כפי שמכנה זאת Foulkes (Fehr, 2003); אותו גילוי של המשתתף בקבוצה שהוא אינו לבד בחוויות ובמצוקה שלו, שחבריו מתמודדים עם מצוקות דומות והם מספרים על כך בקבוצה. הsharing היווה מרחב בו התאפשר דיאלוג בין חברי הקבוצה סביב החוויות, עולם הערכים, המחשבות והרגשות שלהם. זה היה אחד המקומות הבולטים שבהם יכלו חברי הקבוצה לתמוך זה בזה, לבטא הזדהות, לעודד, להחמיא, להציע נקודת מבט שונה, ולעתים פשוט להקשיב הקשבה אמפתית. זהו גם המרחב שבו באו לידי ביטוי רבים מהגורמים הראשוניים המתקיימים בחוויה הטיפולית הקבוצתית על-פי יאלום, ובהם הפחת-התקווה, האוניברסאליות, האלטרואיזם, והלכידות הקבוצתית (Yalom, 1983,1995).

מורנו תיאר את שלב הsharing כשלב שבו "הזרים" בקבוצה חושפים את רגשותיהם, מפסיקים להיות זרים, מעניקים אהבה לפרוטגוניסט, ולעצמם את אפשרות הביטוי האישי (Moreno, 1946 אצל Fox, 2008). ממצאי מחקר זה מדגימים כיצד הsharing שימש בקבוצת המאושפזים מרחב בו התחלקו המשתתפים בקבוצה זה עם זה במשא הכבד של המצוקה האקוטית, אך גם באמונה, בכוחות ובמשאבים שלהם. התחלקות זו מהווה ביטוי לתפיסתו של מורנו בנוגע לקבוצה כרקמה של חיים ומפגש אנושי (Blatner, 2000) והיא שאפשרה לקבוצת הפסיכודרמה לשמש מיכל של הדדיות, תמיכה ושיתוף, שעשוי לשמש מענה, ולו חלקי, למצוקה ולחוויית הבדידות של המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים.

**Methodological Issues and Limitations of the Study**

למרות המשמעות הרבה של ממצאי המחקר בנוגע להבנת הפוטנציאל של העבודה בפסיכודרמה כמענה למצוקה אקוטית של מאושפזים פסיכיאטריים, למחקר זה יש גם מספר מגבלות.

ראשית, המחקר הוא מחקר איכותני תיאורי. הוא לא ניתן לשחזור, אינו מכוון למדידה מדויקת של השפעת המרחב והפעולה הפסיכודרמטית או של שינויים ברמת המצוקה של המשתתפים, והוא גם לא מתיימר להצביע באופן מחלט על קשר חד-ממדי סיבתי בין שני משתנים אלו.

סוגיה מתודולוגית נוספת קשורה במהותו של מחקר-הפעולה ובסכנה שבטשטוש הגבולות שבין בין חוקר וpractitioner, בין מחקר ופעולה (לא כל שכן בין מחקר וטיפול).

ועם זאת, למחקר-פעולה יתרונות משמעותיים הן בנוגע לרלוונטיות שלו כמחקר יישומי והן בהקשר של ההיכרות העמוקה של החוקר עם מושא המחקר; היכרות המאפשרת במקרה הזה מפגש אינטימי וייחודי עם מצוקות אקוטיות וכן עם תהליכים טיפוליים המתקיימים במרחב הפסיכודרמטי.

**Conclusion**

המחקר הנוכחית תורם להבנת הפוטנציאל והאיכויות הייחודיות של העבודה הקבוצתית הפסיכודרמטית כמענה לחוויית הבדידות והמצוקה של מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים. הוא מצטרף לספרות הקיימת המתייחסת לאיכויות התרפויטיות של הפסיכודרמה ולעבודתה על איתור מקורות הספונטאניות והיצירתיות (Blatner, 2000; Farmer, 1995; Roine, 1997; Schacht, 2007), וכן למחקרים רבים המתארים את יתרונותיה של הפסיכודרמה בטיפול באוכלוסיות קשות שהפסיכותרפיה המסורתית מתקשה לתת להן מענה (Karatas, 2011; Karp, 1994; Orkibi et al.,, 2017), ובפרט בהתמודדות עם קשת רחבה של הפרעות נפשיות ושל תופעות נלוות איתן מתמודדים החולים במחלות נפש קשות (Gatta et al., 2010; Orkibi et al., 2014; Vieira & Risques, 2007).

תרומתו הייחודית של המחקר הנוכחי היא במפגש הבלתי אמצעי שהוא מזמן לחוקרים ולפרקטיקנים עם ביטויי המצוקה של מאושפזים פסיכיאטריים, עם התהליכים המתקיימים בתוך קבוצה טיפולים, ועם אמצעים טיפוליים כדוגמת הsharing הפסיכודרמטי שהספרות המחקרית הקיימת לא מרבה לעסוק בהם.

1. severe mental illness [↑](#footnote-ref-1)
2. הקטעים הממורכזים הם מתוך וורבטים שנרשמו מיד לאחר כל מפגש. שמות המשתתפים בקבוצה הם שמות בדויים. [↑](#footnote-ref-2)