

המשגת מקרה בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי

יונתן ד' הופרט

כדי לטפל במצוקותיו של אדם שפנה או שהופנה לטיפול, יש להכיר היטב ולהבין את מהות התלונה הדורשת טיפול, כדי לבחור את התוכנית הטיפולית ההולמת. המשגת המקרה, כלומר ניסוח שיטתי ומדויק ככל האפשר של ההפרעה והתחלואה הנלווית, הן על פי דיווח עצמי של המטופל הן על פי הידע התאורטי שהצטבר בתחום, הוא מלאכת מחשבת הדורש ידע, אינטואיציה, אמפתיה ונכונות להודות בטעויות ולנסח שוב ושוב מחדש, עד שנוצרת תמונה המנחה את המטפל לאורך כל הטיפול. הפרק דן בהמשגת המקרה ובוויכוח אקדמי סביב השאלה אם עליה להיות "רזה" ועניינית או עשירה ומרובת פרטים אידיוגרפיים. המחבר מציע גישה המפייסת בין בני הפלוגתא – המשגת מקרה עניינית, מדויקת וייחודית למטופל. בחלקו האחרון של הפרק מוצג תהליך של ניסוח המשגת מקרה.

המשגת מקרה (conceptualization), הנקראת לעתים פורמולציה, היא אחד מעקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, והיא משמשת בסיס לקביעת התוכנית הטיפולית. השלב הראשון בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי הוא הערכה זהירה של המקרה. לאורה יוצרים המשגת מקרה ייחודית, ועל פיה מציעים אסטרטגיות מדויקות, שיעזרו לחולל שינויים במנגנונים הקבועים או הזמניים המשמרים את ההפרעה. זהו למעשה התהליך הידוע, שבו בוחנים השערות בעזרת התערבויות בתחומים שונים ומשתמשים בתוצאות כמשוב לבניית השערה מחודשת. המשוב מוביל לעתים לביצוע התאמות בהמשגת המקרה, ובעקבותיה כאמור קובעים את תוכנית הטיפול. בפרק הראשון נדונו כמה מן הטכניקות והאסטרטגיות הבסיסיות המשמשות בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. הפרק הנוכחי מתמקד בשלבים המעשיים הראשונים שעל המטפל הקוגניטיבי-התנהגותי לנקוט (למשל, הערכה, המשגה וחזרה טיפולית), ופחות בשאלה איך מתפתח ומתקדם הטיפול עד סיומו ומסירת הסיכום למטופל כשלב אפשרי אחרון בטיפול. לבסוף, הפרק ממחיש את התהליך של המשגת מקרה בעזרת הצגת מקרה.

להמשגת מקרה כפי שהיא מוכרת היום יש נתיב מסוים של התפתחות. מימיו הראשונים, הטיפול ההתנהגותי גרס שיש לנקוט גישה אישית ומעמיקה (אידיוגרפית) לחולי נפשי. כפי שניסו להבין את כל סוגי ההתנהגות דרך דגש התנהגותי קיצוני על מקרה יחיד או על מדגם קטן (small N studies), כך גם ניסו לפעול בסביבה הטיפולית (למשל, Ayllon & Azrin, 1968). לכן, בניתוח התפקודי של ההתנהגות ראו את ליבת ההערכה. במסגרת הניתוח התפקודי מתארים התנהגות בעייתית ואז מנתחים אותה שלב אחרי שלב. הניתוח נקרא לעיתים "ABCs" – ראשי תיבות של אירוע קודם (Antecedent), התנהגות (Behavior) ותוצאה (Consequence). בשלב הראשון מתארים את האירועים הקודמים, כלומר, זרזים (טריגרים) שעשויים היו לעורר את ההתנהגות או להשפיע עליה. מתארים את כל ההיבטים שלהם, כך שאפשר להביאם בחשבון בזמן הטיפול (כלומר, באופן שמאפשר לשלוט בהם או להבין את ההקשר של ההתנהגות). בשלב השני מתארים את

ההתנהגות עצמה, ולבסוף מתארים את השלכות ההתנהגות, הן על הפרט הן על הסביבה, במטרה להבין אילו אירועים מחזקים עשויים להתרחש ולשמר את ההתנהגות הלא-רצויה. הליך זה נראה כהליך התנהגותי (בגלל שורשיו), אבל למעשה הוא הבסיס של רוב ההתערבויות הקוגניטיביות-וההתנהגותיות. טיפולים שהכיוון שלהם הוא קוגניטיבי יותר אינם מסתפקים בזיהוי הזרז ומוסיפים לו קוגניציות ומחשבות שמסתובבות בראשו של המטופל. כך למשל יצר אליס ABCs משלו – ראשי תיבות של אירוע מפעיל (Activating event), אמונה (Belief) ורגש כתוצאה (Consequent emotion) (Ellis, 1962). ברוב הצורות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ושל שילובים בין תאוריות התנהגותיות וקוגניטיביות, הרעיון הבסיסי הוא הצורך לנתח באופן דקדקני את האירועים שמובילים לבעיה (רגשיים, התנהגותיים או קוגניטיביים). לכן בוחנים לעומק את הזרז (האירוע המעורר), את הרגשות, את הקוגניציות ואת ההתנהגויות הקשורים לאירוע, ולבסוף את התוצאה שלו – הכול במטרה לאתר דפוסי התנהגות עקביים ומוקדים להתערבות טיפולית אפשרית.

מכל מקום, אם הבעיה נוגעת ישירות להפרעה ספציפית (למשל, דיכאון, חרדה או התמכרות) ואם היא יותר רחבה (למשל, כסיסת ציפורניים, קשיים במערכות יחסים ועוד), מודל זה ישים לגביה באותה המידה. למעשה, בק (Beck, 1996) ייעד את הטיפול שלו להפרעות פסיכיאטריות, אבל היום ברור שטיפולים קוגניטיביים והתנהגותיים כאחד יכולים להועיל ברוב בעיות החיים, והדבר בולט בעיקר בהקשר של טיפול באמצעות קבלה ומחויבות (Acceptance and Commitment Therapy – ACT, ראו פרק 18). לכן, מרוב גישות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מתחייבת נקיטת גישה אידיוגרפית לטיפול, לפחות במידה כלשהי, כדי להבין את הפרט ואת קשיו בהקשר של חיו, כדי להבין את הסביבה שלו וכדומה. שאלת המידה של הגישה האידיוגרפית הנחוצה להמשגת המקרה נתונה בוויכוח. מצד אחד עומדים הטוענים שדי באבחון ושלרוב אין צורך בהתאמות קלות או בגמישות מוגברת בשלב ההמשגה (Schulte et al., 1992; Schulte & Eifert, 2002; Emmelkamp et al., 1994). מן הצד האחר ניצבים מי שגורסים שהמשגת מקרה ייחודית, רחבה, אידיוגרפית ממש, חיונית לטיפול מיטבי (Persons, 1989; 2008).

על אף ההבדלים בין הגישות לנושא, רב המשותף ביניהן על השונה. על פי שתיהן, יש לעשות הערכה ראשונית ולאחריה המשגת מקרה. ההערכה הראשונית נועדה לקבוע מהן הבעיות המרכזיות שהמטופל מבקש עזרה בעבורן, מהן האבחנות, וכיצד הבעיות האמורות קשורות לאבחנות אלו. ההערכה הראשונית גם נועדה לקבוע סדרי עדיפויות בין מטרות הטיפול ובין האבחנות. ההמשגה הכללית מסתמכת על האבחנה המרכזית. ההבדלים בין המטפלים נוגעים אף הם למידה של ההתאמות אישיות (עקב תחלואה נלווית, אישיות ועוד), למידה שיש לתאר מנגנוני שימור ייחודיים ואישיים, ולשיעור האירועים הקודמים להפרעה שמחייבים התייחסות.

שלב ראשון: הערכה

כאמור, ברוב הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים, השלב הראשון הוא הערכה ראשונית. בדרך כלל, ההערכה הראשונית כרוכה בכך שעם הגעתו לטיפול או לפניו ממלא המטופל כמה מדדי דיווח עצמי.

אחר כך מתקיים ריאיון מפורט, מובנה או חצי-מובנה, במטרה לקבוע את הבעיות ואת התסמינים, ואבחנות פוטנציאליות. השאלונים נבחרים על פי מטרות המטפל והתרשמויותיו. לרוב, כבר אחרי שיחת הטלפון הראשונה עם המטפל מצטייר מושג כלשהו לגבי הבעיה האפשרית, ובעקבות זאת עשוי המטפל לבקש מן המטופל למלא שאלונים שיעזרו לחדד אותה. הוא עשוי גם להורות על מילוי שאלונים שיעזרו לפסול אבחנות או המשגות אחרות. יש מטפלים המצוידים בשאלוני דיווח עצמי שהם נותנים לרוב מטופליהם בשלב ראשוני, כדי להתאים להם אחר כך על סמך תשובותיהם סדרה מדויקת יותר של שאלוני דיווח עצמי. מטפלים רבים בוחרים את סולמות המדידה שהם משתמשים בהם על פי כמה שיקולים, ובהם המדדים הפסיכומטריים של הסולמות, זמינות נורמות בעבורם, ניסיון המטפל בהם והיכרותו אתם, אורכם, נוחות בדיקתם וקיומן של חלופות להם.

תקצר היריעה מלדון בכל הסולמות שאפשר לבחור בהם. יש ספרים טובים שמתארים סולמות שונים ואף מכילים עותקים שלהם (למשל, Antony, Orsillo, & Roemer, 2001; Kelley, Reitman, & Noell, 2003; Nezu, Ronan, Meadows, & McClure, 2000). מטבע הדברים, מדדי דיווח עצמי אינם יכולים להחליף את הריאיון הטיפולי. אף על פי כן, הם יכולים להיות בגדר תוספת משמעותית. יש מטופלים שנוח להם יותר להתייחס לשאלות המופיעות בשאלון מאשר להתוודע אליהן לראשונה בעת ריאיון. יתרה מזו, כשסדרת שאלות מסוימת באמת נוגעת לתלונות של המטופל, הוא חש שהוא אינו לבד ושהוא נמצא במקום הנכון. כלומר, הוא מרגיש שהטיפול כבר מתמקד בבעיה שלו, והוא מאמין שהיא נפוצה ומוכרת דייה כדי להופיע בשאלונים תקינים. השאלונים אף מאפשרים לכמת את הבעיה, ועוזרים לעקוב אחר התקדמות הטיפול בה. מבחינת המטפל, מתברר לא פעם שאם בודקים את תוצאות השאלונים ובוחנים פריטים אלה ואחרים, עשויים לגלות שתשובות המטופל בשאלון סותרות את דבריו בריאיון, והדבר דוחף להבהרה ולחקירה נוספות.

אחרי שהמטפל בדק את השאלונים, קרוב לוודאי שהוא יקיים ריאיון, ובו שני חלקים. החלק הראשון נועד לסייע לו להבין את התלונה הנוגעת לבעיה, את תולדות הבעיה, את ביטויה הנוכחי ואת השפעתה על חיי המטופל. בחלק השני נעשית הערכה מקיפה יותר של מקבץ התסמינים האפשרי, בדרך כלל בעזרת ריאיון מובנה. החלק הראשון של הריאיון עוזר לייסד מערכת יחסים נוחה, להכיר את ההקשר של הבעיה (התרבותי, הדתי ועוד), ולחשוף את השלכותיה על היבטי החיים השונים (המשפחתי, החברתי, המקצועי וכדומה). בעקבות ההבנה השטחית של הבעיה, בחלק השני לעתים קרובות נעזרים בריאיון חצי-מובנה. ראיונות לדוגמה הם MINI (Sheehan et al., 1998), הריאיון SCID-CV (First et al., 1996) והריאיון ADIS-IV (Brown et al., 2001). ראיונות אלה נועדו למבוגרים, אך לכל אחד מהם יש גרסה לילדים, ויש גם ראיונות שנכתבו במיוחד לילדים.

השימוש בריאיון החצי-מובנה חשוב ביותר. מחקרים הראו שוב ושוב שמי שמשתמשים בראיונות אלה מחמיצים פחות פרטים לגבי תחלואה נלווית ומגיעים ליותר אבחנות מהימנות (Zimmerman and Mattia, 1999, 2000). לכן, רב יותר הסיכוי לגבש בעזרתם המשגה מדויקת של בעיות ושל

מצב המטופל, מה גם שרבים מן המטופלים העוברים ראיונות כאלה מגלים עניין בטיפול בהפרעות שאובחנו (Zimmerman & Mattia, 2000).

בדרך כלל משלבים את הריאיון ואת השאלונים כדי לנסות לגבש תמונת מצב טיפולית בסיסית שתקבע את תוכנית הטיפול הראשונית. אחד ההיבטים החשובים ביותר בהקשר זה הוא קביעת התלונה העיקרית. לרוב, התלונה העיקרית היא האבחנה העיקרית, כלומר, האבחנה שעל פי המשוער גורמת את מרב המצוקה למטופל ואת עיקר ההפרעה לחייו.

לסיכום, כמו במרבית הטיפולים, ההערכה וההמשגה הן תהליך בפני עצמו. הוא מתחיל בתחילת הטיפול ונמשך לכל אורכו, וכל הזמן עדכונים שוטפים חוזרים ומגלים מידע חדש. המידע יכול להגיע ממקורות חיצוניים, או ישירות מהמטופל או דרך תגובות המטופל להתערבויות שונות.

שלב שני: המשגה ראשונית

ההמשגה הראשונית מנסה לשלב בין תלונות המטופל לבין הידע שהצטבר על החולי הנפשי ועל הטיפול בבעיות הכרוכים בתלונות אלו. האבחנות, התסמינים למיניהם, בעיות החיים האחרות, הרקע וההקשר של כל הבעיות שהוזכרו נשקלים כולם אל מול התהליכים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים, הרגשיים והבין-אישיים שהיו עלולים לתרום לפרוץ הבעיות, לשימורן או להחרפתן (Persons, 2008). אף על פי שעיקר הדגש הוא על מנגנוני השימור והחלשתם עד העלמתם, יש טיפולים שמדגישים את ההשפעות המוקדמות שעלולות היו לתרום לאמונות הקיימות, בעיקר בכל הנוגע להפרעות אישיות.

בשלב ההמשגה מסתמכים במידה רבה הן על סיכום הנתונים שנאספו בהערכה הראשונית, הן על נתונים ספציפיים המדגישים את בעיות הליבה, או שנראה כי הם מדגישים אותן. תהליך זה מביא להגדרה של מטרת הטיפול ומנחה את המטפל בבחירת ההתערבויות או הטכניקות העשויות להועיל (בפרק 1 מוצגות מקצת מהטכניקות הבסיסיות). עם הסוגיות הבסיסיות שבוחנים נמנות הטיית קשב, כלומר קשב המוטה לכיוון של מידע שלילי על הבעיות של המטופל, והמביא לכן להסקת מסקנות חפוזות ובלתי מאוששות (Harvey et al., 2004; Mathews & MacLeod, 2005); זיכרונות כלליים מדי או מפורטים מדי שאינם מאפשרים אינטגרציה של כל החוויות באופן מלא (Yovel et al., 2005); פרשנות שמטה מידע עמום לכיוון השלילי ומחזקת אמונות שליליות שיש למטופל על-אודות עצמו (Mathews & MacLeod, 2005); הערכות מוטות לגבי מה שעתידי לקרות או לגבות מחיר (Mathews & MacLeod, 2005); שימוש-יתר בהימנעות או בהסחת דעת; עיסוק-יתר בניסיונות לשלוט בהרהורים חוזרים ונשנים; דאגנות ומחשבות טורדניות; ועיסוק בהתנהגויות מגוננות (Harvey et al., 2004; Mathews & MacLeod, 2005; Persons, 2008). גם תהליכים רגשיים (למשל, הסדרת רגשות) קשורים על פי המשוער למגוון הפרעות (Allen et al., 2004; Kring, 2008; Phillipot et al., 2008), וכן תהליכים התנהגותיים (Persons, 2008).

בשלב זה מנסחים בדרך כלל את ההמשגה של ההפרעה הייחודית למטופל, זו שמעוררת מחלוקת בין מטפלים קוגניטיביים-התנהגותיים. מצד אחד עומדת הטענה של ג'קלין פרסונס, שתמונה מלאה

ומקיפה של כל התסמינים והבעיות, כלומר המשגה משולבת, על סמך מצבו הייחודי של המטופל, היא שתאפשר את הטיפול היעיל ביותר (Persons, 2008). לטענתה, פרוטוקולים רבים של טיפול קוגניטיבי-התפתחותי רבים ניזונים מהנחה שגויה שהבעיות של המטופל הולמות את מנגנוני שימור ההפרעה שהם מתייחסים אליהם. לדעתה, על המטפל ללמוד את העקרונות שביסוד מדריך הטיפול אך לא להסתפק בהם: לאור עקרונות אלה עליו לגבש פרוטוקול משלו, שאינו מסתמך על המדריך או על פרוטוקולים מוכנים מראש.

מן הצד האחר ניצבים מי שסבורים כי אמנם מן הראוי להתחשב בתחלואה הנלווית ובבעיות הנוספות של המטופל, אולם החשוב ביותר הוא המשגת התסמינים העיקריים שלו. לשיטתם, את התסמינים השניוניים יש להעריך מחדש רק אחרי שהתלונה העיקרית זכתה לטיפול (Ruscio & Holohon, 2002; Schulte & Eifert, 2006), ועקרונית יש לפעול לפי הכלל "ציית לפרוטוקול ושנה אותו רק אם ברור לך לחלוטין שלרשותך חלופה טובה יותר". העמדה כאן היא שבהרבה מקרים די בפרוטוקול המוכן. במילים אחרות, יש להתחיל בגישה תקנית (גם אם הותאמה לפרט ואולי אף שולבה עם גורמים אחרים), ורק אם ברור שהגישה המקורית אינה מועילה כמצופה, נכון יהיה להוסיף תיקונים והתאמות לפרוטוקול.

מובן מאליו, שבמקרים מסוימים יעיל ומועיל לשלב בין טיפולים. אם למשל המטופל סובל גם מהיפוכונדריה וגם מהפרעת אימה (פאניקה), יהיה זה יעיל ביותר לבסס את ההמשגה על דיון בפירושים מוטעים לתחושות גוף ובהתנהגויות מגוננות. פחות חשוב אם המטפל בוחר למקד את ההמשגה בתסמיני האימה ומתיר למטופל להסיק מסקנות לגבי שאר התסמינים, או אם הוא מתמקד בעקרונות הכלליים מלכתחילה. בסופו של דבר, המטפל יעסוק גם בפירושים המוטעים וגם בחשיפה לתחושות הגוף (דרך טיפולי חשיפה אינטרוצפטיביים) (ראו פרק 4, על הפרעת אימה).

באופן כללי אפשר לומר, שהמחלוקות חריפות פחות מכפי שנדמה בתחילה, שכן הלכה למעשה כמעט תמיד נעשות התאמות לצורכי המטופל, ולרוב לא מסתפקים באבחנה הראשונית. יוצרים סדרי עדיפות אישיים, מתארים מחשבות ואמונות ייחודיות, ומכינים המשגה אידיוגרפית. אמנם יש בעיות שבעבורן עשויה להידרש המשגה פחות ייחודית (Emmelkamp et al., 1994; Schulte et al., 1992 – דוגמאות לפוביות שונות ולהפרעה טורדנית-כפייתית). אך גם אז יש התאמות לרמת התת-סוג, שחורגות מן האבחנה הסכמטית. המטפל לא יעזר במדרג (hierarchy) לפחד מזיהום כדי להתייחס למטופל שסובל מהפרעה טורדנית-כפייתית והחושש שביתו יישרף עד היסוד, ולא במדרג לפחד מעכברושים עם מטופל שמפחד מחרקים. רבים מהטיפולים במי שסובלים מאותה הפרעה נראים די דומים (למשל, טיפולים שנעזרים במדרגים לפוביות, או שעוסקים בהפרעת דחק פוסט-טראומטית ביחס לאותה טראומה).

התאמות-יתר ותוספות של אסטרטגיות רבות לטיפול תקני לא תמיד מועילות (Feeney et al., 2003). התאמות אישיות עם התקדמות הטיפול עלולות להזיק להתמקדות בבעיה המרכזית. הדבר יכול להחליש את הטיפול, ולעתים יש מתאם שלילי בין תוצאת הטיפול לבין התמקדות בברית שבין

המטפל למטופל לאורך הטיפול ובבעיות אחרות (Schulte & Eifert, 2002). מול טענה זו הציגה פרסונס נתונים המעידים שטיפולים שהותאמו למטופל לפחות משתווים לטיפולים שלא הותאמו לו, אם לא עדיפים מהם. מהנתונים שלה אף עולה שהחום שמרעיף המטפל על המטופל יכול לנבא את תוצאת הטיפול.

אולי ביכולתנו לפייס בין שתי השקפות מנוגדות אלו. הפגישה הראשונה באמת מתמקדת בקשר שבין המטפל למטופל, ויש קשר חיובי בין העבודה הזאת לבין תוצאת הטיפול. אם עושים התאמות אישיות נוספות ברגע שמתעורר קושי, עלולים להימנע מלעסוק בסוגיות הליבה. לעומת זאת, אם נראה שהמטופל באמת איבד כיוון, אולי צריך להתאים את השיטות כדי לקבוע אילו מחסומים עומדים בפני הטיפול. למעשה, שתי ההשקפות מסכימות שהבסיס לטיפול מוצלח הוא הערכה מתמדת בעזרת מדדי דיווח עצמי ובעזרת אמצעים אובייקטיביים אחרים, המאפשרים לקבוע אם המטופל אינו מתקדם או אף מידרדר. מוסכם שההתרשמות במרפאה בפני עצמה אינה מספקת. העבודות האחרונות של למברט (Lambert, 2007) משקפות היטב רעיון זה. הן מראות שמתן משוב מפגישה לפגישה והתמקדות במבחר קשיים עם מי ש"הלכו לאיבוד" מועילים משמעותית להישמעות להוראות הטיפול ולתוצאתו. למרבה המזל, חלקים ניכרים מתהליך זה כבר משולבים בטיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים רבים.

השלב השלישי: החוזה הטיפולי

אחרי שהמטפל מסר את ההמשגה הראשונית, הוא בדרך כלל מתאר אילו הליכים וטכניקות הם לדעתו היעילים ביותר לטיפול בבעיות ובתהליכים העולים ממנה. נהוג לתאר פרטים כמו תדירות הפגישות ומשכן, וציפיות של המטפל לגבי היענות המטופל לדרישות שיופנו אליו כדי לשתף פעולה ולהשלים את הטיפול בהצלחה. לרוב עושים זאת בלשון רבים (למשל, "נעבוד יחד כדי להיטיב להבין את הבעיות שיש לך עם..."). לעתים קרובות מחצינים את הבעיה, כלומר, מתארים אותה כמשהו שהמטפל והמטופל יתעמקו בה ביחד, ואז – ינסו לשנות אותה בעזרת פעילויות, תרגילים ועוד טכניקות שנועדו לתקן תהליכים קוגניטיביים, התנהגותיים ורגשיים שקשורים לבעיה. ה"חוזה" הזה – שלרוב אינו כתוב ואינו רשמי, אלא הוא בגדר הסכמה מילולית בין המטפל למטופל – מכין את הקרקע למערכת יחסים שבה שניים עובדים יחד לקראת מטרה זהה. כשהטיפול "נתקע", לרוב צריך לדון שוב בחוזה הטיפולי ולראות היכן טמונות המחלוקות או האי-הבנות.

סייג בדבר ההמשגה: המשגות תלויות תהליך ספציפי ומטא-מסרים סמויים

כמעט מתחילת התפתחות הטיפול הנפשי, ובלי ספק מאז נחקר באופן שיטתי, קיים ויכוח לגבי ההשפעה שיש לטכניקות מסוימות – קוגניטיביות, התנהגותיות, רגשיות ובין-אישיות, לעומת השפעתם של גורמים משותפים לא-ספציפיים, כמו ציפיות, מוטיבציה וברית (לדיון עדכני בסוגיות אלו, ראו Siev, Huppert, & Chambless, 2009, Wampold et al., 2009).

לרוב מתארים את הוויכוח כך: צד אחד טוען שאין ראיות לעדיפות של סוג טיפול כלשהו על אחר, ושגורמים משותפים כלליים וטכניקות זהות הם המרכיב העיקרי שמשפיע על הטיפול. הצד האחר טוען שהגורמים הכלליים הם אכן מרכיב מהותי והכרחי בטיפול, אך לא מספיק. לחלופין נטען, שהטכניקות הן שמביאות לניסוח גורמים משותפים, ושלפיכך האחרונים אינם חלק מהותי מהטיפול. למעשה, חלק מן ההסבר לכך שהוויכוח מחמיץ את מטרתו היא, שרבים מציגים את הסוגיות כמבנים מובחנים ונפרדים ולא כמכלול משולב. המוטיבציה של המטופל, הציפייה שלו והחוויה בינו ובין מטפל הם היבטי טיפול שרוב המטפלים הקוגניטיביים-התנהגותיים הטובים נדרשים אליהם. גם ההמשגה וגם העבודה הראשונית נועדו בבירור כדי לשפר תחומים אלה וכדי לעזור למטופל לגייס את כוחותיו לטיפול. זאת המטרה העומדת לנגד עיני המטפל הקוגניטיבי-התנהגותי, והוא משקיע לא מעט ב"שיווק" הטיפול למטופל.

ממצאי מחקרים מצביעים על כך שאמנם בפגישה הראשונה המטפל מתאמץ לייסד מערכת יחסים נוחה, אך בהמשך מנסה לקדם שינויים בעזרת מגוון טכניקות (Schulte & Eifert, 2002). אותם ממצאים גם חושפים מתאם שלילי בין טיפול קוגניטיבי-התנהגותי שמייחס משקל-יתר למשתני החוזה הטיפולי, המוטיבציה והציפיות בעקבות הפגישה הראשונה, לבין תוצאות הטיפול, אולם, הם אינם מבחינים בין האפשרות שטכניקות אלו עצמן הן הגורם לקשיי המטופל, לבין האפשרות שהן התוצאה שלהם. ייתכן שנותנים יותר דגש למוטיבציה כשהמטופלים פחות מונעים, כשהם פחות מעורבים בטיפול, וכשהסיכויים שהם ייכשלו בו רבים יותר. למעשה, יש מחקר מקדמי קטן שהראה, שתוצאות טיפוליות גרועות יותר באות בעקבות הקפדה יתרה על נוהל הטיפול בקרב מטופלים שהמוטיבציה שלהם פחותה (Huppert et al., 2006).

סוגיות אלו עלולות ליצור בלבול אצל מטפל שמנסה להחליט מה לעשות ומתי. הגישה הבסיסית היא שהמשגת מקרה, גם מבחינת האבחנה האובייקטיבית וגם מבחינת המטופל הייחודי, היא חלק מהותי מהטיפול. ההערכה הראשונית, ההמשגה, וההחלטה לשנות אותן על סמך די ראיות שהמטופל אינו בדרך הנכונה, הן חלקים חיוניים ברוב הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים. מובן שבהמשגת המקרה אין די; היא רק מכוונת את המטפל לקראת בחירת ההתערבויות ההולמות ביותר. עליו לנסות לבחור את ההתערבויות שייטיבו לעזור למטופל להתייחס לכל אחד מהתהליכים שעומדים בבסיס בעיותיו (על פי המשוער), תוך כדי האזנה לו ורגישות לתגובותיו.

הצגת מקרה

המקרה המוצג להלן הוא מקרה בדוי, המכיל רבים מההיבטים של המשגת המקרה. אם כי המקרה עצמו בדוי, פרטים רבים בו לוקטו ממגוון מטופלים שהמחבר טיפל בהם או שפיקח על הטיפול בהם. דניאל, רווק בן 25, יהודי דתי, הופנה על ידי משפחתו לרופא לשם טיפול במחשבות חרדתיות ובמצב רוח ירוד. דניאל סיפר שהשלים את שירותו הצבאי במסגרת תוכנית "ישיבות ההסדר" ושכיום הוא רשום ללימודי כימיה באוניברסיטה. הוא אמר שנאבק שנים רבות עם הבעיה שלו (הוא ציין שנדרשות

לו שנים כדי לקבל הרבה החלטות), אבל חשש מההשלכות של פנייה לטיפול הן מבחינת שירותו הצבאי הן מבחינה חברתית-תרבותית ("האנשים מסביבי אף פעם לא הולכים לטיפול", אמר). עם זאת, הוא דיווח שהוא מרגיש שאינו מתפקד ברמה שהיה רוצה, ושהגיע הזמן לטפל בבעיות ולמצות מעצמו יותר. לדבריו מעולם לא היה בטיפול בעבר. הוא ראה בטיפול תקווה לשיפור מסוים, אבל לא נראה שהוא משוכנע לגבי הסיכויים שישתנה.

כל הפרטים הללו נמסרו בשיחה טלפונית לפני הפגישה הראשונה. המטפל הזמין את דניאל לריאיון ראשוני והסביר לו שלפני הריאיון הוא ישהה כ-20 דקות בחדר ההמתנה וימלא כמה שאלונים. המטפל הסביר שמילוי השאלונים יקל על הערכת המקרה.

על סמך התלונות נתן המטפל לדניאל את שאלון הדיכאון BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) את שאלון הטורדנות-כפייתיות (OCI-R, Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Foa et al., 2002), את שאלון DASS-21 המודד לחץ, חרדה ודיכאון (Lovibond & Lovibond, 1995) ואת שאלון LSAS הבודק חרדה חברתית (Liebowitz, 1987). השאלון תוצאות המדדים היו כדלקמן:

תוצאת BDI-II הייתה 21. פריטים שקיבלו ציון גבוה מ-1 היו:
פריט 2, פסימיות. הציון – 2. אני לא מצפה שהדברים יסתדרו לי.
פריט 7, איבה עצמית. הציון – 2. אני מאוכזב מעצמי.
פריט 8, ביקורתיות עצמית. הציון – 2. אני מבקר את עצמי על כל מגרעותי.
תוצאת OCI-R הייתה 22. ציון התת-מדד הטורדני – 2. ציון הרחיצה – 2. ציון הבדיקה – 2. ציון האגירה – 3. ציון הנטרול – 1. ציון הסידור – 4. פריטים שקיבלו ציון גבוה מ-1 היו:
פריט 4, הציון – 4. סובל ממצוקה קיצונית. אני מתקשה לשלוט במחשבותי.
פריט 9, הציון – 2. מצוקה מתונה. אני סובל אם משנים את האופן שבו ארגנתי את הדברים.
פריט 12, הציון – 3. מצוקה רבה. אני סובל ממחשבות לא נעימות שעולות בדעתי כנגד רצוני.
פריט 18, 2. מצוקה מתונה. לעתים תכופות יש לי מחשבות רעות וקשה לי להיפטר מהן.
תוצאת תת-מדד הדיכאון של DASS-21 – 11. ציון תת-מדד החרדה – 12. ציון הדחק – 14.
פריטים רבים במדדי הדיכאון, החרדה והדחק קיבלו ציונים גבוהים.
תוצאת LSAS הייתה 30 (ציון שאיננו גבוה).

עם הפריטים שקיבלו ציוני מצוקה והימנעות משמעותיים נמנים: לנסות להתחיל עם מישהו, לערוך מסיבה וללכת למסיבה.

דניאל השלים את השאלונים אחרי 45 דקות. בתחילה הוא דילג על כמה פריטים ושינה את הניסוח של אחרים. הוא התנצל על כך שנדרש לו זמן רב (הוא צדק; נדרש לו יותר מכפליים מן הזמן הרגיל הנדרש למילוי הטפסים). ברור שהוא התקשה להחליט על הדירוג של פריטים רבים, שהיו עמומים לדעתו.

ראיון הקליטה הראשוני שקיים המטפל ארך כשעתיים. דניאל אמר בו שהוא סבל מחרדה רוב חייו. הוא סיפר שהיו לו כמה חברים בתקופת בית הספר, שהיה חבר בתנועת בני עקיבא, ששימש מדריך בתנועה, ושנרשם לתוכנית ה"הסדר" מיד אחרי סיום בית הספר התיכון. הוא שירת בנח"ל יחד עם בני המסלול הצבאי שלו, והרגיש שמילא את תפקידו כהלכה. עם זאת, אמר, הוא לא היה תלמיד מצטיין בבית הספר, בישיבה ובצבא. הוא הרגיש שהיה צריך לעשות יותר ושהיה יכול ללכת לקורס קצינים, אך לא הוזמן לקורס. אחרי שהשתחרר מהצבא נרשם ללימודי כימיה באוניברסיטת בר אילן. גם שם ציוניו סבירים, אבל הוא אינו מצליח במידה שבה היה רוצה. לדבריו לא פגש הרבה אנשים מאז בואו לאוניברסיטה. הוא היה מעוניין לצאת עם בנות, אך לא היה מסוגל לכך. הוא דיווח שרוב חבריו נשואים, ושהוא מתחיל להרגיש שהוא אינו משתלב בחברתם. הוא הלך כמה פעמים ל"פגישה עיוורת", וחש בפגישות אלו מנותק או שחש בחיבור חזק ומיידי. במקרים מהסוג השני הוא נהג לצלצל לבחורה באותו הלילה וכמה ימים אחריו ברציפות. נוצר דפוס שבו הבחורה הייתה אומרת שהדברים נראים תובעניים מדי ומנתקת את הקשר. אז הוא היה מדבר עם חברים במשך שעות ומנסה להבין מה השתבש. כמה מחבריו אמרו לו מפורשות שנמאס להם לדוש שוב ושוב באותו נושא ושעליו לפתור את בעיותיו עם בחורות בלעדיהם.

דניאל סיפר שיש לו שני אחים ושתי אחיות ושהוא השלישי מחמשת האחים. הוריו נשואים זה 30 שנה, והם מסתדרים היטב ביחד. לדבריו, הם הורים טובים. הוא מסתדר עם שניהם, שניהם הביעו דאגה גוברת לשלומם. כשנשאל מה מדאיג אותם במיוחד, אמר, "הם פשוט יודעים שאני לא מאושר ושאיני לא ממצה את יכולותי". לדבריו, הוא אינו יודע על עבר משפחתי של מחלות נפש.

המטפל השתמש בריאיון MINI (Sheehan et al., 1998) כדי לקבל תמונה ממצה של התסמינים הנוכחיים. כשנשאל על מצב הרוח שלו, דניאל אמר שהוא היה ירוד מאז נעוריו, החל מתקופת הבר-מצווה. לדבריו, קבלת האחריות למעשיו ולקיום מלא של המצוות הדתיות הכריעה אותו, והוא חש שלעולם לא יוכל לעשות הכול כפי שנדרש. הוא עשה הכול בקפידה מרובה עד גיל 18 בערך, ומאז אילץ את עצמו "לקחת בקלות" דברים. לדבריו, הוא אמנם הצליח בזה, אבל מצב הרוח שלו נותר ירוד משל האחרים. הוא מרגיש שלעולם לא יצליח להפיק מעצמו את המיטב. הוא נדון להיאבק כל חייו. זה גורלו, ולא סביר שהוא ישתנה. הוא דחה את הטענה שבכל השבועיים האחרונים כמעט מצב הרוח שלו היה ירוד או שהוא חש חוסר עניין רוב שעות היום. עם זאת הוא הסכים שהרגיש מדוכא או עצוב רוב הזמן במשך 12 השנים האחרונות. לדבריו, לא הייתה לו תקופה של חודשיים לפחות שבה הרגיש טוב יותר. על סמך דברים אלה לב ולפי ראיין ה-MINI הוא עמד בתנאים לאבחנה של דיסתימיה (dysthymia) אך לא של דיכאון.

דניאל אף אמר בריאיון שהוא סובל מהתקפי אימה, אולם, לא נוצר הרושם שהוא עומד בתנאים לאבחנה של הפרעת אימה. להתקפי האימה תמיד קדמו מחשבות טורדניות וחודרניות. בשאלון המתמקד בהפרעה טורדנית-כפייתית הוא דיווח שהוא סובל מהרבה מחשבות מטרידות חודרניות, וכן שהוא מבצע פעולות חוזרות ונשנות וחוזר וחושב על דברים כדי לסכל את המחשבות הללו

(כלומר, נוקט התנהגויות כפייתיות). הוא אמר שלעתים קרובות המחשבות והפעולות הללו אינן הגיוניות. הן גוזלות ממנו שעות רבות ביום, גורמות לו מצוקה רבה ופוגעות ביכולתו לתפקד באופן משמעותי בחייו.

דניאל מכיר בכך שכחייל הוא חווה אירועים טראומטיים, הן במלחמת לבנון השנייה הן במבצע עופרת יצוקה בעזה. הוא סיפר שסבל מסייטות למשך זמן-מה לאחר האירוע ושהוא חש שהוא עדיין "עומד על המשמר" לפרקים. לדבריו, הוא אמנם נמנע מסרטי מלחמה, אבל הוא משרת במילואים ואינו מרגיש שהאירועים השפיעו על חייו במידה משמעותית. לפי ראיון ה-MINI הוא אינו עומד בתנאים של אבחנת הפרעת דחק פוסט-טראומטית.

המטפל שב אפוא והניח שייתכן שתלונתו העיקרית של דניאל היא על הפרעה טורדנית-כפייתית, ושאל עוד על פרטי התסמינים. דניאל סובל ממחשבות פתאומיות שהוא עלול למות או לצאת מדעתו. כשמחשבות אלה תוקפות אותו, הוא מצלצל למישהו – לרוב להוריו – ומספר להם שהוא אוהב אותם ורוצה שידעו זאת. לפעמים הוא שוכב במיטה ומנסה לישון. לדבריו, כשהמחשבות עולות בדעתו הוא מרגיש בחילה, לבו דוהר והוא חש סחרחורת. בהשפעת התסמינים האלה הוא הקיא בעבר ארבע או חמש פעמים. הוא אומר שהוא חושש מאוד שהוא אכן יוצא מדעתו. לעתים קרובות תוקפות אותו מחשבות לא-הגיוניות, שהוא אינו יכול לשלוט בהן. במשך שנים עלה בידי להסתיר את המחשבות הללו, אך הדבר גבה ממנו מחיר משמעותי.

בעקבות תשאול נוסף סיפר דניאל שהוא חושב לפגוע באחרים, בייחוד כשהוא הולך ברחוב או בסביבת חפצים חדים. הוא מנסה להימנע מנסיבות כאלו ומתפלל לאלוהים שיגן על אחרים ושלא ייתן לו לפגוע בהם כשהמחשבות הללו תוקפות אותו. הוא אומר שהמחשבות מטרידות אותו במיוחד, כי הוא מרגיש שלעולם לא ירצה להזיק לאחרים. בצבא, מחשבות כאלו העסיקו אותו כמעט תמיד, בין היתר כי נשא נשק. הוא אמר שהיה עליו להיות ערני תמיד, כדי להבטיח שלא יירה בחיילים בתת-מקלע. באותו הזמן הוא הצליח בכל התרגילים שנדרש למלא. במלחמת לבנון השנייה ובמבצע עופרת יצוקה הוא תפקד באופן המניח את הדעת. לדבריו, בשני המקרים, כשהיה עסוק בחובותיו סבל מהמחשבות פחות. דניאל אמר למטפל שיעדיף להרוג את עצמו מאשר לפגוע באחרים, ושאכן עולות במוחו מחשבות כאלו כשההוריו על פגיעה באחרים עזים. למרות זאת, הוא מאמין שלעולם לא יידרש להחליט בשאלה, כי הוא יודע שלא יפגע בעצמו או באחרים.

המשגה ראשונית

על בסיס המידע ממדדי הדיווח העצמי ומהראיון יצר המטפל המשגה ראשונית של בעייתו של דניאל, כדלקמן: דניאל סובל מהפרעה טורדנית-כפייתית בנוגע לפגיעה באחרים ובנוגע לקבלת החלטות, ומעבר של מחשבות טורדניות הקשורות לקיום מצוות באופן לא-מושלם, לתפיסתו. הוא אף עומד בתנאים לאבחנת דיסתימיה, שלכאורה קשורה חלקית להפרעה הטורדנית-כפייתית, אם כי ייתכן שהיום היא עומדת בפני עצמה. במילים אחרות, הביקורת העצמית והפסימיות שמפנה דניאל לעצמו

ולעיתידו הן כנראה משמעותיות, ועשויות להישמר גם אם יטפלו בהפרעה הטורדנית-כפייתית. גם לא ברור אם יש תסמינים שיריים מהחוויות הטראומטיות שטיפול עשוי להועיל להם.

אף על פי שדניאל אינו עומד בתנאים לאבחנה של הפרעת אימה, יש להתחשב גם בתפקיד של הרגישות לחרדה או של הפחד מתחושות גוף בבעייתו, בגלל החפיפה החלקית בין פחדיו הטורדניים-כפייתיים לפחדי האימה שלו, ומשום שפחדים אלה הובילו להתקפי אימה, שתרמו לפחדיו מאובדן שליטה ומפגיעה באחרים. ייתכן שטיפול חשיפה אינטרוצפטיבית יהיו חלק מהטיפול.

לבסוף, לדניאל יש כמה תכונות שאולי קשורות להפרעה הטורדנית-כפייתית שלו ושעשויות להרחיק מעבר לה. עם אלו נמנות: שאיפה לשלמות, קושי לקבל החלטות וחוויות של "הכול או כלום" שבאו לידי ביטוי בצורת החיזור (ושעשויות להעיד על תלות-יתר). בין תהליכי הליבה שמעורבים ככל הנראה במקרה של דניאל נכללים תהליכים רבים האופייניים למקרי הפרעה טורדנית-כפייתית ודיכאון. הלוקים בהפרעות אלו מייחסים משמעות-יתר למחשבות פולשניות, ובין השאר מאמינים שמחשבות על פגיעה הן מסוכנות (מיזוג של מחשבה ופעולה), ושפירושן הוא שמי שנוטה לאגרסיביות הוא אדם רע; הקשב שלם מוטה לגורמים מעוררי מחשבות אגרסיביות (למשל, הם מבחינים בנשק זמין כביכול); הם עוסקים בהימנעות גלויה (מחפצים שאפשר להשתמש בהם כדי להזיק, או מנסיבות שמחייבות לקבל החלטות חשובות); הם מאמצים התנהגויות בטיחות (תפילות כפייתיות, בדיקות שמא הזיקו לאחרים, רדיפת עידוד); לבסוף, הם מפתחים זיכרונות מוטים לכיוון אירועים שליליים וכישלונות, וזוכרים מקרים שבהם הצליחו להתחמק מפגיעה באחרים (על חשבון הפעמים שבהן לא פגעו באחרים חרף המחשבות).

בעקבות הקליטה הראשונית הציע המטפל לדניאל להשלים כמה מדדי דיווח עצמי נוספים, שיתמקדו יותר בתסמינים שלו (שאלון האמונות הטורדניות ומדד הרגישות לחרדה). הוא אף המליץ על הערכה מקיפה של ההפרעה הטורדנית-כפייתית באמצעות סולם הטורדנות-כפייתיות של ייל-בראון (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, YBOCS) (Brown et al., 1989). עתה עבר המטפל לשלב הפסיכו-הדרכה, ושוחח עם דניאל על ההפרעה הטורדנית-כפייתית, על מחזור החרדה והאימה, ועל הקשר בין הימנעות, חשיבה שלילית והפרעות דיכאון. הוא המליץ לקיים יחד עד 20 פגישות טיפוליות, פעמיים בשבוע, לעבודה משותפת על שינוי התהליכים שתוארו לעיל (כלומר, על החוזה הטיפולי).

הטיפול

הטיפול התמקד במחשבות הפגיעה הפולשניות, דרך נהלים תקינים של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי: המשך הפסיכו-הדרכה על הפרעה טורדנית-כפייתית ועל אמונות שקשורות בהפרעה, יצירת מדרג, חשיפה שיטתית לגירויים מפחידים בלי ההתנהגויות הטקסיות, וחשיפה בדמיון. כל אלה נעשו בעת הפגישות, וגם ניתנו כמטלות בית, וכן היה מעקב אחר התסמינים (לפרטים נוספים על טכניקות הטיפול בהפרעה טורדנית-כפייתית, ראו בפרק 1 ובפרק 6).

בשלב זה גם נעשו התאמות אישיות כדי להבטיח שהטיפול יתמקד בפחדי הליבה של דניאל – אובדן שליטה ופגיעה באחרים. מלבד זאת עבד המטפל עם דניאל כדי שלא יימנע מנסיבות שבהן הוא לא מסוגל להחליט איך לנהוג. דניאל למד לגשת לנסיבות כאלו כאל מבחנים שבהם היה עליו להחליט מהר ולהסתכן בקבלת החלטה כלשהי, אפילו לא טובה, משום שזה היה תחום פחד מרכזי נוסף של דניאל, הוא החליט יחד עם המטפל ליצור מדרג שיתייחס גם לקבלת החלטות.

מה שדניאל למד בנוגע להפרעה הטורדנית-כפייתית שלו עבר הכללה ברורה אל תחומי חיים אחרים שהוא תיאר כבעייתיים. הוא למד להתייחס למחשבות הביקורתיות שלו ולמחשבות הטורדניות שלו כאל הד שמלווה אותו, שאין צורך להישמע לו או לפעול לפיו. כשיצא לו להיתקל בכמה זרזים (טריגרים) בעת צפייה בסרטי מלחמה, דניאל נקט יוזמה והגיב כפי שהגיב מעתה בנסיבות מעוררות החרדה – הוא בחר להישאר במקום ולצפות בסרט. הוא אפילו הביא לביתו שני סרטים נוספים כדי ללמוד בעזרתם להתמודד עם הפחד שלו.

לנוכח הנטייה של דניאל להיות תלוי במטפל ולנסות לגרום לו להחליט על התרגילים, המטפל מיתן בהדרגה את סמכותו ועודד את דניאל לפתח תרגילי טיפול משל עצמו ולדווח על התקדמותם. מאחר שנוכחות המטפל העניקה לדניאל ביטחון מסוים, נעשו רוב התרגילים שלא במסגרת הטיפול. המטפל ודניאל ניתחו רק את אלה שלא התקדמו על פי ציפיותיו של דניאל, כדי לראות איך אפשר לבצע אותם אחרת. היו פעמים שדניאל הביע בפגישות רגשי תסכול בגלל חוסר נכונותו של המטפל לעודד אותו. המטפל הסביר שאמנם אפשר להבין שהדבר יוצר תסכול, אבל שהוא גם יכול להיות ניסיון להפחית את המצוקה שדניאל הרגיש בגלל האי-ודאות. המטפל חזר ומיקד את דניאל באימוץ האי-ודאות שכרוכה בקבלת החלטות, ובתנועה קדימה למרות קיומה.

אחרי 15 פגישות דיווח דניאל על הפחתה משמעותית בפחדיו מפני פגיעה באחרים ועל שיפור בקבלת ההחלטות היום-יומית שלו. אף על פי כן, הוא אמר שמצב הרוח שלו השתפר באופן חלקי בלבד, ושעדיין קשה לו לצאת עם בחורות. המטפל ציין שעוד נותרו שני תרגילים קשים שדניאל לא ביצע ביחס לפחדיו מפגיעה בזולת. הוא הציע שדניאל יבצע את התרגילים האלה, ושאחר כך שניהם יתמקדו מחדש בסוגיית היציאה עם נשים. דניאל הסכים.

בשתי הפגישות הבאות אסף המטפל פרטים בנוגע למפגשיו של דניאל עם נשים וקיים אתו ריאיון מפורט לגבי שתי הפגישות האחרונות שדניאל יצא אליהן. המטפל הצליח לזהות רבים מאותם התהליכים שהיו מעורבים בטיפול עד אותו שלב: חוסר סובלנות בנוגע לאי-ודאות, פחד מכישלון, חשיבה בנוסח "הכול או כלום", הערכת-יתר של איום הכישלון ורדיפת עידוד מוגזמת. תוקנו חלק מהאמונות לגבי יציאה עם בחורה (למשל, "הפגישה הראשונה קובעת הכול, ולכן מיד אחריה עלי לדעת אם אני רוצה להתחתן עם הבחורה), והעריכו מחדש את ההשלכות הבין-אישיות שהיו לשיחות שאחרי הפגישה הראשונה.

דניאל התחיל להתייחס לפגישות עם נשים פחות כמו אל מבחנים מלחיצים שבהם עליו להצליח מיידית, ויותר כמו אל התנסויות הדדיות בין שני אנשים. הוא התחיל להבין שהמטרה בהתנסויות

האלה היא ליהנות, ללמוד זה על זה ולמצוא שפה משותפת. הוא הסכים להימנע מלצלצל אחרי הפגישה באופן כפייתי ובלתי נשלט ובמקום זה לקבל אחריות ולקבוע לבד מתי להתקשר. הוא גם הסכים שלא לחפש עידוד-יתר מחבריו בעניין זה.

כל התהליך שיפר את מצב הרוח של דניאל, והפגישה הבאה שיצא אליה הייתה מוצלחת לטעמו. הוא צלצל לבחורה יומיים אחר כך ואמר שנהנה מאוד ושהיה רוצה להמשיך להיפגש, אבל היא השיבה שאינה רואה טעם בכך. בכל זאת, דניאל הרגיש שהתנהל אחרת מאשר בעבר ושיוכל להמשיך ב"פגישות עיוורות". התפיסה שהבעיות שלו סביב נושא הפגישות נובעות בחלקן מן ההפרעה הטורדנית-כפייתית שלו וחלקן מאמונותיו השגויות לגבי פגישות עם בחורות עזרה לו להתייחס אחרת לפגישות כאלו.

סיכום

המשגת מקרה היא חלק מהותי מרוב צורות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. היא עוזרת לצייד את המטפל במפת דרכים גמישה באמצעות קביעת מטרות טיפול (שמובילות לבחירת טכניקות מסוימות), מעניקה לו את האפשרות להבין את קשייו ומציעה לו תוכנית לפתרון בעיותיו או להטבת מצבו. בעזרת המשגת המקרה הטיפול מתמקד בבעיה של כל מטופל ומטופל ללא הנוקשות של פרוטוקול משותף ואחיד. היא עוזרת להנחות את הטיפול ומספקת הסברים אפשריים למכשולים שבדרך ודרכים להתגבר עליהם. המשגה מדויקת גם עוזרת לבחור את הטכניקות המתאימות לטיפול הן בבעיות ספציפיות של המטופל הן בגורמים כלליים של מוטיבציה, ציפיות ומערכת היחסים הטיפולית.

מקורות

- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008) Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4th Ed.). New York: The Guilford Press, pp. 216-249.
- Antony, M., Orsillo, S.M., & Roemer, L. (Eds). (2001). *Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Ayllon, T & Azrin, N (1968). *The token economy*. New York: Wiley.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, New American Library.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck AT, Steer RA & Brown GK (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A., Lehman, C.L., Campbell, L.A. (2001) Reliability of DSM-

IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, YBOCS *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46:1006-1011.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion In Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Emmelkamp, P. M.G., Bouman, T.K., & Blauuw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95–100

Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 85-90.

First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1996.

POA E. B, Hupert J. D, Leiberg S, Langner R, Kichic R. , Hajcak G., and Salkovskis P. M (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-498.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders*. New York: Oxford University Press.

Huppert, J.D., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. & Woods, S.W. (2006). The Interaction of Motivation and Therapist Adherence Predict Outcome in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Preliminary Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 198-204

Kelley, M.L., Reitman, D., & Noell, G.H. (Eds). (2003). *Practitioners guide to empirically based measures of school behavior*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 691-705). New York: Guilford Press.

Lambert, M.J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* , 17, 1-14.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry 22, 141-173.

- Lovibond P. F., & Lovibond S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Scales* (2nd Ed.). Sydney: Psychological Foundation.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167-195.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (Eds.). (2000). *Practitioners guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B. (2008). *The case-formulation approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York; Guilford Press.
- Philippot, P., Schaefer, A., & Herbert, G. (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Emotion, 3*, 270-283
- Philippot, P., Baeyens, C., Douilliez, C., & Francart, B. (2004). Cognitive regulation of emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 71-100). New York: Erlbaum.
- Ruscio, A. M., & Holohan, D. R. (2006). Applying empirically supported treatments to complex cases: ethical, empirical, and practical considerations. *Clinical Psychology Science and Practice, 13*, 146-162.
- Schulte, D., & Eifert, G. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 312-328.
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G., & Schulte- Bahrenberg T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances In Behaviour. Research and Therapy, 14*, 67-92
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry, 1998;59(suppl 20):22-33*.
- Siev, J, Huppert, J.D., & Chambless, D.L. (2009). The Dodo Bird, Treatment Technique, and Disseminating Empirically Supported Treatments. *The Behavior Therapist, 32*, 69-76

Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Miller, S. D. (2009). Barriers to the dissemination of empirically supported treatments: Matching messages to the evidence. *the Behavior Therapist*, 32, 144-155.

Yovel, I., Revelle, W., & Mineka, S. (2005). Who sees trees before forest? The obsessive-compulsive style of visual attention. *Psychological Science*, 16, 123-129.

Zimmerman, M., Mattia, J.I. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 182–191

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. 2000. Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatric Services*. 51, 1299-1304.