

לוחמה פסיכולוגית: דיווח מזירת הקרב על עתידו של הטיפול הנפשי בישראל

הפסיכולוגים המטפלים בגישה הפסיכודינמית לא ראו את זה מגיע: בשנים האחרונות הם נדחקים מהאוניברסיטאות, מאבדים אחיזה במועצת הפסיכולוגים, ועכשיו עלולה הרפורמה בבריאות הנפש להביא לשחיקה בשליטתם המוחלטת בקליניקות. כך משתלטים חסידי הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית על שוק הטיפול בישראל

הילו גלזר, איור: שחף מנאפוב 26.06.2014 09:32

בראש המגמה ללימודי תואר שני בפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטה העברית עומד פחפ' יונתן הפרט, חוקר בעל שם עולמי שמתמחה ב-CBT - גישה טיפולית קוגניטיבית-התנהגותית (Cognitive Behavioral Therapy), שדוגלת בטיפול קצר מועד באמצעות יצירת שינוי בתפיסת המציאות של המטופל בצד הקניית דפוסי התנהגות חדשים. לאחרונה חשו כמה מתלמידיו, חמישה בסך הכל, שהם כרבע ממספר הסטודנטים במגמה, שהלימודים במסלול היוקרתי חסרים במידת מה, ופנו באופן פרטי למרצה לשעבר במחלקה פחפ' רחל בלס, בבקשה שתעביר להם הרצאה שבועית בתשלום. בלס נעתרה ושכרה חדר במשרדי המכון הישראלי לפסיכואנליזה, שבו היא מעבירה להם קורס פרטי תחת הכותרת "היסודות התיאורטיים והקליניים של הטיפול האנליטי המסורתי", העוסק בטקסטים של תיאורטיקנים מרכזיים בדגש על יישומם בשדה הפרקטי, קורס באוריינטציה דינמית קלאסית ששם דגש על הקונפליקטים הפנימיים של האדם ומבנה העומק של הנפש.

"אמנם מדובר בהוצאה כספית נוספת, אבל זה שווה את זה", אומר אחד הסטודנטים, שמייחס את הצורך שהתעורר במגמה ל"חח המפקד" ומסביר: "נוצר מצב שאני, בתור תלמיד שנה א', לא לומד בסמסטר ב' שום קורס חובה פסיכודינמי, בעוד שקורסים ב-CBT דווקא יש. זה לא רק עניין טכני, אני מרגיש את ההשלכות בהכשרה המעשית שלי. יש פער בין חומר הלימוד התיאורטי, שבו מושם דגש על CBT, לבין הפרקטיקה, שבה עדיין יש תעודף לגישה הדינמית. קורה שאני ניגש למטופל במחשבה לתת לו טיפול דינמי, אבל בראש יושבות לי תיאוריות של CBT. הרגשנו שהכרחי מבחינתנו להשלים את המידע הזה, אז עשינו לו אאוט סורסינג".

בכל מצב אחר אין סיבה שטרונות כאלה, שמשמיעים סטודנטים אחדים שדעתם אינה נוחה מתוכנית הלימודים, ימצאו את דרכן לעיתון. ובכל זאת, כדאי לשים לב לאי שביעות הרצון המקומית הזאת ובעיקר לתחושת הבלבול שמשתמעת ממנה ככל שזה נוגע ליחס שבין תיאוריה לפרקטיקה. אפשר לראות בה אלגוריה טובה, גילום ראשוני וגס, למתיחות הגוברת בין אנשי האקדמיה לאנשי השדה במאבק על דמותו העתידית של הפסיכולוג הקליני, שהכרעותיו ישפיעו על כולנו. המתחות מפעפעת עד לדרגים הגבוהים ביותר בממסד הפסיכולוגי.

למעשה, כדי לחוש את עומק השבר שמפלג היום את הפסיכולוגיה הקלינית אין מנוס מלחדור מבעד לקרח סמיך של ביורוקרטיה, ועדות סטטוטוריות, תתי-ועדות ועסקנות פוליטית. קחו למשל את המהומה שהתחוללה בפברואר האחרון, אז התכנסה מועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות לבחור נציגים לוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, שדנה בתוכנית הליבה באוניברסיטאות

ובעדכון תהליך ההתמחות, שבראשה עומד ד"ר שמעון קורניצר. בימים כתיקונם מדובר בהליך אפרפר ונטול כל הילה, אבל במציאות הנוכחית של מאבק מר על עתיד המקצוע, כל קול חשוב וזהות חברי הוועדה, ובעיקר האוריינטציה המקצועית שלהם, עשויה להיות גורלית. הכל החל עם היעדרותו מהדיון של פרופ' גולן שחר, עד לא מזמן ראש המגמה הקלינית באוניברסיטת בן-גוריון ודובר נלהב בעד הטמעת טיפולים קצרי מועד, בשל מחלה. הידיים הורמו, הקולות נספרו והנציגים נבחרו, אבל למחרת מחר על שלא איפשרו לו להצביע בשלט-רחוק וביקש למסור את השמות בדיעבד. יו"ר מועצת הפסיכולוגים, פרופ' רחל לוי-שיף, התנגדה בטענה שמדובר בפרוצדורה בלתי תקינה, אבל התקשתה לבלום את הבלץ של אנשי האקדמיה, בעלי בריתו של שחר, ולאחר התייעצות קדחתנית עם הלשכה המשפטית של משרד הבריאות איפשרה את ההצבעה הנוספת. עם שקלולה, התבררה גודל הדרמה: שוויון קולות בין ד"ר יופ מאירס, איש אקדמיה מבית הספר לחינוך באוניברסיטה העברית ומחסידי הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, לבין אריק אבנרי, שמגיע מהשוק הפרטי ומזוהה עם השדה הפסיכודינמי. את התסבוכת פתרה היו"ר לוי-שיף בפשרה שעטנזית: הסכם חטציה בין אבנרי למאירס, שבמסגרתו כל אחד מהם יכהן שנה וחצי ובמחצית השנייה של הכהונה יישב בוועדה כ"משקיף", תקן תקדימי ומעורפל למדי.

אנשי השדה, שבשנים האחרונות חאים את נציגי האקדמיה מהדקים אחיזה בממסד, מתמקמים בצומתי ההחלטה החשובים ואגב כך דוחקים אותם, עתירי ניסיון קליני וקילומטרז' מעשי, מן העמדות המשפיעות, ניסו להקים קול מחאה נגדי, אך ללא הועיל. פרופ' שחר, המצביע שעמד בעין הסערה, מגיב: "יופ מאירס הוא אחד האנשים הכי נעימי סבר, מנומסים ומכבדים שיש בנמצא, ועצם העובדה שמנהלים מלחמה כזאת מול אדם כל כך שקול ונעים מלמדת שזה לא פרסונלי, אלא אידיאולוגי. נראה שכשהאידיאולוגיה שלך מתמוטטת אתה נוקט את כל האמצעים כדי לשמר אותה. "לגופו של עניין, בשלב ראשון יו"ר המועצה החליטה שלא לאפשר לי, ולנציגי אקדמיה אחרים שלא נכחו בהצבעה, להצביע. אני מחיתי והמחאה שלי מצאה הד בכל החוגים לפסיכולוגיה. לא ידעתי מראש שבכך אכניס את מאירס, אבל לא נראה לי שזה כל כך משנה. שינויים מקצועיים לא מתרחשים בגלל הצבעה כזאת או אחרת, אלא מונעים מתמורות גיאוגרפיות חזקות: אנשים מטובי האוניברסיטאות בעולם ימשיכו להגיע לכאן, להטמיע מודלים חדשים ולהיכנס לשטח".

בטיפול - מילון מושגים

תרפיה פסיכודינמית

מושגת על עקרונות הפסיכואנליזה של פרויד ובקשרי הגומלין בין הלא-מודע למודע. הטיפול מתמקד בהבנת נפש האדם ונועד לסייע לו במצוקותיו ובקשייו הרגשיים, גם אם אלו אינם ניכרים בתפקודו היומיומי או בהתנהגותו. בהתאמה, ההכשרה הדינמית עוסקת במבני העומק של הנפש ובמנגנוני ההגנה שלה. לרוב מתקיים הטיפול הדינמי אחת לשבוע, והוא עשוי להתפרש על פני שנים. לצד זאת, ישנן גם שיטות טיפול דינמיות קצרות מועד, שפותחו, בין השאר, לאור הנטייה ברפואה, ובתחום בפרט, לטיפולים מונחי ראיות (Evidenced Based) וכאלה שניתן לבחון את יעילותם בכלים אמפיריים. מבקרי הגישה טוענים שיש לה ימרות חובקות-כל, שאינן לוקחות בחשבון מאפיינים ייחודיים של האדם אף על פי שבשנים האחרונות ישנם חוקרים ומטפלים רבים שפיתחו טכניקות שונות אשר נועדו להתאים טיפול נפשי להפרעות ספציפיות.

תרפיה קוגניטיבית-התנהגותית

טיפול שנועד ליצור שינוי בדפוסי החשיבה של המטופל (קוגניציה) בצד שינוי דרכי הפעולה שלו (התנהגות). מטרתו ספציפיות יותר ושיטותיו קשיחות יותר ומכאן שהטיפול תחום בזמן (לרוב שלושה עד

שישה חודשים) ומתמקד ב"כאן ועכשיו". במרכיב ההתנהגותי מובלעת ההנחה שההתנהגות משפיעה על הלך המחשבה, וששינוי התנהגותי יתורגם לשינוי בתחושות. המרכיב הקוגניטיבי מתייחס לאופן שבו המטופל מתבקש להציב סימני שאלה ביחס להנחות יסוד ואמונות שלו. בשיטת טיפול זו המטפל מדרבן את המטופל להשיג את המטרה, מאיץ בו לפתח דפוסים בריאים, ולקנותפס כאקטיבי יותר בהשוואה לפסיכולוג הדינמי.

מראש מחתרת לראש ממשלה

בצדק רב מסמן שחר את אותם "אנשים מטובי האוניברסיטאות", שהוא נמנה עמם, כמחוללים עיקריים של תנועת הלוחות הטקטוניים שקדמה לרעש האדמה הנוכחי. 15 השנה האחרונות מאופיינות בהשתלבות מואצת של פסיכולוגים ישראלים שלמדו בחו"ל בעמדות בכיחות באקדמיה. הם למדו בפרינסטון, ייל והרווארד, שם התנסו במגוון גישות ובראשן CBT, אבל כשחזרו לארץ לא הוכח כומומחים ולפעמים, בעודם כבר אוחזים בדוקטורט, כשלו בבחינות ההסמכה פעם אחר פעם. הסיבה נעוצה בכך שתהליך ההכשרה בישראל מושתת על עקרונות הגישה הפסיכודינמית, שבאותן אוניברסיטאות עלית בחו"ל ניתן לה דגש מופחת.

לפני כשבע שנים פורסמה במוסף זה כתבה מאת אביבה לורי ז"ל לרגל היווסדה של "אופקים", אגודה לפסיכולוגיה יישומית-מדעית בישראל, בידי קבוצה של כ-60 פסיכולוגים בכירים. בפעם הראשונה התארגנו אנשי בריאות הנפש מגזרות שונות — ראשי מגמות קליניות באוניברסיטאות, ראשי מחלקות בבתי החולים, פרופסורים ופסיכולוגים מהשירות הציבורי והפרטי — בדרישה לקבל הכרה ממסדית לשיטה הקוגניטיבית-התנהגותית, ואגב כך לשנות מן היסוד את מבנה ההתמחות ופני המקצוע. הכתבה היא, שהכתה גלים ואדוותיה עדיין מורגשות בברנז'ה, זכתה לכותרת "מרד הפסיכולוגים" ואופיינה בטון מאשים ומתריס של אנשי "אופקים" כלפי ההגמוניה הפסיכודינמית.

גשתם היעילה, הזריזה ומוכונת הסימפטומים הוצבה כתמונת ראי של הממסד הפסיכואנליטי העייף והמאובק, שמסרב להשתכלל ולהתעדכן במגמות עולמיות. בהלך הרוח של אותם ימים תוארה "אופקים" כאופוזיציה מקופחת הנחסמת בידי גילדה שמרנית ששואפת לשמר את כוחה. פרופ' גבי שפיר, פסיכולוג קליני ופסיכואנליטיקאי, הפסיכולוג הראשי של בית חולים הרצוג בירושלים ומנהל מרכז פרויד באוניברסיטה העברית, מסביר כיצד התגלגלו הדברים מכאן והלאה. "המעמד של 'אופקים', שקמה כתגובת נגד לממסד הפסיכולוגי, הלך והתפתח בראש ובראשונה באקדמיה, משום שהאקדמיה היא מקום קלאסי לפסיכולוגים שעוסקים בטיפול ומחקר ב-CBT — המדידות פשוטות, הממצאים חדים. חוקרים שלמדו בחו"ל וחזרו עם רשימת פרסומים עשירה ומכובדת נכנסו לעמדות מפתח כמחליפים של אנליטיקאים ופסיכולוגים דינמיים שיצאו לגמלאות. השנים חלפו, והנה הם כבר ראשי המגמות הקליניות. באחת השנים, ממש לא מזמן, נוצר מצב שכל ראשי המגמות הקליניות בארץ, ללא יוצא מן הכלל, היו באוריינטציה של CBT. תהליך דומה מסוג טיפה שונה קרה גם במגמה הקלינית שאני חבר סגל בה. בלי ששמנו לב, קורס ב-CBT שהוגדר קורס רשות, נכנס לתוכנית הלימודים כקורס חובה. פשוט כי ככה הוחלט, ועכשיו לך תנסה לשנות".

"בשלב הזה, זירת המאבק הפכה להיות הוועדה המקצועית", ממשיך שפיר. "באו הפסיכולוגים הקוגניטיביים-התנהגותיים ואמרו — איך ייתכן שאנחנו כל כך חזקים ומשפיעים באקדמיה, אבל בשדה לא מכירים בנו, עד כדי כך שלחלקנו אפילו אין רישיון? תגובת הוועדה היתה — תמירו את דתכם, תתאימו את עצמכם או שלא תהיו חלק מאיתנו. זה היה מעשה יהיר, מטופש, והגלגל התהפך כל כך מהר, עד שכעבור שנים לא רבות ראש מועצת הפסיכולוגים, יואל אליצור, הוא 'אחד משלהם'. אנחנו התפצלנו מבפנים והתחבטנו בשאלות כמו — האם איגוד הפסיכולוגים הקליניים הוא הגוף המייצג אותנו, או שאולי זו הסתדרות הפסיכולוגים? בינתיים הוועדה המקצועית התנהלה בשיטת 'חבר מביא חבר' וכך שמרה על

הגחלת, אליצור שינה את הכללים שהיו מקובלים במשך תקופה ארוכה, הביא פנים חדשות וכך שינה את פני המקצוע".

מערכת היחסים בין הפסיכולוגים הקליניים לאליצור, פרופסור חבר במגמה לפסיכולוגיה חינכית וקלינית של הילד בבית הספר לחינוך שבאוניברסיטה עברית, נידונה לכישלון מהרגע הראשון. כבר כשעלתה הכוונה למנותו על חשבון מועמד מוביל אחר, הוגשה לסגן שר הבריאות אז, יעקב ליצמן, עצומה בחתימת 646 פסיכולוגים בדרישה שמועמדותו תוסר. הרקע להתנגדות היה התמיכה של אליצור בביטול סעיף 9' לחוק הפסיכולוגים, באופן שיאפשר גם לפסיכולוגים שאינם קליניים לטפל בפסיכותרפיה — מהלך שאן ננקט בתקופת כהונתו ובמעורבותו המוגברת, לשביעות רצונם של פסיכולוגים משאר האשכולות: חינכיים, חברתיים, התפתחותיים שיקומיים ורפואיים.

גם זיהויו של אליצור עם "אופקים" לא הוסיף, והעימות הראשון היה עניין של זמן. בינואר 2011 התפטר נציגי השדה בוועדה המקצועית ברעש גדול, בשל מה שכינו "השתלטות עוינת" של אליצור וניסיון מצדו "להביא לשינוי מפת הפסיכולוגיה בארץ". במניפסט באווירת "אני מאשים" ששלח אחד מחברי הוועדה המתפטרת למשרד הבריאות הוצג אליצור כמי ש"אצה לו הדרך והוא מתנהל באופן כוחני, בוטה ומבטל", בצד תיאורו כמי שמשתמש בתחושות הקיפוח של חברי "אופקים ואיט"ה (האגודה הישראלית לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי), המעוניינים לנגוס בדומיננטיות של הספקטרום הפסיכודינמי בארץ.

המסמך גולל באריכות כיצד האקדמיה לוחצת לשנות את דרישות הבסיס באשר לתחומי הידע הנדרשים מן המתמחים ולהזיל את עלויות הכשרת הפסיכולוג, הדרך שבה תחום המחקר הקליני נוטה בעקביות לכיוון של CBT והאופן שבו נדחקים נציגי השדה מצומתי ההכרעה בממסד, בגיבוי של אליצור.

באותם ימים הוגשה לסגן שר הבריאות ליצמן עצומה נוספת נגד אליצור, שקראה לפיטוריו. הפעם עמדה ברקע החלטתו להרחיב את האפשרויות להגשת מועמדים לחברות בוועדה המקצועית. הפסיכולוגים הקליניים טענו כי הנהל החדש יקבע אותם כמיעוט במוקדי קבלת ההחלטות, מצב שיתורגם לפגיעה במעמד המקצועי, אבל מנכ"ל משרד הבריאות (שעזב לאחרונה) חוני גמזו, בעל הברית העיקרי של אליצור, אפילו לא מיצמן. "כל חתימה נוספת על העצומה נגדו רק מחזקת אותי עוד יותר לתמוך בו", הגיב כעבור ארבעה חודשים החריפה המחאה, עם ההכרזה של פרום הפסיכולוגים הראשיים במוסדות הציבוריים על שביתה שמשמעותה עיכוב בחינות הגמר למתמחים בפסיכולוגיה קלינית. גם הפעם נמק הצעד החריג בניסיון "לעצור את תהליכי ההרס שמוביל אליצור", תוך פירוט מהלכו ב"שיטת הסלמי":

ראשית, ביטול סעיף 9'ב; לאחר מכן ניסיון לאשר תוכנית ליבה חדשה במגמות הקליניות לתואר שני, שמשמעותה קיצוץ במספר קורסי החובה הדינמיים והפרקטיקום הקליני; ולבסוף איזש הוועדה המקצועית בידי נציגים חדשים שמזוהים עם האקדמיה ו"אופקים". "צרפו את שלושת השלבים הללו והרי לכם 'רצף טריטוריאלי' של שליטה על תהליך ההכשרה: מזירת החוק, דרך לימודי התואר השני באקדמיה, עד הפרקטיקום וההתמחות", הזהיר המטה המשותף לפסיכולוגיה קלינית בקול קורא שהופץ בין חבריו. עם כניסתה של יעל גרמן למשרד הבריאות, נשמעה אנחת רוחה במטה המשותף. גרמן בחרה שלא להאריך את כהונתו של אליצור ומינתה תחתיו את לוי-שיף, הנחשבת לדמות מקובלת שאינה מזוהה עם מי מהמחנות. אלא שמורשת אליצור עדיין מהדהדת, והקרוב על דמות המקצוע עודנו בשיאו. "אופקים", אגב, מתקיימת היום בעיקר במרחב הווירטואלי באמצעות קבוצת דיון סגורה, אבל יעדיה הושגו באופן מעורר השתאות ואנשיה כובשים עוד ועוד עמדות באקדמיה ובממסד. או כפי שמיטיב לנסח פרופ' שפיר:

"אני משתמש במונחים של מהפך 77': ראש המחותרת הפך לראש הממשלה. ומטבע הדברים, הממשלה החדשה גם באה חשבון עם קודמתה, ובעיקר שינתה את סדרי העדיפויות לפי ראות עיניה". לא בטוח שכל אנשי השדה יאמצו את הטרמינולוגיה המפא"ניקית הזאת, שעשויה להציגם כמי ש"גנבו להם את המדינה", ולכן מעדיפים לשוות למאבק אופי עקרוני. המערכה, מבחינתם, מתנהלת כעת בשתי

חזיתות עיקריות: תוכני ההכשרה והרפורמה בבריאות הנפש שאמורה להיכנס לתוקף בעוד כשנה.

מי יסיר את הכתם

מלחמת התשה, כך מתאר אחד מחברי הוועדה המקצועית את ששן חמש השעות שהתקיים בבוקר יום שישי לפני כחודש, בניסיון נוסף לגבש מתווה חדש להתמחות בפסיכולוגיה קלינית. באופן חריג התקיים המפגש בביתו של יו"ר הוועדה קורניצר ברמת אביב ולא במטה משרד הבריאות. אבל גם בחלל הנעים והמבהיק קיבל השיח במהרה גוון וכחני ואמוציונלי, עם התפלגות ידועה מראש בין שלושה נציגים מובהקים של השדה מול שלושה נציגי האקדמיה. החבר השביעי הוא פרופ' גילי גולדצווייג — דיקן הפקולטה למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית תל אביב-יפו וגם מדריך מוסמך בפסיכותרפיה ופסיכו־דיאגנוסטיקה, שבמידה רבה מייצג את שני העולמות, משתדל להימנע מעימותים ובאופן כללי נוטה לשמור על ניטרליות. המספר הנוסף הוא מאירס, שכאמור נכנס כמשקיף כתוצאה מאותה הצבעה שמויה במחלוקת ועדיין אינו מורשה להצביע, אך מפגין דומיננטיות רבה.

במאזן הכוחות הזה, ה"דינמיים" חוששים למצוא את עצמם בנחיתות מספרית ועושים ככל יכולתם כדי למנוע מהדברים לעלות להצבעה. הם פועלים מתוך הנחה שקורניצר לא יכול להרשות לעצמו לכפות את דעתו, מהלך שעשוי לגרום להתלקחות רבתי ולכרסם בלגיטימיות שלו, הפריכה ממילא. לפיכך הם נוקטים אסטרטגיית בונקר, שנועדה לבלום את השינויים המוצעים בתחום, לפחות אלו שלהשקפתם יובילו לדילול של תהליך ההכשרה הקלינית ולרידודו הקיצוני. הם חוששים שהשינויים גם יביאו לפגיעה אנושה בתפיסה האינטגרטיבית, תפיסת "האדם השלם" שמושרשת כיום, לטובת גישה פרגמנטרית, חלקית, שחאה באדם "אוסף של סימפטומים", או כפי שאומר אחד החברים בוועדה: "בקיצור, מנסים להפוך את הפסיכולוג לטכנאי".

קצרה היריעה מלפרוש את כל החזיתות בקרב החפירות הזה, ולכן מוטב אולי להתמקד בסוגיה הנפוצה ביותר כרגע — גורלה של סוללת המבחנים ההשלכתיים, אבחונים מבוססי גירוי ובעלי פירוש רב משמעי, ובפרט הקרב על החרשך. אנשי השדה יוצאים מגדרם כדי לשמור על מעמדם של כתמי הדיו הללו, שלדבריהם פותחים צוהר יקר מפז למניעים ולדחפים לא מודעים של המטופל, אל מול גישת חלק מאנשי האקדמיה, ששואפים לצמצם משמעותית את החרשך ולתעדף את שיטת השאלונים, שהיא לטענתם בעלת תוקף מהימן וגם מספקת מצע נוח למחקר. בתגובה אנשי השדה הפסיכודינמי, שמתנגדים לשינוי, מסוגלים לשלוף מתוך שינה גרסאות בעלות תוקף אמפירי של החרשך, אולם מבחינתם הניסיון לנגוס במעמדו הוא רק סימפטום.

"יאה היה לו הוועדה היתה דורשת יותר מקצועיות ולא מציעה עוד הקלות, לא רק בתחום החרשך כי אם כעמדה כללית, ובהתאם לא מורידה עוד יותר את כמות הסוללות הנדרשות", כתב ד"ר חעי אלדור, מנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ביחשלים, במכתב חריף לוועדה המקצועית. "ממתי לעשות פחות דווקא מגביר מקצועיות ומיומנות?! האם הצעת הוועדה לעשות פחות (חרשך בפרט וסוללות בכלל) עולה בקנה אחד עם עקרונות של הערכת יעילות הטיפול?! שאל אלדור.

דברים להגנתו של החרשך אפשר לשמוע גם מפי פרופ' יונה טייכמן, ראש התוכנית לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית במרכז הבינתחומי הרצליה, שמזדהה כתלמידה ישירה של פרופ' אהרון בק, מייסד שיטת הטיפול הקוגניטיבי, כמו גם של ד"ר סלודור מנחין, ממכונני גישת הטיפול המשפחתי. ככזו אי אפשר לחשוד בה בהטיה אוטומטית לטובת האסכולה הדינמית. "החרשך עבר הרבה מאוד עדכונים, שהאחרונים ביניהם מתבססים על ממצאים אמפיריים", אומרת טייכמן. "מספיק להקיש 'חרשך' בגוגל כדי להתרשם עד כמה מדובר בנושא חי ועדכני, שהמוני אנשים מתעניינים בו, כחוקרים או כקלינאים. אני רואה בו כלי רב-ממדי וחשוב בהקשר של תיאור אישיות, שמלמד את הקלינאי לבצע אינטגרציה". "עם זאת, אין ספק שבמשך הרבה מאוד שנים התחום בארץ סבל מקיבעון", היא מדגישה. "חזרות

פסיכולוגיים מסכמים נכתבים על סמך אותה בטרייה קלאסית (סוללת האבחונים שנדרשת בהתמחות) שעה שהמדדים השתנו, התעדכנו והשתכללו. כשהמציאו את המבחנים האלה, בשנות ה-40 וה-50 של המאה הקודמת, אי אפשר היה לצפות שהם יעוגנו בביסוס אמפירי, אבל היום בהחלט צריך לשאול: לאן התקדמו? אולי יש מבחני אישיות מתוקפים יותר? בכל האמור במבחני הצירים לסוגיהם שעדיין נכללים בבטרייה בארץ, חלק ניכר מהם לא עומדים במבחנים אמפיריים".

אנשי המטה המשותף מסכימים שאפשר לרעון, אבל לא במחיר של שפיכת התינוק עם המים. ד"ר רבקה דידוביץ אפשטיין, יו"ר פורום אסטרטגיה של הפסיכולוגים הקליניים ויו"ר הארגון הישראלי לפסיכותרפיה, נלחמת בשינויים מבחן ומתריעה כי "רק שמירה על הכשרה אינטגרטיבית ומעמיקה שמספקת תשתית רחבה של הבנת נפש האדם ומפתחת איכויות שהן מעבר להתמקצעות בטכניקה טיפולית ספציפית, תבטיח את התאמת הטיפול הנכון לאדם הנכון. כשניגשים לטיפול בחרדה, למשל, יש מקרים שמדובר בעניין נקודתי וממוקד כמו חרדה מטיסות, אבל ייתכן גם שהחרדה קשורה למרכיבים אישיותיים, לשאלות זהות, לתהליכים נפשיים לא מודעים או לתחושת התפרקות. לכל אחד ממטופלים אלה מתאים טיפול שונה וכל פסיכולוג קליני חייב להכיר את מכלול ההיבטים כדי להעניק טיפול המכוון לצרכי האדם".

אבי אפרתי, יו"ר איגוד הפסיכולוגים הקליניים בישראל ואופוזיציונר חריף נוסף לשינויים, מוסיף: "ההכשרה חייבת להיות מגוונת ומורכבת מכמה גישות, כדי שלפסיכולוג הקליני יהיו זמינים כמה שיותר כלים בארגז. בסיום ההתמחות הוא יוכל לבחור את האוריינטציה שבה יעדיף לעבוד. תהיה האוריינטציה אשר תהיה, המטפל מוכרח להיות ער לקיומם של אזורים לא מודעים, למערכות ההגנה שמפעיל האדם — ולהכיר באופן מעמיק תהליכים דינמיים, גם אם בסופו של דבר לא יעשה בהם שימוש אקטיבי. פגיעה בבסיס הזה תביא לרידוד ההכשרה בתחום ולפיכך גם לפגיעה באיכות הטיפול שיקבל בסופו של דבר הציבור". ופחפ' שמשון חבין, ראש המגמה הקלינית באוניברסיטת חיפה, אומר: "אני חושש שבעוד שנים לא רבות דרישות המינימום שהוועדה מציעה יהפכו למקסימום. שהרף התחתון יהפוך לתקרה". לעומתם מסביר פחפ' שחר, ש"ההכשרה צריכה להשתנות משום שהיא לא מספיק טובה, לא מספיק יעילה ולא מספיק מחוברת לממצאים ולמודלים מדעיים עדכניים ביחס להיקף ההפרעות הנפשיות בציבור ולחומרתן. לכן הקבוצה שמזהירה מחיסול המקצוע פשוט טועה. מנסים להפוך את זה למאבק של שטח נגד אקדמיה, אבל גם בשטח יש הרבה אנשים שמצדדים בשינוי, ולכן הייתי אומר שהקטגוריות הנכונות הן 'ישן' מול 'חדש'. זה לא מקרי שחוב מובילי השינוי הם בסביבות גיל 40–45, בעוד שהמתנגדים מבוגרים הרבה יותר".

היזמה לשינוי תוכנית הליבה ומבנה ההכשרה לא נולדה אתמול, והיא תולדה של ברית שהולכת ומתהדקת בשנים האחרונות בין האקדמיה לממסד. היא ניכרה, בין היתר, באותו שיתוף פעולה הרמוני בין יו"ר המועצה הקודם אליצור לבין מנכ"ל המשרד לשעבר גמזו, שבאופן כללי גילה מעורבות חסרת תקדים בדיונים על שינוי מסלול ההתמחות בפסיכולוגיה, למגינת לבם של אנשי השדה שטענו שחסרה לו הסמכות המקצועית, ואף ניסה לקדם פייולט שבמסגרתו תקוצר ההכשרה ונתחים ממנה יועברו לסמכות האקדמיה. גמזו מסביר שפניו היו לשלום: "ברפואה יש קשר הדוק, בלי ינתק, בין האקדמיה לבין השטח, אבל אצל הפסיכולוגים נחשפתי לתופעה נוראה של פיצול, ואותה קיוויתי לשנות. למה שפסיכולוג בשטח לא יוכל להתנסות במחקר ואיש אקדמיה לא יוכל להיות מדריך בשטח? מה יוצא לכם מזה? הפיצול הזה לא רק מקבע הכשרה לקויה, אלא גם יוצר מריבות אינסופיות ומסב נזק למערכת".

את התבנית לדריסת הרגל של האקדמיה יצקה ועדה משותפת למל"ג ולמשרד הבריאות מ-2012, שהיתה אמורה לאגד תחתיה קולות ממגוון תחומים ואסכולות, אף שבפועל הורכבה מחמישה ראשי מחלקות מהאקדמיה בצד נציגות סמלית, זניחה, לפסיכולוגית הראשית ד"ר ימימה גולדברג. בהתאם,

המלצות הוועדה נטו לתעדף מחקר על פני התנסות מעשית, הביעו חוסר שביעות רצון מכך שהלימודים אינם מבססים ראיות דיים והמליצו לבחון את מבנה ההתמחות ומשכה בצד הגברת הנציגות של אנשי אקדמיה במועצת הפסיכולוגים. כמו כן הוצע כי סטודנטים במגמות הקליניות יתבקשו לבחור שני אשכולות מתוך שלושה תחומים: דינמי, קוגניטיבי ומערכתית-משפחתי. משמעות ההצעה היתה שניתן יהיה לסיים את הלימודים בלי להיחשף באופן מעמיק לתחום הדינמי.

בסופו של דבר, בלחץ אנשי השדה נבלמה תוכנית הליבה במתכונת זו, והוחלט על הקמת צוותי עבודה משותפים לשדה ולאקדמיה בתוך משרד הבריאות. מדובר בעיקר בתת ועדה בראשות פרופ' הפרט מהעברית, שהתכנסה בשנה שעברה כדי לגבש מתווה ביחס לתוכני הלימודים לתואר שני ותוכני ההכשרה בהתמחות. הוועדה של הפרט ירשה על המדוכה שנה שלמה, שלוותה בלא מעט חריקות, לאחר שנציגי השדה קיבלו את החשם שמכוחותם היא בבחינת חותמת גומי וקטעו את הדיונים בטרם שוכנעו לשוב לשולחן. בשל פערים רבים בלתי ניתנים לגישור, ועדת הפרט הפיקה מתווה חלבי למדי והכדור חזר לקורניצר, שעל בסיסו גיבש מסמך משודרג והציג אותו לפסיכולוגים הראשיים במפגש שבו הוטחו בו טענות רבות. בין היתר נטען שההמלצות בחלקן אינן ישימות, שהשינויים המוצעים ביחס לפסיכודיאגנוסטיקה אינם מעודכנים ומקצועיים דיים, שהמסמך אינו משקף את חילוקי הדעת בתת הוועדה של פרופ' הפרט וכמובן הובעה תרעומת על הניסיון לבטל את הורשך ("על ידי הפחתתו עד כדי פגיעה באפשרות להשתמש בו ועל ידי ביטולו כחובה בבחינות", כפי שנכתב בסיכום שהוציאו). קורניצר גם קיים התייעצות עם נציגי המטה המשותף ובעקבותיה ביצע במסמך כמה תיקוני ניסוח (בין השאר, על מנת להבהיר את חובת ההתמחות במסלול דינמי) בצד העלאה מינורית של מספר מבחני הורשך (מחמישה לשבעה, עדיין נמוך בהרבה מה-15 שנדרשים כיום). את המסמך המתוקן פירסם באתר המועצה, אבל נציגי השדה מיהרו להתנער ממנו ולטעון שהוא אינו מחייב. לטענתם, המסמך טרם אושר אצל יו"ר מועצת הפסיכולוגים והפסיכולוגית הראשית במשרד הבריאות, כמתבקש בנהל. קורניצר, מצדו, טוען שאמנם יהיה נעים לקבל את ברכתך, אבל אין בכך חובה (במשרד הבריאות הסבירו שמדובר רק בטיטה). בינתיים, לאחר אותה הצבעה סוערת בפברואר, הוועדה שינתה את פניה והמסמך נפתח לדיון מחודש. "הקדנציה הקודמת הסתיימה אצלם בתחושה שהם הצליחו ופתאום הגענו אנחנו, המדניקים שפותחים להם הכל מהתחלה", אומר אחד מנציגי השדה.

פיזיותרפיה לגרון

ברקע הדיונים הקדחתניים על עתיד המקצוע משקשק הקטר הדוהר של הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, שאמורה להיכנס לתוקף בעוד שנה, ועיקרה העברת המערך ממשרד הבריאות לאחריותן של קופות החולים. הרפורמה נועדה להעלות דרמטית את מספר המטופלים (היעד הוא לספק שירותים לשני אחוזים מהילדים בישראל ולארבעה אחוזים מהמבוגרים — פי שניים מהניתן היום) ולצד תגבור המערך, ביצועה יכון שינוי תפיסה עמוק ביחס לאסכולה הטיפולית הדומיננטית: תעדוף טיפולים קצרי מועד, כפי שמציעה למשל הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, על חשבון טיפולים ארוכי טווח באוריינטציה דינמית כפי שמקובל כיום.

אין פלא, אפוא, שקיימת חפיפה כמעט מוחלטת בין מתנגדי הרפורמה לבין המתנגדים לשינוי מבנה ההתמחות. מבחינתם מדובר בתנועת מלקחיים, שנעדה להחליש את המרכיב הדינמי בהכשרה ולהכין את הקרקע לקראת הסדר החדש שתקבע הרפורמה. מן העבר השני, ההתייצבות של חוב אנשי אופקים ואנשי אקדמיה המזוהים עם אוריינטציית CBT לימין הרפורמה, נראית טבעית ורק מקבעת את מאזן הכוחות הזה.

פרופ' שפיר מתנדב לעשות סדר: "הרפורמה מתימרת לפתור את הבעיה של היעדר שירותים יעילים לטווח רחב של הפרעות. לא סוד הוא שפסיכותרפיה דינמית על נגזרותיה יעילה במונחים של עמידות

התוצאות, אבל הפסיכולוגים הדינמיים סומנו כחוליה שלא מזוהה עם יעילות — משום שהטיפולים בחובם אטיים, ההדרכות ארוכות, שלא לדבר על משך הזמן שמצריכים האבחונים. מכאן שמדובר בפרקטיקה טובה, אך יקרה באופן בלתי נמנע. הרפורמה באה לכאורה 'למגר' זאת והיא זקוקה לטיפולים יעילים, מבוססים אמפירית וקצרים, צ'יק-צ'ק. בנקודה הזאת מגיעים אנשי ה-CBT ואומרים — אלה בדיוק אנחנו. תביאו לנו חרדה, פאניקה ודיכאון ואנחנו ניפטר מהם במעט מאוד זמן".

מן הצד השני, מסביר פרופ' משה אלמגור מאוניברסיטת חיפה ש"התמה המרכזית של אופקים היא לקדם טיפולים שיש להם ביסוס מחקרי, וחובם הגדול של הטיפולים האלה הם קצרי מועד".

השאלה היא אם מטריית "קצרי מועד" לא תגרום לכך שהמטפלים בעיסוק, והאחיות והעובדים הסוציאליים, שיכולים להציע טיפולים כאלה, לא ידחקו את הפסיכולוגים.

אלמגור: "אבל זאת בדיוק הנקודה. המאמנים ואחיות חצים ללמוד CBT, משום שהם יודעים שמדובר בגישה יעילה ושניתן להתמקצע בה בזמן קצר יחסית. אז למה שנעדיף גישה ארוכת טווח? כדי שהפסיכולוגים ירגישו שהם נעלים על האחיות והמאמנים? אני לא מצליח להבין את ההיגיון".

אתה לא יורה לעצמך ברגל?

אלמגור: "בטח שכן, אבל הדרך להתמודד עם זה היא לא לקבע את הפסיכולוגים בסד שהם לא יכולים לצאת ממנו ולכוון אותם לטיפולים אחי טווח שאף אחד לא צריך. הדרך לצאת מזה היא להעלות את הרמה של הפסיכולוגים באופן שהם יהיו יותר אטרקטיביים בשוק. במגזר הפרטי, מי שטוב יותר — אליו ילכו. ואם אתה מדבר על המגזר הציבורי — המעסיק יעדיף את העובד שייתן את הטיפול המיטבי בעלות הנמוכה ביותר. כך קורה גם בארצות הברית. הפסיכולוגים הכי יקרים, העובדים הסוציאליים אחרים והאחיות הפסיכיאטריות הן הכי זולות, אז בחר את מי יעדיפו".

אז אין בך שום חשש מפגיעה בגילדה?

"אני לא חוצה להיות בגילדה, אני חוצה להתחרות. כפסיכולוג יש לי יתרונות אדירים, ואני חוצה להביא אותם לידי ביטוי. בחברה חופשית הפרמטרים צריכים להיות נחיצות ואיכות, לא יוקרת המקצוע".

ד"ר יופ מאירס, איש "אופקים" נוסף, מבקש לכוון את הזרקור למטופלים. "בסופו של דבר האינטרס הראשי הוא טובת הציבור. לפי כל המדדים האפידמיולוגיים הבינלאומיים, בכל רגע נתון חיים בישראל כ-1.75 מיליון אנשים הסובלים מאיזושהי מצוקה נפשית שדורשת טיפול. כדי להגיע אליהם, ובהנחה שכל מטפל יכול לראות במקביל כ-20 מטופלים, אנחנו זקוקים לכ-90 אלף מטפלים בבריאות הנפש — כולל פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים וכו'. בחר לגמרי שכרגע אנחנו רחוקים מזה, בהערכה אופטימית זמינים לנו כעשרת אלפים מטפלים. באה הרפורמה ואומרת: כל מי שזכאי לטיפול — יקבל טיפול, מה שמחייב ארגון מחדש של כל המערך. כאן נכנסים לתמונה מי שמאמינים ששיחות בריאות הנפש צריכים להיות מונחי ראיות ומעוגנים במחקר, בין אם מדובר במטפלים ב-CBT או בטיפולים דינמיים קצרי מועד".

ד"ר צפי מרום, מנהלת תחום CBT במרכז בריאות הנפש בגיהה ויו"ר איט"ה (שמונה כ-350 פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים), טוענת שלא רק זמינות הטיפולים תשופר, אלא גם איכותם. "הרפורמה היא הזדמנות טובה להיטיב עם המטופלים בישראל, שכרגע לא מקבלים את הטיפול המגיע להם בסטנדרטים של מדינות מערביות רבות כמו אנגליה, הולנד ואוסטרליה. כרגע יש החמצה גדולה בכך שהטיפולים אינם מונחי ראיות", אומרת מרום. "כשאתה שולח אדם לסשן ארוך שלא מסתייע, זה יוצר גם אצלנו תסכול ומחשבה שאין סיבה להמשיך ולטפל בשורש הבעיה. לתפיסה שככל שטיפול ארוך יותר הוא גם יעיל יותר, פעמים רבות אין שום תשתית ראייתית. כמו שברפואה בודקים אחוזי הצלחה וכל אחד מאיתנו היה מעדיף לבחור בנייתן שמבטיח לו את סיכויי ההחלמה המרביים, כך צריך להיות גם בפסיכולוגיה".

"החסם כרגע הוא הדור השמן, שקשה לו ליישר קו עם החידושים שחלו במקצוע, אבל לדעתי הם מנהלים קרב מאסף. מרגע שהרפורמה תצא לדרך, והיא תצא, לא תהיה ברירה משום שהפרמטר הכלכלי יתחיל להילקח בחשבון".

ולא מטריד אותך שהתמריץ הוא כלכלי?

"גם אם היינו חוטשילד והנימוק הכלכלי לא היה משחק תפקיד, הייתי משיבה שהטיפול קצרי המועד הם יעילים ונכונים יותר. זה פשוט לא נכון לקחת אדם ולשחוק אותו שלוש שנים בטיפול לא רלוונטי. זה כמו שהיית מגיע לרופא עם סטרפטוקוקוס ובמקום לרשום לך אנטיביוטיקה הוא היה שולח אותך לפיזיותרפיית גרון".

פחפ' שחר דווקא כן מוטרד מהעניין הכלכלי, ובכל זאת חושב שהגיע הזמן להחליף דיסקט. "כשמנסים למקסם חושים, תמיד קיימת סכנה לפגיעה באיכות השירותים. זה נכון כאן כפי שזה נכון לגבי הפרטת שירותי חינוך, הפרטת כוחות שיטור והפרטת בתי כלא. זאת נקודה שראוי להתחשב בה, ויש לעקוב אחר השינויים המתרחשים בחשדנות ראויה. אבל כשנתלים בהתנגדות לשינוי כדי לשמר מצב קיים, שבו רמת השירות לא מספיק טובה, זה בעיני תרגיל ציני. טענת הבסיס של הקבוצה המיליטנטית היא שהרמה היום מצוינת, ואנחנו הולכים להרוס הכל. אני שם את כל יוקרתי המקצועית ואומר — המצב המוכיח רחוק מאוד מלהשביע רצון".

חנה שטרם, פסיכולוגית קלינית ויו"ר פורום הפסיכולוגים והעו"סים בבריאות הנפש למען רפורמה מיטיבה וגם המתנגדת העקבית והקולנית ביותר לרפורמה, מודה שהמצב טעון שיפור אבל תולה זו במדיניות י"בש מכוונת של הממסד. "תורי ההמתנה הארוכים שבהם משתמש משרד הבריאות כעילה לקידום בהול של הרפורמה הם תוצאה של תוכנית יזומה ומגמתית של המשרד עצמו ב-20 השנה האחרונות. בעוד שהאוכלוסייה גדלה בכ-60%, מספר התקנים לא רק שלא גדל אלא ירד. המצב הוחמר עוד יותר כאשר אלפי חולים הוצאו מהאשפוז הפסיכיאטרי לקהילה, בלי שום תוספת של כוח אדם לקליטתם. מובן שאין לכך שום קשר לסוג הטיפול שניתן בתחנות. הטענות של קבוצה קטנה של אנשי אקדמיה ומטפלים ב-CBT, כי תורי ההמתנה הארוכים נובעים משימוש בשיטות טיפול מיושנות, הן חסרות כל ביסוס עובדתי או מחקר. הן אינן באות אלא לקדם את שיתוף הפעולה בין משרד הבריאות, שרוצה לצמצם עלויות והיקפי טיפול, לבין האינטרס של אותה קבוצה לקדם את האג'נדה שלה, שבתנאים של חופש בחירה לא קנתה אחיזה אצל המטפלים המקצועיים וציבור הלקוחות".

תורת המגעים

כמעט 20 שנה חלפו מאז הוכרזה לראשונה הרפורמה. "אני חי אותה מהיום שהיא נהזתה", אומר שפיר, האיש שראה הכל. "היא כשלה מלחול ביותר מ-28 תאריכי יעד ומי יודע כמה שרים ומנכ"לי משרד הבריאות. אין אח ורע לשום החלטה דומה שלא מצליחים להוציא אל הפועל כל כך הרבה שנים, מה שמעיד שמהוה בה כנראה לקוי מהיסוד". סביר להניח שהרפורמה היתה ממשיכה להיחבט ולהיגרס בין גלגלי השיניים של הביוחוקרטיה הישראלית, אלמלא מינויו של גמזו למנכ"ל, שסימן אותה כפרויקט אישי והעלה אותה בחזרה על המסלול. כך, אחרי כמה סבבים שבהם כשלו הליכי החקיקה לכינונה, אושרה לבסוף הרפורמה ב-2012 מתוקף צו ביטוח בריאות ממלכתי, ונקבע כי יישומה ייכנס לתוקף ביולי 2015. סימני השאלה ביחס לרפורמה רבים נכח מעטה החשאיות שמלווה את ההיערכות לקראתה. לפני כארבעה חודשים נחשף הסכם הביניים שחתם משרד הבריאות עם קופת חולים כללית, שעורר דאגה רבת משום שלא הופיעה בו דרישה מהקופות לפרט את הרכב המטופלים במרפאות החדשות. בשלב זה מסרב משרד הבריאות לחשוף את ההסכמים שנחתמו עם שאר הקופות, בנימוק שעקרונות ההסכם עם הכללית "מוסכמים על שאר קופות החולים". אבל כבר היום בחר שתקינה לפסיכולוגים לא תהיה בהם. ד"ר צחי בן ציון, הפסיכיאטר הראשי של קופת חולים לאומית, שבימים אלה מקים את מערך בריאות

הנפש החדש של הקופה במסגרת הרפורמה, מצהיר, "המחויבות שלנו היא אך ורק מקצועית. למה אתה לא שואל אותי כמה פיזיותרפיסטים אני מעסיק בקופה? גם כשאתה בא לקבל תחפה אתה רוצה לקבל שירות טוב, ולא מעניין אותך אם אני עושה את זה עם חוק אחד, שניים או 14. מה שיקבע זה טיב השירות. אם אתן לך שירות גרוע, אתה תעזוב אותי ותעבור לקופת חולים אחרת.

"אנחנו מסוגלים לעבוד ביעילות ולהשתמש לא רק בפסיכולוגים, אלא גם במרפאים בעיסוק, מטפלים באמנות, עובדים סוציאליים ואפילו קרימינולוגים, כי די, אנחנו בשנת 2014, נגמר העידן שבו רק פסיכולוגים ידעו לתת טיפול נפשי", מוסיף בן ציון. בכך הוא מזקק את תסריט הבלהות של אנשי השדה, שבו בהיעדר תקינה הפסיכולוגים נדחקים מהמערך ואת מקומם תופסים בעלי מקצוע "זולים" יותר מבחינת אורך ההכשרה שלהם וזריזות הטיפול שהם מציעים.

ד"ר גדי לובין, עד לאחרונה ראש האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות וכיום מנהל בית החולים הפסיכיאטרי איתנים, מסביר שאין מנוס מלאפשר לקופות גמישות בבניית המערכים החדשים. הוא תולה זאת בכך ש"הצרכים משתנים ממרפאה למרפאה בהתאם לאופי המטופלים וקיים שוני עצום בין המרפאות. לדוגמה, מרפאה שמאופיינת בריבוי תחלואה כפולה ובעיות סוציאליות, שבה המטופלים מתמודדים עם סמים ואלכוהול, זקוקה לצוות המתגבר בהרבה אחיות ועובדים סוציאליים. לעומתה מרפאה שממוקמת בשכונה של העשיחון העליון, שבה הפתולוגיות נטות להיות רכות יותר — משבר חיים, דיכאונות וכיו"ב, ושבה נדרשים בעיקר פסיכולוגים. לא סביר לדרוש מהקופות לייצר פסיפס של תקינה לפי פילוחים של אזורים, אלא לפי צרכים ספציפיים.

"זה כשנה וחצי, לקראת הרפורמה, הקופות מגייסות כוח אדם מקצועי, ולפי הנתונים שבידינו מספר תקני הפסיכולוגים גדל בשיעור משמעותי ביותר ביחס לשאר בעלי המקצוע", מוסיף לובין. "בקופת חולים מכבי, למשל, מונו לאחרונה שני פסיכולוגים לניהול מרפאה. אני מעריך שעד כניסת הרפורמה לתוקף מספר הפסיכולוגים שעובדים במרפאות הציבוריות יוכפל".

אבל את המתנגדים לרפורמה ההערכות הללו אינן מרגיעות. לדבריהם, אין לבחון את שאלת התקינה רק בהקשר המייד — כמה פסיכולוגים יועסקו בכל מרפאה — ויש לדון בשינוי העומק שהיא, או היעדרה, יגרמו למקצוע. במשך עשרות שנים תהליך ההכשרה של הפסיכולוגים הקליניים פעל במודל זהה להכשרת חפאים: בסיום התואר השני והפרקטיקום, הפסיכולוגים נשלחים להתמחות בשירות הציבורי, משתכרים פחות ובתמורה צוברים ידע וניסיון שמסייעים להפיכתם למומחים. כאשר תחול הרפורמה, העסקת פסיכולוגים בשירות הציבורי לא תהיה חובה. לזואקום הזה אמורות להיכנס קופות החולים, אלא שמבחינתן מדובר בעסק יקר וממושך ולכן בכאב ראש לא קטן. נציגי השדה בוועדה המקצועית שדנה בשינוי מבנה ההכשרה חוששים שהניסיונות להנמיך את הרף מבוססים על הרקע הזה ושהם נועדו לשווק לקופות את ההתמחות בארזה פחות מאימת. "הדאגה היא שיידרשו פחות אבחונים, פחות פגישות, תקופת ההכשרה תתקצר והכל כדי לשכנע את הקופות שהסוס הזה לא דורש יותר מדי אוכל", אומר אחד מהם.

אחד המרכיבים המשמעותיים ברפורמה הוא קביעת מדדים כמותיים לטיפול, שהיום אינם קיימים: ממוצע של תשעה מגעים בשנה למבוגר ו-12 מגעים לילד. המונח "מגע" אינו שקול בהכרח לטיפול, בוודאי לא טיפול פסיכותרפי, אלא מדובר בכל פעילות שנעשית בענייניו של המטופל, כולל התייעצות בין מקצועית, פגישת מעקב אצל פסיכיאטר, ביקור אצל יועץ סוציאלי וכיוצא באלה.

נוסחת המגעים מבוססת על עבודה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, שאמורה לשקף את ממוצע המפגשים הנוכחי, טרום הרפורמה, וצפויה להתעדכן לפי צריכת השירותים בפועל. אבל אנשי השדה חוששים שהיא תגרום לתעדוף של טיפולים קצרי מועד וטיפולים תרופתיים. שטרם, מצדה, טוענת ש"שיטת המכסות והממוצעים נועדה לשרת את קופות החולים והספקים החיצוניים בניסיון למקסם חושים

ולהתנער מחובתם. אין שום דרך לכמת את שעות העבודה בבריאות הנפש למספר מגעים, משום שבחב הטיפולים, ובמיוחד ככל שהם מורכבים וקשים יותר, נדרשת עבודה אינטנסיבית משולבת של צוות רב מקצועי. תחשיב אמיתי של ממוצע שעות העבודה בתחנות בריאות הנפש לא היה נדחק למכסה של תשע עד 12 שעות גם לאחר דיאטה חמורה.

"צורת החישוב של משרד הבריאות והאוצר היתה מגמתית ומטעה", מוסיפה שטחם. "ספח רק את שעות המגע הישיר עם הפונה, בלי להביא בחשבון את הטלפונים, המפגשים עם המשפחה, העבודה עם מטפלים בתוך הצוות והדיאלוג הרצוף עם גופים נוספים שקשורים למקרה, כמו רשויות רוחה, בית ספר, בית משפט, משטרה ועוד. כדי להוריד עוד יותר את ההוצאה של הקופות הכניסו לחישוב גם את אותם 40% מהפונים שמגיעים לראיון אחד ולא נשארים לטיפול, וגם את המספר שהתקבל קיצצו בהתמדה. התחילו עם ממוצע של 35 פגישות, ירדו ל-10-15 ובסוף הגיעו ל-9-12".

"בנוסף, שיטת התשלום קובעת שהספק מקבל תשלום אחיד ללא תלות במספר המגעים או בטיבם", היא מסכמת. "כלומר, הספק יכול להגדיל רווחים על ידי מתן טיפול תרפתי של שתיים-שלוש פגישות בנות חמש-עשר דקות, במקום לתת פסיכותרפיה. הקופה יכולה להשאיר את המעקב התרפתי בידי רופא המשפחה, שומר הסף ברפורמה, וכך לחסוך אפילו יותר".

בקופות דוחים את הטענות. "המתנגדים לרפורמה יוצאים מתוך הנחת יסוד מוטעית שהשיקול היחיד שמנחה את הקופות הוא כלכלי", אומר ד"ר ערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש בקופת חולים מאוחדת. "הקופה היא אוטוריטה רפואית, שלנגד עיניה עומדת איכות הטיפול, מובן שבמסגרת המגבלות התקציביות".

אלא ששטחם ונביאי הזעם של הרפורמה כבר מביטים מעבר לכתף, ליום שבו הקופות יוכלו להתקשר עם ספקים חיצוניים והמערך כולו יופרט, כפי שקורה היום בזעיר אנפין במקרים שבהם משרד הבריאות עובד עם יזם פרטי. המקרה של תחנת בריאות הנפש באפרת מדגים זאת היטב. התחנה, שהופעלה באמצעות חברה בשם "קידום פרויקטים שיקומיים בע"מ", נקלעה לגירעון ולאחרונה הוחלט לסגור אותה. בימים אלו הצוות סוגר קצוות עם מטופליו, שלא בחר לאן יופנו מעתה והלאה. יניב פרידמן, שהועסק כפסיכולוג קליני, שוחח איתי בטלפון כשהיה בדרכו לשימוע פטורים קולקטיבי. "ככל שאני יודע, היתה בעיה מובנית בשיטת התקצוב של משרד הבריאות", הסביר פרידמן. "קיבלנו תקציב למטופל, בין אם הוא הגיע לפגישה אחת או למאה פגישות. לי, כפסיכולוג קליני, לא היה שום 'אינטרס כלכלי' להתאים לו טיפול לפי צרכיו, כי המרפאה לא קיבלה תקציב נוסף על הגעות נוספות שלו. יותר מזה, הזמן שהקדשתי לו 'התבזבז' על קליטת מטופל פוטנציאלי נוסף. כלומר, המערכת מעודדת אותך להריץ, לייצר תחלופה מהירה, ושיקולים מקצועיים נדחקים הצדה. נוצר מצב שפסיכיאטר שמקדיש לכל מטופל חמש דקות מכניס למרפאה הרבה מאוד כסף, בעוד שעלי, פסיכולוג קליני שמבצע תהליכי עומק, המרפאה מפסידה". גם מרפאת לטיפ, שפועלת באום אל-פחם ובשפרעם במבנה שכבר היום מזכיר את המערך שאחרי הרפורמה, היא מקרה מבחן מעניין. המרפאה הוקמה ב-2006 על ידי האגודה לבריאות הציבור וממומנת על ידי משרד הבריאות לפי שיטת המגעים. כלומר, כדי לקבל את המימון על הקופה להציג דיווח שלפיו סיפקה 12 מגעים בממוצע למטופל, ולכן אפשר לראות בה פיילוט — אף שלא רשמי — לרפורמה. מנהל המרפאה, אביתר מיכאליס, טוען שמדובר בשיטה שיוצרת עיוותים רבים: "בגלל מיעוט כוח האדם ורבי הפניות יש מטופלים שמקבלים 50 מגעים בשנה ויש כאלה שמגיעים למעקב פסיכיאטרי ומקבלים ארבעה מגעים בשנה. הממוצע בהקשר הזה הוא חישוב לא נכון מבחינה מהותית. תחשוב על האופן שבו מחשבים מספר ימי אשפוז ברפואה רגילה: על זה ששוכב שנה צריך 'לפצות' באמצעות שחרור של רבים אחרי יום.

"כשמדובר בבריאות הנפש מספר המפגשים הוא מדד בעייתי, משום שהמדדים להחלמה יותר מורכבים

— זה לא שיוורד לך החום או הורידו לך את הגבס ואתה משוחרר הביתה", מסביר מיכאליס. "אנחנו משתדלים להתאים את הטיפול פרטני, אבל מלמעלה כל הזמן לוחצים לקצר טיפולים, ואנחנו עושים את זה כדי לתת מענה לכמה שיותר פניות. זה מין מעגל שקשה לפרוץ".

דבריו של מיכאליס עשויים לחמש את מתנגדי הרפורמה, שמתריעים כי בחסות "תורת המגעים" והבהלה לממוצעים תתפתח תעשייה עקומה של טיפולים בכאילו, שבה למטפלים יהיה תמריץ לקלוט מטופלים מכל הבא ליד, להכניס אותם למאגר ולהיפטר מהם במהירות הבזק, כדי שעל חשבון מחסנית המפגשים הבלתי מנוצלת שלהם אפשר יהיה להעניק טיפול ארוך למי שבאמת זקוקים לו. ההיגיון די פשוט: כדי לאפשר למטופל ליווי ממושך, נאמר של 30 מפגשים, אין מנוס מלקלוט מטופלים רבים נוספים, לפלוט אותם אחרי פגישה אחת או שתיים וכך לאזן את הממוצע.

קודש, שמנהל את מערך בריאות הנפש בקופת חולים מאוחדת, מבקש להתבונן בעיקר: "אנחנו לא מקדשים את אורך הטיפול, אלא את איכותו. כלומר, מה שעומד לנגד עינינו הוא להביא את החולה להחלמה. האם משרד הבריאות מתערב במספר הפגישות של אדם עם חפא הסוכרת שלו? לא, הוא סומך על הקופות שיידעו להתאים לו את הטיפול דרך הפרמטרים שלהן. משרד הבריאות וכל לבחון את איכות הטיפול באמצעות מדדים כמו אשפוזים חוזרים, היענות לטיפול תרופתי, ניסיונות אובדניים וכו'. זאת חשיבה נכונה, שנמצאת על הסקטורים".

ואילו גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות הפורש, טוען שכל האיומים הובאו בחשבון, "ולכן במינהלת הרפורמה לחצנו ועמדנו על כך שבתקופת הביניים המרפאות יופעלו באופן עצמאי על ידי הקופות, ללא אפשרות להעבירן למיקור חוץ עד יולי 2015. במועד הזה הנושא יידון מחדש. הגורם היחיד שמותר לו להמשיך במיקור חוץ הוא משרד הבריאות, אף שלדעתי זה לא רצוי, אבל זה כבר עניין היסטורי".

בינתיים, גם במרפאות הציבוריות למהדרין, אלו שעובדות לפי הדגם הישן, מתחילים לחוש את הווי הרפורמה. מתמחה במרפאה ציבורית באזור השפלה סיפר שכשרצה לתת טיפול ארוך טווח לאחר המטופלים, מתוך אמונה שהמקרה מצדיק זאת, השיב לו יועץ ארגוני שמסייע למרפאה להיערך לרפורמה ש"נגמרו הימים שהייתם מסתובבים פה עם נעלי בית וכפכפים". במרפאה אחרת, שמלווה על ידי יועץ אחר, נשמע המשפט: "הגיע הזמן לסגור כאן את הספא". גם קופות החולים לא מכחישות שבכוונתן לשים סוף למה שנתפס בעיניהן כבטלנות ומריחת זמן של הפסיכולוגים הקליניים.

ד"ר בן ציון מלאומית הוא מהנחרצים במיוחד בהקשר הזה: "הפסיכולוגים שמתנגדים לרפורמה וטוענים שמדובר בבכייה לדורות, מעדיפים לשמר את המצב הקיים שבו הסגל יושב להדרכה, ואז בהדרכה להדרכה ובהדרכה להדרכה להדרכה", הוא אומר. "אני ניהלתי מרפאה ציבורית והייתי משתגע מהם. ישבו אצלי 16 פסיכולוגים, שביחד טיפלו בעשרה מטופלים. כשפסיכולוג עובד בשוק הפרטי הוא חאה משהו כמו עשרה מטופלים ביום, אבל ראה איזה פלא, כשהוא עובר למרפאה הציבורית הוא לא יכול לטפל ביותר מחמישה בו זמנית, בטענה שצריך מרווח של שעה בין מטופל למטופל כדי לכתוב את פרטי המקרה. באה הרפורמה ואומרת — נגמרה החגיגה. אין יותר מצב שאתה מתקשר לבית חולים פסיכיאטרי, מבקש פסיכותרפיה ומקבל תור ליוני 2016. לעומת זאת, כבר היום אם תתקשר למרפאת 'ציפור הנפש' שהקמנו באשדוד או ביקנעם תקבל תור למחר. אנחנו מרוצים והלקוחות מרוצים".

אלא שלא די בדיווחים של קופות החולים על שביעות הרצון של המטופלים. בנקודה הזאת אמור להיכנס לפעולה משרד הבריאות, בתפקידו החדש כרגולטור. בינתיים, בהסכם המדובר עם הכללית קשה למצוא מדדים קשיחים לבקרת איכות. לובין משוכנע שאין סיבה לדאגה. "משרד הבריאות יודע היטב, גם היום, איזו קופה פועלת כנדרש בתחום בריאות הנפש, ומרגע ביצוע הרפורמה התקצב שלהן יהיה מותנה בכך שהן יעמדו בסטנדרטים. תהיה רגולציה שתבטיח את טיב השירות לפי פרמטרים מוגדרים של היקף פעילות, עיבוד נתונים ובדיקות בשטח. מעבר לזה, כוחות השוק אמורים לעשות את שלהם. כבר היום

קיימת תופעה של מעבר מבטחים בין קופות, על פי קריטריון של הערכת שירותי בריאות הנפש. התחרות תהיה מנוע משמעותי".

האמת היא שמשרד הבריאות דווקא תיכנן לקבוע מדדי איכות ולצורך כך אף הוקמה ועדה, אך זו פוזרה לפני שהגישה המלצות. פרוץ דני קורן, ראש המעבדה ללימוד וקידום בריאות נפש בקרב צעירים באוניברסיטת חיפה ומי שעמד בראשה, מצר על כך: "בהיעדר הסדרה של הרישוי לעסוק באבחון וטיפול פסיכולוגי, תקינת פסיכולוגים טיפוליים ברפורמה היתה נושא חשוב שעסקנו בו, כחלק מכוונה יותר רחבה לגבש המלצות לאמצעים ומדדים שיסייעו בהבטחת הבטיחות והאיכות. אמצעים אפשריים נוספים היו המלצה על הסדרה של הרישוי לעיסוק באבחון וטיפול פסיכולוגיים והקמה של גוף בוחן ה'נייס' בבריטניה (מועצה לאומית למצינות בבריאות ובטיפול), שיתרגם ויפיץ קווים מנחים לטיפול בבעיות נפש. "הבעיה היא שבאיזשהו שלב, לאחר כשנה, משרד הבריאות הפסיק את עבודתו. ניסיונות שלי ושל חברים אחרים להביא לכלל מיצוי את התהליך שהתחלנו בו לא זכו למענה. אני לא יודע בוודאות, אבל יכול לשער שזה קשור למתח המובנה שהיה בין הרצון הכן, כפי שחוויתי אותו, להציב יעדים ומדדים גבוהים להבטחת איכות, אל מול החשש מהמשמעות הכלכלית והניהולית שעלולות להיות למדדים כאלה. לדעתי הציבור צריך לדרוש ממשרד הבריאות להקים מחדש את הוועדה או גוף אחר בעל סמכויות דומות". חשש נוסף של מתנגדי הרפורמה נעוץ בכך שהכסף שהקצתה לה המדינה, 1.7 מיליארד שקל, אינו "מסומן". כלומר, קיים חשש שהתקציב ייספג במנגנונים השדופים של הקופות וינתב לכיסוי גירעונות הענק שלהן. "ואם הכסף ינתב לגירעונות, אז מה?" שואל-עונה בן ציון מלאומית. "ראשית, אנחנו כן מתכוונים לסמן את הכסף לצרכים הפנימיים שלנו. אבל באופן עקרוני, מה זה משנה? האם יש כסף מסומן לכאבי גב? למיגרונות?" גם במאחדת מתכוונים "לצבוע" את הכסף באופן וולונטרי, "לפחות בתקופת הביניים, כדי ליצור איזשהו משק סגור פנימי ולבדוק את יעילות השיחות", מסביר קודש. "אבל בטווח הארוך שיקול הדעת יהיה של הקופה, כפי שאף אחד לא מצפה מאיתנו לדחוק כמה אנחנו משקיעים בגינקולוגיה ובאורתופדיה".

לוייתן בסהרה, סרדין בקופסה

איומי הרפורמה, כמו גם החשש מהשינויים המסתמנים במבנה ההתמחות, הביאו את רפאל יונתן לאוס, מתמחה וזקטורנט במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית, לפרסם בנובמבר האחרון מאמר ב"הארץ" שבו כתב כי "עם כניסתן לתוקף של התקנות החדשות ישראל תהפוך למקום היחיד בעולם המערבי שבו לפסיכולוגיה יש תאריך תפוגה". המאמר זכה לכותרת הפחובקטיבית "גזר דין מוות לפסיכולוגיה הקלינית". לנוכח עוצמת האמוציות שעורר, פירסמה כעבור שבועיים הפסיכולוגית הראשית גולדברג מאמר תגובה במידעון הסתדרות הפסיכולוגים, אך דומה שבשלב זה כבר לא היה אפשר לשלול בגובה הלהבות.

המציאות הזאת מובילה את גולן שחר (כאמור, עד לא מזמן ראש המגמה הקלינית באוניברסיטת בן גוריון וחבר נלהב בעד הטמעת טיפולים קצרי מועד) לקבוע ש"למעשה יש בארץ שתי פסיכולוגיות קליניות — אלו שמשמרים את המודל הנכחי, לעומת אלה שמנסים לשנותו. הרפורמה היא סוגיה משנית במאבק הזה, אם כי היא מאיצה אותו באמצעות תהליכים כלל ארציים. אני, מן הסתם, שייך לקבוצה השנייה ומבין שהתבססות על טיפולים מתוקפים מדעית וזולים יחסית היא מגמה כלל עולמית".

גם תלמידי המגמות הקליניות, אלו שבקרבם יש תלבו במערכת המשתנה, מתחילים להתעורר ולשאל שאלות. בדצמבר האחרון אירגנו הסטודנטים בבר אילן כנס שאלות ותשובות שאליו הוזמנו יו"ר מועצת הפסיכולוגים לוי-שיף וד"ר יופ מאירס. סטודנטים שנכחו שם מספרים שניכר קיטוב ברור בין מאירס, ששם דגש על ההזדמנויות שטמונות ברפורמה, אל מול עמדתה הפסימית של לוי-שיף. "היא הצליחה להדאיג אותנו, בעיקר ביחס לדרך שבה הדברים נסגרים", מספר אחד מהם. "התחושה היתה שהיא לקחה על

עצמה למזער נזקים והיא דירבנה אותנו גם לעשות מעשה, או לפחות להיות יותר מעורבים. אני תפסת את זה כקריאה לצאת לפעולה". לוי-שיף עצמה סירבה להתראיין לכתבה או להתייחס לתוכן דבריה במפגש.

שולחן עגול בפוחם רחב יותר התקיים גם במכללת חפין במרץ האחרון, ובו אמר מאירס כי אם הפסיכולוגים חצים להישאר רלוונטיים, עליהם להגשים את מה שהם מצפים מהמטופלים שלהם ולהשתנות. על פניו מדובר בהתבטאות נייטרלית, ובוודאי לא בוטה במיוחד, אבל מבחינתם של אנשי השדה החרדים למעמדה של הגישה הדינמית, הדברים מגלמים את תמצית הקטסטרופה. בניסיון לבלום אותה, אנשי המטה המשותף והפסיכולוגים הראשיים אירגנו בחודשים האחרונים כמה וכמה כנסי חירום ("מפגש דחוף על רקע הדאגה והתסיסה במקצוע", כפי ששיווק אחד מהם), שנועדו לשמור על השטח ערני ולגבש חזית רחבה ככל האפשר. בפורומים הללו גם הוצגו נתונים ומקרי מבחן שנועדו לתת תוקף מחקרי להנחה שאימוץ נמהר וגורף מדי של מתודות קצרות מועד יביא למפולת במערכת הציבורית (ראו מסגרת). ראשי המטה המשותף שואבים עידוד מממצאי סקר שנערך לפני שנה מטעמם, בהשתתפות 710 פסיכולוגים קליניים מסקטורים שונים. חוב ברוח מקרב המשיבים (76%) ציינו כי תוכנית ההתמחות חייבת לכלול תשתית פסיכודינמית ועבודה על תהליכים לא מודעים ותהליכי העברה, ללא קשר לגישה שבה יבחר המתמחה לעבוד בעתיד. 69% השיבו שהגישה הדינמית צריכה להיות הגישה הדומיננטית בהתמחות ו-87% עם כי ההתמחות צריכה לכלול מספר שווה של התנסויות בטיפולים ארוכי טווח וקצרי טווח. נתונים אלו, לתפיסתם, מוכיחים מעבר לכל ספק — השטח איתנו. ואף על פי כן, גם הם יודעים שמדובר בקרקע רעועה. פסיכולוגית קלינית ותיקה, ששימשה מרצה מן החוץ באחת האוניברסיטאות, המתינה שנים אחדות לתקן שהובטח לה, אך משאחד כזה התפנה הוא אויש במהירות על ידי חוקר באוריינטציה קוגניטיבית-התנהגותית. "אבל מה שדחף אותי החוצה באופן סופי", היא מספרת, "היתה שיחה עם ראש התוכנית, שאמר לי שאם אלמד CBT הוא ישקול להמשיך להעסיק אותי. כלומר, הוא הציע לי המרת זהות מקצועית. וזה מפי אחד האנשים שמנפנף בדגל של פלורליזם כדי להצדיק התבטאויות נגד הגישה הדינמית". המקרה הפרטי הזה הוא סממן לכך שחילופי המשמרות באקדמיה נמשכים במרץ, תהליך שממנו עשויים לנבט פסיכולוגים בעלי סדר עדיפויות חדש. "לפני השינויים של העשור האחרון, חוב אנשי הסגל אצלנו בחיפה היו בעלי ניסיון רב בעבודה טיפולית. גם הפרסומים שלהם שילבו תיאוריה עם פרקטיקה. בהתאם, בתהליך ההכשרה ניתן דגש לצד המעשי-הטיפול והאוריינטציה הדומיננטית היתה דינמית", אומר פרופ' חובין, ראש המגמה בחיפה. "עם פרישה של חברי סגל לגמלאות והשינוי הדורי, גם הדרישות השתנו באופן שנתן יתרון לחוקרים שיכולים לייצר הרבה כתיבה ופרסומים איכותיים ברמה בינלאומית, ואלה לרוב מגיעים מגישה של טיפולים קצרי מועד. אצלם קיימת הכרה בחשיבות של פרסומים אקדמיים ובאופן מצער, נעשה הרבה יותר קשה לצרף לסגל אנשים שמזוהים עם הצד הטיפולי-קליני כעיקר זהותם המקצועית. הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית מיוצגת אצלם בצורה מכובדת מאוד, ועכשיו הרעיון הוא לחזק שוב את האוריינטציה הדינמית שנחלשה". פרופ' שפיר מהעברית, שדחה את פרישתו לגמלאות, בין השאר על מנת למתן את תודת המטופלות, יודע שזה לא יהיה פשוט: "אמנם עדיין יש בנמצא מספר רב של מטפלים דינמיים, אבל כאלה שמסוגלים לעמוד בקריטריונים אקדמיים והוראה הם זן נכחד. נוצר מצב שלמצוא חוקר ראוי מתחום הפסיכודינמיקה זה לא כמו לחפש מחט בערימת שחת, אלא כמו לחפש לווייתן בסהרה, בעוד שהיום איתור מועד CBT שקול לחיפוש סרדינים בקופסתם".

"איכשהו השתרשה התפיסה ש-CBT זה מונחה ראיות ואילו פסיכולוגיה פסיכודינמית מבוססת על אינטואיציות בלבד, אף שלמעשה עוד הרבה לפני הופעת ה-CBT היו מחקרים מדויקים ומבוססים אמפירית בפסיכולוגיה דינמית ובפסיכואנליזה", ממשיך שפיר, "לדאבון לבי, גם אנליטיקאים לא יודעים את

זה. הם לא מסוגלים ללכת לדיוני ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת ולצעוק שם — גם לנו יש מחקרים. יתרה מכך, חלקם מסרבים לקרוא את המחקרים האלה ונעלבים כשמציגים להם אותם, כשם שאיש דתי נעלב כשמניחים בפניו את החלקיק האלוהי — מי אתם שתוכיחו לי שאלוהים הוא חתיכת מולקולה?

"הגישה הזאת היא בעוכרנו, כי כאשר מגיע האדם שצריך לקבל החלטות, זה שמחזיק בידו את הכסף, ניצבות בפניו שתי אופציות: מצד אחד, היסטוריה מפוארת עם בארוק ורוקוקו, שעל פני השטח נראית לא יעילה ויקרה; ומצד שני — שיטה יעילה, זריזה, אלגנטית. נראה שהבחירה מובנת מאליה".

כשההיסטוריה הופכת לקטסטרופה

ד"ר שמעון קורניצר, ראש התכנית ללימודים מתקדמים בפסיכותרפיה פסיכואנליטית בגישה התייחסותית באוניברסיטת חיפה, שעומד בראש הוועדה המקצועית, הוא איש עתיר ניסיון מעשי ובוודאי שלא ניתן למיין לגוורדיית ה-CBT. אף על פי כן הוא נחשב יריב מובהק של אנשי השדה ולדמות הדומיננטית ביותר שדוחפת לרפורמות שיובילו, לטענתם, לריחוד המקצוע. קורניצר, מצדו, משתדל לשדר ארשת ממלכתית, חוצת מחנות, וכבר עם כניסתו לתפקיד פירסם באתר "פסיכולוגיה עברית" פוסט ארוך תחת הכותרת "מה קורה לנו?" שבו הזהיר כי "הדמוניזציה פשתה בקרב חלקים נרחבים מאיתנו", הצר על כך ש"הנצי והמיליטנטי פורח" וקרא ל"כל אלה שעתיד המקצוע חשוב להם להתעשת, לעזוב את ההכרזות, להסתכל נכוחה, לשבת אצל השולחן ולנהל דו שיח".

בפגישה בינינו הוא מסביר שכל ניסיון לקשור בין השינויים המוצעים במבנה ההתמחות לבין הרפורמה בבריאות הנפש, או לרמוז שבכך מונחים היסודות להכשרה קצרה וזולה יותר, שגוי מהיסוד. "הדיונים על ההכשרה בפסיכולוגיה קלינית התחילו כבר בוועדות קודמות מ-2008, בלי שום קשר לרעיון הרפורמה, ומאז עלו לא מעט רעיונות לשינויים בהכשרה שאמורים לשקף את ההתפתחויות שהתרחשו בפסיכולוגיה הקלינית בעולם המערבי. תפקיד הוועדה הוא לגבש מדיניות לגבי אופי ההכשרה של הפסיכולוגים הקליניים ומהותה, מתוך ציפייה ודרישה שהמסגרות הקליניות שמכשירות פסיכולוגים קליניים יעמדו בדרישות. אם הן לא עומדות בסטנדרטים, הן מאבדות את ההכרה של הוועדה המקצועית כמקום איכותי המאפשר הכשרה למתמחים. מכאן גם נובע, שבמידה שמרפאות לבריאות הנפש שיפתחו במסגרת הרפורמה לא יעמדו בקריטריונים, הן לא יהיו מקום מוכר להתמחות קלינית".

נוכח קרב הבלימה שמנהלים אנשי השדה אומר קורניצר: "בייקון אמר, 'יש להיזהר מאדם שיודע רק ספר אחד'. הוועדה לא פסלה דעות ורעיונות שהובאו לפניה. נהפוך ההוא: לאחר קבלת ההמלצות דנו בנושא חצי שנה נוספת. השינויים שנעשו בהכשרה בטיפול ובדיאגנוסטיקה התקבלו אחרי דיונים נוקבים של כל הנוגעים בנושא, ללא אינטרסים אישיים ועל בסיס ערכי ואתי. אחרי שנים של עמידה במקום גובשו החלטות הוועדה, שמייצגות דרך אמצע שלאף אחד לא היה קל להגיע אליה. ההחלטות נועדו לאפשר את ההכשרה הטובה ביותר האפשרית במציאות הקיימת".

"אין שחור ולב", מוסיף קורניצר. "תמיד כשמשינים משהו אנשים חוששים משינוי. הרוב מעדיף את המוכר והידוע, שיש לו שליטה עליו, על פני הזר והחדש, גם אם הוא ייטיב עמו בטווח הארוך. טיפול פסיכולוגי אינו דת. אנחנו חייבים להתאים את סוג הטיפול למטופל הספציפי. מעבר לכך, אנחנו חייבים לעצמנו כמטפלים הוכחה לאיכות הטיפול ויעילותו. כמו ברפואה: כשאתה הולך לרופא אתה מצפה שהוא יתאים את הטיפול לבעיה, להיסטוריה הרפואית שלך ויותר מכך — לחידושים המתקדמים ביותר בתחום. למשל, ידוע היום שטיפול CBT בשילוב תרופות יעיל יותר במקרים של OCD וחרדה ושלטיפול פסיכודינמי יש יתרון משמעותי במקרים של דיכאון. הטיפול אמור לשקף זאת. לצערי, הגישה המאוזנת של הוועדה המקצועית נתפסת על ידי רבים ככזו שאתה לא בצד שלהם, אבל בראייה רחבה הוועדה לא בצד של אף אחד".

לסיכום, אומר קורניצר, "בספר 'התמוטטות' המחבר ג'ארד דיימונד טוען שערכים שבהם ארגונים דבקים בנסיבות לא מתאימות, הם אותם ערכים שבעבר היו מקור הכוח והניצחונות שלהם. שמירת הקיים והידוע הפכה לערך מקודש, אבל התנאים משתנים ואותו ערך היסטורי מיתרגם לקטסטרופה. זאת פואנטה שחשוב לי להעביר".

שבדיה: מקרה מבחן

כשנציג האקדמיה או אנשי "אופקים" מדברים על הצורך להשתכלל וליישר קו עם מגמות עולמיות בכל הקשור לטיפולים מבוססי ראיות, הם מכוונים בראש ובראשונה לארצות הברית, שבה סוכני בריאות הנפש נדרשים להוכיח את יעילות הטיפולים בפרמטרים כלכליים. המתנגדים לרפורמה מעירים שהאתוס הזה נסמך על האינטרסים של חבחת הביטוח, שלפני שלושה עשורים ויותר גילו שטיפולים ארוכים אינם משתלמים, והעלו על נס מתודות קצרות מועד ובפרט CBT, מה שלדבריהם הביא לדרדור מואץ ברמת השיחות. כך או כך, מדובר בדיון עתיק, שכן מערכת בריאות הנפש האמריקאית כבר מזמן פועלת לפי סט ערכים של עלות-תועלת. גם ממשלת בריטניה נקטה גישה דומה ב-2007, אז השיקה פרויקט לתגבור המערך הציבורי באמצעות הכשרתם של אלפי מטפלי CBT חדשים, כדי להרחיב את הסיוע לסובלים מהפרעות כמו חרדה ודיכאון.

שבדיה הצטרפה גם היא לאופנת ה-CBT, אלא שבמקרה שלה ניכרת מידה של התפכחות ואפילו ניסיון להחזיר את הגלגל לאחור. בעשור האחרון הכפיפה שבדיה, כמו ארצות מערביות רבות, את מערכת בריאות הנפש שלה לעקרונות מונחי ראיות ואימצה התוויות שהעניקו דומיננטיות מוחלטת לגישה הקוגניטיבית-התנהגותית. במשך שלוש שנים השקיעה המדינה שני מיליארדי קרונות (כרבע מיליון יורו) בהכשרת מטפלים ב-CBT ובמתן טיפולים בגישה זו, בשעה שגישות אחרות לא תוקצבו כלל באופן שקיבע אתה כאופציה טיפולית יחידה. לשבדים היו כוונות טובות: הקטנת מספר האנשים שתפקודם נפגע בעקבות דיכאון וחרדה, מצב שהיתרגם לגידול מדאיג בשיעור המובטלים והנסמכים על הקצבאות במדינה.

אלא שגיליון של "Socionomen", כתב העת הרשמי של העובדים הסוציאליים בשבדיה, שיצא לפני שנתיים והוקדש כולו לביחור תוצאות הפרויקט הממשלתי, העלה שלא כמוץ הגורף של השיטה לא היתה שום השפעה על שיעור הסובלים מדיכאון וחרדה. יתרה מזאת, שיעור מקבלי הקצבאות אפילו עלה, מה שחייב את הממשל השבדי להזרים מאות מיליונים נוספים למערכת. בסופו של דבר החליטה שבדיה על שבירת המונופול של CBT, באופן שיאפשר מרחב תחרון בין הגישות השונות. "יום חג למטפלים דינמיים ברחבי העולם", כתב הבלוגר הבריטי ג'ולס אוונס בתגובה להחלטה והוסיף: "זהו איתות למערכת בריאות הנפש הבריטית, מאחר שגם הממשלה שלנו השקיעה משאבים רבים ב-CBT והיא מתמודדת עם התנגדות דומה של מטפלים דינמיים, הטוענים שהשיטות שלהם יעילות באותה מידה ולכן יש לתת להם מימון".

תגובות

* פרופ' יונתן הפרט: "התוכנית שלנו מורכבת משלושה קורסי חובה וחמישה קורסי בחירה בטיפול פסיכודינמי, לצד שני קורסי חובה ושני קורסי בחירה ב-CBT, וזה עוד לפני שהבאנו בחשבון ארבעה קורסים באבחון ודיאגנוסטיקה, שהפרספקטיבה הדומיננטית בהם היא דינמית. לכן אי אפשר לומר שהלימודים לא תואמים את הפרקטיקום. עם זאת, פנינו לעתיד ואנחנו מנסים להתאים את התוכנית למגמות עולמיות, לא רק למצב הנתון, ולתת לתלמידים שלנו כמה שיותר כלים בעקבות הביקוש שמגיע מצד המטופלים".

*** פרופ' יואל אליצור:** "ככל הנגע לסעיף 9ב', הרעיון היה לתקן עיוות היסטורי שבו הפסיכותרפיה היא נחלתם הבלעדית של הפסיכולוגים הקליניים, בשעה שעובדים סוציאליים ויועצים בתחומים אחרים מורשים לבצע אותה. זה יצר חלוקה מעמדית במקצוע, והביא לכך שאין מספיק פסיכולוגים התפתחותיים או התנהגותיים. המהלך לא נעשה בניסיון לפגוע בפסיכולוגיה הקלינית, אני עצמי פסיכולוג קליני. חבל שזה הפך למאבק על יוקרה".

בנוגע להתנגדות שעורר פועולתיו כיו"ר המועצה ומהלכי המחאה שנלוו להן: "הואשמת בלא מעט דברים, אבל דאגתי היתה נתונה אך ורק לשיפור המערכת הציבורית. בין השאר דנו כיצד להתמודד עם העובדה שפסיכולוגים צעירים רבים ממתנים זמן ממושך למלגה ובנתיים עובדים בעבודות מזדמנות, ועלה רעיון להדק את תקופת ההכשרה — שנתיים במשרה מלאה במקום ארבע שנים בחצי משרה. ההצעה הזאת נגנזה בעקבות התנגדות הפסיכולוגים הראשיים, בטענה שמתמחה אינו בשל למשרה מלאה, אף שבמקרה של חופאים הם מועסקים במשרה מלאה ומתמודדים עם הכרעות של חיים ומוות. התפטרות חלק מחברי הוועדה המקצועית, לכאורה בטענות על מינהל לא תקין, נבעה מכך שכשנכנסתי לתפקיד עלו טענות על כך שהוועדה מתנהלת בשיטת 'חבר מביא חבר'. ועדה חיצונית שמינה המשרד הציעה כיצד לשפר זאת, ואני חשבתי שיש לנו מחויבות לתהליך בחירה שקוף ופתוח יותר. העמדה שלי, שאותה ניסיתי ליישם כיו"ר, היתה שאנחנו זקוקים לייצוג הולם של כל הגישות, לא למלחמה ביניהן. בחר לי שיש אנשים שהפלורליזם הזה לא מצא חן בעיניהם, והיו מעדיפים שתישמר הגמוניה לגישה מסוימת".

*** משרד הבריאות:** "מתוקף תקנות ביטוח בריאות ממלכתי שאושרו במאי 2012 הוקמה התוכנית הלאומית למדדי איכות וביטוח 2014 החלו להימדד בתי החולים הפסיכיאטריים, לפי חמישה מדדים. המדדים מפורסמים באתר משרד הבריאות ובימים אלה שוקדים במשרד על הגדרת מדדים נוספים לשנת 2015".

בנוגע לתחנת לטיפ, תחנת בריאות הנפש באפרת, וסימני השאלה שמציבים המקרים הללו ביחס לרפורמה: "המטופל יקבל את הטיפול שלו הוא נזקק תוך הבטחת זמינות ונגישות".