

טיפול רציונלי-אמוטיבי: תיאוריה ויישום

ד"ר רות מלקינסון¹

טיפול רציונלי-אמוטיבי הוא שיטת טיפול קוגניטיבית-התנהגותית, שפותחה בשנות ה-50 על-ידי ד"ר אלברט אליס. שיטת טיפול זו מתמקדת בקשר בין המערך החשיבתי ובין התגובות הרגשיות וההתנהגותיות, הנלוות לו. מודל ABC של טיפול רציונלי-אמוטיבי קובע שבפעילות הגומלין בין אירוע למחשבות ולתוצאות לא האירוע A גורם לתגובה רגשית או התנהגותית בנקודה מסוימת (C), אלא המחשבות (B) על האירוע הן שתיקבענה את התוצאות. על פי מודל טיפולי זה, מערך חשיבתי אי-רציונלי (פילוסופיה של תובענות) גורם לתגובות רגשיות והתנהגותיות שליליות, אינטנסיביות ודיספונקציונליות; לעומתו, מערך חשיבתי רציונלי (פילוסופיה של רצון למימוש מטרות) גורם לתגובות שליליות מתונות ופונקציונליות. מטרת הטיפול, על פי מודל זה, היא לזהות, להעריך ולשנות מערך חשיבתי אי-רציונלי דומיננטי למערך חשיבתי רציונלי דומיננטי, באמצעות טכניקות קוגניטיביות, אמוטיביות והתנהגותיות. במאמר תוצג דוגמה טיפולית, המפרטת את יישום השיטה.

"...But the belief that men and women are first genetically predisposed to emotional disturbance and that they later are the victims of environmental trauma which help actualize these predispositions and which induce them to become more disturbed than they might biologically be, has been forced on me by clinical observation..." (p. 1).

מאפייניה של חשיבה דיספונקציונלית כוללים: הגזמה, הכללה, הנחות לא מבוססות, מסקנות מוטעות ודעות קיצורניות. דפוס חשיבה זה מכונה על-ידי אליס (7) חשיבה אי-רציונלית. אליס והרפר (10) מציינים שחשיבה אי-רציונלית אופיינית לכל האנשים, אך לחלק מהם יש נטייה מוגברת לעשות כן. לדעתם, מוסכמות תרבותיות וכן חינוך, הניתן לאנשים, מדגישים חשיבה והתנהגות רציונלית. למרות זאת, אנשים חושבים ומתנהגים לעתים תכופות, בניגוד למה שהם עצמם מעריכים כרציונלי. לפיכך, גורס אליס, לאנשים יש נטייה ביולוגית-מולדת לחשוב באופן אי-רציונלי (11, 12). כלומר, עיקרון חשוב נוסף בטיפול רציונלי אמוטיבי קובע שלצד הנטייה הטבעית להגשמה עצמית (11) יש לאנשים גם נטייה ביולוגית לחשוב באופן אי-רציונלי, אך, נטיות אי-רציונליות אלו ניתנות לשינוי במידה מרובה (7).

כיצד מסביר מודל זה תיפקוד ואי-תיפקוד

מודל ABCDE, כפי שפותח על-ידי אליס (מודל אמ"ת, בגירסתו העברית: אירוע, מחשבה, תוצאה), מדגיש שההתנ-

ניגוד למודלים מסורתיים, הרואים הפרעה רגשית כהפרעה שאליה נלוות מחשבות שליליות, הרי טיפול קוגניטיבי מעמיד את המחשבות במוקד ההבנה להפרעה רגשית (1, 2, 3, 4). טיפול רציונלי-אמוטיבי הוא שיטת טיפול קוגניטיבית, שפותחה על-ידי אליס (5, 6) בשנות ה-50. גישה טיפולית זו שואבת את עיקריה מהפילוסופיה הסטואית, כפי שנוסחה על-ידי אפיקטטוס, שלפיה האדם הוא תוצר של מחשבותיו. לפי מודל זה מקורותיה של הפרעה אמוציונלית הם קוגניטיביים, אמוטיביים והתנהגותיים והיא אינה מתחילה מהחשיבה, אם כי היא מושפעת ממנה במידה רבה (7, 8). אין להתייחס למחשבה, ריגוש או התנהגות כעומדים בפני עצמם, אלא להבחין שקיימת ביניהם פעילות גומלין, ובכל אחד ימצאו מרכיבים מן השניים האחרים. העיקרון, המודגש במודל זה, הוא שהקוגניציה מהווה גורם מתווך בין האירוע המפעיל לבין התוצאות הריגושיות, ולצד עיקרון זה מודגש הרעיון החשוב שמטרות, רצונות, שאיפות ואמונות, שמקורותיהם תרבותיים-סביבתיים, משפיעים אף הם על האירוע המפעיל (activating event). עיקרון נוסף קובע שהדיספונקציות הריגושיות הן תוצאה של תהליכי חשיבה מסולפים (דיספונקציונליים). כיצד מוסברת הפרעה רגשית בטיפול רציונלי-אמוטיבי? לדעת אליס (9), הפרעה רגשית היא בראש ובראשונה תוצאה של פרה-דיספוזיציה גנטית, שמתעצמת בעקבות אירועים טראומטיים סביבתיים:

¹ כיה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

שהוא מבוסס על הערכה מציאותית יותר של האירועים. לכן, התגובות הריגושיות השליליות (עצב, חשש, דאגה, כעס) והתגובות ההתנהגותיות, הנלוות אליהן, תואמות את המציאות ואינן משתקות את התיפקוד, אלא מאפשרות פתרון בעיות והשגת מטרות.

מחשבות אי-רציונליות ומצוקה רגשית

תפיסת עולם של תובענות

כאמור, על פי טיפול רציונלי-אמוטיבי, הפרעה/מצוקה רגשית היא בבסיסה פרו-דיספוזיציה גנטית של האנשים לבצע הערכות תובעניות ומוחלטות של מאורעות בחייהם (8). לצד החשיבה הרציונלית ("אני רוצה", "אני מעדיף"), שיש לכולנו, נמצאת חשיבה אי-רציונלית, מוטעית, המנוסחת במילים "חייב", "מוכרח", "צריך" ומציינת תפיסת עולם של תובענות. קיימות שלוש קטיגוריות של מחשבות אי-רציונליות: אלו המכוונות כלפי עצמו, אלו המכוונות כלפי האחרים, והקטיגוריה השלישית – זו המכוונת כלפי העולם או הנסיבות, שבהן מתרחשים האירועים. שלוש קטיגוריות אלו דומות במידת מה לסכימה קוגניטיבית, המוצעת על-ידי בק (1), הכוללת את עצמו, הסביבה והעתיד. תפיסת עולם זו מבטאת דרישות פרגמטיות ומוחלטות של האדם מעצמו, כמו: "אני חייב להיות נאהב", מאחרים: "הם חייבים לאהוב אותי" ומהעולם: "העולם חייב להיות צודק".

מאחורי הדרישה 'חייב' עומדת ההנחה שיש חוקים וכללים מסויימים, שאנו, אחרים והעולם חייבים לעמוד בהם. למעשה, זהו פירוש תובעני ומוחלט למערכת כללים וחוקים, שהוכתבו על-ידי בני אדם ונועדו להסדיר כללי התנהגות ומערכות יחסים ביניהם. אין הכרח לקבלם, כשם שאין כוח, שיכול להכתיב את המותר והאסור. הרצון לקיים את החוקים כדי להשיג מטרות ויעדים הוא לגיטימי. אנשים מבלבלים בין הרצון לקיים את הכללים כדי להצליח ובין ההכרח לקיימם כדי להצליח (10, 12).

קיימות שלוש קבוצות בתפיסת העולם של תובענות:

- 1) נוראיות (Awfulizing);
 - 2) סף תיסכול נמוך (Frustration tolerance);
 - 3) הפחתת הערך העצמי (Self damnation) (14).
- טעויות חשיבתיות (מחשבות אי-רציונליות) רבות נובעות מתובענות, והשכיחות ביניהן (1, 17):
1. מחשבה של הכל-או-לא-כלום: "אם הוא אוהב אותי, הוא לא יעזוב אותי".
 2. ניכוי שלילי: "אני אכשל".
 3. קריאת מחשבות: "הוא שונא אותי".
 4. הקטנת ערך עצמי: "אני לא שווה כלום".
 5. ביטול החיובי: "הוא סתם אמר לי שאני חכם, הוא לא מאמין בזה".
- הצירופים של כל אחת מהקטיגוריות (אני, אחרים, עולם) ושל נגזרת, אחת או יותר, של תובענות, נוראיות, סף תיסכול

סות הרגשית וההתנהגותית של אנשים בנקודה C (תוצאה — consequence), איננה נקבעת על-ידי אירועים בחייהם בנקודה A (אירוע מפעיל — Activating event), אלא על-ידי הערכתם את האירועים הללו בנקודה B (מחשבות — Beliefs). קיים, אם כן, קשר B-C (מחשבה-תוצאה) ולא A-C (אירוע-תוצאה). מערכת המחשבות (Beliefs) כוללת שתי תת-מערכות:

א. מחשבות (אמונות) רציונליות;

ב. מחשבות (אמונות) אי-רציונליות (12, 13, 14).

ההתערבות הטיפולית, לאחר זיהוי המערך החשיבתי של המטופל, מתמקדת בהפרכה ובאיתגורר* (Disputation) של אמינות המחשבות האי-רציונליות ושינויין למחשבות רציונליות, תוך שימוש בטכניקות שונות. שינוי זה יחבטא בתוצאה רגשית חדשה = E (new Effect).

המונח אי-רציונלי (דיספונקציונלי) מציין את המחשבות, המונעות מהאדם לממש את מטרותיו, מעכבות הזדמנויות למיצוי רב יותר (סיפוק רב יותר) של החיים ופוגמות בתיפקודו היעיל של האדם. לעומתן, מחשבות רציונליות (פונקציונליות) מבוססות על הערכה מציאותית של אירועים בחייו של האדם, מאפשרות לו להשיג מטרות ואינן פוגמות בתיפקודו (7, 12). שתי תת-מערכות הן הערכה של המציאות ולא תיאור או ניבוי שלה. כלומר, ההיגד: "משהו עלול לקרות", אינו היגד סתמי, אלא (אם משהו אכן קורה) מבטא את הערכת המחרחש. הערכה רציונלית עשויה להיות: "איזה חוסר מזל!", והערכה אי-רציונלית: "זה איום ונורא שזה קרה".

לתהליך חשיבתי רציונלי תהיינה תוצאות ריגושיות והתנהגותיות שונות מאלו של תהליך חשיבתי אי-רציונלי. קליטת האירוע, עיבודו, הסקת המסקנות והערכתן תהיה שונה, שכן הפילוסופיה העומדת בבסיס המערך החשיבתי שונה. מחשבות רציונליות מציינות את הבחירה החשיבתית, שיש לאנשים, ומבטאות תפיסת עולם של העדפה, רצייה, משאלה ותקווה להשגת מטרות בחיים. לעומתן, מחשבות אי-רציונליות מאופיינות על-ידי תפיסת עולם של תובענות (demandingness), הכרחיות ודרשנות לגבי השגת מטרות בחיים או לגבי מערכות יחסים: "אני מוכרח להיות נאהב", במקום: "אני מעדיף להיות נאהב" (12).

תהליך חשיבה דומיננטי, אי-רציונלי, מאופיין על-ידי נטייה לבסס את הסקת המסקנות והערכת האירוע על יסוד הנחות מוטעות. לפיכך, התוצאות הריגושיות וההתנהגותיות, המופקות מתהליך זה, תהיינה מוגזמות מאוד (בכיוון של יתר או חסר תגובה — דיכאון, חרדה, כעס יתר או אפסיות). לעומת זאת, תהליך חשיבה דומיננטי רציונלי מאופיין בכך

* המונח Disputation מציין את ניסיון המטפל לערער ולהפריך את 'אמינותו' של מערך חשיבתי אי-רציונלי ולשנותו לרציונלי, תוך שימוש בטכניקות שונות. במאמר ייעשה שימוש לסירוגין במונחים: עירעור, איתגור, הפרכה.

נמוך והפחתה מערך עצמי, הם רבים, משתנים מאדם לאדם ונובעים מאישיותו, מחינוכו ומניסיונו, המתבסס על התנסו-יותיו הבין-אישיות המוקדמות.

מחשבה אי-רציונלית היא בדרך כלל:

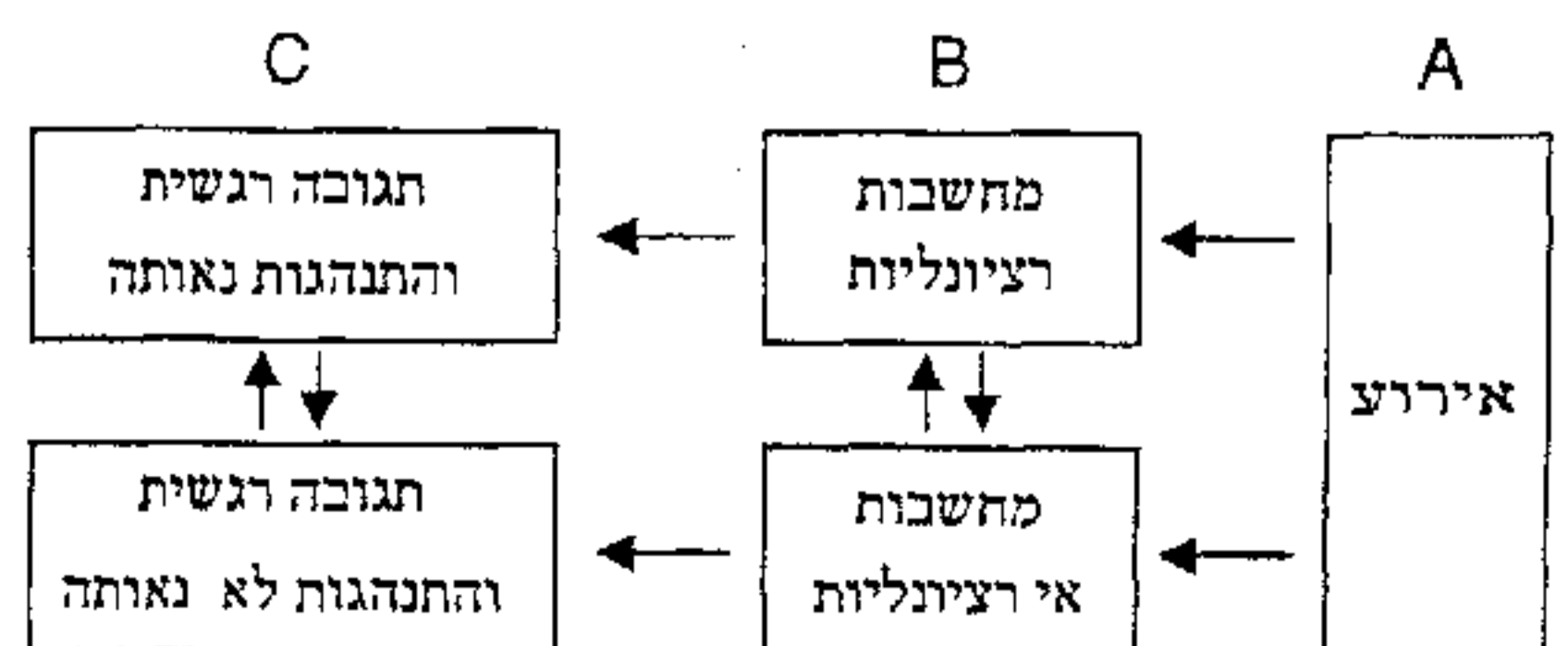
- מחשבה שאיננה נכונה. היא קשורה להנחת יסוד מוטעית או מובילה למסקנות לא מדוייקות. אין לה עדות אמפירית במציאות.
- מחשבה בעלת אופי של פקודה או ציווי. מחשבה כזו משקפת תפיסת עולם מוחלטת ולא הסתברותית, והיא באה לידי ביטוי בתביעה ש"זה מוכרח" לקרות (לעומת "רצוי").
- מחשבה המביאה לתגובות ריגושיות מוגזמות ומעוותות. מחשבה אי-רציונלית "זה איום ונורא אם לא אצליח", עשויה להפיק תגובה ריגושית כאפטיה או חרדה, לעומת תגובה ריגושית שלילית מתונה יותר כדאגה, המופקת ממחשבה רציונלית: "חשוב לי להצליח ואעשה כמיטב יכולתי. אך, זה לא סוף העולם. אם לא הצליח אוכל לגסות שוב".
- מחשבה של תובענות ודרשנות, שאינה מסייעת בפתרון בעיות ובהשגת מטרות.

מחשבה רציונלית, לעומתה, היא בדרך כלל:

- מחשבה נכונה, עקבית ביחס למציאות, הן במידה והן בסוג. ניתן להביא עדות תומכת באמיתותה ובגיונותה. זהו היגר לוגי התואם את המציאות.
- מחשבה שאיננה מוחלטת, אלא יחסית ומותנית בגורמים נוספים.
- מחשבה המפיקה תגובות רגשיות שליליות מתונות: טווח התגובות הרגשיות מתון עד חזק, והן משפיעות על האדם, אך אינן פוגמות בתיפקודו.
- מחשבה המאפשרת לקחת סיכונים לשם השגת מטרות בחיים בדרך מפחידה פחות.

תגובות ריגושיות שליליות נאותות ולא נאותות

האפיזודה הריגושית (C) באה בעקבות המחשבות (B) על האירוע (A) ואינה נובעת מהאירוע עצמו. עוצמה, משך ותכיפות התגובה הם מדדים חשובים לקביעת ההבחנה בין החשיבה הרציונלית לבין החשיבה האי-רציונלית.



כפי שהוזכר, אחת מהנחות היסוד של הטיפול הרציונלי-אמוטיבי קובעת שהמערך החשיבתי של אנשים כולל מחשבות רציונליות ואי-רציונליות. אנשים משנים ללא קושי רב, באופן יחסי, מהשכה של רצון למחשבה של תובענות (7). לפיכך, חשוב להבחין בין שני מערכי החשיבה האלו. כך, למשל, ניתן לראות שתגובות שליליות נאותות (עצב, למשל) הן תגובות, שאינן מציפות או משתקות את האדם, אינן מתמשכות לאורך זמן ותדירותן פחותה בהשוואה לתגובות ריגושיות לא נאותות, כדוגמת הרגשות, המופקים ממערך חשיבתי אי-רציונלי.

מכיוון שבמצבים מעוררי לחץ קיימת נטייה לחשיבה אי-רציונלית, שתוצאותיה הריגושיות קיצוניות, כמו, למשל, תגובת חרדה, הבאה בעקבות מחשבה: "מצב לחץ זה אסור שיקרה, ואם כן, זה יהיה איום ונורא!", הרי שמטרת הטיפול היא לשנות את המחשבה האי-רציונלית לרציונלית, שהתגובה הריגושית השלילית, הנלווית אליה, היא דאגה. לדוגמה: "אני מקווה שמצב הלחץ הזה לא יקרה, אם כן, זה יהיה מצער". כלומר, מטרת הטיפול איננה להביא להדחקתם של רגשות שליליים, כפי שמקובל לעתים לחשוב על טיפול רציונלי-אמוטיבי, אלא לגרום לשינוי חשיבתי, שתוצאותיו הריגושיות השליליות לא יהיו מציפות או משתקות (6, 12, 15), וכן ללמד אנשים להבחין בין מצב לחץ (אירוע, שאין עליו שליטה) לבין תגובת לחץ (מחשבה), שעליה יש שליטה.

טיפול רציונלי-אמוטיבי: מטרות, הערכה ויישום

מטרות:

- לעזור לאנשים להבחין בין מחשבה רציונלית ובין מחשבה אי-רציונלית.
- לזהות את המחשבות האי-רציונליות ואת ההיקשים המוטעים, שאנשים עושים לגבי אירועים בחייהם.
- ללמד אנשים את הקשר בין אירוע לבין מחשבה ותגובה.
- ללמדם לערער על המערך החשיבתי האי-רציונלי (Disputation - D - איתגור עירעור).
- לאמץ פילוסופיית חיים רציונלית, המאפשרת הערכה מציאותית יותר של אירועים בחיי האנשים, שאינה פוגמת בתיפקודם, אלא מסייעת בהשגת מטרותיהם בחיים. אימוץ תפיסת עולם, המבוססת על העדפה, תביא לתגובות ריגושיות, חשיבתיות והתנהגותיות חדשות ויעילות יותר (new Effect).

כל טיפול רציונלי-אמוטיבי כולל את היעדים הבאים:

- להראות למטופל שבני אדם יוצרים ומקיימים את מצוקותיהם באופן החשיבה שלהם על האירועים, ולא בגלל האירועים עצמם.
- גם אם מצוקות של אנשים הן תוצאה של עברם, חינוכם וסביבתם, הרי יש ביכולתם לשנות את האופן שבו הם רואים אירועים אלה מעברם וחושבים עליהם.

ג. כדי שהשינוי, המושג כתפיסת העולם (מאירציונלי לרציונלי) יהיה בר-קיימא וממושך, הרי נדרשים אי-מון והתמדה בתירגול. אין להסתפק בהבנה בלבד של עקרונות המודל (12).

טיפול רציונלי-אמוטיבי הוא טיפול ישיר וקצר טווח, המתמקד ביכאן ועכשיו, והמטופל הוא שותף פעיל בתהליך השינוי. מעורבותו הפעילה של המטופל במסגרת הטיפולית ומחורן לה, מופעלת בעזרת שיעורי בית, הניתנים על-ידי המטפל, ומהווים חלק מתהליך השינוי. הברית הטיפולית כאן היא בעלת צביון שונה במידת מה מזו, המקובלת בשיטות טיפול אחרות, כולל השיטות הקוגניטיביות. בטיפול רציונלי-אמוטיבי מכוון המטפל את המטופל לזהות את המקור הפילור-סופי של בעייתו הפסיכולוגית ומראה לו כיצד לערער ולשנות את הערכותיו האירציונליות והתובעניות. יחידה מזה, זוהי גישה טיפולית פסיכודינמית, שבה למטפל יש תפיסת עולם של מחנך. המטפל רואה במטופל שותף פעיל, הלומד את עקרונות התיאוריה ומיישם הלכה למעשה בעזרת שיטות שונות. כמו כן, המטפל מסייע למטופל שלו להיות המטפל של עצמו, ומכין אותו לקראת נטילת האחריות על מחשבותיו, רגשותיו והתנהגותיו לאחר שהחלק הפורמלי של הטיפול יסתיים (18, 19, 20).

התנאים הטיפוליים כוללים קבלה ללא סייג של המטפל את המטופל כאדם, שעושה טעויות ומתנהג בצורה, שפוגעת בעצמו או באחרים, ושפעולותיו שליליות או חיוביות. טיפול רציונלי-אמוטיבי מדגיש את ההבחנה בין self acceptance: קבלה ללא סייג של האדם כאדם, לבין מעשיו והתנהגותו, שיכולים להיות שליליים, פוגעים בעצמו או אחרים, או חיר-ביים (19).

עיקרון טיפולי נוסף, המודגש כאן, מתייחס לשאיפתו של המטפל לכנות טיפולית, שבה יש מקום לחשיפה אישית, בעיקר בשל הערך הטיפולית-חינוכי של חשיפה עצמית מעין זו (12).

כן שכיח השימוש בהומור, בצורה נאותה, שכן, הפרעה ריגושית נוכעת בחלקה מהעובדה שמטופלים מתייחסים לעצ-מם, לבעיותיהם ולחיים עצמם ברצינות רבה. בגישה רצינית לחיים עם קורטוב של הומור יש יתרונות רבים. חשוב, עם זאת, להדגיש שמדובר בשימוש בהומור, המכוון כלפי מחש-בות, התנהגויות או רגשות, שפוגעים באדם, ולא בהומור, המלגלג עליו (7).

ביטויי האמפתיה של המטפל בטיפול רציונלי-אמוטיבי מכוונים הן לרגשות המטופל והן למחשבותיו. המטפל יבטא את האמפתיה בצורה מבוקרת, כדי להימנע מחיזוק רעיונות אירציונליים של המטופל, בעיקר אלה, הסובבים סביב הצורך הבלתי פוסק להיות נאהב ולקבל תשומת לב והערכה. אליס (8) מבחין בין "להרגיש טוב יותר" ובין "לפעול טוב יותר". הרגשה טובה בתגובה לאמפתיה, לחמימות וליחס חיובי ללא סייג מצד המטפל גורמת לחיזוק תפיסת עולם אירציונלית

סביב התובענות לאהבה ולהערכה, ואינה מביאה בהכרח לשינוי פילוסופי, המאפשר שינוי בבחינת הבעיה ובפתרונה. סכנה נוספת באמפתיה ובחמימות ללא סייג קשורה בחיזוק הלא רצוי של סף התיסכול הנמוך של המטופל, שכן באופן כזה הוא מקבל לגיטימציה להתלונן, במקום לחזור ולקחת אתריות על חיו, על בעיותיו ועל פתרונו.

הערכה איבחונית (assessment)

שלא כמו בטיפולים מסורתיים, הרי בטיפול קוגניטיבי מתמקדת ההערכה האיבחונית במעורך החשיבתי של המטופל. נתונים היסטוריים-דמוגרפיים משמשים את המטפל בהבנת תבניות חשיבתיות בהווה. בטיפול רציונלי-אמוטיבי ניתנת חשיבות מרובה להערכה של מידת הפרעה הריגושית של המטופל, כפי שניתן לזהותה ולהבינה ממחשבותיו. ההערכה האיבחונית כוללת:

— סימפטומטולוגיה.

— היסטוריה רלוונטית לסימפטום.

— תפקוד עכשווי.

— מטרות הטיפול.

— ביסוס מערכת יחסים טיפולית (20).

ההערכה יכולה להיעשות בשיטות, המקובלות בטיפולים אחרים, תוך מתן העדפה לשיטות קוגניטיביות-התנהגותיות, שמטרתן:

1. לקבוע מהי מידת הפרעה הריגושית, כדי לקבוע באיזו מידה יפיק המטופל תועלת מהטיפול בכלל, ומטיפול רציונלי-אמוטיבי בפרט.

2. לנסות לקבוע, גם אם בצורה גסה בלבד, מה עשוי להיות משך הטיפול.

3. להחליט באילו מיומנויות, החסרות למטופל, יש להתמקד במהלך הטיפול ומחורן לו (שיעורי בית) ולהקנות למטופל.

שיטת הערכה מקובלת בטיפול רציונלי-אמוטיבי היא לקיים מספר שיחות טיפוליות, שבהן המטופל מתחיל מהר למדי, באופן יחסי, להתמקד בשינוי מחשבותיו על בעיותיו, תוך כדי כך שהמטפל מלמדו את עיקרי השיטה, הן הפילוסוף-פיים והן היישומיים, ומערב את המטופל בטיפול באמצעות שיעורי הבית. הצעדים, הננקטים על-ידי המטפל כדי לערב את המטופל, משמשים גם להערכת ההנעה של המטופל, נקודות התורפה שלו, קשייו והתנגדותותיו (הבריאות והלא בריאות) לשינוי (22). בצורה זו הופך שלב זה של הטיפול לשלב של הערכה וניסוי לבחירת הטכניקות היעילות ביותר למטופל, בד בבד עם בחינת הבעיה העיקרית, שבה יתמקד הטיפול. בבחירה זו לוקח המטופל חלק פעיל. בהשוואה לגישות טיפוליות מסורתיות נעשה שימוש מועט, יחסית, בפרטי רקע היסטוריים של המטופל, אם כי הוא מוסר מידע זה בשאלון דמוגרפי (שאלון רקע), שהוא ממלא. בתהליך הטיפול ממשיך המטפל לעדכן את ההערכה האיבחונית

בהתאם לשלב הטיפולי, להתקדמותו או לאי-התקדמותו של המטופל ולמידע, המתקבל מצד המטופל על התמודדותו ובעיותיו. אסטרטגיות ההתערבות נגזרות מהערכה זו. הטיפול הרציונלי-אמוטיבי הוא טיפול קוגניטיבי, אמוטיבי והתנהגותי, לכן ההערכה תכלול לא רק את המחשבות האי-רציונליות, אלא גם תגובות ריגושיות לא מתאימות ואת ההתנהגויות הנלוות אליהן.

ההערכה תכלול בדרך כלל:

1. זיהוי ותיאור של תגובות רגשיות לא הולמות (חרדה, דיכאון, כעס ושנאה עצמית) והבחנתן מתגובות רגשיות הולמות (אכזבה, עצב, תיסכול ואי-נעימות).
2. איתור, זיהוי ושינוי התנהגויות של המטופל, שתוצאותיהן הרס עצמי, כפייתיות, התמכרות, פוביות ודחיינות (procrastination), לעומת התנהגויות אידיוסנקרטיות, שאינן מזיקות (מסירות לעבודה, לחיי חברה, ללימודים ולחיי מין).
3. איתור האירועים, שגורמים לתגובות ריגושיות והתנהגויות מופרעות דיספונקציונליות.
4. איתור מחשבות רציונליות, הנלוות לאירועים ומו-בילות לתגובות פונקציונליות.
5. איתור מחשבות אי-רציונליות, הבאות בעקבות אי-רועים, כולל אירועים טראומטיים מהעבר, הגורמות להפרעה רגשית.
6. זיהוי מיוחד של מחשבות אי-רציונליות מוחלטות, כמו תובענות ללא גבול, המכוונות למטופל עצמו, לאחרים ולעולם.
7. איתור מחשבות אי-רציונליות, הגורמות להפרעה על הפרעה — חרדה על חרדה, או דיכאון בגלל דיכאון, שמהם סובל המטופל (second level disturbance), (22, 23).

ההערכה תכלול קודם כל את האירוע ואת התוצאה הריגושית ו/או ההתנהגותית לפני זיהוי המחשבה, שכן, בדרך כלל, זהו הסדר, בו מציג המטופל את הדברים. מיקוד בהערכת התוצאה (C) חשוב ביותר, מאחר שהוא אינדיקטור לתבניות החשיבתיות של המטופל, שמשפיעות על התגובות הריגושיות ות. מיקוד בתבניות אלו יסייע למטפל להבחין בין תגובות ריגושיות הולמות לבין תגובות לא הולמות: חרדה, כעס, אשמה הם תוצרים של תבניות חשיבתיות אי-רציונליות (תו-בענות), ולעומתם, עצב, אכזבה, תיסכול, רוגז הם תוצרים של תבניות חשיבתיות רציונליות של העדפה (ולא של תובענות).

לדוגמה:

מטפל: מה הבעיה שעליה את רוצה לדבר היום?
 מטופלת: אני לחוצה נורא בגלל שאני עומדת להחליף מקום עבודה (המטופלת מרמזת על היקש הקשור לאירוע).
 מטפל: את עומדת להחליף מקום עבודה, זה גורם לך להיות מוטredת, כי כשמחליפים מקום עבודה בהחלט יש

דברים חדשים, לא מוכרים וכו' אבל למה את לחוצה נורא?

מטופלת: כי אני רוצה להצליח במקום החדש (המטופלת מס-בירה את רצונה הלגיטימי להצליח).

מטופל: זה בהחלט טוב וחשוב שאת רוצה להצליח וזה מקור לדאגה, אבל לא זה הדבר שגורם לך להיות לחוצה נורא.

מטופלת: כן, אני כל הזמן אומרת לעצמי: "מה יהיה אם אני לא אצליח" (זה היקש חשיבתי שני על האירוע).

מטפל: מה באמת יהיה אם לא תצליחי?

מטופלת: איום ונורא... (מחשבה אי-רציונלית).

מטפל: זה יהיה לא נעים ומתסכל, אבל לא איום ומלחץ ונורא (המטפל מבחין בין תיסכול, שהוא תוצר של חשיבה רציונלית לבין "איום ונורא", שהוא היגד, המופק ממחשבה אי-רציונלית).

לאחר שלב זה תיעשה הערכה של המחשבות. גם היא תכלול את ההבחנה בין תבניות חשיבתיות רציונליות ובין תבניות אי-רציונליות. בנוסף לכך, עשוי המטפל לברוק את שרשרת ההיקשים החשיבתיים של המטופל (12, 24), כדי לזהות את ההיקש של המטופל, הקשור לחשיבה התובענית כאשר מדובר בתוצאה (הריגושית או ההתנהגותית) של פגיעה עצמית.

מטפל: מה הייתה ההרגשה שלך?

מטופלת: כעסתי על עצמי.

מטפל: כעס על מה? (המטפל זיהה את C ומחפש את A).

מטופלת: בטח שזה מכעיס, הבטחתי שאני אגמור לכתוב אותה (היקש חשיבתי שני).

מטפל: ואם לא עמדת בהחלטה שלך? (המטפל מחפש את ההיקש הרלבנטי).

מטופלת: שאני אף פעם לא מקיימת את ההחלטות שלי... (היקש חשיבתי שלישי).

מטפל: ואם את לא מקיימת את ההחלטות שלך? (מחפש היקש רלבנטי נוסף).

מטופלת: אז אני לא יכולה לסמוך על עצמי (היקש חשיבתי רביעי).

מטפל: ואם את לא יכולה לסמוך על עצמך, מה את אומרת לעצמך על זה? (מחפש היקש רלבנטי נוסף).

מטופלת: שאני לא שווה כלום, ולעולם לא אגיע למשהו (מחש-בה אי-רציונלית).

טכניקות טיפול

חלק מהטכניקות הטיפוליות בטיפול רציונלי-אמוטיבי כולל טכניקות מקובלות בגישות קוגניטיביות אחרות. עם זאת, כמה מהן ייחודיות לגישה טיפולית זו וקשורות למטרה הטיפולית של שינוי יסודי ופילוסופי בדפוס חשיבתי בשני תחומים עיקריים: הפרעה הקשורה ל'אני' (ego anxiety) והפרעה הקשורה לסף תיסכול נמוך (discomfort anxiety) (6, 22).

מכאן נגזרות טכניקות, שנועדו לעזור למטופלים לממש מטרות ולחיות את חייהם בצורה היעילה ביותר, תוך קבלה

של יתרונותיהם ומגבלותיהם ופיתוח טובלנות לנסיבות חיים, שאינן בנות שינוי (12). סוג שינוי זה מכונה 'הפתרון האלגנטי' (15) והטכניקות המשמשות את המטפל הן טכניקות איתגור פילוסופיות (philosophical disputation). במקרים, שהשינוי הפילוסופי אינו אפשרי, בין אם הוא קשור לנושא ספציפי ובין אם לנושא כללי, יכוון המטפל את התערבותיו לשינוי ההיקשים החשיבתיים וההתנהגותיים, המכונה איתגור אמפירי (empirical disputation), תוך שימוש בטכניקות קוגניטיביות והתנהגותיות מקובלות.

טכניקות קוגניטיביות – הטכניקה הקוגניטיבית השכיחה ביותר היא איתגור מחשבות אירציונליות (DIBS – Disputing of Irrational Beliefs) (12, 15, 16). דריידן (25) מפרט שלוש אסטרטגיות של איתגור:

1) אסטרטגיה הממוקדת באי-ההיגיון של המחשבה. המטפל רוצה לעזור למטופל להבין מדוע מחשבה אירציונלית, מלבד היותה דיספונקציונלית, גם איננה לוגית: "רק משום שאני רוצה משהו לא חייב להיות כפי שאני רוצה". המטפל שואל: "איפה ההיגיון?". זהו הסבר להבדל בין תובענות לבין שאיפה.

2) מיקוד באמפיריות. המטפל מראה למטופל שתובענות ונגזרותיה הן תמיד דרישות, שאינן עומדות במבחן המציאות. המטפל שואל: "איפה העדות? איפה ההוכחה?". אם קיימת, למשל, הוכחה שהוא חייב להצליח, הרי שהוא חייב להצליח בכל מקרה. אם זה לא כך – זוהי הוכחה שהמחשבה אינה עומדת במבחן המציאות.

3) אסטרטגיה הממוקדת בכדאיות (pragmatism) של התובענות. התוצאות המעשיות של מחשבה עקשנית, אירציונלית, כל עוד המטופל מאמין בה באופן מוחלט, הן אומללות: "נגיח שתמשיך להאמין שאתה חייב להצליח – מה יצא לך מזה מלבד דיכאון?".

טכניקה של הפרכה (disputing) משמשת את המטפל הן במהלך הטיפול והן בשיעורי הבית, שהם נושא בעל חשיבות מרובה. ליישומה כשיעורי בית מתווספים מרכיבים נוספים, שנועדו ללמד את המטופל לאתגר את מחשבותיו האירציונליות בדרכים שונות, המותאמות לו באופן אישי. דוגמות לכך הן: שימוש בשאלונים, רשימות של 'בעד' ו'נגד', הקשבה לקלטות, הן שלו (המטופל יכול, אם רוצה, להקליט את השיחות הטיפוליות) והן של אחרים (6, 24). שינון היגדים רציונליים עצמיים ("גם אם זה רע שלא סיימתי את כתיבת העבודה, זה לא אומר שאני לא שווה. עלי להשתדל להמשיך בכתיבה"). טכניקה נוספת, הניתנת כשיעורי בית היא ללמד אחרים את עיקרי הגישה (25, 26), כדי לעזור להם בבעיותיהם. לימוד האחרים משמש כפרקטיקה למטופל.

תשומת לב מיוחדת ניתנת לביטויים סמנטיים של מחש-

בות. אנשים שונים נותנים פירוש שונה, ולפיכך משתמשים באופן שונה במילים, המבטאות מחשבות ורגשות. המטפל לומד להכיר את המשמעות המיוחדת, שנותן המטופל למילות מפתח, המבטאות מחשבות ורגשות, מזהה את אלו, שהמטופל משתמש בהן והן פוגעות בו, ועוזר לו בבחירת מילים, שלגביו הן הרסניות פחות. במקום "אני מוכרח להצליח" לומר "אני מאוד רוצה להצליח...", כאשר הדגש מושם על הקשר בין המחשבה ובין ההרגשה.

טכניקה נוספת ללימוד הקשר בין המחשבה ובין ההרגשה היא דמיון מודרך, שבו מושם דגש על שינוי תגובה רגשית שלילית לא נאותה לתגובה שלילית רגשית נאותה, תוך כדי כך שהמטופל מדמיין את האירוע השלילי. המטופל לומד לשנות את התגובה העצמית הפוגעת בעזרת שינוי המחשבה הקשורה אליה. שימוש מעין זה בדמיון מודרך מאפשר למטפל להוביל את המטופל להבנה שתגובה רגשית ניתנת לשינוי, וכן שלמטופל יש שליטה על תגובתו, גם אם אין בידו שליטה על האירוע. בנוסף, דמיון מודרך הוא התנסות, שבה המטופל 'רואה' את האירוע כפי שהוא, או כפי שהיה רוצה שיהיה, ואת הקשר בין תגובותיו לבין 'מראה עיניו'.

טכניקות אמוטיביות – בטיפול רציונלי-אמוטיבי נעשה שימוש בטכניקות אמוטיביות, שמטרתן לעזור למטופל לערער את מחשבותיו האירציונליות. שירים הומוריסטיים (27) נועדו ללמד את המטופל לקחת את החיים ברצינות פחותה מזו, שלה הוא רגיל. תרגיל 'תקיפת בושה' (shame attacking exercise) (2) הוא טכניקה אמוטיבית, שבה מודגשים לא רק התכנים (שינוי תפיסת החיים), אלא אף ניתנת חשיבות לדרך, שבה נעשה שינוי זה – בהחלטיות נמרצת. המטופל מתבקש לבחור לבצע פעולה כלשהי ברבים, אשר להערכתו, אם ייעשה אותה היא תבייש אותו. המטפל מסייג את הפעולות לכאלו, שאינן גורמות נזק למטופל או לאחרים. תרגיל זה מטרתו כפולה: האחת – לעזור למטופל לקבל את עצמו, והשנייה – לעמוד במצב של אי-נוחות, שממנו נמנע המטופל עד כה.

טכניקות התנהגותיות – שכיחות בטיפול רציונלי-אמוטיבי. הן מקובלות בשיטות התנהגותיות וקוגניטיביות אחרות, כאשר יש העדפה של שיטות in vivo, החושפות את המטופל למצבים לא נוחים (זוהי הסיבה ששיטות של דה-סנסיטיזציה הדרגתית מקובלות פחות בטיפול הרציונלי-אמוטיבי), כדי להגביר את סף החיסכול. שיעורי הבית יכולו משימות, שבהן על המטופל לתרגל לקיחת סיכונים בתחומים, שאותם רוצים לשנות, כאשר המטפל מתאימם למטופל, ליכולת שלו, למידת ההנעה שלו, למעורבותו ולאמונתו בשינוי, שיחול בעקבות ביצוע המטלות (28).

טכניקות נוספות כוללות תצפיות ורישום ואימון במיומנויות, המשולבים בטכניקות של איתגור.

א., בשנות השלושים לחייה, הופנתה לטיפול בגלל התקפי זעם קשים כלפי סביבתה (במיוחד כלפי אמה) וחוסר יכולת להתמיד במ- קומות עבודה, בעיקר בשל מה שהיא מכנה 'חוסר צדק', שנעשה לה. בשיחות ההערכה הראשונות התקבלו הפרטים הבאים: א. התייתמה מאביה בגיל צעיר ביותר, נישאה בגיל צעיר לבן-זוג, שהיכה אותה, והחליטה שהדרך היחידה לשים קץ לסבלה היא על-ידי גירושין. היא ויתרה על כל רכושה ונשארה עם בתה היחידה (בת 8 בעת הפגישה) אצל אמה (האלמנה), שסייעה ברכישת דירה קטנה.

בשיחה, העריכה א. את צעד הגירושין כצעד חשוב בחייה. אך, לעומת זאת, מסתובבת עם כעס עצום כלפי בן-זוגה ורצון מתגבר, שלא נחלש עם הזמן, לנקום בו על העוול, הכאב והסבל, שגרם לה. כשהגיעה לטיפול חלפו שש שנים מאז גירושה. היא מציינת תחומים נוספים של בעיות: מריבות מתמידות עם אמה, קשיים להתמיד במקום העבודה ודאגה עצומה לחינוך של ילדה, כשהיא מאשימה את המחנכת של בתה בהתנכלות לבת.

מערך חשיבתי אי-רציונלי ומסולף עובר כחוט השני ומצביע על מצוקה רגשית גדולה. א., בוחרת להתמקד בנושא הכעס על בן-זוגה לשעבר. הפירוט, שיבוא, ידגים את ההערכה של התבנית החשיבתית של א. בתחום רגיש וכואב, הגורם לה להתקפי זעם כשל חשיבה אי-רציונלית על אירוע טראומתי, המשפיע על תחומים אחרים בחייה. להלן פירוט המערך החשיבתי והתוצאות הרגשיות וההתנהגותיות ות, הנלוות אליו, משפיעות עליו ומושפעות ממנו.

המערך החשיבתי האי-רציונלי	תוצאות רגשיות	תוצאות התנהגותיות
הוא היכה אותי ופגע בי, הרס לי את כל החיים	זעם וכעס עצום	חוסר ריכוז בעבודה, קשיי שינה
הוא חייב לשלם על מה שעשה	עוינות	תכנון נקמה
לעולם לא אתן לו לראות את הבת	שנאה	הימנעות מדבר עם הבת על אביה, אם מדברת עליו - משמיצה אותו
הוא ממשיך לעקוב אחרי	חשדנות	הימנעות מהליכה למקומות, שבהם עשויה לזהות קרובי משפחה של בן-זוגה בעבר
לעולם לא אוכל לתת אמון בגברים	פחד	כשאני יוצאת עם גבר אחר אני לחרצה שאולי גם הוא יהיה אליים
למה זה קרה לי? אני לא בסדר!	אשמה	אכילה מופרזת

הנחת היסוד של המטפל היא שהאירוע הוא טראומתי ושתגובתה של א. היא תגובה פוסט-טראומטית, שמתקיימת במלוא עוצמתה גם כהווה בשל חשיבה מעוותת, המגבירה את המצוקה הרגשית של המטופלת (12, 29). כלומר, המטפל מבחין בין אירוע, טראומתי ככל שיהיה, לבין ההערכה והפירוש הניתנים לו. המטפל מתמקד בזעם של המטופלת ובהערכה של המערך החשיבתי האי-רציונלי שלה, המביא

להגזכות זעם ("לא אוותר על הנקמה - מגיע לו, על כל מה שעשה לי"), בד בכד, מזהה המטפל מערך חשיבתי רציונלי, שתגובותיו הרגשיות שליליות, אך לא דיספונקציונליות ("החלטתי להתגרש כי נמאס לי לקבל מכות, הרגשתי עצובה בשביל הילדה"). בולט העיסוק החשיבתי האובססיבי (המוגזם) של א. בעוולות, שנגרמו לה על-ידי בן-זוגה לשעבר, מתשבות חזרות ונשנות על נקמה בו: "הוא חייב לשלם על מה שעשה לי, הוא פגע בי לכל חיי, בגללו אני חשדנית ולעולם לא אוכל לתת אמון בבני אדם".

להלן קטע מהשיחה השנייה:

מטפל: בואי נבחן את מה שאת אומרת ונבחין בין מחשבה רעה לבין מחשבה ריאלית.

מטופלת: מי שנפגע כמוני, כל המחשבות שלו הן ריאליות.

מטפל: מחשבה רעה היא מחשבה, שגורמת לך להרגיש כעס שמשתלט עלייך. לעומתה, מחשבה ריאלית, הכעס, שבא בעקבותיה, הוא בשליטתך.

(המטפל נותן לגיטימציה לכעס, בעיקר כעס על אלימות גופנית, ומבחין בין כעס שבשליטתה ובין כעס מצויף שאיננו בשליטתה).

מטופלת: אין דבר כזה, זה לא עובד. אם היית רואה את הסרט 'המיטה הבורעת' היית מבינה שאין דבר כזה.

בכל פעם שאני חושבת על מה שהוא עשה לי אני נזכרת בגיבורת הסרט, אישה מוכה, שבסוף הורגת את בעלה, ורוצה לעשות כמוה.

מטפל: על זה את חושבת? להרוג את מי שהיה בעלך? מטופלת: כן, כן (בוכה).

מטפל: זה צעד קיצוני, שאחרי עומדת מחשבה - רק אם הוא ימות אני אוכל לחיות...

מטופלת: נכון.

מטפל: בואי דמייני לעצמך שזה קרה. תארי את החיים שלך לאחר מכן.

מטופלת: אוכל סוף סוף ליהנות מהחיים.

מטפל: ואם יגלו שאת עשית את מעשה הרצח?

מטופלת: אז אשב בבית הסוהר.

מטפל: ואלה החיים החדשים שאת מחכה להם?

(המטפל 'הולך' עם המחשבות של המטופלת, שכן להערכתו, גם אם לא ביטאה אותן מילולית, היא 'עסוקה' (בדיבור עצמי) בפרטי הפרטים של הנושא. המטפל מסביר כיצד מחשבות מסוג יימות מביאות להגזכות רגשיות והתנהגותיות מוגזמות ולעיתים מסוכנות, שכן הן עשויות לפגוע בה עצמה, גם אם לא יביאו 'פתרון' לבעייתה).

מטופלת: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

מטפל: מקשיבה ולא עונה.

מטפל: מחשבה ריאלית היא מחשבה מהסוג של: "אני הייתי אישה מוכה, זה ניסיון כואב וקשה, שגם כיום פוגע בי. אני כועסת על האדם, שעשה לי זאת, אם אהרוג אותו, החיים שלי יסתיימו, והבת, שכל כך חשובה לי לגדל אותה, תיפגע עוד יותר. אני רוצה שהוא יענש על מעשיו. אני לא אעשה טעות, שתגרום לי נזק גדול יותר.

בשלב זה של הטיפול, מבטאת המטופלת כעס עצום על בן-הזוג, ומבחינתה כעס זה 'מוצדק', שכן הוא מציין את הכעס והסבל הנוראי, שנגרמו לה. שתי מחשבות אירציונליות מוינות כעס אינטנסיבי כל כך:

- א. לא מגיע לבן-זוגי שאכעס פחות, כי הוא עשה מעשה נוראי.
- ב. אסור לי לכעוס פחות. אם אכעס פחות — אני לא שווה ('כוחי' בא מכעסי).

המטפל נותן לגיטימציה לכעס, שבא בעקבות האירוע הטראומתי שחוותה המטופלת בשל האלימות של בן-הזוג לשעבר, אך מדגיש את ההבדל בין כעס מציף ולא נשלט (הקשר בין הפרעה אמוציונלית ובין מחשבה אירציונלית) לבין כעס נשלט (הקשר בין תגובה רגשית התואמת פונקציונלית למציאות ובין מחשבות רציונליות). המטופלת מתגסה, בעזרת דמיון מודרך, כבדיקת ההבדל בין עוצמות רגשיות מציפות לבין עוצמות מתונות, ומתנסה ברעיון המבחין בין אי-שליטה על אירוע טראומתי בחייה לבין יכולת השליטה על מחשבות בעקבות אירוע טראומתי בחייה.

תהליך השינוי החשיבתי בשלב טיפולי זה כולל:

1. הכנת המטופלת לתהליך ולקצב השינוי החשיבתי (תגובה שכיחה של מטופלים בעלי הנעה לשינוי החשיבתי היא להפחית מערך עצמם בשלב הראשון של הטיפול, כאשר שינויים אלה אינם מהירים 'כפי שחייבים' להיות).
2. למידה של המודל החשיבתי ושל ההבדל בין מערכי החשיבה על-ידי קריאת חומר מתאים. זוהי למידה 'אינטלקטואלית', המהווה מרכיב חשוב בתהליך השינוי החשיבתי.
3. שיעורי בית, הכוללים תצפית ויישום של מחשבות וכן תרגול הדמיון המודרך.

המטפל ממשיך בהערכת התבניות החשיבתיות ותוצאותיהן הריגושיות וההתנהגותיות אצל המטופלת. מרכיבים כמו, הנעה, התנגדות (לטיפול, למטפל, לשינוי), אמונה בעצמי (האם אני מסוגלת, רוצה או יכולה לשנות את מחשבותי) נבדקים ועוברים הערכה מחודשת בעזרת חומר העולה מהטיפול עצמו ובעקבות העשייה (או אי-העשייה) של שיעורי הבית. הציפייה השכיחה אצל מטופלים, בעיקר בתחילת הטיפול, היא לשנות את האירוע ונסיבותיו (במקרה של הדוגמה שלעיל — על-ידי נקמה בבן-הזוג לשעבר); במהלך הטיפול הם בוחנים את רצונם, או יכולתם, לשנות את מחשבותיהם המוחלטות על האירוע. כפי שהוזכר קודם, בפגישה הראשונה השתמשה המטופלת בדוגמה של גיבורת סרט, אישה מוכה, שלבסוף רוצחת את בעלה. במהלך הטיפול השתמש המטפל בסרט ובגיבורתו כדי לבחון את הערכותיה של המטופלת על עצמה, בהשוואה לגיבורת הסרט. ככל שהתקדמה בטיפול, יכולה היתה לראות את הפתרון של רצח הבעל כפתרון של גיבורת הסרט, ולעשות את הדיפרנציאציה בינה (כאישה מוכה) לבין האישה המוכה, גיבורת הסרט. כאשר הצליחה לראות שיש יותר מפתרון אחד, וכי זכותה לבחור את הפתרון הטוב בשבילה, ריווחה בהתרגשות, כי כאשר דמיינה לעצמה את הסרט הרגיש עוצב רוב על הגיבורה, אך "בפירוש ראיתי אותה מולי, ולא אותי כמוה". נבחנת גם תגובת הכעס שלה, וכאשר המטופלת מאמצת דפוסי חשיבה רציונלית דומיננטית, שליטתה על תגובת הכעס מביאה לתוצאה של כעס מתון, לא מציף ומאמלל.

המטפל מציע למטופלת דמיון מודרך רציונלי (30).

מטפל: תעצמי עיניים ותשחזרי את הכעס הרב, שיש לך על כך-זוגך לשעבר.

מטופלת: אין בעיה.

מטפל: תשני את הכעס הרב לכעס. מטופלת: אנסה, אני לא יכולה. מטפל: על סולם של 1 עד 100 איפה היית מדרגת את הכעס שלך? (המטפל משתמש בטכניקה של מתן ערכים מספריים לתגובות הרגשיות השליליות) (15).

מטופלת: 100, אפילו 200.

מטפל: תפחיתי את הכעס על הסולם.

מטופלת: איך?

מטפל: תתרכזי ותפחיתי את עוצמת הכעס.

מטופלת: (מתרכזת) בסדר.

מטפל: טוב, לאן ירדת?

מטופלת: ל-90.

מטפל: טוב, תפקחי עיניים, ותאמרי לי, מה עשית?

מטופלת: אמרתי לעצמי — "תפסיקי לחשוב עליו".

שני מרכיבים עולים מרדגמה זו:

1. המטופלת יכולה להפחית בדמיונה את עוצמת הכעס, ובכך מסייע לה המטפל להבין ש'הבחירה' המחשבתית היא שלה; מסייע לה השינוי החשיבתי, שעושה המטופלת, הוא שינוי של הנסיבות, של האירוע (A), "אם לא אחשוב עליו, לא אכעס כל כך".

זוהי נקודה, שבתהליך הטיפול ישוב אליה המטפל, שכן הוא יכול לערער התובענות, ש"מי שפגע בי חייב להיענש, ללא כל תנאי מוקדם". המטפל יצור למטופל לאמץ דפוס חשיבה רציונלי דוגמת: "נפגעתי, היכו אותי. גם אם הייתי רוצה שיענש, אשמור את צעדי, כך שלא אפגע יותר".

הטיפול מתמקד בזיהוי, בהבנה ובלמידה של מחשבות רציונליות ושל תוצאותיהן, ושל מחשבות אירציונליות ושל תוצאותיהן, ובשינוי בעזרת תרגול ושיעורי בית, המותאמים למטופלת ולשלב הטיפולי, שבו היא נמצאת.

בשלב טיפולי מתקדם יותר, מבינה המטופלת את הקשר בין המחשבה האירציונלית: "הוא חייב להיענש, כי הוא פגע בי", לבין הזעם שלה. היא מכירה בכך שיש לה מחשבות רציונליות, שהתגובות שלה שליליות, אך לא מציפות: "אני יודעת שהוא עשה מעשה שלא ייעשה, היום אני צריכה לחשוב על החיים שלי ולא לעסוק שוב ושוב בנקמה שלי בו". מערך חשיבתי אירציונלי (אובססיבי) שכח אצל אנשים, שנפגעו ונותרו עם חווית הטראומה. מבחינתם, הקביעה שזהו מעשה, שנעשה להם (ואשר אסור שיעשה), מהווה 'צידוק' לקיום מערך חשיבתי מאמלל. המטפל מחזק את הקביעה שהמעשה שנעשה הוא מעשה שלא ייעשה, ומבחין בין המעשה ובין התגובה על המעשה. אלימות של הכאה היא מעשה שלא ייעשה, ועל כך אין עוררין. המטפל 'מתווכח' עם המטופל על הנצחת המחשבה האירציונלית ש"אסור היה שמעשה שלא ייעשה, ייעשה לי". זהו דפוס חשיבתי תובעני, שגורם לאומללות רבה והסיכוי שבעקבותיו תשתנה המציאות הוא נמוך. לכן, המטרה הטיפולית, על פי טיפול רציונלי-אמוסיבי, היא לשנות מחשבות אירציונליות על האירוע, בפרט כאשר אי אפשר לשנות את האירוע.

כאשר המטופלת מבחינה ומפנימה את הקשר בין מחשבה רציונלית לתגובה רגשית והתנהגותית, היא מבחינה בין שליטתה או אי-שליטתה על אירועים בחייה לבין יכולת הבחירה, שיש לה, על שליטה או על אי-שליטה על מחשבותיה על האירוע. באופן דומה התמקד הטיפול בבעיות אחרות בחייה של א.: התקפי הזעם כלפי אמה, הגנת יתר על בחה ואי-התמדה בעבודה. השינוי המשמעותי ביותר

8. Ellis A., How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable About Anything — Yes. Anything. New York, Lyle Stuart, 1988.
9. Ellis A., The treatment of borderline and psychotic individuals: A revised paper. New York, Institute for Rational Emotive Therapy, 1988.
10. Ellis A. & Harper R.A., A New Guide to Rational Living. Engelwood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1975.
11. Ellis A. & Bernard M.E., What is rational emotive therapy (RET). In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.), Clinical Application of Rational Emotive therapy. pp. 1—30. New York, Plenum, 1985.
12. Ellis A. & Dryden W., The Practice of Rational Emotive Therapy. New York, Springer, 1987.
13. מלקינסון ר. טיפול רציונלי אמוטיבי (ט.ר.א.) במצבי שכול. מתוך ר. מלקינסון, ש. רובין, א. ויצטום (עורכים), אוכדן ושכול בחברה הישראלית. משרד הביטחון, "כנה", 1993.
14. מלקינסון ר. וקינל ש., טיפול רציונלי זוגי ומשפחתי. במשפחה, 1992, 28 — 18 : 36.
15. Wallen S.R., DiGiuseppe R. & Wessler R.L., A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy. New York, Oxford University Press, 1980.
16. Ellis A., The practice of rational emotive therapy. In: A. Ellis & J.M. Whitley (Eds.), Theoretical Foundations of RET. pp. 61—100. Monterey, CA, Bodes Cole, 1979.
17. Burn D.D., The Feeling Good Handbook. New York, Plume Books, 1990.
18. Ellis A., Using RET effectively: Reflections and interview. In: M.E. Bernard (Ed.), Using Rational Emotive Therapy Effectively: Practitioner's Guide. pp. 1—34. New York, Plenum Press, 1991.
19. Ellis A., Rational emotive therapy. In: R.J. Corsini (Ed.) Current Psychotherapies. pp. 196—238. (3rd ed.), Ithaca, ILL, F.E. Peacock, 1984.
20. Ellis A., Humanistic Psychotherapy: The Rational Emotive Approach. New York, McGraw-Hill, 1973.
21. DiGiuseppe R., A rational emotive model of assessment. In: M.E. Bernard (Ed.), Using Rational Emotive therapy Effectively: A Practitioner's Guide. pp. 151—268. New York, Plenum Press, 1991.
22. Ellis A., The revised ABC's of rational emotive therapy. J. of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 9(3): 139—172, 1991.
23. Ellis A., Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. In: A. Ellis & R.M. Grieger (Eds.) Handbook of Rational Emotive Therapy. Vol. 2, pp. 105—120. New York, Springer, 1986.
24. Dryden W., Rational emotive therapy. In: W. Dryden (Ed.), Individual Therapy in Britain. London, Harper & Row, 1984.
25. Dryden W., Flexibility in RET: Forming alliance and making compromises. In: M.E. Bernard (Ed.), Using Rational Emotive Therapy Effectively. pp. 133—149. New York, Plenum Press, 1990.
26. Ellis A., Abrahams E., Brief Psychotherapy in Medical and Health Practice. New York, Springer, 1978.
27. Ellis A., Fun as psychotherapy. Rational Living, 12(1): 2—6, 1977.

חל ביכולתה של א. להתמיד בעבודה (יכולה להבחין בין אי-נעימות, כאשר מעירים לה על עבודתה, לבין הזעם המציף אותה בעקבות ביקורת על ביצועיה). כן חל שינוי כלשהו ביחסה התובעני למסגרת החינוכית, שבה לומדת בתה ("אני מבינה שבכל פעם שאני מתייצבת בבית-הספר וצועקת על המורה, אני מגינה יותר מדי על בתי"). התחום, שבו חל השינוי המועט ביותר, הוא ביחסה אל אמה. ייחנן כי הסיבה נעוצה בעובדה שא. היתה בטיפול לברה, ללא אמה, וכדי שייתרחש שינוי חשיבתי, הקשור במערכות יחסים, יש לכלול גם את השותפים האחרים במערכת זו (15).

סיכום

טיפול רציונלי-אמוטיבי הוא מודל טיפולי, שבו המטופל הוא שותף פעיל לשינוי החשיבתי ולתוצאות הרגשיות וההתנהגותיות הנלוות. המטופל פעיל בלמידה, בתירגול, באימון, וכיישום של תהליך השינוי. זוהי שיטה טיפולית-חינוכית, שניתן ליישמה במצבים שונים בחיים (12), שההערכות החשיבתיות עליהם הן אי-רציונליות. העובדה שהמודל ניתן ליישום במצבים שונים בחיים היא גם שורש הביקורת על שיטה טיפולית זו ועל המודל, כי יש הרואים בכך חיסרון, מעין "תפסת מרובה, לא תפסת" (31).

כמו בשיטות טיפול אחרות, גם שיטה זו במיטבה עם מטופלים בעלי רמת השכלה בינונית וגבוהה, שמופרעותם איננה קיצונית בחומרתה, אם כי יאנג (32) ומקורמיק (33) מדווחים במאמריהם על תוצאות חיוביות עם אוכלוסיות מרקע סוציו-אקונומי נמוך ומאיוורים כפריים, המאופיינים בחסרונה של מסורת הסתייעות בטיפול לשם פתרון מצוקות רגשיות.

למרות שבסקירתם מצביעים הגא וחבי (34) על החסרונות במתודולוגיה, שנמצאו במחקרים שבדקו את יעילות הטיפול הרציונלי-אמוטיבי, בהשוואה למחקרים על טיפולים קוגניטיביים אחרים (כגון המחקרים של בק), הרי הם אינם חולקים על יעילותה וישימותה של השיטה.

ספרות :

1. Beck A.T., Depression: Clinical, Experimental and theoretical Aspects. New-York, Hoeber, 1976.
2. Lazarus A.A., Multimodal Behavior Therapy. New-York, Springer, 1976.
3. Mahoney M.J., Human Change and Processes: Notes on Facilitation of Personal Development. New York, Basic Books, 1988.
4. Bernard M.E. & DiGiuseppe R., Inside Rational-Emotive Therapy: A Critical Appraisal of the Theory and Therapy of Albert Ellis. New York, Academic Press, 1989.
5. Ellis A., Reason and Emotion in Psychotherapy. New York, Lyle Stuart, 1962.
6. Ellis A., The value of efficiency in psychotherapy. Psychotherapy, 17: 414—420, 1960.
7. Ellis A., The biological basis of human irrationality. J. of Individual Psychology, 32: 145—168, 1980.

28. Dryden W., & DiGiuseppe R., A Primer on Rational-Emotive Therapy. Champaign, ILL, Research Press, 1990.
29. Kleber R.J. & Brown D., Coping with Trauma: Theory, Prevention and Treatment. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1992.
30. Maultsby M.C. & Ellis A., Techniques for Using Rational Emotive Imagery. New York, Institute for Rational Emotive Therapy, 1974.
31. Lazarus A.A., The practice of rational emotive therapy. In: M.E. Beranrd & R. DiGiuseppe (Eds.), Inside Rational Emotive Therapy: A Critical Appraisal of Theory and Therapy of Albert Ellis. pp. 95—112. New York, Academic Press, 1989.
32. Young H.S., RET with lower-class clients. In: W. Dryden (Ed.), Rational Emotive Therapy: Recent Development in Theory and Practice. pp. 85—121. U.K. Institute for RET, 1986.
33. McCormick N., Rational emotive therapy in non metropolitan communities. In: W. Dryden (Ed.), Rational Emotive therapy: Recent Development in Theory and Practice. pp. 171—187. U.K., Institute for RET.
34. Haage D.A.F. & Davidson G.C., Outcome studies in rational emotive therapy. In: M.E. Bernard & R. DiGiuseppe (Eds.), Inside Rational Emotive Therapy: A Critical Appraisal of Theory of Albert Ellis. pp. 155—197. New York, Academic Press, 1989.