

מדריך המשגת מקרה בסכמה תרפיה

(גרסה 3.8)

במידה והנך ממלא את טופס ההמשגה בסכמה תרפיה,
מומלץ לתת תשומת לב קפדנית להוראות במדריך זה.

סקירה כללית

מטרת מדריך זה היא לאפשר הבניה של המידע על המטופל באופן שיוביל להמשגת מקרה בהירה. הטופס הינו ארוך ומקיף. אינך מצופה למלאו באופן שגרתי עבור כל המטופלים שלך. הוא נדרש עבור המקרים שאת ההקלטה שלהם אתה מגישה עבור הערכה וציינון, כחלק מתהליך ההסמכה של ה-ISST. עם זאת, הטופס עשוי לשמש גם ככלי להכשרה ולאיוון. באמצעות מילוי טופס המשגת המקרה עבור אחד או שניים מהמטופלים שלך, תוך הקפדה על ההנחיות במדריך זה, ניתן להשיג חווית למידה רבת ערך, בה תשיג תרגול יעיל ושיפור של ההבנה שלך לגבי האופן בו רבים מהרעיונות המרכזיים של סכמה תרפיה פועלים באופן מעשי.

הסעיפים השונים בטופס ההמשגה גם ידריכו אותך באיסוף המידע הבסיסי הדרוש לך בשלב ההערכה של עבודתך עם המטופל, וישמש כבסיס להמשגת המקרה. ניתן להתחיל להזין את המידע אודות המטופל בטופס זה, ולאחר מכן לעדכן אותו עם תוספות ושינויים כשנחשף מידע חדש.

בחלק העליון, מלא את הפרטים הבאים:

שם המטפל: שם המטפל אשר מטפל במטופל וממלא את טופס ההמשגה.

תאריך: התאריך בו סיימת למלא או לעדכן את טופס ההמשגה.

מספר המפגשים: מספר המפגשים שהתקיימו עד כה, כולל המפגש הראשון.

חודשים מאז הפגישה הראשונה: מספר החודשים מאז הפגישה הראשונה עם המטופל.

1. רקע אודות המטופל

שם המטופל או אמצעי זיהוי: שם המטופל, שם בדוי או קוד זיהוי.

גיל/תאריך לידה: גילו של המטופל בתאריך בו סיימת למלא את טופס ההמשגה, או תאריך הלידה שלו. ניתן גם לכלול את שניהם.

סטטוס זוגי נוכחי/נטייה מינית/מספר ילדים (אם יש): הסטטוס של המטופל (רווק, נשוי, מגורים משותפים וכו'). מהי האוריינטציה המינית המוצהרת של המטופל? האם למטופל יש ילדים? אם כן, בני כמה הם?

מקצוע ותפקיד: מהו העיסוק או הקריירה של המטופל? באיזה שלב הוא מצוי בקריירה זו (לדוגמא מנהל בדרג גבוה, עצמאי, מפקח/מדריך)?

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

רמת השכלה: מה רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהמטופל השלים?

ארץ לידה/שיוך דתי/קבוצה אתנית: ציין היכן המטופל נולד ומה הזיקה/השיוך הדתי שלו. אם רלוונטי, ציין גם את הרקע האתני של המטופל.

2. מהי סיבת הפניה של המטופל לטיפול?

סכם את המוטיבציה של המטופל להגיע לטיפול **מלכתחילה**. תאר את האספקטים של נסיבות חייו, אירועים מאיצים משמעותיים או מצבים בעייתיים שהובילו לכך (קונפליקט בעבודה או במערכת יחסים רומנטית), או התנהגויות ורגשות מעוררי מצוקה (כגון תלות או שימוש בחומרים משני תודעה, התנהגות המאפיינת הפרעות אכילה, התפרצויות זעם), או סימפטומים אחרים (חרדה, מצב רוח ירוד, פלאשבקים פוסט טראומטיים) אשר בגינם המטופל פנה לעזרה.

אין לכלול כאן בעיות משמעותיות שהמטופל לא ביקש במפורש סיוע לגביהם. אלו יפורטו בסעיף 5. תאר את רמת המצוקה הנוכחית וציין האם המטופל חיפש טיפול מרצונו החופשי או בעקבות לחץ שהופעל עליו מצד קרוב משפחה או ממונה בעבודה.

אם המטופל הגיע למספר רב של פגישות, סכם את המצב ה**נוכחי** וציין האם הנושא שבו המטופל מבקש סיוע השתנה ממה שהוצג בהתחלה.

3. התרשמות כללית מהמטופל

תאר בקצרה, בשפה יומיומית, כיצד אתה מתרשם מהמטופל באופן כללי במהלך הפגישות (למשל מופנם, עוין, להוט לרצות, נזקק/תלותי, רהוט, לא אמוציונלי). אל תשתמש כאן במושגים פסיכולוגיים טכניים. תאר את התרשמותך וכיצד חווית את המטופל בפגישות ה**ראשונות**, כמו גם בפגישות **כעת**. אל תכלול כאן מידע אודות הקשר הטיפולי, היות והנושא יקבל התייחסות בהמשך, בסעיף 10.

4. אבחנה נוכחית של המטופל

אבחונים עיקריים: רשום עד 4 אבחנות פסיכיאטריות החלות על המטופל. ניתן להשתמש הן בקטגוריות האבחון של ה-DSM-5-TR והן באלו של ה-ICD-11. ציין בתיבה המתאימה בטופס באיזו שיטת אבחון השתמשת. עבור כל אבחנה, יש לציין את שם האבחנה וכן את הקוד המספרי שלה.

ה-ISSST מכיר בכך שלא כל הפסיכותרפיסטים נוהגים לתת אבחנות פסיכיאטריות באופן שגרתי וכי הדרישה לעשות זאת משתנה ממדינה למדינה ובין מסגרות מקצועיות שונות. בסכמה תרפיה, תכנון הטיפול אינו מבוסס על אבחנות אלו, אלא על המשגת המקרה. עם זאת, מומלץ שמטפלים מוסמכים יכירו את אחת ממערכות האבחון הללו, מאחר והן מועילות בשלוש דרכים: (1) הן מפנות תשומת לב למידע חשוב, סימפטומים ובעיות אחרות שהיינו עלולים לפספס. (2) חלק ניכר מהספרות המחקרית על סכמה תרפיה וגישות טיפוליות, מבוסס על מערכות האבחון הללו. (3) הן חשובות בעת תקשורת או שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע/טיפול אחרים, אשר אינם מכירים את מודל הסכמה תרפיה ומושגיו.

5. רמת תפקוד נוכחית: תחומי חיים מרכזיים ואורח חיים

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

על מנת לקבל תמונה כללית על מידת התפקוד של המטופל שלך, התייחס לחמשת תחומי החיים הרשומים להלן, ולאיכות של סגנון החיים והטיפול העצמי שלך, כפי שמסוכם בהמשך.

רמת תפקוד נוכחית מוגדרת כאיכותה של התנהגותו הכללית של המטופל בכל אחד מתחומי החיים. השתמשו בסולם הדירוג המופיע מטה. הדירוג צריך להתבסס על נקודת מבטו של צופה אובייקטיבי, בהשוואה ל"ציבור הרחב" או לחברי הקהילה, כמו גם נקודת מבט קלינית בנוגע לתפקוד בריא. אין לדרג את המטופל בהשוואה למטופלים אחרים, או מתוך תפיסה אידיאלית של איך בני אדם צריכים להתנהל/לתפקד.

דירוג רמת התפקוד: בשתי הטבלאות 5.1 ו- 5.2, השתמשו בסולם הדירוג הבא (1-6) לשם דירוג רמת תפקודו הנוכחית של המטופל, ורשמו את הערכים הללו בעמודה 2.

1 = חוסר תפקוד או תפקוד ברמה נמוכה מאוד	4 = תפקוד ברמה בינונית
2 = תפקוד ברמה נמוכה	5 = תפקוד ברמה טובה
3 = תפקוד מוגבל באופן משמעותי	6 = תפקוד ברמה טובה מאד או מצוינת

במידה וישנן נסיבות אשר אינן בשליטתו של המטופל (כגון גיל או אובדן טרי), ואשר בעטין יהיה לא הולם לדרג עבורו קטגוריה מסוימת, יש לציין N/A (לא רלוונטי) בעמודה 2, ולאחר מכן בעמודה 3 להסביר מדוע.

הסבר או הרחבה: עבור כל קטגוריה, הסבר בקצרה בעמודה 3 מדוע דירגתם את המטופל כפי שדירגתם. אם יש הבדל משמעותי בין רמת התפקוד של המטופל בעבר, לעומת רמת תפקודו כיום, הרחב אודות השינוי. לדוגמה, ציין כי למטופל היו קשרים חבריים מצוינים לפני שלקה בדיכאון.

5.1 תחומי חיים מרכזיים

5.1.1 תפקוד תעסוקתי או לימודי: התייחסות למידת התפקוד של המטופל בעבודה או בבית הספר או במסגרת לימודית אחרת, הן ביחס למה שנחשב "נורמלי" לגילו ולקבוצת השווים שלו, והן ביחס למסוגלות שלו (על סמך הרקע שלו ויכולותיו).

5.1.2 מערכות יחסים אינטימיות, רומנטיות, ארוכות טווח: התייחסות למערכות יחסים אינטימיות, שהינן ארוכות טווח באופן יחסי ואשר בדרך כלל כוללות מרכיב רומנטי או מיני לפחות למשך כמה תקופות. ההתמקדות בקטגוריה זו היא על נישואין או על מערכות יחסים דומות שיש בהן התחייבות ארוכת טווח. מטופלים המנהלים רק יחסי הכרות קצרים, יחסית שטחיים, ידורגו בציון נמוך בתחום חיים זה.

5.1.3 קשרים משפחתיים: התייחסות למערכות יחסים של המטופל עם בני משפחתו, כולל ילדיו, הוריו, סבים וסבתות, אחים ואחיות ואחרים מבני המשפחה המורחבת (דודים, בני דודים, אחייניות, חמות ועוד). קטגוריה זו אינה כוללת בני/בנות זוג רומנטיים, כגון בעל/אישה, בני/בנות זוג שעמם המטופל גר או יוצא לדייטים.

5.1.4 חברויות וקשרים חברתיים אחרים: התייחסות לסוגים אחרים של קשרים חברתיים מתמשכים שלא הוזכרו לעיל. בקטגוריה זו יש לשים דגש מיוחד על מערכות יחסים מתמשכות עם חברים, ובמידה פחותה, עם עמיתים לעבודה. ניתן לכלול כאן גם מעורבות בקשרים חברתיים אחרים, כגון: שכנים, חברי קהילה, חברי ארגון/מועדון.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

5.1.5 תפקוד עצמאי זמן לבד: התייחסות למידת היכולת הנוכחית של המטופל, כאשר הוא לבד, למצוא משמעות, מיקוד ודרבון בריאים. כולל את היכולת להתמודד עם רגשות ומחשבות באופן בריא. כולל גם הערכה של יכולת המטופל לבצע באופן עצמאי פעילויות יומיומיות (לדוגמה התנהלות כלכלית, עבודות בית וכו') וכן היכולת להשתתף בפעילויות פנאי (למשל תחביבים, פעילויות יצירה) שאינן בעלות אופי חברתי.

5.2 אורח חיים של טיפול עצמי: פעילות גופנית, תזונה, הרגלי שינה וכו'

הסעיף מתייחס למידה בה למטופל יש הרגלי חיים קבועים העשויים לתרום לבריאות ולאזון. פעילות גופנית כוללת פעילויות ספורטיביות, כמו גם יוגה, פילאטיס, ריקוד וכו'. יש לקחת בחשבון עד כמה המעורבות בפעילויות הינה מאוזנת, ואינה נדירה מדי או אובססיבית מדי. באופן דומה, יש להתייחס למידה שבה המטופל מקפיד על היגיינה אישית ועל תזונה בריאה (בהתבסס על המלצות מחקר עדכניות, למשל Jacka et al. 2017), וכן האם למטופל יש דפוסי אכילה קבועים ובריאים (בניגוד לאכילה המוגבלת בנוקשות, או למעברים מאכילה מוגבלת מדי לאכילת יתר/בינג', כפי שבא לידי ביטוי בחלק מהפרעות האכילה).

ניתן לכלול בסעיף זה גם צריכה של אלכוהול וסמים (עם מרשם רפואי או ללא). בהתייחס לשינה, האם יש למטופל דפוסי שינה קבועים והאם הוא ישן זמן מועט מדי או רב מדי.

6. בעיות עיקריות בחיי המטופל

זהה לפחות שלושה בעיות חיים או סימפטומים או דפוסי התמודדות משמעותיים, אשר לדעתך יש להבין ולהתייחס אליהם בטיפול, על מנת שהמטופל ישיג הקלה במצוקה שהציג. קשיים אלו עשויים להיות, או לא להיות, אותם הקשיים שהמטופל ביקש באופן מפורש סיוע לגביהם (כפי שתואר בחלק 2).

ראשית שיים את הבעיה כפי שהיא נחוות על ידי המטופל או כפי שהיא זוהתה על ידך כמטפל שלו, לדוגמה: בדידות, קונפליקט כרוני ביחסים, חרדה מתמשכת, דחיינות, התנהגויות אובססיביות-קומפולסיביות, שימוש יתר בחומרים או בתרופות מרשם. לאחר מכן, במקום המיועד לכך למטה, פרט בנפרד על טיבה של כל בעיה וכיצד היא מעוררת קושי בחייו הנוכחיים של המטופל. הימנע משפה טכנית (למשל התייחסות לסכמות ולמודים) בעת תיאור כל אחד מהקשיים או מהסימפטומים.

אם אתה מציין סימפטום פסיכיאטרי (לדוגמה, מאפיין מסוים המשמש כקריטריון לאבחנה במערכת ה-ICD או ה-DSM), הוא צריך להיות מקושר לאחת מהאבחנות בסעיף 4. יתכן שיהיה מתאים לרשום מספר מאפיינים כאלו תחת אותה בעיה. לדוגמה, אם הקושי הוא דיכאון קליני, ניתן לכלול כסימפטומים, מאפיינים כגון, אובדן עניין בהכל, תחושת עייפות לאורך כל היום, קושי להתרכז וקשיי שינה.

7. המקורות מהילדות ומתקופת ההתבגרות לקשיים בהווה

7.1 תיאור כללי של ההיסטוריה המוקדמת

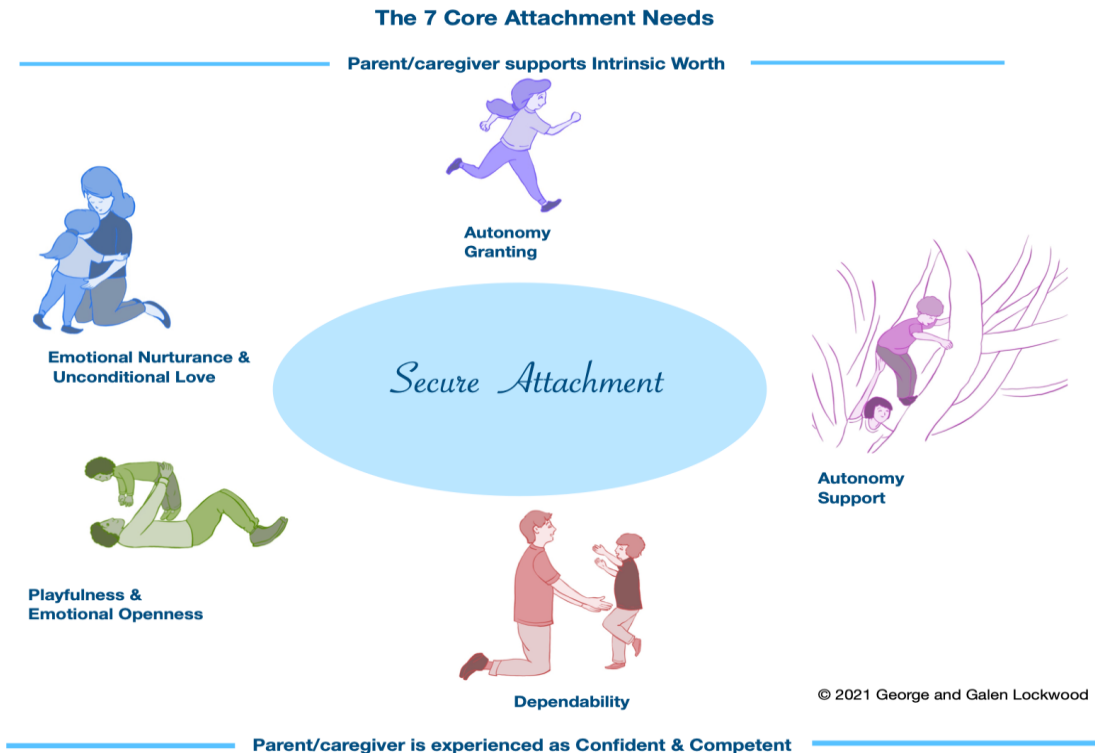
סכם את ההיבטים החשובים מתקופת ילדותו והתבגרותו של המטופל, אשר תרמו לקשיים הנוכחיים בחייו ולהתפתחות הסכמות והמודים המלאדפטיביים אשר יפורטו בהמשך. יש לכלול את כל החוויות או נסיבות החיים שהיו בעייתיות / מזיקות / רעילות. יש לפרט:

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

- א. באילו תחומי חיים או מערכות יחסים התרחשו חוויות אלו (למשל אמא קרה, אב מתעלל מילולית, להיות השעיר לעזאזל בזוגיות לא מאושרת של ההורים, סטנדרטים מוקצנים באופן בלתי מציאותי, דחייה או בריונות מצד קבוצת השווים, מורה מעניש בביה"ס);
- ב. באיזה שלב/ים התפתחותיים התרחשו החוויות: למשל בשלב הינקות והילדות המוקדמת, אמצע הילדות, גיל ההתבגרות;
- ג. כיצד כל אחת מנסיבות החיים או חוויות החיים הללו, השפיעו על המטופל מבחינה רגשית.

7.2 הערכה של צרכי ליבה רגשיים שלא קיבלו מענה

בחלק זה יש רשימה של תשעה צרכי ליבה של הילד, בהתייחס למערכת היחסים שלו עם הוריו או עם דמויות מטפלות אחרות, בייחוד בשנות החיים הראשונות. הגישה לסיווג צרכי הליבה עודכנה כדי לשקף התפתחויות עכשוויות במחקר. כאשר יאנג סיכם בתחילה צרכי ליבה תחת 5 כותרות (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), כל צורך קושר לאחד מחמשת אשכולות הסכמות, שבתוכם הוא סיווג את 18 הסכמות הבלתי מסתגלות הבסיסיות. בפועל לא כל התחומים הללו תוקפו על ידי מחקר, וכיום ידוע שתיאוריית צרכים מבוססת טוב יותר על מה שאנחנו יודעים על הורות מסתגלת ותפקוד מסתגל. בהסתמך על עבודתם של דואק (2017), לואיס, ווד ולוקווד (2020) ולואיס, לוקווד ולואיס (2024) זוהו שבעה צרכים מרכזיים. אלה מסוכמים באיור שלהלן:



הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

טיפוח רגשי ואהבה ללא תנאי, משחקיות ופתיחות רגשית, הענקת אוטונומיה, תמיכה באוטונומיה ואמינות נתפסים כצרכים המוקדמים ביותר. הצורך בערך פנימי בא לידי ביטוי כאשר מסייעים לילד להשיג מטרות ושאיפות באופן ששיגי איזון בין השגת תוצאה מחד גיסא, לבין עידוד היבטים כגון אותנטיות, יוזמה, שיתוף פעולה ועקשנות, מאידך. כשצרכים אלו מתמלאים, יש גם צורך לחוות את ההורה/המטפל כבעל בטחון ויכולת (כלומר כחזק וכמסוגל "לעשות ולא רק לדבר"). התפתחות של התקשרות בטוחה היא למעשה התוצאה כאשר כל הצרכים הללו מסופקים כראוי לאורך שנות ההתפתחות.

בטופס המשגת המקרה, זה הורחב לתשע קטגוריות של צרכים מרכזיים. אלה מבוססים על האמור לעיל, אך נוספו שתי כותרות נוספות המרחיבות נקודות ספציפיות שהינן בעלות ערך מבחינה קלינית:

(1) 7.7.2 הינו הרחבה של 7.2.1, הצורך בקשר/בחיבור. הסעיף נכלל בשל המרכזיות שלו בהבנת הקשיים של מטופלים רבים בהבעת הצרכים והרגשות שלהם במילים.

(2) באופן דומה, 7.2.4 אודות הצבת גבולות תקיפים, הינו אספקט של 7.2.1 וגם של 7.2.3, והוא מצוין בנפרד בשל המשמעות שלו עבור התפתחות בריאה.

7.2.1 צורך בחיבור/קשר (הזנה, קבלה, אהבה בלתי מותנית): על מנת לספק את הצורך הזה, הורים/דמויות מטפלות צריכים להיות מסוגלים להתכוונן לחוויה ולצרכים של הילד, ולספק לו תחושה של חיבור רגשי, שהרגשות שלו מקובלים, וכי הוא רצוי ושייך. הדבר כולל הצבת גבולות באופן מכבד ואיכפתי, אבל שים לב שזה מכוסה בנפרד בסעיף 7.2.4 למטה.

7.2.2 צורך בתמיכה ובהדרכה לביטוי בהיר של צרכים ורגשות ולמידה של חיברות בריאה: כדי לספק מענה לצורך זה, הורים/דמויות התקשרות חייבים להיות מכווננים לחוויה של הילד ולהעניק לו את השפה להבעה מילולית של המצבים הרגשיים שלו, ללא בושה או שיפוטיות. בכך הילד מקבל תמיכה בלמידה ובתרגול של התנהגויות פרו-חברתיות בהקשרים חברתיים.

7.2.3 צורך בביטחון, באמינות, בהוגנות, בעקביות וביכולת חיזוי: על מנת לספק מענה לצורך זה, על ההורים/הדמויות המטפלות לספק סביבה יציבה ובטוחה, בתוכה הם נוהגים באמינות, בעקביות, ובאופן המאפשר לסמוך על תגובותיהם כלפי הילד וכלפי סיטואציות יומיומיות.

7.2.4 צורך בהדרכה ובהצבת גבולות באופן חומל, תקיף ומותאם לתמיכה בלמידה של גבולות מציאותיים ושליטה עצמית: כדי לספק מענה לצורך זה, על ההורים לספק הדרכה ולהציב גבולות בצורה נחושה, סמכותית אך לא מענישה, ולתמוך בילד בלמידת שליטה מתאימה של רגשות ודחפים ללא עכבה/אינהיביציה מוגזמת. בעוד סעיף זה מופיע כאן בנפרד, מחקרים מצביעים על כך שהצבת גבולות הינו אספקט הן של אהבה בלתי מותנית וטיפוח רגשי (7.2.1 לעיל) והן של אמינות (7.2.3 לעיל).

7.2.5 צורך בתמיכה ובעידוד למשחק, לפתיחות רגשית ולספונטניות: כדי לספק מענה לצורך זה על ההורים/דמויות מטפלות להיות מסוגלים להיות ספונטניים ומשחקיים בעצמם, ולתמוך ולייצר אצל הילדים שלהם מקום זמן לכך.

7.2.6 צורך באישור על יכולת ומרחב לפיתוח של מסוגלות (תמיכה באוטונומיה): על מנת לספק את הצורך הזה, הורים/דמויות מטפלות חייבים להיות בעלי אמונה ביכולתו של הילד ללמוד ולפתח מסוגלות וחוסנה בעת רכישה של תחומי חיים חדשים ועמידה באתגרים, ולבנות על החיובי במקום להתמקד בטעויות ובפגמים.

7.2.7 צורך בכבוד כלפי פיתוח אוטונומיה, לדוגמא, איפשו של פרטיות וחופש ללמוד לעשות דברים בדרך שלך (הענקת אוטונומיה): כדי לספק את הצורך הזה: הורים/דמויות מטפלות חייבים לאפשר לילדים את החופש לקבל החלטות משלהם ולעשות דברים בדרכם כאשר הם מעוניינים בכך, לאפשר להם יותר ויותר פרטיות ככל שהם מתבגרים, לא להכתיב להם איך להתנהג, לא להגן עליהם יתר על המידה, ולכבד ולעודד את ההתפתחות שלהם כאינדיבידואלים ייחודיים ונפרדים.

7.2.8 הצורך בתמיכה ובהדרכה בפיתוח של תחושת ערך פנימי שאינו תלוי בלהיות טוב יותר מאחרים: כדי לספק מענה לצורך זה, על ההורים/דמויות מטפלות לתמוך בהיות הילד נאמן לעצמו במקום לנסות להרשים אחרים, ולהנחיל את הערך כי כל האנשים הינם בעלי ערך שווה ללא קשר למעמד או לעושר או להצלחה.

7.2.9 הצורך בהורה/מטפל הנחווה כבטוח בעצמו וכבעל מסוגלות (מודל חיקוי בריא): על מנת לספק צורך זה הורים/מטפלים חייבים לתת לילד את המסר המרומז שהם עצמם חזקים, נבונים, בטוחים ומסוגלים להתמודד עם ההיבטים המעשיים של החיים. זה מספק את הבסיס לילד להרגיש בטוח בתמיכתם, לדעת שהוא בידיים חזקות ומוכשרות, ולסמוך על כך שהוא יכול פשוט להיות ילד ולהתמקד במשימות התפתחותיות המתאימות לגילו.

בכדי להשלים את סעיף 7.2, עבור על הצעדים הבאים לכל אחד מהצרכים:

* הערך את המידה בה הצורך קיבל מענה על ידי שימוש בסולם שנמצא בטופס עצמו. כדי לקבוע את הציון, השתמש ב- 1) מידע מדיווח עצמי של המטופל על היסטוריית החיים שלו, 2) מידע שנאסף מכלי הערכה כדוגמת שאלונים YSQ ו YPI, 3) מידע שעלה במהלך המפגשים, במיוחד משימוש בטכניקות חווייתיות כדוגמת תרגילי הערכה בדמיון, 4) כל מידע נוסף שנאסף ממקורות אחרים כדוגמת מפגשים עם בני משפחה (כאשר אפשרי).

* במקום בו כתוב **מקורות**, סכם מאפיינים משמעותיים של ההורות שהמטופל קיבל. חשוב לדעת כי בשלבים שונים של החיים (למשל, ינקות וילדות מוקדמת, אמצע הילדות, גיל ההתבגרות) ישנם צרכים שונים. בחלק מהמקרים הצרכים בקושי סופקו במשך כל שלבי החיים, ובמקרים אחרים יתכן שצרכים קיבלו מענה טוב יותר בשלבים מסוימים מאשר בשלבים אחרים, בשל שינויים במשפחה (לדוגמא פרידה, גירושין, משבר כלכלי) או בשל אירועים טראומטיים (לדוגמא מחלה קשה או מוות של בן משפחה).

* זהה ורשום סכמות מוקדמות בלתי מסתגלות ספציפיות אשר התפתחו עקב כך שאותו צורך לא קיבל מענה מספק. **שים לב:** אין קשר אחד לאחד בין סכמות ספציפיות לצרכים ספציפיים. מספר צרכים בלתי מסופקים עשויים לתרום לפיתוח של כל סכמה בודדת, כך שאותה סכמה עשויה להיות רשומה תחת יותר מצורך אחד.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

7.3 גורמים ביולוגיים/טמפרמנטיים אפשריים

רשום היבטים טמפרמנטיים אשר יכולים להיות רלוונטיים לבעיות המטופל, לסימפטומים שלו וליחסים הטיפוליים. למרות שניתן להשתמש במילות תיאור אחרות, מספיק רק לבחור מהרשימה הבאה את התארים אשר מעבירים אספקטים של הטמפרמנט הבסיסי של המטופל.

למרות שטמפרמנט מתייחס למאפיינים שהם מבוססי ביולוגיה וקיימים מלידה, ידוע כי,

מייצר התקשרויות אינטנסיביות	מבוהל	מופנם	יציב רגשית
חסר מודעות/בתגובת חסר	מכונס בעצמו	לא פעלתן	שקול מזג
לא קשוב לסימנים של איום	צייתן	שליו	אופטימי
נעים או נוח יתר על המידה	מאופק	פאסיבי	בעל חוסן נפשי
נשלט יתר על המידה	זהיר	משתף פעולה	חם
מאורגן יתר על המידה	רגזן	ידידותי	אמפטי
דומיננטי	אימפולסיבי	מוחצן	חברתי
חסר רגישות/קשוח	נוטה למצב רוח שלילי	הרפתקני	בטוח
עויין/לעומתי	פסימי	אנרגטי	עליז
לוחמני	מוצף רגשית בקלות	היפראקטיבי	רב תושיה

במיוחד כאשר ילדים גדלים בתנאים מזיקים, לא ניתן לייצר הפרדה בין מאפיינים הנובעים מגורמים ביולוגיים מולדים, לבין מאפיינים שהם תוצר של הזנחה הורית, חוסר עקביות, התעללות או חוויות אחרות של היעדר מענה לצרכים. יש לכלול כל מאפיין ביולוגי שיכול היה לשחק תפקיד משמעותי בהתפתחות של סכמה או מוד, וקשור לבעיות של המטופל, לסימפטומים שלו ולקשר הטיפולי. אלה כוללים מאפיינים כמו גובה, מצבים רפואיים וגורמים המשקפים גיוון נירולוגי (NEURODIVERSITY), כולל הפרעות קשב וריכוז, היפראקטיביות, או מאפיינים של הספקטרום האוטיסטי.

7.4 מאפיינים אפשריים הקשורים לתרבות, אתניות/גזע ודת

אם רלוונטי, הסבר כיצד נורמות ועמדות ספציפיות מהרקע הדתי, האתני או הקהילתי של המטופל, שיחקו תפקיד בהתפתחות הבעיות העכשוויות שלו (לדוגמא, השתייך לקהילה ששמה דגש רב על תחרות ומעמד במקום על איכות הקשרים הבינאישיים)

8. סכמות מוקדמות מלאדפטיביות הרלוונטיות ביותר (כיום)

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

סעיף 8.1: הכן רשימה של כל הסכמות הבלתי מסתגלות אשר זיהית. רק רשום את השמות ואל תכנס לפרטים. כבר היית אמור לשיים אותם בסעיף 7.2 לעיל בטופס ההמשגה, שם כל סכמה צריכה להיות מקושרת לפחות לאחד מהצרכים ללא מענה.

סעיף 8.2: מתוך רשימת הסכמות הבלתי מסתגלות אשר ציינת בסעיף 8.1, בחר 5 או 6 שהן המרכזיות ביותר לבעיות החיים העכשוויות של המטופל. בהשלמת הסעיף הזה, חשוב:

1. לשים לב להבדל בין סכמות ראשוניות (לא מותנות) לבין סכמות משניות (סכמות מותנות). סכמות ראשוניות מבוססות על חוויה רגשית ישירה וכואבת של היעדר מענה לצרכים: חסך רגשי, נטישה/חוסר יציבות, פגם/בושה, תלות/חוסר מסוגלות, לכידות/עצמי לא מפותח, כשלון, בידוד חברתי, פגיעות לנזק/מחלה (טראומה). סכמות משניות יכולות: (1) לשקף דרכי התמודדות עם הסכמות הראשוניות, בכדי למתן או להימנע מהכאב: הכנעה / חוסר ולידציה, הקרבה עצמית, חיפוש אישור/הכרה, עכבה רגשית, זכאות/גדלות, או: (2) לכלול שילוב של חוויות כאב לא מותנות יחד עם ההתמודדות: חוסר אמון/התעללות, או: (3) שהן מאפיינים של מודים של פיצוי יתר ו/או מודים הוריים: סטנדרטים לא מתפשרים/ביקורתיות, או: (4) כוללות כמה תוצרים של סכמות עיקריות וסגנון התמודדות: שליטה/משמעת עצמית לא מספקת, נגטיביות/פסימיות וענישה.

2. לדעת כי כאשר יש למטופל מודים של התמודדות חזקים ומושרשים, הוא עשוי לספק מעט מאוד הכרה ו/או מידע לגבי סכמות ראשוניות. חשוב שאתה תוכל לזהות סכמות ראשוניות שסביר שהן קיימות, בין אם מתוך המידע מהיסטוריה שלו, או מתוך החוויה שלך את המטופל במפגשים הטיפוליים.

הפוקוס העיקרי צריך להיות על הסכמות הראשוניות או על סכמות אחרות אשר משקפות חוויות של סכמות ראשוניות כדוגמת חוסר אמון/התעללות, שליטה עצמית/משמעת עצמית לקויה, נגטיביות/פאסימיות וענישה.

ציין את שם הסכמה ואח"כ תאר את חווית המטופל כאשר הסכמה מופעלת, בהקשר לרגשות, קוגניציות (מחשבות, אמונות והנחות) ולהתנהגויות ספציפיות, הן חיצוניות (הניתנות לתצפית) והן פנימיות (רצף מחשבות פנימי, הוראות עצמיות, פנטזיות וכדומה). אל תכנס לפרטים אודות דפוסי ההתמודדות היות והם המוקד בסעיף 9.4.

9. המודים הרלוונטיים ביותר (כיום)

טופס זה בנוי סביב חלוקת המודים לקטגוריות של בוגר בריא, מודים ילדיים, מודים הוריים ומודים של התמודדות. עם זאת, קיימת מחלוקת/גיוון מסוים בקהילת הסכמה תרפיה בהקשר לאופן בו מודים מסוימים מובחנים ומשווימים בתוך הקטגוריות הרחבות שהוגדרו לעיל. מסמך נלווה שכותרתו "רשימת מודים של **ISST** - תוספת למדריך המשגת מקרה" מספק סיכום של רבים מהמודים האלה. המסמך מיועד להיות יעיל כמקור התייחסות אך אינו מכוון לשמש כהנחיה מחייבת.

9.1 מודים בריאים

9.1.1 מוד הילד השמח

סכם את המידה בה המטופל מסוגל לחוות שלוה, להיות מרוצה ומסופק, כמו גם להיות באמת ובתמים ספונטאני, משחקי, חסר דאגות ויצירתי. הכוונה היא לחוויה אותנטית ולא להצגת האיכויות הללו באופן שטחי, כשהמטופל נמצא במוד התמודדות.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

9.1.2 מוד הבוגר הבריא:

זה המקום להדגיש את הערכים החיוביים של המטופל, המשאבים, החוזקות והיכולות שלו. **הבוגר הבריא** אינו מוד יחיד אלא מקבץ של מודים האופייניים לאופן בו אדם בוגר, חומל, ומאזן פסיכולוגית - חושב, מרגיש ופועל בסיטואציה נתונה. היבט אחד של מוד הבוגר הבריא הוא להיות כמו מנהל המסוגל לעשות אינטגרציה של המודים האחרים ולתרגל יכולות של וויסות-עצמי. הוא גם כולל בתוכו את היכולת לספונטאניות ולאונטיות ולהיות הפונקציה הבוגרת, כפי שתוארה על ידי אלפרד אדלר (1938) כ"תחושת קהילתיות", (Kałużna-Wielobób, Strus & Ciecuch, 2020), על ידי קארל רוג'רס (1967) כ"אדם המתפקד במלואו" (ראה גם Maurer & Daukantaitė, 2020) ועל ידי אברהם מאסלו (1973) כ-"מימוש-עצמי" וכ-"התעלות עצמית". אחרים התייחסו לכך כ"תבונה" (Baltes & Staudinger, 2000). קלפי המודים iModes של דויד ברנשטיין, המציגים באמצעות תמונות ייצוגים של 16 איכויות של הבוגר הבריא, נשענים על ראייה זו של בגרות. הוא מקבץ אותם תחת ארבע כותרות: מכוונות עצמית, ויסות עצמי, קשר, והתעלות. גם מדריכי האבחון DSM-5 ו-ICD-11 מספקים הגדרות לתפקודים של אדם בוגר החופפים לאיכויות שתוארו לעיל. הם כוללים תחושת זהות קוהרנטית, תחושת ערך עצמי, יכולת לוויסות רגשי ולשליטה על דחפים והיכולת לחוות אינטימיות והגשמה (Bach & Bernstein, 2019). השקפה זו על תפקוד בריא של מבוגרים תואמת גם נקודות מבט ממחקר מדעי על אושר שהוצגה בכנס ה-ISST ב-2024 בוורשה על ידי סוניה ליובומירסקי ובספריה שנחקרו בהרחבה (Lyubomirsky, 2008, 2014).

איכויות וכוחות אלו מסוכמות תחת 8 כותרות המשקפות את התובנות של הספרות שתוארה לעיל. הכותרות מכוונות להנחות מטפלים באופן מעשי בהערכה של (א) מידת האיכויות של הבוגר הבריא אצל המטופל, וגם (ב) סוג העבודה הנדרשת במהלך הטיפול על מנת לבנות את הכוחות והיכולות שאינם מפותחים או חסרים אצלו. כותרות אלה אמורות לשמש כמדריך ולא כרשימה בלעדית. היות והבוגר הבריא מכיל בתוכו איכויות מגוונות, יתכן כי חלק מאותן יכולות וכוחות יהיו מבוססות היטב אצל הפרט, בעוד שאיכויות אחרות לא יהיו מפותחות באופן מספק.

בטופס אתה מתבקש לסכם את חוזקות הבוגר הבריא של המטופל תוך כדי שימוש בכותרות הרשומות מטה, ועבור כל אחת מהן לכלול דוגמא אחת או יותר, המתייחסת לתחומי חיים ספציפיים. ניתן גם לכלול דוגמאות ליכולת המטופל להיות מעורב בתהליך הטיפולי בדרך בוגרת ושיתופית. במקום בו היכולת לקויה או מוגבלת, אתה מצופה לשים על כך דגש, עם דוגמאות, במידת אפשר.

1. מודעות-על / מטא מודעות: היכולת לקחת צעד אחורה ולהתבונן על העצמי ועל האחר.

כל גישות הטיפול המובילות מזהות את החשיבות של יכולת האדם לקחת צעד אחורה ולהתבונן על החוויה שלו ושל אחרים. בספרות מתייחסים ליכולת זו במושגים שונים כגון: "מודעות-על", "הרחקה", "DECENTRING", "מנטליזציה", "הפרדה", "קשיבות", "קשיבות מנותקת" ו"חוסר הזדהות". בתחילת הטיפול, מטופלים רבים לכודים בתוך חוויה סוחפת של הבעיות שלהם, ללא יכולת, או עם יכולת מועטה בלבד, לקחת צעד אחורה ולהתבונן/להרהר על החוויה שלהם. מצב זה מקשה על היכולת להתחבר באופן יעיל לתהליכים המעורבים בטיפול סכמה תרפיה.

2. חיבור רגשי: היכולת להיות פתוח כלפי רגשות ולחוות אותם, ולהיות בקבלה עצמית ובחמלה בזמן שחווים כאב רגשי וחוסר וודאות.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

קארל רוג'רס השתמש במושג "פתיחות לחוויה" כדי להתייחס ליכולת הזו להיות מודע ונוכח באופן אנושי (במובן הרגשי), ולהתחבר באופן אינטליגנטי עם מה שיש לו משמעות ומרגיש אוטנטי. משמע, להיות במגע עם הצרכים האישיים ועם התגובות הרגשיות של האדם למצבים שונים, ולהיות מסוגל לשאת את הרגשות שנחווים. זה כולל את היכולת לקבלה עצמית ולחמלה עצמית (Neff, 2013). מודים של התמודדות מפריעים לתהליך זה, היות והם מנתקים את האדם מהחלק של מערכת הזכרון האוטוביוגרפית, אשר מחוברת לרגשות ולסכמות מוקדמות. לבוגר הבריא יש גישה לרגשות אלו, ובאמצעות יכולות אחרות הרשומות לעיל, הוא יכול לפעול באופן מובחן ובשליטה עצמית בהקשר לדרך בה צרכים, רגשות וחששות מבוטאים. פתיחות לרגשות כוללת בתוכה גם רגשות חיוביים, אשר גם הם מכובים על ידי מודים של התמודדות, והיא מאפשרת חוויות כדוגמת הכרת תודה ומשמעות אישית.

3. אוריינטציה למציאות: היכולת לקבל החלטות שהינן מבוססות מציאות ולפעול על פיהן.

הבוגר הבריא מכוון למציאות של העולם וניחן ביכולת לעשות הערכות מושכלות ומדויקות של סיטואציות יומיומיות באופן שמחובר למציאות, ולא באופן המעוות על ידי חשיבה פשטנית מדי או כזו שקופצת למסקנות ואינה מבוססת בצורה מספקת על מידע ועובדות. זה כולל את היכולת להתמודד עם מאפיינים כואבים של המציאות, ללא הכחשה או הסחות דעת מהן באמצעות מודים של התמודדות. קשורה לכך גם היכולת לעשות שימוש במידע שנאסף כבסיס למעורבות התנהגותית שהיא הגיונית, מעשית ומכוונת בעיה. הדבר כולל אחריות לביצוע משימות מעשיות שהינן חלק מחיים אפקטיביים בכל תחומי החיים החשובים (עבודה, תכנון וניהול כלכלי, יחסים משפחתיים ואינטימיים, פעילויות חברתיות, פעילויות של בריאות ופנאי). כולל גם זיהוי של בעיות מכל הסוגים והכרה בהן, ונקיטת צעדים לפתרון בדרך של בוגר בריא. לשם כך נדרשות מיומנויות של חיפוש ואיסוף מידע הרלוונטי להבנת הבעיה, הערכה של מקורות המידע, הערכת האפשרויות לפעולה, ותכנון והערכה של הפעולות שנבחרו.

4. תחושת זהות קוהרנטית: היכולת להחזיק בתחושה קוהרנטית של מי אני, בהקשר של אמונות, ערכים, עמדות אישיות ומוטיבציות.

חזקה זו כוללת חוויה של עיגון בתחושת עצמי קוהרנטי העקבית לאורך זמן ולאורך כל תחומי החיים המשמעותיים. חוויה זו מלווה ביכולת להכיל מגוון של רגשות ומצבים, גם כאשר הם נמצאים בקונפליקט זה עם זה. ה"אחרים" נחווים כמרכזים נפרדים ועצמאיים של החוויות של עצמם. אין מעברים חדים בין מצבי עצמי או בין מודים, ואין מודים דיספונקציונליים בהם האינדיבידואל חווה מצבי קיצון, לדוגמה מצבים של כאוס, פיצול או התמזגות עם האחר. הזיכרון הוא ברובו מדויק ועקבי, ואינו בדוי או משולב עם פנטזיה. הנרטיב האישי של האדם (של מי אני ומה חשוב לי), הינו מציאותי וגמיש ואינו מאופיין באידיאליזציה, פשטנות-יתר, פיצוי-יתר של האדרה-עצמית או הגדרה עצמית כקורבן.

5. אסרטיביות-עצמית והדדיות: היכולת לעמוד על שלך, תוך מתן כבוד להדדיות ולתקשורת הולמת

אסרטיביות עצמית, כלומר, עמידה על שלך באופנים שונים, היא חזקה חשובה שעוזרת להגדיר ולהגן על ה"אני" ביחס לאחרים. אסרטיביות-עצמית אצל הבוגר הבריא מאופיינת על ידי עקרון ההדדיות, והיא מגינה ומקדמת גם תחושה של "אנחנו". הדדיות הנה הבסיס ליכולת להיות מעורב במערכות יחסים בוגרות שיש בהן כבוד הדדי. זה בו זמנית גם ערך וגם יכולת. כערך, הכוונה היא למחויבות לקיים את אותה רמת הכבוד לצרכים, לנקודות המבט ולחוויה של העצמי ושל אחרים. כיכולת, הכוונה היא היכולת לפעול באופן עקבי על בסיס זה. אסרטיביות עצמית ללא הדדיות היא בדרך כלל מאפיין של מנגנון התמודדות של פיצוי-יתר. הדדיות, בשילוב עם חיבור

רגשי ויכולת סבילות, מאפשרת תקשורת הולמת (Rogers, 1957) של חוויות וצרכים, ויכולת לעשות פשרות מכבדות במצבים של קונפליקט. זהו הבסיס של אימון לאסרטיביות, גישה מבוססת היטב ב-CBT (לדוגמא, Alberti and Emmons, 2008). עקרון ההדדיות הוא גם הבסיס לאוריינטציה של האדם כלפי החברה הרחבה יותר בה הוא חי, עם היכולת לקבל אחרים ללא דעות קדומות המבוססות על אתניות, תרבות, שיוך דתי, שיוך פוליטי, העדפה מינית וכדומה.

6. תחושת סוכנות/אייג'נסי ואחריות: היכולת לקחת אחריות על החלטות אישיות, על פעולות שנעשו ועל תוצאותיהן.

הבשלות של הבוגר הבריא כוללת לקיחת אחריות על כל הפעולות של הפרט. זה מקושר לתחושת סוכנות, תחושה של מוטיבציה ומסוגלות לפעול למען האינטרסים של הפרט ובהתאם לערכיו. הדבר כולל את היכולת לקחת התחייבויות ולעמוד בהן. כל אלה הינם היבטים שונים של יושרה - שמשמעותה להיות עקבי ואמין, ולפעול על פי מצפן ערכים ברור המעוגן בתחושת עצמי אוטנטית. לקיחת אחריות על בחירות ועל מעשים לרוב אינה אפשרית כשהאדם פועל ממודים של התמודדות. אנשים אשר כברירת מחדל נמצאים במוד התמודדות כמו פיצוי-יתר, לא נמצאים במגע מלא עם הצרכים ועם החוויה של עצמם ולא עם הצרכים והחוויה של אחרים, כך שגם אם הם פועלים בעקביות, זה בד"כ מלווה בחוסר גמישות ובהעדר תחושה של תקינות ההחלטות שלהם. לקיחת אחריות תלויה ביכולת לקחת צעד אחורה ולהתבונן ברפלקטיביות. הרבה מההתנהגות האנושית מתרחשת ללא רפלקציה, מבוססת על הרגלי התמודדות אוטומטיים שלעיתים קרובות פותחו לפני זמן רב, וכאשר אנשים מתנהגים בצורה אוטומטית ללא רפלקציה, הם יכולים למצוא קושי לקבל אחריות על הפעולות שלהם.

7. אכפתיות ודאגה מעבר לעצמי: היכולת לפעול עם אחרים, ומתוך החברה כמכלול, בעמדה ישירה, פתוחה וחומלת.

המושג תחושת קהילתיות על פי אדלר (1938) מתייחס לאלה הניחנים בתחושה של אכפתיות ומוטיבציה להתאמץ למען טובת הכלל, ולא רק למען הטוב לעצמם או לבני משפחתם הגרעינית. בשונה ממנגנון התמודדות של הקרבה עצמית, הדבר נובע מתוך תחושה של ערך עצמי המבוססת על מה שיש לאדם להציע, מבלי תחושה של הפרט שהוא צריך להוכיח את ערכו. אנשים כאלה ניחנים בגישה של אדיבות וחמלה כלפי אחרים, מביעים הכרת תודה ספונטנית והם מחויבים להתנהגויות פרו-חברתיות. הם שוקלים את ההשפעות של הפעולות שלהם לא רק מתוך הפרספקטיבה המיידית, אלא גם בהתייחס להשפעתן על הדורות הבאים (Kałużna-Wielobób et al. 2020).

8. תקווה ומשמעות: היכולת למצוא ולשמר אמונה ותקווה גם בעת התמודדות עם קשיי החיים

הכוונה היא ליכולת למצוא נתיב של תקווה ומשמעות, גם כשמתמודדים עם מצוקות ואובדן. הדבר נובע מתוך היכולת להסתכל על עצמך (ועל החיים כמכלול) דרך עדשה רחבה יותר, תוך הבנה שמושגים כמו טוב ורע, צדק וחוסר צדק - הם מורכבים. אדם שניחן בחזקה זו מסוגל לקבל שלא תמיד תהיה תשובה לשאלה "מדוע?", ועדיין להמשיך הלאה בחיים עם תחושה של תקווה ומשמעות. יש שיראו חזקה זו כחוכמה טבעית או כרוחניות אשר מספקת תחושה של כוח וכיוון אל מול קשיים כואבים ואתגרים. עבור חלק זה עשוי להיות מתועל באמצעות צורה כלשהי של דת ממוסדת, בעוד עבור אחרים זה אינו קשור למסגרת פורמלית כלשהי.

9.2 מודים ילדיים

9.2.1 הילד הפגיע

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

בשורה הראשונה של הטבלה, זהה את המאפיינים העיקריים של מוד הילד הפגיע של המטופל או רשום תת-סוגים ספציפיים של הילד הפגיע שהינם בעלי חשיבות להמשגה (למשל ילד בודד, ילד נטוש, ילד מבויש, ילד תלתי, ילד מבועת, ילד שהתעללו בו וכן הלאה).

לאחר מכן, בעמודה השמאלית, ציין סכמות ספציפיות המקושרות עם כל אחד מתת-הסוגים. לדוגמא, לילד תלתי רשום תלות/חוסר מסוגלות, לילד המבוש רשום פגם/בושה.

בשלוש השורות המסומנות דוג 1, דוג 2, דוג 3, רשום שלוש דוגמאות של מה קורה כאשר מופעל אחד מהמודים הללו או מתת-הסוגים שלו. רשום את התגובה לכל שלושת החלקים:

א. שיים את המוד הספציפי ותן דוגמא קצרה של סיטואציה המפעילה אותו (טריגר).

ב. תאר מאפיינים של חווית הפגיעות של המטופל כשהוא נמצא במוד זה, במונחים של תגובות רגשיות מוקצנות, דימויים, מחשבות ואמונות המונעים מהסכמה.

ג. אם המטופל עובר מהר למוד התמודדות אחד או יותר, רק שיים את המוד(ים), ללא ירידה לפרטים, היות ותתאר את המודים של ההתמודדות בחלק 9.4

9.2.2 מודים ילדיים אחרים

בסעיף זה, תאר מודים ילדיים אחרים (אחד או יותר), כדוגמת הילד הכועס, הילד הזועם או הילד האימפולסיבי.

בחלק העליון ציין את שם המוד או המודים, ורשום את הסכמות (אם קיימות) הקשורות אליהם באופן ישיר.

השתמש בשורות המסומנות דוג 1 ו- דוג 2, על מנת לתת דוגמה או שתיים לגבי מה שקורה כאשר מודים אלה מופעלים. השתמש בשלושת החלקים:

א. שיים את המוד הספציפי ותן דוגמא קצרה של סיטואציה המפעילה אותו (טריגר).

ב. תאר מאפיינים של חווית הפגיעות של המטופל כשהוא נמצא במוד זה, במונחים של מחשבות ואמונות, סימפטומים סומטיים, רגשות, דימויים וזכרונות.

ג. אם המטופל עובר מהר למוד התמודדות אחד או יותר, רק שיים את המוד(ים) ללא ירידה לפרטים, היות ואת המודים של ההתמודדות תתאר בסעיף 9.4

9.3 מודים הוריים לא פונקציונליים

מודים הוריים דיספונקציונליים הינם הפנמות של חוויות מול הורה או דמות סמכות משמעותית אחרת, אשר לא הצליחה להתייחס כראוי לצרכי הילד. גם התנהגויות חיוביות של הורים הופכות להיות מופנמות ותורמות להתפתחות בריאה ומסתגלות. תכונות חיוביות כאלה כוללות טיפוח וקבלה ללא תנאי, אמינות, עקביות ומסוגלות, מותאמות ומשחקיות, תמיכה בפיתוח סוכנות ואוטונומיה המתאימות לגילו של הילד/המתבגר, וכיבוד הערך הפנימי של הילד ללא תלות בהישגים ובכישורים (Louis, Wood, and Lockwood, 2020). בתחילה, יאנג, קלוסקו ווויישר (2003) עשו שימוש במונחים מעניש, דרשני וביקורתי לשיום מודים הוריים דיספונקציונליים ספציפיים. מוד הורה מעורר אשמה זוהה על ידי ג'ייקובס וחבריה (2015), ופלד (2016) הסב תשומת לב למספר מודים הוריים דיספונקציונליים אחרים כגון הורה החרד יתר על המידה וההורה הוותרן. אינטגרציה מקיפה הוצעה על ידי אדוארדס (2022) וממנה נבנתה הטבלה שלהלן.

מאפיינים	סוג הכשל במענה לצרכי הילד
מזניח, ותרן, נאיבי	נכשל במתן מסגרת או הכוונה מתאימים
חרד יתר על המידה, מגן יתר על המידה, קורבני או מעורר אשמה	מגן יתר על המידה ומפריע להתפתחות האוטונומיה של הילד
לא מתקף, דוחה, נוטש	נכשל בהתכוונות לילד או מנתק קשר
דרשני, מעניש, מאשים, מבייש, כופה/שתלטן, מתעלל	ביקורתי או כופה
לא יציב, אלים רגשית, לא צפוי, מבעית	אינו צפוי

מודים הוריים יכולים להיות מובהקים, אבל, לעיתים קרובות, מספר מאפיינים שונים מתמזגים אחד בשני.

בטבלה שבטופס המשגת המקרה, בעמודה הימנית, רשום את המאפיינים העיקריים של מודים הוריים בלתי פונקציונליים אותם זיהית. לאחר מכן, בעמודה השמאלית של הטבלה, עבור כל מאפיין, תן דוגמאות לסוגי המסרים (מפורשים או מרומזים) המועברים על ידי ההורה המופנם. לדוגמא:

מעניש | "אתה אדם רע ומגיע לך להיענש" |

תובעני | "תעמוד בציפיות שלי ותתנהג בצורות מסוימות, תעמוד בסטנדרטים גבוהים" וכד' |

חרד יתר על המידה | "העולם הוא מקום מסוכן ועליך להיות מאד זהיר ולהשאר קרוב אלי" |

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

9.4 מודים של התמודדות מלאדפטיבית

בחלק זה ספק מידע לגבי מודים של ההתמודדות מלאדפטיביים הכי בולטים שזיהית. רשום אותם בטבלה. תחת עמודה (א) רשום את הקטגוריה אליה הם שייכים (כניעה, פיצוי יתר וכדומה). תחת עמודה (ב) רשום את שמות המודים. תחת עמודה (ג), במידה ורלוונטי, רשום כל סכמה שמקבילה/חופפת למוד. אין לרשום סכמות שיכולות להיות קשורות/משויכות למוד, אלא רק את אלה שתואמות אליו באופן ישיר (לדוגמא, למוד מאדיר עצמי: סכמות זכאות/גרנדיזיות; למוד כנוע: סכמת כניעה/הכפפה).

לאחר מכן בחר **עד שלושה** ממודים של התמודדות אלו ותאר בפירוט את חווית המטופל כאשר הוא נמצא במוד הזה, תוך שימוש בטבלה:

- א. תן דוגמא של סיטואציה המובילה להפעלה של המוד (או, אם רלוונטי, ציין שזהו מוד ברירת המחדל).
- ב. תאר את חווית המטופל והתנהגותו כשנמצא במוד הזה.
- ג. היכן שניתן, זהה עם מה בחוויית הילד מתמודד המוד, או ציין שזה עדיין לא ברור.
- ד. תאר את הערך שיש למוד התמודדות זה, לתפיסתו של המטופל.
- ה. תאר את ההשלכות הבעייתיות שיש מההתמודדות בצורה זו.

למרות שמנגנוני התמודדות נוספים יכולים להיות מופעלים בסיטואציה המפעילה, אל תכנס אליהם כאן. בפרק הבא תבקש להתבונן על רצפים של מודים המופעלים בסיטואציה ספציפית.

10. רצף מודים והנצחת סכמות

בסעיף זה עליך להראות כיצד אירוע מפעיל (טריגר) יכול להניע רצף של מודים, המתגלים/ המתפתחים לאורך זמן. זהה ושיים את כל המודים המעורבים – מודים ילדיים, מודים הוריים ומודים של התמודדות. ייתכן שגם מודים בריאים יהיו מעורבים, אך ההתמקדות היא ברצפים המובילים להנצחת הסכמה, ולכן אינם מסתיימים במוד בוגר בריא.

תן לפחות שלוש דוגמאות של אירועים מחייו של המטופל המראים כיצד המודים המלאדפטיביים שלו מונצחים. אלה צריכים להמחיש אחד או יותר מתחומי החיים הספציפיים שזוהו כבעייתיים בסעיף 5.1 לעיל. אתה יכול להציג דוגמאות חדשות, או, אם תרצה, תוכל לחזור על דוגמאות שכבר השתמשת בהן בסעיף 9.4 (שם ההתמקדות העיקרית הייתה במוד התמודדות אחד).

תאר את הסיטואציה המפעילה (הטריגר) ולאחר מכן, בכל אחת מהשורות למטה, ספק את המידע הבא:

(א) מודים ילדיים והוריים אשר מופעלים. בדרך כלל, מוד ילדי מופעל יחד עם מוד הורי. למשל, כשיש ילד מבויש, יש גם הורה מעניש או מבייש. לעיתים נראה שהמטופל נכנס ישירות למוד התמודדות, ואז המוד הילדי והמוד ההורי עשויים לא להתגלות בכלל. עם זאת, הם נמצאים ברקע היות ומוד ההתמודדות הופעל על מנת להתמודד איתם.

(ב) שיים את המודים של ההתמודדות המעורבים ברצף, ועבור כל מוד, תאר בקצרה את ההתנהגות של המטופל באותו מוד.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

ג) תאר את רצף המודים המלא לפי הסדר. פשוט ציין את שמות המודים ומידע רלוונטי אחר כגון ההשפעה על אנשים אחרים. אל תפרט את ההתנהגויות הספציפיות של מטופלים. לדוגמא: ילד שעבר התעללות והורה מעניש - שליטת יתר פרנואידיית - אחרים מרגישים מותקפים ונסוגים - ילד נטוש - ילד כועס - קורבן מרחם על עצמו - מגן נמנע (נסוג ונמצא לבד).

ד) היכן שרלוונטי, תאר את השפעת מעברי המודים השונים של המטופל על הסיטואציה ובמיוחד על אנשים אחרים. לדוגמה, ברצף המתואר לעיל, אפשר לפרט כיצד אנשים מגיבים למוד שליטת היתר הפרנואידיית של המטופל: "הם מרגישים מותקפים, הם מרגישים זהירים, והם בדרך כלל נסוגים רגשית או פיזית או, לפעמים הם מבטאים כעס וזה מוביל לקונפליקט סוער."

ה) הסבירו כיצד רצף מודים זה מביא להנצחת דפוסי הסכימה המלאדפטיבית שבבסיסו, בכך שמונע עיבוד רגשי אצל הילד ו/או לא מאפשר למטופל ללמוד כיצד למצוא דרכים מועילות לענות על צרכי ליבה חשובים בהווה.

11. הקשר הטיפולי

11.1 התגובות האישיות של המטפל למטופל

כל מטופל יכול לעורר מערך תגובות ספציפי וייחודי במטפל. חלק מהתגובות הללו בריאות ותורמות לקשר ולתהליך הטיפולי, בעוד שאחרות הן בעייתיות, שכן המטפל עובר בעצמו למוד התמודדות שהוא בעייתי לטיפול. פיתוח מודעות עצמית והבנה של תגובות אלו, יכול, אם כן, לעזור למטפל להישאר במוד הבוגר הבריא ולהימנע מלעבור למודים של התמודדות. בנוסף, זה יכול להוות מקור למידע רב ערך על הסכמות והמודים של המטופל.

תאר את התגובות האישיות שלך למטופל, **הן את אלו התורמות לטיפול והן את אלו שהן בעייתיות**. לתגובות שתורמות, תאר בקצרה כיצד הן תורמות לקשר טיפולי משמעותי. לתגובות בעייתיות, זהה את המאפיינים/ההתנהגויות של המטופל אשר מעוררים אותן. כשזה קורה, אילו סכמות ומודים מופעלים אצלך? איזו השפעה יש לתגובות שלך על הטיפול, במיוחד בהתייחס ליכולת שלך להעניק הורות מתקנת למטופל זה.

11.2 שיתוף פעולה לגבי מטרות ומשימות הטיפול

סקירה כללית: הגדרה של שיתוף פעולה בטיפול

שיתוף פעולה בטיפול מוגדר כאיכות הברית בין המטפל למטופל, עם התמקדות ספציפית במידת היכולת של שניהם להסכים על מטרות הטיפול ומשימותיו. זה נוגע גם לאופן בו המטפל מסוגל לנהל משא ומתן עם המטופל על התוכן ועל המיקוד של כל פגישה, ולמעורבותו של המטופל במשימות הטיפול. ניתן למדוד זאת לפי רמת העניין בפגישה, התקשרות עם המטפל, עקביות בהגעה לפגישות והשתתפות בשיעורי הבית של הטיפול.

קחו דוגמה זו: המטפל והמטופל הצליחו להסכים על מטרות החשובות למטופל, והמטופל נלהב להשיג יעדים אלו. מתקיים דיאלוג נוח סביב מציאת מוקד מתאים לדון ולחקור מפגישה לפגישה, והמטופל נראה מוכן לחקור סוגיות בינאישיות. עם זאת, המטופל לעיתים קרובות מפספס פגישות או צריך לשנות את זמן הפגישה. נראה כי זה לא עולה בקנה אחד עם ההתלהבות שהובעה בפגישה, ולא עם נסיבות חיי המטופל

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

אשר באופן יחסי אינן תובעניות. המטופל משלים שיעורי בית כ-50% מהזמן, והסיבות המסופקות לאי השלמת שיעורי הבית, לרב אינן משכנעות. במקרה כזה, שיתוף הפעולה ידורג 3 בסולם שלהלן.

11.2.1 דירוג שיתוף פעולה לגבי יעדים ומשימות

דרג את רמת שיתוף הפעולה הטיפולי בהתבסס על התנהגות המטופל שלך בפגישה ומחוץ לפגישה. שקול את מידת המעורבות של המטופל שלך, השתתפותו, הדבקות במשימות וכו'. השתמש בסולם 5 הנקודות הבא בכדי לדרג את מידת שיתוף הפעולה:

- 1 = נמוך מאוד** (למשל, מבטל פגישות לעתים קרובות, מקטין את ערך עבודת הטיפול, מראה מחויבות מינימלית)
- 2 = נמוך** (למשל, ההשתתפות לא עקבית, מפספס מפגשים באופן קבוע, לא ממוקד)
- 3 = בינוני** (למשל, מהסס וספקן חלק מהזמן, מגיע בקביעות, עושה חלק משיעורי הבית)
- 4 = גבוה** (למשל, הוא מעורב ומוכן להשתתף ולעבוד בטיפול)
- 5 = גבוה מאוד** (למשל, נלהב, ממוקד, מגיב במהירות ובחויבות לעבודה הטיפולית)

11.2.2 תאר את תהליך שיתוף הפעולה עם המטופל

הסבר את הבסיס לדירוג שלך על ידי תיאור הדרכים בהן אתה והמטופל הצלחתם לעבוד יחד ואשר תרמו באופן חיובי לשיתוף פעולה אפקטיבי, וגם היבטים של הקשר שהינם בעייתיים, בכך שהם פוגעים ביעילות של שיתוף הפעולה. לדוגמה, ניתן לכלול הערכה של המידה בה יש: א) תחושה של הבנה משותפת, ב) הסכמה על יעדים ואסטרטגיות לשינוי, ג-ו) היכולת להסתדר עם קונפליקטים ולפתור אותם.

11.2.3 כיצד ניתן לשפר את שיתוף הפעולה בקשר?

כאשר שיתוף הפעולה הוא מתון או נמוך, אלו שינויים אתה והמטופל שלך יכולים לעשות כדי לשפר את מידת שיתוף הפעולה? התמקד בסוגי החסמים המקשים על שיתוף הפעולה. אלה יכולים לכלול:

- א) אי הבנות כרוניות;
- ב) חוסר הסכמה לגבי מטרות הטיפול;
- ג) חוסר הסכמה לגבי מהי העבודה הנדרשת לטובת השגת מטרות הטיפול;
- ד) תגובות והתנהגויות בעייתיות אצל המטופל שלך כגון חוסר אונים ופסיביות, התנהגות פסיבית-אגרסיבית, יחס מזלזל כלפי המטופל והטיפול, אי השלמת שיעורי בית, פספוס פגישות.
- ה) תגובות והתנהגויות בעייתיות מצידך כשאתה מופעל, כגון: הצלה, זיפה, הרצאות או ניסיון לפייס ולרצות את המטופל שלך.
- הצע דרכים בהן ניתן לטפל בבעיות ובמכשולים שאתה מזהה.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

11.3 קשר טיפולי של הורות חלקית מתקנת

סקירה כללית: הגדרת קשר טיפולי של הורות חלקית מתקנת

קשר טיפולי של הורות מתקנת מתייחס לרמה, לעומק ולסוג ההתקשרות והחיבור בין המטפל למטופל. זה תלוי בפתיחות של המטופל כלפי הורות חלקית מתקנת בתוך הקשר, בתגובה למתן מענה לצרכי הליבה שלו על ידי המטפל (למשל, הפגנת מאפיינים כמו חום, קבלה, ביטויים לא מילוליים של אכפתיות, תיקוף וקידום אוטונומיה). כאשר עושים עבודה ממוקדת רגש, זה כולל את היכולת של המטופל להיות בפגיעות ואת יכולתו לקבל ולהגיב להורות מתקנת לילד הפגיע או למודים ילדיים אחרים כמו הילד הכועס והילד הזועם. המטפל צריך לתאר ולהעריך את התגובות של המטופל כלפי הניסיונות להציע לו הורות חלקית מתקנת, כך שהוא יוכל להתאים את תגובת הורות החלקית שלו במפגשים עתידיים.

שקול את הדוגמה הבאה: המטפל מנסה לעתים קרובות לתת תוקף לכאב ולסבל שהמטופל חש ביחס לדאגות/בעיות הנוכחיות. אבל ניסיונות אלו נענים לרב על ידי המטופל במזעור או בהכחשת כל צורך בתיקוף. כאשר המטפל מפגין הבנה אמפתית לגבי הבלבול ואי הוודאות שהמטופל חש לגבי נסיבותיו הנוכחיות, המטופל בדרך כלל רק בוחה במטפל במבט אטום. תגובה זו השתנתה לאחרונה כאשר עיניו של המטופל נצצו לעיתים בדמעות והוא החל לרכון קדימה לעבר המטפל. המטופל מקבל עידוד להתקשר בין הפגישות במידה והוא צריך לדבר, במיוחד מאז נוצר משבר בינאישי חדש. המטופל ביצע שיחת "צ'ק אין" פעם אחת, אך עם התנצלות על שמפריע לחיי המטפל.

כאן, הקשר ההורי הוא כרגע טנטטיבי, ומשקף התקשרות זהירה. לא ברור האם התנהגותו של המטפל במהלך הפגישות תורמת איכשהו לקושי ביצירת קשר הורות חלקית מתקנת בטוח יותר.

11.3.1 דירוג הקשר של הורות חלקית מתקנת

דרג את עומק הקשר של הורות החלקית המתקנת, בהתבסס על ההתנהגויות והקשר הרגשי של המטופל, הן בפגישות והן מחוץ לפגישות.

השתמש בסולם הדירוג הבא של 5 נקודות כדי להעריך את עוצמת הקשר של הורות חלקית מתקנת. התיאורים שלהלן הינם דוגמאות לסוג ההתנהגות של המטופל שניתן למצוא בכל רמה, כפי שזה בא לידי ביטוי הן בהתנהגותו המילולית והן בזו הלא מילולית (למשל, שפת גוף, קשר עין):

1. חלש מאוד, מינימלי: עבור המטפל, הקשר נחוה כמאוד לא אישי. המטופל לרב מנותק, אינו מסוגל להכיר בהתעניינות ובאכפתיות של המטפל ולהגיב לכך. או, שהמטופל מחזיק באופן קבוע יחס מזלזל או מבזה כלפי המטפל והטיפול. או, שהמטופל עשוי לעבור בין מודים שונים שאף אחד מהם לא יכול להתחבר באמת למטפל כאדם.

2. חלש: עבור המטפל, הקשר נחוה לרב כבלתי אישי למדי. המטופל די מנותק, עם יכולת מוגבלת להגיב להתעניינות ולאכפתיות של המטפל. לחלופין, לעתים קרובות המטופל עשוי להיות קצר-רוח, מזלזל או מבזה כלפי המטפל והטיפול. או, שהמטופל מתהפך לעיתים קרובות בין מה שנראה כפתיחות לקבל מדי פעם את המטפל כמנטור או כדמות הורה, אך רב הזמן הוא מנותק ו/או מזלזל או מבזה.

3. בינוני: המטופל יכול לפעמים להגיב למטפל כמו דמות הורה, חבר או מנטור, ונראה שיש רגעים בהם הוא חווה את המטפל כאכפתי באמת, והוא יכול להיות פגיע

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

ולסמוך על המטפל. עם זאת, זה לא עקבי, ולעתים קרובות המטופל עובר למודים מנותקים ומרוחקים יותר, או מזלזלים או מביזים.

4. חזק: המטופל מגיב למטפל כמו דמות הורה, חבר או מנטור, ובעיקר חווה את המטפל כאכפתי באמת. המטופל בדרך כלל יכול להיות פגיע ובוטח במטפל, הן במערכת היחסים עצמה, והן בעת ביצוע עבודה חווייתית במהלכה בדרך כלל הוא מאפשר למטפל להגן על הילד הפגיע ולטפל בו.

5. חזק מאוד: המטופל מגיב באופן עקבי למטפל כמו דמות הורה, חבר או מנטור, וחווה את המטפל כאכפתי באמת. המטופל יכול להיות פגיע ולסמוך על המטפל באופן עקבי, הן במערכת היחסים עצמה, והן בעת ביצוע עבודה חווייתית, הוא מאפשר למטפל לטפל בילד הפגיע ולהגן עליו.

11.3.2 תאר את הקשר של הורות חלקית מתקנת בין המטופל למטפל

תאר את התנהגויות של המטופל הרלוונטיות לפתיחות שלו לקבל הורות מתקנת.

תן פרטים ודוגמאות של התנהגויות, תגובות רגשיות ואמירות שלו ביחס אליך, המשמשות כאינדיקציה לעד כמה חלש או חזק הקשר של הורות מתקנת.

11.3.3 כיצד ניתן לשפר או לחזק את הקשר של הורות חלקית מתקנת?

כאשר הקשר של הורות חלקית מתקנת אינו חזק, הסבר מהם לדעתך המכשולים ליצירת קשר חזק יותר, בין אם אלו באים ממודים של התמודדות שלך או מאלו של המטופל. אילו צעדים ספציפיים תוכל לנקוט כדי לחזק את הקשר?

11.4 גורמים פחות שכיחים המשפיעים על מערכת היחסים הטיפולית (אופציונלי)

במידה וקיימים גורמים המשפיעים באופן משמעותי על הקשר הטיפולי או מפריעים להם (למשל: פער גילאים משמעותי, פער תרבותי, מרחק גיאוגרפי), פרט אותם כאן. כיצד ניתן להתייחס אליהם יחד עם המטופל?

12. מטרות הטיפול: התקדמות ומכשולים

בחר לפחות ארבע מטרות שהן מרכזיות לעבודה הטיפולית עם מטופל זה. המטרות צריכות להיות כאלו שתוכל לעזור למטופל שלך להתקדם לקראתן על ידי עבודה על משימות טיפול ברות השגה. ניתן לתאר אותם ביחס לשינוי של סכמות ספציפיות, מודים, קוגניציות, רגשות, התנהגויות, דפוסי יחסים, סימפטומים וכו'.

סכם כל מטרה ולאחר מכן, בשורות למטה:

(א) סכם את המודים והסכמות בהם תתמקד, והסבר באופן בהיר כיצד הם קשורים למטרה הספציפית;

(ב) תאר התנהגויות חדשות של הבוגר הבריא הקשורות למטרה;

(ג) תאר התערבויות ספציפיות בהן אתה משתמש ואת הרציונל לבחירתך בהן;

(ד) סכם את ההתקדמות שהושגה ואת המכשולים שנתקלת בהם בעת יישום אסטרטגיית טיפול זו.

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

ניתן להתייחס בקצרה ליעדים חשובים נוספים בפריט 5.

13. הערות או הסברים נוספים (אופציונלי)

כאן ניתן להוסיף כל מידע או להבהיר כל אחת מהתשובות שלך לעיל, על מנת לעזור למנחה או לבוחן שלך להבין טוב יותר את ההמשגה שלך לגבי מטופל זה, את הקשר הטיפולי ואת ההתקדמות בטיפול. ניתן להוסיף דפים נוספים אם תרצה בכך.

References

- Adler, A. (1938). *Social interest: A challenge to mankind* (Translated by J. Linton and R. Vaughan). Faber and Faber Ltd.
- Alberti, R., and Emmons, M. (2017). *Your perfect Right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (10th ed.). Impact.
- Bach, B., and Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000464>
- Baltes, P. B., and Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Bernstein, D. P. (2018). *Qualities of the Healthy Adult: iModes cards*. <https://www.i-modes.com/en/shop/healthy-adult-strengths-tool/>
- Dweck, C.S. (2017). From needs to goals to representations: Foundations of a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review*, 124, 689-719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Louis, J. P., Lockwood, G., & Louis, K. M. (2024). A model of core emotional needs and toxic experiences: Their links with schema domains, well-being, and ill-being. *Behavioral Sciences*, 14(6), 443. <https://doi.org/10.3390/bs14060443>
- Louis, J. P., Wood, A., & Lockwood, G. (2020). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*, 27(4), 766-786. doi:10.1177/1073191118798464
- Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12 online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Jacka, F.N., O'Neil, A., Opie, R. et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>
- Kałużna-Wielobób, A., Strus, W. †, and Ciecuch, J. (2020). Community feeling and narcissism as two opposite phenomena. *Frontiers in Psychology*, 11, 2621. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.515895>
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A new approach to getting the life you want*. Penguin.
- Lyubomirsky, S. (2014). *The myths of happiness: What should make you happy, but*

הבהרה בנוגע לשימוש בלשון זכר: על מנת למנוע סרבול מיותר בשימוש במסמך זה, הוא תורגם מאנגלית ללשון זכר אך הוא פונה לכל המגדרים!

- doesn't, what shouldn't make you happy, but does.* Penguin.
- Maslow, A. (1973). *The farther reaches of human nature.* Penguin.
- Maurer, M. M., and Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology, 11* <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01706>
- Neff, K. D. (2013). The science of self-compassion. In C. Germer, and R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). Guilford.
- Peled, O. (2016). A hierarchy of confrontational interventions facing 8 dysfunctional parent modes. *Schematherapy Bulletin, 4*, 2–9.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Constable.
- Young, J. E., Klosko, J., and Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide.* Guilford.

תורגם בספטמבר 2024. החברה הבינלאומית לסכמה תרפיה.

© 5th September, 2024. International Society of Schema Therapy



Unauthorized reproduction or translation – in whole or in part -- without written consent of the Society is strictly prohibited. Authorized translations into over 30 languages will be posted in due course on the ISST website <https://schematherapysociety.org>. You can also contact the ISST on this address cc@isst-schemasociety.org should you require any further information about the form, to learn if there is an authorized translation in any specific language, or to apply to make a translation into a language for which no translation has yet been made.