

# מרחבים

כתב עת אינטראקטיבי  
למחשבה פסיכואנליטית



**תקווה בטיפול בנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת: חמישה שלבים לטיפול**

**בהתבסס על מודל "תופעת התקווה"**

ד"ר אופיר לוי<sup>1</sup>

## תמצית

טראומה כרונית מורכבת היא מצב שבו טראומה על רקע חשיפה לאירוע בודד חוברת לאירועים טראומטיים אחרים שמקורם בחסכים סביבתיים שהטביעו את חותמם על תהליך התפתחותו של האדם הנפגע. האירוע הטראומטי הבודד מעצים לרוב קשיים מנטאליים ותפקודיים שהיו חבויים במערכת ההגנות הנפשיות של הנפגע. הטיפול בנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת מורכב אף הוא. הגישה הטיפולית המגולמת במודל "תופעת התקווה" מאפשרת לבחון את השפעתה של הטראומה על אישיותו ותפקודו של המטופל. שלבי הטיפול, הכוללים את שלב יצירת הקשר וברור והגדרת הבעיה, שלב הגדרת המטרה, שלב השחזור, שלב עיבוד הקונפליקטים ושלב הסיכום והפרידה - מבטאים את ההתייחסות אל המטופל הסובל מפוסט טראומה כרונית מורכבת, כמי שסובל ממבנים חשיבתיים בלתי אדפטיביים וקונפליקטים התפתחותיים בלתי פתורים שהועצמו על ידי האירוע הטראומטי הבודד. במאמר זה אדגים כיצד מודל "תופעת התקווה" מיושם בטיפול ביוני (שם בדוי), נפגע פוסט טראומה כרונית מורכבת שנתן את הסכמתו לשלב פרטים מתהליך הטיפול בו במאמר זה.

## מבוא

---

<sup>1</sup> מפקד היחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל; מרצה מן החוץ וראש

התוכנית לפסיכותרפיה בגישה פסיכודינאמית- בי"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב

עדויות מצטברות על נפגעי תגובת לחץ פוסט טראומתית כרונית מורכבת, הנקלטים לטיפול פסיכו-תרפויטי, מראות נשירה גבוהה או אי תגובה לטיפול. הסברה היא שהדבר נובע מ"מיקוד יתר" (Kudler, 2011) בטיפול (המקובל באופנת הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי שנחשב מועיל לכלל נפגעי תגובת הלחץ הפוסט טראומתית). יש אפוא מקום לבחון שיטות טיפול נוספות (לוי, 2008; לוי, לובין, פארן, שובל, ופרוכטר 2012: Kudler, 2011; Schottenbauer, Glass, Arnkoff & Gray, 2008). שיטת טיפול נוספת תחומה בזמן המאפשרת מיקוד ועשויה להתאים לנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת, היא שיטה המבוססת על רכיבי המושג "תופעת התקווה" (לוי, 2008). "תופעת התקווה" תוארה כתופעה דיאלקטית רב-ממדית הכוללת שלוש סתירות: היא מתפתחת אך גם נתקעת; היא מודעת וגם בלתי מודעת; היא מתחזקת ומחזקת, אך גם נחלשת ומחלישה (לוי, סויה וליכטנטריט, 2011; Levi, Liechtentritt, Savaya, 2012). המדובר בתופעה רציפה, המביאה לידי ביטוי את התקווה המודעת והלא מודעת הצועדות זו לצד זו, המלווה את האדם לאורך שלבי התפתחותו. היא מתרחשת במרחבים נפשיים מגוונים ולה תפקיד ייחודי במעבר בין שלב התפתחותי אחד לשלב התפתחותי אחר. בד בבד היא עוברת תהליך התפתחותי משל עצמה (Levi, 2013). זאת ועוד, לעובדת היותה תופעה רציפה, נמצא ביטוי דרך ארבעה פרופילים של תקווה: (1) הפרופיל הראשון, המצוי בקצה האחד של הרצף, הנו "חוסר תקווה" (hopelessness) המתבטא במצבים קליניים קשים כדיכאון או כוונות אבדניות, הנובעים ככל הנראה מכשלים סביבתיים מתמשכים. הפרופיל השני הוא "התקווה הפסימית" המאופיינת באוריינטציה לעתיד וברצון להתפתח ולהתקדם, ולצדה תחושת חרדה, עצב וחשש מרגעי משבר קטסטרופאליים המקשים על חיבור לתוצר הרגשי של התקווה (שמהותו תחושת חיוניות ואושר). הפרופיל השלישי הוא "התקווה הנשאבת" המאפיינת בני אדם הזקוקים להשראה לתקוותם האבודה באמצעות האחר המשמעותי, הנושא בתפקיד של שֶׁמֶר או "נושא" התקווה. תקווה זו "נשאבת" בעת התרחשותו של אירוע משברי שבו נקטעת רציפותה של התקווה. הפרופיל הרביעי, המצוי בקצה השני של הרצף, הוא "התקווה המציאותית הבשלה הבלתי תלויה" והוא מאפיין אדם שעבר תהליך התפתחות תקין. תקווה זו התעצבה והתגבשה לכלל גרעין פנימי מוצק, המהווה משאב אישיותי שאליו הם פונים בעיקר בשעת לחץ ומשבר. לבעלי פרופיל זה יכולת להכיל את התקווה בכלל אירועי החיים, והם

מאופיינים ביוזמה המתבטאת אצל הפרט ב"אקטיביות תקווית" בעלת לכידות במרחב ובזמן. בין הפרופילים הללו "ישנה תנועה" בטיפול (לוי, 2008, 2011) ובכך אגע בהמשך.

השיטה מבוססת על התפיסה כי יש להתייחס למבנהו המנטאלי של האדם כמכלול רציף (continuum) ולראות את בעיותיו התפקודיות כנובעות ממבנים חשיבתיים וקונפליקטים התפתחותיים בלתי פתורים (Winston & Winston, 2002), שהועצמו בעקבות השיפה לאירוע טראומתי מסוים (לוי, 2008; Author et al., 2012).

בשיטת טיפול זו נבחנת ומנותחת השפעתה של הטראומה הכרונית המורכבת על אישיותו ותפקודו של המטופל, באמצעות ביסוס הברית הטיפולית ופירוש יחסי העברה והעברה נגדית (הרמן, 1992; Bergin & Walsh, 2005; Kudler, Krupnick, Blank, Herman & Horowitz, 2009; Snyder, 2000) בדרך זו, התובנות באשר לקשייו העכשוויים של המטופל (לוי, 2008) נתפסות כ"אור חדש". "אור חדש" מבטא את הצמיחה מהתקווה הנטושה בנבכי הטראומה הכרונית המורכבת שהשתלטה על אישיותו של המטופל (Mitchell, 1993), לתקווה "בשלה", מציאותית בוגרת ובלתי תלויה" (לוי, 2011, עמוד 57). לכך יש להוסיף את הקשרים החדשים עם המטפל המבוססים על אמון וביטחון המתפתחים באמצעות מסגרת טיפול בטוחה וממוקדת, המדגישה את אחריותם המשותפת של המטפל והמטופל להתמודדות אקטיבית עם הבעיה.

במאמר זה אדגים את דרך הטיפול ביוני (שם בדוי – נתן הסכמתו לתיאור הטיפול בו) באמצעות מודל "תופעת התקווה" המבוסס על חמישה שלבים, מקצתם אוניברסליים ומגלמים את רעיונותיה של ג'ודי הרמן (1992) והמתבטאים בשלב הראשון ("יצירת הקשר ובירור והגדרת הבעיה"), ומקצתם ייחודיים למושג תופעת התקווה (לוי, 2008): "הגדרת המטרה", "שלב השחזור", "שלב עיבוד הקונפליקטים" ו"שלב הסיכום והפרידה".

## המודל

הטיפול המוצע אמור להימשך כשנה. יש לכך משמעות רבה בכל הקשור לנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת, כיוון שמודל בשלבים המושתת על רעיון של "סיום" תוך פרק זמן מוגדר, תואם את רעיון ה"העצמה" שעליו הצביעה ג'ודי הרמן (1992). הוא תואם גם את רעיונו של סטפן מיטשל (1993), ולפיו רק לאחר סיום הטיפול מתאפשרת צמיחה שהיא מעבר להבנות המשותפות של המטפל והמטופל.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

ללא סיום, המטופל לא יוכל ליצור שינוי החתום על שמו בלבד, והוא לא יוכל להשתחרר מהשפעתו של המטפל ולהיפתח לדרכים ייחודיות משלו.

המודל מושתת על חמישה שלבים: שלב יצירת הקשר והגדרת הבעיה, שלב הגדרת המטרה, שלב השחזור, שלב עיבוד הקונפליקטים ושלב הסיכום והפרידה (לוי, 2008). טיפול בשלבים מקנה תחושת ביטחון ושליטה הנחוצים ל**מטפל ולמטופל**, במיוחד כשמדובר בנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת.

שלושת השלבים הראשונים מובנים, ומטרתם העיקרית להעמיק את הברית הטיפולית והאמון בין המטפל למטופל. בניגוד לניסוח התסמינים ל"יעדים" (למשל, להפחית את מספר התפרצויות הזעם המייצגים את הקלסטר של עוררות יתר מחמש פעמים ביום לשלוש), כפי שמקובל באופנות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (מרום, גלבווע-שכטמן, מור ומאירס, 2011), במודל זה, הרעיון הוא ליצור **אחריות משותפת** על הטיפול, להתמודד באופן ישיר ואמיץ עם אימת הטראומה ולבסס הבנה עמוקה לגבי אופי הבעיה והשפעתה על אישיותו ותפקודו של המטופל. בשלבים אלו נעשה בעיקר שימוש בטכניקות השיקוף, שאלות ההבהרה, הדהוד, הקשבה פעילה, אך לא בטכניקת הפירוש.

המעבר בין שלושת השלבים הראשונים הוא לינארי, קרי, יש להשלים את השלב הקודם כדי לעבור לשלב הבא. בשלב הרביעי אופיינית יותר תנועת "הלוך וחזור" או "תנועה ספירלית הנבנית ונעלמת ושוב נבנית" (פלורסהיים, 2008, עמוד 43), המביאה בסופו של דבר לרמות אינטגרציה גבוהות יותר של תכנים שעלו בטיפול. השלב החמישי גם הוא מובנה והוא נועד ל"ארגן" ולסכם את ה"כלים" שנרכשו בטיפול. ברמה הדינמית והסימבולית הוא מבטא את החזרת השליטה הקיומית שאבדה תחת אימת הטראומה.

לאורך כל השלבים תיתכן תנועה בין הפרופילים השונים של התקווה עד לעיצוב "התקווה המציאותית הבשלה והבלתי תלויה". הצלחת הטיפול באמצעות "תופעת התקווה" מגלמת בתוכה את היכולת לבטוח באחר ולבסס אתו יחסי אמון (Bleiberg & Markowitz, 2005). אלו אמורים להקנות למטופל את היכולת להשתלב מחדש בתחומי החיים השונים. להלן תיאור מפורט של כל שלב ושלב.

#### **שלב ראשון: יצירת הקשר והגדרת הבעיה**

שלב יצירת הקשר נחשב לרגעי ההתקשרות הראשונים בין המטפל למטופל. הוא נמשך כשישה-שמונה מפגשים והוא שלב חשוב להתפתחות תקווה בטיפול. בשלב זה בוחן המטופל את ה"מניירות"

שפת הגוף) הקטנות של המטפל ואת התבטאויותיו המילוליות הראשונות. בעזרת אלה מתפתחת התחושה הפנימית הבלתי מעובדת והעמומה של המטופל באשר ליכולתו של המטפל לעזור לו. רגעים אלה תלויים ביכולתו של המטפל "להכיר ולקבל את המטופל ללא תנאי". אוגדן ([1989], 2001) אמר על הקבלה ללא תנאי (ללא שיפוט) כי המטפל "...מדבר ונמנע מלדבר, כך שהוא מעביר את המסר כי הוא מקבל את המטופל ללא שיפוט..." (עמוד 129). בנוסף, המטופל, לפי אוגדן, רואה במטפל עוד קודם לפגישתם הראשונה, "...אדם שהוכשר להבין אותו ולעזור לו למצוא הקלה לכאבו הנפשי (באמצעות תהליך שעדיין אינו יודע)...". (עמוד 129). מכאן שלמחוות הקטנות (שפת הגוף) והדברים שהמטפל אומר או אינו אומר, יש משמעות. היא מבססת את התקווה הראשונית בקרב המטופל באשר ליכולתו להיעזר במטפל (Frank, 1968). תקווה זו נוצרת בין השאר דרך ה"הצגה הרשמית" (שם, עמוד 131) על ידי המטפל. באמצעות המטופל קולט באופן מודע ולא מודע אספקטים התנהגותיים בקרב המטפל לרבות יכולתו להקרין בשלב ראשוני זה, חום, קבלה, כבוד ומסר כנה של תקווה באשר ליכולתו לעזור (Frank, 1968).

תוך כדי "דיבור והימנעות מדיבור" המתבטאים בין השאר בהקשבה אמפתית ונוכחות מתמשכת (Mitchell, 1993), נוצרת התקווה הראשונית שהמטפל נוסך בקרב המטופל (Frank, 1968). לכך משמעות רבה, כיוון שנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת המגיעים לטיפול לאחר שנים רבות (לוי, 2012; Schottenbauer et al., 2008), מאופיינים בחשדנות וברתיעה מיצירת קשר "מחייב", על רקע התחושה שרשתות הביטחון הבסיסיות בחייהם נשמטו (הרמן, 1992). לכן הביטחון המקצועי והאנושי שמסדר המטפל, לצד הצגת מסגרת טיפולית עם גבולות ברורים, נחשבים לצעד הראשון בהחזרת תחושת הביטחון הבסיסי שאבדה למטופל בעקבות אימת האירוע הטראומתי (לוי, 2008).

בשלב יצירת הקשר, **במהלך הפגישה הראשונה**, חשוב מאד לדון בחוזה הטיפולי על כל רכיביו. בהקשר זה חשוב לציין את טענתו של פרנק (Frank, 1968), כי רק לעתים רחוקות מוסבר למטופל במסגרת החוזה הטיפולי מהי פסיכותרפיה ומה ניתן לצפות ממנה. לכן במסגרת החוזה יש לתאר את האוריינטציה הטיפולית של המטפל והאופן שבעזרתה אמור להתחולל השינוי. עובדה זו יוצרת בקרב המטופל תחושת "**כבוד אנושי בסיסי**" המהווה את הבסיס להעמקת ה"בריית הטיפולית" ויצירת מרחב פוטנציאלי משותף (Wigren, 1999). החוזה משקף אפוא את ההתחייבות ההדדית להצלחת הטיפול ואת האחזיות ההדדית לתהליך הטיפולי, והוא מקנה יציבות והגנה מפני הצפה והיסחפות של המטפל והמטופל

למצבים של העברה והעברה נגדית בלתי נשלטות (הרמן, 1992). על ידי כך נוצרת זירת טיפול בטוחה ומרחב פוטנציאלי שבו העצמי ותופעת התקווה שנפגעה, יכולים להתפתח ולצמוח מחדש תוך כדי מגע עם תחושות, מחשבות ומציאות חיים מאיימת (הרמן, 1992; ראקר [1982], 2010).

על הניסיון לבסס את הברית הטיפולית ויצירת האמון בין המטפל למטופל, מעיב הקושי של המטופל הפוסט טראומתי הכרוני המורכב (הקושי לבסס אמון אל מול הצורך לבסס אמון נחשב קונפליקט אופייני לנפגעי טראומה כרונית מורכבת, ראו בהמשך) (Kudler et al., 2009). כדי ליצור הזדמנות לעיבוד קונפליקט זה (ואחרים), על המטפל להפגין "נוכחות מתמשכת" (Mitchell, 1993) וכך ליצור את התנאים לעיבוד הקונפליקט בהמשך הטיפול.

בשלב זה עוסקים גם בהגדרת הבעיה שהיא צעד חשוב להצלחת הטיפול (הרמן, 1992). הגדרת הבעיה עוזרת לגילוי פגיעת הטראומה ברובדי אישיותו של המטופל, והיא מקנה תחושת שליטה למטופל ולמטפל כאחד. הבנה מעמיקה של הבעיה על ידי המטופל מאפשרת מיצוב אחר של הטראומה ופגיעותיה. ממצב של כניעה מוחלטת עד כדי הימנעות והצטמצמות, הנפגע מייצר תהליך חשיבתי ורגשי הגלום בהגדרת הבעיה, שמשמעו התייצבות אל מול הטראומה לעומת בריחה והימנעות ממנה. זו היא ראשיתה של תופעת התקווה שתמציתה התמודדות תוך נפשית פעילה עם משבר או איום קיומי (לוי, 2008).

למטופלים בכלל ולנפגעי פוסט טראומה בפרט יש נטייה לתאר את התסמינים של הטראומה כ"בעיה" ולצפות לפתרון קסם מצד המטפל (הרמן, 1992, לוי, 2012). הדבר נכון בעיקר בשל הקושי של המטופל להכיר בכך שהוא סובל מבעיה המצריכה קבלת עזרה וסיוע (הרמן, 1992). אם מוסיפים לכך שהגדרת הבעיה מחוללת את הליך הפרידה מהזהות הפוסט טראומתית והייצוגים המוסווים המלווים אותה (רעיון המבטא קונפליקט מובנה נוסף בקרב נפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת) (Kudler et al., 2009), המשמעות של הגדרת הבעיה להתפתחות התקווה בטיפול מקבלת משנה תוקף. הגדרת הבעיה מסמלת את פירוק מצבי התודעה הישנים והמוכרים (מאפייני הטראומה הכרונית המורכבת) שאמורים לפנות מקום למצבי תודעה חדשים, המסמלים את רעיון צמיחת התקווה בטיפול (Mitchell, 1993).

את הבעיה יש לנסח סביב מישור תפקודי, מתוך הבנה שכך תתאפשר אבחנה בינה ובין התסמינים ("אני לא ישן בלילה"). נפגעי טראומה כרונית מורכבת סובלים לרוב מבעיות תפקוד במישור הבין-אישי (Shotenbauer et al., 2008), בשל הקונפליקטים האופייניים להם (נוסף על שני

הקונפליקטים שהוזכרו, יש עוד קונפליקט: הצורך לחזור לתפקוד על רקע תחושות בושה ואשמה (Kudler et al., 2009). הבעיות מוסוות על ידי התסמינים שהמטופל נוטה להציג "כחזות הכול", דבר המבטא תקווה ראשונית ורגרסיבית השייכת לעמדה הסכיזו-פרנואידית (Mitchell, 1993; לוי, 2012) ואת היטמעותה ב"אני" של הזהות הפוסט טראומתית הכרונית והמורכבת. הגדרת הבעיה היא אפוא הבסיס להתמודדות והיא נובעת מעמדת התקווה הבשלה המציאותית והבלתי תלויה, ומגלמת שינוי בדפוסי התמודדותו של המטופל. כמו כן, הגדרת בעיה במונחים של תפקוד תואמת את קריטריון F ב – DSM – IV-TR (2000).

כדי להגיע להכרה בבעיה וכדי להגדירה נדרשת עזרה אקטיבית מצד המטפל. בהקשר זה טענה הרמן (1992) שהעזרה האקטיבית צריכה להתבטא במתן השראה לגילוי אומץ הלב של המטופל ובהכרה בבעיה שהוא נוטה להכחיש (ההימנעות). הכרה בקיום הבעיה מהווה הפגנת כוח ויוזמה והיא רכיב בסיסי במושג "תופעת התקווה".

המטופל הפוסט טראומתי הכרוני המורכב מגיע לטיפול מתוך מצוקה ובמטרה להשיג הקלה. הבחירה להגיע לטיפול מבטאת את התקווה המודעת לשינוי ולצדה התקווה הבלתי מודעת לקבלה, הכלה ומענה לצרכיו (וויניקוט, [1960] 2009; קייסמנט [1990] 1995). מכאן שתקוותו של המטופל תלויה בהיענות הסביבה לצרכיו ההתפתחותיים, המגולמת באופיו, בכישוריו, בביטחונו ובמיומנויות הטיפול של המטפל. בשלב זה פרופיל התקווה הדומיננטי הוא פרופיל "התקווה הנשאבת" (מחבר, 2008) המסמל את הצורך ב"אחר" שיהווה מקור ליצירת קשר מאיכות אחרת: מרגיע, נוסך ביטחון, מכיל, קשוב ובעיקר משתף.

#### שלב שני: הגדרת מטרה

הגדרת המטרה היא שלב נוסף בדרך להחזרת הביטחון, השליטה והתקווה, כיוון שהיא מחזקת את מסגרת הטיפול וזהותו, המסמלים את ההזדמנות לתיקון. היא מתפרסת על פני מפגש אחד-שניים. פרנק (Frank, 1968) ומנינגר (Menninger, 1959) הדגישו שבטיפול פסיכו-תרפויטי יש להגדיר עם המטופל את המטרות כיוון שהן מסמלות דרך הנוטעת תקווה במטופל. שלב זה משתלב אפוא עם עמדתה של ג'ודי הרמן (1992), ולפיה הטיפול צריך להעצים את המטופל.

המטרה נובעת מהגדרת הבעיה כחלק ממתווה אחיד של טיפול בשלבים. הן השלב הראשון, הגדרת הבעיה, והן שלב הגדרת המטרה נועדו לחזק את זהותה של המסגרת הטיפולית. זהות ברורה, המעוצבת בין השאר במעבר ברור משלב לשלב, מגבירה את תחושת האמון של המטופל במטפל ומגדילה את האפשרות לצמיחת התקווה מחדש.

בשלב זה נראה שמתרחשת תנועה בין פרופיל ה"תקווה הפסימית" לפרופיל ה"תקווה הנשאבת" (לוי, 2008, 2011). פרופיל התקווה הפסימית מתבטא לעתים בקושי לנסח מטרה כביטוי לחרדה מכישלון. עם זאת, מפרופיל זה יש תנועה לכיוון התקווה הנשאבת, הנוצרת מהתקווה שהמטופל שואב מתקוותו של המטפל. יודגש שבמהלך ניסוח המטרה תיתכן נסיגה לפרופיל ה"תקווה הפסימית" בשל חרדה מקריסת הקשר עם המטפל וכישלון הטיפול.

#### **שלב שלישי: שחזור האירוע**

כאמור, במקרה של נפגעי טראומה כרונית מורכבת, אירוע אחד חובר למספר אירועים קודמים ולכן חשוב מאוד לבצע שחזור של האירוע המסוים. השחזור הוא חלק ממסר סימבולי ומעשי של התמודדות ישירה עם תוצאות האירוע. מבחינת המטופל זהו סימן לביטחון המקצועי של המטפל. "עזרה אקטיבית מצד המטפל" (Ehlers & Clark, 2003, p. 823) בשחזור האירוע, מסמלת אחריות מקצועית וביטחון מקצועי שמגבירים את תקוותו של המטופל ביכולתו להיעזר בטיפול ובמטפל (הרמן, 1992; Frank, 1968).

השחזור אמור להתפרס על פני אחד עד שלושה מפגשים, ומטרתו ליצור נרטיב קוהרנטי ומאורגן. נגזרות ממנו משמעויות שעשויות להיות חשובות לשלב הרביעי של הטיפול (עיבוד הקונפליקטים), כיוון שהוא עשוי לחשוף דילמות שקדמו לאירוע, כגון מערכות יחסים עם דמויות משמעותיות מחייו של המטופל (Shotenbauer et al., 2008) ומאפיינים אישיותיים שבאו לידי ביטוי במהלך חייו (הרמן, 1992). במקרים רבים המטפל והמטופל למדים על המשמעויות שהמטופל מייחס לאירוע באמצעות האינטונציה בקולו של המטופל, ההבעות הבלתי ורבליות וכמובן המילים והמשפטים שבהם המטופל בוחר לבטא את חוויותיו.

בתום השחזור יש לבחון מחדש את הגדרת הבעיה והמטרות בכדי "לחדד" את השפעת האירוע על אישיותו של המטופל ובכדי לבדוק אם הן מייצגות את מצוקתו של המטופל. ההנחה היא כי בשלב זה



של הטיפול קיים אמון וביטחון רבים יותר במסגרת הטיפול, ולכן בחינה נוספת של הבעיה והמטרות עשויה להיתפס בשלב זה באופן שונה לרבות האפשרות לשנותן.

פרופיל "התקווה הנשאבת" הוא דומיננטי בשלב זה, כיוון שמבחינת המטופל, הקושי לבוא במגע עם האירוע מצריך אחר משמעותי (המטפל) שייתן השראה לתקווה האבודה ושישא בעבורו את התקווה. אשר לאופן ביצוע השחזור מומלץ לעשות הבחנה ברורה בין "העובדות" לבין ה"מחשבות והרגשות שהתלו לעובדות" (לוי, 2008).

#### **שלב רביעי: עיבוד הקונפליקטים**

כפי שצוין קודם לכן חוקרים וקלינאים מצביעים על מספר קונפליקטים אופייניים לנפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת: (1) הקושי לבסס אמון בצורך הבסיסי לטיפול, (2) הצורך להיפרד מהתסמינים הפוסט טראומטיים, ומנגד הצורך לשמר אותם כחלק מזהותו (3) הרצון לחזור לתפקוד נורמלי ומנגד ההימנעות מחזרה לתפקוד בשל בושא ואשמה בלתי מודעת (הרמן, 1992; לוי, 1999; לוי, 2008; Shotenbauer et al., 2008; Kudler et al., 2009).

בטיפול פסיכותרפויטי עם נפגעי פוסט טראומה כרונית מורכבת, המאופיינים בקונפליקטים בלתי פתורים, מקובל לעבד את הקונפליקטים באמצעות טכניקת הפירוש (Kudler et al., 2009). העיבוד נעשה דרך בחינת תהליך התפתחותו (היסטוריית חייו) של המטופל והקונפליקטים עם דמויות משמעותיות מחייו (Winston & Winston, 2002) ודרך תהליך העברה והעברה נגדית (הרמן, 1992; Bergin & Walsh, 2005; Kudler, Krupnick, Blank, Herman & Horowitz, 2009; Snyder, 2000). הפירושים אמורים ליצור משמעות אישית חדשה המסמלת את צמיחת התקוות החדשות (Mitchell, 1993) ובניית זהות חדשה (הרמן, 1992). אך בה בעת הם מובילים למצב טרום מאוזן ובלתי נסבל עבור המטופל, בשל תקוותיו הבלתי מודעות להישאר במצב סטטי מוכר. מצב זה טומן בחובו "משבר" (Mitchell, 1993) שעלול לערער את ביטחונו המקצועי של המטפל ולאיים על זהותו (לוי, 2012).

התקווה אמורה לסייע למטופל בפתרון הקונפליקטים הפנימיים שנוצרו והתפתחו בתהליך הטמעת הטרומה בעצמי והתאמתה למציאות חייו החדשה. כדי שתהליך זה יתרחש, יש לנוע בתהליך ספיראלי קדימה ואחורה, מן ההווה לנבכי התפתחותו של המטופל, לטראומה ולהשפעתה (פלורסהיים, 2008). תהליך זה דרוש למטופל כדי לחוות מחדש את רגשותיו וכדי לרכוש תובנות באשר למיצובה של

הטראומה בזהותו (הרמן, 1992). התהליך חייב להיות מלווה באמפתיה ותמיכה ללא תנאי מצד המטפל (Frank, 1968).

על פי היינריך ראקר ([1982], 2010), יכולתו של המטפל להיות אמפתי תשתקף בתגובות ההעברה הנגדית (המתעוררת כנגד תהליך של העברה), כיוון שהן נובעות מיכולתו להיכנס לנעליו של המטופל ולחוות את רגשותיו ותגובותיו. את אלה יש לפרש תוך הבנה שהפירוש יעורר חרדה, כעס, אימה ופחד מצד המטופל בשל "מצב טרום האיזון" שבו הוא שרוי (Mitchell, 1993). עם זאת, כדי לחולל את השינוי המצופה, תקוותו הבלתי מודעת של המטופל היא לפגוש **אחר מובחן ומשמעותי** שיחוה, ירגיש, יכיל ויפרש את הקונפליקטים הבלתי מודעים. המטפל מתפקד אפוא כמשמר ומחזיק התקווה (פרופיל "התקווה הנשאבת").

לפי הרמן (1992), הטיפול נועד להוביל לפרידה מהזהות הפוסט טראומתית בתהליך איטי והדרגתי, בהתאם לתכונות התקווה על פי בוריס (Boris, 1976, p. 147): "מתפשטת ומתמשכת", כלומר שינוי "שקט" שהבשיל והתפשט לאורך הטיפול ואחריו. מצד אחר, כפי שצוין, יש קושי להיפרד מזהות זו. המטופל מעדיף לשמר זהות זו כחלק מהתקווה הבלתי מודעת להישאר במצב סטטי מוכר. כדי לשמר זהות זו, המטופל אכן עושה שימוש בלתי מודע בהגנות שונות ומתוחכמות. לפיכך, נדרשת מהמטפל התמודדות מכילה ואמפתית שתביא לביסוס "התקווה המציאותית הבשלה הבלתי תלויה" (מחבר, 2008).

בחלק לא קטן מהמקרים היטמעותה של הזהות הפוסט טראומתית הכרונית המורכבת בעצמי נובעת מאשמה ואבל בלתי מעובדים, בשל האבדן המובנה הקיים בכל חשיפה לטראומה (ברום, קלבר, וון דן באוט, 1989). אשמה על תפקוד לקוי הכרוכה לעתים באבדן בנפש, נחשבת תסמין עיקש ומורכב לטיפול (שלו, 1994). לפיכך, בחינת הזהות הטראומתית ומאפייניה, הבסיס להטמעתה בעצמי ועיבוד האבדנים הפסיכולוגיים, לרבות הקשר שלהם לאשמה, יוצרים את הבסיס לעיבוד הקונפליקט.

בשלב זה צפויה תנועה בין "פרופיל התקווה הפסימית", שמבטאת יותר מכול את האבדנים השונים, ל"פרופיל התקווה הנשאבת" (לוי, 2008; פלורסהיים, 2008). נראה שדרך תנועה זו, המטופל מוצא את הנתיב לחיבור מחדש לתקוותו. בשלב זה על המטפל לתמוך ולעודד את המטופל לבוא במגע עם האבדנים ולהדגיש שהם עשויים לחשוף תובנות שיחברו אותו לתהליכים פנימיים בלתי מודעים. עיבוד

**מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית**

האבדנים מוביל בדרך כלל לחיפוש אחר משמעות, במקרה זה לגילוי משמעות התקווה בתהליך ההחלמה. הטראומה הכרונית המורכבת והתקווה מושתתים על תפיסה סובייקטיבית, ולכן יש חשיבות רבה לחשיפת משמעות הטראומה ולהשפעותיה על אישיותו של הפרט (הרמן, 1992). לשם כך על המטופל לחשוף את ערכיו, אמונותיו, ציפיותיו ודפוסי ההתקשרות שלו לדמויות משמעותיות שהיו לו לפני האירוע ולשינוי שחל סביב דפוסי אלו בעקבות הטראומה. כך הוא יוכל לעמוד נכוחה אל מול השינויים שיתחוללו בנפשו לרבות בתקוותו (לוי, 2008). מציאת משמעות לאחר החשיפה לאירוע הטראומתי עשויה להוביל להשלמה עם העובדה שישנן ציפיות (משאלות) שלא יתממשו.

לאורך כל השלב של עיבוד הקונפליקטים נבחנת מידת האמון שנוצרה בין המטפל למטופל ועמידותה של הברית הטיפולית (Wigern, 1999). יכולתו של המטפל להתמודד עם תהליכי העברה לאורך השלבים הקודמים ובמיוחד בשלב זה, תוך הכלת תגובות הנגד שהתעוררו בקרבו ושימוש בהן במקרה הצורך במהלך הטיפול, מהווים נדבך משמעותי בהתמודדות עם הקושי לבסס אמון אל מול הצורך הבסיסי לאמון בטיפול. לקונפליקט זה נוכחות משמעותית לאורך כל הטיפול.

#### **שלב חמישי: שלב הפרידה והסיכום**

מיטשל (Mitchell, 1993) ובמיוחד הרמן (1992) הדגישו את הצורך "לסיים" טיפול עם נפגעי טראומה כרונית מורכבת כדי לאפשר להם להתמודד בכוחות עצמם עם המציאות שלאחר האירוע הטראומתי. הסיום מבטא את העובדה כי אין מדובר בהחלמה טוטלית (שלו, 1994) וכי הטראומה תמשיך ללוות את חייו של המטופל בהתמודדותו עם משימות התפתחות הצפויות לו או במצבי לחץ ייחודיים (למשל לידה או מוות במשפחה). פרידה היא חיונית ומשמעותית ולכן יש להקדיש לה כשלושה-ארבעה מפגשים המסכמים את תהליך הטיפול והמעבדים את הפרידה.

תהליך הסיכום והפרידה במודל זה אמור להתבצע באופן מובנה כלהלן: (1) הקדשת מפגש לסיכום התהליך על ידי המטופל, לרבות תיאור התפתחות הטיפול לאורך ציר הזמן, הקשיים שאפיינו את התהליך ודרך ההתמודדות עמם, התפתחות הקשר עם המטפל ומשמעות הפרידה מהמטפל תוך כדי נגיעה באירועי פרידה אחרים מחייו של המטופל (2) סיכום של המטפל את התהליך דרך נגיעה בנקודות שאליהן

התייחס המטופל (3) הקדשת מפגש לתיאור הכלים שנרכשו בטיפול ומשמעותם להתמודדות עם מצבי משבר (מדומיינים) עתידיים.

בשלב זה, כמו בשלושת השלבים הראשונים, המטפל חוזר להיות אקטיבי. הרציונל לביצוע תהליך הסיכום והפרידה מתוך עמדה מובנית נובעת מהתפיסה שפרידה מובנית מגבירה את תחושת השליטה של המטופל, ובעיקר מאפשרת להתמקד ולפרט את הכלים שנרכשו בטיפול (לוי, 2008). בנוסף, היא מסמלת את סופיות הטיפול כסימבול לסופיות השליטה של הטראומה על חייו של המטופל ואת היכולת להתמודד עם משימות ההתפתחות הצפויות לו לבד, ללא ההגנה המסוככת של המטפל.

יוני

השלב הראשון של המודל בטיפול עם יוני, החל ביציאתי לקראתו בשעה שהמתין בחדר הקבלה, ובהזמנתי אותו בתנועות יד להיכנס לחדר טיפול. לאחר שהתיישבנו הצגתי את עצמי (שמי המלא, מקצועי, הכשרות מקצועיות שעברתי לאורך השנים, תיאור המקום שבו אני עובד ובו הוא מטופל) ואת מודל הטיפול ושלביו, והדגשתי את הקשר בין שלבי הטיפול ובין הרציונל לבחירה במודל. ציינתי כי מדובר במפגשים שבועיים בני 50 דקות כל אחד. באמצעות הצגה זו העברתי מסר של כבוד אנושי ואת תחילת החזרת השליטה של יוני שאבדה בעקבות אימת הטראומה. בדרך זו הועבר ליוני מסר שהוא יכול היה "לקלוט ולהבין" ועל בסיס זה לבחור אם להשתלב בטיפול על פי המודל המוצע. מסר כזה נוסך תקווה ראשונית וחשובה לתחילת הקשר הטיפולי. תוך כדי אמירת הדברים הקפדתי ליצור עם יוני קשר עין והשתדלתי להקרין רוח וקבלה באמצעות שפת הגוף והאינטונציה. בכך קיוויתי לשדר "מאמץ ראשוני" לסיוע. בהמשך הזמנתי את יוני לספר על מצוקתו ומקורותיה דרך השאלה: "מה הביא אותך לבחור להתחיל בטיפול?" הוא סיפר בתגובה שמאז שנטל חלק כלוחם בפעילות מבצעית קרבית בעזה, כשנתיים לפני הגעתו לטיפול, הוא חש עצב על חברו שנהרג ואשמה ובושה על אופן תפקודו. עקב כך הוא נמנע מלפגוש את חבריו ליחידה ולהשתתף במפגשים קבועים של היחידה המתקיימים פעם בשנה. כמו כן הוא תיאר התפרצויות בכי ותחושת כישלון במישורי החיים השונים למרות תפקוד פורמאלי

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

תקין, כהגדרתו. הוא הוסיף שמאז האירוע הוא מרגיש שחל בו שינוי פנימי משמעותי וכי הוא לא אותו אדם. תוך כדי הקשבה לסיפורו, שיקפתי והדהדתי דברים שנראו לי משמעותיים, שאלתי שאלות הבהרה תוך כדי עימות אמפתי. באמצעות טכניקות אלה ניסיתי לשדר מאמץ להתחבר לחווייתו ולסיפורו, מתוך הבנה שאלה מהווים את הבסיס הראשוני לתקווה בטיפול. במהלך המפגש הראשון שאל יוני אם אפשר יהיה לקיים את המפגשים בבית קפה או במקום "ניטרלי". הוא אמר שההחלטה (תקווה מודעת) "לפתוח את הדברים" (הטראומה והשלכותיה) היא קשה ומורכבת ולכן ישיבה במקום "פחות רשמי" תקל עליו להיכנס ל"עומק הדברים ברמה הרגשית". הגם שבקשתו של יוני לא הייתה חריגה (הוא לא המטופל הראשון שביקש להיפגש במקום ניטרלי או בתדירות גבוהה/ נמוכה יותר וכו') חשתי איום וחרדה. היא איימה על זהותי המקצועית הנטועה במסגרת הטיפול ומאפייניה ועל תקוותי לעזור ליוני לחולל שינוי. חששתי שהיא תוביל את יוני להחליט שאינני רגיש ושתהיה לכך השפעה על הקשר הראשוני והעדין האופייני לשלב זה. עם זאת הבנתי שהיא מבטאת את החרדה שלו מהתמסרות לטיפול מתוך חשש משינוי, ומתוך הרצון הבלתי מודע שעליו הצביע סטפן מיטשל (Mitchell, 1993), להישאר במעטה המוכר של התקוות הישנות. מתוך מודעות למרחק בין תקוותינו ומתוך הבנה שהיכולת להתמודד עם חרדה זו היא רק דרך מסגרת טיפול בטוחה ומכילה, אמרתי ליוני שאכן ההחלטה לבוא במגע עם הקשיים באמצעות טיפול אינה פשוטה ושהבקשה להיפגש במקום ניטרלי משקפת פחד וחרדה טבעיים. הוספתי שמניסיוני (אמרה נוספת תקווה על פי פרנק, 1968), שמירה על מסגרת הטיפול שאותה תיארתי בתחילת המפגש מהווה את הבסיס להתמודד עם החרדות והפחדים הטבעיים מהמסע הלא צפוי הכרוך בטיפול, ולכן חשוב לשמור על המסגרת שאותה תיארתי בתחילת המפגש. בתגובה הוא אמר שבסך הכול הוא חשב על יצירת תנאים ואווירה נוחה יותר, וכי אם אני מתעקש הוא מבין ומקבל זאת. חשבתי על ה"כניעה" שהתרחשה בתהליך ההעברה ועל מקורותיה ועל תקוותו הבלתי מודעת להכלה, הבנה ואחזקה. אמרתי שאם יתפתחו בינינו יחסי אמון והטיפול

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

יאפשר ביטחון ותקווה לשינוי, הוא יפתח אמון בי ובמסגרת הטיפול. הוספתי עוד בהקשר זה, שכחלק מתהליך זה (התפתחות יחסי אמון), חשיבות השמירה על מסגרת הטיפול שמזוהה כרגע איתי, תהיה ברורה יותר. בתגובה הוא אמר שהאמון כבר קיים וההוכחה היא עצם בואו לפגישה. בהמשך הוא שתק וביקש שאנחה אותו מה לומר ובמה להתמקד. חשבתי על הפגיעה שהוא חווה מדחיית הצעתו לקיים את הטיפול "במקום ניטרלי" ועל השתיקה והבקשה להנחיה שבאו בעקבות זאת. חשתי את מאבקו במסגרת ובי על רקע החרדה המובנית הנובעת מהצורך להתמסר ולתת אמון באחר (ובמסגרת) אל מול הפחד משינוי ויציאה מהסטטי המוכר. הנחתי שיוני ביקש לשלוט בטיפול על ידי קביעת המקום ואופן התנהלותו. לצד זה הרגשתי את הזדקקותו להכלה ותמיכה בתקוותו הישנה והמוכרת, זרכה הוא תקשר ומתקשר. למרות הקושי והחרדה שעלו בי, שאבתי ביטחון שהעמקת הקשר בינינו, הטמונה בהיצמדות לשלבי הטיפול והמעבר ביניהם, תיצור תקווה משותפת להצלחה. לכן התמדתי בשלב הראשון הזה "להזמין" את יוני לנסות ולעזור לנו להבין מה הבעיה שבגללה הוא בחר בטיפול (אציין בהקשר זה במפגש הראשון אני נוהג לשאול "מה מביא אותך לטיפול...?" – שאלה הנתפסת בעיני כשאלה רכה הנוגעת להגדרת הבעיה, ובהמשך אני מנסח את השאלה באופן מפורש קרי, "...מה הבעיה שבגללה בחרת להיות בטיפול...?"). יוני הגדיר בתחילה את הבעיה (הבלתי מנוסחת ומוגדרת) כ"קלה". הוא אמר לי: "...תראה אני לא בטוח שאני המקרה שדומה למקרים האחרים שלכם. בסך הכול אני מתפקד ואני מסתדר... אני לא יודע אם בכלל אני זכאי לטיפול...". קישרתי אמרה זו לקושי של יוני להכיר בבעיה ובצורך בעזרה ולתקוותו הבלתי מודעת לקבל אישור שלא מדובר במצוקה משמעותית. היה זה ביטוי לקושי שעליו הצביעה ג'ודי הרמן (1992), ולפיו נפגעי טראומה חוששים להכיר בעובדה שהם סובלים מבעיה כלשהי. הקושי נובע גם מקונפליקט פנימי ומובנה הקיים בעת פנייה של אנשים מסוגו של יוני לטיפול קרי, מהעובדה שטיפול מוצלח נועד לסייע לחזור לתפקוד תוך הטמעת הטראומה כחוויה ככל החוויות. זאת ועוד, קיים גם קושי לחזור לתפקוד בשל האשמה והבושה שמקורה לעתים בעובדה שהיה אבדן

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

בנפש (במקרה זה אחד מחבריו של יוני נהרג בקרב). יתרה מזאת, במקרה של יוני הקושי לגעת באופן ישיר בבעיה נבע גם ממאפיינים אישיותיים כערך עצמי נמוך ומהיסטוריית חייו (תהליך התפתחותו) שעליה הוא סיפר בשלב זה את הדברים האלה: יוני הוא האמצעי מבין שלושה ילדים לזוג הורים. האם מורה והאב אקדמאי בתפקיד אזרחי בכיר ולשעבר קצין ביחידה קרבית. אחיו הבכור אקדמאי, עובד, ושירת ביחידה קרבית. האחיות תלמידת תיכון. את יחסיו עם הוריו הוא תיאר כמתוחים לאורך השנים, במיוחד עם אביו שלטענתו היה מרוכז בעצמו ודחף אותו ללמוד במגמה ש"יש בה עתיד" ולשרת בצבא ביחידה קרבית. עם אחיו הוא תיאר מערכת יחסים קורקטית. הוא ציין לגביו שהוא נתפס כ"ילד המוצלח והממושמע". במהלך הטיפול יוני עבד בתחום שאותו למד באותן שנים באחת האוניברסיטאות בארץ. שלב ראשון זה הוא אפוא הבסיס להעמקת הקשר בין המטופל למטפל. דרך ההזמנה להגדיר את הבעיה המטופל "מסתכל פנימה" ובוחר את קשייו בנוכחות אחר מקשיב ומכיל, כחלק מחוויה של תיקון ויצירת התקווה הראשונית (ינקותית). זהו שלב ממוקד אך דינאמי. המטופל חודר בו לרבדים פנימיים ודרכם מנסה לקרב את המטפל לעולמו הפנימי. הקפדת המטפל על הקשבה, הדהוד ושיקוף, שאילת שאלות, גילוי אמפתיה והימנעות מפרשנות, מגבירים את הסיכוי להשלמת השלב. אנו ממשיכים אפוא במאמץ להגדיר את הבעיה וכחלק מכך יוני מספר לי על לימודיו, עבודתו ותהליך התבגרותו. הוא מדגיש עד כמה הוא מסור, "נותן" (לחבריו לספסל הלימודים), "חרוץ" (במקום עבודתו) ואנושי. לצד זה הוא מדווח על תחושת העצב שמלווה אותו. הוא נוגע בתסכול שליווה את תהליך התבגרותו ונבע בעיקר מהמסרים מצד אביו שהוא אינו שבע רצון ממנו (לצד שביעות הרצון מאחיו), עד כדי פגיעה בתחושת הביטחון וערך העצמי שלו. בנסיבות אלה הוא הדגיש כי ראה בשירות הצבאי הזדמנות להוכיח לאחרים ולעצמו שהוא "שווה". כזכור, בתהליך הגדרת הבעיה יוני אמר: "...תראה אני לא בטוח שאני המקרה שדומה למקרים האחרים שלכם. בסך הכול אני מתפקד ואני מסתדר... אני לא יודע אם בכלל אני זכאי לטיפול...". בתגובה לכך שאלתי אותו מה הוא יודע על "המקרים

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

האחרים" כהגדרתו. לאחר שתיקה קצרה הוא אמר: "...אני באמת לא יודע שום דבר על המקרים האחרים. אולי אני מחפש דרך מילוט מכאן או אולי אישור שאני בסדר...". נקודה זו היוותה את תחילת ההכרה של יוני בבעיה ובצורך לטפל בה. ייתכן שהרגישות לחששותיו והבחינה הבלתי מודעת שהוא ערך לי (עד כמה לכאורה אני רואה בו "מקרה ראוי"?), יצרו בו תחושה פנימית ראשונית באשר ליכולת של המסגרת הטיפולית ושלי לענות על מצוקותיו הרגשיות. יתרה מזאת, העקיבות סביב המסר שעלינו להגדיר את הבעיה, ביססה את ההכרה שתהליך היצירה המשותפת חייב לעבור דרך "מגע ישיר" עם הבעיה (מצוקתו). בכך יושם אחד הרכיבים החשובים של תופעת התקווה ולפיו יש להתעמת עם המצוקה תוך כדי פעילות מנטאלית אקטיבית. באמצעות האמירה שאולי הוא מחפש "דרך מילוט", יוני העיד על תחושתו שהוא לא עמד לכאורה בציפיות וכי לאורך השנים הוא חש שתמיד הוא היה פחות טוב יחסית לשאר. בתגובה אמרתי ש"זו לא פעם ראשונה שאתה אומר שהיית פחות טוב יחסית ל"שאר". בתגובה הוא אמר: "...זו הדרמה של חיי. תמיד האחרים טובים יותר. אף פעם לא הרגשתי טוב עם מה שאני עושה...". אמרה זו של יוני אפשרה חשיפה של תחושות הבושה וחוסר האונים שליוו אותו לאורך השנים ושל מערכות יחסיו עם דמויות משמעותיות בחייו, תחושות שהתעצמו בעקבות האירוע. בעזרתי האקטיבית, שאופיינית לשלבים הראשוניים של מודל טיפולי זה, ניסח יוני את בעייתו כ"הצטמצמות חברתית והימנעות מפיתוח קשרים בינאישיים חדשים על רקע חוסר הביטחון והבושה שמלווה אותי לאורך החיים ושהתגברו מאז הפעילות המבצעית בעזה...". בהמשך, במסגרת השלב השני בטיפול, נוסחו המטרות האלה: (א) להבין מדוע נפגעו והצטמצמו הקשרים הבין-אישיים, ליזום קשרים ולבסס קשרים קיימים (ב) להבין את מקור הבושה והפחדים ולנסות להתגבר עליהם (ג) לחקור את הסיבות לדימוי העצמי הנמוך שלו ומדוע האירוע העצים את הפגיעה בו. מכאן עברנו לשלב השלישי, שחזור האירוע, שניסוחו הסופי נשמע כך: "...אחרי מעט מאוד זמן מהרגע שעלינו על ציוד, מצאתי את עצמי תחת אש. רסיסים עפו סמוך אלי – זה הגביר אצלי את הפחד. כשהבנתי שחיים (שם

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית



בדוי, למד אתו בתיכון) נפגע, הרעד, דפיקות הלב והבכי התגברו מאוד... לא רציתי למות... חשבתי על איך אימא שלי מתמוטטת כשהיא מקבלת את ההודעה ועל אימא של חיים. זחלתי לעברו למרות הכול והתחלתי לטפל בו... תוך כדי כך לא הפסקתי לדבר אליו ולבקש מאלוהים שישמור עליו. התעודדתי מזה שלמרות הפחד המטורף, אני איך שהוא מצליח לעזור לו. חשבתי שזה בגלל הקרבה בינינו, חשבתי... אחרי שהוא הגיע לבית חולים חשתי הקלה, ואחרי שהודיעו שהוא יהיה בסדר התפרקתי... כנראה רק בנקודה זו התחברתי מחדש למה שעברתי... בכיתי ורעדתי בלי שיכולתי להשתלט על זה ולכן כנראה פינו אותי לטיפול קב"ן (קצין בריאות נפש)". בתום השחזור יוני אמר כי התהליך היה קשה ומורכב. עם זאת הוא ציין שהתהליך המובנה, ההנחיה (המעבר מ"שלב העובדות" לשלב ה"מחשבות רגשות") ובעיקר הנוכחות שלי, סייעו לו להתמודד עם שלב זה בהצלחה. אני אמרתי שמדובר באירוע קשה שעורר גם בי הרבה עצב, והוא הוסיף שהשבוע שחלף ביסס את תחושת ההקלה (פחות חרדה) שהתפתחה בעקבות שלב השחזור. הוא ציין בהמשך להזמנתי לבחינה נוספת של הבעיה ומטרות הטיפול, שהבעיה שהוגדרה מייצגת את האירוע, שכן האירוע הגביר את תחושת חוסר הביטחון והבושה שמלווים אותו לאורך השנים. גם ביחס למטרות הוא אמר שהן מייצגות את בעייתו ומצוקתו וכי מסגרת הטיפול "המגנה" והמובנית עד כה, השפיעה עליו לטובה. בהמשך לכך ציינתי (כחלק מ"רעיון" הצגת מסגרת טיפול מוגדרת ומובנית התורמת לתחושת החזרת השליטה הראשונית של המטופל) שסיימנו את שלושת שלבי הטיפול הראשונים – הגדרת הבעיה, הגדרת המטרה והשחזור (לרבות בחינה חוזרת של הבעיה ומטרות הטיפול לאחר השחזור). הוספתי שאנו מתחילים בשלב הרביעי – עיבוד הקונפליקטים. הדגשתי כי מדובר בשלב "פתוח" ומטרתו לבחון כיצד תהליך התפתחותו והקשרים המוקדמים עם דמויות משמעותיות יכולות לתרום להבנת מצוקתו ובעייתו הנוכחית. במפגשים שלאחר מכן יוני הציף את החדר במלל. הוא קפץ מנושא לנושא והרבה במתן אינפורמציה. ניסיונותיי להתערב נתקלו בקושי. חשתי תסכול רב והרהרתי בסיבות לכך. חשבתי שיוני מנסה לחסום באמצעות המלל, כחלק מהחרדה

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

הכרוכה במעבר לשלב הפתוח, כל ניסיון שלי "להיכנס" לעולמו הפנימי, מתוך חשש לחשוף רבדים שהוא חושש מהם (ואיימו פחות בשלבים הקודמים שהקנו תחושה של שליטה). בנקודה מסוימת שיקפתי ליוני שהוא מרבה לתאר ולפרט אירועים מהשבועות שחלפו והוא "לא מאפשר" לי להיכנס. הוא הגיב ב"הפתעה" על דבריי וטען שהוא מדבר מתוך תחושת ביטחון ונוחות שהוא לא חש קודם לכן בחייו. אמנם, תגובתו סימלה את ההתקרבות בין התקוות, לאחר ששנינו שרדנו את השלבים הקודמים, לרבות השחזור, אך היא לא הפחיתה מתחושותי שיוני מנסה להחזיק אותי, באופן בלתי מודע, רחוק ומנותק. שיקפתי זאת תוך ציון העובדה שעד שלב זה הוא הרגיש בטוח ומוגן בשלבים המובנים, אך עתה נדרש מצדו אמון רב יותר בי ובמסגרת שתאפשר "כניסה" לעולמו הפנימי, תוך ויתור על השליטה. יוני אמר שהוא מופתע שאני מעלה בשלב זה את נושא האמון לדיון, לנוכח הביטחון שהוא רוכש לי ולטיפול, מה גם שאין לו בעיה ליצור ולתת אמון באנשים. הוא החל למנות את מספר האנשים שעמם הוא מצוי בקשרי אמון ותוך כדי כך החלו לרדת לו דמעות. הוא אמר ביוזמתו שלא ברור לו למה הוא בוכה. אני עצמי הרגשתי שמדובר ברגע מכונן בטיפול. נוצרה שתיקה שסימלה להערכתי "התארגנות משותפת", בלתי מודעת, שמשמעותה העמקה והתקרבות. לאחר זמן מה הוא אמר שייתכן שהדמעות זלגו כיוון שלאורך השנים הוא חש שהוא נשפט על ידי הסביבה ובמיוחד על ידי אביו הדרשני והקר. בעקבות דברים אלו הרגשתי ש"התקווה לתיקון" בעזרת מסגרת הטיפול ובעזרת "אחר מיטיב", נותנת את ביטויה. יוני חש ביטחון לשתף ולחשוף את תחושותיו כלפי אביו במחיצת מטפל (גבר) כמוני, שביחסי העברה סימל מבחינתו פוטנציאל לפגיעה והשפלה. עובדה זו סימלה את התפתחות האמון והתבססות הברית הטיפולית והשימוש שיוני עשה ב"מרחב הפוטנציאלי" שנוצר בטיפול. יוני המשיך וסיפר כי אביו נתפס על ידו כפוגעני והרסני וכמי שלאורך השנים לא קיבל אותו כמו שהוא. ולמרות זאת יוני חיפש הכרה והערכה מצד אביו. עם השנים, ובמיוחד בשנים האחרונות, יוני חש כעס גובר ורצון וצורך להתרחק ממנו. הוא ציין שהאם הייתה חמה ותומכת, אך היא לא הייתה מסוגלת להגן עליו

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

מפני הביקורת והריחוק הרגשי של האב. באווירה רגשית זו התגייס יוני לצבא. דרך הטיפול הוא הבין שהצבא היווה ניסיון להוכיח שהוא מסוגל להגיע להישגים וכי הוא "שווה" משהו. הוא ניסה להביא לידי ביטוי חלקים מ"העצמי" שלו שנשארו חבויים לאורך השנים, ולא מצאו מקום במערכות היחסים שסבבו אותו. הוא התקבל ל"סיירת" – יחידה מובחרת שסימלה שהוא "שווה" משהו. ביחידה הוא סיים בהצלחה מסלול אימונים, אף שתהליך הקליטה ביחידה לא היה פשוט. הוא חש שהוא פחות מחוסן מחבריו, ובמילות התקווה: הוא הרגיש פחות מצויד בתקווה. למרות זאת, הוא ביסס קשרים בין-אישיים משמעותיים ויחסי שיתוף וחברות – "כאלה שלא הכרתי בעבר". חוסר ההערכה שהוא חש מצד האב, נתן את אותותיו בחוסר הביטחון שהוא חש במגעיו עם חבריו. עם זאת, ככל שיוני התקדם בשלבי המסלול המפרך וככל שהקשר עם חבריו העמיק, "נוכחותו של האב פחתה". האירוע הטראומתי הפגיש את יוני שוב עם צלו של האב. תחושתו הסובייקטיבית שהוא פחד ולא תפקד כראוי הגבירו את תחושת הבושה, שנקשרה גם לאב. תחושה זו "התחדדה בטיפול" בזכרו את דרישתו של האב "להבין" מדוע הוא לא התגייס לתרום למאמץ המלחמתי במלחמת לבנון השנייה, שפרצה כשנתיים לאחר האירוע בעזה. בנקודה זו תחושות הבושה, האשמה וההשפלה שחוה אז, נחו ב"מרחב הפוטנציאלי" שנוצר בינינו, כרובד בתהליך האמון שהלך והעמיק בשלב זה ביני ובינו. חשתי את הכעס הגואה בי כלפי אביו של יוני. הבנתי בדיעבד שיוני הפקיד אצלי חלקים כואבים אלה שעוררו בי תחושה זו. כך הפך הכאב למשותף והיווה "גשר" לפרשנות שהצעתי. הפרשנות אפשרה את חשיפת הקונפליקט הבא: "...מצד אחד קיים בך רצון וצורך להתגבר על הבושה, החרדה והפחדים, ומצד שני ישנו הרצון להיכנע להם ולחיות בחסות זהותם של התסמינים והטראומה, כביטוי לתהליך לא מודע של הענשת אביך...". הקונפליקט ביטא את כעסו כלפי האב ולצדו התובנה כי חזרה לתפקוד היא בבחינת "פרס" לאביו הדרשני וחסר הרגישות. הקונפליקט נגע באירועים ותוויות שיוני חווה במהלך חייו, שהועצמו בעקבות אירוע הקרב. נראה שהתממשות התקווה הלא מודעת לאחזקה, הכרה וקבלה מצדי כ"משמר" התקווה, הובילה

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

ליכולת לעבד את הקונפליקט עד כדי שיפור בתחושתו ובתפקודו. אלה לוו בתחושת שותפות הדדית ומחויבות לברית הטיפולית. אך... לפגישה שלאחר מכן יוני לא הגיע. עד אז הוא לא החמיץ אף פגישה. ניסיתי להשיג אותו בטלפון במשך ה"שעה", אך הוא לא ענה. השארתי לו הודעה. כשחזר אלי בטלפון, סיפר שצצו אילוצים בלימודים ובעבודה, ולכן לא הגיע. הפגישה שלאחר מכן נפתחה בשתיקה ובהצהרה של יוני שאין לו כל כך מה להגיד. הוא ביקש שאעזור לו. כשהעליתי את האפשרות כי הבקשה "לעזור" חוברת להיעדרות הלא אופיינית מהפגישה הקודמת המבטאת "התרחשות נפשית כל שהיא", הוא אמר ש"משהו לא ברור" קורה לו. הוא הוסיף שבתום פגישתנו האחרונה הוא הרגיש מועקה, עצב, חרדה, תסכול וחסר אונים, למרות ההרגשה הכללית שהטיפול מיטיב עמו. בהמשך הוא קישר בין הרגשות השליליים שהתעוררו בו והתבטאו בכעס כלפיי, ובין התהליך רב העוצמה, כהגדרתו, שמתרחש בטיפול. הוא ציין ש"ההבנות" שנרכשו עוררו בו תחושת חוסר אונים ותסכול, כיוון שלא ידע מה לעשות עם הכעס המודע עתה כלפי האב ועם האשמה שהתעוררה בשל העובדה שדמותו "נשפטה" ו"נותחה" שלא בנוכחותו. בנוסף הוא תיאר חוויה של "אבדן התמימות" כי הבין שדמויות "שאמורות להגן", עלולות לפגוע. בתגובה לכך אמרתי: "בדומה לי!". הוא הנהן על כך בחיוב ושתיק. לאחר זמן קצר הוסיף שלדעתו תחושה זו קשורה גם לתפיסתו את המערכת הצבאית ומאפייניה, שכן בסיירת חינכו אותם שהם הטובים ביותר ולהם לא יקרה דבר, אמירה ש"התנפצה בפניו" עם נפילתו של חברו בקרב. הוא הדגיש שמעטה ההגנה שנבנה בצבא, היה שקרי כפי שבכית נוצרה תחושת הגנה שקרית. אמרתי לו שדבריו באשר למערכת הצבאית מחזקים את מה שעלה לפני כן ביחס אלי, כיוון שאני שייך למערכת הצבאית. לאחר שתיקה אמר יוני: "לא חשבת על האפשרות הזו, אבל ברור לי שאני חושש כיוון שקורים פה דברים משמעותיים שאני לא קולט עד הסוף ואינני יודע איך להתמודד אתם". אמרתי בתגובה שכל שינוי הוא מפחיד, אבל הוא יוצר את ההזדמנות לתקווה חדשה. תהליך זה מבטא את אחת הסתירות המרכיבות את ה"דיאלקטיקה של תופעת התקווה", ולפיה תופעת התקווה מחזקת את הפרט מצד אחד,

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

בעזרת אחר המתפקד כ"מחזיק התקווה" ומאפשר רכישת תובנות, ומצד שני היא מתלישה את הפרט, כיוון שהפרשנויות מערערות סדרי עולם ("מצב טרום מאוזן"). לאחר מכן דיבר יוני על האופן שבו הטראומה שינתה את חייו. הוא תיאר כיצד הפך מאדם אמיץ, בטוח בעצמו וחיוני לאדם מפחד והימנעותי, לרבות הימנעות ממגע חברתי. הוא ציין עוד בהקשר זה שמאז האירוע לא יצר קשר זוגי (לפני האירוע היו לו מספר מערכות יחסים משמעותיות עם בנות המין השני). במהלך הטיפול עלתה האפשרות שהקושי ליצור ולבסס קשר זוגי נבע בעיקר מן הפגיעה בתחושת ערך העצמי והביטחון העצמי. דבר זה קושר לתחושת הבושה ובמיוחד האשמה שממנה סבל מאז האירוע. בהקשר זה עלה עוד שיוני חש שהוא אינו ראוי ליהנות ממערכת יחסים זוגית. היה לכך ביטוי בקשר רומנטי שיוני יצר במהלך הטיפול. הבחורה שהכיר מצאה חן בעיניו, אך בכל פגישה אתה היה לחוץ בשל הסוד שהוא נושא אתו (הפחד המשותק שחש באירוע והעובדה שבשל כך לא התגייס למלחמת לבנון השנייה), סוד שלתחושתו יתגלה במוקדם או במאוחר. לכן הוא ביטל פגישות עמה בטענה שהוא עסוק בלימודיו. מאחר שהוא חש אשמה על כך שהוא מתחמק ממנה, אף שהיה לו עניין בקשר, הוא החל להימנע גם משיחות טלפון אתה. כשהדברים עלו בטיפול, יוני הבין שהוא מתחמק מהבחורה "כדי להקדים תרופה למכה", כי הרי "סודו" יתגלה והבחורה תעזוב אותו. בעקבות עיבוד הדברים בטיפול החליט יוני לשוחח עם הבחורה ובעקבות זאת התייצב הקשר. כשהקשר העמיק, הוא שיתף אותה גם בפרטי האירוע. הקשר התפתח ונמשך גם לאחר שהטיפול הסתיים. יוני הבין אם כן בעזרת הטיפול, שהצטמצמותו החברתית נוגעת במעגלים רחבים ואף רכש תובנות כיצד הטראומה משפיעה על התנהגותו (הבלתי מודעת). עיבוד האשמה, דרך נגיעה בעולם הערכים הרגשי שלו והבנת ההשלכות של התנהגותו הבלתי מודעת על מעגלי חייו, הובילו להבנת עמוקה יותר של משמעות האירוע שחוהה. בעקבות זאת נחלשו תסמיני האשמה והבושה וחל שיפור בתפקודו שבא לידי ביטוי בביסוס הקשר הזוגי. לאחר זמן הוא נקט יוזמה והזמין את חבריו ליחידה לביתו. הודות לכך הוא הבין שחבריו אינם שופטים אותו כפחדן ומוג לב על רקע תפקודו באירוע

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

והפחד המשותק שמנע ממנו לקחת חלק במלחמת לבנון השנייה. יתרה מכך, המפגש עם חבריו קלח ושטף ובאמצעותו הוא למד שהם מעריכים מאוד את כנותו ונכונותו לעזור. בפעם הראשונה מזה זמן רב הרגיש יוני כמו בתחילת שירותו הצבאי: בטוח, זקוף קומה ובעל שאיפות להצלחה. הטיפול הסתיים לאחר שנה לאחר שלושה מפגשי פרידה וסיכום מובנים (שלב חמישי).

## סיכום

הטראומה הכרונית המורכבת נחשבת קשה לטיפול ולכן ישנם כל העת ניסיונות להציע ולהבנות טכניקות ושיטות טיפול שיענו על צורכי המטופלים ויכללו התייחסות לכלל מאפייני הטראומה. להבדיל משיטת "התמקדות יתר" (Kudler, 2011), שלבי הטיפול לפי מודל "תופעת התקווה" מציעים מענה אפשרי לצרכים אלה. עם זאת, כל שיטה וטכניקה בעידן הנוכחי מחייבת הוכחות מחקריות בדבר יעילותה. לכן יש לבחון את יעילותו של המודל בחקירה נוספת נרחבת ושיטתית.

## רשימת מקורות

אוגדן, ת' (1989 [2001]). **הקצה הפרימיטיבי של החוויה**. תרגום: א' ברגשטיין וח' אהרוני. תל-אביב: עם עובד.

ברום, ד', קלבר, ר', וון דן באוט, י' (1989). אובדן וטראומה: הדומה והשונה. בתוך: ר' מלקינסון, ר' רובין, א' ויצטום (עורכים): **אובדן ושכול בהברה הישראלית (עמודים 39-50)**. ירושלים: כנה, משרד הביטחון, ההוצאה לאור.

הרמן, ג' (1992 [1995]). **טראומה והחלמה**. תרגום: עתליה זילבר. תל אביב: עם עובד, ספריית אופקים.

וניקוט, ו"ד (1960 [2009]). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב** (עמודים: 202-213). תרגום: אסנת אראל. תל אביב: הוצאת עם עובד.

לוי, א' (2008). "טיפול באמצעות 'תופעת התקווה' בתגובת דחק פוסט טראומתית", *שיחות, כ"ב* (3), 233-243.

לוי, א', סויה, ר', ליכטנשטיין, ר' (2011). "הדיאלקטיקה של תופעת התקווה: תפישות של נפגעי פוסט טראומה". *מגמות מח* (1), 162-185.

לוי, א' (2011). "תפקידה של תופעת התקווה בטיפול קבוצתי ארוך טווח בנפגעי פוסט טראומה כרונית". *שיחות, כ"ו* (1), 55-63.

לוי, א' (2012). תפקיד התקווה בטיפול דינמי עם נפגע פוסט טראומה כרונית ומורכבת. "מארג": *כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה*, ג', 91-112.

לוי, א', לובין, ג', פארן, י', שובל, י', פרוכטר, א' (2012). מועילות הטיפול הקוגניטיבי-

התנהגותי, דינמי, קבוצתי ותרופתי בנפגעי פוסט טראומה כרונית שטופלו ביחידה לתגובות קרב:

ממצאים המבוססים על התרשמויות המטפלים. *הרפואה העבאית*, 9 (1), 5-11.

לוי, ע' (1999). מניירות הפיזיים לתסמונת הפיזיו. היבטים אבחנתיים, טיפוליים קונצפטואליים.

*רפואה ומשפט*, 21, 81-88.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

מרום, צ', גלבווע-שכטמן א', מור, נ', מאירס, י' (2011). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים. תל

אביב: דיונון מבית פרובוק בע"מ

פלורסהיים, ד' (2008). "לקטוף פרחים מקצה ההתקיימות" הווית התקווה בפסיכותרפיה

– חוויה אסתטית מחוללת תמורה. שיחות, כ"ג (1), 36-49.

קייסמנט, פ' (1990 [1995]). להוסיף וללמוד מן המטופל (פרק 7 עמודים 121-134). תרגום: יעל

פינסטרבוש. תל אביב: דביר.

ראקר, ה' (1982 [2010]). העברה והעברה נגדית. תל-אביב: הוצאת תולעת ספרים.

שלו, א' (1994). גישה רב ממדית לתסמונת הפוסט-טראומטית. חלק א: תאוריה ומחקר. שיחות, ח(2),

104-85.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.

Bergin, L. & S. Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.

Bleiberg, K.L., Markowitz, J.C. (2005). A pilot of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 181-183.

Boris, H. (1976). On hope: Its nature and psychotherapy. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 139-150.

Ehlers, A., & Clark. M. D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

Frank, J. (1968). Hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5, 383-395.

Levi, O., Liechtentritt, R., Savaya, R. (2012). A Qualitative Analysis of PTSD Patients' Experience of Hope. *Qualitative Health Research* 22(12), 1672-1684.. DOI: 10.1177/1049732312458184.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית



- Levi, O. (2013). Hope, Hardiness, and Trauma: Clinical and Research Development of the Concept of Hope after the Second World War and its Use in the Psychotherapeutic Treatment of Chronic and Complex PTSD. In: G. M. Katsaros (Ed.) *Psychology of hope* (1-49) New-York: Nova Science Publishers.
- Menninger, K. (1959). Hope. *The American Journal of Psychiatry*, 116, 481-491.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis* (Chapter 8, pp. 202-231). New York: Basic Books.
- Kudler, H. (2011). Psychodynamic Psychotherapy. In B.A. Moore, W.E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel* (pp. 107-124). New York London: The Guildford Press.
- Kudler, S. H., Krupnick, L. J., Blank, S. A., Herman, L. J., & Horowitz, J. M. (2009). Psychodynamic therapy for adults. In B. E. Foa, M. T. Keane, M. T. Friedman, & A. J. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. New-York & London: The Guilford Press.
- Schottenbauer, A. M., Glass, R. C., Arnkoff, B. D., & Gray, H. S. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and Trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatric* 71(1), 13-34.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.
- Wigren, J. (1999). As hardly killed, as easily wounded. *Contemporary Psychoanalysis*, 35, 253-269

Winston A. & Winston B. (2002). *Handbook of Integrated Short-Term*

*Psychotherapy*. (pp. 11-22). Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.