

הקונפליקט בין Being ל- Doing בטיפול בטרומה

עבודת סמינריון אשר הוגשה לפרופ' סולומון זהבה במסגרת הקורס:
פוסט טראומה - דילמות ואתגרים

ראשי פרקים

1. מבוא
2. המשגה – Being, Doing, המרחב הטיפולי
3. דילמות בטיפול בנפגעי טראומה – האם לטפל ומתי?
4. אתגרים בטיפול בנפגעי טראומה – אי פניה לטיפול, התנגדות לטיפול, יחסי מטפל-מטופל, סימפטומים סומאטיים.
5. האם דיבור על טראומה מסייע? – טראומת השואה כמקרה ללמידה
6. אפקטיביות טיפול ממוקד Being בנפגעי טראומה.
7. הצורך בטיפול ממוקד Doing לנפגעי טראומה.
8. שיטות טיפול ממוקדות עשייה.
9. סיכום

1. מבוא:

Being (היות/הווייה) ו- Doing (עשייה) הנם מושגים מעולם הפסיכואנליזה, המקושרים לעבודתו התיאורטית של וויניקוט ומבחינים בין עיסוק בהווייה ובפנימיות האדם לבין עיסוק בהיבטים הקשורים בעשייה, פעולה וחיצוניות.

ההנחה העומדת בבסיס עבודה זו הנה כי פסיכותרפיה על כל גווניה מכוונת לעיסוק בשינוי דפוסיים פנימיים ואישיותיים באמצעות הגברת המודעות העצמית, ובטיפול בקונפליקטים רגשיים תוך-נפשיים. בהיותה כזו, הרי שניתן להגדיר את הפסיכותרפיה כטיפול ממוקד Being: הן המטפל והן המטופל מתבקשים לשהות יחד במרחב ה"הווייה", עולם הרגש והחווייה. מרחב ה"עשייה", לעומת זאת, זוכה פעמים רבות ליחס שלילי בספרות הפסיכואנליטית, עקב תפיסתו כמרחב של "ברירה" מרגש ומהתמודדות נפשית.

עבודה זו תכלול המשגה של המונחים Being ו- Doing כפי שהגדירים וויניקוט וכפי שמתייחסים אליהם תיאורטיקנים נוספים. על רקע זה, העבודה הנוכחית תתמקד בדילמות הנוגעות לטיפול בטרואמה תוך התמקדות בהיבטים של Being ו- Doing בטיפול, בשאלת עיתוי הטיפול הנכון בטרואמה, ובקשיים והאתגרים הייחודיים לטיפול בטרואמה.

בין הדילמות שיוצגו, תבחן מידת ההתאמה של טיפול נפשי פסיכותרפויטי ממוקד Being לטיפול בטרואמה. כנגד, יוצגו יתרונות הקיימים בטיפול ממוקד Doing, תוך בחינה של מענים טיפוליים אלטרנטיביים ממוקדי עשייה עבור נפגעי טראומה. בין היתר יבחנו שיטות המתמקדות בעזרה לאחר, פעילות ספורטיבית ויציאה אל הטבע.

לסיכום, תוצג המסקנה המתבקשת כי אין די באחד מאופני ההווייה- ל-Being אין משמעות ללא יישום במציאות, וה- Doing עלול להיות ריק וחסר תכלית ללא החיבור הרגשי לעשייה.

"יש כאן, אפוא, שני מקומות: הפנים והחוץ של האדם. אך, האמנם זה הכל?... אם נתבונן בחיינו, נגלה מן הסתם שאנו מבליים את רוב זמננו לא בהתנהגות ולא בהתבוננות פנימית, אלא במקום אחר... מהו, אם כן, מקום זה?"

וויניקוט (1971)

2. המשגה – Doing, Being והמרחב הטיפולי

וויניקוט (1996) מתאר שני מצבי הוויה שונים של האדם: להיות (Being) ולעשות (Doing).

Being - להיות, היות, מצב של הוויה. תחושה זו מזוהה עם **האלמנט הנשי**, ומאפשרת המשכיות ובסיס להכלה ויצירת קשר עם העולם.

"ברגעים השקטים של ההוויה אין קו מפריד בין פנים וחץ...אין כל צורך ביצירת אינטגרציה. היכולת לשמר דבר זה היא בעלת ערך רב: חסר לנו משהו בלי זה. יש לכך קשר עם להיות רגוע, שלו, שקט, נינוח. זוהי הרגשת אחדות עם אנשים ודברים..." (1966, Winnicott).

עפ"י בנאי (2011), ההוויה הנה מצב רצוי של ביטחון קיומי, קיום לא הגנתי, אותנטי.

בהתייחסות לטיפול, ה-Being מתאר מצב של הכלת רגשות קשים, סובלנות למצבים מערערים, יכולת התבוננות ועיכוב תגובה, מתן אפשרות לתהליך הנפשי לעשות את שלו, התמסרות לאסוציאציות חופשיות, וויתור על התנגדות, זיהוי העולם כמות שהוא – ללא בריחה, עיוות או הכחשה.

Being שייך לעצמי האמיתי, ועומד בבסיס היכולת להירגע וליהנות. רק מתוך הוויה זו, יכולה להתפתח היכולת ליצירתיות ומשחק, שמובילות ל-Doing (Abram's, 1996).

וויניקוט, אשר דן בתיאוריה של יחסי אם-תינוק, בעיקר בשלבי הינקות, מצביע על העובדה שההתפתחות הנפשית של התינוק תלויה הן בעשייה והן בחוויית ההוויה. העשייה מתקיימת ע"י החזקה הפיזית של האם את התינוק והחווייה מתקיימת באמצעות אהבת האם (בוגט 2011, וויניקוט, 1960).

עם תחילת הנפרדות מן האובייקט, מתחיל הצורך של התינוק לסיפוק דחפים, המתבטא בצורך "לעשות", המזוהה עם **האלמנט הגברי**.

בוגט (2011) מתייחס לשני סוגי עשייה – העשייה **המחזיקה** של וויניקוט, זו שבונה ויוצרת את המיכל ההכרחי להתפתחות, את הגבולות נותני הביטחון ואת המרחב הטיפולי. העשייה השנייה היא זו ה**תפקודית**, היומיומית. בקרב מטפלים העשייה נתפסת לא פעם כאלטרנטיבה להוויה, ובה פעולה פנימית או חיצונית נעשית מתוך מניעים הגנתיים. לפי תפיסה זו העשייה מביאה לצמצום העולם הנפשי, הופכת את המנטאלי לקונקרטי, מתיקה בעיה ממקום למקום, ובמובנים מסוימים חוסמת תהליכי גדילה. ה"עושה" מסופק מרווח ופורקן מידיים במחיר של הזנחת האמת הפנימית והגדילה המנטאלית (בנאי, 2011).

עפ"י Seligman (1990), העשייה מקושרת לביצוע פעולות פרודוקטיביות, במטרה להשיג אושר והצלחה. אך, לרוע המזל, לרוב עשייה בלבד מתבררת כריקה, בת-חלוף, סינתטית. בסופו של דבר תחושות אלו מובילות לתסכול וכמיהה לדבר מה משמעותי יותר, בעל-ערך, אמיתי. לטענתו, מה שאנו לא יודעים הוא שהאובייקט של כמיהה מסוג זה נמצא לגמרי ב"עולם אחר". כשחוסר-הנוחות נעשית כואבת מספיק בכדי שהאדם ירצה לעשות משהו בנוגע לכך, הוא מתחיל לחפש אחר דרכים

להפסיק "לעשות" כ"כ הרבה ולחצות את הגשר לכיוון ההווה של "להיות". ככל שהאדם נעשה יותר מודע לכך, כך הוא מתחיל להתנסות יותר באהבה, אומץ ותבונה המובילים ל"אושר אותנטי".

בין שני המרחבים המתוארים לעיל ניצבת השאלה – **היכן מתקיים התהליך הטיפולי? מהי משימתו של המטפל ובאיזה מרחב עליו לשהות בכדי לסייע למטופל?**

הספקטרום האינסופי הנפרש בין תופעות המעבר הינקותיות דרך המשחק ועד לחוויית התרבות, מכיל, לדעת וויניקוט, את הצורות היסודיות של להיות (Being). בין שני הקצוות של ה"חוץ" וה"פנים", ההתנהגות וההתבוננות הפנימית, נמצא **האזור השלישי**, שהוא "מרחב הביניים" או "המרחב הפוטנציאלי". במרחב הביניים מתאפשרים יצירתיות ומשחק. אצל התינוק, מרחב הביניים נוצר הודות לנוכחותה של אם טובה דיה, אשר מעניקה לתינוק ביטחון לצד חופש ומרחב. אם המשגיחה ונוכחת בהווה אך בו זמנית מאפשרת לתינוק להתנסות ולגבש את עולמו. וויניקוט (1971) מדגיש כי אפשר **להאכיל תינוק בלי אהבה, אבל אי-אהבה או טיפול לא-אישי אין ביכולתם ליצור ילד-אדם אוטונומי חדש**. מרחב הביניים שבין ה-Doing וה-Being מוצע ע"י וויניקוט לפסיכואנליזה, והוא שמוביל לקידום שאלות בנוגע למשמעות האני והחיים (קולקה, 1996). במילים אחרות, אם אין בתוך ההחזקה הפיזית של ה- setting הטיפולי גם התכוונות, אמונה, ואפילו אהבה – לא יכולה להתקיים עשייה טיפולית מיטיבה (בוגט, 2011).

עפ"י קייסמנט (2006), היכולת ליצור את המרחב הטיפולי היא תנאי הכרחי לא רק לקשר הטיפולי, אלא לכל קשר טוב. לכן יש חשיבות רבה לכך שהמטפל יהיה ב-Being, ועליו לפתח איכויות של חמלה, הקשבה, נוכחות ללא מילים, אהבה, אמפטיה, חיבור לתודעה רחבה יותר ותודעה מתבוננת (Mindfulness). מטרתו העיקרית של המטפל, לאחר שאפשר יצירת מרחב שכזה, היא לספק למטופל כמה שיותר רגעים של Being והתבוננות פנימית על מהותו, תוך יצירת מרחב ליצירתיות, דמיון והתפתחות.

בטיפול במשחק (play therapy) עם ילדים ומתבגרים השהות במרחב הפוטנציאלי של המטפל והמטופל והשילוב בין העשייה להוויה לכאורה ברורים. בטיפול אנאליטי-ורבאלי לעומת זאת, קיומו של מרחב שכזה אינה מובנת מאליה. העשייה מתבטאת ב- setting הטיפולי, כאשר המטופל מתבקש לעסוק בשאלות של Being, והמטפל שואף לייצר מרחב ביניים בו קיימים שני העולמות.

אם כך, התינוק, האדם הבוגר, המטפל והמטופל חיים בתוך שלושה מרחבים שונים – מרחב ההווה, מרחב העשייה ומרחב הביניים שהוא המרחב הפוטנציאלי. התהליך הטיפולי, אשר עוסק בפנימיותו של האדם, ממוקד ב- Being ומתקיים במרחב הפוטנציאלי.

בנוגע לנפגעי טראומה עולה השאלה באיזה מרחבים אלו מתקיים הטיפול והיכן ראוי שיתקיים.

3. דילמות בטיפול בנפגעי טראומה – האם לטפל ומתי?

נטייתנו הטבעית כמטפלים במקרה של אירוע טראומטי היא לטפל באופן מיידי בניצולים. במרוצת השנים, עוד במלחמת העולם הראשונה, התפתחו שיטות לטיפול בנפגעי טראומה, המקיימות עקרונות של קמ"צ (קרבה, מיידיות, ציפייה) ואלפי נפגעי טראומה טופלו בשיטות רבות ומגוונות. עם זאת, נראה כי רק בשנים האחרונות החל המחקר להעמיק בשאלה לגבי יעילות הטיפול, ולהעלות את האפשרות שטיפול לא נכון בזמן הלא נכון – לא רק שאינו מסייע אלא עלול להחריף את מצבו של נפגע הטראומה ואת סיכויי החלמתו.

קיימות שתי גישות מרכזיות המתייחסות לסוגיה האם ומתי לטפל בנפגעי טראומה: הגישה הסלוטוגנית והגישה המדגישה את קיומו של חלון הזדמנויות לטיפול.

1. הגישה המדגישה את קיומו של **חלון הזדמנויות לטיפול** מציעה כי התערבות במהלך "חלון הזמנים" תמנע התפתחות של הפרעה כרונית (Shalev,2009). ריפוי הפרעה כרונית הוא בעל סיכויי הצלחה נמוכים יותר מאשר התערבות בשלבים המוקדמים. לכן, אי התערבות בשלבים המוקדמים השלכותיה הפרעה כרונית, שמסבה סבל רב, היא בעלת סיכויי החלמה נמוכים, ודורשת טיפול יקר וממושך (Shalev,2009,Ehlers & Clark,2003). Shalev (2009) מצייין כי הטיפול בהפרעה האקוטית שונה מהטיפול בהפרעה הכרונית, כאשר מההפרעה האקוטית מרבית המטופלים מחלימים, בעוד בהפרעה הכרונית אפקטיביות הטיפול נמוכה יותר, ומעטים מגיעים למצב של רמיסיה יציבה.

הבסיס התיאורטי לטיפול בטראומה מגיע מעולם תאורית האבל והטיפול בו. פרויד ופסיכואנליטיקאים נוספים מדגישים כי בכל הקשור לאבל ישנה חשיבות מכרעת של עיבוד חווית האובדן, הזיכרון הטראומטי, והרגשות השליליים (Bonano,2004). תיאורטיקנים רבים מתייחסים לאי-תגובתיות לאחר אובדן וטראומה כמצב נדיר ופתולוגי. Bowlby (1980), מצייין כי היעדר תגובתיות לאבל נובע מהכחשה והימנעות ויכול להיות הרסני לטווח הארוך. לכן, יש לסייע למטופל להשתחרר ממנגנוני ההדחקה ולעבד את האובדן.

המחקר בתחום טיפול בטראומה החל בשנות ה-80, כאשר ההפרעה הוכנסה ל-DSM (בעוד שהטיפול הממוקד החל כבר במלחה"ע הראשונה). פרסומה השני של האגודה הבינלאומית ללימודי הפרעת הטראומה (Foa et.al, 2000), מציג מחקרים רבים המוכיחים יעילותו של הטיפול בטראומה. עם זאת, הכותבים מציינים כי חסר מידע ומרבית השיטות אינן מבוססות מחקר (פסיכואנליזה, טיפול תרופתי, טיפול יצירתי). לטענתם, אין בכך בכדי להוכיח כי השיטות אינן אפקטיביות, אלא כי יש צורך בקידום המחקר בתחום.

מחקרים שהתמקדו בשיטות טיפול נוספות (EMDR, CBT) מעידים על הפחתה משמעותית בסימפטומים של PTSD (Ehlers et.al, 2010, Foa et.al,2000,Shalev,2009). מחקר שנעשה בישראל על נפגעי טראומה מעיד כי התערבות וטיפול בהפרעה במהלך החודש הראשון מובילים לתוצאות טובות יותר מאשר טיפול בשלב מאוחר יותר (Foa,Keane,Friedman & Cohen, 2000), וכי מטרתו העיקרית של טיפול בשלב ה-ASD הנה מניעת התפתחות של הפרעה כרונית.

מתוך נתונים על טיפול בפדויי שבי בישראל עולה כי כ-55% מדווחים על צורך בטיפול נפשי, כ-35% מקבלים טיפול נפשי כלשהו, ומתוכם כ-90% מדווחים שהטיפול עוזר להם (סולומון, 2010).

מחקרי אורך מעידים על כך שסימפטומים של PTSD מופיעים מיד לאחר האירוע הטראומטי. מחקר אפידמיולוגי העיד הצביע על כך שכ-40% מניצולי הטראומה שזוהו כסובלים מ-ASD סבלו מ-PTSD בבדיקה שנערכה 6 שנים לאחר מכן. 95% מאלו שהחלימו עשו זאת במהלך השנה הראשונה שלאחר האירוע (Shalev, 2009). הופעתם של סימפטומים מובהקים מיד לאחר האירוע הטראומטי יכולה להוות הזדמנות להתערבויות מונעות. על כן, על פי הגישה המדגישה את קיומו של חלום הזדמנויות לטיפול ישנה חשיבות רבה לאבחון תסמיני ה-ASD מיד לאחר האירוע הטראומטי, ובהתערבות טיפולית אשר תמנע הידרדרות ההפרעה ל-PTSD.

2. הגישה ה**סלוטוגנית** עוסקת בשני מושגים עיקריים הנבדלים זה מזה – החלמה מטרומה (Recovery), וחוסן לטרומה (Resilience). לגבי שני המושגים, מציין Bonano (2004), כי הם מתקיימים באוכלוסייה באחוזים גבוהים ביותר, ומעידים על היכולת להימנע מהתפתחות PTSD. יתרה מזאת, לאחרונה ישנה התייחסות נרחבת למושג הצמיחה הפוסט-טראומטית (PTG), ומחקרים רבים מעידים כי חלק מנפגעי הטראומה, לא זו בלבד שיכולים להחלים ממנה באופן ספונטני, אלא אף יכולים ל"הרויח" יתרונות פסיכולוגיים (סולומון ואחרים, 2012). למרות שתיאוריות וגישות טיפוליות רבות עוסקות בהוכחת חשיבות הטיפול בטרומה, הרי שמעטים המחקרים הבוחנים האם בכלל צריך לטפל ומתי.

אנשים נבדלים מאד זה מזה ברגישותם ל-PTSD, כאשר גורמים שונים אותרו כגורמי חוסן מפני PTSD, שביניהם יכולת קוגניטיבית, תמיכה חברתית ועוד. לעומתם, גורמים כדיסוציאציה במהלך האירוע הטראומטי, היסטוריה משפחתית של מחלות נפש ועוד מהווים גורמי סיכון להפרעה. אולם, מרבית ניצולי הטראומה מחלימים מתגובה ראשונית לטרומה באופן ספונטאני וללא עזרה מקצועית (McNally, Bryant & Ehlers, 2003). סילבר (2002) מציין כי ברוב מקרי הטראומה קיימת **החלמה ספונטאנית** לתגובה האקוטית, ולכן אין צורך בטיפול – אצל 90% מהאנשים החווים טראומה קיימת הסתגלות לאורך הזמן. מחקר על האוכלוסייה האמריקאית העלה כי כ-60%-50% מהאוכלוסייה עברו אירוע שעונה לקריטריון A של טראומה, אך רק 5% מהם פיתחו PTSD (Ozer et al, 2003). בעקבות אסון התאומים 9/11/2001, הגיעו לניו יורק כ-9000 מטפלים ויועצים בתחום האבל והמשבר. ההנחה היתה שרבים מתושבי העיר נמצאים בסיכון גבוה לפיתוח הפרעה פוסט טראומטית, אם לא יקבלו ייעוץ והתערבות במשבר מיד לאחר האירוע. בקרב המטפלים והממשל היתה ציפייה לחיפוש רב אחר עזרה פסיכולוגית אך בפועל מעטים הגיעו לבקש סיוע, והדרישה לשירותים פסיכולוגיים היתה נמוכה בהרבה מהצפוי (Kadet, 2002). סקירה של התערבות פסיכולוגית מוקדמת ל-PTSD מציעה שניצולים שאינם סובלים ממכלול הסימפטומים הדיאגנוסטיים של ההפרעה (full diagnostic criteria) מחלימים עם או ללא טיפול, ויתכן ואינם זקוקים לטיפול כלל. ניצולים עם מופע חלקי של PTSD התקדמו

באותה מידה עם או ללא טיפול בבדיקה שנעשתה חמישה ושמונה חודשים לאחר האירוע (Shalev,2009).

מחקרים לא מעטים מציגים תמונה "אופטימית"/סלוטוגנית לגבי התפתחות הפרעה פוסט טראומטית בקרב אוכלוסיות שונות, ומוכיחים כי מרבית הנפגעים מחלימים מהסימפטומים האקוטיים של ההפרעה במהלך שלושת החודשים שלאחר האירוע (McNally et.al, 2003). מחקר שהתקיים בקרב נפגעי אלימות העלה כי 71% מהנשים ו-50% מהגברים ענו על הקריטריונים של PTSD כ-19 הימים שלאחר התקיפה. ארבעה חודשים לאחר מכן, בבדיקה חוזרת, אחוז ה-PTSD ירד ל-21% בקרב הנשים ו-0% בקרב הגברים.

מחקר נוסף הראה כי בקרב נפגעות אונס 94% חוו הפרעה אקוטית במהלך השבועיים שלאחר התקיפה. 11 שבועות לאחר מכן, האחוזים ירדו ל-47% (Riggs, Rothbaum & Foa,1995). מחקרים רבים מעידים כי כמחצית מניצולי הטראומה שנותרים בעלי סימפטומים של PTSD שלושה חודשים לאחר האירוע, יחלימו במהלך השנים שלאחר מכן (McNally et.al, 2003).

עשורים של מחקר בתחום הניצול מיני בילדות יצרו תאור עשיר של הרסנותה של התופעה בחיי הילד. הפרעה פוסט טראומטית, הפרעת זהות דיסוציאטיבית, הפרעת אישיות גבולית, דיכאון, הפרעת חרדה, בעיות באינטימיות, שימוש בחומרים ממכרים, פגיעה-עצמית וניסיונות אבדנות, הם רק חלק מההשלכות השליליות העשויות להתפתח בעקבות חוויה טראומטית זו. על פי הגישה הסלטוגנית, נטיית הפסיכולוגיה להתמקד בהיבטים הפתולוגיים, לצד המדיה הפופולארית המציגה עמדה דומה, מובילה לאמונה שברגע שילד נחשף לניצול מיני הוא נדון להשפעות שליליות נצחיות. אמנם אין להתכחש לכאב האיום ולסבל שחווה הנפגע, אך יש מקום לשקול גם פרדיגמות אלטרנטיביות, שעד לאחרונה זכו לתשומת לב מועטה יחסית בספרות העוסקת בניצול מיני. שורדי הניצול המיני לא רק שיכולים לעבור דרך הכאב וההשלכות האישיות של החוויה, אלא עבור חלקם תהליך ההחלמה יכול להוות קטאליזטור לשינוי חיים חיובי (Vilenica & Sakespeare-Finch, 2005). שינוי זה זכה לכינוי צמיחה פוסט טראומטית (Tedeschi & Calhoun,1995).

על רקע גישה זו, יש המשערים כי עצם ההתערבות ללא צורך לאחר אירוע טראומטי הינה בעלת השפעה יטרוגנית ועלולה ליצור הפרעה ולחבל במהלך ההחלמה הטבעי. התערבות שלא לצורך אינה מאפשרת התפתחות חוסן אישי (סילבר, 2002). Bonano (2004) מציין כי התערבות טיפולית לאחר משבר של אובדן או טראומה פעמים רבות אינה אפקטיבית ולעיתים אף הרסנית. מחקרים עכשוויים בתחום הטיפול באבל מתקשים למצוא הוכחות ליעילותה של התערבות לאחר משבר, ואף להיפך – ישנם מחקרים המציעים שטיפול בשיטה זו עלול לפגוע בתהליך ההחלמה הטבעי של המטופל. מחקר נרחב הציג נתון מטריד בנוגע לטיפול באבל – מצבם של 38% מהמטופלים החמיר בעקבות טיפול, ביחס לאנשים שחוו אבל ולא טופלו כלל (Neimeyer, 2000, אצל Bonano, 2004). מחקרים נוספים דנים בהשפעתה של התערבות ה-psychological debriefing ומעלים את האפשרות שהתערבות זו מחריפה את הסימפטומים ומביאה להידרדרות במצבם של המטופלים (Bisson, Jenkins., Alexander & Bannister , 1997).

4. אתגרים בטיפול בנפגעי טראומה

פרט לסוגיה האם לטפל ובאילו שלבים של ההפרעה הטיפול אפקטיבי ביותר, ישנן דילמות רבות נוספות הנוגעות לטיפול בטרומה. טיפול בנפגעי טראומה מהווה משימה מורכבת, המציבה אתגרים רבים בפני המטפל והמטופל גם יחד. להלן פירוט של מוקדי הקושי בטיפול.

אי פניה לטיפול והתנגדות לטיפול – PTSD מאופיינת בתחושות בושה ואשמה קשות, בגינן נפגעי טראומה רבים מתקשים בפניה לבקשת עזרה. נפגעי טראומה רבים נמנעים מלבקש עזרה מכל סוג שהוא, לא כל שכן פסיכותרפיה (הרמן, 1994). Littleton ואחרים (2012) מעריכים כי -15% מכלל הנשים היו קורבנות אונס בגיל ההתבגרות או הבגרות. קרוב לשליש מהן מדווחות על סימפטומים של PTSD או דיכאון קליני וחרדה המקושרים לאירוע. עם זאת, מחקרים מעלים כי פחות מ-25% מנפגעות האונס חשפו את האירוע בפני איש מקצוע טיפולי. לעומת זאת רבות מהן עוסקות בחיפוש אחר פתרונות לעזרה עצמית, ופתרונות אלטרנטיביים אחרים.

מלחמה קיים יחס שלילי כלפי טיפול נפשי. הם מעלים כי מחקר נרחב בקרב נפגעי טראומה מלחמה מצביע על חוסר אמון במטפלים ועל תפיסה לפיה טיפול נפשי אינו יעיל, במקביל למבוכה וחשש שמא יתפסו כ"חלשים". בנוסף, חיילים לשעבר מבטאים פעמים רבות חוסר אמון בכל גוף ציבורי או מסגרת הקשורים לממשלה. מחקר של שליו (2009) העלה כי מתוך 1501 ניצולי טראומה שאובחנו טלפונית כסובלים מ-ASD, 49% דחו הצעה לפגוש מטפל, ו-27% מתוך אלו שנפגשו עם מטפלים ואובחנו כבעלי הפרעה אקוטית – התנגדו להתחלת טיפול.

העוסקים בטיפול בטרומה מדגישים את הקושי ביצירת יחסי אמון בין המטפל למטופל, יותר מבכל אוכלוסיה אחרת (Hayer et. al, 1996; הרמן, 1994). הרמן (1994) מציינת כי הטרומה פוגעת ביכולתו של המטופל ליצור יחסי אמון, ויש לה השפעה רבת עוצמה על התרפיסט. עקב כך, הן המטופל והן התרפיסט ייתקלו בקשיים צפויים בכינון ברית עבודה. אף על פי שהמטופל מרגיש צורך נואש לבטוח בתומתו ובכשירותו של המטפל, פעמים רבות אין הוא יכול לעשות זאת, כי יכולתו לרחוש אמון ניזוקה כחלק מהחוויה הטרומטית. המטופל מגיע אל היחסים התרפויטיים בלב מלא חשדות וספקות. בד"כ הוא מניח שהמטפל אינו מסוגל או אינו רוצה לעזור. המטופל עלול לחשוד במטפל שיש לו כוונות ניצול או מציצנות, והוא בודק בשבע עיניים כל מילה ומחווה של המטפל, בניסיון להתגונן מפני תגובות עוינות (הרמן, 1994).

Van der kolk (2002) מציין כי האמון של נפגעי טראומה רבים נופץ ע"י אחרים, והם מסתייגים מלשוב להיות פגיעים וחשופים מול אדם אחר, בעיקר כאשר העיסוק הוא בתכנים שמעוררים בהם תחושת פחד ובושה.

גם הקשר הקיים פעמים רבות בין טיפול לקבלת סיוע כלכלי מעורר מורכבות. עפ"י גלקופף ואחרים (in print) נפגעי טראומה צבאית רבים חוששים שהמידע שיחשפו בפני המטפל לא יישאר חסוי, בנוסף לפחד שכל שיפור במצבם עלול להוביל את הצבא להפחתת התמלוגים שהם מקבלים. כמו כן,

ישנם נפגעי טראומה צבאית המתנגדים לכל קשר עם הצבא עקב תחושת הבושה והאשמה, והסטיגמה השלילית המשויכת לשבויי מלחמה ולמי שהשתתף בזוועות המלחמה. סולומון (2010) מציינת כי בקרב פדויי שבי ישנו אחוז גבוה של 59.6% בדיווח על תחושת קושי במתן אמון בסיסי. ולכן גם בשיטות הטיפול הנפוצות ביותר – CBT,ET קיים **אחוז נשירה גבוה מטיפול**.

קושי באבחון – אי אפשר לטפל כראוי בתסמונת הטראומטית אם אין מאבחנים אותה. ההפרעה לובשת צורות ופנים מגוונים, ולכן האבחנה לא פשוטה כלל (הרמן, 1994). בהפרעה פוסט טראומטית מורכבת (CPTSD), שכיחים ייצוגים מוסווים (כגון כאבים גופניים, נדודי שינה), דבר שמסבך עוד יותר את תהליך האבחון. משימה זו מסתבכת עוד יותר כאשר מדובר במטופל שהיה נתון להתעללות ממושכת בילדות. לפעמים הוא אינו זוכר את ההיסטוריה הטראומטית שלו במלואה, או מכחיש את קיומה (הרמן, 1994). אם מדובר על קיומו של חלון הזדמנויות טיפולי, המתקיים בזמן ההפרעה האקוטית, או ה-ASD, הרי שקריטי לאבחן את ההפרעה בשלביה הראשונים. עם זאת, לא מדובר במשימה פשוטה. שלו (2009) מציין כי עד 80% מהמאובחנים כסובלים מ-ASD צפויים לפתח הפרעה כרונית. אך, מרבית אלו המפתחים PTSD אינם מציגים תמונה מלאה ניתנת לאבחון של ASD. לכן ASD לא יכול לשמש בכדי לאבחן באופן בלעדי צורך בטיפול. נפגעי טראומה רבים מאובחנים כחולי דיכאון, סכיזופרניה, מכורים לסמים, בעלי הפרעות התנהגות אנטי-סוציאליות או בעלי הפרעות אישיות שונות, ופעמים רבות מוקד הקושי, הלוא הוא הטראומה עצמה, נסתר מעיני המטפלים.

מורכבות היחסים הטיפולים - מטפלים בנפגעי טראומה נאלצים לעיתים קרובות להתמודד עם מורכבות אדירה ביחסיהם עם המטופל. לעיתים עליהם להתעמת עם רמות כעס גבוהות, במקביל להימנעות וקושי בוויסות הרגשי. מטופלים עם רמות גבוהות של טראומטיזציה דורשים מאמץ רב מהמטפל והמטופל גם יחד, בכדי להתגבר על המחסומים הנוצרים מתוך הפחד, חוסר התקווה, הסבל עקב חשיפת פרטי הטראומה והאובדן המלווה אותה (Figley, 1997). בנוסף, בקשר הטיפולי מתקיימים יחסי **העברה** קיצוניים, המעצימים עוד יותר את חוסר האיזון ת ביחסים והופכים את המטופלים נוחים לניצול. אחריותו של המטפל היא להשתמש בכוח שנמסר לידיו רק לשם קידום החלמתו של המטופל ולעמוד בכל פיתוי להשתמש בו לרעה. ההבטחה הזו, החיונית לקיומה של כל מערכת יחסים תרפויטית, היא בעלת חשיבות מיוחדת למטופלים שממילא סובלים מתוצאותיו של שימוש שרירותי ונצלני בכוח (הרמן, 1994). ההעברה עלולה להיות מפוררת ומקוטעת ונתונה לתנודות תכופות, שהן סימן ההיכר של התסמונת הטראומטית. נוסף על כך, מטופלים הסובלים מתסמונת טראומטית יוצרים **העברה טראומטית**. תגובותיהם הרגשיות על בעלי סמכות עוותו בחוויית האימה. לכן, יש להעברה הטראומטית צביון עז של חיים ומוות. הדבר נראה ככוח הרסני הפולש שוב ושוב אל היחסים בין התרפיסט למטופל. בכוח זה ניתן לראות את אלימותו של המתעלל, כאילו אדם שלישי נוכח בחדר הטיפולים - המתעלל אשר תבע שתיקה ועכשיו פקודתו מופרת. ההעברה הטראומטית משקפת גם את חוויית חוסר-הישע, והמטופל נוטה פעמים רבות לאידיאליזציה של המטפל, אשר נחוה כמושיע כל יכול. כאשר המטפל אינו עומד בציפיות האידיאליות – כפי שעתיד לקרות, מטבע הדברים – המטופל נתקף זעם. בחלק מהמקרים, הזעם כלפי התוקף אף מותק אל המטפל (הרמן, 1994). פעמים רבות המטפל יחוש **חשוף** מאד, היות ונפגע

הטראומה רגיש מאין כמוהו לתקשורת לא מודעת ולא מילולית. זמן רב הורגל לקרוא את מצבי הרגש וההכרה של מענהו, ואת היכולת הזו הוא מביא אל היחסים הטיפוליים. קרנברג (אצל הרמן, 1994) מדבר על היכולת "שלא מהעולם הזה" של המטופל לתהות על קנקנו של המטפל ולהגיב על נקודות התורפה שלו. בתהליכים של **הזדהות השלכתית** המטפל פעמים רבות מוצא עצמו נגרר אל דינאמיקה של שליטה וכניעה וחוזר בבלי דעת על צדדים מסוימים של יחסי ההתעללות. החוויה החוזרת של היחסים עם המתעלל בולטת יותר מכל **בהעברה המינית** שמופיעה לפעמים אצל נפגעי התעללות מינית ממושכת בילדות (הרמן, 1994). התהפוכות הרגשיות ביחסי ההחלמה חזקה עליהן שיהיו לא-צפויות ומבלבלות למטופל ולמטפל כאחד.

מטפלים מודעים לשבירותו של הקשר הטיפולי עם נפגעי טראומה. ההפרעות התכופות באמון, הרצון הבלתי צפוי לסיים את הטיפול, דילמות ההעברה האינטנסיביות בהן יחסי אהבה-שנאה קיצוניים, יוצרים לעיתים תחושה שטיפול בטראומה הנו משימה בלתי אפשרית (Van der kolk, 2002).

סימפטומים סומאטיים – PTSD כרוני מלווה פעמים רבות בסימפטומים סומאטיים אשר הטיפול הורבלי והפסיכואנליטי אינו בהכרח יעיל עבורם (in print, Gelkopf et.al). סולומון (2010) מציגה אחוזים גבוהים של סומאטיזציה בקרב פדויי שבי – 46.4% סובלים מכאב כרוני וסימפטומים פיזיולוגיים אחרים. ישנה עליה בתחלואה הסומאטית והפסיכוסומאטית. פדויי שבי סובלים בשיעור גבוה ומשמעותי מיתר לחץ דם, סוכרת, סרטן, שבץ מוחי, בעיות עור, ובעיות אחרות בכלי הדם. כמו כן, נמצאה הזדקנות ותמותה מוקדמת. שיעור התמותה בקרב פדויי שבי 35 שנה לאחר השבי כגבוה פי 4 משיעור התמותה בקרב חיילים שלא נפלו בשבי. ישנה פניה מוגברת לשירותי הרפואה וצריכת תרופות מרובה (סולומון, 2010). עקב בצורך לשיכוך המצוקה, נוטים רבים מהנפגעים לצרוך חומרים מזיקים כגון - סמים, אלכוהול וסיגריות.

טיפול פסיכותרפויטי מסורתי יכול לסייע למטופלים ללמוד לזהות כיצד תחושותיהם הפיזיולוגיות קשורות לעבר, ולדעת להבחין שאינן רלוונטיות להווה. כך, המטופלים יכולים להימנע מתגובה פיזיולוגית אוטומטית ל"תזכורת" הטראומטית, אך אין בכך בכדי להעלים את התחושות. אמנם התובנה הזו מעניקה לנפגעי הטראומה הבנה עמוקה לגבי הגורמים לכך שהם מרגישים כפי שהם מרגישים, אך תובנה זו אינה מסייעת בהבניה מחודשת של הזיכרון הטראומטי (Van der kolk, 2002).

5. האם דיבור על טראומה מסייע?

נוכח הקשיים והאתגרים הייחודיים העולים בטיפול בטראומה, עולה השאלה בנוגע לאפקטיביות הטיפול הפסיכואנליטי, המשלב דיבור ושהיה במרחב ה-Being. Van der kolk (2002) מציע כי ריפוי הטראומה לא יכול להתקיים באמצעות דיבור. כשנפגעי PTSD חווים מחדש את הטראומה הם מתקשים מאד לבטאה במילים. מחקרים נוירולוגיים מצביעים על עלייה בפעילות ההמיספרה הימנית הגורמת לחוסר יכולת ניתוח מילולי של החוויה במרחב ובזמן.

הניסיון המחקרי מראה כי הבקשה מהמטופל לתת ביטוי מילולי לטראומה בזמן שהוא חווה אותה מחדש (במהלך השחזור, למשל) יכולה להיות מאד קשה עבורו ולעיתים בלתי אפשרית. חוויה מחודשת של הטראומה כאשר המטופל אינו מעוגן במציאות באופן מוחלט לעיתים קרובות מותירה אותו במצב יותר טראומטי משהיה קודם לכן. שחזור הטראומה יכול להיות כה מכאיב, עד שמטופלים רבים בוחרים לא להיחשף למצבים בהם יתבקשו לעשות כן.

עפ"י Van der kolk (2002) אחד הקשיים בטיפול בנפגעי טראומה הוא היותם "חסרי מילים" (speechless). לעיתים קרובות נפגעי טראומה מתקשים לבטא באופן מילולי את המהות של חווייתם. הטראומה מתבטאת אצלם בתחושות ופרספציות שאין להן הקבלות וורבליות. למרות שמילים יכולות לספק תוקף, מסגרת, הסבר לתחושות ולרגשות, אין ביכולתם לנטרל אותן ולהעלימן. הטראומה אינה מוטבעת בהכרה המודעת, אלא מקובעת בחוויה הסנסורית-חושית של הנפגע. דיבור ותובנה יכולים לסייע בהענקת תחושת שליטה, אך אין ביכולתן למנוע את החוויה מחדש המתמשכת.

טראומת השואה כמקרה ללמידה על הנושא :

הדיבור על טראומת השואה היה סוג של "טאבו" בחברה הישראלית במשך שנים רבות. בהתאם, עולה השאלה כיצד תופעה זו השפיעה על ניצולי השואה ואפיוני ההפרעה הטראומטית אצלם. "קשר השתיקה" שהתקיים עד שנות ה-80' בהקשר של השואה גרם לאיחור בהופעת עדויות של ניצולי השואה ובקריאתם לקבלת סיוע. הניצולים עצמם לא רצו להחיות זיכרונות של הזוועות אותן עברו ואליהן היו עדים, ולא רצו להיות מתווייגים כ"שונים", כקורבנות או כדוברי שקר. במקביל, הסביבה לא רצתה לשמוע על הזוועות שעברו, או על הכישלון שלהם עצמם לעזור לקורבנות. מדינת ישראל ציפתה מהניצולים, כמו ממתיישבים חדשים אחרים, להיטמע ולהמשיך בחיים במהירות האפשרית (ארנטל, 2009).

הדעות לגבי אופי ועצמת השפעותיה ארוכות הטווח של השואה חלוקות. מאז שהחל השימוש באבחנה של PTSD ובמדדים סטנדרטיים, מדגמים קהילתיים של ניצולי שואה הראו רמות גבוהות של מצוקה רגשית וקשיים פסיכולוגיים. מצד שני, מחקרים שונים מצאו מעט מאד, אם בכלל, פגיעה פסיכולוגית ברמה כלשהי ואף להיפך- במקרים מסוימים נמצאו עדויות להסתגלות ולמשאבי התמודדות (Shmotkin, 2003). רוב הניצולים הצליחו לנהל חיים נורמאליים ופרודוקטיביים. עצם ההישרדות בזמן השואה הינה הישג של התגברות על מציאות לא נורמאלית, כמו גם ההצלחה להשתלב בחברה והיכולת לייצר משמעויות חדשות בחיים. באופן כללי, ניתן לראות עמידות של הניצולים.

הקשר בין אופן ומידת הדיבור על הטראומה ואופן ההתמודדות עמה הינו מורכב. לרוב חשיפה מתונה מקושרת עם שיפור הבריאות הנפשית. עם זאת, ישנם מחקרים המעידים כי הדיבור על האירוע עלול להיות בעל השפעה שלילית. Pennenbaker & Kline (אצל ארנטל, 2009), מציינים כי אם האירוע מתואר בפרוט יתר, ומתוך עמדה רגשית, תוך שימוש במילים שליליות ונרטיבים של טראומה, המטופל נמצא במעגל סגור של תלונות בלי להגיע לסגירת הסיפור ובניית נרטיב אחר. הקשר בין דיבור על טראומה למצב בריאותי וחברתי נבדק אף הוא במחקרים שונים. מחקרים רבים מעידים על קשר חיובי בין חשיפה מתונה לשיפור הבריאות לטווח הארוך. נמצא כי יש לדיבור על

הטראומה השפעה ישירה על מערכת החיסון, על התנהגויות מגבירות בריאות ועל שינויים חיוביים בקשרים חברתיים. עם זאת, Smyth (1998) מצא כי בקרב נשים התוצאות של חשיפת טראומה ע"י כתיבה היו נמוכות מאצל גברים. בנוסף, בקרב אנשים המרבים להשתמש בסגנון התמודדות הדחקתי, נמצא כי החשיפה אינה יעילה ואף מגבירה בעיות בריאותיות (ארנטל, 2009).

6. אפקטיביות של שיטות טיפול ממוקדות Being בנפגעי טראומה

קיימות גישות רבות לטיפול בטראומה (CBT,ET,EMDR,MDMA,SE,DBI,EMI), כאשר ריבוי השיטות מעיד על הקושי והאתגר שבטיפול בטראומה. לעומת זאת, קיים מיעוט בגישות מבוססות מחקר, ומחסור במידע מחקרי בעל מובהקות גבוהה לגבי יעילות הטיפול בטראומה.

ההשפעות הפסיכולוגיות של אירועים טראומטיים נלמדות מזה כ-100 שנה, ונעשו ניסיונות רבים להבנת השפעת הטיפול בהפרעה הטראומטית. עם זאת, עוד בשנות ה-80, עם הכנסת האבחנה ל-DSM, נערכו מחקרים מעטים בלבד אשר בחנו בצורה מהימנה את השיטות השונות. המחקרים הראשוניים לקו בבעיות מתודולוגיות ומהימנותם היתה חלקית בלבד. בשנת 1987 ציינו Fairbenk & Nickolson שלא נמצא כל מחקר מבוקר בתחום הטיפול בטראומה. בשנת 1992, מצאו סולומון ואחרים 6 מחקרים מבוקרים בלבד (אצל Sherman, 1998). עם זאת, בשני העשורים האחרונים חלה עליה ניכרת בכמות המחקרים ובאמינותם. Sherman (1998) מצאו כי בשני העשורים האחרונים התפרסמו לפחות 600 מאמרים ומחקרים העוסקים בטיפול ב-PTSD. אחוז קטן מהמחקרים כללו ניסוי רנדומאלי עם קבוצת ביקורת.

שיטות הטיפול הנפוצות אשר נמצאו כיעילות ביותר לטיפול בטראומה הן – EMDR, ETCBT, אך גם לגבי גישות אלו המחקר מעיד על הצלחה חלקית בלבד. ET (exposure therapy), ו-PE (prolonged exposure), למשל, מתמקדות בעיקר בטיפול בחרדה ובהימנעות (Foa, E. et.all, 2000). במחקרים רבים של טראומת מלחמה האפקט הטיפולי ב-ET אינו נרחב מספיק בכדי להשפיע על חסכים במיומנויות, יחסים בינאישיים, פתרון בעיות ושליטה בכעסים (Frueh, Turner, & Beidel, 1995).

Psychological Debriefing - מבחינה היסטורית, ההתערבות המיידית הפופולארית ביותר שמטרתה מניעת התפתחות PTSD הינה ה- psychological debriefing. ההתערבות ניתנת לפרטים וקבוצות ללא תלות בקיומם של סימפטומים. מחקרים סיסטמטיים נרחבים נכשלו בניסיונם לאשר את יעילותה של השיטה. יתרה על זו, ישנם שהעידו על תוצרים הפוכים לטווח הארוך.

מסיכום של 11 מחקרי ניסוי עולה כי פגישה אחת של התערבות אינה מפחיתה מצוקה ואינה יעילה למניעת PTSD. בנוסף, ישנם מחקרי אורך שמעידים על השפעה שלילית של ההתערבות – נפגעי טראומה אשר לא טופלו כלל היו במצוקה פחותה (9% PTSD) מאלה אשר עברו התערבות של debriefing (26% PTSD) (Ehlers & Clark, 2003).

CBT – טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מוערך כטיפול אפקטיבי ב-PTSD (Foa, E. et.all, 2000), וכיעיל בהפחתת סימפטומים. בעשור האחרון התקיימו מחקרים רבים על טיפולי CBT המבוססים על חשיפה ETCBT, והם מציגים ממצאים הטרוגניים, ולעיתים סותרים. עם זאת, זהו הטיפול המוכח מחקרית כאפקטיבי ביותר כיום (Shalev, 2009). חלק מהמחקרים מעידים על הצלחה במניעת התפתחות ה-ASD ל-PTSD באחוזים גבוהים של 10%-22% בלבד ביחס לקבוצות ביקורת בהן ההפרעה הופיעה בכ-70% (בקרב אלו שלא טופלו). הפחתה משמעותית בסימפטומים הוכחה במחקרים רבים. מחקרים אחרים לא הצליחו להוכיח יעילותו של הטיפול – בהשוואה לנפגעי טראומה שלא טופלו או טופלו בשיטות אחרות. לא נמצאו כל הבדלים ברמת הסימפטומים או במניעת הפרעה כרונית לאחר טיפול של 4-8 מפגשי ETCBT, ובטיפול CBT ללא חשיפה היעילות היתה אף פחותה מכך (Shalev, 2009). שלו (2009) מציע כי למרות הוויכוח הקיים בין המחקרים השונים, ETCBT נמצאה כיעילה בטיפול בטראומה בשלביה הראשונים שלאחר האירוע. לגבי CBT ללא חשיפה המידע עדיין לא ברור. כמו כן, יש לבחון את מסי המפגשים הטיפוליים הנדרשים, ולהיות מודעים לשונות הבינאישיות של המטופלים ביכולתם להיעזר בטיפול מסוג זה.

Van der kolk (2002) מציינ כי שיטות הטיפול הנ"ל הוכחו כיעילות כאשר מדובר במטופל המסוגל להתמיד בטיפול ומוכן לחוות מחדש את הטראומה ולתארה באופן מילולי, תוך ביטוי רגשות. כאשר הדבר נעשה בסביבה טיפולית בטוחה סביר שהמטופל יתגבר על ה-PTSD. עם זאת, סביר להניח שאחוז הנשירה הגבוה מטיפול זה נובע מכך שמטופלים חשים מגורים יתר על המידה מהחוויה החוזרת של הטראומה ללא הקלה מיידית. בזמן שחזור הטראומה נפגעי PTSD רבים חווים לחץ ומצוקה רגשית כ"כ גבוהים עד כדי כך שההיזכרות מרגישה כרה-טראומטיזציה. לכן, נפגעי טראומה רבים נמנעים מפסיכותרפיה. לטענתו אחד האתגרים העיקריים בטיפול בטראומה הוא למצוא את הדרך לסייע למטופלים לעבד וליצור אינטגרציה של החוויות הטראומטיות מבלי לגרום להם לטראומה חוזרת.

EMDR – אחת הוריאציות של CBT ממוקד טראומה הנה ה-EMDR (eye movement desensitization & reprocessing treatment). שיטה זו מבוססת על תזוזת עיניים בילטרלית (דו-צדדית) או כל גירוי בילטרלי אחר, אשר מסייע לנפגע הטראומה בעיבוד התחושות והרגשות הטראומטיות (Van der kolk, 2002). ה-EMDR משתלבת בתוך מכלול הטיפול, אך הייחוד שלה הוא בעבודה לא ורבאלית שמסייעת לעיבוד החוויה הטראומטית תוך שהיא "עוקפת" את ההיזכרות והחוויה המחודשת הקשה. ל-EMDR יכולת להפעיל מגוון רחב של תחושות, רגשות, תמונות ומחשבות אשר בד"כ אינן נגישות באמצעות מנגנוני היזכרות אחרים. הוגת השיטה, פרנסיין שאפירו (1995, אצל Van der kolk, 2002), מציינת כי ה-EMDR מזרזת עיבוד מידע ומפעילה את התת-מודע, אליו מרבית שיטות הטיפול מתקשות לחדור, וזאת ללא הכאב שההיזכרות בטראומה עלולה לעורר.

עפ"י Van der kolk (2002) בשלב זה ניתן רק לשער כיצד מנגנון ה-EMDR עובד, והמחקר על השפעותיו הטיפוליות רק החל. בנוסף ליעילות הטיפולית המוכחת של השיטה, ה-EMDR משנה

באופן קיצוני את הפרדיגמות העיקריות בנוגע להשפעת הטיפול. מדובר בטכניקה שאינה משפיעה בצורה ישירה על המודעות, וסביר להניח שפעילותה הינה על המוח הסב-קורטיקלי, לו יש מעט מאד, אם בכלל, קשר לתובנה והבנה.

מבקרי השיטה טוענים כי השימוש בגירוי בליטרלי שכביכול מבחין שיטה זו מה-ET אינו מוכח כמשפיע באופן אקטיבי. בכל מקרה, כ"חבילת טיפול" ה-EMDR הוכחה כאפקטיבית במספר מחקרים.

חולשתו של טיפול בשיטות הנ"ל הינה בכך שאינו מתאים לטראומה מורכבת או חשיפה ממושכת לטראומה. כמו כן, קיים קושי ל"מכור" למטופלים שיעורי בית, המהווים חלק עיקרי בתהליך הטיפול. גלקופף (in print) מציין כי CBT אינו יעיל לטיפול ב-CR-PTSD, היות והתועלת הקלינית ממנו אינה תואמת את צרכי המטופלים. הטיפול ממוקד בסימפטומים החרדתיים, ולכן יש לו השפעה מועטה על הסימפטומים השליליים של PTSD, כגון נסיגה חברתית ויחסים בינאישיים, כמו גם על שליטה בכעסים. כמו כן, בשתי השיטות קיימים אחוזי נשירה גבוהים מטיפול (Gelkopf et.al, in print).

7. הצורך בטיפול ממוקד Doing לנפגעי טראומה.

הבנת מגבלותיו וחולשותיו של טיפול פסיכותרפויטי מדגישה את הצורך במציאת מענים אלטרנטיביים לטיפול, ומעלה את השאלה - האם שהות במרחב ה"עשייה" – Doing יכולה להיות יעילה יותר או להוות השלמה לטיפול בטראומה?

אחד הקריטריונים האבחנתיים המרכזיים ל-ASD/PTSD, הנו קריטריון תפקודי, כפי שמצויין בקריטריון F עפ"י ה-DSM-IV (2000): "ההפרעה גורמת למצוקה קלינית ניכרת או ליקוי במישור התעסוקתי, המקצועי או בתפקוד חשוב אחר".

מאחר ומדובר בהפרעה בעלת אפקט תפקודי ניכר, הרי שראוי לטפל בפן התפקודי של הנפגע, ולסייע לו לשוב לתפקוד ככל הניתן.

הרמן (1994), מציינת כי האירועים הטראומטיים מעמידים בספק יחסי אנוש בסיסיים. הם קורעים קרעים בקשרי משפחה, חברות, אהבה וקהילה. הנוק הנגרם לחיי היחסים של הנפגע איננו בגדר השפעה משנית של הטראומה, כפי שהיה מקובל לחשוב תחילה.

סולומון (2010) מציגה את השלכותיה של ההפרעה על תפקוד הניצולים. לדוגמה, קשייהם של פדויי שבי להשתלב בעבודה ולהתמיד בה, ומציינת כי רק 50% מפדויי השבי עובדים במשרה מלאה, 15% עובדים במשרה חלקית ו-35% לא עובדים כלל. זאת, לעומת קבוצת הביקורת בקרבה 67% עובדים במשרה מלאה. מתוך פדויי השבי העובדים, כ-80% מדווחים על סכסוכים וריבים במקום העבודה. מבחינה חברתית כ-70% מפדויי השבי דיווחו על פגיעה במידה בינונית, רבה או רבה מאד בפקודם החברתי, בהשוואה ל-13% מקבוצת הביקורת.

בנוסף, מדווחים קשיים בזוגיות, אחוזים גבוהים יותר של גירושין ונישואין שניים. גם התפקוד ההורי נפגע באופן דרמטי, ובקרב פדויי השבי 80% דיווחו על אלימות מילולית כלפי ילדיהם, 26% דיווחו על אלימות פיזית, ו-58% דיווחו על קשיים בסיפוק צרכים רגשיים של ילדיהם.

נריה וסולומון (1995) מפרטים את השפעותיו ארוכות הטווח של השבי על חי היומיום של הניצול – במישור המשפחתי עולים קשיים בתפקוד המשפחתי אשר פעמים רבות מובילים למבוי סתום וגירושין. בעבודה מתגלים קשיי בהסתגלות, רמת הכנסה נמוכה, התנגשויות עם דמויות סמכות, נטייה להיעלב, חוסר אמון וסף תסכול נמוך מאד. בתחום הלימודים עולים קשיים קוגניטיביים הבאים לידי ביטוי בבעיות זיכרון וריכוז.

מחקר נוירולוגי שנערך בעקבות אסון התאומים 9/11 (LeDoux & Gorman, 2001) מציע כי הפגיעה התפקודית מייצגת את תופעת ה"קיפאון" כתגובה לסכנה, והיא שמשפיעה על מנגנוני ההימנעות, הצמצום והקושי התפקודי המופיעים בעקבות הטראומה.

בזמן אירוע טראומטי, למערכת העצבים ישנם שלושה מצבי פעולה אפשריים – fight, flight & freeze. לאחר הטראומה, נפגעי טראומה רבים הופכים לנסוגים, מצומצמים, נמנעים, ולעתים חסרי-תגובה, כך שהחזרה לחיים נורמאליים הופכת קשה ביותר. בדומה להתניה הפבלובית, תופעה זו הנה תוצאה של התקבעות הגירוי הטראומטי במוח הקורטקסיאני ובאמיגלדה, האחראים על הקישור בין הגירוי הטראומטי המותנה לגירוי הלא-מותנה, ולאחסון הזיכרון הטראומטי. כך, האדם מקשר כל גירוי המזכיר את האירוע הטראומטי לחוויית האימה וסכנת החיים של אותו רגע. הגירוי החיצוני גורם להצפה על ידי הזיכרון הטראומטי ולפעילות ספונטאנית של כלל מערכות העצבים והגוף הקשורות לתגובת פחד. בניסוי מעבדה הוכח כי ניתן לעקוף מערכת פעולה זו ולכוון את התגובה הספונטאנית בצורה אחרת: אם במהלך הגירוי המותנה האדם יבצע פעילות תנועתית כלשהי המידע ינותב לסטריאטום, האחראי על תכנון ושליטה. כך, ניתן ליצור "מעקף" למסלול הטבעי של הגירוי המקושר עם תגובה פאסיבית של פחד, ובמקומו לייצר תגובה אקטיבית של התמודדות. תגובה זו מחייבת נקיטת פעולה, ויש בכך "למידה מעשייה" – תהליך בו הצלחה בהכחדת הגירוי המותנה מעודד נקיטת פעולה ו"חזרה לחיים".

אם כך, תנועתיות המהווה סוג של Doing יכולה להשפיע באופן ישיר על אופן התקבעות הטראומה במוח ובגוף. שיטה זו יכולה לסייע לאנשים הסובלים מ-PTSD באמצעות פיתוח אסטרטגיות שיאפשרו להם לפעול בכל פעם שעולות בהם תחושות ומחשבות דיספוביות. אמנם בזמן ההימנעות קשה ביותר לבצע פעולות מורכבות, אך ביצוע פעולות פשוטות, בעיקר פעולות שגורמות לתחושת הצלחה וכרוכות בהנאה או מניעת סבל, יכולות לסייע בהתמודדות. בהתאם, הוצע כי כאשר האדם "שוקע" בחוויות הטראומטיות, מעבר אקטיבי לעולם אחר של עשייה או אפילו היזכרות וחשיבה על אירוע חיובי שקרה במהלך היום, יכולים לקטוע את תחושת האימה (LeDoux, 1996).

על רקע זה ניתן לשער כי חשוב שניצולי טראומה ישובו לעבודה ולפעילות. הסתגלות להיעדר פעילות והימנעות אקטיבית המכוונת להימנעות מכאב וחרדה, עשויות להפוך לתגובות קבועות המהוות חלק מהתגובה הפתולוגית (Gelkopf et. all, in print).

הרמן (1994), בראש הפרק העוסק בשלבי ההחלמה מטראומה, מציינת כי גרעין חוויית הטראומה הנפשית הוא הנישול מכוח ולכן ההחלמה מבוססת על העצמה ועל יצירת קשרים חדשים. על נפגעי הטראומה להיות מחוללי החלמתם ומושליה. אחרים יכולים להעניק עצה, תמיכה, עזרה, חיבה ודאגה, אבל לא ריפוי. שום התערבות הנוטלת מן הנפגע את הכוח אינה יכולה לעודד את החלמתו. העיקרון המנחה בטיפול הוא השבת הכוח והשליטה, וביסוס תחושת ביטחון גופני, חברתי וסביבתי. מונחים אלו כולם שייכים לעולם ה- Doing יותר מאשר עולם ה- Being.

הפעילים הקהילתיים סטרק ופליטקרפט (אצל הרמן, 1994) הדגישו כי היעד התרפויטי שלהם בטיפול בנשים מוכות הנו השבת אוטונומיה והעצמה. אותה אישה עצמה שבקליניקה או במרפאה לבריאות הנפש המסורתיות נדמה שהיא חסרת ישע או "מדורדרת", עשויה להיראות ולפעול כ"שורדת חזקה" בסביבה שבה החוויה שלה מקבלת תוקף וכוחותיה זוכים להכרה ולעידוד.

הרמן (1994) מתארת את שלבי ההחלמה מהטראומה, בהם ניצבת בפני האדם משימה חדשה: בריאת העתיד. על ניצול הטראומה לטפח עצמי חדש, יחסים חדשים, ואמונות חדשות שיתנו משמעות לחייו.

8. שיטות טיפול ממוקדות "עשייה"

שיטות טיפול רבות מתמקדות בשהות במרחב ה- Doing, ומשלבות באופן יצירתי בין טיפול רגשי לבין סיוע במישורים התפקודיים השונים ע"י עשייה מגוונת. בפרק זה אציג מספר שיטות טיפול אלטרנטיביות, ממוקדות עשייה, המתבססות על הגישה הסלוטוגינית שבבסיסה אמונה בכוחות הטבעיים של המטופל וביכולתו להחלים ואף לצמוח מתוך הטראומה.

טיפול באמצעות סיוע לאחר – Helper therapy (HTP) –

"אני לא יכול לומר שאין לי רגעים חשוכים... ושחיי תמיד שמחים, כי הם אינם כאלו. אבל, כשאני עוזר לאחרים אני מרגיש שאני שונה, וזה גורם לי להיות מאושר, כמעט מסוחרר. יצאתי מהעיני הנורא שחוויתי בתור ילד... ומדהים שהגעתי לאן שהגעתי. אני שמח לתת משהו בחזרה. איזו דרך אחרת יש לי כדי ליצור הגיון במה שנעשה לי? זו דרך להיפטר ממה שאירע לי כי לא יצאתי כמו אבא שלי או אחי. אני לא יכול לדמיין דרך טובה יותר לחלוק את הכרת התודה שאני רוחש למה שאלוהים נתן לי כדי להתמודד עם ההתעללות מאשר לתת את זה גם לאחרים" (2006, Glick).

בעשורים האחרונים אנו עדים לתחייתה של התפיסה הרואה בעזרה העצמית, בסיוע ההדדי, ובטיפול מסגרות התמיכה הטבעיות בקהילה, מפתח חשוב להשלמת צורות הטיפול הקיימות, ולעיתים משמשות אף תחליף לטיפול המקצועי (דוד, 1998).

גישות אלו באות לתת מענה למס' חולשות של הטיפול המסורתי: טיפול ע"י איש מקצוע משמר יחסי היררכיה וסמכות, כאשר הכוח נותר בידיו של המטפל. טיפול שכזה משמר יחסי תלות ובעצם משמר את חולשתו של המטופל ונזקקותו, לעיתים על חשבון חיזוק העוצמות הפנימיות המצויות אצל המטופל והקהילה. כמו כן, שירותי טיפול מקצועיים מסוגלים לתת מענה רק למס' מצומצם

של צרכנים, ופעמים רבות הם כרוכים בתשלום, המתנה ממושכת וכו' (Roman, Lindsey, Moore & Shoemaker, 1999).

Riessman, (1997), הוגה שיטת ה-Helper therapy, טוען כי קל יותר לתת עזרה מאשר לקבל עזרה, ומוסיף כי דווקא נותן העזרה הוא הנהנה העיקרי מיחסי העזרה, או במילותיו: "Giving help is the best way of being helped".

HTP מושפעת מתפיסת עולם המדגישה שימוש במשאבים פנימיים של פרטים, קבוצות וקהילות. זאת, במקום קבלת סיוע חיצוני מאנשי מקצוע, סוכנויות ואחרים שאינם בעלי ניסיון אישי בבעיה של המטופל. עקרון ה-HTP ממתמקד בצמיחה האישית שהמסייע הלא-מקצועי חווה באמצעות הכשרתו ועזרתו לאחר. היתרונות שנמצאו במחקרים כללו חיזוק תחושת השייכות והביטחון העצמי, שיפור הסטטוס החברתי, עליה ברווחה האישית, תמיכה חברתית נרחבת, עליה בתחושת הזהות העצמית החיובית, למידה דרך לימוד, יעילות אישית משופרת ועוד (Powell, 1995).

גישת ה-HTP פותחה על בסיס מחקר על קבוצות תמיכה לאלכוהוליסטים (AA). הצעד ה-12 בשיטת ה-12 הצעדים למניעת התמכרויות כולל התחייבות לסייע לאחר עם בעיה דומה: "לאחר שעברה עלינו התעוררות רוחנית כתוצאה מצעדים אלה, ניסינו לשאת את בשורה זו למכורים, וליישם עקרונות אלה בכל תחומי-חינוך" (Pagano, Post & Jhonson, 2011). הדגש בשיטה זו הנו על מה שנמצא בתוך חברי הקבוצה, על הניסיון והידע מתוך מצבם האישי, ועל העצה שהם מעניקים לאחר בקבוצה.

קבוצות לעזרה עצמית מתבססות על "עקרון העמיתים" – שותפים בקבוצת תמיכה הדדית החולקים במציאות דומה. לא משנה אם מדובר בקבוצות תמיכה בנושא גידול נכדים, מצוקה כלכלית, פשיעה, נכויות או סמים - חברי הקבוצה מבינים זה את זה כפי שאף אחד אחר לא יבין אותם. הכוח התרפויטי של להיעזר ולעזור לאדם עם בעיה דומה הנו אחד המפתחות לכוחה של התמיכה ההדדית. המעבר מעמדת הנתמך לעמדת התומך מפחיתה תלות, ומאריכה את חיי הקבוצה והתמדת המשתתפים בטיפול. גישה זו הנה גישה סלוטוגנית, המעדיפה התייחסות לכוחות על פני התייחסות לפתולוגיה. גם המשתתפים בקבוצות אינם מתמקדים בחולשותיהם, אלא במה שהם יכולים לעשות בכדי לסייע לחבריהם. בנוסף, קבוצות לתמיכה עצמית מספקות תמיכה חברתית ותקשורת (Reissman & Banks, 2001).

השימוש ב-HTP עם נפגעי טראומה החל במהלך מלחמת וייטנאם, כאשר בשנת 1970 הוקם ארגון "ותיקי וייטנאם נגד המלחמה". בין יתר פעולותיו, הקים הארגון קבוצות שיחה (rap groups) אינטימיות, במהלכן המשתתפים שבו וסיפרו על חוויותיהם הטרואומטיות במלחמה וחוו אותן מחדש. מטרת קבוצות השיחה היתה כפולה: להגיש סעד לוותיקי מלחמה שסבלו מטרואומה נפשית, ולהגביר את המודעות להשפעות המלחמה. עד אמצע שנות השבעים קמו מאות "קבוצות שיחה" לא רשמיות. בסוף העשור, בעקבות לחץ פוליטי של ארגוני ותיקי המלחמה, ניתנה הרשאה חוקית לתכנית לטיפול נפשי "מבצע סיוע" (operation outreach) של מנהל ותיקי המלחמה. במסגרת התוכנית הוקמו יותר ממאה מרכזי סיוע. צוותיהם אוישו בוותיקי מלחמה והם התבססו על עזרה

עצמית. בנוסף לכוח שצברו נפגעי המלחמה מעצם היותם עוזרים ונעזרים, הם גם הובילו לשינוי רב השפעה בתחום הטראומה – פעילותם זרזה מחקר פסיכיאטרי שיטתי, והם יזמו מחקרים מקיפים למעקב אחר החותם שמטביעות חוויות המלחמה בחיי ותיקי הקרבות. פעילותם של ותיקי מלחמת וייטנאם היא שהובילה בסופו של דבר להכרה בהפרעה הפוסט-טראומטית והכנסתה ל-DSM בשנת 1980 (הרמן, 1994).

ממצאים דומים מוצגים ע"י Deitz (2000, אצל גולן ואחרים, 2008), המציעה לעודד שורדות של מצבי התעללות ודיכוי להיות מעורבות בפעילות חברתית ופוליטית המיועדת להביא לשינוי חברתי.

עמדה זו תואמת את גישה של הרמן (1994), המציינת כי הפעילות החברתית מעניקה לנפגע מקור כוח, שאמנם יונק מיוזמתו, ממרצו ומתושייתו, אך מעצים את התכונות האלה הרבה מעבר ליכולות שלו עצמו. היא מעניקה לו ברית עם אחרים, המבוססת על שיתוף פעולה ומטרה משותפת.

להלן דוגמאות לתוכניות המתקיימות בארץ ומתבססות על עיקרון ה-HTP כמוקד ההתערבות הטיפולית:

תוכנית המנטורינג - "נערות למען נערות" - התוכנית החלה לפעול ב-2002 באוני' ת"א, והתפתחה גם למכללת ספיר. במסגרת התוכנית מדי שנה מתקיים מחזור של הכשרת נערות במצוקה כמנטוריות לנערות צעירות מהן. מושג המנטורינג מתייחס לתועלת ההדדית המתקיימת ביחסים בין אדם מנוסה לאדם פחות מנוסה ממנו. בסוג כזה של קשר נעשה שימוש נרחב בעזרה לאנשים במצוקה, כאשר המנטור הוא אדם מנוסה ויציב, המסייע לחניכו להתמודד באמצעות פעילויות משותפות כמו הדרכה, תמיכה ועידוד. התוצאה היא שהפרט מועצם ומחזק את אמונתו ואת יכולותיו (גולן ואחרים, 2008).

במסגרת התוכנית שלושה מרכיבים מרכזיים:

1. לימוד והכשרה למנטוריות – כיתה חווייתית, שיעורים עיוניים, קבוצות קטנות, הכשרה מעשית בשדה.
2. שירות לאומי – 30 שעות שבועיות במסגרות שונות המסייעות לילדים ולנוער. מלווה בהדרכה והעשרה של יום אחד בשבוע.
3. תוכנית לקידום בוגרות – שילוב הבוגרות ככוח אדם קבוע המקבל שכר במסגרת השירותים הניתנים לנערות במצוקה (גולן, קומם וקאי-צדוק, 2008).

עמותת "ערים בלילה" – העמותה הוקמה בשנת 1998 ע"י פדויי שבי, והיא "מאגדת בתוכה כיום 300 לוחמים פדויי שבי מכל מלחמות ישראל, שהחליטו לא לחכות יותר לעזרת המערכת ולעזור לעצמם" (צוטט מאתר העמותה). פעילות העמותה כוללת מתן סיוע פרטני וקבוצתי, קבוצות תמיכה, דיאלוג עם משרד הביטחון והמדינה בנוגע להכרה בנפגעי שבי, תגמולים וכו', פעילויות חברתיות, מסע בשביל ישראל, תיעוד- כתיבה וסרטים ע"י יוצרים פדויי שבי, יישום מסקנות מחקרים ולמידה על טראומה מורכבת (מתוך אתר העמותה). הישגיה של העמותה כפי שמתארם יו"ר העמותה, עו"ד רם דורון (2009) –

1. קידום וחקיקת חוק התגמולים לפדוי השבי
2. איסוף מסודר של פרטי כל שבויי מלחמות ישראל.
3. הקמת אתר אינטרנט ובו מידע על פעילות העמותה, מאמרים, סיפורים אישיים ופורום אינטרנטי פתוח.
4. קידום חנינת נשיא מלאה לפדויי שבי שהורשעו במסירת מידע לאויב.
5. ניהול משא ומתן עם אגף השיקום לגבי אחוזי הנכות והיחס הטיפולי המגיע לפדויי שבי.
6. קיום כנסים ארציים בתחום השבי
7. השגת מימון קרנות לפעילות העמותה – מלגות לילדי פדויי השבי, טיפולים פסיכולוגיים, ציוד רפואי, תלושי חג וכו'
8. "ללכת שבי בשביל ישראל – מדי חודש מתקיים מסע של שלושה ימים לאורך שביל ישראל, מהחרמון ועד אילת.
9. חשיפת סיפורי השבי בפני הקהל הרחב – הרצאות, טכסים, מפגשים בשביל ישראל.
10. הקמת קבוצת שייט ימי טיפולית לפדויי השבי.

יואב בן דוד (2006), פדוי שבי בעצמו וממובילי הפעילות בעמותה מתאר כי עד הקמתה איש לא דיבר על השבי, הסימטומים הטראומטיים לוו ברגשות בושה, ולא היה כל מנגנון שאפשר קשר בין פדויי השבי. בהיותו מדריך שייט על ספינת העמותה וקרן הידידות, מנסה בן דוד לתאר את השלווה שהים מציע לו לחבריו ולאנשים נוספים שמתקשים למצוא מנוחה בחייהם: "כשהתחלתי טיפול אצל הפסיכולוג נחי אלון, הוא אמר לי לעשות ספורט. כשראיתי כמה טוב זה עושה לי להשיט סירה, חשבתי שזה יכול לעזור לעוד אנשים".

טיפול באמצעות ספורט ומשחק – Psychosocial Sport intervention

פעילות גופנית הינה צורך אבולוציוני של האדם אשר נועד לצוד ולרוץ (בן שחר, 2009). כמו כן, הפעילות הספורטיבית כביטוי של תרגול גופני בחברה המודרנית, מספקת לאדם אמצעי יעיל לויסות מיטבי של מצבי לחץ (Salmon, 2001). בשנים האחרונות נעשה שימוש נרחב יותר בספורט כאמצעי טיפולי, והחל מחקר על יעילותו של הספורט ככלי טיפולי. בפרט, גישת הפסיכולוגיה החיובית מתייחסת להשפעות הפיזיולוגיות-נוירולוגיות שיש לפעילות פיזית על האדם ולכך שפעילות גופנית שגרתית גורמת על פי רוב לעלייה בתחושת הרווחה הפסיכולוגית (אלטמן, 2009).

עפ"י בן שחר (2009) לאדם יש מספר דרכים אפשריות לפירוש והתמודדות עם המציאות, חיוביות ושיליות. הפעילות הגופנית מובילה לחיזוק נתיבים עצביים חיוביים במוח, וכך מתמודד האדם בצורה חיובית יותר עם חייו.

פעילות ספורט ומשחק ככלי טיפולי כוללת כל סוג של פעילות הקשורה בבילוי או שעשוע ונעשית באופן פרטני או קבוצתי, כגון אתלטיקה, יוגה או פעילות שאינה פיזית כגון משחקי מחשב

(Lawrence, Silva & Henley, 2010). פעילות ספורטיבית הולכת ומקבלת חיזוקים מחקריים ליעילותה בתחומים רבים – פיזיולוגיים, נפשיים, קוגניטיביים וחברתיים. במהלך הפעילות הספורטיבית נוצרים תאי מוח חדשים, המסייעים בשיפור הזיכרון, היצירתיות, המיקוד והריכוז. עוד נמצאה עליה בהערכה העצמית, הביטחון העצמי ותחושת החוללות העצמית בעקבות פעילות ספורטיבית ממושכת ומאתגרת (בן שחר, 2009).

Lawrence et.al (2010) מציגים מחקרים רבים מהעשור האחרון וטוענים כי פעילות פיזית מקושרת עם שיפור בדימוי העצמי, מניעת הפרעות אכילה, הפחתת סימפטומים של דיכאון וחרדה, והפחתה בצריכת חומרים ממכרים. בהתייחס ל-PTSD, יש מעט מאד מחקרים מבוקרים, אם בכלל, על תוכניות אימון פיזי. עם זאת, קיימות תוכניות רבות המדווחות על הפחתת סימפטומים של PTSD. בסביבה לאחר קונפליקט דווח כי פעילות ספורט שיפרה ביטחון עצמי, מצב-רוח, דימוי גוף, תקשורת ויכולת היקשרות למודל חיקוי חיובי. כמו כן, פעילות הספורט מסייעת בבניית משמעת עצמית, מודעות לגוף, עבודת צוות, ומיומנויות תקשורת (Meier, 2005). Lawrence et.al (2010) מציינים כי בחינה מעמיקה של יעילותה של השיטה הינה חשובה היות וביכולתה לאפשר טיפול הצורך משאבים מצומצמים, ביחס לשיטות טיפול אחרות שעלולות להיות יקרות לפרט ולממסד.

כך, בשנים האחרונות השימוש בספורט ככלי טיפולי קהילתי צבר תאוצה. השינויים האדירים המתחוללים בעולם כיום, בהם הטרור המתעצם, מלחמות ואסונות הטבע המתרבים, הובילו לשינוי רדיקלי בנוף הסיוע ההומניטארי. אירועים אלו מאלצים את סוכנויות הסיוע להתאים את דרכי החשיבה והטיפול לעשייה בקנה מידה גדול הרבה יותר, מול תרבויות ושפות זרות. יחד עם זאת התעורר ויכוח בנוגע לשאלה האם ניתן לסייע למסות גדולות של קורבנות אסון להחלים באמצעות שימוש במודלים מערביים של בריאות-נפש. לצערנו, פסיכופתולוגיה מערבית לא תמיד מתאימה למציאות התרבותית האחרת, ולא עונה לצרכים הרוחניים של אוכלוסיה תחת קטסטרופה. מעבר לכך, אין זה אפשרי להסתייע בפסיכיאטר או פסיכולוג לכל קרבן, וכמובן אין זו שיטה יעילה כלכלית (cost-effective). יתרה מזאת, מחקר בתחום הטראומה הוכיח עדיפות להתייחסות טיפולית לכוחות, וליכולתם של הפרט והקהילה להתאושש מהקושי והכאב (Henley, 2005).

Henley (2005) מציין כי אחד היתרונות של ספורט ומשחק טיפוליים הוא שפעילויות אלו מתקיימות באופן אינטרנסי וטבעי כחלק מהתרבות. בהיותם פעילויות טבעיות, הספורט והמשחק יכולים לייצר תחושת יציבות לפרט ולקהילה שעברו אסון. בשנים האחרונות ממשלות, ארגונים הומניטאריים וקואופרטיבים פנו לספורט כפתרון לבעיות בריאות וחברה רבות. פרויקטים רבים הגדירו ספורט כהתערבות "פסיכולוגית" במדינות שספגו אסון טבע, מלחמה, התפרצות אפידמית ועוד. בשיטת טיפול זו ישנו נרמול של הבעיה, הטיפול נעשה בסביבה הבריאה, המתפקדת והטבעית, וללא תחושת נזקקות.

לסיכום, השתתפות בפעילות ספורט מסייעת לאנשים שחוו טראומה נפשית ופיזית קשה לשקם את בריאותם הנפשית והסוציאלית. הדוגלים בשיטה זו מציינים כי המיקוד העיקרי של ההתערבות

צריך להיות בתמיכה בתהליך ההחלמה הטבעי ע"י החזרה מהירה ככל הניתן של יציבות הקהילה. בשדה ההתערבות החירומית מוכרת העובדה כי ההתערבויות מושגות בצורה הטובה ביותר דרך התנסויות קבוצתיות במסגרת הקהילתית, בהן מטופלים כמה שיותר ניצולים ע"י תמיכה קולקטיבית של הקבוצה (Henley,2005).

Adventure therapy

השליטה במצבי חיים אמיתיים כרוכה בבחירה מודעת להתייזב כנגד הסכנה. כאשר מדובר בחוויה הנעשית במודע, בדרך מתוכננת ושיטתית, יש לה סיכוי רב להצליח, ולטעת במטופל תחושת כוח ומסוגלות.

הרמן (1994) מציינת כי שיטות המשלבות אלמנט של סיכון ואתגר מתאימות לטיפול בטראומה. במצבים אלו הנפגע מציב את עצמו במצב המאפשר התנסות בתגובת "fight or flight", מתוך ידיעה שיבחר להילחם. כך, הוא מבסס שליטה על תגובותיו ומייצר תחושת כוח. הנפגע שב ולומד שיש דרגות שונות של פחד. לא כל סכנה היא מוחצת; לא כל פחד הוא אימה. המטרה היא ללמוד כיצד לחיות עם הפחד, ואף להשתמש בפחד כמקור של כוח והבנה.

תוכניות טיפול המשלבות אתגר ופחד, כגון שיטות טיפול הכוללות לימודי הגנה עצמית לנשים מוכות, מאפשרות למטופלות לבחור "לטעום את טעם הפחד" ולהעמיד את עצמן במצב המשחזר תגובות גופניות נורמאליות לסכנה. בבחירה להיחשף לסכנה ניתן לראות חוויה חוזרת של הטראומה, בה יש ניסיון למשול בחוויה הטרואומטית. אך, שלא כחוויה החוזרת, מדובר בפעילות מודעת, מתוכננת ושיטתית. למידת הגנה עצמית יכולה להוות שיטה של שליטה נפשית והתניה גופנית חוזרת כאחד. עבור נשים זוהי התנסות המאפשרת גם דחייה של התביעה החברתית המסורתית לעמידה כנועה ומפייסת (הרמן,1994). עוד מוסיפה הרמן (1994) כי צורות טיפול אחרות המשלבות אתגרי פחד מבוקרים חשובות לא פחות בהחלמה. למשל, תוכניות טיפול מסוימות וארגוני עזרה עצמית מארגנים טיולי טבע הערוכים כמפגשים מתוכננים בקפידה עם אלמנט של סכנה.

גלקופף ואחרים (in print) מתארים במחקרם כי התוכניות לטיפול באמצעות שטח ואתגר עבור נפגעי טראומת-קרב מובנות בצורה המזמנת צמיחה אישית. שיטת טיפול זו מכונה Nature-Adventure Therapy, ובה ההתמודדות עם סיכון פיזיולוגי ופסיכולוגי מהווה סוכן שינוי, ומזמנת חקירת דפוסי התנהגות ואופני התמודדות עם קשיים (Hans,2000). המטרה של תוכניות אלו היא העצמת המטופלים, יצירת דימוי עצמי חיובי, חיזוק תחושת המסוגלות העצמית, גיבוש יכולת לשליטה על סימפטומים, ושיפור מיומנויות חברתיות ורגשיות. ההצלחה והשותפות במסע מייצרת תחושה של תקווה בקרב אנשים שפעמים רבות איבדו את היכולת לצפות לעתיד ולהאמין בעצמם (רומי וכחן,1998).

קושי נוסף הנמצא בבסיס הטרואומה הוא הניתוק מן הזולת. לכן, ההחלמה יכולה להתנהל רק בתוך הקשר של יחסים; אין היא יכולה להתרחש בבידוד. בקשרים המחודשים עם הזולת שבים נפגעי הטרואומה ובוראים את הכישורים הנפשיים שנפגעו או עוותו. כישורים אלו כוללים יכולות בסיסיות

לאמון, אוטונומיה, יוזמה, כשירות, זהות ואינטימיות (הרמן, 1994). התהליך הקבוצתי מהווה מרכיב חשוב ב- Nature Adventure Therapy, שכן אישיות הפרט מעוצבת ונגזרת במידה רבה מאינטראקציה עם אחרים. במהלך מסע הישרדות או פעילות שיט ימי, המשתתפים לא רק עוברים תוכנית משותפת אלא חיים ביחד. כל הצרכים הפיזיים, צרכי הגדילה האישית, וכן הצלחות אחרות, נחווים בהקשר של האחרים ובתמיכתם. המסעות מאפשרים ומזמנים יצירת יחסי אמון, אינטימיות, שייכות, תמיכה הדדית ועוד. כדי לזכות בהישג, נוחות עצמית וביטחון בישימון דרוש שיתוף פעולה קבוצתי ובניית דינמיקה קבוצתית יעילה. המשתתפים מקבלים הזדמנות לעזור ולהיעזר, ובתהליך נבנית תלות הדדית ואחריות קבוצתית, שמייצרות בקרב המטופלים תחושה של משמעות לקיומם. גלקופף (in print) מציין כי קבוצות טיפוליות בטבע הוכחו ככלי טיפולי מוצלח עבור נפגעי קרב, בהיותן מקור לסולידריות ושייכות, תמיכה ושיתוף, רפלקציה ויצירת רשת חברתית.

הקושי בויסות רגשי ואיבוד היכולת לשלוט על הסימפטומים מהווים קושי רב עבור נפגעי טראומה (הרמן, 1994). הטיפול באמצעות שטח ואתגר עובד בצורה מעגלית, במסגרתה המשתתפים חוזרים שוב ושוב על התמודדות עם אותם מכשולים וקשיים. הדבר מאפשר תרגול של התגובות לקושי, ועם הזמן – ויסות רגשי ושליטה בסימפטום (Hayer et.al, 1996 ; Gelkopf et.al, in print).

הטיפול באמצעות שטח ואתגר מכיל אלמנטים מן הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי. ההתגברות המוצלחת על פחדים מעמתת את המטופל עם סכמות קוגניטיביות שליליות ועם מערכת האמונות שסיגל לעצמו עקב הטרומה. במקומן מתגבשות אמונות חיוביות חדשות של האדם לגבי יכולותיו ודימויו העצמי (Gelkopf et. al, in print).

כאמור, העוסקים בטיפול בטרומה מדגישים את הקושי ביצירת יחסי אמון בין המטפל למטופל, יותר מבכל אוכלוסיה אחרת (Hayer et. al, 1996; הרמן, 1994). Gelkopf ואחרים (in print) מציינים כי אנשי הצוות בתוכניות לטיפול באמצעות שטח ואתגר אינם מטפלים רשמיים או נציגי הצבא והמדינה, וכי מסגרת הטיפול אינה סטיגמטית אלא מתרחשת בתפאורה של טיול בטבע, וכי אלמנטים אלו תורמים לצמצום ההתנגדות לטיפול.

לסיכום, הרמן (1994) מציינת כי על המטופל למצוא אמונה תומכת מחודשת ולבנות לחייו משמעות. כך הנפגע משיב לעצמו את עולמו. יש נפגעים שמתנגדים תחילה לעשות זאת, מתוך פחד מפני מכאובי האכזבה. נדרש אומץ לצאת מתוך המצב המצומצם של הקורבן אך, כשם שהנפגע חייב להרהיב עוז ולהתעמת עם פחדיו, כך עליו להעז ולהגדיר את משאלותיו. כפי שצוין קודם לכן, המסעות במדבר מגבירים את תחושת המסוגלות העצמית, ומתוך כך מאפשרים למשתתפים לגבש לעצמם סיפור חיים חדש, עתיד של תקווה והצלחה (רומי וכהן, 1998).

בראיון לכתבה מתאר בן דוד (שלזינגר, 2008) את יתרונותיו הטיפוליים של השייט הימי – "אחד הדברים הטובים פה זה שאני נותן להם משימות שהם לא יכולים להיכשל בהן. כך הערך העצמי עולה, התחושה טובה, ויחד עם הים זה פועל מצוין. אנשים שלא יצאו מהבית שנים פתאום באים ומשיטים סירה ביחד, הם אחראים עליה. אנשים שחשבו שהם לא יכולים לעשות כלום, פתאום מסתובבים בגאווה".

דיון וסיכום

בשל המורכבות הרבה של התסמונת הפוסט טראומטית, והשפעת הכוחות הכלכליים, החברתיים והפוליטיים הקשורים בתחום, ניכר כי קיים קושי אמיתי במציאת שיטת טיפול אחת בעלת אפקט כולל ונרחב, אשר תתאים באופן מובהק לכלל המטופלים והמטפלים.

כוחות מסוימים מושכים את הקהילה הטיפולים לטיפול ממוקד Being. כאשר בין כוחות אלו ניתן למנות את האלמנטים הבאים:

1. נטייתו וצרכיו של המטפל לשהות במרחב האנליטי ולא במרחב הקהילתי-חברתי. גם מוסדות החינוך האחראים על סוציאליזציה פרופסיונאלית ממקדים את עיקר הלמידה בדיסציפלינות הפסיכיאטרית והפסיכודינאמית.

2. אוזלת יד וחוסר יכולת תקציבית, מקצועית וטכנית של הגופים המטפלים לסייע באספקטים קהילתיים-מדיניים, כגון שינוי מדיניות, חקיקה וכו'.

3. כוחות חברתיים ופוליטיים "המעדיפים" לשמר יחסי כוחות ברורים בין מושלים לקורבנות. לממשל ארה"ב לא היה פשוט להתמודד עם מחאתם של נפגעי הטראומה של מלחמת וייטנאם, וכך גם לממשל הישראלי לאחר מלחמות לבנון הראשונה והשנייה. באותה מידה, לחברה הגברית הדומיננטית יש אינטרס לשמר את הנשים כפאסיביות, חלשות וקורבניות, דבר המשתקף באופנות הטיפול בנפגעות אונס, תקיפה מינית ואלימות.

Deitz (2000), המתבססת על גישות פמיניסטיות, מדגישה את חסרונותיו של טיפול ממוקד Being ומציגה במאמרה את השינוי הדרוש בטיפול נוכח השינויים החברתיים הגלובליים. לטענתה, טיפול קליני מחזק ומתגבר דיכוי במקום לאתגר אותו. מודלים טיפוליים המתמקדים באבחנה וטיפול בהפרעות נפשיות מעניקים לגיטימציה לכוחם של העובדים הסוציאליים כמומחים בחייהם של המטופלים. התמקדות אינטרה-פסיכית בטיפול הסוציאלי מבודדת בעיות חברתיות, מעבירה את האחריות עליהן אל הפרט, מובילה את הצרכנים להפנים פתולוגיות, ונכשלת בהתערבות ברמה החברתית.

מנגד, כפי שצוין קודם לכן, במרחב ה-Being עומדים קשייהם של המטפל והמטופל לעסוק בתכנים הקשים של הטראומה, ולהתמודד עם תהליכי ההעברה והעברה נגדית המתרחשים בחדר הטיפולים. מורכבות זו עלול לגרום ל"בריחה" אל ה-Doing.

כפי שצוין בתחילת העבודה, וויניקוט (1996), בוגט (2011) ואחרים מדגישים כי התפתחות נפשית אצל מטופל, ויחסי טיפול בריאים ואפקטיביים תלויים הן בעשייה (Doing) והן בחוויית ה-Being. החזקה או עשייה שנעשית ללא חוויה של Being יכולות לגרום נזק ומצוקה. לעומת זאת, שהות במרחב ההווייה ללא חיבורה למימד מציאותי הכולל עשייה אינה מקדמת.

בהתאם, השיטות אשר הוצגו קודם לכן מציעות מודלים בהם לא ניתן לנתק בין שני המרחבים. כל גישה טיפולית טובה ומעמיקה תשאף, בסופו של דבר, ליצירת שילוב וחיבור בין ההווייה לעשייה, גם

אם מדובר בעשייה שהיא יותר סימבולית, כגון הגדרת setting לטיפול, משחק ושימוש בכלים השלכתיים אחרים.

יתכן והדילמה שהוצגה בעבודה זו היתה מדויקת יותר אילו הוגדרה אחרת - אולי נכון היה להתייחס ליתרונותיהן של שיטות טיפול סלוטוגניות לעומת מסורתיות, ולא להציע הפרדה בין ההוויה לעשייה. זאת, היות והגבול בין שני המרחבים אינו קו אחיד ורציף, אלא האחד משתלב בשני ותלוי בשני. בכל מקרה הפרדה זו בין שני המרחבים אינה מעבירה כיאה את עומקם של המונחים Doing – ו Being , אשר משקפים עולם מלא, המכיל רגש והוויה המעוגנים בעשייה ובמציאות.

בבליוגרפיה

- ארנטל, א. (2009), הקשר בין תודעת השואה בסיפור החיים ובין רווחה סובייקטיבית בקרב ניצולי שואה, עבודת תזה בהנחיית שמוטקין, ד., אוני' תל אביב.
- בוגט, י. (2011), להיות, לעשות ולהתבגר : יום העיון ה-24, מכון סאמיט. ירושלים : מכון סאמיט.
- בנאי, ד. (2011), המשאלה להיות מבלי לעשות : על המאבק להתקיים בגיל ההתבגרות. בתוך : בוגט, י. (ע'), להיות, לעשות ולהתבגר : יום העיון ה-24, מכון סאמיט. ירושלים : מכון סאמיט.
- בר-גל, ד., (1998), צרת רבים חצי נחמה : קבוצות לעזרה עצמית – סיוע הדדי, חברה ורווחה : רבעון לעבודה סוציאלית, 18 (2), 361-366.
- גולן, מ., קומס, מ., קיא-צדוק, א. (2008), על תוכנית מנטורינג : נערות למען נערות, בתוך : חובב, ח., מהל, מ., גולן, מ. (ע'), מסיכון לסיכוי : התערבויות טיפוליות בנוער עובר חוק ובצעירים במצוקה. ירושלים : כרמל.
- הרמן, ל. ג'., (1994). טראומה והחלמה. תל אביב : עם עובד.
- וויניקוט, ד.ו., (1996), משחק ומציאות, תל אביב : עם עובד.
- וויניקוט, ד.ו., וויניקוט, ק. ושפרד, ר., (ע'), (1995), הכל מתחיל בבית : מסות מאת פסיכואנליטיקאי, תל אביב : דביר הוצאה לאור בע"מ.
- נריה, י', וסולומון, ז' (1995). קשיי הסתגלות ארוכי-טווח בקרב פדויי-שבי שמונה-עשרה שנים לאחר השחרור מן השבי. פסיכולוגיה, ה (1), 56-69.
- סולומון, ז. (2010), נפגעי נפש ממלחמה : הלומי קרב ופדויי שבי, ישראל : ועדת גורן (מתוך אתר עמותת "ערים בלילה").
- סקירה-טל, א. (2005), שימוש במחשב ובאינטרנט לטיפול בנפגעי הפרעה פוסט-טראומטית, חיבור לשם קבלת תואר מאסטר, בהנחיית פרופ' קפלן, אוני' בן-גוריון.
- קולקה, ר. (1996), המשכיות מהפכנית בפסיכואנליזה., בתוך וויניקוט, ד.ו., משחק ומציאות, תל אביב : עם עובד.
- קייסמנט, פ. (2006), בתוך פלג, ת. (ע'). העצמי האמיתי ועצמי-האמת : היבטים פסיכואנליטיים ואחרים. תל אביב : הקיבוץ המאוחד.
- קייסמנט, פ. (1995), להוסיף וללמוד מן המטופל, תל אביב : דביר הוצאה לאורה.
- רומי, ש., כהן, י. (1998), השפעות מסעות הישרדות על משתני אישיות, של נוער מנתק

בישראל, דו"ח מחקר מס' 12. המכון לחקר ולחינוך קהילתי, ביה"ס לחינוך, אוניברסיטת בר אילן : רמת גן.

שלזינגר, ל. (2008), שנתיים למלחמה : הים כמפלט. מתוך אתר N.R.G.

Abram's, J., (1996), *the language of Winnicott*, London, England: Karnak books.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic & statistical manual of psychiatric disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC.

Bisson J.I., Jenkins P.L., Alexander J., Bannister C, (1997), Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, vol.171, 78–81.

Bowlby, J., (1980), *Attachment and loss 3: loss, sadness and depression*. London : Hogarth P.

Cottringer, W., (2002), *You Can Have Your Cheese & Eat It Too, A person account of getting balanced between doing and being*, U.S.A: Executive Excellence Publishing.

Ehlers, A., Clark, M.D., (2003), Early psychological intervention for adult survivors of trauma : a review. *Society of biological psychiatry*, 53, 817-826.

Figley, C. R. Preface (1997). In Figley C.R., Bride B., Maza, N. (Eds.). *Death and Trauma*. Washington. D.C.: Taylor and Francis.

Foa, E. G., Keane, T. M., & Friedman, M. J., (eds.) (2000). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford.

— Frueh, B. C., Turner, S. M. , & Beidel, D. C., (1995), *Exposure therapy for combat-related PTSD: A critical review*. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 799–817.

— Gelkopf, M., Hasson-Ohayon, I., Bikman, M., Kravetz, S., (in print), *Nature-adventure rehabilitation for combat-related Posttraumatic chronic stress disorder : A randomized controll trial*, Department of community mental health, faculty of social welfare & health sciences, University of Haifa; Israel. (המחקר הסתיים אך טרם פורסם, נתונים הועברו ישירות ע"י המחבר ואינם לפרסום)

- Glicken, M.D.,(2006), *Learning from resilient people: Lessons we can apply to counseling & psychotherapy*, Thousand oaks, California:Sage publications.
- Hans ,T. A.(2000), A meta-analysis of the effects of adventure programming on Locus of Control, *Journal of contemporary psychotherapy*, 30 (1),33-60.
- Henley, R., (2005), *Helping children overcome disastertrauma through post-emergency psychosocial sports programs: a working paper*. Biel/Bienne : SAD; Swiss academy for development.
- Kadet A.,(2002), Good grief! *Smart Money*, vol.11, 109–114.
- Lawrence, S., De Silva, M.,& Henley, R., (2010), Sports & games for post traumatic stress disorder (PTSD), (review), *The Cochrane collaboration, the Cochrane library, issue1*.
- LeDoux, J.E., (1996), *The emotional brain*, N.Y : Simon & Schuster.
- LeDoux, J.E., & Gorman, J.M.,(2001), A call to action : overcoming anxiety through active coping, *The American journal of psychiatry*, vol. 158(12),1953-1955.
- Littleton, H., Buck, K., Roseman, L. & Grills-Taquechel A., (2012), “From survivor to thriver: a pilot study of an online program for rape victims”, *Cognitive and Behavioral practice*, 19 (2), 315-327.
- McNally, R.J., Bryant, R.A. & Ehlers, A., (2003), Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress?, *Psychological Science in the Public Interest*, VOL. 4, 245-79.
- Meier M., (2005), *Gender Equity, Sport and Development (Swiss Academy for Development)*. Biel/Bienne: Swiss Academy for Development.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–71.
- Pagano, M.E., Post, S.G., Jhonson,S.M., (2011) Alcoholics anonymous-related helping & the helper therapy principle, *Alcoholism treatment quarterly*, vol 29 (1),23-34.
- Reissman, F., Bnaks, E.C., (2001), A marriage of opposites : Self-help & the health care system. *American psychologist*, vol.56 (2), 173-174.

Riggs D.S., Rothbaum B.O, Foa E.B., (1995), A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence* ,vol. 10, 201–214.

Roman,L.A., Lindsay, J.K., Moore, J.S., Shoemaker, A.L.,(1999), Community health workers: examining the helper therapy principle., *public health nursing* , vol. 16 (2),87-95.

Seligman, M.E.P., (1990), *Learned optimism*, N.Y : Pocket books

Sherman, J.J., (1998) Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of traumatic stress, vol.11 (3)*

— Solomon,Z.,Dekel, S., Ein-Dor, T., (2012), Posttraumatic growth & posttraumatic distress: Alongitudinal study., *Psychological trauma: theory, research. Practice & policy*, vol. 4 (1),94-101.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18

Van der Kolk, B. A.,(2002), Beyond the somatic experience & subcortical imprints in the treatment of trauma, in Shapiro, F., (Ed), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC, US : American psychological association.

Vilenica, S., & Shakespeare-Finch, J., (2005), A Salutogenic Approach to Healing Following Child Sexual Assault. *School of Psychology and Counselling, Institute of Health and Biomedical Innovation, Queensland University of Technology: Brisbane, Australia*.

