

סקירת כנס החטיבה ההתפתחותית בהסתדרות הפסיכולוגים מתכננת ומארגנת כנס מקצועי ולימודי מדי שנה,

בו היא מנסה לבדוק את השטח, את רצונותיו ואת התחומים המעניינים אותו. את ההצלחה של מארגנות החטיבה בבחירת אקטואליות הנושא והצורך בו ניתן היה לראות השנה בכמות האנשים המכובדת שהגיעה לכנס והציפה את מלון "ניר עציון". נראה היה כי במיוחד עכשיו, כאשר פעמוני "צוק איתן" עדיין מצלצלים באוזניי כולם, וכאשר אין צורך לחיות בקו העימות כדי לשמוע רעשי ותותחי מלחמה, נושא הכנס הפך לרלוונטי ולאקטואלי יותר מתמיד.

המארגנות ניסו להביא טעימה ממגוון תיאוריות, גישות ופרקטיקות טיפוליות שינסו לתאר את המקשה הלא אחידה הזו הקרויה "טראומה בגיל הרך". הכנס נבנה מהרצאות לכלל המליאה ומסדנאות בנות 6 שעות שנפרשו על יומיים, בהן התמקדו באופן אישי יותר וממוקד יותר בנושא ספציפי.

בסקירה זו אביא תקצירים של שש ההרצאות שהובאו בכנס ושל הסדנה בה השתתפתי, שהתמקדה בטיפול דיאדי במשפחות בשדרות ועוטף עזה.

הרצאה 1: ד"ר מירי קרן- עקרונות של שיטת הפסיכותרפיה הורה-ילד ממוקדת טראומה.

המרצה החלה את ההרצאה בדיון בשאלה מה הוא טיפול הורה ילד ומהי חשיבותו בגיל הרך בכלל, ובהקשר של טראומה. קרן הציעה כי היעדר יכולת הסימבוליזציה של ילדים צעירים והתלות המוחלטת שלהם בהוריהם הופכת את נוכחות ההורה לחשובה במיוחד. במקביל, העבודה עם ההורה והילד (ולא רק עם ההורים) חושפת חלקים פחות מודעים באינטראקציה ובאופן בו ההורה תופס את הילד, וחושפת את הילד לעמדה רפלקטיבית שונה מהעמדה לה הוא רגיל (למשל, "מעניין מה גורם לך לזרוק חפצים" ולא "אל תזרוק!").

קרן הציגה בהרצאתה מספר גישות לטיפול הורה ילד, אך התמקדה בגישתם של אלישה ליברמן ושות' - גישת The trauma focused child parent psychotherapy : CPP. הגישה מיושמת בעיקר עם ילדים אשר חוו אלימות ביתית, ומתבססת על מספר עקרונות מרכזיים. ליברמן ושות' מדגישים את חשיבות העבודה עם החוויה ב"כאן ועכשיו" ואת נכונות המטפל להפגין טוב לב, לפרגן ולהחזיק בתקווה. כמו כן, הם מדגישים עד כמה חשוב לוותר על התפיסה האידיאלית לפיה משפחות באות כדי להיעזר ולזכור שמשפחות רבות מגיעות לטיפול מתוך עמדה של חוסר אמון והתנגדות. בו זמנית צריך לזכור את המצוקה שתחת הכעס וליצור ברית טיפולית המבוססת על מגע עם הכאב האמיתי.

ליברמן יצאה מהנחה שהתחומים שנפגעים במיוחד בעקבות טראומה מאסיבית או טראומה מצטברת הם היכולת לווסת את האפקט והרגשות, האמון באדם וביחסים עם אדם אחר והיכולת למצוא מחדש את ההנאה, השמחה והסקרנות בחקירה ובלמידה. מייסדות הגישה מתארות כי הן משתמשות בארגז כלים רחב מאוד במטרה ליצור מגוון אפשרויות ומגוון דלתות דרכן ניתן להיכנס אל המערכת המשפחתית ולקדם את התהליך.

ליברמן ושות' מציעות כי לאחר הערכה ניתן להתייחס למצב דרך תרשים משולש בו קודקוד אחד הוא הטראומה, קודקוד שני הוא התסמינים של הילד (כאשר ההורה לא בהכרח מקשר בין התסמינים ובין הטראומה) והקודקוד השלישי הוא התוכנית הטיפולית. סביב המשולש הזה נבנית הגישה הטיפולית.

הצעד הראשון הוא בחירת ה- Setting הטיפולי והמשתתפים בטיפול. בספרות אין התוויות ברורות ומטפלים בוחרים בהתאם לחוש הקליני שלהם, אך ביחידה של מירי קרן הדגש הוא על הפרעה ברורה בקשר בין ההורה לילד, ולכן מתחילים גם טיפול דיאדי וגם טריאדי. זאת, מתוך מטרה שלא להוציא את ההורה מהחדר וליצור מלחמה בין ההורים.

ד"ר קרן הביאה שני תיאורי מקרה אשר המחישו את השימוש בשיטת ה- CPP במצבים טראומטיים. לסיום, ומתוך התבוננות במקרים אלו, היא הציגה את התחומים והשלבים הטיפוליים על פי שיטת ה-CPP:

- 1) הבטחת תחושת הביטחון של הילד בקשר ובנוכחות של ההורה- היבט זה עשוי להיראות מובן מאליו, אך בטראומה שעירבה את ההורה הקשר נפגע ויש לשקמו.
- 2) ביטחון בסביבה- לא מספיק לדאוג לביטחון בקשר הורה ילד, אלא גם לשיקום הביטחון בסביבה. חשוב לסייע להורה למנוע חשיפה של הילד למצבים מאיימים נוספים ולהפריד בין זיכרון (כלומר, לא להכחיש את הטראומה) לבין חוויה מחדש המלווה בהצפה.
- 3) נרמול תגובות טראומטיות- חשוב לתקף את תגובות הילד ולהבהיר שמאוד טבעי שהילד מגיב באופנים מסוימים לנוכח טראומה.
- 4) מציאה מחדשת של השמחה בסקרנות ובלמידה- לקדם תקווה דרך משחק וחוויה.

הרצאה 2: אלינה שלקס- התפתחות רגשית מוקדמת ומצבים מנטאליים ראשוניים: פרספקטיבה פסיכואנליטית

שלקס פתחה את הרצאתה בתיאור חשיבות לימודי מצבים מנטאליים ראשוניים. אמנם, כאשר אנו עוסקים בחלק הילדי של המטופל אין מדובר בשכפול נפש התינוק, אך לדבריה חשוב לחפש אחר מקורות החוייה המוקדמים של התינוק גם בטיפול בילדים בוגרים יותר ובמבוגרים. הבנה הפסיכואנליטית של מצבים מנטאליים ראשוניים מתבססת הן על תצפיות בתינוקות ומחקרים ההתפתחותיים והן על חשיבה פסיכואנליטית שמתבססת על הניסיון הקליני והתיאורטיזציה של ניסיון זה.

ניתן להצביע על שתי מגמות תיאורטיות שונות הבאות להסביר את נפש התינוק. המגמה הראונה היא מגמה של נרקיסיות ראשוני לפיה התינוק נמצא במצב של התמזגות עם האובייקט ואין נפרדות. נציגי גישה זו הם פרויד, טסטין ואחרים. המגמה השניה מציעה כי נפש התינוק נמצאת במעמד של אובייקט נפרד מתחילת החיים. קליין, בולבי, שטרן ואחרים מדגישים כי קיימת אצל התינוק נפרדות בסיסית ויכולת לתקשר עם האובייקט מן ההתחלה.

סלע המחלוקת הוא השאלה באיזו מידה האחר כבר נוכח בתוך האינטר-סובייקטיביות. הרלוונטיות של הבדלים אלו איננה רק תיאורטית או התפתחותית, אלא בעלת משמעות לעבודת הקלינית.

ביון התייחס למצבים מנטאליים ראשוניים בתחילת החיים וטען כי השד וכל האובייקטים כבר קיימים בנפש התינוק כפרה-קונספציות הממתינות להתממשות במציאות. ישנן פנטזיות שקיימות עוד קודם למפגש עם האובייקט אותן ביון כינה זיכרונות של העתיד- זיכרונות פרה היסטוריים השמורים בלא מודע ומנבאים את התפתחותנו העתידית. בכתביו האחרונים ביון הציע כי העובר

חוה את התנודות של הנוזל תוך רחמי, את הרעש, את הלחץ האוסמוטי של מצביה הנפשיים של האם. בתוך החוויות הרחמיות יש ניצנים ראשוניים לחוויות או תחושות שיהפכו לתבניות נפשיות ראשוניות. שרידי החוויות מהרחם והלידה יכולים להיות מאוחסנים ברמה הסומטית, כך שזיכרונות שיופעלו בשלב מאוחר יותר בחיים עשויים להחיות את המצבים הנפשיים הארכאיים האלו, שלא עברו מנטליזציה.

החייאה מסוג זה יכולה לקרות בהעברה, והמטפל יכול לאפשר למצבים אלו להפוך למתוקשרים ומעובדים. למשל, אפשר להבחין באופן שבו המטופל חווה את המטפל ואת החדר כמאפשרים או כחונקים, כמסמלים את החוויה התוך רחמית. חלק מהמטופלים, לדוגמה, מביאים אל הטיפול חוויה של אי היות, אי קיום, כאילו לא נולדו מבחינה רגשית. הם ממתנינים לחיים שיתחילו ומתנגדים לכל תנועה שתוביל כשינוי. יש אצלם היפוך מסיבי של ההכלה, והפנטזיה הלא מודעת הבסיסית ומרכזית היא של מרוקנות, מעין הפלה נפשית. יש כאלו שאף חיים חרדה בסיסית ומהותית של סכנת השמדה או הפלה. החרדה הקטסטרופלית מופעלת על ידי כל שינוי או מפגש בין שתי נפשות או תודעות, למשל בין נפש המטופל והמטפל.

כאמור, מלבד לחוויה הקלינית הבנתנו את המצבים המנטאליים הראשוניים מתבססת גם על תצפית בתינוקות.

החלוצים של כיוון זה היו אסתר ביק ותצפיות שנערכו בטוויסטוק, כאשר ביק וממשיכה מיקדו את תצפיותיהם בחודשים ובשנים הראשונות לחיים.

עבודתו החלוצית של דניאל שטרן תרמה רבות להבנת היווצרותה של תחושת העצמי המוקדמת ביותר- תחושה שהיא טרום מילולית וטרום ייצוגית. שטרן תיאר את התפתחות העצמי של התינוק כמתקדמת בשכבות המעוצבות על ידי יחסים בין אישיים, כאשר התינוק מבסס בהדרגה אינטגרציה.

מנצייה הרחיב את הרעיונות של שטרן בעיקר דרך התמקדות בשורשים הטרום לידתיים של ההתפתחות הנפשית. הוא טען כי כל הגירויים שמגיעים לעובר הם בעלי מקצב וקביעות משלהם, ובסופו של דבר הופכים בסיס לתחושת העצמי. הגירויים האלה נצבעים בגוונים נעימים או בלתי נעימים ומתהווים לחוויות פרוטו-מנטאלית היוצרות גרעין פרוטו מנטאלי של פעילות הממשיך להשתכלל עם ההתפתחות. עצמי טרום ייצוגי זה ניחן ביכולות זיכרון בסיסיות ויכול לספק מידה מסוימת של המשכיות בין חוויות פרה לידתיות לבתן לידתיות, בדומה לרעיון הפרה קונספציות של ביון.

הרצאה 3: על האופציה לצמוח במצבי אין מוצא באמצעות משחקיות (playfulness) ודמיון- פרופ' מולי להד.

הרצאתו של פרופסור להד עסקה בקשר שבין פעולת הדמיון לבין הפרעות פוסט טראומטיות. הוא פתח את הרצאתו בהתייחסות לכך שלמרות שדמיון ויצירתיות הם צורך אנושי בסיסי, התרבות המערבית היא תרבות אשר מאופיינת בחשש ורתיעה מהדמיון. כך, למשל, להד תיאר כי בתרבות המערבית אנו מצפים מילדים לוותר על האמונה בקסמים, פיות וכד' במהלך ההתפתחות התקינה, וכי ילדים מוציאים פעמים רבות את המבוגרים ממשחקם מאחר והם חשים ברתיעתם ממשחקי

דמיון. עמדה זו שונה מעמדתן של תרבויות אחרות אשר מאופיינות בתנועה גמישה יותר בין מציאות, דמיון, קסם, מיתוס ודת.

למעשה, להד טוען כי התרבות המערבית אף נוטה לפתולוגיזציה של הדמיון: כאשר פרויד לא מצא את הגרעין הפיסיולוגי לנוירוזה, הוא כינה אותה "החולי של הדמיון". מה אנחנו מאבדים בתהליך זה? את התשובה לכך, לדבריו של להד, ניתן למצוא בפער עליו מצביע המחקר בין כמות הפעמים בה ילדים צוחקים ומחייכים במהלך היום לעומת הכמות בה מבוגרים צוחקים ומחייכים.

לאחר הדגשת מקומם של הדמיון והיצירתיות בנפש האנושית והנטייה המערבי לפתולוגיזציה של אלמנטים אלו, להד עבר לדון בטראומה נפשית.

אירוע טראומטי הוא אירוע הקשור בחשיפה למוות או סכנת מוות המלווים חוסר אוניס ופחד עז. אדם במצב טראומטי נמצא במצב של "אימה ללא מילים" בו אין דיווח לחלקים הגבוהים של המוח, ומה שמופעל הוא בעיקר החלק החזותי. בהתאם, טראומה משתקת פעמים רבים את היכולת הסימבולית: יכולת המשחק של ילדים נפגעי טראומה פגועה פעמים רבות, ואנשים הסובלים מפוסט טראומה הם בעלי פעילות מוחית נמוכה באזורי השפה בעוד אזורי החישה והרגש בעלי פוטנציאל גבוה לפעולה. כאשר אנחנו נחשפים לאירוע מחריד, גם אם אנחנו לא רואים אותו, אנחנו מדמיינים אותו. כך, הדמיון יכול לייצר סבל ולא רק הקלה, אך היתרון הוא שמה שגורם לסבל, יכול להביא גם להקלה.

בהקשר זה, במטא אנליזה בה נבדקו 69 מחקרים נמצא כי אחד הגורמים המנבאים ב-70% את התפתחותה של הפרעה פוסט טראומטית היה אירוע של דיסוציאציה בסמוך לאירוע הטראומטי, ועד חודש לאחריו. עם זאת, להד מתאר כי הוא ושותפתו מירה קלפסקי זיהו במחקרים גם את תפקידו החיובי והבריא של הדמיון במצבי טראומה. הם עבדו עם שבויים ובני ערובה אשר תארו את החוויות כחיוביות- מעין כניסה לבועה בה התוקפים היו אנשים קטנים. בדומה, הם מצאו כי ניצולי שואה שעודדו אותם לשלב אלמנטים פנטסטיים בתיאור חוויות השואה שלהם דיווחו על הקלה. לדוגמה, ניצולת שואה שחיה בתקופת השואה בבור סיפרה שנהגה לדמיון שיש לה סוס עליו היא רוכבת ביער. החוקרים עודדו אותה לכתוב על הילדה שרוכבת ביער, והדבר הביא לשיפור הסימפטומים.

באופן דומה, אנשים אשר חוו חוויות של כמעט-מוות תיארו תחושות של ציפה, "מחוץ לגוף", מפגשים עם דמויות שונות וחוויה של "החיים עוברים לנגד העיניים". זוהי חוויה פנטזמטית המאפשרת דיסוציאציה מלאה מאירוע מאיים בצורה קיצונית.

במרחב הפנטזמטי חוקי המציאות משתנים לחלוטין: הכל אפשרי, היבטים של זמן, מקום ותפקיד יכולים להשתנות לגמרי. היעדר הלוגיקה האפשרית במרחב הפנטזמטי מאפשרת להתנסות בתפקידים שהאדם לעולם לא ימלא במציאות, להתנסות במצבים טראומטיים מזווית אחרת, לסיים "עניינים לא פתורים" וכן הלאה. הן ילדים והן בוגרים הסובלים מפוסט טראומה מתקשים לשחק במרחב הדמיון מאחר והטראומה שולטת בחייהם ומקפיאה אותם. בהתאם, אחת ממטרות הטיפול היא לסייע למטופלים לחזור ולנוע בין מרחב המשחק למרחב המציאות הלוך ושוב, תוך חידוד ההבחנה מתי הם שוהים במרחב הפנטסיה ומתי במרחב המציאות.

הרצאה 4: ד"ר עופר מאורר - סכמה-תרפיה בארגז הכלים של הפסיכולוג ההתפתחותי

סכמה תרפיה היא גישה שפותחה על ידי ג'פרי יאנג ומהווה אינטגרציה עשירה ומקיפה של טכניקות קוגניטיביות, התנהגותיות וחוויתיות, וכן משלבת דגשים פסיכואנליטיים דינמיים של תיאוריות יחסי אובייקט והתקשרות. השיטה פותחה כדרך טיפול ייחודית למטופלים בעלי הפרעות אישיות וכן לאלו המתמודדים עם קשיים רגשיים ובין אישיים מתמשכים. מאורר תיאר את השיטה כשיטה שקל לדבר ולתקשר אותה עם מטופלים: השפה היא פשוטה ואפשר לדבר אותה בפשטות.

מושגי יסוד בגישת הסכמה תרפיה

1. צרכי ליבה רגשיים - יאנג טוען שכל בני האדם נולדים עם צרכים רגשיים המתקיימים מלידתנו עד יום מותנו, אך לא באותה עוצמה או תמהיל אצל כל אדם. הטמפרמנט משפיע על הרכב הצרכים, אבל כל אדם זקוק למגוון צרכים רגשיים. סכמה תרפיה מגדירה חמישה מקבצים של צרכי ליבה רגשיים: א) התקשרות בטוחה לאחרים הכוללת צורך בביטחון, ביציבות, בהזנה, בטיפוח ובקבלה. ב) צורך באוטונומיה, מסוגלות עצמית וחוויה פנימית מגובשת של זהות. ג) צורך לבטא באופן חופשי צרכים ורגשות. ד) צורך בספונטניות ובמשחק ה) צורך בגבולות מציאותיים ובשליטה עצמית. לפי מודל זה, אדם בריא ומתפקד הוא אדם שיכול להביא למילוי צרכיו הרגשיים באופן מותאם ומסתגל, ולכן מטרת העל של הטיפול היא לסייע למטופל למצוא דרכים סתגלניות, רציפות ומיטיביות למילוי צרכיו הרגשיים.

2. סכמות - סכמה היא דפוס נרחב ומתמשך המורכב מרגשות, קוגניציות, זיכרונות ומתחושות גוף. סכמה מתייחסת לאדם עצמו ו/או לאדם בקשר עם אחרים, מתפתחת בילדות או בהתבגרות ומשתמרת ומשתכללת לאורך החיים. דגמה לסכמה הנוצרת כאשר מתקיימת היענות לצרכים הרגשיים בינקות היא "אני מספיק אהוב כדי שיענו לי".

3. סכמות בלתי מסתגלות - EMS - early maladaptive schemas – יאנג זיהה חמישה מקבצים הכוללים שמונה-עשרה סכמות לא מסתגלות אשר היווצרותן מביאה לפגיעה בתפקוד ובחוויה הרגשית. דוגמה לסכמה לא מסתגלת היא "אף אחד לא יכול לאהוב אותי".

4. מצבי-עצמי Modes – לא כל הסכמות באות ונכנסות לפעולה בו זמנית. כאשר סכמה נכנסת לפעולה אנשים עשויים לפעול בשלוש צורות: כניעה לסכמה וקבלתה כאמת, הימנעות מהסכמה ופעולה לצמצום השפעתה, ופיצוי יתר (נרקיסזם, למשל). יאנג זיהה את התנודתיות בין הסכמות בקרב מטופלים עם אישיות גבולית והציע את המונח "מצבי עצמי" בהתייחס לסכמות ודרכי התמודדות הפעילים ברגע נתון. אצל אדם בריא, המעבר בין מצבי העצמי יהיה מעבר "חלק" יחסית, בעוד שבמצבי קצה יתקיימו נתק ודיסוציאציה בין מצבי העצמי השונים. יאנג הציע הבחנה בין מספר מצבי עצמי מרכזיים:

- מצבי עצמי ילדיים - מצבי עצמי המאופיינים בחוויה ילדית ובדרך כלל בלתי נעימה: חווית ילד כועס, חווית ילד עצוב, חווית ילד אימפולביסי וחסר גבולות וכן הלאה.
- מצבי עצמי הוריים - מצב עצמי דורשני שדוחף ומצפה מהאדם לעמוד בסטנדרטים, ומייצג את תחושת הילד ש"אם רק הייתי כך או אחרת, הייתי אהוב ורצוי יותר". חשוב להדגיש כי לא מדובר בהפנמת קול הורי אלא בביטוי לצורך רגשי שלא סופק והביא להתפתחות קול פנימי זה.

- מצבי עצמי של התמודדות בלתי מסתגלת - מצבי עצמי הכוללים התנהגויות בלתי מסתגלות אך בעלות ערך הישרדותי במובן מסוים, כמו התמכרויות ונרקיסים.
- מצבי עצמי בריא - מצב עצמי בעל תפקיד חשוב. מצב עצמי זה אחראי על שמירת מגע עם כל מצבי העצמי ויצירת איזון ביניהם.

התערבויות טיפוליות בגישת הסכמה תרפיה

ההתערבות הטיפולית בגישת הסכמה תרפיה מכוונת לפיתוח מצב העצמי של המבוגר הבריא שיעזור למטופל לאזן ולטפל באקטיבציות מצבי העצמי האחרים המתרחשות ביום יום. ארגז הכלים של הגישה כולל כלים קוגניטיביים, התנהגותיים, חווייתיים וכלים של קשר. העמדה הטיפולית הבסיסית היא שונה מעמדות קלאסיות אחרות, ומבוססת על limited reparenting - הורות חלקית מוגבלת המכוונת ליצירת חווית הורות מתקנת חלקית.

דוגמאות להתערבויות אופייניות לגישת הסכמה התרפיה הן עבודה חווייתית דרך גישת הגשטאלט בה המטופל מנהל דיאלוג בין מצבי עצמי שונים, ועבודה בדמיון המכוונת לקונסולידציה מחדש של הזיכרון- חזרה בדמיון לרגעי עבר בהם צרכים רגשיים לא קיבלו מענה, בשילוב התערבויות מרפאות כ"דיבור" עם האם בעבר, זיהוי הצרכים הרגשיים בסיטואציה וכן הלאה.

בסיום ההרצאה ד"ר מאורר הציע כי מודל הסכמה תרפיה רלוונטי מאוד לעבודה ההתפתחותית. ילדים נוטים "ללחוץ על כפתורים" הוריים המפעילים פעמים רבות מצבי סכמה בלתי מסתגלים (בושה, כישלון, ענישה ועוד). במסגרת עבודה עם ההורים ניתן לזהות אילו מצבי עצמי וסכמות הילד מפעיל, וללמד כיצד לווסת אותם ולחזור למצב העצמי של המבוגר הבריא.

הרצאה 5: ד"ר עודד ארבל - מרווח ומרחב - מהמנזר לחדר הטיפולים - טיפול מבוסס מינדפולנס - תיאוריה ופרקטיקה.

ד"ר ארבל פתח את הרצאתו בתיאור התערבות קצרה שהציע לחייל מפוחד אשר סירב לצאת מהמרחב המוגן. ההתערבות כללה התמקדות בנשימה ומדיטציה וטיול רגלי ואלו אפשרו לחייל להתרחק באופן משמעותי מהמרחב המוגן. לטענתו של ארבל, התערבות זו מדגימה מהו טיפול במיינדפולנס - טיפול המבוסס על חוויה, התנסות ולמידה ישירה מהחוויה והעשייה.

ראשיתו של רעיון טיפולי המיינדפולנס הוא בעבודתו של ג'ון קאבט זיין - jon kabat-zinn - אשר בנה את פרוטוקול ה- MBSR - meditation based stress reduction, אשר שילב יוגה וזן עם פסיכותרפיה. מודל זה שימש תחילה לטיפול בסובלים מכאב כרוני אך פותח גם לטיפול במתמודדים עם קשיים רגשיים. בשנות ה-60 הגיעו ההיפים למזרח ו"יבאו" את התפיסות הבודהיסטיות אשר החלו לחלחל למודלים טיפוליים שונים (למשל, ה-DBT שפיתחה לינהאן).

דרך הדוגמה בה פתח את ההרצאה, ארבל תיאר היבטים מרכזיים של התערבויות מיינדפולנס :

- הישארות בחוויה העכשווית - הישארות עם החוויה העכשווית, קשה וכואבת ככל שתהיה, במטרה לצמצם את רעשי המיינד שביניהם חרדות, ספקות וכד'.
- קבלה - חיזוק היכולת להיות עם הכל ולהפסיק את מרוץ ה"בא לי- לא בא לי" ואת החרדה מפני אי המושלמות שאנו פוגשים.

- חמלה - פיתוח תנועת הלב שלנו כלפי סבלו של האחר והושטת יד לעזרה.
- אלמנט של אי ידיעה - במדיטציה, באפס מעשה, אנחנו מניחים לעצמנו לא לדעת הרבה דברים ואנחנו צריכים לאפשר לעצמנו לא לדעת באופן שמאפשר גילוי והתפתחות.
- Non conceptual - הימנעות מחיפוש אחר "הסיפור האמיתי" ודבקות במרחב הלא ידוע של החוויה העכשווית.

היבטים של נוכחות טיפולית

ארבל הציג מספר היבטים של הנוכחות הטיפולית החיונית לטיפול מיינדפולנס.

- MA - מושג שמקורו בתרבות היפנית ופירושו מרווח, הרווח שבין דברים. הסימנית היפנית של MA מורכבת משער שבמרכזו שמש. שמש מבעד לשער אפשר לראות או בזריחה או בשקיעה ובהתאם - ההתכוונות היא לאותו מצב מעברי בו קורים הדברים, מרחב ה"עוד רגע זה קורה", בו אנו לומדים הכי הרבה. כמטפלים, עלינו לשאוף ל-MA ולהישאר עם החוויה של פערי אי הידיעה, בלי לפתור אותם בפירוש, בידיעה, בעשייה.
- "אוקיאה" - חלל שרווי בפוטנציאל שיכול ללוש צורה, או רעיונות על נוכחות המבקשים לעצמם עשייה. העשייה היא לא במובן של כלי טיפולי אלא עשייה בעלת פוטנציאל מרפא שיכולה ללוש צורות שונות כיצאה לשדה, תשומת לב לכפות הרגליים, שיחה על חלום וכן הלאה.
- קשב פתוח - יכולת לשבת במדיטציה שמשמעה הקשבה מתוך התפנות מהעצמי שלי, מרעיונותיי, מפרשנויותיי, מידיעותיי ומהצורך לעשות משהו.

היבטים נוספים שהוזכרו היו התרוקנות, אי ידיעה - חתירה למרחב לא קוספוטואלי, קבלה, העדר שיפוטיות, נחישות, אמת, סקרנות, חמלה, טוב לב אוהב. איכויות אלו אינן זרות למטפל ה"רגיל", אך הפרספקטיבה הבודהיסטית מציעה פרקטיקות תרגול לפיתוחן. אלמנט זה חשוב במיוחד מאחר והנוכחות הטיפולית והאווירה שהיא מייצרת היא הגורם המרכזי בטיפול מיינדפולנס.

הרצאה 6: איריס שמחוני שגב - טראומה מינית בילדות

טראומה מינית וחשיפה למיניות בלתי מותאמת הן לצערנו חוויות שכיחות ביותר איתן נפגשים ילדים וילדות רבים. כיום קיימת הבנה רבה יותר של טראומה מינית ובהתאם חלו לאורך השנים שינויים בתפיסות ובטכניקות העבודה עם טראומה.

שמחוני שגב מתארת כי טיפול בפגיעה מינית שובר את נורמות הטיפול הרגילות במובנים שונים, שביניהן מקומה של חובת הסודיות, ערעור תחושת הביטחון והאמון בעולם של המטפל ועוד. כמו כן, היא מתארת את הגישה הרווחת לפיה כאשר עולה חשד לפגיעה מינית בזמן טיפול רגשי בילד יש להפסיק את הטיפול "עד שיתברר נושא התקיפה המינית", ויוצאת נגדה. לדבריה, ילדים משוועים לידיעה והבנה של האם ואם ה"אם" הטיפולית מאוימת על ידי התוקף נוצר קושי נוסף. מאחר ונושא הפגיעה המינית קשה וספוג השלכות חברתיות רבות, לא קל להתמודד איתו לבד ומומלץ לעבוד בסביבה מכילה עם צוות מכיל.

ילדים זקוקים לחום באופן שהופך אותם פגיעים לתקיפה. הילד מוצא עצמו כמושא תשוקתו של האחר, ושפת התשוקה פורצת למרחב של הילדים. משהו בידיעה טרם זמנה נרשם, ומה שהופך את

הפגיעה המינית לפגיעה התפתחותית מתמשכת הוא שעם הבשילה הטבעית הילדים פוגשים חוויה נפשית זו שוב ושוב, באופן קשה לעיכול. לכן, גם אם ניתן טיפול בגיל מוקדם לאחר גילוי הפגיעה, חשוב להמשיך ולעקוב אחר התפתחות.

בגילאי 3-4, פגיעות מיניות הן בדרך כלל מאנשים קרובים בהם הילד נותן אמון, ו"גל" נוסף של פגיעות מתרחש בגילאי 13-14, בדרך כלל אצל בנות. ככל שהפגיעה מוקדמת יותר כך הפגיעה עשויה להיות בעלת השפעה רבה יותר. זאת, מאחר ובגיל זה עדיין לא מתבסס עצמי מאורגן שמספר את הסיפור על עצמי, ומאחר ובדרך כלל לא מדובר בפגיעה "כואבת" ממנה הילד נרתע באופן אוטומטי, אלא בפגיעה במסווה של "בוא נעשה לך נעים". הפגיעות אינן מלוות בהכרח בתחושות סבל וכאב, אלא בדינמיקות של סוד והשתקה. חלק מהילדים הנפגעים זוכים להטבות וחווים דווקא את מי שמבקש להפסיק אותה כתוקף המכניס רעיונות ומציאות. פגיעות מיניות מאופיינות במספר דינמיקות היוצרות עיוות במערכת היחסים:

חוסר אונים - חוסר יכולת לווסת ולשלוט במה שעושים ולא עושים לנו בגוף.

בגידה - תחושת בגידה נוצרת עקב הפגיעה על ידי אדם מוכר או על אדם שההורים בחרו בו (למשל, בייביסיטר).

רה-ויקטימיזציה - היווצרות תחושה לפיה קבלת חיזוק ותחושת מהות תלויים באימוץ עמדה של קורבן חסר אונים, דבר שמביא לרה-ויקטימיזציה.

חשוב לזכור שההתעללות חודרת לחיים של ילד בשלב התפתחותי מסוים, כאשר השלבים ההתפתחותיים שכבר נבנו יכולים להיות גם גורמי סיכון, אך גם גורמים מגנים. אם ההתקשרות הייתה בטוחה והפוגע הוא לא דמות ההתקשרות העיקרית, יש מגן בסיסי נגד סטרס. עם זאת, ההתקשרות הטובה מעוררת תחושה ש"אם היה משהו לא בסדר אמא/אבא היו יודעים"- ולכן רגשות הילד לגבי חוויתו הגופנית הבסיסית מופקעים. במצבים אלו נוצרת לא פעם סומטיזציה דרכה הילד מספר את סיפור הפגיעה.

סממנים של משחק פוסט-טראומטי אצל ילדים

מספר סממנים עשויים לאפיין את משחקם של ילדים נפגעי טראומה:

- תוכן שחוזר על עצמו באופן כפייתי: משחקם של ילדים נפגעי טראומה עשוי להוות שחזור קונקרטי חוזר ונשנה של האירוע או לכלול עיסוק חזרתי בחלקי גוף. זאת, על חשבון משחק סימבולי, הנעה והנאה.
- פרצי אגרסיה המהוות ביטוי להזדהות עם התוקפן.
- בלבול בין עצמי לאחר.
- פיצול ופגיעה ביכולת ליצור ייצוג אובייקט שלם ומאוזן.

אתגר ייחודי לטיפול בטרומה בגיל הרך הוא שעיבוד האשמה הלא מוצדקת הוא אתגר קוגניטיבי שקשה להגיע אליו לפני גילאי 5-6. ילדים בגיל זה חייבים לשמר את חלקי ההורה הטובים למען הישרדותם והתפתחותם התקינה ועל כן דיסוציאציה של אשמת ההורה היא כמעט בלתי נמנעת. במובן מסוים, אנו מאפשרים דיסוציאציה זו כדי לאפשר התפתחות תקינה, אך בו זמנית עלינו להיות ערים אליה. חשוב לזכור גם שחשיפת הפגיעה עלולה לביא איתה פגיעות נוספות (למש, בדיקה

גניקולית שיכולה להיות חוויה קשה מאוד). לכן חובה על כולנו לשפר את התגובות שלנו למטופלים, לאפשר לעצמנו לשמוע, לחוש תחושות קשות. כל עוד לא יודעים אחרת, צריך לקבל את האמביוולנציה לגבי הגילוי, שיכול להיות פוגע גם הוא. אם נחזיק את ההקשבה ונשים לב למשחק הפוסט טראומטי, יש יותר סיכוי שנשמע את הדברים.

טיפול דיאדי לפעוטות והורים, החיים תחת איום מתמשך של נפילת קאסמים בשדרות ועוטף עזה - ארנית רוזנבלט, מנכ"ל המרכז לשירות פסיכולוגי בשער הנגב.

הסדנה בהנחייתה של ארנית רוזנבלט נפרשה על יומיים מתוך שלושת ימי הכנס, והתמקדה בהצגת מאפייניה של טראומה מתמשכת בגיל הרך בהיבט הדיאדי, ובהצגת מודל הטיפול בטרומה של פרופסור קלוד שם טוב.

רוזנבלט תיארה טראומה כמצב בו האדם עומד חסר אונים מול איום חיצוני על חייו ו/או על חי יקריו, ואין לו משאבים חיצוניים או פנימיים להתמודדות. בהתאם, אירוע טראומטי הוא אירוע בלתי צפוי ובלתי נשלט המנפץ את תחושת הביטחון, מלווה בתחושת פגיעות וקוטע את חווית הרציפות הקוגניטיבית, האישית, ההיסטורית, החברתית-והקהילתית. טראומה מתמשכת ומצטברת תוארה כמצב בו האדם נחשף שוב ושוב לחוויות הטרומטיות ולסימנים מעוררי הטרומה. חוסר האונים והאיון נמשכים לאורך זמן רב וחוויות מתמשכות של חוסר רוגע, אי שקט ופגיעות גורמות לתשישות ועייפות כרונית, חוסר ביטחון בסיסי והיעדר תקווה. בהקשר זה, רוזנבלט תיארה כי גם חודשים אחרי מבצע צוק איתן, אנשים עדיין חיים את החוויה כאילו התרחשה זה עתה.

כמובן, אנשים שונים באופן בו הם חווים אירועים טראומטיים לאור ההבדלים בכלים והחוסן האישיים. עד אמצע שנות ה-70 הניחו כי ילדים צעירים אינם נמצאים בסיכון להתפתחות הפרעה פוסט טראומטית, אך החל משנות ה-90 כבר יש עיסוק בטיפול בטרומה בגיל הרך ובמתן התערבות מוקדמת.

הפרעה פוסט טראומטית בגיל הרך

ב-1995 פורסמו קריטריונים לזיהוי ואבחון PTSD אצל ילדים בגיל הרך (Scheeringa, 2003), (Scheeringa & Zanea, 1995). קריטריונים אלו כללו הימנעות ממצבים המזכירים את הטרומה, עוררות ואי שקט, חוויה מחדש של האירוע דרך המשחק, חלומות רעים והפרעות שינה, רגרסיה או עצירה התפתחותית (למשל, נסיגה מהרגלי ניקיון וגמילה ממוצץ/בקבוק שכבר נרכשו), צמצום במשחק, חרדות פרידה, מוטיבציה נמוכה לרכישת שליטה בסביבה והכללת הפחד לגירויים וסיטואציות נוספים.

טראומה בילדות על פי תיאוריטיקנים שונים

רוזנבלט תיארה את האופן בו תיאוריטיקנים שונים תפסו את החוויה הטרומטית בגיל הרך.

ויניקוט, מפרספקטיבת האם הטובה דיה, וויניקוט התייחס לטרומה כמצב בו הילד חווה שבר בהמשכיות החיים עקב פרידה או העדר נוכחות של האם על תפקידיה המארגנים והמכילים. כאשר האם נעדרת רגשית, למשל בשל דיכאון או טראומה, לא נוצר מרחב מעברי היוצר את התנועה בין דמיון למציאות, את המשחק ההדדי והיצירתיות וההתפתחות התקינה נקטעת.

בולבי תיאר כי התקשרות בטוחה בילדות מהווה גורם חוסן והגנה מרכזי הקשור להתפתחות תקינה ומנבא חוסן נפשי והתפתחות רגשית בריאה. בהתקשרות בטוחה ההורה מספק לילד משאבים פנימיים המשפרים את יכולת ההתמודדות שלו גם עם מצבים טראומטיים. בהיעדר התקשרות בטוחה, יהיה קושי משמעותי בוויסות וההגרה העצמיים.

ביון התייחס לפונקציית ההכלה של האם, אשר מעבדת עבור התינוק את הכימיה הנפשית הבלתי נסבלים וכך נוטעת בו את היכולת להתפתח, לגדול לחשוב ולתת משמעות לתחושות שלו.

פונגי התייחס לשני גורמים משמעותיים בחוסן: התקשרות בטוחה ויכולת רפלקטיבית המאפשרת לזהות רגשות של הזולת ושל העצמי, להקנות להם משמעות ולהתמודד עימם. התקשרות בטוחה ויכולת רפלקטיבית מסייעים בהתמודדות עם טראומה מאחר והם מאפשרים ויסות לחצים, ביסוס וארגון מנגנוני קשב ופיתוח יכולת מנטליזציה המאפשרת להקנות מילים לחוויה.

נקודת מבט חשובה נוספת היא נקודת המבט המשפחתית, המדגישה את הלחץ בו נמתאת המשפחה כולה לנוכח טראומה, ובפרט לנוכח מצבים טראומטיים מתמשכים. בהקשר זה, נמצא כי למצבו של ההורה ישנה השפעה רבה על הסיכוי להתפתחות תגובות פוסט טראומטיות אצל הילד הצעיר. השפעות אלו נוגעות למספר היבטים:

- 1) כאשר ההורה והילד נתונים לסכנה ואיום על חייהם, ההורה אינו מהווה מקור כוח לילד ואינו נחוה כדמות מגינה ושומרת- כשההורה נחוה כחלש ונשבר, הוא נתפס כחלש.
- 2) איום על מטפל משמעותי של ילד מהווה מנבא חזק להתפתחות מצוקה פוסט טראומטית אף יותר מחשיפה של הילד עצמו (Zeanah, 1995, Koplewicz, 2002).
- 3) ילדים מושפעים מתגובותיהם הרגשיות של הוריהם לאירועים טראומטיים ומדרכי התמודדות של ההורים.
- 4) סימפטומים של חרד הודיכאון נגרמים על ידי חשיפה לטראומה מצטברת מביאים לפגיעה בתפקודים הוריים כתמיכה בילדים (Ososky, 2005).
- 5) פגיעה ביכולות הויסות של ההורה עקב חשיפה שלו לטראומה מצטברת ומתמשכת עלולה לפגוע ביכולת ההורה לויסות ולויסות הדדי של התינוק.
- 6) הורים עם סימפטומים פוסט טראומטיים גורמים יותר מהורים אחרים להצפה של ילדיהם בתכנים לא מותאמים, דיבור ועיסוק יתר בפרטים של האירוע הטראומטי.
- 7) רגישות יתר של ההורה לסימני מצוקה של הילד- בהיותם "מזכירי טראומה" גם עבור ההורה- מובילים לעיתים לתגובות של הצפת והגנת יתר מצד אחד, ולנוקשות מצד שני.
- 8) סימפטומים של הימנעות אצל הורים פוסט טראומטיים יכולים להוביל לקהות רגשית, לשיתוק ולקושי של ההורה להיות מכוון ולשים לב לסימני המצוקה של הילד.
- 9) פגיעה בפונקציה הרפלקטיבית של ההורה עקב היותו נתון במצב של טראומה מתמשכת ומצטברת פוגע ביצירת התקשרות בטוחה בין ההורה לפעוט (Fonagy, 1999).
- 10) הכחשה והדחקה של ההורה את האפשרות למצוקה פוסט טראומטית אצל הילד הצעיר ("הוא קטן, הוא לא רואה ולא מבין"), מתוך רגשות אשמה וחרדה של ההורה עצמו, עלולים לגרום לתפקוד הורי לא יעיל.
- 11) התגובות הרגשיות של ההורים כלפי אירוע טראומטי מהוות גורם מתווך משמעותי היכול להקטין את הסיכון להופעת סימפטומים פוסט טראומטיים אצל הילד.

- 12) משתנים הוריים שמשפיעים לרעה על מצבו הרגשי של הילד : תסמונת PTSD אצל ההורה, בעיות פסיכיאטריות אצל ההורה, ריבוי עימותים בין ההורים, רגזנות, בלגן במשפחה, חוסר לכידות משפחתית. הימנעות והתעלמות מתסמיני הילדים, התנהגויות הורית שמעוררת אשמה וחרדה אצל הילד (Scheeringa & Zeanah, 2001)
- 13) נמצא כי ילדים צעירים מגיבים לביטויי המצוקה והלחץ המילוליים והלא מילוליים של הוריהם יותר מאשר לאירועים המפחידים עצמם.

גורמי סיכון לפיתוח טראומה

- 1) גנטיקה
- 2) פסיכופתולוגיה של ההורים
- 3) משפחה חד הורית
- 4) עוני של משפחה
- 5) טמפרמנט של הילד
- 6) קשר בעייתי בין ההורים

גורמי חיסון

- 1) מערכת משפחתית תומכת
- 2) יכולות של הילד
- 3) הורים תומכים ומכוונים לילד
- 4) משפחה מתפקדת.

מודל ההתמודדות עם טראומה של פרופסור קלוד שם טוב

במסגרת הסדנה, רוזנבלט הציגה את המודל של פרופ' קלוד שם טוב להתמודדות עם אירועים טראומטיים בגיל הרך.

אחרי אירוע חירום, ההורה נכנס למצב הישרדותי המאופיין בעליה ביכולות ההישרדותיות וירידה ביכולת להתכוונן לאחר ולעצמי ובירידה ביכולת הוויסות. ברמה ההתנהגותית יש קושי בכניסה למצב רגיעה וביטחון המלווה בתשישות, עייפות ודריכות לסיכונים. ברמה המשפחתית, אופייניים תחושת חוסר ביטחון, ערעור של הסמכות ההורית ופערים בין ההורים בחווית הטראומה.

מטרות הטיפול

מטרות העבודה הטיפולית במצב הטראומה המצטברת והמתמשכת הן :

- שיקום הרציפות הקוגניטיבית, החברתית, ההיסטורית, האישי והקהילתית.
- סיוע בהתמודדות עם חוויות חוסר אונים, חוסר וודאות, אשמה, בושה וחוסר רוגע.
- סיוע במעברי שגרה -חירום-שגרה.
- שיקום חווית השליטה בחיים
- חיזוק היכולת לניטור עצמי וויסות הדדי של מערכת ההורה-ילד
- התמודדות עם הרווחים המשניים של מצב החירום והטראומה

- סיוע להורים בהעצמת הרפלקטיביות והמנטליזציה- חיזוק היכולת לדבר רגשותיהם ועל רגשות הילד, ועל החוויה ההדדית.
- חיזוק חוויות של משחק והנאה משותפת
- נרמול התגובות הטראומטיות
- איזון בין חשיפה לחוסן- מתן מקום להתייחסות לאירועים הלא נעימים תוך שמירה על חוסן

מטרות טיפוליות להורה

- חיזוק התפקיד ההורי, תוך החזרת תחושת השליטה והיכולת לתפקד כהורה
- סיוע במעבר ממצב הישרדותי לשגרה
- חיזוק ושיפור היכולות הרפלקטיביות של ההורה
- חיזוק יכולת ההורה לשוחח עם הילד על חרדות ורגשות שליליים ולעב אותם
- סיוע בהחזרת תפקוד יעיל של התא המשפחתי
- התכווננות לצרכים של הילד- גם כאשר אין שליטה מלאה בגורמים מסוימים בחיי הילד, עצם ההתייחסות לצרכיו מסייעת (למשל, הכרה בכך שרעשים חזקים מפחידים אותו)
- סיוע להורה לאפשר לילד לחוות סביבה בטוחה, מכילה, מבינה, רגישה וזמינה יותר
- בניית אפשרות למשחק והנאה משותפת גם תחת איום מתמשך
- זיהוי תורך של ההורה בטיפול
- סיוע לדיאדת ההורה-ילד ביצירת מרחב מעברי משותף שיאפשר משחק הדדי, יצירתיות והתפתחות תקינה

התערבות טיפולית בגיל הרך

רוזנבלט תיארה את חשיבות השתתפות ההורה בתהליך הטיפולי וציינה כי גורם זה נמצא כגורם המשמעותי ביותר בהצלחת הטיפול. הטיפול הדיאדי מאפשר להתייחס להורים הן והן כמסייעים ומציע מרחב להתייחסות לוויסות רגשי, לעיבוד החוויות וליצירת המשמעות בסיטואציה הדיאדית. זאת, תוך ביסוס מעמד ההורה כדמות מרגיעה ומגנה וזמינה מבחינה פיסית ופסיכולוגית.

שלב ההערכה

כאשר משפחה מגיעה לאינטייק ומדווחת על סממנים של טראומה, יש לכלול בהערכה הראשונית מספר אלמנטים מרכזיים:

- הערכת הכוחות של הילד והמשפחה
- הערכת סימפטומים פוסט טראומתיים אצל ההורה ואצל הילד דרך הצגת שאלות רלוונטיות על מצבים וחיי היום יום ועל מצבים אינטימיים.
- מתן הסבר על המודל הישרדותי ורצינות הטיפול
- אבחנה בין אירוע חד פעמי מול טראומה מתמשכת

- מתן השכלה פסיכו-חינוכית ראשונית- מתן הסבר להורים והנחייתם למתן הסבר לילד על מה שקורה לו תוך פתיחת מגוון ערוצי תקשורת וחיבור. כחלק מדיון זה חשוב לחבר את ההורים למשאבי התמודדות ותקשורת שסייעו להם בעבר.
 - מתן לגיטימציה לתחושות הלא נעימות, כתגובות נורמליות למצב לא נורמאלי
 - יצירת בסיס ראשוני להתכוננות לוויסות עצמי והדדי
 - התייחסות להתנהלות במצבי חירום מיוחדים: סידורי שינה, מקלחת ועוד
 - בדיקת משאבי התמודדות של הילד והמשפחה
 - הערכת מצבו של הילד ביחס למשימותיו ההתפתחותיות ושימוש באינפורמציה להערכת מידת הפגיעה והצורך בטיפול.
- בשלב זה רוזנבלט אף הדגימה שימוש בטכניקות הערה וטיפול שפותחו על ידי המרכז הטיפולי. אלו כללו שימוש בקלפים טיפוליים, יצירה ומשחקי קופסא.

שלב התחלת הטיפול

- קיום מפגשי הורה-ילד משותפים בהם המטפל מתבונן בדפוסי האינטראקציה
- מתן מקום למשחק והנאה הדדית ומשותפת, תוך התייחסות למצב רגשי נפשי של הילד והוריו- דיבור על דמיון ועל כך שבדמיון אפשר לחשוב על הרבה דברים ועל כך שאין שם אזעקות, טילים ואפשר שיהיה שם מה שרוצים.
- זיהוי קשיי התקשורת או קונפליקטים אחרים בקשר המוקדם
- ביסוס המרחב הטיפולי כמקום בטוח דרך המשחק
- תרגול טכניקות ויסות עצמי והרגעה עצמית
- המשך תרגול נשימות והרפיה תוך מתן שליטה לילד ולהורה
- הכנת קופסת ביטחון ובתוכה משאבי התמודדות, ביטחון והנאה

תהליך הטיפול

- המשך חיזוק הביטחון של ההורה בתפקידו ההורי
- חיזוק הקשר- המטפל משקף את צרכי הילד וההורה ומסייע להם להתקרב ולהתכוון זה לצרכיו של זה.
- המשך ביסוס חוויות של הנאה משותפת
- המשך תרגול נשימות, הרגעה והרפיה- אצל ילדים צעירים ניתן לתרגל דרך משחק בבועות סבון, ניפוח בלונים והרחת פרחים, אשר מסייעים בוויסות הנשימה והוויסות העצמי.
- המטפל מכיל את הדיאדה במצבים המעוררים חרדה וכאב
- חשיפה- במקביל להמשך יצירתן של חוויות נעימות, מתחילים בחשיפה ושחזור של האירוע הטראומטי- אך הפעם כאשר לילד יש יותר כלים להתמודדות וההורה והמטפל נמצאים איתו באופן תומך וזמין.
- המשך יצירת קופסת המשאבים- מכינים וכותבים אזכורים למשאבים המסייעים בעת מצוקה, כך שהילד יוכל להתבונן בהם בעת הצורך.