

בין מושיע לקרבן: תנודות בעמדה הטיפולית של המטפל בטיפול בפוסט טראומה מורכבת

רועי טרגן ושרון זיו- ביימן

תקציר

במאמר זה מוצג טיפול פסיכו- תרפויטי בנערה שעברה התעללות מינית, שהתקיים במסגרת אל"י (האגודה להגנת הילד). הנערה מאובחנת כסובלת מפוסט טראומה מורכבת בהתאם למודל לאבחון וטיפול בטראומה של לואיס- הרמן (1992). המאמר מתמקד במרכזיות של תנודות בעמדה הטיפולית של המטפל, בין עמדה מגינה ושומרת לבין עמדה מחזקת ומכירה בכוחות, בטיפול בנפגעי טראומה מורכבת. המאמר והמקרה המוצג בו ידגימו את האופנים בהם נוצרים בטיפול בנפגעי טראומה מורכבת באופן בלתי נמנע, מצבים של קריסה לעמדות טיפוליות קוטביות של מושיע או מפקיר, ובחויית המטפל בהעברה הנגדית של מושיע או קרבן. על מנת לאפשר שינוי וריפוי, המטפל נדרש להיות קשוב למצבי קריסה אלו, ולחתור לעמדה אינטגרטיבית המשלבת בין שתי העמדות. על המטפל להיות מסוגל לאחוז בו זמנית בשני הקטבים, מה שיאפשר לו לחוות עצמו כמי שמסוגל לעזור למטופל- לא מתוך עמדה של מטפל כל יכול או מתוך עמדה של מטפל חסר אונים- אלא מתוך המרחב הנוצר כאשר מתקיימת תנועה בין הקטבים המאפשרת אינטגרציה.

פגיעה מינית בילדות

התעללות או פגיעה מינית בילדות נחשבות לחוויה טראומתית ומוכרות ככאלו ב- DSM -TR-4 (2005). התעללות מינית בילדים מוגדרת כמגע מיני בין מבוגר לקטין שמטרתו סיפוק מיני של המבוגר (פרניס, 1995). התעללות עשויה לכלול יחסי מין אוראליים, גניטאליים או אנאליים, מגעים מיניים לא מלאים (נשיקות, ליטופים באזורים אינטימיים), חשיפת הילד לתכנים מיניים (התערטלות, פורנוגרפיה, הטרדה טלפונית) ושאר התנהגויות המכוונות להשגת סיפוק מיני באמצעות הילד. במרבית המקרים האדם המתעלל הוא קרוב משפחה או מכר של הילד: כ-7% ממקרי ההתעללות מתבצעים ע"י אבות ואבות חורגים, בין 16%-42% ע"י אחים ודודים, בין 32%-60% ע"י מכרים ורק כ-1% ע"י אנשים זרים לגמרי (Finkelhor, 1984).

פרויד ניסח את "תיאוריית הפיתוי הילדי" על פיה סימפטומים היסטריים ונוירוטיים נובעים פעמים רבות מפגיעה מינית מודחקת שקרתה בילדות (מיטשל ובלאק, 1995). תחילה הניח פרויד כי ילדים רבים עברו התעללות מינית בילדותם אך בהמשך חזר בו וניסח את "תיאוריית המיניות הילדית": תיאוריה על פיה מרבית הסימפטומים אינם נובעים מהתעללות מינית ממשית, אלא ממשאלות מיניות מודחקות. בפועל, נמצא כי בין 3% ל-31% מהגברים ובין 6% ל-62% מהנשים נחשפו להתעללות מינית, ורק כ-2%-1% מהתלונות על פגיעה מינית נמצאו שקריות (Watkins & Bentovim, 1992).

Ferenczi (1949), מדגיש את הגורם הטראומטי בהיווצרותן של נזירות. ילד שעובר ניצול מיני ע"י מבוגר המשתמש בו לצרכיו, מרגיש חסר אונים מבחינה גופנית ומוסרית, וחווה חרדה משתקת. על ידי הזדהות עם התוקפן, הילד מפנים את המתעלל, והופך את ההתעללות למציאות פנימית. באמצעות "טראנס טראומטי", משעבדת נפשו של הילד את המציאות החיצונית לתהליכים ראשוניים. ההתעללות הופכת להיות מצב נפשי דיסוציאטיבי, מפוצל ומנותק מהתודעה, מצב שהוא דמוי חלום. הילד מכפיף את עצמו לרצון התוקף, מנחש את משאלותיו ונענה להן, וזאת מתוך הזדהות ושכחה עצמית מוחלטת עם התוקפן. הילד העובר התעללות מינית עשוי להפוך ולהיות בעל אישיות כנועה ומרצה, החווה עצמו כחסר אונים מול המציאות החיצונית, ומנסה להסתגל ולהתמודד על ידי נתקים דיסוציאטיביים ועיוות של חוויות קשות להכלה. דרך הסתגלות זאת פוגעת בתפיסת המציאות של הילד ומעוותת אותה.

התעללות מינית גורמת לנזק נפשי משמעותי אשר חומרתו והיקפו מושפעים מגורמים שונים כגיל הילד בעת ההתעללות (ככל שקטן, כך הפגיעה קשה יותר), משך ההתעללות, מידת האלימות והאיומים הנלווים לפגיעה, הפרשי הגיל ומידת הקרבה המשפחתית למתעלל וגורמים הקשורים בתגובת הסביבה- הימצאות או היעדר דמות הורית מגוננת, מידת הסודיות הכרוכה במעשה וקבלת או היעדר טיפול מתאים עם חשיפת ההתעללות (פרניס, 1995). זוהו ארבעה היבטים מרכזיים בהתעללות אשר נוטים להביא לנזקים פסיכולוגיים ולפגיעה בדימוי העצמי הן בטווח הקרוב והן בטווח הרחוק:

- **עיוות בתפיסת המיניות:** התעללות מינית מביאה לעיתים קרובות להתפתחות לקויה של תפיסת המיניות והגישה אליה- המיניות עשויה להיות מקושרת לכוח וכאב ולהיתפס כאמצעי להשגת הטבות. כך, למשל, עלולות ילדות שסבלו מהתעללות מינית להפגין התנהגות מינית מוגזמת ואף להגיע לזנות.
- **סטיגמה חברתית:** רבים מהילדים שעברו התעללות מינית קולטים בשלב מסוים את רמת החומרה של המעשה ונוטים להאשים את עצמם, לייחס לעצמם תכונות שליליות ולחוש סוטים ומלוכלכים.
- **הרגשת בגידה:** פעמים רבות כאשר הילד מבין שנוצל ע"י אדם בו היה תלוי, מתעוררת תחושה קשה של בגידה המביאה לפגיעה ביכולת לתת אמון באחרים. תחושת הבגידה עשויה להיות מופנית גם אל דמויות קרובות אחרות אשר לא הגנו על הילד בצורה מספקת.
- **תחושת חוסר אונים:** התעללות מינית מלווה פעמים רבות בתחושת חוסר אונים הנובעת מחוסר יכולתו של הילד למנוע את הפגיעה ברכושו הבסיסי- הגוף.

בטווח הקצר (בשנתיים שלאחר הפגיעה המינית) עשויה הטראומה להביא לסימפטומים פסיכולוגיים כהפרעה פוסט טראומטית, הפרעות שינה ואכילה, דיכאון, פוביות וחרדה, לסימפטומים התנהגותיים כהתעללות בילדים צעירים ובחיות ובהפרעות בהתנהגות המינית כגון אוננות כפייתית, התנהגות מינית אגרסיבית וכד' (Finkelhor, 1984). בטווח הרחוק ובבגרות עשויים נפגעי התעללות מינית לסבול מסימפטומים דומים, אך לסימפטומים אלו עשויות להתלוות

הפרעות בתפקוד המיני או התנהגות מינית כפייתית, הפרעות דיסוציאטיביות, פגיעה עצמית וקשיים בנתינת אמון ויצירת קשר עם אחרים.

כפי שניתן לראות, התעללות מינית מלווה במרבית המקרים בפגיעה פסיכולוגית משמעותית. עם זאת, במקרים רבים עשויים טיפול בילד ובמשפחתו להוות גורם מתווך משמעותי הממתן את עוצמת הפגיעה (פרניס, 1995). הילד אשר עבר התעללות מינית חווה פגיעה קיצונית בקשר עם אדם אחר, ולכן ממוקד הטיפול בשיקום היכולת לקשר בין אישי באמצעות חוויה מתקנת של יחסים עם מבוגר תומך ומיטיב. במסגרת זו מקבל הילד הכרה בכאבו העצום ובפגיעה שחווה, אל מול ההשתקה והסודיות המלווים פעמים רבות את ההתעללות המינית. התקווה וההנחה הן שהאירועים הטראומטיים ותחושות הבושה וההאשמה העצמית זוכים לעיבוד מחדש בסביבה מקבלת ומוגנת. כמו כן, מתמקד הטיפול בהפחתת סימפטומים פסיכיאטריים נלווים (הפרעות אכילה, סימפטומים פוסט טראומטיים וכד') ובשינוי התנהגויות בעייתיות הקשורות בפגיעה המינית (פגיעה עצמית, התנהגות מינית הרסנית ובלתי מבוקרת וכן הלאה). הטיפול עשוי להינתן במסגרת פרטנית או קבוצתית, כאשר יתרון מרכזי של הטיפול הקבוצתי הוא התמיכה לה זוכה הילד והבנתו כי אינו היחיד שחווה פגיעה זאת.

פוסט טראומה מורכבת

המושג "פוסט טראומה מורכבת" של לואיס- הרמן (1992), מקדם את הבנת התסמונת והסימפטומים מהם סובלים רבים מן הילדים ובני הנוער שמגיעים לטיפול על רקע פגיעה מינית והתעללות, ומקדם את הטיפול בהם. הפרעה זאת מתפתחת כתוצאה מילדות רצופת חוויות טראומטיות לא מעובדות, ובלתי ניתנות להכלה ועיכול. אבחנה זאת פותחה ע"י לואיס- הרמן (1992), מאחר ולטענתה רבים מנפגעי ההתעללות בילדות צוברים אבחנות שונות, כגון האבחנה של הפרעת אשיות גבולית, המתייחסות לסימפטומים אך מתעלמות מהקשר בו נוצרו סימפטומים אלו, קרי צורך להסתגל לסביבה לא מספקת ומתעללת בילדות. כאשר בוחנים את הסימפטומים בהקשר זה, ניתן לפתח גישה אמפטיית ואפקטיבית יותר ביחס למטופל/ת. טענה נוספת היא כי האבחנה של הפרעת לחץ פוסט טראומטית (PTSD) על פי ה- DSM-TR-4 מתאימה לסינדרום ממנו סובלים נפגעי אירועים טראומטיים מוגדרים ומובחנים כדוגמת אסון, קרב או אונס. זאת, בעוד שהאבחנה של לואיס-הרמן, העוסקת בתסמונת פוסט-טראומטית מורכבת, מתאימה לתמונת הסימפטומים של רבים מנפגעי הטראומה החוזרת והמתמשכת שהיא מורכבת הרבה יותר וכוללת שינויי אשיות, עיוותים בקשר ובהיות, ומועדות גדולה יותר לפגיעה חוזרת, הן בידי עצמם והן בידי אחרים. אספקטים אלו אינם נכללים באבחנה של הפרעת לחץ פוסט טראומטית.

הסימפטומים המאפיינים הפרעת לחץ פוסט- טראומטית מורכבת הינם רבים ומגוונים. לואיס- הרמן (1992) מסווגת את הסימפטומים לקבוצות:

א. שינויים בוויסות הרגשי, הכוללים דיספוריה מתמדת, מחשבות אבדניות, חבלה עצמית, התפרצויות זעם ו/או זעם עצור ומיניות כפייתית ו/או מיניות עצורה.

- ב. שינויים בתודעה, הכוללים אמנזיה בקשר לאירועים הטראומטיים, אפיזודות דיסוציאטיביות חולפות, נתק מן העצמי ואבדן תחושת המציאות, פלשבקים ו/או שקיעה במחשבות.
- ג. שינויים בתפיסת העצמי הכוללים הרגשת חוסר ישע או שיתוק היוזמה, בושה, אשמה, הרגשת טומאה או הכתמה, והרגשת שונות גמורה (עשויה לכלול הרגשת מיוחדות, בדידות מוחלטת, הרגשה שאיש אינו יכול להבין אותי, וזהות לא אנושית).
- ד. שינויים בתפיסת המתעלל הכוללים שקיעה במחשבות על היחסים עם המתעלל, ייחוס לא מציאותי של כוח מוחלט למתעלל, אידיאליזציה או הכרת טובה פרדוקסאלית, הרגשת יחסים מיוחדים או על טבעיים וקבלת מערכת האמונות וההסברים של המתעלל.
- ה. שינויים ביחסים עם אחרים הכוללים בידוד והסתגרות, שיבוש ביחסים אינטימיים, חיפוש חוזר ונשנה אחר מושיע, חשדנות מתמידה וכשלון חוזר ונשנה בהגנה ושמירה עצמית.
- ו. שינויים במערכות משמעות הכוללים אובדן אמונה תומכת והרגשת חוסר תוחלת וייאוש.

לואיס- הרמן (1992) מדברת על שלוש צורות הסתגלות עיקריות שילד מפתח על מנת לשרוד בסביבה מתעללת ו/או לא מספקת:

א. **פיתוח הגנות דיסוציאטיביות**: היכולת להתנתק מחוויות מציפות ובלתי נסבלות, על מנת להמשיך לקיים יכולת תפקוד והתמודדות עם המציאות. בכוח ההגנות הללו נחסמת דרכה של ההתעללות אל התודעה והזיכרון. בכך מתאפשרת לילד שליטה כלשהי בחוויות הבלתי נסבלות, הוא משמר את ההתקשרות להורה ואת הדמות ההורית כדמות חיובית ומגן על עצמו מפני ייאוש והעדר תיקווה.

ב. **פיתוח זהות מקוטעת, עקב שימוש במנגנוני הגנה המבוססים על פיצול**: על ידי טיפוח זהות מוכתמת, הילד לוקח אליו את הרוע ושומר באופן זה על הקשרים הראשוניים עם הוריו. תחושות הרוע הפנימי, הבושה והאשמה הופכות להיות הגרעין שסביבו מעוצבת הזהות של הילד, ובהמשך גם זהותו כבוגר. ילדים רבים מסווים את התחושה הממאירה של רוע פנימי, בניסיונות מתמידים להיות טובים. בדרך זאת מתפתח ייצוג עצמי מפוצל ונוקשה. כשלונות אינטגרציה דומים קורים גם בייצוגים הפנימיים של הזולת. הילד מתקשה לצור דימויים מופנמים של מטפלים מהימנים ומרגיעים, ועקב כך סובל מקשיים בוויסות הרגשי. הקיטוע נעשה לעקרון הארגון המרכזי של האישיות, ולא מתאפשרת אינטגרציה של הזהות, כמו גם התפתחותה של הרגשה בטוחה של עצמאות בתוך קשר.

ג. **וויסות פתולוגי של מצבים רגשיים**: ילדים הנתונים להתעללות והזנחה כרוניים, סובלים מקשיי וויסות גופניים ונפשיים. בהעדר יכולת וויסות והרגעה, נדחק הילד לאמצעים קיצוניים של וויסות ושליטה בגופו ובמצבו הרגשי. בשלב כלשהו של התפתחותם, מגלים ילדים נפגעי התעללות שהם יכולים לחולל שינויים במצבם הרגשי על ידי זעזוע של הגוף, כגון שלשולים והקאות יזומים ומכוונים, פציעה עצמית, שימוש בחומרים פסיכו אקטיביים, התנהגות מינית כפייתית, נטילת סיכונים כפייתית, ועוד. כל אלו "כלים" המשמשים ילדים נפגעי התעללות לוויסות מצבים רגשיים

פנימיים. באמצעים אלו מנסים נפגעי ההתעללות לבטל את הדיספוריה הכרונית, ולו לזמן קצר לעורר מצב פנימי של רגיעה ונינוחות. סימפטומים אלו של הרס עצמי מתפתחים אצל ילדים רבים עוד לפני גיל ההתבגרות ונעשים בולטים בבגרותם.

צורות הסתגלות אלו מאפשרות לילד לשרוד בסביבת התעללות כרונית, ולשמור על מראית עין של נורמאליות, שחשיבותה למשפחה רבה כל כך. זהות השלילית וההרסנית מוסוות בד"כ ב"עצמי מזויף" הולך בתלם. אף על פי שיש ילדים ומתבגרים נפגעי התעללות שמושכים תשומת לב בהתנהגות תוקפנית או עבריינית, רובם מצליחים להסתיר את עוצמת קשייהם הפסיכולוגיים.

טיפול בפוסט-טראומה מורכבת

הטיפול בפוסט-טראומה מורכבת מחולק לשלושה שלבים: השבת הביטחון, עיבוד הזיכרונות הטראומטיים וקשר מחודש (לואיס-הרמן, 1992).

המשימה הראשונה של ההחלמה היא ביסוס בטחון של המטופל. ביסוס הביטחון מתחיל בשליטה בגוף, ונע בהדרגה כלפי חוץ אל השליטה בסביבה. השליטה בגוף עשויה לכלול תשומת לב לצרכים בריאותיים בסיסיים, ויסות הפונקציות הגופניות כגון שינה, אכילה ופעילות גופנית, התמודדות עם הסימפטומים הפוסט-טראומטיים ושליטה בהתנהגויות של הרס עצמי. העניינים הסביבתיים כוללים מצב חיים בטוח, ביטחון פיננסי, ניידות ותכנית להגנה עצמית המקיפה את כל חיי היומיום של המטופל. לשם כך, נדרש מרכיב של תמיכה חברתית. עקרון מרכזי בשלב זה הוא עקרון ההעצמה: על המטופל להיות מחולל ההחלמה, וכדי שיחלים יש להשיב לו את תחושת השליטה. התערבות הנוטלת מן הנפגע כוח, אינה יכולה לעודד את החלמתו.

המשימה השנייה של ההחלמה, היא שחזור הטראומה. המטופל מספר את סיפור הטראומה בשלמותו, לעומק ולכל פרטיו. תהליך זה עשוי להיות כרוך בתחושת אבל ויגון. התאבלות המטופל על מה שאבד לו תאפשר לו לגלות את חייו הפנימיים שההרס אינו מושל בהם, ולהשיג את השליטה בטראומה, במובן שמקומה בחייו יתפוס מקום פחות מפוצל ומרכזי. עפ"י תפיסתה של לואיס-הרמן (1992), הטיפול בנפגעי טראומה דורש מן המטפל מחויבות מוסרית. המטפל נקרא להיות עד לפשע, ועליו לנקוט עמדה של סולידאריות עם הקרבן ועם סיפור הטראומה שלו. מדובר על הכרה בעול שנעשה לקרבן, והצורך בפיתרון ששייב הרגשת צדק כלשהי. הכרה זאת הינה משמעותית, בייחוד במצבים בהם הסביבה אינה מכירה או מתעלמת מהעול שנעשה לקרבן. הברית הטיפולית מבוססת על הבנת התפקיד שממלאת טראומת הילדות בהתפתחות הפרעות מהן סובל המטופל. הבנה זאת מנרמלת את תגובותיו הרגשיות של הנפגע, ובה בעת מכירה בכך שכיום הן עשויות להיות תגובות של הסתגלות לקויה כתוצאה מהטראומה.

המשימה השלישית של ההחלמה היא יצירת קשרים חדשים. גרעין חווית הטראומה הנפשית הוא יחסי השליטה הכוחניים בדיאדה משמעותית, ועימם הניתוק מהעצמי ומהזולת. לכן, ההחלמה מבוססת על העצמה והתחברות למצבי עצמי שונים ולאינטגרציה ביניהם, מתוך השתתפות במרחב אינטרסובייקטיבי בקשרים משמעותיים ובפרט הטיפול. ההחלמה יכולה להתנהל רק בתוך הקשר של יחסים. רק בתוך הקשר כזה יכול המטופל לשוב ולשקם את הכשרים הנפשיים שנפגעו או עוותו

בידי החוויה הטראומתית. כשרים אלו כוללים יכולות בסיסיות לאמון, אוטונומיה, יוזמה, כשירות, זהות ואינטימיות. יכולות אלו נוצרו ונפגעו במקורן ביחסים עם אחרים, ובתוך יחסים שכאלה עליהן להיווצר מחדש. ניתן לנסח רעיון זה באמצעות שימוש בעקרון ה"הכרה הדדית" המהווה אבן יסוד בגישה ההתייחסותית (Benjamin, 2004). עפ"י Benjamin, ההתפתחות הרגשית מתרחשת במערכת יחסים הדדית. על מנת שנוכל להרגיש את הסובייקטיביות שלנו במלואה, יש לנו צורך לקבל הכרה מאחר בו אנו מכירים כסובייקט, ואשר מכיר בנו כסובייקט. רק בדיאדה הדדית, בין שני סובייקטים, ששניהם רואים ונראים, שאין בה פיצול בין סובייקט לבין אובייקט, בין רוצה לבין מרצה, בין שולט לבין נשלט, בין מבקש הכרה לבין מבטא רצונות, תוכל לצמוח סובייקטיביות. משמע, חווית עצמי תתפתח מתוך חווית האחר והאחרות, המבוססת על תנועה מתמדת בין נפרדות לבין התייחסות, בין שונות לבין דמיון. ללא הכרה הדדית המתרחשת במרחב האינטרסובייקטיבי-נוצרים תנאים לקריסה למצבי שולט-נשלט, מוחק-נמחק, רוצה-מרצה ומתעלל-קרוב, המכונים ע"י Benjamin מצבים קומפלמנטריים. הרעיון של מפגש בין סובייקטים והכרה הדדית חשוב ביותר ליצירת המרחב הטיפולי בטיפול בפוסט טראומה מורכבת, המופיעה פעמים רבות בעקבות מערכות יחסים קומפלמנטריות. על מנת שתתאפשר החלמה של הסובייקטיביות על מצע של הכרה הדדית, צריכה להתאפשר בתהליך הטיפולי התמסרות (Benjamin, 1990). התמסרות היא היכולת לקחת פנימה את נקודת מבטו של האחר, תוך קבלת נפרדותו והשוני שלו, מבלי לאבד את נקודת המבט של העצמי. תהליך ההתמסרות הוא הדדי ומתקיים במרחב האינטרסובייקטיבי בין המטפל לבין המטופל, המכונה על ידי Benjamin (2004) ה"שלישי". זהו מושג המתאר נקודת מבט שבה האדם רואה את עצמו, את האחר ואת ההדדיות בו זמנית, באיכויות ואופנויות שונות במהלך ההתפתחות. תחילה מחזיקה האם עבור הדיאדה את המרחב הבינאישי, תוך דגש על וויסות הדדי ועל המרחב המשותף ביניהם. שלב זה מכונה ע"י Benjamin (2004) "אחד בתוך השלישי". בשלב הבא, יבוא השלישי לידי ביטוי באופנות נוספת, של הדגשת התנועה המתמדת בין אחרות לבין דמיון בדיאדה, בין נפרדות לבין התחברות. תוך כדי תנועה בין חוויות אלו חווים הן ההורה והן הילד, הן המטופל והן המטפל את העצמי ואת האחר, את המשותף ואת השונה בו זמנית. שלב זה מכונה על ידי Benjamin ה"שלישי בתוך האחד". תפקיד המטפל הוא לקדם ולאפשר מערכת שיתקיימו בה תנאים אלו. זאת, בניגוד למצב של **קומפלמנטריות**, מצב שבו אין נפרדות, אלא יש יחסי שליטה תוך פיצול החוויה ותלות הדדית מוחלטת, כאשר השולט אינו מתקיים ללא הנשלט ולהפך, והפיצול בחוויה ובתפקוד מוחלט. במצב הקומפלמנטרי יש רק שתי אפשרויות: להיכנע או להתנגד לתפיסות של הזולת. הקריסה יכולה לבוא לידי ביטוי בהתמזגות, מחיקת ההבדלים, או שניים שיוצרים פיצול-שני קטבים מנוגדים בתפקוד הנפשי: אדון-עבד, שולט-נשלט וכו'. ה"שלישי" המשותף הוא מה שיכול לשמור על קשר בין שניים מפני קריסה ליחסים קומפלמנטריים. על מנת לאפשר את ההדדיות וההתמסרות, על המטפל לקבל את התרומה הבלתי נמנעת שלו לקשר הדו-סיטרי עם המטופל. החוויה של השפעה הדדית בקשר מאפשרת למטפל והמטופל לראות זה את זה, ואז נפתח מרחב "שלישי" שבו יש משא ומתן על דמיון ושונות, אשר ממנו צומח החיבור ההדדי הבינאישי, המאפשר ולא חוסם, את התפתחות החוויה העצמית הנפרדת, המלאה, האינטגרטיבית והזהותית בדיאלקטיקה עם חווית הקשר, ההתייחסות, השפעה ההדדית וההכרה. היכולת להיות שניים

הקיימים בקשר הדדי, תוך קבלת שונות ודומות והתייחסות הדדית, היא המאפשרת את חווית העצמי הסובייקטיבי, המבטא והמתייחס. ה"תפקידים" אינם מקובעים בנוקשות, אלא מתחלפים ודינאמיים: כל צד רואה ונראה, שולט ונשלט. אלו יחסים בהם ישנה דומות ושונות. התהליך המתמשך של התמודדות עם שברים וקריסה ליחסים קומפלימנטריים ע"י שיקום הדיאלוג המבוסס על הכרה והשפעה הדדית, הוא חיוני לפעולה התרפויטית. כל קריסה כזו ויציאה ממנו, מחזקות את המרחב של השלישיות הסימבולית והבינאישית.

גם עפ"י Mitchell (2003) הסיטואציה האנליטית מייצגת באופן בלתי נמנע את המפגש בין שתי זוויות ראייה, שתי מציאויות סובייקטיביות ונפשיות. ההשתתפות בדיאלקטיקה הבין-אישית הזו של שתי מציאויות סובייקטיביות וחקירתה, הן המוקד העיקרי של העבודה. הקשר האנליטי והתהליך האנליטי הם בו זמנית גם אישיים ביותר וגם בינאישיים ביותר. מאפיין מרכזי והכרחי של התהליך הטיפולי, הוא הסקרנות שמגלה המטופל ביחס למטפל כאדם. חלק ממה שהמטופל זקוק לו, הוא החופש להכיר את המטפל ולהתרשם ממנו בדרך אישית מאוד, כולל היחסים שבין המטפל לבין ידיעותיו, אמונותיו והזדהויותיו (Aron, 1996).

תפיסותיהם אלו של Mitchell, Benjamin ו-Aron לגבי התהליך הטיפולי והאופן בו הוא מתרחש, מעניקות משמעות תיאורטית ומעשית לרעיון כי בטיפול בפוסט-טראומה מורכבת מרכיב קריטי הינו הקשר בין המטפל והמטופל, והאופן בו מביא המטופל את גרעין החוויה הטראומתית לתוך הקשר הזה. מטופלים הסובלים מפוסט-טראומה מורכבת חוו ביחסיהם המוקדמים יחסים שקרסו למצבי שולט-נשלט, תוך מחיקת החוויה העצמית, הזדהות עם התוקפן ויצירת דיסוציאציה בין מצבי עצמי שונים. הם מתקשים לקיים תנועה דיאלקטית בין מצבי עצמי שונים (Bromberg, 1998), ולפתח תחושת עצמי אינטגרטיבית ועשירה. חוויתם העצמית מפוצלת ובהלימה לכך יחסיהם הבינאישיים מאופיינים בקריסה למצבי שולט-נשלט דיכוטומיים, ללא יכולת לחוויה מורכבת של העצמי והאחר, לדיאלקטיקה בין התייחסות להתבטאות, לאמון בזולת ובעצמם. Mitchell, Benjamin, Bromberg ו-Aron מציעים את תפיסת הדיאדה הטיפולית כמצע להחלמה, תוך קיום התנאים של התמסרות והכרה הדדית באופנים שתוארו לעיל.

במציאות הקלינית, הטיפול בפוסט-טראומה מורכבת אינו מתנהל תמיד על פי שלבי החלמה שתוארו, ברצף ליניארי פשוט (לואיס-הרמן, 1992). התסמונות הטראומטיות הן מעצם טבען תנודתיות ודיאלקטיות, ועניינים שלכאורה נסתם עליהם הגולל עשויים לשוב ולעלות. אולם, בתהליך החלמה מוצלח אפשר לזהות תזוזה הדרגתית ובו זמנית בכל אחד משלושת הצירים: מסכנה לא צפויה לביטחון ראוי לאמון, מטראומה דיסוציאטיבית אל זיכרון מעובד ומורכב, ומבידוד מוכתם ומנותק אל קשר בינאישי הדדי מחודש.

תנודות בעמדה הטיפולית של המטפל בפוסט-טראומה מורכבת

מטופלים הסובלים מתסמונת טראומטית, יוצרים סוג העברה מיוחד במינו ביחסי התרפיה (לואיס-הרמן, 1992). ההעברה הטראומטית משקפת הן את האימה והן את חווית חוסר הישע של המטופל. בתפקידו כעד, המטפל ניקלע לקונפליקט בין הקרבן לתוקפן. הוא עשוי לפתח הזדהות

מפוצלת הן עם הקרבן והן עם התוקף. בעוד שההזדהות עם הקרבן עשויה להיות כואבת מאין כמוה, הרי ההזדהות עם התוקף עשויה להיות מבהילה. הטראומה וההעברה הטראומטית מייצרות מצבי פיצול וקריסה תוך תנועה מנותקת ומפצלת בין שתי העמדות. הזדהויות מפוצלות אלו יכולות ללוש צורות רבות, כמו פקפוק בסיפורו של המטופל, בוז לחוסר הישע של המטופל והתרגשות מציצנית המלווה בגירוי מיני (העברה נגדית מינית). המטפל נדרש להבין ולנתח את התהליכים המתרחשים בחדר הטיפולים בקשר בינו לבין המטופל/ת, ולזהות כיצד המפגש הטיפולי עם מטופל שעבר התעללות כלשהי והתעללות מינית בפרט משפיע על העמדה והחוויה שלו כמטפל.

לואיס- הרמן (1992) משתמשת במושג "העברה נגדית טראומטית" כדי לתאר ולנתח את החוויה הרגשית המורכבת והעמוסה של המטפל בעת הטיפול בפוסט טראומה מורכבת. לנוכח חווית חוסר הישע של המטופל, ההתחברות וההזדהות של המטפל עלולות להובילו לאחד משני קטבים אפשריים: מושיע או קרבן. כ"קרבן", המטפל עשוי לאבד את בטחונו בכוחם של היחסים הטיפוליים, להמעיט בערך ידיעותיו וכישוריו, או להתעלם מכוחותיו ומשאביו של המטופל. המטפל חווה עצמו כחסר אונים וחסר יכולת לסייע למטופל. כ"מושיע", המטפל עשוי, מתוך רצון להתגונן מפני חוסר הישע הקשה מנשוא, לקבל עליו יותר ויותר תפקיד של מגן על המטופל. המטפל מאבד את הגבולות ביחסים הטיפוליים, ומפתח תחושת כל יכולות. בכך עשוי לחזק תחושת חוסר ישע ואי מסוגלות אצל המטופל. במושגים של Benjamin (2004), הטראומה מקדמת תנאים של קריסה בהעברה לעמדות קוטביות, מפצלות ולא הדדיות של המטפל, כאשר חווייתו את המטופל ואת עצמו היא מוחלטת, קוטבית, לא אינטגרטיבית ולא הדדית.

על מנת לאפשר החלמה מתוך מרחב אינטרסובייקטיבי הדדי, שחיוניותו הוגדרה לעיל, נדרשת בדיאדה הטיפולית תנועה בין העמדה השומרת והמגנה לבין העמדה המחזקת והמכירה בכוחות. תנועה הזאת מורכבת וקיימת סכנה של קריסה לאחד הקטבים הללו, של מושיע או מפקיר. גם בחוויה של המטפל את עצמו קיימת נטייה לקריסה לאחד משני הקטבים שמתארת לואיס- הרמן: מושיע או קרבן.

Davies ו Frawley (1994), מתארות ארבע מטריצות התייחסותיות המתגלמות בקשר הטיפולי בין המטפל למטופל בטיפול במבוגרים שעברו התעללות מינית בילדותם. מטריצות אלו מבטאות ייצוגי אובייקט המפוצלים מהתודעה של המטופל, ובאמצעות הזדהות השלכתית נחווים בהעברה הנגדית על ידי המטפל. בכל אחת מן המטריצות התפקידים בין המטופל למטפל יכולים להתהפך ולהתחלף:

הורה לא רואה/לא מעורב, וילד בלתי נראה/מוזנח: המטופל, מתוך הזדהות עם ההורה הלא מתעלל שנחווה כמזניח ומפקיר, לוקח עמדה מרוחקת ונסוגה בקשר הטיפולי. המטופל מגיב בקרירות ואף בעוינות למאמצי המטפל להתקרב ולהתעניין בעולמו של המטופל. המטפל עשוי לחוות בהעברה הנגדית וויתור וייאוש ממגע רגשי וקשר עם המטופל, ואף לחוות משאלה שהמטופל ילך או ייעלם. בהיפוך של מטריצה זאת, המטופל עשוי להזדהות עם הילד המופקר, לוותר על צרכיו ומצוקתו, ולהיות מכוון כלפי צרכיו של המטפל. המטפל בהעברה הנגדית עשוי לחוות חוסר עניין וכעס, לנוכח ה"עצמי המזויף" של המטופל שהוא פוגש בטיפול. בגרסה אחרת של מטריצה זאת, המטופל חווה

את המטפל כלא קשוב ולא אכפתי, ומבטא טענות וכעס רב כלפי המטפל. המטפל עשוי לחוות שיתוק, חוסר כשירות ופאניקה.

המתעלל הסדיסט, והקרנן חסר האונים: הילד שעובר התעללות מינית, מפנים ומזדהה עם אספקטים של דמות התוקף ובייחוד כשהוא אדם מוכר וקרוב, ובאופן זה משמר ההיקשרות עמו ומשיג שליטה כלשהי בחוויה הטראומטית. הזדהות לא מודעת זאת עשויה לבוא לידי ביטוי בהעברה בקשר הטיפולי, ע"י פולשנות וחדרנות ביחס לגבולותיו האישיים והנפשיים של המטפל וכן בתובענות ודרשנות באופן שהוא חסר גבולות. בהעברה הנגדית המטפל עשוי לחוות אי נוחות, ולמצוא את עצמו במצב של מגננה מפני החודרנות. אופן נוסף שבו עשויה הזדהות של המטופל עם המתעלל לבוא לידי ביטוי בהעברה, הוא הרס של התקווה. מתוך חוויה פנימית שדברים טובים אינם יכולים להמשך, המטופל פועל בהרסנות ביחס להתקדמות ולהישגים שמושגים בתהליך הטיפולי. המטפל בהעברה הנגדית עשוי לחוות ייאוש וחוסר תוחלת ביחס למטופל והתהליך הטיפולי. הנגיעה והחשיפה של דפוסים אלו המופיעים בקשר הטיפולי על ידי המטפל הינה רגישה וקשה במיוחד, מאחר ועבור המטופל המפגש עם ייצוגים והפנמות אלו הקיימים בתוכו הנו קשה במיוחד ומעורר התנגדות ואשמה מרובה. בהיפוך של מטריצה זאת, המטופל חווה עצמו כקרנן לחדרנות של התהליך הטיפולי, בו נדרש להיפתח ולאפשר למטפל "לחדור" לעולמו הנפשי. המטפל בהעברה הנגדית עשוי לחוות עצמו כמתעלל ולחוש אשמה.

המציל הכל יכול, והילד הזכאי לפיצוי: המטפל מתוך תגובה למצוקתו וסבלו של המטופל, מאבד את הגבולות ומנסה להציל ולהושיע את המטופל. תגובה זאת עשויה להתעורר אצל המטפל בייחוד לנוכח אבדן של המטופל, המתעורר במפגש עם האבדנים של ילדותו. בווריאציה אחרת של מטריצה זאת, המטופל מבטא באופן לא מודע ציפייה לפיצוי ותיקון ביחס לאבדנים והסבל של חייו, והמטפל שמרגיש אחראי לכאב שהמטופל חווה לנוכח החייאת הזיכרונות הכואבים בטיפול, מנסה להיענות למשאלה של המטופל. בהיפוך של מטריצה זאת, המטפל עשוי לחוש שנתן למטופל מעל ומעבר, ולא זכה לראות פירות כלשהם או להכרת תודה על השקעתו. בכך הופך המטפל עצמו ל"ילד הזכאי לפיצוי".

המפתה והמפותה: המטופל משתמש בפתינות כלפי המטפל. פתינות זאת שבעבר שימשה כאמצעי לקשר וקירבה בעולם שאופיין בחסר וחסך, עשויה להיות בנתק מהמודעות. זאת בשל אשמה וחרדה שהמטופל חש ביחס למיניותו, שנחווית כהרסנית, רעילה ומסוכנת. המטפל בהעברה הנגדית עשוי לחוות עוררות וגירוי מיני, ועקב כך בהלה ואשמה. באופן הקיצוני ביותר, מטריצה זאת עשויה להתממש ביחסים מיניים המהווים פריצת הגבולות של היחסים הטיפוליים ושיחזור ההתעללות המינית עבור המטופל. בטיפול בקרבנות להתעללות מינית, הפיתוי והסקסואליזציה של היחסים, הינם כוחות רבי עצמה, שהמטפל חייב להיות ער להם ולעבדם בינו לבין עצמו ובקשר הטיפולי.

ארבע מטריצות אלו עשויות להופיע ביחסי המטופל- מטפל, והעמדות השונות של המטפל והמטופל עשויות להתחלף ולהשתנות במהרה, במהלך המפגש הטיפולי. הזיהוי והחשיפה של דפוסים אלו ע"י המטפל מסייעים ליצירת וחיזוק הדיאלוג בין המטפל למטופל, ומאפשרים לסייע למטופל בתהליך אינטגרציה ואיחוי של עצמי שסוע ומפוצל.

תיאור מקרה

רקע

המטופלת היא רונית, בת חמש-עשרה כשהחל הטיפול. רונית הוצאה מהבית ועברה להתגורר אצל קרובי משפחה, לאחר שסיפרה כשהייתה בת שבע כי הייתה חשופה ליחסי מין בין ההורים, נחשפה ע"י האב לחומר פורנוגרפי ובנוסף ספרה כי האב נגע בה באופן מיני. חשוב לציין כי היחס מצד המשפחה הגרעינית אל רונית ואל התלונות שלה ביחס לאב, התאפיין באמביוולנטיות: מצד אחד רונית לא זכתה בהכרה ממשית בהיותה קרבן לפגיעה מינית ואף הואשמה על כך שהתלוננה ו"בגדה" במשפחה. מצד שני ובאופן סמוי יותר, קיבלה מסרים מחזקים, בעיקר מצד האם, על תעוזה. רונית היא הבת האמצעית במשפחה שבה זוג הורים ושני אחים, הבכור נשוי ואב לילדים והשני רווק. לדברי רונית היחסים בין ההורים מאופיינים בריבים שגולשים לאלימות מילולית ואף פיסית מצד האב כלפי האם. האם לא הגישה מעולם תלונה.

רונית הופנתה לטיפול ע"י לשכת הרווחה. הבחירה להגיע לטיפול באל"י אצל מטפל גבר הייתה של רונית. לדבריה היא בחרה באפשרות זאת בשל רצונה להתמודד עם הקושי שיש לה להתקרב לבנים ולצור קשר אינטימי. מבחינת לשכת הרווחה ההפניה לטיפול נבעה מנטייה לקרבנות שהתבטאה בין היתר בהסתבכויות בקשרים פוגעניים עם גברים, וכן חוסר יציבות רגשית שהתבטאה בתנודות רגשית בין תקופות של תפקוד ומה שנראה כשמחת חיים, לבין תקופות בהן נראתה עצובה וחסרת כוחות, התלוננה על מכאובים פיסיים רבים ונטתה לצבוע את העולם בשחור.

מהלך הטיפול

רונית נערה נאה וחייכנית, נהגה להופיע לפגישות לא פעם בלבוש חושפני למדי כגופיות, מכנסיים קצרים וכו'. הטיפול היה חשוב עבורה ולאורכו כמעט ולא החמיצה פגישה, והגיעה תמיד לפגישות בזמן.

הנושאים בהם עסקנו בפגישות היו הקשרים המשפחתיים, התנסויות בקשרים עם בנים שהיו רובן ככולן התחלות של קשרים אינטימיים והנושא של הוצאתה מהבית. רונית הייתה עסוקה בשאלות קיומיות ומהותיות רבות כגון היחסים עם המשפחה, התהייה האם הבית יכול להיות מקום בטוח עבורה, בדידותה וחששותיה ביחס לעתיד, השאלה האם היא מסוגלת להתמודד ולעמוד בזכות עצמה ואולי יותר מכל- הנושא של קשר אנושי: האם קיימת אפשרות להיות מובנת, שיראו אותה ובאופן משלים להבין את האחר. ביחס לנושא של קשרים אינטימיים, יכולתי להתרשם כי קיימת נטייה לשחזור של דפוס קשר פוגעני, שבו מתייחסים אליה כאובייקט מיני והיא חווה עצמה כ"מלוכלכת" ומרגישה מנוצלת ופגועה. רונית למדה להשתמש במיניותה מגיל צעיר כאמצעי ליצירת קשר, בעולם שאופיין בחסך והיעדר קשר מספק. באופן זה התפתחה אצלה תפיסה של המיניות ככלי שבו משתמשים להשגת קירבה וקשר.

בתקופת הטיפול רונית התנסתה בקשרים אינטימיים, שגם אם לא נמשכו זמן רב, היוו התנסויות באמצעותן בדקה אפשרויות שונות של דפוסי קשר. ניתן היה לראות שככל שהטיפול

התקדם כך דפוסי הקשר בהם התנסתה נעשו פחות פוגעניים. בעוד שבעבר התקיים אצלה פיצול בין קשרים שהם קשרי חברות לבין קשרים שהם מיניים באופיים, היא החלה להתנסות בקשרים יותר אינטגרטיביים ויותר מאוזנים מבחינת הצירים של שתלטנות לעומת כניעה, ומיניות ויצר לעומת רגש וקירבה.

התמודדות עם מצבי קריסה בעמדת המטפל

לאורך הטיפול ברונית חוויתי מתח בין שתי עמדות כמטפל בתוך הקשר הטיפולי, שלעיתים היה חריף. המתח בין דאגה שחשתי לנוכח מצבה של רונית וצורך שחשתי לשמור ולהגן עליה, לבין הערכת כי חשוב שאכיר בכוחותיה, תוך חיזוק תחושת הקומפלטנטיות שלה, וסיוע בחיפוש אחר אופק חיובי יותר שיש בו תקווה. רונית הייתה זקוקה לי בשני ה"כובעים": מצד אחד, כמי שמתגייס עבורה מתוך דאגה, רואה את מצוקתה וקשייה, ויכול להחוות על ידה כמטפל חזק שעליו תוכל להישען, ושלא יתפרק ויירטע לנוכח נזקקותה, מצוקותיה, פתינותה ותוקפנותה. ניתן לנסח זאת גם כפונקציה שומרת. מצד שני, הייתה זקוקה לי כדמות המכירה בכוחותיה, מגדלת, תומכת, מעודדת התמודדות וצמיחה. המאמץ הטיפולי היה ממוקד ביצירת התזמון המתאים והמינונים המכוונים בין שתי העמדות הללו. מדובר ב"ריקוד" עדין, מסובך ומורכב. מינון גבוה מידי או מוגזם של עמדה מכירה בכוחות ומחזקת קומפלטנטיות, עשוי היה להחוות על ידי רונית כהפקרה, הזנחה, ואולי אף שיחזור של חוויה שחוותה מול ההורים, שלא ראו את מצוקתה וסבלה. מינון גבוה מידי של העמדה השומרת והמושיעה, עשוי היה להחוות על ידה כהגנת יתר, כהעדר אמון בה, וכסוג של כשל אמפתי הממוקד בחוסר היכולת שלי להבין כמה בלתי נסבל עבורה להיתפס כחסרת אונים, הן בשל החוויה הטראומטית והן כנערה בגיל ההתבגרות. ברצוני לתת דוגמא לסיטואציה בטיפול, הממחישה את התנועה הדיאלקטית, בין העמדות הללו:

הפגישה התקיימה בתקופה שהייתה סוערת ועמוסה, תקופה בה רונית נמנעה מביקורים בבית ההורים בשל אכזבתה וכעסה עליהם, תקופה בה הייתה חולה הרבה, תקופה של חוסר כוחות וקושי לתפקד. קרובי המשפחה אצלם התגוררה דאגו לה, ורצו להפנותה לפסיכיאטרית ולחדש טיפול תרופתי אחרי למעלה משנה מאז שטיפול כזה הופסק. בפגישה ראיתי את מצבה ואת כאבה, וניסיתי לעודד אותה לקבל עזרה, לתת לעצמה להיות במקום הפגיע והנזקק ולהפסיק להלחם... דברתי איתה על הקושי שלה להיות במקום הזה, מכיוון שהחיים למדו אותה שלהיות תלויה באחרים זה להיפגע ולהתאכזב... רונית הרגישה שאני לא מבין אותה, וחשה תסכול רב... עבורה הייתי כמו קרובי משפחה שניסו להיות ה"מושיע", מבלי להבין כמה בלתי נסבל להיתפס כחסרת אונים, ולהרגיש שהיא לא מסוגלת להתמודד ולעשות משהו עבור עצמה.

רק אחרי שהפגישה הסתיימה ורונית הלכה, הבנתי שזנחתי את העמדה המשלימה של חיזוק הקומפלטנטיות והכרה בכוחותיה, ושה"מינון" לא היה נכון. הבנתי שדיברתי עם רונית בפגישה על הרבה אירועים קשים ושלייליים בהיסטוריה שלה, הדיכאון, ניסיון אובדני בעבר, טפול תרופתי, החוויות הטראומטיות בילדות, אבל כלל לא התייחסתי לכוחות שיש לה, הכוח שהיה לה לצאת מהבית שבו פגעו בה ולהציל את עצמה, על הטיפול שלו היא כל כך

מחויבת, ועל התקווה לשנוי. בצעד יוצא דופן התקשרתי אל רונית אחרי הפגישה, ואמרתי לה שאני מרגיש שבפגישה לא הבנתי אותה היטב, ושחשוב לי להגיד לה שלמרות הקשיים, אני מאמין בכוחותיה ורואה אותה לא מוותרת וממשיכה להתמודד.

הפגישה הזאת והשיחה אחריה, היו נקודת ציון משמעותית בטיפול. רונית הרגישה שאני מבין אותה ומסוגל להתייחס לצרכיה, וזה היה רגע משמעותי של קרבה וקשר.

במונחיהן של Davies ו Frawley (1994), בסיטואציה הטיפולית המוצגת מתקיימת קריסה לקטבים המאפיינים את המטריצה של **המציל הכל יכול, והילד הזכאי לפיצוי**. המטפל מגיב למצוקתו וסבלו של המטופל באופן שמתמקד בקורבניותו ומנציח אותה, והיחסים המקוטבים שנוצרים הינם בעלי אופי קומפלימנטרי. המטופל שחוה עצמו כילד שנעשה לו עוול וזכאי לפיצוי, מקובע בחוסר האונים וחוסר היכולת להשפיע על מצבו, והכוחות נמצאים באופן מוחלט בידי של המטפל.

בטיפול בפוסט טראומה מורכבת, קיים מאבק ליצירת הרצועה האינטגרטיבית שהיא צרה ופגיעה, המשלבת הגנה וחיזוק. המאבק של המטפל הוא כאמור בקריסה אפשרית לאחד הקטבים, קריסה שעשויה להוביל או ל"התייחסות חסר" החושפת את המטופלת שוב לסיכון, או ל"טיפול יתר", המנציח את חוסר האונים והטראומה. היכולת של המטפל להימצא בו זמנית בעמדה "שומרת" ובעמדה "מעצימה" נוצרת באופן מתמשך מתוך יחסי ההשפעה ההדדית שהמטפל והמטופל שותפים כסובייקטים ליצירתם. לפי הגישות שתיארנו לעיל, המטפל אינו מגיב אל המטופל, אלא שותף עימו ליצירת היחסים בדיאדה. בפגישה שתוארה אפשר היה לראות איך העיבוד של התהליכים שהתרחשו התאפשר רק לאחר שהפגישה הסתיימה. חשוב להדגיש כי לעמדה ה"שומרת" היה מקום חשוב בפגישה. התהליכים המתרחשים בין המטופל למטפל אינם תמיד מודעים, בייחוד בכל מה שקשור לגרעין החוויה הטראומתית, שנמצא כאמור בנתק. החיזוק וההכרה בכוחות היו אפקטיביים במקרה זה רק לאחר שהייתה הכרה במצוקה ובכאב. סביר להניח שאם כמטפל הייתי נוקט ישר עמדה מחזקת, רונית הייתה עשויה לחוש מופקרת ובודדה. הקריסה במהלך הטיפול לאחד הקטבים היא בלתי נמנעת. תהליך ההחלמה מתקדם, כאשר מתוך מצב בו קיימת קריסה לאחד הקטבים, מתקיים חיפוש של המטפל אחר הדיאלוג עם הקוטב השני.

נושא הגבולות ביחסים הטיפולים, כאזור בו עלולה להתרחש קריסה לקוטב של ה"מושיע", היה חשוב ומשמעותי בטיפול זה. מצד אחד, רונית ביטאה נזקקות שגייסה אותי לסייע לה. הדילמה ביחס לגבולות הסטינג הטיפולי (כגון: האם לתת את מספר הפלאפון שלי או לחרוג מזמן הפגישות) הייתה כרוכה בבחינה פנימית האם אני פועל מתוך קריסה לעמדה מפוצלת של "מושיע". ככל שהטיפול התקדם והקשר הטיפולי הפך קרוב יותר, התאפשרה הגמשה של הגבולות בהתאם לצורך, מבלי סיכון שהדיאדה תקרוס לעמדה מפוצלת, בה המטפל עשוי לחוות עצמו כ"מושיע" או "קרוב".

להלן קטע מפגישה, כדוגמה לקריסה של המטפל לחוויה של קרוב:

רונית שבה לאחר שהות ממושכת יחסית ומתסכלת בבית הוריה. עבורה זאת הייתה מעין בדיקה ומאחוריה משאלה למצוא מקום בבית. הניסיון לא הצליח והחוויה שלה

בבית הייתה של, תסכול וכאב. רונית שוב נוכחה שאין לה מקום בבית. בפגישה שלאחר מכן רונית דברה על רצונה בקשר אינטימי ושיהיה לה בן זוג, ועל ציפייתה שהטיפול יסייע לה בכך.

באותה פגישה חשתי מרוחק, והשפה שבה השתמשתי שיקפה זאת: רונית העירה שאני מדבר כמו "מורה לספרות". רק אחרי הפגישה הבנתי שהנזקקות של רונית לאחר שלא קבלה מענה לצרכיה ומשאלותיה בבית, וציפייתה ממני להיות ה"מושיע", הבהילה אותי וגרמה למעין שיתוק. בפגישה לאחר מכן דברתי עם רונית על כך שהייתי מרוחק. החשיפה הזאת אפשרה לה לדבר על החוויה שלה בקשרים, שהיא "מבריחה" בנים בשל היותה תובענית. ברגע שיכולתי להתמודד עם המשאלות והצרכים שלה, לא להיבהל ולהתייחס (גם אם לא לנסות לספק ולמלא, שזה כבר היה עמדה של "מושיע"), יכולתי לעזור לרונית להתמודד עם הצורך כמו גם עם התסכול, ולאפשר לה את ההכרה בכך שהיא לא תוכל לחזור הביתה, והיא תצטרך להמשיך ולבנות את עצמה מחוץ לבית, עם עזרה של מסגרת אחרת.

בקטע הזה ניתן לראות כיצד חווית המטופלת רבת העצמה של חוסר אוניס ובדידות, והנזקקות העזה הנלווית אליה, משפיעות עלי כמטפל, לחוש שיתוק וחוסר אוניס ובכך להפוך ל"קרובן". העיבוד של חוויה זאת קודם כל עם עצמי, ולאחר מכן בתוך הקשר הטיפול, סייע לתקן את הכשל האמפטי שנוצר, והפך בסופו של דבר לחוויה מצמיחה בטיפול. רונית נזקקה לי כתומך. הקושי למצוא בתוך הקשר עמדה אינטגרטיבית שומרת ומעצימה, והחרדה שלי מפני כניסה לתפקיד המפוצל של ה"מושיע", הובילה לקריסה לחוויה של "קרובן".

על פי Frawley ו Davies (1994), המטריצה שאפיינה את האינטראקציה בין המטופל למטפל בווינייטה המוצגת, היא הורה לא רואה/לא מעורב, וילד בלתי נראה/מוזנח. רונית כ"ילדה בלתי נראית" חוותה אותי כלא קשוב ולא אכפתי, ובטאה טענות כלפי. אני כ"הורה לא מגיב ומרוחק", חוותי שיתוק, חוסר כשירות וחוסר אוניס. ניתן לומר, כי רונית ואני, מתוך השפעה הדדית, הבאנו את החוויה שחוותה בבית הוריה, אל תוך האינטראקציה בינינו בטיפול. החשיפה העצמית והנגיעה במה שהתרחש בינינו בטיפול, אפשרו ליצור מחדש את המרחב הטיפולי, ולי כמטפל לחוות את עצמי כמי שיכול לסייע לרונית להתמודד עם מציאות חייה, לא כ"מושיע" כל יכול, אך גם לא מתוך חוויה של חוסר אוניס ושיתוק. באופן כזה יכולתי לסייע לרונית להכיר בכוחותיה הריאליים.

דיון

רונית פנתה לטיפול, בבקשה לסיוע ועזרה, מתוך כמיהה לקשר אינטימי. במשאלתה זאת, בקשה לטפל ולגעת בפצע שהיא נושאת כקרובן להתעללות מינית. מתיאור המקרה, ניתן להתרשם מקיומם של רבים מן הסימפטומים של האבחנה פוסט-טראומה מורכבת. רונית סובלת מעכבות מיניות ותחושות של אשמה ואף גועל ביחס למיניותה, נטייה לאימפולסיביות וקושי לשלוט בזעמה במצבים בהם חשה פגועה או מאוימת, נתקים דיסוציאטיביים בין מצבי עצמי שונים, תחושות אשמה ובידוד ביחס לאחרים, אידיאליזציה ביחס לקשרים שקיימים בהם דפוסים פוגעניים ו/או

מנצלים, קושי ליצור קשרים יציבים וארוכי טווח, נטייה לסיכון עצמי וכן נטייה לדיכאוניות. ניתן למצוא אצל רונית את אותם מנגנוני הסתגלות המאפיינים ילדים שגדלו בסביבה מתעללת או מזניחה: פיצול הן בייצוגי העצמי והן בייצוגי האחר המתבטא בתנועתיות מקוטבת במצב הרגשי בין תקופות של שמחה ותפקוד לבין תקופות של ייאוש וחוסר כוחות; פיצול בין קשרים של חברות וקירבה רגשית לקשרים שמאופיינים בקרבה פיסית ומינית; דרכי וויסות פתולוגיות של מצבים רגשיים כמו נטילת סיכונים, פגיעה עצמית והתנהגות אבדנית.

הטיפול המוצג במאמר זה התמקד בקשר הטיפולי כמצע לשינוי בקשרים בינאישיים מדפוסים קורבניים, לעבר דפוסים בטוחים ויציבים יותר של קשר, המאופיינים בהדדיות. תהליך זה התמקד במטפל כעד לחוויה הטראומטית וכמי שמכיר בה מתוך המרחב האינטרסובייקטיבי בדיאדה ההדדית, תוך עבודה משותפת לקראת הכרה הדדית, הכרה בטראומה, וחוויה אינטגרטיבית של עצמי והמטפל (שני המשתתפים חסרי אונים ומסוגלים, פגועים ובעלי כוחות, כואבים וחיים). הנושאים של חיזוק יכולתה לשמור על עצמה, עיבוד החוויות הטראומטיות בחייה ובעולמה הרגשי, והכרה בהן, שעובדו בטיפול קודם בו הייתה במשך מספר שנים, באו לידי ביטוי בפגישות, והיו שזורים בתוך העבודה על הקשר הטיפולי. הנחת העבודה הייתה כי עבודה על הדיאדה הבינאישית תעצים בו זמנית את חווית העצמי הנפרד והסובייקטיבי. הרציונאל הטיפולי התבסס על העמדה ההתייחסותית והאינטר-סובייקטיבית לטיפול בנפגעי טראומה מתמשכת (לואיס- הרמן, 1992; Benjamin, 2004; Davies & Frawley, 1994), הרואה במרחב האינטר-סובייקטיבי שמתקיימים בו יחסים בין סובייקט לסובייקט, תוך הכרה הדדית בדמיון, באחרות, בקיום הדואלי ובהשפעה ההדדית - תנאי להתפתחות עצמי אינטגרטיבי, הממשיך להתהוות בתנועה מתמדת בין התחברות לבין נפרדות, בין הקשבה פנימה לבין הקשבה החוצה, בין ביטוי עצמי לבין הכרה. המפגש עם אחר שהוא שונה, דומה והדדי חיונית, והחוויה של קבלת השניים, מאפשרת את החלמת החוויה של העצמי הסובייקטיבי, המתהווה באופן מתמשך מתוך דיאלוג בינאישי.

מתוך הכרה במרכזיות ההתרחשות בדיאדה הטיפולית, מציג מאמר זה את התנודות בעמדה הטיפולית ובחוויה של המטפל, המשקפות את החוויה הטראומטית של המטופלת ואת הפיצול הקיים בעולמה. אין זה אומר כי כל מטפל "יופעל" ויגיב באורח זהה, שכן אישיותו, תפיסותיו וגישתו של המטפל, מעצבים את הדינאמיקה והקשר שמתפתח בין המטופלת למטפל. אך באופן בלתי נמנע בטיפול בנפגעי התעללות, נוכחותה העוצמתית של ההתעללות תשפיע על הקשר הטיפולי, באופן שיבוא לידי ביטוי בין היתר בתנודות שעשויות להיות קוטביות, בעמדה ובחוויה של המטופלת והמטפל. מודעות לתנודות הללו, הבנת חשיבות החיפוש אחר עמדה אינטגרטיבית כלפי המטופלת ובחוויה העצמית של המטפל, והתנהלותו של המטפל מתוך עמדות אלו, הינם קריטיים בטיפול בפוסט-טראומה מורכבת. מאחר והחוויה הטראומטית נמצאת בנתק ואינה נגישה באופן מודע, יכולתו של המטפל לארגן את חוויותיו מול המטופלת בתוך ההקשר של ההתעללות והקרבת, לעבד אותם ולפתח בטיפול דיאלוג סביב ההתרחשויות בקשר הטיפולי, מעצימים את היכולת של המטופלת להתחבר ולהיות במגע עם הנוכחות של ההתעללות בתוך נפשה, ומקדמים את הבנתה כיצד נוכחות עוצמתית זאת מפעילה אותה ומשפיעה על יחסיה הבינאישיים.

Davies ו Frawley (1994) כפי שהוצג במאמר, ניתחו את הדינאמיקה המורכבת המתרחשת בתוך הקשר בטיפול בנפגעי התעללות מינית. המטופל והמטפל מוצאים עצמם לכודים בתוך מטריצות שונות, המייצגות היבטים שונים של חוויותיו של המטופל. התנודות הללו שהמטפל חווה ו"נזרק" לתוכם, משקפות את הסערה הרגשית המורכבת, שהמטופל מביא לטיפול. המטפל, כמי שמבקש לפגוש ולהכיר את עולמו של המטופל ופועל עימו ליצירת קשר בינאישי מתוך מעורבות וכוונה להשפעה הדדית, חווה עימו ומולו באופן בלתי נמנע טלטלות וקריסה בלתי נמנעת לקטבים השונים בהתאם למטריצות שהציגו המחברות. הקשר הטיפולי הוא השדה שבתוכו טלטלות אלו מתקיימות ונחווות. בטיפול אמור להיווצר מרחב מוגן ובטוח, שמאפשר למטופל לבטא מתוך הדיאדה הבינאישית ובאינטראקציה עם המטפל המעורב בטיפול, את אופני ההיקשרות השונים, כולל הטעוים שבהם. היכולת לחוות את הטלטלות, לעבד ולהבין את המשמעות וההקשר שלהן, ולפתח דיאלוג מתבונן ומעניק משמעות ביחס לתנודות, תוך הכרה והבנה כי הן נוצרו במרחב הבינאישי לו היו שותפים המטפל והמטופל הנושאים באחריות משותפת והקשרית להתרחשויות, הם לב ליבו של הטיפול בפוסט-טראומה מורכבת. ההתמודדות של המטפל עם הקריסה הבלתי נמנעת לעמדה וחוויה קוטביות, הינה ע"י הדיאלוג עם העמדה הקוטבית המנוגדת והאפשרות להחזיק בו זמנית בעמדות השונות, תוך הכרה במעורבותו ושותפותו לתהליך. תהליכים אלו מאפשרים יצירת מרחב טיפולי אינטגרטיבי. המטפל נדרש למאמצים ועומס רגשי כבד, ולשם כך עשוי להזדקק למסגרת חיצונית של תמיכה ועיבוד, כגון הדרכה, קבוצות עמיתים ועוד. על המטפל והמטופל לפתח דיאלוג ולמצוא מתוך הקשר הדיאדי ביניהם את השפה ודרך ההמשגה המתאימים שיאפשרו יצירת משמעות, תוך יצירת הסיפור או הנרטיב של המטופל הכולל בתוכו את הטראומה והכרה בקיומה, העצמת היכולת לאינטגרציה של מצבי עצמי ואחר, ושיקום היכולת לאמון ובטחון בקשרים בינאישיים. דרך הדיאלוג מתאפשרת התבוננות על המתרחש בין המטופל למטפל, וההבנה כיצד ניתן לקשור את הדברים, לחוויית ההתעללות המתקיימת בנפשו של המטופל באופן מפוצל ומנותק. על מנת לקיים את הדיאלוג, המטפל יידרש להכיר במעורבותו, נוכחותו והשפעתו בתוך הקשר הטיפולי ולעבד עם המטופל בהקשר הדדי. ברמות שונות ימצא עצמו המטפל חושף בפני המטופל את עולמו ורגשותיו בהקשר של הדיאדה הטיפולית, באופן שהוא מבוקר ואחראי. הנכונות למעורבות ועבודה משותפת מתוך עמדה בינאישית והדדית היא חיונית.

Benjamin (2004) כפי שצוין, גורסת כי בשונה מיחסים שהם קומפלימנטריים, מצב בו ישנו קשר בין סובייקט שהינו המטופל לאובייקט שהינו הספק של הצרכים, הרי שביחסים אינטרסובייקטיביים לאחר יש מרכז נפרד ושווה של עצמיות. ביחסים קומפלימנטריים אין מקום לשניים נפרדים, אלא ישנו פיצול בין אדון למשרת, שולט ונשלט באופן שהוא מקובע ונוקשה. ביחסים כאלו אין מקום לדיאלוג מאחר ויכולה להתקיים אמת אחת בלבד. העמדות הקוטביות של קרבן ומושיע מתקיימות בתוך מערכת יחסים שהיא קומפלימנטרית. הקרבן חווה עצמו כמי שעשו לו, והוא חסר סובייקטיביות והשפעה משל עצמו על החוויה שלו. המושיע חווה עצמו כבעל יכולת השפעה מוחלטת על האחר, ובכך מוחק את הסובייקטיביות של האחר. לכן, הרעיון של מפגש בין סובייקטים והכרה הדדית חשוב ביותר ביצירת המרחב הטיפולי בטיפול בפוסט טראומה מורכבת. דרך ההכרה ההדדית של המטפל והמטופל בסובייקטיביות של שניהם, נוצר בטיפול מרחב המאפשר לסייע למטופל להשתקם מהחוויה של חוסר אונים והחוויה הקשה של ביטול ומחיקת העצמי

שהמטופל חווה ביחסים מתעללים, שהם בהכרח קומפלימנטריים. בטיפול שהוצג במאמר זה ניתן לראות כיצד משחזרת המטופלת דפוס קשר שבו צרכיה אינם מובנים ואינם זוכים להתייחסות, ומוצאת עצמה שוב ושוב לכודה בתוך חוסר האונים והקרבנות. דווקא בשל נטייתה של המטופלת לשחזר מערכות יחסים שבהן צד שולט וצד נישלט, צד שמשתמש באחר וצד חסר אונים, ההתנסות בדיאלוג שבו יש מקום לשתי אמיתות סובייקטיביות שנפגשות ומשפיעות זו על זו, מייצרת אפשרות להחלמה והינה חשובה ומשמעותית.

ביבליוגרפיה

- הרמן-לואיס, ג'. (1992). **טראומה והחלמה**. תל אביב: הוצאת עם עובד.
- מיטשל, ס. א. (2003). **תקווה ופחד בפסיכואנליזה**. תל אביב: הוצאת תולעת ספרים.
- מיטשל, ס. א., ובלאק, מ. ג'. (2006). **פריוד ומעבר לו: תולדות החשיבה הפסיכואנליטית המודרנית**. תל אביב: הוצאת תולעת ספרים.
- פרייס, ט. (1995). **התעללות מינית בילדים**. קריית ביאליק: הוצאת "אח".

American Psychiatric Association, (2005). *DSM- 4- TR*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. London: The Analytic Press.

Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (Suppl.), 33-46.

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73:5- 46.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma & Dissociation*. Hillsdale, NJ, London : The Analytic Press.

Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York: Basic Books.

Ferenczi, S. (1949). Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child—(*The Language of Tenderness and of Passion*) *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:225-230

Finkelhor, D. (1984). *Childhood sexual abuse*. New York: The Free Press.

Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The Sexual Abuse of Male Children and Adolescent: A Review of Current Research. *Journal of Child Psychology*, 33(1): 197- 248.