

סקירת יום העיון "התמודדות עם אובדנות ומצבי סיכון – מבט אינטגרטיבי על המשגה, אבחון, התערבות במשבר ופסיכותרפיה" מרצה: פרופ' גולן שחר

4.3.2016 נערך יום העיון "התמודדות עם אובדנות ומצבי סיכון – מבט אינטגרטיבי על המשגה, אבחון, התערבות במשבר ופסיכותרפיה" שנערך על ידי מכון שדות יעד חן – מרכז ארצי לשירותים פסיכולוגיים.

מפרסום יום העיון: הערכה וטיפול במצבי אובדניים ומצבי סיכון אחרים, מהווים נדבך קריטי בעבודה הטיפולית, הדרוש ידע תיאורטי, מחקרי וקליני מקיף ועדכני. מטרת יום העיון הינה להציע מבט עדכני ואינטגרטיבי על טיפול באובדנות ומצבי סיכון, במהלכו נסקור את ההמשגות וההסברים התיאורטיים לגבי אובדנות בתאוריה, מחקר, ספרות ושירה, נעמוד על דרכים לאבחון ולהעריך רמות סיכון לאובדנות ונציע מבט אינטגרטיבי על שיטות התערבות וגישות טיפוליות במצבים קליניים המערבים אובדנות וסיכון.

ברכות: ד"ר שרון זיו ביימן – מנהלת מכון שדות

ד"ר זיו ביימן פתחה את הבוקר, הודתה לפרופ' שחר וסיפרה כי היא מגדירה ימים כאלו כימי למידה ולא ימי עיון. ביום למידה שכוה יש למשתתפים את האפשרות לפגוש אדם המומחה בתחומו וללמוד ממנו כמה שניתן. פרופ' גולן שחר מוביל את התחום האינטגרטיבי, ולא רק באופן הנפוץ של אינטגרציה טיפולית ותיאורטית בין רעיונות דינאמיים להתנהגותיים, אלא במובן העמוק, של הצורה בה מחברים ידע תיאורטי, מחקרי וקליני מגישות שונות למקשה אחת. ד"ר זיו ביימן סיפרה כי לא לעיתים קרובות יוצא לנו בישראל לפגוש אנשים שהם מובילים בתחום האקדמי כמו גם הקליני, כפי שפרופ' שחר מומחה.

ד"ר זיו ביימן הוסיפה כי במציאות של היום, לעיתים קרובות, ככל שמטפלים הנם בעלי פחות הכשרה, כך הם מטפלים במקרים קשים יותר. מטפלים צעירים אלו הם לעיתים קרובות בעלי ידע שאינו רחב דיו, ויום העיון מבקש לתת גישות והסתכלויות בתחום זה בין השאר למענם ולמען המדריכים של מטפלים אלו. לבסוף, ד"ר זיו ביימן הציעה כי אחת מהשאלות החשובות שיום הלמידה מבקש לענות עליהן, היא איך מחברים בין טיפול אינטגרטיבי וישיר (כפי שנדרש כיום, בין היתר בשל הרפורמה) לבין טיפול דינאמי ועמוק.

פרופ' גולן שחר – מבוא

הרצאתו של פרופ' גולן שחר התחילה בהקרנת סרטון שנקרא "[מכתב התאבדות, שיר פרידה](#)", של היוצר Soul artist. זוהי יצירה-מכתב התאבדות. התחושות הקשות שהסרטון העביר, והכאב הנפשי של הכותב, ליוו את השומעים במהלך יום העיון.

יום העיון עסק באובדנות שהיא השכיחה ביותר, האובדנות שאיתה ככל הנראה כל מטפל נפגש או ייפגש – אובדנות הנובעת מדיכאון (דיכאון אובדני) – אובדנות על רקע אפקטיבי. פרופ' שחר הבהיר כי הוא אינו מבקש לדבר על אובדנות מסוגים וסיבות אחרות, כמו למשל אובדנות כחלק מהפרעת אישיות גבולית.

ליום העיון מבנה בעל 4 שלבים:

1. **הפואטיקה של האובדנות** - איסוף קוהרנטי וסיפורי של ממצאי המחקר על אובדנות, והפגשתם עם תובנות מתחום הפואטיקה על האובדנות, על מנת לקבל תפיסה קוהרנטית של אובדנות.
2. **אבחון והערכת סיכון** - מעין מפת דרכים להתמודדות, כאשר מטפל מתחיל טיפול עם אדם שמראה אובדנות, או כאשר אובדנות מתבטאת במהלך הטיפול.
3. **ניהול משברים אובדניים** - בתוך טיפול שיש בו אובדנות יש כל הזמן משברים. הטיפול הוא אף פעם לא פרוטוקולי ולכן צריך כל הזמן להיות מוכנים להתמודד עם משברים.
4. **פסיכותרפיה דינאמית-אינטגרטיבית במצבים אובדניים** – כיצד יוצרים טיפול שיש לו מרכיבים של פסיכותרפיה דינאמית, אבל משלב גם התערבויות אקטיביות מ-CBT ומעולמות אקטיביים אחרים.

עקרונות מנחים בעבודתו של פרופ' שחר:

לאורך כל יום העיון פרופ' שחר מבקש להציג תפיסת עולם, חוויה מסוימת וגישה למציאות. זו הדרך שלו לארגן את חווייתו, לתפוס את הדברים. העקרונות המנחים של פרופ' שחר:

- **משירה לסטטיסטיקה:** ההתמודדות של תחום הפסיכולוגיה בין המדע לתיאוריה. בהקשר זה פרופ' שחר מדבר על המורפולוגיה של הסבל והלחישה של הסובייקט: כיום אנו יודעים שיש להפרעות הנפשיות מבנה וחוקיות – זו היא המורפולוגיה של הסבל וזו גם הסטטיסטיקה. את חלק מהמבנים והחוקיות אנחנו מבינים היטב וחלק אילו עדיין לא זיהינו. בתחום האפקטיבי, לדידו של פרופ' שחר, חלק ניכר מהחוקים ידועים לנו. אבל כשאנחנו מגיעים לאדם הפרטי - למטופל, הוא יוצק תכנים ותמות משלו לחוקים - למורפולוגיה. זו היא לחישה הסובייקט.

- **המרכזיות של אבחנה פסיכופתולוגית:** פרופ' שחר מציע כי כל מי שמטפל באנשים הסובלים סבל נפשי, חייב לשלוט בצורה גבוהה בפסיכופתולוגיה. הדיסציפלינה שמעצבת את הפרקטיקה הפסיכולוגית היא הדיסציפלינה של פסיכופתולוגיה. פרופ' שחר מבהיר שלטעמו גם מי שעובד עם מטופלים הסובלים ממשברי חיים בלבד לכאורה, חייבים להיות בקיאים בפסיכופתולוגיה, על מנת למקם כל הזמן את המטופלים שלהם בתוך רצף, במיוחד לאור העובדה כי גם מטופלים שהתחילו טיפול ללא אבחנה פסיכופתולוגית, עלולים לפתח תחלואה נפשית.
- **תיאוריית יחסי אובייקט (Object Relations) כבסיס למבנה האבדני:** פרופ' שחר מתבסס ברעיונותיו על תיאוריית יחסי האובייקט. לטענתו, זו התיאוריה הפסיכולוגית הנתמכת ביותר מבחינה מדעית, היא בהירה מאוד ואפשר לגזור ממנה נגזרות ברורות לאבחון וטיפול.
- **עיקרון האקולוגיה האנושית (Social/Human Ecology) –** פרופ' שחר מוביל את טיפוליו מתוך העיקרון שלפיו אנשים ואנושיות מקוננים (nested – מהמילה קן) בתוך מערכות של רשתות חברתיות ואנושיות. הדוגמא הקלאסית לכך היא מטריקס אם-תינוק של וויניקוט. חשוב להבין, כאשר מסתכלים על המטופל, את הרקע המקונן שלו – איפה הוא גדל, מה הגינדר שלו, מה היה המצב הכלכלי של משפחתו בילדותו ועוד... הרקע המקונן של המטופל הוא קריטי בטיפול במטופלים עם אובדנות. מושג נוסף בתחום האקולוגיה האנושית, המוביל את פרופ' שחר, הינו Being in the world. מושג זה, של היידגר, מבטא את הרעיון כי אדם בכל עת נמצא ופועל בעולם, בתוך מערכות יחסים, והעולם והסביבה משפיעים עליו בכל רגע ורגע. לצורך העניין, מציע פרופ' שחר, מי שנולד בעזה או בשדרות במהלך צוק איתן – הושפע באופן משמעותי בהתפתחות שלו ואף בביטוי הגנים שלו מהמבצע. פרופ' שחר מציע לקרוא לכך מושלכות, כלומר, אנשים מושלכים לתוך העולם - אנחנו לעולם לא טאבולה ראסה. זאת ועוד – הסביבה והאדם משתנים בכל עת. לכן, מציע פרופ' שחר, כאשר עובדים עם אדם אובדני, חשוב לזכור כי האדם האובדני נמצא כל הזמן בתנועה ועל המטפלים לחשוב מה יהיה קדימה ולא רק מה קורה עכשיו.
- **הזיעה של החדר: עקרון הפרגמטיות –** פרופ' שחר מציע כי קורפוסים תיאורטיים ואנליטיים הם בעלי משמעות רק אם הם מאפשרים לנו לתת משמעות לעולם ולהתמודד עם דילמות משמעותיות. כל מה שאנו עושים וכל למידה שלנו, חייבת להיות מאורגנת סביב הזיעה של החדר – סביב מה ניתן לעשות עם המטופלים.

חלק 1: הפואטיקה המדעית של אובדנות - בין שירה לסטיסיטיקה

חלק זה התחיל בהקראת [הבלדה על Richard Corey](#), שכתב Edwin Arlington Robinson. ריצ'ארד קורי הובא על ידי פרופ' שחר כמייצג את תופעת הדיכאונים המתפקדים, הנוצצים, שחלק מהם גם מתאבדים. בהקשר זה הצביע פרופ' שחר על 2 מאמרים מייצגים:

- **The destructiveness of perfectionism** - מאמרו של סידיני בלאט מ-1995. המאמר נכתב לאחר התאבדותו של עוזר בכיר בממשל האמריקאי, בחור מבריק שהתאבד למרות שהיה מוצלח, עשיר ואהוב ולכאורה לא הייתה לו סיבה להתאבד. בלאט טוען במאמר כי יש מבנה נפשי שמאפיין את "הנוצצים המתאבדים".
- **Death without warning in IAF cadet training** - מאמרו של אלן אפטר משנת 1993. אפטר בחן מקרים בהם צוערים בחייל האוויר, צעירים מבטיחים ומצליחים, התאבדו לכאורה ללא סיבה.

פרופ' שחר הסביר כי השיר, כמו גם שני המאמרים, מתארים את התופעה של ה"נוצצים המתאבדים" ומנסים לשרטט את המבנה הנפשי העומד מאחורי ההתאבדויות באופן דומה, וכי הוא מאמץ את רעיונותיהם ברובם, אך לטענתו – המבנה הנפשי הוא רחב בהרבה מזה ששיערו חוקרים אלה.

גם ארגון הבריאות האמריקאי, ה-NIH מנסה להתמודד עם התופעה הזאת, של "הנוצצים המתאבדים". הם מאמינים כי מדובר בתופעה מגדרית ולכן יצאו בקמפיין [Real Men – Real Depression](#), בו גברים מפורסמים מספרים כי סבלו מדיכאון. הרעיון מאחורי הקמפיין הינו כי גברים לא מדווחים על דיכאון לעיתים קרובות, שכן הגבריות המקובלת לא משאירה מקום לפגיעות שכזו.

פרופ' שחר וחוקר האובדנות Thomas Joiner עובדים כיום על מאמר שממשיך את התחום הזה. הם משערים כי הרואיזם הינו גורם פגיעות גדול לדיכאון אובדני. במחקר הם מתבססים על ניתוח מכתבי התאבדות.

בשלב זה הביא פרופ' שחר תיאור מקרה, שהדגים את הרעיון כי לעיתים אין מופע של דיכאון קליני מגוריו, אך ישנה סכנה אובדנית ממשית הנובעת מדיכאון. לעיתים הדיכאון נמצא מתחת לפני השטח, ויש לבחון מעט את הדברים לעומק על מנת להבחין בו.

אובדנות כתוצאה מדיכאון – שכיחות ורלוונטיות

פרופ' שחר מציע שאומנם אובדנות "שהצליחה" היא לא נפוצה, אך מחשבות אובדניות הן נפוצות. עם זאת, למרות שאובדנות היא, מבחינה סטטיסטית, נדירה, היא רלוונטית ומסוכנת. פרופ' שחר מציע כי מטפלים שבחרים שלא לטפל במטופלים שנמצאים בסיכון אובדני, עלולים להיות שאננים למצבים אובדניים של מטופלים שלא הצהירו על אובדנות או הגיעו עמה מראש לטיפול. לעומת זאת, הוא מציע שכאשר אנו מודעים לכך שאנו מטפלים במטופל בסכנה אובדנית – רמת הסכנה יורדת, שכן המטפל ככל הנראה יהיה זהיר יותר, וכן הסביבה ככל הנראה תספק יותר תמיכה.

לעומת אובדנות, דיכאון הוא נפוץ עד כדי כך שהוא מגפה עולמית. השכיחות לאורך החיים של דיכאון חד קוטבי הינה 16-17%. זוהי מחלה, ופרופ' שחר ציין כי אנחנו מבינים היום את הסיבות למחלה הזו לא פחות ממה שאנחנו מבינים את הסיבות לסוכרת למשל. כך, אנחנו יודעים שדיכאון קשור לגנטיקה, למבנה אישיות, לסביבה חברתית וכו... דיכאון הוא הרבה יותר מרגש שלילי בלבד. לא פחות מכך, דיכאון הוא העדר של רגש חיובי - אנהדוניה. בדרך כלל מקובל לחשוב שישנו יחס של 1:2 בין נשים לגברים, וכי יחס זה מתחיל בהתבגרות המוקדמת. אבל, לטענתו של פרופ' שחר, נתון זה הינו שגוי, שכן ברגע שמרחיבים את הספקטרום למקרים שהם כאילו א-טיפיקליים, למרות שלטענתו של פרופ' שחר הם לגמרי טיפיקליים, המצב בו נשים לוקות ביותר דיכאון מגברים נעלם. זאת ועוד, אנו יודעים שגברים מתאבדים יותר בשל דיכאון (התאבדויות שמסתיימות במוות), לכן היחס הזה אינו רלוונטי לדידו. קבוצות רלוונטיות חשובות נוספות בכל הנוגע לדיכאון: ילדים וסטודנטים.

פרופ' שחר מנה 3 סוגי דיכאון: דיכאון מגוריו, דיסתימיה ודיכאון כפול (חולים שבדרך כלל נמצאים בדיסתימיה עם פרקים של דיכאון מגוריו). מטופלים עם דיכאון כפול, הציע פרופ' שחר, מגיעים לטיפול עם דיכאון מגוריו, ולאחר טיפול מוצלח בדרך כלל מצליחים להגיע למצב של דיסתימיה. הדבר יוצר קושי משמעותי, שכן הטיפול הצליח אבל המטופל עדיין מדוכא. הדבר יכול להיות קשה עבור המטופל והמטפל כאחד, ויכול להקשות על המשך מהלך הטיפול, שכן המטופל יכול לחוש שהטיפול אינו עוזר.

פרופ' שחר הציג עדויות מחקריות לכך שטיפול דינאמי (קצר כמו גם ארוך) מוכח כיעיל לטיפול בדיכאון לא פחות מטיפולים אחרים, וכן סקר שורה של טיפולים נוספים שהוכחו כיעילים לטיפול בדיכאון: Behavioral, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Interpersonal Psychotherapy (IPT), Acceptance and Commitment Therapy, Emotion Focused Therapy. בגדול הממצאים לגבי השוואת סוגי טיפול בדיכאון מציגים מצב של "אפקט הדודו" - כל הטיפולים בדיכאון עוזרים פחות או יותר במידה שווה.

הבעיה העיקרית, כפי שפרופ' שחר תיאר אותה, היא שאף אחד מהטיפולים האלה לא מטפל באובדנות. מדוע? כי ברוב מכריע של המחקרים המבוצעים בתחום, לפני תחילת המחקר בוחנים אובדנות, ומוציאים את האנשים שמדווחים על אובדנות מהמחקר. גם במהלך המחקר, אם מטופל מדווח על אובדנות – הוא מוצא מהמחקר. כך נוצר מצב שבו לא חוקרים במחקרים על טיפול מה מסייע לטיפול באובדנות. אז אולי כל הטיפולים מצוינים, הציע פרופ' שחר, אבל הם לא נוגעים באובדנות.

רוב המדוכאים הם לא אובדניים. אבל, 90% מהאנשים שהתאבדו סבלו מהפרעה נפשית חמורה, כאשר רובם המכריע מדיכאון מגוריו. גם חלק ניכר מה-10% הנותרים, לדידו של פרופ' שחר, ככל הנראה ברובם סבלו מדיכאון שפשוט לא אובחן.

תופעת ה"הרדמה" באובדנות

פרופ' שחר הביא את שיר מתוך ספרו פסיכו-אל-נא-ליזה:

		אז בסוף הוא הגיע לפגישה והכל היה סבבה רק שאני, בנגוד להרגלי, לא הרגשתי כלום.
	ועדן לא הרגשתי כלום. וסוף סוף הצלחתי להרגיש.	ואז צלצל הנד שלי. ושוב הוא לא ענה. עד שצלצל הנד שלי.
אני קורא לזה שולי הבטחון של האהבה.	ויצא המרצע מן השק ואתו אולר בעדות הפסיכואנליזה, קוראים לזה "השלישי"	ואז צלצל הנד שלי, והוא עשה פרוץ לא ענה.
כי תכניות התאבדות הן קביות קרח על הרדת המטפל.	"גולן, משהו לא בסדר", אמרה בת זוגו.	

פרופ' שחר הציע כי בדיכאון אובדני, כאשר המטופל עובר מדיכאון למצב של סכנה אובדנית, נוצר מצב ביחסים הטיפוליים בו המטופל והמטפל מורדמים, דבר המגביר את הסיכון של האובדנות. לכן חשוב מאוד לשים לב מתי המטופל הדיכאוני הופך למטופל האובדני. פרופ' שחר הציע כי דווקא תחושת ה"הרדמה הרגשית" היא סממן חזק מאוד לאובדנות, אבל באופן פרדוקסלי, היא גורמת דווקא לתעתוע.

לכן, הציע פרופ' שחר, יש למטפלים במטופלים אלו צורך בתיאוריה הפסיכודינמית – הם חייבים לנסות להעריך מה קורה בדינמיקה האישיותית וכן של הקשר הטיפולי, כאשר המטופל הדיכאוני מתחיל להיות בעל נטייה אובדנית.

אז מה הם התהליכים הפסיכודינמיים הקשורים באובדנות? בעיה: הרבה חוקרי אובדנות רואים בפסיכואנליזה כגורם מיותר. נראה כי לכן יש מעט מידע ותיאוריות על כך.

קטגוריות אבחנתיות רלוונטיות לאובדנות

מלבד דיכאון מגורי יש כמובן עוד קטגוריות פסיכופתולוגיות שונות הרלוונטיות לאובדנות: פסיכוזה, הפרעה ביפולארית, הפרעות חרדה והפרעות אישיות (בעיקר Cluster B). אבל ברוב הקטגוריות הללו המטפלים דרוכים בדרך כלל ולא מפספסים את הסערה הרגשית, שכן היא נמצאת על פני השטח. במצבים שנמצאים על הספקטרום האפקטיבי, נוצרים מצבים שונים ומתעתעים (כמו עם הנוצצים המתאבדים). פרופ' שחר הציע כי גם במצבי Soft bipolar המורפולוגיה של הסבל של אנשים אלו ומבנה האישיות שלהם גורם להם לעיתים להיות במצב קשה. אלו תופעות שמטפלים נמנעים מלעשות להן פתולוגיזציה כי מדובר באנשים שחיים בעולם ויכולים להיות לעיתים קרובות אקטיביים ואף מלאי אנרגיה. אבל, מבנה האישיות שלהם בהחלט יכול לגרום למצבי קיצון שבהם נוצרת אובדנות.

בשלב זה תיאר פרופ' שחר מחקר שביצע יחד עם Joiner (2006), בו הם מצאו כי במצבים אובדניים קשים של מתבגרים ובוגרים צעירים, ישנו בעצם סינדרום אחד המכיל בתוכו חוסר אונים, דיכאון ואובדנות. עד כה היה נהוג לחשוב על הני"ל במונחי סיבתיות (כך למשל, במחקרו המפורסם של בק, שהציע כי חוסר תקווה מנבא אובדנות שהסתיימה במוות, יותר מדיכאון, ולכן הציע כי יש יחסי סיבתיות משמעותיים בין חוסר תקווה לאובדנות). אך המחקר של שחר ו-Joiner, שעקב אחרי מטופלים במצבי אובדנות קשים לאורך זמן, מציג עדויות לכך שאין כאן 3 תהליכים נפרדים, אלא סינדרום אחד. לפי מחקר זה, יש לקטוע באיבו את התהליך שעומד באיבו - את הבסיס לסינדרום כולו ולא לנסות לפתור רק את הסימפטומים.

בנקודה זו הביא פרופ' שחר שיר נוסף – מרגש ומפעים מספרו פסיכו-אל-נא-ליזה, ולאחר מכן הציג תיאור מקרה, שהביא אותו לנושא הבא של הרצאתו: כחלק מהערכת האובדנות שפרופ' שחר מבצע למטופליו, הוא מעביר את השאלון Reasons for Living Inventory (Linehan et al., 1983). בתיאור המקרה אותו הביא, הסיבה החזקה ביותר להמשך החיים הייתה העצמי הרצוי העתידי. פרופ' שחר הציע כי לעיתים קרובות בטיפולים פסיכודינמיים ישנו עיסוק גדול בעבר, אך אין כמעט עיסוק בעתיד, כאשר דווקא העתיד הזה משחק חלק מאוד חשוב באובדנות: כשהמטופל נמצא במצב בו הוא אינו מחזיק בכל עתיד רצוי – הסיבה שלו לחיות בעצם נעלמת – כי אין דבר שמחכה לו. פרופ' שחר חזר לרעיון זה בהמשך הרצאתו.

הפסיכו-דינמיקה של דיכאון "אפקטיבי"

פרופ' שחר מתבסס בתחום זה על רעיונות מתחום תיאוריית יחסי אובייקט (בהגדרה הרחבה שלה), ובאופן ספציפי, הוא מתבסס על הרעיון של מלאני קליין לפוזיציות. הוא מעצב אותו אחרת, על מנת שיתאים לזירגון הפסיכולוגי האקדמי, אך עדיין מתבסס עליו מבחינת הראייה והתפיסה של מה הן היחידות הבסיסיות של האישיות, וכן בתחום התשתית של הפסיכופתולוגיה, הוא מאמץ את הרעיונות של קליין (אך הוא אינו מאמץ את הטכניקה הקלייניאנית). כך תיאר פרופ' שחר את הרעיונות של קליין, כפי שהוא משתמש בהן: קליין תיארה את הפוזיציות. היא תיארה עמדה בסיסית של האדם כלפי העולם, הבנויה על 3 מבנים: חרדות, הגנות ויחסי אובייקט.

פרופ' שחר מציע להרחיב את הרעיונות של קליין¹:

- אין צורך להתמקד רק בחרדה, כפי שעשתה קליין, שכן יש הרבה מעבר אליה בתחום הרגשי.

¹ כאן העלה פרופ' שחר בעיה: השפה הפסיכואנליטית היא שפה שמרחיקה דיון קליני – היא לא שפה "נורמטיבית" של אנשים, ולכן למי שאינו מתמצא בה היא רחוקה, זרה ונשמעת מוזרה (כך למשל שד טוב ושד רע). פרופ' שחר הציע כי במעט מאוד מאמץ אפשר לדבר את הרעיונות הללו בצורה אחרת ובמקביל להרחיב את ההסתכלות התיאורטית. כך למשל, במקום חרדות פרופ' שחר מציע לדבר על אפקט – על רגשות מגוונים (בושה, השפלה, זרות, ניכור ועוד – בתחום האפקטיבי הקרוב לחרדה).

- במקום הגנות פרופי שחר מציע Affective relations, כאשר בתחום זה מבקש פרופי שחר לערער על התפיסה כי יש הגנות (לא מודעות) וסגנונות התמודדות (מודעים) – הוא מציע שהפרדה יוצרת מצב לא טבעי, שכן הדברים הם דינאמיים ומורכבים יותר (בתור דוגמה לכך הביא פרופי שחר את רעיון ההתכחשות – Disavowal - של פרויד: מצב שבו דבר מה מעורר רגש שלילי חזק נמצא במודע וכן לא במודע בו זמנית. מחד הוא מוחזק בתודעה, אך מאידך – במיקום נמוך יחסית ולכן ההתייחסות אליו היא כאילו שהוא לא קיים, למרות שישנה ידיעה שהוא קיים. פרופי שחר מציע שזוהי עדות לכך שפרויד תפס את הדברים כמורכבים יותר מאשר הפרדה מוחלטת בין המודע ללא מודע). פרופי שחר הציע גישה כמותית ולא איכותית לרעיון הלא מודע: לדידו המקום שדבר מה תופס בטווח שבין המודע ללא מודע, נובע משקלול שאנשים עושים, שקשור לתפיסה העצמית כמו גם לתפיסה העצמית האידיאלית שלהם. פרופי שחר הציע כי "הנוצצים המתאבדים" יודעים שהם בדיכאון, אך כיוון שהדבר לא מתאים לתפיסת העצמי האידיאלי שלהם, הם משקללים את המידע הזה נמוך. וכך הדיכאון נמצא שם, אך כל הזמן מתחת לפני השטח.

- החלק השלישי בתיאוריה של קליין הם יחסי האובייקט. פרופי שחר ביקש לשלב רעיון זה עם רעיונותיהם של ויניקוט ואוגדן, ולתפוס את יחסי האובייקט כיחסי סובייקט לסובייקט: החוויה של סובייקט אל מול סובייקט אחר. החלק של יחסי האובייקט הוא הידע שלנו על עצמנו, כפי שאנחנו בתוך יחסים, והידע הזה הוא המארגן את האפקט. כך, כאשר עולה רגש, מבני הידע הללו בוחנים אותו, ואם הוא אינו מתאים לתפיסת העצמי הרצוי – הם מבקרים אותו. מבני הידע הללו, הציע פרופי שחר, בהתאם לרעיונותיו של ויניקוט אודות עצמי אמיתי ועצמי כוזב, מתבססים על ניסיון העבר: כנראה שימשהו גרם לאנשים הללו ("הנוצצים המתאבדים") להרגיש בעבר שזהו רגש שלא תקין להרגיש ולכן כיום הם חיים כאילו הוא לא קיים.

יש אנשים בעלי מבנה אישיות מסוים, שעבורם מנעד רגשי מסוים, שבתוכו נוגות, בושה, השפלה, הזדקקות, ובלבול, (מנעד אותו כינה פרופי שחר כ"ילד הרך והזקוק") לא מתאים לידע שלהם על עצמם בתוך קשר עם אחרים, שכן מישהו בעברם גרם להם לחוש כי רגש זה אינו מתאים – הוא פגע בהם או זלזל וכדומה. מתוך כך, אנשים אלו מווסתים ומשקללים את הרגשות האלו בשקלול נמוך. הם מגדרים את הרגשות הללו ולא נותנים לעצמם לחוש אותם. פרופי שחר הציע כי מבנה אישיות כזה, מועד לדיכאון אובדני.

פרופי שחר מבקש להוסיף על שלושת המבנים הללו שהציעה קליין, מימד נוסף אותו הוא תופס כקריטי –

מימד הזמן

בני אדם לא חיים רק במבני ידע של העצמי והאחר, אלא גם על ציר הזמן. פרופי שחר מציע לתפוס את הזמן כאובייקט משמעותי שמולו אנשים מתנהלים. הפסיכואנליזה, היא בעלת פגם טראגי, הציע פרופי שחר. הפגם הוא לא הדגשת העבר, כי על כך הוא מציע שהיא הצליחה כבר להתגבר. הפגם הטראגי שלה, לדידו של פרופי שחר, הוא הזנחת העתיד בייצוג הנפש. הפסיכואנליזה לא מתייחסת לכך שבני אדם הם אנשים שנעים קדימה, מוכוונני מטרה. בהקשר זה הזכיר פרופי שחר שני חוקרים: Summers (2013) שמנסה להתמודד עם בעיה זאת, וכן סאליבן, שהציע כי המנבא הטוב ביותר להתנהלותו של האדם הוא העתיד הקרוב.

פרופי שחר ביקש להוסיף לפוזיציות את מימד הזמן. הוא הציע שהמבנה הפסיכודינמי של דיכאון ודיכאון אובדני, הוא מבנה שכולל רגשות מסוימים וויסות שלהם על ידי מבני הידע הנ"ל. אבל כל אלה מתרחשים על ציר הזמן: בעבר, בהווה ובעתיד. בטיפולים פסיכודינמיים אנחנו מתייחסים לעבר בכל הנוגע לתהליך זה. גם להווה – למה שנמצא בכאן ועכשיו הגיעה הפסיכואנליזה ומטפלת בכך. אך לעתיד ולייצוגים בעתיד פרופי שחר טען כי אין התייחסות בדרך כלל.

הייצוג של העתיד אצל מטופלים מדוכאים ובמיוחד בעלי דיכאון אובדני, הוא קשה. חלק ניכר לא ירצו לגעת ולספר על הייצוגים שלהם את העתיד. אבל אם הם יענו למטפל, ניתן יהיה לראות כיצד ייצוגי העתיד הללו משפיעים על הסיכון האובדני ועל הדיכאון בהווה. הייצוגים העתידיים הלא רצויים הם הקיימים והמשמעותיים ולכן אין סיבה לחיות – אין רצון להגיע לעתיד הלא רצוי הזה. פרופי שחר הציע שמטפלים צריכים לשים יותר דגש על העתיד. בין השאר יש לעשות זאת, לטענתו, כי הסבל נמצא בעתיד: העבר כבר עבר, בהווה יש את המטפל המחזיק. אבל מה יהיה בעתיד? בעתיד יש ייצוג קשה, יש איימה, ויש תקווה, אך המטופל הדיכאוני והאובדני אינו מאמין בתקווה, ולכן הוא מכשיל את עצמו. פרופי שחר מציע, מתוך כך, שיש להתייחס לייצוגי העתיד האלו בטיפול.

לסיכום: הפוזיציה של הדיכאון האובדני כפי שפרופ' שחר הציע אותה

עצב אינסופי שצבוע בבושה, נוגות והזדקקות, אבל גם בפרצי כעס בגלל הוויסות והשקלול הנמוך של הרגשות הללו. אין כאן ספליט מוחלט, אלא תחושה שהדברים לא מורגשים. הדברים הם הרבה פעמים במודע, אבל לא על פני השטח. הפוזיציה כוללת בתוכה דימוי שלילי על העתיד, כאשר המטופל מתנהג בהתאם לייצוג העתיד השלילי בהווה, למרות שהוא לא מדבר וחושב על הדימוי הזה כמעט בכלל. פרופ' שחר מציע כי ההגנות המאניות-נרקסיסטיות, כפי שתפסה אותן קליין, משחקות תפקיד חשוב בתוך הפוזיציה של הדיכאון האובדני, שכן הן מגנות על הילד הרך והזקוק לאחר. ההגנות המאניות-נרקסיסטיות הופכות את הקערה על פיה וכן, באמצעותן מופיעה האנטיתזה של הילד הרך הזקוק. נוצר גם כעס פנימי על הילד הרך הזקוק. בטיפול, הציע פרופ' שחר, כי קשה לגעת בכך, שכן כאשר נוגעים בדברים הללו עולות ההגנות.

כל המבנה הזה הוא מבנה עומק, דינמי, אקטיבי עם חלקים שונים שעובדים יחד. אבל כלפי החוץ – יש תמונה חיצונית של אדם הסובל מדיכאון אובדני: כאשר עיקרו של מה שרואים הוא הביקורת העצמית. לכן הפכה הביקורת העצמית למרכזית כל כך בניבוי אובדנות – כי היא מה שרואים על פני השטח מכל מבנה העומק הזה. אבל הביקורת העצמית אינה מבודדת. היא הביטוי החיצוני של הפסיכודינמיקה המלאה הפנימית, של המחשבות, הרגשות ודרכי התמודדות.

הדרמה הבינאישית שמוצרת ע"י הפסיכודינמיקה שתוארה לעיל

פרופ' שחר הסביר כי הדינמיקה התוך אישית עוברת החצנה לזירה הבינאישית: הצורך בהזדקקות שמלווה במבני הידע המווסתים אותו באמצעות התקפה של הגנות מאניות-נרקסיסטיות, כל אלו יוצרים מצבים בהם לחץ מופעל על האנשים מסביב, על מנת שייגבו לאדם כפי שהוא מצפה, על פי מבני הידע הקשיחים שלו. וזה יוצר סביבה שלילית. נוצרות צרימות ואובדנים במערכות היחסים.

בשלב הזה הציע פרופ' שחר תיאור מקרה, שהבהיר את הרעיונות הבאים: התלות שהאדם מנסה להגן עליה אנושות ברמה התוך נפשית, מתבטאת באופן לא מודע, כאשר האדם מעוניין בה ודוחה אותה בו זמנית, מה שגורם לכך שזו יוצרת ריחוק אצל אחרים. כך הדינמיקה הזאת מפעילה את הסביבה לשחזר את מבנה הידע. ללא התערבות שמפוגגת את ההתכחשות הזו והאקטיבציה של הסביבה, נוצר מצב בו האדם מאוד תלוי, אבל מבחינה פנימית הוא נמצא במצב בו "אסור לו לדעת את זה".

חלק 2: אבחון והערכת סיכון - מפת דרכים להתמודדות עם אדם שמראה אובדנות

פרופ' שחר הצג כי הערכת סיכון היא חשובה ביותר וקריטית כאשר מדובר באובדנות. היא דרושה לשם תעדוף הכוחות, תכנון ההתערבות שתמנע את האקט האובדני וגם בבחינת שלישי אנליטי – כדבר מה להיתלות בו. כפי שהובא בשיר דלעיל, ניתן לראות כי בטיפולים באובדנות המטפלים נמצאים לעיתים במצב מנותק, ובמצב אובדני חייבים משהו שיעגן את המטפל וימנע סכנה כזאת.

החלק החשוב ביותר בהערכת הסיכון הוא כי צריך כל הזמן לחזור ולעשות שוב ושוב הערכה – להבין האם יש שינוי, האם יש החרפה. פרופ' שחר הדגיש כי הערכת האובדנות היא תהליך המתמשך בכל הטיפול, ולא בחינה שמבצעים בתחילת הטיפול בלבד. מפגישה לפגישה ואף לעיתים בין הפגישות, על המטפל לבצע רישום ועדכון של הערכת האובדנות.

פרופ' שחר משתמש בהערכת הסיכון האובדני של Joiner כמו גם בהמשגה התיאורטית שלו: התיאוריה האינטרפרסונלית-פסיכולוגית של אובדנות (interpersonal psychological theory of suicide).

התיאוריה האינטרפרסונלית-פסיכולוגית של אובדנות (interpersonal psychological theory of Joiner – (suicide

התיאוריה בנויה על 3 נדבכים:

- **יכולת אובדנית נרכשת (Acquired capacity)** – המכשול הגדול ביותר מפני התאבדות הוא פחד ממוות. זהו פחד אבולוציוני כמהי שקיים בנו. לכן, על מנת להתאבד, אנשים בד"כ צריכים להתאמן בלהתקרב למוות, להתאמן בלא לפחד מהמוות. פרופ' שחר מסביר שהדבר דומה למעין טיפול בחשיפה, על ידי כך שחשיפה חוזרת למוות מפחיתה את הפחד מהמוות. על כן היסטוריה של מחוות אובדניות היא קריטית ועלולה להצביע על אובדנות חמורה.
- **כשל בהשגת שייכות ותחושה שלא שווה לחיות** – Joiner מסתמך על תיאוריות שונות, בין השאר תיאוריית הניכור החברתי של הסוציולוג דורקהיים וכן אחרים. Joiner מציע כי אצל אנשים אובדניים יש כשל בהשגת תחושת שייכות. הוא טוען כי לאנשים יש צורך בסיסי להרגיש שהם מקוננים בתוך מערכות יחסים, וכאשר הצורך הזה לא מקבל מענה – נוצרת סכנה אובדנית.

- **Perceived burdensomeness** – תפיסה סובייקטיבית של "היות עול". זוהי תחושה סובייקטיבית של אנשים המתמודדים עם אובדנות, כי הם מהווים עול על אחרים משמעותיים ואהובים, והתאבדותם תיצור הקלה על אחרים משמעותיים אלה.

הטענה של Joiner היא כי אינטראקציות בין שלושת הגורמים הללו, על רקע של הפרעה נפשית, יוצרת אובדנות. Joiner מציע שהסיבה שבגללה התאבדות היא נדירה היא כי צריך שיהיו את כל הגורמים הללו לשם התאבדות.

פרופ' שחר הציע כי לעיתים לאנשים אובדניים אין תחושה של היותם עול, אך הם לא מצליחים להעניק משמעות לחייהם, דבר שמציב אותם בסכנה לא פחותה.

פרופ' שחר, בעבודתו, מבקש לחבר את התיאוריה של Joiner לפסיכואנליזה. הוא טען כי הפסיכואנליזה יכולה לספק את הסיבות שבגללן אנשים חשים את התחושות שתוארו לעיל, את מבנה האישיות ואת התפתחותן של המחשבות והאמונות הללו. כך למשל, הוא קשר בין הגנות דיסוציאטיביות ליכולת אובדנית נרכשת.

אלגוריתם להערכת סכנה אובדנית על פי Joiner

לפני התיאוריה שהובאה לעיל, Joiner פרסם את המאמר *Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice* (1999), שעושה אלגוריתמיזציה לגורמי סיכון לאובדנות – כלומר הוא מציע אלגוריתם להערכת סיכון לאובדנות. המאמר סוקר תחומים שצריך לבחון. הזמן הקצר לא אפשר לסקור את כל המאמר החשוב והעשיר, ופרופ' שחר הציע שחשוב לכל מטפל לקרוא מאמר זה. מעבר לקריאת המאמר, ציין פרופ' שחר כמה דגשים מתוך מאמר זה:

1. **המאמר יוצר הבחנה בין מחשבות אובדניות לתוכניות אובדניות.** מחשבות אובדניות הן דבר מה נפוץ ביותר. לכן צריכים לבחון את טיב המחשבות האובדניות. מחשבות אובדניות אצל מטפל אובדני לא יגרמו למטפל לפנות למשטרה. אבל מחשבות אובדניות בליווי תכנית אובדנית, במיוחד כאשר התכנית מפורטת – זה כבר שם את המטופל בסיכון משמעותי.
2. **מספר הניסיונות האובדניים.** 2 ניסיונות אובדניים מקפיצים את הסיכוי להתאבדות שתסתיים במוות. לאחר שני ניסיונות, גם אירועים לכאורה שפירים, שאינם נחשבים בדרך כלל כאירועי דחק, עלולים לגרום לניסיון אובדני. פרופ' שחר סיפר שהוא סופר גם מחוות אובדניות רציניות במספר הניסיונות (כך למשל עמידה על הגג של מטופל ואמירה שיתאבד).
3. **תחלואה נפשית נוספת כגורם סיכון.** כל מחלה נפשית בנוסף לאובדנות מהווה גורם סיכון נוסף.

במאמר החוקרים מציעים תרשים זרימה פרגמטי להערכת אובדנות:

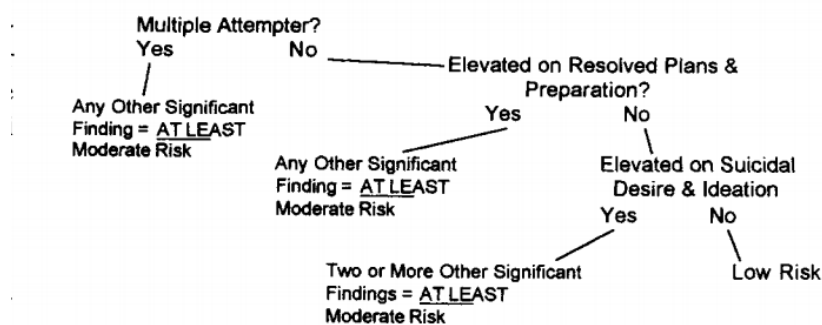


Figure 1. A decision-tree summary of procedure for outpatient assessment of suicidality.

* גם מטופלים שביצעו ניסיון אובדני לפני כמה שנים – יהיו תמיד לפחות בסכנה אובדנית מסוג Moderat.

בכל אחת מרמות הסיכון שמציעים החוקרים יש דברים שהמטפל צריך לעשות:

רמת סיכון	תיאור	טיפול
Nonexistent	אין מחשבות אובדניות שניתן לזהות	המשך הטיפול הרפואי הרגיל
Mild	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך נמוכים יחסית; ללא תכניות להתאבדות, או כוונה. דיספוריה או סימפטומים פסיכיאטריים ברמה מתונה, שליטה עצמית טובה, מעט גורמי סיכון, והימצאותם של גורמים מגנים.	הערכה של כל ביטוי למחשבות אובדניות על מנת להשגיח על שינוי ברמת הסיכון
Moderate	מחשבות אובדניות בתדירות גבוהה יחסית, עם עוצמה ומשך נמוכים יחסית; מחשבות ספציפיות, אך ללא כוונת ביצוע מעשית. שליטה עצמית טובה, דיספוריה או סימפטומים פסיכיאטריים ברמה מוגבלת, מספר גורמי סיכון, והימצאותם של גורמים מגנים.	הערכה של הצורך באשפוז הגברת תדירותם ומשכם של הביקורים במרפאה ערוב פעיל של המשפחה הערכה מחדש תדירה של מטרות הטיפול זמינות 24 שעות של שירותי חירום הערכה מחדש תדירה של הסיכון לאובדנות שקילת האפשרות לשימוש בתרופת אם ישנה החמרה שימוש בקשר טלפוני לשם השגחה שמירת קשר עם המשפחה לגבי אינדיקטורים רלוונטיים שימוש בייעוץ מקצועי
Severe	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך גבוהים; תכניות ספציפיות, ללא כוונה סובייקטיבית אך עם סימנים אובייקטיביים לכוונה (כמו קטלניות האמצעים, זמינות לאמצעים וכיו"ב). עדות לקושי בשליטה עצמית. דיספוריה או סימפטומים חמורים. גורמי סיכון רבים, ומעט אם בכלל גורמים מגנים.	הערכה מידית של האפשרות לאשפוז פסיכיאטרי
Extreme	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך גבוהים; תכניות ספציפיות, כוונה ברורה סובייקטיבית ואובייקטיבית. עדות לקושי בשליטה עצמית. דיספוריה או סימפטומים חמורים. גורמי סיכון רבים, ומעט אם בכלל גורמים מגנים.	הערכה דחופה של האפשרות לאשפוז פסיכיאטרי

משימוש של הרבה שנים בסכמה, פרופ' שחר הציע כי ברוב רמות ההערכה ובמרבית המקרים הטיפולים – אין שינוי משמעותי מבחינה קלינית, אבל יש חשיבות אדירה לתיעוד. אין ספק שיש רמה של פחד שעולה, אבל אין אתגור קליני הגדול בהרבה. הרמה המאתגרת ביותר בעיניו של שחר הוא Moderate, שכן צריך לשים לב שהמטופל נמצא שם. זהו המקום בו לעיתים קרובות המטפל נמצא לבד. המטרה היא מחד לא לעשות הערכת-יתר לסכנה, שכן הדבר יוצר סרבול, בהלה מיותרת ותחושה של המטופל שהמטפל לא רואה אותו, ומאידך לא לעשות הערכת-חסר ולפספס סכנה אובדנית.

פרופ' שחר הציע (וסיפר כי הוא עובד בימים אלה על מאמר חדש עם Joiner) כי רמות גבוהות של ביקורת עצמית מעלות לדעתו את הסכנה ל-Moderate.

לדידו של פרופ' שחר, מעבר לרעיונות הנ"ל, צריך להעריך לא רק את הסיכון האובדני אלא גם את האישיות האובדנית: מה הם הרגשות העיקריים, איך האדם מווסת אותם, מה הם הייצוגים הפנימיים והסכמות, איך האדם מכונן יחסים שליליים ומפחית את התמיכה החברתית שלו וכן - דגש על הזמנים, כולל העתיד. פרופ' שחר הציע כי כשאדם משנה את הרשתות החברתיות שלו הוא גם משנה את הסכמות שלו, ונוצרות סכמות שמתקבעות ומזינות את ההתקפות העצמיות.

פרופ' שחר הבהיר כי הוא מאמין שטיפול זה דבר שצריך להמשיג ולתכנן. צריך לעשות המשגת מקרה ובהתאם אליו לתכנן טיפול, במיוחד במצבים קשים. המשגת הטיפול מאפשרת למטפלים להבין התרחשויות טיפוליות טוב יותר. כמובן שלעיתים גם קורה שמבינים שההמשגות הן לא נכונות או התוכנית דורשת שינויים - ואז משנים. וגם זה חשוב.

בשלב זה, בעקבות שאלה מהקהל, פרופ' שחר ביצע יחד עם הקהל הערכת אובדנות והמשגה טיפולית של תיאור מקרה שהביאה אחת מהמטפלות בקהל, והצביע על כך שאת רוב הדברים מטפלים מבצעים, אך הדבר המשמעותי ביותר שמטפלים רבים לא עושים מספיק הוא לתעד.

תיעוד

פרופ' שחר הבהיר בשלב זה את הקריטיות של התיעוד בטיפולים אלו. הוא סיפר כי מחקרים בתחום האתיקה של הפסיכולוגיה מצביעים על כך שכאשר מטופל מתאבד, אם המטפל ביצע תיעוד והיה סטנדרט מינימלי של טיפול – אומנם המטפל יישאר עם התחושות הקשות בינו לבין עצמו, אך מבחינה משפטית אין סכנה.

פרופ' שחר הציע שמטפלים רבים משותקים אל מול הרעיון שיתאבד להם מטופל; החרדה גדולה כל כך עד שהם אינם לוקחים זאת בחשבון, ואז לא יוצרים הערכת אובדנות טובה ולא מתעדים כנדרש. אך הוא מדגיש כי אנחנו כמטפלים לא יכולים שלא לקחת בחשבון את זה שיתאבד לנו מטופל. כמובן שיש לעשות כל מה שניתן על מנת שזה לא יקרה, ולקוות מאוד שאף מטופל לא יתאבד, אך כל מטפל חייב להתכונן לאפשרות הזאת.

התיעוד הוא אחד הדברים שבהם מטפלים, במיוחד בקליניקה הפרטית, נכשלים בו, במיוחד בטיפולים הכוללים התמודדות עם אובדנות. הפחד יוצר את השיתוק ואי הרישום, מחד, ומאידך הרישום לוקח זמן ולכן לעיתים קרובות הוא לא מבוצע, אך הוא קריטי.

פרופ' שחר סיפר כי עבורו, התיעוד הוא מעין הרביעי האנליטי: אליו הוא חוזר על מנת לעשות רפלקציה, להרהר, לחשוב על ההתפתחות הטיפול, הפסיכופתולוגיה, המבנה האישי ועוד. עוד ציין פרופ' שחר שהוא שונא לתעד, ובשל כך הוא כותב בתמציתיות, אך מקפיד לכתוב. הוא יצר לנוחיותו טבלה בו הוא יכול לכתוב בקצרה לאחר כל טיפול.

חלק 3: ניהול משברים אובדניים

מה הוא משבר אובדני? פרופ' שחר הגדיר משבר אובדני ככל מצב שבו סוגיית האובדנות עולה בטיפול ומסכנת את רווחתו של המטופל, או לחילופין מצבים בהם אובדנות המטופל מחבלת בקשר הטיפולי ואז ביכולת של המטפל להישאר ולהתמודד עם ה"נוראות" במצב הטיפולי – כלומר יוצרת "הרדמה רגשית" של המטפל, כפי שתואר לעיל. פרופ' שחר חזר והדגיש כי אובדנות מחבלת לעיתים קרובות ביכולת של המטפל להיות עם המטופל בחלקים הקשים של החיים – הנוראות של החיים לפי פרופ' שחר (טראומות, שכול, בדידות, דחייה וכדומה). חלק מתפקידו של המטפל הוא להעביר את המטופל את הנוראות הזאת, והמשבר האובדני מחבל בכך.

פרופ' שחר ביקש להבהיר בהרצאתו כי כאשר הוא מתייחס למשבר אובדני, הוא מתייחס לאובדנות שעולה בתוך טיפול קיים (והדגיש כי לא מדובר על טיפול קצר מועד, אלא טיפול בו נבנה כבר קשר טיפולי משמעותי). בנוגע להתערבויות קצרות מועד המתמודדות עם אובדנות – הציע פרופ' שחר ללמוד מפרופ' חיים עומר. התמודדות עם משבר אובדני כפי שפרופ' שחר רואה אותה, היא התמודדות שמתרחשת לאחר שיש בין המטופל למטפל היכרות, היסטוריה וקשר טיפולי.

כיצד משבר אובדני בא לידי ביטוי?

- עלייה בסיכון האובדני – כך למשל, עלייה ברמת הסיכון, לפי הערכת האובדנות של Joiner.
- מחוות אובדניות – לא בהכרח ניסיונות אובדניים אלא מחוות (כך למשל משחק עם סכין) ופגיעה עצמית (לא לשם התאבדות).
- איומים באובדנות – לעיתים קרובות בשפה מרומזת
- ניסיונות אובדניים
- משבר אובדני נוסף הינו משבר לאחר שמטופל ביצע ניסיון אובדני במהלך הטיפול. במצב כזה עולה השאלה מה עושים עם המטופל? קליטה מחדש לטיפול לאחר ניסיונות אובדניים דורשת מהמטפל התנהלות שאינה רחוקה מההתנהלות מול שאר המצבים של משבר אובדני.

נגזרות מידיות לטיפול במצב של משבר אובדני

כאשר מזהים שמטופל שרוי במצב של משבר אובדני, חוזרים לפסיכודינמיקה האובדנית, כפי שהובאה בחלקו הראשון של יום העיון. ממשיגים את הפוזיציה, מעריכים את האפקט, בוחנים כיצד המטופל מווסת את האפקט, מחפשים את הסכמות, ואת הכל מעריכים על גבי רצף הזמן, בדגש על העתיד.

פרופ' שחר הציע כי המטופל צריך בשלב זה את המטפל שלו חי, אמיתי ולא מנוטרל. המטפל צריך לנהוג בצורה שבה מתנהל אדם כאשר משהו קרוב אליו ואהוב עלול להתאבד או למות. החלק ה"אמיתי" משמעותו שהמטפל יהיה חרד, כועס, עיון, אבל בו זמנית גם אוהב, דואג וחומל – פרופ' שחר סיפר כי הוא בשלב זה חרד, ויוצר מצב בו המטופל צריך להרגיע אותו – על ידי הפחתת הסכנה והאיום האובדני

(הפחתה כנה). בשלב זה המטפל לא אמור להיות רגוע לדידו של פרופ' שחר – הוא אמור להיות בשליטה ומי שהוא – אדם שאכפת לו מאוד מהמטופל שלו ודואג לו. במצב כזה המטפל צריך, לדעתו של פרופ' שחר, להביע ולהחזיק את העמדה של "אתה לא מתאבד" עבור המטופל. בנוסף על המטפל להיות "לא מנוטרל": חשוב להיות לא אדיש, לא "להעביר הלאה" למטפלים אחרים או להיות לא נוכחים. המטפל צריך להיות פעיל ונוכח במצב זה.

פרופ' שחר הבהיר שבשלב זה עלולה להיווצר בעיה: אומנם המטופל זקוק למטפל שיהיה חי, אמיתי ולא מנוטרל, אך במקביל מופעל לחץ מאוד גדול על המטפל, להגיב למשבר האובדני בהתרחקות, אדישות, הרדמה רגשית, שגאה בהעברה הנגדית ו"פעולת תגמול". לכן חשוב להיות מודעים לכל ה"ל", ולהבחין בתופעות העברה נגדית מהסוג הזה. כאן מציע פרופ' שחר כי הרעיונות הפסיכודינמיים כמו גם הידע בנושא חשובים, כי הם מסייעים למטפל שלא ליפול למלכודות של ההעברה הנגדית המתרחשת אל מול משבר אובדני בטיפול.

המטרה בשלב זה היא להיות אמיתי, חי ותפקודי, על מנת ליצור אלטרנטיבה לייצוג האובייקט המעניש-מפתה. האובייקט המעניש-מפתה הוא אובייקט המניח שהמטופל הוא חסר תועלת ולא אהוב, אלא אם הוא יעשה X (יהיה טייס, יהיה "גבר", יכנס למערכת יחסים וכדומה). כאשר המטפל אמיתי, דואג, אהוב, חרד, כועס ומתפקד לאחר ניסיון אובדני – נוצרת מעין אלטרנטיבה לאובייקט הזה. המטפל מקבל את האובדנות של המטופל אבל מצפה ממנו להתמודד איתה ביחד, בטיפול – דבר שמסמן כי גם במצב קשה, מפחיד ומאכזב – האובייקט נמצא ואינו מעניש או נוקם. אך כשהמטפל מתנהג באופן שאינו תפקודי או לא חי – הוא מרוחק, מורדם, שונא, אדיש או מעביר את המטופל הלאה – הוא מחזק את האובייקט המפתה-מעניש.

בעת המשבר האובדני הרבה פעמים למטופל אין יכולת לווסת את השגאה והביקורת העצמית שלו. אבל אלו מחזקים את הקרע עם הסביבה החברתית, כמו גם את המחשבות האובדניות. לכן המטופל צריך את המטפל כחוצץ בפני ההתקפות העצמיות, מחוץ להלך הרוח האובדני.

הדרך בה פרופ' שחר הציע לעשות זאת, הינה להחזיק באופן פרדיגמטי את העתיד עבור המטופל. זהו הלך הרוח המשמעותי ביותר שיש לעבוד מולו לדידו של פרופ' שחר: גם אם המטופל מתקף את העתיד ומצויר עתיד שחור, וכנראה שהוא יעשה זאת, המטפל צריך להבהיר וכן להחזיק בעצמו את הידיעה שזה תרחיש אחד מתוך כמה, וזה תרחיש בלעדי בנפשו של המטופל בשל הדיכאון. המטפל לא צריך להתווכח עם הסבירות של התרחיש, אלא עם הדיקטטורה שלו. כשהמטפל מחזיק את העתיד, הוא מחזיק את יחסי האובייקט – לא מדובר בעתיד הקוגניטיבי אליבא בק, מדובר בהחזקת העתיד של הקשר. פרופ' שחר הזכיר כי לכל מטפל יהיו את המחשבות השליליות לגבי העתיד של המטופל (למשל - "אם הוא ימשיך ככה, הוא בסוף באמת יגמור בעתיד הזה") אבל, במשבר אובדני המטפל חייב כל הזמן להיות במקום שמציע כי יכולים להיות תרחישים אחרים לגמרי, ולהחזיק את העתידים האפשריים והחיוביים שיכולים להתקיים.

זאת ועוד, המטפל צריך ליצור הנכחה מיידית וחסרת פשרות של הטיפול והעזרה שניתנת לו: המטפל מראה יותר חרדה, מספר הפגישות גדל (גם במחיר של פחות תשלום על כל פגישה, או תשלום יחיד בשבוע שהינו מעט גבוה יותר מפגישה אחת), יותר תקשורת בין הפגישות – סמסים, וואטסאפ ומייל. המטפל גם צריך להשתמש באופן חסר פשרות במערכות התמיכה האפשריות: המשפחה של המטופל, הסביבה, המשטרה ובמידת הצורך בתי חולים פסיכיאטרים.

פרופ' שחר הבהיר כי כמטפל הוא לא נותן לגיטימציה לאובדנות באופן גורף. בהקשר זה עלתה שאלה מהקהל מה עושים כאשר מטופל אומר שהחליט שלא להתאבד, אך המטפל חש שמדובר במס שפתיים, מצב בו המטופל מנסה "להוריד את המטפל ממנו". פרופ' שחר ביצע הדגמה קצרה בנושא זה, כאשר הדגש היה על כך שהמטפל צריך להיות בסופו של דבר רגוע באמת. אם המטפל לא רגוע – הוא אומר למטופל באופן אמפתי שהוא אינו מאמין לדברים, שהם מרגישים מהפה לחוץ, כמס שפתיים. במקביל הוא מכיל את הקושי ומכיר בו, מביע דאגה, לוקח עמדה שמבהירה שהמטופל חייב לשים בצד את האובדנות וכן מחזיק את העתיד ומצביע עליו. הרעיון הוא ליצור מצב בו המטופל באמת מבין שדואגים לו ומחליט לוותר על התוכנית האובדנית, ולא מצב בו הוא מסתגר מהמטפל. חשוב להסתמך במצב זה על הקשר וההיסטוריה הטיפוליים, וכן חייבים ליצור כבר בתחילת הטיפול ולכל אורך הדרך מצב שבו המטפל מנכח את עצמו כדמות חיובית ומחזיקה בחיים של המטופל. אלו מהווים בעלי ברית משמעותיים במצב כזה.

התמודדות עם איומים ומחוות אובדניות

פרופ' שחר מציע כי כל העבודה עם אובדנות היא עבודה במרחב מעבר. העמדה האובדנית היא בעלת כוח "פוליטי" כלפי חוץ: היא מפעילה את הסביבה. היא מהווה איום. זה מפחיד, מכניס לחץ, מעורר איימה וכך מפעיל את הסביבה. אבל המטפל לא יכול להגיד "זו רק מחווה פוליטית לתפעול הסביבה", כי הרי מבובנים רבים המחווה האובדנית מכילה לא רק את המחווה המתפעלת את הסביבה, אלא גם מצב אמיתי

פנימי. המחוות הללו מכילות את שני הדברים. הדרך היחידה להתייחס לשניהם, לדידו של פרופ' שחר, הוא ראשית להתבסס על הערכת אובדנות רצינית, ושנית לעשות הגברה של האיום – לקחת ברצינות מאוד מאוד גדולה את המחווה הזאת, דבר שדורש אמצעים חריגים לעיתים קרובות (פנייה למשטרה למשל). אמצעים חריגים אלו, פרופ' שחר מבהיר למטופל, עלולים להגביל את חופש המטופל או להביך אותו, אך הדבר נעשה על מנת לשמור עליו, מתוך דאגה עמוקה לשלומו. המצב הזה מוביל למשא ומתן בתוך ההעברה וההעברה הנגדית בטיפול, כאשר המטרה היא ליצור מצב בו מועבר המסר של אכפתיות עמוקה, וכן מודגמים החסרונות (מבחינת המטופל) של איומים באובדנות, וכך המטופל מפחית ומפסיק לבצע מחוות אובדניות.

פרופ' שחר מציע שבמצב של מחוות אובדניות, המטופל הוא זה שצריך להרגיע את המטפל החדד. אם יש איום כזה, הטיפול יעסוק רק באובדנות. זה כמובן צריך להתקיים רק במקום שכבר יש יחסים מיטיבים מבוססים, כאשר כבר יש קשר טיפולי חזק.

אל תלכו לבד:

את כל ההחזקה הזאת לא עושים לבד. מטפל צריך עטיפה. פרופ' שחר מציע כל הזמן להיות בטיפול ובו זמנית כל הזמן להיות בהדרכה – ללא קשר לבכירות. כל המטפלים חייבים להיות מוחזקים, כל הזמן. על מנת להיות שם, המטפל חייב לראות איפה הוא נמצא בתוך המצב הזה, ואיפה ה-blind spots שלו. במובן הזה מטפלים חייבים לסרוק את האובדנות של עצמם כמטפלים ואנשים - כדי להיות מסוגלים. גם התיעוד והערכת האובדנות הם כלים שיוצרים עטיפה והחזקה של המטפל.

חלק 4: פסיכותרפיה דינאמית-אינטגרטיבית במצבים אובדניים

מה עושים עם המטופל כשהוא לא במשבר אובדני אבל יש לו הערכת סיכון ניכרת? איך מטפלים בו? פרופ' שחר מציע לנקוט בשיטות להפחתת סימפטומים, דרך שימוש בטכניקות אקטיביות בטיפול עם אלמנטים פסיכודינמיים משמעותיים.

לפסיכופתולוגיה יש מאפיין קשה – היא לא סטטית – היא משתנה. סימפטומים משפיעים על החיים כמו גם על הנפש ונוצרת כל הזמן השתנות והתפתחות של המצב. כך למשל, בדיכאון ישנם קשיים והפרעות בתחומים הבינאישיים, שגורמים למצב הנפשי להשתנות ולהיות קשה יותר. כלומר, ניתן לראות כי הדיכאון משנה את העצמי. אנחנו נוטים להאמין שהאישיות גורמת לסימפטומים. אבל אנחנו מגלים במחקר שהסימפטומים לפעמים יוצרים שינויים באישיות. סימפטומים יכולים ליצור שינויים בייצוגי העצמי. לכן פרופ' שחר לא סובלני לסינדרומים פסיכולוגיים-פסיכיאטריים. אם הוא נתקל בסינדרום שהוא בבירור מאיים על תחומי החוויה או החיים המשמעותיים של המטופל, מצבורי סימפטומים שבבירור פוגעים בעצמי האמיתי – פרופ' שחר מטפל בהם בכל דרך שניתן ושמוכיחה יעילות. כיצד? למזלנו הרב, לאורך השנים פרסמו והמציאו שיטות רבות די יעילות להתמודדות עם הסימפטומים. פרופ' שחר לוקח אותן ומיישם אותן כהתערבויות בתוך הטיפול.

פרופ' שחר מבחין בין טיפול להתערבות טיפולית:

- התערבות – שיטה אקטיבית של המטפל שהוא מיישם עם המטופל על מנת להקל או להפסיק סימפטום.
- טיפול - מסע אינטר-סובייקטיבי של שני אנשים, בו אחד מהאנשים אמון על התפתחותו של השני.

מתוך כך, מדגיש פרופ' שחר שהתערבות טיפולית נמצאת בתוך טיפול, אך היא אינה כולו. כך למשל, Behavioral activation – שינוי אקטיבי יחד עם המטופל, בחיזוק של התנהגויות שאמורות לשפר את המצב. כאשר מתחיל דיכאון, מערכת החיזוקים המוחית משתתקת ופעילויות שגרמו להנאה עד כה לא גורמות הנאה יותר, ולכן הן הופכות להיות אברסיביות. זה גורם לכך שההתנהגויות המהנות לשעבר פוחתות, דבר שמשתק לגמרי את מערכת החיזוק. ההתערבות הטיפולית מסוג Behavioral activation טוענת כי "עם האוכל בא התיאבון" – במהלכה המטופלים הדיכאוניים עושים את הדברים המהנים לשעבר, למרות שהם לא מהנים ואפילו לעיתים גורמים סבל, מתוך ההבנה של המצב ושזה יפעיל את מערכת החיזוק מחדש.

פרופ' שחר הציע כי בכל התערבות, חשוב לראות את האובייקט כאשר עושים את הטכניקה ולא לפעול בעיוורון על פי פרוטוקולים. יש ללמוד את ההתערבויות הטיפוליות השונות ברצינות, וליישם אותן תוך התאמה למטופל הספציפי, לעשות פסיכואדיוקציה למטופל וכו...

כאשר מבצעים התערבות טיפולית, פרופ' שחר מציע לנתח את התגובות של המטופל להתערבות באופן פסיכודינמי: מחד לנסות להבין את התגובה של המטופל ומה עומד מאחוריה, ומאידך – לחזק את ההתערבות (לפעמים החלקים האלה לא נמצאים בהלימה אחד עם השני, אך חשוב לעשות את שניהם). לדוגמה, אם מתחילים Behavioral activation והמטופל לא עושה את הפעילויות המהנות בכל זאת, חשוב לחקור בטיפול למה, להבין מה הן ההגנות העולות מול כך? מה הם מבני הידע העולים מול ההתערבות? וכדומה.

התערבויות אקטיביות רלוונטיות בהן פרופ' שחר הציע לעשות שימוש:

תפעול התנהגותי (CBT), מיינדפולנס (CBT), "קטגור-סניגור" (TBCR), עידוד אפקט (IPT, EFT), משחקי תפקידים (IPT), ניתוח אירוע (IPT). כל התערבות כזאת מקבלת מידי של פרופ' שחר פן פסיכודינמי ואקזיסטנציאליסטי. כלומר – מה קורה בנפשו של המטפל, מה קורה עם האיגינסי של המטופל. כך למשל – אם מטופל מתנגד – יש כאן חדשות טובות, שכן הוא הביא דבר מה מעצמו. זהו מנוף לבניית העצמי.

העברה נגדית

פרופ' שחר מבקש כאן להגיע מהגישה ההתייחסותית. מדובר כאן במפגש של שני אנשים, שגם אם הוא לא סימטרי, הוא כן הדדי; הרצונות והמאווים של המטפל חשובים למה שקורה בטיפול, כולל בהחלטה על התערבויות אקטיביות. מטפלים שיש להם קשר אישי לאובדנות (כך למשל מטפלים שאדם קרוב אליהם התאבד, או מטפלים שחושבים להתאבד) צריכים לדעת לנתח את המקומות הללו היטב ולשים לב אפילו יותר להעברה ההנגדית שלהם.

שלושה דפוסי העברה נגדית שכיחות בעבודה עם מטופלים אובדניים

- 1. שנהא בהעברה נגדית** – כפי שוויניקוט כתב. זה נורא קשה ומפחיד לעבוד עם אנשים אובדניים. הקושי גורם למטפל לשנוא את המטופל לפעמים. עם זאת, פרופ' שחר מציע שכיוון שנכתב המון על שנהא בהעברה נגדית, זהו נושא מדובר ולכן בדרך כלל מטפלים שמים לב לכך ולכן זה קצת פחות מסוכן.
- 2. העברת נגד של פיתוי או העברת נגד הירוואית** - מדובר בפיתוי של העצמי האידיאלי ולא פיתוי מיני. הרעיון הוא שהמטפל מרגיש ומשדר שהוא לא רוצה שיגיעו לחדר הטיפול דברים שהוא לא יודע איך להתמודד איתם, דברים שמקשים על המסע של המטפל להציל את המטופל. המטפל מעודד, באופן לא מודע, את המטופל שלא להביא את הדברים שמובילים לאובדנות. במובן זה הופך המטפל להיות מחזק של האובייקט המפתה-מעניש שהובא לעיל.
- 3. העברת נגד של בוז** – ("אני לא הייתי מגיע למצב הזה") זוהי העברת נגד שמבוססת על הפחד של המטפל שהוא עצמו עלול להתאבד. לעיתים קרובות הפחד הוא גדול כל כך עד כדי כך שהוא לא מדובר ואפילו לא נמצא גבוה בשקלול המודעות. הפחד הזה מוביל לצורך בהרחקה של האובדנות, שגורם להתפתחותו של בוז למטופל. דוגמה למחשבה כזאת היא "אני בחיים שלי לא הייתי מתנהג ככה" או "שיקום ויתאפס על עצמו, מה רע לו בחיים!"

הגישה ההתייחסותית משחררת את המטפל מאשמה מהרגשות האלה. הרעיון הוא לא להעלים אותם או להגיד שהם אסורים, אלא לדבר ולעבוד איתם. דווקא מי שלא עוסק בהעברת הנגד עלול למצוא כי היא כולה באקטינג אאוט שלו ועלול במידה רבה לפספס דברים בטיפול. כאשר המטפל מודע, העברת הנגד יכולה להשפיע על הבחירה של המטפל בהתערבויות טיפוליות שונות, מתוך השיח שהמטפל יוצר איתה. כך ההעברה הנגדית הופכת לכלי טיפולי גם בבחירת כיוון הטיפול ובבחירת הכלים האחרים בו.

איך עוזרים למטופל להתמודד עם ייצוג העתיד הקודר שלו כמו גם עם הגנותיו

פרופ' שחר הציע כי להבנתו הטכניקה המתאימה להתמודדות עם כך היא החזקה של המטפל את ההגנות כמו גם ייצוגים נוספים של העתיד. בטכניקה וויניקוטיאנית עדינה הוא מבקש מהמטופל ללכת אל המקומות המפחידים הללו צעד אחר צעד, בנחישות ורגישות. בנוסף לכך הוא מציע שהוא מבהיר שהעתיד הזה הוא קול קודר בלבד, המהווה רק אופציה אחת, אופציה המושפעת מאוד מהדיכאון. היא חלק מהדיכאון, אבל יש גם חלקים אחרים. יש עתידים אחרים. אותם המטופל לא רואה כי הוא בדיכאון. הוא רואה עתיד רצוי נתון לכישלון או עתיד נוראי בטוח. תפקידו של המטפל הוא להחזיק את העתידים האחרים ולהזכיר שהעתיד הזה נובע מהדיכאון

הנכחת הקשר הטיפולי ודמות המטפל

בגלל הפוזיציה הדיכאונית, הבלבול, הבדידות והבושה, ככל שיותר מהר מטפל מנכיח את עצמו כנוכחות מיטיבה בחיים של המטופל, כך נוכל להיעזר בה יותר. זה לא בהכרח שרק האמפתיה חשובה – פרופ' שחר

מבקש להגיד שנוכחות מיטיבה לא זהה לאמפתיה. האיכפתיות היא החשובה. זה לא שנוכל תמיד להבין או לאהוב את המטופלים, אבל תמיד **מנסים** להבין ולאהוב אותם. איך אפשר להנכיח את הקשר הטיפולי?

- הדרך הבסיסית והחשובה היא הגברת מספר המפגשים, גם אם המטופל לא יכול לשלם. פרופ' שחר מציע שבמצב כזה ניתן לגבות תשלום חד שבועי גבוה במעט ממחיר פגישה רגילה, על שתי פגישות.
- סמסים, ואטסאפ ושאר צורות הקשר בין הפגישות. פרופ' שחר מציע שזה דבר מעולה כי מנכיח את הקשר.
- המטופל יכול לגלות עלינו דברים בעצמו, באמצעות האינטרנט. המידע עלינו נמצא ברשת וניתן גם להנכיח חלק ממנו יותר – לפרסם באינטרנט מידע רצוי אודות המטפל. אפשרות נוספת היא לענות כאשר המטופלים שואלים אותנו שאלות על עצמנו. פרופ' שחר מציע לענות ולהנכיח שאלות שהן לא ברשות הפרט. מציע לענות ואז לברר מדוע חשוב למטופל לדעת. הרעיון הוא לענות, ליצור הנכחה וחיזוק של הקשר, ואז לעשות על כך שיח וחקירה טיפולית.
- פעולה לטובת המטופל באקולוגיה שלו – יציאה החוצה מחדר הטיפולים (לא באופן שכופה על המטופל, אבל באופן שהחיים דורשים זאת, כמו למשל בעת מחלה של המטופל, בתי ספר, בתי חולים). ההנכחה בסביבה האקולוגית יש לה מנוף אדיר – המטפל רואה בעיניים עם מה המטופל מתמודד - המטפל יודע יותר על המטופל מסביבתו. בנוסף, המטפל נוקט עמדה של אכפתיות, וזו הזמנה לאיגינסי - מזמן את המטופל לקחת אחריות על חייו.

יום העיון הסתיים מחד בתחושה של למידה אדירה וקריטית לכל מטפל, אך מאידך – בתחושה שיש עוד הרבה ללמוד ולגלות. שאלות רבות נשאלו ולמרות שהיה זה יום שישי בצהריים – נראה שהקהל מיאן לסיים את יום העיון המרתק.

על פרופ' גולן שחר

פרופ' גולן שחר התפתח לאורך הקריירה שלו באוניברסיטת בן-גוריון, עבר הכשרת פוסט-דוקטורט באוניברסיטת "ייל" בארה"ב ושימש כחבר סגל באוניברסיטת בר-אילן ובבית הספר לרפואה של אוניברסיטת "ייל". שחר מכהן כפרופסור לפסיכולוגיה קלינית-רפואית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, כפרופ' אורח לפסיכיאטריה בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת "ייל" בארה"ב וכעורך הראשי של כתב העת הבינלאומי *Journal of Psychotherapy Integration*. הוא נחשב לאחד מתלמידיו וממשיכי דרכו הבולטים של פרופ' סידני בלאט, בעיקר בכל הקשור להבנת דיכאון ומצבים נפשיים נלווים, ולממשק בין פסיכואנליזה ומדע. בין פרסומיו הרבים: ספרו שיצא לאחורונה: *Erosion: The Psychopathology of Self-Criticism* וכן ספר השירה פסיכו-אל-נא-ליזה.