

בין המילים

כתב עת לטיפול באמצעות אמוניות



גיליון 12, אביב תשע"ז, מרס 2017

עורכת: ד"ר נעמה לב ארי, ראש ביה"ס לטיפול באמצעות אמנויות

עורכת אורחת לגיליון 12: ד"ר עינת שופר אנגלהרד, רכזת התמחות טיפול בתנועה

חברי המערכת: פרופ' נמרוד אלוני, ראש המכון לחינוך מתקדם;

פרופ' סמדר דוניצה-שמידט, דיקן הפקולטה למדעי הרוח והחברה; אמירה אור;

ד"ר אורית דודאי, טיפול באמנות; ד"ר עינת שופר אנגלהרד, טיפול בתנועה;

ד"ר יפתח רון, טיפול בפסיכודרמה; ד"ר דנה חפץ ויפעת הר אבן, ביבליותרפיה

עריכה לשונית: נעה רוזן, תמר שקד

עיצוב גרפי ועימוד: יהודית בר נתן, יוסי ארזה, אנה אוסטרובסקי

מזכירת המערכת: נעמה יואלס

בפתח הגיליון

כשהמילה תהפוך לגוף
והגוף יפתח את פיו
ויאמר את המילה שממנה
נוצר
אחבק את הגוף הזה
ואלין אותו לצדי.
- חזי לסקלי

הגוף מחזיק את הרציפות הקיומית שלנו, שמתחילה בדופן הרחם, מספרת את סיפור חיינו ומוסיפה לפכות בליבותיהם של יקירינו.

הגוף נושא את הזהות המשתנה שלנו שנרשמת בו בסימני הזמן, במבט, בחומר ובצבע. הגוף הוא משמעות אסופה, עשויה היבטים גלויים לעין וגם מאגר של דימויים. אנו מספרים את הזהות האישית שלנו בתוך מסגרת קווי המתאר של הגוף, המציירים לנו רצף, סיבתיות וזיכרון.

הגוף הוא המכל המאפשר לנו להיות גם החומר המוכל, והיחסים בתנועתם שבין חוץ לתוך מוסיפים להתהוות ולהיווצר.

אפשר לדמיין את הגוף כשומר ואחראי על העיטוף ועל ההכלה. בתוך כך הוא מקיים את התנועה של החיטוף, את רישומי השינוי המתחולל, שמקורו בחומר החדש המתגלה בחלוף הזמן ובאירועי החיים שבאים עלינו. המשאלה למשמעות נודדת בתוך היחסים שבגוף, בתוך הכאב של דברים, במרחב שבין האכזבות והקושי ובניסיון של המגע והחושים להבין ולמצוא לחוויות האלה תנועות ומילים.

שלכם,

ד"ר נעמה לב ארי

ראש ביה"ס לטיפול באמצעות אמנויות

עורכת כתב העת בין המילים

תוכן העניינים

7..... דבר המערכת

8..... המשתתפות בגיליון

שער ראשון

להרגיש בגוף: דימוי גוף והפרעות בדימוי הגופני

להרגיש בגוף: דימוי גוף והפרעות בדימוי הגופני

11..... עינת שופר אנגלהרד

מודל משולב (דיאדי וקבוצתי) לטיפול בתנועה במתבגרות עם הפרעות אכילה

15..... מעין דור חיים

שער שני

מיניות ואהבה, גוף ותנועה

גוף ותנועה: מיניות ואהבה

45..... עינת שופר אנגלהרד

פנים רבות לה, למיניות

49..... ברכה הדר

מיניות, היקשרות ואהבה – האם זה אפשרי?

63..... מיכל שיוביץ

שער שלישי

רישומה של הטראומה בתנועת הגוף

על תנועה ואל־תנועה במרחב הטיפולי עם מטופלים פוסט־טראומטיים	
מייטרי שחם	77
טיפול קצר מועד בפעוטה פוסט־טראומטית עקב טיפול רפואי	
נירה שחף	97
משענת מגן חיצונית	
ל"פ כהן	119
"גופי, ביתי, מבטחי" ואוצרות הגוף־נפש: גישת STREAM, תנועה וקשב לחיים, לטיפול בתנועה בטראומה ולפיתוח חוסן	
מירב טל־מרגלית	133

חדש על המדף	
על התרוקנות הגוף והיעלמותה של אם	
קריאה בספרה של אנני ארנו לא קמתי מהלילה שלי (רסלינג, 2016)	
אורית גרוס	155

דבר המערכת

אנו שמחים להציג לפניכם את הגיליון המיוחד של כתב העת בין המילים. הגיליון דן בהיבטים שונים בטיפול בתנועה, והוא מכנס יחד מאמרים והרצאות משלושת ימי העיון שנערכו אצלנו במכללת סמינר הקיבוצים בשנים 2015-2017. הגיליון ערוך בשלושה שערים: דימוי גוף, מיניות, אהבה וטראומה. בכל אחד מן השערים אנו מביאים התייחסות להיבטים שונים, תאורטיים וקליניים, בטיפול בתנועה. כמו בכל גיליון של כתב העת שלנו, גם הפעם יש בו התבוננות אל מדף הספרים, בביקורת על ספר שמחזיק בתוכו את נושאי הגיליון כולו. אנו מודים לכותבים, למרצים ולמנחי הסדנאות בימי העיון, שתרמו מהידע הרב שצברו במהלך השנים ומניסיונם המחקרי והטיפולי. קריאה מהנה!

בברכה,

ד"ר נעמה לב ארי, עורכת כתב העת

ד"ר עינת שופר-אנגלהרד, עורכת אורחת לגיליון 12

המשתתפות בגיליון

ד"ר עינת שופר אנגלהרד, ראש התמחות תואר שני בטיפול בתנועה, מכללת סמינר הקיבוצים. פסכותרפיסטית, מטפלת בתנועה ומדריכה.
einatsh2@bezeqint.net



מעין דור חיים, מטפלת בתנועה, אנליטיקאית ביואנרגטית. המרכז הרפואי ע"ש חיים שיב"א, תל השומר, בית החולים אדמונד וילי ספרא לילדים.
dhmaayan@gmail.com



ברכה הדר, המכון לאנליזה ביואנרגטית.
bracha.hadar@gmail.com



מיכל שויביץ, M.A., מטפלת בתנועה, מדריכה, אנליזה קבוצתית.
michali9@bezeqint.net



ד"ר מייטרי שחם, מטפלת בתנועה, עובדת סוציאלית קלינית, המרכז הרפואי העמק, מכללת סמינר הקיבוצים.
maitri.shacham@gmail.com



נירה שחף, מטפלת בתנועה, מדריכה, פסיכותרפיסטית דינמית, קוגניטיבית-התנהגותית, מטפלת בטרומה PE ו-SE ובסכמה תרפיה.
nira2shahaf@gmail.com



ל"פ כהן, מטפלת בתנועה ומדריכה. מרצה בתכנית לטיפול בתנועה, המכללה האקדמית לחברה ואמנויות.
lizapalchan@gmail.com



ד"ר מירב טלימרגלית, מטפלת בתנועה, מדריכה ופסיכותרפיסטית. מומחית לטיפול בטרומה בשיטת SE ומדריכה, מפתחת גישת STREAM. מרצה במכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין ובמכללת סמינר הקיבוצים.
merav-ad@smile.net.il

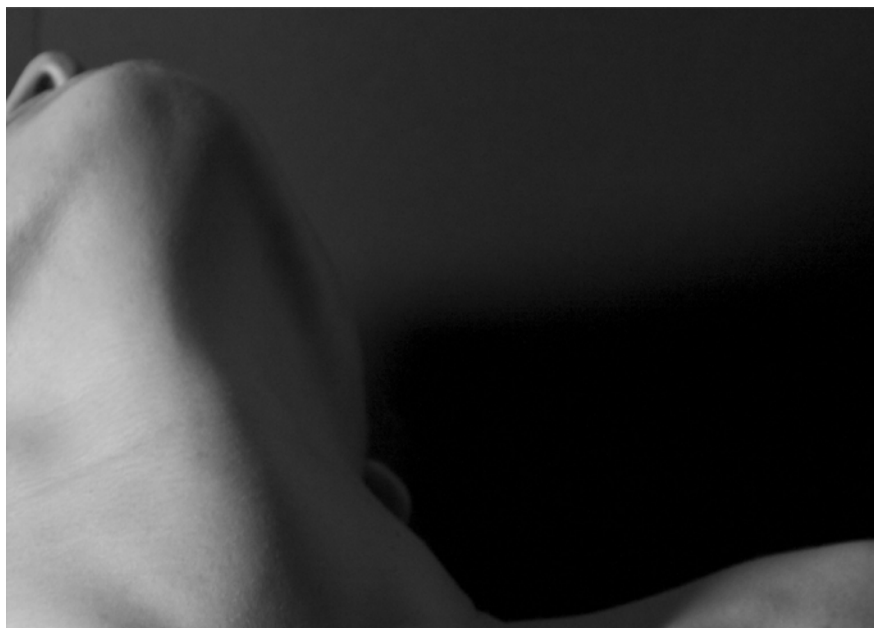


אורית גרוס, מטפלת בתנועה, מכללת סמינר הקיבוצים.
or-gross@yahoo.com



שער ראשון

להרגיש בגוף: דימוי גוף והפרעות בדימוי הגופני



עדי אנגלהרד

להרגיש בגוף: דימוי גוף והפרעות בדימוי הגופני

עינת שופר אנגלהרד

יום העיון הראשון בתכנית התואר השני בטיפול בתנועה נפתח בהזמנה להפנות קשב לגוף, לנשימה, לעצום עיניים, להפנות את תשומת הלב למגע כפות רגליים ברצפה ולמגע הגוף בכיסא. הנושא של יום העיון הוא דימוי גוף והפרעות בתפיסה של הגוף. דימוי גוף תקין קשור בראש ובראשונה ביכולת שלנו לחשוב את הגוף, על התחושות והרגשות שבו. כשאני מרגיש חי בתוך גופי אני חש תחושות גוף למיניהן, מפנטז ומדמיין אותן, חושב אותן רגשית ונותן להן משמעות. בהתפתחות תקינה התהליך הזה נעשה כל העת ברמה לא מודעת. מנגד, עיוותים בדימוי הגופני קשורים בתפיסה אינטלקטואלית של סכמת הגוף במנותק מחוויה של תחושות גוף.

היכולת להרגיש בגוף מתפתחת מראשית החיים, כאשר ההורה עושה את התינוק בזרועותיו, מלווה את הנשימה שלו בקצב נשימתו שלו, מתבונן בו, מחייך אליו, מתלהב ממבועו, מקולו ומתנועת גופו. כאשר גם הגוף וגם הנפש מוחזקים ואסופים בידי של ההורה מופנמת בתינוק סכמת גוף תקינה. ויניקוט (2009 [1949]) מתייחס במאמרו "התפקוד המנטלי ויחסו לפסיכה סומה" לשלושה מרכיבים של האדם: הסומה, כלומר הגוף; הפסיכה, שהיא "הפיתוח בדמיון של תחושות גוף ותפקודי גוף"; והשכל, שבמצב תקין הוא אחד מתפקודי הפסיכה סומה. החזקה של הורה המכוונת ומותאמת לצרכים הפיזיים והרגשיים של התינוק מאפשרת את השתכנות הפסיכה בסומה, וכך מתגבש מבנה פסיכוסומטי אחדותי או, במילים אחרות, דימוי גוף אינטגרטיבי ומותאם למציאות. כאשר הסביבה לא מותאמת לצורכי הגוף-נפש של התינוק – אם בשל היעדר פניות של ההורה ואם בשל רמת הרגישות שעמה נולד התינוק, היכולת להרגיש בגוף עלולה להתפתח באופן שאינו תקין. במצבים כאלו התינוק מאבד קשר עם הגוף ונאלץ למצוא מקלט בשכלו. החשיבה מתפתחת במנותק מן החוויות של הגוף-

* הרצאת פתיחה ביום העיון בתכנית התואר השני בטיפול בתנועה, מכללת סמינר הקיבוצים, פברואר 2015.

נפש, ומתפתחים עצמי כוזב ודימוי מעוות של הגוף. בהקשר זה ויניקוט מציין כי כש מטופל מרגיש שהוא "יוצא מדעתו" הוא למעשה משתחרר מאשליית הצורך במנגנון נפשי שהוא מפוצל מכל מה שמתרחש בגופו, וכי "יציאה מהדעת" היא בעצם זכייה ביכולת להרגיש בגוף.

"להרגיש בגוף" היא מטרה בטיפול, בוודאי בטיפול בתנועה, אולם התהליך מורכב וסבוך. אוגדן (2011 [2001]) פותח את מאמרו "לחשוב מחדש את הגוף" בהכרזה כי "אין כמעט דבר בעיסוק בפסיכואנליזה שהוא סבוך ומבלבל יותר (בסוגריים הוא מוסיף, או מעניין יותר) מאשר השאלה כיצד חוויות באנליזה מסייעות להתפתחות הבריאה של תחושת המטופל שהוא חי בתוך גופו". בקליניקה של הטיפול בתנועה הקשבה של המטפל לתנועת הגוף של המטופל מאפשרת התפתחות בחוויה של המטופל את הגוף, ובכך העמקת הרגשת הבעלות על החוויה הרגשית בו.

ויניקוט (2009 [1949]), באופן שגם כיום עדיין לא מקובל בשיח הטיפולי, נותן מקום מרכזי בתהליך הטיפולי לשחזור של חוויות מוקדמות בגוף ובתנועה כדי להעניק למטופל הזדמנות לחוות אותן מחדש. במקרה אחד מבין רבים הוא מתאר מטופלת בת 47 שיוצרת קשרים חברתיים, יציבה בעבודתה, אך מגיעה לטיפול עם חוויה של חוסר סיפוק, "כאילו תמיד בקשה למצוא את עצמה אך לעולם לא הצליחה" (שם, עמ' 84). בפגישות הטיפוליות המטופלת משליכה את עצמה מהספה שוב ושוב. ויניקוט נותן לה אבחנה של היסטריה, שהייתה שכיחה באותה תקופה. אולם בסופו של דבר, הוא מפרש את הנפילות באופן אחר לגמרי: "לבסוף הבנתי כי הצורך הלא מודע שלה לחזור ולהתנסות בגוף בתהליך הלידה עמד ביסוד של הנפילות מהספה" (שם, עמ' 85). ומכאן הוא מסיק כי באמצעות התנועה הביאה המטופלת לידיעתה את פיסת המציאות הנפשית שלא היה ביכולתה לספר במילים, ושאותה היה לה צורך עז להכיר.

ויניקוט, כמו מטפל בתנועה, מתבונן בשינויים בנשימה של אותה מטופלת (שאחריהם יש לעקוב בפרטי פרטים, לדבריו) ולהתכווצויות של שרירי גופה (שאותן, הוא מציין, יש לחוות מחדש ובדרך זו להיזכר בהן), ומגיב להם. הוא מסביר: "אני שמרתי על תחושת ההמשכיות שלה באמצעות הנשימות שלי ומשום שיכולתי לראות ולשמוע את בטנה נעה כשנשמה" (שם, עמ' 85). כך יכולה אותה מטופלת לחוות לראשונה בחייה את הפסיכה, לחוות ישות משלה, גוף שנושם והתחלה של פנטזיה השייכת לנשימה.

אוגדן (2011 [2001]) מתאר את הטיפול בש', עורך דין מצליח בן 38 אשר עבר פגיעה מינית קשה בהיותו ילד קטן בן ארבע. באחת הפגישות החל ש' להתנועע על הספה ששכב עליה בדרך נסערת ביותר. הוא התגלגל לצד אחד של הספה ואז לצד השני של הספה כמנסה למצוא תנוחה שתקל על כאב פיזי, ללא הועיל. אוגדן מתייחס לתנועת הגוף ואומר: "אני חושב שאתה חווה משהו ממה שבוודאי הרגשת כילד קטן שמתעללים בו, תחושה של אובדן יכולת לחשוב ולשלוט בגופך ואובדן כל תחושה או מובן של מי אתה" (שם, עמ' 190). בדרכו הרגישה שם לב אוגדן לתלכיד זיכרון בגופו של המטופל, ניסה לחשוב עמו את התחושה בגוף ולתת לה משמעות.

בשתי הדוגמאות הללו ההתבוננות של המטפל בגוף המטופל ובתנועתו מאפשרת לו למצוא סמלים, להפוך את הידוע הלא נחשב או את תלכיד הזיכרון הגופני לקרוב לחוויה, ולהתחיל לחשוב רגשית ובמשותף על חוויות שעד אז נחו בבדידות, ואשר לא היה אפשר להעלותן על הדעת ולחשוב אותן במילים. בשונה מטיפול בתנועה, בשתי הדוגמאות שהוזכרו המטפלים הם פסיכואנליטיקאים, וחוקי ה-setting מצמצמים את מרחב התנועה לגבולות הספה בלבד. בקליניקה של הטיפול בתנועה המקום לגוף ולתנועה כמעט לא מוגבל. התנועה היא שפה, דרך ללא מודע ואמצעי לקשר. כאשר המטפל רגיש לתנועת הגוף של המטופל, מתבונן בו בקשב או מצטרף לתנועה עמו, אי־אפשר להימנע ממפגש של שניים, מפגש של גוף, מבט, נשימה. להרגיש שאני חי וקיים בתוך גופי משמעו גם להרגיש ולדעת רגשית שמישהו מתבונן בי ויכול לחשוב אותי.

מקורות

- אוגדן, תומס ה', 2011 [2001]. "לחשוב מחדש את הגוף", בתוך: **על אי־היכולת לחלום**, תרגום: אפרת גבאי, תל אביב: עם עובד, עמ' 184-195.
- ויניקוט, דונלד ו', 2009 [1949]. "התפקוד המנטלי ויחסו לפסיכה־סומה", בתוך: **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**, תל אביב: עם עובד, עמ' 78-91.

מודל משולב (דיאדי וקבוצתי) לטיפול בתנועה במתבגרות עם הפרעות אכילה

מעין דור חיים

מבוא

טיפול בתנועה מבוסס על ההנחה שהעצמי והגוף חד הם. התערבות בגוף הממשי ובתנועה שלו מספקת מצע מהותי לשינוי ולריפוי. הגוף החי, הנושם ומתנועע מגלם את הרקע ההתפתחותי, את הביוגרפיה ואת יחסי האובייקט של כל אחד מאתנו. בהפרעות האכילה ההסתמנות הגופנית (סימפטום) היא התארגנות פסיכוסומטית חלופית מפצה להתמודדות העצמי בעולם (לעתים בעלת איכות נוקשה, לעתים "ללא עור", לעתים דיסוציאטיבית). לעבודה עם הגוף והתנועה פוטנציאל טיפולי, שכן שפת הטיפול בתנועה זהה לשפת ההפרעה. ביכולתה להתייחס באופן ממשי להשקעה המעוותת של המטופלות בגופן ולהתארגנות הפסיכוסומטית ובכך למצוא פתח אל העצמי האמתי שלהן. הטיפול הקבוצתי נותן מענה למשימה ההתפתחותית של גיל ההתבגרות – להתנהל בתוך קבוצת בני הגיל (peers). התנהלות בקבוצה מאפשרת שיקוף של שווים (equals) ופיזור של טרנספרנס שלילי.

בספרות המקצועית מתואר קושי רב לנהל קבוצות טיפוליות בגיל ההתבגרות עם הפרעות אכילה בכלל, ובתנועה בפרט. הול (Hall, 1985) מדגישה את החרדה שקבוצות אלו מעוררות. ניסיונו כמטפלות בתנועה במחלקה היה דומה, והטיפול

* אני מודה לפרופ' דניאל שטיין ולד"ר עמית ירוסלבסקי, שהאמינו בתחום הטיפול בתנועה ונתנו לו להשתרש במחלקה ולשגשג; לשותפי לכתיבה: פרופ' שטיין, ד"ר ירוסלבסקי ותמר לב אזולאי, שעברנו יחד דרך ארוכה; למדריכה מירי שריר ולצלמת אורלי רז; ובשנים האחרונות: לתמר דסקל, שהצטרפה בדרכי נועם למודל הקיים. למשתתפות הפעילות מהמחלקה, מתחומי הסיעוד, ההוראה, הספורט וההדרכה (סטודנטיות לפסיכולוגיה); לדורות רבים של סטודנטיות לטיפול בתנועה (ממכללת סמינר הקיבוצים, מאוניברסיטת חיפה ומלסלי קולג'); ולקוראים שסייעו להביא את המאמר למה שהוא היום.

הקבוצתי בתנועה במתבגרות עם הפרעות אכילה עורר סרבנות, התנגדות כלפי הגוף החי המתנועע והימנעות. מנחות הקבוצה חוו תחושה של הפחתת ערך (דבולאציה), תוקפנות, חוסר אונים ומשאלה לוותר על הקבוצה, כפי שהמטופלות מוותרות על התמסרות לתנועת החיים שבגופן.

קשיים אלו עוררו את הצורך במודל אחר שיאפשר את החוויה הטיפולית וימצא את הפוטנציאל שבה. לפיכך התחלנו להפעיל מודל של ריבוי מטפלים, כלומר מספר אנשי צוות שווה למספר המטופלים. מדובר במודל של "אחד על אחד" המאפשר עבודה בדיאדות בתוך הקבוצה. שתי מטפלות בתנועה מדור החלוצות כבר עבדו עם מודל כזה של ריבוי מטפלים: יהודית שכטר באורנים עם אוכלוסייה של בעיות התנהגות, ויעל אופיר בתל השומר עם הספקטרום האוטיסטי (אופיר, 1983). החידוש שלנו היה בהבאת מודל זה לראשונה לאוכלוסייה של הפרעות אכילה, והוא מתקיים במחלקת הנוער בתל השומר זו השנה ה-15.

טיפול בתנועה

הנחות יסוד

בטיפול בתנועה הגוף הממשי משמש ערוץ מרכזי לקידום ההתפתחות הרגשית, הקוגניטיבית והחברתית. הנחות היסוד שעומדות בבסיס טיפול זה הן שהגוף והנפש מחוברים מראשית ההתפתחות – האדם הוא תבנית פסיכוסומטית (psychosomatic structure). ללא תנועה החיים לא ייווצרו ולא ימשיכו להתהוות. תנועה – פְּרָה־נְטִילִית ופְּרָה־יִרְבִּילִית – היא שפה קדומה, השפה הראשונית. בכל גיל ובכל מצב גוף ותנועה משקפים מצב נפשי. התנועה, התפקוד הגופני והמגע הם חלק בלתי נפרד מחיים תקינים. היות שהאדם מורכב ממערכת גוף-נפש אפשר לגייס את המערכת הגופנית כדי לטפל בהפרעות רגשיות ונפשיות.

המציב הגופני ודפוסי התנועה מכילים רמות שונות של חוויה: משתנים סנסומוטוריים ורגשיים, דחפים, קונפליקטים, הגנות, ארגון האני ויחסי אובייקט. פרויד (Freud, 1923) קבע כי האני הוא בראש ובראשונה אני גופני. על פי פלטר (Fletcher, 1979), האדם בונה ומגלה את עולמו הפנימי באופן מנטלי ופיזיולוגי במהלך טיפול פסיכודינמי. כל פעולה מנטלית בטיפול, כגון תפיסה, דימוי או מחשבה, יכולה להתבטא בגוף, בפעילות מוטורית פנימית. השימוש בגוף בזמן הטיפול יכול לשמש אמצעי לארגון אינטרה-פסיכי מחודש.

תחום הטיפול בתנועה התפתח בד בבד עם תאוריות של יחסי אובייקט. תנועת הגוף היא אמצעי התקשורת הראשוני בין האם לתינוק. הזיכרונות מחוויות מוקדמות של קשר זה נרשמות בגוף. בטיפול בתנועה המגע בחוויות אלו נגיש ומאפשר לשחזר אותן. תאורטיקנים מתחום יחסי האובייקט רואים בעצמי, בדימוי הגוף ובגבולות הגוף תולדה של התפתחות תהליכי הנפרדות של הקשר הדיאדי הראשוני אס־תינוק.

התפתחות גבולות הגוף ודימוי הגוף

קרואגר (Krueger, 1989) מציין שלושה שלבים התפתחותיים בתפיסת הגוף, על פי השלבים ההתפתחותיים של מאהלר:

1. חוויה נפשית של הגוף: ניצני אני גופני (body ego) בשלב הסימביוטי.
2. מודעות מוקדמת לדימוי הגוף ולגבולות הגוף: בשלב הספרציה-אינדיבידואציה התינוק יוצר דימוי של גוף האם כשהיא איננה.
3. אינטגרציה בין העצמי הגופני לעצמי הפסיכולוגי: בשלבי ההתקרבות מחדש (rapprochement) וקביעות האובייקט התינוק המתרחק ומתקרב אל האם לומד להבחין בין פנים לחוץ ומפנים דימוי פנימי של האם.

על פי פישר וקליבלנד (Fisher and Cleveland, 1968), תפיסת גבולות הגוף משתנה מאדם לאדם: מתפיסה של גבולות מוגדרים היטב ומופרדים ועד תפיסה נעדרת הבחנות ותחושת איום מגירויים חיצוניים. תהליך ההבחנה בין האדם לסביבה מהותי לתפיסת גבולות הגוף, להיווצרות הזהות וליכולת ההסתגלות לסביבה. לאדם עם גבולות גוף ברורים יש הרגשת קביעות, ביטחון ויכולת לשמור על איזון ולהתמודד במצבי לחץ. אדם עם גבולות גוף פרוצים יישען על תנאים חיצוניים כדי שיספקו לו באופן מלאכותי גבולות חלופיים כהגנה.

במהלך החיים נוצר אצל כל אדם דימוי גוף, הכולל גם את תפיסת גבולות הגוף. תהליך בניית דימוי הגוף הוא דינמי, מתפתח ומשתנה, מהשלב העוברי ולאורך כל חייו של אדם. דימוי גוף וגבולות גוף כוללים שתי רמות של חוויה: רמה פיזית סנסומוטורית קונקרטית ורמה פסיכולוגית, המאגדת בגוף את המטען הרגשי, יחסי אובייקט מוקדמים, קונפליקטים פנימיים, הגנות, וארגון ה"אני".

לפי שחר-לוי (1989), בדימוי הגוף מתחברים באופן מובהק הגוף והנפש. האדם חווה את גופו דרך התנסויות של הנאה וכאב, מגע ותנועה, ודרך יחסיו עם

אחרים משמעותיים. דימוי הגוף הוא תמונה פנימית, לא מודעת, של היסטוריית יחסי האובייקט המוצפנת בצפנים גופניים. אפשר לראות את דימוי הגוף כמערכת בלתי מודעת המכוונת את תנועות הגוף על פי קודים של מסוכן/בטוח, מותר/אסור או מסוגל/לא מסוגל. קודים אלו נקשרים לעוגנים של חלקי הגוף השונים וגבולותיו. כאשר האינטראקציות עם אחרים משמעותיים פגומות, בלתי מספקות, דימוי הגוף עלול שלא להתפתח באופן תקין.

כך מתבטאים בגוף ובתנועה חסכים משלבי התפתחות שונים אצל חולות עם הפרעות אכילה (בכר, 2001; Garner, 1991; Stark et al., 1989; Rice et al., 1989; Krantz, 1999; Kaye et al., 2004; Kleinman, 2009; Gothelf-Brand et al., 2016).

- קושי בזיהוי תחושות ורמזים גופניים (רעב, שובע, חום, קור)
- קושי בוויסות חושי, התנהגותי ורגשי
- גבולות גוף מטושטשים ולא מובחנים, דבר שמעורר חרדה מפלישה והצפה
- ניכור מהגוף הפיזי, תפיסת גוף ודימוי גוף לא בשלים ומעוותים
- היעדר תנועה פנימית זורמת ואותנטית
- פגיעה בתחושות משקל, זמן ומרחב, המתבטאת בצמצום ובקושי בתפיסת מקום
- נשימה רדודה, המוחזקת בחזה
- תנועה בקצוות של הגוף, כשמרכז הגוף מוחזק ופסיבי
- פיצול התנועה בין הגוף העליון והתחתון, תופעה שחוסמת מיניות
- תנועה בליסטית (מעידה על כוח, אגרסיה) מעטה או נעדרת
- ניתוק בין הגוף לראש ואי-יכולת להרפות לתוך הגוף
- מגע רופף עם הקרקע, מה שעלול להביא לתחושה של היעדר עגינה
- שימוש בתנועה מכנית, חתוכה, סגורה ומצומצמת, מנותקת מהגוף ומהרגש
- כיווץ של אזורי גוף רבים בגלל מתח וחרדה

הפרעות אכילה

הפרעות אכילה כוללות אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת היטהרות (purging disorder) ותסמונת הפרעת הזלילה (binge eating disorder). אנורקסיה נרבוזה מאופיינת בצמצום יזום באכילה, וכתוצאה מכך ירידה יזומה במשקל, קושי לעלות במשקל על אף המשקל הנמוך, ולפחות אחד מהשלשה: הפרעה בדימוי הגוף, ייחוס חשיבות יתר למשקל ולהופעה החיצונית, והכחשה של

חומרת המחלה. אפשר לחלק את האנורקסיה נרבוזה לשני תת־סוגים, לפי קיומם או היעדרם של בולמוסים ו/או התנהגויות מיטהרות/מפצות מעבר להתנהגויות המצמצמות (DSM-V, 2013).

שלוש ההפרעות הבאות קורות כולן במשקל תקין. בולימיה נרבוזה מאופיינת בבולמוסים ובהתנהגויות מיטהרות/מפצות (הקאות ושימוש במשלשלים או חומרים אחרים לירידה במשקל). הפרעת ההיטהרות כוללת התנהגויות מיטהרות/מפצות, ותסמונת הפרעת זלילה מאופיינת בבולמוסים (שם).

בהפרעות אכילה הגוון הפסיכוסומטי מייצג מאבק רגשי בשפה גופנית (מקדוגל, 1998) שיכולה לייצג עודף רגשי, חסר רגשי או נתק רגשי. הגוף, המנותק מחיי הרגש ומעוכב על ידי קונפליקטים לא פתורים, הופך מחסום לתהליכי צמיחה והתפתחות. הטיפול באוכלוסייה זו דורש שיקום בשתי רמות: שיקום של הגוף הפיזי (שיקום תזונתי) ושיקום תנועתי רגשי.

הפרעות אכילה בתאוריות פסיכו־דינמיות

על פי מודל פסיכולוגיית האני (ego psychology; Mahler et al., 1975), לנערות עם הפרעות אכילה יש הפרעה בשלב הספרציה-אינדיבידואציה. ברוך (Bruch, 1985) וגרנר (Garner, 1991) מדגישים את התחושה המשתקת של חוסר יעילות (ineffectiveness) שמקשה על התפתחות הולמת. תאוריית יחסי אובייקט מדגישה את ההפנמה של ייצוגים שליליים של דמות האם, שאותם מקשרות הנערות ישירות לגופן (Selvini Palazzoli, 1974).

לפי תאוריית העצמי (self-psychology), אצל נערות עם הפרעות אכילה יש פגיעה ביצירת מבנים נרקסיסטיים. בעקבות זאת הן ממלאות צורכי זולת-עצמי בשביל אחרים (Goodsitt, 1985). בכר (2001) מדגיש את אכזבתן של נערות עם הפרעות אכילה מאובייקטים אנושיים למילוי צורכי זולת-עצמי, ופנייתן לאוכל/לאי-אכילה לשם מילוי צרכים אלה. קרוגר (Krueger, 1989) ושוגרמן וקורש (Sugarman and Kurash, 1982) מוסיפים כי נערות עם הפרעות אכילה ממשיכות להשתמש בגוף כאובייקט מעבר, שעדיין לא עבר תהליך אובייקטיביזציה והסמלה, בקשר שלהן עם אחרים משמעותיים ועם העולם. השימוש במזון הוא תחליף לחסך בוויסות פנימי.

דייוויס (Davis, 1990) רואה בסימפטום הקשור לאכילה, שנועד במקור להגן על הנערות, קיום מקביל של איכויות הרסניות סדור־מזוכיסטיות. באופן דומה,

הפרעות אכילה יכולות לבטא גם פגיעה בפונקציות של שמירה עצמית (self-preservation). גישה שונה רואה בנוקשות של הנערה עם הפרעת האכילה, בסירוב שלה שמזון ייכנס לגופה, או בהוצאתו של המזון שנכנס, סימפטום המעיד על התנגדות כוללנית לכניסת קשר אנושי ורעיונות אנושיים לתוכה (Williams, 1997).

גיל ההתבגרות

לגיל ההתבגרות היבטים ספציפיים: המתבגר עובר בתקופה זו תהליכים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. על פי ויניקוט (1996), אייבשלות היא יסוד חיוני בגיל ההתבגרות, שהזמן והצמיחה ירפאו. אריקסון (1974) רואה בגיל ההתבגרות מורטוריום, גשר בין מה שהיה למה שיהיה. המתבגר מתעסק באופן מסיבי עם גופו, העובר שינויים פיזיים. הפעילות ההורמונלית משנה את צורת גופו, ומפגישה אותו עם תחושה של גבולות גוף מטושטשים, לא מוכרים. השינוי הפיזי משפיע על סכמת הגוף ועל דימוי הגוף, התופסים חלק מהמרחב הפסיכולוגי של העצמי. השינוי הפיזי מלווה בארגון פסיכולוגי מקביל. לאופר (Laufer, 1981) טוען שהתפקיד העיקרי של גיל ההתבגרות הוא הפנמת דימוי גוף הכולל את איברי המין הבוגרים, לקראת התפתחות של זהות מינית בוגרת. בד בבד עם הפנמה מחודשת של הגוף הבוגר, יש הפנמה מחודשת של הדמות ההורית. על פי ויניקוט (1996), הפנטזיה הלא מודעת בגיל ההתבגרות נוגעת לצורך לתפוס את מקום ההורה כדי לגדול. אנה פרויד (Freud, 1958) רואה במתבגרים סרבני טיפול עם קושי רב ליצור קשר טיפולי, כחלק מהתהליך הטבעי של בניית הזהות והפרדה מההורים. בתקופה של התרחקות מההורה והיצמדות לחברת בני גילו יתקשה המתבגר ליצור תהליך של העברה חיובית עם מבוגר.

הפרעת אכילה הפורצת בגיל ההתבגרות מבטאת, בין היתר, נסיגה התפתחותית; נסיגה מאחרים ומהעולם והסתגרות של המתבגר בתוך עצמו. נסיגה זו באה על רקע פחד ממניית בוגרת, פחד מגדילה לקראת עצמאות, פחד מההורים ובחירת דרך חיים בוגרת, פחד משינוי וקושי לבחור בחיים (Stein et al., 2003).

טיפול קבוצתי

העדפת טיפול קבוצתי עם מתבגרות מכירה בחשיבות שבהתנהלות בתוך קבוצת בנות גילן ומכירה בפוטנציאל של הקבוצה בפיזור ההעברה ההורית השלילית. טיפול קבוצתי מהותי למתבגרים המייחסים חשיבות רבה למה נחשב מקובל בתוך קבוצת השווים. ההבנה שהקשיים שלהם, והפרעת האכילה בכללם, אינם ייחודיים רק להם מקדמת את השיתוף, ומפחיתה התנגדות והכחשה. מתבגרים בדרך כלל מתביישים ונבוכים להודות בהתנהגויות הסוּטות מהנורמה אלא אם הם נמצאים בתוך קבוצה עם הפרעה דומה. רק בשלב מאוחר יותר בתהליך הטיפול מתברר להם שהבעיות שהם מתמודדים אתן כמתבגרים (אמביוולנטיות סביב דימוי גוף, מיניות וקשרי תלות) הן חלק מהפרעת האכילה. הטיפול הקבוצתי, התחום בכללים מוגדרים, מאפשר מסגרת בטוחה ואמפתית, שמעודדת תחושה של נורמליזציה ומסוגלות. רשת התמיכה הרחבה בקבוצה הטיפולית מאפשרת חוויה בין-אישית ולמידה על מערכות יחסים ודפוסי התנהגות, מקדמת תובנה עצמית, ותורמת לאפשרות של חוויה מתקנת (Bloch, 1986).

ביון (Bion, 1961) ראה במכל האימהי סביבה רחמית שבה האם מווסתת את חוויית התינוק, עוטפת אותו ומגנה על תהליכי התפתחות העצמי. האם מכילה את האי-נוחות הבלתי נסבלת המושלכת לתוכה, ומשמשת מכל לחרדות ולדחפים, מעבדת אותם ונותנת להם משמעות. רעיון המכל של ביון יכול להתממש למטופל בטיפול קבוצתי, שבו הקבוצה כולה משמשת כמכל אימהי למשתתפים.

אנזייה (2004) מתייחס לפנטזיה של התינוק, של עור משותף לו ולאם. מטרי (2005) מתייחס לעור בספרו "בית לנפש" כ"בית" להתפתחות האני. עד שהעור יכול לשמש מכל גמיש לחיי הנפש והגוף, טיפולה של האם בתינוק הוא בית ראשון לאחר החיים התוך-רחמיים, שבהם גוף האם הוא בית. לדעת ויניקוט (1996), העצמי הכוזב מתגייס לתחזוקת המעטפת, ומשקיע משאבים בלהיות קליפה בשביל עצמו, במקום להתקיים בליבה, בעצמי האמתי.

המונח "אני-עור" (skin ego) של אנזייה הוא דימוי מנטלי של האני המכיל תכנים נפשיים על בסיס התנסות גופנית. פונקציה נפשית מתפתחת מתוך הישענות על פונקציה גופנית. אנזייה מונה שלוש פונקציות עיקריות ל"אני-עור": (1) שק המכיל את הטוב והמלאות הנצברים בו באמצעות ההאכלה, הטיפול, הדאגה ו"אמבט המילים" של האם; (2) שטח פנים משותף לפנים ולחוץ, המסמן גבול, שומר ומגן כמחסום גרייה מפני חדירת גורמים חיצוניים בצורה של

תוקפנות וחמדנות של האחר כלפי האני; (3) אמצעי תקשורת עם אחרים, אמצעי ליצירת יחסים משמעותיים. בעור נרשמות החוויות עם האחרים. פונקציות העור – להכיל, להפריד ולחבר – יכולות להערכתנו להתממש בטיפול הקבוצתי במעגל התנועתי, שכן בכוחו של המעגל התנועתי להגדיר גבולות, להכיל את מרכיביו ואת תכניו, ולהפריד בין פנים לחוץ.

הצגת המודל לקבוצת תנועה להפרעות אכילה

המוטיבציה לחפש מודל מתאים נבעה מהצורך להתמודד עם ההתנגדות לטיפול קבוצתי בתנועה בקרב נערות שמאושפזות עקב הפרעות אכילה. מדובר באשפוז במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה, שכל המאושפזות בה מאובחנות עם הפרעות אלה. במחלקה חוינו קושי לנהל את קבוצות התנועה, לצד אמונה עמוקה בפוטנציאל של כלי זה ושאיפה למצותו ולהביאו לידי ביטוי. התעסקות כפייתית עם הגוף (body checking) מחייבת התייחסות וטיפול, שכן היא גורם המשפיע לרעה על תהליך ההחלמה מהפרעת האכילה (Steinhausen, 2002; Carter et al., 2012; Schlegl et al., 2016).

אצל מטופלות עם הפרעות אכילה הנוכחות הגופנית מורכבת, מעוררת רגשות מועצמים כקנאה, תחרות ובושה. העמידה במעגל משמעה "אני הפסדתי", זו שמולי רזה יותר. חוויות טובות הקשורות בגוף מאיימות על זהותן כחולה. במודל קבוצתי של אחד על אחד מתקיים מכל משמעותי לנשות הצוות המטפל ולמטופלות. הנערות משמשות אובייקטים אלטרנטיביים אלה בשביל אלה, והמנחה עם נשות הצוות משמשות אגו מסייע. השילוב של נשות צוות רבות יוצר צוות מוכל שיכול להכיל. הטרנספרנס השלילי מתפזר בין נשות הצוות. המנחה ונשות הצוות, בנוכחותן הרגשית והתנועתית, מספקות מודלינג חלופי ושיקוף (mirroring) לתנועת המטופלות.

סטינג (setting). הקבוצה מורכבת ממנחה אחת,¹ ארבע מטופלות וארבע נשות צוות. המנחה של הקבוצה מטפלת בתנועה, ונשות הצוות מהמילייה משתתפות פעילות. מדובר בנשות צוות המרגישות נוח בחשיפה בביטוי גופני (מטפלת בתנועה, סטודנטיות לטיפול בתנועה, פסיכיאטרית, אחות, מורה לספורט, מדריכה). במחלקה מתנהלות שתי קבוצות במקביל.

1 תיתכן הנחיה משותפת של שתי מנחות.

אובלוסייה. קבוצה הטרוגנית, נערות (עד גיל 18) אנורקטיות, בולימיות, בעלות עודף משקל והפרעות פסיכוסומטיות אחרות. נערות במצב משבר, הזקוקות לאשפוז, עם הפרעות רגשיות קשות. הבולימיות, הלא מווסתות, נותנות את קול ה"יש": תנועתיות, יצריות, מסוגלות לבטא רגשות. האנורקטיות, המצומצמות, נותנות את קול ה"אין": אגוצנטריות, חרדות, נוקשות ומתקשות בביטוי רגשי.

זמן. אחת לשבוע, במשך 45 דקות. קבוצת רכבת סגורה. כשמוטפלת משתחררת מאשפוז הקבוצה קולטת מוטפלת חדשה במקומה. המנחה ונשות הצוות מחזיקות את הקביעות ואת הרצף.

מקום. חדר מרובע (16 מ"ר) קטן יחסית, משמש מכל למטופלות. בחדר חלונות גדולים, רצפת פרקט, חלון דו-כיווני מוגף בוילון, היכול לשמש כמראה. החדר מאובזר באביזרים מתאימים לטיפול בתנועה ובמערכת שמע.

חוקי הקבוצה. ההשתתפות בקבוצה אינה אלקטיבית, אלא נקבעת בישיבת צוות. מצופה מהמטופלות לתפקד: בשלב החימום לעמוד במעגל. חל איסור לפגוע בעצמן, באחרות או בחדר ואביזריו. במקרים חריגים מוצאת נערה לחדר רגיעה לפרק זמן מוגבל.

הקבוצה בנויה על פי המודל התנועתי של צ'ייס (Chaiklin, 1975; Chaiklin and Schmais, 1979) העקרונות הבולטים במודל: 1. שימוש במעגל כמבנה בסיסי, שממנו אפשר לצאת למבנים אחרים; 2. התנועה האחידה במעגל לא באה במקום ביטוי אינדיבידואלי; 3. המעגל מאפשר אינטראקציות בין המשתתפים, התחלקות שווה, קשר עין ותחושת ביטחון בשטח מוגדר. מתקיים דיאלוג בין תנועות המטופלים והמטפל. צ'ייס בחרה להתייחס לכוחות, למשאבים המתבטאים בתנועת המטופלים, ועם התנועה שלה ליצור תנועה משותפת.

במודל שלושה שלבים עיקריים: חימום, פיתוח וסגירה. חימום הוא שלב ריתמי שנועד להכין את הגוף. בשלב זה המנחה דומיננטי, קולט ומתאים את תנועותיו למצב הרגשי בקבוצה. המטופלים עסוקים בשייכות, בתפיסת מקום ובקבלה. מזווית ביו-אנרגטית, החימום הוא מקום טוב להתקרר לתוך הגוף (Lowen, 1975), נושא מורכב בהפרעות אכילה, וכן לטעינה ולפריקה. שלב הפיתוח, משמעו העמקה בנושא תנועתי/רגשי שהתעורר בחימום, הקבוצה עסוקה בנפרדות ובחקירה אסרטיבית יותר, לוקחת סיכונים, מתנסה בתפקידים חדשים, בעזיבת המעגל. בשלב זה המנחה הוא מכל מתבונן

ומלווה. בשלב הסגירה נעשים עיבוד וסגירה של הנושא הקבוצתי שעלה. טקס פֶּרְדָּה מכין להתמודדות עם אובדן ומסמל את ההמשכיות. בקבוצה נעשה שימוש באביזרים, שהם אובייקטים מתווכים ומרגיעים חרדה. בדים, למשל, יכולים להכיל, מאפשרים להתחבא, לצאת ולהיכנס, ליצור חיבור עם אחר או לנתק קשר עין, נותנים גבול אטום או שקוף. מטופלת עם עודף משקל, למשל, ביטאה חשש שהבד לא יספיק כדי לעטוף אותה. מטופלת עם אנורקסיה מולה קיפלה את הבד הגדול לפס דקיק. שתיהן ביטאו התקיימות במעטפות עור צרה מלהכיל, מכווצת מלהכיל; מעטפות הקשורות בדימוי הגוף שלהן.

הקבוצה מתנהלת בגישה דינמית פתוחה, מתייחסת כאן ועכשיו למפגש הרגשי שנוצר עם דפוסי התנועה והאינטראקציות. בשונה מטכניקות קוגניטיביות, שבהן מדברים על דימוי הגוף, כאן דימוי הגוף נמצא בדינמיקה התנועתית קבוצתית. מטופלת אנורקסית כרונית, למשל, התיישבה באמצע החימום, ואמרה, "אני שמנה". בדרך כלל הימנעות וקושי יוסוו בהשלכות שהתנועה מזוהה או ילדותית, ואילו מטופלת זו קוראת לדבר בשמו. היא מסדרת סביבה שקיות אורז קטנות, ומבטאת חשש שלא תהיינה מספיק שקיות להקיף את כולה. ישובה בתוך מעגל השקיות שיצרה סביבה היא אומרת שהיא מרגישה לבד. בדרך זו היא מבטאת כיצד מערכת יחסי האובייקט ודימוי הגוף צובעות את חווייתה בעולם: בודדה במעטפת לא בטוחה.

המודל מאפשר להשיג מטרות של טיפול בתנועה בקרב מתבגרות עם הפרעת אכילה: לחוות הנאה בגוף, שבדרך כלל מעורר שיפוטיות וסבל, לשכלל את היכולת להיות במגע עם הגוף ולהשיב את האמון בגוף, לזהות תחושות פיזיות ראשוניות (טמפרטורה, כאב, מתח, עייפות, רעב), לשכלל תחושה פיזית של קרקוע בעולם (כוח, איזון, שיווי משקל, שליטה, דיפרנציאציה), להעמיק את הנשימה, לבנות את גבולות הגוף (הבחנה בין פנים וחוץ) ולחזקם, להרחיב את המודעות הגופנית, את הרפרטואר התנועתי ואת האפשרות לזרימה רגשית וביטוי פנימי אותנטי, לפתח מנגנוני הרגעה וויסות יעילים יותר, ולבנות דימוי גוף אינטגרטיבי וחיובי יותר. תנועה מאפשרת תקשורת העוקפת הגנות מילוליות, חיבור למשאבים, לביטוי הספונטני הבריא, מקדמת אינטראקציות חברתיות בין המשתתפים ומסייעת בזיהוי קונפליקטים ובהתרתם. מודל דיאדי בתוך קבוצה. טיפול דיאדי נועד במקור לטפל ביחידה אס־תינוק,

לשחזור ולשקם פגיעות התפתחותיות בקשר הראשוני (קפלן ואחרות 2010; Stern, 1974). ישנו קושי לטפל בטיפול מעין זה ביחידה הורה-מתבגר משום שהוא מנוגד לפאזה ההתפתחותית של המתבגר, הדורשת התרחקות מההורה. בקרב מתבגרות עם הפרעות אכילה קשר ראשוני כרוך בפגיעה ובפגיעות. בשונה מטיפול אינדיבידואלי, לדיאדות בקבוצה פוטנציאל לגשר, לסייע להתגבר על המרחק בקשר, שנוצר הן בשל הפגיעות הראשוניות והן בשל הפאזה ההתפתחותית. הדיאדות בקבוצה באות לידי ביטוי במספר השווה של נשות הצוות והמטופלות. נשות הצוות משתתפות פעילות בקבוצה, כלומר אקטיביות לכל אורך הקבוצה: בחימום מעגל, בעת קושי, יש באפשרות נשות הצוות להיעמד בין המטופלות; בפיתוח נשות הצוות יכולות להיות תת-קבוצה מול המשתתפות, או לעבוד בזוגות, אשת צוות מול מטופלת; בסגירה נשות הצוות משתתפות בעיבוד המילולי. בכל שלב יש די נשות צוות כדי שאחת מהן תוכל ליצור דיאדה ייחודית עם מטופלת שהצורך שלה שונה מהנעשה בקבוצה. מעגל הזוגות של אשת צוות-מטופלת משמש מכל יציב ובטוח (על פי ביון), כעוד שעוטף את הקבוצה במעטפה חיה, כגבול פיזי ונפשי בין העולם החיצוני לפנימי (אנוייה), ומאפשר עבודה בדיאדות.

תמות מרכזיות בקבוצות התנועה. פער בין תנועה אובססיבית (לשרוף קלוריות) לתנועה אותנטית (המביעה רגש); המורכבות של תפיסת מקום בעולם הנחוה מאיים, תחרותי ומעורר בושה וקנאה; התמודדות עם ייחודיות ואינדיבידואליות (האם רואים אותי? האם ייענו לצרכי?); רצף שנע בין קונפורמיות וריצוי לעצמאות ומרדנות; כוח ההישרדות של הקבוצה מול כוחות הרס ופירוק; מידת הגמישות ויכולת ההכלה של הקבוצה במצבי רוח והתנהגויות שונות; דפוסים שונים של גבולות: נוקשים/רופפים/חדירים; רצף שבין ערות לשינה, בין חיים למוות.

ויניטות מהקבוצה

"מה מייחד אותי"

המעגל בשלב החימום מאתגר מבחינת מידת הנראות, היכולת לתפוס מקום, הפחד להיבלע. לנערות נדרש זמן להתנסות, לבדוק וללמוד שיש מקום לתנועה של כולן וכי לאותה תנועה ייתכנו ביטוי ואיכות שונים אצל כל אחת ואחת.

התנסות שבה כל נערה נותנת תנועה שלה, שמצטרפת למשפט תנועתי משותף, מאפשרת חוויה שבה באותו מכל יש ביטוי לצרכים שונים, חלקם נרקיסטיים. אותם צרכים מקבלים תיקוף והדהוד זה לצד זה, עם מקום וזמן לתנועה, לאיכותה ולרגש ייחודי המתלווה אליה (ראו תמונה 1 ו-2).

הקבוצה יושבת במעגל, נעה בתנועות אטיות ושקטות, כאשר ש' מבטאת את הצורך שלה בתנועות חזקות ומהירות. ש' אנורקטית בת 17 הנראית צעירה לגילה, רזה, שחומת עור ויפה. היא מביעה קול אנורקטי, אומרת שהיא מרגישה כבדה יותר מנשות הצוות, שיש לה תחת שמן, אבל שהיא כן רוצה חזה גדול יותר. בדרך כלל היא עושה תנועות של סיבוב עם כל הגוף, שהפכו מאפיין שלה, שהיא מפחדת שייגנב ממנה. היא בדרך כלל מאוד קשובה לצורכי האחר. כשנערה אחרת מביעה תנועה עצובה ביד ש' משקפת תנועה באותה איכות ברגל, כמטפלת בתנועה. בקבוצה היא תמיד משתפת פעולה מתוך הנאה, אך כאן ש' סוף-סוף מתחילה לעסוק בצרכיה הבלתי נראים, בשונות שלה מהנערות האחרות, בכך שכולן יוצאות מהמעגל כשקשה להן, והיא לא. כשהיא מבטאת את הצורך שלה בביטוי אגרסיה – "להוציא עצבים" – היא מרגישה שהיא הורסת.

תנועות של סיבוב הגוף נעשו במהלך הקבוצות מאפיין של ש', והיא חוששת ש"ייגנב", שיטושטש ייחודה והיא תיבלע בסימביוזה, שיעשה בה שימוש והיא תיוותר מבולבלת, ריקה. אך עצם ביטוי החשש במילים בפני הקבוצה מעביר את השיח מפנייה לאוכל לפנייה לאובייקטים אנושיים למילוי צורכי זולת-עצמי. דרך חוויה גופנית של מילוי צורכי זולת-עצמי של אחרים (התנועות האטיות השקטות במעגל) ש' מגלה את הצורך האותנטי שלה בתנועות של פריקת אגרסיה, המתקשרות באיכותן לנפרדות. נשות הצוות מכילות את ביטוי הצורך שלה בשונות ובנפרדות, הן במילים, הן בהדהוד התנועה שלה בגופן והן בחזרה לתנועות של יתר משתתפות הקבוצה. החזרה והשמירה על הרצף התנועתי מסמלות את הישרדות המכל הקבוצתי, המסמל את המכל האימהי.

תמונה 1



תמונה 2



הרגשת חוסר יעילות משתקת

הרגשה זו מקשה על התפתחות הולמת ועלולה לבוא לידי ביטוי במרחב האישי ובצורך במגע מוחשי ממשי, כמו שתינוק זקוק למגע הממשי של האם בטרם עבר תהליכי הסמלה (Penfield, 1992). הדיאדה אשת צוות-מטופלת בעבודה קבוצתית בדיאדות יכולה להיות שמורה ומאפשרת יותר, שכן אין דיאדה יחידה במוקד.

את י', תאומה אנורקטית, תיאררו הוריה כמחוסרת צרכים מינקות, לעומת אחיה הדרשני, הסובל מעודף משקל. בעבודה בדיאדות בקבוצה ירבה י' על כדור לבדה. המנחה בדקה בזהירות אפשרות להתקרב אליה: נגעה בגבה בכדור טנים (אובייקט מתווך), בלי לדעת איך תגיב. בסוף הפגישה אמרה י', שתמיד הייתה מצומצמת ושקטה, שהיה לה כיף המגע עם הכדור.

בדרכה אמרה י' שלא זו בלבד שהיא זקוקה לקשר, אלא שהיא זקוקה לקשר של מגע ממשי, ההפך מתפיסת הוריה שהיא מחוסרת צרכים. באמצעות ההתנסות בדיאדה מילאה י' חסך התפתחותי, והביאה בהמשך את העבודה עם מגע לכל הקבוצה, כחוויה מתקנת.

כשהתחלקנו לזוגות הנערות סירבו להיות בזוג עם נשות הצוות, וביקשו להיצמד זו אל זו. המנחה ניהלה עמן משא ומתן, ובו הציעה שהנערות תישארנה כקבוצה והצוות יהיה קבוצה מולן. הנערות ישבו בשורה עם הגב לצוות, שהתכוון לעבודה במגע עם כדורי טנים על גבן. הנערות נעו באי-נוחות, ואמרו שזה מוזר לשבת עם הגב. המנחה זיהתה את החרדה, והציעה שתחילה הצוות ישב עם הגב לנערות. הנערות עבדו עם כדור הטנים על הגב של נשות הצוות, עם הנחיה: שפשוף, גלגול, לחיצה... ובאופן ספונטני, לפי בקשת בת הזוג במילים. אחר כך התחלפו בתפקידים: הנערות הסתובבו ונשות הצוות נגעו עם הכדור בגבן באותו אופן. אחר כך יצרו הזוגות של אשת צוות-נערה דיאלוג גב אל גב, כשהכדור ביניהן.

בעבודה בדיאדות לעתים משאיל המטפל את גופו לצורכי המטופל. הנערות רוצות קשר, אך גם חרדות ממנו. הן פונות למזון כתחליף לקשר עם אובייקט משמעותי. ההתנסות תחילה במקום המוכר להן, של נתינה (מילוי צורכי זולת-עצמי של אחרים), אפשרה להן בהמשך גם לקבל (מילוי צורכי זולת-עצמי). לחלופין, מאחר שהפונקציה של זולת-עצמי דורשת אפשרות להיעזב מאחיזה עצמית, שכל כך חזקה בהפרעות אכילה, אפשר לראות במה שהתרחש שימוש בגוף של האחר, כלומר הזנת האחר כדרך להתמלא.

בהדרגה התאפשרה התפתחות: מחרדה והימנעות להתנסות, מנתינה לקבלה, מדבוקה של נערות מול נשות צוות לדיאדות של נערה-אשת צוות. השימוש במגע הממשי קשור בהתפתחות דימוי הגוף, גבולות הגוף והמעטפת העורית

טרם סימבוליזציה. התנסות במגע יכולה לקדם זיהוי תחושות עונג וכאב ויכולת שיום של חוויות גופניות.

פגיעה מינית: "האם רואים אותי"

ברקע התפתחותן של הפרעות פסיכוסומטיות גם פגיעות מיניות (הרמן, 2005). בטיפול הקבוצתי בתנועה הביטוי להשלכות הפגיעה המינית בגוף מוחשי. שתיקה בקבוצה מילולית תתבטא בקבוצת תנועה בהיעדר תנועה ובעצירת התנועה. אלו יבלטו על רקע תנועת האחרות בקבוצה. תופעות של בידוד, אי-תפקוד ודיסוציאציה חושפות וחשופות בקבוצת תנועה.

אחרי החימום, בשלב הפיתוח, המטופלות בשורה והצוות בשורה, מול כל מטופלת נמצאת אשת צוות. המטופלות הן שיוזמות את התנועה והצוות משקף אותה, בחלק גוף אחר או בתנוחה אחרת (ראו תמונה 3).

תמונה 3



הקשב של הצוות מפוצל: לתנועת המטופלות, לתיאום עם נשות הצוות ולתהליך התנועתי שמשפיע גם על נשות הצוות, שנכנסות לתנועה.

אחת הבנות, נ', פורשת מהתנועה של קבוצת הנערות, נמנעת מהתנועה כשהיא תרדה ומוצפת פלשבקים. המנחה ניגשת אליה, מבטאת אמפתיה

לקשייה לצד ניסיון לגייסה לחזור לתנועה עם הקבוצה. הצוות יוזם תנועת טפיחה על הקיר. המטופלות רוקעות על הרצפה. כשהמטופלות יוצרות בגופן תנוחת גשר (תנוחת הכלב ביוגה) המנחה מציעה משחק תחרותי של זחילה תחת הגשרים. באופן זה חוזרת נ' ומצטרפת לקבוצה.

הנערה נ', שנפגעה מינית, מוציאה את עצמה אל מחוץ לשורה של שאר הנערות ואל מחוץ לדיאדה מול אשת צוות. היא נענית לאמפתיה ולהזמנה למשחק. המנחה יצרה עמה דיאדה ייחודית, מותאמת למצבה באותו רגע, ובאמצעותה היא הצליחה לשוב ולהשתלב בנעשה בקבוצה, לחזור מעולם פנימי כואב להשתייכות לחברה ולתפקוד נורמטיבי.

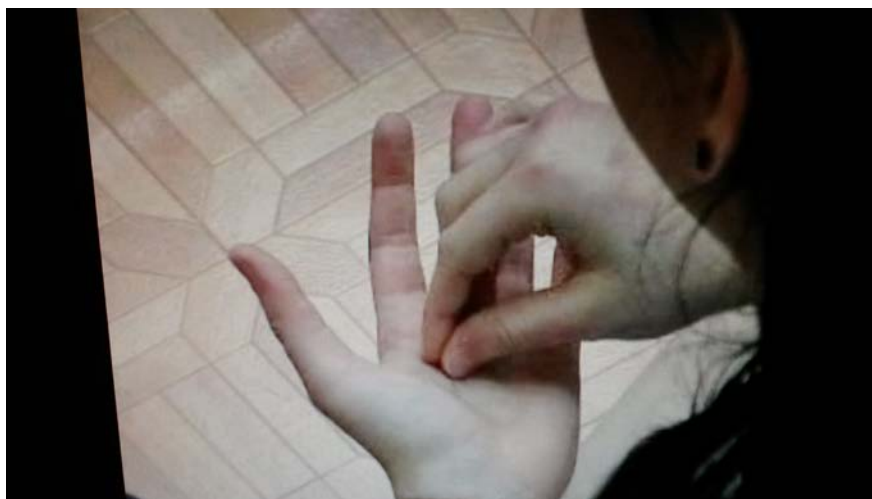
נ' נערה בת 15, עם אנורקסיה, אחרי אשפוז פסיכיאטרי בשל דיכאון ואובדנות. היא עברה אונס קשה, שבו לא שיתפה אף אחד. הפרעת האכילה התפתחה כהגנה סביב הטראומה המינית. במהלך האשפוז החלה לחוות פלשבקים של התעללות מינית מוקדמת יותר: היא התאהבה בגבר שהתעלל בה (Davies and Frawley, 1994), וברחה בלילות מהבית לפגוש אותו. רהיזקטימיזציה: ילדה טובה ביום, ילדה בסיכון בלילות. ידיה פוצעות ופצועות, גופה בתנוחות עובריות, סגורות, ניכר בתנועתה מתח, כיווץ וצורך להיאחז בעור.

שוב ושוב משחזרת נ' העברה שלא רואים אותה, אבל נשות הצוות רואות ומגיבות. פעם אשת צוות תשב לידה, בלי מילים, פעם תחפש דרך להתאים את הנעשה בקבוצה לצרכיה. בקבוצות התנועה, מעבר להתנהגות, רואים כיצד הגוף אוצר בתוכו את הזיכרון הטראומטי: העיניים העצובות, המתח והכיווץ באגן, כפות הידיים שמצד אחד סגורות ומצד שני מספרות את שְׁקָרָה (ראו תמונות 4-7).

תמונה 4



תמונה 5



תמונה 6



תמונה 7



בקבוצה לומדת נ' לאותת מתי היא במצוקה. עוד היא לומדת שאפשר להיות עמה גם במצבים בלתי נסבלים, והיא מתוודעת למשאבים שלה וליכולת שלה לומר מה לא מתאים לה, לשים גבול. כשהיא חשה בטוחה דייה תנועתה הבעתית, אותנטית, נוגעת ללב ומרגשת.

"מעטפת עורית קבוצתית"

קשר הוא מושג על רצף, בין קשר ממשי מוחשי לקשר סימבולי; בין מגע לקשר עין לקשר מילולי. קשר יכול לרפא, אך גם לפצוע ולבלבל. קשר מתקיים בתוך קונטקסט המגדיר אותו. שבירת הקונטקסט עלולה להיות הרסנית.

ש' אנורקטית מסוג בולימי, עברה התעללות מינית על ידי אישה ועל ידי המטפל שלה. היא נכנסת לקבוצה בחולצת בטן ומתלוננת שקר לה. המנחה מציעה לה את הסוודר שלה, שהוסר בחימום, מתוך הנחה שתקשור אותו סביב הבטן החשופה. ש' לוקחת את הסוודר ולובשת אותו. המנחה מרגישה שנכנסו לתוך העור שלה, לריח גופה. לש' יש צורך בעטיפה, שאליו מגיבה המנחה, אך ש' משחזרת עטיפה ארוטית. המנחה מציעה לש' מענה קונקרטי, דרך role responsiveness. ש' לומדת בהדרגה לחמם את גופה גם בתנועה.

בתקופה שבה ש' לא מסוגלת לעמוד ולתפקד במעגל היא פורשת ושוכבת בצד. בסיום המפגש כל הקבוצה מתקרבת אל ש' כדי לכלול אותה בסגירה. הבנות מציעות לה את הבד שבו כולן התגלגלו קודם לכן. ש' נכנסת לתוך הבד, נכנסת ל"עור הקבוצתי" המשותף. נאמר לה שלאחר תקופה ארוכה של בידוד עצמי אנו שמחות שהצטרפה. ש' עונה, "הייתי כל הזמן".

לש', שהותקפה כאמור, קשר בכלל, וקשר הכרוך במגע בפרט, מסוכן ומבלבל. יותר בטוח לש' בעטיפה הקבוצתית, שם יש אפשרות לחוויה מתקנת סביב נושאים של קרבה. הקבוצה כ"עור קבוצתי" היא לעתים מכל בטוח יותר.

"לגוף יש ריח"

בקבוצות התנועה עולה הנושא של ריחות גוף. ריח זיעה מבתי השחי, מכפות הרגליים, ריח של קיא, ריח הווסת, ריח צואה – נושאים הקשורים בקבלת הטבע הגופני ובצורך בשליטה. לווסת יש משמעויות נוספות לנערות עם הפרעת אכילה, והתנהגויות מגוונות בזמן הווסת. יש מי שבווסת תפרוש לצד כי הריח של עצמה מגעיל אותה והיא חוששת שידחה גם אחרים, ויש מי שתסמן את עצמה בבד אדום הכרוך סביב מותניה. נושא הריחות מורכב גם לצוות, השותף למעטפת הריחות של החדר.

באחד המפגשים נערה התלוננה שמסריח בחדר. נערה אחרת ניגשה וחיבקה את א', מטופלת עם עודף משקל, שאלה הבינה שכוונו הדברים, חיבקה ואמרה, "יש לך ריח טוב". המנחה אמרה, "אולי הריח בא מהצוות". ובתגובה אמרה א', "אני המסריחה, תסבלו אותי".

נערה מהקבוצה והמנחה שמרו על המטופלת, וכך התאפשר לא' להתחבר לחלקים הדוחים שבה, ולבטא משאלה שיקבלו אותה כמו שהיא. הנערה מהקבוצה ששמרה עליה שללה את החוויה שלה במילים (יש לך ריח טוב), ובגוף יצרה עמה חיבור קרוב בחיבוק. המנחה שמרה עליה בהרחקת האש ממנה אל נשות הצוות, שגופן האנושי עלול אף הוא להביך.

"שעיר לעזאזל"

מצאנו שקבוצות הטרוגניות, של בולימיות עם אנורקטיות, בדרך כלל מתפקדות באיזון טוב יותר. משקל אינו מדד העומד בפני עצמו ליכולת הוויסות. ל', נערה צעירה עם עודף משקל וחוסר מוטיבציה, מצטרפת לקבוצה שבה המשתתפות הוותיקות מבוגרות ובוגרות ממנה. בפגישה הראשונה שלה ל' משתלטת על הכדור שבו שיחקה הקבוצה. אחרי ניסיונות רבים של הצוות להשיב לקבוצה את הכדור, ללא הצלחה, אחת הנערות לוקחת את הכדור, מניחה אותו בחיקה של ל' בתוספת בעיטה. נערה נוספת תוקעת אגרוף בכדור. בסיום הפגישה הן מתייחסות להצטרפותה של ל' גם במילים: "השינוי לא לטובה".

ל' היא התגלמות הסיט של האנורקטיות והבולימיות. היא מראָה של כישלון בהופעתה ובהתנהגותה: מגלמת היעדר יכולת להתאפק וחמדנות (greediness). הרעב זועק ממנה. הכדור שביטא מזון מבוקש הפך למזון מורעל כשנבעט לתוך חיקה של ל'. שעיר לעזאזל בקבוצה מבטא דחפים מושכים ומאיימים. הקבוצה מגנה ודוחה אותו בצורה אקטיבית (כשהמנחה אינו מבחין בכך הוא עלול למצוא את עצמו משתתף בהקרבת קורבן אכזרית).

"נגטיביזם: האם המכל שורד"

רוב המחלקה להפרעות פסיכוסומטיות מאוכלסת במאושפזות עם הפרעות

אכילה. ע' חריגה במחלקה. היא אושפזה בשל סוכרת מאוד לא מאוזנת. פעמים רבות הגיעה ע' לטיפול נמרץ עם היפר-גליקמיה. הפרעת האכילה הבולימית התבררה רק במהלך האשפוז במחלקה להפרעות אכילה. היא אכלה אכילת בולמוס, ובמקום להקיא, לא לקחה אינסולין, וכך השתינה את הקלוריות החוצה. כמידת המזוכיזם כלפי עצמה, מידת הסדיזם שביטאה בקבוצה, באמצעות pairing שלילי עם ס' – זוג שלילי שקשה להפריד אותו.

התנהגותן בקבוצה אגרסיבית, שתלטנית, פרובוקטיבית ובוטה באופן יוצא דופן. ע' מנסה להשתלט על הקבוצה דרך קביעת המוזיקה, דרך כיבוי האורות. היא אומרת, "אני המלכה!" שתיהן מדברות בזלזול מאחורי גבן של המטופלות ושל הצוות. דרכן להתמודד עם החרדה היא בנגטיביזם ואישייכות. כשהכדור מגיע לידיהן הן מוסרות אותו זו לזו בלבד. כשהכדור עובר בין משתתפות הקבוצה הן ממציאות לכולן שמות גנאי. כשיש תנועה בקבוצה הן לא משתתפות, כשאין תנועה בקבוצה הן רוקדות. כשהמנחה נוגעת ב-ע' כדי שתקום לחימום במעגל, ע' מטיחה שזה "אונס", דורכת על ס' ולא מאפשרת לה לקום ולהשתתף. ס' מצייתת לע' ולא משתתפת כדי שע' לא תגיד שהיא שמנה, כך היא נותרת כבולה. ס' האנורקטית מושקעת בהופעתה החיצונית ומתפתה לשרוף קלוריות. כשנאמר לה לא להתבלבל, שלא באנו לרדת במשקל, היא צועקת, "המנחה אמרה שאני שמנה". כשהמאמצים להפריד בין הזוג השלילי נושאים פרי, תחילה ע' ישנה, באופן זה היא נפרדת ולא הרסנית. בהדרגה היא מוכלת יותר והתנגדותה מרוככת. לאחר הרפיה היא אומרת, "לא הרביצו לי", חושפת פגיעות השלכתית. כשמתעלמים מע' היא מוחה, אך כשהיא מקבלת מגע מהצוות היא מרגישה שהצוות השתגע.

המניפולציות של ע' ("המנחה אמרה שאני שמנה") הופכת את המנחה לאובייקט רודפני. הנערות מתעקשות לחבל בקשר, והצוות בתפקיד המבוגר שמתעקש על הקשר. במקרה של הזוג השלילי הצוות מוצא את עצמו לא פעם אימפוטנט ומשותק מול עוצמות תוקפנות. בתהליך של הזדהות השלכתית ע' מבטאת חשש מפגיעה ומנקמה של הצוות. המשתתפות מבטאות קול קבוצתי. מנחה הקבוצה צריך לדעת להתמודד עם ההשלכות שעושות אותו רע, עוין, חסר אונים או כול יכול, ולעבדן בתוך הקבוצה.

התנגדות לקשר שייכנס לתוכה

ייאוש. כשהצוות עסוק ב־reaching out למטופלת שמתקשה, לא פעם זה מתפרש כהתקפה. מטופלת אחרת בדרך כלל תתגייס להגנתה, תצבע את הצוות בגווניו של עוינות, חודרנות, הצקה וחפירה. המטופלות מתאגדות מול הצוות לשמור על אחת משלהן. כשהצוות הופך עם הזמן ממפלצות רודפניות לאימהות טובות תתגייס הקבוצה לעודד בנות להשתתף, להשתמש בקבוצה ולהירגע בתוך הקבוצה. ה', מטופלת אנורקטית ששכבה בצד, לא השתתפה ולא התחברה לקבוצה בשום דרך לאורך כל שהותה בקבוצה. ה' נפרדת מהקבוצה עקב שחרורה מהמחלקה. לה', שהקפאיה את נוכחותה בקבוצה, היו כפות רגליים קפואות סגולות, שביטאו זאת. הנוכחות שלה עוררה גם בצוות זעם ותחושה שהיא מפריעה. בהיעדר חיבור יש קושי להיפרד. אחת המטופלות מציעה שכל אחת תניח עליה שקית אורז. מטופלת אחרת ואומרת שזה כמו להניח אבן על קבר, מניחה שקית אורז ואומרת "יהי זכרך ברוך". רוב השקיות נותרות במקומן בלי התייחסות לה'.

הצוות מחפש מילים להפוך את הרעל לחלב מתוק, להוציא את העוקץ, ולא תמיד מוצא. יש כאן ביטוי לקושי בפרדה, לקנאה ולזעם כלפי השחרור של ה', שלא נכנעה, והמשיכה עד הסוף לא לתפקד בקבוצה, כביטוי לשמירה על המחלה. תקווה. נערות שחוסמות את הגישה אליהן יכולות שלא להשתתף בטיפול בדרכים שונות. א' עושה את ההפך מהמצופה ממנה בסטינג: בטיפול הוורבלי היא מנמנמת ובטיפול בתנועה מדברת, מנהלת מאבק על שפת המעטפת. א' בולימית שהוריה גמלו אותה בגיל שלושה חודשים. כשאחיה נולד כשהייתה בת שלוש, הרגישה לא אהובה והחלה להכות ילדים. בנושא הציונים בבית הספר הפעילו הוריה מערכת ענישה נוקשה. באחת הפגישות היא דיברה על הסרט "חומות של תקווה", ונפל לה האסימון שזה כמו במחלקה, שמי שבאמת רוצה להשתחרר יכולה. באחת הפגישות, כשכל מטופלת נותנת תנועה שכולן חוזרות עליה, א' נותנת תנוחת יוגה. כל פעם שחוזרים לתנועה שלה, חוזרים בסבלנות לתנוחה יוצאת הדופן של א', לשקט שלה. בסיום א' משתפת בחלום שחלמה: "הייתי עם המשפחה בקניון ורבותי עם אחי. אחי דחף אותי מהחלון, ונפלתי על הדשא. ואז דויד מ'נולד לרקוד' לימד אותי לרקוד. מישהי עפה מהתחרות ונתנו לי הזדמנות".

הדמות הנוקשה משופטי "נולד לרקוד", כמו החינוך הנוקשה של הוריה, בוחרת בה, מטפחת אותה. היא נופלת למקום רך, מקום של תקווה. א' למדה לזהות במעטפות הנוקשות (המחלקה, הסביבה ההורית) גם את הרוך.

דין

בהקדמה הוצג הפוטנציאל הרב בטיפול בתנועה בקרב מתבגרות עם הפרעות אכילה והקושי לממש טיפול זה. כדי להתגבר על הקושי, המתבטא בסרבנות (negativism, מודעת), בהתנגדות (resistance, לא מודעת) ובהימנעות (avoidance, סגנון התמודדות), שאלנו מודל קיים והתאמנו אותו לאוכלוסייה ספציפית, ויצרנו מודל משולב: דיאדי קבוצתי.

על אף הסרבנות, ההתנגדות וההימנעות, ברמה האישית והקבוצתית, קבוצות התנועה מתפקדות ופעילות רוב הזמן. הסרבנות הקבוצתית מאפשרת תהליכים של "מרד" מול עולם המבוגרים, פונקציה התואמת את קבוצת הגיל (peers). המרד נעשה בדרך כלל בצורה אקטיבית, בתוך הטיפול (סירוב לקום לחימום, להבדיל מיציאה מהקבוצה), אפשר עבודה עם הגוף ותנועה, ופיזור טרנספרנס שלילי בתוך מכל אימהי מורחב, שהיה מסוגל בדרך כלל להכיל את התופעה בלי לשתק את הקבוצה.

נוסף על תהליכים קבוצתיים אינטר-פרסונליים, אפשר המודל התפתחות אישית למטופלות. קבוצות התנועה נעשו מבוקשות במחלקה, הן בקרב המטופלות והן בקרב הצוות, ונוצרה העברה והעברה נגדית חיובית. במצבי מצוקה ומשבר של מטופלות הייתה למנחה, בעזרת נשות הצוות, יכולת הכלה טובה דייה לשמור עליהן מפני פגיעה והיפגעות.

על אף היתרון בריבוי מטופלות בקבוצה לעתים נצפו בלבול בתפקידים, לעתים תוקפנות כלפי מטופלת או אשת צוות, מבלי שהייתה הגנה מספקת של המנחה ונשות הצוות. לפיכך התבהר הצורך במתן אמון מלא במנחת הקבוצה ובהידברות תנועתית ומילולית בין המנחה לנשות הצוות במהלך הקבוצה. זאת ועוד, בסוף כל קבוצה מתנהל סיעור מוחין של המנחה ונשות הצוות המטפל, והמנחה נמצאת בהדרכה באופן שוטף.

המודל הדיאדי (אשת צוות-מטופלת) התקיים מעט משצפינו. בפועל רוב הזמן התהוו זוגות של מטופלות לצד זוגות של נשות צוות, מבנה שאפשר תנועה דרך modelling זוג מול זוג. הטיפול הדיאדי בתוך הקבוצה אינו קלאסי, אך

נראה שהוא יכול לאפשר הפנמה של דיאדה אחרת. במודל מתקיימת זרימה בין טווחים. ככל שהקבוצה רגרגסיבית יותר, הדיאדות תהיינה של אשת צוות-מטופלת. ככל שהקבוצה פרוגרסיבית, הדיאדות תהיינה של מטופלת-מטופלת, כמצופה בגילן. שנים של התנסות במודל פיתחו והגמישו אותו, ואפשרו למודל מנעד ומכל רחב יותר.

הקבוצות מאפשרות להתמודד בדרך ייחודית עם ההתנגדות האינהרנטית של מתבגרות עם הפרעות אכילה לקשר עם הגוף, ומסייעות באבחון מצב המטופלות ובקידום תהליכי ההחלמה.

מצאנו שהמטופלות מתקשות בחימום ושונאות אותו כי הן נחשפות בו לקנאה ולתחרות, אך בלי החימום אין מצע לשלבים הבאים. עוד מצאנו שהן נהנות ואוהבות לגלות מחדש את היכולת לשחק (סימבוליזציה). למרות השנאה לגוף הן נהנות לשחק ולעיתים אף לרקוד.

כשאנו שואלות את עצמנו מה גורם להן לזוז, מעבר למכל הרחב של צוות המשתתפות הפעילות; מה מאפשר להוציא תנועה ממטופלות ששונאות את גופן וחרדות מכל הקשר לגופן? התשובה קשורה חלקית בהלך הרוח (state of mind) שעמו ניגשנו לקבוצה בכל מפגש מחדש: הלך רוח של ציפייה לתפקוד ודרישה למלא אחר הכללים בקבוצה על אף הקשיים. כלומר הקשר של מצע אמפתי, שבו שומרים על גבולות באופן רך וגמיש, מספק גבול של עור נושם, שמשמש מצע אמפתי להתפתחות.

תקצר היריעה מלהתייחס לסוגיה המורכבת של שימוש במגע במסגרת מאמר זה. נציין רק שאנו מאמינות ששימוש במגע ישיר או דרך אביזרים מתווכים לאוכלוסייה זו הוא קריטי ואפקטיבי.

ערך מוסף יש להנחיה משותפת (הקבוצות במודל הונחו בתקופות שונות בהנחיה משותפת). דינמיקה מורכבת בפני עצמה שתרמה למשתתפות מודל של זוג הורים שמתקשרים ביניהם, כבמודל משפחתי.

בעתיד רצוי לעסוק בשאלה מה מאפשר למנחות, המטפלות בתנועה, לשרוד בעבודה כה מאתגרת עם אוכלוסייה כה מתסכלת לאורך שנים; מה מאפשר להן לשמור על היכולות היצירתיות. יש מקום להרחיב את הדיון בתהליכי העברה גופניים ספציפיים לאוכלוסייה זו; כיצד הגוף של המנחה ונשות הצוות והדינמיקה עמן וביניהן משמשים תשתית להתארגנות פסיכוסומטית שונה.

מקורות

- אופיר, יעל, 1983. "אני שייך לעצמי", *הד החינוך* (יוני): 24-26.
- אנזייה, דידיה, 2004. *ה"אני עור"*, תרגום: אורית רוזן, תל אביב: תולעת ספרים.
- אריקסון, אריק הומבורגר, 1974. *ילדות וחברה*, תרגום: אורי רפ, מרחביה: ספרית פועלים.
- בכר, איתן, 2001. *הפחד לתפוס מקום: אנורקסיה ובולימיה – טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי*, ירושלים: מאגנס.
- הרמן, ג'ודית לואיס, 2005 [1992]. *טראומה והחלמה*, תרגום: עתליה זילבר, תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, דונלד וודס, 1996 [1975]. *משחק ומציאות*, תרגום: יוסי מילוא, תל אביב: עם עובד.
- יאלום, ארווין, 2006. *טיפול קבוצתי: תאוריה ומעשה*, תרגום: בן ציון הרמן, אור יהודה: כנרת, זמורה-ביתן, דביר.
- מטרי, יעקב, 2005. *בית לנפש: החיפוש אחר העצמי האמיתי והמרחב הנפשי*, בן שמן: מודן.
- מקדוגל, ג'ויס, 1998. *תיאורני הגוף: גישה פסיכואנליטית למחלות פסיכוסומטיות*, תרגום: מרים קראוס, תל אביב: דביר.
- קפלן, חיותה, יהודית הראל ורעיה אבימאיר-פת (עורכות), 2010. *הטיפול הדיאדי: מפגש בין המעשה הטיפולי והתיאוריה*, חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- שחר-לוי, יונה, 1989. "גילוי וכיסוי בלשון הגוף: מבט לעולם הטיפול בתנועה", *שיחות ד* (1): 25-31.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Brand-Gothelf, Ayelet, Shula Parush, Yehudith Eitan, Shai Admoni, Eitan Gur, and Daniel Stein, 2016. "Sensory Modulation Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Pilot Study," *International Journal of Eating Disorders* 49 (1): 59-68.

Bruch, Hilde, 1985. "Four Decades of Eating Disorders," in: David M. Garner and Paul E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*, New York: Guilford Press, pp. 7-18.

- Bloch, Sidney, 1986. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy* (APA Annual Review), Washington, D.C.: APA Press, pp. 679-698.
- Carter, Jacqueline C., Kimberley B. Mercer-Lynn, Sarah Jane Norwood, Carmen V. Bewell-Weiss, Ross D. Crosby, D. Blake Woodside, and Marion P. Olmsted, 2012. "A Prospective Study of Predictors of Relapse in Anorexia Nervosa: Implications for Relapse Prevention," *Psychiatry Research* 200 (2-3), pp. 518-523.
- Chaiklin, Sharon (ed.), 1975. *Marian Chace: Her Papers*, Colombia: America Dance Therapy Association.
- Chaiklin, Sharon, and Claire Schmais, 1979. "The Chace Approach to Dance Therapy," in: Penny Lewis Bernstein (ed.), *Eight Theoretical Approaches to Dance/Movement Therapy*, Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, pp. 15-30.
- Davis, William N., 1991. "Reflections on Boundaries in the Psychotherapeutic Relationship," in: Craig L. Johnson (ed.), *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press, pp. 68-85.
- Davies, Jody M., and Mary G. Frawley, 1994. "Eight Transference Positions," in: *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse*, New York: Basic Books, pp. 167-185.
- Fisher, Seymour, and Sidney E. Cleveland, 1968. *Body Image and Personality*, New York: Nostrand.
- Fletcher, Diane, 1979. "Body Experience within the Therapeutic Process: A Psychodynamic Orientation," in: Penny Lewis Bernstein (ed.), *Eight Theoretical Approaches to Dance/Movement Therapy*, Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, pp. 131-154.
- Freud, Anna, 1958. "Adolescence," *The Psychoanalytic Study of the Child* 13, pp. 255-278.
- Freud, Sigmund, 1923. *The Ego and the Id*, Joan Riviere (trans.), London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.
- Garner, David M., 1991. *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goodsitt, Alan, 1985. "Self-Psychology and the Treatment of Anorexia Nervosa," in: David M. Garner and Paul E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*, New York: Guilford Press, pp. 55-82.
- Hall, Alyson, 1985. "Group Psychotherapy for Anorexia Nervosa," in: David M. Garner and Paul E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*, New York: Guilford Press, pp. 213-239.
- Hyman, Kaye Walter, Michael Strober, and David Jimerson, 2004. "The Neurobiology of Eating Disorders," in: Dennis S. Charney, and Eric J. Nestler (eds.), *The Neurobiology of Mental Illness*, New York: Oxford Press, pp. 1112-1128.

- Kleinman, Susan, 2009. "Becoming Whole Again: Dance/Movement Therapy for Those Who Suffer from Eating Disorders," in: Sharon Chaiklin, and Hilda Wengrower (eds.), *The Art and Science of Dance/Movement Therapy: Life Is Dance*, New York: Routledge, pp. 125-144.
- Krantz, Anne M., 1999. "Growing into Her Body: Dance/Movement Therapy for Women with Eating Disorders," *American Journal of Dance Therapy* 21 (2): 81-103.
- Krueger, David, 1989. *Body Self and Psychological Self: Developmental and Clinical Integration in Disorder of the Self*, New York: Bruner/Mazel.
- Laufer, Moses E., 1981 "The Psychoanalyst and the Adolescent's Sexual Development," *Psychoanal Study Child* 36, pp. 181-191.
- Lowen, Alexander M. D., 1975. *Bioenergetics: The Revolutionary Therapy That Uses the Language of the Body to Heal the Problem of the Mind*, Penguin Books.
- Mahler, Margaret S., Fred Pine, and Anni Bergman, 1975. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, London: Marsfield Library.
- Penfield, Kedzie (1992). "Individual Movement Psychotherapy: Dance Movement Therapy in Private Practice," in: Helen Payne (ed.), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*, London and New York: Tavistock Routledge, Ch. 8, pp. 163-182.
- Rice, Julia B., Marylee Hardenbergh, and Lynne M. Hornyak, 1989. "Disturbed Body Image in Anorexia Nervosa: Dance/Movement Therapy Interventions," in: Lynne M. Hornyak and Ellen K. Baker (eds.), *Experiential Therapies for Eating Disorders*, New York: The Guilford Press, pp. 252-278.
- Schlegl, Sandra, Alice Diedrich, Christina Neumayr, Markus Fumi, Silke Naab, and Ulrich Voderholzer, 2016. "Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome," *Eur Eat Disord Rev.* 24 (3): 214-222.
- Selvini Palazzoli, Mara, 1974. *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*, New York: Jason Aronson.
- Stark Arlynne, Simona Aronow, and Theresa McGeehan, 1989. "Dance/Movement Therapy and Bulimic Patients," in: Lynne M. Hornyak and Ellen K. Baker (eds.), *Experiential Therapies for Eating Disorders*, New York: The Guilford Press, pp. 121-143.
- Stein Daniel, Israel Orbach, Mirit Shani-Sela, Dov Har-Even, Amit Yaroslavsky Dina Roth, Sorin Meged, and Alan Apter, 2003. "Suicidal Tendencies and Body Image and Experience in Suicidal and Anorexia Nervosa Female Adolescent Inpatients," *Psychotherapy and Psychosomatics* 72: 16-25.

- Steinhausen Hans-Christoph, 2002. "The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century," *American Journal of Psychiatry*, 159: 1284-1293.
- Stern, Daniel N., 1974. "The Goal and Structure of Mother-Infant Play," *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 13 (3): 402-421.
- Sugarman, Alan and Cheryl Kurash, 1982. "The Body as a Transitional Object in Bulimia," *International Journal of Eating Disorders* 1 (4): 57-67.
- Williams, Gianna, 1997. *Internal Landscapes and Foreign Bodies: Eating Disorders and Pathologies* (Tavistock Clinic Series), London: Karnac Books

שער שני

מיניות ואהבה, גוף ותנועה



עדי אנגלהרד

גוף ותנועה: מיניות ואהבה

עינת שופר אנגלהרד

הטיפול בתנועה מזמן מפגש אינטר־סובייקטיבי, שבו הגוף והמילה נוכחים באופן ממשי ודינמי. וכשהגוף בחדר גם המיניות של המטופל ושל המטפל נוכחת בו. הגוף, על כל זיכרונותיו, תחושותיו והרגשות שבו, מקבל מקום מרכזי בתהליכי העברה־העברה נגדית סומטית, ובתוך כך היותו מקור לעונג, לקרבה, לסבל, לבושה, ועוד. מטופלים רבים מגיעים לטיפול עם תלונות על קשיים ביצירת קשר, באינטימיות וביצירת זוגיות, דאז סיפורי הגוף קמים לתחייה ומתקיימים במרחב הטיפולי. כמטפלים בתנועה עלינו לפתח רגישות לתחושות הגוף של המטופל, אך בראשית, לגוף שלנו. להלן אדון בשאלה מדוע חשוב שנהיה בקשר עם המיניות שלנו, ומה הסכנות מכך שלא נהיה בקשר עם עוררות הגוף במפגש הטיפולי.

כריסטופר בולאס (2009 [2000]) מתייחס לסוגיה זו במאמרו "בראשית היתה האם" ומסביר כיצד נרשם בגוף עונג. לדבריו, היכולת לחוש הנאה מעונג היא הישג התפתחותי שראשיתו באזורים הקדם־זרביים היכולת להיות במגע עם הגוף וליהנות מהמיניות שבו מתפתחת בקשר בין התינוק לאובייקט האהבה הראשון, והיא מבוססת על אם ותינוק שמשפיעים רגשית זה על זה. בולאס מתייחס לעונג של האם מהמפגש עם עור התינוק בזמן ההנקה והטיפול בו. העונג של האם מכך שהתינוק מטופל, ניזון ומוחזק מצטרף להתמוגגות של התינוק מכך שמטפלים בו. כאשר עונג מצטרף לעונג נוצרת ההדדיות. הילד משתוקק לתשוקה של האם, וזו משתוקקת לתשוקה של הילד. האם נהנית מהגוף של התינוק, והתינוק נהנה מההנאה של האם מהגוף שלו. במפגש ההדדי המהנה בין גוף האם לגוף התינוק ישנו מקום מרכזי גם למילה.

* הרצאת פתיחה, יום עיון בתכנית התואר השני בטיפול בתנועה, מכללת סמינר הקיבוצים, אפריל 2016.

העונג עובר מהגוף של התינוק לגוף של האם ומהגוף למילה שלה, ומהמילה שלה חזרה לגוף של התינוק. האם מגררת, מתפעלת, יוצרת פסקול להתענגות, והדיבור שלה קושר את העצמי הליבידינלי של התינוק לגוף שלו. המילה, המייצגת חוויה גופנית של התענגות, מעבירה חוויה סימבולית של מצבים גופניים. כך ריגוש מתורגם לתקשורת פסיכוסומטית בין שני אנשים ונרשם בגוף התינוק כעונג. הסופר אברהם בלבן (2000) מתאר בספרו שבעה חוויה של זיכרון לא מילולי של עונג שיש בו גוף ועוד גוף והדדיות: "[...] אני זוכר עכשיו את הרגע שקדם לו, זוכר במעורפל, בלי פנים, כאילו הזיכרון הזה מגיע אלי דרך העור: להיות על הידיים, להיות שייך ומחובק ולא חסר, להיות מוקף בשר חזק וחם, נישא על השפע הזה שהוא האימא שלי".

מרכיבי הקשר הלא ורבלי עם אובייקט האהבה הראשון מוטבעים כתלכיד זיכרון בגוף התינוק ומשפיעים על חוויית המיניות בבגרות. בולאס מתאר שיבוש ברישום הגופני של עונג, ומצייר דמות של אם היסטורית שאינה מזניחה או תוקפנית. יש לה ציר זמן של החזקה היא מכילה ומחזיקה אבל בתחומים מסוימים יש לה קושי. האם ההיסטורית מדחיקה את העוררות שלה עצמה במפגש עם התינוק, ומעבירה לתינוק את המסר שגם הוא אינו מרגיש דבר. במצבים האלה אין שזירה בין ההנאה של האם להנאה של התינוק ובין החוויה בגוף למילה המלווה אותה. המיניות לא נרשמת כתקשורת המתקיימת בתוך חוויה זוגית. כאשר הטיפול בגוף התינוק הוא משימתי בלבד, בין התינוק לאם נוצר קשר במנותק מהסומָה, ולאט־לאט גם התינוק מפנים שיש אזורים בגוף שמותר להפיק מהם הנאה ואזורים אחרים שאסור. דוגמה שכיחה לביטויים של השיבוש במפגש עם הגוף עלולה להופיע בזמן הרחצה. אימא שמקלחת תינוק שצורח מנסה להרגיעו ומפתה אותו בדיבורים: "עוד מעט אבא יבוא", "נסיים ונלך לאכול שוקולד", והמגע בגוף הוא מנותק, אין "כאן ועכשיו", אין מפגש גוף אל גוף. הארוטיות היא רק בפנטזיה.

ניתוק מהגוף, היעדר הדדיות והיעדר מכל למעבר בין גוף למילה הם מתכון לאישיות היסטורית, שבאה לידי ביטוי בקושי להתענג על הקרבה, לחוות אינטימיות וליהנות בה. התענגות בהיסטוריה מלווה תמיד בהרגשת אשמה וסבל. זהו סבל נוראי שמבטא את הקושי להיות במגע עם הגוף שלי ועם הגוף של האחר. מי שגדל אצל אם בעלת דפוסים היסטוריים מקיים כמבוגר את הניתוק של האם מגופו כתינוק, וחי את חייו הבוגרים במנותק מגופו שלו. בקליניקה

אפשר לשמוע תיאורים כמו "אני רוצה לגעת באשתי אבל מדמיין שיש בינינו קיר"; או לצפות במקרים של התנהגות פתיינית בצד חוסר יכולת להיות בקשר אינטימי וקרוב.

בהיסטוריה הדחף לא מומר לסימבול, למילה שמייצגת את העונג, אלא להתנהגות היוצרת אשליה של אינטימיות. במנותק מהסדר הסימבולי הגופני, מטופלים היסטריים יכולים להיות מספרי סיפורים, לרתק אותנו במילים ולהתענג עליהן. הסיפור הוא במרכז, אבל הם אינם מעורבים בו רגשית. הם מדברים על איך הטיפול עובד, על הבנה קוגניטיבית של מצבים שחוו, עוסקים רבות במחשבות על קשר ועל קושי להיות ביחסים אינטימיים. המילה מכסה על הגוף ותחושותיו.

להיות בטיפול הוא אתגר לא פשוט למטופל היסטרי, שכמו אומר, כשאני מבין אותך ואתה מבין אותי אני לא יכול לסבול את זה. אם נפש נוגעת בנפש, הנפש מתענגת ועמה גם הגוף. כאשר נוצרות התקרבות המטופל מנתק את הקשר. על פי בולאס (2009 [2000]), הטיפול עצמו הוא חוויה ארוטית. הדיבור יוצר חוויה מלטפת ועוטפת בדיוק כמו שהידיים מלטפות את גוף התינוק. הטיפול מתיח את תחושות הגוף ואת האמון ביכולת של המילה לבטא רגש.

כשהחוויה של המטפל היא לא היסטרית הוא ער לתחושות הגוף שלו ושל המטופל. חוויות גוף עוברות מהגוף של המטופל לגוף המטפל, מגוף המטפל לצליל ומהצליל של המילה חזרה למקום הנכון בגוף המטופל. כך הדיבור לא מנותק מהנאה משותפת, מרגש ומגוף. יהודה עמיחי כותב: "באהבתנו גוף הפך מקום", ובולאס משלים ואומר, באהבתנו מתפתחת האפשרות להתענג מהגוף ולהיות בקשר שיש בו הנאה מאינטימיות ותשוקה. הרשות להתענג היא הבסיס למיניות בוגרת שיש בה חושניות וארוטיקה, מיניות שהגירוי הגופני הקונקרטי בה משולב עם חוויה נפשית פסיכוסומטית.

בטיפול בתנועה הגוף נוכח באופן ממשי ודינמי, המטפל מוכן להרגיש ולחוש, להיות מושפע מנוכחות המטופל ומהיותו וללהרגיש בין היתר גם הנאה. ההנאה של המטפל מהחוויה המשותפת עם המטופל – בהתבוננות עליו בתנועה ובהצטרפות לתנועה – מאפשרת התחלה של הדדיות שיסודה באזורים הקדם-ורבליים.

במעבר מהמילה לתנועה ומתנועה למילה מתפתחת היכולת לחשוב את החוויה הגופנית הקונקרטית ולעבד אותה רגשית. בתנועה משתחזרים רגעים של ניתוק, ריגוש, צמצום, הנאה מגוף או אשמה מהנאה, חודרנות, בדידות, וגם

חרדה ממה "שיראו לי", ממה שיתגלה וייראה. המטפל נותן לתחושות לפעול בו, ובהדרגה בגוף ובמילה את החוויה הגופנית הוא מאפשר מחדש את הקשר בין הגוף לנפש, את תחילתה של הסימבוליות של החוויה הגופנית. הקשב של המטפל לתחושות הגוף שלו מאפשר למטופל ללמוד את גופו באופן שאינו מנותק מנפשו. כאשר המטפל אינו ער לתחושות העולות בו אל מול המטופל הוא עלול לשקוע בהתענגות בפיזיות, להתמוסס בתוכה ללא יכולת לחשוב את החוויה, ולהישאב למילים במנותק מהחוויה בגוף. בטיפול בתנועה המעבר בין החוויה בתנועה בגוף לבין היכולת לדבר על התנועה, לחשוב אותה, לשהות בה ולתת לה משמעות מאפשר את הצמיחה הרגשית.

מקורות

בולאס, כריסטופר, 2009 [2000]. "בראשית היתה האם", בתוך: היסטריה, תרגום: לירון מור, תל אביב: תולעת ספרים, עמ' 64-91.
בלבן, אברהם, 2000. שבעה, תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

פנים רבות לה, למיניות

ברכה הדר

אפתח בהגדרה: למה אני מתכוונת כשאני מדברת על מיניות (sexuality)? סקס הוא חלק מהעניין, אבל מין ומיניות אינם אותו הדבר. במיניות אני מתכוונת לזרימת החיות בגוף, המחוברת לזהות המגדרית ופונה גם אל האחר. מיניות נמצאת בחיינו מרגע הלידה ועד סוף החיים, והיא מקבלת פנים שונות בשלבי החיים השונים.

אתמקד בשלושה נושאים הקשורים זה לזה: הראשון, הקשר הראשוני עם האם ככוח חיים שיש לו השפעה על התנעת המיניות של התינוק במהלך התפתחותו; השני, האימהות כביטוי של מיניות בחיי האישה; והשלישי, המיניות המתקיימת ביחסי מטפל/מטופל ככוח מניע של הטיפול, וכיצד, לדעתי, עלינו לטפל בה. להשקפתי, המיניות מחזיקה הרבה מחידת הקיום שלנו ויש בה גם אלמנטים מיסטיים. למרות כל מה שנכתב על הנושא אנחנו, כבני אדם בכלל וכמטפלים בפרט, עדיין לא יודעים איך להתמודד אתה. הרבה מאוד חומר תאורטי נכתב על מיניות, ברובו משעמם וכתוב בצורה ש"מייבשת" את כל המיניות שהכותב מתייחס אליה, או שיש בו פיתוי אינטלקטואלי ואז האיבר המיני הוא האינטלקט. האתגר הגדול ביותר שלי הוא לדבר על מיניות באופן שיבטא את ההבנה המקצועית שלי במינון כזה שלא יהיה אינטלקטואלי מדי על חשבון התשוקה שלי להעביר לכם את המסר הבא: אפשר להימנע מלהיות אדם מיני בכל סיטואציה שאנחנו נמצאים בה, בתנאי שנוותר על החיות שבתוכנו ועל החיות שבתוך הקשר שאנחנו נמצאים בו. זוהי נטייה אנושית כללית לווסת את המיניות על ידי הימנעות.

אני יכולה להבטיח לכם שלא אעמוד במשימה במלואה, מאחר שגדלתי בתרבות חברתית ומשפחתית שלמיניות לא היה מקום לגיטימי בה. למדתי

* הרצאה שניתנה ביום העיון "גוף ותנועה, מיניות ואהבה", תואר שני בטיפול בתנועה, מכללת סמינר הקיבוצים, אפריל 2016.

לא לבטא ולהסתיר אותה על ידי האינטלקט שלי. הנטייה הזאת היא מנגנון הישרדות שלי שמתעצם כשאני בסיטואציה מאתגרת, וזו בהחלט סיטואציה כזאת.

מתחילת דרכי המקצועית חיפשתי את הדרך להתחבר אל הגוף ואל המיניות ולא הסתפקתי בהתייחסות אל המיינד בלבד. מדובר בחיפוש אינסופי. אפתח בעבודתה של גלית אטלס, פסיכואנליטיקאית ישראלית שחיה וכותבת בניו יורק ומחוברת לכותבים החשובים ביותר בתחום הפסיכואנליזה ההתייחסותית – לואיס ארון וג'סיקה בנג'מין. אטלס כותבת על כך שהקשר הראשוני (attachment) של תינוק ואימא יוצר את הפרוטוטיפ להתנהגות מינית מאוחרת יותר.

הקשר הראשוני עם האם ככוח חיים שיש לו השפעה על התנעת המיניות של התינוק במהלך התפתחותו

אלין טוצ'ילו (Tuccillo, 2006), אנליטיקאית מתחום האנליזה הביואנרגטית, שאלה את עצמה איך אנחנו בונים גוף שמקורקע במציאות, שיודע, ברמת התאים, את הערך העמוק של מיניות לבריאות ולאוויר. גוף שיודע בתאים, בעצמות, בלב ובאיברי המין, שמיניות היא הבסיס לכוח החיים. טוצ'ילו משרטטת מודל התייחסותי להתפתחות בריאה של מיניות אנושית (שם). לדבריה, החיבור לאם הוא המפתח לתחושת הנוחות שיש לתינוק עם עצמו. אי-אפשר להפריז בחשיבות שיש להתאהבות (falling in love) הקורית בין האם לתינוק. הקונפליקט האדיפלי מכניס מורכבויות נוספות, וטוצ'ילו בוחנת את ההשפעה של כל אחד מההורים בשלב האדיפלי על התפתחות המיניות.

אצל הילד הקטן אפשר לראות חיבור בין פתיחת הלב לאהבה לבין ההתרגשות הגופנית בתוך הקשר עם ההורים. במקרה הטוב החיבור הזה ישוכפל גם בתוך החיים הבוגרים. אנחנו פוגשים יותר ויותר אנשים שעבורם המין והלב (אהבה) הם שתי פונקציות נפרדות לחלוטין. התזה של המאמר של טוצ'ילו היא שמיניות בוגרת בריאה מושתתת על יחסים בריאים, בכל הנוגע למיניות, של הילד עם כל אחד מהוריו. ביחסים אלה צריכים להופיע שישה רכיבים שהם התנאי לכינון יחסים מיניים בריאים:

- ביטחון
- אהבה

- קבלה וטיפוח של כוח החיים
- הערצה והתפעלות
- יכולת הכלה של עונג
- מודל הזוגיות של ההורים

ששת הגורמים ההתייחסותיים האלה נעשים מובנים בגוף באופן סומטי, וחסכים בהם אינם ניתנים לתיקון במלואם בטיפול.

אדגיש את יכולת ההכלה של עונג כתרומה ייחודית של האנליזה הביו-אנרגטית. תרבויות רבות, ובייחוד תרבויות דתיות, מתקשות ללמד את הילד כיצד להכיל עונג וליהנות ממנו. טוצ'ילו רואה ביכולת זו חלק מכוח החיים שיש לו חשיבות גדולה לגוף ולבריאות.

גוף שמקורקע בערך של עונג לחיים הוא גוף פתוח, גמיש וחי בכל חלקיו. מיניות היא בעצם הרפתקה של עונג – מסע של חקירה וגילוי. החוויה של עונג מלמדת אותנו מה טוב לגוף ומחברת אותנו למציאות של הטוב הקיים ביקום.

ז'אק לפלאנש (2012), פסיכואנליטיקאי צרפתי, מחזיר אל החשיבה הפסיכואנליטית את המקום המרכזי של המיניות המורחבת ומחזק את התפיסה שלסביבה שהתינוק גדל בה יש תפקיד מחיה, בהיותה המקור של היווצרות הממד המיני שביסוד הנפש האנושית. תפיסה זו מקבלת ממד מועצם בכתיבתה של ג'וליה קריסטבה, פסיכואנליטיקאית ייחודית שהתחנכה על ברכי לאקאן והאסכולה הצרפתית, אבל עוסקת גם בבלשנות, ספרות, היסטוריה, פילוסופיה ואמנות.

אטייחס עתה למאמרה (Kristeva, 2014) Reliance Or Maternal Eroticism כשקראתי את המאמר התקשיתי להבינו ונעזרתי לשם כך במאמרה של רוזמרי בלזאם, פסיכיאטרית ופסיכואנליטיקאית אמריקאית (Balsam, 2014), המדגישה את התשוקה וההתרגשות שמתוכה קריסטבה כותבת ואת המוזיקה של כתיבתה. התיאור הזה הסביר לי למה נשביתי כל כך במה שהיא אומרת. היא כותבת בצורה אינטלקטואלית וגבוהה, אבל התשוקה שמורגשת בכתיבתה עוברת גם דרך המילים הקשות והלא מובנות.

מאז פריוד דגש רב מושם בפסיכואנליזה על הפונקציה האבהית (paternal function) ופחות מדי על הפונקציה האימהית. בתאוריה הלאקיאנית "האישה אינה קיימת" ומודגשת חשיבות מקומו של האב (שפה, חוק, גבולות). קריסטבה פורצת דרך בשדה התאורטי הגברי המקובל ומפנה מקום לכוח החיים הנשי

ולהשפעתו על חיינו. לתפיסתה, מדובר ביותר מפונקציה. מדובר בתשוקה ובהשתתפות אמוציונלית של רכות ואלימות במעשה האימהי, הכולל התעברות, היריון ולידה – שכולם מתחוללים דרך הגוף.

קריסטבה שרה המנון לעוצמה האוהבת של החיים, או בלשונה: ה"פראות האוהבת של החיים" (loving ferocity of life). המילה ferocity מדברת על עוצמה שיש בה תוקפנות מתפרצת, כוח חיים שבא מתוך הגוף הנשי שצריך לפרנס אותה הן כאישה והן בתפקיד האימהי שלה, שמעניק כוח חיים לתינוקה. וכך קריסטבה גם כותבת – באותה עוצמה תוקפנית מתפרצת ומלאת תשוקה. קריסטבה אורגת את הגוף והנפש יחד. היא מחזיקה את הגוף ואת הנפש של האם והתינוק באותה עריסה. ההדדיות של הארוטיות של האם והתינוק היא מעיין החיים. זוהי היקשרות (attachment) אפקטיבית שהתינוק חווה כאפקט ראשוני, לפני כל הדחקה. זהו הניצחון של הארוטיזם בטרם מתרחש הפיצול של נפרדות לעצמי ולאובייקט. עבור קריסטבה היריון הוא פסיכוזה נשית זמנית – מצב שבו אין הפרדה בין האם לתינוק, והילד הוא באמת חלק מבשרה של האם.

האימהות כביטוי של מיניות בחיי האישה

ההיריון, תהליך הלידה והלידה עצמה הם ארוטיים משום שכולם באים מהגוף, מהבשר. אטלס מרחיבה את הפריזמה של האירוע הדרמטי הזה ומציעה להסתכל על התהליך היצירתי של לידת ילד כאחד השברים בחייה של האישה, שהם חלק מתהליך נורמלי במהלך ההתפתחות. תהליך זה מכיל את הפוטנציאל למשבר ולהתפרקות אך גם את הפוטנציאל לאינטגרציה מחודשת והתפתחות שיש בה חידוש. היא מציינת שהתהליך המורכב של לידה לא זכה להתייחסות פסיכואנליטית מעמיקה. באימהות המתח בין יצירה, אובדן ופרגמנטציה (התפרקות) הוא חוויה אניגמטית, ואטלס מנסה לתת לה קול – חוויה של שבר באחדות שאין לה מילים. זהו שבר של גבולות, של המשכיות ושל משמעות, של הבחנה בין עצמי לאחר, של ההפרדה בין פנים לחוץ ובין מודע ללא מודע. אטלס היא ממשיכת דרכם של הקולות התאורטיים הנשניים (סימון דה בובואר, ג'וליה קריסטבה, ג'סיקה בנג'מין) הנותנים מקום גם לאם כסובייקט ולא רק לתינוק החדש. אטלס מדגישה ששבר באחדות של נפש וגוף הוא חלק בלתי נפרד מהתהליך של להיות אימא.

עבור קריסטבה הארוטי אינו רק מיני אלא הוא כרוך בארוס – הכוח היוצר חיים. האם מגלמת את המעבר מהעולם האילם (בשר) לעולם המדבר. כדי שהאם תמלא את התפקיד של פניות לתינוק, צריך שתהיה לה תשוקה אימהית להיות במגע עם האחר על חשבון עצמה. התחושה הזאת היא טרנספורמציה של תחושת שנאה לתחושה גופנית של דאגה (caring), שמבטאת "ידע" של החיים והמוות ושל השבירות של כל הסידור הזה. התשוקה האימהית היא פרקטיקה של התמסרות שבה האם סובלת סבל אקטיבי ומחזיקה מעמד. יכולת ההתנעה של האם את כוח החיים של תינוקה נובעת מהתשוקה שלה, העוברת דרך ה"עבודה" האימהית שהיא עושה. קריסטבה אומרת שהאימהות היא פסגת המיניות של האשה.

דוגמה ספרותית: "כאב", מאת צרויה שלו

איריס ואיתן הם זוג צעירים (בני 17). הם מאוהבים מאוד וצמודים זה לזה. אמו של איתן חולה ועומדת למות. איריס סועדת אותו ותומכת בו, אבל בתום ימי השבעה הוא עוזב אותה במפתיע. היא נופלת למצב של דיכאון עמוק, לא מתפקדת ולא קמה מהמיטה שבועות. היא מנהלת מאבק קיומי ממשי של לחיות או למות. כוח החיים מנצח, והיא מתאוששת וממהרת להתחתן עם מיקי. נולדים להם שני ילדים: עלמה ועומר. היא חיה חיי משפחה לא מספקים ולא ממש אוהבת את מיקי. יום אחד היא נקלעת לאזור של פיגוע ונפצעת קשה מאוד, וחייה הופכים למסכת של התמודדות עם הכאב הגופני, שמייצג את כל שאר הכאבים בחייה. עשר שנים לאחר מכן מתחדשים הכאבים והיא פונה לבית החולים. מתברר לה שאיתן למד רפואה ונעשה רופא במרפאת כאב. הם נפגשים לאחר 30 שנה, ואהבתם פורצת בעוצמה גדולה. איתן גרוש ומעמיד לפתחה של איריס את ההחלטה אם לפרק את משפחתה ולממש את אהבתם.

שלו מתארת את אהבתם של איריס ואיתן הבוגרים בעוצמות חזקות של עונג ותשוקה. הנה עומדת לפני איריס ההזדמנות לממש את הנשיות שהחלה לצמוח בגיל 17, ושאתן, כאשר נעלם פתאום, מחץ עד שכמעט מתה. בד בבד עם תיאור הקשר המתפתח וחבלי הבגידה המענים, שלו מתארת גם את יחסיה הקשים של איריס עם בתה עלמה, שהגיעה לשלב עזיבת הבית, לאחר השחרור מהצבא. היא הולכת ומתרחקת מהוריה, נעשית מזוהה ומדאיגה ומשדרת אותות

של מצוקה. ואז מגיעים סימנים לכך שעלמה שבויה בכת שמנהל הבוס של הפאב שבו היא עובדת, והיא עושה כל מה שהוא מצווה עליה (בעיקר לשכב עם הרבה גברים כדי לתרגל את המיניות שלה).

איריס שבויה בתוך אהבתה המתחדשת והמסעירה, אבל המצוקה של עלמה הולכת ותופסת מקום בעולמה הפנימי ודוחפת אותה לפעולה. ייתכן שהתשובה המתחדשת בקשר עם איתן מעוררת אצל איריס את התשובה האימהית שנעדרה מהקשר שלה עם עלמה. איריס מתענה בידיעה שכאשר הביטה בבתה בפעם הראשונה, היא נתקפה יגון והבינה שהיא אינה התינוקת שעליה חלמה, כי היא אינה בתו של האיש שאהבה. שלו מתארת את היעדר כוח החיים של עלמה בהרבה אופנים: בעיות אכילה בילדות; גוף נמוך וצנום יותר משל הוריה; ילדה לא מאושרת וללא אמביציה; בלי שום כיוון, שכל ימיה בוהה בטלוויזיה; ילדה שאמה לא התניעה בה את כוח החיים במלואו. אפשר לקרוא את המהלך הזה כשינוי בהתפתחות המיניות של איריס. המיניות האימהית שלא הצליחה להגשים כשעלמה נולדה ושהשפיעה על כל התפתחותה של עלמה עד היום – הולכת ומתעצמת.

איריס נכנסת לפעילות אימהית להצלת בתה, שאפשר בהחלט לתארה במונחים של ויניקוט "מושקעות אימהית בסיסית" (primary maternal preoccupation; Winnicott, 1956). היא מבקשת מעלמה "תעזור לי לעזור לך", ועלמה עונה: "אני לא צריכה את העזרה שלך, יש לי אנשים אחרים שעוזרים לי, יש לי מורה שמלמד אותי לחיות! את צדקת שבזבזתי את החיים שלי מול הטלוויזיה, את תמיד צודקת, אבל לך לא היה מה להציע לי ולו יש!" (שלו, 2015, 271). כאן מתפתחת סיטואציה מרגשת שבה איריס, השוכבת במיטתה של עלמה, מבקשת מעלמה לא ללכת כי היא זקוקה לה. עלמה נכנסת למיטתה ונשכבת על יד אמה. התיאור של שלו את תחושותיה של איריס הוא משום חזרה ספרותית על התיאור הפסיכואנליטי של קריסטבה ששמה את האם והתינוק באותה עריסה.

איריס היא אישה בעלת כוחות נפשיים שמאפשרים לה צמיחה והתפתחות. כאשר ילדה את עלמה, היא חוותה שבר בגופה ובנפשה שהוא המשך של השברים בחייה בטרם נעשתה אם: האימהות הקרה והקשה שחוותה מאימא שלה; אובדן האב האהוב כשהייתה בת 4; אובדן פתאומי ולא צפוי של איתן, שנחוה כמעט כמאים על חייה. אף שהיא שבה ופוגשת את איתן אחרי שנים ארוכות ואהבתם מתחדשת, היא בוחרת, בחירה לא מודעת שכאילו כופה את עצמה

עליה, להתפתח באימהות ולהפוך את התהליך של השבר והנפרדות לתהליך של צמיחה עבור שתייהן.

הספר מסתיים בשיחה בין ארבעת בני המשפחה, שכל אחד מהם מרגיש אשם על פציעתה של איריס בפיגוע. איריס אומרת: "זה בעיקר לא משנה כבר, הרי הבראתי, אתם לא רואים שהבראתי?" איריס מבינה ש"ההזדמנות שניתנה לה היא לא ההזדמנות לאהוב שוב את איתן, אלא לאהוב את חייה מתוך היש ולא מתוך האין" (שם, 286). הניסוח הספרותי הזה מתאר בעצם טרנספורמציה מהתפרקות לאינטגרציה מחודשת.

בתהליך של התפתחות המיניות והאימהות יש, בצד עונג וסיפוק, גם צד אפל יותר, שאני לא רוצה לדלג עליו ואביא אותו דרך מאמרה של מיוראל דימן, פסיכואנליטיקאית התייחסותית (Dimen, 2005), העוסק במיניות ובסבל ובמה שהיא מכנה "Eew Factor". היא מתארת את הקושי של מטפלים לדבר (גם עם המטופלים שלהם וגם עם קולגות) על מין בגלל כל הרגשות המתעוררים שקשורים אליו. היא מנסה להכניס לתוך השיח המקצועי משהו שלדעתה לא מדברים עליו – ה"איכס", או מה שהיא מכנה "גועל נרגש" (excited disgust). לדבריה, אימא שלה נהגה להגיד לה שסקס הוא דבר יפה. והיא שואלת: "ומה עם חרדה, חוסר נוחות, אימה, השפלה?" (שם, 2). לגישה, לדבר רק על הדברים היפים במין זה כמו לתאר אנטומיה של נישואים בלי גירויים. דימן מביאה רשימה של הדברים הגופניים המעוררים את ה"איכס": צואה, שתן, זרע, נוזלי הווגינה, דם של וסת, נזלת, מוגלה.

דימן מזכירה את המושג החשוב של קריסטבה "בְּזוּת" (abjection) – חוויה של משהו שהוא לא אני (otherness) – תחושת גועל שמעוררת רצון לזרוק אותו החוצה, רחוק; שגורמת להרגיש מונמך, דחוי, מושפל, מבוש. זהו אירוע התפתחותי שבו האני עדין אינו לגמרי נפרד, אך כבר אינו מחובר. קריסטבה מייחסת את הבזות לאירוע הלידה, שבו גוף אחד נפרד מהאחר כדי להתקיים, והעצמי והאובייקט עדין אינם קיימים באופן נפשי.

זהו בדיוק תפקידו של הארוטיזם האימהי שקריסטבה מתארת: כאשר הוא אינו מלא ושלם, הוא אינו מעביר לתינוק את התחושה של הערבוב הלא ניתן להפרדה של רכות, אהבה, נעימות, עם התחושות והרגשות הלא נעימים שעוברים מגוף לגוף כולל הריחות והמגע. אנחנו יודעים כמה הרבה מאלה נמצאים בטיפול היומיומי בתינוק, ואיך אימהות שונות יכולות להגיב לזה

בצורה שונה. פסגת הארוטיזם האימהי היא ההתייחסות הארוטית האוהבת לכל אלה.

דוגמה ספרותית: "על חוף צ'זיל", מאת איאן מקיואן

הספר מספר את סיפור אהבתם של זוג צעירים באנגליה של שנות החמישים. היא כנרת מצליחה והוא בוגר תואר ראשון בהיסטוריה. "הם היו צעירים, משכילים ובתולים שניהם בלילה ההוא, ליל כלולותיהם, והם חיו בזמן ששיחה על קשיים מיניים לא הייתה אפשרית בשום אופן" (מקיואן, 2008, 9).

זה יותר משנה היה אדוארד מרותק אל המחשבה שבלייל החתונה ישכון החלק הרגיש ביותר בגופו, ולו לרגע קט, בתוך חלל טבעי בגופה של האישה העליזה הזאת, הנאה והנבונה להפליא. איך לבצע את הדבר בלי להיות מגוחך ובלי לגרום לאכזבה, שאלה זו טרדה את מנוחתו.

לפלורנס היו דאגות קשות יותר [...] היא חוותה חרדה שהפכה את קרביה, סלידה חסרת אונים, מוחשית כמו מחלת ים [...] בספר הדרכה מודרני נתקלה בכמה ביטויים או מילים שכמעט גרמו לה להקיא: קרום רירי, עטרה. הרעיון שמישהו אחר ייגע בה "שם למטה", אפילו מישהו שהיא אוהבת, היה דוחה כמו, נאמר, ניתוח בעינה [...] כל הווייתה התקוממה כנגד המחשבה על התחברות ובשר. היא פשוט לא רצתה שמישהו "יכנס" או "יחדור" לתוכה. סקס עם אדוארד לא יכול להיות תמצית אושרה אלא המחיר שעליה לשלם עבורו (שם, 12–14).

ובלייל החתונה: לא הייתה בה שום תשוקה אחרת חוץ מהרצון לרצות אותו ולהפוך את הלילה הזה להצלחה [...] מרוצה הייתה מעצמה מפני שזכרה מה שמיעץ ספר ההדרכה [...]

איך יכלה לדעת איזו שגיאה איומה היא עושה? [...] מתוך אימה הרפתה ממנו ואדוארד [...] רוקן את עצמו מעליה בקילוחים עזים שהלכו ונחלשו, ומילא את טבורה וציפה את בטנה, ירכיה ואפילו חלק מסנטרה ופיקת הברך שלה בנוזל צמיג פושר [...] זה היה אסון. היא לא הייתה מסוגלת לכבוש את תחושת הגועל הבסיסית שלה, את הזוועה האינסטינקטיבית לנוכח הנוזל, ההפרשה הרירית הזאת שניתזה עליה מתוך גוף אחר [...] דבר באופייה לא היה בו לעצור את צווחת הבחילה המיידית. היא לא יכלה להתאפק, מוכרחת הייתה להפטר ממנו [...] בתזזית של כעס ובושה

קפצה מהמיטה, וכל אותו זמן היה האני האחר הצופה בה אומר לה בשלווה מדומה – אבל ככה זה להיות מטורף [...] היא לא הייתה מסוגלת להביט בו. עינוי היה לשהות בחדר אחד עם מישו שראה אותה ככה [...] וגם כשהגיעה סוף-סוף אל החוף לא יכלה להפסיק לרוץ (שם, 106–109).

הם נפרדו, כמובן, אבל המשיכו לאהוב זה את זה עד סוף חייהם ולא מימשו יחסים משמעותיים אחרים.

נראה לי שבתקופתנו בעיות מסוג זה מאפיינות צעירים רבים שמסתפקים ביחסים וירטואליים באינטרנט, כי זה לא מחייב להיפגש עם גוף אקטואלי של האחר.

המיניות המתקיימת ביחסי מטפל-מטופל ככוח מניע של הטיפול, וכיצד, לדעתי, עלינו לטפל בה

אציג תחילה אנלוגיה בין התפקיד ההורי לבין תפקיד המטפל. לפלאנש מדבר על "הפיתוי המוקדם", המתייחס לטיפול הגופני ולמגע הפיזי המשמעותי כל כך ביחסי הורים-ילדים, שכולל את הליטופים, הנשיקות, החיבוקים, העיסויים, הנשיאה על הגב, ההנקה, הרחצה ושאר טיפולי (לפלאנש, 2012).

לדעת לפלאנש, הפיתוי המוקדם (הפיתוי הראשיתי) שבוע ביחס בין ההורה המטפל לבין התינוק, והוא מתאר את המצב הבסיסי שבו מבוגר מציע לילד מסמנים לא מילוליים ומילוליים כאחד, ואפילו מסמנים התנהגותיים עתירי משמעויות מיניות לא מודעות. הפיתוי הראשיתי הוא תוצאה של החידה, האניגמה, שנמצאת במיניות הלא מודעת של ההורה המטפל. כאשר ההורות היא "טובה דיה", וההתפתחות של הילד היא טובה דיה, מרבית המסרים המגיעים מעולם המבוגרים עוברים "השתלה" (implantation) ויוכלו לעבור תרגום להתנהגות מינית משמעותית. תהליך זה יאפשר את הבניית הנפש בהתפתחותה.

לדברי ויויאן שטרית-זוטין (2016), המתבססת על תאוריית הפיתוי הראשיתי, מדובר במפגש בין המבוגרים המטפלים, שהם אנשים עם מיניות מודעת ולא מודעת, לבין התינוק, שגופו ונפשו אינם בשלים לקליטת מסרים מיניים, ולכן הם נשארים בגדר כתב חידה שהילד יצטרך לפענח בהמשך חייו. ומאחר שאנחנו נוטים לחשוב על הקשר הטיפולי כאנלוגי לקשר הראשוני, עלינו להביא בחשבון שהסיטואציה הטיפולית מציתה תמיד את הפיתוי הראשיתי,

שהוא אינהרנטי לא־סימטריה המתקיימת בין שני סובייקטים: אחד המבקש עזרה, והשני שמוכן לטפל בו. בהתבסס על ההנחה הזאת שטרית מדגישה, בעקבות לפלאנש, שהמנדט שיש למטפל (פסיכואנליטיקאי) הוא ניהול של טיפול שמבוסס לחלוטין על דיבור, והפרקטיקה הטיפולית אינה סובלת התקיימות של מגע פיזי כלשהו בין המטפל למטופל. העמדה הזאת מוכרת לנו, והיא דוגמה, לדעתי, לקושי של מטפלים להסתדר עם המיניות גם כאשר הם מכירים בה כבלתי נמנעת ביחסי מטפל-מטופל.

בטיפול התשוקה של המטפל, שמורכבת מאהבה, שנאה וסקרנות נטולי אלימות, מאפשרת להקשבה שלו, לאמירות שלו או לשתיקות שלו, להיות ספוגות ברגש שעובר אל המטופל, והיא מעודדת את המטופל לפתח את הסובייקטיביות של עצמו ולהרחיב את הלא מודע המודחק בחיק התהליך הטיפולי, בזכות ההשתתפות הרגשית של האנליטיקאי, בזכות התשוקה שלו. שימו לב שמדובר בעמדה רגשית שונה מהעמדה שהכניס וילפרד ביון (Bion) לשפה הטיפולית, שהמליץ למטפל להיות "בלי זיכרון ותשוקה".

שטרית-וטין מתבססת גם על התפיסה הפילוסופית של עמנואל לוינס, שציין במיוחד את האימהות, ובצורה עוד יותר מדויקת את הרחם, כמרחב אתי. לוינס מזכיר שהשורש של המילה "רחמים" הוא "רחם". שטרית מוסיפה להגדרה של המצב הטיפולי את המושג "מרחב רחמי", המתייחס ליכולת של מטפל ליצור מקום בתוכו, בתוך נפשו, עבור האחר. זהו מרחב של יחס אל מישהו אחר ממני, שמסכן את ההווה שלי, במחיר של מקום בגופי, בקרבי.

לסיום אחזור לגלית אטלס ואציין שני מושגים שהיא משתמשת בהם בהקשר לרעיון של מאמר זה:

פרגמטי-אניגמטי. אטלס משתמשת בצמד המושגים בהתייחס לאם ולגופה. אגדיר תחילה את המושגים: היבטים פרגמטיים הם הגיוניים, לוגיים, אופרציונליים, ניתנים להגדרה, ניתנים לצפייה ולמדידה; היבטים אניגמטיים הם מורכבים, מעורפלים, קשים לזיהוי, מעוררי תהייה ומעוררי שאלות יותר מתשובות.

אטלס מתייחסת למה שהגדיר פרויד כחידה לא פתורה, אניגמה. הקשר עם האם הוא הליבה של האניגמה. הקשר לאם, לחבל הטבור – אלה הייצוגים של ההיבט המסתורי והלא ידוע של הקיום שלנו, בכלל זה לידה ומוות. אטלס מדברת על "האם האניגמטית" – מושג שמחזיק את אינסוף המסתוריות של האחר ואת ההיבטים הקיומיים של המיניות. לדבריה, הקשר בין האם לתינוק

רווי מיניות מלכתחילה, וכך גם הקשר בין מטפל למטופל. בהקדמה לספרה היא כותבת: "התפקיד האימהי של הזנה הוא פתרון עבור המטפל המחפש להימנע מהחומר הארוטי הנמצא בינו לבין המטופל" (Atlas, 2016, 2).

אטלס אינה מקבלת את ההבחנה ההיררכית או ההתפתחותית בין הקשר הפרה-אדיפלי לבין הקשר האדיפלי. שניהם קיימים בו בזמן בין המטפל למטופל. הקשר הראשוני הפרימיטיבי רווי מיניות, תשוקה וידע פרגמטי ואניגמטי. לשני השותפים בקשר הטיפולי – המטפל והמטופל – יש תשוקות שמוצאות את ביטויין בתהליך הטיפול.

רעיון זה מחזיר אותנו לחידה שלפלאנש ושטרית מדברים עליה, שעל התינוק לפתור במהלך חייו – מהי המשמעות של ההיבטים האניגמטיים שהוא קלט דרך הקשר עם הוריו, שנבעו מהיותם אנשים בוגרים עם מיניות מודעת ולא מודעת. יש מתח דיאלקטי בין ההיקשרות הפרגמטית של התינוק לאם לבין ההיבטים האניגמטיים. מצבי מודעות מינית בוגרים מכילים תמיד את האם הפרגמטית והאניגמטית. לעולם לא נוכל להבין בצורה מלאה את החיבור ביניהם, וחלק מזה יישאר תמיד בתחום המיסטי, שהוא מעבר להבנה הפרגמטית שלנו.

המטבח. המושג השני הוא הכנסת **המטבח** לתוך החשיבה הטיפולית. אטלס מתייחסת לתופעת ההגירה והמעבר מתרבות לתרבות. מאחר שמשפחתה באה מאיראן, והיא עצמה גדלה בישראל והיגרה לארצות הברית, היא מודעת להבדלים התרבותיים בין מזרח למערב. בתרבות המערבית הדימוי של האישה במטבח הוא דימוי של אישה לא מינית, שתפקידה לספק צרכים של אחרים אבל אין לה צרכים משל עצמה. בספרה היא מתארת את המטבח המזרחי האניגמטי, שיש בו סובייקטיביות, תשוקה וחלקים מוסתרים של המיניות הנשית. המטבח הוא המרחב המיני והחושני של האישה שמשמש גם להזנה וסיפוק עצמי. כדוגמה היא מזכירה את הספרים של דורית רביניאן, שכותבת על התרבות הפרסית ומתארת את הנשים שמדברות על הכול בזמן עבודתן במטבח: מיניות, מחזור, תשוקה, אורגזמה, היריון, לידה. לגברים אין רשות להיכנס למטבח. אטלס מספרת שהמחשב שלה עומד במטבח, והיא נעה בינו לבין הסירים. אהבתי את השילוב בין שתי הזהויות האלה שלה.

אני מציעה לקחת מהמטבח ומהבישול את אמנות הטעם – השימוש בתבלינים והחיבור ביניהם כמטפורה לאמנות השזירה של המיניות באישיותו של המטפל ובקשר שלו עם המטופל. אני משאילה מאטלס את השימוש במושג "יותר מדי"

(too muchness), שמצביע על הקושי בוויסות של תחושות ודחפים שמציפים את הגוף והנפש. זה מחזיר אותנו לתחילת המאמר ולחשיבות שמייחסת טוצ'ילו ליכולת להכיל עונג, שתלויה ביחסים עם שני ההורים. חווית ה"יותר מדי" תגדל כאשר יכולת ההכלה של התשוקה וההתרגשות המינית אינה מפותחת.

אטלס מתארת קשר עם מטופל שפחד מהתעצמות הקשר ביניהם, ומצב זה חיבר אותה לתחושה שהייתה לה כילדה שהיא "יותר מדי" עבור אמה. היא מחפשת את הדרך להיות נוכחת רגשית וגופנית עבור המטופל הזה. כל חוויה של התרגשות מתורגמת על ידו כחרדה, כגועל. הפחד שלו הוא שהיא תפתה אותו, תרגש אותו ואז תבגוד בו ותנטוש אותו.

החוויה הטיפולית החזקה ביותר בהיסטוריה המקצועית שלי של "יותר מדי" קרתה לפני כמעט שלושים שנים. מטופל גבר שהיה בערך בגילי היה יושב מולי ובאמצע השעה הטיפולית היה אומר לי: "אני לא יכול יותר, אני חייב לחבק אותך..." מובן שלא נתתי לזה לקרות, אבל הוא המשיך בשלו. כאשר השעה הטיפולית הייתה מסתיימת והוא היה יוצא מהחדר, הייתי נשארת שטופת תחושה מינית שהייתה בוודאי "יותר מדי" (דימן אומרת שרגשות מיניים הם מידבקים). הייתי חסרת אונים ולא ידעתי איך להתנהל בקשר הזה. עשיתי את כל הטעויות האפשריות, וכמובן שהטיפול נפסק זמן קצר לאחר מכן. גם אילו ידעתי את כל מה שאני יודעת היום, עדיין לא היה פשוט להתנהל בתוך השיטפון המיני העוצמתי הזה.

המינון הוא עניין מרכזי במאמר זה כשמדובר במיניות: איך שומרים על נוכחות מינית מושקעת עם תשוקה לטפל ועדיין שומרים גם על הגבולות של הטיפול; איך לכתוב על מיניות באופן שהוא גם "מיני" בלי לעקר את התשוקה לטובת האינטלקטואליות; איך להתנהג כהורים שמוטל עליהם התפקיד הלא פשוט לנווט בין העצמת המיניות לבין הקניית זהירות ומודעות לסיכון.

סיכום: מה כל זה אומר לגבי התפקיד שלנו כמטפלים?

במאמר זה התכוונתי להדגיש את הקצה השני של הרצף – לא זה שמפר את גבולות האתיקה של הטיפול, אלא זה שנזהר יתר על המידה לא להפר אותם ובכך מנכר את הקשר הטיפולי מהרכיבים המיניים ההכרחיים לסיטואציה הטיפולית. אין לי מרשם מדויק לשאלה איך עושים את זה. מקווה שהצלחתי להבהיר

כמה שזה חיוני מצד אחד, ולא פשוט מצד שני. יש לנו, כמטפלים, הרבה על מה לעבוד.

האמנות הזאת של הבישול שאיננו יותר מדי (חריף, חמוץ, מלוח, מתוק) ואיננו פחות מדי (יבש, טפל, משעמם) היא האתגר המקצועי שאנחנו מתמודדים אתו. באיזה מינון נשתמש בתבלינים המיניים שהם חלק מהאישיות הבוגרת שלנו, כך שיתאימו למטופל המסוים עם ההיסטוריה המסוימת שלו של הפיתוי הראשיתי.

מקורות

לפלאנש, ז'אן, 2012. יסודות חדשים עבור הפסיכואנליזה: הפיתוי הראשיתי, תרגום: אמוץ גלעדי, תל אביב: תולעת ספרים.

מקיואן, איאן, 2008. על חוף צ'זיל, תרגום: סמדר מילוא, תל אביב: עם עובד.
שטרית-וטיין, ויויאן, 2016. "הפיתוי האתי: תרומת חשיבתם של לוינאס ולפלאנש לאתיקה של המטפל העכשווי", הרצאה שניתנה בכנס ישראל השני לפסיכותרפיה, אוניברסיטת תל אביב.

שלו, צוריה, 2015. כאב, ירושלים: כתר.

Atlas, Galit, 2016. *The Enigma of Desire: Sex, Longing and Belonging in Psychoanalysis*, New York, N.Y.: Routledge.

Balsam, Rosemary H., 2014. "The Embodied Mother: Commentary on Kristeva," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 62 (1): 87-100.

Dimen, Muriel, 2005. "Sexuality and Suffering, Or the Eew! Factor," *Studies in Gender and Sexuality* 6 (1): 1-18.

Kristeva, Julia, 2014. "Reliance, or Maternal Eroticism," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 62 (1): 69-85.

Tuccillo, Elaine, 2006. "A Somatopsychic Relational Model for Growing an Emotionally, Healthy, Sexually Open Body from the Ground Up," *Journal for Bioenergetic Analysis*, 16: 63-86.

Winnicott, D. W., 1956. "Primary Maternal Preoccupation," in: *through Pediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers*, London: Tavistock, pp. 300-305.

מיניות, היקשרות ואהבה – האם זה אפשרי?

מיכל שיוביץ

במאמר זה אתאר את המיניות כפי שהתייחס אליה פרויד – חיות מְניצָה, מנוע צמיחה. בהמשך אתאר כיצד תופסת ג'סיקה בנג'מין את יחסי ההיקשרות והאהבה. אחר כך אחבר את אלו לפרקטיקה הטיפולית שאליה מכוון גרוסמארק בהתבוננותו על "המטפל הלא חודרני". כל זאת תוך כדי הצגת הטיפול בגל: טיפול בתנועה בקליניקה שלי שארך כעשר שנים שהיו משמעותיות מאוד עבורה ועבורי.

בהמשך לפרויד, יוסי טריאסט מתייחס למיניות כ"מנוע הצמיחה" (2013, 140), ככוח חיות המניע צמיחה, או במצב ההפוך, כאשר יש חסימה, תיווצר חיות מנועה – חסימת חיות מצמיחה.

בתקופה מאוחרת של כתיבתו התייחס פרויד למיניות הלא מודעת כאל ה"מפץ הגדול" – החומר הגולמי שממנו אנחנו מתפתחים למי שאנחנו וליחסים שניצור עם אחרים (פרויד, אצל טריאסט, 2013). מיניות זו צופנת בחובה תשוקה עמוקה לפענח את חידת הולדתו של האדם. זוהי מיניות לא מודעת אשר התממשותה ההדרגתית משגרת את הסובייקט למסע התהוותו (שם, עמ' 140). מעצם טבעה המיניות סוללת את דרכו של האדם אל האחר ובחזרה ומתווה בעבורו מעין מסלול מחזורי. בתנועתה היא טווה את המצע לבניית מעגל שלם הכולל "מיניות-זהות-קשר"; מארג שבתוכו השניים – סובייקט ואובייקט – אחוזים זה בזה בעודם נפתלים כדי להשתחרר זה מזה (שם, 140).

המיניות תופסת מקום מרכזי מאוד בתאוריה ובפרקטיקה של פרויד, כיוון שהוא ראה בה גורם המכוון את הסובייקט בזיקתו לגוף ולאחר. המיניות היא משום קו תפר בין אינטימיות והכרה מבפנים לבין האחר הלא ידוע הגולמי (שם). המיניות מופיעה כניצבת על הגבול שבין גוף לנפש, בין סובייקט לאובייקט, בין חלקי העצמי, בין עבר לעתיד, בין חיים למוות, בין צורכי היחיד לצורכי הכלל, בין פוטנציאל שאי-אפשר למצותו לבין מימוש המאיים לאיין את עצמו ועוד (לפלדאנש ופונטאלי, אצל טריאסט, 2013).

אם כן, המיניות נמצאת על קו התפר שבין חיבור להפרדה, בין מילוי לריקון, בין אני ללא אני. לדידו של פרויד, המיניות מספקת את האנרגיה לפעולת "המנגנון הנפשי". אנרגיה זו, שיש לה תכונות של כמות, גם עשויה לגדול או לפחות, לעבור התקה או להיפרק. אליבא דפרויד, האנרגיה המחוללת אותנו היא למעשה האנרגיה המינית – הליבידו – שהמשאלה הקבועה לפרקונו ממלאת את הצורך למימוש עצמי ואת התשוקה לדעת את עצמי בתוך גופי, את האחר ואת מה שמחבר ומפריד בינינו (שם, 156).

דוד גרוסמן, בספרו "עייין ערך: 'אהבה'", מניח מילון אנציקלופדי המתאר את חייו של אדם, קאזיק שמו, אשר שהה במחנה השמדה נאצי על אדמת פולין בשנת 1943. בערך הראשון במילון זה, "אהבה", כתוב "עייין ערך: מין"; ובערך "מין" כתוב – "עייין ערך: אהבה". וקאזיק מוסיף ש"לו שאלו אותו, היה מוכן לאהוב הכול, הכול". במענה מוסיף חברו זלמנסון:

"לאהוב עולם שלם ולאהוב את הלא כלום באותה תאוותנות". להכיר את הניואנסים החדשים, הדקים, שמעוררת באדם ההתאהבות בפריחה של עץ הלילך, או בסיעת פרפרים מטורפת, או בצליל אקורדיון [...] וממשיך באנחה: "והן, הנשים, הרי אני נטרף אחריהן, אתה היודע, מעריך אני אותן, את תנועותיהן, את ריחותיהן, את גופותיהן המפוארים, ובכל זאת, הרי אין הן אלא ההתגשמות המוגבלת, הסופית, הקטנה והחדגונית של כוח התשוקה העל-אנושי שניטע בי, שניטע בכולנו" [...] מרכוס אומר: "בקשר לאהבה אומר אני, שיכול אדם לאהוב הכול. כל דבר שבעולם יכול שיתחבב עליו, אבל אהבת אמת, אה, אהבת אמת יכול הוא לאהוב רק את האדם" [...] פריד: "ואני מעדיף להפוך את הפורמולה הזאת שלך, מרכוס, ולומר לך, שאדם יכול לשנוא כל דבר, כל דבר שבעולם, אבל לא יוכל לשנוא דבר-מה יותר משהוא מסוגל לשנוא אדם" (גרוסמן, 1986, 337–338).

אסמן אפוא את האופנים שבהם תשוקת האהבה מתחלפת בשנאה – אותה עוצמה אבל בכיוון ההפוך. נתבונן על הדרכים שבהן עוצמת התשוקה מתהפכת לכאב, לאכזבה – אזור הולדת כאב האכזבה. המקומות שבהם עוצמת התשוקה לקשר עלולה להיתקל באדישות או בהפניית עורף ואף בדחייה. מדובר בכאב ההשפלה, היכול להיות בלתי נסבל. במקומות אלו אנרגיית החיים והמשאלה

לקשר עוברים התקה, פיצול או הדחקה, ואזורי חיות שלמים עוברים טוויסט בעלילה. אנרגיית החיים עוברת דחיסה, עיוות או נעילה.

תיאור מקרה – גל

גל' הגיעה אליי לטיפול בתנועה כשהייתה בת 27. היא פנתה אליי לקבלת עזרה לאחר פרדה קשה מבן זוג, שלדבריה לאחריה "התפרקה לגמרי" – לא יכלה יותר ליצור יחסים אינטימיים וסבלה מחרדות קשות.

גל נכנסה לחדר הטיפול והתיישבה בישיבה מכורבלת, שמוטה ומכווצת. היא נראתה מוזנחת, זנוחה. בזמן המפגשים שפתיה רועדות, שיניה נוקשות; היא בוכה רוב הזמן כשפניה מתכווצות ומתעוותות.

גל היא הבת השלישית והצעירה במשפחתה, יש לה אח ואחות בוגרים ממנה. כשהייתה בת שלוש אמה חלתה בסרטן, והיא נפטרה כשהייתה בת שש. גל תיארה שבשנים שאמה הייתה חולה וגססה, עד מספר ימים לפני מותה, לא יכלה לזוז ממנה. על פי זיכרונה, היא לא משה ממיטת האם גם בעת שהאם גססה ומצבה הפיזי היה גרוע מאוד. כאשר נפטרה לבסוף בבית החולים, לא התאפשר לה להיפרד מאמה. עוד סיפרה גל כי הורי אמה (סבה וסבתה מצד האם) איבדו את ילדיהם בשואה בתאי הגזים, ולאחר מלחמת העולם השנייה חזרו שוב וילדו שלושה ילדים.

בגיל ההתבגרות השקיעה גל את כל זמנה ומרצה בענף ספורט תחרותי קבוצתי. אז גם החלה לסבול מהפרעת אכילה מסוג בולמי. בתקופת הצבא הייתה ביחסים זוגיים, ולאחר הפרדה מהחבר עברה תהליך נפשי של פירוק מתנפץ. משבר חרדתי שלא נתן לה להתקרב עוד לבני זוג, להיקשר באופן משמעותי לבני אדם באופן אינטימי. בתחום הלימודי והתעסוקתי היא המשיכה להתפתח בכיוון טיפולי, אך במישור האישי והבין-אישי לא יכלה ליצור רצף, שייכות ומשמעות.

1 שמה ופרטים מזהים שונו לשם שמירה על פרטיות.

גל הייתה בטיפול פסיכולוגי מאז גיל ההתבגרות. כאשר הגיעה אליי, היא קיבלה טיפול פסיכולוגי שלוש פעמים בשבוע, אך בהדרגה עברה לפעמיים בשבוע ופעם בשבוע טיפול בתנועה; ולאחר כשנתיים – פעם בשבוע טיפול פסיכולוגי ופעמיים בתנועה. לאחר כשלוש שנים נוספות היא עזבה את הטיפול הפסיכולוגי ובאה אליי שלוש פעמים בשבוע לטיפול בתנועה. בעת שהייתה במקביל בטיפול הפסיכולוגי ובטיפול בתנועה, קיימנו הפסיכולוג ואני שיחות בטלפון לשם שיתוף במתרחש בטיפולים וכן לשם תמיכה, כיוון שזו הייתה תקופה קשה מאוד (כחמש שנים) של חרדה גבוהה, שבאה בגלים ולוותה בחלק מהזמן במחשבות אובדניות. בשיחות שקלנו יחד, ובשיתוף עם גל, אם נחוץ אשפוז. גל הרגישה צורך באחזקה אשפוזית אך התעקשה שלא להתאשפז בבית חולים. כל הזמן הזה קיבלה גל גם טיפול תרופתי בחרדה ובדיכאון. במצבי משבר היא הגיעה אפילו ארבע פעמים בשבוע לטיפול, ותקופה ארוכה נמשך המפגש הטיפולי שעה ורבע, כיוון שהרגשנו, והסכמנו, שפחות מזה לא הספיק כדי להכיל את הצרכים הנפשיים שלה. במשך כל תקופה זו המשיכה גל לעבוד, מלבד בימים שבהם לא הייתה מסוגלת לצאת ממיטתה.

מהלך הטיפול

בשלב הראשון של הטיפול הופיע בחדר הדחף של גל להרוס – אנאקטמנט, שחזור בפעולה של הרס, צורך של דחף העוצמיות על גבול ההרס. תיאור תנועה שחזרה בחדר: גל במצב של שכיבה על הבטן, ראשה כלפי מטה, זרועותיה שלוחות קדימה והיא דופקת כיסא מעץ אל הקיר שוב ושוב. כך במשך דקות ארוכות, כ־15-20 דקות, היא חוזרת ודופקת את משענת הכיסא אל הקיר. לאחר מכן היא מתיישבת, רועדת מאוד בשפתיים, בלסת, ללא קול מלבד שיניה הנוקשות, עיניה משייטות כלפי מעלה, ללא יכולת ליצור אתי קשר עין. תנועה זו ומצב זה חזרו במשך כמה חודשים עד כשנה. גל יכלה לדבר ולשתף בתחושות הגופניות שלה רק במעט מילים. בזמן זה אני ישבתי ובתוכי ניקרו השאלות: האם הכיסא יישבר, יתפרק לחתיכות?; כלומר, האם גל תישבר ותתפרק לחתיכות?; האם הקשר הטיפולי יתפרק או יחזיק מעמד? תקופה זו לוותה בפחד גדול ומתמיד. לא היה מקום לדבר נוסף, לא בתנועה, לא ברגש ולא בשפה המילולית. בתקופה זו עזרה לי מאוד ההבנה שיש חשיבות רבה בכך שגל בודקת ושולטת

אם הכיסא, שלהבנתי ייצג אותה וגם את הקשר בינינו – יחזיק מעמד או יישבר, יתפרק. העובדה שקיבלה על עצמה את השליטה ולא השאירה אותה חיצונית לה הייתה חיונית ומשמעותית מאוד. גל שכבה במרחק של שלושה מטרים ממני ולאחר מכן התיישבה כשפניה מתעוותות בבכי מיוסר, גולמי ומתמשך, עם כיווצים של הפנים והפנים ופיהוקים גדולים שבסופם נקישת שיניים. נתנו מילים מעטות לתחושות הגופניות שפעולתה החייתה. התחיל דיבור על החרדה העצומה שבאה לידי ביטוי פיזי ונפשי בחדר הטיפול. רק בהמשך, לאחר התנועה, בצבצה היכולת לדבר זיכרונות קשים מחוויותיה בילדותה המוקדמת.

ג'סיקה בנג'מין, פסיכואנליטיקאית אמריקאית מהגישה ההתייחסותית, כותבת בספרה "כבלי האהבה": "העצמי המזויף הוא העצמי הצייתן והסתגלן, שהדף את הכאוס כאשר קיבל את הוראותיו ופיקוחו של האחר, שקיים את הקשר לאובייקט על ידי כך שוויתר על חקירה, על תוקפנות ועל נפרדות" (בנג'מין, 2005, 84). אלו המרחבים הנפשיים שמהם התחילה גל את התהליך הטיפולי-שיקומי. אפשרנו מרחב שבו היא יכלה לחקור ולהתנסות בתוקפנות שלה בנוכחותי, לחקור את הנפרדות שלה בתוך הקשר – זאת לא יכלה לחוות בקשר שלה עם אמה. אמה דרשה צייתנות ולא היה מקום לחיפוש עצמי, לעוצמיות, למיניות. נוצרה היקשרות לא בטוחה מסוג חרדה. נראה שהייתה מידה של אהבה שלא הצליחה להתממש ולסגור מעגל שלם של מיניות-קשר-זהות.

כתינוקת וכילדה איבדה גל את התקווה לזכות בהכרה בייחודיותה, ברצונותיה ובעצמאותה. לדבריה, כתינוקת אובחנה אצלה גמישות יתר, ולכן הייתה מגובסת בלילות ולא יכלה לנוע. היא בכתה הרבה ולא הצליחו להרגיע אותה. בשלב האנלי, שלב המאבק לעצמאות, כל ביטוי של רצון עוצמי פורש על ידי אמה כהתנגדות בלתי נסבלת. היא הייתה מכניסה אותה לשירותים ונועלת אותה שם עד שהפסיקה לבכות. דבר שהיה יכול להימשך זמן רב, לפי זיכרונה של גל. אני מבינה שבטיפול החלה גל את שיקום האמון בעצמי האמיתי שלה, בקשר בינינו ובכוחות שלה. היא יכלה לבטא את התוקפנות שלה בחדר. אמנם היא נבהלה מהעוצמיות שלה, ועם זאת יכלה להתמיד בכך בלי להצטרך להפסיק ולהחניק את שהניע אותה – את מה שאני מכנה "התנועה החיה הנשיכתית" שבה. "כניעות מונעת לעיתים קרובות על ידי הפחד מהיפרדות ומנטישה" (שם, 92). זו הייתה האימה שליוותה את גל עד כה

בחייה. בנג'מין מוסיפה:

בעוד שכישלון ההדדיות המוקדמת מעודד כנראה יצירה מוקדמת מדי של גבול הגנתי בין פנים לחוץ. התנסות חיובית בהתאמה הדדית, מאפשרת לפרט לקיים גבול חדיר יותר ולהיכנס ביתר נכונות למצבים בהם מושעים לרגע הגבולות המורגשים בין הפנים לחוץ. היכולת להיכנס למצבים בהם נבדלות ואחדות נפגשות, מונחת ביסודה של ההתנסות העזה ביותר של חיים ארוטיים בוגרים. באיחוד אירוטי אנחנו יכולים לחוות צורה זו של הכרה הדדית והשפעה הדדית, שבה שני השותפים מאבדים את עצמם זה בזה מבלי לאבד את עצמיותם (שם, 37; ההדגשה שלי).

ואפילו להפך, מתוך הגברת תחושת העצמי והאחר. בנג'מין מצביעה על ההבדל בין יחסי שולט-נשלט לבין יחסי הכרה הדדית ואומרת: "אם אני שולט שליטה מוחלטת באחר, כי אז האחר חדל להתקיים, ואם האחר שולט בי לגמרי, אזי אני חדל להתקיים (כישות סובייקטיבית ועצמאית). עצמאות אמיתית פירושה קיום המתח המהותי בין דחפים מנוגדים אלה. דהיינו, ביטוי העצמי והכרה באחר" (שם, 65).

בנג'מין מוסיפה ומרחיבה כי האהבה מאפשרת את היווצרותה של פנטזיית החיבור המלא, החיבור השלם. היא קושרת בין הדברים ומסכמת אותם כך: טענתי היא שמתחת לפנים הסנסציוניים של הכוח ושל חוסר האונים שוכנת הכמיהה להכרה, שהצורות המוסוות שתשוקותינו לובשות לעיתים הן תוצאה של תהליך מסובך, אולם ניתן להבנה – תהליך שמסביר כיצד נכרכות שליטה וכניעות בתשוקותינו העמוקות ביותר לחירות ולאחווה. התשוקות האלה הן המחשלות את כבלי האהבה (שם, 79).

הניסיון לימד את גל שכאשר היא מביעה כעס או אי-הסכמה, התגובה מאדם קרוב ואהוב, מאמה, הייתה פיצול, הדרה, הרחקה ונעילה בשירותים. בזמן הטיפול עלתה אפוא שוב ושוב התמה של מפגש עם החרדה שליוותה את גל, שהשמעת הצרכים שלה תהרוס את הקשר.

כך, גם פרויד מתאר קונפליקט עז בין הדחף לשתף ולבטא את הנוצר בתוכי לבין מנגנוני ההגנה, הדוחפים לויתור על הביטוי העצמי מתוך החשש מלעג, בושה, חוויית חוסר ערך ופגיעה קשה מנשוא (2002, 215). בהרצאתו על "המטפל הלא פולשני" בערב של מרכז ויניקוט אמר רוברט

גרוסמארק (2015), פסיכואנליטיקאי ואנליטיקאי קבוצתי: "בחיפוש אחר דרך לעבוד עם מטופלים כאלה, מצאתי הרבה תועלת בעבודתה של האסכולה הבריטית האמצעית (Middle Group) ובמיוחד בעבודתם של מייקל ואניד באליוט, אשר התעניינו באותם חלקים מפותחים פחות של העצמי, 'לפני שאני הייתי אני' ("Before I was I"; באליוט אצל גרוסמארק, 2015).

באליוט (שם) תיאר כיצד הטיפול המומלץ בתקופתו ייחס ערך עצום למתן פירושים וקבלתם, והוא מבכה את העובדה שמטופלים רבים לא הרוויחו מגישה זו. הוא שם לב שעבור מטופלים רבים מערכת היחסים עצמה הייתה הגורם החיוני להתקדמות הטיפול. עוד הוא מציין, כי נדמה שמטופלים במצב גרסיבי זקוקים לסוג קשר שהוא "יותר פרימיטיבי מזה שמתקיים בין שני מבוגרים". הוא המליץ לאנליטיקאי "להכיר במטופל [recognize] ולהיות אתו". לנהוג באופן "לא פולשני" בזכות יצירה ושמירה על סביבה טיפולית שבה המטופל יכול לחוות גרסיה מיטיבה. חלקי המטופל שהיינו קוראים להם היום "בלתי מנוסחים" או "בלתי מיוצגים" יכולים למצוא ביטוי ולשכון בתוך המרחב הטיפולי. באליוט אומר במפורש ש"אי אפשר, לא צריך, ואולי אסור לבטא במילים" חוויות מסוג זה בשלב זה בטיפול. כאשר מדובר במטופלים חסרי תחושת עצמי וקביעות אובייקט, צורות כאלה של התייחסותיות המשכית יכולות לאפשר הפצעתה של השתכנות העצמי, של ציפה בתוך הסובייקטיביות של עצמך ושל היכולת להיות לבד בנוכחות האחר. הטיפול הופך למקום האנושי שבו המטופל הופך לשלם.

האוריינטציה של האנליטיקאי במצב זה היא ליצור מרחב או מערכת יחסים שהמטופל יכול להשתמש בה, לעצב ולהרחיב אותה על פי דרכו האישית הייחודית ושפתו הנפשית. האנליטיקאי משאיל את עצמו לתהליך הראשוני (primal process) של המטופל. במצבים כאלה אין למטופל "כל התעניינות או התחשבות" באובייקט/במטפל, תפקיד המטפלת "פשוט להיות שם". ניסיונות להבין או לדבר על האינטראקציה, או להכיר באנליטיקאי כסובייקט נפרד, יכולים רק לפגוע בתהליכים אלו, בשלבי גרסיה אלו.

אם כן, בשלב זה בטיפול גל לא יכלה לסבול שאשמיץ את קולי, שאומר משהו. כל שיעול שלי הפריע, הדגיש את קיומי הנפרד ממנה, הפך את האשליה שאני שם לגמרי עבודה ובמותאמות כלפיה. רק בשלב מתקדם יותר יכלה להתאמן בכך שאני אדבר, והיא נכנסה לדבריי. היא ביקשה שאני אדבר (לבקשתה, "לא משנה על מה"), והיא התאמנה ב"לא להקשיב לי כאשר אני מדברת"; התאמנה

ב"להיות יכולה להעז להשמיע את קולה ודבריה", להיות נוכחת בזמן שאני מגסה להיות קיימת גם, ולא רק כמכל פנוי עבודה.

הרגשות בתוכי בתקופה זו נעו בין כאב לאהבה. היה בגל משהו שהזמין אצלי קרבה ורוך, בצד החרדה העמוקה והתובענות שאפיינו את השלב הזה.

בערך מהשנה השלישית לטיפול התאפשרה התפתחות במפגש עם החרדה של גל מקשר. החקירה נעשתה דרך אינטראקציה בתנועה של שתינו. גל התיישבה מולי, במרחק של כשישים סנטימטרים, הושיטה את כפות ידיה כלפיי וביקשה שאושיט גם אני את כפות ידיי כלפיה. היא ערכה ניסויים בלהניח את כפות ידיה על כפות ידיי – הניחה לרגע והרחיקה במהירות, בבהלה דקה. כך, שוב ושוב לאורך זמן, כפות ידיי מושטות כלפי כפות ידיה המתקרבות לשלי, מתרחקות וחוזרות בפתאומיות, תוך כדי מעבר ושינוי בקצב ובכיוון ההתקרבות. עד מגע והנחה של כפות ידיה על כפות ידי – והתרחקות. מחוץ לחדר הטיפולים בתקופה זו נמשכו התקפי החרדה, שלוו ברעד בלתי פוסק, שלשולים, תשישות, הזעה מרובה ובכי, התקף שנמשך כ-4-7 ימים. עלו בה מחשבות שמצב זה הוא בלתי נסבל ואולי עדיף למות. העלינו מחשבות על בניית מערך אשפוז עצמי-ביתי.

בשלב זה בטיפול חוויתי את תנועותיה של גל – חוששת, בודקת, מחפשת, נרתעת, רוצה להתקרב אך לא יותר מדי; ואצלי – רצון להישאר, להמתין לה, כך שתוכל להתרחק כדי לחזור. הרגשתי הנאה גדלה מהאינטימיות ומההדדיות שהחלה להתאפשר.

במשך התהליך גל העלתה שוב ושוב את השאלה: "האם משהו פגום אצלי?" אדגיש את הפוטנציאל הטיפולי המהותי שיש בטיפול בתנועה – להיות עם המטופל בדיוק במקום הפרימיטיבי הראשוני התחושת הקדם-מילולי הזה; עם הגוף, התנועה, הרגש והחווייה שהמטופל מביא למפגש הטיפולי. אנחנו, המטפלות בתנועה, אתו שם – בשפה של הגוף; אנחנו אתה שם – עם הנפש הרשומה בגוף. המבט שלנו, אופן הנוכחות הגופנית שלנו, ההסכמה להיות עם המטופלת בתנועה, במקום בחדר, במרחק, ועוד היבטים שהטיפול בתנועה מאפשר אותם. הכלים הטיפוליים הבסיסיים של הטיפול בתנועה באים לידי ביטוי בארגון החדר, בהתמקמות בו, בשיח הגופני-תחושתני, התנועתי-רגשי וגם המילולי שאנחנו מאפשרות. כל אלו מאפשרים הלכה למעשה את מה שבאלינט, גרוסמארק ואחרים מכוונים אליו.

בהרצאתה אומרת מיכל ריק (2015):

כאשר אנו פוגשים בקליניקה מצבים ינקותיים של מטופלים, הקשורים ללא מודע שאינו מודחק, נדרשת מאתנו רצפטיביות מיוחדת, ויצירתיות במציאת המגע שיפגוש אותם. אלו יכולות להיות מילים, מבט, אופן של נוכחות, ניהול הטיפול (management) ולעיתים, נידרש גם למגע גופני מחזיק, כזה שמצמיח את הנפש.

לאחר תקופה בטיפול שהתנועה בה עסקה במפגש בין כפות ידינו, בתנועה של בריחה וחזרה, הגיע שלב שגל ביקשה לשבת לצדי, צדה השמאלי צמוד לצד הימני שלי, ואז ביקשה רשות להניח את ראשה על כתפי. גל הניחה את כובד ראשה על כתפי הימנית, כך ביקשה לחוש מוחזקת דרך המגע הזה (כך לאורך כמה חודשים). בהמשך נבעה תנועה שהתאפיינה בחקירה וניסוי, בהרחבת אפשרויות ההתאמה בינינו. התנועה, גל והקשר יכלו להתפתח עוד, לגדול, להתרחב, להתגוון באיכויות נוספות של רכות ומקצב. המעבר לעמידה התאפשר בתחילה ללא תנועה במרחב החדר, ומאוחר יותר ביציאה מהעמידה למרחב.

בערך מהשנה השביעית לטיפול הופיעה בתנועתה של גל הרחבה משמעותית ביכולתה לביטוי עצמי, וזו כללה טווח של רגשות ותנועות. הופיעו תנועות המחוברות למיניות שבה, מיניות הפונה לקשר עם האחר. אמנם בתחילה היה הביטוי התנועתי גולמי, ראשוני – למשל, גל נגעה בכפות ידיה בשערה, הניעה את שפתיה כמו לנישוק, עמדה בעמידה מפתה אך עם זאת בוסרית. התעוררו ניצוצות של רצון לקרבה וקשר בד בבד עם חששות גדולים. בדיוור עלו שוב המחשבות: "האם איהרס/אהרוס בתוך קשר זוגי?" "האם אתנפץ שוב לרסיסים?". כאשר גל הגיעה לעמידה בחדר, הטורסו שלה היה שקוע בציר האנכי כלפי מטה. היא לא הצליחה להתארך מעל לאגן, שהיה דחוס כלפי מטה, שעון מעט לאחור, מכונן, כאדם השקוע בים של ייאוש, ובו בזמן שואף למעלה. הצוואר שלה נעלם, רק הראש ניסה להתרומם מעלה, מנסה לא לטבוע. הנשימה שלה הייתה צרה, קצרה ושטוחה.

משם, בהמשך הטיפול, באופן אטי והדרגתי, התפתחה היכולת לריקוד משותף; היא ואני בריקוד מראה. בהמשך בקצב הוואלס, ואחר כך ריקוד זוגי שבו אנחנו מחליפות תפקידי מובילה-מובילת; עם איכות מתמשכת, תנועות קטנות וקצב המחפש התאמה הדדית, כאשר הקיטועים הולכים ומתמעטים. בשלב זה גל החלה לצאת עם גברים, אבל הקשרים היו מיניים בלבד וחד-פעמיים, ללא מסוגלות ליצירת היקשרות רגשית וללא רצף מתפתח בקשר. גל

סיפרה שהחדירה בעת קיום יחסי המין לוותה בכאב חד ומפלח. עם ידיד אחר התפתחה היקשרות רגשית אבל ללא מיניות – הידיד הזמין אותה לישון בביתו: היא ישנה במיטתו, והוא על הספה בסלון, והם שוחחו בין החדרים.

לאחר תקופה גל סיפרה שהיא מתחילה להרגיש לרגעים ניצוצות של אהבה בעולם. בד בבד היו לה פנטזיות על קשר עם בחור שהמפגש אתו היה קצר מאוד, נקודתי, ואז היעלמות. כלומר, בתקופה זו גל הייתה מסוגלת לקיים יחסים בפיצול: יחסי מין עם אדם אחד, ידידות רגשית עם אחר, והיקשרות בפנטזיה עם בן זוג שלישי. בזמן זה בתהליך עלתה בי משאלה שתתאפשר לגל היווצרות קשר מיני בתוך היקשרות רגשית, האפשרות התקרבה, המשאלה יכלה להיחשב. תיאור של תנועה בעת הזאת בחדר – גל מתחילה כשהיא במצב של עמידת שש, שממנו היא מתרוממת בהדרגה לעמידה, תוך כדי כך שהיא נשענת עם ידיה על ברכיה, פעולת ההזדקפות אטית. כאשר היא נעמדת, גל פורשת את זרועותיה לצדדים כמעט במלואן, בתנועות אטיות ומתמשכות, מטה ומעלה לצדי הגוף. הרגליים צועדות בצעדים קטנים תוך כדי התקדמות אטית; היא נעה קדימה, גם מצד לצד, תוך כדי עירוב של מישורים. איכות ליבידינאלית מובילה את תנועתה. לראשונה, הבעת פניה שותפה בהנאה מהתנועה. גופה נע סביב ציר מרכזי בנינוחות. לאחר מכן היא יורדת בהדרגתיות בחזרה לעמידת שש.

בסמוך לכך, גל מדברת על קשר רגשי שהולך ונרקם, אהבה שמבצבצת בתוכה וצומחת. במשך תקופה זו מתפתחת אצל גל היכולת להיות בקשר רגשי ומיני משמעותי הכולל גם היקשרות לאורך זמן עם בן זוגה. מתעוררים בה רגשות מגוונים לצד האהבה. במגע המיני יש עדיין חיפוש של התאמה ביניהם. הם עברו לגור יחד – הוא ביקש, היא התלבטה, חששה והסכימה. בתוך היקשרות משמעותית זו גל מתמודדת עם פחדיה מהעמקת ההיקשרות הרגשית, האהבה והמיניות שמתפתחים, עולות בה מחשבות על הבאת ילד לעולם, וגם – מה קשר זה צופן עבורה, עבור תינוקה ועבורם יחד?

כל זאת לאחר עשר שנות טיפול אינטנסיבי.

לאורך כל התהליך הטיפולי חלמה גל חלומות משמעותיים מאוד שדרכם התאפשרה לנו גישה לתכנים נפשיים מורכבים ומאיימים שנמצאו על סף המודע. לסיום, מה מאפשר הטיפול בתנועה כשמדובר בקושי מהותי שכזה ביצירת קשר רגשי, מיני, זוגי מלא? כשמדובר בקונפליקט קשה בין משאלה לקשר מצד אחד ומצד שני – חרדה איומה ובלתי נסבלת מביטוי עצמי אמיתי בקשר, חרדה

ממתן ביטוי לריבוי מצבי עצמי בתוך הקשר (ברומברג)? האפשרות הניתנת במרחב הטיפול בתנועה להיות קשובה לתנועה הרגשית הנובעת מתוכה, בקצב שלה ובדרך שלה – הייתה מרכזית והכרחית לדעתי לשם יצירת מיזוג של הרגש, הגוף והמחשבה של גל. מרחב הטיפול בתנועה אפשר תהליך של יצירה מחדש של העצמי האמיתי הגופני-רגשי שלה.

בעברנו יחד דרך אזורי נפש מרוסקים ומשוסעים חוונו כאב גדול, אימה משתקת, רעד קור, בד בבד עם חום של קרבה ושותפות, חיפוש ונפרדות. לקראת סוף הטיפול שאלה אותי גל: "יש לך בנות? את רוצה שאהיה הבת שלך?" השבתי: "אני מרגישה שאת כמו בת בשבילי". גל הייתה בשבועות רצוף. אציין במיוחד את התמסרותה המלאה, האמיצה, יוצאת הדופן, של גל לתהליך הטיפולי המיסר הזה. עברנו דרך נקודות שעלו בהן ספקות ושאלות, גם מצד משפחתה: האם הטיפול עוזר? האם הייסורים המתמשכים מובילים למקום טוב יותר? האם טיפול אחר היה עוזר יותר? אבל רוב הזמן, אמונתה של גל בטיפול הייתה בעלת נוכחות משמעותית וקריטית. זהו אחד הגורמים המרכזיים (אם לא המרכזי ביותר) בהתפתחותה המהותית של גל.

מקורות

בנג'מין, ג'סיקה, 2005. כבלי האהבה: פסיכואנליזה, פמיניזם ובעיית השליטה, תרגום: תמר אלמוג, אור יהודה: דביר.

גרוסמארק, רוברט, 2015. "מימוש בפעולה: הסיטואציה הכוללת (The Enactment: Total Situation)", הרצאה ביום העיון המטפל הלא פולשני: ואריאציות בנות זמננו על נוכחות טיפולית שמעבר לפירוש, מטעם מרכז ויניקוט בישראל, תל אביב.

גרוסמן, דוד, 1986. עיין ערך: "אהבה", תל אביב: הקיבוץ המאוחד. טריאסט, יוסי, 2013. "המיניות ותפקידה הייחודי בכינון הסובייקט הפסיכואנליטי במונחי אני-גוף ואני-אובייקט", מארג: כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה ד: 137-175.

פרויד, זיגמונד, 2002. מיניות ואהבה, תל אביב: עם עובד. ריק, מיכל, 2015. "חריגת המטפל מעצמו במפגש עם אזורי שבר נטולי מילים", הרצאה ביום העיון המטפל הלא פולשני: ואריאציות בנות זמננו על נוכחות טיפולית שמעבר לפירוש, מטעם מרכז ויניקוט בישראל, תל אביב.

שער שלישי

רישומה של הטראומה בתנועת הגוף



שרי אנגלהרד

על תנועה ואל-תנועה במרחב הטיפולי עם מטופלים פוסט-טראומטיים

מייטרי שחם

להלן אבקש להאיר אתגרים בטיפול בתנועה עם מטופלים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ומתקשים לעבוד בחדר באמצעות תנועה. אתחיל במבוא תאורטי קצר על ההפרעה והטיפול בה, בדגש על נקודת מבט של טיפול בתנועה. לאחר מכן אתאר בהרחבה מקרה שבו אדגים את ייחודיות ההפרעה והטיפול בה. אציע להרחיב את מושג "התנועה" בטיפול בתנועה ולבדוק באילו דרכים אפשר להרחיב את גבולות הטיפול, גבולות הסטינג וגבולות המטפל כדי לאפשר לכל מטופל למצוא את התנועה האפשרית לו, תנועה לעבר שינוי והחלמה.

הפרעת דחק פוסט-טראומטית: הגדרה

ההגדרות של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder) עברו שינויים רבים מאז נכנסה ההפרעה לראשונה למדריך האמריקאי לאבחנות פסיכיאטריות (DSM) לפני כמעט ארבעים שנה (APA, 1980). במהלך השנים הורחבה קשת ההפרעות הפוסט-טראומטיות. אחת ההבנות שהתחדדו עם השנים היא שעל ההגדרה לתת מענה למקרים שבהם מתפתחת הפרעה בעלת מאפיינים פוסט-טראומטיים גם בעקבות חשיפה לאירועים שאינם מסכני חיים, כמו גירושים, פיטורים והגירה (Van der Kolk et al., 2007).

אחד השינויים העיקריים במהדורה החמישית העדכנית של ה-DSM (APA, 2013) הוא שההפרעה הפוסט-טראומטית כבר אינה משתייכת לתחום הפרעות החרדה, אלא יותדה לה קטגוריה עצמאית. הוגדר פרק חדש ייעודי של הפרעות הקשורות בדחק וטראומה (Related-Stressor & Trauma Disorders). שינוי זה מבטא הכרה בתחום הטראומה כתחום רחב ומורכב העומד בזכות עצמו.

* הרצאה מיום העיון על טיפול בתנועה בפוסט-טראומה. מכללת סמינר הקיבוצים, מרץ 2017.

האבחנה העדכנית מתבססת על חמישה קריטריונים עיקריים (APA, 2013): חשיפה לאירוע טראומטי; פולשנות וחוויה מחדש של הטרומה; הימנעויות; שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח (קריטריון חדש); ועוררות יתר. מדריך האבחנות הפסיכיאטריות של ארגון הבריאות העולמי (ICD-11) הכניס אף הוא אבחנה נוספת בתחום הטרומה – "טרומה מורכבת" (complex PTSD). זו מתייחסת למצבים של טראומה ממושכת כמו פגיעה מינית או שבי, הפוגעת בפגיעה נרחבת וחמורה אף מזו של הפרעת ה-PTSD בתחומי חיים כגון תפיסת העצמי ודפוסי התקשורת (Cloitre et al., 2013).

הרחבת קשת ההפרעות הטרומטיות מעניקה למטופלים נראות והכרה נרחבות יותר ולאנשי המקצוע הבנה טובה יותר של המורכבות והקליניקה של ההפרעה. בהמשך לכך עולה השאלה אם גם גישות הטיפול ושיטות הטיפול צפויות להתרחב כדי לתת מענה מותאם ככל האפשר למטופלים מורכבים אלה.

ההפרעה הפוסט-טראומטית: מאפיינים עיקריים

אדם הסובל מהפרעה פוסט-טראומטית קשה מרגיש לכוד וחסר תנועה, כחיה שנתפסה במלכודת; קפוא, ללא יכולת לזוז ולשלוט בהתרחשות, ועם זאת חסר שקט, חרד, מסויט. מצב זה נמשך זמן רב לאחר שהסיטואציה המאיימת חלפה. האדם מוסיף לחיות כאילו הטרומה עודנה מתקיימת ומאיימת עליו בהווה. מדובר בהפרעה עמוקה וממושכת המסבה סבל רב במשך חודשים ושנים, יום וליילה.

המצב הפוסט-טראומטי נמשך מכיוון שמערכת העצבים הסימפתטית מגויסת והמוח ממשיך להפריש חומרים שמכניסים את הגוף למצב חירום. רישומי הטרומה ממשיכים להפעיל את מערכת הגוף, ובכלל זה חלקים שונים של המוח כמו המוח הזוחלי (reptilian brain), שתפקידו לשרוד בעת סכנה (Van der kolk, 2015). אזעקת שווא נתפסת כאזעקת חירום. דפוסי התגובה ההישרדותיים – בריחה, לחימה או קפיאה – מופעלים שוב ושוב, ללא תוצאה וללא פתרון יעיל. המערכת ממשיכה לטעון את עצמה וצוברת אנרגיה עודפת, בלי שיש פעולה של פריקה יעילה ואיזון מחודש של כוחות ואנרגיה (לוי, 1999). התהליך הנורמטיבי של טעינה, הכלה ופריקה של אנרגיה משתבש, והמערכת נמצאת בטעינת יתר כרונית. המערכת המרגיעה איננה זמינה ואיננה יעילה בוויסות ובהרגעה. האדם נלחם בצללים, שנדמים כאמיתיים. הוא מותש, חבוט וחבול;

מוסיף לנוס, להילחם או לקפוא בתגובה למתרחש סביבו ובתוכו; ונמצא במלחמה מתמדת, דמיונית ואמיתית כאחד. ללא מנוחה וללא הרפיה, החוויה המתגלמת בו ובגופו היא של חוסר שליטה תמידי, סכנה ואיום.

במצבים של טראומה מורכבת המצב המתואר מוכלל על כל תחומי החיים (הרמן, 1994). החוויה היא שהחיים מתנהלים "תחת אש", בסכנה מתמדת, ללא שליטה וודאות, ללא מנוחה, מתוך ערעור סדרי עולם ואיבוד תחושה של רציפות וקוהרנטיות. זוהי חוויה קיומית בלתי אפשרית. החיים מאופיינים בפולשנות, בחוויה מחדש של הטראומה שוב ושוב ובהימנעות מכל מה שמזכיר אותה. הפגיעה היא ממושטת ונוגעת בערך עצמי ובוהות העצמית, בתחושת קומפוטנסיות, ביכולת להרגיש אופטימיות ותקווה. בעקבות זאת מתקבעים דפוסים נוקשים המופעלים אוטומטית, ונחלשת היכולת לגמישות, לבדיקה של מגוון אפשרויות. מכאן שהנוקשות והצמצום, הכיוון והאל-תנועה, הם בני הלוויה של הפוסט-טראומה.

מאפיין נוסף של PTSD הוא ניתוק, המתרחש דרך פיצול קטיעה ודיסוציאציה. מטרתו היא ניתוק מרגשות בלתי נסבלים, ניתוק מהטראומה וניתוק מהעצמי. הניתוק הוא רב-שכבתי ומתחולל ברמות שונות: בגוף, ברגש, בקוגניציה; בין הפנים לחוץ; בין האדם למציאות סביבו. הניתוק מאפשר לאדם להיעלם ממציאות בלתי נסבלת בעיניו, להיות חימת, ערישן. הוא מקל במידה מסוימת, אך יש בצדו סבל רב. בגוף מתבטא הניתוק באיכויות של אל-תנועה, כיוון וגושיות, במונחיה של יונה שחר-לוי (2004). הניתוק מתגלם בהימנעות, בצמצום ובקפיאה, והוא נשמר בהיעדר תנועה. בעוד התנועה מחיה, הניתוק ממית. איך אפוא יחוה המטופל הפוסט-טראומטי את ההזמנה לנוע בחדר הטיפול?

הטיפול בפוסט-טראומה

גישות שונות עוסקות בטיפול בטראומה. בפסיכותרפיה מילולית העבודה תיעשה דרך שיחה ועיבוד של הטראומה לפי הגישה התאורטית המנחה של המטפל והשיטות הנגזרות ממנה. ישנן גישות המשלבות אמצעים נוספים שאינם רק מילוליים, למשל ביופידבק, חשיפה ממושכת (PE) ו-EMDR (Van der Kolk, 2002). בטיפול באמנויות נפתח בפנינו מרחב נוסף לעבוד עם הטראומה ורישומיה בדרכים שונות: עקיפות, השלכיות, ישירות, גולמיות, חווייתיות, צירתיות, סימבוליות, סובלימטיות, רגרסיביות, קונקריות ועוד.

מטרות הטיפול בפוסט־טראומה הן להשיב לאדם את חוויית השליטה במצבו, את היכולת לווסת, להרגיע, לפעול בגמישות ובהתאמה למצב. הטיפול מבקש לאפשר לאדם להכיר בחוויה הטראומטית שעבר בלי לחיות אותה מחדש (Van de Kolk, 2015). המטרה היא לבוא במגע עם הטראומה, לשאת אותה, לעבד אותה, לפרק אותה קמעה, טיפין־טיפין, וליטול מהכוח ההרסני שלה; לכלול את הטראומה בנרטיב של האדם, בסיפור חייו, בלי שהיא תפעיל אותו ובלי שהיא תהיה הסיפור המרכזי בחייו. את הטראומה אי־אפשר לשנות, היא אירעה כמו שאירעה, אבל את התגובה של האדם לאירוע הטראומטי אפשר לשנות.

כך מתאר אלי (שם בדוי), מטופל הסובל מפוסט־טראומה שנים רבות, את השינוי שעבר: "היום אני מבין שיש לי אור אדום מהבהב, שנדלק בכל מיני מצבים ומתריע על סכנה, אבל שהבעיה היחידה היא בנורית עצמה, שהיא פגומה. עשרים שנה פעלתי לפיה כאילו שהיא אמיתית. בזכותי המון שנים. היום אני יודע שזה לא אמיתי, ששום דבר רע לא עומד להתרחש, אני לא עומד למות. אני מזיע, הלב דופק, פחד גדול, ואני יודע שעוד רבע שעה זה יחלוף. זו רק הנורית שמקלקלת".

הטיפול התרופתי מציג למטופל ויסות של העוררות המוגברת של מערכת העצבים האוטונומית. לצד טיפול זה אפשר לטפל בטראומה בשני ערוצים שאפשר לכנותם ערוץ העיבוד המנטלי (top-down) וערוץ הקלט החושי (bottom-up) (Van der Kolk, 2015). הערוץ החושי נסלל דרך מגע עם תחושות גופניות וחושיות המובילות לאזורים ראשוניים, חווייתיים ובלתי מילוליים, אזורים שהומשגו בתאוריה הפסיכואנליטית כ"חוויה בלתי מנוסחת" (unformulated) (Stern, 2013), ו"הידוע שאינו נחשב" (unthought known) (בולאס, 2000). בשפת הטיפול בתנועה אלו "תלכיד זיכרון גופניים" (שחר־לוי, 2004). בספרו של ואן דר קולק *The Body Keeps the Score* הוא תוהה: "האם גם המטופלים שלי צריכים התנסויות וחוויות פיזיות כדי לשחזר ולבנות מחדש בקרבם תחושה של שליטה?" (Van der Kolk, 2015, p. 31).

תהליכים מסוג bottom-up פונים אל הגוף ומאפשרים לזהות תחושות גופניות (הרובד הסומטי) ודפוסי תנועה (הרובד התנועתי) המובילים אל רישום הטראומה בגוף ובנפש. כך מתאפשרת חקירה של החוויה הטראומטית שהוצפנה בגוף ברובד המודע והלא מודע גם יחד (Stanek, 2014). בהדרגה נוצר מגע וקשר עם הטראומה, באופן שניתן להכלה ולהתמרה. תהליך זה נעשה באמצעות

טיטרציה (titration), כלומר דילול הדרגתי וזהיר של החומרים הטראומטיים בתוך מכל בטוח, מעוגן, ממושג. המושג "משאבים" (resources) הוא מושג מרכזי בעבודה סומטית עם טראומה, ומשמעותו עיגון המטופל במשאבים – פנימיים או חיצוניים – שמשמשים לו עוגן וקרקע בטוחה בתהליך העיבוד והפירוק של "חומרי הנפץ" השוכנים בתוכו. השלב הראשון בטיפול הוא יצירת קשר, ולאחריו עיגון במשאבים, שמהם יצא המטופל למסע הדרגתי של עיבוד ופירוק של החוויה או החוויות הטראומטיות. העבודה היא פריפריאלית: מתחילה בחומרים פחות טראומטיים ובהדרגה מתקרבת לחומרים טראומטיים יותר (הרמן, 1994; רוס, 2008). העבודה נעשית בתנועת מטוטלת (pendulation) בין עיגון במשאב שמאפשר רגיעה ופריקה ובין עיבוד של חלק קטן מהחומר הטראומטי שעדיין יוצר שיבוש. תנועת המטוטלת בין מערבולת הטראומה למערבולת ההחלמה (לוי, 1999) מאפשרת עיבוד הדרגתי ותהליכי, וכן חוויה חדשה של השבת השליטה לידי המטופל.

במונחים תנועתיים ואנרגטיים מטרות הטיפול באנשים הסובלים מפוסט-טראומה הן לאפשר קרקע וחיבור למציאות ולעולם (Helfear, 1998); לפרוק טעינת יתר ולאזן בין פעולות של טעינה, הכלה ופריקה המביאה לזרימה אנרגטית חופשית ופולסטורית בגוף (Lowen, 2003); להחזיר למערכת הגופנית-נפשית את הגמישות, את החיות ואת החיוניות שלה; לסלול ערוצים חדשים שירחיבו את טווח האפשרויות הזמינות לאדם בחייו.

במונחי הפרדיגמה האמוטורית של שחר-לוי (2004) מטרת הטיפול היא להרחיב את טווח האיכויות התנועתיות, ובפרט איכויות כמו תנועתיות גלויה לעין, כוחיות וגיוס אנרגיה כנגד כוח הכבידה, יציאה של איברים מגבולות הגוף, טווח תנועה גדול, רציפות של תנועה מתמשכת, התגוננות התנועה והבדלה בין איברי גוף שונים. איכויות אלו נקשרות במערך הקשר המולי (P-1) שמאפשר השתלבות בעולם, הזדקפות ומוליות, היות חלק בעולם.

בטיפול בתנועה בטראומה נבקש להפשיר את התנועה שהתאבנה באמצעות תנועה חיה וחדשה. אולם לא תמיד התנועה החיה זמינה ונגישה. מניסיוני בעבודה עם מטופלים פוסט-טראומטיים קשים, התנועה אינה זמינה, ולעתים יש דרך ארוכה לעבור עד שזו תוכל להפציע בחדר. כאשר המטופל אינו יכול לנוע בחדר, כאשר דרך המלך של הטיפול בתנועה חסומה, עלינו למצוא דרכים אחרות לעבוד עם הגוף (ובלעדיו) בחדר ומחוצה לו.

תיאור המטופל

דניאל¹ גבר בשנות השלושים לחייו, נשוי ואב לשני ילדים צעירים. סובל מ-PTSD ודיכאון שהחלו במהלך שירותו הצבאי. נולד בארגנטינה, עלה לארץ עם משפחתו כשהיה בן ארבע, הבכור מבין שלושה אחים. גדל ביישוב כפרי, מתאר ילדות והתבגרות נורמטיביות. מתואר כילד נבון, חברותי, אנרגטי, ספורטיבי, ילד "רגיל" שצלח מעברים ושינויים בהסתגלות טובה. בתיכון התקשה בלימודים עיוניים, כנראה בשל לקויות למידה, והצליח בלימודים מקצועיים בתחום הטכני. מתאר חוויה של חופש והנאה בשנות ההתבגרות שלו, לצד גירושי ההורים בעת שהיה בתיכון. המשפחה באה מרקע נורמטיבי, מעמד חברתי-כלכלי בינוני, אינה מוכרת בשירותי רווחה.

דניאל שירת ביחידה מובחרת, והשירות היה כרוך בפעולות בלב אזורים מיושבים בשטחים, בכניסה לבתים ובמגע ישיר עם פעילי טרור ואוכלוסייה אזרחית מקומית. תפקידו כלל השתתפות במבצעים מורכבים ופיקוד עליהם תוך כדי חשיפה מתמשכת לסכנת מוות לעצמו ולחבריו, אירועי מוות ומראות קשים, פציעות חמורות ואירועים אלימים. הוא מתאר אירועים ספציפיים שממשיכים להשתחזר בראשו ללא הרף. טראומת המפתח (index trauma) היא אירוע שבו נלכד עם צוותו במבנה בתוך עיר עוינת תחת התקפה של אש מידי כוחות מקומיים. חלפו שעות ארוכות עד שחולצו במבצע מורכב תוך כדי סיכון חיים ממשי לכל המעורבים.

במהלך שירותו הסדיר החלו סימפטומים של PTSD אשר החריפו בעת השירות בקבע: עוררות יתר, עצבנות, תוקפנות, שינה מועטה, סיוטי לילה, תחושת מחנק, הוצה קשה ושחזור אינטנסיבי לא רצוני ופולשני של האירועים הקשים. על רקע זה החליט להשתחרר מהשירות לאחר שנתיים בקבע.

לקראת סיום שירותו הצבאי פגש את מי שלימים תהיה אשתו, ובהמשך נישא לה. הקשר הזוגי מתואר כקשר טוב ביסודו וגם מורכב, בשל מצבו הנפשי של דניאל, שנע בין דיכאון להתקפי זעם, הכוללים לעתים שבירת חפצים בבית. אורח חייהם פשוט וצנוע, מצבם הכלכלי קשה. במהלך השנים דניאל לא עבד בצורה סדירה, והם לא הצליחו להתקיים ממשכורתה היחידה של אשתו, נעזרו בהלוואות והיו שקועים בחובות. מצב זה היה קשה לו מאוד.

1 הפרטים שוננו לשם שמירה על סודיות. המטופל נתן את הסכמתו להצגת הטיפול בכתב ובע"פ.

לאחר השחרור משירות הקבע החל בתהליך תביעה מול משרד הביטחון לקבלת הכרה בנכות נפשית. תהליך זה מלווה בכעס ובזעם גדול על הצבא, על משרד הביטחון ועל כלל הגופים "הממסדיים" כמו הביטוח הלאומי וקופת חולים. בעברו היה בטיפולים תרופתיים ובטיפולים אלטרנטיביים למיניהם. יחסו לתרופות אמביוולנטי ומורכב. הוא סולד מתרופות, סובל מתופעות לוואי, וגם נעזר בהן במידה מסוימת ומבין שזקוק להן. צורך שנים קנבים וטבק, מחזיק ברישיון לקנבים רפואי, שולל שימוש באלכוהול. מדווח על מחשבות אובדניות ללא כוונת ביצוע קונקרטי, ללא ניסיונות אובדניים בעברו, ללא אשפוזים פסיכיאטריים.

אפשר לראות פער גדול בין תשתית נורמטיבית ובריאה יחסית ובין חלקים חלשים ופגועים.

תיאור הטיפול

דניאל פנה אלינו בעידוד אשתו. לאחר תהליך אינטייק הופנה אליי. הצוות שפגש בו תיאר לי אדם חשדן וכעוס. התחלנו להיפגש פעם בשבוע בחדרי הקטן במרפאה לבריאות הנפש בבית חולים. בחדר יש פינת ישיבה בכורסאות נוחות ואזור לעבודה בתנועה שיש בו מזרנים, פופים ואביזרים.

למפגש הראשון שלנו הוא מגיע באיחור. מספר שנתקע בשלולית בדרך עפר בדרך לכאן, המנוע נרטב וכבה. במפגשים הראשונים הוא מביע כעס על עוולות האנושות והרוע שבעולם, על הצבא, על "המערכת" ועל "המדינה". הדיבור והאזכור של גופים כמו ביטוח לאומי ומשרד הביטחון מעורר בו תמה עזה, כמו כפתור שנלחץ, כמו חץ שלוח. אני מסמנת לעצמי את התמה והזעם כחלקים לא דיכאוניים, ככוחות פוטנציאליים לעבודה בהמשך, וקטורים לתנועה החוצה.

במפגש הראשון אני רואה גבר צעיר, נראה כפי גילו, בעל מבנה גוף ממוצע, נראה "רגיל" מאוד. מצחו מעט מכווץ, עיניו מעט מצומצמות, כבוחנות את השטח. לחייו מכוסות זיפים. נשימתו שטוחה, כמעט בלתי נראית, מתרחשת גבוה באזור החזה. רגליו האחת נעה באי־שקט. מבע פניו אומר מבוכה ודאגה. אני עדה לעוררות גבוהה.

בהמשך מתאר שההגעה לבית החולים ולמרפאה לבריאות הנפש קשה לו. מתקשה להיכנס לבניין, למסד, וגם לחדר שבו פוגש את עצמו, כנראה,

בחולשתו. לדבריו, הוא יוצא עצבני יותר משהגיע. אני מסמנת לעצמי שעצם הגעתו לטיפול מסמנת תנועה של יציאה מהבוץ הטובעני של הדיכאון וההימנעות. הקשר הראשוני שנוצר בינינו טוב. זה מפתיע על רקע האנטגוניזם שלו למסד ולמערכת, שאני חלק ממנה. בפגישה הראשונה מביע הסכמה לעבודה טיפולית המשלבת את הגוף. בפגישה השלישית אנו מנסים למצוא בגוף מקום בטוח, עוגן פנימי, גופני, כמקור לביטחון והרגעה. הניסיון למצוא מקום בטוח בגוף, והניסיונות שאחריו, עולים בתוהו. עצם הפנייה אל הגוף מביאה עמה עוררות יתר, הצפה רגשית ופיזית, שמתבטאת בתחושת בחילה ומחנק, עלייה בדופק וקור עז, בעיקר בכפות הרגליים. חיפוש משאב אינו אפשרי, ואף ההשתהות בתחושות הללו בלתי אפשרית. המקום הבטוח לא יכול לעת עתה להיות בגוף שלו או בתוכו. אנו נאלצים לחפש אותו בחוץ, כעוגן חיצוני. האם החדר יכול להיות לו למשאב? החדר נמצא בבניין ישן, סביבו עבודות בנייה רועשות, ומפעם לפעם רעש מטוסים מבסים סמוך מקפיץ אותו. עצם הכניסה לבניין עושה לו רע. פונים אפוא לחיפוש משאב במקום אחר. הבית והמשפחה היו גם הם אזורי טעוים, שאצרו מתח ותסכול רב. המהלך הפוסט-טראומטי נצבע בדיכאון, קשה מאוד למצוא קרן אור. אנו ממשיכים בהיכרות ראשונית דרך שיחה, עדיין בלי לזהות ולשיים מה יכול להיות לו למשאב. אני מבינה שעבודה גופנית ותנועתית תצטרך להיות הדרגתית מאוד, רק לאחר ביסוס קשר בטוח בינינו.

אט־אט דניאל חושף בפניי את החלקים הפגועים שבו – הדיכאון, התוקפנות, הייאוש, הטראומה והפוסט־טראומה הרועשת שבתוכו. הוא מתאר כיצד ראשו עמוס מחשבות שלא מרפות ממנו לרגע. מחשבות שליליות, שופטות ומבקרות, את עצמו ואת העולם. ניסיון להתבונן במחשבות מהצד, כאילו היו של מישהו אחר, אינו צולח. אין מרחב אפשרי להתבוננות או הקשבה פנימה. הזמנה לקימה, הליכה בחדר ותנועה פיזית נענית בשלילה: "אין מצב". ועוד מוסיף בעודו יושב בכורסה: "כאן יותר נוח לי". עשייה ופעולה אינן אפשריות בחדר, כמו בחיים. וגם השהייה במקום מאיימת מדי; קיפאון ותקיעות. מצב מתמשך של אִל־תנועה, רק ללא המרכיב של הרפיה ומנוחה. הוא מתאר מחשבות אובדניות, רצון לסיים את הסבל המתמשך, ועם זאת, שולל כוונה לביצוע ומימוש. מספר שמעשן הרבה. בלי הקנבים הכול שחור ומייאש, מסויט. עם הקנבים יש אפשרות לעוד גווים. יש קצת מנוחה ורגיעה זמנית למערכת.

משתף שמוטרד מאוד מעניין הפרנסה. כועס ומתוסכל מכיוון שאין לו הכנסות והוא מוכרח להביא כסף הביתה. מתקשה לבקש כסף תמורת עבודות קטנות שהוא מבצע. גם בעבר כשהיה בעל עסק קטן התקשה בכל הנושא הכספי וגם הארגוני. אני מרגישה את הכעס עולה, מופנה אליי. הוא כועס, רוצה פתרון. גם תחושת התקיעות מועברת אליי: האם הטיפול יצליח? ייתקע? האם יש סיכוי שאצליח או שהכול אבוד? אני מסמנת לעצמי את הכעס כתמה מרכזית וכנושא לעבודה. כעס שיבוטא באופן ישיר ולא הרסני, בביטוי גופני ותנועתי, יאפשר פריקה של הטעיונות העודפת שאצורה בתוכו.

לואן (Lowen, 2003) וויניקוט (1996) רואים בתוקפנות (אגרסיה) כוח מניע ומחיה, כוח הכרחי להתפתחות העצמי לאורך החיים. להבדיל מרגרסיה, המציינת נסיגה (re-gression), אגרסיה (a-ggression) מתארת התפתחות והתקדמות ומדגישה את היציאה החוצה אל העולם כביטוי של כוח ליבידינאלי, יצירת קשר, נפרדות ואינדיבידואציה. איכות חיובית זו של תוקפנות מכונה גם עוצמיות ומרמזת על מרכיביה – עוצמה, עצמי ועצמאות (שחר-לוי, 2004).

דניאל מתגלה בפניי כגבר אינטליגנטי באופן יוצא דופן; רגיש, ורבלי, כן וקשוב. פגשתי אדם "מיוחד" וגם "רגיל". גבר צעיר, ישראלי, "מלח הארץ". רגיש, פגיע, פגוע, מפוחד וסובל. לא הרגשתי את התוקפנות (השלילית) והחשדנות שתיארו אנשי צוות אחרים שנפגשו אתו. יותר מכול זיהיתי מצוקה גדולה, ואצלי – אמפתיה רבה. חיבבתי אותו די בהתחלה, הרגשתי שאני מבינה ומקבלת אותו, ושהוא מרגיש שאני מבינה ומקבלת אותו כמו שהוא.

ההצלחה הראשונית של הטיפול הייתה למצוא מקום בטוח; כאן בחדר הטיפול, במרפאה, בבית החולים, בלב הממסד הביורוקרטי. מקום שהוא גם וגם – גם ממסד וגם בטוח. המשאב שלו היה הטיפול, והקשר שלנו. הרגשתי כ"אגו מסייע" (auxiliary ego) המאפשר להסתכל על הדברים מנקודת מבט שונה מזו המוכרת לו. החזקתי בשבילו את המבט הבריא, שרואה מה יש בו ונותן תקווה, לצד האפשרות להשתוות עם האין, עם האובדן של מי שהיה פעם. הטיפול היה משהו ומישהו לבוא אליו, יציאה אל העולם, סימבולית ומוטורית. זו הייתה חוויה חדשה בשבילו, לאחר שנים של ביקורת חריפה וזעם על העולם והסתגרות בביתו ("אל-יציאה", לפי שחר-לוי, 2004). התוקפנות והזעם היו שכבת הגנה, שיכלה להתמוסס אט-אט ולחשוף את השכבות שתחתיה: כאב, פחד, סבל, חוסר משמעות.

לאחר ביסוס הקשר אפשר היה להעמיק בעבודה. לא מיקדתי אותו בחומרים ובתכנים טראומטיים. נתתי לו להוביל את הפגישות בקצב שלו, מתוך הבנה שחוויית הביטחון והשליטה שלו היא קריטית להצלחת הטיפול. הובלה הייתה איכות חשובה וחסרה בחייו ובזהותו כקורבן. שחר-לוי מתארת את האיכות התנועתית-רגשית של הובלה: "מתינות וויסות של אנרגיה, צורה ומסלול. דגם תנועה בלתי מתפרצת, שיש בה מכוונות והתמשכות לכל אורכה" (שם, עמ' 153). דניאל מתאר כיצד הוא מגיע לפגישות ברכבו עם מכל דלק ריק, על אדי דלק אחרונים וכמה מטבעות אחרונים בכיסו. הוא מחשב את מהירות הנסיעה האופטימלית ובאיזו עוצמה לדרוך על דוושת הגז, שתצרוך כמה שפחות דלק, כדי שיוכל להגיע בלי להיתקע בדרך. מתדלק בקושי, לווה כסף וחייב כסף, ואינו ישן בלילה, גם בגלל זה, אבל לא רק. האם גם הוא מגיע לטיפול על אדים אחרונים, בכוחות אחרונים, יגעים ומיואשים?

בהתנסויות אני מזמינה אותו להקשיב לגוף, לתחושות שנוכחות ברגע הזה. מיד עולה בחילה קשה, והוא מבקש להפסיק. הרגליים קרות, קפואות, הפנים מתלהטות, מתנפחות, מזיעות. הוא אינו מוכן להישאר עם התחושות הללו. מרגיש שהולך להתפוצץ וכועס. ואין עם מי לעבוד ברגעים האלו. אזעקה נשמעת והיא מחרישת אוזניים; הכול מעורר, מוצף. וכיצד נדבר על משאבים, גוף ותחושות, ונחוש וננוע וננשום, כשהכול בלתי אפשרי והמצוקה ממשית, אכזרית ודופקת, חונקת גוף וגם נפש? והגוף כל כך נוכח, במצוקתו ובכאביו. והוא מסרב להיפגש עם התחושות שעולות; ומסרב לקום ולצאת מהכיסא. מסרב לתנועה בחדר. ולא בעמידה, ולא בשיבה, ולא בשכיבה. ולא בנשימה. ולא בהישענות. ולא בהזדקפות. לעת עתה הערוץ התנועתי-הגופני סגור. אני מקשיבה, ומרגישה אותו, ומכבדת. מרפה אך לא עוזבת. אני רואה את גופו הקורס, הנדחס פנימה, את הטונוס הרפה של הגוף, כפיפת הגו ומנח הישיבה המצומצם, המכונס פנימה. עור פניו שמוט, נראה כתלוי על הגוף, כמו ללא רצון או טונוס משל עצמו. אני רואה בגופו ויתור, ייאוש, אין אונים ואל-תנועה.

אבל אי שם מזהה גם ניצוץ, אדים של דלק, ואולי כמה מטבעות אחרונים שיוכלו להתניע משהו. הכעס הוא הניצוץ להתניע אתו. אט-אט מפציעה בי הבנה על יחסיו עם העולם. השערתי היא שהכעס מכסה על רגשות עמוקים של אשמה ובושה, שהביאו אותו לגזור על עצמו הדרה מהזכות להשתתף בעולם (הטוב) שהוא, לכאורה, שותף להרס שלו. מכאן שנגזר עליו עונש, מאסר עולם, איסור

ליצור ולייצר – הכנסות, רווחים, הנאה, כסף. הדרה מהעולם היצרני, החברתי, התרבותי, החי – עולם שכולנו חלק ממנו בדרך זו או אחרת.

להבנה זו רובד נוסף. מתחת לרגש הכעס נמצאת חוויה קשה של בגידה ונטישה על ידי הממסד (העולם הרע). אותו צבא ששלח אותו כחייל לסיטואציות מסכנות חיים ובלתי אפשריות הוא זה שמתנער ממנו כעת ואינו מכיר בו ובפגיעה שלו. כך מצא את עצמו מתמודד לבדו עם אובדן האמון, אובדן התמיכה ואובדן הזהות כחייל, כאזרח, כגבר, כאדם. כאדם בעל ערך. אשמה מכאן וחוייית בגידה מכאן הביאו לתפיסה שהעולם הוא מקום רע, כוחני, מושחת, שאין לו הזכות, היכולת והרצון לקחת בו חלק.

אולם הכעס והזעם על העולם מופנים פנימה ומופנמים לתוכו, בדמותו של מבקר פנימי נוקשה, שאינו מתיר לו לנשום, לחיות, ליצור ולנוע. לא לממש את כישוריו ולא ליהנות מהצלחותיו. כעס שמופנם ומוצפן ולובש פני דיכאון וייאוש ואין אונים, כי באמת אין לו לאן לפנות וגם אין לו איך – לא כוחות, ולא דלק להניע. ובכל אשר ילך צל גדול ומאפיר של זעם ואשמה רודף אותו ומחשיך את דרכו. כך משמש הכעס שאינו מוצא ביטוי מחסום ממשי בפני חיים פוריים – אישית, מקצועית, חברתית, קהילתית.

לצד כל זאת, לצד הפגיעה הטראומטית והפוסט־טראומטית הקשה, נראה שארגון האישיות הבסיסי שלו טוב דיו – מבחינת יחסי אובייקט מופנמים, מבנה האישיות, כוחות האגו, יכולת ליצירת קשר – מה שמאפשר לו לבסס קשר זוגי נורמטיבי, להקים משפחה, להיות אב מסור כפי יכולתו. הוא עושה את הבלתי אפשרי ומתפתל כלולייך חסר גפיים. לאט־לאט, מתוך הקושי והתמונה הבלתי אפשרית, מצטיירת משפחתו כעוגן ששומר עליו, והוא שומר עליה; מקום שבו אינו מתפרק ואינו מוותר. גם אם אינו מסוגל, עושה כפי יכולתו.

מכיוון שבחדר אין תנועה לעת עתה אני מנסה לפתוח ערוץ של תנועה מחוץ לחדר, בחיים שלו, בסביבה הטבעית. אני מבקשת ממנו למצוא דרך לפרוק את הזעם, את העצבים, את האנרגיה התקועה שהוא חש בתוכו. מציעה לו ברגעי סערה בבית לבדוק את האפשרות לצאת החוצה, לנוע, לעשות הליכה נמרצת, לרוץ, לרכוב על אופניים, לעבוד בחצר. הוא מבין את הרציונל ומיישם באופן חלקי. יוצא מהבית לחצר, מנכש עשבים, עודד את האדמה בטורייה כבדה, מתקרקע, פורק אנרגיה ורגשות על ידי הזעה והתנשפות. ערוץ של תנועה מחוץ לחדר. הגבולות שלו – חצר הבית.

הטראומה היא הפרעה רב־שכבתית, ממושטת ועזה שמשתלטת על הכול. ומכאן, בהתאמה, אני מציעה לראות את הטיפול כרב־שכבתי, רב־ממדי. אנו עובדים בחדר על התשתית הגופנית של שינה ומזון. איך אפשר לחזק את הגוף ולהבנות סדר יום וסדר לילה. השינה מתחילה לפנות בוקר. הוא אינו יכול להביא את עצמו למיטה לפני ש"מת מעייפות". השכיבה במיטה היא אזור דמדומים, מרחב פוטנציאלי בלתי נסבל שבו הטראומה משתוללת ואינה מרפה. לנפש הטראומטית אין מרחב להרהור ורוורי (reverie), לחלימה או מנוחה, כי המוח המתגונן והשורד ממשיך לפעול כאילו הוא נתון למתקפה מסוכנת ואמיתית המתרחשת בזמן אמת. ובהתקפה אין מנוחה ואין הרפיה. הוא מפתח מהשינה וממה שמגיע אתה: סיוטים, הזעה קשה, בהלה גדולה, חוסר אונים, התפרקות. הוא נרדם רק בעייפות קיצונית וישן לזמן קצר. שיבוש היום והלילה וחוסר שינה מערערים את כל המערכות. אין יום ואין לילה. אין קרקע יציבה תחת הרגליים. בהעברה נגדית עולה אצלי הרגשה של תקיעות ודאגה. מחשבותיי מתפזרות בחדר ואתן דאגה ותחושה של אובדן דרך. המטרה: קרקוע.

הוא מרגיש רע מאוד, אובדני, מתאר ייאוש עמוק ובלבול. בלית ברירה מתחיל טיפול תרופתי. אנו עובדים על ארגון טוב יותר של היום והלילה. הוא מצליח להביא את עצמו למיטה בשעה סבירה, לדאוג לאוכל מזין יותר. אני רואה התגייסות: לטיפול תרופתי, לשינוי סדר היום והלילה. לראשונה מצליח למצוא משאב חיובי – הבת שלו. עדיין לא משאב פנימי בתוכו, אבל שלוחה שלו.

לאחר כמה חודשים בתהליך של משאוב ועיגון במשאבים הוא מוצא משאב חדש – הכלבה שלו. הוא מתאר שהציל אותה מטראומה קשה. מכלבה מפוחדת הפכה תחת חסותו לכלבה שהולכת בזנב מורם ואצילי. שאלתי אותו איך זה קרה, והוא ענה: "היא יודעת שהיא בטוחה, שאני לא אנטוש אותה. היא בידיים טובות". ועוד הוסיף ואמר: "היה לה מטפל טוב". כך עולה שהמשאב החיצוני לכאורה (הכלבה) כולל בתוכו משאב פנימי – את עצמו, המטפל הטוב. משאב חיצוני הופך למשאב פנימי.

בפגישה הבאה הוא מתאר תולעת שמכרסמת בעץ בביתם. "אני משתגע מהכרסום של התולעת הזו". הוא בונה עוד חדר לבית הקטן שלהם. אני שומעת את התולעת המכרסמת, המטריפה את דעתו, ורואה אותו בונה עוד חדר. כרסום ובנייה. בנייה וכרסום. אני שואלת אותו על ייאוש מהטיפול. הוא אומר שהוא

יודע שזה לוקח זמן. כבר פחות כועס ותובע שינוי מן החוץ. מרגיש קצת יותר טוב. בבית אשתו בהיריון מתקדם. הוא חווה הקלה.

הטיפול נע ומתקדם, עם עליות ומורדות. באחד הימים הוא רוצה לבטל את הפגישה כי בתו הפעוטה נשארה אתו בבית. אני מציעה לו להגיע אתה לפגישה. הם באים יחד, מביאים צעצועים, ואנו פורשים אותם על המזרנים בחדר. הפגישה פורמלית למחצה, מתקיימת חלקה בחדר שלי וחלקה במרפסת של החדר שצופה הרחק אל נוף שדות מעובדים. אנחנו יושבים על מדרגה נמוכה במרפסת, זה לצד זה, עם בתו שהביאה הרבה תנועה, משחק וחיים למרחב שבינינו. בחוץ, באוויר הפתוח, ימים של אביב וחמימות נעימה. התרגשתי לנוכח הגמישות והספונטניות שלי ושל: במקום לבטל פגישה (איכות של הימנעות), להזמין אותו לפגישה, כמו שהוא (איכויות של גמישות, קבלה, הרחבה). על המרפסת עם בתו אנו במרחב מעברי. בין חדר הטיפול התוך-אישי ובין העולם הממשי שבחוץ. בין לבין אנחנו על המרפסת, חוקרים מרחב חדש, מרחב פוטנציאלי, אינטר-סובייקטיבי. השיחה בנוכחות בתו הפעוטה חופשית יותר, אנושית יותר. אשתו קרובה ללדת, ואנחנו מדברים על לידה. הוא שואל אותי שאלות אישיות יותר, אנושיות, ואני משיבה. הוא מקריא לבתו מספר שהביאו, והיא מבקשת שישיר לה ממנו. הוא שר לה שיר. ברגע מסוים אני מצטרפת קצת, בשקט, הוא מוביל ואני מלווה, שרים יחד לבתו "מה עושות האיילות בלילות?". רגע מרגש ביותר. דרך בתו פגשתי את הצד הבריא שלו, האבהי, האוהב, החופשי. קשוב ויוזם. יש הרבה תנועה ספונטנית ומשחקיות במפגש הזה. השלישית בחדר² הביאה תנועה וחיות חדשה לתוך המרחב המוכר. יצאנו מהקופסה, יצאנו מהחדר, הגמשנו קירות וגבולות למרחב ש"בין לבין", וזכינו למבטים חדשים עלינו, עליו, על חייו, וגם עליי.

במפגשים הבאים הוא משתף לראשונה בפירוט באירועים טראומטיים שהשתתף בהם. הוא מתאר בפירוט אירוע קשה וממושך, בתוך שאנו מוודאים שהוא מרגיש שליטה על שחזור האירוע. הוא מתאר תחושות גופניות – בחילה, מחנק, כאב ראש – ואינו מתפרק מהן, מצליח להישאר מעוגן בגופו. בהמשך עולות תגובות של רעד, הזעה ופיהוק המשמשות לפריקת אנרגיה עודפת. אנחנו יכולים לשהות עם התחושות הללו לכמה רגעים, ולסיים את העבודה כאשר הוא בוחר בכך. דניאל מתאר את ההתנסות כחיובית. מרגיש טוב בסופה. זוהי דוגמה

2 משחק מילים על המושג "השלישי האנליטי" של אוגדן (2011).

לעיבוד טראומה: לבוא במגע עם חוויה טראומטית מן העבר, דרך התנועות והתחושות הגופניות שמתעוררות בהווה, להכיל את התחושות האלה, לאפשר פריקה סומטית ותחושת ביטחון ושליטה במצב.

המפגש הבא הוא מפגש מכונן. דניאל, שסירב עד כה לעבודה תנועתית בחדר, נענה להזמנה לבטא כעס ישיר בנוכחותי. אנו עובדים עם מחבט טניס בחדר. תחילה אני מדגימה את הטכניקה המובנית השאובה מעבודה נאו־רייכיאנית (Lowen, 2003), ולאחר מכן הוא מבצע אותה. הוא יושב על ברכיו, אני רוכנת על ברכיי לידו. שתי ידי אוחזות במחבט טניס, והוא חובט בפוף גדול הנמצא מולו. פלג גופו העליון (הטורסו) עולה ויורד, מזדקף ומתכוּפף, בגמישות ותנועותיות פולסטורית. דרך החבטה הוא מביע כעס באופן בליסטי, בעוצמה גבוהה ובכוחיות. הפוף סופג את החבטות בקול חזק ועמום. הוא עובד כך כמה דקות, מפעם לפעם עוצר למנוחה והתנשפות. מזיע. פורק. ממשיך. הוא מסביר שזהו קצה הקרחון. אומר: "מרוב כעס יכולתי לעבור דרך הקיר הזה". נסער. חי. לאחר מכן מתאר הקלה ושחרור.

מגיע האביב. בתקופה שלאחר מכן יש התפתחויות חיוביות בתחום העבודה: יוזמות והצעות מוציאות אותו אל העולם שבחוץ. רעיונות חדשים נולדים. איכויות של יוזמה, הובלה, יציאה, תנועה. התקיעות נפרצה, האנרגיה זמינה ליצירה.

בד בבד הוא ואשתו מתחילים טיפול זוגי במרפאתנו. ההטבה במצבו מאפשרת להרחיב את המסגרת הטיפולית כך שתכלול גם את הזוג. הוא ממשיך אתי ללא שינוי, פגישה פרטנית שבועית. המטפלת הזוגית מצטרפת למעטפת הטיפול. תנועה של התרחבות והעמקה.

ביום הזיכרון לחללי צה"ל הוא מגיע באיחור. מתאר שהצפירה תפסה אותו בנהיגה. עצר בצד הדרך, אך לא רצה לעמוד. נשאר ברכב. אני שמה לב שהוא פחות כעוס ומתלהם מהרגיל. הוא גם מרגיש זאת. הוא מספר שהכעס והזעם התחלפו בעצב. אנו מסמנים את זה כשינוי חיובי, כהתמדה. מתחת לכעס שוכן העצב.

הפוסט־טראומה היא הפרעה קשה, וכל התקדמות מלווה בנסיגה. בחודשים הבאים פורצים שני משברים קשים מאוד בעלי אופי אובדני. שניהם קשורים בהפסקות פתאומיות של תרופות וקנביס. ברקע נדחית התביעה שלו להכרה על ידי משרד הביטחון. טריגר נוסף הוא מבצע "צוק איתן". חבריו משרתים בעזה.

הוא חושש לחייהם. אני חוששת לחייו. יש לו תכנית קונקרטית כיצד להתאבד, משוכנע שכך ייטב למשפחתו. הסיכון גבוה. אנחנו בקשר טלפוני ופנים אל פנים, בשיתוף פעולה הדוק עם אשתו ואתו. שומרות עליו, שלא יהיה לבד. הוא מצליח לווסת את עצמו: נוסע לחבר, לוקח אופניים, הולך לנשום אוויר בחוץ, עובד בגינה. התנועה מרגיעה, מווסתת.

הוא חוזר ליטול תרופות אנטי־דיכאוניות. מבין שזה מה שנחוץ כרגע לייצוב ולתמיכה. אנו ממשיכים בעבודה. צלחנו את הקיץ המורכב יחד, ומצבו התייצב. הוא חי. ואז הוא עושה את הצעד הגדול הבא.

הוא מתחיל עבודה חדשה ומאתגרת, נראה מאורגן יותר וחש טוב יותר. בראש השנה הוא מביא עציץ גדול ופורה ומודה על הטיפול בו. אני מתרגשת מאוד ממחווה הנתינה וההתרחבות – ממנו והחוצה. שנה חדשה מתחילה, ואתה הטבה ניכרת. הוא ממשיך בעבודתו החדשה, דרך חבר שהיה אתו בצבא ומודע למצבו. הוא עובד בתחום ההיי־טק, מצליח להיכנס למסגרת עבודה, להביא הכנסה נאה, לשקם את תחושת הערך והיכולת. הוא חושש מאוד ליפול ואינו יכול לנוח ולהירגע בחיק ההצלחה, אך גם אינו יכול להכחיש את ההתקדמות. אני מחזיקה את ההתקדמות והכוחות שלו, והוא מחזיק את החששות והפחד ליפול.

הוא מרבה בנסיעות לחו"ל לצורכי עבודתו, שמטלטלות אותו כי אינו יכול לצרוך קנבים מחוץ לגבולות הארץ. בחו"ל הוא חווה סיטי לילה קשים ביותר ושינה מועטה ומקוטעת. הוא חוזר לארץ עם טלטלות הגוף, הנפש, השינה, הפגיעות והשבריריות. ואף על פי כן נוע ינוע. הוא בתנועה.

בגלל עבודתו אנו נפגשים בתדירות נמוכה יותר. לא כי אין צורך, אלא כי אין לו זמן; כפעם בחודש או חודשיים. אני מרגישה שדמותי מופנמת אצלו, והוא יודע לפנות וליצור קשר. הוא אינו שלם עם התמונה הגדולה – היותו חלק מה"מטריקס" שהוא כל כך מבקר; תעשיית ההיי־טק, הקפיטליזם, עמידה בפקקים בבוקר, שהייה מועטה בבית עם ילדיו. כל אלה מנוגדים להשקפת עולמו. ועם זאת, הוא מבין שכרגע זוהי הדרך לנוע קדימה, להתקדם ולהשתקם. הוא יודע להגיד שהעבודה שומרת עליו כי היא שומרת אותו בתנועה. כך חולפים החודשים, אני וגם הוא חוששים מנפילה וחוגגים את ההצלחה, מחודש לחודש, מעונה לעונה. וכך חולפות שנה וחצי של תפקוד גבוה, נורמליזציה חלקית, טקטוניקה של המעמקים.

שלוש שנים מתחילת הטיפול ושנה וחצי מאז שב לחיי עבודה ותפקוד

נורמטיביים הוא מרגיש שהקרקע בטוחה יותר מתחת לרגליים. ועם זאת, היא כל הזמן זזה ונעה, טקטוניקה שלא מפסיקה לרחוש ולהתהוות, לזוז, להיסדק, לנוע. הוא מצליח להכיל את התנודות כחלק ממנו, בעודו עובד, חי, מתפרנס, משקם את זהותו העצמית והגברית. הוא מבקש לחזור לטיפול שבועי ולעשות עבודה ממוקדת בטראומה. אני נענית לבקשתו. בעת העבודה עולה בו, כתמיד, בחילה. לראשונה הוא מחבר בין הבחילה לאירועים הטראומטיים הבלתי מעוכלים, שאיני יכול להכיל בתוכו מצד אחד, וגם איני יכול להיפטר מהם ולהקיא אותם מן הצד האחר. הבחילה ממשית וחזקה. בהמשך הוא מתאר שהקיא בבית לאחר הפגישה והרגיש גועל והקלה. העיבוד הזה התאפשר כשלוש שנים מתחילת הטיפול. עיכול איטי, הדרגתי, בקצב ובדרך שלו.

באותו זמן, אך במקום אחר ובקצב אחר, הוא קונה אופנוע לרכיבת שטח. יוצא עם חברים לרכיבה אתגרית. מתאר כיצד בעת הרכיבה הגוף מתעורר לחיים, שופע אדרנלין, חיות, זיעה, שרירים תפוסים, סכנה, ריכוז, מיקוד, סיפוק. מתברר שבנערותו היה רוכב בשטח, חופשי ומשוחרר במרחבי הטבע. מעולם לא שמעתי על הרכיבה בעברו. כעת מתעורר בו הרצון לחיות, וגם תשוקה, ריגוש וגוף. הוא קונה דבר לעצמו. מה שהיה לו פעם. נוצר רצף מחודש ואינטגרציה של עבר והווה, מי שהייתי ומי שאני.

אני רואה ומתפעלת. חושבת על איכויות התנועה של נסיעת שטח באופנוע: תנועתיות, כוחיות, תנועה כלפי מעלה ונגד הכבידה, יציאה, ישירות, פוקוס, קצב מהיר ועוד. אני לא חוסכת בהתפעלותי עד שאפילו הוא מתחיל להתפעל. לומד לטפוח לעצמו על השכם, להרפות משוט הביקורת. אני מזכירה לו את הדימוי "לעבור דרך הקירות". פעם הדימוי הזה ביטא את עוצמת הכעס האין-סופית שבתוכו, את השיגעון ההורס, שמאפשר לו לעבור דרך קיר מרוב כעס וזעם. היום הדימוי הזה משקף בעיניי את הדרך שעשה, את הבלתי אפשרי, את היציאה החוצה: תחילה היציאה מהבית אל החדר הזה, אחר כך היציאה אל המרפסת, ובהמשך יציאה מחדש אל העולם, אל החיים.

דין

הבאתי תיאור של טיפול שיש בו מעט מאוד תנועה ממשית במרחב החדר. טיפול בתנועה שיש בו יותר אלתנועה מתנועה. כיצד אפשר להחזיק טיפול

בתנועה שבו המטופל אינו מוכן לתנועה ממשית במרחב החדר? ואיזו תנועה כן יכולה להתאפשר בטיפול כזה?

הקושי של המטופל הפוסט-טראומטי לנוע בחדר משקף את הליבה של ההפרעה: נוקשות וצמצום המתבטאים בכיווץ ואל-תנועה. זו הפרעה קשה המגייסת את האדם למודוס הישרדותי, ובשל כך הוא אינו יכול לשהות במרחב פוטנציאלי וסימבולי, הנחוץ לעבודה תנועתית-רגשית. דניאל לא יכול היה להרשות לעצמו להרפות ממערך ההגנות שלו, לוותר על שליטת השכל והמילים ולעבור לערוץ התנועת-גופני. באופן פרדוקסלי ככל שהגוף יותר מעורר ומעורער, ככל שהוא רלוונטי יותר לטיפול, כך מתעצם גם הקושי לעבוד אתו. הוא הזירה הבוערת והוא הזירה המרפאת. מתוך הבנה זו יש מקום לדחות לפעמים את העבודה התנועתית בחדר לשלב מאוחר יותר בטיפול, למשל לאחר ביסוס הקשר או כאשר המטופל חש בטוח דיו "לקום מהכיסא" ולהיפגש עם עצמו בתנועה.

מאפיין נוסף של הטיפול הוא שתי אופנויות לעבודה התנסותית בחדר: הרובד התנועתי והרובד התחושת-סומטי. אפשר לבחון מהו הערוץ המתאים ביותר לכל מטופל ומטופל. כמו שהראיתי בטיפול של דניאל, לעתים התנועה הנגישה יותר למטופל מאופיינת בתנועות נראות לעין, ממשיות, מובנות וריתמיות, שאפשר להצטרף אליהן בתוך קשר (עבודה ברובד תנועתי גלוי). לעומת זאת, עבודה סומטית רכה, הכרוכה בקשב פנימי ושימת לב רציפה לגוף ולתחושות המעודנות יותר, יכולה להיות מאיימת יותר, ובמובן זה להתאים לשלבים מתקדמים יותר של הטיפול (עבודה ברובד גופני סמוי). רק לאחר שדניאל עבד עם רגשות "גדולים" כמו כעס וזעם ותנועה גדולה כמו עבודת המחבט, הוא היה יכול לבוא במגע עם תחושות סומטיות סמויות כמו בחילה וזיעה, קור וכובד, ולשהות אתן באופן ניתן להכלה. גם כאן מתקיימת תנועה בין רבדים וערוצים שונים של העבודה בחדר.

הסטינג של הטיפול היה ידוע ומוגדר, אך השתנה מעת לעת (כך גם עם מטופלים אחרים שסובלים מ-PTSD), מכיוון שהצרכים של דניאל השתנו והתחלפו במשך השנים (להדק-לשחרר, להרחיב-למקד, לדלל-לרכז). גבולות הטיפול היו גמישים ובעלי תנועה בהתאם לצורכי המטופל.

להבנתי גורם עיקרי להצלחת הטיפול הוא הקשר שלנו. מה בנה את הקשר האמיץ שנטווה בינינו? במידה רבה הנכונות שלו להגיע למרות המחסומים הרבים, ולתת בי אמון; ובה בעת הנכונות שלי ללכת אתו כברת דרך ארוכה

וקשה; להיות אתו כשהוא קופץ בכיסא מרעש המטוס שמרעיד את החלון; להיות סבלנית ולקבל את הדחייה שמעורר בו המפגש עם הגוף, דחייה שמופנית גם כלפיי וכלפי ההזמנה שלי לפנות אל הגוף; להסכים לוותר לעת עתה על העבודה התנועתית והגופנית בחדר ולהישאר אתו בזירה הבטוחה יותר של הכיסא, המילים והדיבור; להזכיר לו את הפגישות כי הוא שוכח; לקבל אותו גם כשמאחר. הגבולות שלי כמטפלת היו ברורים וגמישים גם יחד. כדי להצליח להיות לו למכל בטוח ומותאם נדרשתי לפונקציות אימהיות של החזקה (holding) וטיפול (handling) (ויניקוט, 1996).

מרכיב נוסף בקשר בין דניאל וביני הוא קבלה ואמפתיה. יכולתי לקבל את האחרות שלו: אורח חיים אלטרנטיבי, ניהיליסטי, עם נוחות חתרני. בסתר לבי עמדות מסוימות עוררו בי הזדהות חלקית והיו לגשר המאח"ד³ בינינו. כמו אם-סביבה, יכולתי לקבל את החלקים הללו שלו, המתקשים במגע עם העולם מפני שידעתי כמה הוא מתקשה במגע עם עצמו.

לסיכום, רוב המטופלים הפוסט־טראומטיים שפגשתי בעבודתי אינם רוצים ואולי אינם יכולים לעבוד בתנועה חופשית או מובנית, עם אביזרים או בלעדיהם. הם מתקשים לקום מהכיסא, לעמוד ולצאת למרחב החדר. הם מתקשים לצאת מהגבולות הבטוחים של הכורסה, שהיא בשבילם מעטפת הדוקה ומחזיקה (holding); מעטפת דוממת, שקטה וסטטית. היעדר תנועה – בחיים כמו בחדר – מבטא חלק מהבעיה: תקיעות, הימנעות, צמצום. הקושי להניע את המטופלים בחדר עורר אותי לחשוב על דרכים נוספות להביא אותם לתנועה, גם אם מחוץ לחדר, דרך עידוד לפעילות גופנית, פעילות פנאי, חוג, תרגול עצמאי בבית ועוד. זוהי עמדה דירקטיבית, ישירה ויוזמת של המטפל. דרך נוספת לעבוד עם הגוף מרחוק היא באמצעות עבודה על התשתית הגופנית: ארגון יום ולילה, מודעות לתזונה, התייחסות לטיפול התרופתי. לכך נוסף מרכיב של מתן אינפורמציה פסיכו־חינוכית (psycho-education) שמטרתה הקניית ידע למטופל אודות מאפיינים של ההפרעה ממנה סובל ושל הטיפול בה.

אני מדמינת את התקדמות הטיפול כרשת קואורדינטות שבה על המטפל לזהות את מיקומו, להגדיר את היעד הבא ולנווט אליו אגב זיהוי ובדיקה של

3 גשר מאח"ד – מודל לעבודה עם משבר וטראומה (Lahad, 1997) שמטרתו לזהות דפוסי התמודדות של האדם ולהרחיב את טווח הדפוסים הזמינים לשם הסתגלות טובה יותר. בעברית תורגם המודל לשם "גשר מאח"ד" (להד ואיילון, 2000).

מסלולים חלופיים אפשריים, רצוי בשיתוף המטופל. האם אנחנו כמטפלים בתנועה מוכנים להרחיב את גבולות התפיסה שלנו: מהי תנועה, ואיזו תנועה היא טיפולית, ומה אנחנו יכולים לעשות כמטפלים בתנועה, וכמטפלים בכלל? האם נוכל לצאת לעבר מחוזות נוספים שירחיבו את גוף הידע שלנו, ירחיבו את האפשרויות לנוע עם המטופלים שלנו? עד כמה הגבולות שלנו גמישים וחדירים לשינוי?

ישנן גישות טיפול מבוססות עבודה גופנית־רגשית, שאינן חלק מליבת מקצוע הטיפול בתנועה, אך יכולות לשמש מטפלים בתנועה בעבודה מסוג זה, למשל "החווייה הסומטית" (SE), "התמקדות" (Focusing), פסיכותרפיה סנסומוטורית (Ogden et al., 2006) (sensorimotor psychotherapy), "חשיפה ממושכת" (PE), "קשיבות" (Mindfulness) והאקומי (Hakumi) (Kurtz, 2002). גישות ושיטות טיפול אלה ואחרות יכולות להעשיר מטפלים בתנועה ואת מטופליהם כאשר מסיבות שונות היכולת לעבוד בתנועה, כמו שאנו מכירים אותה, חסומה. את העציץ הפורח שהביא דניאל כמתנת תודה בראש השנה לקחתי הביתה, מתוך ידיעה שהוא לא ישרוד את תקופת הבינוי הקשה, היעדר אור שמש ואוויר נקי בחדר. בחצר ביתי העברתי אותו לעציץ גדול יותר, הוספתי לו אדמה טובה והשקיה קבועה. אני רואה אותו משיר עלים בחורף, חשוף ושדוף, מלבלב באביב ופורח שוב בקיץ. יכולתו לפרוח לאחר צינת החורף המקפיאה מפתיעה ומרגשת אותי. כמו מת שחזר אל החיים.

מקורות

- אוגדן, תומס ה', 2011. "השלישי האנליטי: עבודה עם עובדות קליניות אינטר־סובייקטיביות", בתוך: על אי־היכולת לחלום, תל אביב: עם עובד.
- איילון, עופרה ומולי להד, 2000. חיים על הגבול, טבעון: נורד.
- בולאס, כריסטופר, 2000. צילו של האובייקט, תל אביב: דביר.
- הרמן, ג'ודית לואיס, 1994. טראומה והחלמה, תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, דונלד וודס, 1996. משחק ומציאות, תל אביב: עם עובד.
- לוי, פטר, 1999. להעיר את הנמר: מרפאים את הטרומה, תל אביב: אסטרולוג.
- רוס, ג'ינה, 2008. מעבר למערבולת הטרומה אל מערבולת ההחלמה, טבעון: נורד.
- שחר־לוי, יונה, 2004. מהגוף הגלוי לסיפור הנפש הסמוי, ירושלים: הוצאה עצמית.

- American Psychiatric Association, 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th ed., Washington, DC: Author.
- , 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington, DC: Author.
- Cloitre, Marylene, Donn W. Garvert, Chris R. Brewin, Richard A. Bryant, and Andreas Maercker, 2013. "Evidence for Proposed ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A Latent Profile Analysis," *European Journal of Psychotraumatology* 4, pp. 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Helfear, Philip M., 1998. *Sex and Self Respect: The Quest for Personal Fulfillment*, Praeger: London.
- Kurtz, Ron, 2012. "Readings in the Hakomi Method of Mindfulness-Based Assisted Self-Study," <http://hakomi.com/ron-kurtz-educational-materials/official-writings/rons-readings-2012>.
- Lahad, Mooli, 1997. "BASIC Ph: The Story of Coping Resources," *Community Stress Prevention* 1, pp. 117-145.
- Lowen, Alexander, 2003. *The Language of the Body: Physical Dynamics of Character Structure*, Alachua: Bioenergetics Press.
- Ogden, Pat, Kekuni Minton and Clare Pain, 2006. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, New York : W.W. Norton.
- Stanek, Dörte, 2014. "Bridging Past and Present: Embodied Intergenerational Trauma and the Implications for Dance/Movement Therapy," *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 10 (2), pp. 94-105.
- Stern, D. B. (2013). *Unformulated experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis* (Vol. 8). Routledge.
- Van der Kolk, Bessel A., 2002. "Beyond the Talking Cure: Somatic Experience and Subcortical Imprints in the Treatment of Trauma," in: Francine Shapiro (ed.), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*, Washington, DC: American Psychological Association, pp. 57-83.
- , 2015. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York: Penguin Books.
- Van der Kolk, Bessel A., Lars Weisaeth, and Onno Van der Hart, 2007. "History of Trauma in Psychiatry," in: Bessel A. van der Kolk, Alexander C. McFarlane, and Lars Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, 2nd ed., New York & London: Guilford Press, pp. 3-23.

טיפול קצר מועד בפעוטה פוסט-טראומטית עקב טיפול רפואי "אימא, הו אימא, חבקיני חלש"

נירה שחף

טראומה יכולה לחסום או ליצור. זה נכון למדי. הדבר תלוי באופן ההתמודדות עם טראומה. איך כל אדם התמודד עם הנסיבות הטראומטיות. היא יכולה להיות יצירתית כשם שהיא יכולה גם להיות סימפטומטית. התוצאה של חוויה טראומטית יכולה להיות יצירתית ולאחרים היא יכולה להיות מעכבת וחוסמת...
(ג'וים מקדוגל, בתוך מולינו, 2011)

הטראומה המתרחשת ומתקיימת בגוף-נפש מסקרנת ומאתגרת אותי. בשנים האחרונות אני לומדת גישות מגוונות לטיפול בפוסט-טראומה בגילים שונים, נחשפת אליהן ומשתמשת בהן. העבודה הטיפולית עם ילדים מחייבת גישה אינטגרטיבית (שילוב של יותר מגישה אחת בטיפול), גישה התואמת את שאיפתי הטיפולית.

אציג מקרה של טיפול קצר מועד בסיון, פעוטה פוסט-טראומטית בעקבות טיפול רפואי. הטיפול התקיים במרפאה להפרעות חרדה בפעוטות וילדים שבמרכז "חוסן" ברמת חן בניהולה של ד"ר לילך רחמים, והוא חלק ממחקרה של ד"ר רחמים, המנסה לבדוק איזה טיפול קצר מועד הוא היעיל ביותר לפעוטות פוסט-טראומטיים בעקבות טראומה חד-פעמית כגון תאונה, נשיכה, טיפול רפואי ועוד. אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder) בפעוטות וילדים לפני גיל בית ספר – עד שלהי המאה התשע עשרה לא הכירו בהפרעות נפשיות בילדים, ורק בתחילת המאה העשרים החלו להבין שהפרעות אצל ילדים שונות מאצל מבוגרים ולהתייחס אליהן בנפרד. הפנומנולוגיה של חרדה אצל ילדים, לדוגמה, שונה מביטוייה במבוגרים. מבוגרים יבחרו פעמים רבות בהימנעות, ואילו אצל ילדים יופיעו התנהגויות

מתנגדות והתפרצויות זעם במצבים שאין אפשרות להימנע. מתוך כך החלה להתפתח ההכרה שהביטויים והסימפטומים של ילדים במצב פוסט-טראומטי שונים מאלו של מבוגרים.

טראומה בפעושות מוגדרת כמצב שבו הפעוט חשוף או עד, עדות ראייה או שמיעה, לאירוע שיש בו איום לשלמותו הפיזית או הנפשית, שלו או של ההורה או הדמות המטפלת בו (caregiver) (Pynoos, 1990).

בספר האבחנות DC: 0-3R; Zero to Three מפורטים אינדיקטורים התנהגותיים וביטויים התפתחותיים של המצוקה הטראומטית בילדים בני אפס עד שלוש. הם חלופיים לקריטריונים של ה-DSM שאינם רגישים ואבחנותיים דיים. הפעוט יאובחן ב-PTSD אם מתקיימים בו הקריטריונים הבאים יותר מחודש:

1. חוויה מחדש (לפחות סימפטום אחד) – משחק פוסט-טראומטי, היזכרות חזרתית וחודרנית של האירוע הטראומטי לא במשחק, סיטי לילה חוזרים, מצוקה פיזיולוגית, ואפיזודות של פלאשבק או דיסוציאציה.
2. עוררות (לפחות שני סימפטומים) – הפרעות שינה, קושי להתרכז, דריכות יתר, תגובות בהלה מוגזמות, אי-שקט/רגזנות.
3. אדישות בתגובתיות (numb) או סימפטומים הקשורים בהישגים התפתחותיים (לפחות סימפטום אחד) – עלייה בנסיגה החברתית, טווח רגשי מצומצם, ירידה בולטת בעניין בפעילויות משמעותיות, ומאמץ להימנע מכל מה שמזכיר את הטראומה.
4. גרסיה בכישורים ובהישגים התפתחותיים (לפחות סימפטום אחד) – למשל גמילה מחיתול או חזרה להרגלים קודמים כמו שימוש במוצץ.
5. תוקפנות חדשה או פחדים חדשים.

ליברמן (Lieberman, 2005) טוענת שפעושות וילדים בגיל טרום בית ספר שנחשפו לאירועים טראומטיים מבטאים מגוון רב של מצבים פיזיים ונפשיים שעלולים להשפיע על מסלול התפתחותם הנורמלי. לטענת טר (Terr, 1988), ילדים צעירים ופעושות קולטים וזוכרים אירועים טראומטיים. בתנאים תקינים הזיכרונות אינם מודעים (implicit), אך במקרים טראומטיים פעושות בני שלוש ויותר בזמן האירוע זוכרים ומשמרים פרטים חיים מהאירוע הטראומטי במשך כמה שנים.

טר (Terr, 1991) מבחינה בין שני סוגי טראומה. האחד אירוע יחיד מובחן ומטלטל – תאונת דרכים, מוות, הליך רפואי, אסון טבע ועוד. השני אירוע חוזר

ונשנה הנעשה לצפוי, כמו אלימות בבית והתעללות במשפחה, שעם הזמן משנה את דרכי התפיסה, את הפרשנות ואת התגובה של הילד. זוהי טראומה מורכבת (complex trauma). בשני הסוגים המטרה הטיפולית היא הפחתת הסימפטומים והפתולוגיה, והחזרת הפעוט במהירות האפשרית למסלול התפתחות טוב ולחיים של הנאה, משחק, למידה וחקירה. מהירות זו חשובה כדי להפחית את ההשפעה של השינוי בעקבות מהטראומה, על כל מהלך ההתפתחות בכל הצירים וההיבטים שלה. לכל סוג טראומה התערבות ומשך שונים. המחקר עוסק בטראומה כאירוע יחיד או אירועים חוזרים.

כל אחד חווה טראומות במהלך החיים. ברוב המקרים ההתאוששות ספונטנית והביטויים ההתנהגותיים והרגשיים האופייניים לטראומה חולפים בהדרגה באופן ספונטני. אירועים שונים יכולים להיחוו כטראומטיים אצל פעוטות, ואז הם עלולים לפתח PTSD. אחד מהם הוא הליך רפואי.

פעוטות וילדים צעירים עוברים הליכים רפואיים, ובכללם בדיקות וטיפולים רפואיים לא נעימים, חודרניים ומלווים בכאב ובפחד. חלקם יפתחו PTSD. ממצאים מראים שילדים שעברו מחלות המאיימות על חייהם, ניתוחים, השתלות, חלו בסרטן, נפגעו מכוויות ועוד פיתחו PTSD. האופן שהילד תופס את מחלתו ואת ההליך הרפואי הוא אחד הגורמים המשפיעים על מידת הסיכון שלו לפתח PTSD. לצד תמיכה משפחתית ו־PTSD להוריו. תפיסתו של הילד מושפעת ומתווכת על ידי המבוגרים, ותהליכי החלמתו תלויים בין היתר בתפיסת האירועים, בתמיכה המשפחתית ובהתפתחותה של פסיכופתולוגיה הורית לעומת חוסן הורי. המשמעות שהילד מקנה למחלה או להליך הרפואי היא תוצר של התפתחותו האישית ואופן הבנתו את התפקיד שממלאים הצוות והוריו בטיפול הרפואי. לדוגמה, ילד שהוריו מאשרים טיפול רפואי מכאיב והצוות וההורים משתתפים בהליך עצמו יכול לתפוס את הצוות כמתעלל ואת ההורים כשותפים (Rachamim et al., 2015). גם האופן שבו ההורים תופסים את המחלה, את ההליך הרפואי ואת הסבל הכרוך בהם משפיע על התגובות הפוסט־טראומטיות של ילדיהם (Stuber & Shemesh, 2006). מכיוון שההתייחסות והמשמעות הן סובייקטיביות ומושפעות מאוד מתפיסת ההורים, ייתכן שילדים יחוו את המחלה או את ההליך הרפואי כמפחידים ומסכני חיים, והדבר ישפיע על תגובותיהם לאחר מכן ועל התאוששותם (Saxe et al., 2003).

ויניקוט (2009) מציין שבניית אינטגרציה, פרסונליזציה וריאליזציה הן

משימות ההתפתחות החשובות בראשית החיים. הוא מבחין בין שתי קבוצות של חוויות המסייעות לנטייה הטבעית של האישיות לנוע לכיוון אינטגרציה ופרסונליזציה. קבוצה אחת היא הטכניקה שבה מטפלים בתינוק: מחממים אותו, מחזיקים אותו, רוחצים אותו, מנענעים אותו ונותנים לו שם. כל אלו מסייעים בהשגת האינטגרציה והפרסונליזציה (עצמיות – person). הקבוצה השנייה היא חוויות יצריות מתוך הגוף והתנסויות רגועות חוזרות ונשנות של הטיפול הגופני. אלו עוזרות לווסת ולארגן את החוויות היצריות החריפות, וכך לאפשר ולסייע לתחושת העצמיות שנמצאת בגופנו להתפתח. דברים אלו מדגישים את מידת ההרס הפוטנציאלי של הטראומה הרפואית ואת חשיבות ההתערבות המיידית. הריאליזציה, לדברי ויניקוט, היא חלק מההליך ההתפתחות הנורמלי, והדיסוציאציה נמצאת לצד האי-אינטגרציה, ושתיהן מצבים טבעיים וראשוניים. "בילדות מופיעה הדיסוציאציה, למשל, במצבים שכחים כגון סהרורות, בריחת צואה, בצורות מסוימות של פזילה וכיוצא באלה" (ויניקוט, 2009). לדבריו, ההישג ההתפתחותי הוא חוויות שבהן הדיסוציאציה מפסיקה. הדבר יתרחש רק במפגש עם האחר.

הטיפול

אבחנה

פסיכיאטרית ופסיכולוגית ילדים אבחנה את סיון¹ עם PTSD בעקבות טיפול רפואי בבית חולים. עוד ציינה הפסיכיאטרית שהקשר בין סיון לאם הוא under involved ומאופיין במיעוט פניות של סיון אל האם ופחות הצעות מהאם לעזרה. דפוס התנהגותי ורגשי זה מתיישב עם ההיסטוריה של סיון, פעוטה שאומצה בגיל שנתיים ושלווה חודשים לאחר שגדלה בבית יתומים מגיל שלושה חודשים. ככל הנראה היא למדה לשרוד ללא מענה מותאם של מבוגר פנוי וקשוב. האם, טינה, מתאימה ומגיבה להתנהגותה של הפעוטה. מכיוון שהטיפול ממוקד בטראומה הרפואית, נושא זה לא היה מטרת ההתערבות הטיפולית.

1 השמות וחלק מהמידע על המטופלת שונו לשם שמירה על פרטיותה.

אנמנזה

סיון בת ארבע שנים ושלושה חודשים בעת האבחון, אומצה על ידי טינה, חדהורית מצפון הארץ, כשהייתה בת שנתיים ושלושה חודשים מבית יתומים בחו"ל שבו שהתה מגיל שלושה חודשים. למדתי שטינה מסורה, לומדת, מושקעת ומשתדלת להתאים את עצמה לשלבי ההתפתחות ולצרכים של סיון. טינה סיפרה שסיון בחרה בה לאחר שדחתה שתי משפחות שרצו לאמצה וסירבה ללכת אתן. לא ברור אם נגמלה מחיתולים בבית היתומים. אף שדווח לאם שנגמלה היא פגשה אותה כשהיא בחיתול, וגם לנסיעה הארוכה לארץ נשלחה בחיתול – "בשביל הנסיעה". בארץ הייתה סיון זקוקה לחיתול, אך ביוזמתה הסירה אותו כחודש לאחר השתלבותה בגן. זהו שלב שבו היא עדיין אינה יודעת את השפה, חווה עולם חדש וזר, אישה שכמעט לא מוכרת לה מטפלת בה, וכבר ניכרים כוחות החיים וההתפתחות שיופיעו וישרתו את סיון בהתמודדותיה.

במחצית השנה הראשונה של השהות בארץ ניכרת השתלבות מוצלחת בגן התואם לגילה, וטינה מתארת פעוטה שמחה וסקרנית, היוצרת קשר עם הגננת, עם חברות בגן ועם משפחתה של האם. אך לצד זה התגלו בעיות במערכת ההפרשות, שהתבטאו בבריחת שתן בלתי נשלטת, בכאבי בטן סביב הצורך ביציאות, מלווים בשלשולים ובחום גבוה שהצריכו אשפוזים חוזרים. הועלו כמה השערות רפואיות, למשל שעדיין לא הסתגלה לשינוי התזונתי. הוחלט על התערבויות טיפוליות שלא הובילו לשיפור.

לאחר זמן שבו לא הצליחו למצוא את הסיבה לבעיות, שבמהלכו אושפזה סיון שוב ושוב בבית חולים עקב חום גבוה, שלשולים חוזרים והתרטבות משתן למרות שימוש רב בשירותים, הגיעו הרופאים למסקנה שאחת הכליות אינה פועלת כשורה ושיש דפורמציה בארגון ובמבנה של האיברים בבטנה. הדבר גרם ללחץ וכאב, והיא לא הצליחה לרוקן את שלפוחית השתן. בניסיון לשמור על הכליות שלה החלו לעשות קטטריזציה על ידי החדרת צינור מהשופכה עד לשלפוחית השתן (תמונה 1). הדבר נעשה ללא סדציה (הרדמה), ובגלל הכאב והחרדה החלה סיון להתנגד והפעולה נעשתה תוך כדי הפעלת כוח ובכפייה. הסיטואציה הלכה והתחריפה, והחמירה את מצבה הנפשי של סיון. בהמשך היא נותחה לשם יצירת חור קטן בבטנה שבו הותקן שסתום המכונה "מיקי", שמאפשר לרוקן את השתן מגופה בשעות קבועות ביום.

האם עזבה את בית החולים בעקבות הטיפול, שהתעלם לדעתה מצרכיה הרגשיים של סיון, ועברה לבית חולים אחר, שבו הובטח לה שבכל הליך שייעשה ינסו להימנע מכאב. אך הרגרסיה וההחמרה התמידו. סיון חזרה לעשות את צרכיה במכנסיים במשך היום והלילה, ואף בשעת הרחצה באמבטיה, וסירבה להשתמש בשירותים. הופיעו קשיים בהירדמות, יקיצות רבות בלילה ובכי רב מתוך שינה. האם דיווחה גם על משחק רפטיבי הכולל בדיקות למיניהן: דם, לחץ דם, בדיקת רופא וזריקות, דבר שנצפה גם באבחון. מבחינת התפתחות השפה סיון דיברה לא ברור, וניכר שהיא עדיין לא רכשה את ההיגוי, אוצר מילים גדול ויכולת לבנות משפטים. עם זאת, היא דיברה וסינה תיווכה.

תמונה 1: הקטטר



ההתערבות הטיפולית

המטופלים במחקר מופנים באופן אקראי לפרוטוקול דינמי או ל-CBT. בשני המסלולים מתקיימים 15-17 מפגשים: כשבועה עם הורה ופעוט יחד וכשמונה מפגשים עם ההורים. אלה מתקיימים לסירוגין בהתאם לתפיסה הדיאדית. את הפרוטוקול הדינמי בנו ד"ר רחמים וד"ר מירוצ'ניק. סיון וטינה הופנו לטיפול דינמי.

ההתערבות הטיפולית בגישה הדינמית מבוססת על הטיפול הדיאדי ועל "טיפול במשחק ממוקד-בילד" (CCPT – Child-Centered Play Therapy) שפיתחה אקסליין, שמשתייכת לגישה הרוג'ריאנית. השלבים בטיפול מובחנים על ידי דפוסי ההתנהגות או התמות שמופיעים בתדירות גבוהה במהלכם. רוג'רס (Rogers, 1951) הניח שבאדם יש יכולת אינהרנטית להבראה, ועל הטיפול לאפשר את התנאים להחלמה. הוא ראה במימוש עצמי את מטרת האדם בכל

גיל, מילדות עד זקנה. אקסליין (1968) אומרת שהילד אינו צריך להבין שיש לו בעיה כדי להבין שהוא יכול להרוויח מטיפול. גישתה של אקסליין למשחק שונה מגישתו של ויניקוט. לדעתה אין צורך לפרש מכיוון שזה מסיט את הילד מהאזור הרגשי לאזור הקוגניטיבי, ואז הוא עסוק בציפיות ממנו וסוטה מהמטרה – מימוש עצמי.

אתאר בקצרה את הנושאים שהופיעו בהתערבות הטיפולית:

- במשך חמש הפגישות הראשונות, כלומר עד הפגישה העשירית במניין הכולל, בלט המשחק הרפטיבי של סיון, והופיעו בו אותם אלמנטים שתיארה האם ואשר צוינו באבחון. אלו הם סימפטומים של פוסט-טראומה.
- בפגישה השנייה הכריזה סיון במפתיע כי היא רוצה לשירותים. כשחזרה ציינה כשעיניה בורקות, "אני אמיצה", וסימנה בידה אגרוף כלפי מעלה, אות ניצחון על שהתגברה, העיזה והצליחה. משלב זה היא חזרה להשתמש בשירותים.
- בפגישה הרביעית דמיינה סיון אריה מפחיד הנמצא בחדר ליד הדלת. היא ביטאה בגופה את הפחד ואת התמודדותה אתו תוך כדי גירוש מן החדר כשאני מצטרפת אל התנועה ואיכותה.
- סיון ציירה את הפחד ואולי גם את הכעס תוך כדי ביטוי קולי עוצמתי (תמונה 2)

תמונה 2: פחד וכעס



- סיון רצה מחוץ לחדר הטיפוליים, התחבאה בשירותים, נהנתה והתרגשה ממשחק המחבואים והחיפוש "איפה סיון?" – משחק ששיחקה בו גם בבית עם טינה. באחת הפגישות היא התחבאה בשירותים וקיבלה מכה. זה היה רגע שבו סיון התמסרה לטינה. היא פנתה אליה בגופה והתחפרה בחיקה, אט-אט התרפו גופה ושריריה, והיא נרגעה כשהיא נאספת בחיקה של האם וגופה מקבל את צורתו. היא מתמסרת ל"מערך הקשר המעטפת-יחיקי (גוף עצמי בתוך מעטפת הורית חיקית)", מושג שפתחה יונה שחרף-לוי (2001, עמ' 29). עוברת בי מחשבה שמתרחש תיקון לתהליך ההתקשרות ביניהן, תהליך שנמצא בבנייה אך ספג טלטלה בעקבות חוויית הכאב המשתחזר שהאם לא מצליחה למנוע.
- מופיעים ריקודים קצרים בקצב מהיר מלווים בקולות צהלה שבהם שימוש רב בקינספרה ובמרחב החדר. ניכרים בהם חופש והנאה מהתנועה והמרחב. אלו חוויות הפוכות לשיתוק ולצמצום שהם חלק מ־PTSD.
- בפגישה טינה ואני ישובות זו מול זו כשהמרחק בינינו כשני מטרים, סיון בינינו בתנוחות ותנועות אופקיות. היא נשכבת במרכז המרחב בינינו, מתגלגלת לכיוונים שונים, ולרגעים מביטה לעברנו מזוויות שונות, מתנועעת ומשתכשכת. המרחב משתנה עבורי תחושתית, ונחוות כמרחב מחזיק בעל איכות פיזית. חשבתי שסיון מגיבה למרחב הפיזי והנפשי שפתחנו לה טינה ואני. אין זו הפעם הראשונה שעובר בי הרהור: איזו ילדה זו סיון! אילו חושים, תושייה, תבונה וכוח חיים יש בה.
- סיון מתיישבת על בובה, נעה עליה ומכה אותה, מעיפה אותה באוויר. שתינו מופתעות מהסצנה. עולה שאלה: האם סיון סיפרה מידע מעברה הינקותי או שתיארה את החוויה הטראומטית של הכנסת הקסטר לגופה בכפייה?
- במהלך אחת הפגישות סיון רוקדת ומתנועעת בפראות, ולפרקים מופיע זעם עצור בגופה; פריקה, בשפתו של פיטר לוין ובשפתם הטבעית של ילדים (לוין [1996] פיתח את ה־Somatic Experience, והוא טוען שטראומה מציפה את מערכת העצבים, ולכן שחרור של שרידי הטראומה שנוותרו במערכת העצבים יוביל לשחרור מתופעות פוסט-טראומטיות. הוויסות הוא תנועה בין כיוון לרוגע, ולא מצב של הרפיה מוחלטת. הפריקה לשם ויסות מערכת העצבים היא גופנית, חושית, נפשית, תנועתית: בכי, פליטה של חום, רעד וכדומה). לאחר כמה דקות הצעתי לטינה לאסוף אותה אל גופה. היא עטפה

אותה וספגה את תנועות ההדיפה של גפיה – מעין מכל מווסת לתנועה ולרגשות עוצמתיים (הפעם פורג'ס לוחש באוזניי: לאפשר הרגעה של מערכת ההישרדות בתוך מערך ההתקשרות. על פי פורג'ס [Porges, 2001] והתאוריה הפוליווגלית, אצל יונקים מפותחים יש אפשרות הקודמת לפעולת "הילחם או ברח", והיא "מערכת העצבים החברתית" [SNS – Social Nervous System]. מדובר בהיררכיה מבחינת מערכת העצבים לשם הישרדות: פנייה לדמות משמעותית שמספקת ביטחון, הגנה וקביעות בעת הצורך. כאשר אין מענה בתוך מערך ההתקשרות, האורגניזם יפעיל לשם הישרדותו את האפשרות הבאה של מערכת העצבים – "הילחם או ברח"). סיון נרגעה אט-אט בזרועותיה של טינה.

בד בבד במציאות חלה הטבה בכל הפרמטרים:

- התרוקנות רק בשירותים כשסיון מזהה ומציינת שהיא צריכה.
- סדירות ביציאות במהלך היום וללא יציאות או התלכלכות בלילה.
- בהדרגה פוסקת עשיית הצרכים במי האמבטיה.
- שינה רצופה עם הפחתה בסיוטים עד הפסקתם.
- רגיעה כללית, מגמת הפחתה בבכי ובאי־שקט עד היעלמותם.
- במפגש השישי עם סיון, וה־12 במניין הכולל, הופיע משחק שונה מבחינת תוכנו וללא רפטטיביות. סיון ערכה פיקניק וחילקה לשלושתנו אוכל. היא נחלצה מהמשחק החזרתי הפוסט־טראומטי.
- לקראת סיום ההתערבות הטיפולית והלאה ניכרת התפתחות שפתית, פריצה ברכישת השפה מבחינת עושר, מבנה ושליפה.

כאמור לעיל, התגובה הפוסט־טראומטית עוצרת תהליכי התפתחות. הטיפול משחרר משאבים נפשיים, מוביל להתפתחות ומחזיר למסלול של בריאות. במפגש עם הפסיכיאטרית לאחר סיום הטיפול נמצאה סיון ללא PTSD. הטיפול הסתיים בהצלחה.

מעקב

המחקר מקיים מפגשי מעקב אחרי שלושה חודשים, שישה חודשים ושנה. בשיחת טלפון לאחר חודש דיווחה האם על שימור השיפור. סיון נרשמה לגן חדש – "ש"

גדולים", טרום-חובה. לאחר כחודשיים אושפזה סיון לניתוח מתוכנן לשם הוצאת הכליה הפגועה ושינוי מיקום ה"מיקי" כדי להקל עליה ביום-יום. היא שוחררה מוקדם מהמתוכנן, אחרי שלושה שבועות, בזכות מהירות ההחלמה.

החמרה

במפגש מעקב לאחר שלושה חודשים דיווחה האם על רגרסיה חמורה. היא סיפרה שסיון לא חזרה לעצמה לאחר הניתוח, והיא מתקשה להיפרד בגן. האם תיארה שני אירועים קשים בעת החלפת ה"מיקי". אחת לשלושה שבועות יש להחליף את ה"מיקי" בבית חולים כדי למנוע זיהום. ההחלפות היו מלוות בכאב, וההרדמה לא הועילה. סיון החלה לפחד מבית החולים. באירוע הראשון היא סירבה להחלפה, והפרוצדורה נעשתה בכפייה: ארבעה אנשי צוות אחזו בגפיה, והאם שיתפה אתם פעולה והפעילה לחץ על בטנה כדי שלא תזוז. לשם החזקה של ילדה קטנטונת ורזה נדרשו חמישה מבוגרים. כאשר הגוף במצב של "הילחם או ברח" יש לו יכולות יוצאות דופן המשרתות את הצורך בהישרדות. סיון בכתה כל הדרך הביתה והמשיכה לבכות גם בבית.

בהחלפת ה"מיקי" הבאה סיון כבר צרחה כל הדרך שאינה רוצה לבית החולים. כשהגיעו היא הסכימה לעלות ואף לצייר לפני שהוזמנה לחדר הטיפולים, אך סירבה להיכנס ולשתף פעולה. לאם הובטח שיגדילו את כמות חומר ההרדמה כדי שסיון לא תרגיש כאב, אך גם הפעם הפרוצדורה הפכה למאבק קיצוני כשסיון בוכה, צורחת, הודפת ובוועטת בגפיה, בהתנגדות גופנית מרבית. כאשר הצוות ביקש את עזרת טינה היא סירבה, לעומת הפעם הקודמת שבה עזרה להם. כעת היא נקטה עמדה, והסבירה שאינה רוצה שסיון תקשור אותה לזה. אך המצב שוב יצא משליטתה. אחת האחיות שחשבה שסיון זקוקה לשליטה החליטה שמן הראוי שסיון תראה את פעולת ההחלפה למרות סירובה של טינה. סיון נבהלה, זזה וגרמה לטפטוף דם, והדבר עורר בה בהלה. כשהסתיים ההליך סיון רעדה בכל גופה עד שלא הייתה מסוגלת לעמוד על רגליה. אז גם התברר לטינה שלא הוסיפו חומר הרדמה, מכיוון שכבר השתמשו בכמות המרבית המותרת לפי משקל הגוף. אף שידעו זאת מראש לא דיווחו לה ולא שינו דבר. טינה וסיון חזרו הביתה מותשות. סיון חזרה להימנע מעשיית צרכים בשירותים, עשתה כמה פעמים ביום במכנסיים, ובילילה לפחות שש פעמים, הופיעו קשיי הרדמות, קשיי שינה והתעוררויות רבות. שוב ושוב ביטאה סיון פחד מדם. היא נעשתה עצבנית

וחסרת שקט וביטאה כעס כלפי טינה: "אימא, את מעצבנת". הופיעה כסיסת ציפורניים, חזרו המשחקים הרפטיביים שתוכנם בית חולים, רופאים, בדיקות דם, בדיקות לחץ דם, חבישות, ומשחק שבו תינוק בוכה: "צריך לעזור לו כי כואב לו, הוא פוחד, צריך לקרוא לרופא". סיון לא רוצה לנסוע לבית החולים כשיש תקלה ב"מיקי" כי היא פוחדת. ניכר ששתייהן מותשות מהמעגל שנקלעו אליו של חוסר שינה, דריכות ופחד רב בין החלפה להחלפה. הופיעו קשיים להיפרד מהאם בגן, אך לצד זה הצליחה סיון להשתלב. הוחלט להחזירן לטיפול בהתאם להסכם, ולפיו במקרה של אי-הצלחה בשיטה אחת מופנים לטיפול בשיטה האחרת.

טיפול PE

חשיפה ממושכת (PE – Prolonged Exposure) היא טיפול פרטני המשתיך לשיטה הקוגניטיבית-התנהגותית. פיתחו אותו פרופ' עדנה פואה ואחרים (1994) לטיפול במבוגרים. בתחילה הופעלה השיטה בטיפול בנפגעות תקיפה מינית, ואחר הורחבה גם לנפגעי טראומות אחרות. הטיפול ב-PE נחקר רבות, הוא מבוקר ונמצא בעל יעילות גבוהה של 85 אחוזי הצלחה. הוא מוכר ונמצא בשימוש בצבא האמריקאי. נקש ואחרים (Nacasch et al., 2005) מדווחים על הטמעתו באופן נרחב בישראל ועל יעילות השיטה בטרומות טרור וקרב, וגם בטרומות אחרות.

שיטת PE מתבססת על תאוריית העיבוד הרגשי של פואה וקוזאק. היא עוזרת בעיבוד החוויה הטרומטית, דרך איזון בין מעורבות יתר והצפה, לחוסר מעורבות וניתוק, ומקנה הרגשת שליטה. הנרטיב הטרומטי עובר תהליך של הבניה מחדש, אגב ארגון והרחבה של הסיפור, שכן התהליך מאפשר היזכרות בפרטים ובמידע נוספים. השיטה מסייעת להתמודד עם החרדה בדרך ישירה ומבוקרת באמצעות שני סוגי חשיפה: בחיים ובדמיון. חשיפה מוצלחת מחייבת מעורבות רגשית עם זיכרון הטרומה.

זהו פרוטוקול טיפולי קצר מועד של כ-15 מפגשים, שמורכב מארבע מודולות (יחידות טיפול בעלות מטרות ונושאים מסוימים): 1. שלב פסיכד-ינוכי ותכנון הטיפול; 2. הרפיות; 3. חשיפות; 4. מניעת הישנות וסיום הטיפול. מספר הפגישות בכל מודול מותאם על פי המאפיינים הייחודיים למטופל.

לפני כמה שנים הותאם הפרוטוקול לילדים ומתבגרים (Gilboa-Schechtman et al., 2010). המודולות בפרוטוקול מותאמות מבחינת תכנים ואמצעים למאפייני הגיל וההתפתחות. לאחרונה התאימו רחמים ואחרות (Rachamim et al., 2015) את הפרוטוקול לפעושות וילדים בגיל טרום בית ספר. מבנה הטיפול דיאדי – הורה והורה-ילד לסירוגין.

הפרוטוקול מתבסס על ההנחות הבאות, שחלקן עומדות בבסיס הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות:

1. חשיבה וקוגניציה – ילדים יכולים לחשוב את מחשבותיהם, ואפשר לשלב בטיפול עבודה על דפוסי קוגניציה והתנהגות בהתאם לצורכיהם ולשלב התפתחותם, אפילו עם בני שלוש וארבע (Ronen, 1992).
2. ילד שונה ממבוגר בסוגי הקשיים ובפנומנולוגיה שלהם.
3. הנחת יסוד בטיפול CBT היא שהמטפל והמטופל הם צוות שוויוני שפועל למען רווחתו של המטופל, ויש ביניהם שיתוף פעולה הכולל עמדה אקטיבית ושוויונית של המטפל והמטופל. הילד מגויס להיות שותף בתהליך הטיפולי מתוך התאמת ההסבר לגילו ולהתפתחותו. שילוב ההורה בטיפול נובע בין היתר מעמדה זו.
4. שילוב ההורים בטיפול מתוך הכרה בחשיבות העבודה הישירה אתם כסוכני שינוי, כמשאב טיפולי וכקו-תרפיסטים. אסתר כהן (2007) מצביעה על תימוכין מחקריים רבים בנוגע לתרומה הפוטנציאלית של ההורה ושל שיקום הקשר שלו עם הילד לשם טיפול בבעיותיו של הילד. הטיעונים לשילוב ההורה:
 - ההורה הוא הדמות המרכזית והמשמעותית לילד, לכן יתרום לשינוי ויזרו אותו. אופן החשיבה ודרכי ההתנהגות של ילדים מושפעים מסביבתם. ילדים קטנים, ובעיקר פעושות, מושפעים מהוריהם. למשל, ילדים לומדים ממודלים בסביבתם אילו גירויים לפרש כמאיימים וכיצד להגיב אליהם. ההתערבות היא בתוך הקשר הטבעי לילד, מה שהוביל לבחירה במבנה הדיאדי של הטיפול.
 - במהלך הטיפול ההורה ירכוש, ילמד ויפתח כישורים ויכולות לעצמו, שאותם יוכל ליישם ולהכליל בתחומים נוספים ובהתמודדויות אחרות.
 - הטיפול צריך להתייחס לקשר בין ההורה לילד. יש להבין שיתכן שטראומה עקב התערבות רפואית יכולה להשפיע על יחסי הורה-ילד

ועל ההתקשרות בגלל האופן שבו תופס הילד את ההורה: אֶכֶזב כי לא היה מקור להגנה וביטחון, היה שותף בהחלטה להכאיב ולעיתים אף בהכאבה עצמה, או שניהם. לכן השתתפות אקטיבית של ההורה תסייע בבניית קשר בטוח ותאפשר התמודדות עם הטראומה של הפעוט.

- ייתכן שגם ההורה סובל מ־PTSD בעקבות המחלה או ההליך הרפואי, והטיפול בו יחזיר לילד הורה פוטנטי עם תחושת מסוגלותו משוקמת, וממילא יתרום להחלמתו.

5. התאמת התקשורת לשפתם של ילדים – משחק ויצירה. מכיוון שמשחק הוא אמצעי תקשורת עיקרי של ילדים וגורם מרכזי בהתפתחותם, תאוריות טיפול למיניהן רואות בו כלי טיפולי ומיטיב. גם הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי רואה בו אמצעי לקשר ולביטוי מיטבי של ילדים. המשחק הוא דרך להתאמת שפת הטיפול לשפת המטופל-הילד, ליצירת קשר, ואפשר להיעזר בו לשם הסברה ויישום של מונחים בסיסיים. בטיפול בטראומה החשיפה הממושכת היא בדרך כלל במשחק, בציור או בכלי הבעה אחר (אצל מבוגרים, לעומת זאת, זה נעשה בדיבור). בשונה מהגישות הפסיכודינמיות וההומניסטיות, אין ניסיון לפרש סימפטומים ולייחס להם משמעות סמלית של תכנים לא מודעים. הפירוש שלהם אינו במוקד הטיפול, אבל מכיוון שהמטרה הסופית של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי היא שיפור במצבו של המטופל וחזרתו למעגל החיים, הרי שמשחק תואם גיל המערב הנאה, סקרנות ושינוי הוא גם סימן שהילד חוזר ליהנות, להתנסות, לחקור, ללמוד, להמציא ולהתפתח.

6. שיעורי בית – בין הפגישות יש להתאמן יום-יום בלמידה ובהתנסויות שהתקיימו בפגישות לשם יצירת התרגלות (habituation) לשינויים קוגניטיביים, רגשיים, פיזיולוגיים והתנהגותיים.

חידוש מפגשי הטיפול

לפגישה הראשונה הגיעה סיון על זרועותיה של האם כשהיא ממררת בבכי. היה ברור שהבכי נובע מסבל גופני. התברר שה"מיקי" הוכנס באופן שלחץ על איבריה הפנימיים והסב לה סבל רב. מכיוון שאי-אפשר לטפל בטראומה רפואית כשאין ביטחון במציאות פעלנו במציאות. פנינו, בשיתוף עם האם, לבית החולים כדי להשיג שינוי בהתנהלותו. הוסבר לצוות הרפואי שלצד הטיפול

החשוב והמציל חיים שהם עושים, הם חייבים למצוא פתרון לשם מניעת הכאב כדי להפסיק את החוויות הטראומטיות הנשנות. בבית החולים הוחלט להשתמש בגז צחוק.

הטיפול

פגישה 1: עסקנו בחלק הפסיכו-חינוכי שיש בכל טיפול CBT. הסברתי לטינה על פוסט-טראומה ופירטתי סימפטומים אופייניים: חוויה מחדש של הטראומה – זיכרונות, חלומות או פלשבקים מלווים במצוקה רבה בזמן התרחשותם; הימנעות מכל דבר שמזכיר את הטראומה – מחשבות, רגשות, מקומות, מצבים או אירועים שמעוררים זיכרונות; תגובתיות מופחתת – אובדן עניין בדברים והסתגרות; עוררות מוגברת – קשיי שינה, סף תסכול נמוך, עצבנות ונטייה לבהלה.

נרמלתי את התנהגותה ואת רגשותיה של סיון, והבהרתי שמטרת הטיפול היא הפחתת הפחדים וחזרה לתפקוד ולעניין של לפני הטראומה. הצגתי את מבנה טיפול PE על שני חלקיו העיקריים: **חשיפה בחיים** – סיון תחוה מצבים והתנהגויות שמהם היא נמנעת כי הם מזכירים לה את הטראומה או מפחידים אותה. אמרתי שבטווח הקצר ההימנעות מקלה וסיון מרגישה יחסית רגועה, אבל לאמיתו של דבר מצבה מחמיר מפני שהיא לא מאפשרת לעצמה להתגבר על הפחדים ורק מגבירה אותם על ידי חיזוק שלילי. שילבנו התערבות לאנקופריזיס. התמונה הקלינית הייתה של ילדה שאינה מצליחה לשלוט ביציאותיה באופן סדיר וקבוע, סובלת מכאבי בטן, נמנעת מהשירותים, בעברה עצירות והימנעות מהתרוקנות. האם הראתה לי סרט מן החודשים הראשונים בארץ ובו סיון נאנקת ומייבבת בגלל כאבי בטן סביב היציאות. מבחינת ההתערבות הטיפולית אין חשיבות למקור התסמין, אם הוא אחד התסמינים של ה-PTSD או שסיון מעולם לא נגמלה, ושמידע על הדפורמציה הגופנית הוסתר מהאם לשם הגברת סיכוייה לאימוץ. הבהרתי שניצור היררכיה של המצבים הללו לפי מידת המצוקה שהם מעוררים, והחשיפה תהיה בתנאים בטוחים; **חשיפה בדמיון** היא סיפור האירוע המפחיד. סיון תספר את הזיכרון של הטראומה באמצעות דיבור ומשחק.

הסברתי לטינה את הרציונל של החשיפה. כאשר סיון תתעמת עם הזיכרונות והמצבים המפחידים בהדרגה ובסביבה בטוחה יקרו כמה דברים: א. כשמספרים את הזיכרון מתרחש עיבוד רגשי של החוויה הטראומטית ומבינים יותר את מה

שקרה; ב. סיון תלמד שאין סכנה לחשוב על מה שקרה ושאין סכנה להרגיש פחד או עצב; ג. סיון תלמד לפחד פחות ממצבים שמזכירים לה את הטראומה; ד. סיון תגלה שהיא מסוגלת להתמודד עם הפחד והחרדה שלה, וכך הרגשתה תשתפר והערך העצמי שלה יגדל; ה. סיון תלמד מתוך ההתנסות הזו שכשהיא מתעמתת שוב ושוב עם המצבים והזיכרונות, הפחדים והמצוקה שלה פוחתים ושום דבר לא קורה. היא תראה ותרגיש שהיא פחות מפחדת ואף שהיא מרגישה יותר ויותר בטוחה בהם. זוהי ההתרגלות – תהליך שבו החרדה יורדת. כאשר סיון או כל אדם אחר נחשפים מספיק זמן ומספיק פעמים למצב מפחיד, אך בתנאי ביטחון, הם מפסיקים לפחד מהמצב לאט-לאט. אדם שהיה מעורב בתאונה כשנהג, אם מיד יחזור לנהוג הכול יהיה תקין, אך אם לא, הוא יפתח פחד מנהיגה שילך ויגדל. אם סיון תגלוש במגלשה ותיפגע, ולא תחזור לגלוש, היא תפתח פחד ותימנע מכך. אם תשוב מיד לגלוש לא תפתח חרדה. עיקרון זה פועל גם בנוגע לזיכרונות המפחידים. ככל שסיון תיחשף לזיכרונות על ידי דיבור ומשחק הנוגעים לזיכרונות המפחידים והמכאיבים, תתרחש התרגלות, ובמקום להימנע הם יהיו פחות מפחידים. כך תהיה לה שליטה עליהם וכך הם יופיעו פחות בניגוד לרצונה. התנסות חוזרת עם זיכרונות הטראומה תוביל להפחתה בסיוטים, במחשבות החודרניות ובפלאשבקים.

הוספתי שבתחילה התהליך הזה יהיה להן קשה. הורים חוששים שלילדיהם יהיה קשה ומכאיב מדי. חשוב לי שתדע שהמחקרים מוכיחים שעוזר לדבר ולספר באמצעות משחק ולצייר את מה שקרה. אם מספרים שוב ושוב הפחד הולך ופוחת. הדבר גם יוצר ארגון של סיפור הטראומה, ולכן מפחית את הסימפטומים עד היעלמותם, כך שהשיטה מעניקה כלים להתמודדות עם הרגשות המפחידים ועוזרת להעלמת הסימפטומים. הסברתי על חשיבות מעורבותה האקטיבית של טינה בטיפול בסיון: לתמוך בה, לעבד יחד אתה את האירוע, לסייע לה בחשיפות ועוד. עוד לימדתי את טינה הרפיה, והראיתי לה שנשימות יכולות להשפיע על ההרגשה. הכנתי את טינה לפגישה עם סיון, והפחתי בה תקווה.

שיעורי בית: להתאמן על הנשימות שלוש פעמים ביום.

פגישה 2: טינה מסבירה לסיון באמצעות סיפור ותאטרון בובות את העיקרון הטיפולי להקטנת פחדים שלפיו כדאי לדבר על זיכרון מפחיד כי כך מקטינים את הפחד.

לימדנו את סיון את טכניקת הנשימות באופן התואם את גילה: נשיפה על נר או ניפוח בלון.

שיעורי בית: לספר לסיון את סיפור הרציונל הטיפולי. אימון נשימות.

פגישה 3-4: אספתי מידע מפורט על הטראומה ועל הרגעים הקשים בה. הסברתי ונרמלתי תגובות שכיחות לטראומה. הנגשנו מידע זה באמצעות סיפור והצגה לסיון. המחשנו באמצעות סיפור את העיקרון של הטיפול, שאם היא תספר את האירוע המפחיד הפחד יפחת, עד שהיא תחזור להתנהג כמו שהתנהגה לפניו. שוחחנו עם סיון על מה שאירע בבית החולים לשם זיהוי קוגניציות ורגשות טראומטיים.

פגישה 5-8: חשיפות בחיים. הסברתי לטינה את הרציונל לחשיפות בחיים. במפגש עם סיון הצגנו בפניה סיפור מומחז בעזרת בובות המסביר את הרציונל הזה. בנינו היררכיית חשיפות בחיים – רשימת ההימנעויות מדורגת על פי רמת המצוקה שהן מעוררות:

1. חשיפה להפסקת ההצמדה של הרגליים בעת רחצה, ניגוב והלבשה. הסבר והמחשה של מערכת העיכול ופעולתה באופן תואם גיל באמצעות תמונות. זיהוי הסימנים בגופה לפעולת המעיים ולצורך שלה ליציאות שונות.
2. חשיפה לשהייה ויציאה בשירותים.

הכנו מד לחץ, המכונה "מד אומץ", משלושה עיגולים: גדול, בינוני וקטן, המייצגים את מידת הפחד והמצוקה. אנו מסבירות לסיון שבתחילת ההתמודדות עם הפחד נמצאים בעיגול הגדול והלב דופק ואולי כואבת הבטן. אם נשארים עם הפחד הוא ירד לעיגול הבינוני ואחר כך לקטן, עד שייעלם. כך תראה שלא מסוכן. אם תברח או תתחבא העיגול והפחד יישארו גדולים.

התנסות ראשונה בשתי חשיפות בחיים מתקיימת אתי.

- הצמדת הרגליים – אני פונה לסיון ואומרת שאני מבינה שהיא מצמידה רגליים כשאימא רוצה לנגב ולהלביש אותה כי היא מפחדת בעקבות מה שקרה בבית החולים, אבל אימא רוצה לעזור, ואין סכנה ולא יכאב. אני מזמינה אותה למשחק תנועתי שכולל קפיצות של סגירה ופתיחה של הרגליים המלווה בהשתובבות. אני שואלת אותה אם היא מוכנה לבדוק זאת השבוע ולנסות לעזור לאימא על ידי כך שלא תצמיד את הרגליים. סיון מסכימה ואפילו מדגימה לי. כבר למחרת טינה מודיעה על שינוי שחל לאחר הפגישה.

• שהייה בשירותים – שלושתנו מעצבות את חדר השירותים במרכז "חוסן". בתוך חמש דקות המקום הופך לחדר משחקים, ואנחנו שוהות שם עשר דקות מהנות במשחק, בציור ובסיפור כשסיון ישובה על מכסה האסלה.

בכל אחת משתי החשיפות סיון נשאלת על דרגת המצוקה. היא מסמנת עיגול קטן, ואני מציינת שהנה פחת הפחד בגלל האומץ שלה. בעיבוד אני אומרת לסיון שהנה לא קרה דבר רע ושהפחד פחת.

שיעורי בית: לשהות בשירותים במשך עשר דקות שלוש פעמים ביום. הובהר לטינה שהתרגיל צריך להיות חוויה מהנה ושיש להגיב רק כשסיון מצליחה לשבת או כשיש יציאה, ולהתעלם מאי-הצלחה. המטרה אינה יציאה. סוכם על פרס קטן על כל שלוש מדבקות. תמונות נמסרות לסיון וטינה כחלק מההתמודדות.

במהלך השבוע טינה שלחה אליי תמונה של עיצוב קיר חדר השירותים על ידי סיון. סוכם על פרס קטן על כל שלוש מדבקות.

בשבוע זה הושגו כל היעדים עם תקלות מעטות והושגה שנת לילה רציפה. להפתעתנו הושג יעד נוסף – מתמטי. באחד הימים סיון חזרה מהגן והודיעה שהשיגה שש מדבקות, ולכן עליה לקבל שני פרסים.

בהתאם לצרכיה של סיון אני משלבת משחק, שירה וריקוד לשם שחרור, מנוחה, ביטחון וקשר, לצד עקביות ודבקות בפרוטוקול כדי להביא להבראתה.

פגישה 9-12: חשיפה בדמיון. בפגישה עם טינה בעת ההכנה לחשיפה בדמיון אנו מבינות שטינה סובלת מסימפטומים פוסט-טראומטיים בעקבות שתי החלפות ה"מיקי" הקשות. אנו מחליטות על חשיפה בדמיון בשבילה. בשתי הפגישות היא מספרת את האירועים במשך כחצי שעה בכל פגישה. במהלך השחזור, שמתקיים בזמן הווה, היא מתארת ש"ככפוית שד" השתתפה במשהו שהיא מתנגדת לו בגלל מהירות ההתרחשות ולחץ הזמן שבו פועלים בבית החולים: "לא חשבת, לא היה לי זמן, הגבתי אוטומטית". היא מבטאת את אכזבתה מבית החולים שאליו עברה מתוך אמון שיתנהלו אחרת: "זה כמו בגידה. אני כועסת. הם גרמו להידרדרות במצבה של סיון". טינה מספרת שהיא תמיד מתקשה לצפות בהחלפת ה"מיקי", מפנה בקביעות את המבט ונמנעת מלראות. היא מציינת שבניגוד לרצונה הראו לסיון את פעולת ההחלפה לפני שהבינה מה קורה, והיא לא הספיקה למנוע זאת. בכאב היא שבה ומספרת שבסיום ההליך סיון רעדה בכל גופה ולא יכלה לעמוד על רגליה. לאחר הפעם הזו הבטיחה לעצמה שהיא

לא תשתף פעולה ושלא ייגעו בסיון ללא גז צחוק. לשאלתי מה היה הקשה ביותר לכל אחת משתייהן השיבה שההחלפה שבה סיון רעדה אף על פי שהבטיחו לה שיישמרו מפני כאב על ידי הוספת חומר הרדמה: "היה לי קשה לראות כמה היא סובלת ומפחדת. הסברתי להם שאם היא אומרת שכואב לה אז זה נכון. הם טענו שזה לא כואב". במפגש השני, שבו שחזרה שוב כחצי שעה את סיפור הטראומה, חלה ירידה בדרגת המצוקה שלה.

הכנתי את טינה למפגש החשיפה בדמיון של סיון.

בפגישה עם סיון על חשיפה בדמיון סיון מנסה בתחילה להימנע על ידי החלפת נושאי משחק ועיסוק בחדר. בהמשך היא פונה אליי ואומרת: "את מרגיזה" ומסמנת לעברי unlike. אני אומרת שאני מבינה שקשה לה להיזכר, אבל כשנזכרים לא באמת כואב, ושלבסוף היא לא תפחד. טינה עוזרת מאוד במפגש. היא מתחילה לספר את סיפור הטראומה ותומכת בסיון במשך השחזור. סיון מצטרפת ומספרת את פרטי הסיפור אגב הצגתם בעזרת בובות ואביזרים נוספים. היא מתעכבת על הפרטים של הסיפור. בשלב המאבק שלה היא עוזבת את הבובות, עוצרת אותנו ומדגימה בגופה: נשכבת על הרצפה ומראה את המאבק שניהלה. זוהי התקרבות רגשית המאפשרת חשיפה חווייתית רבה יותר לאירוע המפחיד. מבוגר עושה זאת בעיניים עצומות ובלשון הווה, סיון משחזרת את החוויה בגופה ובתנועתה. לשאלתי סיון מראה שעיגול הפחד עדיין גדול. אני אומרת לסיון: "את נזכרת שכאב לך, אך כרגע כואב?" תשובתה: "לא". אני אומרת לה, "לא כואב כי זה לא קורה עכשיו. את נזכרת כעת במשהו שקרה ולא קורה עכשיו. אז זה כָּאֵב, כעת לא" – תיקונים קוגניטיביים. היא מספרת פעמיים נוספות, ולשאלתי מה גודל העיגול מראה לי בכף ידה עיגול קטן-קטן. אנו חוזרות בשני מפגשים נוספים על השחזור כדי להבטיח את קביעות השינוי.

שיעורי בית: חשיפה בחיים – המשך ההתנסות. חשיפה בדמיון – לחזור ולספר בכל יום את סיפור הטראומה כמו שסופר אתי.

שיפור

מצבה של סיון משתפר בכל התחומים: היא מזהה סימנים גופניים ומתרוקנת רק ובאמצעות הצנתור ובאסלה; היא אינה דוחה את ההליכה לישון וישנה ברציפות בלילה ללא סיוטים. כך טינה וסיון חוזרות לשינה רציפה בלילות; סיון שבה להשתתף בפעילויות בשמחה; היא רגועה, אינה כעושה ועצבנית וסיפורים אחרים מופיעים במשחקיה. לפי השאלונים שטינה ממלאת היא אינה עונה להגדרה של הפרעה פוסט-טראומטית.

טינה מעורבת, יוזמת, יצירתית ומשחקית באופן שלא הייתה קודם. היא מחוברת לפוטנטיות שלה, שמחה ורגועה יותר. טינה וסיון מספרות על החוויה הטובה בבית החולים ועל החלפת ה"מיקי" כשסיון כבר אינה מפחדת, משתפת פעולה, מתחבקת עם הרופאים והאחיות, ואפילו ניאותה להישאר כמה דקות אתם ללא טינה. טינה מרגישה שעלו שוב על דרך המלך. היא מוסיפה שאפילו התנסתה בהחלפת ה"מיקי" בעצמה.

הקשר בין שתייהן מתחזק ומתבטא בין היתר בפנייה רבה שלהן זו לזו. under involved כבר אינו מתאים להגדרת יחסיהן. מבחינה מרחבית סיון מתקרבת לטינה ובקשר גופני ורגשי אתה. יש מגע רב ביניהן, ונראה שטינה משמשת כעת בסיס בטוח (secure base) במושגיו של בולבי. הקשר התאושש ואף נתרם, כדברי מקדוגל, שצוטט בפתח המאמר.

בפגישה האחרונה מתקיימת "מסיבת סיום" שבה מוצג אירוע הטראומה בספרון תמונות ועושים חזרה על הכלים שנלמדו בטיפול. זו התרומה הנוספת של הטיפול הזה: יוצאים ממנו בלי פחדים וסימפטומים ועם כלים להתמודדות בעתיד – בניית חוסן.

כותרת המאמר היא ציטוט משיר שבו סיון משחקת בהחלפת משמעויות חזק וחלש – פרפרה על שירה בגיל ארבע וחצי. החיבוק של אימא צריך להיות זהיר עם ה"מיקי".

טינה מספרת שסיון קוראת לי עוד מתקופת הטיפול הדינמי "החברה שלי", ואני מרגישה שקיבלתי ציון לשבח כי עם חברים משחקים ונהנים,

חברים עוזרים

אפשר לסמוך עליהם

והם "בגובה העיניים".

מחשבות לסיכום

1. לסיון כמה נושאים וקשיים שיש צורך לטפל בהם – האימוץ, שהייה של שנתיים בבית יתומים. אך כמו בחדר מיון, שבו מונהגת היררכיית התערבויות, מצב פוסט-טראומטי הוא הראשון בחשיבות ובדחיפות.
2. בעקבות טיפול באירוע פוסט-טראומטי תיתכן הכללה כך שהוא ישפיע על תגובה לאירועים טראומטיים אחרים ועל מבנים נפשיים עמוקים יותר. ההנחה היא שלסיון טראומה מורכבת. בעקבות הטיפול אפשר לראות שיפור באיכות ההתקשרות אל סינה בזכות ההתמודדות עם המשבר על כל היבטיו.
3. במצבים פוסט-טראומטיים יש לטפל במהירות האפשרית ובטכניקות שהוכחו כיעילות ביותר. במחקר של כהן וסרדצה (2014), שהשווה בין התערבויות דירקטיביות ללא דירקטיביות, ללא תלות במקצועו של המטפל, פסיכולוג או מטפל בהבעה ויצירה, נמצא שהתערבויות דירקטיביות תרמו להחלמה מ-PTSD והתערבויות לא דירקטיביות לא רק שלא תרמו, אלא אף החריפו את המצב.
4. חשוב להסביר לצוותים רפואיים את הסכנה להתפתחות מצבים פוסט-טראומטיים עקב הליכים רפואיים.

מקורות

- אקסליין, וירג'יניה, 1968. דיבס: הילד המחפש את זהותו, תרגום: יואב הלוי, מרחביה: ספרית פועלים.
- ויניקוט, דונלד וודס, 2009 [1945]. "התפתחות רגשית פרימיטיבית", בתוך: **עצמי אמיתי, עצמי כוזב** (עורך: עמנואל ברמן), תל אביב: עם עובד, עמ' 52-56.
- כהן, אסתר, 2007. "מבוא התמודדויות הוריות וטיפול בהורות", בתוך: אסתר כהן (עורכת), **חויית ההורות**, ירושלים: את, בית הספר לחינוך האוניברסיטה העברית בירושלים, עמ' 13.
- כהן, אסתר ויאן סרדצה, 2014. "טיפול במצוקה פוסט טראומטית של ילדים: מה ניתן ללמוד מיומניהם של מטפלים ישראלים?" פסיכולוגיה עברית, www.hebpsy.net/articles.asp?id=3202.
- לוי, פיטר, 1996. **להעיר את הנמר: מרפאים את הטראומה**, הוד השרון: אסטרולוג. מולינו, אנתוני (עורך), 2011. **באסוציאציה חופשית**, ירושלים: כרמל.

פואה, עדנה, מיקי דורון ואלנא ידין, 2011. חשיפה ממושכת: המדריך לטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית, קרית שמונה: המרכז לשעת חירום.
שחר-לוי, יונה, 2001. מהגוף הגלוי לסיפור הנפש הסמוי, ירושלים: הוצאה עצמית.

Ronen, Tammie, 1992. "Cognitive Therapy with Young Children," *Child Psychiatry and Human Development* 23, pp. 19-30.

Gilboa-Schechtman, Eva, Edna B. Foa, Naama Shafran, Idan M. Aderka, Mark B. Powers, Lilach Rachamim, Lea Rosenbach, Elna Yadin, and Alan Apter, 2010. "Prolonged Exposure versus Dynamic Therapy for Adolescent PTSD: A Pilot Randomized Controlled Trial," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49 (10), pp. 1034-1042.

Lieberman, Alicia F., Patricia Van-Horn, and Emily Ozer, 2005. "Preschooler Witnesses of Marital Violence: Predictors and Mediators of Child Behavior Problems," *Development and Psychopathology* 17 (2), pp. 385-396, doi: 10.1017/S0954579405050182.

Nacasch, Nitzah, Edna B. Foa, Jonathan D. Huppert, and Joseph Zohar, 2005. "The Efficacy of Prolonged Exposure Therapy for Combat and Terror-Related PTSD: A Comparison with Treatment as Usual," *Journal of Clinical Psychiatry* 72 (9), pp. 1174-1180.

Pynoos, Robert S., 1990. "Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents," in: Barry Garfinkel, Gabrielle Carlson, and Elizabeth Weller (eds.), *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*, Philadelphia: W.B. Saunders, pp. 48-63.

Porges, Stephen, 2001. "The Polyvagal Theory: Phylogenetic Substrates of a Social Nervous System," *International Journal of Psychophysiology* 42, pp. 123-146.

Rachamim, Lilach, Izabella Mirochnik, Liat Helpman, Nitsa Nacasch, and Elna Yadin, 2015. "Prolonged Exposure Therapy for Toddlers with Traumas Following Medical Procedures," *Cognitive and Behavioral Practice* 22, pp. 240-252.

Rogers, Carl R., 1951. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Boston, Mass.: Houghton Mifflin Co.

Saxe, Glenn, Douglas Vanderblit, and Barry Zuckerman, 2003. "Traumatic Stress in Injured and Ill Children," *PTSD Research Quarterly* 14 (2), pp. 1-7, <http://dx.doi.org/10.1037/e400342008-001>.

Terr, Lenore, 1988. "What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of 20 Children under the Age of Five at the Time of Documented Traumatic Events," *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 27 (1), pp. 96-104.

- , 1991. "Childhood Traumas: An Outline and Overview," *American Journal of Psychiatry* 148, pp. 10-20.
- Stuber, Margaret L., and Eyal Shemesh, 2006. "Post-Traumatic Stress Response to Life-Threatening Illnesses in Children and Their Parents," *Child & Adolescent Psychiatric Clinics* 15 (3), pp. 597-609.
- Zero To Three, 2005. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Revised Edition (DC: 0-3r), Washington, DC: Zero to Three Press.

משענת מגן חיצונית

ל"פ כהן

בדבריי כאן אעקוב אחר תנועת החיים הגופנית-נפשית של העצמי שחיי ספוגים בחוויות טראומטיות רב-שכבתיות. אני מזמינה אתכם ללוות אותי לאורך הצגת המקרה, בחשיבה ובהתבוננות על האופן שבו כאב פיזי משמש פונקציה מארגנת חלופית לעצמי הטראומטי; ועל האופן שבו תנועת החיים הטראומטית משתקפת ביחסי העברה בחדר הטיפול; כיצד ככל שחויית העצמי מתהווה ומניצה בתוך הטיפול, ניכרת הפחתה בהתארגנות סביב הכאב הפיזי.

מאיר הגיע אליי לטיפול בנט"ל (עמותה לנפגעי טראומה על רקע לאומי) לפני שש שנים. המפגש הראשוני אתו התאפיין בהצפה רגשית. הוא בכה בפגישה הראשונה, בכי שהוסיף ללוות אותנו זמן רב בראשית הטיפול. הדברים שסיפר היו מלאי כאב, התמונות שעלו לנגד עיניי כאשר הקשבתי לו נחקקו בי והטרידו אותי ימים ארוכים: קולות של הפגזות, תמונות של גופות ושל חיילים אבודים בתוך תופת של אש ומוות סביבם.

כאשר פנה לטיפול היה מאיר בראשית שנות השישים לחייו. גבר מוצק ורחב, בגבו ניכרת נוקשות רבה והליכתו כבדה, בדרך כלל עם צליעה קלה ברגל ימין. בתקופות מסוימות אני מזהה את הכאב שעמו הוא מגיע לחדר על פי החומרה והכבדות של צליעתו. הוא לבוש לבוש נוח ומסודר, עם מודעות להתאמת גווניו ובחירת פריטים. שערו מאפיר ומעט מקריח. פניו מוארכות מעט, ומבט עיניו הבהירות חודר או משוטט לסירוגין. הוא מרבה ליצור קשר עין, מרבה להתבונן בי. מבטו משתנה לעתים קרובות ומתחלף בהתאם לחוויה שהוא מצוי בה, לעתים עיניו מחויכות, מאתגרות ומתריסות, ופעמים רבות הן כאובות.

בפגישה הראשונה הוא תיאר מצב של התפרצויות בכי והתפרצויות זעם, פלשבקים קוליים של קטיושות, קשיים בהירדמות, התעוררויות תכופות וחלומות ביעותים – פלשבקים טורדניים מאירוע שהתרחש בעת הפגזה ברמת הגולן, שבה לחם במלחמת יום הכיפורים. בפלשבק ששב והופיע הוא חווה הפגזת קטיושות כבדה, הסתתר תחת נגמ"ש. פתאום הוא ראה חייל עם ידיו

על עיניו צועק "העיניים שלי, העיניים שלי". מאיר התרומם כדי לרוץ ולתפוס את החייל, אך חייל שהיה לידו תפס אותו ומשך אותו אל מתחת לגמ"ש כדי שיישמר מההפגזה. שניות חלפו, הוא הרים את מבטו, אך החייל הצועק נעלם. מאיר מעולם לא גילה מה עלה בגורלו של אותו חייל. הוא דיבר על רגשות אשם והרגשת כישלון, הרגשה של חוסר תקווה, משאלת מוות, פחד מהכמיהה למות ואף מחשבות אובדניות קונקרטיות, עייפות ומותשות ממאמץ החיים. במהלך הטיפול אתוודע לטראומות מוקדמות יותר שחוה, ואלו יאירו את התשתית שעליה התפתחה הטראומה מחויות המלחמה ויבהירו לי את אופני התארגנותו הנפשית והגופנית.

רקע

מאיר נולד בצפון אפריקה למשפחה דלת אמצעים; הבן הצעיר במשפחה מרובת ילדים ששני ההורים בה עבדו קשה לפרנסתה. הוא נולד לאחר שתי הפלות שהיו לאמו, וככל הנראה היא הייתה בדיכאון בתקופת לידתו. הוא היה ילד מבריק, שאהב מאוד לקרוא, וניחן בזיכרון פנומנלי. בנעוריו המאוחרים החל לימודי רפואה בצרפת, אך עם תום מלחמת ששת הימים, לאחר שנתיים של לימודים, החליט לזנוח אותם ולעלות לישראל. בארץ ויתר על המשך לימודי הרפואה ובחר להתגייס לשירות סדיר של שלוש שנים בצבא. סמוך לסיום השירות הסדיר הוא נפל ונפגע בגבו. במהלך האבחון והטיפול גילו שיש לו מום מולד של שתי חוליות מחוברות בתחתית עמוד השדרה. מאיר הוכר כנכה צה"ל על רקע פגיעה זו.

מום זה והשלכותיו על נוכחות הכאב ועל תנועתיות הגפיים התחתונות יהיו גורם מרכזי בעיצוב המשך חייו, וכן בטיפול. מאיר התנדב חזרה לשירות בצבא, ואף שלא זומן התייצב ביחידתו עם פרוץ מלחמת יום הכיפורים. במלחמה השתתף בקרבות ברמת הגולן, שם חווה חוויות ומראות קשים ומטלטלים. לאחר השירות הסדיר פנה ללמוד צילום, ושם הכיר את מי שתהיה לאשתו עם חזרתו מהמלחמה. אשתו עסקה בריקוד, ותחום הריקוד והתנועה נכחו רבות בחייו דרך חייהם המשותפים. נולדו להם שלושה ילדים, וכיום ויש גם נכדים. אחרי מלחמת יום הכיפורים כדי להתפרנס הגיע לעבוד בתחום הרכב ונשאר בתחום זה עד היום.

במשך השנים עבר משברים רבים במשפחה ובעבודה. כמה משברים בעבודה

היו קשורים לחוסר יכולתו לתפקד בגלל כאב כרוני משתק וממושך בגבו, שהיה מתפרץ ומרתק אותו לביתו. כעשר שנים לפני פנייתו לטיפול הוא התגרש, על רקע פיטורים מהעבודה ומשבר נפשי קשה. תקופה זו רוששה אותו כלכלית, והוא נאלץ למצוא עבודה בתנאי העסקה קשים.

לאורך השנים בכל הזמן הזה ליוו אותו מחשבות אובדניות שלעיתים נעשו טורדניות ועוצמתיות. פעמיים פנה לטיפול נפשי, ואף הופנה לטיפול פסיכיאטרי וקיבל טיפול תרופתי נגד דיכאון. עם זאת, עד שהגיע לנט"ל מעולם לא אובחן ולא קיבל התייחסות ל להיותו סובל מפוסט-טראומה.

מהלך הטיפול

התקופה הראשונית של הטיפול עסקה בביסוס הקשר בינינו, ונסבה בייחוד על הכרת הסיפור, הנרטיב הפנימי של טראומת המלחמה, השלכותיה בחייו ואזורי הכאב העכשוויים. בהמשך הטיפול נחשפו טראומות מוקדמות יותר.

בתחילה היינו נתונים בתוך מרחב מוצף. היה בכי רב וממושך, ועברו שבועות ארוכים שבהם ישב במשקפיים כהים כדי שלא אפגוש ישירות את מבטו הדומע. ניכר כי היה זקוק למגן ולחוצץ בינו ובין מבטי. בתקופה זו הוא מדבר הרבה. אחרי הפוגה בשטף הדברים, ההמשך מופיע כמעט ללא שהות. הוא מביא בליל חוויות, זיכרונות טראומטיים מהצבא ומהילדות, חוויות ביוגרפיות שונות לאורך חייו.

כדי להפחית את עוצמת ההצפה הפנימי אותו לפסיכיאטר, והוא התחיל טיפול תרופתי נגד דיכאון, שעזר בהדרגה, אפשר לו לחוות רגיעה מסוימת והפחית את עוצמת הרגישות לסביבה. אפשר לומר שזה היה שלב ראשון משמעותי בקשר שלנו, ובו מאיר הצליח לחוות מחדש חוויית שליטה מסוימת, שפינתה בו יכולת למנטליזציה. השבת חוויית שליטה זו חיזקה את אמונו בי ובטיפול ואפשרה התחלה של התמסרות לטיפול.

בתקופה ראשונה ומציפה זו אני מרבה להתבונן בנוכחות הגופנית שלו; בנוקשות ובגושיות של הטורסו, בנוקשות תנועת הצוואר, בנוכחות המוצקה של זרועותיו המונחות בכבדות לצדי גופו, על ברכיו ומפעם לפעם מונפות לצדדים כמו להעיף או לזמן עובדות לתיאוריו. אני מתבוננת ברגליים שלעיתים מושטות לפנים לאורך זמן ישיבתו, בכבדות, ללא ניע, אך בדרך כלל הן ניצבות, ומעניקות נוכחות קרקע לכפות רגליו. נשימתו רדודה ומקוטעת לפי שצף הדיבור.

אני מחפשת הזדמנויות לחבר את ההאזנה לגופו גם בתוכו. ומפעם לפעם, אמנם לעתים רחוקות, בתוך שטף דבריו מבקשת ממנו לספר לי "מה אתה חש בגוף כעת, בזמן שאתה מדבר?" בדרך כלל הוא אומר חנק ומניח יד באזור בית החזה. כאשר אני מצליחה להנכיח בתשומת הלב את הגוף, בדרך כלל ישנה הפוגה בשטף המילים והרעיונות, הפוגה זמנית, אך אני חווה בה השתהות קלה, כמו רפסודה בלב הסערה. עם הזמן בטיפול אראה שניסיון זה שלי לפתח את הקשב הגופני בתוכו יהפוך לאמצעי נוסף של קיום הנוכחות והעדות שלי בשבילו, יאפשר התפתחות של השתהות עם הגוף, רגעים של חיבור אל מול חוויית נתק מהסומה ומול חסר והיעדר בנוכחות האובייקט והעצמי.

אצל מטופלים רבים המגיעים עם פוסט-טראומה ניכר שתנועה במרחב מאיימת עליהם. מטופלים שחוו טראומה שקפאה בגופם מצויים בכיווץ כרוני רב המקפיא את תנועתם. לעומת זאת, מאיר, מראשית הקשר הטיפולי, היה סקרן ונכון להשתמש במרחב של התנועה בחדר. ייחסתי את היענותו לחיבור האסוציאטיבי לעולמה של זוגתו לשעבר שעסקה בריקוד. כבר מראשית הטיפול הוא הביע כמיהה שבפגישות הוא יוכל לנוע באופן חופשי משיפוטיות שחוה בעבר, אז הרגיש מוגבל ונכה. עם הזמן הבנתי שלנכונותו לתנועה בחדר צד נוסף, הקשור לאופן שבו הוא מקשר בין תנועה לחיים.

תנועתו הראשונה במרחב חדר הטיפול הייתה כאשר הדגים לי תנועה של זחילה על חול, חיקוי לתנועת הזיקית. כמה חודשים לאחר התחלת הטיפול הוא סיפר לי איך סיגל לעצמו תנועה זו כדי להתמודד עם התקשות עמוד השדרה וכנגד כאב הגב שתוקף אותו לפרקים; כאב חזק המקרין לרגליים, מעורר התכווצות ומגבלות בתנועתו. הצעתי שאם מתאים לו, יראה לי את התנועה כאן, בחדר. הוא התרומם משיבתו, נשכב על רצפת החדר והחל בזחילה בילטרלית על גחונו, ראשו בכיווני.

בהמשך הטיפול הוא עתיד לספר לי שהכאב גרם לו להפעיל את התנועה אף שבדרך כלל כאב מייצר כיווץ. הוא סיפר שכאשר התגלה המום בגבו, באשפוז הראשון שלו בעת האבחון, אמר לו אחד הרופאים שאם ינותח יש סיכוי שיישאר משותק. ידיעה זו גיבשה בו החלטה להשתדל להימנע מניתוח ככל יכולתו. כבר באותה עת חיפש רופא שיעניק לו טיפול ללא ניתוח, טיפול של שיכוך הכאב בתקופות שהכאב בלתי נסבל. אותו רופא עודד אותו להיות בתנועה כל עוד הוא מסוגל, וכך הוא פיתח התנהגות שכאשר כואב הוא נע יותר, כנגד הכאב,

למרות הכאב. הוא פיתח לעצמו סדרת תרגילים תנועתיים שהוא מקיים יום-יום, הוא יוצא להליכות ממושכות או עובד עבודה פיזית קשה בגינה כשהוא מרגיש את הכאב חד ומתגבר. באחת הפגישות הוא אומר, "אני יודע לדאוג לטיפול הגופני בעצמי, אך למעשה מעל ארבעים שנה אני מתפקד פיזית אבל אני לא חי, אני לא חי".

במשך הטיפול אזהה איך הפך הכאב הפיזי לפונקציה מארגנת, אמצעי לחוש ולהרגיש לכידות עצמי במקום שבו חוויית העצמי מפורקת ואין לה נוכחות פנימית. בו בזמן אני למדה שההתמודדות הממושכת עם הכאב מפתחת בו מנגנון של הפרדה ונתק בין הפסיכה לסומה. בעודו מתמיד בתנועה כנגד חוויית הכאב והכיווץ של גופו, הוא מפתח התעלמות מכאב ברמות גבוהות ויכולת אלחוש, עמעום והשתקה תחושתית. אפשר אולי לראות בכאב הכרוני של מאיר גם מנגנון הגנה; הגנה מפני חוויה פנימית שהיא אף קשה מחוויית הכאב הפיזי.

תנועתו המצטברת של מאיר בחדר הטיפול אפשרה לי לזהות את חוויית הנתק בין הפסיכה לסומה שבה הוא שרוי, לחוות ולחוש בחוויות ההצפה והפירוק המתקיימות בו, וכן השפיעה על החוויה שלי אותו, שיקפה והעמיקה בתוכי את יחסי ההעברה עמו.

בהתחלה כעדה לתנועתו אני מרגישה נינוחות ושעשוע. ישנו גוון של הומור בתנועה וקלילות אף שגופו רחב, כבד ומוצק ולמרות צליעתו. כאשר הוא נע בחדר מופיעה קלות בתנועה, יש מהירות והמשכיות, ניכר שיש סיפור בתוך התנועה. עם זאת, אני מרגישה שהתנועה אינה מלאה, נשארת מעט קרובה למרכז, לטורסו, ויש בה איכות של "לסמן", לצמצם את טווח התנועה המלא. כשאני מתבוננת בו אני מהרהרת בשאלות שעולות בי: עד כמה זה אפשרי בגופו להגיע לתנועה מלאה? האם הכאב הכרוני בגוף מכווץ את הטווח? האם תנועת הצמצום בגופו מתארת את המאמץ המתקיים בו בין הגוף הכואב המחזיק בטרומה – כשהוא קופא כנגד עוררות גירויים טראומטיים מבפנים ומבחוץ – לבין הכוח המניע בתוכו להיות בפעולה, בתנועה, כהתנגדות לאפשרות לדמום ולהיות משותק? האם יש כאן ביטוי להרגשה של גנבת מרחב התנועה שעד כה נחוה כלא שייך לו? האם יש בתנועה אשמה על ההיות, על המשכיות קיומו וחיי במקום שבו אחרים לא שרדו?

ויש גם הצטמצמות למולי המתבוננת. בעדותי לתנועתו הרגשתי שיש לי

נוכחות עזה, שהוא עסוק בי בעודו בתנועה. חוויה זו תבהיר לי בהמשך את מידת החסר, את חוויית ההיעדר בתוכו, היעדר של אובייקט מופנם.

בתקופה זו בטיפול אני מרגישה שאני נדרשת להימצא בנוכחות מכילה, לאפשר לתנועתו ולתיאורי הפצעים והפגיעה להיספג בתוכי, להיות נוכחת באופן שימוסס את חוויית הבדידות של חומרי הטראומה המציפים ומייסרים אותו, ולקיים מרחב עדות מאפשר לתנועתו. נוכחות זו מביאה אתה התקדמות בחוויית הפנימית. הוא משתמש בחדר ליותר תנועה, ואף מתחיל להביא חלקים נוספים של עצמו, ובהם מוזיקה אהובה ושירה שהוא מחבר.

כשנתיים לאחר תחילת הטיפול נראה שהשתקעותו בטיפול מתקדמת והוא מביא טראומת ילדות שקדמה לאירועי המלחמה, טראומה שנקברה ובודדה בהכרה. זו טראומה של פגיעה גופנית מינית במרחב שאמור היה להיות הבטוח ביותר. החשיפה עוררה סערה גדולה בתוכו והרגשת שבר. הבכי שב, ומופיעים אשמה, תיעוב וייאוש, ובד בבד מתעורר התקף חריף של כאב בגב והקרנה לכיוון הרגליים, עם קושי עצום בישיבה ובהליכה. נראה שהכאב המתעורר באזור שסביב האגן מגיב לחשיפת הטראומה הקבורה בתוכו.

במשך כמה חודשים אנחנו נפגשים פעמיים בשבוע. אני מרגישה שהוא זקוק לנוכחות שלי ושל מרחב הטיפול שיאפשרו התקרבות אל חוויה שהודחקה והושתקה. הרגשות שהוא מדבר עליהם בתקופה זו קשים: חידלון, אבדון, ייאוש, פחד וכאב, כאב פיזי. בתקופה זו אני מרגישה שתכיפות הפגישות משמשת גם אותי. אני עצמי מרגישה מוצפת בדאגה ובחרדה לכוחותיו. לא פעם הוא מדבר על עצמו החי ועצמו השורד, ובאחת הפגישות הוא נע בחדר בעיניים עצומות, הולך מגשש את דרכו בחדר כשידיו מושטות לפנים, הולך בצעד אטי, מגשש על פני הקיר בעזרת כפות ידיו. נשען על הקיר, ראשית דרך כפות ידיו ואז נשען על הגב, ממשיך לשהות ליד הקיר, מתיישב בכבדות כשגבו שיעון עליו, עיניו עדיין עצומות. הוא יושב כשרגל אחת ניצבת מקופלת והשנייה פשוטה על הרצפה, יד מונחת על הברך הניצבת, משתהה כדקה ואז פוקח את עיניו. אני שואלת, "איזו תחושה קיימת בגוף?" אני מנסה למקד אל הגוף שבזה הרגע סיים את התנועה במרחב, אך אולי עדיין מצוי במרחב התנועה. הוא אומר, "חידלון, אני לא קיים". אני ממשיכה לחפש את החיבור לגוף, לסומה, ושואלת, "ומה התחושה?" "חנק", הוא אומר. אני שואלת, "איפה החנק נמצא?" "בעיניים, באזור הלב, באזור החלציים (מלווה את דבריו בתנועת יד המסמנת את האזורים המדוברים),

אזורי החיים, ריקות, לא קיים הגוף". אני מרגישה שהוא מצוי בהדהוד של חיבור בין חוויית התנועה בעיניים עצומות, בקצב אטי, בתוך גבולות מחזיקים של קירות ורצפת החדר, ובין תחושה והרגשה עמוקות שנחשפו בו. אני עצמי חווה ברגעים אלו התרחבות פנימית, הרגשה שאני חווה חיבור שמתרחש בו. ובעודי משתהה לחוות שבריר מחוויית החיבור אני שומעת אותו ממשיך ומדבר, ודבריו מתפתחים ומקבלים מהות פילוסופית, התבוננות על החיים, התבוננות על תרבויות. אני מזהה שאני כבר לא מצליחה לעקוב אחרי דבריו באופן שמקשר אותם למשמעות בתוכי, ושמופיעה בי אכזבה על שרגע החיבור חלף, הרגשה של ציפה עם טעם מר בתוכי. אולי אפשר לזהות כאן שהחיבור שנוצר עורר בו תגובת אימה מהתמוטטות, והוא הפעיל מנגנון של הרחקה ופיזור והרחיק את עצמו ואותי מאזור האיום.

לפגישה הבאה הוא בא עם כאב חד ומייסר במפרק הירך, כאב חדש יחסית לכאב המוכר לו. הוא נראה כבד יותר ודומם; מדבר על חרדה, חרדה שזה כאב המעיד על שחיקה בסחוס, חרדה מהיחלשות הגוף, מהתבגרותו. אני חושבת שהכאב הופיע כעדות להתארגנות המגנה והמלכדת בתוכו, בתגובה לחוויה שהתעוררה בפגישתנו הקודמת.

במשך זמן רב מעסיקות אותנו הרגשה וחוויה של הישרדות. פעמים רבות אני מרגישה במחיצתו ייאוש ומוצאת את עצמי לא פעם מתפעלת מכוחות ההיאחזות וההתחדשות שהוא מראה. באחת הפגישות הוא מתיישב במקומו בחדר ומניח כרית על ברכיו. אני מרגישה שהוא מתכסה ומגן על עצמו בכרית, הגנה ותמיכה שכנראה מאפשרות את הנסיגה בתוכו ואת החיבור לחוויית כאב עמוק. הוא מתחיל לבכות ומיישיר את מבטו לתוך עיניי. אני מרגישה שמבטי חייב להישאר כעת יציב ופתוח לקראתו; שאני אוזנת בו באמצעות עיניי, שהוא זקוק לנוכחות שלי בזמן שהוא חווה כה עמוק את החיבור לשבר ולכאב שבתוכו. הוא מדבר על הרגשה של להיות "חי מת". אני מביטה בו ומרגישה חסרת מילים. אני עצמי נאחזת בהחזקת המבט ומרגישה שעניי שלי מתחילות להאדים, עם הופעה של דמעות. בפגישה זו אני חווה קרבה גדולה לכאב שבו, ואני מרגישה שמבטי מקבל נוכחות מחיה בשבילו.

עם התמשכות הטיפול, על אף עושר החומרים שמאיר מביא לפגישות, אני מתחילה לזהות חוויה ריקה בתוכי; חוויה של גודש ותסכול. בד בבד, מאיר מתחיל להפחית בהבאת מוזיקה וקטעי שירה עד כדי הפסקה של חומרים מבחוץ.

גם התנועה במרחב החדר מתמעטת לזמן רב. התנועה היחידה המופיעה קשורה בהתמודדות עם הכאב הפיזי, וזה מחדד את המחשבה שהכאב מקיים בו התארגנות נפשית חלופית. מדובר בתנועה מאזור הישיבה שלנו לישיבה על כדור פיזיו גדול כשכפות רגליו נתמכות בחצאי כדור דוקרני. ישיבה זו מתרחשת בתקופות של כאב עז במיוחד, כמעט משתק, שאני הצעתי באחת הפגישות, כאשר הגיע כבד וכואב במיוחד. הזמנתי אותו לשבת על הכדור כדי לאפשר לכדור לספוג את משקלו ואת כאבו ולרכך את הכיווץ. חצאי הכדור הוצבו מתחת לכפות רגליו כדי לשמש הארכה לתמיכת הרגליים, אך גם כדי להיות אמצעי לגירוי של כפות הרגליים. ישיבה זו מאפשרת הרפיה והקלה מסוימות. אולי אפשר לראות בה המשכיות של הנוכחות שלי בשבילו, המאפשרת לו שקיעה והתמסרות בתוך מרחב הטיפול. בהמשך, כאשר הוא מגיע עם כאב בגב וברגליו, הוא כבר בוחר ומארגן את הישיבה בעצמו, וכאשר הכאבים נרגעים הוא שב לשבת על מזרן הישיבה הרגיל.

גם ממקומו על כדור הפיזיו בנוכחות הכאב העז בגבו הוא ממשיך להיות שופע אסוציאציות במילים. התקפי הכאב מופיעים אחת לכמה חודשים, והם עוצמתיים ונמשכים לעתים כמה ימים ולעתים שבועות ארוכים. בתקופות הכאב דבריו מלאים יגון ונעים בסביבות נושאות שונות, נוגעים בילדות, בעבודה, בעבר ובהווה, במוקדי משבר וכאב רגשי מתוך חייו. כאשר הוא יושב בכבודות על כדור הפיזיו ומדבר בשטף אני מרגישה איך הוא מקיים את המנגנון שסיגל לעצמו, מנגנון הפעולה כנגד הכאב; משתדל שלא לתת לו מקום, אבל הוא בוקע מתוך השטף האסוציאטיבי מלא התסכול והכאב, בדברים שהוא מדבר.

עם הזמן אני מבחינה שהוא מתחיל לעסוק בי במרומז וגם ישירות; בתנועה שלי, בנוכחות שלי. אני מתחילה להבחין שהעיסוק בי ובנוכחות שלי תואם את ההפחתה בהבאת חומרים אמנותיים ויצירתיים מבחוץ. בהדרגה אתחיל לראות בכך סימנים לתהליך של חיבור המתרחש בתוכו, וככל שהוא מבטא התעניינות בי, באופני הנוכחות שלי ובצרכים שלו ממני, כך הוא מתקרב אל עצמו.

לאחר חוויות חוזרות ונשנות של אכזבה שלי מהיכולת להחזיק בחיבור הפנימי בעקבות תנועה, אני מפסיקה להזמין לתנועה בחדר במשך תקופה ארוכה, מפסיקה ליוזם או לשמוע את האפשרויות שמרמזות לתנועה שתתפתח בפגישות. אני מתרכזת עמוק יותר בחוויית הישרדות בתוכי; חווה אותו כזקוק

להאזנה שלי, זקוק לנוכחות שלי, אך נראה שהפירושים וההתבטאויות שלי נתלים ונשמטים במרחב שבינינו, ואינם מבשילים לחיבור בתוכו.

הוא מתחיל לדבר על חוויה שהוא מתאר במושג "מסביב לנקודה". כך הוא מתאר מצב של לדבר, לנוע סביב הנקודה, סביב מוקד, בלי לגעת במהות. לא תמיד ברור לי מה זה המצב הזה. לוקח לי זמן ממושך בתהליך לזהות שהוא מהדהד את החוויה שלי של ציפה, של עומס פרטים המטשטשים את התודעה ומשאירים אותי נאחזת פה ושם במשמעות אקראית שאני מצליחה לדלות מדבריו. אני מזהה את הגודש שהוא מביא בדבריו מסחרר ומרחיק, מפרק מחיבור למשמעות ומשאיר חוויה בסיסית של "לא כלום", של לא ננגע, לא מגיע לנקודה.

במשך תקופה זו ישנם הבזקים, רגעים שבהם אני חווה חיבור, חווה נגיעה באזור של חוויה רגשית בעלת מהות. פעם בכמה חודשים אני מצליחה בפגישה להבקיע מעטה של ערפול שאני נמצאת בו, מעטה ציפה, ואני מתעקשת לעצור אותו, את שטף האסוציאציות החופשיות, ומבקשת שיתבונן בתחושה הקיימת בו עכשיו. גם כשהוא מתחיל לתאר אותה באופן פילוסופי, דימויי, אני ממשיכה לקרב אותה לגוף. "איפה היא נמצאת בגוף עכשיו?" מניח יד על בית החזה, "חנק". הוא מביט בי ומתחיל לדמוע. הוא מספר, "בתקופת הצבא הייתה תקווה שאהפוך למישהו". הוא מדבר בכאב על האכזבה ועל תסכול וכישלון, כישלון אישי. מדבר על תקופה ממושכת של חיפוש עצמי דרך בלבול, על צורך לדבוק בבחירה לחיות בארץ ובוהות הישראלית שנחרתה בו במחיר פצעי המלחמה. זו שאלה שהוא שב אליה לפרקים ובוחן אותה. איך אחרי חוויות המלחמה לא ניצל הזדמנויות והזמנות לעזוב את הארץ. הוא דבק בה, מסרב בתוכו להכיר בשבר החלום שהביא אותו לכאן. אני חושבת שהוא מתאר אולי מצב הצפה שהוא מצוי בו, מוצף בחזרתיות של מנגנון הטראומה המסרב להיזנח לטובת התפתחות חדשה בחיים ללא קבלת הכרה. האם מנגנון הטראומה מושך אותו להישאר קרוב לאזור ההתרחשות, בסביבה החברתית שבה הוא התרחש? מחייב אותו להישאר במרחב רגשי של אכזבה, תסכול ואשמה?

בפגישה אני מתייחסת לכך שהמלחמה יצרה בו בלבול והותירה אותו עם הבלבול הזה. אני מנסה לתת הכרה לאופן שבו השבר שחוה נשאר בו, ובדבריי מנסה גם להפחית במשהו מעוצמת האשמה. זו פגישה שיש בה עצב רב, ישנה הרגשה אינטימית בחדר, אך גם גוון מסוים של תקווה. בסיומה הוא אומר, "היום אני מדבר אתך", "היום לא הלכנו סביב הנקודה".

אחרי חודשים ממושכים התנועה חוזרת למרחב החדר. בפגישה זו הוא אומר במפורש שהוא כבר לא נע כאן. גם בפגישה שקדמה לה דיבר על כך, ואף התייחס לכך שאני לא מציעה את התנועה. באותה פגישה הרגשתי אשמה, הרגשתי שהוא זיהה וקלט את חולשתי עמו. בפגישה הפעם אני ערנית יותר לבקשה, וכבר בתחילת הפגישה כאשר הוא מבקש לנוע היום, אני מבררת אתו איך ירצה להתחיל את התנועה, בישיבה, ממצב של שכיבה או בעמידה. אני מנסה להניע בתוכו את ההקשבה לעצמו בגוף.

הוא מתחיל לדבר על המוגבלות ברגליו, על שאינו מתייחס למוגבלות ובוחר לעשות הליכות ופעולות. אני מרגישה שאנחנו בצומת מוכר שנוכל להמשיך לחפש בו את המילים המתארות את חוויותיו, אך זוכרת שבקשתו להיום הייתה לנוע פיזית. אני מחליטה לדבוק גם בחדר בפעולה, אולי על חשבון הקשבה לאסוציאציות במילים. אני מבקשת להמשיך ולמקד אותו בהקשבה לגופו ולעצמו ואומרת, "איך תבחר להתחיל כאן היום?"

הוא בוחר להתחיל בעמידה: "בעמידה זה נותן שליטה" (הוא מצביע על הראש, אולי מסמן אותו כמוקד השליטה) כאשר הוא נעמד אני מביאה לו בד טריקו סגול גדול ומזמינה אותו לעמוד בעיניים עצומות, לשהות בעמידה הזאת, ולנסות לזהות איזו תנועה מתפתחת בתוכו, ואז לאפשר לה להתרחש. בהצעת הבד חשבתי על האפשרות לייצר חציצה בינו ובין הסובב אותו, בינו לביני, אולי לאפשר חיבור עמוק יותר ונוכח יותר בתוכו.

הוא מתרומם ממושבו ולוקח את הבד. אני מבקשת שישים לב מה מתעורר בו לתנועה, ואחר כך יאפשר לתנועה להתרחש. הוא עוצם את עיניו בעמידה ומחזיק את הבד בשתי ידיו, מתחיל בתנועה אטית, מתקדם כשראשו מכוסה, ידיו מושטות מעט לפנים. הוא מגיע אל אחד הקירות, ידיו חולפות על פני הקיר ומגששות אותו באצבעות. הוא הולך לאורך הקיר כשהאצבעות וכפות הידיים מטיילות על פני מרחב הקיר. אחר כך הוא מפנה את גבו אל הקיר, נשען עליו, מחכך את הגב לרוחבו. לי עולה מחשבה על מעטפת הקירות, תחושה של הקירות כמעטפת עורית. לפרקים הוא מסיר את הבד מראשו, מניע אותו על פני הרצפה, ממשיך לבחון את הקיר כשהבד נסרך מאחוריו. אני חווה הרגשה של השתקעות בתנועה, שקיעה לתוך חוויית התנועה. בהדרגה הוא גולש בכבדות על פני הקיר ומגיע לשכיבה צדית על צד ימין לצד הקיר, חצי מגופו מכוסה באזור הטורסו. אני מזהה שתהליך תנועתי מסוים הסתיים ומתלבטת אם לאפשר

התפתחות נוספת. מרגישה שיש בי סקרנות למה עשוי להופיע במצב הזה שבו הוא שרוע על הרצפה, אך הזמן של הפגישה קרוב לסיום, ואני רוצה שיהיה לנו זמן להתייחס במילים לחוויה. אני מזמינה אותו לסיים. כאשר הוא מתיישב במקומו אני מבקשת שיתאר את חווייתו בתנועה.

הוא מדבר על הרגשה של מוגבלות, על הפער בין התנועה המדומיינת במוח ובין יכולת הגוף. בדברו הוא מצביע בתנועת יד על הגוף ועל הראש, נזכר בחויית התסכול בחיים לצד אישה רקדנית, ומשם נזכר בקשרים חברתיים מעברו שהתנתקו. אפשר לראות שנושא החיים עם הרגשת מוגבלות, שהופיע בתחילת הפגישה, נמשך לתוך התנועה, והוא ממשיך לעסוק בו.

אני בוחרת להתייחס לחוויה שהותירה אותי מהורהרת, לתנועת היד שליוותה את המילים, על נתק בין הראש לבין הגוף. חושבת על כך שהתנועה של הגוף במרחב החדר שבה לאחר בקשתו המפורשת והעיקשת, ואני אומרת לו שהוא עסוק היום בנתקים ומחפש חיבור.

בפגישה הבאה מאיר פותח ומתעניין, "מה זה התנועה והנפש בטיפול?" אני שואלת אותו, "מה אתה מרגיש שקורה?" והוא אומר, "אני נחשף בפניך, נחשף בפני עצמי".

לאחר כמה פגישות עם הרבה תנועה במרחב, שבהן אני עדה להתליך חיבור ושינוי שמתהווה בו, הוא מגיע לפגישה ומניח כרית על ברכיו, כדרכו חודשים רבים, והפעם מניח כרית נוספת תחת מרפקו הימני, לצדו. ואני חושבת על הרגשה של עטיפה והגנה שהוא יוצר סביבו; כמו מקים סביבו מגן חיצוני. זו פגישה ללא תנועה במרחב, אך אני חשה שאנו נעים במרחב הפנימי, במרחב הנפשי.

בפגישה זו אנחנו צוללים לשחזור של חוויות מלחמת יום הכיפורים. השחזור עולה ללא תכנון והכנה מראש. הוא פותח בדיבור על המוות כישות, כמהות, המתקיימת בו מגיל מוקדם ביותר, אך תמיד פגשה כוח חיים ששיבש את כמיהתה. לראשונה הוא מתאר את הגיוס לצבא (העלייה לישראל) כהיענות למרכיב המוות בתוכו, ככמיהה שבמסגרת זו תיווצר הזדמנות להתרחשות שהוא אינו מאפשר באופן אחר – לאפשרות למות, להניח למוות בתוכו לנצח. המגע עם אלמנט המוות מקרב אותו לדבר על השבר שעצר בתוכו את נתיבי הציירה, את נתיבי ההבעה של תנועתו הנפשית. הוא אומר שאחרי המלחמה הפסיק לכתוב והפסיק לצלם. אלו היו חלקים מרכזיים בחווייתו, ומסלול התפתחותו הנפשית והאישית

הוסט לאחר השבר. החוויה הפנימית המציפה הייתה כלואה בתוכו, וכל שהצליח לעשות כדי לקיים את עצמו ולפרנס את משפחתו היה עבודה בעלת אופי טכני, שאינה מאמצת אותו בתנועה רגשית – עבודה בתחום הרכב.

תיאור המלחמה בפגישה זו שונה מתיאוריו בעבר. מאיר מספר בפירוט רב, לעתים מופיעים פרטים חדשים שלא שמעתי בעבר. הוא מקנה רציפות של זמן להתרחשות מהתקופה שקדמה לגיוס ועד תום הקרבות, החזרה הביתה ואף חוויות מאוחרות יותר הקשורות למלחמה ולבני משפחה ואנשים שפגש. דבריו מלווים במראות, בקולות, במחשבות ובריחות שליוו את חוויותיו באותו זמן. אני מרגישה שהסיפור מקבל נפח בחושים שונים בתוכו. זהו חלק משמעותי בעיבוד של זיכרון וחוויה טראומטית. אף שאני חווה בעת השחזור עצב גדול ואף אשמה ודאגה עם הופעת התוכן הטראומטי, אני יכולה לזהות שהופיעה תנועה נפשית של התרחבות.

סיפור הטראומה קיבל ממדים נוספים, הוא מלא יותר, ואני חווה את מאיר עם מידת חיבור רבה יותר לעצמו בעת שהוא מספר. בנוגע לתיאור מצבו במלחמה אני אומרת לו שבאותה עת היה רחוק מעצמו וכי זו הוויה שמוכרת לנו בטיפול. אני מבקשת לתת הכרה ומשמעות למצב האבוד שבו הוא מתאר את עצמו בעת המלחמה; לתת הכרה למה שהתרחש באותה עת; ולחבר אותו להוויה שהוא מביא פעמים רבות לטיפול, וכמו כן לתת הכרה להרגשת הכמיהה לחיבור ולהתקרבות. אני מרגישה שבפגישה זו, לראשונה מאז תחילת הטיפול, הוא מייצר גשר של רציפות בין האירועים הטראומטיים לסימפטומים הפוסט-טראומטיים שאתם המשיך לחיות את חייו. נפשו, שהייתה תפוסה בפרצי כאב חודרניים מציפים ומפרקים, לא יכלה לקיים מרחב נפשי יצירתי בתוכו. באחת הפגישות הבאות הוא אומר, "לכל אחד ישנה הטראומה שלו, יש את האשמה שלו. אחרי הטראומה הראשונה יכולתי להמשיך, אבל אחרי המלחמה כבר לא נותרו לי כוחות". בדבריו הוא עצמו יוצר את הקשר הפנימי בין הטראומה המוקדמת מילדותו, זו המוכרת בו כיום יותר, הקשורה בפגיעה המינית, ובין חוויות המלחמה.

אחד ממוקדי הטראומה של מאיר נסב על היעדר נוכחות ונטישה. הוא נולד לאם עם דיכאון אחרי לידה, גידלה אותו אחות גדולה, וכשהיה בן שש היא התחתנה ועזבה. במשך ילדותו סביבתו הקרובה שבה והשתנתה בעקבות נסיעות של בני משפחה וקרובים לישראל ולארצות נוספות. גל אדיר של הגירה, והוא נותר מאחור. הטראומה החריפה הראשונה שהוא זוכר בהכרתו התרחשה בתקופה

שאמו נעדרה מהבית. הוא זוכר עיניים של קרובת משפחה שמביטות ועדות למתרחש, מילים לא נאמרו באותה תקופה. הפלשבק מן המלחמה שנחרת בו ונעשה טורדני קשור אף הוא בדמות שעיניה לא מתפקדות, חייל הזועק "העיניים שלי, העיניים שלי". ייתכן שהטראומה המוקדמת שנחרתה בנפשו בהקשר של מבט עיניים עדות אך דוממות עוררה את החוויה הראשונה מתוך נפשו, נכרכה בחוויית הטראומה מהמלחמה והכבידה על כוחות ההתארגנות שלו עד כדי קריסה.

לחווית הנראות משמעות רבה למאיר ובטיפול בו. עיניו מספרות את אשר מתרחש בו, וגם עיניי משמשות כאיבר הבעה וחישה. פעמים רבות בטיפול הן אמצעי לקיומו של מגע, לקיום נוכחות. אפשר לחשוב שבטיפול זה המבט משמש בינינו אמצעי לספיגה פנימה של חוויה שלא מצליחה לקבל רישום מלא מבפנים. מאיר מרבה לדבר על הצורך במבט של האחר, במבט שלי, כדי להרגיש נוכח, כדי להרגיש את עצמו, "להרגיש אני" כדבריו. אפשר אולי להעריך שכתינוק לאם בדיכאון אולי פגש מבט שטוח או כבוי בעיניה, מבט שאינו רואה אותו.

אם אני עוקבת אחר תמת ההשתקפות, אחר הצורך העז לנראות כדי להרגיש את נוכחות העצמי שלו, אני יכולה להתבונן על תנועת היחסים בינינו לאורך הטיפול ולראות כיצד נפשו מתפתחת בטיפול. בראשית הטיפול הרגשתי פעמים רבות כמכל שהוא שופך לתוכו את החומרים המציפים אותו, הרגשתי משוללת יכולותיי כמטפלת מפרשת. על אף הקושי, עם הזמן אני מתחילה להתבונן על הנוכחות שלי עמו כעל נוכחות של אִם סביבה. אני יכולה לזהות את שפך דבריו כחומרי ביתא שמציפים אותו ואותי. אני מתחילה לזהות את עצמי כנוכחות בשבילו, והוא מגיע לפגישות כדי לחוות את הנוכחות הזו שלי; נוכחות של עדה בשפת התנועה האותנטית, עדה לתנועתו במרחב או לתנועתו במילים, עדה לקיומו. נראה שאני משמשת עדה במקום שבו היעדר העדות לינקותו הייתה הטראומה הראשונית. עם הזמן אני מזהה שמתרחש בו תהליך הפנמה הדרגתי של חווית הנראות, מתחילה להתפתח בו פונקציית העד הפנימי. ככל שמתהווה החיבור בתוכו, כך יש לכך יותר ביטוי בעיסוק שלו בנוכחות שלי. בתחילה נוכחותי לא הייתה מובחנת בשבילו, ועתה אני מרגישה שהוא מתחיל לעסוק בי ולנסות לאפיין אותי כנוכחות אובייקט. אני מרגישה את הכמיהה שבו לנוכחות בהירה יותר שלי בשבילו. כשהוא מתאר את חווית ההיעדרות שלי בשבילו אני

מרגישה שהוא מספר את חוויית ההיעדרות בתוכו, שאותה הוא מתחיל לחוות באופן נוכח יותר. ובהתאמה, סיפור הטראומה מקבל ממד רציף יותר ומלא יותר בתוכו ובשבילי, ואף מתחיל להתבהר לו החיבור בין שתי החוויות הטראומטיות המשמעותיות המוכרות לו בחייו.

אני מתבוננת על התארגנותו הגופנית-נפשית שפגשה טראומות שונות עם היווצרותו ורואה איך הכאב הפיזי והכאב הנפשי פעלו בנפשו כאלמנט מפרק, שכל הזמן מפזר את שבבי החוויה בתוכו. עם זאת, נראה שעם השנים הם נעשו אופנות של גרייה היוצרת לכידות חלופית בעצמי, מוקד מארגן היוצר גרייה כנגד חוויות כיליון, ריקנות ואין מוחלט, שהן איומות אף יותר מייסורי הכאב. חוויות הצלחה בטיפול הן פעמים רבות חמקמקות, בוודאי עם אנשים המתמודדים עם טראומה רב-שכבתית. לקח לי זמן ממושך להכיר בהתפתחות סיוזיפית אך בעלת ערך משמעותי, במובן של חיים יצירתיים בהגדרתו של ויניקוט, במובן של חיבור בעצמי, גם אם החיבור מעורר אל ההכרה הוויה כאובה מאוד, של חורים, של ריקנות, של היעדר ושל חסר.

בהתבוננות זו אני יכולה לזהות שבחייו של מאיר יש התייצבות בתנודות מצבי הרוח שלו כבר תקופה ארוכה, אף שכבר לפני כמה שנים הפסיק לקחת תרופות נוגדות דיכאון. ישנה תקופה ממושכת של הפחתה בהתפרצויות הכאב הכרוני, ואם הוא מופיע, ההתקף קצר. חלה התייצבות בקשר עם גרושתו, ויש הכרה פנימית בערכם של צאצאיו בשבילו, ילדיו ונכדיו. האם נוצק בתוכו חיבור מלא וממשי יותר לחלקיקיו הנפרדים?

באחת מאמירותיו האחרונות אני מוצאת אישוש למחשבותיי. הוא מביא דימוי של עצמו כעץ הנטוע "פה", כלומר בטיפול, עץ המשיר את עליו בשלכת אך מתחילים להנץ בו גם עלים ירוקים.

"גופי, ביתי, מבטחי" ואוצרות הגוף-נפש

גישת STREAM, תנועה וקשב לחיים, לטיפול בתנועה
בטראומה ולפיתוח חוסן

מירב טל-מרגלית

כיצד להשתמש בחוכמת הגוף-נפש-מוח ובאוצרות התנועה האנושית כדי לטפל במי שחוה טראומה? בנערות ובנשים שחוו כוחנות ופולשנות, שחוסר אונים הוטבע בהן; באנשים שהקרקע נשמטה תחתם, והם חווים איום וצורך תמידי להגן על עצמם? בילדים שחוו יחסי התקשרות לא בטוחים, שיצירת קשר של אמון היא משימה מסוכנת בעיניהם; ובמשפחות שביתן הופגז, חוויית המקום הבטוח שלהן התערערה והגבולות הקינסטטיים שלהם נפרצו? איך לסייע לילדים ולמבוגרים המתמודדים עם לחץ מצטבר או יומיומי מדרישות החיים המתרחבות? או לסייע לעצמנו המטפלים להתמודד עם שחיקה וטראומה משנית?

שנים ארוכות של ניסיון למצוא דרכים יעילות לטפל בילדים, בנוער, בנשים ובמבוגרים, בשילוב עם לימוד מעמיק, ידע ומחקר מבוססי פרקטיקה, הביאו אותי ואת שותפתי לדרך לפיתוח וליישומים רבים של גישת "תנועה וקשב לחיים" על בסיס המודל האינטגרטיבי STREAM – Somatic Therapies, Resilience Enhancement, Awareness and Movement Therapy (טל-מרגלית, 2014; Spanglet et al., 2013; Tal, 2006).

מתוך הבנת הצורך בהנגשה של תחומי הידע והפרקטיקה שבבסיס הגישה גם להתמודדות של ילדים עם לחץ ולפיתוח חוסנם, התפתחה ופועלת בשנים האחרונות גם התכנית "אוצרות הזוג המנצח: אדון גוף וגברת מודעות".

* תודות לשותפתי לדרך המקצועית בפיתוח STREAM ואוצרות הזוג המנצח, יהודית שפנגלט; לשותפה נוספת בפיתוח התכנית אוצרות הזוג המנצח, בילי קורן; לשותפה במחקרים ד"ר מירי שחם ולשותפות נוספות לדרך.

במאמר זה אציג בקצרה מסגרת מושגית תאורטית ל-STREAM, גישה לטיפול בתנועה המוסיפה להתעדכן על הרצף תאוריה-פרקטיקה-מחקר, להתרחב ולהעמיק, בד בבד עם ההתפתחות המרתקת של תחומי הפסיכותרפיה הסומטית (SP) והפסיכותרפיה החדשנית לטיפול בטרומה הממוקדת גוף. הגישה משתלבת עם הבנות ממדעי המוח בהקשרי גוף-נפש-מוח ועם תחום המיינדפולנס, ושואבת מגישות העוסקות ב-embodiment וחותרות ל-wellbeing.

מאמר זה הוא בעל אוריינטציה לפרקטיקה בשטח. בהמשך אציג כיצד עובדת הגישה בשטח ואמחיש אותה בעזרת דוגמה קלינית. אסיים ביתרונות הגישה ובערך המוסף של שילוב הגישות לאורן של התמורות והתפתחויות של המקצוע שלנו.

הרציונל התאורטי של STREAM – גישת תנועה וקשב לחיים

STREAM נותן מענה בטיפול במגוון מצבים: החל בהפחתת תסמיני טראומה ומעבר "ממערבולת הטרומה למערבולת הריפוי" על פי שיטת SE (שיטת החוויה הסומטית. לוין, 1999; רוס, 2008), דרך התמודדות עם דחק ולחץ וכלה בבניית חוסן וצמיחה. הוא נשען על תחומי ידע ממדעי המוח, על הבנות נוירופיזיולוגיות של טראומה והתקשרות, לחץ וחוסן ופסיכולוגיה חיובית, על תאוריה ופרקטיקה של גישות ממוקדות גוף-נפש בתחום הטיפול בתנועה וגוף-נפש, ועל גישות פרקטיקה סומטיות, ובעיקר שיטת החוויה הסומטית לתחום טראומה, לחץ וויסות עצמי, וכן מודעות קשובה (mindfulness) ו"התמקדות".

חקר מדעי המוח ומערכת העצבים מאפשר הבנה מעמיקה של המוח ושל תגובת מערכת העצבים לדחק טראומטי באמצעות תהליכים פיזיולוגיים (Rothschild, 2000; Scaer, 2001; Van der Kolk, 2014). מטפלים בטרומה וחוקרים (לוין, 1999; Scaer, 2001; Van der Kolk, 2014) גורסים כי שיטות טיפול ממוקדות גוף, הפונות אל חלקי המוח האחראים מבחינה אבולוציונית על הישרדות, "בשפתם", כלומר דרך תחושות, חוויות ותגובות גופניות, ומתייחסות לזיכרון הסמוי (implicit) ולא הגלוי (explicit) של האירועים, עומדות בחזית הטיפול בטרומה. מרכזיות הגוף ניכרת גם בכותרות

פרסומים מקצועיים בטיפול בטראומה, כמו "הגוף נושא את המשא" (Scaer, 2001) ו"הגוף מחזיק את התוצאה" (Van der Kolk, 2014). כבר ב־1999, בכנס הפסיכו־טראומה בירושלים, טען ואן דר קולק שטיפול יעיל בטראומה צריך להיות ממוקד גוף או שיש לשלב את הגוף בטיפול. סקייר (Scaer, 2001) גורס שעל הטיפול להתייחס לזיכרונות התהליכיים מבוססי הגוף, שהם חלק נכבד מתוצאות הטראומה, מכיוון שריפוי טראומה היא בעצם שיקום חוויית ההווה לעומת "הקפסולה הדיסוציאטיבית".

הידע על מערכת העצבים האוטונומית ותפקידה במצבי איום וטראומה משמעותי בכמה אופנים לעבודה הממוקדת־גוף. המושג window of tolerance (WOT) מזוהה עם סיגל (Siegel, 1999) ועם אוגדן (Ogden and Minton, 2000). אוגדן קוראת לו modulation zone. אני מתייחסת אליו כ"טווח החוסן" בהשראת דיאן פול־הלר (Poole-Heller and Heller, 2001). מדובר בטווח מיטבי של עוררות מערכת העצבים האוטונומית (ANS). כאשר אנו בטווח המיטבי אנו מסוגלים להכיל את החוויה על כל רבדיה – תחושות, רגשות, מחשבות, גירוי חושי. במצב הזה אפשר לעבד מידע ביעילות בלי להתנתק מהחוויה ומתוך נוכחות ועיגון בגוף (embodiment). הצפה רגשית בשל חוויית איום מוציאה אותנו מהטווח המיטבי. עוררות יתר (מעל הטווח) היא גבוהה מדי בשביל המערכת, ובאה לידי ביטוי בתסמינים כמו אי־שקט, עצבנות, חרדה, כעס בלתי נשלט; תת־עוררות (מתחת לטווח) באה לידי ביטוי בתסמינים כמו דיסוציאציה, דיכאון, הסתגרות ופסיביות. על פי ואן דר קולק (Van der Kolk, 2014), אחד המאפיינים של אנשים טראומטיים הוא קושי להישאר בטווח, כשטריגרים רבים עלולים להוציא אותם ממנו, ולכן עבודה עם מודעות לטווח מקנה איזון ואפשרות ללמוד מהמתרחש.

הבנת מערכת העצבים ומושגים כמו אלה שהזכרתי לעיל נוגעים ל־STREAM בכל הרצף – מטראומה ועד ריפוי ושאיפה לוויסות – ולכן מתאימים לקשת רחבה של מטופלים.

הגישות של mindfulness, מודעות קשובה והתמקדות עושות שימוש במודעות ל"תחושה המורגשת" (felt sense), מושג של גנדלין (Gendlin, 1982). התחושה המורגשת היא חוויה פיזית, מודעות גופנית למצב, לאדם או לאירוע, והיא גם האמצעי שבאמצעותו אנו חווים את התחושה וגם הכלי לשינוי. Mindfulness

היא המפתח למודעותו של המטופל לתגובותיו הפיזיות, ומכאן להגדלת יכולתו לוויסות עצמי. זהו מצב תודעתי שבו המודעות מכוונת, במקום לאירועים המציפים "שם ואז", לחוויה הפנימית של "כאן ועכשיו", מתוך עמדה מתבוננת שלא מנסה לשנות את החוויה (Kabat-Zinn, 2003).

דינמיקת הטראומה ומאפייני לחץ מצריכים כלים יעילים לעבודה על הכאן ועכשיו. בשיטת STREAM, מתוך אינטגרציה של הבסיס והכלים המרפאים של טיפול בתנועה, משולב הקשב לתחושה המורגשת עם הבנות ממדעי המוח המבוססות על דינמיקת הטראומה והלחץ, כמו בשיטות הטיפול על הרצף מטראומה לריפוי וחוסן של לויין ורוס, אוגדן, ואן דר קולק, סיגל ואחרים, אך גם עם משאבי הגוף והתנועה כמפתח לריפוי ולחוסן. על פי ואן דר קולק (Van der Kolk, 1996; 2014) והמטפלים העכשוויים, זהו מפתח הכרחי לעבודה מכוונת-גוף עם טראומה. שיטות החוויה הסומטית (SE) שפיתח לויין (לויין, 1997; Levine, 2010) ופסיכותרפיה סנסומוטורית (SP) שפיתחה אוגדן (Ogden and Minton, 2006; Ogden et al., 2000) – הגישות הסומטיות העיקריות המהוות בסיס ל-STREAM – מערבות את החלקים הקוגניטיביים דרך המודעות, על ידי תמיכה בעיבוד חומרים תחושתיים סנסומוטוריים, במקום לאפשר לתהליכים טראומטיים, העולים מהמוח ההישרדותי הקדום ופועלים בעת לחץ טראומטי, להציף ולהשתלט על תהליכי עיבוד המידע מהחלק הגבוה של המוח.

תחושה מורגשת מאפשרת זיהוי הצורך לשחרור אנרגיה הישרדותית, או השלמת תנועה הישרדותית אשר לא הושלמה במהלך האירוע הטראומטי, וכך מובילה לריפוי (רוס, 2008). זהו מפתח חשוב ב-STREAM, שהוא מפת ניווט למטפל ובמידת האפשר גם למטופל.

"הצד החיובי של הטראומה" הוא מושג המסמל את האני מאמין הפילוסופי שבבסיס הגישה הטיפולית והפרקטיקה של STREAM (Tal, 2006). זו הבנה המאמצת מהפסיכולוגיה החיובית את ההתמקדות בכוחות המקדמים, ואת הרחבת משאבי ההתמודדות והחוסן בהשפעת ה-BASIC-PH (Lahad et al., 2013), אך מעגנת הבנות אלו בגוף והופכת אותן לכלי התערבות תהליכי ונושא בפני עצמו לעבודה.

מזווית הטיפול בתנועה, השימוש הפסיכותרפויטי בתנועה מחזק אינטגרציה רגשית, קוגניטיבית, גופנית וחברתית (Chaiklin, 1989). הריקוד הוא מנגנון מווסת ביוגני ויכול לתווך מצבים מנטליים דרך נירוי-טרנסמיטורים (Berrol, 1992), עם נירוני המראה הפעילים בתנועה אמפתית (Berrol, 2006). אנו יודעים שהתנועה משפיעה על תפקוד נפשי, מדגישה שימוש במוח הימני ומציעה חוויות חדשות שמפעילות את הזיכרון, את הרגש ותהליכים חושיים בו זמנית. זאת ועוד, נמצא שתנועות חזרתיות וסינכרוניות וקצב משותף מרגיעים. אפשר לגייס את הכוח המרפא של הגוף והתנועה "העוצמית" להתמודדות, כשהתנסויות בתנועה מאפשרות עיבוד רגשות באמצעות הפעלת הגוף בתנועה הקשובה לקולות הפנימיים (שחר-לוי, 2004), למשל בתנועה אותנטית, being moved, ובתנועה על פי גישת צ'ייס. טנטיה (Tantia, 2016) מצאה שהתחומים החופפים בין טיפול בתנועה ל-SP הם קשב לתחושה המורגשת, מעקב תחושות, קרקוע, נשימה, שיקוף ותנועה, ושלשילוב השיטות יש ערך מוסף.

ממחקר דוקטורט שליווה קבוצת STREAM במהלך פיתוחה עלו ממצאים הנוגעים לסמני ריפוי וחוסן גוף-נפשיים (Tal, 2006). ממצאים אלו תוקפו במחקרי STREAM נוספים, למשל במחקר על נשים בשדרות בזמן התקפות הטילים (Spanglet et al., 2013), שזכה בפרס על חיוק החוסן הקהילתי בשדרות. סמני הריפוי והחוסן (אינדיקטורים) מפורטים בלוח להלן.

	סמני ריפוי וחוסן גוף-נפשיים של STREAM	מתווה-נגד במענה ל- סימפטומים של לחץ טראומטי
1	אינטגרציית גוף-נפש	דיסוציאציה/ניתוק
2	ויסות עצמי והרפיה	חרדה ועוררות-יתר
3	תחושת חיות וחיוניות	דיכאון ופסיביות
4	העצמה ו"עוצמיות"	תחושת חוסר אונים
5	תחושת גבולות גוף-עצמי	תחושת פגיעות
6	שימוש במשאבים מתוך עיגון בגוף	ניתוק מהמשאבים

סמנים אלו הם אינדיקטורים לריפוי מטראומה, שכן נמצא שהם מועילים לסימפטומים עיקריים של טראומה ולחץ טראומטי. שיפור בכל אחד מהסמנים מקדם ריפוי וחוסן. שני מחקרי STREAM עיקריים הוכיחו את השיפור בהם (Tal, 2006) ואת ההתמדה בשיפור במעקב של ארבעה חודשים ושנה לאחר סיום ההתערבות (Spanglet et al., 2013).

נוסף על היותם סמני ריפוי הם משמשים אבני דרך ותחומים לעבודה עם מטרות טיפוליות על הרצף מטראומה ולחץ אל הוויסות, הריפוי והחוסן. טכניקות ודרכי התערבות מגוונות התפתחו להשגת המטרות הטיפוליות בששת התחומים. התחומים ונושאי העבודה האלה יעילים לכל מטופל, בהתאמה, כדי להשיג אינטגרציה ולפתח חוסן. להלן פירוט קצר על כל אחד מן התחומים:

1. אינטגרציית גוף-נפש – מתאפשרת בחוויית "עצמי" ברורה, מעוגנת גוף ונוכחת. זו אחת המטרות העיקריות הן בטיפול בתנועה והן בגישות הסומטיות, רק בהדגשים ובאופנים אחרים. אפשר להגיע אליה גם דרך התנסויות בתנועה וגם בהתנסויות בקשב.

2. ויסות עצמי והרפיה – הפעלת "תגובת ההרפיה" במערכת הפאראסימפתטית ומודעות לה מאפשרות לעבור ממצב של עוררות-יתר למצב של רוגע. זאת אפשר להשיג באמצעות התמקדות בגוף, המסיחה את הדעת מעוררות-יתר ומהדאות שבהן עסוק המוח. התמקדות בגוף לתחושותיו (נשימה, קרקוע, מגע-עצמי-מרגיע) מביאה את "תגובת ההרפיה".

3. תחושת חיות וחיוניות – תנועה וריקוד קצבי, עם מוזיקה המזמינה עוררות וחיוניות ומביאה שמחה, מאפשרים חוויות הנאה, חיות ומלאות. חוויות אלו מזמנות שחרור ופריקה מוטורית (שחר-לוי, 2004), וכך גם פורקן על ידי צחוק.

4. העצמה ועוצמיות – התנסויות המובילות לנוכחות בגוף ב"כאן ועכשיו", דרך קשב והתמקדות ב"תחושה המורגשת", דרך התנסויות המסייעות באופן אקטיבי לחיבור לנוכחות, דרך תנועה של "עוצמיות" בדרכים שונות והכרה בעצמי. כל אלה מסייעים בהכלת כל קשת הרגשות, מאפשרים תקשורת קשובה והכרת עצמי דרך האחר.

5. תחושת גבולות גוף-עצמי – לשם הגדרה מחודשת של הגבולות שנפרצו או לא הוגדרו יש צורך בעבודה תנועתית מודעת על הכרת הגבולות, בהגדרת הקינספרה והאפשרות המודעת והלגיטימית לתקשר אותם ולהציב גבולות בקשר עם אחרים. נוסף על כך, אפשר לשקם את הגבולות שנפרצו על ידי טכניקות SE, המחזירות ברמה התחושתית את חויית המוגנות ומאפשרות ביסוס המרחב והגבולות הברורים.

6. שימוש במשאבים – מודל החוסן הרב-ממדי של להד עושה שימוש מרכזי במשאבי התמודדות. ב-STREAM, כמו ב-SE, מעגנים ומנכחים את המשאבים בגוף. "משאב" יכול להיות אדם, מקום, חפץ, זיכרון, חוויה חיובית, פעולה ותכונה המעוררים תחושת רגיעה או כוח. זהו סמן ריפוי גוף-נפשי מעצם היכולת לעגן בגוף משאבים, דרך המודעות לתחושה המורגשת.

יעילות STREAM הוכחה במחקרים שהוזכרו גם בהקלה בתסמיני הטראומה: דיכאון, חרדה ודיסוציאציה. בעקבות הטיפול נמצא שיפור ניכר ביכולת ההתחברות אל הגוף. במחקר STREAM הראשון (Tal, 2006) נמצאו התמות הבאות כמאפיינות את תהליך הריפוי: העצמה, מיקוד שליטה פנימי, קלילות, זרימה, הזנה, אמון, צמיחה, אמונה ותקווה, והתפתחות "אוריינטציה עתיד". להלן המטרות העיקריות של המודל, מתוך התייחסות לרובדי הגוף-נפש ולתהליך הריפוי:

1. לפתח הבנה וקבלה של דפוסי התגובות הפסיכו-פיזיולוגיות המוכרות בעקבות לחץ; לזהות תגובות של טריגרים ולפתח יכולת לנטר ולווסת אותן.
2. לפתח מודעות קשובה לתחושה המורגשת ולגוף, interoception, ככלי לניטור וזיהוי של המתרחש בכאן ועכשיו.
3. לפתח משאבי התמודדות ולעגן אותם בגוף כדי לפתח חוסן.
4. להרחיב את יכולת ההכלה העצמית והכלת האחר כדי לעבד תכנים מציפים, בעזרת שחרור ופריקה של לחץ טראומטי.
5. להתחבר לחיוניות שבגוף, ל"ילד/ה הפנימי/ת" ולהשתייכות לקבוצת אנשים.
6. לשקם חויית שליטה ובעלות על הגוף (קינספרה) ויכולת הצבת גבולות, מתוך אוטונומיה ונפרדות.

7. להפחית תסמינים שהם תוצאה של לחץ טראומטי ולאפשר פיתוח וביסוס של סמני ריפוי וחוסן.
8. לרכוש מיומנויות גוף-נפש וכלים לעזרה עצמית, לניהול עצמי ולוויסות עצמי וביין-אישי.
9. לפתח גישה חיובית כוללת לחיים, אשר תאפשר צמיחה וחוויית רצף עבר-הווה-עתיד וחוויית "עצמי" עם תחושת בעלות ברורה וחופשית יותר.

מתנות הגוף-נפש-מוח רוקדות עם התנועה והמחול ב־STREAM: איך זה בפועל?

אחרי שראינו את העקרונות החשובים למטופלים טראומטיים, מוצפים או לא־מווסתים על רקע התפתחותי על פי הבנות STREAM כגישה אינטגרטיבית, נתבונן בכלים הטיפוליים העיקריים שלה:

- **פיתוח יכולת הקשב (interception) ושימוש בה כבסיס לפיתוח ולשיקום של תחושת הבעלות והשגת שליטה על החיים.** דרך "התחושה המורגשת" הנותנת מידע על כל המתרחש ב"כאן ועכשיו", המשתנה כל הזמן, אפשר לפתח אמון במידע הזה וביכולת העצמית "לדעת מה אתי", וגם להבין שאפשר לשנות תחושה קשה. כך נבנית תקווה לשינוי. המטפלת מלמדת את המטופלים לשים לב ולהקשיב לתחושה המורגשת שלהם: "מה אתה חש בגוף עכשיו?" "איפה אתה חש נינוח עכשיו?" "כשיש לך עכשיו התכווצות בסרעפת, מה קורה בשאר הגוף?" שאלות כאלה עוזרות לצאת ממצב דיסוציאטיבי או ממצב של חשיבה ממוקדת עבר/עתיד, ולעבור לחוויית ההווה דרך הגוף. מצב זה מאפשר למטופל לצאת מהמקום המשועבד לחוויה הטראומטית, וכך לדוות ולשתף מהאני הרפלקטיבי, זה ש"יש לו" גוף ולא שהוא עצמו "החווייה הגופנית".
- **משאבים מעוגני גוף.** כמו ב־SE, אנו מעגנים ומנכיחים את המשאבים בגוף. המחשבה על משאב גורמת לשינויים ברמה הסנסורית ומפעילה את תהליכי הוויסות העצמי וההרפיה ואת מנגנוני פריקת עוררות־יתר. זיהוי, פיתוח

ועיגון של משאבים פנימיים וחיצוניים בגוף – זהו הבסיס לעבודה עם תכנים טראומטיים, ולחלופין, גם לחיזוק חוסן.

- **האינטגרציה בין החוויה הסומטית לטיפול בתנועה** מחזקת את האיוון בין שני ענפי מערכת העצבים האוטונומית – המערכת הסימפתטית והמערכת הפאראסימפתטית – ובכך נותנת מענה כוללני הן לחרדה והן לדיכאון, סימניה העיקריים של הטראומה, ומבססת ויסות עצמי.
- **מודעות טווח החוסן (WOT) ו"לרכוב על הגל"** שבתוכו. כדי שאפשר יהיה להכיל בטיפול את כל רובדי החוויה המתרחשת בחדר ולעבד ולפרוק רגשית מידע באופן יעיל, המטפלת מזהה את רמת העוררות ומשתפת את המטופל/הקבוצה בהתבוננותה הלא שיפוטית. כדי למנוע עוררות יתר או תת-עוררות, ולהשאיר את החוויה במסגרת טווח החוסן, ההתנסויות בתנועה הדרגתיות, ללא הפתעה. למטפלת יכולת לזהות היכן הקבוצה נמצאת על "הגל" ולהציע התערבויות מותאמות סימפתטית או פאראסימפתטית כדי לחזור לטווח.
- **מסגרת מכילה ומחזיקה, בונה מוגנות וביטחון.** מסגרת המובנית על פי שיקולי הצורך אך זורמת ומאפשרת, המשלבת סייעי החזקה – מכל רגשי וגם ממשי, כמו רצועה/שמיכה שיתופית (אביזרי תנועה עיקריים לשימוש בגישה: רצועת גומי חזקה ואלסטית עטופה בבד פליז רך או בבד לייקרה רחב, סגורה כעיגול), מגע קשוב-בטוח של מטפלת מיומנת במטופל, מגע עצמי מרגיע ומגע בתקשורת זורמת בתנועה, בליווי מוזיקה מחזיקה ומאפשרת.
- **עבודה עם פריקה סומטית ופריקה מוטורית.** על פי ה-SE, בבסיס הטראומה האנושית נמצאות האנרגיות הטראומטיות שנאצרו במערכת העצבים ובגוף, ולכן המפתח לריפוי הוא פריקה סומטית (אוטונומית, לא רצונית) של אותן אנרגיות דרך בכי, צחוק, פיהוק, רעד, נשימה ספונטנית, גרגור בבטן. הטיפול תומך בפריקה תוך ליווי, הסבר, מתן לגיטימציה ונרמול (לסימנים המעוררים לעתים אי-נוחות או פחד מחוויות שחוזר של הטראומה). על פי הטיפול בתנועה, לפריקה המוטורית (הרצונית) (שחר-לוי, 2004) תפקיד משמעותי בשחרור: תנועה חופשית, שילוב הגפיים, תנועות גדולות של

המפרקים, התמתחויות, דחיפה ומשיכה כנגד קונטרה המפיקה בליסטיות, תנועות קצביות, תנועות ניצור, קפיצות. ב־STREAM משתמשים בשילוב בין פריקה סומטית לפריקה מוטורית.

• **"גופי־ביתי־מבטחי" – משאבי גוף־נפש כמערך כלים לעזרה עצמית ולניהול עצמי.** בעת לחץ וטראומה מתערערים משאבים – אוצרות גוף־נפש טבעיים של מערכת העצבים שתפקידם ליצור ארגון ורגיעה (לוי, 1999; רוס, 2008). תחושת הקרקע הבטוחה וחויית ביטחון ומקום בטוח נחלשים, הגבולות נפרצים, הנשימה נעתקת והמרכז יוצא מאיזון. עם זאת, אפשר להחזיר אותם באופן מודע ומכוון כדי להירגע ולהגיע לוויסות. באופן טבעי, למערכת הגוף־נפש שלנו כוחות השואפים להחזיר אותנו לאיזון. אפשר להשתמש בכלים הללו להירגע בזמן לחץ ולחזור לחוסן.

אחד הדגשים ב־STREAM הוא להשתמש בקשב, ולשים לב למה הגוף־נפש זקוקים. בטיפול משלבים את הכלים והמיומנויות הללו באופן זורם, מתוך תרגול ושימוש בהם על פי הצורך העולה מרגע לרגע במפגש הטיפול. כך גם מחוץ לטיפול, ברגעי טריגרים ובחיי היום־יום. מיומנויות אלו מאפשרות ויסות עצמי וחוסן בחיי היום־יום ובמצבי דחק. על פי סיגל (Siegel, 2015), "התנהגויות מבוססות מיומנויות" מקדמות אינטגרציה ברבדים שונים.

להלן הכלים העיקריים, שלהם בסיס הן בגישות הסומטיות והן בטיפול בתנועה:

- קרקוע ומרכז.
- הכלה עצמית במגע עצמי מרגיע – לב/בטן והחזקה עצמית – חיבוק.
- נשימה – המאפשרת חויית המשכיות ומשמשת עוגן.
- גבולות גוף־עצמי: מרחב אישי של מקום בטוח וחויית מוגנות.
- התכוונות למשאבים, פנימיים או חיצוניים, ועיגון בגוף – ברקס פיזיולוגי.
- כלי עזרה ראשונה להרגעה וארגון, כמו אוריינטציה, תיפוף מוצלב חיבוק פרפר מה־EMDR ושילובי כלים בהתאמה למטופל ולמצב.

כלי STREAM המותאמים לילדים. אוצרות "הזוג המנצח", הגוף והמודעות (טל־מרגלית ושפנגלט, 2015), הם ההתאמה של מערך כלים יעיל זה להתמודדות של

ילדים בגיל בית הספר היסודי. את אלה פיתחנו, יהודית שפנגלט, בילי קורן ואנוכי, לכדי תכנית מובנית של טיפול בתנועה מכוון חוסן מבוסס SE. התכנית מופעלת בארץ זו השנה הרביעית מטעם עמותת "חיבורים וקשרים - מטראומה לחוסן". גם כאן נתמכה התכנית במחקר, ויעילות השימוש בכלי ההתמודדות בילדים הוכחה בשני מחקרים (Tal-Margalit and Spanglet, 2014; Spanglet et al., 2015).

במפגש הטיפולי ב-STREAM יש התכוונות קשובה ליצירת מוגנות (safety), ההכרחית בטיפול על פי חוקרי טראומה (Levine, 2010; Porges, 2011; Van der Kolk, 2014). לכן המטפלת מאפשרת גמישות בהתמקמות המרחבית של המטופלים, וגם שלה. כשעולה טריגר ועמו תגובת עוררות, מפנים את תשומת הלב לכך, ללא שיפוטיות, ונעזרים בכלים סומטיים לפריקת עוררות-היתר. במהלך המפגשים יש להתנסויות של טיפול בתנועה מקום מרכזי, עם מעבריות הדרגתיות. ה"סיפור" מעובד דרך הגוף ופחות דרך מילים, ולפעמים גם דרך המודעות ל"תנועה החיצונית" במרחב, לבד או עם המטפלת. גם בטיפול בתנועה וגם ב-SE אנו כל הזמן קשובים לתקשורת התוך-אישית ב"כאן ועכשיו" ול"תקשורת הבין-אישית" בדיאדה הטיפולית או בקבוצה. כאן משתמשים גם במידע על פי טיפול בתנועה: מרחבי-קניסטי, תנועתי-פרופריאוצפטי ומוטורי, דחפים, יחסים, סימבוליות; וגם במידע הפנימי שעולה מ"התחושה המורגשת": תחושות, חושים, ויסות, מוגנות, חוסן ועוד, על פי SP. בהתאם למידע נבנית ההתערבות. להתערבויות של "מערכת המעורבות החברתית", שפורגס (Porges, 2011) דירג כמפותחת יותר בסולם הבריאות, וכתקשורתית ואקספרסיבית יותר, חשיבות גדולה. בהתערבויות הטיפול בתנועה יש הרבה אפשרויות ומקום לכך.

"ופתאום הדבר המפחיד לא היה שם": הדוגמה של שימי

אביא כאן את הדוגמה של שימי (שם בדוי), מטופלת מבוגרת בקבוצת STREAM שליווה מחקר דוקטורט (Tal, 2006). שיועדה לנשים נפגעות אלימות בן זוג. זו הייתה קבוצה קצרת מועד של 16 פגישות, שלאחריה קבוצה ארוכת טווח של שנה. דרך וינייטה זו נהתבונן בתהליך שעברה ונבין אותו במונחים התאורטיים שבבסיס ה-STREAM.

במפגש הקרוב לסיום הקבוצה הראשונה, כשהמטרה הייתה להתחבר לעוצמות הנשית ולהרגיש ביטחון, הזמנתי את הנשים, שרובן תנועתן עדיין כבדה ואצורה

יחסית, לתנועה עם צעיפי שיפון למוזיקת ריקודי בטן אטית. שימי נעה בתנועות ידיים מתרחבות, תוך כדי העברות משקל מתגברות, "כוחיות", וחיבור מקורקע יותר. כשהנשים עשו מחוות זו לזו עם הצעיפים, תנועותיה של שימי זרמו כלפי חוץ, הודגשו באקספרסיביות שלהן, מתוך קרקוע, אגן מלא חיים וידיים המונפות אל על ונעות בקצב ובכוח, וגופה – ב"התפסלות". החל אצלה חיבור מעמיק ואותנטי לתנועה ולמוזיקה. כששימי בנוכחות כובשת, יצרו סביבה שאר הנשים מעגל ריקוד כשהן באינטראקציה ישירה ו"מולית" עמה, משקפות ומהדהדות את תנועותיה, כשפניהן מלאות הבעה וחלקן מחייכות.

כשחשתי כמטפלת שהגל בעוצמה גבוהה בשביל שימי והקבוצה, אפשרתי לגל האנרגיה הקבוצתית לרדת לאט ובהדרגה, דרך שימוש במשאבי הגוף של "גופי-ביתי-מבטחי" שהן מכירות – בעמידה יציבה קשובה, דרך הקרקוע, מגע-עצמי-מרגיע על הבטן ועל הלב וקשב לנשימה. ואז, כשכל אחת התיישבה בכיסא במעגל, הזמנתי אותן לעוד ירידה בגל, לחוש ולסרוק את גופן, להפנות תשומת לב קשובה למתרחש ברגע זה, ומשם הזמנתי לעיבוד רפלקטיבי. כששימי עומדת להתחיל, נשימה ספונטנית יוצאת ממנה. אני מפנה את תשומת לבה לכך, ועוזרת לה לשים לב לכך ולהתחבר לעצמה באופן מעוגן-גוף.

ואז, בהתרגשות אך לא מוצפת, היא מתארת את החוויה שלה בריקוד: "עכשיו זאת הפעם ראשונה שממש הרגשתי חופשית. תמיד בעבר כשהייתי שמחה משהו היה מחכה לי בפינה, וידעתי שכל רגע השמחה שלי תיגמר. וכך הייתי בדריכות ולא יכולתי ליהנות. זו פעם ראשונה שאני מרגישה שהנפש שלי מתחברת אל הגוף, וכשהסתובבתי לחפש את הדבר הרע, היא מפנה את ראשה ימינה, ואומרת, "ואז במקום לראות סכנה, ראיתי את מירב (המטפלת) לידי". וממשיכה בעת התיאור בתנועת הראש סביב: "וכאן, כל הקבוצה אתי" (נושמת) "ואמרתי לעצמי: אה, אין עכשיו את הדבר הרע הזה! אז אני יכולה ליהנות בשקט". אז עולה נשימה והיא אומרת, "זו פעם ראשונה שיכולתי ליהנות בשקט בלי הפחד". אני מזמינה אותה לשהות שם ולבדוק "איפה בגוף את חשה כרגע את זה?" שימי בודקת ומצביעה על מרכז בית החזה. "ולמה את שמה לב שם?" היא לוקחת רגע ומתארת "התרחבות", ומלווה את ההתרחבות בתנועת ידיים מהמרכז החוצה. "ועכשיו", אני חוזרת לאט על תיאורה, "כשאת חשה את ההתרחבות, מה הדבר הבא שאת מבחינה בו?" עולה אצלה עוד נשימה. "עכשיו אני מרגישה שאני יכולה לסלוח לעצמי שפחדתי". הקבוצה

הקשובה לה מוחאת לה כפיים באופן ספונטני מהתרגשות על השחרור. אז אנחנו מאטות כדי להיות ברגע של החוויה שבו המערכת שלנו מזהה שאין איום ואפשר להוריד את הדריכות האוטומטית. מכיוון שחלק מהשפה הטיפולית היא הסבר, אפשר היה לדבר ללא שיפוטיות על דפוסי התגובה.

בווינייטה היו דוגמאות לשימוש בכלי הטיפול של המודעות הקשובה למתרחש דרך התחושה המורגשת, עבודה בתוך טווח החוסן, בחלק התנועתי ובעבודת העיבוד. אני קשובה לשימי ולקבוצה, שלא יגיעו לעוררות יתר מעל הטווח או לתת-עוררות, מלווה לעתים בהזמנה ישירה ולעתים התנועה נעה מעצמה ואני עוזרת להן "לרכוב על הגל". ניכר שההדרגתיות עזרה לשימי לרכוב על הגל.

שילוב הפריקה הסומטית (על פי לוין) והמוטורית (על פי שחר-לוי) מאפשר שחרור האנרגיה ההישרדותית הכלואה במערכת העצבים ובגוף בגלל הטרומה. הפריקה המוטורית מסייעת ומאפשרת עיבוד מילולי מתוך מכל מווסת יותר, יחד עם הפריקה הסומטית והמודעות לה, הן של המטפלת והן של המטופלת, בעת הליווי בעיבוד הרפלקטיבי.

בתוך התנועה והריקוד המערכת שלה קולטת סימני "מקום בטוח" דרך האינטראקציות החברתיות והאקספרסיביות, ולא "סכנה". אז פועלת מערכת ה"מעורבות החברתית" שלה (על פי פורגס). היא משתמשת ברפלקס האוריינטציה ההישרדותי של הפניית הראש וההתבוננות סביב, בודקת אם יש סכנה. האפשרות לחוש מוגנת מאפשרת שינוי. במקום להיות במצב של Fight-Flight ולהישאר בעוררות, היא מצליחה להפריד בין "שם ואז" ל"כאן ועכשיו" ולחוות שחרור ורגיעה במערכת הפרשנויות והחשיבה ושל המערכת הלימבית-הרגשית. חוויית המוגנות והביטחון שהרגישה ברגע הריקוד, וגם בעת העיבוד, החליפה את חוויית האיום הבסיסית שכה מאפיינת נפגעי טראומה. יש כאן שינוי ויציאה לריפוי מתגובה פוסט-טראומטית לאינטגרציה.

הכלים שעזרו לה ולחברותיה לקבוצה לווסת במעברים היו משאבי הגוף "גופי-ביתי-מבטחי" כמו קרקוע ומרכוז, נשימה המאפשרת חוויית המשכיות ומשמשת עוגן, הכלה עצמית במגע-עצמי מרגיע ומפגשים תקשורתיים לא מאיימים – כולם מסייעים להן לחוש בטוחות בגופן ובסביבתן.

בריקוד האקספרסיבי עלו סמני הריפוי הגוף-נפשיים של STREAM: בחוויית האינטגרציה הגוף-נפשית, בחיות ובחיוניות, בהעצמה ובעוצמיות,

בוויסות עצמי, בהרפיה וברפלקציה. לאחר מציאות של דיכוי ואיום החופש של שימי לחוש את הנשיות שלה כחלק משמעותי מהעצמי שלה מעוגן בגופה. לתת לו ביטוי חופשי בתוך אינטראקציה ולקבל כבוד, נראות והכרה בקבוצה היו חוויה מתקנת.

בציוריה של שימי המצורפים כאן (טל-מרגלית, 2010; Tal, 2006) אפשר לראות את תחילת הבנייה של העצמי החדש שלה, את השינוי בתחושתה את עצמה ובחוייתה את המקום הבטוח שלה.

סיכום

דיון ב-STREAM, תנועה וקשב לחיים, מזמין דיון בנושא הממשק בין גישות טיפול בתנועה ל-SP (Somatic Psychotherapy) שהתעורר במאמרים ובכנסים בשנים האחרונות (רולף-בן-שחר, 2013; 2016; 2014; Tania), וגם בין מיינדפולנס לטיפול בתנועה (פדרמן, 2014; שוויצר, 2016; 2016; Marich), בהקשר של הדומה ביניהן, המייחד כל שיטה, ושאלת השילוב ביניהן.

STREAM היא גישת טיפול אינטגרטיבית מבוססת מחקרים של טיפול בתנועה עם פסיכותרפיה סומטית. גם סטודנטיות לפסיכולוגיה ולטיפול בתנועה חקרו בעבודות סמינריות שלהן שילובים ויישומים שלה עם אוכלוסיות שונות: אסף (2008) – עם נשים מוכות במקלט; עשור (2009) – עם נשים נגמלות מהתמכרות; Königsmarková (2011) – עם ילדי פליטים במקלט; שוויצר (2012) – עם מפונות גוש קטיף; סאן (2014) – עם נגמלות מהתמכרות; סלנט (2015) – עם ילדות דחיות חברתית, ועוד.

הגישה מגשרת בין טיפול בתנועה לגישות פסיכותרפיה סומטית המעוגנות במדעי המוח, עם היתרונות היצירתיים והאלמנטים המרפאים הייחודיים לריקוד ולריקוד המשותף שיש בטיפול בתנועה כמדיום אקספרסיבי.

השילוב של המיינדפולנס בגישת STREAM מגייס את היכולת האנושית לכוון ולמקד את תשומת הלב באופן מועיל ומיטיב, ובהיות גישה אינטגרטיבית הוא מגביר בריאות נפשית וחוסן. בגישת "טיפול בתנועה מבוסס מיינדפולנס" (MB-DMT) "כשאנו מביאים תנועה למיינדפולנס, ומיינדפולנס לתנועה וריקוד, אנו מעמיקים, מרחיבים ומעשירים את הערך החווייתי של שתי הפרקטיקות" (שוויצר, 2016).

הערך המוסף של STREAM ויתרונותיו

היתרונות למטופלים:

- מתאפשר תהליך לעבר תחושת מכל ומקום בטוח כדי לבסס תחושת safety ושמירה מפני רה-טראומטיזציה. כמו כן, ניתנת אפשרות לעבד תכנים טעונים דרך SE וגישות סומטיות באופן בטוח דרך טכניקות כמו האטה, חזרה למיקוד בתחושה המורגשת, "מטוטלת", "מיהול" מתוך מודעות לטווח החוסן (WOT) והסימנים הסומטיים לעוררות, פריקה סומטית, פריקה מוטורית ואפשרות להשלמת התנועות ההישרדותיות.
- למיקוד בקשב, המזמן ויסות עצמי לשם תפקוד מיטבי ועם זאת קשב לתקשורת מתוך ויסות משותף, יש השלכות על יצירת קשרים ויחסים בריאים יותר.
- עבודת psycho-education, המסבירה למטופלים את המנגנונים הביולוגיים של תגובותיהם לטראומה, מאפשרת הבנה, ולידציה ונרמול, ופותחת פתח לחמלה וסליחה ולשינוי האשמה והבושה העצמית שלהם.
- טיפוח העצמה ומיקוד במשאבים ובכוחות שיש למטופל מתוך עיגון שלהם בגוף מאפשרים חוויית "עצמי" אינטגרטיבי יותר ופיתוח חשיבה ממוקדת במעבר מ"מערבולת הטרומה למערבולת הריפוי" ושאלות כמו "מה עוזר לך?"
- רכישת המיומנויות לעזרה עצמית במצוקה ולהתמודדות בחיים והנגשת הגישה לילדים בתכנית "אוצרות הזוג המנצח" תורמות לפיתוח חוסן וחוויה אישית של יכולת ומסוגלות לעומת חוסר האונים.
- היכולת לנוע ב-STREAM ב"מעבריות" (על פי שחר-לוי) בין הסימפטטי לפאראסימפטטי; מן האל-תנועה, מהמקום המתבונן בשקט בתחושות פנימה, אל המקום האקטיבי, של הפריקה המוטורית והאלמנטים המרפאים של התנועה; מן החוקרת פנימה אל המשותפת-אקספרסיבית, ועד המשחקיות ואפילו הנאה וצחוק משחרר - היכולת הזאת מקנה איזון בין המערכות ורפרטואר רחב של תנועה והתנהגויות ומביאה לחוסן.

היתרונות למטפלים:

בגישת STREAM יש ידע ומסגרת תאורטית רחבה בנוגע להבנות הנוירי-פיזיולוגיה בהקשר של טראומה והיקשרות. המטפל מודע יותר לדרכים, המעוגנות

בידע חושי והישרדותי, ליצירת המרחב הטיפולי והקשר הטיפולי הבטוח. הידע והמודעות הקשובה מקדמים תחושה בטוחה יותר במצבים מציפים בטיפול פרטני או בקבוצה מוצפת, כדי שלא להישאב בעצמם מתוך ההעברה הנגדית-הסומטית ל"מערבולת הטראומה" של המטופלים. נוסף על ההבנות, יש להם כלים לעזור לעצמם דרך המודעות הקשובה והמיקוד בתחושה המורגשת, ודרך השימוש בכלי גוף-נפש לוויסות עצמי וחזרה לאיזון עוד טרם עלה גל העוררות. כך יש למטפלים כלים יעילים למצוא מה הם עצמם צריכים כדי "לרכוב על הגל" לוויסות עצמי ולשמירה על עצמם מפני שחיקה וטראומה משנית.

חשוב לציין ששילוב שיטות בטיפול בתנועה נוגע לסוגיות של זהות מקצועית והשתייכות, שחשוב לתת עליהן את הדעת (Vulcan, 2013). עם זאת, לדעתי, עלינו לראות ולזהות את התמורות שעובר עולם הפסיכותרפיה בכלל, ותחומי הפסיכותרפיה הסומטית/הגופנית והטיפול בתנועה בפרט. זאת ועוד, נסיבות ואירועים משפיעים על רבים מאלו שאנו מטפלים בהם; אותם אנשים, נעדרות ונשים, ילדים ומשפחות שחוו טראומות וחוויות מציפות. אלה מציבים אותנו כמטפלים בתנועה בצומת משמעותי כדי לתת להם מענה יעיל ומקדם, ולהביאם לוויסות, למוגנות, למסוגלות ולחוסן. זהו האתגר, לעזור להם לנוע ולזרום אתם, עם הזכות לתת להם את מתנות הגוף-נפש-מוח.

מקורות

- אסף, אדוה, 2008. "השפעת טיפול קבוצתי בתנועה עפ"י מודל ה-STREAM, על 5 סמני הריפוי של המודל בקרב נשים מוכות במקלט", עבודה סמינריונית, מכללת סמינר הקיבוצים.
- טל-מרגלית, מירב, 2010. "ציור עצמי המשקף את תהליך ההחלמה מטראומה ושימוש במחקר ככלי מחקרי וטיפולי", כאן (יוני 2010).
- , 2014. "תנועה וקשב לחיים (STREAM): מודל בטיפול בתנועה, מטראומה ולחץ לחוסן וויסות", בתוך: רונן ברגר (עורך), היצירה – לב הטיפול: מודלים ותיאוריות בטיפול מבוסס אמנויות, פרי פיתוחם של מטפלים ישראלים, קריית ביאליק: אח, עמ' 235-248.
- טל-מרגלית, מירב, ויהודית שפנגלט, 2015. אוצרות הזוג המנצח: אדון גוף וגברת מודעות – מדריך להתמודדות ילדים, אבן יהודה: אמציה.

- לוי, פטר, 1999. להעיר את הנמר: מרפאים את הטראומה, הוד השרון: אסטרוולוג.
- סאן, אסתי, 2014. "מתלות לחוסן: שימוש במודל STREAM לתמיכה בתהליך גמילה אצל נשים מכורות", עבודה סמינריונית, המכללה האקדמית ע"ש דוד ילין.
- עשור, נועה, 2009. "שינוי בתהליך הריפוי אצל נשים במסגרת גמילה מסמים, באמצעות טיפול קבוצתי המבוסס על מודל ה-STREAM, עפ"י סמני הריפוי של המודל", עבודה סמינריונית, מכללת סמינר הקיבוצים.
- פדרמן, דיתה, 2014. "תרפיה בתנועה והקשרה למדעי המוח ולמיינדפולנס", עיונים בחינוך 11-12: 368-379.
- רולף-בן-שחר, אסף, 2013. אנטומיה של טיפול: פסיכותרפיה גופנית, חיפה: פרדס.
- רוס, ג'ינה, 2008. מעבר למערבולת הטראומה אל מערבולת הריפוי: מדריך לציבור, טבעון: הוצאת נורד.
- שוויצר, יעל, 2016. "מיינדפולנס בטיפול בתנועה (DMT-MB)", סדנה אורחת, המכללה האקדמית דוד ילין, תכנית התואר השני לטיפול בתנועה ומחול, ינואר 2016.
- שוויצר, שירי, 2012. "תרגול התקרקות עם נשים מפונות גוש קטיף כאמצעי להשגה מחודשת של תחושות שליטה, בטחון והסתגלות", עבודה סמינריונית, מכללת סמינר הקיבוצים.
- שחר-לוי, יונה, 2004. מהגוף הגלוי לסיפור הנפש הסמוי, ירושלים: הוצאה עצמית.
- Berrol, Synthia, 1992. "The Neurophysiologic Basis of the Mind-body Connection in Dance/Movement Therapy," *American Journal of Dance Therapy* 14 (1): 19-29.
- , 2006. "Neuroscience Meets Dance/Movement Therapy: Mirror Neurons, the Therapeutic Process and Empathy," *The Arts in Psychotherapy* 33: 302-315.
- Chaiklin, Sharon, and Hilda Wengrower (eds.), 2015. *The Art and Science of Dance/Movement Therapy: Life is dance*, New York: Routledge.
- Gendlin, Eugene T., 1982. *Focusing*, New York: Bantam.
- Kabat-Zinn, Jon, 2003. "Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future," *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2): 144-156.
- Königsmarková, Eva, 2011. "'My Body-My Shelter' STREAM Model Group for Child Refugee-Combining Dance Movement Therapy and Somatic Experiencing," Seminar Paper, University of Haifa, International School.
- Lahad, Mooli, Miri Shacham, and Ofra Ayalon (eds.), 2013. *The "BASIC Ph" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application*, London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

- Levine, Peter A., 2010. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Marich, Jamie, 2016. *Dancing Mindfulness*, Woodstock, Vermont: Skylight Paths.
- Meekums, Bonnie, 2002. *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*, London: Sage.
- Ogden, Pat, and Kekuni Minton, 2000. "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory," *Traumatology* 6 (3): 149.
- Ogden, Pat, Kekuni Minton, and Clare Pain, 2006. *Trauma and the body*. New York: W.W. Norton & Company.
- Porges, Stephen, 2011. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundation of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*, Norton Series of Interpersonal Neurobiology, New York: W. W. Norton & Company.
- Poole-Heller, Dianne, and Larry Heller, 2001. *Crash Course: A self-Healing Guide to auto Accident Trauma and Recovery*, Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Rothschild, Babette, 2000. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*, New York: W. W. Norton & Company.
- Scaer, Robert, 2001. *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*, New York: Haworth Medical Press.
- Siegel, Daniel, 1999. *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal experience*, New York: Guilford Press.
- , 2015. "Interpersonal Neurobiology," Clinical Workshop, Segol Interdisciplinary Center, Herzelia.
- Spanglet, Judith, Meirav Tal-Margalit and Miri Schacham, 2013. "From Trauma to Resilience-Combining Two Body Oriented Psychotherapeutic Approaches: STREAM and EFS," in: Lahad Mooli, Miri Shacham, and Ofra Ayalon (eds.), *The "BASIC Ph" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application*, London: Jessica Kingsley, pp. 173-184.
- , 2015. "The 'Winning Couple's Treasures' Program for Children in Israel: Body-Mind Coping Skills for Stress Reduction & Enhancing Resiliency," STAR international conference. Stress and Anxiety Research Society, Tel-Aviv.
- Tal, Meirav, 2006. "Rejoining the Stream of Life: An Integrated Model of Trauma Group Therapy Combining Dance-Movement Therapy and Somatic Experiencing, for Older Women Suffering from Spouse Abuse," Ph.D dissertation, Anglia Ruskin University.

- Tal-Margalit, Meirav, and Judith Spanglet, 2014. "The 'Winning Couple' Program for Young Children in Israel: Body-Mind Coping Skills for Stress Reduction and Enhancing Resiliency," Resilience 2nd world congress, Timisoara, Romania.
- Tantia, Jennifer. F., 2014. "Mindfulness and Dance/Movement Therapy for Treating Trauma," in: Laury Rappaport (ed.), *Mindfulness in the Creative Arts Therapies*, London: Jessica Kingsley, pp. 96-107.
- , 2016. "The Interface between Somatic Psychotherapy and Dance/Movement Therapy: A Critical Analysis," *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 11 (2-3): 181-196.
- Van Der Kolk, Bessel, 1996. "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress," in: Bessel A. van der Kolk, Alexander C. McFarlane, and Lars Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, London, Guilford Press, pp. 253-265.
- , 2014. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York City: Viking.
- Vulcan, Maya, 2013. "Crossing the Somatic-Semiotic Divide: The Troubled Question of Dance/Movement Therapists (DMTs) Professional Identity," *The Arts in Psychotherapy* 40 (1): 6-19.

נספח: ניתוח הציורים של שימי

לפנינו ציוריה של שימי ממחקר (STREAM Tal, 2006), מחקר משולב-כמותני ואיכותני שבו אחד מכלי המחקר לבדיקת תהליך ההחלמה ויעילות הטיפול היה ציור-עצמי (תחושה ותפיסה עצמית). הציור-עצמי שימש הן כלי טיפולי והן מחקרי: בתחילת הטיפול, בסוף קבוצת סבב 1 ובסוף הטיפול (טל-מרגלית, 2010). לפנינו ציוריה עם סיום הקבוצה ה-1 (9, 10) והציור בסוף הטיפול (12). ניתוח הציורים נעשה על ידי מטפלת באמנות מנוסה על פי הגישה הפנומנולוגית בטיפול באמנות.

סוף סבב 1 (קבוצה קצרת מועד: 16 מפגשים)



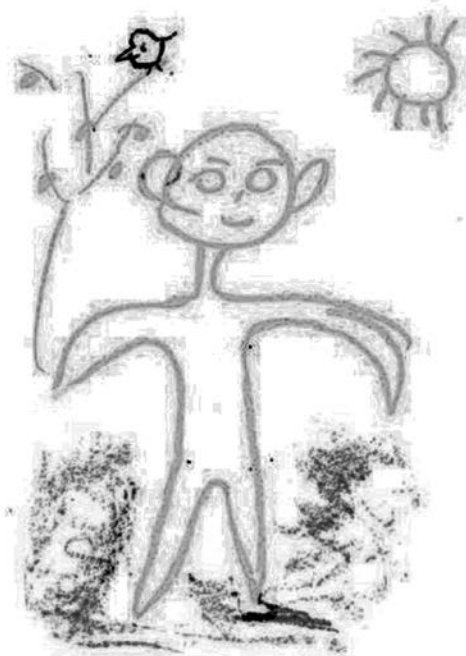
המקום הלא-בטוח (מערבולת הטראומה) ציור מס' 9

מיקום בדף – מאוזן. מציירת עצמה כדמות המנסה לפרוץ את הגבולות שחוסמים אותה. כל הזמן יש מסביב משהו חיצוני שעוצר אותה (חום ושחור). דמות ראשונית שלא התפתחה, דמות מהילדות המוקדמת, דבר המעיד על קיום טראומה מצטברת. הרגליים כאילו מגיעות לראש – אין גוף וצוואר והדמות משדרת חוסר אונים. השחור מאיים, מפחיד, תחושת חוסר מוצא. הסימנים הלבנים מסמלים את מקומות הפריצה.

המקום הבטוח (מערבולת ההחלמה) ציור מס' 10

מיקום בדף – מאוזן. ציירה קודם את הים מערסל ומכיל ואחר כך את הסירה המסמלת מכל. הדמות שעומדת בראש הספינה כמו עוגן-שומרת, והדגל מסמל עצמאות ושלווה, בצבע של הדמות בציור הקודם. הדמות של עצמה-היפה מסמלת שמש, אור, ויש לה תחושת יציבות והיא יכולה לשכב בשקט. הכתום מסמל חיים. אין צבעים שחורים כמו בציור הקודם. השיט מסמל זרימה ותנועה.

ציור עצמי בסוף הטיפול (בסוף קבוצה בת שנה נוספת) ציור מס' 12



מיקום בדף – מאונך. הדמות נראית יציבה ונוכחת. נראית שבעת רצון ועם "יכולת להיות לבד" (ויניקוט) עיניה של הדמות פקוחות, אך אוזניה עוד דרוכות. הצוואר שלה יותר זקוף ויציב. החלק התחתון של הגוף מלא וחזק, מקורקע. הים ברקע מייצג מודעות גדולה יותר לסביבה ויש לה אינטראקציה עם הטבע – עם עץ, ציפור ושמש – והמיקום שלה מצביע שמצאה את מקומה. שני סוגי הצהוב משקפים שיש יותר אור, חופש ותקווה.

* ניתוח ציורים: ד"ר עליזה פלורנטל

על התרוקנות הגוף והיעלמותה של אם

קריאה בספרה של אנני ארנו "לא קמתי מהלילה שלי"

(רסלינג, 2016)

אורית גרוס

ביום שהגיע לידי ספרה של ארנו לא קמתי מהלילה שלי, נכדתי היו כאן. בית מלא. חיבקתי, ליטפתי, חיתלתי – החלפתי חיתולים ספוגים בשתן ומרוחים בצואה בחיתולים נקיים – ניסיתי לחבב על התינוקת, שמסרבת בעקשנות להיפרד מהשד, את פטמת הבקבוק; המהמתי שירי ערש, הרדמתי אותן לתנומות קצרות וארוכות; פה ושם דקלמתי את מיץ פטל, ופלוטו מקיבוץ מגידו; המצאתי סיפורים לרגע, לרגעים זחלתי על השטיח, ובהינדר עפעף הפכתי לנסיכה סופיה או לחברתה הקסומה.

הצצתי בספר, ומיד סגרתי, ופתחתי שוב. וסגרתי.

הרחקתי אותו. ניסיתי להחביאו/להסתירו מפניי. הנחתי אותו על שולחן העבודה שלי, בתחתית הערמה. אולי יישכח, אולי ייעלם ולא יימצא, והתמסרתי ביתר עוז למי שזחלה על השטיח.

למחרת החלה הקריאה בספר. היא נמשכה לאורך זמן. קראתי בספר במנות קטנות, ורק באור יום וסמוך לחלון. במרווחים שבין הפסקאות אני שולחת מבט החוצה, אל הרחוב, אל החיים.

כי הספר הזה הוא סוג של לילה מתמשך, לילה ארוך, אפל, צולף ונעדר רחמים, שבתוכו מתמקמת רק מחשבה אחת מרגיעה ומנחמת: בסופו של הלילה הזה יעלה/יאיר הבוקר, והבוקר ידוע מראש – מותה של האם.

לא קמתי מהלילה שלי הוא ספר אמיץ ונוקב. לרגעים נדמה שבחדרה של האם המאושפזת בבית חולים גריאטרי, וסמוך למיטתה, ניצבת מצלמה המתעדת את השעות שבהן מגיעה ארנו לבקר את אמה חולת האלצהיימר. עיניה של הבת מתמקדות בגוף, מתעדות את ההתדרדרות המשפילה והדוחה שלה – עד מותה.

כשאני מגיעה, היא שוכבת. אני מגלחת אותה. שתי הנשים האחרות בחדר לא מדברות. ריח של פיפי, של חרא. חם מאוד. אני שומעת צעקות מהחדר הסמוך (עמ' 25).

זוג המשקפיים השני שלה אבד. אני שואלת אותה איפה הניחה אותו, היא נרדמת. אני נוגעת בה כבילד בפעם הראשונה בשנתה... היא ישנה בעיניים פקוחות, רגליה הלבנות מאוד חשופות, איבר המין שלה גלוי לעין. אני בוכה (עמ' 30).

הגרוע ביותר, בלתי צפוי. פתחתי את מגירת השידה שלה כדי לוודא שנותרו לה תופינים. חשבתי שאני רואה עוגה: לקחתי אותה. זה היה גלל צואה. סגרתי את המגירה בבושת פנים מזועזעת (עמ' 43).

היא עוד יותר כחושה ומוסחת דעת. הניחו עליה רק את חלוקה המופשל מאחור, החושף את גבה, אחוריה, התחתונים המרושתים (עמ' 47). אמי נעשית דהויה. להזדקן זה לדהות, להיות שקוף... הזקנה הקטנה שעל ידנו עזבה, ארונוטיה מרוקנים. עדיין איני מעזה לשאול איפה היא (עמ' 51).

היא איבדה את שיניה התותבות התחתונות. השומרת: זה חסר חשיבות, היא אוכלת רק מרוסק! (עמ' 60).

אלה הם קטעים אקראיים. בכל עמוד, בכל ביקור, משהו נגרע, נאבד, והגוף נחשף בעליבותו.

ארנו מכנה את הטקסט "יומן ביקורים". היא צמודה למפגשים שלה עם אמה, ורק מעט ובמרומו מזמן הקורא ללמוד או להסיק על החיים שהיו להן לפני האשפוז. "ההיצמדות" של ארנו למצבה הגופני והמנטלי מעצימה את הנוכחות המתמעטת והדועכת של האם. באומץ לב היא רושמת ומשרטטת את קווי הדעיכה המשפילה ומעמידה מול הקורא את מה שאנחנו, כחברה, מעדיפים שלא לראות ולא לדעת.

במקביל, ארנו מבקרת אצל עצמה, בודקת בחדרי חדרים מי היא לנוכח האם החולה, ומי הייתה, ומי האם המופנמת שבתוכה.

הכל התהפך. עכשיו, היא הבת הקטנה שלי. אני לא יכולה להיות אימא שלה (עמ' 29).

אמי לובשת שמלה פרחונית, כמו שלבשתי אני, כילדה. היא נראית בתוכה פעוטה. ברור שמכאן ואילך אני המבוגרת (עמ' 73).

הקשר מתהפך. הבת הופכת לאם. הבת מחתלת ומנקה את גוף האם ומחפשת אחר שרידים של האם המוכרת.

"היא שבה להיות ילדה, אבל היא לא תגדל" (עמ' 103). זהו משפט מפתח בהוויית הקשר המשתנה שנוצר במהלך הביקורים. מול הגוף שנסוג והיעלמות הנפש מתוכו, נאבקת ארנו לשמר את האם שהייתה לה.

פרדה מאם (מגוף האם ליתר דיוק) מתחילה עם הלידה, והיא נמשכת לאורך החיים. אלה יחסים מתמשכים ומורכבים. מחלת האלצהיימר, כמו מחלות אחרות, "טורפות את הקלפים", משבשת מהלכים תקינים של פרדה.

מתוך נקודת המבט הזאת, גם אם לא במוצהר, מעמידה ארנו את הקשר בין שתייהן במרכז הרשימות שלה. מחלת האלצהיימר מקבלת תפקיד הדומה לזה של השלישי במערכת יחסים. היא הרסנית, מפרה איזונים, אך גם מאפשרת ומגדלת. בהקדמה ליומן הביקורים, שנכתבה 13 שנים אחרי מות האם, כותבת ארנו:

בעת ששהתה עדיין בביתי התחלתי לרשום על פיסות נייר, ללא תאריך, דיבורים וצורות התנהגות של אמי שהפילו עליי אימה. לא יכולתי לשאת את השפלתה. יום אחד חלמתי שצעקתי עליה בכעס: "תפסיקי להיות משוגעת!" [...] בהמשך הרגשתי צורך לכתוב עליה בכל מחיר, על מילותיה, על גופה, שהיה לי יותר ויותר קרוב [...] באשר פניתי, ללא הרף, החזקתי בדמותה של אמי במקום הזה (עמ' 9).

הספר מפיל אימה. ארנו לא חוסכת ולא מיפה דבר, והקריאה איננה תענוג צרוף. לעתים התעורר בי רצון לעזוב, להתרחק, לזרוק, לוותר, לשמוט את הספר הזה. סביר שמשאלות כאלה נכחו גם אל מול האם. ולמרות זאת, ארנו הייתה שם, במידה ובקצב שהיא קבעה. היא הייתה שם, ליטפה, באה במגע ותיעדה, ובכך אפשרה לאמה להמשיך ולהיות, גם מעבר לגבולות הזמן.

"אמי נעשית דהויה. להזדקן זה לדהות, להיות שקוף" (עמ' 51).

בשעות אחר הצהריים הספסלים שליד המרכז המסחרי בשכונה שבה אני גרה מתמלאים בקשישים ישובים על כיסאות גלגלים ובמטפלים שלהם. טיול קצר לזקנים, מעין מפגש חברתי למטפלים הזרים. מי שעובר בשדרה, משפיל מבט, נמנע מלהביט בה – בקנה המכוערת והמכאיבה, ובכך נמנע מלחשוב על עצמו. ארנו משמיעה את קולה, מנכיחה את קיומה.

יומן הביקורים של ארנו מסתיים. דף ריק מפריד בין הטקסט שלה ובין הטקסט האחר – אחרית דבר שכתבה מיכל בן-נפתלי (שגם תרגמה את הספר). כותרתה:

"אני יחידה לבתי" – הפואטיקה הדמנטית של אנני ארנו. זהו טקסט שממקם את יומן הביקורים של ארנו בתוך מרחבים נוספים. בן-נפתלי מעגנת אותו בקונטקסט של נשים/סופרות כמו סימון דה בובואר, דיראס וקולט, שכותבות על פרדה מאם, ודנה בכמה סוגיות מפרספקטיבה אנליטית, סוציולוגית ולשונית. אחרית הדבר כתובה בשפה שהלוגיקה נוכחת בה ביציבות. היא מעניקה לטקסט של ארנו ממדים של זמן ומקום ובכך מחבקת אותה, ברוך.