מבט פסיכודינמי על הטיפול בטראומה אקוטית

חלק ב' - התערבות טיפולית

תמר אהרונסון

[מבט פסיכודינמי על הטיפול בטראומה אקוטית - התערבות טיפולית (hebpsy.net)](https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=4651)

 *המאמר נשען על הרצאה שניתנה למגמה לפסיכותרפיה אינטגרטיבית בחוג לייעוץ והתפתחות האדם באוניברסיטת חיפה בתאריך 24.10.23.*

*כל המטופלים המוזכרים במאמר נתנו הסכמתם לפרסום ופרטיהם הוסוו למניעת זיהוי.*

[***חלקו הראשון של המאמר: סקירה תאורטית ותסמינים​​​​​​​***](https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=4650)**.**

 מטרות הטיפול הפסיכודינמי בטראומה אקוטית

מטרת הטיפול הדינמי-אנליטי בנפגעי טראומה אקוטית היא ראשית לבסס קשר חם וקרוב עם המטופל ובכך לחלצו מתחושת הבדידות (loneliness) והלבדיות (aloneness) העמוקות המאפיינות מצבים טראומטיים. בהמשך חותר הטיפול לסייע למטופל להפוך את אשר נחווה כסיוט נמשך רווי אימה, חרדה ופחד עמוקים, לחוויה ברת עיכול ועיבוד, שניתן לתחום, לגעת בשוליה או לצלול לתוכה ולעבדה. מתוך ובתוך יחד קרוב נחקרים התכנים המציפים דרך שהייה סמוכת חוויה וחקירת הדהודם בנפש המטופל. נבדקים האופנים הייחודיים והסובייקטיביים בהם הוא חווה את האירועים ומתמודד עם השלכותיהם. נעשה ניסיון לרצף ולאחות את חוויות הביזור והפירוק בעקבות שימוש במנגנונים דיסוציאטיביים. לעיתים נבקש להבין כיצד מהדהדת הטראומה הנוכחית לאירועי עבר בחיי המטופל ומה השפעתם על יכולת ההתמודדות והעיבוד שלו את החוויות הטראומטיות בהווה.

מטרה נוספת וחשובה של ההתערבות הטיפולית היא שהטראומה לא תיהפך ברבות הזמן לתסמונת פוסט-טראומטית. לנפש הבריאה יכולות ריפוי טבעיות. ישנם אנשים אשר יחלימו מטראומה אקוטית בכוחות עצמם בעזרת כוחות הנפש ומעגלי התמיכה שלהם, ודומה כי עבורם הרופא הטוב ביותר לתהליך ההחלמה הוא ד"ר זמן. אולם חלק מהנפגעים זקוקים לסיוע נפשי מקצועי על מנת לעבד את החוויות הקשות. אחדים נמצאים בסיכון להצטלקות הנפש צלקות עמוקות שאינן נרפאות מעצמן. מחקרים מראים כי בין גורמי הסיכון להתפתחות תסמונת פוסט-טראומטית נמצאים עצימות הטראומה, מידת המסוכנות שלה לגוף ולנפש, מידת החשיפה לרוע האנושי לעומת גורמים מקריים כתאונות בשוגג או אסונות טבע, מידת חוסר האונים של הפרט מול האירועים המצמיתים וכן מבנה אישיות רגיש ואירועי ילדות טראומטיים או דוחקים (Vogt et al., 2007). לאותם מטופלים שמסיבות אלה ואחרות מועדים יותר לתסמונת פוסט-טראומטית במורד הדרך, חשובה עד מאד ההתערבות הטיפולית, ככל שניתן בסמיכות לאירוע הטראומטי.

עם התבססות הקשר הטיפולי והעמקתו, נשאף לעיתים להשיב, לחבר ולהרציף חלקי חוויות שנעלמו או ניתקו בעקבות ניתוקים ודיסוציאציה. נבקש להתמיר אזורי קיפאון לתנועה, לקשר ולהקשר, עבר להווה, צורה לרקע, חושך לאור, חלקי מוות לציר החיים ומעל לכל – בדידות לקרבה. לבסוף נבקש לסייע למטופל לשוב לתפקוד, למציאת משמעות מחודשת, לקשרים בין אישיים משמעותיים, לשגשוג ולצמיחה.

דגשים טיפוליים לפי זרמים פסיכודינמיים שונים

הגישות הפסיכואנליטיות לטיפול בטראומה שונות ומגוונות. בעוד גישות אחדות מדגישות את החוויה של המטופל בחדר ואת הכאן-ועכשיו בטיפול, אחרות מייחסות חשיבות גדולה לינקות, ליחסי האובייקט המופנמים, לטראומות מוקדמות וחסכים התפתחותיים וכן לפנטזיות לא מודעות. ישנן גישות המאמינות מאד בחקר האירועים הטראומטיים כהווייתם בעוד אחרות מדגישות יותר את החוויה שסביבם, כפי שהיא נוכחת בחדר, ומסמנות בזהירות את גבולות הגזרה הטראומטית, את שוליה ואת הרגשות שסביבה.

גישות ויניקוטיאניות ופוסט-ויניקוטיאניות כמו גם פסיכולוגית העצמי וחלק מן התאורטיקנים ההתייחסותיים, מדגישים את העטיפה האמפתית, סמוכת החוויה והנוכחת נוכחות מיטיבה ואוהבת, שהיא פחות פרשנית באופייה, של המטפל בחדר. זאת בעוד גישות קלאסיות יותר לרבות קליין ופוסט-קלייניאיניים מדגישים עבודה פרשנית יותר, דרך פירושי העברה וחקירת דפוסים ינקותיים ופנטזיות לא מודעות, כמצע הנפשי החשוב להבנת חווית הטראומה בהווה והדרכים בהן היא מהדהדת לחוויות ותפיסות מן העבר.

חרף המחלוקות ישנה הסכמה בין כל התאורטיקנים הפסיכואנליטיים כי הקשר הטיפולי הוא הגורם החיוני ביותר בטיפול הפסיכודינמי בכלל ובנפגעי טראומה בפרט. יש הטוענים שעצם הקשר החם והנוכח עם המטפל די בו כדי לאפשר עיבוד האירועים הטראומטיים. אחרים מדגישים כי עיבוד הטראומה יעשה בעזרת הבנת ההפנמות של יחסים מוקדמים וכינון הפנמות חדשות מיטיבות. יש המדגישים את ההכרה ההדדית ויצירת אינטר-סובייקטיביות בחדר כמהותיוֹת להחלמה (זליגמן, 2019; שלגי 2022). ואילו אחרים מדגישים את התיקוף הרגשי ואת הנוכחות האתית של המטפל כעד מוסרי לחוויות הטראומטיות שהמטופל חווה בהווה ובעבר, כציר מהותי בטיפול בנפגעי טראומה (אמיר, 2018 א'; Laub, 2013).

ויניקוטיאניים מדגישים את ההחזקה הכולית והראשונית במצבי טראומה, המהדהדת ומשחזרת בתהליך של רגרסיה לתלות את אזור ההתמוטטות הקדום וקפאונות שהתרחשו שם אך לא נחוו. ביוניאניים מדגישים את תהליך ההכלה כקריטי לצמיחה מן הטראומה, בעזרתו מתמיר המטפל בעזרת פונקציית אלפא חוויות מציפות משדה הטראומה, חוויות של אימה ללא שם המושלכות לעיתים על המטפל, למשהו בר עיכול, עיבוד וייצוג. עפרה אשל מדגישה את האחדותיות מטפל-מטופל החותרת לקרבה עמוקה שהיא כמעט מיזוג כמוצא תשתיתי לריפוי. תיאורטיקנים אינטר-סובייקטיביים גורסים כי גם המטפל חייב לקחת חלק במסע הייחד הקרוב למחוזות הטראומה. לא רק כמחזיק או מכיל את המטופל כי אם כנוטל חלק פעיל, בעודו משתנה עם המטופל ומשחזר בחדר גם את אזורי האסון הפרטיים שלו הוא; אזורי האימה, האיון והפירוק, המהדהדים לאלה של המטופל בתהליך של אנאקטמנט. קלייניאניים שמים דגש על קריסת הנפש הטראומטית לעמדות קדומות יותר ומציינים את ההעברה ואת פירושיה ככלי התערבות חיוני בטראומה.

דומה כי כל הגישות הדינמיות תמימות דעים כי מעורבותו הרגשית, האכפתית והאוהבת של המטפל ביחסיו עם המטופל היא המאפשרת למטופל לשאת את חוויות התהום והאימה הטראומטיות, את אשר נדמה היה כי הוא בלתי ניתן לנשיאה, עיכול, עיבוד והבנה. הטיפול מספק הזדמנות לעבד יחדיו את חוויותיו המודעות והלא מודעות של המטופל סביב האירוע הטראומטי וכך לצאת לדרך חדשה של תנועה נפשית ומשמעות, בה יוכל המטופל לחזור ולחיות את חייו ואת קשריו הקרובים, באופן מלא, חרף הזוועות שחווה. דרך שבה יוכל לשוב לחוש עצמו חי, מוגן, אסוף, רציף, חיוני, אוהב, אהוב ובעל ערך.

 כיצד נתמקם טיפולית מתוך עמדה פסיכודינמית?

אציע מספר צירי התערבות אפשריים במצבים טראומטיים שאינם יונקים ממודל פסיכודינמי אחד, כי אם נעים על פני ממספר תאוריות פסיכואנליטיות שהוזכרו לעיל. אינני רואה סתירה בין הפרקטיקה של התאוריות השונות, נהפוך הוא: מניסיוני במרפאה הפסיכיאטרית עם מצבי קצה כגון משברים פסיכוטיים, הפרעות אישיות ומצבים טראומטיים ופוסט-טראומטיים, הגישות תומכות ומשלימות זו את זו. חלקן רלוונטיות למטופלים מסוימים בעוד אחרות מסייעות יותר לטיפול באחרים, או לאותו מטופל עצמו בתקופות שונות בטיפול ובשלבים שונים של הקשר הטיפולי. אציין כי שרטוט הצירים כנפרדים נעשה באופן שרירותי לשם הפשטה והמחשה, אך בפועל הם שזורים זה בזה ואינם ניתנים להפרדה.

.1 נוכחות יחדאית חמה ועוטפת שהיא פחות פרשנית במהותה

אולי יותר מכל טכניקה טיפולית אחרת דומה שנדרשת במצבים טראומטיים נוכחות אוהבת, עוטפת, נוכחת, אמפתית וסבלנית, המלווה בתשומת לב עמוקה ומדויקת לכל ביטוי רגשי, ניואנס וגוון נפשי של המטופל. אלה יסַפְּקו למטופל תחושת יחד קרוב, שחסרה במצבים הטראומטיים, שכן הם תכופות מאד לבדיים בהווייתם. ההפקרה, האלימות, האינות והחודרנות האופייניות לחשיפה הטראומטית מותירות את הנפגעים בתחושות בידוד ועזובה עזות. הקשר עם המטפל, הייחד הטיפולי, העיטוף הנפשי והרוך משמשים ארוכה ומרפא לבדידות תהומית זו והם הגורמים התרפויטיים העמוקים ואולי המשמעותיים ביותר. הם משמשים מצע ומסד להעמקת הקשר עם המטפל ולעיבוד התכנים הטראומטיים יחדיו.

ניכר כי בעבור חלק מהמטופלים נוכחות יחדאית סמוכת חוויה זו היא כל שידרוש על מנת לעבד את חוויותיהם הטראומטיות הקשות ולהפכן ברות מפגש ועיכול. לעומתם, אחרים יזדקקו גם לפונקציות טיפוליות נוספות שיפורטו להלן.

2 . הקשבה אקטיבית

הקשבה אקטיבית פירושה הקשבה נוכחת, משקפת וסמוכת חוויה והיא הכרחית במצבים טראומטיים. אין זו העת להנהונים עמומים ושתיקות שכן אלה טומנים בחובם סכנת חווית שמיטה נוספת. המטופל הטראומטי שרוי תכופות באימת הישמטות והפקרה ובתחושה שהעולם והאובייקטים הטובים הכזיבוהו ונטשוהו. על המטפל אפוא להנכיח עצמו בחדר בחום ובאופן אקטיבי, בתגובות סמוכות חוויה כגון שיקופים ובעיטוף נפשי קרוב.

.3 יחד קרוב באזורי הרגש

בגישה הפסיכודינמית השהייה באזורי הרגש, הבנתו ותיקופו, באווירה אמפתית ותוך יחד קרוב ואכפתי, הם מאושיות הפרקטיקה התרפויטית. מובן ששהייה סמוכת חוויה זו במחוזות הרגשות המציפים והקשים של המטופל נעשית בעדינות, זהירות מירבית ורגישות, על ידי מטפלים מנוסים שהוכשרו לכך.

חשוב לזכור שכעת, בחלוף הזמן מאז האירוע הטראומטי האקוטי, אך בעודנו במצב של לחימה, מדובר כבר בטיפולים ממושכים יותר שאינם מוגדרים בהכרח כטיפולי חירום.

מטופלים רבים חשים כמיהה גדולה לעזרה וזקוקים למטפל שיסכים לשמוע ולהיות עימם בעולמות הרגש הסוערים שהטראומה מעוררת. תכופות מוצפת נפש המטופל אימה, חרדה, פחד מצמית, יגון וייאוש. אלה טובלים בתחושות בדידות ובידוד. השהייה המשותפת עם המטפל, שנכון לקחת חלק במחוזות הכאב, מקלה על תחושות המטופל הקשות ומסייעת לו לחוש מוכל, מוחזק ופחות בודד. הייחד הקרוב באזורים סמוכי החוויה משמש אף כמענה לתחושות השמיטה והעזובה הנפשית האופייניות למצבים טראומטיים.

דרך שיקופי רגש ונוכחות סמוכת חוויה רגשית נבקש לתקף ולתת לגיטימציה למנעד הרגשות שהמטופל חש. חשוב לתקף את כל קשת הרגשות שהמטופל מביא לחדר, בפרט תחושות שחלק מהמטופלים חשים כי אינן לגיטימיות, או כי הן מביישות ואינן ראויות, כגון פחד וחרדה, אימה, בושה, אשמה, האשמה, נקמנות, קנאה וצרות עין. לדוגמה, אומרת מטופלת: "איך אני מעזה להתבוסס בכאב של עצמי, כשכל כך הרבה חבר'ה בני גילי נרצחו ומשפחותיהן הרוסות מצער". מטופל אחר מתבייש שהוא שמח על כך שניצל, בעוד חבריו לא שרדו. או מטופל המספר בבושה כי לאחר האירוע במסיבה שמח שנקרא למילואים כי כל שעובר לו בראש מבוקר עד ערב הם תסריטי נקמה במחבלים.

.4  נפשו של המטפל כמרחב מוגן אוהב ובטוח לנפש המטופל

המטופל הטראומטי חווה ערעור מטלטל. דומה כי קירות ביתו הנפשי המטאפורי, המגן והמחזיק, התפרקו, ניתצו והפכו חדירים לרוע ולתוקפנות. ישנם אנשים אשר נאלצו הלכה למעשה לעזוב את בתיהם. ביניהם אנשים שביתם הממשי נשרף והושמד או חולל ונפגע. אחרים רק חשים שאינם מוגנים עוד בביתם הנפשי. גם השעות הרבות שנקפו בטרם הוגש סיוע לנפגעים העמיקו את תחושת הפגיעות והחדירות. רבים מהמטופלים, בין שהם משורדי הדרום או ממפוני הצפון ובין אם לאו, חשים בעקבות האירועים פגיעים, חשופים, לא אסופים ובלתי תחומים. חווית מעטפת המוגנות שלהם נקרעה או נסדקה.

בספרו 'האני-עור', מציין דידייה אנזייה (2004), בעקבות אסתר ביק (Bick, 1967; 1986), כי כשם שהעור עוטף את הגוף, כך שואף ה'אני-עור' (Ego-Skin) לעטוף את מנגנון הנפש, ומשמש מעין מעטפת מטאפורית לפונקציות נפשיות של גבול, שפה, היאספות, תיחום, ארגון והכלה. האני-עור, כמו עור הגוף, בנוי כשטח מגע המשול לקליפה או לכיסוי, בעוד שהאיד משול לגרעין. ההשלמה שבין הגרעין לבין הקליפה מייצרת את תחושת האיסוף והמוגנות של האדם.

במצבים אלה שבהם נקרעת מעטפת המוגנות נותר האדם בתחושה פרוצה ונזילה, לא מוגן, לא תחום ולא אסוף דיו. על המטפל לייצר מעין בית מטאפורי חלופי או מעטפת אני-עור מחזיקה בתוך נפשו - לנפשו קרועת המעטפת של המטופל. רונלד בריטון (1989) מדמה את הליך ההכלה למעין מחסה או מקלט עבור נפש המטופל, שפירושו לפיו, מגן ומקום בטוח ומיטיב. התכווננות זו בחדר הטיפולי כרוכה בפונקציות נפשיות תרפויטיות של גבול, שפה, היאספות, תיחום, ארגון, החזקה והכלה. יש בה מעין עיבוי הדפנות של הייחד הטיפולי ושימוש בחדר כבמעין מרחב מוגן שלא ניתן לזלוג דרכו או להישמט ממנו.

נעמה קינן (2014, 2009) מציעה כי בטיפול במצבים ראשוניים, כדאי להשתמש במה שהיא מכנה 'פירושי מעטפת'. אלו הן התערבויות מילוליות המאפשרות החזקה של ההתקיימות החושית, תחושת תיחום והיות המטופל אסוף ומוחזק. למשל: נראה שעכשיו אתה כבר מצליח להרגיש כאן בחדר קצת יותר מוגן, תחום ואסוף.

.5  האם נכון לאפשר למטופל לספר את אירועי הטראומה שלו?

מודלים פסיכודינמיים שונים ממליצים לנוע בעדינות סביב הסוגייה מתי ועד כמה נכון לכל מטופל לספר את חוויותיו מהאירוע הטראומטי. המטפל מברר בעדינות מה נכון למטופל ומה העדפותיו בעתות משבר, נוכח טראומה אקוטית, ומעריך את כוחותיו להתמודד עם נרטיב האירועים המטלטלים. לשם כך חשוב שמהטפל יהיה מנוסה במצבי טראומה וכן זהיר ורגיש.

מחקרים מראים כי אנשים שלא עיבדו את החוויות הטראומטיות ולא היה להם היכן לספרן ולהוציאן לאור, נמצאים בסיכון רב יותר לגלוש לתסמונת פוסט-טראומטית (Garland, 2018). התכנים הקשים שלא נמצא להם מפלט ומוצא, עלולים להמשיך לרחוש ולגעוש בנפש כבוצה רעילה ומייננת, ולנהל את חוויות ההיות, העצמי והעולם של האדם. טראומה שלא עובדה טומנת בחובה סיכון של מה שמכונה ברפואה dry socket: העלאת ארוכה חיצונית לְפֶצע שעדיין רוחש מוגלה בִּפְנִימיותו. רבים אשר חוו טראומות קשות שלא עובדו ועוכלו, ממשיכים, גם משחלפה הסכנה המציאותית, לחוות את העולם כמסוכן וכמפחיד, את עצמם כחסרי כוחות ושליטה, לחוש כי חסרות להם פיסות חוויה וכי חווית העצמי שלהם אינה רציפה וכן לשרות בתחושות עזות של אימה, חרדה וסכנת הכחדה. חלקם מפתחים בנוסף דפוסי הימנעות ושיתוק מייסרים ומתקשים לתפקד (Levine, 2014). על פי סימינגטון (Symington, 2006) ללא טיפול ועיבוד, עלולה הטראומה להמשיך ולרחוש בתוך האישיות ולהשפיע לרעה על המשך החיים ועל הסיכוי לשגשג.

ישנם מטופלים שמאד מעוניינים וזקוקים לספר את חוויותיהם הטראומטיות בחדר. ניכר בהם שאלה כמעט נובעות מהם מעצמן והצורך לשתף בהן עז וגודש את הנפש. בניגוד לפוסט-טראומה שבה אירועי הטראומה לעיתים רחוקים ומנותקים, נפגעי טראומה אקוטית טרייה חיים את האירועים שחוו לאחרונה באופן חי ונוכח במרחב נפשם. יש המדווחים כי אינם מצליחים לחשוב על דברים אחרים זולת סרטוני הזיכרונות והחוויות "המוקרנים" שוב ושוב בתודעתם. אחרים, שלא נכחו באירועי הזוועה, מוצפים חזיונות קשים מהמדיה, מעדויות או מדמיונם ומעמקי מצולות חרדותיהם.

אם המטפל חש שהמטופל רוצה וכי יש בו את הכוחות לעמוד בכך, הוא ינסה לספק למטופל מצע רך, אמפתי, נוכח וקרוב של הקשבה רגישה לתיאור החוויות הקשות. במובן זה אין הבדל רב אם האדם התנסה הלכה למעשה באירועים טראומטיים או אם רק נחשף להם דרך המדיה ועדויות. הסיפורים חשובים באותה מידה ועליהם להיות מסופרים באזני מאזין סבלני, מכיל ומחזיק.

יש לזכור כי האירועים עלולים לעלות בחדר באופן מקוטע, אידאוסינקרטי, ביזארי, לא כרונולוגי, לא לינארי ולא תמיד מציאותי או הגיוני. מחמת הניתוקים והדיסוציאציות יהיו אלה שברי זיכרונות וחוויות רצוצים, מבולבלים ומבולקים אשר לא תמיד מתלכדים לכדי נרטיב הגיוני, רציף או אחיד. זמנים, קטעי אירועים וחזיונות משמשים בערבוביה. זאת כיוון שבעת טראומה אקוטית הנפש והגוף נמצאים במצב חירום פיזיולוגי-רגשי ומערכות התפיסה והקידוד בזיכרון אינן פועלת כשורה. חלק מתפקיד המטפל הוא לאסוף גזיזי חוויות חלקיים אלה ולנצור אותם בנפשו למשמרת. לעיתים ישיב אותם בהמשך הטיפול למטופל ויסייע לו להרציף אותם לנרטיב מאורגן יותר ובעל משמעות.

האפקטים התרפויטיים של שיתוף האירועים הטראומטיים רבים וקצרה היריעה מלהזכיר את כולם. העיקרי שבהם הוא **חווית יחד קרוב** באזורי נפש מצמיתים שעד כה נחוו כאימת גיא הצלמוות אפופים בדידות ותחושת אימה ונטישה. יש בכך משום תיקון עמוק. המטפל והמטופל שבים כעת לאזורי האינות והזוועה, כשהם יחד, יד ביד באופן מטאפורי, מעבדים יחדיו את החוויות באווירת התופת שקודם לכן המטופל היה שרוי בה מבועת, מאוים וחרד - בגפו.

כשהתכנים הקשים מתחילים לעלות בטיפול, בין אם בדרך של סיפור מודע של אירועי הטראומה או בדרכים עקיפות יותר של תכנים שונים הגודשים את התודעה לרבות הגנות שונות כהכחשה, השלכה, הזדהות השלכתית ועוד, ניתן **לעבד ולעכל** אותם יחדיו. המטפל בתהליך של הכלה מעבד את התכנים הקשים בעבור ועם המטופל ומחזיר לו אותם כשהם ברי קבלה ועיכול.

אפקט חשוב הוא **האוורור (ונטילציה)**. החוויות הופכות ברות עיכול ועיבוד כשהן מאווררות, נחשפות לאור שמש ומדוברות בחדר, במקום לרחוש ולבעבע במחשכי הנפש פנימה כגושי אימה וחזיונות בלתי מתומללים.

אפקט תרפויטי חשוב אחר ישנו לעצם **התמלול**, כפי שיפורט בהמשך. תכופות יש הקלה גדולה בעקבות המרתן והתמרתן של חוויות שנחוו באזורים לא מילויים ולא ייצוגיים של אימה, פלצות וחרדה – לרובד מילולי.

אמיר (2018 א'), לאוב (Laub, 2005) ומור (1999 ,Moore) טוענים כי למעשה אנו יודעים שהמאורע הטראומטי התרחש רק כשהאחר מסוגל **לספק לו נרטיב**. האדם יכול להכיר את סיפורו רק כשהוא מספרו לעצמו, או לנמען פנימי בתוכו ואם אינו מסוגל לעשות זאת, ייעזר בשומע/עד אחר שיסייע לו. אמיר (2018 א') מביאה את דברי מור (Moore, 1999) הטוען כי מאחר שטראומה היא פגיעה קריטית באחר החיצוני והפנימי, כלומר בנמען של כל יחסים דיאלוגיים באשר הם, היא מכחידה את האפשרות של 'דיאדה אמפתית' בייצוג הפנימי של העולם, ומותירה את מי ששרד ללא נמען לפנות אליו, לא מחוץ לו ולא בתוכו פנימה. מכך ניתן להסיק כי התהליך התרפויטי של עיבוד האירועים הטראומטיים יכול תכופות להיעשות רק דרך סיפור המאורעות האובייקטיביים והסובייקטיביים למטפל או זולת מיטיב אחר, בעוד האחרון מסייע למטופל להשלים חורים, להרציף, להכיר, לתקף, להסכין עם ולהבין את -הנרטיב הפנימי והחיצוני של האירועים.

בנוסף, לסיפור אירועי הטראומה באזני המטפל יש גם אלמנט תרפויטי של **הפקדה**. נפש המטפל משמשת מעין כספת של הלב שתפקידה לשמור על חוויות הזוועות והכאב: המטפל מניח בליבו של המטפל את סיפורו, או את חלקיו, ולעיתים יש בכך מעין הקלה בעבורו. לא עליו לשאתם עוד. או לפחות: לא עליו לשאתם לבדו. הפקדה זו מאפשרת לפרקים לשכוח, לשים בצד מתוך ידיעה כי הסיפור עדיין נשמר בנפשו של המטפל. המטפל נוֹצֵר ושומר עבור המטופל את הסיפור והמטופל יודע שהסיפור אינו אובד. אם ירצה לשוב אליו, המטפל שם וניתן לשוב לגאי האימה יחדיו. הפקדה זו היא לכאורה סימבולית אך בד בבד גם קונקרטית. היא מאפשרת לחלק מהטופלים לחוש כי מותר להם כבר לשחרר את מרחב הפסיכה מן התכנים המצמיתים ולפתוח את נפשם לתכנים יום-יומיים שגורים ורגילים. אפילו לשמחה, הנאה ואהבה. מישהו אחר נוצר ואוצר בעבורם את החוויות הקשות למשמרת.

לעיתים ניווכח כי מטופל מסוים זקוק **לחזור ולשחזר** את אירועי הטראומה שוב ושוב. הוא עשוי לחזור על הסיפורים באופן פרסברטיבי כמעט באותו אופן מדי פגישה לאורך תקופה ארוכה. דווקא החזרה הנשנית על נרטיב האירועים או הסיוטים, עם או בלי שינויים קלים, יש בה, כשלעצמה, עיבוד חיוני שהמטופל זקוק לו.

עם מטופלים אחרים נחוש כי **התכנים הטראומטיים מציפים** מדי ולא נכון לצלול עימם, עדיין או בכלל, לנרטיב האירועים הקשים. במקרים אלה נעדיף רק לסמן בזהירות את שולי האזור הטראומטי ולא להיכנס לעומקיו (Garland, 2018).

יש לציין כי הסיפור האמיתי חשוב אך **הנרטיב הסובייקטיבי** בנפש המטופל חשוב לא פחות. בעתות אלה נקשיב רוב קשב לרבדים השונים של הסיפור וננסה לחוש ולהבין עם המטופל כיצד הוא חווה את האירועים במרחב נפשו הייחודי, על רקע ההיסטוריה שלו, הפנמותיו ותפיסותיו הקודמות את עצמו, את הזולתים המשמעותיים ואת חייו. למשל, אילו אמיתות והנחות יסוד סובייקטיביות של האדם נשתמרו ואלו קרסו נוכח הטראומה העכשווית.

בכל מקרה יצטרך המטפל להיות מאד רגיש וזהיר, ולנוע בעדינות בקצב של המטופל, על פי רצונותיו, כוחותיו וצרכיו.

6 . התמקמות המטפל כאובייקט טוב חלופי

נוכח המפגש עם זוועות ורוע אנושי, מתערערים לעיתים ייצוגי האובייקט הטוב בנפש הנפגעים. על המטפל לנסות אפוא למקם עצמו כאובייקט מיטיב חלופי עד שישתקמו ייצוגי האובייקט הטוב בנפש המטופל. זהו תהליך הקורה בטיפול במילא, ברם בעת טראומה אקוטית נרצה לשים לב האם ובאיזה אופנים השתנו או נחלשו הפנמות וייצוגי האובייקט של המטופל וננסה להבנותם מחדש. בעתות אלה נדרש המטפל לספק למטופל עטיפה טיפולית שהיא יותר צמודה, קרובה, רגישה וכורכת מאשר בטיפול רגיל.

תהליך זה מחייב החזקה יותר צמודה וסמוכה מאשר בטיפולים השגורים. לעיתים נדרשת גמישות של הסטינג, למשל הקצאת יותר פגישות שבועיות במידת הצורך. אורך הפגישות עשוי אף הוא להשתנות. גם זמינות המטפל בין הפגישות חשובה, כלומר יצירת ערוצי תקשורת בהם יוכל המטופל להיות בקשר עם המטפל בדרך כלשהי בעת הצורך. זאת כיוון שהפנמות המטפל בנפש המטופל לא תמיד שורדות את המרווחים בין הפגישות ואז הוא נותר שוב לבדו ביניהן.

נבקש להקשיב רוב קשב לניואנסים של העברה, להשלכות ולהפנמות של המטופל בעת הזו, מה קרס ומה נשמר. באלו אופנים המטופל תופס את הזולת ואותנו, לאורם של האירועים הקשים שעבר. מה הוא משליך עלינו ועד כמה מתאפשר לו, בשדות האימה והקטל של נפשו, לחוש את המטפל כדמות מיטיבה ואוהבת שניתן לסמוך ולהישען עליה.

נבקש להתייחס בחדר לאופנים בהם המטופל תופס אותנו בניסיון להתמקם כאובייקט מיטיב, נוכח ומשמעתי. למשל, נוכל לברר האם המטופל זוכר אותנו או שמא שוכח ומוחק את נוכחותנו בין הפגישות. נבקש להבין עד כמה הוא תופס את המטפל ואת הסטינג כמקום מיטיב, בטוח ויציב עבורו. כך לדוגמה נוכל לומר אמירות ברוח: אולי כשלא הגעת בפעם שעברה ביקשת לבדוק עד כמה המקום הזה בטוח ונשמר עבורך; האם אתה עדיין יקר לי; האם אמשיך להיות כאן בשבילך בכל תנאי; אולי ביקשת לבחון עד כמה אכפת לי ממך; אולי אתה שואל את עצמך האם אני נושאת אותך בליבי גם בין הפגישות; אולי אתה תוהה עד כמה אתה מצליח לזכור אותי גם בימים שאנחנו לא נפגשים; עד כמה הלב שלי הוא מקום בטוח ללב שלך – וכדומה.

**השבת תחושת המיטיבות הקיומית**: ערעור ייצוגי האובייקט הטוֹב כרוך כמובן באובדן אמון באהבה, במיטיבות ובטוּבו האינהרנטי של המין האנושי. כפועל יוצא מהתמקמות המטפל כאובייקט מיטיב מושבת למטופל בהדרגה אמונתו במיטיבות האנושית. המטפל מביא קול של מיטיבות ואהבה בעולם פנימי וחיצוני שערכים האלה התערערו בו. מירב רוט (2023) מציינת כי זהו הנוגדן לאלימות ולחוויית ההפקרה שהמטופלים חווים בעקבות האירועים.

.7  הזר שבתוכנו: חקר ייצוגי הזר, הרוע ומחוזות האינות בנפש המטופל

כקוטב משלים למיטיבות שהקשר הטיפולי מביא לנפשו של המטופל, אשר חווה במציאות רוע צרוף שקשה להעלות על הדעת שכמותו, ניתן לראות באירוע הטראומטי גם הזדמנות לחקור ולהבין את ייצוגי הזרות, הרוע, ההיעדר, החסר והריק בנפשו ובעברו של המטופל. ייצוגים אלה ישפיעו על האופנים בהם הוא חווה את האירועים הקשים שקרו בהווה ויאירו את האופנים בהם הוא מושפע מהם. מדוע הם מטלטלים ונוגעים בו דווקא באופן הייחודי, העמוק והספציפי הזה, בשונה מהאופנים שבהם אולי ישפיעו על נפשו של אדם אחר.

בחיבורו The Work of the Negative (Le Travail du Negatif) כותב אנדרה גרין (Green, 1993) כי התפתחות האגו וכל חוויה של העצמי כסובייקט, מושגת בהכרח כנגד רקע בסיסי של אובדן והעדר, של אימה, בעתה, איון והרס. גרין מפתח בהגותו את רעיונו של פרויד אודות השלילה שבנפש האדם (Freud, 1925). לדברי גרין (שם), ניתן להבין כל צמיחה נפשית כמתקדמת כנגד כוחות הרס שמקורם מבפנים ומהדהדים תדיר לאלו שבחוץ.

חקירה זו עוברת גם דרך מושג האלביתי של פרויד (2012). המושג מתייחס לזר, המאיים והמאויים, הלא ביתי, הלא נוח המפחיד בתוך הנפש פנימה. על פי פרויד תחושת האלביתי היא סבוכה, אמביוולנטית וכוללת רגשות מורכבים הכוללים מתח או סתירה פנימיים. הבית מייצג ברגיל מקום בטוח ונעים, אך בתוך אותו הבית עצמו, קיימת תמיד גם חוויה מאיימת וזרה. לפי פרויד תחושת האלביתי מתייחסת לתהליך נפשי של התעוררות חוויות ילדות אשר הודחקו וכעת נתפסות כחלק מהאני ועם זאת זרות, מפחידות ומאיימות. מדובר לדבריו ב"סוג של אימה החוזר אל המוכר משכבר" (שם).

אירמה ברנמן-פיק (2017) מתייחסת לקשר ההדוק בין "הזר שבתוכנו" לבין "הזר שבחוץ". לדידה הזר הוא תופעה נפשית בה נוכח הזר בתוך נפשנו פנימה ונחווה כאובייקט מפחיד, מאיים ולא רצוי, ואז עובר תהליך של פיצול והשלכה החוצה. באופן זה הזר שהיה פנימי נחווה כעת כמגיע מבחוץ ואינו חלק מהאני. ככל שהוא סמוי מן העין בתוך נפשנו, נעלם בחסות הלא מודע, כך יהא יותר מאיים, נוכח, גלוי ובולט מחוצה לנו כתוצאה מתהליך ההשלכה. באופן זה נוטים אנשים לראות באחר מקור כל הרוע. אירוע טראומטי מציאותי יחריף בהכרח עמדות אלה של פחד, חשדנות, אימה ועוינות כלפי הזולת.

ז'וליה קריסטבה (2009), פסיכואנליטיקאית ופילוסופית צרפתייה, מעמיקה בנושא הזרות. בספרה "זרים לעצמנו", היא טובעת את המושג "זרות מטרידה" המאופיינת בחרדה, המאותתת על חדירה של חומר מודחק וזר לתוך המודע. הזר והמאיים אשר הועבר על ידי הנפש ל"חצר האחורית" כהגדרתה, נחווה לנו כמאיים יותר, לעיתים עד אימה, כשאנו נפגשים עם רמזים לקיומו בחוץ. ככל שאנחנו מבוהלים מאותה חצר אחורית, ניטה להרחיק ולהופכה לזרה עוד יותר, וניצור מעין מעגל המזין את עצמו (חלמיש, 2017). אירוע טראומטי חיצוני יעלה בהכרח את החרדות הקמאיות המאופסנות בחצר האחורית של הנפש ויחווה כמעין קטסטרופה חדשה-נושנה, בבחינת "אשר יגורתי" משכבר. כמעין נבואה מכריתה ומבלעת ממעמקי הנפש, המגשימה את עצמה (קריסטבה, 2005) .

חשוב אפוא לחקור לאלו תבניות מופנמות נושנות של זרות, רוע, העדר, תוקפנות, איון והרס כמו גם אובדנים שמיטה ונטישה – נמסכת ומהדהדת כעת חווית הטראומה הנוכחית. כיצד ייצוגים פנימיים אלה יוצרים בתשלובת עם המציאות חוויה ייחודית למטופל? האם אירועי המציאות הטראומטית מחזקים תפיסות נושנות שלו על טבע האדם, מפרקות אחרות, ואלו חרדות לא מודעות הן מעלות ומציפות? לחקירה רגישה זו חשיבות מכרעת לגבי האפשרות לצאת בהמשך לדרך חדשה של החלמה, שבה הרוע והאכזריות האנושית מקבלים ממדים טבעיים יותר במשולב עם קוטב האהבה והטוּב האנושי, כך שניתן יהיה להתמודד עימם באופן בריא ואינטגרטיבי יותר.

על כן הטראומה, חרף כאביה המייסרים והעובדה שמוטב היה שלא להיחשף לה, מספקת, פעם שנחוותה למצער, הזדמנות לבחון מחדש את תפיסות המטופל אודות רוע, אינות, אימה וזעם ולכונן מחדש מערך תפיסות רענן שאינו מושתת עוד על ייצוגים ארכאיים ואימות קדומות ללא שם.

8. פונקציית העדות

בעשורים האחרונים התבססה ההכרה בפונקציית העדות, בה משמש המטפל כעד לאירועי חייו של המטופל, כפונקציה בעלת חשיבות עמוקה בטיפול הנפשי (אמיר, 2018 א'; Coady, 1992; Poland, 2000; Laub, 2009; Laub, 2013).

במצבים טראומטיים הופכת פונקציית העדות לקריטית. נוכחותו של המטפל כעד לזוועות ולאירועים הקשים שעברו על המטופל, מתקפת עבורו את אמיתות האירועים, את העובדה שאכן עבר חוויות מחרידות ששום אדם לא אמור לעבור בימי חייו, שנתקל ברוע מצמית שלא יעלה על הדעת והנה שרד ויכל לו (אמיר, 2018 א'; Laub, 2009; Laub, 2013)

בנוסף מספקת פונקציית העדות לגיטימציה לחוות את כל קשת הרגשות האיומים אשר חווה המטופל נוכח האירועים המצמיתים, ואת זכותו העמוקה והבלתי מעורערת לכאוב ולהתפרק מהם, כמו גם לשרוד אותם ולהציל עצמו פיזית ונפשית (Laub, 2009; Laub, 2013).

ניצולי טראומה תוהים האם האירועים המחרידים אכן קרו להם באמת? הדעת מתקשה להסכין עם הזוועות. אחרים תוהים האם שרדו כלל, נפשית ופיזית, והאם היתה להם זכות לשרוד.

למטפל כעד תפקיד חשוב אפוא בהשלמה עם האמת המצמיתה שהדברים אכן קרו, והם אכן היו איומים ונוראיים בכל קנה מידה אנושי ואתי. המטפל כעד מתקף גם את העובדה שהמטופל שרד אותם וכי זכותו לשרוד ולהמשיך בחייו אף שלעיתים יקיריו או חבריו לא שרדו.

פונקציית העדות של המטפל כוללת גם את תפקידו כעד מוסרי. לעיתים מתערער בנפשו של המטופל הסדר האתי והמוסרי בעולם או הסדר החברתי והוא כבר אינו יודע מה מותר ומה אסור היה לעולל לו. עיוות חשיבה שכיח הוא: "אם זה נעשה לי סימן שמותר לעשות לי דברים כאלה". יש מטופלים שבעקבות הטראומה נוטלים על עצמם אשמה על חלק או על כל האירועים שחוו או שאינם מצליחים להבין ולתת פשר לעוצמות הרוע שהופנו כלפיהם. בתודעתם קל להם יותר לקבל שנעשה בהם מעשה אלימות מחריד משום שזה הגיע להם, מאשר להסכים לקבל את העובדה שנעשה להם עוול מצמית על לא עוול בכפם. בעתות אלו למטפל תפקיד חשוב כעד מוסרי המתקף את הזוועות שהופנו כלפי המטופל על לא עוול בכפו ואת העובדה שאסור היה שיקרו (אמיר, 2018 א'; Laub, 2009).

.9 שרידות המטפל והשימוש באובייקט

נוכח סיפורי הזוועה ותחושת הפירוק שאירועים טראומטיים מחדירים למרחב הטיפולי המשותף, קיים אלמנט תרפויטי חשוב בעמידות ושרידות המטפל; בגמישות וחוסן נפשו נוכח התכנים הקשים שהמטופל מביא לחדר, כמו גם לזעזוע ולכאב הנורא שהוא חווה עם המטופל, באופן הכנה והקרוב ביותר.

המטפל יכול, צריך ולמעשה בלתי נמנע שיהיה: מזועזע, עצוב, מדוכא ומעורער נוכח התכנים המכריתים שהמטופל חווה ומשתף, ועליו לשהות ולשרות עם המטופל ביחד קרוב בתהומות האימה, הייאוש והאיון. על כך מתווספים כמובן אירועי המציאות המשותפת הקשה המשפיעים אף הם על מרחב הנפש של המטפל. ברם העובדה שהמטפל אינו מתפרק מכל אלה, שהוא ממשיך לאהוב את המטופל, שאינו עוזב פיזית או נוטש רגשית ושאינו מעמיד בינו ובין המטופל חוצץ של זרות וניתוק - מספקת החזקה תשתיתית ויציבה, שהיא קריטית עבור הישרדותו הנפשית והחלמתו של המטופל.

בעת הטראומה האקוטית המטופל נעזב, נבגד, הושלך וננטש לגורלו ולעיתים אך כפסע היה בינו לבין מותו. האובייקטים המופנמים שלו, לרבות האם הראשונית, שתפקידם היה לשמור עליו תמיד ובכל תנאי – נגוזו, התפרקו, נהרסו או נכחדו. בהחזקתו הכורכת של המטפל, שמתערער אך אינו נהרס מן הזוועות, יש כעת תיקון עמוק לחוויית האינות, ההרס, האובדן, הנטישה, הבגידה והעזובה שחווה המטופל – הן במישור המציאותי והן במרחב הפנמות האובייקט שלו.

על המטפל לשרוד גם השלכות הרסניות בחדר אם תהינה כאלה. ויניקוט (1969; 1995) מציע כי התוקפנות יוצרת מציאות משותפת בחדר. על כן לדבריו אחד מהצירים הקריטיים בטיפול הוא **השימוש באובייקט** כהורה קדום **שאינו הריס**. ניתן להשליך, ניתן לתקוף, ניתן להיות נתונים למתקפות משותפות מחוץ ומפנים, ברם עמידותו ועמידתו האיתנה של האובייקט, אותו מייצג המטפל, כבלתי ניתן להריסה וכליה, היא המאפשרת, לפי ויניקוט, יציאה לדרך של חיות, תנועה ומיצוי בהמשך הטיפול. מדובר בשרידותו התוך-נפשית של המטפל באופן אובייקטיבי וסובייקטיבי, כמו גם שרידותו הבין-אישית כאובייקט מיטיב, נוכח, מיוצג בנפש המטופל ושליף בעבורו. על המטפל לשרוד מול אינותו ותהומות הריק של המטופל, מול הזדקקותו הקמאית והנואשת לעיתים, מול הפירוק ומול הלבד המצמית שהוא מביא לחדר בעקבות החוויות הקשות שחווה. ג'אן אברם (Abram, 2013) מזהירה מפני מצב בו האובייקט המקורי, שלא שרד, עלול לחבור למטפל שאינו שורד למעין קטסטרופה כפולה. על המטפל לעמוד אפוא איתן במקום מיטיב ואוהב מול תוקפנותו של המטופל, ובה בעת לאפשר לו להשליך עליו רגשות קשים מעברו ומהאובייקטים שהכזיבו בעקבות הטראומה, תוך שהוא מכיל השלכות אלה ואינו דוחה אותן. מטפלים אשר לא שורדים את כל אלו, יטו לעיתים לעטות שריון שקוף של ניתוק רגשי ובכך יחבלו ואף ימנעו את שיקום ייצוגי האובייקט המיטיב בנפש המטופל. יכולתו של המטפל לשאת חוויה קבועה של אי קביעות, של ארעיות, של קרעי חוויות דיסוציאטיביות וחלקי עצמי ספורדיים, של התפרקות ושל עוצמות רגשיות גבוהות דוגמת אימה, חרדה, זעם, דיכאון, אינות וריקנות; כמו גם חוויה של חוסר אונים ותובענות גדולה של צרכים קמאיים הנחווים לעיתים כנואשים, כנצמדים, כחמדניים, כקנאיים או כזועמים ומאיימים לפרק ולבלוע את המטפל - הינה קריטית להצלחת הטיפול.

.10  חקירת אישיותו הפרה-טראומטית של המטופל

לטראומה האקוטית נטייה להשתלט זמנית על מרחב הנפש ועל המרחב הטיפולי בחדר. היא צבועה בצבעים עזים ולעומתה נוטים לעיתים צבעי אישיותו הפרה-טראומטית של המטופל לדהות ולהתעמעם מעט. אך יש לזכור כי מעבר לחוויה הטראומטית המצמיתה והדומיננטית, כל מטופל הוא עולם סגולי ייחודי ושונה. כשמדובר במטופל שאינו מוכר למטפל משכבר, נבקש, לצד עיבוד התכנים הטראומטיים, לנסות ולחפש את האדם שמאחרי הטראומה ולחקור את אישיותו הייחודית, הצבעונית, העשירה, החד-פעמית והטרום טראומטית. זהו עולם שעל המטפל לצלול לתוכו ולחקור את רזיו, תוך שהוא חוצה את מסך הטראומה, לעיתים במאמץ מסוים. זהו מעין מסע משותף שבו נוכחים ונכרכים רבדי ונימי אישיותם של המטפל והמטופל. המטופל יוצר בחדר מעין תפאורה, שהיא במידה רבה תפאורת חייו אך אינה זהה לה, כיוון שהיא התפאורה שהוא מצליח/בוחר להביא מתוך האירועים הטראומטיים העזים שחווה לאחרונה, שהם דומיננטיים וסוערים.

חקירה זו חיונית להבנת מצבו של המטופל. היא תסייע למטפל להבין את האופנים בהם משפיעה הטראומה על המטופל הספציפי, על רקע אישיותו ועברו, ותחשוף את הדרכים הייחודיות לו להתמודדות עימה ולהחלים ממנה.

.11  התמודדות עם אשמת נִיצּוֹלִים

מטופלים רבים אשר חוו טראומות מסוגים שונים חשים אשמת נִצּוֹלִים. זוהי אשמה עמוקה על כך שהפרט שרד בעוד חבריו ואוהביו נספו או על כך ששרד על אף שנועד למעשה למות (Fimiani et al., 2022). שכיחות אמירות ברוח: "היה עלי למות והם היו צריכים לחיות" ותחושה עמוקה ומייסרת כי לא הגיע לאדם לשרוד את התופת שעבר (Hutson, 2015).

מירב רוט (2023) מציינת כי במצבים אלו שורדי הטראומה חשים אשמים לנשום, לחשוב על עצמם, לייחס לדברים אחרים חשיבות, לשמוח ואפילו להיכנס לחדר ולשים עצמם במרכז תשומת הלב. בעומק, כותבת רוט, מתעוררות גם אשמות נִצּוֹל ישנות, אשר הקשבה אנליטית לאסוציאציות תוכל לסייע לאתרן. אז יוכל המטפל לסייע למטופל לעבד את ההקשרים האישיים הנושנים, ועיבוד זה יעניק הזדמנות להבנה, עיכול, מתן פשר והתמרה של החוויות הקשות.

לא זו בלבד שאנשים חשים אשמה על כך ששרדו, אלא חלקם אף חשים אשמה על כי האירוע הטראומטי קרה להם איכשהו בעטיים. הם משוכנעים כי הם האשמים במה שאירע להם או בחוויות אשר נחשפו להן. זה הוא עיוות חשיבה שאינו רציונלי אך הוא אופייני ללא מעט שורדי אירועים זוועתיים (Garwood, 2021).

תפקידו של המטפל להפריד בעדינות ובסבלנות את האשמות מנרטיב העצמי, לחקור אותן, להבין חוויות קדומות דומות או קשורות מן העבר ולסייע למטופל להכיר כי זכותו היתה להציל את עצמו פיזית ו/או לשרוד נפשית בכל דרך שעמדה לרשותו (Fimiani et al., 2022).

לעיתים כל שנצטרך לשם כך הוא לשהות עם המטופל ברגש האשמה. לאפשר לו לחוות את האשמה בטרם ננסה, אם בכלל, להפריכה.

לדוגמה, מטופלת שהייתה במסיבה ברעים וברחה על נפשה כשהחלו היריות. כיוון שהיא אצנית וספורטאית היא רצה מהר מחבריה והגיעה לג'יפ שהיה כבר עמוס באנשים. הנהג עצר לה ואמר נסי לעלות אם תצליחי. היא הצליחה להידחק בסמוך לתקרת הג'יפ העמוס וכך ניצלה. בדיעבד למדה כי שניים מחבריה שנותרו במתחם המסיבה נרצחו. בטיפול הביעה אשמה עמוקה על שברחה וניצלה. התלבטתי האם לנסות לעזור לה לראות כי היה עליה להציל את עצמה, כי במילא לא היה מקום לחבריה בג'יפ או כי לו היו ממתינים שם לחבריה, יתכן שכל יושבי הג'יפ היו נהרגים אף הם. במקום זאת הצעתי כי ננסה להבין קצת את תחושת האשמה ולשהות בתוכה. וכך עשינו. תוך כדי חקירת רגש האשמה הבינה המטופלת כי לא היתה לה כל ברירה ואף נזכרה כי למעשה חבריה ברחו ונפוצו לכל עבר ולא נסו בעקבותיה. בהמשך גם הבנו כי האשמה הקשה מהדהדת לאשמה נושנה שלה על שגזלה, עם בואה לעולם, מאחותה הבכורה את תשומת הלב הבלעדית של הוריהן. אשמה מייסרת שהיו לה השלכות רבות על תחושת הזכאות האימננטית שלה לתפוס מקום, להצליח, לשמוח ולשגשג, ולמעשה: לחיות.

12 . שיקום הקרעים ביכולת ההכלה

מטופלים רבים שעברו טראומה קשה חווים קרעים ביכולת ההכלה העצמית. התכנים המחרידים הופכים קשים מדי עבור המטופל לעיבוד ולעיכול רגשי ומתקיפים את נפשו. הנפש קורסת אז לאזורים טרום ייצוגיים ופונקציית אלפא מתערערת. השפה מאבדת מגמישותה ואת יכולתה לייצג את הרגש ולעיתים נפגעים גם תפקודים קוגניטיביים של חשיבה, זיכרון וויסות.

על פי ביון (2003 א') למטפל תפקיד חשוב בשמשו "מיכל" עבור המטופל, שתפקידו להכיל את רגשותיו הקשים המושלכים לעיתים על המטפל ודמויות אחרות. מדובר ברגשות מאיימים שהמטופל מתקשה לעבדם ולעכלם בעצמו. הכלה זו נעשית על ידי "פונקציית אלפא": קבלת רגשות אלו במרחב נפשו של המטפל, השהייתם, עיכולם והשבתם למטופל כשהם מעובדים ומעוכלים ולכן פחות מאיימים - באופן שהמטופל יכול לקבלם, לחוש אותם, לסבול אותם ולא להיות מאוים מהם או להתפרק בגינם. כך, מתפתחת או שבה בהדרגה יכולת ההכלה העצמית של המטופל ויכולתו לעבד את רגשותיו הקשים בעצמו.

לתהליך ההכלה במצבי טראומה אקוטית יש אפוא פונקציה חיונית מכמה טעמים:

1. התהליך מאפשר עיבוד ועיכול של התכנים הקשים באופן שהמטופל יוכל לקבלם.
2. המטופל חווה בעת הטראומה מיכל שבור וחסר. החוויה הטראומטית הבסיסית היא של שמיטה וזליגת התכנים המושלכים למיכל. זוהי חוויה מפרקת של נטישה, אינות ואימה תהומית. על כן נבקש ליצר בחדר חוויה מתקנת של הכלה מחודשת. המטפל הוא המיכל הראוי: מיכל שכעת אינו שומט ואינו דולף.
3. על פי ביון אחת הפונקציות החשובות של הכלה היא התמרה של חומרי נפש קמאיים, גולמיים ורודפניים, של "אימה ללא שם" או חומרי בתא כהגדרתו, לרובד שהוא יותר מילולי וייצוגי. המטפל עושה זאת בעזרת פונקציית אלפא. התהליך מסייע לאנשים טראומטיים שפונקציית ההכלה העצמית שלהם, שכבר היתה מופנמת בנפשם ונפגעה בעקבות הטראומה, לשקמה בעזרת הפנמת פונקציית אלפא של המטפל.
4. כיוון שהטראומה נחווית לעיתים כמתקפה על המשמעות, מסייעת פונקציית אלפא של המטפל להשיב ולבנות בהדרגה משמעות לאירועים ולחיי המטופל ככלל.

.13  התערבות במצבי ניתוקים ודיסוציאציה

במצבים דיסוציאטיביים חותרת הנפש למנוע מעצמה כאב על ידי הדרת חוויות מציפות. למניעה זו של הכאב מלחדור להוויה המודעת מחיר נפשי של חווית ניתוק, הזרה, ביזור, ופיצול. לעיתים יחושו המטופלים תקיעות, קיפאון, העדר תנועה נפשית, דיכאון או אובדן משמעות, חיבור וחיות. לא ניתן להחלים ממצבים דיסוציאטיביים ללא מידה כלשהי, המשתנה על פי צרכיו וכוחותיו של המטופל, של שהייה משותפת, מטפל ומטופל בגיא הצלמוות של הכאב העז. אותו כאב שהורחק מהנפש בעת האירוע הטראומטי, הוא מעין אבן דרך הכרחית לשם שיקומה של הנפש והחלמה. מדובר בשהייה משותפת באזורי האובדן והאיון, האימה והפירוק באופן ובמידה שמתאימה למטופל והוא אשר מוליך אותה. המטופל כבר חזק יותר בשלב זה, וכעת זהו מסע בשניים – שיבה משותפת אל מחוזות התלאובה. המטופל לא עוד לבדו שם, ולנוכחותו של המטפל השפעה תרפויטית ומקלה.

לעיתים נבקש לעזור למטופל "להשיב הביתה" חלקם מנותקים ומורחקים או להרציף את חוויית ההיות והעצמי שלו שניתקו ונשברו כתוצאה ממנגנון ההגנה הדיסוציאטיבי. לא תמיד נחוות חוויות דיסוציאטיביות בעקבות טראומה כמייסרות. לעיתים נבחין בהעדר מודעות לקיומן ועם זאת קיימת תחושה לא נוחה או כאב גדול סביב החורים שהן מותירות בנפש. במקרים אחרים הן מייסרות את הלוקים בהן וכרוכות בחוויות, ברמות שונות של מודעות, של חסר, שבר, העדר, ביזור, פיצול, הזרה וכן נתקים בתחושת המשכיות או לכידות העצמי (Kluft, 2000).

ברוב המקרים במהלך הטיפול המיטיב והסבלני יפחתו תופעות הניתוק והדיסוציאציה מעצמן. אך לעיתים יבקש המטופל שנסייע לו לחבר ולהתחבר, לרצף, לאחד ולאחות פיסות דיסוציאטיביות, חלקי נרטיב וחלקי עצמי מקוטעים. לשם כך נוכל להשתמש בפירושי הרצפה שמטרתם לחבר ולהרציף פיסות זיכרון, חלקי נרטיב או שברי עצמי מבוזרים; פירושים אלה כפי שהוגדרו ופורטו על ידי במאמר אחר (אהרונסון, 2022) מאפשרים למטופל להשיב לנפש חלקים שנותקו ממנה, לחוש המשכי ורציף יותר, בעל היסטוריה רגשית וביוגרפית, "אותו אחד" על פני מצבים שונים או בעל הבית של כל צבר תחושותיו. אלו הם פירושים השואפים להביא אל תוך מעטפת נפשית אחת את מקטעי חוויות האירועים והוויה העצמית השסועים והמנותקים או לכונן חוויה המשכית ורציפה יותר, בה יחוש המטופל פחות קטוע, חסר, מרחף, תלוש, שסוע, ריק או נעדר חוט שדרה זהותי. כמו למשל: נדמה שקשה לך לחוש שמה שהבאת שלשום הוא גם את, ממש כמו החוויה שאת מביאה היום. או: נדמה שיש פה פיסה שלמה של חוויה שחסרה לך כשאתה מנסה להיזכר מה אירע. או: כרגע אתה מרגיש שיש לך כל מיני חלקים שלא מתלכדים כל כך לחוויה רציפה של מי אתה, היית רוצה לשוב ולהרגיש שכל החלקים שורים במעטפת אחת של הנפש.

מנגד לפעולות ההרצפה והחיבור, לעיתים נבקש דווקא לשהות עם המטופל באזורים הדיס-אינטגרטיביים שלו ולתקפם, בטרם ואם נבקש לאחד ולהרציף את חוויותיו. זהו מניסיוני אחד הכלים הפוטנטיים ביותר במצבים דיסוציאטיביים. בספרו "משחק ומציאות" ממחיש ויניקוט (1995) בפרק ארבע: "פעילות יצירתית, חיפוש עצמי ומקרה לדוגמה", עקרון חשוב בעבודתו עם מטופלים מורכבים אשר אותו הוא מכנה 'עקרון אי-האינטגרציה' בעבודה הטיפולית. ויניקוט מטעים כי קיים שלב תקין וחשוב של אי-אינטגרציה בהתפתחותו המוקדמת של התינוק, וכי האם, בהחזקתה הכולית, הופכת בהדרגה את חווייתו לאינטגרטיבית יותר. בדומה, מאמין ויניקוט כי גם בטיפול יש לאפשר למטופל פאזה של אי-אינטגרציה, בפרט אם שלב זה נפגע בינקות, למשל על ידי חסך או חודרנות יתר של האם. הוא כותב: "האדם שאנו מנסים לעזור לו, זקוק לחוויה חדשה במסגרת מיוחדת". המסגרת המיוחדת היא כמובן הסטינג הטיפולי ההחזקתי והגמיש, הנוכח והפחות פרשני באופיו, אותו מאפשר המטפל: ויניקוט כותב שם: "החוויה (שאליה נשאף בטיפול) היא של מצב לא-תכליתי, כאילו נמצאת האישיות בהילוך סרק. במצב של אי-אינטגרציה. (נבקש לאפשר למטופל) להביא רצף של רעיונות, מחשבות, אימפולסים ותחושות שאינם קשורים זה לזה אלא בקשר נוירולוגי או פסיכולוגי כלשהו. שאולי אינו ניתן לגילוי". מעניינת בחירתו של ויניקוט במושג "הילוך סרק" (Neutral), המרמזת כי בשלב זה לא מדובר בחתירה להתקדמות, כי אם לשהייה חשובה בהווייה החלקיקית והמבוזרת.

בדבריו, מנכיח ויניקוט את מה שהוא מכנה 'האזור חסר הצורה' (The Area of Formlessness; ויניקוט, 1995; 1945) המתקיים במצבים ראשוניים שונים, בו יש לשוב עם המטופל למצב הבסיסי של חלקיקי החוויה, ולאפשר שהות עם המטפל במצב צף של העדר אינטגרציה. אזור זה מזכיר במעט את מושג הרוורי (Reverie) של ביון ([1962] 2003). מעניין להבחין כי במאמר זה, טוען ויניקוט (1995) כי מטרת הטיפול היא החיפוש אחר העצמי, אך אין הוא מדבר על מציאת העצמי כמטרה טיפולית: בכך מדגיש ויניקוט את חשיבות התנועה של הנפש. ניתן אפוא לומר כי גם במצבים פתולוגיים של דיסוציאציות, ניתוקים ודיס-אינטגרציה, הדרך לחוויות יותר תנועה, משחקיות, יצירתיות ואותנטיות, בשפתו של ויניקוט, כמו גם החתירה למצב של חיפוש בריא של העצמי, עוברת דרך שהייה במצב הלא אינטגרטיבי או הטרום-אינטגרטיבי עם המטופל. זה הוא מצב ראשוני של אי-אינטגרציה ושל שהייה משותפת באזורים של חוויות מנותקות וחסרות צורה – חלקי חוויה מרצדים, בהם הנפש אינה חווה עצמה כאינטגרטיבית, כפי שקרה בינקות ואחר שוב נוכח האירוע הטראומטי. שהייה זו אמורה לסייע למטופל לחזור ולהרגיש אחיד ורציף תוך שהוא אוסף הביתה אל נפשו בהדרגה את החלקים שפוצלו והורחקו הימנה.

עבור מטופלים דיסוציאטיביים רבים, שהייה סבלנית וחמה זו באזורי הרגרסיה הדיס-אינטגרטיבית הקדומה הזו, תוך יחד קרוב עם המטפל, מסייעת להם בהמשך לחוש יותר מחוברים ולהשיב אל בית הנפש חלקים שנותקו.

ישנם מטופלים אשר בראשית אינם חווים את הדיסוציאציה, אך יחלו לחוש במהלך הטיפול באופן ממשי יותר את חוויית החלקיות, הדיסוציאציות, השיסוע או הריבוי של חלקי העצמי, ולהיות יותר מודעים לה כתוצאה מהטיפול. במצבים אלו, חשוב שהמטפל יעניק הד לחוויית הביזור והחלקיות של המטופל ויספק הכלה ושיקוף לתחושתו המקוטעת. תכופות חשים המטופלים תחושות דומות כל חייהם, אולם תחושותיהם אלה לא תורגמו מעולם למילים או להכרה מודעת. במצבים אלה, נוכל לעזור למטופל להנכיח בחדר בעדינות את חוויות הניתוק, הפיצול והביזור או חווית החלקיות של הנפש.

.14  השפעותיהם של אירועי חיים קודמים על חוויית הטראומה העכשווית

במהלך הטיפול נבקש לעיתים להבין כיצד מהדהדות חוויות מוקדמות בחיי המטופל לחוויית הטראומה הנוכחית. מה היא ההיסטוריה הבין אישית שלו, מה איכות הפנמות יחסי האובייקט, מה הוא מעיין כוחותיו, האם נחשף בעברו לחסכים ואובדנים ואילו, מה הן הפנטזיות והחרדות הלא מודעות שלו וכיוצא באלה. ננסה להבין כיצד משפיעים כל אלה על חוזק האגו, תפיסות העצמי, על תחושת המוגנות, על יכולות ההחזקה וההכלה העצמית של המטופל ועל כוחותיו להתמודד עם הטראומה האקוטית הנוכחית. בנוסף, נבקש להבין האם היו בעברו של המטופל טראומות קודמות או מוקדמות המשפיעות כעת על האופנים בהן הוא חווה את הטראומה העכשווית. ניתן לומר כי טראומות קודמות וקדומות יוצרות מעין תבנית נפשית אליה נוצקת בהכרח הטראומה העכשווית. תבנית העלולה להחריף את השפעתה המטלטלת של הטראומה הנוכחית, אך לעיתים דווקא לייצר חוסן כנגדה.

כעת זהו מסע משותף, יד-ביד-מטפל-מטופל, לאזורי האסון והאימה בהם בעבר הרחוק שהה המטופל בגפו בבדידות מצמיתה. לעיתים לא נוכל למפות בדייקנות היכן או כיצד התרחשה טראומה קדומה אקוטית או מצטברת בעברו הרחוק של המטופל, הכרוכה באובדנים, עודפות, חודרנות, אלימות או עזובה. כיצד בדיוק אכזבה האֵם? לא היתה שם, נעדרה, לא סיפקה בזמן, היתה דיכאונית, שמטה, היתה עסוקה בעצמה, חדרה או פלשה; או מתי בדיוק היה האב אלים? העדיף את האח האחר, קיים יחסי אישות עם המטופל/ת, נטש או זנח. אולם נוכל לחוש ולסמן בתוך הייחד הקרוב את חווית הפירוק ואין האונים בתוככי טראומות קדומות אלה, כמו גם את האופנים בהם הן צובעות ומעצימות עבור המטופל את חוויית הטראומה הנוכחית. אותה תחושה עזה אשר מתגבשת תכופות מקרעי זיכרונות שהמטופל מביא לחדר, מעוצמות יחסי ההעברה, מאיכות ההשלכות, מסגנון חייו ויחסיו עם זולתיו המשמעותיים, מתוך הסימפטומים, ומתוך רבדיהן של החוויות המילוליות והלא מילוליות בחדר.

כך למשל מטופלת חדשה יחסית, שהיא עובדת זרה מגאנה, הגיעה לפגישה כשהיא מוצפת חרדה מאירועי השבת השחורה. ניסיתי להסביר לה כי חיפה רגועה כרגע ובטוחה יחסית אך היא לא הצליחה להירגע. בפגישות הבאות התברר כי האירועים מעוררים בה זיכרונות קשים מילדותה, עת נאלצה לברוח מהכפר שלה בגאנה בעקבות פלישת מליציות אויב. היא שבה אליו עם משפחתה הגרעינית רק מקץ 4 שנים שבהן שהתה המשפחה בתנאים קשים במחנה אוהלים זמני שם חוו השפלה ורעב. באירועים בכפרה נרצחו דודה ודודתה ושני ילדיהם. המראות והקולות ממסך הטלפון והטלוויזיה השיבו אותה לאימה של אותם הימים וערערוה.

מטופלת זו קישרה בעצמה את החוויות הנוכחיות לאירוע הדחק מעברה, אך לעיתים יצטרך המטפל לסייע למטופל להבין את הקשר למצע ההיסטורי העומד ביסוד חוויות הפירוק שלו נוכח האירועים העכשוויים.

החקירה הפסיכואנליטית בטיפול חותרת אפוא להבין זרמים תת קרקעיים לא מודעים של הנפש, הנסתרים מן העין ועם זאת מנהלים ממקום מחבואם את חווייתו של האדם, את האופנים בהם הוא תופס את עצמו ואת העולם ואת בחירותיו וחוויותיו. כך למשל מטופל שפונה מביתו סיפר כי חש מאד לא מוגן ולא בטוח בביתו שבדרום. הוא התפנה לבית דודיו במושב באזור בטוח ושקט. אך להפתעתו חש אפילו עוד יותר מעורער וחרד בבית הדודים, שקיבלוהו באהבה והתרגשות. המקום, ובעיקר ריחות הבית והמשק, עוררו בו תחושה של יגון וייאוש והוא החל שוקל מעבר למלון מפונים בעיר סמוכה. כשנשאל על ידי המטפל כיצד הוא מבין זאת לא ידע להשיב.

במהלך האירוח שאלה אותו דודתו האם זכורה לו התקופה הקודמת בה התארח אצלם במשך חודש ימים בהיותו בן שלוש. המטופל לא זכר זאת והדודה סיפרה לו שאימו נסעה אז לסעוד את הסבתא בחו"ל והוא חי עם הדודים עד לשובה. אביו שעבד שעות ארוכות נהג לבקרו רק בסופי השבוע. באותם ימים, סיפרה הדודה, בעודו ילד רך, ניכר היה שהוא בדיכאון עמוק בשל העדרה של אימו והניתוק מביתו. הוא סרב לאכול ונהג לשאול האם אי פעם אימו תשוב. הסיפור מכמיר הלב האיר כמובן באור חדש את תחושותיו הקשות של המטופל בבית הדודים ואת הדהוד החוויה הקדומה למצוקה הכללית שחש כעת. מעניין לציין שמה שהעלה בו את תחושות היגון והאינות היה במיוחד ריח הבית והמשק. ניכר כי עובדה זו משקפת את האזורים הראשוניים החושיים והקמאיים הטרום ייצוגיים של חוויותיו הטראומטיות והדהודם לטראומה העכשווית של החרדה והפינוי מאזור הסכנה.

לעיתים נראה גם היפוך תגובה (Reaktionsbildung) כלומר מצבים בהם הנרטיב הסמוי הוא כמעט הפוך מן החוויה הגלויה, הנשמרת בכל דרך על מנת למנוע חדירתה למודעות, משום שקשה להסכין עימה. שיתפה אותי קולגה אודות מטופל שסיפר לה כי הוא מאד דואג לילדיו הבגירים החיים בדרום. הוא נוהג להתקשר אליהם כעשר פעמים ביום ומטרידם חדשות לבקרים עד כי הם מתחננים שיפסיק להתקשר ולעיתים אף בוחרים שלא לענות לו. "אני נטרף מדאגה" דיווח והציג זאת כבעייתו העיקרית בימים אלה בעטיה פנה לטיפול. בהמשך השיחות כשניסתה לברר עימו את עוצמת רגשות הדאגה, הודה שהוא למעשה מאד כועס על הילדים מזה זמן רב. בהדרגה התברר כי מאחרי דאגתו, לכאורה, עומד זעם נורא על כי ילדיו נוטשים אותו בחווייתו וממעטים לבקרו. לבסוף הודה כי בעקבות זעמו הקשה היו לו סביב אירועי השבת השחורה, פנטזיות כי גם ילדיו נרצחים בפיגוע ומעין תחושת הקלה בעקבותיהן. פנטזיות אלה עוררו בו אשמה עמוקה ובושה והוא "כיסה" עליהן ברגשות דאגה מוגזמת ובהתנהגות דאגנית כפייתית שהטרידה את ילדיו, ובלבד שלא להעלות למודעות את הפנטזיות האלימות הקשות שלו אודותם.

.15  רגרסיה לתלות ולאזור השבר הבסיסי

הן במצבים טראומטיים והן במשברים נפשיים אחרים, בהם נדמה כי האישיות עוברת איום וערעור, תיסוג הנפש למצבי הווייה התפתחותיים קדומים. במצבים אלה קיימת תועלת תרפויטית עבור מטופלים מסוימים בנסיגה למצב אותו מכנה ויניקוט (1963) רגרסיה לתלות. זוהי פאזה בטיפול אשר מטופלים רבים חווים ועוברים בכל מקרה, אך יש לה תועלת ייחודית במצבים בהם נראה כי הטראומה האקוטית מטלטלת את הנפש ופוגעת ברצף ההיות (Being) של המטופל. במקרים אלה נחשוד לעיתים כי טראומות ראשוניות בהתפתחות בהן חווה המטופל החזקה לא מספקת או שבר בסיסי (באלינט, 1986) בינקות משפיעות לרעה על אופן ההתמודדות עם הטראומה אקוטית בהווה, משום שהנפש חסרה את אותה לכידות ורציפות ההיות והעצמי המאפיינות התפתחות ראשונית תקינה.

בניגוד לאזורי הטראומה הזכורים ובניגוד לאלו המודחקים, מדובר כאן בחזרה לחוויה טראומטית נטולת הבנייה של מעין קפאונות או חורים ברציפות ההיות, הנוצרים כתוצאה מהתנסויות טראומטיות ראשיתיות. זהו אזור ההתמוטטות הקדום (ויניקוט, 1963), או אזור שמנצ'יה (Mancia, 2006) מכנה אותו "הלא מודע שאינו מודחק" (Unrepressed Unconscious) משום שהוא נוצר מחוויות טרום ייצוגיות וטרום מנטליות ולכן לא ניתן היה בעת ההיא להדחקה. זהו אזור טרום-אובייקטלי בו שוכנת הטראומה הקטסטרופלית שלה אין ייצוג, הנוכחת תמיד אך אינה ניתנת לחשיבה, והמלווה באימה, בלבול, ייאוש ותחושת איון והתפוררות העצמי. אותן חוויות שויניקוט (1954 א', ב') מתארן ככאלו אשר קרו אך לא נחוו. טראומות נשנות בשלבים פרימיטיביים של ההתפתחות הנפשית, ייצרו פגיעות ביחסי האובייקט וקרעים במעטפת ההיות, בתוכה אמור היה להתחיל להנץ העצמי הבריא, ההמשכי והלכיד של התינוק. זה הוא האזור בו כשלים מוקדמים ומתמשכים יובילו לאזורי קיפאון, ולעיתים לתשתית לא יציבה בתהליך האינטגרציה של האישיות, אשר בתורם יובילו לנזקים לאחדותו, רציפותו ויציבותו של העצמי המתהווה (אהרונסון, 2022). לחסכים אלה השפעות הרסניות על יכולת ההתמודדות של הפרט עם טראומות בהווה שכן אלה מהדהדות לאזורי האסון הקדומים בהן איימה כבר הנפש להתפרק ולקרוס בעבר.

בפועל נוכל להיות קשובים בחדר למצבי רגרסיה לתלות ולהיענות להם. ההנחה היא, שמענה מותאם של המטפל לצרכי המטופל כאשר הוא נמצא במצב של רגרסיה-לתלות, יוכל לאפשר התמודדות בריאה יותר עם טראומות ההווה, דרך שיקום תהליכים ההתפתחותיים בראשיתיים, וכן חיזוק והרצפת חווית ההיות והעצמי. כך ניתן לסייע למטופל לצמוח באופן אותנטי המשכי וחיוני.

גם באלינט (1986) מצדד במצבים נפשיים מורכבים בטיפול, בנסיגה לאזור השבר הבסיסי. זהו שבר הנוצר באישיות עקב פער משמעותי בין צרכיו הביו-פסיכולוגיים של התינוק לבין סוג הטיפול לו הוא זוכה מהוריו. מטופלים אשר מוקד בעייתם נעוץ בחוויית השבר הבסיסי יכולים להפיק תועלת מוגבלת בלבד מעבודה פירושית והתמקדות אדיפלית. זאת מאחר ומקור הקושי המרכזי שלהם מצוי בתקופה מוקדמת, פרה-אדיפלית, פרה ייצוגית ופרה ורבלית.

שניהם מדגישים כי בעתות אלה על המטפל לספק למטופל החזקה כולית וראשיתית, בעודם שבים במעין יחד קרוב, ועל פי רוב פחות מילולי, לחוויות ראשוניות בהן כשלה האם בהחזקה או שנקטעה החזקתה. זוהי למעשה חזרה לאזורי קיפאון פרה-וורבליים ופרה-סימבוליים, בתהליך התחברות של מטפל-מטופל המדמה מצב אם-תינוק הזדהותי והתמזגותי עמוק וראשוני. זה הוא מצב המאפשר למטופל להתמוסס אל תוך רובד ההיות הקדום הנטוע בגופו. העבודה בשלבים הללו אינה פרשנית בעיקרה ואינה חותרת לתובנות או הארות. היות ומדובר בעבודה פרה-סימבולית, הייחד הקרוב אותו היא מציעה, הוא ראשוני עד מאד ואף פיזי, במובן כי ניתן קשב גם לגוף (אהרונסון, 2022). ויניקוט מציין כי בשלבים אלו של אחדותיות, על המטפל להשהות ולעמעם את הסובייקטיביות שלו, בדומה לאם הטובה דיה, מתוך הענות כולית לחוויית והווית המטופל. בעקבותיו, מדגישה עפרה אשל (2009) כי מדובר ברמות עומק ראשוניות ביותר, קדם־אובייקטליות, הנמצאות מעבר ליחסי אובייקט-סובייקט או אף מעבר לרמה אינטרסוביקטיבית. לדידה החזרה למקומות כה קדומים באופן מוחזק, היא חוויה של איחוד, מעין חזרה לרחם מגונן בו חש המטופל כי אין הוא יצור בודד או מנותק מהעולם. למטופל יש צורך ראשוני לחוש מגע בתוך חווייתו ולא להיות שם לבדו, אלא ביחד עם נפש נוספת באחדותיות אותה אשל מכנה 'Withness' או 'Oneness' (אשל, 2014; Eshel, 2019).

עבור מטופלים רבים, אותה עטיפה ראשונית קרובה, נוכחת, פחות פרשנית באיזורי התלות והשבר הבסיסי, החותרת לחוויית איחוד ראשונית ופחות לתובנות ולהארות, כפי שתואר לעיל, תהא לאורך זמן – כל שיזדקקו לו בכדי להפחית את השפעות חווית הטראומה ולחוש כי הם שבים לעצמם ולתנועה נפשית.

.16  נכונות המטפל להתקרבות אחדותית, להשתנות, להירטב ולהתלכלך בתכני חווית המטופל

מלאכת ההקשבה האנליטית לאירועי התופת אינה משימה קלה והיא דורשת מהמטפל הסכמה להינתנות עמוקה ולקרבה נפשית גדולה. זו אינה מלאכה שיכולה להיעשות מעמדה זהירה של מרחק. על מנת שיוכל להיות ביחד קרוב עם המטופל בעמקי מחשכיו ולהתחבר לדקויות הסובייקטיביות שלו, ודומה שרק משם ניתן לחלצו אל סביבה מוארת יותר בהדרגה, נדרש המטפל להסכים לקרבה עמוקה עם המטופל, ולהתמסרות של הלב שבה אף הוא לוקח חלק באירועים הקשים. לייחד קרוב ומעורב זה אפקט תרפויטי עמוק. לשם כך צריך המטפל להסכים להתמסר כל כולו לחוויה הקרובה והאחדותית עם המטפל גם במקומות קשים ומצמיתים. עפרה אשל (2003) מציינת כי כדי שהמטופל יוכל להשליך או למסור את החלקים הבלתי נסבלים ומעוררי האימה שבנפשו, חייב המטפל לעבור הליך של "חיבור עמוק עם נפשו של המטופל, איתו ודרכו". היא מצטטת את ג'יימס גרוטשטיין (Grotstein, 1995) הטוען כי בטיפול חייב המטפל לחוש את הסבל הניסיוני אך הממשי של המטופל, כשהוא מתנסה, הלכה למעשה, בכאבי המטופל כמו היו אלה כאביו שלו עצמו.

בעז שלגי (2022) טוען כי פעולתו של המטפל בסיוע למטופל הטראומטי מחייבת מעורבות רגשית עמוקה שיש בה גם סיכון לשלמות נפשו של המטפל. הוא מדמה את נוכחותו של המטפל עם נפגע הטראומה למציל המנסה להציל טובע תוך סיכון טביעה לעצמו. אין הוא יכול להציל את הטובע בעומדו על שפת הנהר הגועש בעודו שמור, נקי ויבש. עליו להסתכן, לקפוץ למים, להירטב, להתלכלך ולהיסחף במערבולות בעצמו. לפי שלגי מוכנותו של המטפל בסצנה הטיפולית "**לוותר על מי שהוא**" ומוכנותו **להסתכן ולהשתנות** עם המטופל במי הנהר הסואן משמעה יצירת מרחב שיתופי, כמעט התמזגותי שבו המטופל והמטפל "טובעים יחדיו", לפחות לתקופה מסוימת. רק מתוך מרחב מסוכן ומשותף זה, גורס שלגי, מנצה תנועה ומתחילה גדילה שבהמשכה הבשלה והחלמה. כך ורק כך, "המטפל אינו יכול להוות חלק מהפתרון בטרם יסכים להיות חלק מהבעיה" ובהכרח להשתנות עם המטופל במסע הזה (שם).

כוחו המרפא של הייחד הזה, השב אל מחוזות האימה, כרוך באומץ לפתוח ובעיקר לשהות, לעיתים לראשונה או מחדש, את וב-אזורי כאב בלתי מתויירים. הוא תכופות לב ליבה של התנועה באזורי הקיפאון והאיון שהטראומה חוללה, שהמטופל עצמו מתחיל להבין כעת את מקורם.

על פי הגישה האינטר-סובייקטיבית, תהליך תרפויטי משותף זה כורך בחובו בהכרח גם חיבור רגשי של המטפל למחוזות הטראומה והאימה הקדומים והעכשוויים שלו עצמו. חיבורו של המטפל לאזורי הפירוק שלו הוא מפחיד ומסוכן עבורו. אולם מטפל שלא יצליח להתחבר לאותם חלקים טראומטיים ומפורקים בתוכו הוא, יתקשה להיות מטפל נוכח וקרוב עבור המטופל במצבים אלה, משום שיישאר במידה רבה מחוץ למעטפת החוויה הטראומטית המשותפת ואף יזהר שלא במודע מלגעת בתכנים מצמיתים, מכריתים ומפרקים, הנטועים עמוק בנפשו פנימה. הוא יפקוד כתייר בתוך ג'יפ ספארי ממוגן, את מחוזות הפירוק של המטופל, אולם לא ייקח בהם חלק רגשי עמוק ונוכח ולא יינתן ויתמסר לאפשרות שגם הוא יטולטל וישתנה במסע המשותף. על המטפל לאפשר לתהליך כואב זה לחלחל לתוכו, על מנת להצליח לשהות עם המטופל ביחד קרוב ואותנטי, בתהום ים נעדרת-קרקעית זו של עצב, אימה, בדידות קדומים, איום, תוקפנות וריקנות. דומה כי הרכיבים היציבים בקביעות הסט וביחסו החם, המכיל, המחזיק, הנוכח והבלתי הריס של המטפל, נוכח מחוזות האימה הטראומטיים של המטופל, כמו גם נוכח פיצוליו והשלכותיו – הם לב ליבו של התהליך התרפויטי. הדברים יפים על אחת כמה וכמה לתקופה הנוכחית בה גם המטפל נתון לאותה מציאות מכריתה ומאיימת כמו המטופלים.

.17 חתירה לחשיבה אינטגרטיבית

במצבי טראומה אקוטית, הקריסה הנפשית לעמדה סכיזו-פרנואידית, והגלישה לתפיסות מפצלות של קיטוב הרוע הצרוף אל מול הטוב המושלם, לרבות השלכת הרוע על הזולת, אינן אלא תגובה טבעית של הנפש. גם הצפתה של חרדת הכליה האופיינית לעמדה הסכיזו-פרנואידית מובנת במצבי סיכון וערעור. הפיצול מסייע לאדם להתמודד במצבי איום, אך יש לו מחירים כגון העמקת תחושת האימה, הרדיפה, הפרנויה, הקיטוב והזעם וכן חוויה מפוצלת של העצמי.

בחלוף הזמן ישובו רוב האנשים, בתהליך החלמה טבעי, לעמדה דפרסיבית ולחשיבה אינטגרטיבית. הרע והטוב ישובו להשתרג זה בתוך זה, ועימם ההבנה כי העולם רצוף ניגודים וגוונים של אפור. גם חרדת הכליה תעומעם והנפש תשוב לשכון במעטפת שלימה, רציפה וכורכת יותר של חוויותיה.

אך לא כולם יִצְלֵחוּ שיבה זו ללא עזרה מקצועית. חלק מהאנשים יזדקקו לעזרתו של המטפל בשיבה הדרגתית זו אל האיזון והאינטגרציה. בתהליך הדרגתי של נוכחות חמה ומיטיבה, החזקה והכלה יתחזקו כוחות האגו של המטופל בחדר ותתייצב דמותו של המטפל כאובייקט משמעותי ויציב. רמות החרדה תיסוגנה, השימוש בפיצולים, בהזדהות השלכתית ובהשלכות יפחת והמטופל יהיה מסוגל לסבול ולשאת יותר ויותר את אימת המוות והחוויות הקשות שעבר. אט תנצנה שוב החיות, האמונה בטוב, האפשרות להנות ולאהוב והיכולת לשאת את הרע והטוב יחדיו.

לאורך התהליך יכול המטפל לפרש בעדינות פירושי אינטגרציה אשר עשויים לסייע ליכולתה של הנפש לשאת ניגודים וקונפליקטים, למשל: "מצד אחד את עדיין מאד חרדה, ומצד שני חשוב לך לשלוח את ביתך שוב לגן ולחזור לשגרה". או להגיד לאותו מטופל שהטריד את ילדיו בטלפונים נשנים: "נשמע שאתה בו זמנית מאד אוהב את הילדים שלך ובה בעת מאד נפגעת מהם וכעסת עליהם כעס נורא".

.18  התמודדות עם המוות, מופיעיו וייצוגיו

כפי שהוזכר בחלקו הראשון של המאמר, אחד המאפיינים של טראומה אקוטית, ובפרט נוכח אירועים מסכני חיים ואלימים, הוא קריעת חומת ההגנות בפני המוות. במצבים אלה קורסת ההכחשה, והמוות פולש לנפש ומנכיח עצמו באופנים קשים, מפחידים ואלימים אשר יונקים מן המציאות הקשה כמו גם מייצוגי המוות הלא מודעים וממחוזות האינות הארכאיים בנפש.

המטופל שאפשרות מותו ומות אהוביו מייסרת ומפרקת אותו נוכח הטראומה שחווה, בהכרח נוגע גם במחוזות המוות שבנפש המטפל שנחשף אף הוא לאירועים ולעדויות. חילחול המוות לנפש המטפל מעמיד גם אותו בסכנת התפרקות, יגון, דיכאון וייאוש.

למוות, לכליה ולאיון איכויות משתקות הנוגדות תנועה נפשית, צמיחה ומשחקיות. לעיתים נחוש כי המוות נוכח בחדר כשמיכה כהה וכבדה של קפאון הגודעת באיבם ניצני שגשוג והתקדמות בטיפול. תכופות נרגיש כי התכנים המורבידיים וייצוגיהם עומדים חוצץ בין המטופל העטוף בהם למטפל שרק חש אותם בחדר ומתקשה לחדור לחדרי חדריהם המכריתים שלהם בנפש המטופל.

מטופלת ניצולת המסיבה סיפרה למטפל שלה כי שכבה כעשר שעות במיגונית מכוסה בגופות חבריה וטובלת בדמם. מדי פעם חלף שם מחבל וירה מטח קצר נוסף לתוך המיגונית. חבריה ספגו עוד ועוד יריות והיא המתינה לירייה שתהרוג גם אותה. בהמתנה למותה שלה הפך הזמן למעין נצח תמידי מיקום אחר. גם משניצלה המשיכה בחווייתה לשכב במיגונית. "אני עדיין ממתינה שם במיגונית למוות שלי ולא מצליחה לצאת משם. אני תקועה שם בלימבו אינסופי, מילימטר מהמוות של עצמי, מחכה לו" אמרה. המטפל סיפר כי המתנה זו למוות במעין יקום מקביל שהזמן עצר בו מלכת, דבקה גם בו והוא חש שהוא עצמו נמצא שם במיגונית מכוסה גופות ואינו מצליח להשתחרר מהתחושה כי הוא נוגע במותו שלו, גם כשהוא מוגן בביתו מוקף במשפחתו האוהבת. הוא חש מזוהם בעטיפת מוות ונרתע מלחבק את ילדיו פן תדבק עטיפה זו גם בהם.

חרף הקושי, דומה כי לנכונותו של המטפל לשהות באזורי הנפש המתים והממיתים עם המטופל חשיבות מכרעת. עליו להסכים להינתן לתהומות האיון והחידלון ולשהות שם ביחד קרוב עם המטופל. הנכונות להיות במגע עם המוות ולשאת באופן עמוק, נוכח ואמיתי את חלקי הנפש המכריתים והמורבידיים, ובה בעת לעיתים ההרסניים - הם שיאפשרו לבסוף את הצמיחה הנפשית והחיבור המחודש לחיים. ניתן לומר כי על המטפל להסכים למות עם המטופל כדי לשוב יחדיו, בהמשך הטיפול, לציר החיים הנוכח החיוני והפועם.

 .19 שיקום בוחן המציאות והשלמה עם הלא נודע

כפונקציות נפשיות נוספות שנפגעו בעקבות הטראומה, גם בוחן המציאות ישוב על פי רוב לתיקנו בשכוח החרדות והאימה. זהו תהליך איטי שנבנה בתוך הקשר מטפל-מטופל ועל פי רוב אין טעם להאיצו בפירושים. חריגים הם המקרים בהם המטפל חש כי בכוחה של התערבות מילולית החותרת לשיפור בוחן המציאות – להקל על המטופל החרד או המפוחד בזמן אמת. כך למשל ניתן לומר אמירות ברוח: "אתה כל כך מפחד עכשיו עד כי קשה לך לראות שבעצם כרגע אינך נתון בסכנה".

עם זאת חשוב להיות כנים ולא לומר אמירות מרגיעות שאינן מדויקות. הטראומה הנוכחית מורכבת משום שחלק מהאירועים הטראומטיים עדיין נמשכים. השבויים טרם שבו, הלחימה נמשכת ועימה אבדות בנפש של חיילים וטילים ממשיכים ליפול. מאות מפונים מבתיהם ואין לדעת מתי יוכלו לשוב.

כך שבמקביל לניסיון לשקם מעט את בוחן המציאות ולעזור למטופלים לראות בעיניים ראליות את המציאות, כשהחרדה מאיימת להטביע את נפשם מאימה, חשוב גם לסייע להם להסכין עם המציאות הקשה הנמשכת ובפרט עם העמימות, הערפל והלא נודע לגבי העתיד.

.20 הכלת הבלתי ניתן לעיכול

באירועי ה-7 באוקטובר נחשפנו לעדויות מן הקשות שידענו, ברזולוציות בהיקף קיצוניים של אכזריות וזוועות, החורגים משביכולתה של הדעת לשאת ולעכל. חפים מפשע נשרפו חיים, ילדים ומשפחות נורו בבתיהם ובמיטותיהם, ילדים וניצולי שואה נשבו, שמענו על ראשים שנכרתו ועל עובר שהוצא מרחם אימו. זהו היקף חומרים טראומטיים החורג מאלה שרבים מאיתנו מכירים משכבר בקליניקה.

לעיתים אין מדובר רק, כפי שמציע ביון (2003 ב'), בהכלתם של תכנים קשים הזקוקים לעיבוד בנפש המטפל והשבתם למטופל באופן מעובד ומעוכל, כי אם אף בהליך, חשוב לא פחות, של הכלה של הבלתי ניתן לעיכול או להשבה למטופל, מחמת עצימות הזוועה, האימה והכאב.

בספרה "להעיד על העדים", בפרק "הירושימה אהובתי", כותבת דנה אמיר (2018 ב'), כי על מנת שייחודיות הנרטיב תוכל לשרוד את מעשה העדות, חשוב שמשהו מן האיכות הבלתי ניתנת לרדוקציה שלו תישמר, לא רק כמחשבה אלא גם מחוץ למחשבה. מדובר, למעשה, באירוח הזוועה בתוך מערכת העיכול הנפשית והרגשית של המטפל: "משמעות האירוח הזה היא שהמסירה איננה עוברת דרך המחשבה של המארח אלא מופעלת דרך המתקפה שמעשה העדות מחולל על גופו, על נפשו, על יכולתו של הנמען לתת שם ולקשור דבר לדבר. אין מדובר בהזדהות השלכתית, שבה מופקדים אצל הזולת/המטפל, חומרים שהאדם עצמו לא יכול היה לעכל, כדי שיעכלם בעבורו ואיתו; מדובר על היכולת לארח את מה שמסרב לעיכול מעצם מהותו, את מה שעצם מעשה העיכול מכלה אותו". המטפל בנפגעי השבת השחורה, הישירים והעקיפים, נדרש אפוא להכיל את הבלתי ניתן לעיכול מחוויותיהם רוויות האימה של המטופלים ולשאת את בעתתם בכעין כספת נצורה של הלב, אף כשעדיין לא ניתן להשיב את התכנים המחרידים מעוכלים למטופל. לעיתים כל שניתן לעשות בשלבים האלה הוא לשהות בהם יחדיו מבלי לעבדם ולעכלם. לשרות במי אימתם העכורים, תוך יחד קרוב, בתהום הקפואה של האימה, הזוועה והפלצות. לפרקים רק ברבות הזמן ניתן יהיה לעבד בהדרגה את קרעי הזיכרונות והחוויות, ללוש אותם יחדיו לכדי ייצוג מעוכל ובר משמעות.

21. טראומטיזציה משנית וטראומה משותפת

לקראת סיום מילה של אזהרה לגבי נפשו החשופה והפגיעה של המטפל.

טראומטיזציה משנית, המוכרת גם כטראומה עקיפה, היא תסמונת פסיכולוגית המופיעה לעיתים בקרב מגישי סיוע לשורדי טראומה. המטפלים נוטים לספוג את החוויות והרגשות הטראומטיים של המטופל. הערעור, הפירוק, התופת, האימה והחרדה הגודשים את הווייתו של המטופל, מחלחלים לנפש המטפל ומערערים את יציבותה.

תסמיניה של הטראומה המשנית זהים כמעט לאלו של הטראומה האקוטית עצמה וכוללים תקיעות נפשית ומחשבתית באירוע הטראומטי, הימנעות, מחשבות חודרניות, עוררות יתר פיזיולוגית, דיסוציאטיביות, וכן תחושת פחד, חרדה, אימה, ייאוש ודיכאון.

טראומה משותפת (Shared Trauma) על פי קרול טוסון (Tosone et al., 2012) היא מצב קליני בו המטופל והמטפל חולקים בו זמנית את אותה טראומה קולקטיבית. חפיפה זו יוצרת לעיתים אתגרים נפשיים ואתיים עבור המטפל וכרוכה בתחושת קיר נופל.

אף שהמטפל שרוי באותו מצב ריאלי עצמו כמו המטופל שלו, ותכופות אינו יודע בעצמו כיצד להתמודד עם רגשותיו המציפים ועם חרדותיו, נדרש ממנו בעתות אלה לעשות מעין הפרדה מלאכותית; עליו להעמיד עצמו בעמדת מבוגר אחראי ומטפל הורי בכדי לעזור למטופל לעבד את הטראומה האישית שלו.

דומה שבשני סוגי הטראומות האלה, המשנית והמשותפת, האורבות לפתח נפשו ויציבותו הרגשית של המטפל בטיפול בנפגעי טראומה, אין רב הניתן לעשות זולת פיתוח מודעות גבוהה לחוויית המטפל ופנייה בעת הצורך לעזרה מקצועית כגון הדרכה וטיפול נפשי.

.22  אחיזה בקוטב התקווה

לבסוף, יְשַׁמֶר המטפל בעבור המטופל את קוטב התקווה ויחזיק את האמונה שעוד נכונו ימים טובים.

רבים חשים בעת הזו כי בעקבות האירועים הנוראיים שחווינו ועדיין אנו חווים במלחמה, חיי הנפש שלנו והמציאות בארצנו ישתנו לעד. ועם זאת על המטפל להחזיק בעבור המטופל אמונה שבדרך זו אחרת, הדברים עתידים להשתפר. שזו תקופה, שהיא תחלוף, שהחיים בתום כל זה וחרף האירועים הנוראיים, שבוודאי תהיה להם השפעה על עתידנו, עוד ישובו למסלול של החלמה, של בטחון, של אהבה, של קשרים קרובים, של מימוש עצמי ועשייה חברתית, של נורמליזציה. גם אם אולי באופן שונה מן האופן שבו נחוו החיים בטרם האירועים הטראומטיים.

במובן זה מחזיק המטפל את הציר האופטימי בעבור המטופל גם בתקופות ארוכות וחשוכות בטיפול, בהן אין המטופל מצליח לחוש בו בעצמו. המטופל מפקיד את החיות והאור בנפש המטפל למשמרת עד שיוכל להתחבר שוב, בעזרת כוחותיו שלו, למעיינות הטוב הנובעים בנפשו.

מתוך הייחד הקרוב בטיפול אט תחלים הנפש שעורערה וניטשה ותשוב למעטפת שלה ולמשכנה המטאפורי. השגשוג, המרחב, המשמעות, התנועה הנפשית והמשחקיות ישובו לשכון בלב ויצרו חיבור מחודש למקצבם הפועם של החיים.

כותבת מירב רוט (2023): כוחה של הרוח האנושית עמוק ורב, ויכולתה לדבוק בטוב עצומה. החוסן הנפשי הוא הרבה מעבר למה שאדם משער שעומד לרשותו – אך הוא זקוק לאחר הנוכח, האכפתי והקשוב על מנת לחוות מחוזות אלה מחדש.

אחתום במילותיו של דויד גרוסמן: "ואפשר לראות את התקווה כמן עוגן, שנזרק מתוך קיום חנוק ונואש לעבר עתיד טוב וחופשי יותר. לעבר מציאות שעדין איננה קיימת, שרובה עשוי ממשאלות לב. מדמיון. העוגן נזרק ונאחז בקרע העתיד, והאדם, ולפעמים חברה שלמה, מתחילים למשוך עצמם אליו".

בחלקו הראשון של המאמר [הובאה הגדרה של טראומה אקוטית וסקירה היסטורית קצרה](https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=4650).

תודה למטופלי ולמטופלים של הקולגות שלי ותודה לחברי המטפלים, שהסכימו שנביא כאן את עדויותיהם וסיפוריהם.

 מקורות

אהרונסון, ת. (2022). העצמי האוֹסְטֵאוֹפּוֹרוֹטִי-מקטעי: מנוכחות לא פרשנית ועד פירושי הַרצָפָה בטיפול – חלק ב. בטיפולנט 15.07.22. [https://www.betipulnet....elf\_part\_two](https://www.betipulnet.co.il/particles/the_osteoporotic_self_part_two#_blank)

אמיר, ד. (2018 א'). להעיד על העדים. ירושלים: מאגנס.

אמיר ד. (2018 ב'). הירושימה אהובתי. בתוך: דנה אמיר, להעיד על העדים. מגנס.

אנזייה, ד. (2004). האני עור, תל אביב: תולעת ספרים.

אשל, ע. (2003). מחשבות על רעיון ההכלה של ביון. בתוך: י' הטב (עורך), סיכואנליזה: הלכה ומעשה. תל אביב: דיונון, 193-205.

אשל, ע. (2009). מבוא לשני מאמרי רגרסיה. בתוך ע. ברמן (עורך) עצמי אמיתי ועצמי כוזב. תל-אביב: עם עובד.

אשל, ע. (2014). מחשבות על אינטרסובייקטיביות ומעבר לה. שיחות, כ"ח, 3.

באלינט, מ. ([1986] 2006). השבר הבסיסי. בעריכת פרופ' עמנואל ברמן ואילנה שמיר. סדרת פסיכואנליזה, הוצאת עם עובד.

ביון, ו. (2003 א'). במחשבה שנייה : מאמרים נבחרים על פסיכואנליזה תולעת ספרים.

ביון, ו. (2003 ב'). הבחנת האישיות הפסיכוטית מן הלא-פסיכוטית. בתוך: במחשבה שנייה: מאמרים נבחרים על פסיכואנליזה. תולעת ספרים.

ביון, ו. ([1962] 2003). תיאוריה של חשיבה. בתוך במחשבה שנייה. תל אביב: תולעת ספרים, , 110-119.

בריטון, ר. (1989). אמונה ודמיון. עורך: עמנואל ברמן. תל אביב: עם עובד.

ברנמן-פיק, א. (2017). הזר שבתוכנו והזר שבחוץ. מתוך הרצאתה שאירחה החברה הפסיכואנליטית בישראל, אשר נערכה ב-20.4.2017 במכללה האקדמית תל אביב - יפו.

ויניקוט, ד.ו. (1945). "התפתחות רגשית פרימיטיבית". בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עורך עמנואל ברמן. תל אביב: עם עובד, 2009.

ויניקוט, ד.ו. (1954 א'). היבטים מטה פסיכולוגיים וקליניים של רגרסיה בתוך המערך הפסיכואנליטי. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עורך: ע. ברמן, תל אביב: הוצאת עם עובד, 2009.

ויניקוט, ד.ו. (1954 ב'). נסיגה ורגרסיה. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עורך: ע. ברמן, תל אביב: הוצאת עם עובד, 2009.

ויניקוט, ד.ו. (1963). פחד מהתמוטטות. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עורך: ע. ברמן, תל אביב: הוצאת עם עובד, 2009.

ויניקוט, ד.ו. (1969). השימוש באובייקט והתייחסות באמצעות הזדהויות. בתוך: משחק ומציאות (1995). עורכים: ר. קולקה וע. ברמן, תל-אביב: עם עובד.

ויניקוט, ד.ו. (1995). פעילות יצירתית, חיפוש עצמי והמקרה לדוגמה. בתוך: משחק ומציאות. עורכים: ר. קולקה וע. ברמן, תל אביב: עם עובד.

זליגמן, צ. (2019). אל תרחק ממני כי צרה קרובה כי אין עוזר: טיפול פסיכודינמי־התייחסותי במטופלים הסובלים בעקבות טראומה מסיבית. בתוך: להב, יעל, וסולומון, זהבה. משחזור לזיכרון : טיפול בטראומה נפשית. רסלינג.

חלמיש, ל. (2017). הזר שבתוכנו והזר שבחוץ. פסיכולוגיה עברית: 4.7.2017. [https://www.hebpsy.net/....asp?id=3553](https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3553#_blank)

פרויד, ז. (2012). האלביתי. תל אביב: רסלינג.

קינן, נ. (2009). המעטפת המחוררת – על העבודה הטיפולית עם "חורים" בנפש. שיחות, כ"ג (2).

קינן, נ. (2014). שלוש הארות על גורמים מחיים, שיחות, כ"ט (1).

רוט, מ. (2023). קווים מנחים למטפלים בנפגעי המלחמה בדרום ובכלל: מכתב פתוח מאת פרופ' מירב רוט. בטיפולנט: 09.10.23. [https://www.betipulnet....l\_during\_war](https://www.betipulnet.co.il/particles/open_letter_treatment_in_the_south_of_israel_during_war#_blank)

קריסטבה, ז'. (2005). כוחות האימה. בתרגום נועם ברוך, בעריכת אליס בוראס, תל אביב: הוצאת רסלינג.

קריסטבה, ז'. (2009). זרים לעצמנו. בתרגום הילה קרס, בעריכת ד"ר רינה חרובי, תל אביב: הוצאת רסלינג.

שלגי, ב. (2022). לב פקוח לרווחה : על התמסרות הדדית באזורי הטראומה. תולעת ספרים.

Abram, J. (2013). DWW's notes for the Vienna Congress 1971: A consideration of Winnicott's theory of aggression and an interpretation of the clinical implications. In: Jan Abram. (Ed.). Donald Winnicott today. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bick, E. (1967). The experience of the skin in early object-relations in Bott-Spillius, E.:Melanie Klein Today, pp. 203–29

Bick, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. British journal of psychotherapy, 12 (4)

Coady, C. A. J. (1992). Testimony: A philosophical study. Clarendon Press.

Eshel, O. (2019). The Emergence of Analytic Oneness, Into the Heart of Psychoanalysis. New York: Routledge.

Fimiani, R. Gazzillo, F. Dazzi N.& Bush, M. (2022). Survivor guilt: Theoretical, empirical, and clinical features, International Forum of Psychoanalysis, Volume 31, Issue 3: On survival.

Freud S. (1925). Negation. Journal of Psycho-Analysis, 6: 367-371.

Garland, C. (2018). Understanding trauma: A psychoanalytical approach. Routledge.

Garwood, AB. (2021). Holocaust Trauma and Psychic Deformation Psychoanalytic Reflections of a Holocaust Survivor. New York: Routledge.

Green, A. (1993). The work of the negative, London: Free Association.

Grotstein J.S. (1995). Projective identification reappraised. Contemporary Psychoanalysis, 31: 479-511 .

Hutson, S P. Hall, J.M. Pack, F.L. (2015). Survivor Guilt, Advances in Nursing Science, Volume 38, Number 1, pp. 20-33(14)

Kluft, RP. (2000). The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. Psychoanalytic inquiry, 1. Taylor & Francis.

Laub, D. (2005). Traumatic Shutdown of Narrative and Symbolization: A Death Instinct Derivative? Contemporary Psychoanalysis, 41(2), 307–326.

Laub D. (2009). On Holocaust Testimony and Its 'Reception' within Its Own Frame, as a Process in Its Own Right: A Response to 'Between History and Psychoanalysis' by Thomas Trezise". History & Memory. 21(1): 127-150

Laub D. (2013). Reestablishing the internal 'Thou' in testimony of trauma. Psychoanalysis, Culture & Society. 2013; 18(2): 184-198.

Levine, HB. (2014). Psychoanalysis and trauma. Psychoanalytic Inquiry, 2 (4). Taylor & Francis.

Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). The International Journal of Psychoanalysis, 87 (1)

Moore, R. (1999). The Creation of Reality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Poland, W. S. (2000). The analyst’s witnessing and otherness. Journal of the American Psychoanalytic Association, 48(1), 17—34

Symington, N. (2006). Sanity and madness. In: International Journal of Psycho-Analysis, Aug 2006, 87 (4), 1059-1068

Tosone, C. Nuttman-Shwartz, O. Stephens, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. Clinical Social Work Journal, Springer. pages 231–239.

Vogt, DS. King, DW. & King, LA. (2007). Risk pathways for PTSD. In: Handbook of PTSD M. Friedman (ed.) Guilford press.