

להשתחרר מהכאב – העיבוד הרגשי

זה היה סתם יום שגרתני, היא לא חששה מדבר. אולי הייתה בדרכה הביתה מעיסוקיה, אולי בבילוי עם בן זוג או מכר. לפתע, באופן בלתי צפוי לחלוטין, הרגישה לפיתה חזקה, ולפני שהבינה בכלל מה קורה, הוא החל לעשות בה כבשלו למרות חוסר רצונה. מתעלם ממחאותיה, מקיפאונה, או מבכייה – רבות הן דרכי התנגדותה. כאב חד מפלח את גופה, ובן רגע דבר בחייה לא נותר כשהיה. התחושה כל כך לא מציאותית, כמו הזיה שלא ניתן להתעורר ממנה בשום צורה. כל עולמה קרס והתפרק לאלפי חתיכות, ואין מי שירכיב אותן לכדי תמונה בהירה. מחשבות על האירוע פולשות ללא הרף לכל חלק בתודעתה ואין כל הפוגה. היא חיה אותו מחדש כאילו זה עתה קרה. הטראומה קשה. החרדה מציפה. הכאב משתלט על נשמתה. איך יכול היה לפגוע בה כך, היא לא מבינה. האם אי פעם תזכה לקבל את חייה בחזרה? היא לא רואה שום תקווה. וכך היא מגיעה לטיפול, מתפללת שיימצא מזור לכאבה. מייחלת שבזכותו יגיע קץ לסבלה.

ואכן, טיפול הממוקד בעיבוד הטראומה צופן בחובו את אחד המפתחות העיקריים למילוי משאלתה של הנפגעת, להחלמתה. פרק זה מתמקד במרכיב זה של הטיפול, המצוי בלב לבו. מרכזיותו נובעת מכך שהזיכרון הטראומטי אינו עובר עיבוד שגרתני, אלא נותר במצב גולמי המחייב תהליך של הזיכרות מבוקרת בכדי להשלים את עיבודו. במצבם הבלתי מעובד, זיכרונות אלה כמו "קופאים בזמן" ומאוחסנים באופן שמאפשר זליגה בלתי נשלטת שלהם לתודעה, המלווה במצוקה רגשית קשה גם בחלוף זמן רב מרגע היווצרותם. על מנת להגיע להחלמה מלאה, נדרש תהליך מעמיק של עיבוד שלל מרכיביו של זיכרון האירוע. במהלכו ייווצרו נקודות מבט חדשות ומושגים שקרסו יוחלפו באחרים. הזיכרונות הטראומטיים יתבהרו ויוחלפו בנרטיב קוהרנטי של האירוע. כך תוכל המטופלת למזג את החוויה הקשה לתוך סיפור חייה. בהתאם, התסמינים הפולשניים ידעכו והתגובה הפוסט-טראומטית תצטמצם עד להיעלמותה.

תהליך העיבוד בנוי, במידה רבה, על חזרה נשנית לזיכרון האירוע הטראומטי, במידת היכולת להכילו. שיטות טיפוליות שונות נבדלות אלה מאלה בטכניקות הספציפיות, אך כולן חותרות להפגיש את המטופלת עם מכלול היבטי הטראומה על מנת לאפשר את עיבודה המלא. קצרה היריעה בפרק הנוכחי מתיאור הפרוטוקולים הספציפיים המשויכים לכל שיטה. על פני זאת, המטרה היא לספק עקרונות טיפוליים החוצים את הגישות השונות. עם זאת, לשם המחשתם בחרתי להתמקד בשיטת הטיפול

EMDR, שנמצאה יעילה במיוחד לעיבוד טראומת האונס והפגיעה המינית, כמו גם טראומות אחרות (Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Power et al, 2001; Rogers & Silver, 2002; Shapiro & Foa & Maxfield, 2002). שיטות טיפול נוספות בעלות יעילות מוכחת הן הטיפול הקוגניטיבי (Foa & Zoellner et al, 2011), והחשיפה הממושכת (Rothbaum, 1998; Jaycox, Zoellner & Foa, 2002). יודגש כי למרות ההתמקדות במתודה ספציפית זו, כל העקרונות הטיפוליים המוצגים כאן ראויים לשימוש גם במסגרת שיטות טיפול אחרות. כמו כן, חשוב לציין כי עקרונות הטיפול ב-EMDR ניתנים ליישום בטיפול בכל סוגי הטרומה ולא רק בזו הנגרמת כתוצאה מתקיפה מינית.

EMDR היא מתודה מבוססת ראיות הממוקדת בטיפול בטרומה (Bradley et al., 2005; Davidson, & Parker, 2001; Leeds, 2009). מאז 2013 היא מומלצת על ידי ארגון הבריאות העולמי כאחת משתי השיטות היעילות ביותר לטיפול בטרומה, לצד CBT (WHO, 2013). יעילותה מתבטאת בשיפור משמעותי ומהיר במצב הנפשי, כששלוש מחקרים מדגימים את תוצאותיה המרשימות והיציבות (Marcus, et al., 2004; Nijdam, et al., 2012; Power et al., 2002). בנוסף, היא נמצאה עדיפה על שיטות טיפול אחרות, הן בריפוי התסמינים הפולשניים של תגובת הדחק הפוסט טראומתית והן בשחרור מיתר תסמיני ההפרעה (Lee et al, 2002; van der Kolk et al., 2007).

והשיפור שנרשם בעקבותיה הוכח במחקרי מעקב רבים כיציב במיוחד. וילסון ואחרים (Willson et al., 2007) למשל, דיווחו כי 84% מהמשתתפים במחקר שביצעו העידו על העדר סימפטומים מוחלט, גם לאחר שנה וחצי מסיום הטיפול. לזכותה של השיטה גם נזקפות העובדות שהיא אינה מחייבת רמות גבוהות של חשיפה לטרומה וכן אינה כוללת שיעורי בית. בנוסף, משך הטיפול בה קצר במיוחד, ויכול להסתכם במספר פגישות בודדות. מרקוס ואחרים (Marcus et al., 1997) הראו כי 100% מהמטופלים שחוו טראומה חד-פעמית ו-80% מאלה שחוו טראומות מרובות, לא סבלו יותר מהפרעת דחק פוסט טראומתית לאחר שש פגישות טיפוליות בלבד. באופן דומה, אירונסון ואחרים (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002) תיעדו כי 70% מהמטופלים ב-EMDR הפגינו

שיפור משמעותי לאחר שלוש פגישות טיפוליות בלבד, לעומת 29% מאלה שהשתתפו בטיפול בשיטת PE. הם גם מוסיפים כי בטיפול EMDR נצפתה פחות נשירה בהשוואה לשיטה האחרת.

שיטת ה-EMDR הוכחה כיעילה באופן מיוחד גם בטיפול הספציפי בפגיעות מיניות (Edmond, Rubin, & Wambach, 1999), כשמשך הטיפול הממוצע בעקבות אירוע חד-פעמי נע בין מספר פגישות בודדות למספר חודשים, ומתקצר מאוד בהשוואה לשיטות טיפול אחרות במקרים של טראומות חוזרות או כרוניות (Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005). החוקרים רוג'רס וסילבר (Rogers & Silver, 2002) מדווחים, למשל, כי מחקרם שאמד את יעילות השיטה העלה כי מרבית הנפגעות השתפרו משמעותית לאחר טיפול קצר מועד, ומחקר מעקב מצא כי השיפור נשמר לאורך זמן. רוטבאום (Rothbaum, 1997) מדווחת כי שלוש פגישות של 90 דקות העבירו את התסמינים הפוסט-טראומתיים בקרב 90% מנפגעות האונס שהשתתפו במחקרה.

מדובר בשיטה טיפולית אינטגרטיבית, המתייחסת במקביל לכל מרכיבי החוויה הטראומתית – הרגשיים, הקוגניטיביים, הגופניים והוויזואליים – במטרה להביא לעיבוד מקיף של כל אותם היבטים שלא עובדו כהלכה (Leeds, 2009; Rogers & Silver, 2002; Shapiro, 1995). השיטה מקנה גישה מהירה לאותם זיכרונות טראומתיים ומקדמת את עיבודם היעיל והכולל. הפרוטוקול המובנה קורא להתמקדות בתמונה ויזואלית המשקפת את רגעי האימה הקשים ביותר במשולב עם הקוגניציות העצמיות השליליות הנלוות אליה, הרגשות העולים מולה ומיקומם בגוף. מזוהות גם קוגניציות חיוביות רצויות. לצד זה, נעשה שימוש גם בגרייה דו-צדדית של שני חלקי המוח, באמצעות טכניקות פשוטות כגון הזזת העיניים מצד לצד, מגע קל המתחלף בין שני צדי הגוף, או קול המושמע לסירוגין מכל צד. כך מופעלים סימולטנית חלקי המוח האחראיים לשפה ולקוגניציות יחד עם אלה המכילים את הרגשות, המראות והתחושות, ומתאפשר חיבור בין חלקים שנותקו אלה מאלה – בין הזיכרון מעורר המצוקה לבין אינפורמציה אדפטיבית יותר המאוחסנת ברשתות זיכרון אחרות. זהו הבסיס לתהליכי העיבוד והולכת המידע במוח, המביאים לשינויים רגשיים וקוגניטיביים יציבים ולהקלה ניכרת בתסמינים הפוסט טראומתיים הפולשניים. התוצאה הצפויה של תהליכים אלה היא שינויים במרכיבים הרגשיים, הסנסוריים והקוגניטיביים של הזיכרון, כך שהאירוע נזכר ללא המטען

הרגשי המעיק של דימויים, קולות ותחושות שמציפים את התודעה (Leeds, 2009; Rogers & Silver, 2002; Shapiro, 1995).

העיבוד ב- EMDR מובנה למדי. בפתחו מזהים חלקי האירוע המועמדים לעיבוד, כשהמטופלת מתבקשת להתמקד בזיכרונות מייצגים מהאירוע ולשחררם בזיכרונה, בתוספת הקוגניציות, הרגשות והתחושות הנלווים אליהם. התכוונות זו מעלה לתודעתה את מרכיבי הטראומה הדורשים עיבוד. בעודה מתמקדת בחומרים אלה, היא מוזמנת לשים לב לתגובותיה השונות ולכל מה שעולה במוחה, ללא כל מאמץ לכוון או לשלוט בתוכן החומרים או בתהליך עלייתם. כך, התודעה נעה באופן ספונטני לכיוונים נחוצים, גם אם לא תמיד צפויים, וצפים ועולים שלל זיכרונות ומראות, המתבררים, על פי רוב, כרלוונטיים ביותר לתהליך העיבוד. לעתים יתפתח שחזור כרונולוגי חוזר ונשנה של ההתרחשויות. בפעמים אחרות התודעה תנוע לכיוון מוקדים ספציפיים המעכבים את עיבוד האירוע, ברמת הרגש, הקוגניציות או החושים. לעתים אף תתרחש היזכרות ספונטנית באלמנטים שנשכחו או הודחקו. בדרך זו העיבוד הטבעי נכנס לפעולה ומשלים את מלאכתו שנקטעה, תוך מציאת פתרונות אותנטיים וייחודיים לכל מטופלת. עד לסיום התהליך, האירועים יעברו עיבוד מרבי והשפעתם הקשה תתמתן או אף תיעלם לגמרי.

מאחר שמדובר בהתנעה של תהליך העיבוד הטבעי, המפעיל את יכולות הריפוי הפנימיות של המטופלת, לא נדרשת התערבות מסיבית של המטפלת. התערבותה שמורה למצבים שבהם נוצרת חסימה בזרימה, וגם אז היא תהיה נקודתית, ככל האפשר, כדי לא לעכב את התהליך הטבעי. עם זאת, מאחר שההיתקעות בעיבוד טראומות מיניות נקשרת לעתים קרובות לאופייה המובחן של טראומה זו, ייתכן שנמצא את עצמנו מתערבות יותר מהרגיל, בעיקר בכל מה שקשור ספציפית למרכיבים ייחודיים אלה. במקרים אלה ניתן להניע מחדש את תהליך העיבוד באמצעות התערבויות המכונות שזירה טיפולית (Therapeutic Interweaves) (Gilson & Kaplan, 2001).¹

¹ התערבויות אלה יתוארו בהרחבה, בפרק "כשעיבוד הזיכרונות הטראומטיים אינו מספיק: עיבוד הקוגניציות השליליות".

עיבוד הטראומה עשוי להוביל לעוצמות רגשיות גבוהות במיוחד, ולכן חשוב להתאים את מידת החשיפה לזיכרונות הטראומתיים ליכולת ההתמודדות של הנפגעת, כך שהתהליך יהיה תמיד ברמת הנסבל (הרמן, 1994; Steele, 2003). בהתאם, אין להתחיל את העיבוד לפני שברור שיש למטופלת את היכולת הרגשית לעמוד בתהליך. לשם כך יש לאמוד את כישורי ההתמודדות שלה טרם העיבוד, ולחזקם היכן שנמצאו חסרים, כמתואר בפרק "להיערך לעיבוד – חיזוק משאבים". תהליך הכנה מקדים זה יקנה לה כלים שימשו עבודה רשת ביטחון לאורך תהליך העיבוד כולו.

בנוסף, יודגש שחשיפה אינטנסיבית לנרטיב הטראומתי איננה תמיד מחויבת המציאות (Steele, 2003). למעשה, הניסיון מלמד שניתן לעבד טראומה עם חשיפה מינימלית ביותר לאירועים, כפי שיתואר בהמשך. אך אין בכך כדי לפטור אותנו מאומדן כוחותיה של המטופלת טרם העיבוד וביסוסם הברית הטיפולית, התומכת והמכילה, ממלאת גם היא תפקיד חשוב ביותר בליווי וויסות תהליך העיבוד. בלעדיה תתקשה הנפגעת להתמודד עם החשיפה לזיכרונות המאיימים והכואבים (Zoellner et al, 2011). על כן יש לפתח אותה במידה מרבית כמתואר בפרק "הטיפול המעצים – מנפגעת לשורדת מועצמת".

עקרון לבה נוסף של שיטת ה-EMDR, אשר נועד להקל על תהליך העיבוד, הוא הקשב הכפול (dual attention). מדובר בחלוקת קשב בין עבר להווה, באופן שמאפשר לנפגעת לחזור בזיכרונה לאירועים הקשה/ים תוך חיבור מתמיד לביטחון העכשווי (Shapiro, 1995). לשם כך, היא מתבקשת להתמקד בזיכרון הטראומטי לפרקי זמן קצרים יחסית, בעודה מקבלת תזכורות חוזרות להימצאותה במציאות הטיפולית העכשווית, הבטוחה והתומכת. כך נוצרת חוויה סימולטנית של התבוננות ושליטה, העוטפת את תהליך העיבוד בביטחון של "כאן ועכשיו".

לחיזוק הקשב הכפול, יש להזכיר למטופלת לכל אורך תהליך העיבוד, כי התכנים העולים במהלכו הם אך ורק זיכרונות השייכים לעבר, לאירועים שהיו והסתיימו, ואין הם חלק מההווה שלה כלל. תזכורות עדינות כמו "זה שייך לעבר" או "את רק נזכרת עכשיו באירוע שהיה ונגמר" או "אני כאן אתך כעת", מקנות למטופלת תחושת ביטחון בעודה משחזרת את הנרטיב המבעית. בזכות זאת נוצרת הבנה הולכת וגוברת שהאירוע הסתיים ואינו מהווה סכנה עוד, גם אם הוא נחוה באופן חי ומוחשי בזיכרון.

מתוך זווית ראייה זו היא מפנימה בהדרגה כי הזיכרונות קשורים בלעדית לעבר, כך שהפחד משקף את מה שהיה ולא את מה שהוה. מכאן שניתן להתחיל לשחררו. הבנה זו מגבירה את נכונותה להתעמת עם התכנים הכואבים ומקלה את תהליך עיבודם.

אפשר לקדם את תהליך העיבוד בשיטת ה-EMDR גם על ידי אמצעים המייצרים ריחוק. זאת מתוך הנחה שריחוק מקדם התחברות. ככל שהנפגעת תתבונן באירועים מבחוץ, כך תימנע ממנה הישאבות לתוכם ברמות מציפות שעלולות לנתק אותה מתודעת וביטחון ההווה. לשם כך, ננחה את המטופלת להתבונן באירועים כצופה חיצונית. לדוגמה, היא יכולה לצפות בהם כאילו הם מוקרנים על מסך או כמו היו נוף חולף בעת נסיעה. אפשר שהיא תראה אותם כמתרחשים בתוך בית כלשהו שלתוכו היא מסתכלת מבעד לחלון פתוח, או ממקום תצפית מוגבה שמרחקו מהמתרחש נמצא בשליטתה. כך היא משמרת שליטה בעוצמת הזיכרונות ונמנעת מלהישאב לתוכם.

חשוב להדגיש שתהליך העיבוד אינו מחייב דיוק בפרטים והצלחתו אינה תלויה בכך כלל. לאורך העיבוד כולו תיתכן מידה מסוימת של אי ודאות, כשהנרטיב עשוי להשתנות פעמים רבות כתוצאה מהתחברות לחלקים מנותקים והיזכרות בפרטים שהודחקו. כמטפלות ומטפלים אין לנו שום מחויבות שהנרטיב יעמוד באופן כלשהו בדרישות רשויות החוק, ותפקידנו היחיד בהקשר זה הוא לתקן למטופלת באופן מוחלט את תהליך ההיזכרות האינדיבידואלי שלה. אל לנו להאיץ בה "למלא חורים" חסרים או להתעקש על עקביות. במקום זאת, עלינו לקבל בהבנה את נפתולי תהליך ההיזכרות ולעודד את הנפגעת לנהוג כך גם כלפי עצמה. יתרה מזאת, מאחר שאלמנטים חסרים בנרטיב מעידים על קושי להכילם, יש לאפשר לתהליך להתפרש בקצב המתאים וכפונקציה של בניית כוחות פנימיים מספקים.

ההתמודדות הרגשית

ככל שתהליך העיבוד מתקדם כך הוא עשוי להוביל לתגובות רגשיות חריפות יותר הנובעות מחיבור עוצמתי לרגשות הקשורים לאירועים/הטראומתיים. כל הרגשות שנחוו "שם ואז" – כאב תהומי, יגון, ייאוש, חוסר ישע וכדומה – שבים וצפים. ביניהם גם כאלה שהודחקו או נותקו עד לאותו רגע ממש. אלה הם זיכרונות רגשיים שעשויים להופיע בגלים למשך פרקי זמן משתנים. למרות עוצמתם המאיימת, הם משרתים למעשה את תהליך ההחלמה. ביטויים יכול להוות אבריאקציה (תגובת פורקן)

מרפאה, שבסופה עשויה להתקבל תחושת שחרור והקלה משמעותית. ניתן להמשיל זאת לריפוי פצע פתוח, אשר חיטוי ההכרחי אמנם מגביר תחילה את הכאב אבל מוביל לבסוף לריפוי. כך גם כאן. על כן חשוב ביותר לאפשר את ביטוי העז של הכאב המתפרץ, תוך שיקופו, ויסותו והכלתו בליווי תזכורות חוזרות שהכול שייך לעבר.

חשיבות רבה במיוחד נודעת בשלב הזה בטיפול לקשב הכפול, המעגן את הנפגעת בביטחון ההווה בעודה מתחברת לרגשות המאיימים להציפה. פרקטיקה זו מקבלת משמעות רבה עוד יותר בשל העובדה שהחיבור הרגשי עלול להגביר בטווח הקצר את הפלשבקים (חוויה חוזרת של האירועים הטראומטיים, המלווה לרוב באימה ובכאב בלתי נסבלים) והמחשבות הפולשניות, ולהחמיר את המצוקה הנפשית באופן זמני. תיתכן גם החרפה זמנית וחולפת במחשבות האובדניות. מאחר שטכניקה זו מקלה באופן משמעותי את ההתמודדות עם התפתחויות אלה אי אפשר להפריז בחשיבות ההקפדה על יישומה.

על מנת להקל על הנפגעת את ההתמודדות עם הפלשבקים המתרבים, ניתן להשתמש בהתערבויות מסוגים שונים. ראשית, מין ההכרח לנרמל אותם ולהסביר לה את תפקידם (Muscar & Josefowitz, 1996). עלינו להבהיר לה שהם מייצגים ניסיון בלתי יעיל של המוח להשלים את עיבוד הטראומה, הגם שהם אינם מצליחים בכך במציאות. עצם ההבנה כשלעצמה מפחיתה במידת מה את מצוקתה. עוד נסביר שהעיבוד התרפויטי נועד אף הוא לאותה מטרה, אלא שהוא נעשה באופן מבוקר. בזכות זאת, על אף שהוא מחריף את הפלשבקים בטווח הקצר, הוא צפוי להוביל להיעלמותם המוחלטת עם השלמתו. מה רבה ההקלה שהיא שואבת מהבנה זו. הידיעה כי יש מענה לפלשבקים משיבה לה תקווה.

עם זאת, למרות שהבנת הפונקציה של הפלשבקים מקלה במקצת את מצוקת המטופלת, היא אינה מביאה לקצה. זה יקרה, כאמור, רק כפועל יוצא של השלמת העיבוד. על כן עלינו להקנות לנפגעת גם כלים להתמודדות עם הפלשבקים. מעל לכל נרצה לסייע לה לייצר דרכים לשימור האחיזה במציאות בעת שהללו מתרחשים, בעיקר באמצעות דיבור עצמי אשר יחבר אותה למציאות העכשווית ויחדד את העובדה שהפלשבק אינו אלא זיכרון. נעודד אותה להזכיר זאת לעצמה בעזרת אמירות מסוג "זה רק פלשבק, זה לא קורה באמת עכשיו. אני יכולה לעבור את זה גם אם זה מרגיש נורא. זה רק זיכרון".

וכן לייצר אוריינטציה לעצמה בהווה: "אני חווה כעת פלשבק, אך שמי הוא... גילי... אני עובדת ב... וכך". כמובן שהיא יכולה לעשות שימוש בכל הדימויים המרגיעים שפיתחה בהכנה לעיבוד או במהלכו, שישרתו אותה נאמנה גם כאן. כמו כן, חשוב שהיא תלמד לזהות את דפוסי הפלשבקים והטריגרים להם, על מנת להתערב בשלב מוקדם ככל הניתן ולהגביר את תחושת השליטה במתרחש.

הקלה נוספת עשויה להתקבל מההבנה שבאופן פרדוקסלי עדיף לא להיאבק בפלשבקים אלא לאפשר אותם. מתברר שזוהי הדרך הקצרה והבטוחה ביותר לעבור אותם. מטפורה מצינית, שעובדת כמעט ללא יוצא מין הכלל, היא המשלת הפלשבקים למערבולות בים. נזמין את המטופלת להיזכר בדרך הטובה ביותר להתמודדות עם מצבים אלה, ובמידת הצורך נזכיר לה שמאבק במערבולת עלול לסכן את הפרט עד לכדי טביעה, בעוד שזרימה עם המים הסוערים מקדמת את ההיחלצות מהם. נסביר שכך זה גם עם פלשבקים (ומצוקה נפשית בכלל), והמענה על כן זהה, דהיינו, "לזרום" עם הפלשבק עד לקצו. אין לתאר עד כמה הדימוי הזה משרת את מרבית הנפגעות, הנאחזות בו בהצלחה רבה כל אימת שמתעורר בכך צורך. בדיוק כמו באנלוגיה, גם הן מצליחות כך לצלוח בשלום את הגלים הסוערים שבהיזכרות הרגשית.

עוצמת הרגשות העולים בעת העיבוד עלולה גם להוות טריגר דיסוציאטיבי ולייצר הפרעות בתודעת ההווה, במהלך הפגישות הטיפוליות כמו גם ביניהן. הצפת הזיכרונות המכאיבים עלולה לעתים להחזיר את המטופלת היישר אל תוך נבכי התקיפה ולנתקה מהמציאות העכשווית. אלא שבכדי להתקדם בבטחה אל תוך מצולות העיבוד, היא חייבת לחוש כל העת שהיא נמצאת על חוף מבטחים ולא במעמקי אירועי הזוועה. על כן, כל אימת שיתפתח ניתוק, ולו הקל ביותר, עלינו להנחות את המטופלת באופן מרגיע אך עיקש, לחזור להווה. באפשרותנו להשתמש באמירות מסוג "בואי, חזרי עכשיו לחדר, פתחי עיניים, הסתכלי עליי ומצאי את דרכך חזרה לכאן". אפשר להשיב את האוריינטציה שלה ל"כאן ועכשיו" גם באמצעות שאלות פשוטות לגבי מרכיבי הסביבה המקיפה אותה, כגון הריהוט שבמשרד, התמונות שעל הקיר וכדומה, תוך מיקודה בתשובותיה. בנוסף, אפשר להזמין אותה להתמקד ביתרונות המציאות הנוכחית בהשוואה לאותו מקום או זמן בעברה. נמשיך בזאת עד לצמצום מרבי של הדיסוציאציה וחזרה מקסימלית למכוונות הווה מלאה. התערבות זו עשויה גם להגביר את תחושת השליטה ויכולת הוויסות הרגשי. בשיטת EMDR רצוי לחזק את התהליך

באמצעות סטים קצרים. במקביל, מן הראוי לשקול אם נכון להמשיך מיד בתהליך העיבוד או שמא יש צורך לתגבר את כוחותיה של המטופלת טרם חידוש.

עם כל היתרונות שבחיבור הרגשי והרווח הטיפולי הטמון באבריאקציה, יודגש כי אין הם תנאי הכרחי להחלמה (Parnell, 1999). טעות נפוצה היא לחשוב שהטיפול לא יתקדם כראוי בהעדרם, אך המציאות מעידה כי קיימת שונות לא מעטה בנתיב להחלמה, ואין דרך טובה יותר או פחות. בעוד שיש מטופלות המביאות לידי ביטוי כאב קורע לב המלווה בבכי בלתי נשלט, מטופלות אחרות שעובדות קשה לא פחות ומתקדמות כראוי לכיוון ההחלמה, עשויות להפגין רגשות מעטים. כשם שאין להיבהל מביטויי רגש עוצמתיים במיוחד, כך אין לדאוג בנוגע להעדרם, כל זמן שברור כי לא מדובר בניתוק רגשי ויש עדות ברורה להתקדמות.

יתרה מזו, כפי שצוין קודם לכן, תהליך העיבוד אינו מחייב בהכרח חשיפה לטראומה במלוא עוצמתה, כך שחשיפה אינטנסיבית, הגוררת רגשות עזים, איננה תמיד מחויבת המציאות. למעשה, הניסיון מלמד שניתן לעבד טראומה עם חשיפה מינימלית לאירועים (Parnell, 1999; Steel, 2007). במקום חזרה נשנית לנרטיב הטראומתי, ניתן לרקום במהלך שחזור האירועים נרטיב חלופי אשר יתקן את החוויה המקורית. במונחים של EMDR, ייעשה שימוש בשזירה טיפולית לסוגיה, במטרה לווסת את עוצמת החשיפה והתגובה הרגשית לה. חלק מהתערבויות ממתנות אלה עושות שימוש בדמיון מודרך, וניתן להשתמש בהם בטיפול מכל סוג, ללא קשר למתודה הטיפולית הספציפית. יעילותן נובעת מכוחו המופלא של הדמיון לחולל שינויים בחוויית ההווה.

לעיצוב החוויה המתקנת נזמין את המטופלת להתחבר למשאבים פנימיים שנבנו בשלב ההכנה כמו למשל דמויות מיטיבות, דמיוניות או אמתיות, אשר ילוו אותה ויסייעו לה במהלך העיבוד. אלה יקלו את ההתמודדות שלה עם המצוקה ויתרמו ליכולת עמידתה. ייתכן שהם אף יושיעו אותה מן התופת בסיפור החדש שיירקם, וישנו, ולו במעט, את הנרטיב השלילי. כדי להגביר את תחושת הביטחון, ניתן לפתח דמויות פנימיות נוספות שבכוחן להקנות לה תחושת מוגנות מעצימה, ולשלב אותן בנרטיב החלופי המתהווה. עלינו להתאים את התהליך לצרכיה הייחודיים של כל מטופלת, אשר תרקום את הנרטיב החלופי בכוחות עצמה, ותיעזר בנו כל אימת שיידרש.

מבחינה מעשית, ההתערבות מתחילה בחשיפה עדינה לחלק מאיים של האירוע הטראומתי, באמצעי העיבוד הרגילים שבהם אנו עושים שימוש (EMDR או כל שיטה אחרת). תוך כדי כך, המטופלת מתבקשת לדמיין תפנית מפתיעה לטובה בהשתלשלות העניינים ולפתח את הנרטיב החלופי באופן מרבי. רבים מהנרטיבים הללו ייסובו סביב הבסת התוקף, אם על ידה או בעזרת בעלות ברית חיצונית. כך למשל, ייתכן שתדמיין את עצמה מתמלאת כוחות-על בסיטואציה האלימה, בולמת את הפוגע ומגנה על עצמה.

בשלב זה ניתן גם לעשות שימוש בטכניקת מצבי האני (Watkins & Watkins, 1997) המתוארת בפרק "להיערך לעיבוד – חיזוק המשאבים". מדובר בהמשגת מצבים מנטליים כאינטראקציה בין דמויות פנימיות הממלאות פונקציות שונות בתוך עולם הנפש, ומגויסות במהלך הטיפול לשירות העצמי. בהקשר ספציפי זה ייעשה שימוש בחלקים פנימיים טיפוליים המחברים לביטחון ההווה ומסוגלים להעביר תחושת ביטחון זו לחלקים הפגועים. על פי המשגה זו, מי שעוברים את תהליך העיבוד בטיפול הם החלקים שקפאו בזמן בעת הטראומה. המפגש עם הזיכרונות הטראומתיים מחייב אותם להתעמת ישירות עם הזוועות שעברו, והם יכולים להיעזר לשם כך בתמיכתם של החלקים היציבים האחרים.

אחת הדרכים המופלאות ביותר שחלקי האני האיתנים יכולים לסייע לאלה הפגועים היא בהתייבבות לצדם בדמיון, בתוך סיפור המעשה. למשל, ניתן להכניס לנרטיב חלק פנימי איתן באופן מגונן ותומך, כדמות מושיעה המשנה לטובה את סיומו. ייתכן שדמות זו תחלץ את הנפגעת מהתוקף או תזעיק עזרה חיצונית שתגיע להושיעה. בנוסף, היא תעטוף את הנפגעת בחמלה והכלה ותיטע בה תחושה של ביטחון ושליטה. בתהליך זה מושגות שתי מטרות בו זמנית: ויסות רגשי ואמפתיה עצמית. הראשונה נקשרת לאפקט ההכלה של ההתערבות, ואילו השנייה היא פועל יוצא של החיבור בין חלקי האני השונים. במידה שבה חלק איתן תומך בחלק פגוע, הרי שהדמות הפנימית המסייעת מפתחת אמפתיה כלפי זו הפגועה שאולי לא הייתה שם קודם לכן כלל.

ניתן להיעזר, באופן דומה, גם בדמויות מציאותיות מהעבר או מההווה שיתייבבו לצדה. יש והמטופלת תראה בדמיונה דמות חזקה חיצונית המגיעה לחלצה מן התופת ו/או לחסל את הפוגע. אפשר שדמות מגנה ומיטיבה מעין זו תוכנס לנרטיב ותשנה את השתלשלות העניינים. בתפקיד זה יכול לשמש כל

אדם אשר השאיר חותם חיובי בשלב כלשהו בחיי המטופלת. גם המטופלת או נשות ואנשי מקצוע אחרים, כדוגמת שוטרת מלאת חמלה, יכולים לקבל תפקיד מגוון בתרחישים הדמיוניים הנרקמים בתהליך זה, כהמשך ישיר לתפקידן המתמשך כישות תומכת, מגוננת, מנחמת ומכילה במציאות חייה העכשוויים. בנוסף, המטופלת יכולה להיעזר בכל דמות דמיונית אחרת, כדוגמת פיות או מלאכים למשל, אשר יכניסו שינוי חיובי בנרטיב המקורי.²

מרתק לראות כיצד רוב רובן של המטופלות מתחברות על נקלה להמשגה זו ומצליחות לרקום ללא קושי תפניות מרחיקות לכת בסיפור המעשה, גם אם לא התנסו מעולם קודם לכן בדמיון מודרך. במידת הצורך ניתן לסייע למתקשות באמצעות הסבר קצר או דוגמאות, תוך הימנעות מוחלטת מהפעלת לחץ. אם המטופלת מביעה התנגדות נחרצת או מבוכה, לא נדחק בה או נביך אותה, אלא רק נבדוק איתה אם היא מעוניינת לנסות את השימוש בטכניקה זו במועד מאוחר יותר. כתמיד, ההחלטה נתונה בידיה באופן מוחלט ואנו נכבד אותה באשר תהא.

חיזוק נוסף ליכולת העמידה בתהליך העיבוד יכול להתקבל באמצעות מסגור מחדש (Reframing) של היבטים כאלה או אחרים של הנרטיב, באופן שיאפשר לנפגעת לספרו בדרך חלופית ומעצימה. כך היא תוכל להבחין בחוזקות שלא זיהתה עד כה ובכוחות נפש שבזכותם שרדה. נרטיבים חלופיים אלה יהוו מקור לכוח ולעוצמה וייתנו מענה לתחושת הנישול מהם. יש להכניסם לאור הזרקורים, להגדילם ולהרחיב את נוכחותם. לדוגמה, ניתן למסגר מחדש את הקיפאון כאקט הישרדותי, המעיד על יכולתה של הנפגעת לנהוג בדרך הנבונה ביותר באותה סיטואציה, שאולי בזכותה שרדה את האירוע. יתרה מזו, אם היא תפסיק לראות בקיפאון כישלון להגן על עצמה ובמקום זאת תראה בו הבעת התנגדות נחרצת באמצעים היחידים שעמדו לרשותה באותה עת, הכעס העצמי יומר באמפתיה ובגאווה. הסיפור החדש שהיא תספר לעצמה מכאן ואילך יציג אותה באור חיובי ואמיץ בעיני עצמה וישחרר אותה מתחושות האשמה. תגובתה תיתפס כעת כמעצימה, באופן שיצבע את חוויותיה הרגשיות בצבעים אחרים בתכלית.

עיבוד קוגניטיבי

² שיטת התערבות זו מתוארת בהרחבה בפרק "הטיפול בילדה הפנימית שנפגעה מינית".

תהליך העיבוד בשיטת ה-EMDR, כמו גם ביתר השיטות, כולל באופן אינטגרלי גם הבניה מחודשת של מכלול הקוגניציות השליליות האופייניות ביחס לעצמי והמרתן בתחליפים חיוביים. למעשה, כבר בשלב ההתחלתי של הטיפול, המטופלת מתבקשת לדווח על מכלול המחשבות השליליות שיש לה לגבי עצמה בעקבות הפגיעה, ואלה עוברות עיבוד יחד עם המרכיבים הרגשיים והסומטיים של האירוע. חלק גדול מהם נפתרים באופן ספונטני בתהליך זה, אך לא פעם נותרים ספיחים לא מעטים של אשמה ובושה ייחודיים לפגיעות מיניות. הדחק הפוסט טראומתי מתייצב ותסמיניו הפולשניים הולכים ונעלמים, אך האשמה ממשיכה להדהד ללא הקלה מספקת. כדי לתת לכך מענה יש צורך לעשות שימוש לא אחת בהתערבויות ספציפיות, כדוגמת Cognitive Interweaves, הפונות ישירות לכל אותן קוגניציות שליליות האופייניות לפגיעה מינית. מאחר שזהו רכיב מרכזי בטיפול בנפגעות תקיפה מינית יוחד לו פרק נפרד, הוא הפרק הבא, העוסק בעיבוד הקוגניטיבי והמכיל התערבויות רבות שניתן להשתמש בהן לתכלית זאת בכל הגישות הטיפוליות.

הכלה בסיום כל פגישה

החשיפה לזיכרונות טראומטיים כואבים במהלך העיבוד, מחייבת את סגירתם באופן הרמטי ככל שניתן לקראת סיומה של כל פגישה. זאת כדי שהמטופלת תצא לדרכה כשהיא אסופה במידה המרבית. העיבוד הופך כך להרבה פחות מאיים ונעשה אפקטיבי ואדפטיבי הרבה יותר. בזכות הסגירה המטופלת מרגישה מוגנת באופן יחסי מפני הצפה מתמשכת בין הפגישות, מה שמצמצם את חששה מפני נגיעה בזיכרונות המכאיבים. כדי להבטיח תהליך נעילה אופטימלי, מומלץ להפסיק את תהליך העיבוד כחמש עד עשר דקות לפני סיום הפגישה ולקיים טקסי סגירה לבחירת המטופלת. ניתן לעשות שימוש יצירתי בדמיון. למשל, לקראת סוף כל פגישה אפשר להציע למטופלת להפקיד את הזיכרונות שעלו במהלך העיבוד במקום אפסון וירטואלי בחדר הטיפולים אותו תייצר עבור עצמה בדמיונה. כל צורת אחסון שתבחר מקובלת וראויה – קופסה סגורה ונעולה, מכלים צבעוניים בשלל צורות ועוד כיד הדמיון הטובה. נאמר לה שאין כל סיבה שהזיכרונות הכואבים ילוו אותה במהלך השבוע, אם היא אינה רוצה בכך, ולכן הם ימתינו לה עד שתבחר להוציאם במפגש הבא ולהמשיך מהנקודה המדויקת שבה עצרה. כתמיד, המושכות בידיה והיא זו שתקבע אלו זיכרונות תרצה לאפסן וכמה מהם תרצה לקחת עמה. בדומה ליתר ההתערבויות בדמיון, מדהים לראות כיצד רובן הגדול של המטופלות מתחברות להתערבות זו ללא כל קושי ומוציאות אותה אל הפועל בהצלחה יתרה.

אבל בסיום תהליך העיבוד

לעיתים קרובות ביותר, כאשר נדמה ששלב העיבוד הגיע לסיומו, מציף לפתע את הנפגעת עצב תהומי. התפתחות זו יכולה להתרחש בצמוד לשלבי העיבוד האחרונים או אפילו זמן מה לאחר מכן. תגובה רגשית זו מפתיעה את הנפגעת ואף מפחידה אותה, שכן היא ניצבת בסתירה גמורה לתחושתה שהיא סיימה את העיבוד. היא חווה אותה, על כן, כנסיגה לאחור. אך לא מדובר בנסיגה כלל ועיקר כי אם בשלב האחרון של העיבוד. באופן שגרתי ביותר, ממש עם השלמת תהליך העיבוד, עשויה להציף את הנפגעת תגובת אבל על האובדן הטראומתי שהיא חוותה (הרמן, 1994). מעמקי נשמתה עולה יגון עמוק ובלתי נמנע על האובדנים הרבים שחוותה בשל התקיפה, והיא אבלה על כל שאבד ונגזל ממנה כתוצאה מהפגיעה. חשוב לא להיבהל מתגובה זו ולנרמל אותה, תוך הסברת תכליתה. יתר על כן, ניתן לראות בה עדות לכך שהטראומה אכן עובדה כמעט במלואה. תובנות אלה מרגיעות את המטופלת ואף משמשות עדות לעמידתה האמיצה במסע ולניצחונה. מכאן הדרך להחלמה המלאה נפרשת בפניה, והיא נכנסת בשערה מכוונות לצמיחה, בתחושה של תקווה והקלה גדולה, ובידיעה שהיא נמצאת על סף קבלת חייה בחזרה.

ביבליוגרפיה

הרמן, י. (1994). טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.

Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259-272.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. NY: The Guilford Press.
- Gilson, G. & Kaplan, S. (2001). *The therapeutic interweave in EMDR: Before & beyond*. Waterloo: Therapists Resources.
- Jaycox, L.H., Zoellner, L., & Foa, E.B. (2002). Cognitive–Behavior Therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 891–906.
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 113-128.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1071-1089.
- Leeds, A. M. (2009). *A Guide to the EMDR Standard Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*. NY: Springer Publishing.
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34*, 307-315
- Funded by Kaiser Permanente. Results show that 100% of single-trauma and 80% of multiple-trauma survivors were no longer diagnosed with post-traumatic stress disorder after six 50-minute sessions.

- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, 11, 195-208.
- Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh & Olf. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200, 224-231.
- Muscar, I. & Josefowitz, N. (1996). Flashback Phenomena in Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Four-Stage Treatment Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 26.
- Parnell, L. (1999). EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children. NY: W. W. Norton.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Rogers, S. & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

- Rothbaum, B. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. NY: The Guilford Press.
- Steel, A. (2007). *Developing a Secure Self*. Retrieved from <http://www.april-steele.ca/handbook-toolkit.php>.
- van der Kolk, B., Spinazzola, J. Blaustein, M., Hopper, J. Hopper, E., Korn, D., & Simpson, W. (2007). A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine and pill placebo in the treatment of PTSD: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37-46.
- Watkins, H. H. & Watkins, J. G. (1997). *Ego States Theory and Therapy*. NY: W. W. Norton.
- Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment of post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- World Health Organization (2013, Aug 6). *Guidance on mental health care after trauma*. Retrieved from

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Bittinger, J. N., Bedar-Gilligan, M. A., Slagle, D. M., Post, L. M., Chen, J. A. (2011). Trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 300-308.