

תיסמונת איחוז באישיות היסטריונית: גירוש שדים ופסיכותרפיה

ד"ר אלי זומר^{1,2}

במשך מאות בשנים מרווחות בתרבויות העולם תופעות של גלגול נשמות, דיבוק וכניסת שדים כבני-אדם. אנשי בריאות נפש ואנתרופולוגים שמו לב לדמיון הקיים בין מאפייני התופעה לבין הפרעות דיסוציאטיביות. מאמר זה משווה בין גישות איבחון והתערבות פולקלוריסטיות לבין גישות הלקוחות מהפסיכולוגיה הקלינית. תופעות דיבוק ואיחוז נחוצות כדרך כלל כתופעות בעלות משמעות רחבת ומיסטית. חכמי החסידות, למשל, תיארו את תופעת הדיבוק כחלק מתהליך תיקון הנשמות ההכרחי לגאולה. לתופעות פראנומליות מסוג זה יכונה לא רק תפקיד בביטוי דתים אסורים בחברה השמרנית, אלא גם בהגברת הבקרה החברתית על סטייה. מתוארת דינמיקה משפחתית, שיכולה לתרום, לדעת המחבר, להתפתחות קור אישיות היסטריונית ונטיות קונברסיביות, שמהם עלולה גם לצמוח תסמונת איחוז. המאמר מתאר שלבים בטקס גירוש רוח רעה של יהודי מרוקו, כפי שחועדו על-ידי יורם בילו וממליץ על מאפיינים מקבילים בעבודת הפסיכולוג. המאמר מציע לבחון טכניקות עממיות עתיקות, ששימשו לטיפול בהפרעות בהתנהגות האדם טרם הופעת הפסיכולוגיה. מתואר איבחון וטיפול באשה בת 19, שאובחנה כבעלת אישיות היסטריונית וסבלה במשך שנתיים מאיחוז של שר.

השונות והם דומים לסמפטומים, המתוארים בספרות הפסיכולוגית כסימנים דיסוציאטיביים (3). כיום, קיימת הצעה להוסיף את התיסמונת, שתכונה כאן איחוז, לפרק על הפרעות דיסוציאטיביות. במהדורות הבאות של ה-DSM-IV (4) וה-ICD-10 (5). ההקשר הפולקלוריסטי-דתי של חלק מהתופעות הללו והמסורת רבת השנים של גירוש דיבוקים ורוחות רעות מגופות של בני אדם מעוררים עניין בהקשר של יישום טכניקות טיפוליות במצבים כאלה.

תיאור התופעה

מקורות פולקלוריסטיים, אנתרופולוגיים ופסיכולוגיים מתארים סידרה של סימנים, המופיעים במצבי דיבוק ואיחוז. שינויים בביטוי ובבקרה הרגשית, הכוללים תוקפנות ותוקפנות המכוונת כלפי עצמו, מצבי אימה המגיעים עד רעד, קפיצות ופירכוסים של הגוף והתקפי כיפיון עד אובדן הכרה. שינויים מוטוריים אחרים כוללים עיוותי פנים וגלגול עיניים לאחור. מבחינת מלל נצפו גלוסוליה (דיבור בהברות כלתי מובנות), קופרולליה (ניבול פה), השמעת קולות לא אנושיים או אלם. קיימים דיווחים על גילויי כוח על-אנושיים, תחושות כבדות באיבר, שבו חל האיחוז, או בגוף כולו, עקיצות וכאבים באיזור הנגוע ברוח, הבעת תיעוב ותוקפנות כנגד סמלים

רוחות מפורטים בקשר להופעת רוחות דיבוק וכניסת שדים לתוך בני אדם עוררו עניין ומיסתורין ועוד הרבה קודם להעלאה הראשונה של מחזהו של אנסקי 'הדיבוק' בהבימה. עדויות כדורות קיימות כבר מאז המאה ה-16, ובאות מתורת הגלגול הקבלית, שעסקה לראשונה בתופעות הללו. אחד מתלמידיו של האר"י כתב בהקשר זה:

"וכבר ראינו בצפת ח"יבכ כמה אנשים שנכנסו בהם רוחות מכני אדם מתים, והכירו בהם והיו מתגלגלים בצער גדול ולא היה להם מנוחה כלל" (1, ע' 104).

הרקע ההיסטורי-תרבותי של צפת במאה ה-16 עשוי להסביר את המקום, שתפסה תורת גלגול הנשמות בהגות המקובלים. חכמי הקבלה עסקו בתיקון הכולל הנדרש בעולמות היקום על מנת לזרז את הגאולה. חשיבות רבה הוקדשה לתיקון חטאים ולחזרה בתשובה. הרצון המוצהר של מוסרי דוחות הדיבוק באותה תקופה היה להעמיק את האמונה בשכר ועונש לאחר המוות. ואומנם, הסיפורים, שסופרו על-ידי האר"י ותלמידיו, לא היו על כניסת שדים בגופות בני אדם, אלא על נשמות מתים המחפשות תיקון (2).

לסימנים האיבחוניים להימצאות רוח או שד באדם (possession state), יש קווים מקבילים מעבר לתרבויות

¹ המרכז לחקר לחץ פסיכולוגי ע"ש ר.ד. וולף אוניברסיטת חיפה.
² מ.ר.ט.ל. – המכון הישראלי לטיפול ומניעת לחצים, חיפה.

בעלי ערך חברתי. מרווחות גם תופעות פראפסיכולוגיות, כמו טלפתיה וטלקינזיס (2, 4).

לתופעה יש היכטים רתיים מיסטיים והיא מעוררת הרבה שאלות מתוך תורות הנסתר ביחס למהות ההוויה של ישויות ללא גוף ביולוגי. האמונה ברוחות ושדים ובגלגול לגופות בני-אדם זרה למסורת ישראל, הבאה לידי ביטוי בתנ"ך. רק במאה ה-12 הופץ בפירובאנס "הספר הבהיר" (6), הנחשב לאחר הטכסטים היהודיים הראשונים, העוסקים במסורות מיסטיות של גלגול. הגלגול, בתפישה הקבלית והמיסטית, הוא ביטוי לאמונה של השייכות העמוקה של האדם לעבר של האנושות ולעתידה, ולהיותו חלק משרשרת נצחית, הקושרת אותו לאנושות ולקוסמוס.

אך מה בין המשגה רוחנית-פילוסופית זו לבין החוויה של הפרט, שאינו מתמצא כלל ברוי התורות המיסטיות וחווה בכל זאת סימנים של איחוד?

מערכת הסימנים שתוארה לעיל מזכירה, כאמור, תופעות הנצפות בהפרעות דיסוציאטיביות בכלל, ובהפרעות אישיות מרובת-פנים (multiple personality) בפרט. במקרים כאלה אפשר לצפות, גם כן, לשינויים בהכרה ובחורפה, שינויים בדפוסי התנהגות והופעה, שינויים בהכעות הפנים, שינויים בזיכרון, שינויים במצב הרוח, הפרעות אנטי-סוציאליות, והתנהגות של פגיעה עצמית (7).

תופעות כניסת שד בבני-אדם קשורה גם, קרוב לוודאי, בתהליך היטמעות האובייקט ובפיצול שנעשה כדי להקל על התהליך. תהליך דומה, שבו קיימים מרכיבים של הכחשה והשלכה, ניתן לאתר אצל ילדים, המתקשים לקבל את הרוע שבתוכם. ילדים, המסבירים התנהגות בלתי מקובלת מבחינתם על-ידי ייחוסה לילד הרע' או ל'שד' או ל'יצר הרע', מבטאים יכולת לאבחנה פנימית בין טוב לרע, ניסיון לדחות את החלק בתוכם, שאותו הם מעריכים כשלילי, ומאמץ להיפטר ממנו על-ידי הגדרת היישות הפנימית הלא רצויה כנפרדת מהאני. מצב כזה הוא תולדה של תנאים חריגים בתהליך ההתפתחותי התקין. לפי מלאני קליין, התנאי הקיומי ההכרחי להתפתחות תקינה של הילד הוא האהבה המעניקה, המאפשרת לילד לחוות את עצמו כמי שהוא טוב דיו בכדי להיות ראוי לקיום. קליין מציגה את היחס הבסיסי ההכרחי בין האם לתינוקה ככולל בתוכו גם מרכיב רע', תוקפני, המציב גבולות, אוסר ומאלץ את התינוק ללמוד לדחות סיפוקים.

במצב שבו יש ביחס ההורה יותר תנטוס מאשר ארוס, יותר תוקפנות מאהבה, יותר רוע מטוב, יש סכנה להתפתחות של הפרעות אישיות גבוליות, המאופיינת באי-יציבות רגשית, ניכור וכעס ללא מידה. הכעס הזה, כאשר הוא נוצר על רקע של התעללות בילד, עלול להתבטא גם כפגיעה עצמית, בהתנהגות אנטי-סוציאלית ובמצבים דיסוציאטיביים, הניכרים גם בשינויים במצב ההכרה, אמוניה או שינויים בזהות. שינויים כאלה עשויים לכלול שינויים בביטוי הכוח הפיסי, בהבעות הפנים ובגוון הקול. חלק מן השינויים הללו עשוי להיות

רלבנטי עבור מטפלים המתעניינים בדיסוציאציה. הפרעות אלו יורעות כקשות לאבחנה ורוב הפציינטים, הלוקים בה, מקבלים עד ארבע אבחנות מוטעות לפני שהפרעה דיסוציאטיבית מאובחנת בצורה נכונה (8).

מרכיב אחר של תופעת האיחוד עשוי להיות קשור להיבטים ההיסטוריוניים של התופעה. היסטוריה הוגדרה כניסיון לשמר את מיתוס הפאסיביות מתוך ניסיון להתרחק מאחריות על מחשבות, רגשות, ורעפים (9). במובן זה, יפתח הפציינט ההיסטרי תופעה קונברסיבית כדי להימנע מהתמודדות ישירה עם רגשות מאיימים או כדי להביע רגשות כאלה בצורה מאיימת פחות. הפציינט ההיסטרי וקוק לעידוד, תשומת לב ושבח. אנשים עם הפרעת אישיות זו נוטים להגיב בצורה רגשית רבת עוצמה והפכפכה ויש להם צורך להיות במרכז תשומת הלב. התעלפויות, התקפי זעם, כפי חסר מעצורים בתגובה למצבים סנטימנטליים קלים הם דוגמאות לשינויים מהירים ודרמטיים בביטוי הרגשי של פציינטים אלה (10). אבחנה מברלת במקרה של תלונה על תופעת איחוד ספיריטואליסטית צריכה, אם כן, לשלול הפרעות אישיות היסטוריות. יחד עם זאת, חשוב להביא בחשבון שהתופעות הן סימטוניות ויכולות להופיע יחד (11).

חוט שני, שנראה לי כמקשר בין ההמשגות השונות של תופעת האיחוד, הוא המוטיב המיני. היו אלה כבר חכמי הקבלה הראשונים, שקשרו בין התנהגות מינית, הסוטה מדרך הישר, לבין תופעות גלגוליות וכינו את כניסת הרוח של האדם "עיבור". בניתוח ספרותי של דיווחים על כניסת רוחות כאנשים מצא כילו (12), שמתוך 63 מקרים 41 היו נשים ו-22 היו גברים. כ-35 מקרים היתה חודירת רוח זכר בגוף נקבה. יש דיווחים על זיווגים "הומוסקסואליים" בין מין הרוח למין האדם, אך לא היו במחקר זה כל דיווחים על חודירה של רוח ממין נקבה לגוף ממין זכר. כלומר, פעולת החודירה המינית מוצאת הקבלה בתופעת איחוד, בכך שהשד החודר הוא בדרך כלל ממין זכר. רוב קורבנות התופעה הן צעירות, החוות את כניסת הרוח כאונס. כאשר קיימים דיווחים על האיבר, בו הרוח נכנס, מסתבר שלעמים תכופות הוא הנרתיק (אצל נשים) או פי הטבעת (אצל גברים) (12). יחד עם זאת, לא רק שכניסת הרוח והתגובות הגופניות הקשורות בתופעה הן בבחינת מטאפורה מינית בוטה למדי, אלא שמצב הרוח הזה יכול לאפשר גם ביטוי מוטורי, מילולי ורגשי של אנרגיה מינית, שלא היתה יכולה להתבטא, אלמלא האפשרות ליחסה לאותה ישות פראנורמלית.

המוטיב המיני קיים גם בהמשגות האחרות של הכעיה. התנאים הסכיכתיים, המאפשרים התפתחות של אישיות היסטורית, כוללים תיאור של אב מפתה ומעורר (13, 14), השבו בצרכים הנרקסיסטיים שלו לקניינות והרואה בילדה*

* רוב הפרעות האישיות מסוג זה הן נחלת נשים, אי לכך, תרון התופעה מנקודת מבט של אשה.

שלוחה שלו. מוקדם בחייה הופכת הילדה, שנבחרה לשקף את האב, לבת-בית ליהסים שיש בהם מאפיינים של קשירת קשר ושבה הילדה פוגמת במעמד האם ומתחרה על מקומה. האם מתוארת כקרה, מרוחקת, מוטרת בגלל אי הביטחון שלה ומתקשה לתפקד כמודל לחיקוי עבור בתה. הילדה הופכת למשכון במאבק הזוגי של ההורים (15) ומרכוזת את הקונפליקטים הפנימיים והבעיות הנפשיות של הוריה (16). אל מול הורים בעלי דיעות מנוגדות, המבטאים מגמות אישיותיות הפוכות, המפתחים זה מערכו של זה, חייבת הפציינטית ההיסטרית לפתח בריתות נפרדות עם כל אחד או לנטוש הורה אחד למען האחר.

כדי לחוש שלימה ועל מנת לפתור את המשולש האדיפלי, חייב האני של ההיסטרית לנסות לבצע אינטגרציה של האינטרויקטים הרגשיים של שני ההורים. הצורך להיות כנועה וממלאת את התפקיד הבעייתי, שיעדו לה ההורים בקשר הזוגי, מעורר תחושות אין-אונים. אין-האונות, אי-האחריות והפאסיביות הופכים מאוחר יותר לכלי ביטוי של הכעס, המתבטא בדרך כלל בדרכים עקיפות, המאפשרות לה לא לחוש את הרגשות העזים, שאותם היא מתקשה להטמיע (17, ע' 283-328). באופן כזה גוברים הסיכויים להופעת ביטויים רמטיים של התנהגות מינית או תוקפנית, שעליהם אין הפציינטית יכולה לקחת אחריות. בהקשר תרבותי מתאים, עשוי ביטוי רגשי כזה לקבל ציביון של רוח רעה, שד או דיבוק, שאותו בהיסטרית וגורם לה להביע רגשות והתנהגויות, שאין היא יכולה לקחת עליהם אחריות פסיכולוגית.

התערבות

א. עבודת מגרש השדים

שדים ורוחות רעות מהווים אנטי-תיוה לאלוהות הטובה. בתרבויות מסורתיות או דתיות טופלו בני אדם נגועים בחופעות הללו על-ידי אנשי מיסטיקה ודת, שגייסו את סמלי הטוב האלוהי כדי לגבור על הרוע השטני. במסורות היהודיות והנוצריות קוראים מגרשי השדים מומרים, תפילות ופרקי קורש. הקריאה נעשית באופן חוזר ונשנה, בריכוז ובתחושת כוונה (18). המטרה היא לעורר בשד הטמון רצון למחות או להיאבק בסמכות האלוהית וכך להוציאו החוצה. הרב המרפא מבטא גם שמות מלאכים, וניסוחים מיסטיים כדי לשבור את השד (19). במסורת יהודי מרוקו מאופיינים שמונה צעדים בטקס גירוש הרוח (20):

1. זיהוי השד. גילוי שם השד חשוב ביותר, במיוחד משום שזה מאפשר מניפולציה טקסטית מיסטית של השם בתהליך ההחלשה והגירוש של השד.
2. אילוף השד למשא ומתן. השד קורא תגר על המגרש וכוחותיו, ולכן, על המגרש לגלות כוחות, שיאלצו את השד להכיר בכוח שעומד מולו, ולהביאו למשא ומתן על התנאים לעזיבתו.

3. גילוי הסיבות לכניסת השד. כניסת השד מומשגת כתגובה למעשה של הקורבן, שקדם להופעת הבעיה. בירור סיבות הכניסה חשוב, על כן, לריפוי, ונעשה גם אם השד מסכים לעזוב.

4. הגדרת התנאים לעזיבת השד. לעתים, למרות הכח-שט הטענות מצד השד לגבי אשמת הקורבן, נאות המגרש לפייס את השד בהתנצלות או אף בהצעת תיקרובת.

5. השגת מחויבות מצד השד לעזיבה.

6. השגת מחויבות לעזיבה דרך איבר בטוח. מאחר שהשד מעדיף לעזוב תוך גרימת נזק גופני, מאלצו המגרש לעזוב דרך אחת מבהונות הרגל, כדי להפחית למינימום כל נזק פוטנציאלי.

7. השגת וודאות שהשד עזב. נעשה על-ידי תצפית בשינוי מצב ההכרה, הרגש וההתנהגות, ולעתים על-ידי חיפוש סימן במקום העזיבה בגוף.

8. חיסון הפציינט כנגד כניסת שד נוספת. נעשה בדרך כלל על-ידי מתן קמיע מתאים (20).

מגרשי שדים בתרבויות העולם נוהגים להעניק סיוע גופני ורפואי לפציינט, שעלול להיות חלש למדי כתום התה-ליך. הפציינט מקבל בשלב זה גם ייעוץ לאורח חיים חסוד וישר, שיימנע כניסת שדים ורוחות לגופו בעתיד (19, 21).

בתהליך הריפוי עושים מגרשי השדים שימוש בחפצים קדושים כמו צלבים, נרות, קטורת, מים קדושים וספרי קורש. המגרש עצמו נוהג להתגונן על-ידי קמיעות כדי לא להיפגע. טקס הגירוש נעשה בבית-הכנסת או בכנסיה, או לחילופין, לאחר טיהור השטח והכנתו, בבית המגרש או בבית הפציינט (3). בזמן הגירוש הפציינט שוכב, בדרך כלל, או נח בכורסה עמוקה, כאשר מספר גברים חסונים נוכחים לצורך ריסון בעת הצורך (19).

ב. עבודת הפסיכולוג

הוצאת שד מגופו של פציינט הוא תהליך זר למסורת המקצועית של הפסיכולוג המערבי. יחד עם זאת, יש לתופעות של איחוז וכניסת רוחות מאפיינים דומים מעבר לתרבויות השונות ואלה חופפים בסימניהם, במידה רבה, לתופעות היסטוריות ודיסוציאטיביות. תיאורטיקנים מתחומי הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והאנתרופולוגיה טענו כי ייתכן שניתן ליישם טכניקות של גירוש שדים מסורתיות לטיפול בפציינטים דיסוציאטיביים בתוך פרדיגמות טיפוליות בנות זמננו (3, 4). ניסיון כזה של גירוש שדים ופסיכותרפיה התפתח בברזיל (22). כאשר פציינט היסטריוני מציג תופעת דיבוק, במיוחד אם הוא מעוגן בתוך חברה מסורתית, בה סמלים כגון אלה מהווים חלק מהאחוס התרבותי, הרי יש מקום לשלב אסטרטגיות של גירוש שדים בתוך הפסיכותרפיה, השמה לה למטרה השגת אינטגרציה טובה יותר של האישיות. השלבים בטקס יהודי מרוקאי של גירוש שדים, שתוארו לעיל (20), ישמשו כבסיס לניתוח התהליך הפסיכולוגי המוצע.

לעתים שימוש בהיפנותרפיה עם מקרים של קונברסיות הי-טטריות (25).

בתהליך גירוש השד יש מקום לתת את הדעת למצב הסוגסטיבי של הפצינט לחשיבה הקונקרטי והטרנס-לוגית, המאפיינת אנשים במצב היפנוטי (26). הוצאת השד דרך איבר רגיש, או אי הקפדה על מתן סוגסטיית פוסט-היפנוטיות לאיחוי רקמות והחלמתן כתום התהליך, עלולים להשאיר את הפצינט עם פגיעה קונברסיבית לא רצויה.

7. השגת וודאות שהשד עוב. גישות היפנותרפיוטיות התנהגותיות ודינמיות להסרת סימפטומים מוכיחות את עצמן לעתים תכופות, לא רק כקצרות מועד, אלא גם כיעילות. למעשה, ידוע כיום שסוגסטיית ישירות להסרת הסימפטום עשויות להיות יעילות באופן מיידי ודרמטי עם פצינטיים סוגסטיביים (27, 28). כתום תהליך הגירוש יש מקום לנסות לקרוא לשד שנית, על מנת לוודא שהוא עוב את הגוף. לאחר שמושגת אינטגרציה בטיפול בהפרעת אישיות-מרוכבת פנים, נוהגים מטפלים לפקח על הפצינט ולוודא שאישיותו מאוחדת ואחידה. תהליך זה מבוצע, בין היתר, על-ידי חיפוש היפנוטי של פצלי אישיות (29). ברור, יחד עם זאת, כי גירוש השד אינו פעולה מבודדת. פגישות טיפוליות בהמשך יכולות לשמש כמעקב המוודא שהשד לא חזר ושהסימפטום לא הוחלף.

8. חיסון הפצינט כנגד כניסת שד נוספת. בשלב זה יש מקום לאפשר לפצינט לברר את משמעות התופעה שחווה ולעזור לו לרכוש הרגלי התמודדות עם החיים, שאינם כוללים מנגנונים היסטריוניים ודיסוציאטיביים והמאפשרים ביטוי רג-שי ישיר. אם מדובר בפצינט צעיר, המגיב לפאתולוגיה של המערכת המשפחתית, זו העת לזמן גם את שאר בני-המשפחה לטיפול.

תיאור מקרה

לאה (שם כדוי) היא נערה בת 19 ילידת הארץ, בת להורים דתיים ממוצא צפון אפריקאי. היא הופנתה אלי לטיפול על-ידי רופא המשפחה שלה, עקב תופעה יומית של התעלפויות. ההתעלפויות התרחשו בדרך כלל בסביבת מקום לימודיה וגרמו מהומה ומצוקה רבה למורותיה ולחברותיה לספסל הלימודים. אמבולנס היה מוזעק כדי לפנותה לבית-החולים כל אימת שלא הצליחו לעוררה אחרי יותר מכמה דקות של אובדן הכרה. ההתעלפויות התרחשו בעיקר בהקשר למצבי מבחן ובעת שיחה עם או על גבר צעיר מסוים, בו היתה מאוהבת. הן גרמו נזק רב למוניטין שלה ועתוין מנע ממנה את המשך הלימודים.

לאחר שלא הצליח להתלונן בפני הוריה וחברותיה שנכנס בה שר, שגורם לה להתעלף, היא הובאה בפני רב שרשם לה קמיע וגם בוך אותה. למרות זאת, התופעה לא שכחה. לרופא המשפחה לא גילתה את עניין השד וטענה בפניו שהיא מתרגשת במצבים מסויימים עד כדי עילפון. ההפנייה אלי היתה עם אבחנה אפשרית של חרדת בחינות מדרגה קשה. לאה סבלה כמעט שנתיים מהתופעה בעת הפגיעה לפסיכותרפיה. הטיפול התבצע בתמיכתו הכספית והמוסרית של אביה ותרף התנגדות חריפה מצד האם.

1. זיהוי השד. שלב הכרחי בעבודה עם הפרעות דיסוציאטיביות, כדוגמת הפרעות אישיות-מרוכבת-פנים, הוא זיהוי פצלי האישיות ויצירת קשר טיפולי עמם (7). פצלי אישיות מקבלים לעתים כינוי, המתאים לתפקיד שעליהם למלא (למשל: "השומרת", "הנהגת", "המשרת") או שם המייצג את הרגש שהם מבטאים (כמו: "הכועסת" או "המדוכא"). זיהוי השד, שמו ותפקידו במערך התוך-נפשי עשוי לספק מידע אבחנתי מועיל לגיבוש תוכנית ההתערבות.

2. אילוף השד למשא ומתן. פצלי אישיות, המבטאים עוינות, כדוגמת סוג הרגש שעלול 'שד' לבטא, מחייבים משא ומתן, עמידה על המקח ושיכנוע, על מנת להשיג חווה טיפולי, שיאפשר קשר ושיגור את כללי המשחק.

3. גילוי הסיבות לכניסת השד. תופעות דיסוציאטיביות מייצגות, בדרך כלל, רגשות ותודעה, אותם קשה לפצינט להכיל בהכרחו. המודל ההתפתחותי המקובל לתופעה כמו הפרעת אישיות-מרוכבת-פנים מרגיש אינטראקציה בין טראומה של התעללות או הזנחה בעלת אופי מתמשך לבין יכולות ילדיות נורמטיביות כמו כושר היפנוטי טוב, דיסוציאציה ספונטנית ויכולת למעורבות יצירתית בפנטזיה (23). הילד הפגוע משתמש ביכולות טבעיות אלו באופן מסתגל, על מנת להתגונן נפשית מפני הקשיים שלפניו. טיפול יעיל בהפרעות דיסוציאטיביות חייב לתקן את הצורך לפיצול. גילוי הסיבות לכניסת השד יספק מידע, שיאפשר גיבוש תוכנית למחן כלים לפצינט להתמודדות לא-דיסוציאטיבית עם הקשיים.

4. הגדרת התנאים. לעזיבת השד. גירוש פצל אישיותי אינו מומלץ בפסיכותרפיה מאחר שהיעד הטיפולי הוא אי-נטגרציה של חלקי האני. אולם, במצבים שבהם השד נחוזה כפולש חיצוני, שחדר לגוף לאחרונה, ואינו מהווה חלק מה-היסטוריה של משפחת הפצלים; וכמצבים שבהם השד גורם נזק בריאותי, תפקודי, סביבתי או נזק למוניטין של הפצינט, ניתן לשקול ניסיון לגירוש השד.

גם בספרות הפסיכולוגית על טיפול בהפרעות אישיות-מרוכבת-פנים יש הממליצים שכאשר הפצל מייצג קרוב שנפטר, או פצל שנוצר באופן היפנוטי על-ידי המתעלל על מנת לשמור את סוד ההתעללות, יש צורך לגרש את הישות הזו במקום לשלבה (24).

5. השגת מחויבות מצד השד לעזיבה.

6. השגת מחויבת לעזיבה דרך איבר בטוח. שלבים 5 ו-6 מהווים למעשה את פעולת הגירוש. אין כאן מקום לפרשות, משום שלא ניתן ליישב את צו החיים עם צו המוות. כשהאחד מתקיים השני לא יכול להתקיים וכשהשני קיים הראשון חדל מלהיות. במקום שבו איבר הפצינט תחושת שליטה על הוויתו וזו נחושת ככבושה על-ידי ישות זרה, הלוקחת ממנו את זהותו, יכול המטפל המיטיב לקבל את תפקיד השמאן, המרפא העממי רב ההשפעה, שעובד עם עולם החוכן הרוחני של מטופליו. בשלב זה יש מקום להפעיל טכניקות סוגסטיביות סמכותיות, כדוגמת אלו, שבהן נעשה

במהלך ההערכה האישיותית אובחנו המאפיינים הבאים:

1. צורך עז בשבח, ובקבלת חשומת לב.
2. תחושת אינחוחת כאשר היא אינה במרכז תשומת הלב של חברה וחברותיה.
3. ביטוי רגשי, שאינו תמיד תואם בעוצמתו את המצב.
4. אגוצנטריות, צורך לסיפוק מידי עם קושי ביכולת לשאת דחיית סיפוק.
5. מעורבות בפנטזיות רומנטיות תוך עיסוק בשיפור הופעתה החיצונית ותוך הפעלת סגנון בין-אישי מפתח.
6. סוגסטיביות גבוהה.
7. הופעה של ההתעלפויות בסמיכות למצבי לחץ.
8. ההתעלפויות לא נוצרו במודע על-ידי לאה (אלא על-ידי השד).
9. בריקות רפואיות אישרו שאין רקע אורגני להתעלפויות. כמו כן, ההתעלפויות לא היו מקובלות כתופעה נורמטיבית בסביבה החברתית שבה התרחשו.

לנבדקת הועברה הגירסה העברית של ה-MMPI (30). נקודות השיא בפרופיל היו סולמות (Hy) 3, (T=80), I(Hs) 9 (ציון 9) (ציון 74=T); וכן סולמות (Pa) 6 (ציון 72=T) ו-(D) 2 (ציון 70=T). התמונה הצולה מניתוח הסולמות ותת-הסולמות של המבחן העידה על מגמות קונברסיביות אצל אישיות היסטורית, המתקשה להתמודד עם מצבי לחץ ועם רגשות כמו חרדה ודיכאון. הממצאים הצביעו על אי שקט פנימי, כוחות אני חלשים עם קשיים בכקרת הדחפים וגטייה לסומ-טיזציה של הבעיות. ברמה הקוגניטיבית לא ניתן היה לזהות הפרעות חשיבה פסיכוטיות, אך ניכר היה בכל ואח בלבול על רקע תוריות ותכני חשיבה יוצאי דופן, שהיו לעתים בעלי גוון רודפני.

איבחון משפחתי, שנערך בהשתתפות אחותה בת ה-15, אחיה בן ה-10 והוריה, גילה פאתולוגיה משפחתית, שהתבטאה בחלוקת המשפחה לשתי קואליציות יריבות: האם ושני הילדים הצעירים מצד אחד מול לאה ואביה מצד שני. הדינמיקה המשפחתית התאימה לתנאים האטיוולוגיים, המוכרים בהתפתחות אישיות היסטורית (14).

לסיכום: מימצאי ה-MMPI והראיונות הקליניים התאימו לפי DSM-III-R לאבחנה של הפרעה קונברסיבית עם מאפיינים דיסוציאטיביים כאישיות היסטורית.

תיאור השד

לאה לא ידעה להסביר מנין הגיע וכיצד נכנס אליה השד. היא טענה שעוד לפני שהחלו ההתעלפויות חשה שיש בגופה משהו זר, כשהחבר לה שזהו שד, ביקשה ממנו לעזוב, אבל הוא סירב. במהלך שתי שנות החיים עם השד הוא גדל מגודל של כסנטימטר אחד, בעת שזיהתה אותו בתוכה לראשונה, ועד לגודל של כעשרה סנטימטרים בעת שהגיעה לטיפול.

השד שכן בתוך חלל הבטן של לאה. היא תיארה אותו כבעל קווי מיתאר של דמות אנושית ללא רגליים, בדומה לבובת "לבושקה" (בובת עץ חלולה מרוסיה). בזמן שהשד נכנס לפעילות היתה לאה מתלוננת על התנפחות והתקשות כאזור הבטן. כשזה היה קורה בתוך פגישה טיפולית היתה הפציינטית מפנה את תשומת לבי לתופעה שהיתה ניכרת לעין מבעד לחולצתה.

היחס של לאה לתופעה נראה היה כעירוב של חרדה, פליאה ושעשוע. תגובה זו התאימה במידה רבה לתיאורים של אדישות

חינונית, המאפיינת את ההכבעה הרגשית של פציינטים היסטוריים, המגלים סימפטומים קונברסיביים.

השד היה, כאמור, נכנס לפעילות כמצבים טעונים באופן רגשי, כמו בקשר עם גבר צעיר שאהבה ובעת בחינות. השד היה כרוך כלל מתנה בלאה שחמנע מהמצב הרגשי, כלומר, שהיא אינה זקוקה לגבר או שאינה צריכה לעמוד במאמץ הכרוך בלימודים ובבחינות. היא היתה מנסה לשאת ולתת ולהתווכח עם השד, שאת דיבורו היתה שומעת מתוכה. המענה של לאה בריאולוג הזה היה נעשה בלחישות או כריכור שקט. בעת ויכוח סוער היה קולה של לאה מתגבר וגורם לה מכונה לנוכח העיניים המשחאות של האנשים בסביבתה.

בשלב מסוים היה השד מסרב להמשיך ולהתווכח והיה אז נכנס לפעולה פיסית. לפי תיאורה: "הוא פותח את הקוצים שלו כמו רג שפורש את הסנפירים. כמו מניפות שהוא פותח משני צדי הגוף. עצמות המניפה כולטות מהסנפיר והן חדות כמו קוצים. כשהוא פותח את המניפה הקוצים שלו נתקעים לי. זה כואב נורא ואני לא יכולה לנשום". פתיחה מלאה של מניפת הקוצים היתה כרוך כלל מסתיימת בהתעלפות.

לסיווג התופעה מוצע להשתמש כאבחנה, שעשתה בורגיניו (31), בין טרנס איחוי (possession trance), שבו האדם מתנהג כאילו היתה לו אישיות שונה, או כאילו פועלת בו ישות אחרת שהשתלטה על הכרתו, לבין טרנס לא-איחוי (nonpossession trance), שבו יש לאדם קשר-גומלין דרך לפחות אחד מחושי עם ישות נפרדת אחרת. השד של לאה מתאים, אם כן, להגדרה של טרנס לא-איחוי, משום שהשד לא דיבר דרך גרונה ולא השחלט על התנהגותה. הוא היה קיים ופעל אומנם בתוכה, אך הוא נחפש ונחווה כישות נפרדת, שעמה היא קיימה קשר-גומלין.

הטיפול

הטיפול התחלק ל-4 שלבים:

- א. ניסיון לשלב את השד כמצב-אני בלתי נפרד מהמפה התוך-נפשית של לאה.
- ב. גירוש השד.
- ג. הקניית כלי התמודדות מותאמים וחיוק היכולת להכעת רגשות ובקרתם.
- ד. התערבות מערכתית במשפחה.

ניסיון לשלב את השד בתוך האישיות

העבודה הפסיכולוגית הקבילה במידה רבה לעבודת גירוש השד בהתאם למסורת יהודי מרוקו, כפי שתוארה קודם במאמר זה (20). בשלב הראשון, מתוך עניין לראות כשר פצל אישיותי המצריך אי-נטגרציה טובה יותר עם שאר האישיות, נעשה ניסיון ליצור קשר עם השד ולהיכנס עמו למשא ומתן. לאחר שהוסבר ללאה הרציונל הטיפולי היא הוכנסה לטרנס היפנוטי בטכניקת נפילת הזרוע (arm drop). לאחר מכן כוצעה העמקה היפנוטית בטכניקות של התרוממות הזרוע (arm levitation) ופנטזיות המדרגות (32). הפציינטית גילתה יכולת היפנוטית טובה ונכנסה במהירות לטרנס עמוק.

משביקשתי לדבר עם השד ענתה לי שהוא מסרב לדבר אתי ישירות וידבר אך ורק דרכה. דרישה עם השד היה, על כן, תמיד מושהה בפקי שתיקה קצרים, שבהם היתה לאה מעבירה את המסרים אל השד וממנו. כדי לא לעודד החמרה בתהליך הפיצול וכדי לא להביא את השד עד כדי בקרה תיפעולית של הגוף, כמו שקורה בהפרעות אישיות-מרוכזות-פנים, העדפתי לא לעמוד על יציאתו אל

מני ההכרה והסכמתי לחקשר עמו באופן עקיף באמצעות הפציינטית. בשלב זה התברר גם תפקידו של השדר. לטענתו הוא לא בא להזיק ללאה אלא, להיפך, לעזור לה. תפקידו, כפי שראה אותו, היה למנוע ממנה מלהתאמץ יותר על המידה במצבים כהם קשה היה לה, להצרכו, להצליח. ניסוח זה של מטרת ההווה של השדר התאים, אומנם, מאוד להמשגה של השדר כתיפקוד הגנתי תוך-נפשי, אך לאה לא מסוגלת היתה עדיין לקבל פירוש כזה והמשיכה לחוש את החופעה כחוויה חיצונית לאני תוך היצמדות לאמונה מלאה בכך, ששדר אכן פלש אל גופה. בשלב זה פיתחה כלפי לאה העברה חיוכית מאוד ותיארה אותי כארם הראשון, שלקח את תלונותיה כרצינות וכמי שהיא רואה בו כוחות, שיאפשרו התמודדות משותפת עם הפולש. למרות שזיהיתי את הפונקציה המיטיבה של השדר ועל אף שעשיתי ניסיון לכוונת עמו בריח של שיתוף פעולה טיפולי, תוך הכרה בכוחותיו וכמניעיו, לא איפשר השדר תהליך של טיפול אינטגרטיבי. החדירה שלי אל וירתו והקשר הטיפולי הטוב, שנקדם בין לאה לבני, הגבירו את התנגדותו לטיפול. השדר החל כמאבק על השליטה בפציינטית. הוא איים עליה שאם לא תשמע בקולו ולא תפסיק את הלימודים והטיפול, הוא יעניש אותה בעונשים חמורים. מכיוון שלא לא נכנעה לו, נראה היה שהשדר מממש את איומו. באותו שבו גבר הסכל הגופני של הפציינטית וההתעלפויות התגברו בתכיפות ובמשכן, תוך שיתוף מוחלט של תפקודה האקדמי וחיי החברה שלה.

גירוש השדר

הסקתי שניסיון אינטגרטיבי לא יהיה מוצלח בשלב זה; ובגלל הסכל העצום שנגרם לפציינטית, החלטתי לנסות לעשות שימוש בסרי גסטיביית של לאה, בהעברה החיוכית שלה כלפי ובסמכות הטיפולית שלי, כדי לנסות להתעמת עם השדר על מנת לגרש אותו, בסופו של דבר.

התהליך כולו אירע כמשך פגישה טיפולית אחת במהלך החודש השני לטיפול. לאה הביעה את הסכמתה להיפטר מהשדר והזכנסה לטרנס היפנוטי. כהיותה בהיפנוזה התבקשה לומר לשדר מדוע היא רוצה שילך ממנה ולהיפטר ממנו. היא אמרה לו: "אתה לא מתאים לי. אני יודעת שאתה רוצה לעזור, אבל אתה לא מצליח. אתה רק מוסיף לי ואני רוצה שתלך למקום שממנו באת. יש לי עכשיו את אלי" ואני לא צריכה אותך יותר. אתה יכול ללכת". לאחר שחיקה של כדקה השתנו פניה של לאה והבעתה עברה מגחישות לעצב. בתוך הטרנס ההיפנוטי ובעינים עצומות פנתה אלי בחיסוס.

פ.: כבר התרגלתי אליו... אולי בכל זאת נשאר אותו?
מ.: את מוכנה להמשיך במצב שהיה?
פ.: לא... אבל אולי הוא ישתנה?
מ.: תשאלי אותו אם יהיה מוכן לעזור כלי להכאיב לך ומבלי להזיק לך.
פ.: (שתיקה)... הוא אומר שהוא לא מוכן לענות לך.
מ.: היית רוצה שנשאר אותו בתנאים אלה?
פ.: (שתיקה)... לא! תעזור לי. תוציא אותו. אני אמרתי לו שאתה יותר חזק ממנו ואתה תצח בסוף.

למרות ההתלבטות והרגשות המעורבים של הפציינטית ביחס לגירוש, החלטתי שזה הזמן לפעול. בניגוד לגירוש שרים פולקלוריסטי, בחרתי שלא להתעמת אישית עם השדר, אלא לאפשר ללאה חוויה,

שם המטפל.

שממנה תוכל לצאת מוצצמת ושעליה תוכל לקחת אחריות רבה יותר. ביקשתי מלאה לחפש את השדר ולמקד עליו את ראייתה. בתנועות ראש מחפשות היא סרקה (בעיניים עצומות) את הבטן שלה. כשנראה היה כי זיהתה אותו, תיארה לאה את השדר לפי בקשתי. הבהירות והפירוט הקונקרטיים של תפישתה היו בבחינת הויה היפנוטית (33). לאחר שהראתה לאה יכולת לראות את השדר ולצפות בהשתנות גופו בהתאמה לקצב נשימתה, ניתנה לה סוגסטיה שעצמות גופו מתרככות והולכות עם כל נשימה שלה ושהוא יכול להפוך, אם תרצה, לרק וארוך. רק כל כך עד שיוכל לצאת גם מבדל לכל נקבובית בעורה. לאה כחרה להוציא את השדר דרך נקבובית עוד בקורקנה.

תהליך הוצאת השדר תוכנן, אם כן, בשיתוף עם הפציינטית. את התהליך חוותה כהויה היפנוטית, שבה פעלה כצופה משתתפת. היא השקיעה מאמץ רב כדי לאפשר את הוצאת השדר. התהליך לווה בתיאור סוגסטיבי מצד, שרמה לסיקור עיתונאי חי של אירוע ברדיו: מ.: השדר מתחיל לשנות את צורתו, שימי לב!... ומה קורה עכשיו?

פ.: הוא נהיה רק וארוך.
מ.: השדר מתחיל להיות רק וארוך, רק יותר וארוך יותר, ארוך יותר ורק יותר ויותר, ראשו מתקרב אל פני העור. את יכולה לראות את זה, נכון?...

בשלב זה היתה עוד התפתחות שכמעט גרמה לי לבטל את התכנית. לאה הוילה רמעה.
מ.: מה קורה לאה?

פ.: הוא עצוב... הוא לא רוצה ללכת... הוא מפתח. על מנת שלא להשאיר שום ספק שזהו תהליך שהיא רוצה בו, שאלתי אותה אם גם היא רוצה לשנות את דעתה. היה לי ברור שהיא משליכה על השדר את החרדה שלה לקראת השינוי הדומיננטי, כשם שהשליכה על השדר רגשות אחרים שלה. לאה החליטה להמשיך באומץ בתהליך.

פ.: לא... אפילו שהוא מפתח הוא צריך ללכת... הוא לא מתאים לי.

מ.: אם כך המשיכי לשים לב למה שקורה. שימי לב איך הוא ממשיך להפוך לרק יותר ולעלות כלפי פני הבטן שלך. הנה הוא כבר בוקע כמעט... סמני לי במגד ראש כשתראי את ראשו יוצא דרך הקורקבן שלך...

פ.: (ראשה מורכן, ובעיניים עצומות כאילו בוחנת בריכוז את אזור הקורקבן שמתחת לבגדיה אחרי שחיקה, היא מנידה ראשה).

בתהליך שדומה לשיתוף פעולה בין מיילד לילדת ולאחר חצי שעה אינטנסיבית ומייגעת עזב השדר את גופה ונעלם. לאה דיווחה על תחושת ריקנות וגראתה מוחשת ועצובה. מתוך אילתור אינטואיטיבי שאלתי את לאה, שהיתה עדיין שרויה בטרנס עמוק, אם היא רוצה לקבל פיה טובה במקום השדר. היא השיבה בחיוב ובחיוך, ושנינו ידענו למי הכוונה. כמשרדי תלויה תמונה של פיטר-פן ולירד מתעופפת הפיה טינקר-בל. לאה לא הכירה את הסיפור, אבל התעניינה בעבר בתמונת הפיה. היא הסכימה לאמץ אותה. הסוגסטיית שניתנו לה היו:

"בכל פעם שתורקקי למנת תקווה וביטחון עצמי, לכו ולשלווה, תוכלי לפנות לפיה הקטנה והיא תעזור לך. כמשך הזמן תוכלי לשים לב לכך שקשה יהיה לך להבחין בין הפיה לביןך ותוכלי למצוא בתוכך את כל התכונות והכוחות הדרושים כדי לחיות חיים מאושרים ומועילים".

המשך הטיפול

ההתעלפויות של לאה נעלמו לחלוטין מאותו יום. הטיפול בה נמשך עד מספר חודשים והתמקד על אינטגרציה של הרגשות המאיימים שהושלכו על השר, מתן מיומנויות בקרה עצמית והרפייה, הבניה הכרתית והתערבות מערכתית, שהתמקדה בטיפול בפאטולוגיה הווגית של ההורים וחילוצה של לאה מתפקידה במשולש היחסים שיצרה עם הוריה.

למרות שהטיפול לא התמקד במתן פירושים, הראתה לאה לקראת חום הטיפול תובנה ספונטנית וסיפרה שהיא מכינה שאין בעצם שדים, שזה היה ביטוי של רגשותיה ושהיא חשה עצמה בוגרת וכמי שיכולה לבטא את מה שהיא רוצה באופן ברור יותר.

לאחר כשישה חודשים הגיע הטיפול לסיומו. במעקב של שלושה ושישה חודשים לאחר תום הטיפול, עדיין תפקדה לאה ללא התעלפויות ודיווחה על חחושה נפשית טובה.

דיון

מאמר זה עוסק בתופעה נדירה בתרבות הישראלית בת זמננו, שייחן שאינה מגיעה כלל לתשומת לב פסיכולוגים קליניים, משום שהיא נחשבת כתופעה אתנו-פסיכולוגית. ככזו היא כנראה אינה מפורשת על-ידי אנשי הקהילה במונחים אידאוסטיקריים, אלא כאמצעות סמלים ומשמעויות הידועים לכל הציבור, ולכן לא מוגדרת כתופעה חולנית. תופעות דיבוק טופלו במשך השנים על-ידי המנהיגים הרוחניים של הקהילה. בעידן של חילוניות והתרחקות ממסורות נחלש מעמדם של המנהיגים המסורתיים, גם אם התופעות תלויות המסורת לא נעלמו עדיין לחלוטין. במצב כזה מועמד הפסיכולוג לתפוס את מקומו של המנהיג הרוחני. בעקבות השינויים החברתיים-תרבותיים, שעברו על חברות מהגרים מסורתיות בישראל, ניתן היה לצפות להיעלמות ריווחים של תופעות דמוניות בבני-אדם, שאינם לוקים בפסיכוזה. עקב העניין המקצועי הגובר בארצות הברית בחוצאות הגופניות של טראומה והתעללות, החלו לאחרונה להופיע ריווחים על תופעות אחרות בתוך הקשרים חברתיים-תרבותיים מערביים (4).

נראה שהמקרים, שטופלו בעבר בטכניקות גירוש רוחות על-ידי רבנים ומיסטיקנים עממיים, היו מומשגים על-ידי המטפל בן זמננו כהפרעות דיסוציאטיביות ומטופלות בהתאם. בעוד שגירוש שדים כהתערבות בלעדית אינו יכול להיות תהליך פסיכותרפויטי מלא, הרי שלא ניתן להתעלם מן ההקלה הסימפטומטית, שהתערבות מסורתית זו הביאה לבני-אדם, שלקו בחיסמונות במשך הדורות. גם כמסורות אחרות של רפואה עממית, אנו מוצאים שלמרות שהמשגות הדינמיקה של המחלה והריפוי עלולה להיות מוטעית, הרי שלעשב מרפא, לדוגמה, המוצע לחולה עשוי להיות ערך מעשי רב.

חיבורים אנתרופולוגיים של תופעות טרנס, ספיריטואליזם ואיחוד דווחו בעבר בספרות (3, 21, 34, 35, 36). פסיכולוגים קליניים בעלי אוריינטציה אמפירית מערבית ניסו להתמודד עם תופעות דומות בברזיל (22) ובישראל (37, 38). גישותיהם מאופיינות, הן בניסיון להציג לפציינטים את

התערבויותיהם במונחים השאולים מעולמם התרבותי (39), והן בשימוש פעיל וישיר בטכניקות פולקלוריסטיות (40). הפסיכיאטר הברזילאי דוד אקסטיין, מתאר כיצד בפסיכותרפיה עם מדיומים ספיריטואליסטיים, הנמצאים במצוקה נפשית, הוא פונה אל הרוח שבתוך הפציינט, שתגחה אותו ותעזור לו בטיפול ב-Cavallo (בפורטוגזית "הסוס", כנוי למדיום) שלה (41).

בבחינה חוזרת של תהליכי אינטגרציה בטיפול בהפרעה דיסוציאטיבית קשה, כמו אישיות-מרוכבת-פנים, ניתן בהחלט להבחין גם במרכיבים המופיעים בטכניקות גירוש שדים. פסיכותרפיה בחיסמונות הללו מסרבת לקבל את הרעיון, המוצע על-ידי הפציינט, שיש בו יותר מגוף אחד ויותר מגוף אחד. הטיפול שואף להגיע לכדי לכידות פנימית שבה קונפליקטים תוך-נפשיים יוכלו להיחלצו, להתבטא ולהיפטר בצורה אינטגרטיבית ותואמת יותר. טכניקות גירוש שדים יכולות להיות מועילות במקרים כאלה ובמיוחד ההיבט העימותי שבהן. פציינטים אלה זקוקים לעתים לראיות ביחס לכוחו של המטפל ולהיבט המיטיב של כוח זה המתייזב לימנם. פציינטים דיסוציאטיביים, ובמיוחד אלה מהם שעברו טראומטיזציה, צריכים לחוש שהמטפל פועל בגישות אנושיות ויעילות, שבאמצעותן הוא מגביל את הפציינט להחנהגויות בגבולות המקובלים מצד אחר, ומצד שני, מקנה לו בקרה פנימית טובה יותר. הפסיכולוגיה הקלינית היא ענף צעיר במדע המודרני. האנושות התקיימה יפה בלעדית במשך עשרות אלפי שנים, משום שנשענה על המרכיבים המרפאים שבטקסים ובמנהגים העממיים. במקביל למאמצים שעושים בוטניקאים ורופאים ללמוד מרפאי אליל שבטיים על צמחי מרפא ביערות העד הנכחדים, ייתכן שעדיין נותר זמן קצר כדי ללמוד מוקני אוכלוסיות המהגרים בישראל עקרונות ריפוי פסיכולוגי-עממי, שבאמצעותם נוכל לעזור גם לפציינט הישראלי המודרני.

ספרות

1. כניהו מ., ספר תולדות הארץ. ע' 104, 350, ירושלים, 1967.
2. נגאל ג., סיפורי דיבוק בספרות ישראל. ע' 15-16, ירושלים, ראובן מס, 1983.
3. Goodman F.D., How about Demons? Possession and exorcism in the modern world. Bloomington, Indiana University Press, 1988.
4. Goodwin J., Hill S. & Attias R., Historical and folk techniques of exorcism: Application to the treatment of dissociative disorders. Dissociation, 3: 94-101, 1990.
5. World Health Organization, Chapter V, Categories F00-F99 Mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (MNH/MEP/87, 1 Rev. 3). International Classification of Diseases (Draft) (ICD-10). Geneva: WHO, 1989.
6. שלום ג., פרקי יסוד בהבנת הקבלה וסמליה. ירושלים, מוסד ביאליק, 1976.
7. זומר, א. אישיות-מרוכבת-פנים: הערות על אבחון, טיפול ורגשות המטפל. שיחות, 3: 101-106, 1989.

8. Putnam F.W., Guroff J.J., Silberman E.K. et al, The clinical phenomenology of multiple personality disorder: 100 recent cases. *J. of Clinical Psychiatry*, 47: 285—293, 1986.
9. Krohn A., Hysteria: The elusive neurosis. New York, International Universities Press, 1978.
10. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3d ed. rev.), DSM-III-R. Washington, DC, A.P.A., 1987.
11. Varma V.K., Bouri M. & Wig N.M., Multiple personality in India: Comparison with hysterical possession state. *Am. J. of Psychiatry*, 146: 113—120, 1981.
12. Bilu Y., The taming of deviants and beyond: An analysis of Dybbuk possession and exorcism in Judaism. *The Psychoanalytic Study of Society*, 11: 1—32, 1985.
13. Hollander M.H., Hysterical personality. *Comments on Contemporary Psychiatry*, 1: 17—24, 1971.
14. Celani D., An interpersonal approach to hysteria. *Am. J. of Psychiatry*, 133: 1414—1418, 1976.
15. Herman J.L., Father-daughter incest. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1981.
16. Mueller W.J. & Aniskiewicz A.S., Psychotherapeutic intervention in hysterical disorders. Northvale, N. J., Jason Aronson, 1986.
17. Alen D.W., Basic treatment issues. In: M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality*. New York, Jason Aronson, 1977.
18. Martin M., Hostage to the Devil: The possession and exorcism of five living Americans. Harper & Row, 1987.
19. Winkler G., Dybbuk. New York, Judaica Press, 1981.
20. Bilu Y., The Moroccan demon in Israel. *Ethos*, 8: 24—39, 1980.
21. Baker R., Binding the Devil: Exorcism past and present. New York, Hawthorne Books, 1975.
22. Krippner S., Cross-cultural approaches to multiple personality disorder. *Practice in Brazilian spiritism*. *Ethos*, 15: 273—295, 1987.
23. Putnam F.W., *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, Guilford, 1989.
24. Crabtree A., Multiple man: Explanations in possession and multiple personality. New York, Praeger, 1985.
25. Wolberg L.R., Medical hypnosis. Vol. 1, The principles of hypnotherapy. New York, Grune and Stratton, 1984.
26. Orne M.T., The nature of hypnosis: Artifact and essence. *J. of Abnormal and Social Psychology*, 58: 277—299, 1959.
27. Clake J.C. & Jackson A., Hypnosis and behavior therapy: The treatment of anxiety and phobias. New York, Springer, 1983.
28. Kroger W.S. & Fezler W.D., Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning. Philadelphia, Lippincott, 1976.
29. Kluft R.P., Personality unification in multiple personality disorders: A follow-up study. In: B.G. Brown (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1986.
30. מונטג'י, מ.מ.פי. חל-אביב: מחקר חיקוי. מאמר שהוצג בסימפוזיון על מבחני אישיות, אוניברסיטת חיפה, מאי 1977.
31. Bourguignon E., Psychological anthropology. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1979.
32. Brown D.P. and Fromm E., Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum, 1986.
33. Hilgard E.R., Hypnotic susceptibility. New York, Harcourt, Brace & World, 1965.
34. Crapanzano V. & Garrison V. (Eds.), Case studies in spirit possession. New York, Wiley, 1977.
35. Michtom M., Becoming a medium: The role of transe in Puerto-Rican spiritism as an avenue to maze-way resynthesis. Ann Arbor, Michigan, Ann Arbor University, 1975.
36. Davis W., Dojo: Magic and exorcism in modern Japan. Stanford, California, Stanford University Press, 1980.
37. Witztum E., Bichbinder J.T. and Van Der Hart O., Summoning a punishing angel: Treatment of a depressed patient with dissociative features. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 524—537, 1990.
38. Daie N., Witztum, E., Mark M. et al., The belief in the transmigration of souls: Psychotherapy of Druze patient with severe anxiety reaction. *Brit. J. of Med. Psychology*, 65: 119—130, 1992.
39. Witztum E., Greenberg D. & Buchbinder J.T., "A very narrow bridge": Dignosis and management of mental illness among Bratzlav Hasidim. *Psychotherapy*, 21: 124—131, 1990.
40. Akstein D., Reizüberflutung als therapieform: die Terpsichoretrancetherapie (TTT), In: A. Dittrich & C. Sharfetter (Eds.), *Ethnopsychotherapie*. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1987.
41. Akstein D., Psychotherapeutic aspects of spiritualism: Cross-cultural psychiatric influences. *Svensk Tidskrift för hypnos*, 9: 129—135, 1982.

דגן פסיכותרפיה הומניסטית-אקזיסטנציאליסטית

רח' גולומב 4 רמת השרון 47430

קורס בפסיכותרפיה אקזיסטנציאליסטית — יפתח בינואר 1994

הקורס יכלול:

1. מבוא לפילוסופיה אקזיסטנציאלית.
2. יסודות, עקרונות ותהליכים בפסיכותרפיה אקזיסטנציאלית.

לפרטים נא לפנות ☎ 03-5405102 — מספר המקומות מוגבל