

הנשכחות שאי אפשר לשכוח תהליכי זיכרון אצל נפגעי גילוי עריות

ד"ר צביה זליגמן¹, אורית נוה, מ.א.¹,³

זיכרונות של אירועים טראומטיים בכלל, וזיכרונות של גילוי עריות בפרט, שונים במהותם מזיכרונות של אירועים רגילים. זיכרונות טראומטיים נקלטים תחת תנאים של עוררות פיסיולוגית ורגשית גבוהה, ובשל כך לא יכולים להשתלב עם חוויות אחרות ולהפוך לזיכרון רגיל. מהלומת הטראומה והלחץ המתמשך בעקבותיה גורמים למנגנוני ההתבוננות והתיעוד של הדעת האנושית לא לתפקד. מאמר זה יעסוק במאפיינים הייחודיים של זיכרון טראומטי בעקבות גילוי עריות. נשרטט דרכי עבודה הרגישות למאפיינים אלה במרחב הטיפולי.

ההיזכרות בחוויות הטראומטיות מחוץ ובתוך הטיפול ונציע גישה טיפולית הרגישה למורכבות תהליכי הזיכרון של הפגיעה. גילוי עריות הוא חוויה המעוררת קונפליקט בלתי פתיר אצל הקורבן בכל הנוגע לידיעה ולהיזכרות. בעוד יחסי זיקה רגשיים בין הילדה* לקרובים לה הכרחיים להתפתחותה התקינה, כל ידיעה, הכרה וזיכרון מפורש של מה שאירע, עלולים לפגוע בה, היות שלא ניתן לשאת את הידיעה שהאדם שאמור להגן הוא גם פוגע. הטראומה כל כך טוטאלית שהיא יוצרת עקירה מקיום קודם ומותירה את הילדה מנותקת מהמציאות שהיתה לה, ועל כן באי-ידיעה לגבי מה שעובר עליה (2).

בניגוד לאירועים טראומטיים כמו, מלחמה, תאונה או אסון טבע, אירועים אלה נחווים בדרך כלל לבד, ולכן אין זו חוויה המתוקפת על-ידי קורבנות אחרים העוברים יחד את אותה ההתנסות. לעתים תכופות, אין לנפגעת למי לספר מכיוון שאלה שהיא אמורה לספר להם ולבקש את הגנתם קשורים לפגיעה או לפוגע. במקרים הרבים שאינם מתגלים, אין גם מי שיבחין במצוקתה. איתותיה שדבר-מה אינו כשורה, כמו סירוב לחזור הביתה מהגן, סירוב להישאר בבית עם בן משפחה מסוים או לבקר בבית קרוב משפחה אחר, נתקלים בהתעלמות, ביטול ולעתים אף בהאשמה. כשל זה בזיהוי איתותיה אינו תמיד מעיד על סביבה מזניחה, אלא לפעמים על כך שלא עולה על דעתם של הקרובים שמישהו שהם מכירים פוגע בילדתם.

לא רק שאין לילדה למי לספר על כך שנפגעת, גם אין לה דרך לספר. כילדה, היא חסרה יכולת קוגניטיבית ורגשית להבין את מה שנעשה בה ולהטמיע את מה שאירע. היא נמצאת

"הנשכחות שאי אפשר לשכוח, האבדות שאין מהן מפלט" (לאה גולדברג, מתוך "מכתבים מנסיעה מדומה").

גילוי עריות הוא מקרה קיצוני ושכיח של מציאות טראומטית, הכוללת חוויות חוזרות ונשנות של חודרנות, חוסר אונים, אימה ובגידה. כמו בכל חוויות של טראומה נפשית מסיבית, גם בגילוי עריות, מנגנוני ההתבוננות והתיעוד של הדעת האנושית קורסים ומתחוללים שינויים פיסיולוגיים ופסיכו-ביולוגיים, שיכולים לשבש מערכות של תגובה, קליטה עיבוד מידע וזיכרון. החוויה הטראומטית, על אף שנחרטת בנפשם של השורדים, באופן עמוק ונצחי, כ"רסיסי זיכרונות של כאב גדול" (1, עמ' 67), נותרת, לעתים קרובות, חמקמקה ועמומה עבור ניצולי הטראומה. גם שנים לאחר שהתרחשה, היא עלולה לחמוק מכל ייצוג בשפה או במערכות סימבוליות אחרות. גם כאשר יש זיכרון של פגיעה, מדובר, לעתים תכופות, בזיכרון חלקי, מנותק מהקשר, רגש או הבנה עמוקה. מסיבה זו מתקשים חלק מנפגעי גילוי עריות בבגרותם לדעת ולספר את אשר עברו.

במאמר זה נדון במורכבות תהליכי הקליטה והקידוד של חוויות גילוי עריות ובתהליכי ההיזכרות בעקבותיה. נתאר את ההתארגנות הנפשית והמנטלית של ילדים בזמן הפגיעה ואת השפעתה על קליטת החוויה ועיבודה. בנוסף, נסקור את אופני

¹ מרכז לטם לטיפול בטראומה מינית, המערך הפסיכיאטרי מרכז רפואי תל-אביב (איכילוב).

² אונ' תל-אביב.

³ פסיכולוגית העצמי והמעשה הטיפולי, התוכנית לפסיכותרפיה, אונ' תל-אביב.

מילות מפתח: זיכרון טראומטי, טראומה מינית, גילוי עריות, דיסוציאציה, זיכרון שווא, אמנויה.

ziviyaz@tlvmc.gov.il

naveorit@gmail.com

* למרות שגם בנים נפגעים מגילוי עריות, ננקוט כאן ובכל המאמר לשון נקבה, בשל השכיחות הגבוהה יותר של פגיעה בבנות ומשום שהמחקר האמפירי והקוגניטיבי מתבסס במיוחד על דיווחים של נשים שנפגעו מגילוי עריות.

מנגנון זה מאפשר לילדה לא לחוות חלקים בנפשה שעלולים לגרום לה לאבד קשרים משמעותיים. כך, באופן פרדוקסלי, קטיעה והדרה של חלקי הנפש היא זו שמשמרת את תחושת היציבות ושומרת על אשלית אחדות העצמי (9). יתר על כן הודות לדיסוציאציה, החוויה הטראומטית לא מותירה, כביכול, את רישומיה, כאילו לא אירעה כלל, למרות שנרשמת במנותק מחוויות אחרות.

כשהפגיעה חוזרת ונשנית ונדרשת הסתגלות מתמשכת לנוכה מציאות קונפליקטואלית, מלאת סתירות ותעתוע, מתפתח אצל הילדה הנפגעת מבנה נפשי דיסוציאטיבי, אשר מאפשר לה לשאת את אותם חומרים טראומטיים גולמיים שמעולם לא עברו עיבוד, כמו גם רגשות ותחושות גוף בלתי נסבלים, וחלקי חוויות שהידיעה שלהם מסכנת את קיומה הנפשי (10). כדי לשרוד, הילדה נדרשת לפצל בין המציאות היום-יומית בה היא אמורה לתפקד לבין מעשי ההתעללות. לפיכך היא מפצלת את המציאות, את הדמויות המשמעותיות בחייה ואת עצמה לשניים. היא מתנהגת כאלו הכול כשורה, במנותק מאותה ילדה הסובלת את מעשה ההתעללות (11). בין שני חלקי עצמי, זה היודע את דבר הפגיעה וזה שאינו יודע, לא מתקיים כל קשר מילולי, מודע, ונשמרת ביניהם ההפרדה כמעט הרמטית (8). אולם כשהמנגנונים הדיסוציאטיביים כושלים וההפרדה בין מצבי עצמי משתבשת יכולה להתחיל 'דליפה' של חומרים מנטליים ממודרים אל ההכרה המודעת בצורה של התנהגויות, רגשות או תחושות לא מובנות. לעתים אף נראים מצבים של קריסה טוטלית למצבים פסיכויים (12).

בגרותה של הנפגעת, דפוסים אלה של דיסוציאציה ופיצול של מצבי תודעה מתגבשים למבנה אישיות רבי-פנים ורבי-פנים, הדומה יותר לקונגלומרט מאשר למבנה אינטגרטיבי. בקונגלומרט זה ניתן, לפעמים, לזהות מצבי עצמי (self-states) מובחנים ומופרדים בגבולות נוקשים ובלתי חדירים. מצבי עצמי אלה אינם אישיות נפרדות, אלא 'חלקים' של האישיות המתפקדים כיחידות אוטונומיות. בעוד שיש חלקים המחזיקים את החוויות הטראומטיות, חלקים אחרים מאפשרים לקיים חיים פסודו-נורמליים ונועדו להתמודדות ייעודית עם אתגרי החיים העכשוויים. החלקים המחזיקים את החוויות הטראומטיות קפואים בזמן, לעתים ללא שינוי. תפקידם של מצבי עצמי אלה הוא לאחסן באופן מופרד חוויות, תחושות גוף ורגשות בלתי נסבלים, ולאפשר למצבי עצמי אחרים לנהל את החיים הבוגרים ללא הפרעה.

בין מצבי עצמי מנותקים אלה יש, לא פעם, כאלה המשועבדים לתוקף ומותאמים לדרישות המתעללות והמזניחות של הסביבה הטראומטית. מבנה מפוצל ומנותק זה מאפשר יצירה של כמה זרמי חיים מנטליים, קיומן של כמה אמיתות, כמה נארטיבים, אשר מותאמים לצורכי העצמי ולצורכי הישרדותו הנפשית (8). התארגנות זו של האישיות, שמתהווה במצבים של פגיעה מתמשכת ומתפתחת סביב ציר דיסוציאטיבי, מכונה לעתים דיסוציאציה סטרוקטורלית (11, 13).

במצב קבוע של בלבול. בהיעדר מבוגר שיוכל לסייע לה להבין ולתת תוקף למציאותה ולרגשותיה, חוויתה נותרת כרישומים בלתי מנוסחים (3). בנוסף, התנהגותו של הפוגע עלולה גם היא לתעתע ולשבש לילדה את היכולת להבין את המתרחש. פוגעים רבים מתנהגים לאור היום כאילו דבר לא התרחש, וחלקם ממשיכים לדאוג לנפגעת במקביל לפגיעה בה. רבים מגיבים אל הצורך הטבעי של הילדה בחום ורוך באופן לא מותאם והרסני. בלבול זה בין שפת הרוך לשפת התשוקה או בין אמון לבגידה, משבש עבור הנפגעת סדרי עולם ואינו מאפשר לה להבין את אשר אירע לה (4, 5).

יתרה מזאת, הפוגע מוחק את הסובייקטיביות של הילדה בכך שכופה עליה את צרכיו תוך מחיקת צרכיה. אולם, בריזומנית, הוא גם מגדיר את הסובייקטיביות שלה בעצם הדרישה שלו ממנה להשתתף בהגדרה שלו את המציאות הכוזבת, כפי שהוא מנסח אותה באותו הרגע. התקווה היחידה שיש לילדה היא לקבל הכרה מהתוקף, משום שרק הוא ידע אותה ברגעים סודיים אלה של הפגיעה, ועל כן רק הוא יכול לתת תוקף לחוויתה הסובייקטיבית (6). כך אין לה ברירה, אלא להשתתף בשקרים שלו ובהכחשה שלו את מעשיו, ולמלא אחר רצונותיו כאילו היו רצונותיה. זאת כדי לשמר את הקשר שלה עם הפוגע ולמנוע את נקמתו ונטישתו, ולא לוותר על תקוותה לקבל הכרה שרק הוא יכול לתת לה.

מקור נוסף של תעתוע קשור לעצם העובדה שבמקרים רבים גילוי העריות קורה בשעות הלילה, בזמן שבין שינה לערות. מצב הדמדומים מותיר את הילדה עם ספק לגבי וודאות החוויה שלה. יש ילדות נפגעות המעדיפות עמימות זו מכיוון שהיא עדיפה על הוודאות שמישהו קרוב פוגע בהן (2).

הסתגלות הילדה למציאות הפגיעה

מאמצים נפשיים עצומים נדרשים מהילדה או הילד שנפגעים כדי לשרוד את הפגיעה, לשמור על היכולת לסמוך על המבוגרים לקבלת תמיכה נפשית ופיסית, וכדי להגן על עצמם מפני התפרקות. הם לא רק משעבדים את תפיסת המציאות שלהם לתפיסת התוקף וממלאים את רצונו כאילו היה רצונם (4), אלא גם לוקחים על עצמם את האחריות לפגיעה, כדי לא לאבד את הקשר עם יקיריהם (7). בנוסף הם עשויים ליצור לעצמם עולם דמיוני או מאגי, אשר בעזרתו הם שומרים על תחושה של שליטה (8), כמו גם עשויים להשתמש במנגנונים דיסוציאטיביים (ניתוקיים), כדי להמשיך את חייהם כסדרם. בניגוד לחוויות שהיו במודעות והודחקו בשל החרדה, הרי הדיסוציאציה מרחיקה, מנתקת או מבטלת את מה שבלתי נסבל עוד לפני שהגיע למודעות ולפני שעבר עיבוד, כדי לשמור על האני הילדי מפני התפרקות. הדיסוציאציה מאפשרת לא להרגיש את האימה, לעמעם את הכאב וכל רגש ותחושה מסוג אחר. דיסוציאציה יכולה לגרום לקטיעה של חוויות בלתי נסבלות מן המודע, או לבלבול בחוויות הזהות של הקורבן, כך שהטראומה מתרחשת ללא אני'.

אולי, למרות שתהליכים של דיסוציאציה ופרגמנטציה מסייעים לנפגעות בעת הפגיעה ולאחריה, משום שיוצרים אפשרות של דו-חיים או של חיים בלי-דעת, הם בוזמנית משבשים את שילוב החוויות הטראומטיות עם חוויות נורמליות אחרות ואת עיבודן. יתר על כן, ההלם של הטראומה, והלחץ המתמשך בעקבותיה, גורמים למנגנוני ההתבוננות והתייעוד של הדעת האנושית לא לתפקד. קיימת הצפה רגשית וחושית שאינה מאפשרת את קידוד האינפורמציה בצורה מילולית וליניארית כמו בחוויות רגילות (14, 15). האירועים אינם נכללים בדרך כלל בסכמות מנטליות קימות אודות העצמי, האחרים והעולם. כלומר, תהליכים אלה לא נכנסים תחת אף קטגוריה שבאמצעותן ילדים מארגנים את החוויות שלהם. המטען הרגשי המאיים מונע מהם מלהיות מקודדים בזיכרון האוטוביוגרפי והם עלולים להירשם במוח בצורה מקוטעת בלבד, כפרגמנטים, ללא הקשר. אינפורמציה רגשית, גופנית, תפיסתית, קוגניטיבית, שאינה ניתנת לעיכול, מקודדת במקום אחר בתודעה, במנותק מכלל החוויות הנגישות בהכרה המודעת (16, 17). בנוסף, יש גם חוויות טראומטיות שמלכתחילה לא נתפשו כלל, מפני שהילדה, למשל, עצמה את עיניה וזימזמה במוחה שירים בעת הפגיעה. במקרים כאלה היא לא תוכל לזכור פרטים ויזואליים או אודיטוריים מהפגיעה מאחר שלא נרשמו מלכתחילה. לכן זה בעיבוד המידע הטראומטי יש תימוכין בחקר המוח. כלומר, נמצא שתהליך עיבוד המידע בעקבות אירועים טראומטיים שונה מתהליך העיבוד של חוויות רגילות. במצב רגיל, המידע החוויתי נקלט דרך האמיגדלה, הקולטת את המידע ברמה החושית ומעבירה מידע זה להיפוקמפוס, שם ניתנת משמעות מילולית למידע. לעומת זאת, במצבים של טראומה נפשית, בשל האימה, ההצפה והזעזוע, המידע נותר ברמת העיבוד של האמיגדלה, כלומר בצורתו הגולמית, מפורק ונטול הקשר, כתמונות, מצבים חושיים, צלילים, תחושות פיסיות, רגשות לא מעובדים וכד'. מכיוון שבדרך כלל חומרים אלה אינם מגיעים להיפוקמפוס – האיזור במוח הקשור בזיכרון סמנטי ובשליפה של זיכרון – לא מתאפשרת שליפתם בחלוף הזמן (ובחלוף הסכנה) בזיכרון מילולי ואינטגרטיבי (15, 18, 19). בנוסף, שינויים נורו-הורמונליים המתרחשים בתגובה לעקה (סטרס) אקוטית או כרונית משפיעים גם הם באופן משמעותי על קידוד, אחסון ושליפת הזיכרון (20, 21, 22).

תהליכים אלה מותירים חלק מהנפגעות הבוגרות ללא ידיעה ודאית רציפה את אשר אירע להן ולעתים אף ללא ידיעה כלל. אולם, מכיוון שאינן יודעות מה עבר עליהן, גם אין הן בדיוק שוכחות את זה. החוויה שמעולם לא נוסחה או בוטאה, ובוודאי שלא סופרה לאחור, נותרה חוויה ללא ייצוג, שאיננה ניתנת לזכירה (במובן הרגיל של המילה), ועל כן בלתי נשכחת (21). שכן אדם יכול לשכוח רק חוויות שהיתה להן עברו בהירות מסוימת מלכתחילה. כל מה שנותר מהחוויה נותר מנותק מכל מימד של מודעות, מעין סיוט חסר מימד של זמן, חסר אובייקט ותחושה של עצמי (2, 23).

מאפייני הזיכרון הטראומטי

לאור זאת, אין זה מפתיע שהזיכרון של חוויות אלו שונה באופן ניכר מזיכרון של חוויות בטווח הנורמלי (26). זיכרון רגיל הוא גמיש, משולב עם חוויות חיים אחרות, נגיש למודעות כזיכרון רציף ולא מקוטע. הזיכרון הרגיל בעיקרו דקלרטיבי (ניתן לביטוי מילולי וסימבולי), מתפרק באופן הדרגתי ומאבד את הדיוק שלו עם הזמן. לעומת זאת, זיכרון של חוויות טראומטיות בכלל, וגילוי עריות בפרט, הוא נוקשה, מקוטע ומנותק הקשר, ומנותק גם ממימד הזמן. כלומר, גם אם היבטים מסוימים של החוויה הטראומטית (כמו, למשל, תחושות סלידה של האשה הבוגרת – שנפגעה בילדותה – מיחסי מין) יהיו נגישים למודעות, הם יהיו מנותקי הקשר (כלומר, אותה אשה עלולה שלא להבין מדוע היא נמנעת מיחסי מין ולא לזכור את הפגיעה המינית). יתר על כן, מכיוון שהחוויות נקלטו תחת תנאים של עוררות פסיכולוגית ורגשית גבוהה ולא עברו אקומודציה ואסימילציה הן נותרו בעצמתן המקורית. בניגוד לחוויות רגילות, חוויות טראומטיות משתמרות בעיקר כזיכרונות משתמעים ולא מפורשים. כלומר, זיכרונות הנמצאים מחוץ להכרה המודעת ואין אליהם גישה ישירה, אך הם יכולים לחזור בכל זמן במהלך החיים, בעקבות רז (טריגר) או משבר (27). זיכרונות טראומטיים נוטים לעלות טיפין טיפין, או כפולשנים בלתי סדורים – עם שפע של פרגמנטים סומטיים (למשל, כאב בלתי מוסבר באברי המין), סנסוריים (בחילה לנוכח ריח מסויים) ורגשיים (אימה או זעם נטולי הקשר) מתוך החוויות הטראומטיות – שאין ביניהם כל חיבור אינהרנטי. זיכרונות אלה עשויים להיזכר בחיות קיצונית ולהיות בעלי עוצמה רבה, אך גם בטשטוש וחוסר בהירות. ובכל זאת, יש מקרים בהם הזיכרונות שעולים דומים יותר לזיכרונות רגילים (28). תהליך החדירה לתודעה של חלקי זיכרונות אלה וההכרה בהם כזיכרונות של אירועים שהיו איננו חד-פעמי וגם לא חד-סטרט. פעולות של מחיקה (למשל, כשהמטופלת שוללת את החוויה שדיווחה עליה) וניתוק ממשיות להתקיים גם לאחר שעלו הזיכרונות. עיתוי ההיזכרות או ההכרה בפגיעה קשור, לעתים קרובות, לחשיפה לגירויים שמזכירים את הפגיעה, למשל, ביקור בבית שבו התרחשה, מפגש עם הפוגע או תאריך מסוים שיש לו משמעות ביחס לפגיעה. בנוסף, שברי זיכרונות מתעוררים גם

מלאה, והקורבן ידבר על 'צל' שמלווה אותו, חור שחור או משא בלתי נסבל שאינו מעז לקרוא לו בשם ומנסה לסלקו בכל דרך. חשוב לזכור כי אמנזיה היא תופעה הפיכה. המידע רשום, אך ממודר ולא נגיש להכרה המודעת. רישומים אלה, למרות שלא היו נגישים לתודעה, לאחר התגבשותם לכדי זיכרונות בעלי משמעות הם יכולים להיות תקפים לא פחות מזיכרונות שהיו נגישים באופן רציף.

מהימנות של זיכרונות טראומתיים

מהימנותם של זיכרונות של טראומה מינית המופעים לאחר אמנזיה לעתים קרובות מוטלת בספק על-ידי גורמים המסרבים להכיר בקיומה של אמנזיה, ובבתי המשפט על-ידי תומכי הנאשמים. אולם, זיכרונות של תקיפה מינית שמופיעים לאחר אמנזיה (שנקראים לעתים זיכרונות משוחזרים) אינם מדויקים ומהימנים פחות (וגם אינם מדויקים ומהימנים יותר) מאשר זיכרונות רציפים (42). בדומה, תיאור מפורט ומסודר של אירוע טראומתי מסוים אינו מדויק יותר מתיאור דל בפרטים או בלתי מאורגן ואף בלתי עקבי. זיכרונות רציפים וגם משוחזרים עשויים להיות אמיתיים או כוזבים, או להכיל תמהיל של מידע מדויק ומידע בדוי (43). הזיכרון הוא תמיד תהליך קונסטרוקטיבי. אנו משתמשים בידע העכשווי שלנו ובהבנה שלנו ליצור מחדש את הידע על העבר.

זיכרון, בין אם טראומתי ובין אם לאו, עשוי לתעתע ואינו אובייקטיבי. יתר על כן, ממצאי המחקר מראים כי אותן ראיות ועדויות המשמשות לתמוך בתקפותו של דיווח המתבסס על זיכרון רציף זהות לאלו המשמשות כדי לתקף זיכרון משוחזר, למשל, עדי ראייה, ראיות ביולוגיות, אמירות מתועדות של הנפגעת מאותה עת, הודאות של הנאשם (33, 43, 44). כך שלמרות הניסיונות החוזרים ונשנים להטיל ספק בדיווחיהן של נפגעות, אין הבדל מהותי באופני האישוש של זיכרונות טראומתיים רציפים ובלתי רציפים.

ייתכנו דיווחי שווא של טראומה מינית, כפי שייתכנו דיווחי שווא לגבי אירועים אחרים. במילים אחרות, שיעור זיכרונות השווא בקרב אנשים המדווחים על זיכרונות מודחקים/משוחזרים אודות פגיעות מיניות בילדותם, זהה לשיעור התופעה של זיכרונות שווא באוכלוסייה הכללית (כ-5% (37)). אולם ביחס לגילוי עריות מדובר במקרים חריגים שאינם יכולים ללמדנו על הכלל. יתר על כן, גם כשיש דיווח שווא הוא בדרך כלל כוזב באופן שלילי (false-negative), כלומר, דיווחי השווא הם דיווחים שלא היתה פגיעה במקרים שקיים לגביהם תיעוד לכך שכן אירעה פגיעה בילדות (45). לדיווחי שווא שליליים תורמים מטפלים בכך ששוללים את תקפות דיווחיהם של המטופלים, ואף נותנים הסברים תיאורטיים, כביכול, לצרכים המתבטאים לפי אמונתם, בזיכרונות אלה.

אך גם במקרים יוצאי דופן של דיווחי שווא, מטופלים מגיעים בדרך כלל לטיפול עם זיכרון שווא כזה ולא ממציינים זאת במהלך הטיפול. חשד לזיכרונות שווא עולה ביחס לדיווח

במצבים של שבירת הסטטוס קוו – כמו מוות, לידה, יציאה מחסות ההורים, ומיני משברים אחרים. אולם הַרְזִים הם בעיקר תוצאה של גירויים פנימיים ולא חיצוניים וזרזים אלה מתרחשים בעיקר מחוץ לתהליך הטיפול הנפשי (28, 29, 30). החלחול לתודעה של הזיכרונות שהושהו אינו מביא להקלה (כפי שהיה אולי מצופה אם היה מדובר בזיכרונות שווא, שנועדו למשל להסביר מצוקה נפשית). להיפך, בדרך כלל מתרחש זעזוע ורצון עז לדכא את הזיכרונות והרגשות השליליים שקשורים בהם, ומתעוררת מצוקה גדולה. לעתים קרובות נפגעות מדווחות על מאבק פנימי של ממש, סערה ובהלה כתגובה להזיכרות. הן ממאנות להאמין לזיכרון הבלתי נסבל שנפגעו על-ידי בן משפחה, ומבקשות לסמן מחשבה זו כדמיון או כשיגעון. פעמים רבות הן מדווחות על תוכן חזרתי שקדם להזיכרות המלאה כמו, למשל, מחשבות שאינן נותנות להן מנוח על מעשים מיניים שהתרחשו בעבר עם אדם קרוב. בדומה, נראים ביטויים לא מילוליים של אירועי עבר אלה כמו, למשל, גילומים התנהגותיים הקשורים לטראומה במשחק פוסט-טראומתי אצל ילדים, ביחסים הזוגיים, בסיוטים ופחדים ספציפיים לטראומה, בתגובות רתיעה לנוכח דמויות המזכירות את הטראומה או בסימפטומים סומטיים, הרבה לפני שתתגבש ידיעה והכרה ביחס לאירועים הטראומתיים (16, 31, 32). עם הזמן, ובמיוחד אם יהיה שם אחר שיהיה ניתן לשתף אותו בזיכרונות המצויים, מתגבשת צורה מאורגנת יותר של זיכרון שסביבה מתגבשים פרטים נוספים. חווית הפגיעה כפי שתסופר לא תהיה בהכרח תיאור סדור של פרטים עובדתיים (שבחלקם, כאמור, אינם ידועים לנפגעת), אלא נארטיב המורכב מהיבטים מפוצלים של החוויה עצמה המבטאים בעיקר את הזעזוע שעבר על הנפש הילדית ואת המורכבות הרגשית הנקשרת לכך. כך, למשל, הילדה עשויה להיזכר במחשבות שהיו לה בזמן הפגיעה על כך שעשתה דבר איום ונורא אם מגיע לה עונש כזה, אך היא לא תזכור בהכרח את מספר הפעמים שבהן נפגעה.

ככול שהפגיעה המינית חמורה יותר ומעורבת בה דילמה בלתי אפשרית, כמו התעללות על-ידי מבוגר בו הילדה תלויה רגשית, וככול שגיל הפגיעה מוקדם יותר, כך סביר יותר שתהיה אמנזיה דיסוציאטיבית (או שיכחון בעברית) (33, 34, 35, 36). עשרות מחקרים שבדקו את הקשר בין היסטוריה של התעללות מינית בילדות לבין אמנזיה דיסוציאטיבית הראו שנפגעות גילוי עריות דיווחו על תקופות של היעדר זיכרון מוחלט או חלקי במהלך חייהן (35, 37, 38, 39, 40, 41). אמנזיה יכולה להתקיים ביחס לאירועי הפגיעה, פרט מתוך אירוע, תקופה בחיים בה התרחשו החוויות הטראומטיות, או אירוע בהווה שמתקשר לטראומה. האמנזיה מתרחשת, לעתים קרובות, עוד לפני שהחומר נודע ועבר עיבוד, על כן, אינו ניתן לשליפה כזיכרון של משהו שהיה ידוע, עורר חרדה ולכן הודחק. יחד עם זאת, תיתכן אמנזיה גם כאשר האירוע הטראומתי היה ידוע, למשל, כאשר ילדה דיווחה על הפגיעה וזו הופסקה (35). במקרים אלה כשהאמנזיה חולפת יכול לעלות זיכרון ברור יותר. במרבית המקרים האמנזיה איננה

היסטוריה של טראומה (שאלה, שלדעתנו, יש לשאול כל מטופל או מטופלת במהלך המפגש הראשוני), יש נשים שמרגישות הקלה גדולה בעקבות תשאול זה, בעוד שאחרות מחכות לשלב בו ירגישו בטוחות יותר בקשר הטיפולי כדי שיוכלו להשיב. רבות מדברות על כך שתמיד ידעו שנפגעו ואילו אחרות מתארות זאת כידיעה עמומה או חמקמקה, שלפעמים מלווה בספק מנקר. יש גם מטופלות שמתארות תקופות חולפות של ידיעה ובהירות, לצד תקופות אחרות המאופיינות בחוסר התייחסות לנושא ואף שיכחה.

כלומר, בתחילתו של טיפול בנפגעות גילוי עריות, ניכר מיגוון רחב של אופני זכירה והיזכרות. רבות מהמטופלות מגיעות עם תמונה מנטלית של אירוע אחד או של כמה אירועים הקשורים לפגיעה המינית, אך תמונות אלו לרוב מבודדות מהקשר רחב יותר, כמו גם מרגש. התמונה המנטלית היא 'משהו' שלא ברור מה לעשות איתו, ומידת 'האמינות' שלו מתערערת ומתגבשת לחילופין. לעומתן מגיעות מטופלות הסובלות מהפרמנויה, כאשר הן מוצפות בזיכרונות ומתעסקות ללא הרף בפרטי הפגיעה. הן מבקשות להבין את פשר הזיכרונות שרודפים אותן ולהרפות מהם. כמו כן, מתקיימת אפשרות לתנועת מטופלת בין הצפה בפרטים, כמו פלשבקים של רסיסי זיכרונות, לבין שיכחה לגבי התקיימותם או לגבי הנאטיב והקשר שלהם. בין אם הזיכרון הוא רציף ומרובה פרטים ובין אם מאופיין בדלות פרטים ובתקופות של היעדר, החוויות העולות מזיכרונות אלה אינן מעובדות והתמונה הקיימת לעתים קרובות מקוטעת. כל זאת מכיוון שהחוויות הטראומטיות והמצבים הרגשיים הבלתי נסבלים מתרחשים בקשר שבו נעדרים ההתכוונות והוויסות להן זקוקה הילדה כדי לשאת את החוויה ולהפוך אותה לזיכרון שאפשר לדבר עליו ולתת לו משמעות (51).

זיכרונות הפגיעה, על כן, אינם מופיעים לעתים קרובות בטיפול באופן מילולי ונארטיבי, אלא מוצאים ביטוי דרך ערוצים אחרים. הזיכרונות יכולים להופיע כתגובות רגשיות חריפות ללא הקשר, בתגובה גופנית רבת עוצמה ובלתי מוסברת, כמו גם בהבזקים (תמונות או הלוצינציות) של הפגיעה. תגובות רגשיות רבות עוצמה המכילות רשמים רגשיים של הטראומה מתעוררות, לעתים קרובות, כתגובה לגירוי בטיפול שהזכיר באופן כלשהו את הטראומה. לדוגמה, מטופלת שהגיבה בהתקף

על זיכרונות לפני גיל שלוש, זיכרונות ביזריים המתרבים עם הזמן, זיכרונות שעלו בטיפול אצל אנשים הטוענים לכוחות על ולידע אוטורי, או בקבוצה של עזרה עצמית לא מקצועית כאשר יש בה משתתפים אחרים המדברים על הטראומות שעברו. במקרים אלה רצוי לאמת את הדיווח על סמך מקורות חיצוניים (למשל, עדים, יומנים, התוודות של התוקף), כמו גם פנימיים (למשל סימפטומים או מאפיינים של הזיכרונות).

לסוגיית הזיכרון של גילוי עריות מתקשרת הטענה בדבר השתלת זיכרונות של פגיעה מינית בטיפול ומחוצה לו. אולם, למרות ההשמצות הנשמעות מעת לעת, לא ידוע אף מקרה מתועד אחד, לא כל שכן מחקר מדעי, בו תועד מקרה של היווצרות זיכרונות אוטוביוגרפיים שקריים על אודות גילוי עריות ותסמונות שווא של הפרעה פוסט טראומטית בכלל, בעקבות קריאת ספרים או צפייה בסרטים או תוכניות טלוויזיה (46). יש, אומנם, ספרות ניסויית המצביעה על היכולת להשפיע על זיכרון ואף על השתלה של זיכרונות, בעיקר בגיל הרך, אודות אירועים לא נעימים, אך אין מדובר בזיכרונות על אודות התעללות מינית, אלא אודות אירועים הנחשבים נורמליים (47). כמו כן, אין ראיות לכך ששאלות ישירות לגבי התעללות מייצרות זיכרונות שווא של התעללות (33). אין גם כל סימוכין מחקריים לכך שמטופלות עלולות לפתח זיכרון שווא בעיקבות פרשנות אינטנסיבית – של מטפלים – שתסמינים, חלומות וספקות של המטופלות מצביעים על היסטוריה של גילוי עריות. ובכל זאת אנו מבקשות להזהיר מפני הסקת מסקנות על פי מערך התסמינים ולהניח אוטומטית ובאופן נחרץ על קיום היסטוריה של התעללות, בעיקר כאשר אין זיכרון של ההתעללות. כמו כן, תקופות של אמנזיה מוחלטת או חלקית בילדות אינן מהוות בסיס מספיק בפני עצמו להקשה גורפת של התעללות בילדות, בהיעדר מידע נוסף (48). במהלך השנים, אנשי טיפול בתחום הטראומה והזיכרון ניסחו קווים מנחים שיכולים לסייע למטפלים בסוגיות אלו (48, 49, 50).

הופעת זיכרונות טראומתיים בטיפול

נפגעות גילוי עריות מגיעות לטיפול בשל הקושי שלהן לשאת את ההשלכות של הפגיעה. רבות מהנשים הפונות לטיפול לא יספרו בתחילת הטיפול על הפגיעה, גם אם יש להן זיכרון או ידיעה כלשהי על התקיימותה. חלקן אף לא יקשרו את סבלן לפגיעה שעברו. הן מגיעות בגלל מצוקה שמלווה לעתים קרובות בדיכאון, סומטיזציה, תופעות דיסוציאטיביות, הצפה רגשית או להיפך, בידוד רגשי, על רקע של הזנחה או התעללות נפשית, שכלל לא מתווגות ככאלה על-ידן. רק במהלך הטיפול מתחזרת הפגיעה על רבדיה השונים. מטופלות אחרות בוחרות לא לספר משום שחוששות ששוב לא יאמינו להן או ישתקו אותן*. גם אם הן נשאלות במסגרת פגישת הקבלה (intake) על

* בספרה "טראומה והחלמה" תיארה ג'ודית הרמן (49) את הקושי של קורבנות

לגלות את סודם ואת חשיבות הגילוי: "העימות בין הרצון להכחיש מעשים נוראיים ובין הרצון להכריז עליהם בקול רם, הוא דיאלקטיקה מרכזית של הטראומה הנפשית. בני אדם שנעשו בהם מעשה זוועה מספרים פעמים רבות את סיפוריהם בדרך רגשית מאוד, סותרת ומקוטעת, החותרת תחת אמינותם ומשרתת כך את שני הצדדים: סיפור האמת ושמיירת הסודיות. רק כאשר זוכה האמת להכרה, בסופו של דבר, יכולים הנפגעים להתחיל בתהליך ההחלמה" (49, עמ' 13). אולם למרות הסבל הרב שעובר עליהם בפגיעה המינית, רוב מקרי ההתעללות אינם מתגלים לעולם. קורבנות המחליטים לגלות את סודם, אינם חושפים זאת עד לבגרותם ובדרך כלל לאנשים מחוץ למשפחתם. המעטים שגילו לראשונה את דבר הפגיעה למישהו בתוך המשפחה דיווחו על תגובה עוינת או אדישה. בדומה, חשיפה מוקדמת של הפגיעה מדווחת כחוויה שלילית ואף טראומטית (52).

הטיפול מאפשרות למטופלת ולמטופלת להבין טוב יותר את חוויתה של המטופלת ולתת לה משמעות, כמו גם להוסיף נדבך לנארטיב הנבנה.

בין ידיעה לאי־ידיעה

לפי הרמן (49), טראומה נפשית מגלמת דיאלקטיקה בין כוח שדוחף לגילוי לבין כוח שנמנע מידיעתה בכל מחיר. דיאלקטיקה זו באה לידי ביטוי אצל נפגעות של גילוי עריות במתח שהן חוות בין הצורך לדעת לבין אי היכולת לדעת. למשל, מטופלת שבמשך כל הטיפול הלכה על קו התפר שאיפשר לה לא לדעת את מה שקרה לה, למרות שעסקה ללא הרף בהקשר היחסים הטיפוליים בתכנים של אמון, פגיעה, חודרנות ונטישה, וביטאה חשש מהשתנותו של המטפל ומקריסה מוחלטת של הקשר איתו. על ילדותה והוריה דיברה באופן חלקי ומוגן ובהקשר אחר לכאורה, ציינה שידיעת העבר תגרום לשינוי בלתי הפיך. נראה היה שכל חלקי הפאזל מונחים, אך לא מחוברים זה לזה לכדי תמונה שלמה. כך, מטופלת זו הצליחה ללכת על החבל הדק בין ידיעה לאי־ידיעה. מצבה התייצב והיא הצליחה, באופן יחסי, להתפנות לחייה בהווה. המטופלת בחרה לא לערער את הבסיס עליו עמדה ולהסתגל לקשיים שנבעו מהטראומה המשוערת, למרות שללא חשיפתה לא ניתן היה למצוא להם הקלה או פתרון. המטפל שלה הבין בהדרגה את מה שהופקד אצלו. גם הוא נע בין אמירה לאי־אמירה של הידיעה המשוערת. בכבוד וברגישות רבה הוא נע בקצב שלה בין אזורי הידיעה ואי־הידיעה שהיא תחמה.

אי־הוודאות ביחס למשמעות חוויתה מערערת את יכולת המטופלת לסמוך על עצמה, על תחושותיה ומחשבותיה. כפי שתוארה זאת מטופלת:

"בעולם שלי המשמעויות מתחלפות. המילים מתפרקות לאותיות. שום דבר לא רציף, קבוע, הכול משתנה כל הזמן. יש תמיד ריבוי משמעויות לכל דבר שאת אומרת. ויש יכוח פנימי בין כל החלקים שבי שנאבקים על הפירוש של הדברים. הם ניזונים מקולות מן העבר, את יודעת אני לא בטוחה בקיומי, שום דבר לא בטוח לי, איך אדע מה קרה לי? איך אדע מי אני? איך אדע שאת בכלל מי שנדמה לי שאת ושמה שיש בינינו הוא אמיתי?"

הספק מטשטש את הגבול בין דמיון למציאות וגורם למטופלת לפקפק בשפיותה או להניח שהיא בעלת דמיון חולני. שתי אפשרויות אלו מעוררות אימה ומעצימות בלבול וביקורת עצמית הרסנית, אולם הוודאות עצמה היא לעתים קרובות קשה מכול, ועל כן תעדיף המטופלת להיאחז בספק, כפי שביטאה זאת מטופלת:

"להיזכר זה לאבד את האפשרות או התקווה הקטנה שאולי זה אף פעם לא קרה. להכיר באפשרות שזה קרה זה גזר דין מוות. זה סופי. רציתי שיגידו לי "שקרנית", כדי שאשתכנע שזה לא קרה". עבור אותה מטופלת הספק הוא הצלה מפני האמת הבלתי נסבלת. הספק מטשטש את האמת, כדי לחמוק מגזר הדין הנורא מכול – שאביה פגע בה.

גם כשיש בטיפול בהירות ביחס לזיכרונות הפגיעה, היא מתחלפת לעתים קרובות בערפול, ספקנות או חוסר אמון. הדיסוציאציה שסייעה למטופלת לשרוד את הפגיעה ולאחריה ממשיכה לפעול גם בזמן הטיפול.

חרדה וניתוק לאחר שהמטפלת הזכירה מילים הקשורות למיניות. בדומה, נבחין גם בתגובות סומטיות קשות הנקשרות לאירוע הטראומתי מן העבר. למשל, מטופלת שפיתחה כאב ראש חריף ובחילה בכל פעם שעלה בטיפול זיכרון נוסף מהפגיעה. לנוכחות הקשובה והמוססת של המטפלת ולשפה המתהווה בתוך הקשר הטיפולי יש מקום מרכזי לטרנספורמציה מביטויים סומטיים לביטויים רגשיים של הכאב הנפשי (51).

זיכרונות טראומטיים מופיעים במקרים רבים כתמונה דוממת, או כרצף חלקי או מקוטע של תמונות, ללא הקשר של זמן ומקום. למשל, במקום נארטיב של פגיעה הכולל סיטואציה לילית שבה אב פותח את הדלת ונכנס לחדרה של בתו, שוכב לצידה ונוגע בה, יש רק קטעי זיכרון של חוויות הקשורות לפגיעה ללא המעשה המיני עצמו. למשל, חווית הדריכות מלונת האימה של הילדה למשמע צעדי של האב במסדרון עוד לפני פתיחת הדלת; קול חריקת הדלת שאחריה אין כלום; יקיצה בעת שנת לילה כשמישהו נוגע או נלחץ לגופה; זיכרון גופני של כובד גוף גדול על גוף קטן, וכד'.

דוגמה לכך אפשר לראות בווינייטה הבאה:

אנה מדברת בטיפול על הקושי להיכנס לאמבטיה ועל הקושי לצאת משכבר נכנסה. למה דווקא האמבטיה? אני שואלת. "הוא תמיד אחר כך שלח אותי לאמבטיה", היא עונה ונועצת מבט חלול בדלת. אחרי מה הוא היה שולח אותך לאמבטיה? הוא היה סוגר את כל החלונות ונועל את הדלת ואז ידעתי... ואז... היא שותקת. ואני שואלת "ואז ידעת מה?" והיא מנסה לומר מגמגמת מסתכלת אלי בעיניים שאני מכירה, עיניים של ילדה אבודה. כל גופה מתפתל. היא מתנשפת. עיניה נעות מצד לצד, כמו חיה מבוהלת. ראשה מתנועע כמטוטלת, לא ברור אם אומרת "לא! לא!" או שמנסה להתנער מסיט. ואני מבחינה שאני אינני נושמת. שאני נמצאת בתוך סיט. אני מתעשתת, רוצה להציל אותה ואותי ולא יודעת ממה. ואני אומרת לאנה ולעצמי "קרה שם משהו מאוד מפחיד...". ברגע זה לא ברור לי אם אנה שומעת אותי, ולא ברור אם היא מזהה אותי. ואני חוזרת שוב ואומרת "קרה שם משהו מאוד מפחיד". היא ממשיכה להגיב למשהו שהוא לא מכאן. אני אומרת לה "זה היה בעבר. הכול נגמר". ואני יודעת שעבור אנה שום דבר לא נגמר. בפגישה שלאחר מכן אנה לא זוכרת את מה שהיה. לא זוכרת דבר.

כפי שמודגם בווינייטה זו, הקשר הטיפולי מספק מרחב שבו יכולים להופיע חומרי זיכרון גולמיים, כמו גם חלקי עצמי ואחר מנותקים, והיבטים שונים של הקשר הטראומטי. מרחב זה או "הסביבות", בלשונו של בולאס, שמטופל יוצר, מזמינות את המטפל להיפתח לחוויות ולמצבי תודעה שונים, שיכולים להישאר לא ברורים זמן רב. לטענתו "היכולת לשאת ולהעריך את אי־הוודאות ... מגבירה את היכולת שלנו ללכת לאיבוד בתוך הסביבה המתפתחת של המטופל" (53, עמ' 203). חומרים נפשיים אלה מעצם היותם מנותקים מהקשר, אינם מציגים את עצמם באופן ברור. כך גם איפיוני הקשר המתעלל אינם זכורים באופן נהיר וזמין, אלא מתגלמים ביחסים הטיפוליים. דיוויס ופראולי (8, 54) הצביעו על גילומים אלה שמשקפים היבטים של היחסים הטראומטיים המנותקים מהתודעה. למרות שאין להסיק מכך שכל מה שמתרחש בקשר הטיפולי הוא שיחזור מדויק של מה שאירע בעבר, חוויות אלו בקשר

לשים לב לתחושותיה ולראות בחוויה שלה ערך אינפורמטיבי על העולם הפנימי והחיצוני. בדומה, המטפלת יכולה לתקף את הקושי שמבטאת השאלה של המטופלת האם "היה או לא היה?" כמו גם את הרצון לדעת. המטפלת מתקפת את הצורך בידיעה, את הפחד מפניה, את הבלתי נסבלות של הספק ולעתים, גם את הבלתי נסבלות של הידיעה. היא נותנת מילים לאימה מפני חדירתם של תכנים לא ידועים או לחילופין, אימה מפני חדירה עיקשת של ידיעה שהיתה מוסווית תקופה ארוכה קודם לכן.

ההתערבות הטיפולית בתגובה להופעת הזיכרונות

המטרה של הטיפול איננה חשיפת זיכרונות. יחד עם זאת עבודה עם הזיכרונות היא חלק מן העבודה הטיפולית תוך תהליך של חיבור רגשי, מציאת הקשר ומתן משמעות. הקשר הטיפולי מספק את ההתכוונות הרגשית המותאמת, שמאפשרת את המעבר מזיכרון גופני לזיכרון רגשי ולמנטליזציה. כתוצאה מתהליך זה, ככול שהמרחב הפנימי נפתח, הזיכרונות מתגבשים ונעשים נגישים ובהירים יותר. לכן, אין צורך לנקוט באמצעים אקטיביים להעלאת זיכרונות כמו, למשל, לעשות שימוש בטכניקות גרסבייות בהיפנוזה ובדמיון מודרך או להמליץ על קריאת ספרים 'חד-צדדיים' בנושא. פעולה מכוונת מטה שכזו עלולה לגרום להתערבות בקונפליקט הנפשי ולהוסיף בלבול או הקשחת העמדה הקוטבית של הקונפליקט. לעומת זאת, נחוצה התכוונות לתנועה ולקצב של המטופלת וקשב לשינויים המתרחשים בחוויה, בהתכוונות ובמשמעות שניתנת לחומרים החדשים שעולים בטיפול.

הופעת זיכרון של גילוי עריות בחדר הטיפול תמיד מטלטלת. השינוף מבטא את האמון של המטופלת במטפלת ותגובתה של זו מסמנת עבור המטופלת את האפשרות לדבר על מה שלא דובר מעולם. המטופלת מאוד רגישה לדקויות התגובה. סימנים של בהלה, חוסר אמון, ביטול או רתיעה, עלולים להביא אותה להתכנס שוב פנימה עם סודה. לכן על המטפלת לשים לב לתגובותיה והטיותיה, ולקחת אחריות עליהן בכנות אל מול המטופלת. גם אם מדובר בתגובות שהמטפלת מתביישת בהן או שמבטאות קושי באמון שלה במטופלת, עדיפה התקשורת הפתוחה במקום שחזור של הצביעות וההכחשה של המבוגרים שהיו לעתים קרובות חלק מטראומת גילוי העריות.

קורטואה (46, 48) מזהירה מפני שתי עמדות מנוגדות ובלתי רצויות של מטפלים. העמדה האחת היא של חשדנות יתר המובילה להימנעות, שלא תאפשר התייחסות לזיכרונות ותשאיר את המטופלת שוב לבד. העמדה השנייה, לעומת זאת, באה לידי ביטוי במושקעות יתר של המטפלת בפגיעה, שעלולה לגרום למטופלת להיענות למטפלת באופן שאינו מותאם לה. במקום התמקמות בעמדה של חשד וחוסר אמון, או ודאות ללא מרחב לחקירה ולספק, נדרשת מהמטפלת עמדה של הקשבה ופתיחות, כמו גם יכולת להישאר בעמדות וחוסר ודאות (56, 57). על כן, עדיף שהמטפלת תפנה אל המטופלת בשאלות פתוחות שאין בהן הכוונה סמויה. בנוסף, רצוי שהיא תמנע

כך ביטאה זאת מטופלת בת למשפחה מתפקדת ומוצלחת כלפי חוץ, שחשפה בהדרגה היסטוריה של התעללות מינית ארוכת שנים על-ידי אביה ונמצאת כבר כמה שנים בטיפול, בדברה עם המטפלת שלה על התעתוע שתוקף אותה: "אני יודעת שזה נכון... ובכל זאת זה חומק ממני... כאילו נמחק. לפעמים זה כל כך חזק שזה משתלט עלי. את חיבת לעזור לי לזכור את זה שאני יודעת שזה נכון".

המתקפה על הזיכרון מופיעה גם כאשר הזיכרונות נתמכים ברצף מוצקה, כמו, למשל, ביומנים של הנפגעת. לדוגמה, מטופלת שבשלב מסוים בטיפול הרגישה מספיק איננה כדי להקריא למטפלת כמה קטעים מיומנה שהתייחסו לפגיעה המינית שחוותה. לאחר ששוחחו על ההיבטים השונים של התגובות שלה ליומנים ולכתוב בהם, שאלה את המטפלת בסוף הפגישה: "אז מה את אומרת?" "אני איתך", ענתה המטפלת. לפגישה הבאה הגיעה כועסת וכשהמטפלת בירה איתה במה הכעיסה אותה, ענתה לה המטופלת "איך את יכולה להגיד לי שאת איתי?! ואם אני ממציא?!".

התעתוע אינו רק מנת חלקה של המטופלת. גם המטפלת עשויה לנוע בין ידיעה לאי-ידיעה, בין ודאות להטלת ספק ביחס לזיכרונותיה של המטופלת. ניתן להבין תחושות אלו של אי-ודאות או חוסר אמון אותו מרגישה המטפלת, כחוויות מנותקות של המטופלת שמגולמות דרך המטפלת. מדובר בייצוגים מופנמים של יחסים המגלמים את חוסר האמון שהמטופלת חוותה בילדותה כשסיפרה על כך שנפגעה. לפי דיוס (55), התפקידים של המאמין והלא מאמין מתחלפים בין המטופל למטפל, ומיצגים מתקפות על בוחן המציאות, כפי שבאו לידי ביטוי ביחסים המוקדמים עם התוקף. אולם, לא תמיד אי-הוודאות והספק נובעים מהמטופלת. לעתים, מקורם מהקושי של המטפלת לשאת ידיעה זו. שכן גם המטפלת נעה בין הרצון לדעת לבין הרצון להימנע מידיעה אודות הרוע, וגם היא נתונה לטלטלה שמביאה איתה החשיפה לידיעה שפגיעה כזאת אכן התרחשה ולרגשות העזים המתעוררים מולה.

לעומת האפשרות להישאר במרחב בין ידיעה לאי-ידיעה, עומדים מנגד הדרישה של המטופלת או הצורך שלה לדעת בוודאות האם "היה או לא היה". בדומה למטופלת, גם המטפלת עשויה לחוש שעליה לתת תשובה ברורה למטופלת ולתת תוקף לפגיעה. צורך זה, של המטופלת ושל המטפלת כאחת, מצמצם מאוד את המרחב הטיפולי. הוא משקף את התקווה של המטופלת שעצם הידיעה תפתור את הכול. אולם, מניסיוננו, נוכחנו שהוודאות לא רק שאיננה מביאה הקלה, אלא גם מולידה, פעמים רבות, עוד מצוקה, ספק וערפול, בשל הקושי לעכל את קיום הפגיעה ואת המשמעותיות שלה. בנוסף, המטפלת לא תוכל לתת אישור לכך שהפגיעה אכן התרחשה כאשר המטופלת מביאה לטיפול ספק ואי-ידיעה ביחס לעברה. אין לה יכולת לדעת את מה שהמטופלת אינה יודעת, ואינה יכולה לחלץ את המטופלת מהקונפליקט ביחס לעצם הידיעה. נדרשת מהמטפלת תגובה מורכבת, אשר מצד אחד, תבטא אמירה ברורה בנוגע לעוול שלא קיבל הכרה, אך מצד שני, תייצר מרחב שיכיל ברוחמי את הרצון לדעת ואת הצורך לא לדעת, כמו גם את הבלבול ואת הספק. תיקוף החוויה של המטופלת מזמין אותה

להיזכרות ושיכחה. גם היא עלולה 'לשכוח' אירוע שסופר, למרות ואולי בגלל היותו חשוב, מזעזע ומשמעותי. המטפלת יחד עם המטופלת מחזיקות את הנאמר והמתרחש לאורכו של הטיפול ובכך הן יוצרות את הרצף החסר. תהליך בניית הרצף הנארטיבי מעניק משמעות למה שהיה חסר או מנותק, ומאפשר הבנות חדשות לגבי העבר ולגבי דרכי ההתמודדות של המטופלת. הנארטיב המתהווה מחזיק גם עמדה אתית בנוגע לייחוס הרוע. כאמור, ילדים שנפגעים בתוך המשפחה נוטים לייחס לעצמם את הרוע, כדי לשמר את הדמות המיטיבה ולתת משמעות הגיונית למציאות הבלתי נסבלת בתוכה הם נתונים. המחיר המתמשך מתבטא בכך שהם חווים את עצמם גם בבגרותם כרעים והרסניים, חסרי תקנה ובלתי ראויים לחיים טובים יותר. יצירת הרצף ההיסטורי מטילה את האחריות לרוע על המבוגר הפוגע. המשמעויות החדשות מאפשרות לה לפתח הבנה ביחס לתחושת האשמה שלעתים היא חוץ, כמו גם קבלה וחמלה כלפי עצמה. כל אלה מהווים בסיס חדש לחוויה של השתייכות לבני האדם, במקום להרגיש אחרת ומעוּוּת והזדמנות לפתח מרכז יוזמה, עצמאי בעולם (a sense of agency).

סיכום

הזיכרון הטראומתי מאתגר את החשיבה הקונבנציונלית, שמארגנת את עצמה באמצעות חשיבה דיכוטומית. דיכוטומיה זו מתייחסת למציאות דרך משוואות בינריות, כגון אובייקטיבי וסובייקטיבי, אמיתי וכוזב, היה או לא היה. חשיבה זו מניחה מציאות קבועה ועקבית. היא מתאפיינת בתפיסה ליניארית, שעל פיה קיים רצף של התפתחות טבעית שבו דבר אחד מוביל לשני. אולם, הזיכרון הטראומתי אינו מצטייט לכללים אלה. אדרבא, יש לו פנים רבות וסותרות: בעוד שלעתים תכופות אין הוא מציג רצף נארטיבי, במקרים אחרים זיכרון טראומתי אכן מתארגן כרצף קוהרנטי המדייק בפרטים. בדומה, הזיכרון הטראומתי לוקה באמנזיה חלקית או גורפת שעשויה להתחלף בידיעה חמקמקה. הוא מתבטא בהצפה של רסיסי פרטים שאינם מסתכמים לשלם, בקטעי זיכרון והבזקים נעדרי הקשר ומשמעות, המלווים בתגובות רגשיות וסומטיות קוטביות, שאינן מובנות לצופה מן הצד ולעתים קרובות גם לא למטופל עצמו. לא ניתן, איפוא, להתייחס לזיכרון טראומתי ובוודאי לא לשפוט את אמינותו בכלים הקונבנציונליים, אלא מתוך הכרה שמהו יסודי השתבש בעקבות החוויה הטראומתית.

אין לדבר על הזיכרון הטראומתי מבלי לדבר על הטראומה. הטלת דופי באמינות זיכרונות אלה נובעת מן הדחף להכחיש את הטראומה. הכחשת הטראומה היא תגובה שכיחה למעשי זיועה. אולם, במקרה של גילוי עריות, לא רק אמינות הנפגעות מוטלת בספק שוב ושוב, אלא גם אמינותם ואף כשירותם של המטפלים והחוקרים בתחום זה של פוסט טראומה. עמדה זו של חשד עוסקת בסוגייה הלא נכונה. השאלה היא לא האם תופעות

ממתן כותרות כמו "זיכרונות של התעללות" או "אביך הפוגע", אשר מתייגות ומנכיחות מצב שאולי עדיין לא הוגדר כך על-ידי המטופלת. על המטפלת להיזהר מהפיכת החיפוש של המטופלת אחר ודאות, למסע למציאת ראיות. היא עלולה להסיק מסקנות ולהכריז הכרזות טרם זמנן ביחס לפגיעה, בשל הקושי לשאת אי-ודאות או הרצון להוכיח למטופלת שהיא מאמינה לה ללא ספק, כמו גם מתוך הצורך לתקן את המעוות ולהצביע על אי-צדק. במצב זה היא עלולה 'להשלים' פרטים חסרים בסיפור, לנסח האשמות ולתת תוקף למציאות, הרבה לפני שהמטופלת ניסחה לעצמה את חוותיה. לאורך כל התהליך, המטופלת היא זו שמחליטה אם לדעת, את מה לדעת וכמה לדעת. היא גם זו שתגדיר את האירועים ואת יחסה אליהם. למשל, ביחס לחומרת המעשים או היחס לפוגע. לפעמים המטפלת צריכה לשחרר את האחוויה מהמשמעות הטראומתית שהיא מייחסת לזיכרון שהמטופלת מתארת באופן נורמטיבי יותר, וגם צריכה להיזהר מעמדה חד-משמעית ושיפוטית, בשונה מעמדתה של המטופלת, למשל ביחס לקרוביה בין אם פגעו בה או איפשרו את הפגיעה בה, ובין אם הזניחו אותה או לא נענו לקריאותיה לעזרה.

העבודה בטיפול, חשוב שתעשה בצעדים מדודים, בקצב של המטופלת, בין ידיעה לבלבול או הכחשה ובין ייאוש לתקווה. נדרשת עמדה סקרנית ופתוחה ביחס לזיכרונות או חלקי זיכרונות, תוך הכרה בכך שחסרים הרבה פרטים כדי לבנות נארטיב. כאשר המטופלת משתפת בזיכרון, תמונה מן העבר או רסיס זיכרון, יש להפנות את תשומת ליבה למחשבות, לרגשות ולתחושות הגוף הנקשרות לכך. זהו תהליך חקרני עדין וסבלני, שקשוב מאוד לתגובות המטופלת ובבסיסו ניסיון לעזור למטופלת להבין יותר את חוותיה מתוך הידוע ולא מתוך החסר. משום שבעקבות הדיסוציאציה חסרה הבנה קונטקסטואלית, יש להניח כי יהיה חוסר בהירות בנוגע לפרטים בסיסים על הפגיעה, כמו גיל ההתרחשות, משכה ומיקומה. חלק מהפרטים המספקים את הקשר יתקבלו באופן עקיף. למשל, מטופלת זיהתה את הדירה בה התרחשה הפגיעה שאליה עברו בזמן גן חובה וממנה יצאו בכיתה ד'. כלומר, היצמדות לידוע ולנגיש תאפשר לסייע למטופלת לצרף תכנים נוספים, כדי להבנות את נארטיב הפגיעה שכה חסר לה. הקשבה פתוחה תוביל אותנו בנכחי החוויה של המטופלת ובאמצעותה תינתן הכרה שתאיר גם היבטים שלא היו נגישים קודם לכן למטופלת, דברים שלא ידעה על עצמה. המטופלת, ורק המטופלת, היא זו שתזוהה את החלקים שמתאימים למצרף החוויתי שלה.

למטפלת יש תפקיד משמעותי בהחזקת מה שמתגלה בנפש המטופלת, אך מועד להישמט. מטופלת יכולה לספר בפגישה טיפולית על אירוע קשה שהתרחש בילדותה, ולהגיע לפגישה שלאחריה מבלי להתייחס אליו כלל ומבלי לזכור את מה שסיפרה. לחילופין היא יכולה לצאת נרגשת מהפגישה, אך בהמשך לפקפק בעצמה ולתהות בינה לבינה אם המציאה או דמיינה. גם המטפלת נתונה לתהליכים הקשורים

13. Steele K., van der Hart O., Nijenhuis E.R., Phase oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J. Trauma and Dissociation*, 6(3): 11-53, 2005.
14. Siegel D.J., *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, Guilford, 1995.
15. van der Kolk B.A., *The body keeps the score: approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder*. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. pp 417-440. New York, The Guilford Press, 1996.
16. זומר א., להיות או לא להיות: טראומות ילדות והפרעות ניתוק. בתוך: צ. זליגמן, ז. סלומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד/אונ' תל-אביב, 2004.
17. Bremner J.D., Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a neurological perspective. New York, W.W., 2002.
18. Sivers H., Schooler J., Freyed J.J., Recovered memories. *Encyclopedia of the Human Brain*, 4: 169-184, 2002.
19. Krystal J., Bennet A., Bremner J.D. et al., Recent developments in the neurobiology of dissociation. In: L.D. Michelson, W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives*. pp 183-190. New York, Plenum Press, 1996.
20. Vermetten E., Bremner J.D., Circuits and systems in stress: I. Preclinical studies. *Depression and Anxiety*, 15: 126-147, 2002.
21. van der Kolk B.A., Ducey C.P., The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *J. Traumatic Stress*, 2: 259-274, 1989.
22. LaGarde G., Doyon J., Brunet A., Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 177: 144-149, 2010.
23. Laub D., *Trauma and testimony: the process and the struggle*. In: C. Caruth (Ed.), *Trauma: explorations in memory*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Univ. Press, 1995.
24. זליגמן צ., תהליך העדות בטיפול בטראומת גילוי העריות: גילום מחדש ועיבוד הטראומה ביחסי העברה והעברה-נגדית. בתוך: צ. זליגמן, ז. סלומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 240-256. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד ואונ' תל-אביב, 2004.
25. אמיר ד., תהום שפה. ירושלים, מאגנס, 2013.
26. Brewin C.R., Autobiographical memory for trauma: update on four controversies. *Memory*, 15(3): 227-248, 2007.
27. Dorahy M.J., Memory and the processing of traumatic stimuli: implications for the recovered memory debate. *Irish J. Psychology*, 18: 430-438, 1997.
28. Malmø C., Laidlaw T.S., Symptoms of trauma and traumatic memory retrieval in adult survivors of childhood sexual abuse. *J. Trauma Dissociation*, 11(1): 22-43, 2010.
29. Wilsnack S.C., Wonderlich S.A., Kristjanson A.F. et al., Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Abuse & Neglect*, 26: 115-226, 2002.
30. Briere J., Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further developments of an integrative model. In: J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere et al. (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Newbury Park, CA, Sage Pub., 2002.

אלו אמיתיות וראויות לאמון, אלא איך ייתכן שגילוי עריות מתרחש, ואיך ייתכן שאנו שוב ושוב דוחים מעלינו ידיעה זו על הרוע? הייתכן שמדובר בהימלטות מפני הקושי שלנו להישיר מבט אל מול הזוועות הבלתי מתקבלות על הדעת?

שאלות אלו נותרות יתומות. תחת זאת, אמינותו של הקורבן היא שהופכת לשאלה. התוצאה מובהקת – התוקף משוחרר מאחריותו על פשעיו. אין זה הוא שעומד על המוקד אלא הקורבן. כך, התוקף שוב מגדיר את המציאות ומוחק את הפגיעה. כפי שביטאה זאת ג'ודית' הרמן "ההכחשה, ההדחקה והדיסוציאציה פועלות ברשות הרבים כשם שהן פועלות ברשות היחיד" (עמ' 42, 14).

מתקפות על עצם תופעת הזיכרון הטראומתי והסירוב להכיר בשיבוש המערכות שנגרם לכל מי שנפגע מינית, משחזרים את הטראומה שהרי הם שוב מותירים את הנפגעות לבד. רק ההכרה בתהליכי השיכחה וההיזכרות הקשורים לגילוי עריות תביא לשינוי. הבנה זו תפוגג את החשדנות הכמעט מותנית כלפי זיכרונות 'לא סבירים' אלה ותאפשר לנו לתקן את החולי החברתי ולטפל בקורבנותיו.

ס פ ר ו ת :

1. לאוב ד., נשיאת עדות, או התפוכות האזונה. בתוך: ש. פלמן, ד. לאוב (עורכים), עדות – משבר העדים בספרות, בפסיכואנליזה ובהיסטוריה. עמ' 67-82. תל-אביב, רסלינג, 2008.
2. זליגמן צ., מבוא לגילוי עריות. בתוך: צ. זליגמן, ז. סלומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 15-48. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד/מרכז אדלר, אונ' תל-אביב, 2004.
3. Stern D.B., Unformulated experience: from familiar chaos to creative disorder. *Cont. Psychoanal.*, 19: 71-99, 1983.
4. פרנצי ש. (1933). בלבול השפות בין המבוגרים לילד. בתוך: בלבול השפות בין המבוגרים לילד. עמ' 199-207. תל-אביב, עם עובד, 2003.
5. Brown L.S., Freyd J.J., PTSD criterion A and betrayal trauma: a modest proposal for a new look at what constitutes danger to self. *Trauma Psychology, Division 56, Am. Psychological Assoc., Newsletter*, 3(1): 11-15, 2008.
6. Grand S., *The reproduction of Evil: a clinical & cultural perspective*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press, 2000.
7. Fairbairn W.R.D., *Psychoanalytic study of the personality*. London/New York, Routledge, 1952.
8. Davies J.M., Frawley M.G., *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: a psychoanalytic perspective*. New York, Basic Books, 1994.
9. Sullivan H.S., *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, W.W. Norton, 1953.
10. van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K., Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *J. Traumatic Stress*, 18(5): 413-424, 2005.
11. Nijenhuis E.R.S., van der Hart O., Steele K., Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma Information Pages website, January 2004. WURL: <http://www.traumapages.com/a/nijenhuis-2004.php>.
12. Janssen I., Krabbendam L., Bak M. et al., Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scan.*, 109: 38-45, 2004.

31. Wenzlaff R.M., Wengner D.M., Klein S.B., The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *J. Personality and Social Psychology*, 68: 782-79, 1991.
32. Courtois C.A., Implications of the memory controversy for clinical practice: an overview of treatment recommendations and guidelines. *J. Child Sexual Abuse*, 9(3):183-210, 2002.
33. Chu J.A., Frey L.M., Ganzel B. L. et al., Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia and corroboration. *Am. J. Psychiatry*, 156: 749-755, 1999.
34. Dalenberg C.J., Brand B.L., Gleaves D.H. et al., Evaluation of the evidence of the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol. Bull.*, 138(3): 550-588, 2012.
35. Williams L.M., Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *J. Traumatic Stress*, 8(4): 649-673, 1995.
36. Schultz T.M., Passmore J., Yoder C.Y., Emotional closeness with perpetrators and amnesia for child sexual abuse. *J. Child Sexual Abuse*, 12: 67-88, 2003.
37. Brown D., Schefflin A.W., Whitfield C.L., Recovered memories: the current weight of the evidence in science and in courts. *J. Psychiatry & Law*, 27: 5-156, 1999.
38. Herman J.L., Schatzow E., Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal. Psychology*, 4(1): 1-14, 1987.
39. Gold S.N., Hughes D., Hohnecker L., Degrees of repression of sexual abuse. *Am. Psychology*, 49(5): 441-442, 1994.
40. Loftus E.F., Memories for a past that never was. *Curr. Directions Psychol. Sci.*, 6: 60-65, 1997.
41. Wilsnack S.C., Wonderlich S.A., Kristjanson A.F. et al., Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Abuse & Neglect*, 26: 139-147, 2002.
42. Herman J.L., Harvey M.R., Adult memories of childhood trauma: a naturalistic clinical study. *J. Traumatic Stress*, 10: 557-571, 1997.
43. Kluft R.P., The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in dissociative identity disordered patients: a naturalistic study. *Dissociation*, 8: 253-258, 1995.
44. Feldman-Summers S., Pope K.S., The experience of forgetting childhood abuse: a survey of psychologists. *J. Consult. and Clin. Psychology*, 62: 636-639, 1994.
45. Fergusson D.M., Horwood L.J., Woodward L.J., The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol. Med.*, 30(3): 521-544, 2000.
46. Courtois C.A., Clinical guidelines and risk management for working with memory issues. In: *Recollections of sexual abuse: treatment principles and guidelines*. pp 258-294. New York, W.W. Norton, 1999.
47. Ceci S.J., Huffman M.L.C., How suggestible are preschool children? Cognitive and social factors. *J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry*, 36: 948-958.
48. קורטואה ק., קווים מנחים לטיפול במבוגרים, שעברו או אפשר שעברו התעללות בילדותם (עם דגש מיוחד על נושאים של זיכרון מושהה/משוחזר). בתוך: צ. זליגמן, ז. סולומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 229-239. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד/אוני' תל-אביב, 2004.
49. הרמן ל.ג'. (1992). טראומה והחלמה. תל-אביב, עם עובד, 1994.
50. Chu J.A., *Rebuilding shattered lives: treating complex PTSD and dissociative disorders*. 2nd ed. NJ, John Wiley & Sons, 2011.
51. Storolow R.D., The contextuality and existentiality of emotional trauma. *Psychoanal. Dial.*, 18(1): 113-123, 2008.
52. שוורצברג ש., זומר א., חשיפת הסוד: גורמים מעודדים ומעכבים את גילוי סוד הפגיעה בקרב קורבנות התעללות מינית בילדות. בתוך: צ. זליגמן, ז. סולומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 82-103. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד/אוני' תל-אביב, 2004.
53. בולס כ. (1987). צלו של האובייקט. תל-אביב, דביר, 2000.
54. Davies J.M., Frawley M.G., Dissociation processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of sexual abuse. *Psychoanal. Dial.*, 2: 5-36, 1992.
55. Davies J.M., Dissociation, repression and reality testing in the countertransference: the controversy over memory and false memory in the psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanal. Dial.*, 6: 189-218, 1996.
56. נוה א., התמרתו של הגולמי והמנותק בטיפול בטראומה: על ההקשבה הפתוחה של המטפל כתנאי להתגבשות העצמיות של המטופלת. בתוך: ע. אשל, צ. זליגמן (עורכות), היה או לא היה: צללים של זיכרונות של פגיעה מינית בטיפול. ירושלים, כרמל, (בהכנה לדפוס).
57. זליגמן צ., בהיעדר העד אין ידיעה: הטרגדיה הטיפולית של גב' א. בתוך: ע. אשל, צ. זליגמן (עורכות), היה או לא היה: צללים של זיכרונות של פגיעה מינית בטיפול. ירושלים, כרמל, (בהכנה לדפוס).

אינטרסובייקטיביות טראומתית

טראומתיזציה של המטפלת כתהליך מהותי בטיפול בנשים וגברים שנפגעו מינית בילדותם

ד"ר צביה זליגמן¹

טראומתיזציה של מטפלים בנפגעי ונפגעות טראומה מינית היא בלתי נמנעת ואף מהותית לתהליך הטיפולי. הטראומתיזציה אינו נובע רק ממה שהמגע עם הטראומה של המטופלת מחולל בנו, אלא גם תולדה של המפגש הבלתי נמנע של המטפלת עם 'חלקים' מנותקים ודחויים שלה עצמה, המתגלים בתוך השדה הטיפולי. בהתמסרות של המטופלת והמטפלת למה שמתרחש ביניהן, הסובייקטיביות הטראומתית של המטופלת ושל המטפלת מעוררות זו את זו, משפיעות זו על זו, ויוצרות אינטרסובייקטיביות טראומתית. הנכונות של המטפלת והמטופלת להיות עם החלקים הדחויים והבלתי נסבלים של כל אחת מהן, כפי שמתגלים ומתגלמים בקשר, היא שתחליף אותן מליבת הטראומה המשותפת ותניע אותן לעבר מחוורת חדשים שאינם טראומתיים.

הטראומה היא תולדה של אימת ההשמדה והבדידות הקטסטרופלית שאינן ניתנות להכלה, תפישה, ניסוח, ייצוג או נארטיב, על אף שצריבתן בנפש השורדים עמוקה ונצחית (5). האירוע אינו מתנסח, ועל כן אינו הופך לזיכרון שניתן לספר אותו. גם אם יש מילים שמשרטות את האירוע, הן אף פעם לא מספיקות. חסרה התודעה, נעדר הרצף ההיסטורי, וחסר ההקשר. יחד עם זאת, הטראומה אינה מניחה לנפגע ומבקשת להגיע לקיצה, להירשם, להיוודע או להימסר לאחר. אולם, כפי שכותבת סו גרנד, "ההכרח לספר מתנגש כל פעם מחדש בחוסר האפשרות לספר" (4, עמ' 38). סתירה זאת בין סירובה של הטראומה להירשם, לבין הטביעה העמוקה והנחרצת שהיא מחוללת בנפשו של נפגע הטראומה, מעוררת מחול שדים וממלכת אותו במעגל אימה שלא ניתן להיחלץ ממנו.

ש, מטופל חדש הגיע ל-intake, ישב דרון בקצה הכורסא ותיאר אונס שעבר בגיל חמש בשדות הסמוכים לחצר בית ילדותו במושב. למטופל בן הארבעים יש כמה מילים נטולות רגש בדברו על האירוע: "אמא השאירה אותי ואת אחי לבד... איך אמא משאירה ילדים קטנים לבד... אחי נעלם... מישוה גדול בא מאחור... מכה בגב... לא מצליח לחדור...". ש. אינו מספר על מה שקרה לו, הוא אינו מתאר תמונה. הוא בתמונה. הוא התמונה. בדברו, גבו מתקמר כאילו המכה נחתת עליו כרגע. נדמה לי שגם אני בגופי מרגישה את המכה. הוא מוציא תמונה מתיקו, מצביע "זה אני, כאן בתמונה". אני מביטה בילד בן חמש. נפגע הטראומה אינו מספר את הטראומה. הוא מחייה את שרידי רישומה בנפשו. "אי סיפורו של הסיפור תורם להנצחת רודנותו" (6, עמ' 85), אומר דורי לאוב. על כן בהאזנה לטראומה, המאזינים לא שומעים את מה שעבר על הקורבן. הם חווים את

רגע בו אדם הופך לקורבן הוא רגע שהעולם מתמוטט ועבורו; רגע שבו כל מה שידע עד כה על העולם נעשה לא רלוונטי יותר. הוא אינו מזהה עצמו ואת האחר, והאמון שלו בזולת קורס. "הוא הופקר, ועודנו מופקר חסר הגנה לפחד. מאותו הרגע הפחד שולט בו" (1, עמ' 40). השבר מתחיל, אומנם, במציאות החיצונית, אך ההתנפצות מתרחשת בעולמו הפנימי ומוסיפה להשפיע ללא הרף, ובמובן זה משתלטת על חייו. המציאות הטראומתית, גם אם היה לה סוף היסטורי (נגמרה המלחמה, הסתיימה ההתעללות), נותרת הוזה שלא נעשה עבר. הוזה שמתמיד (2, 3). היא חוזרת ומתגלמת בחיי היום-יום של הקורבן, טורפת את שנתו, רודפת את יומו כרוח רפאים. נפגע הטראומה, אם כך, טרם ניצל ממנה. הוא אינו מצוי במגע עם ליבת המציאות הטראומתית שבתוכה הוא חי ולא עם הגורליות של גילומיה החוזרים ונשנים. הוא לכוד בה. אין הוא יכול לקלוט אותה לתוכו, הוא גם אינו יכול להתבונן בה ולהיזכר במה שאירע לו. אין עבר להתבונן בו ואין עתיד לציפות לו (4, 5).

¹ מרכז לטם לטיפול בטראומה מינית. מרכז רפואי תל-אביב; ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוני' תל-אביב.

* אני מקדישה מאמר זה לצוות המטפלים במרכז לטם שבעבודתם מרחיבים את מושג ההתמסרות. אני מבקשת להודות לד"ר בעז שלגי וד"ר דניאל לוי על האפשרות לחשוב יחד.

מילות מפתח: טראומה נפשית, טראומה מינית, אינטרסובייקטיביות טראומתית, טראומתיזציה משנית, טראומתיזציה מושאלת. דיסוציאציה, פסיכואנליזה התייחסותית, התמסרות.

zivvaz@tlvmc.gov.il

בהשלכות אלו. בין המושגים השגורים – טראומה משנית ותשישות חמלה (compassion fatigue) (10), הפרעות לחץ טראומתי משני (11), שחיקה (12), העברה-נגדית טראומתית (7), וטראומה מושאלת (vicarious traumatization) (13). המושגים אינם זהים. כל אחד מהם מנסה לייצג היבט מסוים של תופעה זו. המונח 'הפרעת לחץ טראומתי משנית' מתאר התפתחות של סימפטומים פוסט-טראומתיים אצל המטפל בתגובה לעבודה הטיפולית עם נפגעי טראומה. המונח 'טראומתזיזיה משנית' לעומתו, משלב הן את תגובתו הרגשית של המטפל לחשיפה רגשית זאת והן את הגנותיו המודעות והלא-מודעות, כנגד רגשות אלה. 'תשישות חמלה' היא "המחיר של האיכפתיות" (10, עמ' 1), לפי פיגלי, שטוען כי אנשי מקצוע המקשיבים לסבל סובלים, כי איכפת להם. ואילו המושג 'טראומתזיזיה מושאלת' מתאר תהליך שבמהלכו עוברת החוויה הפנימית של המטפל שינוי עקב מעורבות אמפתית לאורך זמן עם מטופלים נפגעי טראומה ועם החומרים הטראומתיים. טראומתזיזיה מושאלת מובילה לבקיעים עמוקים במסגרת ההתייחסות של המטפל, ביכולת לשאת רגשות ולהיות בקשר עם אחרים. אולם, כפי שפרלמן וסקוויטן (14) מסבירות, "תגובות אלו אינן משקפות הפרעה אצל המטפל או מעשה רע של המטופל. מדובר בפשטות בחלק מהמציאות ומהתהליך של הטיפול בטראומה" (14, עמ' 407).

מושגים אלה חשובים ביותר להבנת מה שקורה למטפלים ומטפלות תוך כדי התהליך הטיפולי עם נפגעות ונפגעי טראומה מינית, מכוונים אותנו לשים לב למתרחש בתוכנו, ולקבל עזרה כאשר אנו מזהים שמהו משתבש אצלנו, כמו גם לנקוט באמצעים שימנעו את המחיר האישי והנפשי שנתון בעבודה מקצועית זו (15). למשל, מחקרים מראים שמטפלים, שקיבלו הכשרה בתחום העבודה עם נפגעי טראומה מינית, סובלים פחות מתופעות אלו בהשוואה למטפלים ללא הכשרה; כך גם מטפלים שמקבלים הדרכה באופן קבוע במהלך עבודתם בהשוואה לאלה שעובדים ללא הדרכה (16).

למרות הכמיהה שלנו להישמר, לא ניתן להיכנס לעולמם המסויט של נפגעי הטראומה, לדעת אותם ולהיות איתם במקום קסטטרופלי זה מבלי להסתכן בהדבקות וטראומתזיזיה (17). טיפול בנפגעי טראומה מינית, אני מאמינה, מתאפשר רק כשאנו נותנים למטופלת להשפיע עלינו, לחדור אלינו פנימה ולשבש את הסטטוס קוו שלנו. תהליך זה מתרחש דרך שעתוק הטראומה בגוף וב-mind של המטפלת, דרך גילומים בהתנהגות (reenactments) עם המטופלת את התרחישים המכריעים של היחסים הטראומתיים בילדותה שעברו דיסוציאציה, ודרך התעוררותם של חומרים מנותקים אצל המטפלת עצמה (4, 9, 18, 19, 20, 21, 22).

הספרות האנליטית ההתייחסותית המוכרת בתחום הטיפול בנפגעי טראומה מינית עוסקת ברובה במרכזיות של ההפעלה מחדש, דרך תהליכים של העברה/העברה-נגדית, ייצוגים של היחסים הטראומתיים מעברה של המטופלת שעברו דיסוציאציה. המשגה זאת, שהתבססה בעיקר על הכתיבה

מה שנעדר מסיפורו. הטראומתי אינו מתגלם בפרטים של סיפור הטראומה, אלא מועבר ללא מילים וסמלים. בהיותה אל-זמנית ובלתי מעובדת, הטראומה נותרת רעילה, ומכיוון ששבה ונשנית, ריכוז הרעלים אינו נחלש, ואף מתגבר עם חלוף השנים. אולם, טראומה נפשית אנושה לא רק מרעילה את נפגעייה. היא גם מדבקת (7). רישומיה מחפשים מצע לעבור אליו, להיקלט בו, להיות ידועים באמצעותו. הטראומה מספרת את עצמה דרך החזרה עליה וההדבקה של האחר. הנפש מבקשת לחזור לזירת האימה כדי להשלים את תהליך העיבוד (8), וכדי להרגיש את מה שלא ניתן היה להרגיש בעת התרחשותה, אך ללא הצלחה. גם אם החזרה או ההעברה לאתגר משחררת את הקורבן ולו לרגע מכובד המשא, ברגע הבא ישוב המצב לקדמותו. לא יהיה שחרור, לא תהינה יותר מילים, הבנה או משמעות. לא נותר אלא לחזור על החוויה או להעבירה שוב ושוב לאתגר. כלומר, הכמיהה להשתחרר מהטראומה, היא המביאה לשעתוק שלה (9). במאמר זה אטען שדווקא מנגנונים אלה של חזרה והדבקה, שעלולים להיות הרסניים עבור נפגע או נפגעת הטראומה וסביבתם*, הם מהותיים לתהליך הטיפולי וטומנים בחובם אפשרות ממשית להיחלצות מליבת הטראומה. אסביר בנוסף שהמרחב הטיפולי, בשל מנגנוני השעתוק וההדבקה, הוא טראומתי בהגדרה ושהטראומתזיזיה של המטפלת היא בלתי נמנעת והיא תוצר של ההתמסרות שלה ושל המטופלת נפגעת הטראומה למה שמתרחש ביניהן במפגש הטיפולי. לבסוף אציע שטראומה זו אינה של המטופלת בלבד וגם אינה של המטפלת בלבד, אלא זו החוויה הטראומתית כפי שנוצרת במפגש המיוחד להן. למרות שדברים אלה רלוונטיים גם לעבודה הטיפולית עם נפגעי טראומה ממושכת בכלל, במאמר זה אתמקד באופן מיוחד בטיפול בנפגעי ונפגעות טראומה מינית ממושכת בתקופת הילדות. כבר שנים רבות אני מטפלת בגברים ונשים שנפגעו מינית בילדותם במרכז לטם לטיפול בטראומה מינית, מרפאה ציבורית במערך הפסיכיאטרי, עם צוות של מטפלות ומטפלים יוצאי דופן במקצועיותם, אנושיותם והתמסרותם, ועם מטופלים אמיצים ונחושים להיעזר. יום יום אנו חווים את הרעילות של הטראומה. לעתים חשים מותקפים, מוכשים, מזוהמים. לעתים לא נוכל לזהות את המתקפה, אלא רק נבחין בשינוי המתחולל בתוכנו כשאנו קורסים, מנותקים, נמנעים, מותשים, מעוררים מינית, שטופי זעם. לא פעם נראה מטפל או מטפלת היוצאים מפגישה כרוח רפאים. לעתים השפעה זאת תמשך מעבר לפגישה אחת או תתקשר דווקא למטופל או מטופלת מסוימים שבמיוחד גורמים לנו לחוש 'לא עצמנו'.

תופעות אלו מתוארות בספרות הקלינית בתחום הטראומה בכלל, והטראומה המינית בפרט, וזכו להגדרות שונות על-ידי קלינאים וחוקרים. הדיון בדרך כלל מתמקד בהשפעה השלילית של עבודה זאת על המטפל, ובאופנים שיש למנוע או לטפל

* מנקודה זאת ולאורך כל המאמר אשתמש בלשון נקבה בדברי על המטופלים ועל המטפלים למרות שהדברים מתאימים לשני המינים.

המטפלת איננה בוחרת במצב הזה. היא לא רוצה שהמטופלת תחדור לתוכה ותשפיע עליה באופן כל כך רדיקלי. אולם אני מאמינה שלא ניתן להימנע ממימד בלתי נשלט זה של הטיפול, שלעיתים לובש צורת מאבק של ממש* ואף דחיפות, לפי המשגתו של פאול ראסל (9). מדובר במורכבות דיאלקטית: אנו נכונים להיות שם יחד עם נפגעת הטראומה, כדי לשחרר אותה מרודפנותה ורודנותה של הטראומה, אך לא נוכל לעשות כן מבלי להסתבך בין הריסותיה ולהיות מופעלים, גם אנחנו, לפי חוקיה. ברומברג מכנה הסתבכות זו כמצב שבי (27). ג'ודי מסלר דיוס (28) מגדירה אותה כריתוק. כך או כך, היא הופכת את הטראומה לחוויה נגישה, חוויה שאפשר יהיה לחיות אותה (במונחים של אוגדן), לנסחה ולהפכה לאירוע מן העבר.

טראומתיזציה זו של המטפלת, אין מקורה רק בחומרים הטראומטיים של המטופלת שלא עברו עיבוד. היא גם לא רק תוצר של גילומנו את ייצוגי היחסים הטראומטיים של המטופלת. כלומר, הטראומתיזציה אינה נובעת רק מהמגע עם הטראומה של המטופלת. היא גם נובעת מהמפגש הבלתי נמנע של המטפלת עם 'חלקים' מנותקים ודחויים שלה עצמה, המתגלים בתוך השדה הטיפולי. חלקים אלה יכולים להיות זיכרונות, ייצוגי יחסים שהודרו או מצבי עצמי בלתי נגישים. בין אם היתה מודעת לקיומם ובין אם לא, ובין אם עיבדה אותם בעבר ובין אם לא, מפגש זה של המטפלת עם חומרים אלה עלול להיות מטלטל ואף טראומתי בפני עצמו (23). כך שהרגעים בהם נחוה את קריסת עולמנו ולא נוכל לזהות את עצמנו – הרגעים בהם נהיה משותקים מאימה, מכאב או מהלא ידוע – אלה הם הרגעים בהם הטראומה של המטופלת שמשועתקת דרכינו מעוררת את רוחות הרפאים שלנו**.

המפגש שלנו עם החומרים המנותקים בנפשנו שהתגלו בשדה הטיפולי אינו סימן של הפרעה או חסימה בתהליך הטיפולי, גם אם לעתים נדמה שכך, אולם הוא עלול לאיים על הקשר שלנו עם המטופלת ואף ליצור משבר בקשר (9), במיוחד אם נתכחש לו. כדי שנוכל לשקם את המגע שלנו עם המטופלת, נאלץ לפגוש ברוחות הרפאים שלנו ולהכיר בקיומם של אזורים מנותקים בנפשנו. שכן המטופלת לא תוכל לחזור לזירת האימה והבדידות, לעכל את חוויתה ולתת לה משמעות, אלא אם המטפלת עצמה תהיה נכונה לפגוש ולעבד אזורים דחויים בנפשה, שהתעוררו ברזוננס לחומרים של המטופלת (4, 9, 18, 21, 29, 30). חיבור רגשי ומתן משמעות לחוויות אלו של המטפלת יאפשר למטופלת, בסופו של דבר, לחוות, ולתת משמעות לחוויותיה. אין הכוונה כמונח שהמטפלת תאמר למטופלת "אני יודעת מה את מרגישה כי גם אני עברתי משהו דומה",

המוקדמת של ג'ודי מסלר דיוס ומרי גייל פרולי (19, 20), היתה פורצת דרך, משום שיצרה אינטגרציה של תיאוריות הטראומה והדיסוציאציה עם המודל ההתייחסותי של הנפש ושל הפעולה הטיפולית, והחזירה את הטיפול בנפגעי טראומה מינית לשדה האנליטי. אולם מאז המודל ההתייחסותי המשיך להתפתח וכך גם התובנות ביחס לטיפול בדיסוציאציה. על כן, בהתאם לתמורות אלו, יש להדגיש את מרכזיותה של החוויה החדשה הנוצרת בטיפול כתולדה מהשתתפותן ההדדית של שתי החברות בדיאדה האנליטית ומהמפגש עם חלקים דחויים ומנותקים של שתיהן (ר' למשל מאמר מאוחר יותר של דיוס, 22). כך שבמקום מודל טיפולי המתמקד בעיבוד הטראומה של המטופלת ואינטגרציה של חלקי הנפש המנותקים שלה, מודל זה מתייחס לטיפול כאירוע התייחסותי שמעורר חלקים מנותקים השוכנים אצל המטופלת והמטפלת, אשר משפיעים זה על זה ויוצרים חוויה חדשה, כפי שיוסבר בהמשך.

ההתמסרות למפגש הטיפולי עם נפגעת הטראומה, כאמור, מוציאה אותנו מהמקום הבטוח ותוך כך מערערת את ביטחוננו. היא חושפת אותנו והופכת אותנו לפגיעים. היא שובה אותנו, פוצעת אותנו וגורמת לנו לסבל* (24). טראומתיזציה זו היא, אם כן, לא רק בלתי נמנעת ולא רק תוצאת לוואי של הטיפול. היא מרכיב בלתי נפרד מאותה התמסרות לתהליך הטיפולי. ההתמסרות אין פירושה כניעה למישהו אחר (8), השתתפות עם המטופלת בסבלה (compassion) או התחברות עמוקה ללפיתת הטראומה בדרך של "witnessing", כפי שעפרה אשל (25) מתארת**. מדובר בתהליך של השפעה הדדית, אשר בו הסובייקטיביות של המטפלת וזו של המטופלת נפגשות, משפיעות זו על זו ומושפעות זו מזו. המטפלת בעל כורחה חודרת וגם נחדרת, כחלק בלתי נפרד מעבודת הטיפול. בעבודה זו אנו מובלים יחד עם המטופלת אל אזורים נפש מנותקים, שלא אנו ולא המטופלת רוצים לשהות בהם. הדדיות זו מתרחשת בתוך השדה הטיפולי שבו רגעי העבר נחויים בהווה והיא המאפשרת למטופלת להסתכן ולבוא במגע עם חלקים מנותקים של עצמה, שהיו קודם לכן דחויים ובלתי נגישים, ולחוות אותם כחלק ממנה (18). הצורך שלה לדעת את האמת על מה שהתרחש הוא התמריץ שלה להסתכן כך, למרות שבו-זמנית היא עושה הכול כדי לא לדעת את אותה אמת. אין לה דרך להתחבר אל ידיעה זו ולהרגיש את חוויתה, אלא בעזרת המטפלת***.

* אין זאת רק תובנה מתחום הטיפול, אלא גם עמדה אתית ביחס לאחר הסובל, כפי שעמנואל לוינס (24) הורה לנו.

** על עפרה אשל המטפל צריך להסכים להיות שם עם המטופל באופן שהיא מכנה 'הינכחות', שמשמעה הינתנות ונוכחות בתוך עולמו של המטופל. מדובר על התחברות נפשית עמוקה שהיא מעבר לעדות (witnessing). על כן אשל מוסיפה ה' ויוצרת מושג חדש "witnessing" (25), שמתאר התחברות זאת של המטפל, שמאפשרת את החייאת החוויה הטראומתית באופן שלא נחוותה קודם לכן על-ידי המטופל.

*** כפי שתומס אוגדן ניסח את העיקרון השני של ביון "נדרשות שתי נפשות בשביל לחשוב את מחשבותיו המטרידות ביותר של האדם... את המחשבות שקודם לכן היו עוברו בלתי ניתנות לחשיבה" (26, עמ' 127).

* אני מודה לד"ר דני לוי על שעזר לי לדייק דינמיקה זו של היחסים, ואני מבקשת להוסיף בהקשר זה כי בטיפול בנפגעי טראומה מושג ההתמסרות הוא יותר דיאלקטי משום שהקשר הטיפולי נע על ציר בין התמסרות לכניעה. ** כפי שכתוב בתהילים מ"ב, ח' "תהום אל תהום קורא לקול צנוניך כל משבירך וגלויך עלי עברי", פסוק שעל פי הרגשתי מבטא את התנועה מנפש אל נפש, מתהום אל תהום.

בנוכחותו של אחר ולהיזכר בהם. רק דרך מושקעות משותפת מסוג זה, תוכל המטופלת לפלס דרך לזירת האימה שלה, ובמקום לשחזר אותה מבלי דעת, היא תהיה נכונה להכיר את מה (ובמה) שעברה, ולעשות אינטגרציה של החוויה שהיא, על פי גנט (8), משאלתה של המטופלת: "המשאלה היא לחזור לזירת אימה, והיא מבטאת פחות את המשאלה 'לשלוט בחוויה', אלא יותר לעשות אינטגרציה לחוויה" (8, עמ' 284). אינטגרציה זו של החוויה משמעה, על בסיס ניסיוני עם נפגעי טראומה מורכבת כמו גילוי עריות, הפסקת הרודנות המופנמת של התוקף והחוויות המנותקות הנקשרות אליו שגורמות לנפגעת לחיות בתוך טרור מתמשך גם שנים לאחר שהפגיעה הסתיימה, כביכול, ולשחזר את היחסים הטראומטיים עם אחרים.

אנסה להדגים זאת באמצעות תיאור מקרה*.

יעל, בתחילת שנות הארבעים לחייה, בת קיבוץ שנפגעה בילדותה מגילוי עריות על-ידי אב, נמצאת בטיפול פעמיים בשבוע כבר למעלה משבע שנים. בעבר סבלה מהפרעה דיסוציאטיבית קשה שפחתה כיום באופן משמעותי. יש בינינו קשר חזק והיא יקרה לי מאוד. בטיפול היו הרבה מצבים דיסוציאטיביים בהם יעל היתה מתנתקת, חווה ערפל, זרות קשה, ריחוק, אובדן זמן ובלבול. מצבי אני שונים שלה, בעיקר מצבים ילדיים ומצבים אילמים, הופיעו ועלו בטיפול ומחוצה לו (דרך מיילים ומכתבים). לא פעם גם אני איבדתי זמן בטיפול או חוויתי אותה דרך מסך סמך וכבד. היו גם זמנים בהם הייתי מוצפת בתכנים טראומטיים שסיפורה, וגם בדברים שעליהם לא סיפורה ונכחו בהיעדרם. מצבי ניתוק והצפה אלה, שלי ושלה, נעשו נדירים בתקופה מתקדמת זו של הטיפול עליה אספר היום. בתקופה זו יעל תפקדה ברמה גבוהה, למרות שלעתיים חוותה תנדודות בין מצבים שבהם היה לה קל יותר לחיות את חייה במלואם לבין מצבים בהם חשה משותקת ומפוזרת.

במשך כל שנות הטיפול לא היתה אובדנית ולמרות שדיברה לא אחת על מוות נפשי, חשפה סבל עצום וכאב בלתי נסבל, לא היתה בסכנה אובדנית ולא ביטאה אף פעם כוונה אובדנית או כל תוכנית לפגוע בעצמה. כשהסבל הגיע לשיאו בעת שהתמודדה לראשונה עם משמעותיות הפגיעה המינית הקשה שעברה, היא אמרה לא פעם, שלמרות הסבל העצום, היא לעולם לא תפגע בעצמה גם אם תאבד תקווה, משום שבשום אופן לא תפגע בי ובאנשים אחרים הקרובים אליה. מאז אותה תקופה בטיפול לא חזר דיבור מעין זה, עד אותו רגע מסוים בטיפול עליו ארחיב את הדיבור.

באחת הפגישות, ללא כל קשר לנאמר קודם לכן וללא כל הקשר, יעל אמרה לי לפתע: "יכול להיות מצב ... שאני אפגע בעצמי ואמית את עצמי. זה יהיה דחף שלא קשור לשום דבר, בלתי צפוי ומגיע משום מקום... אבל אני יודעת שבמקום שהוא אין אף אחד, אין אותך, אין כל מה שיש לנו יחד. במצב זה לא אוכל לתקשר איתך, לבקש עזרה, לא כי אני לא רוצה, אלא כי יש מקומות שמהם אי אפשר".

הדברים שהפטיירה, למרות שהיו בקולה שלה, היו זרים, ולא מוכרים. לא היה להם כל פשר, וכל קשר אלי ואלינו, ממש כפי שהיא ציינה. המילים כאילו נפלטו החוצה, מנותקות מהקשר ומחשיבה, כחומרי גלם שלא ניתן היה לעכל ונותרו כבתוך קפסולה, אשר חדרה עמוק לתוכי מבלי שארגיש את טעמה המר ומבלי לדעת מה היא מחוללת בקרבי. דבריה הלמו בי, אך לא שמעתי אותם. גם לא אמרתי דבר. לא היה לי מה לומר. וגם אילו היה לי משהו לומר, לא היה לי איך לומר. נראה לי

* אני מודה למטופלת על מתן הרשות להשתמש בחומרים אלה, על השותפות עמי, ועל כל מה שלמדתי דרכה ובזכותה.

וגם אין מדובר בהזמנה לאנליזה הדדית (21). הכוונה היא שההכרה של המטופלת במה שהיא עצמה דחתה ולא יכולה היתה לשאת לדעת, תאפשר לה לדבר באופן ישיר מתוך המקום הטראומטי שלה אל המקום הטראומטי של המטופלת, שהיה עד כה בלתי ידוע (29). דיבור ישיר זה פועל כגשר לאזור שהיה עד כה מנותק ולא ידוע או "ידוע שלא נחשב" (31).

בשדה הטיפולי, אם כן, הסובייקטיביות הטראומטית של המטופלת ושל המטופלת מעוררות זו את זו, משפיעות זו על זו, ויוצרות מה שאני מבקשת לכנות – 'אינטרסובייקטיביות טראומטית'. אינטרסובייקטיביות טראומטית זאת אינה צירוף של החוויה הטראומטית של המטופלת עם זו של המטופלת, אלא החוויה הטראומטית כפי שנוצרת במפגש המיוחד להן, ובמובן זה, זאת היא ליבת הטראומה שלהן. המטופלת והמטופלת חיות יחדיו, אך באופן א-סימטרי, את החוויה הרגשית שמתהווה מתוך האינטרסובייקטיביות הטראומטית, חוויה שהיתה עד כה בלתי אפשרית לחוויה. חוויות אלו הן של שתיהן אך גם של אף אחת מהן*. כל אחת תמצא את הדרך שלה אל תוך החוויה המשותפת ומחוצה לה, ותנועה זו תהיה שונה מאוד מהא-ינטוועה של החזרה הכפייתית שמאפיינת את המצב הסטטי (פוסט) טראומטי.

אולם למרות ההנחה שחומרים מנותקים של המטופלת והמטופלת מגיעים למפגש ביניהן ופועלים הדדית, אין פירוש הדבר שקיימת סימטריה בין השתיים, או שיש דמיון בין חוויותיהן. להיפך, אני סבורה שקיים הבדל בין המטופלת למטופלת ושהבדל זה הוא משמעותי. ראשית, ניתן לשער שהחוויות המנותקות או הדחויים של המטופלת אינן משובצות בתוך מבנה נפשי דיסוציאטיבי פוסט טראומטי, כפי שנראה אצל נפגעי הטראומה המינית. שנית, למטופלת יש יכולת להתחבר לחלקים מנותקים אלה בעצמה – לפחות לאותם חלקים שמתעוררים במפגש הטיפולי עם המטופלת המסוימת ושהיא מצליחה לזהותם – ולכן המטופלת יכולה להשתמש ביכולת זו כדי לעזור למטופלת לתת משמעות לחלקים המנותקים והבלתי מנוסחים שלה, וכדי לקחת אחריות על תגובותיה (של המטופלת) ועל התנהלותה בקשר. ולבסוף, גם אם המטופלת עברה אירוע טראומטי בדומה למטופלת, מדובר בחוויה אחרת. אחרותה של המטופלת בעניין זה איננה מהווה בעיה. להיפך, היא המאפשרת לה להיות עדה עבור המטופלת, בבחינת 'אחרת' שאומנם, לא היתה 'שם' (33), אך יודעת משהו על חוויותה של המטופלת, ועל כן יכולה לשאת ולחשוב איתה את חוויותיה המכאיבות שקודם היו עבורה בלתי ניתנות לחשיבה (26).

ההתמסרות למפגש אינטרסובייקטיבי זה בשדה הטיפולי, והנכונות של המטופלת והמטופלת לנוע בין המרחב המשותף שמתהווה ביניהן למרחב התוך-אישי של כל אחת מהן, יאפשרו למטופלת להצליח לשאת את אותם חלקים בנפשה שלא הצליחה לשאת, ולהפכם לחוויות מן העבר שניתן להתבונן

* בהשפעת תפיסתו של אוגדן בקשר לחלימה (32).

(תגובה מובנת לנוכח ההלם בו היתה בעת קבלת הידיעה) רדפה אותי במשך שנים וביטאה את אי יכולתה של אמי לשאת את הידיעה הקשה שאני בישרתי והותירה אותי בודדה ואשמה. נראה שהתביישתי שגם בי יש חלק שלא יכול לשאת ידיעה בלתי נסבלת.

הרהורי על רגע עבר זה שנחווה בהווה, רגע של שבר שסימן את נפילתו של בן דודי, הובילו אותי לדימוי מסעם של ההורים השכולים בספרו של דויד גרוסמן, "נופל מחוץ לזמן". הספר מתאר מסע של אב ששכל את בנו (גרוסמן כתב את הספר לאחר נפילת בנו במלחמת לבנון השנייה), שאילו מצטרפים הורים שכולים נוספים. זהו מסע אל מקום האבדון, המקום שנמצא מחוץ לזמן בו כביכול נותרו הילדים במוותם, כאשר זמנם עמד מלכת. למסע הם יוצאים כדי להתחבר עם ילדיהם שאבדו, שזיכרון חייהם הולך ומתרחק, הולך ונשחק...

אני מוצפת בדמעות, מוצאת עצמי מתאבלת על מותה האפשרי של המטופלת שלי, מנסה להתמודד עם מציאות המוות שלה כאילו כבר מתה, ואני רוצה להגיע אליה לארץ המתים, למקום שהוא שנופל מחוץ לזמן. וברגעים אלה שבהם כאילו כבר איבדתי אותה, היה נדמה לי שהתקרבת אליה אולי יותר מאי פעם. ברגעים אלה נראה שידעתי יותר על מה שקורה למטופלת שלי, בזמן האבוד בו היא "נופלת מחוץ לזמן" (במצבים הדיסוציאטיביים שהם מחוץ לזמן העכשווי) ומאבדת את עצמה לדעת.

בפגישות שלאחר מכן אנחנו מצליחות למצוא מילים, לחשוב ולתת משמעות לזמן אבוד זה שבו היא נופלת מחוץ לזמן, למצב של חיות שנשללה, רגעים בהם היא חדלה להיות. היא אומרת: "לפעמים כשזה קורה לי, אני עם אין מוחלט כזה. זה מאוד מטלטל ואני לא רואה כל מוצא" וממשיכה "זהו מקום אפל ושחור. כמו כשהייתי יושבת יום יום מול האחות בקיבוץ, שותקת מולה והיא לא עשתה כלום. רק נותנת לי לשבת שם לידה. דרך ללא מוצא, קרה, ידיעה שאף אחד לא יכול לעזור. הבטחתי לך שאני לא אפגע בעצמי. אבל כל זה בא מאזורים אחרים, שאני לא יודעת אותם. אני אף פעם לא דיברתי על זה. אני חושבת שגם לא עם עצמי. אמרתי את זה אז בפגישה והייתי מופתעת. וזו היתה יכולה להיות חוויה כמו זו שהייתה לי מול האחות בקיבוץ. אבל אז, אחרי שלושה שבועות, העלית את זה שוב. ואני מאוד מודה לך שהעלית את זה, שכן באותו רגע היה לזה סוף אחר מאשר הישיבה אצל האחות. אני לא לבד עוד שם במקום הזה. טוב לי לדבר על זה איתך. באיזה שהוא מקום זה מחיה אותי לדבר על זה".

אני מנסה לנסח שוב מה שקרה שם בשדה הקשר כאשר התעורר אצל המטופלת דחף למות ממקום לא ידוע*. נשאלת השאלה האם דחף זה התעורר בשדה הטיפולי משום שאני לא הייתי איתה באופן שהייתה זקוקה לו? או דווקא מפני שאיפשרתי לה להחיות אתי חוויה רגשית עזה, מוחצת, ובלתי ניתנת להכלה? אני חוששת שבאופן פרדוקסלי התשובה חיובית לשתי השאלות. הרצון למות התעורר בעוצמה כי באיזשהו אופן הייתי נעדרת והיעדרותי היתה בלתי נסבלת עבורה, אולם דחף זה נחווה כי כנראה גם הייתי נוכחת באופן שאיפשר לה להחיות חוויה זו מן העבר שהיתה עד כה בלתי נגישה. ניתן לומר כי היא פלטה את דבריה מתוך מחוז של אמונה (area of faith) (35) שלמרות שהיא שוב פעם במקום נורא זה של בדידות קטסטרופלית, יש סיכוי שהפעם

שאף פני או גופי לא נתנו כל הָד לדבריה. נתתי 'לפליטה' של המטופלת שלי להיותר חסרת משמעות.

עברו כשלושה שבועות של שתיקה: שלושה שבועות בהם לא יכולתי לחשוב על מה שקרה בטיפול וגם לא להתייחס לכך. מידי פעם עלה זיכרון רגע נורא זה בטיפול והציף אותי בגלי אימה גדולה או עצב עמוק, אך בעיקר היתה נסיגה, דחייה (disavowal), שיכחה, עייפות, וניתוק רגשי.

ואז מבלי לתכנן זאת מראש, טרם היה פשר לחוויה ולפני שעברה כל ניסוח על-ידי, הרגשתי תחושת דחיפות לגעת ברגע זה בטיפול, שלא יכולתי להסביר אותה אך גם לא יכולתי לעצור אותה. וכך מצאתי עצמי מזכירה רגע זה במהלך אחת הפגישות. יעל היתה מופתעת שזכרתי, שבכלל הבחנתי בדברים שאמרה, ושהיה זה רגע משותף שנרשם. ואז אמרה שאף את עצמה היא הפגיעה בדברים שאמרה. "זה נאמר בווקוס", היא ציינה. ואני עניתי "זה נאמר בווקוס, אבל זה לא נשאר בווקוס. אני הייתי שם ושמעתי את מה שאמרת. דברייך זיעזעו את נשמתך, וכששבה רוחי, וזה לקח קצת זמן, רציני להדהד את דבריך בחזרה". יחד איתה הקשבתי לדברים שאמרת מבלי דעת, מילים שפלטתי מתוכי ממקום שלא נחשב.

היא הביטה בי בפליאה ואמרה, לא מרפה: "זה יבוא ממקום שאני לא יודעת מהו. אני לא אוכל יותר לחיות... אני לא אירה בעצמי, אני אקח כדורים, ולא אני ולא את ולא אף אחד אחר יוכל לעצור אותי". הפעם הצלחתי להישאר נוכחת ואמרת לה: "אני שומעת את מה שאמרת אז ומה שאת אומרת לי עכשיו, ואני מאמינה לך שיש מקום כזה. אני יודעת שהוא קיים בתוכך, והוא שלך, רק שלך. ומתוך מקום זה דיברת אלי". היא מהרהרת לרגע ואמרת "גם אני לא ידעתי מה אני אומרת כשאמרת את זה. אני בעצם לא יודעת גם עכשיו".

כשיצאה מהפגישה יעל שלחה לי מסרון בו היא כתבה "זו הפעם הראשונה מזה הרבה חודשים שלא הרגשתי לבד". מאוחר יותר באותו יום כתבה לי גם מייל:

"מאד טיטלטל אותי שלא הנחת לזה והעלית את זה כך היום, וגם טיטלטה אותי ההכרה שזה אמיתי ושיש מקום כזה בתוכי שיכול לעשות מעשה ברגע קיצוני. אני מרגישה שהמשפט שאמרת אז לא היה ממקום מודע לגמרי, למרות שאמרת אותו לך בקול רם. מיד אחרי שהוא נזרק לחלל החדר, הוא הודחק והושקת על-ידי, גם בחצי מודעות. אבל חשוב לי שתדעי שהמשפט הזה בא ממקום הכי כן שלי, הכי אמיתי ואני לא יודעת מה לעשות עם זה... זה מרחב חדש שלא היינו בו, ודי מפחיד להיות שם, אבל מרגע ששמת את זה כך 'על השולחן', אני מתקשה להדחיק את זה שוב".

אני קוראת את דבריה שממשיכים להדהד בתוכי עוד שעות רבות לאחר מכן. שואלת עצמי מי שם מה על השולחן ושל מי המוות הזה. אני גם שואלת את עצמי איך ייתכן שנדמתי למשמע אמירה קשה זאת של יעל, ואלו חלקים קשים להכלה קמו לחיים ביני לבניה שיוכלו להסביר את אמירתה זו ואת שתיקתי. כבר אינני משותקת או אטומה כפי שהייתי. זרם של מחשבות, דימויים ורגשות חולף בתודעתי. עולה בי זיכרון מכיתה י"ב. מורה מאוד יקר לי מתאבד. לא היו כל סימנים מקדימים לכך. בוקר אחד חיכינו לבוא בכיתה והוא התמהמה, התקשרנו לביתו ואמרו לנו שהוא נפל. חשבתי על צירוף המילים האלו "הוא נפל", ואז התחלתי להבין מדוע לא יכולתי להגיב לדבריה של יעל, מדוע הייתי כה משותקת. נזכרתי בתגובה שכן היתה לי לדבריה על כך שיש מצב בו היא עלולה להתאבד. אמרתי לעצמי אז "לא נכון", אך מיד הייתי צריכה למחוק את התגובה, כי חיברה אותי לרגע בלתי נסבל בילדותי. "לא נכון" היתה תגובתה של אמי לבשורה הקשה שהודעתי לה, בהיותי בת 6, על אודות נפילתו של בן דודי בזמן שירותו הצבאי. תגובתה זו של אמי

* נראה שדחף מוות זה היה חלק מנותק (a not-me self-state) שנותר ללא קשר לחלקים אחרים, בגלל הקונפליקט שעורר ביחס לנטישה הורית חריפה. ההיעדר הכפול (34) – כאשר לפגיעה מצד האב מצטרפת נטישה בידי האם והסביבה – גורם להלם כפול, אשר בעקבותיו הילד נדחף לבטל את עצמו, שכן לפי פרנצי "עוצמת הייסורים, בצירוף חוסר האונים והיעדר כל תקווה לעזרה כלשהי מבחוץ, דוחפים למוות" (21, עמ' 49).

לחוויה המנותקת שלי איפשר לי, בסופו של דבר, להיענות לפנייתה אלי להיות לה לעדה ולשקם את תהליך העדות.

ההתמסרות ההדדית שלנו למפגש בינינו, אם כן, החזירה אותנו יחד לאותו מקום ששב והחזיר אותה בעבר לנקודת ההתחלה (9). לזירה בה קרס עולמה ואבד האמון שלה בעולם. אך מה שהתרחש בינינו, לא היתה חזרה לאירוע שהיה אז וגם לא החיאה שלו בהווה, אלא חוויה חדשה, שלמרות שהיתה איומה היתה נסבלת, כי הצלחנו לנוע ממנה פנימה וממנה הלאה, וליצור שפה לדבר אותה ולחשוב אותה. על כן הפעם, כפי שיעל העידה, היה לזה סוף אחר, או במילים אחרות היה לזה סוף. מה שנחווה עד כה כהווה מתמשך נעשה לעבר שניתן להתבונן בו וניתן להרגישו, ומה שהיו קודם "זעקות שנקטעו" (32) הפכו לחוויה רגשית שיעל ואני יכולנו לחיות יחד, ודרכה יעל השיגה קיום מלא יותר.

אני חוששת שהיה עלול להיות סוף אחר לאירוע זה בטיפול לו הייתי נותרת בשתיקתי, בחוסר האונים שלי ובניתוק הרגשי, לו הייתי רק מקשיבה לה ומנסה להבין את מה שיעל דיברה עליו. או אם לחילופין הייתי עסוקה בהערכת רמת הסיכון שהיתה בו ברגע זה ו'נלחצת' מהאפשרות שהיא תפגע בעצמה. היה גם עלול להיות אחרת לו רק הייתי קושרת את האימה, השיתוק, חוסר האונים וחוסר התגובה החוויית לגילומים מחדש של מטריצת היחסים הטראומטית של המטופלת, כאשר אני מגלמת את האם שלא רואה (19, 20)*. הטראומטיזציה שלי, שבאה לידי ביטוי בשיתוק ובאי היכולת שלי להשתמש במנטליזציה, לא נבעה, אני מאמינה, מהחומרים שלה או רק מהחומרים שלי, אלא כתגובה אליהם ומתוך מפגש מחדש עם חומרים טראומטיים מעבירי שלא רצייתי לשוב ולפגשם משום שעדיין רוויים בכאב, על אף שמוכרים לי היטב. אך נדמה לי שלמרות שפגשתי חומרים אלה לא פעם, לא פגשתי אותם כך כפי שפגשתי אותם בתמהיל מיוחד זה של האינטרסובייקטיביות הטראומטית שהתהוותה בשדה הטיפולי, ועל כן מפגש ראשוני זה עם אופנים אלה של חוויה גרם לטראומטיזציה. אדגיש כי במובן זה אין מדובר ברה-טראומטיזציה, משום שזו חוויה שלא נחווה בעבר, אלא חוויה שנחווה לראשונה במפגש טיפולי מיוחד זה, ובשל כך ניתן היה לחשוב ולחלום אותה יחד. הטראומטיזציה היתה, אם כן, בלתי נמנעת ומהותית. היא הולידה את התנועה מהמרחב הבין-אישי אל התוך-נפשי ומן התוך-נפשי אל הבין-אישי, תנועה שחילצה אותנו מהתהום שיצרנו ומהתהומות שאיימו לבלוע אותנו.

*

התהליך הטיפולי עם נפגעי טראומה מינית דומה למסע של שתי נפשות בגיא צלמוות. הגיא רדוף צללי עבר בלתי מזוהים, דרקונים רושפי אש, ואימת מוות מצמיחה. התוואי אינו ידוע. לא נוכל להישאר מחוץ לגיא. לא נוכל להשאיר את המטופלת לבד. אין לנו ברירה אלא להיכנס איתה לתוכו, ולפגוש דרכה אזורי נפש שהודרו ונותקו בנפשה ובנפשנו, כי רק אלה יוכלו לתת משמעות עבורה למה שאירע לה אך טרם נחווה (36), ויאפשרו לה להכניס פנימה, "את אותה היות" של המצב שלא ניתן לחשיבה" (8, עמ' 287). המטופלת צריכה לראות אותנו מצליחים

* כאן בא לידי ביטוי ההבדל שצינתי קודם לכן בין הגישה שתופשת את מה שמתרחש בדיאדה הטיפולית כהפעלה מחדש של היחסים הטראומטיים שעברו דיסוציאציה, גילומים שנובעים מעולמה הטראומטי והדיסוציאטיבי של המטופלת, לבין הגישה שאני מדברת עליה במאמר זה, שרואה בטיפול חוויה חדשה שנוצרת כתולדה של המפגש של שתיים עם חלקיהן הדחויים והמנותקים.

תקבל מענה. כלומר למרות המרכיב החזרתי של הטראומה, היתה תחושה עמוקה, צורך חזק ביותר או תקווה, שהפעם זה יכול להיות אחרת; שהפעם זה חייב להיות אחרת.

עוצמה פנימית זאת של רצון למות שנחווה בהווה של הטיפול היתה, לפי הבנתי, חוויה טראומטית מעבירה של המטופלת אשר עוררה אצלי חוויה טראומטית מעבירה. אירוע שביקשתי לדחות משום שלא יכולתי לשאת את הידיעה, שבדומה לאמי גם אני לא יכולה להישאר איתם עם הבשורה המרה. אך היתה גם סיבה לכך שלא יכולתי להישאר איתה כשהיא חווה שוב רצון להמית את עצמה. נראה שפחדתי לחוות שוב את אוולת היד שכבר חוויתי לדאבוני בעבר. אך למרות שחסמתי את כל מה שהתעורר בתוכי בתגובה למטופלת על-ידי דחייה וניתוק של מה שאמרה לי, יצאה מתוכי בת קול* שלא נבעה ממחשבה או מחיבור רגשי למשהו ידוע, אלא כתגובה לצורך שלה שלא אני ולא היא היינו מודעות לו. וכך יחד עם המטופלת הקשבתי לעצמי אומרת לה ששמעתי את מה שאמרה ושדבריה זיעזעו אותי. הדברים שאמרתי הגיבו לצורך שלה שלא היה ידוע לה וגם לא לי עד אותו רגע שבו פעולת הדיבור הגיעה אליו. הצורך שנעניתי לו היה הכמיהה שלה שמישהו ידע שהיא רוצה להמית את עצמה ושמישהו ירגיש בחסרונה. פעולת הדיבור שלי היתה בלתי קרואה (unbidden) ושיחררה אותנו מהמבוי הסתום אליו נקלענו. כדי להיענות לצורך שלה, נאלצתי לדעת את מה שלא רצייתי לדעת ולהתחבר למה שעורר בי כאב ישן.

יעל שיחזרה איתי את הטראומה שלה – טראומה של התמוטטות העדות, במובן שדורי לאוב מדבר על כך (6, 22)***, ושל נטישתו של העומד מן הצד, במילותיו של ז'אן אמרי (1). אך לא זה מה שהיה טראומתי עבורי. מה שהיה טראומתי, ומה שממנו העדפתי להימנע, היה התמוטטות העדות שאני חוויתי בילדותי, כאשר שמעתי את אמי אומרת "לא נכון", ונאלצתי להישאר בודדה עם הידיעה, כמעט מוחקת אותה ונמחקת בעצמי, וזה מה שאני לא רצייתי לחוות מחדש דרכה. ניתן לומר שבשדה הטיפולי, הסובייקטיביות הטראומטית של יעל (הבדידות הקטסטרופלית ונטישתו של העומד מן הצד, שהיא חוותה) נפגשה עם הסובייקטיביות הטראומטית שלי (הבדידות הקטסטרופלית בעקבות נטישתו של העד שאני חוויתי), ויחד נוצרה אינטרסובייקטיביות טראומטית (שבה אני נאלמתי ונעלמתי לנוכח עדותה), שאילצה אותי להתמודד עם הדיסוציאציה שלי. כך שלא היתה לי ברירה. היה עלי לשוב ולחוות את אותו מקום דחוי בנפשי כדי להיות איתה. הייתי חייבת לטפל בניתוק שלי, כדי לעזור לה לטפל בניתוק שלה. כדי לא להשאיר למות לבד. שכן היא העדיפה להרוג את עצמה, רק כדי לא להישאר לבד שוב מול אחר שמסרב להיות לה לעד.

אני הייתי עדה להתמוטטות העדות בשל היותי אחרת שלא היתה שם איתה במחוזות האימה של ילדותה ולא הייתי עדת ראייה לאירועים עצמם (33). אולם גם הייתי זו שכשלה בתפקיד העדה וגרמתי להתמוטטות העדות בטיפול, ובמובן זה לא הייתי לגמרי 'אחרת תמימה' ביחס לקטסטרופה אותה חוותה המטופלת או ובטיפול. אולם החיבור

* אני בוחרת במושג בת קול כדי לתאר את החוויה שהדברים שאמרתי יצאו מתוכי, אך כאילו ללא agency שלי.

** המושג 'התמוטטות העדות' ניתן על-ידי דורי לאוב (6) כדי לציין את אי היכולת להיות עד לאירוע הטראומטי במהלך התרחשותו. כלומר, בשל עוצמתה וההצפה החושית-רגשית שהיא מעוררת, לא קורבן הטראומה ולא אחרים, יכולים להיות עדים לחוויה הטראומטית בזמן שהאירוע מתרחש. לאוב מצביע על האופן שבו טראומה מחסלת את אפשרות הבקשה והפנייה לאחר, כמו גם את יכולתו לפנות אל עצמנו או להעיד על עצמנו. בעוד לאוב מתאר מושג זה כבקשה של השואה, אני אימצתי מושג זה כבקשה של גילוי עריות (22).

and affect regulation: the work of Paul Russell. New York, Other Press, 1998.

10. Figley C.R., Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: C.R. Figley (Ed.), Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. pp 1-20. New York, Brunner/Mazel, 1995.
11. Lindy J.D., Wilson J.P., Empathic strain and countertransference roles: case illustrations. In: J.P. Wilson, J. Lindy (Eds.), Countertransference in the treatment of PTSD. pp 62-85. New York, Guilford, 1994.
12. Cooper A.M., Some limitations on therapeutic effectiveness: the "burnout syndrome" in psychoanalysts. Psychoanal. Q., 55: 576-598, 1986.
13. McCann I.L., Pearlman L.A., Vicarious traumatization: a contextual model for understanding the effects of trauma on helpers. J. Traumatic Stress, 3(1): 131-149, 1990.
14. פרלמן ל.א., סקוויתן ו.ס., המטפל בסכנה: טראומתיזציה מכלי שני. בתוך: צ. זליגמן, צ. סלומון ו. (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 393-409. תל-אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד/מרכז אדלר אונ' תל-אביב, 2004.
15. Pearlman J.A., Sakvitne K.W., Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization with incest survivors. New York, Norton, 1995.
16. Walker M., Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: countertransference; secondary traumatization and terror. Psychodynamic Practice, 10: 173-193, 2004.
17. Boulanger G., Wounded by reality: understanding and treating adult onset trauma. Mahwah, NJ, The Analytic Press, 2007.
18. Bromberg P.M., Awakening the dreamer: clinical journeys. Hillsdale, NJ/London, The Analytic Press, 2006.
19. Davies J.M., Frawley M.G., Dissociation processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of sexual abuse, Psychoanal. Dial., 2: 5-36, 1992.
20. Davies J.M., Frawley M.G., Treating the adult survivors of childhood sexual abuse: a psychoanalytic perspective. New-York, Basic Books, 1994.
21. פרנצי ש. (1933). היומן הקליני. ע. ברמן (עורך). תל-אביב, עם עובד, 2013.
22. זליגמן צ., תהליך העדות בטיפול בטראומת גילוי העריות: גילום מחדש ועיבוד הטראומה ביחסי ההעברה והעברה נגדית. בתוך: צ. זליגמן, ז. סלומון (עורכות), הסוד ושיברו: סוגיות בגילוי עריות. עמ' 240-256. תל-אביב, הקיבוץ המאוחד ואונ' תל-אביב, 2004.
23. Davies J.M., Whose bad object are we anyway: repetition and our elusive love affair with evil. Psychoanal. Dial., 14: 711-732, 2004.
24. לוינס ע. (1972). הומניזם של האדם האחר. ירושלים, מוסד ביאליק, 2004.
25. Eshel O., Patient-analyst "withness": on analytic "presencing," passion, and compassion in states of breakdown, despair, and deadness. Psychoanal. Inq., 30: 146-154, 2013.
26. אוגדן ת. (2009). לגלות-מחדש את הפסיכואנליזה: לחשוב ולחלום, ללמוד ולשכות. ב. שלגי (תרגום), הקדמה ועריכה מדעית. תל-אביב, תולעת ספרים, 2013.

לחלץ עצמנו מהתקיעות והניתוק שלנו ומהתקיעות והניתוק שהתהוו בתוך הקשר, כדי שהיא תוכל להתחיל לחוות, לחשוב ולחלום.

ההתמסרות היא הדדית ומסוכנת לשתינו. הסכנה באה מן הלא ידוע לא פחות מהידוע והבלתי נסבל. עלינו, המטפלים, לזהות מתי איננו יכולים לעמוד בזה, מתי משהו חוסם אותנו ואת ההתמסרות שלנו. במקום לשאול מה טראומתי במטופלת ואיך המפגש עמה גורם לנו לטראומה, עלינו לשאול 'מה חוסם את דרכנו אל המטופלת'. התבוננות וטיפול בחסימה זאת תאפשר למטופלת סוף סוף לשחרר את עצמה ממחול השדים המתמיד של חייה וליצור קשר אחר עם עברה ועולמה. לסיום אבקש לאמץ את רוחו של תומס אוגדן בפתח ספרו "Subject of Analysis" (37) וכפרפרזה על דבריו אדבר בשם המטופל או המטופלת הפונים אלינו לטיפול בטראומה: "את המטפלת חייבת לתת לי לכבוש אותך, את מחשבותיך ואת תודעתך, מאחר שאין לי קול לדבר בו מלבד קולך. אם בדעתך לטפל בי, עליך להרשות לעצמך לחוות את חוויותי, ועלי להרשות לעצמי להיעשות לחוויותיך, ובאותו רגע אף אחת מאיתנו לא תוכל לטעון לחזקה על החוויה כעל יצירתה הבלעדית". ואז אני יכולה לשמוע את המטופלת ממשיכה: "אני אתן לך לחדור אלי כי אין לי דרך להיות ידועה לעצמי, אך גם את לא תוכלי להישאר מי שהיית. את תדעי עלי את מה שלא רצית לדעת עלי, את מה שלא יכולת לדעת על עצמך ומה שסירבת לדעת על העולם".

ספרות:

1. Améry J. (1966). Torture. In: At the mind's limits: contemplations by a survivor on Auschwitz and its realities. pp 21-40. Bloomington, IN, Indiana Univ. Press, 1980.
2. van der Kolk B.A., van der Hart O., Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am. J. Psychiatry, 146: 1530-1540, 1989.
3. van der Kolk B.A., The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. Harv. Rev. Psychiatry, 1(5): 253-265, 1994.
4. Grand S., The reproduction of evil: a clinical & cultural perspective. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2000.
5. לאוב ד. (1992). נשיאת עדות, או תהפוכות ההאזנה. בתוך: ש. פלמן, ד. לאוב (עורכים), עדות: משבר העדים בספרות, בפסיכואנליזה ובהיסטוריה. עמ' 67-82. תל-אביב, רסלינג, 2008.
6. לאוב ד. (1992). אירועי-בלא-עד: אמת, עדות והישרדות. בתוך: ש. פלמן, ד. לאוב (עורכים), עדות: משבר העדים בספרות, בפסיכואנליזה ובהיסטוריה. עמ' 83-96. תל-אביב, רסלינג, 2008.
7. Herman J.L., Trauma and recovery: the aftermath of violence from domestic abuse to political terror. New York, Basic Books, 1992.
8. גנט ע. (1990). מזווכים, כניעה, התמסרות: מזווכים כסטייה של התמסרות. בתוך: ס. מיטשל, ל. ארון (עורכים) (1999), פסיכואנליזה התייחסותית: צמיחתה של מסורת. עמ' 262-297. תל-אביב, תולעת ספרים, 2013.
9. Russell P., The role of paradox in repetition compulsion. In: J. G. Teicholz, D. Kriegman (Eds.), Trauma, repetition,

27. Bromberg P.M., Standing in the space: essays on clinical process, trauma and dissociation. Hillsdale NJ, The Analytic Press, 1998.
28. Davies J.M., Dissociation, therapeutic enactment and transference-countertransference processes: a discussion of papers on childhood sexual abuse by S. Grand and J. Samat. Gender and Psychoanal., 2: 241-257, 1997.
29. Davoine F., Gaudillière J., History beyond trauma: whereof one cannot speak, thereof one cannot stay silent. New York, Other Press, 2004.
30. Brothers D., Toward a psychology of uncertainty: trauma-centered psychoanalysis. New York, Analytic Press, 2008.
31. בולס כ. (1987). צלו של האובייקט. תל-אביב, דביר, 2000.
32. Ogden T.H., This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries. Int. J. Psychoanal., 85: 857-877, 2004.
33. אולמן ח., פנים אחרות במראה: על משמעות האחרות בטיפול. מנקודת מבט התייחסותית. מארג: כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה, ב': 17-35, 2011.
34. גורביץ' ח., טראומה נפשית בשלב הרוך. בתוך: ש. פרנצי, היומן. הקליני. עמ' 24-40. תל-אביב, עם עובד, 2013.
35. איגן מ. (1981). מחוז האמונה אצל ויניקוט, לאקאן וביון. בתוך: ס. מיטשל, ל. ארון (עורכים) (1999), פסיכואנליזה התייחסותית: צמיחתה של מסורת. עמ' 31-73. תל-אביב, תולעת ספרים, 2013.
36. Winnicott D.W., Fear of breakdown. Int. Rev. Psycho-Anal., 1: 103-107, 1974
37. Ogden T.H., Subjects of analysis. Northvale, NJ, Aronson, 1994.

המרכז ללימודי פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית ה.ל.פ.ב.א. בע"מ

פתיחת ההרשמה לשנת הלימודים תשע"ז 2016-2017

ה.ל.פ.ב.א בכפר הירוק – מסורת והתחדשות

המרכז ללימודי פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית ה.ל.פ.ב.א, נוסד בשנת 1994 ובשנים האחרונות קבע את משכנו בכפר הירוק. המרכז מציע תוכנית לימודים תלת-שנתית, המשלבת לימוד טיפול במבוגרים וטיפול בילדים ובני-נוער ותוכנית ללימודים מתקדמים, וזאת במסגרת של שיעורים תיאורטיים, סמינרים קליניים, סדנאות והדרכות אישיות.

מסורת

ה.ל.פ.ב.א. הינו חלוץ בבניית מסורת של התבססות על חשיבה פסיכואנליטית כמצע לצמיחה של העוסקים בפסיכותרפיה, וכן בהשקעה מתמשכת ורציפה בתחום של צפייה בתינוקות. הסמינר השנתי לצפייה בתינוקות הוא מרכיב חיוני ומהותי בהכשרה ומייחד את התוכנית. המרכז מזמין מטפלים – פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים בעלי תואר שני בע"ס וניסיון של שנתיים לפחות במסגרת של בריאות הנפש המוכרת להתמחות, ופסיכיאטרים – ללמידה בקבוצות קטנות, תוך ליווי והדרכה צמודים לאורך כל שנות הלימודים. בעשור האחרון, לבוגרי ה.ל.פ.ב.א. ייצוג בולט בקרב המתקבלים להכשרה במכון של החברה הפסיכואנליטית בישראל.

התחדשות

תוכנית הלימודים ב.ה.ל.פ.ב.א, מתחדשת ומציעה מפגש ייחודי עם התפתחות החשיבה הפסיכואנליטית, והיכרות שיטתית עם הרבדים השונים של התיאוריה והפרקטיקה, מהנחת יסודות החשיבה האנליטית ועד התפתחויות מאחרות שלה.

בשנה"ל תשע"ז תיפתח מחדש **התוכנית ללימודים מתקדמים**, המזמינה לקריאה משותפת בכתביהם של הוגים כמו פרויד, ביון, ויניקוט וממשיכיהם, למבקשים מסגרת להעמקה ולהרחבה ברוח הלמידה ב.ה.ל.פ.ב.א.

צוות המורים והמדריכים בתוכנית, רובם אנליטיקאים בכירים ומנוסים וחלקם מתמחים בכירים במכון הפסיכואנליטי, שואף לאפשר לתלמידים לפתח את החשיבה האנליטית שלהם, ואת תרגומה למעשה הקליני.

הלימודים מתבססים על קריאה והעמקה בטקסטים פסיכואנליטיים מהקלאסיקה ועד החשיבה האנליטית המודרנית, ומשלבים תיאוריה ויישום קליני במסגרות הלימוד השונות של התוכנית, לצד ליווי אישי וקבוצתי של התלמידים.

טפסי הרשמה

ניתן למצוא באתר ה.ל.פ.ב.א.

www.halfaba.org.il

או בטלפון: 052-3267406

הלימודים מתקיימים בימי רביעי,
בין השעות 15:30-20:30

ההרשמה תסתיים בתאריך 10 באפריל 2016