

היזכרות מאוחרת בהתעללות: זיכרונות מלאכותיים או האתגר הבא בפסיכותרפיה?

ד"ר אלי זומר^{2,1}

מאמר זה דן בנקודות המרכזיות של סוגיית ההיזכרות המאוחרת בהתעללות ובניצול מיני. מועלות בו השאלות המרכזיות המטרידות את המטילים ספק בתקפות של זיכרונות מרחקים העולים לראשונה בגיל הבגרות. המאמר מנסה להשיב על השאלות ולהפריך חלק מהטענות המושמעות כקו הגנה כמשפטים של אנשים, הטוענים כי הם מראשמים על-ידי צאצאיהם הבוגרים בהאשמת שקריות של פגיעה מינית. המאמר מציע גישות אלטרנטיביות למטפלים, המתבקשים על-ידי המטופלות שלהן לחקף את זיכרונותיהן, גישות כלתי מנחות להתמודדות עם הבעיה.

עם בן-המשפחה החשוד מאיים על אנשי הרוחה והטיפול, ורבים מעדיפים לטפל בילד הסימפטומטי ובמשפחה, במקום לגעת ישירות בסוד המרחף באוויר. גם כאשר הפשע מתגלה והחשוד בהתעללות מובא לחקירה ולדין, קיימת עדיין סכנה שדעות קדומות וכורות מצד שוטרים ושופטים, יחרמו להקלה בעונשו ואף לזיכיו של החשוד.

לאחרונה כלטה פסיקה קונטרוברסלית של שופט בית-המשפט העליון, חיאודור אור, שזיכה אדם מאשמת גילוי עריות. האיש הורשע בבית-המשפט המחוזי בתל-אביב בכיצוע עבירות ביחס לשתיים מבנותיו וביניהן: מעשה מגונה בקטין שהוא בן-משפחה, התעללות בקטין, תקיפת קטין על-ידי אחראי וגרימת חבלה ממש, וכן במעשים מגונים בכפייה (3). בפסק דינו זיכה בית-המשפט העליון את האב המערער על המקרה של הבת הבכורה, בגלל התישנות העבירות, וכמו כן, זיכה אותו מאשמת מעשים מגונים בבתו בת ה-10 משום שלא הוכחה, כביכול, טענת התביעה כי האב ביצע בבתו את המעשים כשהיתה "כמצב המתוע התגדרות" (4). לא ניתן להלין על השופט אור על היעדר רגישות לאיך אתים ולנזק הנפשי הנגרמים כתוצאה מגילוי עריות, כאשר גם בקירבנו נטוש עדיין ויכוח בן קרוב ל-100 שנה בשאלה האם תלונות של פציינטיות, הטוענות כי נוצלו מינית בילדותן, הן בבחינת פנטזיה אריפלית, או שמא הן שיקוף של עבר טראומתי.

נוכח האימה שבזיכרונות אלה, מעדיף, לעתים, חלק מהפציינטיות להאמין שמדובר רק בדמיונות, ושגילוי עריות של ממש לא אירע מעולם. נשים דבות אחרות מעמידות כיום

ב עית הניצול לרעה של ילדים בידי מבוגרים עולה לאחרונה בדיון הציבורי בישראל. פעילותם החינוכית המבורכת של האיגודים הפועלים למען שלום הילד בארץ משפרת את עירנות המורים והיועצים ומעודדת גורמים מטפלים, שכנים וקרובים להחריע כשגראה כי ילד נתון במצוקה. לפי נתוני משרד העבודה והרווחה, דווחו ב-1992 לגורמי הרווחה למעלה מ-1000 מקרים של התעללות מינית בילדים בתוך המשפחה על-ידי אבות, אחים ודודים בוגרים (1). מקובל להניח במקרים של תקיפה מינית, במיוחד כאשר המותקפים הם ילדים, כי שיעור המקרים המדווחים קטן בהרבה מהנתונים האפידמיולוגיים (2). על בסיס אקסטרו-פולציה כוו מסרה לאחרונה רכות מרכז הסיוע לתקיפה מינית בתל-אביב, רמה לוטקי, כי להערכתה, אחד מכל שבעה ילדים בישראל נפגע מתקיפה מינית בתוך המשפחה (מסר אישי, 1994).

לגילויים מרעישים אלה יש שני היבטים חשובים. האחד הוא ההיבט המניעת-הרתעת. השני הוא ההיבט הטיפולי. לנזק הפסיכולוגי, הנגרם לילדה כתוצאה מעשרות מקרי התעללות בתוך המשפחה, אתייתס בהמשך. נזק זה חברי ונטהו בטבעו, אך הוא רב עוצמה בעומקו וכהיקפו. זהו גם נזק שניתן למנועו לחלוטין, לו אפשר היה לעצור את המתעלל. מכיוון שהתעללות מינית נעשית בהיחבא ותחת קשר של שתיקה, קשה מאוד לאמת חשדות כאלה. העימות

¹ מ.י.ט.ל. – המכון הישראלי לטיפול ומניעת לחצים, חיפה.
² בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטה חיפה.

את הציבור המקצועי בארצות-הברית במבוכה ובלבול לנוכח גל גזאה של דיווחים על הזכריות בטרואמות עבר. הד נרחב לזיכרון המקצועי המר הזה השתקף לאחרונה גם בכתבות השער בשבועונים רבי התפוצה כמו 'טיים' ו'יו אס ניו אנד וורלד ריפורט' (שניהם מ־29 בנובמבר 1993). גם שני כתבי-העת המובילים בתחום ההיפנוזה – 'כתב-העת האמריקאי להיפנוזה קלינית' ו'כתב-העת הבין-לאומי להיפנוזה קלינית ומחקרית', מקדישים השנה גליונות מיוחדים לסוגיית הזיכרונות המודחקים. הסערה המתחוללת בצפון אמריקה מתגברת משום שעל כף המאזניים מונחות לא רק חפיסות עולם מנוגדות, אלא גם תביעות נויקין יקרות. מדובר בהרבה מאד כסף ובמוטיבציות חזקות של המואשמים לשמוט את הקרקע המדעית מתחת לחקפות האשמות. בראש ההתא-רגנות הרודיוויזיסטית נגד מגמת 'הזיכרונות המאוחזרות' ניצב אירגון שבסיסו בפילדלפיה, המכונה False Memory Syndrome Foundation. ברשימת היעצים המדעיים שלו ניצבים חוקרים בעלי מוניטין בתחום הזיכרון וההיפנוזה, כמו אליזבת לופטוס מאוניברסיטת וושינגטון ומרטין אורן ממכון פנסילבניה בפילדלפיה. חשוב, לדעתי, לציין שמיסדי האירגון, בני הווג פריד, הואשמו על-ידי בתם בהתעללות (5), ושלפחות אחד מאנשי המדע התומכים באירגון, ד"ר רלף אנדרווגי, נאלץ לאחרונה להתפטר משום שהביע דעות פומביות המקבלות פדופיליה כהתנהגות שאינה בהכרח מזיקה (6).

מהות הזיכרון

נכון כמה מהבעיות המטרידות לאחרונה את קהילת בריאות הנפש בארצות-הברית בנושא זה.

1. חלק מהפציינטים, שנזכרו בהתעללות שהודחקה, עשו זאת לאחר שמטפליהם קבעו נחרצות לאחר פגישות ספורות, כי הדיכאון והסימפטומים הלא פתורים שלהם נובעים מגילוי-עריות בילדות. לאחר שקבעו זאת, חזרו ושנו את קביעתם תוך שהם ממליצים למטופליהם להעלות על הכתב את רצף האסוציאציות והזיכרונות בקשר לזה, ותוך שהם מתשאלים את הפציינטים בשאלות מנחות ומוכילות ל'הזכרות', כולל תשאול מנחה תחת היפנוזה.

טכניקות התערבות ורענון זיכרון מסוג זה זכו בעבר לביקורות בספרות המדעית (7, 8, 9). ואכן, ועדה מיוחדת שמונתה באגודה הרפואית האמריקאית (AMA) כדי לבדוק את שאלת הזיכרונות השקריים, הביעה דאגה רשמית משימוש בטכניקות לרענון הזיכרון, כמו היפנוזה ודמיון מודרך למטרות גילוי זיכרונות מודחקים (10). עם זאת, חבל לדעתי, לוותר לגמרי על השימוש בהיפנוזה לחקירת הלא-מודע. היפנוזה היא במהותה מצב ניארודיסוציאטיבי, שקורבנות טראומה מפעילים לצורך אילחוש רגשי. הרעיון שטראומה עשויה להפעיל מנגנוני הגנה דיסוציאטיביים נדון כבר בסוף

המאה הקודמת בכתביו של פייר ז'אנה (11, 12) ותואר בהרחבה במחקרי הטראומה של ספיגל (13) וואן דר קולק (14). מחקרים שונים, אכן דיווחו על ניצולי התעללות טראומתית בילדות כבעלי ציונים גבוהים בסולמות המודדים כושר היפנוטי (15, 16, 17, 18). שימוש בהיפנוזה ככלי לחשיפה של זיכרונות טראומטיים מודחקים יכול, לדעתי, לעזור למטפל לגעת בחומר המאיים כאשר האני-המתבונן של המטופל נתון בהרדמה תרשית היפנוטית. מצב כזה מאפשר מניעת טראומתיזציה משנית בתהליך הטיפול. מכיוון שניצולי התעללות רבים הם בעלי יכולת היפנוטית גבוהה, עשויים פציינטים ניצולים, המעוניינים לקדם חשיפה של חומר מודחק, להפיק תועלת רבה משימוש מושכל בהיפנוזה. טכניקות חשיפה היפנואנליטיות, כמו שהציעו בראון ופרוס (19), ושימוש בשאלות פתוחות ובלתי מנחות הם, לצורך עניין זה, בבחינת תינוק, שאין להשליכו עם מי האמבטיה.

2. בעיה אחרת קשורה לאופי הזיכרונות. כיצד ייתכן, תודים המקטרגים, שפציינטים בני 30, 40, הבאים לטיפול בגלל הפרעות אכילה, בעיות בחיפוקד המיני או דיכאון, נזכרים לפתע, לראשונה בחייהם, כי עברו התעללות בילדותם. מדוע לא זכרו זאת, כמו פציינטים רבים אחרים, שבאים לטיפול ומציגים את הנתונים האלה כחלק מהאנמנזה? כיצד ייתכן שטראומות כה קשות פשוט תמחקנה מהתודעה במשך שנים כה רבות? בעצם, ממשכיים המקטרגים, יודע כי אנשים שטובלים מתיסמונת פוסט-טראומתית לוקים בהבזקי זיכרו-נות פולשניים, ההופכים את זיכרון הטראומה לבלוט ומטריד. כלומר, הם מצביעים על חופעה הפוכה, ומסיקים מכך שתופעת זיכרונות ההתעללות המודחקים היא תופעה שקרית. נכון, אומנם, שאירוע טראומתי כודד, או סדרת אירועים קשים עלולים להתפתח לתיסמונת פוסט-טראומתית המאופיינת בהבזקי הזכרות מכאיבים. עם זאת, מוכרים למומחים, העובדים עם אנשים שעברו חוויות טראומתיות, מצבים של תיסמונת פוסט-טראומתית מושהות (Delayed PTSD) (20), המתפרצות לאחר שנים של תיפקוד תקין. אף אני טיפחתי בכית-חולים של ה-V.A בארה"ב בפציינט שסבל מתיסמונת כזו, שפרצה לראשונה ב-1983, והטראומה שנחשפה היתה קשורה במעורבותו בקרב, 40 שנה קודם לכן, במלחמת העולם השנייה. החולשה העיקרית בטענה שטראומה יוצרת היפרמנזיה, ולא אמנזיה, טמונה בסוג התופעות שעליהן היא מתבססת. חיילים המוצפים בחוויות קרב קשות, אזרחים שכיתם נחרב ברעידת אדמה או בהפצצה, הם כדרך כלל בוגרים שעברו את תקופת הצמיחה האישיותית שלהם בתנאים ממוצעים. יתרה מזאת, הציבור החווה חוויות טראומתיות, הקשורות במלחמה או באסון טבע, חווה לרוב את החוויה כמסגרת קבוצה, נהנה מתמיכה, מהכרה באובדן ובכאב ומהזדמנות מהירה יחסית להתאוששות ולהתארגנות מחדש. במקרים האלה, הניצולים חייבים, אומנם, להתמודד עם הצפה רגשית קשה, אך הטראומה היא בדרך כלל מבודדת

או תדפעמית. אין כל מקום להשוואה בין תהליכי הפגיעה הגפשית המתחוללים בילדה המתקפת שנים על-ידי אביה, לבין טראומות של חיילים בקרב. אלו חוויות שונות, ולכן גם אופניות ההתמודדות המתבקשות אינן דומות בדרך כלל. ילדים שעברו התעללות, ושנאלצו לשאת את הכאב לבדם, בלי שתעמוד לרשותם ולו דמות תומכת אחת, נוטים להפעיל מנגנון הישרדות המנתק את ההכרה מהחוויה הטראומתית בעת התרחשותה, ויוצר פרגמנטציה של ההכרה. זיכרונות של אירועים טראומתיים, שנוצרים כאשר האדם נמצא במצב של נתק היפנוטי כזה, הם לרוב בלתי נגישים למודעות. עם זאת, ידוע כי גם חיילים מגיבים באובדן זיכרון להתנסויות קרב טראומתיות וכי זיכרונות מודחקים כאלה עלולים להתעורר עשורים לאחר המעשה, כתוצאה מחשיפה לאירוע דומה או מתחושה המתקשרת לפתע לחומר המודחק (12).

3. תופעה אחרת הקשורה להרחקת טראומות ילדות, והמעוררת לא פחות חילוקי דעות, היא הפרעת זהות דיסוציאטיבית Dissociative Identity Disorder (זה השם החדש לפי DSM-IV (22) לחיסמונת הידועה כאישיות מרוכבת-פנים-MPD). זו היא פסיכופאתולוגיה כרונית ומסובכת, המאופיינת בהפרעות בזיכרון ובהיות. הפרעת זהות דיסוציאטיבית ייחודית בכך שהיא מתבטאת בקיום בר זמני של זהויות עקביות, הנחוצות באופן סובייקטיבי כנפרדות ומתחלפות ובאפיונות חזרות ונשנות של עיוות זיכרון ואמנזיה.

המבקרים מצביעים על העובדה שבשנים האחרונות זוהו בארצות-הברית בלבד אלפי מקרים של התיסמונת, בעוד שלפני הופעת הספר 'סיבילי' (23) היו דיווחים בודדים על התופעה, ולא יותר מכמה מאות מקרים במשך שלוש מאות השנים שקדמו להופעת הספר. עוד טוענים המבקרים, שמטפלים בארצות-הברית להוטים להפוך פציינטית הלוקה, למשל, בהפרעת אכילה, שישוויה למטפל כ-2000 דולר, להפרעת זהות דיסוציאטיבית שישוויה עשיר להגיע ל-200,000 דולר בהכנסות מטיפול ממושך.

נתחיל מהטענה האחרונה בדבר ההנעה הכלכלית לאבחון את ההפרעה. זו טענה צינית המייחסת הנעות לא אחיות למטפלים מסורים רבים, המתמודדים עם פציינטים קשים ביותר. רבים מהמטפלים באים מרקע של תורות טיפול פסיכודינמיות, והיו מסוגלים להרוויח סכומים דומים מאותם פציינטים בטיפולים אנאליטיים אינטנסיביים וארוכי טווח. ניתן להרחיק לכת עם טענה כזאת, ולטעון שכל מי שעובד בטיפולים ארוכי טווח עושה זאת מתוך מניעים כלכליים. נדמה לי שלא צריך להרחיב את הדין על השטחיות שבמתקפה מעין זו. מכל מקום, הפרעת זהות דיסוציאטיבית מאובחנת, אומנם, בשיעורים גוברים באותם מקומות שם שוהים קלינאים המתעניינים בנושא ועברו הכשרה ספציפית באיבחון ובטיפול בהפרעה מורכבת זו. גיאוגרפית, נמצאים דיכויים כאלה של פציינטים גם במרכזי טיפול ציבוריים

במדינות המפעילות שירותי בריאות סוציאליים כמו בקנדה ובהולנד, ולכן שם אין ההאשמה בדבר הנעת בצע הכסף ישימה כלל.

השאלה המעניינת יותר קשורה לעלייה בשיעור הדיווח על פציינטים הלוקים בחיסמונת בעת האחרונה. אני קושר תופעה זו עם העלייה בדיווחים על התעללות בילדים בכלל, ועל דיווח על גילוי עריות כפרט. לא נראה לי שיש היום יותר התעללות בילדים מאשר בעבר. אינני מאמין גם שהעלייה בשיעור הדיווח על התעללות בילדים היא אופנה חולפת או פיקציה של עובדים סוציאליים להוטים. מדובר כאן בשכירה מבורכת של טאבו חברתי נוסף. אצל למעלה מ-95% מהלוקים בהפרעת זהות דיסוציאטיבית נמצא רקע של התעללות בילדות (24). אין היום עוררין יותר על כך שהתעללות בילדים היא תופעה שכיתה הרבה יותר ממה שציפינו. מדוע, אם כן, מתפלאים על הטענה שהפרעת זהות דיסוציאטיבית אינה נדירה? מספר המקרים הלוקים בחיסמונת דיסוציאטיבית קשה זו עולה, לא בגלל סיבות אופנתיות, אלא משום שתפיסטים בצפון אמריקה משתפרים ביכולתם לזהות את הסימפטומים.

4. טענה נוספת, הבאה מחוגים מקצועיים ספקניים, היא שכמו שניתן ליצור זיכרונות מלאכותיים באמצעות הפעלת סוגסטייה, כך גם רוב מקרי הפרעת זהות דיסוציאטיבית מהווה תופעות יאטרוגניות שנוצרות עקב שילוב בין אישיות היסטורית וסוגסטיבית המשתוקקת לרצות והמ-אופיינת בנטייה לדרמטיזציה ובין מטפל נפעם המוקסם מהמיסתורין שבחיסמונת.

אמת היא שניצולי התעללות המאובחנים כלוקים בהפרעת זהות דיסוציאטיבית הם פציינטים סוגסטיביים. עם זאת, אין בספרות אף מקרה מתועד אחד של יצירת הפרעה זו בתוך התהליך הטיפולי. תחת היפנוזה ניתן, אומנם, ליצור תופעות מטריימות, הדומות לסימפטומים של הפרעת זהות דיסוציאטיבית, אך אין אפשרות ליצור פצלי אישיות בעלי יציבות, עקביות פנימית והיסטוריה רטרואקטיבית, שבחלקה מתוקפת על-ידי ראיות מבחוץ, כמו עריות בני-זוג, חברים ובני-משפחה. גם הרגשות העזים, שחלק מפצלי האישיות מביעים באבריאקציות, כמו זעם, יאוש, דיכאון ואימה, אינם יכולים להיות ארטיפקטים של הטיפול. בדרך כלל, קיימות ראיות שרגשות רבי עוצמה כאלה באו לידי ביטוי לפני הטיפול באופן דיסוציאטיבי ומנותק מכל הקשר מוכן למטפל. ראיות מחקריות אחרות מחזקות את הרושם שמדובר בתופעות אותנטיות, שלא ניתן לשחזרן במשחק תפקידים: לפצלי האישיות השונים יש תוצאת שונות ומהימנות במבחני אישיות פרויקטיביים ואובייקטיביים. יש להם, לעתים, מאפיינים פסיכולוגיים שונים, כמו כמספר הדיופטרי של המשקפיים, לחץ דם או אלרגיות שונות. יש לפצלי האישיות גם כתבי יד שונים, העומדים במבחנים הבזוקים וזוף והעמדת פנים (25). יתרה מזאת, ללקות בהפרעת זהות דיסוציאטיבית

כהתעללות וכיצד היית מתנהגת אם היו מאשימים אותך בהאשמת שווא."

לסיכום, לא כדאי לדעת, להמתין שנים עד שהידע הערכני על זיהוי סימני דיסוציאציה ואיתור ניצולים בוגרים של התעללות בזמן ילדותם יחצה את האוקיאנוס ויגיע גם אלינו. תופעת ניצול ילדים היא מציאות, והלוואי שלא היתה. לצערנו, הפשע הנחשב מתבצע מידי יום ומידי לילה באלפי בתים גם בארץ. עלינו להירחם למאמץ של אירגוני הנשים, של האירגונים להגנת הילד ושל העובדים הסוציאליים, הפועלים להנחלת ידע באיתור מוקדם של ילדים במצוקה, לחילוצם ממשפחות הרסניות ולהבאת המחללים לדין. עלינו, הפסיכולוגים, להכיר בכך שלעובדה שמסתובבים בקירבנו עשרות אלפי ניצולים של התעללות יש לפחות משמעות נוספת: רבים מהם מדחיקים ומפצלים את הזיכרונות ואת האפקט הנלווה ואינם יכולים להפיק תועלת מלאה מפסיכותרפיה רגילה. עלינו, אם כן, להגמיש קונספציות קליניות קודמות, שעל ברכיהן התחנכנו, ולפנות מקום ללמידה נוספת שתאפשר לנו לזהות סימני נתק פוסט-טראומתיים ולעזור לפציינטים להפסיק את ההתעללות המונצחת בנפשם ולהחלים סופית מנזקה.

ס פ ר ת :

1. הוכמן י. (עורך), חקירת ילדים, קורבנות, ערים וחשודים המעורבים בעבירות מין וקורבנות התעללות של הורים, ר"ח שנת 1992. ירושלים, משרד העבודה והרווחה, 1993.
2. בראתמילר ס., בניגוד לרצונו: גברים, נשים ואונס. גבעתיים, המן השני, 1980.
3. ת"פ 345/92 מרינת ישראל נגד פלוני. פסק דין של השופט א' גולסון בבית-המשפט המחוזי בתל-אביב יפו, 11.2.93.
4. ע"פ 851/93 פלוני נגד מרינת ישראל. פסק דין של השופט תיאודור אור שניתן בבית-המשפט העליון כשכתו ככת-משפט לצירעורים פליליים, 19.10.93.
5. Freyd J., Personal perspectives on the Delayed Memory Debate. Treating Abuse Today, 3: 13-20, 1994.
6. Laurence L., What they said: "Interview: Hollida Wakefield and Ralph Underwager" Paidika, Winter, 1993. Moving Forward, 2: 13-14, 1994.
7. Loftus E., The reality of repressed memory. American Psychologist, 48: 518-537, 1993.
8. Murrey G.J., Cross H.J. & Whipple J., Hypnotically created pseudomemories: Further investigation into the "Memory distortion of response bias" question. J. of Abnormal Psychology, 101: 75-77, 1992.
9. Orne M.J., Whitehouse W.G., Dinges D.F. & Orne E.L., Reconstruction memory through hypnosis: Forensic and clinical implications. In: Pettinati H.M. (Ed.), Hypnosis and Memory. New York, Guilford Press, 1988.
10. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis. 253: 1918-1923, 1989.
11. Janet P., L'Automatisme psychologique. Paris. Felix Alcan, 1889.

זה תענוג מפקפק עבור הפציינט והמטפל גם יחד. מדובר במסע טיפולי מפרך, תובעני ומאיים, שבו הפציינטית צריכה לעמוד מול האמת המרה המוטבעת במוחה לנוכח מנגנוני הכחשה מאסיביים ולקבל חזרה בעלות נפשית על עינויי הגוף והנפש שעברה בילדותה. כל מטפל, וכוודאי כל ניצול התעללות, היה מעדיף שכל זה לא יהיה אמת. עם זאת, אין, למרבה הצער, לניצולי התעללות בוגרים אלה כל חקנה, אם לא יהיו מסוגלים להגיע לזיכרונות המודחקים ולעבד אותם עד אינטגרציה אישיותית מלאה.

אלטרנטיבות קליניות לתיקוף זיכרונות

פציינטיות, המתמודדות עם פריצות של זיכרון מהלא-מודע, עשויות להביא לא אחת אל המטפלים את ההחלטות שלהן ביחס למשמעות התופעה ולבקש מהם לתקף את התופעה.

להלן כמה רעיונות שעשויים, להערכתנו, לעזור בתהליך הביזור של חומר מודחק ומאיים מבלי ליצור הטיה וסוגסטיה. כעיקרון, רצוי, להערכתנו, שהקלינאי יאמץ עמדה משלימה (קומפלמנטרית) ביחס לספקות ולחוסר הודאות שמכטאת הפציינטית בנוגע לזיכרונות ההתעללות, במקום עמדה סימטרית מזדהה.

- א. על הקלינאי לקבל את העובדה שהוא אינו מסוגל לתקף בוודאות את הזיכרונות או להפריכם.
- ב. יש להדגיש את סמכותה האישית והבלעדי של הפציינטית בנוגע לתיקוף הזיכרונות.

דוגמאות:

1. יש לשקף לפציינטית את חוסר הודאות והספק שלה ואת הצורך לכרו את כל צדי הקונפליקט שלה ביחס לזיכרונות הקשים המטרידים אותה.
2. יש להתייחס אל הספק והבלבול של הפציינטית כאל תהליכים בעלי ערך נפשי רב, המצדיקים את ביזור תפקידם.
3. יש להתמקד בעבודה לא רק על תכני הזיכרונות, אלא גם על הדינמיקה של ההיזכרות והבלבול. למשל: "יש לך מושג מדוע את נתקפת באותו סוג של כאב ראש בכל פעם כשאת מדברת עם אמך, לאזור פגישה שבה עסקת בזיכרונות ותקפוחתם?"
4. יש להתעמת עם הניסיון להעביר אל המטופל את מוקד הסמכות ביחס לתיקוף הזיכרונות. למשל: "נדמה לי שאת רוצה שאני אומר שזה קרה, כך שאת לא תצטרכי לומר את זה וכדי שתוכלי לטעון שהמצאת את זה ושמואום לא אירע".
5. יש להפנות את הפציינטית לכלי התיקוף הפנימיים שלה. למשל: "שימי עצמך כנעלי אביך ובררי לעצמך כיצד היית את נוהגת אם היית אשמה באמת

12. Janet P., (1919). Psychological healing: A historical and clinical study. Eden P. & Cedar, P., Trans., New York, MacMillan, 1925.
13. Spiegel D., Hunt B.S. & Donnershine H.E., Dissociation and hypnoticity in post-traumatic stress disorder. Am. J. of Psychiatry, 145: 301-305, 1988.
14. van der Kolk B., Psychological Trauma. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1987.
15. Bliss E.L., Multiple personality, related disorders and hypnosis. Am. J. of Clinical Hypnosis, 26: 114-123, 1983.
16. Bliss E.L., Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorders. Psychiatric Clinics of North America, 7: 135-148, 1984.
17. Spiegel D., Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, 7: 101-110, 1984.
18. Braun B.G. & Sachs R.G., The development of multiple personality disorder: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. In: Kluft, R.P. (Ed.), The childhood antecedents of multiple personality. Washington DC, American Psychiatric Press, 1985.
19. Brown D.P. & Fromm E., Hypnotherapy and Hypnoanalysis. Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum, 1986.
20. Solomon Z., Delayed PTSD: Course and correlates. Medical Corps Research Branch, Department of Mental Health, The Israel Defence Forces, 1989.
21. Putnam F.W., Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York, Guilford, 1989.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
23. Schreiber F.R., Sybil. New York, Warner Paperbacks, 1974.
24. Putnam F.W., Guroff J.J., Silberman E.K. et al., The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 recent cases. J. of Clinical Psychiatry, 47: 285-293, 1986.
25. Putnam F.W., Recent research on multiple personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 14: 489-502, 1991.



המרכז להיפנוזה רפואית

מכון מוכר ללימוד היפנוזה

(הלימודים מוכרים מנגנון מערך הבריאות)

מודיע על קיום קורסים ללימוד היפנוזה לקראת מבחני הרישוי הממלכתיים

במועדים שונים במהלך כל השנה

הקורסים מיועדים לפסיכולוגים



ניתן להשיג את שתי קלטות הווידאו של פרופ' ZIVNÝ PETER

מן הסדנא בנושא CREATIVE HYPNOSIS

שהתקיימה בתאריך 30.10.94



בדבר פרטים:

ד"ר א. הירשפלד, המרכז להיפנוזה רפואית, ת.ד. 792, כפר-סבא 44106

טל': 915331, 09-986019, פקס': 09-986019