

טראומה, טראנס ואבראקציה בהפרעת זהות דיסוציאטיבית¹

אלי זומר

אוניברסיטת חיפה

אנשים שחוו טראומות קשות וממושכות כילדותם, מנסים להתגונן בפני השפעת הזכרונות הקשים על ידי תחוקם מזרם התודעה המרכזי. מצב זה, שבו אנשים אינם יודעים את מה שהם יודעים הוא מצב של אולגוזיה מנטלית ורגשית המתאפשר הודות לתהליכים הפנטטיים טבעיים. כמצב כזה אתרעיים חלקים מנותקים של האישיות לאחסון הזכרונות והרגשות הטראומטיים שאותם אין האישיות המרכזית יכולה להטמיע. פאצינטיים המשתמשים במנגנוני הגנה דיסוציאטיביים אינם יכולים להתקדם בטיפול נפשי רגיל, משום שהסימפטומים שהם מציגים לפני המטפל מנותקים מהקשרם החויתי ועל כן, אינם ניתנים לפרוש ועיבוד. מאמר זה מציג טכניקות טיפוליות היפנוטיות המאפשרות להגיע אל החומר הטראומטי המוחזק, תוך עקיפה של האישיות המרכזית. המאמר מתאר דרכים שונות המאפשרות ליצור קשר עם חלקי אישיות פנועים ומנותקים וממליץ על דרכים שונות לאינדוקציה של אבראקציה ולניהלה היעיל.

מבוא

בעבר נהוג היה לחשוב כי הפרעות דיסוציאטיביות אינן אלא תגובות אקוטיות המופיעות רק לאחר ארוע טראומטי. כיום, הולך וגובר העניין בתפקיד שממלא התהליך הדיסוציאטיבי בהתפתחות פתולוגיה כרונית הנובעת מהשפעת טראומה מתמשכת על תפקודי האני ועל התפתחות הזהות העצמית. ההנחה המקובלת היא שדיסוציאציה הינה תהליך נורמלי ואדפטיבי המתפלג באוכלוסיה באופן רציף, ככולת היפנוטית (היפנוטיזיביליות), שתי התופעות, יכולת דיסוציאטיבית והיפנוטיזיביליות, הן תופעות הקשורות זו בזו (Spiegel, 1984; Spiegel & Sachs, 1985). הקשר בין שני התהליכים הנפשיים הללו הודגש גם בעבודתו הקלאסית של פרנקל (Frankel, 1976) על טראנס היפנוטי כמנגנון התמודדות. בעבודה זו הוצגו לראשונה ראיות שבני אדם משתמשים בנתק היפנוטי/ דיסוציאטיבי כדי להתגונן בפני לחץ יום-יומי (כמו בחלימה בהקיץ), וגם כדי להתגונן במצבי אסון (כמו באמנזיה).

פייר ז'אנה (Janet, 1889) היה הראשון שהציע מודל תת-הכרתי המתייחס אל התהליכים ההיפנוטיים. הוא גרס כי כשהאנשים אינם מסוגלים להטמיע חוויות קשות הנהוות בעת חשיפה לטראומות, נוצר פצל אישיותי חדש המתפקד לא כתת-הכרה (Sub-consciousness), אלא הכרה-במקביל (Co-consciousness). פצל אישיותי זה מכיל בחוכו את הזכרון של החוויה ואת התהליכים הקוגניטיביים והרגשיים הקשורים בה. כאשר החוויה קשה מנשוא, חוזרת ונישנית וקשורה לא רק בכאב נפשי, אלא גם בתחושות גופניות שאינן יכולות להתקבל כחלק מהאישיות (כמו כאב גופני עז הקשור בהתעללות או התעוררות מינית הקשורה בגילוי ערויות), עלולות להתפתח מספר ישויות אישיותיות. ישויות אלה מופיעות במקביל בכל פעם שיש צורך להתמודד עם הטראומה החוזרת. פצל אחד יכול להיות צופה ולקלוט את המראות, פצל שני עשוי לצבור את רגשות הפחד שבחוויה, פצל שלישי את הזעם, רביעי את הדכאון, חמישי את תחושות הכאב ושישי את התחושות המיניות. תיאורית הניאוו-דיסוציאציה (Hilgard, 1986) רואה את ההגנות כפיצול אנכי של ההכרה והמודעות לחלקים העומדים זה לצד זה, בניגוד למודל הפסיכואנליטי הרואה בתת-ההכרה מתסן בלתי נגיש של תהליכים קונפליקטואליים. גם ז'אנה וגם הילגרד, מממשיכו בן זמננו, ראו אפשרות לחקור את תופעת הדיסוציאציה ואת התכנים המופרדים מההכרה המרכזית באמצעות היפנוזה. בשתי התופעות המנטליות הללו קיימים מרכזי שליטה המופרדים מהרצון של האישיות המרכזית. בשתי התופעות יכולה להיווצר אמנזיה בין חלקי החוויה ובין מרכזי האישיות המופרדים. הרעיון הוא, אם כן, שאנשים המשתמשים במנגנוני נתק דיסוציאטיביים באופן נרחב, מפעילים בעצם מנגנוני טראנס היפנוטיים.

¹ המען לתופסים: ד"ר אלי זומר, ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, 31905.

ההגנה האמנסטית הדיסוציאטיבית משאירה את החוויה הטראומטית כשהיא בלתי מוטמעת, בלתי מעובדת, לכודה בבעות זמן פנימית, ומה שמטריד מכל: בלתי נגישה לפסיכותרפיה (זומר 1993). אולם, באמצעות היפנוזה ניתן לפעול בתוך האישיות המפוצלת תוך שימוש בהיפנוטיזציות הטבעיות של הפציינטים הללו. המטרה האסטרטגית של הטיפול במקרים של הפרעת נתק קשה, כמל הפרעת זהות דיסוציאטיבית (American Psychiatric Association, 1994). היא חירור ופירוק חומות המגן הדיסוציאטיביות, המאפשר זרימה חופשית של זכרונות, קוגניציות ורגשות בין הפצילים, עד שלא תהיה יותר הצדקה לקיומם. מצב כזה יכול להביא בסופו, לאינטגרציה באישיות ולהחלמה. לסיום דברי המבוא, הערה לסגנון הכתיבה. השפה הפסיכודינמית והפסיכולוגית לא התאימו תמיד לאופן שבו אני תופס את תהליכי הנתק והטיפול בהם. במאמר זה, עשוי הקורא להתקל במונחים חדשים ובדימויים המשקפים בעיקר ניסיון לתאר בשפתי את התופעות החדונות בלא להתיימר לייצג מציאות אמפירית.

מצבי טראנס ספונטניים

מצבי טראנס ספונטניים תוארו כבר בספרות הפסיכולוגית הקלאסית, כמו למשל במקרה של אנה או (Freud & Breuer, 1893). גם קלינאים בני זמננו דווחו על תופעות היפנואידיות דומות אצל פציינטים הנמצאים בטיפול עקב טראומות ילדות (Kluft, 1984; Putnam, 1989). למעשה, התופעה של כניסה ספונטנית לטראנס היפנוטי היא אחד מהסימנים הדיאגנוסטיים לזיהוי ההפרעה. במהלך פגישה טיפולית ניתן לעיתים להבחין בתופעה זו, כשהפציינט מחפש מפלט מעיסוק בתכנים ורגשות מאיימים על ידי כניסה למיקוד פנימי ועל ידי בהיה בחלל האויר או על ידי התמקדות על נקודה כל שהיא בחור הטיפול.

היפנוזה ככלי טיפולי

עקרונות האיבחון של הפרעת זהות דיסוציאטיבית (ה.ז.ד.) הם מעבר למטרות של מאמר זה ותוארו במקום אחר (זומר, 1987). יחד עם זאת יש לציין כי כאשר מגלה המטפל מספר סימנים המחשידים את המטופל כלוקה בה.ז.ד., יש צורך לתקף את ההשערה במפגש עם לפחות פצלי אישיותי אחד נוסף. במקרים רבים הדבר מתאפשר פשוט על ידי לבקשה פשוטה וישירה בנוסח: "הייתי רוצה לדבר עכשיו עם אותו חלק באישיות שלך שיועד משהו על הדמעות שזלגו מעיניך לפני שהתחלת לבהות". או, כשהחשד כללי יותר, ניתן לשאול: "האם קיים עוד מצב מודעות, עוד חלק מהנפש שלך, עוד משהו או כח נוסף בפנים?" כדי למנוע סוגסטיה שתיצור תופעה יאטרוגנית, רצוי גם להוסיף תמיד את התיאור: "...ואם אין חלק כזה, גם זה בסדר".

הדאגה ביחס לאפשרות של שימוש לרעה בהיפנוזה עד כדי יצירת ה.ז.ד. מסתמכת בעיקר על עבודותיו של קמפמן (למשל 1976, Kampman). סקירות בקורתיות על מאמריו של קמפמן, שהתפרסמו בשנות ה-80 הגיעו כולן להסכמה (Putnam, 1989; Kluft, 1982; Braun, 1984). ש"פצלי האישיות" שיצר קמפמן אינם עומדים כלל ועיקר בקריטריונים האבחנתיים של ה.ז.ד., וכי הסכנות שבהיפנוזה, כפי שהציגו, הוגזמו מאד. גרינוולד (Gruenewald, 1977) הזהירה שמטפלים עלולים לעצב בסוגסטיית שלהם, את התנהגות הפציינט ולהחמיר את סמני תהליך הנתק. נושא זה נחקר אמפירית ע"י פוטנס ועמיתיו (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986). המסקנות היו שאין הברל סטטיסטי בפנומנולוגיה ובסימפטומטולוגיה של ה.ז.ד., כמו למשל במספר הפצלים, כאשר משווים מטופלים שאובחנו בעזרת היפנוזה, לעומת כאלה שלא אובחנו עם הפנוזה. מספר הפצלים החדשים שהתגלו בטיפול, גם הוא לא היה שונה סטטיסטית, כשהישוו ה.ז.ד. שטופל בהיפנוזה, לעומת ה.ז.ד. שלא טופלו בהיפנוזה. כלומר, הראיות המדעיות העומדות לרשותנו לעת עתה, מצביעות על כך ששימוש נכון ובלתי מכוון ככל האפשר, בהיפנוזה עשוי להיות כלי אבחנתי וטיפולי יעיל בה.ז.ד. וכי השימוש בהיפנוזה אינו מחמיר את פתולוגית הנתק.

התנגדות להיפנוזה

למרות הוונטטביליות וההיפנוטיזציות הגבוהה של הלוקים בה.ז.ד., הרי שפציינטים רבים עם תסמונת זו חוששים מתיקוף האבחנה ויגלו טווח רחב של התנגדות טיפולית לכל ניסיון לחשוף אותם לחומר השמור אצל פצלים אחרים ולעצם העובדה שקיימים עוד פצלי אישיות. אי לכך, רבים מפציינטים אלה לא יגיבו לבקשה ישירה כמו שתוארה לעיל בחילוף אישיות. נראה לעין, החרדה שבהחשפות לזוועה הרשומה אי שם בתוך הנפש, הפחד לחשוף את "הבטן הרכה" לזמות סמכות (המטפל) והחשש של האישיות המרכזית שאישיות אחרת תשתלט ותקח את השליטה, תורמים להתנגדות להיפנוזה אצל רבים מהפציינטים הללו. לא פעם מהווה עצם יצירת הקשר עם פצל אישיותי חוויה מאיימת בעלת פוטנציאל לניפוץ ההכחשה ההגנתית של האישיות המרכזית. חרדות מסוג כזה נפתרות רק בביור איטי ובעבודה אינטרפרטטיבית זהירה, כדי לפתח אמון במטפל ובתהליך ההיפנוטי, מומלץ לאפשר תחילה לפציינטים אלה חוויות טראנס מיטיבות, היוצרות תחושת בטחון. הרפיה, דמיון מודרך, בנית "מקום בטוח" בדמיון, כשהם מתוכננים על בסיס דמיויים ורעיונות שמציע הפציינט, יכולים להוות הכנה ראשונית טובה לחלק מהפציינטים החוששים מהיפנוזה.

יצירת קשר עם פצלים

מגוון של טכניקות היפנוטיות מאפשרות גישה אל פצלי האישיות. איתות אידאומטורי (Rossi & Cheek, 1988) מאפשר למטפל תקשורת עם פצלי האישיות באופן שאינו מאלץ את הפציינט לדבר. בנוסף לסימן מוסכם לתשובות "כן" (כמו הרמת אצבע), "לא" (הרמת אגודל) ו"לא יודע" (סיבוב כף היד והפנייתה כלפי מעלה), מומלץ לאפשר לפציינט תחושת בקרה נוספת בסימן "עצור" (הרמת כף היד למצב אנכי). הפציינט יכול להשתמש בסימן זה כדי להורות למטפל להפסיק לדבר ולשאול בנושא קשה לו. פציינטים רבים החוששים מויתור על שליטה בהכרה על ידי מתן רשות לאישיות פנימית יצאת החוצה, יאווו לאפשר אבך שליטה חלקי על אצבעות כף יד אחת, כדי לאפשר תישאל אידאומטורי. אצל פציינטים הנשלים לכך, ניתן לנסות אינדוקציות מסורתיות להשגת טראנס היפנוטי, ואז ניתן לפנות כללית ל"כל מי ששומע פנים ורוצה להציג את עצמו" או ספציפית, כמו, למשל, "ימי יודע משהו על היכן נמצאים היומנים האישיים שנעלמו לפציינט". אופציה נוספת היכולה להועיל כשאין מענה לשאלות המזמינות של המטפל, היא לבקש מהמטופל להתבונן פנימה אל תוך עצמו ולהפנות לשם את קריאות האקספלורציה. במקרה כזה, אם מדובר בה.ז.ד. עלול המטופל לחוות מפגש עם פצל אישיותי כהייה היואלית או אויטורית.

אבראקציה

אבראקציה בהקשר של עיבוד טראומות היא הזכרות בחויה כואבת שהודתקה בגלל מצוקה טראומטית. הזכרות זו מלווה בשחרור הרגש האצור ובביטוי. אבראקציה יכולה ליצור אפקט ריפויי, בכך שהיא מאפשרת עיבוד הרגשות הקשורים בחוויה המודתקת. קידום תובנה ואינטגרציה פנימית. השימוש באבראקציה ידוע במיוחד בהקשר של עיבוד טראומות, במלחמת העולם הראשונה התגלתה השיטה כיעילה בטיפול ב"הלם פגזים" (Culpin, 1931), ואילו במלחמת העולם השנייה הופעלו לראשונה אבראקציות בעזרת תרופות (Sargant & Slater, 1941). הדווחים של מעוז ופינקוס (1979) ושל קולב (Kolb, 1985) על טיפולים רוקואנליטיים אבראקטיביים בתופעות בתר-טראומטיות, חידשו את העניין בשיטה טיפולית זו. למעט הסתייגות המיוצגת בעיקר בעבודתם של בראון ופרום (Brown & Fromm, 1986) המביעים חשש מתגובות טיפוליות שליליות להצפה שאבראקציה יוצרת, קיימת היום הסכמה בקרב קלינאים העוסקים בה.ז.ד. כי אבראקציה היא כלי מועיל ליצירת שיחזור, חיבור ורצף תוך-נפשי במקום שבו קיימים מידור ונתק (Kluft, 1982; Putnam, 1986). ה.ז.ד. היא תופעה בתר-טראומטית. אי לכך טבעי שישאלו לצורך טיפול בלוקים בו, כלים שהועילו בטיפול בנפגעי תגובות קרב. ההבדל העיקרי בין עבודה אבראקטיבית עם הפרע בתר-טראומטי לזו הנעשה עם ה.ז.ד. נובע מהעובדה שפציינטים הסובלים מה.ז.ד. צריכים להתמודד עם הרחקה של עשרות, ולרוב מאות חוויות טראומטיות. לא כל טראומה ספציפית ניתן, אם כן, לעבד. בדרך כלל מספיק לעבד קטגוריות של חוויות טראומטיות. כלומר, אם היו ארבעים ארועים של הלקאה בשוט,

מספיק לעיתים לעבד את חווית ההלקאה, ואין צורך לעבור על כל אפיוזות התעללות בנפרד. יחד עם זאת, המבנה המפוצל של ההכרה מחייב מספר אבראקציות. כדי להגיע לאינטגרציה טובה של החוויה המודחקת והמפוצלת, ולאפקט אבראקטיבי טוב, יש לחזור על עיבוד החוויה מנקודות המבט השונות של הפצלים הרלוונטיים.

בעבודה עם ה.ז.ד. חשוב לזכור שהכח המפריד בין חלקי האישיות הוא אימת הטראומה האצורה בקרב אותם פצלי אישיות הנושאים אותה, לאחר שאובחנה ההפרעה, ולאחר שהורכבה המפה הפנימית של הפצלים, יש לגשת לעבודה אבראקטיבית. בשלב שבו אותרו כבר פצלי אישיות ילדיים, ולאחר שנוכחותם הופכת מודעת לאישיות המרכזית, עלולות להופיע אבראקציות ספונטניות. תופעות כאלה מוכרות למטפלים העובדים עם נפגעים פוסט - טראומטיים, ומוכרות כ"פלאש-בקיס" וסיוטי לילה. גם בקרב הלוקים בה.ז.ד. מוכרות תופעות של הזכרות פולשנית כזו, אלא שלתופעות הכמו-אבראקטיביות הללו אין השפעה רפייית, משום ששחרור הזכרונות והרגש במצבים אלה הוא דיסוציאטיבי, חלקי וברובו לא מודע. מסיבה זו, על המטפל לא רק לנצל הזדמנויות הנקרות בדרכו הטיפולית, כדי לעבוד עם אבראקציות ספונטניות ולעבד אותן, אלא עליו גם ליזום בעצמו אינדוקציה של אבראקציות.

אבראקציה בעזרת היפנוזה

לאחר שהפצינט מוכנס לטראנס, כל מה שנחוץ, לעיתים, כדי להתחיל את עבודת האבראקציה הוא להזמין החוצה פצל אישיות ספציפי. אם ידוע למטפל שקימת בפנים "ילדה בוכה", או שידוע לו על קיומו של "ילד פוחד", הרי שברור שאלה נושאים לפחות חלק מהמטען הרגשי שבעטיו הופעלה ההפרעה הדיסוציאטיבית. מכיון שפצלי אישיות ילדיים בקרב ניצולי התעללות בילדות הם בעצם בעיות קפואות בזמן של הזועה שנחווה, הרי שביצירת הקשר עם אותם "ילדים שבפנים" נוצרת אפשרות להגיע אל מצב התודעה הילדי, החווה את עצמו כחי בעבר. מבחינת "ילד פנימי" כזה, לא רק שהמטופל חווה את עצמו כצעיר יותר, אלא שהוא חש עצמו כמו שגד בהווה בבית שבו התעללו בו. ההתעללות, במצב כזה, היא לא רק חוויה שהתרחשה אולי רק אתמול, אלא חוויה שיכולה להיות משוחררת באותנטיות הזייתית בתוך החדר הטיפולי, כאילו היא מתרחשת בזמן אמת ממש.

נסיגה אחורה בגיל

במקרים שבהם המטפל אינו בטוח מי מבין הפצלים שנמצאו מכיל בתוכו את החומר המודחק, אך ברור שקיימת אצל המטופל אמנזיה ביחס לתקופה משמעותית של הילדות, ניתן להשתמש בטכניקת הנסיגה אחורה בגיל. הנסיגה יכולה להיות לא רק לתקופה שלגביה אין למטופל זיכרון, אלא גם לגיל שבו הופיעו סימפטומים והתנהגויות בעייתיות ספציפיות.

מעבודתו של הילגרד (Hilgard, 1965) אנו למדים שגישה למצב תודעה מוקדם באמצעות חזרה אחורה בגיל, גורמת להיפרמנזיה (הגברת הזיכרון). במקרים של ה.ז.ד., היפרמנזיה של תקופת התעללות, משמעותה אבראקציה רבת עוצמה.

הטכניקה של חזרה אחורה בגיל היא פשוטה יחסית וניתן להפעילה מיד לאחר האינדוקציה ההיפנוטית. בתוך הטראנס ניתן לומר לפצינט: "דמיין שמולך ניצב לוח שנה עב כרס. זהו אינו לוח שנה רגיל. הוא מכיל את כל שנות חיך. עוד מעט תתחיל רוח לנשוב בדפי הלוח. בעורך מתבונן, בדפים המתחלפים, תוכל לראות את מספר החודשים והשנים חוזרים אחורה אל העבר. יחד עם לוח השנה המתקדם לאחור, תוכל להרגיש שגם אתה נע אחורה בזמן, והופך צעיר יותר ויותר. עכשיו נובמבר 1993, הרוח מתחילה לנשוב ועכשיו אוקטובר, ספטמבר, ועכשיו 1992, 1991, הרוח מתגברת 1989, 1988... ואתה עכשיו ב-1971, אתה בן 10 עכשיו". בגירסה אחרת של טכניקה זו ניתן לתת סוגסטיית ישירות לגיל הנע לאחור: "אתה בן 26 עכשיו, בן 22, בן 20, 16, 12, עכשיו אתה בן 10. כשאגע בכתפך תוכל לפקוח את העיניים ולדבר איתי".

טכניקות גשר רגשי

טכניקה זו, שתוארה לראשונה על ידי וולקנס (Walkins, 1971), מתאימה במיוחד לפצינטים החווים אבראקציות גופניות ורגשיות חלקיות המנותקות מן ההקשר הזיכרוני שלהן. בשיטה זו, מתבקש

הפצינט, תחת היפנוזה, להתחבר לרגש שפרץ ואח"כ לנוע אחורה בזמן על הגשר הרגשי עד לפעם הראשונה שהוא חש באותו רגש. זוהי בעצם הפעלה של חזרה אחורה בגיל, אלא שהיעד אינו גיל או ארוע ספציפיים הידועים למטפל, אלא אירוע קשה, בלתי ידוע, שהמטופל מגיע אליו בעצמו באמצעות שיטה זו. אצל פצינטים עם ה.ז.ד. מוביל הגשר הרגשי, לעיתים תכופות, להופעת פצלי אישיות ילדיים האוצרים בתוכם את ההיבטים השונים של החוויה המפוצלת.

טכניקות מסך

טכניקות מסך עושות בעצם שימוש ביכולת הדיסוציאטיבית של הפצינט כדי ליצור מצב פרויקטיבי שבו יכולות לעלות חוויות מודחקות אל ההכרה באופן המאפשר שמירה על מרחק רגשי ותחושת בטחון מספיקה. בטכניקות אלה מתבקש הפצינט המהופנט לדמיין מסך קולנוע, מסך הקרנה בבית או מסך טלוויזיה. הפצינט מתבקש גם לדמיין שבדיו שלט רחוק המאפשר הרצת הסרט, האצתו, האטתו, החזרתו לאחור, קרוב והרחקה אל אובייקט בתוכו, עמעום והעצמה של האור והקול או עצירה על תמונה ספציפית. לאחר מכן, מקבל הפצינט הנחיה להקרין על המסך סצנה ספציפית.

טכניקה זו עובדת היטב כשילוב עם "החזרה אחורה בגיל" ו"גשר רגשי" באופן הבא: "עוד מעט נחזור אחורה בזמן על גשר הכאב במפשעה. בעורך חולכת אחורה על גשר הכאב, יחזור גם הזמן לאחור. הגשר יוביל אותך אל אותה שעה שבה חשית את הכאב הזה לראשונה. באותו רגע תתחיל ההקרנה על המסך ותוכלי לראות את עצמך שם ואת מה שקרה לך מן ההתחלה ועד הסוף". הפצינטית מקבלת הנחיות להשתמש בשלט רחוק כדי לשפר את תחושת הבקרה על האבראקציה, וכדי להפיק מידע חשוב נוסף על הארוע, על פי הצורך.

אבראקציות מקוטעות

טכניקה זו הוצעה ע"י קתרין פיין (Fine, 1991) כשיטה שמטרתה לדלל את האפקט ולהפחית את ההשפעה הקשה שיש לעיתים לעבודה אבראקטיבית. אבראקציה מקוטעת מנסה להשיג את המטרות הטיפוליות של אבראקציה אחת מלאה, באופן הדרגתי. בשיטה זו עוזרים לפצינט לחבר מחדש את רגשותיו והיבטים ספציפיים וצרים של עברו. התהליך מקביל לשימוש בהקניה שיטתית לשם השגת תפקוד תקין מול גרוי פובי במקום לעשיית שימוש בטכניקות הצפה (Flooding) להשגת אותה מטרה. פיין מדמה את האבראקציה המקוטעת לטיפוס על הר גבוה. אין צורך לחייב את הפצינטים הלוקים בה.ז.ד. לכבוש את ההר ביום אחד, וצריך על כן, לעזור להם למצוא את הוויזים בסלע להאחז בהם לשם מנוחה, ואת מקומות המסתור המוגנים והמתאימים למנוחה, מנוחות כאלה בטיפוס, עשיות להיות טבעיות לגמרי עבור פצינטים אלה, בגלל יכולת הנתק הטבעית שלהם. הניסיון מראה שפצינטים אלה חשים שבשימוש בשיטה זו יש להם בקרה הרבה יותר טובה על התהליך והם מסוגלים בעצמם להעריך כמה גבוה הם כבר טיפסו במעלה הר האפקט. כלומר, כמה אפקט השתחרר באבראקציה (למשל, כ-60%) וכמה אפקט עוד צריך להתבטא כדי להגיע למשל ל-80% מהמטרה הסופית שהיא, כזכור, התחברות מחדש-מלאה של האפקט כולו אל זכרון הארוע שעורר אותו.

תרומת המטפל בניהול האבראקציה

ניצולי טראומה בכלל, וניצולי התעללות בפרט, חוששים לא רק ממה שיתגלה להם בעת האבראקציה, אלא גם מתגובת המטפל לתהליך. חלקם חוששים שהמטפל לא יעמוד בחוויה ושהיא תפגע בו. חלקם חוששים שהמטפל לא יאמין להם או יחשוב שהם חולי נפש פסיכויטיים הזקוקים לאישפוז. על המטופל להיות בטוח שהמטפל מסוגל בעצמו להתמודד עם החומר הנורא, להכיל את הרגשות העזים, לתחום גבולות ולשמור שהקשר הטיפולי לא ינזק. מכיון שלרבים מהניצולים יש פצלי אישיות המכילים תחושות אפסיות, אשם ותיעוב עצמי, מצפים מטופלים אלה לשיפוטיות, לבקורתיות ולשעט נפש מצד המטפל בתגובה לאבראקציה. לפני שהמטופל מאפשר לעצמו לותר על השליטה לטובת הכוחות האבראקטיביים רכי העוצמה שבתוכו, הוא צריך להשתכנע קודם שהחדר אטום באופן אקוסטי. ואישאן אפשרות לנזק עצמי בחדר הטיפולים. רצוי שבחדר יהיה ריהוט מרופד, צעצועים רכים וכריות גדולות שיוכלו לספוג חלק מהאנרגיה שתשתחרר. מבחינה תהליכית, על המטפל לדאוג למתן תחושת תמיכה ועידוד ולהבניה של

האבראקציה באופן שיבטיח גילוי של כל מרכיבי הטראומה: הנארטיביים, הסומטיים, הקוגניטיביים והאפקטיביים. גילוי החומר המודחק הכרחי לשם עיבודו בטיפול. כדי להבטיח זאת, יש לעזור לפציית לנע באופן לינארי דרך ציר הזמן של האבריאקציה מזמן קצר לפני שהחלה החוויה הקשה, דרך הטראומה עצמה ועד לסיימה. יצירת רצף עלילתי מסוג כזה עוזרת לפציית לצאת מדפוזי אבריאקציה חלקיים כדוגמת "פלאש-בקים", שאינם יוצרים כל הקלה ולבנות במקום זה תמונה אינטגרטיבית מלאה של החוויה כדי שניתן יהיה אח"כ לעבדה ולהטמיעה בתוך האישיות כתהליך הפסיכותרפויטי. כדי לעזור לפציית להבנות את תהליך האבריאקציה ניתן לומר לו לחזור אחורה בזמן לכמה דקות לפני שהארוע התחיל. ניתן לבקש מהפציית לתאר בפרוט את כל המרכיבים של הסיטואציה שהוא רואה: התמונות על הקיר, הריהוט בחדר, מה הוא לובש וכו'. תהליך כזה מעמיק את הטראנס ומשפר את שחזור הטראומה. חשוב לשמור על אוריינטציה ברורה בזמן ולדבר בזמן הווה על המתרחש ("...ומה קורה עכשיו?... ואיך אתה מרגיש כעת?...ומה הוא עושה כרגע?").

בכל מקרה שהפציית מאבד את התמונה ומתבלבל, חלק מהטראומה כנראה נשאר חסום ואינו מוצא פורקן באבריאקציה. במקרים כאלה כדאי לנסות לחזור על האבריאקציה בהחזרת הסרט לאחור. יצירת תקריב אל פרטים מטושטשים או התבוננות מזוית צילום אחרת. לעיתים קורה ש"למישהו אחר בפנים" יש המידע החסר, ואז יש לעשות את האבריאקציה עם אותו פצל אישיותי מנקודת המבט שלו. קלינאים שעברו עם תגובות קרב נפשיות ועם ניצולי התעללות הלוקים בהזד. עומדים על כך שלא רצוי להפסיק אבריאקציה לפני שהסתיים כל מהלכה (Putnam, 1989). קיימת בספרות הסכמה שכדי להשיג את התוצאה הטיפולית הטובה ביותר יש לרוב צורך לחזור על האבריאקציה מספר פעמים עד שמושגים הונטיציה וההקלה הרצויים (Kluft, 1982 ; Walker, 1982).

בתום האבריאקציה, יש מקום לחוויות של תמיכה שקטה וסולידריות עם הפגוע. מכיון שמגע גופני עלול להיות פרובלמטי, יש מקום להציע לפציית לדמין שהוא מוחזק או נתמך על ידי המטפל. או במקרה של הזד. לגייס למטרה זו פצלי אישיות בוגרים שיבצעו את תהליך התמיכה מבפנים. לסיים התהליך ניתן לתת סוגסטיית לאמונה לגבי כל מה שעדיין קשה לזכרה ואז יש להפוך את תהליך האינוקציה. כלומר, לקדם את הפציית בזמן אל ההווה ולאפשר תהליך דה-היפונטיציה יסודי. פצייתים יוצאים מאבריאקציה כשהם מותשים ומבולבלים, ועל כן חשוב לעזור להם ברה-אוריינטציה אל ההווה, להסביר להם שהם עברו אבריאקציה, ואם הזמן מרשה, להתחיל בעיבוד החומר שהתגלה במצב מודעות לא היפנטי. תהליך עיבוד החומר שעלה יכול להתפרס על פני פגישות טיפוליות רבות, עד שמתגלה הצורך באבריאקציה נוספת.

כדי לשפר את איכות האינטגרציה - מחדש של החוויה שעלתה באבריאקציה, ועל מנת להאבק בנטית הפציית להכחיש ולהתנתק מהטראומה שנתגלתה, יש מקום להשתמש בהקלטות קול או וידאו. על החומר המוקלט להיות מוצג בפני הפציית כשהוא אינו מהופנט. לא רצוי להציף את הגנות הפציית יתר על המידה, על כן יש לשקול שמוש במשוב מצולם לאחר הכנה מתאימה של הפציית ולאחר הכנת זכותו להפסיק את ההקרנה בכל עת שיחוש צורך בכך.

דין וסיכום

פסיכופתולוגיה דיסוציאטיבית מיצגת ניתוק בין תת-מערכות אישיותיות המתבטאת באבדן יכולת השליטה המרכזית של האישיות ובאוטונומיה של הפצלים שנוצרו. אחד הגורמים השכיחים ביותר להיווצרות נתק אינטרה-פסיכי מסוג זה הוא חשיפה לטראומה קשה וממושכת, אותה אין האדם יכול להטמיע בתבניות הנפשיות הזמינות לו. כתוצאה מכך, עלולים רגשות מצוקה הקשורים בטראומה לפגוע בפציית. בגלל העובדה שהסימפטום מנותק משאר חלקי החוויה הטראומטית, לא ניתן לשחררו עד פורקן ולעבדו בפסיכותרפיה רגילה. הדרך היעילה ביותר לעזור לפציית פוסט-טראומטי דיסוציאטיבי להגיע בהדרגה אל מרכיבי החוויה המוסתרים מאחורי חומות הנתק ואל פצלי אישיות המחזיקים בהם, קשורה בעשית שמוש בכשרון הדיסוציאטיבי שגם בו מוותר האדם על יכולת השליטה המרכזית שלו. ההיפנוזה יכולה לשמש ככלי איבחוני להפרעות דיסוציאציה. מכיון שהיא מאפשרת לפציית לגלות למטפל את החומר המנותק מבלי שיצטרך בעצמו להתעמת עם הזכרונות והרגשות הקשים. היפנוזה היא גם אחת מכניקות הטיפול היעילות בהזד. משום שבאמצעותה יכול הפציית להחשף בהדרגה אל

מרכיבי החוויה המנותקת. למרות שרצוי שלאדם תהיה יכולת כלשהי להתנתק מחוויות לא נעימות, הרי שהלוקים בהפרעה נפשית דיסוציאטיבית סובלים ממצוקה סימפטומטית רגשית (דכאון וחרדה), מעירפול מנטלי הכרוך בדיסוציאציה, מדה-ראליציה ומדה-פרסונליציה ומהפרעות ברצף הזכרון והאני. כדי לרפא נזקים פוסט-טראומטיים כאלה, יש צורך ללמד את הפציית לשאת את המצוקה אותה העביר למקום אחר ומנותק בנפשו, או במילים אחרות, יש ללמד את הפציית לוותר על האנלגיה הרגשית ולקבל חזרה בעלות על הכאב שנשאר קשה מנשוא. פצייתים פוסט-טראומטיים יהיו מוכנים להסתכן בכך, אם יאמינו שעתה, משאינם חשופים עוד לסכנת הטראומה הריאלית ומתוך השענות זמנית על האכפתיות המגוננת של המטפל וגם על מיומנותיו, הם יוכלו לראשונה להעז לפתוח את שערי הסכרים הפנימיים, ולקוות להגאל, בתום הטיפול, משנים ארוכות של סבל.

רשימת מקורות:

- זומר, א. (1989). אישיות מרובת פנים: הערות על אבחון, טיפול ורגשות המטפל. שיחות 3: 106-101.
זומר, א. (1993). הילדים שבפנים קוראים לעזרה: הקשר בין התעללות בילדות להפרע ריבוי האישיות. מאמר שהוצג בכנס המדעי ה-24 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. 11-13 באוקטובר. אוניברסיטת בר אילן.
American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, Author.
Bliss, E.L. (1983). Multiple personalities, related disorders and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 114-123.
Bliss, E.L. (1984). Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 135-148.
Brown, B.G. (1984). Hypnosis creates multiple personality: Myth or reality? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 191-197.
Brown, B.G., Sachs, R.G. (1985). The development of multiple personality disorder: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. In Kluft, R.P. (Ed.) *The Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
Culpin, M. (1931). *Recent Advances in the Study of the Psychoneuroses*. London, J & A Churchill.
Fine, C.G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention. Pacing the therapy of Multiple Personality Disorder patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 661-676.
Frankel, F.H. (1976). *Hypnosis: Trance as a coping mechanism*. New York, Plenum.
Freud, S., Breuer, J. (1893). *On the psychical mechanism of hysterical phenomena*. In *Collected Papers*, Vol 1. London, International Psychoanalytic Press, 1924.
Gruenewald, D. (1977). Multiple personality and splitting phenomena: A reconceptualization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 385-393.
Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York, Harcourt Brace Jovanovich.
Hilgard, E.R. (1986). *Divided Consciousness: multiple controles in human thought and action*. New York: Wiley.

- Janet, P. (1889). *L'automatisme Psychologique: Essay de Psychologie Experimentale sur les Formes Inferieures de l'activite Humaine*. Paris: Felix Alean Reprint Societe Pierre Janet/Payot, Paris, 1973
- Kampman, R. (1970). Hypnotically induced multiple personality: An experimental study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 215-227.
- Kluft, R.P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R.P. (1984). An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 19-24.
- Kolb, L.C. (1985). The place of narcosynthesis in the treatment of chronic and delayed stress reactions of war. In Sonnenberg, S.M., Blank, A.S., Talbot, J.A. (Eds.), *The Trauma of War*. Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- Maoz, B., Pincus, C. (1979). The therapeutic dialogue in narco-analytic treatments. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 91-97.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, The Guilford Press.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Rossi, E.L. & Cheek, D.B. (1988). *Mind - Body Therapy: Methods of ideodynamic healing in hypnosis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post - traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7: 101 - 123.
- Sargant, W., Slater, E. (1941). Amnestic syndroms in war. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 34, 757-764.
- Walker, J.I. (1982). Chemotherapy of traumatic war stress. *Military Medicine*, 147, 1029-1033.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.