

אודות | צור קשר | הרשם לניוזלטר | פייסבוק | יוטיוב
כניסת אנשי מקצוע | הרשמה לאינדקס אנשי מקצוע

הקהילה המקצועית



תוכניות לימוד והשתלמויות

ימי עיון וכנסים

מאמרים

לוח מודעות

כתב עת מקצועי

הדרכה מקצועית

דף הבית | מאמרים | התמודדות מטפלים במציאות טראומטית משותפת עקב מגפת הקורונה

התמודדות מטפלים במציאות טראומטית משותפת עקב מגפת הקורונה



מבוא

הפנדמיה או המגפה של התפשטות מחלת ה-COVID-19, אשר מוגדרת כך על ידי ארגון הבריאות העולמי, משפיעה על כולנו בהיבטי חיים רבים והיא עלולה להחריף מצוקות שונות, ישנות או כרוניות, כמו גם לעורר מצוקות נפשיות ותפקודיות חדשות. עבור מטפלים בתחום הפסיכולוגי, תקופה זו מעוררת אתגרים חדשים הקשורים בעיקר בהיערכות לבידוד אנושי ובמעבר מטיפול בינאישי ופרונטלי לטיפול באמצעים וירטואליים. במסגרת מאמר זה נרצה לסייע לקהילה הטיפולית, באמצעות התבוננות ורפלקציה מתוך התאוריה והמחקר אודות אירועי טראומה ציבוריים קודמים. בתוך כך, נבקש בעיקר לבחון מצבים של "מציאות טראומטית משותפת" ולשלבם בהתייחסות לחוויות ולהתנסויות המתפתחות של אנשי המקצוע בעת הנוכחית. נתמקד בשני היבטים העיקריים: (1) הדינמיקה הרגשית והתפקודית בהתמודדות עם המשבר, הכוללת גם את החרדות הנלוות אליו אצל המטופלים והמטפלים, ו-(2) התמודדות עם מעבר לסגנון טיפול שונה, אשר עשוי להיות חדש, מאתגר ומאיים למרבית המטופלים והמטפלים. ננסה לספק הנחות עבודה מועילות ורעיונות להתערבויות ספציפיות, אשר יתרמו להתמודדותם של אנשי טיפול בבואם למפגש הטיפולי הבא.

המשבר והשלכותיו: מטפלים ומטופלים "בסירה אחת"?

בעת הזו, מטפלים מוצאים עצמם מתמודדים עם מצב חירום ייחודי, שאפיונו העיקרי הוא מציאות טראומטית משותפת המכונה בספרות "shared traumatic reality". כלומר, מציאות בה המטופלים והמטפלים חשופים במידה דומה למצב סיכון ציבורי. מצב זה שונה ממצבים אחרים של עבודה בתחום הטרומה, ביניהם מצבים בהם המטפל שלא נחשף לחוויה הטרומטית עובד עם פרט או משפחה שנחשפו לחוויה טראומטית אישית או מקרים בהם המטפל, שלא נחשף ישירות לאירוע, מגיע לאזור בו נחשף ציבור רחב לאירוע טראומטי. המצב העכשווי אכן שונה ממרבית מצבי מלחמה ואירועי טרור קודמים שחוונו (רמת הסיכון במרביתם היתה תלויה במיקום גאוגרפי), וזאת עקב הדמיון הגבוה בין רמות הסיכון להדבקות במחלה של מטפלים ומטופלים, ובעקבות כך גם ברמת המצוקה האישית. זאת על אף שעדיין קיימת שונות בינאישית בין ה"בריאים", אלו שבסיכון גבוה יותר אם יחלו, ומי שחלה בעצמו או שקרוב לאדם חולה. ביחס לכך, יש לזכור כי הספרות אודות טראומה מצאה בעקביות כי רמת החשיפה הישירה לגורם הטרומטי היא מנבא מרכזי ברמת המצוקה הפוסט טראומטית שעמה האדם יתמודד. אולם, במקרה של המגיפה הנוכחית, הסיכון של חשיפה ישירה די דומה בשכיחותו בין מטפלים ומטופלים. כמו כן, סטרסורים נוספים הקשורים במצב, ובראשם המצוקה הכלכלית, גם הם עשויים להיות משותפים לשני הצדדים. בתוך כך, הבדלים אינדיבידואליים במצוקה הכלכלית הפתאומית מתבררים עתה כמשמעותיים יותר וגורמים לפגיעות סלקטיבית בתוך קבוצת המטפלים וקבוצת המטופלים.

למצב של המגיפה הנוכחית אפיונים ייחודיים רבים נוספים. אלו כוללים את חוסר הממשיות של הגורם המסכן (היורוס), והגורם האשם (מי האלמוני שהדביק). בניגוד למצבי טראומה אחרים, ישנו מיעוט של עדויות חושיות משמעותיות הממחישות את מצב הטרומה - אין הריסות, גופות, פיצוצים או אזעקות. מצב זה מקשה על הפנמה של המשמעות והחיוניות של הבידוד שנכפה על ידי הרשויות. שפע ההערכות הסותרות והמשתנות בתקשורת על חומרת התרחיש שעומד לקרות בקרוב והאורך הצפוי של תהליך ההתמודדות, יוצר כר לשונות בינאישית בתגובה למצב ובהתמודדות איתו ברמה הפסיכולוגית והתפקודית. שונות זו מאתגרת יצירת דיאלוג אפקטיבי-רפלקטיבי בין מטפל ומטופל, גם אם מהווה אינפורמציה טיפולית חשובה. קושי מרכזי נוסף העולה בנסיבות הנוכחיות הוא ההתמודדות עם שאלת הצורך וההכרח במעבר למפגשים וירטואליים ואפילו עצם ההמשך של התהליך הטיפולי. לאפיונים ייחודיים אלו השלכות חשובות לעבודה הטיפולית ובמאמר זה נבקש לדון בהם תוך כדי התייחסות ללקחים ממצבי "מציאות טראומטית משותפת" קודמים.

התמודדות עם "מציאות טראומטית משותפת" בקשר הטיפולי

הלמידה העיקרית שהצטברה עד כה מאירועי עבר נוגעת לכך שמצבי מציאות טראומטית משותפת מצריכים מאתנו, המטפלים, היערכות שונה משמעותית מהעבודה הטיפולית הרגילה. במאמר שפורסם לאחר אסון התאומים ב-2001 ועסק בחוויות המטפל במצב מאיים וטראומטי, מודגש במיוחד הצורך ב"השתחררות" מחוקים וסכמות קודמות (Saakvitne, 2002). ההכרה כי כללי הטיפול הרגילים אינם תואמים את זמן המשבר מצריכה גמישות ויצירתיות להתאמת המערך הטיפולי לסיטואציה החדשה והלא-שגרתית. בכך, אנו מקבלים לגיטימציה לחשיבה אחרת,

שבזמנים אחרים ייתכן והייתה מאיימת על תחושת היציבות שלנו כמטפלים. כעת, אותה יצירתיות פורצת-גבולות-קודמים היא נחוזה, אפילו הכרחית, על מנת להמשיך בתהליכים טיפוליים באופן מיטיב.

אולם, מתן לגיטימציה לשינוי החוקים ונהלי העבודה הסטנדרטיים מלווה מורכבות רבה. זו מודגשת במאמר שנכתב בעקבות הוריקן קתרינה בניו-אורלינס, בו אספה וניתחה בולנגר דיווחים ומחשבות של מטפלים שחיו ועבדו באזור האסון (Boulanger, 2013) וחוו את אותה סכנה קיומית כמו מטפליהם. היא מדווחת על מתח גדול שנלווה לשבירת כל אחד מן הכללים הטיפוליים המסורתיים, גם כאשר לא נותרה ברירה אחרת. הקושי של המטפלים היה סביב ההרגשה כי "אתה אשם אם אתה עושה וגם אשם אם אתה לא עושה", כמו גם סביב החשש "מי יודע מה תהיינה התוצאות?". יתר על כן, כאשר המצב התייצב ותנאי העבודה חזרו למסלולם, מטפלים התביישו פעמים רבות לספר לאחרים על "החריגות" הטיפוליות שעשו, או על אלו שהתרחשו שלא במתכוון (למשל פריצה בבכי בשעה טיפולית או ביטולי פגישות ברגע האחרון בגלל לחץ אישי). נראה כי המפגשים הוירטואליים הקבוצתיים של מטפלים אשר מתחילים להתגבש בימים אלו, יכולים לעזור בהורדת מפלס הבושה והאשמה סביב חריגות ממסורת טיפולית מקובלת, כמו גם בהתמודדות עם שיקול הדעת סביב השאלה מתי החריגה מועילה, מיותרת או לא-מתאימה.

אחד השינויים הבולטים המתרחשים ביחסים טיפוליים בעת מציאות טראומטית משותפת, הוא אובדן אי-הסימטריה הרגילה בין המטפל והמטופל, או משוואת העוזר והנעזר. אי-סימטריה היא אחת מאבני היסוד של הטיפול הפסיכולוגי, כאשר גם בטיפולים בגישה התייחסותית, חוסר סימטריה זה מהווה חלק אינטגרלי מן החוזה הטיפולי (Aron, 1996). פעמים רבות בזמנים כמו במצב הנוכחי, בו שני הצדדים נמצאים בסיכון דומה, נוצרת סימטריה חזקה בין החוויות שחווה המטופל והדאגות עמן הוא מתמודד ובין חוויות המטפל ודאגותיו, כך שנכפית על המטפל התערבות של המקצועי והפרטי. תחושת חוסר האונים שהמטפל עשוי לחוות בעקבות זאת היא קשה במיוחד כיוון שלרוב הציפיות של המטופל והציפיות של המטפל מעצמו הן, בפראפראזה על בולבי (בולבי 2016; או Bowlby, 1988) המתייחס להורות, להיות "חזק יותר, חכם יותר ונדיב יותר" מהמטופל שלו.

בולנגר (2013) מדווחת כי הציפייה של מטפלים כי המטפל יגן על הטיפול למרות המציאות החיצונית, גררה פעמים רבות כעס רב מצד המטופלים ועוררה בתורה רגשות אשם או כעס תגובתי אצל מטפליהם. במצב הנוכחי, נוספים לכך גם דיווחים של מטפלים על חוויה של דחייה מצד מטפליהם או על תחושה כי ערכם מצטמצם, כאשר אלה מעדיפים מסיבות שונות (כלכליות, רגשיות ולוגיסטיות) שלא להמשיך את הטיפול במתכונת וירטואלית, או להפסיקו בכלל. באותה מידה, נראה כי מטפלים מרגישים גם הם דחייה בעקבות סירוב של מטפלים לראותם פנים אל פנים או להתפנות אליהם בשעות שאינן אפשריות למטפל. הפיטורים הזמניים שנכפו על ידי הרשויות והמעסיקים הציבוריים על חלק מעובדי השירותים הפסיכולוגיים, חושפים את המפוטרים לפגיעות רבה במיוחד מול אותם קולות פנימיים של הטלת ספק בערכם האישי והמקצועי. לפיכך, ישנה חשיבות עליונה ליכולתם של מטפלים להבין ולהתמודד עם קולות של ביקורת עצמית מסוג זה, תוך שימור המודעות לנוקשות ולשרירותיות בהם מתאפיינים ארגונים גדולים. זאת ועוד, ההאזנה לקולות של חרדה, הזדקקות, דחייה ואף כעס מצד מטופלים, היא חיונית ויכולה להיעשות רק כאשר מטפלים ממשיכים בחיפושם אחר מקורות תמיכה ומגייסים לטובתם אמצעי חוסן.

אחת מדרכי ההתמודדות של אנשי מקצועות הטיפול באירועים קודמים של מציאות טראומטית משותפת הייתה להתמסר להזדקקות של מטופלים ולנסות להקל על מצוקתם באמצעות עבודה ברמות גבוהות של זמינות ומעורבות רגשית, תוך התעלמות מ"טיפול עצמי" ולעתים אף מצרכים משפחתיים. עבודה זו הייתה מלווה בפנטזיות הצלה' ואפילו בתחושת גרנדיוזיות, מודעת ולא מודעת, במיוחד כאשר היה מדובר בטיפול בילדים. לרמות גבוהות אלה של מעורבות רגשית והתמסרות היו רווחים רגשיים משמעותיים עבור המטופלים ואף יותר עבור המטפלים, בעיקר בהגברת תחושת המשמעות והסוכנות (agency) כמו גם בתרומה להתמודדות עם חרדה (Cohen, Roer-Strier, Menachem, Fingher-Amitai & Israeli, 2014). מטפלים שעבדו מעבר לדרישות התפקיד והפיצוי הכספי, הצליחו לשמור על ה"רציפות" של הזהויות שלהם כמטפלים ועל רצף תפקודי-מקצועי. בכך, דומה כי הם גם פעלו לפי העקרונות של יצירת חוסן בשעות חרום אשר נוסחו על ידי אלון ועומר בשנת 1994, לפיהם יש להשתדל ככל האפשר לגשר בין הרציפות התפקודית, הזהותית והבינאישית על מנת להפחית התפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים (Omer & Alon, 1994). משמעות הצעתם היא לנסות לקיים המשכיות בתפקידים, בתפיסת הזהות העצמית, בערכים ובקשרים בינאישיים שהיו קיימים ומשמעותיים בעבר, בכדי שימשיכו להיות כך בהווה ובעתיד, גם בעתות משבר. ב"זמני קורונה", משימות אלו מאתגרות במיוחד בצל הצורך בהגנה בריאותית על שני צדי הקשר הטיפולי ובעקבות לחצים הנובעים מהימצאות ממושכת עם בני משפחה. על כן, בתקופה זו נדרשת המצאה של פתרונות יצירתיים ומאוזנים, אשר נותנים מענה הולם לצרכי המטפל והמטופל. זאת, במיוחד כאשר לוקחים בחשבון את הסיכונים שעשויים להתלוות להצמדות המטפל לדפוסים קודמים ואף להעצמתם בעת משבר.

המחקר מראה כי לצד רווחים ויתרונות מסוימים, התמסרות-יתר והשתקעות בתפקיד 'המציל' נושאים בתוכם סיכונים הן למטפל והן לעבודה הטיפולית. כך למשל, הזדהות-יתר של מטפלים בצפון הארץ לאחר מלחמת לבנון השנייה, הובילה רבים מהם להתמודדות עם לחץ נפשי גבוה ותרמה להתפתחות תסמינים פוסט-טראומטיים. העבודה הטיפולית שנשענה על תפיסה של "שותפות גורל" ותרמה לטשטוש הגבולות בין המטפל והמטופל, התבטאה בפגיעה ביכולת המטפל להכיר באיתותי המצוקה של המטופל או להתייחס אליהם כראוי בטיפול (למשל לקפוא ולא להתייחס לשלד בציר של ילד מטופל או לא לראות שהוא צייר טיל). בקרב מטפלים אלו, הייתה לעתים נסיגה משימוש בעקרונות טיפוליים מבוססי-מחקר להפחתת חרדה ועלייה בנטייה למתן עצות המבוססות על העדפות אישיות או זיכרונות ילדות אישיים של המטפל, הקשורים לדפוסים ההתמודדות שאימץ בעברו (כהן וסרדצה, 2014); (Cohen et al., 2014). לפיכך, נראה שעל מנת לעשות הסתגלות מאוזנת מבחינה אישית ומקצועית, יש להתמודד עם סוגיית הוויסות הרגשית של המטפל בתגובה לשינוי הקיצוני במצב. בתוך כך, דומה כי יש להכיר דרכים שונות לויסות רגשי עצמי כתנאי ליכולת לווסת את האחר, קרי, את המטופלים ואת בני המשפחה של המטפל.

אתגר מרכזי במציאות טראומטית: ויסות רגשי

מתיאוריה עדכנית ומחקרים של ויסות רגשי עולה כי יש לשים לב לפעילות של שלוש מערכות ויסות מרכזיות: (1) מערכת האיום - שמטרתה לאפשר לנו לשרוד על ידי הגברת מודעות לסיכונים, התגוננות מפניהם וחיפוש אחר בטחון; (2) מערכת הדחף - שתפקידה להשיג מטרות ולבצע משימות; ו-(3) מערכת ההרגעה - שמטרתה להרגיע, להאט, לנוח ולעכל, לחוש בטחון ולעסוק בנדיבות ובנתינה (Gilbert, 2014). בתנאי סיכון, כמו בתקופת מגפת הקורונה, יש באופן טבעי הפעלה חזקה מאוד של מערכת האיום. מאידך, מערכת הדחף, הלוחצת לעשייה, מוגבלת עקב הנסיבות ומובילה לעשייה אימפולסיבית ולא יעילה שאיננה מצליחה לווסת את רגשות האיום. בהתאם, הצורך להשתמש במערכת ההרגעה חשוב מתמיד על מנת לפעול בדרך יעילה ומתאימה. על מנת לחוות הרגעה ולווסת רגשות בהצלחה, צריך האדם לפנות מרחב שיתמוך בהעלאת מודעות לרגשות שהוא חווה. בתוך כך, עליו להבהיר לעצמו את רגשותיו, להיות מודע לדפוסים של חוסר קבלה וביקורת כלפיהם, ולהצטייד באסטרטגיות אדפטיביות של ויסות בכדי שיוכל להתחייב למטרות מיטיבות.

בעקבות תקופות של אירועי מתח ביטחוניים, פותח זה מכבר על ידי עפרה איילון ומולי להד (2000) מודל רב-ממדי להתמודדות עם מצבי לחץ ואי-ודאות הנקרא על ידם "BASIC PH". ההנחה במודל זה הינה שבכל אדם טמון פוטנציאל להתמודדות וכי לכל אחד מאתנו ישנו סגנון ההתמודדות הייחודי לו (או מספר סגנונות התמודדות כאלה). לפי המודל, ניתן לאתר מספר דפוסים וסגנונות התמודדות שבני אדם פועלים לפיהם כאשר הם נתקלים במצבי לחץ, אי-ודאות ואסון, באמצעות התייחסות לממדים הבאים: Belief – ממד האמונות והערכים, פילוסופיית החיים, השקפת העולם ודרכי מציאת משמעות; Affect – הממד הרגשי; Social – ממד החברה, התפקיד החברתי ותחושת השייכות; Imagination – ממד הדמיון והיצירתיות; Cognition – ממד ההכרה והמחשבה; Physiology – ממד הפעילות הפיזית הקשורה בהפעלת הגוף. במונחים עבריים, המודל מדבר על ראשי התיבות גש"ר-מאח"ד: גוף, שכל, רגש, מערכת אמונות, חברתי ודמיון. לפי המודל, לאחר שמזוהים סגנונות ההתמודדות של האדם ניתן לסייע לו להכיר במשאבים העומדים לרשותו לצורך התמודדות ולהוביל לעלייה בתחושת בטחון ומסוגלות. היות ומודל זה יושם גם בעבודה טיפולית עם צוותי בתי ספר וקבוצות הורים בזמני מתח בטחוני, נראה כי הוא יכול להיות רלוונטי ביותר עבור מטפלים המחפשים כלים באופן עצמאי, נעזרים בטיפול או מקיימים קבוצות עמיתים. חומר נוסף על יישום של מודל זה ניתן למצוא באתר משרד החינוך המופיע ברשימת המקורות.

במהלך השנים בהן סובלת אוכלוסיית עוטף עזה ממצבים בטחוניים מעוררי חרדה, פותחו מספר תכניות להגדלת החוסן בקהילה, המכוונות הן לאוכלוסיית ההורים והן ישירות לאוכלוסיית הילדים. תכניות אלו מביאות בחשבון כי חוסן הוא "ordinary magic" כפי שמנסחת זאת אן מסטן (Masten, 2001), כאשר כוונתה למשאבים טבעיים המאפשרים לילדים לשגשג ולהסתגל על אף חשיפה לאירועים טראומטיים או נסיבות חיים מאתגרות. בראייה המחקרית חוסן הוא תופעה מתמשכת: אם תהליכים התפתחותיים רגילים זוכים לגיבוי מתאים ביחסי הורה-ילד, אזי גם בזמני מתח ואסון יכולת ההתמודדות והחוסן של הילד תישמר. כך למשל הראה היישום ומחקר ההערכה של תכנית "נמ"ל" (נעשה מקום למשחק) כי טיפוח קשרי ההתקשרות, הביטוי הרגשי והמשחקיות ביחסי אמהות ופעוטות תרם לחוסן של יחסי הורה-ילד (Cohen, Pat-Horenczyk, & Haar-Shamir, 2014). באופן דומה, פותחה ויושמה בבתי הספר תכנית "פנד"ה" (פה נלמד דרכי התמודדות) המלמדת ילדים טכניקות לויסות רגשי (Pat-Horenczyk, Shi, Schramm-Yavin, et al. 2015). תכניות אלו עוברות בימים אלו התאמות למדיום הוירטואלי ומיושמות ברשת באמצעות המרכז הישראלי לטיפול בפסיכותראומה (ראו ברשימת המקורות).

חמלה וחמלה-עצמית: כלי לויסות רגשי

גישה חדשנית יותר לוויסות רגשי של המטפל ושל המטופל מתמקדת בעקרונות מנגנון החמלה העצמית והתהליכים הקשורים בו. בספרות, חמלה מתוארת כאחת מן המערכות המוחיות המכוונות את התפקוד החברתי שלנו. היא מתייחסת לעלייתו של רגש חם כלפי אחר נזקק, לצד מוטיבציה לעזור ולהקל על סבלו. החמלה שונה מאמפטיה ומרחמים וניתן אף להבחין בשוני זה בהתבוננות בתפקודי המוח. בפועל, המערכת המוחית שלנו בנויה כך שפרט המתמודד עם סבל ונתקל בחמלה וטיפול מצד אדם אחר, יכול להשתמש בה בכדי לווסת את עצמו. לעתים, אנו נתקלים באנשים עם מערכות מוחיות שלא מתפקדות בצורה מיטבית ביחס ליכולת לתת או לקבל טיפול, עקב אירועי חיים טראומטיים או יחסי התקשרות מוקדמים בעייתיים. אולם, אנחנו לומדים ממחקרי מוח וממחקרי התקשרות כי הודות לפלסטיות של המח ניתן לטפל מחדש בפרטים אלו ולטפח אצלם את היכולות הללו באמצעות חוויות בינאישיות מיטיבות. כך, טיפול חומל ועקבי מצד אובייקט מיטיב יכול להביא לשיפור ביכולתו של האדם לתת ולקבל טיפול.

לעומת החמלה המופגנת כלפי אובייקט חיזוני, חמלה עצמית כרוכה בהפעלת מערכת מתן החמלה כלפי עצמו בשילוב עם יכולת לקבל טיפול. כאשר חמלה עצמית מופעלת, היא מקבילה להפעלת נוכחות אוהבת והורית כלפי עצמו (re-parenting) כך שהיא מסייעת לנו להירגע, לווסת את רגשותינו ולעשות "אתחול מחדש". מתוך המחקר והעבודה הקלינית, אנו יודעים כיום על מספר רכיבים אשר עומדים בבסיס התהליך הפסיכולוגי של חמלה עצמית. בתוך כך, חמלה עצמית קשורה בנטייה או ביכולת להתייחס לכישלונות, טעויות ומגבלות של עצמו בנדיבות, מתוך הכרה בכך שכל יצורי האנוש חולקים התנסויות של פגיעות וחוסר-שלמות. בנוסף, חמלה עצמית קשורה במודעות וקשיבות לרגשות ולחוויות שאנחנו חווים (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). לפי המשגתם של Neff, Kirkpatrick & Rude, ניתן להתייחס לחמלה עצמית תוך התייחסות לשלושה מדדים דו-צדדיים: נדיבות עצמית לעומת שיפוטיות עצמית; תחושת אנושיות משותפת לעומת תחושת בידוד; ומיינדפולנס או קשיבות לעומת הזדהות-יתר, רומינציות או המנעות. המחקר מראה שככל שהפרט מצליח לגייס יותר נדיבות-עצמית, תחושת שייכות וקרבה לאחרים, תוך התבוננות שקולה בסוגיות עמן עליו להתמודד, יכולת ההתמודדות האישית שלו והרגשתו יהיו טובים יותר. כך גם לגבי הצלחתו בהתרחקות מביקורתיות עצמית, תחושה של היותו יוצא דופן ועמדה של מעורבות רגשית מוגזמת (ריחוק או הצפה) לגבי האירועים שלפנתו. לחומר נוסף על מנגנונים אלה מהזווית של מדעי המח האפקטיביים ולתרגול מיומנויות של הפעלת חמלה-עצמית, ניתן להיכנס לאתר של מכון מודע במרכז הבינתחומי בהרצליה (ראו פירוט ברשימת המקורות).

דומה כי כאשר אנו מפעילים בהצלחה קשיבות כלפי חוויותינו, מתאפשרת לנו **תנועה מוצלחת בין העבר, ההווה והעתיד**. כלומר, גדלה היכולת שלנו לקבל את טבעו המשתנה של ההווה וניתן לזכור כי בעוד שבהווה אנו מתמודדים עם חוויה רגשית עוצמתית, חיובית או שלילית, בעבר הרגשנו אחרת ובעתיד נרגיש אחרת גם כן. הדבר מאפשר לנו לראות את האספקטים החיוביים בהווה, לזכור מה המשמעות של אירועי ההווה הלא-נעימים (כמו לראות בחוויית הבידוד הכפוי אקט של שמירה מפני וירוס מסוכן) ולזהות מה בדיוק מטריד במציאות הנוכחית וניתן לשינוי. זאת ועוד, ניתן לזהות את החוויות הטראומטיות מעברנו אשר מסתננות וצובעות את ההווה בדרך מוגזמת ולא-מתאימה, ולהכיר בכוחות ובמשאבים שעמדו לרשותנו בהתמודדויות עבר. הקושי הנובע מהתמודדות עם אי-הודאות לגבי העתיד יכול להיות מותמר על ידי שימוש בדמיון. הרי הדמיון לא מצריך מועד וניתן באמצעותו להציב מטרות ריאליות הנוגעות בפעילויות מהנות או לפנות להשלמת מטלות שהזנחנו, שבמימושן ניתן לשלוט בימים אלו. לפיכך, באופן לא מפתיע, מחקרים רבים מראים כי חמלה עצמית גבוהה קשורה לאספקטים רבים של הסתגלות פסיכולוגית מיטבית המשמשת כגורם מגן התורם לחוסן בעת חשיפה לאירועי חיים שליליים ולחץ. מחקרים הכוללים תכניות טיפוליות מראים שאכן ניתן לאמן אנשים לפתח מיומנויות של חמלה עצמית ולא מדובר בתכונת אופי נוקשה. לסקירת מאמרים מחקרניים וגם להיכרות עם טכניקות טיפוליות ניתן להיכנס לאתרו של Neff (ראו ברשימת המקורות).

בעתות לחץ של ימינו, כאשר מטפלים נאלצים להתמודד עם רגשות החרדה שלהם ובנוסף לכך עם אלה של מטופליהם, חשוב שישקיעו קודם כל בייצוב ויסות רגשי עצמי באמצעות הפעלה של חמלה עצמית. התבוננות רכה ומקבלת כלפי רגשות העולים בהם, כלפי טעויות, או כלפי המגבלות של יכולותיהם בשעה זו כמטפלים היא למעשה חיונית על מנת שיוכלו לעזור למטופליהם. קבלה זו של האנושיות של קשייהם, מפנה משאבים למחשבה על המטופלים שלהם בחמלה וקבלה, כמו גם על מנת להתמודד עם האתגרים הטיפוליים באיזון מתאים בין ניתוק וקהות רגשית ובין הזדהות מציפה ומדלדלת כוחות. כך למשל, אנו עדים כיום לשיח חומל בקבוצות של מטפלים כלפי קושי של מטופלים הנאלצים לקטוע את הטיפול מסיבות כלכליות, למרות נחיצותו עבורם. בעקבות התבוננות חומלת ולאחר בדיקה עצמית של מצבם הרגשי והכלכלי, מטפלים רבים בוחרים לעשות סידורים כספיים המתחשבים במצוקת המטופלים (הנחות, דחיית תשלומים או ויתור על תשלום). פעולה זו, כאשר היא מקובלת גם על המטפלים, תורמת לתחושת הרווחה האישית שלהם. אחרים, מפעילים חמלה עצמית המוליכה אותם לפתרונות של צמצום העבודה הטיפולית לנוכח נסיבות המציאות שלהם, אך מתוך החמלה למטופלים הקשורה בחמלה העצמית, הם

מוצאים דרכים להמשיך את הקשר עמם. כלומר, הם מוצאים דרכים לספק להם שדר של אכפתיות ותמיכה בצורת התעניינות ותמיכה באמצעים שונים (שיחת טלפון קצרה, מסר בווטס-אפ) שאינם במסגרת של פגישה טיפולית.

מעבר לטיפול באמצעים וירטואליים

אנחנו שומעים בימים אלו ממטפלים כי אחד הנושאים המזמנים התמודדות מאתגרת במיוחד עבורם היא ההנחיה להימנע ככל שניתן ממגע וקירבה אנושית, דווקא מתוך שמירה הדדית של המטפל והמטופל. במקומות עבודה מסוימים, הבחירה כיצד ליישם הנחיה זו ניתנה לשיקול הדעת של המטפל והערכתו לגבי הצורך בהמשך טיפול בפורמט הרגיל. במקומות אחרים, טיפולים נקטעו בהוראה מלמעלה להוצאת מטפלים לחופשה ללא-תשלום (חל"ת). ברוב המקרים, החשש מהדבקות בנגיף מהמטופל או הדבקותו על ידי המטפל תורגמה לידי מעבר ממפגש בינאישי פרונטלי למפגש וירטואלי. חוסר ההיכרות, אי-הנוחות, ותחושת אובדן האינטימיות שבמעבר זה, עוררו תסכול רב אצל מטפלים ומטופלים כאחד. כיוון שנותרה לאורך זמן עמימות מסוימת לגבי נחיצות הצורך להימנע ממפגשים אישיים, ההחלטות שקיבלו מטפלים באופן עצמאי או שהתקבלו מלמעלה על ידי מעסיקים, לוו בתגובות רגשיות משמעותיות ומגוונות. באופן טבעי, התפתחו בקשר הטיפולי דינמיקות הדדיות של חששות, חשדנות ודאגה. בחלק מן המקרים לוו ההחלטות על הפסקת הטיפול במתכונתו הרגילה ב"מאבק כוח", אשר כמו ביטא מחאה על השרירותיות וחוסר השליטה במצב הכולל. במקרים אחרים, ההחלטה לוותה באינטרפרטציות של דחיית המטפל את המטופל, או במקרים של הפסקת הטיפול על ידי המטופל בתחושת דחייה ופגיעות של המטפל. קיימים גם מקרים בהם מטפלים העמוסים בצרכי משפחתם שלהם מתקשים לקיים את המשך הטיפול באמצעים וירטואליים, בגלל אי-פניות רגשית ומעשית, ומרגישים "אנוסים" לקיים את הטיפול בתנאים של רצון להימנע ממנו.

בפעמים רבות, מטפלים יתקשו להבין ולעבד דינמיקות כמו אלו המתוארות לעיל בגלל מצבם האישי והבידוד המקצועי עמו הם מתמודדים. המציאות בה מצטמצמת ההזדמנות לנהל דיאלוג סביב הרגשות השונים של המטפל והמטופל אל מול הצורך הדחוף בשינוי בקשר הטיפולי, הובילה לכך שבחלק מן המקרים טיפולים הסתיימו באופן די פתאומי ולא מעובד. האתגר של מטפלים במצבים אלה, הוא להתמודד ולהתגבר על מצב שתואר על ידי פיטר פונגי ועמיתיו (Bateman & Fonagy, 2012) כ"Psychic Equivalence": מצב בו העולם הפנימי והחיצוני מתערבבים והגבול בין הרגשות שלי ושל האחר (או במילים אחרות של המטפל והמטופל) - מטשטש. הצורך בהתייעצות-עמיתית ובהדרכה במצבים אלה הופך חיוני עוד יותר מדרך כלל על מנת שהמטפל יוכל לקבל ולהכיל את מה שקורה לו ולמטופליו במצבים יוצאי דופן אלו. השיח הקולגיאלי יכול לרכז האשמה עצמית על "חרדיות-יתר" או "אגואיזם", ולעודד הבנה וקבלה עצמית כלפי תחושות של כעס או דחייה-לכאורה. פעמים רבות, התייצבות רגשית של המטפל מאפשרת לו ליזום ולבצע מהלכי תיקון בקשר עם המטופלים, גם אם הטיפול נפסק בגלל המצב, ולהצליח ביצירת תקשורת אלטרנטיבית עם המטופלים, גם אם אלו רק קשרים מוגבלים של החזקת הקשר האמפתי. זאת מתוך תחושה שדברים ישתנו עם המצב והזמן, אבל הקשר נשמר וישתנה בהתאם.

המעבר לטיפול באמצעים וירטואליים, גם כאשר המטופל והמטפל מעוניינים בהמשך הטיפול, כרוך בקשיים טכניים רבים. מציאת הזמן והמקום, הבטחת הפרטיות וזמינות של אמצעים טכניים מאתגרים מטפלים ומטופלים כאחד. אלה דורשים גמישות ויצירתיות, השקעה בתיאומים ושבירת כללים רגילים של סטינג בלית ברירה. חוסר הנוחות שעולה אצל מטפלים רבים סביב שימוש בטכנולוגיה והרגשת ההפסד הכרוך באובדן הקרבה הפיזית, מקשים מאוד על יציבותו של המטפל. עם זאת, מטפלים המנוסים בסוג זה של טיפול מפרסמים בימים אלה ברשת חומר שימושי רב ומציעים עזרה והדרכה שיכולים לסייע בהתגברות על מחסומים אלה. דיונים ברשת בקבוצות מטפלים מגלים כי מטפלים רבים אשר חששו מטיפול מרחוק, התנסו בחוויה מפתיעה וטובה עבורם ועבור המטופלים שלהם.

טיפול מקוון בילדים בזמן הקורונה

אתגר מיוחד מהווה הטיפול מרחוק בילדים, בעיקר בילדים צעירים, באמצעים מקוונים. זאת עקב התנועתיות הרבה שלהם, טווח הקשב המוגבל והצורך להשתמש בטיפול באמצעי תקשורת לא-מילוליים. עם זאת, מתברר כי קיימות אפשרויות טכנולוגיות של שיתוף פעולה ברשת גם עם ילדים, כמו משחק משותף ופעילות אמנותית משותפת. מטפלים ישראלים בילדים מספרים על התנסות טובה בפעילות ציור יחד על המסך אשר עשויה להזכיר את משחק ה"קשקושים" של ויניקוט (squiggles). כמו כן, ניתן לשחק איקס/עיגול של רגשות, לכתוב סיפור במשותף, להפעיל תיאטרון בובות ולעשות יחד תרגילי הרפיה. מרחב ההזדמנויות למשחקיות (playfulness) כאמצעי לביטוי רגשי ולהגדלת חוסן, יכול להפוך עשיר יותר מאשר בקליניקה בגלל האפשרויות של הסביבה הביתית (למשל היכולת להתחפש). בתוך כך, נוצרת אפשרות לאינטימיות מחודשת (להכיר את החפצים האהובים על הילד) ולמתן מבט מתפעל ואמפטי כאשר הילד מדגים פעולות אהובות (כמו קפיצות, גלגלון, ריקודים) או מציג יצירות ומבנים תוך שהוא מספר על המשמעויות שמייחס להם.

דומה כי האמצעים הוירטואליים מזמנים אפשרויות יצירתיות חדשות אשר מעצבות מחדש את המרחב המעברי בטיפול ונראה כי הדור הצעיר מכיר ומסתגל מהר לצורת תקשורת זו. כך למשל, באמצעות השימוש בפונקציה של תוכנת הזום לשינוי הרקע שמאחורי הדובר בנופים שונים או האפשרות לשנות פרטי פנים ואביזרים במראה הפנים הנשקפות, נפתח צוהר לבריאת מציאות משותפת בין המטפל והמטופל. כמו כן, מטפלים בארה"ב חולקים ברשת רעיונות כמו שימוש במיקוד בפנים בזום על מנת ליזום משחק הסתכלות הדדית מתמשכת בלי מצמוץ בעיניים וכאפשרות נוספת התבוננות רק בעין אחת. לצד המציאות המעברית המתרחבת לאזורים חדשים, התקופה מציגה גם הזדמנות להרחבת היכרותנו עם המציאות הממשית של הילד מחוץ לכתלי הקליניקה. כך, ניתן לצפות באינטראקציות עם אחאים והורים במציאות הביתית, כפי שהן קורות בזמן אמת.

תפקיד ההורה כסוכן טיפולי

המצב הנוכחי מחדד במיוחד את הצורך לשתף את ההורים בתהליך הטיפולי ולמצבם בתפקיד סוכן טיפולי עבור ילדיהם. שיתוף זה, המתברר כחיוני בתחום הטיפול העדכני בבעיות ילדים, מבוסס על תאוריית ההתקשרות, המחקר העדכני והגישות הקליניות הנובעות ממדעי המח האפקטיביים (כהן, 2017). מובן אם כך, שבזמנים בלתי יציבים אלה יש לרתום את ההורים ולחשוף אותם לידע וכלים מסוימים בכדי ששינוי זה יתאפשר. בהקשר זה, המדיום הוירטואלי מתאים מאוד לעבודה של **psycho-education** עם ההורים על קשוי ויסות רגשי עצמי ודרכי סיוע לילדיהם עם קשוי היוסות שלהם. מתברר כי הורים שרכשו ידע וכישורים בתחום זה, משתמשים במשאבים אלו ומתמודדים בצורה מוצלחת יותר עם מצבי איום. ממחקרם העדכני של גטניו-קאלוש וכהן (Gatenio-Kalush & Cohen, 2019), המבוסס על ראיונות עם ילדים צעירים ואימהותיהם באזור עוטף עזה, עולה כי מה שעוזר לילדים ומועבר אליהם על ידי האימהות במצב הביטחוני הרווי איומים הוא תחושת ה"חדר האטום" כמקום בטוח. זאת, בנוסף לתחושת הנגישות של דמויות ההתקשרות שלהם וחיזוק מחוות החום הפיזי וגילי האהבה. נמצא כי בעקבות פסיכו-אדיוקציה, אימהות וילדים למדו להשתמש בכישורים של ויסות פיזיולוגי (על ידי נשימות ותרגילי הרפיה) והשתמשו בתרגילי קשיבות, דמיון, משחק ומשחקיות, שסייעו להם מאוד בעתות חירום. להצעתנו, הבידוד בבית בימי הקורונה יכול לעבור שינוי תפיסתי באופן דומה, ממצב של גזירה חיצונית (סגר כפוי) לתפיסה של הבית כמגן ומספק ביטחון.

מבחינה טיפולית, האפשרות של ההורים (וגם לעתים של ילדים ומתבגרים) לצלם אינטראקציות משפחתיות, לשלוח אל המטפל ואחר כך לדון עליהם בפגישה וירטואלית תוך צפייה משותפת של ההורים והמטפל, עשויה לאפשר התבוננות מבחוץ של ההורים על עצמם בתוך אינטראקציה עם ילדם ולהעשיר ולדייק את ההבנות וההצעות של המטפל. למעשה, מדובר באימוץ של מודל התערבות שפותח במקור עבור אימהות ותינוקות, ויושם עם הזמן גם לאימהות לילדים צעירים עם צרכים מיוחדים או הסובלות מדיכאון לאחר לידה. מודל ה-**Video Interaction Guidance**, "ההדרכה האינטראקציונית בוידאו", עושה שימוש בצילום הוידאו להתבוננות משותפת רפלקטיבית באינטראקציה של הורה-ילד. המטפל עוזר להורה לזהות התערבויות מוצלחות שביצע וסימנים של היענות וקשר חיובי של הילד כלפיו. ביחד, הם יכולים להפעיל מנטליזציה לגבי מקורות ההתנהגות של ההורה וגם של הילד, ולחשוב על דרכים לפתרון בעיות או על דרכי התמודדות חדשות (Kennedy, Ball & Barlow, 2017). מודל זה ניתן בהחלט ליישום גם עם ילדים גדולים יותר ונראה כי הוא רלוונטי במיוחד בתקופה הנוכחית.

זוהי גם הזדמנות לאמץ שימוש ב"טיפול פיליאלי", **Filial Therapy**, במיוחד עם ילדים צעירים. מדובר במודל טיפולי מבוסס מחקר, הבנוי על הכשרת ההורה להיות "מטפל במשחק" של הילד, ברוח טיפול במשחק ממוקד-בילד (Guerney, 2000; Rennie & Landreth, 2000). המטפל מלמד את ההורה ליעד זמן ומקום קבוע למשחק אישי עם הילד, ללא הפרעות וממליץ להורה לספק חומרי משחק המעודדים משחק דמיוני ויצירתי, כמו גם לקבוע משך זמן לפגישה (30 דקות מספיקות). הוא מדריך את ההורה לגבי עמדת הצופה-משתתף, האמפטי והסקרן כאשר עקרונות חשובים כוללים: התמקמות בגובה של הילד ותנועה יחד אתו במרחב המשחק; לתת לילד להוביל את המשחק ולא לכוון, להשתלט או לבקר; לשקף רגשות (טכניקה חדשה עבור הורים רבים) ולהתעניין בתכניות הילד; למלא את התפקיד שהילד מזמן לך כשותף במשחק ולשמור על גבולות מועטים בלבד הנוגעים למניעת הרס ופגיעה. יש ספרות רבה בנושא, כולל באתרים זמינים באינטרנט, וכל מטפל המיומן בטיפול בילדים יוכל בקלות ללמוד כיצד להכשיר את ההורה לסוג פעילות זו. מלבד חוויית ההתעניינות האינטנסיבית בילד, ניתן לצלם מפגשים אלו, ולצפות בהם באופן וירטואלי ביחד עם המטפל, תוך עצירות להעמקת תובנות ושכלול דרכי תקשורת הורה-ילד.

גישת הטיפול הפיליאלי פותחה לחיזוק קשר הורה-ילד סביב קשיים ביחסים או בתפקוד הילד בתחומים שונים, אבל היא רלוונטית במיוחד לתקופות של מתח, חרום וטראומה. בזמנים אלו חשובה עוד יותר היכולת של ההורה להיות פנוי להכיר את עולמו הפנימי של הילד, כפי שהוא מסוגל להביע אותו, בעיקר בצורה סמלית באמצעות המשחק, להבהיר שאלות שלא נשאלות במישרין, להכיל את הרגשות המובעים ולווסתם. מן המחקר עולה כי פעילות זו היא

קריטית להסתגלות מיטיבה של הילד (Cohen, Chazan, Lerner & Maimon, 2010). בנוסף, עצם הפעילות המשחקית המהווה מפלט מפני לחצי ההווה והיכולת לדמיין מציאות של חוזק תוך התנסות בחוויה של שליטה ויצירתיות, תורמים לחוסן ולהתמודדות מיטיבה הן של הילד והן של ההורה. ראו סקירה מחקרית מקיפה ותמציתית על כיווני הטיפול באמצעות משחק בילדים המומלצים לזמני טראומה אצל כהן וגדסי (Cohen & Gadassi, 2018).

מהתנסויות של מטפלים בזום, נראה שבגלל המצב הדינמי בבית עם ילדים והקושי בפרטיות, במקרים רבים הופך טיפול ביחיד או בזוג ההורים לטיפול משפחתי, באופן לא מתוכנן. שינוי זה מהווה אפשרות לריענון התהליך הטיפולי והמרצתו. אולם, לאחר שהתרחש באופן מקרי (למשל - כניסת בת מתבגרת לחדר בו ההורים מדברים עם המטפל בזום, המביעה רצון להצטרף לשיחה) רצוי לשקול עם כל הנוגעים בדבר את רגשותיהם ועמדתם כלפי שינוי זה. מקור לחשיבה נוספת לגבי הקשיים בטיפול עם מבוגרים ומתבגרים והתמודדות עם יצירת תהליך טיפולי משמעותי, גם באמצעות המסכים, מתאפשר באמצעות הגישה החדשנית יחסית, AEDP, המבוססת על תאוריית הרגש וההתקשרות, ונתמכת במחקרים עכשוויים במדעי המוח.

פסיכותרפיה דינמית-חוייתית-מואצת (AEDP): כלי שימושי ליצירת תהליך טיפולי משמעותי דרך המסך

גישת הפסיכותרפיה הדינמית-חוייתית-מואצת, בשמה באנגלית Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, שמה דגש רב על תהליך בו המטפל והמטופל ממוקדים בחוויה הפנימית של המטופל, תוך חוויה אינטר-סובייקטיבית של חווית הקשר המשותפת שלהם. בגישה זו, מטרת העל היא סיוע למטופל לחוות רגש או חוויה אותנטית פנימית בנוכחות משותפת עם האחר (המטפל), ומציאת דחפים מוטיבציוניים של צמיחה המעצימים את החוסן הפנימי ותחושת העצמי. הגישה מבוססת על תיאוריית ההתקשרות ומשתמשת בקשר הטיפולי ובחוויות ההדדיות בקשר כ'מעבדת השינוי' עבור המטופל, תוך עבודה עם המבנה ההגנתי וההתקשרותי שלו. היא מלווה את חויית המטופל בשלבי העבודה השונים עם הרגש ועם תחושת העצמי שלו, מדגישה את חשיבותן של חוויות גופניות כחלק מאינטגרציה רב מערכתית בטיפול וממוקדת ביצירת מרחב לצמיחה טרנספורמטיבית וטבעית לקראת בריאות והחלמה. לא נרחיב על הגישה כולה, אך נוכל להיעזר בשיטות עבודה המוצעות בה, גם לשימושם של אנשי טיפול העוסקים בגישות אחרות.

'המשתנים הקבועים' הנשמרים גם במצב החדש: תפקיד המטפל ותחושותיו כלפי המטופל

בגישת AEDP, המטפל מחזיק תפקיד של הורה מיטבי ומיטיב, אשר מצליח לראות בחמלה את ההגנות של המטופל, למוסס אותן באמצעות התקשרות בטוחה ביניהם ולאטור את המטופל בחוויות של קירבה בין-אישית ומגע עם חוויה אותנטית פנימית במידתיות מתאימה. התפקיד של המטפל כהורה מיטבי, נותרת בעינה, גם בטיפול מרחוק! אותה דאגה, קבלה וחתירה לאתגור היבטים חוייתיים והתייחסותיים - קיימת גם בזמנים יוצאי דופן עכשוויים. במצב הקיים, המטפל יכול לפגוש חרדות דומות לאלו של המטופל, מעצם היותנו רקמה אנושית, והוא ימצא את מקומות הפורקן והתמיכה שלו מחוץ לעבודה שלו כמטפל. כך, בהנחה שהמטפל דואג לרווחתו הנפשית במידה הולמת, הזדהותו עם חלקים מסוימים יכולה לסייע לו בהבנת המטופל ובהצטרפות חוייתית שתאפשר את הפגת הבדידות של המטופל ותייע להעצמת תחושת "הביחד" עמו.

התחושות של המטפל אודות המטופל ואודות הקשר עמו, נמשכת גם עתה, דרך הטלפון והמסכים, ודורשת התחברות מכוונת לחוייתנו המוכרת בנוכחות המטופל. כך למשל, אם נעצום עיניים ונדמיין מטופל שלנו, שהקשר אתו מוכר וידוע לנו, וננסה להתחבר לחוויה הפנימית שלנו בעודנו מדמיינים עצמנו עמו בחדר – לחוויה הגופנית שלנו עמו, לתחושות שעולות דרך החושים שלנו – ייתכן ונצליח כמעט לחוש את המטופל בדמיונו. כפי שנדמיין אותו, כך נרצה להביא את עצמנו במפגש הטיפולי, בין אם בחדר משותף או בין אם באמצעות מסכים. אם חויית המוכרות הזו של המטפל (את הקשר הטיפולי) תעבור אל המטופל, היא תסייע בידו להשתחרר מהסממנים הזרים והחדשים של העבודה המקוונת ותאפשר נוכחות רגשית ללא נוכחותו של המרחב הפיזי המשותף. היבט זה הינו חלק מהעלאת המרחב ההתקשרותי הבטוח הנחוץ לעבודה עם חוויה רגשית עמוקה.

הנחות יסוד וכלים התערבותיים בגישת AEDP המסייעים בטיפול אינטרנטי

ראשית, מטפל העוסק בגישה זו יאמץ התבוננות בחוויה של המטופל ויתמקד בה. התוכן שמביא המטופל הינו משמעותי, אך התהליך הפנימי יקרה מתוך היצמדות משותפת של הצמד הטיפולי לחוויה הרגשית של המטופל. ניתן לדמיין את פעילות המטפל כ'קפיצת ראש' ממסך למסך, אל מקום מושבו של המטופל, אל חדרו ואל חוייתו. זאת, תוך שהמטפל מדמיין קרבה פיזית, מתמקד בפניו של המטופל ומשוחח אתו כאילו הם באותו החדר. לצורך התמקדות בחוויה של המטופל, מטפל AEDP יעקוב מרגע אחד למשנהו, אחר הבעות הפנים והגוף, טון הדיבור, הווליום והיבטים בלתי מילוליים נוספים שמסדר המטופל, על מנת לחוש את החוויה הרגשית שלו ולהתחבר אליה.

מדובר על מעקב צמוד אחר המיקום של המטופל בקשר הטיפולי, וגם בינו לבין עצמו - בין אם הוא מצוי במקום הגנתי (שלו עצמו) מתוך מודל העבודה הפנימי שלו והארגון של קשרים רגשיים בתוכו (Bowlby, 1988), ובין אם הוא מצוי במקום בטוח ואותנטי אל מול חוויה פנימית.

במעקב מסוג זה, בפרט במצב בו אנו עובדים דרך המסכים, אנו מתמקדים לרוב באזור הפנים. פורג'ס (Porges, 2011) מתאר מאות עצבים ושרירי פנים, המאותתים רגשות ליבה וקשת של תחושות רגשיות. אותן חוויות רגשיות המובעות בפנים מתבטאות בשינויים עדינים ומהירים, כגון מידת כיווץ ורפיון העפעפיים, השפתיים, קמטי זוויות העיניים והשטחה כללית ומענגת של הפנים. חוויות פנים אלה מאותתות למטפל לא רק את מצבו הרגשי של המטופל, כי אם גם את מידת הבטחון שהוא חש עמו ומידת הסנכרון וההדדיות המתקיימים באינטראקציה ביניהם. כולנו, כבני אנוש, עסוקים באופן תמידי בתפיסה מהירה של מידת הבטחון והסכנה בה אנו מצויים (גם באינטראקציות בין-אישיות) ומשתמשים ברמזים מהסביבה בכדי לבסס הערכה לא-מודעת זו.

פורג'ס מכנה הערכה זו בשם תפיסה נירופיזיולוגית, Neuroception, והיא מקשרת בין חשיבות הפנים באינטראקציה, ליצירת קשר בטוח המתבסס על ארבעה ממדים: תחושת בטחון, חוויית קרבה, יצירת מגע (פיזי או רגשי) ויצירת קשר בעל משמעות (Porges, 2011). חומרים נוספים בנושא, ניתן לקרוא אצל פורג'ס ובכתביו של פול אקמן (Ekman & Friesen, 2003; Ekman, 2007), המספקים אינפורמציה רבה על פרשנות חוויות המטופל דרך מעקב אחרי הבעות פניו והתייחסות לתפיסה שלו אודות מידת הביטחון שהוא חש באינטראקציה עמו. קריאה בחומרים אלה, תסייע לנו לאתר תווי פנים המביעים חשש מתגבר וכמעט בלתי מורגש, תחושות של בושה, ראיות לטראומות מוקדמות, גאווה וסיפוק עצמי, נחמה, הוקרת תודה ועוד. נוכל להיעזר באחד ממאמריה של דר' דיאנה פושה, הוגת גישת AEDP והעומדת בראש מכון AEDP הבינלאומי, בו היא מפרטת שלוש 'פנינים' לעבודה עם מטופל בגישה זו (Fosha, 2009). באמירתה 'פנינים', היא מתייחסת לשלושה כיווני עבודה מהם ניתן לשאוב התערבויות שונות, ונדמה כי פנינים אלו עשויות להיות יעילות במיוחד בטיפול דרך מסכים.

נפתיע את הלא-מודע - היות המטפל 'בלש' של דחפים טרנספורמטיביים: אחת מהנחות היסוד של הגישה הינה שכולנו כבני אדם מחוטים לצמיחה וריפוי. לפיכך, אנו שואפים לקדם אצל המטופל תהליך של הופעת התמרה (בביטוייה, כפי שהוטבע על ידי פושה - Transformance) אשר מונעת מתקווה וחיפוש טבעי אחר תחושות של חיות וחיוניות. תחושות אלה מתלוות לתהליכי שינוי רגשי והן חלק אינטגרלי מעבודה טיפולית במהלך ההתבוננות וההתקרבות האמוציונלית למטופל. אם נצלוח להיצמד לתחושות של המטופל ולדייק אותן יחד אתו, לעתים בהפתעה גמורה עבורו, יכלה להיווצר אצלו תחושת קרבה ואמיתיות מרגשת. בנוסף, באיתור הדחפים הבריאים של המטופל, ובהדגשתם עמו, המטופל עשוי 'להידבק בהעצמה' הזו של המטפל כלפיו, באופן כזה שישפיע על חוויות העצמי ועל ליבת העצמי באופן עמוק וחיובי.

הפגת תחושת ה"לבד" של המטופל עם תחושותיו, במיוחד בעת חוויה רגשית עוצמתית: הנחת יסוד נוספת בגישה הינה שבדידות חווייתית הינה הבסיס לחוויה טראומטית. כאשר אדם (או ילד) מסתייע באחר על מנת להתמודד עם תחושה עוצמתית, מתהווה ומתחזקת אצלו התקשרות בטוחה, המתבטאת שוב ושוב ביכולת המשולבת שלו הן להתמודד והן לחוש (לתת לעצמו להיות במגע עם תחושות ורגשות), ובמילותיה הלועזיות של פושה (2000) "To be able to deal and to feel". במובן הטיפולי, נגזרים מכך שני כיווני עבודה. כיוון אחד הוא הפגת הבדידות. המטפל יוכל לאותת בדרכים שונות על הימצאותו עם המטופל, יחדיו, בהתקשרות בטוחה. למשל, בשמירה על קשר עין (גם כשהמטופל מסיט מבטו); במעקב אמפתי ובחשיפה רגשית של המטפל את רגשותיו (באופן מילולי או לא-מילולי); באמירות המאותתות את ההימצאות המשותפת ("תישאר עם זה ותהיה איתי", "ספר לי עוד, בוא נהיה עם זה רגע ביחד"). הכיוון השני הינו סיוע למטופל בוויסות, כפי שהוזכר מוקדם יותר במאמר. חוויית הביחד היא חשובה, אך כשמטופל נמצא במצב רגשי עוצמתי, הוא צריך ליווי שיסייע לו לחזור אל מקום מווסת ובטוח מתוך תחושה פנימית אישית. מעקב מוקפד על הוויסות של המטופל ועבודה בכיוון זה, יכולה להעצים את תחושת ה"ביחד" של המטופל ולסייע לו להעז להיות עם תחושותיו. הנה מספר דוגמאות (קצרה היריעה מלפרט ולהעמיק כאן, אך זהו נושא מרתק ללמידה): שימוש בחיקוי פיזי והפעלת נירוני-מראה לצורך יצירת תהודה רגשית בין המטפל והמטופל, ויסות דיאדי של נשימות, סיוע בהפחתת לחץ על ידי יצירת תנועת איברים מתוכננת, סיוע בהפחתת חרדה על ידי מיקוד תשומת הלב ל"מוח שמאל", סיוע בהגברת אנרגיה בעת הצורך על ידי בקשה למקד הסתכלות במטפל, להזדקק ואף להזיז את הגוף, וכדומה. כל אלה, אפשריים גם בעבודה באינטרנט דרך המסך.

קידום התחושה המורגשת של המטופל, על ידי הימצאותו 'בראש ובלב' שלנו: התחושה המורגשת, כפי שמוזכרת בספרות הלועזית כ-Felt Sense, קשורה בחוויות של העצמי (של המטופל) בתוך קשר. הנחה זו הינה הבסיס לגישות אינטר-סובייקטיביות מבוססות רגש וחוויה. מטופל אשר מקבל את התחושה שחלק ממנו נמצא או מופקד אצל המטפל, גם כאשר הוא אינו בסביבתו, קרי, שהמטפל נושא עמו חלק ממנו (חושב עליו, דואג לו, מחזיק תחושות

וציפיות לגביו), מקבל את התחושה שקיומו משפיע על המטפל באופן עמוק. עבור המטופל, החוויה שקיומו הינו חלק מהמטפל משפיעה על האופן בו הוא חווה את קיומו ואת עצמי שלו. עבור חלק מהמטופלים, זוהי חוויה חדשה שאינה מוכרת ביחסים משמעותיים מעברם. למעשה, זוהי חווית עצמי בתוך התקשרות בטוחה. עבורנו, בעיקר בזמנים כאלה, המשמעות היא יצירת "כללי עבודה" חדשים. מדובר בכללים חדשים ושונים ליחסים הטיפולים, שיאפשרו לנו לאותת למטופל, בדרך שנמצא לנו וששומרת עלינו ועל הקשר כקשר טיפולי, שהם המטופלים נמצאים בתוכנו, בראש ובלב, גם כשאינם כאן לידנו.

היבטים נוספים בגישה יכולים להיות לעזר, אך נזכיר לסיום רק מרכיב נוסף אחרון, הקשור בהיבטים ההתייחסותיים בגישה. **התערבויות התייחסותיות** הינן חלק מהעשייה השגורה בטיפול בגישה זו. היחסים בין המטפל והמטופל מדוברים באופן תדיר ופתוח. העיסוק הגלוי ביחסים מאפשר להישאר בחוויה צמודה ואותנטית של קשר, לקדם התקשרות בטוחה ופתוחה תוך הפגת בדידותו של המטופל עם חוויותיו, וקידום יכולתו להגיע למחוזות פנימיים חדשים. התערבויות אלה יכולות להתקיים במהלך כל הפגישה ובוודאי בסופה. בדיקה עם המטופל – כיצד הוא חש כרגע עם המטפל; כיצד הוא חש בשיתוף שלו (למשל, "איך זה בשבילך לשתף אותי בחוויה הזו"), שיתוף של המטפל בחוויה שלו לנוכח עבודתם (חוויה המזכרת בכדי להעצים בעקיפין את המטופל); ובדיקה עם המטופל כיצד זה עבורו לשמוע את חווית המטפל, וכדומה – כל אלה מאפשרים קשר משמעותי ו"חוצה מסכים".

סיכום

במאמר זה ניסינו להתבונן בדרכי הביטוי וההתמודדות של מטפלים עם רגשותיהם האישיים ועם אתגרי תפקידם בתקופה יוצאת הדופן הנוכחית. ניסינו לערוך אינטגרציה בין למידות מ"אירועי טראומה משותפת" קודמים שדווחו בספרות, תוך התבוננות רפלקטיבית על הדינמיקות החדשות שנוצרו ב"עידן הקורונה" ביחסי מטפל-מטופל. הדגשנו את הצורך בויסות רגשי של המטפלים כתנאי מקדים ליכולת שלהם להחזיק ולווסת את הקשר הטיפולי בצורה גמישה ויצירתית. הצענו דרכים שעשויות לסייע בכך תוך שימוש במושגים של חוסן, חמלה עצמית ותהליכי התקשרות. הרחבנו את הדיון על האתגרים הקשורים בשימוש במסכים לצורך תהליך טיפולי, והצענו על דרכי עבודה יצירתיות לעבודה טיפולית עם ילדים, הורים ומשפחות. כמו כן, התעכבנו על התרומה של שימוש בעקרונות של AEDP לעבודה טיפולית עם מבוגרים. לסיכום, אנחנו נמצאים כעת בעיצומו של תהליך למידה מואץ שבוודאי ימשיך להתגבש, תוך כדי תמיכה הדדית ושיתוף בהבנות והתנסויות. חשוב בתקופה זו לחפש אחר מקורות תמיכה ומשאבים הזמינים לנו כמטפלים, על מנת לייצר רווחה נפשית מספקת בכדי לטפל, לצד חיפוש אחר כלים ואסטרטגיות טיפוליות חדשות אשר יאפשרו לנו להתאים את הטיפול למצב הנוכחי.

על הכותבות

פרופ' אסתר כהן היא מומחית ומדריכה בפסיכולוגיה קלינית, פסיכולוגיה התפתחותית ובטיפול משפחתי. הייתה שנים רבות אשת סגל באוניברסיטה העברית בירושלים שם שימשה גם כראש המגמה לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד. בנוסף עמדה בשנים האחרונות בראש התכנית לפסיכולוגיה קלינית במסלול ילדים במרכז הבינתחומי בהרצליה. עוסקת במחקר, בהכשרה ובבניית תכניות מניעה וטיפול, ופרסמה רבות בעיקר בתחום הטיפול בהורות ובטראומה.

עדי סתר-רוגן היא מטפלת זוגית ומשפחתית מוסמכת. מטפלת מוסמכת בגישת הפסיכותרפיה הדינמית-חוויתית-מואצת על ידי מכון AEDP הבינלאומי ומשמשת כנציגת קהילת המטפלים הישראלים במכון AEDP. עדי מדריכה ומלמדת את הגישה באופן פרטני ובתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי. כמו כן, בעלת הסמכה לטיפול במצבי לחץ וטראומה, מטעם מכון הטראומה בבוסטון. עדי מנהלת פורום "טיפול זוגי ומשפחתי" באתר אינפומד.

מקורות

אילון, ע. ולהד, מ. (2000). חיים על הגבול - התמודדות במצבי לחץ, אי ודאות, סיכונים ביטחוניים, צמצום האלימות ומעבר לשלום. הוצאת נורד.

בולבי ג. (2016). בסיס בטוח: התקשרות הורה-ילד והתפתחות אנושית בריאה. עם עובד.

כהן, א. (2011). יעוץ להורים בצל ארעים טראומטיים: סיכונים, הגנה והשלכות להתערבות. בתוך: סימן-טוב, י. וכן-גל, ש. (עורכים). לגדול ממשבר. פרסומי משרד החינוך והתרבות.

- כהן, א. (2017) (עורכת). טיפול בהורות: גישה אינטגרטיבית לטיפול בבעיות ילדים באמצעות הוריהם. הוצאת אח.
- כהן, א. וסרדצה, י. (2014). טיפול במצוקה פוסט טראומטית של ילדים: מה ניתן ללמוד מיומניהם של מטפלים ישראלים? פסיכולוגיה עברית ברשת. אוחר מתוך <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3202>
- עומר, ח. ואלון, נ. (1994). עקרון הרציפות: גישה מאוחדת לאסון ולטראומה. בתוך: פסיכולוגיה כרך ד' (1-2) (עמ' 28-20) (גיליון מיוחד למחקרי מלחמת המפרץ).
- יישומי מודל אילון ולהד (2000) במשרד החינוך
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Shefi/HerumLachatzMashber/herum/BasicPh.htm>
- המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה [/https://metiv.org/he](https://metiv.org/he)
- מכון מודע במרכז הבינתחומי בהרצליה www.muda.idc.ac.il
- האתר של נף הסוקר מחקרים אודות חמלה עצמית [/https://self-compassion.org/the-research](https://self-compassion.org/the-research)
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Boulanger, G. (2013). Fearful Symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina, *Psychoanalytic Dialogues*, 23:1, 31-44, DOI: 10.1080/10481885.2013.752700
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books
- Cohen, E., Chazan, S.E., Lerner, M. & Maimon, E. (2010). Post-traumatic play in young children exposed to terrorism: An empirical study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 1-23
- Cohen, E. & Gadassi, R. (2018). The function of play for coping and therapy with children exposed to disasters and political violence. *Current Psychiatry Reports*, 20(5): 31.
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0895-x>
- Cohen, E., Pat-Horenczyk, R., & Haar-Shamir, D. (2014). Making room for play: An innovative intervention for toddlers and families under rocket fire. *Clinical Social Work Journal*, 42 (4), 336-345. (DOI: 10.007/s10615-013-0439-0)
- Cohen, E., Roer-Strier, D., Menachem, M., Fingher-Amitai, S., & Israeli, N. (2014). "Common-Fate": Therapists benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. *Clinical Social Work Journal*, 43 (1), 77-88. DOI 10.1007/s10615-014-0499-9
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*, New York: Owl Books
- Ekman, P. & Friesen, W. P. (2003). *Unmasking the Face: A Guide to Recognizing Emotions from Facial Expressions*. Los Altos, CA: Malor Books
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect: A Model for Accelerated Change*. New York: Basic Books
- Fosha, D. (2009). Healing Attachment Trauma with Attachment (and Then Some!), In M. Kerman (Ed.), *Clinical Pearls of Wisdom: 21 Leading Therapists Offer their Key Insights* (pp. 43-56). New York: Norton

Gatenio-Kalush, M. & Cohen, E. (2019). Creating "a Safe Haven": Emotion-Regulation Strategies Employed by Mothers and Young Children Exposed to Recurrent Political Violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00299-5>

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12043>. 4

Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1-17. <https://doi.org/10.1037/h0089433>

Kennedy, H., Ball, K. & Barlow, J. (2017). How does video interaction guidance contribute to infant and parental mental health and well-being? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 500-517

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-38

Neff, K. D., Kirkpatrick K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154

Omer, H., & Alon, N. (1994). The continuity principle: A unified approach to disaster and trauma. *American Journal of Community Psychology*, 22, 273-287. <https://doi.org/10.1007/BF02506866>

Pat-Horenczyk, R., Shi, C. S. W., Schramm-Yavin, S., Bar-Halperin, M., & Tan, L. J. (2015). Building Emotion and Affect Regulation (BEAR): Preliminary Evidence from an Open Trial in Children's Residential Group Homes in Singapore. *Child and Youth Care Forum*, 44(2), 175-190. doi.org/10.1007/s10566-014-9276-8

Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-Regulation*. New York: Norton

Ratcliffe, M., Ruddell, M., & Smith, B. (2014). What is a "sense of foreshortened future?" A phenomenological study of trauma, trust, and time. *Frontiers in Psychology* 5:1026. DOI:10.3389/fpsyg.2014.01026

Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19-37. <https://doi.org/10.1037/h0089434>

Saakvitne, K.W. (2002). Shared Trauma: The Therapist's Increased Vulnerability, *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443-449

רפסודה: קמפוס וירטואלי בזמן הקורונה

לכל ההרצאות המצולמות - לחץ כאן <<



OCD דיכאון CBT הפרעות קשב וריכוז מטפלים פירוש חלומות פסיכותרפיה פוסט טראומה חרדה טיפול בחרדות
הפרעות אכילה טיפול זוגי טיפול לפי אזורים מפת האתר אודות יצירת קשר הצטרפות לאינדקס מטפלים תקנון

