

פגיעה ביכולת ההכלה של המטפל עקב משבר בחייו האישיים

איום על הטיפול לצד אפשרות לצמיחה

רני לוי

במהלך חייו נקלע לעתים המטפל למשברים. מאמר זה עוסק בהשפעת משבר על יכולת ההכלה של המטפל את מטופליו. נדון בו משבר שבו הייתי מצוי עקב מחלת הסרטן של בת זוגי, ונבחנים ההיבטים הקשורים לחשיפה אישית שלי לצד חשיבות הכתיבה על הנושא. הסיטואציה המשברית מתוארת באמצעות המושג 'מיקרו־טראומה' כמשפיעה על יכולתו של המטפל להכיל את המטופל במהלך הטיפול. המאמר מתאר את תוצאות הפגיעה ביכולת ההכלה: ניתוק מהמטופל ומהעולם הפנימי של המטפל, תיקון מאני, קונקרטיזציה וכן ההשלכות שעושה המטפל על המטופלים והתחושות שהשלכות אלה מעוררות במטפל. היכולת להמשיך לחשוב ולטפל במצב המשברי מוגדרת כהכלת חוסר היכולת להכיל. מצב זה מאפשר חיבור מחדש לחשיבה הטיפולית ומכשיר את הדרך לצמיחה אישית של המטפל והמטופל.

ליעלי ז"ל באהבה

משבר אישי עלול לפקוד כל אחד מאתנו במהלך חייו המקצועיים. יש משברים בעקבות אירועים חיוביים, כגון מעבר דירה, שינוי מקום מגורים (re-location), חתונה, לידה וכדומה, אך נדמה שהשפעתם של משברים בעקבות אירועים שלילים ניכרת יותר. המשבר יכול לפגוע ישירות במטפל במקרים כגון מחלה, פציעה, גירושין או מצוקה כלכלית מתמשכת; במקרים אחרים המשבר נובע מפגיעה במישהו בסביבתו הקרובה, כמו למשל במקרים של מחלה או מוות של בן או בת משפחה. משברים מסוג זה מערערים את שגרת חייו של כל אדם, אולם השפעתו על כל אחד ואחת היא ייחודית.

חשיפה אישית: המִּחְבֵּר כמקרה בוחן (case study)

מאמר זה עוסק בהשפעת משבר בחייו האישיים של המטפל על עבודתו המקצועית. המשבר שמשמש אותי כמקרה לדוגמה הוא מחלת סרטן שד גרורתי שבה חלתה בת זוגי והשפעתה על עבודתי המקצועית כפסיכותרפיסט פסיכודינמי. סרטן שד גרורתי הוא מחלה שנחשבת חשוכת מרפא. ההתמודדות עם המחלה תבעה ממני ומשאר בני המשפחה מאמצים גדולים הן בטיפול בבת זוגי והן בשמירה על מסגרת משפחתית נאותה ומתפקדת. המאמץ הרב שהושקע והחיים בקרבת אדם יקר וחולה כל כך, המתמודד עם מצוקות פיזיות ונפשיות, חשפו אותי לחרדות בעלות אופי קיומי ולעולם רגשי המתקשר לחוויות הדיכאון.

אף על פי שישנם קווי דמיון בין משברים מסוגים שונים, לכל משבר יש מאפיינים מיוחדים והשפעה ספציפית. אי-אפשר לגזור גִּזְרָה שווה מהשפעת המשבר האישי שלי על עבודתי המקצועית לזו של אחרים. לשם השוואה, בת זוגי התמודדה עם חוסר אונים, עם חרדת מוות ועם שינויים מרחיקי לכת באורח החיים, אך השפעתם על עבודתה המקצועית כפסיכולוגית קלינית הייתה שונה מהשפעתם עלי. כל אחד מאתנו התייחס באופן שונה לסוגיות כחשיפה עצמית והתמודדות עם שינויים במסגרת הטיפולית ובתפיסת החיים והמקצוע. עם זאת אני מקווה שהדברים שאתאר ושאדון בהם יסייעו למטפלים אחרים הנקלעים למשבר בחייהם האישיים ואשר מעוניינים לבחון את השפעתו על חייהם המקצועיים.

מטבע הדברים עלי לחשוף פרטים מחיי האישיים בשנים האחרונות. נימה אישית זו זרה לאופי הכתיבה הפסיכואנליטית ולתרבותה. כמטפלים אנו נדרשים לאנונימיות שתפקידה לאפשר למטופלינו להפוך אותנו למושאי השלכות והעברה עבורם, וגם אני ממעט בחשיפה עצמית ואיני דוגל בה. עם זאת, החשיפה שנדרשת בכתיבת מאמר זה היא בעלת ערך לטעמי, ואני חרד מתוצאותיה, ובעיקר שהיעדר האנונימיות ישפיע על מטופלי ויפגע בתהליך הטיפול. עם זאת אני מאמין שעצמתם של תהליכי ההעברה וההשלכה לא יאפשרו למציאות 'לבלבל' את המטופלים שעשויים לקרוא מאמר זה. אם בכל זאת יקרה הדבר, אני סמוך ובטוח שאדע להפוך את החשיפה לחומר שיעזור להם בתהליך הטיפולי שהם עוברים.

משבריו של המטפל והשפעתם על עבודתו המקצועית, שהם טאבו במקצוענו, יוצאים מהמחשכים באופן אטי ומדוד בשנים האחרונות. אני מודע לביקורת שעשויים למתוח חברי למקצוע על החשיפה ומניעה: האם היא אכן משרתת את הנושא או שמא זו רק קריאה לעזרה של אדם בצרה? או גרוע מכך, אולי לפנינו מקרה של צורך נרקסיסטי ותו לא? אני מצטרף לדבריה של דבורה פלורסהיים (1947–2015), שלצד הגורמים האקסהיביציוניסטיים הקשורים בחשיפה יש צורך להעלות גם את המודעות לנושא זה (פלורסהיים 2007). אין התייחסות מספקת בספרות למטפל במשבר והיעדר

התייחסות זה לנושא מקשה על המטפל להיות מודע למצבו בזמן המשבר ולהשפעתו על קשריו הטיפוליים.

אני מוצא השראה אצל מייקל אייגן, שבתשובה לשאלה על החשיפה האישית שבכתביו, השיב: 'הייתי שמח יותר לו יכולתי לעשות יותר מזה. בכל פעם שקליפה נוספת נושלת ואני יוצא עוד קצת מהארון, אני מקבל כל כך הרבה למען עצמי וכך גם למען מטופלי' (מצוטט אצל מולינו [1997] 2010: 153). אני חש שהתועלת שיכולה לצמוח מכתביבת הדברים עולה על הנזק האפשרי ושיש בידי ובידי מטופלי כוחות רבים שיאפשרו לנו להיעזר בחשיפה זאת לטובתם. אני מאמין שתשומת לב ומתן לגיטימציה לצרכיו של המטפל בתקופות קשות ומסובכות עשויים לסייע. מענה הולם לצרכים אלה יאפשר את המשך הטיפול וישחרר אותו ממטענים שאינם מדוברים אך נוכחים בעבודתו ומשפיעים עליו.

דונלד קולסון סיפר על הקושי העיקרי בכתבה האישית העוסקת בהשפעת ההתמודדות עם מחלתה של בת זוגו על עבודתו כאנליטיקאי: 'במבט שני, העניין של "מה יחשבו אחרים" הפך זניח וחסר חשיבות. הבעיה הגדולה יותר שעזרה לי להבין מדוע יש מיעוט של ספרות בנושא התבררה כאשר ניסיתי לכתוב את הטיוטה הראשונה. יכולתי לעבוד על המאמר לא יותר מחצי שעה ואז חשתי הצפה של זיכרונות, רגשות ומחשבות מטרידים' (Colson 1995: 459).¹ הקושי העיקרי בכתבה בעלת יסודות ביוגרפיים שעניינה התמודדות עם משבר, נעוץ, כפי שקולסון שיתף בגילוי לב, בכאב האישי הכרוך במפגש המחודש עם התחושות והרגשות הקשורים במשבר שהכתבה עליו מזמנת.

השפעת המשבר על בני זוג של חולות סרטן שד

כדי לתת תוקף רחב יותר להשפעות ההתמודדות עם המחלה על בן הזוג, ולהראות שהשלכותיו של משבר מהסוג שעברתי אינן ייחודיות לי, אציג בקצרה מחקרים בנושא. מחקרים אלה הראו כי בני זוג של נשים המתמודדות עם סרטן שד סובלים מסימפטומים נפשיים דומים לאלה של בת הזוג החולה. הם מרגישים חוסר אונים וחרדה בשלבי ההתמודדות הראשונים עם מחלתה ונאבקים בפחדים הקשורים בהידרדרות במצבה הבריאותי ובחשש מפני מותה (Iqbal et al. 2001; Cochrane and Lewis 2005). במחקר שנערך בבית החולים הדסה בירושלים (Kadmon et al. 2008) השתתפו חמישים גברים שבת זוגם חלתה בסרטן שד. ניתוח השאלונים שחולקו למשתתפים הראה כי חמישית מהגברים ביטאו רמות שונות של לחץ ודאגה, מחציתם דיווחו על קשיים כלכליים, שלושה רבעים מהם דיווחו על שינוי במערכת

¹ התרגום שלי בכל מקום שלא צוין אחרת.

היחסים שלהם עם בת הזוג ויותר משליש מהם דיווחו על ירידה בתקשורת עם המשפחה.

בעבודתי כמנחה קבוצה של בני זוג של חולות סרטן שד (Levy 2011) נתקלתי בגברים אשר לקו ברמות שונות של מתח וחרדה. הם סבלו מתחושת זעם ותסכול וקושי להשלים עם מצבם. כמו כן הם חשו בהתדרדרות ביכולתם המקצועית ובתפקודם כהורים לילדיהם.

מידע רב שאבתי ממאמרו של קולסון (Colson 1995) העוסק בהתמודדותו כאנליטיקאי עם מחלתה של אשתו, ובעקבות מאמרו התוודעתי גם לספרו המרגש של רודמן (Rodman 1977), שכתב על הליווי שלו את אשתו במהלך מחלת הסרטן ממנה סבלה.

כתיבה על משבר אצל המטפל

נינה קולטרט (Coltart 1993; 1997–1927) ציינה כי כתיבה אישית בתחום הפסיכואנליזה היא מעין טאבו. נראה שירשנו את הטאבו הזה מאבות ואמהות הפסיכואנליזה. מעטים מהם כתבו על עצמם או על השפעת חייהם האישיים על עבודתם.

בשני העשורים האחרונים, עם חדירת התפיסה של 'המטפל כאדם' לחדר הטיפוליים, התפתחה סוגה נוספת של כתיבה מקצועית. סוגה זו נועדה לשתף באופן מקצועי בחוויות ובהשפעת אירועים אישיים משבריים של המטפל על עבודתו. מאמר זה מצטרף לשורת פרסומים אלה. רוב העיסוק בנושא נע סביב ההתמודדות האישית של המטפל עם מחלה והשפעתה על הטיפול. כותבים רבים התייחסו לסוגיות כגון גילוי עובדת המחלה למטופל והשפעתה על הטיפול, השפעות המחלה על ההעברה הנגדית למטופלים וכן סוגיות הקשורות למסגרת הטיפולית בשעת מחלה.² נכתבו גם מאמרים על ההשפעות של מות אמה של המטפלת על עבודתה הקלינית (Shapiro 1985) ועל זו של מחלת בתה על יכולתה להכלה עצמית (Flax 2011).

יהושע דורבן, רינה לזר וגילה עופר (Durban, Lazar and Ofer 1993) נגעו בנושא התמודדות המטפל הסובל ממחלה, ובעיקר בקושי שלו להכיל את המטופל בתקופת מחלתו. המטפל, הם כתבו, חש בתקופת מחלה כבעליו של מכל סדוק. הם סברו שהעבודה הטיפולית עם הסדק שמתהווה והמפגש הכולל תחושות ורגשות שהסדק מחולל עשויים לאפשר עבודה עמוקה יותר עם המטופל. באמצעות פיתוח היכולת להכיל את הסדק במכל הופך המכל הסדוק של המטפל לסדק מכיל עבור המטופל.

² Little 1967; Schwartz 1987; Lasky 1990; Gurtman 1990; Halpert 1982; Shapiro 1985

דבורה פלורסהיים ז"ל התייחסה באומץ להשפעתה של מחלת הסרטן על עבודתה המקצועית כמטפלת. במאמרה היא שאלה כיצד יכול הטיפול לשרוד את הטלטלות שעוברת המטפלת החולה בין חיים לחרדת מוות ובין תקווה לייאוש. האם יכול הטיפול לשרוד את ניפוח האשליה שהמטפל חזק, בריא ומגן, כאשר המציאות זולגת פנימה ומאיימת להרוס את המרחב המוגן של הטיפול? כמו כן היא עסקה בשאלת החשיפה האישית והביאה דוגמאות להשפעת החשיפה האישית לפני מטופלים ולפני קולגות ומודרכים. היא תיארה גם את המצבים הקשים ביותר להכלה, כשהייאוש והמוות ממלאים את החדר (פלורסהיים 2007).

מאפייני המשבר

שורש המילה משבר (שב"ר) מעלה אסוציאציות לשבירה, לקריסה ולשינוי פתאומי במצב החומר. אך יש לו משמעויות נוספות. למשל, הביטוי 'לשבור שבר' אשר משמעותו היא להשביע רעב. בבראשית מב, 1–2 נאמר כי יעקב מורה לבניו: 'רְדוּ־שָׁמָּה וְשִׁבְרוּ־לָנוּ מֶשֶׁם, וְנַחֲיָה וְלֹא נָמוּת'. אפשר ללמוד מכך שהמשבר מבקש פעולה שתפקידה להוציא את האדם מתוך עצמו ומקומו. פירוש אחר למילה משבר היא גל שנשבר בים. ביונה ב, 4 כתוב: 'וַתִּשְׁלִיכֵנִי מִצֹּלָה פְּלִבִּי יָמִים, וְנָהָר יִסְבְּבֵנִי; כָּל־מִשְׁבְּרֵיךָ וְגִלְיָךְ, עָלַי עָבְרוּ'. כיוון שהגל הוא גוש מים שאינו נשבר אפשר לגלוש עליו, להגיע למקום אחר. המשבר, לעומת זאת, הוא גוש מים שמתרסק עלינו, מטלטל אותנו ואינו נושא אותנו למקום אחר. פירוש נוסף מציג את המשבר כפתח הרחם שנשבר בשעת הלידה. כשתינוק נולד ראשו פותח את רחם אמו, שובר את מעטפת הרחם ויוצא החוצה לעולם. במלכים ב יט, 3, נאמר: 'יּוֹם־צָרָה וְתוֹכָחָה וְנֶאֱצָה, הַיּוֹם הַזֶּה: כִּי בָאוּ בָנִים עַד־מִשְׁבֶּר, וְכַח אֵין לָלֶדֶה'. הפסוק מתייחס לתינוקות שהגיעו ממש עד פתח הרחם אבל חסרים את הכוח להבקיע את הדרך החוצה ולהיוולד. המשבר הוא גם סוג של סוורה (caesura), מעבר מתוך הרחם החוצה, אל העולם. זהו תהליך יציאה אל המציאות ומפגש טראומטי ומטלטל עמה.

המשבר האישי שלי

בתקופת מחלתה של בת זוגי איבדנו כמה חברות וחברים שחלו בסרטן. מותם לווה תמיד בחששות ממותה האפשרי של בת זוגי. חרדות אלה הדידו שינה מעיני והעסיקו אותי לא מעט. הבדיקות שהיא נדרשה לעבור חדשות לבקרים העלו בכל פעם מחדש את הפחד ממוות קרב. המתח שהצטבר לפני כל בדיקה והמעמסה הנפשית הכרוכה בהתמודדות עם התוצאות, לא תמיד זכו לעיבוד ראוי. לא פעם, עם קבלתו של מידע קשה, היה עלי לפגוש מטופל או להיות עם הילדים ולהמשיך לתפקד כהורה. נוסף על חרדת המוות חשתי גם אחריות ואשמה. פעמים רבות נאלצתי ללכת לעבודה בעוד

היא חשה ברע. ניסיתי להתרכז במטופלים ובטיפול בעת שלבי היה בבית עם בת זוגי. תחושה נוספת שאפיינה את תקופת ההתמודדות עם המחלה הייתה חוסר אונים. בעוד החולה יכול להשיב לעצמו, ולו באופן אשלייתי, את תחושת השליטה במחלה באמצעות טיפולים, שינוי הרגלים וקבלת החלטות, האדם המלווה את החולה האהוב חש חסר אונים ונטול שליטה. הקושי לעמוד לאורך זמן לצד אדם אהוב שסובל היא חוויה חוזרת ונשנית הנחרטת בנפש. תחושת חוסר האונים מופיעה גם נוכח הסבל שנגרם לבני משפחה נוספים. בפעם הראשונה שבתי התייחסה ל'מחלת הסרטן' אחז בי רעד. באותו רגע הבנתי עד כמה ניסיתי להכחיש את מודעותה למחלה. המשבר מחייב התמודדות עם שינויים מרחיקי לכת בחיים. אורח החיים הקודם כבר לא ישוב והעתיד אינו ידוע. המשבר דורש לעבד ככל פעם מחדש אבדני ביניים שונים הקשורים בו. כך, למשל, במהלך המחלה נאלצתי להתאבל על אבדנים הקשורים בהתפתחות המשפחה, התקדמות מקצועית, ביטחון כלכלי ובעיקר על אבדן המעטפת המרגיעה של המציאות הידועה והמוכרת לי. עבודת האבל נעשית במקביל להתמודדות ואינה מסתיימת אף פעם. האבל פושט ולובש צורה בהתאם לנסיבות והכאב עשוי להתמתן כתוצאה ממפגש עם מציאות מלאה חיים ואפשרויות חדשות הנפתחות לאורך הדרך.

חלק מהתחושות בזמן משבר הן קבועות יחסית. הן אמנם עשויות להידחק לקרן זווית כדי לאפשר חיי שגרה, אך הן לא נעלמות. סכנת מותה של בת זוגי ריחפה מעל באופן די קבוע והחרדה שחשתי נכחה כל הזמן, אף שלבשה ופשטה צורות שונות. לא הייתה זו פנטזיה או חרדה בעלת גוון השלכתי בלבד, אלא חרדה שהיו לה עוגנים יציבים מאוד במציאות. מנגנוני ההגנה שמצאתי את עצמי משתמש בהם היו בעיקר הכחשה, הדחקה ופעולות וביטויי פעולה (acting out).

המשבר על רקע משברים קודמים

המשבר שאני עוסק בו מתרחש אצל אדם בוגר. ההתייחסות למשבר המאוחר עשויה להיות קשורה לתקופת השבר הראשוני אשר התרחש בילדות המוקדמת, והעמדה כלפיו עלולה להיות מושפעת מאותו שבר בסיסי קדום. נוסף על החרדות הנובעות מנתוני המציאות, מתעוררות גם חרדות שמקורן בעברו האישי של כל אדם. אירועים בתוך המשבר נחווים כחזרה לטראומה מהעבר. רוברט סטולורו וג'ורג' אטווד כתבו: 'חזרה לטראומה מוקדמת בשלב מאוחר בחיים מתרחשת בעת שעתוק הטראומה המקורית, המציינת אישור לעקרונות המארגנים של הטראומה המקורית, או אבדן או שיבוש של קשר תומך שסיפק התנסות מארגנת חלופית, שבהיעדרו משתלטים העקרונות המארגנים הקודמים על קדמת הבמה' (מצוטט אצל שדוק [2000] 2011: 56). תקופת משבר היא קרקע פורייה לחזרה על דפוסי עבר. רגשות של חוסר אונים

ומצוקה, וחרדות בעלות אופי קיומי ובדידות, לצד הזדקקות מוגברת לעזרה מגורם חיצוני, נוכחים באופן פעיל. כאשר הדמות המשמשת לרוב כמקור תמיכה הולכת ונחלשת, כמו במקרה של בת זוג חולה, חל שיבוש משמעותי בקשר התומך, דבר המעודד את חזרתם של דפוסי פעולה קודמים.

מייקל באלִינט (1896–1970) אפיין את 'השבר הבסיסי', אחד המושגים המרכזיים בתאוריה שלו. הוא הסביר כי השתמש במילה 'שבר', 'כי במילה זו בדיוק משתמשים מטופלים רבים. ראשית המטופל אומר כי חש שמשהו בו אינו כשורה, שיש בו שבר שיש לתקנו. התחושה היא שזהו שבר – לא תסביר, לא קונפליקט, לא מצב. שנית, קיימת תחושה שהשבר נובע מכך שמשהו הכזיב את המטופל או השתמש ממחויבותו כלפיו (defaulted on him) ושלישית, האזור אפוף חרדה עזה המובעת בדרך כלל כדרישה נואשת מהאנליטיקאי שלא יכזיב הפעם את המטופל – למעשה אסור לא להכזיב' (באלינט [1968] 2006: 56). המשבר שעליו דיבר באלִינט קשור בהיעדר יחס קשוב מצד הדמויות המטפלות בתינוק או ביחס שאינו מותאם לצרכיו. כתוצאה מכך נוצר השבר הבסיסי אשר אליו, במסגרת הרגרסיה בטיפול, אליבא דבאלִינט, חוזר המטופל לצורך תיקון והתחלה חדשה. בהערת שוליים הוא כתב: 'את השבר הבסיסי לא ניתן לסלק, לפתור או לבטל. הוא עשוי אולי להתאחות, אך הוא יותיר צלקת, כלומר העובדה שהיה קיים בעבר תוכל תמיד להתגלות' (באלינט [1968] 2006: 201). קולסון, שהתמודד עם מחלת אשתו ועם מותה מסרטן, כתב: 'בתגובה לטראומה גדולה או לאבדן, אנליטיקאים צריכים לצפות להחרפה של קשיים נירוטיים מרכזיים ושל תבניות יחסים בעייתיות, בלי קשר לעצמה שבה נחוו ונבחנו קונפליקטים אלה באנליזות האישיות שלהם. הסוגיות והבעיות שחוויות עם אמי בשלבים המוקדמים של חיי, תאמו במידה רבה את מצבי הנסיבות הנוכחיות' (Colson 1995: 467). הוא המשיך ותיאר את הדמיון שבין החוויות שחווה באירועים הקשורים למחלת אשתו לבין אלה שאפיינו את הקשר שלו עם אמו.

כל תקופת המחלה חשתי כי נפגעה תשומת לבי למטופלי. לפרקים נדמה היה לי שתשומת לבי הופנתה מהם לעבר משפחתי ובת זוגי, וחששתי שמטופלי ירגישו בכך ויעזבו את הטיפול באכזבה. חרדה זו השפיעה עלי, הגבילה את חופש הטיפול שלי ועוררה בי רגשי אשמה. במקביל חשתי כי בת זוגי מסיטה את תשומת לבה ממני ומפנה אותה יותר לעצמה ולטיפול במחלתה. מהלך זה, יחד עם היותו טבעי ומובן, הסב לי כאב רב ונחווה כנטישה. הסתת תשומת הלב של בת זוגי, יחד עם הסתת תשומת לבי ממטופלי והחרדה שגם הם ינהגו כך בהשפעת מצבי, עוררו בי זיכרונות על הסתת תשומת הלב של אמי ממני. אף על פי שחוויות אלה עובדו בטיפול במהלך השנים, הרגשתי שאני מתקשה לשמור על תשומת הלב שלי כלפי מטופלי.

כאשר חקרתי את הנושא והבנתי שאני משחזר את דפוס הסתת תשומת הלב של אמי ממני נרגעתי מעט. הבנתי ששחזרתי כבר את החרדה הקשורה לנטישתה המנטלית של אמי עם מטופלי. אני נטשתי אותם בכך שהסרתי את תשומת לבי מהם,

ובה בעת פחדתי להינטש על ידם. הבנה זו סייעה לי להתמודד עם המתח הכרוך בשמירה על המטופלים שלי ועזרה לי לטפל בהם באופן חופשי יותר, בלי לחשוש מאפשרות נטישתם. כדי להתמודד באופן מיטבי עם חזרה על דפוסי העבר יש להיות ערים לכך שחזרות כאלה אפשריות ולהימצא בסביבה המאפשרת בדיקה והבנה של האירועים.

מכיוון שעיבוד שלם של העבר ושל השפעתו על ההווה אינו אפשרי, יש להיזהר מעמדה אידאלית ואומניפוטנטית, הרואה במטפלים אנשים המוגנים מחזרה על דפוסי עבר. סיטואציה משברית מזמנת התמודדות מחודשת עם טראומות העבר, ויש לקוות שתהליך טיפולי משמעותי יסייע בהתמודדות עם חזרה זו, אך אין לצפות למניעתה המוחלטת.

משבר כרצף של מיקרו־טראומות

משבר עקב התמודדות עם מחלה אינו אירוע חד־פעמי אלא רצף של סיטואציות משבריות. ברצף הסיטואציות נחוזה כל משבר כאחד מני רבים; גם כשהוא דרמטי יותר הוא נחוזה כעוד אחד ברצף משברים בתקופה מסוימת. המשבר הוא שם כולל לתקופה שאפשר לפרק אותה למספר רב של סיטואציות משבריות שאותן אכנה 'מיקרו־טראומות' (micro-traumas). מקורו של מושג הטרומה הוא בעולם הרפואה וכך גם המיקרו־טראומה (Thomas 1989). מיקרו־טראומה היא פגיעה הנובעת מהצטברות הדרגתית של נזקים מזעריים לרקמת הגוף. נזקים אלה נגרמים מעומסים חוזרים ונשנים על הרקמות, לרבות רקמות אלסטיות כגון גידים, שגוברים בהדרגה על יכולת התגובה האלסטית של הרקמה. לשם המחשה אפשר לתאר כיפוף חוט מתכת והחזרתו לצורתו הקודמת. אם נמשיך לכופף את חוט המתכת שוב ושוב, המתכת תיחלש בהדרגה והיא עלולה בסופו של דבר להישבר. באופן דומה, עומסים חוזרים ונשנים על אותם רקמות או סיבים, גם אם אינם מופעלים באותה צורה או באותו כיוון, עלולים להצטבר ולגרום לכשל רקמות.

ההגדרה הרפואית של מיקרו־טראומה מספקת מטפורה גופנית הממחישה את אופן פעולתה של המיקרו־טראומה הנפשית. ריצ'רד סידס (Seides 2010) תיאר זאת כסדרה של אירועים הכוללים עלבונות, הזנחה רגשית, השפלה והאשמה. אירועים אלה הם בעלי אפקט מצטבר, ולכן לאורך זמן הם עלולים לגרום להופעתם של סימפטומים העונים על ההגדרה של PTSD (Post-Trauma Stress Disorder), הפרעת דחק פוסט־טראומטית).

הגדרה זאת של מושג המיקרו־טראומה מתייחסת לצד הסובייקטיבי, לאופן שהאדם חווה ומפרש ואת האירועים. אין מדובר באירועים מסכני חיים, ומשמעותם יכולה להיתפס כמשנית למביט מבחוץ, אך משמעותם למי שחוזה אותם מכרעת והם מקשים

על היכולת לחשוב ולהרגיש. ז'אן לפלאנש וז'אן-ברטראן פונטאליס ציינו שבטראומה 'שטף הגירויים' הנו מופרז ביחס לסבילות של מנגנון הנפש, בין שמדובר במאורע אחד אלים ביותר (רגש חזק) או בין שבהצטברות של גירויים שכל אחד מהם בנפרד יכול להיות נסבל; עיקרון הקביעות הוא הראשון שנוחל כישלון, הואיל ומנגנון הנפש אינו מסוגל לפרוק את הגרייה' (לפלאנש ופונטאליס [1967] 2011: 352).

אותם 'גירויים' שכל אחד מהם בנפרד יכול היה להיות נסבל' הם מיקרו־טראומות, שאותן הגדיר סידס (Seides 2010). ג'יי פרנקל כינה אירועים אלה 'טראומות נורמליות' בבואו לנתח את המושג 'הזדהות עם התוקפן' של שנדור פרנצי (1847–1933) ולהסביר את שכיחותו. הוא בחן את תופעת ההזדהות עם התוקפן, שהיא תוצאה של אירוע טראומטי, על פי פרנצי. הוא גילה שהיא מתרחשת בתכיפות רבה, דבר המאלץ אותנו והציע להרחיב את המושג 'טראומה' ולהחילו גם על 'טראומות נורמליות', 'עדינות' כביכול, המתרחשות ללא רקע של התעללות בילדות. גם טראומות כאלה גורמות להזדהות עם התוקפן (Frankel 2004). אלה אירועים של הזנחה רגשית ונטישה בעלי אופי חוזר ופוגעני. המיקרו־טראומות הן אירועים מצטברים בהתמודדות בעלת פוטנציאל טראומטי משתנה, בהתאם לעצמתם ולחוויתו הסובייקטיבית של האדם החווה אותם.

הכותבים שהזכרתי עסקו באירועים פוגעניים המתרחשים בתוך קשר. האירועים שאני מבקש לתאר כאן מתרחשים גם כן במסגרת של קשר, אך הם אינם תוצר של מערכת יחסים פוגענית או של הזנחה רגשית, אלא של חיים במציאות שקשה להכילה: מפגש עם חרדה קיומית לחיי אנשים קרובים ויקרים, התמודדות עם חוסר אונים או מפגש ממושך עם כאב נפשי של אדם אחר.

המיקרו־טראומה היא אירוע שבו מונכח המצב המשברי. לדוגמה, אם במהלך המשבר אי־אפשר לתכנן בבטחה תכניות לעתיד, אזי ביטול חגיגת יום הולדת עקב טיפול כימותרפי הוא אירוע שמותיר מיקרו־טראומה המנכיחה את חוסר היכולת לתכנן ואת חוסר השליטה במצב. המיקרו־טראומות שפקדו אותי במהלך מחלתה של בת זוגי הם הרגע שבו נודע כי תרופה מסוימת כבר אינה אפקטיבית, שבו נתגלתה גרורה חדשה או כשהבנו שאין יותר תרופות שיכולות לסייע לבלימת המחלה. רגעים אלה מנכיחים את חרדת המוות הנמצאת ברקע ההתמודדות עם המחלה. חרדה זו מאיימת על יכולת התפקוד.

עיקר ההתמודדות עם משבר מסוג זה נובע מהשלכות המצב ולא מיחסו של האחר. המשבר הוא אירוע חיצוני למערכת היחסים הפועל ומשפיע עליה. כאשר בת זוגי סבלה מתופעות לוואי של טיפול כימותרפי, המיקרו־טראומה הייתה עצם היותי אתה במצב מצוקה שבו יכולתי להקל עליה מוגבלת. קשיים במערכת היחסים הבין־אישיים במהלך המשבר הופכים לחלק מההתמודדות הכללית.

מיקרורטראומות כפגיעה במערכת ההכלה

בזמן משבר נפגעות אצל המטפל יכולות רבות ושונות. כך כתבה אן־מרי ריטוהונקה:

בזמן משבר אנו עלולים לחוות תחושות של אשמה, בושה וכישלון, כאילו המשימה שלפנינו הופכת אותנו לאנליטיקאים לא כשירים. המשבר יכול לחשוף אותנו לתשישות ודיכאון. אנחנו עלולים לסגת להגנות נרקסיסטיות כגון צרות עין כלפי מטפלינו. אנחנו עלולים לאבד יכולות מסוימות, כגון לחלום, להרגיש, להכיל, להחזיק או לשחק, יכולות שהן משמעותיות ל[מקצוע ה]פסיכואנליזה. כיוון שכך, כתוצאה מכך המסגרת הפסיכואנליטית מאוימת (Rytöhonka 2015).

אפשר להוסיף לרשימת היכולות שנפגעות גם את היכולת להתרכז, לחשוב באופן מופשט ולא קונקרטי, לשמור על עניין ועל סקרנות אנליטיים וכן על גישה סובלנית ולא שיפוטית כלפי המטופלים. יכולת נוספת שנפגעת היא היכולת לחשוב על המטופלים בין הפגישות. יכולת זו התערערה בי בתקופת המשבר.

אולם לעניות דעתי, היכולת המקצועית שנפגעת יותר מכול היא היכולת להכיל את רגשותיו ותחושותיו של המטופל. וילפרד ביון (Bion) (1897–1979) טבע את המושגים 'מכל' ו'מוכל' כדי להסביר את התפתחותה של המחשבה האנושית. המודל של מערכת ההכלה מתבסס על הקשר שבין האם לתינוק. האם מכילה את חרדות המוות של התינוק ומתמירה אותן בתוכה עבורו לתוכן מנטלי שאפשר להשתמש בו לצורכי חשיבה ואחסון בזיכרון. כידוע, הכלה היא שם הפעולה שבמרכזה התמרת תוכן רגשי תחושותי לתוכן ברייזוג וחשיבה. במונחיו של ביון הכלה היא הפיכת תוכן מסוג ביתא, רכיבי ביתא (β -elements) לתוכן מסוג אלפא, רכיבי אלפא (α -elements), על ידי פעולתה של פונקציית אלפא (ביון [1962] 2004). המכל (container) מוגדר לא כדבר אלא כתהליך. זוהי היכולת לעבודה פסיכולוגית לא־מודעת ולעבודת חלימה (reverie). רונלד בריטון ([1989] 2015) ציין כי הכלה היא פעולה היוצרת מסגרת לתחושות ובכך היא מעניקה להן משמעות. כך מעניקים המילה או המשפט, הבאים כמענה לדברי המטופל, משמעות לתחושות חסרות משמעות של המטופל ומארגנות את התחושות בתוך תבנית המילה וגבולות משמעותה.

המוכל (contained) מוגדר גם הוא לא כסטטי, אלא כתהליך דינמי, שבמצב של בריאות נפשית מתרחב ומשתנה כל הזמן. המונח מתייחס למחשבות במובן הרחב ולרגשות הנובעים מהחווייה של האדם במציאות. מעשה החלימה הפסיכולוגית היא בעצם פעולת המכל. ביון סבר כי במרכז הפעילות הנפשית והטיפול הפסיכואנליטי נמצא הקשר בין המוכל, כלומר מחשבות, תחושות ורגשות הנובעים מן הניסיון במפגש עם המציאות, לבין המכל שהוא היכולת לחלום מחשבות, תחושות ורגשות אלה. מטרתה של הפסיכואנליזה, מנקודת מבט זו, אינה לפתור קונפליקטים מודחקים

אלא לאפשר צמיחה הדדית של המוכל-מכל (אוגדן [2004] 2011). הצמד מוכל-מכל קיים בכל אחד מאתנו ובא לביטוי בקשרים שבחינו ובקשר שלנו עם עצמנו. צמד זה, שבעזרתו אנו מתרגמים תחושות ורגשות לייצוגים הניתנים לחשיבה, פועל גם בקשר עם הסובבים אותנו, כמו למשל המטפל שלנו, המשמש עבורנו כמכל, או ילדינו שאנו משמשים כמכל עבורם.

ביון הציג שלושה סוגי קשרים בין המכל למוכל: קשר סימביוטי, קשר שיתופי (commensal), וקשר טפילי (parasite). הקשר המצמיח ביותר הוא הקשר השיתופי (ביון [1962] 2004: 109). בקשר זה מחוברים המכל והמוכל באופן המאפשר צמיחה הדדית של שניהם. המכל גדל ונוצר בו מקום לעוד תחושות ורגשות, בעוד המוכל עובר התמרה מתחושות ורגשות לייצוגים. בקשר זה ההשלכה פחותה ושיתוף הפעולה בין שני הצדדים הוא מרבי. מצב זה מאפיין את העמדה הדפרסיבית והוא קיים כאשר יש הפרדות מספקת בין המכל למוכל. ההפרדות, הסזורה הנוצרת בין המכל למוכל מאפשרת מעבר תחושות ורגשות ללא ניתוק או היצמדות, וקיים קשר של העשרה הדדית והתפתחות.

קשר טפילי קיים כאשר האובייקט שיצרו המכל והמוכל הורס אותם במקום לאפשר להם חשיבה נוספת. אובייקט כזה יכול להיות חוסר קוהרנטיות, דרשנות או יעילות, אשר בשמם מסולקים הרגשות ואינם נחווים. בני הזוג ג'ואן ונוויל סימינגטון תיארו בספרם העוסק בתורתו של ביון (סימינגטון וסימינגטון [1996] 2000) אירוע, שבו המטפל הגיב בקיצוניות לזלזול שהפגין לכאורה המטופל במאמציו להתאים את זמני הפגישות לצרכיו. הריב הביא לשתיקה זועמת ולנוקשות של המטפל. זוהי דוגמה לקשר טפילי שבה הרס הרגש של המטופל את יכולת המחשבה של המטפל.

קשר סימביוטי הוא קשר חד-צדדי שבו המכל מכיל את המוכל. זהו מצב שבו יש זדהות השלכתית מסיבית מצד התינוק במערכת האם-תינוק או המטפל-מטפל. במצב זה ההפרדה בין המכל למוכל אינה שלמה ועל המכל להקפיד על התגובה הטיפולית ולפרש את התוכן המועבר באופן ובצורה המתאימים ביותר למטופל. הדוגמה הבאה תמחיש עבודת הכלה כפי שבאה לידי ביטוי בטיפול שבמרכזו קשר שיתופי בין מטפל למטופל, בין המכל למוכל. המטפל חש באופן ברור ומוחשי את חרדת היעדר הקיום שהמטופל ביטא והיה מסוגל לחשוב עליה ולהעבירה בצורה מעובדת יותר למטופל. מדובר במטופל מבוגר אשר זכר תמונות, תחושות ורגשות מילדותו באופן חלקי בלבד. כאשר הוא תיאר סיטואציות מילדותו התיאורים היו לרוב ריקים וחסרי צבע או טעם והוא נשמע כמי שמדבר על אדם אחר. למרות הניסיון לתאר את הילד שהוא היה ולחבור אליו, תחושת הניתוק והמרחק נותרה על כנה. המטופל רצה מאוד להתחבר לילד שהוא היה, והלך לביטוי של שכן בשכונת ילדותו בתקווה שהמקום יעלה בו זיכרונות. לאחר הביקור בבית ילדותו ובשכונה שבה גדל הוא הגיע לפגישה הטיפולית וסיפר:

הלכתי לחצר וזכרתי ששיחקתי שם עם חברים. אבל לא היה שם כלום, לא הרגשתי כלום, שום זיכרון לא עלה. עליתי במדרגות וחדר המדרגות המוכר לא הזכיר לי כלום, וכך היה גם מול הדלת ולמטה בכניסה לבית. כל כך רציתי להיזכר ולא הצלחתי להיזכר בכלום. חזרתי משם הביתה מאוכזב מאוד כי לא הצלחתי להעלות כלום.

הקשבתי לו והרגשתי שהוא מצא מילים למשהו שחש כבר זמן רב, ושגם אני חשתי אותו בעצמה רבה. אמרתי לו: 'זה בדיוק מה שהיה שם, כלום. זה מה שהיה. אתה הרגשת את מה שהרגשתי שם תמיד, את הכלום'. המטופל הבין את כוונתי ונראה היה כי חש הקלה. החיבור שלו עם מי שהיה בילדותו היה חיבור לכלום, להיעדר התחושה שהרגיש כילה, כאילו הדבר שעליו דיבר כל הזמן הפך להיות מוחשי ומוכר לו. ה'כלום' שנאמר כל הזמן הפך להיות כלום שהורגש. הוא נוצר שוב על ידי המטופל והפך לפיסת חיים חיה ואמתית עבורו. הוא לא רק דיבר על הכלום, אלא חווה אותו כחלק ממנו.

בזמן שהמטופל תיאר את הסיוור שערך בשכונת ילדותו ובבית הדירות שבו התגורר, יכולתי לחוש בתוכי את הריקנות שעליה דיבר לא פעם במהלך הטיפול, לחוש את ה'כלום'. כאשר שיתף אותי בתחושת ה'כלום' שחש במהלך הסיוור יכולתי לחבר בתוכי בין ה'כלום' שדובר והורגש פעמים רבות בחדר ובין ה'כלום' שחש כילד באותו מקום. הדברים שאמרתי עזרו לו להתחבר אל ילדותו, ולהבין לעומק את מהותה של התחושה ששב והזכיר במהלך הקשר הטיפולי אתי.

מה שהתרחש ביני לבין המטופל היה הכלה שהביאה ליצירה של דבר שלא נוצר קודם לכן. מה שהיה קיים כמשהו ידוע אבל לא חי, לא מורגש, לא ברור ולכן גם נפרד מהנפש ולא חלק ממנה, הפך להיות חי, קיים ובר חשיבה. מנגנון ההכלה שלי כמטפל הפך את פיסת המידע הזאת לנגישה ולניתנת לעיכול על ידי המטופל.

צמצום היכולת להכלה עקב הצפת המכל

בעקבות ג'יימס גרוטשטיין (1925–2015), תיאר לורנס בראון אירוע טראומטי כאירוע שמביא לקריסת יכולת ההכלה:

אדבק בנקודת המבט האקונומית של פרויד כהיבט מרכזי של טראומה, כלומר 'גרירות מבחוץ' שהן עצמיות דיין כדי לפרוץ דרך המעטפת המגנה'. אולם אני מציע להרחיב את נקודת המבט הזו כך שתכלול את ההגדרה של גרוטשטיין (Grotstein 1997, 2000) לטראומה כגירוי פתאומי ומציף, שהוא חיצוני לעצמי וחורג מיכולת ההכלה של הפרט. הכנסת המושג של ביון, 'הכלה', מאפשרת הרחבת החשיבה של פרויד כך שתכלול את היבטי יחסי האובייקט של מה שקרוי 'המעטפת המגנה' (Brown 2005: 399).

תפיסת הטראומה כאירוע שאי־אפשר להכילו ממשיכה את מחשבתו של זיגמונד פרויד (1856–1939) על טראומה. כאשר לפלאנש ופונטאליס כתבו כי 'במונחים משקיים, הטראומה מאופיינת על ידי שטף גירויים מופרז ביחס לסבילותו של הסובייקט ויכולתו לשלוט בגירויים אלה ולעבדם באופן נפשי' (לפלאנש ופונטאליס [1967] 2011: 351), כוונתם הייתה, בשפתו של ביון, לגירויים שהסובייקט אינו יכול להכילם. ההרחבה של גרוטשטיין להגדרת הטראומה מכילה בתוכה גם את רעיון ההכלה של ביון.

במצב של מיקרו־טראומה, הכלה עצמית (Self-containment) אינה אפשרית. הכלה עצמית, על פי פיטר פונגיי ועמיתיו (Fonagy et al. 2002), מזכירה את הגדרתו של ביון למושג 'הכלה'. מדובר ביכולתו של האדם להיות מודע לרגשותיו ולתחושותיו ולהבין את פשרן. ההכלה העצמית מאפשרת למטפל להמשיך לחשוב במהלך הפגישה בעוד התחושות והרגשות עולים במהלכה.

המכל של כל אחד הוא סופי בגודלו ועשוי להגיע למצב של רוויה. כל מטפל יכול לבצע את פעולת ההכלה בהתאם לגודלו של המכל שלו, יכולתו וזמינות הרגשית בזמן הפגישה. צמצום יכולת ההכלה של המטפל בתקופת המשבר מצביע על הקושי שלו להיות להכיל ולהגן על המכל שלו מרוויה. ביון ייחס חשיבות רבה לצורך לשמור על המכל של המטפל פנוי. המלצתו לשמור על הנפש ללא זיכרון, תשוקה או הבנה, נועדה לשמור על המכל פנוי לתכנים של המטופל. המטפורה על גודל המכל ממחישה ומסבירה באופן ויזואלי את הפעולות הנפשיות. גודל המכל הוא מידת היכולת להכיל (contain-ability) חומרים נפשיים, מרכיבי ביתא. זאת יכולת מתפתחת, ומטרת הטיפול, כפי שראינו, היא לפתחה במטופל. עם זאת, היכולת הזאת מוגבלת ויכולה להגיע למצב של רוויה. המכל יכול להיות רווי ברכיבי ביתא שאי־אפשר לעכלם, ולכן הוא לא יוכל לקלוט חומרים נוספים לצורך עיבודם. המכל יכול להיות רווי גם במה שכבר ידוע וקיים בלי שתהיה אפשרות לרוקנו, או במילים אחרות לחשוב על התוכן ולהמירו בעזרת פונקציית אלפא. בזמן משבר אירוע הופך למיקרו־טראומטי כאשר מערכת המכל־מוכל של המטפל קורסת ומפסיקה לתפקד. זהו מצב של חוסר יכולת להכיל (dis-contain-ability), מצב שהוא זמני בדרך כלל ועל כן אני מעדיף לכתוב על צמצום יכולת ההכלה כתוצאה מהאירועים המיקרו־טראומטיים ולא על הרס מוחלט של היכולת הזאת.

צמצום יכולת ההכלה עקב קריסת הסזורה בין 'המכל של המטפל' ל'מכל של האדם'

דרך נוספת לתאר את הסיבה לצמצום יכולת ההכלה היא באמצעות מושג הסזורה של ביון. סזורה היא מקום פרדוקסלי שבו קיימים בו זמנית הפסקה ורצף, והיא מסמלת

קטיעה והמשכיות. כשהמטפל נמצא במצב משברי קורסת הסזורה בין 'המכל של המטפל' ל'מכל של האדם'. אבנר ברגשטיין הסביר: 'הסזורה בין החיים שלפני לאלו שאחריה, מהווה דגם לאפשרות לצלוח ולפגוש את ההמשכיות ואת החיבור שבין מצבים ואירועים נפשיים, שנראים מופרדים ובלתי ניתנים לגישור, ועם זאת יש ביניהם המשכיות ורציפות: שפיות/שיגעון, עבר/הווה, זיכרון/תשוקה, שינה/ערות, חוויה רגשית/פרוש (הפשטה) וכד', ובסופו של דבר, הסזורה שבין מצב נפשי אחד לבין מצב נפשי אחר, בין אדם לזולתו (העברה/העברה נגדית) ובין אדם לבין עצמו (מודע/לא-מודע; גוף נפש)' (ברגשטיין, בתוך: ביון [1989] 2012: 72).

קריסת הסזורה נובעת מאי-יכולת לבצע את ההפרדה בין 'המכל של המטפל' ל'מכל של האדם', שאפשר לעשותה רק כאשר יש יכולת להכיל את הנתונים בשני המכלים ולחשוב עליהם. בתקופה של שגרת עבודה וחיים הסזורה קיימת בלי שנצטרך להפנות אליה תשומת לב מיוחדת. חומרים משעות הטיפול פועלים ומפרים את חשיבתנו גם לאחר השעה הטיפולית, ותכנים מחיינו האישיים הנוכחים ב-*reverie* בעת השעות הטיפוליות, עשויים לעזור להבנת המטופל. בימים כתיקונם קיימת נפרדות והמשכיות מפרה בין 'המכל של האדם' ובין 'המכל של המטפל'.

כמטפלים אנו מכירים היטב את השינוי והמעבר שחל באופן ההתנהלותנו ברגע שהמטופל בא והמפגש החל. עם זאת, הגבול בין לחשוב כמטפל ובין לחשוב כאדם אינו ברור וחד. המטפל וחלק מהמטופלים זקוקים לזמן מעבר מן החוץ אל הפנים. גבול זה עובר עיבוד וחשיבה מתמדת. כמטפל אני גמיש ויכול לחשוב על מטופלים כאשר הם אינם יושבים מולי או לחלופין אני יכול לחשוב על דברים אחרים כאשר מטופל יושב מולי. כאשר מתעורר לחץ גדול מצד מטופל מסוים, יש סיכוי רב שהמחשבה עליו תזלוג גם מעבר לשעה הטיפולית שלו. היכולת לצמצם את העיסוק בו לשעת הטיפולית אינה אפשרית וכמובן גם אינה רצויה.

בשעת משבר בחיי המטפל הקושי הוא להתכוונן למטופל. המטפל ימצא את עצמו עסוק בעיבוד תכנים הקשורים למשבר בחייו במקום להשתמש בתכנים מבחוץ לצורך הבנת המטופל. במצב זה, של קריסת הגבול בין 'המכל של המטפל' ל'מכל של האדם', תכנים הקשורים למשבר זולגים לתוך הזמן שהמטפל אמור להיות נוכח בו עבור המטופל. במצב זה מתעורר קושי גדול להחזיר את הקשב אל החדר ואל המטופל כשבה בעת מתנהל מאבק על רגשי אשם המתעוררים מפני שהקשב אינו מלא.

לא פעם מצאתי את עצמי עוסק בזמן של שעה טיפולית בשאלות הקשורות להתמודדות הרפואית של בת זוגי או באופן הנכון להתנהלות עם משפחתי הרחבה ועם חברי. כאשר תבעו הטיפולים הרפואיים הוצאות כלכליות, הוטרדתי בשאלות הקשורות בגיוס כסף, וכאשר הרגשתי כי מצבה של בת זוגי מתדרדר נמלאתי במחשבות על אפשרות מותה. כל זה התחולל בתוכי מול מטופלי.

מצב זה מציב סימן שאלה על היכולת להמשיך ולטפל. האם אני עדיין עושה את עבודתי נאמנה כאשר בזמן הטיפול מחשבותיי נודדות לתכנים הקשורים במשבר

שפקד אותי? אני שותף לדעתו של קולסון (Colson 1995) שאפשר להמשיך לטפל כל עוד מצליח המטפל להחזיק בגישה האנליטית הטיפולית: 'הדיון בסוגיות שקובעות אם להמשיך באנליזה בתנאים של טראומה בחיי האנליטיקאי אינו קל או פשוט. עם זאת, הסוגיה המרכזית שיש לבחון בעזרת אחרים "אובייקטיביים", היא עד כמה האנליטיקאי מסוגל לשמר גישה אנליטית במהלך השעות האנליטיות' (Colson 1995: 466). בדקתי את מידת שמירת גישה אנליטית באמצעות תגובות המטופלים שלי לדברי ובעזרת הדרכה. האם הם הרגישו שאני מבין אותם? האם הם הרגישו שאני קשוב להם? האם הם הרגישו שאני עוזר להם?

תוצאות הקושי להכיל

בנקודה זו אנסה לבחון את תוצאות מגבלת יכולת ההכלה שאיתרתי אצלי באותה תקופה. אני חושב שיכולת ההכלה שלי נפגעה עד כדי כך שלא היה באפשרותי לעבוד. יכולתי לזהות את מצבי הקריסה ולחשוב עליהם במהלך הפגישה, אחריה או בזמן הדרכה, ולחזור ולכוון את מערכת ההכלה כדי שתאפשר את המשך הצמיחה של המטופל בטיפול. עם זאת הייתה פגיעה ביכולת ההכלה שלי והיו לכך תוצאות שכמה מהן בחרתי להציג.

תיקון מאני

דורבן, לור ועופר כתבו שכאשר המטפל חולה במחלה המשפיעה על עבודתו לאורך זמן, הוא חווה את עצמו כבעל מכל סדוק (cracked container):

המטפל עלול להרגיש מותקף, לא-יעיל ולא-מכיל. הוא חש רדוף בושה, יאוש, קנאה בבריאותם של מטופלים, בדידות, חוסר אונים, כעס ואשמה. בניסיון להגן על עצמו מפני רגשות אלה, המטפל החולה נע ונד בין גיוס כמו-מאני של כוחותיו הפנימיים ואלה של המטופל מצד אחד, ובין התנתקות, נסיגה והקהיה מצד שני. כתוצאה מכך המטפל עלול לעורר במטופל תפקוד מפצה קודם זמנו. בנקודה זו חשוב להיות ערים לפיתוי ולסיכון שבפיצוי מאני, שמקורו בחוסר הבחנה בין המטפל, מחלתו והמטופל (Durban, Lazar and Ofer 1993: 709).

כאשר המטפל אינו חש בהשפעת המחלה עליו, הוא יכול למצוא את עצמו נע בין ניתוק לבין תגובה כמו-מאנית, שבה הוא יציע מיני פתרונות מידיים ומהירים. כך, למשל, כשחשתי חרדה מן התוצאות של אחת מהבדיקות הרבות שעברה בת זוגי, מצאתי את עצמי 'שולח' מטופל שהתלונן על כאבים לבדיקות, אף על פי שכבר היה אצל רופא ונבדק. במקרה אחר, כאשר מטופל ביקש שאעזור לו להבין את תחושות החרדה שעלו בו לפני פגישה עם מנהלו בעבודה, מצאתי את עצמי אומר לו מה לומר

ומתכונן לפגישה יחד אתו כפי שמתכוננים לפגישה עם רופא. המלצתי לו שלא ילך לבד לפגישה, ואף הכנו יחד שאלות לקראת הפגישה. בשני המקרים ההעברה הנגדית לא תאמה לתכנים הקשורים למצבו הנפשי של המטופל או לצרכיו בטיפול באותה נקודת זמן, אלא ביטאה את הקושי שלי ושל המטופל להיות בתוך החרדה הגדולה, כל אחד מסיבותיו.

מקרים כאלה התרחשו פעמים מספר גם בעצות בנושאי תזונה, כלכלה וזוגיות. מה שאפיין את האמירות שלי היה התאמתן המדויקת לחרדה שחווייתי באותו זמן כתוצאה ממצבי המשברי ולא דווקא לצרכיו של המטופל.

מטופלים בעלי נטיה לקונקרטיזם (Brown 1985) הבחינו בתגובותי אלה יותר מאחרים וביטאו סיפוק מהן. דווקא אתם היה צורך להקפיד ולעמוד על המשמר ולא לאפשר לנטייה לקונקרטיזם ולפתרונות מהירים ושטחיים להרים ראש, אלא לנסות ולהתעקש על הפיכת התוכן הקונקרטי לסימבולי.

ניתוק ונסיגה של המטפל

כפי שכתבו דורבן, לזר ועופר בציטוט שלעיל, ניתוק הוא הצד השני שאליו עשוי להגיע מטפל אשר אינו נמצא במגע עם המצוקה שבה הוא שרוי, כלומר עם הסדק שבמכל שלו. גיליתי שקיימים בי שני מצבי ניתוק: ניתוק מהמטופל וניתוק מהמטופל ומעצמי.

ניתוק מהמטופל

במצב של ניתוק וקושי להתחבר לעולמו הרגשי ולמצוקתו של המטופל, עבודת ה־*reverie* אינה מתבצעת והמטפל חווה סדרת מחשבות, תחושות ורגשות הקשורות לעולמו הרגשי מבלי להתחבר לזה של המטופל. אם בתהליך ה־*reverie*, כפי שאוגדן מתארו, המטפל שוקע בהלך רוח של מעין־חלום שממנו אפשר ללמוד על מצבו של המטופל, שכן הוא מכיל את תכניו, אזי אוסף התחושות והרגשות בעולמו הפרטי מנתק אותו מהמטופל. המכל שלו מלא וגדוש בתכניו שלו־עצמו ולא נותר בו מקום לתכניו של המטופל. החרדות הקשורות להתמודדות עם המשבר שואבות את המטפל, המוצא עצמו נעדר מול המטופל.

מתוך מעקב אחרי התכנים שעלו אצלי במהלך הפגישות ידעתי לזהות תכנים מסוימים שאינם שייכים למפגש הטיפולי עם מטופל מסוים, אלא לעולמי הפנימי בלבד. הדברים שעלו בי כללו חרדות ממותה של בת זוגי וגידול בתי ללא אמה, תסריטים על לווייתנה של בת זוגי, פנטזיות על חופשה משפחתית ארוכה, זיכרונות מהעבר השמח יותר והמושחר מדאגה בריאותית וכן הלאה. מניסיוני כמנחה קבוצות גברים שבת זוגם חולה בסרטן שה, אני יודע שתכנים אלה אינם ייחודיים לי והם אף טבעיים במצב כזה. הבעיה הייתה השפעתם של תכנים פרטיים אלה על היכולת

לחשוב בחדר הטיפולים. כאשר עלו תכנים נפשיים מסוג זה זיהיתי את הניתוק מהמטופל וחישתי את מקורו בתוכי. במקביל עשיתי מאמץ להתחבר שוב לעולם הפנימי של המטופל ותכניו.

ניתוק מהמטופל ומהעצמי הטיפולי

מצב קיצוני יותר של ניתוק אירע כאשר הקושי לשאת את החרדות שלי ניתק אותי הן מהמטופל הן מהעצמי הטיפולי. במצב זה התחושות שעלו היו קהות חושים וריקנות. גם כאן אין מדובר בתופעה הקשורה לטיפול או למטופל, אלא למצב משברי של המטפל. מצב זה דומה למצב המוגדר בספרות המקצועית כ'תשישות חמלה' (Compassion fatigue): המטפל, בהיותו רגיש ונוח להזדהות עם המטופל, מוצא עצמו עייף, מרוקן וחסר אנרגיה, ללא יכולת לחוש אמפטיה וקרבה לסבלו של האחר (Figley 1995).

גם במצב זה, כמו במצב הניתוק מהמטופל, קיימת חשיבות גדולה ליכולת לזהות ולהגיב בתוך שעת הטיפול. אפשר לומר שרגע הזיהוי הוא הצעד הראשון והעיקרי ביציאה ממצב זה. הצעד הבא אחריו הוא הניסיון להתחבר חזרה לעולם הרגשי של העצמי כמטפל ושל המטופל.

המטופל כמושא השלכות של המטפל

קשר סימביוטי הפוך

כפי שהאם החרדה מדי, זו שאינה יכולה להכיל את עצמה ואת חרדות המוות של תינוקה, יכולה להשתמש בתינוקה כמכל עבור חרדותיה, כך יכול המטפל בשעת צרה להפסיק לראות את המטופל כמטופל, ככזה הזקוק לו לצורך הכלה. בעקבות שלוש הקטגוריות של קשרי מכל-מוכל שביון הציג – סימביוטי (symbiotice), שיתופי (commensal), וטפילי (parasite) – אקרא לקשר זה 'קשר סימביוטי הפוך'. קשר זה מתרחש כאשר המטפל נמצא במשבר, והוא שונה משלושת הקשרים שביון תיאר. זהו קשר הרסני למטופל, שהופך להיות מושא ההשלכות של המטפל. במצב זה המטפל הוא הזקוק למטופל שישמש כמכל להשלכותיו. המטופל עשוי להיות מושא להשלכה סימביוטית הפוכה במצב שהמטפל משליך עליו רגשות ותחושות אשר עמן הוא אינו יכול להתמודד בכוחות עצמו. מטופלים מסוימים רצפטיביים יותר לסוג זה של השלכה ולזיקים על עצמם תפקיד השלכתי זה.

להלן דוגמה להשלכה דומיננטית על מטופל. בדוגמה השלכתי חרדות מוות על המטופל וכן הפכתי את המטופל לדמות מצילה עבורי.

כאשר אחד מהמטופלים אמר לי שהוא רוצה לטוס להודו, הגבתי בבהלה ובדאגה רבה שלא תאמה את מצבו הנפשי. הוא שתק והתרחק, ולאחר מכן אמר כבדרך אגב ש'אפילו אמא שלו לא דואגת מנסיעתו כמוני'. התבהר לי שחרדותי מנסיעתו קשורים

לחרדות המוות שלי והן הושלכו עליו. הוא אמר שאין לי מה לדאוג ושהוא יכול לשמור על עצמו. הוא הפך להיות זה המרגיע אותי לקראת נסיעתו להודו. כפי שאפשר לראות בדוגמה, המטפל יכול להפוך את המטופל לדמות שמרגיעה אותו. אחת הסכנות האורבות למטפל בתקופה של משבר בחייו היא נטייה להיעזר במטופל כמקור לעידוד ונחמה וכמקלט מפני הקושי הרב הנמצא בחייו האישיים. הפיתוי לכך רב בעיקר עם מטופלים הרגישים מאוד לצרכיו של האחר. מטופלים אלה, בהם אנשי טיפול, הם אנשים רגישים מאוד הרגילים למקם את עצמם בתפקיד טיפולי עבור האחר. כאשר המטפל מרגיש אובד עצות בחייו האישיים ונוזק לעזרה ולאזון קשבת, עשוי המטופל לקחת על עצמו את תפקיד המטפל ולשחזר כך קשר מוקדם מחייו, קשר שבו הוא מילא את תפקיד המסייע, המציל או אוזן הקשב לדמויות משמעותיות בחייו.

השוואה על בסיס השלכתי

המשבר יוצר קושי ביכולת ההכלה של המטפל ומקשה על היכולת לראות את המטופל כמי שזקוק לטיפול. בעקבות החרדה הרבה המתעוררת והיעדר מערכת תמיכה מכילה דייה, עשוי להיווצר מצב של פיצול והשלכה המאפיין את המצב הפרנואידי-סכיוואידי. הפיצול הוא בין חלקים טובים, חזקים ומתפקדים לבין אלה שנחווים כחלשים, כחסרי אונים וכרעים. במצב זה מתעוררת השוואה על בסיס השלכתי בין המטפל למטופל. השוואה זו משתנה בין מטופל למטופל בהתאם לחומר שהוא מעלה ולהשלכותיו על המטפל.

אם נביט מבחוץ ובאופן אובייקטיבי על חייהם של חלק גדול ממטופלי באותה תקופה, קל יהיה לראות כי הם היו טובים משלי, ולו מפני שהם לא נאלצו להתמודד עם קשיים דומים לשלי. התבוננות כזאת היא התבוננות מבחוץ הכרוכה בפיצול ובהשלכה, ולא כזאת הרואה את המציאות בהקשר הטיפולי. זאת התבוננות חד-ממדית, חד-צדדית ומפוצלת של הסיטואציה, הצובעת את הכול בצבעים קרבניים ומזוכיסטיים.

מטופלי נפגשו עם תכנים קשים הקשורים לחייהם שלהם. כאשר התקשיתי להבין את מצבם הסובייקטיבי או את התכנים שהם העלו בטיפול מצאתי את עצמי מתמלא זעם וקנאה על כך שחייהם טובים וקלים משלי. חשתי שמצבי קשה ורע באופן מוחלט בעוד מצבם של מטופלי נראה לי טוב באופן מוחלט. ההשוואה שעשיתי התמקדה לעתים בבריאותם התקינה, במצבם המשפחתי או הכלכלי.

השוואות אלה, אשר נבעו מפיצול והשלכה, ערערו את היכולת האמפתית שלי כלפי מטופלי. כדי לשמור על היכולת להבין ולהיות אמפתי, נאלצתי להכיל את תחושות הכעס, הקנאה והזעם שהתעוררו בי כלפיהם. כך, לדוגמה, התקשיתי להבין מטופלת שכעסה על בן זוגה שלא אהב חצאית שקנתה לעצמה בסיוור קניות באחת מבירות אירופה בעוד אני הייתי טרוד בשאלות הרות גורל הקשורות בטיפול

במחלת בת זוגי. קינאתי באלה שנופפו בכספם, במי שנסעו לחופשה או לחו"ל, בעוד אני ייחלתי להפוגה מהקושי. המודעות לממד ההשלכתי של רגשותי כלפי המטופלים עזרה לי למתן השלכות אלה ולחשוב בבהירות רבה יותר על הסיטואציה הטיפולית.

קושי להאמין במעשה הטיפולי

בתקופת משבר מתערערת האמונה שהכלי הטיפולי הוא אמצעי יעיל וששימוש נכון בו מייטיב עם המטופל. הקריסות הזמניות במערכת ההכלה של המטפל, העובדה שעצם יכולתו לעבוד מתערערת ושיכולת זאת נדרשת לתחזוק רב מתמיד, כל אלה, יחד עם הצורך לשנות את המסגרת הטיפולית ולעמוד בהשלכות ששינויים אלו גורמים למטופל, מובילים לערעור האמונה ביכולתו לטפל.

אל הערעור ביכולת הטיפול האישית נלווה ערעור על המעשה הטיפולי ככלי מייטיב. אדם חולה סרטן מוצא עצמו פעם אחר פעם ברכבת ההרים המאפיינת את המנעד הרגשי שבין תקווה לבין יאוש. כבן זוגה של אישה חולה ומטבע הדברים, הנסיעה באותה רכבת הרים, לפחות בחלקה, הייתה משותפת. טיפולים שונים הביאו תקווה לריפוי והטבה במצב, אך לאחריהם באה הרעה שהביאה אתה יאוש. כמו כן טיפולים רבים ושונים לא הועילו כפי שהיה מצופה.

החיים לצד בת זוג חולה, המנסה טיפולים שונים ומשונים כדי להתמודד עם מחלתה, העלו בי מחשבות ותהיות באשר ליעילותו של הטיפול הנפשי. המוגבלות של כל כלי טיפולי – רפואי, פארא־רפואי או אלטרנטיבי – בכל הקשור לטיפול בסרטן, הדגישה את המוגבלות של הטיפול הנפשי הפסיכודינמי. כאשר טיפולים רבים נכשלו קל היה לסגת לנקודה שבה התחושה היא ששום דבר לא עובד. במקום לראות את יתרונותיו היחסיים של כל כלי טיפולי נוצרה בי ציפייה שכל כלי טיפולי יפעל מעבר ליכולותיו. ציפייה זו גררה אכזבה ויאוש. התקשיתי לראות את הדברים באופן מדויק. הייאוש הפך להיות כללי וגרף לתוכו גם את העבודה הטיפולית היומיומית שלי.

הקושי להאמין ולאחוז בתקווה שבת זוגי יכולה להחלים השפיע על יכולתי להחזיק בתקווה לקוות עבור מטופלי ולהאמין באפקטיביות של תהליך הטיפול שהם עוברים אתי. החיים עם אדם חולה בכל הקשור לתקווה משולים לרכבת הרים. תוצאות טובות של בדיקת נסיגה של המחלה מעוררות תקווה, ותוצאות רעות המעידות על התדרדרות במחלה מביאות לייאוש. רגשות חזקים אלה של תקווה ויאוש נוטים להשתלט על כל היבט של החיים גם בתחומים שאינם קשורים להתמודדות עם המחלה.

העובדה שטיפולים רבים סייעו לבת זוגי במידה חלקית בלבד, הפכו את אמונתי בתהליך הטיפולי וביעילותו מאמונה עיוורת הנוטה להאדרה לאמונה מפוכחת יותר, המודעת למגבלות הטיפול בכלל, ולאלה של הטיפול הנפשי ותוצאותיו בפרט.

חשיפה אישית של המשבר בתוך הטיפול

המשבר מטלטל את הסדר הקיים ודורש פעמים רבות שינויים רבים במסגרת הטיפולית. השינויים דורשים הסבר ונימוק מצד המטפל. השאלה היא: מה לספר ואיך להציג את הסיבה לשינויים? מטופלים רגישים במיוחד מרגישים כי המטפל אינו כתמול שלשום. חלקם בוחרים להתייחס לכך, ואז נשאלת השאלה אם לספר להם על המצב.

לואיס ארון (ארון [1996] 2005) טען שהאנונימיות של המטפל מאפשרת הגנה יחסית המקדמת יחס סובלני ומבין מצד המטפל. אני שותף לדעתו ומאמין שהגנה זו מאפשרת אידאליזציה של המטפל על ידי המטופל, דבר שתורם לטיפול. הימנעות מחשיפה אישית יוצרת מבנה א־סימטרי שמגן עלינו ומאפשר עבודה ממקום שמור ובטוח יחסית. עם זאת, נוכח השאלות שעולות מהמטופלים אפשר לבחון מספר סוגי חשיפה עצמית בעת שהמטפל נמצא במשבר.

חשיפת היבט רגשי או מצב מנטלי של המטפל

מטופלים רגישים יכולים לזהות את מצבו הרגשי של המטפל בין שהוא עייף, מוטרד או פחות קשוב מתמיד. שלילה מוחלטת של המצב שווה נכונה על ידי המטופל תיתפס כהגנתית ותהיה שקרית. החזרת השאלה אל המטופל עשויה להיתפס גם היא כתגובה הגנתית מתחמקת, ובצדק. עם זאת, חשיפת המצב הקשה של המטפל יכולה לשתק את המטופל ולהקשות עליו לבטא את עצמו. במקרים שהמטופל ציין שאני נראה עייף או מוטרד הודיתי בצדקתו, אך לא סיפקתי הסבר. ברוב המקרים ההכרה בתחושתו הנכונה של המטופל חשובה יותר ממתן הסבר למצב. מטופלים שהבחינו בחושיהם החדים וברגישותם הרבה שאיני קשוב כתמיד או שאיני פנוי אליהם מספיק הגיבו בחרדה שבאה לידי ביטוי בשתי דרכים: בדיקת עמידתי בהתקפותיהם ובזעמם או בהפיכה ל'מטופלים טובים' שאינם מעוניינים להטריד או להציק לי. קל ופשוט היה להבחין בתגובת המטופל, אך קשה היה לפרשה, שכן בפירוש הייתה טמונה ההודאה שהמטופל צודק ושאני קשוב אליו מספיק.

החשיפה של מחלתה של בת זוגי

בחרתי לא לשתף את מטופלי במחלתה של בת זוגי. להרגשתי, חשיפה כזו הייתה מכבידה עליהם לשתף אותי בקשייהם, שהיו נתפסים בעיניהם כפחותים משלי. החשיפה הייתה מביאה אותם לעמדה ששומרת ומגינה עלי או משמשת כהוכחה שאיני כשיר לסייע להם. חשיפה כזאת עשויה להיראות כחדירה (intrusion) למרחב המוגן של המטופלים ועלולה לגרום לזעזוע טראומטי אצל מטופלים שחוו חודרנות טראומטית בעברם.

מטפלים ומטפלות אחרים נהגו אחרת בסיטואציה דומה. מדיווחי מטפלים ששיתפו את מטופליהם בתוכן משבר שעברו (Singer 1971) עולה שהתגובות היו, באופן כללי, מקרבות ותרמו לתהליך הטיפול. למטופלים ניתנה הזדמנות להביע רגשות שעד כה נמנעו מלהביע. הרגשות שעליהם דיווחו המטפלים היו דאגה (concern), אהבה, קרבה ואינטימיות, לצד חרדות מוות ביחס למטפל ולעצמם. כמו כן התעוררו חרדות נטישה ונפרדות שלא היה להן מקום קודם לכן. עוד נחשפו פחדים לגבי המסוגלות של המטפל להיות קשוב ויעיל בעודו נתון במשבר.

קולסון (Colson 1995) דיווח כיצד התמודד עם היעדרויותיו מעבודתו הקלינית בתקופת מחלתה של אשתו. הוא סיפר כי האריך חלק מהחופשות כאשר נדרש לסייע בביתו, וכאשר נאלץ להיעדר אמר למטופליו כי הסיבה לכך היא מחלה של אחד מבני המשפחה. למטופלים שחקרו והתעניינו סיפר על נסיבות חייו באופן מדוד ומותאם לכל אחד ואחת. הוא נעזר בהדרכה שבה דן בשאלות החשיפה האישית והשלכותיה על כל מטופל ומטופל.

איימי מוריסון (Morrison 1997) כתבה על ניסיונה כמטפלת במשך תקופה ארוכה של כעשר שנים שבהן התמודדה עם סרטן שד. היא סיפרה כי בזמן כתיבת המאמר, רק ארבעה מתוך 18 מטופליה ידעו על מחלתה. הרגע שבו נודע לכל מטופליה על מחלתה היה כאשר סבלה מנשירת השיער עקב טיפולים כימותרפיים. מישל פלקס (Flax 2011) כתבה כי דיווחה למטופליה על מחלת הסרטן של בתה רק כאשר נאלצה לדחות או לבטל פגישות. היא הרגישה שלהשאיר את המטופלים במצב של אי־ידיעה יהיה גרוע יותר מאשר לספר להם ולעבד אתם את משמעות האינפורמציה עבורם. אני חייב לציין כי לא נאלצתי לבטל שעות רבות ולכן לא נדרשתי לנמק היעדרות ארוכה מהעבודה.

בת זוגי התמודדה אף היא עם סוגיית החשיפה האישית ובחרה לשתף את מטופליה. היא חשה שתוכל להעמיק את הקשר עם מטופליה ולהפוך את הגילוי להזדמנות טיפולית עבורם. אני, להבדיל ממנה, בחרתי לא לשתף את המטופלים במחלתה. ייתכן שזה נבע מצורך להדגיש בפני עצמי כי אני חולה, ואולי גם כדי ליצור בקליניקה אשליה של בועה בטוחה ושמורה מפני החרדות הקשורות במחלתה.

דרכי התמודדות עם הקושי להכיל את רגשות המטופל בתקופת המשבר

בתקופת המשבר יוצרות המיקרו־טראומות מעין 'סדק' במכל של המטפל. הסדק נוצר בהדרגה, כתוצאה מחזרתם של אירועים מיקרו־טראומטיים. הסדק הוא רצף נקודות הולכות ומתרחבות של חוסר יכולת להכיל. 'מיקומו' של ה'סדק' אינו מקרי, הוא מתרחש באזור הרגיש ביותר במכל. המקום הרגיש הוא אזור שבו נפגע המכל בעבר, או במילים אחרות המיקרו־טראומה קשורה לאזורי הטראומה המוקדמים יותר בחייו

של המטפל. אזורים אלה, גם אם עובדו בעבר, נשארו רגישים, ובמובן זה מועדים לפגיעה חוזרת. מכל סדוק הוא מכל שאינו מצליח לעשות את עבודת ההכלה. הדבר קורה לפרקים ולתקופות קצרות בתוך חדר הטיפול ומחוץ לו, והגורמים לכך הם האירועים המתרחשים.

במהלך חיפושי אחר מטפורות והמחשות לסוגיית המכל הסדוק נזכרתי במאמר שהתפרסם בכתב העת סטודיו ועסק באמנות יפנית (כוכבי וביטר 1991). המאמר הציג מכלים, קערות וכדים אשר חלק מהאסתטיקה שלהם הייתה העובדה שאינם מושלמים אלא פגומים וסדוקים. יפניים של המכלים הסדוקים באמנות הקרמיקה היפנית משמש בעיני מטפורה למתרחש בנפשו של המטפל. מצאתי את עצמי מבלה שעות מול המסך בלימוד טכניקות של חימום כלי קרמיקה, ולמדתי שהיפנים משתמשים לפעמים בשינויים אקראיים של טמפרטורות חימום הכלים וכן במשכי זמן שרפה שונים להקשחתם. אפשר לומר שהכלים או המכלים 'עברו' סוג של 'טראומה'. שרפת יתר, עיבוד חלקי, מיקום מסוים בתנור ומניפולציות נוספות יצרו באופן אקראי פגמים בכלים. 'אקראיות טראומטית' זאת יצרה כלים שאינם מושלמים לא בצורתם ולא בעמידותם; אלה היו מכלים סדוקים.

אובייקטים אלה מתאימים בתיאורם, במראם ובדרך הכנתם לאובייקטים מסוג 'ואבי סאבי'. אובייקט הוואבי סאבי, ביפנית 侘寂, יכול להיות כל דבר, לא רק מכל, והסדוקים הם חלק מהאסתטיקה של הוואבי סאבי.

אובייקטים אלו נושאים על גופם צלקות ממגע השמש, הרוח, הגשם, החום והקור אשר מתבטאות באיבוד צבע, בחלודה, בכתמים, בעיוות צורה, בהתכווצות, בהצטמקות ובהיסדקות. החתכים, השבבים, המכות, הצלקות, השקעים, הקילופים ושאר סימני השחיקה שלהם הם עדות לשימוש שנעשה בהם בעבר לטובה או לרעה. אף שדברי הוואבי סאבי עשויים להיות על סף אי-התגשמות (או על סף התגשמות) דהויים, שבירים או מיובשים מאד – הם עדיין בעלי אופי יציב וחזק (קורן 3002: 85).

המטפורה למכל הנפשי ברורה. המכל הנפשי שלם על אף פגמיו והוא אף פעם לא מושלם. הסדק הוא חלק ממהותו. העבודה הטיפולית נעשית במשולב יחד עם הסדק. אם נעשה עיבוד טיפולי לתכנים שהסדק מעלה, קיומו מאפשר עבודה טיפולית עמוקה וקרובה יותר. דורבן, לזר ועופר כתבו: 'אפשר לטעון שהמבנה של יחסנו אל מחלה כרונית, לאחר שהוא מעובד ביסודיות ברמות הפרנואידיה, הסאדו-מזוכיסטיות והאקסהיביציוניסטיות שלו, עשוי להגדיל את המרחב הפנימי שלנו ולאפשר הכלה נוספת הן של עצמנו שלנו והן של האחר' (Durban, Laza and Ofer 1993: 709). העבודה עם הסדק ובתוכו משולה לצביעתו וסגירתו. אפשר למצוא דההוד לכך באחת הטכניקות של הקדרות הסינית, טכניקה הקרויה 'קינטסוגי': 'קין' משמעה זהב ו'טסוגי' פירושה בנייה (Keulemans 2016). בטכניקה זאת מערבבים יחד דבק

ואבקת זהב ובעזרתם סוגר האמן את הסדק אשר נוצר בכלי. הסדק מתאחה באופן אסתטי.

העבודה המאחה את הסדק משולה להכלת התחושות, הרגשות והחויות הקשורות למשבר. עיבוד זה, שהוא בעצם הכלת הסדק תוך מגע עמו, מאפשר ראייה עמוקה של המטופל ומגביר את יכולת ההכלה של המטפל. זה דורש הקשבה והתמקדות בסדק עצמו לא לשם הפיכתו לחץ מפגמים אלא להפך, להפיכת הפגם, הסדק, למצע לפעולה אסתטית נוספת: יצירה מתוך הסדק. זהו הממד היצירתי של ההכלה (לוי 2011). החשיבה על הקשיים בהכלה יוצרת דבר חדש. כשם שהוספת צבע לסדק יוצרת קו או מרקם חדשים, כך מחשבה על הקושי בהכלה יוצרת אפשרות חדשה לצמיחה למטפל ולמטופל גם יחד.

דוגמה קלינית 1

את דני הבאתי להדרכה באופן קבוע. הוא היה כבר בן ארבעים וחי חיים נטולי חיות. עבודתו כאיש מחשבים והדירה שרכש בכספי ירושה מהוריו הרחיקו אותו מהחיים והגנו עליו. תוכן השיחות אלו היה חזרתי ונע סביב תחושות של חוסר ויטאליות, בדידות וחוסר משמעות. לא היו לו חברים והוא לא היה בקשר זוגי מעולם. הוא התמיד להגיע לטיפול לא כדי להתקדם, ללמוד את עצמו או להחלים, אלא כדי להמשיך לראות אותי. קולי, מבטי, עובדת קיומי עברו בטיפול היו כל מה שהוא היה צריך.

הזעם וחוסר האונים שהוא עורר בי גאו בתקופת המשבר, ואליהם הצטרפה גם תחושת אשמה כלפיו. הוא בזז את חייו בזמן שבת זוגי נאבקה על חייה. הנה אדם שיש לו הכול, כביכול, ואינו עושה דבר, ולעומתו יש אדם שחייו בסכנה ועושה כל מה שביכולתו כדי לשרוד. אלוהים נותן אגוזים למי שאין לו שיניים, חשבתי בלבי בכעס ובביקורתיות כלפיו.

כאשר בדקתי בהדרכה את תחושותי שהפריעו לי ומנעו ממני לחוש אמפתיה אליו, גיליתי עד כמה אני מזדהה אתו וחווה את חיי בצל המשבר כקפואים, כחיי הישרדות. יכולתי לחזור אליו ולומר לו: 'אני מבין שאין לך חיים, שהחיים נעצרו וקפאו, נותר רק לשרוד בלעדיהם, זה כל מה שיש כרגע'. אמרתי דברים כגון אלה גם בעבר, אך הפעם הוא הרגיש שאני אתו. אני מאמין שזאת הייתה תחושתו מפני שאני עצמי חברתי לתחושה דומה. במילותיו של ביון אפשר לומר שהכלת הסדק היא מצב שבו הקשר השיתופי (commensal) הפנימי בין המכל למוכל מכונן מחדש אצל המטפל ומתחדשת בו היכולת לחשוב. החומר הנדרש להכלה על ידי המטפל עולה מהמטופל ומתחבר עם החומר העולה מהמטפל מתוך הסיטואציה הטיפולית ומחיו האישיים.

התנאי להכלת החומרים מהחיים האישיים ומהסיטואציה הטיפולית, להכלת הסדק, הוא מצב שבו קיימת סזורה בין 'המכל של האדם' ובין 'המכל של המטפל'. המטפל מכיר בהבדל בין המצבים, זה שבחיו האישיים וזה שבסיטואציה הטיפולית, ובה בעת הוא ער לדמיון ביניהם. הקשר בין השניים אינו מבטל את המצבים ואינו גורם להם לקרוס זה לתוך זה, אלא מאפשר חשיבה. הפעולה המתרחשת בנפשו של המטפל היא חיבור בין שני המצבים. האסוציאציה מעולמו של המטפל הנתון במשבר מתחברת לסיטואציה הטיפולית שבמהלכה היא עלתה, וכתוצאה מחיבור זה עולות בו מחשבות ותחושות אשר, בהנחה שאפשר לחשוב אותן ולהכיל אותן, יכולות להיות מקושרות למטופל ולסיטואציה הטיפולית ולהביא לניסוח פרשנות טיפולית עבור המטופל.

דוגמה קלינית 2

חיים היה מטופל שבחן את הטיפול ומתח עליו ביקורת מתחילתו. הוא אמר לי שוב שהחליט להפסיק את הטיפול מפני שזה אינו עוזר לו. המפגש עם חלקים פגועים בתוכו ערער אותו והוא הרגיש שאינו יכול לשאת זאת יותר. חשתי את כאבו, אף שהוא בא לביטוי בזעם ובמתחת ביקורת עלי, ואת חוסר האונים שלו נוכח הכאב שהציף אותו. בני לבין עצמי הסכמתי אתו והרגשתי חסר אונים. חיים לא היה מוכן להגיע לפגישה שבועית נוספת כי לא סבר שאני יכול לאפשר לו לשאת את כאבו, אלא רק חושף אותו לכאב בלתי נסבל. הייאוש מילא אותי והייתי מוכן בתוכי לשחרר אותו. הייתי ער לרצוני להקל על עצמי בתקופה הקשה שבה הייתי אז וחשבתי שראוי שחיי יהיו קלים יותר. חיים הקשה עלי ואני הקשיתי עליו. המילים שלו 'אין לי כוח יותר', הדהדו את הקושי שלי בהתמודדות עם המשבר וחשבתי על כך שבת זוגי אינה יכולה לעזור לי כרגע. היא מקשה עלי ואינה יכולה להכיל אותי כי היא עסוקה בהתמודדות עם מחלתה. אני נעזר בגורמים שונים ומגוונים, אז אולי גם הוא יוכל להיעזר בכאלה. הצעתי לו לבדוק אפשרות של טיפול קבוצתי נוסף על המפגש השבועי שלנו. אפשרות זאת נהדפה תחילה בחשדנות, ובפגישות הבאות ביררנו את הסיבות לדחיית ההצעה. חיים בדק כמה אפשרויות לטיפול קבוצתי ולבסוף בחר באחת מהם. הטיפול נמשך והועשר מהמתרחש בטיפול הקבוצתי. יכולנו להמשיך לעבוד יחד.

בדוגמה זאת נעשה מעבר מייאוש לתקווה משום שיכולתי: (א) להזדהות עם המטופל; (ב) לחשוב על הגורמים שמסייעים לי; (ג) לראות אותי כשונה ממנו ולחשוב מה עוד יכול לסייע לו; (ד) להכיר בכוחי המוגבל עקב המצב המשברי שבו הייתי נתון ולא להניח שגם כוחו של המטופל מוגבל. מתוך הבנה זו יכולתי להציע לחיים טיפול פרטני משולב עם טיפול קבוצתי, מה שאפשר לטיפול להתקדם והעניק לשנינו

תקווה מחודשת. ההכרה בקושי באותו שלב של חיי, החשיבה עליו והבנת הדמיון והשוני בין הקושי שלי לזה של המטופל הביאו לפתרון ולמעבר מייאוש לתקווה.

איזון בין מערכות הכלה

שלוש מערכות של מכל-מוכל פועלות בחייו של המטפל. זו מערכת אחת בעלת שלוש פנים, שלוש אופנויות מבע. המערכות הן:

א. מערכת המכל-מוכל פועלת אצל המטפל מבפנים: היא מצויה בנפשו, ועל פי ביון היא תופסת חלק עיקרי ממה שאנו קוראים לו 'נפש'.

ב. מערכות ההכלה בין המטפל לסביבתו: משפחתו, חבריו, מטפלו והמדריך שלו. במסגרת מערכת זאת מעבד האדם את התחושות והרגשות שהוא אינו יכול לעבד בעצמו. הוא עושה זאת בהעברת מסרים רגשיים באופן מילולי לאנשים משמעותיים המחזירים לו את תחושותיו באופן מעובד יותר. המערכת הזאת פועלת כל הזמן ובעזרתה אנו מקיימים את חיי הנפש שלנו. ההדדיות מתבטאת בכך שהמטפל מכיל גם את התחושות והרגשות של האנשים שבסביבתו, פרט ליחסיו עם מטפלו ומדריכו, שם ההדדיות מושעית.

ג. מערכת ההכלה בין המטפל למטופליו: במערכת זו נעשית הפעולה ההפוכה מזו שתוארה בסעיף ב. כאן המטפל הוא שמכיל את מטופליו ועוזר להם להכיל את עצמם.

מערכת משולשת זאת יכולה להיות מאוזנת או לא מאוזנת, יציבה או מעורערת, בהתאם לתנאים ולנסיבות חייו ויכולותיו של המטפל. כאשר יש דרישה רבה להכלה מצד המטופלים, נעזר המטפל במערכת ההכלה שלו ובסביבתו כדי להיות מוכל ולהיות פנוי להכיל את מטופליו. דבר דומה מתרחש כאשר המטפל שרוי במשבר שאינו קשור למטופליו. גם כאן הוא נעזר במערכות הכלה נוספות כדי לשמור על איזון. אלא שבמצב משברי האיזון הזה מופר, והוא אינו מצליח להתייבב אלא לסירוגין. כך נוצר איום על יכולתו של המטפל למצוא איזון בין צורכי ההכלה של מטופליו ממנו לצורכי ההכלה שלו מסביבתו ומעצמו.

דבר נוסף שיכול להפר את האיזון הוא העובדה שבזמן משבר עליו להכיל רגשות של אנשים אחרים מלבד מטופליו, ולטפל בהם יותר מהרגיל. במצב משברי כמו זה שאני מתאר יש מקום להשתמש במערכות ההכלה השונות באופן אינטנסיבי. היכולת להכיל את המטופלים בתקופת המשבר היא תוצאה ישירה של היכולת להיעזר במערכות הכלה שונות ורבות. זו אחת הדוגמאות הברורות לקשר בין יכולתו של המטפל להיעזר ליכולתו לעזור לאחרים שבטיפול.

בתקופת המשבר נעזרתי בטיפול אינטנסיבי, בהדרכה, במערכת תמיכה של חברים ומשפחה, בטיפולים אלטרנטיביים ובפעילות ספורטיבית. כמו כן נעזרתי בהגנות אינטלקטואליות כפי שהן באות לידי ביטוי במאמר זה ובאחרים, וביכולתי

המקצועית לעזור לאחרים, דבר שהעניק לי תחושת ערך, גאווה, תקווה ומשמעות. המערכות המקצועיות העיקריות שליוו אותי וסייעו לי לשמור על יכולת ההכלה היו הטיפול האישי האינטנסיבי וההדרכה. הן הוסיפו גורם מאזן, מקום לחשיבה משותפת, להחזקה (holding) נפשית וכן מקלט מהיום-יום הקשה. אחת הסוגיות המרכזיות שההדרכה סייעה לי בהן הייתה ההתמודדות עם אשמה שהתעוררה בי נוכח חוסר יכולתי להכיל את מטופלי. אשמה זו הייתה בעלת אופי הרסני ומנעה ממני את האפשרות לחשוב על כל מטופל ועל הסיבות המיוחדות שבגינן התערערה מערכת ההכלה שלי. עיבוד האשמה והיכולת להרפות ממנה אפשרו חקירה של נסיבות ערעור מערכת ההכלה וסייעו לכונן מערכת זאת מחדש. בטיפול שלי הבנתי את התוצאות הרגשיות של מצבה של בת זוגי וניסיתי להפריד בין מצבי כבן זוג למצבי כמטפל. כבן זוג הרגשתי חסר אונים נוכח התקדמות מחלתה, אך הטיפול סייע לי לא לחוש חוסר אונים מול מטופלי. יכולתי להיות אפקטיבי ויעיל בעבודתי כי תחושות הזעם הקשות, היאוש ושנאת המציאות מצאו את מקומם בטיפול וזכו להתייחסות ולעיבוד שם מבלי שישתלטו על עבודתי הטיפולית. מצב של משבר הוא מצב של דחק מתמשך ולכן, נוסף על הצורך לאזן בין מערכות ההכלה השונות, יש מקום לפעילויות המפחיתות דחק. פעולות אלה הן רבות ומגוונות וכל אחד יכול למצוא את הפעולה המתאימה לו. בין הפעולות שמצאתי כיעילות במיוחד להפחתת דחק ראוי לציין את מדיטציית הקשיבות (Mindfulness meditation), פעילות ספורטיבית, שמירה על שעות שינה, עיסוק בפעולות תחביבים שאינן קשורות לעבודה או למשבר, צחוק, בילוי בטבע וכן פעולות נוספות המתאימות לאישיות המטפל.

סיכום

תיארתי את השפעתו של משבר בחייו האישיים של מטפל על יכולת ההכלה שלו במפגש הטיפול. השפעת המשבר על חייו המקצועיים של המטפל הוא נושא שלא טופל מספיק בספרות המקצועית, שכן הוא נוגע בטאבו על העיסוק בחיי המטפל. יש לקוות שדוגמאות נוספות למשברים אחרים ימצאו דרכן לספרות המקצועית וסייעו למטפלים הנקלעים למצבי משבר דומים. עם זאת גם אלה שנקלעו למשבר שונה מזה המפורט במאמר יכולים להיעזר בו, מפני שכל סוג של משבר משפיע על יכולת ההכלה של המטפל. כל משבר הוא סובייקטיבי וקשור בעולם אסוציאטיבי שונה אשר דורש מהמטפל התנהלות שונה.

המשבר הוגדר כרצף של אירועים מיקרו-טראומטיים המצמצמים את יכולת ההכלה של המטפל. המשגת המשבר והשפעתו על המטפל נשענת על יחסי המכלל-מוכלל כפי שתיאר אותם ביון. כמו כן תוארו דוגמאות לקושי להכיל את המטופל, ובהן

קושי לשמר תקווה אצל המטפל, ניתוק מהמטופל והפיכת המטופל למושא ההשלכות של המטפל. כן תוארה בקצרה סוגיית החשיפה האישית של המטפל בזמן משבר. מקרה המבחן שבועזרתו המחשתי את הקושי של המטפל להכיל את תחושות המטופלים הוא נסיבות חיי כבן זוג לאישה חולת סרטן. הצגתי את אופן ההתמודדות עם השפעת המשבר על יכולת ההכלה בקליניקה ודרך חשיבה המאפשרת צמיחה מתוך המשבר על ידי הכרה באופן שמקשה על הכלת מטופל מסוים בזמן מסוים במהלך הטיפול.

בהתבסס על ניסיוני האישי ועל זה של אחרים, אפשר להניח שעבודה דרך (working through) הקשיים הרגשיים שהמשבר מציב לפנינו מאפשרת צמיחה רגשית הן אצל המטפל והן אצל המטופל. לאחר המשבר הנפש משתנה, היא 'סדוקה' יותר. איחוי הסדק משול להכלתו ולחשיבה עליו. התוצאה תהיה שונה מהמקור, אך השוני הזה מעניק יופי חדש למכל הסדוק, יופי המבטא את השינוי שחל בו.

רשימת המקורות

- אוגדן, ת"ה (2004 [2011]). על החזקה והכלה, הוויה וחלימה. בתוך: ע' ברמן וש' ויגודר (עורכים), על אי יכולת לחלום. תרגום: א' גבאי. תל-אביב: עם עובד.
- ארון, ל' (1996 [2005]). המפגש: הדדיות ואינטרסוביקטיביות בפסיכואנליזה, תרגום: י' איתן-פריסקו. תל-אביב: עם עובד.
- באלינט, מ' (1968 [2006]). השבר הבסיסי: היבטים טיפוליים של רגרסיה, תרגום: ח' אלעד. תל-אביב: עם עובד.
- ביון, ו"ר (1962 [2004]). ללמוד מהניסיון. תרגום: ד' רופין. תל-אביב: תולעת ספרים.
- ביון, ו"ר (1989 [2012]). סזורה. תרגום: א' ברגשטיין וח' אהרוני. תל-אביב: תולעת ספרים.
- בריסון ר' (1989 [2015]). קריאה בשם והכלה. בתוך: אמונה ודמיון. תל-אביב: עם עובד, עמ' 43-54.
- כוכבי, נ' ונ' ביטר (1991). המקריות המבורכת. סטודיו, 24: 7-11.
- לוי, ר' (2011). ביון וניטשה: יצירה עצמית בטיפול הפסיכואנליטי, שיחות, 1: 40-48.
- לפלאנש, ז' וז"ב' פונטליס (1967 [2011]). אוצר המילים של הפסיכואנליזה. תרגום: נ' ברוך, עריכה: מ' גרנק. תל-אביב: תולעת ספרים.
- מולינו, א' (1997 [2010]). באסוציאציה חופשית. תל-אביב: כרמל.
- סימינגטון ג' ונ' סימינגטון (1996 [2000]). החשיבה הקלינית של וילפרד ביון. תל-אביב: תולעת ספרים.
- פלורסהיים, ד' (2007). כשהמטפל/ת חולה: האם תשרוד ההכלה במרחב שבין 'גוף ראשון' ל'גוף שלישי', בין פנטזיה למציאות ובין חיים למוות? שיחות, 3(א): 280-291.
- קורן, ל' (2003). וואבי סאבי. תרגום: מ' זקס-פורטל. רמת השרון: אסיה.
- שדוק, ש' (2000 [2011]). קשרים והקשרים. תרגום: מ' שכנאי. ירושלים: כרמל.

- Brown, L.J. (2005). The cognitive effects of trauma. *The Psychoanalytic Quarterly*, 74: 397–420.
- Brown, L.J. (1985). On concreteness. *Psychoanalytic Review*, 72: 379–402.
- Cochrane, B.B. and F.M. Lewis (2005). Partner's adjustment to breast cancer: A critical analysis of intervention studies. *Health Psychology*, 24(3): 327–332.
- Colson, D.B. (1995). An analyst's multiple losses: Countertransference and other reactions. *Contemporary Psychoanalysis*, 31: 459–478.
- Coltart, N. (1993). *How to Survive as a Psychotherapist*. London: Sheldon Press.
- Durban, J., R. Lazar and G. Ofer (1993). The cracked container, the containing crack: Chronic illness-its effect on the therapist and the therapeutic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 74: 705–713.
- Figley, C.R. (ed.) (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Flax, M. (2011). A crisis in the analyst's life: Self-containment, symbolization, and the holding space. *Psychoanalytic Quarterly*, 80: 305–336.
- Fonagy, P., G. Gergely, E. Jurist and M. Target, (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Frankel, J. (2004). Identification with the aggressor and the 'normal traumas': Clinical implications. *International Forum of Psychoanalysis*, 13: 78–83.
- Grotstein, J. (1997). Integrating one-person and two-person psychologies: Autochthony versus alterity in counterpoint. *Psychoanalytic Quarterly*, 66: 403–430.
- Grotstein, J. (2000). *Who Is the Dreamer Who Dreams the Dream?: A Study of Psychic Presences*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gurtman, J.H. (1990). The impact of the psychoanalyst's serious illness on psychoanalytic work. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 18: 613–625.
- Halpert, E. (1982). When the analyst is chronically ill or dying. *Psychoanalytic Quarterly*, 51: 372–389.
- Ingham, G. (1998). Mental work in a trauma patient. In: C. Garland (ed.),

- Understanding trauma: A psychoanalytic approach*, pp. 96–107. London: Karnac (*Tavistock Clinic Series*).
- Iqbal, A., A. Qureshi and K. Saeed-Siddiqui (2001). The incidence of anxiety among spouses of breast cancer patients. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 6: 13–20.
- Kadmon I., F. DeKeyser Ganz, M. Rom, and A.C. Woloski-Wruble (2008). Social, marital and sexual adjustment of Israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35: 131–135.
- Keulemans, G. (2016). The geo-cultural conditions of Kintsugi. *The Journal of Modern Craft*, 9: 15–34.
- Lasky, R. (1990). Catastrophic illness in the analyst and the analyst's emotional reactions to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71: 455–473.
- Levy, R. (2011). Core themes in a support group for spouses of breast cancer patients, *Social Work with Groups*, 34: 141–157.
- Little, R.B. (1967). Transference, countertransference and survival reactions following and analyst's heart attack. *Psychoanalytic Forum*, 2: 107–126.
- Morrison, A. (1997). Ten years of doing psychotherapy while living with a life threatening illness: Self-disclosure and other ramifications. *Psychoanalytic Dialogues*, 7(2): 225–241.
- Rodman, F. R. (1977). *Not Dying*. New York: Random House.
- Rytöhonka, A.M. (2015). The psychoanalyst's mind and the realities of life: To remain a psychoanalyst during times of personal crises. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 38: 23–30.
- Schwartz, H.J. (1987). Illness in the doctor: Implications for the psychoanalytic process. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35: 657–692.
- Seides, R. (2010). Should the current DSM-IV-TR definition for PTSD be expanded to include serial and multiple microtraumas as aetiologies? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 725–731.
- Shapiro, S. (1985). A case study: The terminal illness and death of the analyst's mother. Its effect on her treatment as a severely regressed patient. *Modern Psychoanalysis*, 10(1): 31–46.
- Singer, E. (1971). The patient aids the analyst: Some clinical and theoretical

observations. In: B. Landis and E. S. Tauber (eds.), *The Name of Life: Essays in Honor of Erich Fromm*. New York: Holt, Rinehart & Winston, pp. 56–58.

Thomas, C.L. (ed.) (1989). *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. 16th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

עובד סוציאלי (MSW) פסיכותרפיסט ומנחה קבוצות, מלמד בתכנית לפסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית ובתוכנית להכשרת מטפלות/ים לטיפול בנפגעות/י טראומה מינית באוניברסיטת בר-אילן ועובד בקליניקה פרטית.

רני לוי

בן יהודה 183

תל-אביב

levyrany@gmail.com
