

תפקיד התקווה בטיפול דינמי בנפגע פוסט-טראומה כרונית ומורכבת

אופיר לוי

המאמר מתבסס על תפיסתו הדיאלקטית של סטיבן מיטשל על מקומה, על תפקידה ועל מהותה של התקווה בטיפול. מתואר תהליך ההתקרבות בין תקוותי כמטפל לתקוותו של המטופל מוריס (שם בדוי) במרחב הפוטנציאלי שנבנה בטיפול. נפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת סובלים מקונפליקט המקשה על ביסוס יחסי אמון שעליהם אמור להיבנות המרחב הפוטנציאלי בין המטפל למטופל, ולכן יש חשיבות לתיאור תהליכי ההעברה וההעברה הנגדית, שעל בסיסם נבנה מרחב זה ובו מתקיימת התקווה. התקווה מתפתחת דרך רגעי משבר וייאוש הנובעים מעבודת הפירוש המסמלת את הצורך בשינוי הנתפס כמאיים, במיוחד בקרב נפגעי טראומה. הטיפול נמשך כשנתיים במרפאת מומחים לטיפול בנפגעי פוסט-טראומה. אופי השינוי הפנימי שהתחולל נבע מכך שהמטופל 'חי' מילים חדשות שהצעתי באמצעות עבודת הפירוש עד כדי פירוק מצבי תודעה ישנים ומוכרים שסימלו את התקוות החדשות ואימוץ מצבי תודעה חדשים (ביטוי של צמיחה והתפתחות). כמו כן ברמה המודעת חל שינוי באופי יחסיו עם סביבתו הקרובה. תיאור זה חשוב ומועיל לעבודתם של קלינאים ולהיכרותם עם המושג 'תקווה'; ולכן נסקרות עמדות שונות ביחס לתפיסת התקווה בתאוריות פסיכואנליטיות והמושג 'טראומה', והקשר שבין המושגים.

למושג 'תקווה' יש הגדרות רבות. הוא נחשב לבעל תכונות מורכבות וסובייקטיביות שהקשו על חקירתו ועל הבנת משמעותו הפסיכולוגית. עד לאחר מלחמת העולם השנייה, העמדה הכללית הייתה שיש לתקווה משמעות דתית ורוחנית אך לא אופרטיבית.¹ לאחר מלחמת העולם השנייה גבר העיסוק המחקרי והקליני במושג במטרה להגדירו, להסבירו ולהבין את משמעותו ('עקובי 1989). נערכו מחקרים כמותיים שהתבססו על רכיבי המושג אשר הוגדרו בידי סניידר ועמיתיו

¹ 'עקובי 1989; גרופמן [2004] 2006; לוי 2008; פלורסהים 2008; Snyder 2000; Mitchell 1993; Hopper 2001; Hobfoll et al. 2007

(Snyder, Irving and Anderson 1991), ונכתבו דיווחים קליניים שהתייחסו לתפקודו ולמשמעותו בטיפול הפסיכודינמי תוך דגש על ביטוייה הבלתי מודעים בטיפול (למשל, Babits 2001).

גישות פסיכודינמיות למושג 'תקווה'

הגדרות המושג 'תקווה', משמעותו ותפקודו בטיפול הפסיכואנליטי הן אבסטרקטיות ומתבססות על תצפיות קליניות ובעיקר על דיווחים של מטפלים (יעקובי 1989; Mitchell 1993; Babits 2001). בהתבסס עליהם נבחנים ביטוייה הבלתי מודעים של התקווה אצל המטפל ואצל המטופל, והאופן שבו נפגשות שתי ה'תקוות' בחדר הטיפול (Mitchel 1993; Babits 2001). רוב תאוריות ההתפתחות דנות במשמעות התקווה להתפתחות התינוק בקשריו הראשוניים עם דמויות משמעותיות בחייו, וכנגזרת מכך בטיפול הפסיכואנליטי על כל רבדיו. מלאני קליין (1882-1960), למשל, ראתה בתהליך המעבר מהעמדה הפרנואידית סכיואידית לעמדה הדיכאונית גם תהליך של התפתחות התקווה: מתקווה לפתרון מאגי ומהיר (האופיינית לעמדה הפרנואידית-סכיואידית) לתקווה חיונית ומציאותית (האופיינית לעמדה הדיכאונית). מרגרט מאהלר (1897-1985) ראתה בתהליך הספרציה-אינדיווידואציה ביטוי לתקווה לעומת שקיעה פנימית למצב של אי-הוויה נפשית מוחלטת שביטוייו הם דכדוך, פסיביות, תלות והוויה כללית פסימית ביחס לחיים. אולם אף אחת מהן לא הגדירה במפורש את המושג ולא דנה בתהליך ההתפתחות ובהשפעתו על תקוותו של התינוק ושל הבוגר לאחר מכן (לוי 2008; פלורסהיים 2008).

כמה תאוריות מייצגות באופן ייחודי את רוחו של המושג ואת מהותו. למשל, תאוריית השלבים של אריק אריקסון (Erikson 1963) על התפתחות האני מבטאת את מהות המושג. תקווה היא בבסיסה ציפייה לעתיד לבוא (יעקובי 1989; לוי 2008) ותאוריית ההתפתחות של אריקסון, הרואה את האני 'מתגלה' מחדש בכל מעבר משלב התפתחותי לשלב הבא, למרות המשברים הכרוכים במעברים אלה, מגלמת רעיון זה. יתרה מזאת, אריקסון השתמש במונח 'היווצרות' (epigenesis) כדי להמחיש את הפוטנציאל ההתפתחותי ואת הצמיחה הפוטנציאלית הטמונה במעבר שבין שלב אחד למשנהו בדומה לאופן שבו הומשגה ונדונה התקווה בקרב נפגעי פוסט-טראומה כרונית (לוי 2008), בהדגישו שבכל מעבר מוצלח בין כל אחד משמונת השלבים שעליהם הצביע קיים אתגר התפתחותי ייחודי הטומן בחובו הזדמנויות חדשות לצמיחה והתפתחות.

אריקסון קשר את תאוריית התפתחות האני בשלבים ל'תרבות', שאותה הוא החשיב כמתמירה את התפתחות הפרט וכמאפשרת לכוחות ביולוגיים תוך-נפשיים

וחסרי צורה (ההיבט הפסיכוביולוגי בתאוריה הפרוידיאנית), להתפתח לחיים אנושיים בעלי משמעות. זה מנוגד לעמדה הפרוידיאנית, שלפיה מתחת לרמה הגלויה של הקשרים הבין-אישיים חבויים כוחות פסיכודינמיים הנובעים ממשקעי העבר המאיימים לפרוץ והכלואים בקודים תרבותיים ושליטה חברתית. זאת ועוד, הוא הראה שהתקווה נוכחת כבר בינקות המוקדמת, בשלב האורלי, שהוא שלב האמון הבסיסי לעומת אי האמון הבסיסי. בשלב זה מתעצבת ומתגבשת התקווה הראשונית הנחשבת לסגולה חיונית, כיוון שהיא מעוררת בולד ובתינוק חיוניות בכל שלב ושלב ברצף החיים. תקווה זו, הקיימת בינקות ובילדות, במשאלות ובכמיהות ינקותיות, מתפתחת וצומחת לאורך שלבי ההתפתחות ונחשבת על פי השקפתו לקונסטרוקטיבית ולמקדמת צמיחה.

גם היינץ קהוט (1984 [2005]) פיתח שיטת טיפול המבוססת על רוחו ומהותו של המושג 'תקווה'. הוא קבע כי מטופלים יכולים וצריכים למצוא תנאים סביבתיים שיענו על צורכיהם, בניגוד לתסכול המתמשך שהם חוו בסביבתם הראשונית והטבעית. לדעתו, טראומות נובעות מכישלונה של סביבה אמפתית לספק את צורכי היחיד ולכן מטופלים באים לטיפול בתקווה ובאמונה למצוא סביבה כזאת. בסביבה זו, אדם אחר ('זולתעצמי', selfobject) מוצא דרכים (בין השאר באמצעות מושקעות אמפתית) להתחבר לחווייתם הפנימית ואמור להיווצר תהליך אטי של 'תיקון' שאמור להוביל להתמרה אטית עד כדי תיקון העצמי והפיכתו 'לכן שיגור מפיח אנרגיה של שאפתנות [...] החדור במשמעות אישית' (מיטשל ובלאק [1995] 2006: 237).

ג'ון בולבי (Bowlby 1982) סיפק נקודת מבט שונה וייחודית ביחס למשמעות התקווה בקשרים בין-אישיים עמוקים. לטענתו, הקשר עם האם בעבור התינוק, שאותו כינה 'היקשרות' (attachment) הוא אינסטינקטואלי, יצרי והישרדותי, ולכן חיוני. ההיקשרות מייצרת ביטחון רגשי שנבנה בהדרגה דרך התנסויות מוקדמות עם האם או עם דמויות משמעותיות אחרות. דמויות אלה יכולות לספק, על פי בולבי, טיפול-השגחה (caretaking) בעל איכויות רגשיות הדומות לאם בעבור התינוק. בכך הוא נטע תקוות חדשות לתינוקות ולילדים שנקלעו לסביבה חסרת כישורים ויכולות לקבל מענה לצורכיהם הרגשיים-הישרדותיים. סטיבן מיטשל העיר ש'לבלבי [...] הייתה נטייה התנהגותית יותר' אף על פי שהוא 'לא היה ביהביוריסטט במובן הצר של המונח', והתעניין יותר 'מן הפסיכואנליטיקאי הטיפוסי במה שמתרחש בפועל בין בני אדם' (מיטשל [2000] 2009: 123). התפיסות של בולבי שימשו מקור לחשיבה ולהמשגה בהגות הפסיכואנליטית (שם; מיטשל ובלאק [1995] 2006) ולמשמעות ההיקשרות בטיפול ועל בסיסה – התפתחות וצמיחת תקווה.

ויקטור פרנקל, פסיכיאטר יהודי אקזיסטנציאליסטי, ניצל שואה, שפיתח את תורת הלוגותרפיה, דן במושג 'משמעות'. משמעות, על פי פרנקל, היא סובייקטיבית ויחסית מפני היותה קשורה לאדם מסוים שלו חיים ייחודיים, ולכן 'היא משתנה מאדם לאדם, מיום ליום, ואפילו משעה לשעה' (פרנקל [1970] 1981: 67). הוא הדגיש

שאייאפשר לדבר על משמעות חיים אוניברסלית, אלא על משמעויות ייחודיות של מצבים הנבחנים בפני עצמם, בדומה לתקווה שהיא סובייקטיבית ומשמעותה נבחנת בקונטקסטים ובאירועי חיים שונים (יעקובי 1989; לוי 2008). במילים אחרות, התקווה תלויה בחווייה הסובייקטיבית של הפרט, ומקבלת את משמעותה בהקשרים שונים, ובכלל זה בתהליך ההשלמה עם אירועי חיים, לרבות אירועים טראומטיים, דרך בחינה שיטתית של משמעות בהתאם לחווייה הסובייקטיבית שחווה.

דונלד ויניקוט (1956 [2009]), בדומה לסטיבן מיטשל (Mitchell 1993), דן באופן ישיר יותר במושג 'תקווה' במאמרו על הנטייה האנטי-חברתית. במאמר זה הוא טען שהתנהגות אנטי-סוציאלית ופסיכוטית מבטאת תקווה לחוות מחדש היבטים מסוימים של הסביבה שכשלו. למעשה הוא ראה בכך תקוות ינקותיות לריפוי טראומות באמצעות חזרה על הנקודה שבה נעצרה הצמיחה הפסיכולוגית.

עד עתה תוארו עמדותיהם של תאורטיקנים ומטפלים פסיכואנליטיקאים שהתייחסו לתקווה באופן חיובי וראו בה בסיס להצלחת הטיפול. ישנם אחרים הקושרים תקווה לאשליה, לפנטזיה, לתלות, לפחד ולאכזבה ורואים בה מחוללת תהליכים רגרסיביים בטיפול ונגזרת מתהליך חשיבה ראשוני וילדותי (שוואב 2006; Boris 1976). אחד המייצגים הבולטים של התפיסה השלילית של תקווה הוא הרולד בוריס (Boris 1976). בוריס עסק במאמרו הקלסי 'על תקווה: טבעה ופסיכותרפיה' (On hope: Its nature and psychotherapy) בדיאלקטיקה שבין תקווה לתשוקה. לטענתו, התקווה שנובעת ממערכת הנחות המבוססת על התהליך האבולוציוני ומשמשת בסיס להשוואה של כל חוויה שנחווית, עשויה לכבול אדם בתוך יאוש, בייחוד כאשר אובייקט התשוקה אינו ממומש. הוא הדגים זאת בהתייחסו לתינוק שלדבריו מגיח מראש כתוצאה מהתהליך האבולוציוני כיצד השד אמור לשמש אותו. כאשר השד 'עונה' על הקריטריונים שעומדים בבסיס ההנחות המוקדמות, התקווה תואמת את התשוקה והן פועלות יחד. אבל כשהנחות המוקדמות אינן מתממשות והשד אינו מתפקד כפי שהתינוק קיווה (הניח), איכות החוויה (התשוקה) נפגמת. מכיוון שחלב ויניקה הכרחיים לתינוק, תקוותו לסיפוק צורך הכרחי זה אינה פגה, אך היא חסרה את התשוקה שאמורה להתלוות ליניקה. אובייקט התשוקה (השד) לא מומש, אפוא, כיוון שהתקווה סיכלה ודיכאה את החוויה. במילים אחרות, התקווה מבוססת על הנחות מוקדמות ומאופיינת בבררנות ובתובענות, ואילו התשוקה היא גמישה, רבת גלגולים וצורות שעוזרות לפרט להתמודד עם תהליך התפתחותו התובעני.

בדומה להרולד בוריס, גם רונלד פרברן (Fairbairn 1952) התייחס לתקווה באופן שלילי. הוא טען שהתינוק מותאם מראש לאינטראקציה אנושית. לכן הוא מקווה לאינטראקציה הרמונית ולהתפתחות לא טראומתית. ציפייה-תקווה זו עיקשת וכשהיא לא מתממשת נוצר קיבעון המתבטא בתקוותם הלא-מודעות העיקשת והנוקשה של מטופלים לקשר מוכר מהעבר – מענג או מכאיב. בגלל תקווה זו, המייצגת את הקשרים האב־טיפוסיים הפנימיים המוטמעים בתוכם, המטופלים

חווים את האנגליטיקאי כאובייקט רע ונמנעים ממעורבות עמוקה בטיפול עד כדי מכשול וסכנה להצלחת הטיפול.

גם עמדתו הבסיסית של וילפרד ביון (1967 [2003]) כלפי תקווה הייתה שלילית. הוא ראה בה גורם לא יציב המושפע מתנודות המתרחשות בטיפול הפסיכואנליטי, קרי בין תלות מוחלטת של המטופל במטפל ובין תקווה אשלייתית המלווה בכאב הרסני בזמנים אחרים בטיפול. הוא הוסיף שכתוצאה מכך המטפל מתרכז בתקווה העכשווית ולא בהתרחשות עתידית.

תקווה ומושגים קרובים על פי הגישות הפסיכו-דינמיות

קרל מנינגר (Menninger 1959) מבחין בין תקווה לאופטימיות. לדבריו אופטימיות מרחיקה מהמציאות ולכן תהליך השיפוט של מכשולים אפשריים מוביל להפחתה בערכם ובעוצמתם. כתוצאה מכך נחלשת יכולת ההתמודדות של הפרט. נוסף על כך הוא טוען שהאופטימיסט, כמו הפסימיסט, מדגיש את החשיבות של 'אני' (I). לעומת זאת, אדם עם תקווה מפחית מחשיבות האני כי התקווה באופיה היא צנועה וחסרת עצמי. היא מדגישה את התהליך המבוסס על הליכה קדימה (going forward), לעומת ההתעסקות בעבר בחיפוש אחר חיזוקים לעצמי, האופיינית לאופטימיסט.

מושג נוסף הנחשב קרוב לתקווה על פי הגישה הדינמית הוא האמונה. אריך פרום (1968 [1975]) התייחס לשני המושגים וטוען שהאמונה היא דבקות בדבר שטרם הוכח, הכרה באפשרות שמהו עתיד להתרחש היוצרת ציפייה חיובית ומודעות לקראת מה שעתיד להתרחש. התקווה היא הלך הרוח המתלווה לאמונה ולכן, לדעתו, האמונה אינה יכולה להתקיים בלא התקווה ולתקווה אין בסיס ללא אמונה.

מושג אחר הקרוב למושג תקווה על פי הגישה הדינמית היא האשליה או האלוזיה. הרל הופר התייחס אליה כאל יכולת ליצור קפיצה דמיונית העוזרת לינתר מעל תהום האובדן, הנטישה או הנוק' (Hopper 2001: 217). האשליה מגלמת מאמץ להירפא מריקנות ולפתור את הפער שבין הציפיות למציאות. כלומר, כמו התקווה אילוזיה היא תוצר של פעילות חיובית, בונה ולא הגנתית; אך בניגוד לתקווה, על פי הופר, היא עשויה להפוך להגנה בלתי סתגלנית עבור הפרט בדמות היווצרות אשליה.

טראומה ותקווה

הלידה ותהליך ההסתגלות של התינוק לחיים הם בעלי פוטנציאל טראומתי על רקע התלות המוחלטת של התינוק הבלבול והדיס-אינטגרציה שמאפיינת אותו (וינקוט

[1960] 2009; Mitchell 1993; Hopper 2001). התלות ופוטנציאל ההיפגעות הם חלק בלתי נפרד מתהליך ההתפתחות ובמקרים שהתפקוד הסביבתי (אמהי או של הדמות המטפלת העיקרית) נכשל, נחווית טראומה (קוהוט 2005; Winnicott 1971; Bowlby 1982). הטראומה גורמת לפגיעה במבנה משמעות החיים הטמון בגרעין העצמי (Janoff-Bulman 1992) עד כדי ערעור ההנחות הבסיסיות על העולם וכתוצאה מכך גם של העצמי. מכאן שפוטנציאל קיומו של תהליך טראומתי גבוה ונמצא בכל מקום, גם אם היקף החוויה הטראומתית והאינטנסיביות שלה משתנים (Hopper 2001).

גם שנדור פרנצי (1873-1933) הכיר בפגיעה הטראומתית העמוקה בנפשו של הילד על רקע טראומה מינית וטראומה הנובעת מאובדן הסביבה האמהית החמה, לרבות חוויות דחייה מוקדמות. הוא ניסה לחדד את מאפייניה של חוויית החרדה הפוסט-טראומתית, תוך הדגשה של תהליכי הפיצול המורכבים שהיא מחוללת ופיתח את רעיון האנליזה ההדדית, שלתפיסתו אמורה לתת מענה על צורכיהם של נפגעי הטראומה כמו גם על צורכי המטפל עצמו. בטכניקה זו, המסמלת את המעבר מפסיכולוגיה של אדם אחד (גישתו של פרויד) לפסיכולוגיה של שניים, שם פרנצי דגש על סימפתיה והבנה (הבסיס לשימוש בסימפתיה במקום הנכון) בטיפול בנפגעי טראומה (ברמן 2003). נראה שפרנצי נטע תקוות חדשות בקרב מטופלים עם טראומות קשות (למשל, במטופלת שלו אליזבת סורון) בגישתו האנושית והרגישה המכירה בקשייהם והרואה בהם שותפים לתהליך האנליזה. אלה תרמו לביסוס ה'ברית הטיפולית' שעל פי ג'ודי ויגן (Wigren 1999) משמשת בסיס להתפתחות של תקווה בטיפול פסיכודינמי בנפגעי פוסט-טראומה.

מעבר לתיאור הדינמי של תופעת הטראומה ראויה לציון ההגדרה הקיימת של הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית (DSM-IV-TR 2000). מדובר בהפרעה המתפתחת בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי משמעותי כשלושה חודשים ומעלה מאז החשיפה שהאדם מעורב בו ישירות או עד לו, ושיש בו מוות או איום במוות או פגיעה משמעותית או איום אחר על השלמות הפיזית. התגובה הרגשית על אירוע זה עשויה להתבטא בסימפטומים המופיעים בשלוש קבוצות תסמינים אפשריות (clusters): (1) חודרנות, המתאפיינת בחוויה חוזרת ונשנית של האירוע הטראומטי בדמיון, במחשבות, בחלומות, בסיוטים ובהתנהגות; (2) הימנעות עקשנית מגירויים המתקשרים לאירוע הטראומטי, לרבות הימנעות ממחשבות או מרגשות שמזכירים אותו עד כדי השטחה וצמצום אפקטיבי; (3) עוררות פסיכופיזיולוגית גבוהה ומתמשכת שמתבטאת בקשיי שינה, בחוסר שקט, במתח ובעצבנות עד כדי התפרצויות זעם וקשיים בריכוז.

לתקווה יש תפקיד 'טבעי' בהתמודדות עם הטראומה (לוי 2008). אם הטראומה דכברי מיטשל (Mitchell 1993) גורמת לבלבול עד כדי פגיעה פסיכולוגית המותירה את האדם מחוסר כלים לזהות מה באמת נדרש, הרי שלתקווה יש פוטנציאל ליצור

התמרה וצמיחה. היא נותנת תחושה שתיקון אפשרי תמיד וכי, כפי שהדגיש מנינגר (Menninger 1959), היא מייצגת את אינסטינקט החיים השואף לתיקון ויצירה נגד כוחות ההרס המיוצגים על ידי אינסטינקט המוות.

עם זאת, גם מעל התקווה מרחפת סכנה כתוצאה מחשיפה לטראומה. אמנם היא תופעה מתפתחת המסייעת להתמודדות בשלבי ההתפתחות השונים, אך גם התפתחותה, ולכן יכולתה לסייע בתהליך ההתפתחות, נמצאות בסכנה. לכן אחד המרכיבים של הדיאלקטיקה של תופעת התקווה כונה 'התקווה מתפתחת אך גם נעצרת' (לוי 2011: 171).

דווקא בגלל הקשר העמוק עם טראומה, תקווה, כדברי הופר (Hopper 2001), מתקשרת עם חוסן, עם עקשנות, עם אומץ, עם גבורה ועם תפיסת מציאות ריאליסטית המתעצמת גם בעזרת שינויים בהפנמות של דמויות משמעותיות. לטענתו התקווה מאפשרת לדמיין אפשרויות לדרכים יצירתיות להתמודדות עם הניסיון הטראומטי.

ביטויה של התקווה בטיפול על פי סטיבן מיטשל

סטפן מיטשל מתאר בספרו 'תקווה ופחד בפסיכואנליזה' (*Hope and Dread in Psychoanalysis*, 1993) באופן מעמיק את הביטוי של התקווה בתהליך הטיפול הדינמי. בפרק על הדיאלקטיקה של התקווה (*The dialectics of hope*) הוא דן ביחסי הגומלין שבין התקוות והפחדים של המטפל לבין אלה של המטופל. תקוותיו של המטפל מגולמות בבחירה להיות מטפל ובשירות שהוא מציע ונובעות מתחושת ערך העצמי שלו ומהמשמעויות בחייו. לכך יש השפעה על תחושתו שהוא יכול לעזור. יתרה מזאת, במצב שבו המטפל יחוש שאינו מסוגל לעזור הוא עלול לחוש חרדה משתקת.

בניגוד למטפל, תקוותו הבלתי מודעת של המטופל היא להישאר 'תקוע' עם התקוות הישנות והמוכרות תחת טיפולו המגונן והכוללי של המטפל. עם זאת, הוא מגיע לטיפול מתוך מצוקה המגלמת רצון (ותקווה) לחולל שינוי במצבו, ומתפתחת מערכת יחסים דיאלקטית בין הסטטי והמוכר (התקוות הישנות) לבין הכמיהה למשהו מלא ומספק יותר (התקווה לשינוי). לפיכך משבר הממחיש את הפערים שבין תקוות המטפל לתקוות המטופל הוא בלתי נמנע. מיטשל רואה בכך חלק טבעי בתהליך הטיפול. בתהליך זה צצים רגעי משבר לעתים הם גוברים ומתבטאים בהתקפות של המטופל על הבנותיו של המטפל. ההתקפה היא למעשה על האמונה של המטפל בדבר שינוי, ועל מה שמשך אותו לתחום מלכתחילה (היכולת להבין, לפרש ולגרום לשינוי). ההתקפה היא אפוא מקום המפגש עם מגבלותיה של היהבנה ועם הפחדים העמוקים ביותר של המטפל.

נוסף על כך מיטשל סבור כי ההבנות של המטפל הן הבסיס לפירוש האנליטי

שבסופו של דבר מוביל להתפתחות התהליך הטיפולי, כלומר לתקווה. כדי שהמטופל יקבל את פירוש התהליך, עליו לראות בפירוש של המטפל משהו שונה מכל דבר אחר המוכר לו, ובלשונו של מיטשל, ש'האור' (הפירוש) שהאנליטיקאי שופך על ה'מנסרה' (עולמו הסובייקטיבי של המטופל) לא יתפור לקטגוריות התנסות מוכרות: פחדים ישנים, כמיהות ישנות ותקוות ישנות. אלא שהפירוש, שבדרך כלל מוביל לתקוות חדשות, מגביר את פחדיו של המטופל, שכאמור חושש משינוי. למרות זאת מיטשל מצביע על הפירוש ועל הדיאלוג הפנימי של המטופל עמו (עם המטפל בתוך תהליך הטיפול) כתחילת השינוי. שינוי הוא מצב טרום מאוון ולכן הוא בלתי נסבל למטופל, מה גם שהוא בא על רקע התחושה הבלתי מודעת שלו שערכי המטפל ואישיותו נכפים עליו.

מיטשל טען גם שתקווה אמתית אינה אפשרית בתחילת תהליך הטיפול, אלא נרכשת תוך כדי מאבק ולכן היא דורשת אומץ רב (כך גם Hopper 2001). במילים אחרות, היא מתפתחת דרך נוכחות מתמשכת של המטפל והמטופל.

מיטשל התייחס גם לנושא הטראומה. לטענתו, טראומה גורמת לבלבול עמוק בין משאלה לצורך, ולכן תקוות ומשאלות הנובעות מטראומות ישנות אינן בגדר מדריך מהימן המסייע לדעת מה מועיל כעת. האדם הפגוע חסר כלים לזהות מה נדרש. לכן, כדי שהתקוות והמשאלות תשמשנה בסיס ליצירת משמעות אישית, נדרש שינוי של התקוות הישנות במסגרת האינטראקציה בין המטופל למטפל. בסופו של דבר טען מיטשל כי לכל אדם יש פוטנציאל לצורות התארגנות רבות וישנות ולכן צריך למצוא הזדמנויות לצמיחתה של תקווה חדשה. תקווה זו מתממשת באמצעות מילים חדשות שהמטפל אומר ושהמטופל מפנים אותן וכך מפרק מצבי תודעה ישנים ומוכרים, ואלה מפנים מקום למצבי תודעה חדשים.

לבסוף, מיטשל מדגיש שהטיפול חייב להסתיים כדי להעביר למטופל את המסר שהוא אחראי לחייו וכדי לא ליצור מצב שהטיפול הופך להיות חלופה לחיים. הסיום מאפשר למטופל להשתחרר מהשפעתו של המטפל ולהיפתח לדרכים ייחודיות משלו.

לצורך הדגמת רעיונותיו של מיטשל בחרתי להציג את מוריס, חייל ישראלי שנלחם במלחמת יום הכיפורים ופיתח פוסט-טראומה כרונית שחברה לטראומות קודמות שלו. הוא סבל למעשה מטראומה מורכבת (הרמן [1992] 1995). המקרה של מוריס משקף, לדעתי, את המציאות הישראלית הטראומתית שבה על פי דבורה פלורסהיים (2008) יש לתקווה תפקיד ייחודי המתבטא ביצירת 'רגעי אשליה' (ויניקוט [1971] 1996) הנחוצים למרחב הטיפולי. מרחב זה אמור להיות מגן ומכיל ומאפשר את ההשיית המציאות הקשה למטפל ולמטופל כאחד. מעבר לזה, הטיפול בו משקף את התהליך האטי, המורכב והייחודי של התקרבות התקוות שלי ושלו בדרך ליצירת שינוי – גם לאחר שנים רבות וכואבות של חיים בצל האירועים הטראומתיים הרבים שהוא חווה כילד וכחייל.

דוגמה קלינית: מוריס

מוריס הוא הבן הבכור במשפחה שבה שלושה ילדים וזוג הורים ניצולי שואה. כיום הוא פנסינר, לאחר שעבד שנים בשירות הציבורי. הוא נשוי למעלה מארבעים שנה, אב לילדים וסב לנכדים. טיפלתי בו במשך כשנתיים עקב תלונות על סימפטומים פוסט-טראומטיים כרוניים ומורכבים שהתפתחו ככל הנראה על רקע השתתפותו בקרב קשה במלחמת יום הכיפורים וטראומות ילדות, ועל רקע קווי אישיות מסוג קלסטר B.

מוריס התקשר למרפאה בעקבות פרסום מספר הטלפון בתקשורת, וביקש לשוחח עם 'האחראי'. עניתי והוא הציג את עצמו, ציין שנלחם בקרב קשה במלחמת יום הכיפורים ואמר שאינו יודע איך להמשיך בשיחה כיוון שלא ברור לו לגמרי מדוע מלכתחילה יצר עמנו (עמי) קשר. בתגובה אמרתי לו שאולי אחרי כל כך הרבה שנים הגיע שלב שקשה לו להמשיך ולשאת את העומס הרגשי לבדו, והצעתי שאם כבר עשה את הצעד הראשון (שיחת הטלפון), יעשה צעד נוסף ויגיע לפגישות הערכה (intake). הוא אמר שהוא יחשוב על כך וניתק את הטלפון.

כעבור יומיים הוא התקשר שנית וביקש לשוחח אתי. הוא אמר שיש לו ניסיון עשיר בטיפול נפשי בחייו המקצועיים ולכן חשוב לו לדעת עתה אם לאדם כמוהו, שפונה בפעם הראשונה לטיפול אחרי כל כך הרבה שנים מאז החשיפה לאירוע, יש סיכוי להשתפר. הוא הדגיש שעד עתה תפקד היטב, וברצונו לדעת אם מומלץ להתחיל בטיפול בעניין רגיש כל כך מבחינתו. אמרתי שניסיונו מעיד על הצלחות משמעותיות עם פונים מנפגעי מלחמות ששת הימים ויום הכיפורים, אך שאלת ההצלחה אינה קשורה לזמן החשיפה לאירוע אלא למשתנים רבים אחרים, כגון קשר בין-אישי בין המטפל למטופל. אמרתי שוב שאני מציע שהוא יגיע לפחות לפגישות ההערכה והדגשתי שהפגישות הללו לא תגרומנה נזק.

פגישות ההערכה מתבצעות במרפאה ונאסף בהן מידע על קורות חייו של הפונה ועל האירוע הטראומתי תוך הימנעות משימוש בטכניקות טיפוליות. עובדה זו מודגשת בפגישה ונאמר בה שמדובר בהליך שונה מטיפול. הפעולות הננקטות (רישום תוך כדי הפגישה) מסמלות את השוני בין שני סוגי המפגש, ההערכה והטיפול (לוי ולובין 2010).

אפשר להתייחס לפנייתו של מוריס כתקווה לא-מודעת להחזקה טובה ולצדה פחד מחשיפה לאחר שנים רבות. הפנייה מסמלת שינוי התנהגותי, כיוון שעד עתה הוא לא פנה לטיפול בהשפעת אירועי המלחמה. נראה שמוריס חש חרדה מעצם הפנייה ומאפשרות השינוי. הדבר התבטא בדבריו: 'תבין, עד עכשיו הסתדרתי יפה מאוד עם האירועים ולכן אני עושה אתך את הבדיקה'.

העמדה שהצגתי בשיחת הטלפון עם מוריס התבססה על ניסיון מוצלח בטיפול בפונים מנפגעי מלחמות ששת הימים ויום הכיפורים ועל האמונה-תקווה המוצקה

שטיפול יכול לסייע גם לנפגעי פוסט־טראומה כרונית ומורכבת, החיים שנים רבות בצל האירוע. אמונה זו מסמלת כמובן את הבחירה להיות מטפל (Mitchell 1993). בתום שיחת הטלפון השנייה החליט מוריס לבוא לפגישת הערכה אתי, ולאחר הצגת ממצאי ההערכה בישיבת הצוות הוא שובץ לטיפול אצלי, אף שרוב הפונים אינם מטופלים בידי מי שביצע את ההערכה (לוי ולובין 2010). הסיבה המרכזית לכך הייתה תחושת ההזדהות שלי עם מצוקתו ורצוני להוכיח שאני מסוגל לסייע לו, מתוך אותה תקווה שמאפיינת מטפלים ומגולמת בעצם הבחירה במקצוע הטיפול (Mitchell 1993). מוריס הפקיד את מצוקתו בידי ואני אימצתי אותה מתוך הבנה בלתי מודעת שזה מבטא את מאמצו הבלתי מודע 'לתקשר' (ויניקוט 1956 [2009]; Wigren 1999) אחרי שנים של סבל רב. 'אימוץ' מצוקתו עורר בי הזדהות ושימר את התקווה עד למועד התגלותה בשלבי הטיפול המתקדמים יותר (לוי 2008).

באחת מפגישות הטיפול הראשונות אמר מוריס ששיחות הטלפון הסירו אצלו מחסום רגשי ונסכו בו את הביטחון שנדרש לו כדי לבוא לפגישות. הוא חש באמפתיה שהתבטאה, לטענתו, בצליל קולי, בהבנה מקצועית למצוקה הרגשית שבה היה שרוי, בכנות ובאכפתיות. דבריו אלה מבטאים את טיעוניהם של ג'רום גרופמן (2004 [2006]), ג'רום פרנק (Frank 1968) ומנינג'ר (Menninger 1959) כי למטפל יש תפקיד חשוב ביצירת תקווה (וביטחון) במטופל. לטענתם התקווה נוצרת בין השאר בעזרת הביטחון המקצועי שהוא מקרין, האותנטיות שברצון לעזור והסמכות המקצועית שפעמים רבות מוקרנת מהטעמת הקול. מוריס, אם כן, מצא תקווה למפגש ייחודי אחרי שנים רבות, שאפשר לו לסגת מעמדות ישנות שגילמו הוויה של שמירה עצמית והישרדות. נדרשתי למלא פונקציה רגשית שתאפשר צמיחה והתפתחות מלווה בחרדה קיומית בשאלה אם יש ביכולתו 'לשרוד'.

בתהליך ההערכה תיאר מוריס תחושות עצב, תהליך של הרס עצמי המתבטא בעישון אינטנסיבי למרות היותו חולה לב, התפרצויות בכי בעת חשיפה לסבל של אחרים, בושע על תפקודו במלחמה, אשמה כלפי אשתו ורגישות לריחות המזכירים את המלחמה ותחושת תסכול על רקע איכות יחסיו הבין־אישיים בתחומי החיים השונים. הוא אובחן כסובל מפוסט־טראומה כרונית ומורכבת בשילוב עם קווים של הפרעת אישיות נרקיסיסטית, השייכת לקלסטר B ומתבטאת בקשיים בין־אישיים ניכרים על רקע הרגשה מופרזת של ערך עצמי, מיוחדות וגדלות לצד אדישות ניכרת לטובתם של אחרים.

הפגיעה הפוסט־טראומטית הכרונית המורכבת מתבטאת בעומק השינויים שהיא מחוללת ברבדים שונים (רגשי, חברתי, תפקודי ופיזיולוגי) של האישיות לאורך זמן. הפגיעה מפרה באופן גס את שיווי המשקל האישיותי שקדם לפגיעה, משנה באורח משמעותי את האופן שבו האדם תופס את עולמו הפנימי והחיצוני ומעוררת תחושות עמוקות, קשות וכואבות של חוסר אונים, חוסר אמון, בדידות, בידוד וניכור. כל אלה באים לידי ביטוי בולט במיוחד בקשיים בין־אישיים חמורים ובפגיעה

בחיים החברתיים (הרמן [1992] 1995; Schottenbauer et al. 2009; Kudler et al. 2008). מאפיינים אלה הופכים את הסימפטומים של הפגיעה הפוסט-טראומטית הכרונית המורכבת לעקשניים ואת הטיפול בהם לקשה ולחמקמק (לוי 2008). בעת תהליך ההערכה הדגיש מוריס שהוא הגיע להערכה ולטיפול בציפייה להרגיש טוב יותר בעזרת הטיפול. הציפייה התקווה השתלבה לכאורה עם תקוותי כמטפל, כיוון ששינוי היינו מעוניינים שמצבו ישתפר. אך תקווה-ציפייה זו, שהודגשה על רקע הסימפטומים המורכבים (בושה ואשמה) שמוריס הציג, הגבירו את חששותי מיכולתי לעזור לו. נוסף על כך, נראה שתחושה זו שלי נבעה גם כיוון שהוא הצהיר במידה מסוימת של צדק סובייקטיבי (על רקע מקצועו), שהוא יודע מהו טיפול נפשי. במילותיו של מיטשל (Mitchell 1993) אפשר לומר שמוריס העמיד במבחן את תקוותי המושרשת היטב בתחושת העצמי שלי, הערך שלי ומה שאני יכול להציע כמטפל.

חששות אלה גברו משהבנתי שלמוריס יש צורכי שליטה (המבטאים את קווי אישיותו מסוג קלסטר B, שעל פי תפיסתו של מיטשל הם משמשים תקנה לתחושת השלמות ההולכת ופוחתת), שהתבטאו בנטייתו להאריך בדברים בפגישת ההערכה ובדגש שהוא שם על יכולותיו ועל סגולותיו. מעבר לכך, דגש זה סימל את תקוותו לקבל הכרה ממני ביכולותיו אלה כחלק מהרצון הלא-מודע שלו להישאר בסטטי ובמוכר (לצד המצוקה שביטאה את כמיהתו למשהו מספק). מהדברים שתוארו לעיל עולה אפוא שבתחילת הטיפול הייתה אי-התאמה בין תקוותי (רצון לשינוי) לבין תקוותיו של מוריס.

בתחילה הרבה מוריס לתאר את סבלו לצד תפקודו המקצועי והמשפחתי בהתמסרות, בנתינה, בחריצות ובאנושיות. בלט הצורך שלו להרשים אותי וגם, כאמור, הצורך ב'הכרה'. כל ניסיון להבין ממנו מה הוביל אותו לטיפול (הבעיה שממנה סבל) נתקל באמרות מעודנות על כך שהוא סובל תוך כדי העברת מסר שהוא אינו מבין לכאורה מה אני רוצה ממנו (בשאלה מה הביא אותו לטיפול).

'חוסר ההבנה' סביב השאלה מה הובילו לטיפול משקף את הטענה של מיטשל (Mitchell 1993) שמטופלים חוששים משינוי, ולכן, אף על פי שהם פונים לטיפול הם מעדיפים להישאר בסטטי ובמוכר. במילים אחרות, השאלה מה הביא אותם לטיפול ממחישה את מה שצריך לכאורה לעשות בו שינוי, כלומר את לב המצוקה. כיוון ששינוי הוא דבר מפחיד, מוריס לא הבין מה אני רוצה ממנו. עובדה זו הייתה ביטוי נוסף לכך שתקוותו לשינוי הייתה נטועה בתקוות הישנות, הסטטיות והמוכרות, שהתבטאו בסימפטומים המוכרים של הסבל (לצד התפקוד). תקוות אלה דורשות התמרה בעזרת הטיפול, תהליך המתרחש בין השאר במצב ייחודי שבו תקוות המטופל מוחזקות על ידי המטפל (לוי 2011). במילים אחרות, בשלב זה של הטיפול היה עלי להחזיק עבור מוריס את התקווה כביטוי לפרופיל התקווה הנשאבת (שם: 56), המגלם את רעיון שימור התקווה במצבים שבהם האחר,

המטופל, זקוק לכך. מצבים אלה לרוב מאיימים והייאוש והפחד מנטרלים כל יכולת לשינוי משמעותו צמיחה והתמרה. שימור התקווה בידי אפשר לי ולמורים 'מרחב ביניים' (intermediate space) (ויניקוט [1971] 1996) שבו התקווה מוחזקת ככוח חיים עד שהיא יכולה להתפרץ ככוח מתמיר ומאפשר שינוי.

בשלבם הראשונים של הטיפול הקשבתי באמפתיה לתיאוריו של מוריס, הקרנתי נוכחות (מתמשכת), הדהדתי דברים שנראו משמעותיים לתהליך ההיכרות והעמקת האמון בינינו, שיקפתי וערכתי עימותים אמפתיים. מוריס הגיב על תגובות: 'אני מבין שאתה חושב אחרת, אל תשכח שיש לי הרבה ניסיון בתחום שלך'. דבר שכמובן ביטא את הרצון שלו לדבוק בתובנות (ההגנות) המוכרות, אך גם ביטא את חרדתו ואת כמיהתו להבין את ה'תהליך' ואת הלך החשיבה שלי כדי לייצר שליטה שתשקט את החרדה. חשתי שבמרחב הביניים העדין והשביר שיצרנו צורת ההתקיימות הנוכחית של הטיפול הייתה הדרך האפשרית והיחידה מבחינתו של מוריס, וכי רק ביסוס הברית הטיפולית והעמקת הביטחון והאמון 'אפשרו' תזווות' וקרבה בין התקוות שלנו. לכן, למרות התחושה שאני 'עירום' (על רקע הדגשת הניסיון והידע שהיה לו בתחום הטיפול הנפשי, לכאורה) ולמרות התגברות האיום והחרדה שמא הטיפול ייכשל, הזכרתי לעצמי שהמעבר מתקוות העבר להתקיימות אחרת בהווה, ולצמיחה והתפתחות בעתיד, נעשה דרך שהות במצבי התקווה הישנים.

באמצעות תיאור חייו של מוריס את ויחסיו עם דמויות שונות בחייו למדתי שהוא סבל מדיסלקציה ולכן התקשה בלימודיו. הוריו ומוריו, שלא היו מודעים ככל הנראה לליקוי הלמידה, הפגינו חוסר שביעות רצון והעבירו לו מסרים שהוא לא יצליח במישור הלימודי. לבסוף הם 'דחפו' אותו (על פי תיאורו) לצאת לעבודה כבר בכיתה י'. למרות זאת הוא סיפר שכשהחל לעבוד הוא הבטיח לעצמו שהוא עוד יוכיח לכולם מה הוא שווה. נוסף על כך למדתי על החרדות שבצלן הוא חי כבן לניצולי שואה, עם דמות אמהית דרשנית ושתלטנית ואב הימנעותי, שהתבטאו במסר הבלתי פוסק מצד הוריו שאסור לתת להיטלר לנוח על משכבו ולכן צריך להביא כמה שיותר ילדים לעולם. הציפיות ממנו כבן בכור והצורך שלו להרגיש כישרוני, ייחודי וגברי היו עזים. על רקע זה הוא ניהל מערכות יחסים רבות עם נשים והתקשה להסתגל לשירות הצבאי. הוא סיפר שכבר בטירונות הוא התעמת עם מפקדים כי התקשה להתמודד עם אי-ההכרה בייחודו וביחס אליו כאל אחד מני רבים. הוא הוסיף עוד שאם לא היה מתקדם לתפקיד הייחודי שקיבל, תפקיד שהקנה לו מעמד ובעיקר שיח אישי וקרוב עם מי שעמד בראש הפירמידה, הוא לא היה שורד בצבא.

כך הוא תיאר את מציאות חייו הטראומתית, לרבות את תחושת הכאב והאכזבה שחש מדמויות משמעותיות וסביב אירועים משמעותיים בחייו. אלה הפכו את אישיותו לקפואה ולהישרדותית. הקיפאון והפחד מכאב חידדו את הקושי שלו להיפרד מתקוותיו הישנות – מה'מקום הבטוח' המגן מכאב, אך הכרוך בסבל ועצב.

בשלב מסוים שיקפתי את התרשמותי שתגובותיו על הדהודי בנוגע לדברים מסוימים שהוא אומר, השיקופים והעימותים האמפתיים, מתבטאים באמירתו ש'הוא מבין שאני חושב אחרת, אבל זה ככה, כי הוא יודע, ועוד על בסיס של ניסיון'. הוא כעס ואמר בתגובה שאם יש דברים שאני רוצה לומר לו שאומר אותם ולא ארמוז עליהם, כפי שנהגו לעשות הוריו בילדותו. הוא הדגיש שהוא תולה בי תקוות רבות והרמיזות מאכזבות אותו. עוד הוסיף שבסך הכול הוא מרגיש שהטיפול משמעותי, ושהוא מרגיש ומבין לאור ניסיונו שאני יודע מה אני עושה, אבל העובדה שאני רק מגיב על דברים ברמיזות, במקום לנקוט יוזמה ו'לכוון', אינה פשוטה לו.

תגובתו שיקפה את הפער בין תקוותי. מצד אחד תקוותו הינקותית לאחזקה, להכלה ולהבנה (בשונה מהוריו), שלוותה בתוקפנות ובתקווה להחלמה מהירה, ומצד אחר תקוותי להצלחה בביסוס קשר ואמון ובניית מרחב פוטנציאלי (Wigren 1999) שדרכו יתרחש תהליך ההתמרה של התקוות הישנות. חווייתי את החרדה של מוריס ואת הרצון לשליטה בי כאובייקט (ויניקוט [1971] 1996), דבר שעורר בי תסכול אך גם הזדהות עם עומק הפגיעות באישיותו כתוצאה מהטראומות שהוא חווה.

בשלב זה נמנעתי מפירושים, כדי לאפשר לתהליך הטבעי של התפתחות ההעברה להתרחש על בסיס יצירתי (ויניקוט [1971] 1996), ובכך לאפשר התפתחות מרחב פוטנציאלי משותף שבו יתאפשרו מצבים עמומים (Wigren 1999). עם זאת הוא תקף כל הבנה שלי שהשתקפה בטכניקות שתוארו לעיל. מיטשל סבור כי התקפות על הבנותיו של המטפל קורות לעתים בשלב שמקדים את המבוי הסתום – רגעי המשבר הנובעים מפירושים, ופעמים רבות הן מלוות באידאליזציה שמתבטאת בהשעיית הספקות של המטופל. במקרה זה נראה שהביטוי לכך היה בדבריו של מוריס, 'אני מרגיש ומבין לאור ניסיוני, שאתה יודע מה אתה עושה' כחלק מהרצון להשקיט את חרדת התקווה האופיינית לשלב זה של הטיפול (סכיוואידי-פרנאודית, על פי מיטשל). כל זאת על ידי הסרת הספקות ביחס אלי. עם זאת, הסרת הספקות לוותה בכעס מעודן מצדו, שהגביר את חרדתי ותהיתי כיצד יתפתח הקשר, אם הוא (הקשר / מוריס) ישרוד, ואם תקוותי ותקוותיו תיפגשנה.

לצד החרדה הרגשית והבנתי בשלבים אלה, ובעוצמה רבה, את מאפייני החוויות המנותקות של מוריס: הילד שאין מכירים ביכולותיו (תלמיד לא יוצלח), שהחליט להוכיח שהוא 'שווה' משהו. מעבר לכך חשתי את השתקקותו ל'לידה מחדש', דבר שהתבטא בין השאר במשפט 'במקום לשאול או לרמוז תגיד וזהו, בגלל זה אני פה'. קרי, אני פה כדי להתחיל באמצעותך מחדש. חשתי שהתקווה להתחיל מחדש היא ביטוי לרצון לתקן את כישלונותיה של הסביבה שממנה מוריס בא. הבנתי עוד שתיוקון זה מחייב מעבר של תהליך רגרסיבי שמשמעותו חזרה לנקודות הכשל ששיבשו את התפתחותו ופגעו בתקוותו הלא-מודעת למימוש צורכי הגדילה וההתפתחות (ויניקוט [1956] 2009; קייסמנט [1990] 1995).

החזרה לנקודות כשל אלה חייבו את הישרדותי תחת ההתקפות של מוריס. על

פי ויניקוט (1971 [2009]) ההישרדות היא מטלה אנליטית של המטפל בדרך לבניית מרחב פוטנציאלי. במילים אחרות, קיוויתי שמוריס ואני נצליח לחזור 'לאחור' ככל שצריך יהיה, אל התפתחותו הרגשית המוקדמת, מעבר לתקופה שבה הפגיעות הטראומטיות נעשו רבות ובלתי נסבלות (ויניקוט [1956] 2009; קייסמנט [1990] 1995), כך שיווצרו חיבור והתאמה מחודשים לצרכי הינקותיים כחלק מתיקון כשלי הסביבה. בכך יש ביטוי למטרת הטיפול על פי מיטשל (Mitchell 1993): התקווה המשותפת שלי ושל מוריס לחשוף את העצמי המעוכב שלו, ועל ידי כך לחוות תקווה אמיתית.

זאת ועוד, כמי שסבל מפוסט־טראומה כרונית ומורכבת, יכולתו של מוריס להבנות מרחב פוטנציאלי בינינו על בסיס דיאלקטי שבו ניגודים מתקיימים במתח דינמי ובה בעת יוצרים ומפריכים זה את זה (אוגדן [1989] 2001), הייתה מוגבלת. זאת על רקע הקונפליקט הבסיסי ביכולת לבסס קשרים של אמון (הרמן [1992] 1995), ועל רקע התפיסה האופיינית לנפגעי טראומה, שהמציאות בלתי ניתנת לשינוי (Wigren 1999).

עם זאת, ככל שהטיפול נמשך והתקדם התבססה תחושה הדדית של התקרבות בין התקווה שלי לזו שלו. היה לכך ביטוי בהשתקפויות חלקיות של העצמי האמתי (ויניקוט [1960] 2009) של מוריס. על רקע זה אירע המשבר הראשון בטיפול, במושגיו של מיטשל (Mitchell 1993), שהתרחש סביב מערכת יחסיו של מוריס עם אשתו.

מוריס ואשתו הכירו כשהיו צעירים ובתם הבכורה נולדה בשנות העשרים המוקדמות לחייהם, כשמוריס היה סטודנט. לאחר הולדת הבת הוא טען שהוא נאלץ במקביל ללימודיו המורכבים לטפל בשני ילדים: אשתו ובתו. הוא ראה באשתו ילדה, תפיסה שבמובנים מסוימים נשמרה עד היום (הוא מכין לה סנדוויצ'ים בכל בוקר לכל היום). הוא הגדיר אותה כילדה חמודה וטיפשה במובנים מסוימים (דיבור שהוא הסתייג ממנו מיד), ולכן הוא קיבל את חוסר תפקודה האמהי לאחר לידת בתם הבכורה כחלק מחוסר בשלותה. הוא הוסיף עוד, שלתפקודה הייתה השפעה על מערכת היחסים עם בת זו, 'הבת של אבא'. מוריס ניהל גם מערכות יחסים ארוכות ומורכבות עם נשים רבות, לעתים מתחת לאפה של אשתו ש'ביקשה לא לדעת'. הוא הדגיש שכשניסה להתוודות בפניה על כך היא עצרה אותו בטענה שהוא בעל ואב נפלא וזהו הדבר החשוב בעיניה. למרות זאת הוא תיאר את רגשי אשמתו על תפקודו כ'בעל', אם כי ברוב המקרים אמר באותה נשימה שלמרות זאת אין לאשתו סיבה להתלונן. כששיקפתי לו שהוא מתאר אשמה – שמנוגדת למציאות (כיוון שאשתו יודעת ומקבלת את הדברים לכאורה) ולתפיסתו הקוגניטיבית המודעת שאין לאשתו על מה להתלונן – הייתה שתיקה. אחריה סיפר מוריס שהוא מנהל רומן ארוך עם אישה שאיבדה במלחמת יום הכיפורים ובמלחמות אחרות כמה מבני משפחתה מהמעגל הראשון.

במפגשים רבים עסקנו במשמעות בחירתו לחשוף בפני את הדברים (תחושת ביטחון שנוצרה בו, צורך לפרוק ולשתף, ביטוי נוסף להתקרבות בינינו), בתהליך התפתחות הרומן ובצרכים שהוא ממלא לאישה האחרת ולו. משיחות אלה עלה שכבן לניצולי שואה מוריס הרגיש 'מחויבות' להתמסר לאישה זו כדי למלא את החלל הרגשי שנפער בה, כהגדרתו, לאחר האובדן. הוא הרגיש שחש חובה להתגייס למענה, להתמסר לה ולתת לה את מה שהיא לבטח לא הייתה מקבלת ממישהו אחר. בתוך כך ציין שוב את התכונות הטבועות בו, של התמסרות ונתינה. מאותה סיבה הוא התמסר, לדבריו, לעבודתו והשקיעו בה את כולו. הוא קשר את הדברים לתחושת השליחות שהוטמעה בו על ידי הוריו מילדותו.

באחד המפגשים אמרתי לו שהתעוררה בי אסוציאציה של 'מלאך' בעקבות הדברים שתיאר. הוא הגיב באשרור אסוציאציה זו ואף חיזק אותה בטענה החוזרת שכך הוא גדל והתחנך. כששיתפתי אותו במחשבה נוספת שעלתה בי לגבי האפשרות שאולי הרומן שהתפתח קשור גם לתפקודו במלחמת יום הכיפורים, הוא ביטל את הדברים וטען (שוב) בכעס, שאני מוזמן לומר את הדברים באופן ישיר במקום לרמוז.

הכעס של מוריס, אחרי כל כך הרבה מפגשים שבהם הייתה תחושה של התקרבות בין רגשי התקווה שלי ושלן, עורר בי תחושה של אכזבה. עם זאת הבנתי שיש בכך ביטוי לאופיה של התקווה ולמשמעותה: 'גישה או מצב תודעה או חוויה אסתטית מתמירה בתוך השעה הטיפולית ובתוך התהליך' (פלורסהיים 2008: 43). יתרה מזאת, על רקע העובדה שמוריס אפשר לעצמו להיחשף חשתי שהנופך הרגשי של תגובתו הפעם היה שונה מהפעמים הקודמות: הוא היה בשל יותר לחשוף רבדים לא-מודעים הנוגעים לתקוותיו הישנות, ולכן אמרתי שאיני רומז אלא משתף אותו במחשבה שעלתה במוחי באופן אסוציאטיבי, לפיה יש קשר בין הדברים. הוספתי שאולי תגובתו הכועסת משקפת חרדה בלתי מודעת מן האפשרות שיש קשר בין הרומן שניהל לתפקודו במלחמה. בתגובה הוא אמר 'אולי', השתתק ומיד החל לבכות, באיפוק. בהמשך הוא סיפר בכאב גדול שבמלחמה הוא התקשה לתפקד בשל הפחד והחרדה המשתקת שאחזה בו. הוא הוסיף שהוא חמק בחסות הפצועים, אותם הוא 'התנדב' לפנות לבית חולים שדה המרוחק מאזור הקרב, בניגוד לבני משפחתה של האישה שעמה הוא מנהל רומן, שחירפו נפשם ונלחמו עד שנפלו. בתגובה על כך אמרתי שנראה שתחושת ה'מחויבות' כהגדרתו, להתמסר לאישה זו נבעה גם מתחושת האשמה שלו על תפקודו בקרב ומהצורך להיות 'מחובר' לאתוס השכול הישראלי – במסווה הגנתי (אידיאליזאציה) של 'שליחות'.

כעת נחשפה הפנטזיה של מוריס למסד את חייו עם אישה 'אצילה' זו ולצדה תחושת המחויבות העמוקה לאשתו, לביתו. הוא תיאר חלום ובו אשתו נלקחת על ידי מלאך אלוהים לפרק זמן מסוים כדי לסייע לה לפתח את תחום האמנות שבה החלה לעסוק. על רקע החלום עלה הרצון הבלתי מודע של מוריס שאשתו תיעלם

מחיי (תמות). דבר זה מעורר בו אשמה ועליו הוא מפצה ב'התמסרות ונתינה עד אין קץ'. מוריס אמר בתגובה שהוא לא חשב על הדברים באופן הזה. אמירה זו העידה, להערכתו, על כך שפירוש זה הגיע מאזור ההשפעה ההדדית (אוגדן [1989] 2001), קרי מהמרחב הפוטנציאלי המשותף שנבנה בטיפול ובו העצמי של מוריס מצא מרחב מכיל שגילה הכרה בצרכיו הראשוניים.

משלב התפתחותי זה של הטיפול עלו תכנים הנוגעים לצרכים בלתי מודעים אלה, המחפשים עד היום מענה שאינו קיים ושגרמו לו למצוקה רגשית. הוא הבין מדוע חזרתי והדהדתי את השאלה מה הביאו לטיפול בתחילת הטיפול. זה המחיש את התמורה הפנימית שהתחוללה בו והתבטאה בהכרה במצוקתו הרגשית על רקע נסיבות חייו הטראומטיים המורכבים. הוספתי שהמרחב שנוצר בטיפול מבטא אמן ותקווה בלתי מודעת מצדו שבמהלך הטיפול יתאפשר מפגש עם הכשלים שהובילו לאיסיפוק צרכיו הראשוניים, ולהתפתחותם של דפוסי המצוקה הנוכחית. מוריס חיכה, אם כן, שנים רבות למפגש ייחודי שיאפשר 'פרדה' מהתפקיד האלוהי שניתן לו לכאורה כדי לשרוד ואולי לצמוח בכיוון של חיים מספקים יותר.

למחרת מפגש זה התקשר מוריס בשעת בוקר מוקדמת למרפאה. הוא ציין שהשיחה האחרונה שלנו מהדהדת בראשו במיוחד בשל ההבנה שהוא 'נדחף' למעשים מתוך צורך לתת מענה לצרכים ראשוניים. הוא הוסיף שהעובדה שהוא 'נדחף' גובה ממנו מחיר רגשי כבד, שגבר בעקבות השיחה האחרונה. כל זאת על רקע ההבנות השונות, ובמיוחד ההבנה המייסרת שהיה רוצה שאשתו 'תיעלם'. בתגובה אמרתי שגם אני חש שהשיחות נוגעות ברבדים לא-מודעים משמעותיים במרחב שנוצר בינינו ולכן אני מעריך שבהמשך התהליך ייווצרו הקלה וסדר פנימי.

מוריס לא הגיע למפגש הבא. הוא השאיר הודעה שחלה. היעדרותו ביטאה להערכתו תגובה על פירוש שהזמין הסתכלות חדשה על מניעיו, קרי תפיסתו את עצמו כאלוהים או כמלאך האלוהים שתפקידו לעשות רק טוב, דמות אנוש הפועלת מתוך צורך לספק צרכים ינקותיים וראשוניים (אהבה / הכרה / הערצה). לצד זה נוצרה הכרה כואבת מבחינתו שמעשים אלה טומנים בחובם פוטנציאל לנזק עבור האחר. נראה שהפרשנות שהכילה את הייאוש ואת התקווה כאחד – את התקוות הישנות, המקובעות והמייאשות ולצדן את אפשרות הצמיחה ומשמעותה (התקוות החדשות) – המחשישה את הקונפליקט המובנה הכרוך בכל שינוי אפשרי בטיפול, כפי שהראה זאת מיטשל (Mitchell 1993). במקרה זה, פוטנציאל השינוי נוצר דרך 'התמקמותי' כהורה מכיל, מחזיק ונוכח, וכמעריך הגנות ישנות עד כדי כך שמוריס הגיע למצב טרום מאוזן ובלתי נסבל, שהתבטא בקריסה פיזית (מחלה). זאת ועוד, ביטול הפגישה סימל להבנתי התפתחות בטיפול ביתנועה ספירלית הנבנית ונעלמת ושוב נבנית' (פלורסהיים 2008: 43). התפתחות זו מתאימה לקונפליקטים המאפיינים נפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת ומסמלת התקרבות בין התקווה שלי לתקוותו של מוריס. מוריס החל בתהליך ה'יצאה' מהעמדה הסכיזואידית-

פרנואידי, התופסת את הסביבה כאובייקטים הזקוקים לפתרונות מאגיים. העמדה הדיכאונית, הכוללת הבנה שהסביבה היא מכלול מורכב של 'טוב ורע' (טוב עבור האישה האחרת משמעותו סבל עבור אשתו) (Mitchell 1993), ושהיא (הסביבה) מעבר ליכולת השליטה שלו (ויניקוט [1956] 2009).

'ציאה' זו אפשרה למוריס, שראה בי אובייקט שאמור לראות בו מלאך (כחלק מהתפיסה האומניפוטנטית של העמדה הסכיואידי־פרנואידי), להכיר בכך שאני אובייקט־סובייקט שיכול להעניק לו מ'טובו' (הפירוש), אך במחיר כאב (משמעות הפירוש), שעלול לעורר את כעסו עד כדי פגיעה בי ובקשר (הרס האובייקט). כל אלה התאפשרו על ידי החזקת התקווה במרחב הפוטנציאלי הבטוח יותר עבורי ועבורו כשלב נוסף בדרך להתגלות תקוותי המושהות.

מוריס בא כעבור שבועיים וסיפר עד כמה השיחה הקודמת הייתה משמעותית ועד כמה נחשפו לו רבדים לא־מודעים. הוא הדגיש את הכאב הפנימי שחש בעקבות השיחה, ואת התחושה הבלתי מוגדרת שבכאב זה קיימת הזדמנות למשהו אחר וחדש (צמיחה). כיוון שההזדמנות למשהו אחר התגבשה בו, הוא ביקש להאריך את משך המפגשים בחצי שעה כדי להאיץ את השינוי, ומאחר ש'פתיחת הדברים' אחרי שנים רבות היא קשה ומורכבת. עוד הוסיף שעד שהוא מצליח להיכנס ל'עומק הדברים ברמה הרגשית', הפגישה נקטעת ומגיעה לסיומה.

הסכמתי אתו שהחלטתו לבוא במגע עם דברים שנצר בלבו שנים רבות היא אכן החלטה קשה, וכי חשיפת הרבדים הלא־מודעים גם היא מורכבת. עם זאת הדגשתי שהשמירה על משך הפגישות תעזור לשמור על מסגרת הטיפול ותמנע סכנת הצפה קוגניטיבית ורגשית (שבמקרים לא מעטים עם נפגעי פוסט־טראומה כרונית ומורכבת מובילה לנשירה מהטיפול). עוד אמרתי שאולי הבקשה להאריך את הפגישות מגלמת את הרצון הלא־מודע להחזיר את השליטה לידי על רקע חשיפת הרבדים הלא־מודעים בפגישה הקודמת, שהובילה לפחד וחרדה שהתבטאו, בין השאר, במחלתו. בתגובה הוא אמר ש'הלכתי רחוק מדי' עם ההנחה שבגלל השיחה הוא חלה. הוא הוסיף שבסך הכול ביקש שאתחשב בו, דבר שאינו מובן מאליו מבחינתו, כי כל חייו הוא תמיד נתן מעצמו ופעל למען אחרים בלי לבקש תמורה. לכן כיום, בגילו המתקדם ובנסיבות רגישות כל כך, כשסוף סוף הוא מרשה לעצמו לבקש משהו לעצמו, צריך להתייחס לבקשה כלשונה. עם זאת הוא אמר שהוא מבין את הרציונל המקצועי (הצפה) שהצגתי והוא מקבל אותן.

תיאור הדברים בפיו טיפוסי לרגעי משבר. מוריס התקומם למעשה נגד מה שהתרחש בפגישה הקודמת – הפירוש ש'נכפה עליו' המגלם את ערכי, את הבנות ואת 'יומרת' לעזור לו לחולל שינוי (Mitchell 1993). הוא 'תקף' את המסגרת המזוהה עמי בניסיון לפרוץ את גבולותיה ובתוך כך לייצר 'תחושת מיוחדות' שמסמלת את המצב הסטטי והמוכר מחוץ לחדר (בחייו). ה'ערכתי שאפשר לראות גם בהתקוממות ביטוי ל'מעג' עם הדברים, בניגוד לאדישות ולהתעלמות. משמעות

הדבר הייתה 'חלחול' והתפתחות, לרבות התקרבות בין התקוות, במרחב שנוצר בינינו.

רגעי משבר מסוג זה היו למכביר גם בהמשך הטיפול. הם אירעו בהקשר לנושאים רבים. עם אלה נמנו עיבוד תחושות הבושה והאשמה על שברח במלחמה בחסות הפצועים, בניגוד לדחף לעזוב את כל מה שעשה בחו"ל כשפרצה המלחמה (שם התגורר עם משפחתו באותה עת) ולבוא לארץ כחלק מציפיותיו מעצמו כצבר הישראלי; כעסו על אמו ועל אביו בגלל חוסר האמון בו והרצון להטיח בהם את האשמה והכעס אל מול הסובלימציה בדמות התגייסות טוטלית לטובת צורכיהם כאנשים זקנים, ממורמרים ודרשניים; וכן יחסיו המורכבים עם אשתו על רקע הרומן שניהל עם אישה אחרת.

לאחר כשנתיים של טיפול שאופיינה בינוכחות מתמשכת (Mitchell 1993) מצדי, אומץ רב ורצון להמשכיות מצדו של מוריס (תקווה של העמדה הדיכאונית), רכש מוריס תובנות הנוגעות להתעסקותו המופרזת בפנטזיות כגון הצלחה, כוח, יופי, חוכמה, אהבה אידאלית, פגיעותו הנובעת מדימוי עצמי נמוך ובשל כך הצורך להיות מיוחד (מאפייני קווי האישייות מסוג קלסטר B). נוסף על כך הוא רכש תובנות על תחושת הריקנות הפנימית והדיכאון, הקשורה גם לעובדת היותו בן לניצולי שואה. בהקשר זה בחנתי גם את המשמעות של מערכות יחסיו עם דמויות שונות ומשמעותיות בחייו, על רובדיהן המודעים והלא-מודעים, תוך כדי קישור לאירועי המלחמה (למשל, עסקנו בכך שלאחר ההתמוטטות שחוהה הוא בא לבית הוריו ואביו שאל אותו בטון של תוכחה מה הוא עושה בבית כשכולם נלחמים). דרך זה נחשפו גם ערכים, אמונות, ציפיות ודפוסי התקשרות לדמויות משמעותיות רבות. כל אלה הובילו לתהליך השינוי שעליו הצביע מיטשל. מוריס 'חי' מילים חדשות שהצעתי בעת הפרשנויות, מה שהוביל לפירוק מצבי תודעה ישנים ומוכרים וליצירת מצבי תודעה חדשים (תקווה).

בחודשי הטיפול האחרונים הרבה מוריס לתאר אירועי חיים שהתרחשו בין המפגשים, בניסיון להפגין את השינוי הפנימי שעבר (למשל, הוא ציין כיצד המודעות לדברים שרכש באמצעות הטיפול מסייעת לו בקשריו עם הסובבים אותו). חשתי שמוריס מנסה להבנות הוויית עצמי ואובייקט פנימי ייחודיים כביטוי למנגנונים בוגרים ואדפטיביים יותר, המבטאים את השינוי שהוא חש שעבר, ושלו הייתי שותף. ראיתי בכך ניסיונות להתקיימות אחרת ובהן התקווה החדשה מופיעה בועיר אנפין ככוח מניע. שיקפתי למוריס את הצורך להפגין את תקוותו החדשה בנוכחותי כמטפל מגן, מכיל ומאפשר, והצעתי לבחון את האפשרות לסיים את הטיפול ולהיפרד. הוספתי שכדאי לראות בפרדה הזדמנות לבחון אם הוא מסוגל להתמודד עם חייו בכוחות עצמו ללא התלות האפשרית בו, הנובעת על פי מיטשל (Mitchell 1993) מהשפעתי עליו כאיש מקצוע, וכהזדמנות להתפתח בדרכים משלו. למרות התנגדותו הראשונית הוא ציין שגם הוא מרגיש שהגיע הזמן לסיים את הטיפול ולהיפרד.

חשוב להדגיש בהקשר זה שמיטשל (שם) הדגיש שהטיפול חייב להסתיים כדי לחזק את התחושה שהמטופל מסוגל להתמודד עם חייו בכוחות עצמו וכדי לא ליצור מצב שהטיפול הופך להיות חלופה לחיים. הסיום מאפשר למטופל להשתחרר מהשפעתו של האנליטיקאי ולהיפתח לדרכים משלו. נוסף על כך יש בכך הכרה בסופיותם של החיים וקבלת מוגבלותם (קולקה 2004). הכרה זו משתלבת עם ההבנה שמטרת הטיפול אינה החלמה טוטלית ומלאה מהאירוע הטראומטי, אלא הטמעתו בעצמי החדש שהתהווה בעזרת הטיפול (לוי 2008; הרמן [1992] 1995). מוריס דיווח בפגישת מעקב שקיימנו שלושה חודשים לאחר סיום הטיפול כי הוא מרגיש 'שלם יותר עם עצמו', בטוח יותר ובעיקר ש'התנהלותו עם הסביבה השתנתה'. הוא הוסיף שקשה לו להסביר במילים כיצד התחולל השינוי אך מבחינתו זאת עובדה קיימת: 'אני שלם יותר עם עצמי ולכן קל לי יותר להיות בנוכחות אחרים וקל לי יותר להפגין חיבה, אהבה ולהיות סבלני'. מיטשל (Mitchell 1993) אמר בהקשר זה שהיכולת לאהוב לאורך זמן ובצורה מחייבת משקפת תקווה לעתיד טוב יותר, גם אם הוא אינו בהכרח בטוח. אני מוסיף שהיכולת לקוות, לצד הבנה שדברים לא בהכרח יתממשו וכי נכונות אכזבות, כאב ותסכול הם מהות התקווה.

דיון

מיטשל (Mitchell 1993) טען שטראומה גורמת לבלבול עמוק בין משאלה לצורך והאדם נטול כלים לזהות מה נדרש. לכן, כדי שהתקוות והמשאלות תהיינה שימושיות יותר כבסיס ליצירת משמעות אישית, דרושה התמרה של תקוות ישנות במסגרת האינטראקציה בין המטופל למטפל. הוא הוסיף שלכל אדם יש פוטנציאל לצורות התארגנות רבות ושונות ובטיפול צריך למצוא הזדמנויות לצמיחה חדשה. הבסיס לצמיחה מחדש, כפי שהוצג במקרה של מוריס, היה היכולת לבסס אמון ולטעת ביטחון במטופל, תוך כדי יצירת מרחב פוטנציאלי שבו רעיונות משלימים, מתחרים או מנוגדים יכולים להתקיים באותה מציאות ולאפשר התפתחות של רעיונות, מחשבות ורגשות (אוגדן [1989] 2001; Wigren 1999). לצורך זה על המטפל לאפשר למטופל להשתמש בו (ויניקוט [1971] 1996), תוך קבלה ללא תנאי, ותוך כדי אחזקה ושימור התקווה בעבור המטופל (לוי 2008; פלורסהיים 2008). כל זאת עד שיווצרו התנאים להתמרה של התקוות הישנות בצורות חיים מספקות יותר. תהליך זה מתרחש, כפי שציין מיטשל (Mitchell 1993), בעזרת מילים חדשות שהמטפל אומר והמטופל חי אותן. כך מתפרקים מצבי תודעה ישנים ומוכרים (המסמלים כאמור את התקוות המוכרות והישנות) בדרכו להפנמת מצבי תודעה חדשים. היכולת שלי לקוות ודרך כך להיות נוכח באופן מתמשך ועקיב, תוך החזקת תקוותו המושהית של מוריס בתוך מרחב הביניים שיצרנו, אפשרו את השינוי.

מוריס, שחווה אכזבות מדמויות משמעותיות בעברו, היה זקוק לאמון ולביטחון כדי שתקוותו המושהית תפרוץ ותצמח. תפקודי כאובייקט מכיל, מחזיק ונוכח, נתן תחושה שהתקיימות אחרת – רגשית ועמוקה – אפשרית, במיוחד ברגעי המשבר שבהם אין מילים או שמילים (הפרשנות) ייצרו את ההתקיימות האחרת. ברגעים אלה מתבטאים ארגונים הגנתיים ישנים המבטאים את הקונפליקט המובנה סביב ה'תזווה' בין התקוות הישנות והמוכרות לתקוות החדשות. רק אז צפה התקווה הפוטנציאלית ככוח חיים מניע, ומובילה לשינוי.

ולבסוף, נפגעי פוסט־טראומה כרונית המגיעים לטיפול לאחר שנים רבות בצל האירוע הטראומתי מחוללים באופן בלתי מודע תהליך רב עוצמה בטיפול, שבבסיסו התקווה הינקותית להחלמה מהירה בעזרת המטפל. תהליך זה עשוי להוביל לציפיות מהמטפל לתפקד כ'מושיע', ומכך עליו להימנע. העמדה של הגנת יתר (overprotective attitude) על המטפל, הטמונה בבסיס תפקיד 'המושיע', פוגעת בתהליך המעבר בין התקווה של השלב הסכיואידי־פרנואידי, לתקווה של השלב הדיכאוני, שהנו הכרחי להחלמה (Mitchell 1993). אפשר לדמות תהליך זה למערכת היחסים שבין תקווה לתשוקה שעליה הצביע בוריס (Boris 1976). נובע מכך שישנה חשיבות רבה למודעותו של המטפל לפוטנציאל הטמון בתהליך ההעברה הגנתית, כדי שיווצרו התנאים לגילוי של העצמי החדש (אמיתי) של הנפגע הפוסט־טראומתי במרחב הפוטנציאלי המשותף שלהם.

רשימת המקורות

- אוגדן, ת' (1989 [2001]). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. תרגום: א' ברגשטיין וחי' אהרנו. תל אביב: עם עובד.
- ביון ר' (1967 [2003]). במחשבה שנייה. תרגום: א' גיל־רילוב. תל אביב: תולעת ספרים.
- ברמן, ע' (2003). הקול האחר: שדוד פרנצי ותרומתו לטיפול הפסיכואנליטי. שיחות, יח: 37-8.
- גרופמן, ג' (2004 [2006]). אנטומיה של תקווה. תרגום: ר' וני' אור. תל אביב: כנרת, זמורה ביתן/דביר.
- הרמן, ג' (1992 [1995]). טראומה והחלמה. תרגום: ע' זילבר. תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, ו'ד (1956 [2009]). 'מושקעות אימהית ראשונית'. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. תרגום: א' אראל, עורך: ע' ברמן. תל אביב: עם עובד, עמ' 147-153.
- ויניקוט, ו'ד (1956 [2009]). 'הנטייה האנטי חברתית'. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. תרגום: א' אראל, עורך: ע' ברמן. תל אביב: עם עובד, עמ' 156-166.
- ויניקוט, ו'ד (1960 [2009]). 'עיוות האני במונחים של עצמי אמיתי ועצמי כוזב'. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. תרגום: א' אראל, עורך: ע' ברמן. תל אביב: עם עובד, עמ' 202-213.

- ויניקוט, ו"ד (1971 [1995]). משחק ומציאות. תרגום: י' מילוא. תל אביב: עם עובד.
- יעקובי, ר' (1989). דיון תאורטי במושג תקווה. שיחות, ג: 165-172.
- לוי, א' (2008). 'תופעת התקווה' כאמצעי לטיפול בתגובת דחק פוסט טראומתית. שיחות, כב: 233-244.
- לוי, א' (2011). תפקידה של 'תופעת התקווה' בטיפול קבוצתי ארוך טווח לנפגעי פוסט טראומה כרונית. שיחות, כו: 55-63.
- לוי, א' וג' לובין (2010). על תהליך ההערכה (intake) ושיבוץ לטיפול ביחידה לת"ק. הרפואה הצבאית, 7(1): 14-18.
- לוי, א', ר' סויה ור' ליכטנשטיט (2011). הדיאלקטיקה של תופעת התקווה: תפיסות של נפגעי פוסט טראומה. מגמות, מח(1): 162-185.
- מיטשל, ס' (2000 [2009]). התייחסויות: מהיקשרות לאינטרסובייקטיביות. תרגום: ע' פכלר. תל אביב: תולעת ספרים.
- מיטשל, ס"א ומ"ג בלאק (1995 [2006]). פרויד ומעבר לו: תולדות החשיבה הפסיכואנליטית המודרנית. תרגום: ע' פכלר. תל אביב: תולעת ספרים.
- פלורסהיים, ד' (2008). 'לקטוף פרחים מקצה ההתקיימות': הוויית התקווה בפסיכותרפיה – חוויה אסתטית מחוללת תמורה. שיחות, כג: 36-49.
- פרום, א' (1968 [1975]). מהפכת התקווה. תרגום: ח' איזק. תל אביב: מסדה.
- פרנקל, ו' (1946 [1981]). האדם מחפש משמעות. תרגום: ח' איזק. תל אביב: דביר.
- קוהוט, ה' (1984 [2005]). כיצד מרפאת האנליזה. תרגום: א' אידן. תל אביב: עם עובד.
- קולקה, ר' (2004). בין טרגיות לחמלה: על היינץ קוהוט וספרו 'כיצד מרפאת האנליזה?', שיחות, יח: 221-238.
- קייסמנט, פ' (1990 [1995]). להוסיף וללמוד מן המטופל. תרגום: י' פינסטרבוש. תל אביב: דביר.
- שוואב, ג' (2007). אלים וגיבורים. תרגום: ח' לבנת. אור יהודה: כנרת, זמורה-ביתן, דביר.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babits, M. (2001). The Phoenix juncture: Exploring the dimension of hope in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 29: 341-350
- Boris, H. (1976). On hope: Its nature and psychotherapy. *International Review of Psychoanalysis*, 3: 139-150.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*, Vol. I. New York: Basic.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton, pp. 247-274.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic.
- Frank, J. (1968). Hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5: 383-395.

- Hobfoll, E.S. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70: 283–315.
- Hopper, E. (2001). On the nature of hope in psychoanalysis and group analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 18: 205–226.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kudler, S. H., L.J. Krupnick, S.A. Blank, L.J. Herman and J.M. Horowitz (2009). Psychodynamic therapy for adults. In B.E. Foa, M.T. Keane, M.T. Friedman and A.J. Cohen (eds.), *Effective Treatments for PTSD*. New York: Guilford, pp. 176–198.
- Mahler, M. (1972). On the first three sub-phases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53: 333–338.
- Menninger, K. (1959). Hope. *American Journal of Psychiatry*, 116: 481–491.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic, pp. 202–231.
- Schottenbauer, A.M., R.C. Glass, B.D. Arnkoff and H.S. Gray (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and Trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatric Annals*, 71: 13–34.
- Snyder, C.R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C.R. Snyder (ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*. San Diego, CA: Academic Press, pp. 3–21.
- Snyder, C.R., M.L. Irving and R.J. Anderson, (1991). Hope and health. In C.R. Snyder and D.R. Forsyth (eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology*. New York: Pergamon, pp. 285–300.
- Wigren, J. (1999). As hardly killed, as easily wounded. *Contemporary Psychoanalysis*, 35: 253–269.

מפקד היחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל; מרצה מן החוץ בבית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.

סא"ל ד"ר אופיר לוי
רח' נופך 20
מודיעין
ofirsiona@gmail.com