

ד"ר בן ציון סורוצקין
פסיכולוג קליני
ברוקלין, ניו יורק
bensort@aol.com
www.DrSorotzkin.com

חוסר איזון כימי, תפקוד לקוי גנטי, או בעיות בחיים?*

(עודכן ביוני 2020)

לא לפני זמן רב, התגאו פסיכולוגים ומדעני התנהגות אחרים ביכולתם להבין בעיות רגשיות לעומקן. הם לא הגבילו את נקודת מבטם ואת הניתוח שלהם לגורמים הקרובים והשטחיים בלבד לבעיותיהם של אנשים. אלא, הם תרו אחר הגורמים העמוקים יותר, דרך חקירת חוויות הילדות המוקדמת שעיצבו את מבני הנפש בשלבי התהוותה (לדוגמא, תדמית עצמית) ואת התנאים הבין-אישיים בהווה, הפועלים באינטראקציה עם השפעותיהם של מבני נפש אלו. תהליך זה עזר להם ולמטופליהם להבין מה גורם לאותו אדם מסוים להיות רגיש ופגיע בפני גורמי לחץ מסוימים, לעומת אחרים שאינם מושפעים באותה מידה. לפיכך, הם הבינו כי המאורעות המצערים ומעוררי הלחץ בהווה אינם הגורמים הבלעדיים להפרעות נפשיות. אלא, הם יוצרים אינטראקציה עם ההרכב הנפשי של האדם, ובפרט עם הרגישויות שנגרמו בעקבות חוויות אותן עבר בילדותו המוקדמת (בארלו, 2002, פרק 8).

לעתים קרובות, נאלצו תרפיסטים להיאבק בהתנגדותם של אנשים, משפחות ואף קהילות, להכיר באותם גורמים עמוקים ופעמים רבות תת-הכרתיים להתנהגות בעייתית. דבר זה נכון בעיקר כאשר מדובר היה בהערכה שלילית של תפקוד ההורים.

בשנים האחרונות, אולי כתגובה ללחץ הקיים להגיע לפתרון מהיר של בעיות, התרחקו תרפיסטים רבים מנקודת מבט "מעמיקה" זו, הן בתהליך הטיפול והן בכל הקשור להבנת בעיות נרחבות בקהילה. חידושים טכניים המבטיחים תוצאות מהירות, ללא צורך גדול בהבנת משמעותם האישית של התסמינים או הסיבות ההיסטוריות להתפתחותם, הפכו להיות פופולריים ביותר.

טיפול קוגניטיבי - התנהגותי

אחד מסוגי הטיפולים קצרי-הטווח בהם בוחרים רבים מבין התרפיסטים הצעירים, אם לא רובם, הוא טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT – Cognitive Behavioral Therapy). טיפול זה נחשב כאות ומופת לטיפולים מודרניים, בעלי יעילות מוכחת בשטח, קצרי-טווח וממוקדים בהווה. לעתים קרובות נערכת השוואה בינו לבין מה שתומכי ה-CBT מחשיבים כפסיכו-תרפיה פסיכו-דינמית ארוכת-טווח, מיושנת, לא-מדעית וחסרת תועלת (או פסיכולוגיה לעומק) המתמקדת "ללא צורך" בעבר.¹

חוקרים רציניים מפקפקים בנכונותו של חלק גדול ממה שנחשב כנכון בשיטת טיפול זו (CBT), אך נראה כי קשה לוותר על אמונות שהשתרשו לעומק. דבר זה נכון במיוחד בנוגע לאמונות הנותנות מענה לצורך הרגשי בפתרונות מהירים וקלים. פרופסור דרו ווסטון, מנהל המעבדה לאישיות ולפסיכו-פתולוגיה באוניברסיטת אמורי, פרסם מספר מאמרי מחקר הדנים ביעילותה של הפסיכותרפיה לצורותיה השונות. ברצוני לצטט חלק

¹ Published in three parts in the *Nefesh News* 06/2005; 11/2005; 12/2006.
¹ בניגוד להבחנה המקובלת, אישר המחקר המודרני למעשה את רוב הנחות היסוד של פרויד (ווסטון, 1998).

מהערתו מתוך מאמר הסקירה המקיף האחרון שלו שהופיע ב-*Psychology-Bulletin* (ווסטן, נובוטני וטומפסון-ברנר, 2004), על "אופנה" ["טרנד"] חדשה בפסיכו-תרפיה, המכונה בשם "תרפיות שהוכחו אמפירית [מחקרית]" (ESTs – Empirically Supported Therapies).

בשנים האחרונות קיימת מגמה להשתמש בסוגי תרפיה שזכו לאימות או לתמיכה אמפירית בלבד, וכך אף להכשיר מטפלים לפי שיטות אלה. תנועה זו הביאה להופעת ספרי הדרכה בהם מפורטים קווי הנחיה לטיפול עבור הפרעות רגשיות שונות. ברוב הפעמים, אותם ספרי הדרכה לטיפול ממליצים על השימוש ב-CBT – טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. לעתים קרובות, תרפיות מוכחות אמפירית (ESTs) "נבדלות... מהתרפיות הממושכות יותר, בעלות מבנה פחות מוגדר [פסיכו-דינמיקה] בהן משתמשים רוב המטפלים הקליניים" (ווסטן ואחרים, 2004, עמ' 632). תרפיסטים פסיכו-דינמיים שלא נוהגים בהתאם לאותם קווים מנחים של EST, מתוארים כאנשים לא-מוכשרים ומיושנים, המסרבים להתאים את עצמם לנתונים מדעיים.

כותבי המאמר (ווסטן ואחרים, 2004) מציינים בין השאר את נקודות הביקורת הבאות:

חלק גדול מההנחות העומדות ביסוד השיטות בהן השתמשו לבדיקת פסיכותרפיות היו בעצמן משוללות הוכחות אמפיריות, הוכחו כלא-אמיתיות, או התאימו רק למספר מצומצם של טיפולים והפרעות. (עמ' 632)

הכותבים מתייחסים למונוגרפיה שהתמנתה על-ידי ארגון הפסיכולוגים האמריקאי (APS) בכל הקשור לטיפול בדיכאון. במונוגרפיה מופיעים מחקרים רבים המוכיחים כי CBT, ומספר סוגי פסיכו-תרפיות פחות ידועים, המתקיימים במשך 16 פגישות, מניבים תוצאות ראשוניות המקבילות לתוצאות המושגות בעזרת תרופות. אולם, במהלך 3 שנים, קיים שיעור גבוה ולא רצוי של התדרדרות במצבם של אלו שטופלו בעזרת תרפיות קצרות אלה, בהשוואה לאלו הממשיכים להיות מטופלים בתרופות. הערכה כנה של תוצאות אלה תביא למסקנה כי תרפיות קצרות אינן יעילות כטיפול בדיכאון, וכי ייתכן שהתרפיות הממושכות המסורתיות אכן נחוצות לשם השגת תוצאות המתקיימות לאורך זמן. אולם, מחברי המונוגרפיה הגיעו למסקנה שונה ביותר, לפיה רק גרסאות "התמדה" ["maintenance" version] ארוכת-טווח של אותם טיפולים קצרי-טווח ניתנות לתמיכה אמפירית!

ווסטן ואחרים (2004) מצביעים על ליקויים עיקריים בחלק גדול מהמחקרים המתיימרים להוכיח את עליונותו של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לעומת פסיכותרפיה פסיכו-דינמית. לדוגמא, רבים מהמחקרים משווים את ה-CBT לטיפולים המתיימרים להיות דומים לטיפולים פסיכו-דינמיים (לדוגמא, "תרפיה תומכת-מביעה" – supportive-expressive therapy), אבל למעשה, הם אינם בנויים בצורה שתנצל את יעילותם באופן מרבי (מה שהוא מכנה בשם "תנאי כוונה להיכשל" [intent-to-fail condition]). במחקר אחד המצוטט בהרחבה, המוכיח לכאורה כי CBT עולה על פסיכותרפיה פסיכו-דינמית במקרים של בולימיה נרבוזה (הפרעת אכילה), נאסר על הקלינאים שהשתמשו בתרפיה "בהשראת פסיכו-דינמיקה" לשוחח עם המטופל/ת על הבולימיה! היעלה על הדעת, כיצד פסיכותרפיסט פסיכו-דינמי מוכשר יטפל בחולה בולימי בלי לשוחח אתו/ה על הבולימיה?

ווסטן ואחרים (2004) מביאים מחקר בו החוקרים עברו על תעתיקים מטיפולים קוגניטיביים ופסיכו-דינמיים קצרי-טווח בדיכאון. המחקר העלה כי התרפיסטים משתי הקבוצות השתמשו בטכניקות התואמות את הגישה של עמיתיהם וכי "תוצאות חיוביות היו משויכות למידה בה הטיפול תאם לאב-טיפוס האמפירי של פסיכותרפיה פסיכו-דינמית [עמ' 639]". למעשה, נמצא כי היקף השימוש שהתרפיסטים הקוגניטיביים עשו בטכניקות קוגניטיביות אינו קשור להצלחת הטיפול.

"חידושים ב-CBT"

בתחום עבודתנו התרחקנו כל-כך מפסיכולוגיה לעומק, עד שכאשר מתברר לחסידי ה-CBT כי אמנם יש צורך בהבנה מעמיקה והתמקדות בעבר כדי לעזור באמת למטופלים, מוצגת תובנה זו כ"המצאה חדשה" ב-CBT. דוגמא אחת לכך צוינה לעיל, ממאמרם של ווסטן ואחרים (2004), כאשר התגלה כי טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קצר-טווח מביא לשיעור גבוה באופן בלתי נסבל של מקרי נסיגה והתדרדרות אצל המטופלים, הפתרון היה "התמדה" לטווח ארוך – כל עוד לא נעשה שימוש במילים האסורות, "טיפול ארוך-טווח".

במאמר הדין בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי באנשים שסבלו מטראומה כרונית בילדותם, דוגלים גולדסמיט, בארלו ופרייד (2004) ב"אימוץ פרספקטיבה קונטקסטואלית-אקולוגית, לפיה יש להעריך את הסימפטומים [תסמינים] והבעיות בהקשר ההיסטורי, הסביבתי הנוכחי והבין-אישי בהם התפתחו ובהם הם מתמידים [עמ' 457]. דבר זה מוצג כהמצאה חדשה ב-CBT, כאשר למעשה, כך היה תמיד הנוהג הסטנדרטי בכל טיפול פסיכולוגי מעמיק.¹

דיכאון

תרפיסטים קוגניטיביים המטפלים בדיכאון, גילו בדומה לכך כי ההתמקדות בתפיסות [קוגניציות] לקויות בהווה, תוך התעלמות מסוגיות התפתחותיות בגיל הרך גורמת, במקרה הטוב, לשינויים בעלי טווח קצר בלבד. לדוגמא, מובאה מדבריהם של הייס, קסטונגואיי וגולדפריד (1996):

תחום נוסף שלא נחקר, ואשר זכה לתשומת-לב תיאורטית מוגברת בספרות הטיפול הקוגניטיבי הוא ההתמקדות בחוויות יצירת הקשר של המטופלים עם הוריהם... לפי תיאוריות אלה, התמקדות בהתפתחות יכולה להקל על שינוי מתמשך, כיון שהיא מפעילה את הרשת הקוגניטיבית-רגשית, ואת הדפוסים הבינאישיים שחשיבותם מרכזית בדיכאון של הפרט. אמנם, דפוסי יצירת הקשר (attachment) של המטופל אינם במוקד ישיר של טיפול כגנטיבי, ובכל זאת ממליצים בק ואחרים (1979) על התמקדות התפתחותית כדי לזהות את הנחות היסוד המהוות את הבסיס למערכות אמונה שליליות. חקירת חוויות המטופלים עם הורים אינה צריכה להיות מוקד עיקרי של טיפול קוגניטיבי אבל סביר שהיא תקל על ההחלמה ועל שינוי מתמשך... (עמ' 624, ההדגש הוסף).

הודאה מחודשת זו בחשיבותן של "חוויות ההתקשרות של המטופלים להוריהם" לא גרמה להכרה בתוקפן של פסיכותרפיות דינמיות שתמיד הדגישו סוגיות התפתחותיות אלה. אלא, כעת מוצגת ההתמקדות בסוגיות התפתחותיות מוקדמות כחידוש בתרפיה קוגניטיבית. אולם, אפילו ויתור זה אינו מוצג כמוקד של הטיפול עצמו. אלא, הוא מוצג כטכניקה למניעת נסיגה!

פרספקטיבה לעומק חסרה גם בהבנת סוגיות בקהילה

היינו מצפים מאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש לעמוד בחוד החנית של המאמצים לעזור לקהילה לפתח הבנה עמוקה יותר של הגורמים הפסיכולוגיים לבעיות בקהילה. כמוכן שאין להם לשתף פעולה עם הנטייה להאשים את כל תחלואי החברה שלנו על גורמים חיצוניים. כקהילה, בדרך-כלל נעדיף הסברים המייחסים את הסיבות לליקויינו לגורמים רחוקים מאתנו ככל האפשר.² השעיר לעזאזל המועדף הוא: התרבות החיצונית. כאשר ניסיון זה אינו עולה יפה, אנחנו מאשימים את בתי-הספר ומוסדות אחרים. אנחנו משתדלים בכל כוחנו להימנע מייחוס הבעיות לגורמים הקשורים בהורים, כדי שנוכל לשמור על התדמית משביעת-הרצון של הורה

¹ הדגש על המשגה קוגניטיבית, הנחשבת כחידוש עיקרי של CBT, היה מאז ומתמיד נקודת מוקד חשובה, במרומו או במפורש, של הטיפול הפסיכו-דינמי (גאבארד, ווסטן, 2003, עמ' 835).

² כאשר ילדים עושים זאת, גוערים בהם על שהם מתחמקים מקבלת אחריות.

נדיב וטוב (מוזס, 1989). כאשר הדבר בלתי-נמנע, אנחנו משתדלים לעדן את הנושא ולהסביר כי טעות ההורים הייתה בכך שאפשרו חשיפה רבה מדי לסביבה החיצונית. ואם גם טענה זו רופפת מדי, נסכים לקבל בעיות משפחה "אובייקטיביות" כסיבה לבעיות (לדוגמא, גירושין, קשיים כלכליים). גורמים נפשיים במשפחה, כגון התעללות והזנחה מצד ההורים, נתקלים בהתנגדות בכל מחיר (מסיבות עליהן הרחבתי במקום אחר [סורוצקין, 2002]).

אני מאפיין נטייה זו לייחס בעיות פסיכולוגיות לגורמים חברתיים חיצוניים כ"הצעת הסברים סוציולוגיים לתופעות פסיכולוגיות". אבאר את דבריי בעזרת מספר דוגמאות.

האינטרנט

הרבה נכתב בעיתונות החרדית בנושא ההתמכרות לאינטרנט, בפרט בכל הקשור לפורנוגרפיה. סיפורי זוועה רבים סופרו על נערים, מאוזנים ובריאים בנפשם לכאורה, שלאחר היתקלות אקראית בתמונות תועבה באינטרנט, נסחפו ונלכדו ברשת, וכתוצאה מכך נוצרו אצלם בעיות רגשיות ו/או התנהגותיות חמורות. לעתים קרובות, נקבע או מרומז כי הרוב המכריע של בני-נוער ש"ירדו מהדרך" עשו זאת בעיקר כתוצאה מחשיפה לאינטרנט. רוב האנשים בקהילה החרדית מאמינים בכך, ביניהם רבים מקרב אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש. השאלה העולה מאליה היא: אם החשיפה לתרבות החיצונית היא האשם העיקרי, מדוע דומה מספרם של צעירים מרדניים בקהילות המקפידות מאוד על היבדלות מוחלטת מן העולם החיצוני, לאלו בקהילות ה"מודרניות" יותר? שאלה זו מעולם לא זוכה להתייחסות.

ידיעה שהופיעה לאחרונה באתר NEFESH בנוגע לאינטרנט מתארת אותו כ"מקור לפורענות הזורע הרס וחורבן בבתי רבים מאוד", וכללה מכתב מצעיר שלטענתו היה התגלמות בריאות הנפש והגוף עד שהתמכר לפורנוגרפיה באינטרנט. מה שמדאיג אותי זה החשש שאנשים רבים שיקראו את הדברים יקבלו אותם כעובדה, במקום לשאול את עצמם מה גרם לאותו צעיר להיות רגיש ופגיע במידה כזו שיתחולל בו מהפך כה קיצוני. למעשה, אם קוראים בעיון את מכתבו, ניתן להיווכח בברור כי מדובר בצעיר הסובל משאיפה לא-בריאה לשלמות (פרפקציוניזם) (סורוצקין, 1985: פלט והווייט, 2002), אשר פעמים רבות, לגודל הפרדוקס שבדבר, מביאה את הסובל מכך להתנהגות מושחתת ביותר (סורוצקין, 1998, 1999). במהלך שיחות שאני מקיים עם עמיתים בנושא, לעתים קרובות מתברר לי שגם הם סבורים כי צעיר מאוזן בנפשו, המקיים קשר פתוח ונינוח עם הורים המעניקים לו תמיכה רגשית, יכול להתמכר בקלות לפורנוגרפיה באינטרנט. כאשר אני מעלה את האפשרות שבדרך-כלל, כדי שדבר זה יתרחש, חייבים להיות גורמי סיכון מוקדמים, הם סבורים שאני ממעיט בגודל סכנות האינטרנט.

ברצוני להבהיר כי אני מודע היטב לסכנות לרוחניות העלולות להיגרם מחשיפה לאינטרנט ולאמצעי תקשורת "תרבותיים" אחרים. אבל, אני מאמין שאנחנו מטעים את ההורים כאשר אנחנו רומזים על כך שחשיפה זו היא הגורם העיקרי (אם לא היחיד) למרדנות הנוער ולהפרעות רגשיות אחרות. מדוע שההורים יתאמצו לשפר את מיומנויות ההורות שלהם, אם אומרים להם שהקשר בין ההורים לילד אינו גורם מרכזי בהצלחה בחינוך?

נתקלתי במאמר מעולה של הרב לייב קלמן (מסמינר נווה ירושלים, מחבר הספר To Kindle a Soul) העוסק בסכנות האינטרנט [בכתובת: www.ais.com/societywork/society/escaping_the_cyber-slums.asp]. במאמר זה מוגשת סקירה נרחבת ומעמיקה של הנושא. המאמר מקיף ומאוזן. לאחר שהוא מתעד בשיטתיות את כל הסכנות המשויכות לאינטרנט, מציין הרב קלמן (תחת הכותרת: "הצורך בזיהוי גורמי סיכון"):

בסופו של דבר, הטלת הגבלות על גלישה באינטרנט מהווה פתרון נחוץ אבל לא מספיק... מה שדרוש זה ריפוי נקודות החולשה באישיות המהוות כמעט ערובה לכך שאנשים מסוימים יפלו קרבן לפיתויי האינטרנט. מחקרים מראים כי מי שסיכויי רבים ביותר להסתבך אינו נרתע מהטלת הגבלות על גלישה

באינטרנט...לכן, האתגר העיקרי העומד בפני הורים ומחנכים הוא: זיהוי גורמי הסיכון... חוקרים מתארים ארבעה תנאים מוקדמים המעמידים את האדם בסיכון גבוה להסתבך באינטרנט. ואלו הם: חוסר קשרי משפחה; הערכה עצמית ירודה; אי-יכולת לבטא דעות ולעורר שאלות; ואי-יכולת להתערות בחברה. [הדגש שלי]

זו דוגמא טובה לניצול נקודת מבט פסיכולוגית מעמיקה כדי להבין טוב יותר בעיה המשפיעה על הקהילה כולה. בהסתמך על הבנה זו, יכול הרב קלמן לתת להורים עצות משכנעות במקום העצה הפשוטה והשטחית יותר, שהיא להגביל או לפקח על גישת הילדים לאינטרנט.

בהמשך, הופיע מאמרו של הרב קלמן בכתב-עת חרדי נפוץ בארה"ב. לצערנו, הקטע העוסק בזיהוי גורמי סיכון באישיות הושמט מתוך הגרסה המודפסת של המאמר. הרושם המוטעה שהמאמר המודפס עלול להשאיר בקרב הקורא הוא, שהסכנה היא חיצונית לחלוטין, וכי אמצעי ההגנה היחידים הוא להתגונן מפני העולם החיצוני. אם-כן, אין זה פלא כי הורים המקפידים מאוד להגן על ילדיהם מפני הסביבה החיצונית, אולם מזניחים את הסביבה המשפחתית, נדהמים כאשר ילדם יורד מן הדרך רח"ל. וכיוון שהם עשו כל מה שנאמר להם לעשות כדי למנוע אסונות כאלו, וללא הועיל, המסקנה האפשרית היחידה היא ש"זה יכול לקרות לכל אחד." לפיכך, כך הם חושבים, אין מה לעשות כדי להפחית את הסיכון הקיים.

השגחה ופיקוח (Monitoring)

יועצים נוהגים לעודד הורים להשגיח ולפקח באופן פעיל ונמרץ על ילדיהם בגיל ההתבגרות. אחת מסוכנויות הממשלה בארה"ב מפרסמת מודעות באמצעי התקשורת השונים ("ההורים – התרופה הנגדית") בהן היא מעודדת את ההורים לחקור את ילדיהם בגיל ההתבגרות בקשר לחבריהם ולמעשיהם, גם אם חקירות אלה ירגיזו אותם ויגרמו לוויכוחים ביניהם. גישה זו מוצגת כשיטה יעילה ביותר – המתיימרת להיות מגובה בעשרים שנות מחקר מקיף – למניעת תופעות של שימוש בסמים ועבריינות נוער.

ברמה השטחית, נראית גישה זו הגיונית. אחרי הכל, מדובר בצעירים שמסתבכים כאשר הם "מסתובבים" עם חברים מפוקפקים, ללא השגחת מבוגרים. אם נוכל למנוע זאת מהם, כך מניחים, אזי פתרנו את הבעיה. אולם נדרש מאתנו מבט מעמיק יותר כדי לשאול את עצמנו מה דוחף אותם לחפש חברתם של חברים מפוקפקים? התברר לי כי ברוב המקרים, הדבר נובע מהנסיבות הבאות (אם נציג את התמונה בפשטנות): כאשר ההורים הם ביקורתיים ושתלטניים בצורה מופרזת, הדבר משפיע באופן שלילי על ההערכה העצמית של ילדיהם. ברגע שתדמית עצמית שלילית זו מתגבשת, הצעירים מרגישים בנוח רק עם בני-גילם הנראים דומים להם.

מאז ומתמיד, מסרים אלו שנועדו לשירות הציבור עוררו בי מבוכה ובלבול, שהרי הניסיון הקליני מוכיח כי שליטה מופרזת בילדים (ובפרט בבני נוער) וחקירתם באופן מתגרה הם בדרך-כלל מה שמערער את היחסים בין ההורים לילדיהם, ומה שדוחף אותם להתנהגות מרדנית ומסוכנת. החלטתי לחקור את הספרות המחקרית בעצמי.

גיליתי כי החכמה המקובלת המיוחסת להשגחה ופיקוח צמוד הופרכה זה מכבר באופן משכנע והחלטי, בסדרת מחקרים שערכו קר וסטטין (לדוגמא, Kerr & Stattin, 2000). מחברים אלו עברו על המחקרים הרבים המובאים כמקורות התומכים בשיטת ההשגחה והפיקוח, והופתעו לגלות שהדבר פשוט אינו נכון. הצעירים שרואיינו במסגרת מחקרים אלו נשאלו אם הוריהם יודעים היכן הם נמצאים בערבים, מיהם חבריהם, וכדו'. הם לא נשאלו כיצד הוריהם ידעו זאת! החוקרים פשוט הניחו כי ההורים בוודאי גילו זאת לאחר שחקרו את ילדיהם, או כתוצאה מ"רחרוחים" מצידם. קר וסטטין ערכו בעצמם מחקרים, בהם שאלו את השאלה הזו. הם גילו כי קשר הדדי חיובי והסתגלות טובה יותר של בני נוער קיימים רק כאשר הצעירים נידבו מעצמם את האינפורמציה להוריהם (ובכך שיקפו מערכת יחסים חיובית עם ההורים). לעומת זאת, כאשר היה על ההורים

לחקור את ילדיהם או "לרחרח" ולחטט כדי להשיג את המידע, ובכך גרמו לילדים תחושה שהם תחת שליטתם, נצפה קשר להסתגלות ירודה!¹

אמנם, אין מי שסתר את ממצאיהם של קר וסטטין, אולם הממשלה בארה"ב ממשיכה בפרסום מודעות מטעות אלה, המעודדות את ההורים לנקוט קו פעולה שסיכוייו גדולים יותר להחמיר את הבעיה שהם מנסים לפתור.

בארלו (2002), בסקירתו המקיפה שהתפרסמה לאחרונה אודות הטיפול בהפרעות חרדה, בוחן באופן דומה השערות בהן אנשי מקצוע מאמינים עמוקות, במקרים בהם "העובדות העומדות לרשותנו במשך שנים פשוט לא תומכות באותן השערות" (עמ' 67).

הסיכויים גדולים יותר שתרפיסטים רבים ישמעו את פרסומות הממשלה מאשר ימצאו את הזמן להתעדכן עם הממצאים האחרונים ביותר במחקרים בנושא השגחה ופיקוח צמוד של ההורים, ולכן הם מעודדים את ההורים להדק את המושכות ("אהבה תקיפה", קביעת גבולות, אכיפת תוצאות, וכדו') תוך התחשבות מועטת בהשפעתם של צעדים אלו על הקשר של ההורים עם ילדיהם. אין כמעט מחלוקת בין החוקרים, המודים בכך שקשר חיובי בין ההורים לילדם הוא האמצעי היעיל ביותר לקידום ולעידוד התנהגות חיובית אצל ילדים ובני נוער.

לפני מספר שנים, פגשתי תרפיסט מכובד וידוע מחוץ לעיר, ושנינו התחלנו לשוחח בענייני "עבודה". הוא סיפר לי על התערבות קלינית שלו במקרה הבא: נער בן 16 הופנה אליו מבית-ספר יהודי, בשל בעיות משמעת. תלמיד זה הסתבך ללא הרף עם מוריו, בשל התנהגות פרועה בכיתה, היעדרות משיעורים וכדומה. התרפיסט התעקש לפגוש תחילה את ההורים לשיחה. הוא סיפר לי על התרשמותו מהם. "הם היו בין ההורים המבולבלים והבלתי יעילים ביותר שפגשתי מעודי. הם לא הבינו את ה-א-ב בחינוך!" הוא נהג בחוכמה כאשר פנה אליהם ואמר שהוא יסכים לעבוד עם בנם רק בתנאי שהם יהיו מוכנים להיפגש במקביל עם יועץ שיעזור להם לרכוש מיומנויות הורות. כאשר התרפיסט התקשר ליועץ כדי לארגן את ההפניה, הוא הציע לו כי בתור מטלה ראשונה כדאי לו ללמד את ההורים לקבוע גבולות לבנם. למרות שלדעתי יהיו תרפיסטים רבים שיסכימו עם גישה זו, תגובתי הייתה שונה. "הצבעת די ברור על-כך שהורים אלו מעולם לא חינוכו בהצלחה את ילדם", אמרתי לתרפיסט. "ברור שהוא לא קיבל יחס אכפתי ותומך במידה מספקת מהוריו. כתוצאה מכך, התעוררו ביניהם הרבה כעסים, התמרמרות ועימותים. כעת, אתה רוצה שהיועץ יעזור להם ללמוד כיצד להיות הורים. האם כך תהיה ההיכרות הראשונה של הבן עם חינוך של הוריו? קביעת גבולות? מה דעתך ללמד אותם תחילה כיצד לפתח קשר נעים ותומך עם בנם, ואולי לאחר-מכן הם יוכלו להציג גבולות מתאימים בלי להצית סערה הרסנית". לזכותו ייאמר שאותו תרפיסט היה פתוח לנקודת מבט שונה, והוא שינה את הצעותיו ליועץ.

התנגדות להכרה בחלקם של ההורים

במקום אחר העליתי באריכות את התנגדותה של החברה להכיר בחלקם של כישורי הורות ירודים בהתפתחות קשיים רגשיים והתנהגותיים אצל ילדיהם (סורוצקין, 2002). נראה לי כי זהו אחד הגורמים המדרבנים את התרפיסטים לתור אחר תיאוריות פסיכולוגיות וטכניקות טיפוליות שאינן דורשות הפניית מבט בוחן אל העבר.

באחת הפעמים בהן נאמתי בפורום ציבורי, ניגש אלי לאחר ההרצאה בחור בן 18, שביקש לשוחח אתי על הפרעות חרדה ופאניקה שהוא סובל מהן. עניין אותו מאוד לשמוע כיצד אני מקשר בין הפרעות אלה לבין חוויות משנות הילדות המוקדמות (ראה בארלו, 2002, פרק 8; דיאמונד, 1985; גסנר, 2004). לאחר-מכן הגיע אלי לייעוץ, במהלכו סיפר לי כי הוא כבר נפגש עם שני פסיכותרפיסטים אחרים ועם פסיכיאטר. גישתם הייתה, שההפרעה ממנה הוא סובל נובעת מ"חוסר איזון כימי" ו/או גורמים גנטיים,

¹ רייס ושותפיו, במחקר משנת 1995 (מוזכר בספרו של בארלו, 2002, עמ' 271) מצאו כי "ניסיונות ההורים לשלוט על בנם המתבגר התגלו כבעלי השפעה ניכרת על סימפטומים דכאוניים באותו צעיר".

ולכן, הטיפול העדיף הוא טיפול תרופתי וטכניקות שינוי התנהגות כהתמודדות עם חרדות ופאניקה. בשלב הראשון לפגישתנו, בתגובה לשאלותיי המעמיקות אודות יחסיו עם הוריו, גילה לי הצעיר שהוא אינו שמח לחזור הביתה בשבתות חופשה מהישיבה. הסיבה לכך היא, קונפליקט מתמשך בינו לבין אביו הביקורתי יתר-על-המידה ואמו המתערבת. בתשובה לשאלתי מה אמרו המטפלים הקודמים שלו בנוגע לסוגיה זו, הוא אמר שהדבר לא היה כלל נושא לשיחה, כיוון שהם לא החשיבו אותו כרלבנטי למצבו!

לצערנו, לא מדובר במאורע חריג. לעתים קרובות מדי, אני עורך התרשמות ראשונית ממטופל שהיה כבר אצל תרפיסטים קודמים ואפילו בטיפול ממושך יחסית, בו הקונפליקט הניכר והממושך בינו לבין הוריו זכה להתייחסות מועטה ביותר, אם בכלל. בדרך-כלל, הדבר קורה כאשר הבעיה אתה מגיע המטופל מתבטאת בסימפטום מסוים, כגון הפרעת כפייתיות-אובססיביות, הפרעות חרדה או פאניקה, כאשר אין קשר בולט בין לבין הקשר עם ההורים. אפילו כאשר המטופלים מעלים במהלך הטיפול בעיות במשפחה, לעתים קרובות קובע המטפל בתגובה כי הדברים הללו אינם ממש רלבנטיים למצבם! (מה שמפתיע אותי עוד יותר, הוא כאשר צעירים נשלחים לטיפול בהפרעת מרדנות – Oppositional Defiant Disorder – והמטפל מתייחס לכך כאילו הבעיה קיימת אך ורק אצל המטופל, מבלי לחקור לכל הפחות אפשרות של קשר ליחסים בינו לבין הוריו). וגם כאשר קיימת התייחסות לסוגיות משפחתיות, בדרך-כלל הדבר נעשה למטרות ניהול, ולא כדי להבין את התפתחותה של ההפרעה וסיבותיה.¹

חוסר איזון כימי

עיקר ההסברים לגורמי מחלה באופן המאפשר להתעלם בבטחה מהרקע בעברו של המטופל, נוקטים בגישה הטוענת לקיומו של חוסר איזון כימי או ליקוי גנטי הגורם לבעיות פסיכולוגיות. קיימים מחקרים רבים המדגישים את הליקויים החמורים הקיימים בחלק גדול מההסברים הטוענים לחוסר איזון כימי (ראה ולנשטיין, 1998), ועם כל זאת, יש בהם משיכה רגשית (ואינטרס ברור של חברות התרופות), העוזרת לשמור על הפופולריות שלהם. בדומה לכך, לעתים קרובות מובאים ההסברים הגנטיים בהגזמה דרמטית. חוקר גנטי מפורסם קבע בגיליון מיוחד של כתב-העת "סיינס": "... האינטראקציה בין הגנים לסביבה הרבה יותר מסובכת מכפי שמציגים זאת בפשטות בכתבי-עת פופולריים כ'גנים של אלימות' ו'גנים של אינטליגנציה'... אותם נתונים המצביעים על השפעת הגנים, מצביעים גם על השפעתם העצומה של גורמים שאינם גנטיים" (מאן, 1994, עמ' 1687).

אין להתפעל מכך שהעיתונות הפופולרית מציגה בצורה מסולפת ממצאים מדעיים – אולם העובדה שאנשים שעברו הכשרה קלינית נוהגים בצורה דומה, מפתיעה למדי. במאמר שהתפרסם לאחרונה ב"ג'רוזלם פוסט" (19.2.05) בקשר למרכז פסיכיאטרי שנפתח בבני-ברק, הובאו דבריו של מנהל קליניקה פסיכיאטרית:

אנשי המקצוע מסכימים ביניהם כי מחלות פסיכיאטריות הן במהותן מחלות מוחיות – הפרעות הנובעות מחוסר איזון בחומרים כימיים במוח (מעבירים כימיים בין-עצביים [נוירו-טרנסמיטורים] כגון דופמין). אבל אנשים עם הפרעות נפשיות סובלים מאפליה בשל דעות קדומות המושרשות בחברה... אותם מטופלים שהוצמד להם אות-קלון סובלים מרגשי בושה ומהכחשה, וממאנים לקבל טיפול...

למעשה, מומחים רבים בתחום בריאות הנפש אומרים למטופליהם כי הפרעותיהם הנפשיות נגרמו אך ורק מסיבות ביולוגיות, כאשר קרוב לוודאי שאין חוקר רציני אחד שנמצא הסבור כי "מחלות פסיכיאטריות הן במהותן מחלות מוחיות!" ייתכן שקיים חוסר איזון במעבירים הבין-עצביים, אולם קיימת הכרה נרחבת בקרב החוקרים כי ברוב המקרים הדבר קורה כתוצאה מחוויות טראומטיות ואין מדובר בגורם הראשוני להפרעות פסיכיאטריות.

¹ ניסוי קליני מבוקר שהתקיים לאחרונה הוכיח את יעילותה ועדיפותה של פסיכותרפיה פסיכו-דינמית במקרים של הפרעת פאניקה (מילרוד ואחרים, 2007).

מחקר שערכו מדענים מובילים בתחום הנזירולוגי... גורם לשביעות-רצון אינטלקטואלית בכך שהוא מכיר בברור בצורך שלנו לצעוד מעבר למוח כדי להבין את אופן פעולתו. למעשה, אותם מדעני נזירולוגיה מובילים הם שמביאים אותנו להעריך טוב יותר את השפעתם של גורמים פסיכולוגיים וסביבתיים על תפקודו של המוח...

קיימות עדויות דרמטיות לכך שמצבי לחץ בשנות החיים המוקדמות עלולים לגרום לשינויים קבועים למדי בתפקוד המוח... העלולים לעורר רגישות נזירו-ביולוגית להתפתחות חרדה ודיכאון כרוניים בשנות החיים המאוחרות יותר. (בארלו, 2002, עמ' 217, 216).

בנימה דומה, מביא פריזר (2005) את עבודתו של אריק קנדל – חתן פרס נובל [2000] לרפואה על תגליותיו המוכיחות את השפעתם של מאורעות בחיים על תזמון הסנתזה של חלבונים בגרעין התא:

השלכותיה של עבודתו של קנדל, כי הניסיון משפיע לא רק על ההתנהגות, ואפילו לא רק על מבנה המוח, אלא על הגנטיקה הבסיסית, מביאה לחיסולו של העימות העתיק בין הטבע לחינוך, ובמקומו מביאה להבנה עמוקה של המערכת המוצקה המורכבת ממוח, מחשבה, והסביבה. (עמ' 123)

אפילו החסידים הקיצוניים ביותר של הסברים ביולוגיים להפרעות נפשיות (חוץ מהיועצים בתשלום של חברות התרופות) מודים כי במקרה הטוב ניתן לתאר את הגורמים הביולוגיים כפגיעויות, שכדי שהן תתפתחנה לכדי הפרעה, יש צורך בחוויות שליליות בתקופת החיים המוקדמת. כפי שמדגיש זאת בארלו (2002):

כיום... אין הפרעה התנהגותית או רגשית שאפשר לייחס לה... תורשה של גן בודד. אפילו בהפרעות הפסיכוטיות הרציניות, שם הושדים החוקרים מזמן בקיומם של קישורים גנטיים [שימו לב למילה "הושדים" ולא "הוכיחו"], כמעט כל החוקרים (כולל הגנטיקאים) מאמינים כי פגיעות [שורוק-בו] יסודית פועלת באינטראקציה עם מגוון של גורמים פסיכולוגיים וחברתיים וביחד נוצרת ההפרעה... (עמ' 193).

בארלו (2002) מקדיש פרק שלם בספרו (פרק 8) להבאת ראיות מחקר נרחבות לכך שהקשרים המוקדמים בין ההורה לילד יכולים ליצור את הפגיעויות הפסיכולוגיות להפרעות רגשיות שונות. דוגמא אחת בקצרה:

כאשר הורים מגיבים בחוסר רגישות לילדם המבטא את עצמו, חוקר את הסובב אותו ומגלה עצמאות, הילד נמצא בסכנת התפתחותן של עכבות ותחושה של חוסר יכולת שליטה בעולמו, דבר שעלול לתרום לחרדה... "קשר לקוי" הכרוך בסגנון הורות שהוא מתפרץ, מגונן מדי, או שתלטני - ניתן לצפות שהוא יתרום תרומה חזקה לפגיעות קוגניטיבית [להפרעות] חרדה. (עמ' 268)

ועם כל זאת, לעתים קרובות אומרים מטפלים למטופלים ולמשפחותיהם כי אין כל קשר בין יחסים המתאפיינים בקונפליקטים ממושכים בין ההורה לילדו, לדוגמא, לבין התפתחותן של הפרעות "כימיות" ו/או גנטיות אצל הילד! דברים כאלו מטעים והם בבחינת שירות דוב למטופל. זה נכון במיוחד לאור אינספור סקרים שהראו כי "כאשר נותנים לציבור לבחור, הוא מעדיף התערבויות פסיכולוגיות על-פני התערבויות תרופתיות, גם במקומות הידועים בעיקר במומחיותם בהתערבויות תרופתיות [בארלו, 2004, עמ' 873]."

חלק ב'

דיכאון לאחר לידה

הדעה הרווחת בין רובם המכריע של אנשי מקצוע לבריאות הנפש טוענת כי דיכאון לאחר לידה נגרם מחוסר איזון כימי (הורמונלי) כתוצאה מההריון, ולפיכך קיים צורך מועט, אם בכלל, בטיפול פסיכו-תרפי, פסיכו-דינמי מעמיק. אך האמת היא, שאמונה זו אינה מבוססת על עובדות מדעיות מוכחות. למעשה, כפי שדווח בכתב-העת *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* :

פרט לדיווחים אנקדוטיים, לא הצלחנו לאתר הוכחות מחקריות אמינות המצביעות על כך שדיכאון רציני יותר נפוץ אצל נשים שילדו לאחרונה... ברור... כי במקרים רבים של דיכאון שהתגלו בתקופה שלאחר לידה, מדובר בהחמרה או בהמשך של מערכות סימפטומים קיימות לדיכאון. (נג'מן ואחרים, 2000, עמ' 19-20, 25)

נג'מן ואחרים (2000) ממשיכים לנהל דיון מרתק כיצד הפך דיכאון לאחר לידה כמחלה שהיא הורמונלית בלבד, להיות מקובל על כל חלקי החברה.

בלום (2007, עמ' 47) מצטט מתוך דו"ח שהתפרסם ב- *Psychiatric Annals* : "למרות חקירות נרחבות, לא התבצע כל מחקר רציני המראה קשר ישיר בין אותם שינויים [הורמונליים] לבין דיכאון חמור שהופיע בהמשך". בלום (2007) מצטט גם מחקרים המדווחים על דיכאון לאחר לידה אצל אמהות ואבות מאמצים. בדומה לקודמו, אף הוא סוקר את המחקרים הרבים המבליטים את הגורמים המשפיעים על התפתחות דיכאון לאחר לידה, כגון דיכאון קודם, תמיכה חברתית דלה, אירועי חיים לחוצים, יחסים גרועים עם אמה של היולדת, וציפיות בלתי מציאותיות להיות האם המושלמת. בלום (2007) קובע כי:

המצב הפסיכולוגי הטיפוסי בדיכאון לאחר לידה... הוא קיומם של רצונות מנוגדים ולא-מסופקים שיש למלאם, כאשר פעמים רבות נלווית אליהם התחושה שלא זכו לקבל טיפול כראוי מאמם בילדותם [עמ' 49]. אך למרות המחסור בממצאים ביולוגיים והראיות ההולכות וגדלות לקיומם של גורמים פסיכולוגיים... מדגישה הספרות הרפואית והפסיכיאטרית את הגורמים הראשוניים, ולעתים קרובות מתעלמת מהאחרונים. [עמ' 48-49]

הירון ואחרים (2004) הגיעו למסקנות דומות המבוססות על מחקר עתידי אורכי (prospective longitudinal) שנערך במדגם קהילתי באנגליה. הם מציינים כי "ניסיון אנקדוטי וקליני מצביע על כך שייתכן שאמהות במהלך הריון היו מוטרדות מדאגות ספציפיות העולות להפוך אותן לפגיעות יותר בפני חרדה או דיכאון" (עמ' 72). הניסיון הקליני האישי שלי הביא אותי למסקנה כי אצל נשים עם רקע ממושך של התמודדות עם דיכאון וחרדה (פעמים רבות מדובר בבעיה תת-קלינית או בלתי מטופלת), עלולה חוויית הלידה, עם האחריות הנלווית אליה, לגרום להתעצמותן של הבעיות הנסותרות הללו, עד כדי כך שאותן נשים זקוקות לטיפול קליני. דבר זה נכון במיוחד אצל נשים הסובלות מנטיות לפרפקציוניזם הדורשות מעצמן להיות אמהות מושלמות (ראה פלט והיוויט, 2002; סורוצקין, 1985, 1998).¹

אינספור נשים בדיכאון לאחר לידה שומעות כי הדיכאון שלהן הוא הורמונלי טהור, ובכך מקפחים אותן מהפסיכותרפיה העמוקה שהן זקוקות לה באמת. כמובן, סביר להניח כי גורמי לחץ ושינויים הורמונליים ופיזיולוגיים ממלאים תפקיד חשוב בבריאותה הנפשית של האם, אולם חשוב באותה מידה להתייחס לנושא של מערכות פסיכודינמיות ומשפחתיות.

¹ מעניין לציין כי הבחנתי בסימפטומים דומים מאוד לאלו של דיכאון לאחר לידה אצל גברים עם פגיעות רגשיות, המקבלים לראשונה תפקיד נושא אחריות. ראה גם מזיאו ואחרים, 2006, על הקשר בין פרפקציוניזם, דיכאון לאחר לידה והפרעות אכילה.

הפרעת אובססיביות-כפייתיות (OCD)

כדי להמחיש חלק מהסוגיות שנידונו לעיל, אתאר דברים אותם שמעתי לפני מספר שנים במסגרת סדנא שעסקה בטיפול בהפרעת OCD. מי שהביא את הדברים בפנינו היה מטפל ידוע המתמחה בטיפול ב-OCD.

המרצה קבע כי OCD הנה "הפרעה ביולוגית מוחית". הוא תיאר בדיקות מיפוי ממוחשב של המוח, המראות את החלק במוח ש"מחטיא את המטרה" במקרה של OCD, וכיצד אותו חלק "נרגע" לאחר טיפול מוצלח. הוא המשיך לתאר כיצד, בסיומה של פגישה ראשונה שהייתה לו עם מטופל בגיל ההתבגרות, הוא ידע כי יש לו עסק עם "הפרעת OCD ביו-גנית". רק מתוך רצון להיות בטוח בנכונות קביעתו, הוא נפגש עם ההורים לפגישה בודדת "כדי לשלול כל בעיות דינמיות שאולי גרמו ל-OCD". המרצה אמנם הבחין במידה רבה של נטיות לשלמות [פרפקציוניזם] אצל ההורים, אולם הוא היה משוכנע, בהסתמך על פגישה אחת עם המטופל ופגישה אחת עם ההורים, כי יש לו עסק עם "תמונה אופיינית של OCD ביולוגי". הוא תיאר כיצד הוא מסביר למטופל ולהוריו כי המטופל "איננו משוגע". "לא חסר להם שום דבר ברמה הרגשית, אבל יש חלק במוח שלהם שנתקע".¹

לא היה ברור לי, אם המרצה התכוון לכך שהפרעת אובססיביות-כפייתיות היא תמיד "הפרעה ביולוגית מוחית", ואם כן, מדוע היה עליו "לפסול אפשרות של בעיות דינמיות כלשהן שעלולות היו הסיבה ל-OCD?" ואם בעיות דינמיות אכן יכולות לגרום ל-OCD אצל ילד פגיע, כפי שמצביעים על כך בברור כל המחקרים (ראה בארלו, 2002, פרקים 8 ו-15), כיצד יכול היה לפסול אפשרות זו תוך שתי פגישות?!

תמיהתי גברה במיוחד, כיוון שאותו מרצה, בהרצאה קודמת, המליץ בחום על עבודתו של דניאל סיגל בנושא "ניירו-ביולוגיה בין-אישית" (סיגל, 1999; סיגל והרצל, 2003). סיגל משלב תיאוריית היצמדות (attachment theory) עם ניירו-ביולוגיה. הוא קובע:

לא עוזר להעמיד [בזירת הקרב]... את הניסיון אל מול הביולוגיה, או את הטבע אל מול הטיפוח. (nature vs. nurture) למעשה, הניסיון מעצב את מבנה המוח. הניסיון הוא ביולוגיה. האופן בו אנחנו מתייחסים לילדינו משנה את מהותם ואת אופן התפתחותם. המוחות שלהם זקוקים למעורבותנו כהורים. הטבע זקוק לטיפוח. (סיגל והרצל, 2003, עמ' 34).

כיצד ניתן ליישב את התמיכה הנלהבת שיש באמירה זו, עם ההכרזה הפשטנית, החז-ממדית, כי OCD היא "הפרעה ביולוגית מוחית"?²

הוודאות בה מטפלים רבים אומרים למטופליהם כי הפרעת אובססיביות-כפייתיות היא "הפרעה מוחית" אינה עולה כלל בקנה אחד עם ספרות המחקר המצביעה בברור על היות גישות ואמונות לא-בריאות שגלמדו בתקופת הילדות גורם חשוב התורם להתפתחותה של OCD. לדוגמא, בארלו (2002) קובע:

נראה כי ההערכה העצמית השלילית [הנפוצה אצל מטופלים הסובלים מ-OCD] נובעת בדרך כלל מאחריות יתר ורגשי אשמה הנובעים מכך, המתפתחים כרגיל במהלך הילדות... נראה סביר כי סטנדרטים גבוהים במידה קיצונית, שנאכפו בילדות ו/או תגובות ביקורתיות במידה מופרזת של דמויות סמכות יכולים אף הם לתרום לנטיות פרפקציוניסטיות, לתחושת אשמה ולאמונה מופרזת באחריות. [עמ' 533]

¹ לי תמיד נראה שהמטופל ירגיש יותר "משוגע" אם הוא יהיה סבור שהמוח שלו "נתקע" ללא כל סיבה! ארחיב על כך בהמשך.
² סיגל והרצל (2003) פותחים את ספרם עם ההערה הבאה: "האופן בו אתה מפרש את חוויות הילדות שלך משפיע עמוקות על האופן בו תגדל ותחנך את ילדיך שלך [עמ' 1]".

בדיקות המיפוי (PET) שהוזכרו לעיל לא מוכיחות דבר למעשה, כיוון שסביר יותר להניח כי השינויים במוח הם תוצאה של ההפרעה ולא סיבתה. בדומה לכך, חוויות חיוביות חדשות (בפרט פסיכותרפיה) יכולות לתקן את הנזק שנגרם למוח. לצערנו, רוב המטופלים לא שומעים דברים אלו מהתרפיסטים שלהם, שלמעשה ממזערים או אפילו מבטלים את חשיבותן של חוויות הילדות המוקדמות שלהם כגורם משפיע על התפתחות ההפרעה האובססיבית-כפייתית, ואת תפקידה של תרפיה פסיכו-דינמית בטיפול בהפרעה זו.¹

כוונות טובות ומוטעות

בעוד ייתכן שיש מטפלים המקדמים את הרעיון לפיו הפרעות מוחיות ו"חוסר איזון כימי" הם הגורמים להפרעות רגשיות, מתוך רצון לעזור להורי מטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות להימלט מתחושת בושא ואשמה, אין ספק כי חוסר התובנה הנובע מכך מצד המטופלים ומשפחותיהם מפריע להתקדמות הטיפול. ברמה הברורה ביותר, לעתים קרובות גורם הדבר לכך שההורים ימשיכו בהתנהגותם הפוגעת, זו שתרמה להתפתחות ההפרעה לכתחילה. בנוסף לכך, המטפלים החלו להאמין במסר שלהם, הנובע מכוונות טובות, אודות הפרעות "ללא אשמה", כך שהם לא חוקרים ברצינות את האפשרות של יחס פוגעני של ההורים, עם השלכות מצערות.

ישנם מצבים מסוימים הנוצרים, בהם המטפל לא יכול לדעת כי הילד ממשיך לחיות בנסיבות הגורמות לטראומה, גם תוך-כדי קבלת טיפול. (פאוסט וקצ'ן, 2004, עמ' 430).

מסר נוסף שאותם מטפלים מקדמים הוא, שאין להורים להתבייש מכך שהם פונים לטיפול בהפרעות פסיכולוגיות, כיוון שהפרעות אלה הן הפרעות מוחיות טהורות. מה שמרומז מאחורי מסר מרגיע כביכול זה הוא - שאם הפרעות אלה הן הפרעות נפשיות (אפילו חלקית), אזי יש סיבה להתבייש! הרעיון שהבעיות הן ביולוגיות טהורות לא מצלצל נכון אצל המטופלים ומשפחותיהם (אחרת, ההורים לא היו כועסים כל-כך על ילדיהם בשל התנהגותם הלקויה). בתת-המודע, הם יודעים את מה שהחוקרים אומרים בעקביות, כי זו **איננה** הפרעה ביולוגית, וכי במקרה זה, לפי מה שאמרו להם, יש להם כל סיבה שבעולם להתבייש מפנייה לטיפול. ולדעתי, זהו אחד המקורות לסטיגמה שהודבקה על פנייה לטיפול בהפרעות נפשיות.

מצער במיוחד כי המטפלים מפיצים את מיתוס ה"הפרעה מוחית" בניסיון להפחית את הסטיגמה של הפרעות נפשיות, כיוון שהמחקר מצביע בברור כי גישה זו בעצם מגבירה את הסטיגמטיזציה! כפי שמסכמים ריד והרה (2001) את הסוגיה:

מחקרים מצביעים על כך כי הגישה לביטול הסטיגמה הקובעת כי 'מחלת נפש היא מחלה ככל המחלות' לא הצליחה לשפר התייחסויות. מחקר זה... אישר ממצאים קודמים (בניגוד להנחות עליהן מבוססת רוב התכניות לביטול סטיגמות) כי אמונות לסיבתיות ביולוגית וגנטית קשורות להתייחסויות שליליות, כולל התפיסה כי 'חולי נפש' הם מסוכנים, אנטי-חברתיים ובלתי צפויים... [עמ' 223]

מתוך גישה כנה ויעילה יותר, היה ראוי לומר את הדברים הבאים למי שעומד להיות מטופל:

ברור שלא ביקשת שיהיו לך קשיים כאלו. כמו-כן, אין זה הגיוני ליחס את הצרות שלך לעצלות או להסברים אחרים מסוג זה, כיוון שאפילו עצלן יהיה מוכן להשקיע הרבה כדי למנוע מעצמו את הסבל

¹ בארלו (2002) מדווח על "ממצאים ממספר מחקרים כי טיפול מוצלח [פסיכותרפיה או תרופות] גרם לנורמליזציה של פעילות... במוח, עם שינויים בסימפטומים של OCD התואמים לשינויים בתפקודי המוח... [עמ' 521]. מעניין לציין כי בארלו, אלן ושואט (2004) מעירים כי בעוד ברוב ההפרעות הרגשיות "טיפולים פסיכולוגיים ותרופתיים מגיעים ליעילות שוות ערך מיד לאחר סיום הטיפול... ב-OCD... נראה כי הטיפול הפסיכולוגי יותר יעיל... [עמ' 208].

שאתה עובר. הרבה יותר סביר להניח כי חוויות הילדות המוקדמות שלך הפכו מטלות רבות, הנראות קלות בעיני אחרים, למשהו קשה באופן בלתי רגיל עבורך. לחצים פסיכולוגיים יכולים להיות מחייבים בדיוק כמו כוחות ביולוגיים. מעולם לא הסבירו לך זאת. במקום זאת, ייתכן שהוריד ומוריד אמרו לך שהליקויים המוסריים שלך ("עצלות" או "חוסר אכפתיות") הם הסיבה לכך, ודבר זה גרם לך לשנוא את עצמך. היו אנשי מקצוע, שמתוך כוונה טובה רצו לשפר אצלך את התדמית העצמית, ולכן אמרו לך כי הבעיות שלך נובעות מחוסר איזון כימי. קביעה זו רק גרמה לך להרגיש שאתה פגום ודכדכה אותך. היא גם גרמה לך לתהות מדוע חלק מהתרפיסטים שלך כעסו עליך כאשר לא יכולת לפעול בהתאם להמלצותיהם. אם באמת האמינו שהבעיות שלך הן אך ורק כתוצאה מחוסר האיזון הכימי, מדוע כל-כך התרגזו עליך?

אני אשתדל לעזור לך להבין מדוע יש לך קשיים כאלו. היו אירועים מסוימים בחיך, אשר ביחד עם הטבע שנולדת אתו, עצבו את הדרך בה אתה חווה מאורעות, את עצמך ואת הזולת. כאשר נפענח כל זאת ביחד, נוכל להשתמש בתובנה זו כדי לחשוב על האופן בו ניתן יהיה להביא באיטיות להקלה בחלק גדול מהקשיים שלך.

ביקורתיות של מטפלים

ישנה השפעה מזיקה סמויה נוספת מצד תרפיסטים שלא מתמקדים בגורמי הרקע העומדים ביסוד התנהגות המשובשת של המטופל.

זה מכבר, נקשרו ביקורתיות יתר וחוסר קבלה מצד ההורים כגורמים בהתפתחותה של פסיכופתולוגיה (לדוגמא, רפטי, טיילור וסימן, 2002).¹

גורם חשוב בכוחה המרפא של הפסיכותרפיה הוא: קבלת המטופל מצד התרפיסט, ללא-שיפוטים. עם כל זאת, מטפלים רבים חשים שהתרפיסטים שלהם שופטים ומבקרים אותם. לפעמים, אין ספק שמדובר בהשלכה שהמטופל עושה על ביקורתיות-עצמית שלו, אבל פעמים רבות מדי, מדובר בהערכה מדויקת של רגשות התרפיסט. אניטה א. קלי (2000א, 2000ב) פיתחה "התייחסות לפסיכותרפיה הקוראת תגר על ההנחות כיום לגבי התועלת שיש ברמות גבוהות של פתיחות הלקוח במהלך התרפיה" [2000ב, עמ' 505]. התייחסות זו שנויה במחלוקת בקרב החוקרים. היא מביאה הוכחות ממחקרים, לפיהן מטפלים מסתירים מידע מפני המטפלים שלהם, כדי לעשות עליהם רושם טוב, כיוון שהם בטוחים כי אם יחשפו את האמת הלא-נעימה על עצמם, תהיה לתרפיסטים שלהם הרגשה שלילית כלפיהם, למרות שבדרך כלל הם ינסו להסתיר תגובה זו. לדברי קלי, לצערנו במציאות הם צודקים במקרים רבים. היא מתייחסת למחקרים בהם דווח כי:

תרפיסטים גיבשו סברות שליליות ביותר לגבי לקוחותיהם, סברות שהסתירו מפניהם... וכן באופן עקבי, התחושה של התרפיסטים לגבי דמות מטרה היא פחות חיובית מזו של אנשים שאינם בעלי מקצוע... דבר שלא צריך להפתיע... בהתחשב בכך שהם הוכשרו להשתמש במדריך לאבחנה ולסטטיסטיקה (*Diagnostic & Statistical Manual*)... [דבר זה בעייתי] כיוון שאצל לקוחות המתחבבים יותר על המטפלים שלהם, יש נטייה להתקדמות גדולה יותר בטיפול. [עמ' 509]

קלי מודה בכך כי היה עדיף בהרבה עבור המטפלים אם היו מאמינים (ואם אכן הדבר היה נכון) שהתרפיסטים שלהם ימשיכו לראותם באור חיובי, גם אם הם יספרו להם על עבירות מסוימות או על אירועים משפילים. "לקוחות כאלו עשויים להפיק תועלת עצומה מכך שיספרו לתרפיסטים על אותם אירועים, ולאחר-מכן ישמעו כיצד התרפיסטים קוראים תגר על התדמית העצמית השלילית שלהם סביב אותם מאורעות [קלי, 2000א, עמ' 486]. ברם, לדברי קלי, לעתים קרובות אכן התרפיסטים מגבשים הערכה שלילית של המטפלים במצבים

¹ תומס (2005) מצטט חוקרי התעללות בילדים, ומציין נקודה חשובה, כי לעתים קרובות המטפלים המתעללים הם "מגוננים תועים" (עמ' 30).

כאלו, ולכן עדיף שהמטופלים לא יהיו כל-כך פתוחים אתם. קלי מגיבה לדברי הביקורת המופנים כלפיה, ומציעה:

אולי... יש לחוקרים [העומדים על כך שמטופלים מצליחים יותר בטיפול כאשר הם יותר פתוחים] משהו משותף שהוא: תחושת אופטימיות לגבי התהליך הפסיכו-תרפי [ולכן הם ממליצים] שהלקוחות יתארו באופן מלא את התנהגויותיהם השליליות מאוד, כדי שהתפיסת יוכל לעזור להם לראות את ההתנהגויות הללו כמשהו נפרד מההשלכות הרחבות יותר לגבי מהותם. [הם גם סבורים] שתפיסות יכולים להתייחס - ובאמת כך מתייחסים - ללקוחות שלהם בהערכה רבה, גם כאשר הלקוחות חושפים בפניהם פרטים שפלים. נראה שאני קצת פחות אופטימית, בכך שהעליתי את הסברה כי גישה שיפוטית היא חלק מהטבע האנושי... [קלי, 2000, עמ' 510]

הייתי מעלה אפשרות כי נקודות השקפה שונות אלה הן פונקציה של גישות שונות לתרפיה, יותר משיש בהן שוני של אופטימיות ופסימיות. כאשר תרפיסטים מתמקדים בפתולוגיה, בלי לשים דגש על הגורמים ההיסטוריים/התפתחותיים העומדים ביסוד הבעיה, מובן שהם יפתחו מבט שלילי על מטופלים שעושים מעשים גרועים ביותר.¹

כאשר התרפיסט מתמקד בגורמים ההתפתחותיים, קל יותר לא להרגיש רגשות שליליים כלפי המטופלים, למרות התנהגותם הלא-נעימה.² כפי שאני אומר למטופלים שלי כאשר הם מרגישים ביקורת-עצמית ובושה מופרזת בשל התנהגותם ורגשותיהם המופרעים, "בהתחשב במה שעברת, מובן מאוד כיצד זה קרה".³

צעיר בן 25 הגיע לטיפול בשל התנהגות מאוד לא ראויה. הוא כבר ביקר אצל שלושה תרפיסטים שהמליצו לו על תרופות, תכניות בנות שנים-עשר שלבים (12-step program) וטכניקות התנהגות שונות כדי להתגבר על הדחפים שלו. כמעט שלא חקרו את ילדותו המוקדמת או אפילו את יחסיו בהווה עם הוריו. המסר שהוא קיבל היה, כי לגודל הצער הוא סובל מפגם ביולוגי/גנטי, וכל מה שיש בידו לעשות הוא ללמוד טכניקות התנהגות שיעזרו לו לשלוט על הדחפים שלו. כאשר התקשה לבצע את "שיעורי הבית" שהתרפיסט נתן לו, התרגז עליו התרפיסט והכריז, "כיצד אתה מצפה שמצבך ישתפר, אם אינך מגלה אחריות"? הוא הרגיש מדוכדך וחסר מוטיבציה לטיפול. כאשר בדקנו את חוויות חייו המוקדמות, התברר לנו כי היחסים שלו עם הוריו התאפיינו בקונפליקטים רבים. שניהם היו ביקורתיים ביותר, ואמו הייתה שתלטנית למדי. במשך הזמן, התפתחה אצלנו הבנה של הקשר בין חוויות חייו המוקדמות לבין התפתחות הסימפטומים שלו. היה זה הצעד הראשון בעזרה שהוא קיבל להתחיל בתהליך ארוך של התגברות על הבעיות שהוא סובל מהן.

¹ בדינונו על פסיכותרפיה עם ניצולי התעללות ילדים, תומאס (2005) צועד צעד נוסף. במאמצייהם הכנים לעזור למטופליהם, כך כותב תומאס, תרפיסטים של ניצולי התעללות ילדים נכשלים לפעמים בשוגג ב"התעללות תרפיסט". "למרות... כוונותיהם הטובות ביותר, תרפיסטים מוצאים עצמם פועלים באופן שסביר כי הוא תואם לתפקיד המתעלל הפנימי אצל המטופל... הם עלולים לאבד את סבלנותם בתגובה למה שנראה להם כהתנגדות מצד המטופל... (עמ' 25). הייתי טוען כי קיימת סבירות גדולה יותר לכך, כאשר התרפיה לא מתמקדת במאורעות העבר שגרמו למטופל לגלות התנגדות.

² הדבר דומה לגישה המאפשרת לאדם לדון את חברו לכף זכות, כלומר, כאשר חושבים על גורמים בסביבה/בעבר שייתכן שגרמו לאדם להיות יותר רגיש להתנהגויות חריגות מסוימות, וכך אותה התנהגות שלילית לא נראית כמשקפת פגם מולד באדם (ראה חתם סופר, מס' שבת דף צז.). וכן ראה הרב חנוך ליבוביץ, חידושי הלב, במדבר (לג:א), שם הוא מביא כי כאשר מזכירים למישהו את עבירותיו בעבר, דבר זה יכול להשפיע אחרת על האדם בהבדל דרמטי, תלוי כיצד הבעיה נראית בעיני הדובר (וכן ראה קירזנר, 2002, עמ' 64, הערת שוליים).

³ בניגוד למה שרבים חושבים, הימנעות מביקורת עצמית מופרזת תגביר את הסבירות לכך שאדם ישאף להתגבר על הדחפים השליליים שלו (ראה ר' חיים שמואלביץ, שיחות מוסר, סימן נ"ה; רבי אליהו דסלר, מכתב מאלהו, כרך ב', עמ' 161, כרך ד', עמ' 263; ר' חנוך ליבוביץ, חידושי הלב, וייגש, מה:ג).

חלק ג'

סופו של המודל הביולוגי?

מאז שהתגלו תרופות יעילות להפרעות פסיכיאטריות, רוב המטפלים הקליניים אמצו את הדעה המקובלת כי הפרעות פסיכיאטריות רבות, אם לא רובן, (כגון סכיזופרניה, OCD) הן בעלות "יסוד ביולוגי". גישה זו זוכה לעידוד רב מצד חברות התרופות, מסיבות ברורות. רבים רואים ביעילותן של התרופות בהקלה על סימפטומים פסיכיאטריים הוכחה ברורה ומשכנעת לסיבתיות ביולוגית.

כיום, קוראים תגר על אותה "חכמה מקובלת" כפי שלא עשו זאת מעולם.¹ ד"ר יעקב רוזנטל מסב את תשומת לבנו לעובדה הבאה:

במהדורה האחרונה של כתב-העת היוקרתי *Acta Psychiatrica Scandinavica* מופיעה סקירה של מחקר בנושא הסכיזופרניה, שעוררה תגובות סוערות בעולם הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה, בה מובאות ראיות לכך שלפחות שני-שליש (בחלק מהמחקרים עד 97%) מחולים הסובלים מסכיזופרניה, סבלו בילדותם מטרומה פיזית או מינית.²

מחברי סקירה זו (ריד, ואן אוס, מוריסון ורוס, 2005) מצטטים מחקרים רבים המצביעים על חפיפה משמעותית בין התבניות הדיאגנוסטיות של סכיזופרניה, לבין הפרעות דיסוציאטיביות והפרעת חרדה פוסט-טראומטית (PTSD). מאחר ורבים מקרב המטפלים בני-זמננו אוהזים בדעה קדומה לפיה סכיזופרניה היא מחלה ביולוגית, הם לא שואלים את השאלות שיחשפו רקע של התעללות, דבר שיאפשר דיאגנוזה של הפרעת חרדה פוסט-טראומטית. לדעה קדומה זו יש השלכות קליניות חמורות, כיוון שהיא גורמת לכך שטיפולים פסיכו-סוציאליים יעילים ומוכחים ננטשים לטובת טיפולים על טהרת התרופות הפסיכיאטריות. המחברים מדווחים על "מחקר גדול, רב-מרכזי [בו התגלה] כי גישות פסיכולוגיות יותר יעילות מתרופות עבור אנשים פסיכויטיים שסבלו מטרומה בילדותם... אצל חלקם, לעצם החיבור בין עברם לבין הסימפטומים שלא היו מובנים עד כה, יכולה להיות השפעה טיפולית חשובה [עמ' 344]". לצערנו, לעתים כה קרובות לא מגלים את הרקע הטראומטי העומד ביסוד הפסיכזה, ובכך מונעים מהמטופלים טיפול פסיכולוגי שהם זקוקים לו (ראה גם קרון, 1981 ו-2003).

לסקירה זו ניתן דיווח נרחב בעיתונות הכללית, המיועדת לציבור הרחב. עיתון ה-*Guardian* (לונדון) דיווח ב-27 באוקטובר 2005: "הממסד הפסיכיאטרי עומד לחוות רעידת אדמה שתזעזע את אושיותו האינטלקטואליות". ה-*Newsweek* דיווח (ב-12 בדצמבר 2005) כי "השפעתו המצטברת של מחקר זה הטתה את הדעות בדרגים הבכירים ביותר של אנשי המקצוע". המאמר שהופיע ב"ניוזוויק" מוסיף ומביא את דבריו של נשיא התאגדות הפסיכיאטרים באמריקה, שציין כי מכירות התרופות האנטי-פסיכוטיות מגיעות כיום ל-6.5 מיליארד דולר בשנה, והביע את דאגתו שמא הפרעות נפשיות מטופלות בעודף תרופות. "כאנשי מקצוע, הרשינו למודל הביו-פסיכו-סוציאלי להפוך למודל ביו-ביו-ביו".

¹ קריאת התגר אינה כלפי אמירות הטוענות לקיומו של **חיבור או קשר** בין סמנים ביולוגיים לבין הפרעות נפשיות. אלא, היא מתייחסת לאמירות המרמזות על סיבה שהיא ביולוגית **באופן בלעדי**. לדוגמא, ספר פופולארי מאוד בקהילה החרדית, העוסק בסוגיות פסיכולוגיות, קובע: "העובדה כי לעתים קרובות מתן תרופות, גם ללא תרפיה פסיכולוגית, מניב תוצאות יעילות תומך בתיאוריה הטוענת כי סוגים רבים של הפרעות אובססיביות-כפייתיות נובעים מחוסר איזון פיזיולוגי כלשהו בכימיה של הגוף, **יותר משהם נובעים** מסיבות פסיכולוגיות" (טוורסקי, 2005, עמ' 140, הדגש הוסף). המחבר מוסיף וקובע כי גם בהפרעות חמורות פחות, לעתים קרובות זו הסיבה: "יש סיבה להאמין כי חרדה עלולה להתעורר **אך ורק** מסיבות פיזיולוגיות, ייתכן בשל גורם גנטי. במקרים כאלו, החיפוש אחר 'הסיבה' לחרדה שהאדם סובל ממנה אינו מתאים, ועלול להזיק במקום להועיל [עמ' 34, הדגש הוסף]". (מעניין לציין כי מיד בעמוד הבא, קובע המחבר כי בין הגורמים הנפוצים לחרדה ניתן למנות הערכה עצמית ירודה ובעיות בשלום בית אצל ההורים).

² Nefesh Listserv, Dec. 9, 2005

במאמר סקירה ארוך שהתפרסם לאחרונה ב-*Bulletin of the Menninger Clinic*, מביא סיידל (2005) גם הוא הוכחות אמפיריות מחייבות הקוראות תגר רציני על המושג "מחלת נפש שבסיסה ביולוגי". רוב המטופלים שומעים ממטפליהם כי חוסר איזון כימי ממלא תפקיד עיקרי כגורם להפרעות נפשיות רבות, אם לא רובן, בעוד חברות התרופות מספקות תיאורים צבעוניים של אותן הפרעות כימיות כביכול. כיום יש הוכחות ברורות ובשפע כי נוסחה זו, במקרה הטוב, מטעה ביותר וסביר ביותר שהיא פשוט שקרית.¹

הקשר בין ביולוגיית המוח לבין מצבים פסיכולוגיים הוא דו-סטרי. כפי שמדווח סיידל (2005):

התבנית של BBMI (Biologically Based Mental Illness - מחלת נפש עם בסיס ביולוגי) מרשה לעצמה להניח קיומו של קשר ישיר ונסיבתי בין תפקוד ביוכימי לבין התנהגות, או שהתהליך הביולוגי הוא היסוד להפרעות נפשיות. מחקרים עדכניים לא תומכים בעמדה זו. מחד, מחקרים שנעשו עם תרופות-דמה ("פלאסבו") מצביעים על כך שבמקרים רבים, התרופה עשויה להשפיע על ההתנהגות ברמה פסיכו-סוציאלית (ציפייה) ולא ברמה הביוכימית. מאידך, מחקרים בהם נערכו הדמיות מוח מצביעים על כך שהתערבויות פסיכו-סוציאליות משפיעות על הביו-כימיה. מחקרים אלו במיוחד מצביעים על כך שהביולוגיה של הפרעות נפשיות היא רמה של ביטוי, ולא הבסיס, לבעיות פסיכולוגיות [עמ' 163-164]... עד כה, ראיות מחקריות תומכות בתבנית של "ביטוי ביולוגי לתופעות נפשיות"², ולא שהפרעות נפשיות מסוימות הן על בסיס ביולוגי. [עמ' 166]

בנימה דומה, קנדלר (2005) כתב מאמר תקיף שהופיע בגיליון של כתב-העת *American Journal of Psychiatry*, בו הוא קורא תגר על התפיסה הפשטנית של הקשר בין הגנים לבין הפרעות פסיכיאטריות – מה שהוא מכנה "גנה-טוק" (GeneTalk) – הנפוצה בכתבי-עת עממיים ומקצועיים כאחד (לדוגמא, "מדענים גילו גן לאלכוהוליזם, לאלימות, להומוסקסואליות, לדיכאון, וכדו"). קנדלר קובע:

הקשר הסיבתי החזק, הברור והישיר המרומז על-ידי הרעיון של "גן האחראי ל..." אינו קיים בהפרעות פסיכיאטריות. אמנם ייתכן שהיינו רוצים שזו תהיה האמת, אבל אין לנו, ואין סיכויים שנגלה אי-פעם, "גנים האחראיים" למחלות פסיכיאטריות. [עמ' 1250]

מחקרים שנערכו על תאומים ועל מקרים של אימוץ מצביעים על כך שהשפעתם המצטברת של "גנים" על דיכאון משתנה עם החשיפה למאורעות חיים המתאפיינים בלחץ, וכאשר מדובר בסכיזופרניה ובהפרעות התנהגות, השינוי נגרם בעקבות חשיפה לסביבת גידול המתאפיינת בתפקוד לקוי. [עמ' 1248]

קנדלר מציין "מאפיין מוזר" של ה"גנה-טוק". בעוד קל לנו להשתמש במשפט "X הוא גן ל-Y", נראה לנו משונה לומר "A הוא סביבה ל-B" לדוגמא, חלק גדול מהעבודות האמפיריות שנעשו תומך בהנחה כי מאורעות חיים חמורים, כגון טיפול לקוי בילדות, מהווים גורמי סיכון סביבתיים חשובים להופעתה של הפרעת התנהגות. חשיבותו העצומה של הקשר זה גדולה בהרבה מזו שנצפתה ביחס לכל אחד מהגנים. ועם כל זאת, איננו מרגישים נוח עם האמירה שהתעללות מהווה סביבה להפרעת התנהגות.

בעצמי חוויתי "מאפיין מוזר" זה של GeneTalk. ספגתי ביקורת על היותי "פשטני מדי" מפני שאני מייחס את מרבית הבעיות הנפשיות מהן סובלים ילדים (בפרט בעיות הקשורות לבני-נוער מרדניים) לבעיות בהורות

¹ הייתי רוצה להדגיש שאין להבין את הערותי כאילו הן שוללות את השימוש בהתערבות תרופתית. יש לי קשרי עבודה הדוקים עם מספר פסיכיאטרים, ואינני מהסס להפנות מטופלים ליעוץ תרופתי כאשר המצב הקליני מצביע על הצורך בכך.

² במחקר שנערך לאחרונה והתפרסם ב-*Proceedings of the National Academies of Science* (דווח ב-22 בנובמבר 2005 באתר ScientificAmerican.com) מדווחים פולק ואחרים על תינוקות יתומים ממזרח אירופה, שלא זכו לטיפול אוהב, ועדיין "סובלים מרמות הורמונליות ירודות... המקושרות עם יצירת קשר ("בונינג"), אכפתיות, תקשור וויסות לחצים..." גם שלוש שנים אחרי שאומצו על-ידי משפחות בארה"ב.

[שורוק ב-ו' השני]. למרות ההוכחות הבאות, המובאות במחקרים והתומכות בחשיבותו של קשר אטיולוגי [סיבתי] זה (לדוגמא, המחקר על הפרעות חיבור – Attachment Disorders), נראה כי מטפלים מעדיפים לגמד חשיבותו של גורם זה. במקום זאת, הם מדגישים את ריבוי הגורמים הסיבתיים תוך שהם מעניקים משקל שווה לכל מאפיין המקושר לכך (המחקר בן-זמננו מנסה לברר את תרומתו היחסית של כל גורם התורם להפרעה).

לגודל האירוניה, מתוך אותם המבקרים את "פשטנות-היתר" שלי, לא נראה כי מרביתם מותחים ביקורת דומה על פשטנות-יתר של אלו הזוקפים הפרעות נפשיות באופן כמעט בלעדי לחוסר איזון כימי או לתפקוד גנטי לקוי, לדוגמא מטפלים הקובעים כי "הפרעת אובססיביות-כפייתיות היא הפרעה ביולוגית מוחית", כפי שהבאנו לעיל.

ד"ר יעקב רוזנטל מביא¹ רשימה ארוכה של ציטוטים מדברי מומחים הקוראים תגר על המושג של "חוסר-איזון כימי" כגורם להפרעות נפשיות. להלן שניים מתוך הציטוטים:

- "לא הוכח לגבי אי-תקינות אחת, הניתנת לשכפול, בכל נויירו-טרנסמיטר [מעביר כימי בין-עצבי], או בכל אחד מהאנזימים או הקולטנים שלו, כי הם גורמים כל הפרעה פסיכיאטרית נפוצה". ד"ר סטיבן סטאהל, *Essential Psychopharmacology* הוצאת אוניברסיטת קמברידג', מהדורה שנייה, 2000, עמ' 100.

- "חוסר איזון ביוכימי היפותטי הוצג בפני הציבור כעובדות מבוססות. בכל מקרה בו חשבו כי נמצא חוסר איזון כזה, התברר לאחר-מכן כי הדבר אינו נכון". ד"ר ג'וזף גלנמולן, בית-הספר לרפואה של הרווארד, *Prozac Backlash*, הוצאת ספרים סיימון את שוסטר, ניו יורק 2000, עמ' 198.

למרות היעדר מוחלט של הוכחות לכך שחוסר איזון כימי גורם להפרעות נפשיות, המטפלים "מאכילים" את רובם המכריע של המטופלים בטענות הללו. לא מדובר בסתם פרט משני, כיוון שיש השפעה ניכרת של הבנתנו את האטיולוגיה [חקר סיבות המחלה] על אופן הטיפול ודרכי המניעה.

בוודאי אין להביא את העובדה כי יש בכוחן של תרופות להקל על סימפטומים פסיכיאטריים כהוכחה לכך שהסיבה המקורית להפרעה הייתה כימית. קרוב לוודאי שרוב רואי החשבון בארה"ב העוסקים בהכנת דוחות מס הכנסה סובלים מכאבי-ראש עזים ב-15 באפריל (התאריך הסופי להגשת דוחות מס הכנסה). כמובן, העובדה שתרופה נגד כאב-ראש המכילה אצטמינופן מקלה על הכאב, אינה מוכיחה כי הסיבה המקורית לכאב-הראש הייתה ירידה מסתורית ברמת האצטמינופן במוח!

פריק ולוני (2002) מתייחסים לקשר הקיים בין טבע מולד לבין סגנונות של פסיכותרפיה, ומציינים את האבחנה העמוקה הבאה:

לעתים קרובות יש נטייה להניח כי אם דפוס התנהגות קשור למזג שביסודו הוא ביולוגי, אזי דפוס זה בלתי ניתן לשינוי או במקרה הטוב הוא מטופל על-ידי התערבויות ביולוגיות. הטעות בהנחה זו מתועדת במסמכים רבים... מזג [אופי] מעמיד את הילד בסיכון לדפוסי התנהגות מסוימים, אבל אותם דפוסי התנהגות מעוצבים על-ידי ההקשר הפסיכו-סוציאלי של הילד... לפיכך, שינויים בהקשר הפסיכו-סוציאלי של הילד יכולים בברור לשנות את האופן בו המזג שלו בא לידי ביטוי. [עמ' 122]

כפי שהובא לעיל מתוך המחקר עליו מדווחים ריד, ואן אוס, מוריסון ורוס (2005), עצם יצירת הקשר בין הרקע האישי שלהם לבין הסימפטומים שלא היו מובנים מקודם, יש בכוחה להשפיע במידה משמעותית אפילו

¹ Nefesh Listserv, Jan. 13, 2006

על מטופלים שאובחנו כסובלים מסכיזופרניה. זה בעצם מה שהתרפיה עשתה, לפני שהופיעו ההסברים הביולוגיים והטיפולים להפרעות נפשיות ול-CBT קצר-טווח, שהחידוש העיקרי שלהם נראה כי אפשר להתעלם בשלום במהלך הטיפול מילדותו של המטופל (שפיגל, 2006).¹ בהקשר זה, מעניין לציין את מאמרו של ג'ון נורקרוס (2005) שהתפרסם לאחרונה ב-*American Psychologist* לפיו רק 8% מתרפיסטים ההתנהגותיים (behavior therapists), בוחרים בטיפול כזה כאשר הם מחפשים מטפל לעצמם. הרוב המכריע (92%) העדיף תרפיות פסיכו-דינמיות, הומניסטיות וכאלה המשלבות מספר גישות שונות [אקלקטיות]. נראה כי גם התרפיסטים ההתנהגותיים מחפשים משמעות כאשר הם עוסקים בסוגיות נפשיות של עצמם.

מודעות חדשה להשפעתה של טראומה כרונית בילדות

בגיליון מיוחד של כתב העת *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* (חורף 2004, כרך 41, מס' 4) על "השפעתה הפסיכולוגית של הטראומה" מופיעים מספר מאמרים נפלאים העוסקים בטיפול במי שסבל מטראומה כרונית של התעללות בילדותו. מאמרים אלו משקפים מודעות הולכת וגוברת לטבען הטראומטי של שנות חייהם המוקדמות של מטופלים, שנחשפו בילדותם להתעללות מצד הוריהם. ברצוני לצטט מספר פסקות המבליטות את הנקודות אותן הדגשתי בנוגע לחשיבות הבנת משמעותם של סימפטומים, על-ידי קישור ביניהם לבין חוויות העבר, בפרט בתוך המשפחה.

חוקרים רבים דנים באבחון הפרעת חרדה פוסט-טראומטית (PTSD) כיוון שייתכן שהיא מתאימה למי שסבל בילדותו מהתעללות.

מספר חוקרים ומטפלים טענו כי האבחון של PTSD אינו תואם בדיוק לתגובות אותן חווים קורבנות להתעללות בילדותם... כאשר אצלם הטראומטיזציה התרחשה שוב ושוב ובהרחבה... אנשים שנחשפו לטראומה במרווחי זמן שונים ולאורך תקופות התפתחות שונות, סבלו ממגוון של בעיות פסיכולוגיות שאינן כלולות באבחון של הפרעת חרדה פוסט-טראומטית. (קורטואיז, 2004, עמ' 413)

לאחר שהתמודדו עם טראומה מתמשכת, לפעמים ילדים לא מפגינים 'הפרעות גלויות הניתנות לאבחון', ועם כל זאת הם מגלים חוסר אמון עמוק בבני-אדם, מצפים לבגידה, ומאבדים אמונה שיש בחיים צדק או משמעות כלשהם. (פאוסט וקצ'ן, 2004, עמ' 427)

האבחונים של "הפרעת חרדה פוסט-טראומטית מורכבת" (CPTSD) או "הפרעת טראומה התפתחותית (DTD)" (דינגליס, 2007) הוצעו עבור תגובות מורכבות המופיעות בתגובה לטראומטיזציה חוזרת ונשנית, כגון התעללות כרונית בילדותו.

טבעה הנסתר של טראומת ילדות

יאנג ואחרים (2001) דנים באריכות באתגר העומד בפני החוקרים לוודא האם המטופלים סבלו בילדותם מהתעללות. בהסתמך על מחקרים, הגיעו גם דיל ואחרים (1991) למסקנה, לפיה: "הנתונים מצביעים על הצורך בנקיטת זהירות שלא לקבל על פניהם את ההכחשות הראשוניות של התעללות בעברם" (עמ' 166).²

¹ גם כיום, זו התפיסה הפופולרית של CBT, אפילו בקרב קלינאים, למרות העובדה שחלק מהחסידיים הגדולים של CBT נאלצו להודות בכך שאמנם "חקירת חוויותיו של המטופל עם הוריו אינה צריכה להיות במוקד העיקרי של CBT, [אך עם כל זאת] סביר שהדבר מקדם ומקל על החלמתו ועל שינויים המתמידים לאורך זמן [בק ואחרים, 1979, מובא בעבודתם של הייס, קסטונגואי וגולדפריד, 1996, עמ' 624]."

² ראה גם טגימה ואחרים, 2004; ג'וליד, 2005 (על סינדרום שטוקהולם); וברדלי, ג'ני ווסטון, 2005. גורם נוסף שיש לקחת בחשבון הוא שילדים רבים שספגו התעללות מפגינים "השפעות ישן" כלומר, התפתחותן של בעיות פסיכולוגיות חמורות זמן מה לאחר שהתעללות פסקה (פינקלהור וברלינר, 1995).

מספר מחברים שמאמריהם הופיעו בגיליון מיוחד זה, דנים אף הם בדומה בקושי בו נתקלים מטפלים בגילוי התעללות בילדות, כיוון שלעתים קרובות הקורבנות עצמם אינם מודעים לכך שמה שהם חוו – ואולי עדיין ממשיכים לחוות בהווה – נחשב להתעללות. זו הסיבה לכך מדוע לעתים קרובות טועים המטפלים בהגיעם למסקנה כי חיי המשפחה של המטופלים שלהם התאפיינו בבריאות נפשית במידה סבירה, ולכן הם מייחסים את הקשיים שלהם לגורמים אחרים (למשל, "חוסר איזון כימי"). כמו-כן, למטופלים יש צורך נפשי חזק לשמור על חוסר ידיעה בנוגע למאפייני ההתעללות שהיו בחינם, כפי שהדבר מודגש אצל חוקרים ומטפלים רבים:

התבנית של ברייר (1992) של "דיכטומיה של התעללות" מעלה אפשרות לפיה ילדים החיים במצבים המאופיינים בהתעללות עומדים בפני קונפליקט קוגניטיבי. או שיחסם המתעלל של הוריהם כלפיהם אינו מוצדק ומשקף חוסר יכולות הוריות, או שזו תגובה מוצדקת לרוע שלהם בעצמם. ההכרה באפשרות הראשונה מאיימת הרבה יותר, כיוון שהילדים תלויים בהוריהם. (גולדסמיט, ברלו ופרייד, 2004, עמ' 454)

אל לו למטפל להניח... כי שאלות אודות טראומה... יניבו אוטומטית גילויים וחשיפות. יש אנשים בעלי עבר מוכח של טראומה, שאינם מוכנים או אינם מסוגלים לגלות עובדות אלה בתחילת התהליך... בנוסף לכך, אנשים רבים שעברו טראומה אינם יודעים דבר אודותיה, ייתכן שהם אינם מכנים את מה שעבר עליהם בשם "טראומה", ויש להם מעט הבנה אם בכלל כי ייתכן שהסימפטומים שלהם קשורים לחוויות העבר שלהם. (קורטואיז, 2004, עמ' 416, 420)

וויליאמס (1994) ראיין 136 נשים 17 שנה לאחר שהגיעו לחדר מיון כתוצאה מהתעללות מינית (CSA) בילדותן. 38% מהמשתתפות לא דיווחו על הטראומה, למרות שהן גילו מידע אישי אחר. (גולדסמיט, בארלו ופרייד, 2004, עמ' 451)

ליוטי (2004) מתאר תופעה נפוצה המתרחשת במהלך ראיון מטופלים שיש בעברם סיפור של התעללות בשנות הילדות, כאשר אין מצדם הכרה בכך. לעתים קרובות קיימת אי-התאמה נוקבת בין התיאור הכולל שהם מוסרים על חיי המשפחה שלהם בילדותם, לבין זיכרונות ילדות ספציפיים. "אי-התאמה זו מופיעה כאשר המטופל שומר על תמונה אידיאלית של הוריו, למרות זיכרונות המצביעים על-כך שילדותו "הצטיינה" בעצב ואומללות וביחסים בלתי מספקים עם הוריו" (עמ' 473). לצערנו, מטפלים רבים אינם מבחינים בסתירות אלה.

מצאתי הוכחות לקיומו של הצורך הנפשי אצל מטופלים רבים, לשמור על תדמית אידיאלית של הוריהם, במסגרת תופעה שכיחה שהבחנתי בה במהלך שנות עבודתי. המטופלים מגלים התנגדות לאפיון יחסם הבוטה של הוריהם כלפיהם והגדרתו כ"התעללות", אולם הם יהיו מוכנים בקלות להשתמש במונח זה כדי לאפיין בדיוק אותה התנהגות של ההורים ביחס לאחד האחים. נהייתי למצוא אישור במחקרים להבחנה זו שלי, בגיליון המיוחד זו של *Psychotherapy*:

במדגם של 1,526 סטודנטים באוניברסיטה, גילו ראוש וקנוטסון (1991) כי למרות שהמשתתפים דיווחו על יחס מעניש שהם קיבלו בדומה לאחיהם, הסיכוי לכנות את חוויות אחיהם כ"התעללות" היה פי שניים מאשר שהם יכנו כך את חוויותיהם שלהם... [זאת, כיון שהם פרשו] את היחס המתעלל של הוריהם כלפיהם... כמשהו שמגיע להם, ולכן אינו מתעלל. (גולדסמיט, בארלו ופרייד, 2004, עמ' 451)

התנגדות תרבותית להכרה בהתעללות של הורים

רבים מתוך מחברי המאמרים באותו גיליון מיוחד דנים בתופעה הנרחבת של התכחשות והתנגדות תרבותית להתעללות ולטראומה כרונית בתוך המשפחות, ובהשפעת התכחשות זו על הטיפול:

עבור אנשים החווים טראומה כרונית, ואשר הסביבה החברתית הפוסט-טראומטית שלהם עלולה לנקוט צעדים כדי להרתיע אותם ממודעות כלפי הטראומה, ההחלמה מהשפעותיה השליליות של הטראומה עלולה שלא להיות מסתגלת (adaptive) וכך הופכת ההחלמה לתהליך קשה... קיימת מידה רבה מאוד של הכחשה תרבותית בנוגע לטראומה ולהשפעותיה... דבר שסביר כי ישפיע על רמות מודעות של היחיד. (גולדסמיט, בארלו ופרייד, 2004, עמ' 451, 449)¹

חוסר מודעות של המטפלים להתעללות הורים

למרות הדגש המחודש המושם על השפעתן של חוויות ילדות מוקדמת על הפרעות נפשיות בשלב מאוחר יותר של החיים, כפי שמשקף במחקר ההולך ומתפתח בנושא של "הפרעות חיבור" (attachment disorders), עדיין מטפלים רבים העוסקים בתחום בריאות הנפש ממשיכים להתעלם, או להמעיט מחשיבותה של התעללות בשנות הילדות המוקדמת. אחת הדוגמאות אותה הבאתי במקום אחר (סורוצקין, 2002, עמ' 34) מספרת כיצד חוקרים גילו הוכחות ברורות לקיומה של התעללות מינית באחוזים גבוהים אצל נשים הסובלות ממחלות נפשיות קשות. ועם כל זאת, מודים אותם חוקרים בגלוי ברתיעתם מפני דיווח על מספרים אלו:

יחד עם זאת, חוקרים קליניים העובדים בתחום מחלות נפש חמורות, נזהרים (באופן מובן) מלהתמקד בבעיה של התעללות בגיל המוקדם אצל אוכלוסייה זו. לדוגמא, קיימת רתיעה לחשוף ולהוציא מקברה את המגמה ("טרנד") התיאורטית של הטלת אשמה במשפחות כגורמות להפרעות פסיכיאטריות חמורות. המודלים הטיפוליים כיום מדגישים חיזוק ההסתגלות על פני הבנת מאורעות העבר... (רוזנברג, דרייק ומוזר, 1997, עמ' 261).

קשה להעלות על הדעת ניסיון לטפל במבוגרים הסובלים מהפרעות נפשיות, בלי להתייחס להתעללות המינית שהם סבלו ממנה בילדותם. עד כמה יכולה להיות מידת יעילותו של טיפול כזה? ועם כל זאת, זה מה שחלק מהמומחים ממליצים! טוב, זו דוגמא של כוונות טובות מוטעות, כאשר הניסיון להגן על רגשותיהם של הורי המטופל מביא לפגיעה חוזרת בילדיהם, בכך שמתכחשים להתעללות שהם סבלו ממנה, ומתוך כך מונעים מהם טיפול יעיל. למעשה, גם ההורים הופכים להיות קורבנות בסופו של דבר, כיוון שגם הם יסבלו מחוסר הטיפול היעיל בילדיהם.

רבים ממחברי המאמרים בגיליון המיוחד של *Psychotherapy* העוסק בטראומה, מדגישים אף הם את התעלמותם של המטפלים מן הטראומות בעבר.

מחקרים מראים כי רוב שירותי בריאות הנפש לא מגלים רקע של טראומה בעבר... הסיבה העיקרית לכך היא, כיוון שלעתים קרובות העובדים במסגרות אלה לא שואלים את המטופלים אודות חוויות טראומטיות בעברם... הגישות המקובלות לטראומה מעוצבות על-ידי מסורות הקיימות בפסיכולוגיה, המדגישות טראומה מאירוע בודד ותגובות כגון פחד וחרדה... כתוצאה מכך, יש לפסיכולוגים רמות מודעות נמוכות יותר לגבי היבטיה של הטראומה, כגון: כרוניות, פחד, בוש, ובגידה... חקר התעללות בילדים עלול להיתקל בהתנגדות רבה יותר, אפילו בקרב הקהילייה המקצועית, לעומת חקר טראומות

¹ וכן ראה פיירסטון (2002). דוגמא חיה להכחשה זו ניתן למצוא בראיון שהתפרסם לאחרונה עם שחקנית מפורסמת בכתב-עת פופולרי (דוידסון, 2005). המראיין מספר כי יום אחד, כאשר השחקנית הייתה בת 15 שנה, שב אביה הביתה שיכור כלוט והחל להשתולל. אמה, מתוך הגנה עצמית, ירתה בו למוות. מאוחר יותר בראיון, קובעת השחקנית, "אבל אתה יודע מה? הייתה לי ילדות נהדרת." לא נראה כי המראיין מצא בדבריה אלו סתירה לסיפור חייה!

כגון אסונות טבע, המאיימות פחות על הסטטוס קוו... טראומה היא נושא שכמעט ואין אליו התייחסות מעבר לרמה השטחית ביותר במסגרת הכשרתם של מרבית המטפלים... כיוון שבדרך-כלל לא הטרואמה היא הסיבה המביאה אנשים לחפש עזרה, אלא לעתים קרובות זו המצוקה המתעוררת בעקבות השפעותיה ופירושיה. רוב ניצולי התעללות פונים לטיפול בשל תלונות שיש להם כלפי עצמם, כלפי היחסים הבין-אישיים שלהם... או בשל דיכאון... (גולדסמיט, בארלו ופרייד, 2004, עמ' 449, 456).¹

חוסר המודעות בקרב מטפלים להשפעה השונה ביותר שיש לטראומטיזציה בודדת לעומת טראומטיזציה כרונית, הביא לעתים קרובות לכשל בהתמקדות בתחומים הרלבנטיים ביותר להתערבות... לעתים תכופות, מגיעים לדיאגנוזה מוטעית כגון אבחון של הפרעות התנהגות, דיכאון וליקויי קשב, וכתוצאה מכך, ברוב המקרים מעולם לא מגיעים לבחינה או לטיפול מלא של הסוגייה הטרואמטית העומדת בלב הדברים". (פאוס וקצ'ן, 2004, עמ' 427, דגש הוסף)

הפרעת קשב וריכוז/היפראקטיביות (ADHD)

ADHD מהווה דוגמא טובה להפרעה, בה המטפלים הקליניים נחפזים להגיע למסקנות מוקדמות אודות סיבות ההפרעה. הקריטריונים הדיאגנוסטיים הרשמיים של DSM-IV לאבחון ADHD מציינים בברור כי: "הסימפטומים... לא מוסברים טוב יותר בעזרת הפרעה נפשית אחרת (לדוגמא, הפרעות במצבי-רוח, הפרעת חרדה...). ולמעשה, קיימות הוכחות מחקריות רבות המצביעות על-כך שהפרעות נפשיות רבות גורמות לסימפטומים דומים לאלו של ADHD. עם כל זאת, נראה כי מטפלים רבים מתעלמים מכך, ומגיעים לאבחנה של ADHD מבלי לחקור סיבות אפשריות נוספות. ג'ונס (2002), לדוגמא, מפציר בפני מטפלים לשקול אפשרות קיומה של הפרעת חיבור (attachment disorder) לפני שיגיעו אולי לאבחנה מוטעית של ADHD. ואילו הלאז ואחרים (2002) בוחנים את הלחצים החברתיים הדוחפים מטפלים בני-זמננו לאבחון ADHD ולהמליץ על תרופות בלי לקחת בחשבון את הדינמיקה המשפחתית כגורם אפשרי לסימפטומים.² בדומה לכך, יצא גלבס (2004) במחאה כנגד עלון מטעה של איגוד הפסיכולוגים האמריקאי, הקובע כי "בדרך כלל נחשב ADHD להפרעה נזירה-כימית" וזאת כאשר קיימות הוכחות מדעיות רבות הדורשות לכל הפחות הסתייגות כלשהי מאותה קביעה פשטנית מדי, אם לא מטעה.

לסיכום, מטפלים נתונים ללחצים חברתיים למציאת פתרונות מהירים לסימפטומים המדאיגים של מטופליהם. כתוצאה מכך, אין להם כמעט תמריץ לחקור משמעויות אישיות של התנהגויות, ואת היחסים והטראומות בשנות הילדות, שעיצבו את המבנים הנפשיים המתפתחים. כל זאת, פרט להתנגדויות ולרתיעות האישיות והרגשיות שהמטפל הקליני עשוי לחוות, כאשר הוא מתעמת עם סוגיית התעללות בילדים. ועם כל זאת, הניסיון לעזור למטופל להתמודד עם הסימפטומים שלו, בלי להתמודד עם הסוגיות העומדות בשורש הדברים, דומה לטיפול בחום, תוך התעלמות מהזיהום שגרם לחום. דבר זה נכון במיוחד לגבי מי שחווה התעללות כרונית, כגון ילדים. כפי שקובעים זאת פאוסט וקצ'ן (2004):

¹ לאחרונה מצאתי דוגמא נוקבת לקוצר ראייה קליני במאמר שהתפרסם "און-ליין" בנושא פתולוגיה של דיבור ושפה. בתחילת דבריו, מציג המחבר את ההנחה לפיה אצל רוב האנשים הסובלים מגמגום לא קיימות בעיות פסיכולוגיות כבסיס לגמגום שלהם. לאחר-מכן, הוא מציג מקרה האמור לתמוך בטענתו. הוא מתאר את ר', שבגיל 8 שנים גמגם, ו"אביו היה לועג לו וצועק עליו בכעס, כשהוא דורש ממנו להתחיל מיד לדבר היטב, תוך השמעת גערות אכזריות... אביו של ר' הוא אדם אלים וסמכותי, שהטיל את מרותו על המשפחה כולה ותרם מהביקורתיות שלו בכל פעם שבנו גמגם. במובנים אחרים, אביו של ר' נערץ ואהוב על בנו ומשפחתו". כיצד יכול מטפל קליני להאמין כי אותו אדם אלים, פוגע והיפר-ביקורתי, אכן היה אהוב באמת על משפחתו?! וזו אמורה להיות ההוכחה המשכנעת לטענה שהרקע לגמגום איננו בעיות פסיכולוגיות!

² לפי הניסיון שלי, לעתים קרובות מתעלמים מדינמיקה משפחתית כגורם סיבתי אפשרי, גם כאשר ידוע למטפלים על פתולוגיה חמורה במשפחה!

הרמן (1992)... טענה כי טראומה מורכבת [הנובעת מהתעללות בילדות] מביאה באופן שגרתני לשינויים גדולים במספר תחומי תפקוד בסיסיים, כגון וויסות השפעות, תודעה, הבחנה-עצמית, ויחסים עם הזולת... היא טענה כי רק כאשר נותן הטיפול מתייחס לאותם תחומים פגועים רבים, יכול הלקוח להתעמת ביעילות עם המקורות הטרומטיים של הסימפטומים שלו. ככל שניצולי טראומה מורכבת הופכים להיות מודעים לכך שקשייהם הפסיכולוגיים נובעים מן הטרומות הנרחבות בעברם, יהיו פחות סיכויים לכך שהם יזקפו את הסימפטומים שלהם לפגם מולד בעצמם. הרמן טענה כי כאשר לא כוללים אבחנה המכלילה את הטווח הרחב של הקשיים הנובעים מטרומטיזציה מורכבת, גורם הקריטריונים הדיאגנוסטיים הרשמיים של DSM-IV לשבירה לרסיסים של הטרומה בתודעה. לדוגמא, לעתים תכופות מאובחנות תלונות על מיחושים גופניים מהם סובלים ניצולי טראומה מורכבת, כהפרעות סומטיות; בעיותיהם בקשרים בין-אישיים מסווגות לעתים קרובות תחת אבחנת אישיות גבולית (Borderline Personality Disorder); שינויים בתודעה מתוחמים כאבחון של "ניתוק" (Dissociation); ומחשבות פולשניות וזיכרונות של מאורעות טראומטיים מסווגים תחת הכותרת העכשווית של PTSD... כתוצאה מאבחון ניצולי טראומה מורכבת כסובלים מאותן תסמונות רבות ושונות, הופכים המקורות הטרומטיים לקשיים השונים שלהם להיות מעורפלים ומטושטשים. דבר זה הופך את השפעותיהם השליליות כפי שהם חווים אותן, לחסרות חשיבות ולא-רלוונטיות, ובכך מעודד האשמה עצמית וסטיגמטיזציה מצד אחרים. (עמ' 427-428)

מקורות

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). NY: Guilford.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 45-62.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contribution of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 193, 24-31.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412-425.
- Davidson, S. (Oct. 2005). Out of character (Face to face with Charlize Theron). *Reader's Digest*, 82-87.
- Deangelis, T. (March, 2007). A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor on Psychology*, 32-34.
- Diamond, D. B., (1985). Panic attacks, hypochondriasis, and agoraphobia: A self-psychology formulation. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 114-125.
- Dill, D. L., Chu, J. A., Grob, M. C., & Eisen, S. V. (1991). The reliability of abuse history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 166-169.
- Faust, J., & Katchen, L. B. (2004). Treatment of children with complicated posttraumatic stress reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 426-437.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Firestone, R. W. (2002). The death of psychoanalysis and depth therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 223-232.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Eds.). (2005). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. Wash. D.C.: American Psychological Assoc.
- Frick, P. J., & Loney, B. R. (2002). Understanding the association between parent and child antisocial behavior. In R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *The effects of parental dysfunction on children*. New York: Kluwer Academic/ Plenum.
- Gabbard, G. O. & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Galves, A. O. (Winter 2004). [Letter to the Editor], *Psychotherapy Bulletin*, 39, p.9.
- Gassner, S. M. (2004). The role of traumatic experiences in panic disorder and agoraphobia. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 222-243.
- Goldsmith, R. E., Barlow, M. R., & Freyd, J. J. (2004). Knowing and not knowing about trauma: Implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 448-463.
- Halasz, G., Anaf, G., Ellingsen, P., Manne, A., & Salo, F. T. (2002). *Cries unheard: A new look at attention deficit hyperactivity disorder*. Common Ground Publishing: Altona, Vic., Australia.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 83-96.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. NY: Basic Books.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., and the ALSPAC study team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Jones, J. D. (2002). Plea for a measure of understanding: The importance of intensive psychotherapy in the treatment of children with ADHD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 12-20.
- Julich, S. (2005). Stockholm syndrome and child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 107-129.
- Karon, B. P. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Karon, B. P. (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31*, 89-118.
- Karon, B. P., & Widener, A. J. (1994). Is there really a schizophrenogenic parent? *Psychoanalytic Psychology, 11*, 47-61.
- Kelly, A. E. (2000a). Helping construct desirable identities: A self-presentational view of psychotherapy. *Psychological Bulletin, 126*, 475-494.
- Kelly, A. E. (2000b). A self-presentational view of psychotherapy: Reply to Hill, Gelso, and Mohr (2000) and to Arkin and Hermann (2000). *Psychological Bulletin, 126*, 505-511.
- Kendler, K. S. (2005). "A gene for...": The nature of gene action in psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1243-1252.
- Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology, 36*, 366-380.
- Kirzner, Y. (2002). *Making sense of suffering: A Jewish approach*, Brooklyn, NY: ArtScroll.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 472-486.
- Mann, C. (1994). Genes and behavior. *Science, 264*, 1686-1689.
- Mazzeo, S. E. et al. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 202-211.
- Milrod et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 265-272.
- Moses, I. (1989). Relinquishing idealizations and false memories of the unempathic parent. *Contemporary Psychoanalysis, 25*, 63-75.
- Najman, J. M., Anderson, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression – myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 19-27.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist, 60*, 840-850.
- Pariser, M. (2005). Splitting and reductive identification: Comment on Orange (2003). *Psychoanalytic Psychology, 22*, 120-130.
- Read, J. & Harré, N. (2001). The role of biological and genetic beliefs in the stigmatisation of 'mental patients.' *Journal of Mental Health, 10*, 223-235.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 330-350
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*, 330-366.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., & Mueser, K. T. (1997). Treatment research on sequelae of sexual abuse. In: M. Harris & C. L. Landis (Eds.), *Sexual abuse in the lives of women diagnosed with serious mental illness*, (pp. 259-275). Amsterdam: Hardwood Academic Publishers.
- Seidel, J. A. (2005). Experience is a biochemical intervention: Reconceptualizing the "biologically based mental illness." *Bulletin of the Menninger Clinic, 69*, 157-171.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. NY: Penguin.
- Sorotzkin, B. (1985). The Quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy, 22*, 564-571.
- Sorotzkin, B. (1998). Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy, 35*, 87-95.
- Sorotzkin, B. (1999). The pursuit of perfection: Vice or virtue in Judaism? *Journal of Psychology and Judaism, 23*, 179-195.
- Sorotzkin, B. (2002). The denial of history: Clinical implications of denying child abuse. *The Journal of Psychohistory, 30*, 29-53.
- Spiegel, A. (2006). More and more, favored psychotherapy lets bygones be bygones, (*New York Times*, Feb. 14, 2006). Retrieved Feb. 27, 2006, from <http://www.nytimes.com/2006/02/14/health/psychology/14psyc.html>.

- Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Huang, B., & Whitney, S.D. (2004). Measuring child maltreatment: A comparison of prospective parent reports and retrospective adolescent reports. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 424-435.
- Thomas, P. M. (2005). Dissociation and internal models of protection: Psychotherapy with child abuse survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 20-36.
- Twerski, A. J. (2005). *Dear Rabbi, Dear Doctor*. NY: Shaar Press.
- Valenstein, E.S. (1998). *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. NY: Free Press.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S., & Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32,407-414.