
מחרדה לאמון - המסע והמשא הטיפולי

היום אני רוצה לדבר על תופעת החרדה וביטוייה בקשר הטיפולי. אני אתאר את ביטוייה של החרדה בחדר הטיפולים ומחוצה לו ואתמקד בעיקר בשני נושאים.

האחד הוא המורכבות של הכניסה לקשר הטיפולי עבור נשים ונערות אשר שרדו פגיעה מינית: מחד הן רוצות את הקשר ואת כל מה שהוא מייצג עבורן - את הביטחון את היציבות את היכולת להאמין באדם אחר, את היכולת להיעזר, את התחושה שהיא לא לבד. מאידך, הוא מייצג את הקשרים מן העבר וכל הדברים הקשים שהיו שם, את הבגידה, את האכזבה, את הכאב, את הפגיעה, ואת הבדידות. הפערים האלו בין ניסיון וחוויות העבר של המטופלת לבין הרצונות והציפיות לגבי החוויה העתידית, יוצרים מתח ריגשי קוגניטיבי אשר בעקבותיו מתחילה לצוף החרדה שבא לידי ביטוי בקליניקה ומחוצה לה בהתנהגויות מזיקות לעצמן ובתופעות רגשיות והתנהגותיות.

השני הוא מרכיבי הקשר הטיפולי עצמו: אנסה להציג את הדבר העמום הזה שכולנו עובדות איתו ולהראות מה תפקידו בדרך המפותלת שהמטופלת והמטפלת עוברות מהחרדה לאמון. הטענה שלי היא שהבנת הקשר הטיפולי הייחודי והאמון שמתפתח בתוכו, חיוניים להבנה של התהליך אותו עוברת המטופלת לקראת ההחלמה. טענה זו מבוססת על הניסיון האישי שלי במשך למעלה מעשרים שנה ומעוגנת בגישות תיאורטיות שונות.

קרול גיליגן בספרה "In a Different Voice" טוענת שהתנסות בקשרים וההבנה של קשרים בין אישיים היא חלק מהתפתחות מוסרית תקינה של אישה או נערה.

היא כתבה שבנות מפרשות את העולם דרך ההבנה שלהן של מערכות יחסים ושהן רואות מערכות יחסים כמעין רשת. בכדי להרגיש בטוחה, אישה או נערה צריכה למקם את עצמה איפה שהוא במרכז הרשת, במקום בו היא יכולה להבין ולראות את האינטראקציות הבינאישיות בתוך הרשת החברתית שלה. שולי הרשת הם מקום עוין ומאיים. התקשורת היא תקשורת של משא ומתן וניסיון להבין ולהיות מובנת על ידי האחר.

אישה שעברה פגיעה מינית נדחקת אל שולי הרשת החברתית. לעתים קרובות היא מאבדת את היכולת לפענח את האינטראקציות הבינאישיות ומתקשה בתקשורת בין אישית. הקשר הטיפולי יכול להוות התחלה של תיקון.

התיאורטיקנית השנייה שאני מתבססת עליה הינה ג'ודית הרמן שכותבת בספרה "טראומה והחלמה" שהחלמה יכולה לקרות רק בתוך המסגרת של מערכות יחסים חדשות. המטופלת צריכה לקבל חזרה את היכולת להאמין בעצמה בתוך אינטראקציות עם האחר. גם בהיבט זה, הקשר הטיפולי מהווה קשר ראשון חדש של אמון וביטחון.

קיימות פריזמות שונות דרכן ניתן להבין ולפרש התנהגויות של מטופלות. את שני הנושאים הללו אני בוחנת הפעם מתוך פריזמת החרדה. בשונה מפריזמה של דיכאון או הפרעות אישיות למשל, פריזמת החרדה רואה את התופעות שאיתן מתמודדות המטופלות כנובעות מהחרדה שמתעוררת כתוצאה מכניסה לסיטואציה טיפולית. החרדה מתעוררת על רקע הפוסט טראומה הנובעת מהפגיעה המינית.

מהי החרדה הקיומית וממה היא נובעת?

לכולנו מוכרת התופעה שנשים אשר שרדו פגיעה מינית נכנסות לחרדה כשהן עומדות בפני כניסה לקשר חדש. החרדה היא מעצם הכניסה לכל קשר ובמיוחד מכניסה לקשר הטיפולי עם המטפלת.

בשפה פשוטה, החרדה היא "פחד מוות" מלהיכנס לקשר. זהו הפחד המוכלל מפני כל הסכנות שהמטופלת התמודדה איתן בעברה; החרדה היא הצטברות כל הנטישות, האכזבות, הפגיעות, ההתעלמויות, ההשפלות והניצול שהמטופלת חוששת מפניהם על סמך ניסיון העבר; ולכן היא חוששת מפניהם גם בקשר העתידי עם המטפלת. החרדה היא הפחד מהלא ידוע שטמון בקשר, ואף מסכנה לשלומה הנפשי ולא הגופני.

אצל מטופלות שונות החרדה תבוא לידי ביטוי בדרכים שונות:

- יש נשים אשר נוהגות בהתנהגויות של פגיעה עצמית כמו חיתוך ופיתוח הפרעות אכילה, והתנהגויות מסכנות כמו הליכה עם אנשים אשר עלולים לפגוע בהן, שימוש מופרז באלכוהול או בסמים ועוד
 - החרדה יכולה להתבטא בתופעות הקשורות לגוף כאשר הביטוי יכול להיות הזנחה אישית או הזנחה מבחינה רפואית. נשים רבות מפתחות מחלות הקשורות ללחץ או מחלות וכאבים בלתי מוסברים.
 - החרדה כמובן יכולה לבוא לידי ביטוי ברצון להתאבד
- ניתוקים או דיס אסוציאציה – היכולים לבוא לידי ביטוי בכך שכל פעם שהשיחה הטיפולית מתקרבת לנושאים שיכולים להתפרש כאינטימיים, או כמתקרבים לאזורים שנשמרו כסודיים בעבר; היא תעביר נושא, תיעלם, תתנתק, תוצף רגשית ולא תוכל לדבר על הנושא.
- ביטוי נוסף לחרדה ניתן למצוא בהתנהגויות הרבה פחות מובהקות כמו אי אמירת אמת, חוסר שיתוף, איתגור המקצועיות של המטפלת או ההיפך - רצון עז לפייס את המטפלת.
 - ובפיתוח תלות וחרדה כלפי המטפלת, שיקרה לה משהו או שתנטוש או "שתתייאש ממנה" - מהמטופלת

החרדה נובעת מניסיון העבר, שלימד את המטופלת לא לסמוך על עצמה ועל האינסטינקטים שלה לגבי אנשים, היות והקרובים אליה הם אלה שפגעו בה, או אכזבו אותה. על סמך הבנה זו היא אינה יכולה לסמוך על המטפלת החדשה או להאמין בה.

מהותה של החוויה הטראומטית היא שהפגיעה ערערה את הביטחון של המטופלת בעצמה ובעולם ולרוב גם אירעה במקום הבטוח שלה: בבית, בבית השכן, בחצר בית הספר, בשכונה בה היא גדלה, במקום העבודה וכך מקומות שקודם היו בטוחים הפכו למסוכנים.

הפוגע אף הוא התחיל לרוב כאדם בטוח, אדם קרוב - שהפך להיות מסוכן. המטופלת למדה במשך חייה מאז הפגיעה הראשונה ועד שהיא הגיעה לטיפול, שאנשים יכולים להיות יצורים מסוכנים - במקרה הרע הם פוגעים בה ובמקרה הטוב הם לא הגנו אליה, לא שמרו עליה, לא האמינו לה, בגדו בה, השפילו אותה ונטשו אותה.

לכן, בעת הכניסה לקשר הטיפולי עם אדם חדש, היא חשה את הסכנה שטמונה בפיתוח אמון והחרדה הולכת ומתעצמת. המטופלת ממולכדת בין הצורך והרצון להיכנס לקשר טיפולי

וההבנה שהתהליך הטיפולי יסייע לה; לבין המנגנונים ההישרדותיים שפיתחה על מנת להגן על עצמה מפני החרדה, ומונעים ממנה לתת אמון.

המלכוד מעורר דיסוננס קוגניטיבי שגורם להתגברות החרדה הקיומית אצל שורדות פגיעה מינית. בתהליך הטיפולי, המטפלת הופכת לאדם מוכר וקרוב ולכן קשה למטופלת לתת בה אמון.

על סמך הבנות אלה ניתן להסיק **שהחרדה לחייה ולבריאותה הנפשית והפיסית של מטופלת שורדת פגיעה מינית, היא אינהרנטית לתחילת התהליך הטיפולי וליצירת הקשר הטיפולי.** אני קוראת לחרדה זאת "חרדה קיומית", היות ומבחינתה של המטופלת זהו עניין של חיים ומוות.

הפיתולים והמהמורות בדרך

התהליך הטיפולי הוא דרך רבת מהמורות ופיתולים – אותם קשיים, דרכי התמודדות, ההתנהגויות ותגובות רגשיות, שחזורים, דפוסים ישנים של המטופלת והתגובות הרגשיות של המטפלת המתעוררות תוך כדי התהליך הטיפולי. הם אותם ביטויים חוזרים של החרדה והתגובות של המטופלת לביטויים אלו.

גם המטפלת בעצמה "יוצרת" חלק מהמהמורות בדרך בצורה של העברה נגדית או blind spots - אותן נקודות שהמטפלת לא רואה, שלרוב חוזרות על עצמן והן יכולות להיות קשורות לתגובות רגשיות לא מודעות, מחשבות אוטומטיות של המטפלת ולא תגובות מילוליות שלה. היות והמטפלת אינה מודעת אליהם, הנקודות העוורות יכולות בעייתיות עבור הקשר הטיפולי.

המהמורות בדרך הטיפולית הן רבות ומגוונות:

יש ניתוקים חוזרים של המטופלת, אשר אינם מאפשרים לגעת בנושאים בעלי מטען רגשי. ביטוי אחר הנו כשהמטופלת שואלת בפעם המי יודע כמה "אם המטפלת חושבת שהמשך הטיפול זה בזבז זמן עבור שתייהן?" השאלות החוזרות האלו נובעות מהחרדה של המטופלת, הן נובעות מהחשש מפני שינוי או מאיבוד מנגנוני הגנה ישנים. הן נובעות מהחשש לבטוח במטפלת ובתהליך ולהאמין שיכול להיות יותר טוב. שאלות אלו יכולות לערער את ביטחונה של המטפלת או אפילו לפגוע בה ובביטחון שלה בעצמה ובתהליך.

עוד מהמורה או פיתול בדרך הוא שלב שבו לכאורה החרדה הקיומית ירדה. מתקיימת תחושה מסוימת של רגיעה והמטופלת מרגישה יותר ביטחון בקשר הטיפולי. התופעות הפוסט טראומטיות כגון ניתוקים, איומים אבדניים, ופגיעה עצמית פוחתים ואז לפתע תהיה התחדשות של החרדה היות והקשר עלה מדרגה. הדרך קשה ולעיתים כל כך מלאה במהמורות ובפיתולים שהכאב מרגיש בלתי נסבל עבור המטופלת. כל מילה לא במקומה, כל יום מחלה של המטפלת, כל שינוי במועד הפגישה או חופשה יכולים להיחוות כנטישה או כפגיעה.

קושי נוסף יכול להתעורר סביב החלטות גדולות בחיי המטופלת. כשהמטפלת חושבת שהגיע הזמן שהמטופלת תעשה שינוי משמעותי בחייה, המטופלת מוצפת ברגשי חרדה. בעקבות המתח שנוצר בחוויה שלה בין הציפיות של המטפלת לבין היכולת שלה למלא אותם, עלולים להתעורר כעסים, התחמקויות עד לשקרים, ניתוקים ועוד. החלטות משמעותיות מסוג זה יכולות להיות בתחומי מערכות יחסים של המטופלת, מקום עבודה, קריירה ועוד.

פיתול ייחודי לטיפול בנשים אשר המתמודדות עם החרדה הקיומית הוא הקושי סביב הנושא של הקשבה לעצמה ולתגובות האינסטינקטיביות שלה. המטפלת רוצה ללמד את המטופלת להקשיב

לעצמה ולתחושות הבטן שלה, אבל מצד שני לעיתים קרובות הקולות הפנימיים של המטופלת הם מנגנונים שהתפתחו לצורך הישרדותי כתגובה לפגיעה, הם קשוחים ואינם בהכרח יעילים לחיים שאינם בצל הפגיעה. לעיתים התגובות האוטומטיות הן כתוצאה מהחרדה המבוססת על העבר ולא בהתאם למצב בהווה, לדוגמה החשש האוטומטי המתעורר ברגע שהמטופלת מזהה מצב של עימות והתגובות הקיצוניות לכך כגון רצון לחתוך, בריחה מהמצב, שיתוק ושקיעה לדיכאון.

כל מטופלת מביאה את דרכי ההתמודדות שלה עם החרדה ועם הסיטואציה הטיפולית. כמו כן כל מטופלת תחוה אחרת את הפיתולים ואת המהמורות שבדרך על פי אישיותה.

אלו מספר דוגמאות למהמורות ופיתולים שבהן נתקלות המטופלת והמטופלת בדרך מחרדה לאמון. אני יודעת שרובנו כאן – מטופלות ומטפלות – שעברנו ועודנו הולכות בנתיבים המפותלים הללו, יכולות להציג דוגמאות רבות נוספות; אבל אני רוצה להתקדם לקראת התיאור של הקשר הטיפולי.

בארגז הכלים המקצועי שלנו יש טכניקות שונות המעוגנות במגוון גישות תיאורטיות שנועדו לסייע למטופלת להתמודד עם חרדה זו ולהפחית אותה. במסגרת הנוכחית, אני רוצה לכוון את הזרקור אל הקשר הטיפולי והתפקיד שלו במסע הארוך של המטופלת והמטפלת מחרדה קיומית לאמון והחלמה מהפגיעה.

הייחודיות של הקשר הטיפולי

התהליך הטיפולי עם מטופלות שעברו פגיעה מינית הוא מפותל מלא במהמורות, מורכב ולרוב המסע הוא ארוך. כדי לאפשר למטופלת ולמטפלת להצליח לעבור את המסע ולהתקדם בו יש צורך בקשר טיפולי בעל מרכיבים מיוחדים. לרגע אני רוצה להיעזר בדימוי מעולם אחר.

אני עוברת לעולם הרכבות-לרכבות אשר נוסעות במסלולים קשים ומפותלים יש מנגנון מיוחד הנמצא מתחת לקרון הרכבת

המנגנון הזה בראש ובראשונה מאפשר לקרון להישאר על המסלול, הוא בעל מערכת בולמי זעזועים חזקה והכי חשוב יש לו יכולת ליישר ולשמור על איזון כדי להשאיר את הקרון יציב ושלא ירד מהמסילה ויתהפך.

תפקיד דומה אני רואה למרכיבים של הקשר הטיפולי הייחודי עם נשים הסובלות מתופעות פוסט טראומטיות בעקבות פגיעה מינית. על הקשר הטיפולי לספוג את הזעזועים והמהמורות המובנים בתוך התהליך הטיפולי המורכב והמפותל מבלי לרדת מהמסילה.

אני מקווה שהדימוי מובן וכעת אני רוצה להאיר את המרכיבים הייחודיים של הקשר הטיפולי.

הקשר הטיפולי שמתפתח עם המטופלת הסובלת מחרדה קיומית שונה מקשר טיפולי אחר. יש לו מספר אפיונים ייחודיים:

1. תחילת הקשר דומה לרכבת הרים – קצב מהיר, פיקים ונפילות. הדבר משקף במידה רבה את התחושות שבתהליך הפגיעה עצמו המאופיין בהמתנה לאירוע האלים, הסלמה ואז רגיעה קצרה ושוב ההמתנה לאירוע אלים.

2. הקשר בין המטפלת למטופלת נוצר מהר. המטופלת לרוב תרגיש מיידית עם המטפלת מתאימה לה גם המטפלת מגויסת למען המטופלת ולמען הקשר במהירות גבוהה. לעיתים קרובות המטפלת מוטרדת וחושבת עליה, "המטופלת הולכת איתה הביתה" ותחשוב עליה לפני השינה

- ומחוץ לשעות עבודה. לדעתי זה נובע מכך שהפגיעות של המטופלת נמצאת קרובה לפני השטח והמטופלת מגיבה ומגוננת עליה
3. במקרים רבים המטופלות משדרות חווית סכנה ואורות אדומים מהבהבים – המטופלות מסוכנות לעצמן ולכן גורמות למטופלת להיות מגויסת ודרוכה.
4. לעיתים קרובות הקשר הטיפולי מאופיין באיתגור הגבולות הקונבנציונליים של הטיפול. חשוב לציין שהאיתגור אינו בהכרח בוטה ולא תמיד ביוזמת המטופלת. איתגור זה יכול לבוא לידי ביטוי ברצון של המטופלת לתת יותר זמן בטיפול, להתגמש עם השעות, לרצות לבדוק לשלומה של המטופלת בין פגישות, לשתף את המטופלת בדברים שאולי לא נהגת לשתף בהם או רצון לגונן על המטופלת. התנהגויות אלו אינן בהכרח פסולות, אבל כמו בכל מצב טיפולי המטופלת צריכה לשים לב, להיות מודעת לעצמה ולבדוק לטובת מי היא פועלת לטובת המטופלת מתוך רצון להרגיע את החרדה של המטופלת או שלה עצמה? לפעמים המטופלת מאתגרת את הגבולות בדרכים ישירות על ידי בקשה לתוספת זמן, שיחות טלפון בין פגישות, או בדרכים עקיפות דוגמת התנהגויות מסכנות שמעוררות דאגה.
5. מטופלות אלו מעוררות עוצמות רגשיות גבוהות אצל המטופלת בעוד המטופלת מוצפת בחרדה קיומית, שיכולה לבוא לידי ביטוי בצורת כעס, זעם וכמובן פחד. רגשות אלו מהדהדים אצל המטופלת ומושלכים עליה. ההתנהגויות שלה והחרדה אותה אנחנו המטופלות צריכות להכיל יעוררו אצלנו תחושות של ייאוש, תסכול, כעס אכזבה וחרדה. הדבר מחייב את המטופלת להכיל עוצמות רגשיות גבוהות.
6. העוצמות הרגשיות והקצב המהיר מתבטאים בטוטליות, המטופלת והמטופלת נכנסות לדיאדה חזקה וטוטלית. לא פעם המטופלת שוכחת או חוששת לקחת הדרכה על המטופלת הספציפית, אולי בגלל איתגור הגבולות, וחשש משיפוטיות מצד עמיתותיה; אולי בגלל הרצון לגונן על המטופלת, אולי כדי לגונן על הדיאדה ואולי כולם. צריך להיזהר מפני שהחיבור בין הבושה והסוד שהמטופלת מביאה איתה מן העבר לבין הבושה או המבוכה שהמטופלת חשה כלפי התנהגותה הבלתי קונבנציונלית; עלול להשאיר את המטופלת לבד עם התמודדויות לא פשוטות ועם גבולות מעוררים.
7. חוסר אמון בקשר מובנה בתוך הסיטואציה הטיפולית בעקבות החרדה הקיומית וחוסר האמון שהמטופלת מביאה איתה. לא ארחיב על נקודה זאת, היות והיא כבר הוסברה, רק אגיד שהחומרה של מידת חוסר האמון והצורך לעבוד על פיתוח אמון למרות היעדרו המוחלט מהווה אחד האתגרים הקשים של המטופלת והמטופלת בסוג הקשר הזה. זאת משום שבעקבות הבדיקות החוזרות ונשנות יש כל הזמן סכנה שהמטופלת תביא באופן לא מודע לכך ש"הנבואה תגשים את עצמה" ושהמטופלת תהפוך ללא אמינה.
8. המטופלת אמביוולנטית לגבי כל התהליך. היא רוצה את הקשר, את ההחלמה, את השיפור במצבה. עם זאת היא חרדה, היא חסרת אמון, היא לא רוצה קשר וחוששת משינוי ולכן אמביוולנטית.
9. יש נטייה לראות את הקשר ואת המטופלת בקיצוניות או בשחור לבן. הנטייה הראשונית של המטופלת היא טרנספרנס \העברה חיובית כלפי המטופלת. יש בנטייה זאת אלמנט של הישרדות הקשור לחרדה אותה חשה המטופלת מלהינטש או להרוס את הקרובים אליה. היא תהלל את המטופלת ולעיתים קרובות תחזק אותה ותשבח אותה. מצד שני יכולה המטופלת לחוש פגיעה, אי דיוק מצידה של המטופלת או חשש שהמטופלת תכעס אליה ואז המטופלת עלולה להתפרץ בזעם או להגיד מילים פוגעות או פסולות את המקצועיות של המטופלת, אלה ביטויים נוספים של החרדה והאמביוולנטיות של המטופלת כלפי הקשר והתהליך הטיפולי.

10. המטופלת בוחנת באופן חוזר ונשנה, בדרכים מגוונות, את הקשר ואת המטפלת, את אמינותה ואת מידת הביטחון שהיא יכולה לחוש בקשר.

אלה מאפיינים ייחודיים של הקשר הטיפולי בהקשר של החרדה הקיומית. המאפיינים הייחודיים של הקשר הטיפולי אותם תיארתי עתה נובעים מהתופעות הפוסט-טראומטיות שהמטופלת מביאה עמה.

הקשר הטיפולי הוא למעשה המנגנון שתיארתי קודם בדימוי של הרכבת. הדרך הטיפולית רצופה בעליות ומורדות, במהמורות ברגעי שפל וברגעי שיא, בסטיות מהדרך ובנסיעות מהירות בדרך הישרה. הקשר הטיפולי הוא למעשה המנגנון הסופג את המהמורות, מאזן בין העליות והמורדות ומשאיר את הרכבת על הפסים. הוא מאפשר למטפלת ולמטופלת לעבור את תלאות הדרך ולדעת שיהיה בסדר ושהן יגיעו בשלום לסוף התהליך לאן שהדרך תוביל. זאת הסיבה שהקשר הוא כל כך חשוב ומושקעת בו אנרגיה ומחשבה כה רבה. נשים שסובלות מסימפטומים פוסט טראומטיים חייבות להרגיש את הקשר ולדעת שהוא שם עבורן יציב ובטוח, הן בוחנות את הקשר ואת המטפלת לאורך כל הדרך.

אני רוצה עכשיו לפרט את המרכיבים של המנגנון הזה – כיצד הקשר הטיפולי עובד. המנגנון שאת מרכיביו אתאר להלן מתייחס לדברים אותם מביאה המטפלת לקשר – אלו הם החלקים ההופכים את הקשר הטיפולי למנגנון הזה ש"יושב מתחת לקרון" ומאפשר לקשר להתקיים ולהתקדם בביטחון וביציבות.

מרכיבי הקשר הטיפולי

המרכיב הראשון החיוני ליציבות הקרון הוא הפרספקטיבה הפמיניסטית המגלמת בתוכה מספר מרכיבים אחרים חיוניים כגון חוסר שיפוטיות וקבלת האחר כסובייקט שווה ונוכח בחדר, היעדר היררכיה או שוויוניות ככל שניתן במסגרת הסיטואציה הטיפולית. הטענה של פרספקטיבה זו היא שהמטפלת והמטופלת הן שתי נשים אשר חולקות חוויות דומות מעצם היותן נשים. המטופלת מומחית לחיים שלה, לחוויות שלה ולהוויה שלה והמטפלת מומחית לטיפול. בעצם הקבלה של המטופלת כמומחית לחיים שלה ולהוויה שלה המטפלת מספקת למטופלת חוויה חיונית להתמודדות עם החרדה. המטופלת מקבלת שליטה והכרה מלאה בחוויה. היא מקבלת אישור מהמטפלת על כך שיש לה בעלות על החיים שלה ועל גופה, דבר שנלקח ממנה בעקבות הפגיעה.

גישה זאת מתבססת על עמדה חברתית, הגורסת שפגיעה מינית היא בעיה אוניברסאלית שנובעת מחלוקה בלתי שוויונית של שליטה על משאבי כוח, מידע, הון, וסטטוס חברתי. כל אישה מעצם היותה אישה שותפה לחוויה אוניברסאלית זאת, הבנה זו כשהיא מופנמת, יכולה לשחרר מהאשמה והאחריות שהרבה נשים שנפגעו מרגישות. טיפול שניתן מתוך הפרספקטיבה יהיה בלתי היררכי ומתוך הבנה שדברים פתוחים למשא ומתן. היות ואין בעלות על התהליך הטיפולי, המטפלת והמטופלת שותפות שוות לחוויה, וצריך לקחת בחשבון את הצרכים של כל אחת מהן ככל שניתן. הגישה הפמיניסטית אף מעודדת שיתוף במידע ודין פתוח.

כנות ודיוק הם חלק מאד חשוב של המנגנון. המטופלת פיתחה מתוך חוויות החיים שלה חיישנים מאד טובים לזהות זיוף וחוסר כנות. לרוב היא מאד רגישה לאנשים שקרובים אליה ויודעת לקרוא ולזהות ניואנסים. זהו מנגנון הישרדות שפיתחה על מנת לא להיפגע. לעיתים קרובות המנגנון נובע מרגישות יתר, או עוררות יתר שהם בעצם תופעות פוסט טראומטיות הנובעות מחרדה מוכללת.

האנשים שהיו בחייה בעבר לא דייקו. הייתה חוסר רגישות בעברה של המטופלת. חוסר רגישות במידה הקיצונית של פגיעה מינית בילדה, בנערה או באישה. פגיעה זו עיוותה עברה את היכולת לדייק לעצמה את צרכיה המיניים, הפיסיים, הקוגניטיביים והרגשיים. עבור האישה שנמצאת בחרדה,

רוב המילים, המצבים והחוויית מרגישות לא מדויקות ולא נעימות. הרגישות היא במידה כזאת שלפעמים שהיא קוראת את תגובת המטפלת עוד לפני שהמטפלת זיהתה את תגובתה בעצמה. קרה לי שמטפלת העירה לי שאני מגיבה בכעס למשל על משהו שהיא סיפרה לי ושאני בכלל לא שמתי לב שאני כועסת.

גיליתי במשך השנים שהדרך הנכונה היא לא לנסות לתקן או להצטדק אלא להודות בטעות. החוויה של המטפלת הייתה של שקרים ועיוות של המציאות. היא אינה מסוגלת לשאת אי דיוקים או עיוותים ממני. התפקיד שלי הוא להוכיח לה שאני לא אעוות את המציאות או אנסה לטייח את המציאות אלא להיפך, אנסה להקשיב ולהבין את מה שהיא אומרת לי ואם היא מעמידה אותי על טעות להודות בכך. מצד שני לא ניתן להימנע מטעויות ואי דיוקים. המטפלת יכולה לצפות מעצמה להיות "טובה דייה" good enough ולא יותר מזה. הדבר החשוב בעיניי, הוא שהמטפלת צריכה לקבל את התחושה שעל כל דבר ניתן לדבר.

זה מוביל אותי למרכיב הנוכחות של המטפלת שהיא עקבית ויציבה, קשובה וסקרנית. המטפלת נוכחת כאדם וכאישה בחדר. המטפלת מציבה את הנוכחות שלה כבר משיחת ההיכרות. היא אמיתית, היא משתדלת להיות מודעת לנקודות החולשה שלה ופתוחה לשמוע הצעות והמלצות. המטפלת מתאימה את עצמה בנוכחות שלה לצורכי המטפלת. לפעמים הנוכחות תהיה חמה ורכה, לפעמים היא תהיה יותר סמכותית ומרוחקת.

חשוב שהמטפלת תעשה את העבודה העצמית הנדרשת כדי שלא תפחד מחוויית המטפלת - קשות ככל שיהיו. היא באה ממקום שוויוני ולא מתיימר לדעת יותר מהמטפלת על עצמה, על החוויה שלה. המטפלת יכולה לשאול שאלות ולהעלות השערות, אבל חשוב לה להבין ולדעת שהיא באמת לא יודעת יותר טוב מהמטפלת. לרוב המטפלת חוותה סביב הפגיעה מחיקה של החוויות שלה, חוסר כבוד והאזנה לצרכים שלה, וניצול על ידי האדם האחר בעל הכוח והסמכות.

כאשר המטפלת מסוגלת להאמין שהיא תכובד, שהיא שווה, בעלת סמכות על התהליך ועל מה שקורה איתה, היא תוכל לחוש פחות חרדה.

המטפלת היא גם אדם, דבר שלפעמים קל לשכוח, ובתור כשזאת, ככל שהנוכחות הרגשית והאנושית שלה היא אמיתית וכנה ללא מסיכות, כך היא חשופה יותר. הן לתביעות המטפלת והן לספיקות של עצמה. ככל שהיא יותר נוכחת, היא עלולה להוריד את ההגנות המקצועיות שלה ובכך להגמיש יתר על המידה את גבולותיה. זאת עמדה לא פשוטה עבור המטפלת ולפעמים גם עבור המטפלת אך מניסיוני זה הדבר שמאפשר לפתח מערכת יחסים אמיתית, לא מזויפת, שהמטפלת תוכל לקחת איתה להמשך החיים שלה ולהשליך ממנו על יתר מערכות היחסים שלה.

יחד עם זאת, למטפלת יש לעיתים קרובות חוויה הרסנית ואומניפוטנטית. אם המטפלת עומדת בסערות הרגשיות וההתנהגותיות המטפלת מבינה שהיא לא יכולה להרוס את המטפלת ולכן אולי היא עצמה לא כל כך הרסנית. מניסיוני העמידה בסערות האלו דורש רמת מודעות גבוהה מאד מצידה של המטפלת וכאן הדרכה טובה יכולה מאד לסייע.

הקשבה פעילה היא מנגנון חיוני למטפלת אשר חוותה את המחיקה הנובעת מפגיעה מינית. לרוב המטפלת עלולה להיכנס לחרדה מהקשבה פאסיבית. היא זקוקה לפידבק על הדברים שהיא אומרת. היא זקוקה לאישור או הבעת חוות דעת. היא צריכה לשמוע את ההסבר על החוויה שלה. היא מרגישה אי נוחות בתוך הראש שלה, המחשבות שלה לרוב אינן מעצימות או נעימות ולכן היא זקוקה לקול החיצוני שאומר לה דברים שהיא לא שומעת מבפנים, דברים שונים מי מה שהיא שמעה בעבר, היא זקוקה להדרכה, הסברה, תמיכה, תווך. לפעמים היא צריכה הוראה והכוונה בנושאים

בסיסיים ביותר. במקרים רבים המטופלת תתיחס לחווייה אוניברסאלית באופן אישי כמו למשל התמודדות עם בירוקרט שהוא אטום לכולם ולא אליה באופן אישי.

המטופלת זקוקה להד הרגשי של המטופלת שמהדהד את הרגשות כמו כעס, עצב ורגשות נוספים שהיא לא יכלה לחוש בעצמה. המטופלת זקוקה לקול מיטיב וברור שיעזור לה להתחבר בחזרה למפה הפנימית שלה שהיא איבדה בעקבות הפגיעה והחרדה.

ההיבט הפסיכו חינוכי. מאד חשוב ללמד להסביר, לשתף את המטופלת אשר הוצפה ברגשות ובמחשבות הקשורים לעצמה, לגוף שלה, לפגיעה, לאחריות שלה. אלו מחשבות ורגשות שאינם ברורים לה, ולא היה מי שיתווך לה אותם. מחשבות אלו מתחילות תוך כדי הפגיעה ונמשכות בדרך כלל גם שנים אחרי. אנחנו יודעות שמצבים לא מובנים או עמומים מעוררים חרדה. אני מופתעת כל פעם מחדש כמה זה מפחית חרדה כשאני יושבת ומסבירה מצבים פסיכולוגיים למטופלת. ההבנה הקוגניטיבית מפחיתה חרדה בנוסף לבנוס של תחושת כבוד שההסבר וההבנה מקנים למטופלת.. כשאנחנו טורחות להסביר דברים אנחנו נוהגות בכבוד, לאישה ולאינטליגנציה שלה.

המרכיב של **היעדר שיפוטיות** הולך עם ההבנה שרובנו עושות את הכי טוב שאנחנו יכולות לעשות בזמן נתון עם הכלים שיש בידינו באותה נקודת זמן. מטפלת שמבינה את הנחת היסוד הזו תצליח להימנע מלשפוט את המטופלת וכך המטופלת תוכל להפסיק לשפוט את עצמה.

מהמקום הלא שיפוטי ניתן באובייקטיביות לעזור למטופלת לראות את ההתנהגות שלה ואת ההחלטות שלה ולהבין אותן. ביחד אנחנו יכולות לבחון עד כמה ההחלטות שלה מונעות על ידי החרדה ודפוסים ישנים וכמה על ידי בחירה חופשית שלוקח אותה ואת צרכיה בחשבון.

עבודה עם הכוחות והמשאבים הטמונים במטופלת הולך בד בבד עם היעדר שיפוטיות. זווית ראייה זו תראה את כל ההתנהגויות של המטופלת כניסיונות מוצלחים יותר או פחות לשרוד את המציאות הקשה אותה חוותה. הראייה של המטופלת את הכוחות של המטופלת ואותה כאישה בעלת יכולות, רצונות הצלחות ומשאבים להישרדות, מאפשרת גם למטופלת לראות את עצמה כך. כולנו זקוקות למראה חיובית ולראות את עצמנו באור חיובי. לרוב החרדה אינה מאפשרת למטופלת ראייה זאת.

כבוד הדדי מהווה מרכיב חיוני במנגנון היות ומטופלת אשר חוותה חוסר כבוד לגופה ולצרכיה. לעיתים קרובות היא גם לא זכתה לכבוד מסביבתה. בעקבות הפגיעה המטופלת אינה רוכשת כבוד גם לאחר. היא פיתחה יראה אבל לא זכתה ליחסי הערכה הדדית וכבוד. כשמטופלת במצב חרדתי מרגישה שהמטופלת מכבדת אותה, את עולמה את דרכי ההתמודדות שלה, היא תוכל לעמוד פחות על המשמר והחרדה אט אט תרד. המטופלת אשר מצפה ליחס של כבוד מלמדת את המטופלת שמערכות יחסים בוגרות מבוססות על כבוד ולא על פחד.

המרכיב האחרון הוא **מתן מקום לניהול משא ומתן**. בנושאים שונים המטופלת צריכה להיות גמישה ופתוחה למשא ומתן. צריך לזכור שהמטופלת איבדה את השליטה שלה על עולמה, ובעיקר על גופה ולרוב היא חשה ש"אין לה מילה" במה שקורה איתה. נכונות המטופלת להיכנס למשא ומתן מאפשרת את החזרת תחושת השליטה. לעתים המשא ומתן יכול ליצור תחושות לא נעימות אצל המטופלת עצמה. לעיתים המשא ומתן מרגיש כמו ערעור על גבולות, ערעור על סמכות ולפעמים חדירה לפרטיות של המטופלת. כאשר המטופלת מוותרת על הגבולות שלה "כי לא נעים לה", או מקשיחה את הגבולות מתוך חשש לאבדן סמכות המשא ומתן יכשל.

ברגע שהמנגנון, המורכב מהפרספקטיבה הפמיניסטית, מכנות ודיוק, מנוכחות וגמישות של המטופלת, מההיבט הפסיכו חינוכי, מהקשבה פעילה, מחוסר שיפוטיות, מזיהוי כוחות ומשאבים, מכבוד הדדי ומנכונות לנהל משא ומתן פועל בצורה יעילה, כמו קרון הרכבת גם המטופלת והמטופלת יכולות לשרוד את תלאות הדרך ולהמשיך להתקדם בתהליך הטיפולי.

אני רוצה להתחיל "לארוז" את הדברים ולומר שמרכיבים אלה של הקשר הטיפולי נותנים למטופלת את הכלים הדרושים לחיות כשהיא לא מנוהלת על ידי החרדה.

מטופלת שמרגישה שהיא נשמעת, מוחזקת, מובנת, מוכלת ומבינה שהיא אינה הרסנית, פוגעת או רעה; תוכל להרגיש בטוחה ולפתח יחסי אמון עם המטופלת שלה.

זה לא אומר שהיא לא תימנע לעולם ממצבים המזכירים את המצב של הפגיעה, או שהיא לעולם לא תחוש יותר חרדה, אבל כבר לא תוצף בחרדה הקיומית, אשר משתקת או מפעילה אותה ללא יכולת בחירה או שיקול דעת. המטופלת תוכל להבין את המצב – בעצמה או בתיווכה של המטופלת - ולקבל החלטות מתוך המקום שהיא נמצאת בו באותה נקודת זמן. המטופלת תתפנה להתנהל בעולם ללא החרדה הקיומית, דבר שיאפשר לה לתכנן ולהיות בעלת הבית על החיים שלה.

היא יודעת שהיא תחוש שוב את החרדה, אבל שהיא לא חייבת לתת לחרדה לנהל אותה. היא לא חייבת לשאת את החרדה איתה לכל מקום היא מבינה שלפעמים היא יכולה להניח אותה בצד ושהמטופלת מוכנה להשגיח על החרדה במקומה.

המטופלת בשלב זה בעלת אלמנט חיוני להמשך החיים שלה וזה היכולת להאמין ולבטוח באדם אחר בזכות זה תוכל להתנהל בצורה טובה יותר וביעילות רבה יותר. חשוב מאד להבהיר שהדרך עוד ארוכה ומורכבת גם ללא החרדה הקיומית, שיש למטופלת ולמטופלת עוד הרבה עבודה משותפת על הקשר ביניהן ולמטופלת יש עוד הרבה עבודה על הטראומה ועל המשך החיים שלה בהווה ובעתיד.

ניסיתי לכוון את הזרקור אל התפקיד הייחודי של הקשר הטיפולי בהקשר של החרדה הקיומית. הייחודיות נובעת מהיכולת של הקשר הטיפולי להתמודד עם האינטנסיביות המובנית בתוך התהליך ועם העוצמות האדירות אשר מאיימות לפרק את הקשר ובו בזמן להמשיך לקדם את התהליך הטיפולי ולשמור אותו על המסלול. בעזרת הכלים שהצגתי היום ניתן לקיים קשר עם האיכויות הללו.

החרדה הקיומית והתופעות שנובעות ממנה מובנות בתוך תהליך יצירת הקשר הטיפולי ולכן יש לצפות שהחרדה תתעורר. ניסיתי בעזרת שיום המרכיבים ופירוק של המנגנון של הקשר הטיפולי, להראות כיצד ניתן לעבוד עם החרדה הקיומית ולהפחית אותה ולבסוף אף לפרק אותה. כך המטופלת יכולה לעבור את המסע בדרך המפותלת משורדת לקיימת.