**טיפול EMDR משולב בתוך טיפול דינמי**

**עדי בלונדהיים, MSW**

מרפאת מבוגרים, המרכז לבריאות הנפש לב השרון

**The Integration of EMDR with Psychodynamic Therapy**

Ady Blondheim, MSW

Adult Clinic, Lev Hasharon Mental Health Center

מחבר מכותב:

עדי בלונדהיים

מרפאת לבריאות הנפש למבוגרים

נתניה

וקליניקה פרטית  כוכב יאיר ונתניה.

כתובת דוא"ל: adyblo@gmail.com

הריבוי של השלום הוא
שיתראו כל הצדדים וכל השיטות
ויתבררו איך כולם יש להם מקום,
כל אחד לפי ערכו ומקומו ועניינו.
 (הרב קוק, עולת ראיה, א)

**טיפול EMDR משולב בתוך טיפול דינמי**

**תקציר**

במאמר זה אתאר כיצד אינטגרציה של פסיכותרפיית EMDR בתוך טיפול פסיכודינמי מניבה תוצאות טובות ובולטות, לעומת טיפול פסיכודינמי העומד בפני עצמו. שילוב זה מתבקש כאשר בטיפול באוריינטציה פסיכודינמית מתעורר מצב של האטה בהתקדמות הטיפול, תקיעות או נסיגה משמעותית.

אסקור את עמדות המתנגדים לאינטגרציה של טיפולים והתומכים בה, את ההיסטוריה של התפתחות האינטגרציה בטיפולים ואת המודלים השונים של אינטגרציה. באמצעות תיאור מקרה, ששולב בו טיפול על פי הפרוטוקול הבסיסי שפיתחה מייסדת השיטה פרנסין שפירו, אדגים את אופן השילוב.

לאור הניסיון הטיפולי, אדון במורכבות ובדילמות שמזמינה האינטגרציה של טיפול EMDR בתוך טיפול פסיכודינמי, ואסביר כיצד, למרות המגבלות, האינטגרציה משפרת את העיבוד הפסיכותרפויטי של תכנים הקשורים אסוציאטיבית, שלא הצליחו לעבור מנטליזציה ושלא היה ניתן לזהותם מראש.

מסקנת המאמר היא שהאינטגרציה ממקסמת את הטיפול בתכנים הנדרשים לעיבוד ומקצרת את משך הטיפול.

מילות מפתח: EMDR, טיפול פסיכודינמי, טיפול אינטגרטיבי, פוסט-טראומה

**The Integration of EMDR with Psychodynamic Therapy**

**טיפול EMDR משולב בתוך טיפול פסיכודינמי**

**הקדמה והסבר על טיפול EMDR**

משחר ההיסטוריה הפסיכואנליטית התמודדו מטפלים עם השאלה מה עושים כאשר מטופל לא מצליח להתקדם בתהליך כפי שהוא או המטפל היו מצפים.

לצד ההמשגות שנוסחו בכל גישה ומציאת דרכי התמודדות עם מצבים אלה, התפתחה במהלך השנים גישה הרואה באינטגרציה של שיטות פתרון הולם.
בראשית דרכי המקצועית התמקדתי בטיפול פסיכודינמי בגישת יחסי אובייקט, ולאחריה הוספתי את גישת EMDR – שיטה שהחלה כטיפול בטראומה, אולם בהמשך, לאור מחקרים רבים, התפתחה והוכיחה את יעילותה במגוון רחב של בעיות.

בהמשך המאמר אתאר שילוב בין פסיכותרפיה פסיכודינמית בגישת יחסי אובייקט לבין פסיכותרפיית EMDR. לצורך ההבהרה והדיון, אסביר תחילה את טכניקת העבודה ב-EMDR.

EMDR היא שיטה טיפולית ממוקדת לטיפול בטראומה שפותחה בידי הפסיכולוגית ד"ר פרנסין שפירו (1, 2). השם EMDR הוא ראשי התיבות של השם הראשוני שניתן לשיטה על פי טכניקת ההפעלה שעליה היא מבוססת: Eye Movement Desensitization and Reprocessing – כלומר, הסטת העיניים ימינה ושמאלה לסירוגין לצורך הקהיה ועיבוד.

במהלך השנים והצטברות הניסיון והמחקרים נמצא כי שיטה זו יעילה במגוון רחב של בעיות: פוסט-טראומה, דיכאון, חרדות, קשיים סומטיים, וכן כל מוקד טיפולי הנחווה כאירוע חיים שלילי סובייקטיבי3-5) ). מחקרים שונים מדגישים את ההשפעה הנוירוביולוגית שיש ל-,EMDR ואת השינויים המבניים המתרחשים במוח באזורים הקשורים ל- (6,7) PTSD.

מודל הטיפול של השיטה מבוסס על מנגנון Adaptive Information Processing - AIP (8), שלפיו קיימת מערכת עיבוד המשלבת מידע חדש לתוך רשת מידע שכבר קיימת ומחוברת לרשת זיכרון אוטומטית. כשהמערכת מתפקדת באופן תקין, חומר חדש שעבר עיבוד ועיכול נשמר כלמידה אדפטיבית, עם יכולת התמודדות המשתפרת באופן הדרגתי ובמצבים מורכבים. במצבים פתולוגיים נשמרים הזיכרונות הלא-פונקציונליים במתכונתם המקורית ללא עיבוד, עם תמונות, מחשבות, רגשות ותחושות סומטיות שנחוו במהלך האירוע. שיטה זו מציעה עיבוד ממוקד ומהיר דרך פרוטוקול בן שמונה שלבים.
שלושת השלבים הראשונים הם: תיעוד ההיסטוריה של המטופל, הכנות לטיפול וזיהוי הזיכרונות המיועדים לעיבוד.

השלב הרביעי הוא שלב הדסנסיטיזציה, שבו מתבצע עיקר תהליך העיבוד: המטופל מתמקד בזיכרון, ובאותה עת המטפל מבצע גירוי בילטרלי, המפעיל את שתי ההמיספרות במוח וגורם לגירוי חושי במשך כחצי דקה, משני צידי הגוף לסירוגין. אופני הגירוי מגוּונים:
1. הנפוץ ביותר – גרייה של תנועות עיניים, כשהמטופל עוקב אחר תנועת אצבעו של המטפל ימינה ושמאלה, או דרך התבוננות במכשיר המפעיל נורה הנדלקת לסירוגין בצד ימין ובצד שמאל. זהו האמצעי הנפוץ ביותר ומכאן, כאמור, התקבע שמה של השיטה: Eye Movement Desensitization and Reprocessing .
2. גירוי אודיטורי, דרך אוזניות המשמיעות קול לסירוגין בכל צד.
3. גירוי סנסורי – תיפוף על כפות הידיים של המטופל, לסירוגין בכל צד, או החזקה של רטטים בידיים, המפעילים תחושת רטט לסירוגין בכל צד.

בשלב זה המטופל מוזמן להעלות אסוציאציות חופשיות הנובעות מהמוקד שהוגדר. פרוצדורה זו חוזרת על עצמה ברצף פעמים רבות במהלך הפגישה. בסוף התהליך, הנע בדרך כלל בין פגישה אחת לשתיים, החומר עובר תהליך עיבוד ועיכול, שבסיומו משתנות הסכמות הקוגניטיביות של המטופל והופכות משליליות לחיוביות. חוויית המצוקה הרגשית והסומטית סביב האירוע שהוגדר פוחתת בצורה משמעותית במדד סובייקטיבי מ-0 עד 10 ומגיעה בסוף העיבוד לאזור מצוקה 0 (לעומת ההתחלה שנמצאת בדרך כלל בסביבות 8-10). הזיכרון נחשב מעובד כאשר אין יותר חומרים אפקטיביים או סומטיים הגורמים למצוקה, וכאשר המטופל מעיד שאמונה חיובית החליפה את האמונה השלילית, ויש לה תוקף גבוה במדדי VOC (validity of cognition) הנעים בין 1 ל-7, כשהתוקף הגבוה ביותר הוא 7.

השלבים הבאים בטיפול עוסקים באינסטלציית האמונה החיובית שהתפתחה עם סיום העיבוד, סריקת הגוף ובדיקת השינויים הסומטיים, סגירה וסיום של הזיכרון שעובד ובדיקת התוצאות במציאות, הנובעות מהשינויים שהתרחשו בטיפול. הפנמות אלה מתקיימות עתה כחלק מרשת אדפטיבית רחבה.

**פסיכותרפיה פסיכודינמית ופסיכותרפיית EMDR – דמיון ושוני**רבות דובר, נכתב ונחקר, מפרויד ועד ימינו, על הטיפול הפסיכואנליטי ויעילותו בקידום פתרון של קונפליקטים וחסמים דרך חיפוש אחר הלא-מודע. במקביל, במהלך השנים, נוספו על כך מחקרים המתארים ומוכיחים את יעילותם של טיפולים מסוגים שונים ונכתבו תיאורים של מגוון דרכי התערבות יעילות. האקטואליים לדיוננו הם: הטיפול הפסיכודינמי 9)), טיפול דינמי קצר מועד (10), טיפול EMDR (11-13) וגם שילוב של טיפול קצר מועד עם EMDR (14).

בבואנו לבחון את הפסיכותרפיה הפסיכודינמית ואת פסיכותרפיית EMDR, נחדד כי החשיבה על שילוב שתי הגישות הללו מתעוררת עקב הדמיון הקיים ביניהן בשני היבטים: הראשון – הבנת הקונפליקט והסימפטום כנובעים מחומרים לא מעובדים בעברו של המטופל, כפי שמנוסח גם בבסיס התיאורטי של AIP. והשני – טכניקת העבודה, המזמינה את המטופל להעלות אסוציאציות חופשיות.
זיגמונד פרויד, אבי הפסיכואנליזה, ייסד את השיטה שבה המטופל שוכב על הספה ומעלה באופן אסוציאטיבי כל רעיון העולה על דעתו, ללא צנזורה, כדי ללמוד יותר על עצמו מתוך התת-מודע שלו וכדי להגיע לתובנות חדשות ומשמעותיות ולהבנה של הקונפליקטים הפנימיים המודחקים.
בהמשך התפתחותה של הפסיכותרפיה הפסיכודינמית עבר המטופל לשבת מול המטפל, האינטנסיביות הצטמצמה בדרך כלל למפגש שבועי אחד ונוספה הזמנה להתבוננות גם בחומרים אינטרסובייקטיבים, אולם הבקשה לאסוציאציות חופשיות נשארה במרכז.

בדומה לכך, גם בפסיכותרפייתEMDR המטופל יושב מול המטפל, המפעיל גירוי בילטרלי כפי שהוסבר לעיל, ולאחר כל גירוי המטופל מעלה אסוציאציות חופשיות.

העלאת האסוציאציות מטרתה להגיע לעיבוד חומרים השמורים ברשת הזיכרון באופן לא אדפטיבי בארבעה מישורים: קוגניטיבי, רגשי, סנסורי וסומטי.

פעמים רבות, כתוצר נלווה, מגיעות תובנות חדשות שהפכו מלא-מודע למודע. אולם זו אינה מטרת הטיפול. המטרה היא הפחתת רמת המצוקה של זיכרון המוקד שנבחר, בכל ארבעת המישורים שצוינו.

לפיכך ניתן לראות ב- EMDRיצור כלאיים: מצד אחד הוא שייך לעולם ה-CBT, מאחר שהמטפל מפעיל טכניקת פעולה מסוימת המוגדרת בכללים ברורים, ובודק שינויים קוגניטיביים, סומטיים ואחרים כמדד לשינוי והצלחה. מצד שני – בתוך מסגרת הטיפול (בשלב 4), בעת ההתמקדות באירוע מסוים על פי כללי הפעולה בשיטה זו, הפעילות המרכזית היא חיפוש אחר אסוציאציות חופשיות. כלומר, הטכניקה שייכת למושגי ה-CBT ואילו התוכן שייך למושגי העולם הפסיכודינמי .

 מכאן ממשיך השוני שבין השיטות בכמה תחומים:
שונוּת בעמדת המטפל: פסיבי – אקטיבי
המטפל הפסיכודינמי נדרש בטיפול להיות בעמדה פסיבית ועמומה, כדי לשמש בשביל המטופל כר להשלכות ולאפשר לתהליכים רגרסיביים להופיע, יחד עם תהליכי העברה והעברה נגדית שדרכם ניתן יהיה להבין את עולמו של המטופל ולתת פירושים בהתאם.

המטפל ב-EMDR, לעומת זאת, נדרש לדואליות בנושא: בחלקים מסוימים של הטיפול עליו להיות אקטיבי. חלקים אלה כוללים את שלבי ההכנה לזיכרון שבוחרים לעבד ואת השלבים המסכמים שלאחר העיבוד.

בשלב העיבוד עצמו (שלב 4), המטפל נשאר פסיבי וממתין לאסוציאציות של המטופל. בהמשך התהליך, אם נוצרת תקיעות, כגון עצירת אסוציאציות חדשות או עצירת הירידה ברמת המצוקה, המטפל חוזר להיות אקטיבי ומשתמש בהתערבויות מילוליות תומכות שינוי (interweaves), אשר מטרתן לסייע למטופל להתחבר למשאבים פנימיים ומוקדמים שלו ולהמשיך בתהליך האסוציאטיבי.
שונות בתפקיד המטפל: עמימות וחרדה – בהירות והרגעה
המטפל הפסיכודינמי מעוניין להגיע בטיפול לאזורי הנפש המוקדמים שמשתחזרים בתהליך ההעברה, ולכן הוא נמנע מהורדת המתח, אינו מרגיע את המטופל ואינו מספק הסברים. הוא מעוניין בחרדה ובתגובות העולות ממנה, המסייעות לו להכיר את אזורי הנפש הדורשים מענה טיפולי.

לעומתו, המטפל ב-EMDR מעוניין שהמטופל יגיע לחלון הסיבולת שלו ((window of tolerance, האזור שבו הוא מסוגל לעשות עיבוד אופטימלי: מצד אחד – ללא חרדה מוגברת ומשתקת או מנתקת, ומצד שני – ללא רגיעה מוגברת, אשר מונעת מהחומרים הדורשים עיבוד לעלות לתודעה.

לכן, בזמנים שונים, מטפל EMDR יפעל באופנים שונים: לפי הצורך יסייע לעורר את החרדה, ולפי הצורך יפחית אותה – עד לרמה שבה ניתן יהיה לעבד את הנושא שנבחר.

שונוּת התגובה בתהליכי ההעברה
בתהליך ההעברה, המטפל הפסיכודינמי קשוב לתכנים ובוחן אותם מנקודת המבט הנוספות: מחפש את מקור ההעברה, מנסה לפענח את ההשלכות והצורך בהן, מזהה הזדהות השלכתית, התנגדות, תגובה קאונטרטרנספרנסיאלית, תגובה אינטרסובייקטיבית ועוד, ומחזיר אותן למטופל לאחר עיבוד, באופן שיסייע לתהליך הטרנספורמטיבי ולהמשך החיפוש אחר תובנה ומודעות.
בטיפולEMDR ההתרחשות בחדר מפוענחת כדפוס בהווה המשתחזר מן העבר, ואשר שמור ברשת הזיכרון באופן לא-אדפטיבי וכפתרון לא-אדפטיבי לקונפליקט בלתי פתור מן העבר. כאשר הדפוס מזוהה, הוא הופך להיות אירוע הווה שמוגדר כמטרה לעיבוד על פי כללי הטכניקה הידועה.

**עמדות מנוגדות לאינטגרציה של גישות**

שילוב בין גישות טיפוליות הוא נושא שנוי במחלוקת. להלן אסקור את הגישות השונות.
**המתנגדים לאינטגרציה**

המתנגדים לאינטגרציה גורסים כי הפסיכואנליזה מיועדת לחקור עולם פנימי ואינה מחויבת לביצועים במציאות, ומדברים על חשש משינוי חיצוני על חשבון שינוי פנימי עמוק, על פגיעה במודעות עקב מיומנות נרכשת ועל חשש לפגיעה בהגעה לאישיות שלמה ואינטגרטיבית (15). כמו כן, פעילות אקטיבית נתפסת כמענה לצרכים הדחפיים של המטופל וכנובעת מעמדה של הזדהות השלכתית לא מעובדת, הפרעה למרחב האוטנטי של המטופל ומניעת מפגש עם מכלול עולמו הפנימי (16).

גם מהזווית ההתנהגותית (ביהביוריסטית) קיימת התנגדות לשילוב יתר של שיטות, היוצר עירוב של תכנים ללא הפרדה ועשוי להקשות על פיתוח שיטות יעילות ומבוססות (17).

קטרון (18) מנסח את מוקדי המתנגדים ההתנהגותיים בשני תחומים:
א. נקודות מבט שונות בין הדינמי להתנהגותי: עולם התנסות פנימי לעומת עולם התנסות חיצוני.
ב. נקודות מבט שונות לגבי אפיון הטיפול: פסימיות ואופטימיות בפסיכואנליזה, לעומת אופטימיות ופתרונות מעשיים וקלים בטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי.
ויצטום ודסברג (19), הדנים בטיפול דינמי קצר מועד, מסכמים מספר אלמנטים טיפוליים המשקפים את דעת המתנגדים לטיפול כזה. טענות אלה רלוונטיות גם להתבוננות בעבודה הממוקדת בשיטת EMDR:

טיפול קצר אינו מספיק לעבודה על בעיות נוירוטיות הנמצאות עמוק בנפש, ואינו מספיק ליצירת קשר טיפולי ראוי לשמו, ברית טיפולית ופירוש משמעותי.

כדי להתגבר על ההתנגדות ולהשיג תוצאות לאחר רגרסיה בשרות האגו נחוץ זמן רב. שיפור מהיר הוא בריחה אל הבריאות וגורם להחלפת הסימפטום, ודרוש פרק זמן ניכר כדי לבסס הישגים טיפוליים ולעבור תהליך פרידה מוצלח.
מענה לשאלת היעילוּת של שיטה אחת לעומת שילוב שיטות נמצא בסקירה שנעשתה לאור ארבעת העשורים האחרונים בפסיכותרפיה(20) . מן הסקירה עולה כי כמות המחקרים המעידים על יעילות השיטות השונות גדלה, וכי יש מטופלים המגיבים טוב יותר לשיטה אחת ואחרים לאחרת. לפיכך, המלצת החוקרים היא שטוב שיהיו אופציות שונות לבחירה, וכי יש מקום להעמיק את המחקר על יעילותו של טיפול מסוים המתאים לצבר שונה של סימפטומים.

**התומכים באינטגרציה**

באופן די מפתיע, ניתן לזהות את תחילת הדרך לאינטגרציה כבר אצל פרויד עצמו, כשדיבר על הצורך העולה לעיתים לחשוף גורמים מעוררי חרדה לצורך השלמת המשימה הטיפולית (21).
פרנצי (22) דיבר על "טכניקה פעילה" וציין כי יש מטופלים הזקוקים ליותר מאשר שכיבה על הספה ושיח של אסוציאציות חופשיות. רוזנצוויג (23) דיבר על שילוב בין גישה התנהגותית לפסיכואנליזה, ורייך (24) נתן מקום גם לתרגילי גוף. באלינט (25) העלה אפשרות של שינוי בסטינג הבסיסי, משום שסבר כי מטופלים שחוו חסך מוקדם בשלבים הפרה-וורבלים לא יוכלו להסתפק ולהתאושש מהרגרסיה רק בעזרת פירוש מילולי שנועד לחשיפת הלא-מודע.

זיו ביימן וגולן (26), בתארם את התפתחות האינטגרציה במהלך השנים, מציינים כי בשנות ה-80 במאה הקודמת התרחש שינוי בולט עם כניסתה של התיאוריה ההתייחסותית, שהגדירה את הצורך של שיתוף המטופל בחשיפה האישית של תחושות המטפל.

בשלב זה התחדד הצורך באינטגרציה של טיפולים, ולפיכך הוקמה האגודה לחקר הפסיכותרפיה האינטגרטיבית. מסר וּוינוקור) 27) גרסו שטיפול אופטימלי הוא טיפול הכולל גישות המכוונות לפעולה יחד עם גישות המכוונת לתובנה. עם זאת הם נותנים מקום למורכבות: למרות תמיכתם באינטגרציה, הם סברו כי קיימים פערים גדולים בתהליך השילוב בין הגישות האנליטיות וההתנהגותיות, מה שגורם להגבלת התוצאות, ולכן יש להיות ערים לחשש כי יתקיים שינוי חיצוני על חשבון השינוי הפנימי.

התפתחויות אלה בחשיבה העלו את הצורך לנסח כללים חדשים לאינטגרציה בטיפולים שונים, ובשנות ה-90 התפרסם לראשונה The Journal of Psychotherapy Integration. במקביל התפתחו באותן שנים טיפולים דינמיים קצרי מועד במגוון שיטות, והמשיכו לסלול את הדרך להתערבויות נוספות המשלבות חשיבה דינמית עם טכניקות אחרות (28).

לאור התפתחות הזרם התומך באינטגרציה, ניתן לסכם את התשתית הטיפולית העומדת בבסיס הגישה:

* התערבות ממוקדת מביאה לשינוי בכל המערכת.
בחירת מטופלים מתאימים מאפשרת שהקשר יתפתח במהירות ובעוצמה ושניתן יהיה להתמקד, לפרש ולהגיע במהירות לחומר חשוב ומשמעותי.
* פירוש מוקדם המוצג כעמדה ברורה, ובאופן אמפתי, מאפשר למטופל לעמוד ברמות חרדה גבוהות. יש אפשרות לבחור נושא ממוקד ולעבוד מבלי שתתרחש רגרסיה כללית, אלא ממוקדת.
* שיפור בתחום אחד יכול להוביל לשיפור בתחומים אחרים ואינו סיבה להחלפת סימפטום.
* בהקשר ייחודי ל-EMDR, יצוין כי בטיפול זה ההישגים מתבססים לאחר עיבוד כל מטרה טיפולית (target) שנבחרה בשלב 5, אשר בו מתקיימת הטמעת האמונה החיובית (Installation of PC). תהליך הפרידה אינו דורש זמן רב.

 **מודלים של אינטגרציה**פסיכותרפיה אינטגרטיבית משלבת רעיונות תיאורטיים וטכניקות מסוגים שונים של פסיכותרפיה, ומניחה כי יש גורמים משותפים רבים לכלל הגישות הטיפוליות, כגון המשקל הרב שיש לאישיות המטפל, לקשר שבין המטפל למטופל, וכן לאופן שבו כל טיפול בונה המשגה ומאפשר הבנה של מצוקת המטופל.התמיכה באינטגרציה מניחה שהשילוב יכול להביא לשיפור מקיף יותר באיכות חייו של המטופל מאשר טיפול באחת מהשיטות לבדה, ושתי השיטות יחד מהוות יחידה המשלימה את החסרונות של כל אחת מהן.חומר רב קיים בספרות המצביע על הטמעה אינטגרטיבית ותמיכה בשילובים שונים.

זיו ביימן ושחר הציגו מודלים שונים ומרכזיים לאינטגרציה:
1. אקלקטיות טכנית – התאמה של הכלי המתאים לכל מטופל.
2. הגורמים המשותפים – לכל מטופל מותאם שילוב של גורמים טיפוליים שבהם יתמקד הטיפול, על סמך רשימה שנבנתה מתוך המשותף להרבה סוגי טיפול.

3.אינטגרציה תיאורטית – יצירת תיאוריה אחת מקיפה המאגדת מספר תיאוריות.
4.אינטגרציה של הטמעה – הסתמכות על תיאוריה אחת, שלתוכה משלבים לאורך הטיפול טכניקות וסוגים אחרים של פסיכותרפיה. זו הגישה המתוארת במאמר: טיפול EMDR המשולב בתוך טיפול פסיכודינמי.
ווכטל (29-31) בלט בתיאוריה שלו התומכת באינטגרציה של גישות התנהגותיות בתוך פסיכואנליזה, ומתח ביקורת על מטפלים המוצאים את זהותם המקצועית בהשתייכות לאחד הזרמים המוערכים בעיניהם ואוטמים את אוזניהם למחקרים ולתוצאות המנוגדים לעמדתם. לאור זאת הוא קרא להרחבת האינטגרציה בין הגישות בפסיכותרפיה. הוא טען שמשחר האינטגרציה בפסיכותרפיה קיים מתח ברור בין הבנת המושג פסיכותרפיה אינטגרטיבית לבין הגבולות והמטרות שלה. לשיטתו, זהו מתח בריא ופרודוקטיבי יותר מאשר מפלג, המאפשר פיתוח מודלים שונים של אינטגרציה. עם זאת סבר שחשוב להבין כי המתח קיים וטרם נפתר.

ווכטל אף תיאר תיאוריה מרכזית נוספת, פסיכודינמיקה מעגלית, שבבסיסה יש קשר בין הגישה הפסיכואנליטית לבין תיאוריה התנהגותית והשפעה הדדית ומעגלית ביניהן. יש קשר בין עולם פנימי סובייקטיבי, עולם התייחסותי והיבטים התנהגותיים של המטופל.

מטפלים רבים תיארו את הצורך באינטגרציה של טיפולים מגישות שונות כאשר מתעוררים מצבים שבהם אין שינוי או טרנספורמציה בטיפול, למרות המשך הדיבור והמלל (32). תוארו טיפולים רבים המציגים שילובים של טיפול פסיכודינמי עם קוגניטיבי (33-36) וגם שילוב של טיפול פסיכואנליטי עם קוגניטיבי (31, 37).
**מגוון דרכי השילוב**

דוגמאות רבות נמצאות בספרות למגוון הרחב של דרכי השילוב:
 ברגמן, ברגמן וּויצטום (38) מתארים סוגים שונים של שילובי טיפולים בידי מטפלים מאוריינטציות שונות העובדים עם המטופל באותה עת: בין אם טיפול מקביל ונפרד של כל אחד מהמטפלים, טיפול משותף של שני המטפלים באוריינטציות השונות הנמצאים בחדר בו-זמנית פעם בשבוע, או טיפול מרתוני של שני המטפלים לאורך כמה שעות רצופות בחדר המשותף.

פרנק וּוכטל (37, 39) תיארו שילוב של מרכיבים התנהגותיים בתוך טיפולים פסיכואנליטיים,
והזמינו להרחבת המנעד: הצבת יעדים ברורים מתוך העולם הקוגניטיבי-התנהגותי לצד מקום לעבודה על תובנות, מודעות והתנגדויות תוך שימוש בטכניקות פסיכודינמיות.

שלגי ובקר (40) תיארו מודל אינטגרטיבי המשלב טיפול אינדיבידואלי בגישת פסיכולוגיית העצמי יחד עם טיפול משפחתי בגישת יחסי האובייקט. בגישת הפסיכודינמיקה המעגלית, הם הדגימו בטיפול עד כמה שתי הגישות השתלבו זו בזו ואפשרו "משחק" עם חלקים שונים בטיפול האישי, דבר שאיפשר אחר כך בדיקה של תהליך הקיבעון ההגנתי במשפחה כפי שנצפה במסגרת הטיפול המשפחתי, כשכל חלק טיפולי משפיע הדדית על ההתפתחויות.
צורה נוספת של שילוב טיפול פסיכודינמי עם קוגניטיבי-התנהגותי תוארה אצל פרי (36). הוא מציע שילוב של מטפל אחד המשתמש בשתי טכניקות טיפוליות במודל "שילוב עוקב": מתחיל בסוג טיפול אחד ועובר לסוג אחר (מקוגניטיבי לפסיכודינמי).

הוגן, ספלון אבסיס וּוייס (41) תיארו דוגמה נוספת של מטפל אחד המשלב גישה של התערבות במשבר לאנשים הסובלים מפוסט-טראומה יחד עם הבנה פסיכודינמית, במתכונת של שלושה שלבים: מציאת משמעות מחודשת לאחר האירוע הטראומטי, זיהוי הרגשות המגוּונים, ולבסוף הזמנת המטופל לחשיבה פסיכודינמית של זיהוי דפוסי ההגנה, חקירתם והבנת הפונקציה שלהם.

**שילובי טיפול עם EMDR**
דוגמאות שונות מתוארות בספרות לשילוב טיפולים עם EMDR. נורקרוס וגולדפריד (42) מתארים שילובים של EMDR עם .CBTטובין (43)מתאר שילוב גשטלט התייחסותי עם.EMDR הלבגרד (44) וגראנד (5) תומכים בשילוב של EMDR עם הגישה הפסיכודינמית, ומוסיפים כי מטפלים העובדים ב-EMDR טוענים לצורך לשלב טכניקה זו בטיפול פסיכודינמי. הכותבים מציינים גם שיותר מטפלים מנסים לזרז בדרך זו את ההעמקה והתוצאות של הטיפול הדינמי, שהוא מטבעו איטי ומתמשך. לשיטתם, מאפייני הפסיכודינמיקה הפרודיאנית הקלסית, כולל מחשבות אסוציאטיביות, חלומות, התנגדויות, העברה ועוד, עוברים עיבוד בטכניקת ה-EMDR, בין אם כסוגיית עבר או כאירוע בהווה הדורש עיבוד.

פידפורט (46) מתאר כיצד הוא משלב בפסיכותרפיית EMDR הקשבה לתהליכים של העברה והעברה נגדית, ופרקינס(47) מתאר חיבור בין פסיכואנליזה ל-EMDR.

ארד (48), המטפלת בפסיכואנליזה התייחסותית, מתארת שימוש בטכניקה של גירוי בילטרלי מתוך שיטת EMDR, המופעלת למוקדים מסוימים שעלו בטיפול האנליטי. הגירוי אכן גורם להעלאת אסוציאציות, והמשך הטיפול לאחר מכן מתנהל כמקובל בפסיכותרפיה התייחסותית.
ליפקה (11) מראה כיצד ניתן לשלב את שיטת EMDR ועקרונות ה- AIPהעומדים בבסיסה עם פסיכותרפיה בכלל, ומציג את המכלול כגישה תיאורטית חדשה, שאותה הוא מכנה "מודל ארבע הפעילויות של הפסיכותרפיה".

במפגש עם מטופליי מצאתי אישוש לגיוון התיאוריות: מטופלת אחת, לאחר ניסיון קצר ב-EMDR, סירבה להמשיך בשיטה זו באומרה שבחוויה שלה, הכלי עוצמתי ואינטנסיבי כל כך עד שהיא מתקשה לעמוד בכך, ומעדיפה לעבור תהליכים איטיים יותר, בקצב שלה.
לעומתה, מספר מטופלים עם קשיים שונים דיווחו, כל אחד בדרכו, על חוויה משמעותית מאוד והשתמשו בביטויים כגון "פיצחתי את הבעיות," "עשינו עבודת עומק," "עשיתי בזמן כל כך קצר מה שלוקח שנים בטיפול אחר אם בכלל" וכך הלאה.
אעבור כעת לתיאור הטיפול של מטופלת שהסכימה לשילוב, ולאחר שלמדה להכיר את שתי השפות, ידעה לבחור את העיתוי שבו היא מעוניינת להתמקד בגישה אחת או באחרת.

**תיאור הטיפול**

**הסוד – לדעת או לא לדעת?**

תיאור העבודה הקלינית נחלק לשתי תקופות: פרק א' ופרק ב' .
פרק א' כולל שלושה תת-פרקים:
1. פסיכותרפיה פסיכודינמית בגישת יחסי אובייקט במשך שמונה חודשים.
2. פסיכותרפיית EMDRשנפרסה, עם הפסקות, על פני ארבעה חודשים.
3.חזרה לפסיכותרפיה פסיכודינמית למשך כשנה לא רצופה.

הפסקת הטיפול למשך שנתיים טובות.

פרק ב' כולל שני תת-פרקים:

1.פסיכותרפיה פסיכודינמית שנמשכה שלושה חודשים

2.פסיכותרפיית EMDR שכללה עבודת עתיד במשך שתי פגישות.

**פרק א'**

**1. פסיכותרפיה פסיכודינמית – שמונה חודשים**

ס' היא רווקה בת 22 הלומדת חשבונאות. היא נולדה בחו"ל, בת יחידה לאב בנקאי ולאם גננת. הגיעה לטיפול עקב התמוטטות נפשית לקראת בחינות הגמר, ונזקקה לטיפול תרופתי.

היא מבהירה שאינה מסוגלת לעבוד במקצוע שזה עתה השקיעה רבות ברכישתו. היא חרדה מטעויות ולכן מתנהלת בזהירות אובססיבית מתישה. פוחדת לפגוע באחרים וחשה תלותית וחסרת מיומנות לחיים.

ס' מרגישה קושי גם עם החבר שלה, המבוגר ממנה בכמה שנים ורוצה כעת להינשא ולהוליד ילדים. היא אמביוולנטית בקשר איתו, מוטרדת מן המחויבות וחוששת שכאשר יכיר את עומק חרדותיה – לא ירצה בה. בשלב זה היא אינה רוצה להינשא.
מאוחר יותר בטיפול ניתן יהיה להבין כי היא פחדה מהתמוטטות שכבר נחוותה אך טרם עובּדה 49)).

בהגיעה לטיפול הייתה ס' נתונה במצב דיכאוני, חרדתי, בתחושה שהיא ילדותית, שאינה בשלה להיפרד מהשלב הקודם של תלות בהורים ולעבור לחיים עצמאיים ובוגרים. היא התנהלה במונחים של אני כוזב בעודה מסתירה את זהות העצמי האמיתי (50). לאור זאת לא יכלה לקבל החלטות הדורשות ממנה עמדה עצמאית.

ס' מבינה שהיא עסוקה בבעייתיות שהיא חווה בקשר עם הוריה, בחוסר יכולתה לסרב להם ובצורך לרַצות אותם כשהם רוצים בטובתה. היא תלויה בהם כלכלית ואביה מציף אותה בכסף ובמתנות. היא מבינה שההצפה היא גם הדרך שלה ושלהם להשתיק את ידיעתה כי אביה חי חיים כפולים בסתר; הוא מרבה לנסוע לחו"ל למשך חודשים ארוכים, חוזר לביקורים בבית עמוס מתנות רבות, מארגן נסיעות משפחתיות לנופשים יקרים וחוזר חלילה.
ס' רואה את ההסתרה והפיצול בחיי האב, אך מתקשה לנקוט עמדה ביקורתית. העיסוק בנושא זה באחת הפגישות מעורר אצלה התקף חרדה בפגישה. "למה את שואלת? למה זה חשוב? אני לא רוצה להאשים אף אחד." היא נכנסת למצב דיכאוני וחסר חיוניות. בהמשך היא מזהה בתוכה עמדה דיכאונית של חוסר רצון וחוסר סקרנות לחיים.
על פי רוב היא מגיבה אליי בטרנספרנס חיובי. היא מציינת שהיא אוהבת את תגובותיי כלפיה. שמחה שאני מבינה את חווייתה בהווה כחוויה של ילדה קטנה ולא בשלה לחיים של הגדולים, ובניגוד לכך מתארת כיצד כולם בחוץ מדברים על היותה בשלה ובוגרת מאוד.

ככל שאנו מתקדמות בהבנת עולמה, המצב הדיכאוני מחריף, למרות התפקוד התקין כלפי חוץ. היא ערה יותר לכך שכל רצון עצמאי שלה נחסם, ומתנסחת: "יש לי כפית זהב בפה, בעצם לא כפית אלא גורמה, שלא מאפשר לי לדבר."

התקפי החרדה מתגברים כאשר החבר מבקש שוב לממש את הקשר הזוגי. בהמשך אנו מבינות כמה הזוגיות מציפה בה שאלות הקשורות לעבר ולעתיד, אולם בשלב זה היא חווה שוב פחד שלא דובר ונותר כתעלומה. מתעוררות ועולות בתוכה שאלות על הזוגיות של הוריה: כיצד האֵם מכילה את התנהלות האב ואת חרדותיה שלה?

חרדת ההיבלעות שלה בזוגיות מעוררת ביתר שאת את החוויות המוכרות לה מהחיים בבית ההורים: היא נאבקת בתוכה בין הרצון להיות בקרבתם בשל הפחד להיות לבד, לבין הרצון לעבור לגור בנפרד וללמוד במקום מרוחק מאוד מהם. במקביל, היא מתחילה לראשונה להעלות ניצני ביקורת כלפי אביה: "אני לא יכולה לכעוס עליו." יש לה צורך לגונן. בהעברה הנגדית אני חשה שהיא מפקידה את תחושת האשמה שלה אצלי, ואני חוששת שאולי אני מגזימה בראיית המצב ובניתוחו. וכך, כשהאשמה אצלי, היא יכולה להמשיך ביחסים טובים איתו ולומר: "אני ואבא, זה אחד ארוך,", מה שמעיד כי היא עסוקה בתכנים אדיפליים ובשאלות ספרציה – אינדיבידואציה.

תקופה זו בטיפול ניתן להבין במונחים של ביון (51) על רכיבי ביתא שעוברים המרה לרכיבי אלפא. עד כה, החוויות שלא עברו המשגה היו מאיימות ובלתי נשלטות והופיעו בהתקפי החרדה, בהתכנסות ובתחושה שהאובייקט הרע היה לעיתים בן הזוג, לעיתים הלימודים ולעיתים האם. החרדה מלהיות במצב של תלות ונזקקות טרם חלפה.

השיח בחדר מאפשר לה לבחון עולמות לא מדוברים, וגם מאפשר לי להמשיך ולהעז לומר את מה שאני רואה, ושהיא תעמוד בזה. בתהליכי ההעברה אני תופסת אצלה מקום של דמות מיטיבה. ס' ציינה כי הטיפול נתן לה תחושה של סביבה מכילה ומקבלת להופעת העצמי האמיתי. היה מרחב ביניים לדמיון ומשחק ויצירתיות בדיאדה.
סיום הלימודים ותחילת העבודה מהווים עבורה שלב חדש בחיים, יחד עם תחושת אתגר ועיסוק בשאלות של גיבוש זהות: מי היא, וכמה היא אמורה לדעת ולקחת שליטה? וכמה היא יכולה ורוצה להמשיך להסתתר? שאלות אלה החלו להציף אותה בחרדות קונקרטיות של חשש מטעות תוך כדי עבודתה. היא מדווחת על קשיים להירדם ועל עיסוק אובססיבי בשאלות אלה, כשהיא מוצפת תחושות אשמה. באותה עת אני תוהה על חוסר הרציונליות שלה ולא מבינה על מה היא מתעקשת. בהמשך ניתן יהיה לפענח שהיא נאבקת ברצון לדעת או לא לדעת את הידיעות המתבררות לה בטיפול, ונאבקת בתחושות אשמה בעניינים הקשורים לתכנים מעברה שטרם ידועים לה (52)**.** כשהיא נאבקת עם עצמה לגבי הקשר עם החבר היא אומרת, "אני בסך הכול נרדמתי בתוך קופסה קטנה ועכשיו אני רוצה להתעורר. אני דופקת טוק טוק טוק..."

בשיח שלה בטיפול שזורים זה בזה נושאי ההורים ובן הזוג: היא מדברת על הזוגיות ומגיעה לתובנות על ההורים ולהיפך. מובן לה ולי שהתכנים שייכים לאותו מקור קונפליקטואלי שעומד לבירור.

הדפוס של התקפי החרדה החוזרים על עצמם בטיפול ומחוצה לו מזוהה שוב כפחד מפני ההתמוטטות שאירעה בעבר אך לא נחוותה, והיא מרשה לעצמה, לאט ובזהירות, לפגוש את התכנים המאיימים.

בשלב זה היא נופלת בפעם השנייה למצב דיכאוני ארוך יותר. היא אינה רוצה עוד להמשיך במסלול העבודה וההכשרה, ומוצאת את עצמה בבית כמה ימים. למרות זאת, היא ממשיכה להגיע לטיפול וחוזרת תוך זמן קצר לעבודה.

חיי הזוגיות מהווים עבורה כר למשחק ולדמיון שבו היא יכולה להציב את הדמויות כרצונה, עם שיתוף פעולה של בן זוגה: היא בוחרת להכניס שותפה שלישית לדירה שלה עם בן זוגה. התנהלות זו מובנת כניסיון לא מודע שלה לחזור לחיי משפחה נורמטיביים של אבא, אמא וילדה. ניתן להבין כי בפנטזיה היא מכניסה את המאהבת שהייתה לאבא אל החיים שלה היום, כדי להתמודד אחרת עם מה שהתרחש בעבר, לצורך שיחזור ותיקון בהווה. נראה שבדירת השלישייה היא בתפקיד הילדה שמחפשת הורים.

כאן היא מרחיבה את השיח על יחסי האובייקט ונזכרת באירועי עבר שנשכחו ממנה, כגון חוויית היותה נטושה אצל סבתה כאשר ההורים התגוררו במקום אחר לרגל לימודיהם. תגובה תוקפנית חבויה לא מאחרת לבוא ומופיעה בתוך חלום שבו נשזרות דמות האב ודמות בן הזוג: "או שהוא מת או שמתחתנים." לא ברור כלפי מי יש לה משאלות מוות. אני מבינה שהיא גם עסוקה בתכנים אדיפליים בלתי פתורים ומשאלות על חיבור פנטזיוני לאב.

שלב נוסף בטיפול מתרחש כאשר היא מחליטה לבקר בקבר סבתה: לראשונה היא עולה לשם לבד. כאילו רצתה לפגוש אותה לשיחה אינטימית, כבוגרת שמעזה לשאול אותה שאלות על העבר. היא בוכה שם וחשה עצב. היא מבינה שחרדותיה ביטאו את הכעס, האכזבה והפגיעוּת שנחשפה לה. בסמוך לכך היא נזכרת שבהיותה ילדה קראו הוריה את יומנה הסודי, דבר המתקשר לחודרנות שלהם כבר אז. שאלות על חשיפה והסתרה, שעוד יתבררו בהמשך הטיפול, מובנות עתה כניסיון שמירה שלהם פן תדע ותבין, פן תבוא בביקורת ושמא תפתֵח נפרדוּת. המאבק בינה לבין אביה מחריף כעת במציאות: היא חושפת יותר את רצונותיה השונים, והוא מאיים עליה בניתוק הקשר, מה שניתן לפרש גם כפחד שלו מאינטימיות איתה ועם המשפחה.

אני מזהה שהחרדות של ס' פינו מקום לדכדוך. היא מרשה לעצמה להתאבל, ומבינה שהיא מאבדת את דמות האב הכל-יכול שלה, הממשיך להיאבק בה הפעם באופן הפוך: הוא מגדיל את האידיאליזציה שלה, מאדיר בפניה את כישוריה וערכה בעיניו, ומנסה כך לפייס אותה או להשתיק אותה. היא חשה זאת ונאבקת בקולות השונים בתוכה. היא מתווכחת איתו ועם עצמה על היותה בן אנוש רגיל עם חולשות, בעוד שהוא ממשיך לִרצות שהיא תישאר קטנה ונערצת כדי לשמר את כוח ההשפעה שלו עליה. בשלבי העצמאות השונים, אני מזהה בהעברה ובהעברה הנגדית את המעברים של ס' בין העמדה הסכיזו-פרנואידית לעמדה הדיכאונית(53): בתחילת הטיפול היא הביאה יותר חלקים מפוצלים וראתה רק דרך הסתכלות אחת, שלפיה ההורים הם דמויות חד-משמעיות – הורים מיטיבים בלבד; ככל שהטיפול מתקדם, היא רואה את החסרונות והקשיים ומתפתחת לעמדה דיכאונית המורכבת מחלקים מגוּונים וסותרים: היא מוותרת על הפנטזיות ומעלה אפשרות שהיא תסתדר כלכלית בלעדיהם.

עם התובנות מגיע הדיכאון בפעם השלישית, והיא שוב מתקשה לתפקד במציאות.

**דילמה מקצועית**

לאחר שמונה חודשים, הטיפול מניב תובנות והתפתחות וס' מתמסרת לתהליך הטיפולי באופן שאין צורך לעצור אותו או לשנותו. אני מזהה הישגים חשובים בעבודתנו עד כה, ובוחנת את אפשרויות הטיפול המוכרות לי על פי תיאוריית יחסי האובייקט:

ניתן להמשיך לבחון את עברה עם הוריה ועם הסבתא שגידלו אותה כ"אם שאינה טובה דיה" ופגעו בהכלה ובהחזקה ההורית המצופה מהם (49).
יש להמשיך ולבחון את השלבים שבתהליכי ספרציה-אינדיבידואציה כילדה וכבוגרת (54),ולבחון כיצד והיכן רכיבי ביתא בנפש לא הגיעו לכלל חשיבה או משמעות (55).

יש צורך לסייע לס' להמשיג את ה-"unthought known", לחשוב אותם ולתת להם שֵם (56, 16); צריך גם לבחון כיצד היא נדרשה להגן על אמה מפני קשייה וחרדותיה של האם, ועקב כך מימשה את הזוגיות והחיים המקצועיים שלה עצמה בהתאם לצרכיה של האם, ולא מתוך תחושה פנימית של עצמי אותנטי (57).

יחד עם זאת עולות בתוכי מחשבות נוספות:
אני מזהה שס' חוזרת ומשתמשת במנגנוני ההגנה שפיתחה לעצמה בדפוס של כניסה למצבי חרדה ודיכאון, בבחינת תגובה ופתרון למפגש עם קונפליקטים מודעים ולא מודעים לה.

אני מבינה שבעולמה הפנימי, כל עוד היא נוקטת דפוס של חזרה כפייתית על הדפוס המוכר לה והמשתחזר מחוויית הילדות המכאיבה לה, שאינה ידועה עדיין, יידרש ממנה מאבק פנימי לא קל – ולעיתים ארוך ומתיש – על מנת למצוא פתרון אדפטיבי יותר לקונפליקט. אני מבינה שיש בסיס משותף למצבי החרדה והדיכאון ואני מעוניינת להגיע לשורש הדברים.

בנוסף, במציאות החיצונית, ס' משלמת מחיר יקר בנפילותיה למצבים שבהם היא מושבתת לגמרי מתפקוד, לא הולכת ללימודים או לעבודה ומסכנת את מעמדה המקצועי, למרות שהיא מקבלת גם טיפול תרופתי.
בשלב זה אני מתחילה לבחון אפשרות לשלב בעבודתנו את פסיכותרפיית EMDR, מתוך היכרותי את השיטה והידיעה שהיא נותנת מענה ממוקד הן לדפוס השחזור והן למצבי דיכאון. אני סבורה שהתהליך הטיפולי בגישה זו יעמיק בעיבוד התכנים הקונפליקטואליים ויהיה בעל ערך לטווח ארוך. אני סבורה גם שהמיקוד יקצר את משך הטיפול, ובכך יסייע להפחתת משך הסבל.

לדיון בקולות הסותרים בתוכי זיהיתי קיומו של תהליך מקביל אצל המטופלת: אצלי עלה מצד אחד רצון להישאר נאמנה לידע האנליטי הישן, המוכר והטוב; ומצד שני עלה רצון להעז ולהכניס חומר חדש עם ההסתכנות הכרוכה בהתנסות חדשה. אצל המטופלת היה זה המאבק שלה האם להכיר משהו חדש או נועז מעולמות לא מודעים, או להישאר נאמנה לידע הקיים בתוכה זה מכבר.

ניתן לחשוב שהעיבוד שעשיתי והבחירה בשינוי שבחרתי, היו בשבילה ה-reverie, הטרנספורמציה, והעיכול שעיכלתי במקומה ולמענה. ניתן לראות שהתהליך שעברתי אני סייע לה באופן לא מודע להתחבר, דרך השיטה הטיפולית החדשה, להזדהות איתי ועם הזמנתי הטיפולית, ומתוך כך להיות מסוגלת להמשיך ולעכל חומרים קשים, להכניס לתוכה ידע חדש, כפי שהתבטא בהמשך התהליך הטיפולי בשיטת EMDR.

משבחרתי לעבור שיטה, אני מתחילה לחשוב עליה במונחים השייכים לפסיכותרפיית EMDR:
אני חושבת שבשיטה זו נוכל להתייחס לחוויות ילדותה ולקֶשר עם ההורים כתכנים הממתינים לעיבוד וכטראומה לא מעובדת, שבמונחי EMDR נקראת טראומה קטנה – כלומר, טראומה סובייקטיבית שנשארה בלתי מעובדת ויש לה השלכות על ההווה, אולם אינה עונה לקריטריון של טראומה על פי DSM. ניסוח דומה מצאנו בביטוי "טראומה התייחסותית" אצל דה יונג (58).

אני חושבת שבזכות העיבוד הממוקד בפסיכותרפיית EMDR, ס' תרוויח שני דברים:
1. היא תעבד מוקדים חשובים העומדים בבסיס הקונפליקטים שלה, וחומרים חשובים אלה ישפיעו לטובה גם על חייה בהווה וגם על חייה בטווח הארוך, בעתיד.

2. במציאות החיצונית, הסבל שלה יתקצר והיא תיחלץ מהר יותר ממצבי החרדה והדיכאון שמקשים על תפקודה היום-יומי.

**2. המשך פרק א' – פסיכותרפיית EMDR**

**במהלך ארבעה חדשים (בשילוב שיחות לפי הצורך בין מפגשי העיבוד)**

כדי לתאר את התהליך שעברנו, אבהיר כמה מונחים הקשורים לעבודה בשיטה זו:

NC – negative cognition – אמונה שלילית על עצמה בהתייחס לזיכרון הנבחר, נבדק לפני תחילת העיבוד.
PC – positive cognition – אמונה חיובית שהייתה רוצה שתהיה לה בנוגע לזיכרון זה, נבדק בסיום העיבוד.
SUDS – Subjective units of distress scale – רמת המצוקה מ-0 עד 10 ביחס לזיכרון הנבחר, כש-10 מסמן מצוקה גבוהה ו-0 מסמן היעדר כל מצוקה.

במשך ארבעת החודשים הללו עלו חמישה זיכרונות של אירועים מהעבר, שאותם בחרנו לצורך עיבוד EMDR.

**זיכרון מס'1: "הצגה במשפחה", גיל 4, פגישה אחת, 10 :SUDS**

אירוע משפחתי שבו היא מתבקשת לשיר או לרקוד נגד רצונה. מתביישת, סובלת ונבוכה, פוחדת מהסביבה, רע לה נפשית וחשה עצב פנימי.

בהכנה לעיבוד הזיכרון היא הגדירה:

אמונה שלילית (NC): "אני חלשה". אמונה חיובית שהיתה רוצה לחשוב על עצמה (PC): "אני חזקה, יכולה לעשות טוב". SUDS: 10 (המצוקה הגבוהה ביותר).

**האסוציאציות שעלו עם הגירוי הבילטרלי**: מועקה, זיכרונות שונים מאירועים משפחתיים שונים, פחד שהכול יצוף, שלא יהיה איזון, שתתפרק. היא מפחדת לשחרר, רוצה לצאת מהחדר הטיפול תוך כדי עליית האסוציאציות. היא נכנסת להתקף חרדה, רוצה להקיא למרות שבעבר לא הקיאה אף פעם. לאט לאט היא נרגעת וחשה הקלה.

 בסוף השעה: רמת המצוקה היא 0. בתגובה לכלי החדש, היא מתפלאת ומתפעלת מהשיטה, מופתעת מהתוצאות הטובות ושואלת איך זה עובד כל כך מהר.

**מהזווית הדינמית**: בעיבוד זה, ס' עסקה בסוגיית התלות-עצמאות, בנושא הריצוי. היא חוותה נפרדוּת חדשה ביחסי האובייקט, וחשה שהיא חזקה ומסוגלת לבחור אחרת מהציפיות של הסביבה.

לפגישה הבאה הגיעה עם חידוש ושינוי במציאות: היא עוברת לגור לבד בדירה שכורה. זהו פתרון אחֵר לניסיונה הקודם, שם הכניסה שותפה שלישית כפנטזיה למשפחה שרצתה שתהיה לה. הפעם היא מתנהלת כנערה מתבגרת שיוצאת מהבית למגורים נפרדים ועצמאיים. היא נפרדת במגורים מבן זוגה ששימש לה גם דמות אב, מה שיאפשר לה בהמשך לחזור אליו כבת זוג.

**זיכרון מס' 2: "הפרידה מהחבר הראשון", גיל 17, פגישה אחת, :SUDS 7**

"אני יושבת אתו בחדר, ומרגישה כאילו נפלתי לו משום מקום לאחר ניתוק רב. אני מבינה שהוא אף פעם לא אהב אותי. אני התאהבתי בדמות שלו. הייתי מגוחכת בעיני עצמי ולא מתאימה לסיטואציה."

**אסוציאציות**: אירועים וזיכרונות שונים שהתרחשו בקשר עם בחור זה ובדינמיקה המפותלת שהייתה ביניהם, ומסיימים לעבד גם אירועים נוספים שהתרחשו בקשרים עם חברים אחרים.

בסיום הפגישה היא מרגישה עייפה מאוד אבל בסדר;SUDS : 0.

בתחילת הפגישה הבאה ס' מדווחת שנוח לה מאוד עם עצמה. מרגישה מתאימה לסביבתה וחשה שיש לה תקווה.

**מהזווית הדינמית**: בעיבוד זה היא חזרה לעבד את הקשר המשמעותי הראשון עם בן זוג, שמשחזר חוויה אדיפלית ואת הקשר עם אבא שאופיין בשני מרכיבים: 1. אימפולסיבי ושטחי, 2. מוצף רגשות חמים ועזים ואחר כך ניתוק ארוך.

**זיכרון מס' 3: פחדים וסיוטים, גיל 6, פגישה אחת, SUDS: 8**

היא ילדה קטנה, יושבת בסלון בחושך, רואה בטלוויזיה סרטים מפחידים. אבא ואמא לא בבית והיא רק עם סבתא. מאז היא רואה בפלשבקים תמונות של דמויות מפחידות, של אנשים מפחידים מתקיפים ומסתתרים... שלדים... חווה התקף חרדה בחדר הטיפול.

**אסוציאציות**: "אם לא אפחד אוכל לחשוב, יהיה לי המון זמן לדבר על דברים אחרים. אבא אומר שהדרך ללמוד על החיים עוברת דרך למידה על דמויות מתוך ספרים. ואני לומדת מהחיים. לא מסננת. כך סרטים נהיים חודרניים בשבילי, ואני צריכה להפסיק עם זה. להפסיק לשאוב את כל העולם. אני צריכה להסתמך על עצמי. משהו זועק בתוכי שאני לא רוצה לפחד." SUDS: 5-6

סוף השעה הגיע וטרם סיימנו את עיבוד הזיכרון. אני שואלת אותה מה יכול לסייע לילדה הקטנה מהזיכרון להירגע? אני מסיימת את הפגישה בהסבר שדברים יכולים להמשיך ולעלות במהלך השבוע עקב המשך תהליכי העיבוד במוח, ומזמינה אותה לשים לב לתוכן שיעלה. אני מניחה שנמשיך בעיבוד בפגישתנו הבאה.

לפגישה הבאה היא מגיעה שונה ומפתיעה: מרגישה נהדר, יש לה תחושת שליטה, הפחדים והסיוטים נעלמו כתוצאה מהעיבוד שהתרחש באופן טבעי במהלך השבוע. SUDS: 0.

**מהזווית הדינמית**: תמונה זו עסקה בשאלת מצבי החרדה השונים שהציפו אותה מגיל צעיר עקב כך שלא הייתה מוחזקת רגשית. חשיפה לתכנים שונים שלא התאימו לגילה, והיותה בת להורים בלתי בשלים רגשית, חשפו אותה למצבי חרדה וסיוטים. כאן בטיפול יכלה לחוש את עצמה מוכלת ומוחזקת, הצליחה לחשוב מושגים שהיו בלתי נגישים ולהפוך אותם במונחים של ביון מחומרי ביתא לחומרי אלפא. עתה יכלה לומר לעצמה: יש לי שליטה, ואני יכולה לעמוד בזה.

 **זיכרון מס' 4: התקף שעלת, גיל 15, פגישה אחת, SUDS: 8**.

תמיד חשה חולנית. סבלה מאד ממחלת השעלת, חשה מחנק עם הצפה של פחדי מוות.

**אסוציאציות**: עולות תמונות שונות הקשורות לבריאות: פחד מוות בעבר – חבר לכיתה פצע אותה עד כדי שבירת האף. רופא המשפחה הציע לה שתמצא כבר חבר ותפסיק לבוא ולבקר אותו. סבתא חרדתית, שכל החיים חושבת שהיא עומדת למות כל רגע, שמרה עליה כשחלתה. בית מלנכולי עם דלות ועזובה. מתייחסים אליה רק כשחולים. SUDS: 0.

**מהזווית הדינמית**: זהו עיבוד נוסף לתחושות החולי, השבירות, חוסר המותאמות שחשה כילדה, שבריריות המכל ויחסי אובייקט.

**התפתחות מפתיעה: חשיפת סוד**

בשלב זה, במציאות שמחוץ לחדר הטיפולים, ס' קיבלה הצעת נישואין מהחבר, שהעז וידע שהפעם זה יצליח. היא סיימה את הבחינות ללשכת רו"ח, חשה מרוצה ומאוששת, ושמחה ביכולותיה לסרב לרצונות של אחרים כאשר הם לא מתאימים לה.

עתה, לקראת הנישואין והרישום המקובל ברשויות המוסמכות, התגלה סוד שעד כה לא היה מודע, לא נחשב ולא הומשג: התברר שההורים הסתירו ממנה מידע באשר לזהותה, שהתגלה כעת דרך הרשויות ועורר את זעמה הגלוי כלפיהם. דרך העבודה שנעשתה בחדר הטיפולים, היא יכלה להביט במציאות באופן ביקורתי ונוקב בעודה חשה מרומה וכועסת, ובחרה דרך פעולה כדי לחלץ את עצמה מהבעיה שנוצרה. במהלך הטיפול הנחתי שיש מקור סמוי לחרדותיה, ועתה, לאחר שרכיבי ביתא הפכו לאלפא והתמונה התבהרה, צפיתי שהחרדות יירגעו אט אט.
 ס' החלה בשיח ביקורתי נוקב כלפיהם בתוך הטיפול וחזרה לשיח הדינמי המוכר לה.
ניתן לראות בהתרחשות זו משמעות משתי הזוויות הטיפוליות:
מהזווית הדינמית, רצף שיחות זה יכול להיות המשך מתבקש לעיבוד, לאור התכנים שעלו והציפו אותה בעיבוד EMDR.

מזווית EMDR, ניתן לראות זאת כשלב 8 בפרוטוקול, שהוא השלב האחרון, המתקיים לאחר סיום עיבוד התמונה. בשלב זה מתקיימת הקשבה להתרחשויות שאירעו לאחר עיבוד התמונות, ומתקיימת בחינה של תוצאות או הישגים. מזווית EMDR, העיבוד הקנה לס' יכולת להתבונן בתכנים חדשים שעד כה לא עלו בטיפול הדינמי, ושלא יכלה לפגוש בתוכה.

לצד עוגמת הנפש העצומה סביב הגילוי החדש, שתינו מזהות שזהו גם הישג טיפולי רב משמעות מבחינתה: היכולת לכעוס על הוריה ולומר לעצמה את האמת שהייתה קיימת, אבל לא נחשבת ולא ידועה.

**זיכרון מס' 5: גיל 20, גורי חתולים עזובים, שתי פגישות. SUDS : 7-8**

היא מוצאת עצמה אוספת גורי חתולים עזובים, ומתקשה להיפרד מהם ברחוב.

 **אסוציאציות**: נזכרת בעוד אנשים אומללים שפגשה בחייה, מרחמת על סבתא שחיה בדלות כשמסביבה עוד אנשים עזובים ואומללים, והכול אפור ומזוהם וחסר חיים. היא פוחדת להגיע למצב כזה. עולה יותר כעס על אמה, ותחושת בדידות ונזקקות. היא על סף בכי. "מי החליט שזה התפקיד שלי להושיע את כולם?" עתה מתחוור לה, שניתן לה התפקיד להציל אותם גם בנושא הזהות הלאומית של המשפחה לאחר נישואים מעורבים. "מישהו שם לא לקח אחריות ואני צריכה לשלם את המחיר! אני עסוקה באחרים במקום בעצמי!"

עכשיו היא לא רוצה יותר צער. "רוצה להתעסק בעצמי ולהתחבר לרגשות שלי." SUDS: 0

**מהזווית הדינמית**: היא ממשיכה לעסוק בתכנים שעלו בשיח הקודם, בספרציה ובעצמי המתפתח.

עד כאן EMDR.

**מעבר בין השיטות**

 לפני שנעבור לשלב הבא, ברצוני לחדד שלושה נושאים הקשורים למעברים של ס' בין השיטות:

1. דרך עיבוד התמונות של EMDR, עלו תכנים חדשים שלא עלו כלל בפרק הדינמי הקודם.

2. ס' בחרה בעצמה את שיטת הטיפול בכל שלב ושלב.

3.לאחר הפרק הנוכחי של עיבוד התמונות ב-EMDR, נראה היה כי היא חשה צורך לאסוף ולגבש את כל התובנות שהפיקה מהתמונות, ולהביאן לכדי סיפור בהיר. לכן חזרנו עתה לפסיכותרפיה פסיכודינמית.

**3.המשך פרק א' – חזרה לפסיכותרפיה פסיכודינמית, במשך כשנה.**

החרדות הוסיפו להירגע וזה אִפשר לה להשתלב יפה בעבודתה. הדכדוך, לעומת זאת, התגבר והתמקד לעצב ברור, תסכול וכעס מפורש על ההורים. היא החלה לברר את תחושותיה ואכזבותיה כלפי כל אחד מהם: חוסר היכולת האמפתית של האב והנרקיסיסטיות שלו, יחד עם חולשת האם שהתבטאה בתלותיות שלה באב, בקורבנוּת, בהכחשות ובחרדות.

כעבור חצי שנה, כאשר יש כבר תאריך לחתונה, שאלת זהותה והתרמית המשפחתית עולה מחדש במלוא עוצמתה. האם לגלות למשפחת החבר? מה לעשות עם החתונה?

הם מוצאים פתרון וממשיכים לשמור את הסוד גם מפני האורחים המוזמנים לאירוע.

לאחר הנישואים, עם בוא ההיריון, שוב עולה בעוצמה שאלת הזהות, ומופיעים כעסים נוספים על ההורים, על ההסתרה ועל הפתולוגיות שלהם.
יחד עם זה, עולות עתה גם יכולות חדשות:
1. היא מביעה כעס ממוקד ועמוק יותר על ההורים ועל אירועי עבר ספציפיים שלהם.
2. היא מסוגלת להכיל יותר אמביוולנציה ומורכבות של ההורים.

3. היא מעוניינת לפתור את בעיית הזהות ולנקוט צעד פורמלי. היא רוצה מחויבות וחיבור ואינה מוכנה עוד לשאת את תחושת התלישות, הזרות וחוסר היציבות שבית ההורים מסמן לה, יחד עם הנדודים של אבא שלא שייך באמת לשום מקום: לא לכאן וגם לא ממש לשם.

ס' עברה פרוצדורה מנהלית הקשורה להסדרת מסמכיה.

עם לידת בתה, יצאה ס' לחופשת לידה ארוכה, אשר כללה הורות מיטיבה ונינוחה, עבודה רוטינית טובה וזוגיות מאוזנת ומזינה. היה זה שיאו של הישג טיפולי רב ערך בשבילה, שהגיע עם סיום בירור הקונפליקטים. מדד התוצאה הטובה העיד על יעילות הטיפול.

**פרק ב'**

**1. פסיכותרפיה פסיכודינמית – שלושה חודשים**

לאחר הפסקה של שנתיים טובות, חזרה ס' לטיפול עקב דחק חדש, שהגיע בעוצמה חריפה ובאיכות פרנואידית: פחד מכספי המשפחה שקיבלה במתנה, שהיו נדיבים מדי ולא מותאמים ליכולת ההשתכרות שלה ושל בן זוגה. עלו פחדים שהעִסקה הכלכלית הסודית תתגלה שוב לרשויות, שהיא תועמד לדין ותידרש לשלם מחיר, ושוב, כבעבר, היא התקשתה למצוא פתרונות מציאותיים שונים שהעלינו. בנוסף חזרו קונפליקטים קודמים:
1.סוגיית המסמכים והזהות עלתה שוב, והפתרונות המציאותיים לא נמצאו יעילים.
2.התעוררה חרדה לא מציאותית לגבי מקום עבודתה.

נראה היה שהיא מתקשה להיפרד מהקשר האדיפלי, והיא שוב חזרה לתחושת חוסר היציבות: "כמו רכבת בלונה פארק." שוב עלה קושי להתעמת עם האב ולשים לו את הגבולות המתאימים לה, והיא חששה שהוא ינתק את הקשר.

כעבור שלושה חודשי טיפול פסיכודינמי, הכעס על ההורים לא נרגע ותחושות החרדה וההצפה נמשכו. הצעתי עבודת EMDR, מתוך תחושה ששוב עלה חומר בלתי מעובד וקשה לעיכול.

בבירור עם ס' עלה שיש לה תחושה שהנושאים שבחרנו עובדו דיים, אבל היא חוששת כעת מהקשיים שעלולים להתפתח בעתיד עם ההורים ועם עצמה. הצעתי שנעבוד על תמונת עתיד.

**2. פסיכותרפיית EMDR
עבודת עתיד – שתי פגישות.
עיבוד מס 6: כיצד אתמודד טוב יותר בבחירות שלי, השונות מהבחירות של הוריי ושל הסביבה?**

**האסוציאציות**: לא בטוחה בלגיטימיות של הכעסים שלה. מתארת קונפליקטים שונים עם ההורים ומדמיינת שהיא בוחרת שונה מהם. מתחברת לקונפליקט שלה עם עצמה: הצורך להסתתר מאחורי החלטות של אחרים לעומת הרצון להחליט לבד ובאופן עצמאי, מאבק פנימי שחזר שוב ושוב.

שוב עולים תכנים חדשים שלא עלו עד כה:
1. הפחד לבחור ולהחליט מעלה אצלה עתה סוגיה חדשה: קושי להפנות אשמה להחלטות ההורים בעבר ובהווה.
2. עיסוק בשאלה של הזהות והמיוחדות שלה: היא רוצה להיפרד מן המוצלחוּת הגרנדיוזית שהוריה שיקפו לה, דבר שהעמיד אותה כמו עלה נידף ברוח, ורוצה להיות מוצלחת מאוד, אבל רגילה, עם חולשות וקשיים לגיטימיים.

בסיום העבודה על תמונת העתיד, היא אומרת שהיא מבינה שייקח לה זמן להפנים את כל התובנות שהבינה כאן. בינתיים, היא בוחרת להיכנס לתפקיד כמו במשחק על הבמה ולחיות אותו. היא מדמיינת את עצמה לובשת גלימה ארוכה שחורה, חובשת כובע וחיה ומתנהלת עם עמוד שדרה זקוף!

**סיום הטיפול**

ס' סיימה את הטיפול בתחושה של שביעות רצון. היא חשה שהמצבים הדיכאוניים פינו מקום לאיזון, אופטימיות והמשך רצון למימוש העצמי, ומצבי החרדה שוב לא הופיעו כמעט. היא חשה מוכלת ומוחזקת, ומסוגלת להכיל בתוכה חומרים שהיו ללא שֵם. היא הצליחה לחוות את אירועי העבר מעוררי החרדה שטרם נחוו, וחשה בסיום שהיא מסוגלת ויודעת להתנהל טוב יותר. גם בזוגיות היא מצליחה לבטא את העצמי האמיתי שלה, יודעת לעמוד טוב יותר מול הקונפליקטים עם ההורים, חשה עצמאית בעמדותיה, מסוגלת לבטאן באופן ישיר ואינה תלויה עוד בהוריה כבעבר, גם כאשר הם נעלמים לה בעודה מבקשת את הקשר עמם.

ס' זיהתה שהישגים אלה משפיעים גם על תחום התעסוקה, שם היא יודעת לשלוט בקבלת ההחלטות שלה ללא התקפי החרדה הקודמים ורוצה להתקדם, וגם כהורה – היא חשה מסוגלת לנווט את חיי משפחתה ופיתחה שאיפות ללדת ילדים נוספים.

בהעברה ובהעברה הנגדית אני מזהה את המעברים שעברה מהעמדה הסכיזו-פרנואידית לעמדה הדיכאונית (53).בעוד שבתחילת הטיפול הביאה ס' יותר חלקים מפוצלים וראתה את הוריה כדמויות חד-משמעיות – כהורים מיטיבים בלבד, בסיום הטיפול היא הייתה מסוגלת לראות את החסרונות והקשיים שלהם ושל מכלול חייה, והתפתחה לעמדה דיכאונית המורכבת מחלקים מגוּונים וסותרים: היא הייתה מסוגלת לוותר על הפנטזיות ולהעלות אפשרות שתסתדר בלעדיהם, אפילו כלכלית.ס' באה לשתי פגישות מעקב בהפרש של חודש. המקום הנינוח שלה בתוך הזוגיות אִפשר לבעלה לפגוש את החלקים השונים שבתוכו, כולל חלקים חלשים עם קונפליקט, דבר שמעולם לא העז להעלות. בעצתה, הוא פנה לטיפול EMDR, שבסיומו דיווח על הקלה גדולה. ס' דיווחה שכזוג הם חשים איזון מחדש, וממקום של יחסים פטריארכליים עברו לנהל יחסים הוריזונטליים ומשלימים. התפתחה גמישות בתפקידים, והתקיימה הכלה ותמיכה הדדית.

**דיון**

בחלק זה של המאמר אסביר כיצד EMDR – מלבד היותו כלי עצמאי – מספק הרחבה, השלמה ופיתוח לטיפול הפסיכודינמי.
הרעיון העומד מאחורי תפיסה זו הוא שהטיפול הפסיכודינמי מנותב לשיח בערוץ קוגניטיבי ורגשי, ואילו הטיפול ב-EMDR מוסיף עוד שני ערוצים שבהם הטראומה מופיעה ומשוחזרת: הערוץ הסומטי והערוץ הסנסורי.

דרך העיבוד של מכלול ארבעת הערוצים המופיעים בפרוטוקול, מתרחש התהליך הטרנספורמטיבי של מה שהיה וטרם עבר עיכול, עיבוד וחשיבה, ומתוך כך מגיעה גם ההקלה.

בהתבוננות בשילוב הגישות הטיפוליות מהזווית הדינמית, ניתן לחשוש כי עבודת EMDR – עקב מעורבות המטפל בהרגעה, בשזירת התערבויות תומכות ובשימוש בטכניקה של גירוי בילטרלי – פוגעת באיכות הטרנספרנס ובאופי שלו, דבר העלול לפגוע באיכות הטיפול.
יש מקום לשים לב למגבלה חשובה: בחזרה מטיפול EMDR לטיפול דינמי אכן מתרחש שינוי בטרנספרנס. המטפל, שנחשף בהתערבויות שונות, לא יכול להישאר עלום כפי שהיה. בשלב זה מתפתח טרנספרנס מסוג אחר משהיה קודם ועשויים להיות תכנים שלא ניתן יהיה לחזור אליהם. זהו מחיר שיש לקחת בחשבון עם השילוב.
לצד זה, יש רווח בעיבוד המשולב: הבסיס המשותף לשתי הגישות מניח שקיימים אירועי עבר בלתי מעובדים המשפיעים על הופעת סימפטומים בהווה. הטכניקה של חיפוש זרם האסוציאציות החופשיות, המיקוד בהמשגת הזיכרון עם ארבעת הפרמטרים שצוינו, כפי שמציג הפרוטוקול בן שמונת השלבים – מדייקים וממקדים את נושאי העיבוד ומאפשרים, לאור הניסיון, נגישות לחומרים שלא בהכרח עלו בטיפול הדינמי, וכך להישגים באיכות הטיפול ובתוצאותיו.
נראה אפוא שהפגיעה ברגרסיה העמוקה משפיעה על הטיפול, אך לא פוגעת בתוצאותיו.

**יעילות EMDR בהמשך לעיבוד הפסיכודינמי**

לאור הניסיון הטיפולי המתואר בספרות, ולאור ניסיוני שלי, ניתן לראות כי EMDR מאפשר אינטגרציה של אישיות שלמה מתוקף הכללה של כמה אלמנטים:

1. עקב העיסוק בתמונות עבר ותמונות הווה, מתרחש עיבוד מלא של קונפליקטים ומושגת מודעות.
2. המיקוד בהגדרת האמונות השליליות בתחילת הטיפול מפנה מייד את הקשב הטיפולי לעבודה על העצמי, במקום הנטייה הרווחת בתהליכים טיפוליים לעסוק בהשלכות. באופן זה מתקצר התהליך ונחסך זמן יקר, בעוד שבטיפול הפסיכודינמי המטופל עשוי להשקיע זמן רב מאוד במאבק עצמי בין קולות סותרים: בין הרצון למודעות עצמית ואחריות, לבין הנטייה הטבעית להשתמש בהשלכות ולא לקחת אחריות.
3. ניטור רמת המצוקה מחדד את רמת המודעות ומאפשר להחזיר את תחושת השליטה העצמית לידי המטופל.
4. שיטת העבודה לפי הפרוטוקול מסייעת לאינטגרציה טובה יותר בין גוף ונפש, ומצמצמת בכך את הנטייה לפיצולים ולניתוקים.

בעבודתי האינטגרטיבית, כפי שהודגמה במקרה שתואר לעיל, מצאתי ששילוב של טיפול פסיכודינמי עם פסיכותרפייתEMDR מאפשר:

1. עיבוד מוקדים חוסמים שונים ומגוּונים, העולים בטיפול על מצע וברצף של טיפול דינמי, שעד כה לא הצליחו לעלות בכוחות עצמם.
2. קיצור משך הטיפול, שאינו בא על חשבון איכות התוצאה. זוהי טכניקה טיפולית שניתן לראותה כווריאציה חדשנית ומשוכללת של החשיבה הדינמית.

לסיכום ההבנה של מהות ההבדל בטיפולים השונים, אציין היבטים ואפיונים של טיפול פסיכודינמי כפי שניסחו לישרינג ושרדר (6 ו-5 בהתאמה), ואוסיף עליהם את הזווית שאני מוצאת ב-EMDR.

1. **המנגנון הדינמי בהשוואה ל-EMDR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **מרכיבים בטיפול** | **טיפול דינמי** | **טיפול EMDR** |
| התנהלות הטיפול | חופשי | נותן מבנה כללי ובתוכו התנהלות חופשית |
| התנהגות המטפל | צופה, קשוב ומפרש | צופה וגם מעודד, תומך ומרגיע |
| ידע המטפל | פתוח לחומרים חדשים מהמטופל | ממתין לחומרי המטופל ומשלב הרגעה ונורמליזציה |
| מוקד הטיפול | קונפליקטים ויחסים לא מודעים, טרנספרנס | התנהגויות ויחסים בחיי המטופל, טרנספרנס מתורגם לדפוסים בהווה הנדרשים לעיבוד. |
| מקום הרגש | דגש על רגש וביטוי רגשי | חיפוש רגש, תוצאות ברות מדידה |
| חקירת הימנעות | חקירת ניסיונות ההימנעות ממחשבות ורגשות סטרסוגניים | אין חקירה מובנית.יש עקיפת ההימנעות באופן מובנה, דרך הזמנה להגדרת הקוגניציה השלילית |
| חקירת דפוסים | חקירת דפוסים ותמות חוזרות | החקירה נעשית דרך חיפוש זיכרונות התואמים לקוגניציה שהוגדרה |
| דיון | דיון על ניסיון העבר | אין דיון. יש עיבוד אירועי עבר |
| מיקוד ביחסים  | מיקוד ביחסים בין-אישיים  | קיים דרך הזיכרונות והסוגיות הנבחרות |
| מיקוד ביחסים | מיקוד ביחסי מטפל-מטופל | חשיבות רבה לברית הטיפולית, אך אינה נחקרת. |
| חקירה | חקירת חיי הפנטזיה | חקירת תמונות עבר, חיים פרה-וורבליים וחלומות |
| הצלחה | העלאת חומר למודע | מדדי תוצאות על פי סולם סובייקטיבי |

**דילמות וכיוונים טיפוליים**

יחד עם היתרונות הרבים של הבחירה בשילוב של טיפול EMDR בתוך טיפול פסיכודינמי, מתעוררים במהלך השילוב מספר נושאים הראויים לתשומת לב ולהקפדה:

**החוזה הטיפולי**: בכל סוג של פסיכותרפיה מתקיים חוזה טיפולי הייחודי לשיטה. אחריות המטפל היא להבהיר את החוזה הטיפולי, גם בתחילת הטיפול, וגם בכל שלב במהלך הטיפול שבו מערך היחסים עומד להשתנות.

**גמישות**: המעבר בין גישות שונות מהווה אתגר לא קל למטפל ולמטופל, הנדרשים לבנות בתוכם עמדות שונות. לשם כך נדרשת משני הצדדים מידה מספקת של גמישות. המטפל צריך להיות בקיא בשתי השפות, ועליו לזהות את המשאבים ואת יכולת האינטגרציה של המטופל.

**עמוק וארוך – יעיל וקצר**ההשוואה המקובלת בין העומק והאורך של הטיפול הפסיכודינמי לבין היעילות והקיצור של EMDR, מעוררת מחשבה סטריאוטיפית נפוצה על יתרונו של העמוק והארוך על פני היעיל והקצר. אולם, מאחר שפסיכותרפיית EMDR מתייחסת כאמור לעבודה בארבעה ערוצים, הרי שכאשר ערוץ מסוים אינו זמין, ניתן לגשת לעיבוד מתוך ערוץ אחר, זמין יותר (למשל, סומטי במקום קוגניטיבי). ההטבה המושגת דרך הערוץ שנבחר מאפשרת הרגעה כללית, המשפיעה באופן מיטיב גם על שאר הערוצים, וכך על מכלול הנפש. לפיכך יש לראות הישג זה כתוכן משמעותי ויציב בטיפול, למרות שהושג ביעילות ובזמן קצר.

**צמצום המרחב ההשלכתי**: המטפל, שב-EMDR נוקט עמדה אקטיבית, יגרום בחזרתו לעמדה הדינמית לצמצום מידת ההשלכתיות של המטופל עליו, דבר הגורם לכך שתכנים מסוימים לא יעלו ולכן ייחסמו לחקירה משותפת. על המטפל להיות ער לאפשרות זו ולטפל בכך.

**בלבול**: מעבר בין שתי שפות טיפוליות שונות עלול לבלבל את המטופל, ולעיתים גם את המטפל המיומן פחות. למשל, מטופל הרוצה לדבר הרבה ללא הכוונה, כפי שעשה בטיפול הדינמי, אולם עתה, בעמדת EMDR, יש להגבילו ולהתאימו לפרוטוקול. וכך גם להפך: בעמדה הדינמית יבקש המטופל הכוונה מהמטפל. במצב זה על המטפל להיות ברור מאוד לעצמו ולמטופל בהצגת ההתנהלות הנוכחית.
אי-שמירה על העמדה הנבחרת עלולה ליצור תחושת חוסר יציבות והצפה כאוטית, ומצב כזה יכול להביא לנשירה מהטיפול או לחשיבה מוטעית על חוסר היעילות של טיפולי EMDR. לפיכך על המטפל להיות בקיא בשתי השיטות ולדעת לנהל נכון את המעברים.

**קצב הטיפול**: בטיפול הפסיכודינמי המטופל קובע את קצב ההתקדמות שלו ואת קצב התכנים שהוא רוצה או מסוגל להביא. בטיפול EMDR, טכניקת העבודה גורמת להאצת קצב האסוציאציות, דבר היוצר לעיתים תחושה של פחות שליטה, יותר הצפה וחרדה, ותכנים רגשיים מגוּונים בעוצמות גבוהות. יש לבחון אם המטופל מסוגל להכיל עוצמות ואינטנסיביות מסוג זה.

**נקודת המעבר מטיפול פסיכודינמי לטיפול EMDR**
1. **העיתוי**: יש לזהות עצירה או עיכוב בהתפתחות התהליך שאינו מגיב לשיח הפסיכודינמי, באופן שגורם למטופל לחזרה כפייתית של קונפליקטים לא פתורים, או לרגרסיה שבה הוא משלם מחיר יקר ומשמעותי. נראה שלא פשוט להתוות קו מעבָר ברור, ויש מקום להתלבטות של המטפל בכל מקרה ומקרה.
2. **המניע**: יש להקפיד שהמטפל לא יפעל מתוך מנגנונים לא-מודעים נרחבים שלו, כגון אומניפוטנציה, הזדהות השלכתית, רצון לרַצות את המטופל או להצילו, דחפים שונים של ביטוי בפעולה, קושי לשאת את תוקפנות המטופל או את שתיקתו, ועוד.
יש להקפיד שהמניע יעלה בקנה אחד עם הקריטריונים של התאמה לטיפול EMDR: מיקוד נושא או אירוע, משאבים מספיקים, והערכה של רמת הסימפטומים או הפתולוגיה שמאפשרים עיבוד.

**נקודת המעבר מטיפול EMDR לטיפול פסיכודינמי**לאחר סיום העיבוד וזיהוי הישגים ברורים, כאשר עולה הצורך לדון בתובנות שעלו, יש מקום לחזור לטיפול הדינמי.

**המעבר בין השפות מהזווית הפסיכודינמית
חסימה או הפחתת הרצון לחקירה**: נוסף על הנאמר בדבר השינוי בטרנספרנס, יש לשים לב כי השיח הפסיבי לעומת האקטיבי בין הטיפולים השונים מאתגר את המטפל והמטופל גם יחד. במצבים שבהם לא המטופל לא היה בשל למעבר, עלולה להתעורר תחושה שיחסי המטפל-מטופל דינמיים, כאילו נפרצו. מצד אחד אינטראקציה זו יכולה לפתוח דיבור על החלקים החדשים שנחשפו ועל הדינמיקה שהיא מעוררת; אולם מצד שני, אם לא הייתה בשלות מספקת לשינוי, או שלא הייתה הכנה מתאימה, או שזה הפגיש את המטופל עם חווית חרדה סמויה או גלויה – עלולה עתה להופיע אצל המטופל חסימה לחקירה וביטויי התנגדות לחזור להמשך השיח הדינמי. לפיכך המטפל צריך לדעת להעריך נכון את רמת הבשלות של המטופל בכל שלב טיפולי הדורש שינוי, ולהגיב בהתאם. **שינוי תגובות ההעברה**: שינוי תגובות המטפל יכול לגרום לתגובות העברה חדשות. למשל, דמות מטפל בעלת אופי חודרני ומסיג גבול, או להפך: דמות פרמסיבית המגיבה בהגנת יתר, ועוד.
המטפל הפעיל, התומך ומרגיע ב-EMDR, משפיע בכך על היווצרות תחושת טובות יותר ומזמין יותר טרנספרנס חיובי. המטפל הפסיבי והנמנע, בטיפול הפסיכודינמי, מאפשר בכך הופעת חרדה ורגשות קשים, ומזמין בכך יותר טרנספרנס שלילי.

בחזרה לשיח הפסיכודינמי, יש לסמן תופעות אלה ולדון בהן כחלק מהתופעות של יחסי מטפל-מטופל הזקוקים לפענוח ולפירוש. הקושי במעברים בתוך הטיפול המשולב יכול לסייע ולהזמין דיון על הקושי במעברים בחיי המטופל.
**המעבר בין השפות מזווית EMDR
הגדרת מוקד**: המטפל צריך לדייק ולהגדיר מוקד טיפולי, שיכול להיות אירוע נקודתי או דפוס התנהלות.
**יכולת לשינוי שיח**: יש לבחון אם טכניקה ממוקדת זו תתאים למטופל שבחר מראש בטיפול דינמי המנוהל בשיח חופשי ללא מטרות והגדרות, או לאחר שכבר למד והורגל בכך.

**סיכום**

במאמר זה הצגתי עבודה טיפולית המשלבת את שיטת EMDR בתוך טיפול פסיכודינמי, בידי אותו מטפל. לצד המחלוקת העקרונית בסוגיית שילובי הטיפולים, הדגמתי כי יתרונות השילוב עולים על החסרונות, ומביאים לשילוב מוצלח ולהשלמה הדדית: EMDR מוסיף נגישות למקומות חסומים ובלתי זמינים לנפש, והטיפול הפסיכודינמי מסייע לאינטגרציה של כלל המידע בתוך הנפש ולאגו יותר מודע ואדפטיבי.

בהתבוננות בתהליכים הגלובליים המשתנים ברחבי העולם של המאה ה-21, ניתן לראות כי נעשות פריצות דרך מדעיות בתחומים רבים ומגוּונים כמו גם בעולם התקשורת: המחשב, האינטרנט, הרשתות החברתיות – הכול כל כך מהיר ויעיל ומתומצת.
 נראה לי שתהליכים אלה לא פסחו על עולם הטיפול, והשילוב של פסיכותרפיית EMDR בתוך טיפול פסיכודינמי, כפי שמוצע כאן, מבטא מגמה זו בעולם ומאפשר התוויית דרך חדשה בתוך עולם הטיפול הפסיכודינמי.

ספרות

1. Shapiro, F. Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories. J Trauma Stress, 2: 199-223, 1989.
2. Shapiro, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols and Procedures. New York, New York Press, 1995.
3. de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., de Jongh, A. Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy, Cognitive Behavioral Writing Therapy, and Wait-list in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Incident Trauma: a Multicenter Randomized Clinical Trial. J Child Psychol Psychiatry 58(11):1219-1228, 2017.
4. Shapiro, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. J Anxiety Disord, 13: 35-67, 1999.
5. Shapiro, F. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. Perm J, 18: 71-77, 2014.
6. Bossini, L., Santarnecchi, E., Casolaro, I., et al. Morphovolumetric Changes after Treatment in Drug-Naive PTSD Patients. Riv Psichiatr 52(1): 24-31, 2017.
7. de Voogd, LD., Kanen, Jw., Nevill, DA., et al. Eye-Movement Intervention Enhances Extinction via Amydgala Deactivation. J Neurosci 38(40): 8694-8706, 2018.
8. Shapiro, F. EMDR, Adaptive Information Processing and Case conceptualization. Journal of EMDR Practice and Research 1(2): 68-87, 2007.
9. Shedler, J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. Am Psychol, 65:98-109, 2010.
10. Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: a Meta-Analysis. Arch Gen Psychiatry, 61: 1208-1216, 2004.
11. Lipke, H. EMDR and Psychotherapy Integration, CRC Press LLC, 2000
12. Fensterheim, H. Eye Movement Desensitization and Reprocessing with Complex Personality Pathology: An Integrative Therapy. J Psychother Integr, 6:27-28, 1996.
13. Carrigan, FM. Psychotherapy as Assisted Homeostasis: Activation of Emotional Processing Mediated by the Anterior Cingulated Cortex. Med Hypotheses 63: 968-973, 2004.
14. McCullough, L. Exploring Change Mechanisms in EMDR Applied to "Small-t Trauma" in Short-Term Dynamic Psychotherapy: Research Questions and Speculations. J Clin Psychol 58: 1531-1544, 2002.
15. Milton, J. Psychoanalysis and Cognitive Behaviour Therapy – Rival Paradigms or Common Ground? Int J Psychoanal. 82 (Pt 3):431-47, 2001.
16. אוגדן, ת. הקצה הפרימיטיבי של החוויה. פרק 7, תל-אביב, עם עובד, 1998
17. Lazarus, AA. Is There Still a Need for Psychotherapy Integration? Current Psychology 24(3): 149-152, 2005.
18. קטרון, ד. התערבויות פסיכודינמיות כחלק מטיפול התנהגותי-קוגניטיבי
 שיחות, כרך ד , חוב מס 1 נובמבר 1989
19. ויצטום, א., דסברג, ח. קשיים ביישום שיטת הטיפול הדינמי הקצר: התנגדויות המטפלים. שיחות כרך 1 חוב מס 1 אוגוסט 1986
20. Weissman, M., Cuijpers, P. Psychotherapy over the Last Four Decades. Harv Rev Psychiatry 25(4):155-158, 2017.
21. פרויד, ז. (1912). עצות לרופא על הטיפול הפסיכואנליטי. בתוך: הטיפול הפסיכואנליטי. עמ' 96-98, תל אביב, עם עובד, 2002.
22. פרנצי, ש. בלבול השפות בין המבוגרים והילד. תל אביב, עם עובד, 2005
23. Rozenzweig, S. Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. Am J Orthopsychiatry 6: 412-415, 1936.
24. Reich, W. Character Analysis, New York, Oregon Institute Press,1949.
25. באלינט, מ. רגרסיה טיפולית, אהבה ראשונית והשבר הבסיסי. בתוך: השבר הבסיסי, תל אביב, עם עובד, 2006
26. זיו ביימן, ש., גולן, ש. מהי פסיכותרפיה אינטגרטיבית, שיחות כרך כ"ח , חוב מס 2, מרץ 2014
27. Messer, SB., Winokur, M. Some Limits to the Integration of Psychoanalytic and Behavior Therapy. Am Psychologist, 35:818-827, 1980.
28. Fonagy, P. The Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapies: An Update. World Psychiatry 14(2):137-50, 2015.
29. Wachtel, PL. Psychotherapy Integration and Integrative Psychotherapy: Process or Product? J PsychotherIntegr 20(4) 406-416, 2010.
30. Wachtel, PL. Pathways to Progress for Integrative Psychotherapy: Perspectives on Practice and Research. J Psychother Integr 28(2): 202-212, 2018.
31. Wachtel, PL. Psychoanalysis and Behavior Therapy. New York, Basic Books, 1977.
32. Lazarus, AA. Multimodal Behavior Therapy. New York, Springer, 1976.
33. Stricker, G., Gold, J. Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration. 2nd ed., pp 221-240. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
34. Ryle, A. Psychoanalysis and Cognitive Analytic Therapy. Br J Psychotherapy, 10: 402-404, 1994.
35. Young, JE., Klosko, JS, Weishaar, M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford Press, 2003.
36. פרי, ט. טיפול פסיכו דינמי וטיפול קוגניטיבי התנהגותי – שילוב אפשרי? שיחות כרך כ"ב חוברת 2: 35-
142, 2008.
37. Frank, KA. Psychoanalytic Participation, Action, Interaction and Integration. New Jersey, The Analytic Press, 1999.
38. ברגמן, ז., ברגמן, ת., ויצטום, א. כאשר אוזל כוחן של מילים (שילוב שיאצו כאמצעי אסטרטגי בפסיכותרפיה) שיחות כרך ג חוברת מס' 2 מרץ 1989
39. Wachtel, PL. Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World. Washington, DC, APA, 1997
40. שלגי, ב., בקר, מ. גישה פסיכואנליטית לשילוב התערבות משפחתית וטיפול אינדיווידואלי במתבגרים. שיחות כרך ט"ז חוב מס 3 יוני 2002
41. Haugen, PT., Splaun, AK., Evces, MR., Weiss, DS. Integrative Aapproach for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in 9/11 First Responders: Three Core Techniques. Psychotherapy (Chic) 50(3):336-340, 2013.
42. Norcross, JC., Goldfried, MR. (Eds.). Handbook of Psychotherapy Integration. 2nd ed. New York, Oxford University Press, 2005.
43. Tobin, S. [The Integration of Relational Gestalt Therapy and EMDR.](http://www.gestaltassociates.org/documents/Tobin.RelationalGestaltandEMDR.pdf) International Gestalt Journal, 27(1): 55-82, 2000.
44. Halvgaard, K. Single Case Study: Does EMDR Psychotherapy Work on Emotional Eating? Journal of EMDR Practice and Research, 9 (4): 188-197, 2015.
45. Grand, D. Integrating EMDR into the Psychodynamic Treatment Process. Presentation at the EMDR Network Conference, Santa Monica, CA, 1995.
46. Piedfort-Marin, O. [Transference and Countertransference in EMDR Therapy.](http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.158) Journal of EMDR Practice and Research, 12(3), 158-172, 2018.
47. Perkins, B. Psychoanalysis and EMDR: A Theoretical and Clinical Bridge. Presentation at the 6th EMDR International Association Conference, Austin, TX, June, 2001.
48. Arad, H. Integrating relational psychoanalysis and EMDR. Routledge, London and New-York, 2018.
49. וויניקוט, ד. ו. (1963). פחד מהתמוטטות. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. תל-אביב, עם עובד/פסיכואנליזה, 2009
50. וויניקוט, ד. ו. (1960). עיוות האני במונחים של עצמי אמיתי ועצמי כוזב, בתוך: עצמי אמיתי ועצמי כוזב, הוצאת עם עובד, 2009 עמ' 203-213
51. סימינגטון, ג. וסימינגטון, נ. פונקציית אלפא בתוך החשיבה הקלינית של וילפרד ביון. תולעת ספרים, 2000
52. בולאס, כ. (2000) הידוע שלא נחשב: מחשבות ראשונות, בתוך: צלו של האובייקט, דביר, תל אביב.
53. קליין, מ. (2002) הערות לכמה מנגנונים סכיזואידים (1946) בתוך: מלאני קליין, כתבים נבחרים. תל אביב . תולעת ספרים.
54. Mahler, MS. Separation-Individuation: The Selected Papers of Margaret S. Mahler. Northvale, New Jersey, J.Aronson, 1994.
55. Bion, WR. Second Thoughts. London, Heineman, 1967.
56. Bollas, C. The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the unthought known. London, Free Association Books, 1987
57. לנדאו, מ. מחשבות על מיכל ומוכל. שיחות, כרך ז', חוב' 2, מרץ 1993
58. De Yung, PA. Relational Psychotherapy-A Prime. Chapter 4, Relational Trauma: Past and Present, Memory and Now. Pp. 103-132. New York, Brunner – Routledge, 2015.

**The Integration of EMDR with Psychodynamic Therapy**

Ady Blondheim, MSW

Adult Clinic, Lev Hasharon Mental Health Center

In this article, I will describe how the integration of EMDR psychotherapy combined with psychodynamic therapy produces good and clear results, as opposed to psychodynamic therapy alone. With psychodynamic orientation, integration is called for when the progression in treatment slows down or when there is significant regression.

I will review the positions of those opposing and supporting the integration of treatments, the history of the development of integration in treatments, and the various models of integration. I will demonstrate through a case study, which incorporated a treatment based on the basic protocol developed by Francine Shapiro, the founder of the method, the technique of integration.

In light of the therapeutic experience, I will discuss the complexity and dilemmas that the integration of EMDR therapy gives rise to in psychodynamic therapy, and suggest that despite the limitations, integration improves the psychotherapeutic processing of associative, non-mentalized content that could not be identified in advance.

The conclusion of the article is that integration maximizes the treatment of the contents necessary for processing and shortens the duration of treatment.

Keywords: EMDR, psychodynamic therapy, integrative therapy, post-trauma