

אביבה אדלמן

ובמסגרת תעסוקתית. סיכויי להפיק תועלת מטיפול נפשי הוערכו כנמוכים מאוד. עם הגעתו לטיפול התרשמתי מבחור נאה וחביב, שברקע הופיעו שרידים של האינטליגנציה הפרה-מורבידית וידיעותיו הכלליות. שפת הדיבור בטיפול הייתה אנגלית.

הטיפול הפסיכולוגי נמשך שלוש שנים. המאפיין המרכזי והחשוב בטיפול זה היה שניתן להתמקד אך ורק ב"כאן ועכשיו" במובן הצר ביותר. Stern מדבר בספרו מ-2004 על אותה נקודה בהווה, הזמן היחיד שאנו חיים בו באופן סובייקטיבי ומתוך מודעות גולמית. רוב התיאוריות בבסיס הפסיכותרפיות השונות מניחות שרק ל"כאן ועכשיו" הכוח ליצור שינוי. עבור י' ההווה היה הדבר היחיד שיכול היה להישען עליו. העבר לא היה נגיש, ולא הייתה לו פרספקטיבה אל העתיד. ההווה נמשך רבע שעה



לכל היותר. בתחילת הטיפול נהג להתייחס לעתיד כדי לטשטש את בעיית הזיכרון. כאשר נשאל על דבר מה שעשה, טען שאינו מתאמץ להיזכר בעבר כי פניו אל העתיד, אך למעשה חסרו לו

ראייה ארוכת טווח ומטרות. "חלון ההזדמנויות" של הטיפול היה אם כן כרבע שעה. הוא לא זכר בסוף הפגישה את תחילתה, כפי שלא זכר את התכנים בפגישה הבאה (היעדר זיכרון אפיזודי). כאשר איבד את חוט המחשבה במהלך השיחה, לרוב לא הצליח לחזור לנושא בכוחות עצמו מאחר שזיכרון העבודה היה מאוד מוגבל. החוויה הייתה של פרגמנטציה כמעט מוחלטת.

להלן יובא תיאור טיפול בי', הסובל מהשלכותיו של נזק מוחי קשה מאוד לאחר תאונת דרכים.

בהיותו בן 25 נפגע י' באורח אנוש בעת שנסע עם בני משפחתו. ההורים נהרגו, אחיו הצעיר ממנו נותר בחיים. מדד חוסר ההכרה שיקף סיכויי ההישרדות אפסיים. י' סבל מחבלה רב מערכתית, שכללה גם נזק שדרתי. במשך חודשיים היה מחוסר הכרה, וחודשיים נוספים בהכרה ירודה. י' נולד והתגורר במזרח אירופה, סטודנט שנה ד' לכלכלה בזמן התאונה. כעבור כשנה עלה עם אחיו לישראל לצורך קבלת טיפול שיקומי איכותי שלא ניתן היה לקבל בארצם.

מצבו הרפואי והנירופסיכולוגי

י' אובחן כסובל מנזק נרחב לאונות המצחיות של המוח. הוא סבל משיתוק בארבע הגפיים, שעם הזמן השתנה לחולשה בארבע הגפיים. הוא נשאר מרותק לכיסא גלגלים ונזקק לעזרה בכל הפעילויות הבסיסיות. סבל מהפרעות בהפקת הדיבור. טופל על ידי קלינאית תקשורת וחל שיפור בדיבור ובקואורדינציה הנשימתית-קולית, אף שהוא לא הצליח לתרגל את האסטרטגיות שלמד עקב בעיות בזיכרון. עם זאת הפך הדיבור בהדרגה למובן יותר ופונקציונלי.

בתחום החשיבה הופיעו נוקשות רבה וקשיים בארגון החזותי-מוטורי. נצפו בעיות ביכולת התכנון, הבקרה, האינטגרציה והסקת המסקנות. הלמידה נעשתה דרך ניסוי וטעייה אך בחומר ברור וקונקרטי התפקוד השתפר בהדרגה. התמצא חלקית במקום, אך סבל מבעיות בכרונוסטיזיה. כרונוסטיזיה היא סוג של מודעות עצמית בתוך הזמן (Tulving, 2002a). הקשורה קשר הדוק לזכירה של אירועים בעבר (זכרון אפיזודי - Tulving, 2002b), הקשורה בתורה לזכירה של העבר האיש. י' לא זכר את עברו אלא באופן מעורפל מאוד. המודעות העצמית של י' הייתה ירודה מאוד, הן למצבו והן לקשיים הקוגניטיביים. הזיכרון היה לקוי מאוד עם דעיכה כמעט מוחלטת של מידע, נושאי שיחה ואירועים לאחר כמה דקות (זיכרון אנטרוגרדי - Sohlberg & Mateer, 1989). ידע לזהות שכבר נחשף למטלה או לאנשים מסוימים, אך לא ידע לומר מתי והיכן. לא זכר חלקים רבים מעברו ואירועים בסמוך לפציעתו (פגיעה בזיכרון הרטרוגרדי - Goldberg & Bilder, 1986) ולא התייחס לתאונה ולמות הוריו.

בתחום ההתנהגותי סבל מירידה ביכולות האינהיביטוריות ונצפו סף תסכול וסף תגובה נמוכים. הייתה נוקשות רבה, והמודעות למצבו ההתנהגותי הייתה מוגבלת מאוד.

עם הזמן חל שיפור בהתנהגותו של י' והוא הפך לנגיש יותר, אך לא חלה הטבה משמעותית בזיכרון ובמודעות העצמית.

מהלך הטיפול

י' הופנה לטיפול פסיכולוגי כשנתיים לאחר פציעתו, לאחר שחרור מאשפוז מלא ובשלב שבו המשיך בטיפול רפואי בעיסוק, פיזיותרפיה ותקשורת אמבולטוריים. י' טופל גם ברכיבה טיפולית

אביבה אדלמן, פסיכולוגית שיקומית במחלקה לאשפוז יום, מרכז יום וטיפול נמרץ, בית לוינשטיין.



חדשות. הוא התבקש לבחור דמות ולתאר מדוע בחר בה. הוא שיתף פעולה אך חש קושי רב, כשטען שהתמונות אינן מציאותיות. קלף אחד שבחר בהביר לי שלמרות הקושי אנחנו נמצאים בדרך הנכונה ומתחילה להתפתח העברה חיובית בטיפול: הוא בחר בתמונה של אישה בעלת חזות מושכת וטען שבחר בה מכיוון שהיא בעלת "interesting ideas". בהמשך בחר בקלף של אישה מבוגרת, הדומה לחברתה של אמו. הייתה זו הפעם הראשונה שהזכיר את אמו, בטיפול ובכלל. ניסיון לעודדו להרחיב על הנושא נתקל בסירוב. כאן ניכר גם הגורם המוטיבציוני מאחורי בעיות הזיכרון והאינטראקציה בין החלקים האורגניים לרגשיים, שהפכו את הטיפול לסיזיפי ולעתים למסע קרוב לבלתי אפשרי.

בהמשך עברנו למשחקים אחרים, אך היכולת שלו הייתה מוגבלת, ועם הזמן החל לדרוש לעסוק בדברים מעניינים יותר, שוב ללא פירוט מצדו. ניסיון להאזין יחד למוזיקה, בין השאר מוזיקה מארץ מוצא, אך המוזיקה הייתה כנראה טריגר חזק או כואב מדי, והוא ביקש להפסיק. קראנו יחד עיתונים. הוא התייחס בעיקר לתמונות, ובחר בפרסומות שהציגו נשים יפות ליד מכונות כשידע לציין את שמות המותגים. הידע הכללי של ' על העולם ושפות הדיבור שבהן שלט בעבר נשמרו במידה רבה. מדי פעם ניסה להרשים אותי בידעיותו ובמילים משפות זרות.

בהמשך ביקש לדבר על היומיום, אך לא העלה נושאים כלשהם ביוזמתו. גם לא התלונן על דבר ולשאלות ישירות השיב תמיד שהכול "עשר". ביטא את חוסר שביעות הרצון שלו בדרכים התנהגותיות כפי שבא לידי ביטוי בבעיות בשיתוף הפעולה עם העובד הזר, ובהתקפי זעם קשים בבית. להתנהגויות קיצוניות מסוג זה לא היה זכר בחדר הטיפולים. הפיצול היה מוחלט והצביע על נסיגה למנגנוני הגנה ראשוניים.

אירוע חדש הוסיף עוד נדבך לחוויה הטיפולית. כאשר יצאתי לקדם את פניו של ' שהמתין לי בלובי לפני פגישה, הוא הושיט לעברי את ידו, כפי שנהג לעשות בדרך כלל. לחיצת היד הייתה בהתחלה קשורה לנימוסים אירופאיים, אך היא הפכה לחלק חשוב מהריטואל הטיפולי! כאשר לא שמתי לב, ולרגע החמצתי את כוונתו, הוא הסתובב עם כיסא הגלגלים, הפנה אלי את גבו והתעלם מניסיונותי להתקרב אליו. כעבור כמה דקות הסתובב בחזרה והחל לנוע לעבר חדרי. לאחר שנכנס לא ניתן היה להתייחס עוד לנושא. הוא לא זכר דבר. ללא ספק שירתו קשיי הזיכרון גם את צורכי ההכחה וההדחקה. נראה שלא הצליח להתמודד רגשית עם מה שפירש כדחייה מצדו. לאורך התקופה כולה לא חוויתי תחושות דחייה



בתקופה הראשונה היה הטיפול לא אישי וסתמי. הוא זכר את שמי יחסית מהר. כמו כן, ידע שהוא מגיע אלי לטיפול (זיכרון פרוצדורלי - Squire & Kandel, 2009) אך לא הבין את מהות המפגש והתייחס אליו כאל עוד עניין הקשור לשיפור מיומנויות. זיכרון פרוצדורלי מאפשר למידה ללא מודעות או פעולה אקטיבית.

התנהלותו הייתה פאסיבית, והוא לא יזם שיחה או עשייה כלשהו. השאלות נשאלו תמיד על ידי, ונענו לקונית. כאשר נשאל מה שלומו או על מה היה רוצה לדבר, תשובתו הייתה לרוב שעושה את מה שכל אדם נורמלי עושה, אך לא פירט מה זה, ששלומו רגיל, "everything is normal", ובאשר לרצונותיו - הוא לא הביע רצונות. לדבריו לא הגיע כדי למלא רצונות אלא כדי לעשות מה שצריך. רגשות היו מבחינתו עניין פרטי. כך ניסח את אי יכולתו לזכור, להתחבר ולתאר את רגשותיו או מחשבותיו. הדברים נשמעו בדרך כלל שטוחים ושבולניים, אך המימיקה והאפקט היו שונים. הוא היה חיוני מאוד בהתנהגותו ובמאמציו לבצע דברים בדרכו. התעקש להרים בעצמו חפצים שנפלו ארצה, גם כשהדבר נמשך זמן רב, ולא הסכים לקבל עזרה. לפעמים חלפה פגישה שלמה בדברים מסוג זה עקב המגבלה המוטורית בידי שאינה מאפשרת לו לאחוז בחפצים באופן נורמטיבי. ההתנהלות המסורבלת נבעה הן מהנזק המוחי והן מהפגיעה בעמוד השדרה. מדי פעם שיקפתי את צורכי העצמאות שלו. הוא לא ראה בכך דבר יוצא דופן. מתיאוריו של אחיו, היה גם בעבר אדם המסתפק בעצמו, לא חברותי או חברתי במיוחד. היה בקשר זוגי משמעותי שנפסק לאחר התאונה.

הקושי בניהול שיח טיפולי הביא לניסיונות לעבוד עמו בכלים אקספרסיביים. נעשה שימוש בחומרי יצירה שונים, כמו חומר, ציור, שרבוטים, שוקולד ובהמשך גם קלפים טיפוליים. לרוב הוא התנגד לכל אלה. לא הסכים לעסוק במה שהצטייר לו כ"נשי" או "ילדי", ולמעשה בכל עניין רגשי. זמן רב נשארה עמדתו כלפי נשים סטריאוטיפית ונוקשה. כאשר דיבר אלי בעברית, אותה למד בהדרגה דרך ההתנסות היומיומית, הוא פנה אלי בלשון זכר וסירב לקבל כל תיקון ללשון נקבה. העבודה בחומר צלחה מעט יותר, בהשוואה לחומרים האחרים, אך הוא לא היה עקבי וטען שזו לא מטרת העבודה שלנו. כאשר ניסיתי לשכנעו לחזור לעבודה בחומר, בעקבות פגישה קודמת שבה הצליח להשתמש בחומר ולתת ביטוי לתקופות שלו, הוא גלגל עצמו אל מחוץ לחדר ולא חזר. היה זה במקביל לתחילתה של התקופה השנייה בטיפול, שבה הייתה הרעה במצבו הרגשי.

בתקופה זו החל אחיו לעבוד מחוץ לבית ושכר את שירותיו של מטפל. ' היה קשור לאחיו כמו תינוק לאמו, וחרדת הנטישה הגיעה לממדים קטסטרופליים. בארץ חדשה, שבה שפה זרה וללא מערכת תמיכה קרובה, פרט לאחיו, מצבו של ' היה קשה. הוא התקשה להבין ולהתחשב בצרכיו של אחיו וצורכי הפרנסה. הדבר הצביע על ליקויים ב-Theory of Mind (Baron-Cohen et al., 1985). התקבלו דיווחים על התפרעויות בבית. הוא הסכים לאכול אך ורק בחברת אחיו, ואיבד משקל רב. טיפול תרופתי אנטי-דיכאוני שיפר את מצבו הרגשי-התנהגותי רק במעט. המטפל עזב, ומטפל חדש שדיבר בשפת אמו נשאר קרוב לשנה. בתקופה זו דילג ' על פגישות. כחלק מהמאבק מול אחיו, סירב להגיע לכל מסגרת טיפולית. עם הזמן הסתגל לנוכחות המטפל החדש, אך לאורך כל התקופה היה המטפל רק "תחליף זול" לאחיו, ו' לא קיבל את נוכחותו.

עברנו לטיפול באמצעות משחקים, תחילה בקלפים שכללו ציור פנים של דמויות אדם. דרך המשחק הצלחנו לתקשר בצורות



כלפיו, אך ההעברה הנגדית הייתה באותה תקופה של תסכול וחוסר אונים. לא היה ברור כיצד אוכל לטפל בו כשלא ניתן לדבר ולעבד דברים שקורים, במיוחד אינטראקציות בין אישיות בטיפול. יחד עם זאת הבנתי שמהדהד בי גם ייאושו של י, דרך מנגנונים של השלכה הזדהותית, העושים את פעולתם בעוצמה רבה ומבהירים לי את המתרחש בעולמו הפנימי, ביטוי נוסף לנסיגה למנגנוני הגנה ראשוניים. הבנה זו השיבה לי את המוטיבציה להמשיך בטיפול.



התקופה השלישית בטיפול התקיימה בזמן חופשתו של האח שהתכוון לבחינה בבית ושימש לי' מטפל. י' נראה מטופח מאוד, עלה במשקל ונראה טוב. שיתף פעולה והתמיד בטיפול. ביום שקדם להצגת העבודה עמו בקבוצת למידה שבה השתתפתי, הוא הגיע לפגישה כשהוא לבוש בחולצה עם הכיתוב: I promise you a rose garden. השיחה העלתה שהוא מודע לתוכן המשפט והוא אישר שהמשפט מכונן לאישה. לאחר מכן החלפנו רשמים על מזג האוויר. הוא סבל מהחום הארץי וסכמנו בשמחה שנהיה קריר יותר. בהמשך השיחה הוא חזר לנושא ושאל האם ב-cool התכוונתי ל-cold או ל-good looking. זו הפעם הראשונה שהתייחס להופעתו החיצונית עם שאלות בנושא הגבריות שלו.

בשבוע לאחר שהצגתי את י' בקבוצה, שמתי לב שהוא לא ניצל הזדמנות לנצח אותי במשחק וברירתי עמו את הסיבה. הוא אכן שם לב להזדמנות שהייתה לו אך למעשה רצה להאריך את זמן המשחק. נראה כי חוויית הקשר הוסיפה ממד של עומק להוויה הרגשית של י'.

הטיפול הסתיים מסיבות טכניות, אולם חמש שנים לאחר הפגיעה י' למעשה מיצה את תהליך שיקום, ככל שניתן לצפות. הטיפול התחדש לזמן קצר כעבור שנתיים, כשי' חזר לאשפוז לאחר ניתוח. הוא הופיע במצב רוח מאוזן, ודיבר בעברית מובנת, כולל סלנג. הוא חי כעת בנפרד מאחיו שבינתיים התחתן והקים משפחה, ומתייחס בגאווה לאחייניתו החדשה. עבר למגורים משותפים עם סבתו שבינתיים עלתה לישראל ומתמסרת לטיפול בו. הוא זכר אותי היטב, הבחין בכך שעברתי לחדר אחר, ולשאלתי היכן היה לפני שהגיע אלי, השיב בחיוך, "את הרי יודעת שאני לא זוכר?" לקראת סיום האשפוז כיבד בגאווה בכדורי שוקולד שהכין יחד עם החונכת שלו.

דין

העבודה עם י' מדגימה להערכתי את פוטנציאל הטיפול באדם הסובל מפגיעה מוחית נרחבת הכוללת אמנזיה קשה, ויחד עם זאת מסוגל להפיק תועלת מטיפול באוריינטציה פסיכודינמית, תועלת אמנם מוגבלת בשל הקשיים, אך כזו המאפשרת יצירת שינוי פנימי מהותי ובר קיימא, גם בהיעדר מודעות עצמית מפורשת או תובנה פסיכולוגית ממשית.

בטיפול מסוג זה יש צורך ב-attunement אופטימלי (Winnicott, 1969) לצרכיו ולעולמו של המטופל, המזמנים למטפל מפגש מאתגר עם חוויות של כאוס וחוסר אונים קיצוניים. בהיעדר זיכרון אקספליסיטי ודקלרטיבי (Schachter, 1987) המצריך מודעות ויכולת לדבר על מה שהיה, תהליכי זיכרון אימפליציטיים ופרוצדורליים (Schachter, 1987; Tulving, 2002b), שהנם מובלעים ואינם מחייבים מודעות מפורשת מצד המטופל ועשויים להישמר גם כשהפגיעה קשה כפי שהייתה אצל י', מאפשרים תהליך טיפולי משמעותי, העשוי להביא לאינטגרציה שלמה יותר של חלקי העצמי.

הטיפול בי' התאפשר בין השאר על בסיס רזרבות קוגניטיביות שעמדו לרשותו של י', שנראה כי אפשרו ניצול אופטימלי של פוטנציאל הפלסטיות המוחית כמו גם שימוש מיטבי במשאבים ובסיוע שהוגשו לו. תהליך כזה ייתכן גם מתוך ויתור מסוים על הציפייה מצד המטפל לפגוש מטופל בעל עצמי נרטיבי (המכיל בתוכו את הזהות האישית וההמשכיות על פני הזמן - Gallagher & Zahavi, 2008) ומוכנות מצדו לפגוש עצמי קדם-רפלקטיבי, קדם-ורבלי, ובעל מודעות עצמית לא קונספטואלית

המוטיבציה שלי אותגרה פעמים רבות, בפרט כאשר עלו שאלות של הגורם המממן ביחס למטרות הטיפול. הפיתוי להשיב שלמעשה אין מטרה ממשית, היה גדול. חיזוק ועידוד מצדו של המנהל שלי, שהאמין שניתן לעבוד איתו, סייע להמשך העבודה. היו דרושים שניים כדי להחזיק בתקווה, שקרסה לעתים תחת העומס שנבע מהאינטראקציה עמו ומגודל החלל שנדרשתי למלא. באחד ממכתבי ההמלצה שלי לגורם המממן הגדרתי את המטרה הטיפולית כהעלאת רמת המודעות של י' למגבלותיו, כדי שיהיה מוכן לקבל את הסיוע הנחוץ לו ולמתן את התנגדותו למה שנראה כ"מראה שבורה" עבורו, שכן כל עזרה מבחוץ המחשישה לו את מגבלותיו.

לצד המשך ההתלבטות, נשמתי לרווחה כאשר אושרו לי פגישות נוספות. להערכתי הכשל סביב הושטת היד וניסיונות התיקון בעקבותיה (Winnicott, 1969) היו משמעותיים ומכוננים ושיקפו את הפיכתו לאובייקט עבורו. התחושה שהברית הטיפולית הולכת ומתחזקת לבשה צורה קונקרטיית יותר בפגישה הבאה. לקראת פרידה התעניינתי מה הוא מתכנן לסוף השבוע ותשובתו הייתה: "אני לא מתכנן, אני מגיב". חשתי סיפוק מניצני המודעות העצמית והפנמתו את מטרות הטיפול "שלי". בהדרגה הפכה התנהגותו לפחות הגנתית. הוא החל להודות בכך שאינו זוכר, ולבקש עזרה "כי היד שלי לא עובדת כל כך טוב". חוש ההומור שחזר אליו עם הזמן אפשר דיאלוג פורה יותר והצלחנו לצחוק יחד על כך שהפכתי ל"עבדו הנאמן", והוא כ"בוס" יכול להורות לי מה לעשות. נראה שהיפוך התפקידים שימש לחיזוק תחושת המסוגלות של י', מול האימפוטנטיות שחווה.



בו הדיון ברציונל ובאופן השימוש בכלים טיפוליים לא ורבליים (יש מקום למאמר המשך בסוגיות אלה). הושם במאמר זה דגש על כך שגם כאשר הסיכויים נראים קלושים, נוכח פגיעה מוחית קשה, נסיבות טראומטיות ובתנאים של אובדנים קשים, חשוב שלא נמעיט מאמונתנו ויכולתנו להעניק פסיכותרפיה בעלת ערך ומשמעותית, כדי לאפשר שיפור של איכות חיים, יהיו אלה חיים צנועים ככל שיהיו.

Gallagher & Zahavi, 2008)). אולם, מעל לכול, זהו עצמי בעל תשוקה לאובייקט, שיכיל וישמש כ-*alter ego*, ו"ישאיל" את האונות הפרונטליות שלו, לצורך החזקת הזיכרון, רצף הזמן החולף... והתקווה.

מאמר זה לא עסק בהרחבה בנושאים תיאורטיים וגם לא הועמק

מקורות

1. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. (1985). "Does the autistic child have a 'theory of mind'?" *Cognition*; 21:37-46.
2. Goldberg, E. & Bilder, R.M. (1986). "Neuropsychological perspectives: Retrograde amnesia and executive deficits". In L.W. Poon (Ed.) *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington, D.C.: APA
3. Sohlberg, M.M. & Mateer, C.A. (1989). *Introduction to Cognitive Rehabilitation*. New York: Guilford Press.
4. Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind: An introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*. New York, NY: Routledge..
5. Schachter, D.L. (1987). "Implicit Memory: History and current status". *J. Exp Psychol: Lear, Mem Cognit* 13:501-518.
6. Stern, D., (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*, W.W. Norton & Company, NY, London.
7. Squire, L.R & Zola-Morgan, E.R. (2009). *Memory, From Minds to Molecules*, Second edition, Roberts & Company Publishers.
8. Tulving, E. (2002a). "Chronostesia". In D. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of Frontal Lobe Function*. Oxford University Press, 311-325.
9. Tulving, E., (2002b) *Episodic Memory: From Mind to Brain*. *Annual Review of Psychology*, Vol. 53: 1-25.
10. Winnicott, D.W. (1969). "On the use of an object". *International Journal of Psychoanalysis*, 50.

