

"בין עור ברוז לעור פיל"

פסיכודרמטולוגיה וטיפול בבעיות עור

אורי מנדלקורן, נפתלי אדרי

מבוא

חשיבות רבה בטיפול במטופלים אלו בניסיון לאינטגרציה ברמה המערכתית, שתסייע לאינטגרציה בין עורו של המטופל, לבין נפשו.

המטופל הפסיכוסומטי נוטה להפריד או לפצל בין גוף לנפש. פיצול זה עלול להתבטא גם ברמה המערכתית בהפרדה בין רופא המטפל בגוף, לבין הפסיכולוג המטפל בנפש

בספרה המכונה "תיאטרוני הגוף" על החיבור בין הגוף והנפש, כותבת מקדוגל על סבתה "מאטר", שאותה לא סבלה: "היא גם רצתה שאני, דור שלישי לילידי ניו-זילנד, אהיה נכדה למופת. אבל אבוי, בתוך ארבעים ושמונה השעות הראשונות של הביקור החצי-שנתי שלנו, פיתחתי באופן קבוע סרפדת - דלקת עור חריפה - תופעה שאירעה אך ורק בחווה" (מקדוגל, 1998, עמ' 20).

אותה מאטר, אף היא "החלה לשחק על הבימה הפסיכוסומטית. כל שארית חייה הארוכים סבלה מאנגינה פקטוריס, ובמשך שלושים שנה חששו שתמות כל רגע" (מקדוגל, 1998, עמ' 21). באופן מפתיע, לאחר עזיבתה של מאטר את החווה, הסרפדת הפסיקה לפקוד את הילדה, ויתר התאוריות על הגורמים דוגמת החלב של הפרות הייחודי הופרכו. "אני עדיין מאמינה שגם מאטר וגם אני חשנו תחושות צער וזעם שלא בוטאו, ותרמו בכך לתופעות הפסיכוסומטיות שלנו. אבל המדע לא המתין לפנטסיות של ילדה על מקור הסרפדת ומחלות הלב כדי לפתח תיאוריות החותרות לפתח את סיבת התפקוד הגופני הכושל" (מקדוגל, 1998, עמ' 21).

פסיכודרמטולוגיה היא תחום טיפולי חדש, מרתק. הפסיכודרמטולוגיה טומנת בחובה חיבור עז בין העור לנפש, אינטגרציה בין גלוי לנסתר, ויכולת הבעה גופנית את שלעיתים אין ביכולתן של המילים לבטא.

מודלים פסיכודרמטולוגיים מערכתיים

המטופל הפסיכוסומטי נוטה להפריד או לפצל בין גוף לנפש. פיצול זה עלול להתבטא גם ברמה המערכתית בהפרדה בין רופא המטפל בגוף, לבין הפסיכולוג המטפל בנפש. ישנה אפוא

יחסי היועץ-נועץ (Consultation-Liaison) בין הרופא לפסיכולוג טומנים בחובם יתרונות רבים. השילוב מפחית את הפיצול בין חלקי העור והנפש, ואינטגרציה זו בעלת עדיפות ניכרת על פני פנייה לגורם חיצוני. תפקידי הפסיכולוג כוללים זיהוי ואבחון פסיכופתולוגיות, טריגרים בסמיכות להתפרצות המחלה, הבנה ופירוש השפה הסימבולית של המטופל בנוגע לעור, ועבודה על סכמות, תפיסות ורגשות הקשורות למחלה. נוכחות הפסיכולוג במפגש תורמת ליצירת קשר ישיר עם המטופל, המפחית פחד והימנעות שייתכנו בהפניה לטיפול חיצוני. בנוסף, ישנה חשיבות בזיהוי רמת המוטיבציה והתאמת הטיפול המיטבי. לדרמטולוג בייעוץ המשותף יכולת להבין, להתחבר, להיערך לטיפול הנפשי, לחוות דעתו ולחזק את מטרותיו ואת סוג הטיפול המוצע (Harth, Gieler, Kusnir & Tausk, 2010).

מרפאות פסיכודרמטולוגיה מתפתחות וקורמות עור וגידים במחוזות שונים בעולם, ובהן מתקיים שיתוף פעולה בין איש בריאות הנפש לרופא העור. ברחבי העולם קיימים מודלים

אורי מנדלקורן הוא פסיכולוג רפואי מומחה, מטפל ב"מרפאת פסיפ"ס" לפסיכולוגיה רפואית ופסיכוסומטיקה, מטפל ומרצה בתחום הטיפול בבעיות שינה במסגרת "המרפאה לשינה טבעית". urimandekorn@gmail.com

נפתלי אדרי הוא פסיכולוג רפואי מומחה ומורשה להיפנוזה, מטפל במרפאה לחרדה דנטלית באוניברסיטת תל אביב ובקליניקה פרטית. nafted@gmail.com

תודתי לפרופ' ורה ליבוביץ', מנהלת המרפאה הפסיכודרמטולוגית בהדסה עין כרם, על ההדרכה והליווי המסור. פרטים אישיים שונו לשמירה על פרטיות המטופלים.

ציטוטים ללא הפניה נכתבו למאמר זה, והם מבוססים על דברי מטופלים.



מרכזיות: גישות פסיכודינמיות התפתחותיות, גישות קוגניטיביות- התנהגותיות והיפנוזה רפואית. לאחר מכן נדגים שילוב בין שיטות אלה.

א. גישה פסיכודינמית התפתחותית

"ההתקפות הבלתי מודעות נגד המכיל של חיי הנפש, שאפשר כי הן נשענות על התופעות האורגניות האוטואימוניות, נובעות לדעתי מן ההתמזגות של פלגים ב'עצמי' עם ייצוגים של דחף ההרס העצמי האופייני ל'סתמי', פלגים המוגלים אל שולי העצמי' ויוצרים ציסטות בשכבה עליונה זו, היא האני-עור', שאת רציפותו הן מכרסמות, שאת אחדותו הן מכללות ושבתפקידי הן פוגמות על ידי סיכול היעדים. העור הדמיני שהאני מתעטף בו הופך לכתונת מורעלת, חונקת, מאכלת, מפוררת. ניתן אם כן לדבר במקרה זה על פעילות רעילה של האני-עור" (אנזיה, 1985, עמ' 156).

אנזיה מתייחס לפונקציות השונות של העור, בהן החזקה, הכלה, מגן גרייה, אינדיבידואציה, בין תחושתיות, תמיכה בגירוי המיני, טעינה מחדש ליבידינלית ורישום עקבות, וכן לפונקציה ה"רעילה" הפתולוגית (אנזיה, 1985). תאורטיקנים מרכזיים נוספים מתייחסים לחשיבות העור להתפתחות הנפשית התקינה, או לחילופין הפתולוגית. העור כאיבר אשר דרכו ובאמצעותו נוצר האגו (Freud, 1949); "עור ראשוני" הנותן לתינוק תחושת קיום על ידי אובייקט חיצוני מחזיק, ו"עור משני" בהיעדר החזקת האובייקט, המתבטא בהמשך בפתולוגיות דוגמת חיטוט בעור, גרד כפייתי, דימום והזעת יתר (Bick, 1987); העור כבסיס למערכת יחסי האובייקט (אוגדן, 2001) וכמרכיב מרכזי בהחזקה של התינוק בידי אמו (ויניקוט, 1960).

אנזיה רואה בעור איבר המחבר בצורה המובהקת ביותר בין הפיזי לנפשי ולסביבה. "האני-עור" לדבריו, הינו מרכיב נפשי הנבנה החל מינקותו של האדם, החל מהמגע הראשון עם אמו, וממשיך להתפתח במהלך חייו. לעור למעשה יש פונקציות נפשיות מובהקות, המחברות בין העולם החיצוני של העור הפיזי, לעולמו הפנימי של התינוק ושל האדם הבוגר (אנזיה, 1985). תינוק החווה חסך במגע העורי של אמו, עלול בהמשך לחוות פתולוגיות נפשיות. לפי אנזיה, חוש המישוש הוא החוש היחידי שהינו דו-כיווני, שכן העור שחש את המגע הוא גם העור הנוגע, כך שמדובר בחוש שיוצר אינטראקציה הדדית בין הפנים לחוץ, בין העצמי לסביבה.

ניצה ירום, בספרה "סיפורי גוף" (ירום, 2010), סוקרת את ההתייחסות של פסיכואנליטיקאים שונים לקשר עור-נפש. בריטון משתמש בהמשגה של "העור הדק" ו"העור העבה" (Britton, 1998). מטופלים בעלי "עור עבה" הם מטופלים רגישים שעוטים מעטה אינטלקטואלי בלתי חדיר. בשונה מביק, בריטון

ושיטות עבודה שונות. בארצות הברית לרוב הדרמטולוג מתמחה גם בפסיכיאטריה, או משתף פעולה עם פסיכיאטר, והמטופלים שוהים במחלקות שונות כגון פנימית או אף אוזן גרון, ולא במחלקת עור. באירופה ישנם מודלים שונים שבהם שותף פסיכולוג או פסיכיאטר. למשל בגרמניה, הולנד, פולין, ואנגליה (Harth et al., 2010; Greener, 2014; Aguilar-Duran, Ahmed, Taylor, & Bewley, 2014). בישראל קיימות כיום מספר מרפאות פסיכודרמטולוגיות המשלבות עבודה של פסיכולוג ודרמטולוג.

היפנואנליזה רפואית יכולה לסייע לעיתים גם במקרים שבהם הרקע הרפואי ברור, אך מתאימה במיוחד בטיפול בבעיות עור ללא הסבר רפואי מובהק

אבחנה וסיווג

בשיתוף עם האבחנה הרפואית הניתנת על ידי רופא העור, ניתן לסווג את המטופלים לשני סוגים עיקריים.

הפרעות פסיכופיזיולוגיות לפי קו (Koo & Lebowitz, 2001):

1. הפרעות פסיכופיזיולוגיות - מחלות עור מוחמרות מתח כגון פסוריאזיס, דלקת עור אטופית, אלופסיה.
2. הפרעות פסיכיאטריות ראשוניות - הפרעות נפשיות המקבלות ביטוי בעור כגון דרמטילומניה, טריכוטילומניה.
3. הפרעות פסיכיאטריות משניות - הפרעות נפשיות כתוצאה מבעיות העור כגון חרדה, דיכאון.

מערכת הסיווג השנייה מבוססת על מודל של ד"ר יעקב עזרא (Ezra, Hammerman, & Shahar, 2019). הספקטרום הפסיכוסומטי בתחום הפסיכודרמטולוגיה כולל:

1. מחלות אורגניות (למשל מלנומה).
2. מחלות מוחמרות מתח (פסוריאזיס, דלקת עור אטופית).
3. תסמונות סף נמוך (גרד ללא הסבר אורגני מובהק).
4. קונברסיות (דרמטילומניה).

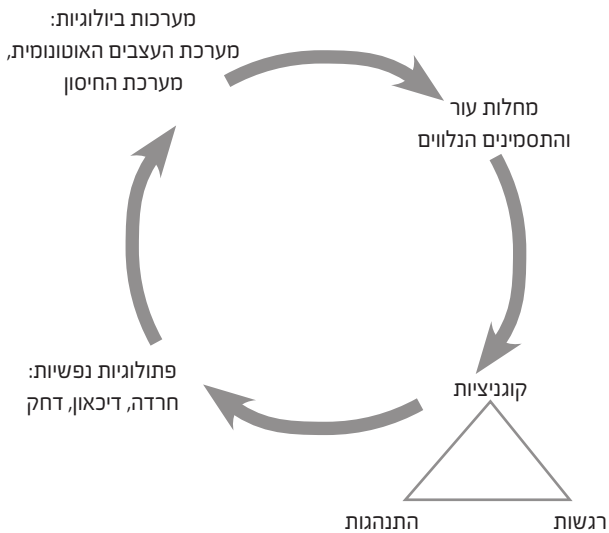
במקביל לעבודה המשולבת עם רופא העור, וכנגזרת מהאבחנה והסיווג, נבחרת הגישה הטיפולית המתאימה עבור המטופל, ולעיתים אף נעשית עבודה המשלבת בין הגישות במודל דוגמת שילוב עוקב (פרי, 2008).

יש דרכים שונות לטיפול בבעיות עור. ניתן לחלק אותן לפי הגישה הטיפולית של המטפל. בחלק שלהלן נציג גישות טיפוליות

חרדה הוא ילדו שברחמה. בדוגמה נוספת היא מספרת על מטופל שרוצה לברוח ולהשתחרר מהמשחות שנאלץ למרוח. בכך הוא מבטא את הרצון לברוח מאשתו שאינה מאפשרת לו לטייל בעולם. כלומר דבריו "אני לא יכול להיות בלי זה", שנאמר על המשחה, מפורש גם כלפי המצב עם אשתו. מטופל אחר מתייחס למחלתו כאל שותפה שמלווה אותו, ושמצאה אותו כמועמד המושלם. למעשה, התגלה כי המחלה התפרצה סביב עזיבתה של אשתו, שנפרדה ממנו מפני שהיה רכושני יתר על המידה. הפרשנות שהוצעה לו היא כי הוא מתייחס לדבקותה של מחלתו בו, כפי שציפה שאשתו תדבק בו. אחר שנים רבות של מחלה, הגיע שלב של רמיסיה, שבו הודה המטופל כי היה בודק בחרדה מתחת לשמיכתו, ושואל את הנגעים אם הם עדיין כאן. (Ulnik, 2007).

ב. גישת CBT

תרשים מעגל עור-נפש



העבודה ב-CBT בפסיכודרמטולוגיה מתבססת על מעגל העור-נפש (ראו תרשים). מתוך התפיסה שבה המטופל הוא שותף מלא ופעיל בטיפול (מרום, שכטמן-גלבוץ, מור ומאיר, 2011), במהלך האינטייק, המעגל ורציונל הטיפול מוסברים למטופל (Psycho-Education) עניינים שונים ומובאות דוגמאות מחוויותיו האיטיות. השלב הראשוני כולל מעקב ורישום של (1) תסמיני העור השונים - גרד, החמרה באדמומיות, הופעה של פצעים חדשים; (2) הקוגניציות, הרגשות וההתנהגות הנלווים לתסמיני העור; (3) תגובות גופניות נוספות שאינן בהכרח עוריות.

מתייחס אל העור באופן מטפורי יותר מאשר פיזי. פיינס, רופאת עור שהפכה לפסיכואנליטיקאית, מראה כי ישנה זעקה ממשית של העור, וכי נשים שסובלות מאקזמות סבלו מיחסים בלתי תקינים עם אמם (Pines, 1993).

דוגמאות לעבודה פסיכודינמית

מקדוגל נותנת דוגמה למטופלת שביטאה את חרדותיה, את יצריה ואת הפנטזיות שלה דרך מה שהיא מגדירה כ"עור המתנפח" (מקדוגל, 1998). על ידי הכנסה של מוטיב העור כמטפורה, המטופלת הביאה את עורה הממשי לטיפול, וציינה כי הנפיחות של גופה נגרמת מאלרגיות עור שאותן ירשה מאמה. כך קיבלה האם מקום מרכזי בטיפול. מקדוגל פירשה זאת כך: "העור המתנפח" מציג באופן המוחשי את פנטזיית ההתמזגות של הבת עם אמה. העור משמש תפקיד כפול: הוא מעטפת משותפת עבור שתיהן, והוא גם אובייקט המעבר שמזכיר ומייצג את אמה. ניתן לראות על פי תיאורה של מקדוגל את יחסי הגומלין במהלך הטיפול בין העור הפיזי לבין המטפורה של העור.

ירום גם היא מתייחסת לתסמין עורי בספרה, והפעם לגירוד. היא מביאה כדוגמה מטופל שהחל לגרד ללא הסבר פיזיולוגי מובהק בפלג גופו העליון, מייד לאחר שהחל לקיים יחסי מין עם בת זוג חדשה. הגירוד פורש כדבר שמפריע לו ליהנות, ודרכו נפתח צוהר לדבר על הסיבות לכך, ועל הפיצול בין ה"אני הגברי" שבו לבין ה"אני הילדי" שבו, שלא מאפשר לו ליהנות בצורה בוגרת מיחסי מין (ירום, 2010).

חיתוכים בעור הם תסמין נוסף המחבר בין העור לנפש. מטופלת נוספת שירום הציגה מראה את הקשר בין היחס של אמה כלפיה, היחס של אמה כלפי השמנה והביטוי האישי בחיתוך העור. למעשה, היא מתקשרת עם המטפלת שלה דרך העור, או ליתר דיוק, דרך פגיעה בעור. כך היא מסמנת שאין רגיעה, וכי ישנם דברים רבים סוערים עדיין, גם אם אינם עולים באופן מילולי במהלך המפגשים. דרך הזיהוי של החתכים המטפלת מצליחה להגיע אל אותם רכיבים בוערים וסוערים בנפשה של המטופלת. מרכיב עורי נוסף על פי ירום הוא "העור המלוטף". ירום מתבססת על מאמר של מרגוט וודל (Waddall, 2003) המספרת על מטופלים שחוו חסך רב במגע של אמם הביולוגית בילדות, וגם מבחינת ההכלה, ההזנה והאהבה שלה אותם. מטופלים אלה מביעים במהלך הטיפול דרישה כי המטפל ייגע בהם מבחינה מטפורית, ולעיתים אף מבחינה פיזית.

אולניק בספרו על עור בפסיכואנליזה, נותן דוגמאות לפרשנויות שונות ליחס של מטופלי עור למחלתם. מטופל שמתלונן, למשל, על נגע פסוריאזיס קטן שמתחיל לגדול באזור הטבור, ייתכן כי הרקע לכך הוא הרקע הקשה שבו גדל, או שאשתו נמצאת בהריונה הראשון, והדבר הקטן שמתפתח, שמטריד אותו ומעורר

עבודה קוגניטיבית

המרכיב הקוגניטיבי כולל בעיקרו אתגור של מחשבות שליליות והטיות קוגניטיביות (Beck, 1972; Burns, 1989), כמו גם ניסויים התנהגותיים.

דוגמאות לעבודה עם הטיות קוגניטיביות

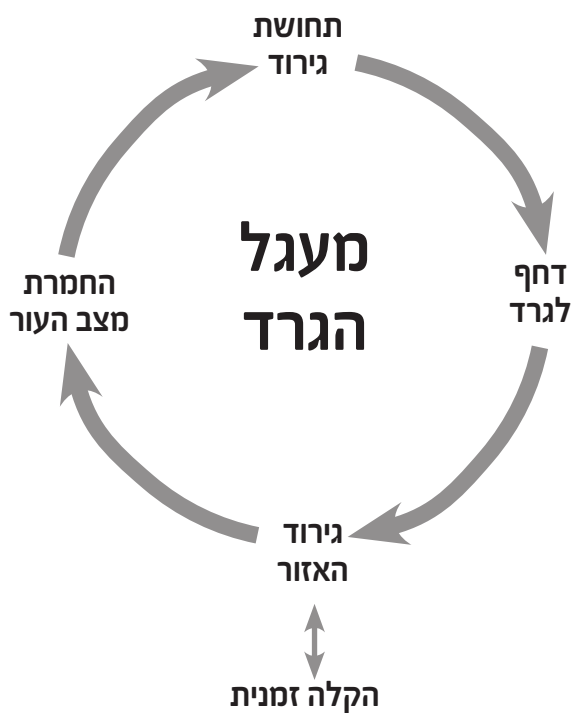
סוג הטיה	דוגמה	אתגור
הכללת יתר	"כולם מסתכלים עליי".	בחינה של המציאות, יציאה לניסויים התנהגותיים שבהם ניתן לראות אחרת. "גם מי שמסתכל לא חושב על זה בהמשך / לא מכיר אותי / לא זוכר אותי".
הגדלה (magnification)	"הפצע הזה הוא הדבר היחיד שרואים בי".	הגברת תשומת לב וקשב לחלקים אחרים בגוף, שילוב אפשרי של מיינדפולנס.
הכול או כלום	"רק כשאהיה נקי מקשקשים אוכל לצאת לדייטים".	"ישנם אנשים שחיים בזוגיות עם סימפטומים כמו שלי".
הצהרות חייב (should statements)	"אני חייב להפסיק להתגרד" (מה שמחזק את המתח ולעיתים כתוצאה מכך את הגרד עצמו).	שינוי ניסוח ל"כדאי שאפסיק להתגרד", או "לא נורא אם הפעם אתגרד מעט, מחר אנסה להתגרד".



דוגמאות טיפוליות לעבודה ההתנהגותית

המרכיב ההתנהגותי כולל שלושה רכיבים מרכזיים:

1. חשיפות - חיות ובדמיון.
 2. עבודה על הפחתת הגרד.
 3. טכניקות של הרפיה.
- דוגמאות לכך יכולות להיות, למשל, חשיפה הדרגתית ליציאה לבריכה. זהו פחד שמעסיק רבים מחולי העור, על כן תחילה נציע למטופל לדמיין כיצד ירגיש ויחווה. בהמשך, נבנה באופן היררכי הליכה לבריכה ללא כניסה למים, ולאחר מכן כניסה למשך זמן קצר, חשיפה גדלה והולכת של אזורי הגוף עם הפצעים, חשיפה למגע עם בני זוג וכן הלאה. באופן דומה אפשר להשתמש במראה, ולהסתכל על הפצעים באופן הדרגתי, שכן לעיתים במצבים של החמרה המטופלים בוחרים להימנע מכך. דוגמאות נוספות יכולים לספק מפגשים עם חברים, ישיבה בבתי קפה ועמידה במרכז קהל.
- העבודה ההתנהגותית על הגרד כוללת הסבר על המעגל (ראו תרשים), מעקב ורישום מצבים שבהם מופיע הגרד, וניסיון למציאת טריגרים והקשרים שבהם הגרד מתפרץ או מחמיר. לאחר זיהוי המצבים, אפשר לעבוד על שינוי הרגלים (Bridgett, 2014).



יש להדגיש שהכוונה הטיפולית היא לא לגלות גורם אחד "אמיתי" לבעיית העור, אלא לנטר גורמים אפשריים ביצירה או בהחמרה של מצב העור, וכוונה זו מועברת גם אל המטופלים

על טכניקות של הרפיה, אשר מהוות גם עבודה על המרכיב הגופני והרגשי, יורחב בחלק המתמקד בהיפנוזה שיובא להלן.

ג. היפנוזה רפואית

מחקרים רבים בדקו את היעילות של שימוש בהיפנוזה רפואית בטיפול בבעיות עור מסוגים שונים (Qureshi, Awosika, Baruffi, Rengifo-Pardo & Ehrlich, 2019; Shenefelt, 2000), ויש רופאי עור שאכן משתמשים בהיפנוזה במסגרת הטיפול הרפואי. פסיכולוגים שמטפלים בפסיכודרמטולוגיה המשתמשים בהיפנוזה רפואית במסגרת של טיפול פסיכולוגי, מטפלים בדרך כלל באדם הסובל מבעיות העור בהיפנוזה בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות או בגישות פסיכודינמיות-התפתחותיות, ולעיתים קרובות בשילוב הגישות השונות.

בשימוש בהיפנוזה במסגרת של טיפול רפואי בבעיות עור, ואחד העקרונות בכל סוג של עבודה היפנוטית, המטפל נשען על היכולות הלא מודעות של המטופל. דבר זה בולט במיוחד בטיפול בבעיות עור. בני אדם יכולים להפיק צורות שונות של תחושות גופניות, שיכולות להיות נעימות יותר או פחות. דוגמה פשוטה לכך, למשל, היא גירוד, שלפעמים רק המחשבה על גירוד יכולה להתחיל לעורר אותן. לעיקרון זה קוראים בהיפנוזה "תגובה אידאונסורית". בעבודה הרפואית בהיפנוזה אנו יכולים להשתמש בעיקרון זה על מנת לסייע למטופלים. דוגמה נוספת היא חימום העור או קירורו, כשלמעשה העור הוא אחד האיברים שמגיבים בצורה הישירה ביותר לרעיונות. מטופל בפסיכודרמטולוגיה יכול ללמוד איך ליצור תחושה של חמימות, כבדות או קלילות בידיים, והוא יכול לעודד תחושות ותגובות מסוימות בעור שלו. המטופל יכול ליישב את העור באמת רק דרך מחשבה על מדבר ושמש, או לגלות שהגירוד נרגע יותר תוך כדי שהוא רואה את עצמו בים במדינה טרופית. החוויה של שינויים אלה בפסיכודרמטולוגיה יכולה לסייע בריפוי יבלות, בחיזוק מערכת החיסון ובוויסותה במצבים אוטואימוניים (Ewin, 2011; Zachariae, Bjerring & Arendt, 1977; Nielsen, 1989; Tasini & Hackett, 1977). לעיתים קרובות משלבים בעבודה בפסיכודרמטולוגיה גם תרגילי היפנוזה עצמית המסייעים להרגעה ולהכלה עצמית. ההתחברות של המטופל ליכולות הלא מודעות של הגוף, להרפיה, למטפורות, לדמיון ולמוטיבציות, יכולה לסייע לו לטפל בעור בדרכים שונות. אפשר לומר שהעיקרון הבסיסי בשימוש בהיפנוזה בטיפול רפואי בפסיכודרמטולוגיה הוא בגיוס המשאבים הביולוגיים הלא מודעים של הגוף וביצירה של חוויות המשפיעות על הגוף באופן חיובי. כך, עור חם ומציק נרגע על ידי רוח, נזלת אלרגית מתייבשת מהשמש, עור מעקצץ נרגע מדמיון של מפל טבעי, יבלת ויראלית מחלימה משרביט קסמים וכדומה. בעבודה סנסורית-מטפורית מומלץ כמובן לעודד את המטופל למצוא בעצמו את הדימוי המסייע, ולעזור לו לבנות את החוויה דרך הערוצים החושיים השונים, בצורה שמותאמת לו.

דוגמה לשילוב היפנוזה בעבודה רפואית: "אפשר להתחיל לדמיון מקום אחר, באיזה מקום יכול להיות לך נעים? מקום עם אור, מקום שיכול לטפל בעור, אולי מקום שהיית בו, או מקום חדש... כי הגוף זוכר דברים... הוא זוכר למשל את ההרגשה של שמש נעימה על העור, שנספגת פנימה ועוזרת לו להפיק את החומרים שהוא צריך, או את ההרגשה של העור... למשל ביום קיץ חם... בחוף הים, כשמתחילים להיכנס לתוך המים הקרירים, בהתחלה התחושה הנעימה היא רק בכפות הרגליים, ואז לאט לאט אפשר להיכנס פנימה וכל כף הרגל מתחילה להרגיש את התחושה הקרירה הנעימה, נכון?... והתחושה הזו שיש עכשיו, של קרירות נעימה, אולי יכולה לעזור בכל מיני מצבים? כמו שסיפרת שהעור מרגיש שורף (מעקצץ/מגרד)... לפעמים...? נוכל לתרגל קצת עכשיו לכמה רגעים את המעבר הזה מחום לקור? ואולי אפשר להשתמש בעתיד במצב הזה: כדי להירגע, כדי להתחבר אל הגוף, כדי שוב להשתמש ביכולות הטבעיות שלו..."

בטיפול פסיכולוגי בפסיכודרמטולוגיה בגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות, משתמשים בהיפנוזה רפואית כחלק מהעבודה על מעגל ה-CBT, למשל בחשיפה בדמיון, טכניקות הרפיה, טכניקות לשינוי הרגלים, ויסות של התנהגויות "ממכרות" הקשורות בטיפול בעור, שינוי מחשבתי דרך עבודה בדמיון ושינוי בעמדה כלפי המצב. אחד הנושאים החשובים בפסיכודרמטולוגיה הוא בשיפור ההיענות לטיפול הרפואי. לעיתים קרובות מטופלים מתקשים בביצוע מטלותיהם בבית ובניטור התנהגויות הקשורות בעור (למשל טיפול בעור במשחה או הימנעות מגירוד), באמצעות היפנוזה רפואית אפשר לסייע למטופל להתמקד בקשיים ובתחושות, ולעודד אותו למצוא בעצמו דרכים לשינויים שיובילו לפתרונות.

דוגמה לשילוב היפנוזה בגישה קוגניטיבית-התנהגותית: "תוך כדי שאתה יושב על הכיסא, תוכל להרגיש בעיניים עצמות את התחושות השונות שהעור מבטא... יכול להיות למשל שבמקומות מסוימים העור מרגיש עדין במיוחד, ובמקומות אחרים קצת יותר כהה, תוכל לשים לב כרגע לתחושות השונות שמתפתחות על העור, ויכול להיות שתרגיש גירוד מסוים... בעוד רגע תוכל לחזור לזמן שבו הרגשת, כמו שסיפרת, שהגירוד היה בלתי נסבל, ברגע שתחיל להרגיש את הגירוד תסמן לי ונוכל לבחון יחד דרכים שונים להפחית אותו... אוקי? למשל דרך דמיון של מגע נעים, של מים, או בדרכים אחרות בהן המחשבה יכולה לסייע ולהקל על הגוף... ולאט לאט תוכל למצוא את הזמן לשבת ולטפל בעור, בדרכים שתמצא לנכון... אתה יכול לראות את זה?"

השימוש בהיפנוזה בגישות הפסיכודינמיות-התפתחותיות מתמקד בחקירה של הלא מודע ושל גורמים לא מודעים שיינתן שקשורים בבעיות העור, בעבודה על קשיים בוויסות ובעיבוד



כאן איתך עכשיו, ואת יכולה לקחת את הזמן ולדמיין פתרון אחר, טוב יותר... עם זאת, מעבר לשינויים חיצוניים, לעיתים קרובות תחושות הקונפליקט מורכבות וקשורות בנושאים כמו אשמה ובושה. אם לא עלה קונפליקט משמעותי, ממשיכים לגורם הפסיכודינמי הלא מודע האפשרי הבא.

Organ language - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים מבטאים דרך 'שפת איברים' כל מיני דברים שמפריעים להם, למשל 'זה כמו חרב על הצוואר שלי' או 'היא נכנסה לי מתחת לעור'... האם השתמשת פעם בשפת איברים הקשורה לעור שלך?" מטופלת שסבלה מגירוד בלתי מוסבר בעור ותחושות של חום ברגליים, למשל, נזכרה במהלך ההיפנוזה כי כל הזמן אמרו על אבא שלה "יש לו עור של פיל". היא הופתעה מאוד להיזכר שכשהתחילה תהליך של גירושים אמרה כמה פעמים "הלואי והיה לי עור של פיל". העבודה הטיפולית במקרה זה כללה שיתוף הדרגתי של המטפל באותם הדברים שלא רצתה שייכנסו לה מתחת לעור, וכן סוגסטיית לטיפול ושמירה של עור חזק אך גמיש.

לאחר חקירה של שני הגורמים הראשונים, ממשיכים עם המטופל לחקירה של רווח משני.

Motivation - הסבר למטופל: "לכל האנשים לפעמים יש רצון לשמור על דברים שסובלים מהם, כי זה מסייע במקומות אחרים... האם יש בכל זאת גם דברים חיוביים בעקבות השינוי במצב העור?" תהליך חקירה ישיר זה של הרווח המשני צריך להיעשות כמובן בכבוד ובזהירות רבה. מטופלים רבים, תחת המצב ההיפנוטי, לפתע משתפים ברווח משני סביב תופעה הקשורה במצב העור. העבודה הטיפולית במצב כזה היא בדרך כלל לחפש יחד עם המטופל דרכים לשימור הרווח הזה ולראות את הנושא מפרספקטיבה אחרת.

Past Experience - הסבר למטופל: "לפעמים יש חוויות מאוד משמעותיות שמשפיעות עלינו ועל הגוף שלנו. האם תוכל לחשוב על איזושהי חוויה משמעותית שאולי השפיעה על המצב של העור?" לעיתים קרובות עולות טראומות סביב התפרצותה של מחלת עור או סביב החמרתה, למשל מטופלת שסבלה מאלופציה אריאטה חוותה טראומה מינית סביב הפעם הראשונה שהתפרצה המחלה, ושתי החמרות החריפות ביותר היו סביב פרידות משמעותיות במערכות יחסים.

Identification - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים שחשובים לנו משפיעים עלינו בכל מיני דרכים לא מודעות. האם מישהו שחשוב לך סבל בעבר מבעיות בעור?" מעבר למרכיב הגנטי, בשלב זה עולים לעיתים קרובות זיכרונות משמעותיים עם בני משפחה שסבלו גם הם ממצב דומה של העור. מטופלת אחת נזכרה במהלך ההיפנוזה איך אמה, שסבלה גם היא מפסוריאזיס, הייתה מטפלת בעצמה בחדרה, בסתר ובבושה. המטופלת גם היא התביישה מאוד בעור שלה והתקשתה לשתף פעולה עם

רגשי, ובנושאים הקשורים ביחסים בין-אישיים ובעצמי. ישנן שיטות היפנואנליטיות שונות שיכולות לסייע בטיפול בבעיות פסיכוסומטיות. שיטה אחת המשלבת את הגישה הפסיכואנליטית עם היפנוזה רפואית היא Rapid Medical Hypnoanalysis, והיא יכולה להמחיש מספר עקרונות של שילוב היפנוזה בעבודה עם פסיכודרמטולוגיה (Ewin & Eimer, 2006; Cheek & LeCron, 1968). בדומה לפסיכודרמטולוגיה, השיטה של ההיפנואנליזה הרפואית הממוקדת התפתחה משיתוף פעולה של רופא ופסיכולוג, אבל בעבודה עם תסמינים רפואיים לא מוסברים. למעשה, שיטה זו יעילה מאוד בעבודה עם פסיכוסומטיקה. לפי הפרוטוקול, די בכמה מפגשים, ולכן ניתן לומר כי היא שייכת לטיפול הדינמי הממוקד. ההיפנואנליזה רפואית יכולה לסייע לעיתים גם במקרים שבהם הרקע הרפואי ברור, אך מתאימה במיוחד בטיפול בבעיות עור ללא הסבר רפואי מובהק. בשיטה זו אנו למעשה עוזרים למטופל לחקור בצורה ספציפית שבעה גורמים שכיחים ביצירה של תסמינים רפואיים לא מוסברים, שכן כל אחד מהגורמים יכול להיות רלוונטי בהיווצרותו של תסמין פסיכוסומטי. שבעת הגורמים הפסיכודינמיים השכיחים ביצירת תסמינים מרכיבים את ראשי התיבות: COMPISS: Conflict, Organ language, Motivation, Past experience, Identification, Self punishment, Suggestions. במהלך העבודה וההתחקות אחר המקור לבעיה הרפואית, מתחילים מהגורם הראשון ומתקדמים עד לגילוי. להלן הצגה אפשרית של התהליך. יש להדגיש שהכוונה הטיפולית היא לא לגלות גורם אחד "אמיתי" לבעיית העור, אלא לנטר גורמים אפשריים ביצירה או בהחמרה של מצב העור, וכוונה זו מועברת גם אל המטופלים.

דוגמה לשילוב היפנוזה בגישה פסיכודינמית להתחקות אחר מקור הבעיה: החקירה הטיפולית של כל אחד מהגורמים מתחילה בהסבר קצר ופשוט על הגורם האפשרי. נתחיל מהגורם הראשון. **Conflict** - הסבר למטופל: "לעיתים קרובות אנשים חווים קונפליקטים או דילמות בחיים ובתוכם אשר משפיעים על הגוף... האם יכול להיות שקונפליקט מסוים בחיים השפיע על מצב העור שלך?" מכיוון שהמטופל נמצא בתוך טראנס היפנוטי, עיניו עצומות והוא מרוכז מאוד בתחושות הגוף, לעיתים קרובות עולה קונפליקט משמעותי שיצר חרדה ומתח. לפעמים המטופל אומר משהו כמו: "הבעיה הזו השפיעה לי על המצב רוח, וחשבתי שאולי היא קשורה גם למצב של העור", ולפעמים המטופל מופתע מאוד ממה שעולה. בשיטה זו של ההיפנואנליזה רפואית משתמשים לעיתים קרובות בשפת סימנים, והמטופל עונה בעזרת האצבעות לשאלות, כלומר מציג "תגובה אידאומוטורית" (Shenefelt, 2011). אך בדרך כלל ישנו גם חלק מילולי שבו מנסים יחד לחשוב על פתרון לקונפליקט במהלך הטראנס ההיפנוטי: "אני

התסמוין אף קיבל פרשנות של רצון להוציא משהו מתוך עצמו, משהו שדבק בו, ובעורו. במהלך עבודה בהיפנוזה עלה בו דימוי של אבן מחוספסת מתחת לעור, קרה ואפורה, המנסה לצאת. משנשאל מה יכול לקרות לאבן המחוספסת, המטופל הרגיש מים נעימים שעוטפים ולאט לאט מרככים את האבן, ועוזרים לה להתחיל להתאדות בעדינות דרך העור החוצה. טכניקה נוספת הייתה יצירה של "מקום בטוח" והרפיה. נ' בחר במעיין קטן, שמסביבו עצים שמצלים, מלא באוויר בריא, נעים לתחושה על העור. בה בעת נעשה שימוש בהיפנוזה עצמית, ונ' החל להיעזר בכך מחוץ לטיפול לא רק כדי להתמודד עם התחושות של הגרד אלא גם בכלל במצבים שבהם חש מוצף. שילוב של טכניקות אלו ליווה את הטיפול במהלך השלבים השונים.

השלב השני כלל עבודה על עיבוד הטראומה. דרך סיפור החוויות שחוהו ופירוש של חלומותיו שכללו דימויים עוריים, למשל סדינים לבנים ונקיים שמכסים את המיטה, שאותה בפועל הוא מנקה כל בוקר מקשקשים. כמו כן, נ', אשר אהב לכתוב סיפורים, כתב במהלך תקופה זו בטיפול סיפור שבו הגיבור, בן דמותו, מתעמת עם דודו. הסיפור נותח עם המטופל, והיווה פן של חוויה מחודשת מול דודו. נעשתה עם נ' גם עבודה התנהגותית על הימנעותיו. נ' לא יכול, למשל, לומר את המילה "התעללות", וכן נמנע תחילה מלעצום עיניים במהלך תרגולי ההרפיה.

השלב השלישי בטיפול, שהגיע אחר הפחתה משמעותית ברמת הפוסט טראומה, כלל עבודה על קשרים בין-אישיים. הכוונה לקשרים ישירים מסוגים שונים, ובהם: נשים שהיוו בנות זוג אפשריות, חברים, אמו ואחיו. ניתן מקום גם לקשר עם המטפל, תוך חיבור לתגובות עוריות שעלו לעיתים במהלך הטיפול או קודם הגעתו לפגישה.

ניתנה למטופל המשגה לעור אליבא דאנזיה כמכיל ומחזיק, ולנגעים שבו כפגיעה במגן ובגבולות בעקבות החודרנות שפרצה פנימה. עם הזמן ועם השיפור בנגעי הפסוריאזיס וביכולת העור להכיל ולשמור עליו, התגברה גם תחושת הביטחון שלו, וכן גבר ביטחונו באשר ליכולתו להיות בקשר. התגובות הקופצניות והחרדתיות ממגע פחתו, ויכולתו לחוות אינטימיות גברה.

הפרשנות נשענה אף על מודל "הגוף המשיח" (רייכר-עתי, 2010), כלומר מה שהעור מבטא כאשר מצבו מחמיר, הותמרה מפרשנות הימנעותית ומכלילה של "אל תיגע בי" לפרשנות שמאפשרת שמירה על העצמי במידת הצורך כגון "אל תפגע בי", ואף לפרשנות של רצון בקשר "ראו אותי, שימו לב אליי".

סיום הטיפול הגיע אחר תקופה שבה מעבר לקשרים המחודשים עם סביבתו, חווה המטופל קשר מחודש עם עורו, ולמד כיצד לתת לו מקום, לטפל בו ולדאוג לו באופן מיטבי. המטופל החל לראותו כבית מכיל, שבו יכולים לדור בכפיפה אחת גופו ונפשו.

הטיפול הרפואי. האסטרטגיה הטיפולית כאן הייתה להפריד בין המטופלת לדמות המשמעותית, ובבטיוי רגשי של הזיכרונות הקשים הקשורים באימה ובטיפול בעור.

Self punishment - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים פוגעים בעצמם כי הם מרגישים שהם עשו משהו לא בסדר... אולי יש משהו שעשית שאתה מרגיש שהוא לא בסדר?" מטופל צעיר שהחל לגרד בחומרה את העור ללא סיבה נראית לעין, שיתף בהיפנוזה במספר אירועים טרם ההתפרצות שבהם העליב ופגע מילולית באופן קשה בחבריו ובבני משפחתו. בכל מקרה ניתנת למטופלים ההזדמנות שלא לשתף עדיין בדברים שעולים ולשמור אוֹץ לעצמם. עם זאת, כחלק מהטיפול הפסיכודינמי הזדמנות זו לווידי ולקשר לעיתים קרובות מאפשרת לשתף אירועים בעלי השפעה הקשורים בתחושות חרדה ואשמה מורכבות, ומסייעת במצב העור ובטיפול בו.

Suggestions - הסבר למטופל: "למילים שנאמרות לנו יכולה להיות משמעות רבה, האם מישהו אי פעם אמר לך משהו משמעותי בשבילך הקשור בעור?" מטופלים רבים משתפים בדברים שנאמרו להם על ידי בני משפחה ורופאים, אשר השפיעו עליהם ועל מצב העור והטיפול בו.

הצגת מקרה ואינטגרציה

המקרה שיתואר בקצרה להלן מציג רכיבים שונים במטרה להדגים את החיבור בין הגישות השונות של הטיפול שהוצגו. נ' בן 45, סבל בילדותו מהתעללות על ידי דודו. מעבר לתסמינים של פסוריאזיס הוא סובל מעודף משקל, קושי עם מגע ואבחנה של פוסט טראומה. נ' הופנה על ידי רופאת המשפחה, אחר שבבדיקה אצל רופא העור סבל מהתקף חרדה כאשר נגע בו בבדיקה שגרתית בשל הרגשה של חודרנות, שבהמשך הובן כי קשורה לטראומה.

בשלב האינטייק, נוכח התגובה שהתרחשה בביקור אצל הרופא, נשאל והובן כי ישנה טראומה ברקע והוא עומד בקריטריונים של פוסט טראומה. הובן אף כי מחלת הפסוריאזיס התפרצה בסמוך לטראומה. מעבר לאבחנה הרפואית של הפסוריאזיס, נעשה סיווג על פי הספקטרום הפסיכוסומטי, מהיותה מחלה פסיכופיזיולוגית מוחמרת מתח, והדבר הוסבר לנ' במקביל לתוכנית הטיפולית. מהלך הטיפול כלל מספר שלבים שנועו באופן ספירלי, על פי מודל שילוב עוקב (פרי, 2008), המשלב CBT לצד מרכיבים דינמיים, ובמקביל מודל שלבי ההחלמה של הרמן - ביטחון, זיכרון ואבל, וקשר מחודש (הרמן, 1994).

בשלב הביטחון ניתן מקום לביסוס הקשר, חיזוק תחושת היציבות והפחתת החרדה באמצעות כלים של CBT בשילוב טכניקות להפחתת גרד. במקביל לעבודה ההתנהגותית עם הגרד,



1. אוגדן, ת"ה (2001). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. תרגום: א' ברגשטיין וח' אהרוני. תל אביב: עם עובד.
2. אנזיה, ג' (1985/2004). האני-עור. תרגום: א' רוזן, עריכה מדעית: מ' גרנק. תל-אביב: תולעת ספרים.
3. הרמן, ג' (1994). טראומה והחלמה. תרגום: ע' זילבר. תל-אביב: עם עובד.
4. ויניקוט, ד"ו (1960). התיאוריה של יחסי הורה-תינוק, בתוך: עצמי אמיתי עצמי כוזב (2014). תל אביב: עם עובד.
5. ירום, ג' (2010). סיפורי גוף. בן שמן: מודן.
6. מקדוגל, ג' (1998). תיאורני הגוף. תל אביב: הוצאת דביר.
7. מרום, צ', שכטמן-גלבוע, א', מור, ג' ומאירס, י' (2011). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים, עקרונות טיפוליים. תל אביב: דיונון.
8. פרי, ט' (2008). טיפול פסיכודינמי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי - שילוב אפשרי? שיחות, כרך כ"ב, חוב' מס' 2, 135-142.
9. רייכר-עיתר, ר' (2010). הכאב וחיווי גוף אחרים - סימפטום אורגני ו/או עיוות קוגניטיבי? MEDICAL - מגזין הרופאים בישראל 33, 52-55.
10. Aguilar-Duran, S., Ahmed, A., Taylor, R. & Bewley, A. (2014). How to set up a psychodermatology clinic. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39, pp. 577-582.
11. Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
12. Bick E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, pp. 484-486.
13. Bick, E. (1987). The experience of the skin in early object relations, in M. Harris (ed.). *The Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 133-139). Perthshire: Clunie Press.
14. Bridgett, C. (2014). Habit reversal therapy: A behavioural approach to Atopic Eczema and other skin conditions. In A. Bewley et al. (Eds.), *Practical Psychodermatology* (Chp 8, pp. 66-71), Chichester, UK Wiley & Sons Ltd, 2014.
15. Britton R. (1998). *Belief and imagination*. London & New York: Routledge.
16. Burns, D.D. (1989). *The feeling good handbook: Using the New mood therapy in everyday life*. New York: W. Morrow.
17. Cheek, D.B. & LeCron, L.M. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. Orlando, Florida: Grune & Stratton.
18. Ewin, D.M. (2011). Treatment of HPV with hypnosis—psychodynamic considerations of psychoneuroimmunology: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59:4, 392-398, DOI: 10.1080/00207144.2011.594664.
19. Ewin, D. M. & Eimer, B. N. (2006). *Ideomotor signals for rapid hypnoanalysis: A how-to manual*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Reviewed by Edward A. Schechtman, Ph.D., Commack, NY, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49:3, 231, DOI: 10.1080/00029157.2007.10401588.
20. Ezra, Y., Hammerman, O. & Shahar, G. (2019). The four-cluster spectrum of mind-body interrelationships: An integrative model. *Front. Psychiatry* 10:39.
21. Freud, S. (1949). *The Ego and the Id*. London: The Hogarth Press Ltd.
22. Greener, M. (2014). Beneath the surface: Dermatology and psychiatry. *Progress in Neurology and Psychiatry*, January/February, pp. 16-18. (www.progressnp.com).
23. Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D. & Tausk, F.A. (2010). *Clinical Management in Psychodermatology*. Berlin and Heidelberg: Springer-Verlag.
24. Koo, J. & Lebowitz, A. (2001). Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *American Family Physician* 64(11), pp. 1873-1878.
25. Pines, D. (1993). *A woman's unconscious use of her body*. London: Virago Press.
26. Qureshi, A.A., Awosika, O., Baruffi, F., Rengifo-Pardo, M. & Ehrlich, A. (2019). psychological therapies in management of psoriatic skin disease: A systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019 Oct;20(5):607-624. DOI: 10.1007/s40257-019-00437-7.
27. Shenefelt, P.D. (2000). Hypnosis in Dermatology. *Arch Dermatol*.136(3):393-399. doi:10.1001/archderm.136.3.393.
28. Shenefelt, P.D. (2011). Ideomotor signaling: From divining spiritual messages to discerning subconscious. *Answers during Hypnosis and Hypnoanalysis, a Historical Perspective*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53:3, 157-167, DOI: 10.1080/00029157.2011.10401754.
29. Tasini M.F. & Hackett, T.P. (1977). Hypnosis in the treatment of warts in immunodeficient children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19:3, 152-154, DOI: 10.1080/00029157.1977.10403862.
30. Ulnik, J. (2007). *Skin in psychoanalysis*. London: Karnac.
31. Waddall, M. (2003). Coming into one's own: The Oedipus complex and the couple in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*. 29, pp. 53-73.
32. Zachariae, R., Bjerring, P. & Arendt-Nielsen, L. (1989). Modulation of Type I immediate and Type IV delayed immunoreactivity using direct suggestion and guided imagery during hypnosis. *Allergy*.44:537-42.