

טראומה ו"שפת האכילה"- רב הדומה על השונה.

עבודת גמר בקורס "שפת האכילה"- שנה א'.

מגישה: לאה דהרי

ת.ז. 066152430

מנחה: איילת קלטר

תאריך: 20/09/2022

תוכן עניינים

2.....	הקדמה
4.....	המוח המשולש של האדם כבסיס להבנת הטראומה
5.....	טראומה- הגדרה, אופני תגובה, סימפטומים ומשמעויות
9.....	שלוש מערכות של ויסות רגשי כבסיס לטיפול בטראומה
12.....	טיפול בטראומה
15.....	סיכום- מה בין טראומה לבין "שפת האכילה"?
18.....	רשימת מקורות

הקדמה

את המסע המרתק שלי לתוך "שפת האכילה" התחלתי, מבלי לדעת, במהלך התואר השני שלי, כאשר בחרתי לחקור את המנגנונים הפסיכולוגיים הנמצאים בבסיס ההשמנה. אז, התוודעתי בפעם הראשונה לתרומתם של רגשות שליליים כמו בושה ואשמה להתקפי זלילה. הגוף השמן שלי, מאז ומעולם, תמיד ידע שרגשות אלה משחקים תפקיד מכריע בהתנהגויות האכילה שלי, אך במהלך כתיבת התיזה שלי בנושא, מצאתי תימוכין מחקרי לכך. יתרה מכך, הספרות המחקרית הפגישה אותי לראשונה בחיי, עם מושג החמלה העצמית, ונכחתי לדעת, באמצעות המחקר שלי, את תרומתה האדירה של חמלה עצמית, לוויסות התקפי זלילה והתנהגויות אכילה.

כאשר שמעתי על גישת "שפת האכילה" לא ידעתי שהיא מבוססת בין היתר על ההבנות שגיבשתי במהלך התיזה שלי, אך היא ריתקה אותי. היא חיברה אותי לא רק ל"אני האישי" שלי, אלא גם ל"אני המקצועי שלי". אני בוגרת תואר שני בפסיכולוגיה שיקומית, וכרגע נמצאת בשלהי ההתמחות השיקומית שלי. הבסיס הטיפולי שמנחה אותי, מבוסס על עקרונותיה של "שפת האכילה", המקדמת קבלה ללא תנאי, קשיבות וחמלה עצמית. למעשה, הפסיכולוגיה השיקומית במהותה, מבוססת על המודל הסלוטוגני ומקדמת בריאות. היא מלווה את האדם, במצבי חיים קשים, לרבות פגיעות ראש, מחלות, אבל ואובדן, הפרעות התפתחותיות, לקויות מוטוריות וקוגניטיביות ועוד. לב ליבה של הפסיכולוגיה השיקומית, הוא הטראומה ומטרתה, לטפל באדם שחווה משבר בגוף ובנפש, כדי להביא אותו למימוש פוטנציאל היכולות שנפגעו בעקבות הטראומה, תוך ראייה אינטגרטיבית של כל תחומי החיים של המטופל.

מכאן, החיבור בין שפת האכילה לטראומה, הוא הך טבעי עבורי. במהלך לימודי "שפת האכילה", השתתפתי במקום התמחותי, בהשתלמות בנושא: טיפול ממוקד חמלה בטראומה. כבר בתחילת הקורס, הבחנתי בחוט המקשר בין הטראומה, לבין "שפת האכילה". לחוט זה שני קצוות; האחד, הבנת המנגנונים המוחיים העומדים בבסיס הטראומה, הכרה בהטרוגניות שקיימת בקרב אנשים בהתמודדות עמה ואופני הטיפול בה. והשני, המעבר ממודל פתוגני, המתמקד בחולי למודל סלוטוגני, המקדם בריאות.

בעבודה הנוכחית אסקור את המונח טראומה ואתחקה אחר ההבנה המתגבשת אודות מקורותיה, תגובותיה ואופני הטיפול בה. כמו כן, ארחיב על טיפול ממוקד חמלה בטראומה, המשלב הבנייה מחודשת של זיכרונות טראומתיים, עם פיתוח מודעות חמלתית, המסייעת להתמודד עם תחושת הבושה והביקורת העצמית האופיינית למטופלים שנחשפו לאירועים טראומתיים. לבסוף, אעשה את החיבור האינטואיטיבי בעיני, בין טראומה, כפי שהיא מובאת בעבודה זו לבין "שפת האכילה".

"אם תבטאו את מה שבתוכם,

אזי מה שבתוכם

יהיה ישועתכם.

אם לא תבטאו את מה שבתוכם,

אזי מה שבתוכם,

ישמיד אתכם".

(מתוך: לזין, 2009).

המוח המשולש של האדם כבסיס להבנת הטראומה

על פי המודל של פול מקליין, המוח, המכונה לעיתים המוח המשולש, מורכב משלוש מערכות אינטגרליות, הפועלות בצורה מודולרית: (1) המוח הזוחלי, שהוא החלק הקדום ביותר של המוח שלנו, המשותף לנו ולזוחלים ואחראי על תפקודי ההישרדות וההתרבות שלנו. זהו החלק האינסטינקטיבי של האדם. (2) המוח היונקי, המכונה גם המוח הלימבי, אחראי על העולם הרגשי, משפיע על העדפות שמייצרות משיכה או דחייה ומשותף לאדם וליונקים אחרים. (3) המוח האנושי, הניאו קורטקס (האונה המצחית), שאחראי לתפקודי החשיבה הגבוהים ולתפקודים ניהוליים (MacLean, 1990).

המוח היונקי, דהיינו, הלימבי, הוא החלק במוח שאחראי על המנגנון ההישרדותי: FFF. FIGHT - "הילחם", FLIGHT - "ברח" או FREEZE - "קפא". כאשר מצב מסוים נתפס כמצב מאיים, המנגנון ההישרדותי מופעל. בטבע, התגובות האמורות קריטיות להישרדות האורגניזם. כך, כאשר הצ'יטה, האורבת לעדר אימפלות הרועות בשדה, מסתערת עליו, מופעל במידי המנגנון ההישרדותי, והעדר כולו, כאורגניזם אחד, מנתר במהירות לעבר החורש ונמלט על נפשו. כאשר אימפלה חסרת מזל, מועדת ומוצאת את עצמה נתונה בחסדיה של הצ'יטה, היא נשכבת על האדמה, מאובנת, מעמידה פני מת. היא נכנסה באופן אינסטינקטיבי למצב מודעות המשותף לכל היונקים, כשנראה להם שהמוות אורב בפתח (MacLean, 1990).

בני אדם נוטים לתפוס מצב קיפאון זה כמצב של כניעה והוא שקול לחולשה המתפרשת כפחדנות. פרשנות זו, שמקורה הוא המוח האנושי, שעסוק בין היתר ברומיניציות (מחשבות טורדניות) ומנטליזציה, שהיא הבסיס לביקורת עצמית, מסווה פחד עמוק מפני מצב של אי תזוזה. אנחנו, כבני אדם, נמנעים ממנו, מכיוון שהוא דומה מאוד למוות. כך, אף על פי שהמנגנון הפיזיולוגי ההישרדותי המתואר מעלה, אינו נשלט והוא אינסטינקטיבי גם בקרב בני אדם, שלא כמו חיות הפרא, בני האדם, אינם מצליחים למצוא דרך קלה לפתרון הדילמה בין לחימה לבריחה, כאשר הם חשים מאוימים (לוין, 2009).

דילמה זו נובעת, לפחות בחלקה, מהעובדה שהמין האנושי שיחק הן את תפקיד הטרף והן את תפקיד הטורף. בפרה היסטוריה, בני האדם היו ציידים, אך גם היו טרף קל לטורפים אחרים, בייחוד כאשר בילו שעות רבות מדי, כאשר הם מקובצים יחדיו, במערות קרות. סיכויי ההישרדות שלהם גברו, כאשר הם קובצו בקבוצות גדולות יותר, גילו את האש והמציאו כלים ששימשו לציד ולהגנה עצמית. כלים אלו אומנם יעילים, אך הם חיצוניים, והמוח האנושי אינו מבחין בהם במצב של סכנה או איום. בניגוד לחיות אחרות, שיודעות שהן מהוות טרף והן מחוברות לכוחות ההישרדות שלהן, לבני האדם אין את החיבור הזה, והזיכרון הגנטי של היותנו טרף קל, שרד במוחנו ובמערכת העצבים שלנו (לוין, 2009).

למעשה, לוי (2009) מניח כי המוח האנושי, הרציונאלי, שמאפשר לנו לפעול היטב בעולם, הוא נקודת החולשה שלנו בכל הקשור לטראומה. לדידו, כאשר אנו ניצבים מול מצב המהווה איום על חיינו, המוח הרציונאלי מתבלבל, דוחק הצידה את הדחפים האינסטינקטיביים שלנו, מנסה להמשיך הלאה בחיינו, מבלי להיכנע תחילה לחוויה קשה ולרגשות כואבים ומכין את הבמה למה שהוא מכנה "תסביך מדוזה", הדרמה המכונה טראומה.

טראומה- הגדרה, אופני תגובה, סימפטומים ומשמעויות

טראומה היא פגיעה בגוף או בנפש, שמקורה, בדרך כלל חיצוני. המקצועות הטיפוליים נוטים לתאר טראומה במונחים של האירוע שקדם לה (טיפול בטראומה מתוך אתר בטיפולנט בכתובת: https://www.betipulnet.co.il/lexicon/Trauma_therapy/). ההגדרה הרשמית לאבחון טראומה, היא שהטראומה נגרמת על ידי התרחשות מעיקה "שהיא מחוץ לטווח החוויות האנושיות הרגילות ושעשויות לגרום למצוקה חמורה לכל אדם כמעט". הגדרה זו כוללת את החוויות הלא רגילות הבאות: "איום חמור על חייו או שלמותו הפיזית של אדם; איום חמור או גרימת נזק חמור לילדים, בן זוג או קרובים אחרים או חברים טובים של אדם; הרס פתאומי של ביתו או קהילתו של אדם; צפייה באדם אחר שנפצע קשה או נהרג כתוצאה מתאונה או מאלימות פיזית" (לוי, 2009).

כפי שניתן להתרשם מהכתוב מעלה, ההגדרה לטראומה, אומנם משמשת כנקודת פתיחה, אך היא מעורפלת ומטעה. מי יכול לקבוע מה נמצא "מחוץ לטווח החוויות האנושיות הרגילות?" או "מה עשוי לגרום למצוקה חמורה לכל אדם כמעט?" (ואן דר קולק, 2021). כמו כן, לא ניתן להתייחס לכל האירועים הטראומטיים תחת אותה הגדרה, שכן קיימת שונות בין אנשים באופן שבו הם מגיבים לחוויות חיים מטלטלות. לפיכך, נכון יותר להשתמש במונח "אירועים בעלי פוטנציאל טראומטי" במקום במונח "טראומטי" (Bonanno & Mancini, 2012).

למעשה, הספרות המחקרית הקלאסית לטראומה, מתבססת על המודל הפתוגני, שמבחין באופן דיכוטומי בין פתולוגיה לבריאות ויוצא מנקודת הנחה כי אירועי חיים קשים מייצרים תגובה הומוגנית יחידה של שינוי לאורך זמן (Bonanno & Mancini, 2012). מיטיב לתאר זאת דניאל גולמן (1992) שתיאר טראומה מנקודת ההשקפה הרפואית הרווחת כ"מחלה בלתי הפיכה". הוא מצטט את ד"ר דניס צ'רני באומרו: "אין זה משנה אם היו אלה האימה הבלתי פוסקת של הקרב, לכידה בהוריקן או תאונת דרכים. לכל עקה שאין עליה שליטה, עשויה להיות אותה השפעה ביולוגית. קורבנות של טראומה הרסנית, לעולם לא יהיו מה שהיו לפני כן מבחינה ביולוגית" (בתוך: לוי, 2009).

מנגד, בשנים האחרונות הולכת ומתבהרת ההבנה שקיימת הטרוגניות של תגובת הלחץ האנושית ואופן התגובה של כל אדם תלוי בגורמים רבים ושונים, הקשורים באדם עצמו או באירוע ואי אפשר לקבוע או לשער מראש, מי יפתח הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) (להלן: "פוסט טראומה") (טיפול בטראומה מתוך אתר בטיפולנט בכתובת:

https://www.betipulnet.co.il/lexicon/Trauma_therapy/). יתרה מכך, לוין (2009) מציע כי הטראומה מעוררת תגובה ביולוגית שצריכה להישאר גמישה ומסתגלת ולא להפוך להיות תקועה, ובכך בלתי מסתגלת. תגובה שאינה מסתגלת אינה בהכרח מחלה, אלא אי נוחות שיכולה לנוע מאי נוחות קלה ועד היחלשות מוחלטת. באי ההסתגלות עדיין קיים פוטנציאל של גמישות ויש להשתמש בו על מנת לחזור לאזור הנוחות והתפקוד המלא.

ואכן, מחקרים אמפיריים, המתבססים על ההבנה שקיימים נתיבים מרובים וייחודיים של הסתגלות לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי, המשיגו את השונות בתגובות באמצעות ארבעה נתיבים פרוטוטיפיים: חוסר תפקוד כרוני, תגובה מושהית, החלמה הדרגתית ונתיב יציב יחסית של תפקוד בריא או עמידות (Bonanno & Mancini, 2012).

עמידות משמעה "כושר הישרדות" או "חסינות" (מילון אבן שושן בכתובת: <https://milog.co.il/%D7%A2%D7%9E%D7%99%D7%93%D7%95%D7%AA>), והיא באה לידי ביטוי בפגיעה מינימאלית לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי. Bonnano (2004), הגדיר עמידות כ"יכולת של בני אדם אשר חיים בנסיבות נורמטיביות ונחשפים לאירוע מבודד ובעל פוטנציאל הרסני לשמור על רמות תפקוד פיסי ונפשי יציבות באופן יחסי ולהמשיך לחוות חוויות ורגשות חיוביים". נקודת מפתח בהגדרה זו היא שגם אנשים בעלי עמידות יחוו תגובות לחץ בינוניות או מתונות לפחות לזמן מה, אך אלו לא יפגעו באופן משמעותי מאוד בתפקודם. במשך שנים, היה נהוג לחשוב כי שורדי טראומה, המפגינים עמידות, מצביעים על תופעה פתולוגית או לחילופין בעלי יכולת תפקודית יוצאת דופן. מחקרים עכשוויים, לעומת זאת, מצביעים על כך שעמידות לטראומה היא התגובה השכיחה ביותר לאירועים בעלי פוטנציאל טראומטי (Bonanno & Mancini, 2012). מהנתונים הקיימים בידי, בין 15% ל-20% מהאנשים שנחשפו לאירוע בעל פוטנציאל טראומטי יגלו עמידות.

החלמה היא תגובה שבה קיימים סימפטומים לתקופה זמנית, של מספר חודשים בדרך כלל, אך לאחר מכן, חוזר האדם, באופן הדרגתי למצב שלפני האירוע (Bonanno, 2004). על אף שמוכן מאליו שרוב האנשים חוזרים לרמה מסוימת של תפקוד תקין גם לאחר אירועים בעלי פוטנציאל טראומטי, הנתיב הברור של החלמה, זכה לתשומת לב מעטה בצורה מפתיעה במחקר (Bonanno & Mancini, 2012). כיום, מדברים על שיעורים של 50%-75% של תגובות החלמה / שיקום לאחר טראומה.

תגובות מושהות, הן למעשה תוצאה של עכבה או הדחקה של האירוע הטראומתי, שבסופו של דבר יקרו ויביאו להתפרצות פתולוגיה. זה מצב שבו התגובות הפוסט טראומטיות אינן מגיעות ל"סף האבחנה", אך מחמירות לאורך זמן (Bonanno & Mancini, 2012). כיום, נהוג לדבר על תגובה שמופיעה בשיעור של 3%-8% בקרב אנשים שנחשפו לאירוע בעל פוטנציאל טראומתי.

ולבסוף, חוסר תפקוד כרוני מבטא מצב בו התגובות הפוסט טראומטיות מוגברות, עד שהן מתבטאות בקשיים תפקודיים משמעותיים. הספרות המחקרית מצביעה על כך שמרביתם של שורדי אירועים בעלי פוטנציאל טראומתי, לא יגיעו למצב של חוסר תפקוד כרוני. כמו כן, מצב זה אינו מהווה בהכרח אבחנה קלינית בפני עצמה, אשר מבחינה בין מצבי בריאות לחולי, אלא מייצגת הגברה סימפטומטית בלבד (Bonanno & Mancini, 2012). מהנתונים הקיימים בידי, 5%-15% מהאנשים יפגינו חוסר תפקוד כרוני.

סימפטומים טראומטיים אינם נגרמים על ידי האירוע "המעורר" עצמו. הם נובעים מהמשקע הקפוא של אנרגיה שלא התפוגגה ונפרקה, שנוצר כאשר איננו יכולים להשלים את תהליך הכניסה, השהייה, והיציאה ממצב אי התזוזה או הקיפאון ("לקפוא מפחד") (ליון, 2009). המשקע הזה, שנותר לכוד במערכת העצבים שלנו, אחראי לכך, שהמוח היונקי, האינסטינקטיבי, שנועד לוודא את שרידותנו, מגיב מחדש, לרמז הזעיר ביותר לסכנה, משבש את פעולתם של מעגלים חשמליים במוח, ומפריש כמויות עצומות של הורמוני דחק (ואן דר קולק, 2021). בטבע, כאשר הטרף "קופא" לנוכח הטורף שלו, הוא נראה חסר תנועה, כמו מת, מבחוץ, אבל בפנים מערכת העצבים טעונה מאוד. הפער בין המרוץ הפנימי של מערכת העצבים, לבין אי התזוזה החיצונית של הגוף, יוצר התפרצות חזקה בתוך הגוף, הדומה לטורנדו. טורנדו זה של אנרגיה הוא נקודת המוקד, שממנה נוצרים הסימפטומים הפוסט טראומטיים (ליון, 2009).

בטבע, הפער הזה, בין הפנים לחוץ, משרת שני טעמים מרכזיים: האחד, שהוא משמש אסטרטגיית הישרדות אחרונה. קיימת אפשרות שהטורף יחליט לסחוב את הטרף "המת" שלו למקום בטוח מפני טורפים אחרים, אז יוכל הטרף להתעורר ממצב הקיפאון ולהימלט במהירות ברגע של חוסר תשומת לב. כשייצא הטרף מכלל סכנה, הוא יוכל לווסת את עצמו, לנער את עצמו משארית ההשפעה של תגובת אי התזוזה ולחזור לשליטה מלאה בגופו. אז, הוא ישוב לחייו הרגילים כאילו דבר לא קרה. הטעם השני הוא שבמצב קיפאון מבחוץ, נכנס הטרף (ובני האדם), למצב משתנה שבו לא חשים כאב, כך שאם לא יצלח בידו לברוח, לא יהיה עליו לסבול בזמן שייטרף (ליון, 2009).

אותה הדרמה מתחוללת גם באדם, לנוכח אירוע בעל פוטנציאל טראומתי. אדם מאוים צריך לפרוק את כל האנרגיה שגייס כדי לעמוד מול האיום, שכן משקע האנרגיה האמור, אינו

נמוג מעצמו. הוא נשאר בגוף ולעיתים קרובות מוליד מגוון רחב של סימפטומים פוסט טראומטיים, שהם למעשה דרכו של האורגניזם להכיל (או לכלוא) את משקע האנרגיה שלא נפרקה (ליון, 2009). במילים אחרות, פוסט טראומה זה מחטף של העבר את העתיד. הזיכרון של האירוע הטראומטי, מוצפן באזור הלימבי, שהינו אזור לא מעובד, וכך נותרת האנרגיה שלא נפרקה, בתוך המוח היונקי, ומשבשת את פעילותו הטבעית (ואן דר קולק, 2021).

סימפטומים פוסט טראומטיים אלו באים לידי ביטוי בתחושות גופניות עזות, פעולות אימפולסיביות ותוקפניות ורגשות קשים של אובדן שליטה, תחושת פגימות עמוקה וחוסר אונים (ואן דר קולק, 2021). למעשה, בטראומה, תחושת המוגנות מתחילה להתפרק. Lifton (1973), ממשיג טראומה כ"עקבות של מוות החודרות לנשמה". בעקבותיה, מתעורר בליל של תחושות ורגשות עזים, שבבסיסם, עומדת חווית המוגנות המרוסקת. אנחנו נראה חוסר שקט, זעם פנימי, אימה, סערה פנימית, ייאוש, דיכאון ובדידות, חוסר אונים, תקיעות, דחייה עצמית ועוד.

ביתר פירוט, ד"ר אילן טל, מחלק את התגובות הפוסט טראומטיות ל- 12 קטגוריות, כמפורט¹:

1. העולם הופך להיות מפחיד ולא בטוח וביטויי פחד וחרדה עשויים לצוץ "ללא הסבר", כתוצאה מחשיפה למקומות מסוימים, זמן מסוים, ריח או רעש מסוים או גירויים אחרים שנקשרים בדרך זו או אחרת לאירוע הטראומה. בדומה, גם האנשים יכולים להיתפס כבוגדניים וככאלה שאין לבטוח בהם. זה נכון במיוחד ביחס לאירועים טראומטיים שמעורבים בהם פגיעות בינאישיות, לרבות פגיעה מינית. בהיבט הפסיכולוגי, זהו מצב של התנתקויות מדמויות התקשרות.
2. חוויה חוזרת של אירוע הטראומה באמצעות רומינציות (מחשבות חוזרות וטורדניות), סיוטים או פלאשבקים (החזרים) של האירוע, עד כדי חוויה כאילו חווים מחדש את האירוע הטראומטי.
3. קשיי ריכוז- האנרגיה הנפשית מושקעת בניסיון לעבד ולשחזר את האירוע הטראומטי ולא נותרת די אנרגיה נפשית על מנת להיות פנוי, להתרכז ולזכור חומרים חדשים.
4. הימנעות והתרחקות מכל דבר שעלול להזכיר את האירוע הטראומטי, עד כדי פגיעה משמעותית בתפקוד.

¹ מתוך:

https://www.drtal.co.il/%D7%AA%D7%92%D7%95%D7%91%D7%94_%D7%A4%D7%95%D7%A1%D7%98%D7%A8%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%98%D7%99%D7%AA.1%D7%98_%D7%98%D7%A8%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%98%D7%99%D7%AA

5. קרירות רגשית- נטייה להתרחק ממחשבות ורגשות כואבים ולפעמים גם ניסיון להימנע מכל רגש בכלל. מצב זה מונע מהאדם לחוש רגשות קשים אשר קשורים לטראומה, ואף משכיח אלמנטים רבים מתוכה לזמן מסוים, אך גם חוסם את האפשרות של האדם להרגיש רגשות בתחומים אחרים. אנשים אלו נחווים כמנותקים רגשית, אדישים וחסרי רגש ומכנים עצמם לעיתים כאדם "חי-מת".
 6. דריכות ועוררות הנוצרת כתוצאה מהפעלת מערכת האזעקה של הגוף, שלא בזמן סכנה, מה שמכלה את כוחו של האורגניזם, הן מההיבט הפיזי והן מההיבט הנפשי.
 7. חוסר סבלנות ורגזנות- הדריכות הרבה, העייפות והמתח, תורמים לכך שסף התסכול נמוך יחסית. קל מאוד להתעבן וקשה לסבול רעש, קונפליקטים ואי הבנות.
 8. כעס- הכעס יכול להיות מופנה כלפי חוץ וכלפי פנים. הוא יכול להיות קשור לאירוע עצמו ("למה זה קרה לי?"), לתגובה בזמן האירוע או לתגובה לאחריו.
 9. אשמה ובושה- אשמה מתעוררת כאשר האורגניזם מרגיש שמהו בהתנהגות שלו הביא לפגיעה ובושה נוצרת כאשר האורגניזם מרגיש שמהו בו הוביל לתוצאה האמורה. כך או כך, ההתייחסות של האורגניזם לעצמו היא בצורה של הפללה עצמית. "אני מסומן", "אני קורבן", "אני לא שווה".
 10. דיכאון- מצב רוח ירוד, תחושת חוסר תקווה, בכי תכוף, ייאוש, חוסר עניין בעתיד, חוסר עניין בדברים שבעבר עניינו את האדם ואנהדוניה (חוסר הנאה).
 11. פגיעה עמוקה בדימוי העצמי.
 12. משפחה, אינטימיות ויחסי מין- כל ההשלכות הגופניות והנפשיות, המפורטות מעלה, משפיעים על הקשרים הבינאישיים והזוגיים של האדם, על היכולת שלו להיות מעורב בקשר מיני ועל המשפחה כולה.
- אנשים שהיו מעורבים באירוע בעל פוטנציאל טראומתי, מבליים חודשים או אף שנים בדיבורים על חוויותיהם, חיים אותן מחדש, מבטאים את כעסם, פחדם וצערם, אך כל עוד הם לא יעברו דרך "תגובות הקיפאון" הפרימיטיביות וישחררו את משקעי האנרגיה, הם יפכו לקורבנות הטראומה. בניסיונות הלא מוצלחים של האדם, לפרוק אנרגיות אלו, הוא עלול להתקבע בו, כך שהוא יישאר תקוע במבוך הטראומתי וימשיך לחוות מצוקה. למעשה, בני האדם, כמו פרפר הנמשך ללהבה, עשויים ללא ידיעתם, ליצור שוב ושוב מצבים שבהם קיימת האפשרות לשחרר את עצמם ממלכודת הטראומה, אך ללא הכלים והכוחות המתאימים, רובם נכשלים (לזין, 2009).

שלוש מערכות של יסות רגשי כבסיס לטיפול בטראומה

לזין (2009) יוצא מנקודת ההנחה כי לבני האדם, יכולת מולדת לויסות עצמי. היכולת לויסות עצמי, קשורה לשלוש מערכות פנימיות, באמצעותם בני האדם, פועלים בעולם: מערכת האיום (Threat system), מערכת ההנעה (Drive system) ומערכת ההרגעה

(Soothing system). המערכת הכי חשובה, היא מערכת האיום וההגנה. תפקידה של מערכת זו היא להתריע על קיומן של סכנות פוטנציאליות ולהניע את האורגניזם לנקוט צעדים המכוונים להגנה על עצמו. מערכת האיום עובדת על ה-HPA: ציר ההיפותלמוס-בלוטת יותרת המוח-בלוטת יותרת הכליה. ציר זה משפיע על שחרור קורטיזול, באמצעותו הוא משנע ואוגר אנרגיה באיברים ורקמות בגוף, באופן שיאפשר התמודדות אופטימלית עם מצבים מסכנים ומעוררי דחק. המערכת השנייה, מערכת ההנעה וההישגיות, חיונית גם היא להישרדות האורגניזם, שכן תפקידה להניע ולעודד אותו לחפש משאבים החשובים לו ולסביבתו. הרגשות הדומיננטיים סביב פעילות מערכת זו כוללים התרגשות, ציפייה ושמחה ותכליתם להמריץ את האורגניזם לחפש אחר משאבים שמקדמים אותו, כולל אוכל, מחסה, עבודה, למידה ויצירה. ההורמון המרכזי שאחראי על מערכת ההנעה הוא הדופמין, שמקושר בין היתר ל"מרכז העונג" במוח. ולבסוף, המערכת השלישית, מערכת ההרגעה וההתרגעות, היא המערכת המשלימה של מערכת האיום. ההורמונים שמפעילים אותה, הם האופיאטים הטבעיים ואוקסיטוצין (הורמון האהבה), באמצעותם מתאפשר לאדם "להוריד הילוך". הורדת ההילוך היא המאפשרת לאדם לייצב ולהרגיע את עצמו וגם להרגיע אחרים (Gilbert, 2009).

במצב טבעי, שלושת מערכות הוויסות פועלות באופן אינטגרטיבי, כך שהן משלימות אחת את השנייה. יחד עם זאת, כאשר מופר האיזון בין המערכות, אנחנו צפויים לראות סימפטומים מגוונים, לרבות התמכרויות ופוסט טראומה. כך למשל, בהיעדר איזון ראוי בין המערכות, מערכת ההנעה עלולה להוביל להתנהגויות ממכרות וכפייטיות, פיצוי יתר על רגשות שקשה להכילם, פרפקציוניזם, ועוד (Gilbert, 2009). בדומה, תסמינים פוסט טראומתיים, מתעוררים בעקבות אקטיבציה מוגברת של מערכת האיום, שפעמים רבות מופעלת תוך חסימה של פעילות המערכות האחרות.

הטיפול בטראומה, מתבסס על האיזון בין שלושת מערכות הוויסות. אף אחד אינו יכול "לטפל" במלחמה, התעללות, אונס, ניצול מיני או כל אירוע טרגי אחר: את שאירע אין להשיב. אבל אפשר (וצריך) לטפל בחותם שהטראומה מותירה בגוף, בנפש ובנשמה (ואן דר קולק, 2021).

על פי המודל הפתוגני, הרואה בטראומה מחלה, הטיפול בה, צריך להיות תרופתי. התרופות, שנועדו להתגבר על התגובות הפוסט טראומתיות, יכולות לעזור להרוויח זמן בייצוב האדם הסובל מטראומה. אך כשמשתמשים בהן, במשך תקופות ארוכות, מדכאים למעשה את התגובה המאזנת של הגוף לעקה ואת היכולת הטבעית של הגוף לאזן את עצמו, ובכך הן למעשה מפריעות לתהליך הריפוי. כדי להשלים את מהלך הפעולה הביולוגי והמשמעותי של הגוף, זקוק האורגניזם לאותם תסמינים פוסט טראומתיים גופניים, שאנו

עדים להם בעולם החיות. ניקח לדוגמה את הטרף שהצליח להימלט מהטורף שלו. כאשר הוא מגיע למקום מבטחים, הוא מתחיל תהליך פיזיולוגי של רעד, צמרמורות ותסמינים נוספים, לפני שהוא חוזר לעצמו. אם מדכאים את התגובה המשקמת של הגוף, על ידי תרופות, בין אם היא מוקפאת בפחד, ובין אם היא נשלטת על ידי פעולה רצונית, מתערערת היכולת המולדת לוויסות עצמי (לוי, 2009).

לוי (2009) סבור כי ניתן לרפא טראומה, על ידי השבת הבעלות של האדם על גופו. טראומה, כאמור, גוזלת מהאורגניזם את ההרגשה שהוא אחראי על עצמו. אתגר ההחלמה הוא לבסס תחושת בעלות על גופו של האדם ועל נפשו. פירוש הדבר הוא להרגיש חופשי לדעת את שהוא יודע ולהרגיש את שהוא מרגיש, בלי להיות מוצף, זועם, מבויש ובסכנת התמוטטות. כדי להשיב שליטה, על האורגניזם לשוב ולהיפגש עם הטראומה. הטרגדיה הגדולה בטראומה, אינה בהכרח בסיפור שקרה בעבר, שכן הרגשות והתחושות הגופניות שנטבעו במהלך הטראומה לא נחווים כזיכרונות אלא כתגובות גופניות מטרידות בהווה (ואן דר קולק, 2021).

כאמור, התגובות הפוסט טראומתיות הגופניות, מקורן במוח הרגשי, דהיינו: במוח היונקי. בניגוד למוח הרציונאלי, שמבטא את עצמו במחשבות, המוח הרגשי מבטא את עצמו בתגובות גופניות: תחושות לופתות קרביים, דפיקות לב מואצות, נשימה שנעשית מהירה ושטוחה, תחושת שברון לב, דיבור לחוץ וחנוק ותנועות גוף אופייניות, שמסמנות קריסה, נוקשות, זעם או הגנתיות. למוח הרציונלי, יש יכולת טובה לעזור לאורגניזם להבין מאין מגיעים הרגשות והתחושות המאיימות, אך אין הוא יכול לבטל רגשות, מחשבות או תחושות (ואן דר קולק, 2021). יתרה מכך, המוח האנושי מתוכנת לחשיבה ביקורתית והטיה שלילית. מידע בעל גוון רגשי שלילי "מושך" את תשומת הלב של האורגניזם ונצרב בזיכרון חזק יותר ביחס למידע בעל גוון רגשי חיובי. ההטיה השלילית היא הישרדותית, שכן רגשות שליליים (פחד, כעס, גועל), מפעילים את מערכת האיום, שמאפשרת לאורגניזם לפעול בדרכים המניעות אותו להגן על עצמו ולהשמיד את הגורם המאיים (Gilbert, 2009). בכך, המוח הרציונאלי, לא רק שאינו עוזר לאורגניזם לבטל תחושות וחוויות גופניות, אלא הוא גם מעצים אותם, על ידי הנטייה הטבעית, לזכור מידע בעל גוון שלילי (ואן דר קולק, 2021).

מכאן, ההבנה את שאירע, לצד הנטייה לרומיניציות וביקורת עצמית, אינה מועילה לאורגניזם בהתמודדות עם חוסר ודאות ומקשה עליו לצאת מאזור הנוחות שלו. זאת ועוד, בשל ההטיה השלילית, מערכת האיום עוברת במצבים רבים מעין "מחטף", בדרך המשפיעה על התגבשות האמונות לגבי העצמי, בצורה של "משהו לא בסדר איתי". לא זו בלבד, שהאורגניזם לא מצליח לפתור כך את הבעיה המקורית, אלא הוא עלול להפוך בעיני עצמו למקור הבעיה, ולהפוך להיות היעד של התקפותיו (Gilbert, 2009).

טיפול בטרומה

הנושא המרכזי בטיפול בדחק טראומתי הוא שיקום האיזון הנכון בין המוח הרציונאלי לאמוציונאלי, כך שהאורגניזם ירגיש שיש לו שליטה על תגובותיו ועל האופן שבו הוא מנהל את חייו (ואן דר קולק, 2021). במילים אחרות, הטיפול היעיל בטרומה הוא זה המאזן בין מערכות הוויסות השונות, כך שיהיה בידו להקטין את מערכת האיום ולתת מקום לשת המערכות האחרות (לוי, 2009).

הטיפול בטרומה אם כך, הוא טיפול שבמהותו עוסק בסוגיות של גוף-נפש. הטיפול היעיל ביותר הוא זה המשלב את התפקידים של השילוש המוחי שלנו: אינסטינקט (מוח זוחלי), רגש (מוח לימבי) והכרה (מוח אנושי) (לוי, 2009). נקודת המפגש של כל שלושת התפקודים האלה קיים במיינדפולנס. מחקרים מצביעים על כך שתרגול של מיינדפולנס במשך חמש דקות כל יום, יכול לשחרר את המוח ולתכנת אותו מחדש. למעשה, המיינדפולנס, שמייצר מרחבים, מאפשר להפחית את התגובות האוטומטיות המיידות שמתעוררות לנוכח איום ממשי או נתפס, ולהכניס פרשנות ומחשבה שיכולות לווסת את התגובה האוטומטית של הגוף. המיינדפולנס הוא "חדר הכושר" של המוח האנושי ובכך הוא עוזר לתחזק את המוח ואת הגוף (Shapiro et al, 2006). היטיב לתאר זאת ויקטור פרנקל באומרו: "בין גירוי לתגובה ישנו מרחב. במרחב הזה הכוח שלנו לבחור את התגובה. בתגובה שלנו מונחת הצמיחה והחופש שלנו".

לוי (2009) סבור כי כאשר האורגניזם לומד לזהות וליצור מגע עם תחושות גופניות, כפי שקורה בין היתר, במיינדפולנס, הוא מתחיל להבין את השורשים הזוחלים האינסטינקטיביים שלו. חשוב להבין שיכולות אלה אינם מכווני הישרדות בלבד. הם נושאים מידע חיוני בנוגע לישות האורגניזם. האינסטינקטים לא רק מאותתים לאורגניזם מתי להילחם, לרוץ או לקפוא, הם גם מעבירים לו את המסר שהוא שייך לכאן. המוח האנושי מוסיף תחושת מחשבה וחיבור מעבר לעולם החומרי. ללא חיבור ברור לאינסטינקטים ולרגשות, לא יוכל האורגניזם לחוש את החיבור שלו לעולם, לכדור הארץ, למשפחה או לכל דבר אחר. וכאן למעשה טמונים, שורשי הטרומה.

החיבור של האורגניזם לעולם ולסביבה הוא קריטי לצורך הפעלת מערכת ההרגעה. כאמור, מערכת ההרגעה מופעלת באמצעות ההורמון אוקסיטוצין שמתווך את הסנכרון הביו-התנהגותי בין אנשים. הוא קשור לרגשות חיוביים סביב קשרים חברתיים, לרבות חום, חיבה והערכה, תורם להדדיות ולבניית יחסי אמון ומאפשר לגבש חוויה של ביטחון ויכולת להירגע בנוכחות מישהו אחר (Gilbert, 2009).

הטיפול בטרומה מתבסס על כל האמור מעלה. למעשה, יש להבחין בין טיפול לבין התערבות מידית. כאשר יש תחושה של סכנה הישרדותית, חוסר אונים או אירוע סטרסורי,

נראה תגובות רגרסיביות ואינסטינקטיביות שיכולות לקבל אחד משני הביטויים הבאים: עוררות יתר או קיפאון. במצב כזה, נדרשת התערבות מידית שמטרתה, להעביר את האדם מתקיעות בתחושת חוסר האונים להתמודדות אפקטיבית. לשם כך, משרד הבריאות בנה בשנת 2018 את מודל מעש"ה: מחויבות ("אני איתך כאן, אני לא עוזבת אותך"), עידוד לפעילות יעילה, שאלות מחייבות חשיבה והבניית רצף האירועים. לאחר מכן, בתום המצב האקוטי נעזר לאדם להירגע על ידי חיבורו לתחושות הסנסו-מוטוריות ("שים לב מה קורה לך בגוף"), נשימות וגאליות וכיווץ והרפייה (חוזר משרד הבריאות, 2018).

הטיפול בטרומה, לעומת זאת, מתבסס על כמה צעדים לביצוע: (1) למצוא דרך להרגיש רגוע וממוקד. (2) ללמוד לשמר רגיעה זו גם בתגובה למראות, מחשבות, צלילים או תחושות גופניות שמזכירים את העבר. (3) למצוא דרך להרגיש חי בהווה באופן מלא, ומחובר לאנשים מסביב. (4) לא להיאלץ לשמור סודות מפני עצמי, ובכלל זה סודות על הדרכים שאפשרו לאדם לשרוד. צעדים אלו, נועדו לאקטב את מערכת ההרגעה וההנעה, ובכך לאזן את מערכת האיום (ואן דר קולק, 2012).

קיימות שיטות רבות לטיפול בטרומה ובכללם EMDR, CBT ו-CFT (ואן דר קולק, 2021). בעבודה זאת אתמקד בטיפול ממוקד חמלה (CFT) בטרומה. CFT (טיפול ממוקד חמלה: Compassion focused therapy) הוא חלק מהגל השלישי של ה-CBT, שהגיע אחרי ה-DBT (טיפול דיאלקטי התנהגותי) וה-ACT (טיפול בקבלה ובמחויבות). מייסד הגישה הינו פול גילברט שהניח ששינוי הנרטיב הרציונאלי והרגשי אינו מספיק לצורך שחרור הטרומה. הוא יוצא מנקודת הנחה שאנשים שעברו חוויות קשות בילדות, מתקשים לשנות את הנרטיב ולשחרר את הרגשות השליליים שמשחזרים, בין היתר בגלל הנטייה האבולוציונית של האדם לביקורת עצמית. הוא הציע שהביקורת העצמית יכולה להיפרם באמצעות חמלה. לטענתו, הפניית סקרנות חומלת להבנת התהליכים המתרחשים במוח שלנו, הופכת מההאשמה נוקשה ובלתי מתפשרת, לשאלה פתוחה וחסרת פניות (Gilbert, 2009).

Gilbert (2009) מגדיר חמלה כ"מודעות עצמית לסבל של עצמי ושל אחרים, עם רצון ומאמץ להקל על סבל זה". החמלה מורכבת מארבעה אלמנטים שמהווים כוח מניע: מודעות לסבל, דאגה סימפטית, הכוונה למנוע סבל ומוכנות לתגובה. כך, לחמלה יש שלושה כיווני זרימה: חמלה כלפי אחרים, חמלה מצד אחרים כלפי עצמי, חמלה מעצמי כלפי עצמי. תהליך רב ממדי זה הוא בבסיסו מוטיבציוני, והוא מעורר הן את מערכת ההנעה והן את מערכת ההרגעה (Gilbert, 2009).

חמלה עצמית היא חמלה שמופנית פנימה והיא מתייחסת ליכולתו ונכונותו של האדם להתייחס אל עצמו בחמלה, בכל תחומי החיים. יתרה מכך, היא מאפשרת לאדם להבין את

התנהגותו ולחמול על טעויותיו, במקום לשפוט את עצמו בחומרה. כך, במצבים קשים, ולנוכח כישלונות והתנהגויות לא רצויות, אדם המגלה חמלה עצמית, יחמיר עם עצמו פחות, יחוש פחות אשמה ויכיר יותר בכך שכישלונות הן חלק מהרפרטואר האנושי (Neff, 2003).

חמלה עצמית מכילה שלושה מרכיבים: חביבות עצמית (self-kindness), שותפות גורל (common humanity) וקשיבות (mindfulness). חביבות עצמית כוללת את היכולת להבין ולנהוג באדיבות ובחמימות כלפי העצמי בשעת אכזבה או כישלון, והיא משמשת כחלופה לתחושות של ביקורת עצמית ואשמה. אנשים שנוהגים כלפי עצמם בחביבות, מכירים בכך שכישלונות, אי שלמות, וקשיים הם חלק בלתי נמנע מהחוויה האנושית, ולכן הם נוטים להיות סלחניים כלפי עצמם בשעה שהם נתקלים באחד מאלה. כך, הם חווים פחות לחץ, תסכול, ביקורת עצמית ומצוקה וחשים יותר קור רוח ושלוה (Neff, 2003).

בדומה, שותפות גורל מתייחסת לעובדה כי בן אנוש בהגדרתו הוא בן תמותה, פגיע ולא מושלם, שמתעצב כפועל יוצא מההיסטוריה האישית שלו, המשתנים הגנטיים, התרבותיים והסביבתיים ומשתנים נוספים עליהם הוא לא שולט. הכרה בכל אלה, מאפשרת לפרט להיות פחות ביקורתי כלפי עצמו, שכן הוא יכול להסיט מעצמו קמעה את האחריות על אירועים לא טובים (Neff, 2003), לרבות אירועים בעלי פוטנציאל טראומתי.

ולבסוף, קשיבות משמעה היכולת להתבונן בתחושות, ברגשות ובמחשבות, ברגיעה, כמתבונן מהצד, ללא שיפוטיות וללא תגובתיות, מתוך חמלה וקבלה. היא זאת שמאפשרת למצוא את הגישה המאזנת כלפי הרגשות השליליים, כך שהם לא ינוטרלו לחלוטין מחד, אך גם לא יוקצנו ויערערו את תחושת הערך העצמי, מאידך. זוהי חשיבה לא ביקורתית, שמקבלת את הלך הרוח כפי שהוא, בלי לנסות לדכא אותו, להתכחש לו או להקצינו (Neff, 2003).

חמלה עצמית, נמצאה קשורה לחוסן, לכישורי התמודדות טובים יותר עם משברים, לאושר, לאופטימיות, לחוכמה, לסקרנות ולאינטליגנציה רגשית. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין חמלה עצמית ובין ביקורת עצמית, חרדה ודיכאון (Germer & Neff, 2013). יתרה מכך, ניכר כי חמלה עצמית, קשורה גם למערכת ההנעה, בהיותה קשורה ליוזמה אישית, שהיא היכולת לבצע שינויים הדרושים לקידום איכות חייו של הפרט (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

ד"ר רוני ברגר, פסיכולוג קליני בכיר ומטפל זוגי ומשפחתי, מתמחה בתחום של התמודדות עם מצבי דחק וטראומה ובטיפול בנפגעי טראומה, פיתח מודל עבודה טיפולי, המתבסס על חמלה עצמית ועל עקרונות ה-CFT, לעבודה עם נפגעי טראומה. מודל זה מורכב מחמישה שלבים: (1) יצירת קשר טיפולי, (2) הבניית המקרה הטרואומתי ופסיכואדוקציה על מודל העבודה ועל המנגנון המוחי להתמודדות עם טראומה, (3) עיבוד

הזיכרון הטראומתי בארבעה ערוצים; סנסו-מוטורי, רגשי, קוגניטיבי ונרטיבי, (4) התנסויות התנהגותיות במטרה להגיע להפחתה סימפטומטית, (5) פיתוח עצמי חומל ויישום כלים פרקטיים לעבודה (הרצאה).

הטיפול ב-CFT מניח כי פוסט טראומה, היא לא בעיה של חרדה, אלא של עיבוד. כאמור, החוויה הטראומטית קודדה במוח הלימבי, לא עובדה כראוי והיא ממשיכה לרצד, מבלי שתהייה לאורגניזם יכולת לנהל אותה (לוי, 2009). יתרה מכך, הזיכרון הטראומתי קטוע ולא מאורגן. הוא נזכר באופן לא רצוני, מופעל על ידי מצבים תחושתיים, לא מתויג בזמן, קפוא ולא משתנה (ואן דר קולק, 2021). סקירות מוחיות של נפגעי טראומה מלמדים כי המידע אודות הטראומה "תקוע" באמיגדלה ואינו עובר להיפוקמפוס, שאחראי על עיבוד החוויה וקטלוג מידת המסוכנות שלה ומשם לקורטקס הפרה פרונטאלי, שאחראי על קבלת החלטות תוך מעורבות של שפה. הטיפול בטראומה, נועד להעביר את החוויה מהמערכת הלימבית לקורטקס הפרה פרונטלי, על מנת לתמלל אותה, להבחין במה במתחולל בתוכנו ולאפשר לנו להרגיש את מה שאנחנו מרגישים ברגע נתון (ואן דר קולק, 2021).

לשם כך, הטיפול ב-CFT, עובד עם המטופל על ארבעה סוגי עיבוד: עיבוד קוגניטיבי (יצירת נרטיב מסודר ולוגי), עיבוד רגשי (התחברות אפקטיבית לסיפור), עיבוד סנסורי-מוטורי (עיבוד הזיכרון הסומאטי לחוויות הצרובות בגוף והשלמתו) ועיבוד נרטיבי (יצירת משמעות אדפטיבית). כך, משתלבים כל הסגולות של שילוש המוחות שלנו ואנחנו מצליחים למלא את היעוד האבולוציוני שלנו (לוי, 2009).

סיכום- מה בין טראומה לבין "שפת האכילה"?

הטראומה היא חלק בלתי נפרד מחיינו. כבני אנוש אנו שייכים למין חסין במיוחד. מקדמת דנא, אנו שבים ומשתקמים מאירועי חיים משמעותיים, לאומיים, משפחתיים ואישיים. אך חוויות טראומטיות מטביעות את חותמן ומותירות עקבות בנפשותינו וברגשותינו, ביכולתנו לחוש שמחה ואינטימיות ובמערכות הביולוגיות והחיסוניות שלנו. טראומה מעצם הגדרתה היא בלתי נסבלת וכולנו רוצים להתקדם אל מעבר לה. אך החלק של מוחנו, שנועד לוודא את שרידותנו, ושנמצא עמוק מתחת למוח הרציונאלי (המוח היונקי), אינו מצטיין בהכחשה. גם זמן רב אחרי שאירוע טראומתי מסתיים, המוח עשוי להגיב מחדש לרמז הזעיר ביותר לסכנה, לשבש את פעילותם של מעגליים חשמליים במוח ולהפריש כמויות עצומות של הורמוני דחק. בשל כך, אנשים שסובלים מטראומה, נעשים דרוכים במיוחד לנוכח איום פוטנציאלי, למרות מחיר הפגיעה בהשתלבותם הספונטנית בחיי היום יום וחוזרים שוב ושוב על אותם דפוסים בעיתיים, כשם התקשו ללמוד מן הניסיון (ואן דר קולק, 2021).

למעשה, תיאור זה מקביל להבנתי להבנה הטיפולית שנמצאת במוקד של "שפת האכילה". שפת האכילה מתייחסת לשפת הדיאטה, כמנוגדת לטבע האנושי של האדם.

הדיאטה מאלצת את האורגניזם, להילחם בביולוגיה שלו, ולפיכך היא מועדת לכישלון. כמו בטרואמה, גם במערכת היחסים עם אוכל ותזונה, יש צורך להבין את מנגנוני הריפוי הטבעיים של הגוף, להיות איתם במגע, להכיר בכאב וללמוד דרך חדשה לחלוטין של הבנה וחוויה של עצמיות.

בדומה, הגישה המוצעת בעבודה זו בהתייחסות לטרואמה ובטיפול בה, מבוססת הלכה למעשה על המודל הסלוטוגני. כפי שמוצג מעלה, המודל הפתוגני, שרואה בטרואמה מחלה כרונית, שלא ניתנת לריפוי, סבור כי התגובה לטרואמה היא אחידה, מתמודד עם טראומה על פי גישה הומוגנית ודיכטומית ומדכא את הריפוי הטבעי של הגוף, באמצעות תרופות. לעומת זאת, המודל הסלוטוגני, מדגיש את השונות הקיימת באוכלוסייה, כולל השונות הקיימת במידת העמידות והפגיעות של אנשים שונים, לנוכח אירועי חיים בעלי פוטנציאלי טראומתי. כמו כן, הוא מבוסס על תחושת קוהרנטיות המייצגת את המוטיבציות והמשאבים הפנימיים והחיצוניים של אדם להתמודד עם לחצים במהלך חייו, כך שהיא משפיעה בצורה משמעותית על האופן שבו הוא יתפוס ויפרש מצבים שונים במהלך החיים. ואכן, הגישה המוצגת בעבודה זו, להתמודדות עם טראומה, מכוונת אותנו לאמץ נקודת מבט רחבה, הטרוגנית, מקיפה, קוהרנטית וסבלנית יותר, אשר שמה דגש רב יותר על חוסן ועמידות, דהיינו: מקדמת רווחה רגשית, חברתית ופיזית, מאשר על פתולוגיה.

זאת ועוד, כשם שהפתרון המודרני ל"מחלת ההשמנה", הלוא היא הדיאטה, הפך להיות הבעיה, כך גם הפתרונות התרופתיים המוצעים היום לטיפול בטרואמה, מסבכות לעיתים קרובות את הבעיה, במקום להקל עליה. המודל הפסיכיאטרי המודרני, המסתמך על פסיכיאטרים שעובדים במשרדים בנוסח פס ייצור, שם הם רואים מטופלים, שהם בקושי מכירים, למשך חמש עשרה דקות ואז מחלקים להם כדורים להקלת כאב, חרדה או דיכאון, מעביר את המסר של: "תן לנו לתקן אותך. רק תעשה מה שאנחנו אומרים לך" (ואן דר קולק, 2021), כשם ששפת הדיאטה עושה תדירות.

בנוסף, גם המוקד הטיפולי, שמוצג בעבודה זאת, והינו המקובל כיום בטיפול בטרואמה, מבוסס על אמות המידה של הטיפול בשפת האכילה. ביתר פירוט, הטיפול מתמקד באיזון בין שלושת מערכות הוויסות ומנסה להתחקות אחר הצרכים הייחודיים של כל מטופל, משאביו הפנימיים והחיצוניים, יכולת ההרגעה שלו, יחסיו עם הגוף, קשרים חברתיים, מעגלי תמיכה ועוד. הוא מבוסס על קבלה, קשיבות וחמלה, שהם אבני היסוד של הטיפול בשפת האכילה ומעודד חיבור לסקרנות, ליכולת חקירה וגילוי, לתחושת ביטחון וקשר משמעותי לזולת ולבניית עצמי חומל.

ולבסוף, המנגנונים המוחיים המעורבים בתגובות לטרואמה, לרבות האנרגיה "התקועה" באזור הלימבי, משולים להבנתי לאכילה. ביתר פירוט, כשם שהגוף מחווט להגיב לסכנה, גם

כאשר היא לא קיימת במציאות הממשית, כך הגוף מחווט להעדיף מזונות שמנים, לצורך הישרדותו. קטלוג אוכל ל"מותר" ו"אסור", מופנם בתוכנו בצורה כזאת, שכאשר אנחנו "נתקלים" במזונות עתירי שומן וקלוריות, אנחנו מנסים לפעול כנגד האוטומט שלנו. יתרה מכך, המוח הרציונאלי, משמע, הניאו קורטקס, אחראי על ההפללה והביקורתיות העצמית. כשם שטראומות נצרבות בצורה בלתי רגילה במערכת הלימבית, כך גם חוויות של בושה, אשמה וביקורת עצמית חסרת פרופורציה, נצרבות במערכת הלימבית ועלולות לעורר אותה ואת מערכת האיום, גם כאשר אין אירוע ממשי שבאמת מזיק לנו. השמנופוביה שגלומה ומשתקפת חזר ושוב, ב"שפת הדיאטה", היא האחראית לתחושות הקשות, המקודדות במערכת הלימבית ומעוררות, באופן דומה לטראומה, את מעגל האימים הזה.

Gilbert (2009) מציין כי חוויות שהותירו מטענים קשים של בושה בילדות, דחיה, בריונות, הזנחה או עוינות מצד דמויות מטפלות, עלולות להוביל לכך שהתנהגויות ורגשות הקשורים לאכפתיות או המעוררים חוויות של חמימות, רכות וקרבה מנחמת, מעוררות איום, במקום להיות מקום לנוחם. השמנופוביה, שמספקת לנו, אינספור חוויות מאין אלו, גורמת למעשה לתסמינים פיזיים: כאב רגשי, מפעיל את אותם נוירונים במוח, כמו שכאב פיזי עושה ויש ציפייה לדחייה. אנשים עלולים להפנות עורף לעצמם, במיוחד במצבים של תלות והזדקקות, בדרך החוסמת את פעילות מערכת ההרגעה שלהם במקומות שהם זקוקים לה. מחסור בחוויות מטפחות ומזינות, יכול להותיר אנשים דרוכים יותר באופן בו הם מנהלים את עצמם ואת עולמם.

כך גם נוצרת תפיסה מוטעית ביחס למערכת המרגיעה. בני אדם חוששים מחמלה, שכן הם מפרשים אותה כויתור. אנשים מאמינים שאם הם היו מקבלים יותר את עצמם, הם פשוט היו מוותרים על כל העיסוקים שלהם, במקום להתקדם בחיים. תפיסה מוטעית זו יכולה להסביר באופן חלקי, את הנטייה של אנשים להילחם בעצמם ובביולוגיה שלהם, בין אם בכל הקשור להתמודדות עם טראומה, ובין אם בכל הקשור להתנהגויות אכילה.

"כמעט שאין ביכולתנו להתבונן. הצללים עלולים לקחת עמם את מיטב החיים שלא חיינו. לך את המרתף, אל עליית הגג, פח האשפה. מצא שם זהב. מצא חיה שלא קיבלה מזון ומים. אתה הוא! החיה הזו, הנטושה, חסרת הבית, הרעבה ליחס חם, הינה חלק ממך" (מריון וודמן בתוך לוין, 2009)

רשימת מקורות

ואן דר קולק, ב. (2021). "נרשם בגוף: מוח, נפש וגוף בריפוי מטרומה". חיפה: פרדס הוצאה לאור.

חוזר משרד הבריאות (2018). הפעלה של מענה נפשי לאוכלוסייה בשעת חירום. בכתובת:

https://www.wikirefua.org.il/w/index.php?title=%D7%94%D7%A4%D7%A2%D7%9C%D7%94_%D7%A9%D7%9C_%D7%9E%D7%A2%D7%A0%D7%94_%D7%A0%D7%A4%D7%A9%D7%99_%D7%9C%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%94_%D7%91%D7%A9%D7%A2%D7%AA_%D7%97%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%9D_%D7%97%D7%95%D7%96%D7%A8_%D7%9E%D7%A9%D7%A8%D7%93_%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA

טיפול בטרומה- Trauma therapy (אין תאריך). בטיפולנט- פורטל לשירותים פסיכולוגיים בישראל. https://www.betipulnet.co.il/lexicon/Trauma_therapy/.

טל, אלון (ללא תאריך). PTSD- איך מזהים תגובה פוסט טראומתית? פוסט טראומה סימנים ודרכי טיפול.

https://www.drtal.co.il/%D7%AA%D7%92%D7%95%D7%91%D7%94_%D7%A4%D7%95%D7%A1%D7%98_%D7%98%D7%A8%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%98%D7%99%D7%AA

לוין, פ. (2009). "להעיר את הנמר. מרפאים את הטרומה". הוד השרון: אסטרוטלוג, הוצאה לאור בע"מ.

מילון אבן שושן דיגיטלי בכתובת:

<https://milog.co.il/%D7%A2%D7%9E%D7%99%D7%93%D7%95%D7%AA>

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 1, 20-8.

Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 4(1), 74.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology, 69*(8), 856-867.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*(3), 199-208.

Lifton, R. J. (1973). Home from the war: Vietnam veterans: Neither victims nor executioners.

MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in aleocerebral functions*. Springer Science & Business Media.

Neff, K. D. (2003). Self compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*, 85-101.

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 908-916.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*(3), 373-386.