

תיאור מקרה: טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בדיכאון, המשלב טיפול ממוקד סכמות

אשכול רפאלי¹

רקע

המפגש הראשוני שלי עם קלי התרחש בעת אשפוז יום אליו הופנתה לאחר ניסיון אובדני ואישפוז קצר במחלקה סגורה. באותה עת, היתה קלי בת 20, סטודנטית בשנה שנייה ללימודיה במכללה יוקרתית בארה"ב, אליה עברה ממכללה בעיר הולדתה במערב ארה"ב ש"לא איתגרה מספיק אקדמית". כבר בסמסטר הראשון החלו להופיע תסמינים של דיכאון מג'ורי חמור. משפחתה ארגנה עבורה טיפול (דינמי-תמיכתי בעיקרו) עם פסיכולוגית בשם הלנה. הקשר התומך עם הלנה עזר לקלי לסיים את הסמסטר ולגשת למבחנים, אך עם שובה מחופשת הסמסטר גברו תסמיני הדיכאון, וכעבור שלושה שבועות נמצאה קלי במצב מטושטש במעונות עקב בליעת כדורים בכמות גבוהה (אך לא מסוכנת). היא אושפזה לימים ספורים במחלקה פסיכיאטרית, ושוחררה עם המלצה לחופשת מחלה מהלימודים והפניה לטיפול במסגרת אשפוז יום אינטנסיבי.

קלי, האמצעית במשפחה בת שלוש בנות. הוריה, שניהם ממוצא מערב אירופי, היגרו לארה"ב כשהבנות היו בנות 8, 10, ו-15. האב המשיך לנהל כמה עסקים שבסיסם היה באירופה ובעטיים בילה את רוב זמנו מחוץ לבית. האב קשור מאוד לאמו, שעדיין בחיים, ולעומת זאת, מקיים קשר מוגבל מאוד עם אשתו (אמה של קלי). לאב קשר חזק עם הבת הבכורה, בעוד לאם קשר חזק עם הצעירה. לעומתן, קלי הרגישה ש"איתה אף אחד לא מזדהה או מבין".

בילדותה ובנעוריה, קלי היתה תלמידה מצטיינת, ועסקה באמנות פלסטית ובאתלטיקה בהצלחה רבה. דרך חוגי האמנות המתקדמים הכירה את בן-זוגה הרומנטי הראשון (אף הוא צייר) שאיתו היתה בקשר מאז כיתה ט', אך ממנו נפרדה במקביל למעבר מהחוף המערבי למכללה החדשה בחוף המזרחי. לבד מהיסטוריה של דכדוך (ללא אפיוודות דיכאון מלאות בעבר), סבלה קלי מהפרעת פניקה ללא אגורפוביה, ומתסמינים מסויימים של חרדה חברתית (פחד ממצבים בהם היא נשפלת על-ידי אחרים, אך ללא הימנעות ממצבים אלה וללא צמצום ניכר בתחומי החיים שלה). היא סיפרה שמאז גיל 12 לערך היא מוטרדת מההרגשה שאיננה נורמלית כמו אחרים, שחיה חסרי טעם, ושהיא אינה שווה.

מהלך הטיפול:

מאשפוז יום לטיפול אמבולטורי ארוך-טווח

הפרק הראשון בטיפול התקיים במחלקת אשפוז יום בה שהתה קלי למשך חמישה שבועות. העקרונות המנחים את המחלקה הזו בכלל ואת הטיפול הפרטני בתוכה בפרט היו עקרונות קוגניטיביים-התנהגותיים, שמיישמים את המודל הטרנס-דיאגנוסטי לטיפול בהפרעות רגשיות (1),

¹ אוניברסיטת בר-אילן; ברנרד קולג', אוניברסיטת קולומביה.

ושאינם נשענים על פרוטוקול טיפולי נוקשה. את מקום הפרוטוקולים בגישה זו מחליפים עקרונות טיפוליים שפעולתם נמצאה רלבנטית לאוכלוסייה מגוונת של אנשים, גם כאלה הסובלים מקור-מורבידיות רבה (של הפרעות ציר-I שונות, עם או בלי הפרעות ציר-II גלוות). כך, בפגישות אישיות (שתיים, בנות חצי שעה, כל שבוע) וכן בכמה קבוצות טיפוליות כל יום, נחשפה קלי לכמה רעיונות מרכזיים בטיפול זה:

- פסיכוייחיון לגבי רגשות (לדוגמה, כעס או צער), תפקידם האדפטיבי, והדרך שבה חוויות רגשיות יכולות להפוך להפרעות רגשיות.
- ניטור עצמי של תנודות במצב רוח, ושל מאורעות יום-יומיים – כדי שהקשר בין אלה לאלה ילך ויתברר, וכדי שההבחנה בין אירוע (אובייקטיבי) לתגובה (סובייקטיבית), ובין חלקי החוויה הסובייקטיבית (מחשבה, רגש, והתנהגות) גם הם יהפכו ברורים יותר.
- צמצום ההימנעות הרגשית וההתנהגותית ועידוד המטופלת לחוות ולבטא רגשות באופן אותנטי.
- שינוי התנהגותי ובמקרה זה, שימוש בכלים של הפעלה התנהגותית (2) ושל תרגול אסרטיביות ותקשורת יעילה.

בפגישתנו הראשונה הרשימה אותי קלי ביופיה, חוש ההומור העוקצני שלה, אך בעיקר בתחושת חוסר התקווה וחוסר האמון שלה כלפי המחלקה, הפסיכיאטר, וגם כלפי. כבחורה נבונה מאוד, היא הבינה במהרה את העקרונות שעליהם דיברנו בפגישות ובקבוצות, אבל הגיבה בסקפטיות רבה לרעיונות אלה. כמה פגישות שלי עם קלי ועם הוריה הובילו להחלטה לשחררה ובתיאום עם בית-החולים, היא חזרה ללימודיה במכללה. כעבור זמן קצר קלי חזרה למפגשים (פעמיים בשבוע) עם הלנה (המטפלת הדינמית), אך לאלה נוספו פגישות שבועיות איתי (כמטפל קוגניטיבי-התנהגותי) ופגישה חודשית עם פסיכיאטר (פסיכופרמקולוג).

אתיחס לרגע לשאלת הטיפול המפוצל: הרצון בטיפול לא שגרתי שכזה עלה מקלי ומהוריה, אבל גם הלנה וגם אני (שלא היכרנו קודם לכן) השתכנענו שגילה הצעיר, העובדה ששני הוריה לא גרו בסמוך אליה ושמיילא מעורבותם בחייה היתה בעייתית לרוב, וכן הצורך הגדול בהחזקה והכלה, מצדיקים את השימוש בגישה הזו. התנינו זאת בכך שקלי תאפשר תקשורת פתוחה בין שני מטפליה.

הפרק השני בטיפול התחיל, אם כן, באופן מובנה, עם סכנה של פיצול בצוות המטפל. כיוון שקלי סבלה עדיין מדיכאון, התקפי פניקה, וקשיי שינה בתקופה זו, ניסיתי לעודד אותה להשתמש בכלים (חלקם כבר מוכרים לה מתקופות האשפוז) שיעזרו בהפחתת המצוקה. לרובם הגיבה קלי בביטול. היא בחרה להשתמש בשיחותינו באופן די אחיד:

"אסור כבר להיות מדוכאת לשעה!?" לצד זה, השימוש בקשר הטיפולי הלך והעמיק. כשאמרתי פעם שאני מרגיש בר-מזל לראות אותה מתפתחת וגדלה, היא התרגשה. בפעם אחרת, הזכירה את קיומו של "קול אשכול פנימי", שאותו הפנימה ובו השתמשה לענות לקולות אחרים שעולים בה.

אחריות ועצמאות הפכו לנושא מרכזי בשנה השלישית לטיפול, שנתה האחרונה במכללה. לדוגמה, רק אז הסכימה קלי לקחת על עצמה את ענייני התשלום עבור הטיפול (הבאת הצ'ק, קבלת החשבון – עדיין לא את העלות עצמה). מאז האשפוז הצטמצמה מעורבות ההורים לענייני תשלום בלבד, אבל רק בתקופה זו החלה קלי למלא את הוואקום הזה בנוכחותה ומעורבותה שלה-עצמה. בשיחה מחודשת על יעדי הטיפול, היא ציינה שהפחתת הדיכאון כיעד היא רק חלק משני עבורה. חשובות לה יותר מטרות אחרות: שהטיפול יסמן (להורים בעיקר) שלא הכול טוב. שיהיה עבורה מקום מכיל ומקבל. שתוכל, באופן בטוח-למדי, להתנסות מולי בדרכי תקשורת ודיבור. ובעיקר, שנהיה כולנו – הלנה, הפסיכיאטר, ואני – רשת ביטחון ("שמיכת כבאים למישהו שעשוי ליפול") עבורה. עתה, היא הראתה נכונות לקחת חלק פעיל, לבוא ולהחזיק פינה אחת של שמיכת הכבאים.

לקראת השנה הרביעית לטיפול, קלי מצאה עבודה בגלריית אמנות, עברה לגור עם שותפות לדירה, ונכנסה לקשר רומנטי מבטיח. היא שיתפה את הבחור בפרטים לגבי הדיכאון שלה (וכעבור כמה שבועות, גם בספור ניסיון ההתאבדות והאשפוז). היא החליטה לסיים את הטיפול עם הלנה לחלוטין: "אני מרגישה שגדלתי וכבר אינני צריכה את האיכפתיות ממנה. למדתי לקבל את זה מאחותי, מחברות, מאמא". לדעתה, העבודה הרגשית איתי עוד לא מוצתה: "אני מרגישה שמחה וחזקה יותר, אבל עדיין לא יצאתי מכלל סכנה". היכולת לקבל ממני, הן את ההערכה והכוונה (האבהית?) והן את ההכלה והחזקה (האמהית?), הולכת וגדלה. רגע זכור במיוחד קרה כשקלי סיפרה, באמפתיה גדולה, על דיכאונה של אחותה הצעירה – ועשתה זאת תוך שימוש במונחים ומושגים שלקוחים הישר מטיפול קוגניטיבי (לדוגמה: הטיית החשיבה והסכמות שמאפיינות אותה).

סיום הטיפול היה הדרגתי. בשנה החמישית ריווחנו את הפגישות: "בשמחה ובפחד", לדברי קלי, "אבל לא בעצב – אני מצפה שאתה תהיה עצוב". התכנים דומים לאלה שליוו את הטיפול כולו, אבל הקשר רגוע ומקבל יותר. במשך השנה, מבקשת שאפגוש אותה פעמיים ביחד עם טים, בן זוגה החדש, לעזור להם להתמודד עם קושי שעולה כשהחברה בה טים עובד מבקשת ממנו לעבור למקום אחר (relocation). כשנודע לי שאצא לשבתון בשנה שלאחריה, היא מחליטה לסיים את הטיפול לקראת נסיעתי, ולא להתחיל טיפול אחר. אני מציע שנקיים פגישות טלפונית או בוידאו, והיא מעדיפה שלא. כעבור שנה, באמצע השבתון, היא יוצרת קשר ומבקשת כמה פגישות כאלו, בהן היא מספרת על פרידה מטים, ובהמשך על קשר חדש ורציני שבעקבותיו היא עוברת ללמוד תואר שני באירופה. בשנים שחלפו מאז נשמר קשר מיילים לא תכוון, ובו מספרת קלי על חתונתה המתקרבת.

סיכום

כמה מאפיינים ייחדו את הטיפול בקלי. ראשית, ההיכרות שהחלה במסגרת אשפוז יום והפכה לקשר טיפולי ארוך בפרקטיקה שלי. שנית, השימוש בכלים טרנס-דיאגנוסטיים החל מתקופת האשפוז ובמידת-מה לאורך כל הטיפול. שלישית, שילובו של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי עמי כחלק מ'רשת ביטחון' של מטפלים, כולל טיפול דינמי-מימתי מקביל –

מתיישבת, יוצרת מעט מאוד קשר עין, ומדברת במונולוגים שלא הותירו מקום רב עבורי. ניסיונות ליצור דיאלוג חי יותר, לשתף אותה בקביעת אג'נדה לפגישות, או למקד את עבודתנו בפתרון בעיות או בהקלת מצוקה נתקלו בהתחלה בסירוב מוחלט. מידי פעם, קלי היתה צוהלת כשהיתה מגלה שוני בעמדה שלי ושל הלנה: "אבל הלנה חושבת שאני נראית ממש בסדר!".

הפיצול ממנו חישנו התממש לכאורה: הלנה נחוותה כדמות אמהית ומכילה, אני כדמות תובענית שעמה יש עימות מתמיד – ממש כמו אביה. עם זאת, הלנה דיווחה לי שבפגישותיהן קלי מתחננת לקבל "כלים להתמודד, משהו פרקטי" – כלומר, בדיוק אותם דברים שסירבה לקבל אצלי. אם כן, דחיית הכלים או הגישה הפרקטית שלשמה, לכאורה, הוספנו את המרכיב ההתנהגותי-קוגניטיבי לטיפול, לא היתה קשורה כל-כך לכלים עצמם, כי אם לדרמה בין-אישית שהתרחשה בין קלי לבנינו. נושא הקשר הטיפולי שלנו הפך בבירור למרכזי הרבה יותר, ושינוי זה הצריך חשיבה שונה מזו שהנחתה אותי עד לאותו רגע.

מרכיב אחד בחשיבה השונה היה יצירת המשגה מחודשת של בעיותיה של קלי – והפעם, המשגה שמדגישה היבטים אישיותיים ולא רק תסמיניים. ההמשגה נעשתה על-פי המודל של טיפול ממוקד סכמות (3, 4), וכללה ניסיון לאפייין את תפקודה, התנהגותה, ובעיותיה של קלי בעזרת מונחים כמו צרכים רגשיים בלתי-מסופקים, סכמות, ומצבי-סכמה בולטים. המשגה כזו שואבת לא מעט מהרעיונות של קוהוט (לדוגמה, 5). ניתן היה לראות איך הצורך בנראות ובתיקוף לא קיבל מענה בילדותה של קלי (וגם בהווה, בעיקר ביחסיה עם אביה). מתוך כך התפתחו סכמות של חסך רגשי ושל נטישה, שהופעלו אצל קלי באופן יום-יומי, במיוחד במגע עם גברים או עם אנשים בעמדות סמכות או טיפול – כולל, כמובן, איתי. הכאבים שהתעוררו בכל פעם שסכמות אלו הופעלו (כלומר, הרגעים שבהם התחברה קלי למצוקה המוכרת לה מילדות, והפכה לילדה הבודדה והבלתי-נראית) היו קשים לה, וקלי נטתה לעבור מהם, בחטף, לכמה מצבי-סכמה (schema modes) אחרים, אדפטיביים פחות: קלי הצינית והמתנתקת, קלי הפסימית וחסרת-התקווה, וקלי הזועמת. לעתים, נשמע היה שקולה הוא הד לביקורתיות וזלזול של דמות האב שאותה הפנימה.

מבין הצרכים הבלתי-מסופקים האחרים שזוהו בלט הצורך בקלילות, חופש משחק וספונטניות. הסכמות שקשורות לצורך זה (ובעיקר פסימיות ופרפקציוניזם) הובילו גם הם לכאב רב, ולמעבר אל מצבי-הסכמה הלא-אדפטיביים שלעיל. תהליך זיהויים של הצרכים, הסכמות, ומצבי-הסכמה התרחש באופן הדרגתי. קלי דחתה את הצעתי לקרוא יחד את המשגה שהכנת, לדון בה ולתת עליה משוב (תהליך מקובל בטיפול זה). עם זאת, היא הסכימה לשמוע טיפן-טיפין את המושגים עצמם, ונראה היה שהיא מאמצת את חלקם. עבורי, היתה ההמשגה מעין מפת-דרכים שמכוונת את פעולותי בטיפול. לדוגמה, ההמשגה עזרה להדגיש את החשיבות של החוויה ההורית המתקנת (limited re-parenting) שהיה עלי לתת לקלי – ובאופן ספציפי, את ההזדמנות להוות (באופן חלקי ומוגבל, ובגבולות ברורים) דמות אבהית מכילה ומתעניינת. הניגוד בין חוויה זו לבין בית-הוריה האמיתי היה מאוד חזק לקלי. על האחרון אמרה קלי לאחר אחד מביקוריה הנדירים שם: "לא ככה אמורות להיראות משפחות!".

בתחילת השנה השנייה לטיפול, החליטה קלי (בתמיכתנו) לצמצם את פגישותיה עם הלנה לפעם בשבוע, ואנו המשכנו להיפגש באופן שבועי. בזמן זה, קלי נאותה לעתים להשתמש (ובכמה מקרים אפילו לזוים את השימוש) בכלים מובנים של CBT – כמו דפי ניטור או שימוש בסקאלות דירוג. עם זאת, עיקר העבודה היתה ההורות המתקנת. לא פעם, קלי הגיבה לניסיונותי להציע כלים להפחתת המצוקה בתקיפות:

2. Dimidjian S., Hollon S.D., Dobson K.S. et al., Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 74: 658-670, 2006.
3. Rafaeli E., Bernstein D., Young J., Distinctive features of schema therapy. London, Routledge, 2011.
4. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., Schema therapy. New York, Guilford Press, 2003.
5. Kohut H., Wolf E.S., The disorders of the self and their treatment: an outline. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59: 413-425, 1978.

תוך מודעות לפיצול האפשרי (והממשי). רביעית, שינוי הדגש (והיעדים) מעבודה על תסמינים לעבודה על צרכים, סכמות, ומצבי-סכמה, ודרכם – לשינוי הקשרים הבין-אישיים, בלי לאבד את היכולת לחזור לעבודה על התסמינים כשהיה צורך. אסכם במשפט נבואי שאמרה קלי לקראת סוף השנה הראשונה: "מה לעשות, התפקיד שלך הוא להיות במקום הדפוק שבו אני אתווכח איתך על כל דבר ואתה תצטרך לסבול את זה".

ספרות:

1. Allen L.A., McHugh R.K., Barlow D.H., Emotional disorders: A unified protocol. In: Barlow D.H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. 4th Edition. pp. 216-249. New York, Guilford, 2008.