

אי אפשר לעזוב מקום לפני שהגעת אליו עבודה עם רגשות בטיפול

ד"ר הדר פישר¹

מדור מחקר בפסיכותרפיה של "שיחות – כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה" שמח לארח את ד"ר הדר פישר, פסיכולוגית קלינית מומחית ופוסט-דוקטורנטית ב-Harvard Medical School ובבית החולים McLean. מחקריה מתמקדים בתפקידם של תהליכים רגשיים באטיולוגיה ובטיפול בהפרעות נפשיות, עם דגש מיוחד על דיכאון.

ד"ר פישר זכתה בפרסים: Bergin and Garfield Emerging Scholars Award של האגודה הבין-לאומית לחקר הפסיכותרפיה (SPR) וכן בפרס מטעם Harvard Medical School ובמענקים מטעם American Psychological Foundation ומטעם האגודה הבין-לאומית למחקר בפסיכותרפיה. עבודת הדוקטורט שלה בהנחיית פרופ' טוביה פרי ופרופ' דנה אציל סלונים התמקדה בחשיבות העבודה עם הרגש בטיפול דינמי. פוסט הדוקטורט הראשון שלה בהנחיית פרופ' סיגל זלכה מנו ופרופ' צבי ריס מאוני' חיפה עסק בדפוסים ותהליכים של רגש בטיפול בדיכאון.

המדור יעסוק בהמשגת העבודה עם רגשות בגישות טיפוליות שונות ומתוך עמדה טרנס-תיאורטית, תוך התמקדות בארבעה מימדים של רגשות המשותפים לכלל גישות אלו: עוררות רגשית, חוויה רגשית, מודעות רגשית ועיבוד רגשי. הסקירה תציג מחקרים הבוחנים את האופן שבו מימדים אלה מופיעים בטיפול, את יחסי הגומלין שלהם עם משתני הקשר הטיפולי ועם תוצאות הטיפול, ואת דרכי העבודה הטיפוליות עימם. סיכום הסקירה והדגמה קלינית יציעו מבט על מסכם אודות הידע המחקרי על עבודה עם רגשות בטיפול, מה הוא מלמד אותנו לגבי התערבויות טיפוליות, הקשר הטיפולי והתפקיד הישיר והעקיף של המטפל ביצירת סביבה טיפולית שמאפשרת עבודה רגשית יעילה.

שלכם,

ד"ר שרון זיו ביימן

עורכת מדור מחקר בפסיכותרפיה

sharonzi@mta.ac.il

¹ Harvard Medical School, McLean Hospital
Mill Street, Belmont, MA 02478.
hbfisher@mclean.harvard.edu
hadar.fisher@gmail.com

האופן שבו מימדים אלה מופיעים בטיפול, את דרכי העבודה עם מימדים אלה, ואתיחס לתפקיד הישיר והעקיף של המטפל ביצירת סביבה טיפולית שמאפשרת עבודה רגשית יעילה.

עבודה עם רגשות בשיטות טיפול שונות

תהליכי חקירה והבעה של רגשות מהווים מרכיב משמעותי בגישה הפסיכודינמית עוד מראשיתה. ברויאר ופרויד טענו שחוסר היכולת לבטא רגשות בזמן טראומה גורם להיסטריה. טראומה, בהקשר זה, הומשגה כחוויה מציפה בגלל האינטנסיביות של הרגש שהתעורר במהלכה. לפיכך, הציעו ברויאר ופרויד שהעלאה למודעות של רגשות שהודחקו ולא בוטאו בזמן הטראומה תוביל לעיבוד הזיכרון הטראומתי ולהכחדת הסימפטומים (6). עם השנים הלכו והתפתחו גישות דינמיות קצרות מועד שמציבות את העבודה עם רגש במוקד הטיפול. מודל משולש הקונפליקט ומשולש האדם של דייויד מאלאן (7) הפך להמשגה מובילה, שבמרכזה הרעיון כי קושי לבטא רגשות אדפטיביים בשל החרדה שהם מעלים וההגנות הלא יעילות המתפתחות בתגובה אליהם, מהווים מקור למצוקה נפשית. הטיפול חותר לפירוש ההגנות ויצירת מגע עם הרגשות, תוך תנועה בין יצירת מודעות לדפוסים בעבר לבין דפוסי ביטוי רגש בהווה ובקשר הטיפול. בהשראת מודל זה התפתחו גישות פסיכודינמיות ממוקדות רבות, החותרות לאפשר את ביטוי הרגש האדפטיבי הנמצא בבסיס ההגנות הלא יעילות (8, 9, 10, 11).

הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית ראתה במקור את הרגשות כתוצאה של קוגניציות ואמונות בלתי אדפטיביות. לכן, הדגש היה על זיהוי ושינוי הקוגניציות שמעוררות רגשות שליליים, במטרה לשנות את החוויה הרגשית (12). אולם תפיסה זו עברה שינוי בשנים האחרונות. חוקרים ומטפלים טענו שהתערבויות קוגניטיביות אינן מתמקדות מספיק במרכיבים הרגשיים. יש חוקרים ותיאורטיקנים אשר מציעים להבחין בין קוגניציות 'קרות' (ידע ברמה האינטלקטואלית) לקוגניציות 'חמות' (המכילות ידע חוויתי ורגשי שהוא לעתים קרובות אוטומטי ואימפליציטי*). החשיבות של עבודה עם קוגניציות 'חמות' ועירור החוויה הרגשית במטרה לאפשר שינוי באותן קוגניציות ניכרת בגישות של טיפול בחשיפה (ר' בניטו ושות'**), ובמיוחד בגישת העיבוד הרגשי (ר' עדנה פואה וקוזאק***). לפי גישה זו, עירור החרדה בסביבה בטוחה מסייע להפחתה הדרגתית של החרדה דרך הכחדה (extinction) והטמעה של מידע חדש,

העבודה עם רגשות מהווה חלק משמעותי ומרכזי בתהליך הטיפולי ולא בכדי. המערכת הרגשית מארגנת את האינפורמציה שמתקבלת מהסביבה החיצונית והפנימית של האדם ומעודדת אותו לפעול באופן אדפטיבי בהתאם לסיטואציה. הרגשות שאנו חווים מאפשרים לנו להעריך בזמן אמת את המידה בה הצרכים, המטרות והערכים שלנו מקבלים מענה (1). הפחתת היכולת לעשות שימוש בפונקציה זו, בשל ניתוק מהרגש, פוגעת ביכולת להכיר את עצמנו, לדעת מה נעים ומה מכאיב לנו, מה המטרות והשאיפות שלנו, וכן מקטינה את ההנעה (מוטיבציה) לפעול כדי להשיג אותן. לאור תפקידה הקריטי של המערכת הרגשית בבריאות הנפשית, לא מפתיע כי תפקוד בלתי אדפטיבי של מערכת זו נמצא בבסיסן של מרבית ההפרעות נפשיות.

ההבנה שעבודה עם רגש היא חיונית בתהליך הטיפולי הולכת ומקבלת תאוצה בעשורים האחרונים. הבנה זו התגבשה מתוך ממצאים שהצטברו במקביל בתחומי מחקר שונים. בשנים האחרונות המחקר בפסיכופתולוגיה מעלה ביקורת סביב הגישה הרפואית (ממוקדת סינדרום) העומדת בבסיס ה-DSM, ופונה להבנת מנגנונים טראנס-דיאגנוסטיים (2). מנגנונים טראנס-דיאגנוסטיים משותפים לכמה הפרעות שונות, מתארים את התהליכים שתורמו להיווצרות ההפרעה, ועל כן עשויים להכוון את הטיפול בצורה יעילה וממוקדת יותר. כך למשל סטיבן הייז, מפתח גישת Acceptance Commitment Therapy (ACT), הציע (3) במאמר פורץ דרך שהימנעות ממפגש עם חוויה (Experiential avoidance) – המאמץ להימנע ממגע עם חוויות בלתי נעימות – עומדת בבסיס מרבית ההפרעות הנפשיות. חוויה בהקשר זה כוללת תחושות גופניות, רגשות, זיכרונות ונטייה לפעולה. לפי תפיסה זו, הימנעות מחוויה של רגש מפחיתה כאב בטווח המיידי, אך גורמת למצוקה רבה יותר לאורך זמן, כיוון שאיננה מאפשרת מגע עם האינפורמציה החשובה שהרגשות נושאים איתם. יתרה מכך, ההימנעות עצמה יוצרת מעגלים נוספים של מצוקה.

במקביל, המחקר בפסיכותרפיה שם דגש גובר והולך על תהליכים טראנס-תיאורטיים (4), קרי תהליכים שמשותפים לגישות טיפוליות שונות. ממצאים מצטברים, שמצביעים על כך שגישות טיפול שונות מראות תוצאות דומות, הביאו חוקרים להתמקד בשאלה מהם התהליכים היעילים המשותפים לגישות השונות (5). המטרה היא לזהות את המרכיבים הפעילים של הטיפול ולהגביר את השימוש בהם כדי לשפר את יעילות הטיפול. תהליכים רגשיים נתפסים כמבטיחים במיוחד בהקשר זה, שכן מרבית הגישות הטיפוליות תופסות את העבודה עם רגשות כמרכיב חיוני בתהליך הטיפולי.

במדור המחקר שלפנינו אתיחס לאופן העבודה עם רגשות בגישות טיפוליות שונות, ואתאר ארבעה מימדים של רגשות, אשר משותפים לכלל גישות אלו: עוררות רגשית, חוויה רגשית, מודעות רגשית ועיבוד רגשי. אסקור מחקרים שבוחנים את

* Beck A.T., Cognitive therapy and emotional disorders. New York, Int. Univ. Press; 1976.

** Benito K., Pittig A., Abramowitz J. et al., (2023). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety and related disorders: A research agenda. Clin. Psychol. Scie., 21677026241240727, 2023.

***Foa E.B., Kozak M.J., Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychol. Bull., 99: 20-35, 1986.

כמו תגובה פיזיולוגית, ונע לעבר תגובות קוגניטיביות מוכוונות. רצף זה אינו מעיד על חשיבות התהליכים, שכן כולם קריטיים בעבודה הטיפולית, אלא על האופן בו הם נבנים אחד על גבי השני.

עוררות רגשית (Emotional arousal)

השלב הראשון בעבודה עם רגש כולל את העוררות, תגובה אוטומטית ומיידית של מערכת העצבים האוטונומית, שכוללת שינויים פיזיולוגיים כמו דופק מואץ והזעה, ושינויים התנהגותיים כמו הבעות פנים ותנועות ידיים. באופן כללי, ניתן לחלק את מחקרי העוררות לשני סוגים: מחקרים שעוסקים בחשיפה, הבוחנים את השערות הגישה לפיה עוררות של פחד תביא להכחדה של הפחד ועדכון של הקוגניציות החמות ומתוך כך לירידה בסימפטומים, ומחקרים הבודקים את תפקיד העוררות הרגשית בטיפול שונים, מתוך הנחה שעוררות תגביר את האפשרות לשאת את הרגש הכואב (תהליך טיפולי בפני עצמו) וכן מהווה בסיס הכרחי לחקירה, לעיבוד ולמתן משמעות לרגש. בשני סוגי המחקרים קיים דגש על העוררות הרגשית. אולם בעוד הראשונים שמו דגש על עוררות של פחד או חרדה במטרה להפחית את עוצמת העוררות, הרי האחרונים חקרו כל עירור רגשי כשלב הכרחי לחקירה ולעיבוד של הרגש. מחקרים שבחנו את הקשר בין עוררות והכחדת פחד לתוצאות טיפול השתמשו לרוב במדדים פיזיולוגיים או בדיווח של המטופל על מידת הפחד. ממצאים ממטא אנליזה שפורסמה לאחרונה מראים שעוררות של פחד (תנאי ראשון בטיפול בחשיפה) במהלך הפגישה קשורה לירידה בסימפטומים (16). מעניין לציין שהקשר בין עוררות לירידה בסימפטומים נמצא רק במחקרים שעשו שימוש במדדים פיזיולוגיים ולא נמצא במחקרים שעשו שימוש בדיווח עצמי, ממצא שעשוי להצביע כי תהליך זה אינו דורש מודעות. חוקרים הציעו כי ייתכן שהקשר היה חזק יותר אילו היו בוחנים את הקשר בין מידה בינונית של עוררות לתוצאות טיפול, שכן מידה גבוהה עשויה להיות מציפה, בעוד שמידה בינונית עשויה להספיק ליצירת השינוי הרצוי (17). עוד נמצא שהן ירידה בעוררות במהלך הפגישה (סמן לתהליך הכחדה) והן ירידה בעוררות בין הפגישות נמצאו קשורות לשיפור בסימפטומים. במחקר שערכנו לאחרונה, בחנו את השינוי בעוררות הרגשית של מטופלים בטיפול פסיכודינמי ואת הקשר של שינויים אלה לירידה בסימפטומים (18). שיערנו שבמהלך הטיפול נראה עלייה זמנית בחוויה של רגשות שליליים (בתוך הפגישה) וירידה ברגשות השליליים בטווח הארוך (מפגישה לפגישה). כדי לעקוב אחר השינוי ברגשות השתמשנו בניתוח מבוסס בינה מלאכותית של הבעות הפנים של המטופל בתוך הפגישות. סרטי וידאו של המטופלים מתוך הפגישות נותחו באמצעות אלגוריתם, אשר מזהה את תנועת שרירי הפנים וכך קובע את סוג הרגש ואת עוצמתו.

אשר תורמת לשינוי קבוע במבנה החרדה. בהתאם לכך, ההנחה היא שכדי להביא לשינוי בסימפטומים באמצעות הטיפול, יש לעורר את הקוגניציות ה'חמות' ולהביא לשינוי גם בידע הרגשי. עבודה עם רגש מרכזית במיוחד 'בגל השלישי' של גישות קוגניטיביות-התנהגותיות. הגברת המודעות לרגש שעולה ב'כאן ועכשיו', קבלה של הרגש והפגנת סקרנות כלפיו במקום ביקורת, מהוות יסודות בגישות כמו Acceptance Commitment Therapy (ACT) ומיינדפולנס (13).

גישה מובילה בטיפול דרך הרגש היא גישת EFT (Emotion Focused Therapy) (14), שצמחה מתוך תיאוריות הומניסטיטיות-חוויות, ומציעה חלוקה בין רגשות ראשוניים למשניים וכן בין רגשות אדפטיביים לבין רגשות בלתי אדפטיביים. רגשות ראשוניים הם הרגשות הבסיסיים או הטבעיים שמתעוררים בתגובה לגירוי, ורגשות משניים מתפתחים בתגובה לרגשות ראשוניים ובמטרה להתמודד איתם. לדוגמה, אדם שחש כעס ראשוני על דמויות משמעותיות עשוי לחוש אשמה כרגש משני (זה "לא בסדר" לכעוס על ההורים). בעוד רגשות משניים הם תמיד בלתי אדפטיביים, רגשות ראשוניים יכולים להיות אדפטיביים או לאו. בתהליך הטיפולי המטרה היא לעבור מרגש משני לרגש ראשוני בלתי אדפטיבי (בושה או פחד) ואז להחליף אותו ברגש ראשוני אדפטיבי (כעס מציב גבולות, אבל, או חמלה עצמית). בדומה לגישות דינמיות ממוקדות רגש, גישה זו גורסת שלרגשות עצמם יש פוטנציאל אדפטיבי מולד, שכאשר הוא מופעל הוא יכול לעזור למטופלים לשנות מצבי רגש בעייתיים או חוויות עצמיות לא רצויות.

מרכיבים מרכזיים מהגישות המתוארות למעלה ואינטגרציה שלהם עם ממצאים ממדעי המוח ניתן למצוא במודל "Emotion Reconsolidation", שפותח בשנים האחרונות על-ידי ריצ'ארד לִיין. הרעיון המרכזי במודל זה הוא שבכל הגישות הטיפוליות מתרחש השינוי הטיפולי באמצעות תהליך של עדכון זיכרונות רגשיים קיימים. לפי לִיין, זיכרונות רגשיים ניתנים לשינוי כשהם מופעלים מחדש ומצורפות להם חוויות רגשיות חדשות במרחב הטיפולי (15). רגשות בהקשר זה מהווים את המפתח לעדכון הזיכרונות הטראומטיים מכיוון שהגמישות הסינפטית, שמהווה את הבסיס המולקולרי המאפשר קידוד מחדש של זיכרונות, מוגברת בעת עירור רגשי.

למרות שהמטפלים ברובם משתמשים בהתערבויות שנועדו לאפשר למטופל להעלות רגשות כואבים ולעבד אותם, קיים בלבול בין תהליכים שונים בעבודה עם הרגש. הבנה טובה של התהליכים היא הכרחית כדי לבחור את ההתערבות הרצויה. לדוגמה, מתן משמעות למטופל שנמצא במגע עם רגשות כואבים יכול להוות התערבות יעילה ומשמעותית, בעוד שניסיון לתת משמעות לרגש אצל מטופל לפני שהכיר בקיומו עשוי להתברר לא מועיל. את ציר ההתפתחות של התהליכים הרגשיים ניתן לתאר על רצף שמתחיל מתפקודים בסיסיים ואוטומטיים,

עלייה ביכולת לחוות רגשות לא היתה קשורה לעלייה בברית הטיפולית במדידה העוקבת. בנוסף, מצאנו קשר של תיווך, כך שהברית הטיפולית היתה קשורה לירידה בסימפטומים דרך עלייה בחוויה הרגשית. ממצאים אלה מציעים שחלק מהאפקט החיובי של הברית הטיפולית על ירידה בסימפטומים מתרחש דרך יצירת מרחב בטוח, בו המטופל יוכל לחוות את הרגשות ולהפיק מהאיכות הטיפולית שלהן.

ממצאים אלה שוחזרו לאחר מכן בכמה מחקרים, אם כי חלקם מצא שעלייה בחוויה הרגשית ניבאה שיפור של הברית הטיפולית (בניגוד למחקר שלנו שמצא שהברית הטיפולית ניבאה עלייה בחוויה הרגשית, אך לא להיפך). מחקרים נוספים נדרשים כדי להבין את הקשר בין תהליכים מרכזיים אלה. בדומה לעוררות הפיזיולוגית, גם החוויה הרגשית אינה חיובית בכל מצב. כך לדוגמה, במחקר נוסף מצאנו שמטופלים, שדיווחו על יכולות ויסות רגשי נמוכות, הראו יותר תנודתיות בחוויה הרגשית שהתבטאה במעברים חדים בין חיבור עז לרגש לבין ניתוק, באופן שהיה בלתי ניתן לניבוי (21). תנודתיות זו נמצאה קשורה להחמרה בסימפטומים. ממצאים אלה מצביעים על כך שעבור מטופלים עם יכולת ויסות נמוכה, שנוטים לעבור בין הצפה לניתוק, חשוב במיוחד לשים לב שהחיבור לרגש נעשה באופן הדרגתי, שאינו משחזר את אותו חוסר ויסות בתוך הטיפול.

מודעות (Emotional awareness)

המודעות הרגשית היא תהליך קוגניטיבי בעיקרו, אשר מתבטא בכך שהאדם לא רק חווה את הרגש ומודע אליו, אלא מסוגל לשיים את הרגש, להבחין בעוצמתו, ולהבין את הגורמים שהובילו אליו. ליין ושוורץ (22) תיארו חמישה שלבים של מודעות בסדר עולה לפי רמת ההתפתחות:

1. מודעות לתחושות הגופניות.
 2. מודעות לנטייה להתנהגות שקשורה בתחושות אלו (action tendencies, כמו הימנעות או תוקפנות); מודעות בשלב הזה כוללת אופי של valence (ערכיות), כלומר, היכולת להבחין בין רגש חיובי לרגש שלילי.
 3. יכולת לזהות רגש אחד דומיננטי.
 4. יכולת לזהות מיגוון רגשות, לעתים סותרים שמתקיימים בו־זמנית ("אני עצוב, אבל גם מלא תקווה").
 5. בשלב הגבוה ביותר אדם מודע לאפשרות של רגשות סותרים גם בתוכו וגם באחרים. הוא אף מסוגל להבין רגשות של האחר גם כאשר אלה סותרים את שלו.
- על פי התיאוריה, מטופלים עם עבר של הזנחה או התעללות בילדות מראים יותר קושי ביכולת להיות מודעים לרגשות שלהם. לשלבים אלה רלוונטיות רבה להתערבויות שנקטות במהלך הטיפול, ועל המטפל לפגוש את המטופל בשלב שבו הוא נמצא. לכן, כאשר מטופל נמצא ברמות נמוכות של עיבוד, המטפל יציע התערבויות שמסייעות בזיהוי תחושות גופניות

גיוס ההתקדמות הטכנולוגית שנעשתה בשנים האחרונות לטובת המחקר איפשר לנתח שעות טיפול רבות. מאחר ששיטה זו עדיין אינה מדויקת מספיק בזיהוי רגשות ספציפיים, השתמשנו בסקאלה של ערכיות (valence) – עד כמה חיובי או שלילי היה הרגש. בנוסף לקידוד האוטומטי, מטופלים דיווחו על מידת הסימפטומים שלהם לפני כל פגישה בראיון מובנה, ובסוף כל פגישה דיווחו על הרגשות שחוו במהלך הפגישה באמצעות שאלון.

מצאנו שבמהלך הפגישה מטופלים נטו להראות דפוס של עלייה ברגשות שליליים מתחילת הפגישה עד לאמצע הפגישה, ולאחר מכן ירידה לקראת סוף הפגישה (דפוס של פעמון). דפוס זה נמצא מעבר לפגישות שנדגמו, וללא תלות במספר הפגישה (האם היא מוקדמת יותר או מאוחרת יותר בסך כל התהליך הטיפולי). בנוסף, ממוצע הרגש השלילי ירד מפגישה לפגישה, כלומר עוצמת הרגשות השליליים פחתה עם התקדמות הטיפול. ממצא מעניין נוסף הוא שכאשר מטופלים הראו דפוס עוררות זמנית של רגשות שליליים באמצע הפגישה, הם נטו לדווח בסוף הפגישה דווקא על יותר רגשות חיוביים. כלומר, מטופלים דיווחו על יותר רגשות חיוביים כשבפועל הם הביעו יותר רגשות שליליים במהלך הפגישה. בנוסף, כאשר מטופלים הראו דפוס של עלייה זמנית ברגשות השליליים, הם נטו לאחר מכן להראות ירידה בסימפטומים של דיכאון.

הדפוסים שמצאנו במחקר זה תומכים, ראשית, ברעיון שחשיפה למיגוון רגשות שליליים (ולא רק פחד, בו עוסק טיפול בחשיפה) בסביבה טיפולית תומכת מאפשרת הפחתה באותם רגשות והקלה בסימפטומים. שנית, הממצאים תומכים בטענה שעוררות צריכה להתרחש בזמן מוגבל לאורך הפגישה.

חוויה רגשית (Emotional experience)

חוויה רגשית מוגדרת במחקרים אלה כמידה בה המטופל נמצא במגע עם הרגשות שהוא חווה. בעוד עוררות רגשית ממוקדת בהיבט הפיזיולוגי וההתנהגותי של הרגשות, הרי החוויה הרגשית כוללת את התפיסה הסובייקטיבית של האדם. במחקר שערכנו מצאנו קשר בין היכולת של מטופלים לחוות רגשות במהלך הפגישה לבין ירידה בסימפטומים. באופן ספציפי, מטופלים שעברו טיפול פסיכודינמי דיווחו בסוף כל פגישה על המידה בה הרגישו שהם חוו רגשות, לעומת המידה בה היו מנותקים מהרגש. המדידות בכל פגישה איפשרו לנו לבסס סדר זמנים ולקבוע מה קודם למה. במחקר מצאנו קשר דו־צדדי, כך שכאשר מטופלים דיווחו על רמות גבוהות יותר של חיבור לחוויה במהלך הפגישה, הם גם נטו לדווח על ירידה בסימפטומים במדידה הבאה וכן להיפך, כשמטופלים דיווחו על ירידה בסימפטומים, הם גם היו מסוגלים לחוות יותר רגש (19). בנוסף, מצאנו שהברית הטיפולית (20) היתה קשורה לעלייה ביכולת המטופל לחוות את הרגשות, אבל לא להיפך:

רגש משני לחוויה וביטוי של רגשות ראשוניים אדפטיביים כגון כעס אסרטיבי, אָבָל וחמלה עצמית, הראו שיפור רב יותר בתוצאות הטיפול וירידה בסימפטומים לעומת מטופלים שלא חוו רגשות ראשוניים במהלך הפגישה (27). כך לדוגמה, מחקרים מצאו שמטופלים שחוו טרנספורמציה במהלך הפגישה והחליפו חוויה של רגש משני בחוויה של אָבָל כרגש ראשוני, הראו ירידה בסימפטומים (28).

התערבויות מטפל

כדי לסייע למטופל לעבוד עם הרגש, מטפלים נוקטים בהתערבויות ממוקדות רגש, שמטרתן לעודד מגע עם הרגש, להגביר מודעות ולקדם עיבוד וטרנספורמציה. מטפלים נוטים להשתמש בכמות מְשֻׁתָּנָה של התערבויות ממוקדות רגש. מטא-אנליזה שפורסמה לאחרונה מצאה שהתערבויות ממוקדות רגש היו מועילות עבור טיפולים דינמיים, אך לא נמצאו יעילות באופן מובהק עבור טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים (16). חשוב לציין שמידה רבה יותר של שימוש בהתערבויות ממוקדות רגש לא בהכרח קשורה לחוויה של רגש מצד המטופל או לתוצאות טיפול טובות יותר. במחקר שערכנו, מטפלים דיווחו בכל פגישה על המידה בה השתמשו בהתערבויות ממוקדות רגש. תוצאות המחקר הראו שמידה בינונית של שימוש בהתערבויות ממוקדות רגש (בניגוד לרמות גבוהות או נמוכות) קשורה לעלייה ביכולת המטופל לחוות רגשות באותה פגישה (29). בנוסף, במחקר אחר נמצא כי מידה בינונית של התערבויות ממוקדות רגש קשורה לתוצאות טיפול טובות יותר (30). אם מחקרים נוספים ישחזרו את הממצאים ניתן יהיה להסיק שהגישה לרגשות צריכה להיעשות במידה. שימוש מועט בהתערבויות ממוקדות רגש אינו מספיק כדי לעורר את הרגש, אך גם מידה רבה עשויה להיות מציפה עבור המטופל ולגרום לו להתנתק.

לצד החשיבות של התערבויות מותאמות, חשוב לא פחות הוא האופן בו המטפל מגיב לרגשות המטופל. מרבית גישות הטיפול מניחות שהצורך להימנע מרגש כואב נובע מאינטראקציה עם אחרים משמעותיים שהגיבו לרגש בדחייה. תגובה אמפתית של המטפל כלפי הרגשות עשויה להוות חוויה מתקנת ולאפשר עדכון אינפורמציה חדשה ביחס לרגש. על פי תיאורית ההתקשרות, כאשר תינוק או ילד מביעים רגשות שליליים או מצוקה, מערכת ההתקשרות של המטפל (caregiver) מופעלת ומניעה אותו להיענות לצורך של הילד (31).

מחקרים קודמים הציעו שסמן לעוררות של מערכת ההתקשרות של המטפל הוא שיחורו של הורמון האוקסיטוצין, הורמון שבמחקרים רבים מוכח כקשור ליכולת מוגברת לזיהוי רגשות ולהתנהגות אמפתית. ההנחה היא ששיחורו זה מעודד את ההורה להגיב באופן אמפתי ומותאם לצורך של הילד (32).

ובזיהוי הנטייה לפעולה. עבור מטופל עם רמות גבוהות יותר של מודעות, המטפל יציע התערבויות שנועדו לשאת את הקונפליקט שבין רגשות סותרים (22).

הוכחה מסוימת ליעילות של הגברת המודעות ניתן לראות במחקרים שמצאו שהתערבויות להגברת מודעות לרגש בזמן חשיפה הגבירו את היעילות של החשיפה (23). עדות נוספת ליעילות של מודעות רגשית ניתן למצוא במחקרים על דיפרנציאציה רגשית, משמע – היכולת להבחין בין רגשות שונים בעלי ערכיות דומה (לדוגמה, בין עצב לתסכול). לאחרונה, לזרוס ופישר (24) מצאו ששיפור ביכולת ההבחנה בין רגשות שליליים היה קשור לתוצאות טיפול טובות יותר. ביקורת אפשרית על מודעות רגשית היא שמעצם היותה תהליך קוגניטיבי היא מעודדת "דיבור על" במקום "דיבור את" החוויה או "דיבור מתוך" החוויה. נדרשים מחקרים נוספים שיבחנו האם ובאיזה הקשר הגברת מודעות רגשית תורמת לשיפור בסימפטומים.

עיבוד רגשי (Emotional processing)

שלב מתקדם יותר בעבודה עם הרגשות הוא היכולת להישאר במגע עימם, לחקור אותם בפתיחות ולתת להם משמעות. רגשות מעובדים מאפשרים חוויה מלאה ואוטנטית, כמו גם שימוש באינפורמציה להסתגלות טובה יותר. עיבוד רגשי כולל את היכולת לשאת את הרגשות ולקחת בעלות עליהם, להבין את השפעתם על ההתנהגות והחשיבה ולשלב אותם באופן בריא בתוך ההקשר הרחב של החיים.

הכלי הנפוץ ביותר למדידה של עיבוד רגשי הוא Experiencing Scale, כלי קידוד שופטים, המבוסס על תיאוריות הומניסטיות-חוויתיות (25). ברמות הנמוכות של הסקאלה נראה מטופלים מנותקים מהחוויה האישית, ומדווחים על אירועים באופן מרוחק שלא מאפשר מבט על החוויה הפנימית. ברמות הגבוהות, מטופלים מתייחסים לרגשותיהם לעתים יותר קרובות, קשובים פנימה, בוחנים ומשקפים את חוויותיהם ומקשרים אותן לְעֵבֶר, במטרה לייצר משמעות חדשה ולפתור בעיות. ברמות גבוהות של עיבוד נוצרת אינטגרציה בין הרכיבים הרגשיים לרציונליים, אשר מביאה לשינוי בנקודת המבט ולאימוץ התנהגות שונה ואדפטיבית. במטא-אנליזה, שנעשתה על מחקרים שעשו שימוש ב-Experiencing Scale, נמצא שעלייה ביכולת העיבוד הרגשי הסבירה קרוב ל-45% מהשונות בשיפור בסימפטומים כפי שנמדדו על-ידי קלינאים ו-7% מהשונות בסימפטומים כפי שנמדדו באמצעות שאלוני דיווח עצמי (26). בשני המקרים מדובר בקשר מובהק בין עיבוד רגשי לירידה בסימפטומים, אך מחקרים נוספים צריכים לבחון את הפער במידת ההשפעה, שבא לידי ביטוי בדיווח העצמי לעומת זה שבדיווח הקלינאים.

בתוך ההגדרה של עיבוד ניתן לכלול גם את הטרנספורמציה של הרגש והמעבר מרגשות מְשֻׁנִּים לרגשות ראשוניים ואדפטיביים. מחקרים מצאו שמטופלים שעברו מביטוי של

מטפלת: זה ממש מעניין. את מאוד רוצה להתחבר לבת שלך, אבל מרגישה שזה סיכון רציני לרצות את זה כל כך... אפילו הגוף שלך הגיב במתח. אז כדי להתמודד החלטת את הפחד בדאגה, כדי לוודא שאם דברים לא יעברו, את לא תיתפסי לא מוכנה.

מטפלת: כן... אני עושה את זה כל הזמן! זו גם אחת הדרכים להביע עד כמה אני מפחדת.

מטפלת: זה הרגל. שמת לב להרגל זה בעוד מערכות יחסים?

מטפלת: אני עושה את זה הרבה. לפעמים אני מנדנדת לבעלי ולבת שלי, חופרת להם על כל הדאגות שלי וכבר דיברנו על כמה גרוע זה יוצא בדרך כלל.

מטפלת: נכון. את יוצאת מתוסכלת מזה שנראה שהם מפסיקים להקשיב ומפנפים אותך. זה רק מרחיק אותם ממך במקום לקרֵב. כמו שאני הרגשתי פחות מעורבת רגשית כשהתחלתי לתאר את רשימת הדאגות שלך.

הווינייטה מתחילה בהתערבות של המטפלת, שמזהה ברגישותה כי למרות שהמטפלת ממשיכה להעלות רגשות שליליים, אופי התיאור שלה משתנה. היא מציגה חרדה כללית יותר ומדברת באופן חיצוני על מה שעובר עליה, מה שמעיד על רמות נמוכות של עיבוד רגשי. המטפלת משתמשת בחוויה שלה כסמן לשינוי ברגש אצל המטפלת ומציעה התערבות שמצביעה על ההגנה שהמטפלת השתמשה בה מפני התעוררות של רגש ראשוני ומכאיב.

לפי גישות פסיכודינמיות קצרות מועד, הסרת המחסום הרגשי או ההגנה מספיקה כדי לייצר תגובה רגשית. ואכן, המטפלת מזהה את העוררות הפיזיולוגית, שעשויה לסמן התעוררות של רגשות ראשוניים, שלאחריה היא מגיבה ברגשות משניים כמו דאגה וביצירת רשימת בעיות כהגנה, במטרה להימנע מהחוויה הרגשית המאיימת. הדאגה נותנת לה תחושת שליטה ומאפשרת לה להרגיש מוכנה לכל צרה שעלולה לבוא. אולם, מכיוון שזהו רגש משני, המידע שהוא מביא אינו רלוונטי ואינו מאפשר למידע החשוב של הרגש הראשוני, כמו "הקשר עם הבת שלי חשוב לי, אני רוצה להתקרב", לעלות לפני השטח ולהניע אותה לפעולה שתתאים למטרותיה. במקום זאת, היא מייצרת רשימת דאגות שהיא לא באמת רוצה לפתור, מה שמעביר מסר מבלבל לאחרים וגורם להם להתרחק ממנה במקום להתקרב. ניסיון לסייע לה להתמודד עם "רשימת הדאגות" עלול לא להועיל כיוון שאינו נוגע בכאב או בפחד. גם התערבות פחות קונקרטית, כגון הכלה של דאגה זו, עלולה לא להועיל, כיוון שלא מדובר ברגש אלא בהגנה.

באמצעות ההתערבות המטפלת הופכת ערה לפחד שלה שתאבד את הקשר עם בתה. היא יכולה לשייך את העוררות הגופנית לפחד זה, דבר שמאפשר עיבוד של קוגניציות 'חמות'. סביר להניח שאם המטפלת היתה רק מסבירה למטפלת שהאופן בו היא מגיבה לא מועיל לה, זה לא היה מוביל לשינוי משמעותי.

סיכום

לסלי גרינברג (14), מפתח גישת EFT, השתמש במטאפורה הקולעת: "אדם לא יכול לעזוב מקום שהוא טרם הגיע אליו". כלומר, כדי להפחית את עוצמת הכאב הרגשי, על המטפל לסייע למטופל לעורר את הרגש, להכיר בו ולהישאר איתו. מחקרים מציעים שהעוררות צריכה להתבצע במידה שמתאימה למטופל, הן מבחינת עוצמת הרגש והן מבחינת משך העוררות. עוררות

כדי להציע שהקשר בין המטפל למטופל מהווה חוויה רגשית מתקנת, יש להראות שמערכת יחסים דומה מתרחשת בין המטפל למטופל.

במחקר שערכנו*, מדדנו את האוקסיטוצין של המטפל לפני ואחרי פגישות טיפוליות, שאלנו את המטופלים לגבי המידה בה חוו רגשות במהלך הפגישה וכן מדדנו את הסימפטומים של המטופל לפני כל פגישה. תוצאות המחקר הראו קשר של תיווך, לפיו כשהמטופל חווה רגשות שליליים המטפל הגיב בעלייה באוקסיטוצין, ועלייה זו בתורה היתה קשורה לירידה בסימפטומים של המטופל. מעניין עוד יותר שלל תיווך תגובת המטפל, חוויה של רגש שלילי היתה דווקא קשורה לעלייה בסימפטומים.

נדרשים מחקרים נוספים שישחזרו את התוצאות כדי להסיק מסקנה חזקה. יחד עם זאת, מחקר זה מדגים את החשיבות של הרגש השלילי בכך שהוא מגייס את האחר, וכן את החשיבות הקריטית של תגובת האחר אל מול חוויה של רגשות שליליים.

הדגמה טיפולית

הווינייטה הבאה היא תרגום חופשי שלי לווינייטה מתוך הספר "Working With Emotions in Cognitive Behavior Therapy" (33), מפרק שעוסק בהוספת התערבויות בין-אישיות ממוקדות רגש לטיפול CBT בטראומה. מצאתי את הווינייטה הזו מרתקת, מכיוון שבנוסף לכך שהיא מדגימה עבודה עם כמה תהליכים רגשיים, היא מציעה שילוב מרכיבים מטיפול דינמי (העברה-נגדית) בתוך טיפול CBT.

מטפלת: הייתי רוצה לבדוק משהו בנוגע לאינטראקציה כאן בינינו. בעבר דיברנו על זה שזה יכול להיות מועיל להסתכל על מה שקורה בינינו בפגישה.

מטפלת: אוקי. לך על זה.

מטפלת: ממש עכשיו, כשהתחלנו לבחון את האינטראקציה המלחיצה עם הבת שלך השבוע, עברת בפתאומיות לערוך רשימה של כל הדאגות שלך לגבי בן הזוג שלך, החשבונות, הורות, העבודה שלך... התחלתי להרגיש שאני כבר לא איתך, פחות ברור לי מה את מרגישה שם או איפה את נמצאת מבחינה רגשית. אבל זו רק החוויה שלי, מה היתה החוויה שלך?

מטפלת: וואו. אני מניחה שעברתי לסוג של טייס אוטומטי. אפילו לא שמתי לב שזה קורה.

מטפלת: את יכולה רגע לחזור לרגע הזה שעברת לטייס אוטומטי? מה היה שם? מה הרגשת רגע לפני?

מטפלת: התחלתי לחשוב על הבת שלי והתחלתי ממש לפחד שאני לא אצליח לשפר את מערכת היחסים שלי איתה, הרגשתי לחץ בגוף כמו כיווץ. זה הפחיד אותי לקוות שדברים ישתנו לטובה, כי זה יהיה גרוע יותר אם אני אצפה שהם ישתנו לטובה ואז אכשל והם ישתנו לרעה. זה חירפן אותי. הרגשתי שאני חייבת לעבור על רשימת הדאגות שלי כדי להיות מוכנה לגרוע מכול.

* Fisher H., Solomonov N., Falkenström F., et al., Therapists' oxytocin response mediates the association between patients' negative emotions and psychotherapy outcomes. J. Affect. Disorders, 338:163-170, 2023.

7. Malan D.H., Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworths, 1979.
8. Davanloo H., Short-term dynamic psychotherapy. Jason Aronson, 1980.
9. Fosha D., Accelerated empathic therapy (AET): history, development and theory. John Wiley, 1992.
10. McCullough L., Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy. Guilford Press, 2003.
11. Osimo F., Experiential short-term dynamic psychotherapy: a manual. Authorhouse, 2003.
12. Beck A.T., Cognitive therapy of depression. Guilford press, 1979.
13. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W. et al., Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav. Res. Ther., 44(1): 1-25, 2006.
14. Greenberg L.S., Emotion-focused therapy. Clin. Psychol. Psychother. Int. J. Theory Pract., 11(1): 3-16, 2004.
15. Lane R.D., Ryan L., Nadel L. et al., Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: new insights from brain science. Behav. Brain Sci., 38: 1, 2015.
16. Sønderland N.M., Solbakken O.A., Eilertsen D.E. et al., Emotional changes and outcomes in psychotherapy: a systematic review and meta-analysis. J. Consult. Clin. Psychol., 2023.
17. Rupp C., Doebler P., Ehring T. et al., Emotional processing theory put to test: a meta-analysis on the association between process and outcome measures in exposure therapy. Clin. Psychol. Psychother., 24(3): 697-711, 2017.
18. Fisher H., Reiss P.T., Atias D., et al., Facing emotions: between-and within-sessions changes in facial expression during psychological treatment for depression. Clin. Psychol. Sci., 21677026231195793, 2023.
19. Fisher H., Atzil-Slonim D., Bar-Kalifa E. et al., Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. Psychotherapy, 53(1): 105-116, 2016.
20. Bordin E.S., The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychother. Theory Res. Pract., 16(3): 252, 1979.
21. Fisher H., Atzil-Slonim D., Bar-Kalifa E. et al., Growth curves of clients' emotional experience and their association with emotion regulation and symptoms. Psychother. Res., 29(4): 463-478, 2019.
22. Lane R.D., Schwartz G.E., Levels of emotional awareness: implications for psychotherapeutic integration. J. Psychother. Integr., 2(1): 1-18, 1992.
23. Katz B.A., Breznitz H., Yovel I., Gain through pain: augmenting in vivo exposure with enhanced attention to internal experience leads to increased resilience to distress. Behav. Res. Ther., 113: 9-17, 2019.
24. Lazarus G., Fisher A.J., Negative emotion differentiation predicts psychotherapy outcome: preliminary findings. Front Psychol., 12: 689407, 2021.
25. Gendlin E.T., Experiencing scale. J. Consult. Psychol., 1962.

נמוכה מדי תשאיר את העבודה ברמה הקוגניטיבית, ועוררות גבוהה מדי עשויה להיות מציפה ובלתי נסבלת, באופן שלא מאפשר עבודה יעילה. בהתאם לכך, התערבויות ממוקדות רגש הן כמו עבודת אמונות עדינה וצריכות להיעשות ברגישות ובהתאמה למטופל.

לאחר שהרגש עורר, המטפל יכול לעודד את המטופל להגביר את המודעות לרגש, להבין את משמעויותיו ואת האופן בו ניתן להשתמש באינפורמציה שהרגש נותן כמצפן שמסייע להתמודד באופן יעיל יותר במציאות היום-יומית. חשוב לציין שכאשר מדברים על הרגש כמצפן, אין הכוונה שהרגש קובע את ההתנהגות. חוויה של כעס אין משמעושה שעלי לקום מיד ולהתנגד. כפי שרופאים משתמשים בכאב כדי לאתר את האיבר הפגוע, ולאחר מכן מבררים את מקור הכאב כדי להציע טיפול מתאים, כך גם מגע עם הרגש מאפשר לזהות את המקום הפגוע, לעצור ולבחון מהו הרגש שעלה, ומה הוא מספר על המטופל ועל צרכיו. בהינתן המציאות, המטופל בוחר מה לעשות עם ידע זה, ובכך הופך הרגש ממרכיב מאיים למצפן.

בעבודה עם הרגש, המטפל צריך להיות ער לסימנים שיאפשרו לו להבחין בין רגשות משניים וחדדה שעולה כתגובה לרגש ראשוני לבין רגשות ראשוניים בלתי אדפטיביים ואדפטיביים. היכולת להבחין בין סוגים שונים של סכמות רגשיות תאפשר למטפל להתאים את ההתערבויות באופן שיכוון את המטופל למגע עם רגש ראשוני. הבנה של מיקום המטופל בתוך התהליך הרגשי, כלומר מידת העוררות שהוא חווה, מידת המודעות ויכולת העיבוד, תאפשר בחירת התערבויות מתאימות. לבסוף – הנוכחות האמפתית והמיטיבה של המטפל בזמן העוררות הרגשית חשובה ביותר. היא מאפשרת את היווצרותה של חוויה רגשית מתקנת, ובמקום שבו המטופל נכווה, יש כעת מי שנוכח איתו באופן שמאפשר טרנספורמציה.

ספרות:

1. Greenberg L.S., Paivio S.C., Working with emotions in psychotherapy. Vol. 13. Guilford Press, 2003.
2. Dalgleish T., Black M., Johnston D. et al., Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. J. Consult. Clin. Psychol., 88(3): 179-195, 2020.
3. Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V. et al., Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J. Consult. Clin. Psychol., 64(6): 1152-1168, 1996.
4. Gaines A.N., Goldfried M.R., Consensus in psychotherapy: are we there yet? Clin. Psychol. Sci. Pract., 28(3): 267-276, 2021.
5. Cuijpers P., Reijnders M., Huibers M.J., The role of common factors in psychotherapy outcomes. Ann. Rev. Clin. Psychol., 15(1): 207-231, 2019.
6. Breuer J., Freud S., Studies on hysteria. In: S.E., 1955.

26. Pascual-Leone A., Yeryomenko N., The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: a meta-analysis on psychotherapy process. *Psychother. Res.*, 27(6): 653-665, 2017.
27. Pascual-Leone A., How clients "change emotion with emotion": a programme of research on emotional processing. *Psychother. Res.*, 28(2): 165-182, 2018.
28. Kramer U., Pascual-Leone A., Despland J.N. et al., One minute of grief: emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 83(1): 187-198, 2015.
29. Fisher H., Rafaeli E., Bar-Kalifa E., et al., Therapists' interventions as a predictor of clients' emotional experience, self-understanding, and treatment outcomes. *J. Couns. Psychol.*, 67(1): 66-78, 2020.
30. McCarthy K.S., Keefe J.R., Barber J.P., Goldilocks on the couch: moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychother. Res.*, 26(3): 307-317, 2016.
31. Mikulincer M., Shaver P.R., The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Adv. Exp. Soc. Psychol.*, 35: 56-152, 2003.
32. Feldman R., The neurobiology of human attachments. *Trends Cogn. Sci.*, 21(2): 80-99, 2017.
33. Thoma N.C., McKay D., Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: techniques for clinical practice. Guilford Pub., 2014.