

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

האגף למחקר תכנון והכשרה

ביה"ס המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה

**עבודת סיום קורס לטיפול בהתמכרויות**

**דיסוציאציה בקרב מכורים לסמים**

מרכזת קורס: חני אלמוג עובדיה

מגישות: עלמה פרץ

רוני שליו

תאריך: מרץ 2010

## מבוא

בעבודה זו בחרנו לברר ולחקור את הנושא: "הפרעות דיסוציאטיביות בקרב מכורים לסמים".

במהלך עבודתנו הטיפולית עם מכורים לסמים נתקלנו לא אחת בתופעות המזכירות, ולעיתים אף תואמות סימפטומים של הפרעות דיסוציאטיביות, כגון: תחושת ניתוק רגשי או גופני מהסביבה החיצונית, שכחה של אירועים אישיים או תקופות בחיים, בלבול לגבי זהות ועוד.

ההיחשפות לסימפטומים אלו אצל המטופלים המכורים עוררה אצלנו תחושת חוסר בהירות ושאלות רבות בנוגע להבנת הסוגיה עצמה ולדרך ההתמודדות עימה.

את חוסר הבהירות אותו ציינו ניתן למקד בשלושה תחומים עיקריים:

1) **מקור הסימפטומים** - כלומר, האם הסימפטומים הדיסוציאטיביים אותם זיהינו בקרב

המטופל הינם בעצם פגיעה קוגניטיבית בעקבות שימוש כרוני בסמים או שמא מדובר במנגנון הגנה אשר בא להגן על המטופל מהעלאה והכרה בזיכרונות טראומטיים מעברו?

2) **שאלת "הקשר"** - האם השימוש בסמים נפרד בהקשרו מהסימפטומים הדיסוציאטיביים

או שמא מהווה המשך ישיר להם? כלומר, השימוש בסמים בעצמו הינו כלי לשמר, לחזק או לייצר מצב דיסוציאטיבי באופן חיצוני וכימי, כאשר ה"הגנה הטבעית" אינה יעילה דיה.

3) **ההתמודדות הטיפולית** - באלו כלים טיפוליים עלינו להשתמש מול הסימפטומים

הדיסוציאטיביים אצל מכורים לסמים, והאם זה נכון מבחינה טיפולית לנסות ו"לפרק" הגנות מסוג זה אצל אוכלוסייה פגיעה כל כך, ואם כן, באיזה שלב?

אנו מאמינות כי למידת הסוגיה שהצגנו לעיל, תהיה לנו ולאחרים לעזר הן בהבנה תיאורטית והן מבחינה טיפולית ומעשית בעבודתנו.

## סקירת ספרות

### **פתיח**

ראשית נציין כי תופעת הדיסוציאציה מעוררת ויכוח בקהילה המדעית והקלינית, באשר לעצם קיומה, גבולות הגדרתה ואופן מדידתה. מהותה הנחבאת, הקשורה במנגנוני הגנה ובתסמינים שלילים בחלקם המאפיינים אותה, הנובעים לעיתים בפשעי התעללות חמורים שנעשו לרבים מהלוקים בה, מונעת לעיתים את חשיפתה לאורך שנים ומכאן מעוררת הסתייגות בקרב אנשי המקצוע. חמקמקות התופעה נובע גם מכך שרבים הלוקים בה כלל אינם יודעים לדווח באופן וולונטרי על תופעות הניתוק אותן חווים, אלא רק כאשר הם נשאלים על כך.

דיסוציאציה הינו במקורו תהליך הגנתי הגורם לאדם להתנתק או לנתק מחשבות, תחושות, תפיסות עצמיות או סביבתיות, התנהגויות או זיכרונות, זאת משאר הפעילות המנטאלית אשר באופן נורמאלי נוטה להיות אינטגרטיבית. הניתוק והפיצול בחוויות עלולים לפגוע, בסופו של דבר

ברצף החוויתי, במודעות ובזהות העצמית. בדרך כלל, מקורן של הפרעות הדיסוציאטיביות הינו בהיסטוריה טראומטית בילדות, המניעה את הילד, באופן לא מודע למדר ולנתק את החוויה הקשה והמציפה משאר החוויות ומההכרה המודעת וזאת על מנת לטשטש את הכאב ולשרוד איתו. אולם, למרות שמנגנון הניתוק מאפשר הגנה ומפלט אחרון מהטראומה הבלתי נסבלת, בהמשך הוא עלול למנוע את עיבוד החוויה וההחלמה ממנה, עד כדי הופעתן של הפרעות הדיסוציאטיביות השונות ( Alexander & Anderson, 2004; Somer, 2004; Putnam, 1985, 1997; ). (1996).

אחת ההשפעות ההרסניות העלולות להיווצר כתוצאה מהטראומה וההתמודדות עם המשימות העומדות בפני הקורבן היא ההתמכרות לסמים.

בכדי להימנע מתסמינים הנלווים להפרעה פוסט טראומתית, נוטה הקורבן לפתח אמצעי התגוננות דיסוציאטיביים אשר מטרתם "ריפוי עצמי". במשך הזמן אמצעי זה הופך לתסמין אוטונומי, שמקבל תגמולים בעקבות ההקלה הזמנית שהוא מביא. באמצעות הסם הדיסוציאציה מיוצרת באופן כימי וגורמת לקורבן להתנתק מרגשות כואבים וזיכרונות מלחיצים.

## **דיסוציאציה**

המושג דיסוציאציה מורכב מחיבור שתי המילים Dis-association, שמשמעותן: נתק או הפחתה של הקשר האסוציאטיבי (לב-ויזל, 2007). תופעת הדיסוציאציה (ניתוק) הינה שיבוש בתפקוד האינטגרטיבי של התודעה, הזיכרון, הזהות או התפיסה (APA, 1994).

דיסוציאציה היא תהליך הגנתי במקורו שיוצר ניתוק בתפקודים האינטגרטיביים של המחשבות, הרגשות ופעילויות האדם, כך שלפרק זמן מסוים, אינפורמציה מסוימת אינה מקושרת עם אינפורמציה אחרת כפי שהיא הייתה צריכה להיות באופן נורמאלי ולוגי.

## **סימפטומים דיסוציאטיביים**

בספרות מזהים חמישה תסמינים דיסוציאטיביים אשר מרכיבים את הגרעין המרכזי של הפרעות הדיסוציאטיביות, כאשר כל אחד מהתסמינים מייצג הפרעה בתהליך של הזיכרון, זהות או מודעות (Kirmayer, 1994; Steinberg, 1994).

**אמנזיה דיסוציאטיבית (Dissociative Amnesia):** מוגדרת כהיעדר תקופת זמן ספציפית או משמעותית מן הזיכרון (Steinberg, 1994).

**דה-פרסונליזציה (Depersonalization):** תסמיני הדה-פרסונליזציה נחווים כניתוק מהגוף או מהעצמי, התנהלות בתוך חלום או סרט, כך שהאדם חש עצמו כזר או כלא אמיתי. לעיתים קיימת גם תחושת היפרדות מהגוף או מאיבריו, אי שליטה על פעולות ותנועות אוטומטיות (Steinberg, 1994).

**דה-ריאליזציה (Derealization):** בשונה מדה-פרסונליזציה, המבטאת תחושת ניתוק מהמציאות הפנימית, תסמיני דה-ריאליזציה מייצגים תחושת ניתוק מהמציאות החיצונית. אדם עשוי לחוש כי ביתו, מקום עבודתו, חבריו או אף בני משפחתו, אינם מוכרים לו (Collins, 2007).

**בלבול בתחושת הזהות (Identity Confusion):** תסמיני הבלבול בזהות מתייחסים לתחושת אי וודאות, מבוכה או קונפליקט החש אדם באשר לזהותו. התסמינים מבטאים לרוב את המאבק הפנימי ההישרדותי מול תכנים ורגשות כואבים עימם נמצא בקונפליקט (Steinberg, 1994).

**שינוי בזהות (Identity alteration):** תסמיני השינוי בזהות יצביעו על קיומן של זהויות שונות; לדוגמה כאשר האדם משתמש בשמות שונים איתם מזדהה לסירוגין, גילוי פריטים לא מוכרים בחפצים האישיים, היוודעות לכישורים שאין החולה או הסביבה זוכרים שרכש (Steinberg, 1994).

### **הפרעות דיסוציאטיביות**

בתחום הקליני מקובלת ההגדרה כי המאפיין העיקרי של הפרעות דיסוציאטיביות הוא הפרעה בתפקוד הרגיל האינטגרטיבי של ההכרה, המודעות, הזיכרון, הזהות או תפיסת הסביבה. האירוע יכול להיות פתאומי או תהליכי, מעברי או כרוני (APA, 1994).

על פי האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה מוכרים חמישה סוגי הפרעות דיסוציאטיביות:

**אמנזיה דיסוציאטיבית (Dissociative Amnesia):** מאופיינת באפיזודה אחת או יותר של חוסר יכולת לזכור מידע אישי בעל חשיבות, אפיזודה שלא ניתן להסבירה בשכחה רגילה (מוניץ, 2002).

אבחנה של אמנזיה דיסוציאטיבית תינתן כאשר הסימפטומים גורמים למצוקה משמעותית, פגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחומי תפקוד משמעותיים אחרים (APA, 1994).

**פוגה דיסוציאטיבית (Dissociative Fugue):** מתארת נסיעה פתאומית ולא צפויה, הרחק מן הבית או ממקום העבודה, המלווה בחוסר יכולת לזכור את העבר, בלבול לגבי הזהות או אימוץ זהות חדשה (APA, 1994). בתקופת הפוגה קיים שיכחון (אמנזיה), כאשר רק בטיפול תגלינה המשמעותיות והמטרות של הנסיעה במצב הפוגה, שזו על פי רוב סימבולית ולא מודעת (מוניץ, 2002).

**הפרעת זהות דיסוציאטיבית, ריבוי אישיות (Dissociative Identity Disorder):** נחשבת לקשה ולמורכבת ביותר באשכול זה. ההפרעה מאופיינת על ידי קיום שתי זהויות או יותר, אשר באופן חוזר משתלטות על האדם והתנהגותו (APA, 1994). בטיפול ניתן לחבר בין החלקים השונים המפוצלים וליצור אינטגרציה ביניהם (מוניץ, 2002).

**הפרעת דפרסונליזציה (Depersonalization Disorder):** מאופיינת בחוויות חוזרות או מתמשכות של ניתוק מהעצמי, ותחושה של האדם כאילו הוא מתבונן מבחוץ על התהליכים המנטאליים המתרחשים בו או על גופו שלו (APA, 1994).

**הפרעה דיסוציאטיבית לא ספציפית (dissociative disorder not otherwise specified):** סוג זה מקבץ את ההפרעות שבמרכזן קיים סימפטום דיסוציאטיבי, שאינו ממלא אחר כל הקריטריונים האבחנתיים של אחת מההפרעות הנ"ל.

## **התמכרות לסמים**

התמכרות לסמים מוגדרת כמצב שבו סם הנלקח ביוזמת הפרט, גורם נזק לעצמו, לזולתו ולחברה. התמכרות מבטאת נוכחות כרונית של סם בגוף, כתוצאה משימוש חוזר ונשנה. היא מאופיינת בצורך נפשי חזק וכפייתי להשתמש בסם, פיתוח תלות פיזית בו ונטייה להגדיל את הכמויות הנצרכות. ככל שמתפתחת הסבילות לסם, כך פוחתות והולכות השפעתיו הרצונית, נוצרת תלות גופנית ומתחזקת התלות הנפשית. התלות בסם מניעה את המתמכר לצרוך את הסם, לא לשם הנאה, אלא כדי למנוע את הופעתה של תסמונת הגמילה (טייכמן, 1998).

תסמיני הגמילה אינם מסוכנים בדרך כלל לאדם בריא מבחינה גופנית, אך קשים עבור הנגמל ומתבטאים באי שקט, הפרעות בשינה, כאבי שרירים ופרקים, הזעה, כאבי בטן, הקאות, שלשולים, עלייה בדופק ובהפרעות בשליטה על חום הגוף. אלו מתחילות כששעות אחרי המנה האחרונה ולכל היותר מסתיימים אחרי שלושים ושש עד ארבעים ושמונה שעות (מוינץ, 2002).

האבחנה המופיעה ב-DSM-IV (APA, 1994) ממיינת את ההפרעות הקשורות לשימוש לרעה בסמים לשתי קבוצות אבחנתיות: (א) הפרעות שימוש בסמים, באלכוהול וכד' ובה שתי תתי קבוצות: שימוש לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים והתמכרות ותלות בחומרים פסיכו אקטיביים; (ב) הפרעות הנגרמות כתוצאה מהשימוש בסם כגון: הרעלה, תסמונת גמילה, דיליריום, פסיכוזות, מצבי רוח, דיכאונות וכד'.

## **תחלואה דיסוציאטיבית והתמכרות לסמים**

מעט ידוע על מטופלים מכורים לסמים הסובלים מהפרעות דיסוציאטיביות (Roesler & Dofler, 1993). מחקים מועטים שכן נעשו בנושא התייחסו רק לשכיחות הימצאותן בכפיפה אחת. עם זאת בשנים האחרונות ניכרת עלייה במודעות אנשי הטיפול, באשר לטיפול במכורים לסמים הסובלים מתחלואה כפולה (מהל וקמינר, 2000).

מאייאר (Meyer, 1986) מתארת שש אפשרויות שונות לאינטראקציה הקיימת בין שני משתני התחלואה הכפולה: אפשרות ראשונה הינה, הפרעה פסיכיאטרית שמהווה גורם סיכון לשימוש

בסמים, כאסטרטגיה של ריפוי עצמי. במקרים מעין אלה, השימוש עשוי לכסות על הפרעה ולמנוע התייחסות טיפולית מתאימה. שנייה, הפרעה פסיכיאטרית ושימוש לרעה בסמים משפיעים הדדית זה על זה ומחמירים זה את זה. שלישית, סימנים נפשיים עלולים להתפתח במהלך אינטוקסיקציה (הרעלה) כרונית. רביעית, הפרעה פסיכיאטרית ושימוש לרעה בסמים מקורם מגורם משותף והינם ביטוי שונה של אותה הפרעה. חמישית, שימוש לרעה בסמים מהווה גורם סיכון להפרעות פסיכיאטריות. שישית, שימוש לרעה בסמים והפרעה פסיכיאטרית אינם קשורים זה לזה.

קמינר (Kaminer, 1994) גרס כי ההפרעה הנפשית קודמת לשימוש לרעה בסמים ב-75% מהמקרים ומאובחנת כבר מגיל ההתבגרות. כמו כן בספרות קיימות עדויות, לפיהן דיסוציאציה כתוצאה מטראומות בילדות מגבירה את הסיכוי לפתח תחלואה כפולה (Lipschitz, 1999). נמצא גם כי תחלואה כפולה מחמירה סימפטומים קיימים אחרים, שאינם במסגרת ההפרעות המאובחנות (Goff Putnam, 1997). רבים הסובלים מהפרעות דיסוציאטיביות נעזרים בשלב מסוים גם בחומרים כימיים. ההשערה היא כי פניה לשימוש בחומרים נעשית כאשר מנגנון הדיסוציאציה הטבעי אינו מספיק לעמעום הכאב (Sommer & Avni, 2003). במצבים מעין אלה, שימוש בסמים מהווה שלב שני באסטרטגיית ההתמודדות עם טראומות בלתי נסבלות והזיכרונות המתלווים להם (Hussey & Singer, 1993). אובדן יעילות הדיסוציאציה קשור באינטראקציה שבין עוצמת הניתוק המופעלת, ועוצמת הכאב הנחוה על ידי האדם. השילוב בין חוויות וזיכרונות בלתי נסבלים, לבין חומרים משני מצב תודעה, חושף את יתרונה המידי של דיסוציאציה כימית, ומהווה אלטרנטיבה של ריפוי עצמי (Sommer, in press). חווית הניתוק המתקבלת בשני המקרים, דומה במובנים מסוימים: השגת רוגע, הימנעות מתחושת כאב וניתוק מהמציאות.

קיימים חוקרים המסבירים באופן שונה את הקשר בין התמכרות ודיסוציאציה. למשל וונזל ועמיתיו (Wenzel, Bernstein, Handelsman, Rinaldi, Ruggiero & Higgins, 1996) הציעו, כי תחלואה דיסוציאטיבית עשויה להיות תוצאה של שימוש רב שנים בחומרים פסיכואקטיביים. כלומר, ההתמכרות נוצרת קודם התחלואה הדיסוציאטיבית.

מתוך מחקרם של זומר ועמיתיו (זומר ועמיתיו, 2004) ניתן לראות שהתחלואה הדיסוציאטיבית באה לידי ביטוי באופן מוגבר אף יותר, בקרב המטופלים הנקיים מסמים יותר מחצי שנה. נבדקים אלה הפגינו רמות גבוהות יותר של תחלואה דיסוציאטיבית ומצוקה, בהשוואה לקבוצת הנגמלים שהיו בתחילת דרכם (לאחר כשלושה שבועות גמילה במחלקה אישפוזית), נראה כי האופטימיות של המטופלים בתחילת דרכם לגמילה וניקיון מסמים מהווה, כנראה, גורם המעניק עידוד וכוח, וממסך את הפתולוגיה הנפשית הבסיסית. כמו כן מטופלים אלו זוכים להישען על הכוח המרסן של המערכת הטיפולית ועל התמיכה המקצועית והחברית, מהצוות ומחבריהם המטופלים. כמו כן מטופלים הנמצאים בטיפול תחליפי (מתדון) זוכים במידה מסוימת להקלה בסימפטומים, כתוצאה בין היתר של התרופה הפסיכו אקטיבית המחקר את פעולת ההרואין. לעומתם המטופלים הנקיים מעל חצי שנה, עומדים חשופים לנוכח עתיד בלתי ידוע בו הם עשויים למצוא עצמם ללא טיפול נפשי תמיכתי וללא תרופות פסיכו אקטיביות מסייעות. דבר זה חושף, ככל

הנראה, פסיכופתולוגיה בלתי פתורה, מגביר את מצוקתם ומעלה לפני השטח תסמינים פסיכיאטרים שונים, ובולטים בהם תסמיני תחלואה פוסט טראומטית ותחלואה דיסוציאטיבית.

### מקרה טיפולי :

עומר, 27, רווק, מתגורר עם אימו ואחותו בעיר בצפון הארץ, כיום אינו עובד ומתקיים מקצבת הבטחת הכנסה. מכור לסמים מגיל 13. עומר הוא הילד האמצעי בן 2 אחיות להורים שהתגרשו כשהיה בן 13, לאחר הגירושין עומר נשאר בחזקת אימו והקשר עם אביו נותר מינימלי ביותר.

עומר מתאר קשר "חלש" עם אימו בילדותו הוא מספר כי היא הייתה נוהגת לעבוד עד מאוחר על מנת לפרנס אותם ולא היה מי שיהיה עימו בבית על מנת לדאוג לשלומו ולפקח עליו. בכל הנוגע לאביו של עומר חסר מידע רב וזאת משום שעומר טוען כי אינו זוכר את הפרטים, הדבר נכון גם לגבי מידע בסיסי של גילו ומוצא של אביו.

בשיחות הטיפוליות עומר מתאר את החיים בבית בילדותו כמתוחים וטעונים, הוריו היו מרבים לריב בנוכחותו והיו מקרים שבהם אביו היה יוצא בלילה מאוחר וחוזר רק בשעות הבוקר (כנראה היה בוגד באימו). כשעומר היה בן 13 ההורים התגרשו ואביו עזב את הבית, מאז אביו הגיע לבקרו פעם אחת ושמר על קשר טלפוני מינימאלי בלבד. עזיבת האב את הבית השפיעה על עומר עמוקות, לדבריו הוא התחיל לעשות "מה שרוצה", ולא היה מי שישים לו גבולות. במשך השנים עומר ניסה ליצור קשר עם אביו מס' פעמים אך בכל פעם נתקל בהתנגדות ובדחייה מצידו. עומר מתאר את דמותו של אביו כאדם כריזמטי, חזק, מרוכז בעצמו ונוטה לפגוע ולנצל את הסובבים אותו. עומר זוכר משפטים שאביו אמר לו בילדותו כגון: "הלוואי ותמות כבר, שאני אשים עליך פרחים בקבר".

### **רקע כללי :**

עומר מתאר את עצמו כילד חברותי מאוד, לדבריו הוא היה חלק מחבורת ילדים גדולה שהיו בקשר המון שנים וחלקם גם התחילו להשתמש יחד בסמים, בילדותו היה אוהב להיות בחוץ, לשחק כדורגל ולבלות עד השעות הקטנות עם חברים בגנים הציבוריים. הקשר הרופף של עומר עם הוריו גרם לו לחפש כבר מילדותו קשרים עם מבוגרים אחרים, לדבריו תמיד היה מתחבר לגדולים ממנו והרגיש יותר בנוח בחברתם.

מבחינה לימודית עומר סבל מהפרעת קשב וריכוז מגיל צעיר אך מעולם לא עבר אבחון מקצועי, הוא סיים 12 שנות לימוד אך ללא תעודת בגרות. את השירות הצבאי עשה באופן חלקי בלבד, הוא סיים טירונות בסיסית ומיד לאחריה ערק מהצבא לתקופה ארוכה עד ששוחרר על פרופיל 21 (פרופיל נפשי).

בגיל 13 עומר החל שימוש בחשיש יחד עם חברים בשכונה, שנתיים מאוחר יותר החל שימוש באקסטזי וטריפים במסיבות ומפגשים חברתיים ומגיל 18 החל להשתמש בקוקאין והרואין כשערך מהשירות הצבאי. בגיל 21 פנה לטיפול במרפאת מתדון בה טופל עד לפני מס' חודשים

שהחליט לעזוב את הטיפול ולהתנקות לגמרי משימוש בסמים ותחליפי סם. במהלך הטיפול האחזקתי במתדון עומר השתמש גם בכדורים מסוג אליטרול וקלונקס.

עומר טוען כי לא ביצע נסיונות אובדניים בחייו אך מספר כי היו לו הרבה מחשבות על כך.

### **התערבות וחוויה טיפולית :**

עומר פנה לטיפול ביחידה לטיפול בהתמכרויות לפני כחצי שנה לאחר שהחליט לעזוב את הטיפול האחזקתי במתדון. הוא סירב לצאת לגמילה פיזית באישפוזית והחליט לבצע גמילה עצמית וכך היה. עומר הפחית במינון המתדון עד גמילה מוחלטת אך התקשה להיגמל לחלוטין מכדורי הקלונקס. כבר בתקופה הראשונה של ההכרות התחלתי לשים לב לדפוס שחוזר על עצמו בשיחותינו: עומר מתקשה לתת מידע כללי ובסיסי על עצמו ועל משפחתו, חלקים מסוימים בסיפורו מעורפלים ועומר מתקשה להעמיק ולתת מידע ברור, על שאלות רבות ששאלתי הוא ענה "אני לא יודע", "לא זוכר", "זה מעורפל". בתחילה חשבתי שאולי מדובר בבלבול עקב לחץ נפשי או שמא הדבר קשור לכך שמדובר בתחילת קשר טיפולי ולעומר עדיין אין תחושת בטחון ואמון מספק בקשר על מנת לחשוף את חייו ותחושותיו, אך התופעה לא פחתה עם הזמן וכששאלתי את עומר כיצד מסביר את המצב הוא אמר: אני לא יודע, יש לי בעיה בזיכרון.. אני לא זוכר הרבה דברים ואירועים בחיי.. את הילדות למשל אני בקושי זוכר!". במהלך החודשים הבאים לטיפול הקשר בנינו התחזק ועומר התחיל לעלות בפניי תחושות רגשיות שמטרידות אותו, הוא דיווח על תחושת בלבול שחוזרת על עצמה, קושי להתרכז במשהו ספציפי, ותחושה של חוסר חיבור רגשי לעצמו ולסביבתו, הרגשתו הייתה שהוא לא ממש חי את החיים אלא חי לצידם, לדבריו, "אני מרגיש צופה על החיים שלי, אני זה לא אני". באחת משיחותינו הוא גם הביע תסכול על "החורים" בזיכרון שלו ואמר: " זה מעצבן שאני לא זוכר דברים, בנאדם אמור לזכור את החיים שלו!".

המקרה של עומר העלה בי תהיות רבות וזאת משום שלא היה מדובר במקרה קלאסי של מטופל עם רקע של התעללות קשה בילדות (למיטב ידיעתי), אשר סובל מהפרעה דיסוציאטיבית ברורה וחדה, אלא במטופל עם רקע קיצוני פחות המזכיר בסיפורו ובהתנהגותו מטופלים רבים אחרים, אשר מראה סימפטומים דיסוציאטיביים שיכולים להתפרש במגוון כיוונים. כאשר ניסיתי להגדיר את התחושה שלי בשיחות הטיפוליות עם עומר הגעתי להבנה כי גם אני חשה בעצמי בלבול מסוים עקב המצב והרגשה של ריקנות וחוסר יכולת להגיע לעומק בטיפול גם מבחינת התוכן בשיחות וגם מבחינה רגשית. הנטייה הראשונית שלי הייתה לייחס את המצב לאופי של עומר ולהגדירו כ"סגור", "שטוח", "בעל קושי לבטא רגשות" וכדומה, אך בחשיבה מעמיקה יותר עולה בי הספק ואני תוהה האם לא מדובר בבחור רגיש ועמוק אשר סובל מסימפטומים דיסוציאטיביים אשר חוסמים את היכולת שלו להוציא החוצה את הפנימיות האמיתית שלו ...

שהרי דיסוציאציה היא תהליך הגנתי במקורו שיוצר ניתוק בתפקודים האינטגרטיביים של המחשבות, הרגשות ופעילויות האדם. אך גם אם אנו יוצאות מנקודת הנחה שמדובר בדיסוציאציה, עדיין נשאר השאלה: מתי, מדוע וכיצד נוצר המנגנון הנ"ל?



סקירת הספרות מעלה מספר אפשרויות לשילובים אפשריים בין השתיים אך אנו בחרנו לשים דגש על שלוש מהן אשר אנו רואות בשלושתן כגורם אינטגרלי ביצירת הסימפטומים הדיסוציאטיביים:

אפשרות ראשונה: ההפרעה הדיסוציאטיבית היא תוצאה של שימוש מתמשך בחומרים כימיים (סמים) חזקים מסוגים שונים אשר יצרו אצל עומר נזק קוגניטיבי. במחקרם של זומר ועמיתיו (2004) נמצא כי בקרב הנגמלים מסמים יש שעורים יותר גבוהים של תחלואה דיסוציאטיבית בהשוואה לזו שנמצא במדגם המטופל במרפאות נפש המתמחות בלחץ טראומטי. מכאן אנו משערות שחלק הסימפטומים הדיסוציאטיביים לא היו קיימים קודם השימוש בסמים, אלא הינם תוצאה שלו. לעיתים קרובות, סימפטומים דיסוציאטיביים המופיעים בקרב נגמלים, מיוחסים לתופעות הלוואי של הגמילה עצמה, ואי לכך לא מטופלים. אנו מאמינות שלשימוש בסמים יש משקל משמעותי ביצירת סימפטומים דיסוציאטיביים עם זאת חוקרים מדגישים, כי התערבות אשר אינה לוקחת בחשבון מרכיבים פסיכיאטרים נלווים להתמכרות, מפחיתה את סיכוי הצלחתה.

אפשרות שניה: עומר חווה חוויה טראומטית ספציפית שאינו זוכר שבגינה חווה אמנזיה דיסוציאטיבית- העדר תקופת זמן ספציפית ומשמעותית מהזיכרון ועל כן אין לו היום מגע עם החלקים הללו.

אפשרות שלישית- שאינה שוללת את קודמותיה מתייחסת לטראומה המתמשכת, עומר חווה ילדות בצל אבא מתעלל, נפשית ומילולית, אמא נעדרת, וחיים בצל ריבים בלתי פוסקים בין השניים. כל אלו זכורים כסיפור מסגרת, אך בפנים נותרו חללי זיכרון גדולים. יתכן כי רגשות הפחד מהמתרחש בבית, האשמה, על כך שלא הצליח להגן על אמא, הכאב מן הדחייה שלה, ההשפלות והדחייה של אבא היו כואבים מנשוא ועל עומר היה לנתק עצמו רגשית על מנת לשרוד. אישיותו של עומר התעצבה בצל הטראומה. עומר היה לכוד בסביבה מתעללת ועליו היה למצוא דרך לשמור על הרגשת אמון בבני אדם שאינם ראויים לאמון ומאחר שאין הוא יכול היה לטפל בעצמו ולהגן על עצמו, היה עליו לפצות על כשלון המבוגרים בטיפול ובהגנה בכלים היחידים אשר עמדו לרשותו, שהינם מערכת לא בשלה של הגנות פסיכולוגיות.

בגיל 13 האיזון בבית נשבר, עומר נשאר בודד, אביו נטש אותו. ילדים רבים חווים רגשי אחריות ואשמה על גירושי ההורים, לא ברור כיצד התמודדה המשפחה עם הגרושים. גם היחס השלילי שחווה מאביו נפסק ועומר נותר בודד עם הכאב. בנוסף, ניתן לשער שתחושת האשמה התערבבה עם תחושה של רווחה מהיעדרותו של האב שהיה גורם מאיים נפשית ופיזית. וישנה אפשרות כי גם תחושה זו גררה רגשות אשמה. אנו משערות שבנקודה זו בחייו הפיתוי שהשימוש בסמים מציע לו, לעמעום הכאב על ידי דיסוציאציה כימית שלכאורה מייעלת את הדיסוציאציה הטבעית, היה גדול וכך החל השימוש בסמים.

למעשה עד לטיפול הנוכחי בחר בטיפולים אשר משמרים ברמה מסוימת את ההגנה הדיסוציאטיבית- טיפול במתדון. ישנה אפשרות שלאחר טיפול פסיכותרפויטי בהגנת המתדון, התחזק עומר וחש מסוגל לשוב ולהתמודד עם הכאב והזיכרונות ללא הסם, מה שהוביל אותו לעבור גמילה פיזית ולפנות לטיפול ביחידה לטיפול בהתמכרויות. אך על אף הרצון הכנה לחוות

את המציאות בצורה מלאה ולהוריד את ההגנות, עדיין ניתן להבחין בקושי להתמודד עם הכאב ובקונפליקט הפנימי של עומר, בתחילת הטיפול ביחידה הוא אומנם הפסיק לחלוטין את שימוש בתחליף סם מתדון, אך נדרשו ממנו מאמצים גדולים להפסיק שימוש בכדורים מסוג בנזודיאזפינים המוכרים כיעילים במקרים של הפרעות חרדה ונדודי שינה, מכיוון שבין היתר יוצרים דיסוציאציה כימית, והינם בעלי נטייה לייצר תלות פיזית ונפשית. כשעומר הפסיק עם השימוש בכדורים תחושת הבלבול והחרדה גברה, עומר הביע זאת בכך שאמר: "אני לא יודע מי אני באמת.. הרבה דברים לא ברורים לי ואני מרגיש מתוח ומתקשה לעשות עם עצמי משהו על מנת להתקדם". יכול להיות שתחושות אלו הן שהובילו בסוף לחזרתו לשימוש בכדורים ואף למעידה בחשיש. ניתן לראות את הקונפליקט הנ"ל כסימפטום נוסף של ההפרעה הדיסוציאטיבית "בלבול בתחושת הזהות" - תסמיני הבלבול בזהות מתייחסים לתחושת אי וודאות, מבוכה או קונפליקט החש אדם באשר לזהותו. התסמינים מבטאים לרוב את המאבק הפנימי ההישרדותי מול תכנים ורגשות כואבים עימם נמצא בקונפליקט.

בחרנו להתמקד בשלוש האפשרויות הנ"ל כיוון שאנו חשות שהן אלה שייעצבו את אופן הטיפול, שכן שלושתן בעלות משמעות בחייו של עומר. בעזרת טיפול פסיכותרפויטי דינאמי עומר יוכל להבין שהשימוש בסמים הגביר את תחושות הדיסוציאציה, וישנה אפשרות שאף יצר חלק מהן, אך סביר להניח כי השימוש במנגנון הנ"ל החל בילדותו כמנגנון הגנה הישרדותי. בטיפול מתאפשר לו באופן הדרגתי ומכיל לבטא את הכאב שממנו זקוק להתנתק, להבין כיצד הסימפטומים הללו משפיעים על חייו היום, מה מקורן, ובכך תתאפשר לראשונה עיבוד של הטראומות, והחלמה מההתנסויות הפוגעות. אנו משערות שלאורך הזמן יתאפשר לו לוותר על חלק מהסימפטומים הדיסוציאטיביים להם כבר לא יהיה זקוק, ובזכות התובנות וההקלה בכאב ישנה אפשרות כי יצליח לוותר על השימוש בחשיש ובכדורים בהם נתמך עד היום.

#### **נקודת מבט אישית- רוני**

החלמה מטראומה, כמעט תמיד מצריכה פסיכותרפיה. מטרת הפסיכותרפיה היא לאפשר עיבוד של החוויות הטראומטיות בתוך קונטקסט של יחסים מרפאים שמהווים חוויה מתקנת ליחסים פוגעניים ומתעללים. עם זאת קיים חשש סביר כי הזיכרונות הכואבים, שבדרך כלל עולים בטיפול, יגרמו לחזרה לשימוש בסמים שמקהים את הכאב, זאת כפי שקורה בטיפול בעומר. ישנן מסגרות טיפוליות שדוגלות בהפסקת הטיפול ודחיית המטופל עקב חזרתו לשימוש, אני מתנגדת לגישה זו שלא רואה את מצוקת המטופל ולא מכבדת את ניסיונותיו לשרוד. עלינו המטפלים להיות אמפאטיים יותר לגבי הפונקציונאליות של הסמים במאבק היומיומי לשרוד לאחר חוויות ילדות קשות. מצב זה של חזרה לשימוש מחייב לדעתי התייחסות מיידית להיסטוריה של ההתעללות, תוך מתן הסבר על הסימפטומים ועל דרכי ההתמודדות עימם. הבנה זו מחזקת את יכולותיו של המטופל להבין ולהגדיר את התחושות הקשות, ולהבין שניתן לרפא את הטראומה באמצעות פסיכותרפיה מותאמת.

#### **נקודת מבט אישית-עלמה**

מחקירת הנושא של הפרעות דיסוציאטיביות בעבודה זו ברור לי יותר כי עומר אינו מרגיש בטוח ומוגן מספיק על מנת לגעת בחלקים מסוימים באישיותו ובחייו. אני מאמינה כי יש לכבד את

הצורך של המטופל להגן על עצמו מתכנים מאיימים וכי חשיפה מוקדמת מדי ולא הדרגתית יכולה לגרום במקרים מסוימים לנזק יותר מאשר לתועלת. במקרה של עומר הייתי מנסה לעבוד קודם על בניית מערכת תמיכה רחבה שתעניק לו תחושת בטחון גדולה יותר, בתור התחלה הייתי משוחחת עם עומר על ההשערות שלי לגבי הבעיה שלו ופונה עימו לאבחון פסיכיאטרי על מנת לברר האם ניתן לתת לעומר טיפול תרופתי שיקל על תחושת הדיכאון והחרדה ויהווה "קביים" להישען עליהם במקום השימוש בכדורי ה"קלונקס" הבעייתיים מבחינת השפעתם וההתמכרות אליהם. בנוסף הייתי מבקשת לאבחן ולבדוק האם ניתן לשלב טיפול להפרעת הקשב וריכוז אצל עומר, משום שידוע לי כי הפרעות הקשב יכולות לגרום להרגשה של ניתוק מסוים מהמציאות והתחושה של חיים "ליד" המציאות ולא בתוכה, אולי גם הפרעה זו מהווה חלק בבעיית הזיכרון אצל עומר. במקביל לטיפול התרופתי הייתי מנסה לחזק את הקשר של עומר עם אימו ואחיותיו ואולי אף מצרפת אותו לקבוצה טיפולית שתתאים לו וזאת במטרה להעמיק את "רשת ההגנה" החברתית שלו. בתפיסה שלי, ככל שעומר יהיה מוגן יותר בחייו בכלל ובטיפול בפרט, הוא ירגיש בטוח ומוכן יותר להיפרד לגמרי מהשימוש בכדורי ה"קלונקס" ואף המעידות בחשיש ייפסקו. בהמשך הייתי עומדת עם עומר על מס' נושאים טיפוליים: עבודה קוגניטיבית – התנהגותית על מניעת מעידה, עבודה לפי מטרות ומשימות מוגדרות שיקלו על תחושת חוסר היציבות והבלבול שעומר חש ואף יעלו את תחושת הביטחון והערך העצמי שלו. בשלב מתקדם יותר הייתי מתחילה לבדוק עם עומר תכנים מעורפלים בחייו, הייתי משלבת לכך טיפול בעזרת כלים "השלכתיים" כגון: קלפים טיפוליים, דרמה – תרפיה ודמיון מודרך, דבר שיאפשר "דרך עקיפה" ופחות מאיימת לחוויות וזיכרונות מודחקים. אני מאמינה כי העבודה הטיפולית במקרה הזה צריכה להיות מתמשכת והדרגתית. אני חושבת שכמטפלים אנו צרכים לקבל ולא לשפוט או ללחוץ אם יהיו תכנים שימשיכו להישאר לא ברורים וחסומים. לפעמים מוטב לאדם שדברים מסוימים יישארו בסתר ולא ידוברו. יש להיזהר שלא לכפות על המטופל את הצורך שלנו כמטפלים "לפתור את כל החידות" ולהחזיר לו את הבחירה ו"המושכות" לחייו.

## ביבליוגרפיה

זומר, א. (2004). להיות או לא להיות: טראומות ילדות והפרעות ניתוק. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות (עמי 164-194)*. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד ומרכז אדלר, אוניברסיטת תל-אביב.

זומר, א., צורף, א., ולונטל, א. (2004). *הפרעות דיסוציאטיביות (ניתוק) בקרב נפגעי סמים: דו"ח מסכם*. ירושלים: הרשות הלאומית למלחמה בסמים.

טייכמן, מ., ופלג-אורן, נ. (1998). *חומרים פסיכואקטיביים התנסות, שימוש והתמכרות*. הרשות

לב- ויזל, ר. וברין, ע. (2007). *פנים רבות לה*. בנימינה: נהר.

מהל ח., וקמינר, י. (2000). אבחנה כפולה: שימוש לרעה בסמים המלווה בהפרעה פסיכיאטרית. בתוך ד. אלישע וס. מרצ'בסקי (עורכים), שימוש לרעה והתמכרויות לסמים ואלכוהול (עמי 273-278). תל-אביב: דיונון.

מוניץ, ח. (עורך). (2002). *פרקים נבחרים בפסיכיאטריה*. תל-אביב: פפירוס, אוניברסיטת תל-אביב.

Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry: Interpersonal and Biological processes*, 59(3), 240-254.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (IV Edition) Washington, DC: Author.

. Dissociation in Australia. In S. Gold, G. Rhoades & V. Sar (Eds), )F. E. (2007 Collins, *International trauma and dissociation*. Binghamton, NY: Haworth.

Hussey, D. L., & Singer, M. (1993). Psychological distress, behavior problems and family functioning of sexually abused adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 954-961.

Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York: Plenum Medical Press.

. Pacing the void: Social and cultural dimensions of dissociation. In D. )1994(L. J. Kirmayer, Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind and body* (pp. 91-122). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Lipschitz, D. S. (1999). Post Traumatic Stress Disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(4), 283-290..

Malinkovsky-Rummel, R., & Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68-79.

Meyer, R. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. In R. Meyer (Ed.), *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 3-16). New York: Guilford.

R.P. Kluft (Ed.), Putnam, F. W., (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 63-97). Washington, D.C: American Psychiatric Press.

developmental Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Perspective*. New York: Guilford.

Roesler, T. A., & Dofler, C. E. (1993). Chemical dissociation in adult sexuality victimization as children: alcohol and drug use in adult survivor. *Journal of substance abuse treatment*, 10, 537 – 543.

Somer, E. (in press). Opioid use disorder and dissociation. In P.F. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*.

Somer, E., & Avni, R. (2003). Dissociation phenomena among recovering heroin users and their relationship to duration of abstinence. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3(1), 25-38.

Steinberg, M. (1994). Systematizing dissociation: Symptomatology and diagnostic assessment. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind and body* (pp. 59-90). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wenzel, K., Bernstein, D. P., Handelsman, L., Rinaldi, P., Ruggiero, J., & Higgins, B. (1996). Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(4), 220-227.