

האם ניתן למחוק את האירוע הטראומתי (או את ה'פחד')?

ד"ר אופיר לוי

ג'ודי הרמן כותבת בפרק השמיני בספרה המופתי "טראומה והחלמה" (1992) שהתסמונות הטראומתיות ("היסטריה, טראומת קרב, הפרעת לחץ פוסט טראומתית מסובכת, הפרעת אישיות רבת פנים והפרעות טראומתיות", שם, עמוד 189) "דוחות כל ניסיון לכפות עליהן סדר פשטני" (עמוד 188) של ריפוי. לדבריה, בתהליך החלמה¹ מוצלח אפשר לזהות "תזוזה הדרגתית מסכנה לא צפויה לבטחון ראוי לאמון, מטראומה דיסוציאטיבית אל **זיכרון מוכר**...."², קרי יכולת להטמיע את הזיכרון הטראומתי בזיכרון האוטוביוגרפי של הקורבן כך שתיווצר על הזיכרון שליטה (לוי, 2008).

על רקע זה בלטה כתבתה של **יעל בלקין** (14/4/21) בגיליון דה-מרקר על עבודתה של פרופסור **מונא מארון**. פרופ' מארון חוקרת את הבסיס העצבי העומד מאחורי הפרעת הלחץ הפוסט טראומתית (PTSD) על סמך ניסויים בחולדות. בהתבסס על מחקר זה (המתמקד בנוירוביולוגיה של למידה, זיכרון וחקר רגשות) מארון פיתחה, על פי מה שנטען בכתבה, טיפול תרופתי הניתן בהזרקה, למניעת פוסט-טראומה, ושאמור למחוק **זיכרון ספציפי של פחד**.

לגבי הפחד, מצוין בכתבה, שפחד הוא צורך הישרדותי (ולכן בעל חיים לא צריך להתחיל לחשוב אם כדאי לו לפחד מחתול טורף או לא — כדאי לו לפחד! זה מה שמגדיל את ההישרדות שלו) והוא קשור לאמיגדלה הנחשבת לאזור במוח שמבחינה אבולוציונית לא כל כך התפתח, אבל נחשב חשוב להישרדותנו. מנגד, ישנו הקורטקס הפרה-פרונטלי (שהתפתח אצל בני אדם הרבה יותר מאשר אצל בעלי חיים) המאפשר לנו לשלוט על רגשותינו במצבי פחד (ולהבין את רגשותיו של האחר) ועל ידי כך לעכב את האמיגדלה ולשלוט בתגובת הפחד (ראו: Svetlitzky et al, 2019).

על בסיס הבנות אלה פרופ' מארון מדגישה שהשאלה המרכזית היא מה משתבש באינטראקציה בין הקורטקס והאמיגדלה המוביל לפחד הבלתי נשלט לאחר שהאירוע הטראומתי הסתיים? היא עונה ביחס לכך, שלאור כך שבהפרעה פוסט-טראומטית יש מעורבות יתר של האמיגדלה ותת-מעורבות של הקורטקס הפרה-פרונטלי, שהזרקת מולקולת AKT למוח יכולה למחוק את הזכרונות של הפחד, ורק אותם (יחד עם זאת היא מדגישה, שניסוי זה הצליח עם חולדות אך לא עם נפגעי טראומה). היא מדגישה שלא מדובר במחיקת הזיכרון כך שהוא יהפוך ללא קיים בין השאר, כי אם אנחנו שוכחים דברים

¹ ניסיוני הקליני והמחקרי הוביל אותי לעשות שימוש במשפט 'הקלה סימפטומטית ושיפור בתפקוד' כביטוי למטרות הטיפול בנפגעי טראומה כרונית-מורכבת. ראו בהקשר זה לוי, 2013 (Levi, 2013).
² המשכו של המשפט: "...ומבידוד מוכתם אל קשר חברתי מחודש" (שם, עמוד 188).

שקריטיים לנו להישרדות אז אנחנו פוגעים ביכולת שלנו להתמודד. בהקשר זה ג'רום גרופמן (2006) הדגים עד כמה 'פחד במידה' חיוני למימוש התקווה המציאותית בהתמודדות עם מצבי משבר. בדומה לכך, פרופ' מארון אומרת שאפשר להזהיר ילד קטן במשך שעות לא להתקרב לתנור חם, אבל בסופו של דבר בגלל הסקרנות שלו הוא יתקרב לתנור, יקבל תחושה של צריבה — וילמד לא לחזור על זה. את זיכרון הצריבה של הילד אנו מעוניינים לשמר כיוון שזכרון זה יסייע לו להתמודד ביעילות עם מצבי סכנה עתידיים. לכן, אומרת פרופ' מארון, הטיפול נועד לכך שהתגובות שמלוות את הטראומה, אלה שמשתקות אותנו, ייעלמו. על ידי כך, הזיכרון הטראומתי יהפוך לזיכרון "רגיל" קרי, שקורבנות הטראומה יתגברו על הפחד, ויחזרו לחיי היומיום.

באשר לשאלת 'העיתוי'³ של הטיפול פרופ' מארון אומרת שהמחקר שלה אינו מציע מסקנות ברורות אך היא מציינת שישנה תופעה בנוירוביולוגיה שלפיה בכל פעם שמעלים את הזיכרון מחדש, נוצר חלון זמנים שבו אפשר להשפיע על הזיכרון (memory reconsolidation) ומתבטא ברגע העלאת הזיכרון של הטראומה בעת הטיפול. על ידי כך, אפשר להשפיע על הזיכרון של האירוע הטראומטי גם כשעבר זמן מאז התרחשות האירוע.

באשר למיגדר פרופ' מארון אומרת שנשים סובלות יותר מגברים מהפרעות לחץ פוסט טראומטיות. יחד עם זאת נמצא שהמנגנון שמתמודד עם הפחד אצל נקבה צעירה (המעורבות של הקורטקס) דומה למנגנון שהתפתח אצל זכר בוגר (בקרב זכרים צעירים הקורטקס הפרה-פרונטלי לא בשל ולכן יש להם קושי גדול בהרבה להתמודד עם פחד) קרי, ייתכן שנקבות מתמודדות טוב יותר עם לחץ מאשר גברים.

פרופ' מארון מתייחסת גם להבדל באופן שבו ילדים מעבדים טראומה לעומת מבוגרים היא אומרת שהקורטקס הפרה-פרונטלי ממשיך להתפתח אצל בני אדם עד גיל עשרים ולכן אי-אפשר לטפל בילד עם הפרעה פוסט-טראומטית כמו שמטפלים במבוגר.

נושא הטראומה לרבות אבחונה, התאמת שיטות הטיפול אליה ו'הבנתה' דורש המשך מחקר ותצפיות קליניות שיטתיות בכדי ללמוד בצורה טובה יותר על אופיה ודרכי ההתמודדות עימה כמטפלים וכמתמודדים. מחקרה של פרופ' מארון ממחישים זאת.

³ טראומה מתפתחת השלבים מרגע החשיפה לאירוע. התפתחות זו נוסחה בשני ספרי האבחון המרכזיים: ספר הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי (ICD-10, 1997) והמדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות האמריקאי (DSM-5 (APA, 2013) ויצרו רצף תיאורי של כלל התגובות וההפרעות השייכות לתסמונת, החל משלב "תגובת דחק חריפה" (Acute Stress Reaction), "הפרעת דחק חריפה" (Acute Stress Disorder), "הפרעת לחץ פוסט טראומטית" (Post Traumatic Stress Disorder) ו"טראומה מורכבת" (Complex Disorder). (Trauma

מקורות בהם נעשה שימוש:

- איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות. (1997). הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי ICD-10. הוצ' דיונון: אוניברסיטת תל-אביב.
- לוי, א' (2008). "טיפול באמצעות 'תופעת התקווה' בתגובת דחק פוסט טראומתית". **שיחות, כ"ב (3)**, 243-233.
- לוי, א. (2020). על תקווה בימי קורונה. מקבץ העת הישראלי להנחיה לטיפול קבוצתי, 25 (1-2), 29-44.
- הרמן, ג. (1992). *טראומה והחלמה (עמודים 188-213)*. תל-אביב: עם עובד.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders DSM-5TM* (5 ed.). Washington: DC: Author.
- Levi, O. (2013). Individual Therapy for Chronic and Complex PTSD via the Phenomenon of Hope. *Psychoanalytic Social Work*, 20, 150-173. Doi: 10.1080/15228878.2013.808576
- Svetlitzky, V., Farchi, M., Ben-Yehuda, A., Start, R. M., Levi, O., & Adler, B. A. (2020). YaHaLOM Training in the Military: Assessing knowledge, confidence and stigma. *Psychological Services*, 17(2), 151-159. doi: 10.1037/ser0000360.