

היפנוזה קוגניטיבית-התנהגותית בטיפול בפוביה ספציפית

ד"ר אודי בונשטיין^{1,2}, אפרת גיבונס¹

במאמר נציג שילוב ייחודי של היפנוזה ושל הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית לטיפול בפוביה ספציפית. לאחר סקירה קצרה של הגישות המסבירות את היווצרות הפוביה, נדון ברציונל העומד בבסיס שילוב ההיפנוזה בטיפול. רציונל זה נשען, הן על בסיס תיאורטי והן על ממצאים מחקרניים. עיקרו של הרציונל התיאורטי הוא בדמיון הקיים בין התהליכים הקוגניטיביים העומדים בבסיס ההפרעה ובין המנגנונים היוצרים את התופעות ההיפנוטיות, דמיון המאפשר השגת שליטה במנגנון המייצר ומשמר את הפוביה. נדגים את הדברים בתיאור מקרה טיפולי ונדון בהמלצות היישומיות הנגזרות ממנו.

מבוא

פוביה ספציפית (או פוביה פשוטה) היא תגובת פחד ניכרת, קיצונית ומתמשכת, המופיעה בעת מפגש עם מצב או אובייקט מסוימים. לרוב אין די בפוביה הפשוטה בכדי להביא אנשים לטיפול, מאחר שניתן בקלות להימנע מן המצבים מעוררי החרדה. יוצאי דופן הם המקרים שבהם פוגעת הפוביה הספציפית בתפקוד (למשל, בסיכויי הקידום בעבודה), המהווים אחד הגורמים העיקריים של מטופלים לטפל בבעיה. כדוגמה ניתן לחשוב על פובית קהל (המונעת קידום בתפקיד לעמדה ניהולית, המחייבת ניהול ישיבות או הרצאות) או פובית טיסה (המונעת קידום בשל הצורך להתנייד בעולם). כך, אם עד לרגע מכונן בחיים יכול האדם להימנע מהגירוי המאיים מבלי שהדבר יפגע בתפקודו באופן בולט, הרי שבמצבים אלה הוא חש תקיעות רבה והדבר מהווה הנעה לפנייה לטיפול.

פוביה ספציפית היא מבין ההפרעות הנפשיות הנפוצות ביותר ושכיחותה עומדת על 5%-10% בקרב האוכלוסייה. זו ההפרעה הנפשית הנפוצה ביותר אצל נשים והשנייה בשכיחותה אצל גברים (1).

הגורמים לפוביות כוללים מאפיינים התנהגותיים, קוגניטיביים, רגשיים ופיזיולוגיים. היסטורית, ניתן להתייחס למחקרו (השנוי במחלוקת) של ג'ון ווטסון שפורסם ב-1920, כבסיס הגישה ההתנהגותית לפוביה (2). כזכור, המשיכו ניסוייו של ווטסון את אלה של פאבלוב (באשר להתניה קלאסית),

בנסותו להוכיח שניתן לטעת רגשות (כגון פחד) באופן מלאכותי בבני אדם. נרחיב מעט בנקודה זו, לא רק בשל ההיבט ההיסטורי-אנקדוטי שלה, אלא בשל הרלוונטיות להבנת מנגנוני הפוביה.

אלברט, תינוק בן תשעה חודשים, היה בעל כורחו 'גיבורו' המפורסם של הניסוי. ווטסון בחן את תגובתו הראשונית של אלברט לכמה גירויים (חולדה, ארנב, קוף, כלב, מסכות שונות וכו'), שלא עוררו באלברט תגובת פחד כלשהי. לעומת זאת, רעש של פטיש ההולם בפיסת ברזל הביא לתגובת פחד ולהתעוררות בכי. רעש זה שימש, לכן, כגירוי בלתי מותנה לפחד. הניסוי (שהחל כחודשיים לאחר מכן) כלל הצגת חולדה במשך שבוע לאלברט, כאשר בכל פעם שהושיט אליה את ידו – היכה ווטסון עם הפטיש בפיסת המתכת. כאשר, בתום שבוע הניסוי, הוצגה לאלברט החולדה ללא הרעש המפחיד – הוא הגיב בפחד ובכי וניסה להתרחק מהחולדה. פחדו של אלברט הוכלל גם לחיות אחרות (ארנב, חתול וכלב), לא היה תלוי בסביבה (נמשך גם בחדר אחר מחדר הניסוי) ולא שכך בחלוף הזמן. מעניין לציין שממצאים באשר לזהותו האמיתית של 'אלברט הקטן' העלו שבניגוד לטענתו של ווטסון (שמדובר בילד נורמלי ובריא), התברר שמדובר בילד שנפטר בגיל שש שנים, סבל מהידרוצפלוס במוח, מפיגור וייתכן שאף מאוטיזם. המקטרגים טענו שהניסוי, לכן, אינו תקף (3). יחד עם זאת, מפתיע עד כמה הקליניקה דומה להתנית הפחד שהושרתה ב"אלברט הקטן".

בהתאם להסבר המקורי של הגישה ההתנהגותית קיימים שני שלבים להתפתחות ושימור פוביות. **בשלב הראשון** מוצמד גירוי נייטרלי לגירוי אברסיבי המעורר תחושת פחד אוטומטית (על פי עקרונות ההתניה הקלאסית). כך, במקרה של "אלברט הקטן" עורר הגירוי הנייטרלי (חולדה) תגובת רפלקס של פחד, שלא התעוררה קודם להתניה. **בשלב השני** משתמרת הלמידה שנרכשה קודם (על פי עקרונות ההתניה האופרנטית) בעיקר בשל ההימנעות מהסיטואציה מעוררת החרדה. ההימנעות משמשת כחיזוק (שלילי) בשל הפחתתה את תגובת החרדה. שילוב שתי

¹ המרכז הרפואי האוניברסיטאי לגליל, המחלקה להדרכת הילד והמשפחה;

² 'הדדיות' – מכון מוכר ללימודי היפנוזה.

מילות מפתח: היפנוזה, פוביה, חרדה, הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית.

udibon@gmail.com

שני המרכיבים הללו, נחשבים ליעילים במיוחד, כאשר שילובם עם טיפול היפנוטי מגביר לאין ערוך את יעילות ההתערבות הטיפולית (7).

תמיכה מחקרית ליעילות היפנוזה לטיפול בחרדה ניתן לראות במטא-אנליזה שבחנה את האפקט הטיפולי של היפנוזה ב-444 מחקרים רנדומליים עם קבוצת ביקורת. טיפול היפנוטי בהפרעות חרדה נמצא יעיל במיוחד במחקר מקיף זה (8). תיאורי מקרה שפורסמו בספרות המחקרית תומכים גם הם בכיוון טיפולי זה (לדוגמה, 9, 10, 11). כאשר הטיפול ההיפנוטי משולב עם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי התוצאות טובות יותר. כך למשל, במחקר מבוקר שבדק 87 נבדקים שסבלו מתגובת דחק חריפה (ASD) חולקו הנבדקים רנדומלית לאחת משלוש קבוצות ניסוי, שכל אחת מהן כללה שישה מפגשים: א) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי; ב) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במשולב עם היפנוזה; ג) ייעוץ תמיכתי.

בשתי קבוצות הטיפול פחתו התסמינים הפוסט-טראומטיים. בקבוצת היפנוזה במשולב עם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נראתה הפחתה רבה יותר של תסמינים באופן יחסי לקבוצת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בלבד (12). בהמשך לכך, במטא אנליזה עדכנית מצאו ולנטיין ועמיתיה כי שילוב היפנוזה עם התערבויות נוספות היתה יעילה יותר מאשר שימוש בהיפנוזה בלבד (13). תמיכה דומה ליעילות השילוב בין היפנוזה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי ניתן לראות במטא-אנליזה שערכו קירש ועמיתיו ל-18 מחקרים, שבחנו טיפול בכמה הפרעות שונות. מסקנתם היתה שהוספת היפנוזה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי שיפרה משמעותית את תוצאות הטיפול (14). שונברגר מציינת גם היא את היתרונות שבהוספת טיפול היפנוטי לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי, יחד עם הדגשת הצורך במחקר נוסף ומבוסס ראיות (15). להמלצות דומות הגיעו גם הולדביסי ועמיתיו (16) וגם גולדן (17), ודומה שניתן לסכם כי שורת מחקרים זו תומכת בהשקפתנו וניסיונו בדבר יעילותו של השילוב בין היפנוזה לבין טיפול קוגניטיבי-התנהגותי.

מבט מעמיק יכול לגלות קשר בין תופעות החרדה לסוגיהן ובין תופעות היפנוטיות. בהתבסס על ניתוח של תיאורי טיפול בספרות ובהסתמכו על מטופליו שלו, הציע פרנקל שייתכן דמיון בין מצבים של פוביה ופניקה למצב של טראנס היפנוטי (18): חוויות החרדה הן אפיזודיות, אוטונומיות ברובן ומחוץ לשליטת האדם. הן לוכדות את מלוא תשומת הלב ונלוויות להן חוסר קוהרנטיות בחשיבה. בנוסף, חוויות של דה-פרסונליזציה ודה-ריאליזציה נפוצות אף הן. כל אלה מאפיינים גם את החוויה ההיפנוטית. בנוסף, יכולתו של האדם המהופנט להיספג כליל בחוויה דומה להפליא באיכותה למושקעות הכוללת של האדם השרוי בהתקף חרדה. פיתוח נוסף של רעיון זה ניתן למצוא בגישת הניאודיסוציאציה של הילגרד, שטוען אף הוא שאותן יכולות העומדות בבסיס החוויה והתגובתיות ההיפנוטיות – הן אלו (שבקונסטלציה מסוימת) יוצרות ומשמרות גם את מצבי

הגישות יחד (הקלאסית והאופרנטית) מסביר מדוע אין הפוביה דועכת, כפי שהיתה מנבאת גישת ההתניה הקלאסית גם שנים לאחר הופעתה, ואפילו בהיעדר חשיפה נוספת להתניה (4). ההסבר ההתנהגותי נחשב לפשוט ויעיל, אך מבקריו טוענים כי הוא מסביר בעיקר את המנגנונים השטחיים של היווצרות הסימפטום ואינו נוגע במנגנונים נפשיים מורכבים יותר כפי שמאפשרת הגישה הפסיכואנליטית.

למרות התפתחויות רבות בשדה הפסיכואנליטי, הרי שהסברו של פרויד את הנירוזה הפובית – הסבר הנשען על ראייתו את המנגנון הנפשי כמונע על-ידי קונפליקטים מיניים ביסודו – נשאר ההסבר הפסיכואנליטי המקובל. לפי פרויד, תפקידה המרכזי של החרדה הוא לסמן לאני על קיומו של דחף אסור ולא-מודע המבקש ביטוי מודע. 'סימן' זה מאפשר לאני לחזק את ביצוריו ההגנתיים כנגד הדחף המבקש לצאת לאור. הפוביה היא תוצאת הקונפליקט הלא פתור הנובע מהתסביך האדיפלי. כך, הדחף המיני ממשיך להיות צבוע בגווני אינצסטואליים גם בכורות ועלול לעורר חרדת סירוס. כישלון ההדחקה גורם לאני לעבות את הגנותיו. ההגנה המרכזית תהיה אז התקה: הקונפליקט המיני 'יועבר' מהאובייקט המקורי לאובייקט או סיטואציה נייטרליים (תוך שימוש במנגנון הסימבוליזציה), שכעת יעוררו לכשעצמם מכלול שלם של רגשות, ובכך ישמשו כסימן התרעה (signal anxiety). ניתן להימנע מאובייקט (או ממצב) זה ובכך לחסוך את החרדה ואת הסבל הכרוך בה. שילוב של ההדחקה, ההתקה, והסימבוליזציה מפחית את החרדה, אך במחיר יצירתה של פוביה. את הבנתו זו יישם פרויד בתיאור המקרה של הנס הקטן (5).

השקפות פסיכואנליטיות עדכניות לפוביה מוסיפות להסברו של פרויד גם סוגים נוספים של חרדה. כך למשל, ב'בעת חוצות' (אגורפוביה) משחקת חרדת הפרידה (ולא חרדת סירוס) תפקיד מרכזי. בפחד מהסמקה (ארירתופוביה) מרמזת הבושה על מעורבותה של חרדת אני-עליון, וכד'.

הסברים נוספים (הנשענים על מחקרי אורך) מוסיפים את חשיבותם של גורמים מבניים, תורשתיים ומצביים, ההופכים את האדם לפגיע יותר להתפתחות פוביה. שילוב של הגורמים המבניים-תורשתיים (שעיקרם הוא הימנעות מכל מה שאינו מוכר) עם גורמי לחץ מצביים (כגון מות הורה, השפלה מצד אח בוגר וכו') מביאים להתפרצות הפוביה (6).

ההמלצה הטיפולית המרכזית בהתמודדות עם פוביה היא התייחסות למרכיב ההימנעותי ויצירת הזדמנות לחשיפה הדרגתית לגירוי מעורר החרדה. חשיפה זו, המתבצעת לפי הקצב שקובע המטופל עצמו, יוצרת הקהיה של התגובה הרגשית (דה-סנסיטיזציה) ומאפשרת רכישת אסטרטגיות הרגעה יעילות יותר להתמודדות עם החרדה. בנוסף למרכיב ההתנהגותי, יש צורך להתייחס גם למרכיב הקוגניטיבי. מרכיב זה כולל את ההבנה שאין בגירוי מעורר החרדה סכנה ממשית, ולמעשה הוא בטוח. הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים הכוללים את

האדם החרד מאמין כי חשיפה למצב חרדה תביא לאימה הולכת וגוברת ללא גבול, ואינו סומך על הפעלת מנגנוני הוויסות הפיזיולוגי (המערכת הפרא-סימפתטית), הנכנסים לפעולה באופן אוטומטי במצבים אלה. כך, הוא מתמיד בתהליך של הימנעות מגורמי החרדה, המנציח ומגביר את החרדה בטווח הארוך, במקום להפחיתה (21).

מטרת הטיפול בפוביה היא לחשוף את המטופל באופן מבוקר לגורמי החרדה ולאפשר לו לשאתה עד שהמערכות הסימפטטית והפרא-סימפטטית יחזרו לאיזון והחרדה תפחת. אנו יכולים לחשוב על כמה יתרונות לשימוש בטכניקות היפנוטיות. ראשית, ניתן להיעזר בהיפנוזה כדי להסביר למטופל את מנגנון היווצרות החרדה באופן נגיש וחוויתי, יותר מאשר הסבר קוגניטיבי גרידא; שנית, מתאפשרת חשיפה מבוקרת, בעלת אופי מוחשי מאוד (אך עדיין מוגן וניתן להרחקה) לגירוי המאיים (חשיפה המאפשרת הביטויציה); שלישית, ההיפנוזה היא כלי הניתן ללימוד לצורך הפעלת טכניקות לוויסות החרדה; ולבסוף, שימוש בטכניקות היפנוזה עצמית מגבירה את חווית השליטה של המטופל. כך לומד המטופל, באמצעות הכלי ההיפנוטי, לשלוט במנגנון הפועל ממילא באופן לא מכוון בחרדה, ולהפעילו בכיוון הרצוי לו לצורך הרגעה. בנוסף לסיבות אלו, היכולת לשימוש בסוגסטיות, בעלות השפעה ישירה על תהליכים לא-מודעים, מאפשרת להפחית את החשיבה הלא רציונלית השלילית, לקדם את התהליך הטיפולי ולהמשיך להשפיע גם לאחר סיום הטיפול, תוך שימוש מושכל בסוגסטיות פוסט-היפנוטיות.

נדגים את אופן העבודה בעזרת תיאור מקרה של פוביית טיסה.

דוגמה: בורג קטן וארגז כלים גדול

אמיר (שם בדוי), בן 43, פנה לטיפול בשל פוביה מטיסות המלווה אותו לאורך שנים רבות, פוביה שהביאה אותו להימנעות מוחלטת מטיסות בחמש השנים האחרונות. כמה שבועות טרם פנייתו הוצע לו קידום בעבודתו. קידום זה חייב טיסת עסקים לחו"ל, ואמיר סרב באופן אוטומטי לטוס, אך האפשרות שקידומו ייעצר הביאה אותו לנסות ולהתמודד עם החרדה.

אמיר, נשוי מזה כ-15 שנה ואב לשני בנים, מתגורר עם משפחתו בקיבוץ בצפון הארץ. הוא האמצעי מבין חמישה אחים ואחיות ואת יחסיו עם הוריו הוא מתאר כטובים. ככלל, מתוארת התפתחותו כתקינה ונעדרת קשיים מיוחדים. הוא תיאר ילדות נעימה ואת היותו ילד פעיל וחברותי, שהירבה לטפס על עצים ולטייל. כילד חש ביטחון והוא לא זוכר שסבל מפחדים כלשהם, למעט חשש קל משימוש במעליות, אולם לא כזה שגרם לו להימנע מהן. עם הזמן הצטמצמה החרדה והפסיקה להטרידו כליל. הוא תיאר עצמו כחברותי, התגייס ליחידה קרבית, ולמד לימודים אקדמיים. הוא נישא, הפך אב לילד (אירוע אותו תיאר כמרגש וככזה שסייע לו להיפתח ולבטא רגשות חמים). לידת בנו הביאה עמה גם חרדות, שהתעצמו עם לידת בנו השני. הוא המשיך ללימודי תואר שני, התקדם בעבודתו עד להצעת הקידום שבעקבותיה הגיע לטיפול.

החרדה והפוביה (19). השערה זו נשענת על תפיסה מסורתית יותר, שראתה קשר בין היפנוזה לבין היסטריה – מונח המכוסה כיום על-ידי הפרעות ההמרה (קונוורסיה), הפרעות הניתוק והפרעת האישיות ההיסטריאית – קשר שעליו עמדו רבים ובהם שרקו, ז'נה, ברנהיים, ברוייר ופרויד (7).

כמעט לכל התופעות ההיפנוטיות יש מקבילות פתולוגיות: הלוצינציות, לדוגמה, הן תסמין מרכזי בהפרעות פסיכוטיות, אך הן תופעה רצויה, שנשאף להשיג, במהלך ההיפנוזה (7). קרואפורד וברבש מסכמים שורה ארוכה של מחקרים המצביעים כולם על קשר דומה בין היפנוטיביות לבין הפרעות נפשיות רבות (20). הרעיון הוא שבבסיס תופעות כהפרעות המרה, הפרעות חרדה, פסיכוזות והפרעות ניתוק – פועלות פונקציות מוחיות דומות לאלו הפועלות במצב ההיפנוטי. בכל תופעה כמו-דיסוציאטיבית ניתן להשתמש, הן באופן חיובי (למשל, בחלק ממנגנוני ההגנה האדפטיביים או בהיפנוזה עצמה) והן באופן פתולוגי (כמו בהגנות הלא-אדפטיביות). הבדל חשוב בין היפנוזה לבין מצב פתולוגי הוא שהמצב ההיפנוטי הוא (לרוב) רצוני, ותמיד הפיך (7). ההיבט היישומי של רעיונות אלו, הוא ששימוש בהיפנוזה יכול 'לגעת' באותם מנגנונים היוצרים את הפוביה.

הפנוט מוגדר בסעיף 1 לחוק השימוש בהיפנוזה, התשמ"ד-1984, כ"פעולה או תהליך המיועדים או עשויים לגרום באמצעות סוגסטיות לשינויים במצב תודעתו ובמודעותו של אדם אחר וכן לשינויים בגופו, בתחושותיו, ברגשותיו, בחשיבתו, בזיכרונות או בהתנהגותו". אף שניתן להצביע על שני חסרונות עיקריים להגדרה זו (היא אינה מבהירה מהי סוגסטיה ואינה כוללת את נושא ההפנוט העצמי), זו עדיין ההגדרה הממצה ביותר בספרות המקצועית (7). אם ננסה להגדיר סוגסטיה, השאה בעברית, הרי שמדובר בתהליך פסיכולוגי המביא לקבלה בלתי מבוקרת של אידאה היכולה לגרום לשינויים בתחומים התנהגותיים ונפשיים (7). זו אינה קבלה מתוך שיכנוע אינטלקטואלי, מאחר שתהליכי הבקרה האינטלקטואליים נעקפים. כל סוג תקשורת יכול לשמש כסוגסטיה, הן תקשורת מילולית והן תקשורת שאינה מילולית, כאשר השפעתה על האדם אינה מודעת. הסוגסטיה יכולה להינתן כחלק מהתהליך ההיפנוטי (ראו חוק ההיפנוזה לעיל), אך היא יכולה להופיע גם באופן ספונטני או אוטומטי בחיי היום-יום, כמו במקרה של הפרעת החרדה.

ואכן, ניתן להתייחס אל הפרעת חרדה כאל סוג של היפנוזה ספונטנית, שלילית ולא מכוונת. בראייה זו, משמש המרכיב הקוגניטיבי המתלווה להפרעת החרדה כסוגסטיה. וכך, כמו בהיפנוזה, הציפייה, שלרוב אינה רציונלית, לאירוע עתידי ומפחיד, יוצרת תגובה גופנית (תגובה אידיאו-מוטורית, שהיא מערך של תגובות שריריות אשר אינן מודעות למטופל (ראו 7), המפעילה מנגנון "הילחם או ברח" – fight or flight). מנגנון זה, הפועל בעת סכנה, מוביל להפעלת המערכת הסימפתטית, אשר יוצרת עוררות ומכינה את הגוף להתמודד עם הסכנה.

כך למשל, ניתן היה לומר לו בתחילת התהליך: "כשאתה מביט בנקודה בתקרה, המבט שלך נעשה עמוק יותר... ממש חודר מעבר לתקרה אל השמים, זו חוויה מיוחדת... להתעופף עם הדמיון, לשאוף אוויר, לרחף באוויר... להתבונן בשמים, בציפורים שעפות, בכוכבים, אולי במטוסים... להתבונן ממרחק, לדמיין איך בקרוב גם אתה תוכל לטוס, זו הרגשה נעימה של ריחוף, חוויה בטוחה להתבונן מהכורסא אל המקום שאליו אתה שואף להגיע... וככול שאתה שואף אוויר, אתה רגוע יותר ומוכן לחזור למטה, פנימה לגוף... לתת לעיניים להיעצם".

טכניקה נוספת שהוטמעה בשלב זה היתה יצירת "עוגן" (anchor) במצב היפנוטי עמוק. מטרתו של עוגן זה היתה לאפשר לו להכניס את עצמו בצורה מהירה ובטוחה למצב היפנוטי ברגע שידוקק לו, תוך שימוש ברמז ייחודי ומוסכם מראש. ניתנו סוגסטיית פוסט היפנוטיות ליכולתו להפעיל את העוגן גם בהמשך, לאחר המפגש.

במפגש החמישי, בהתבסס על עולם הדימויים שלו, הוספנו לארגז הכלים "גרף היפנוטי" לניטור רמת החרדה (גרף אותו רואה המטופל בצורה מוחשית במהלך ההיפנוזה, המייצג את עוצמת החרדה). לאחר הכנסתו של אמיר למצב היפנוטי, וחשיפה למצב מעורר חרדה, הוא התבקש לשהות עם התחושות ולחוות אותן מעט יותר לפני החזרתן לרגיעה והמעבר לשלב הבא במדרג.

ניתן היה לראות כי אמיר מתקדם בעקביות לאורכו של מדרג החשיפה. מערכת החרדה פעלה שוב ושוב, עם כל חשיפה חדשה, והוא הצליח לווסת אותה (בתחילה תוך תמיכה פעילה של המטפלת ובהמשך תוך הישענות על כוחותיו שלו). בסיומם של מפגשים אלה דיווח אמיר על תחושה רגועה מאוד והיה מלא סיפוק מהצלחתו. הוא סיפר שהוא מרבה לתרגל בין המפגשים (כפי שהומלץ לו) וכי הוא נעזר בטכניקות שלמד גם למצבים מלחיצים אחרים בשיגרת חייו.

במפגש השישי, מפגש הסיום, סיפר אמיר כי צפויה טיסה מטעם עבודתו. הוא תיאר שחש בשל לקראתה, אך גם ביטא חשש כי ביטחונו יתמוסס. כמו כן סיפר בגאווה על יכולתו להיכנס להרפיה בתרגול: "אני ממש שולט במדדי הגוף... ההצלחה שלי עוד תיכתב במאמר" והוסיף שהיה רוצה להגיע לרגיעה שתאפשר לו לנמנם במהלך הטיסה.

מאחר שאמיר תיאר משאלה שהצלחתו תכתב במאמר, נבחר מאמר כדימוי הצלחת התהליך "אתה יכול להתמקד בנשימה, לרפרף על אברי הגוף, כמו שמעלעלים בכתב עת... ככול שאתה מדפדף, כך הגוף נעשה רפוי, אפשר לספור את העמודים". גם במהלך החשיפה לטיסה נתנו סוגסטיית על קריאה בכתב עת מקצועי והאפשרות לחוש עייפות. נעשה שימוש בטכניקה של 'השלכה לעתיד' (future projection), בה אמיר רואה עצמו בעתיד לאחר השגת תוצאה מוצלחת (22):

"כשאתה מנמנם, אתה יכול לחלום, לראות עצמך אוהו בספר, בכתב עת, ביומן... לדפדף קדימה בתאריכים ולראות את עצמך בעתיד הקרוב מיישם את המטרה וטס... לדפדף ולראות את עצמך בבית אחרי הטיסה מרגיש את תחושת הסיפוק וההצלחה".

בסיום, אמיר תיאר חוויה עמוקה מתמיד ("ריחפתי באוויר, רק הידיים היו על הידיות, את הגוף לא הרגשתי בכלל"), ושלטיה במחשבות השליליות על הטיסה. הוא השאיר לעצמו פתח לפנות לפגישת חיווק לפני הטיסה ואמר שיעדכן שישבו.

סוף דבר: כחודשיים לאחר תום הטיפול אמיר דיווח כי טס לחו"ל מטעם העבודה. הוא תיאר כי חש מתח מסוים בימים שקדמו לטיסה וסביב ההמראה, אך השתמש בכלים שרכש כדי לווסתו. בטיסה חזרה חש הפחתה משמעותית במתח לעומת הטיסה הראשונה וסיפר כי מתכנן להמשיך לטוס.

אמיר תיאר את עצמו כפרפקציוניסט, שמעז ולא פוחד ואולם כדאגן ורואה שחורות. הוא לא זכר חרדות ספציפיות (מלבד חרדת המעליות, שהוזכרה לעיל), אך תיאר כמה חוויות קשות שהותירו חותם בנפשו, חלקם במהלך שירותו הצבאי כלוחם.

החרדה סביב טיסות החלה לפני כעשר שנים, כאשר לפני כן טס פעמים רבות, גם במסוקים במהלך שירותו הצבאי, ללא קושי. לדעתו קשורה הפצעתה של החרדה בנישואיו ובלידת ילדיו. הוא חשש להיפרד מהם פן לא יראה אותם עוד. כאשר עלתה האפשרות לחופשות משפחתיות, חשש שיקרה להם אסון (חשש גדול יותר מאשר החשש לחיי שול). בתקופה זו הוא המשיך לטוס, תוך שחווה מתח גובר והולך. לפני כחמש שנים טס בפעם האחרונה, וזאת לאחר שצפה בתוכנית טלוויזיה על התרסקות מטוס מאותו סוג בו היה אמור לטוס, בשל בורג קטן ששכחו לשמן. לאחר שחזר מטיסה זו החל לצפות באופן אובססיבי בתכניות על תקלות במטוסים והחל להימנע מטיסות. הוא הסביר (כדומה לאנשים רבים הסובלים מפוביית טיסה) כי בטיסה קיים חוסר שליטה שאינו מאפיין אסונות אחרים בהם יש אפשרות מסוימת לפעול כדי להינצל. כאשר אמיר התבקש לתאר את הבעיה, הוא סיפר על פחד שמתעצם מרגע הידיעה על הטיסה ועד לטיסה עצמה, פחד הפוגע בתפקודו השוטף ומתבטא בעיסוק רב במחשבות על הטיסה, קושי ריכוז, קושי לאכול וליישן ומועקה. המתח הפיזי מתבטא בעוררות מוגברת "כאילו הדם זורם מהר יותר" יחד עם חולשה, דפיקות לב מואצות, נשימה מהירה, ומתח בשרירים.

במפגש הראשון נאסף המידע האנמנסטי, בוסס הקשר הטיפולי (rapport) ונקבעו מטרות הטיפול. בנוסף, נבדקו אמונותיו לגבי היפנוזה והודגמו לו כמה תופעות היפנוטיות ('תגובה למחשבה' או תגובה אידיאו-מוטורית) (ראו 7) – ששימשו, הן לבדיקת מידת ההיענות ההיפנוטית שלו והן להמחשת יכולתו לשלוט בתופעות פיזיולוגיות. כך הצליח אמיר להפעיל מוטורית את שריריו באמצעות ייצוגים מחשבתיים, דבר שהגיב אליו היטב ואף בהתלהבות. 'ניצלנו' תופעה זו כדי להסביר לו על מנגנון החרדה, מאחר שבאותו אופן המחשבות בזמן החרדה מייצרות תגובה גופנית, אם כי באופן אוטומטי ולא-מודע. באמצעות הגדרה מחדש (Reframing) יכולנו להסביר שבטיפול נשתמש באותו מנגנון, אך באופן כזה שיאפשר לו לווסת את החרדה. קבענו מסגרת טיפולית של חמישה מפגשים נוספים, ואמיר נפרד מלא מוטיבציה וסקרנות להמשיך התהליך.

המפגש השני כלל יצירתו וביסוסו של מקום בטוח ובניית מדרג היררכי של המצבים מעוררי החרדה. אמיר הוכנס למצב היפנוטי שבמהלכו הגיע אל המקום הבטוח שתיאר קודם בתחילת התהליך, ולמד להפעיל את התהליך בעזרת היפנוזה עצמית. בשלב זה נעשה שימוש בכמה טכניקות שאיפשרו ויסות המרכיבים הפיזיולוגיים של החרדה, שאותם למד להפעיל בעצמו, והיוו בסיס לעבודה בהמשך.

במפגש השלישי הגדרנו כלי היפנוטי שיאפשר חשיפה הדרגתית. נעזרנו בטכניקה ה"שלת ההיפנוטי" – טכניקה בה מדמה המטופל במצב היפנוטי שהוא מחזיק בידו שלט המאפשר לו שליטה במרכיבי התהליך (7) – שאיפשרה לאמיר שליטה מלאה בקצב החשיפה ובעוצמתה. כך, מעבר לעובדה שניתן היה להתחיל בתהליך ההביטואציה, המסר שהועבר לו היה שהתהליך נמצא בשליטתו המלאה.

במפגש הרביעי נמשכה עבודת החשיפה ההדרגתית ההיפנוטית, תוך שזירת טכניקות אריקסוניאניות וסוגסטיית לחיווק אני (טכניקות היפנוטיות שנועדו לחזק את משאביו וכוחותיו של המטופל). סוגסטיית אלו כללו מאפיינים אשר הפיעו בדבריו במפגשים הקודמים.

סיכום ודיון

שילוב היפנוזה בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בחרדה פותח מרחבים פוטנציאליים רבים, הן עבור מטופלים והן עבור מטפלים. הרעיון הבסיסי נשען על התייחסות אל החרדה כאל היפנוזה עצמית ספונטנית ושליטת. היות שכך, לימוד שליטה במנגנון זה מהווה את הנדבך המרכזי בגישתנו הטיפולית. שלבי הטיפול ניתנים לסיכום בארבעה צעדים:

- א. ביסוס קשר טיפולי וקביעת מטרת הטיפול.
- ב. הסבר (פסיכו-חינוך) לחרדה, להיפנוזה ולקשר ביניהן.
- ג. לימוד ותרגול טכניקות היפנוטיות קוגניטיביות-התנהגותיות רלוונטיות (טכניקות הרגעה, טכניקות חשיפה והקהייה הדרגתית, לימוד היפנוזה עצמית וטכניקות חיזוק אני).
- ד. יישום הכלים 'בזמן אמת'.

שילוב היפנוזה בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי מאפשר עבודה טיפולית רב-מימדית (23), שמוסיפה משמעותית לכל אחת מהשיטות הללו המיושמות בנפרד. כך, מרכיבי הפסיכו-חינוך של מעגלי הקסמים השלייליים (רכיב קוגניטיבי), ההכנה ו'ניצול' תופעות ההתניה לצורך הקהיית תגובת החרדה (רכיב התנהגותי), יכולת ויסות המערכת הסימפטטית בעזרת היפנוזה (רכיב פיזיולוגי), תחושת האמיתיות בזמן התרגול ההיפנוטי (רכיב חווייתי) ו'מעקה' החלקים המודעים, תוך פנייה אל רכיבים לא-מודעים ופחות הגנתיים (רכיב דינמי) – מצטרפים לרשת רב-מימדית המאפשרת יעילות טיפולית, תוך שימור וחיזוק חווית השליטה של המטופל עצמו.

נציין כי שימוש בהיפנוזה מחייב רישיון של משרד הבריאות ועבודה בהתאם לחוק ההיפנוזה. בהסתמך על ניסיונו הקליני וכן על הממצאים המחקריים בספרות הרלוונטית, אנו סבורים כי שילוב היפנוזה כמעט בכל מתודה טיפולית וכמעט לכל מטרה טיפולית מייעל לעין-ערוך את העבודה. מחלוקת קיימת באשר למקרים שבהם לא ניתן (או לא מומלץ) לעבוד בעזרת היפנוזה, וחשוב להכיר התוויות והתוויות-נגד אלו, אם כי יש הסבורים ש'כלל האצבע' האתי, הגורס כי "לא נטפל בעזרת היפנוזה, אלא במה שהיינו מטפלים ללא היפנוזה" – מהווה גרסה מרוככת ומאפשרת יותר לשילוב היפנוזה בפסיכותרפיה (7).

לסיכום, אנו מקווים כי הצלחנו להראות את התועלת הטיפולית בהבנה רב-מימדית של תופעות החרדה ושילוב מושכל של טכניקות היפנוטיות עם מודלים קוגניטיביים-התנהגותיים.

ספרות:

1. Fredrikson M., Annas P., Fischer H. et al., Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav. Res. Ther.*, 34(1): 33-39, 1996.
2. Watson J.B., Rayner R., Conditioned emotional reactions. *J. Exp. Psychol.*, 3(1): 1-14, 1920.

3. Beck H.P., Levinson S., Irons G., Finding 'Little Albert': a journey to John B. Watson's infant laboratory. *Am. Psychol.*, 64(7): 605-614, 2009.
4. Mowrer O.H., A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychol. Rev.*, 46: 553-565, 1939.
5. פרויד ז. (1909). הנס הקטן: אנליזה של פוביה בילד בן חמש. קיבוץ רמת יוחנן, ספרים, 2003.
6. Sadock B.J., Kaplan H.I. (Eds.), *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2014.
7. בונשטיין א., היפנוזה: דרכה של הנפש ליצור את הגוף. תל-אביב, הוצאת הספרים של אונ' חיפה ו"ידיעות ספרים", 2014.
8. Flammer E., Bongartz W., On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Cont. Hypn.*, 20(4): 179-197, 2003.
9. Hirsch J.A., Virtual reality exposure therapy and hypnosis for flying phobia in a treatment-resistant patient: a case report. *Am. J. Clin. Hypn.*, 55: 168-173, 2012.
10. Volpe E.G., Nash M.R., The use of hypnosis for airplane phobia with an obsessive character: a case study. *Clin. Case Stud.*, 11(2): 89-103, 2012.
11. Shaw H.L., A simple and effective treatment for flight phobia. *Br. J. Psychiatry*, 130: 229-232, 1977.
12. Bryant R.A., Moulds M.L., Guthrie R.M. et al., The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 73(2): 334-340, 2005.
13. Valentine K.E., Milling L.S., Clark L.J. et al., The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 67(3): 336-363, 2019.
14. Kirsch I., Montgomery G., Sapirstein G., Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 63(2): 214-220, 1995.
15. Schoenberger N.E., Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 48(2): 154-169, 2000.
16. Holdevici I., Crăciun B., Hypnosis in the treatment of patients with anxiety disorders. *Procedia – Soc. Behav. Sci.*, 78: 471-475, 2013.
17. Golden W.L., Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *Am. J. Clin. Hypn.*, 54(4): 263-274, 2012.
18. Frankel F.H., Trance capacity and the genesis of phobic behavior. *Arch. Gen. Psychiatry*, 31(2): 261-263, 1974.
19. Hilgard E.R., *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley, 1986.
20. Crawford H.J., Barbasasz A.F., Phobias and intense fears: facilitating their treatment with hypnosis. In: J.W. Rhue, S.J. Lynn, I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis*. pp 311-337. Washington, D.C., Am Psychological Assoc., 1993.
21. בק א., אמרי ג. (1985). הפרעות חרדה ובעת: התיאוריה והטיפול. ההכרטי. פסגות, 2009.
22. Yapko M.D., *Essentials of hypnosis*. New York, Brunner/Mazel, 1995.
23. אלון נ., סלטון ר., טיפול היפנוטי רב-מימדי בחרדת בחינות. שיחות, א'1(1): 35-42, 1986.