

היבטים היפנוטיים בשיטת EMDR

ד"ר אורן קפלן

ד"ר אורן קפלן, פסיכולוג קליני, מורשה לטיפול בהיפנוזה, סיים הכשרות EMDR
רמה 1 ו-2.

ראש תוכנית MBA לפסיכולוגיה עסקית וניהולית במכללה למינהל בראשל"צ

רקע

המונח "היפנוזה" נחקק ע"י הרופא הבריטי ג'יימס ברייד בשנת 1842 ומקורו מהמילה הלטינית "היפנוס" שמשמעותה שינה (למרות שכינוי זה מטעה ויוצר מיתוסים שגויים להיפנוזה עד היום). הדימוי המקובל להיפנוזה הוא מעין חלום בהקיץ או שקיעה במחשבות והרהור, אך אינו שינה. התהליך ההיפנוטי כולל כניסה למצב של רגיעה, בד"כ על ידי הרפיה ודמיון מודרך. היפנוזה משמשת כיום בעיקר ככלי עזר לטיפולים פסיכולוגיים ורפואיים מסוגים שונים. התהליך ההיפנוטי מאופיין במצב "סוגסטבילי" ואסוציאטיבי המושפע מאוד מהדמיון והחשיבה החופשית והזורמת. במצב זה אדם מוכן לקבל דברים בצורה שונה מהאופן בו היה מקבל עובדות בחיי היום יום, כפי שבמצב חלום אדם מוכן לקבל עובדות בלתי אפשריות שבזמן הערות היה מסרב לקבלן. המונח "סוגסטיה" מתייחס לכך שבתהליך הטיפול ההיפנוטי המטפל עשוי "להציע" (suggest) למטופל הצעות (סוגסטיות) שונות, והמטופל עשוי לקבלן ביתר קלות מאשר מחוץ למצב ההיפנוטי. למילה סוגסטיה משמעות כפולה, מצד אחד "הצעה" ומצד שני "אשליה". כשאנו מתייחסים לכך שאדם מקבל או מפעיל סוגסטיה כוונתנו בד"כ שהוא משלה את עצמו בדבר מה שאינו אמיתי. עם זאת, משמעות ה"הצעה" הינה שמדובר בדיאלוג בו קיימת בחירה. ניתן לקבל את ההצעה אך באותה מידה ניתן גם לדחותה. רק הצעה שתהייה מקובלת ותואמת לתקבל. מדובר אם כן במונח המצוי במרחב ביניים של החוויה האנושית, עליו להיות מוחשי ואמיתי מחד אך גם נושא אופי אשלייתי מצד שני כדי שנושא ההיפנוזה יפעל. היפנוזה מאופיינת במצב תודעה ייחודי באמצעותו מואצים או משתנים תהליכים נפשיים שונים. לדוגמא, מבחינה קוגניטיבית - חשיבה ראשונית, ירידה במנגנוני הגנה אינטלקטואלים ובחשיבה אנליטית, חשיבה אסוציאטיבית וסימבולית, חשיבה קונקרטי, דיסוציאציה, שינויים בתפיסת הגוף, אמנזיה, חידוד זיכרון; בתפיסה ובחשים - ניתוק מגירוים חיצוניים, מיקוד קשב פנימה, שינוי בתפיסת זמן; רגשית - רגיעה ושקט פנימי, מגע עם רגשות עמוקים, אבראקציה, הנמכת ביקורתיות, הגברת הברית הטיפולית, הגברת תהליכי העברה; פיזיולוגית - פעילות של המיספרה ימנית, הופעת גלי אלפא, דיכוי המערכת הסימפתטית, התכווצות ושינוי טונוס שרירים; התנהגותית - נטייה לפסיביות וחוסר תנועתיות, התנהגות פוסט היפנוטית.

כידוע, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) הינה שיטה לטיפול פסיכולוגי שהינה על פי רוב קצרת מועד וממוקדת. השיטה יועדה בתחילה לטיפול בנפגעי טראומה אולם הורחבה בהמשך לטיפול בהפרעות חרדה נוספות ואף בתחומים נוספים. למרות הצלחתה הסוחפת של EMDR היא זכתה גם לביקורת רבה, בעיקר לגבי ההסברים לעצם פעולתה שלא בוססו עד כה דיים באופן תיאורטי ואמפירי. מנקודת מבט היפנוטית ניתן לטעון שהסברים אלו משמשים כסוגסטיה היפנוטית מוצלחת, בין אם הם מבוססי מציאות מדעית, ובין אם אינם: "כאשר מתרחשת טראומה, היא מציפה את מערכת העצבים ולעיתים היא ננעלת במוח יחד עם תמונות, קולות, מחשבות ורגשות

שהתרחשו בזמן האירוע... שימוש ב EMDR, כנראה משחרר את מערכת העצבים ומאפשר למוח לעבד את החוויה... חשוב לזכור שהמוח שלך הוא זה שמרפא ועושה את העבודה ואתה הוא זה ששולט בתהליך...". למרות ששפירו (2001) דוחה טענות הרואות ב EMDR תהליך היפנוטי נראה שיש ב EMDR רכיבים מהותיים של היפנוזה ושהתקשורת הטיפולית ב EMDR מאופיינת בשפה סוגסטיבית-היפנוטית כפי שיודגם בהמשך.

מדוע EMDR אינה טיפול בחשיפה, ואם היא לא, מה היא כן? (אולי סוג של היפנוזה!?)

מאמרם של רוג'רס וסילבר (2002) בוחן בהרחבה את השאלה האם EMDR הוא סוג של טיפול בחשיפה. שאלה זו מתבקשת כיוון ששיטת החשיפה ובהמשך פיתוחה ל CBT מהווים כיום ברירת המחזל היעילה ביותר לטיפול בנפגעי טראומה, בנוסף על EMDR (ואן-אטן וטיילור, 1998). גם השימוש במילה "דסנסטיזציה" ברצף המילים של EMDR מזמינה להסביר את הצלחת הטיפול ב EMDR מתוך עולם התוכן של ה CBT. יעילותה של שיטת החשיפה מוסברת בתהליכים של הכחדה שקורים בעקבות חשיפה חוזרת ונשנית של גירויים שמעוררים פחד. פיתוח מתקדם יותר של פואה וקוזאק (1986) רואה בחרדה תוצאה של מבני פחד פתולוגיים שנשמרים בזיכרון כתוכנית לבריחה מסכנה באופן שאינה תואמת למציאות. מטרת הטיפול לפיכך היא לשנות את מבני הפחד הללו ו"להתייחד עם החרדה". הדבר נעשה ע"י חשיפה לגירויים המפחידים כשאחריה מוטמע למערכת מידע מתקן. הדבר מפחית את החרדה ומביא לשינוי בהתנהגות. מסתבר ש EMDR פועל בניגוד לעקרונות בסיסיים של שיטת החשיפה ולמעשה אמור היה לגרור הרעה במצבו של המטופל, או לפחות ליעילות מופחתת של הטיפול ב EMDR לעומת חשיפה. מאחר שלמרות זאת נמצא ש EMDR הינו אפקטיבי, אפשר לטעון שהסיבה ליעילות השיטה אינה נעוצה בעקרונות הקוגניטיביים-בהביוריסטיים אלא דווקא בשל העקרונות ההיפנוטיים ב EMDR. להלן המרכיבים העיקריים המבחינים בין EMDR לטיפול בחשיפה. לא במקרה, רכיבים אלו מאפיינים טכניקות היפנוטיות מסורתיות. למשל, ב EMDR חשיפה קצרה יחסית יוצרת אפקט עוצמתי לעומת דרישה לחשיפה ארוכה וממושכת בשיטות חשיפה; ב EMDR יש עידוד לדיסוציאציה – המטופל מוזמן להתבונן מבחוץ על המתרחש (רכבת, מסך) בעוד שבטיפול בחשיפה המטפל נדרש להימנע מלשים את המטופל בעמדה של מתבונן מבחוץ; ב EMDR התמונה לא נמצאת בפוקוס מלא עד שהחרדה חולפת. להיפך, על פי רוב התמונה המקורית נעלמת אחרי מספר סטים של תנועות עיניים. כמו כן קיימת לגיטימציה לאסטרטגיות הימנעות כמו עיוות התמונה, עיוות זמן, דילוג על מרכיבים מתוך התמונה, או ריכוז בגירויים לא מפחידים. בחשיפה לעומת זאת, אין לתת למטופל להפחית חרדה ע"י שינוי הסצינה או דילוג מהיר בזמן. המטרה היא דווקא לחשוף את המטופל לסצנה הטראומטית עד שהיא אינה מעוררת עוד חרדה. ההימנעות מהתמונה הטראומטית אמורה לפגוע באפקטיביות הטיפול ואף עלולה להחמיר את הסימפטומים כי מלמדת את המטופל שהטראומה חריפה מדי מכדי להתמודד עימה ישירות. מכאן ש EMDR אינה שיטה המבוססת מהותית על עקרונות CBT שביסודם חשיפה.

EMDR כ"מצב תודעה יחודי" (Altered states of consciousness)

מאמרם של שטיין ושותפיו (2004) יוצר אנלוגיה קרובה ביותר בין EMDR להיפנוזה בטענה ששיטת EMDR יוצרת "מצב תודעה יחודי". מצב זה מאפיין מצבים היפנוטיים,

מצבי חלום, מצבים תחת השפעת סמים, טקסים אתניים מסויימים, מצבים ותפקידים בשליחות דתית ועוד. שפירו (2001), שמתנגדת להקבלה בין EMDR להיפנוזה, הציעה דמיון בין EMDR לשנת REM, הן בשל תנועות העיניים המהירות בשניהם, הן בגלל ששנת REM קשורה לתהליכי עיבוד רגשי ואינטלקטואלי כמו העבודה הטיפולית ב EMDR, והן בגלל שב EMDR מצטברים בזמן קצר מאוד הרבה אירועים כמו שקורה בחלום. בפועל, טוענים שטיין ושות' (2004), זהו למעשה תיאור ישיר של מצב תודעה ייחודי. תופעה מרכזית שמתארים הכותבים האמורים בהקשר זה הינה השימוש בטכניקה של "היפוך" (inversion) בתרבויות שונות הנעזרות במצבי תודעה ייחודיים לריפוי וכריטואל חברתי-תרבותי. מדובר בשימוש בסמלים ומושגים של דבר והיפוכו. תופעה זו מתוארת למשל ע"י לוק וקלי (1985) כחלק מטקס כניסה לעולם רוחני, למשל, חוויות טרנסווסטיות, הליכה לאחור, שימוש בפרדוקסים, טוהרה לעומת זיהום, ראיית מחלה כניסיון חיזוני לבחון את השלמות הפנימית של האדם ועוד. היפוך הוא מנגנון חשוב גם ב EMDR. במהלך הטיפול התפיסה העצמית של המטופל לגבי האירוע הטראומתי מתוארת בשני ניגודים: הקוגניציה השלילית והחיובית. המטופלים מתרחקים מהאחת ומתקרבים אל השניה: הטומאה והטוהר. תהליך הטיפול ב EMDR ממשיך עד שהשלילי נעלם ומתאפס והחיובי מושלם ומגיע למקסימום. לאחר מכן יש גם טקס של טיהור הגוף מתחושות שליליות. כלומר, ב EMDR אין אינטגרציה של התחושות השליליות אלא ניקויים וחיסולם המוחלט. כמובן שזו גם סוג של דיסוציאציה. טכניקת ההיפוך ושימוש בדיסוציאציה נפוצים מאוד גם בטיפול בהיפנוזה. שימוש נוסף בהיפוך אופייני בקרב אנשי יוגה ומדיטציה, זהו ריקון מחשבות כהיפוך לעומס המחשבות בעולם הגשמי. בעבודה עם EMDR המטופל מדווח פעמים רבות על כך שנעלמה לו התמונה הראשונית או שמשוה השתנה בה. פעמים רבות מטופלים מסיימים את התהליך בהתרוקנות: "שום דבר לא משתנה", "התמונה נעלמה". למעשה זהו הקריטריון לסיום שלב הדסנסטיזציה ב EMDR. סוג כזה של תהליך ריטואלי כולל בתרבויות שונות גם פעילות רתמית כמו שימוש בתוף, שירה, ריקוד או מלמול מנטרה שוב ושוב שממלא את כל המחשבות ופעילות הגוף בתוך תהליך הכניסה לטראנס. אין ספק שהדבר הבולט ב EMDR היא התנועה הריתמית, בין אם היא נעשית ע"י תנועות אצבע ועיניים או שיטה אחרת. השירה הטקסית של השבט סביב המדורה עם התופים היא הסימן המוסכם שמכניס את המשתתפים בריטואל לטראנס. המטופלת בהיפנוזה אשר מניעה את העיניים מצד לצד כאינדוקציה היא הסמל המסורתי של ההיפנוזה אשר כל כך דומה לתנועות העיניים ב EMDR. מכל האמור לעיל ניתן לזהות היבטים ריטואליים של EMDR שאופייניים לטקסים ולמצבי תודעה ייחודיים. כידוע, גם שורשיה של ההיפנוזה הם בריטואלים טקסיים של טראנס ששימשו תרבויות שונות לריפוי ובהקשרים חברתיים-תרבותיים שונים מאז העת העתיקה ועד ימנו.

התנגדותה של שפירו להקבלה בין EMDR והיפנוזה

כאמור, שפירו (2001) טוענת שהיפנוזה ו EMDR הן שתי תופעות שונות זו מזו. היא מונה מספר הבדלים מרכזיים: לטענתה אבראקציות היפנוטיות מאופיינות בשחזור מדוייק של "רגע אחר רגע" של אירועים, לעומת EMDR בו מטופלים נוטים לקפוץ מעכבת זיכרון אחת לאחרת; המטופלים ב EMDR נראים לדעתה של שפירו יותר עירניים ומודעים ופחות רגישים לסוגסטיות שאינן תואמות ואינן תקפות מבחינה אקולוגית למטופל; באופן דומה, EMDR לא נועד לסלק אמונה שהיא נכונה. אמונות וחרדות שתואמות ואף שימושיות לצרכיו של המטופל נשארות בעינן; לטענתה של שפירו מטופלים במהלך EMDR אינם במצב סוגסטבילי בהשוואה לאלו שבמצב היפנוטי; שפירו

טוענת להבדלים בפעולת גלי המוח הדומיננטיים בשתי הפרוצדורות השונות, ולבסוף, שפירו טוענת לשיעור הצלחה גבוה יותר בטיפול EMDR מאשר בהיפנוזה ולכן גם אם ישנם רכיבים היפנוטיים ב EMDR הם אינם יכולים להסביר את מלוא אפקטיביות הטיפול ב EMDR. למעשה, שפירו מתייחסת בעיקר למרכיבים מסורתיים של היפנוזה פורמלית וסמכותית בעוד שהשימושים המודרניים המובילים כיום בתחום מבוססים על רכיבים של היפנוזה אריקסוניאנית שכוללים שפה תקשורתית-היפנוטית שאינה סמכותית אלא עקיפה ולא פורמלית. היפנוזה אינה מיוצגת עוד רק ע"י דמותו של שארקו המחליף סימפטומים בין מטופליו ההיסטריים. לפיכך רוב הטענות הנ"ל כלפי EMDR יכולות לקבל אפיון מתאים גם להיפנוזה המודרנית לעומת המסורתית: "על פי הגדרתו של מילטון אריקסון היפנוזה היא מצב תודעתי המופיע בחיי יום-יום, אך ייחודו טמון ביצירת מערך של קליטה והיענות אצל המהופנט... אריקסון פיתח ושכלל את הגישה של 'היפנוזה טבעית'. זהו מצב היפנוטי המתרחש באופן ספונטני, כשהאדם נכנס לרגיעה עמוקה, מנתק את זרם החשיבה ההכרתית המכוונת, הוזה או חולם בהקיץ... אריקסון מדמה את ההיפנוזה לצלילה למאגרים של כוחות נפשיים במטרה לשאוב פתרונות לבעיותיו של הפונה, להקלת כאבים, להפחתת פחדים ולשיפור התקשורת של האדם עם עצמו ועם אחרים. כאן מובעת אמונתו של אריקסון בכוחו של האדם עצמו לשפר את מצבו. עמדה זו עומדת בניגוד בולט להפעלה סמכותית של היפנוזה, שמטרתה לשתול במוחו של האדם רעיונות ודרכי התנהגות זרים לו" (הקדמה של עפרה אילון לרוזן, 1982). הגדרה זו של היפנוזה שונה מההגדרה השמרנית אליה מתייחסת שפירו וניכר שהיא תואמת באופן מלא לגישה הטיפולית של EMDR.

תקשורת סוגסטיבית היפנוטית כבסיס לפעולת EMDR

ספרו של האמונד (1990) שיצא מאת האגודה האמריקאית להיפנוזה קלינית מהווה התנ"ך של המטפלים בהיפנוזה. הספר כולל סקירה על עקרונות ההיפנוזה ושלל סוגסטיות לשימוש בסוגים שונים של טיפולים בהיפנוזה. יאפקו (1995) עורך גם הוא רשימה של עקרונות להבניית סוגסטיות וליצירת תקשורת היפנוטית. שתי הרשימות חופפות זו את זו ברכיבים מסויימים ומשלימות זו את זו באחרים. קצרה היריעה מלתאר את כל העקרונות אולם נזכיר כמה מהם וכיצד הטיפול ב EMDR מקיים עקרונות אלו אחד לאחד.

חוק האפקט הדומיננטי: עקרון זה קובע שרגש חזק הינו דומיננטי וכולט על פני רגשות חלשים יותר ולכן יש לשים עליו דגש מרכזי בטיפול. זו גם הסיבה בגללה לא כדאי להתחבר לרצונות מודעים אלא לרגשות הדומיננטיים והעזים ביותר של המטופל, אזי הוא יקשיב לסוגסטיית בלי קשר לתוכן שלהם. בטיפול ב EMDR, כבר במשפט העבודה הראשון אומר המטפל: "איזו תמונה מייצגת את החלק הקשה ביותר של האירוע?". הבחירה בתמונה דרמטית וחזקה פועלת לפי חוק האפקט הדומיננטי ומזמינה כניסה עוצמתית לתהליך הטיפול. עקרון דומה פועל בבחירת הקוגניציה השלילית. המטפל אמור לחדד ולשאול על משמעות הקוגניציה עד שהיא מגיעה למרכיב העוצמתי ביותר שמייצג את התמונה הטראומטית ("מה זה אומר עליך?").

חוק הגזר: האמונד כותב שאין טעם לדחוף אנשים למקומות שאליהם אינם רוצים להגיע. צריך לעורר בהם מוטיבציה ע"י שימוש בחיזוקים חיוביים. למשל, סוגסטיה למניעת עישון תדגיש שהמטופל רוצה לחיות יותר שנים ולזכות לראות את ילדיו גדלים וכל זאת יקרה רק אם יפתח סגנון חיים חדש ובריא ללא עישון. בפרוטוקול הבסיסי של EMDR אומר המטפל בדברי ההקדמה שלו למטופל: "שימוש בתנועות עיניים בטיפול של EMDR כנראה משחרר את מערכת העצבים ומאפשר למוח לעבד את החוויה". למרות שהמשפט

הזה לא מייצג עובדה מדעית הוא משמש כחיזוק חיובי למטופל: אם המטופל יענה לתנועות העיניים ולסוגסטיות של הטיפול, המוח שלו יעבד את הטראומה ויתמודד איתה בצורה טובה. לעומת זאת מטופל שלא יענה לאתגר ישאר עם מערכת עצבים הלוכדת בתוכה את הטראומה והכאב. מסרים כגון אלו משובצים לאורך כל הפרוטוקול. חוק הגזר משתלב היטב עם עקרון נוסף - **החיזוק החיובי**. האמונד מגדיר זאת כמתן מחמאות וחיזוקים למטופל, בתוך ומחוץ להיפנוזה. לדוגמא, טוב, אתה עושה את זה מצויין, בדיוק כך, עבדת מאוד טוב וקשה היום וכדומה. המחמאות מחזקות את הקשר הטיפולי ואת הנכונות לקבל את הסוגסטיות. שיטת EMDR נוקטת בגישה דומה לאורך כל הדרך. עוד בשלב ההסבר על EMDR אומר המטפל: "חשוב לזכור שהמוח שלך הוא זה שמרפא ועושה את העבודה ואתה השולט בתהליך". במהלך עריכת הסטים של תנועות העיניים על המטפל לחזק בעדינות את מאמציו של המטופל באומרו "טוב" במהלך הסט. הדבר מאשר למטופל שאינו בטוח בכך, שהוא פועל כשורה (שפירו, 2001).

עקרון הסוגסטיה החיובית: האמונד סבור שרצוי להפוך כל סוגסטיה שלילית לחיובית. למשל, במקום לומר "אתה לא תהייה רעב" בטיפול בהרזיה, עדיף לומר משהו כמו "ל...ואתה פשוט תשקע לדברים שאתה עושה... ופתאום, תגלה להפתעתך שהגיע הזמן לארוחה נוספת". גם יאפקו סבור שיש לנסח סוגסטיות חיוביות על מה שהפרט יכול לעשות ולא על מה שהוא אינו יכול. עיקרון זה תואם גם לדבריהם של אריקסון ורוסי (1979). למעשה אלו הסוגסטיות הנפוצות והפשוטות ביותר שיש בהיפנוזה. הן תומכות ומעודדות את המטופל ומנוסחות באופן שתינתן לו תחושה שהוא מסוגל ויכול להשיג משהו רצוי. גם ל EMDR גישה חיובית מלכתחילה. השיטה מעבירה מסר של בריאות נפשית ולא פתולוגיה, שהטראומה היא דבר שניתן לטיפול בצורה ממוקדת וקצרת מועד. ההתמקדות בהפחתת ה SUDs והגברת ה VoC מהווה סוגסטיה חיובית ו reframing שעושה המטופל לטראומה ולאופן בו הוא תופס אותה. שפירו (2001 ע' 46) טוענת שהאמונה היסודית הינה 'אני בסדר' ולא 'יש משהו לא בסדר אצלי'. עבור רוב המטופלים ב EMDR הדבר גורם לצורת חשיבה חדשה וחיובית.

תזמון הסוגסטיות ועומק הטראנס: האמונד טוען שהמטופל מקבל סוגסטיות בצורה טובה יותר ככל שהוא עמוק יותר בטראנס. לפיכך הסוגסטיות הקלות תוצגנה בהתחלה והסוגסטיות המורכבות והקשות יותר צריכות לבוא בהמשך. שיטת EMDR בנויה בצורה מודולרית במספר שלבים המאפשרים כניסה הדרגתית לטראנס. השלבים הראשונים מובנים ופשוטים ומאפשרים למטופל להתחבר לרגשותיו ולזכרונות הטראומטיים בהדרגתיות ובצורה מובנה. בהמשך התהליך יותר דיפוזי ולמעשה כולל שיטות העמקה של הטראנס ההיפנוטי: תנועת האצבעות מצד לצד מזכירה באופן לא מיקרי את תנועת המטוטלת שמשמשת לאינדוקציה היפנוטית באופן מסורתי. הירידה בסולם ה SUDs מ-10 ל-0 מהווה גם היא אנלוגיה לשיטת העמקה המסורתית בהיפנוזה (ספירה מ-10 ומטה כשכל מספר מהווה עוגן להעמקה בטראנס). במידה מסוימת הגעה ל SUDs נמוך הינה עדות גם לעומק התהליך ולעומק הטראנס.

עקרון של שיבוץ והטמעה של סוגסטיות: האמונד כותב שהסוגסטיות אמורות להשתלב לתוך סיפור שלם שאמור להיות אינטגרטיבי. האינטגרציה של סיפור הטראומה הוא במרכזה של שיטת EMDR. השיטה אוספת רכיבים רגשיים, קוגניטיביים, פיזיולוגיים והתנהגותיים ומחברת אותם יחדיו לסיפור קוהרנטי. שפירו (2001 ע' 26) מצהירה על EMDR כגישה אינטגרטיבית שנועדה לאפשר חיבורים בין משפטי תפיסה עצמית רצויים ובין מידע חדש שמוטמע למערכת. לבסוף, EMDR יוצר אינטגרציה בין גישות טיפול רבות, התנהגותיות, קוגניטיביות, דינמיות ועוד. הדבר גורר שיבוץ סוגסטיות מסוגים

שונים שמשלבים זה עם זה. לדוגמא, סט תנועות העיניים כולל רכיב של חשיפה או של דנסטיזציה סיסטמית אבל מצד שני הוא מעורר תופעה של אסוציאציות חופשיות בסגנון פרוידיאני או אפילו טכניקה לקאניאנית שכן הפסקת התיאור המילולי של המטופל בין שני סטים ומעבר לסט הבא של תנועות העיניים קורה פעמים רבות בשיאו של התיאור (כידוע בטיפול לקאניאני מסורתי הפגישה הטיפולית מופסקת עם ההגעה לשיא).

האינטגרציה בין השיטות השונות נוגעת במטופל מזויות שונות של החוויה שלו וכנראה מהווה אחת הסיבות ליעילות השיטה.

חוק החסכנות: האמונד ממליץ להשתמש בחסכנות במילים ובסוגסטיות. לב הטיפול ב EMDR - תהליך הדנסטיזציה, הוא אחד מהחסכוניים ביותר במילים מכל שיטות הפסיכותרפיה הקיימות. בד"כ המשפט היחיד שיאמר המטפל יהיה "ומה קורה עכשיו?" ובנקודה מסוימת יעצור את דברי המטפל ויחזור לתנועות הידיים. רוב המלל בשלב הזה נאמר ע"י המטופל בלבד.

שימוש בסוגסטיות ישירות ועקיפות: יאפקו כותב שישנם שני סגנונות מרכזיים לתקשורת היפנוטית: ישירה ועקיפה, והן משלימות זו את זו. סוגסטיות ישירות הן אלו אשר עוסקות בבעיה או בתגובה בצורה גלויה ובהירה ואילו סוגסטיות עקיפות פונות לבעיה ולמטופל בדרך עקיפה שאינה מובנת לו כאשר חלק כלשהו בתוכו קולט את המסר העקיף באופן לא מודע. סוגסטיות עקיפות יכולות לבוא דרך סיפורים, אנלוגיות, בדיחות, מטלות, משחקי מילים וכדומה. הפרוטוקולים של שיטת EMDR כוללים סוגסטיות רבות, ישירות ועקיפות. כבר עם תיאור השיטה מופיעה הסוגסטיה הישירה הנ"ל לגבי האופן בו השיטה עושה שינויים במוח ומשחררת את הטראומה: "שימוש בתנועות עיניים של EMDR, כנראה משחרר את מערכת העצבים ומאפשר למוח לעבד את החוויה". בהמשך, כל ההוראות מכוונות את המטופל להתמקד בתמונה הטראומטית על רכיביה השונים ולראות שמה שהיה משתנה בה, הן בזמן הטיפול והן בהמשך. השימוש ב NC וב PC הוא סוגסטיה עקיפה לשינוי המצב הנוכחי שכן היא מגדירה מראש מה הולך לרדת ומה הולך לעלות. דוגמא בולטת נוספת היא השימוש במטאפורות למה שהמטופל חווה: בתחילת הטיפול ב EMDR מציע המטפל למטופל להתבונן על האירועים בדמיון כמו על נוף מתוך רכבת נוסעת, או כמו על סרט קולנוע או מסך הטלוויזיה כאשר ביד המטופל יש שלט שמאפשר ויסות של התמונה ושליטה רבה יותר בתהליך הצפייה. עוד לפני כן המטפל יוצר עם המטופל "מקום בטוח" שהוא יציר דמיון שנתפס אצל המטופל כבטוח ומרגיע אשר מהווה תנאי יסוד לתחילת תהליך EMDR ומהווה כמובן סוגסטיה עקיפה לתחושת ביטחון ואמון בטיפול. כידוע, כל הרכיבים האחרונים שתוארו אופייניים מאוד לתהליכי דמיון מודרך היפנוטיים, שיטה שפותחה וקיבלה הכרה רחבה סביב עבודתו של מילטון אריקסון (רוזן, 1982). שתי המטאפורות הנ"ל, שהן הנפוצות ביותר ב EMDR, מרמזות על מסע ושינוי. גם הרכבת וגם הסרט מתקדמים לכיוון מסויים ולא נשארים קפואים במקום. בדבר קיימת סוגסטיה עקיפה לשינוי שעומד לחוות גם המטופל.

סוגסטיות פוסט-היפנוטיות: מדובר בסוגסטיות שניתנות במהלך ההיפנוזה ואמורות להפעיל את המטופל לאחר מכן. הן אמורות לפתוח אפשרויות חדשות לשינוי בעתיד לאחר היציאה מחדר הטיפולים. בתהליך הסגירה של הטיפול ב EMDR מופיעה סוגסטיה פוסט היפנוטית קלאסית מצד המטפל: "העיבוד שעשינו היום יכול להימשך אחרי הפגישה. יתכן (אבל לא בהכרח) שתשים לב לתובנות, מחשבות, זיכרונות, או חלומות חדשים. אני מבקש ממך לשים לב למה שאתה חווה, רואה, מרגיש, חושב ולרשום ביומן...".

סוגסטיות המכסות את כל האפשרויות או יצירת "ספסיפיקציה כללית": יאפקו והאמונד סבורים שככל שהמטפל מוסיף פרטים ספציפיים כך יהיה אפשר להתנגד

לסוגסטיה ביתר קלות. לפיכך עדיף לתת סוגסטיות המכסות את כל האפשרויות בהן עשוי להיות המטופל. לדוגמא, "תוכל להיזכר באירוע, אולי מהילדות המוקדמת, אולי מתקופת ההתבגרות, אולי מגיל הבגרות, אולי מהזמן האחרון או אפילו מהיום...". בהוראות לתהליך הטיפול שעומד לקרות ב EMDR המטפל משתמש בעקרונות הנ"ל: "מדי פעם נעשה בדיקה פשוטה לגבי מה שאתה חווה. ארצה לדעת מה מתרחש ולקבל פידבק ברור ככל האפשר. לעיתים דברים ישתנו, ולעיתים לא. אבקש לדעת איך אתה מרגיש בסולם של 0 עד 10. לעיתים זה ישתנה ולעיתים לא. לפעמים אשאל אם משהו אחר עולה, לפעמים כן יעלה ולפעמים לא. אין שום דבר שחייב לקרות בתהליך הזה. לכן יש רק להעביר פידבק מדוייק לגבי מה שמתרחש בלי לשפוט אם זה צריך לקרות או לא. תן למה שקורה לקרות."

סוגסטיות קישוריות (chaining suggestions): מדובר ביצירת רצף הגיוני בין רכיבים והתנהגויות, גם אם אין ביניהם קשר ממשי, ללא הפעלת בקרה של ההגיון. זהו מרכיב יסוד של סוגסטיות היפנוטיות של יצירת לוגיקת טראנס אשר מקשרת בין מה שהמטופל עושה כרגע לבין מה שיקרה בהמשך. למשל, "אתה יושב עכשיו על הכיסא ומרגיש את כובד הגוף על הכיסא, וככל שהגוף כבד יותר אתה שוקע עמוק יותר לתוך הכיסא ולתוך הטראנס..." ככל שיהיה רצף ולא קטיעה בין מצב נוכחי להמשך כך התהליך יזרום יותר טוב. אחת הדוגמאות לשימוש בסוגסטיות קישוריות ב EMDR הוא תהליך סריקת הגוף שנעשה לקראת סיום הטיפול. כידוע, בשלב זה המטופל מתבקש לערוך תהליך של דמיון מודרך ובו הוא מאתר מתיחות בגופו. שפירו מתארת את השימוש בסריקת הגוף כסוגסטיה קישורית המגבירה תשומת הלב לגוף, יוצרת העברה של המתח לנקודה בגוף, ושיחוררה. יש להדגיש שהמתח הגופני אינו מודע בד"כ קודם לכן ולפיכך יש בו רכיב של סוגסטיה קישורית. כל מתיחות מקבלת התייחסות וע"י תנועות עיניים נוספות משחררים אותה. תהליך ניקוי הגוף מתחושות שליליות ומעיקות משמש כתהליך הרפיה וזיכוכ. בהיפנוזה קיימות סוגסטיות דומות מאוד לאלו, למשל, "הזרמת" כעס או מתח מכל הגוף אל היד ואל אגרוף קמוצה, אשר לאחר הרפייתה משתחרר דרכה המתח כך שאינו נשאר עוד בגוף. **שימוש בזמן הווה:** יאפקו כותב שסוגסטיות צריכות להתנסח בזמן הווה ובמונחים של מה שהפרט חווה כעת. כמובן שרוב הסוגסטיות ההיפנוטיות הטיפוליות מתייחסות לעבר ומיועדות לשינוי בעתיד בחייו של הפרט, אבל המפגש ההיפנוטרפי הינו גשר המצוי בהווה בין העבר לעתיד. שפירו (2001 ע' 135) כותבת לגבי אופן ניסוח ה NC שעל המטפל להבטיח שהיא מצויה בזמן הווה ושהיא אמונה נוכחית ולא תיאור של מצב עבר. לדבריה, על המטפל להסביר למטופל שמאחר ו EMDR אינו יכול לשנות דבר מהמציאות שקרתה אין טעם לדבוק במשפט כמו "הייתי חסר אונים" שהוא תיאור של מצב בעבר. אפשר לעומת זאת להתמקד בתחושת חוסר האונים בהווה לאור אירועי העבר ("אני חסר אונים").

לקיחת בעלות על הבעיה: יאפקו טוען שרכיב חשוב בתהליך הטיפול בהיפנוזה הוא לעזור לאנשים לגלות שיש להם כוח לשלוט באירועים בחייהם או לפחות בתגובותיהם לאירועים בחייהם. שיטת EMDR מדגישה את הצורך בהחזרת השליטה לידי המטופל. אנשים הסובלים מ PTSD חווים על פי רוב את הטראומה כגירוי חיצוני ובלתי נשלט בחייהם שבעקבותיו מתפתחת הפרעת החרדה שבמרכזה תחושה של חוסר אונים. שפירו (2001 ע' 253) מסבירה שכאשר אנשים לוקחים חזרה את האחריות על חייהם ומפסיקים להאשים את עצמם קל להם יותר להכיר בכך שהם לא מאויימים יותר ויכולים לקבל החלטות נכונות עבור עצמם בהווה ובעתיד.

קבלת אישור לפני נגיעה במטופל: יאפקו מציין שחשוב לקבל את אישורו של המטופל לפני שנוגעים בו, גם אם נדמה שנוצר ראפורט חזק במהלך הפגישה. נגיעה היא דבר אינטימי שחודר לתוך המרחב האישי. מגע פיזי במטופל מהווה טאבו ברוב שיטות הטיפול הפסיכולוגי. היפנוזה ו EMDR הן בין שיטות הפסיכותרפיה היחידות שהמגע בין מטפל למטופל הוא חלק לגיטימי ומובנה במתודולוגיה. למשל, בהיפנוזה קיימות שיטות אינדוקציה שבהן נוגע המטפל ביד של המטופל ומביא לשינוי בתחושת היד. ב EMDR ניתן להפעיל Tapping כתחליף לתנועות העיניים. תכונה נוספת המשותפת לשתי השיטות היא הקירבה הפיזית. במצבים מסוימים של בטיפול בהיפנוזה המטפל עשוי לשבת בסמוך למטופל כדי לשלוט בתהליך. ב EMDR המרחק הפיזי בין מטפל למטופל הוא כמה עשרות ס"מ. בשתי שיטות הטיפול יש חשיבות רבה לקבל את אישורו של המטופל למגע וכן למרחק הפיזי המתאים בו מציב עצמו המטפל אל מול המטופל. לפי פרוטוקול EMDR, קודם לתחילת העבודה ישנו שלב המכונה Tuning שבו נקבעים משתנים אלו. בשלב זה קובע המטפל את המרחק המתאים של היד מהמטופל וכן את מהירות התנועה המתאימה. בפרוטוקול כתוב גם שניתן להציע למטופל לבחון את הנוחיות שלו עם תנועות עיניים לעומת Tapping. הדבר דורש כמובן תיאום המגע הפיזי עם המטופל מראש, והכל במטרה ליצור תהליך מוסכם ומאושר על ידו.

ישנם כמובן עוד עקרונות רבים שלא נוכל להרחיב בהם כאן. אין ספק שעקרונות בניית התקשורת והסוגסטיות ההיפנוטיות לפי האמונד (1990) ויאפקו (1995) ממחישות בצורה ברורה את הקשר בין התקשורת הטיפולית בעבודה בהיפנוזה והתקשורת הטיפולית בשיטת EMDR.

סיכום

יאפקו מציין שבעבר היה מקובל לראות רצף בין מטפל סמכותי שנותן סוגסטיות ישירות וסמכותיות לבין מטפל מתירני שמכבד יותר את המטופל ואת יכולתו לבחור בין אפשרויות שונות. אין ספק ש EMDR איננה היפנוזה פורמלית וסמכותית. אם EMDR היא סוג של היפנוזה, הרי שהיא היפנוזה בעלת אופי אריקסוניאני, פתוח ומתירני. הדבר פותח אפשרות למטופלים המתקשים לעבור תהליכי היפנוזה פורמלית בעיניים עצומות (לרוב בשל קושי או חשש מאיבוד שליטה) לעבור "היפנוזת EMDR" בעיניים פקוחות מתוך אשליה שאין מדובר בטרנס היפנוטי של ממש. גם אם EMDR איננה היפנוזה יש בה ללא ספק רכיבים רבים שהופכים אותה לשיטה במשפחת תופעות מצבי תודעה ייחודיים ולשיטה שמשתמשת בעקרונות של תקשורת היפנוטית-סוגסטיבית. הדבר החשוב ביותר לענייננו אינו הויכוח הסמנטי האם מדובר בהיפנוזה או לא, אלא דווקא השימוש הטיפולי שעשויים מטפלים ב EMDR לעשות בעקרונות הטיפול ההיפנוטי ולהיפך, השימוש אותו יכולים לעשות מהפנטים בעקרונות EMDR, במיוחד עבור מטופלים המתנגדים לכניסה להליך היפנוזה פורמלי. היבט חשוב נוסף הוא העובדה שבהכשרה ובטיפול בהיפנוזה קיימת מידה רבה בהרבה של זהירות ממה שנהוג ב EMDR מתוך הבנה לתהליכים העוצמתיים שמתעוררים תוך כדי הטיפול. נראה שקיימת הערכת חסר לגבי עוצמת התהליכים הללו ולהשלכות החמורות שעלולות להיות להם על מטופלים ב EMDR. הבנת הקשר בין EMDR להיפנוזה עשויה להגביר את מודעותם של מטפלים ב EMDR ליתרונות אך גם לסכנות ולהתוויות הנגד בטיפול זה, ובסופו של דבר עשויה להביא לשיפור אפקטיביות העבודה של מטפלים הן באמצעות EMDR והן באמצעות היפנוזה.

- Erickson, M., and Rosi, E. (1979). Hypnotherapy: an exploratory casebook. New-York: Irvington.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Locke, R., & Kelly, E. (1985). Preliminary model for the cross-cultural analysis of altered states of consciousness. *Ethos*, 13, 3–55.
- Rogers, S., and Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures (2nd Edition). New-York: The Guilford Press.
- Stein, D., Rousseau, C., and Lacroix, L. (2004). Between innovation and tradition: the paradoxical relationship between Eye Movement Desensitization and Reprocessing and altered states of consciousness, *Transcultural Psychiatry*, 41(1): 5–30.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-145.
- Yapko, M.D. (1995). Essentials of hypnosis. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- רוזן, ס. (1996). קולו של מילטון אריקסון: סיפורים מטאפוריים להיפנוזה ולתרפיה (בעריכתה המדעית של ד"ר עפרה אילון). חיפה: הוצאת נורד.
- הערת העורך : אני מסכים עם ד"ר קפלן בקשר לחשיבות של כלים היפנוטיים בהבנת אספקט מסוים של EMDR אולם אני סבור כי אורן מתעלם מהמרכיב המרכזי של ה-EMDR שהוא הגרייה הבילטרלית (BLS). קיים חומר מדעי בנושא זה המציע הסבר של מנגנונים המתייחסים לגרייה הבילטרלית :
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology* , 58, 61-75.
- Schore, A.N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology* , 9, 595-631
- Christman, S.; Garvey, K.; Propper, R. & Phaneuf, K. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17(2), 221-229.
- זאת גם הסיבה להתנגדותה של שפירו לדמיון בין היפנוזה ל-EMDR.
- אלן כהן