



## טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי :

ד"ר דני דרבי, ד"ר אלה אורן ורותי ברנשטיין פרץ

### **תקציר**

פרק זה מציג את עקרונות הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי (CPT). מדובר בטיפול שפותח החל משנות ה-80 על ידי פטרישיה רזיק במרכז להחלמה מטראומה שבאוניברסיטת מיזורי בארה"ב<sup>1</sup>. הטיפול הוא טיפול קוגניטיבי בן 12 פגישות אשר נמצא יעיל מאוד לטיפול באוכלוסיות שנחשפו לטראומות שונות ואשר סובלות בעקבות החשיפה מתסמונת פוסט טראומטית ומדיכאון. ייחודו של הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי נעוץ בעובדה שהוא מותאם ספציפית לאנשים שעברו טראומה, ומשלב בין טיפול קוגניטיבי לבין טיפול המבוסס על חשיפה ממושכת - שתי שיטות טיפול אשר נמצאו יעילות ביותר בטיפול בשורדי טראומה. התוצאה היא חבילת טיפול ייחודית הכוללת עיבוד של משמעויות האירוע הטראומטי, בחינה ושינוי האמונות אשר נפגעו בעקבות החשיפה לאירוע ואימון באיתור, בחינה וערעור של דפוסי חשיבה דיספונקציונליים. הפרק מתחיל בסקירה קצרה של רציונל הגישה הטיפולית והאטיולוגיה של התסמונת הפוסט טראומטית לפי פרספקטיבה זו. בהמשך, מוצגים שלבי הטיפול בחלוקה לפגישות טיפוליות, ואלו מודגמים בעזרת תיאור מקרה של מטופלת שסבלה מתסמונת פוסט טראומטית ועברה טיפול CPT. כמו כן, הפרק מציג אינדיקציות וקאונטר אינדיקציות עיקריות לטיפול. לבסוף, מוצגות עדויות אמפיריות נרחבות המעידות על יעילות השיטה הטיפולית.

### רציונל הגישה הטיפולית והאטיולוגיה של התסמונת הפוסט טראומטית לפי פרספקטיבה זו :

טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי נועד לטיפול בתסמונת פוסט טראומטית והפרעות נילוות (דוגמת דיכאון, הפרעת פאניקה, אבל לא פתור, כאב ועוד). הטיפול מבוסס על עיבוד קוגניטיבי לפי התיאוריה החברתית-קוגניטיבית (Social Cognitive Theory, SCT 1). תיאוריה זו, מתמקדת

<sup>1</sup> Professor Patricia Resick, Center for Trauma Recovery, University of Missouri, St. Louis, USA



באופנים בהם האדם מנסה לשקם מחדש תחושת שליטה על חייו, מפרש את האירוע הטראומטי ומתמודד עימו. התיאוריה מתבססת על סכמות ועיבוד מידע ביחס לסכמות אלו.

לפי וויליאמס ועמיתיו (2), סכמה היא חטיבת מידע (קוגניטיבי, רגשי וחושני) הפועלת באינטראקציה עם המידע הזורם פנימה ומשפיעה על האופן שבו הוא מקודד, מובן ונשלף בעת הצורך. הסכמה משפיעה על תשומת ליבנו ועל פרשנותנו לאירועי העבר ועל ציפיותינו לעתיד. ממנה נגזרות הפרשנויות שלנו למה שקורה סביבנו: לגבי עצמנו, לגבי אחרים ולגבי העולם בו אנו חיים. הסכמות השונות למעשה מבוססות על האמונות שלנו ועל החוקים שלפיהם אנחנו פועלים בעולם כאשר אדם עובר טראומה, אמונות קודמות ואירועי חיים מהעבר משפיעים על האופן בו המידע החדש יעובד. ההנחה היא כי אנשים שמחזיקים באמונות קיצוניות - חיוביות או שליליות - שאינן גמישות, נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח בעיות בעקבות הטראומה. ג'נוף-בולמן (3) טוענת כי מרביתנו מחזיקים בשלוש השערות מרכזיות: (1) העולם הוא בסך הכול מקום טוב (כולל אנשים ואירועים). לפי אמונה זו, באופן כללי, אנשים הם טובים ואירועי החיים הם לא רעים ולא מסוכנים; (2) העולם הוא בעל משמעות. לפי אמונה זו, העולם הוא הגיוני וניתן לחיזוי, ולדברים שקורים בו יש סיבה. אמונה זו מתייחסת לעולם כצודק, ונשענת על ההנחה כי דברים טובים קורים לאנשים טובים, ודברים רעים קורים לאנשים רעים (4). לאמונה זו פונקציה הגנתית, ובעזרתה אנו חשים פחות פגיעים לאירועים שליליים מקריים. (3) העצמי הינו בעל משמעות ובעל ערך. זוהי האמונה בערכנו כבני אדם טובים, מסוגלים ומוסריים (3).

אירועים טראומטיים נמצאים לרוב בסתירה לאמונות אלו וחושפים אותנו למקריות של החיים, לעובדת היותנו שבריריים, חסרי אונים וסופיים. המציאות שחושפת הטראומה מתנגשת לעתים עם תפישותינו הקודמות, דבר אשר יכול ליצור שבר במערך ההשערות שלנו. בעיני השורד, העולם עלול להפוך לרע ולחסר משמעות, והעצמי לרע, אשם או חסר ערך. שבר זה הוא תוצר של קונפליקט בין האמונות הקודמות לבין העובדה שהטראומה קרתה "דווקא לי".

לאחר חשיפה לאירוע טראומטי קשה, רוב האנשים עוברים תהליך של החלמה הדרגתית באופן טבעי. עם זאת, תהליך זה עלול להיעצר במקרים מסוימים. אם במקום להתמודד עם חוויות יומיומיות המזכירות את הטראומה, האדם פונה להימנעות ולבריחה מחוויות אלו, הוא מחזק את



הצימוד שנוצר בין האירוע הטראומטי לבין הגירויים שהיו חלק מהסיטואציה. התניה זו הולכת ומתחזקת ולמעשה לא מתאפשרת למידה של צימוד אחר, חלופי. כך למשל, אדם שהותקף בבית קפה עלול להימנע מללכת לבתי קפה לאחר האירוע הטראומטי. זאת, משום שבעת התרחשות האירוע, נוצר צימוד בין בית קפה לסכנה. צימוד זה מתבסס עוד ועוד ככל שהאדם נמנע מהתמודדות עם הגירוי (בית קפה), משום שאין לו הזדמנות ללמוד שבית קפה יכול להיות מקום נעים שבו פוגשים חברים, שותים משקה טעים וכן הלאה. באופן זה, תהליך ההחלמה הטבעי נעצר.

בנוסף, ההחלמה הטבעית נעצרת במקרים בהם האדם משנה את ההשערות הקשורות לערכו ולטיבו כאדם או לטיבו של העולם, כך שאלו הופכות לשליליות או לחלופין כאשר בעקבות הטראומה ישנה העצמה של אמונות שליליות קודמות. ג'נוף-בולמן (3) הדגישה שהטראומה עלולה לשבור אמונות חיוביות קודמות אך גם להעמיק אמונות שליליות קודמות. לדוגמה, סביר שאדם שחוה בעבר סביבת גידול רעילה, אלימה ולא יציבה, חווה אבדנים או טראומות קודמות, גיבש השערות שליליות כמו "העולם הוא מקום מסוכן", "צריך להיזהר מאחרים" ו"דברים רעים קורים לי כל הזמן" עוד לפני הטראומה העכשווית. אדם כזה יראה בטראומה הנוכחית חיזוק לאמונות מסוג זה ולאופן תפיסתו את העולם. אמונות נפוצות שרלוונטיות במקרה של אירוע טראומטי הן אמונות שקשורות לתמות כמו ביטחון, אמון, ערך עצמי וערך של אחרים, כוח ושליטה, אינטימיות ועוד.

גם אמונות שאנו לומדים ומפנימים כחלק מהתרבות והמציאות החברתית בה אנו חיים עלולות להתחזק לאור טראומה ולהקשות על ההחלמה. כך למשל, מערכת אמונות שנוגעת לתפקודם של גברים – "לוחמים" – בשדה הקרב עלולה להקשות על גברים להתמודד עם הטראומות שחוו. אמירות כגון "גבר אמיתי לא בורח ולא קופא", או סיסמאות כמו "תמות נפשי עם פלשתים" הן שגורות למדי במציאות הישראלית. גבר שפעל או הגיב בניגוד לאמונות אלו עלול להתקשות "לעכל" את אשר עבר.

כאשר אדם נתקל במידע חדש אשר אינו תואם את הסכמות והאמונות שלו, כפי שלרוב קורה נוכח טראומה, לרוב הוא מגיב באחד משלושה הדפוסים הבאים. דפוס התגובה הראשון כולל הטמעה (אסימילציה) [5]- תהליך בו מידע חדש מבחוץ עובר שינוי או עיוות על מנת שיוטמע לתוך הסכמה הקיימת, כך שהאירוע נזכר באופן שונה מכפי שהתרחש על מנת לשמר את הסכמה המקורית. הביטוי לכך יהיה לרוב ניסיונות לבטל (undoing) את שקרה ו\או האשמה עצמית. באמצעות האשמה עצמית



המטופל למעשה משנה את האירוע ובכך משמר את הסכמה המקורית שלו. כך לדוגמה, אישה שנאנסה על ידי גבר שיצאה איתו לדייט עלולה להאשים את עצמה על כך שהסכימה לעלות אליו הביתה. בכך היא בעצם מבטלת במידה מסוימת את חומרת האירוע ומעוותת את מה שהתרחש במציאות על מנת לשמר סכמה מקורית שהחזיקה בה- שהעולם הוא מקום טוב, למשל. דפוס התגובה השני כולל התאמת יתר (5) - שינוי קיצוני או מוגזם של הסכמות. במקרים אלו האדם מכליל מהמציאות, בה האירוע הטראומטי התרחש, או מתגובותיו במהלך האירוע למצבים שאינם קשורים לאירוע. כך למשל, אנשים שעברו טראומה רואים סכנות במקומות בהם אין סכנה ומתקשים לתת אמון באנשים אחרים. לבסוף, דפוס התגובה השלישי מתייחס אל התאמה (אקומודציה) (6)- זהו התהליך הרצוי והוא כרוך בשינוי הסכמה/האמונה הקיימת בעקבות המידע הנכנס. בשונה מהתאמת היתר, השינוי אינו מופרז והוא מאפשר התמודדות עם המידע החדש וקבלתו מבלי לגלוש למסקנות קיצוניות. למשל: "למרות שטעיתי בשיפוט שלי במהלך האירוע, רוב הזמן אני מקבלת החלטות טובות". או "לא יכולתי לדעת שנקלע למארב, זה בדיוק הרעיון במארב, וזה לא אומר שאי אפשר לסמוך עלי כמפקד".

ההנחה בבסיס הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי, היא כי תהליכי הטמעה והתאמת יתר עוצרים את תהליך ההחלמה הטבעי. הטמעה מופרזת מהווה בעיה משום שאינה מאפשרת התמודדות מלאה (רגשית, קוגניטיבית והתנהגותית) עם האירוע הטראומטי כפי שאירע במציאות. התאמת יתר אף היא מהווה בעיה משום שמייצרת סכמות קיצוניות יתר על המידה.

בדרך כלל, נטייתנו הטבעית היא לשמר את האמונות שלנו (הטמעה) ולא לשנותן (התאמה). על פי ג'ונף-בולמן (3), מידע שנמצא בהלימה עם הסכמות מזוהה ומעובד יותר מהר. אנו אוספים מידע שמאשש את הסכמה, זוכרים מידע שעולה בקנה אחד איתה ומפרשים דברים לאורה. כאשר המידע נוגד את הסכמה הוא מוקטן ועשוי לעבור תהליך החרגה, כלומר להיתפש בחזקת "היוצא מן הכלל".

כאשר טראומה הופכת אמונות קודמות על פיהן (התאמת יתר), שימורן של האמונות החדשות יהפוך אוטומטי גם הוא, וכך האדם יפרש את המידע בחייו על פי הסכמות החדשות. גם ברמה ההתנהגותית אנו משמרים את הסכמות על ידי כך ש"אנו מתנהגים באופן שעל פי רוב מוביל



לאישוש האמונות הקודמות שלנו" (3). במקרה של שינוי משמעותי בסכמות הקיימות עקב הטראומה, הייחוסים השלילים שנגזרים מהסכמות החדשות מייצרים פחד מצבי, שמוביל להימנעויות או להתנהגויות בטחון, אשר מטרתן למנוע מהאדם את החשיפה המלאה לגורם שממנו הוא מפחד. כך למשל, אדם שנאנס כשהלך ברחוב לבדו עלול לבקש מקרוביו ללכת איתו לכל מקום בתור התנהגות ביטחון שתימנע את החשיפה לגורם המפחיד- הליכה לבד ברחוב. דפוסי התנהגות אלו, בתורם מחזקים את התאמות היתר.

ההנחה של מודל העיבוד הקוגניטיבי היא שכל עוד ישנו קושי בעיבוד הטראומה, הרגשות החזקים הקשורים בטראומה לא ידעכו. התאמת יתר, בה הנפגע משנה לגמרי את השקפת עולמו, או הטמעה, בה הנפגע משנה את המציאות על מנת שתתאים לאמונות, לא יצליחו להביא להפחתה בסימפטומים משום שלא יאפשרו לאדם לחוות את האירוע הטראומטי כפי שאירע, כולל התגובה הרגשית החזקה הנלווית לו. לפי מודל זה, על מנת שתהיה אינטגרציה מוצלחת של האירוע והחלמה יש צורך בהתאמה, כלומר באיזון של האמונות באופן שלוקח בחשבון את האירוע הטראומטי.

תיאוריית העיבוד הקוגניטיבי גורסת שרגשות מסוימים כמו פחד, כעס או עצב, נחווים באופן טבעי במהלך הטראומה ודועכים בעקבותיה. רגשות אלו מכונים רגשות טבעיים. לעומתם, כאשר בעקבות הטראומה האדם ממשיך לחוות רגשות שליליים, ההנחה היא שרגשות אלו הם תוצר של דיבור עצמי שלילי או פרשנויות מוטעות אשר נמשכות גם לאחר שהאירוע חלף. לדוגמה, כאשר אדם מותקף על ידי אדם אחר שרוצה לפגוע בו, הסכנה בסיטואציה תוביל לתגובת בריחה או לחימה ולרגשות של פחד או כעס. אם לאחר מכן האדם המותקף יאשים עצמו על כך שהותקף, הוא יחווה רגשות של אשמה או בושה. רגשות אלה מכונים רגשות מיוצרים (בניגוד לרגשות הטבעיים כמו פחד, כעס או עצב) והם תוצר של המחשבות והפרשנויות על התקיפה, ולא תוצר ישיר של האירוע עצמו. ביטוי רגשות בטיפול לפי גישה זו, אינו מיועד להוביל להתרגלות (הביטואציה) לזיכרון הטראומטי כמו בתיאוריות ההתנהגותיות, אלא לעיבוד מלא של משמעויות האירוע. ההנחה היא שכאשר המטופל יפחית את תהליכי ההטמעה והתאמת היתר, הוא יוכל לאפשר לעצמו להרגיש את הרגש הטבעי ללא הפרעה. כתוצאה, רגש זה ידעך או יחלש במהירות וניתן יהיה להתחיל בעבודת התאמת הזיכרון לאמונות. במקביל לעבודה זו, בחינה שיטתית של אמונות מוטעות ביחס לאירוע, דהיינו אתגור של



אמונות המטופל ביחס למידת האשמה שלו, למשל, יביאו להחלשות הדרגתית של רגשות מיוצרים כמו בושה ואשמה. כך המטופל בעצם מתמודד באופן ישיר עם הרגשות הטבעיים שנלווים לאירוע הטראומטי וגם מפחית את ייצור של הרגשות שנובעים מדיבור עצמי שלילי או פרשנויות מוטעות, ולא מהאירוע עצמו.

לסיכום, לפי גישת העיבוד הקוגניטיבי, התסמונת הפוסט טראומטית משקפת עצירה של תהליך ההחלמה הטבעי בעקבות הימצאות גורם מפריע. לפיכך, על המטפל לקבוע מה הפריע להחלמה הטבעית ולסייע למטופל להניע מחדש את תהליך ההחלמה. ניתן לסכם ולומר שהגורמים העיקריים שמפריעים לתהליך ההחלמה הם: 1- הימנעות ובריחה מחוויות שקשורות בטראומה, 2- התניה- עקב הצימוד בין גירוי אשר הופיע במסגרת האירוע לבין החוויה של סכנה, 3- התנגשות בין אמונות קודמות לבין האירוע הטראומטי, 4- העמקה של אמונות שליליות קודמות בנושאים שונים כמו אמון, ביטחון, שליטה, אינטימיות וכן הלאה.

#### פרוטוקול טיפולי- תיאור שיטת הטיפול ושלביו:

טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי (CPT) כולל פרוטוקול מובנה ומודולארי. לפגישות לאורך הטיפול מבנה זהה. החשיבות של שמירה על המבנה היא בייצור של סביבת עבודה שאינה מעודדת הימנעות ובריחה מעיבוד הטראומה. כל פגישה תכלול: 1) עדכון קצר- הכולל בדיקת רמת סימפטומים על ידי שימוש במדדים אובייקטיביים המודדים סימפטומים פוסט טראומטיים וסימפטומים דיכאוניים כדוגמת ה (PCL; 7) PTSD Check List, (BDI; 8) Beck Depression Inventory, ו-1) Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; 9), עדכון לגבי משימות הבית במסגרתו בודקים מה נעשה, מה נלמד ומה היו הקשיים. 2) גישור מהפגישה הקודמת- בחלק זה אנו בודקים מה המטופל הבין מהפגישה הקודמת, מה לקח ממנה, מה היה חשוב לו והאם היו דברים שהיו קשים עבורו. 3) אגידה- קביעת המוקד לטיפול נעשית בשיתוף עם המטופל, אך בתחילת הטיפול חלקו של המטפל בקביעת האגידה יהיה גדול יותר, ועם חלוף הזמן חלקו של המטופל ילך ויגדל. יש לצמצם עיסוק בנושאים אחרים (שלרוב נובע מהימנעות מעיסוק בטראומה) ואו לנסות להכליל אותם בטיפול עצמו. 4) סקירת משימות ותרגולי הבית- בדיקת שעורי הבית מעבירה את המסר שהכנתם חשובה מאוד להצלחת הטיפול. סקירת שיעורי הבית יכולה להיות קצרה או ארוכה, ולעיתים קרובות היא החלק



המרכזי בפגישה. 5) דיון על נושאי הפגישה- הדיון נעשה תוך שימוש בשאלות סוקראטיות וסיכומים תדירים. 6) תכנון מטלות הבית- בתכנון מטלות הבית ישנה חשיבות רבה לכך שהמטופל יבין את המשימה ומטרתה. לפיכך יש להסביר את מטלת הבית ולחבר אותה למטרות של המטופל והטיפול. יש להתחיל את המשימות בפגישה עצמה, לנסות לזהות מכשולים אפשריים לביצוע המשימה ולהסירם. 7) סיכום ומשוב- סיכום הפגישה אמור לגעת בקצרה בנושאים שכוסו בפגישה, תוך הפחתת רגשות שליליים שעלולים לייצר הימנעות מהטיפול. מומלץ גם לבדוק עם המטופל האם היו דברים שבלבלו או הטרידו אותו והאם היו דברים שהמטפל לא הבין נכון, על מנת להקצות מקום לנושאים אלו בפגישה הבאה.

מבחינת שלבי הטיפול, הטיפול מתחיל מהערכה טרום-טיפולית, בהנחה שהמטופל סובל מתסמונת פוסט טראומטית, ממשיך לפסיכואדוקציה, בחינת משמעות הטראומה, עיבוד הנרטיב הטראומטי (אופציונאלי), רכישת כלי אתגור, סקירת תמות שקשורות לטראומה ומניעת הישנות ותכנון לעתיד. הטיפול מורכב מ-12 פגישות, כך שניתן לומר ששבע הפגישות הראשונות ממוקדות בעיבוד משמעויות, רכישת כלים ועיבוד אשמה (אם זו קיימת) וחמש הפגישות האחרונות ממוקדות בעבודה על אמונות שהשתנו בעקבות הטראומה. אמונות אלו מחולקות לחמש תמות עיקריות: בטחון, אמון, כוח/שליטה/השפעה, ערך עצמי ואינטימיות.

כעת נסקור את מבנה ותוכן הפגישות (לפירוט מלא של הפרוטוקול ניתן לעיין בספר "אופקים חדשים- טיפול בתסמונת פוסט טראומטית cognitive processing therapy בעזרת עיבוד קוגניטיבי"). את מבנה הטיפול נלווה ברשמים אישיים של מטופלת בשם רונית (שם בדוי). לאחר מכן, נציג את תיאור המקרה של הטיפול ברונית.

### מבנה הטיפול ורשמי המטופלת

בהיותה בת 18, רונית החלה לצאת עם בחור בשם יוני. יוני היה חייל קרבי ושירת הרחק מהבית. הוא מצא חן בעיני רונית והיא ציפתה למפגשים איתו. באחת הפעמים בהן שב מהצבא הם נפגשו, הערב החל כבילוי נעים ועבר בשלב כלשהו להתגפפות. רונית ניסתה להציב ליוני גבול אך הוא הפעיל לחץ ובשלב כלשהו אנס אותה בכוח. רונית הגיעה לטיפול כמה שנים לאחר האירוע עם תסמונת



פוסט טראומטית ומשבר דיכאוני שהשפיע על מערכת היחסים שלה עם בן זוגה הנוכחי, ניצן. היא סבלה מהתפרצויות זעם וחשה שאין לה שליטה על התקפים אלו.

### תיאורה של רונית את מצבה בתחילת הטיפול

הגעתי לטיפול כ-8 וחצי שנים לאחר האונס. אחרי שהתנסיתי, 5 שנים קודם לכן, בטיפול שלא חוויתי כמוצלח. הייתי בתקופה מאוד קשה בחיים. הייתי בזוגיות, שהגדרתי כמשמעותית מאוד עבורי וחרדת הנטישה, הפחד להיפגע שוב והעצב שתקף אותי בכל פעם שהייתי בלי בן הזוג שלי, ממש כאבו לי ברמה הפיזית. סבלתי ממאות התקפים יומיים שכללו תחושות של טינטון, סחרחורת, בחילה, כאב ראש, דופק מהיר... בכל פעם שהתקף כזה השתלט עליי, הייתי צריכה לשבת, לשים את כפות הידיים על האזניים ולחכות שהסיטו ייגמר. לאחר בירור רפואי מקיף ביותר, החלטתי שאין ברירה. הגיע הזמן לטפל בתגובה של הנפש שלי לטראומה! "הפעם, אני עושה טיפול אמיתי! טיפול ממוקד, שיכלול עבודה אמיתית וישירה מצדי, טיפול על-ידי גבר! גבר הרס, גבר יתקן!" – זה היה הדיבור הפנימי שלי לפני שהגעתי לטיפול באמצעות עיבוד קוגניטיבי. כשפגשתי את המטפל שאמור היה לקיים איתי את שיחת ההערכה, היינו רק שנינו, אני וגבר זר, בחדר אחד, הדלת מוגפת מאחורינו והדופק שלי העיד על רמת החרדה שלי באותם רגעים. באותה תקופה הייתי בעצמי במהלך התמחות בפסיכולוגיה והייתי אמורה לפגוש בעצמי מטופלים ולתת להם מזור למכאוביהם. "האם אני עושה את הדבר הנכון?" שאלתי את עצמי עוד לפני שהשיחה התחילה... "האם אוכל להתמודד עם טיפול כזה? עכשיו? בכלל?" ניסיתי להזכיר לעצמי את כל הדברים שהביאו אותי לחדר מעורר האימה הזה. "החיים שלי בלתי נסבלים עכשיו... ככה זה לא יכול להימשך..." אז התחילה השיחה. ניסיתי שוב להקיא מתוכי את הסיפור הזה, שמלווה אותי ב-8 השנים האחרונות, האקט המיני המלא הראשון שלי, הגיהנום שבו אני חיה. סיימתי לספר והפסיכולוג, שזיהה כנראה את הכוחות האמיתיים שלי תחת המעטה הדמיוני של שפיות שעטיתי עליי כל אותה תקופה, ניסה לברר איתי למה באתי ומה המטרה שלי, להסביר לי שמחכה לי עבודה קשה ומאתגרת, שאצטרך להכין שיעורי בית (אני! שמעולם לא עשיתי את זה קודם, פחות או יותר), שנקליט את הפגישות שלנו ואצטרך להקשיב לדברים בין הפגישות... גם אז, למרות שתהיתי האם זה המקום הנכון עבורי והאם אוכל לעמוד במשימה, נטייתי לרצות ולעטות מסיכה מזויפת של שפיות, הביאה אותי לענות שהמטרה שלי היא לשפר את מצבי הרגשי ואת איכות חיי ושאני רוצה ומוכנה לעבוד קשה לצורך כך. שבאתי לכאן, למטפל גבר, בדיוק למטרה הזו. אז הוגדרה המסגרת הטיפולית – 3 חודשים של עבודה אינטנסיבית, הסרת הגלד שעמלתי שנים





לבנות על הפצע וחייטוט במוגלה הנפשית הכי דלקתית שלי... אימה ותקווה הציפו אותי בו זמנית וכולי הייתי דרוכה בציפייה לבאות...

### פגישה 1. סימפטומים ורציונל:

הפגישה הראשונה מתקיימת לאחר סיום ההערכה המוקדמת של מצבו של המטופל ולאחר שנקבע שהמטופל סובל מתסמונת פוסט טראומטית. מרבית הפגישה הראשונה כוללת מידע פסיכוחינוכי והיא מניחה את התשתית לטיפול כולו. השיח אמור לאפשר בניית אמון במטפל ובגישה המוצעת ולעודד היענות לתוכנית הטיפול. המטפל מתחיל בהסבר פסיכוחינוכי על התסמונת הפוסט טראומטית, כיצד היא מתפתחת, ומה משמר אותה. ההסבר מחלק את הבעיה לארבעת קבוצות הסימפטומים: 1- חודרנות: חוויה מחדש של האירוע או חלקים באירוע- זכרונות חושיים, דימויים, פלאשבקים, סיוטים, מחשבות, 2- שינוי באמונות: הערכות, מחשבות, אמונות, הנחות, 3- עוררות: עוררות יתר ותגובת בהלה מדברים שמזכירים את הטראומה. רגשות כמו עצב, כעס, פחד, גועל, נכללים בהסבר על עוררות, 4- הימנעות ובריחה ממצבים, ממקומות, מאנשים, ממחשבות ומרגשות. בזמן ההסבר המטפל מבקש דוגמאות ספציפיות כיצד סימפטומים אלו מקבלים ביטוי בחייו של המטופל. לאחר מכן המטפל מסביר מדוע מתפתחת תסמונת פוסט טראומטית ומציג בפני המטופל הסברים על תגובת בריחה, לחימה וקיפאון בזמן טראומה (לצורך נורמליזציה של תגובות בזמן הטראומה), על תהליכי התניה ועל ההשפעות המקיפות על המערך הקוגניטיבי. מודל העיבוד הקוגניטיבי רואה בתסמונת פוסט טראומטית תוצר של שבר במערך אמונות חיוביות קודמות (העולם הוא מקום טוב בסך הכל, העצמי הוא בעל ערך ולעולם יש משמעות) או העמקה של אמונות שליליות קודמות. שינויים קיצוניים בתפישת העולם או עיוות של המציאות מוצגים בפני המטופל כנקודת התקעות שמייצרים רגשות המחבלים בתהליך ההחלמה ויש לעבוד עליהם.

בהמשך, המטפל מציג את מטרות הטיפול: 1- לעזור למטופל לקבל את המציאות של האירוע, 2- לעזור למטופל לשנות את אמונותיו בצורה מספקת כדי לקבל את האירוע כמו שהוא, כלומר עבודה על נקודות "היתקעות", 3- לעודד את המטופל שלא להימנע מאירועים, ממקומות, מאנשים, ממחשבות ומרגשות הקשורים בטראומה (כל עוד לא מדובר בדברים החושפים את המטופל



לסכנה ולהרגיש את רגשותיו ביחס לטראומה (רגש טבעי), 4- ולשנות מחשבות שליליות (ובתגובה להם רגשות מיוצרים) המחזקות ומשמרות את התגובה הפוסט טראומטית.

יש לוודא שהמטופל מבין את רציונל הטיפול ובאופן ספציפי את חשיבות המגע וההתעמתות עם גירויים שעד כה העדיף להימנע מהם. כמו כן, יש להדגיש את חשיבות ההגעה לפגישות והעבודה בבית בין הפגישות. לקראת סיום, המטופל בוחר את האירוע הקשה ביותר שעבר (אירוע שלרוב הפלאשבקים הקשים קשורים בו) שיהווה מוקד לטיפול (ללא תיאור מפורט שלו). המטפל מציג למטופל את תרגול הבית שלו: כתיבה על השפעת האירוע הטראומטי ביותר על תפישות העולם שלו תוך התייחסות לאמונות שהשתנו בעקבות האירוע (אמונות חיוביות שהפכו לשליליות או אמונות שליליות שהועמקו). אל אמונות אלו יש להתייחס בחלוקה לתמות השונות (בטחון, אמון, כוח/שליטה/יכולת השפעה, ערך עצמי ואינטימיות) וללא פרטי האירוע עצמו. המטפל נותן למטופל דף הסבר על נקודות היתקעות, דף לתיעוד נקודות "היתקעות" ותרשים שמתאר תגובות פוסט טראומטיות.

#### כך כתבה לעצמה רונית לאחר הפגישה הטיפולית הראשונה:

הפגישה הראשונה הגיעה... שוב תחושות מוכרות הציפו אותי. כל הגוף דרוך ויש לי צורך עז לברוח. אוספת את עצמי, עוטה את המסיכה השפויה ונכנסת לחדר. שוב אני וגבר זר לבד בחדר סגור. שוב ספק – בכוונות שלו, ביכולת שלי לשאת את הסיטואציה, ביכולת שלי להמשיך לחיות – הלב דופק כל-כך חזק... אז הוא מתחיל לדבר. הקול שלו מעט מרגיע אותי והוא מסביר לי משהו, שלמרות כל הידע שלי בפסיכולוגיה, לא ידעתי. שחוץ מלהילחם או לברוח, יש תגובה אפשרית נוספת למצב איום – לקפוא. סוף-סוף אני מבינה מה קרה שם בחדר ההוא! מה קרה אחרי הניסיון שלי להילחם ולפני הניתוק הארוך, שאפשר לי לשרוד את מה שקרה... כחלק מאותו הסבר פסיכוינוכי (שלפעמים בתור סטודנטית נשמע לי כמו שטות מתנשאת על המטופל/ת), הוא גם אפשר לי להבין איך יכול להיות שלמרות שאמרתי ליוני שאני לא מתכוונת לשכב איתו עוד לפני שהכל התחיל ולמרות שהתנגדתי תוך כדי, עד שקפאתי והתנתקתי, ואפילו בסוף, לפני שברחתי משם כל עוד נפשי בי, אמרתי לו שמה שקרה שם לא היה מרצוני, כשהוא שאל אותי אם אני טוענת שהוא אנס אותי, התשובה שלי הייתה: "לא...". איך לקח לי יומיים ונדרש ממני לשמוע את יערה קוראת למה שקרה שם "אונס", כדי להיות מסוגלת לתאר את המציאות שחוויתי כמו שהיא הייתה ולא להטמיע את האירוע הארוך הזה כ"לא נעים" או אותו כ"לא קשוב מספיק". בסוף הפגישה, הוא מבקש שאם יעלה צורך במהלך הטיפול, אם יהיה לי קשה מדי לבד,



אם אזדקק לו, שאצור קשר, בכל שעה שהיא... אני שותקת. הוא מיד "עולה עליי" ומבקש שוב. שאתקשר. מציין כי מהתגובה שלי נראה שאין לי כוונה לעשות את זה. אנחנו מנסים לבחון למה. סוגיות של אמון, תלות, חרדת הנטישה שמלווה אותי, החוויה שאין מי שמבין/ה אותי... כל אלה עולות בשיחה. הוא מבין. מסביר שזה לגיטימי והגיוני אחרי מה שעברתי. אבל שחשוב שאדע שהוא רוצה שאתקשר. הוא רוצה להיות שם בשבילי אם יהיה לי קשה מדי. אני לא בטוחה שאני מאמינה לו... שאני יכולה לסמוך עליו... אבל רק רוצה לסיים את השיחה ולצאת מכאן. לנשום עמוק ולאפשר לעצמי לחנוק את דמעות ההתרגשות מעצם המילים האלה. מישהו רוצה להיות איתי בגיהנום...

## פגישה 2. השפעות האירוע הטראומטי:

בתחילת הפגישה השנייה יש לבקש מהמטופל לקרוא בקול רם את החיבור שכתב על השפעות הטראומה, זאת על מנת לצמצם אפשרות שיוכל להתנתק רגשית מהתוכן הכתוב. במהלך העבודה על החיבור יש לסמן (אך עדיין לא בהכרח לאתגר) נקודות היתקעות אפשריות, כלומר ביטויים של הטמעות והתאמות יתר. על המטפל מוטל לנרמל את ההשפעות של האירוע, אך בה בעת לאזן דברים אלו על ידי הצעת האפשרות שישנן דרכים אחרות לראות/לפרש את האירוע ואת תוצאותיו או שיש להתחיל לנוע מעבר אליו. המטפל יכול לעזור למטופל לראות שמחיר ההימנעויות כבד מאוד וששווה להסתכן, דהיינו לזכור את הטראומה ולהרגיש את הרגשות הכואבים הקשורים אליה, על מנת להחלים.

בשלב זה המטפל מציג למטופל את המודל הקוגניטיבי (ABC- Activating event, **B**elief and **C**onsequence)

וגומלין בין המחשבות, הרגשות והמעשים. הדבר נעשה על ידי בחינה של תכנים בחיי המטופל ופירוקם לאירוע מפעיל (חיצוני או פנימי), הפרשנות או הדיבור העצמי לגבי האירוע והתגובה הרגשית וההתנהגותית שבאה בעקבות זאת. המטפל מציג את הרעיון ששינוי המחשבות יכול להוביל לשינוי הרגש הנחוה או לשינוי עוצמתו וכך גם לשינוי התנהגות. דוגמה פופולארית לכך היא לגבי רעש הנשמע במפתיע בלילה. המטופל נשאל מה ירגיש בסיטואציה כזו, ולאחר שהוא מציין את הרגש הוא נשאל מה אמר לעצמו על מנת להרגיש רגש זה. מרבית המטופלים עונים שהיו חשים פחד (מעבר לבהלה הראשונית שמייצר הרעש). כשהם נשאלים מדוע הם אומרים "כי אולי יש גנב בבית". בשלב זה המטפל ישאל "ומה היית עושה?". המטפל רושם את המחשבה, את הרגש הנלווה ואת האופן בו האדם



מתאר שהיה מגיב ולאחר מכן שואל "האם לדעתך יכול להיות הסבר אחר לרעש?". מטופלים רבים מעלים אפשרויות כמו רוח שגרמה רעש, חיה שעשתה רעש בבית כמו חתול או כלב אם יש, או אולי עכבר, או ערימת כלים שהתמוטטה וכיו"ב. לאחר שהמטופל מעלה מספר מחשבות אלטרנטיביות המטפל שואל את המטופל "מה לדעתך היית מרגיש אם זה מה שהיית חושב? ומה אתה משער שהיית עושה?". השאלות של מה היית מרגיש ומה היית עושה נשאלות לגבי כל אחת מהאלטרנטיבות. רק לבסוף ניתן להדגים למטופל שלאירוע אחד יכולות להיות פרשנויות רבות ושכל פרשנות תוביל לתגובה רגשית והתנהגותית שונה. לאחר מכן, המטפל נותן למטופל דף רישום אירועים, מחשבות ורגשות ומסביר כיצד יש למלא את הדף. כדאי להדגים בעזרת קישור לחיבור שכתב המטופל. בתור שיעורי בית המטופל מונחה לרשום לפחות דף רישום מחשבות אחד ביום על אירועים שונים מחיי היום יום ולפחות דף אחד על הטראומה באופן ישיר. המטופל מקבל מהמטפל דף לזיהוי רגשות, דפי רישום מחשבות ורגשות, הנחיות ודוגמאות של דפי רישום אלו.

### פגישה 3. זיהוי מחשבות ורגשות:

בפגישה זו מוקד העבודה הוא בחינת דפי העבודה ובדיקה האם המטופל מבין את הקשר בין מחשבות, רגשות והתנהגות. יש להתחיל לבצע איתגור עדין של נקודת היתקעות דרך שאלות סוקרטיות- טכניקת העלאת שאלות שמטרתה לייצג דיאלוג באמצעות חשיבה עמוקה וביקורתית על נושא מסוים. המטרה היא לסייע למטופל להגיע לחשיבה מאוזנת יותר כלפי הרגשות שהם תוצר של מחשבות אלו, ולשאוף לערער את ההאשמה העצמית והביטול (undoing). בעת שעוברים וקוראים את דפי רישום המחשבות והרגשות, על המטפל לשים לב לדפוסים חוזרים, לבחון את ההתאמה של הרגש ושל עוצמתו לאירוע ולמחשבה וכמובן לוודא שהמטופל מצליח להבחין ולהפריד בין המחשבות לבין הרגשות שלו.

בגרסתו המוקדמת של פרוטוקול הטיפול, המטפל הנחה את המטופל בפגישה זו לכתוב את הסיפור הטראומטי בתור תרגול בית (מלבד המשך עבודה עם דפי רישום המחשבות והרגשות) ולקרוא את הסיפור פעם ביום. ההנחיות לכתובה הן לכלול כמה שיותר פרטים על החוויה ולכלול בתיאור רשמים חושיים (מראות, קולות, ריחות, תחושות גופניות וכו'), מחשבות ורגשות שחווה במהלך הטראומה. על המטופל לכתוב במקום שקט ופרטי ולא לייחס חשיבות לסגנון הכתיבה. יש להסביר



למטופל שחווית הכתיבה עלולה להיות קשה מאוד עבורו בשלב זה, אך במשך הזמן, אם יאפשר לעצמו להרגיש את הרגשות שלו לגבי האירוע, הם יהפכו פחות משתקים ומציפים. בגרסה המעודכנת של הפרוטוקול, לעומת זאת, מרכיב זה אינו מהווה חלק אינטגרלי מהטיפול. זאת משום שמחקרים בתחום הראו שהמרכיב אינו נחוץ להצלחת הטיפול והוא כיום אופציונלי. במקום זאת, המטפל והמטופל ימשיכו לעבוד על המשמעויות, הסכמות והאמונות שהשתנו עקב הטראומה בפגישה הבאה.

### רונית מספרת לאחר הפגישות השנייה והשלישית:

הפגישות השנייה והשלישית מגיעות. אני מרגישה מעט נוח יותר במחיצת הגבר הזה, שהוא כבר קצת פחות זר לי. גם הרגשות האלה מלווים באשמה. "כל-כך מהר אני סומכת עליו? אני הרי יודעת שהשיפוט שלי לגבי גברים ממש לקוי..." אבל אני יודעת שבאתי לכאן כדי לעשות שינוי. שינוי שקריטי שאעשה אותו עכשיו. בפגישה הקודמת, הוא ביקש ממני לכתוב בפירוט הרב ביותר את מה שקרה שם. להיזכר לפרטי פרטים במה שנאבקתי כל השנים האלה לשכוח... את הריחות, את השיר הנורא שהוא שהתנגן, שבכל פעם שהוא נשמע ברדיו, אני מיד מעבירה תחנה, את המדים שלו על הכיסא, את הנר... והחלק הכי נורא היה שהוא מיד "עלה עליי", על המנגנון שאפשר לי להתמודד עם כל הזיכרונות האלה בלי לקרוס לגמרי, וביקש ממני לאפשר לעצמי להתחבר רגשית לתיאור... "8 שנים ויותר לא עשיתי את זה, כדי להגן על עצמי, על הנפש שלי ועכשיו אתה מבקש שאתחבר לזה רגשית?! אני אתפרק. אני לא אעמוד בזה! אני אהיה שם לבד בחדר כשזה יקרה, בן הזוג שלי בחדר ליד או מחוץ לבית... הוא לא יידע להכיל את זה... עד שניפגש, עוד שבוע, בהנחה שאתה תדע להכיל את זה... איך אני אשרוד את זה?! כל המחשבות האלה ליוו אותי מרגע שיצאתי מהחדר שלו בפגישת הטיפול הראשונה ועד שהצלחתי לשכנע את עצמי שהבאתי את עצמי לטיפול הזה כי ככה הנפש שלי לא באמת מוגנת... כי אני לא עומדת יותר בהתמודדות עם מסיכת השפיות המזויפת הזו. היא לא מצליחה להסתיר את הצלקות יותר... התיישבתי לכתוב. המילים נשפכו כמו הדמעות שלי על הדף, עוד ועוד זכרונות. טריים כאילו הכל קרה אתמול... 8 שנים והכל ממש כאן. כאילו בחדר הזה ממש הכל מתרחש, ברגעים אלה ממש... כל-כך הרבה זמן עבר מאז הפלאשבק המלא האחרון שלי והנה אני מזמינה אותם לכאן ביוזמתי... סיימתי לכתוב והרגשתי עייפות מטורפת... כמו אחרי ריצת מרתון בלי נעליים בים בהתקף מאני שלא נגמר... מלח בעיניים, כאבים בכל הגוף ועייפות... כל-כך עייפה הייתי ותחושה של בדידות הציפה אותי. תחושה שאף-אחד/ת בעולם כולו לא מסוגלת להבין מה עובר עליי עכשיו... אני נמצאת על הגבול הדק שבין שפיות לשיגעון ואני שוב בוחרת בחיים, במלחמה לשינוי, בשפיות... ואז אני קוראת הכל שוב. רואה כמה חורים יש שם, בסיפור. כל הרגעים שבהם הייתי מנותקת. כי הנפש שלי לא יכלה לשאת את החוויה המבעיתה הזו. הנוראית. שמעולם, לפני כן, לא העליתי



בדעתי שאוכל להיקלע אליה... ואז נזכרתי שהנורא מכל עוד לפניי. בפגישה הבאה אני אמורה לקרוא את כל מה שכתבתי בפניו... להסיר מעלי את המסיכה שמגינה עליי, מעצמי, מהמבטים המרחמים של אחרים/ות, ולהיחשף באמת... לא רק לספר את הסיפור, כמו כתבה מחרידה שקוראים בעיתון. אלא לספר עליי... על מה הרגשתי ומה הרחתי ובאיזה צבע היו הקירות... לתת לו ללוות אותי אל הפלאשבקים ולסמוך עליו שהוא ייתן לי יד במטרה אמיתית לשמור עליי מכל הרגשות, המחשבות והתחושות שיתלוו לתיאור המפורט הזה... "מה חשבתי לעצמי?!" אני שוב שואלת את עצמי ומזכירה לעצמי, שחשבתי שמגיע לי לחיות. בפגישה הזו, השנייה, הבנתי שכדי "להגן" על עצמי ולאפשר לעצמי לשמר את ההנחות הבסיסיות שלי על העולם, כמו "צדיק וטוב לו, רשע ורע לו", עיוותתי כל מיני חלקים בסיפור שגרמו לי תחושת אשמה משמעותית. שאלתי את עצמי: "מה עשיתי שזה הגיע לי?!" וכמובן שהיו לי תשובות בלי סוף... זיהיתי את הנקודות הטראומטיות ביותר עבורי, העובדה שנשארתי לישון שם אחרי האונס והתגובה שלו, יומיים אחרי, כשאמרתי לו שאני אכן טוענת שהוא אנס אותי. במשך הפגישה השנייה ורבות אחריה עסקנו במחשבות הדיספונקציונאליות שסיגלתי לעצמי, שכשאמרתי אותן בקול רם, אפילו אני לא לגמרי האמנתי להן... סוגיה נוספת שהעסיקה אותי במשך פגישה שלמה לפחות (מהמקום שבו אני נמצאת היום אני חושבת שאם זה לא היה עצוב, זה היה מצחיק) הייתה האם יוני הוא "אנס" או שלא הייתה לו כוונה אמיתית לפגוע בי וזה פשוט קרה כי הוא היה מרוכז בעצמו ובהנאה שלו. כאילו שזה משנה משהו, חוץ מאשר את היכולת שלי להמשיך להאמין ש"טבע האדם טוב מנעוריו"...

#### פגישה 4. זיהוי נקודות היתקעות #1:

בפגישה זו מוקד העבודה הוא נקודות היתקעות שעולות מדפי העבודה שמילא המטופל ומהשיח איתו באופן כללי. העבודה נעשית בעזרת דיאלוג סוקרטי, מומלץ לשלב גם משחקי תפקידים. כך לדוגמה, המטפל יכול לשאול את המטופל מה הוא חושב שהיה צריך לעשות אחרת בסיטואציה של האירוע הטראומטי, תוך אתגור עדין של האשמה עצמית וחוכמה לאחר מעשה. בשלב זה המטפל מציג את דף שאלות אתגור המחשבות. דף זה, שעתיד לשמש את המטופל לאורך כל הטיפול, מכיל 12 שאלות שנועדו לערער את מידת ביטחונו ועוצמת אמונתו של המטופל במחשבות שליליות לא מדויקות או לא מועילות ובנקודות היתקעות שאותרו לאורך הטיפול. לאחר תרגול משותף של השימוש הנכון בדף שאלות אתגור המחשבות, המטופל מתבקש למלא דפי אתגור מדי יום ומקבל דוגמאות מלאות לדפים כאלו.



## פגישה 5. זיהוי נקודות היתקעות #2:

גם בפגישה זו מוקד העבודה הוא ניתוח נקודות היתקעות בעזרת דיאלוג סוקרטי ומשחקי תפקידים. כעת ניתן לאתר נקודות היתקעות גם על סמך דפי שאלות אתגור המחשבות שמילא המטופל בבית. כחלק מעבודה זו, על המטפל לסייע למטופל לראות שהדיבור העצמי שלו מגביר את רגשות האשמה והרגשות השליליים שהוא חווה, ובכך יכול לפגוע בתהליך ההחלמה.

## פגישה 6. דפוס חשיבה:

בשלב זה המטופל מעמיק את היכולות שלו לבחון ולהעריך את מחשבותיו דרך דפי שאלות האתגור. עד כה התמקדנו באתגור של תהליכי הטמעה (בעיקר באמצעות עבודה על נקודות היתקעות שקשורות להאשמה עצמית), כעת יש לתת את הדעת גם לתהליכים של התאמת יתר בעזרת דף דפוס חשיבה לא מועילים שמוצג למטופל. על המטופל לחפש דפוס חשיבה חוזרים שתוקעים את תהליך החלמתו- אלו דפוס חשיבה אוניברסליים שמשפיעים על כולנו, אך אלו עלולים להתעצם עקב טראומה. כך למשל, מטופל עלול להכליל אירוע בודד לדפוס אינסופי ולתפוש את כל האנשים כמסוכנים בעקבות מפגש בודד עם איש שהיווה עבורו סכנה. הכללת יתר זו היא דוגמה להתאמת יתר, היות שמדובר בתהליך שבו הסכמות של המטופל לגבי האנשים בכללותם עוברות שינוי והקצנה. משלב זה של הטיפול, המטופל אמור להתחיל לשאול שאלות אתגור בעצמו והמטפל עובר בהדרגה לתפקיד של מתן תמיכה רגשית, פיקוח על התהליך, יעוץ סביב נקודות היתקעות קשות וכן הלאה. המטופל מתבקש לזהות דפוס חשיבה שמאפיינים אותו, והמטפל מסביר למטופל כיצד תבניות אלו נעשות אוטומטיות, יוצרות רגשות שליליים וגורמות לאנשים להתנהג בצורה לא יעילה. לאחר תרגול של זיהוי דוגמאות מחייו של המטופל, המטפל מסביר את משימת התרגול לשבוע זה- לבחון בעזרת דף דפוס חשיבה לא מועילים נקודות היתקעות שהמטופל עבד עליהן לאורך הטיפול. המטופל מקבל דוגמאות לדפי דפוס חשיבה לא מועילים.

## פגישה 7. דפוס חשיבה מוטים וביטחון:

בפגישה השביעית המטופל מסיים את שלב רכישת הכלים בטיפול ומעתה הוא יתרגל את השימוש בכלים אלו על נקודות ההיתקעות הנותרות. הפגישה מתחילה בסקירת שיעורי הבית (איתור



הרגלי חשיבה לא מועילים), המטפל מציע שהרגלי חשיבה אלו השפיעו על תגובתו של המטופל מאז הטרואומה. גם אם בתחילה המטופל אינו מאמין בכך לגמרי, שינוי השפה הפנימית בה המטופל משתמש יכול להביא להשפעה מיידית על חומרת הרגשות המיוצרים שלו.

בנקודה זו המטפל מציג את דף האלטרנטיבות שכולל את שלל הכלים שרכש המטופל עד כה בטיפול: בחינה של אירוע, מחשבה, רגש, אתגור המחשבה, זיהוי דפוסי חשיבה, מציאת מחשבה אלטרנטיבית, דירוג מחדש של האמונה במחשבה המקורית שאותה בחן, ציון סוג הרגש שהמטופל מרגיש ודירוג עוצמת הרגש מ-0 עד 100. לאחר תרגול משותף של עבודה זו, תרגול הבית יהיה לעבוד עם נקודות היתקעות או מחשבות אוטומטיות הקשורות לטרואומה, לבחון אותן ולשנות אותן על פי הצורך.

החלק האחרון של הפגישה כולל התחלת העבודה על השינוי באמונות בעקבות האירוע הטרואומטי, בחלוקה לתמות השונות. התמות בנויות באופן היררכי והתמה הראשונה היא נושא הביטחון: אמונות הקשורות לביטחון כוללות אמונות בקשר לעצמי, אמונות לגבי אחרים ואמונות לגבי העולם בכלל. המטפל והמטופל ינסו לקבוע האם הטרואומה העמיקה אמונות שליליות או שהפריעה ושברה אמונות חיוביות קודמות, ויבחנו כיצד הושפעו בהתאם הרגשות וההתנהגויות של המטופל. לאחר זיהוי האמונות הבעייתיות, המטפל יסייע למטופל להגיע לדיבור עצמי ולמחשבות אלטרנטיביות מתונות יותר בעזרת הכלים שהמטופל כבר רכש.

מכאן, בפגישות הבאות כל פגישה כוללת עבודה על תמה (בטחון, אמון, כוח ושליטה, ערך והאינטימיות). בתום כל פגישה המטפל נותן למטופל דף הסבר על התמה עליה עובדים והמטופל ממלא דפי אלטרנטיבות באשר להן. כל דף כולל הסבר על הנושא הנדון. למשל, בטחון כולל הסבר על ביטחון בעצמי, ביטחון באחרים, כיצד טראומה יכולה להשפיע על תמה זאת במקרה של שבר או העמקה של אמונות, הסימפטומים הקשורים והתהליך שיכול להוביל להחלמה.

#### בהמשך רונית כותבת:

הפגישות מתקדמות לאיטן ובמקביל גם ההתמחות שלי. אני מטפלת בפגועים/ות ראש ולא תמיד מסוגלת להיות כל כולי שם... ואז מגיעה אליי אישה צעירה לפגישת הערכה ראשונית. ככל הנראה, לאחר ניסיון אובדני. אני מסתכלת לה בעיניים ורואה את אותו מבט חלול שניבט אליי בכל בוקר מהמראה מאז אותו לילה... אנחנו





משוחחות ואני שואלת אותה כל מיני שאלות. במהלך השיחה, נדמה לי שהיא מנסה לספר בלי מילים על פגיעה מינית שהיא עברה. אני יוצאת מהחדר אחרי השיחה, תוהה אם אכן קלטתי אותה נכון או שמא הטיפול והעלאת הנושא למודעות הביאה אותי למחשבות האלה, ואני מתפרקת... אני נכנסת לחדר אחר ומרגישה איך המסיכה יורדת מעל פניי ואני לא יכולה לעצור את הדמעות והכאב. איך ברור לי שאני לא יכולה לצאת מהחדר הזה עכשיו. איך אני כלואה בתוך עצמי ובתוך הסיוטים שלי ואין לי דרך לצאת... ואז אני נזכרת בו ובדברים שהוא אמר בפגישה הראשונה: "אני מבקש שתתקשרי אם תצטרכי. אם יהיה קשה מדי". באותו רגע אני מבינה שאין לי ברירה. אני לא רוצה להיות תלויה, אני מרגישה אשמה שאני מפריעה לו בזמן שהוא לא "הזמן שלנו", אבל אני לא על סף תהום. ואני אפילו לא בבית! אני לא יכולה להתפרק כאן... אני מחייגת את המספר שלו והוא עונה. הקול שלו גורם לי לבכות עוד יותר וכמעט להיחנק מהדמעות שלי... אני מספרת לו מה קרה, שאני מפורקת ואי-אפשר, זה לא הזמן הנכון, לא המקום המתאים... הוא מרגיע אותי בקול שלו, במילים הנכונות, במתן הלגיטימציה להתפרקות... הוא מאפשר לי לפרוק עד שמגיעה הרגיעה. אני מתנצלת על ההפרעה ועל ש"נפלתי עליו" והוא מבקש שוב שאם אצטרך אותו, שאתקשר שוב. זה לא קרה שוב במהלך הטיפול. אבל תמיד זכרתי שאם יהיה צורך, יש לי כתובת...

#### פגישה 8. ביטחון ואמון:

בפגישה זו המטפל והמטופל ממשיכים לדון בנושא הביטחון. עוברים יחד על מטלות הבית ועל דפי העבודה, ובוחנים את הקשיים של המטופל בנושא. כשלמטופל יש דף עבודה שמאתגר בצורה מוצלחת נקודת היתקעות בנושא, יש לעודד אותו לקרוא מחדש את דף העבודה לעיתים קרובות, על מנת לחזק את ההפנמה של המחשבה החדשה. בזמן הנותר של הפגישה המטפל מציג את נושא האמון. אמון של המטופל בעצמו ואמון שלו באחרים. אמון עצמי מתייחס לאמונתו של המטופל בכך שהוא יכול לסמוך על התפישות והשיפוטים שלו. אמון באחרים משמעותו האמונה שניתן לסמוך על אנשים, קבוצות וגופים אחרים באופן מאוזן. על המטפל והמטופל לעבור יחד על הדף המתייחס לנושאי האמון. לשיעורי בית על המטופל לנתח ולהתעמת עם נושאים של ביטחון ואמון תוך שימוש בדפי העבודה. המטפל נותן למטופל את דף ההסבר בנושא אמון ודוגמה מלאה לדף אלטרנטיבות בנושא אמון.



### בשלב זה רונית כותבת:

אני טיפוס חרדתי. אמא שלי כינתה אותי לא פעם היפוכונדרית וטענה שסף הרגישות שלי תמיד היה גבוה. אבל במהלך הטיפול, התחילו לי חרדות שלא ליוו אותי קודם. לשמחתי, זה קרה כשכבר הרגשתי מספיק בנוח עם המטפל שלי כדי לדבר עליהן. הייתה לי פתאום חרדה ממעליות... בשני היבטים שונים. האחד, להיות לבד עם גבר במעלית. לעיתים חשבתי שעדיף לא לעלות למעלית כשיש בה רק גבר אחד. השני, התפתחה לי חרדה שהמעלית תיפול בעודי בתוכה. לא יכולתי להסביר את המקור לחשש, אבל היה לשיח על הרגשות האלה המון מקום... הוא סב סביב נושאים של ביטחון בעולם ובאחרים וסביב נושאים של אמון באחרים. לפעמים היה לי קשה לקשר את החרדות שלי לטראומה, אבל המטפל שלי בדרך-כלל ידע לברר איתי איזה מחשבות עומדות מתחת לפחד ולא אפשר לי להתחמק מחקירה מעמיקה ואמיתית ומאתגור שלהן.

### פגישה 9. אמון, כוח, שליטה והשפעה:

כמו בפגישות הקודמות, המטפל מתחיל את הפגישה בסקירת שיעורי הבית ודן עם המטופל בהצלחות ובקשיים בשינוי מחשבות ואמונות בתרגילי הבית. לאחר מכן, הדיון מתמקד בבעיות הקשורות באמון, שנפגע לעתים קרובות בקרב אנשים שעברו טראומה מכל סוג. בטיפול, המטפל מציג את הרעיון שאמון נמצא על רצף והוא רב מימדי, שנקודת האפס נמצאת באמצע וש"אפס" משמעותו "אין מידע" ולא "אין אמון". אפשר למפות ביחד את הסביבה החברתית, להבין ממי ניתן לבקש תמיכה, מאיזה סוג, וכיצד לבקש אותה בצורה ישירה. לקראת תום הפגישה המטפל מציג את דף ההסבר על כוח, שליטה ויכולת השפעה. כהכנה לפגישה הבאה, המטפל מנחה את המטופל לקרוא את דף ההסבר ולעבוד על נושאים אלה עם דפי האלטרנטיבות. נושא המסוגלות ויכולת ההתמודדות יכול לעלות בשלב זה, אך גם בשלב העבודה על ערך עצמי. שני סוגי אמונות הנפוצות לאחר טראומה הם "אני חייב להיות בשליטה מוחלטת כל הזמן" ובקצה השני - "אני חסר אוניס וחסר שליטה בכל תחום ובכל מצב". כמו סביב נושאים של אמון, במקרים אלו המטפל אמור להשיב את המטופל באופן חזרתי לשאלה "שליטה במה?", ולסייע למטופל ליצור תפיסת שליטה כרצף רב מימדי. החל מפגישה זו המטופל מקבל שתי משימות בנוסף לדפי האלטרנטיבות: 1- לתת מחמאות ולאפשר לעצמו לקבל מחמאות מבלי להזדוף אותן בביטול, 2- לעשות לפחות דבר אחד למען עצמו ביום מבלי להתנות אותו.

רונית מתייחסת לקשיים שלה לאורך הטיפול:



הטיפול כבר התקדם מאוד ויכולתי לאפשר לעצמי לבטא את הפחדים שלי יותר בנינוחות. אני לא אשכח את הפגישה שבה דיברתי על כמה חששתי, טרם הטיפול, לשהות עם גבר לבד בחדר סגור. המטפל שלי קם מהכיסא שלו, שהיה ממוקם מול הספה עליה ישבתי ותוך כדי כך שאל: "מה, לדעתך, תרגישי היום, אם אני אשב ככה לידך?" והוא התיישב לידי על הספה, היד שלו כמעט נוגעת בשלי. הלב שלי דפק כמו מטורף! ברגע הראשון, קפאתי... ואז חייכתי אליו ואמרתי: "ברגע הראשון, אני ארגיש אימה וחרדה איומות. אבל אז, אני אזכר שאני סומכת עליך ושאתה 'מהטובים' והגוף שלי יירגע ויהיה פחות דרוך ואולי זה יהיה לי אפילו נעים, הקרבה". אני כל-כך מודה לו שהוא זיהה את הרגע הזה, המדויק, שבו זה לא היה מפחיד מדי, אבל שהוא לא ויתר לי על זה. זו הייתה נקודת מפנה חשובה מאוד עבורי, כדי להבין באמת (לא רק בשאלונים) שהטיפול הזה מצליח! שעשיתי עבודה טובה יחד איתו!

### פגישה 10. כוח, שליטה והשפעה, ערך עצמי וערך של אחרים:

הפגישה נפתחת בסקירת תגובות המטופל למשימת המחמאות ולמשימות הפעילות הנעימה שעשה המטופל למען עצמו במהלך השבוע. יש לעודד את המטופל להמשיך לתרגל את שתי המשימות הללו על בסיס יומי. לאחר מכן עובר הדיון לעבודה על דפי האלטרנטיבות בנושאים של כוח, שליטה והשפעה. מטופלים רבים מלקים את עצמם על החלטות שגויות שקבלו בשעות שקדמו לטראומה. חשוב לחזור ולהדגיש בפני המטופל שאם האירוע הטראומטי לא היה מתרחש, הוא לא היה זוכר את אותן החלטות קטנות שעשה באותו יום. בעצם רק בגלל שהתוצאות היו כל כך שליליות הוא בחן את כל ההחלטות שקיבל באותו יום או פרק זמן ופקפק בהן. מה שהוא עושה עכשיו בעזרת הפקפוק בהחלטות הוא ניסיון למחוק או לבטל החלטות שהתקבלו, למרות שלא הן שהובילו לאירוע, ויתרה מכך- שלא ניתן לשנותן.

אם הדבר רלוונטי, בפגישה זו ניתן לעבוד על כעס מוגבר שמאפיין אנשים שעברו טראומה, תוך נרמול התופעה ומציאת דרכים לא תוקפניות להבעת הכעס. במהלך הדיון על כוח ושליטה המטפל מציג את הדף "כוח לתת וכוח לקחת". דף זה מציג דרכים חיוביות ודרכים שליליות לתת ולקחת (עזרה למשל), ויכול להיות בסיס מצוין לדיון על נושא זה. כהכנה לפגישה הבאה המטפל מנחה את המטופל לקרוא את דף ההסבר על ערך עצמי וערכם של אחרים, ולעבוד על נושאים אלה באמצעות דפי אלטרנטיבות. בשארית הזמן שנותר, המטפל והמטופל עוברים על דף זה ובוחנים את תפישות הערך לפני הטראומה וההשפעות האפשריות שיכולות להיות לטראומה על תחושת ערך עצמי וערכם



של אחרים. כמו סביב נושאים אחרים שכבר הוזכרו, כאשר מתמודדים עם אמונות הקשורות לערך עצמי יש לסייע למטופל להגיע לתפישה רב ממדית של ערך ולהביא את המטופל לפרק את הקונספט של ערך עצמי וערכם של אחרים לחלקים יותר קטנים.

### פגישה 11. ערך עצמי וערך של אחרים, אינטימיות:

גם בפגישה זו על המטפל לחזק את המטופל על מאמציו בנתינת וקבלת מחמאות ועל עשיית דברים נעימים ולא מותננים. לאחר מכן, המטפל והמטופל עוברים על נקודות ההיתקעות שאותרו כתוצאה מקריאת החומר על ערך עצמי והערכה של אחרים. נקודת ההיתקעות שכיחה מאוד היא שבעקבות הטראומה המטופל הפך 'פגום' או 'שונה' לנצח. למטופלים רבים יש תפישה עצמית שלילית והם שופטים את עצמם בצורה קשה מאוד כאשר הם טועים. הכללת יתר זו קשורה באופן לוגי לאמונה של המטופל שהוא עשה טעויות לפני, במהלך או לאחר האירוע הטראומטי. על כן, בשלב זה כדאי לדון בנושאים הקשורים לפרפקציוניזם ולהזכיר למטופל את חוסר ההגינות שהוא מפגין כלפי עצמו. ביחס לאנשים אחרים, נפגעי טראומה מבצעים לעיתים קרובות הכללת יתר של ייחוס של חוסר ערך לקבוצה שלמה. כך למשל, נפגעות תקיפה מינית יכולת לייחס תכונות רעות לכלל הגברים. לקראת תום הפגישה מוצגים למטופל נושאים הקשורים באינטימיות. המטפל והמטופל עוברים על דף ההסבר בנושא אינטימיות ודנים בהשפעות האירוע הטראומטי על מערכות יחסים קרובות. אינטימיות עם עצמי כוללת בתוכה יעילות עצמית, את היכולת להרגעה וניחום עצמי מבלי להסתמך באופן מוגזם על אמצעי הרגעה חיצוניים ואת היכולת להיות לבד בלי לחוש בדידות או ריקנות. במהלך הדיאלוג, המטפל מעודד את המטופל לזהות את הדרכים בהן השפיע האירוע על יכולתו לחוש אינטימיות עם עצמו ואינטימיות עם אחרים. במקרים בהם חלה פגיעה באינטימיות מינית שעדיין משפיעה על קשרים ניתן לתת למטופל את דף ההסבר בנושא מיניות. בשל הסמיכות לסיום הטיפול, מומלץ לבחון עם המטופל האם עדיין ישנן נקודות ההיתקעות שכדאי לעבוד עליהן. במידה ויש נקודות כאלו, יש להוסיף את העבודה עליהן לשיעורי הבית. לבסוף, על המטופל להשלים משימה נוספת: המטופל מתבקש לכתוב שוב את החיבור על ההשפעות של הטראומה כפי שהן באות לידי ביטוי כעת, לקראת סיום הטיפול.



## רונית כותבת על יכולתה ההולכת וגוברת לשאת מצבים אינטימיים:

במהלך הטיפול (וגם לפניו) שמתי לב שלמרות השיפור בקשר עם בן הזוג שלי, עדיין יש מצבים שבהם במהלך קיום יחסי מין, אני מתנתקת וחווה מעין פלאשבק מהאונס... דיברנו המון על הנושא הזה, אני והמטפל שלי. ניסינו לברר לעומק מה גורם לזה. האם זו תנוחה מסוימת, שעה מסוימת ביום, מילים שנאמרות... ללא הצלחה. כשעלה הנושא של אינטימיות עם עצמי ועם אחרים, דיברנו, בין היתר, על היכרות שלי עם תחושות שונות של הגוף, עם היכולת שלי להיות עם עצמי וליהנות מזה, להשתעמם עם עצמי, למשל... ניסיתי לחקור את התחושות שלי בכל מיני מצבים. לבד ועם אחרים. ואז זה פתאום היכה בי. אני מתנתקת כשהלב שלי פועם בקצב מסוים... אני מניחה שלא הייתי יכולה לעלות על זה (והייתי ממשיכה להתנתק עד היום במהלך קיום יחסי מין) אם לא הייתי זוכה להסבר פסיכוכימיוני כל-כך מדויק עבורי, למטפל כל-כך רגיש וקשוב ולרוגע והיכולת להיות עם עצמי ולהקשיב לגוף שלי כתוצאה מהטיפול.

## פגישה 12. אינטימיות וסיום הטיפול:

הפגישה כוללת עבודה על נושאים של אינטימיות וסיכום הטיפול. ניתן במידת הצורך לחלק פגישה זו לשני מפגשים, כך שפגישה אחת תוקדש במלואה לנושאים של אינטימיות והפגישה האחרונה תוקדש לבחינת השפעות, מניעת הישנות ופרידה. כרגיל, הפגישה מתחילה בבדיקת מטלות הבית. המטופל קורא את החיבור החדש על השפעות הטראומה והמטפל קורא את החיבור המקורי שנשמר בתיק של המטופל. המטרה היא לאפשר למטופל לראות את השינויים שעשה תוך תקופת זמן קצרה יחסית. בדרך כלל ישנו שינוי משמעותי מאוד בין שני החיבורים, אך גם אם לא- ניתן להיעזר בשאלונים של המטופל על מנת לבחון את השינוי ולדבר על היכולת הגוברת של המטופל לקבל את הטראומה מבלי לנסות לשנות או לבטל אותה. בזמן שנותר סוקרים את הרעיונות, הכלים והכישורים שנלמדו ותורגלו במהלך הטיפול. יש להזכיר למטופל שהצלחתו והמשך החלמתו תלויים בהתמדתו, בנחישותו להמשיך לתרגל את הכישורים שלמד ובמידת ערנותו לדפוסים של חשיבה מוטה ורצון לחזור להימנעויות ישנות. אם עדיין נשארו נקודות היתקעות כלשהן, יש לזהות אותן ולחזור על אסטרטגיות ההתמודדות עימן. מומלץ גם לדון עם המטופל במטרות לעתיד. הטיפול מבוסס על הקניית כישורים למטופל. מומלץ מאוד שהמטופל ימשיך להשתמש בכלים אלו גם לאחר תום הטיפול ואף ירענן אותם במקרים של קושי או נסיגה. פגישות מעקב נועדו לבדוק שהמטופל אינו נסוג ולבחון (בעזרת שאלונים, בין



היתר) האם יש צורך בחיזוק הכלים שנרכשו במהלך הטיפול. לרוב, מומלץ על פגישת מעקב לאחר מספר חודשים.

### מחשבותיה של רונית לקראת סיום הטיפול:

לקראת סיום הטיפול, המחשבה על פרידה הייתה לי קשה מאוד. הרגשתי שעברנו כברת דרך כל-כך ארוכה ומשמעותית, שאין לי שום דרך להודות עליה. הרגשתי שאני חייבת לבטא את הרגשות שלי באיזשהו אופן, אבל לא להביך את המטפל או להעמיד אותו במקום לא נעים. לכן, הרגשתי שמתנה לא באה בחשבון. החלטתי לכתוב מכתב תודה. התחלתי את המכתב במילה "נרפאתי". זו הייתה לגמרי החוויה שלי בתום הטיפול. הרגשתי שמשא כבד מאוד ירד מהכתפיים שלי. שהצלחתי להכניס את הטראומה האיומה שעברתי לנרטיב של החיים שלי בלי אותיות קידוש לבנה או הדגשות מיותרות. כמו שהיא. אירוע נורא שעברתי במהלך חיי. כמו שהיו אירועים מופלאים ואירועים נעימים ואירועים מפחידים... לא יותר ולא פחות. בנוסף, מאז הטיפול ועד היום, 8 שנים אחרי שהוא הסתיים, אני מקבלת את המחשבות שלי, באשר הן, מכבדת אותן ומזכירה לעצמי שכל מחשבה היא רק מחשבה ושלי יש יכולת "לשחק" איתה ולבחור, במידה מסוימת, את מידת ההשפעה שלה עליי ואת "משך השהייה" שלה אצלי בראש. אני זוכרת שנאנסתי. זה לא משהו שאפשר לשכוח. זה השפיע על מי שאני היום, על מערכות היחסים שלי ומכיוון שזה קרה בגיל צעיר, זה ככל הנראה השפיע גם על ההתפתחות האישיותית שלי. אבל כיום אני יודעת שזה רק אחד האירועים שיש להם את ההשפעה הזו עליי...

### תיאור וניתוח המקרה:

מהחיבור שכתבה רונית בתחילת הטיפול ביחס להשפעות הטראומה עלה כי לפני הטראומה רונית האמינה שניתן לסמוך על אחרים ותפשה את העולם כמקום בטוח יחסית, אמונות שנשברו עקב הטראומה. רונית ערכה ניסיונות כושלים להטמעה של הטראומה והראתה פערים בין מחשבות לבין רגשות וכן פגיעה בתפישות הקשורות לחמשת התמות המרכזיות אשר עובדו בהמשך הטיפול. דוגמה להטמעה שעשתה רונית עלתה בנרטיב הטראומטי שכתבה (הטיפול של רונית התבסס על הפרוטוקול המוקדם של הטיפול, שכלל כאמור כתיבה של הנרטיב הטראומטי): "בבוקר ליטפתי אותו וחיבקתי אותו ונישקתי אותו. רציתי להוכיח לעצמי שזה לא באמת קרה. שאפשר רק להתחבק ולהתנשק. שזה היה רק חלום רע".



בהמשך, רונית שאלה "למה דווקא לי? כלומר, מה משך את אותו בחור ליצור דווקא איתי קשר, לפגוע דווקא בי?". שאלה זו עשויה לשקף את האמונה בעולם צודק ויכולה להוביל להאשמה עצמית. בנוסף, יתכן ששאלה זו היא ניסיון לייצר תפישה של מציאות שניתנת יותר לחיזוי, כלומר "אם רק אצליח להבין מה עשיתי או מה בי לא בסדר, אוכל למנוע הישנות של אירועים דומים בעתיד". ניסיון מסוג זה מלווה פעמים רבות בהזנחת הסברים אחרים כמו מקריות, משתנים הקשורים בתוקפן ועוד. במהלך הטיפול רונית הקפידה למלא דפי רישום מחשבות ורגשות. תחילה, הדפים כללו את האירוע, האמונה והתוצאה הרגשית. בדוגמאות הבאות ניתן לראות שרונית עסוקה במחשבות על האונס שעברה ושמחשבות אלו מעוררות בה רגשות קשים של כעס, אשמה, עצב, חרדה ועוד:

תאריך	אירוע	אמונה	תוצאה
12.05	נאנסתי	לא זיהיתי / משהו בי	כעס ואשמה
	למדתי טוב וקיבלתי ציון נמוך	אין לי שליטה על העתיד שלי / אין למעשים שלי השפעה	אשמה, כעס ועצב
	הייתי במעלית עם גבר	הוא עלול לפגוע בי	פחד
13.05	נאנסתי ע"י גבר	גברים הם יצורים רעים	כעס, זעם
	נאנסתי	אי אפשר לסמוך על אנשים שיבינו אותי נכון	עצב, חוסר אונים, כעס
	שיחת טלפון עם ידיד הומו	יש גם גברים טובים, שלא מאיימים עליי	שמחה, הקלה
	דיברתי בשיעור על תפישת החברה כלפי נשים – שהן מואשמות יותר בשידור מיניות ולא ממש הסכימו איתי	אנשים לא מודים במחשבות שעומדות מאחורי מה שהם אומרים.	זעם

בהדרגה, רונית רכשה בטיפול כלים שאפשרו לה לבחון את המחשבות שלה וגם לאתגר אותן בעזרת דפי העבודה. ניתן לראות שרונית מסוגלת לזהות נכונה את הרגשות שמתעוררים בה עקב אירועים ומחשבות מסוימים. היא גם מסוגלת להבחין במקרים בהם המחשבות שלה אינן ריאליות ולהציע לעצמה חלופות למחשבות ריאליות יותר בעתיד. יכולות אלו רלוונטיות הן עבור מחשבות שקשורות באונס והן עבור מחשבות שקשורות לנושאים אחרים בחייה בהווה. על אף שכעס הוא עדיין רגש דומיננטי בחייה של רונית, היא יכולה להתבונן על הכעס ועל המחשבה שעוררה את הכעס ולבחון אלטרנטיבות מחשבה אחרות.

תאריך	אירוע	מחשבה	האם המחשבה ריאלית	מה אני יכולה לומר לעצמי במקרים דומים בעתיד?	רגש
21.05	שוב לא העליתי נושא שהיה לי חשוב בישיבת צוות בעבודה בגלל קוצר זמן	אני לא מספיק אסרטיבית	באופן חלקי, מצד אחד, הבוסית שלי ביקשה לדרוש לדון בנושאים דחופים. מצד שני, לא תמיד לכולם יש זמן לדבר. גם לאחרים יש נושאים דחופים.	בפעם הבאה אני אדאג לדבר על מה שמפריע לי	כעס
	נאנסתי	לא הצלחתי להגן על עצמי	לא כל כך, ניסתי אבל הוא היה יותר חזק.	לא הייתה לי אפשרות להגן על עצמי	עצב, פחד
22.05	עליתי במעלית עם גבר	הוא עלול לפגוע בי	לא. לא נראה לי שהוא מסוגל אפילו. ובטח לא עסוק בזה	לא כל גבר רוצה לפגוע באחרים	חרדה
	גבר נכנס	אני מעדיפה	לא. אין שום סיבה	אין שום סיבה	כעס





	לא לעלות במעלית, גם אם זה בחברת גבר.	שאני אחכה	לחכות למעלית הבאה	למעלית לפני	
--	--------------------------------------------	-----------	----------------------	-------------	--

בהמשך הטיפול, רונית החלה למלא דפי שאלות אתגור מחשבות. בדוגמה הבאה ניתן להתרשם מהאופן שבו, בעזרת השאלות המנחות, רונית מפריכה את האמונה שאותה היא בוחנת באופן עצמאי:

### דף שאלות לעבודה על מחשבות - דוגמה

מה המחשבה או האמונה אותה אני בוחנת:

השתכנעתי להוריד את המכנסיים << למה?? >> אשמה / כעס על עצמי

### אמונה – לא הייתי צריכה להשתכנע להוריד את המכנסיים

1. מה ההוכחות שיש לך בעד ונגד הרעיון הזה?

הוכחה בעד: לא רציתי להוריד את המכנסיים.

הוכחה נגד: לא הייתה לי סיבה לדאוג שיקרה משהו רע אם אני אוריד את המכנסיים. מהנסיון שהיה לי אז, אפשר לסמוך על גברים שיבינו כשאני אומרת שאין לי כוונה לשכב איתם, ושיחליטו כמה להתקדם.

2. האם הרעיון הזה נובע מתוך הרגל או שהוא מבוסס על עובדות?

מתוך הרגל. כיוון שאני יודעת מה הייתה התוצאה, אני מניחה שזה מה שהייתי צריכה לחשוב. אבל אז לא הייתה לי סיבה לחשוב כך.

3. האם הפרשנויות שלך לגבי המצב יותר מדי רחוקות מהמציאות כפי שהיא?

קצת. מצד אחד, לא כל כך רציתי, אבל מצד שני גם לא ראיתי בזה חומרה רצינית כל כך כמו היום, כשאני יודעת מה הייתה התוצאה.

4. האם את חושבת במונחים של הכול או לא כלום?

כן. הייתי יכולה שלא להשתכנע והדברים לא היו מתפתחים ככה. זה כבר קרה לי קודם.



5. האם את משתמשת במילים או במשפטים שהם קיצוניים או מופרזים? (לדוגמה – תמיד, לתמיד, אף פעם, צריכה, חייב, לא יכולה, ובכל פעם)
- כן. יכול להיות שאם לא הייתי משתכנעת זה היה נגמר אחרת – לטוב או לרע, אבל אין לי וגם אז לא הייתה לי שום דרך לדעת את זה.
6. האם את מוציאה דברים או דוגמאות ספציפיות מהקשרם?
- כן. זה שהשתכנעתי לא קשור למה שקרה אחר כך – וגם לי היו נסיונות קודמים שמוכיחים את זה.
7. האם את מתרצת תירוצים? (אני לא מפחדת, אני רק לא רוצה לצאת החוצה, אנשים אחרים מצפים ממני להיות מושלמת או – אני לא רוצה לטלפן בגלל שאין לי זמן).
- לא רלבנטי
8. האם מקור המידע מהימן?
- לא. הוא עתידני לאירוע. הוא מבוסס על מה שאני יודעת היום ולא ידעתי אז.
9. האם את חושבת או מתייחסת למצב כאילו מדובר בודאויות במקום סבירויות?
- כן. אני מניחה שזה בודאות היה נגמר טוב יותר אם לא הייתי משתכנעת, אבל אין שום דרך לדעת את זה.
10. האם את לוקחת אירוע בעל סבירות נמוכה ומתייחסת אליו כאילו הוא אירוע בעל סבירות גבוהה?
- כן. כאילו שעכשיו הסבירות שאם אני אסכים להוריד מכנסיים עם מישהו יותר סביר (ממה שחשבתי בעבר) שמהו רע יקרה.
11. האם השיפוט שלך מבוסס על מה שאת מרגישה ולא על עובדות?
- בהחלט. אני מרגישה שיכולתי למנוע את זה. אבל העובדות הן שלא ידעתי שיש משהו שאני צריכה למנוע.
12. האם את מתמקדת בגורמים לא רלוונטיים?
- כן. מבחן התוצאה. הידע שיש לי היום, שלא רלבנטי, כי הוא לא היה קיים אז.





## לבסוף, זהו החיבור שכתבה רונית בסיום הטיפול:

האירוע השפיע הרבה מאד על האופן בו הסתכלתי על עצמי ועל העולם, ואני מניחה שימשיך להשפיע. עכשיו אני רק קצת יותר מודעת לזה וקצת יותר שולטת בזה.

בטחון בעצמי: האירוע גרם לי לפקפק בעצמי וביכולת שלי להימנע מסכנות ולהיחלץ מהן. זה נבע בעיקר מההאשמה העצמית שהתלוותה אליי אחרי האירוע.

ביטחון באחרים: לאחר האירוע איבדתי לחלוטין את הביטחון שלי באחרים. אנשים נראו לי מפחידים ומאיימים, מי שרוצים רק בטובתם בלי קשר אם זה על חשבוננו של מישהו אחר. היום אני שוקלת כל מקרה לגופו.

ביטחון בעולם: האונס גרם לי לראות את העולם במונחים של שחור ולבן. לפניו, העולם היה מקום בטוח שאפשר להסתובב בו שאננים בלי חשש, ואחריו הוא הפך למקום אפל ומאיים שאפילו הצצה אליו היא מסוכנת. למדתי לראות גם אפור ועכשיו אני מציצה בזהירות ולאט לאט מכירה שוב את העולם, על הטוב ועל הרע שבו.

אמון בעצמי: מאז הטראומה לא האמנתי בעצמי. לא ביכולת שלי להתמודד עם הטראומה, לא ביכולת שלי לשפוט נכון מצבים ולא ביכולת שלי לשפוט נכון אנשים. כיום אני מאמינה שהיכולות האלה שלי לא פחות טובות מאלה של אחרים. אני יודעת שלא לכל דבר יש שלט אזהרה.

אמון באחרים: לצערי, את האמון שלי באחרים הטראומה שברה לגמרי. וגם עכשיו, כשאני מרגישה יותר חזקה ושיש לי יותר כלים להתמודד מול העולם, קשה לי לבטוח באנשים. קשה לי להימנע מלהסתכל על המקומות שבהם אנשים מנסים לפגוע בי ולהתרכז בדברים הטובים ומעוררי האמון שהם עשו למעני.

כוח, שליטה, ויכולת השפעה שלי: באירוע עצמו לא הייתה לי השפעה או שליטה על מה שקרה, מה שגרם לי לחשוב ולהרגיש שיש לי הרבה פחות שליטה ממה שיש לי באמת. הרגשתי שאין לי שליטה על כלום. אני יודעת היום שיש גם הרבה דברים שיש לי שליטה עליהם.

כוח שליטה ויכולת השפעה של אחרים: מאז הטראומה פחדתי מזה שלאנשים אחרים יש הרבה מדי שליטה על החיים שלי, זה גרם לי להרגיש חודרנות מסוימת מצידם. עכשיו אני מרגישה שיש לאחרים הרבה פחות השפעה עליי, על החיים שלי ועל העתיד שלי, ממה שאני חשבת בעבר, ולפעמים גם ממה שהם חושבים.

הערכה עצמית: האונס פגע מאד ביציבות הערך העצמי שלי. הוא גרם לתנודתיות מאד קשה, שהושפעה בעיקר מאירועים חיצוניים. אני מנסה לשמור על הערך העצמי שלי יציב וחיובי כמו שאני רואה אותו, ללא לתת לאירועים חיצוניים להשפיע עליו יותר מדי, מה שהופך ליותר ויותר קל.



הערכה של אחרים : אחרי האונס הערכתי אנשים אחרים כרעים. מחקתי לחלוטין את כל הידע הקודם שלי על אנשים טובים ונחמדים והתמקדתי בבחור שאנס אותי – איש רע מבחינתי. מאז שהצלחתי להשאיר אותו במחשבות שלי כעוד אחד מהאנשים שהכרתי, הוא מייצג את אחד "האנשים הרעים", אבל כנגדו יש הרבה אנשים טובים.

אינטימיות עם עצמי : אחרי האונס, לא רציתי להיות עם אנשים, כי פחדתי מהם וכעסתי עליהם, אבל היה לי מאד קשה להיות לבד. לבד אמר מחשבות ובדידות ואחר כך הבדידות הייתה גם ביחד. היום, לבד הוא לפעמים קשה אבל תמיד נסבל ותמיד אפשרי ולפעמים אפילו די נעים. אינטימיות עם אחרים : אחרי הטראומה זאת הייתה כמעט סתירה פנימית. אינטימיות עם אחרים הייתה מלווה בפחד ולפעמים אפילו בתחושות ניתוק. היום, קשה לי לפעמים להתמסר עד הסוף לתחושות האינטימיות, אבל כשאני מצליחה אני נהנית מהן מאד.

מהחיבור עולה שרונית מסוגלת לעשות הפרדה בין השפעות הטראומה ששייכות לעבר לבין ההווה והשינוי שחל בה עקב הטיפול. ניתן לראות שינוי משמעותי באמונות המרכזיות שהיו למוקד הטיפול (נושאים של ביטחון, אמון, כוח, שליטה ויכולת השפעה, ערך עצמי ואינטימיות). רונית נעה מהכללות גורפות על אחרים ועל העולם לעבר בחינת כל מקרה לגופו. תחושת הביטחון הפכה למאוזנת יותר או, במילים של רונית, "למדתי לראות גם אפור". היא מתארת שיקום של היכולת שלה לסמוך על עצמה ועל יכולת השיפוט שלה, יחד עם ההבנה שדברים לא צפויים עשויים לקרות לה. היא מתארת שינוי בתפישה הגורפת של אחרים כ"רעים" לתפישה לפיה יש מגוון של אנשים, חלקם טובים וחלקם לא. רונית חוזרת לראות שישנם דברים רבים עליהם יש לה שליטה בחייה ושהשליטה של אחרים בחייה נמוכה בהרבה מכפי שהעריכה. בחיבור נראה גם שינוי בתחושת התנודתיות של הערך העצמי והמידה בה הוא מושפע מאירועים חיצוניים. גם ביכולת לאינטימיות עצמית והיכולת לאינטימיות עם אחרים ניכר שינוי : רונית יכולה להיות עם עצמה ועם אחרים ולעיתים אף להתמסר וליהנות ממצבים אלו. השיפור במצבה של רונית השתקף באופן מובהק בהפחתה משמעותית בעוצמת הסימפטומים הפוסט טראומטיים והדיכאוניים, כפי שנמדדו בעזרת שאלונים סטנדרטיים. בתום הטיפול נושא האמון נשאר עדיין נושא שיש להמשיך ולעבוד עליו והוא נידון עם רונית כחלק ממניעת ההישנות וההתמודדות עם קשיים עתידיים במסגרת הפגישה האחרונה.



## אינדיקציות וקאונטר אינדיקציות לטיפול:

טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי נמצא יעיל מאוד לטיפול באוכלוסיות שעברו טראומות שונות וסובלות מתסמונת פוסט טראומטית ודיכאון שנגרמו כתוצאה מהאירועים הטראומטיים. למרות שמרבית המחקר על טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי התמקד בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית וחיילים שחזרו משדה הקרב (10-13), ניתן למצוא גם מחקרים רלבנטיים על נפגעי רדיפות אתניות ונפגעי אלימות (14). בנוסף, אנו (כותבי הפרק) טיפלנו בהצלחה רבה באנשים שסבלו מטרומות שונות כגון תאונות עבודה, רצח של בני משפחה, עדות לרצח ותאונות דרכים. למרות שסוג טיפול זה נבדק על אוכלוסיות מגוונות ועם קריטריוני הכללה רחבים, ישנם מספר גורמים שיש לקחת בחשבון:

1. טיפול תרופתי- אם המטופל נעזר בטיפול תרופתי, מומלץ להתחיל את הטיפול רק לאחר שהמטופל מיוצב תרופתית.

2. סמים ואלכוהול- ישנה חשיבות לייצוב צריכת החומרים של המטופל בטרם מתחילים את העבודה על הטראומה. חשוב מאוד שהמטופל יבין שהשימוש בחומרים עלול לשבש את הצלחת הטיפול ואף להחריף את מצבו. מומלץ לערוך עם המטופל חוזה לפיו הוא יפסיק לחלוטין את השימוש בחומרים (אם הדבר אפשרי), לא יגביר את הצריכה עם עליית המתח, לא ישתמש בחומרים בזמן התרגילים ובסמיכות להם וידווח על שינויים בצריכה. עדיף לא להשתמש בטיפול זה בסמיכות לגמילה או בטרם הושגה יציבות סביב צריכת חומרים.

2. דיסוציאציה- סימפטומים דיסוציאטיביים צפויים להשתפר יחד עם סימפטומים פוסט טראומטיים אחרים, לכן אם הדיסוציאציה אינה חריפה ניתן להתחיל בטיפול בעיבוד קוגניטיבי. במקרים בהם ישנה דיסוציאציה חריפה, מומלץ לסייע למטופל לשפר יכולות התמודדות עם רגשות, למשל תוך שימוש בטכניקות של קרקוע.

3. השכלה- מומלץ לערוך התאמות בפרוטוקול בעת טיפול במטופלים בעלי קושי בקריאה וכתובה או מטופלים קונקרטיים מאוד. ניתן להשתמש ברשמקול על מנת להקליט ולהאזין למשימות השונות, במקום משימות בכתב. בנוסף, עם אנשים אלו ניתן להסתפק בעבודה עם דפי רישום מחשבות ורגשות ולא לעבור לטפסים בעלי רמת מורכבות גבוהה יותר.



4. הפרעות אישיות- במקרים בהם למטופל יש הפרעת אישיות יש לבחון האם למטופל ישנם מספיק כישורים לוויסות רגשותיו. במטופלים אשר משתמשים בביטוי בפעולה (acting out) - שימוש בכלים של טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT; Dialectical Behavioral Therapy) לפני תחילת הטיפול יכול לעזור (למידע נוסף עיינו בפרק X בספר).

5. ניסיון עבר עם טיפול- כאשר מבצעים מעבר מסוג טיפול אחד לטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי ובעיקר כאשר מדובר במטופל וותיק, יש לחשוב כיצד להציג את הטיפול על מנת להגדיל את סיכויי הצלחתו. יש להסביר למטופל את הרציונל לטיפול ולנסות להגיע עימו למחויבות להשלים את הטיפול. לצורך זה ניתן להשתמש בחוזה הטיפול שמכיל הסברים על הטיפול. לעיתים בנקודות הקשות של הטיפול מטופלים נכנסים לעמדה בה הם מרגישים שהטיפול נכפה עליהם. נקודת העיגון של החוזה הטיפולי והבנת הרציונל יכולה לאפשר למטופל ולמטפל לנוע לעמדה בה המטפל נוכח שבביל לעזור בדיוק ברגעים בהם קשה לשאת את זיכרון הטראומה, אך הוא אינו כופה על המטופל דבר.

#### עדויות אמפיריות על אודות יעילות השיטה:

טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי תמיכה אמפירית רחבה. עד כה הושלמו מספר מחקרים מבוקרים ובדיקות, אשר הדגימו את יעילות הטיפול. בפרק זה נסקור בהרחבה ארבעה מחקרים קליניים מבוקרים שבהם התבצעה חלוקה רנדומאלית לקבוצות (קבוצת טיפול וקבוצת המתנה/ביקורת). הטיפול התבצע על ידי מטפלים מיומנים שעבדו תחת הדרכה ובקרת איכות (של מיומנות המטפל ושל מידת היצמדותו לפרוטוקול הטיפול). ההערכה הקלינית בוצעה על ידי מעריכים עצמאיים (ולא על ידי המטפל) שלא ידעו מהו סוג הטיפול אותו קיבל המטופל. המחקרים בוצעו על נפגעות תקיפה מינית בבגרות (10), נפגעות תקיפה מינית בילדות (11), לוחמים לשעבר (12) ונפגעות תקיפה מינית או פיזית (13). כל הנבדקים סבלו מתסמונת פוסט טראומטית כרונית והראו שיעורים גבוהים של קו מורבידיות עם דיכאון או בעיות אחרות. קריטריוני ההכללה במחקרים אלו היו רחבים על מנת לבחון את אפשרות הטיפול באוכלוסיה הכללית.

החוקרים ערכו שתי השוואות לקבוצת הביקורת: בהשוואה אחת כלולים כל האנשים בהם התכוונו לטפל (ITT=Intent To Treat), בלא קשר לכמות המפגשים שהשלימו או האם קיבלו טיפול בכלל. בהשוואה השנייה כלולים רק אלו שהשלימו את הטיפול (Treatment Completers) עד סופו



ולא נשרו. שיטת ה-ITT נחשבת לגישה שמרנית להערכת יעילות הטיפול, מאחר והיא מעריכה גם את כל אלו שנשרו מהטיפול מסיבה זו או אחרת.

כצפוי, בכל המחקרים שנעשו נמצא כי השיפור שהראו המטופלים היה יותר דרמטי בקרב מטופלים אשר השלימו את כל פגישות הטיפול. בקבוצת הכוונה לטיפול (ITT) שבה נכלל כל מי שהגיע לאבחון, מצאו רוב המחקרים כי יותר ממחצית הנבדקים לא סבלו מתסמונת פוסט טראומטית בתום הטיפול ובפגישות המעקב לאחר מכן. בשלושה מהמחקרים (10, 11, 13), מרבית מסיימי הטיפול (80%-93%) לא סבלו מתסמונת פוסט טראומטית בתום הטיפול. במחקר שבחן את יעילות הטיפול על לוחמים לשעבר אשר סבלו מתסמונת פוסט טראומטית קשה במשך שנים רבות (12), נמצא כי 46% מהמטופלים הפוסט טראומטיים לא סבלו מתסמונת פוסט טראומטית בתום הטיפול, על אף שמטופלים אלו נחשבו בעבר לקשים או לא ניתנים לטיפול. בנוסף, במחקרים אלו נמצאה ירידה ממוצעת של כ-50% בעוצמת הסימפטומים הפוסט טראומטיים בקרב קבוצת הכוונה לטיפול (ITT) (15), וירידה של בין 57% ל-85% בעוצמת הסימפטומים בקרב מסיימי הטיפול (10, 11, 13), כאשר באוכלוסיית הלוחמים לשעבר שסבלו מהפרעה כרונית, נמצאה ירידה של 37% בעוצמת הסימפטומים (15). שיפור דומה נמצא גם בעוצמת הדיכאון. במחקרים שצוינו נמצאה ירידה ממוצעת של כ-50% בעוצמת הסימפטומים הדיכאוניים בקרב קבוצת הכוונה לטיפול (ITT) וירידה ממוצעת של כ-70% בקרב אוכלוסיית מסיימי הטיפול. בקרב לוחמים נמצאה ירידה של 26.6% בעוצמת הדיכאון (15).

ציאריד בדקה את יעילות השימוש ב-CPT עבור לוחמים לשעבר הנמצאים בתכנית אישפוזית (15). התכנית נמשכה כשבעה שבועות, ובמהלכה עברו המטופלים שתי פגישות שבועיות של CPT: האחת של טיפול פרטני והשנייה של טיפול קבוצתי. CPT היווה מסגרת עבודה לתכנית, כך שחברי צוות היו עשויים לאתגר את נקודות ההיתקעות של המטופלים בכל רגע ולעזור להם עם דפי העבודה. התכנית האשפוזית כללה בסך הכל 23 שעות של טיפול מובנה. בתכנית השתתפו 82 מטופלים. נמצאה ירידה של כ-60% בחומרת הסימפטומים הפוסט.

מחקרם של מונסון ועמיתיה (12) בחן לוחמים לשעבר שמרביתם היו יוצאי וייטנאם. אוכלוסייה זו נחשבת לקשה לטיפול ומאתגרת במיוחד בגלל האופי הכרוני של הבעיות מהן חבריה





סובלים וגם בגלל חשש לרווחים משניים כמו תגמולים ממערכת ה-VA (המערכת המקבילה למשרד הביטחון). המחקר השווה בין מטופלים שעברו פרוטוקול טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי לבין קבוצת המתנה. הטיפול נמצא יעיל הן במדדים של דיווח עצמי והן בדיווח של קלינאים, בהשוואה לקבוצת הביקורת שקיבלה תשומת לב מינימאלית. בתום הטיפול 40% מהמטופלים (ITT) שעברו טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי לא סיפקו את הקריטריונים של תסמונת פוסט טראומטית (לעומת 3% מאלו שלא טופלו). 50% נוספים הראו שיפור משמעותי בסימפטומים הפוסט טראומטיים, למרות שעדיין סבלו מהפרעה פוסט טראומטית. האפקט החיובי של הטיפול התבטא גם בירידה משמעותית בדיכאון, בחרדה ובמצוקה הקשורה באשמה, וכן בעלייה ברמת התפקוד חברתי.

צ'ארד (11) בחנה את יעילות הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי (CPT) באוכלוסיה של נשים שנפגעו מיניית בילדותן. היא לא פסלה מטופלות שהשתמשו בתרופות פסיכיאטריות, שסבלו מהפרעות אישיות, מבעיות של שימוש באלכוהול או סמים, מטראומות נוספות בחייהן, מאובדנות או מהתנהגויות של פגיעה עצמית. המחקר השווה קבוצת נפגעות שקיבלה 17 מפגשים של טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי בפורמט פרטני וקבוצתי, עם קבוצה של נפגעות בקבוצת המתנה. על פי השוואת מדידות שנערכו לפני הטיפול, בתום הטיפול, 3 חודשים לאחר תום הטיפול ושנה לאחר תום הטיפול, נמצא כי הטיפול היה יעיל מאד וכי המטופלות הצליחו לשמר את תוצאותיו לאורך שנה לפחות: בתום הטיפול רק 7% מהמטופלות בקבוצת הטיפול, לעומת 74% מקבוצת המתנה, סבלו מתסמונת פוסט טראומטית. לאחר שנה רק 6% מהמטופלות שהיו בקבוצת הטיפול סבלו מתסמונת פוסט טראומטית.

פלסטי ואחרים (16) בחנו את יעילות הטיפול בקבוצה מעורבת של נפגעות טראומה אשר סבלו מקומורבידיות של תסמונת פוסט טראומטית והתקפי פאניקה. הם ערכו התאמה בפרוטוקול העיבוד הקוגניטיבי (CPT), ביצעו את הטיפול בפורמט קבוצתי, והוסיפו רכיבים מפרוטוקול PCT לטיפול בפאניקה שפותח ע"י ברלואו (Panic Control Treatment). קבוצת הטיפול כללה 12 מטופלות וקבוצת המתנה כללה 15 מטופלות. בתחילת הטיפול כל המטופלות אובחנו כסובלות מתסמונת פוסט טראומטית. בתום הטיפול רק 8.3% מהמטופלות בקבוצת הטיפול סבלו מתסמונת פוסט טראומטית, לעומת 66.7% מהמטופלות בקבוצת המתנה. שינוי זה נראה גם במדדים של דיווח עצמי.



בנוסף, כחודש לאחר הטיפול רק 50% מהמטופלות בקבוצת הטיפול סבלו מהתקף פאניקה לעומת 93.3% מקבוצת הביקורת.

מחקרים אשר בחנו את יעילות הטיפול במדגם קהילתי יכולים לתת לנו מידע רב על תרגום הטיפול שתוקף במעבדה אל הקליניקה בחיים האמיתיים. שולץ ועמיתיה (14) בחנו את יעילות הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי במדגם של פליטים בוסנים ואפגאנים. הטיפול ניתן ל-53 מטופלים בין השנים 1998 – 2004. 25 מטופלים קיבלו את הטיפול בסיוע מתורגמן ו-28 קיבלו את הטיפול עם מטפל שהיה דובר שפת האם שלהם. האפקט של הטיפול היה משמעותי בשתי הקבוצות עם ירידה של כ-63% בסימפטומים הפוסט טראומטיים.

חשוב לציין כי גם רסיק ועמיתיה (10) וגם צ'ארד

(11) מצאו כי אין השפעה לגיל בו התרחשה הטראומה, לאופי הפגיעה (חד פעמית או כרונית), לפרק הזמן שחלף מאז הטראומה ולסוג הקשר עם התוקפן על תוצאות הטיפול. נקודה זו חשובה במיוחד, מאחר ומטופלים רבים משתמשים בקריטריונים אלו בבואם לבחור טיפול זה או אחר או להחליט על מידת מוכנותו/התאמתו של המטופל לטיפול.

מבחינת עמידות תוצאות הטיפול לאורך זמן, מרבית המחקרים עקבו אחר הנבדקים במשך חודש עד שנה, אך מחקר של רסיק ועמיתיה (10) הצליח לבצע הערכה גם כ-5 שנים לאחר תום הטיפול. במחקר זה חולקו הנבדקות לקבוצת ביקורת (קבוצת המתנה שקיבלה תשומת לב מינימאלית) ולשתי קבוצות טיפול: האחת קבוצה של טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי (CPT), השנייה קבוצה של טיפול בעזרת חשיפה מתמשכת (PE). בבדיקה שנערכה מיד בתום הטיפול, הן קבוצת הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי והן קבוצת החשיפה הממושכת השיגו שיפור משמעותי מבחינת חומרת הסימפטומים הפוסט טראומטיים ומבחינת חומרת הדיכאון, בהשוואה לקבוצת המתנה. הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי היה יעיל כמו טיפול בחשיפה ממושכת, למרות שהמטופלים בו נדרשו למחצית הכמות של שיעורי בית, ולמרות שדרש רק שתי פגישות של התעמתות חשיפתית ישירה עם הזיכרון הטראומטי. ממצאים אלו נמצאו עקביים גם בבדיקות חוזרות של 3 חודשים ו 9 חודשים מתום הטיפול. במעקב שנערך בהמשך מצאו רסיק ועמיתיה (17) כי תוצאות הטיפול נשמרו גם חמש שנים ויותר לאחר תום הטיפול.



בשנים האחרונות מתפרסמים עוד ועוד מחקרים שבוחנים באופן מבוקר את יעילות הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי. בין היתר, פורבס ועמיתיו (18) השוו בין טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי לבין טיפול בשירותי ייעוץ קהילתיים. מחקר זה ביקש לבדוק את יעילות הטיפול בתנאי הקהילה הטבעיים של המטופלים ולא בתנאי מעבדה, על מנת לבחון את התוקף החיצוני של הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי. החוקרים מצאו שטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי יעיל יותר בהפחתת סימפטומים פוסט טראומטיים ובעיות נלוות כמו דיכאון וחרדה, ביחס לטיפולים הסטנדרטיים שניתנים בקהילה.

דיוויס ואחרים (19) מצאו שאין הבדל ביעילות הטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי בין לוחמים לשעבר עם הפרעה פוסט טראומטית ופגיעה מוחית קלה לבין לוחמים עם הפרעה פוסט טראומטית ללא פגיעה מוחית קלה. וולקל ואחרים (20) השוו בין לוחמים (גברים ונשים) עם ובלי טראומה מינית בעת השירות הצבאי. החוקרים מצאו שטיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי יעיל בהפחתת סימפטומים פוסט טראומטיים ודיכאון בשתי הקבוצות ועבור שני המינים. עם זאת, לאורך זמן נשים הראו שיפור רב יותר בסימפטומים פוסט טראומטיים ביחס לגברים. הולידי ואחרים (21) אשר ביצעו אף הם מחקר בקרב לוחמים לשעבר עם טראומה מינית, מצאו כי בהשוואה למטופלים שטופלו בטיפול ממוקד הווה (Present Centered Therapy, PCT), מטופלים שטופלו בעזרת עיבוד קוגניטיבי הראו שיפור גדול יותר באיכות חייהם ובבריאותם הפיזית לאורך זמן.

לוחמים רבים מציגים קומורבידיות של הפרעה פוסט טראומטית ושימוש באלכוהול. לאור זאת, קייסן ואחרים (22) השוו בין לוחמים לשעבר (90% גברים) הסובלים מהתסמונת הפוסט טראומטית ומשימוש באלכוהול לבין לוחמים אשר סובלים מהתסמונת הפוסט טראומטית ללא שימוש באלכוהול. את קבוצת השימוש באלכוהול הם חילקו לשימוש עכשווי (ב12 החודשים האחרונים) ולשימוש בעבר (לפני יותר מ12 החודשים האחרונים). ממצאיהם הורו כי טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי תרם להפחתה משמעותית של סימפטומים פוסט טראומטיים ודיכאון בכל הקבוצות, כלומר הטיפול יעיל גם בהינתן קומורבידיות של שימוש באלכוהול לצד התסמונת הפוסט טראומטית.

בניתוח שניוני (23) של הנתונים מהמחקר של רסיק ועמיתיה, השוו בין טיפול מלא בעזרת עיבוד קוגניטיבי וכתובת הנרטיב הטרומטי לבין יישום כל אחד משני המרכיבים העיקריים בפרוטוקול בנפרד - עיבוד קוגניטיבי בלבד וכתובת הנרטיב הטרומטי בלבד, בקרב נשים שעברו



טראומה מינית או פיזית בילדות או בבגרות. החוקרים מצאו שעבור נשים שהראו רמות דיסוציאציה נמוכות טרם הטיפול, הטיפול היעיל ביותר היה עיבוד קוגניטיבי בלבד. לעומתן, עבור נשים שהראו רמות דיסוציאציה גבוהות ביותר, הטיפול היעיל ביותר היה הפרוטוקול המלא שכולל הן עיבוד קוגניטיבי והן כתיבה של הנרטיב הטראומטי. מחקר נוסף (24) אשר השווה בין טיפול מלא בעזרת עיבוד קוגניטיבי וכתיבת הנרטיב הטראומטי לבין טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי בלבד, לא מצא הבדל ביעילות שני הטיפולים בקרב לוחמים לשעבר עם היסטוריה של פגיעת ראש. לאור זאת, הסיקו הכותבים כי אין צורך לכלול את כתיבת הנרטיב הטראומטי.

מחקר נוסף (25), מצא כי טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי תורם לתפקוד ולבריאות נפשית במגוון תת תחומים: יחס לעצמי ולאחרים, דיכאון וחרדה, התנהגות ממכרת ואימפולסיבית, פסיכוזה, חיי היום יום באופן כללי, מטלות בית, עבודה, פנאי, מערכות יחסים עם בני המשפחה ומערכות יחסים עם אנשים שאינם בני משפחה. ממצא מעניין במחקר זה הוא שהשיפור בסימפטומים פוסט טראומטיים שקשורים לקהות רגשית היה בזיקה למידת השיפור במערכות יחסים עם אנשים שאינם בני משפחה. זאת ועוד, שיפור בסימפטומים פוסט טראומטיים מסוג עוררות יתר, היה קשור לשיפור בתפקוד בחיי היום יום באופן כללי ובמטלות בית.

#### סיכום:

פרק זה הציג פרוטוקול טיפולי המותאם לאנשים עם הפרעה פוסט טראומטית. הפרוטוקול כולל 12 פגישות מובנות שבהן המטופל לומד בהדרגה כלים חדשים לעיבוד קוגניטיבי של השפעות הטראומה. טיפול בעזרת עיבוד קוגניטיבי נמצא יעיל בהפחתת תסמינים פוסט טראומטיים ודיכאוניים במגוון מחקרים ולאורך זמן. יתרונו הגדול הוא בפשטות היחסית של יישומו: מדובר בטיפול קצר שאף לא דורש בהכרח חשיפה לנרטיב הטראומטי עצמו- אלמנט שעלול להרתיע מטופלים רבים. הפרוטוקול ממשיך להתעדכן ולהשתכלל. על אף היותו "צעיר" יחסית, בהדרגה נאספות עוד ועוד עדויות ליעילותו הטיפולית הנרחבת.



### ביבליוגרפיה

[5] Hollon, S. D., & Garber, J. (1988). Cognitive therapy.  
[17] Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS-DX). *National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division, Boston VA Medical Center, Boston, MA.*

1. Bandura A. Social cognitive theory. In: Van Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins TE, editors. *Handbook of Social Psychological Theories*. Los Angeles, CA: Sage; 2012. p. 349-73.
2. Williams JM, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1988.
3. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press; 1992.
4. Lerner MJ, Miller DT. Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*. 1978;85(5):1030-51.
5. Resick PA. *Stress and trauma*. East Sussex, UK: Psychology Press; 2001.
6. Sobel AA, Resick PA, Rabalais AE. The effect of cognitive processing therapy on cognitions: Impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(3):205-11.



7. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*. 1996;34(8):669-73.
8. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-7.
9. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*. 1999;11(3):303-14.
10. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(4):867-79.
11. Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(5):965-71.
12. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(5):898-907.
13. Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MOB, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(2):243-58.
14. Schulz PM, Resick PA, Huber LC, Griffin MG. The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2006;13(4):322-31.
15. Resick PA, Monson CM. PTSD in the twenty-first century – a reconceptualization. BABCP conference; University of Warwick, UK2006.
16. Falsetti SA, Resnick HS, Davis J, Gallagher NG. Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2001;5(4):252-60.
17. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy: Veteran/military version. Washington DC: Dept of Veterans Affairs; 2007.
18. Forbes D, Lloyd D, Nixon R, Elliott P, Varker T, Perry D, et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(3):442-52.
19. Davis JJ, Walter KH, Chard KM, Parkinson RB, Houston WS. Treatment adherence in cognitive processing therapy for combat-related PTSD with history of mild TBI. *Rehabilitation Psychology*. 2013;58(1):36-42.
20. Voelkel E, Pukay-Martin ND, Walter KH, Chard KM. Effectiveness of cognitive processing therapy for male and female US veterans with and without military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(3):174-82.
21. Holliday R, Williams R, Bird J, Mullen K, Surís A. The role of cognitive processing therapy in improving psychosocial functioning, health, and quality of life in veterans with military sexual trauma-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Services*. 2015;12(4):428-34.



22. Kaysen D, Schumm J, Pedersen ER, Seim RW, Bedard-Gilligan M, Chard K. Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*. 2014;39(2):420-7.
23. Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*. 2012;29(8):718-30.
24. Walter KH, Dickstein BD, Barnes SM, Chard KM. Comparing effectiveness of CPT to CPT-C among US veterans in an interdisciplinary residential PTSD/TBI treatment program. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;27(4):438-45.
25. Shnaider P, Vorstenbosch V, Macdonald A, Wells SY, Monson CM, Resick PA. Associations between functioning and PTSD symptom clusters in a dismantling trial of cognitive processing therapy in female interpersonal violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;27(5):526-34.