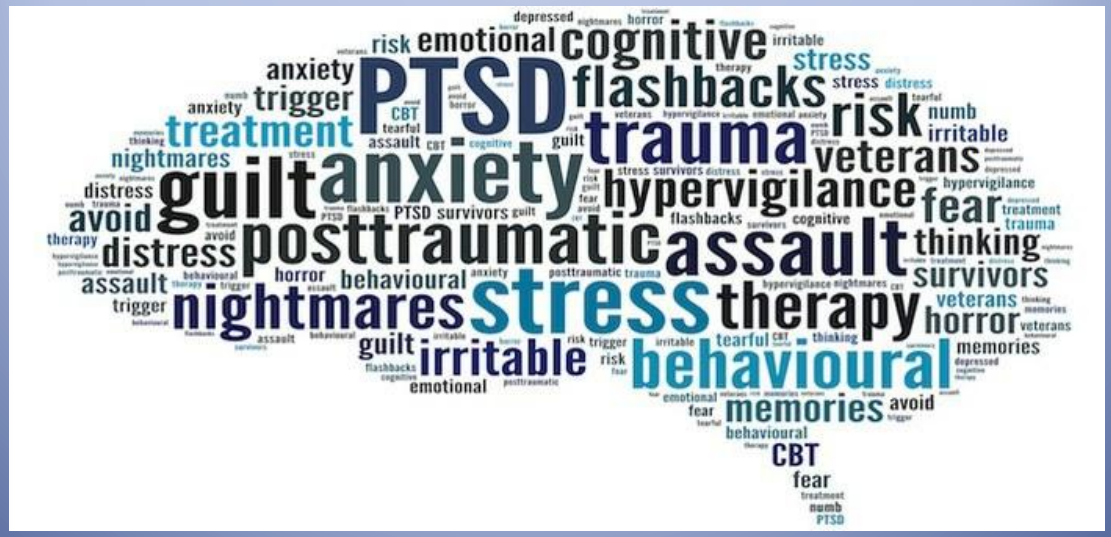
ארגז הכלים של המטפלים בטראומה:

מחשיפה לעיבוד נרטיב

פרופ' דני חורש

אוניברסיטת בר-אילן

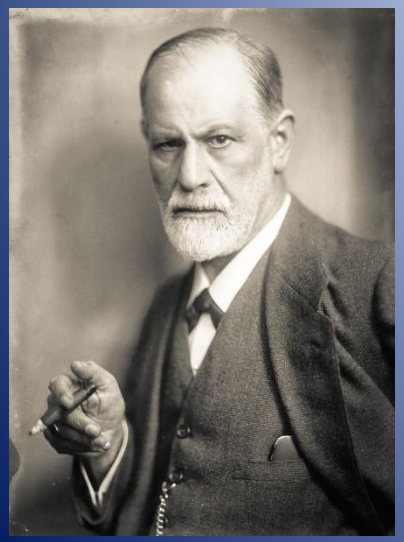


טיפול בטראומה – שורשים היסטוריים

Abreaction (*Abreagieren*)

1893 – פרויד מציג את המודל הקתרטי, שממנו צומחת מתודת האבריאקציה. הרעיון הוא "להתמקד ברגע או בעיה מסויימים", ולאוורר אותם באופן פתוח, חופשי, מהיר.

מה שהיה עד כה חבוי וחסום יקבל ביטוי חזק ומיידי, וכך יירפאו סימפטומים קונברסיביים/היסטריים.



אם נבין את מנגנוני הפסיכופתולוגיה, נוכל לחשוב על טיפול מתאים

- הימנעות
- נרטיב וזכרון פרגמנטריים, לא שלמים
- דיסרגולציה רגשית/גופנית/חושית
- קשיים בינאישיים

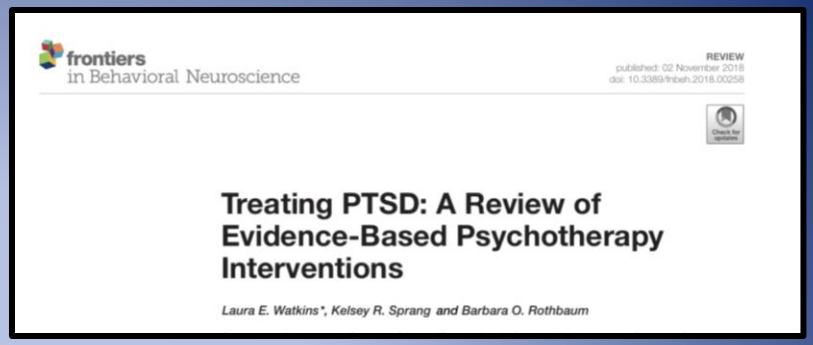
הנרטיב הטראומטי כמכנה משותף ברוב הטיפולים

- <u>בספרות הטיפולית:</u>

נהוגה חלוקה ל:

Exposure-Based vs. Non-Exposure-Based Therapy

פסיכותרפיה ממוקדת טראומה


frontiers in Behavioral Neuroscience

REVIEW

published: 02 November 2018

doi: 10.3389/fnbeh.2018.00258

Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions

Laura E. Watkins*, Kelsey R. Sprang and Barbara O. Rothbaum

- Prolonged Exposure (PE)
- Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Narrative Therapies
- 3rd Wave CBT (e.g., Mindfulness, ACT).
- Somatic Therapies (e.g., Somatic Experiencing)
- Interpersonal Psychotherapy (IPT)



Prolonged Exposure (PE)

השיטה פותחה ב-86' ע"י פרופ' עדנה פואה

השיטה נחקרת רבות, ומוכיחה (ברוב המקרים) יעילות מרשימה בטיפול ב-PTSD. יש שאלה לגבי Dropouts.

במוקד השיטה עומדת ההימנעות הפוסט-טראומטית. PE נלחמת בה, ורואה בה את "האויב מס' 1" של נפגעי הטראומה.

הבסיס התיאורטי ל-PE

Emotional Processing Theory (Foa & Kozak, 1986):

"We propose that… two conditions are required for the reduction of fear: First, ever-relevant information must be made available in a manner that will activate the fear memory… . Next, information… must include elements that are incompatible with some of those that exist in the fear structure, so that a new memory can be formed".

אקטיבציה רגשית כתנאי הכרחי להחלמה מטראומה

- בטיפול ב PTSD, אנחנו רוצים שמבני הפחד יופעלו בעוצמה האמיתית שלהם, כדי שנראה את כל הכשלים הלוגיים, את הרגשות השליליים, את טעויות הייחוס. לכל אלה נוכל להתייחס יחד עם המטופל תוך כדי הטיפול.
- ככל שהפעלת מבני הפחד/זכרון הפחד תהיה מלאה יותר, כך ניתן יהיה להחליש את עוצמתם מהר יותר, וביתר יעילות.

PE מתבסס על שתי פרקטיקות מרכזיות

- Imaginal Exposure – חשיפה בדמיון: חשיפה חוזרת ונשנית לפרטי האירוע הטראומטי. מטרת החשיפה החוזרת היא להקל על עיבוד הזכרונות הטראומטיים ולגבש פרספקטיבה ריאליסטית יותר ביחס לטראומה.

- In-Vivo Exposure – חשיפה במציאות: התעמתות חוזרת ונשנית עם מצבים, פעילויות, אנשים ומקומות שמהם נפגע הטראומה נמנע, משום שהם מהווים עבורו תזכורות מכאיבות. מטרת החשיפה היא לאפשר למטופל להבין שהתזכורות אינן מסוכנות לכשעצמן, ושהוא מסוגל להתמודד עם המצוקה.

מבנה הטיפול

- 8-15 פגישות (10~ כאורך אידיאלי).
- כל הפגישות מוקלטות ע"י המטופל.
- ש"ב בין פגישה לפגישה.
- דגש חזק מאד על Psycho-education ועל הבנת הרציונל של כל שלב ושלב.
- שאלוני סימפטומים (PCL, PTCI, BDI) כל שתי פגישות.
- עבודה מתמשכת עם SUDS.

חלוקה לפגישות ספציפיות

- פגישה 1: הצגת הרציונל, ראיון קליני לקבלת מידע על ה- Index Trauma, אימוני נשימה, ש"ב (להקשיב לפגישה בשלמותה).
- פגישה 2: לימוד המטופל לגבי תגובות שכיחות לטראומה, הצגת הרציונל לחשיפה חיה + SUDS, גיבוש היררכית חשיפות, ש"ב – חשיפות חיות.
- פגישה 3: חשיפה בדמיון

- הצגת הרציונל (מה יקרה עקב החשיפה + מטפורות)
- ביצוע חשיפה בדמיון, שוב ושוב (40 דק')
- עיבוד חשיפה בדמיון
- ש"ב: להקשיב להקלטה פעם ביום; להמשיך חשיפה חיה.

- פגישות 4-5: המשך חשיפה בדמיון.

מה קורה בחשיפה בדמיון?

- **הביטואציה:**

מבני הפחד הקיימים, העמידים, הפרימיטיביים, נחשפים שוב ושוב לאוויר העולם, ובכך מתחילים לאבד מעוצמתם (עוד לפני שבכלל עובדו).

לחרדה יש תאריך "פג תוקף", אלא אם כן נמנעים מלפגוש אותה. כשהיא נחשפת, היא גם נחלשת, ובד"כ בקצב מהיר.

המטופל לומד בהדרגה שהזיכרון איננו מסוכן בפני עצמו. מה שהיה מסוכן זה האירוע הטראומטי, אבל עם הייצוג המנטלי שלו דווקא אפשר להתמודד. הפרדה בין הקונקרטי לסימבולי.

עבודה קוגניטיבית בזמן/אחרי חשיפה בדמיון

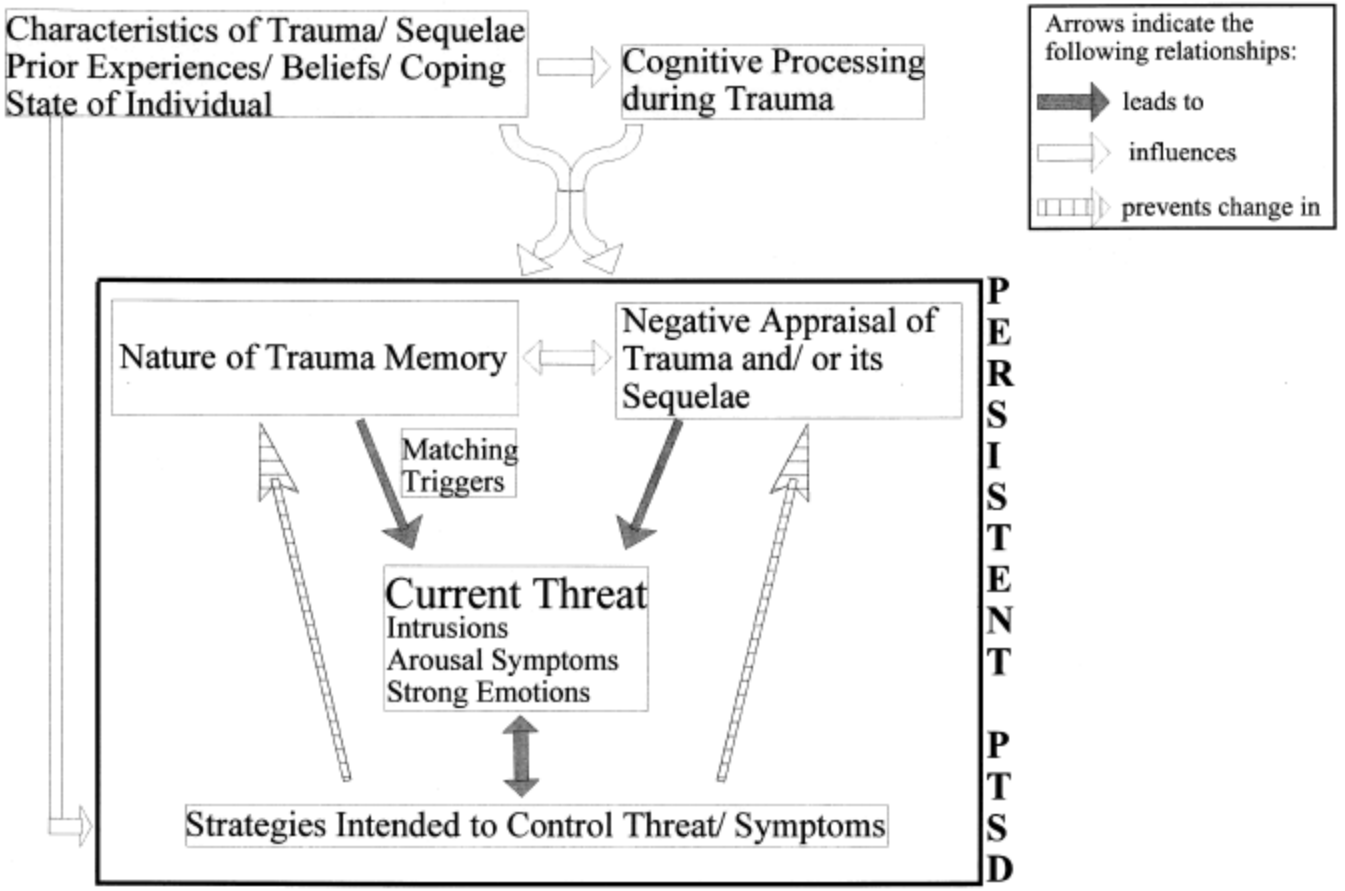


Fig. 1. A cognitive model of PTSD.

דוגמאות לפערי זיכרון שיעלו בשלב העיבוד:

- מלחמה: "יכולתי להציל אותו, ולא ניסיתי" ≠ "אני מוציא אותו מהטנק, אני גורר אותו, אבל אז נופל לידי עוד פגז ואני עף 10 מטר קדימה. אחר כך התעוררתי בביה"ח".
- תאונות דרכים: "אם רק הייתי מסתכל יותר טוב בצומת, בודק, אולי הייתי מצליח למנוע את זה" ≠ "אנחנו עומדים שם ברמזור, ואחותי אומרת משהו מצחיק. זה הקול האחרון שלה שאני זוכר. אני מתחיל לנסוע, רואה את הכביש, את האוטו שלפניי, את הטרמפיאדה, אבל אז מגיעה משאית משום-מקום, כמו מטאור שנחת מאיזה כוכב, לא ברור מאיפה. 3-4 מכוניות לפניי נפגעות לפני שהדבר הזה פוגע בי".

וכשיש אשמה ובושה "מוצדקות"?

- הנחת היסוד ב-PE היא שהמציאות היא תמיד מורכבת ורב-ממדית (ואינטגרטיבית) יותר מכפי שזוכר אותה קורבן הטראומה. לכן, גם במקרים מורכבים מאד, עם דינמיקה מציאותית שמעלה שאלות אמיתיות, נוכל להעביר את המטופל דרך תהליך עיכול משמעותי בהרבה מזה הדיכוטומי/גולמי שבו הוא שרוי.



“Hot Spots”

- פגישות 6-9 – חשיפה בדמיון.
- מדובר בנקודות כואבות, "דלקתיות" במיוחד, שהמטפל שם לב אליהן במהלך החשיפה בדמיון.
- לעתים תהיה הימנעות מלגעת בהן, לעתים יהיה ניסיון שלא יכאב מדי למטופל.
- פגישה אחרונה: חשיפה אחרונה בדמיון, על כל הטראומה (כולל Hot Spots); עיבוד החומר שעולה בחשיפה והבחנה בשינוי שחל בתפיסות המטופל; SUDS להיררכיית החשיפות והשוואה עם אלה של תחילת הטיפול; סיכום הטיפול, היעילות שלו ומבט לשימוש במה שנלמד בהתמודדות בעתיד.

Engagement

- ב-PE, אנחנו רוצים את המטופל מעורב רגשית. זהו תנאי בל-יעבור להחלמה.
- מאידך, ניתקל לא-פעם בבעיות של מעורבות חסר/יתר במהלך החשיפה בדמיון
- Under-engagement , Over-engagement.
- מה נעשה כדי לעזור בזה?



CPT

- פותח ע"י פטרישיה רסיק בשנות ה-90 עבור נפגעות אונס.
- הדגש הוא על Cognitive restructuring. קיים לעתים מרכיב מסויים של חשיפה, בדמות כתיבה של נרטיב הטראומה.
- עם זאת, רוב העבודה היא קוגניטיבית. למעשה, CPT הוא וריאנט של הטיפול הקוג' המסורתי של בק. הביטואציה של חרדה איננה במוקד המנגנון הטיפולי.
- ההתמקדות היא בסכמות הקוג' של האדם, שאותגרו ע"י האירוע הטראומטי.
- למשל: "העולם איננו מקום בטוח"; "אין לי שום שליטה על מה שקורה לי" (Shattered Assumptions – ג'נוף-בולמן).

ישנן 3 דרכים בהן מידע חדש שעולה מהטראומה יכול להיות מעובד:

- אסימילציה: אין כניסה למידע שלילי, כדי שסכמה קיימת לא תיהרס ("אני חזקה ושולטת בחיי").
- אקומודציה: מידע חדש מהטראומה משנה סכמות קיימות, כדי שיתאימו לו יותר ("אני בודקת יותר טוב מי הגבר שנמצא מולי").
- Over-accommodation: הטראומה משנה סכמה באופן קיצוני, כך שנוצרות אמונות דיספונקציונליות ("כל הגברים בעולם מסוכנים").

מבנה הטיפול

- 12 פגישות מובנות – 7 הראשונות עובדות על סכמות באופן כללי, ו-5 האחרונות מוקדשות לתמות ספציפיות של *ביטחון, אמון, כח, הערכה עצמית ואינטימיות* (עם הבחנה בין *תפיסת העצמי* ל*תפיסת האחר* בנוגע אליהן).
- המטרות: 1. לקבל את האירוע הטראומטי כמשהו שהתרחש ושלא ניתן להתעלם ממנו. 2. לחוות את כל קשת הרגשות שקשורים אליו. 3. לנתח אמונות דיספונקציונליות ולהתעמת איתן. 4. לבדוק איך אמונות/חוויות קודמות השפיעו על התגובה לטראומה ו/או הושפעו ממנה.
- ש"ב ראשונים: לכתוב על משמעות האירוע הטראומטי.
- בפגישות הבאות מתמקדים במשמעות האינדיבידואלית של הטראומה, ותוך כדי מתמקדים בדפוסי חשיבה מוטים (בעיקר פחד, בושה ואשמה; זיהוי מחשבות אלטרנטיביות, עדויות בעד ונגד – CT קלאסי).
- עבודה עם Stuck Points (המקבילה הלא-חשיפתית ל-Hot Spots).

WET
Written Exposure Therapy

אז מהי בעצם חשיפה בכתיבה?



פרוטוקול טיפולי, שיכול להתקיים בפני עצמו או כחלק מטיפול נרחב יותר, פשוט וקצר



חמישה מפגשים בני 40 דקות עד 60 דקות



בכל פגישה המטופל מתבקש לכתוב ברציפות על האירוע הטראומטי, במשך 30 דקות



נבחן מחקרית על מספר רב של אוכלוסיות, לרבות לוחמים לשעבר המאובחנים עם PTSD מצבא ארה"ב



אחוזי נשירה מטיפול



פרוטוקול פשוט

מה המטופל לומד דרך חווית הכתיבה?



המצוקה הקשורה לטראומה יכולה לחלוף



זיכרון הטראומה אינו מסוכן וניתן לחוות אותו בצורה בטוחה בחדר



סיפור שלם ורציף



קשיים רגשיים פוחתים בהדרגה



תגובות פיזיולוגיות אינן מסוכנות



ניתן לשאת רגש שלילי עצמתי



ניתן לפתח דרכים חדשות להבנת הטראומה

הפרוטוקול

חשיבות הכתיבה במשך 30 דקות מלאות בכל מפגש היא קריטית. על המטפל להדגיש שהכתיבה עובדת בצורה הטובה ביותר כאשר המטופל ממלא אחר ההוראות, עוסק במלואו בכתיבה וכותב במשך 30 הדקות שהוקצבו לו. במקרה (הפחות סביר) שהמטופל מסיים את משימת הכתיבה לפני שזמן הכתיבה מסתיים, הוא צריך להתחיל לכתוב את הנרטיב מחדש, החל מההתחלה. לעתים קרובות, אנשים ייזכרו במצב זה בפרטים נוספים על הטראומה.

בלא מעט מקרים, מטופלים מעירים ש-30 הדקות חלפו מהר יותר ממה שהם ציפו.

בחירת אירוע

בכל חמשת מפגשי הכתיבה- כותבים רק על אירוע אחד.

אם מדובר במטופל עם אירוע מרכזי בודד - עובדים עליו ומקפידים להמשיך לעבוד עליו, גם אם במהלך המפגשים המטופל משתף שכרגע הוא נזכר באירוע משמעותי יותר עבורו.

אם מדובר במטופל עם מספר אירועים, צריך לעבוד איתו במפגש ההכנה לכתיבה על התמקדות באירוע אחד.

האירוע שמביא להימנעות הגדולה ביותר. כלומר, האירוע שהמטופל נמנע מלעסוק בו, להיזכר בו או מרגשות המסמלות אותו / אירוע בגינו יש הימנעות מגירויים חיצוניים

"אבל כל האירועים קשים לי באותה המידה...מה אני בוחר?!"

האירוע עם הזיכרון הכי חד וברור

מפגש מספר 1

*במפגש הכתיבה הראשון שלך, אני רוצה שתכתוב על **האירוע הטראומטי החל מההתחלה**. לדוגמה, אתה יכול להתחיל עם הרגע שבו הבנת שהאירוע הקשה עומד להתרחש. בזמן שאתה מתאר את הטראומה, חשוב שתכתוב כמה פרטים ספציפיים שאתה יכול לזכור כרגע. לדוגמה, תוכל לכתוב על מה שראית (למשל, פנסים של המכונית מתקרבים אליך, אדם שמתקרב אליך), מה ששמעת (למשל, צופר של רכב, צמיגים חורקים, אדם מאיים עליך, פיצוץ), או מה שהרחת (למשל, דם, גומי בוער). בנוסף לכתיבה על פרטי האירוע, עליך לכתוב גם על המחשבות והרגשות שלך במהלך האירוע הטראומטי כפי שאתה זוכר אותם כעת. לדוגמה, ייתכן שהייתה לך המחשבה "אני הולך למות", "זה לא יכול לקרות" או "אני הולך להיאנס". ואולי הרגשת מבועת, קפוא מפחד, או כועס על אדם אחר שמעורב.*

זכור, אינך צריך לסיים לכתוב על כל האירוע הטראומטי בפגישה זו. פשוט התמקד בכתיבה עם כמה שיותר פרטים וכלול את המחשבות והתחושות שחווית במהלך האירוע הטראומטי ומיד לאחריו. זכור, האירוע הטראומטי למעשה לא מתרחש שוב, אתה פשוט מספר אותו כשאתה מסתכל עליו עכשיו.

מפגש מספר 2

היום, אני רוצה שתמשיך לכתוב על הטראומה כשאתה מסתכל עליה עכשיו. אם אתה מרגיש שלא קיבלת את ההזדמנות לתאר עד הסוף את האירוע הטראומטי בפגישה הקודמת, אז אתה יכול להמשיך מאיפה שהפסקת. אם סיימת לכתוב על אירוע הטראומה בפגישה האחרונה, אנא כתוב שוב על האירוע כולו. בזמן שאתה מתאר את האירוע, ***אני רוצה שתתעמק ברגשות הכי עמוקים שלך*** *(למשל, פחד, הלם, עצב, כעס) ומחשבות (למשל, "האם זה באמת קורה?" "אני הולך למות"). כמו כן, זכר לכתוב על פרטי האירוע הטראומטי. כלומר, תאר את התפאורה; האנשים המעורבים; ומה שראית, שמעת והרגשת. זכור שאתה כותב על הטראומה כשאתה מסתכל עליה עכשיו.*

מפגש מספר 3

בירור קצר מה שלום המטופל בשבוע שחלף

משוב על הכתיבה

הנחיות לכתיבה ולקיחת רמת מצוקה

כתיבה

דיון לגבי חוויית הכתיבה

סגירה

ההבדל בין מפגש מספר 3 לשניים שקדמו לו, הוא שכעת המטופל מתבקש לכתוב על השפעות האירוע הטראומטי <u>בנוסף</u> לתיאור האירוע עצמו. מטופל שלא כתב כנדרש במפגשים 1 ו-2, לא מתקדמים איתו למפגש 3. מסבירים במשוב מה היה חסר וחוזרים על ההנחיות של הפגישה הקודמת

מפגש מספר 4

בירור קצר מה שלום המטופל בשבוע שחלף

משוב על הכתיבה

הנחיות לכתיבה ולקיחת רמת מצוקה

כתיבה

דיון לגבי חוויית הכתיבה

סגירה

מטופל שלא כתב במפגש 3 על השפעות הטראומה, לא מתקדם למפגש 4. חשוב לחדד במשוב ולברר מה הסיבה.
במפגש הזה אנחנו מזמינים את המטופל לנסות ולהתמקד בחלק ספציפי בתוך האירוע.

מפגש מספר 5

בירור קצר מה שלום המטופל בשבוע שחלף

משוב על הכתיבה

הנחיות לכתיבה ולקיחת רמת מצוקה

כתיבה

דיון לגבי חוויית הכתיבה

סגירה

במפגש הזה אנחנו מזמינים את המטופל לנסות ולסכם את הכתיבה שלו, ולכתוב גם על כיצד הוא רואה את עתידו מהיום והלאה בהתייחס לטראומה



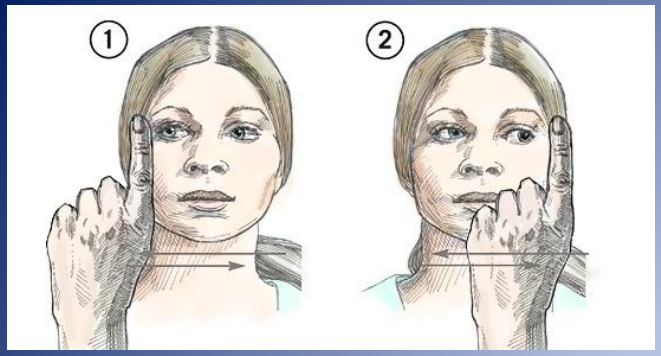
EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- פותח ע"י פרנסין שפירו בסוף שנות ה-80, בעקבות "התגלות" קוגניטיבית שהייתה לה.
- השיטה שואפת (וככה"נ מצליחה) להפחית סימפטומי PTSD שלא דרך 2 המנגנונים שדיברנו עליהם – חשיפה מחד והבנייה קוג' מאידך.

- שלבים:

- זיהוי ובחירה של טראומה לעבוד עליה
- העלאה של אמונה שלילית המקושרת אליה ("אי אפשר לסמוך על אף אחד בעולם הזה").
- דירוג SUDS של מצוקה.
- העלאת אמונה חיובית אותה המטופל היה רוצה להשיג ("ישנם אנשים טובים, ואפשר לסמוך עליהם"), ודירוג העוצמה שלה על סאקלה בת 7 שלבים.



- לאחר מכן, מגיע לב הטיפול:

- המטופל מתבקש לדמיין באופן ויזואלי את הטראומה, כשהוא מתמקד באמונה השלילית שלו.

- בו"ז, הוא מתבקש לשים לב לתחושות הגופניות שמתעוררות בו (הזעה, דפיקות לב, כיווץ הבטן, בחילה).

- במהלך כל התהליך, המטופל עוקב אחר האצבע המורה של המטפל, כשהוא מזיז אותה אופקית הלוך ושוב מימין לשמאל (בערך 25-30 ס"מ מעיני המטופל), 2 תנועות בשנייה. הסט הראשון הוא בן 24 תנועות, ולאחר מכן מתווספות עוד, לפי הצורך.

- אחרי כל סט, המטופל מתבקש "לשחרר" את הדימוי הטראומטי, ולקחת נשימה עמוקה.

- לאחר מכן הוא מתבקש שוב להעלות אותו, לספר על התחושות שלו, ולדרג SUDS.

- כיום, ל-EMDR 8 שלבים: שלבים 1-3 הם שלבי הכנה וזיהוי מחשבות, בעוד שלב 4 הוא שלב תנועות העיניים המרכזי. שלבים 5-7 מוקדשים לחיזוק האמונה החיובית ול-Body Scanning בעקבות שאריות של תחושות פיזיות לא נוחות. שלב 8 מהווה סיכום והערכה של הטיפול ומנגנון הפעולה שלו.





- Shapiro: "Moving down the feeder channel"

הביטוי מתייחס לאלמנט של כמו-אסוציאציות חופשיות ב-EMDR. המטופל מעלה זיכרון טראומטי אחד, ולאחר מכן נותן לעצמו להעלות זכרונות, מחשבות ותחושות באופן חופשי; לעתים אירועים מתערבבים זה בזה.

הסברה היא כי התנועות הבילטרליות מאפשרות עיבוד מהיר ומשוחרר יותר של זכרונות טראומטיים. הסתימה המנטלית נפתחת.

אז איך זה עובד?

- כיום נראה כי תנועות העיניים לכשעצמן אינן הכרחיות. אפשר גם לנקוש באצבעות שתי הידיים, לחוות גירוי/רעד בשתי הידיים, או להקשיב לאזניות בסטריאו.
- מה שכן נראה חשוב הוא תהליך של Dual Processing, בשני מובנים לפחות: 1. המטופל עושה שני דברים בו"ז (עוקב אחר האצבע ואחר הזיכרון הטראומטי). 2. המטופל נמצא עם רגל אחת בעבר הטראומטי ורגל אחת בהווה המוגן והבטוח של החדר. חשוב לשמור את המטופל באזור האמצע, לא בטוח מדי ולא חרד/דיסוציאטיבי מדי.

המשך – איך זה עובד?

- טענה מרכזית: EMDR מעורר את אותם תהליכים הקיימים בשנת REM. תנועות העיניים מאפשרות מעבר של זיכרון אפיזודי (הכולל רגשות, תחושות פיזיות ואמונות הקשורות לטראומה) לכדי זיכרון סמנטי, שהוא כבר מתקדם וסימבולי יותר, ומכיל את *המשמעות* של הטראומה, ללא האסוציאציות השליליות המקושרות אליה. זיכרון הטראומה עובר "דה-טוקסיפיקציה".



CPTSD :Phase-based approach

ISTSS Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD November 2012

ISTSS has updated its guidelines for the prevention and treatment of PTSD and CPTSD as of November 2018. For the updated documents, go to: www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx.



The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines For Complex PTSD In Adults

STAIR: Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation





ויסות רגשי

ולידציה

מיומנויות בינאישיות

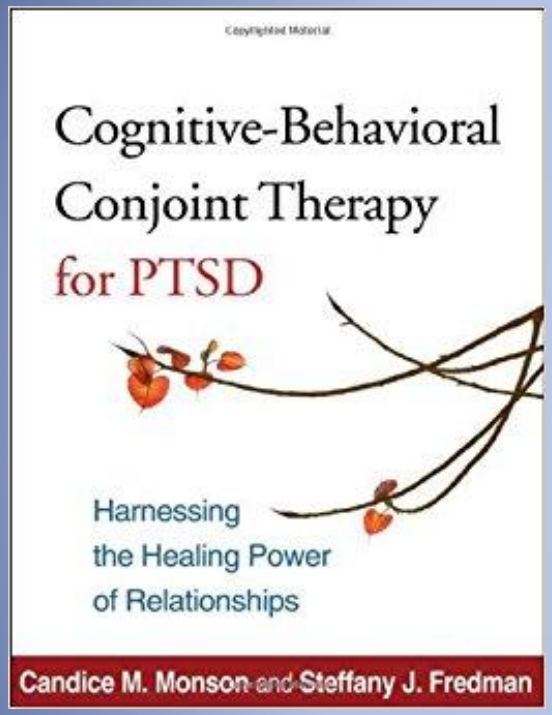
שיקום האמון דרך הקשר הטיפולי

Trauma psychoeducation

+ מודולה של עבודה על נרטיב הטראומה

- <u>אדפטציות</u> ממוקדות-טראומה של DBT (DBT+PE)





-זוגות בהם לאחד מבני הזוג יש PTSD

-הדיאדה כיותר מסכום חלקיה

-עבודה על תקשורת זוגית, הימנעות זוגית, עיבוד משותף של חווית הטראומה והשפעותיה על המשפחה והזוגיות

אדוות להחלמה: צוות





דר' יעל שובל-צוקרמן



פרופ' רחל דקל



פרופ' דני חורש

- Family Trip
- Back2Connect
- CBCT



- ההתערבות מורכבת מ-15 מפגשים שבועיים בני 75 דקות.

- <u>ההתערבות כוללת שלושה שלבים</u>:
  1. מידע פסיכו-חינוכי לגבי PTSD והשלכותיו על מערכות היחסים ואסטרטגיות לקידום הביטחון הפיזי והנפשי במערכת היחסים.
  2. שיפור התפקוד הזוגי ועידוד התנהגויות מקרבות מצד שני בני הזוג.
  3. התערבויות קוגניטיביות לצורך הבנייה-מחדש של מחשבות הקשורות בטראומה אשר משמרות את ה - PTSD וכן את הקשיים במערכת הזוגית.

Stages and Sessions of Cognitive–Behavioral Conjoint Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Stage 1- Rationale for Treatment and Education about PTSD and Relationships

Session 1: Introduction to treatment

Session 2: Safety building

Stage 2 - Satisfaction Enhancement and Undermining Avoidance

Session 3: Listening and approaching

Session 4: Sharing thoughts and feelings—emphasis on feelings

Session 5: Sharing thoughts and feelings—emphasis on thoughts

Session 6: Getting UNSTUCK

Session 7: Problem solving

(Monson, Fredman & Adair, 2008)

Stages and Sessions of Cognitive–Behavioral Conjoint Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Stage 3 - Making Meaning of the Trauma(s) and End of Therapy

Session 8: Acceptance

Session 9: Blame

Session 10: Trust issues

Session 11: Power and control issues

Session 12: Emotional closeness

Session 13: Physical intimacy

Session 14: Posttraumatic growth

Session 15: Review and reinforcement of treatment gains

(Monson, Fredman & Adair, 2008)

– תמסיר 1.5 –

שאלות על השפעת הטראומה – 1

שם: _____

1. **איך הטראומה או הפוסט-טראומה השפיעה על היחסים שלנו עד היום? כיצד היא השפיעה על המחשבות, הרגשות וההתנהגות שלי בנוגע למערכת היחסים?**

2. **מדוע האירוע(ים) הטראומטי(ים) קרו לי או לבן/בת זוגי?**

3. **מה אני חושב/ת בנוגע לכל אחד מהתחומים הבאים וכיצד הם קשורים אליי, לבן/בת זוגי ולאחרים?**

אמון:

שליטה:

קרבה רגשית:

קרבה גופנית:

מת״ן במ״ה

מאוחדים ביחד כזוג, הם מוזמנים לבדוק ביחד באופן אמפירי את המחשבות שלהם;

הם נותנים **ת**שומת לב ומשתפים במחשבות ובתחושות;

הם מעלים **נ**קודות מבט חלופיות, מחשבות או הסברים אלטרנטיביים, גם אם נראים לא הגיוניים באותה העת;

הם **ב**וחנים את המחשבות החלופיות ביחד ושוקלים את ה׳בעד׳ ואת ה׳נגד׳ לגבי כל מחשבה;

הם בוחרים ביחד את המחשבה שנראית הכי **מ**אוזנת/**מ**ציאותית;

לבסוף, הם שמים לב איך מחשבה חדשה זו מביאה לשינויים ב**ה**רגשה וב**ה**תנהגות;

תרגול מתמיד.

Current RCT



Contemporary Clinical Trials 132 (2023) 107280

Contents lists available at ScienceDirect

Contemporary Clinical Trials

journal homepage: www.elsevier.com/locate/conclintrial

Study protocol: A multimethod psychophysiological randomized controlled trial of a couple therapy for post-traumatic stress disorder

Ilil Zaks [a,*], Rachel Dekel [b], Yael Shoval Zuckerman [b], Danny Horesh [a,c]

[a] Bar-Ilan University, Department of Psychology, Ramat Gan 590002, Israel
[b] Bar-Ilan University School of Social Work, Ramat Gan 590002, Israel
[c] Grossman School of Medicine, Department of Psychiatry, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016, USA

A psychophysiological mixed-methods RCT of CBCT in Israel





The efficacy of CBCT



- **Physiological**
  - Skin conductance: Total SCR Tonic Period
  - RSA
  - Mean Heart Rate
- **Psychological**
  - :PTSD PCL-5
  - :Depression: BDI
  - Relationship satisfaction: CSI

Figure 2. *PTSD symptoms (PCL-5)*

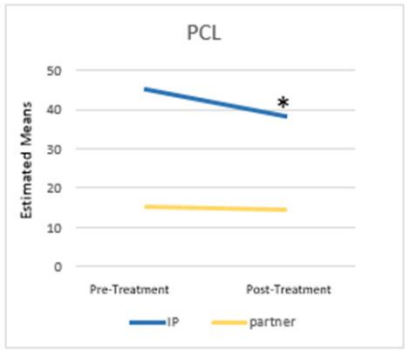
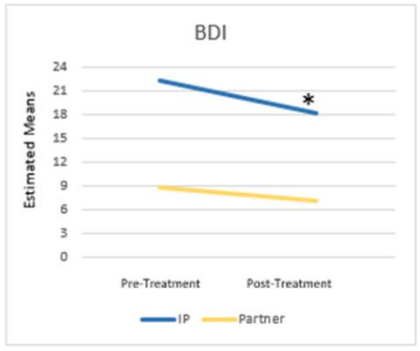


Figure 3. *Depression (BDI-II)*











ולזכור גם...

- **בטראומה אפשר לטפל, ולטפל טוב**
- גם במצבים כרוניים, שלכאורה נראים חסרי-סיכוי, מדובר במנגנון "תקוע" שלרוב טרם ניסו לגעת בו או לשחררו. כמטפלים, חשוב שלא נתייאש שם.
- להיזהר מעודף-זהירות.
- הטיפול הוא פעמים רבות רב-מערכתי, ומצריך מאיתנו יצירתיות וגמישות: שילוב של שיחות, תרופות, ולעתים גם טיפול זוגי/משפחתי (וגם - יוגה, מדיטציה, ספורט, תזונה, תנועה, מוזיקה ועוד).

תודה על ההקשבה!

Danny.Horesh@biu.ac.il