

20/9/24

טיפול בטראומה באמצעות עיבוד תהליכי קוגניטיבי

(Cognitive Processing therapy for PTSD)

ד"ר אופיר לוי

(Dr. Ofir Levi)

טיפול קוגניטיבי תהליכי (Cognitive Processing Therapy) לנפגעי הפרעת לחץ פוסט טראומטית (PTSD) הוא טיפול שפותח בתחילת שנות ה-90 של המאה הקודמת בידי רזיק ושכניק (Resick & Schnicke). הוא נוסה בתחילה במסגרת קבוצתית עם נפגעות אונס ולאחר מכן פותח כטיפול פרטני (Resick et al., 2008). הוא נחקר רבות ונמצא יעיל להפחתה של סימפטומים פוסט טראומנטיים ושיפור בתפקוד (למשל, Shayani et al., 2023). הטיפול מתואר בתוך ספר שתורגם לעברית ע"י ד"ר דני דרבי. בהתבסס על תרגום זה אתאר עתה באריכות יחסית, את שיטת הטיפול. התיאור נאמן ברובו לנאמר בספר למעט התסייגויות המשקפות את ניסיוני ביישום השיטה.

הטיפול פרוס על פני 12 מפגשים אך הוא עשוי להתארך לכדי 16 מפגשים. כל זאת כיוון שמודולות מסוימות דורשות יותר ממפגש אחד (כמו למשל המודולה הראשונה שעמוסה בתכנים ולה נדרשים על פי ניסיוני 2-3 מפגשים - לא כולל אבל טראומתי אליו אתייחס בהמשך). בסוף כל מפגש, המטופל מתבקש לבצע מטלות בית המנוסחות בדפים הנמסרים לו (ללא קשר לדפי המטלות, כדאי להציע למטופל להגיע עם מחברת דקה למפגש הטיפול הראשון). ביצוע מטלות הבית מתבסס על הצורך בעבודה מתמשכת בין הפגישות ולכן הוא קריטי להשגת מטרות הטיפול. והיה והמטופל אינו מבצע את מטלות הבית אפשר לנסות בתחילה לקשור זאת ל'הימנעות' (קלסטר C), ואם זה לא עוזר יש לקשור זאת ל'התנגדות' לטיפול. יש לזכור שמטלות הבית מסמלות את לקיחת האחריות מצד המטופל על הטיפול והן מבטאות את המוטיבציה של המטופל להצלחתו. לכן יש לדון בחשיבות של ביצוען ככל שצריך, לרבות שקילת האפשרות לעצור את הטיפול.

את הפגישה הראשונה אפשר לפתוח בתיאור הטיפול דרך אזכור נושאי המפגשים ('הקדמה ושלב פסיכוכימיקלי'; 'משמעות האירוע'; 'זיהוי מחשבות [לא רציונאליות] ורגשות [שליליים]'; 'עיבוד זיכרון הטראומה'; 'שאלות אתגר'; 'זיהוי דפוסים של חשיבה מוטית'; 'דיון על'; 'ביטחון'; 'אמון'; 'כח, שליטה ויכולת והשפעה'; 'הערכה'; 'מניעת הישנות/פרידה') והסבר על הרציונאל שעומד מאחוריו. בהקשר זה יש להסביר שאמונות ורעיונות שאדם מחזיק בהן עושיות להשתבש בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי. כך למשל, אם אדם חשב שהעולם הוא מסוכן אזי חשיפה לאירוע טראומתי עשויה לחזק את האמונה שהעולם הוא מסוכן ו/או להוביל אותו לקבוע (לפרש), שכיוון שהעולם מסוכן אירועים טראומטיים מתרחשים (בשפת ה-CPT זהו ביטוי ל'הטמעה מעוותת' [אסימילציה]). שינוי מסוג אחר שעשוי להתרחש הוא שינוי באמונות ורגשות (בשפת ה-CPT התאמה [אקומודציה]) קרי, אדם שהחזיק באמונות ורגשות חיוביים ביחס לעולם עלול לחשוב בעקבות האירוע הטראומתי שהעולם הפך להיות מסוכן. זאת ועוד, יש להסביר למטופל שטיפול באמצעות עיבוד קוגניטיבי תהליכי, נועד להבדיל בין "רגשות טבעיים" (רגשות אוניברסאליים שמתעוררים תוך כדי האירוע הטראומתי ולאחריו כמו תחושת פחד לאחר האירוע. רגשות אלו אמורים לדעוך עם הזמן) ו"רגשות מיוצרים" (רגשות שלא מבוססים על עובדות אלא הם 'מיוצרים' כתוצאה מפרשנות אישית של הסיטואציה. למשל, הסימפטומים שאני סובל מהם הם עדות לחולשה). בהתבסס על כל אלה יש לומר שהרעיון הוא לשנוות "את המאזן" בין הרגשות הטבעיים והמיוצרים באופן כזה שיתאפשר למטופל להתחבר לרגשות הטבעיים ולקבל אותם, ודרך כך לנטרל את הרגשות המיוצרים שלרוב הם שליליים (ולכן הם מפריעים לתהליך ההחלמה). אולי זה המקום לציין שבספר מומלץ להשתמש בדימוי של מדורה. מדורה (רגשות טבעיים) תדעך באופן טבעי אם לא יוסיפו לה עצים, שמן וחומרי בעירה אחרים רגשות מיוצרים. לעומת זאת, אם נמשיך לזרוק עצים ונוסיף שמן למדורה המדורה לא תכבה ואף אפשר שתלך ותגדל.

חשוב להדגיש בפני המטופל כי גם האמונות שמתפתחות וגם הרגשות שהתפתחו בעקבות האירוע הטראומתי, אינם נבדקים ולכן יש להסביר למטופל שהם גורמים לו ל'היתקע' קרי: "אמונות מוטעות שמתפתחות בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי יכולות להפוך לכל כך אוטומטיות, עד כדי אי מודעות לכך שאתה מחזיק בהן והן אלה שמשפיעות על מצב הרוח וההתנהגות". בדרך זו קושרים את הדברים ל"נקודות היתקעות" עליהן אפשר להוסיף ש"כאשר יש חוסר התאמה לאמונות, אחד משני דברים קורה: (1) או שאתה משנה את הזיכרונות שלך על מה שקרה או את הפרשנות שלך לאירוע - כך שיתאימו לאמונות שלך (אסימילציה - הטמעה) (2) או שאתה משנה את האמונות שלך לגבי העולם... (אקומודציה - התאמה)" (רזיק ודרבי, 2010, עמוד 71). דוגמה אפשרית שניתן לתת לנקודת היתקעות היא: "אם רק הייתי... יכול להיות שזה לא היה קורה" קרי, יש כאן ביטוי של קריאה מסולפת של המציאות / הטיה של נסיבות האירוע. יש להדגיש שאת נקודות ההיתקעות יש להתיר על מנת לחדש את תהליך ההחלמה.

לאחר ההסבר על שיטת הטיפול והרציונאל מאחוריה (הכולל כאמור התייחסות לביטויים של הטמעה והתאמה, רגשות מיוצרים והקשר של כל אלה לנקודות היתקעות) יש למצוא את הקשר בין 'נקודות ההיתקעות' והסימפטומים הפוסט טראומטיים מהם המטופלים סובלים (למשל, אם התפתחה בקרבו של המטופל אמונה שהעולם הוא מסוכן אפשר לקשור את הדברים לקבוצת הסימפטומים D [APA, 2022]). לכן לצורך כך כדאי למפות את הסימפטומים בהתאם לקלסטרים של ה-PTSD: חודרנות (B), הימנעות (C), מחשבות ורגשות שליליים (D) ועוררות (E) (APA-V-TR, 2022). מעבר לכך, יש לקשור גם בין "נקודות ההיתקעות" ותופעת הלחימה-בריחה-קיפאון (Fight-Flight-Freeze). למשל, מטופל שמרגיש אשמה על כך שהוא קפא בעת התרחשות האירוע ועל כך הוא מרגיש בושה, וכתוצאה מכך הוא מתחמק מלפגוש חברים שקשורים לאירוע. פסיכואדוקציה היא טכניקה אפשרית לשימור בהקשר זה. ניתן להעביר את המסר שהקיפאון מבטא ניסיון של הגוף להפחית כאב פיזי ורגשי והוא נובע מחשיפה למצב מסוכן חיים שאליו המטופל נחשף, ולכן אין במה להתבייש. מומלץ שההגעה להבנה שאין במה להתבייש תתבסס על דיאלוג עם המטופל.

לאחר כל אלה יש להסביר למטופל כי לטיפול באמצעות CPT יש 4 מטרות מרכזיות: (א) לקבל את העובדה שהאירוע התרחש כפי שהתרחש (ב) שינוי אמונות שיסייעו לקבלת העובדה שהאירוע התרחש (ג) לחזק את הרגשות 'הטבעיים' הקשורים לטראומה ובכך לאפשר לרגשות אלו לנוע במסלולם הטבעי ולהיחלש. (ד) זיהוי ושינוי אמירות אוטומטיות ביחס לטראומה ודרכן הכחדת רגשות 'מיוצרים'.

בפרוטוקול מוצע לעבד ביטויים של אבל במהלך המודולה הראשונה - אם מדובר באובדן של אדם אהוב. הפרוטוקול מכוון לזיהוי קוגניציות בעייתיות בהתבסס על שימוש ב"מיתוסים לגבי אבל" (רזיק ודרבי, 2010, עמודים 98-99), החוסמות את האפשרות להתמקד בחייו של האדם האהוב שנפטר. המטרה היא להבין מה הייתה ראיית העולם של המטופל לגבי מוות ואבל לפני שהמוות הטראומטי התרחש. מניסיוני, כדאי לעסוק בסוגיות של אבל לכל אורך הטיפול ולא רק במפגש הראשון. יש מקום לדון בהם דרך מפגשים 4-5 (ראה בהמשך) ובמפגשים 8-12.

מטלת הבית הראשונה לקראת הפגישה השנייה היא לבקש מהמטופל לכתוב בהרחבה מהן להבנתו הסיבות שגרמו לאירוע החמור ביותר שבו בחר, וכן מהן השלכות וההשפעות של האירוע על האמונות שלו לגבי עצמו, אחרים והעולם בתחומים הבאים: ביטחון, אמון, כוח/שליטה הערכה עצמית ואינטימיות.

הפגישה השנייה אמורה להיפתח כמו כל פגישה בהקראת מטלת הבית ע"י המטופל (הסיבות שגרמו לאירוע והשלכותיו). תוך כדי ההקראה יש לזהות את נקודות היתקעות ומהן לגזור מחשבות ורגשות המסמלות פרשנויות מוטעות של המציאות. כל זאת באמצעות 'דפי רישום מחשבות ורגשות' - אמ"ר (הדף מחולק לשלוש עמודות (1) אירוע, (2) פרשנות, (3) רגש, ובתחתיתו שתי שאלות: האחת נוגעת לריאליסטיות של המחשבות, והשנייה שואלת מה המטופל יכול להגיד לעצמו ביחס למקרים שיתרחשו בעתיד. בדף עושים שימוש בפגישה אך בסופה על המטופל להשתמש בדף בביתו דרך תיעוד אירועים, מחשבות ורגשות בין הפגישות (שם, עמוד 107)).

במהלך הפגישה מזהים אירוע-מחשבה-רגש אחד, בכדי להדגים את הרעיון ולהראות למטופל כיצד פרשנויות מוטעות של אירועים, ציפיות שליליות מהעתיד ודיבור עצמי שלילי, יכולים להשפיע על רגשות ולהוביל להתנהגויות שמשמרות את בעיה. כדאי להשתמש בנקודה זו

ב'דיאלוג סוקראטי' (סדרת שאלות סביב נושא מסוים) במטרה לעזור למטופל לקשור בין המחשבות, הרגשות וההתנהגות שלו. דוגמה מייצגת לרעיון האמ"ר המופיעה בספר עוסקת בשכן שחלף על פני המטופל בלי לומר לו שלום דבר שמוביל את המטופל לחשוב שהשכן כועס עליו וכתוצאה מכך לכעוס בחזרה על השכן. על הרקע הזה מעודדים את המטופל לבחון מספר מחשבות אלטרנטיביות ביחס לשכן כדי להראות שיכולות להיות פרשנויות רבות לסיטואציה (שם, עמוד 106).

הפגישה השלישית נפתחת במעבר על דפי רישום אירוע-מחשבות-רגשות (אמ"ר) בכדי לחפש דפוסים חוזרים כגון רגש דומיננטי המופיע באופן חוזר ונשנה (לדוגמה כעס שמופנה כלפי העצמי) או מחשבה שחוזרת על עצמה במצבים שונים ויכולה להעיד על עיוות חשיבתי. מטלת הבית לפגישה הרביעית הינה שהמטופל יכתוב בכתב יד תיאור מפורט ומדויק של האירוע הטראומטי 'המרכזי' (זה שמייצג את כל הסימפטומים ובמסגרתו לכלול מראות, קולות, ריחות, תחושות גופניות וכו'). בפגישה מסבירים כי משימת הכתיבה משמשת כסוג של חשיפה. היא נועדה להעלות את הזיכרון השלם של האירוע, כולל הרגשות אשר קודדו יחד עם הזיכרון. שלילת הרגשות בצורה ישירה בלא ניסיונות לשלוט בהם, מאפשרת את ביטויים הטבעיים ודעיכת עוצמתם. ההנחה היא שהשילוב בין הכתיבה של הנרטיב הטראומטי וקריאתו (חשיפה), לבין ההבניה מחדש של נקודות ההיתקעות שמזינות את הרגשות השליליים, מסייעת למטופל בעיבוד של הזיכרון הטראומטי ומפחיתה את הרגישות אליו. אם המטופל מתקשה לכתוב את התיאור בפעם אחת והוא נזקק למספר פעמים, עליו למתוח קו במקום בו עצר (לרוב מטופלים עוצרים בנקודות שהם מוצפים ובסביבת נקודות היתקעות). בכל מקרה, יש להנחות את המטופל להתחיל עם משימה זו מוקדם ככל הניתן ולקרוא את התיאור הטראומה פעם ביום עד לפגישה הבאה (שם, עמוד 128).

הפגישה הרביעית נפתחת בהקראת הנרטיב המלא של הטראומה, ובמסגרתה המטופל מעודד לבטא רגשות (אם הוא לא ביצע את המטלה יש לברר מדוע – ולקשור את הדברים להימנעויות). חשוב לבחון עם המטופל את המחשבות והרגשות שנחוו בזמן הטראומה, בעת כתיבת המשימה ובעת הקראתה. על המטפל לשאול: "מה היה החלק הכי מפחיד בשבילך?!", "האם יש חלקים של האירוע שאתה מתבייש להיזכר בהם" (שם, עמוד 134). בהתבסס על מה שנכתב משקפים שוב את נקודות ההיתקעות לרבות ובדגש על נקודות ההיתקעות החדשות שלא הופיעו בנרטיב הכתוב. בהתבסס על כל אלה מנחים לקראת הפגישה החמישית את המטופל לכתוב את סיפור האירוע בפעם השנייה.

הפגישה החמישית נפתחת בהקראת האירוע בפעם השנייה. לאחר ההקראה המטפל סוקר עם המטופל את הגרסה החדשה של הנרטיב הטראומטי ועוזר למטופל את הדמיון והשוני בין מה שהרגיש בזמן האירוע ומה שהרגיש בזמן כתיבת הנרטיב. המטפל צריך להתייחס להבדלים הללו ולציין שזו דוגמה לכך שהרגשות הללו ייחלשו עם חלוף הזמן. הקראת הנרטיב בפגישה החמישית היא לרוב ההקראה האחרונה של הנרטיב הטראומטי במסגרת הטיפול. למרות זאת, אם המטופל עדיין חווה רגשות עזים בזמן ההקראה או שטרם חווה ירידה משמעותית בסימפטומים הפוסט טראומטיים, יש להנחות אותו להמשיך ולקרוא את הנרטיב הטראומטי עד אשר רגשות אלו ייחלשו או עוצמת הסימפטומים תפחת. לעיתים ישנם מקרים בהם עוצמת הרגשות נחלשת עבור מרבית הזיכרון אך חלקים מסוימים נשארים טעונים רגשית. חלקים אלו מכונים "נקודות חמות" ויש להמשיך ולעבד אותן עד אשר עוצמת הרגשות נחלשת או הסימפטומים יורדים בצורה משמעותית. במקרים אלו יש להנחות את המטופל לכתוב את הנרטיב של אותן "נקודות חמות" ולהמשיך לקרוא אותו עד אשר הרגשות ידעכו. למשל, "אם הקטע המפחיד אצל מטופלת שעברה אונס באיומי סכין היה הצמדת הסכין לגרונה, יתכן שהמטפל ינחה אותה לכתוב קטע זה ולקרוא אותו עד אשר הרגשות ייחלשו..." (שם, עמוד 140). יש לציין שבספר מועלית האפשרות לשחזר אירוע נוסף במקרה של ריבוי טראומות במידה ולא חלה הטבה אחרי שחזור האירוע בסוף הפגישה החמישית. **אני מציע** להימנע מכך כיוון שזה מסיט את הטיפול מגבולותיו ולכך עשויה להיות השפעה על המשך יישומו. זאת ועוד, "...לעיתים קרובות בשלב ההיזכרות בטראומה וכתובת הנרטיב עולים אצל המטופל הרבה **רגשות אשמה** שהם תוצר של האשמה עצמית. האשמה עצמית קשורה בהטמעה, שכן המטופל מחפש דרכים שבהן היה יכול למנוע או לעצור תוצאה מסוימת מלקרות... האשמה עצמית ואשמה הן תופעות נפוצות. במקרים רבים אנשים מדמיינים דרכים אשר בהן היו יכולים לשנות את התוצאות של מה שקרה להם, יש להם חרטה על כך שלא הצילו אחרים, והם מרגישים אשמים על דברים שהם עשו או לא עשו ועל

רגשות שהרגישו או לא הרגישו במהלך האירוע או אחריו... (שם, עמוד 140)... "כאשר המטפל מצליח לעזור למטופל לחזור אחורה להקשר המלא בו התרחש האירוע, לרוב המטופל יכול לראות שהאירוע או חלקים ממנו היו בלתי נמנעים, ולכן הוא לא באמת יכול להאשים את עצמו... המילה "אשמה" מרמזת על כוונה, ואם המטופל מסכים לכך שהוא לא התכוון לתוצאה, אזי המילה "אשמה" לא מתאימה או לא מדויקת בהקשר בו היא נאמרת." (שם, עמוד 141).

"בשלב זה המטפל יציג את דף השאלות – **שאלות אתגור** - לעבודה על מחשבות (ישנן 12 שאלות אתגור כמו למשל, 'האם רעיון כלשהו מתבסס על עובדות?' [שם, עמוד 145-142]). המדובר בשאלות סוקראטיות שנועדו לבחון הטמעה, האשמה עצמית וצורות אחרות של הבנה מוטית... [שם, עמוד 142]. אלו נועדו לערער את מידת ביטחונו ועוצמת אמונתו של המטופל במחשבות שליליות לא מדויקות / מועילות, ובנקודות היתקעות שאותרו לאורך הטיפול. במהלך הפגישה מומלץ מאוד להשלים בהתבסס על מחשבה אחת (למשל, כשלתי בתפקידי) את המעבר על כל השאלות בכדי שהמטופל יבין על מה הוא נדרש לעבוד בבית. בהתאם לכך, בסיום הפגישה יש להנחות את המטופל לבצע בבית רישום וערעור דומה של לפחות מחשבה/ נקודת היתקעות אחת ליום.

הפגישה השישית מתמקדת בבחינת שאלות האיתגור בדגש על שאלות האתגור עליהן המטופל התקשה לענות. חשוב לעודד את המטופל לשאול בעצמו שאלות כאשר המטפל "מתמקד במתן תמיכה רגשית, פיקוח על התהליך, יעוץ בנקודות היתקעות בהן נתקע המטופל והצעה של חלופות..." (שם, עמוד 158). במהלך הפגישה מדגישים כי מעתה יחול שינוי במוקד של הטיפול: "... ממיקוד באירוע הטראומטי **אל מיקוד בהשפעות האירוע על החיים** שלאחר הטראומה..." (שם, עמוד 159). בעצם, מנקודה זו ועד סוף הטיפול יתמקד באמונות שהשתנו והפכו למוכללות, מוגזמות ולא מדויקות: "... המטפל מציג למטופל את דף הרגלי חשיבה לא מועילים/שגויים. בשונה מדף העבודה הקודם, שהתמקד במחשבה הספציפית, דף זה מתמקד בדפוסים החוזרים על עצמם... דפוסים אלו אינם קשורים דווקא לתסמונת פוסט טראומטית... אלא הן הטיות המאפיינות בני אדם באופן כללי..." (שם, עמוד 159).

בטיפול מתמקדים ב-7 סוגים שונים של הרגלי חשיבה לא מועילים: (1) קפיצה למסקנת בלי ביסוס, כאשר יש הוכחות חסרות או אפילו סותרות. (2) הגזמה או המעטה בחשיבותם של אירועים ומשמעותם (3) התעלמות מחלקים חשובים במצבים או אירועים (4) חשיבת קצוות – חשיבה במונחים של טוב ונכון לעומת רע ושגוי. (5) הכללת יתר ממקרה אחד או ממקרים בודדים (6) קריאת מחשבות (אדם המייחס לאחרים את מה שהוא חושב) (7) טיעונים רגשיים (האדם מרגיש רגש מסוים ומניח שהימצאות הרגש מעידה על אפשרויות הקשורות לסוג רגש זה. למשל "אם אני מרגיש פחד סימן שאני בסכנה" שם, עמודים 160-163). אצטין בהקשר זה **שאינני בטוח** שישנה הבחנה מספיק בררה בין 'שאלות האתגר' המופיעות בעמוד 146 בין 'הרגלי חשיבה לא מועילים'... למשל, שאלת האתגר "האם רעיון כלשהו מתבסס על עובדות או שמא הוא נובע מהרגל מחשבתית" לא שונה מהרגל החשיבה הלא מועיל הראשון – "קפיצה למסקנת בלי ביסוס, כאשר יש הוכחות חסרות או אפילו סותרות". מטלת הבית שניתנת בסוף הפגישה השישית הינה "... לבחון את נקודות ההיתקעות שזיהית עד כה ולמצוא בתוכן דוגמאות לכל אחד מהרגלי החשיבה הלא מועילים/שגויים המופיעים בדף הנלווה. בנוסף, אנו רוצים שתחפש ותכתוב כיצד הרגלי חשיבה אלו השפיעו על התגובות שלך לאירוע הטראומטי, וכיצד הם משפיעים על **התנהגותך כיום**..." (שם, עמוד 164).

פגישה השביעית נפתחת במעבר עם המטופל על הרגלי החשיבה הלא מועילים/ שגויים והשפעתם על שימור רגשות שליליים. תוך כדי כך בוחנים עם המטופל אם יש לו נטייה לאחד מהרגלי החשיבה הלא מועילים / בעייתיים ומשם עוברים ל"**דף האלטרנטיבות**" שבו משתמשים גם לפגישות הבאות בנושאי ביטחון, אמון, כוח שליטה השפעה והערכה. בדף זה יש 8 טורים: (א) בטור זה ירשמו אירועים מהיומיום שקשורים לטראומה (ב) מיועד למחשבות של המטופל – כל מחשבה תדורג בין 0-100 ל שמשמעה עד כמה המטופל מאמין במחשבה. יתכן שבשלב זה של הטיפול עוצמת האמונה בחלק מהמחשבות שמהוות נקודות היתקעות כבר נחלשה, דבר שמאפשר דיאלוג על המחשבה. (ג) תיעוד רגשות - המטופל מתבקש גם לדרג את עוצמת הרגש מ-0 ל-100. ההנחה היא שככל שעוצמת הרגש עולה, ישנו סיכוי גדול יותר שהרגשות ינחו בחירה של התנהגויות כמו הימנעות ובריחה. (ד) אתגור המחשבה בהתבסס על דף שאלות האתגור. (ה) המטופל בוחן את הרגלי החשיבה המוטלים ומנסה לאתר את ההרגל או ההרגלים הדומיננטיים. (ו)

המטופל אמור לכתוב מחשבה אלטרנטיבית. המחשבה האלטרנטיבית נשענת על עבודתו בטורים הקודמים. המחשבה האלטרנטיבית אמורה להיות מבוססת ומאוזנת יותר. המטופל מתבקש לדרג את מידת האמונה במחשבה החדשה. (ז) דירוג מחדש של מידת האמונה של המטופל במחשבה המקורית. (ח) ציון סוג הרגש החדש שהוא מרגיש ולדרג אותו בין 0-100. "...חשוב לציין שמטרת הטיפול אינה להחזיר אנשים לאמונות הקודמות שלהם, אלא לעזור להם ליצור אמונות חדשות מאוזנות יותר..." (שם, עמוד 171). "...לאחר העבודה על מחשבות אלטרנטיביות, המטפל מציג את נושא **הביטחון** שהוא הראשון מבין חמשת הנושאים שיידונו באופן ספציפי בחמשת הפגישות הבאות.

אמונות הקשורות ל**ביטחון** כוללות אמונות בקשר לעצמי המובילים לסימפטומים של חרדה, אמונות לגבי אחרים (הסכנה הטמונה בהם בחוויתו של המטופל) ואמונות לגבי העולם בכלל. אמונות הביטחון הקשורות לעצמי כוללות את אמונתו של המטופל בכך שהוא מסוגל להגן על עצמו מפגיעה ונזק ואמונתו בכך שיש לו שליטה כלשהי על האירועים. מטרת הדיון היא לנסות לקבוע את ההשפעה שהייתה לאירוע הטראומטי על האמונות. אחרי שהמטופל מתאר את האמונות הקודמות, המטפל והמטופל ינסו לקבוע האם הטראומה העמיקה אמונות שליליות או שהפריעה ושברה אמונות חיוביות קודמות וכיצד אלה השפיעו על ההתנהגות. "המטפל צריך לסייע למטופל להגיע לדיבור עצמי ומחשבות אלטרנטיביות מתונות יותר. השינוי במחשבות או ראיית אלטרנטיביות מתונות יותר תפחית את עוצמת הפחד והרגשות השליליים האחרים שאינם מועילים למטופל. לדוגמה, החלפה של המחשבה "אני בטוח שזה יקרה שוב" במחשבה אלטרנטיבית כמו "לא סביר שזה יקרה שוב" (בהנחה שזה נכון). המחשבה האלטרנטיבית תפחית את עוצמת הרגש השלילי שחווה המטופל... שימוש בנתונים סטטיסטיים ובחינת הסתברויות יכולים לסייע... בנושאים של בטחון. המטפל צריך לעזור למטופל להבחין בין התנהגות זהירה המבוססת על הגיון סביר לבין הימנעות הנובעת מפחד מוכלל" (שם, עמוד 173). מטלת הבית לקראת פגישה 8 תכלול בעיקר התמקדות בבחינת נושא הביטחון באמצעות דף אלטרנטיבות ודרכו להנחות את המטופל לבחון את מידת ההשפעה של האירוע הטראומטי על האמונות הקודמות שלו.

בפגישה השמינית נמשך הדיון על נושא הביטחון ולאחריו בסוף הפגישה עוברים לדון על 'אמון'. כמו ביחס לביטחון גם במקרה זה הדיון על אמון עובר דרך שאלות של אמון של המטופל ביחס לעצמו וביחס לאחרים. אמון ב'עצמי' מתייחס לאמונתו של המטופל בכך שהוא יכול לסמוך על התפיסות והשיפוטיות שלו. אמון באחרים משמעותו האמונה שניתן לסמוך על אנשים, קבוצות וגופים אחרים. בהקשר זה ראוי לציין שבמקרים רבים אנשים שחוו טראומה חשים נבגדים כולל מצד אנשים שאליהם פנו בבקשה לתמיכה לאחר האירוע. פגיעה באמון מתרחשת גם אצל אנשים שעברו טראומה ומסיקים שעצם העובדה שבטראומה שקרתה היו מעורבים אנשים (עם או בלי כוונת זדון) מוכיחה שלא ניתן לסמוך על אף אחד (הכללת יתר). המטלה בסוף פגישה 8 לקראת פגישה 9 היא לבחון באמצעות את דף האלטרנטיבות את נושא האמון.

הפגישה התשיעית נפתח בהמשך הדיון על נושא אמון ובהמשך עוברים לדון בנושא של **כוח, שליטה והשפעה**. אמונות על כוח, שליטה ויכולת השפעה (יעילות עצמית) הן אמונות של האדם ביכולתו לפתור בעיות ולהתמודד עם אתגרים חדשים, ובכך שיש לו השפעה על מסלול חיו ויכולת צמיחה. מסבירים למטופל כי ישנם שני סוגי אמונות נפוצות לאחר טראומה: (א) "אני חייב להיות בשליטה מוחלטת כל הזמן" (ב) "אני חסר אונים וחסר שליטה בכל תחום ובכל מצב"... בסוג האמונה הראשון אנשים מנסים להשיג שליטה מלאה על מצבים ועל רגשותיהם מאחר והם מאמינים ש"או שיש לך שליטה או שאין לך שליטה... 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... אנשים המחזיקים בסוג האמונה השני, לפיו אין להם שליטה על שום דבר (הכללת יתר), יסרבו לקבל החלטות או להיות פעילים בנושאים הנוגעים לחייהם - כי הם מאמינים שממילא דבר לא יעבוד..." (שם, עמוד 206) כוח, שליטה ויכולת השפעה בנוגע לאחרים, כרוכים באמונה של אנשים שיש או שאין להם השפעה ואמירה ביחסים בינאישיים. כאמונה זו מתערערת נפגע טראומה עשוי לחשוב שלאחרים יש יותר כוח ושליטה מאשר לו, או שאחרים מנסים לשלוט בו. "נושאים של כוח, שליטה ויכולת השפעה של אחרים קשורים באופן הדוק

לנושא האמון באחרים, ויש לבחון אותם בהקשר לנקודות ההיתקעות בנושאים הקשורים לאמון... (שם, עמוד 208).

הפגישה העשירית נפתחת בהמשך הדיון על נושאים של כוח, שליטה והשפעה ובהמשך דנים בנושא של סוגיות **ערך עצמי וערכם של אחרים**. בפגישה בוחנים את תפיסות הערך לפני הטראומה וההשפעות האפשריות שיכולות להיות לטראומה על תחושת ערך עצמי וערכם של אחרים. אמונת האדם בערכו, האמונה שניתן להבין אותו ושהוא זכאי לכך שיכבדו אותו וייקחו אותו ברצינות, הן חלק בלתי נפרד מערך עצמי. כאשר אמונות אלו נפגעות האדם עשוי לסבול מדיכאון, אשמה, בושה, והתנהגויות הרסניות. אמונות הקשורות לערכם של אחרים הן האמונות שלאחרים איכפת ושבני אדם הם טובים באופן כללי" (שם, עמוד 224). כמו סביב נושאים אחרים שכבר הזכרנו, כאשר מתמודדים עם אמונות הקשורות לערך עצמי יש לסייע למטופל להגיע לתפיסה רב ממדית של ערך... המטפל יכול לעשות זאת על ידי בחינת תפקידיו השונים של המטופל בחייו... (שם עמוד 225).

הפגישה **האחת-עשרה** מתמקדת בעזרה למטופל להבין שהוא זכאי להערכה ולהכרה בערכו וכי ניתן להבין אותו, ופיתוח אמונה כי האחרים מעריכים אותו ואיכפת להם ממנו. באשר להערכה של אחרים כתוב ספר ש"נפגעי טראומה אשר מייחסים חוסר ערך לאנשים ספציפיים (אותם הם תופסים אולי כאחראים לפגיעה שהם חוו במהלך האירוע הטראומטי), מבצעים לעיתים קרובות 'הכללת יתרי' לעבר קבוצה שלמה.. 'שאלות פירוק' עשויות לסייע במשימה זו כמו: לשאול יוצאי קרבות המשתמשים (ומכלילים) במושגים כמו 'המדינה' - 'מי זו המדינה'?!... (שם, עמוד 238).

במסגרת פגישה זו ישנה המלצה בפרוטוקול לדון בנושאים של '**אינטימיות**' כולל **אינטימיות מינית**. ראשית, לאורך כל המפגשים עד כה המטפל והמטופל עסקו בהשפעות האירוע על היחסים עם האחרים, כך שבשלב זה לכלול היבט זה תחת הכותרת של אינטימיות אינו מחדש הרבה. מעבר לכך, **אני מוצא קושי** לדון תחת הכותרת של אינטימיות בנושא 'אינטימיות מינית' לרבות מתן הסבר בנושא מיניות באמצעות דף הסבר (הדף נמצא בעמוד 249). ראשית, כי נדרשת לכך רגישות רבה, צורך בידע על קשיים בתפקוד המיני, ופגיעה ביכולת של המטפל 'להתכנס לסגירה' לקראת מפגש הסיכום והפרידה שאמור לקרות במפגש הבא. לכן אני מציע לדון בכך רק אם המטופל/ת מעלה זאת ולא באופן יזום. בסוף המפגש, "המטופל מתבקש לכתוב שוב את החיבור על ההשפעות של הטראומה כפי שהן באות לידי ביטוי כעת - עם סיום הטיפול... (שם, עמוד 240).

הפגישה **השתיים-עשרה** תפתח במעבר על שיעורי הבית על נושאים הקשורים בהערכה, ולאחריהם המטופל מתבקש לקרוא בקול רם את החיבור החדש שכתב על השפעות הטראומה, ולהשוות אותו לחיבור הראשון. כשיש שוני בין שני החיבורים "המטופל מתבקש לסקור את השינוי שעבר ואת ההתקדמות שלו בתחומים השונים.. (שם, עמוד 259). לאחר מכן מסכמים את הטיפול עם המטופל דרך סקירת מהלך הטיפול וזיהוי מטרות עליהן כדאי שהוא ימשיך לעבוד בעתיד. כל זאת תוך דגש על כך שכעת הוא הופך להיות המטפל של עצמו ולכן הוא צריך להמשיך להתאמן על הכישורים שרכש במהלך הטיפול.

ישנה הצעה בספר לשקול את הארכת הטיפול במקרה של **טראומה מורכבת**, לכדי שנה. (שם, עמוד 260). אינני בטוח שזה נכון. עדיף, גם במקרה של אי-שיפור, לקבוע פגישת מעקב במרחק של 3-6 חודשים ולאחריהם לבדוק אם לא חל שינוי. חשוב לזכור בהקשר זה שהרבה מהמטופלים 'מתחברים' לכלים שרכשו באמצעות הטיפול רק בסיומו, ולכן פגישת מעקב היא חיונית. לאחריה אפשר להחליט על ניסיון נוסף באמצעות CPT או שימוש בשיטה אחרת. ללא קשר לטראומה מורכבת, חשוב לקבוע פגישות מעקב עם המטופלים בפרק זמן של עד חצי שנה ובהמשך, אולי במרחק של שנה נוספת, לקבוע פגישת מעקב נוספת.

לבסוף, אתאר את אחוזי הנשירה מ-CPT. בספרות מדווח על נשירה של מעל 30%. כך למשל קהלי-פרובס וחבריה (Kehle-Forbes et al., 2016) מדווחים על 38.5% אחוזי נשירה מהטיפול מקרב ותיקי מלחמה אמריקאים שטופלו ב-VA - רבע מהם נשרו לפני השלמת המפגש השלישי. שייני וחבריה (Shayani et al., 2023) מדווחים על 39.7% נשירה בקרב סובלים מ-PTSD שחיפשו טיפול - 28.3% לפני השלמת מפגש מספר תשע. במחקר אחר שבדק בקרב אוכלוסייה של ותיקי מלחמה אמריקאים, את הירידה של הסימפטומים הפוסט טראומנטיים, פגישה אחר פגישה, נמצא שאחוז הנשירה גדל לאחר הפגישה השישית (Byllesby et al., 2019). המשתנה היחיד שנמצא כמנבא מובהק לנשירה הינו גיל. מטופלים בני 35-54 נשרו יותר מגילאי 55+ (Kehle-Forbes et al., 2016).

מקורות בהם נעשה שימוש בפרוטוקול זה

רזיק, פ.. דרבי, ד. (2010). טיפול בעסרת עיבוד קוגניטיבי : פרוטוקול מורחב לטיפול בתסמונת

פרוטוקול טראומתית. הוצאה עצמית.

APA. (2022). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders DSM-V-TR (5 ed.). Washington: DC: Author.

Byllesby, M. B., Dickstein, D. B. & Chard, M. K. (2019). The probability of change versus dropout in veterans receiving Cognitive Processing Therapy for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103483.

doi.10.1016/j.brat.2019.103483

Kehle-Forbes, M. S., Meis, A. L., Spont, R. M., Polusny, A. M. (2016). Treatment Initiation and Dropout From Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy in a VA Outpatient Clinic Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(1), 107-114. Doi: 10.1037/tra0000065.

Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O., Scher, C.D., Clum, G.A. & Young-Xu, Y. A (2008). Randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence . *Journal Consulting Clinician Psychological*, 76(2), 243-258. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.243.

Shayani, R. D., Canale, A. C., Sloan, M. D. & Hayes, M. A. (2023). Predictors of dropout in cognitive processing therapy for PTSD: An examination of in-session treatment processes. *Behaviour Research and Therapy*, 171, 104428. doi: 10.1016/j.brat.2023.104428.