

18/4/2025

טיפול פסיכודינמי-אינטגרטיבי בהפרעת לחץ פוסטטראומטית (PTSD) ומורכבת (CPTSD)

ד"ר אופיר לוי

Psychodynamic integrative treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD)

Dr. Ofir Levi

מבוא

טיפול פסיכודינמי (psychodynamic psychotherapy – PDT) הינו שיטה הכוללת מספר גישות המתמקדות בזיהוי דפוסים החוזרים על עצמם דרך הקשר הטיפולי, ומתבטאים בהתייחסויות לעצמי ולאחרים, מאפייני ההתבטאות הרגשית, סגנון ומנגנוני ההגנה, ודיון על העבר והשפעתו על חייו העכשוויים של המטופל.

בטיפול הפסיכודינמי נעשה שימוש בפרשנות (interpretation) שאמורה להיות תואמת את צרכיו ויכולותיו של המטופל ומטרתה לעזור לו ליצור תובנות ביחס לקונפליקטים בלתי פתורים החוזרים על עצמם וקשורים בעברו ומשפיעים על מערכות יחסיו הבינאישיות (Gabbard, 2004).

הטיפול הפסיכודינמי חסר בתמיכה אימפירית על רקע העובדה שהוא אינו מנוסח בצורה של פרוטוקול בדומה לטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (cognitive behavioral therapy – CBT) ועדיין ישנם ניסיונות להדגים את יעילותו להפרעות שונות. כך למשל, לייכסנרינג וחבריו (Leichsenring et al., 2023) שמציגים ממצאים אימפיריים התומכים ביעילותו של הטיפול הפסיכודינמי למספר גדול של הפרעות נפשיות כמו למשל, דיכאון.

באשר לטיפול דינמי בהפרעת לחץ פוסט טראומטית (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) קרופניק (Krupnick, 2002) מציעה מודל בין 12 מפגשים במסגרתו ישנה התמקדות בקונפליקטים בלתי מודעים שצצו בעקבות החשיפה לטראומה, לרבות השפעתה על מערכות יחסים והזהות העצמית של הנחשף. המטרה היא לחשוף ולעזור למטופל להתמודד עם האירוע הספציפי והנסיבות שהתפתחו בעקבותיו, ולהבין את משמעותו על חייו ורווחתו. תוך כדי הטיפול ישנו ניסיון לעזור למטופל להבנות מחדש את המשמעות בחייו, תקווה לעתיד ומטרות חדשות.

קרופניק מדגישה שהמודל שהיא מציעה אינו מתאים לפוסט טראומה כרונית ומורכבת כיוון שהפרעה זו מצריכה גישה ארוכה ומקיפה יותר. היא ציינה זאת כיוון שבשדה הקליני נהוג לחשוב על טיפול בטראומה מורכבת כטיפול המתבסס על טכניקות פסיכודינמיות (Schottenbauer et al., 2008) בגלל הפגיעה העמוקה של ההפרעה בזהותו של הנפגע ובמערכות יחסיו הינאישיות.

הפרעת לחץ פוסט טראומטית מורכבת (complex PTSD) הוגדרה ותוארה ב- ICD-11 (2018). על פי ה- ICD הפרעת דחק פוסט-טראומטית מורכבת עשויה להתפתח כתוצאה מחשיפה לאירוע או סדרת אירועים המאופיינים באיום קיצוני או באימה. האירועים הללו יכולים להיות מתמשכים או חוזרים (כמו התעללות מינית בילדות) ולעיתים הימלטות מהם היא קשה עד בלתי אפשרית. הסימפטומים מתבטאים בחוויה מחדש (Re-experiencing), הימנעות (avoidance) ועוררות (hyperarousal) וב- (1) קשיים בויסות הרגשי (affect regulation); (2) אמונות שליליות על העצמי (negative self-concept) המתבטאות בתחושות עיקשות של חוסר ערך, בושה, אשמה וכישלון; ו- (3) קשיים בניהול ובשמירה על מערכות יחסים (interpersonal).

(problems) על רקע קושי לתת אמון באחר ויצירת יחסי קרבה עימו ו/או קרבה לאחרים. השילוב בין הסימפטומים השייכים לשלושת הקלסטרים של ה-PTSD עם הסימפטומים הללו, מובילים לרוב ללקות משמעותית בתחומי תפקוד בין-אישיים, משפחתיים, חברתיים, לימודיים, תעסוקתיים או תחומי תפקוד חשובים אחרים.

על פי מריקר וחבריו (Maerker et al., 2022) שכיחותה של הפרעת הלחץ הפוסט טראומתית המורכבת מוערכת ב-1%-8% באוכלוסייה הכללית, וב-50% בקרב מאושפזים במוסדות ברה"ן. הטיפול בה מתמקד בראש ובראשונה ביצירת אמון עם המטופל ושימוש בטכניקות שנועדו להגביר את הוויסות העצמי ושינוי באמונות ביחס לעצמי ולאחרים. לצורך כך, הטיפול מתבסס על שימוש ב"ריבוי רכיבים" ("multicomponent therapies", p. 66). המדובר למעשה בטיפול אינטגרטיבי המתבסס על שימוש בטכניקות ממספר גישות והוכר ע"י "החברה הבינלאומית לחקר הפרעות הלחץ" (International Society for Traumatic Stress Studies – ISTSS) כמתאים להפרעה זו.

גם השלבים שיוצגו בהמשך שייכים לגישה אינטגרטיבית לה הצוות המרכיב את המרכז הלאומי לטראומה וחוסן של אוניברסיטת ת"א (national center for trauma and resilience of Tel-Aviv university) בחר לקרוא "טיפול דינמי אינטגרטיבי ל-PTSD". כל זאת כיוון ששלבי הטיפול מתבססים על טכניקות קוגניטיביות וטכניקות פסיכודינמיות בדומה למודל הטיפול בנפגעי טראומה כרונית מורכבת בהתבסס על תופעת התקווה (Levi, 2013, 2017). הטיפול נועד לתת מענה למטופלים הסובלים מסימפטומים של הפרעת לחץ פוסט טראומתית והפרעת לחץ פוסט טראומתית מורכבת למרות ההבדלים הברורים בין שתי ההפרעות. הוא מתבסס על ההנחה שבשתי ההפרעות נפגעות מערכות יחסים בינאישיות בהם הנפגע מעורב, דבר הגורם לו לסבל רב. שלבי הטיפול נועדו לתת לכך מענה בהתבסס על עיבוד הזיכרון הטראומתי. להלן תיאור הרציונאל מאחורי המודל ותיאור שלביו.

טיפול דינמי אינטגרטיבי בפוסט טראומה - רציונאל

טיפול דינמי-אינטגרטיבי בפוסט טראומה נועד לתת מענה להשפעות האירוע הטראומתי שחווה המטופל על מערכות יחסיו הבינאישיות. הטיפול מתבסס על שלוב של טכניקות מעולם הטיפול הקוגניטיבי עם גישה פסיכודינמית התייחסותית שמתמקדת במערכות היחסים בחייו של המטופל. הטיפול מבוסס על הרעיון שהמטפל והמטופל עשויים לשחזר יחדיו מצבים בין-אישיים מחייו של המטופל דרך קשת הרגשות שצפים ועולים תוך כדי הטיפול, ובהתבסס על 'הדדיות' בתוך הקשר הטיפולי (Levi, 2013).

הטיפול מיועד למטופלים שעזימתם התגבשה הבנה במהלך האינטיק שמוקד הקושי העיקרי אתו הם מתמודדים הינו יחסים בינאישיים שהשתבשו בעקבות ולאחר האירוע הטראומטי שחוו. הטיפול בוחן קשיים בין אישיים עם דמויות הקשורות לאירוע הטראומטי באופן ישיר, דמויות מרכזיות בחייו של המטופל בהווה, ובוחן קשיים בין אישיים אלה בראי יחסיו הבין אישיים של המטופל עם דמויות מפתח מעברו ההתפתחותי. במידה ומתברר במהלך הפגישה הטיפולית הראשונה שמוקד הקושי אינו קשיים בין אישיים שנפגעו לאחר החוויה הטראומטית, רצוי לשקול חלופה טיפולית אחרת.

הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי יכול להתאים לפונים שהפגיעה ביחסים הבין אישיים מרכזית אצלם וכבר השלימו טיפול ממוקד טראומה מסוג טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive Behavioral Therapy - CBT), או לפונים שנחשפו לאירוע טראומטי ומעידים שמוקד הקושי הספציפי שלהם הינו שיבוש ביחסים בינאישיים. הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי יכול להיות מיושם גם עם מטופלים שנחשפו לאירוע טראומטי, התנסו בטיפולים מגוונים, אך לא בטיפול מסוג זה. כן ניתן לשקול יישום של 4 (ראה מטה) של הטיפול הדינמי-אינטגרטיבי כהמשך לטיפול מסוג CBT ממוקד בטראומה עבור מטופלים

שעם סיום טיפול זה עדיין סובלים מפגיעה משמעותית ביחסים בין אישיים על רקע הטראומה שחו. ככלל, הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי ל PTSD מיועד למטופלים עם רמת ארגון נזירותית ואינו מתאים למטופלים עם רמת ארגון גבולית – נמוכה (Kernberg, 2016).

בשונה מפסיכותרפיה בינאישית (Interpersonal Therapy-IPT, Markowitz, 2024), המתמקדת בעיקר בהשפעת דיכאון על יחסים בינאישיים בהווה, ללא קשר לחוויות מוקדמות ו/או מבנה אישיותו של המטופל, ושמה דגש על פיתוח אסטרטגיות תקשורת שנועדו לפתור בעיות ייחודיות בתחום זה, הגישה הפסיכודינמית-אינטגרטיבית לטיפול ב PTSD מתמקדת בהשפעות הטראומה על יחסיו הבין אישיים של המטופל ויונקת את טכניקות ההתערבות שלה מחשיבה פסיכודינמית התייחסותית הלוקחת בחשבון את מבנה אישיותו של המטופל ואופי יחסיו עם דמויות מרכזיות בחייו ולאורך התפתחותו האישית.

נקודת המוצא של שיטת הטיפול הדינמי-אינטגרטיבי ב- PTSD היא שמערכות יחסים בין אישיות עשויות להיות מושפעות לרעה בעקבות החשיפה לאירוע הטראומתי. בחלק מהמקרים מערכות היחסים של המטופל היו מורכבות ומאתגרות עוד לפני האירוע הטראומתי והאירוע הטראומטי החמיר אותן. במקרים אחרים, יחסים בין אישיים תקינים השתבשו בעקבות האירוע הטראומתי. בשני המצבים מטופלים עשויים לסבול מקושי לתת אמון באחרים, חשדנות, רגזנות, וכתוצאה מכל אלה הימנעות מכניסה לקשרים חדשים, או מהעמקה ביחסים קיימים. אי יציבות רגשית בתוך קשרים בין אישיים וקושי בשמירה על מערכות יחסים יציבות לאורך זמן הן מאפיין פוסט טראומטי מוכר שבו מתמקד הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי ב PTSD.

הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי ב PTSD מתבסס על טכניקות קוגניטיביות וטכניקות פסיכודינמיות. זאת מתוך הנחה שטיפול על רקע אירוע טראומתי מחייב יצירת תחושת שליטה בקרב המטפל והמטופל בשלבים הראשונים של הטיפול. תחושה זו בטיפול נוצרת באמצעות מעבר בין שלבים מובנים שמקנים מסגרת, הבניה, תחושת סדר, מקצועיות ושליטה הן למטפלים והן למטופלים (Levi, 2013).

ששת שלביו של פרוטוקול הטיפול הפסיכודינמי-אינטגרטיבי ב PTSD מתבססים על שלבים (1, 2, 3, 6) במסגרתם מיושמות בעיקר טכניקות מעולם הטיפול הקוגניטיבי, ושלבים (4, 5) המתבססים על שילוב בין טכניקות קוגניטיביות וטכניקות דינמיות. כל שלבי הטיפול 'עטופים' בהבנה ובהנחה שמוקד הטיפול הינו יחסים בינאישיים שהשתבשו בעקבות החשיפה לאירוע הטראומתי. היבטים של שיבושי היחסים הבין אישיים של המטופל עשויים לבוא לביטוי גם בקשר הטיפולי שם תידרש תובנה של תהליכי העברה והעברה נגדית כדי לקדם את מודעותו של המטופל לרגשותיו ופעולותיו בהקשר הבין אישי. בשונה מטופלים פסיכודינמיים 'פתוחים' שאינם ממוקדים בטראומה, בטיפול הדינמי-אינטגרטיבי בפוסט טראומה רצוי שהשימוש בפרשנות יעשה באופן זהיר ומדוד. פרשנות עשויה להינתן לאחר מסקנה של המטפל שהיא עשויה לסייע למטופל להרחיב את הבנתו ביחס למערכות היחסים שהשתבשו על רקע האירוע הטראומטי. גם אז, רצוי להתקרב לפירוש בהדרגה ולשאוף לכך שהתובנה תגיע, לפחות בחלקה, מהמטופל. לצד זאת, העיסוק של המטפל בהבנת יחסי העברה המתרחשים בטיפול חיוני להנגשת השיבושים במערכות היחסים של המטופל לשיח בטיפול.

פירוט על שלבי הטיפול

שלב מס' 1: דיון על "החוזה הטיפולי", מיקוד הקושי ביחסים בינאישיים וניסוח מטרות לטיפול 2)
מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: הצגה עצמית; תיאור ה-setting; דיון על מסגרת הטיפול; בירור אמפתי לגבי המצוקה בכלל ובתחום הבינאישי בפרט תוך קישור והדגשת הסימפטומים מהם סובל המטופל; חינוך פסיכולוגי (psychoeducation) לגבי PTSD; ניסוח מטרות הטיפול.

מטרת השלב הראשון היא יצירת מחויבות מצד המטופל והמטפל לתהליך הטיפול תוך בניית תשתית ראשונית לאמון מטפל-מטופל, רכיב האמון יזכה להתייחסות לאורכו של הטיפול כולו ובמיוחד בהקשר של אמון ופגיעה באמון במסגרת יחסים בינאישיים בראי הטראומה.

בשלב זה המטופל מתחבר לתחושותיו ומחשבותיו בכל הנוגע לרגישותו האנושית של המטפל, תחושה הבאה לידי ביטוי בימעשים אנושיים קטנים' (לוי, 2008) כגון: האופן שבו המטפל מציג את עצמו, הצגת המסגרת שבה מתבצע הטיפול (למשל, קליניקה ציבורית לטיפול ב-PTSD או קליניקה פרטית), פריסת שלבי הטיפול בפני המטופל, הצגת משך הטיפול, הסבר על הרציונל העומד בבסיס הטיפול המוצע – 'חשיפה לאירוע טראומתי עשויה לערער אמון בעצמי ובאחר וזה עלול להוביל לפגיעה ביחסים בינאישיים', ויכולתו האמפתית של המטפל להתחבר למצוקתו של המטופל.

לעיתים, בגלל המצוקה שהביאה את המטופל לטיפול, הוא עלול לראות במטפל מושיע כל יכול שעומד לפתור את כל בעיותיו בפרק זמן קצר. זו תופעה מוכרת בקרב נפגעי טראומה (הרמן, 1992). לפיכך, הסבר ברור על ה-setting, מסגרת הטיפול, והרציונל העומד בבסיסו, שאותם ניתן לכלול ב"חוזה הטיפול", מסייעת לביסוס תפיסת המטופל את הטיפול כתהליך של למידה ובירור שדרכו עשוי להתרחש השינוי המיוחל. השיח הברור על ה-setting ומסגרת הטיפול והדגש על כך שמדובר שטיפול ממוקד ותחום בזמן, מסייעים לבסס את בטחונו המקצועי של המטפל ביכולתו לסייע למטופל להתמודד עם השלכות הטראומה על חייו. מטופלים רגישים במיוחד לרכיב זה בשלביו הראשונים של הטיפול.

יש להבדיל בין ה-setting ובין מסגרת הטיפול הכוללת, למשל, את המחויבות לסודיות, ההתנהלות בין הפגישות, לרבות במצבי סיכון, מקרים שבהם ייתכן שינוי נקודתי ב-setting, תשלום בגין היעדרות מפגישות, שמירה על רצף ההגעה לכל אורך מפגשי הטיפול, הגדרת מספר המפגשים שאפשר להפסיד (במקושר לרציונל המקצועי שמניח שתהליכים פסיכולוגיים דורשים רצף עבודה קבוע) וציפיות מהטיפול. התעמקות בחוזה הטיפול ומסגרת הטיפול מייצרת מחויבות ההדדית של המטפל והמטופל להצלחת הטיפול, ומדגישה את האחריות ההדדית ליישום התהליך הטיפולי בסביבה יציבה, מגנה ומקצועית הדרושה לעיבוד הטראומה ותוצאותיה.

החוזה הטיפולי מציע ביטחון בכך שמציב גבולות ושומר עליהם, והוא מאפשר לזהות דפוסי העברה והעברה נגדית ייחודיים למטופל (הרמן 1992). החוזה הטיפולי יוצר מרחב בטוח שבגבולותיו יכול להתרחש הבירור הרגשי באשר לפגיעת הטראומה ביחסיו הבין אישיים של המטופל. החוזה הטיפולי כולל הבנה מפורשת שהטיפול מתקיים בחדר הטיפולים בלבד והוא אינו מאפשר סטייה ממסגרת הטיפול. כן תוצג מסגרת ברורה של מספר המפגשים (24 מפגשים עם שוליים של 4 מפגשים נוספים במקרה בו לא הספיק מספר הפגישות המתוכננות), תדירות הפגישות, אורכן, וכללים הנוגעים להתנהלות בין הפגישות הקבועות. יתכנו מקרים שבהם מטופלים ינסו לפרוץ את המסגרת ולהרחיב את גבולות הטיפול מעבר לפגישות המתוכננות. למשל, בקשה להתרת התקשרות לטלפון האישי של המטפל בעת מצוקה. כמובן שישנם מקרים שבהם נחוצה גמישות בתוך מערכת היחסים הטיפולית כדי לשמר את התהליך הטיפולי או לשמור על חייו של המטופל. עם זאת, במידה ומקרים מעין אלה הופכים תכופים, הם עלולים להוביל להגברת התלות של המטופל במטפל, ובכך לפגיעה במטרה מרכזית של הטיפול - החזרת השליטה והביטחון בתוך יחסים

בינאיישיים למטופל. במידה ויש חשש שהמטופל מנסה לפרוץ את המסגרת הטיפולית בדרך זו, ניתן להעלות את הנושא בתוך הטיפול ולבחון אותו בראי היחסים הבין אישיים של המטופל בכלל ועם המטפל בפרט (Levi, 2013).

נקודת המוצא היא כי מקרים שיופנו לטיפול דינמי-אינטגרטיבי ב- PTSD (בהתבסס על אינטייק) יתאפיינו בקשיים ביצירה ובאחזקה של יחסים בין אישיים; סביב הבנה זו ינוסח מוקד הטיפול. המטפל יכול לסייע למטופל להבין את ההשפעה של הסימפטומים הפוסט טראומטיים אותם חווה על יחסיו הבינאיישיים. ניתן למפות את הסימפטומים ודרכם את ההשפעה על יחסיו עם דמויות מפתח בחייו – למשל, כיצד התפרצויות כעס משפיעות על היחסים הללו, או כיצד הסתגרות והימנעות מטריגרים עשויה לפגוע ביכולת להתנהל בקשר בין אישי. ניתן גם לסמן את ניסיונות ההתמודדות הפחות יעילים שבהם משתמש המטופל – למשל, ניסיונות שליטה על התפרצויות כעס, שלרוב נכשלים ומובילים לניסיונות חוזרים ונשנים לדכא את התפרצויות, שאף הם לרוב נכשלים.

לאחר הבנה משותפת של המטופל והמטפל שמוקד קושי מרכזי עבור המטופל הוא הפגיעה ביחסים הבין אישיים שלו, אפשר לעבור לניסוח מטרות טיפול. ניסוח מטרות משותף מסמן עבור המטופל את החזרת השליטה בתוך קשר גם בטיפול עצמו בקשר בינו לבין המטפל – מהלך המתכתב עם חוויות של חוסר שליטה שלעיתים מלוות חשיפה לאירוע טראומטי ולהשלכותיו (לוי, 2008). מטרות הטיפול מנוסחות בעבודה משותפת של המטפל והמטופל, ואמורות לייצג את מוקד הקושי, כלומר את הפגיעה ביחסים הבין אישיים הטעונים בחינה ושיפור – למשל יחסים עם בת הזוג והילדים, או עם עמיתים בעבודה. יש להבדיל בין יעדים למטרות בטיפול. על יעדים להיות מדידים (למשל, להפחית את מספר התפרצויות הזעם כלפי אחרים לאפס, מטרות לא בהכרח ניתן למדוד (למשל, לשפר ולהעמיק את היחסים עם ילדי).

שלב מס' 2: שחזור האירוע והבנייתו (2 מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: פגישה המוקדשת לתיאור העובדות הקשורות בטראומה, כתיבת העובדות בבית בין פגישת השחזור הראשונה לשנייה, הקראת תיאור העובדות בידי המטופל בפגישת השחזור השנייה ואיתור מחשבות ורגשות המבטאים אובדן אמון בעצמי ובאחרים, פגיעה בביטחון העצמי, אובדן תחושת שליטה ומסוגלות עצמית וקישורם לקשיים ביחסים בינאיישיים (שיעמדו במוקד השלבים הבאים), מעבר על מטרות הטיפול שנוסחו בשלב הקודם לצורך בחינת תקפותם.

השלב השני יתמקד בשחזור והבניה של האירוע הטראומטי ומסייע להטמעת ההבנה שהטיפול מתמקד בטראומה אותה חווה המטופל והשפעתה על יחסיו הבין אישיים (לוי, 2008). תוך כדי שחזור האירוע הטראומטי יסומנו פגיעות והשפעות על יחסים בין אישיים בהן ניתן יהיה להתעמק מזווית ראייה פסיכודינמית התייחסותית בהמשך. בשלב זה, יחודד הרציונל שהקושי ביחסים בינאיישיים אותם חווה המטופל והעומדים במוקד הטיפול עשויים להיות קשורים או לנבוע מתגובתו של המטופל לאירוע הטראומטי. גם שלב זה מתבסס בעיקר על טכניקות קוגניטיביות.

מטרת שחזור האירוע הטראומטי היא בניית נרטיב שלם, קוהרנטי ומאורגן של העובדות הסובבות את הטראומה. השחזור מאפשר לאתר מוקדי משמעות באירוע הטראומטי ודרכם לבחון את השפעות האירוע על היחסים הבינאיישיים של המטופל בהווה ואת הקשר האפשרי בין האירוע הטראומטי לבין יחסים בינאיישיים עם דמויות מעברו. תיאור והבניה של האירוע הטראומטי מסייעים גם להטמעתו כזיכרון מאורגן וקוהרנטי השוכן לצד זיכרונות אחרים של המטופל, מהלך שעשוי להפחית ולווסת את התגובות הרגשיות שהזכרות באירוע מעוררת.

עבור המטופל, השחזור יכול להוות אות ליכולתו של המטפל לעמוד פסיכולוגית ורגשית בשמיעת הסיפור הטראומטי של המטופל (הרמן, 1992). גילוי זה עשוי לסייע בפיתוח יחסי אמון בין המטופל למטפל ולתחילת הביסוס מחדש של ביטחונו העצמי של המטופל שנדרש לחלוק אירוע קשה עם 'אחר' (המטפל). שחזור והבניית האירוע הטראומטי עשויים לעורר רגשות שליליים ומורכבים הן אצל המטופל והן אצל המטפל. המטופל עשוי להגיב בכעס ובחרדה על תכתיב הטיפול לחזור למקומות הכואבים הקשורים באירוע הטראומטי ולספרם, ואילו המטפל בתגובה לכך עשוי לחוש אשמה על שגרם למטופל לשוב ולחוות את כאב הטראומה במהלך הטיפול. השחזור עשוי אפוא לעורר תגובות של העברה והעברה נגדית. אלו לא יפורשו בשלב זה של הטיפול אך המטפל בהחלט יכול לסמן לעצמו.

מומלץ שמלאכת ההבניה תלווה בכתיבה של סיפור הטראומה. לרוב יוקדשו לשחזור האירוע שני מפגשים. המפגש הראשון מוקדש לתיאור עובדתי של האירוע (למשל: "נכנסנו לכפר לקראת השעה 04:30 לפנות בוקר. לפתע נפתחה עלינו אש. הם גילו אותנו..."/ "יצאתי לטיול לילה עם הכלב בשעה 22:30, בפארק התנפל עלי משהו מאחור וגרר אותי....."). לצורך הבניית העובדות, ניתן במקרים מסויימים לבקש מהמטופל לברר חלקים עמומים בסיפור באמצעות תצלומים, מפות, או עדויות של אחרים שהיו עם המטופל בעת האירוע הטראומטי. על ידי שחזור העובדות הסובבות את הטראומה, המטופל בסיוע המטפל ייצרו סיפור מילולי מאורגן ומפורט, המעוגן בזמן, במקום ובהקשר. ניתן לעזור למטופל באמצעות שאלות מכוונות: מה ראית? איפה היית בזמן זה? איך פעלת? מי היה לידך? מומלץ להתחיל את השחזור בתחילת הפגישה וברבע האחרון של המפגש לאפשר למטופל להירגע, להתארגן ולאסוף את עצמו. במקרים בהם מציף המטופל מספר רב של אירועים טראומטיים, יש "לסמן" את האירוע המשמעותי ביותר עבור המטופל, מתוך הבנה שנגיעה באירוע זה יכולה להוות בסיס לחשיבה גם על האירועים הנוספים. המפגש השני יוקדש לתיאור מחשבות ורגשות הקשורים לאירוע הטראומטי. בשלב זה המטופל מוזמן לתאר את מחשבותיו ורגשותיו על האירוע ("פחדתי נורא", "חשבתי שאצא משם רק על אלונקה"). ברגעים אלה ייתכן שרמת החרדה תעלה ואיתה יעלה גם הצורך בתמיכה מצד המטפל. אחת הדרכים לעזור למטופל בשלב זה היא באמצעות שאלות מכוונות, כגון "מה אתה מרגיש?", "ספר לי יותר על הרגש הזה", "מה אתה חושב על זה?", "למה לדעתך דווקא הרגשות האלה התעוררו?".

תוך כדי איתור המחשבות והרגשות שהתלוו לרצף העובדות של האירוע הטראומטי ניתן לסייע למטופל לזהות ביטויים של אובדן אמון בעצמי ובאחרים, פגיעה בביטחון העצמי, אובדן תחושת שליטה ומסוגלות עצמית ואותם ניתן לקשור למוקד הטיפול – פגיעה/השפעה על יחסיו הבין אישיים של המטופל עם סביבתו הקרובה.

שלב מס' 3: קונפליקטים שהתפתחו בעקבות האירוע הטראומטי ונוגעים לדמויות מחיי של המטופל בהווה (מפקדים, בנות/בני זוג, חברים, משפחה, עמיתים לעבודה) (4 מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: זיהוי דמויות הקשורות במישרין לאירוע הטראומטי ושהיחסים עימן הורעו/ניזוקו, זיהוי סיבות הנובעות במישרין מהאירוע הטראומטי שגרמו להרעה במערכות היחסים, זיהוי עיוותי חשיבה ורגשות שליליים שגרמו להרעה במערכות היחסים הללו, ניסוח עמדות 'מתקנות' כלפי דמויות אלה, חזרה לקשרים שניזוקו או נותקו, והעצמה והעמקה של קשרים קיימים. במידת הצורך: (למשל אם חבר קרוב נהרג באירוע) עיבוד האבל דרך עיבוד סיפור האובדן, זיהוי השלכות של אובדן זה על קשרים עם דמויות אחרות בהווה (למשל, כעסים, תחושת בגידה) על רקע אי השלמה עם האובדן.

השלב השלישי מייצג את תחילת העיסוק הישיר בשיבוש וקושי ביחסים בינאישיים בעקבות הטראומה. שלב זה מתמקד במערכות יחסים שהשתבשו עם דמויות המזוהות באופן ישיר עם האירוע הטראומטי. גם שלב זה מבוסס על טכניקות קוגניטיביות המאפשרות נגישות מהירה לדמויות הרלוונטיות ותיקון ביחס לדפוס החשיבה שהתפתחו לגביהן. נקודת המוצא היא שמערכות יחסים הבין אישיות של המטופל השתבשו על רקע אירוע טראומטי, וכתוצאה מכך הם נוטים להימנע או להתנתק מאנשים שעזמו היו בקשר קרוב לפני האירוע. לניתוקים אלה יכולות להיות סיבות מגוונות: כעסים לא מעובדים וחשש מהתפרצותם, האשמת אחרים בסבלם ללא סיבה הגיונית, ציפייה לרחמים מאחרים או לציפייה שקצב חייהם של האחרים יותאם לסבלם הם. המטפל יכול לסייע למטופל לזהות את עיוותי החשיבה והרגשות השליליים הנוגעים לדמויות המלוות אותו בהווה. כך למשל, מטופל שכועס על התפקוד של מפקדו בזמן התרחשות האירוע הטראומטי עשוי לבטא את כעסו בהימנעות משיח עם המפקד עצמו או העברת הכעס על המפקד כלפי גורמי סמכות אחרים (למשל, המנהל בעבודה). לעיתים כעסים מעיין אלה מתבטאים בהתפרצויות זעם שגורמות לאחרים להתרחק מהמטופל, ובמקרים אחרים להימנעות של המטופל מקיום מפגשים עם אחרים מחשש שלא ישלוט בעצמו וכעסו יתפרץ. ניתן לסייע למטופל לנסח עמדות חדשות כלפי דמויות מן ההווה ולעודד אותו לחזור למעורבות בין אישית עימן תוך שיתוף ומעורבות רגשית עם האחר, במיוחד עם דמויות שמעוניינות בטובתו של המטופל אך נמנעות ממגע איתו בשל תחושת הריחוק וההימנעות שהוא משדר. יש בכך עידוד של המטופל לאקטיביות לעומת פסיביות ביחסיו הבין אישיים. מטופלים עלולים לאבד את האמון בעצמם ובאחרים, להימנע מקשרים בין אישיים וכך להישאר עם תחושת בדידות והזנחה המגבירות את הסבל. התגברות על הימנעות ביחסים בין אישיים עשויה להחזיר למטופל את האמון בעצמו וביכולותיו וכך להעצימו, להגדיל ביטחונו ודימויו העצמי, ואת תחושת השליטה שלו. התקווה היא שברור תהליכים אלה והגברת המודעות אליהם יובילו לשינוי בדפוס יחסיו הבין אישיים של המטופל עם דמויות מרכזיות בחייו ולמעבר מתלות והימנעות ליחסים בין אישיים של תמיכה והדדיות.

התמודדות עם אבל ואובדן

עבור מטופלים מסוימים, הקושי הבין אישי קשור במוות של אדם קרוב כחלק מהאירוע הטראומטי. אובדן של אדם קרוב באירוע הטראומטי עשוי להיות גורם משמעותי להתפתחות כעס על אחרים, התפרצויות זעם, או ההימנעות מקשרים בעקבות רגשות אשמה, כעס ואבל (למשל, מטופל שכועס על בת הזוג כיוון שלכאורה אינה מזדהה מספיק עם העצב שלו על אובדן חברו בקרב; או הימנעות ממפגשים חברתיים כיוון שזה לא יהיה הוגן כלפי החבר שנהרג). התמקדות בעיבוד והבנת הרגשות והמחשבות הקשורות באובדן עשויה לשפר מערכות יחסים בין אישיות עם דמויות בהווה. עיבוד סיפור האובדן, קבלתו, והשלמה עם עובדת התרחשותו הוא הצעד הראשון במפגשים אלה. בהמשך ניתן לסייע למטופל להבין שחזרה לרמת התפקוד הבין אישי שהייתה לפני האירוע הטראומטי אינה משנה מגודלו ועוצמתו של האובדן ואינה מפחיתה מזכרו של המת. ניתן לסייע למטופל להבין ששיתוף אחרים בתחושות האובדן, בד בבד עם תיאור קווים לדמותו של המת, עשויים להקל בקבלת המוות (גרשפלד-ליטוין וביימן, 2024).

שלב מס' 4: קונפליקטים מן העבר המשתחזרים בדיאדה הטיפולית (העברה – העברה נגדית) וקשורים במישרין או בעקיפין באירוע הטראומטי (10 מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: הסבר על מטרתו של השלב – איתור קונפליקטים התפתחותיים בין אישיים דרך הזמנת המטופל לתאר את יחסיו עם דמויות משמעותיות שליוו את התפתחותו והבנת הקשר שלהם לסימפטומים הפוסט טראומטיים שהתפתחו בעקבות האירוע, חשיפת מנגנוני ההגנה בהם המטופל

עושה שימוש כדי להימנע מחשיפת הקונפליקטים הללו, דיון על אמון, קישור הקונפליקטים לאובדנים סביב דימוי עצמי וערך עצמי שהתפתחו על רקע הקשר עם דמויות מהעבר והועצמו בעקבות האירוע הטראומטי.

השלב הרביעי של הטיפול הפסיכודינמי-האינטגרטיבי משולב טכניקות פסיכודינמיות כמו פרשנויות על יחסי העברה-העברה נגדית ותהליכים מקבילים, וטכניקות קוגניטיביות. נקודת המוצא בשלב זה, היא שהמטופל בשל יותר לבחון היבטים של מערכות יחסים עם דמויות מעברו המשפיעות על עוצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, תדירותם ותפקודו בהווה. בשלב זה נעשה מאמץ לחשוף קונפליקטים לא מודעים ולא מעובדים עם דמויות מפתח מעברו של המטופל תוך חשיבה על ביטויים ביחסי המטפל-מטופל (Gabbard, 2004). למשל, ניתן לנתח מנגנוני הגנה בהן עושה המטופל שימוש (דיסוציאציה, הדחקה, הכחשה, פיצול, השלכה/התקה) שנועדו למנוע את חשיפת הקונפליקטים. ניתן לפתח שיח עם המטופל על היתרונות והחסרונות של שימוש בהגנות אלה והשפעתן האפשרית על מערכות היחסים שלו. לדוגמה, מטופל שמכחיש בפגישה כעס כלפי אביו בעוד המילים בהן הוא עושה שימוש מבטאות זאת ("שהעליתי את האפשרות שאתה כועס על אבא אמרת מה פתאום כועס עליו, מה יש לי לכעוס עליו, אבל דקה לפני זה אמרת תוך הבעת כעס עצור כלפיו, שקל לו לשפוט ובטח שאותי - כמו שהוא רגיל - כי הוא לא היה שם"). הטיפול בשלב זה עוסק בהבניית משמעות מחודשת סביב מערכות יחסיו של המטופל עם דמויות מההווה והעבר, תוך שימוש בתובנות שעולות אצל המטפל והמטופל לגבי מערכות יחסים אלה, ומתוך הבנה גוברת של מערכת היחסים המתפתחת בין המטפל והמטופל. לדוגמה, מטופל שרמות הכעס והביקורת כלפי המטפל הלכו ופחתו לאורך הטיפול, כביטוי לעיבוד מערכות היחסים עם דמויות מעברו, הובילו להקלה רגשית וכתוצאה מכך לפחות כעס וביקורת כלפי המטפל ובכלל כלפי אחרים.

אירוע טראומטי עשוי ליצור תחושה של קטיעה ברצף התפתחותו הטבעי של הנפגע (לוי, 2008). קטיעה זו נובעת מעצם החשיפה לסכנת חיים ולשלמות הגופנית, אך גם בגלל קונפליקטים לא פתורים הקשורים לתהליך התפתחותו של המטופל. כך למשל, מטופל שחי תחת אב דורשני, הישגי ותחרותי עשוי לבטא תחושה של תסכול וכישלון סביב תפקודו באירוע הטראומטי, לא רק בגלל רצף האירועים שהתרחשו בפועל, אלא גם בגלל חוויית כישלון לא מודעת של המטופל, כישלון לפי תפיסת האב המופנם. הטמעת הטראומה בעולמו הרגשי של המטופל באופן שיאפשר לו לחזור לתפקוד מלא ותקין עשויים לעבור דרך הבנת הקשר בין האירוע הטראומטי לבין מערכות יחסיו הבין אישיות של המטופל עם דמויות משמעותיות מעברו. תנועה "קדימה ואחורה" במסגרת הטיפול – מן ההווה לנבכי האירוע הטראומטי ומשם לעברו ההתפתחותי של המטופל יכולה להשיג תובנות חשובות עבור המטופל באשר לקשיים שחווה ביחסים בין אישיים.

האמון במטפל, שנבנה לאורך שלבי הטיפול הקודמים, מהווה רכיב חשוב בעיבוד הקונפליקטים ההתפתחותיים הלא פתורים המקושרים לטראומה (Levi, 2013). לאורך המפגשים שמתקיימים בשלבים הקודמים של הטיפול, התקווה היא שהמטופל רכש עמדה ותחושה שלמטפל יש את היכולת המקצועיות לסייע לו. בשלב זה של הטיפול, ההבנה הרצויה היא שנדרשת חשיפה נוספת, עמוקה יותר של המטופל, וזו עשויה לאיים על המטופל ולגרום לחרדה.

בתחילת שלב זה של הטיפול יעמיק המטפל את הדיון במערכות יחסיו של המטופל עם דמויות משמעותיות מעברו וינסה לאתר יחד עם המטופל את הקונפליקטים הלא פתורים בתחום הבין אישי עם דמויות מפתח בהתפתחותו (למשל עם אביו, אימו, אחיו). התמקדות בביטויים של העברה והעברה נגדית יכולים לסייע בשלב זה. למשל, מטופל הזועם על אשתו שהטילה וטו על חזרתו ללחימה בתוך עזה והדבר מוביל למתח וקושי משמעותי ביחסים. המטפל עשוי להעלות את האפשרות שהטלת הוטו על ידי האישה

נובעת בעיקר מדאגתה לשלומה ולעתיד ילדיהם המשותפים, אבל שאולי המטופל מפרש זאת בעיקר כשתלטנות מצידה שמזכירה לו את אימו השתלטנית. פירוש כזה עשוי להכעיס את המטופל על המטפל (העברה). המטפל בתגובה עשוי לחוות תסכול מתגובתו של המטופל ולהימנע מלומר למטופל דברים שעולים במחשבתו בהמשך הטיפול (העברה נגדית), ובכך לפגוע בתהליך ההחלמה של המטופל. את כל אלה ייתכן ויש מקום לקשור לדפוסים דומים שהתרחשו במהלך האירוע הטראומטי כמו מפקד שתלטן שלא אפשר למטופל להנכיח את רצונותיו ורגשותיו. תובנות הנרכשות באמצעות פרשנות יכולות להרחיב את התבוננותו של המטופל על יחסיו הבין אישיים בהקשר לטראומה ולהוביל לרמת אינטגרציה גבוהה יותר של תכנים שעלו בטיפול.

העמקת הדיון על יחסים בין אישיים עם דמויות מפתח מעברו של המטופל עשויה להיות מלווה בביטויים של אשמה. האשמה יכולה לנבוע מכך שהמטופל 'שופט' לחומרה ושלא בצדק דמויות מרכזיות בהתפתחותו. המטופל עשוי לבטא כעס כלפי המטפל שלכאורה מעודד אותן/בוא חשבון עם דמויות משמעותיות מעברו בעוד שהוא מתקשה בכך וחש אשמה. המדובר בביטויים של העברה כלפי המטפל שאותם ניתן לשקול אם לפרש או לבחון בעדינות. ביטויים מעין אלה של העברה עשויים להיות עוצמתיים אם הדמויות מעברו של המטופל הלכו לעולמן ובמיוחד אם למטופל הייתה מערכת יחסים בין אישית מורכבת ובעייתית עימן. , לכך עשוי להיות ביטוי בפיתוח דפוסי התנהגות של אבל פאתולוגי כמו התנהגות בסיכון (למשל, שימוש מופרז בסמים או אלכוהול) או הסתגרות והתנתקות מהסביבה, שלעיתים משקפים צורך לא מודע בהלקאה עצמית.

עיבוד מערכות יחסיו של המטופל עם הדמויות הללו עשוי לחשוף בפני המטופל משמעויות חדשות ביחס לעצמו (למשל, את העובדה שהוא מסכן את עצמו), את מאפייני הקשר שלו לדמויות הללו בעבר ו'התמקמות' הפסיכולוגית אל מולן בהווה. במידה והיו עם הדמויות שהלכו לעולמן מערכות יחסים תלותיות הן יכולות להיחשף, לעבור עיבוד, וניתן לקשור אותן להליכי החלמה מהפוסט טראומה (למשל, "אין ביכולתי לחזור לעצמי לאחר האירוע הטראומטי כי מי שאני זקוק לו איננו").

שלב זה יכול לחשוף היבטים של התנגדות פנימית להחלמה. בהקשר זה, אם המטפל חושב שכדאי להתייחס ל'התנגדות' זו של המטופל באופן ישיר, מומלץ לעשות שימוש במילה 'קושי' ולא 'התנגדות' להחלמה. למשל, המטפל יכול לבחון עם המטופל את האפשרות שהוא חווה קושי לקבל ולהשלים עם כך שהיבטים סביב היחסים עם אביו כבר לא יתקנו, וכתוצאה מכך, הוא מתקשה לאפשר לעצמו לצאת ממעגל הטראומה. צעדים אלה יכולים להוביל לשינוי בדפוסי החשיבה והתפיסות שהתקבעו ביחס ליחסים עם דמויות מרכזיות בעולמו של המטופל בדרך לחזרתו לתפקוד בין אישי תקין.

לסיכום, שלב זה בטיפול עשוי לחשוף קשיים (התנגדויות) בלתי מודעים כלפי המטפל, מסגרת הטיפול, והיכולת להחלים מהטראומה. זאת לאור העיסוק בתכנים שהינם פחות נגישים למודעתו של המטופל. המטפל יכול לשקול כיצד לטפל בקשיים מסוג זה לרבות שימוש אפשרי בפרשנות או הצפת הקושי והזמנת המטופל להתבונן בו. פעמים רבות ניתן לתת לגיטימציה לקושי של המטופל תוך הנכחת התכנים הקשים והמורכבים שעולים בשלב זה בטיפול והמחירים שאולי משלם בשימור המצב הקיים. כל זאת בשונה ממתן פרשנות עומק המכוונת לכך שתהליכי העברה גורמים לחוויית המטפל כדמות הורית המעוררת התנגדות - בדומה להתנגדויות שמטופל הפגין כילד מול הדמות בה דנים בטיפול. רוצה לומר שפרשנויות בשלב זה הן כלי שיש להשתמש בו 'בזהירות ורגישות רבה'.

שלב מס' 5 – משמעות חדשה (2 מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: חשיפת הערכים והאמונות באשר ליחסים בינאישיים שבהם החזיק המטופל לפני האירוע הטראומטי (למשל, נאמנות בין חברים) והשינויים שחלו בהם לאחר האירוע, התמקמות מחודשת אל מול דמויות משמעותיות בחיי המטופל בדגש על הדדיות, איזון ורציפות בתוך קשריו הבינאישיים, כתיבת משמעות האירוע הטראומטי, בחינת השפעתו של האירוע על היחסים הבינאישיים והשינוי שחל במטופל בעקבות הטיפול.

בשלב זה המטופל בסיוע המטפל מוזמן לבחון את הערכים והאמונות שבהם החזיק באשר ליחסיו הבינאישיים טרם האירוע הטראומטי, והשינויים שחלו בהם לאחריו (הרמן, 1992). את הערכים והאמונות הללו ניתן לבחון גם בראי הקשר בין המטפל למטופל. למשל, עד כמה המחויבות לטיפול סייעה להתבוננות על מחויבות ביחסיו הבין אישיים של המטופל. בשלב זה ניתן לבחון שאלות של מחויבות, אמון והדדיות בתוך מערכות יחסים שיעניקו פשר ומשמעות מחודשים ליחסים של המטופל עם דמויות מחייו בהווה. בשלב זה ניתן לדון גם בשאלות מוסריות של אשמה, לרבות הלגיטימציה המוסרית לחזור לתפקוד ולצפות לעתיד.

חיפוש אחר משמעותו של האירוע הטראומטי והשפעתו על יחסיו הבין אישיים של המטופל יכול לכלול דיון בשאלה מדוע לדעת המטופל נפגעו יחסיו עם אחרים בעקבות הטראומה ובמה שונים יחסים אלו לפני ואחרי האירוע הטראומטי. ניתן גם להתייחס לתהליכים שהתרחשו בין המטפל והמטופל המשקפים היבטים מקבילים לאלה שחווה המטופל ביחסיו הבין אישיים מחוץ לטיפול. למשל, תהליך רכישת האמון וביסוס הברית הטיפולית כמודל לביסוס אמון בקשרים בין אישיים בחיי היום יום של המטופל. משמעות חדשה עשויה לאפשר התמקמות מחודשת מול דמויות משמעותיות בחיי המטופל בדגש על הדדיות, איזון ורציפות.

אירוע טראומטי מאיים לרוב על השלמות הגופנית או על חייו של המטופל, ולכן קבלת "החיים מחדש" עשויה ליצור משמעות חדשות לחיים אותן ניתן לחשוף באמצעות הטיפול (לוי, 2008). כך למשל, דאגה למטופל וליווי בעת סבלו על ידי דמויות משמעותיות בחייו עשויים להעמיד לבחינה מחדש ערכים כנאמנות ואהבה. האיום על השלמות הגופנית או על החיים עשוי ליצור משמעות נוספות, אקזיסטנציאליסטיות, שהולכות מעבר להיבט של יחסים בין אישיים, וגם אותן רצוי לחשוף ולהביא לדיון. בהקשר זה, שיחות על משמעות החיים אל מול סופם הבלתי נמנע עשויות להועיל להמשך ההחלמה מהטראומה ולבוא לביטוי בעיצוב עמדתו של המטופל באשר לדברים החשובים עבורו. למשל, יש המגיעים למסקנה שלאור הסופיות הבלתי נמנעת של החיים (והטיפול), והמקורות והפאנומיות בה הם יכולים להסתיים, יחסים בין אישיים קרובים וטובים הם אחד הדברים שהכי שווה להשקיע בהם.

שלב מס' 6 – סיכום ופרידה (2 מפגשים)

שלב זה כולל את הצעדים הבאים: סיכום הטיפול בהתבסס על ציר הזמן, אזכור והדגשת הכלים שנרכשו לרבות השינוי שחל באופן השימוש במנגנוני ההגנה בעקבות הטיפול והשפעתם על יחסים בין אישיים מהעבר ובהווה, בחינת דרכי ההתמודדות עם מצבי משבר עתידיים וקביעת פגישת מעקב.

בשלב השישי, שלב הסיכום, המטפל והמטופל סוקרים יחד את התהליך הטיפולי מתחילתו ועד סופו. מומלץ לערוך סקירה זו כרונולוגית דרך עיני המטופל ולאחר מכן דרך עיני המטפל ולבחון את התפתחות הטיפול לפי השלבים המתוארים. ניתן גם לתאר את התפתחותו הרגשית של המטופל לאורך הטיפול (לוי, 2008). בשלב זה המטפל והמטופל בוחנים את השאלה אם מטרות הטיפול הושגו? דרך בחינה זו ניתן לסמן את "ארגז הכלים" שהמטופל רכש לעצמו. כך למשל ניתן לבדוק האם המטופל מסוגל לתת שוב אמון בזולת? האם הוא בטוח יותר בעצמו ופחות כועס וחשדן כלפי אחרים?

במקרים רבים הטיפול אינו משיג החלמה מלאה ושהשלכות האירוע הטראומטי ימשיכו ללוות את חייו של המטופל ואפילו יתבטאו בסימפטומים פעילים, שעשויים לשוב ולשבש את התמודדותו עם משימות ואירועי החיים (למשל, במקרה של מטופל צעיר, הקמת משפחה והבאת ילדים לעולם, או במקרים אחרים גירוש, לידה, מוות במשפחה, מחלות או יציאה לפנסיה). ניתן ל"הזכיר" למטופל אילו כלים רכש באמצעות הטיפול כדי שיוכל לחזור ולהשתמש בהם בעת משבר או במקרה של נסיגה רגשית ותפקודית. הכוונה היא ליכולת להשתמש בכוחות האגו העומדים לרשותו, ליכולת להיעזר באחרים משמעותיים בחייו, ליכולת לראות את העתיד באופן ריאלי ולהבנה שהחרדה המציפה שייכת לעבר וניתן לווסתה ולרסנה. הבנה של המטופל שהוא יכול לווסת ולשלוט בתגובותיו להשלכות הטראומה, בשונה משליטת הטראומה בו, יכולה לבוא לידי ביטוי במסוגלות של המטופל לשאת רגשות הקשורים לאירוע הטראומטי שעבר ולכושר התמודדותו עם הפוסט טראומה.

סיכום

במאמר זה הוצע מודל דינמי אינטגרטיבי בן חמישה שלבים לטיפול בנפגעי הפרעת לחץ פוסט טראומתית והפרעה מורכבת. המודל משלב טכניקות קוגניטיביות ופסיכודינמיות המכוונות למתן מענה למערכות יחסים שהשתבשו בעבר ובהווה, בעקבות החשיפה של המטופל לאירוע טראומטי. המודל תחום בזמן ומתבסס על הגישה ההתייחסותית המניחה שעל מנת שתתרחש אינטגרציה של הטראומה בעולמו הפנימי של המטופל, על המטפל לבסס עימו קשר של אמון. במסגרת הקשר הטיפולי אמורים להיות מועברים מסרים של מובנות, קבלה, חלוקה בנטל ההצפה הרגשית ואחזקה שיאפשרו לנתח ולהבין כיצד האירוע שיבש מערכות יחסים בינאישיות בחייו של המטופל.

בעבר הוצעו מודלים קצרי מועד המבוססים על חשיבה וטכניקות דינמיות כמו המודל של ד"ר ראסל קאר (Carr, 2011), פסיכיאטר ופסיכואנליטיקאי אמריקאי שלחם בעיראק, והציע מודל בן שישה שלבים לטיפול בלוחמים שפיתחו הפרעת לחץ פוסט טראומתית, לאחר שהוא מצא שטיפולים מבוססי ראיות מסוג CBT אינם נותנים מענה לסובלים. יחד עם זאת, אף אחד מהמודלים לא נחקר באופן מעמיק דבר שבכוונתנו לעשות במסגרת המרכז הלאומי לטראומה וחוסן באוניברסיטת ת"א.

מקורות

הרמן, ג' (1992). *טראומה והחלמה*. הוצ': עם עובד.
גרשפלד-ליטוין, א', ביימן, ש'. (2024). מאבל פאתולוגי טראומתי, מורכב, מתמשך, לעבר הפרעה מתמשכת באבל: תיאוריה, מחקר וטיפול. *שיחות, ל"ח*(2), 92-100.
לוי, א. (2008), "טיפול באמצעות 'תופעת התקווה' בתגובת דחק פוסט טראומתית", *שיחות, כ"ב*(3), 233-243.

Carr, R. B. (2011). Combat and human existence: Toward an intersubjective approach to combat-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 471–496. doi.org/10.1037/a0024174.

Gabbard, G.O. (2004) Long-term psychodynamic psychotherapy. Washington: American Psychiatric Publishing.

Kernberg, F. O. (2016). Interpretation in the Treatment of Borderline Pathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 36, 52–59. DOI: 10.1080/07351690.2016.1112222.

Krupnick, J. (2002). Brief psychodynamic treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 919-932. doi: 10.1002/jclp.10067.

Levi, O. (2013). Individual Therapy for Chronic and Complex PTSD via the Phenomenon of Hope. *Psychoanalytic Social Work*, 20, 150-173. Doi: 10.1080/15228878.2013.808576.

Levi, O. (2017). From Traumatic Language to Post-traumatic Language: The Development of Language in Therapy according to The "Phenomenon of Hope" Model. *Psychoanalytic Social Work*, 24(1), 54-74. doi.org/10.1080/15228878.2016.1278394.

Markowitz, C.J. (2024). Interpersonal Psychotherapy for PTSD: Critical Review of the Evidence. *J. Clin. Psychiatry*, 85(2). 1-10.

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, R.Y., Khoury, B., Hitchcock, C., Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* 400: 60–7

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Gray S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychology literature. *Psychiatry*, 71(1), 13-34.

World Health Organization.(2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th revision). icd.who.int/browse11/l-m/en.