

### יוני אלקינס, דר תולי פלינט

**תקציר:** פרק זה מציג פרוטוקול לטיפול בטרומה אקוטית בשלב ה-ASR, כאשר האירוע טרי ומציף ואין למטופל נרטיב או סיפור שמסוגל לספר. פרוטוקול זה מיועד לאנשים שעברו אפיזודה טראומטית שעות ספורות מהאירוע עד ימים ספורים ממנו. יחד עם זאת נעשה בו שימוש גם עם מטופלים שסבלו מ"זיכרון מפורק" גם באירועים קדומים יותר. הוא משלב בתוכו פרוצדורה של הבניית הסיפור הטרומטי יחד עם עיבוד של EMDR R-TEP Recent Traumatic Episode Protocol. בפרק זה יוצג הרקע התיאורטי עליו מבוסס הפרוטוקול שהוא שילוב של הגישה הנרטיבית ומודל ה-AIP - Adaptive Information Processing עליו מבוססת שיטת ה-EMDR. כמו כן נביא תיאור של הפרוטוקול, ההבדלים בינו ל-EMDR R-TEP, ותיאורי מקרה להדגמתו.

### רקע תיאורטי

פרק זה עוסק באנשים המגיעים לטיפול במצב אקוטי שעות ספורות עד יומיים אחר האפיזודה הטרומטית ואינם מסוגלים לתת תיאור רציף של מה שעבר עליהם. קושי זה לתאר את החוויה, מהווה טראומה בפני עצמה ומקשה על הטיפול (Cloitre, 2007), שכן קיימת חשיבות רבה לנרטיב של האדם כחלק ממצאת המשמעות לחייו (Gazzaniga, 2015). כאשר לאדם אין סיפור רציף לספר הוא עלול לבנות לעצמו סיפור שיארגן לו את המציאות באור שלילי של חוסר תפקוד (White, 2007). אדם כזה עלול להיכנס למצב דחק בגלל העדר נרטיב קוהרנטי ורצפי, שכן חוסר ברצף סיפור אישי מהווה חוויה של חוסר שליטה, העדר משמעות ואובדן עשתונות. מייקל ווייט בספרו אודות מפות נרטיביות (White, 2007) מדבר גם הוא על החשיבות שלבניית הסיפור השלם אצל האדם שעבר אירועים טראומטיים. לדעתו יש צורך לבנות מפה נרטיבית חדשה לאדם שחווה טראומה מכיוון שחוויה זו אינה כלולה בסיפור חייו ומפעילה אותו ללא שליטתו וללא מודעות.

מודל ה-AIP - Adaptive Information Processing, מציע כי כאשר האדם חווה אירוע דחק קיצוני או כזה שנחווה כקיצוני ואינו מסוגל לעבד אותו, נוצר זיכרון קפוא בזמן שאינו מתחבר לזיכרונות אדפטיביים ולכן אינו מצטרף באופן אינטגרטיבי לסיפור החיים של האדם (Shapiro, 1995). זיכרון זה הוא הבסיס להיווצרות הפרעת דחק פוסט טראומטית מכיוון שהאדם נמצא במצב בו מגוון של טריגרים פנימיים וחיצוניים עלול לגרום לו לחוות שוב ושוב את אותה הטרומה ולסבול מעוררות יתר, תגובות הימנעות וגירויים (תמונות, תחושות או מחשבות) חודרניים. מצב זה עלול ליצור תפיסות עצמיות שליליות – Negative Cognitions ורגשות שליליים שיהפכו להיות מוטיב מרכזי בנרטיב של האדם וישפיעו על חיי היומיום שלו. טיפול בשיטת EMDR נמצא כיעיל למצבים אלו (Shapiro & Solomon, 2008).

מחקרים רבים הראו כי התערבות מוקדמת במיוחד בטרומה אקוטית עשויה להפחית את הסכנה להיווצרות תגובה פוסט טראומטית. המחקרים הראו כי יצירת משמעות, בניית סיפור אישי של

הצלחה ויציאה מבדידות נתפסת משמעותית ביותר בזמן המידי לאחר הטראומה ועשויה לאפשר עיבוד מוצלח של האירועים) (Hyland et al., 2017; Resick et al., 2015).

במחקר שדה שנערך בישראל בעקבות נפילת טילים הראו שפירא ולאוב (Shapiro & Laub, 2015) כי התערבות EMDR באמצעות פרוטוקול- RTEP EMDR הוכחה כיעילה לאורך זמן בקרב נפגעי האירוע הטראומתי. יחד עם זאת, פרוטוקול זה אינו מתייחס ספציפית למצבים של טיפול בנפגע טראומה אקוטית שבשלב זה עדיין אין לו נרטיב ברור שיוכל לנסח לעצמו. הבניית הנרטיב בעזרת המטפל יוצרת חוויה של שליטה בסיפור שתאפשר בהמשך עיבוד של הזיכרון באופן יעיל ובתוך "חלון הסבילות" (Window of Tolerance) שלו.

הפרק יראה כיצד אפשר לסייע לנפגעים במצב אקוטי באופן שיאפשר להם ויסות עצמי (self-regulation), בניית סיפור מיטיב מתוך קרעי סיפור פרגמנטליים ועיבוד החוויות הטראומטיות כך שהזיכרון שהיה עלול להיות מאוחסן באופן דיספונקציונלי ללא עיבוד (dysfunctional stored memories) יהפוך לזיכרון מעובד ואדפטיבי אשר יאפשר לאדם להמשיך את חייו בצורה מיטיבה.

השערותנו בעקבות מחקרים עדכניים (Hyland et al., 2017; Resick et al., 2015) היא כי היא כי התערבות מוקדמת מאד כשהנפגע עדיין בשלב האקוטי עשויה לסייע לאדם לעבד באופן יעיל את האירועים אותם עבר ולמנוע השלכות מאוחרות יותר כמו PTSD או הפרעות אחרות. הפרוטוקול המוצג בפרק זה, מוסיף על הפרוטוקולים הקיימים ונותן מענה לצורך בהתערבות מידית בזמן משבר במצבים בהם לנפגע הטראומה האקוטית אין עדיין נרטיב ברור אודות קורותיו בשעות/ימים שאחרי הטראומה. על פי שילוב בין הבנה נרטיבית למודל הAIP שעומד בבסיס תרפיית EMDR, ניתן במצב זה לעזור למטופל לבנות נרטיב שניתן להיאחז בו ואשר יהיה חלק משמעותי בטיפול בו ולהערכתנו אף במניעה של התפתחות הפרעה פוסט טראומטית בהמשך (Hyland et al., 2017).

### דוגמאות:

ע. היא נערה בת 18 שפנתה לטיפול עקב חרדות הקשורות לגיוס. בדרך אל הטיפול מופעלת אזעקה ויש נפילת טילים. היא מגיעה לחדר חסרת אוריינטציה, אינה מסוגלת לספר מה קרה ומה חוותה. ונעה בין בכי לבין שתיקה. יחד עם זאת היא יוצרת קשר, מדברת, משתפת בסיפור מבולבל ולא קוהרנטי ומנסה בכל כוחה להעביר מה עבר עליה. התערבות נוסח (ERP Quinn), ראה פרק \_ בספר זה) שמטרתה ייצוב המטופל והבאתו ל"כאן ועכשיו" אינה נחוצה כאן מכיוון שהיא אינה נמצאת בנתק דיסוציאטיבי, מודעת לכך שהאירוע נגמר וההתערבות המארגנת מיותרת. אולם, ע מאד מפחדת (ובצדק) שכאשר תיסע חזרה לביתה תתקל בעוד אזעקה ושוב יתחילו אותן תגובות. האירוע טרי מדי ופרגמנטלי מדי – אין סיפור- על מנת להשתמש בפרוטוקול RTEP (פרק \_ בספר זה), שכן המטופלת מבולבלת מכדי להצליח לספר סיפור קוהרנטי וכרונולוגי של מה קרה לה.

דוגמה נוספת: חייל מילואים מחטיבה קרבית נמצא בלחימה. פצצות מרגמה נוחתות לידו והוא מגיב בתגובה דומה, מבולבל, מודע למיקומו ולמצבו, אך עדיין אינו יוצר קשר קוהרנטי עם הסביבה הוא מספר סיפור מבולבל, חסר סדר ועם קשר חלש בין אירוע לאירוע אולם אינו דיסוציאטיבי ומגיב בתוקפנות לניסיונות ייצוב והרגעה כמו גם לפרוטוקול *ERP* או *ISP*.

מטופלים במצבים אלו עלולים לסבול מתגובת דחק אקוטית או מתמשכת והם מהווים אתגר טיפולי קשה במיוחד במצבי חירום. חוסר הקשר שלהם עם הסביבה, הקושי לגייס כוחות והבלבול מונעים מהם להחלים באופן עצמאי ושואבים את סביבתם המידית כמו גם את המטפל לעבודה אינטנסיבית מתישה ולעיתים לא יעילה.

התבוננות על ע' ועל החייל מנקודת מבט של מודל הAIP מראה כי המודל יכול לספר לעזור לנו לחשוב על כיווני הפעולה: ניכר כי ע' מגיעה לאחר שחווה סכנת חיים, אירוע שללא ספק היה מחוץ ל"חלון הסבילות" (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011) שלה והיא חווה את הבלבול האופייני למצב כזה. לאור כך שאינה יכולה לספר את הסיפור, תיאוריות מתחום חקר המוח (Gazzainga, 2015) מראות לנו כי "אין פונקציות מארגנות ואין יכולת להגיע לקשר עם כאלו. ה"מספר הפנימי", מה ש Gazzainga מכנה *Left Brain Narrator* לא עובד ולא מתפקד ותהליכי העיבוד לא מסייעים לאדם בהתמודדות. מצב זה מייצר קידוד ואחסון דיס-פונקציונאלי של הזיכרון. על פי הAIP נוצר "כיס" של זיכרון טראומתי לא מעובד הגורם לתופעות פוסט-טראומטיות.

על פי גזינגה (Gazzainga, 2015) בשמיעת הסיפור המאורגן של עצמו משתחרר אוקסיטוצין (הורמון האהבה) אשר מסייע לאדם בהתארגנות מקומית, מסייע בהרגעה וביצירת קשרים והקשרים ובאופן כללי מספק תחושת ביטחון. הרמן בספרה הקלאסי "טראומה והחלמה" מזכירה גם היא את החשיבות ביצירת סיפור מארגן של החוויה הטראומטית ומדגישה כי יכולתו של האדם לספר על ואת עצמו מאפשרת לו את הריחוק המתחייב בעבודת עיבוד (הרמן, 2003). חשוב לציין כי גם שפירו (shapiro, 2007, 1995, 2008; Solomon & B Shapiro) מדגישה את חשיבות סיפור האפיזודה כחלק מתהליך הארגון והטיפול בטראומה. מייקל וויט (white, 2007) מסביר כיצד סיפור חיים מיטיב ומאורגן בניגוד לסיפור דיספונקציונלי מאפשר לאדם הסתכלות חדשה על סיפור חייו ושינוי בתפיסה העצמית שלו.

לסיכום הפרק התיאורטי ניתן לומר אם כך כי התערבות במצב אקוטי כזה שבו הנרטיב מפורק – Highly Fragmented נועדה לסייע למטופלים ליצור סיפור וזיכרון מעובד שיאוחסן באופן פונקציונאלי במוח ולא יגרום לסבל בכל פעם שהם נזכרים בו ובכל חשיפה לטריגר אפשרי. הסבל אצל מטופלים אלו כפול – ראשית האירוע הטראומתי ובהמשך חוסר היכולת לארגן את המידע (cloitre, 2007, 2013; Farchi, 2007; White) לאור כך, ראשית כל, יש לעזור למטופל ליצור סיפור כלשהו של האירוע, גם אם בהתחלה הוא אינו אדפטיבי, ולאפשר לו לשמוע סיפור זה מפי אדם אחר באופן פסיבי מה שמשחרר אוקסיטוצין ויוצר אפשרות לארגון המידע (Gazzainga, 2015). לאחר שנרטיב זה נוצר, גם אם הוא אינו אדפטיבי, ניתן יהיה לעבד אותו לצורך יצירת סיפור אדפטיבי וחוויה חיובית.

מומלץ להכיר את הפרוטוקול של R-TEP EMDR על מנת להבין טוב יותר את ה-HF-RTEP

### שלב א': איסוף רקע

אם המטופל הופנה לטיפול על ידי גורם חיצוני יש לקבל את מירב המידע האפשרי מהגורם שהפנה אותו (צוות רפואי, חבר, קרוב משפחה, מפקדים). יש לשאול: מהיכן הגיע? מה היה האירוע? מה היה תפקידו ומעורבותו באירוע והאם ידוע למה נחשף? איך הגיב בזמן האירוע ומיד לאחריו? איזו התערבות טיפולית קיבל עד כה ועל ידי מי? זאת על מנת שלמטפל יהיה את מירב המידע לסייע לארגון הטיפול.

שלב לקיחת ההיסטוריה (אינטייק) אינו שונה מפרוטוקול R-TEP EMDR. כלומר, איסוף הרקע מבוצע באופן ממוקד ותמציתי. יש לבצע הערכת חכ"מ (חומרת האירוע, כוחות ומוטיבציה לטיפול המצב). כמו כן יש לברר לגבי משאבים נגישים שיש למטופל. דירוג 3 מרכיבי החכ"מ הוא בסולם מ-5-1. בנוסף, יש לבצע הערכה לגבי רמת הדיסוציאציה של המטופל ומהי מידת ההתערבות הנדרשת לקרקע אותו. במידה והמטופל אינו דיסוציאטיבי, מעבירים שאלון (Weathers et al 2013) PCL-5.

### שלב ב': הכנה

שלב ההכנה כולל מספר מרכיבים:

1. קרקוע ראשוני: בשלב הראשוני יש לוודא שהמטופל אינו במצב דיסוציאטיבי פעיל. במידה והמטופל אינו יכול להגיב וניכר ניתוק מסביבתו והמטפל מתקשה לתקשר איתו, רצוי לעשות את ה-ERP (Quinn; 2009) – פרק \_ בספר זה).
2. הסבר פסיכו-חינוכי: בהנחה שמדובר באירוע אקוטי שקרה לפני מספר שעות עד ימים בודדים, יש לתת הסבר תמציתי על תסמיני תגובת הדחק כיוון שחלק ניכר מהחרדה מוחמר כי הנפגע חש שמשו חריג קורה לו. כגון:  
" (שם הנפגע), את/ה מגיב/ה כרגע בצורה אופיינית ונורמאלית לאירוע לא נורמאלי. ייתכן ואת/ה מרגיש/ה פעימות לב חזקות, קושי להשתלט על מהירות הנשימות שלך, רעידות בגוף, ואולי גם הרבה אנרגיה ולחץ בגוף. זו תגובה רגילה ונורמאלית לאירוע לא נורמאלי".
3. קרקוע שניוני: לאחר שהמטופל מסוגל לתקשר עם סביבתו יש לבדוק אם הוא מקורקע דיו כדי לאפשר עיבוד. באם יש צורך בקרקוע נוסף, מומלץ להשתמש בתרגילי הורדת לחץ ((E.Shapiro).
4. הסבר הצורך בשימת דגש על הנרטיב – "אנחנו יודעים שיש נטייה באירועים כאלו להגיע למצב מאוד מבלבל ולא להבין כל כך מה בעצם קרה ואיך זה נגמר. האירגון של המידע וההבנה מה קרה מאוד חשובה כדי שתוכל להתקדם ולהתמודד ביעילות עם מה שקרה לך".

### שלב ג': הבניית סיפור נרטיב האפיזודה

להבדיל מטיפול האפיזודה ב- EMDR R-TEP שבו המטופל מספר בעצמו את הטיפול ללא עזרת המטפל, ההנחה שלנו היא שבשלב האקוטי לא קיים עדיין נרטיב כלשהו של האפיזודה, אפילו לא קטוע או מבולגן. שלב זה כולל ארבעה חלקים. שלושת החלקים הראשונים מיועדים לבניית נרטיב קוהרנטי והחלק הרביעי מחליף את חיפוש הגוגל של ה-EMDR R-TEP. הגירוי הביולטרי שניתן בשלב זה נועד לסייע ביצירת הנרטיב על ידי מציאת קישורים לחלקים נוספים באירוע תוך כדי קרקוע לכאן ועכשיו. הגירוי הביולטרי שניתן הוא תחושת, או שמיעתי ללא תנועות עיניים. זאת כדי שהמטופל יצליח להמשיך להתרכז בטיפול שמספר כשהמטרה בשלב זה היא להעלות כמה שיותר פרטים מהאירוע ועדיין לא לעבדו. לכן .

#### 1. *NBLS-1 (Narrative with Bilateral Stimulation)* : הטיפול המפורק

המטפל מנרמל את הבלבול והקושי לספר את הטיפול הטראומטי ברצף ואומר לנפגע שינסה להיזכר כמידת יכולתו בכמה שיותר פרטים על האירועים שעבר ללא חשיבות לסדר הכרונולוגי שלהם. לאחר קבלת כלל המידע, ניתן יהיה להבנות את הרצף של האירוע. המטפל מבקש מהמטופל רשות לתופף קלות על הכתפיים, או על הברכיים ומבקש ממנו לספר מה קרה מקצת לפני שהאירוע התחיל ועד עכשיו.

"אירועים טראומטיים כמו שעברת לעתים קרובות יוצרים המון בלבול וקושי להבין מה בדיוק קרה. כרגע אנחנו רוצים רק לאסוף כמה שיותר מידע על מה שאתה/זוכרת גם אם לא ברור מה קרה לפני מה. אני רוצה שתספרי לי מה שאתה/זוכרת מקצת לפני שהאירוע התחיל ועד עכשיו עם כמה שיותר פרטים, תוך כדי שאני עושה לך תיפופים קלים על הכתפיים/ברכיים. זה בסדר מבחינתך?"

המטפל נותן גירוי בי-לטרי תוך כדי האזנה לנרטיב המפורק (FN – Fragmented Narrative). במידה והעבודה מתבצעת עם מכשיר, יש לכתוב את הנרטיב. אין להתערב בטיפול אלא אם כן המטופל עוצר באמצע, או שהגיע לסוף וניכר שיש עוד חלקים שחסרים. במצב זה יש לשאול: "מה עוד אתה/זוכרת?" ולא "ואז מה קרה?" כיוון שאיננו רוצים למקד את המטופל לסדר הנכון ל האירועים אלא לעודד העלאה של אירועים, או חלקי אירועים, נוספים, ובכך לשחרר חומרים שלא היו נגישים עד כה. לאחר שהמטופל סיים ואינו זוכר פרטים נוספים יש לשקף לו שהאירוע נגמר: "ובעצם האירוע נגמר ועכשיו ואתה כאן ב... (מקום)".

#### 2. *NBLS-2* : יצירת רצף כרונולוגי לטיפול

לאחר השלמת איסוף הנרטיב המפורק (FN), יש לעבור עליו יחד עם המטופל ולסדר אותו בסדר הנכון. במידה ועולים זיכרונות חדשים בתהליך מכניסים אותם לטיפול במקום הנכון כרונולוגית. לאחר שהמטופל מרגיש שידוע מה קרה אחרי מה מבקשים ממנו לספר את הטיפול שניתן: "יופי, עכשיו ספר את הטיפול שוב, תוך כדי התיפופים, מקצת לפני שהכל התחיל ועד עכשיו. אבל הפעם תוכל לספר לפי סדר השתלשלות האירועים ותספר בלשון עבר". במידה והמטופל אומר

משהו בלשון הווה, יש לתקן אותו, לדוגמא: אם אומר "ואז אני רואה פיצוץ", יש לתקן אותו ולומר: "אתה מתכוון ואז ראית את הפיצוץ".

3. *M-NBLS (Mirror Narrative with Bilateral Stimulation)*: שיקוף הסיפור ע"י המטפל לאחר שהמטופל סיפר את הנרטיב בסדר כרונולוגי המטפל מספר לו את הסיפור שזה עתה סיפר המטופל, תוך כדי גירוי בי-לטרלי. במידה ובמהלך שיקוף הסיפור ע"י המטפל המטופל מתקן את המטפל, או מזכר בדברים נוספים, יש לחזור ולבצע 2-NBLS ואז לחזור ל- M-NBLS עד ש-M-NBLS דומה ל-2-NBLS.

4. 3-NBLS: חיפוש נקודת מצוקה (*PoD*) המטפל מקריא את הסיפור שוב, משפט אחר משפט והמטופל מתבקש לעצור אותו כאשר הוא חש מצוקה. נקודת מצוקה זו (*PoD – Point of Disturbance* ראה *EMDR R-TEP*) עוברת להיות מוקד לעיבוד.

5. הערכה של נקודת המצוקה (*PoD*) המטפל מבקש תמונה של נקודת המצוקה, היגד שלילי (NC), היגד חיובי (VOC), (PC) (מידת חיבור ל-PC), רגשות, מידת המצוקה בסולם 0 עד 10 (SUD) ותחושות גוף. באירוע מאוד טרי אין להתעכב יותר מידי במציאת ההיגד השלילי והחיובי. אפשר גם להציע היגד שלילי כמו: "אני בסכנה" או היגד חיובי כמו: "האירוע נגמר".

#### שלב ד': עיבוד נקודות מצוקה (*PoD*)

תהליך העיבוד נעשה באסטרטגיה של *EMDR* בד"כ אלא אם כן נקודת המצוקה היא פולשנית ואז עושים *EMD* (על פי ההנחיות של פרטוקול ה-*R-TEP EMDR*)

#### *EMDR* אסטרטגיית עיבוד

אסטרטגיה זומאפשרת אסוציאציות חופשיות כל עוד הן נשארות בתחום האפיזודה הטראומטית. במידה ואסוציאציה יוצאת מתחום האפיזודה חוזרים בחזרה לנקודת המצוקה (*PoD*).

#### *EMD* אסטרטגיית עיבוד

כשנקודת המצוקה פולשנית ומציפה מדי, מתמקדים בנקודת המצוקה בלבד. בסיום כל סט גירוי, לא מאפשרים אסוציאציות כלל, אלא מחזירים אותו חזרה לנקודת המצוקה (*PoD*) ובודקים כמה היא מטרידה אותו וממשיכים לעוד סט גירוי עד שהמצוקה יורדת.

#### שלב ה': התקנת ההיגד החיובי (PC)

כאשר רמת המצוקה (*SUD*) יורדת למצב אקולוגי (תלוי בחומרה וטריות האירוע) ניתן להתקין את ההיגד החיובי יחד עם נקודת המצוקה בעזרת גירוי בי-לטרלי. אפשר לבדוק אם ההיגד מתאים כעת

או יש רצון לשנותו. אם לא היה היגד חיובי ניתן להעלות היגד כמו: "האירוע נגמר" ולבדוק אם מתאים.

### חזרה לאיתור נקודת מצוקה (PoD) נוספת

ממשיכים להקריא את הסיפור (3-NBLS) מהנקודה שעצרנו כדי לעבד נקודת מצוקה זו, עד שמשהו מטריד נוסף עולה ואז עושים הערכה של נקודת המצוקה (PoD) הזו ומעבדים אותה כפי שהוזכר לעיל (שלבים ד'ה'). ממשיכים כך עד שמגיעים לסוף הנרטיב.

רמת האפיזודה

### שלב ו': התקנת היגד חיובי לכל האפיזודה

לאחר סיום עיבוד נקודות המצוקה שעלו המטופל נשאל מה רמת המצוקה ביחס לכל האפיזודה. אם היא אקולוגית הוא נשאל, כמו ב--EMDR R-TEP "מה למדת או מה היית רוצה לקחת איתך מהאפיזודה שעברת?" ומתקנים את ההיגד החיובי ((PC המתייחס לכל האפיזודה תוך כדי התייחסות למידת החיבור אליו (VoC). במטרה להגיע ל-7.

### שלב ז': סריקת גוף

המטופל סורק את הגוף מלמעלה למטה כשהוא מחזיק את ההיגד החיובי והמטפל נותן גירוי בי-לטרלי קצר עד שהגוף במצב רגוע.

### שלב ח': סגירה

כל מפגש מסתיים עם חיזוק משאב שהמטופל בוחר בנוסף לתרגילי אאמא (ראה שלב הכנה) והמטופל נשאל: "מה למדת מהפגישה היום?"

### תיאור המקרה

שלב ב - הכנה -

השגת רגיעה: כאשר ע' הגיעה לחדר המטפל התמקד ביצירת רגיעה וויסות עצמי (self-regulation). מטרה זו הושגה באמצעות הרגעה פיזיולוגית על בסיס התערבות זמן חירום (Farachi, 2013) וכן באמצעות התערבות מבוססת קרקוע Grounding (גנדליון, 2006). כמו כן המטפל לימד ותירגל עם המטופלת את 4 תרגילי אאמא (Shapiro, 2008). המטפל הציע למטופלת כי בכל פעם שתרגיש מבולבלת נעשה שנית את ה-אאמא ואז נמשיך. יש להדגיש שמכיוון שהארוע הטראומטי קרה לפני המפגש השני בין המטפל למטופלת עדיין לא נוצרה ברית טיפולית חזקה) המשרה תחושת ביטחון בקשר. לכן מקרה זה דומה מאד להתערבות במצבי חירום עם מטופלים לא מוכרים.

הסבר פסיכו-חינוכי:

לאחר שהושגה רגיעה יחסית, ניתן הסבר פסיכו-חינוכי ונירמול של המצב. הוסבר לע' כי העובדה שלא ברור לה לחלוטין מה קרה היא נורמטיבית. כשהמטופלת מודעת לזמן ולמקום עוברים לשלב הבא

שלב ג' -הבניית נרטיב האפיזודה

### 1. *NBLS-1 (Narrative with Bilateral Stimulation)*: הסיפור המפורק

הוסבר לע' כי יש צורך לשמוע את הסיפור כפי שהוא נחוה אצלה: "זו לא חקירת משטרה, מעניין אותי מה בעצם עברת.. אז ספרי לי זאת מבלי להתעכב על הסדר, אחר כך נסדר את זה ביחד...." בזמן שע' סיפרה את הסיפור התקיים גירוי בי-לאטרלי באמצעות טפיחות על כפות ידיה ע' סיפרה את סיפורה באופן מאד אסוציאטיבי. היא התחילה דווקא מהרגע שבו נכנסה לקליניקה, נרגעה כשהייתה בתוך בניין, יכולה הייתה לנשום לרגע אבל אז כל פעם שחשבה על האזעקה נלחצה שוב, ביקשה לעשות תרגיל הרגעה (א-אמא). לאחר מכן עברה לספר על הבריחה מהרכב והשכיבה על הרצפה ואז חזרה ליציאה מהבית. ניכר היה שהגירוי הבי-לאטרלי של הטיפוף ממקד אותה. כשהגיעה לסוף אמרה: "זהו ואז אני עכשיו כאן". שיקפתי לה כמה זמן עבר מאז תחילת האירוע עצמו: "שימי לב שהאזעקה הייתה כבר לפני ארבע שעות...".

### 2. *NBLS (Narrative with Bilateral Stimulation)* -2 : יצירת רצף כרונולוגי לסיפור

בשלב זה למעשה סיפרתי לע' את מה שסיפרה לי אך בצורה מאורגנת ו"הסכמנו" ביחד על סדר התרחשות הדברים.

יצאת עם א' לכיוון הקליניקה שלי, זה היה בשעה 1200 בערך, בדרך ליד רחוב X התחילה אזעקה. את סיפרתי לי שאת זוכרת כי חשבת מה יהיה אם תהיה אזעקה אבל ביטלת את זה כי נבהלת מהמחשבה ואז לצורך החלה האזעקה באמת לפעול ואת זוכרת שא' עצר את הרכב בחריקת בלמים. נבהלת מזה מאד ואז היית קצת משותקת ברכב ולא ידעת מה לעשות. א' כבר היה בחוץ וצעק לך לצאת. נבהלת ולא הצלחת לפתוח את החגורה אבל אז הצלחת ויצאת מהרכב. נשכבת לידו עם ידיים על הראש וכל כך מיהרת שקיבלת מכה. מסביב נסעו מכוניות ופחדת שידרסו אותך. אחר כך היו הפיצוצים של הטילים מעל הראש. א' העלה אותך לרכב ועזר לך להתקשר. ניסית לשתות מים וכמעט נחנקת ועכשיו את כאן. הסיפור מתאים למה שאת זוכרת?

תוך כדי סיפור עלו כמובן עוד ועוד התרחשויות (הדבר מאד אופייני למצבים ולטראומות סמוכות לזמן ולמקום). ההתרחשויות הושמו במקומן בסיפור. החל גירוי בי-לאטרלי תוך שע' מספרת את הסיפור עליו הסכמנו. גם כאן עלו עוד ועוד זיכרונות מתוך ההתרחשות וגם הן הושמו בסדר הנכון של הדברים. זה נמשך הלוך ושוב תוך כדי גירוי בי-לאטרלי עד שלא נדרשו יותר שינויים. עלו עוד ועוד תחושות וכן חווית אבראקציה ואז חזרנו ותרגלנו את הקרקוע והרגיעה כולל תרגיל א-אמא. ע' אמרה שהעובדה שהיא נלחצת ואז נרגעת טובה לה ומרגיעה אותה והיא מרגישה שזה: "מחזיר אותי לשליטה".

### 3. *M-NBLS (Mirror Narrative with Bilateral Stimulation)*: שיקוף הסיפור ע"י המטפל

שלב זה שיקפתי לע' את סיפורה תוך כדי טיפוף בי-לאטרלי



#### 4. *(Narrative with Bilateral Stimulation NBLS)* -3: חיפוש נקודת מצוקה (PoD)

בשלב זה סיפרתי לע' שוב את ההסיפור תוך כדי תיפוף בי-לטרלי ובקשתי שתעצור כשמרגישה מצוקה. בתהליך הזה עזייתה ארבע נקודות מצוקה: חריקת הבלמים, החגורה הנעולה, הפחד להידרס וחווית אי ההכלה על ידי א'.

5. לאחר זיהוי כל אחד מנקודות מצוקה הייתה הערכה ועיבוד

#### שלב ד – עיבוד נקודת מצוקה

בשלב זה של העיבוד האסוציאטיבי עובדה כל נקודת מצוקה בנפרד. נקודת המצוקה של החגורה שלא נפתחה עובדה באמצעות אסטרטגית EMD מכיוון שהיה יותר מלחיצה מהנקודות האחרות שעובדו והיוותה מוקד לחשיבה שלילית חודרנית בניגוד לנקודות המצוקה האחרות שעובדו על ידי אסטרטגית EMDr ..

#### שלב ו – התקנת היגד חיובי לכל האפיזודה

בניגוד Rtepl לא מתקיימת התקנת PC לכל POD או לכל אפיזודה וזאת על מנת שלא ליצור שוב בלבול וחוסר ארגון, יש חשיבות מניסיוננו להתייחסות ל "סיפור כשלם" וחוויה חיובית כללית על מנת להגיע להרגעה מקסימאלית שתאפשר תפיסה עצמית שונה. כשהעליתי את האפשרות לחפש היגד חיובי ע דחתה בתחילה' אפשרות זו, אולם לאחר שחשבה מעט אמרה שיש לה מחשבה שתשמח לחזק: "זה עבר ותפקדתי טוב" ה- VOC הראשוני היה 2. לאחר סדרת BLS שבמהלכן ניתן באמצעות שזירה קוגניטיבית (Cognitive Interweave) דגש על הפעולות בהן נקטה וכן על העובדה שגם כך היא נמצאת במצב דחק בגלל המלחמה והגיוס הקרוב) ה-VOC עלה ל-6. הסיבה שלא עלה ל-7 היא שע' רצתה לראות מה יקרה אתה באזעקה הבאה. לאור כך VOC של 6 נחשב לאקולוגי.

#### שלב ז-

לאחר סיום העיבוד הקוגניטיבי מתקיימת סריקת גוף כמו בפרוטוקולים האחרים. סריקת הגוף מתבצעת רק בסיום התהליך כולו על מנת

#### שלב ח- סיום

בסיום העבודה כולה, ניתן משוב למטופל על המעבר ממצב של מצוקה ובלבול למצב של ארגון, מתרחשת סגירה כמו בטיפול EMDR Rtepl רגילים וניתנת הזמנה ליצור קשר במידת הצורך.

לאחר יום התקבל טלפון נרגש מע' שסיפרה לי שהצליחה להתמודד היטב באזעקה וכי היא מרגישה הרבה יותר טוב. לאחר מכן האזעקות היו מפחידות אך לא מאיימות.

בבדיקה לאחר 4 חודשים עדיין עמדה היציבות הנפשית של ע' באיתנה והסיפור נחוה כסיפור של התמודדות והצלחה.

## סיכום

מקרה זה, ועוד רבים אחרים, טופלו בהצלחה רבה באמצעות HF-R-TEP. ההנחה שלנו כי במצב אקוטי של הלם בעקבות אירוע טראומטי הנרטיב עדיין מקוטע ומבולבל. זה מצב נורמלי. הבנייה משותפת של הנרטיב עם המטפל סוללת את הדרך לתהליך אדפטיבי של עיבוד. בפרוטוקול שלנו אני מציעים להתחיל בעיבוד לאחר שהנרטיב נבנה והמטופל נמצא במצב יותר יציב. כמובן שתהליך העיבוד הטבעי נכנס לפעולת גם לאחר ההתערבות ואנו משערים שהוא יתפתח באופן יותר מוצלח לולא ההתערבות. יש צורך במחקר כדי לברר האם התערבות מיידית כמו זו שהצענו יכולה למנוע התפתחות של תגובות פוסט-טראומטיות. לדעתנו לא ניתן במצב האקוטי לעשות עבודת עיבוד ללא הבניית הנרטיב, ההבנייה המשותפת של רצף האירוע הטראומטי יחד עם המטפל, היכן התחיל, מה היה סדר ההתרחשויות, וחשוב מכל, שהוא נגמר, יוצרת התחלה של ארגון במצב קאוטי, יוצרת חוויה משותפת של תמיכה והבנה ומאפשרת להתחיל להתבונן על מה שקרה ממקום יותר רגוע המאפשר למערכת העיבוד האדפטיבית הטבעית להיכנס לפעולה. העיבוד שנעשה לאחר הבניית הסיפור באמצעות אסטרטגיות EMDr ו-EMD תורם להתחלת העיבוד האסוציאטיבי של האפיזודה שכמובן יימשך גם באופן טבעי.

## סיכום שלבי (HF)R-TEP

1. רקע: קבלת מידע מהמפנים על האירוע, הערכת חכ"ם (חומרה, כוחות, מוטיבציה). העברת שאלון 5-PCL.
2. הכנה: קרקוע ראשוני, הסבר פסיכו-חינוכי על תגובת דחק, קרקוע שניוני, ולימוד אאמא, הסבר מדוע מתמקדים בנרטיב.
3. NBL-1
4. NBL-2
5. M-NBL
6. NBL-3
7. הערכה של נקודת המצוקה (PoD) לפי פרוטוקול ה-EMDR R-TEP (תמונה, NC, PC, VOC, רגש, SUD, תחושות גוף).
8. (א) במידה וה-PoD אינו פולשני מדי, עיבוד עם אסטרטגיה של EMDr.
- (ב) במידה וה-PoD פולשני במיוחד, עיבוד עם אסטרטגיה של EMD.
9. לאחר שה-SUD ירד (0 או אקולוגי) בדיקה ואינסטלציה של PC.

10. חזרה לשלב 6 להקריא 3-NBLS מהמקום של נקודת המצוקה שעובדה. ולהמשיך שלבים 6-9 עד לסיום 3-NBLS.
11. אם SUD אקולוגי מאתרים PC המתאים לכל האפיזודה ומבצעים התקנה של PC.
12. סריקת גוף.
13. סגירה כולל חיבור למשאבים, מקום בטוח (או שיטת הרגעה אחרת), אאמא. שלב זה נעשה בסיום כל פגישה בכל שלב בו אנו נמצאים.
14. סיכום טיפול כולל העברת שאלוני 5-PCL.
15. פגישת מעקב לאחר 3 חודשים והעברת שאלון 5-PCL.

הרמן, ג, ל. (2003) טראומה והחלמה. עם עובד, תל אביב

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17-25.

Farchi, M. (2013, January). The Six-C's Model-guidelines for the emergency mental health providers. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol. 4).

RIPVAGEN 7, JARFALLA, SE-175 64, SWEDEN: CO-ACTION PUBLISHING.

Gazzaniga, M. S., & LeDoux, J. E. (2013). *The integrated mind*. Springer Science & Business Media.

Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., ... & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 727-736.

Resick, P. A., Wachen, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Roache, J. D., Borah, A. M., ... & Peterson, A. L. (2015). A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1058.

Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79-96.

Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR intervention following a community critical incident: A randomized clinical trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 17-27.

Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.),

Handbook of EMDR and family therapy processes (pp. 3–36 ) . New York:  
Wiley.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing model potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research*, 2(4), 315-325.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). *Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)*.

White, M. (2007). Maps of narrative therapy. *Dulwich Centre, Adelaide*.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization.

Quinn, G. (2009). The emergency response protocol (ERP). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: basics and special situations*, 271-276.