



דמיון כמרפא לטראומה נפשית:

מודל SEE FAR CBT כניסיון למצוא הסבר חליפי לאפקטיביות של טיפול בפוסט-טראומה באמצעות קלפים טיפוליים במציאות הפנטסטית

■ מולי להד, מיקי דורון, עפרה אילון, נירה קפלנסקי, דימטרי לייקין

טראומה נפשית והשפעותיה המאסיביות על הגוף והנפש עתיקה כימי האנושות. כאשר אנחנו קוראים על אשת לוט המסתכלת אחור ורואה את ההרס, הזוועה ואת עשן הקיטור העולה מסדום והופכת לנציב מלח – "וַתֵּבֶט אֶשְׁתּוֹ מֵאֶחָיו; וַתִּהְיֶה נְצִיב מֶלֶח." (בראשית יט, כו) – לפנינו דוגמא לשיתוק ולקיפאון בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי. עם זאת, עדיין רב הנסתר על הנגלה בהבנתנו; כיצד החשיפה החד-פעמית (כמו גם הרב-פעמית), לאימה שמעבר למילים, הופכת אנשים למבועתים שיומם ולילם רדופים במראות קשים, כמצוין בספר דברים כח, סו – "וְהָיוּ חַיִּיךָ תִּלְאִים לְךָ מִנֶּגֶד וּפְחַדְתָּ לַיְלָה וַיּוֹמֶם וְלֹא תֵאֱמִין בְּחַיִּיךָ." רבים מהנחשפים לאירועים טראומתיים סובלים מאוחר יותר מתסמינים שונים ברמות אלו ואחרות. רובם הגדול מחלים באופן ספונטאני, אך יש כאלו אשר סבלם הופך סבל קשה מנשוא ומתאים לקריטריונים של הפרעת דחק פוסט-טראומתית (Post Traumatic Stress Disorder PTSD). מבין ההפרעות הפסיכיאטריות שמתפתחות אחרי חוויה טראומתית, ה- PTSD הנה הנפוצה ביותר. ב- DSM-IV-TR, משתייכת ה- PTSD לקבוצת הפרעות החרדה, ועל פי מחקרים שונים היא מופיעה בקרב כ- 7%-8% מהאוכלוסייה במדינות המערביות (Kessler et al., 2005). כמעט מחצית מהאנשים שלקו ב- PTSD ממשיכים לסבול מהסימפטומים לעיתים גם יותר מעשר שנים אחרי האירוע הטראומתי (Green, 1990).

כיצד ניתן לסייע לאנשים אלו?

במשך שנים הייתה תחושה שאין מזור ואין פתרון למי שסובל מטראומה נפשית חריפה. בעשור האחרון התרחשה פריצת דרך כאשר נמצאו שיטות טיפול יעילות, המאפשרות להקל ואף לגרום לחלק משמעותי מהאנשים להירפא מרוב התסמינים (Bisson et al., 2007). חשוב להדגיש כי טרם נמצאו מזור לכל כאב ופתרון לכל הסובלים מתסמונת פוסט-טראומתית. מטרתו של המאמר הנוכחי היא להציג מתודה חדשה ובעיקר ניסיון תיאורטי להסברת יעילותה. אין כאן התרסה או ניגוד לשיטות היעילות והמוכרות. יתר על כן, יש, לדעתנו, מקום לשקול שימוש ממוקד בחשיפה ממושכת – PE (Prolonged Exposure), (Foa, Doron & Yadin, 2006), או ב- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 1994), תוך התאמת השיטות הללו למטופל, לרקעו ולתרבותו. חשוב להדגיש כי מאמר זה אינו מנוגד לאף אחת מהגישות המוזכרות לעיל. יחד עם זאת, הפרוטוקול המוצע הנו ניסיון לענות על כמה חסרים במודלים אחרים, להציג תובנות חשובות ולארגן את המידע הקיים בתחום בצורה שונה. ראשית נציג את השיטה והרציונל שלה.

SEE FAR CBT פרוטוקול – (Lahad & Doron, in press) שימוש בקלפים טיפוליים לשם השגת החלמה באמצעות המרחב הפנטסטי.
פרוטוקול SEE FAR CBT מאגד בתוכו מספר תחומים:

גוף וזיכרון הגוף: ההתמקדות היא הן בכוחות הטמונים בגוף ובזיכרון הכאב והן ביכולת של החוויה הגופנית הסובייקטיבית להיות מדווחת דרך הגוף בצורה אותנטית. העוררות הגופנית המאפיינת את הסובלים מפוסט-טראומה והמתורגמת על ידיהם כ"פחד מהפחד" היא עוד סיבה לשימוש במתודות גופניות של שליטה וייסות גופני. החוויה הסומאטית – Somatic-Experiencing (SE)

פרופ' מולי להד,
נשיא ומייסד מרכז משאבים, החוג לפסיכולוגיה המכללה האקדמית תל חי.
מיקי דורון MA MHA,
מייסד ומנהל מכון מיט"ן, תל השומר.
ד"ר עפרה אילון,
מייסדת ומנהלת מכון נורד, טבעון.
ד"ר נירה קפלנסקי,
לשעבר המנהלת הקלינית של מיקוד, יחידת הטיפול בפסיכוטראומה, מרכז משאבים, קריית שמונה.
דימטרי לייקין,
מרכז משאבים קריית שמונה.



שהמצוקה שלו עולה לרמות בלתי נסבלות הוא מוזמן להפחית עוררות תוך מיקוד בקלף, ואז לשוב לתהליך הטיפול. השלב הבא כולל בדיקה של התנהגויות ההימנעות של המטופל ובניית הירארכיה לשם התנסות במציאות.

בשלב הבא מתנסה המטופל בהתעמתות עם זיכרון בלתי נעים/קשה, בחוויות שליטה בעוררות ואף בהפחתה שלה על ידי תהליך של דה-סנסיטיזציה, באמצעות בחירה של קלף המייצג את אי הנוחות. כתוצאה מתנועה בין דימוי המקום הבטוח לקלף שמייצג מצוקה, מושגת הקהיית חרדה. כמו כן, המטופל מוזמן לגייס את המציאות הפנטסטית לשם הפחתת העוררות (על ידי הוספת "קלף מגן" לתהליך).

בשלב האחרון של הטיפול, המטופל מתרגל עם המטופל סיפור-מחדש של האירוע הטראומטי במציאות הפנטסטית, באמצעות השימוש בקלפים טיפוליים. בשחזורים אלה המטופל מתבונן באירוע הטראומטי המיוצג על ידי מספר קלפים, ומספר את סיפורו שוב ושוב. בהמשך הוא מוציא או משנה את סדר הקלפים ומוסיף קלפים המייצגים משאלת 'אילו'. כלומר, קלפים המייצגים דברים או אנשים אשר אילו היו עמו באירוע, היו מסייעים לו מבלי לשנות את תוצאות האירוע. לאורך כל פגישות הטיפול (כ- 8-12, בדרך כלל) המטופל ממשיך לבצע התנסויות במציאות. סיום הטיפול כולל סיכום והערכה של התוצאות.

לטענתנו, SEE FAR CBT מציעה מיקוד שונה בטיפול בטראומה, וכך מודל הטיפול שונה, כאשר מושם בו דגש על שלושה אלמנטים חדשניים:

1) הגירוי הוויזואלי שלהשערתנו מעורר אקטיבציה של הקורטקס הוויזואלי

2) עמדת התצפית הידועה כ"ריחוק אסתטי"

3) היכולת להציג אלמנטים חיוביים של העצמה וחשיבה משאלתית (Wishful Thinking) במציאות הפנטסטית

למרות שהעקרונות המונחים בבסיס המודל שלנו דומים לשיטות מהן שאבנו, ישנם הדגשים ייחודיים ולדעתנו מהותיים בשיטה זו:

התחום הניורופיזיולוגי

1. טראומה היא בעיה של עיבוד זיכרון (McNally, 1997). בעיה זו מתבטאת בדמיון – המטופל מדמיון שאירועי עבר מחרידים חוזרים בדרכים שונות ומטרידים אותו, תוך שהוא חווה תחושת סכנה ואימה.

2. בדיקת אזורי המוח הפעילים, במהלך הזכרות באירוע טראומטי, מצביעה על פעילות מוגברת של הקורטקס הוויזואלי (Visual Cortex) ושל האזורים הלימביים (בעיקר אמיגדלה והיפוקמפוס), על פעילות נמוכה באזורים קדמיים עליונים של הקורטקס ועל פעילות מוגברת באונה הימנית (Ledoux, 1996; Hendler et al., 2003; Gilboa et al., 2003). מכאן שטראומה היא אכן "אימה שמעבר למילים" כדברי ואן דר קולק (Van der Kolk et al., 1996), וככזו, הדרך להגיע אליה היא דרך הגוף ובאמצעות הדמיון.

מבוססת על שיטה ממוקדת ב"זיכרון הגופני" (Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996; Rothchild, 2003; Levine, 1997).

השימוש בקלפים: כדי להגיע למגע עם המציאות הפנטסטית, מאפשר שימוש בקלפים למרחב ה- 'כאילו' לשנות, באמצעות ה- 'אילו', את הבלתי ניתן לשינוי. שחזור במרחב הפנטסטי ומיקוד במשימות בעולם המציאות, תוך עידוד של המשגות ותובנות במהלך הטיפול, הם מסד חשוב הלקוח מהשיטות הקוגניטיביות-התנהגותיות. **תוך שימוש בטכניקות נרטיביות, ויזואליות וסנסוריות**, מתאפשרת נגישות למוח הוויזואלי – למקום היקבעות החוויה – וכך ניתן לאפשר חווית שליטה ושינוי של מה שנתפס כבלתי ניתן לשינוי (מודל המציאות הפנטסטית, להד, 2006).

FR – (Fantastic Reality; Lahad, 2005) – מודל זה מעוגן בגישתם של וויניקוט, ג'ינגס, לנדי, ונשען גם על עקרונות האקסטרנליזציה מהגישה הנרטיבית (Winnicot, 1971; Jennings, 1994; Landy, 1996; White & Epston, 1990), תיאוריות של ה- **Cognitive-Behavioral Psychotherapy (CBT)**, הפרוטוקולים של הטיפול הייחודיים להן ובעיקר אלמנטים של – Prolonged Exposure (PE), (Ellis & MacLaren, 1998; Foa et al., 2009) – התנסות במציאות ושחזור בדמיון.

המודל נבחן בעבודה עם מטופלים הסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית בעקבות אונס, אלימות במשפחה, שוד, טרור, מלחמה ופעילות צבאית. עד כה השתלמו מאות מטפלים מישראל ומח"ל בשיטה. במחקר נטורליסטי, בקרב נבדקים בוגרים שסבלו מ-PTSD בעקבות מלחמת לבנון השנייה, נמצאה שיטת הטיפול יעילה באותה מידה כמו EMDR, עם עדיפות קלה בהמשך השיפור לטובת SEE FAR CBT בבדיקת המעקב, שנה מאוחר יותר (Lahad, Farhi, Leykin & Kaplansky, בדפוס). ממצאים נוספים מעידים על תרומת השיטה להפחתה בסימפטומים של פוסט-טראומה עד לרמה תת-קלינית בקרב ילדים (Lahad, Farhi & Leykin, מידע לא מפורסם). מחקרים נוספים נמצאים בשלבי ביצוע שונים.

שלבי הטיפול: הטיפול מורכב ממספר שלבים. בשלב הראשון מתבצע ראיון אינטייק מעמיק בשילוב הערכה ואבחנה של PTSD. השלב הבא כולל פסיכואדיקציה – הסבר של תופעת הפוסט-טראומה – מלווה בדיון אודות תגובות שכיחות וסקירה של הגישות הטיפוליות הנכללות בשיטה (SE), חשיפה במציאות, סיפור מחדש באמצעות קלפים במרחב הפנטסטי ועיבוד קוגניטיבי. לאחר מכן, נערכת הסכמה הדדית בין המטופל והמטופל לגבי הכרחיות הטיפול ובה מוסכם החוזה הטיפול.

בשלב הבא המטופל לומד טכניקות של הפחתת עוררות והירגעות. המטופל יוצר בשלב זה מקום בטוח, על ידי שימוש בקלף (מסדרת הקלפים הטיפוליים הפרוסים לנגד עיניו), ומתרגל קישור של הדימוי עם חווית הרפיה או רגיעה. גירוי זה יאפשר למטופל עגון חיפוי דימוי מרגיע, אשר ישמש אותו לאורך כל הטיפול. בכל פעם



כשהמטופל מתבונן בקלפים הטיפוליים, מאפשר למטופל לחוות את הטראומה מחוצה לו, להיות "צופה בדרמה של חייו" ולחוות אקסטרנליזציה (externalization) או ריחוק אסתטי המאפשר לו להיות בשליטה.

11. הזזת הקלפים, בשונה מזיכרון קפוא ומחלט, מאפשרת התבוננות אקטיבית באופציות נוספות לסיפור הטראומתי ובחינתם הקונקרטי תוך התבוננות בסדר החדש.

12. "צילום" סיפור הטראומה בתוספת קלפי ההעצמה וה"אילו", מאפשרים קטלוג זיכרון חליפי באותו מקום במוח בו שמורות התמונות של הטראומה ובכך להוות גירוי מתחרה לאופציה "האחת והיחידה".

להלן נדון במרכיבים הללו תוך התייחסות תיאורטית ומחקרית אליהם.

"מציאות פנטסטית" או כוחו המרפא של הדמיון

הדיון על הפוטנציאל הגלום בדמיון ובמרכיביו להגדרה עצמית, התמודדות עם פתרון בעיות ושבירת מחסומים, אוזכר בספרות המדעית לא מעט פעמים וקיבל התייחסות מעמיקה בהקשר ההתפתחותי, הפסיכולוגי והחינוכי (כהן, 1996; שורצמן, 2007; Duffy, 1998).

בשעות משבר וסכנה גדולה עומד לרשותנו המנגנון הזה, המאפשר להינתק (זמנית) מהאירוע הנורא שיש בו סכנת חיים. ההינתקות הזו מוכרת לנו מתוך דיווחים של קורבנות אונס ושל ניצולי אסונות טראומטיים, קורבנות עינויים, שבויים ובני-ערובה, המספרים על הניתוק המופלא הזה הדיסוציאציה – בשירות ההישדדות. "אפשר לראות במצבי התודעה האלה את אחד מחסדיו הקטנים של הטבע, המגן מפני כאב קשה מנשוא... מצבי התודעה המנותקים דומים לטרנס היפנוטי. כמוהו הם ניכרים בויתור על פעולה רצונית, בהשעיית היוזמה והשיפוט הביקורתי, בריחוק סובייקטיבי או שלווה, בתפיסה מוגברת של דמויים, בשינוי בתחושה הכוללים קהות חושים ואנלגזיה (אל-כאב) ובעיוות המציאות, הכולל נתק מן העצמי, ניתוק מן המציאות ושינוי בתחושת הזמן" (הילגרד אצל הרמן, 1992, עמ' 62).

"המציאות הפנטסטית" היא הקשר בין היכולת האינסופית של הדמיון היצירתי לברוא תמונת עולם, רצויה או נדרשת, לבין הפעילות לפתרון בעיות במציאות במרחב המשותף של הטיפול. המציאות הפנטסטית היא מרחב ה-'אילו'; אותו מרחב בו הכול ייתכן והכול אפשרי. במציאות זו אין שליטה לשלושת חוקי המציאות המציאותית: זמן, מקום ותפקיד. במציאות דברים יכולים להתרחש רק בזמן מסוים, במקום מסוים, ועדיף שהפועל בה יהיה בתפקיד מסוים, אם כי ישנם מצבים בהם מצוי האדם בכפל תפקידים ויותר, אך דבר זה נחוזה בדרך כלל במציאות כעומס או מועקה ומקשה על התפקוד. במציאות הפנטסטית ניתן לכווץ את הזמן, להרחיבו ואף לקיים התרחשות בו זמנית של כאן ועכשיו ושם ואז. המקום יכול להיות בו-זמנית מרחב המציאות (חדר הטיפול) ומקום קסום ואחר. מקום זה יכול להיות בפנים (ארמון, לדוגמה) או

השימוש הלא מובחן, ללא התייחסות תיאורטית, שעושות שיטות CBT שונות בדמיון

3. הטיפול הקוגניטיבי ממוקד הסימפטומים, שנמצא יעיל מעבר לכל ספק במטופלים פוסט-טראומטיים (Seidler & Wagner, 2005), מסביר את יעילותו במודלים קוגניטיביים של זיכרון, אך משתמש לשם כך, למעשה, בדמיון (מבלי להסביר את היעילות של שימוש במנגנון זה). ניתן לראות זאת הן בחשיפה ממושכת בחלק של השחזור בדמיון, והן ב-EMDR, כשהאדם מדמיון (מעלה בעיני רוחו) את האירוע.

4. מודלים קוגניטיביים-התנהגותיים לטיפול בהפרעה הפוסט-טראומטית מצביעים על חשיבות השחזור הכרונולוגי והחזרה לקיום משימות יומיומיות במציאות. כמו כן הוכחה חשיבות הדיון והייחוס של משמעות לאירוע על ידי הנפגע, בהתאם להבנתו וידעותיו בעת או אחרי התרחשות הטראומה (Foa et al., 2009).

5. לחשיפה הממושכת ולשחזור יש ערך מקל ברוך, בעיקר במעבר מזיכרון רגשי לזיכרון מילולי או מזיכרון אימפליציטי (Implicit) לזיכרון דקלרטיבי-אקספליציטי (Explicit) (Foa et al., 2009). יחד עם זאת, טיפול המתמקד במילים באופן בלעדי, מתמקד, למעשה, בתוצר הסופי השניוני על חשבון החייה של החוויה הראשונית בכלים שבאמצעותם היא מקודדת, היינו בעזרת הגוף והדמיון, מה "שמעבר למילים".

הדגש הייחודי על הכנסת חווית משחק לטיפול הנוכחי

6. מטופלים פוסט-טראומטיים נמנעים מלשחק מכיוון שהם ניצבים מול משימה מתמשכת של עמידה על המשמר כנגד הסכנה שבזיכרון הפולש. עובדה זו מזמינה אותנו ללמד אותם לרכוש מחדש יכולת משחק.

מיקוד בשליטה לכאורה ובהעצמה באמצעות הקלפים הטיפוליים והדמיון

7. מאחר ומטופלים פוסט-טראומטיים מרגישים שאין להם בחירה ושהזיכרון הטראומתי שולט בהם, מהות השיטה הנוכחית היא לסייע להם ללמוד שליטה ובחירה.

8. למטופלים פוסט-טראומטיים יש שברי סיפור (Ehlers & Clark, 2000); השימוש בקלפים טיפוליים כגירוי לסיפור הטראומה מאפשר אט-אט לפרטים להשתחזר לסיפור שלם באופן קוהרנטי.

9. מטופלים פוסט-טראומטיים תופסים את הטראומה כסיפור אחד וללא אפשרות נראית לשינוי (Walter & Bala, 2003). השיטה הנוכחית מפגישה אותם עם האופציה לספר מחדש (Re-Narration) את סיפורם באופנים שונים ובעיקר בדרכים המאפשרות העצמה (Empowerment).

המהות הטיפולית של צפייה מבחוץ

10. כל השיטות המוכרות מחייבות את המטופל לשחזר את האירוע חשיבתית או חזותית תוך שהוא מתבונן פנימה בזיכרון (Foa et al., 2009). השימוש בשחזור חיצוני,



מנבאת סיכון גבוה להתפתחות PTSD. (לפי טענתם 70% מאלו שחוו PTDIS בשלב האקוטי – Acute Stress Reaction – יפתחו PTSD).

מאוחר יותר, ברוקס ושותפים (Brooks et al., 2009) הציעו שני גורמים לדיסוציאציה פרי-טראומתית: מודעות חלופית ודראליזציה (הפרעות בתפיסה הסובייקטיבית והאובייקטיבית). הם גילו כי גורם הדראליזציה בלבד ניבא תגובת דחק חמורה, וסימפטומים של חרדה ודיכאון בקרב נפגעי טראומה.

קפלנסקי בדקה קבוצת נבדקים שעברו "חוות כמעט מוות" (NDE – Near Death Experience) (Greyson, 1980; Stevenson, & Stevenson, 1980). האנשים בקבוצה זו נחשפו לאירוע מאיים-חיים קיצוני וסיפור אירוע המכיל אלמנטים כגון: ריחוף, מנהרה עם אור, מפגש עם דמויות רוחניות, תחושת 'מחוץ לגוף', ותחושה ש"החיים חלפו לנגד עיני כמו בסרט". גרייסון (אצל: Nathan & Gorman, 2002, 2000) הציע כי NDE היא סוג של דיסוציאציה לא פתולוגית כתגובה לדחק (עמ' 465). תופעה זו, המתרחשת בשלב ה-PTDIS, עלולה להפוך קבוצה זו לקבוצת סיכון להתפתחות PTSD. מחקרה של קפלנסקי שחזר את ממצאיו של Greyson מ-2000 ומצא שקבוצת ה-NDE, לא רק שלא סבלה מ-PTSD אלא גם ציוניה בשאלוני חרדה ודיסוציאציה היו נמוכים, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית ובהשוואה לחולים המאובחנים כסובלים מ-PTSD (Kaplansky, 2009). הבדל מהותי ומובהק בין מי שחווים NDE למי שסובלים מ-PTSD וחוו תופעות של NDE נמצא בקטגוריה: "החיים חלפו לפני עיני כסרט". חולי PTSD חוו זאת פי 10 יותר ממי שחוו NDE. לדעתה של קפלנסקי (2009), קטגוריה זו של NDE קרובה ביותר לחוויות מציאותיות וכוללות אלמנטים של רגשות אשמה, צער כבד על אובדן החיים ובוודאי לא שמחה של מפגש עם אור או עם דמויות רוחניות. מחקרה מצא הבדלים מובהקים בין קבוצת ה-NDE, קבוצת הביקורת וקבוצת הסובלים מ-PTSD, מבחינת השימוש שעשו בילדותם בדמיון ובתוצריו: נגינה, ריקוד, ציור ואמנות ובעיקר סיפור סיפורים ומעשיות. המדווחים על NDE עלו על כל השאר בזמן ובאינטנסיביות ששהו במציאות הפנטסטית ויחד עם זה שמרו גם על היכולת לנוע, הלך ושוב, למציאות. מחקרה מציע אפשרות שילדים, ש"התאמנו" בריחוף אל המציאות הפנטסטית ושהוריהם עודדו פעילות שכזו, פיתחו עמידות במצבי איום חריף. למעשה, מסקנותיה של קפלנסקי מקבילים לממצאיהם של קאונסיל וגרייסון (Council & Greyson, 1985), שמצאו כי מדדי הנטייה לפנטזיה ומעורבות בדמיון, בילדות ובגרות, בקרב אנשים שחוו NDE, גבוהים במידה מובהקת ביחס לאנשים שאף פעם לא היו מעורבים בחוויה שכזו.

לא פעם נטען כי הדיסוציאציה היא בעצם מנגנון הגנה פסיכולוגי המאפשר לאדם לברוח מאירוע דחק טראומתי המציף את הסובל ואינו מאפשר בריחה פיזית ממנו (מגד, Steinberg, 1995; van der Kolk, 1996; van; 2001; Lynn, Pinter & der Kolk et al., 2005). לין, פינטר ורו (Lynn, Pinter & der Kolk et al., 2005) מציעים כי אדם הנמצא תחת איום, מתנתק כאשר הוא משתמש במגוון התנהגויות של שליטה בקשב

בחוץ (יער עבות, לדוגמה), והמטופל יכול להיות הוא עצמו בזמן שהוא משחק תפקיד אחר. מגוון התפקידים יכול להיות מציאותי, דמות נחשקת, דמות דמיונית וכו' (להד, 2006). כפי שטוען לנדי (Landy, 1993) בהסבירו את הפרדוקס שלב לב החוויה הדרמטית: "ייתכן והאספקט המשמעותי ביותר בפרדוקס הדרמטי קשור בעובדה שהשחקן והתפקיד הם בו-זמנית נפרדים ומאוחדים והקיום המציאותי של השחקן שרוי בדו-קיום עם המציאות הבדויה של התפקיד" (עמ' 11). מרחב זה כונה על ידי ויניקוט (1995) "המרחב הפוטנציאלי". את ההבדל בין שני המונחים קצרה היריעה הנוכחית מלהכיל. מכאן נבין שהמציאות הפנטסטית איננה מצב שבו המטופלים מאבדים קשר עם המציאות ה"אובייקטיבית" או שוללים אותה. למעשה המציאות הפנטסטית מאפשרת התנסות זמנית ב-"ויתור" של המיספרה שמאל, המתמחה בחשיבה אנליטית, פתרון בעיות, עיבוד שפתי ושליטה ובקרה (מקור), כדי לרחף במרחב ה-"כאילו", מרחב הדמיון והאפשרויות הבלתי מוגבלות. במחקרים אחדים נמצא כי ילדים המצטיינים בהפקת פנטזיות הם בעלי ריכוז טוב יותר, נהנים יותר ממעשיהם, תוקפנים פחות, מפתחים מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות טובות יותר, מפתחים יכולות רגשיות, לומדים לארגן מידע ביעילות, ומבצעים אינטגרציה אפקטיבית יותר של התנסויותיהם החיצוניות והפנימיות (Singer & Singer, 1977; Tower, 1980; Gleason et al., 2003). חברים דמיוניים והידבקות לאובייקט מעבר בילדות נמצאו אף הם כקשורים להפגנה עתידית של פחות אימפולסיביות ואגרסיביות, הכלה עצמית גבוהה, ויכולת לחשיבה מסתעפת ויצירתית (Singer, 1990; Taylor, 1999).

המציאות הפנטסטית ודיסוציאציה

המציאות הפנטסטית מאפשרת לנפש לשוב ולשחק, כבילדות המוקדמת, במרחב בו אין לחוקי המציאות שליטה וניתן לברוא בה בדיה כחלק מהמסע לחיפוש מענים ותובנות, למצבי חיים שפתרונות לוגיים אינם מספקים עוד. לעתים, המסע אל המציאות הפנטסטית וממנה מביא הקלה גם ללא יישום מעשי של ה'תובנות' או ה'למידות' שנחוו בה. הקלה זו יכולה לנבוע מעיקרון הריחוק (Distancing) לשם קירוב. לעתים נחוות השהייה במציאות הפנטסטית כמצב מדמה טראנס וייתכן כי ההקלה הבאה בעקבותיה מורכבת מהחוויה החושית של כל-יכולות ילדית, המאפשרת לבוגר המתנסה בה את החוויה שוויניקוט מדבר עליה כשל בריאת עולם (להד, 2006). חוויה זו מקבילה לתהליך ההעצמה (empowerment), בעקבותיו הפרט מרגיש בעל יכולת וכמי שמסוגל להשפיע על דברים, מעריך את עצמו וחש שאחרים מעריכים אותו.

הקשר בין היכולת 'לרחף' למציאות הפנטסטית ו-PTSD נבדק במחקר הדוקטורט של קפלנסקי (2009), בעקבות ממצאיהם של אוזר ועמיתים (Ozer et al., 2003), המצביעים על כך שדיסוציאציה פרי-טראומתית (Peritraumatic Dissociation – PTDIS) הסמוכה לאירוע ומצאת בשוליו,





על ידי עיתונאי או צלם חדשות, אלא הוא מורכב מתכנים אסוציאטיביים, ויזואליים, רגשיים ולא מילוליים. בדומה, ואן דר קולק ופיסלר (van der Kolk & Fislser, 1995) מציינים כי זיכרונות האירוע הטראומתי של נבדקים עם PTSD מאופיינים תחילה בשברי דפוסים דיסוציאטיביים של חוויות ויזואליות, רגשיות, שמיעתיות, חושיות וקניסותיות. עם הזמן מדווחים נבדקים על הופעת נרטיב אישי, אותו ניתן להגדיר כ"זיכרון מפורש" (explicited memory). עם זאת, אנחנו משערים כי בהגדרת הנרטיב האישי כזיכרון, שעליו ניתן להצהיר, הוא לא בהכרח הזיכרון הסובייקטיבי השלם או המדויק, מאחר ודימויים ומילים לא שייכים בהכרח לאותה קטגוריה. על כן ניתן לשער כי שברי זיכרונות מסוימים לא קיבלו עיבוד מלא ולא "תורגמו" למילים. השחזור באמצעות הקלפים הטיפולים מאפשר שחזור חוויה ויזואלית, רגשית אסוציאטיבית, ואינו שואף ו/או מתיימר להיות שחזור וירטואלי של האירוע ה"אמיתי". זאת, בניגוד למאמצים טכנולוגיים חדישים, כגון "המציאות הוירטואלית" (Virtual Reality), המנסה ליצור מחדש סצנות טראומתיות וירטואליות המלוות בדימויים, קולות וריחות, על מנת לסייע למטופלים המתקשים להיות מעורבים רגשית בניסיונות השחזור (Rothbaum et al., 2001; Young, 2007).

מחקרים מראים כי בעת השחזור של הסיפור הטראומתי או בעת דמיון מנטאלי של הטראומה, אזורים בהמיספרה השמאלית האחראים על עיבוד שפתי, מראים פעילות מופחתת בעוד אזורים כמו האמיגדלה או אזורים אסוציאטיביים ימניים מראים פעילות מוגברת (Hull, 2002; van der Kolk, 2001; Rauch et al., 1996). ממצאים דומים של לניוס ושותפים (Lanius et al., 2004), מציעים, כי הבדלים בדפוסי הקישוריות, עשויים להסביר את האופי הלא מילולי של היזכרות באירוע טראומתי בקרב נבדקי PTSD, בהשוואה להיזכרות באירוע טראומתי המאופיינת בדפוסים מילוליים יותר בקרב נבדקים נורמאליים. ראוך ושותפים (Rauch et al., 1996) תיעדו את סימפטומי החודרנות של PTSD באמצעות טכנולוגית דימות מוחי בעת ההיחשפות לנרטיב הטראומתי; אקטיבציה של אזורים ימניים ולימביים בקרב נבדקי ה- PTSD לזוהר בהפעלה מוגברת של הקורטקס הוויזואלי הימני, ממצא המבטא את החוויה החוזרת הוויזואלית של הטראומה עליה דיווחו המטופלים.

הנדלר ושותפים (Hendler et al., 2003) בדקו את המידה בה קונטקסט טראומתי משפיע על עיבוד סנסורי במוח. הם מצאו בניסוי כי לוחמים עם PTSD מציגים פעילות מוגברת של האמיגדלה, ללא תלות באופי הדימויים אליהם נחשפו (מלחמתיים לעומת ניטראליים), ובמהירות הצגתם (מהירות תת סיפית או נורמאלית). ממצאים אלה תואמים את הסברה לפיה ב- PTSD, חוויה רגשית טראומתית יכולה להשפיע על העיבוד הוויזואלי כבר ברמה תת הכרתית.

גלבוץ ושותפים (Gilboa et al., 2004) מצאו כי דפוסי הקלט בקורטקס הוויזואלי, בזמן היחשפות לתסריט טראומתי, שונים בין נבדקים עם PTSD ונבדקים ללא הפרעה. הם הציעו כי קיים וויסות שונה של הפקת דימויים בין שתי קבוצות הנבדקים.

ובדמיון, היוצרות תחושות אמיתיות של ריחוק או הפרדה בין האירועים הלא נעימים אשר מחוץ לשליטתו ו/או יוצרים תחושות של אשמה, כעס או חרדה. הם מוסיפים וטוענים כי השימוש בדמיון ובפנטזיה, בעת ההיחשפות לאיום ו/או אי-יכולת בריחה פיזית, הוא טבעי ואדם זה יעסוק בתרגילים נפשיים על מנת לצמצם אי-נוחות או להגביר תחושת שליטה רגשית. הם מציעים כי סימפטומים דיסוציאטיביים עשויים להתרחש כתוצאה מאיום קיצוני לתחושת ההישרדות, הביטחון והזהות של האדם.

בדומה, טוענת קפלנסקי (2009) שהדיסוציאציה היא ניסיון של המוח האנושי להגן על האדם מאימת החשיפה למוות ולטראומה, אולם לא כולם מצליחים להשתמש במנגנון במלואו. המחקר מציע להבחין בין דיסוציאציה מלאה NDE לדיסוציאציה חלקית. הראשונה "מצילה" את הנחשף מאימת המוות, השנייה ממשיכה לאורך זמן בניסיון נואש של המוח לסיים את תהליך הריחוק למציאות הפנטסטית אך ללא הצלחה. הסובל מ- PTSD נשאר לכוד בחלקי דיסוציאציה הממריים את חייו בצורה של פלאשבקים (Kaplansky, 2009).

מפרספקטיבה של תיאוריות על זיכרון, נוכל לראות שהשילוב של אלמנטים פנטסטיים בטיפול בנפגעי טראומה מבוסס על המורכבות היסודית של הזיכרון האנושי, המודגשת באופן מיוחד בזיכרון של אירועים טראומתיים. תיאורית הייצוג הכפול (Dual Representation Theory) של ברווין ושותפים (Brewin et al., 1996), מציעה כי המידע הטראומתי מעובד באחת משתי מערכות זיכרון ויוצר שני סוגים של ייצוגים נפרדים. המערכת הראשונה היא מערכת הזיכרון בעלת הנגישות למידע מילולי (Verbally Accessible Memory) (VAM). מערכת זו מעבדת זיכרונות אוטוביוגרפיים של האירוע ומתקשרת לתיאור המילולי המאוחר של הטראומה. מידע שלא זכה לקשב מספק בכדי להישמר ב- VAM, מקודד במערכת הזיכרונות הסיטואציוניים (Situational Accessible Memory) (SAM). מערכת זו שומרת מידע סנסורי, ובמיוחד ויזואלי-מרחבי, בצורה של דימויים. כדי להגיע אל זיכרון ה- SAM וכדי להפכו נגיש יש צורך בכלי ששפתו היא שפת ה- SAM. לטענתנו, השימוש בקלפים טיפוליים (אסוציאטיביים/אידיוסינקראטיים) מאפשרת הנגשה של זיכרון זה ועבודה עמו ועליו. רק בשלב השני מתבצע התהליך הקוגניטיבי נרטיבי (VAM) שמאפשר ארגון טוב יותר של החוויה, ומושפע מתהליכים של אינהיביציית דחפים (תפקידן של האונות הקדמיות).

טולוינג וקרייק (Tulving & Craik, 2000) מציינים כי הפגיעה בריכוז שמופיעה בטראומה, משפיעה על האופן בו מקודד הזיכרון, דבר היוצר פערים ברצף הזיכרון. כיוון שהזיכרון הסמנטי המדויק הופך מקוטע עקב הטראומה, הזיכרון הרגשי משלים את התמונה. הזיכרון הרגשי כולל דימויים, תחושות ומידע שאינו נגיש לעיבוד סמנטי. כלומר, לדעתנו, הזיכרון הטראומתי אינו זיכרון סיפור כפי שנרשם





מהצד בסיפור הטראומתי האישי שמתגלה באמצעות קלפים השלכתיים/טיפולים, היכולת להשמיט או להוציא חלקים לא נעימים ובמקומם למקם אלמנטים משאלתיים, עשויים ליצור אפקט של העצמה ולשנות את עמדת חוסר האונים של הסובל. אנו מציעים כי היכולת המשחקית, אותה רוכש המטופל בהדרגתיות במהלך הטיפול, תוך כדי השימוש בקלפים והמעורבות במציאות הפנטסטית, מפחיתה את תכיפות הזיכרונות החודרניים. רעיון המציאות הפנטסטית כמרחב ה'אילו' (as if) מאפשר מקום דמיוני בו הכול אפשרי, ויחד עם הריחוק האסתטי, נוצר מקום בטוח ומוגן עבור הסובל לחוות את כאבו מחדש מצד אחד אך גם מצד שני לשלוט בו דרך סביבה מטפורית.

בראינט ושותפים (Bryant et al., 2001) בדקו את הקשר בין תגובות דיסוציאטיביות אקוטיות לטראומה, לבין יכולת להפנט (hypnotizability). החוקרים גילו כי ביחס לנבדקים ללא סימפטומים דיסוציאטיביים ולנבדקים בריאים, נבדקים אשר אובחנו עם הפרעת חרדה אקוטית (שבין היתר מאופיינת בתסמינים דיסוציאטיביים) הראו מדדים גבוהים יותר של יכולת להפנט. מוקדם יותר, שפיגל (Spiegel, 1988) מצא כי הסובלים מ-PTSD הציגו יכולות הפנט גבוהות ביותר ביחס לנבדקים עם הפרעות נפשיות אחרות ונבדקים נורמאליים. בנוסף, עדויות מחקריות קישרו את היכולת להפנט לנטייה לפנטזיה (Wilson & Barber, 1983; Lynn & Rhue, 1988), על כן ניתן לשער כי מטופלי PTSD עשויים להיות "מומחים" בפנטזיה ובדמיון, וכי אף על פי שהשימוש בדמיון בא לידי ביטוי באופן שלילי ("פלאשבקים"), ניתן לאמנם להשתמש בפנטזיות על מנת ליצור פתרונות אלטרנטיביים לסיפור הטראומתי שלהם. השימוש בדימויים חיצוניים קונקרטיים (הקלפים התרפויטיים) על מנת לגרות את הזיכרון הוויזואלי הטראומתי, והצגת דימויים משאלתיים (wishful) במהלך הייצוג החזותי של האירוע הטראומתי, יתחרה או יתערב בתהליך ההצפנה של הזיכרון הטראומתי כאשר המטופל מספר את סיפורו מחדש פעם אחר פעם. תפקיד הצופה מהצד הינו ייחודי עבור טיפול זה.

ההסבר המוצע על ידנו לתופעת הפלאשבקים הדיסוציאטיביים האופייניים להפרעת PTSD נשען על ממצאיה של קפלנסקי (2009). לטענתנו, תגובות אלו הן ניסיונותיו של המוח לבצע מעבר מלא למציאות הפנטסטית, אותו מרחב בטוח המגן על הפרט מפני הסביבה החיצונית, ניסיונות שבעת האירוע עצמו לא צלחו בשל המודעות למוות הקרב ובא (החיים חולפים כסרט). ניסיונות מעבר אלה מעוררים חרדה ופחד ולכן אינם מאפשרים את השלמת התהליך של ריחוף למרחב הפנטסטי. למעשה, לטענתנו, כל הטיפולים הממוקדים בשחזור האירוע מאלצים את המטופלים לחוות דיסוציאציה מוחדרת (induced dissociation), כיון שהאירוע אותו נאלץ המטופל לספר אינו מתרחש ב"אמת" כעת, ואף הפרטים בהם נזכר אינם בהכרח "אמיתיים". זהו למעשה "ריחוף" למרחב הפנטסטי לשם סיום תהליך שלא הושלם באירוע. לטענתנו, זה האפקט ה"מחלים" בשחזור. אולם בהיותו מפחיד ומאיים ויוצר תחושה של חוסר

במהלך הניסוי, קבוצת ה-PTSD הציגה דפוס קישוריות שלילי בין הקורטקס הפרה-פרונטאלי לקורטקס הוויזואלי, בזמן שנבדקי קבוצת הביקורת הציגו דפוס קישוריות הפוך. מאחר והחוקרים גילו כי בקבוצת ה-PTSD הקורטקס הוויזואלי קיבל קלט רב יותר מהאמיגדלה ביחס לקבוצת הביקורת, הם הסיקו כי ב-PTSD הקורטקס הוויזואלי מושפע בצורה שונה מהאמיגדלה ומהקורטקס הפרה-פרונטאלי. החוקרים הציעו כי מסלול הקישוריות החיובי, בין האמיגדלה לבין הקורטקס הוויזואלי, הנמדד בזמן חשיפה חוזרת להצגת דימויים הקשורים לטראומה, עשוי להיות קשור לדימויים הוויזואליים החודרניים, המהווים את אבני הדרך של PTSD (Gilboa et al., 2004). אנו מציעים כי בחירה מודעת בקלפים עם דימויים המייצגים את האירוע הטראומתי (בחירה סובייקטיבית של תמונות, צבעים וצורות), סידורם על גבי רצף סיפורי, היזכרות באירוע והסיפור מחדש עשויים לעורר את הקורטקס הוויזואלי וליצור קשר עם הקורטקס הפרה-פרונטאלי.

השימוש בהחצנה (externalization) בטיפול הנרטיבי ומושג הריחוק האסתטי בטיפול באמנויות

הגישה הנרטיבית נגזרת מהנחת היסוד הפוסט-מודרניסטית, המציעה כי אנשים מארגנים את חוויותיהם דרך סיפורים אותם הם מספרים לעצמם. סיפורים אלה מעצבים את תפיסותיהם, רגשותיהם והתנהגותם. בנוסף, הגישה הנרטיבית רואה את בני האדם כמומחים בחייהם ורואה בעיות כישויות נפרדות מהפרט או ממשפחתו (Nichols & Schwartz, in Klingman & Cohen, 2004). מושג מפתח בטיפול זה הוא ההחצנה (externalization). המטרה המרכזית של ההחצנה בטיפול נרטיבי היא לבדוד את האדם מהבעיה, וכך לאפשר להתבונן בבעיה ממגוון הקשרים ופרספקטיבות. למעשה, שוורץ (Shwartz, 2002) מציע כי החצנת הבעיה היא שימוש טיפולי של דיסוציאציה. כך הפרט מנתק עצמו מן הזהות של להיות הבעיה, ומזדהה עם אישיות המתנגדת להשפעות של הבעיה.

תפקיד הצופה מהצד ייחודי לשיטה זו כטיפול בפסיכו-טראומה. באף אחד מהפרוטוקולים היעילים לטיפול בפסיכו-טראומה, אין המטופל צופה מהצד בסיפור הטראומה שלו, כסיפור מרוחק. עקרון הריחוק טבוע בכל צורת אמנות ומאפשר הכלה של חווית האמנות ובאותו זמן התבוננות ביצירה מנקודות מבט שונות. כשמטופל מצוי במצב של "ריחוק אסתטי", כלומר, לא רחוק מדי ולא קרוב מדי לחוויה, מצב ביניים זה, מאפשר למטופל לחוות הזדהות עם הדמות ובזמנית את חווית הריחוק (distancing); כלומר, את חווית האני ולא אני בזמנית (Tselikas-Portman, 1999).

על פי לאנדי (Landy, 1993) ריחוק אסתטי הוא נקודת אמצע, המהווה איזון בין הרגש למחשבה: מצב אידיאלי בו ניתן לחשוב ולהרגיש ללא הפחד מלהיות מוצפים בלהט (Landy, 1993, p.48). ההשפעה החיובית של להיות "צופה בדרמה של עצמי" תוארה ע"י גרינברגר (Grinberger, 2005) במחקר על ניצולי שואה. האפקט של ריחוק אסתטי, צפייה



Brooks, R., Bryant, R.A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A.C., Marmar, C.R. (2009). The latent structure of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. **Journal of Traumatic Stress**, 22(2), 153-157.

Greyson, B. & Stevenson, I. (1980). The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1193-1196.
Bryant, R.A., Guthrie, R.M & Moulds, M.L. (2001). Hypnotizability in Acute Stress Disorder. **American Journal of Psychiatry**, 158, 600-604.

Council, J.R. & Greyson, B. (1985). **Near-Death Experiences and the "Fantasy-Prone" Personality: Preliminary Findings**. Paper presented at the Annual Convention of the 93rd American Psychological Association, Los Angeles, CA, August 23-27.

Duffy, B. (1998). **Supporting creativity and imagination in the early years**. Buckingham, UK: Open University Press.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behavioral Research and Therapy**, 38, 319-345.

Ellis, A. & MacLaren, C. (1998). **Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide**. California: Impact Publishers.

Foa, E.B., Doron, M. & Yadin, E. (2006), **Prolonged Exposure: Treatment Manual for Post-Traumatic Stress Disorder** (2nd ed.). Kiryat Shmona: CSPC. (Hebrew).

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Effective treatments for PTSD. **Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies**. New York: The Guilford Press.

Gilboa, A., Shalev, A.Y., Laor, L., Lester, H., Louzoun, Y., Chisin, R., & Bonne, O. (2004). Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in Posttraumatic Stress Disorder. **Biological Psychiatry**, 55(3): 263-272.

Gleason, T., Jarudi, R., & Cheek, J. (2003). Imagination Personality and Imaginary Companions. **Social Behavior & Personality: An International Journal**, 31(7), 721-737

שליטה, לא על התכנים ולא על התחושות, ישנם מטופלים שזה קשה מדי עבורם ויש שנכנסים לדיסוציאציה (בהייה), אלם, בכי ללא מעצור ועוד). השיטה הנוכחית נותנת מענה ייחודי בכך שאנו מאפשרים שליטה (מעצם בחירת הקלפים, הצבתם, הוצאתם וכד') ובמידה ומתרחשת דיסוציאציה, בגלל שהקלפים מונחים על השולחן, יש למטפל אינדיקציה היכן ברצף האירועים הטראומתי היה השיבוש בעיבוד המידע. נתון זה מאפשר למטפל לחזור לסיפור דרך השתלשלות הדברים ולכוון את המטופל לשוב לנקודה החיצונית (הקלף) המייצגת את נקודת ההתנתקות ולהמשיך משם. קונקרטיזציה זו מאפשרת דיאלוג עם שפה ראשונית (צבע/צורה/טקסטורה) ועם תמונות ולכן, מניסיונו, משיבים את המטופל ל"כאן ועכשיו". השליטה והכוח לשנות מתאפיינים בשיטה זו דרך תוספת דימויים מעצימים וחיוניים, אותם מתבקש המטופל להוסיף – קונקרטיזציה – לסיפור ולשלבם ברצף הסיפור. דימויים אלה מוגדרים ככאלה שיכלו לסייע לו בזמן האירוע, מבלי לשנות את תוצאותיו. הרצף הוויזואלי החדש יוצר גירוי וויזואלי חיובי יותר, לטענתנו, מעבר לתחושת השליטה, משפיע ישירות על מרכזי הראייה במוח והופך להיות "זיכרון" חלופי לזיכרון הטראומתי, או לפחות לסדר התרחשויות גמיש יותר.

לפיכך אנו מציעים כי שיטת SEE FAR CBT אינה עוד שיטה קונקרטיבית או גוף-נפש לטיפול בפסיכו-טראומה אלא גישה משלבת, המייחדת מקום לדמיון כמקור להחלמה במצבי אין-מוצא כפי שהודגם הן במחקרי מוח, והן במחקר (המועט יחסית) על דמיון ועל דיסוציאציה שאינה פתולוגית. נשמח לשמוע השגות והארות כדי לקדם את חקר הגישה לטובת הסובלים מ-PTSD.

ביבליוגרפיה

הרמן, ג. ד. (1992). **טראומה והחלמה**. הוצאת עם עובד: תל אביב.

ויניקוט, ד.ו. (1995). **משחק ומציאות**. הוצאת עם עובד: תל אביב.

להד, מ. (2006). **מציאות פנטסטית**. נורד: טבעון.

מגד, א. (2001). **פיות ומכשפות טיפול סיפורים מטפוריים בטיפול בילדים בסיכון**, נורד: טבעון.

שוורצמן, א. (2007). **חפא לבן אלים שחורים**. הוצאת אריה ניר: תל אביב.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. **British Journal of Psychiatry**, 190, 97-104.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. **Psychological Review**, 103, 670-686.



- Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D. & Kaplansky, N. (2009). **Preliminary study of a new integrative effective approach in treating Post Traumatic Stress Disorder: SEE FAR CBT.** Manuscript submitted for publication.
- Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D. & Kaplansky, N. (2009). **Treatment of Children with PTSD using SEE FAR CBT.** Unpublished raw data.
- Lahad, M. & Leykin, D. (2009). **Fantastic Reality Questionnaire: A measure for exploring involvement in imaginative activities.** Unpublished raw material.
- Landy, R. (1996). Drama therapy and distancing: Reflections on theory and clinical application. **The arts in Psychotherapy**, 23(5), 367-373.
- Landy, R. (1993). **Persona and Performance.** London: Jessica Kingsley.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R.W.J., Gati, J.S., & Menon, R.S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. **Biological Psychiatry**, 52(4), 305-311.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R.W., Gati, J.S., Menon, R.S. (2004). The Nature of Traumatic Memories: A 4-T fMRI Functional Connectivity Analysis. **American Journal Psychiatry**, 161, 36-44.
- LeDoux, J. (1996). **The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life.** New York: Simon and Schuster.
- Levine, P.A. (1997). **Waking the tiger.** Berkeley, CA: North Atlantic.
- Lynn, S. J., Rhue, J. W. (1988). Fantasy-proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. **American Psychologist**, 43, 35-44.
- Lynn, S.J., Pintar, J., & Rhue, J.W. (1997). Fantasy-proneness, dissociation, and narrative construction. In S. Powers & S. Krippner (Eds.), **Broken Selves: Dissociative narratives and phenomena.** New York: Bruner/Mazel.
- McNally, R.J. (1997). Implicit and Explicit Memory for Trauma-Related Information in PTSD.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C., et al. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress syndromes. **American Journal of Orthopsychiatry**, 60, 43-54.
- Grinberger, I. (2005) **The Therapeutic Qualities of The Process of Re-Narrating Life Stories with Holocaust Survivors.** Thesis submitted in partial fulfillment for the degree of PhD School of Human and Life Sciences, University of Surrey.
- Hendler, T., Rotshtein, P., Yeshurun, Y., Weizmann, T., Kahn, I., Ben-Bashat, D., Malach, R. & Bleich, A. (2003). Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. **NeuroImage**, 19(3), 587-600.
- Hull, A.M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress Disorder. **British Journal of Psychiatry**, 181, 102-110.
- Jennings, S. (1994). **The handbook of dramatherapy.** London & New York: Routledge.
- Kaplansky, N. (2009). **Dissociating From Death: An Investigation into the Resilience Potential of Transcendence into Fantastic Reality during Near-Death Experiences.** Unpublished dissertation, Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 62, 592-602.
- Klingman, A. & Cohen, E. (2004). **School-based multisystemic interventions for mass trauma.** Springer.
- Lahad, M. (2005). **Transcending into Fantastic Reality: Story Making with Adolescents in Crisis.** in C. Schaefer, J. McCormick, and A. Ohnogi (eds.) **International Handbook of Play Therapy: Advances in assessment, theory, research and practice.** Lanham: Jason Aronson Publication.
- Lahad, M. and Doron, M. (in press). **Beyond CBT, See Far CBT Post Traumatic Stress Disorder Treatment Protocol.** Kiryat Shmona: CSPC. (Hebrew)



- Taylor, M. (1999). **Imaginary companions and the children who create them**. New York: Oxford University Press.
- Tower, R. B., & Singer, J. L. (1980). Imagination, interest and joy in early childhood: Some theoretical considerations and empirical findings. In A. J. Chapman & P. McGhee (Eds.) *Children's humor*. London: Wiley.
- Tselikas-Portman, E. (1999). **Supervision and Dramatherapy**, JKP, London.
- Van der Kolk, B.A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. **Journal of Traumatic Stress**, 8(4), 505-525.
- Van der Kolk, B., Van der Hart, O. & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In Van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.), **Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society** (pp. 303-327). New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. **Journal of Traumatic Stress**, 18(5), 389-399.
- Walter, J. & Bala, J. (2003). Where Meanings, Sorrow, and Hope Have a Resident Permit: Treatment of Families and Children. In J.P. Willson, B. Droždek. **Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and Torture Victims**. Routledge.
- White, M., Epston, D. (1990). **Narrative Means to Therapeutic Ends**. New York, NY: W.W. Norton.
- Wilson, S. C. and Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. A. Sheikh (Ed.), **Imagery: Current theory, research, and application** (pp. 340-390). New York: John Wiley.
- Winnicott, D.W. (1971). **Playing and reality**. London: Tavistock.
- Young, R. (2007). New virtual PTSD treatment. Today in the Military. Accessed on April 1, 2007, <http://www.military.com/features/0,15240,129993,00.html>
- Annals of the New York Academy of Sciences**, 821, 219-224.
- Nathan, P. & Gorman, J.M (editors) (2002). **A Guide To Treatments that Work**. USA: Oxford University Press.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. **Psychological Bulliten**, 129(1), 52-73.
- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A., Fisler, R.E., Alpert, N.M., Orr, S.P., Savage, C.R., Fischman, A.J., Jenike, M.A., Pitman, R.K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. **Archives of General Psychiatry**, 53, 380-387.
- Rothschild, B. (2000). **The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment**. New York: W.W.Norton & Company.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Ready, D., et al. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, 62, 617-622.
- Seidler, G. H., Wagner F E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. **Psychological Medicine**, 36(11), 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. **Journal of Traumatic Stress**, 2(2), 199-223.
- Schwarz, A. (2002). **Tools for transforming trauma**. London: Routledge.
- Singer, D.G., Singer, J.L. (1990). **The House of Make-Believe: Children's Play and the Developing Imagination**, Massachusetts: Harvard University Press.
- Singer, J. L., & Singer, D. G. (1977). **Creativity and Imaginative play in the pre-school child. A series of four filmstrips**. New York: Parents Magazine Films.
- Spiegel, D., Hunt, T. & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. **American Journal of Psychiatry**, 145, 301-305.