

מחקר חלוצי של טיפול ב PTSD בשיטת SOMATIC EXPERIENCING

העניין הגובר בטיפול בהפרעות פוסט טראומטיות מאז מלחמת וייטנאם קיבל באחרונה תנופה נוספת, בעקבות אירועי ה 11 בספטמבר 2001. בצד תהליך זה הולך ומסתבר גם הקשר בין טראומה לאלימות, כיצד טראומה יכולה להוביל לאלימות קולקטיבית, וכיצד היא יוצרת נטל כלכלי לא צפוי על החברה, בהשפיעה על הפוליטיקה העולמית (1)

הפרעה פוסט טראומטית PTSD היא פוטנציאלית הפרעת חרדה מתישה המשפיעה על לפחות 10% מכלל האנשים שחוו אירועים טראומטיים (2), היא קשורה למצבים נפשיים ופיזיים עם תחלואה נלווית (3), לירידה באיכות החיים (4), ומהווה חסם כלכלי (5). מאמץ רב מוקדש כיום לבחינת האסטרטגיות היעילות ביותר של התערבות על מנת לרפא ועל מנת למנוע PTSD (6) ו (7). אסטרטגיות שיעילות היחסית בטיפול ב PTSD נבחנת, כוללות: PE (prolonged exposure), CR (cognitive restructuring) (6), טיפול ממוקד טראומה ב CBT ו EMDR (7).

אחד הדיונים האחרונים בספרות של תחום זה נוגע לאיכות החוויה הרגשית של מטופלים במהלך הטיפול בטרומה. כך, יש הטוענים לגבי שיטת ה PE המבוססת על חשיפה, שאינה שיטת טיפול אופטימלית, עקב המצוקה הנגרמת למטופלים (8). יתרה מזאת, רבים מנותני שירותי בריאות הנפש ממעטים להשתמש בתרפיית חשיפה בטיפול בנפגעי טראומה משום שהיא גורמת למצוקה (9). שיטת ה SE לטיפול בטרומה מתמודדת עם שאלה זו של מצוקה הנגרמת למטופלי PTSD, בהיותה מבוססת על עיקרון של חשיפה עדינה, הדרגתית ובמינון נמוך, על מנת למנוע מצבי הצפה והישנות של החוויה הטרומטית.

(SE) Somatic Experiencing

SE היא תרפיה אינטגרטיבית גופנית נפשית לטרומה, שפיתח פיטר לוין והציג בראשונה בספרו "להעיר את הנמר" (1996) (10). עיקרה בפירוק האקטיבציה הנצברת בגוף בעקבות אירוע טראומטי ובהשבת הויסות הגופני הטבעי. התרפיה מבוססת על התיאוריה שתסמונת PTSD נגרמת כתוצאה מתגובת קפיאה שנחסמה או לא הושלמה בגופו של קורבן האיום החמור על החיים. תגובה זו ידועה היטב אצל חיות, כנובעת מן האינסטינקט של החיה להעמיד פני מתה כאשר היא מאוימת על ידי טורף. עיקרו של הטיפול הוא בהשלמה ובשחזור של דפוסי התנועה ההגנתיים שנקטעו או נחסמו, ואשר אף פעם לא הושלמו, כחלק מתגובת הבריחה והלחימה. באופן זה, משוחזרים הטיקים, תנוחות הגוף, ודפוסי מתה השריר שנאצרו כחלק מתגובת הקפיאה שלא הושלמה או פורקה. הטכניקה של לוין, היא למעשה תרפיה התנהגותית המבוססת במידה רבה על תגובות הגוף, יותר מאשר על "דיבור" (11). ב SE יוצרים קשר בין עיבוד גופני לרגשי ולקוגניטיבי, על מנת לסייע למערכת הגופנית-נפשית להתיר קשרים טראומטיים,

ובעזרת עיבוד תחושותי תנועתי עוזרים לבנות מחדש דפוסים פסיכו פיזיולוגיים. לפי שיטה זו שבסיס העבודה בה נוירו-ביולוגי, "הטראומה נשארת במערכת העצבים ולא באירוע עצמו" (12). בחלקו הראשון של הטיפול ב SE יוצרים מקום בטוח ומוגן עבור המטופל, על מנת לאפשר לו למצוא את תחושות הגוף העדינות הקשורות לטראומה, ולעורר אותן בסביבה הנתפסת כבטוחה. התגובות המוטוריות לתחושות צריכות להיות מואטות ומובאות בהדרגה. באופן זה ניתן להכחיד את הקישור הטראומטי. משום שתחושות אלה יצרו מלכתחילה עוררות, יש לווסת אותן באופן הדרגתי על ידי חשיפה במינונים זעירים (טיטרציה), באמצעות האריגה של מעברים עדינים חוזר ושוב בין "המקום הבטוח", לבין החוויה של התפיסה החושית. במובן מה, זהו סוג של "תרפיית חשיפה", אך משום שתחושות אלה הן בדרך כלל עדינות, הסיכון של הצפה, שהנו ממשי במרבית סוגי תרפיית חשיפה, ממותן פה באופן מובהק. זהו יתרונה הגדול של שיטה זו, בכך שנמנעת בה התהוות של רה-טראומטיזציה (11).

שיטת ה SE נבחנה לאחרונה באופן מחקרי בכמה זירות התערבות. היא נוסתה על ידי סלבם וחבריו במחקר שדה לבחינת התוצאות האמפיריות בטיפול בנפגעי הצונאמי שפקד את דרום הודו (חבל טאמיל נאדו) בשנת 2004 (12). המשתתפים אובחנו כבעלי סימפטומים של טראומה כחצי שנה לאחר האירוע וקבלו גרסה מקוצרת של SE בת שעה ורבע. סלבם וחבריו מציינים שידוע מן הספרות, שסיטואציות בהן אירועים בלתי צפויים, המהווים איום על החיים פוגעים בקהילה (כמו הוריקנים, צונאמי, אלימות או הצפות ועוד), יוצרות רמות גבוהות של תסמונת פוסט טראומטית. לפיכך, הצלחת הטיפול בנפגעי הטראומה במחקרם באמצעות SE, יכולה ללמד על יעילות השיטה בטיפול ב PTSD. תוצאות מחקרם מצביעות על השפעה טיפולית מהימנה ומובהקת. במחקר מעקב של 8 חודשים לאחר מכן, 90% דיווחו על שיפור משמעותי, או על שחרור מלא מסימפטומים של חודרנות, עוררות והימנעות. לדברי החוקרים התוצאות תומכות ביעילות ובמהימנות של גרסה מותאמת זו של SE בעבודה עם תגובות טראומה.

השפעה טיפולית חיובית נמצאה גם במחקר גישושי (exploratory), הבוחן תוצאות טיפול באמצעות גרסה מקוצרת של SE בנפגעי הצונאמי מתאילנד בת מפגש אחד או שניים (14). מודל זה של התערבות מוקדמת ב SE (Trauma First Aid) שפותח על ידי ליטש, הופעל חודש אחד לאחר התרחשות הצונאמי. הערכות הנבדקים בוצעו לפני הטיפול, מיד לאחר הטיפול, 3 עד 5 ימים לאחר הטיפול ובמעקב של שנה לאחר מכן. התוצאות מראות שמיד לאחר תרפיה זו 67% מן המשתתפים דיווחו על רמיסיה חלקית או מלאה ו 90% דיווחו על שיפור חלקי או מלא בבדיקת מעקב לאחר שנה.

במחקר חלוצי אחר של לוין ואחרים (15) מתואר כיצד בעקבות טיפול בן מפגש אחד שבוצע על ידי לוין, באדם שסבל שנים ממחלת העייפות ומנזק קוגניטיבי חמור, הנ"ל שוחרר כליל מן הסימפטומים. מטופל זה סבל ממחלת גבהים חריפה עקב היפוקסיה בעת טיפוס על ההימליה, נמצא בבדיקת מעקב שנה לאחר

מכן, משוחרר כליל מן הסימפטומים. ברקע הטיפול ב SE שניתן לו מתואר מודל אפשרי להבנת PTSD. לפי מודל זה התגובה הפיזיולוגית של המטופל להיפוקסיה שנגרמה לו הפכה מותנית לפחד והביאה להיווצרות PTSD.

בעקבות דוגמאות אלה המצביעות על יעילות SE בטיפול בנפגעי טראומה, סמוך לאחר התרחשותם של אסונות טבע, ובטיפול ב PTSD של שנים רבות, מתבקש מחקר מבוקר לבחינת יעילותה של שיטה זו. נלווה לצורך זה יתרונה במניעת מצבי הצפה של מטופלים מעצם החשיפה ההדרגתית המאפיינת שיטה זו. מטרתו של מחקר זה היא לשמש מחקר חלוץ מבוקר לבחינת יעילותה כשיטת טיפול בנפגעי PTSD.

שיטה

מטופלים:

ייבחרו מבוגרים, החיים במרכז הארץ שחוו אירוע טראומטי יחיד, אשר אובחנו כסובלים מ PTSD בהתאם לקריטריונים של ה DSMIV-TR (לפי האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה, 2000 [16]). קריטריונים של החרגה יכללו היסטוריה של פסיכוזה, תסמונת מוחית אורגנית, סכנת אבדנות, אי יכולת לשוחח בעברית ובאנגלית, וגיל הצעיר מ 20 ומבוגר מ 65. כמו כן, משתתפים בעלי טראומה מורכבת – אלה שעברו בילדותם טראומה או שסבלו מחשיפה להרבה אפיזודות של דחק טראומטי, לא יכללו בטיפול זה בן 15 המפגשים, בשל שכיחות הדיסוציאציה האופיינית למצב זה, בהיותה חסם עיקרי בתהליך התרפיה (11). המחקר יאפשר לכלול משתתפים המטופלים באופן תרופתי, שמינוני התרופות שלהם ירשמו לפני ואחרי ההתערבות, עם אפשרות להפחתה בהן, בשל הטיפול ב SE.

בחירת מטופלים:

30 משתתפים ייבחרו דרך הפניות מאנשי מקצוע במסגרות שונות של שירותי בריאות הנפש, מקרב אוכלוסיית הפונים אליהן - מסגרות כמו קופות החולים השונות וכמו מרכז הטרומה בירושלים. אוכלוסייה זו מקיפה קליינטים שעברו חוויה טראומטית שהובילה ל PTSD, לנוכח אחד ממגוון של אירועים כמו: אלימות ביתית, תקיפה מינית, אירוע של טרור על רקע לאומי, תאונת דרכים, תאונת עבודה ועוד.

בחירת מטפלים:

ייבחרו 6 פסיכותרפיסטים בעלי מקצועות המוכרים על ידי משרד הבריאות, שהנם מומחים מוסמכים של טיפול בתרפיית ה SE (Somatic Experiencing Practitioners), מטעם ה FHE (Foundation of Human Enrichment) וה ITI (Israeli Trauma Institute) - מסגרות ההכשרה למטפלים בשיטת ה SE.

מדדים וראיונות אבחוניים:

2 פסיכולוגים קליניים יאבחנו את אוכלוסיית היעד בעזרת ראיון מובנה הכולל אבחון של PTSD ובהמשך יעשו 2 הערכות מעקב, בסיום הטיפול ולאחר חצי שנה. ראיון קליני מובנה זה יכלול הערכת נתונים דמוגרפים ובדיקת קריטריונים של DSM-IV לאבחון PTSD. הערכת קו ההתחלה תיערך במשך מפגש אחד בן שעה וחצי עד שעתיים.

הערכת נתונים דמוגרפית: תיעשה באמצעות אינוונטאר של אירועי חיים (**Life event inventory**) [...להשלים.....ק.ל.]. זיהוי מורכבות הטראומה של המשתתפים התואמת את אוכלוסיית היעד, ייעשה באמצעות המדדים הבאים: **רשימת תיוג של סימפטומים (Symptoms Checklist)**: לשם זיהוי טווח רחב של סימפטומים גופניים ואחרים נבחר ה- **Kellner Symptom Questionnaire (SQ)** של קלנר (17), הכולל 92 פריטים בתבנית של כן/לא, לקביעת קיומם של חרדה, דיכאון, עוינות, וסומטיזציה. בשאלון זה 4 תחומי סימפטומים וגם סמנים של חוסנה (resiliency); לזיהוי סימפטומים של דיכאון נבחר ה- **Beck Depression Inventory (BDI)**, של בק ואחרים (18)

Depressive symptoms - The Beck Depression Inventory (BDI) is the most widely used instrument for measuring the severity of depression and a "gold-standard" among self-report measures of depression. The BDI was updated in 1996 (BDI-II) to correspond to the revised diagnostic criteria for depressive disorders as listed in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). It is a 21-item scale, with possible scores ranging from 0-63 (higher values correspond to higher depressive symptomatology).

; גרסה אזרחית של שאלון לבדיקת PTSD (**PTSD inventory:PCL-S**) של Weathers ואחרים (19), שהנה רשימת בעיות ותלונות שיש לאנשים לעתים בתגובה לסיטואציות חיים לחוצות. מדד זה יועבר בקו ההתחלה, בסיום הטיפול ובשלב המעקב לאחר חצי שנה; סקלת השפעה של אירועים **Impact of Event Scale Revised (IES-R)** של וייס ומרמר (20), המקבילה לקריטריונים של ה- **DSM-IV** עבור PTSD. זהו מדד של דיווח עצמי בן 22 פריטים המיועד להעריך מצוקה סובייקטיבית עכשווית ביחס לכל אירוע חיים ספציפי. מדד זה יועבר בקו ההתחלה, בסיום הטיפול ובשלב המעקב לאחר חצי שנה; סקלה לבדיקת חומרת החשיפה לטראומה **Traumatic Exposure Severity Scale (TESS)**, של אל-על וסלייד (21) שהנה מדד של חשיפה למצוקות חריפות. בתום כל מפגש תרפיה, המשתתפים ידרגו את החוויה הסובייקטיבית של מצוקה שיש להם על סקלה בת 100 נקודות (1), לגמרי לא במצוקה; 100, במצוקה קיצונית).

פרוצדורה:

המשתתפים שיופנו לטיפול אל [מי מטעם קהילת ה-SE שיבחר לשם כך - יש להשלים ק.ל.] לשם קליטה וליווי בכל שלבי המחקר של קבוצת המשתתפים, יופנו בהמשך להערכה ולאבחון אצל שני

פסיכולוגים קליניים. האבחון ימשך בין שעה וחצי לשעתיים. לאחר שייענו על הקריטריונים המחקריים ייבחרו 30 משתתפים שיופנו לטיפול אצל 6 מטפלי SE בקליניקות השונות שלהם. כל מטפל יקבל 5 מטופלים. עלות המפגשים תהא 130 ₪ לשעה. אם המטופלים יתחילו לקחת תרופות לאחר תחילת הטיפול [...] להשלים ק.ל.].

שיטה

מטופלים:

ייבחרו מבוגרים, החיים במרכז הארץ שחוו אירוע טראומטי יחיד, אשר אובחנו כסובלים מ PTSD בהתאם לקריטריונים של ה DSMIV-TR (לפי האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה, 2000 [16]). קריטריונים של החרגה יכללו היסטוריה של פסיכוזה, תסמונת מוחית אורגנית, סכנת אבדנות, אי יכולת לשוחח בעברית ובאנגלית, וגיל הצעיר מ 20 ומבוגר מ 65. כמו כן, משתתפים בעלי טראומה מורכבת – אלה שעברו בילדותם טראומה או שסבלו מחשיפה להרבה אפיזודות של דחק טראומטי, לא יכללו בטיפול זה בן 15 המפגשים, בשל שכיחות הדיסוציאציה האופיינית למצב זה, בהיותה חסם עיקרי בתהליך התרפיה (11). המחקר יאפשר לכלול משתתפים המטופלים באופן תרופתי, שמינוני התרופות שלהם ירשמו לפני ואחרי ההתערבות, עם אפשרות להפחתה בהן, בשל הטיפול ב SE.

בחירת מטופלים:

30 משתתפים ייבחרו דרך הפניות מאנשי מקצוע במסגרות שונות של שירותי בריאות הנפש, מקרב אוכלוסיית הפונים אליהן - מסגרות כמו קופות החולים השונות וכמו מרכז הטרומה בירושלים. אוכלוסיה זו מקיפה קליינטים שעברו חוויה טראומטית שהובילה ל PTSD, לנוכח אחד ממגוון של אירועים כמו: אלימות ביתית, תקיפה מינית, אירוע של טרור על רקע לאומי, תאונת דרכים, תאונת עבודה ועוד.

בחירת מטפלים:

ייבחרו 6 פסיכותרפיסטים בעלי מקצועות המוכרים על ידי משרד הבריאות, שהנם מומחים מוסמכים של טיפול בתרפיית ה SE (Somatic Experiencing Practitioners), מטעם ה FHE (Foundation of Human Enrichment) וה ITI (Israeli Trauma Institute) - מסגרות ההכשרה למטפלים בשיטת ה SE.

מדדים וראיונות אבחוניים:

2 פסיכולוגים קליניים יאבחנו את אוכלוסיית היעד בעזרת ראיון מובנה הכולל אבחון של PTSD ובהמשך יעשו 2 הערכות מעקב, בסיום הטיפול ולאחר חצי שנה. ראיון קליני מובנה זה יכלול הערכת

נתונים דמוגרפיים ובדיקת קריטריונים של DSM-IV לאבחון PTSD. הערכת קו ההתחלה תיערך במשך מפגש אחד בן שעה וחצי עד שעתיים.

הערכת נתונים דמוגרפית: תיעשה באמצעות אינוונטאר של אירועי חיים (**Life event inventory**) [....להשלים ק.ל.]. זיהוי מורכבות הטראומה של המשתתפים התואמת את אוכלוסיית היעד, ייעשה באמצעות המדדים הבאים: **רשימת תיוג של סימפטומים (Symptoms Checklist)**: לשם זיהוי טווח רחב של סימפטומים גופניים ואחרים נבחר ה- **Kellner Symptom Questionnaire (SQ)** של קלנר (17), הכולל 92 פריטים בתבנית של כן/לא, לקביעת קיומם של חרדה, דיכאון, עוינות, וסומטיזציה. בשאלון זה 4 תחומי סימפטומים וגם סמנים של חוסנה (resiliency); לזיהוי סימפטומים של דיכאון נבחר ה- **Beck Depression Inventory (BDI)**, של בק ואחרים (18); גרסה אזרחית של שאלון לבדיקת **PTSD (PTSD inventory:PCL-S)** של Weathers ואחרים (19), שהנה רשימת בעיות ותלונות שיש לאנשים לעתים בתגובה לסיטואציות חיים לחוצות. מדד זה יועבר בקו ההתחלה, בסיום הטיפול ובשלב המעקב לאחר חצי שנה; סקלת השפעה של אירועים **Impact of Event Scale (IES-R)** של וייס ומרמר (20), המקבילה לקריטריונים של ה- **DSM-IV** עבור **PTSD**. זהו מדד של דיווח עצמי בן 22 פריטים המיועד להעריך מצוקה סובייקטיבית עכשווית ביחס לכל אירוע חיים ספציפי. מדד זה יועבר בקו ההתחלה, בסיום הטיפול ובשלב המעקב לאחר חצי שנה; סקלה לבדיקת חומרת החשיפה לטראומה **Traumatic Exposure Severity Scale (TESS)**, של אל-על וסלייד (21) שהנה מדד של חשיפה למצוקות חריפות. בתום כל מפגש תרפיה, המשתתפים ידרגו את החוויה הסובייקטיבית של מצוקה שיש להם על סקלה בת 100 נקודות (1, לגמרי לא במצוקה; 100, במצוקה קיצונית).

פרוצדורה:

המשתתפים שיופנו לטיפול אל [מי מטעם קהילת ה-SE שיבחר לשם כך - יש להשלים ק.ל.] לשם קליטה וליווי בכל שלבי המחקר של קבוצת המשתתפים, יופנו בהמשך להערכה ולאבחון אצל שני פסיכולוגים קליניים. האבחון ימשך בין שעה וחצי לשעתיים. לאחר שייענו על הקריטריונים המחקריים ייבחרו 30 משתתפים שיופנו לטיפול אצל 6 מטפלי SE בקליניקות השונות שלהם. כל מטפל יקבל 5 מטופלים. עלות המפגשים תהא 130 ש"ח לשעה. אם המטופלים יתחילו לקחת תרופות לאחר תחילת הטיפול [.... להשלים ק.ל.].

תקציב:

פרוטוקול ל 15 מפגשים

המבנה שישמש בכל מפגש:

- **מטרה:** הנושא/המטרות של המפגש.
- **סקירה:** לעדכן את המטפל אודות אירועים/מחשבות במהלך השבוע האחרון.
- **יעדים של הדרכה פסיכולוגית חינוכית:** המושגים שיש ללמד את הקליינט במהלך המפגש על מנת להשלים את מטרת המפגש.
- **פעילויות תרפויטיות:** תרגילים או פעילויות של SE לשימוש במהלך מפגש על מנת לממש את מטרת המפגש.
- **שיעורי בית:** פעילויות שעל הקליינט להשלים בין המפגשים.

❖ מפגש 1

- **מטרה:** לכוון את האדם למושג של טראומה, ריפוי, ריפוי דרך הגוף ודרך משאבים, להתחיל ברשימת סימפטומים, בעת שיוצרים קשר טיפולי, המערב את הקליינט לשתף פעולה בדרך מזמינה, ללמד כיצד לעשות חיבור לקרקע כשנוצרת הזדמנות לכך (יתרון מדי של התחלת אמון בכך שיש מישהו שמנהל את האקטיביזציה של הקליינט).
- **יעדים של הדרכה פסיכו-חינוכית:**
 - ✓ הקשר בין טראומה למערכת העצבים, והיצרות סימפטומים, שימוש בתרשימים של: המוח התלת שכבתי (המחשה דרך ה"אגרוף" של דניאל סיגל).
 - ✓ המושגים של טעינה ופריקה.
 - ✓ התרשימים של מערכת עצבים טעונה ומערכת עצבים עם חוסנה (**resilient**).
 - ✓ האנלוגיה של זרם החיים.
 - ✓ המושג של משאבים וכיצד הם עוזרים לייצב את מערכת העצבים האוטונומית.
 - ✓ המושג של חיבור לקרקע.
 - ✓ המושג של ניהול האקטיביזציה.
 - ✓ המושג של התאמת ההתמצאות במרחב (**Orienting**) של הפה ועכשיו.
- **פעילויות תרפויטיות:**
 - ✓ להתחיל ברשימת סימפטומים, בזמן ש:
 - ✓ מלמדים את הקליינט ל"התחבר לקרקע" במקום, באם יש אקטיביזציה בעת שמדברים על הסימפטומים ועל האירוע הטראומטי; חיבור לקרקע דרך הרגליים, בתוך הכסא, על ידי הסתכלות סביב ומיקוד הקשב בטקסטורות שונות.
 - ✓ לעשות רשימת משאבים (להשתמש באינוונטאר של משאבים יחד עם הרשימה).
 - ✓ ללמד את הקליינט לעגן משאב בתוך הגוף.
 - ✓ לעורר מודעות הקליינט לסיום האימננטי של המפגש.
 - ✓ ללמד את הקליינט לכוון עצמו להתמצאות במרחב של הפה ועכשיו (למשל, חזור אל החדר).
 - ✓ לכוון את הקליינט להסדרת העוררות שנוצרה, להתחבר לקרקע דרך הגוף ולשוב לזמן ומרחב נורמאליים.
 - ✓ לסיים במלים חיוביות ומעודדות, ולהחמיא לקליינט על עבודתו הטובה.
 - ✓ אם העבודה הייתה עמוקה, לעודד את הקליינט לבדוק בתוכו בימים הקרובים הבאים.
- **שיעורי בית:**
 - ✓ סקור את רשימת הסימפטומים והוסף אחרים כשמבחינים בהם.
 - ✓ המשך לבנות את רשימת המשאבים.
 - ✓ השתמש בתרגיל של חיבור לקרקע לפי הצורך.



- מטרה:**

 - ✓ להציג בפני הקליינט את תהליך העיקוב אחר התחושות ואת התחושה המורגשת (**Felt Sense**) - היכולת הסובייקטיבית למודעות גופנית תחושתית על ידי עיקוב אחר הסביבה הפנימית (על מנת להיות מסוגל ליצור תנודות מטוטלת [**Pendulation**] ופריקה).
 - ✓ להסביר את החשיבות של שיקוף- ראי (**Mirroring**) מצד המטפל, לשם דיבור אל מוח הזוחלים, בכך שמראים הבנה וגם מפנים קשב למערבולת ההחלמה, על ידי שיקוף ראי.
 - ✓ להסביר את החשיבות של התקדמות אטית ביותר, ושל מתיחת מערבולת הריפוי בכל פעם שהיא מופיעה.
 - ✓ להציג את הטיפוסים השונים של משאבי הפנטזיה, ולהסביר מדוע הם פועלים.

- סקירה:**

 - ✓ סקור את רשימת הסימפטומים ועשה שינויים בהתאם לצורך (הקליינט מדווח על סימפטומים חדשים, על שינויים בסימפטומים).
 - ✓ סקור את ההשלמה של הקליינט את אינוונטר המשאבים.

- מטרות פסיכו-חינוכיות:**

 - ✓ התחושה המורגשת וטבעה האינטואיטיבי.
 - ✓ תהליך העיקוב אחר תחושה והרציונל.
 - ✓ סוגי התחושות שעשויות להיחוות במהלך עבודת ה SE.
 - ✓ תפריט של מלים לשם דווח על תחושות למטפל.
 - ✓ המושג של פריקה וסימנים של פריקה.
 - ✓ עבודה תוך קושי בעיקוב אחר תחושות, אם לקליינט יש בעיה כזו.
 - ✓ חשיבות הנשימה ושיקוף- ראי (**mirroring**) של הנשימה (מרחיב את מערבולת הריפוי).
 - ✓ החשיבות שביצירת תנודות המטוטלת (**pendulation**) הטבעיות של המערכת.

- פעילויות תרפויטיות:**

 - ✓ וודא שאתה נמצא בתחושה המורגשת ובמצב של היות מחובר למשאבים.
 - ✓ תרגיל של תחושה מורגשת- למידה לכוונן פנימה עם מודעות (**awareness**).
 - ✓ תרגיל של עיקוב ו"ראיון של תחושות" (שני תיאורים לכל אחת).
 - ✓ התייחסות לרשימת התחושות לפי הצורך.
 - ✓ עבודה עם נשימה- למשל, זיהוי הנשימה האורגנית, הצורך לאפשר זמן לשם השלמת הנשימה (דרוש זמן מסוים להשלים שלוש נשימות "חביתיות" על מנת להסדיר אותה לגמרי, ולשלב את תוצאותיה: יצירה של התחלת תנודות מטוטלת); פריקה וארגון מחדש.
 - ✓ עבודה עם ועיקוב אחר ערנות דואלית כסימן לניהול האקטיבציה, לעומת היעדר הרגשה של האקטיבציה.
 - ✓ תמיכה בהסדרה (של האקטיבציה).
 - ✓ עבודה על רשימת סימפטומים, בניסיון לזהות את הרגעים המדויקים של תקיעות, שקרו במהלך ולאחר האירוע הטראומטי.

- שיעורי בית:**

 - ✓ קרא את הספר: **מעבר למערבולת הטראומה ולתוך מערבולת ההחלמה: מדריך לעצמך**.
 - ✓ המשך לעקוב אחר תחושות והיה זורם יותר עם שפת התחושה המורגשת.
 - ✓ המשך להשתמש בתרגיל החיבור לקרקע בהתאם לצורך.

✓ השלם את תרגיל המקלחת (אם הקליינט לא פיתח יכולת לתחושה מורגשת).

❖ מפגש 3

• מטרה:

- ✓ להציג טיטרציה ותנודות מטוטלת.
- ✓ להשתמש ב"סיפור" כגירוי לתחילת אקטיבציה.

• סקירה:

- ✓ סקירה של סימפטומים.
- ✓ סקירה של יכולת להתחבר לקרקע.
- ✓ סקירה של יכולת להתכוונן אל התחושה המורגשת.
- ✓ סקירה של יכולת להשתמש במשאבים במהלך השבוע.

• יעדים של הדרכה פסיכו-חינוכיות:

- ✓ השימוש ב"סיפור" והסכנה הפוטנציאלית הקשורה לסיפור הלינארי.
- ✓ תנודות מטוטלת (שרטוט המספר 8, אנלוגית הרכבת, קוטביות).
- ✓ טיטרציה (אנלוגיה מכימיה אנליטית).
- ✓ פריקה: עשה נורמליזציה לסימנים ולתהליך (תן לזה זמן וקשב, תוך פיתוח מנקודות המוצא של האנרגיה העומדת להתפרק).

• פעילויות תרפויטיות:

- ✓ עבודה עם תוכן הסיפור של האירוע הטראומטי: ניהול האקטיבציה סביב סיפור בכך שעובדים קודם על תחילתו או על סופו של הסיפור.
- ✓ טיטרציה ותנודות מטוטלת אורגניות.
- ✓ תנודות מטוטלת מכוונות (לעשות תנודות מטוטלת בין משאב לאקטיבציה).
- ✓ שימוש בהפכים או בניגודים לשם פריקה (בקש את הדימוי של התחושה התקועה ועגן אותו בגוף על מנת ליצור תנועה מתוך התקיעות); "יבא" בני ברית נותני הגנה ומשאבים אחרים, תוך שימוש בחוויות מתקנות לפי הצורך.
- ✓ שלוב התועלות של מערכת עצבים שלאחר פריקה, עקוב ותמיכה במהלך המפגש אחר הארגון ההסדרה והאינטגרציה הגדלים בתוך מערכת העצבים.
- ✓ תמוך בהעצמת הקליינט ההולכת וגדלה, בעקבות פריקות עוקבות: - להביא את הקליינט להיות ער להעצמה הגוברת – להזמין את הקליינט לשוב מחדש לחומר הטראומטי ממקום חדש זה של העצמה- להביא את הקליינט להיות ער לטעינה ולעוררות הטראומטית המופחתת – כשיהיה מוכן, כשיהיה מוכן, יבקר מחדש בחומר המקורי, עד שלא תהא יותר טעינה.
- ✓ תמוך במשמעויות טרנספורמטיביות העולות מפרוק הטראומה, כל אימת שתופענה.

• שיעורי בית:

- ✓ עקוב אחר רגעים של אקטיבציה במהלך השבוע, תוך שימוש במשאבים, ופריקת אקטיבציה.

❖ מפגש 4

• מטרה:

- ✓ להציג את העיקוב אחר ה SIBAM "התדרים" (תחושות, דימויים, התנהגות, רגש, ומשמעות) והביטויים הטראומטיים שלהם.
- ✓ להראות את המצגים השונים של חומר טראומטי תקוע.

• סקירה:

- ✓ סקור את סימפטומים ואת השינויים המתרחשים.
- ✓ סקור את יכולת הקליינט להתחבר לקרקע ולפרוק אקטיבציה בבית.
- **יעדים של הדרכה פסיכו-חינוכיות:**
 - ✓ ה SIBAM (תחושות, דימויים, התנהגות, רגש ומשמעות).
 - ✓ דינמיקת צימוד (**Coupling Dynamics**): צימוד יתר **Over-coupling** (תקועים יחד, קשורים יתר), תת-צימוד **under-coupling** (פערי זיכרון), ופירוק צימוד **uncoupling** (הפרדת החלקים התקועים יחד).

פעילויות תרפויטיות:

- ✓ עיקוב אחר הקוגניציות השליליות, הדימויים התקועים, ודפוסי הרגש החוזרים.
- ✓ התמרה ה SIBAM לתחושות בכדי לפרוק.
- ✓ המשך הטיטורציה ותנודות המטוטלת תוך שימת דגש על חלקים של ה SIBAM המצויים בתת-צימוד ובצימוד יתר.
- ✓ שילוב הפריקה וההסדרה דרך ה SIBAM.
- **שיעורי בית:**
 - ✓ עקוב ב SIBAM אחר רגשות, פעולות ודימויים שליליים, פנה לרמה התחושתית ופרוק.

❖ מפגשים 5-8

- **מטרה:**
 - ✓ לעקוב אחר ה SIBAM (כמו, תחושות, דימויים, התנהגות, רגש ומשמעות) ואחר הביטויים הטראומטיים שלו.
 - ✓ להשתמש בסיפור לגרות אקטיבציה ולהוביל את הפריקה של חומר טראומטי תקוע.
 - ✓ להראות את המצגים השונים של חומר טראומטי תקוע.
- **סקירה:**
 - ✓ סקור סימפטומים
 - ✓ סקור יכולת להתחבר לקרקע.
 - ✓ סקור יכולת להתכוונן לתחושה המורגשת.
 - ✓ סקור יכולת הקליינט להתחבר לקרקע ולפרוק אקטיבציה בבית
 - ✓ סקור את יכולת הקליינט לזהות אלמנטים מכווצים של ה SIBAM.

- **יעדים של הדרכה פסיכו-חינוכיות:**
 - ✓ ה SIBAM (תחושות, דימויים, התנהגות, רגש ומשמעות).
 - ✓ דינמיקת צימוד: צימוד-יתר (תקועים יחד, קשורי-יתר), תת-צימוד (פערי זיכרון), ופירוק צימוד (הפרדת החלקים התקועים יחד).

- **פעילויות תרפויטיות:**
 - ✓ התמרה של ה SIBAM לתחושות בכדי לפרוק.
 - ✓ שימוש ב"סיפור".
 - ✓ שימוש במשאבי פנטזיה, כמו "יבוא" של משאבים, קריאה לבני ברית נותני הגנה, ושימוש בחוויות מתקנות.
 - ✓ להמשיך לעשות טיטורציה ותנודות מטוטלת תוך דגש על החלקים שבתת-צימוד ובצימוד יתר של ה SIBAM.

- **שיעורי בית:**
 - ✓ עקוב ב SIBAM אחר רגשות, פעולות, דימויים שליליים.

נהל סטרס והתרחשויות של אקטיבציה. ✓

שים לב בבקשה: בסוף המפגש השמיני, הקליינט והתרפיסט היו צריכים כבר לעבד לפחות אירוע טראומטי מרכזי אחד, אם לא היו מעורבים נושאים התפתחותיים, או שהאקטיבציה נקשרה לנושאים התפתחותיים. עבור החיילים המשוחררים המעורבים בפרויקט זה, התקווה היא שתהיה התייחסות לאחד או יותר מהנושאים/האירועים הטראומטיים בנקודה זו: אובדן, אשמת ניצולים, בושה, פציעה/פצע, תאונה, היות עד לזוועות, לעומסי יתר של שמיעה ושל חושים אחרים, פציעה או הרג של אחר, כניסה לתגובת "קפיאה", היכנסות לפאניקה, היות מורעב, חווית קור ו/או חוסר בשינה, והיות נבגד.

בנוסף לכך באותו הזמן, הקליינטים צריכים להיות מסוגלים לחבר עצמם לקרקע, להיחלץ מהתקף פאניקה בעצמם או לפחות לעקוב אחר תחילתו ולעבור אותו בלא הפרעה גדולה. על הקליינט להיות מסוגל להבחין בסימנים התחלתיים של אקטיבציה בתוכם (וכפי הנראה באחרים סביבם) ולהיות מסוגלים לנהל סטרס ואקטיבציה בעזרת משאבים.

❖ מפגשים 9 עד 11

- **מטרה:**
 - ✓ להציג את השימוש בתנועות מזעריות.
 - ✓ להשלים תגובות הגנתיות.
- **סקירה:**
 - ✓ סקור יכולת לעקוב אחר ה SIBAM ולנהל אקטיבציה.
 - ✓ סקור יכולת לנהל סטרס.
- **יעדים פסיכו-חינוכיים:**
 - ✓ תנועות מזעריות.
 - ✓ גבולות.
 - ✓ השלמת תגובות ההגנה שנקטעו- כוונן התמצאות (orienting), בריחה, לחימה וקפיאה ברמה המדומיינת, ואפשרי גם ברמת ההפעלה.
- **פעילויות תרפויטיות:**
 - ✓ עיקוב אחר תנועות גוף והשלמה של תגובת הלחימה או הבריחה כשהן עולות עם החומר הטראומטי (למשל, לבקש את הקליינט לדמיין ולהציג בריחה, לחימה, ואת תנועות הגוף הכרוכות בכך, בהשלימו את תגובות ההגנה, תוך פריקת האקטיבציה. לערב את הקליינט בפעילויות המקדמות את שחזור התגובות ההגנתיות בזרועות וברגליים. לתפוס משהו על מנת ללחוץ חזק (למשל, אם עושים תהליך עיבוד [בדמיון] כשאוחזים בהגה או ברובה) תוך שימוש בקרש מאזן. שימוש בכדור גדול (למשל, לבקש את הקליינט לשבת על הכדור ולעודדו לעשות תנועות רגל על ידי דחיפה או בעיטה ועיקוב אחר התנועות והפריקה של האנרגיה; לבקש מן הקליינט לשכב על הכדור ולדחוף את הרצפה בשתי הזרועות). לבקש לדמיין ריצה בסיטואציות הקשורות לאירוע. לעשות באיטיות רבה תנועות של דחיפת אויר עם הזרועות. (לדחוף עם כל זרוע ואז עם שתיהן). לחבוט או לבעוט לתוך כריות, לדחוף כנגד קיר. לערב את הקליינט בתרגילי גבולות (למשל, לבקש אותו לעמוד או לשבת על כדור וללכת סביב הקליינט במעגל על מנת לקבוע נקודות של אקטיבציה. לבקש מהקליינט לומר לא! בקול רם בעודו דוחף את התרפיסט הלאה ממנו; [דחוף עם כל זרוע, ואז עם שתי הזרועות]).
- **שיעורי בית:**
 - ✓ עקוב אחר האקטיבציה תוך קשב ל SIBAM ופרוק אותה.

- ✓ היה קשוב למה שהגוף צריך.
- ✓ הבחן בין רמות סטרס ונהל אותן.

❖ מפגש 12

• מטרה:

- ✓ להציג עיקוב אחר הגירויים שמתחילים את הפעלת ה SIBAM, עם מיקוד מיוחד על הגירויים הרגשיים והקוגניטיביים.

• סקירה:

- ✓ סקור יכולת לעקוב אחר ה SIBAM ולנהל אקטיבציה.
- ✓ סקור יכולת לנהל סטרס.
- ✓ סקור סימפטומים עכשוויים.

• יעדי הדרכה פסיכו-חינוכית:

- ✓ הקשר בין החומר הטראומטי לרגשות קשורות טראומה: צער, כעס, בושה, אשם, פחד, אימה וזעם. אמונות לא פונקציונליות (כמו, אלה המותירות את האדם מובס, חסר אונים, בלתי פונקציונאלי ובלתי מונע; אמונות ביחס לעצמי, ביחס לאחרים, ביחס לחיים, וביחס לעולם; עבודה עם נושאים של בגידה, של היות העולם מקום בלתי בטוח ובלתי אכפתי, בלתי שלם ורע, או כזה שאחראי יתר על המידה).

• פעילויות תרפויטיות:

- ✓ חקירה של הרגשות שעולות באופן קבוע וכל הרגשות הקשורות לטראומה.
- ✓ חקירת האמונות הלא פונקציונליות הקשורות לטראומה, שיכולות להתאים לנושאים התפתחותיים, תוך מיקוד בתחושות הנלוות להן ופריקה.
- ✓ חיבור החומר ההתפתחותי עם החומר של טראומת ההלם (שוק), יחד עם רגשות ואמונות.

• שיעורי בית:

- ✓ עקוב אחר רגשות, תרגם אותן לתחושות ופרוק אותן.
- ✓ עקוב אחר אמונות ופרוק אנרגיה הקשורה אליהן.
- ✓ עקוב אחר אקטיבציה בכך שתפנה הקשב ל SIBAM ופרוק אותה.
- ✓ התכוונן אל מה שהגוף זקוק לו.
- ✓ הבחן בין רמות סטרס ונהל אותן.

❖ מפגש 13

• מטרה:

- ✓ להציג את השימוש במגע-עצמי לשם הפחתת כאב.
- ✓ להעריך נסיבות קדם ואחר טראומטיות ורמות של אקטיבציה.
- ✓ לחקור את השינויים שמביאה הפגת הסימפטומים לחיי הקליינט: יחסים, עבודה, נושאי הורות, ועוד.

• סקירה:

- ✓ סקור יכולת לעקוב אחר ה SIBAM ולנהל אקטיבציה.
- ✓ סקור יכולת לנהל סטרס.
- ✓ סקור סימפטומים עכשוויים.

• יעדי הדרכה פסיכו-חינוכית:

- ✓ מגע עצמי.

• פעילויות תרפויטיות:

- ✓ עידוד לשימוש במגע עצמי במהלך המפגש והדגמה כיצד פועל בכאב.
- ✓ חקירת כל המשאבים והגירויים ההתחלתיים של נסיבות קדם ואחר טראומטיות,

ובדיקת רמת האקטיבציה שנותרה.

• **שיעורי בית:**

- ✓ עקוב אחר התחושות הפיזיולוגיות של כאב, ועבוד אתן.
- ✓ עקוב אחר שינויים בנסיבות החיים של הקליינט.

*שים לב: אם לקליינט אין כל סימפטומים של כאב, ניתן לחזור פה על מפגש 12.

❖ **מפגש 14**

• **מטרה:**

- ✓ לחקור את כל האזורים שבאקטיבציה, כולל קדם ואחר טראומטיים.
- ✓ להתחיל לתכנן לעתיד ולהמשיך את החיבור של ההחלמה להיבטים אחרים של חיי הקליינט.

• **סקירה:**

- ✓ סקור את היכולת לעקוב אחר ה SIBAM ולנהל אקטיבציה.
- ✓ סקור יכולת לנהל סטרס.
- ✓ סקור סימפטומים עכשוויים וגירויים המתחילים אקטיבציה; סקור שינויים בדרך בה הקליינט מנהל את חייו.

• **יעדים פסיכו-חינוכיים:**

- ✓ אינטגרציה נוספת של ידע (ידע על טראומה, כלים של ויסות עצמי, והערכה של שליטה עצמית) עם הנסיבות של חיי היומיום ועם העתיד; רמה של העצמה.

• **פעילויות תרפויטיות:**

- ✓ דיון והערכה, ביחס לרמת ההעצמה הכללית, הרוגע, פתרון הבעיה, שליטה עצמית וכיוון בחיים שסוכל בשל הטראומה.
- ✓ חיבור של פעילויות לפי הצורך על מנת לפתור כל נושא שנותר.

• **שיעורי בית:**

- ✓ עקוב ופרוק אקטיבציה בעתות סטרס ואי נחת.

❖ **מפגש 15**

• **מטרה:**

- ✓ לקיים מפגש סיום.
- ✓ להציג בפני הקליינט את ההישגים הגופניים שהושגו וקישור האקטיבציה לקוגניציה לרגש וליחסים.
- ✓ תכנון העתיד.

• **סקירה:**

- ✓ סקירת יכולת לעקוב אחר ה SIBAM.
- ✓ סקירת יכולת לנהל סטרס.

• **יעדים פסיכו-חינוכיים:**

- ✓ הקשר גוף/ נפש.

- ✓ הצורך לחבר כל שינוי שקורה בכל רמות ה SIBAM ובתוך יחסים.
- ✓ סמנים של הצורך בתרפיה עתידית (כמו, אירועים, סימפטומים).

• **פעילויות תרפויטיות:**

- ✓ עקוב אחר השינויים השונים שנעשו והחיבור ביניהם לרמות השונות של ה SIBAM, והשפעתם בתוך היחסים שלהם.
- ✓ השוואת מצב עכשווי של בריאות עם מצב בריאות בתחילת הטיפול.
- ✓ עשית רשימת סימפטומים או אירועים שיכלו לסמן את הצורך בתרפיה עתידית.

• **שיעורי בית:**

- ✓ המשך לנהל סטרוס ופרוק אקטיבציה לפי הצורך.

סייג: באופן ברור, סדר הצגת הפעילויות יכול להשתנות; יתכן ותזדקק לזמן רב יותר ממפגש על מנת למשאב, ויתכן ותוכל להתחיל מהר מאד בטיטרציה ובפריקה. אלה המושגים והפעילויות הבסיסיים והדרך של הטיטרציה להציג ולעשות את העבודה עם הקליינט. עם זאת, SE הנו ייחודי בכך שהוא יכול להתאים את כלי לצרכים הממשיים של הקליינט, בהתאם לקצב ולטמפרמנט שלהם.

סיכום הקווים המנחים בהם השתמשנו

מושגים לשם הדרכה פסיכו-חינוכית במפגשים:

מפגש 1:

1. עקוב אחר תחושות בגוף 2. חיבור לקרקע ליצירת יציבות וניהול עצמי 3. משאוב לשם פתוח ערנות לתחושות גוף ניטרליות וחיוביות עם חוויות טובות. משאבי פנטזיה, חוויות מתקנות 4. טיטרציה: עבודה עם השיפה מודרגת לחומר טראומטי 5. פנדולציה (תנודות מטוטלת) שפירושה תנודה בין חומר טראומטי וחוסנה/משאבים על מנת לווסת את מערכת העצבים 6. שחזור תגובות ההגנה עם הבעות, תנוחות ותנועות 7. דיסוציאציה 8. רגשות והתנהגות של טראומה 9. ה SIBAM: הטמרת האלמנטים של SIBAM לתחושות 10. אינטגרציה של פתרון ברמת מערכת העצבים 11. העצמה של ויסות עצמי.

מפגש 2:

חקירת היכולת הסובייקטיבית של הקליינט לערנות לתחושות הגוף דרך עיקוב וחיבור לקרקע.

מפגש 3:

הצגה של חשיפת המנות הקטנות של טיטרציה ותנודות-מטוטלת וזיהוי בלבדי של חומר תקוע כסימפטומים במקום זיהוי של כל האירוע. שימוש במשאבים על מנת ליצור ערנות לגוף ותחושה מוגנות בגוף.

מפגש 4: עיקוב אחר ביטויים טראומטיים לאורך ה SIBAM.

מפגשים 5-8: צירוף ה SIBAM ותנודות המטוטלת והפריקה לעבודה עם חתיכות האירוע השונות של תחושות, אמונות, רגשות ותנועות.

מפגשים 9-11: שחזור תגובות הגנה דרך השימוש בפעילויות הישרדות, הצגת תנועות מזעריות (micro movements) ועבודה עם כאב.

מפגש 12: עיקוב אחר כל גירויי ההתחלה של SIBA.

מפגש 13: עבודה עם מגע-עצמי להקלת כאב ואינטגרציה של שינויים בחיי הקליינט.

מפגש 14: אינטגרציה נוספת של ידע ומיומנויות.

מפגש 15: סגירת מפגש: עיגון ההישגים הגופניים, קישור לקוגניציות ולרגשות, תכנון העתיד.

תרשימים לשימוש:

- מערכת עצבים חסינה – גל של טעינה ופריקה.
- תפקיד מערכת העצבים הסימפטטית והפראסימפטטית לתפקודים השונים.
- יציאה ממערכת עצבים חסינה לכזו שבאקטיבציה במצב של חץ.
- זרם החיים להצגת תנודות-מטוטלת במערכת, היכולת הטבעית להחלים, וכיצד משאבים יכולים לעזור.
- רשימת תחושות.
- רשימת סימנים של פריקה.
- רשימת סימנים פראסימפטטים.
- תחושה מורגשת.
- רשימת מצאי של משאבים- רשימת משאבים.

שאלות שעלינו לענות עליהן: [לג'ינה- מטרת חלק זה לא ברורה- יש להשלים/לתקן ק.ל.]

- כיצד נדרג יעילות של מפגשים מוקלטים? שינויים חיוביים קורים וקליינטים מגיעים ליותר הבנה, נורמליזציה ופתרון התלונות המוצגות.
- מה עלינו לעשות חזר ושוב? לעקוב, לעשות טיטרציה ולפרוק.
- מה עלינו לעשות לאחר סדרה טיפולית בת 15 מפגשים? ללמד את הקליינט לווסת עצמו ולסייע לו לפרוק ולהשלים תגובות הגנתיות.
- מה עלינו לצפות לעשות במפגש 12? להתחיל לעשות אינטגרציה וסכום.
- איך ננמיך את רוח הטיפול? על ידי הערכת המיומנויות שנלמדו והערכת פתרון הבעיות.
- אם זה מחקר של PTSD, אלו התערבויות SE צריכות לשמש על מנת להוריד את 3 התחומים הבאים של סימפטומים:

אקטיבציה סימפטטית בשל חוויה מחדש של האירוע: דריכות יתר ועוררות יתר

עבודה עם **פלאשבקים**, חלומות, סיוטי לילה, מחשבות טראומטיות, דימויים וזכרונות תחושתיים; עבודה עם רגשות של פחד עצמתי, חוסר אונים, אימה, בושה, אשם, גועל, היעדר אמן. התנהגות לא מאורגנת; גירויי התחלה; מצוקה פסיכולוגית; פלאשבקים דיסוציאטיביים.

סימפטומים מתמידים של עוררות יתר:

קושי להירדם ולהמשיך לישון. עצבנות והתרצויות כעס. קושי להתרכז. דריכות-יתר. תגובת בהלה (startle response) מוגזמת.

הימנעות:

הימנעות מכל גירוי הקשור לטראומה (מחשבות, רגשות, שיחות, פעולות, מקומות ואנשים).

הפרעה בתפקוד: מצוקה משמעותית או נזק בתחום החברתי, התעסוקתי, ובתחומי תפקוד אחרים; נזק ליכולת לחפש משימות כמו הנעת משאבים אישיים על ידי שמספרים לבני משפחה על החוויה הטראומטית.

1. Ross G. *Beyond the Trauma Vortex; The Media's Role in Healing Fear, Terror, and Violence*. North Atlantic Books. 2003.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Co-morbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.
3. Brunello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, Shalev AY, Zohar J. Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology, and treatment. *Neuropsychobiology*. 2001;43(3):150-162.3. Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Johnson MR, Vaughan
4. Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Johnson MR, Vaughan JA, III, Carson TC, Powell DA, Hebert R. PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *J Trauma Stress*.2004; 17(4):293-301.
5. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, Ballenger JC, Fyer AJ. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(7):427-435.
6. Bryant, RA, Mastrodomenic J, Felmingham, KL, Hopwood, S, Kenny, L, Kandris, E, Cahill, C, Creamer, M. Treatment of Acute Stress Disorder ;A Randomized Controlled Trial 2008; *Archive of General Psychiatry* . Vol 65 (N0. 6). 659-667.
7. Guenter, HS, Wagner, FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive- behavioral therapy in the treatment of PTSD : a meta-analytic study. *Psychol Medic*. 2006; 36:1515-1522.
8. Kilpatrick DG, Best CL. Some cautionary remarks on treating posttraumatic stress disorder. *Behav Thera*.1984; 15: 421-423.
9. Rosen CS, Chow HC, Finney JF, Greenbaum MA, Moos RH, Sheikh JI, Yesavage JA. Practice guidelines and VA practice patterns for treating posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2004; 17 (3): 213-222.
10. Levine, PA, Frederik, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma through the innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books, Berkeley CA.
11. Scaer, R. (2005). *The traumatic spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. New York: W. W. Norton & Company.
12. Heller, DP, Heller, L. (2004). Somatic experiencing in the treatment of automobile accident trauma. *U.S. Association for Body Psycho-Therapy Journal*, 3(2), 42-52.

13. Selvam, R, Doctor, R M., Parker, C. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. An unpublished paper.
14. Leitch, LM. Somatic Experiencing Treatment with Tsunami Survivors in Thailand: Broadening the Scope of Early Intervention. *Traumatology* 2007; 13; 11, <http://tmt.sagepub.com>.
15. Levine, P.A., Whitehouse, R., & Scaer, R.C. (2008). Somatic Experiencing, a psychophysiological treatment of chronic fatigue syndrome subsequent to acute altitude sickness. An unpublished paper.
16. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (Fourth ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
17. Kellner, R. (1987). A symptom questionnaire: *J of Clin Psychiat*: 48 (7): 268-74.
18. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979.
19. Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. *PCL-S for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1991.
20. Weiss, D. Marmar, C. (1997). *The Impact of Event Scale -Revised*. In Wilson J, Keane T. (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
21. Elal, G. & Slad, P. (2000?). *Traumatic Exposure Severity Scale (TESS): A measure of exposure to major disaster*. Earthquake Research Institute, Bogazici University, Istanbul, Turkey.