אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר

המדרשה לתארים מתקדמים ע"ש מרים ושלדון ג' אדלסון

המחלקה/החוג: "רפואה - כללי"

טיפול בגישת NLP בנשים שחוות פוסט־טראומה בעקבות לידה טראומטית:

הערכת תהליך ותוצאות הטיפול בגישת חקר מקרה משלב שיטות

(Mixed methods case study)

חיבור לשם קבלת התואר

"דוקטור לפילוסופיה"

מאת: יפעת וינשטיין-זהר

הוגש לסנאט של אוניברסיטת תל-אביב נובמבר 2020

עבודה זו נעשתה בהדרכת:

פרופסור אברהם בלייך

יועץ: ד"ר זהר רובינשטיין

תודות

- בראש ובראשונה ברצוני להודות לפרופ׳ אבי בלייך ולד״ר זהר רובינשטיין, על כך שהאמנתם בי, תמכתם, ליוויתם וייעצתם מחוכמתכם וניסיונכם לאורך כל הדרך.
- לפסיכיאטרית, ד״ר ג׳ודית ריידמן-הלפר, שפתחה בפניי את הדלת והצטרפה למסע מרתק ומאתגר, מתוך רצון כן ואמיתי למצוא מזור לנשים לאחר לידה החוות סבל עז.
- לפרופ׳ אלן אפטר ולד״ר רז גרוס, חברי הוועדה המלווה, על ייעוץ והכוונה ועל שקידמו ואפשרו השלמה של המחקר.
- לאסנת מצא-בנימין, מתאמת המחקר וחברת אמת, יד ימיני, הרוח הגבית, המעודדת, התומכת, על קידום המחקר ועל שהייתה שם עבור המשתתפות מתוך מסירות מלאה לחזון.
- לפסיכולוגית ומטפלת ה-NLP, סיגל הרשקו-יבור, על עבודה טיפולית ברמה המקצועית הגבוהה ביותר, שנעשתה מכל הלב ותוך שמירה על רגישות יוצאת מגדר הרגיל.
- לד״ר שרה שמעוני ולד״ר יעל בן דוד על תבונתכן, ידיעותיכן הנרחבות, המקצועיות וכמובן ההכוונה והמשוב המקצועיים שסייעו לי לבור את המוץ מהתבן.
- לקופת חולים ׳מכבי שירותי בריאות׳ על המרחב המחקרי שנועד לקדם בריאות נפשית בקרב נשים.
- לעורך הלשון, שגיא בן-יהודה, על ליווי מסור ומקצועי, על סבלנותו, הערותיו והארותיו המלמדות.
- כמעט אחרונים אך בהחלט מאוד אהובים... משפחתי החמה: להוריי היקרים, טילדה וגדי, על היותכם מצפן למסלול חיי, לאחי דני ואחותי נורית, שתמיד כאן לכל דבר וענייו, לבן זוגי החכם, התומך, המדרבן והנותן את כל המרחב לעוף ולהצליח... וכמובן כמובן לשלושת ילדיי: תומר, נדב וניצן... אתם השראה ומודל חיקוי עבורי.
- ולסיום, תודה לכל לנשים הנפלאות שהביעו נכונותן להשתתף במחקר. ביחד צעדנו בדרך המרגשת של ריפוי והחלמה. המסע האישי של כל אחת ואחת מכן, יצר שלם הגדול מסך כל חלקינו, המאפשר לכולנו יחד להביא תרומה ומשמעות לנשים רבות וליקרים להן.

״הדברים כשלעצמם אינם טובים או רעים. הכול תלוי באופן שעליהם אנו חושבים״.

ויליאם שייקספיר {מתוך המחזה ״המלט״}

תוכן עניינים

תקציר ..... א

א. מבוא 1

1. הפרעת דחק פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) 1
2. פוסט־טראומה לאחר לידה – Post-Partum Post Traumatic Stress Disorder 4
3. מחקרים על התערבויות טיפוליות בפוסט־טראומה לאחר לידה 8
4. תפקוד במעגלי החיים ו-PPPTSD 10
5. צמיחה פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Growth (PTG) 11
6. מודלים תאורטיים להסברה, הבנה, המשגה וטיפול בזיכרונות טראומטיים 15
7. השפעות של הכחדה ושל גיבוש־מחדש בטיפול ב-PTSD 17
8. מבט על Neuro-Linguistic Programming (NLP) 19
   - 8.1. NLP – רקע והסבר כללי 20
   - 8.2. עדויות אמפיריות 23
   - 8.3. הרקע התאורטי והרציונל הטיפולי בהבניית הפרוטוקול הייעודי לטיפול ב-PTSD (PPPTSD כמקרה פרטי של PTSD) 26
     - 8.3.1. גורמים המאפיינים ומייחדים את פרוטוקול הטיפול בטראומה בכלי ה-NLP 28
       - 8.3.1.1. מודל Outcome, Test, Operate, Test, Exit – O.T.O.T.E 28
       - 8.3.1.2. חשיפה חוזרת מבוקרת באמצעות הדמיון 29
       - 8.3.1.3. פירוק הזיכרון בדמיון ובנייתו מחדש 35
       - 8.3.1.4. Positive Reappraisal – הערכה מחודשת חיובית 37
       - 8.3.1.5. צמיחה פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Growth (PTG) 39
9. סיכום 40

ב. מטרות המחקר 42

ג. שיטת המחקר 43

1. גישת המחקר 43
2. אוכלוסיית המחקר 45
   - 2.1. נשים שחוו PPPTSD וטופלו ב-NLP 45
   - 2.2. הצוות המקצועי של המחקר 47
3. תיאור מהלך המחקר 48
4. כלי המחקר 50
   - 4.1. כלים כמותניים 50

4.2. כלים איכותניים 52
4.2.1. ראיונות 52
4.2.2. תצפיות עקיפות 54
5. תיעוד ואיסוף הנתונים 54
6. ניתוח הנתונים 56
6.1. ניתוח מידע כמותני 56
6.2. ניתוח מידע איכותני 58
6.3. סיכום פרק ניתוח הנתונים הכמותניים והאיכותניים על פי גישת חקר מקרה מרובה משלב־שיטות 61
7. החוקר ככלי המחקר 62
8. קריטריונים להערכת איכות המחקר 63
9. היבטים אתיים 66

ד. ממצאים 68

1. ניתוח הממצאים הכמותניים 69
1.1. מדדים תיאוריים של משתני המחקר 70
1.2. סטטיסטיקה היסקית 72
סיכום 82
2. ניתוח הממצאים האיכותניים 83
2.1. תמה ראשונה: אירוע הלידה הטראומטית (קריטריון A ב-DSM-5) – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה. 86
2.1.1. ממד החירום 89
2.1.2. ממד הציפיות הקשורות ללידה 90
2.1.3. ממד השליטה ואובדן השליטה במהלך הלידה 92
2.1.4. ממד התמיכה החברתית 95
2.1.5. ממד היבטים אישיים 97
2.2. תמה שנייה: ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד 100
2.2.1. ממד חודרנות 102
2.2.2. ממד הימנעות 104
2.2.3. ממד שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח 105
2.2.4. ממד עוררות 106
2.2.5. ממד קשיי תפקוד במעגלי החיים 107
2.3. תמה שלישית: רפלקציה על חוויית הטיפול 109
2.3.1. ממד מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד 110
2.3.2. ממד חוויית מהלך הטיפול 112
2.3.3. ממד נקודות מפנה בטיפול 115
2.3.4. ממד תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול 128
2.4. תמה רביעית: תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD 133

2.4.1. ממד שיפור בתסמינים פוסט־טראומטיים 134
2.4.2. ממד שיפור תפקוד במעגלי החיים 137
2.4.3. ממד צמיחה פוסט־טראומטית 139
2.4.4. ממד השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת 141
2.4.5. ממד גישה כללית ללידה 146
2.4.6. ממד תוצאות הטיפול – תוצאות חלקיות 150
2.5. הערכת התהליך הטיפולי – ניתוח תובנות, פרשנויות ומבט־על של הצוות המקצועי 152
2.5.1. מתאמת המחקר 153
2.5.2. פסיכיאטרית מאבחנת 155
2.5.3. מטפלת NLP 157
3. סיכום ממצאי המחקר 163

ה. דיון 164

1. אירוע הלידה הטראומטית 166
2. אחרי הלידה – ביטויים פוסט־טראומטיים, תסמינים פוסט־טראומטיים ובעיות תפקוד 169
3. הטיפול – 'רפלקציה על חוויית הטיפול' 172
3.1. תפיסות חיוביות ומספקות של חוויית הטיפול ב-NLP 172
3.1.1. נקודות מפנה בטיפול 172
3.1.2. חוויית מהלך הטיפול 178
3.1.3. מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד 181
3.2. תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול 184
4. אחרי הטיפול – תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD 185
5. סיכום והשלכות המחקר 192
6. מגבלות המחקר 196

ביבליוגרפיה 198

נספחים 217

רשימת תרשימים

תרשים 1. התכנסות ואינטגרציה של המידע 62
תרשים 2. סכמת ניתוח ממצאים בהתאם ל'קו-הסיפור' 69
תרשים 3. ממוצעי המשתנים לפי זמני המדידה 71
תרשים 4. רמת פוסט־טראומה כללית לפי זמן המדידה 74
תרשים 5. רמת החודרנות לפי זמן המדידה 75
תרשים 6. רמת ההימנעות לפי זמן המדידה 76
תרשים 7. רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח לפי זמן המדידה 78
תרשים 8. רמת השינויים בהאשמה עצמית לפי זמן המדידה 78
תרשים 9. רמת השינויים בעוררות לפי זמן המדידה 80
תרשים 10. רמת השינויים בצמיחה פוסט־טראומטית לפי זמן המדידה 81
תרשים 11. רמת השינויים בתפקוד לפי זמן המדידה 82
תרשים 12. התמה: 'אירוע הלידה הטראומטית' ופריסת הממדים שעלו ממנה 87
תרשים 13. פריטת ההיבטים שעלו מכל אחד מממדי התמה: 'אירוע הלידה הטראומטית' 87
תרשים 14. פריטת הממדים שעלו בתמה: ביטויים פוסט־טראומטיים, תסמינים וקשיי תפקוד 101
תרשים 15. פריטת הממדים שעלו בתמה: 'רפלקציה על חווית הטיפול' 109

רשימת לוחות

לוח 1. ערכי המהימנות של משתני המחקר 57

לוח 2. מדדים תיאוריים של משתני המחקר בשלושת מועדי המדידה: 1. בכניסה לטיפול; 2. במהלך הטיפול; 3. לאחר הטיפול 70

לוח 3. התפלגות המשתנה 'צמיחה פוסט־טראומטית' 71

לוח 4. תוצאות מבחני פרידמן לבחינת הבדלים בין זמני המדידות עבור משתני המחקר 72

לוח 5. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור פוסט־טראומה כללית 73

לוח 6. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת החודרנות 75

לוח 7. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת ההימנעות 76

לוח 8. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח . 77

לוח 9. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת האשמה עצמית..... 78

לוח 10. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת העוררות 79

לוח 11. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית 81

לוח 12. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת התפקוד 82

רשימת טבלאות

טבלה 1. סיכום תהליך הגיוס, המיון והטיפול 47

טבלה 2. מודל ויזואלי עבור שילוב השיטות – ציר הזמן לאיסוף מידע כמותני ואיכותני 55

טבלה 3. סכמת הקידוד: התהוות 'קו-הסיפור' – ארבע תמות המתפרסות על פני ציר זמן המחקר – מתיאור ראשוני של הלידה טרם הטיפול ועד תרומת הטיפול כולל תיאור הלידה פוסט־טיפול ... 84

טבלה 4. אירוע הלידה הטראומטית – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה; ממדים, היבטים ונושאים 88

טבלה 5. תמה: ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד 101

טבלה 6. תמה: רפלקציה על חוויית הטיפול..... 109

טבלה 7. תמה: תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD 133

טבלה 8. השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת 143

רשימת סמלים, קיצורים וראשי תיבות ומשמעותם, לפי סדר א-ב

APA	American Psychiatric Association – איגוד הפסיכיאטרים האמריקאי
ASD	Acute Stress Disorder – הפרעת דחק חריפה
ASR	Acute Stress Reaction – תגובת דחק חריפה
BOLD	Blood-Oxygen-Level-Depended
CADTH	Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment – משרד התיאום הקנדי להערכת טכנולוגיות בריאות
CBT	Cognitive Behavioral Therapy – טיפול קוגניטיבי-התנהגותי
CFI	Comparative Fit Index
DBT-PE	Dialectical Behavioral Therapy-Prolonged Exposure – שילוב בין טיפול דיאלקטי לבין שיטת PE
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders – מדריך הפסיכיאטרים האמריקאי להפרעות נפשיות
EMDR	Reprocessing Eye Movement Desentization – הקהיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים
fMRI	Functional Magnetic Resonance Imaging
GCP	Good Clinical Practice – סטנדרט בינלאומי לאישור של ניסויים מדעיים קליניים
ICD	International Classification of Diseases – סיווג המחלות הבינלאומי של ארגון הבריאות העולמי
IOM	Institute of Medicine of The National Academy – מנהל התרופות
NLP	Neuro-Linguistic Programming
NLPt	Neurolinguistic Psychotherapy
O.T.O.T.E	Test, Exit ,Outcome, Test, Operate (מודל)
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PE	Prolonged Exposure – טיפול בחשיפה מתמשכת
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PPPTSD	Post-Partum Post Traumatic Stress Disorder – הפרעת לידה פוסט־טראומטית / פוסט־טראומה לאחר לידה
PTG	Post Traumatic Growth – צמיחה פוסט־טראומטית
PTGI	Post Traumatic Growth Inventory
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder – הפרעת דחק פוסט טראומטית
R&RP	Project The Research and Recognition – הפרויקט למחקר והוקרה
RCT	Randomized clinical trial – ניסויים מבוקרים אקראיים
RMSEA	Rootmean Squared Error of Approximation
RTM	Reconsolidation of Traumatic Memories – התגבשות מחדש של זיכרונות טראומטיים
SE	Somatic Experience – חוויה סומטית
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
TF-ICBT	Trauma-focused guided Internet-based Cognitive Behavior Therapy – טיפול התנהגותי-קוגניטיבי ממוקד טראומה
TFT	Thought Field Therapy – תרפיית שדה המחשבה
TIR	Traumatic Incident Reduction
TLI	Tucker-Lewis index
TP	Trauma Process – הליך טיפול בטראומה
VA	The United States Veterans Health Administration – מנהל הבריאות האמריקאי לחיילים משוחררים
VK/D	Visual-Kinesthetic-Dissociation – דיסוציאציה ראייתית / תחישתית

תקציר

מבוא ורקע. הפרעת דחק פוסט־טראומטית (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) הינה הפרעה מז׳ורית בתחום בריאות הציבור אשר שכיחותה במהלך החיים (Lifetime) בעולם המערבי היא 8%, וכאשר כוללים PTSD חלקי/PTS (partial/sub-clinic) השכיחות עולה באופן ניכר (Sadock & Sadock, 2003). מחקרים הבוחנים את שיטות ההתערבות המקובלות ל-PTSD מצביעים על יעילות קלינית בהתערבויות קצרות מועד ממוקדות טראומה (Kline et al, 2018).

הפרעת לידה פוסט־טראומטית (Post-Partum Post-Traumatic Stress Disorder – PPPTSD) הינה מקרה פרטי של PTSD. אף על פי שלידה היא חלק בריא ממעגל החיים, הרי שמדובר באירוע הכרוך בסיכון חיי היולדת והעובר. PPPTSD משמש לתיאור אירועים רפואיים אובייקטיביים (טומסיס, 2014 ; Fairbrother & Woody, 2007; Czarnocka & Slade, 2000; Soderquist et al., 2009), למשל סוג הלידה – וגינאלית או מכשירנית (ואקום או מלקחיים) או ניתוח קיסרי (אלקטיבי או חירום), ולתיאורים סובייקטיביים/פסיכולוגיים של האירוע. למשל, תחושות של אובדן שליטה, האשמה עצמית, יחס בלתי אישי או עמדות שליליות המובעות על ידי הצוות המטפל, חששות, שאלות או בקשות שאינם מקבלים הכרה, מידע לא מספק, פרטיות וכבוד לא מספקים, וכן טיפול והתייחסות לא משביעי רצון לאחר לידה (Czarnocka & Slade, 2000). שכיחותו של PPPTSD מלא בעולם המערבי נעה בין 1% ל-6% מסך הלידות. מספר הלידות בישראל בשנת 2018 עמד על 184,457 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018ב). המשמעות היא שבכל שנה מספר הנשים הנמצאות בסיכון לפתח PPPTSD מלא נע בין 1,844 ל-11,067. ארגון הבריאות העולמי (WHO), פרסם בשנת 2012 נייר עמדה בו הוא מזהה את בריאות הנפש של האם כנמצאת ב׳עדיפות בריאות עולמית׳ וזאת בשל ההשלכות על הסובלות מהפרעה זו בהקשר למעגלי החיים השונים (השלכות פסיכולוגיות, תפקודיות, משפחתיות, חברתיות וכדומה) (Vignato, Georges, Bush & Connelly, 2017)

Neuro-Linguistic Programming (NLP) הינה שיטת התערבות אותה ניתן לשייך לזרם הקוגניטיבי-התנהגותי. אף על פי ששיטת ה-NLP נמצאת בשימוש מאז שנות ה-70 של המאה ה-20 ועדויות מהשטח מדווחות על יעילותה, עדיין קיים מיעוט מחקרים בנושא, בייחוד בקשר ליעילותה בתחום ה-PTSD.

שיטת ה-NLP כוללת הליכים קוגניטיביים והתנהגותיים המערבים פעילות ישירה לשינוי תגובות אוטומטיות (מחשבות, רגשות והתנהגות). בהתאם לכך, מחקר זה בוחן את השפעת

התערבות פרוטוקול NLP ייעודי לטיפול בטראומה על נשים שפיתחו PPPTSD. השפעה זו, פנים רבות לה והיא כוללת את מגוון ביטויי ההפרעה: 'חודרנות', 'הימנעות', 'עוררות' ו'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' (כמפורט ב-DSM-5). כמו כן, נבחנת השפעת ההתערבות בהיבטים של ה'צמיחה הפוסט־טראומטית' ו'התפקוד במעגלי החיים השונים' הכולל: קריירה, הורות/אימהות, בריאות, זוגיות, חברה, וקהילה.

מטרת המחקר. מטרת מחקר זה הייתה לבחון את אפשרות השימוש בפרוטוקול NLP לטיפול בטראומה בקרב נשים שפיתחו PPPTSD. בחינה זו התבצעה תוך התמקדות בחוויית התהליך הטיפולי ותוצאותיו. לשם כך נִבחנו הביטויים והתמורות בסימפטומים הפוסט־טראומטיים (חודרנות, עוררות, הימנעות ושינויים שלילים בקוגניציה ובמצב הרוח) לאורך הטיפול ובסיומו. כמו כן התבצעה הערכה של התהליך הטיפולי בניסיון להבין את התנסות המטופלות: נִבחנו נקודות מפנה לאורך הטיפול, השפעות של התהליך על היבטים רגשיים ותפקודיים במעגלי החיים השונים, וצמיחה פוסט־טראומטית. לבסוף, נבדק כיצד המיומנויות והטכניקות של ה-NLP השפיעו על חוויית הטיפול ועל המופעים הפוסט־טראומטיים לאורך המפגשים הטיפוליים ובתומם.

שיטת המחקר. מחקר זה נערך בגישת חקר מקרה משלב-שיטות (Mixed-methods case study). מאחר והמחקר מתמקד בטיפול פרטני הוא נושא אופי של 'חקר מקרה' המפענח פעולות ותהליכים אישיים בהקשרים מגוונים ומאפשר לעמוד על השתנותם על פני זמן (יוסיפון, 2001). בחקר המקרה שולבו שיטות מחקר איכותניות וכמותניות במתכונת שילוב שיטות (Mixed Methodology), כאשר שיטה אחת היא פריזמה של האחרת וניתן להגדירן כנמצאות על "רצף אינטגרטיבי איכותני-כמותני[1]" (Creswell et al., 2003).

אוכלוסיית המחקר כללה שתי קבוצות: קבוצה אחת כללה 15 נשים, חברות 'מכבי שירותי בריאות', הנמצאות עד שנתיים לאחר הלידה ואובחנו עם PPPTSD מלא או חלקי. נשים אלה טופלו בפרוטוקול NLP ייעודי שפותח במטרה לטפל ב-PTSD. הפרוטוקול כלל את טכניקות תבניות ה'סוויש': ראייתי (Visual Swish), שמיעתי (Auditory Swish) ותחישתי (Kinesthetic Swish), הליך 'טיפול בטראומה' (Trauma Process), והליך 'מסע הגיבור' (The Hero's Journey Process). הקבוצה השנייה כללה את הצוות המקצועי של המחקר: הפסיכיאטרית המאבחנת, הפסיכולוגית המומחית בטיפול ב-NLP ומתאמת המחקר.

[1] נהוג לאחד מונחים: 'איכותי' נהוג להיקרא 'איכותני' ולכן באיחוד סמנטי 'כמותי' נקרא 'כמותני'.

קבוצת המטופלות השיבה על שלושה שאלוני מדידה: שאלון לבחינת PTSD, שאלון תפקוד ושאלון לצמיחה פוסט־טראומטית. שאלונים אלה מולאו לפני, בזמן ולאחר תום סדרת המפגשים הטיפוליים. כמו כן, כל המטופלות עברו ראיונות עומק חצי־מובנים לאחר תום הטיפול. ארבע המטופלות האחרונות שהצטרפו למחקר הביעו הסכמתן להקלטת כל סדרת הטיפולים. הקבוצה השנייה, שכָּללה את הצוות המקצועי, עברה ראיונות עומק חצי־מובנים בנוגע לכל אחת מהמטופלות וגם העלתה תובנות, פרשנויות ומבט-על.

ממצאי המחקר. ממצאי המחקר מצביעים על תרומתו החיובית של פרוטוקול NLP לטיפול ב-PPPTSD. הממצאים הכמותניים הצביעו על שיפור בכל הממדים שנחקרו. רמת ה-PTSD הכללית ירדה, חל שיפור (ירידה) בכל התסמינים הפוסט־טראומטיים: 'חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'. שינויים אלה נמצאו בין המדידה הראשונה טרום התערבות, למדידה השלישית פוסט התערבות. בנוסף, מדדי התפקוד והצמיחה הפוסט־טראומטית הצביעו על שיפור בין המדידה הראשונה לשלישית. ממצאים אלה נמצאים בהלימה למידע האיכותני העשיר שהתקבל. החלק האיכותני העלה מחשבות, דעות, רגשות, תחושות ופרשנויות בזמן האמת בו המטופלות התמודדו חזיתית עם אירוע הלידה הקשה שלהם והפוסט־טראומה שלאחריו, וזאת באמצעות הטכניקות והמיומנויות של ה-NLP כפי שהן מופיעות בפרוטוקול הטיפולי. תיאורי המטופלות, בנוסף להצהרותיהן בנוגע להשגת מטרות הטיפול, כללו תיאורים המצביעים על שיפור והקלה בתסמינים הפוסט־טראומטיים, על צמיחה פוסט־טראומטית ועל שיפור בתפקוד. תיאורים אלו הביאו לקדמת המפגש הטיפולי את השימוש במנגנוני החוסן, הקוגניציה, הדמיון, הרגש, והתחושה – דבר הממקם את הפרוטוקול הטיפולי הנחקר במסגרת האוריינטציה הסלוטוגנית המתמקדת בגורמי הבריאות להבדיל מהתמקדות בגורמי הסיכון (אנטונובסקי, 1998). בנוסף, ניכר כי הפרוטוקול הנבדק תרם בהשבת תחושת השליטה, כאשר לאורך שלבי המחקר המטופלות נעשו סוכנות שינוי בעלות שליטה – בחיבור המחודש לגורמי התמך המשפחתיים/חברתיים, בכל הקשור לתפיסות ולאמונות על העצמי והעולם, וכן בהשבת תחושה של מסוגלות עצמית, והערכה עצמית מחודשת. בכך הצליח הפרוטוקול לעמוד ביעדי הטיפול בפוסט־טראומה (Calhoun & Tedeschi ,2006; White, 2007) הכוללים שיפור בתגובות למאזכרים הפוסט־טראומטיים, הזיכרון והנרטיב הטראומטי, ושינוי הסכֵמות/האמונות המגבילות לאמונות מעצימות התומכות בצמיחה ושינוי.

מסקנות והמלצות המחקר. מחקר זה הינו מחקר חלוץ בתחום ההתערבויות המיועדות לטיפול ב-PPPTSD ובמיוחד בבחינת הפרוטוקול לטיפול בטראומה של ה-NLP. המחקר מספק עדויות

רבות מזוויות שונות על חוויות לידה קשות, על ההשפעה של חוויות אלה על הנשים במעגלי החיים השונים, ועל חוויה חיובית בעקבות ההתערבות הטיפולית מתחום ה-NLP. כמו כן, קיימות עדויות על השגת מטרות הטיפול וההשפעה בנוגע לשינוי תפיסת חוויית הלידה, ובעקבות זאת, שינוי תפיסות הנוגעות במעגלי החיים, שיפור בתפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית. תרומתו של מחקר זה באה לידי ביטוי בכמה מישורים: (1) פרוטוקול הטיפול של ה-NLP מציע שיטת טיפול ממוקדת מטרה הכוללת אפשרות להתערבות בחלון הזדמנויות סביר על מנת למנוע החרפה של המצב ואף להיטיב אותו; (2) הפרוטוקול כולל בסך הכול שישה מפגשים טיפוליים, ולכל הדעות נחשב כטיפול קצר־מועד המקנה חבילת טיפול חסכונית; (3) הפרוטוקול מובנה והליכיו ברורים וכוללים מערך הדרכה למטפל; (4) פרוטוקול הטיפול ידידותי הן למטפל הן למטופל; (5) מיתרונותיו של הפרוטוקול ניתן למנות, בנוסף להפחתה משמעותית בתסמינים הפוסט־טראומטיים, הערכה מחודשת חיובית; בניית נרטיב רציף של ריפוי; שיפור בתפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית.

לאמור לעיל ניתן להוסיף ארבעה יתרונות: (1) מחקר זה הינו חלוץ בשיטת המחקר המשלבת מידע כמותני ואיכותני, אשר אפשרה הרחבה מקיפה של המידע על המשתנים שנבחנו באמצעות הכלי האיכותני. שילוב השיטות פתח אפשרות להרחבת 'השפה' ולהמשגה של השיח בנוגע לפוסט־טראומה לאחר לידה, ולהגדלה של אמינות הממצאים בכך שחלק גדול מהממצאים הכמותניים והאיכותניים – נמצא דומה; (2) באמצעות מחקר זה, המתמקד ב-NLP, התאפשר מתן מענה רחב ומגוון לבחינת השיטה עצמה (הטכניקות והמיומנויות הבאות לידי ביטוי), בעיקר על רקע החסך הקיים במחקרים בתחום ה-NLP ובאופן ספציפי NLP כתרפיה ממוקדת־טיפול בתחום ה-PTSD וה-PPPTSD; (3) באמצעות המחקר עלתה חשיבות שילוב טכניקות ייעודיות בפרוטוקול הנותנות מענה ישיר לעבודה עם אמונות מגבילות/פרדיגמות (ובאופן ספציפי מתן מענה לקריטריון D שנוסף ב-DSM-5 – שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח). מסקנה זו חשובה במיוחד לאור העובדה שבמהלך הקליני המופר, דיכאון מופיע תכופות עם PTSD, ודיכאון כשלעצמו (ברמות שונות) מופר אחרי לידה. לאור זאת, מומלץ בעתיד לשלב בפרוטוקול טכניקות NLP המיועדות גם למרכיב הדיכאוני; (4) מהלך המחקר דרש מפגשים עם מוקדים שונים במערכת הבריאות מעבר למפגש עם אוכלוסיית המחקר, וכתוצאה מכך, המחקר זיקק תובנות בנוגע לחוויית הלידה והשלכותיה על כל רבדיה. יתר על כן, תובנה משמעותית עוד יותר היא ההבנה כי פוסט־טראומה בעקבות לידה עוברת 'מתחת לרדאר' של מערכת הבריאות ואינה זוכה לתשומת לב אבחונית וטיפולית (בשונה מדיכאון

אחרי לידה), ולכן חשוב לגייס את מערכת הבריאות בישראל להעשיר ולהעמיק את הידע הקיים, להבין את חשיבותו ובהמשך ליצור מנגנוני איתור וטיפול ב-PPPTSD.

מגבלות המחקר. אוכלוסיית המחקר כללה רק נשים ישראליות דוברות עברית חברות קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות', וכן השתתפו בו 15 נבדקות בלבד, ללא קבוצת ביקורת; במחקר לא נכללו נשים שפיתחו תסמיני דיכאון, למרות שדיכאון נמצא כאחד המאפיינים המלווים פוסט־טראומה; נתוני המחקר מתבססים על השפעת הטיפול במסגרת של עד שנה מתום הטיפול בלבד; בשל היעדר קבוצת ביקורת לא ניתן היה לבחון הטייה אפשרית הקשורה לאפקט הפלצבו ולרצייה חברתית, שעשויה להשפיע על תפיסת השפעת הטיפול של הנשים שהשתתפו במחקר; ולבסוף, החוקרת מגיעה מתחום ה-NLP, ולמרות נסיונה לנתח את המידע האיכותני בכלים מקצועיים וללא משוא פנים, הרי שייתכן ואופן ניהול הראיונות ותהליכי ניתוח המידע הושפעו מכך שלא במתכוון.

א. מבוא

פרק זה יעסוק בסקירת הספרות הרלוונטית למחקר הנוכחי. הסקירה תתמקד בשמונה נושאים אשר כל אחד מהם מהווה תת־פרק, וסדרם כדלהלן: בתחילה, יוצגו הנושאים המרכזיים בהם מתמקד הפרק; הפרעת דחק פוסט־טראומטית (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) ופוסט־טראומה לאחר לידה (Post-Partum Post-Traumatic Stress Disorder – PPPTSD) כמקרה פרטי של PTSD. בהמשך, יוצגו מחקרים המתמקדים בהתערבויות המקובלות בתחום הטיפול בפוסט־טראומה לאחר לידה. לאחר מכן, הסקירה תתמקד בהשלכות ההפרעה בהיבטים הכוללים תפקוד במעגלי החיים וצמיחה פוסט־טראומטית (Post-Traumatic Growth – PTG). שני תתי־הפרק הבאים בסקירה יכללו מודלים תאורטיים להסברה, הבנה, המשגה וטיפול בזיכרונות טראומטיים ובכללם השפעות של 'הכחדה' (Extinction) ושל 'גיבוש־מחדש' (Reconsolidation) בטיפול ב-PTSD. ולבסוף, תוצג שיטת ה-NLP (Neuro-Linguistic Programming), יפורטו מחקרים שעסקו ב-NLP ופוסט־טראומה וכמו כן, יוצג הפרוטוקול הייעודי של ה-NLP לטיפול בפוסט־טראומה.

1. הפרעת דחק פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

הפרעת דחק פוסט־טראומטית היא הפרעה בעלת מגוון תסמינים המופיעים לאחר חשיפה לאירוע טראומטי. הפרעה זו הוצגה לראשונה ב-1980 במדריך הפסיכיאטרי האמריקאי להפרעות נפשיות בגרסתו השלישית (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-III) (American Psychiatric Association [APA], 1980) וב-1992 ב-International Classification of Diseases (ICD-10) (World Health Organization, 1992). אנשים שעברו אירוע טראומטי עלולים לחוות ב-48 השעות הראשונות שלאחר האירוע תגובת דחק חריפה (ASR – Acute Stress Reaction), שאינה מוגדרת כהפרעה פסיכו־פתולוגית. תגובה זו מתאפיינת בתסמינים מגוונים, נזילים ומשתנים כגון: הלם, חרדה, ייאוש, התכנסות או פעילות יתר (לוי ושובל, 2010). תגובת ה-ASR עלולה להתפתח להפרעת דחק חריפה (ASD – Acute Stress Disorder), זאת אם המצוקה הנפשית נמשכת מעל ליומיים ועד לחודש, ומקבלת ביטוי בדומה לתסמינים המופיעים בהפרעה הפוסט־טראומטית המלאה (כמפורט בהמשך, תסמינים אלה כוללים: חודרנות; עוררות יתר; הימנעות ושינויים קוגניטיביים שליליים). בנוסף לכך ייתכנו מאפיינים דיסוציאטיביים, כגון: קהות, ריחוק ושכחה. אם תסמינים אלו נמשכים מעל לחודש ימים, עלול הפרט לקבל אבחנה של PTSD (DSM-III-IV-5) (APA, 1980, 1994, 2013, בהתאמה). כפי שניתן לראות, האבחנות אשר צוינו לעיל, יוצרות רצף התפתחותי של PTSD. חשוב

לציין, כי יש לכך השפעות והשלכות משמעותיות על איכות החיים ורמת התפקוד של הנפגעים במגוון תחומי חיים כגון: תחומים חברתיים, בין־אישיים ומקצועיים (Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson, 2009). PTSD נקשר לאיכות חיים ירודה ושימוש מוגבר בשירותי הבריאות, למגוון מצבים גופניים ופסיכולוגיים חולניים (Koren, Norman, Cohen, Berman & Klein, 2005) במיוחד לדיכאון (Schell & Marshall, 2008), ולשימוש לרעה בחומרים ממכרים כגון סמים ואלכוהול (Seal, Cohen, Waldrop, Maguen & Ren, 2011). נסיגה רגשית וקהות רגשית נפוצה בעיקר בקרב גברים, בעוד שעוררות, חוסר שליטה והאשמה עצמית נפוצה יותר בקרב נשים (Taft, Schumm, Panuzio & Proctor, 2008).

PTSD היא אחת מההפרעות הפסיכיאטריות השכיחות, בעלת שכיחות העומדת על 8% במהלך החיים (Lifetime) (Kessler et al., 1995; APA, 2000). עם השנים התרחבה ההבנה בנוגע למקור האירועים בעלי הפוטנציאל הטראומטי, והם כוללים בין השאר: פציעה גופנית, אונס, אסונות טבע, תאונות ומחלות (Sareen ,2014). השכיחות הנבדקת מושפעת משני גורמים: 1. נקודת הזמן בו היא נבדקת: ככל שהבדיקה נערכת קרוב יותר לאירוע, השכיחות של הנפגעים תהיה גבוהה יותר. בדרך כלל במהלך עשר שנים ואילך לאחר האירוע השכיחות תהיה 10%-15%; 2. סוג הטראומה: למשל, טראומה מינית הינה בעלת פוטנציאל פתוגני גבוה ל-PTSD בהשוואה לטראומות אחרות. שכיחות ההפרעה מצביעה על חשיבות גבוהה במציאת טיפולים מסייעים הולמים (APA, 2000).

לאורך ארבעים השנה האחרונות הצטברה ספרות מחקרית נרחבת הטוענת כי חוויות טראומטיות עשויות לגרום לקשיים פסיכולוגיים משמעותיים עבור אחוז ניכר מן האוכלוסייה. לפי ה-DSM-5 (APA, 2013) קיימים מספר קריטריונים למתן אבחנת ההפרעה:

קריטריון A – **חשיפה** אישית או עדות לאירוע מעורר דחק – האדם נחשף למוות, איומי מוות, נזק רציני ממשי או איומי נזק, אלימות מינית ממשית או איומי אלימות באחד מהאופנים הבאים: (1) חשיפה ישירה; (2) חשיפה כעד לאירוע; (3) חשיפה עקיפה, על ידי למידה מחבר או קרוב משפחה שנחשף לטראומה; (4) חשיפה עקיפה ממושכת או קיצונית לפרטים מרתיעים של האירוע, לרוב בתחום עבודה מקצועית.

קריטריון B – סימפטומים של **חודרנות (Intrusion)**, חוויה מחדש של האירוע הכוללים סיוטים ו/או תגובות דיסוציאטיביות (פלשבק).

קריטריון C – סימפטומים של **הימנעות (Avoidance)** ממצבים, ממקומות ומאנשים המזכירים את האירוע.

קריטריון D – סימפטומים של **שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח** כגון: אמונות שליליות על העצמי ועל העולם, רגשות שליליים הקשורים לטראומה (פחד, זעם, אשמה, זיכרון חלקי) (קריטריון זה נוסף ב-DSM-5).

קריטריון E – סימפטומים מוגברים של **עוררות יתר (Increased arousal)** כגון: רגזנות, התנהגות תוקפנית, דריכות, הפרעות בשינה.

בנוסף להגדרות אלה חשוב לציין כי על הסימפטומים להופיע מעל לחודש ימים (קריטריון F), לגרום להפרעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי ו/או המקצועי (קריטריון G), וכן שאינם תוצר של שימוש בחומרים (קריטריון H).

במהלך שלושים השנים האחרונות או יותר, נערכו ניסיונות לפתח התערבויות טיפוליות שונות, ביניהן טיפולים תרופתיים, שימוש ב'קנביס רפואי' ו'טיפולים ממוקדי טראומה קצרי־מועד', אשר מטרתן לצמצם את השפעות הטראומה ולמנוע את התפתחות ה-PTSD הכרוני או את משך הופעתו.

טיפולים תרופתיים – בשלב זה אין טיפול תרופתי ספציפי שפותר את תסמיני ה-PTSD ולכן תרופות פסיכיאטריות אינן המענה היעיל ביותר להפרעה (טמיר, 2020). **שימוש ב'קנביס רפואי'** – כיום יש אינדיקציות לכך שחלק מרכיבי הקנביס, בעיקר THC ו-CBD, מפחיתים תסמינים של PTSD, עיקר השפעתם הוא בשיפור איכות השינה, הפחתת 'פלשבקים' וסיוטים בלילה, וכן נרמול עוררות היתר הגופנית שמאפיינת PTSD. עם זאת, המחקר בתחום עדיין לוקה בחסר (Abizaid, Merali & Anisman, 2019; Lake et al., 2020). **'טיפולים ממוקדי טראומה קצרי־מועד'** ישנן כמה שיטות מבוססות מחקר לטיפול ב-PTSD הנחשבות כמומלצות והן: טיפול בחשיפה מתמשכת – PE (Prolonged Exposure); DBT-PE – שילוב בין טיפול DBT (טיפול דיאלקטי, Dialectical Behavioral Therapy) לבין שיטת PE; טיפול ממוקד באמצעות 'Mindfulness'; הקהיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (Eye Movement Desentization Reprocessing – EMDR); טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד בטראומה (TF-CBT); וחוויה סומטית (SE – Somatic Experience). לדוגמה, במנהל הבריאות האמריקאי לחיילים משוחררים (VA- The United States Veterans Health Administration), משלבים בעיקר תרפיות PE ו-CBT לטיפול ב-PTSD. אמנם הטיפולים האמורים לעיל נמצאים תחת ההגדרה של 'טיפולים ממוקדי טראומה קצרי־מועד' אך מדובר בסדרת מפגשים הכוללת 12 מפגשים בממוצע, ומסתבר כי שיעורי אי־התגובה עדיין גבוהים מאוד ועומדים על כ-44% כמו גם שיעורי נשירה גבוהים של עד 54% (Gray, Budden-Potts & Bourke, 2019; Metcalf et al., 2016). באוקטובר 2007, פרסם ה-IOM (Institute of Medicine of The National Academy) דו"ח מקיף המתבסס על סקירה של 2,771

מחקרים שנערכו מאז שנת 1980 בנוגע לאפקטיביות הטיפולים בתחום ה-PTSD. הסקירה כללה טיפולים בעיקר מתחום הפסיכולוגיה הדינמית, 'היפנותרפיה', EMDR, טכניקות הרפיה, טיפולי חשיפה ו- CBT. הוועדה הגיעה למסקנה כי המחקרים שנערכו עד כה אינם מספקים על מנת לקבל תמונת מצב אמיתית שתאפשר הכוונה להתערבויות יעילות, וכי יש צורך במחקרים נוספים בעלי איכות גבוהה עבור כל אחד מהטיפולים המוצעים כיום (Institute of Medicine, 2008). בהתאם לזאת, מסקנת הוועדה מכוונת את הזרקור לשני נושאים: האחד – איכות המחקרים, והשני – שאלת אפקטיביות הטיפולים המוצעים. ריבוי סוגי הטיפולים הקיימים היום, כמו גם התמיכה המחקרית ליעילותם, מעלה שאלות לגבי הטיפול היעיל ביותר. האבר (Huber, 1997) טוען כי הגישות הטיפוליות המומלצות צריכות להפגין "אפקטיביות מקסימלית", ולהפיק במספר מפגשים "השפעה יוצאת דופן על הפציינט" ועל יכולתו להתאושש ולהחלים מ-PTSD.

מטא־אנליזה שניסתה לענות על השאלה: "האם CBT אפקטיבי יותר מטיפולים אחרים" (Tolin, 2010), העלתה כי טיפול CBT יעיל יותר מטיפול פסיכו־דינמי באופן מובהק, אך לא נמצאה מובהקות בהשוואה לטיפול בין־אישי ותמיכתי.

מטא־אנליזה נוספת בחנה אפקטיביות של מגוון הטיפולים המוצעים ל-PTSD (Watts et al., 2013). החוקרים מצאו כי המחקרים השכיחים נערכו על תרפיות קוגניטיביות-התנהגותיות כגון: PE, CBT, EMDR, ועל התערבויות תרופתיות בעיקר ממשפחת ה-SSRI. הם מצאו כי התרפיות הקוגניטיביות-התנהגותיות נמצאו אפקטיביות בהפחתת תסמיני PTSD וכי לא ניתן להצביע על טיפול אחד הנחשב כטוב ביותר.

לאור האמור לעיל, יש קריאה מתמשכת למציאה, פיתוח ותיקוף של גישות חדשניות לטיפול ב-PTSD (Fernández et al., 2016; Goetter et al., 2015).

2. פוסט־טראומה לאחר לידה – Post-Partum Post Traumatic Stress Disorder

הפרעת לידה פוסט־טראומטית (PPPTSD) תוארה לראשונה על ידי בידלובסקי ודובל בשנת 1978 (Bydlowski & Duval, 1978). ב-DSM-III (APA, 1980), 'טראומה' הוגדרה כאירוע חריג שאינו ברצף חייו של האדם. בשל כך, אירוע הלידה, הנחשב לאירוע חיובי ורצוי הנכלל ברצף החיים, לא הוכר כחלק מההפרעה. אולם ב-DSM-IV (APA, 1994), עודכנו הקריטריונים להפרעת דחק פוסט־טראומטית ומאז אירוע נחשב לטראומטי אם: (1) האדם חווה או היה עד לסכנה ממשית לחייו או לשלמות הפיזית שלו או של אדם אחר. (2) הנחשף הגיב בפחד עז, חוסר אונים, אימה. ב-DSM-5

עודכנה הגדרת האירוע (קריטריון A) כמפורט לעיל בתת-פרק 1. שינוי זה אִפשר ללידה להיחשב כאירוע שעלול לגרום להתפתחות הפרעת דחק פוסט־טראומטית. כאשר בוחנים את הקריטריונים, נראה כי למרות שהלידה אינה אירוע פתאומי, בניגוד לחוויות טראומטיות אחרות המופיעות בפתאומיות, חלק ניכר מהנשים חשות סכנת חיים ממשית/פציעה להן או לתינוק (Boyce et al., 2001). במהלך לידה כואבת, נשים רבות מאמינות כי גופן נקרע או נהרס באופן בלתי הפיך, מתארות פחד מדפורמציה ונזק לעובר, וישנן נשים החוות את הלידה כפגיעה מינית או כטריגר להיזכרות בפגיעה מינית (Grekin & O'Hara, 2014 ; Polachek et al, 2012).

אבחנה ב-PPPTSD מצריכה סימפטום אחד לפחות מאשכולות הסימפטומים B ו-C (חודרנות והימנעות), יחד עם שני תסמינים או יותר מקבוצת אשכול D (שינוים שליליים בקוגניציה), ושני תסמינים לפחות מקריטריון E (עוררות). לפיכך, PPPTSD, המתואר גם כ"טראומת לידה אימהית" (Maternal childbirth trauma), הוא מקרה פרטי של PTSD (Ayers, 2014).

PPPTSD מתאר מגוון חוויות שליליות שיכולות להופיע במהלך הלידה ולאחריה, כולל סכנה לאם או לילד, נוהלי חירום לא מתוכננים ואינטראקציות שליליות עם הנוכחים במהלך הלידה (Cheung, 2018).

נהוג לחלק את גורמי הסיכון להתפתחות ההפרעה לשניים (כהן-ארואטי, 2017):

(1) גורמים הקשורים להיסטוריה של האישה בהקשרים שונים – אירוע הלידה יכול להיות טריגר להפעלת היסטוריה טראומטית קודמת (טראומה מינית, לידה טראומטית קודמת, לידה שקטה קודמת וכדומה); היסטוריה פסיכיאטרית בעברה של האישה; קשיים פסיכולוגיים במהלך ההיריון (הופעת דיכאון או חרדה במהלך ההיריון; דיכאון לאחר לידה קודמת; גורמים מיילדותיים כמו היריון עם סיבוכים (למשל רעלת היריון).

(2) גורמים הקשורים להיריון וללידה הנוכחיים – מדובר על מגוון רחב של אירועים הקשורים בסיבוכים בלידה: התערבויות חירום רפואיות כמו גם התערבויות מצילות חיים (ניתוח קיסרי, מלקחיים, ואקום), צירים ממושכים או כואבים מאוד, טיפול לקוי בהקלה בכאבים, לידה שקטה, לידה מוקדמת, לידת תינוק עם נכות כתוצאה מטראומת לידה, ושהיית תינוק ביחידה לתינוקות בטיפול מיוחד או יחידת טיפול נמרץ בילודים.

חלוקה נוספת קשורה לגורמים אובייקטיביים וגורמים סובייקטיביים להתפתחות ההפרעה (טומסיס, 2014; Czarnocka & Slade, 2000; Fairbrother & Woody, 2007; Soderquist, Wijma, Thorbert & Wijma, 2009). הגורמים האובייקטיביים קשורים בסוג הלידה: וגינאלית, מכשירנית

(ואקום או מלקחיים) או ניתוח קיסרי (אלקטיבי או חירום). הגורמים הסובייקטיביים קשורים בתחושות של אובדן שליטה, האשמה עצמית, יחס בלתי־אישי או עמדות שליליות המובעות על ידי הצוות, חששות, שאלות או בקשות שאינם מקבלים הכרה, מידע לא מספק, פרטיות וכבוד לא מספקים, טיפול והתייחסות לא משביעים רצון לאחר לידה (Czarnocka & Slade, 2000).

חשוב לציין שנמצא כי יולדות המעריכות את לידתן כטראומטית כיוון שעברו לידת חירום, לא בהכרח תדווחנה על רמות גבוהות של סימפטומים פוסט־טראומטיים. כך גם להפך, נשים שאובייקטיבית לידתן הייתה תקינה לחלוטין, יכולות להציג רמות גבוהות של סימפטומים פוסט־טראומטיים. נתון זה מצביע על חשיבותה של החוויה הסובייקטיבית של הלידה וזו עשויה להיות משמעותית יותר מהאירועים האובייקטיביים (קיטאי, 2018 ; Ayers, 2004).

בישראל נערכו שני מחקרי עוקבה בנושא PPPTSD. הראשון התקיים בשנת 2012 בבתי החולים 'באר-יעקב' ו'שיבא – תל-השומר' (Polachek et al, 2012) במטרה לבדוק שכיחות PPPTSD בקרב נשים בישראל מייד אחרי הלידה, תוך מיקוד בגורמים שלא בהכרח קשורים בסכנת מוות ועדיין מהווים פוטנציאל לטראומה. ממצאי המחקר היו דומים למחקרים אחרים בתחום: 3.4% נשים פיתחו PPPTSD מלא ו-25.9% פיתחו PPPTSD חלקי כאשר מתוכן נמצאו 7.9% עם PPPTSD כמעט מלא. PPPTSD חלקי הוגדר במחקר זה בקרב נשים שסבלו מסימפטומים משתי קבוצות לפחות של תסמיני ההפרעה, עם או בלי תפקוד לקוי ולא בהכרח במשך חודש. המחקר השני נערך בשנת 2014 (Polachek et al, 2016), ומטרתו הייתה למפות גורמי סיכון להתפתחות ההפרעה כדי להגדיר מודל חיזוי ל-PPPTSD. שני מחקרים חלוצים אלה מתמקדים במיפוי התופעה בישראל ובגורמים המנבאים (במטרה למצוא דרך לאתר מראש אוכלוסיות סיכון), ממצאיהם נמצאו בהלימה לידע הקיים בעולם, אך אינם בוחנים התערבויות להקלה או לריפוי ההפרעה.

אף על פי שלידה היא חלק בריא ממעגל החיים, הרי שמדובר באירוע הכרוך בסיכון חיי היולדת והעובר. שכיחות PPPTSD מלא (Full PTSD) נעה בין 1%-6% (טומסיס, 2014 ; Olde, van der Hart, Kleber & van Son, 2006; Soderquist et al., 2009) ומתבטאת בלפחות שניים מהקריטריונים המופיעים ב-DSM. אחוז הנשים הסובלות מ-PPPTSD חלקי/תת־קליני (Partial/sub-clinic) (משמעות החלקיות היא שלא מתקיימים מלוא הקריטריונים הנדרשים לאבחנה, אבל נוכחים סימפטומים משתי קבוצות לפחות של תסמיני ההפרעה), נע בין 8.3% ל-32%. מחקרים נוספים מצביעים על טווחים דומים (Cigolli, Gilli & Saita, 2006; Creedy, Shochet & Horsfall, 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Maggioni & Fusari, 2007; Maggioni, Margola & Filippi, 2006). כמו כן נמצא כי נשים

בקבוצות בסיכון גבוה היו בסיכון גבוה יותר ל-PPPTSD עם שכיחות ממוצעת של 18.95% (Yildiz, Ayers & Phillips, 2017). ההבדלים בין ממצאי המחקרים השונים נובעים מהגדרות מתודיות, שימוש בכלי מדידה שונים לבחינת ה-PPPTSD והזמן שחלף מהלידה. יחד עם זאת, פילר (Peeler, 2015) מעלה את האפשרות שהדיווח על הימצאות PPPTSD הוא נמוך מהקיים בפועל בשל ציפיות תרבותיות/חברתיות סביב נושא הלידה המקושר לשמחה ואושר. הטענה היא שבשל כך, נשים עלולות להתקשות להכיר, להודות ולהשמיע את קולן בנוגע לקשיים – הן בפני עצמן, הן בפני המשפחה, החברים ואנשי המקצוע בתחום הבריאות. זאת ועוד, במאמר סקירה של ויגנטו ושות' (Vignato et al., 2017) בנושא PPPTSD, מוצאים החוקרים היעדר בהירות מושגית בנוגע לאבחנה המדווחת והנחקרת בין דיכאון לאחר לידה ופוסט־טראומה לאחר לידה. זאת, בעוד שני מונחים אלה מהווים ישויות אבחוניות ומושגיות נפרדות, כאשר PTSD מסווג כטראומה וכהפרעה הקשורה במתח, ודיכאון לאחר לידה מסווג כהפרעת מצב רוח (APA, 2013).

מספר הלידות בישראל בשנת 2018 עמד על 184,457. המשמעות היא שבכל שנה מספר הנשים הנמצאות בסיכון לפתח PPPTSD מלא נע בין 1,844 ל-11,067 והסיכון לפתח PPPTSD חלקי נע בין 15,310 ל-59,026 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018ב).

בספרות המחקרית מבחינים בין לידה טראומטית (אובייקטיבית) לבין חוויית לידה טראומטית (סובייקטיבית) (כהן-ארואטי,2017). כהן-ארואטי מצטטת ממחקרה של אנדרסון (Anderson, 2017) הטוענת כי כל אישה עשויה לתפוס לידה כטראומטית, ועלולה לפתח השלכות משמעותיות ללידה טראומטית וזאת גם כאשר לא היו גורמי סיכון אובייקטיביים במהלך הלידה.

התמונה הקלינית של PPPTSD כוללת מחשבות חוזרות על הלידה; מחשבות מטרידות שמפריעות לשגרת החיים הרגילה ומעוררות מצוקה נפשית וגופנית; סיוטי לילה שקשורים לחוויה הקשה של הלידה; נשים המבקשות בהיריון הבא ללדת בניתוח קיסרי כאשר אין לכך סיבה רפואית-גופנית; עצבנות; עוררות יתר (ודאגה חרדתית לתינוק), אינסומניה; סף תסכול נמוך; תיאבון מוגבר או חוסר תיאבון; הימנעות מקיום יחסי מין (פגיעה ביחסים עם הבעל); פגיעה בתפקוד היום־יומי; פגיעה בדימוי ובהערכה העצמית; דיכאון. ביטוי קיצוני אחר יכול להיות פחד מלידה חוזרת עד כדי הימנעות מכניסה להיריון (הולר-הררי, 2008; Beck, 2015). נמצא מתאם חיובי של תסמיני PPPTSD עם סגנונות התמודדות קוגניטיביים נמנעים, ובייחוד הכחשה והאשמה עצמית (Radoš et al., 2018), וכן עם תפיסת אובדן משאבים (Tomsis, Gelkopf, Yerushalmi & Zipori, 2018). בספרות המקצועית מדווח על עלייה בפגיעה בקשר עם התינוק, בהנקה וביכולת של האם לספק את צרכיו הרגשיים של

התינוק (Ballard, Stanley & Brockington, 1995). בנוסף, תינוקות לאימהות עם PPPTSD, נמצאו כמתקשים יותר בוויסות רגשי, התינוקות נחווים כיותר 'קשים' ובעלי טמפרמנט (Peeler, 2015). סקירה שיטתית ומטה-סינתזה של מחקרים איכותניים שנועדה לחקור את ההשלכות הפסיכו־סוציאליות של לידה טראומטית על רווחתה של האם (Fenech & Thomson, 2014), חשפה במסקנותיה כי חוויית לידה טראומטית יכולה להביא לסערת רגשות הרסנית בעלת השלכות שליליות ארוכות-טווח על זהותן העצמית של הנשים ועל מערכות היחסים שלהן עם ילדיהן ובני זוגן ולייצר אסטרטגיות התמודדות לא מתפקדות תוך חוויה של אובדן אידיאלים עצמיים ומשפחתיים.

3. מחקרים על התערבויות טיפוליות בפוסט־טראומה לאחר לידה

מסקירה מקיפה של פרסומים העוסקים בטיפולים הניתנים ל-PPPTSD, עולה כי מרבית המחקרים מתמקדים באיתור ואבחון PPPTSD, וזאת בניסיון להבין את השכיחות, הגורמים, אפשרויות המניעה, והסימפטומים הספציפיים שבאים לידי ביטוי בהפרעה זו. חיפוש מעמיק המתמקד **בשיטות הטיפול** נערך במאגרי המידע שלהלן: MEDLINE Complete (EBSCO); Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); PTSDpubs (Proquest); Scopus; Embase. החיפוש הוגדר לטווח שנות פרסום הנע בין 1997-2019. מונחי החיפוש העיקריים שהיו בשימוש הם: Postpartum OR Postnatal OR "after birth" OR "after childbirth" AND "Posttraumatic Stress Disorder" OR "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR PTSD AND Intervention OR Therapy OR Treatment. בסך הכול נמצאו 75 פריטים: 20 סקירות, 14 מחקרים מבוקרים רנדומליים, 10 מאמרים שפורסמו בעיתונות, 6 מחקרי מקרה, 6 סקירות שיטתיות, 5 מחקרים כמותניים, 3 מחקרים עם ריבוי מרכזים, 3 מחקרי אורך, 2 מחקרים איכותניים, 2 מטא־אנליזות, מחקר עוקבה אחד, מחקר השוואתי אחד, מאמר עורך אחד ודיסרטציה אחת.

מהתמונה המצטיירת עולה כי קיים מיעוט מחקרים בנוגע להתערבויות הטיפוליות השונות הניתנות במקרים של PPPTSD, ובנוגע לאפקטיביות שלהם. להלן סיכום עיקרי המידע העולה מסקירה זו:

מספר מחקרים בחנו אפקטיביות של טיפול ב-PPPTSD באמצעות EMDR (Zimmerman, 2013; Beck, 2015; Sandström et al, 2008; Stramrood et al., 2012). מסקנות המחקרים דומות ומעלות כי תרפיה זו מקלה על החוויה השלילית ומפחיתה את הסימפטומים הפוסט־טראומטיים. ראוי לציין כי שלושה מהמחקרים כללו מספר קטן של משתתפות (עד 10 משתתפות במחקר).

מחקרים אחרים בחנו תרפיות שונות כגון: CBT (James, 2015; Nieminen et al., 2016; Peeler, 2015; Zimmerman, 2013), כתיבה אקספרסיבית (Blasio et al., 2015), התערבות הכוללת טיפול מקובל (CBT, EMDR, PE) בתוספת הליך משימה קוגניטיבי (Horsch et al., 2017), PE עם CBT (Reina et al., 2019). מחקרים אלה, השונים במתודולוגיה המוצגת ובמספר הנבדקות, מציגים תוצאות חיוביות, הקלה בתסמיני PPPTSD, ואף שמירה ארוכת־טווח על תוצאות אלו.

בשנת 2015 התכנסו 14 מטפלים וחוקרים במטרה לסקור את הידע הקליני והאקדמי בתחום PPPTSD, וזאת כעדכון למידע שהחל להתגבש בשנת 2006, ועודכן בשנת 2008 (McKenzie-McHarg et al., 2015). הם זיהו חמישה תחומים שנחקרים בנושא: צוותים ודרכי טיפול; מניעה והתערבות מוקדמת; השפעה על המשפחות והילדים; אוכלוסיות מיוחדות; וצמיחה פוסט־טראומטית. יחד עם זאת, מסקנתם הייתה ש-PPPTSD נחשב כתחום "חדש ומתהווה" ולמרות ההתקדמות המחקרית, בשלב זה ידוע מעט יחסית ועדיין קיימים פערים משמעותיים בבסיס הידע.

פורוטה ושות' (Furuta et al., 2018) ערכו סקירה שיטתית ומטה אנליזה של טיפולים פסיכולוגיים ממוקדי טראומה (TFPT – Trauma-focused psychological therapies). הסקירה כללה 11 מחקרים שדווחו ב-12 מאמרים אשר בהם השתתפו 2,677 נשים לאחר לידה ממדינות שונות בעולם (אוסטרליה, קנדה, איראן, איטליה, שוודיה, שוויץ, וארצות-הברית). מחקרים ומאמרים אלה כללו ניסויים קליניים שדיווחו על תסמיני לחץ פוסט־טראומטיים הן בקרב קבוצת ההתערבות והן בקרב קבוצות הביקורת, או אשר דיווחו על תסמינים אלו לפחות בשתי נקודות זמן – לפני התערבות ואחרי התערבות. ממצאי הסקירה הראו כי: (1) ההתערבויות היו שונות במודלים שלהן, במשכן ובעוצמתן, וכללו טיפול בחשיפה, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד בטראומה, טיפול בהפחתת רגישות (Desensitization), EMDR, וגישות פסיכולוגיות אחרות; (2) המשתתפות חוו לידות לא מסובכות, ניתוחי חירום קיסריים ו/או לידות מוקדמות; (3) הממצאים מראים כי התערבויות פסיכולוגיות ממוקדות טראומה יעילות בהפחתת תסמיני PPPTSD בטווח הקצר (עד 3 חודשים לאחר לידה) ולטווח בינוני (3-6 חודשים לאחר לידה); (4) לצד העובדה שתוצאות המטא־אנליזות (בשילוב שלוש שיטות ה-TFPT) תומכות בשימוש ב-TFPT, עדיין לא ברור אם סוג מסוים של TFPT עדיף על משנהו ולכן בבחינת הטיפול המועדף מומלץ לבחון בפועל את הנסיבות וההגדרות הקליניות הספציפיות.

החוקרים הגיעו למסקנה כי נדרשים מחקרי המשך גדולים יותר, אשר יבדילו בין קבוצות בסיכון נמוך וקבוצות בסיכון גבוה, ויבצעו מעקב נאות, כדי לקבוע איזו התערבות פסיכולוגית ממוקדת טראומה היא היעילה והמקובלת ביותר לטיפול ב-PPPTSD.

לסיכום תת־פרק זה, נראה כי קיים מיעוט יחסי של מחקרים הבוחנים ומעריכים טיפולים ממוקדי PPPTSD. המחקרים הקיימים מתמקדים ברובם בטיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים כטיפול פרטני, ולצד התמיכה העולה בהתערבויות מסוג זה, ניכר כי יש צורך במחקרים נוספים לבחינת אפקטיביות הטיפול הן בהפחתת התסמינים הן בנוגע להחלמה מההפרעה (החלמה במחקר זה מתייחסת לשיפור בסימפטומים הפוסט־טראומטיים ובתפקוד / הפוגה בתסמינים / אי־עמידה בקריטריונים האבחוניים).

עד לשלב זה, סקירת הספרות התמקדה ב-PTSD, PPPTSD, ובמחקרים שבחנו את ההתערבויות המקובלות בתחום הטיפול בפוסט־טראומה לאחר לידה. בשני הפרקים הבאים, 4 ו-5, הסקירה תתמקד בהשלכות ההפרעה בהיבטים הכוללים תפקוד במעגלי החיים וצמיחה פוסט־טראומטית (Post-Traumatic Growth – PTG).

4. תפקוד במעגלי החיים ו-PPPTSD

בעוד שדיכאון לאחר לידה קשור בחוסר תפקוד ומצב רוח ירוד, פוסט־טראומה לאחר לידה קשורה בעיסוק חוזר בלידה עצמה ובשחזור תחושת חוסר השליטה והכאב. פעמים רבות נראה כי הנשים מתפקדות היטב לנוכח האחריות החדשה אך מתקשות להרפות מחוויית הלידה. יחד עם זאת, ככל שהתסמינים ממשיכים, הם עתידים לגרום לבעיות תפקוד, לבידוד משפחתי-חברתי, להתכנסות עצמית וחרדה ביצועית, ולקושי להיקשר לתינוק החדש או לתפקד כהורה. בהמשך, יכולים להתפתח גם דיכאון, חרדה, התמכרות, ניתוק נפשי בעת מצבי לחץ, עיקור (במצבי קיצון – במטרה להימנע מהיריון נוסף), ולעיתים אף אובדנות (בן ציון, 2019; Fenech & Thomson, 2014; Polachek et al., 2016).

ניתן לראות שבעיות תפקוד אלה פוגשות מעגלי חיים נרחבים. נהוג לחלק מעגלים אלה לקטגוריות הכוללות: (1) מקצוע לימודים או קריירה; (2) הורות; (3) אחר משמעותי וזוגיות; (4) חברים; (5) קהילה; (6) אינטימיות (Gelkopf, Berger, Bleich & Cohen-Silver, 2012; Kimsey-House, Whitworth & Sandahl, 1988).

מחקרים שונים בחנו את אופן השפעת הלידה הטראומטית על תפקוד הנשים במעגלי החיים השונים. מחקר איכותני שכָּלל ראיונות עומק וניתוח לפי נושאים עם שבע נשים הסובלות מ-PPPTSD (Peeler, Stedmon, Chung & Skirton, 2018) מצא כי הנשים חוות קשיים במערכת היחסים הזוגית, קשיים בהבעת רגשות, ובעיות בריאות. מחקרים נוספים מצאו קשר בין הימצאות PPPTSD לבעיות

תקשורת בין בני הזוג וכן גם קשר לבעיות באינטימיות (Ayres et al., 2007; Parfitt & Ayres, 2009). איירס ושות' (Ayres et al., 2006), מתארים במחקרם חילוקי דעות, בעיות בתפקוד המיני ואשמה גם בכל הנוגע לאירועים הקשורים ללידה. הם אף מתארים איכות חיים לקויה, שינויים ברווחה הגופנית, במצב הרוח, בהתנהגות ובאינטראקציות החברתיות. נשים עם PPPTSD מדווחות כי ילדיהן בעלי טמפרמנט סוער וקשה יותר להרגיעם (Davies et al., 2008), ויתרה מזאת, מהמחקרים עולה כי ההפרעה משפיעה על הילד הסוער ובאופן מעגלי על קשרי האם-תינוק וכמובן על תפקודן במצבי קושי אלה (Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet & Muller-Nix, 2011). מחקרים נוספים מצביעים על השפעה של אימהות עם PPPTSD על התנהגות והתפתחות התינוק (Shaw et al., 2009), ועל קושי או הימנעות מהנקה, דבר שיכול להיות בעל השלכות ארוכות טווח על בריאות התינוק (Beck & Watson, 2008; Ip et al., 2007). לעומת זאת, מחקרם של הול ושות' (Hall et al., 2017) לא מצא קשר בין רמות מצוקה גבוהות של האם הסובלת מ-PPPTSD לתפקוד הורי לקוי.

5. צמיחה פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Growth (PTG)

בספרו "האדם מחפש משמעות" כתב ויקטור פרנקל (1963, עמ' 87): "צריך שתהא משמעות גם לסבל. הסבל כחלק בלתי־נמחה של החיים אף בדמותו של הגורל והמוות. אין שלמות לחיים בלי סבל".

PTG היא חוויה סובייקטיבית של שינוי פסיכולוגי חיובי המתרחשת כתוצאה מהתמודדות עם מצבי משבר או לחץ טראומטי. התופעה אינה מתייחסת רק לחזרה למצב הנפשי הנורמטיבי שהיה קיים טרם הטראומה, אלא להתפתחות ממשית, מעמיקה ומקיפה, שמתבטאת בעיקר בשיפור יכולות קוגניטיביות, רגשיות וגופניות, ואף לפיתוח חוסן נפשי. הצמיחה אינה מתרחשת באופן ישיר בעקבות טראומה, אלא היא תהליך המתלווה אל אופן התמודדות האדם עם מציאות פסיכולוגית חדשה שעליו להסתגל אליה ומושפע ממנו (מור ואיתן, 2018; Tedeschi & Calhoun, 1996).

אנשים מדווחים על צמיחה פוסט־טראומטית במגוון נסיבות משבריות, לרבות התמודדות עם מחלה מסכנת חיים, מוות במשפחה, תקיפה מינית, אסונות טבע, מצבי מלחמה ופיגועי טרור. טדצ'י וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1995) שטבעו את המונח 'צמיחה פוסט־טראומטית', מגדירים טראומה באופן רחב יותר מהמקובל בספרות המקצועית בתחום. הם מדברים על 'משברים' ו'אירועי דחק' כולל התמודדות עם גירושין, התמודדות הורים עם לידת ילד עם מוגבלות, וטווח רחב של נסיבות המאתגרות את משאבי ההתמודדות של הפרט ומפרות את האיזון בחייו. המחקרים מראים שאחוז גבוה יחסית מהאנשים מדווחים כי למדו במצבים אלה על עצמם, על הקשר שלהם לאחרים ועל מהות

החיים עבורם. לאחר שהאדם יוצא מההלם הראשוני, לצד תגובות של אובדן, בלבול, כעס ועצב, מתקיים תהליך של עיבוד ועיכול של מה שקרה. תהליך זה עשוי להוביל את האדם לפרספקטיבה חדשה על החיים המאפשרת לו למקם אירועי חיים, לחבר בין זיכרונות ולתרגם חוויות רגשיות לשפה. משברים יכולים להיות קטליזטור המערער הנחות יסוד בסיסיות, חושף אמיתות קיומיות ומוביל אנשים לשנות את האופן שבו הם מתייחסים לעצמם, לאחרים ולחיים בכלל. התמודדות עם משברים אלו דורשת גיוס משאבים פנימיים ותמיכה מצד הסביבה. בשל כך יכולים משברים לשמש כ׳נקודות זינוק׳ ולהירשם כציוני דרך התפתחותיים. המצוקה הפוסט־טראומטית והצמיחה הפוסט־טראומטית אינם קטבים מנוגדים של אותו תהליך. למעשה, מצוקה פוסט־טראומטית וקריסת המשמעות, יכולות לשמש כמנוע לצמיחה (פרדס, 2019).

מרקו (2019) כותבת כי הרעיון של צמיחה ממשבר אינו רעיון חדש ומופיע בספרות, בפילוסופיה ובדתות השונות לאורך ההיסטוריה: הטרגדיות היווניות, סבלו של ישו הנוצרי, ייסוריו של ורתר הצעיר – כולם מתארים ומסבירים את תפקידו של הסבל האנושי בקירוב האדם לחוכמה, לאמת ולאלוהים. המיתוסים של עמים שונים משופעים בסמלים המייצגים רעיון זה, כגון הקשת שלאחר המבול אשר במקרא מסמלת תקווה חדשה לאנושות או ה׳פניקס׳ (עוף החול) במיתולוגיה המצרית אשר נשרף כליל בלהבה אך נולד מחדש מעפרו. גם אצל אריך פרום (1977) מופיע הרעיון לפיו הטראומה היא מעין מבחן או כור היתוך שבו האדם משיר מעליו את החלקים הלא אותנטיים שלו. הטראומה מציבה את האדם אל מול אפסותו. במקום זה הוא מגלה את חוסר התוחלת של הניסיון ליצור לעצמו ביטחון ויציבות ונדחף למצות יותר מן החיים ולנהל חיים משמעותיים יותר (Calhoun & Tedeschi, 1998). לכך אפשר להוסיף את המונח ׳מסע הגיבור׳ שטבע ג׳וזף קמפבל, חוקר תרבויות, מיתולוגיות ומיתוסים, בספרו ׳הגיבור בעל אלף הפנים׳ (Campbell, 1949). במחקריו ההשוואתיים בין תרבויות תבל גילה קמפבל יסודות משותפים לתהליכי ההתפתחות הרוחנית של ׳הגיבור׳ המיתי ושל האדם המחפש משמעות. את היסודות הללו רקם קמפבל למעין מפה בת עשרה שלבים המציינת את מסע הצמיחה של הגיבור: ראשיתו של התהליך בקריאה לצאת מן הבית ולעזוב את המרחב המוכר. המשכו – בתקופת חניכה ומאבק, בה נדרש הגיבור להתמודד עם כוחות חזקים ממנו. בסופה של החניכה חלה תמורה ברוחו של הגיבור והוא ׳מפנים׳ או ׳מתמזג׳ עם מושאי מאבקו. מכאן, מתחיל המסע הביתה כשהוא שלם יותר, מודע וחומל. זהו מסע שתחילתו במשבר או טראומה, המשכו ביצירת שינוי מהותי בחיים, וסיומו כרוך בהתפתחות, משמעות וצמיחה.

בגלגולו המודרני, רעיון הצמיחה הפוסט־טראומטית התפתח במסגרת תנועת הפסיכולוגיה החיובית. כבר בשנות החמישים של המאה העשרים טען אברהם מאסלו (1954, כפי שצוטט אצל מרקו, 2019) שיש להתמקד בצדדים הבריאים והטובים יותר של האדם והתנהגותו על מנת להפוך את חייו

למאושרים יותר. פסיכולוגים מהאסכולה ההומניסטית כגון קארל רוג׳רס, ארווין יאלום וויקטור פרנקל התייחסו ספציפית לאופן בו משברי חיים טומנים בחובם אפשרויות של שינוי אישי חיובי, אולם רק בסוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים התחיל מאמץ שיטתי לבדוק את התצפיות האלו במחקר, ונמצאו עדויות לצמיחה פוסט־טראומטית במגוון רחב של הקשרים (מרקו, 2019).

אירוע טראומטי שבעקבותיו מתפתחת פוסט־טראומה בא לידי ביטוי במחשבות חודרניות בהן שב האירוע ונשנה בחוויית האדם (קריטריון B), כתוצאה מכך מערכת האמונות של האדם נסדקת, ועלולות להתגבש סכמות קוגניטיביות חדשות הכוללות תפיסות מחודשות על המציאות (קריטריון D). שינויים תפיסתיים אלה פועלים לעיתים רבות לכיוון שלילי, אך יש חוקרים הסבורים כי הם עשויים להביא גם לשינוי עמוק המוגדר כצמיחה (Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010 כפי שצוטטו אצל לאופר, 2009), ואף לחזק בהמשך החיים את החוסן הנפשי של השורד באמצעות אדפטציה של כישורי השליטה הקוגניטיביים (Hulbert & Anderson, 2018).

הצמיחה באה לידי ביטוי בשלושה תחומים עיקריים (סדן, 2019): (1) שינוי בחוויית העצמי: תחושות של חוסן פנימי מוגבר, סיבולת וכוח, המתעוררות דווקא מתוך ההכרה בפגיעות וההתמודדות הקשה עם סבל ואין־אונים; (2) העמקה ביחסים בין־אישיים: חוויה חזקה יותר של חיבור, אמפתיה ורגישות לזולת ולסבל אנושי, הערכה גבוהה יותר של משאבים חברתיים, פיתוח מיומנויות בין־אישיות והרחבת מעגלי השתייכות; (3) שינוי בסדרי עדיפויות ערכיים ובהשקפת העולם: הערכה מחודשת ומלאה יותר של החיים ועיסוק בשאלות קיומיות ורוחניות, בעקבות החוויה הטראומטית והמפגש האפשרי עם סכנה ומוות.

מחקרים רבים בחנו את הקשר בין מגוון אירועי חיים שליליים וטראומטיים ל-PTG בקרב אוכלוסיות שונות ומצאו רמות גבוהות של צמיחה, למשל: אירועי טרור (לאופר וסולומון, 2006; Lykins, Segerstrom, Averill, Evans & Kemeny, 2007); פדויי שבי (Solomon & Dekel, 2007); מלחמה (Rosner & Powell, 2006); התמודדות עם מחלת הסרטן (Occhipinti, Chambers, Lepore, Jin, Xu, & Aitken & Dunn, 2015; Pat-Horenczyk et al., 2015); אסונות טבע כמו רעידת אדמה (Nygaard & Heir, 2012; Liu, 2014); תקיפה מינית (Frazier, Conlon & Glaser, 2001); היריון והורות (Sawyer, Ayers, Young, Bradley & Smith, 2012).

מנגד, ראוי לציין שחוקרים אחרים בנושא PTG, העלו ספקות לגבי הממשות או התקֵפוּת של צמיחה פוסט־טראומטית מדווחת (Frazier et.al., 2009). חוקרים אלה מצאו שלמעשה המתאמים בין מדדי צמיחה נתפסת-מדווחת לבין מדדי צמיחה ממשית הם אפסיים, ושהמצוקה הנפשית אף גדולה

יותר דווקא כאשר מדווחים על שינויים חיוביים. עם זאת, מצוקה וצמיחה אינם מוציאים זה את זה (לאופר וסולומון, 2006) והם כנראה משתנים נפרדים שיכולים להתקיים בו־זמנית אצל אותו אדם. וכך, לצד הסימפטומטולוגיה הפסיכולוגית המאפיינת תגובה פוסט־טראומטית, יכולים להופיע גם ביטויים של צמיחה – השפעות חיוביות בתחומים הקשורים בתפיסה ובהערכה של האדם את עצמו ואת יחסיו עם סביבתו (כהן, 2010).

בהתייחס לקשר בין לידה ו-PTG, קיים קושי בהבנת מקור הצמיחה לאחר הלידה והמעבר להורות. כאמור, המושג PTG מתאר שינוי חיובי המתחולל בעקבות התמודדות עם אירוע חיים מאתגר. באופן טבעי אירוע הלידה כמו גם המעבר לאימהות נכלל בתיאור זה ולכן יכול להוות בסיס לצמיחה אישית גם אם אינו כולל טראומה (Nishi & Usuda, 2017; Porat-Zyman, Taubman-Ben-Ari & Spielman, 2016; Sawyer & Ayers, 2009). סקר אוכלוסייה שנערך באנגליה (Henderson & Redshaw, 2013) בקרב 5,333 נשים מצא כי כשליש מהן דיווחו על תחושה חיובית וצמיחה לאחר הלידה. קיטאי (2018) חקרה את הצמיחה לאחר הלידה והקשר עם PPPTSD, ומצאה שככל שאישה דיווחה על רמות גבוהות יותר של סימפטומים פוסט־טראומטיים, כך דיווחה גם על רמות גבוהות יותר של צמיחה. סויר ואחרים (Sawyer, Nakić Radoš, Ayers & Burn, 2015) מצאו מתאם בין לידה וצמיחה בקרב נשים בבריטניה (N = 193) וקרואטיה (N = 160). במחקרם נמצא כי נשים צעירות, ונשים שהציגו אסטרטגיות התמודדות דיווחו על צמיחה רבה יותר, וכן שתסמיני לחץ פוסט־טראומטי מוגברים ואסטרטגיית התמודדות נמנעת של הכחשה היו קשורים לרמות צמיחה גבוהות יותר. יחד עם זאת, מחקר זה מציג פערי מידע בכל הנוגע להשפעות התרבותיות, בעוד מחקרים אחרים מציעים לבחון את ההשפעה של סגנונות התקשרות (MacKinnon et al., 2018), את הקשר בין צמיחה למצוקה ובין צמיחה לחוסן (McKenzie-McHarg et al., 2015) ולהעריך את המאפיינים המייחדים את הלידה (Sawyer et al., 2012). בנוסף, קיימים פערי ידע בנוגע לאופן בו ניתן לשלב את רעיון הצמיחה בהתערבויות קליניות (McKenzie-McHarg et al., 2015). יחד עם זאת, ולאור האמור לעיל, יעדי הטיפול כוללים סיוע לתהליך הצמיחה לאחר הטראומה תוך עידוד המטופלת לגלות מובנים ומשמעויות לטראומה ואולי גם לשנות את הסיפור האישי ולמצוא או להמציא נרטיב אחר שיאפשר וישקף ארגון מחודש של העצמי (Calhoun & Tedeschi ,2006; White, 2007). החתירה למשמעות היא חלק מתהליכים אינטגרטיביים, שמגמתם לאפשר הישרדות וחידוש השליטה והטעם בחיים בעקבות הטראומה. המסר יכול להיות ש״יש חיים לאחר הטראומה״ מאחר שאנו יכולים לשנות את הסיפור שלנו, דהיינו את הפרשנות שלנו למה שקורה לנו (כהן, 2010).

6. מודלים תאורטיים להסברה, הבנה, המשגה וטיפול בזיכרונות טראומטיים

חלק זה של סקירת הספרות מתמקד במספר תאוריות ומודלים מקובלים המציעים הסבר והמשגה לתופעת ה-PTSD ולקשר בין זיכרון ולמידה. מטבע הדברים, קצרה היריעה מלהציג את כלל התאוריות והמודלים בתחום. לפיכך, בחרתי לשלב בין מודלים קלאסיים-היסטוריים כגון תאוריות למידה, לבין מודלים אשר בהמשך הסקירה יסייעו לבסס את הרציונל העומד בבסיס ההתאמה בין שיטת ה- NLP לטיפול ב-PTSD.

התאוריות והמודלים אשר יוצגו בפסקאות הבאות: (1) תאוריית למידה ביהביוריסטית – התניה קלאסית והתניה אופרנטית (Wessa & Flor, 2007); (2) תאוריית העיבוד הרגשי (הפרט, 2011); (3) מודל הדינמיקה הכרונולוגית של עיבוד זיכרון רגשי (Diamond, Campbell, Park, Halonen & Zoladz, 2007) ומודל הייצוג הכפול (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996); (4) 'חוק הב' (Brown & Milner, 2003).

תאוריית למידה ביהביוריסטית: על מנת להסביר את מהלך ההתפתחות של PTSD ניתן להשתמש בתאוריות ביהביוריסטיות – התניה קלאסית והתניה אופרנטית (אינסטרומנטלית). במהלך האירוע הטראומטי מתבצעת התניה קלאסית, קרי, צימוד בין מאפיינים שונים של האירוע לבין תחושות הפחד והאימה. כתוצאה מכך, כאשר הפרט נתקל בהמשך חייו במאפיינים משניים של האירוע, הדבר מעורר את תגובת הפחד, אשר עברה התניה. תהליך הלמידה האופרנטית מתבטא בכך שהפרט לומד כי הימנעות מסיטואציות, מחשבות, רגשות וזיכרונות אשר כרוכים באירוע הטראומטי, מסייעת לו להתגונן מפני הפחד והחרדה (Wessa & Flor, 2007). התניה אופרנטית היא צורה גמישה יותר של למידה, היא מאפשרת לאורגניזם להתאים את ההתנהגות שלו בהתאם לתוצאותיה. כלומר, כאשר אחרי ההתנהגות באות השלכות מועדפות, היא נוטה לקרות בתדירות גבוהה יותר; ואילו כשאחריה באות השלכות לא מועדפות, היא נוטה לקרות בתדירות פחותה. בעוד שהתניה קלאסית מערבת תגובות אוטומטיות טיפוסיות, התניה אופרנטית מערבת התנהגויות שנלמדו. בנוסף, בעוד שהתניה קלאסית מערבת קישור בין שני גירויים, התניה אופרנטית מערבת קישור בין תגובה וגירוי. (קרלסון ובירקט, 2019).

תאוריית העיבוד הרגשי: הפרט (2011) מתאר את תאוריית העיבוד הרגשי של Foa & Kozak משנת 1986, המציגה את מבני הפחד כ'רשתות טענתיות' (Propositional Networks) המכילות מידע על: (1) גירויים; (2) תגובות מילוליות, התנהגותיות ופיזיולוגיות; (3) המשמעות של הגירויים והתגובות. הסברה בתאוריה זו היא, שכדי לחולל שינוי במבנה פחד נחוצים שני מרכיבים: תפעול

(Activation) שלו והטמעה של מידע חדש הסותר את המידע הקודם המאוחסן בו. פירוש הדבר הוא, שתהליכים קוגניטיביים מסבירים את ההתרגלות (ירידה בעוצמת התגובה הרגשית) ההולכת ונבנית במהלך הפגישות וביניהן. מהלך טיפולי זה מעלה את ההסתברות לכך שהטראומה תיפתר באופן מוצלח על ידי כך שהיא תשולב ותיטמע במבנה הזיכרון הקיים (דוויודי, 2013, עמ' 36).

מודל הדינמיקה הכרונולוגית של עיבוד זיכרון רגשי, ומודל הייצוג הכפול: מודלים אלו מספקים עבורנו הסבר לאופן בו פעולתן של מערכות הרגש והזיכרון עלולה להשתבש במהלכו של אירוע טראומטי, וכתוצאה, להביא להיווצרותם של סימפטומים פוסט־טראומטיים. על פי מודל הדינמיקה הכרונולוגית, במהלך אירוע טראומטי ההיפוקמפוס פועל באופן מוגבר, ומתמקד בהקשר המיידי של האירוע. לאחר האירוע, פעילותו של ההיפוקמפוס מופחתת, והוא אינו מבצע לאירוע קונסולידציה (Consolidation) לתוך הזיכרון האפיזודי. כתוצאה מכך, הזיכרון של האירוע הטראומטי הוא זיכרון הֶבְזֵק, המהווה בסיס לפלשבקים וביעותי לילה. בד בבד, פעילותה של האמיגדלה מוגברת, דבר המביא להיווצרותם של קישורים חזקים העמידים יחסית להכחדה, בין מאפייניו של האירוע הטראומטי לתגובת הפחד. מעבר לכך, הפרה־פרונטל קורטקס, אשר אמור למתן ולווסת את פעילות האמיגדלה, אינו פעיל עקב מצב הדחק הקיצוני (Diamond et al., 2007).

בדומה לכך, על פי מודל הייצוג הכפול, זיכרונות טראומטיים מאוחסנים בשני אופנים שונים: (1) באופן מפורש (זיכרונות נגישים-מילולית). (2) באופן מרומז (זיכרונות נגישים-מצבית). PTSD מתפתח כאשר אירועים טראומטיים מפיקים תיעודים לא־שלמים בשני סוגי מאגרי הזיכרון, וכן כאשר זיכרונות אלו מוכחים כמנוגדים לסכמות ולאמונות הקיימות המגדירות את עולמו של החולה. בהתאם לכך, ההחלמה מתקדמת באמצעות שני שלבים: (1) שילוב הנרטיב המפורש של האירוע הטראומטי עם האמונות והציפיות של החולה; (2) הפיכת החוויה המרומזת למפורשת באמצעות החוויה-המחודשת והגעה לכלל הבנה בהקשר לחוויה הטראומטית הלא־מילולית (Brewin et al., 1996).

'חוק הב' (Hebb rule): על פי 'חוק הב' אם סינפסה הופכת לאקטיבית באופן חוזר בערך באותו הזמן שהנוירון הפוסט־סינפטי יורה, יחולו שינויים במבנה או בכימיה של הסינפסה, שיחזקו אותה. כלומר, החוק מסביר כיצד נוירונים משתנים על ידי התנסות בדרך שגורמת שינויים בהתנהגות (קרלסון ובירקט, 2019). בהתייחס ללמידה קלאסית ולמידה אופרנטית: (1) למידה קלאסית חלה על התנהגויות אוטומטיות, ובאמצעותה גירוי חסר חשיבות הופך לגירוי בעל משמעות. לאחר שנעשה זיווג בין שני גירויים, האחד מעורר ריגוש באופן רפלקסיבי והשני ניטרלי (חסר חשיבות). כשהגירויים מגיעים בסמיכות, והגירוי הניטרלי מופיע לפני הגירוי הבלתי־מותנה, מתקיים לפי 'חוק הב' חיזוק

סינפסה. הסינפסות שיתחזקו הן אלו שקשורות בסינפסה משותפת לנוירונים שיורים באותו הזמן. (2) בלמידה אופרנטית נעשה קשר בין גירוי לתגובה, באופן נלמד ולא אוטומטי, המתרחשת בעזרת חיזוקים ועונשים. במוח קיים חיזוק בין האזור התפיסתי והאזור המוטורי. גירוי מחזק יוביל לתוצאות רצויות ויגביר את התגובה, ואילו גירוי מעניש יוביל לתוצאות לא רצויות ויפחית את התגובה. החיזוק גורם לשינויים במערכת העצבים, הגורמים לכך שגירוי מסוים מוביל לתגובה מסוימת. דהיינו, כשמשהו טוב קורה, מופעלים במוח מנגנוני חיזוק ושינויים נעשים בעוצמה רבה. במילים אחרות, בין הגירוי לתגובה חל חוק החיזוק – אם גירוי הוא טוב ויעיל (גורם לתגובה חיובית) אז נלמד אותו – נחזק את הקשר שבין הגירוי לתגובה. 'חוק הב' אומר, שאם סינפסה מופעלת שוב ושוב בזמן שהנוירון הבתר־סינפטי יורה, חלים במבנה ובהרכב הכימי שלה שינויים העושים אותה חזקה יותר. 'חוק הב' הוא למעשה הבסיס הפיזיולוגי להסבר התניה קלאסית. 'חוק הב' תלוי בשני תנאים: (1) סמיכות הזמן של הגירויים – המרווח בין מתן הגירוי הניטרלי והבלתי־מותנה יהיה קצר. חשוב גם שהגירוי הניטרלי (המותנה) יגיע לפני הגירוי הבלתי־מותנה; (2) סינפסה משותפת לשני הגירויים – על מנת ליצור את הקשר יש צורך בסינפסה משותפת קיימת. לפי 'חוק הב', סינפסה המופעלת בשעה שגם הנוירון הבתר־סינפטי פועל, נעשית חזקה יותר. גרייה חשמלית של מעגלים עצביים בתצורת ההיפוקמפוס, עשויה לגרור שינויים סינפטיים ארוכי־טווח המשתתפים בתהליך הלמידה. נמצא, שגרייה חשמלית חזקה של האקסונים ההולכים מהקורטקס האנטוריני לרכס המשונן, מגדילה את עוצמת הפוטנציאלים הבתר־סינפטיים וגורמת לאחרונים להגיב גם לגירויים עתידיים בעוצמה גדולה מהרגיל. הגדלה כזו מכונה הגברה ארוכת־טווח. ניסויים רבים הוכיחו שהגברה ארוכת־טווח המתקיימת בחתכי ההיפוקמפוס, מתנהלת לפי 'חוק הב'. כלומר, אם מגרים סינפסה חלשה וסינפסה חזקה המתחברות באותו נוירון באותו הזמן בקירוב, תתחזק הסינפסה החלשה. תופעה זו נקראת הגברה ארוכת־טווח אסוציאטיבית (קרלסון ובירקט, 2019).

כפי שניתן להבין, ישנה הסכמה מסוימת כי בבסיס ה-PTSD עומדים זיכרונות טראומטיים, המנותקים מתהליכי הזיכרון האפיזודיים ומעוררים תגובות לא אדפטיביות הקשורות לחרדה והימנעות. תת־הפרק הבא מציג את המושגים 'הכחדה' ו'גיבוש־מחדש', המהווים תהליכים אופציונליים המציעים דרך התמודדות עם הזיכרונות הטראומטיים.

7. השפעות של הכחדה ושל גיבוש־מחדש בטיפול ב-PTSD

'הכחדה' (Extinction) ו'גיבוש־מחדש' (Reconsolidation) הם מושגים ותהליכים תאורטיים, המתייחסים לאופן בו פועל הזיכרון האנושי, לאופן בו זיכרונות מתגבשים וחשוב מכול – לאופן בו ניתן לשנות זיכרונות. בספרות המקצועית, ישנה מחלוקת באשר לדרכי ההתמודדות עם ההפרעה

הפוסט־טראומטית – יש הדוגלים בניסיון להכחיד את הזיכרונות הטראומטיים, ויש הטוענים כי דרך הפעולה המועדפת היא גיבוש־מחדש.

הכחדה היא תהליך בו מציגים באופן חוזר ונשנה את הגירוי המותנה לאירוע מעורר פחד (לדוגמה, צליל מסוים המקושר לאירוע טראומטי), ללא הפעלת האירוע הטראומטי עצמו. כך, לאורך זמן, ההתניה החדשה חוסמת את הגישה לזיכרון המקורי. כתוצאה מכך, מתרחשת הכחדה של הקשר בין הגירויים מעוררי החרדה לבין תגובות החרדה וההימנעות (Rescorla, 1988).

בניגוד לכך, תאוריית **הגיבוש־מחדש**, תופסת את הזיכרון ארוך־הטווח לא כתהליך התחום בזמן מוגדר, אלא כתהליך המתרחש לאורך זמן. מחקרים חדשים בתחום חקר המוח מראים כי זיכרונות אינם מאוחסנים ו'מתגבשים' במוח פעם אחת בלבד ואז 'נשלפים' באופן בו אוחסנו לראשונה. למעשה, התגלה כי זיכרון שאוחסן ואז 'נשלף' מסוגל להגיב לסוגים שונים של התערבות כימית או פסיכולוגית, ולאחר מכן להתאחסן שוב ו'להתגבש' באופן חדש ושונה מאחסונו הראשון. כל זאת, בתנאי שההתערבות נעשית מייד לאחר שליפת או חוויית האירוע. המשמעות היא שניתן לשנות ולהגדיר מחדש זיכרונות ישנים, בכל נקודת זמן שהיא (Fernández et al., 2016; Lee, 2009; Yehuda, Flory, Southwick & Charney, 2006).

ההבדלים בין שתי התפיסות המתוארות לעיל אינם נשארים בתחום התאוריה אלא באים לידי ביטוי בתפיסות טיפוליות שונות בנוגע להתמודדות עם PTSD. חוקרים מתחום ה-CBT טוענים כי ההתערבות המיטבית להתמודדות עם PTSD היא טיפולים מבוססי־הכחדה (Foa, Keane & Friedman, 2000; Foa, & Meadows, 1997). עם זאת, כאשר בוחנים את היעילות של טיפולים אלו לאורך זמן, נראה כי עדיין יש מקום לשיפור.

מסקירה שנערכה על ידי שָׁלֵו ושות' (Shalev, Bonne & Spencer, 1996) לא עלו ממצאים חד־משמעיים להתערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות, המתבססות בעיקר על שיטות הכחדה. רוטבאום ושות' (Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2000) סקרו 19 מחקרים מבוססי־הכחדה ל-PTSD, ברמות תחכום שונות. המחקרים כללו טיפולי חשיפה, הפחתת ריגוש מערכתית וקומבינציות של טיפולים, הכוללים אלמנטים של חשיפה. הממצאים התאפיינו במנעד נרחב של אפקטיביות, ונעו מהיעדר השפעה או השפעה מועטה של תסמיני PTSD, ועד להפחתה של 85% בתסמינים. יחד עם זאת, הדיווח לא היה עקבי ועל כן אין ממצאים בנוגע לאפקטיביות לטווח ארוך. המדידות דווחו לעתים קרובות במונחים של אחוזי שינוי בציון הטיפול (מידת ההשפעה), וכאשר דווחו מידות השפעה, לרוב הן הוצגו בהשוואה לתנאי ביקורת (רשימת המתנה). מכך עולה כי מתן הטיפולים היה מענה יותר טוב מאי־מתן טיפול. "הקווים המנחים הפרקטיים לטיפול ב-PTSD" שמספק איגוד הפסיכיאטרים

האמריקאי (Ursano et al., 2004), לא העלו גם הם ממצאים חד־משמעיים, אם כי לטיפולים מבוססי־חשיפה ו-EDMR יש את תיעוד המעקב המחקרי והקליני הטוב ביותר.

גריי (Gray, 2010) מונה שלושה מאפיינים של תהליך ההכחדה, כהסבר לכך שההשפעות של טיפולים מבוססי־הכחדה מוגבלות בזמן. מאפיינים אלה הם: 'אחזור ספונטני', 'חידוש ההקשר', ו'רכישה מחדש'. 'אחזור ספונטני' – לאחר שמסתיים תהליך האימון בהכחדה, לקשר המקורי בין הגירוי המותנה לתגובת החרדה יש נטייה להופיע מחדש באופן ספונטני; 'חידוש ההקשר' – כיוון שאימון ההכחדה נערך בסיטואציות ספציפיות, ההכחדה היא מוגבלת לסיטואציות אלו. כתוצאה מכך, כאשר הגירוי מעורר החרדה מופיע בנסיבות חדשות, עולה שוב תגובת החרדה; 'רכישה מחדש' – הקישור המקורי בין הגירוי לתגובת החרדה אינו נשכח. במצבים בהם הגירוי יופיע שוב, בצימוד לחרדה, הדבר יביא לרכישה מחודשת ומהירה של ההתניה הפתולוגית.

בניגוד לכך, גריי מסביר כי מנגנוני הגיבוש־מחדש מתאפיינים בהפחתה או ביטול מוחלט של זיכרון המטרה, עמידות לאחזור ספונטני והיעדר חידוש הקשרי. כך, זיכרונות שעברו שינוי באמצעות הליכים המבוססים על גיבוש־מחדש, נלמדים כאילו הם התנהגויות חדשות לגמרי וחידוש הקשרי לא מתרחש (Gray & Liotta, 2012). משמעות הדבר היא, שאפילו כשמוצג גירוי פחד לא־מותנה בהקשר חדש, תגובת הפחד הנלמדת אינה מופיעה מחדש (Duvarci & Nader, 2004).

לאור הכתוב לעיל, גריי (Gray, 2010) הציע את האפשרות כי תהליך טיפולי המתבסס על גיבוש־מחדש יכול להתגלות כיעיל ביותר עבור PTSD, זאת מאחר והוא מביא לשינוי הזיכרון הטראומטי המקורי. ולכן, תהליכים המבוססים על גיבוש־מחדש יגלו יעילות גבוהה יותר לטווח הארוך, ביחס לתהליכים המבוססים על הכחדה.

8. מבט על Neuro-Linguistic Programming (NLP)

תת־פרק זה יתמקד בשיטת ה-NLP. בראשיתו תוצג הגישה/השיטה[2] באופן כללי, לאחר מכן יוצגו עדויות אמפיריות וסקירה של מחקרים בתחום ובאופן ספציפי מחקרים המעריכים את ה-NLP בהקשר ל-PTSD, ולבסוף יוצג פרוטוקול העבודה הנחקר, והרציונל הטיפולי בהבניית הפרוטוקול הייעודי לטיפול ב-PTSD, כאשר PPPTSD הוא כאמור מקרה פרטי של PTSD.

[2] NLP מוצג במקורות במגוון מילות תיאור ביניהן: שיטה, גישה, טכנולוגיה, טיפול (תרפיה), אימון, פסיכולוגיה יישומית ומתודולוגיה.

8.1. NLP – רקע והסבר כללי

NLP מציג אפיסטמולוגיה, מתודולוגיה וסט של טכניקות היוצרות מודלים של התנהגות אנושית. שורשיו הפילוסופיים משיקים לפסיכולוגיה החיובית בהנחת היסוד כי אנשים יכולים ללמוד להשתנות. תפיסה זו עוברת ממיקוד במודל מבוסס פתולוגיה לתחום המובנה כמודל בריאותי (Roush, 2013). השיטה פותחה באמצע שנות ה-70 על ידי ריצ׳רד בנדלר (תואר שני בפסיכולוגיה) וג׳ון גרינדר (פרופסור לבלשנות). גרינדר, אשר שאב השראה מתאוריית ׳הדקדוק הטרנספורמטיבי׳ של נועם חומסקי, הבין כי ניתן ליצור מודלים ממבני השפה והחוויה במושגים של רצפי חוויה חושית (Dilts & Delozier, 2000; כהן, 2015). רצפים אלה כוללים את הדברים שניתן לראות, לשמוע, לחוש, לטעום ולהריח: האלמנטים הוויזואליים (ראייתיים), האודיטוריים (שמיעתיים), והקינסתטיים (תחישתיים), הריח והטעם. רצפים אלו, כאשר הם ממופים באופן מדויק, יספקו את המפתחות לא רק למודל של התנהגות מסוימת אלא גם לשינוי התנהגויות לא רצויות או לא יעילות (Bandler & Grinder, 1975b, 1979). לכן NLP מוגדר בדרך כלל כאפיסטמולוגיה של האופן בו אנשים לומדים ללמוד וידוע כחקר מבנה החוויה הסובייקטיבית (Grinder & Bandler, 1976).

בנדלר וגרינדר יישמו ראשית את המודל שלהם על תרפיית ה׳גשטלט׳, כמודלינג על עבודתו של פריץ פרלס. במהלך השנים הבאות, בעידודו של האנתרופולוג גרגורי בייטסון, יישמו בנדלר וגרינדר את כישורי יצירת המודלים שלהם ובודדו תבניות וטכניקות תוך יצירת מודלינג על עבודתם של וירג׳יניה סאטיר, חלוצת התרפיה המשפחתית ומילטון אריקסון, פסיכותרפיסט, שלרוב מתואר כ״אבי ההיפנותרפיה המודרנית״. במהלך מחקריהם, הם יצרו טכניקה לבניית מודלים של התנהגות וביססו רצף של כלים הניתנים ליישום בהקשרים טיפוליים, בהתערבויות לפתולוגיות ספציפיות, ובקשיי למידה ונושאים התנהגותיים. רפרטואר בסיסי זה קיבל תגבור משמעותי באמצעות עבודתם של: רוברט דילטס, סטיב וקוני-ריי אנדריאס, לזלי קמרון בנדלר וג׳ודי דלוזייר (כמתואר אצל: Bandler & Grinder, 1975a, 1975b; Vaknin, 2010). התוצאה הסופית של מאמצים אלה הייתה סט של מיומנויות וטכניקות בסיסיות שניתן להתייחס אליהן כאל ערכת הכלים הבסיסית של ה-NLP, המייצגת את רוב ההתערבויות המבוססות NLP (Vaknin, 2010) וככלל לשייך את השיטה למשפחת התרפיות קצרות־המועד.

באופן מפורש יותר, ה-NLP מתייחס למספר רבדים של החוויה (Karunaratne, 2010). ברובד הראשון מדובר בחוויה כפי שהיא נתפסת על ידי החושים, הרובד השני הוא תרגום החוויה לשפה הפנימית, וברובד השלישי מדובר בשפת התקשורת המופנית החוצה – התקשורת הבין־אישית. ברמה הבסיסית ביותר אנשים חווים את העולם דרך החושים שלהם: הראייה, השמיעה, התחושה, הטעם

והריח. המידע הזה מועבר דרך מערכת העצבים (Neuro) ישירות למוח. במוח מאוחסנות החוויות כמפות פנימיות (מפות נוירולוגיות המכונות גם מפות תפיסתיות) המורכבות מתמונות, קולות, תחושות, ריחות וטעמים. כך שאם למשל, אדם נכח באירוע מסוים (חתונה/לידה/אירוע אסוני) הוא יוצר במוחו תמונה או סרט המייצגים את האירוע וכוללים קולות, טעמים, ריחות וכמובן תחושות פיזיולוגיות. האירוע המיוצג במוח הוא כמובן לא המציאות, אלא ייצוג סובייקטיבי. כתוצאה ממפה פנימית זו נוצרות מחשבות ורגשות (שמחה/פחד או התרגשות/חרדה – בהתאמה) המשפיעות על התנהגותו של האדם בחיי היום־יום. אם יוצרים שינוי באחד או יותר ממרכיבי המפה (תמונה/קול/תחושה/טעם/ריח), ניתן לשנות את הרגש המשויך לאירוע. ייחודו של הכלי הוא בשילובם של שלושה מרכיבים עיקריים: (1) עצבי (Neuro) – הבנת התהליכים העצביים במוח שתפקידם לקלוט שדרים בכל החושים, לעבדם ולתרגמם לחוויות; (2) לשוני (Linguistic) – זיהוי הפעילות המוחית בעזרת ניתוח של דגמים לשוניים הבאים לידי ביטוי בתקשורת מילולית (האופן שבו בוחר האדם להתנסח) ובתקשורת פנימית הכוללת תהליכי חשיבה. תכנות (Programming) – ארגון תוצאות הניתוח של הפעילות המוחית והלשונית הכוללת הגדרת מטרות ותכנון הדרכים להשגתן. בהכללה, ניתן לומר כי ה-NLP היא שיטה מכוונת מטרה, אשר מתמקדת בהשגת תוצאות מיטביות ביחס למטרה הנבחרת (Karunaratne, 2010).

ניתן לחלק את ארגז הכלים ה-NLPיסטי לשלוש קטגוריות ראשיות הכוללות: (1) מיומנויות כגון: 'ראפור' (Rapport), 'חידוד חושים' (Sensory Acuity), 'קליברציה' (Calibration), 'עיגון' (Anchoring), 'ריפריימינג' (Reframing), 'Slight Of Mouth' (S.O.M – מיומנות לשונית מובנית שנועדה לערער פרדיגמות ותפיסות עולם מגבילות) ועוד; (2) אסטרטגיות מנטליות ומודלי־על כגון: 'מטא־מודל' (Meta-Model), 'מילטון מודל' (Milton Model), מערכות הייצוג החושי (Representational Systems), 'מטא־פרוגרמס' (Meta-Programs), עמדות תפיסה (Perceptual Positions), הנחות היסוד (Pre-suppositions) ורמות לוגיות של שינוי (Logical levels of change); (3) טכניקות[3] (הידועות גם כתהליכים מובנים) כגון: תבניות ה'סווישים', טיפול מהיר בפוביה, טיפול בטראומה, שינוי אמונות מגבילות ומעבר לאמונות מעצימות תומכות שינוי ועוד (וינשטיין-זהר, 2019) (הרחבה והסבר ראה נספח 13).

[3] הטכניקות המפורטות כאן רלוונטיות להליכי שינוי בתחום הטראומה. ל-NLP מגוון רחב של טכניקות המכוונות למגוון מטרות אימוניות או טיפוליות.

כאמור, במקור, ה-NLP לא פותח כשיטת טיפול בפני עצמה אלא כמודלינג על עבודותיהם של פריץ פרלס, וירג׳יניה סאטיר ומילטון אריקסון. עם זאת, לאורך השנים ולאור ההתנסויות בכלים שפותחו, יש היום המשתמשים בכלי ה-NLP כחלק מסוגי טיפול אחרים, ויש אשר פיתחו את התחום לכדי שיטת טיפול הקרויה "Neuro-linguistic Psychotherapy״ (NLPt). הפרוטוקול המוצע במחקר הנוכחי הוא חלק מזרם זה, ניתן לשייכו לגישה הקוגניטיבית-התנהגותית-אינטגרטיבית (Jelem & Schutz, 2007), ואפשר למצוא קווים משיקים לשיטת הטיפול הקוגניטיבי של אהרון בק (Beck, 1976). בק מניח שלוש הנחות הבאות לידי ביטוי גם בתחום ה-NLP: (1) הפרט נראה כסוכן פעיל היוצר אינטראקציה עם העולם החיצוני או עם עולמו הפנימי; (2) אינטראקציה זו מתופעלת מתוך הפרשנויות, מתוך ההשפעות ומתוך ההערכות שהפרט עושה בנוגע לסביבתו; (3) תוצאות העיבוד המחשבתי באות לידי ביטוי כמחשבות נגישות ומודעות המתגלמות כמחשבות ותמונות, ולכן הפרט הוא בעל פוטנציאל לשנות אותן. עם זאת, יש הבדל תפיסתי מהותי בין ה-NLPt (וכנ״ל גם ה-NLP) לבין שיטת הטיפול הקוגניטיבי. ראוי לציין שלעומת ה-NLP, המתמקד בתהליכים שנועדו להשגת מטרות באוריינטציה עתידית, הטיפול הקוגניטיבי פועל יותר במישור המציאות הפנים־אישית ופועל לקראת הקלה של סימפטומים ופתרון בעיות אגב פיתוח אסטרטגיות התמודדות עם אותן בעיות באמצעות התאמה של מבנים קוגניטיביים, שמטרתם מניעה של הישנות עתידית (Wake, 2009). ל-NLP שורשים פילוסופיים הדומים לפסיכולוגיה החיובית, ביחס להנחת היסוד שאנשים יכולים ללמוד להשתנות, אך שיטת ה-NLP עוברת ממיקוד פסיכולוגי המבוסס על פתולוגיה למיקוד מובנה סביב מודל בריאותי (Roush, 2013).

מאחר וה-NLP מבוסס על ההנחה שלכל התנהגות יש מבנה, אפשר ללמוד אותו ולדעת מה יעיל ואפקטיבי, אפשר ללמד אחרים ואף להעתיק את המבנה, להשליך אותו על תחומי חיים אחרים וליישם אותו בהם. מהות זו אפשרה ל-NLP לצאת מהתחום הטיפולי לתחומים רבים ומגוונים כגון עסקים, מכירות, שיווק, ניהול משא ומתן, שיפור תקשורת בין צוותי עבודה, ספורט, ילדים ועוד; וזאת כדי ללמוד ולאמץ התנהגויות המפיקות תוצאות מוצלחות. לעומת התשתית שנותרה בעינה, הרי שהיום מדובר יותר בתפיסה, בגישה, או בתנועה הכוללת ידע רב ותובנות, ופחות בשיטה טיפולית אחת, אחידה והדוקה, המקובלת על כל מפתחיה. ניתן לומר שה-NLP מתנהל כתנועה עולמית בעלת זרמים רבים ויישומים מגוונים. על פי היסטוריה התפתחותית זו אפשר להסביר מדוע ה-NLP הוא מוצר ׳קשה לעיכול׳ במקומות בהם יש באופן מסורתי חיפוש אחר סטנדרטיזציה, סדר ודיסציפלינה אחידה. וזאת, למרות התפשטותו ולמרות יישומו באופן פורמלי ובלתי־פורמלי בקרב מטפלים בגישות שונות, אנשי ממשל, אנשי עסקים, אנשי חינוך ועוד (וינשטיין-זהר, 2019).

8.2. עדויות אמפיריות

חיפוש מעמיק של פרסומים העוסקים ב-NLP בהקשר של PTSD נערך במאגרי המידע שלהלן: Medline Complete (EBSCO); APA PsycNET; PTSDpubs (Proquest); PubMed; Embase. החיפוש הוגדר לטווח שנות פרסום הנע בין 1984-2019. מונחי החיפוש העיקריים שהיו בשימוש הם: "Neurolinguistic Programming" OR NLP AND "Posttraumatic Stress Disorder" OR "Stress Disorders, Post-Traumatic" OR "PTSD". בסך הכול נמצאו 28 פריטים: 6 סקירות, 4 מאמרים שפורסמו בעיתונות, 3 ספרים, 3 פרקים מתוך ספרים, 2 סקירות שיטתיות, 2 תזות/דיסרטציות, 2 מחקרי מקרה, מחקר עוקבה אחד, מחקר רנדומלי מבוקר אחד, מחקר בסיסי מרובה אחד (Multiple baseline study) ופרויקט הדגמה קליני שיטתי אחד (Systematic clinical demonstration project).

מהתמונה המצטיירת עולה כי קיים מיעוט מחקרים בנוגע להתערבויות NLP בהקשר של PTSD. בחלק זה, סקרתי את הדיווחים והמחקרים בנוגע ליעילות השיטה. להלן סיכום עיקרי המידע העולה מסקירה זו:

NLP זכה לביקורת רבה בקרב חוגי הפסיכולוגיה באקדמיה בשל חוסר בראיות קליניות איתנות (Wake & Leighton, 2014). בסקירה שיטתית שנערכה על ידי סטורט ושות' (Sturt et al., 2012) זוהו עשרה ניסויים מחקריים, שחמישה מהם היו ניסויים מבוקרים אקראיים (RCT), ורק ניסוי אחד קיבל ציון גבוה מבחינת איכות המחקר. מהסקירה עלה כי יש מעט הוכחות המעידות ש-NLP תורם לשיפור תוצאות בריאותיות וכי מסקנה זו משקפת את דלות המחקר הכמותני והאיכותני יותר מאשר את העובדה של-NLP אין אפקט תורם. גם דו"ח של הסוכנות הקנדית לתרופות וטכנולוגיות בריאות (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH, 2014) הגיע למסקנה דומה כי קיים חוסר בראיות קליניות, ובשל כך לא ניתן לאשר את תקפותו של ה-NLP לטיפול ב-PTSD.

הטכניקה המיועדת לעבודה עם טראומות בשיטת ה-NLP מושתתת על הליך[4] ספציפי הקרוי Visual-Kinesthetic-Dissociation (VK/D[5], נתק תחושתי-ראייתי). טכניקה זו נתמכת על ידי דיווחים אנקדוטליים של חוקרים, הנפרשים על פני רבע מאה כמעט. בהתאמה עם דפוס גיבוש הזיכרון מחדש, ההתערבות כוללת העלאה מינימלית של התגובה הבעייתית, יחד עם חפיפות מרובות של אסוציאציות חדשות, שלמעשה, משכתבות את הזיכרון. כפי שדווח במחקרי גיבוש־מחדש קודמים, האירוע

[4] בספרות ה-NLP מופיעה הטכניקה לעיתים תחת ההגדרה "פרוטוקול". במחקר זה אני משתמשת במונח "פרוטוקול" כדי להציג מספר תהליכי/טכניקות NLP הנותנות יחד מענה ל-PTSD.

[5] הליך ה-VK/D משמש כתשתית להליך "טיפול בטראומה" שפותח על ידי ד"ר מקדונלד והמופיע כחלק מפרוטוקול המחקר.

הטראומטי הופך לשונה באופן מהותי, ו/או נתון לנגישות דקלרטיבית לא־טראומטית (Alberini, 2005). בין הדיווחים האנקדוטליים נמצאים אלה של ריצ׳רד בנדלר (Bandler, 1985), סטיב וקוני-ריי אנדריאס (Andreas & Andreas, 1989), רוברט דילטס (Dilts & Delozier, 2000) ו-ווילִיאם מק׳דואל (McDowell & McDowell, 2001). כל אחד מחוקרים אלה טען, בנפרד מהשאר, כי טיפל באלפי אנשים הסובלים מ-PTSD ומצבי פוביה באמצעות התערבות קצרת־טווח זו – והטיפול הניב תוצאות מיידיות ומתמשכות. במקרים רבים הם אף דיווחו על הקלה מוחלטת של התסמינים לאחר מעקב ארוך־טווח (Andreas & Andreas, 1989; Bandler, 1985; Dilts & Delozier, 2000).

חקירות מתועדות אודות טכניקת ה-VK/D מתוארות רק במספר מוגבל של מחקרים מדעיים, סקירות ואזכורים בספרות. המחקרים אשר בחנו את אפקטיביות הטכניקה כללו מספר נמוך של משתתפים והיו ללא קבוצת ביקורת (Grimley, 2016; Hossack & Bentall, 1996; Koziey & McLeod, 1987; Muss, 1991, 2002). מחקרים אלה הצביעו על שיפור בסימפטומים PTSD, ועל הפחתה ברכיב החודרנות. פורמן (Furman, 1999) מתאר מחקר השוואתי בין ארבע שיטות טיפול המיועדות לעבודה עם PTSD שנערך על ידי Figley & Carbonell באוניברסיטת פלורידה (1993). השיטות אשר עמדו להשוואה היו: VK/D של ה-NLP, EMDR, Thought Field Therapy (TFT) ו- Traumatic Incident Reduction (TIR). כל ארבע שיטות הטיפול נמצאו אפקטיביות בהפחתת סימפטומטי PTSD. TFT נמצא כאפקטיבי ביותר, VK/D ו–EMDR נמצאו בעלי השפעה דומה ו–TIR נמצא כבעל ההשפעה הפחותה ביותר. יחד עם זאת, ציינו החוקרים כי האפקטיביות של ה-NLP באה לידי ביטוי תוך מספר קצר יותר של מפגשים, ביחס ליתר השיטות שנִבחנו (Dietrich et al., 2000 ; Furman, 1999). מחקר שערכו Wake & Leighton (2014) בקרב אוכלוסיית החיילים המשוחררים ממערך הצבא והחירום האמריקאי המאובחנים עם PTSD הציג מגמת שיפור במצבם הרגשי של המטופלים לאור הטיפול ב-NLP. יחד עם זאת, ראוי לציין כי למחקר זה היו מספר מגבלות: הטרוגניות קבוצת המשתתפים; רמות משמעותיות של נתונים לא שלמים עבור כל קבוצת המחקר; השפעתם והכשרתם של המטפלים; ומערך הטיפול (טכניקות ה-NLP שהופעלו היו מגוונות ולא מאורגנות כפרוטוקול אחיד). מחקר שנערך בקרב שישים אחיות בבית חולים בנאהור (Nahur), הודו (Sreelekha, 2017), ביקש לבחון את אפקטיביות ה-NLP ובאופן ספציפי את טכניקת VK/D בהפחתת טראומטיזציה משנית (Secondary Traumatic Stress - STS) (המציגה תסמינים הדומים לתסמיני PTSD). ממצאי המחקר מצביעים על הבדל משמעותי במדידות ׳לפני׳ ו׳אחרי׳ בממדי ׳NLP wheel of life scale׳ ועל הפחתה ברמת הלחץ הטראומטי המשני הנמדד.

בשנת 2013 נערך המחקר הראשון בישראל אשר בחן את אחת מהטכניקות המופיעות בפרוטוקול NLP המוצע לבחינה במחקר זה (וינשטיין-זהר, 2013). המחקר, בו השתתפו 52 נבדקים, בדק את יעילות טכניקת 'הויז'ואל סווייש' (Visual Swish) לשיפור ההתמודדות עם תמונות מנטליות קשות (השייכות לאשכול החודרנות ב-PTSD), על ידי הפחתת תגובות רגשיות שליליות והגברת רגשות חיוביים. ממצאי המחקר העלו הן השפעה מיידית והן השפעה שנותרה בעינה לאחר שלושה חודשים, בהפחתת התגובות הרגשיות הקשות (וינשטיין-זהר, 2013).

מיעוט העדויות, כפי שניתן לראות בסקירה עד כה, העלה צורך בקרב קהילת ה-NLP לערוך שינוי ולבחון בצורה מדעית את יעילות הכלים של ה-NLP בהקשר ל-PTSD. בשנת 2006 הוקם בארה"ב 'פרויקט מחקר והכרה' (R&RP -The Research and Recognition Project), במטרה לערוך מחקרים קליניים מבוקרים לבחינת גישות טיפוליות חדשניות וחסכוניות בנושא PTSD. באופן ספציפי, הפרויקט הלך והתמקד עם השנים בבחינת טכניקת ה-VK/D שבמקור פותחה על ידי בנדלר וגרינדר (Bandler & Grinder) בשנת 1976. עם התקדמות הפרויקט עברה הטכניקה שינויים קלים. הבסיס נשאר דומה והטכניקה שנבחנה הייתה מודיפיקציה שערך אנדריאס (Andreas, 1989 כפי שצוטט אצל Gray, 2010). כיום, הטכניקה עברה מודיפיקציה נוספת אך בבסיסה היא נותרה מושתתת על עקרונות ה-VK/D ואף הוענק לה שם מעודכן: Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM) (Research and Recognition Project, 2020).

בחמש השנים האחרונות החלו להתפרסם ממצאים מתוך הפרויקט במספר מאמרים הסוקרים את ממצאי המחקר (Gray et al., 2017; Gray & Bourke, 2015; Gray & Liotta, 2012; Tylee et al., 2017). במחקר הפיילוט (Gray & Bourke, 2015) נכללו 33 איש המאובחנים ב-PTSD, קבוצת הבקרה כללה 5 משתתפים. מתוך 26 המטופלים שסיימו את הטיפול מדווח כי 96% היו משוחררים מתסמיני PTSD גם לאחר שישה שבועות. במאמר שפורסם בהמשך וכלל ארבעה תיאורי מקרה (Gray & Teall, 2016), דיווחו המשתתפים על הפחתה משמעותית בסימפטומים לרמה בה כבר לא עמדו בקריטריונים להגדרת PTSD. הם אף תיארו שביעות רצון מהתהליכים שעברו ומהתועלת שהפיקו ביישום הטכניקות בחיי היום־יום. בשנת 2017 נערך המחקר שנחשב לגדול מסוגו בתחום (Gray et al., 2019) אשר כלל ניסוי מבוקר אקראי (RCT). במחקר השתתפו 74 יוצאי צבא המאובחנים ב-PTSD. המתנדבים למחקר חולקו אקראית לשתי קבוצות: קבוצת הטיפול (שלושה מפגשים של 120 דקות של RTM), וקבוצת ביקורת שכללה המתנה של שלושה שבועות לפני קבלת ה- RTM. 65 איש סיימו את הטיפול. בממצאי המחקר מדווחים החוקרים כי עם תום הטיפול, 71% מהמשתתפים כבר לא עמדו

בקריטריונים לאבחנת PTSD, מתוכם 65% היו בהפוגה מלאה, כל זאת תוך מציאת הבדלים סטטיסטיים מובהקים בהשוואה לקבוצת הביקורת. בנוסף, שביעות הרצון של המטופלים מההתערבות דווחה כגבוהה. החוקרים מצביעים על שתי מגבלות במחקר: האחת קשורה בעובדה שכל הנבדקים היו גברים והשנייה בעובדה שהרנדומיזציה לא נערכה כמתוכנן בשל קשיי גיוס. ממסקנות החוקרים עלה כי התערבות RTM היא בעלת פוטנציאל מבטיח לתוצאות חיוביות עבור המטופלים, מאופיינת בהקלה בעיקר בסימפטומים הפולשניים, וכן נמצא שהיא התערבות קצרה וחסכונית.

לאור האמור לעיל, ניתן להבין כי ישנו דיסוננס משמעותי בין השימוש הקליני הרווח בשיטה, לבין מיעוט בעדויות אמפיריות ובמחקרים מבוקרים המבססים את יעילותה. המחקר המוצע בעבודה זו, בא לתת מענה לדיסוננס זה ומציע פרוטוקול שלם שמעולם לא נחקר בשלמותו (מחקר לא מבוקר), הכולל את הליכי 'תבניות הסוויש', שכלול של טכניקת ה-VK/D (או RTM) לכדי 'הליך טיפול בטראומה' (TP-Trauma Process), והליך 'מסע הגיבור'.

8.3. הרקע התאורטי והרציונל הטיפולי בהבניית הפרוטוקול הייעודי לטיפול ב-PTSD (PPPTSD כמקרה פרטי של PTSD)

במשך לא מעט שנים, העיסוק ב-NLP נחשב בעיני רבים למעין 'מאגיה שחורה' (Black magic), ואף על פי כן, העוסקים בתחום לא סייעו בשינוי התדמית שנוצרה לו בכך שהציגו את ה-NLP כ'תרופה לכל המחלות' (Wake, 2009). בנוסף, ה-NLP פותח מחוץ למסגרות אקדמיות, כאשר מפתחיו משקיעים ממרצם בפיתוח שיטה ושפה ייחודית לתחום, אך אינם מקצים משאבים לחקר השיטה או מנסים להסבירה באופן שמנגיש אותה לאנשי מקצוע (Andreas ,2009). כתוצאה מכך, ה-NLP הרחיק עצמו מהזרמים המקובלים ומרבית הקהילה המקצועית התקשתה לקבל שיטת טיפול זו. למרות זאת, קהילות מטפלים מדיסציפלינות שונות החלו לשלב אלמנטים ותהליכים של NLP בעבודתם וגילו כי אלו מקלים על מטופליהם במגוון תהליכי שינוי. מטפלים אלה ציינו במיוחד את המיומנויות, את הבהירות ואת העובדה שכל טכניקה כוללת הליכים והנחיות מפורטות (Wake, 2009).

תת־פרק זה מתמקד בהצגת הפרוטוקול הייעודי לטיפול ב-PTSD, וניתוח המאפיינים הייחודיים לפרוטוקול המוצע תוך מתן הסברים ורציונל למכלול הפרוטוקול ולטכניקות המוצעות.

פרוטוקול NLP (לפרוטוקול NLP במלואו – ראה נספח מס' 12) לטיפול ב-PPPTSD, הנבדק במחקר הנוכחי, הוא פרי פיתוחה של החוקרת תוך התבססות על טכניקות NLP שעם השנים הצביעו

על יעילות בהקשר לפוביות, חרדות וטראומות[6]. ראוי לציין שהחוקרת לא פיתחה את הטכניקות אלא איגדה אותן ויצרה את הרצף והרציונל לשימוש בטכניקות ספציפיות אלה כפרוטוקול אחיד ובעל סדר (Sequence), וכמו כן, ערכה התאמות לשפה העברית.

הפרוטוקול כולל מפגש היכרות, אינטייק המבוסס על 'שאלון מקדם מטרה' של ה-NLP (Well Formed Outcome Questioner (ראה נספח מס' 12), וחמישה מפגשים טיפוליים באורך שעה הכוללים שבע טכניקות. בתיאור מופשט של קטלוג התהליכים ניתן לחלק את הפרוטוקול לשלושה חלקים:

(1) חמש הטכניקות הראשונות המכונות 'סווישים' (תבניות ה'סווישׁ') (Bandler, 1985; Dilts & Delozier, 2000; McDonald, 2001), מכוונות לעבודה ישירה עם תפיסת הזיכרון החושי כפי שבאה לידי ביטוי כתמונות מתפרצות ('ויזואל סוויש' – 'Visual Swish'), קולות מתפרצים ('אודיטורי סוויש' – 'Auditory Swish'), תחושות ('סוויש קינסתטי' – 'Kinesthetic Swish'), ריחות וטעמים ('סוויש טעם וריח' – 'Olfactory Swish') (אשכול החודרנות). מטרת הליכים אלו היא לאפשר לפרט להעלות גירויים חושיים אלה תוך יצירת תגובות רגשיות חדשות ומיטיבות באופן אוטומטי.

(2) הטכניקה הבאה קרויה 'Trauma Process' (TP) (McDonald, 2001) ומבוססת על הליך ה-Visual-Kinesthetic-Dissociation (VK/D) (Bandler, 1985). טכניקה זו מתמקדת בתפיסת הזיכרון הטראומטי השלם המיוצג כסרט ועורכת מסגור ועיבוד מנטלי של האירוע שתוצאתו כוללת את היכולת להיזכר באירוע ללא רגשות קשים נלווים (אשכול חודרנות והימנעות). ב-NLP הקלאסי מקובל לעבוד עם הליך ה-VK/D בהקשר של פוביות ו-PTSD (Gray, 2010). הפרוטוקול המקובל כולל מספר חזרות עם המטופל על הליך זה (כטכניקה יחידה) – עד להשגת התוצאה הרצויה, קרי הפחתה משמעותית בתסמינים (Andreas & Andreas, 1989; Bandler, 1985; Dilts & Delozier, 2000). במחקר זה, TP אינו עומד בפני עצמו ('Stand-alone') וגם עבר מודיפיקציה מעבר ל-VK/D המסורתי (ראה הרחבה והסבר בהמשך).

(3) הטכניקה המסכמת היא 'הליך מסע הגיבור' ('The Hero's Journey') ומכוונת לנושא הצמיחה הפוסט־טראומטית, (Gilligan & Dilts, 2009). כל אחד מההליכים המרכיבים את הפרוטוקול כולל גם התייחסות מובנית לתפיסות ולאמונות המגבילות (פרדיגמות) ובכך ניתן גם מענה לאשכול השינויים השליליים בקוגניציה ובמצב הרוח.

[6] יעילות, בעיקר מתוך עדויות מהפרקטיקה ופחות מתוך הספרות המחקרית – כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתת־הפרק עדויות אמפיריות.

8.3.1. גורמים המאפיינים ומייחדים את פרוטוקול הטיפול בטראומה בכלי ה-NLP

תת־פרק זה מתמקד בניסיון להסביר את מאפייני הפרוטוקול ואת המרכיבים הטמונים בו, המהווים תשתית לעבודת השינוי. ראשית, תוצג מסגרת העבודה, באמצעות מודל-על בשם מודל ה-O.T.O.T.E., לאחר מכן יתמקד תת־הפרק בארבע פריזמות, כאשר כל אחת מהווה זווית פרשנות והסבר לפוטנציאל יעילות הפרוטוקול: ראשית, חשיפה חוזרת ומבוקרת באמצעות הדמיון; חשיפה זו 'פוגשת' שני חתכי הסבר: 'רגש, זיכרון ולמידה' ו'מוח, מציאות ודמיון' באמצעותם ינותחו חמשת תהליכי הסוויש והליך ה-'Trauma Process' (TP). שנית, יידון נושא פירוק הזיכרון ובנייתו מחדש וכיצד הדבר בא לידי ביטוי בהליך ה-TP, לאחר מכן יוסבר כיצד 'הערכה מחודשת חיובית' (Positive Reappraisal) באה לידי ביטוי בכל אחד מההליכים, ולבסוף, כיצד אלמנטים בפרוטוקול נותנים מענה לצמיחה פוסט־טראומטית.

8.3.1.1. מודל **Outcome, Test, Operate, Test, Exit – O.T.O.T.E**

מילר, גלנטר ופריברם (Miller, Galanter, & Pribram) הציגו את מודל ה-TOTE בשנת 1960 בספרם "תכניות ומבנה ההתנהגות". המודל הסביר כיצד אנו מגיבים ופועלים על מנת להשיג את מטרתנו על ידי שימוש בעקרונות של משוב והיזון חוזר (Forward feedback & feed). במודל ה-TOTE ישנו אומדן בלתי פוסק של המצב המצוי והמצב הרצוי, כאשר ממשיכים לפעול עד שהפער הזה מצטמצם לרמה משביעת רצון. בשיטת ה-NLP, הוּספה למודל הגדרת המטרה (Outcome) והמודל משמש על מנת להעמיד מטרה ויעדים אותם המטופל מעוניין להשיג בתחילת הטיפול, תוך אומדן של המצב ההתחלתי. טכניקות ה-NLP מסייעות למטופל לצמצם את הפער עד להגעה למטרה הרצויה (McDonald, 2001).

כחלק ממודל זה, ה-NLP פועל במבנה הכולל **שלוש שאלות מפתח**, המלווה את סדרת המפגשים (שלוש שאלות אלה הן שאלות מס' 1, 2 ו-5 מתוך שאלון מקדם מטרה): (1) מה אתה רוצה להשיג? (בהקשר של האירוע הטראומטי); (2) איך תדע שהשגת את המטרה?; (3) מה מונע ממך להשיג את המטרה?. למענה על כל אחת מהשאלות יש חשיבות ומשמעות: (1) הגדרת מטרה ויעדים היא אסטרטגיה הפונה במיוחד לאונות המוח הקדמיות המופקדות על החשיבה והתכנון (Liston et al., 2006). הדבר מסייע לעקוף את מעורבות האמיגדלה ומאפשר ליצור מבנה גם במצבים של כאוס; (2) המענה לשאלה זו מפעיל אצל המטופל מפות נוירולוגיות סנסוריות ספציפיות המייצגות את השגת המטרה. באופן זה מופעל 'חוק הב', האומר כי כאשר אסופת נוירונים במוח, המייצגת תוכן כלשהו, 'יורה' או מופעלת פעם אחת, אז גדל הסיכוי העתידי שאסופת נוירונים זו תופעל ביחד כאשר אחד

מהנוירונים המרכיבים אותה יופעל לבדו. ככל שאסופת הנוירונים תופעל יחדיו שוב ושוב, כך גדל הסיכוי שתהיה מופעלת יחדיו בעתיד. באופן זה נערך חיזוק הקשרים הנוירונליים בין מפות אלה לבין המילים ששימשו להגדרת המטרה (Pascual-Leone et al., 1995); (3) התשובה לשאלה, מכוונת את המטפל לאחד מתהליכי ה-NLP הרלוונטיים וזאת בהתבסס על תשובתו של המטופל: האם מדובר בתמונה/קול/תחושה או סרט.

מודל זה, המאפשר לסדרת המפגשים להיות קצרה וממוקדת מטרה (להבדיל מממוקדת בעיה) ולהעניק תחושה של 'השבת שליטה' למטופל, מתבסס גם על תאוריות למידה והתפתחות קוגניטיבית (קרלסון ובירקט, 2019). ניתן למצוא במודל זה גם זיקה מיוחדת לגישת עיבוד המידע (Diamond et al., 2007), הרואה את ההתפתחות הקוגניטיבית כסדרה של שינויים הדרגתיים המרחשים בקשב, בזיכרון ובחשיבה, המביאים למיומנות גדולה יותר בפירוש אירועים ולטווח רחב יותר של אסטרטגיות לפתרון בעיות.

8.3.1.2. חשיפה חוזרת מבוקרת באמצעות הדמיון

רגש, זיכרון ולמידה – לרוב, ניתן לחזות כי זיכרון מוגבר לאירוע בעל חשיבות יצית באופן ביולוגי רגש דומה, כאשר אירוע דומה יתרחש. מנקודת מבט התנהגותית אנושית, החשיבות של סוג זה של זיכרון קשורה ביכולת לספק קישור פוטנציאלי בין מכניזם פסיכולוגי לתנאים פסיכו־פתולוגיים, כגון פוביות או PTSD. מחקרי fMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging) מצביעים על חשיבות ומעורבות האמיגדלה בתהליך הלימוד והתגובה הרגשית. האמיגדלה נמצאה כקשורה באופן הדוק למושג ההתניה הקלאסית (Dolan, 2002). ההתניה הקלאסית מתארת מצב בו גירוי הקשור לתגובות פיזיולוגיות מסוימות, כגון גירוי מפחיד, מקושר לגירוי ניטרלי באופן שיטתי, וכך הגירוי הניטרלי הופך להיות גירוי מפחיד. מחקרים על אנשים עם פגיעות באמיגדלה מצאו, כי אותם אנשים לא מסוגלים ללמוד לפחד מגירויים עקב התניה קלאסית, אך מסוגלים להסביר באופן לוגי את הקשר בין הגירוי המותנה לגירוי הלא־מותנה. מחקרים אחרים מצאו, כי כאשר יש פגיעה בהיפוקמפוס, והאמיגדלה נשארה שלמה, התופעה ההפוכה מתרחשת. כלומר, ניתן ללמד אנשים לפחד מגירויים עקב התניה קלאסית, אך הם לא מודעים לכך ולא מסוגלים להסביר זאת. האמיגדלה, אם כן, קשורה ללמידת פחד, אך היא לא קשורה רק לפחד. חוקרים אחרים מצאו, כי האמיגדלה קשורה גם ללמידה אסוציאטיבית אחרת המקושרת ללמידת פרסים ועונשים. אפשר לטעון, כי האמיגדלה 'יודעת' מאיזה גירוי עלינו להימנע ולאיזה גירוי עלינו להתקרב. ניתן גם לטעון, כי היא יודעת זאת עוד לפני שהאדם יודע (Dolan, 2002). זווית נוספת בהקשר לתגובה הרגשית הנלמדת, עולה ממחקרים המצביעים על

כך שככל שהגירוי הנצפה מפחיד יותר, כך זמן התגובה הרגשית והפיזית קצר יותר (Ohman, Flykt & Esteves, 2001).

בנוסף, מחקרים בתחום הנוירופסיכולוגיה (כפי שהוצגו אצל לויט בן-נון, 2012), תומכים בטענה, כי ניתן 'לאמן' את המוח לצורך שינוי מחשבות ורגשות. אחד מהמחקרים המצוטטים נערך על ידי ריצ'רד דווידסון (Richard Davidson) בהשתתפות מודטים בודהיסטים ונבדקים ללא התנסות במדיטציה. ממצאי ה-fMRI הראו כי תרגול מנטלי של מחשבות חיוביות משנה את הרגשות לכיוון חיובי ובא לידי ביטוי בפעילות מוחית המאופיינת בשינוי באזורים כגון הקורטקס השמאלי הפרי־פרונטלי (הקשור לאושר) והקורטקס הימני הפרי־פרונטלי (המשויך לרגשות שליליים). אימון זה מגולם בתבניות הסווישים ובהליך ה-TP.

מוח; מציאות ודמיון – מאמרו של בלוגני (Balugani, 2008) על ייחודיות הפסיכותרפיה האריקסוניאנית[7], מציג את השפעות הדמיון על המוח. בלוגני מצטט ממחקרם של ריזולטי ושות' (Rizzolatti et al., 1996) אשר גילו שלוש קבוצות של נוירונים הקשורים למעגלים פונקציונליים בקורטקס המוטורי: (1) נוירוני פעולה-מיקום, אחראיים לביצוע פעולות ספציפיות שמתרחשות במרחב האישי. (2) נוירונים קנוניקלים (חישוביים), שמופעלים גם כאשר יש ביצוע של פעולה הקשורה לאובייקט וגם כאשר רק תופסים את האובייקט. (3) נוירונים הנמצאים בקורטקס הפרה־מוטורי ובאזורים הקודקודיים האחוריים, פועלים כאשר מבוצעת פעולה של הפה, היד והרגל, אך גם כאשר תופסים מישהו אחר המבצע את אותה הפעולה. הנוירונים בקבוצה השלישית נקראים נוירוני מראה, כי פעולתם מהווה מעיין ייצוג פנימי של פעולה חיצונית שמתרחשת. כך, כאשר אנו רואים אדם מבצע פעולה, מופעלים אצלנו נוירונים העושים הדמיה לאותה פעולה באותם מיקומים סנסורים-מוטורים במוח, ממש כאילו אנו עושים את הפעולה בעצמנו. מתוך כל קבוצות הנוירונים הללו, אחוז מסוים מגיב לגירויים אודיטוריים, ויזואליים או סנסוריים. איאקובוני ושות' (Iacoboni et al., 2005) מצאו יכולת נוספת של נוירונים אלה והיא להמשיך ולפעול גם אחרי שסיום הפעולה מוסתר מן הנבדק: אחוז מן הנוירונים האלה ממשיך לפעול עד לסוף הפעולה, אפילו כאשר אין תפיסה של סוף הפעולה. המוח עושה השלמה לתוצאת הפעולה, מתוך הציפיות שלו כלפי מטרת הפעולה. החוקרים פוגסי ושות' (Fogassi et al., 2005) מוסיפים ואומרים, שאם תופסים או שומעים פעולה של אחר וגם מסיקים את מטרת הפעולה, שהיא השלב האחרון בפעולה, יכולת זו יוצרת ייצוג הדמייתי של אותה פעולה באותם אזורים של ביצוע הפעולה עצמה. אפשר לומר שהאדם נכנס לנעלי האחר ומכין את הקורטקס

[7] פסיכותרפיה אריקסוניאנית, מבוסס על עבודתו של הפסיכיאטר וההיפנותרפיסט מילטון אריקסון שהוא אחד ממקורות הפיתוח של ה-NLP.

המוטורי שלו לפעולה מדויקת וחקיינית. הדמיה מנטלית, או דמיון, יוצרים גם כן את אותן תגובות נוירונליות. אותם אזורים קודקודיים ופרה־מוטורים מופעלים כאשר מדמיינים פעולות וגם כאשר תופסים פעולות בעזרת החושים. התוכן של הדמיון הוויזואלי והמוטורי עובר אותם תהליכים שעוברת התפיסה החושית, ממש כאילו התוכן המדומיין אמיתי. דסטי ועמיתיו (Decety, Jeannerod & Prablanc, 1989) בדקו דמיון של סיבוב קובייה וגילו, כי הנבדקים זקוקים לזמן הנמצא בקורלציה מובהקת עם הממדים של הקובייה וזווית הסיבוב, כאילו סיבוב הקובייה אמיתי. דמיון של תנועה מוביל לאחוז ניכר של פעילות בכל אזור מוחי, כאשר הפעולה עצמה נמנעת על ידי פעילות שלא מגיעה לסף הירי הנוירלי, או על ידי מעכבים קורטיקו-ספינליים. למעשה, הדמיון נותן לנו את האפשרות לייצג פעולות ורגשות, ולזהות מטרות וציפיות. לפיכך, הדמיון הוא המכניזם הבסיסי המאחד: ביצוע פעולות, זיהוי פעולות, אמפתיה ותמונות מנטליות (Balugani, 2008).

מחקרי מוח משני העשורים האחרונים מדווחים על ממצאים דומים: הדמיה ויזואלית וגרייה של תמונה קונקרטית, ממוקמים באותם אזורים במוח. מחקרים ראשונים שבדקו השערה זו נערכו באמצעות מחקרי BOLD (Blood-oxygen-level-dependent), אלא שהם יכולים היו להצביע על מיקום פעילות המוח מבלי לערוך את האבחנה האם הדמיה ותפיסה אכן מעוררים את אותם הייצוגים (O'Craven & Kanwisher, 2000). מחקרים הנערכים באמצעות fMRI (Cichy, Heinzle & Hayne, 2012), מצביעים על פעילות קורטיקלית דומה בהקשר להדמיה ויזואלית ותמונה קונקרטית.

חמשת תהליכי הסוויש כוללים חשיפה מבוקרת בדמיון למושא הגירוי (תמונה/קול/תחושה/ריח/טעם). ההליכים מבוססי־החושים פועלים במסגרת אשכול החודרנות (Reexperiencing), הכולל את החוויה החוזרת ואת הסימנים הידועים והמוכרים של ה-PTSD: סיוטים, חלומות בלהה, מחשבות מתפרצות ופלשבקים (APA, 2000). הליכים אלה עוצבו באופן בו המטופל מעלה את אחד הטריגרים היוצרים את התחושה הקשה והקשורים לסימפטומים החודרניים. טריגר ויזואלי יכול להתגלם כתמונה (לדוגמה: מראה המוניטור בחדר הלידה או הבעת הבהלה על פניו של הבעל). טריגר אודיטורי יכול להתגלם כקול (לדוגמה: סאונד המוניטור או משפט שנאמר ליולדת). טריגרים קינסתטיים, ריח וטעם יקבלו ייצוג דומה. בעת שעולה הייצוג הלא־נעים/הקשה, מפעיל המטפל את אחד ההליכים בהתאם לחוש המוצג. ההליך כולל החלפה מהירה של התמונה/הקול/התחושה/הריח/הטעם המעלים תחושה קשה בתמונה/קול/תחושה/ריח/טעם בעלי קונוטציה חיובית (באופן ספציפי, אם מדובר בגירוי ויזואלי, למשל, התמונה החדשה תכלול ייצוג מועצם של המטופל עצמו לאחר שהשתחרר מהתגובה הבעייתית לתמונה הקשה). החלפה זו נערכת מספר פעמים ובמהירות גבוהה על מנת ליצור התניה מחודשת. כל זה מתקיים במרחב

המחשבות/דמיון של המטופל. המטופל מתבקש להעלות בדמיונו לאורך ההליך (חשיפה חוזרת) את הטריגר החושי המפעיל את התגובה הקשה מספר רב של פעמים. כמו כן, קיימת חשיפה חוזרת של דימוי חלופי מעצים שנועד להחליף את הטריגר הבעייתי. בנוסף, תבנית הסווישים מגלמת בתוכה **חשיפה מבוקרת** – (1) הבקרה היא פונקציה של יכולת המטופל להעלות את המידע הבעייתי מזיכרונו תוך קבלת כלים מיידיים, באמצעות שינוי תתי־החושים (ראה נספח מס׳ 13 - כלים ומיומנויות NLP), לשינוי בתפיסה ובתגובה הרגשית הנלווית (שינויים כגון: גודל, צבע, מרחק, עוצמה, מיקום ועוד). (2) לאחר מכן, קיים צימוד של הגירוי הבעייתי (Conditioned Stimulus) עם גירוי חלופי מעצים. צימוד הגירויים נעשה תוך החלפה מהירה ביניהם. תהליך זה נעשה פעמים רבות על מנת ליצור קישור/התניה חדשה בין הגירוי הקשה לתוצאה שמאפשרת חיבור למשאבים. הפעילות הנוירונית (בהתאם ל״חוק הב״) היא זו המאפשרת למוחנו ללמוד ולזכור. כאשר אנו מבקשים מן המטופל להיזכר באירוע הרגשי בליווי סימולטני של זיכרון אחר (שהוא בעצם ייצוג של אסופת נוירונים שונה), אנו יוצרים סיכוי גדול יותר שעם הפעלת אסופת הנוירונים המייצגת את חוויית הרגש הקשה, תופעל בעתיד גם אסופת הנוירונים המייצגת את חוויית העוגן המחזק. הפעלה סימולטנית זו משנה את החוויה הרגשית כפי שהופעלה במוח עד היום (Cooper, 2005), ובכך נוצרת הגברה אסוציאטיבית ארוכת־טווח (גירוי סינפסה חלשה וסינפסה חזקה המתחברות באותו נוירון באותו הזמן בקירוב), המחזקת סינפסה חלשה (קרלסון ובירקט, 2019). הליכי הסוויש אינם באים למנוע מהטריגר הבעייתי להמשיך לפרוץ לחייו של המטופל, אך כתוצאה מהטמעתם, טריגר זה יביא עימו באופן מיידי ואוטומטי את הייצוג החדש החיובי, ובעקבותיו תחושה טובה של העצמה (להבדיל מההרגשה הרעה הראשונית טרם הפעלת ההליך).

מרכיב נוסף המגולם בתבניות הסוויש הוא שימוש בהתניה קלאסית, פבלוביאנית. למעשה מדובר במרכיב הקשור ללמידת גירוי-תגובה, על מנת להחליף אוטומט תגובה רגשית לא־נעימה באוטומט תגובה המאפשר חיבור למשאבים. כאשר ישנה חזרה על פעולת ההחלפה נוצרים קשרים בין מעגלים עצביים חדשים, תוך הפעלת הסינפסה שוב ושוב לחיזוק הקשרים החדשים. למידה זו מתרחשת בעיקר בקורטקס האסוציאטיבי-הסנסורי של כל חוש, ובקורטקס הקדם־מצחי גבי־צדדי. כאמור, שינויים בקשרים סינפטיים יוצרים מעגלים חדשים שיופעלו בכל פעם שיופיע דגם פעילות עצבית דומה (Carlson, 2007).

בהתייחס לתאוריות הלמידה והעיבוד הרגשי, הליכי הסוויש מערבים סוג של התניה אופרנטית מורכבת. האדם העובר את הליך הסוויש, משכלל את התנהגותו המנטלית ואת הסדר בו הגירויים המנטליים מופיעים בעיני רוחו. הגירוי הראשון בסדר הוא גירוי מנטלי (תמונה/קול/תחושה/ריח/טעם) העולה וגורם לתגובה הערכתית-רגשית. זהו למעשה הגירוי

הטראומטי, החוזר ויוצר רגש רע באדם. כאמור, הליכי הסוויש כוללים שלב בו האדם יוצר בעיני רוחו, באופן אקטיבי ומעורב, תמונה/קול/תחושה/ריח/טעם מנטליים חדשים המקושרים לגירוי הבעייתי, אך עתה קשורים ברגש טוב או תגובה רגשית מעצימה. רגש טוב זה מהווה שילוב של חיזוק חיובי ושלילי ביחד. החיזוק החיובי נובע מהרגש הנעים שנוצר מן הגירוי המנטלי החדש, בעוד שהחיזוק השלילי נובע מסילוק הרגש השלילי שיצר הגירוי הבעייתי. שלב יצירת התמונה/קול/ תחושה/ריח/טעם החדשים מערב תשאול, הבוחן מה בדיוק צריך להיות בחלופה החדשה, על מנת שהרגש השלילי יעלם והרגש החיובי הקשור לאותו הקשר ייווצר.

לאחר יצירת החלופה החדשה ווידוא כי היא אכן מעלימה את הרגש השלילי ויוצרת רגש חיובי, המטפל מנחה את המטופל להתחיל בפעולה מהירה וחוזרת של הצמדת הגירוי הבעייתי לחלופה מעצימה. החזרתיות המהירה גורמת לחיזוק מלא יותר ומגבירה את הסיכוי שהתניה אופרנטית אכן תתרחש. כך האדם משנה את סדר הגירויים המנטליים ואת פעולת ההערכה הרגשית: בכל פעם ש'קופץ' הגירוי הבעייתי, הוא מוחלף בזריזות בגירוי החדש והמוערך כטוב. כתוצאה מכך מתרחשת הכחדה של הקשר בין גירויים מעוררי חרדה, לבין תגובות החרדה וההימנעות.

הליך ה-'Trauma Process' (TP), מותאם לעבודה עם הזיכרון הטראומטי הבא לידי ביטוי כסרט המתאר את השתלשלות האירוע. ההליך כולל מספר מרכיבים: (1) בניית עוגן מחזק הכולל זיכרון עוצמתי וטוב; (2) תחימת האירוע ברצף הזמן; (3) יצירת סרט של האירוע (בדמיון) הכולל התחלה, אמצע, וסוף; (4) הקרנת הסרט על גבי מסך קטן ומרוחק (המטופל מתבקש לדמיין את עצמו מקרין סרט בעודו מחזיק שַלט דמיוני, באמצעותו הוא 'שולט' על עיתוי וקצב ההקרנה). ההקרנה נערכת מספר פעמים במהירויות הולכות ומתגברות תוך הקפדה על סרט אילם ומרוחק המוקרן בשחור-לבן (שינוי תתי־החושים של הזיכרון המקורי). בתחילה, הקרנה זו נערכת מתחילת הסרט לסופו (עם הרכיבים הדיסוציאטיביים[8]) ובהמשך, מהסוף להתחלה תוך החזרת הצבעים, הקולות והתחושות (אסוציאציה מחודשת); (5) מפגש בין 'האני השורד הבוגר' ל'אני הצעיר' שזה עתה שרד את האירוע הטראומטי.

חשיפה חוזרת – המטופל מתבקש להעלות בדמיונו את רצף האירוע כסרט ולהקרינו על גבי מסך קטן מההתחלה לסוף. הקרנות אלה נערכות בשני אופנים: בשלב הראשון ההקרנה מייצגת את הרצף הכרונולוגי (מהתחלת האירוע לסופו). המטופל מתבקש להקרין את הסרט בפעם הראשונה במהירות 'רגילה'. לאחר מכן נערכות עוד הקרנות (לפחות שלוש) כאשר כל הקרנה מתבצעת במהירות גבוהה

[8] ראה הסבר על אסוציאציה ודיסוציאציה בהתאם לטרמינולוגיה ה-NLPיסטית בנספח 13 (כלים ומיומנויות NLP המהווים בסיס לעבודת הטיפול).

יותר ויותר. החשיפה החוזרת נערכת תוך הקפדת שמירה על תתי־חושים המייצגים מצב דיסוציאטיבי (הסרט מוקרן רחוק, קטן, שחור-לבן ואילם) כך שלמעשה המטופל צופה בעצמו עובר שוב ושוב (״שם... על המסך״) את האירוע מההתחלה עד הסוף. בין הקרנה להקרנה נשאל המטופל לתגובתו הרגשית למראה הסרט. לרוב הוא מדווח על הקלה ביכולת הצפייה ככל שחוזרים על הפעולה במהירויות הגוברות. במידת הצורך ניתן להוסיף גורמים דיסוציאטיביים נוספים (טשטוש, מסגור וכדומה).

בחלקו האחרון של ההליך, נערכת הקרנה חוזרת של הסרט, אלא שהפעם מתבקש המטופל לדמיין את עצמו עובר את כל האירוע מהסוף להתחלה. שלב זה אינו מוקרן על גבי המסך אלא נערך ממקום אסוציאטיבי. המטופל מתבקש להיכנס לתמונה הסוגרת את הסרט, ממש אל תוך גופו, אך להוסיף עתה צבעים, קולות, תחושות, ריחות וטעמים התואמים את המציאות באותו הזמן. בשלב זה הוא מתבקש לנוע אחורנית דרך כל האירוע, לעבור את הכול – אבל הפוך (ללכת אחורנית, לדבר מהסוף להתחלה וכדומה). שלב זה נערך מספר פעמים, בכל פעם המהירות הולכת וגוברת כאשר בין חזרה לחזרה המטופל מדווח על הרגשתו. הליך זה מייצר הביטואציה רגשית הדרגתית ביכולת להיזכר באירוע. התהליך מסתיים לאחר שהמטופל מדווח כי הוא מסוגל להיזכר באירוע ולהישאר שָׁלֵו. הסבר המוצע לשינוי בתגובת הפחד המותנית לאירוע הטראומטי, הוא שהמטופל לא רק קושר עתה רגשות חדשים לזיכרון הוויזואלי של האירוע, אלא שההליך עצמו מציע יותר שליטה, השבה של תחושת קומפטנטיות ולכך מצטרפת פרשנות הכוללת יותר אפשרויות תגובה (Bandler & Grinder, 1979; Dietrich et al., 2000; Gallo, 1996).

חשיפה מבוקרת – התהליך כולל בתוכו שתי בקרות: (1) **הטמנת עוגן של ״מצב של חיבור למשאבים״** (מקום בטוח) – שתי החשיפות (ההרצה קדימה בדיסוציאציה וההרצה אחורה באסוציאציה) מתבצעות רק לאחר שהוטמן עוגן של משאבים. בתחילת ההליך, המטופל מתבקש לדמיין מצב בו הוא מרגיש מאוד טוב. לרוב, ההכוונה היא לפעילות המייצרת תחושה בטוחה וטובה. המטופל מתבקש להעלות בדמיונו זיכרון ספציפי מעברו בו הוא חווה את התחושה הטובה והמעצימה. המטפל מכוון אותו ׳להיכנס׳ לתוך סיטואציה ספציפית ולתאר את האירוע בלשון הווה, במלוא החושים (״כאילו שזה קורה כאן ועכשיו״). כאשר המטופל מתחבר לאירוע, המטפל נוגע בזרועו כדי לייצר קשר בין הנגיעה לבין מצב של חיבור למשאבים. על מנת לבסס את העוגן, גם תהליך זה נערך מספר פעמים עד לשלב בו המטפל נוגע בזרוע ושואל מה הנגיעה מפעילה. כאשר התשובה כוללת תגובה פיזית ורגשית חיובית, המשמעות היא שבוסס עוגן בו ניתן להשתמש לאורך כל התהליך על מנת לייצר ׳מקום בטוח׳. בפועל, לפני כל הרצה של הסרט, מפעיל המטפל את העוגן ובכך מאפשר למטופל להתחבר לתחושה הטובה טרם הצפייה ורק אז לצפות בסרט ממקום בטוח. (2) השבת **תחושת שליטה**

לידי המטופל – לאורך התהליך מקפיד המטפל לתת למטופל תחושה כי הוא האחראי על עיתוי הפעלת ההקרנות. עצם היכולת של המטופל לבחור מתי להתחיל להקרין את הסרט ולצפות בו (המטופל מקבל לידיו שַלט וירטואלי) גורמת למטופל תחושת שליטה, להבדיל מהחוויה היום־יומית בה הטראומה משתלטת על המחשבות. מתחושת השליטה מתפתחת ונלמדת יכולת לווסת את הרגשות, על ידי שימוש ב׳כפתור הפעלה׳ בדמות העוגן, המאפשר למטופל להתחבר למקום בטוח ומעצים.

התוצאה של סדרת הליכים מובנית זו היא מעבר ממצב של זיכרון שאינו בעל שליטה רצונית ומעורר תגובות קשות ולא מווסתות (כפי שמוגדר זיכרון טראומטי), למצב בו הרגשות המתעוררים בעת הופעת הזיכרון מווסתים ונשלטים במידה רבה על ידי המטופל.

8.3.1.3. פירוק הזיכרון בדמיון ובנייתו מחדש

הליך ה-׳Trauma Process׳ (TP) – הליך זה מתייחס לכל האירוע הטראומטי כיחידה אחת ומגלם בתוכו מרכיבים המאפשרים לפרק את האופן בו הזיכרון הטראומטי קודד במוח ולבנות פרשנות רגשית חדשה.

תחימת האירוע – החוויה הטראומטית נתפסת כחוויית רצף ללא התחלה או סוף. תחושת הנפגע היא שאירוע מכונן זה הינו בעל השפעה על ההיסטוריה האישית שלו ועל עתידו. דבר זה בא לידי ביטוי בהשפעה על תפיסות עולם ותפיסה אישית המתעדכנות סביב הפרשנות אותה העניק הנפגע לאירוע. כתוצאה מכך, יש פגיעה ועדכון מוטה בחלקים מהותיים הקשורים באמונות (פרדיגמות) מגבילות, ערכים, הערכה עצמית ועוד.

על מנת לאפשר לאירוע להיות מוכל ומוגדר על רצף הזמן, אחד הדברים הראשונים שנעשה בהליך זה הוא תחימת האירוע. המטופל מתבקש להיזכר בתמונה המייצגת רגעים שקדמו לאירוע הטראומטי, לתאר את התמונה ולצייר אותה כסקיצה. על התמונה לכלול את המטופל עצמו כאשר הכול עדיין היה בסדר. תמונה זו מוגדרת כתמונה הפותחת של הסרט (תמונה מס׳ 1). לאחר מכן הוא מתבקש להגיע אל סוף הסרט, כאשר האירוע נמצא מאחוריו ולמצוא תמונה המצביעה בבירור כי האירוע הסתיים. גם כאן, תמונה זו צריכה לכלול את המטופל והיא מוגדרת כתמונת סיום הסרט (תמונה מס׳ 2). הקרנת הסרט שנערכת בהמשך, תמיד מתחילה בתמונה מס׳ 1 ומסתיימת בתמונה מס׳ 2. דבר זה חוזר על עצמו מספר רב של פעמים. לכן, עצם ריבוי ההקרנות התוחמות ומגדירות את האירוע, מעניק אפשרות לפרשנות מחודשת – כי האירוע הוא בעל התחלה, אמצע וסוף. אלמנט זה משמעותי ביותר ביכולת למקם בהמשך את האירוע הטראומטי כחלק מנרטיב חיים ומתוך כך להתחיל לעדכן ולארגן מחדש פרשנויות, פרדיגמות ומשמעויות שהוענקו לאירוע.

שינוי תתי־החושים – זיכרון האדם מורכב מקידוד מידע חושי הכולל תתי־חושים ספציפיים לכל אירוע. סך קידוד זה מייצר רציונל אישי וכתוצאה מכך, פרשנות מחשבתית ורגשית. כאשר משנים את המידע החושי של תוכן הזיכרון, ניתן לייצר תפיסה שונה של הזיכרון ובעקבות זאת להעניק פרשנות רגשית חדשה. ההליך מכיל שתי הרצות של סרט האירוע: הרצה ראשונה כוללת הקרנה בה מתבקש המטופל לראות את הסרט עם מאפיינים דיסוציאטיביים כגון: שחור/לבן, אילם, ממוסגר, מהירויות משתנות ועוד. ריבוי ההרצות מייצר מצב בו ניתן 'לפרק' בהדרגה את הרגש הקשה שנלווה לזיכרון המקורי. יש לציין כי תוכן הסרט/האירוע אינו משתנה אלא רק מרכיביו החושיים. ההרצה השנייה, המתבצעת לקראת סוף ההליך, נעשית מהסוף להתחלה תוך החזרת מרכיבים חושיים מלאים – צבע, קולות, תחושות, ריחות וטעמים. למעשה, עצם ההקרנה ברצף אירועים הפוך, תוך בקשה מהמטופל להיות 'בתוך הסרט' וכאילו 'להריץ עצמו' אחורנית, מאפשרת לו להתחבר מחדש לאירוע אם כי בשל היפוך הרצף, לא 'נצמד' כל רגש לחוויה זו. הרי, לא ניתן לחבר משמעות רגשית לאירועים המתנהלים מהסוף להתחלה. לפיכך יש כאן בנייה של זיכרון המשמר את פרטי האירוע תוך פירוק הרגשות הקשים שנצמדו אליו.

בנוסף, זיכרון הטראומה הוא לרוב זיכרון אייקוני הכולל תמונות לא שלמות. בתהליך זה מתבקש המטופל ליצור ולהקרין סרט של האירוע. ההקרנה הראשונה נערכת תוך שמירה על ריחוק נפשי מהתוכן המוקרן, וזאת באמצעות: (1) העוגן המחבר לזיכרון טוב ועוצמתי המופעל לפני ההקרנה; (2) שינוי תתי־החושים המשמרים אלמנטים דיסוציאטיביים. בשל כך מתאפשרת הקרנה של סרט רציף המעלה פוטנציאל למעבר לזיכרון אפיזודי. ניתן לומר כי הליך ה-TP מגלם בתוכו את תפיסת מודל הייצוג הכפול, בכך שהוא מהווה פלטפורמה המאפשרת לחוויה המרומזת להפוך למפורשת. וזאת, תוך שילוב האירוע כחלק מהנרטיב המפורש שלו ומיקומו הנכון ברצף החיים (כלומר: שייך לעבר). זיכרון האירוע עבר עתה תהליכי פירוק והבניה מחודשת תוך יצירת מרחב התבוננות באירוע הטראומטי מבלי שיוצתו רגשות קשים. בכך מתחילה להתאפשר התמקמות פרדיגמטית חדשה בנוגע לתפיסת האירוע ולתפיסה העצמית.

ניתן למצוא סימוכין לאלמנטים המצוינים מעלה בגישת עיבוד המידע (Miller et al., 1960). גישה זו טוענת שהלמידה היא תהליך קוגניטיבי – קליטת גירויים במערכת החישה והענקת משמעות. גירויים אלה מאוחסנים בזיכרון לשימוש עתידי ובאים לידי ביטוי בהתנהגות (Caliskan & Sunbul, 2011). גישה זו טוענת כי קיימים שלושה סוגי זיכרונות: זיכרון חושי, זיכרון לטווח קצר וזיכרון לטווח ארוך. הקידוד מתבצע לראשונה בזיכרון החושי, בו המידע שעובר דרך החושים נשמר לזמן קצר ובאופן לא מודע, וכך מתאפשר התהליך הקוגניטיבי תוך בחירת האובייקטים המשמעותיים מתוך שאר המידע שנקלט. המידע המשמעותי עובר לזיכרון לטווח קצר ומתגבש עם מידע מהזיכרון לטווח

ארוך. המידע שזכה לעבור התגבשות עובר באופן קבוע לזיכרון לטווח ארוך (גושן-גוטשטיין וזכאי, 2006). בהתאם לכך, ניתן לראות כי ההליך כולל למידה פעילה בה המטופל מעורב בתהליך של הפרדת החוויה המקורית, תוך שימוש באלמנטים מנתקים ואלמנטים המרצפים מחדש את אופן תפיסת הזיכרון.

8.3.1.4. הערכה מחודשת חיובית – Positive Reappraisal

המונח 'הערכה מחודשת חיובית' (Positive Reappraisal) מתייחס להתמודדות רגשית עקיפה של המטופל עם הטראומה, מבלי להתמודד עם 'האובייקט השלילי' באופן ישיר (Lazarus & Folkman, 1984). בפעולת הערכה מחודשת חיובית, המטופל מעריך מחדש את המשמעות השלילית של אירוע מסוים ומשייך לאירוע הערכה חיובית (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). במהלך השנים, נמצאו השפעות חיוביות רבות להערכה מחודשת חיובית. למשל, קרבר ושות' (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) מצאו כי שימוש בהערכה מחודשת חיובית כדרך התמודדות עם מחשבות וזיכרונות שליליים נמצאת בקשר חיובי עם אופטימיות וביטחון עצמי ובקשר שלילי עם חרדה. במחקר של גרנפסקי ושות' (Garnefski, Kraaij, Schroevers & Somsen, 2008) נמצא כי הערכה מחודשת חיובית נמצאת בקשר חיובי וחזק עם מושג הצמיחה הפוסט־טראומטית (Post-Traumatic Growth) המסביר על יכולת האדם להתחזק בעקבות אירועים קשים, כגון התקף לב.

הליכי הסווישים – המטופל מייצר בדמיונו דמות חיובית וחזקה של עצמו – 'האני הנהדר' – זהו כינוי לדמות שכבר פתרה את הבעיה הטמונה בטריגר ומחוברת למשאבים עוצמתיים וליכולות חיוביות. את הדמות הזו, הבאה לידי ביטוי בכל תבניות הסוויש בהתאם לגירוי החושי הרלוונטי (תמונה/קול/תחושה וכדומה), מונחה המטופל 'להצמיד' מיידית בעת שעולה הגירוי הקשה המעלה אוטומטית רגש קשה. כאמור, נערכות החלפות מהירות בין הגירוי הקשה לגירוי המעצים וכל זאת מתחולל מספר רב של פעמים. כתוצאה מכך, כאשר המטופל נזכר בגירוי הבעייתי, מייד עולה התמונה של עצמו (או קול של עצמו וכדומה) כפי שהיה רוצה להיות. התניה מחודשת זו מייצרת תחושה טובה, מפנה את תשומת לב המטופל להערכה עצמית מחודשת ועל פי רוב מעוררת מחשבות ורגשות המכוונות לתחושת ביטחון עצמי, הערכה עצמית ויכולת התמודדות טובה עם הטריגר הבעייתי (ראה וינשטיין-זהר, 2013). יתרה מזו, על מנת לפתור את הפרשנות השלילית הכרוכה בטריגר, הדמות המדומיינת ('האני הנהדר') חייבת לראות/לשמוע, או להעריך את האירוע כאירוע בר־התמודדות, וכך יוצא שהמטופל מתמודד עם האירוע באופן עקיף על ידי תרגול מחשבתי ("as if") ומשנה את משמעות האירוע משלילי לחיובי.

מיומנויות נוספות הטמונות בהליכי הסוויש פותחות מרחב התבססות ל'הערכה המחודשת' והן כוללות שימוש ב'ריפריימינג', ב'שפה אריקסוניאנית' (ראה הסבר בנספח מס' 13), והובלות עתידיות לשימוש עצמי בדימוי החדש המועצם. תוצאת הליכי הסוויש מכוונת לכך שעל אף שהטריגר הבעייתי ימשיך לפרוץ לחייו של המטופל, עתה הוא יביא עימו באופן מיידי את הייצוג החדש החיובי, ובעקבותיו תחושה טובה של העצמה (להבדיל מההרגשה הרעה הראשונית).

הליך ה-'Trauma Process' (TP) – הליך זה כולל שלב מהותי אשר נערך בין ההקרנות.

ציטוט מההליך – *אמור: "אני אמשיך להחזיק בידך בזמן שאתה תעצום את עיניך, תעבור דרך קיר הזכוכית, ותיכנס בעדינות לתמונה מס' 2. עמוד לצד עצמך הצעיר יותר ואמור לו כי באת מהעתיד, ולכן אתה ההוכחה החיה לכך שתשרוד את <u>האירוע ההוא</u>. תאמר לעצמך הצעיר: 'אני אוהב אותך וחזרתי כדי לדאוג לך, אני חי והכול בסדר (משתפר), אני ההוכחה שעשית את הדבר הנכון. תודה'".*

שלב זה, המתואר בתמצית וכולל שיח הנערך עם 'האני הצעיר' (מהעבר) שזה עתה שרד את האירוע הטראומטי, מכיל שני אלמנטים המייצרים הערכה חיובית מחודשת: 'ריפריימינג' ומשחק תפקידים המבוסס על עבודת ה'גשטלט'.

ריפריימינג (Reframing) – אחת הבעיות המהותיות המתעוררות אצל הפרט הנפגע מאירוע טראומטי קשור בפרשנות אישית הכוללת ביקורת על התנהלותו במהלך האירוע. מפגש הנערך במרחב המדומיין בין 'האני השורד' הבוגר ל'אני הצעיר' שזה עתה חווה את האירוע, פותח מקום לשיח בו ה'שורד הצעיר' שומע מ'הבוגר' כי "עשה את הכי טוב שיכול היה לעשות בהתאם לנסיבות, היכולות והמשאבים שעמדו לרשותו באותה העת" (מבוסס על אחת מהנחות היסוד של ה-NLP, ראה הרחבה בנספח 13). באופן זה, נערך 'ריפריימינג', והאירוע נשזר בעבר כמצב בו המטופל הפגין כוחות ושרד פגיעה חמורה, ולא כמצב בו המטופל הפגין חוסר שליטה, חוסר אחריות, חולשה ופסיביות. שיח זה הוא מקור למחילה אישית וחלק ממהלך כולל המאפשר להעריך מחדש את ההתמודדות האישית. מהלך זה מאפשר למקם את האירוע מאחור בזמן על רצף ההיסטוריה האישית.

משחק תפקידים המבוסס על עבודת הגשטלט (פריץ פרלס) – שיחה זו נערכת פעמיים: פעם אחת הבוגר מדמיין את עצמו פונה אל הצעיר ('האני הצעיר' המופנם), אומר את הדברים ורואה כיצד קולט הצעיר את דבריו ומגיב אליהם. לאחר מכן, מתבקש המטופל "להיכנס לגופו של הצעיר" ולשמוע מתוך גופו את הבוגר אומר לו את הדברים. אלמנטים אלה שאובים מתאוריית הגשטלט ומתבססים על תיאור בזמן הווה של ההתרחשות והשיח, כאילו הם נערכים כאן ועכשיו, תוך שימוש במרכיבי 'הכיסא הריק' המאפשרים משחק תפקידים ואימוץ עמדות של 'האני' ו'האחר', כאשר במקרה זה, 'האחר' הוא אותו האדם המצוי בגיל צעיר יותר (Greenberg & Rice, 1997, Nichol & Schwartz,

2008). חזרתיות זו מאפשרת הדהוד מזוויות שונות, ובכך מאפשרת להעצים באופן הדדי את הדמות שזה עתה חוותה את הטראומה ('האני הצעיר') ואת 'האני הבוגר' שעד עתה המשיך לשאת בהשלכות האירוע הטראומטי.

8.3.1.5. צמיחה פוסט־טראומטית – Post-Traumatic Growth (PTG)

צמיחה פוסט־טראומטית מוגדרת כאמור כשינויים חיוביים המתרחשים בתפיסת העצמי, תפיסת העולם ומערכות יחסים עם אחרים, בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998).

פרוטוקול NLP לטיפול בטראומה המוצג כאן כולל הליך המיועד לעבודה עם המטופל/ת במטרה להביא לצמיחה פוסט־טראומטית. הליך זה מכונה 'מסע הגיבור' (Campbell, 1949; Dilts & Gilligan, 2009) והוא נערך במפגש המסכם. כאמור, ראשית נערכת עבודה עם תבניות ה'סווישים', אשר מֵעבר למענה הישיר לרכיב החודרנות, הם מגלמים בתוכם הכוונה של המטופל/ת אל עבר ביסוס 'עצמי מועצם' בעל משאבים המייצר תחושה של מסוגלות עצמית (Self efficacy) (מונח של Bandura, 1977). לאחר מכן, מופעל הליך ה-TP הפונה גם לרכיב החודרנות ומאפשר קידוד של הטראומה באופן הממקם את האירוע ברצף הזמן, תוך פרשנות מחודשת של תפיסת העצמי ותפיסת האירוע. לבסוף, מתקיים מפגש מסכם המתבסס על מיתוס 'מסע הגיבור'. מיתוס 'מסע הגיבור' הוא מטפורה המשמשת כמסגרת לתהליך הפגיעה והשינוי גם יחד ומהווה את הרובד האחרון של שינוי הזיכרון. מטפורה זו מעוררת הזדהות ומאפשרת שני דברים עיקריים וחשובים:

(1) יצירת 'ריפריימינג': מתן משמעות שונה ומעצימה לחוויה. הזדהות עם 'מסע הגיבור' מסייעת בשינוי תפיסת העצמי מ'קורבן' ל'גיבור'. תחושות של חוסר אונים בעלות אופי פסיבי, משתנות והופכות לתחושות שליחות בעלות אופי אקטיבי.

(2) יצירת רצף בין העבר ה'רגיל' דרך החוויה הטראומטית, אל הווה חדש שבו יש תחושה של שינוי, העצמה ונכונות לנוע קדימה אל עתיד מסקרן ופתוח.

במפגש עצמו המטפל מסביר למטופל את שלבי 'מסע הגיבור' באופן כללי, ולאחר מכן מוביל את המטופל ליצירת הזדהות פעילה עם המטפורה תוך שהוא מבקש ממנו לתת דוגמאות מתוך החוויה שלו לכל שלב ושלב.

תהליך זה מאפשר התמודדות עם המציאות החדשה דרך הפעלת תהליכים קוגניטיביים החיוניים לצמיחה ומייצר סכמות חשיבה חדשות ותפיסה מחודשת לגבי הסיבה והתוצאה. בנוסף, ההליך מאפשר סקירה אקטיבית של הדרך אותה עשה המטופל מרגע האירוע הטראומטי ועד לזמן

הנוכחי, מעניק אפשרות לתת משמעות חדשה ומעצימה ופותח אפשרויות לעתיד שהמטופל לא בהכרח היה מודע להן קודם לכן.

למעשה, הליך מסכם זה מאפשר להפוך את הזיכרון הטראומטי לזיכרון נרטיבי, מילולי ומפורש, כך שיוכל להשתלב בזיכרונות של הנפגע ולהפוך לחלק מסיפור חייו (הנרטיב שלו). ההנחה היא כי כך הזיכרון הופך למבוקר ומווסת ומאבד את מאפייניו הפתולוגיים.

9. סיכום

פרוטוקול טיפול בטראומה באמצעות כלי ה-NLP מציע התערבות המתאימה לעבודה עם נפגעי PTSD, Partial PTSD, ו-PPPTSD. הפרוטוקול נבנה בהסתמך על עבודה קוגניטיבית שבבסיסה עומדים זיכרונות טראומטיים, המנותקים מתהליכי הזיכרון האפיזודיים, ומעוררים תגובות לא אדפטיביות הקשורות לחרדה והימנעות. ניתן לשער כי הפרוטוקול מכוון את תועלתו באמצעות הליכים המבוססים על פירוק וגיבוש־מחדש של הזיכרון. בהתאם לתאוריית ה'גיבוש־מחדש', שינויים אלה משתלבים ומוטמעים כחלק ממבנה זיכרון־המטרה. לאחר הטיפול, האירוע הטראומטי הופך להיות נגיש ודקלרטיבי וזאת מבלי לעורר את התגובות הרגשיות הפתולוגיות המאפיינות PTSD. זיכרונות חלקיים לרוב משוחזרים לכדי נרטיב מלא, והפרספקטיבה בתוך הזיכרון עוברת שינוי לעמדת צפייה על האירוע (להבדיל מעמדת חוויה חוזרת). מלבד שינוי העמדה, הרחבת הפרספקטיבה, חיבור למשאבים ותוספת של מידע שנשכח, תוכן הזיכרון נותר ללא שינוי.

בהתייחס למודל הייצוג הכפול, ההחלמה המתקדמת באמצעות הפרוטוקול נערכת באמצעות שני מרכיבים: (1) שילוב הנרטיב המפורש של האירוע הטראומטי עם האמונות והציפיות של החולה; (2) הפיכת החוויה המרומזת למפורשת באמצעות החוויה המחודשת והגעה לכלל הבנה בהקשר לחוויה הטראומטית הלא־מילולית (Brewin et al., 1996).

התבוננות כוללת בפרוטוקול מעלה אפשרות להסבר השינוי המתחולל וזאת בהתייחס לאופן גיבוש הטראומה במוח. לאחר האירוע, פעילותו של ההיפוקמפוס מופחתת, והוא אינו מבצע לאירוע קונסולידציה (Consolidation) לתוך הזיכרון האפיזודי. כתוצאה מכך, הזיכרון של האירוע הטראומטי הוא זיכרון הֶבְזֵק, המהווה בסיס לפלשבקים ולביעותי לילה. בד בבד, פעילותה של האמיגדלה מוגברת, דבר המביא להיווצרותם של קישורים חזקים העמידים יחסית להכחדה, בין מאפייניו של האירוע הטראומטי לתגובת הפחד. מעבר לכך, הקורטקס הפרה־פרונטלי, אשר אמור למתן ולווסת את פעילות האמיגדלה, אינו פעיל עקב מצב הדחק הקיצוני (Diamond et al, 2007). הפרוטוקול המוצע, הכולל 'סווישים', TP, והליך 'מסע הגיבור' מאפשר כפי הנראה מעבר מה'סיפור' המקוטע הקשור למערכות

הראשוניות של המוח – האמיגדלה והמערכת הלימבית – אל הסיפור הרציף הקשור בהיפוקמפוס ולמערכות קורטיקליות.

לאור האמור לעיל, ניתן להתייחס ל-NLP כאל 'תרפיה ממוקדת מטרה' אשר שואבת את מקורותיה ממספר שיטות טיפול פסיכולוגיות ביניהן הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, הגשטלט והטיפול הנרטיבי. היכולת ליצור מודל ייחודי המבוסס על עקרונות הפסיכולוגיה אפשרה פיתוח פרוטוקול בעל פוטנציאל סיוע בו "השלם גדול מסך חלקיו", וזאת בשל האפשרות להביא להקלה מהירה במצבים פוסט־טראומטיים. מדובר בפרוטוקול בעל יתרונות רבים – קצר, ממוקד, ידידותי הן למטפל הן למטופל, מאפשר התערבות בחלון הזדמנויות סביר על מנת למנוע החרפה של המצב, מקנה חבילה טיפולית חסכונית; וכמו כן, מתאפיין בבניית נרטיב רציף של ריפוי, הערכה מחודשת חיובית, שיפור בתפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית.

מהלך מחקר זה ייחודי הן בבחינת פרוטוקול ייעודי שמעולם לא נבחן מגישת ה-NLP לטיפול בטראומה, הן בניסיון לתת מענה לפוסט־טראומה שפיתחו נשים בעקבות לידה, וזאת במיוחד לאור העובדה שעולם המחקר עדיין לא טיפל באוכלוסייה זו ובנושא זה באופן מספק.

על רקע זה, מטרת המחקר הנוכחי היא לנסות לתת מענה לשלושה היבטים: ראשית, להעריך את התהליך הטיפולי; שנית, להעריך את תוצאותיו; ולבסוף, להבין את חוויית ההתנסות בטיפול מפי המטופלות. הפרק הבא יציג את מטרת המחקר ושאלות המחקר בפירוט והרחבה.

ב. מטרות המחקר

מטרת מחקר זה היא להבין ולהעריך את התהליך אותו עוברות הנשים בשיטת הטיפול NLP ואת התוצאות והמשמעויות העשויות להיות לטיפול ספציפי זה על חייהן. בפרק הקודם תוארה המסגרת המושגית המהווה תשתית לעבודת מחקר זו, היינו: PTSD, PPPTSD, NLP, ופרוטוקול NLP לטיפול ב-PTSD. בפרק זה יתוארו שאלת המחקר ותתי־השאלות הנגזרות משאלה מרכזית זו.

אם כן, שאלת המחקר היא: מהי חוויית התהליך הטיפולי ותוצאותיו בשיטת ה-NLP בקרב נשים אשר פיתחו פוסט־טראומה לאחר לידה (PPPTSD)?

תתי־שאלות הנגזרות מתוך השאלה המרכזית, באמצעותן אנסה ללמוד על תהליכים אלו הן:

1. הערכת תוצאות התהליך הטיפולי:

1.1. אילו תמורות חלו בסימפטומים הפוסט־טראומטיים (חודרנות, עוררות, הימנעות ושינויים שלילים בקוגניציה ובמצב הרוח) לאורך הטיפול ובסיומו?

1.2. כיצד סימפטומים אלו באים לידי ביטוי לפני, בזמן ולאחר הטיפול ומה אופי המופע והשינוי?

2. הערכת התהליך הטיפולי והבנת התנסות המטופלות:

2.1. אילו נקודות מפנה משמעותיות ניתן לזהות לאורך הטיפול; מהי השפעת מיומנויות וטכניקות ה-NLP על חוויית הטיפול ועל המופעים הפוסט־טראומטיים לאורך המפגשים הטיפוליים?

2.2. באיזה אופן התהליך הטיפולי בא לידי ביטוי ומשפיע על היבטים רגשיים ותפקודיים במעגלי החיים השונים – קריירה, הורות/אימהות, בריאות, זוגיות, חברה וקהילה?

2.3. אילו השפעות הדדיות מתקיימות בין התהליך הטיפולי להיבטי צמיחה פוסט־טראומטית – שינוי סדרי עדיפויות, ערך החיים, יכולת להתגבר על קשיים, פיתוח דרך חדשה ועוד.

ג. שיטת המחקר

בפרק זה יוצגו גישת המחקר ואוכלוסיית המחקר, יתואר מהלך המחקר החל מדרכי הגיוס ועד לניתוח הממצאים, ויפורטו כלי המחקר ואופן ניתוח הנתונים. בהמשך, יבוא תת־פרק המכונה 'החוקר ככלי המחקר', לאחריו יוצגו קריטריונים להערכת איכות המחקר, והיבטים אתיים הבאים לידי ביטוי במחקר זה ולסיום יועלו מגבלות המחקר.

1. גישת המחקר

המחקר מתמקד בטיפול פרטני בפרוטוקול NLP לטיפול בטראומה, הניתן לנשים שחוו פוסט־טראומה לאחר לידה ובוחן את משמעויות הטיפול בהיבטים השונים של החיים עם פוסט־טראומה. ככזה, הוא נושא אופי של חקר מקרה המפענח פעולות ותהליכים אישיים בהקשרים מגוונים ומאפשר לעמוד על השתנותם על פני זמן (יוסיפון, 2001). על פי סימונס (Simons, 2009), 'חקר מקרה' הוא בחינה מעמיקה של מורכבות וייחודיות של פרויקט, מדיניות, תוכנית או מערכת בהקשר חיים אמיתי. זהו סוג מחקר הנערך בתחומים רבים, ובמיוחד לצורך הערכה של תוכניות (Creswell, 2014). בחקר המקרה שולבו שיטות מחקר איכותניות וכמותניות במתכונת שילוב שיטות[9] (Mixed Methodology), כאשר שיטה אחת היא פריזמה של האחרת וניתן להגדירן כנמצאות על "רצף אינטגרטיבי איכותני-כמותני[10]" (Creswell et al., 2003).

במחקר זה אין דומיננטיות לאחת משתי השיטות ומעמדן שווה, מאחר והן באות לבחון את אותן השאלות בנקודות קרובות על ציר הזמן של הטיפול. בתת־הפרק 'תיאור מהלך המחקר', מתוארים מועדי השימוש בכלים האיכותניים והכמותניים על ציר זמן הטיפול כולל התקופה שלפניו והתקופה שלאחריו. כך, ניתן לראות כי לא ניתן להגדיר דומיננטיות של שיטה אחת על פני השנייה. באמצעות שתי השיטות נבחנים אותם סימפטומים בראשית הטיפול, באמצעו ולאחריו (כאמור, תיאור מפורט נמצא בתת-הפרק 'תיאור מהלך המחקר').

המחקר הכמותני מתייחס לכלים שבהם יש ייצוג מספרי (כמו במדעי הטבע), והמחקר האיכותני מייצג את המושגים ואת התופעות בעולם באמצעות מילים, טקסטים, תמונות ועוד. עקב היות האדם מורכב ודינמי, ניתן לחקור תופעות אנושיות ולייצגן בכל דרך אפשרית – ושילוב המתודות, כפי שנערך במחקר זה, מתקרב יותר לייצוג תופעות אלו מאשר כל מתודה בנפרד (קניאל, 2014).

---

[9] קיימים מונחים שונים בהם נהוג להשתמש לתיאור שיטת מחקר זו, כגון: "מחקר משלב שיטות"; "שיטות מחקר מעורבות", "שילוב שיטות מחקר"; "שיטות מחקר משולבות"; "מחקר משולב".

[10] נהוג לאחד מונחים: 'איכותי' נהוג להיקרא 'איכותני' ולכן באיחוד סמנטי 'כמותי' נקרא 'כמותני'.

המקרה הנחקר הוא טיפול פרטני שניתן ל-15 נשים שחוו טראומה בלידה, לפי פרוטוקול זהה של NLP לטיפול בטראומה. השילוב של איסוף נתונים כמותניים ואיכותניים אִפשר לנתח כל טיפול לגופו על מנת להשוות ביניהם בשתי דרכים המשלימות זו את זו. מחד גיסא, הוערכו מהלך הטיפול ב-NLP ותוצאותיו באמצעות שאלונים מקובלים להערכת טיפול בפוסט־טראומה (שיפורטו בהמשך) ; ומאידך גיסא, באמצעות הכלים האיכותניים (ראיונות ותיעודי טיפולים) ניתן היה לבחון את ההתנסות בטיפול ואת החוויה הטיפולית לעומקה (Creswell & Plano Clarke, 2018).

הפרדיגמה העומדת בבסיס המחקר היא הפרדיגמה הפרגמטית המאפשרת שילוב של נתונים איכותניים וכמותניים במטרה למקסם את היתרונות ולמזער את החסרונות של איסוף נתונים וניתוחם בשני המישורים. מדובר בפרדיגמה גמישה שניתן לשלב בה שיטות מחקר וכלי מחקר שונים מתוך תפיסה פרגמטית, הטוענת דווקא בזכות המשותף בין שתי המתודות (האיכותנית והכמותנית), מתוך שאיפה לאסוף את מיטב הנתונים שיאפשרו הסבר מקיף ומעמיק של תופעות אישיות ובין־אישיות (Onwuegbuzie & Teddlie, 2003). התפיסה הפרגמטית, פרי מחשבתם של פִּירס (Peirce) ואחרים (Johnson & Onwuegbuzie, 2004), טוענת כי כל מתודה מהווה נקודת מבט שבאמצעותה ניתן להשיג נתונים מתאימים ולשפוך אור על התופעה מזוויות שונות, ולכן שילוב של כמה מתודות – טוב על אחת כמה וכמה. גישה זו מצדדת בשילובים של התבוננויות פרשניות קונסטרוקטיביסטיות (כמקובל ברוב רובו של המחקר האיכותני), בצד ראיות שנאספו מתוך כוונה להשגת אובייקטיביות בדרכי מחקר כמותניות. זאת, מתוך הנחה שריבוי התבוננויות עשוי לתקף ו/או להעשיר ו/או להרחיב את התובנות על התופעה ואת היריעה המתודולוגית שדרכה ניתן להתייחס לתופעות דומות.

השימוש בגישה מחקרית המשלבת שיטות איכותניות וכמותניות פרץ מתחום מדעי החברה אל תחומי דעת רבים, וביניהם מדעי הבריאות, תכנון עירוני, משפטים ותחומים רבים נוספים העוסקים בחקר האדם, התנהגותו ורווחתו. יתרה מכך, אף חלק מן הקיצוניים שבחוקרים הפוזיטיביסטיים-הכמותניים מודים שיש שאלות מחקריות שלא ניתן להשיב עליהן אלא בגישה איכותנית. ההוכחה הטובה ביותר להתקבלותה של הפרדיגמה האיכותנית כשוות ערך היא העובדה ששורה הולכת ומתארכת של חוקרים כמותניים מבקשים לעבוד בשילוב שיטות (Mix Methods). בעולם המחקר מתגבשת הסכמה רחבה לפיה המחקר האיכותני פתח בפני חוקרים רבים אפשרויות חדשות להתבוננות בהתנהגות האנושית, להבנתה וליצירת ידע חדש (צבר-בן יהושע, 2016).

במחקר זה, לא היה די במידע כמותני בלבד או במידע איכותני בלבד על מנת לתפוס את מורכבות הטיפול ב-NLP, ולכן, שילוב זה אִפשר הצגת תמונה מלאה ועשירה יותר של סוגיית המחקר. שילוב השיטות, במקביל למילוי השאלונים הסגורים, אִפשר לכל אחת מן המטופלות להשמיע קולה באופן

שוטף ופתוח – וכך ניתן היה לגבש פרשנות רחבה לדברים שעלו, אבל גם באופן יחסי והשוואתי למשתתפות האחרות. השוואה זו נערכה גם בזיקה לדברי הצוות הטיפולי המשתתף במחקר – הפסיכיאטרית המאבחנת ומבצעת המעקב לאחר סדרת הטיפולים, הפסיכולוגית המעבירה את התערבות ה-NLP, מתאמת המחקר והחוקרת, אשר רואיינו אף הן והרחיבו, העשירו, ובחלקן גם הדהדו את קולות המטופלות.

תבנית המחקר משלב־השיטות מאפשרת: (1) הרחבה (Expansion) – שימוש בשיטות שונות לבחינת תופעות שונות שהן חלק מהטווח הרחב של המחקר; (2) טריאנגולציה (Triangulation) – שימוש בשיטות שונות לחקר אותה תופעה, על מנת לחזק את הביטחון במסקנות שהוסקו לגבי תופעה זו; (3) השלמה (Complementary) – שימוש בשיטות שונות לחקר היבטים או ממדים שונים של אותה תופעה, כדי להעמיק את הפרשנויות הניתנות לה (Greene, 2006).

במחקר הנוכחי, לחלק הכמותני ולחלק האיכותני ניתן מעמד דומה, ואיסוף הנתונים משני הסוגים נעשה בחלקו במקביל. המשך הפרק יעסוק תחילה במשתתפי המחקר והליכיו, לאחר מכן יוקדש תת־פרק לחלקו הכמותני של המחקר ותת־פרק נוסף לחלקו האיכותני, ולבסוף, תהיה התייחסות להיבטים אתיים במחקר, לתבחיני איכות ולמגבלות המחקר.

2. אוכלוסיית המחקר

<u>אוכלוסיית המחקר כללה שני מקבצי משתתפות</u>:

2.1. נשים שחוו PPPTSD וטופלו ב-NLP

15 נשים הנמצאות עד שנתיים לאחר לידה אותה חוו כאירוע טראומטי, כולן חברות קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות'. המשתתפות גויסו למחקר באמצעות 'דגימה מכוונת' (שקדי, 2003), כלומר דגימה על פי התופעה שבמוקד ההתערבות הנבחנת, במטרה לייצג את המאפיין המרכזי – PPPTSD. שני הפרמטרים המרכזיים הם 'לידה במהלך השנתיים האחרונות' ו'פיתוח תסמיני PTSD'.

מטופלות אלה הגיעו למחקר בדרכים הבאות: שש מטופלות הגיעו דרך הפרסום באתר 'מכבי', שתיים דרך מטפלות רצפת אגן, שתיים פנו מיוזמתן למרפאה לבריאות הנפש, אחת דרך אחות ליווי היריון, אחת דרך קבוצת ה'פייסבוק' של דיכאון לאחר לידה, אחת דרך המנשרים שנתלו במרפאות 'מכבי', אחת דרך עובדת סוציאלית של קופת החולים ואחת דרך אחות 'טיפת חלב' של 'מכבי'.

קריטריונים להכללה במחקר: (1) נשים מבוטחות 'מכבי שירותי בריאות'; (2) עד שנתיים ממועד לידה; (3) גיל 20-48; (4) אבחון PTSD או PTS (Partial post-traumatic Syndrome) (הפרעה חלקית /

תת־קלינית מכוונת (כשמה), כשנוכחים סימפטומים משתי קבוצות לפחות של תסמיני ההפרעה), על-ידי פסיכיאטרית כבעיה המובילה בחיי המשתתפת; (5) דוברות עברית.

קריטריונים לאי־הכללה במחקר: (1) הימצאות אחד מן הבאים: (א) פיגור שכלי; (ב) סכיזופרניה או מחלות נפש אחרות הקודמת לאבחנה של PPPTSD; (2) ניסיונות התאבדות או פגיעה עצמית; (3) שימוש באלכוהול או סמים; (4) דיכאון לאחר לידה; (5) לידה שקטה (היריון המסתיים בלידה של תינוק מת). מידע זה התקבל הן מריאיון הסינון הראשוני והן במהלך האבחון שנערך עם הפסיכיאטרית.

מאחר ולמחקר חָבְרה קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות', הנשים המגויסות הן חברות בקופה זו. אבחון הנשים נערך במרפאת בריאות הנפש בראשון לציון והטיפול ניתן בקליניקה בפתח תקווה, ולכן מאמצי הגיוס התרכזו באזור המרכז והשפלה (פירוט על שלבי הגיוס ראה בסעיף 3 – תיאור מהלך המחקר). כל המשתתפות חתמו על טופס הסכמה מדעת כמחויב על פי ועדת הלסינקי (נספח 18).

מסיכום וניתוח השאלון הסוציואקונומי (ראה נספח 2) שניתן למשתתפות המחקר לפני התחלת ההתערבות, עלה כי גילן של כ-70 אחוז מהמשתתפות נע בין 30-35. המשתתפת הצעירה ביותר בת 24 והמבוגרת ביותר בת 41. פרט לאם חד־הורית אחת ואם אחת הנמצאת בזוגיות, כולן נשואות. התפלגות הפנייה להשתתפות במחקר מבחינת הזמן שעבר מאז הלידה, מראה כי אין שלב ספציפי עליו ניתן להצביע כמאפיין את הפונות (כאמור, המגבלה היא שנתיים מהלידה). אחת המשתתפות (חד־הורית) ילדה תאומות, וכל שאר הלידות הסתיימו בלידת ולד אחד, שנולד בלידה מכשירנית (ואקום בדרך כלל) או בניתוח קיסרי חירום/אלקטיבי. 71 אחוז מהמשתתפות חילוניות ואותו אחוז בעלות השכלה גבוהה (מעל 15 שנות לימוד). כל המשתתפות פרט לאחת, נמצאות במעגל העבודה, ומהדיווח על הכנסות משפחותיהן עולה כי אצל יותר ממחצית המשפחות השכר הוא מעל הממוצע במשק. עבור רובן זוהי הלידה הראשונה, פרט לשלוש מהן: משתתפת אחת שבשבילה זו לידה ראשונה לאחר לידה שקטה, משתתפת אחרת שזו לידתה השנייה, ומשתתפת נוספת שזוהי לידתה השלישית. מנתונים אלה עולה כי פרופיל הפונות הוא, לרוב, נשים חילוניות ומשכילות משכבה סוציואקונומית בינונית-גבוהה, שחוו לידה טראומטית המלווה בתסמינים פוסט־טראומטיים, בעקבות לידות שלא תאמו את תוכנית הלידה בה אחזו. בפועל, כל משתתפות המחקר חוו לידה מכשירנית או ניתוח קיסרי חירום. נתון זה עשוי לרמז על הטיית בחירה בעת הקבלה למחקר. יחד עם זאת, הטיה זו אינה משפיעה על בחינת הפרוטוקול הטיפולי ושאלות המחקר.

הטבלה הבאה מסכמת את תהליכי הגיוס, המיון, והטיפול עד לחודש פברואר 2020.

טבלה 1. סיכום תהליך הגיוס, המיון והטיפול

תמונת מצב יולי 2020	
מספר פונות	169
מספר פונות שנמצאו **כלא** מתאימות	(98)
מספר פונות **שנשרו לפני** אינטייק	(37)
מספר פונות **שנשרו אחרי** אינטייק	(12)
מספר משתתפות ש**התקבלו לטיפול קבוצתי CBT** (קבוצת ההשוואה כבר אינה חלק מניתוח הנתונים עקב המעבר למחקר איכותני)	(5)
מספר משתתפות **שנשרו במהלך טיפול קבוצתי CBT** (קבוצת ההשוואה כבר אינה חלק מניתוח הנתונים עקב המעבר למחקר מערב שיטות כמותניות ואיכותניות)	(2) (מתוך חמש המשתתפות בטיפול הקבוצתי)
מספר משתתפות **שנשרו** במהלך טיפול NLP	(1) בעקבות שמירת היריון (1) עקב התפרצות נגיף הקורונה (בשל הנחיות משרד הבריאות לא ניתן היה לקיים מפגשי טיפול והמשתתפת החליטה לפרוש)
מספר משתתפות שעברו וסיימו טיפול NLP פרטני	**15**

מתוך סך המשתתפות, ארבעת המטופלות האחרונות שהצטרפו למחקר הביעו הסכמתן להקלטת סדרת המפגשים הטיפוליים.

2.2. הצוות המקצועי של המחקר

בהתאם למתודולוגיה האיכותנית, הצוות המקצועי של המחקר (הפסיכיאטרית המאבחנת, הפסיכולוגית נותנת הטיפול ב-NLP ומתאמת המחקר), הוגדר גם כקבוצה במחקר, שתורמת לדאטה. הפסיכיאטרית היא מנהלת המרפאה לבריאות הנפש של 'מכבי שירותי בריאות', בעבר ניהלה את מרפאת 'חווה' (המתמחה בבריאות האישה) בבית החולים 'שיבא-תל-השומר'; היא בעלת ותק של למעלה משלושים שנה ובין התמחויותיה ניתן למנות הכשרה בתחומי ה-PTSD וה-CBT. מטפלת ה-NLP היא פסיכולוגית חינוכית בעלת תואר מומחה-מדריך, מטפלת ומדריכת פסיכולוגים מתמחים במסגרת השירות הפסיכולוגי בקריית אונו; היא בעלת ותק של קרוב לשלושים שנה ומבין התמחויותיה ניתן למנות התמחות ב-NLP (כולל הכשרה ספציפית בפרוטוקול NLP לטיפול בטראומה) ו-CBT. מתאמת המחקר, בעלת תואר שני בסוציולוגיה ואנתרופולוגיה ותואר ראשון בסטטיסטיקה; היא בעלת ותק של כעשר שנים בתחום הטיפול ושש שנים בתחום תיאום המחקר, מבין התמחויותיה ניתן למנות NLP ו-CBT. כל נשות המקצוע עברו הכשרת GCP (Good Clinical Practice – סטנדרט בין־לאומי לאישור של ניסויים מדעיים קליניים).

3. תיאור מהלך המחקר

רקע: בראשית דרכו של המחקר, הכוונה המקורית הייתה לגייס 60 נשים ולחלקן לשתי קבוצות. קבוצת הניסוי אמורה הייתה לעבור טיפול בפרוטוקול NLP והקבוצה השנייה – טיפול קבוצתי ב-CBT בהנחיית הפסיכיאטרית מטעם קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות'. במהלך השנתיים הראשונות המחקר אכן התנהל בהתאם לתוכנית זו. מאמצי הגיוס למחקר נתקלו בקשיים רבים. מספר הפונות היה נמוך, זמן ההמתנה לאבחון הראשוני היה ארוך בשל אילוצים ב'מכבי', והנשירה הייתה גדולה. לאור המצב הוחלט שיש לשנות את מערך המחקר, להתמקד בקבוצת הטיפול הפרטני ב-NLP, ולעבור למערך מחקר משלב שיטות כמותניות ואיכותניות. שינוי מהותי זה חייב היערכות מחודשת. המחקר הוגש מחדש לוועדת הלסינקי לקבלת אישורים להכנסת מכשיר הקלטה לחדר הטיפולים, ובסופו של התהליך, המחקר יצא לדרך בשנית כשהוא כולל את כל המידע שנאסף במהלך השנתיים הראשונות.

תיאור המחקר:

אוכלוסיית היעד כללה, כאמור, נשים חברות קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות' הנמצאות עד שנתיים מהלידה, אותה חוו כאירוע טראומטי ופיתחו תסמינים פוסט־טראומטיים חלקיים או מלאים. על מנת להגיע לאוכלוסיית היעד, נערכו הליכי הגיוס הבאים: (1) הוכנו שני מנשרים המתארים את תופעת הדחק הפוסט־טראומטית לאחר לידה (PPPTSD), ומזמינים נשים להצטרף למחקר ולקבל טיפול – האחד בצורת כרזה והשני כעלון מידע (ראה נספח 14). מנשרים אלה הופצו במרפאות 'מכבי' באזור המרכז והשפלה, ובמרפאות רופאי נשים והיריון בסיכון העובדים עם 'מכבי'. ההפצה נערכה גם באופן ידני על ידי החוקרת ומתאמת המחקר וגם דרך אמצעי ההפצה של 'מכבי שירותי בריאות'; (2) פרסום המחקר באתר הבית של 'מכבי שירותי בריאות' (ראה נספח 15); (3) פנייה באמצעות פורומים אינטרנטיים המכוונים לנשים לאחר לידה/דולות (תומכות לידה); (4) מרכזי 'טיפת חלב' באזור תל-אביב; (5) הועברו עשרות הרצאות בפני צוותים מקצועיים במרכזי 'טיפת חלב' באזור תל-אביב וב'מכבי שירותי בריאות' (אחיות, אחיות ליווי היריון, מטפלות רצפת אגן, עובדות סוציאליות, נציגי מענה טלפוני ב'מכבי אישי-נשי', רופאי ילדים בבית החולים 'איכילוב' וכו') הנמצאים בממשק עם יולדות.

להלן תיאור מהלך המחקר על פי שלביו (לתרשים זרימה של מהלך המחקר ראה נספח 11):

יולדות שנחשפו לפרסום המחקר יצרו קשר טלפוני עם מתאמת המחקר. מתאמת המחקר ערכה איתן שיחת היכרות בה תיארה את המחקר באומרה: "אני אציג את המחקר לפני שאשאל אותך כמה שאלות, על מנת שנבחן ביחד האם את מתאימה למחקר. המחקר הוא יוזמה של יפעת וינשטיין-זהר,

דוקטורנטית בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב, בשיתוף עם 'מכבי שירותי בריאות' בראשותה של החוקרת הראשית, הפסיכיאטרית ד"ר ג'ודית ריידמן-הלפר, אשר עורכת את האבחון ונותנת את הגושפנקה להצטרפות למחקר תוך שהיא מחתימה על טופס הסכמה מדעת. כמו כן, מדובר במחקר הבודק את שיטת ה-NLP וניתן בטיפולה של הפסיכולוגית סיגל הרשקו-יבור, שהוכשרה לכך". לאחר מכן ערכה מתאמת המחקר תשאול בסיסי על פי שאלון סינון ראשוני חצי־מובנה (נספח מס' 1). אם האישה נמצאה מתאימה, תואמה פגישה עם הפסיכיאטרית במרפאת בריאות הנפש 'קארדו' בראשון לציון. במהלך הפגישה (שהתבצעה בהתאם לנוהלי 'מכבי שירותי בריאות'), ראשית כל, ערכה הפסיכיאטרית אינטייק אבחוני, ואם האישה אובחנה כבעלת תסמיני PTSD חלקיים או מלאים היא הוחתמה על **טופס הסכמה מדעת** (נספח 18). הפסיכיאטרית העלתה את התרשמותה לתיק הרפואי האישי של האישה במרפאת בריאות הנפש (בידיעת האישה). מידע זה מאובטח וחשוף רק בפני צוות בריאות הנפש. אם האישה קיבלה טיפול תרופתי, המידע נגיש גם לרופאי משפחה.

שאלונים שהעבירה הפסיכיאטרית במהלך הפגישה: (1) שאלון למדידת חומרת PTSD (PCL-5) (נספח 3); (2) שאלון בריאות המטופל PHQ-9 (נספח 4). כאמור, בתום המפגש עם הפסיכיאטרית נפגשה האישה עם מתאמת המחקר והתבקשה להשיב על שלושה שאלונים נוספים: (1) שאלון סוציואקונומי (נספח 2); (2) שאלון לבדיקת תפקוד (נספח 5); (3) שאלון צמיחה פוסט־טראומטית (נספח 6). בשלב זה האישה הופנתה לטיפול NLP פרטני.

הטיפול נערך על ידי הפסיכולוגית הרשקו-יבור, שעברה הכשרה והתמחות בפרוטוקול NLP לטיפול בטראומה. הטיפול כלל מפגש היכרות ועוד חמישה מפגשים טיפוליים. במפגש השני לטיפול (והשלישי ברצף), ובמפגש האחרון, העבירה הפסיכולוגית שלושה שאלונים: (1) שאלון למדידת חומרת PTSD (PCL-5); (2) שאלון לבדיקת תפקוד; (3) שאלון צמיחה פוסט־טראומטית.

עם תום סדרת המפגשים כל משתתפת הופנתה להמשך מפגשי מעקב עם הפסיכיאטרית. בנוסף, תואמה להן פגישה עם החוקרת, פגישה שנוהלה בהתאם להנחיות בנספח מס' 7 – ריאיון עומק מסכם חצי־מובנה עם הנשים המטופלות (In depth semi-structured interview).

כמו כן, החוקרת ערכה ראיונות עומק חצי־מובנים עם מטפלת ה-NLP, הפסיכיאטרית ומתאמת המחקר (ראה בהתאמה נספחים 8, 9, 10) וזאת בנוגע לכל אחת מהמטופלות שהשתתפו במחקר וכן בנוגע לתפיסותיהן את התערבות ה-NLP ולתובנות שעלו אצל כל אחת לאורך הטיפול ובתומו.

11 המטופלות הראשונות שהתקבלו למחקר עברו מסלול זהה למפורט. ארבע הנשים האחרונות, בנוסף למתואר לעיל, אישרו הקלטה של המפגשים הטיפוליים (בכפוף ל'אישור הלסינקי'), כך שכל המפגשים הוקלדו, תומללו ונותחו.

4. כלי המחקר

4.1. כלים כמותניים

<u>המחקר כלל חמישה שאלונים</u>:

<u>שני שאלוני סינון</u>:

(1) שאלון סוציואקונומי (נספח מס׳ 2).

(2) שאלון בריאות המטופל PHQ-9 (נספח מס׳ 4) – שאלון זה מועבר במטרה לסנן אל מחוץ למחקר נשים עם דיכאון לאחר לידה כחלק מהקריטריונים לאי־ההכללה. השאלון פותח על ידי חברת פייזר (Pfizer) כשאלון מודולרי הבא לבחון מספר נושאים כדיכאון, חרדה, התמכרות לאלכוהול ואכילה (Kroenke & Spitzer, 2002). PHQ-9 הוא שאלון אבחון ספציפי הבוחן דיכאון. השאלון מורכב מתשע שאלות ושאלה נוספת המתייחסת לקושי כללי העולה בתשע השאלות הקודמות. התשובות לשאלות נעות על סולם ליקרט בן 4 דרגות כאשר הניקוד מייצג את הקטגוריות: (0) בכלל לא; (1) מספר ימים; (2) יותר ממחצית הימים; (3) כמעט כל יום. הציון בשאלון הוא סכום התשובות של הנבדק, כך שהציון הסופי נע בין 0 ל-27. ערך כולל בסך 5 – מייצג דיכאון מתון (Mild); ערך כולל בסך 10 – מייצג דיכאון בינוני (Moderate); ערך כולל בסך 15 – מייצג דיכאון בינוני-חמור (Moderately Severe); ערך כולל בסך 20 – מייצג דיכאון חמור (Severe). ניקוד בין 0-4 מציין שאין דיכאון עד דיכאון מינימלי – אין צורך בטיפול; ניקוד בין 5-9 מציין דיכאון מתון – יש לעקוב ולחזור על PHQ-9; ניקוד בין 10-14 מציין דיכאון בינוני – הפעלת תוכנית טיפול הכוללת מעקב/טיפול תרופתי; ניקוד בין 15-19 מציין דיכאון בינוני-חמור – הפעלת טיפול אקטיבי הכולל טיפול תרופתי ו/או פסיכותרפיה. ניקוד 20-27 מצביע על דיכאון חמור וההמלצה היא על מתן טיפול תרופתי מיידי כמו גם הפנייה מיידית לטיפול נפשי עם מומחיות לפסיכותרפיה ו/או טיפול בשיתוף פעולה (Kroenke & Spitzer, 2002). מהימנותו לאחר התרגום היא $\alpha = 0.77$. לשאלון מהימנות ותוקף גבוהים (Beck, & Steer, 1987). השאלון תורגם לעברית על ידי חורש (1988), ומהימנותו לאחר התרגום היא $\alpha = 0.87$. ציון גבוה יותר בשאלון מעיד על רמת דיכאון גבוהה יותר בהתאמה (Geuolayov et al., 2009).

<u>שלושה שאלוני מדידה</u>:

(1) שאלון למדידת חומרת PTSD (PCL-5) (נספח מס׳ 3) – שאלון דיווח עצמי לאבחון הפרעת דחק פוסט־טראומטית PCL-5 (PTSD Checklist), מתבסס על שאלון שפותח על ידי ווית׳רס ושות׳ (Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993). השאלון כולל 20 פריטים המודדים את התסמינים המוגדרים ב-DSM-5. התשובות לשאלות מבוססות על סולם ליקרט בן חמש דרגות הנעות בין 0 (״כלל

לא״) ל-4 (״במידה רבה מאוד״). השאלות בשאלון מתקבצות לארבעה גורמים, המבטאים את ארבעת אשכולות הסימפטומים העיקריים ב-PTSD: (1) קריטריון B/חודרנות (פריטים 1-5), (לדוגמא: ״בחודש האחרון... זיכרונות חוזרים ומטרידים מהאירוע?״); (2) קריטריון C/הימנעות (פריטים 6-7) (לדוגמא: ״בחודש האחרון... נמנעת מלשוחח או לחשוב על האירוע או לחוות רגשות הקשורים באירוע?״); (3) קריטריון D/שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח (פריטים 8-14) (לדוגמא: ״בחודש האחרון... מתקשה לזכור חלקים חשובים מהאירוע?״); (4) קריטריון E/עוררות יתר (פריטים 15-20) (לדוגמא: ״בחודש האחרון... יש לי קשיי ריכוז״). המדידה כוללת את סכום חומרת התסמינים בטווח הנע בין 0 ל-80. ניתן לסכום את הציונים המתקבלים לקבלת מידע על החומרה הכוללת של ה-PTSD. הציון המבדיל הוא 33. ציוני ה-PCL-5 הראו עקיבות פנימית (Internal consistency) חזקה (α = 0.94), מהימנות בדיקה חוזרת (Test-retest reliability) ($r = 0.82$), תוקף מתכנס (Convergent validity) ($rs = 0.74$ to 0.85) ותוקף מבחין (Discriminant validity).

(2) שאלון לבדיקת תפקוד (נספח מס׳ 5) – פותח על ידי גלקופף ושות׳ (Gelkopf et al., 2012). השאלון מעריך שישה היבטים של תפקוד בחודש האחרון: מקצוע או לימודים, הורות, זוגיות, חברות, השתייכות לקהילה, אינטימיות, ונמדד באמצעות סולם ליקרט הנע בין 0 (״מאוד לא טוב״) ל-4 (״טוב מאוד״). העקיבות הפנימית של שאלון זה היא $\alpha = 0.86$ (טווח 0-4, $SD = 0.79$, $M = 3.20$) (בהם-טביב, 2014).

(3) שאלון צמיחה פוסט־טראומטית (Post Traumatic Growth Inventory – PTGI) (נספח מס׳ 6) – שאלון דיווח עצמי שפותח על ידי טדצ׳י וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996) ותורגם לעברית על ידי בן שלמה בשנת 2001 (בן שלמה, 2005). השאלון כולל 22 פריטים המחולקים לחמישה תת־סולמות: קשר עם אחרים, אפשרויות חדשות, חוזק אישי, שינוי רוחני והערכה לחיים. הנבדקים התבקשו לדרג על סולם בן 5 דרגות מ-0 (״בכלל לא״) ועד 5 (״במידה רבה מאוד״) עבור כל אחד מהפריטים את המידה שבה שינוי זה התרחש בחייהם כתוצאה מההתמודדות עם האירוע הטראומטי. ציון עד 21 מלמד על היעדר צמיחה, ציונים בטווח 22-42 מלמדים על צמיחה מועטה, ציונים בטווח 43-65 על צמיחה בינונית, וציונים של 66 ומעלה מלמדים על צמיחה גבוהה (קרן שלם, ׳שאלון צמיחה לאחר טראומה׳). העקיבות הפנימית של השאלון היא $\alpha = 0.96$ לציון הכולל. עבור הממדים נמצאו הציונים הבאים: קשר עם האחרים – $\alpha = 0.91$, אפשרויות חדשות – $\alpha = 0.87$, חוזק אישי – $\alpha = 0.91$, שינוי רוחני – שני פריטים $r = 0.57$ ($p < 0.001$), והערכה לחיים – $\alpha = 0.78$. המתאמים בין הממדים נעו בין $r = 0.85$ ל- $r = 0.87$ ($p < 0.001$) כך שניתן לעשות שימוש בציון הכולל כמייצג את מדד הצמיחה. העקיבות

הפנימית של הכלי שנמדדה על ידי מחברי השאלון הייתה $\alpha = 0.90$. בבדיקת מהימנות חוזרת (Test-retest) נמצא מתאם של $r = 0.71$ (Tedeschi & Calhoun, 1996).

מספר מדידות: שאלונים 1 עד 5 ניתנים למטופלות לפני תחילת סדרת המפגשים. הפעם הראשונה נערכה בקופת החולים 'מכבי שירותי בריאות', מרפאה לבריאות הנפש בנוכחות הפסיכיאטרית ומתאמת המחקר. הפעם השנייה והשלישית נערכו על ידי מטפלת ה-NLP בקליניקה בפתח תקווה. שאלונים 3, 4 ו-5 מולאו שלוש פעמים (סך הכול שלוש מדידות): (1) לפני תחילת סדרת המפגשים; (2) במחצית סדרת המפגשים; (3) בתום סדרת המפגשים.

4.2.כלים איכותניים

4.2.1. ראיונות

<u>המחקר כלל חמישה ראיונות עומק חצי־מובנים שנערכו עם 15 מטופלות ושלוש נשות מקצוע</u>:

(1) ריאיון ראשוני חצי־מובנה (נספח מס' 1) – ריאיון טלפוני שנערך על ידי מתאמת המחקר בעקבות פניית האישה.

(2) ריאיון מסכם חצי־מובנה עם הנשים המטופלות (ראה נספח מס' 7) – נערך בבית המשתתפת, במשרד החוקרת, או בבית קפה (לפי בחירת המשתתפת).

(3) ריאיון חצי־מובנה עם הפסיכולוגית, טיפול NLP (נספח מס' 8) – נערך בקליניקה של המטפלת בפתח-תקווה.

(4) ריאיון חצי־מובנה עם הפסיכיאטרית, החוקרת הראשית המאבחנת (נספח מס' 9) – נערך בקופת החולים 'מכבי שירותי בריאות', מרפאה לבריאות הנפש.

(5) ריאיון חצי־מובנה עם מתאמת המחקר (נספח מס' 10) – נערך בבית המתאמת בהרצליה.

כלי המחקר בו נעשה שימוש במחקר זה הוא 'ריאיון עומק חצי־מובנה' וזאת על מנת להבין את המציאות ואת חוויית הטיפול, כפי שהן נתפסות בעיני המשתתפות (המטופלות ונשות המקצוע). ראיונות אלה פותחו בהתבסס על שקדי (2003).

בריאיון החצי־מובנה החוקר צמוד למספר שאלות קבועות מראש, אך הוא רשאי לשנות את סדרן ולהוסיף שאלות נוספות, שאלות המשך, בהתאם להתפתחות הריאיון. זהו סוג הריאיון הנפוץ ביותר, בהיותו משלב גם את הגמישות של הריאיון הפתוח וגם את המסגרת של הריאיון המובנה. ככלל, ראיונות עומק בנויים סביב מספר שאלות פתוחות שמטרתן להבין חלקים מרכזיים של ההתנסות/חוויה אותה עובר המרואיין. הם מושתתים על יצירת קשר בלתי אמצעי עם המרואיין, הדומה לשיחה חברית אשר בבסיסה יצירת קשר ואמון שמאפשרים למרואיין לספר על עמדותיו,

חוויותיו ומחשבותיו (צבר בן-יהושע, 2002). הואיל ונושאים אלה חייבים להיות מדווחים מבעד לעיניהן של הנשאלות, מאחר והן בעלות הידע, ניתן בדרך זו לקבל תובנות והארות חשובות למחקר (Yin, 1984). מטרת ריאיון העומק היא להבין את המינוח והשיפוט של המשתתפות ולתפוס את המורכבויות שבתפיסתן ובחווייתן (Patton, 1980). הרציונל בבחירת הריאיון ככלי מחקרי הוא לגלות באמצעותו דברים שאי אפשר לגלותם באמצעות שאלוני המדידה. לא ניתן לְצפות באופן שבו המשתתפות מארגנות את עולמן הפנימי ויוצקות לתוכו משמעויות סובייקטיביות, אבל אפשר לשאול אותן ולברר עימן על כך (Patton, 1990). לפיכך, ריאיון העומק אִפשר לחוקרת להשיג את מטרת המחקר, שהיא כאמור להבין מהי חוויית התהליך הטיפולי (NLP) ותוצאותיו, ואילו משמעויות עשויות להיות לטיפול ספציפי זה על חייהן.

לכל הראיונות מבנה דומה הכולל:

<u>שאלות תיאוריות פתוחות</u>, למשל: "אנא ספרי לי על הלידה שלך והתקופה שלאחריה, על המפגש עם המתאמת לפני הטיפול, על הטיפול ועל התקופה שאחר הטיפול", "תארי את החוויה הכללית שלך בעבודה עם המטופלות באמצעות פרוטוקול טיפול בטראומה בכלי ה-NLP"; <u>שאלות השלמה</u>, למשל: "תרחיבי על... ספרי למה את מתכוונת ב..."; <u>שאלות השוואה</u>, למשל: "מה היתרונות/חסרונות שחווית תוך כדי העבודה עם פרוטוקול NLP לטיפול בטראומה"; <u>שאלות מסכמות פתוחות</u>, למשל: "יש משהו נוסף שאת חושבת עליו עכשיו ולא דיברת עליו? משהו שאת נזכרת בו? משהו שאת רוצה להוסיף?" (על פי שקדי, 2003).

כאמור, ריאיון העומק שימש לאיסוף נתונים במחקר, אולם מידת ההבניה שלו, מידת ההכוונה ומידת האקטיביות של החוקרת, השתנו במהלך הראיונות בהתאם לשיתוף הפעולה של המטופלות ונשות המקצוע ולתוצרים שהתקבלו בריאיון. יחד עם זאת, נערכה הקפדה לפתוח כל ריאיון עם המטופלות באותה הבקשה (שאלה תיאורית פתוחה): "אנא ספרי לי על הלידה שלך והתקופה שלאחריה, על המפגש עם המתאמת לפני הטיפול, על הטיפול ועל התקופה שאחר הטיפול". בפועל, כל אחד מהראיונות עם הנשים שעברו טיפול במחקר החל מסיפור חופשי של הלידה. במחקר האיכותני ישנו קשר הדוק בין איסוף הנתונים וניתוח הממצאים. החוקר מגיב לנתונים הראשוניים שהוא אוסף ומייצר שאלות חדשות שעשויות להשפיע על דרך איסוף הנתונים (תובל-משיח, 2000; Charmaz, 1995). לכן, בניגוד להיצמדות הנוקשה לאחידות הראיונות בתחילת המפגש, שאר הריאיון נערך ללא היצמדות נוקשה לשאלות המופיעות בשאלון, אך תוך ניסיון לקבל עליהן מענה. זאת, במטרה לקבל תמונה לגבי עולמה הפסיכולוגי-חברתי של המרואיינת. כל הראיונות נערכו בהתאם למאפייני הריאיון החצי־מובנה כפי שהוגדרו על ידי סמית' (Smith, 1995): משך כל ריאיון עם כל מטופלת נע בין חמישים

דקות לשעה וחצי. מייד בתום כל ריאיון, נרשמו הערות, התרשמויות, תחושות וחוויה כללית בעקבות הריאיון.

בנוסף, נערכו כאמור ראיונות עם נשות המקצוע: הפסיכיאטרית רואיינה כרבע שעה בנוגע לכל מטופלת ובנוסף, התייחסה גם לתוכנית כולה והעלתה תובנות. הראיונות עם מתאמת המחקר בנוגע לכל מטופלת, נפתחו בבקשה לתאר את החוויה הכללית במפגש עם המטופלת והמשיכו בשאלות מפורטות יותר. כל ריאיון עם הפסיכולוגית, המטפלת ב-NLP, נע סביב חצי שעה בנוגע לכל מטופלת, ועוד כארבע שעות (במצטבר) של תובנות, פרשנויות ומבט־על. ראיונות אלה כללו בקשה לתיאור החוויה הכללית בעבודה עם המטופלות באמצעות פרוטוקול טיפול בטראומה בכלי ה-NLP (ובאופן ספציפי לגבי כל מטופלת). הראיונות תומללו והוקלדו על ידי החוקרת עד שלושה ימים מתום כל מפגש.

4.2.2. תצפיות עקיפות

תצפית עקיפה נערכת דרך איסוף מידע מצילומי וידאו, הקלטות ותיאורים כתובים (Ciesielska, Boström & Öhlander, 2018). מחקר זה כולל מידע שנאסף כתיאורים כתובים מתוך השיחה הראשונית שערכה מתאמת המחקר עם המועמדות עת פנו לראשונה למחקר, מתוך תיעוד פגישת האינטייק שערכה הפסיכיאטרית, מיומני מטפלת ה-NLP, ומתיעוד הסופרוויז'ן שקיבלה המטפלת מהחוקרת לאורך המפגשים הטיפוליים.

בנוסף לכל האמור לעיל, ארבעת המטופלות האחרונות שהצטרפו למחקר, הביעו הסכמתן להקלטת כל סדרת הטיפולים (בפעם הראשונה בשיחה עם מתאמת המחקר ובפעם השנייה עם הפסיכיאטרית בעת שחתמו על טופס הסכמה מדעת). כך נוספו לנתוני המחקר הקלטות של סדרה הכוללת מפגש היכרות עם המטפלת, וחמישה מפגשים טיפוליים לכל הארבע. כל מפגש טיפולי ארך שעה, וכל המפגשים תומללו והוקלדו עד שלושה ימים מתום כל מפגש בין המטפלת למטופלת.

5. תיעוד ואיסוף הנתונים

דרכי התיעוד: (1) תיק אישי ב'מכבי שירותי בריאות' – התרשמות, אבחון ושאלונים של הפסיכיאטרית המאבחנת (לפני ואחרי סדרת המפגשים); (2) ניהול יומן טיפול – יומן הפסיכולוגית, טיפול NLP הכולל מידע מכל מפגש; (3) הקלטות סדרת הטיפולים; (4) לכל משתתפת במחקר נפתח קובץ מחשב נפרד שכָּלל את כל המידע הכמותני והאיכותני שנאסף (שאלוני מדידה, ראיונות – הקלטות ותמלולים). בנוסף, נפתחו תיקיות המאגדות את המידע על כל נבדקת כולל הראיונות שנערכו בקשר אליה עם הפסיכיאטרית, הפסיכולוגית מטפלת ה-NLP, ועם מתאמת המחקר (הקלטות ותמלולים); (5) לכל אחת מנשות המקצוע נפתח קובץ המאגד את סך הראיונות עימה (הקלטות

ותמלולים). הראיונות עם המשתתפות במחקר הוקלטו ושוכתבו באופן מלא (כולל שתיקות, כחכוך גרון, בכי, שיעולים, הפסקות, קצב הדיבור וכדומה).

טבלה 2. מודל ויזואלי עבור שילוב השיטות – ציר הזמן לאיסוף מידע כמותני ואיכותני

לפני טיפול NLP		**במהלך הטיפול**		**בתום הטיפול**	
שאלון סינון שאלון סוציואקונומי					
מידע איכותני	**מידע כמותני**	**מידע איכותני**	**מידע כמותני**	**מידע איכותני**	**מידע כמותני**
* תיק אישי ב׳מכבי׳ – אבחון והתרשמות	שאלוני מדידה: * PTSD * PHQ-9 * בדיקת תפקוד * צמיחה פוסט־טראומטית	* הקלטת סדרת הטיפולים עם ארבע מטופלות * יומן טיפול	שאלוני מדידה: * PTSD * בדיקת תפקוד * צמיחה פוסט־טראומטית	* ריאיון מסכם חצי־מובנה עם הנבדקות * ראיונות חצי־מובנים עם מטפלת ה-NLP, הפסיכיאטרית ועם מתאמת המחקר	שאלוני מדידה: * PTSD * בדיקת תפקוד * צמיחה פוסט־טראומטית

6. ניתוח הנתונים

6.1. ניתוח מידע כמותני

משתני המחקר

<u>במסגרת ניתוח הנתונים נעשה שימוש במשתנים הבאים</u>:

(1) פוסט־טראומה כללית – משתנה זה הורכב מתשובות המשתתפות לפריטים בשאלון "סולם תסמיני PTSD". התשובות לפריטים דורגו בסולם ליקרט ונעו מ-0 ("כלל לא") ועד 4 ("במידה רבה מאוד"). השאלון נפתח במילים "מובאת למטה רשימה של בעיות ותלונות שאנשים חווים כתוצאה מחשיפתם לאירועים מלחיצים בחייהם. אנא קראי כל משפט בתשומת לב וסמני במשבצת המתאימה את המידה בה הבעיה הטרידה אותך בחודש האחרון". לאחר מכן, הוצגו 20 בעיות/תלונות. המשתנה חושב על ידי מיצוע התשובות לפריטים. כמו כן, משתנה זה הורכב מ-4 תת־משתנים שחושבו באותה הדרך:

1. *חודרנות* – משתנה זה כלל 5 פריטים. פריט לדוגמה: "חלומות טורדניים".
2. *הימנעות* – משתנה זה כלל 2 פריטים. פריט לדוגמה: "נמנעת ממצבים".
3. *שינויים בקוגניציה ובמצב רוח* – משתנה זה כלל 7 פריטים. פריט לדוגמה: "מאשימה את עצמי".
4. *עוררות* – משתנה זה כלל 6 פריטים. פריט לדוגמה: "קשיים בכניסה לשינה".

(2) צמיחה פוסט־טראומטית – משתנה זה הורכב מתשובות המשתתפות לפריטים בשאלון "שאלון צמיחה פוסט־טראומטית". התשובות לפריטים דורגו בסולם ליקרט ונעו מ-0 ("כלל לא") ועד 4 ("במידה רבה מאוד"). השאלון נפתח במילים "עבור כל אחת מההצהרות הבאות, ציייני את המידה בה שינוי זה התרחש בחייך כתוצאה מהתמודדות עם האירוע". לאחר מכן, הוצגו 22 הצהרות. פריט לדוגמה: "אני מעריכה כל יום בחיי". המשתנה חושב על ידי מיצוע התשובות לפריטים.

(3) תפקוד – משתנה זה הורכב מתשובות המשתתפות לפריטים בשאלון "שאלון לבדיקת תפקוד". התשובות לפריטים דורגו בסולם ליקרט ונעו מ-0 ("מאוד לא טוב") ועד 4 ("טוב מאוד"). בנוסף, הפריטים כללו גם אפשרות למענה "לא רלוונטי". השאלון נפתח במילים "איך את מעריכה את רמת התפקוד שלך בחודש האחרון בכל אחד מהתחומים". לאחר מכן, הוצגו 6 אמירות. פריט לדוגמה: "כבת-זוג בחודש האחרון". המשתנה חושב על ידי מיצוע התשובות לפריטים.

מהימנות שאלונים

בטרם נותחו הממצאים נבדקה המהימנות של המשתנים במחקר. כדי לעשות זאת, נעשה שימוש במדד המהימנות 'אלפא של קרונבאך' לבדיקת מהימנות פנימית. עבור כל שאלון נבדקה המהימנות בהעברה הראשונה, השנייה והשלישית.

הסטנדרט המקובל עבור מדד 'אלפא של קרונבאך' הוא שערך של 0.7 ומעלה נחשב תקין. אולם, היו הרבה תוצאות שהיו נמוכות מערך זה:

(1) ממד חודרנות של פוסט־טראומה במדידה הראשונה, שערך מדד המהימנות שלו היה 0.66. מאחר וערך זה לא היה נמוך משמעותית מ-0.7, ומאחר ובמדידות האחרות ערך המדד היה תקין, הוחלט לא להסיר פריטים מהסולם.

(2) ממד הימנעות של פוסט־טראומה במדידה הראשונה, שערך מדד המהימנות שלו היה 0.24. מאחר ומדובר במדד המורכב משני פריטים בלבד, לא ניתן היה להסיר פריטים בכדי להעלות את המהימנות.

(3) ממד השינויים בקוגניציה ובמצב רוח של שאלון פוסט־טראומה במדידה הראשונה, שערך מדד המהימנות שלו היה 0.48. לאחר הסרת פריטים 1 ("מתקשה לזכור") ו-3 ("מאשימה את עצמי"), ערך המדד היה 0.78. מאחר ובניתוח האיכותני נמצא שפריט 3 הוא בעל חשיבות גדולה, הוחלט לבצע עבורו ניתוחים סטטיסטיים בנפרד.

(4) ממד תסמיני עוררות במדידה הראשונה, שערך מדד המהימנות שלו היה 0.64. לאחר הסרת פריט 6 ("קשיים בכניסה לשינה") ערך המדד היה 0.71.

ערכי המהימנות הסופיים מוצגים בלוח 1.

לוח 1. ערכי המהימנות של משתני המחקר

משתנה	מדידה ראשונה	מדידה שנייה	מדידה שלישית
פוסט־טראומה כללית	0.74	0.89	0.92
פוסט־טראומה – חודרנות	0.66	0.86	0.80
פוסט־טראומה – הימנעות	0.24	0.86	0.70
פוסט־טראומה – שינויים בקוגניציה ובמצב רוח	0.78	0.86	0.82
פוסט־טראומה – עוררות	0.71	0.72	0.70
צמיחה פוסט־טראומטית	0.84	0.91	0.86
תפקוד	0.76	0.87	0.85

ניתוח הנתונים

עקב טעות, שתי משתתפות במחקר נשאלו רק בשני זמנים במקום בשלושה (משתתפת אחרת נשאלה רק במדידה הראשונה ובשלישית ומשתתפת שנייה נשאלה רק במדידה הראשונה ובשנייה). עבור משתתפת נוספת היה חסר נתון עבור השאלה האחרונה בסולם צמיחה פוסט־טראומטית,

במדידה השנייה. הוחלט שבמקום האחרים החסרים יחושב החציון של הערכים הקיימים (ערכי המהימנות בסעיף הקודם חושבו לאחר השלמה זו).

כל אחד מהמשתנים התלויים נותח באופן הבא: תחילה, נערך ניתוח לבדיקת הימצאות הבדל מובהק בין זמני המענה באופן כללי. לצורך זה, נעשה שימוש במבחן פרידמן (Friedman test). במידה והתקבלה תוצאה מובהקת, נבדק אם קיימים הבדלים מובהקים בין כל אחד מזמני המענה לשני זמני המענה האחרים. לצורך זה, נעשה שימוש במבחן ווילקוקסון (Wilcoxon rank sum test).

הסיבה לשימוש במבחן פרידמן ולא בניתוח שונות תוך־נבדקי, וכן במבחן ווילקוקסון ולא במבחן t למדגמים תלויים, היא שניתוח שונות ומבחן t הם מבחנים פרמטריים. כלומר, אחת מהנחות המבחנים היא התפלגות דגימה נורמלית. אולם, כדי שניתן יהיה להניח הנחה זו, גודל המדגם צריך להיות לפחות 30. מאחר ובמחקר הנוכחי היו נתונים עבור 15 משתתפות בלבד, לא ניתן היה לעשות שימוש במבחנים פרמטריים. במקרה כזה מומלץ לעשות שימוש במבחנים א־פרמטריים, שאינם מניחים שהתפלגות הדגימה נורמלית. מבחן פרידמן הוא המבחן הא־פרמטרי המקביל לניתוח שונות תוך־נבדקי ומבחן ווילקוקסון הוא המבחן הא־פרמטרי המקביל למבחן t למדגמים תלויים (Turner, 2014). לכן, הוחלט לעשות שימוש דווקא במבחנים אלו.

רמת המובהקות האפריורית נקבעה ל-0.05, כנהוג בניתוחים סטטיסטיים במדעי החברה. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת 'SPSS' גִרסה 25, והגרפים המוצגים נערכו בתוכנת 'Excel'.

6.2. ניתוח מידע איכותני

המתודה שנבחרה לניתוח ועיבוד המידע האיכותני היא 'ניתוח תוכן איכותני מכוון' (Directed qualitative content analysis). 'ניתוח תוכן איכותני' מוגדר כשיטת מחקר לפרשנות של תוכן הטקסט והנתונים בתהליך סיווג שיטתי של קידוד וזיהוי נושאים או דפוסים. במסגרתו מתבצעת הפחתה שיטתית של התוכן המנותח, וניתנת תשומת לב מיוחדת להקשר בו נוצר, זאת כדי לזהות נושאים ולהפיק פרשנויות משמעותיות מתוך הנתונים (Hsieh & Shannon, 2005; Roller, 2019). שיטת מחקר זו נמצאת בשימוש נרחב במחקרים הבריאותיים בשנים האחרונות. חיפוש אחר ניתוח תוכן ככותר מרכזי בתחומים של בריאות וסיעוד הניב יותר מ-4,000 מאמרים שפורסמו בין 1991 ל-2002 (Hsieh & Shannon, 2005).

'ניתוח תוכן מכוון' מקוטלג על ידי פוטר ולוין-דונרשטיין (Potter & Levine-Donnerstein, 1999) כניתוח דדוקטיבי, שמטרתו לתקף ולהרחיב את המסגרת המושגית-תיאורטית. באופן זה, השיטה יכולה לספק מראש תחזיות על אודות המשתנים המעניינים את החוקר, או על אודות היחסים בין

המשתנים. כל זה יכול לסייע לקבוע את תחילת סכמת הקידוד הראשונית או הקשרים בין הקודים (Hsieh & Shannon, 2005).

על פי צבר בן-יהושע (1995), המאפיינים המשותפים לתהליכים השונים של ניתוח תוכן הם: תהליך שיטתי אך לא נוקשה; התהליך אינו 'מדע' אלא 'אמנות אינטלקטואלית'; המכשיר העיקרי לניתוח הוא השוואה והנגדה; התהליך מתבצע בדרך של זיהוי חלקים רלוונטיים של הטקסט, הגדרת גבולותיהם, ומיונם לפי תבנית מארגנת; החומר הגולמי דורש בדרך כלל 'תרגום' כלשהו; הקטגוריות לניתוח הטקסט הן בתחילה זמניות וראשוניות, והן נשארות גמישות; הניתוח אינו השלב הסופי של המחקר, לרוב הוא בו־זמני, או מעגלי; תוצאת הניתוח היא סינתזה ברמה גבוהה יותר; התהליך כולו מלווה בפעילות רפלקטיבית של החוקר, שהוא המכשיר בתהליך המחקרי; לא קיימת דרך אחת נכונה לטיפול בניתוח איכותני, אלא קיימות דרכים אחדות ושונות.

בסעיפים הבאים יתוארו עקרונות מנחים לפיהם בוצע ניתוח התוכן במחקר הנוכחי (בהתבסס על איילון וצבר-בן יהושע, 2010; Roller, 2019).

ניתוח המידע האיכותני הסתייע בשימוש בתוכנת Atlas.ti 8[11], בנוגע לכל הראיונות והטיפולים:

- 15 ראיונות עם הפסיכיאטרית בנוגע לאבחון הראשוני של כל משתתפת;
- 15 ראיונות עם הפסיכולוגית מטפלת ה-NLP בנוגע למהלך הטיפול של כל משתתפת;
- 15 ראיונות עם מתאמת המחקר בנוגע לליווי כל משתתפת;
- 15 ראיונות עם כל אחת מהמשתתפות עם סיום סדרת הטיפולים;
- 22 הקלטות מתומללות של סדרת המפגשים הטיפוליים (2 מטופלות – 6 מפגשים, מטופלת אחת – 3 מפגשים, מטופלת אחת – 7 מפגשים).

באופן ספציפי, הראיונות והמפגשים הטיפוליים של ארבע מהמטופלות אשר הוקלטו ותומללו נותחו על פי הצעדים הבאים: **בתחילה** – בהתאם להתוויות 'ניתוח התוכן המכוון', הוגדרו מראש **יחידות הניתוח** (Krippendorff, 1980 אצל באואר, 2011). במחקר זה יחידות הניתוח הן **יחידות התייחסות** המוגדרות על פי האפיזודות, המאורעות, הפעולות, האנשים או הרעיונות שהתכנים מתייחסים אליהם באופן מפורש. בראיונות קודדו האפיזודות שלהלן: סיפורי הלידה, החיים שלאחר הלידה, מאורעות בלידה ולאחריה, האנשים המעורבים במאורעות אלה, התגובות הפוסט־

[11] Atlas.ti 8 היא תוכנה לניהול ושמירת נתונים ובה כלים המיועדים למיכון המטלות של סידור ואחסון הטקסטים בארכיון כבסיס לניתוח פרשני של נתונים טקסטואליים.

טראומטיות, מעגלי ההשפעה, הטיפול שניתן ועוד. יחד עם זאת, ניתנה תשומת לב גם לתכנים שלא הוגדרו מראש.

<u>תהליך קידוד הראיונות</u>

כל ריאיון נותח בנפרד על פי ההכוונה להתאים את מבני העניין למטרות המחקר, תוך פתיחות לנתונים שמחוץ לתחום המבנים המשוערים (Roller, 2019). להלן שלבי ניתוח התוכן:

(1) **קידוד מכוון**: האזנה לכל ריאיון, קריאה של תמלול הריאיון מספר פעמים וקידוד שורה אחר שורה של הרמה הגלויה והרמה הסמויה בטקסט. חלק מהקודים נקבעו מראש כמוּנְחים על ידי התאוריה שנסקרה במבוא טרם תהליך הקידוד וחלק מהנתונים שלא ניתן היה לקודד באופן זה, זוהו ונותחו מאוחר יותר כדי לקבוע האם הם מייצגים קטגוריה חדשה או תת־קטגוריה של קוד קיים (Hsieh & Shannon, 2005); כתיבת הערות בשולי הטקסט (כל דבר שנראה מעניין או משמעותי בדברי המרואיינות). חלק מההערות היו ניסיונות תמצות, חלקן אסוציאציות ורעיונות, חלקן פרשנויות, חלקן מתבססות על התאוריה וכדומה.

(2) **בניית קטגוריות**: ניתוח הערות השוליים תוך ניסיון לזהות כותרות של נושאים העולים מתוך האפיזודות המתוארות בטקסט וסיווגם לקטגוריות נפרדות. איתור, שיום ואפיון של חזרות ומילות מפתח המתארות את משמעות אותו החלק בטקסט.

(3) **מיון ואיגוד לתמות, וקטגוריות**: מריכוז הקטגוריות וחיפוש קשרים ביניהן, ניתן למצוא שחלקן ניתנות לקיבוץ לכדי קטגוריה אחת, ושחלקן מהוות קבוצה או תת־קבוצה תחת האחרות. כאשר קטגוריות חדשות עולות מתוך הקטגוריות שנמצאו, נבדק האם יש להן קשר לנתונים הבסיסיים שהופיעו בטקסט. שיטה זו של ניתוח מחייבת אינטראקציה קרובה עם הטקסט תוך שילוב של ניסיון להבין מה המשתתפת אמרה ומתן פרשנות לטקסט.

(4) **מספור שכיחויות של קודים**: איגוד קודים חוזרים על פי שכיחות הופעתן ויצירת טבלאות שכיחות בחלוקה לתמות השונות שעלו מהניתוח.

(5) לכל קטגוריה שנמצאה צורפו **דוגמאות** מתוך דברי המרואיינות שמראות היכן אפשר למצוא לנושא הקשר בטקסט.

(6) בשלב מסוים במהלך ניתוח התוכן, הומר שיום מיון ואיגוד הממצאים מערכים כגון: קודים, תתי־קבוצות, תתי־קטגוריות וקטגוריות ל: היגדים, נושאים, היבטים, ממדים ותמות וזאת על מנת לייצג בצורה מיטבית את היררכית הממצאים.

בהמשך, נערך חיפוש אחר **מאפיינים תוכניים משותפים/מבדילים** וזאת במטרה לנסות ולתת מענה לשלוש שאלות המחקר: הבנת ההתנסות בטיפול, הערכת תהליך הטיפול והערכת תוצאות הטיפול. ההשוואות שנערכו כללו בין השאר: השוואה בין תיאור הלידה כפי שסופר במפגש הראשון למתאמת המחקר, לפסיכיאטרית ולמטפלת ה-NLP, לבין סיפור הלידה כפי שתואר במפגש עם החוקרת לאחר תום סדרת המפגשים הטיפוליים; השוואה בין תפיסות המטופלות (לידה, תמיכה, חוויית העצמי וכדומה) לפני ואחרי הטיפול; השוואה בין תיאורים הכוללים סימפטומים של PPPTSD, לפני, במהלך ובתום סדרת המפגשים; השוואה של תפיסת רמת התפקוד לפני ואחרי ההתערבות; השוואה של החוויה האישית בנוגע לסוגיית הצמיחה הפוסט־טראומטית. לצד זאת, מאחר ומדובר על פרוטוקול אחיד, נערכה השוואה בין המטופלות בנוגע לתפיסת חוויית הטיפול.

נערך ניתוח תמלול מפגשי הטיפול של ארבע המטופלות שנתנו את הסכמתן להקלטת הטיפול. ניתוח זה התבצע בדומה לניתוח הראיונות אך עסק באפיזודות הטיפוליות. מאחר והפרוטוקול אחיד, התאפשרה בחינה של כל טכניקה והשפעתה על המטופלת, ובחינה השוואתית בין המטופלות לגבי כל טכניקה.

לבסוף, בשלב האחרון והמסכם נערכה אינטגרציה בניסיון לחבר את מערכת הקטגוריות לכדי תמות היוצרות סיפור קוהרנטי המתאר את תהליך השינוי מאירוע הלידה, דרך מהלך הטיפול ולאחריו. מהלך אינטגרטיבי זה הוא תוצאה של בחינת מרכזיות הקטגוריות, היחסים ביניהן, שכיחותן ותדירות הופעתן. אינטגרציה זו כמובן נערכה בשילוב המידע הכמותני וזאת במטרה לייצר 'קו סיפור' (כפי שיתואר בהמשך).

6.3. סיכום פרק ניתוח הנתונים הכמותניים והאיכותניים על פי גישת חקר מקרה מרובה משלב־שיטות

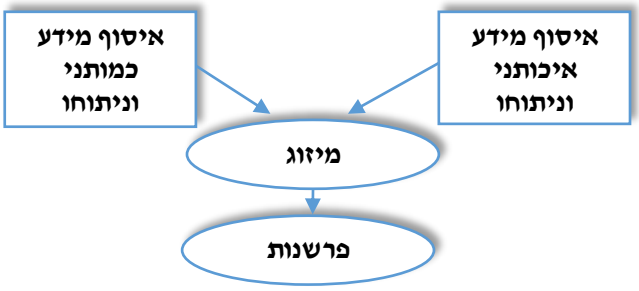
<u>מידע כמותני</u>:

נאסף ונותח מידע כמותני משלושה שאלוני מדידה שמולאו על ידי כל מטופלת בשלושה זמנים: לפני, בזמן ובתום סדרת הטיפולים.

<u>מידע איכותני</u>:

- הופקו 15 ראיונות עם המשתתפות (ריאיון, תמלול וניתוח);
- נערך תיעוד וניתוח של 22 מפגשים טיפוליים (תיעוד מוקלט, תמלול וניתוח);
- 15 ראיונות בנוגע לכל משתתפת עם הפסיכיאטרית (ריאיון, תמלול וניתוח);
- 15 ראיונות בנוגע לכל משתתפת עם הפסיכולוגית שהעבירה את הטיפול לפי פרוטוקול NLP (ריאיון, תמלול וניתוח);

- 15 ראיונות בנוגע לכל משתתפת עם מתאמת המחקר (ריאיון, תמלול וניתוח).



תרשים 1. התכנסות ואינטגרציה של המידע

שני סוגי המידע נאספו בו־זמנית ונותחו לאורך המחקר.

תוצר האינטגרציה בין שני סוגי המידע המתוארים לעיל הוא יצירת 'קו סיפור' (Story line) (Strauss & Corbin, 1990): 'קו סיפור' הוא קו מנחה המאפשר ארגון ובחינה של הקטגוריות (ממדים) והתמות בדרך המתאימה לסיפור קוהרנטי ואף מקנה גֶרסה אנליטית שלו. 'קו סיפור' זה, הנמצא בהלימה לתאוריות שנסקרו כתשתית למרחב המחקרי, מתהווה על ציר הזמן ומתחיל מאירוע הלידה, תסמיניו והשפעותיו, דרך הטיפול שניתן, תפיסת הטיפול ואופן חווייתו ועד סיום הטיפול, השפעותיו ותוצאותיו.

7. החוקר ככלי המחקר

מאחר ומחקר זה כולל שיטות מחקר איכותניות, מן הראוי להתייחס לחלקי כחוקרת במרחב זה. הספרות המחקרית מתמקדת בעיקר במודעות של החוקר לבעיה ובקיום תהליך רפלקטיבי בו החוקר בוחן, וחוזר ובוחן עם עצמו, ולעיתים עם משתתפי המחקר ועם קולגות, את עמדותיו ופרשנותו ביחס אליהן (שלסקי ואלפרט, 2007). במחקר הנוכחי נעשה ניסיון להתמודד עם סוגיה זו במספר אופנים, תוך הבנה שלא ניתן לנטרל את ההשפעה אלא להעלותה לרובד המודע והגלוי.

ראוי להציג את עובדת היותי מרצה, מנחה ומטפלת בתחום ה-NLP. אני עוסקת למעלה מעשרים שנה בתחום, ולאורך השנים הייתי עדה לשינויים שחוו אנשים שפיתחו PTSD לאחר שהסתייעו בפרוטוקול ה-NLP שפיתחתי לטיפול בטראומה. לצד זאת, העובדה שהשיטה לא מוכרת ולא מקובלת באסכולות המקצועיות, והעובדה שמצאתי מיעוט מחקרים בתחום, יצרו בי מוטיבציה להעמיק ולבחון באופן אקדמי את הפרוטוקול שנבחן במחקר זה. בהינתן הקירבה האישית שלי לתחום, בחרתי שלא להעביר את הטיפולים בעצמי ולשם כך הכשרתי פסיכולוגית, תלמידה שלי, שעברה קורס המתמחה בפרוטוקול, על מנת שהיא תהיה המטפלת במחקר. יחד עם זאת, ועל מנת שהטיפול הניתן יהיה המקצועי ביותר, נתתי סופרוויזיון למטפלת (כפי שנהוג לערוך במקצועות הטיפוליים). בהינתן

המוטיבציה האישית לעריכת המחקר, כמו גם הסופרוויז'ן שנתתי, הרי שייתכן ובאופן לא מודע מוטיבציה זו השפיעה על ממצאי המחקר. יחד עם זאת, בהיותי מודעת לאתגר הכרוך בניסיונות לנטרל השפעה מסוג זה, נקטתי מראש ולאורך הדרך במספר מהלכים שנועדו למזער ככל הניתן את השפעתי על הממצאים.

ראשית, כל ההתקשרות הראשונית עם משתתפות המחקר נערכה ללא קשר ישיר עימי, לשם כך נבחרה מתאמת מחקר עימה נערכו כל השיחות הראשונות. שנית, את האבחון ערכה פסיכיאטרית מטעם קופת החולים 'מכבי'. בנוסף, למחקר הוכשרה פסיכולוגית להעניק את הטיפול על פי פרוטוקול NLP, וזאת על מנת לייצר ריחוק מודע ביני כחוקרת לבין המשתתפות.

רק לאחר תום סדרת המפגשים נקבעה פגישת ריאיון ביני לבין המשתתפות. כשנערך המפגש עצמו הוא חייב אותי לרגישות כפולה בהתנהלותי, בעודי מודעת להכרת התודה שבה התקבלתי בכל אחד מהמפגשים. לכן, בחרתי לפתוח כל ריאיון בפורמט זהה, וזאת על מנת שלא לתת בשלב ההתחלתי מקום להתפתחות מערכת יחסים עם המרואיינת (יחסי קרבה, אמון, רגישות, הזדהות), דבר שבכל זאת התרחש ככל שסיפור הלידה נפתח בפניי על כל היבטיו.

הראיונות עם נשות המקצוע התנהלו במישור מאוד ענייני, והיו מאוד קרובים לשאלון החצי־מובנה שעוצב למטרה זו. בנוסף, קיימים כמובן תיעודים מלאים מכל סדרת מפגשי הטיפול, בהם לא לקחתי כל חלק פעיל, אלא תפקדתי רק כשומעת בדיעבד, כמתמללת וכמנתחת המידע.

ניתוח הראיונות והמידע המתועד מהמפגשים הטיפוליים נערך כאמור בשיטת 'ניתוח תוכן איכותני מכוון'. שיטת ניתוח זו ממקמת את החוקר כ'כלי' היוצר את הקודים המשמשים לניתוח התוכן (הראיונות). התמקמות זו מייצרת בהכרח סובייקטיביות, גם בהינתן הבחינה החוזרת והנשנית של הנתונים ובחינתם לאור התאוריות הרלוונטיות. לא ניתן היה לנטרל את המסננים בהם ניתחתי את המידע, מתוך זהותי כאישה, אֵם, יולדת, מומחית בתחום ה-NLP, וחוקרת פרוטוקול NLP ל-PTSD. היה עליי להיות מודעת לכך לאורך כל שלבי הניתוח. לאור מודעות זו, ולצידה, החומרים עצמם וניתוח הנתונים נבדקו על ידי מתאמת המחקר וגם על ידי חוקרת חיצונית, מומחית בניתוח תוכן איכותני.

8. קריטריונים להערכת איכות המחקר

הקריטריונים להערכת איכות המחקר מוגדרים ואף מתוארים בעזרת שימוש במושגים שונים בהינתן המחקר כמותני-פוזיטיביסטי או איכותני. בעוד שבמחקר כמותני המושגים ה'קונבנציונליים' הם 'תוקף פנימי', 'מהימנות' ו'הכללה' (תוקף חיצוני), הרי שבמושגי המחקר האיכותני נוצקו

משמעויות שונות כגון: 'אמינות' (Credibility), 'הכללה'/'יכולת העברה' (Transferability), 'יכולת לסמוך' (Dependability), ו'יכולת לאשר' (Confirmability) (Lincoln & Guba, 1985; Guba & Lincoln, 1989). המחקר משלב־השיטות העלה בפני העולם המדעי דילמה שקיבלה את השם "בעיית האינטגרציה" (Greene & Caracelli, 1997). הסיבות לכך הן: העובדה שהנתונים הכמותניים והאיכותניים נאספו בנפרד באותה נקודת זמן; במהלך ניתוח התוכן, שני סוגי הניתוח אינם מסתמכים זה על זה; התוצאות מכל סוג של ניתוח נבנו בנפרד ורק לאחר האיסוף והפרשנות של הממצאים האיכותניים והכמותניים, נערך דיון המשלב את המסקנות. זאת ועוד, אחת האסטרטגיות לעיצוב מחקר משלב־שיטות היא עיצובים משולבים של המרה, כלומר, מתקיימת טרנספורמציית נתונים בה טופס נתונים אחד מומר לשני ולאחר מכן עובר ניתוח – סוג נתונים אחד מתפתח מסוג נתונים מקורי אחר. במחקר זה, הנתונים האיכותניים הדהדו בחלקם האחד במידה רבה את הנתונים שהתקבלו מן החלק הכמותני, ובחלקם האחר הרחיבו והעשירו את המידע הכמותני.

אונווגבוזי וג'ונסון (Onwuegbuzie & Johnson, 2006) יצרו מושג להערכת איכות מחקרים משלבי־שיטות שייתן מענה לסוגיה הנ"ל והוא: 'לגיטימציה' (Mixed Methods Legitimation). מטרתם הייתה יצירת מודל אינטגרטיבי הכולל 'איכות עיצובית' ו'קפדנות'. 'איכות עיצובית' במחקר כוללת: עקביות; התאמה לשאלות המחקר (עיצוב המחקר ושאלת המחקר יעלו בקנה אחד); נאמנות לעיצוב (יישום קפדני של הנהלים); התאמה אנליטית (התאמה בין שאלות המחקר לניתוח הנתונים). 'קפדנות' כוללת: קפדנות בכל הנוגע לפרשנות, לקודים פרשניים ולעקביות. חוקרים אלה זיהו תשע טיפולוגיות של טענות ללגיטימציה במחקרים משלבי־שיטות מסוגים שונים. במחקר זה בוססה הלגיטימציה על טענת 'צמצום החולשה' (Weakness Minimization) כאשר הכוונה היא ללמידה בה חולשה של גישה אחת מפוצה על ידי החוזקה של השנייה. ככל שמידת הפיצוי של החולשה בגישה אחת מוגברת על ידי נקודות החוזק מהגישה השנייה, כך גדל הסיכוי ששילוב של הסקה 'חלשה' עם הסקה 'חזקה' יוביל למסקנות איכותיות יותר. לאור זאת, מחקר משלב־שיטות נמצא במצב אופטימלי של לגיטימציה.

במחקר זה ננקטו מספר צעדים על מנת להבטיח את התוקף והמהימנות בהתאם לטענת 'צמצום החולשה':

- כלי המחקר הכמותניים בעלי תוקף ומהימנות כמפורט בתת־הפרק 'כלי המחקר'.
- 'טריאנגולציה' (Triangulation) – שימוש בשיטות שונות לחקר אותה תופעה, על מנת לחזק את הביטחון במסקנות שהוסקו לגבי תופעה זו. מחקר זה הוא רב־ממדי וכולל נתונים כמותניים ואיכותניים במערך בו־זמני המאפשר אסטרטגיית תיקוף של טריאנגולציה בו־זמנית (Concurrent Triangulation Strategy) במטרה לחקור את הטיפול ב-NLP (תובל-משיח, 2020).

- 'הרחבה' (Expansion) – שימוש בשיטות שונות לבחינת תופעות שונות שהן חלק מהטווח הרחב של המחקר. שיטות כמותניות ואיכותניות בחנו מספר אספקטים בתהליך כגון: סימפטומים פוסט־טראומטיים, תפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית.
- 'השלמה' (Complementary) – שימוש בשיטות שונות לחקר היבטים או ממדים שונים של אותה התופעה, כדי להעמיק את הפרשנויות הניתנות לה.
- 'בדיקה צולבת' (Cross examination) – עמידה על הדומה והשונה במידע שנאסף: מידע מתוך השאלונים הכמותניים הוצלב עם המידע האיכותני, מידע איכותני שהתקבל מהמטופלות הוצלב עם מידע שהתקבל מהצוות המטפל.
- דיאלוג עמיתים אנליטי – המידע המוקלד הועבר למשוב עמיתים – הן למתאמת המחקר הן לחוקרת חיצונית המומחית בתחום המחקרים האיכותניים והכמותניים. כמו כן, נערך ניתוח שוטף של המידע העולה מהשדה עם מטפלת ב-NLP.
- פירוט והבהרה של שיטת המחקר וניתוח הנתונים ושל האופן בו נוצרה פרשנות הנתונים – כל זאת הוסבר בהרחבה בפרק השיטה לעיל.
- נעשה תיעוד מלא של הראיונות והטיפולים באמצעות מכשיר הקלטה, ובנוסף נעשה תמלול מלא של המידע המוקלט.
- שמירה על שרשרת העדויות לכל צעד שנעשה במחקר – כל המידע שנאסף לאורך המחקר, החל מהקלטות, דרך תמלולים ושאלונים, ועד לממצאים ולמסקנות, אורגן בקובצי מחשב ונשמר גם עם קובצי גיבוי.
- אמינות קידוד וניתוח המידע – כאמור, כל המידע הועלה לתוכנת Atlas.ti 8, כך שתהליך הקידוד הוא שקוף לקהילת החוקרים. הקידוד נערך על פי ההתוויות שפורטו בתת־הפרק 'שיטת הניתוח'.
- בהתייחס ליכולות ה'הכללה' וה'העברה' של מחקר זה, גודל המדגם וההסתפקות בנתונים כמותניים לפני, בזמן ואחר הטיפול אינו מאפשר הכללה סטטיסטית כפי שמקובל לשאוף אליה במחקרים ניסויים או חצי־ניסויים כמותניים טהורים. הממד האיכותני העשיר במחקר זה מפצה על כך במידה מסוימת, בשל האפשרות לקבל נתוני עומק המחוברים לאקולוגיה הספציפית בה נערך המחקר, אשר יאפשרו נקודות רבות לחשיבה ולהעמקה בתופעה הנחקרת לחוקרים ומטפלים העוסקים בתחום זה או תחומים קרובים.
- כתיבת הדו"ח הסופי כ'תיאור עשיר' ('Thick Description'). הכוונה לתיאור המכיל מידע על אודות ההקשר, ציטוטים מתאימים של מרואיינים ודיון מושגי גלוי. תיאור כזה מאפשר לחוקרת עצמה

ולקוראים נוספים להעריך אם הפרשנות היא סבירה ומשכנעת ואם קיים קשר הגיוני בין המרכיבים השונים.

לאור האמור לעיל, מחקר זה כולל תיאור עשיר ועמוק של התאוריות הרלוונטיות: PTSD, PPPTSD (כמקרה פרטי של PTSD), הסביבה המחקרית, NLP, והרציונל הטיפולי. בנוסף, המחקר מכוון להכללה אנליטית (Firestone, 1993 ; Marshal & Rossman, 1989; Yin, 1984 כפי שצוטט אצל שקדי, 2003) באמצעות שימוש בשיטות מחקר משולבות ותיאור נרחב מהשדה הטיפולי, קרי תיעוד וניתוח ארבעה תיאורי מקרה מלאים וראיונות עם המשתתפות ועם נשות המקצוע. בדו"ח המסכם למחקר הנוכחי נעשה שימוש ב'תיאורים עשירים' לתיאור הממצאים, ותת־פרק הכולל רפלקציה.

9. היבטים אתיים

(1) למחקר זה חָבְרה קופת החולים 'מכבי שירותי בריאות'. ביטויי החבירה כוללים פלטפורמה לגיוס הנשים למחקר, פסיכיאטרית מאבחנת ומלווה מטעם הקופה, ועמידה בחוקים ובתקנות הקופה. כפועל יוצא, המחקר הוגש לאישור ועדת הלסינקי של 'מכבי' (אסותא) וקיבל את אישור הוועדה. לראשונה התקבל אישור שמספרו 2016005 בתאריך 1 במאי 2016. לאחר מכן, התקבל האישור הנוכחי כחלופה לאישור הנ"ל בתאריך 25 ביולי 2019 ומספרו 0014-19-ASMC.

(2) התנהלות המחקר נערכה תחת כללי המחקר בהתאם להנחיות ה-GCP (Good Clinical Practice):

- כל המשתתפות חתמו על טופס הסכמה מדעת (ראה נספח 18). מסמך זה שאושר על ידי ועדת הלסינקי כולל: התחייבות (משפטית) לשמירה על פרטיות ואנונימיות; חופש בחירה לעזוב את המחקר בכל עת (המשתתפת היחידה שפרשה עשתה זאת מטעמי שמירת היריון).
- תיעוד בתיקה הרפואי האישי של האישה במרפאת בריאות הנפש "קארדו" בראשון לציון. מידע זה מאובטח וחשוף רק בפני צוות בריאות הנפש. אם האישה קיבלה טיפול תרופתי, מידע זה היה נגיש גם לרופאי משפחה.
- קלסר מחקר נמצא בארון נעול בחדרה של הפסיכיאטרית במרפאה.
- יומן טיפולים אישי המנוהל על ידי מטפלת ה-NLP נמצא בקליניקה בפתח תקווה ונשמר בארונית נעולה.
- קלסר מחקר נמצא בחדר העבודה של יוזמת המחקר בתל-אביב.

(3) כל משתתפת קיבלה שם בדוי וכל הקבצים והמסמכים שעליהם בוצעו העיבודים לצורכי מחקר מכילים את השם הבדוי של המשתתפת בלבד, ללא פרטים מזהים אחרים. הטבלה המקשרת בין השם הבדוי של המשתתפת ובין תעודת הזהות שלה נשמרת בקובץ מוגן בסיסמה, ונגישה אך ורק

לצוות המחקר. עיבוד המידע לכדי עבודת מחקר נערך במחשב האישי של החוקרת המוגן בסיסמה.

(4) הקלטות של המשתתפות מתוך חדר הטיפולים נערכו, על פי הנחיות ועדת הלסינקי, ללא הצגת שמה הפרטי של המשתתפת. המטפלת והמטופלת סיכמו על שם חיבה וזהו השם המוזכר בהקלטות. לאחר מכן, בעת המרת המידע המוקלט לכדי תמלול, גם כינוי זה הומר לשם בדוי.

(5) כל אחת מהמשתתפות ביקשו לקבל עותק של המחקר עם סיומו, ולשם כך נפתח קובץ עם כתובות המייל שלהן, כפי שהן מסרו לחוקרת. עותק זה יישלח עם תום המחקר.

(6) בתום המחקר כל המסמכים ייאספו ויישמרו במשך שבע שנים אצל יוזמת המחקר במקום מוגן עם גישה מוגבלת רק לה.

כמו כן, הפסיכיאטרית והחוקרת חתומות על הצהרות בנוגע להתנהגות ראויה במחקר וניגוד עניינים באוניברסיטת תל-אביב, והמחקר מאושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל-אביב (ראה נספח מס׳ 17). כל נשות הצוות המטפל והחוקרת עברו הכשרת GCP וכולן עובדות בהתאם לקריטריוני הטיפול המקובלים ב׳מכבי שירותי בריאות׳ (פסיכיאטרית ומתאמת המחקר), וכללי האתיקה המקצועית באיגוד הפסיכולוגים (הפסיכולוגית).

מעבר לכל הצעדים והפעולות שננקטו כמתחייבים על פי כללי האתיקה (כמפורט בטופס הסכמה מדעת וכללי ה-GCP), ג׳וסלסון (Josselson, 2007) מפנה את תשומת הלב לכמה היבטים אתיים שיש לתת עליהם את הדעת, וביניהם ׳פוטנציאל הפגיעה׳ מעצם קיום הריאיון בהקשר לנושאים רגישים, ואופן סיום הריאיון. בנוגע לפוטנציאל הפגיעה, המרואיינים עלולים לחוות מצוקה ולכן יש סיכוי שהריאיון יהפוך לחוויה לא נעימה למרואיין וחוויה לא פרודוקטיבית עבור החוקר. הראיונות במחקר זה כללו בקשה מפורשת לספר את סיפור הלידה כבר בתחילת המפגש, כלומר, פוטנציאל להיפגש מחדש עם האירוע שהוגדר (לפחות עם ההצטרפות למחקר) כאירוע טראומטי. יחד עם זאת, כל הראיונות עם המשתתפות נערכו לאחר תום סדרת המפגשים הטיפוליים. כל משתתפת ידעה (כמפורט בטופס ההסכמה), שהיא יכלה לבקש להאריך את הטיפול, או לקבל טיפול אחר או נוסף. תיאום הראיונות נערך עם מתאמת המחקר וכולן הביעו נכונות ורצון להיפגש ולהתראיין עם החוקרת בנוגע לאירוע הלידה והחוויה הטיפולית. מכאן, שהמטופלות יכלו להיערך לקראת המפגש, ואכן, ממש כפי שכותבת ג׳וסלסון (Josselson, 2007, p. 543), הראיונות נחוו כ״חלק מתהליך של אינטגרציה וצמיחה״ עבור משתתפות אלה. בנוגע לאופן סיום הריאיון, יש לזכור כי ריאיון מסכם זה, במובנים מסוימים, הוא גם סיום ההליך הטיפולי. כל הראיונות הסתיימו, בהתאם להמלצתה של ג׳וסלסון, בהזמנה לשאול שאלות, בשיתוף אישי על החוויה שאני, כחוקרת, עברתי תוך כדי המחקר והריאיון, ובווידוא

שיש למשתתפת את כל הפרטים הנדרשים ליצירת קשר אם יעלה צורך. בנוגע לחוויה שלי כמראיינת (ובנוסף לכתוב בתת־הפרק 7, "החוקר ככלי המחקר"), אציין כי בסך הכול, כל המפגשים והראיונות נערכו באווירה טובה (פרט לריאיון אחד שנחווה אצל המרואיינת ואצלי כעמוס רגשית ולא פשוט). הייתה ציפייה הדדית לחלוק עימי את סיפור הלידה והתהליכים שעברו, השינויים והאופן בו נחווה הטיפול ב-NLP. אפשר לומר שמרבית המפגשים היו אף מרגשים וכללו גם שיתוף גאה של תמונות הילד/ה שנולד/ה. אף מרואיינת לא ביקשה לעצור, לדלג על שאלה או לסיים את המפגש טרם סיומו.

ד. ממצאים

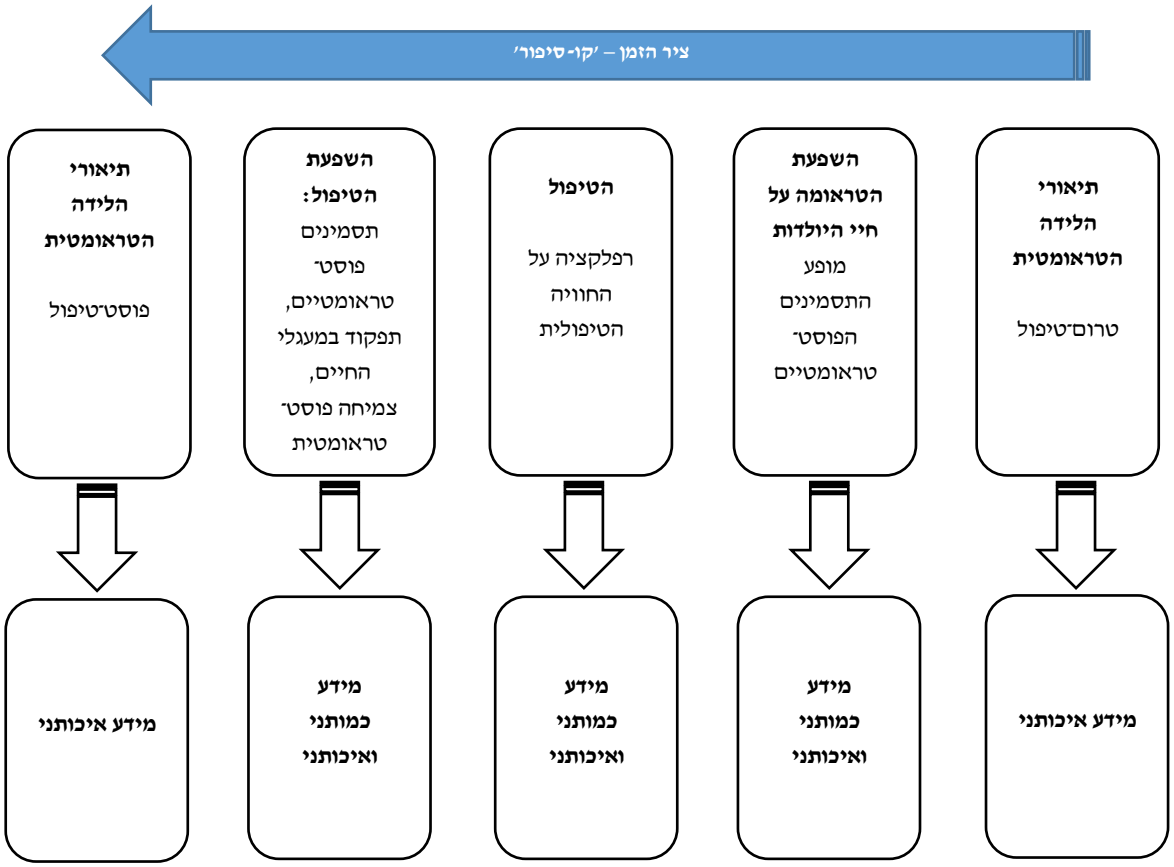
פרק הממצאים מתמקד בניתוח נתוני המחקר במטרה לבחון ולהעריך את תהליך הטיפול ב-NLP שעברו משתתפות המחקר, וכן את השפעתו ותוצאותיו. לצורך הבנת הליכי הטיפול ותוצאותיהם נאספו נתונים כמותניים ואיכותניים, כמתואר בפרק הקודם. בחלקו הראשון של הפרק יוצגו הממצאים הכמותניים ובחלקו השני יוצגו הממצאים האיכותניים אשר כומתו אף הם במטרה לייצג את מידת הבולטות (מרכזיות/חשיבות) שיוחסה לכל ממד בהתאם לדברי המטופלות.

מטרת המידע הכמותני שנאסף במחקר הייתה להציג את תמונת המצב שהתקבלה בשלוש נקודות על ציר הזמן לאורך המחקר: לפני הטיפול, באמצע הטיפול ובתום הטיפול בפרוטוקול NLP. תמונת המצב שהתקבלה לאורך ציר זמן המחקר נגעה בשלושה פרמטרים של מצב הפוסט־טראומה לאחר הלידה של משתתפות המחקר. הפרמטרים נבחנו באמצעות השאלונים הבאים: שאלון PTSD אשר בחן את הימצאות ועוצמת התסמינים הפוסט־טראומטיים: 'חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'. שאלון תפקוד אשר בחן את תפקוד המשתתפות במעגלי החיים השונים: 'מקצוע או לימודים', 'הורות', 'זוגיות', 'חברות', 'השתייכות לקהילה' ו'אינטימיות'. שאלון צמיחה פוסט־טראומטית אשר בחן 'צמיחה אפשרית בקשר עם אחרים', 'אפשרויות חדשות', 'חוזק אישי', 'שינוי רוחני' ו'הערכה לחיים'.

מטרת המידע האיכותני שנאסף במחקר הייתה לשמוע מפי המטופלות על מצבן בכניסה לטיפול, ועל התנסויותיהן ומצבן במהלך הטיפול ולאחריו. המידע האיכותני הכיל את: תיעודי השיחות שערכה מתאמת המחקר עם המטופלות; תרשימי שיחות האינטייק שערכה הפסיכיאטרית עם המטופלות; יומני הטיפול של מטפלת ה-NLP; תצפיות עקיפות הכוללות הקלטה של ארבעה טיפולים מלאים של ארבע מטופלות (סך הכול 22 מפגשים טיפוליים מוקלטים); ניתוח תמלול שיחות סופרוויז'ן שנערכו בין המטפלת לבין החוקרת שליוותה את כל התהליך הטיפולי בדרך של סופרוויז'ן; ראיונות עומק חצי־מובנים שנערכו עם משתתפות המחקר – 15 המטופלות ושלוש נשות הצוות המקצועי. עושר

המידע האיכותני נועד לתת תמונה רב־ממדית העולה מקולותיהן של הנשים היולדות, על החוויה הטיפולית והשפעתה. המידע העשיר מהצוות המקצועי השלים והרחיב את התמונה שהתקבלה. ניתוחי הנתונים האיכותניים נערכו על ציר הזמן בדומה לניתוח הכמותני, החל מהאינטייק הראשון טרם הטיפול, דרך תמלולי שיחות הטיפול ועד הריאיון המסכם האחרון, פוסט־הטיפול.

המידע שהתקבל על היולדות וטיפוליהן יצר 'קו-סיפור' שהחל בתיאורי הלידה הטראומטית, השפעתה על חייהן, תיאור התסמינים הפוסט־טראומטיים, תיאור ורפלקציה על הטיפול והחוויה הטיפולית, השינויים שחוו לאורך הטיפול, ונקודות מפנה בטיפול, והסתיים בהשפעת הטיפול על התסמינים הפוסט־טראומטיים, על התפקוד במעגלי החיים השונים ועל הצמיחה הפוסט־טראומטית. בנוסף, 'קו-סיפור' זה שהתקבל אִפשר השוואה בין אופן תיאורי הלידה על ציר הזמן לבין תיאור ביטויי התסמינים הפוסט־טראומטיים, והושווה לניתוח המידע שעלה משאלוני המדידה בחלק שכולו כמותני.



תרשים 2. סכמת ניתוח ממצאים בהתאם ל'קו-הסיפור'

1. ניתוח הממצאים הכמותניים

שאלות המחקר בוחנות את ההשערה כי הטיפול בפרוטוקול NLP יסייע בהפחתת התסמינים הפוסט־טראומטיים, ויוביל לצמיחה פוסט־טראומטית ולשיפור בתפקוד. בהתאם לכך, ניתוח

הממצאים הכמותניים נועד לבחון את: ההבדלים בחומרת ה-PTSD הכללי ובחומרת ארבעת התסמינים הפוסט־טראומטיים ('חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'), את ההבדלים בצמיחה הפוסט־טראומטית, ואת ההבדלים בתפקוד במעגלי החיים השונים בשלוש נקודות זמן שונות במהלך המחקר – לפני הטיפול, באמצע הטיפול ובסופו. ההבדלים בין הצמתים הללו נבדקו בשתי צורות:

(1) השוואת מדדים תיאוריים – ממוצע, שכיח, חציון, סטיית תקן, ערך מינימלי וערך מקסימלי.

(2) סטטיסטיקה היסקית.

1.1. מדדים תיאוריים של משתני המחקר

בטרם נבדקו השערות המחקר, נבחנו המדדים התיאוריים של משתני המחקר[12] [13], כמופיע בלוח 2.

לוח 2. מדדים תיאוריים של משתני המחקר בשלושת מועדי המדידה: 1. בכניסה לטיפול; 2. במהלך הטיפול; 3. לאחר הטיפול.

משתנה	זמן מדידה	*ממוצע*	*חציון*	*שכיח*	*ס.ת.*	*ערך מינ'*	*ערך מקס'*
פוסט־טראומה כללית	1	34.93	36	--	7.81	20	50
	2	23.80	22	27	10.27	7	45
	3	12.80	10	5	10.06	0	31
פוסט־טראומה – חודרנות	1	13.13	12	12	3.85	5	20
	2	7.60	7	5	3.74	2	17
	3	2.93	2	--	2.79	0	8
פוסט־טראומה – הימנעות	1	5.47	6	6	1.88	2	8
	2	3.80	3	3	2.08	0	8
	3	1.73	2	2	1.67	0	6
פוסט־טראומה – שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח	1	10.53	10	--	5.17	2	17
	2	7.20	5	4	4.68	1	15
	3	5.17	3.5	--	4.49	0	12
פוסט־טראומה – פריט 3 (מאשימה את עצמי)	1	2.93	3	3	1.03	1	4
	2	1.87	2	2	1.13	0	4
	3	1.00	1	1	0.93	0	3
פוסט־טראומה – עוררות	1	7.13	7	7	4.44	0	15
	2	6.37	5.5	3	3.91	1	14
	3	3.37	3	1	2.86	0	11
צמיחה פוסט־טראומטית	1	43.47	42	42	13.53	25	72
	2	50.47	52	--	16.04	25	76
	3	59.60	59	--	11.74	43	80
תפקוד	1	10.93	9	--	4.77	6	20
	2	12.83	13	13	4.76	4	21
	3	15.20	15	--	4.35	7	21

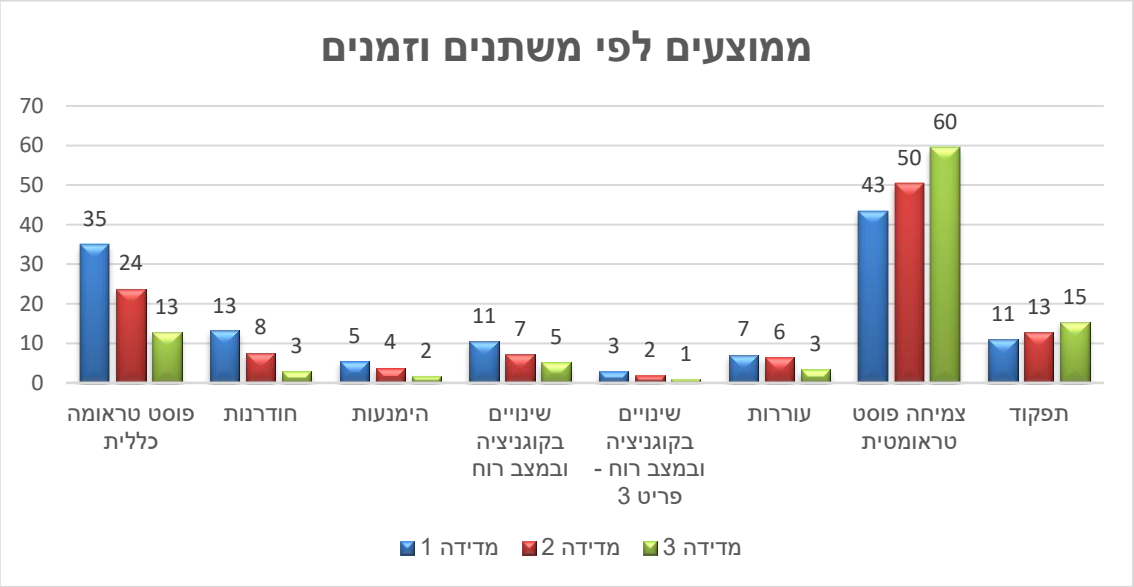
מלוח 2 אפשר לראות שעבור משתנה הפוסט־טראומה הכללי, וכן עבור תת־ממדיו ('חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'), כמו גם עבור פריט 3, הממוצעים במדידה

[12] התאים הריקים בטבלה מסמנים מצב בו היה יותר משכיח אחד או שלא היה שכיח כלל.
[13] הערכים במדידה 1 מתבססים על 15 תצפיות. הערכים במדידות 2+3 מתבססים על 14 תצפיות.

השנייה היו נמוכים מאשר במדידה הראשונה והממוצעים במדידה השלישית היו נמוכים מאשר במדידה השנייה. אותו דפוס התקבל גם בבחינת החציונים. הדבר מצביע על אפשרות לירידה בתסמיני הפוסט־טראומה בין המדידות.

לעומת זאת, עבור המשתנים 'צמיחה פוסט־טראומטית' ו'תפקוד', הממוצעים במדידה הראשונה היו נמוכים מאשר במדידה השנייה והממוצעים במדידה השנייה היו נמוכים מאשר במדידה השלישית. אותו הדפוס התקבל גם בבחינת החציונים. הדבר מצביע על אפשרות לעלייה בצמיחה ובתפקוד בין המדידות.

ממוצעי המשתנים (מעוגלים) לפי זמן המדידה מוצגים גם בתרשים 3.



תרשים 3. ממוצעי המשתנים לפי זמני המדידה

בכדי לבחון טוב יותר את המשתנה 'צמיחה פוסט־טראומטית', נבחנה ההתפלגות שלו ביחס לכלל האצבע לפיו ציון עד 21 מלמד על היעדר צמיחה. המחקר מלמד כי ציונים עד 43 מעידים על צמיחה מועטה, ציונים בטווח של 44 עד 65 – על צמיחה בינונית, וציונים של 66 ומעלה מצביעים על צמיחה מרובה. התוצאות מוצגות בלוח 3.

לוח 3. התפלגות המשתנה 'צמיחה פוסט־טראומטית'

מדידה	ציון עד 21	43-22	65-44	66 ומעלה
1	(0) 0.0%	(10) 66.7%	(4) 26.7%	(1) 6.7%
2	(0) 0.0%	(5) 33.3%	(8) 53.3%	(2) 13.3%
3	(0) 0.0%	(1) 6.7%	(10) 70.0%	(4) 23.3%

מלוח 3 אפשר לראות שבמדידה הראשונה שני שליש מהמשתתפות היו במצב של צמיחה מועטה, למעלה מרבע היו במצב של צמיחה בינונית ורק משתתפת אחת הייתה במצב של צמיחה מרובה. במדידה השנייה, רק שליש מהמשתתפות היו במצב של צמיחה מועטה, למעלה ממחצית היו במצב של צמיחה בינונית ושתי משתתפות היו במצב של צמיחה מרובה. לבסוף, במדידה השלישית, רק

משתתפת אחת הייתה במצב של צמיחה מועטה. למעלה משני שליש מהמשתתפות היו במצב של צמיחה בינונית וכמעט רבע היו במצב של צמיחה מרובה.

1.2. סטטיסטיקה היסקית

בכדי לבחון אם היו שינויים במשתני המחקר בין זמני המדידה השונים, תחילה נערכה סדרה של מבחני פרידמן לבחינת הבדל בין מדידות תלויות מרובות. התוצאות מוצגות בלוח 4.

לוח 4. תוצאות מבחני פרידמן לבחינת הבדלים בין זמני המדידות עבור משתני המחקר

משתנה	Mean Rank			χ^2	df	p
	מדידה 1	מדידה 2	מדידה 3			
פוסט־טראומה כללית	2.90	2.07	1.03	27.14	2	<0.001
פוסט־טראומה – חודרנות	2.93	1.97	1.10	25.66	2	<0.001
פוסט־טראומה – הימנעות	2.73	2.13	1.13	21.00	2	<0.001
פוסט־טראומה – שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח	2.63	2.13	1.23	15.90	2	<0.001
פוסט־טראומה – שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח – פריט 3	2.73	2.03	1.23	20.28	2	<0.001
פוסט־טראומה – עוררות	2.40	2.23	1.37	9.72	2	0.008
צמיחה פוסט־טראומטית	1.40	1.83	2.77	15.40	2	<0.001
תפקוד	1.50	1.83	2.67	7.72	2	0.004

מלוח 4 אפשר לראות שהתקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'פוסט־טראומה כללית' ($\chi2(2)=27.14$, $p<0.001$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'פוסט־טראומה'. כמו כן, התקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'חודרנות' ($\chi2(2)=25.66$, $p<0.001$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'חודרנות'. בנוסף, התקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'הימנעות' ($\chi2(2)=21.00$, $p<0.001$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'הימנעות'. בהמשך לכך, התקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח' ($\chi2(2)=15.90$, $p<0.001$) וכן עבור פריט 3 של הסולם ($\chi2(2)=20.28$, $p<0.001$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח' ועבור 'האשמה עצמית'. עוד נמצאה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'עוררות' ($\chi2(2)=9.72$, $p=0.008$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'עוררות'. בהמשך לכך, התקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'צמיחה פוסט־טראומטית' ($\chi2(2)=15.40$, $p<0.001$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'צמיחה פוסט־טראומטית'. לבסוף, התקבלה תוצאה מובהקת עבור המשתנה 'תפקוד' ($\chi2(2)=7.72$, $p=0.004$). כלומר, קיים הבדל מובהק בין המדידות עבור המשתנה 'תפקוד'.

מתוצאות מבחן פרידמן נמצא שקיימים הבדלים כלשהם בין המדידות עבור כלל משתני המחקר. כדי לאתר את מקור ההבדלים נערכה סדרה של שלושה מבחני ווילקוקסון עבור כל אחד מהמשתנים.

המבחן הראשון נועד לבחון אם קיים הבדל מובהק בין המדידה הראשונה לשנייה. המבחן השני נועד לבחון אם קיים הבדל מובהק בין המדידה השנייה לשלישית. המבחן השלישי נועד לבחון אם קיים הבדל מובהק בין המדידה הראשונה לשלישית.

<u>פוסט־טראומה כללית</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 36 וחציון מדידה 2 היה 22. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 3.0 ו-102.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.11, p=0.002). כלומר, רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה השנייה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה הראשונה.

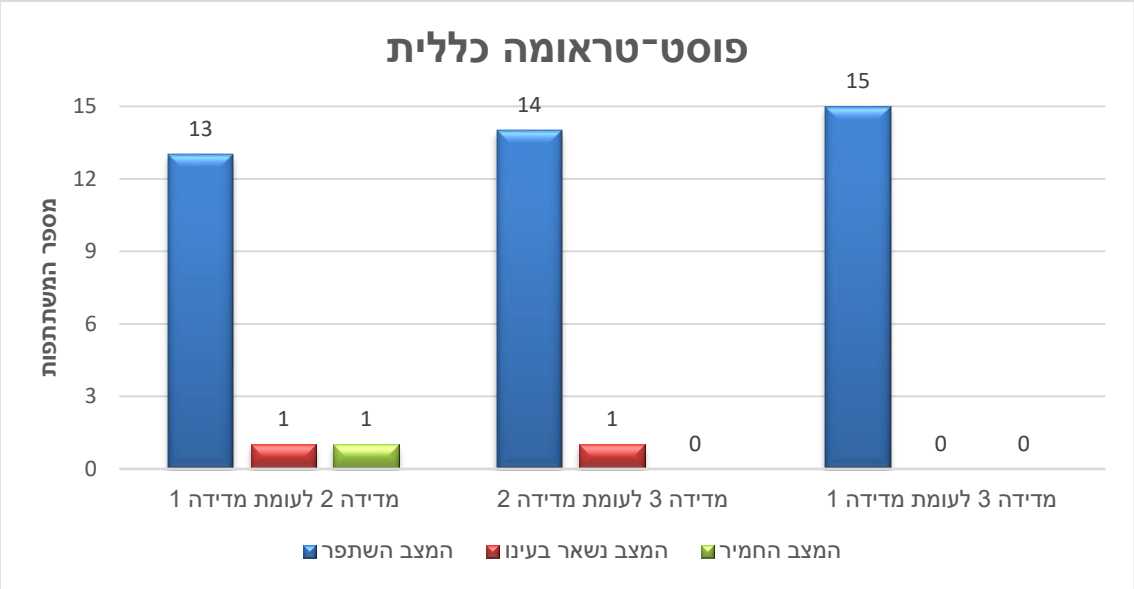
לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 10. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 0.0 ו-105.0 בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.30, p=0.001). כלומר, רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה השנייה.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 0.0 ו-120.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.41, p=0.001). כלומר, רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים נמצא שרמת הפוסט־טראומה הכללית במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה השנייה, וזו הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה. התוצאות מוצגות בלוח 5 ובתרשים 4.

לוח 5. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור פוסט־טראומה כללית

ההשוואה	<u>דירוגים שליליים</u>		<u>דירוגים חיוביים</u>		<u>שוויון בדירוגים</u>		Z	p
	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	13	102	1	3	1	---	-3.11	0.002
מדידה 2 – מדידה 3	14	105	0	0.0	1	---	-3.30	0.001
מדידה 1 – מדידה 3	15	120	0	0.0	0	---	-3.41	0.001



תרשים 4. רמת פוסט־טראומה כללית לפי זמן המדידה

<u>חודרנות</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 12 וחציון מדידה 2 היה 7. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 6.0 ו-114.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.07, p=0.002). כלומר, רמת החודרנות במדידה השנייה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת החודרנות במדידה הראשונה.

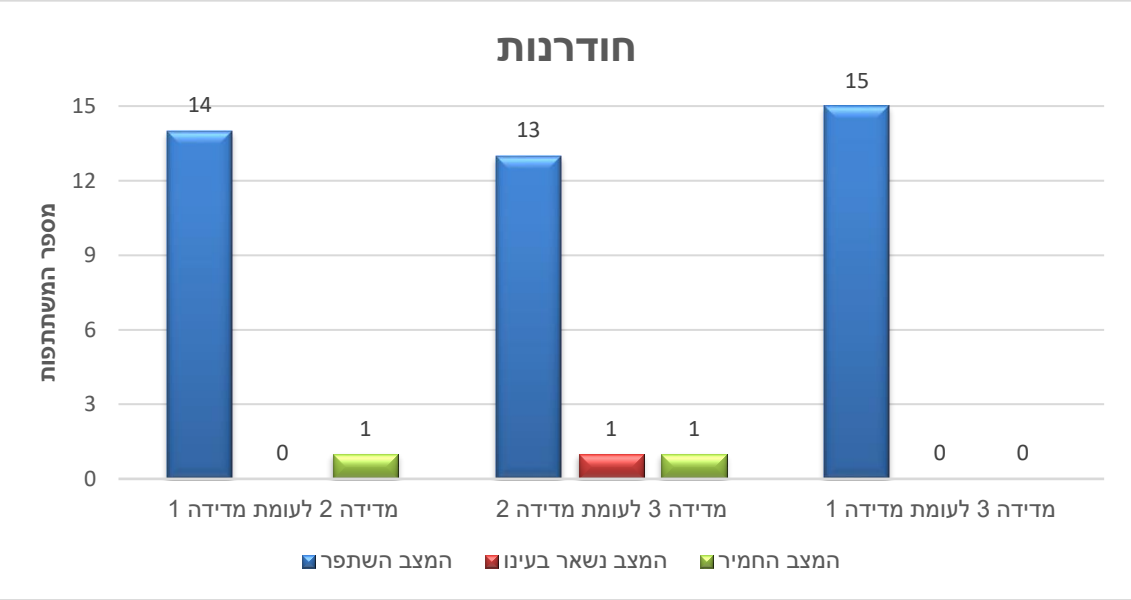
לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 2. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 1.5 ו-103.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.21, p=0.001). כלומר, רמת החודרנות במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת רמת החודרנות במדידה השנייה.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 0.0 ו-120.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.42, p=0.001). כלומר, רמת החודרנות במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת החודרנות במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים נמצא שרמת החודרנות במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה השנייה, וזו הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה. התוצאות מוצגות בלוח 6 ובתרשים 5.

לוח 6. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת החודרנות

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	p
	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	14	99.5	1	5.5	0	---	-3.07	0.002
מדידה 2 – מדידה 3	13	76.5	1	1.5	1	---	-3.21	0.001
מדידה 1 – מדידה 3	15	105.0	0	0.0	0	---	-3.42	0.001



תרשים 5. רמת החודרנות לפי זמן המדידה

<u>הימנעות</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 6 וחציון מדידה 2 היה 3. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 15.0 ו-76.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.16, p=0.031). כלומר, רמת ההימנעות במדידה השנייה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת ההימנעות במדידה הראשונה.

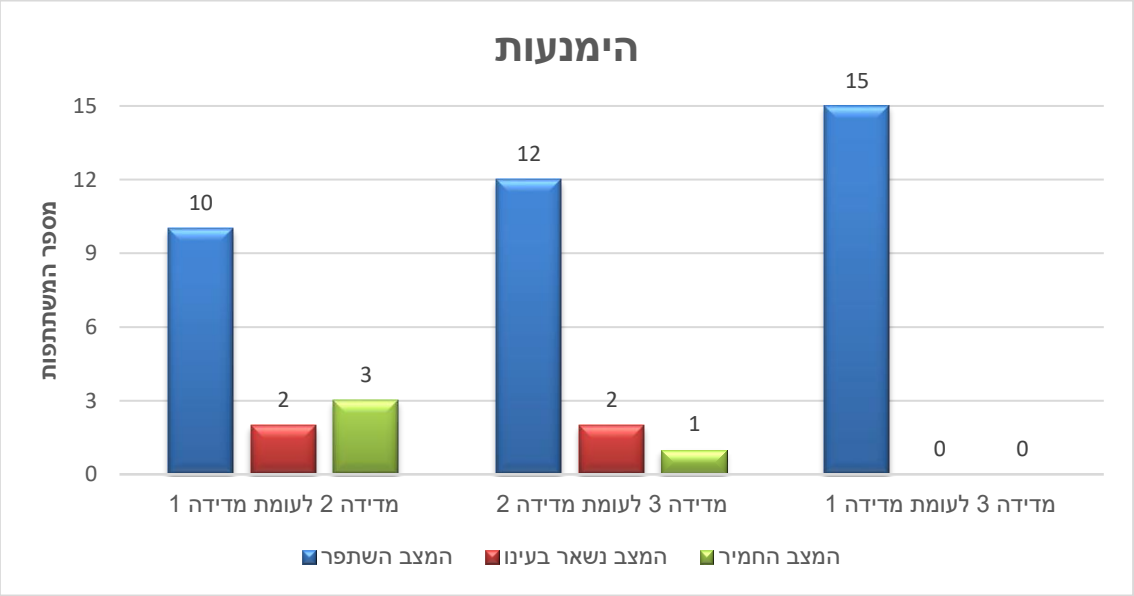
לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 2. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 2.0 ו-89.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.06, p=0.002). כלומר, רמת ההימנעות במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת רמת ההימנעות במדידה השנייה.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 0.0 ו-120.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.42, p=0.001). כלומר, רמת ההימנעות במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת ההימנעות במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים נמצא שרמת ההימנעות במדידה השנייה הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה ורמת ההימנעות במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה השנייה. התוצאות מוצגות בלוח 7 ובתרשים 6.

לוח 7. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת ההימנעות

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	p
	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים		
מדידה 2 – מדידה 1	10	76.0	3	15	2	---	-2.16	0.031
מדידה 3 – מדידה 2	12	89.0	1	2.0	2	---	-3.06	0.002
מדידה 3 – מדידה 1	15	120.0	0	0.0	0	---	-3.42	0.001



תרשים 6. רמת ההימנעות לפי זמן המדידה

<u>שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח והאשמה עצמית</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 10 וחציון מדידה 2 היה 5. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 13.5 ו-77.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.45, p=0.025). כלומר, רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה השנייה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה הראשונה. עבור האשמה עצמית, כפי

שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 3 וחציון מדידה 2 היה 2. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 7.0 ו-71.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.56, p=0.011). כלומר, רמת ההאשמה העצמית במדידה השנייה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת ההאשמה העצמית במדידה הראשונה.

לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 3.5. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 18.5 ו-101.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.37, p=0.018). כלומר, רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה השנייה. עבור האשמה עצמית, כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 1. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 0.0 ו-45.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.75, p=0.006). כלומר, רמת ההאשמה העצמית במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת ההאשמה העצמית במדידה השנייה.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 8.5 ו-96.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.77, p=0.006). כלומר, רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה הראשונה. עבור האשמה עצמית, מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 0.0 ו-105.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.38, p=0.001). כלומר, רמת ההאשמה העצמית במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת ההאשמה העצמית במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים נמצא שרמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה השנייה, וזו הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה. בנוסף, רמת ההאשמה העצמית במדידה השלישית הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה השנייה וזו הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה. התוצאות מוצגות בלוחות 8-9 ובתרשימים 7-8.

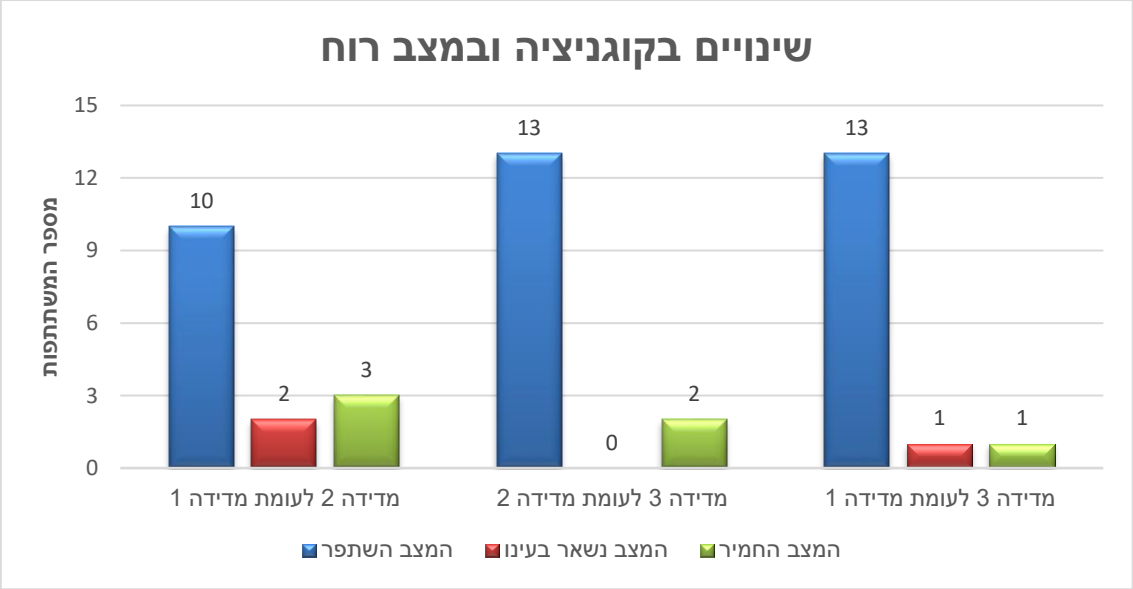
לוח 8. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח

ההשוואה	דירוגים שליליים	דירוגים חיוביים	שוויון בדירוגים	Z	p

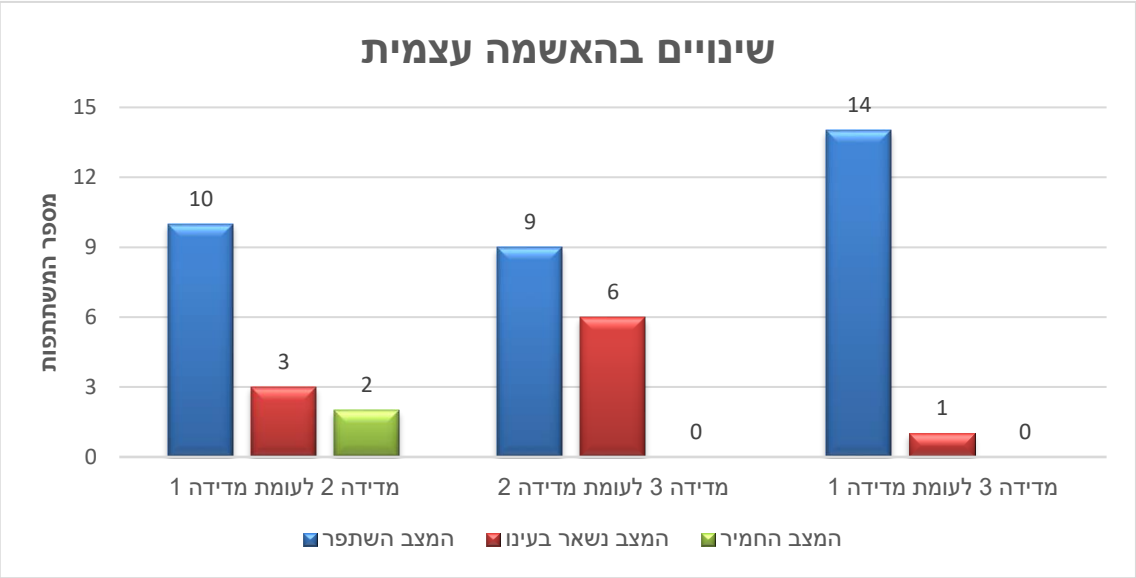
		סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	
מדידה 1 – מדידה 2	10	64.5	3	13.5	2	-2.25	0.025	
מדידה 2 – מדידה 3	13	75.0	2	16.0	0	-2.37	0.018	
מדידה 1 – מדידה 3	13	83.5	1	7.5	1	-2.77	0.006	

לוח 9. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת האשמה עצמית

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	p
	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים	N	סכום דירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	10	71.0	2	7.0	3	--	-2.56	0.011
מדידה 2 – מדידה 3	9	45.0	0	0.0	6	--	-2.75	0.006
מדידה 1 – מדידה 3	14	105.0	0	0.0	1	--	-3.34	0.001



תרשים 7. רמת השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח לפי זמן המדידה



תרשים 8. רמת השינויים בהאשמה עצמית לפי זמן המדידה

<u>עוררות</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 7 וחציון מדידה 2 היה 5.5. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 34.0 ו-57.0, בהתאמה) אך הבדל זה לא היה מובהק (Z=-0.81, p=0.419). כלומר, רמת העוררות במדידה השנייה לא הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת העוררות במדידה הראשונה.

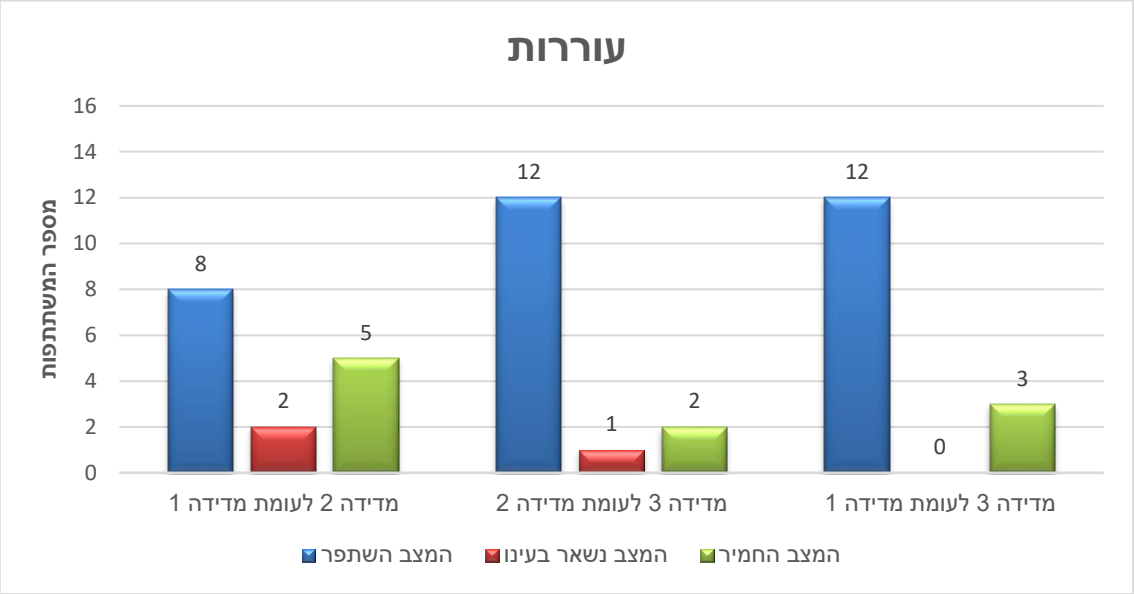
לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 3. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 5.5 ו-99.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.96, p=0.003). כלומר, רמת העוררות במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר לעומת רמת העוררות במדידה השנייה באופן מובהק.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו נמוכים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 15.0 ו-105.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.56, p=0.010). כלומר, רמת העוררות במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת רמת העוררות במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים נמצא שרמת העוררות במדידה השנייה לא הייתה נמוכה יותר באופן מובהק לעומת המדידה הראשונה, אך רמת העוררות במדידה השלישית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק הן לעומת המדידה הראשונה הן לעומת המדידה השנייה. התוצאות מוצגות בלוח 10 ובתרשים 9.

לוח 10. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת העוררות

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	p
	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	8	57.0	5	34.0	2	--	-0.81	0.419
מדידה 2 – מדידה 3	12	99.5	2	5.5	1	--	-2.96	0.003
מדידה 1 – מדידה 3	12	105.0	3	15.0	0	--	-2.56	0.010



תרשים 9. רמת השינויים בעוררות לפי זמן המדידה

<u>צמיחה פוסט־טראומטית</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 42 וחציון מדידה 2 היה 52. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 71.5 ו-19.5, בהתאמה) אך הבדל זה לא היה מובהק (Z=-1.82, p=0.069). כלומר, רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה השנייה לא הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה הראשונה.

לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 59. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 99.5 ו-5.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.95, p=0.003). כלומר, רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה השלישית הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה השנייה.

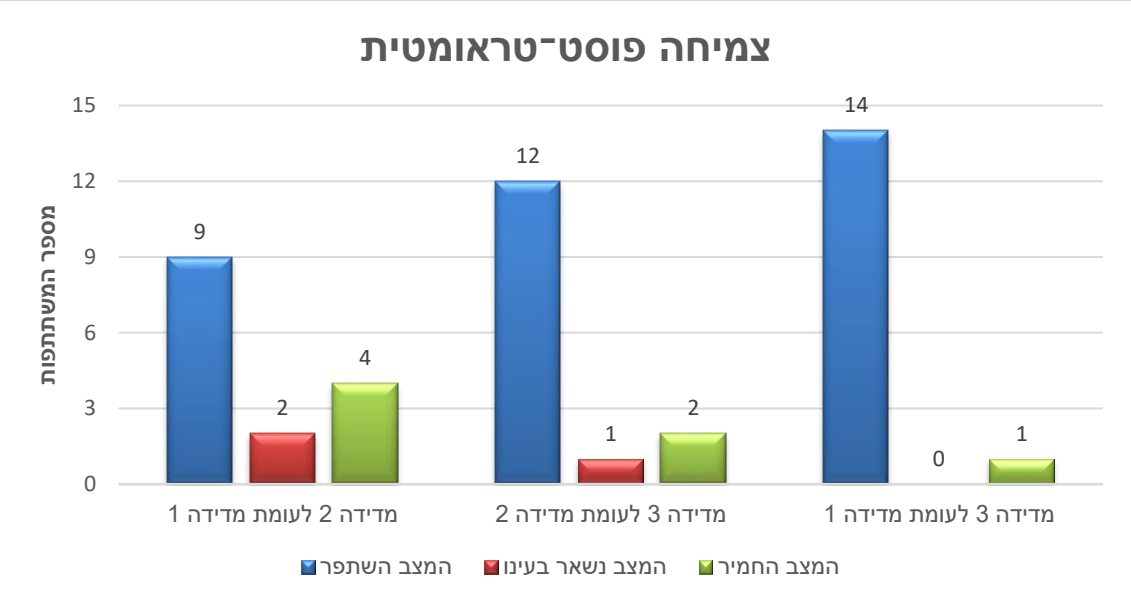
לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 115.0 ו-5.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-3.13, p=0.002). כלומר, רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה השלישית הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים לא נמצא הבדל מובהק ברמות הצמיחה הפוסט־טראומטית בין המדידה הראשונה לשנייה, אך נמצא שרמת הצמיחה הפוסט־טראומטית במדידה השלישית הייתה

גבוהה באופן מובהק הן מזו שבמדידה השנייה הן מזו שבמדידה הראשונה. התוצאות מוצגות בלוח 11 ובתרשים 10.

לוח 11. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	p
	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	4	19.5	9	71.5	2	--	-1.82	0.069
מדידה 2 – מדידה 3	2	5.5	12	99.5	1	--	-2.95	0.003
מדידה 1 – מדידה 3	1	5.0	14	115.0	0	--	-3.13	0.002



תרשים 10. רמת השינויים בצמיחה פוסט־טראומטית לפי זמן המדידה

<u>תפקוד</u>

תחילה נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 1 היה 9 וחציון מדידה 2 היה 13. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השנייה היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 34.5 ו-70.5, בהתאמה) אך הבדל זה לא היה מובהק (Z=-1.13, p=0.258). כלומר, רמת התפקוד במדידה השנייה לא הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת התפקוד במדידה הראשונה.

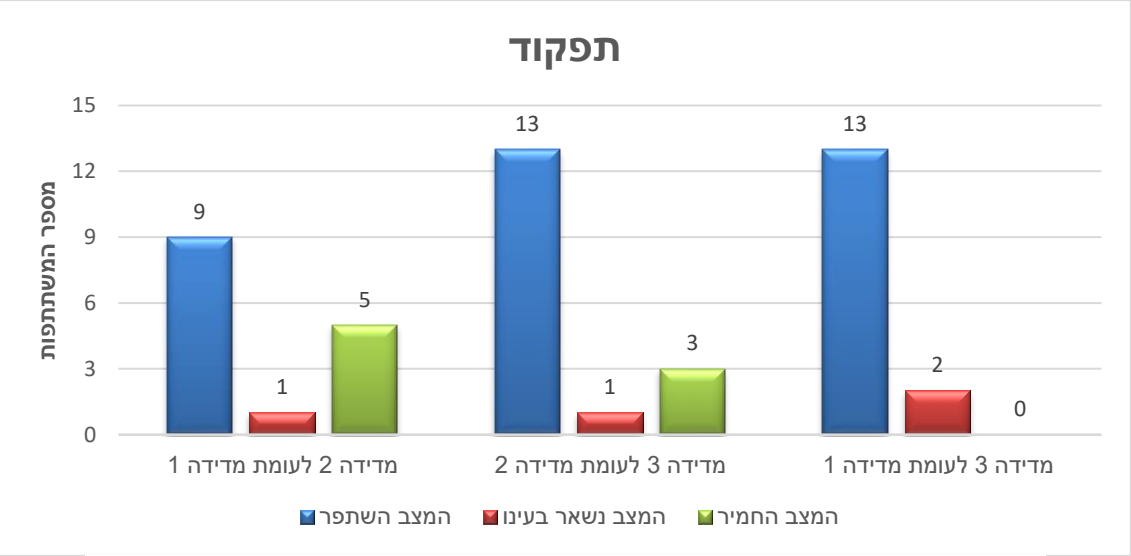
לאחר מכן נבדק ההבדל בין המדידה השנייה לשלישית. כפי שהוצג בלוח 2, חציון מדידה 3 היה 15. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה השנייה (סכום דירוגים 102.5 ו-18.5, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.43, p=0.015). כלומר, רמת התפקוד במדידה השלישית הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת התפקוד במדידה השנייה.

לבסוף נבדק ההבדל בין המדידה הראשונה לשלישית. מהניתוח עלה כי הדירוגים במדידה השלישית היו גבוהים יותר לעומת הדירוגים במדידה הראשונה (סכום דירוגים 103.0 ו-17.0, בהתאמה) ושהבדל זה היה מובהק (Z=-2.45, p=0.014). כלומר, רמת התפקוד במדידה השלישית הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת רמת התפקוד במדידה הראשונה.

לסיכום, מניתוח ההבדלים לא נמצא הבדל מובהק ברמות התפקוד בין המדידה הראשונה לשנייה, אך נמצא שרמת התפקוד במדידה השלישית הייתה גבוהה באופן מובהק הן מזו שבמדידה השנייה הן מזו שבמדידה הראשונה. התוצאות מוצגות בלוח 12 ובתרשים 11.

לוח 12. תוצאות מבחני ווילקוקסון לבחינת הבדל במדידות עבור רמת התפקוד

ההשוואה	דירוגים שליליים		דירוגים חיוביים		שוויון בדירוגים		Z	P
	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים	N	סכום הדירוגים		
מדידה 1 – מדידה 2	5	34.5	9	70.5	1	--	-1.13	0.258
מדידה 2 – מדידה 3	3	17.5	13	102.5	1	--	-2.43	0.015
מדידה 1 – מדידה 3	2	17.0	13	103.0	0	--	-2.45	0.014



תרשים 11. רמת השינויים בתפקוד לפי זמן המדידה

סיכום

<u>להלן סיכום ממצאי ניתוח הנתונים</u>:

(1) רמת **הפוסט־טראומה הכללית** של המשתתפות ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(2) רמת **החודרנות** של המשתתפות ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(3) רמת **ההימנעות** של המשתתפות ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(4) רמת **השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח** של המשתתפות ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית. בנוסף, רמת ההאשמה העצמית של המשתתפות ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(5) רמת **העוררות** של המשתתפות לא ירדה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה אך כן ירדה באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(6) רמת **הצמיחה הפוסט־טראומטית** של המשתתפות לא עלתה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה אך כן עלתה באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

(7) רמת **התפקוד** של המשתתפות לא עלתה באופן מובהק מהמדידה הראשונה לשנייה אך כן עלתה באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית.

2. ניתוח הממצאים האיכותניים

לצד המידע הכמותני שהתקבל, אשר הצביע על שיפור (ירידה) במדדי ה-PTSD הכללי ובסימפטומים הפוסט־טראומטיים ועל עלייה בתפקוד ובצמיחה הפוסט־טראומטית; מן הממצאים האיכותניים עלתה תמונה מורכבת ומלאה יותר של אירוע הלידה ואירועים נוספים הקשורים אליו, וכן של תפיסת אירועים אלו, ותפיסת השפעתם על המטופלות – לפני, בזמן ואחרי הטיפול. מממצאים אלו עלתה תמונה מפורטת ועשירה של התפתחות הפוסט־טראומה, הגורמים לה, והסימפטומטיקה שלה כפי שהיא באה לידי ביטוי בחיי היום־יום. תיאורי המטופלות הרחיבו והמשיגו את החוויה הפוסט־טראומטית מעבר לתשובותיהן בשאלונים הכמותניים, הדקלרטיביים מטבעם. המידע האיכותני אִפשר הבנה עמוקה של החוויה הטיפולית על רבדיה השונים, על אתגריה ונקודות המפנה שבה, וזאת הן מפי המטופלות הן מהצוות המקצועי ובפרט ממטפלת ה-NLP. המטופלות פירטו בקולות אותנטיים את החוויה האישית של אירוע הלידה, הטיפול, השפעותיו ותוצאותיו. פירוט שניתן היה להשוותו על ציר הזמן ולעקוב אחר השינויים המתוארים ברבדים הגלויים והסמויים של הטקסט.

ניתוח הנתונים האיכותניים הניב ארבע תמות שעלו זו אחר זו על ציר הזמן. התמה הראשונה שעלתה הינה 'אירוע הלידה הטראומטית – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה'. לאחר-מכן עלו ברצף התמות 'ביטויים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד' ו'רפלקציה

על חוויית הלידה׳. לבסוף, עלתה התמה האחרונה ׳תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD׳. להלן פירוט התמות על ממדיהם השונים:

אירוע הלידה, אשר פתח את התהליך, תואר בתחילה לשלוש נשות המקצוע – החל מהאינטייק הראשוני עם מתאמת המחקר, דרך האינטייק האבחוני עם הפסיכיאטרית ולבסוף, במפגש הראשון עם מטפלת ה-NLP. מסיפורי הלידה צמחה ועלתה התמה הראשונה: ׳אירוע הלידה הטראומטית׳. מתמה זו עלו חמישה ממדים: ׳חירום׳, ׳ציפיות׳, ׳תמיכה׳, ׳שליטה׳ ו׳היבטים אישיים׳.

אופן תיאור הלידה כמו גם תיאור החיים לאחר הלידה העלו את התמה הבאה: ׳ביטויים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד׳. לתמה זו חמישה ממדים: ׳חודרנות׳, ׳עוררות׳, ׳שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח׳, ׳הימנעות׳ ו׳קשיי תפקוד׳. ממדים אלו נמצאים בהלימה לקריטריוני PTSD ב-DSM-5.

בשלב זה החל הטיפול ומתוכו עלתה התמה השלישית: ׳רפלקציה על חוויית הטיפול׳ אשר כללה את שלושת הממדים דלהלן: ׳מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד׳, ׳חוויית מהלך הטיפול׳ ו׳נקודות מפנה בטיפול׳ וממד רביעי שנותח בנפרד: ׳תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול׳.

מן המפגש הטיפולי האחרון והריאיון המסכם עם החוקרת, פוסט־טיפול, עלתה התמה האחרונה ׳תרומות הטיפול להתמודדות עם PPPTSD׳, אשר כללה שישה ממדים: ׳תפקוד׳, ׳צמיחה פוסט־טראומטית׳, ׳תסמינים פוסט־טראומטיים׳, ׳גישה כללית ללידה׳, ׳השגת המטרות האישיות של הנבדקות׳, וממד נוסף שנותח בנפרד אשר כלל את ה׳תוצאות החלקיות׳.

להלן בטבלה 3 סכמת הקידוד המציגה ויזואלית את ניתוח הנתונים האיכותניים כפי שבאו לידי ביטוי כ׳קו-סיפור׳ הנפרש על ציר הזמן.

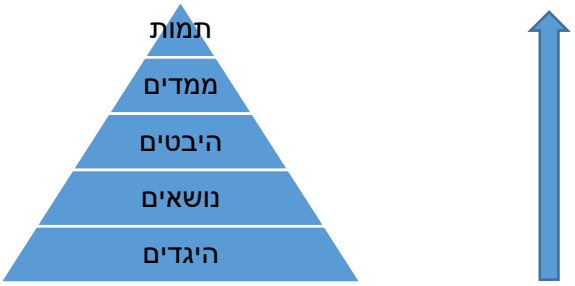
טבלה 3. סכמת הקידוד: התהוות ׳קו-הסיפור׳ – ארבע תמות המתפרסות על פני ציר זמן המחקר – מתיאור ראשוני של הלידה טרם הטיפול ועד תרומת הטיפול כולל תיאור הלידה פוסט־טיפול.

קו-סיפור על פני ציר הזמן	**תמה I – אירוע הלידה הטראומטית משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה**				
	חירום	**ציפיות**	**תמיכה**	**שליטה**	**היבטים אישיים**
	תמה II – ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד				
	חודרנות	**עוררות**	**שינויים שליליים בקוגניציה**	**הימנעות**	**קשיי תפקוד**
	תמה III – רפלקציה על חוויית הטיפול				

	מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד	חוויית מהלך הטיפול	נקודות מפנה בטיפול	תפיסה חלקית / לא־מספקת של חוויית הטיפול	
תמה IV – תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD					
תפקוד	צמיחה פוסט־טראומטית	תסמינים פוסט־טראומטיים	גישה כללית ללידה	השגת מטרות האישיות של הנבדקות	תפיסה חלקית/לא־מספקת של חוויית הטיפול

בהמשך תפורט כל תמה, ממדיה והיבטי כל ממד. לצורך הבהרה ניתן לדבר על היררכיה של תכנים שעלו מניתוח הנתונים האיכותניים: א. תמות המתייחסות לעניין המרכזי שעלה בכל שלב על ציר הזמן: שלב הכניסה לטיפול – שלב הטיפול – שלב סיום הטיפול. ב. ממדים – לכל תמה כמה ממדים. ג. היבטים – לכל ממד כמה היבטים. לחלק מן ההיבטים, ההיבט כלל כמה נושאים.

<u>היררכיית הממצאים מוצגת בגרף הבא</u>:



על מנת ליצור גשר בין הממצאים הכמותניים והאיכותניים, התמטיקה שעלתה מניתוח הנתונים האיכותניים זכתה לכימות המעיד על חשיבות/משמעות של כל תמה וכל ממד, היבט ונושא המהווה חלק ממנה בתוך מכלול היגדי התמה. לכל ממד כומתו מספר ההיגדים הכולל שעלה מדברי המטופלות בהתייחס לממד זה. ולבסוף, חושב מספר ההיגדים בממד מתוך מספר ההיגדים הכולל המיוחסים למסגרת התמה כולה. כך ניתן היה לבחון את חשיבות/משמעות הממד עבור המטופלות, מתוך הנחה שככל שהנושא חשוב ומשמעותי עבורן יותר, כך הן נותנות לו מקום רב יותר בדבריהן. חישוב דומה נערך לכל היבט בתוך כל ממד ולכל נושא בתוך כל היבט שכָּלל כמה נושאים.

הדיאגרמות המתארות את ממדי התמות מראות את פריסת הממדים ומציגות את חשיבותם היחסית. בכל ממד, הופיעו מספר היבטים ואף אלו יתוארו בדיאגרמות המשוות את כמות ההיגדים המתייחסים אליהם מתוך ההיגדים המתייחסים לממד כולו. בחלק מן ההיבטים הופיעו כמה נושאים ואף אלו יתוארו בדיאגרמות המשוות את כמות ההיגדים המתייחסים לכל נושא מתוך ההיגדים המתייחסים להיבט כולו. כימות ההיגדים המתייחסים לממדים, להיבטים ולנושאים מראה את החשיבות היחסית של אלו בדברי המטופלות וכך את המשקל שיש לתת לעיבוד ממד, היבט או נושא זה או אחר במהלך הטיפול.

<u>התמטיקה שעלתה מן הנתונים האיכותניים:</u>

2.1. תמה ראשונה: אירוע הלידה הטראומטית (קריטריון A ב-DSM-5) – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה.

להלן מידע רקע בנוגע ל-15 מטופלות המחקר. עבור 12 מטופלות מדובר בלידה ראשונה, שלוש מטופלות לאחר לידה שנייה (אחת מהן אחרי לידה שקטה).

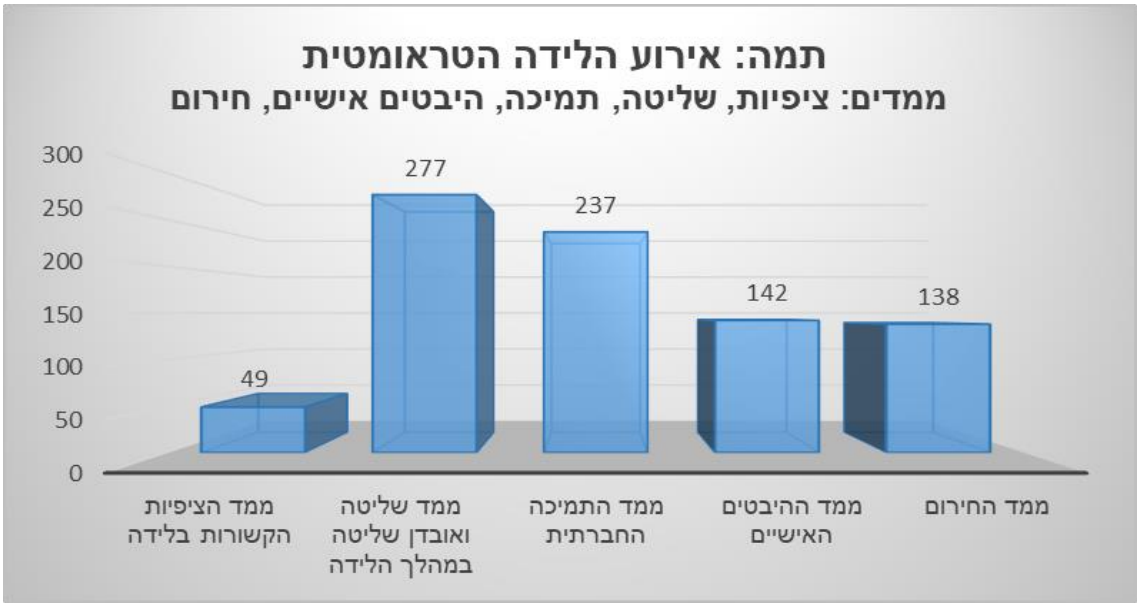
הדיווחים על טיב הלידה ואופייה הראו כי שש מטופלות עברו לידה מכשירנית, שבע ניתוח קיסרי חירום, ושתיים ניתוח קיסרי אלקטיבי. יתרה מזו, אחת המטופלות (בנוסף ללידה המכשירנית) ילדה תינוקת עם דימום מוחי ועד לשלב זה עדיין לא ברור אם התינוקת תסבול מנזק בלתי־הפיך כתוצאה מהלידה.

הדיווחים על השלכות הלידה הראו כי שבע מטופלות נותרו עם בעיות רפואיות כתוצאה מהלידה: אחת סבלה מבריחת שתן; אחת סבלה מהצטלקות דלקתית חוזרת באזור חתך הניתוח הקיסרי; אחת סבלה מקרע בשריר הטבעתי; אחת אושפזה במהלך השבוע שלאחר הלידה בשל התקף אלרגיה מסכן חיים שעברה במהלך הניתוח הקיסרי; אחת המשיכה באשפוז במהלך עשרה ימים בשל רעלת היריון וקרע בפי הטבעת בדרגה 4; אחת סבלה מכאבי גב קשים בעקבות האפידורל; אחת עברה ניתוח לתיקון התפרים חודש לאחר הלידה. פרופיל זה של המשתתפות אינו מפתיע בהינתן הממצאים שהוצגו במחקר של פולצ׳ק ושות׳ שנערך בישראל (Polacheck et al., 2012), בו נמצא כי נשים שפיתחו PPPTSD דיווחו על יותר סיבוכים בעקבות הלידה.

למרות שעל פי הספרות, PPPTSD יכול להתפתח גם לאחר לידה שלא כללה התערבות מכשירנית או כזו הנחשבת על ידי הצוות הרפואי כלא מסוכנת, הרי שכל הנשים שהתקבלו למחקר בפועל עברו לידה בעלת מאפיינים של אירוע חירום, דבר שעשוי לרמז על הטיית בחירה. יחד עם זאת, הטיה זו אינה משפיעה על בחינת הפרוטוקול הטיפולי ויהיה צורך לתת עליה את הדעת בקשר לדרך האבחון של PPPTSD בקהילה המקצועית. לאור זאת, הפריזמה המרכזית דרכה חוו היולדות את אירוע הלידה קשורה לממד החירום, שכאמור הינו אחד המנבאים להתפתחות PPPTSD (אך אינו תנאי להתפתחות ההפרעה). ממד החירום, בהיותו מרכזי בקרב המשתתפות במחקר, מופיע ראשון בניתוח התמה שכונתה: ׳אירוע הלידה הטראומטית – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה׳. ממד זה, כמו הממדים האחרים של תמה זו שיוצגו בהמשך, עלה מתוך ניתוח תיאורי הלידה על ידי המטופלות (כפי שסיפרו למתאמת המחקר, לפסיכיאטרית, למטפלת ה-NLP ולחוקרת). בכל אחד מן הממדים הללו הופיעו כמה היבטים ואף הם יפורטו בהמשך בתרשים 12.

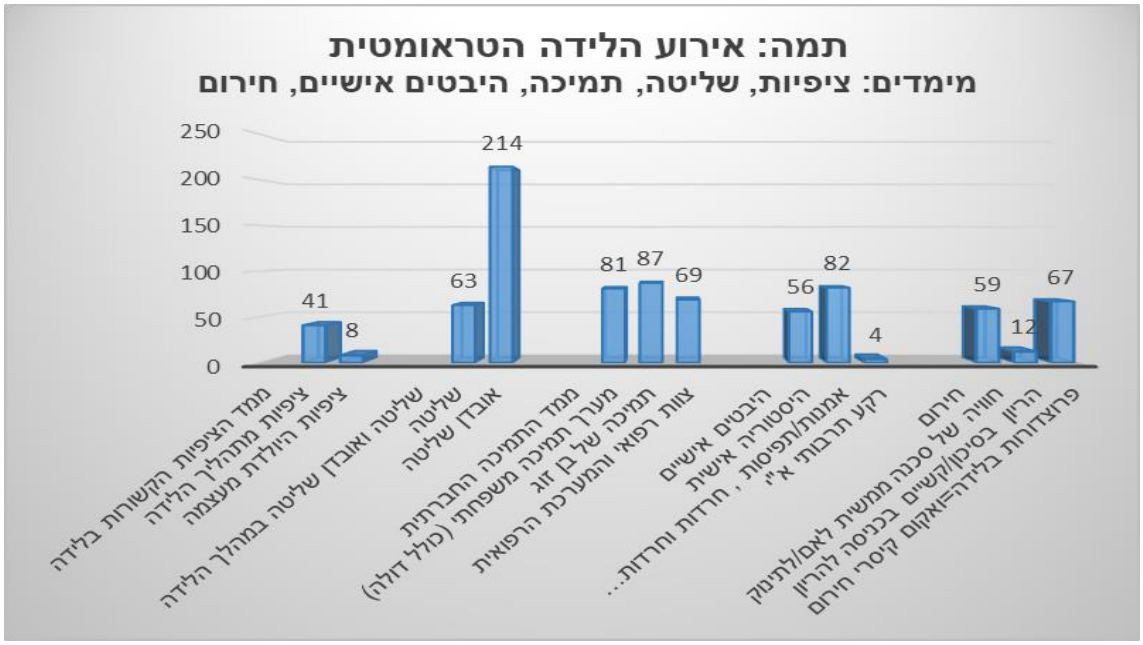
ניתוח הנתונים לתמה זו מיפה את הגורמים לפוסט־טראומה לאחר הלידה והעלה חמישה ממדים בולטים כפי שבאו לידי ביטוי בתיאורי המטופלות:

(1) ממד החירום; (2) ממד הציפיות הקשורות ללידה; (3) ממד השליטה ואובדן השליטה; (4) ממד



תרשים 12. התמה: 'אירוע הלידה הטראומטית' ופריסת הממדים שעלו ממנה

ניתן לראות בדיאגרמה כי ממד השליטה ואובדנה הוא המשמעותי ביותר ולאחריו ממד התמיכה החברתית.



תרשים 13. פריטת ההיבטים שעלו מכל אחד מממדי התמה: 'אירוע הלידה הטראומטית'

ניתן לראות בתרשים כי הופעת היבט אובדן השליטה הוא המשמעותי ביותר ואחריו נמצאים ההיבטים הבאים בסדר יורד – תמיכת בן הזוג והיבט החרדות, האמונות והתפיסות השליליות.

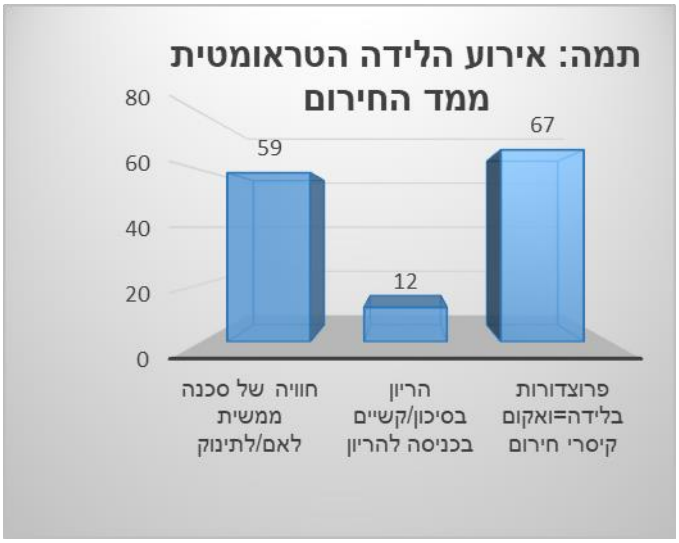
טבלה 4. אירוע הלידה הטראומטית – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה; ממדים, היבטים ונושאים

תמה: **אירוע הלידה הטראומטית – משתנים סובייקטיביים המעורבים בהתפתחות והחלמה מפוסט־טראומה** $^{14}N=843$					
ממדים	**חלקם היחסי בתמה**	**היבטים**	**נושאים** **(שכיחות הופעת כל נושא בהיבט)**	**מספר נושאים בכל היבט**	**סה"כ היגדים לממד**
ממד החירום	17%	**חוויה של סכנה ממשית לאם/לתינוק**	סכנת מוות של היולדת (29), חשש לחיי התינוק (23), תיאורים קשים של היולדת (2), סיבוכים בלידה (5)	4	138
		היריון בסיכון/ קשיים בכניסה להיריון	היריון בסיכון גבוה (5), היריון מלווה בחרדות (6), קשיים להיכנס להיריון (1)	3	
		פרוצדורות בלידה (ואקום, קיסרי חירום)	אירוע חריג (10), ניתוח חירום (14), חוסר אונים (16), אווירת חירום (18) דרמה בתיאור האירוע (9)	5	
ממד הציפיות הקשורות ללידה	6%	**ציפיות מתהליך הלידה**	אופטימיות לקראת הלידה (4) החלום ושברו (15), רצון ללידה טבעית (3), פער בין ההכנה, הרצונות וציפיות היולדת למציאות (17), צייפיה לאירוע מפחיד (2)	5	49
		ציפיות היולדת מעצמה	פער בין ציפיות מעצמה וציפיות החברה והמשפחה לבין המציאות (1), למרות ובגלל היריון קשה ציפייה ללידה קלה (1), רצון לנהל את הסיטואציה מתוך הקשבה לצרכיה (1), ציפייה להתמודדות טובה (4), רצון לחוות הורות שונה ממשפחת המקור (1)	5	
ממד שליטה ואובדן שליטה במהלך הלידה	32%	**שליטה**	שליטה על הגוף והלידה (46), קיבעון בתוכנית לידה (17)	2	277
		אובדן שליטה	אובדן שליטה על הגוף והלידה (90), כאבים במהלך הלידה (67), ביטחון אישי (3), אמון בצוות (9), חוסר אונים (19), שימוש בשפה דרמטית (26)	6	
ממד התמיכה החברתית	28%	**מערך תמיכה משפחתי (כולל דולה)**	היעדר תחושה של תמיכה משפחתית (30), נוכחות תחושה של תמיכה משפחתית וחברתית (26), בדידות (9), דולה (12), כעס (4)	5	237
		תמיכה של בן זוג	נוכחות תמיכת בן/בת זוג (45), היעדר תמיכת בן/בת זוג (12), תמיכה של דולה ובן זוג (13), כעס (7), חוסר אונים של בן הזוג (10)	5	
		הצוות הרפואי והמערכת הרפואית	אובדן אמון בצוות המטפל (17), אובדן אמון במערכת הרפואית (9), בעיות תקשורת עם הצוות המטפל (29), כעס (14)	4	
ממד היבטים אישיים	17%	**היסטוריה אישית**	חוסן נפשי ומשאבים (10), בעיות רקע (40), צורך בשליטה (6)	3	142
		אמונות/תפיסות, חרדות וחרדות קודמות	אמונות מעצימות על עצמי ועל העולם טרום־לידה (16), אמונות מגבילות טרום־לידה (34), אמונות תומכות שהתפתחו בנוגע לאירוע הלידה (4), אמונות מגבילות שהתפתחו בנוגע לאירוע הלידה (28)	4	
		רקע תרבותי ארץ־ישראלי	לחץ חברתי ומשפחתי ומסורתי/דתי להרחבת המשפחה (4)	1	

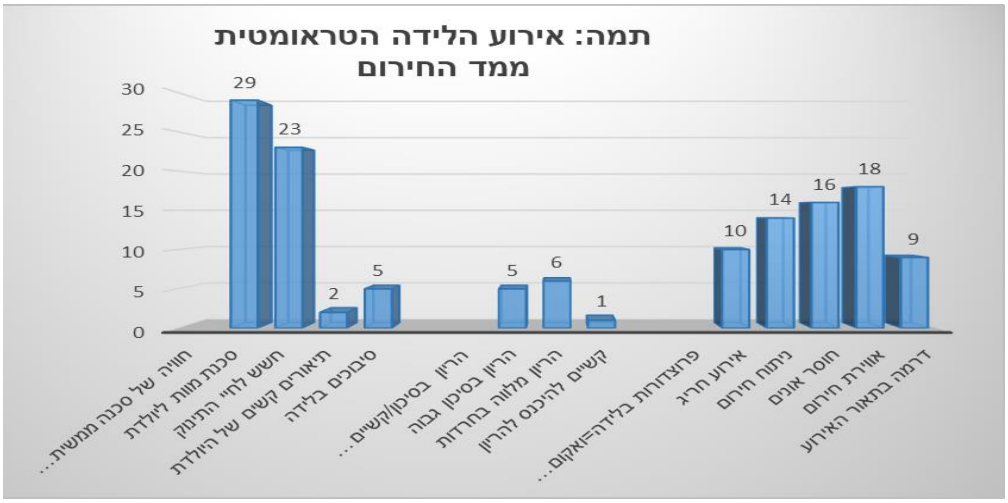
[14] N – סך ההיגדים הכולל של כל ממד לכל התמה.

<u>פירוט ממדי התמה הראשונה</u>: **'אירוע הלידה הטראומטית'**

2.1.1. ממד החירום



חנה: "הייתי 4 שעות בפתיחה מלאה, שזה כבר עוד שנייה קיסרי... זה כבר ממש לא בסדר, לא תקין. ואז התחילו ירידות דופק. האחות בכלל לא הייתה איתי, אני הייתי לבד עם בעלי בחדר, והתחילו כל המכשירים לצפצף. ירידת דופק ממש, ממש, ממש של העובר. ואז נכנסו פתאום בערך 14 אנשים. כאילו מלא אנשי צוות. רופאות, וכל מיני אחיות. כל מיני אנשי צוות ואני שומעת: 'רופא ילדים לחדר 2, זה לחדר 2'. לא הבנתי מה קורה. עשו לי ואקום תוך שניות בשביל להציל את הילדה שלי. ממש".

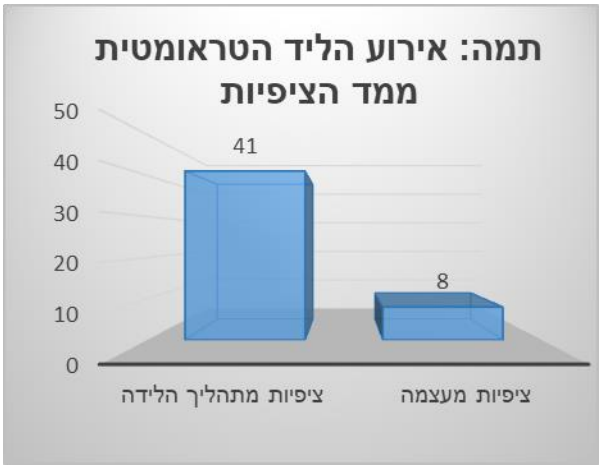


בעוד שהלידה היא חלק טבעי ממעגל החיים, אירוע הלידה נתפס כמיוחד ואינו חלק משגרה. לרוב הוא כרוך בתחושה של לחץ, גם בשל ההתרגשות הטמונה באירוע וגם בשל ההימצאות בסביבה לא מוכרת (בית החולים), אנשים לא מוכרים (הצוות הרפואי) ושימוש בשפה פחות מוכרת ולא יום־יומית ('סטריפינג', 'פרופס', 'מחיקה', 'פטוצין', 'סקאלפס', 'זירוז' וכדומה). לפיכך, תחושת החירום היא אינהרנטית בסיטואציה זו. בנוסף לכך, לעיתים מתפתח מצב חירום המצריך התערבות רפואית

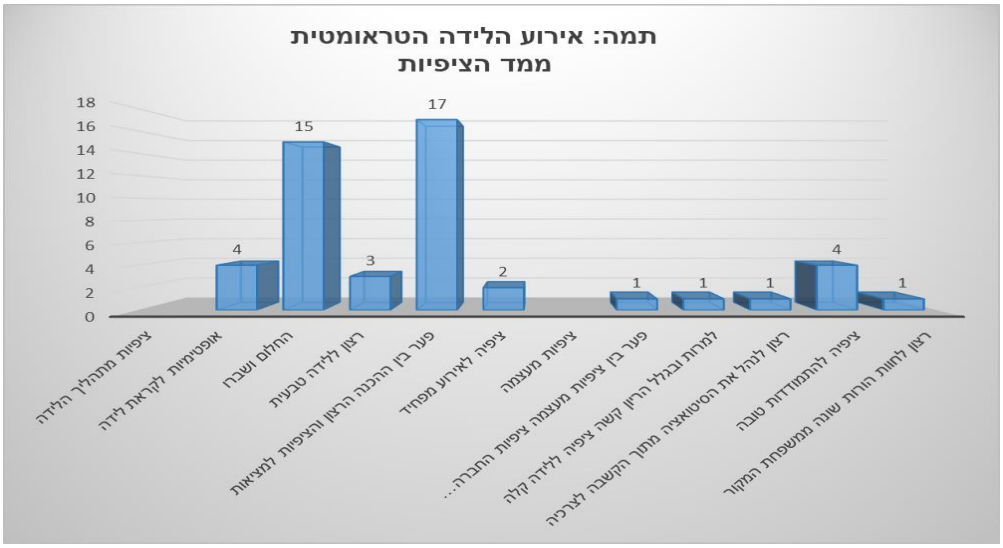
וזאת על מנת לשמור על שלום היולדת, ולפעמים אף להציל אותה ו/או את העובר. התערבויות אלה כוללות התערבות מכשירנית או ניתוח קיסרי חירום. מחקרים רבים מצביעים על קשר בין ההתערבויות לבין התפתחות PPPTSD (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont & Joergensen, 2012; Ayers, 2004; Furuta, Sandall, Cooper & Bick, 2016; Lev-Wiesel, Chen, Daphna-Tekoah & Hod, 2009). לאירועי חירום אלה יש נטייה להיזכר כצרובים ועוצמתיים אצל היולדת והם בעלי מאפייני זיכרון הכוללים קצב ועוצמה גבוהים.

כאמור, למרות שעל פי הספרות, PPPTSD יכול להתפתח גם לאחר לידה ללא התערבות מכשירנית או כזו הנחשבת על ידי הצוות הרפואי כלא מסוכנת, הרי שכל הנשים שהתקבלו למחקר בפועל עברו לידה בעלת מאפיינים של אירוע חירום. לאור זאת, הפריזמה המרכזית דרכה חוו היולדות את אירוע הלידה היא פריזמה של חירום. כל הנשים שהצטרפו למחקר עברו לידה שכָּללה אלמנט חירום אובייקטיבי. ועם זאת, ההיבטים שנמצאו, נעים על הציר האובייקטיבי־סובייקטיבי והאינטר־סובייקטיבי; החל מהיריון בסיכון/קשיים בכניסה להיריון, דרך חוויה ממשית של סכנה לאם או לתינוק – ועד תחושה של סכנת מוות. בהיבט 'חוויה של סכנה ממשית לאם/לתינוק', שני נושאים בלטו במיוחד: 'סכנת מוות ליולדת' ו'חשש לחיי התינוק': ליאל: *"אני ממש כאילו עברתי חנק"*; חנה: *"התחילו ירידות דופק של העובר... הוציאו אותה ולא היה שום בכי... ואז הם הצליחו להציל אותה..."*. בהיבט ה'פרוצדורות בלידה', בלטו 'תיאורי החירום': גלית: *"הוציאו את בעלי ואת אימא שלי, ונכנסו עשרה אנשים לפחות..."*, שהתבטאו בחוסר אונים: מור: *"...אז פשוט מורידים לי את הכותונת. בלי בגדים. מורידים לי, כולם מסתכלים עליי, מורידים וזה..."*

2.1.2. ממד הציפיות הקשורות ללידה



רננה: "רציתי מאוד... כאילו לידה טבעית... וגם שהכול יעבור..., בעזרת השם את יודעת, בצורה הכי טובה והתכוננתי והייתה לי דולה, וקראתי מלא מלא מלא כאילו כל מה שאפשר כמעט על לידה, וזהו בסוף כאילו בפועל חוויית הלידה הייתה ממש מממששששש אחרת לחלוטין מכל מה שחשבתי".



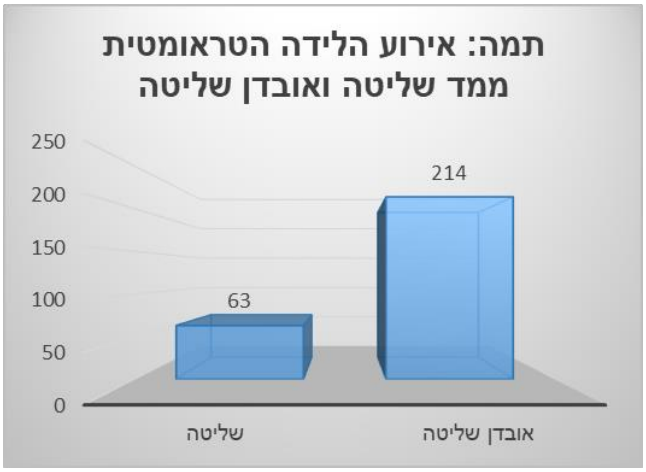
ציפייה היא אמונה בקשר למה שיקרה בעתיד. היא רגש המקושר לתחושות עונג, התלהבות ולעיתים גם חרדה בנוגע למאורע טוב הצפוי להתרחש בעתיד. הציפייה היא חלק מתחושת התקווה להתגשמות של התרחשות רצויה כלשהי (Meinecke, 2011). ציפיות של נשים בנוגע ללידה הן מרכיב משמעותי בחוויית הלידה (Hodnett, 2002). הן קשורות לתפיסה הסובייקטיבית של תהליך הלידה ויכולות לתרום לחיוב ולשלילה. פער גדול בין ציפיות חיוביות לבין מציאות הכוללת כאב גדול, התערבות חירום או כל מציאות החורגת מהתמונה המנטלית הרצויה, עלול לתרום להתפתחות השבר האישי. ציפיות שליליות שעשויות להיות מושפעות מחרדות בהיריון עלולות לתרום לחוויית לידה טראומטית. התפיסה של חוויית הלידה כחיובית או שלילית קשורה להשגה מרבית של הציפיות המרכזיות (כהן-ארואטי, 2017). ציפיות אלה לרוב מתבססות על מיתוסים בנוגע לנשיות, לידה ואימהות, דבר שעלול להביא לתחושות של חוסר כשירות כאשר במפגש עם המציאות הנשים לא מצליחות לעמוד במבנים חברתיים אידיאליסטיים אלה (Choi, Henshaw, Baker & Tree, 2005). חלק מהאידיאלים סביב תהליך הלידה נוגעים לנורמליות של הלידה והציפייה ללידה אידיאלית ללא התערבות (Lyerly, 2012).

ניכר כי המטופלות שהשתתפו במחקר אכן החזיקו באידאלים סביב תהליך הלידה. אידאלים הבאים לביטוי בציפייה ללידה קסומה ללא תקלות קיצוניות, דהיינו 'נורמלית' לתפיסתן. בנוסף, הן אחזו בידע שרכשו מקורסי הכנה ללידה שלרוב, לדבריהן, לא הכין אותן לשיבושים בתהליך. יש מקרים בהן נמנעו המשתתפות ביודעין ובכוונה תחילה מלשמוע סיפורי לידה קשים. לאור זאת, לא מפתיע כי נוצר פער בין ציפיות המטופלות מהלידה ומעצמן בתהליך זה לבין האירועים במציאות.

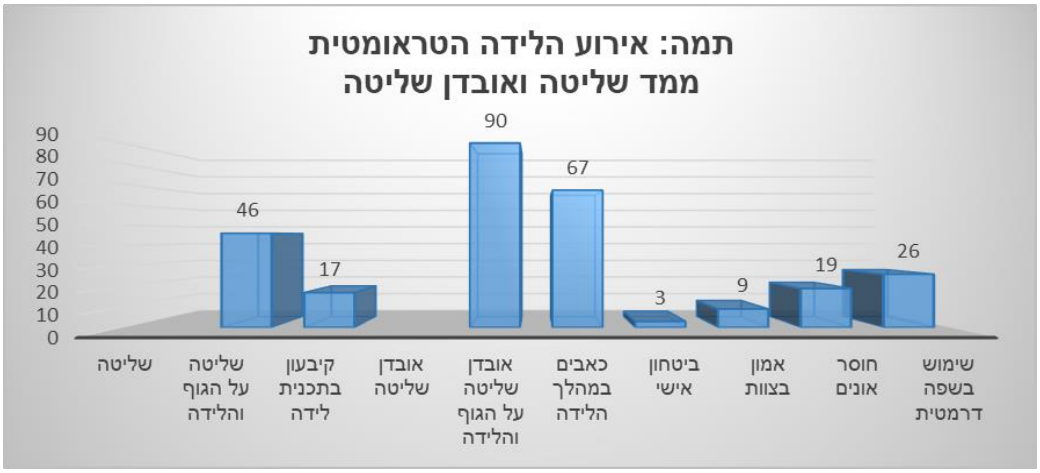
הפער בין ציפיות המטופלות מעצמן ומתהליך הלידה בא לידי ביטוי בדבריהן: מור: *"רציתי לחוות הורות אחרת, ראשונית. להיות שם מהרגע הראשון עבורו"*. בעיקר בלט הפער בציפיות בנוגע

לתהליך הלידה המיוחל. הנושא 'החלום ושברו' חזר ועלה: מורן: *"אני הייתי בהלם, את רואה בסרטים שלמישהי יורדת שלולית על הרצפה – וזה נגמר. זה לא נגמר ואף אחד לא אמר לי את זה"*; רננה: *"הפער בין לידה שרואים בסרטים למציאות..."*; דורית: *"והיינו בחדר לידה טבעית... ועד אז עוד שום חלום לא התנפץ..."*; אור: *"לא רציתי להגיע לקיסרי בשום צורה, והדברים התגלגלו..."*

2.1.3. ממד השליטה ואובדן השליטה במהלך הלידה



דינה: "הם לקחו לי את הרצונות שלי. אני לא הייתי קיימת, אני הייתי אוויר, אף אחד לא הקשיב לי".



היולדת חווה במהלך לידה טראומטית פחד מסיבי, אוזלת יד, היעדר שליטה וחרדה (Beck, 2004). תחושה של שליטה בלידה נמצאה חשובה ומשמעותית עבור נשים רבות (Namey & Lyerly, 2010; Soet, Brack & Dilorio, 2003). זהו מאפיין סובייקטיבי (שליטה נתפסת להבדיל משליטה אובייקטיבית, ממשית ובפועל) שנמצא כבעל השלכות פסיכולוגיות משמעותיות ומשפיע על תפיסת הלידה. במצבים בהם השליטה האובייקטיבית חסרה (כפי שקורה פעמים רבות בחדר הלידה), השליטה הסובייקטיבית מנבאת תפקוד גבוה יותר מאשר השליטה האובייקטיבית (Skinner, 1996). חוסר שליטה במהלך הלידה נמצא כגורם התורם להתפתחות PPPTSD (Czarnocka & Slade, 2000; Moyzakitis, 2004).

מחקרים מהעשור האחרון (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010; Hildingsson, Rådestad & Lindgren, 2010) מצאו הקשרים שונים המיוחסים לתפיסת השליטה של היולדת: נמצא קשר בין תפיסת השליטה בלידה לבין שביעות רצונה מתהליך הלידה; נמצא קשר בין תפיסת השליטה בלידה לבין תפיסת היולדת את התהליך כחיובי או שלילי, כאשר יש לכך השלכות על בחירות האישה בנוגע להריונותיה הבאים; תחושת שליטה נמוכה נמצאה קשורה לתחושת מצוקה בזמן הלידה, ובחלק קטן מהמקרים להתפתחות סימפטומים דיכאוניים ופוסט־טראומטיים לאחר הלידה. קיטאי (2018) מצאה כי כאשר אישה דיווחה על תפיסת שליטה עצמית גבוהה בתהליך הלידה ובסביבת הלידה, היא גם דיווחה על רמות נמוכות יותר של סימפטומים פוסט־טראומטיים לאחר הלידה.

מחקר במתודולוגיית 'ניתוח תוכן' הציג ארבעה נושאים המקושרים לתחושת השליטה של היולדת (Meyer, 2013): (1) 'קבלת החלטות' – שליטה בקבלת החלטות משמעותה שהיולדת פעילה בקבלת ההחלטות במהלך הלידה, כמו גם שותפה בקבלת החלטות רפואיות; (2) 'נגישות למידע' – היכולת לקבל מידע אודות המתרחש בחדר הלידה הן ברמה הנפשית הן ברמה הגופנית; (3) 'ביטחון אישי' – תחושות אמון, כבוד ותמיכה מצד הצוות הרפואי. לכך שני היבטים: היבט רגשי (עד כמה הצוות תומך ומכבד), והיבט מקצועי (עד כמה הצוות נתפס כמקצועי בעת קבלת ההחלטות); (4) 'תפקוד גופני' – מאפיינים של שליטה על הגוף, הרגשות והכאב. נושא נוסף שנמצא מקושר לתחושת השליטה בלידה הוא האבחנה בנוגע למקור השליטה: פנימי או חיצוני. שליטה פנימית כוללת את תהליכי המחשבות, הרגשות, ההתנהגויות, ההתמודדות עם הכאב, והמעורבות בתהליכים הרפואיים וקבלת החלטות; ואילו שליטה חיצונית מתייחסת לשליטה השייכת לצוות הרפואי (קיטאי, 2018).

בבחינת הנתונים נראה כי המשתתפות במחקר הציגו בדבריהן דברים דומים לנאמר למעלה. רובן ככולן ביקשו לחוש שליטה בקבלת ההחלטות תוך כדי התהליך וחשו קושי רב משלא חוו זאת, בין אם בגלל הצוות הרפואי שלא שעה להן, ובין אם בשל אובדן כוחות וחוויה של שיתוק שלא אפשרה להן לקחת את המושכות לידיהן. כחלק מהרצון להיות שותפות בקבלת ההחלטות, הן ציפו למידע שלא פעם נמנע מהן גם בשל מצב החירום, אך לא רק בעטיו. לעיתים קרובות הצוות הרפואי נתפס בעיניהן כלא מקצועי ובעיקר כלא תומך: האחיות רצות מחדר לחדר, האחות/רופאה נוזפת באישה, המיילדת אומרת דבר אחד ופניה מעידים על דבר אחר ועוד. מעבר לציפיות האובייקטיביות של המטופלות, נוספו הציפיות הסובייקטיביות, דהיינו הציפיות של היולדת מעצמה לעמוד על שלה, לעמוד בכאבים קשים, להתמודד במצב של אי־ודאות ועוד.

לאור האמור, לא מפתיע כי ממד זה קיבל את מרב ההתייחסויות והוא מתאפיין בדיכוטומיה המצביעה מחד גיסא על הרצון לחוש בשליטה ומאידך גיסא על חוויה של אובדן שליטה. דוגמאות לכך

ניתן לראות בדבריהן של המשתתפות. הרצון לחוש שליטה בא לידי ביטוי במשפט כמו זה של שרון: *"אין מצב... אף אחד לא יגיד לי מה לעשות..."*, לצד מציאות של אובדן שליטה המתוארת בדבריה של רונית: *"ירדו לי המים וזה הפך לניתוח חירום. ניתוח חירום זה אומר שקושרים לי את הידיים, למרות שהבטיחו לי שלא יקשרו לי את הידיים. לא נותנים לבעלי להיכנס. בזמן הזה אני צרחתי: 'למה אתם לא נותנים לו להיכנס? למה אני צריכה להיות פה לבד?'... רק אחרי שצרחתי ובכיתי, כשאני בסטרס, כאילו עם צירים, עם פתיחה. הגעתי כבר... ירדו המים וכבר בינתיים צירים ופתיחה. ואז אמרו 'בסדר, ניתן לו להיכנס' ונתנו לו להיכנס. ואני כל הזמן הזה עם הידיים קשורות, עם הווילון"*. ובמקום אחר רונית אמרה: *"לא דמיינתי בכלל שזה יהיה כזה שאין לי מושג מה קורה. היה קפוא מקור בחדר. אמרו שהם יחממו... כאילו היה קפוא מקור בחדר, אני קפאתי מקור. לא הצלחתי לחמם את התינוק. רק צעקתי שיתנו לי כבר לראות אותו, כי הוציאו אותו... היה ממש. לי היה נורא. בלידה היה נורא"*; בדומה לכך, גם דברי גבריאלה: *"מטורף. כל פעם הם נכנסו והיה... מגיע שלב שכמו שאמרתי את מרגישה שהגוף כבר לא שלך – That's it – נגמר. הוא שלהם, והם יעשו מה שהם צריכים. כל אחד שם נכנס, מחטט, מוציא. שאלוהים יעזור זה היה מזוויע"*.

כאמור, רבות חשות כי **היכולת לשלוט בקבלת ההחלטות** ניטלת מהן. למשל, דורית שאמרה: *"לא הקשיבו לי לאורך כל הדרך..."* ביטאה זאת בבירור. רונית ביטאה את **הנגישות המוגבלת למידע**: *"באתי לניתוח קיסרי אלקטיבי, ידעתי מי ינתח אותי... בפועל זה לא היה כך...* (ובהמשך)... *לא דמיינתי בכלל שזה יהיה כזה... שאין לי מושג מה קורה"*; **תחושת הביטחון שנפגעה** מורגשת בדבריה של לימור: *"ברגע שהתחילו את הוואקום ביקשו מבעלי ומהדולה לצאת מהחדר, הרגשתי שאני בסביבה מפחידה"*; החוויה שדינה תיארה מצביעה על כך שבעיניה (ובעיני בעלה) **הצוות נתפס כלא מקצועי**, מה שגרם לה לתחושת אובדן שליטה מוחלט אל מול השתלשלות האירועים: *"מגיע הרופא האחראי הזה, אומר משהו מסוים... מגיעה הרופאה האחרת, אומרת משהו אחר. כל מיני אי־דיוקים מבחינת פרוטוקול העבודה שלהם. כל מיני שטויות שכאלו, שמצאתי את עצמי צריכה להיות ערנית שם ועם יד על הדופק. בדיקות דם שנעשו... אבל לא הגיעו תשובות. אם ממשיכים בתהליך מסוים, לא ממשיכים..."*; מעבר לכל זה, ישנו **הגוף שלא מגיב באופן המיוחל**: מורן: *"זו סיטואציה שאין לך שליטה עליה... ובכל סיטואציה אחרת בחיים את יכולה לבחור להפסיק. פה את לא יכולה, משהו אחר מכתיב לך את זה. זאת תחושת איבוד שליטה מאוד מאוד לא פשוטה"*.

סוגיית הכאב הינה גורם משמעותי ביותר בהתייחסותן של הנבדקות לאירוע הלידה. מחקרים מתחום הפוסט־טראומה (לאו דווקא מיילדותית), מצביעים על קשר בין חוויית כאב אינטנסיבית המלווה את האירוע הטראומטי והתפתחות פוסט־טראומה. תחושת הכאב, ולא הפגיעה בעקבות אירוע טראומטי, היא המנבאת את תפיסת האירוע כטראומטי. יתרה מזאת, חוויית הכאב בלידה

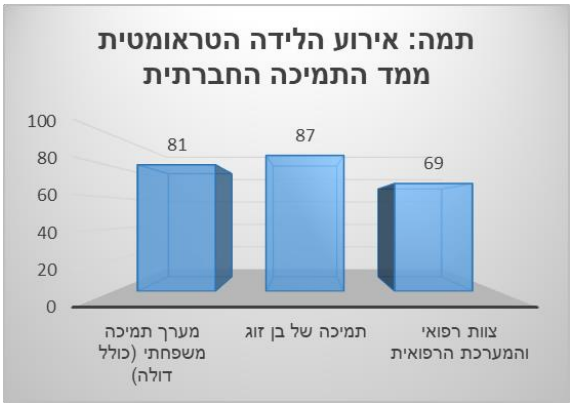
ממשיכה ללוות עוד זמן רב לאחר הלידה וקשורה בזיכרונות טראומטיים (Melzack, 1993; Schreiber & Galai-Gat, 1993).

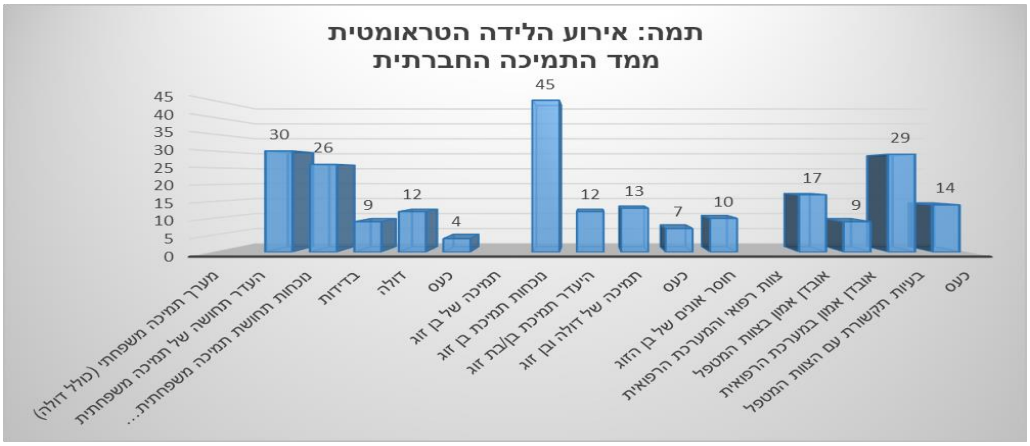
לאור זאת, לא מפתיע שסוגיית הכאב עולה כמשמעותית ביותר בממד זה לצד סוגיית אובדן שליטה על הגוף והלידה. יתר על כן, ייתכן כי כאב קיצוני מהווה גורם לאיבוד שליטה. **תיאורי הכאב** שנחווה כקיצוני ובלתי־צפוי חזרו שוב ושוב בדברי המטופלות. להלן מספר דוגמאות: מורן: *"תוך כדי ציר, וציר וציר וציר, ובא לך למות כאילו..."*; רונית: *"לא יכולתי לסבול את הכאבים והתמוטטתי לגמרי..."*; שרון: *"הכאבים מתחילים להתגבר ברמה שאני צורחת את החיים..."*; רונית: *"הייתי עם כאבי תופת... לא יכולתי יותר לסבול את הכאבים והתמוטטתי לגמרי... התגלגלתי על הרצפה..."* (לאחר הלידה).

אלמנט נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא הדרך בה המטופלות מתארות את שני הממדים האחרונים – **'שליטה/אובדן השליטה' ו'חירום'**. תיאוריהן מאופיינים בשימוש במילים ובביטויים המחזיקים את הדרמה שהתחוללה: *"לקחו את הרצונות שלי"*; *"בא לי למות"*; *"צורחת את החיים"*; *"צרחתי, בכיתי"*; *"כאב תופת"*; *"סיוט"*; *"כאילו אוטובוס מתנגש בי"*. תיאורים אלה מלווים בקצב דיבור מהיר, בטון גבוה, בנימה בהולה ובמצוקה.

2.1.4. ממד התמיכה החברתית

ליאל: "בעלי אמר לי: 'את לא ג'דעית' – כעסתי עליו..."





ממד זה כולל התייחסות לבן הזוג, לאדם קרוב המתלווה ונוכח בתהליך הלידה, ולצוות המיילדותי. חוויית הלידה מושפעת מנוכחות או היעדר תמיכה חברתית הבאה לידי ביטוי כתמיכה נפשית, התייחסות אישית, כיבוד הפרטיות ויצירת אווירה נעימה (Matthews & Callister, 2004). תפיסת פעילות גורמי תמך אלה נמצאה קשורה בהתפתחות/חוסר התפתחות PPPTSD (Peeler et al., 2018). זאת ועוד, ריד ושות' (Reed, Sharman & Inglis, 2017) ערכו ניתוח איכותני של תיאורי חוויית הלידה בקשר לפעולות של נותני הטיפול והאינטראקציה עימם. ניתוח זה התבסס על סקר אינטרנטי עליו ענו 748 נשים. ממצאי מחקר זה מעלים כי היחסים בין היולדת למטפלים הם קריטיים בחוויית הלידה ובעלי השפעה על התפתחות PPPTSD. ממצאים אלה נמצאים בעקיבות עם מחקרים אחרים שמצאו כי התפתחות הטראומה קשורה ליחסים הבין־אישיים עם נותני הטיפול הרלוונטיים לתהליך הלידה, וכי תקשורת לקויה עלולה להתפרש כדה־הומניזציה, חוסר כבוד או אי־אכפתיות ולכן הינם גורמים מנבאים להתפתחות PPPTSD (Harris & Ayers, 2012; McKenzie-McHarg et al., 2015; Thomson & Downe, 2008).

כחלק מתיאור הלידה לא נפקד מקומם של בני/בנות הזוג. המטופלות תיארו שני מצבים: מצב בו חשו **בתמיכת בן/בת הזוג** ומצב של היעדר תמיכה כזו. למשל, שרון: *"אני נזכרת בו שהוא כן ניסה והכין והכול והוא פשוט מסכן... הוא בכללי גבר מאוד טוב, גם מאוד מכיל אותי והכל..."*; רונית: *"אז בעלי באמת הוא בן אדם... לא... הוא יצור מן האגדות, באמת אין דברים כאלה. כן, עברנו הרבה..., הוא אף פעם לא פקפק בי, גם כשכאב לי מאוד מאוד ואמרו לי שהכול בסדר, ידענו שיש לי משהו באגן והוא הלך איתי רופא רופא לחפש..."*; אור: *"הוא היה חייב ללכת לתפילה והוא הרגיש שהולכים לקחת אותי... הוא הרגיש את זה..."*. לצד תיאורים אלה בהם נוכחת תחושת התמיכה של בן הזוג, נשמעו לא מעט תיאורים המבטאים **היעדר נוכחות תומכת**: ליאל: *"מיד אחרי הלידה כשהוא ראה שזה נגמר בשלום, הוא נעלם. הוא לא היה שם, הוא השאיר אותי לבד בבית חולים כשאני חבולה פיזית ונפשית..."*. זווית מעניינת נוספת היא נקודת מבטו של הבעל, שלרוב, קולו לא נשמע. הבעל של דינה (שנכח באחד המפגשים): *"כשאני לא תפקדתי אז... אז זה העצים את הטראומה של שנינו. וזהו, זה התוספות שלי שגם אם זה שאנחנו... כאילו בתור בעל, אתה לא נמצא שם, זה מוסיף לעניינים"*; אור: *"הוא לא היה בחדר כשלקחו אותי... בעלי לא היה שם לצידי והיה לי מאוד קשה, ...אבל הייתי חייבת גם אותו, הוא ממש היה חסר לי"*.

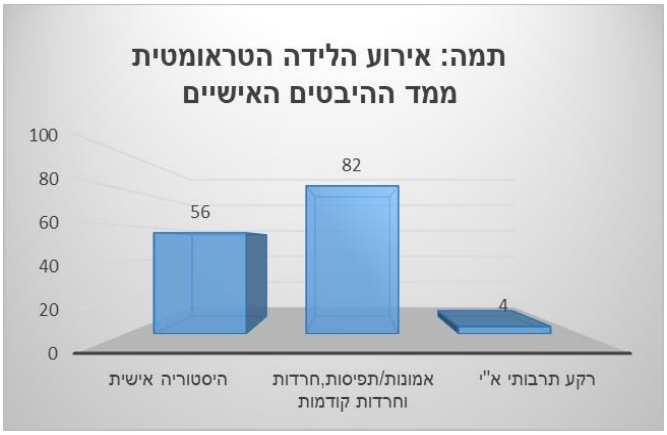
בתיאורי מערך התמיכה המשפחתי והחברתי נכללה גם הדולה המלווה את הלידה. מרבית המטופלות הגיעו ללידה עם דולה. בניתוח המידע לא נמצאו התבטאויות הקושרות את נוכחות הדולה לתחושת ביטחון או רווחה. נמצאו אזכורים אנקדוטיים של נוכחות הדולה, בעלי הֶקשר לא חיובי.

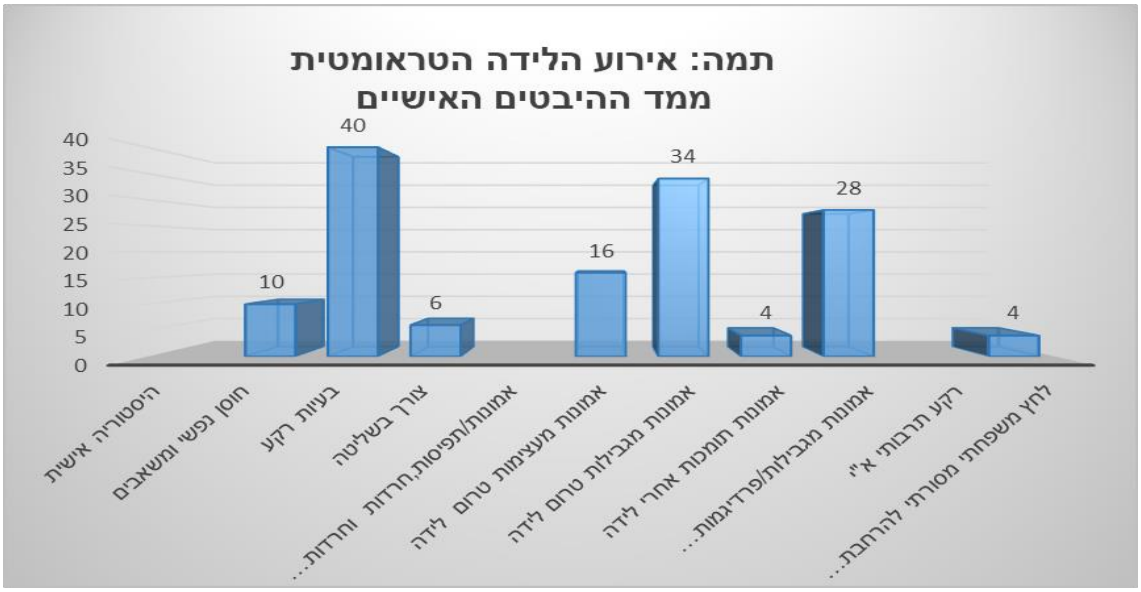
רונית: *"בלידה היו לה שתי מיילדות מרכזיות, שהראשונה הייתה מזעזעת והרסה לי... לא הסתדרתי עם הדולה. היה מתח בין המיילדת לדולה וגם היה כואב בטירוף, ולי לא היה זמן לנהל קונפליקטים תוך כדי הלידה... (ובהמשך) בלידה הבאה לא אקח איתי דולה, החוויה עם הדולה הייתה פחות מוצלחת"*; מורן: *"הדבר היחיד שעשתה הדולה היה לעסות לי את הגב"*; לימור: *"הדולה לא מכינה לאף מצב"*; אור: *"אז ביקשתי, (שהדולה תהיה איתה בחדר ניתוח) לפחות שמישהו יהיה איתי כאילו... לפחות שהיא תהיה איתי... למרות שזה לא מאוד עזר לי... כאילו היא החזיקה לי את היד אבל..."*; דברים אלה נמצאים בהלימה למחקרם של פולצ'ק ושות' (Polacheck et al., 2012) שמצאו כי נוכחותה של דולה או סיוע בלידה לא השפיעו על התפתחות ה-PPPTSD.

נושא נוסף שעלה הוא תמיכת הצוות הרפואי והמערכת הרפואית. במסגרת נושא זה הודגשו שני פרמטרים: האחד, **אובדן האמון בצוות הרפואי** שבא לידי ביטוי בדברים של דינה: *"זו הייתה באמת אחות מדהימה. אבל זה שהיא ככה צעקה על הרופאה, זה מבחינתי היה הרגע ש... אז מי פה אחראי? איפה אנחנו נמצאים..."*; והשני, **בעיות** שחוו המטופלות בתקשורת **עם הצוות הרפואי**, ודוגמא לכך בדבריה של מורן: *"כן... עוד קצת... עברו כבר שעתיים, תוך כדי עשיתי את המקלחת, ראיתי שהצירים כבר לא... באה שוב האישה הזאת ואמרנו לה 'אנחנו רוצות חדר לידה, אנחנו רוצות אפידורל'. ואז היא אמרה 'אה, עכשיו אתן רוצות? טוב אז אני לא יודעת... אני צריכה לבדוק אם יש חדר פנוי'. תקשיבי כאילו... את שומעת את זה והדבר הראשון שאת רוצה זה... פשוט מה שעבר לי בראש זה שמישהו ייקח אותי מכאן, אני לא יכולה לשאת את זה. זו התשובה שאת מקבלת... כאילו קצת חמלה... קצת..."*; שיר: *"עומדת שם אותה מנהלת, מנהלת מחלקה ועושה לי פרצוף של... 'אמרתי לך'. (מדגימה את הפרצוף) וזה השלב שאמרתי כאילו מה, את סתומה? אני עכשיו במצב של חיים ומוות ואת חושבת שאני לא רואה את הפרצוף הזה? את חושבת שלא קלטתי את הפרצוף הזה? קלטתי אותו"*.

2.1.5. ממד היבטים אישיים

לימור: "במשפחה שלי אף אחד לא עבר קיסרי... וזה תמיד... סיפרו שקיסרי זה רק לחלשות ולמי שלא רוצה לעשות את זה כמו שצריך..."





הממד 'היבטים אישיים' מציג היבטים שונים וזוויות שונות הקשורים לרקע האישי של המטופלות. באופן עקרוני, ממד זה מגלם עולם ומלואו בפוטנציאל שיש בו. אך עם זאת, תיאורי המטופלות לא כללו מידע רחב, אלא רק כזה שנראה היה להן כרלוונטי וכמקושר לאירוע הלידה. מידע נוסף בהקשר לממד זה עלה לאחר שהמטופלות נשאלו באופן ישיר על הרקע האישי על ידי הצוות המקצועי (מתאמת המחקר, הפסיכיאטרית ומטפלת ה-NLP).

ההיבט שעלה בשכיחות הגבוהה ביותר בממד זה קשור לפריזמה דרכה נחוותה הלידה, והוא 'אמונות/תפיסות, חרדות וחרדות קודמות'. בתוך ממד זה חשוב לחלק את התפיסות לשני פרקי זמן: האחד קשור לאמונות ולתפיסות של המטופלות לגבי עצמן ולגבי תפיסות עולמן טרום אירוע הלידה; השני קשור לאמונות ולתפיסות המתפתחות/משתנות כתוצאה מאירוע הלידה (התייחסות לאמונות אלה נערכת בתמה השנייה). בתוך כל נושא ישנה חלוקה משנית של אמונות ותפיסות התורמות לחוסן ולאלה שעלולות להיות אמונות מגבילות. תפיסות מגבילות עלולות להיות הבסיס למחשבות שליליות המכילות כמעט תמיד עיוותי חשיבה. בהיות הרגשות תוצאה של פירוש שכלי/הכרתי למציאות, במקרה של תפיסה חשיבתית מעוותת תהיה התגובה הרגשית בהתאם (ברנס, 2001). הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, ש-NLP כאמור משתייך אליה, מדגישה את המחשבות, האמונות והתהליכים הקוגניטיביים של הפרט כמשפיעים על רגשותיו, ומכאן על תגובותיו ההתנהגותיות. על פי גישה זו, האופן בו אנשים מרגישים ומתנהגים קשור לאופן בו הם מפרשים סיטואציה וחושבים עליה. הסיטואציה עצמה אינה קובעת ישירות כיצד ירגישו או מה יעשו, התגובה הרגשית שלהם מתווכת על ידי האופן בו הם תופסים את הסיטואציה. הבסיס לפרשנות זו הן אמונות היסוד שאנשים מפתחים בקשר לעצמם, לאחרים ולעולם, ואליהן הם מתייחסים כאל אמיתות מוחלטות. אמונות אלה משפיעות, כאמור, על הדרך בה תיתפס סיטואציה מסוימת, והאופן בה תיתפס משפיעה בהתאם על

המחשבות, הרגשות וההתנהגויות (בק, 2014). תפיסות אלה עלולות להיות חלק מהגורמים הלא־מודעים לתפיסת הלידה כטראומטית. תפיסות מגבילות ועיוותי חשיבה יכולים להיות חלק מהרקע האישי, כלומר, היולדת מגיעה ללידה עם תפיסת עולם או תפיסה עצמית מגבילה. יחד עם זאת, עקב האירוע עצמו עלולות להתפתח פרשנויות מחשבתיות המגבילות את התגובות הרגשיות וההתנהגותיות.

להלן מספר דוגמאות המציגות את שני המצבים:

<u>אמונות ותפיסות מעצימות טרום הלידה לגבי עצמן ולגבי תפיסת עולמן ובכלל זה תפיסת אירוע הלידה:</u>

חנה: *"אני הכרתי את עצמי כאחת שלא מתרגשת מכאב או מסבל..."*; שרון (ציטוט של מטפלת ה-NLP): *"אדם המשיג את מטרותיו. חזקה, בשליטה, עם יכולת בחירה נרחבת, מאופקת. מנהלת עצמה לכיוון מטרותיה"*; מורן (ציטוט של מטפלת ה-NLP): *"האמינה בידע המקצועי שלה ובכוחותיה שגייסה בלידה, ואמרה: 'כל הנשימות בעולם שלמדתי כמטפלת ברפואה משלימה... באמת עשיתי נשימות כדי לא לזוז תוך כדי הצירים באמת, זה שיא... התרכזתי ולא זזתי'"*.

<u>אמונות ותפיסות מגבילות טרום הלידה לגבי עצמן ולגבי תפיסת עולמן ובכלל זה תפיסת אירוע לידה:</u>

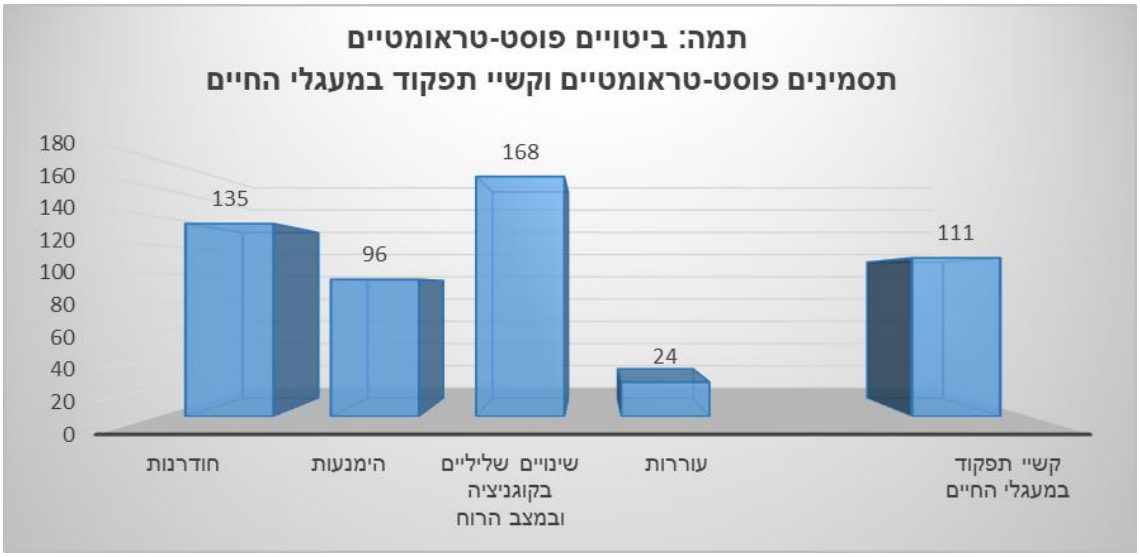
מור: *"אני מתחרטת על הכול... אני לא מחזיקה במושכות... לא מנהלת את החיים אלא מנוהלת... החיים מגלגלים אותי..."*; ליאל: *"אני מאמינה שמחשבה יוצרת מציאות. כלומר, אם אני חושבת שהילד ילך לאיבוד ויקרה לו משהו נורא, אז זה אכן מה שיקרה..."*; דורית: *"יש לי חוויה שחוזרת על עצמה בחיים. שלא רואים אותי – אף אחד לא מקשיב לי..."*; רננה (ציטוט של המטפלת): *"יש לנו את האימא שהכינה אותה ללידה טראומטית כי היא אמרה שגנטית ככה זה עובר במשפחה. הם עשו קורס הכנה ללידה והבעל שלה גם אמר לה: 'תתכונני, יהיה קשה'. זאת אומרת הייתה שם מערכת ציפיות אפריורית"*; אור: *"אני יש לי סף כאב מאוד נמוך. מאוד מאוד... כאילו אחרי הלידה... ואז התאוששתי לקח לי המון זמן כי גם אני מאוד... די מפונקת..."*

ההיבט השני הוא 'היסטוריה אישית'. היבט זה, כאמור, לא עלה בהרחבה באופן ספונטני אלא בעיקר בהקשר ללידה, ובא לידי ביטוי בדברים הבאים: מורן: *"אני לא מסתדרת במקומות הומי אדם... אני לא אוהבת צעקות. אם מקום מציף אותי יותר מדי, זה מקום שיהיה לי לא נוח בו... וגדלתי בבית שמציף כאילו... הייתה בבית אלימות..."*; דורית: *"בהיריון הראשון הייתה לי הפלה טבעית בשבוע 10. ההיריון השני, מהלך היריון תקין, לידה קיסרית חירומית בשבוע 38+ וגוש בשד שבועיים לאחר הלידה, הביופסיה הייתה תקינה אבל זה הכניס המון לחץ..."*; שיר: *"שנה לפני הלידה הייתה לי לידה שקטה"*; אור: *"תמיד היו לי חרדות, להרבה דברים בחיים. וזה כאילו מנצח, ממש..."*

לבסוף, נמצא היבט הרקע התרבותי הארץ־ישראלי. בבחינת ההתייחסות של המטופלות לנושא זה, ניתן לראות כי הנושא לא עלה בשכיחות גבוהה באופן ישיר ומודע. יחד עם זאת, מן הראוי לתת את הדעת למרחב הגיאוגרפי/דתי בו הטראומה מתרחשת. מספר הילדים הממוצע של אם בישראל הוא הגבוה ביותר במערב (מדינות OECD), ועומד על 3.11. כך עולה מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בנושא ילודה ופריון לשנת 2016 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018א). בעוד שילודה היא מהלך טבעי ואבולוציוני, בישראל מושג ההורות והילודה נתפשים כמקושרים לגורמים כגון: דת (מצוות "פרו-ורבו"), לאום (שמירה על רוב יהודי), כלכלה וחוק (מימון טיפולי פוריות, קבלת מענקי ילודה, חקיקה ייעודית ועוד), כאשר כל אחד מהם הוא גורם מעודד לילודה וריבוי ילודה (דונת, 2011). נראה כי כוחות רבים פועלים ומשפיעים על מערכת הילודה בישראל. קיימת אווירה 'פרונטליסטית' קיצונית כשהאישה הישראלית מוצאת את עצמה עם יכולת בחירה מצומצמת ועם אחריות לאומית להרחבת האוכלוסייה (סממה, 2020). לעומת זאת, האחריות על תהליכי הלידה הועברה באופן חקיקתי לשליטה רפואית, דבר שהוביל לעלייתם של אינטרסים כלכליים שהם פועל יוצא מחקיקה זו. אמנם החוק שונה לפני שנתיים, אך בכוחן של מגמות חברתיות להיטמע באופן עמוק ושינויים במגמות אלה עשויים לקחת זמן (קיטאי, 2018). כוחות אלה פועלים במודע ושלא במודע על האישה הישראלית והם עלולים להוות גורם סטרסורי המשפיע על תפיסת הלידה, כפי שמעידה לימור: *"...כי החברה מאוד משפיעה. וגם זה שאנחנו דתיים והמשפחות דתיות. ויש מן קצב ילודה כזה שאף אחד כאילו אינו מוכן להודות בו אבל אני רואה את זה שממש ממוצע כל שנתיים יולדים. וכולם כבר כל הזמן מסתכלים עלינו ומסתכלים על הבטן... וזה נורא, נורא מלחיץ. פשוט בא לי לפעמים פשוט לחיות באי בודד..."*; אור: *"...ואני שומעת 'ניתוח קיסרי'... ואני רוצה שישה ילדים... ואני מייד חושבת על זה שלא אוכל להגשים את החלום שלי..."*

2.2. תמה שנייה: ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד

מניתוח המידע נמצא כי ארבעה ממדים התואמים את ארבעת האשכולות המוגדרים ב-DSM-5, נוכחים בתיאורי המטופלות. הממד הבולט ביותר הינו ממד ה'שינויים השליליים בקוגניציה' (קריטריון D) ולאחריו, בהתאמה, ה'חודרנות' (קריטריון B) וה'הימנעות' (קריטריון C). בנוסף לכך, הממד החמישי כחלק מתמה זו כונה 'קשיי תפקוד במעגלי החיים'. המטופלות מתארות קשיים מסוימים בתפקוד וייתכן כי ישנה חפיפה מסוימת בין אשכול ההימנעות לנושא התפקוד.



תרשים 14. פריטת הממדים שעלו בתמה: ביטויים פוסט־טראומטיים, תסמינים וקשיי תפקוד

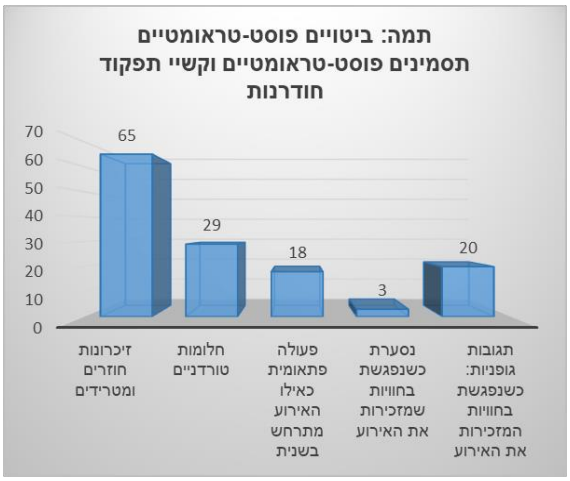
טבלה 5. תמה: ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד

	תמה: ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד N=534				
ממדים	**חלק יחסי של הממד בתמה**	**היבטים**	**נושאים (שכיחות הופעת כל נושא בהיבט)**	**מספר נושאים בכל היבט**	**סה"כ היגדים לממד**
חודרנות	**25% (חלק יחסי ללא תפקוד – 32%)**	**זיכרונות חוזרים ומטרידים**	מראות/פלשבקים ויזואליים (44), קולות/פלשבקים אודיטוריים (11), תחושות חוזרות (10)	3	135
		חלומות טורדניים חוזרים	חלומות על הלידה (2), סיוטים מהלידה (17), חלומות רעים (10)	3	
		פעולה פתאומית כאילו האירוע מתרחש בשנית	פלשבקים (1), זיכרונות חוזרים מהלידה (17)	2	
		נסערת כשנפגשת בחוויות שמזכירות את האירוע	זיכרונות מציפים מחוויית הלידה הגורמים לחרדה (3)	1	
		תגובות גופניות: כשנפגשת בחוויות המזכירות את האירוע	תגובות פיזיות (15), התקפי חרדה ודיכאון (2), מחנק (3)	3	
הימנעות	**18% (חלק יחסי ללא תפקוד – 23%)**	**הימנעות מלשוחח או לחשוב על הלידה**	חוסר יכולת לדבר על הלידה (6), חוסר רצון להיזכר בלידה (14), נמנעת מלדבר ולשתף עקב חרדה (5)	3	96
		הימנעות ממצבים או פעילויות שמזכירים את הלידה	הימנעויות חברתיות (10), הימנעויות משפחתיות (3), הימנעות מקשר אינטימי עם בן הזוג (5), הימנעות מפעילות (26)	4	
		פחד/חוסר מוכנות להיכנס להיריון נוסף	פחד ללדת שוב (5), חוסר יכולת לחשוב על עוד היריון (12), נקיטת פעולות למניעת היריון נוסף (3)	2	
		מתקשה לזכור חלקים חשובים מהאירוע	זיכרון לא רציף (1), חורים בסיפור הלידה (11)	2	
שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח	**31.5% (חלק יחסי ללא**	**אמונות שליליות חזקות לגבי עצמי, אנשים אחרים או העולם**	אמונות שליליות לגבי עצמי (36), אמונות שליליות לגבי אנשים (1), אמונות שליליות לגבי העולם (10), שבר בזהות העצמית (14), ביטחון עצמי (3), השוואת ה'אני' לפני ואחרי לידה (6)	3	168

	תפקוד – (39%	**האשמה עצמית/אחרים על כך שגרמו ללידה ולמה שקרה אחריה**	האשמה עצמית (16), אשמת אחרים (2)	2	
		רגשות מטרידים המופיעים באופן קבוע	תחושת אובדן העצמי (1), אכזבה עצמית (7), תחושת כישלון (6), תחושת אשמה עצמית (17), ביקורתיות (4), חרדות (11), כעס (16)	7	
		גילוי של עניין מופחת, ופחות הנאה מפעילויות	גילוי עניין מופחת בפעילויות חברתיות (11), מצב בו היולדת לא רוצה לראות את התינוקת ולא את המשפחה/הבעל בלית ברירה (1)	2	
		תחושת ריחוק וחוסר שייכות	דיסוציאציה בין אירוע הלידה לילד/ה כמאפשרת תפקוד (1), דיסוציאציה מהסביבה החיצונית (1)	2	
		תחושת כיווץ ומחנק, וקושי לחוות רגשות חיוביים	כיווץ (1), מחנק (3)	2	
עוררות	**4.5% (חלק יחסי ללא תפקוד – 6%)**	**נטייה להתפרצויות כעס ותוקפנות**	התפרצויות כעס וקוצר־רוח (3)	1	24
		לקיחת סיכונים/דברים שעלולים להזיק		-	
		תחושת דריכות ועמידה על המשמר,תחושת קופצנות ובהלה בקלות	בהלה ודריכות (7), חרדה כלפי התינוק (4)	2	
		קשיי ריכוז	ניתוקים מחשבתיים, קשיי ריכוז (1)	1	
		קשיים בכניסה לשינה ובשינה רציפה	נדודי שינה (9)	1	
קשיי במעגלי החיים	**21%**	**קריירה**	עבודה (9), לימודים (0)	2	111
		הורות/אימהות	קשר עם התינוק (20), תפקוד כאם (17), הרחבת המשפחה (4), היריון נוסף (2)	4	
		בריאות	פגיעה בגוף (16), הימנעויות תפקודיות (7)	2	
		זוגיות	יחסים עם בן/בת הזוג (7), אינטימיות (11)	2	
		חברה	קשר עם חברים (15), בילויים (3)	2	
		קהילה		-	

<u>פירוט ממדי התמה השנייה</u>: **'ביטויים פוסט־טראומטיים – תסמינים פוסט־טראומטיים וקשיי תפקוד'**

2.2.1. ממד חודרנות



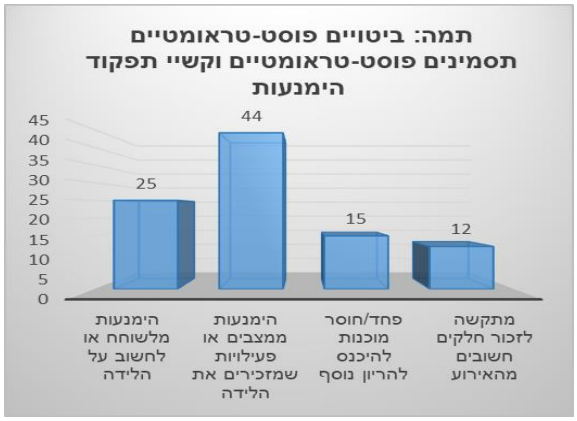
גבריאלה: "זו הייתה הפעם הראשונה שזה קרה לי, שניסיתי לישון ופתאום היו לי פלאשים מהחדר לידה. פלאשים קשים. והתקף בכי וזה לא עובר. ממש לא יכולתי... כאילו הרגשתי רע. ממש רע... הפלאשים... כאילו הפנים של כולם, הפנים של המיילד, והפנים שבסוף הרופא שתפר בא, וכל הסיטואציה של... את לוחצת טוב, את לא לוחצת טוב... והתחלתי לבכות. לבכות".

מטופלות המחקר מתארות את תחושת החודרנות הבאה לידי ביטוי כ**גירויים חושיים** המזכירים את הלידה: (ויז'ואל-תמונות) – לימור: *"אני רואה את עצמי עם ידיים לצדדים מחוברת לצינורות ושקית דם תלויה"*; רננה: *"אני הכי זוכרת את התמונה שלי שוכבת עם ידיים קשורות..."*; ליאורה: *"הביאו לי אותה בשמונה בערב פעם ראשונה, ואני זוכרת תמונה מסביב, עוד תמונה נוראית בשבילי, המשפחה של בעלי היא מאוד מאוד דומיננטית. הם הזמינו המון אנשים, אפילו שאני שוכבת שם וכל זה. נבהלתי אחר כך מעצמי, אני הייתי בהלם. אני שאלתי איך אני ואח שלו היחיד שאמר לי שאני נפוחה ולא נראית טוב, ואני לא האמנתי ואפילו לא הסכמתי להסתכל במראה. ראיתי רק רגליים נפוחות, אחר כך ראיתי תמונה שלי והייתי פשוט בשוק, גם לפני הלידה ראיתי את עצמי ולא הייתי ככה, אני לא יודעת איך זה קרה. זה היה ממש שוק בשבילי לראות"*; גבריאלה: *"ואני לא מצליחה לישון שנ"ץ בכלל. לא בגלל הילדה, בגלל שאני עם פלאשים שמלווים אותי. כאילו אני יכולה להירדם רק אם אני נרדמת על הספה מול הטלוויזיה, רק אם המחשבות לא רצות... במקלחת, באופן קבוע... נזכרת, זה מעלה לי..."*. (אודיטורי-קולות) – רונית: *"המשפט של הדולה שאומרת לי שכדאי שאקח אפידורל כי החלק הקשה עוד לפני..."*; (קינסתטי-תחושה) – מור: *"קוצר נשימה, שריפה בחזה, ובלבול... ממש התקף פאניקה כשאני נזכרת בלידה..."*. חלומות טורדניים מלווים אותן: ליאורה (ציטוט של המטפלת): *"חולמת שקורה לה (לילדה) משהו. היא מתארת שכנה שהיא בקונפליקט איתה והיא מסתכלת על הילדה, ואז הילדה נופלת"*. ולכך נוספים לעיתים גם סיוטים: חנה: *"יש לי סיוטים בלילה, אז גם ככה אני לא ישנה. זה מין מעגל כזה... הדבר השני שחרוט לי בזיכרון ומופיע כפלשבק זה והתמונה הזו שאני רואה את התינוקת שלי כחולה כשמוציאים אותה ומבינה שיש מצב שאני מאבדת אותה"*.

בנוסף, קיימים **זיכרונות חוזרים** מהלידה הבאים לידי ביטוי כשחזור מִקְטע שלם. דוגמאות לכך ניתן לראות בדבריהן של המטופלות הבאות: ליאורה: *"ראיתי פתיחה של 10 כבר באחת בלילה, ורק מתשע בבוקר של ה-21, אחרי שאני שם הרבה זמן הם התחילו. ועדן (שם בדוי) לא הצליחה לצאת, ומאוד התעקשתי שזה לא יהיה קיסרי, בשביל שלפחות היציאה שלה תהיה טבעית, לי כבר שמו את כל החומרים האפשריים. ואז לקחו אותי לחדר התאוששות והייתי שם עד שמונה בערב, לא ראיתי אותה. לקחו אותה ישר. היא גם הייתה כחולה ואני רק זוכרת שאיך שהראו לי אותה לשנייה אמרתי למה היא לא בוכה, זה הדבר היחיד שאני זוכרת. ואז הגיעו עוד רופאים כי הדם שלי היה דם מאוד נדיר ושמו לי שלוש מנות. זה היה ממש הזוי כל הדבר הזה, כאלו אני גם הייתי על משככים מאוד חזקים אז נראה לי כמו איזה סרט של מה שאני עוברת..."*; רננה: *"אני הכי זוכרת את התמונה שלי שוכבת עם ידיים קשורות. ירדו לי המים וזה הפך לניתוח חירום. ניתוח חירום זה אומר שקושרים לי את הידיים, למרות שהבטיחו לי שלא יקשרו לי את הידיים. לא נותנים לבעלי להיכנס. בזמן הזה אני*

צרחתי 'למה אתם לא נותנים לו להיכנס? למה אני צריכה להיות פה לבד?' רק אחרי שצרחתי ובכיתי, כשאני בסטרס, כאילו עם צירים, עם פתיחה... הגעתי כבר... ירדו המים וכבר בינתיים צירים ופתיחה. ואז אמרו 'בסדר, ניתן לו להיכנס' ונתנו לו להיכנס. ואני כל הזמן זה עם הידיים קשורות, עם הווילון..." ; חנה: *"כן, כל פעם זה חזר לי בחלום... כל השלב שהייתי ממש בהתחלה ובחוסר שליטה מטורף... וזה מצב שאני חסרת אונים ואין מי שיטפל לי בכאב הזה ואף אחד לא מתייחס אליי"* ; שרון: *"אני זוכרת ששמו אותי בחדר כזה, ביניים כזה... אז לא הייתי איפה שכולם, אלא ממש בחדר. אבל עדיין לא התאשפזתי ועדיין לא יכולתי לקבל אפידורל. היו שעות של צרחות וכאבים, ואני זוכרת שממש איבדתי את עצמי שם"* ; רננה: *"עד היום אני זוכרת כאבים שהיא ממש יצאה ממני (עצירה, נשימה עמוקה) אממ... זהו... זה היה ממש ממש כואב".*

2.2.2. ממד הימנעות

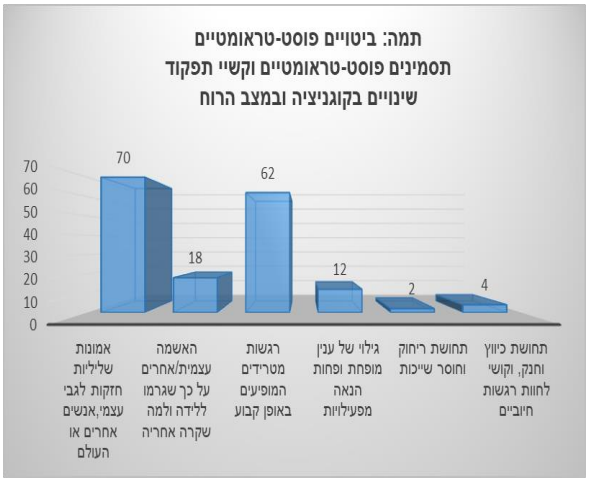


ליאורה (ציטוט מהמטפלת): "היא מפחדת שהיא תהיה עוד פעם בהיריון בסיכון. מפחדת שהיא לא תתעורר מניתוח קיסרי ואז בעלה יהיה אלמן, וללי (שם בדוי) תישאר בלעדיה, או שהיא תהיה בת יחידה... בעצם ככה, יש שתי אפשרויות כרגע, או שללי תהיה בת יחידה, או שהיא תהיה יתומה מאימא – אלה האפשרויות".

מטופלות המחקר מתארות מצבים שונים המביעים הימנעות. החל מ**הימנעות מלשוחח או לחשוב על הלידה**, כמו לימור: *"אני מכחישה את הלידה כשאני חושבת על יום ההולדת של הבת שלי"* ; וגם: *"אני לא אוהבת להיזכר בזה. אני לא יכולה להתכחש לזה, אני רק מקווה שלא תשאל אותי: 'אימא תספרי לי איך ילדת אותי', אני לא ארצה להיזכר בזה..."* ; דרך **שיתוף בן הזוג/המשפחה/הסביבה בלידה**, כפי שמספרת מורן: *"לא דיברתי עם בעלי על הלידה. הוא בעצמו נשאר בטראומה, הוא חשב שהוא מאבד אותי..."* ; דרך **הימנעות מפעולות שעלולות להזכיר את הלידה**, דבר הבא לידי ביטוי בדבריה של שרון: *"לא יכולתי לפנות לביטוח לאומי לגבי מענק הלידה כי לא יכולתי להתעסק בזה"*, או דינה שהתמודדה עם זיהום חוזר בחתך כתוצאה מהניתוח הקיסרי: *"אחרי הלידה לא יכולתי, פשוט לא יכולתי להסתכל על כל האזור. הכול נראה לי פתוח, ממש אורך של איזה 16 ס"מ ורוחב של 5 ס"מ ואני רואה את כל הרקמה שלי מול הפרצוף שלי... ולא יכולתי לטפל בזה..."* ; **הימנעות ממפגשים או פעילות חברתית** מאפיינת חלק ניכר מהמטופלות. דוגמאות לכך בדברים של חנה: *"אני לא רציתי לצאת למקומות הומי אדם כמו קניון, לא היה לי כוח לראות אנשים. אפילו לגינה לא היה לי כוח..."* ; או **הימנעות ממצבים אינטימיים/מיניים עם בן/בת הזוג**: שרון:

"הייתי בן אדם מאוד מיני לפני והפכתי להיות בן אדם... עזבי שאחרי הלידה כמובן, אבל הפכתי להיות בן אדם מאוד א־מיני כאילו. אני לא מסוגלת לעשות סקס כאילו..." ; ועד **פחד להיכנס להיריון נוסף**: גלית: *"פחד..., פחד לחזור לחדר לידה..."* ; לימור: *"...בגלל זה עוד אין שום כוונה להיריון או לידה, כי אני פשוט, לא יודעת למה, אני מפחדת שזה יקרה שוב..."*

2.2.3. ממד שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח



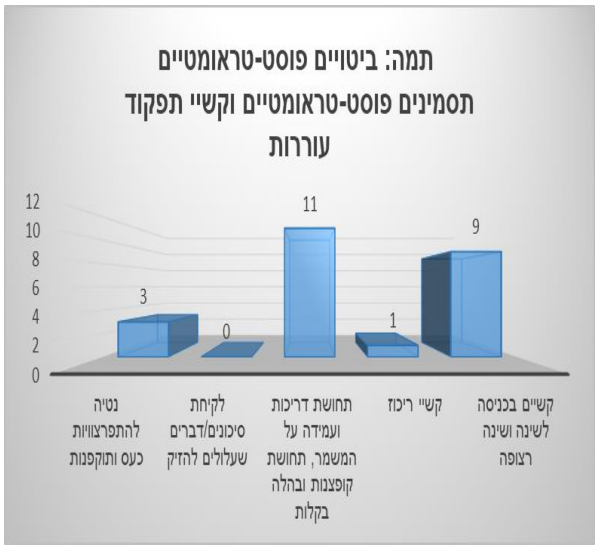
לימור: "בשנתיים האחרונות אני לא סומכת על עצמי. אני מרגישה אשמה שנתתי לחיים שלי להגיע למצב הזה... מאשימה את בעלי בהכול, זאת אומרת המון אשמה שאני יורה לכל הכיוונים... נמאס לי להיות אני, אני לא יכולה לסבול את עצמי... איבדתי את עצמי, לא נשאר שום דבר ממה שאני זוכרת את עצמי".

תמה זו בלטה בשכיחותה בקרב המטופלות. הנושא המשמעותי ביותר מתייחס ל**אמונות שליליות לגבי העצמי** הבאות לידי ביטוי בעוצמה רגשית גבוהה בדבריהן של המטופלות. לדוגמא, רונית: *"למה אני מרגישה כישלון? אני לא מצליחה לעשות שום דבר, אני פגומה..."* ; דורית: *"אני לא אצליח לעבור את זה שוב"* ; חנה: *"אני הכרתי את עצמי כאחת שלא מתרגשת מכאב או מסבל. ואז... אחרי שקרה מה שקרה, הבנתי שאני לא כזאת חזקה ושאני לא באמת יכולה להתמודד עם כאב וסבל"* ; מור (ציטוט של המטפלת): *"בחוויה שלה היא נטשה אותן (את התאומות) רגשות אשם על נטישה, חוסר תפקוד, על זה שכשהן נולדו במקום לשמוח על זה שיש לה אותן, היא הייתה עצובה שהיא עושה את כל התהליך הזה לבד"* ; ליאורה: *"אני לא בטוחה שאני יכולה להיות אימא של יותר מילד אחד"* ; חנה: *"מה זה אומר לעשות קיסרי? זה להיכנע, זה כישלון. בעצם מה הם אומרים? שאני לא מסוגלת לעמוד בלידה?"* ; רונית: *"בשנתיים האחרונות אני לא סומכת על עצמי"*. על פי המודל לדיכאון שפיתח בק (Beck, 1973) ה'טריאדה הקוגניטיבית' מורכבת משלושה דפוסים של מחשבות אוטומטיות שליליות: תפיסה שלילית של העצמי, תפיסה שלילית של העולם ותפיסה שלילית של העתיד. לראיה, מהנתונים שנאספו עולה כי בנוסף לאמונות השליליות בנוגע לעצמן כתוצאה מהטראומה, פיתחו הנשים **אמונות שליליות לגבי טיבו של העולם** הקשורות גם בעתיד. להלן שתי דוגמאות המבטאות זאת היטב. חנה: *"אני לא יכולה להתמודד, לידה זה סיוט, עדיף לא לעבור את זה, הכאב לא נגמר בלידה, יש לזה השלכות, זה פוגע באיכות החיים... הרגשה של תסכול, חוסר אונים,*

חרדה...״ ; וגם רונית (ציטוט של המטפלת) : *״היא למדה שהיא לא יכולה לסמוך על רופאים, היא אומרת שאף אחד לא יכול לתת לה תשובות״.*

לצד האמונות השליליות מופיעים רגשות מטרידים המלווים את היום־יום : תחושות כמו **אובדן העצמי** : רונית : *״איבדתי את עצמי, לא נשאר שום דבר ממה שאני זוכרת את עצמי״* ; **אכזבה עצמית** : לימור : *״הרגשתי אכזבה מטורפת... כלום לא קרה כמו שרציתי״* ; **ותחושת כישלון** : שיר : *״וזה, זה ממש חירפן אותי. זה חירפן כי כאילו נכון, עשיתי החלטה שגויה. אני עומדת מאחורי ההחלטה הזאת, אין מה לעשות״* ; תחושת **אשמה עצמית** : מורן : *״אולי פספסתי משהו. דיברתי על זה פה. שאולי... את הרגשות אשם של הקבלת החלטה הזאת שאולי פספסתי משהו, אולי מנעתי ממנו משהו...״* ; שיר : *״אני הרבה מאשימה את עצמי על מה שקרה״* ; **ביקורתיות** : שרון : *״מתסכל, מעצבן, כי יש לי ביקורת כזאת על כולם״* ; **חרדות** : גלית (ציטוט של המטפלת) : *״חרדות ומחשבות אובססיביות כמו : נכנסת לאוטו ופוחדת שתקרה לה תאונה״*, וגם : *״חרדת יתר על הבן שלה בבית. היא לא הלכה לסופר, היא בקושי יצאה מהבית, היא לא נתנה לאף אחד להשגיח עליו, אם היא יצאה היא מייד הייתה צריכה לבדוק מה קורה איתו. אף אחד לא היה יכול לטפל בו כמו שהיא טיפלה בו. הייתה שם הקצנה מאוד חריפה של חרדה״* ; **כעס** : ליאל : *״זה בא לידי ביטוי בחרדות נוראיות על הילדים, וצעקות עליהם. זאת אומרת לא הצלחתי לדבר בצורה רגילה. כאילו הייתי נדלקת ממש מהר״* ; דינה (על בעלה) : *״אני כעסתי עליו. אם אני כועסת עליו זה מתבטא בהתנהגות שלי כלפיו, ואני כעסתי עליו ברמה של...״* ; לכך מתלווה תחושה של **ריחוק וחוסר שייכות** : לימור : *״אז עם המשפחה אני חושבת שאני בסוג של... אף אחד לא מבין את העניין הרגשי. גם כשניסיתי לדבר... הם לא באמת מצליחים להבין את ההשפעה של זה עליי... אז אני כבר לא אומרת כלום...״*

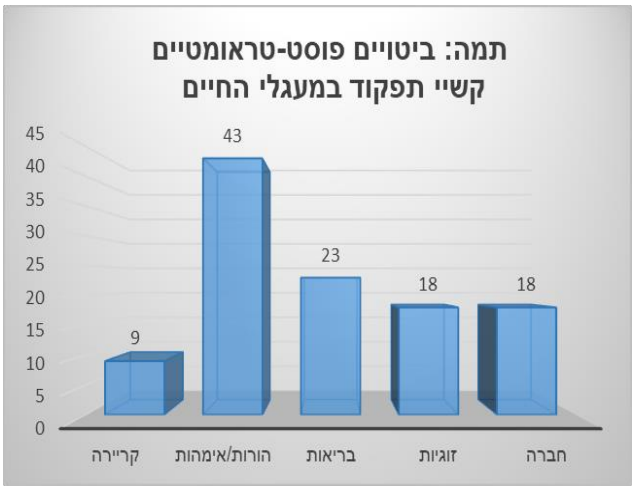
2.2.4. ממד עוררות



שרון : ״אני יכולה להגיד לך שאחרי הלידה, עד ממש השלב שבאתי לסיגל, הייתי מתארת כל יום מצבים קיצוניים. היא הייתה קוראת לזה 'קטסטרופליים'. מצבים שאני מתקלחת ומדמיינת שמישהו נכנס ובא לגנוב, או לאנוס אותי... ואני חושבת עם איזה כלי אני הולכת להרביץ לו. כל הזמן הייתי בוכה. כל הזמן. אני זוכרת שבעלי היה בא הביתה והייתי נבהלת כל פעם שהוא פותח את הדלת״.

ממד העוררות קיבל ביטוי יחסי מועט בדברי המטופלות והוא בא לידי ביטוי במספר מאפיינים המובאים להלן. **התפרצויות כעס וקוצר־רוח**: חנה: *"מאז הלידה אני יותר עצבנית, קצרת־רוח וחסרת מנוחה"*. **בהילות ודריכות**: ליאורה: *"להיבהל מכל שטות הכי קטנה או מכל רעש. הייתי בטוחה שאני עוד שנייה מתה, התקף לב. כל הזמן הייתי אומרת די, הלב שלי חלש..."*. **חרדה כלפי התינוק**: גלית: *"הייתי... הייתי מאוד מאוד... ארבעה חודשים שהנקתי והוא היה רק שלי, הרבה יותר קשה לתת אותו לבעלי, למשפחה. הייתי עליו כל הזמן, מגנה עליו, לשמור עליו... כי... נלחמתי. כל ההיריון נלחמתי להביא אותו בריא, שלם, עם ריאות מפותחות... שיהיו לו טוב גם"*. **נדודי שינה**: חנה: *"כמעט כל לילה או הרבה פעמים, לפחות כמה פעמים בשבוע, פעמיים-שלוש בשבוע הייתי קמה באמצע הלילה מסיוטים. וזה עם תינוקת שלא ישנה גם ככה. עד שיש לי שעתיים לישון, פשוט הייתי קמה וכאילו אני בחדר לידה עוד פעם..."*

2.2.5. ממד קשיי תפקוד במעגלי החיים



רנה: "היו לי מלא דלקות, כאילו ממש כאבי תופת וגם הכאבים למטה כאילו של כל התפרים שחתכו בסוף וכאילו היו מלא מלא תפרים כאילו ממש בקושי יכולתי לתפקד כאילו הייתי איזה חודש כאילו מטורף כאילו בקושי יכולתי לתפקד, לא לשבת, כאילו לא ללכת לשירותים".

ממד קשיי התפקוד מתכתב עם ההשפעות הנחוות על מעגלי החיים השונים. הנושא שקיבל את מרב ההתייחסויות הינו התפקוד בנוגע **להורות/אימהות**. המטופלות סיפרו שהדבר בא לידי ביטוי ב**קשר עם התינוק**: לימור: *"היה לי מאוד קשה לשחרר ממנה. בגלל שאם הכול היה טוב בלידה... אז חשוב לי לשמור עליה"*; רונית: *"חיפשתי לו מקום. כן אהבתי אותו. זה לא שהרגשתי שאני לא מחוברת אליו, פשוט עד שזה התיישב זה לקח זמן"*, וגם: *"לקח לי אבל כן יותר זמן להתחבר לזיו (שם בדוי) הקטן, שאני מניחה שהוא הרגיש את זה"*; דינה (ציטוט של המטפלת): *"העניין של החיבור שלה עם אביגיל (שם בדוי) היה מאוד קשה, אמרה שלא מתחברת לתינוקת"*; ליאל: *"כששמים את התינוק על האימא, יש את הקשר הזה שנוצר מיידית, זה לא נוצר לי טבעי, כאילו הייתי צריכה לייצר את זה עם הזמן... אני מקשרת את זה בעיקר למה שעברתי"*. **התפקוד כאם** עולה כנושא מרכזי בהקשר של הורות/אימהות, לדוגמא: מורן: *"באותו הזמן הייתי שלמה עם ההחלטה שלי שלא להניק, אח"כ עם החודשים קדימה התחלתי להתבאס על זה שזה מה שקרה, אבל אני לא יכולתי לעשות אחרת אז..."*;

דינה: "כאילו יש לנו תינוקת, ואפילו שקשה לנו אולי רגשית, אנחנו עדיין רוצים לטפל בה. אז אני גם פה. הייתי תקופה ארוכה בצורה מכנית"; שיר: *"בהתחלה, היה מקום... לא ידעתי להאכיל אותו. כאילו היה לי מקום שלא ידעתי להאכיל אותו. זה הביא אותי למצב שאני לא אכלתי כי לא ידעתי איך להאכיל את התינוק הזה..."* בהקשר להורות/אימהות עולה נושא נוסף, **הרחבת המשפחה,** כדברי גלית: *"בהתחלה היה ממש... לא יכולתי לחשוב על עוד ילד. אני במצב קשה אז מה אני אחשוב על עוד ילד?"*; רננה: *"כאילו לא יכולתי לחשוב על עוד לידה, כאילו על עוד ילדים. כאילו לא רציתי שהילדה שלי תישאר לבד אבל עדיין... איך עושים את זה בכלל?"*; ליאורה (ציטוט של המטפלת): *"נכנסה להיריון ספונטני נוסף והפילה. שלמה עם זה ללא חרטות. לא רצתה עוד ילדים"*; אור: *"הרגשתי שאני לא שם... לא הייתי שם איתה. לא הייתי שם... פשוט אימא שלי מאוד, מאוד עזרה לי"*.

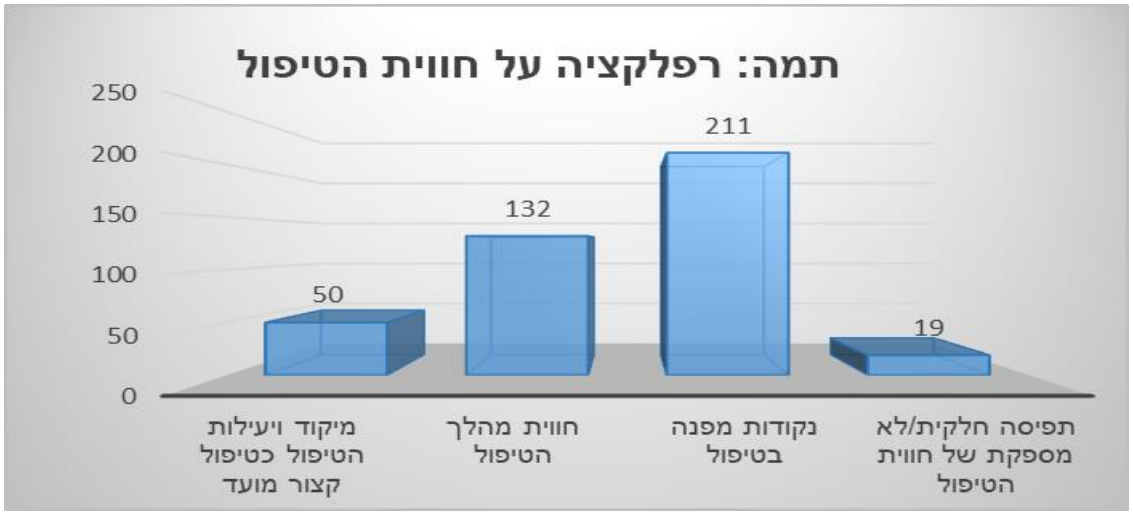
הנושא הבא שעלה מתוך דברי המטופלות קשור לסוגיית ה**פגיעה בגוף.** חלק לא מבוטל מהנשים חווה פגיעה כזו, אותה הן מתארות בדבריהן: חנה: *"קשה לי לעבור מישיבה לקימה במשך אולי תשעה חודשים אחרי שהיא קרעה לי..."*; דינה (ציטוט של המטפלת): *"נמצאת בטיפול בריפוי בעיסוק פיזיותרפיה עם התחבושות שעליה לשים בצלקות, והיא לא עושה את זה כי זה מזכיר לה את הלידה"*, וגם: *"אני מסתכלת במראה ופשוט משותקת, לא יכולה לזוז, חיוך גיוקר כזה, כל האזור פתוח.... ואני רואה את כל הרקמה מול הפרצוף שלי..."*; ליאל (ציטוט של המטפלת): *"מדברת על זה שהחוויה הזאת שהיא לא יכולה להשתמש ברגליים הפכה אותה לנכה, נכה בנשיות..."*; שרון: *"כל השבוע לא הצלחתי לתת שתן. לא, הגוף היה..."*. לעיתים הפגיעה בגוף גרמה ל**הימנעויות תפקודיות** כמו בדוגמאות הבאות: חנה: *"ואני בן אדם שמאוד אוהב לעשות ספורט. ולא הייתי מסוגלת. הרגשתי שכל פעם שאני מתכופפת או שהתפרים נפתחים או ש..."*; גלית: *"... בכלל לא ללכת לרופא נשים. לא רציתי שייגעו בי"*; חנה: *"היו לי ימים שהייתי אוכלת עוגייה כל היום. כאילו לא הייתי אוכלת כלום..."*

המטופלות סיפרו שהאירוע הטראומטי השפיע על ה**זוגיות** בכמה הקשרים: **יחסים עם בן הזוג**: גלית: *"לא הייתי אישה... נגיד ולא דאגתי להיות אישה... לא מוזנחת במובן הזה... אבל מבחינת בעלי אז..."*; רונית: *"(על הבעל) ברור שהוא עובר... אבל הוא היה יכול לזרוק אותי מכל המדרגות... הקשר עם הבעלי היה במצב באמת גרוע"*. **אינטימיות**: ליאורה: *"אחרי שעברו כבר חודשים הבנתי את הטראומה שלא הייתי מסוגלת שבעלי ייגע בי, ובטוח שלא יחסי מין, שזה קרה רק אחרי שנה, ואז אחרי שנה וחצי אפשר לספור על יד אחת את הפעמים שזה קרה"*; לימור (ציטוט של המטפלת): *"מתארת חרדות וקושי בחוויה אינטימית"*; שיר: *"הייתי בן אדם מיני והפכתי להיות בן אדם מאוד א־מיני כאילו... אני לא מסוגלת לעשות סקס"*.

כחלק מהתפקוד נמנה הקשר החברתי הבא לידי ביטוי בין השאר בשמירת קשרים חברתיים וטיפוחם. נמצא כי היה מיעוט התייחסויות בדברי המטופלות באשר ל**קשר החברתי**, אך עם זאת, מובאות כאן מספר התייחסויות. קשר עם חברים: רננה: *"כל החלק הזה של החברים נראה לי נדחק... אין לי כוחות להיפגש עם חברות..."*; ליאורה (ציטוט של המטפלת): *"עד תחילת התהליך הטיפולי היא לא ביקרה חברות שילדו"*, ועוד: *"לפני הלידה הייתה מאוד חברותית ומאז הלידה המשפחה הפכה להיות כל עולמה, אין כמעט מפגשים חברתיים, אין חיי חברה"*; גלית: *"לא הייתי חושבת על חברים בכלל. לא הייתי... זה לקח לי הרבה זמן לצאת מהבית"*. בילויים: ליאל: *"אין לי חשק לצאת לבלות. אין לי... הייתי באמת בליינית"*.

2.3. תמה שלישית: רפלקציה על חוויית הטיפול

על מנת להעריך את הטיפול מבחינת החוויה אותה חוו המטופלות, נאספו כל ההיגדים המתייחסים באופן ישיר ועקיף לסוגיה זו. היגדים אלה מופו וקובצו לבסוף לארבעה ממדים: שלושה ממדים הכוללים התייחסויות לסך התפיסות/המחשבות החיוביות בנוגע לחוויית הטיפול – 'מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד', 'חוויית מהלך הטיפול', ו'נקודות מפנה בטיפול'; וממד רביעי המאגד את סך התפיסות החלקיות/הלא־מספקות של חוויית הטיפול, על פי תפיסתן של המטופלות.



תרשים 15. פריטת הממדים שעלו בתמה: 'רפלקציה על חווית הטיפול'

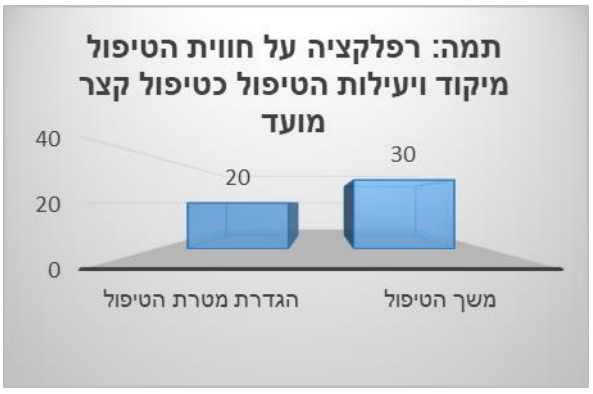
טבלה 6. תמה: רפלקציה על חוויית הטיפול

תמה: רפלקציה על חוויית הטיפול N=412					
ממדים	**חלקם היחסי בתמה**	**היבטים**	**נושאים (שכיחות הופעת כל נושא בהיבט)**	**מספר נושאים בכל היבט**	**סה"כ היגדים לממד**
מיקוד ויעילות הטיפול	**12%**	**הגדרת מטרת הטיפול**	טיפול ממוקד מטרה (11), טיפול ממוקד אירוע טראומטי (9)	2	50

כטיפול קצר־מועד		**משך הטיפול**	תפיסה סובייקטיבית של משך הטיפול (4), הטלת ספק ביעילות טיפול כה קצר – והתבדות (12), מרווחים בין המפגשים הטיפוליים (1), מהירות בחוויות השינוי (13)	4	
חוויית מהלך הטיפול	**32%**	**פגישה טיפולית**	כל מפגש והנושא שלו (2), המפגשים נחווים כמשמעותיים ומקדמים (9), תחושת השינוי בין המפגשים (9)	3	132
		מטפלת ה-NLP	קשר עם המטפלת (23), מקצועיות המטפלת (7)	2	
		צוות המחקר	תפיסת גורמי תֶמך בצוות המחקר (7), אוזן קשבת (10)	2	
		הכרה והוקרה למחקר	הכרה בחשיבות המחקר (10), הכרת תודה (15), רצון 'להחזיר טובה' (4)	3	
		המלצה על הטיפול	המלצה על הטיפול בהקשר לטראומת לידה (6), המלצה על הטיפול לסוגי טראומות שונים (5), המלצה על הטיפול ללא קשר לנושא הטיפול (15)	3	
נקודות מפנה בטיפול	**51%**	**הערכת איכות הטיפול**	הטיפול כמציל חיים (20), הטיפול כמחזיר לחיים (3), הטיפול כנותן פרופורציות (2), הטיפול כמחזק משאבים (9), הטיפול כפותח פתח לרצון בילד נוסף (1), הטיפול נותן כלים להתמודדות (15), גישה חיובית כללית לטיפול (35), ייחודיות הטיפול (48), דמיון מודרך (10)	10	211
		התייחסות לטכניקות שבפרוטוקול	סווישים (25), TP (28), מסע הגיבור (15)	3	
תפיסה חלקית/ לא־מספקת של חוויית הטיפול	**5%**		חולשת הטיפול (17), חסרונות הטיפול קצר המועד (2)	2	19

<u>פירוט ממדי התמה השלישית</u>: **'רפלקציה על חוויית הטיפול'**

2.3.1. ממד מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד



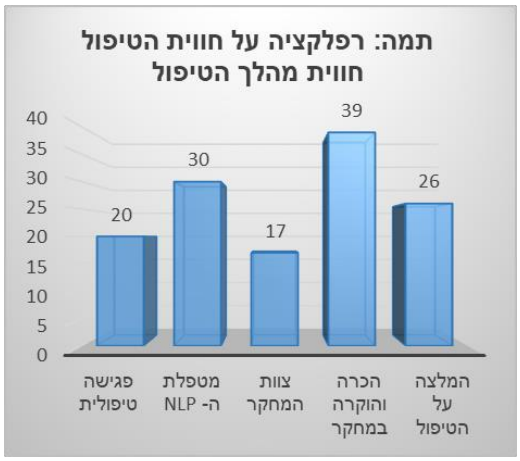
ליאורה: "פעם ראשונה הייתי מאוד מאוד סקפטית, כי באמת שאני מודעת לכל מיני טראומות בחיים שלי, וזה לא בחמישה שישה מפגשים יכול להשתנות. אז הייתי סקפטית אבל אולי השינוי נובע מכך שהטיפול היה ממוקד".

פרוטוקול ה-NLP מציע מראש סדרת מפגשים טיפוליים המוגבלת בשישה מפגשים. מפגש היכרות הכולל הגדרת המטרה הטיפולית וחמישה מפגשים טיפוליים. המפגשים נערכו לרוב אחת לשבוע, כאשר לעיתים, מפאת 'אילוצי חיים', נדחו ונערכו בתדירות נמוכה יותר. מטופלת אחת, גבריאלה, טופלה פעמיים בשבוע וזאת מאחר והיא נכנסה למחקר בתקופת התפרצות נגיף הקורונה

והיה צורך להמתין להיתר חידוש טיפולים פרונטליים. ההמתנה שנכפתה לא היטיבה עם מצבה והוחלט שהמטפלת תפגוש אותה פעמיים בשבוע. העובדה שמדובר בטיפול קצר במיוחד, העלתה מספר התייחסויות בקרב המטופלות. מבחינת **היבט משך הטיפול** – חלק מהמטופלות אמרו **שהטילו ספק ביעילות טיפול כה קצר, והתבדו**: שרון: *"נכנסתי עם הרבה חששות וסקפטיות, וכן גם תקווה, ויוצאת עם איזה כיף שעברתי את התהליך הזה, זה כל כך עזר"*; ליאורה: *"הייתי סקפטית... אני זוכרת שכאילו זה היה משהו שנבנה"*; דינה: *"זה נראה קצת בהתחלה, כאילו איך אתם הולכים לטפל ביי? אבל זה הספיק בהחלט"*. חלק מהן הביעו התפעלות מ**מהירות חוויית השינוי**: שיר: *"אני כל הזמן אמרתי שבעיני זו שיטה מדהימה, כי כמו שאמרתי אני ראיתי שינוי כבר במפגש השני, השלישי. אז הרגשתי שינוי מאוד מאוד משמעותי"*; לימור: *"אחרי שני מפגשים, בזכות הטיפול אני באמת ישנה שינה טובה ורצופה, וזה נדיר שיש לי הסחות"*; רננה: *"ממפגש למפגש הרגשתי ממש מעודדת, וזה ממש עזר לי"*. חלקן חוו את **משך הטיפול** כארוך יותר ממה שהיה בפועל, כלומר תפיסתן ה**סובייקטיבית** של הזמן החולף עמדה בניגוד לזמן בפועל: מור: *"זה הרגיש מאוד ארוך ומשמעותי בחוויה שלי"*; חנה: *"הטיפול היה קצר אבל אינטנסיבי"*. שתי מטופלות התייחסו לחסרונות הטיפול קצר־המועד, ודבריהן יוצגו בהרחבה בתת־פרק 2.3.4.

מאפיין מרכזי של טיפול בפרוטוקול ה-NLP הוא שהטיפול **ממוקד מטרה.** ההתמקדות במטרה הייתה ברורה לכל המטופלות והן היו מודעות לכך שבמרכז הטיפול נמצא אירוע הלידה והאופן בו הוא נצרב בגופן ובנפשן ובא לידי ביטוי בתסמינים הפוסט־טראומטיים. לאור זאת, כשנתבקשו להגדיר מטרה לסדרת המפגשים, המטרות נסבו סביב נושא זה. בהתאם לכך הן התייחסו לסוג הטיפול כ**טיפול ממוקד מטרה** ומתברר מדבריהן כי הן מציינות זאת כיתרון. רונית: *"הטכניקות עצמן התמקדו בלידה, באירוע הלידה, בגלל זה זה עזר"*; שרון: *"דווקא זה היה לי מאוד מתאים. אהבתי שזה נוגע רק בזה (בלידה). שזה כאילו בול מה שהייתי צריכה, לגעת רק בזה רגע"*; ליאורה: *"זה היה ממש רק נקודה אחת, רק הלידה. אתה יכול לשבת להתמקד במשהו... זאת הנקודה שלך"*; שיר: *"מה שאהבתי במפגשים האלה, אהבתי שיש מטרה. שהולכים לכיוון מטרה, שיש מטרה"*; רננה: *"אז המטרה היא באמת ככה. הפחתת הפלשבקים, זה מאוד קונקרטי"*; חנה: *"התעסקנו בזה כאילו עכשיו זה קורה. כאילו פתחנו את הפצע וחיטאנו אותו. ככה ממש הרגשתי"* (הרחבה ופירוט בנוגע למטרות אותן הגדירו המטופלות, ראה בתת־פרק 2.4.4).

2.3.2. ממד חוויית מהלך הטיפול



ליאל: "זאת אומרת מכל ההיבטים שאני מסתכלת, זה היה חבל הצלה וזה היה ווואו. אני לא האמנתי שאני ראיתי את זה . לא האמנתי. כי אני כל הזמן אומרת לבעלי כן אני אלך לטפל בעצמי ואני אלך לטפל... ואני לא עושה כלום. ופתאום, זה הגיע וזה היה ווואו. זה היה ואוו ו... מכל איך... מכל... איך שאני אסתכל על זה, באמת. מהפן הזה שמתעסקים בנושא הזה שלא התעסקו בו עד עכשיו, ומהפן האישי שלי, הרגשי שלי, שגם אני זכיתי..."

אחד הדברים המאפיינים את הפרוטוקול הנוכחי הוא העובדה שבעוד החוט המקשר בין המפגשים הינו העבודה הטיפולית הממוקדת מטרה, הרי שכל **מפגש טיפולי** שונה מקודמו מבחינת הטכניקות המיושמות במפגש. דבר זה מייחד את ה-NLP ומבדיל אותו משיטות טיפול ממוקדות מטרה או ממוקדות טראומה אחרות. להלן מספר דוגמאות המתייחסות לגיוון בטכניקות ובמפגשים. חנה: *"באמת הרגשתי שככל שאני מדברת על זה יותר ונוגעת בזה מכל מיני אספקטים ומכל מיני כיוונים וניגשת לזה בכל מיני צורות שונות, זה באמת הפחית את החרדה שלי מהנושא הזה"*. אחרות התייחסו לתחושה שכל מפגש בפני עצמו נתפס כמשמעותי ומקדם: דורית: *"אחרי כל מפגש לקח לי יומיים להתאושש. יומיים לעכל ואחר כך היה עיבוד של הדברים וזה אִפשר לזה לשקוע בצורה טובה יותר"*; גלית: *"הייתי יוצאת מסיגל עם שמחת חיים. באמת... נראה לי שבראש התמונות התחילו להשתנות והיא מורידה לי את הפחד"*; חנה (ציטוט של המטפלת): *"פגישה אחת אחרי זה היא מדברת על פחות חרדות, מחשבות הפסיקו להיות חודרניות, יותר עליזה, יותר משוחררת, יותר קלה"*. חלקן התייחסו לשינוי שחשו בין המפגשים: חנה: *"פתאום אני שמה לב שזה פחת ופחת עם הטיפולים אפילו שזה לא היה כל כך הרבה מפגשים"*; ליאורה: *"אני מרגישה שונה אפילו שזו רק פגישה שלישית"*; לימור: *"קודם כל המפגשים הפסיקו את הסיוטים והקולות בלילה"*; רננה (ציטוט של המטפלת): *"כבר אחרי המפגש הראשון היא מבינה שמה שקורה לה עם הלידה מייצג דפוס כוללני רחב יותר"*.

כל המטופלות, ללא יוצא מן הכלל, תיארו **קשר טוב עם מטפלת ה-NLP**, שהתאפיין באמינות ורגישות מצִדה. רננה: *"אה! היא מקסימה, היא מהממת, היא באמת מדהימה ממש, כאילו היא עדינה כזו, אבל גם מאוד סמכותית"*; ליאורה: *"הצלחתי להיפתח אליה מאוד מהר. איך שהיא דיברה זה היה נראה שהיא מבינה עניין"*; חנה: *"סיגל הייתה מדהימה גם בלי קשר... שאפילו ביררה לי אז על איזה מכשיר שעוזר בלידה בשביל הלידה הבאה"*, וגם: *"הרגשתי שהיא ממש שם איתי בכל התהליך*

הזה שמאוד אכפת לה. הרגשתי שבפגישה האחרונה היא עוד שנייה הזילה דמעות שאנחנו נפרדות".
חלקן אף ציינו את מקצועיותה: ליאורה: *"משהו שנבנה, לא יודעת היא עשתה את זה פשוט טוב"*;
רונית: *"סיגל הייתה... לא היא באמת פשוט אישה מיוחדת נורא. בזמן נורא קצר כאילו הרגשת שהיא מבינה, את רואה שיש לה גם... היא לוגית בראש. היא הצליחה לעשות מפה של כל מה שקורה ולזכור את זה ולהבין את זה"*; לימור: *"והיא הבינה אותי והייתה שם בשבילי".* זאת ועוד, ארבע מהמשתתפות שמרו על קשר עם המטפלת תוך שהן שולחות תמונות של התינוק/ת או משתפות בלידה הנוספת או מפנות נשים נוספות לטיפול.

בנוסף לקשר הטוב עם המטפלת, המטופלות התייחסו בדבריהן גם לתמיכה מקצועית שקיבלו לאורך הדרך ו**לצוות המחקר**. לאור הדברים, ייתכן ש**ליווי הצמוד** של צוות המחקר היה, בנוסף לטיפול עצמו, חלק מתהליך ההחלמה. המטופלות דיברו על **תפיסת גורמי התמך** במחקר: רננה: *"אני חושבת שאנשי המקצוע ממש עזרו לי אחרי הלידה. כל אחד בתחומו, אם זה ההנקה, עוד ב'טיפת חלב'... העובדת הסוציאלית כל דמות כזו עזרה".* **אוזן קשבת** היא סוגיה המתייחסת לשני פרמטרים. פרמטר אחד קשור בעובדה שלמרות שהמשתתפות פנו מיוזמתן והתקבלו למחקר, בעוד חלק היו מאוד אקטיביות בתיאום האבחון והתחלת סדרת הטיפולים, חמש משתתפות נהגו 'להיעלם' או לדחות את תחילת סדרת הטיפולים. לכך הן התייחסו בדבריהן, לדוגמא: רונית: *"פניתי אבל בעצם כל הזמן לא רציתי... כאילו מה זה התעקשה? היא לא אמרה לי לא 'אני מחייבת אותך' אבל כאילו כזה ניסיתי לדחות את זה ולא מאוד רציתי והיא בכל זאת הייתה בקשר, הייתה 'על זה' כאילו, אז..."*; שרון: *"בדקתי עם אסנת על זה והיא אמרה לי שכן. עכשיו אני לא אשקר לך, היא אמרה לי שכן, אבל לא מייד התקשרתי. כאילו זה גם היה משהו שדחיתי כזה... אבל בסוף סיגל יצרה איתי קשר ויצרתי איתה גם. וכשהגעתי לסיגל אז היה לי מאוד, מאוד קשה לדבר על זה. עדיין. על הלידה הקודמת..."*; שיר: *"לא רציתי ללכת. אמרתי לבעלי 'לא בא לי ללכת, לא בא לי, אני יודעת שזה יעשה לי טוב. לא בא לי לא בא לי'. אבל כן... זה מגיע מתוך מקום של לא בא לי לטפל בזה... לא בא לי לגעת בזה. ממש לא".*
פרמטר נוסף מתייחס ל**חשיבות הליווי** וההקשבה שצוות המחקר העניק בכל עת: דינה: *"אסנת הייתה פנויה ותמיד ענתה לטלפון וזה הרגיש כאילו... לדבר איתה היה מאוד נוח ומדהים"*; רונית: *"אבל עוד פעם, אם אסנת לא הייתה מתעקשת אני לא... כמעט הייתי על סף לוותר"*; וגם: רונית: *"בלי ההתעקשות של אסנת אני לא הייתי ממשיכה"*; ליאל: *"איך שזה התגלגל, לא ציפיתי שזה ככה יהיה אחד אחרי השני... איך אומרים שרשרת כרונולוגית מסודרת... ובאמת כולם היו לאורך כל הדרך... אסנת ודוקטור ג'ודית... כולן רגישות ואמפתיות ומתחשבות והקשיבו והכילו ו..."*

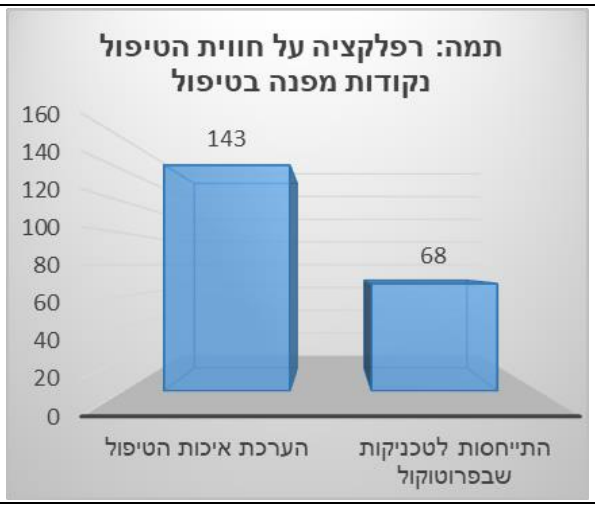
אחד ההיבטים שבלט קשור ב**הכרה והוקרה** שהמטופלות חשו כלפי עצם קיום המחקר. חלקן חזרו על הדברים יותר מפעם אחת במהלך הראיונות והשיחות עימן. הן דיברו מיוזמתן על הכרתן

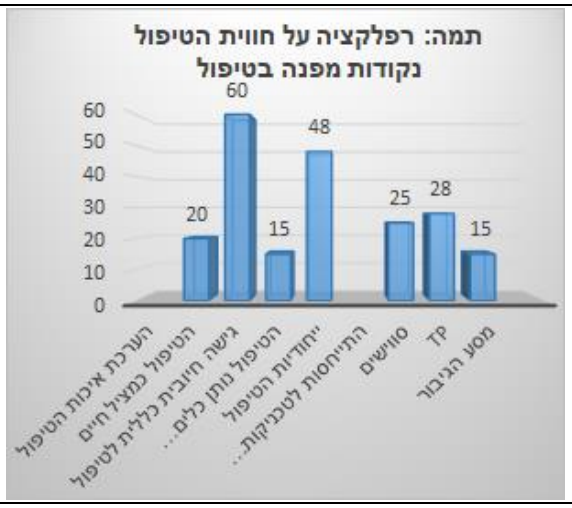
בחשיבות המחקר, הכירו תודה והביעו אותה לעיתים גם ברצון למצוא דרך להשיב תודה, וגם ברצון להמליץ על הטיפול בשיטה. דוגמאות לביטויי ההכרה וההוקרה על הנושאים הכלולים בה ועל הרצון להמליץ על הטיפול, מובאים להלן: **חשיבות המחקר**: רונית: *"זו הייתה זכות ומתנה שקיבלתי, ממך מהמחקר הזה, ואני שמחה שיש את הדבר הזה בכלל, ובתקווה שזה יעזור לעוד אנשים ויכניס מודעות ועזרה"*; ליאל: *"אני באמת מרגישה שקיבלתי מתנה בחיים שלי"*. על **הכרת תודה**: ליאורה: *"תודה לך. היה לי חשוב לבוא ולהגיד לך בפנים כמה זה היה משמעותי לי"*; ליאל: *"וואו, אתן חבורה של לוחמות שבאמת, פורצות גבולות. אתן מתעסקות במשהו שכאילו זה נראה באמת מובן מאליו שאשה יולדת וזהו... אז שיכאב ל... אני באמת רק רוצה להגיד תודה רבה, רבה, רבה. באמת... אני באמת מרגישה שקיבלתי מתנה בחיים שלי"*; שרון: *"זה דבר אדיר. מה שאת, מה שאתן עושות שם... כי זה... כי זה בעצם, זו התחושה ההפוכה מלוותר. וזה מדהים בעיניי. זאת אומרת, אני ממש כאילו שמחה על הזכות הזאת שהייתה לי בכלל להיות חלק מהדבר הזה. ואני רואה כמה זה עזר לי, אז אני אומרת ואוו!"*; חנה: *"כן וואי עשית (לחוקרת) מצווה חבל על הזמן"*. גבריאלה: *"קודם כל, אני חושבת שהנושא הוא חשוב ולא מדובר... הטיפול משנה חיים... אני ממליצה בחום... בטירוף, אם הייתי יכולה לצרוח מהגגות"*. **'להחזיר טובה'**: חנה: *"אם כאילו יצאתי מושכלת מזה, למה לא להפיץ את הבשורה?!"*; דנה (ציטוט מהתרשמות החוקרת לאחר הריאיון): *"היא הייתה מאוד נרגשת והביעה רצון גדול לתרום למחקר"*; רננה: *"אם תרצי שאבוא ואדבר על החוויה של הטיפול, אשמח לסייע"*. רעיון זה של 'להחזיר טובה' מתקשר להיבט נוסף בתמה זו והיא ה**מלצה על הטיפול**. המטופלות דיברו על המלצה כללית על הטיפול בגישה ה-NLP ללא קשר לנושא טראומת הלידה ועל המלצה ספציפית לטראומות לידה. להלן דוגמאות ל**המלצה כללית**: גלית: *"הייתי ממליצה על הטיפול, כי עליי זה עבד"*; ליאורה: *"מה זה... מאז שיצאתי אני ממליצה על זה"*; שרון: *"אני אמליץ על הטיפול כממוקד מטרה... ואני מרגישה זכות להיות חלק מהמחקר"*. מטופלות שחשבו שהטיפול מתאים לסוגים שונים של טראומות אמרו: ליאורה: *"אני מאמינה שיש הרבה אנשים שעברו איזה שהיא טראומה, כדי לנהל אותה כמו שצריך, זה הכלי!"*; גלית: *"הרופאים חייבים לעבור בעצמם משהו כמו NLP כדי לדעת באיזה מילים להשתמש בזמן הנכון"*; רונית: *"הייתי ממליצה על NLP חד־משמעית. אני גם נתתי את הטלפון של סיגל לבת דודה של בעלי באיזשהו הקשר"*. ולבסוף, **המלצה לסוג טיפול זה בהקשר לטראומות לידה**: רננה: *"יש לי חברה... אני יודעת שגם לה דבר כזה היה עוזר. יש לה את כל התסמינים, ראיתי את זה עליה, ולי זה ממש ממש עזר"*; שיר: *"יש לי... יש לי חברה של חברה שגם עברה לידה שקטה, בחודש חמישי. ועוד חברה... ושתיהן, אני מניחה שזה בזכותי... ושתיהן עכשיו בטיפול של NLP"*.

לסיכום ממד זה מובאים דבריה של דינה אותם שלחה ביישומון 'ווטסאפ' למתאמת המחקר לאחר תום הטיפול וטרם הפגישה המסכמת עם החוקרת: *"רציתי להביע תודה והערכה על הטיפול שעברתי במסגרת השתתפותי במחקר ב'מכבי' לנשים שאובחנו עם פוסט־טראומה לאחר לידה. עברתי תהליך של חוויית לידה והחלמה ארוך ומכאיב. ידעתי שאני אוכל לטפל בתינוקת עם עזרה מהסביבה, אבל לא ידעתי אם אוכל לטפל בעצמי והייתי במצב נפשי רעוע. הכול התחיל במודעה שהפצתם בקרב האחיות ברחבי הארץ. במהלך בדיקה שגרתית כחודשיים לאחר לידה ניגשה אליי איילת ונתנה לי את העלון והעלתה זאת למודעות שלי וגם יצרה קשר ונתנה את מספר הטלפון שלי כך שלא הייתה לי דרך להתחמק. לא עבר זמן ויצרו איתי קשר לקביעת פגישה עם אסנת. אני יודעת שהבחירה בסופו של יום הייתה שלי אך הוקל לי שיזמו זאת מולי (האחות). רציתי להיפגש במקום ניטרלי ואסנת הזמינה אותי לביתה שם נפתחתי בפניה לגבי כל המאורעות שהביאו אותי לפגישה איתה. ההקשבה, הסובלנות ראויה לציון, יש אנשים, והיא אחת מהם, שנפתחים בפניה. הסבירה לי על התהליך ועל המחקר ומילאתי מולה השאלון הראשוני. זמן קצר לאחר מכן נקבעה לי פגישה ראשונה עם ג'ודית. הייתי בסערת רגשות כל פעם שהייתי עם עצמי לבד הייתי שוקעת במחשבות וחיה מחדש את האירוע וזה השפיע על התפקוד שלי. טרם הספקתי לתאר את תהליך ההחלמה... המשך יבוא..... (17.12.18)... עזרתם לי ברמות במסגרת המחקר ואני ממליצה על כך בחום לכל מי שעברה חוויה שכמוני".*

2.3.3. ממד נקודות מפנה בטיפול

שרון: *"התרגיל הזה עם ה... להגיד את רצף האירועים ואז את עשית את כל ה... החזקתי את זה שוב, והקטנתי את זה... וצמצמתי... זה... זה ממש עשה שיפור... בהתחלה כזה את יודעת, התמסרתי... לא כזה הבנתי איך זה הולך לעבוד. פשוט עשיתי את מה שאמרת. לא הבנתי איך הדבר הזה אמור עכשיו לשנות יותר מדי... אבל כאילו כל החזרתיות הזאת, כשחזרת וחזרת על זה... זה באמת הקטין את זה. והרגשתי את זה ממש בשבוע שאחרי. שזה באמת עשה לי משהו. זה ממש צמצם את זה. הפחית את הרע והגדיל את הטוב דווקא. ממש הרגשתי את זה".*





ממד זה כולל את נקודות המפנה שניתן היה לזהות במהלך התהליך הטיפולי. הניתוח העלה שני היבטים משמעותיים: האחד כולל את האופן בו המטופלות **העריכו את איכות הטיפול** (זוהי הערכה כללית) והשני כולל **התייחסות ספציפית לטכניקות** המופעלות בפרוטוקול הטיפולי. היבט **הערכת איכות הטיפול** כולל את נושא "ייחודיות הטיפול' בו המטופלות מביעות את האופן בו חוו את הטכניקות, אלא שנושא זה מתייחס להערכה כללית וזאת להבדיל **מההתייחסות הספציפית** לגבי כל **טכניקה**, התייחסות שהתגלתה כסממן מרכזי בנקודות המפנה.

ההיבט הראשון, **הערכת איכות הטיפול**, העלה עשרה נושאים, כאשר המשמעותיים יותר מביניהם מפורטים להלן:

רבות דיברו על **הטיפול כמציל חיים**: ליאורה: *"תודה שהמחקר בזכותך. זה ממש הציל אותי... היה לי חשוב לבוא ולהגיד לך בפנים כמה זה היה משמעותי לי"*; ליאל: *"אני באמת רק רוצה להגיד תודה רבה, אני באמת מרגישה שקיבלתי מתנה בחיים שלי"*, ועוד: *"מכל ההיבטים שאני מסתכלת זה היה חבל הצלה"*; רונית: *"אני אומרת שזה Life Changing מבחינתי"*; דינה: *"כמו שאומרים שיוצאים מבית חולים עם תינוקת חדשה וידיים מלאות, הרגשתי שהחיים חזרו לי – שאני יכולה עכשיו לחיות את החיים שלי"*; גלית: *"הטיפול הפיל לי אסימון... וזה... להתעורר על החיים להתעורר על החיים זה מה שקורה פה"*; חנה: *"אני יצאתי משם מבחינתי בן אדם חדש"*. **הטיפול כמחזיר פרופורציות**: שרון: *"...גם היה איזה משהו... לא רק להסתכל על הדברים הקשים והרעים, אלא... זה פתאום שם את זה יותר בפרופורציות כזה..."*. **הטיפול כמחזק משאבים**: חנה: *"יש לי אמונה שאני יכולה להתמודד עם דברים"*; מורן: *"כן כן. עכשיו אני יכולה לעשות את זה, אני יכולה לעבור למיטה שה[אח] הטמבל הזה אומר לי 'תעברי תוך כדי הציר' – ועברתי. עברתי"*. שני נושאים משמעותיים שחזרו בשכיחות גבוהה בדברי המטופלות, היו **גישה חיובית כללית כלפי סוג הטיפול וייחודיות הטיפול**. התבטאויות בנוגע **לגישה חיובית כללית** ניתן למצוא בדברי המטופלות המצוטטים כאן: שיר: *"זה היה משחרר. זה היה מאוד משחרר"*; לימור: *"היה לי כיף לבוא אליה. לא תמיד מטפלים הם נעימים"*, וגם: *"כיף, כמה זה כיף לקבל את המקום הזה בשבילי"*; חנה: *"הרגשתי שככל שאני מדברת על זה יותר ונוגעת בזה מכל מיני אספקטים ומכל מיני כיוונים וניגשת לזה בכל מיני צורות שונות, זה באמת הפחית את החרדה שלי מהנושא"*; חנה: *"מה שאהבתי זה שהטיפול הוא לא רק דיבורים ולבחוש בפצע, כאילו יש גם כלים"*; רינה: *"היה ממש טוב, היה מדהים! באמת! אני חושבת שזה צריך להיות כלול בסל"*; ליאורה: *"קיבלה אותי בפנים כאלה יפות, שהרגשתי מקום שוואלה מקבלים אותי ומקשיבים לי בלי לשפוט אותי"*; גלית: *"זה היה השעה שלי. כל פעם שהיינו נפגשות זה היה השעה שרק מדברים עליי"*. ועל **ייחודיות הטיפול** (נושא שקיבל את מרב ההתייחסויות), אמרו המטופלות: חנה (למטפלת): *"בכל פגישה טיפולית יש משהו אחר. את מגוונת תמיד, את אף פעם לא*

חוזרת על אותו הדבר. אז אם לא התחברת למשהו אחד את יכולה להתחבר למשהו אחר" ; רננה: *"מה שעשינו זה להתקדם על קו הזמן קדימה לעתיד ולייצר תסריט עתידי חיובי של היריון ולידה"* ; חנה: *"הדבר הכי חשוב, שגם מי שלא מתחבר לשיטה הקונבנציונלית של פסיכולוג שמדברים איתו רק, ורק בוחשים... זה באמת משהו שהוא גם חווייתי וגם משלב כל מיני חושים. וגם באמת משהו שהמטופל יכול לקחת בו חלק מעשי"* ; רננה: *"בשבילי זה דמיון, זה דמיון שאתה יכול לגעת בו"* ; חנה: *"בטיפול היא עושה דברים חווייתיים. בעזרת הזיכרון, הריח, חוש הדיבור, חוש השמיעה... כאילו משלבים כל מיני אספקטים כדי לעזור"* ; רננה: *"לחשוב על זה בצורה יותר חיובית אפילו, אפילו לא חיובית, רק להסתכל על זה כמו שזה היה"* ; ליאורה: *"דמיון מודרך אף פעם לא עבד בשבילי, היו מנסים והייתי נרדמת (צוחקת)... לא הייתי מצליחה להיות בתוך זה, אבל איכשהו שם זה היה משהו אחר..."* ; מורן: *"אבל זה כבר לא מרגיש לי כמשהו מכוון. פשוט. פשוט להסתכל על זה ולא להתכוון... אלא פשוט כאילו זה משהו שקרה"* ; מורן: *"זה שעושים את התרגיל איתך במוח שלדמיין תמונה אחרת במקום זה. זה כאילו מין, זה לא שטיפת מוח אבל זה סוג של איזשהו משהו שחודר לך לראש, כנראה בצורה קוגניטיבית התנהגותית, את מדמיינת משהו וזה נכנס לך לראש, התרגיל הזה... והוא נכנס לך לתודעה"* ; דינה: *"מה שעזר לי זה בעצם ויזואלית. אפשר לדבר בתאוריה אבל עד שלא מראים לך ויזואלית את לא ממש נמצאת שם"*. כאן המקום לציין כי חלק מהמטופלות התייחסו לטיפול כאל **דמיון מודרך,** מה שניכר בדברים הבאים: ליאורה: *"אני חושבת שזה כן נקודות מהכלים של הדמיון מודרך... הדמיון הוא באמת רלוונטי, כי כאילו זה איזה חזון"* ; רננה: *"... שהצלחתי לקחת את הכלי הזה של הדמיון המודרך אלי, כדי לחבר אותו אלי..., וממש הצלחתי להצליח לדמיין"* ; דינה: *"היה לי קשה עם הדמיון וכשהיא אמרה לי שזה הולך להיעשות בכלים של דמיון, של הדרכה כאילו בדמיון, אני לא ממש התחברתי. אבל אני התמדתי והאמת היא שאני זוכרת את זה ממש במקטעים. אני אפילו יכולה לשים את עצמי עכשיו בחדר שהיא טיפלה בי בו ואני חושבת כשזה נהפך להיות יותר... לא נהפך להיות בתאוריה, אלא היא ממש לקחה כאילו, את יודעת, לוח, ושרטטה עליו ואפילו, אני לא יודעת אם הסרט הנע בראש שלי, שכאילו אני יודעת שזה הוכנס במסגרת הפגישות שלי איתה... אני לא יודעת איך לתאר את זה אפילו. תוך כדי שיחה אני יכולה לראות את זה בדמיון שלי. ולאט לאט אני ממש נפתחתי לזה ונפתחתי אליה, והיה קל לדבר איתה והפגישה הייתה מאוד פתוחה, אני הייתי... וזה פשוט מאוד עזר לי"*.

לצד החוויה הטובה של המטופלות מהטיפול, הייתה גם התייחסות לנושא חולשות הטיפול. נושא זה מוצג כממד עצמאי ומפורט בהרחבה בתת־הפרק הבא (2.3.4. ממד תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול).

ההיבט המשמעותי השני כלל התייחסות **לטכניקות ה-NLP המופעלות על ידי המטפלת**. מידע זה עלה מספר פעמים לאורך המחקר, החל מהמפגשים הטיפוליים עצמם, דרך המידע שהגיע מיומני המטפלת והראיונות עימה ועד הריאיון המסכם. חשוב לציין כי בריאיון המסכם, המטופלות תיארו מיוזמתן זיכרונות מהטכניקות שנערכו, ולעיתים השיבו לאחר שאלה ישירה שנוגעת לטכניקות שהופעלו במהלך הפגישות. המטופלות לא ידעו לחזור על השם הרשמי של הטכניקה, חלקן זכרו חלקים מההליכים, חלקן לא הצליחו לשחזר את ההליכים עצמם אך באופן ספונטני תיארו את האירוע הטראומטי תוך שהן משתמשות מבלי משים במילים מתוך הפרוטוקול.

בנוגע **לטכניקות הסוויש**, דוגמאות לתגובות המטופלות מובאות כאן תוך שחלק מהן משלבות באופן לא מודע מילים מדויקות מהטכניקות: שרון: *"אני חושבת שגם התרגילים האלה שהיא עשתה... שפתאום היא **העצימה** אותי, הייתה פתאום **הסתכלות אחרת**"*; חנה: *"היא באמת עושה דברים שהם חווייתיים. בעזרת הזיכרון, ריח, חוש דיבור, חוש שמיעה... כדי להתגבר על הטראומה"*; גלית: *"ותמיד אני זוכרת את המשפט שלה 'גלית **המהממת**' (במקור 'גלית הנהדרת'), 'גלית המהממת', גלית..."*

על מנת להדגים את השינוי שהתרחש במהלך הפעלת טכניקת הסוויש, מוצג להלן תיעוד מחדר הטיפולים. תיעוד זה מוצג בחלקו בתמצות ובחלקו תוך הצגת חלקי תמלול מלאים ממהלך הפגישה.

שרון, בת 32, נשואה שנתיים. החלה את הטיפול כשבנה היה בן תשעה חודשים והיא באמצע השליש השני להריונה השני. לאחר הלידה שרון החלה טיפול CBT קבוצתי, שלאחריו דיווחה על הקלה, אלא שבמהלך ההיריון הנוכחי, חזרו חרדות ופלשבקים מהלידה הראשונה. הליך הוויז'ואל סוויש נערך עם שרון במפגש השני:

לפני הפעלת ההליך המטפלת (סיגל) מסבירה לשרון על ההליך (Psychoeducation), על לימוד דרך התניות, ועל כך שההליך מתמקד בחוש הראייה.

שרון מתבקשת להעלות תמונה מהאירוע הטראומטי המייצרת אצלה הרגשה לא נעימה.

שרון מתארת: *"אני רואה את עצמי במיטה, רואה את פרטי המיטה, מחוברת למוניטור המרעיש. אני רואה את בעלי ואת אימי בצד. אני גם רואה כל מיני אנשים שאני לא מכירה... אנשי צוות שנכנסים ויוצאים כל הזמן"*.

כששרון נזכרת בתמונה זו היא חווה הרגשה פיזית של דפיקות לב מהירות, ולא מצליחה לנשום. היא מרגישה חוסר אונים ולא מצליחה להשתלט על עצמה... כאילו משהו לא טוב מתרחש. שרון מתחילה להיות יותר לחוצה ופחות נינוחה בקליניקה.

המטפלת משקפת לשרון את תחושותיה: *"כאילו הגוף נכנס לאיזה סטרס מאוד גדול כתוצאה מהזיכרון שהעלית, ואת מרגישה בתוך החוויה הזאת חוסר אונים"*.

שרון: *"כן. חוסר אונים. לא יודעת לאן זה יתפתח, לאן זה ילך, כמה אני עוד אוכל... משהו שם לא... מרגיש לא בסדר... אני לא מצליחה להשתלט על זה או על עצמי או להבין..."*

סיגל: *"עד כמה תחושת חוסר האונים וחוויית אי־הוודאות חזקים עבורך בסקאלה שבין 1-10?"*

שרון: *"10"*.

המטפלת בודקת היכן במרחב רואה שרון את התמונה שמעתה מכונה התמונה ה'איכסית', ומסבירה כי המטרה היא שההרגשה שתמונה זו תעלה לאחר העבודה, תהיה תחושה חלופית אחרת.

שרון מסמנת היכן התמונה נמצאת במרחב, ולאחר מכן מתבקשת על ידי המטפלת להזיזה ולעקוב אחריה בעודה מתרחקת ומתרחקת עד שזו יוצאת מחלון החדר ומתמזערת לגודל קטן של נמלה העומדת על גג בניין מרוחק. שרון מציינת כי משהו בחוויה שלה בנוגע למראה התמונה משתנה, מה שמסמן למטפלת כי ההליך יעבוד יפה מאוד, והיא מציינת זאת בפני שרון. תגובתה של שרון: *"יאללה תעיפי אותה".*

שרון מתבקשת לדמיין תמונה גדולה של עצמה, המקבלת את השם 'שרון הנהדרת', כשהיא נמצאת כמה צעדים קדימה בעתיד, והיא כבר פתרה את הבעיה שטמונה בתוך התמונה ה'איכסית'. תוכן התמונה כבר לא מפעיל אותה; היא יכולה להסתכל על זה, היא יכולה להיזכר בזה ולהמשיך הלאה. זה לא מפעיל אותה. הדמות העתידית, 'שרון הנהדרת', אינה מושלמת אבל מלאה בביטחון, בהומור ובעיקר מחוברת למשאביה.

כששרון מאשרת כי היא יכולה לראות את 'עצמה הנהדרת', המטפלת מציינת שתמונה זו מסמנת את העובדה ששרון במקום אחר והאירוע לא מטלטל אותה יותר. ושרון מוסיפה (ביחס ל'שרון הנהדרת'): *"זה יהיה סימן גם לכך שהיא מדברת על האירוע הטראומטי כחוויה חיובית ולא שלילית, צוחקת על זה ולא כל כך רגישה לזה, ואפילו חושבת לעשות את זה שוב. מניחה לזה. זה כבר לא 'אישיו' עבורה, וכשהיא רואה מישהי בהיריון היא מדברת איתה בקטע חיובי וכייפי".*

המטפלת מבקשת משרון להשתהות על התמונה הזו וליהנות ממנה. שרון מוסיפה: *"אני מדמיינת אותה בעבודה, במקום שבינתיים התפתח ויש בו הרבה אנשים".*

המטפלת מבקשת משרון לקחת את התמונה של 'שרון הנהדרת' ולכווץ אותה, ולהכניס אותה לתוך יהלום קטן, יפהפה ומבריק המהווה תרכיז של האיכויות והיכולות שלה. בשלב זה שרון מונחית לתת ליהלום לגדול ולהיפתח ו'סוויש', שוב נראית שרון הנהדרת, נמצאת במקום אחר, מרגישה בטוחה, היא יודעת שהכול בסדר. היא נראית מלאה במשאבים שלה. שרון מונחית לכווץ את תמונת 'שרון הנהדרת' לכדי יהלום ואז להצמיד את היהלום למרכז התמונה ה'איכסית', ולדמיין כי דבר זה גורם לתמונה לקטון, לדהות ולהתפוגג.

מטפלת: *"ובעוד שהתמונה קטנה, דועכת ומתפוגגת, היהלום גדל וגדל, ו... 'סוויש'... היהלום נפתח ונראית שרון הנהדרת, מלאה בכוחותיה, במשאביה, בהומור. היא צוחקת והיא בעבודה. היא במגע עם האירוע אך הוא מאחוריה. הוא כבר לא מפעיל אותה. היא יכולה לדבר עליו. 'שרון הנהדרת' מתבוננת בשרון ואומרת לה: "אני מרגישה טוב עם עצמי, אני מרגישה בטוחה".* ורואים את זה עליה. שרון מונחית לבצע את ההליך תוך שהמטפלת מסבירה כיצד כך מתאפשר ללמד את המוח קשר חדש. ההליך מבוצע מספר רב של פעמים במהירות מתגברת (המטפלת עוקבת אחר הנחיות ההליך ומדריכה בהתאם את שרון). שרון מצחקקת תוך כדי.

בשלב זה שואלת המטפלת את שרון איך היא מרגישה כשהיא חושבת על התמונה ה'איכסית'.

שרון: *"אני מרגישה שכאילו יש עכשיו התמקדות בעתיד המיטבי ופחות בחוויה השלילית, וכתוצאה מכך היא, 'שרון הנהדרת', מספרת לעצמה את סיפור הלידה כחוויה חיובית".*

סיגל: *"עד כמה התמונה ההיא עכשיו מפעילה אותך רגשית?"*

שרון: *"7".*

מאחר ואמנם חלה הפחתה בעוצמה השלילית אך עדיין התמונה יוצרת אפקט רגשי שלילי, בהתאם להנחיות ההליך, עורכת המטפלת שיחה עם החלק האחראי על שימור התגובה הלא נעימה וזאת במטרה להבין את כוונתו החיובית.

שרון: "יש בי חלק שרוצה ליצור הבנה שזה לא יקרה שוב, שלא יתעלמו ממני שוב, שידעו איך להתנהג אליי, לא יזלזלו ברצונות שלי כדי שלא אהיה שוב במצב של חוסר אונים". דיוק של המטפלת עם שרון מוביל לכך ששרון מבינה שיש לה צורך לשמור על גבולותיה מבלי להתחשב ברצונם של אחרים, כי היא זאת החשובה שעוברת חוויה קשה. כך שהיא זו שתבחר איך לנהל את הסיטואציה.

המטפלת בודקת עם שרון מה מסמן לה שב'שרון הנהדרת' יש עתה את החלקים שחשובים לה. תגובתה של שרון: *"עכשיו זו מישהי שהתגברה על משהו, והיא שִכללה את זה. זאת אומרת היא התגברה והיא יכולה אפילו לעזור לאחרים כדי לחזק אותם. היא התגברה והיא יכולה לעזור לאחרים".*

בשלב זה, בהתאם להנחיות, ההליך מבוצע שוב כאשר ב'שרון הנהדרת' מוטמנים גם הקשב לצרכיה ולגבולותיה ודרכים לשמר אותם ולשמור עליהם.

לקראת תום ההליך, ובהתאם להנחיות, שרון מתבקשת לשכפל בדמיונה את תמונת 'שרון הנהדרת' וההליך מסתיים תוך הובלות עתידות[15].

סיגל: *"אוקיי, אני רוצה להזמין אותך להעלות ולדמיין שוב את התמונה ה'איכסית'. כמה עכשיו זה מפעיל אותך? ברגע הזה...?"*

שרון: *"פחות... כי זה..."*

סיגל: *"משהו בגוף מגיב?"*

שרון: *"לא. לא מגיב".*

סיגל: *"זאת אומרת הגוף נינוח אל מול הדבר הזה..."*

שרון: *"כן".*

סיגל: *"אוקיי, ומה ההרגשה?"*

שרון: *"פתאום יותר... כאילו פתאום יותר התפנה לי זמן לחשוב על פתרונות יותר, פחות להישאר שם".*

סיגל: *"נהדר. רצת ל-Doing, רצת למקום אחר".*

שרון: *"כן... כן..."*

סיגל: *"שמת לב שמשהו באנרגיה השתחרר?"*

שרון: *"כן, בי אגב".*

סיגל: *"יופי, נהדר..."*

שרון: *"כאילו פינה לי... פינה לי..."*

סיגל: *"פתאום התפנתה אנרגיה ודברים אחרים נכנסים".*

שרון: *"כן... שהתעלמתי מהם עד עכשיו... כאילו לא הצלחתי לחשוב, אולי בית חולים אחר אולי... לא הצלחתי לחשוב ופתאום זה כזה יותר פינה לי..."*

סיגל: *"רצת קדימה..."*

שרון: *"רצתי..."*

סיגל: *"נהדר. קדימה, חיובי".*

שרון: *"כן. קצת. לא..., עכשיו אני ארים טלפונים..."*

סיגל: *"בסדר גמור. אז אם היית צריכה לדרג את זה כרגע?"*

שרון: *"4".*

שרון: *"את יודעת... מסתבר שיש לי איזה בעיה עם דמי הלידה שלא יכולתי להביא את עצמי לגשת ולטפל בזה, כל הזמן דוחה... אז לא קיבלתי".*

סיגל: *"בעצם למדת שלהימנעות יש מחיר".*

שרון: *"אבל פשוט לא רציתי לחשוב כאילו הלאה, איך זה יהיה, ומה יהיה.. כאילו דחיתי את זה..."*

סיגל: *"כי אסוציאטיבית זה נקשר ללידה".*

[15] לפירוט והסבר על המושג ראה נספח מס' 13

שרון: *"אבל עכשיו, אחרי מה שעשינו... אני מרגישה שזה עושה לי אופטימיות כזאת לשבועות שבאים. שיש לי הרבה התעסקות, שהיא קשורה להיריון, לא קשורה להיריון, קשורה לתכנון העתידי... אז כאילו זה עושה קצת יותר כזה כיף".*

סיגל: *"יופי, נהדר... אז מעניין לראות מה יקרה אחרת השבוע".*

שרון: *"מעניין. אני תמיד אומרת שהשבוע שאחרי הוא המשמעותי, פתאום דברים נופלים..."*

בבדיקה שנערכה עם שרון במפגש העוקב, שרון אמרה שהיא לא התעסקה עם סיפור הלידה יותר, והיא פיתחה תחושת נינוחות תוך ירידה במחשבות הקטסטרופליות סביב הלידה הבאה, ויותר עיסוק (פחות הימנעות) בהיערכות הטכנית לקראת הלידה.

טכניקת ה-**TP** העלתה בקרב המטופלות התייחסויות לטכניקה עצמה ובעיקר לתחושת השינוי שבאה בעקבותיה. על פי דברי המטופלות, הטכניקה אפשרה התבוננות על האירוע הטראומטי, התבוננות שלא רק מיקמה את האירוע בעבר, אלא גם הייתה פתח להבנה שהאירוע הסתיים, והוא אחד מיני אירועים רבים – חלק מהחיים. יתרה מזו, בעקבות הפעלת הטכניקה, המטופלות תיארו יכולת להתבונן באירוע ממרחק רגשי, וכתוצאה מכך לשנות פרספקטיבה ולהתמקד בעתיד במקום בעבר. להלן מספר דוגמאות: רננה: *"איכשהו עזרה לי לפרק את הסרט ולהבין אותו קצת יותר טוב... היה מה שהיה בואי נשים בעבר ונתמקד כאילו הלאה"*; מורן: *"היום כשהתקלחתי ניסיתי להיזכר... אז זה כן עולה אבל ישר לא בצורה רעה או שעושה לי לא טוב. ואז כאילו נכנסת התמונה... כאילו את יודעת... לא כאילו אני מסתכלת מהצד ולא חלק מזה, אלא פשוט כאילו זה משהו שקרה"*; רננה: *"היה משהו שפתאום יכולתי להסתכל על זה כמשהו נורמלי"*; חנה: *"בן אדם שהוא מרגיש שפתאום הכול נשמט לו פתאום מבין הידיים והוא מאבד שליטה על החיים, זה מאוד עוזר לו פתאום לתחום את זה בזמן ולדעת שזה דבר שעומד להיגמר ותחזור להיות שליטה על החיים שלי מתישהו. זה עניין של כמה שעות וזה נגמר"*, וגם: *"אני זוכרת איזה שהוא טיפול שהיא פשוט אמרה לי לזכור זיכרון הכי חיובי שהיה לי בחיים... ואני לא יודעת פתאום למה שלפתי את זה שהייתי באיזה תפקיד ראשי באיזה טקס סיום של בית ספר... שזה משהו שהרגשתי שבאמת הבאתי את עצמי לידי ביטוי"*; שרון: *"אחרי המפגש פתאום אני זוכרת דברים יותר טובים. פתאום היה לשחרר משהו אחר ולקבל משהו אחר. זה כיף... פתאום בא לי להסתכל בתמונות באלבום כשהוא היה קטן"*; מור (ציטוט מהמטפלת): *"היא מרגישה מרוחקת מהאירוע – במובן הטוב, כאילו יש מרחק רגשי מהאירוע. כשהיא מרגישה שהאירוע היה ונגמר, זה בעצם המקום של הריחוק, היכולת לראות רגע מבחוץ"*; ליאורה: *"את זה אני זוכרת טוב מאוד... יש לי כמו איזה תמונה שהיא ממצלמה, ככה אני רואה אותה. והרגשתי ממש כמו איזה פילם משתנה, ואז יש איזה תמונה בסוף, שאני מצליחה בכלל לדמיין אותי שוב בחדר לידה, שוב יולדת ושזה בידיים שלי"*; שרון: *"ממם... מבחינת הפיזיות, הפיזיולוגיה, ההרגשה הרבה יותר ציל כזה... פחות המצבים האלה המתסכלים ומצבים כאלה נשימתיים או משהו ממש מורגש... זה איפשהו*

ירד בפני עצמו" ; ליאור: *"אז שהסרט שאני מגלגלת בראש שלי, אני תרגמתי את זה מזה, כי מתמונה אחת, שזאת התמונה היחידה שראיתי, אז ההתגלגלות של הסרט זה שהצלחתי לראות עוד תמונות, והתמונה הזו נהפכה להיות אחת מתוך..."* ; שרון: *"היה לספר את הסיפור עם עיניים עצומות ואני ממש מדמיינת את זה והיא עשתה את החזרתיות הזאת, וזה שאת יודעת, היא משתמשת בצלילים ובדברים האלה ש... זה נוגע יותר בתת־המודע מאשר במודע, אבל אני זוכרת שאחרי הפגישה הזאת... כאילו מה? עוד פעם לחזור על זה..., ועוד פעם לחזור על זה? אבל זה עשה משהו כאילו החזרתיות הזאת... והיא עשתה איזה קצב כזה... ואני ממש זוכרת שאחרי זה, כבר היה יותר קל לדבר על זה... זה משהו שאני ממש זוכרת. זה פשוט... באותו רגע לא הבנתי את זה. כאילו עשיתי מה שהיא אומרת... ואני זוכרת שאחרי זה... זה ממש עשה, עשה טוב"*.

על מנת להדגים את השינוי שהתרחש במהלך הפעלת טכניקת ה-TP, מוצג להלן תיעוד מחדר הטיפולים. תיעוד זה מוצג בחלקו בתמצות ובחלקו תוך הצגת חלקי תמלול מלאים ממהלך הפגישה.

גבריאלה, בת 32, נשואה שנתיים. החלה את הטיפול כשבְּתה בת 5 חודשים. התינוקת נולדה עם חבל הטבור כרוך סביב צווארה וסבלה מדימום מוחי שהשפעתו אינה ידועה עד לשלב זה.

הליך ה-TP נערך עם גבריאלה במפגש הרביעי, לאחר שבמפגשים הקודמים נערכו מספר הליכי 'סוויש': לפני הפעלת ההליך, המטפלת (סיגל) מסבירה לגבריאלה על ההליך (Psychoeducation), על דרך הפעלתו, ועל כך שההליך נערך בדרך המאפשרת להיזכר באירוע הטראומטי ממקום שמור ומוגן.

גבריאלה מתבקשת להעלות את סרט האירוע בדמיונה ולבדוק עד כמה הוא מפעיל אותה על הרצף שבין 1-10 מבחינת ההרגשה הלא נעימה. גבריאלה עונה כי היא מופעלת ברמה 10.

בשלב זה נבחרות על ידי גבריאלה, בהנחיית המטפלת, שתי תמונות התוחמות את אירוע הלידה הטראומטי.

תמונה מס' 1 (תמונה המייצגת את הרגע לפני שהאירוע הטראומטי החל): *"בתמונה רואים אותנו, הגענו לבית חולים, הכול עוד היה בסדר"*.

תמונה מס' 2 (תמונה המייצגת את הרגע הראשון מייד לאחר שהאירוע הטראומטי הסתיים): *"בתמונה רואים את הרופא נכנס ואומר 'בואו לראות אותה, הכול בסדר'"*.

גבריאלה מציירת את שתי התמונות כאשר המטפלת מנחה אותה לצייר את עצמה כחלק מכל אחת מהתמונות.

בשלב הבא, ובהתאם לפרוטוקול ההליך, המטפלת מעגנת רגע בחיים המתואר לפרטיו, בו המטופלת הרגישה ממש טוב.

גבריאלה מתבקשת לעצום עיניים ולתאר בזמן שהמטפלת מעגנת: *"אני בת 23, בחדר על הגג, בשעת לילה מאוחרת. יונתן ואני בסקייפ. הוא בפרו ואני כאן. אני רואה אותו על המסך, שומעת אותו מדבר, שומעת את החבר'ה מאחורי מצחקקים. בחוץ נעים, יש אוויר טוב. אוויר קיץ נעים. הרגליים שלי על השולחן, ואני נשענת על כיסא משרדי נוח. אנחנו מדברים על כל מה שקורה שם... והוא מתעניין בי ואז אני שומעת אותו אומר לי 'אני רוצה לחזור לארץ ולהיות איתך'. וואו... איזו הרגשה מדהימה. חיכיתי לזה. הנה זה הגיע. וזה ממלא אותי בפרפרים בבטן... תחושה של התרגשות נהדרת. מרגישה נחת... רוגע... הכול בטוח. אני ממש יכולה לשים לב איך אני מתחילה לתכנן, איך זה יהיה... המחשבות רצות"*.

סיגל: *"ואת נותנת להרגשה הזאת של הפרפרים בבטן למלא אותך... תחושה נפלאה של אושר וכיף. את נותנת לזה לגדול וממש ליהנות מהרגע הזה... ממש כמו שהוא. ואת יכולה לפקוח עיניים. תשתפי אותי..."*

גבריאלה מזילה דמעות: *"מרגש..."*

סיגל: *"מרגש... זה דמעות טובות?"*

גבריאלה: *"כן. כן. חיכיתי לזה מלא זמן..."*

סיגל: *"עכשיו אנחנו הולכות להיכנס לרגע הזה כמה פעמים. ויהיה מעניין לראות איך כל פעם את 'תחליקי' לתוך החוויה יותר מהר. אוקיי? לתוך התחושות... אוקיי? אז זה סוג של עוגן... אני מבקשת ממך שוב לעצום עיניים"*. נערך תרגול מספר פעמים לביסוס העוגן.

בשלב הבא מנחה אותה המטפלת להקרין בדמיון סרט בשחור-לבן, קטן ואילם, סרט של אירוע הלידה המתחיל בתמונה מס' 1 ומסתיים בתמונה מס' 2 שם הסרט נעצר. הקרנה זו מתחילה רק לאחר שמופעל העוגן המרגש, כאשר בידה של גבריאלה שַלט דמיוני והיא מחליטה מתי להתחיל את ההקרנה.

סרט זה מוקרן מספר פעמים בקצב הולך ומתגבר, כאשר בין כל הקרנה נשאלת גבריאלה עד כמה קשה לה לצפות בסרט. בין הקרנה להקרנה גבריאלה מדווחת כי בכל פעם קשה לה פחות ופחות. גבריאלה מדווחת על ירידה הדרגתית ל-6-7. שלב זה הסתיים לאחר שנערכה הפחתה, ואז, בהקרנה האחרונה גבריאלה מתבקשת לעצור בסוף סרט האירוע ולראות את תמונה 2 בגודל טבעי ובצבעים.

בשלב זה מנחה המטפלת את גבריאלה, לדמיין עצמה נכנסת לתוך תמונה מספר 2. הדמיה זו נערכת גם היא תוך הפעלת העוגן המעצים.

סיגל: *"עכשיו מה שאני אבקש ממך זה לדמיין את עצמך יוצאת מהגוף שלך מתא ההקרנה, נכנסת מהעתיד לתוך התמונה הזו, ומתבוננת בגבריאלה הצעירה. אוקיי? ועכשיו אני אבקש ממך לפנות אליה. את יכולה לתת לה חיבוק חזק אם את רוצה. ממש חבקי אותה. תעטפי אותה. מגיע לה, אחרי מה שהיא עברה. אני רוצה שתפני אליה בחום ותגידי לה 'אני הגעתי מהעתיד. אני יודעת מה את עברת. אני אוהבת אותך, ואני ממש מבינה איך את מרגישה. חשוב היה לי לבוא לכאן היום ולהגיד לך שעשית את הכי טוב שיכולת באירוע הזה. שהדברים הולכים ומשתפרים...' תגידי לה: 'אני מודה לך על כוחות הנפש שלך. על תעצומות הנפש שהצלחת להמשיך הלאה. הצלחת להיות אימא מדהימה. בת זוג מדהימה. הצלחת לטפל בבת שלך ולתת לה את כל מה שהיא זקוקה לו. הצלחת לקום כשנפלת, איזה כוחות נפש יש לך'. תגידי לה: 'אני ממש מודה לך על זה'. היא מסתכלת עלייך בהשתאות ואת מצליחה לגרום לה להקשיב לך. היא סומכת עלייך. היא מאמינה בך. היא יודעת שאת תגידי לה את האמת. היא יודעת שאת מבינה אותה הכי טוב בעולם. ועכשיו אני מזמינה אותך להיכנס לתוך הגוף של גבריאלה הצעירה, שם בתמונה. ועכשיו את מסתכלת על גבריאלה מהעתיד. דרך העיניים של גבריאלה הצעירה. שומעת דרך האוזניים שלה. את מסתכלת על גבריאלה מהעתיד ואת שומעת אותה אומרת לך את כל הדברים האלה..."*

גבריאלה בוכה מהתרגשות והפגישה מסתיימת, כאשר במפגש שלאחר מכן, הן ממשיכות עד לסיום ההליך.

עם תחילת המפגש הבא גבריאלה אומרת:

"קודם כל רמת מצב הרוח שלי... זה ברמה שבאוטו... כאילו בכיתי מאושר... בחיי... כאילו אני ממש מתרגשת מהמקום שאני נמצאת בו כרגע. כי... קודם כל אני מרגישה שרק עכשיו אני מתחילה עם החופשת לידה... וגם במהלך השבוע היו כמה ימים, שלושה ימים, שבכלל לא התעסקתי עם זה... וגם, וגם כשחשבתי שיצא לי לספר לאנשים על הלידה, אז בדמיון שלי אני מספרת להם על זה ותוך כדי הם אומרים 'וואו, איזה קשה' ואמרתי להם 'עזבו קשה. תראו אני לא בוכה' כאילו דמיינתי את זה שאני מספרת להם ואני אפילו... אני פתאום לא זוכרת אבל הייתה איזו סצנה ש... וואי, מה זה היה? אה... כאילו הרי אני מספרת להם על הרגע שיונתן בא לספר לי שהיא עם דימום ואני כזה 'אוקיי, אוקיי,

אוקיי...' ואני מספרת להם ואני נקרעת בצחוק. כאילו בדמיון שלי ככה אני כשאני מספרת סיפור. נכנסתי לי'מוד' קרבי 'אוקיי, אוקיי'. כאילו הכול היה..."

סיגל: *"זאת אומרת שאת לגמרי מסתכלת על עצמך ומתארת את עצמך ככה ונקרעת מצחוק".*

גבריאלה: *"כן. כאילו צוחקת על עצמי. זה לא מוזר? זה היה לי מטורף".*

סיגל: *"וכשאת חושבת עכשיו על הלידה, אם הייתי מבקשת ממך עכשיו לתאר, כמה מצוקה או אי־נוחות היית מרגישה?"*

גבריאלה: *"5".*

סיגל: *"כשיצאת מכאן זה היה סביב 6. יפה... עוד התקדמות..."*

גבריאלה: *"כן. לגמרי. עכשיו פתאום כשאני חושבת על זה... אז אני מתחילה להיפגש עם אנשים וזה... ויש כאלה נגיד שעדיין לא ראו את הילדה, ונגיד נפגשנו עם חברים של בעלי מהצוות ובדיוק אמרתי לו, כאילו הם לא שמעו את הסיפור ממני ופתאום שמתי לב שכשאני מריצה את הסיפור אז קודם כל האוטומט שלי זה להריץ את זה ב-Fast forward כאילו נראה לי אימצתי את זה..." (מצחקקת).*

סיגל: *"ואוו. איזה יופי. מצוין".*

המטפלת מחזירה שוב את גבריאלה לתמונה מספר 2 ומשחזרת את השיחה בין גבריאלה מהעתיד לגבריאלה שזה עתה סיימה לעבור את הלידה.

גבריאלה מתרגשת, בוכה ואומרת: *"את לא תאמיני לי... אנחנו אומרות אחת לשנייה: 'נתראה בלידה הבאה...'"*

בסיום ההליך נבדק שוב עד כמה האירוע מפעיל רגשית את המטופלת, והיא עונה: *"כאילו מוזר להגיד כלל לא...(מצחקקת) – אבל אני אגיד 3. אבל כאילו אצלי בלב יש מצב שאני נותנת לזה אפס כי אני כבר לא מרגישה כלום. זה הזוי. בגלל זה אני לא מאמינה לעצמי שזו התחושה, זה לא הגיוני... אז אני אומרת בקול רם 3".*

סדרת המפגשים מסתיימת עם הליך **'מסע הגיבור'**. המטופלות התייחסו באופן עקיף להליך 'מסע הגיבור' מבלי להזכיר את שם ההליך תוך שהן מתארות את משמעותו עבורן. משמעויות כגון: התחושה שיש תמיכה ותומכים, התגברות על חוויית כישלון, התחברות לכוחות ולמשאבים פנימיים כמו גם לאמונות מעצימות על אודות עצמן. להלן מספר דוגמאות: שרון: *"פתאום היא נתנה לי גם את התחושה של מי את רוצה שיהיה לידך עכשיו? ...כל העניין עם אימא שלי ובעלי, פתאום ההסתכלות אחרת גם עליהם"*; שיר (ציטוט של המטפלת): *"חציית הסף מבחינתה הוא להתגבר על חוויות של כישלון. היא בחרה בבני ברית בבעלה וידיד קרוב והבעל אמר: 'לכל דבר יש את הזמן שלו, תעשי רק מה שאת אוהבת בלי להתפשר, את חזקה...' והידיד אמר גם: 'כשאת רוצה משהו את משיגה אותו... את יודעת לזמן לעצמך את מה שצריך, יש לך הרבה דברים שהשגת...'"*; רננה (ציטוט של המטפלת): *"היא הביאה את בעלה, ממנו שמעה שיש לה כוחות לעבור דברים, שהיא עקשנית, היא לא מוותרת, היא נלחמת כמה שהיא יכולה... היא התמודדה עם חוויית הלידה טוב, היא עשתה כל מה שאפשר, היא החזיקה מעמד והילדה יצאה בריאה ושלמה. היא עברה את זה פעם אחת, היא תעבור את זה פעם שנייה, אני סומך עליה שהיא יכולה"*; רננה (שוב): *"היא לוקחת אנשים זרים... שתי דמויות שהיו איתה ברגעים הכי קשים שלה, ואלה הדמויות שמזכירות לה את הכוחות שלה. היא עשתה הכול כדי להילחם על ההנקה, והיא הצליחה. היא הצליחה להתגבר על קשיים ועל דברים לא פשוטים והיא*

אימא לביאה וחזקה" ; רננה: *"כאילו גם לחשוב על אנשים שכאילו יכולים לעזור לי. כאילו מלווים כאלה שתמיד. כאילו אם הייתי רוצה עכשיו לשמוע אותם, וכאילו הקול שלה... זה גם עזר כזה. לחשוב על אנשים שכאילו מעודדים אותך"* ; ליאורה (בדמות של בעלה): *"בעלה אומר לה: 'אני יודע שהבת תאהב את זה והיא תקבל את זה והיא תקבל את זה באהבה ושאת אימא מדהימה ומה שאת נותנת... בזכות זה היא גדלה ונראית ומתפקדת כפי שהיא ואם יהיה עוד אחד כזה בעולם אז הוא ירוויח',* וחברה שהיא 12 שנה חברה שלה אמרה בצחוק: *'איזו סתומה את, על מה את מדברת? כמה <u>את</u> מעניקה? כולם רואים כמה את נותנת לה (לבת) אני מכירה אותך מספיק זמן כדי לדעת כמה מקום יש לך לעוד מלא ילדים... אפילו לעשרה'".*

על מנת להדגים את השינוי שהתרחש במהלך הפעלת הליך 'מסע הגיבור', מוצג להלן תיעוד מחדר הטיפולים. תיעוד זה מוצג בחלקו בתמצות ובחלקו תוך הצגת חלקי תמלול מלאים ממהלך הפגישה.

אור, בת 25, דתיה ונשואה. פנתה לסיוע באמצעות המחקר כשלושה חודשים לאחר לידת בִּתה הראשונה, אותה ילדה בבית החולים 'מעייני הישועה' – בית חולים, שהסתבר לה בדיעבד כבעל מאפיינים דתיים קיצוניים (לדבריה), אליהם לא התחברה. לימודי הסיעוד של אור ליוו את ההיריון והלידה והיוו עבורה גורמי סטרס וחרדה משמעותיים בזמן ואחרי הלידה. הלידה של אור, שהחלה כלידה רגילה הפכה במפתיע וללא סיבה נראית לעין (לא היו ירידות דופק של העובר) ללידת קיסרי חירום, דבר שאור לא רצתה בשום אופן היות שהיא מתכננת מספר רב של ילדים (7) ולפי תפיסת עולמה לידה בקיסרי תשבש תוכנית זו.

הליך 'מסע הגיבור' נערך עם אור בפגישה השישית והאחרונה:

לפני הפעלת ההליך המטפלת (סיגל) מסבירה לאור על ההליך (Psychoeducation), על דרך הפעלתו, ועל כך שבהליך הנוכחי מתבצעת סימולציה אל עבר העתיד במטרה להתחבר לכוחות פנימיים וזאת על מנת שניתן יהיה להיעזר בהם במפגש עם אתגרי החיים.

אור בוחרת לעבוד על לידה עתידית, טבעית או בניתוח קיסרי *"בתקווה שלא יהיה קיסרי – אבל אם כן, אני אקבל את זה באהבה, אני מקווה..."*

סיגל: *"האם זה מקום שתרגישי... שאת מרגישה, שיפגיש אותך עם קושי? עם חוויה..."*

אור: *"בוודאי"*.

סיגל: *"אז מה שאני רוצה לבקש ממך, שאנחנו נתקלים במצבי קושי, אנחנו זקוקים לבני ברית שלנו... לאנשים שיכולים לחבר אותנו לכוחות שלנו, למשאבים שלנו, לחוזקות שלנו... אם הייתי מבקשת ממך לתת לי שני שמות של אנשים שבשעת קושי, כשצריך להתגבר על איזשהו מכשול, לעבור איזשהו קושי פנימי לעבר המטרה – יכולים לעזור... במי היית בוחרת?"*

אור בוחרת בשלוש דמויות: בעלה, שי, ושתי חברות, שני ואתי (שמות בדויים).

סיגל: *"אז אנחנו הולכות לעשות רגע את התהליך הזה בעמידה... אוקיי? בואי נעמוד... אני רוצה לבקש ממך למקם את שלושת האנשים האלה לידך. סביבך. איפה מתאים לך שכל אחד יעמוד ביחס אלייך?"*

אור: *"כולם כזה קרוב..."*

סיגל: *"תמקמי. מי בצד ימין, מי בצד שמאל? אולי מישהו מאחור? מלפנים? מהצד? איפה שאת... נגיד אם עכשיו היית צריכה לדמיין אותם, איפה הם היו נעמדים לידך?"*

אור מסמנת חצי מעגל ואומרת: *"ממש עוטפים אותי כזה..."*

סיגל: *"אני רוצה לבקש ממך עכשיו, לצאת רגע מהגוף שלך, ולהיכנס לנעליים של שי. ולהיות שי. כמו שהוא חושב, כמו שהוא מדבר, ואני הולכת לדבר איתך, כאילו את שי עכשיו. בסדר?"*

אור: *"אוקיי..."*

המטפלת פותחת בשיחה קצרה עם אור בדמותו של שי על מנת לבסס את דמותו – כמה שנים הם מכירים, גיל, עיסוק וכדומה.

סיגל: *"ספר לי קצת על אור... אתם נשואים כמעט שנתיים... איזה אישה היא?"*

אור: *"לא יודעת מה הוא חושב עליי..."*

סיגל: *"תנסי... תנחשי... איזו אישה היא?"*

אור: *"טובה... רק דברים טובים או אפשר לא?"*

סיגל: *"מה שהוא חושב... היא לא מושלמת, אף אחד לא מושלם... מה אתה יודע על הכוחות שלה? על המשאבים שלה? על החוזקות שלה?"*

אור: *"היא חזקה. היא יודעת מה היא רוצה מעצמה..."*

סיגל: *"למה אתה מתכוון כשאתה אומר חזקה?"*

אור: *"לא כאילו פיזית... גם... אבל כאילו... נפשית... היא לא אכלה שוקולד 11 שנים... אז יש לה כוחות..."*

סיגל: *"יש לה משמעת עצמית חזקה... שליטה עצמית חזקה. נכון? זה באמת שיא..."*

אור: *"שהיא יכולה לשבת פה... ללמוד, אני לא מבין איך היא יכולה כל כך הרבה לשבת ללמוד, מתרכזת, משקיעה... והיא גם מאוד מסורה... לבית, לילדה..."*

סיגל: *"אתה יודע, שי, שלאור נורא חשוב לידה רגילה ומשפחה גדולה, עם הרבה ילדים... מאוד חשוב לה... והיא מאוד חוששת שהדברים לא ילכו לפי התוכנית ושהיא תפגוש את עצמה באיזושהי סיטואציה של לידה, לא כמו שהיא רוצה... וזה מלחיץ אותה מאוד. זה מכניס אותה לאי־שקט ולהמון לחצים לא פשוטים. מה אתה יכול להגיד לה במצב הזה? שיחזק אותה, שייתן לה כוחות, שירגיע אותה... מתוך מה שאתה יודע עליה ועל היכולות שלה להתמודד עם כל סיטואציה..."*

אור: *"שהיא חזקה. שהיא תצליח... אני מאמין בה..."*

סיגל: *"תצליח מה?"*

אור: *"לחצות את הקושי... אם היא תקשיב לעצמה, אז יהיה לה טוב... היא מאוד בטוחה בעצמה, בדברים שהיא עושה. לא לעשות דברים מתוך..."*

סיגל: *"אז כשהיא מקשיבה לעצמה, כשהיא בטוחה בעצמה היא מצליחה. כן? אתה יודע את זה עליה? נהדר... אוקיי...יש עוד משהו שאתה רוצה להגיד לה? להזכיר לה? שהיא תזכור ברגע של קושי..."*

אור: *"שהקדוש ברוך הוא תמיד איתה".*

סיגל: *"הקדוש ברוך הוא תמיד איתה..."*

אור: *"בכל דבר שקורה – הוא איתה... שתרפה..."*

סיגל: *"שתרפה... כן. תודה. תודה שי. עכשיו אני רוצה לבקש ממך לצאת בחזרה מתוך הדמות של שי, להתנער... ועכשיו..."*

אור: *"לשני..."*

המטפלת עורכת סימולציה דומה עם שתי הדמויות הנוספות שאור בחרה. גם מתוך דמויות אלה אור מעלה אוסף תיאורים מעצימים והמלצות תומכות ומחזקות לגבי עצמה. למשל שני אומרת לה: *"שהיא הכול יכולה, ושהיא טובה, והשם איתה... והעיקר שיהיה טוב בלידה. גם עם אנשים שהיא אוהבת, ושהיא מרגישה איתם חופשי... זה גם חשוב... וידע, להגיע עם הרבה ידע ללידה ולהשתמש בו. בהחלט. זה משהו שכדאי להגיע איתו ללידה... אני הגעתי עם הרבה, הרבה ידע והכול..., ושהיא גם תירגע ותרפה... הידע יעזור לה להירגע".*

לאחר שאור הייתה כל אחת מהדמויות, המטפלת נעמדת לצידה ומכל דמות מקריאה לה את הדברים שהם אמרו לה ובכך מהדהדת סביבה את חוזקותיה ויכולותיה.

סיגל: *"איך זה מרגיש כשאת שומעת את הקולות שלהם מהדהדים מסביבך? עוטפים אותך ככה?"*

אור: *"זה כיף"*.

סיגל: *"אוקיי... אני רוצה שתעשי רגע צעד לעתיד. צעד אחד קדימה, למקום של הקושי, שאולי יקרה ואולי בעזרת השם לא יקרה (ניתוח קיסרי), למקום המפחיד הזה, תהיי שם לרגע, ותקשיבי למה שהם אומרים לך... זה יהיה מעניין לראות מה יתאפשר לך אחרת כשאת שומעת את הקולות שלהם בתוכך. אוקיי? צעד אחד קדימה לעתיד..."*

אור: *"להתקדם?"*

סיגל: *"כן... הגוף משתתף. אוקיי... תדמייני את עצמך בחדר לידה בפעם הבאה. אוקיי... עצמי עיניים... את שם ואת מתמודדת וזה מאתגר אבל את שומעת את שי אומר לך: 'את אישה טובה וחזקה. את יודעת מה את רוצה מעצמך. יש לך משמעת עצמית, את יכולה לשבת כל כך הרבה זמן וללמוד, שזה מדהים. את מסורה לבית, לילדה... את חזקה ואת תצליחי. אני מאמין בך. אם תקשיבי לעצמך, תהיי בטוחה בעצמך, יהיה לך טוב. והקדוש ברוך הוא תמיד איתך. וכל דבר שקורה, קורה לטובה... רק תרפי' ואת שומעת את שני אומרת לך: 'את חברה טובה שאוהבת לעזור ומקשיבה, ולב גדול. את תמיד רוצה את טובת כולם. תעמדי על שלך, תראי להם מה את יודעת, תיראי טוב, תנשמי, תירגעי, קטן עלייך. אין משהו שאת לא יכולה לעבור'. ואת גם שומעת את אתי אומרת לך: 'את אישה עם לב גדול. משקיענית. אוהבת לעזור, אוהבת לתת, מקשיבה... תירגעי. העיקר שתהיי בריאה. העיקר שהילד או הילדה יהיו בריאים... זה הכי חשוב. את הכול יכולה והשם איתך. והעיקר שיהיו סביבך אנשים שאת אוהבת, שאת מרגישה איתם חופשי. יש לך את הידע. את רוכשת אותו. תשתמשי בו ותרפי...' ושימי לב מה מתאפשר אחרת, כשאת לוקחת איתך את בני הברית..., בתוכך. הם ממש מופנמים בתוכך. מהדהדים לך את המשאבים שלך, את הכוחות שלך, את היכולות שלך... מה זה מאפשר אחרת?"*

אור: *"הסתכלות אחרת..."*

סיגל: *"באיזה אופן? בואי נשב..."*

אור: *"יותר רוגע..."*

סיגל: *"יופי. וכשיש יותר רוגע... מה מתאפשר? אחרת?"*

אור: *"שאני לא צריכה להיכנס לסטרס..."*

סיגל: *"נכון. וכשאנחנו מתנהלים ממקום יותר רגוע..."*

אור: *"אז יותר מושכל..."*

סיגל: *"יותר מושכל... מה עוד מתאפשר?"*

אור: *"יותר מצליחים"*.

סיגל: *"לגמרי. נכון. בדיוק ככה... יש לנו יכולת הרבה יותר טובה לנהל את הסיטואציה ואת עצמנו בתוכה... ולכוון יותר טוב לאן שאנחנו רוצים. אוקיי... יופי. נהדר. הקולות האלה הם שלך, זכית. גם במציאות, אבל זה גם מופנם בתוכך, והם תמיד לרשותך. גם אם הם נוכחים, וגם אם הם לא נוכחים... אוקיי? זו מתנה. שיש בני ברית וחברים טובים ותמיכה כזאת... יופי. נהדר"*.

סיגל: *"ומה עוד למדת מהתהליך?"*

אור: *"הגישה לחיים"*.

סיגל: *"תסבירי טיפה למה את מתכוונת..."*

אור: *"ש... לא יודעת... להסתכל אחרת על הסיטואציות... לא לראות תמיד שלילי..."*

סיגל: *"אוקיי, לעשות איזושהי תזוזה של המיקוד? של תשומת הלב? מהשלילי לחיובי... אוקיי... את יודעת להגיד איך נכנסת לטיפול ואיך את יוצאת?"*

אור: *"היו לי המון חששות... כלפי עצמי..."*

סיגל: *"למשל..."*

אור: *"בכל מיני... לא יודעת... אני ממש הייתי עם זה בכל דבר... גם בלידה..."*

סיגל: *"אז החוויה היא שנכנסת עם המון, המון חששות. זה משהו שהיה מאוד דומיננטי, בהרגשה, בתפקוד... אוקיי... איך את יוצאת?"*

אור: *"עם הרבה פחות חששות..."*

סיגל: *"באופן כללי? באופן ספציפי?"*

אור: *"גם. הכול..."*

סיגל: *"הכול. אוקיי... אם הייתי מבקש לדרג, לכמת את חוויית השינוי מהרגע שנכנסת לרגע שאת יוצאת מ-1 עד 10. 1 – בכלל אין שינוי ו-10 – שינוי גדול מאוד. איפה היית ממקמת? איך היית מכמתת את זה, את השינוי שאת חווה?"*

אור: *"8"*.

סיגל: *"וואו. יפה. אוקיי... מה למדת על עצמך בתהליך?"*

אור: *"שברגעים קשים ולא פשוטים, לאסוף את עצמי ולהיכנס ל... כוחות הפנימיים. אני יכולה גם בלי כאילו... התמיכה של הסביבה תמיד חשובה, אבל... אפשר גם לבד. תמיד, כל הזמן, הייתי מאוד תלויה, בחברה ו... משתפת... זה משהו מאוד... לדבר על זה, שזה היה מאוד, מאוד טוב לי. אבל שם למדתי להיות עם עצמי, לבד יותר..."*

הליך זה נערך בחלקו הראשון של המפגש האחרון. לאחריו ערכה המטפלת שיחת סיכום עם אור שכָּללה מבט על סך התהליך הטיפולי.

2.3.4. ממד תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול

ממד זה מאגד את כל התיאורים בהם המטופלות מתארות חוויית טיפול אמביוולנטית, מציינות את חסרונות הטיפול קצר־המועד, ואת חולשת הטיפול ב-NLP. שתי מטופלות מתארות מנקודת מבטן את חסרונותיו של הטיפול קצר־המועד: לימור: *"הרגשתי שזה לא הוחזק. וכאילו נגמר מהר מדי. זה היה לי ממש חבל"*. הבעל של דינה (שנכח בסוף הפגישה והריאיון המסכם עם החוקרת): *"הטיפול שהיא עברה בעצם במחקר, היה לתחום את הטראומה עצמה, את המקרה עצמו, אבל לא את הרגשות, שהובאו באמת ביחסים עם האנשים שסובבו אותה"*. מבחינת תפיסת והערכת איכות הטיפול, ישנן בסך הכול שבע עשרה התייחסויות כאשר עשר מהן מיוחסות לאותה הדוברת (לימור). להלן מספר דוגמאות: ליאורה: *"בהרגשה שלי ובהכרה שלי... לפחות... שבעים אחוז צריכות את המפגשים האלה, וגם צריכים הבעלים שעברו גם טראומה"*; לימור: *"אני מבינה יותר את... אני הרבה מאשימה את עצמי על מה שקרה, אבל היום פחות מאשימה עצמי. זה עדיין קשה לי לחשוב שאם אני אלד עוד פעם קיסרי, מה תהיה התגובה של אימא שלי כי זה לא מתקבל"*; רננה: *"אהממ... כאילו על המשפטי חיזוק, כל הזה... זה ממש, כאילו ממש, ממש עזר. אבל אני לא יודעת אם לבד, כאילו בן אדם לבד עם עצמו, צריך כאילו כוח רצון מטורף וכאילו... בלי ההדרכה אני לא רואה את זה עובד. כאילו לבד בבית יושבת ועושה את זה... אני לא רואה את זה... אולי בגלל זה אני לא עושה את זה..."*

אחת המטופלות, מורן, החליטה לסיים את הטיפול לאחר שלושה מפגשים משום שלדבריה "השיגה את המטרה" וכי אין צורך להמשיך בטיפול. למרות זאת, חוויית הטיפול עבורה – הייתה חלקית ולא מספקת. מורן היא אחת מארבע המטופלות שכל סדרת המפגשים עימן תומללה ונותחה.

מורן, בת 38, פנתה למחקר מיוזמתה שנה וחודשיים לאחר לידה ראשונה וזאת לאחר שראתה באתר 'מכבי שירותי בריאות' את הפרסום וההזמנה למחקר. נמצאת בזוגיות עם בת זוג הנמצאת בתהליכי הפריה. מורן הייתה מטופלת במשך 14 שנים אצל פסיכולוגית ובעקבות שינוי מקום מגורים המשיכה טיפול אצל פסיכולוגית נוספת. מורן ביקשה שלא להפסיק את הטיפול הפסיכולוגי עם הכניסה למחקר. משלושת השאלונים הראשונים שמילאה עולה PPPTSD מלא (44 במדד), תפקוד (16) ומדדים המצביעים על צמיחה פוסט־טראומטית (12). בנוסף, בעקבות הקשיים שחוותה בעקבות הלידה, ובזמן ההמתנה להתחלת הטיפול ב-NLP, פנתה לפסיכיאטר ובהמלצתו החלה נוטלת 'ויפאקס' כשישה שבועות לפני שהחלה את הטיפול ב-NLP. לדבריה, היא חשה בשינוי מאז שהחלה ליטול את הכדורים:

"יותר קל לי על הנשמה. יותר קל לי. נהיה לי יותר קל לנשום. אני ישנה יותר טוב. רגשות האשם הם בוליים יותר נמוך, החרדות הן בוליים יותר נמוך. אני יותר שלווה בזמן הפנוי שלי עם רועי (התינוק, שם בדוי). אני מניחה שביום־יום שלי קצת יותר קל לי... אני רואה שזה עוזר. את יודעת אני לא קמה בדילוגים בבוקר, אני לא אהיה כזאת. הכדורים לא ישנו את זה..."

כשנשאלה מורן על ידי המטפלת (סיגל): *"מה היית רוצה שיקרה בעקבות המפגשים שלנו?"*, השיבה:

"להשלים עם מה שעברתי. לקבל את זה שאני לא אשמה. שזה הסיפור של הלידה שלי ושזה בסדר. ושזה לא יכול להיות אחרת... שהסיפור של הלידה שלי כבר לא יכאיב לי, שאני אקבל את זה שעברתי את זה, שאני לא ארגיש שאני אשמה בזה שעברתי את זה ככה, שאני לא אשמה בדברים שהחסרתי לרועי, כמו הנקה. להשלים עם זה שפספסתי משהו. שלא הייתה לי לידה רגילה. שלא היו נחמדים אליי. שלא קיבלתי... לא יכולתי להיות עם הילד כמו שרציתי... שאני בסדר. שכאילו... שהכאבים האלה כבר לא יכאיבו לי מבפנים".

סיגל: *"ואיך תדעי שהשגת את המטרה?"*

מורן: *"שאני לא אתקפל בתוך עצמי כשאני חושבת על זה. זאת התחושה. שכאילו... צריך לגרש את התחושות האלה. צריך לגרש את ה... כאב הזה מבפנים שאת חווה בתוך חדר הניתוח. או את השקט הזה, או הצירים האלה... לגרש את ההתכווצות הפנימית הזאת. שהיא כבר לא כואבת לי רגשית, אני כבר לא מרגישה את זה פיזית אבל זה יושב שם. כאילו... אני בוכה עדיין כשאני מדברת על זה. אם לא הייתי בוכה כנראה שהיינו אומרות 'אוקיי... סיפור כזה... סיפור'. אבל זו לא פעם ראשונה שאחרי... גם עם אסנת (מתאמת המחקר), כשדברתי איתה בטלפון התחלתי לבכות ועכשיו אני בוכה על זה. אם אני בוכה על זה עדיין כנראה הכאב עדיין שם. לא הוצאתי אותו".*

מורן נכחה בעוד שני מפגשים טיפוליים. בשני המפגשים החליטה המטפלת לעבוד על תמונות/מראות מהלידה שיצרו תגובות רגשיות קשות. עלו שתי תמונות בעלות תוכן שנחווה אצל מורן כקשה. התמונה הראשונה שבחרה מורן להעלות יצרה לדבריה חוויית השפלה שמלווה אותה בכל פעם שהמראה עולה. כשנתבקשה לכמת את עוצמת התגובה הקשה ענתה שזה מפעיל אותה בעוצמה של 9 מתוך סולם קושי הנע בין 0 (לא מפעיל כלל) ל-10 (תגובה קשה ביותר). מורן תיארה כך את התמונה: *"מעבירים אותי לחדר הניתוח וחמישה גברים מורידים לי את הכותונת ואני ערומה בחדר מלא גברים".*

לאחר הפעלת ההליך, נתבקשה מורן להעלות באופן יזום את התמונה ולבדוק האם התמונה עדיין מפעילה תגובה רגשית לא נעימה. מורן ענתה שעכשיו התמונה מפעילה אותה ברמה 5. המטפלת הפעילה שוב את הרצף בהתאם להנחיות הטכניקה ועם הסיום נשאלה מורן שוב עד כמה המראה מפעיל אותה. תשובתה הייתה שעכשיו היא לא מרגישה רגשות לא נעימים כשהיא מעלה בעיני רוחה את התמונה וכי

היא אינה מופעלת כלל, ומילולית אמרה: *"הם עושים את העבודה שלהם ואני לא סופרת אותם – שיקפצו לי"*. בכך הסתיימה הפגישה. בין הפגישות כתבה מורן ביישומון 'ווטסאפ' למטפלת: *"סיגל בוקר טוב, סליחה שלא נוכל להיפגש בשבוע הבא... (חנוכה ואירועים...)... אעשה לך 'ספוילר', עבד יפה הטיפול של שישי... ואני אמנם לא מגיעה – אבל מתרגלת"*.

הפגישה הבאה התקיימה שבועיים לאחר פגישה. עם תחילת המפגש, ביקשה המטפלת ממורן לשתף אותה: סיגל: *"טוב, ספרי לי קצת... אמנם עבר זמן, אבל איך יצאת מהפגישה הקודמת? איך או מה היה אחרת בשבועיים האחרונים?"*

מורן: *"היה בסדר... היום נגיד בבוקר ניסיתי כזה... כשיצאתי מפה וכשזה היה עוד טרי אז כל פעם שחשבתי על התמונה הלא... כאילו... בחדר ניתוח, אז ישר אוטומטית עולה הסוויפט הזה..."*

סיגל: *"סוויש..."*

מורן: *"הוא ישר עולה. וככה גם זה היה כמה ימים אחרי זה"*.

סיגל: *"חשבת על זה מבחירה או שזה פשוט הגיע?"*

מורן: *"לא, מבחירה. וגם את יודעת... הטיפול מהדהד אז את גם לא מבחירה חושבת על זה אבל אם... איך אומרים? אם ביקשתי לי את זה... ברחה לי המילה... אבל כאילו קראתי לזה לבוא כזה, אז... וגם זה הדהד כי זה היה טרי... אז ישר עולה התמונה הטובה. ואז כאילו... בשנייה זה מוציא את זה... אני ישר חושבת על רועי ועליי... כאילו מה ש... ואז אחרי זה כבר כאילו את יודעת. לאט לאט השבוע עבר וכאילו לא ממש... את יודעת, חוזרים לשגרה, לאט לאט שוכחים וכאילו לא חשבתי על זה כל השבוע האחרון למשל... ואז היום כשהתקלחתי ואמרתי מה נעשה היום וזה... אז התקלחתי וניסיתי להיזכר ואמרתי טוב אני אעשה שיעורי בית, שאני אבוא כזה מוכנה... אז זה כן כזה עולה אבל ישר ככה בצורה לא רעה או שעושה לי לא טוב... ואז כאילו נכנסת התמונה וזה... אבל כשאני כן מדמיינת את התמונה הזאת ולא עולה נגיד התמונה של ניר וזה... אבל זה כבר לא מרגיש לי כמשהו מכווץ. פשוט להסתכל על זה ולא להתכווץ. או לא... כאילו את יודעת... לא כאילו אני מסתכלת מהצד ולא חלק מזה, אלא פשוט כאילו זה משהו שקרה. ולא מתחושה לא טובה... כאילו זה לא עשה לי..."*

סיגל: *"מהמם"*.

מורן: *"את יודעת... לא אותה תמונה אבל זה בסדר כי כאילו זה לא עשה לי רע. זה פשוט היה משהו סתמי"*.

סיגל: *"מהמם. אז קודם כל זה מעולה. כי זה בדיוק מה שאנחנו רוצים. השימוש בתמונה הוא אמצעי להגיע בדיוק למקום הזה"*.

מורן: *"לראות את זה, לא בהכרח את אותה התמונה, אבל לא להרגיש מזה רע"*.

בהמשך הפגישה ביקשה המטפלת ממורן להעלות את התמונה השנייה עליה דיברה בפגישה הקודמת. תמונה זו עולה מהרגע שלאחר שרועי יצא. *"אני זוכרת שאני שוכבת, אני חושבת שהיד שלי הייתה ככה (מדגימה) יש להם איזשהו משהו כזה שמחזיק את היד כי פה כנראה חיברו את המורפיום ואת ה... את המורפיום לדעתי. והמרדים מאחוריי. אני לא כזה ערה לאלה שמקדימה, למנתח ול... ואני פשוט בוהה כזה ומחכה... ומסתכלת על המרדים ואומרת לו: 'הכול בסדר? אני לא שומעת רעש או...' נראה לי שאמרתי לו את זה... ואני ככה שוכבת ומחכה ולא אומרת כלום. מחכה ומחכה"*.

סיגל: *"אוקיי... ועכשיו כשאת נזכרת בזה כמה פחד? מ-1 עד 10, כמה את מרגישה את הפחד?"*

מורן: *"3"*.

סיגל: *"3... לא חזק... כרגע כבר לא... כי בפגישה קודמת זה היה מאוד עוצמתי, מעניין... זה ירד..."*

מורן: *"תשמעי, כשעובר הזמן והחיים שלך מלאים וזה... ואת ויודעת מה הולך להגיע אז אני לא רוצה... כאילו אין מה לזייף את התחושה... כאילו כרגע אני לא מבועתת כי אני יודעת כבר מה יבוא אחר כך. אני יודעת שבנקודה ההיא היה מאוד מאוד קשה אבל..."*

סיגל: *"אני יודעת שהכול בסדר, כי יש לי את רועי".*

מורן: *"כן... כאילו בסוף זה קרה. את יודעת, כשאומרים את המשפט הזה יש דממה רועמת... או לא יודעת איך מנסחים את זה, אבל זו הסיטואציה שחוויתי אל מול המשפט הזה".*

סיגל: *"וכשאת חוזרת לרגע הזה, זה כבר לא מפעיל אותך רגשית?"*

מורן: *"לא כמו התמונה שהייתה לפני שבועיים, בטיפול הקודם, לא".*

מורן מבקשת לעבוד על מראה אחר, תמונה אחרת מהלידה.

היא בוחרת תמונה מהרגע בו הכאבים היו כה גדולים עד שקיבלה החלטה (עליה תתחרט בהמשך) שהיא לא עומדת להניק את התינוק שייוולד. בתמונה, *"הפרצוף שלי סובל... אני נשענת על המיטה... חן (בת זוגה, שם בדוי) מאחורה מעסה לי את הגב התחתון. הפרצוף שלי סובל".*

סיגל: *"אוקיי. אז כשאת מעלה רגע כזה... של ציר נורא כואב והתחושה הזאת שאי אפשר להפסיק אותו. שאת רוצה שזה ייגמר... כמה זה מפעיל אותך כשאת נזכרת בזה עכשיו, מ-1 עד 10?"*

מורן: *"נראה לי 6, 7..."*

המטפלת מפעילה את הליך ה'ויז'ואל סוויש'. בסיום הבדיקה עונה מורן כי עכשיו, כשהיא מעלה את התמונה, היא מופעלת ברמה 2. לקראת המפגש הרביעי יצרה מורן קשר עם המטפלת ואמרה שהיא לא מרגישה צורך להמשיך להגיע למפגשים. מורן אמרה למטפלת שני דברים מהותיים. מחד, אמרה שהיא מרגישה שהשיגה את מטרתה; שאין לה בעיה לדבר על הלידה והיא לא מרגישה שזה ממשיך להפעיל אותה. מאידך אמרה שהיא לא מתחברת לשיטה. המטפלת חשה מאוד מופתעת מההחלטה של מורן. לדבריה, היא לא צפתה את ההחלטה. החוויה הטיפולית שלה הייתה שהתבסס אמון, שהמפגשים נערכים בפתיחות ושאכן יש התקדמות ניכרת בין מפגש למפגש גם מבחינת סימפטום החודרנות וגם בהתייחס לשינוי התפיסה שהולך ומתבסס אצל מורן בנוגע לתפיסה העצמית וגם לתפיסה של אירוע הלידה. יחד עם זאת, היא חשבה שיש עוד דרך לעבור על מנת שמורן תשיג את מטרתה. למרות דברי המטפלת, מורן עמדה על דעתה בנוגע לסיום המפגשים והסבירה שהזמן יקר לה (הזמן המוקדש לפגישות), שהיא השיגה את המטרה, שאירוע הלידה לא מפעיל אותה ושהיא השלימה עם כך שזו הייתה הלידה שעברה, ושוב, שהיא לא ממש 'מתחברת' לשיטה. שבועיים לאחר תום המפגשים נקבעה פגישה עם החוקרת לריאיון המסכם. מורן קבעה ברצון את הפגישה וזו נערכה בבית קפה בסמוך למקום עבודתה. כבר בתחילת המפגש, עוד טרם ביקשתי ממורן לספר על הלידה, מורן בחרה או הרגישה צורך להסביר מדוע החליטה להפסיק עם הפגישות הטיפוליות. היא החלה באומרה שהתמונות השפיעו עליה בהתחלה ברמה של 8 וכבר אחרי המפגש השני התגובה ירדה ל-2.

מורן: *"...כבר התחלתי קצת כאילו... נראה לי בגלל גם שקיבלתי את הכלים במפגש ה... פרקטיקה הראשונית אז כבר כאילו היה לי... לקחתי כבר את הכלים ובתרגול הזה זה עזר לי אבל שם כבר התחלתי להרגיש שכאילו... אוקיי... כאילו... יותר קל לי כזה לעבד את זה עם עצמי ובתוך הטיפול ו... יצאתי בתחושה הזאת שכאילו כבר התחיל להתמסמס קצת... התחילה להיכנס קצת התחושה של המיצוי. ואז כבר התחילו... אז כבר אמרתי לעצמי, אוקיי, כאילו, גם בלי קשר לטיפול, גם עם עצמי וגם בשלבים האלה כבר חן התחילה את ההזרעות (בת זוגה החלה טיפולי הפריה)... וגם עם הדיבור עם עצמי כזה של... כל מיני דברים שעברתי עם עצמי בשבועיים האלה, ומחשבות על עוד ילד, ומחשבה על הלידה, ומחשבה על... כאילו אמרתי לעצמי 'אני לא רוצה יותר... כאילו אין לי מה לשחזר את... אין לי צורך בזה. לא מרגיש לי שחשוב לי כרגע או שיש לי צורך עוד פעם...' כי כאילו היא אמרה לי שבמפגש השלישי אנחנו נעבור על כל הליך הלידה".*

יפעת: *"כן..."*

מורן: *"ואמרתי... אני כאילו לא שם... זה לא שלא בא לי ממקום מתריס, ממקום, כמו שילד רוקע ואומר 'לא בא לי עכשיו', לא. זה היה ממקום כזה של... הכול כאילו... אין לי צורך".*

יפעת: *"משהו השתנה? מה שהביא אותך בעצם להגיד אני רוצה לקבל טיפול, הצורך הזה התפוגג... כי מה? כי..."*

מורן: *"כי... אני מחפשת את המילים הנכונות להגדיר את התחושה שלי... אני לא יכולה להגיד לך "יפעת הכול בסדר"".*

יפעת: *"מישהו יכול להגיד הכול בסדר?"*

מורן: *"כן... אני לא אגיד את זה (מצחקקת). סיימתי... לא סיימתי אבל אין לי צורך ברמה הטיפולית, לעבור על הלידה. אני רוצה מחר לעבור על הלידה אם הייתי יכולה. Its good enough. ותוסיפי לזה שאני מקבלת כבר, בפברואר זה יהיה לדעתי 15 שנה בטיפול פסיכולוגי. 14 עם מטפלת, אותה אחת, וכשחזרתי מהלידה מטפלת אחרת כי המטפלת הייתה רחוקה לי. ומהרגע שילדתי ישבתי ודיברתי על הלידה. כל החופשת לידה הייתי מטופלת, פעמיים בשבוע או פעם בשבוע, ולא הייתי על כדורים אז. כאילו אני לא בן אדם לא מודע. אני לא בן אדם לא מטופל. אני בן אדם שה-Well being מאוד חשוב לי וההחלטה של לקחת כדורים באה ממקום של 'אני לא יכולה'. חפרתי, דשתי... ה-NLP הוא לא לאנשים ציניים, ואני בחורה צינית ושמתי את הציניות בצד. וזה לא שהציניות חזרה לי תוך כדי הטיפול אבל את צריכה להיות במקום שמתחבר לשיטה הזאת ברמה היותר רוחנית, היותר... איך קוראים לשיטה הזאת הפסיכולוגית של ה... לא הקלינית אלא הקוגניטיבית. יש שם משהו יותר קוגניטיבי-התנהגותי. ואני בן אדם ששנים הולך למקום של שיחות... וזה עזר אבל לא היה לי כבר מקום... אני אומרת לך בשיא הכנות, הכול אני פורשת לך על השולחן, השיטה הזאת כנראה היא לא יד ביד עם מורן. כאילו מורן חולה על זה אבל מורן כבר לא... תוסיפי לזה את הזמן שיקר לי, את ימי שישי... את זה שימי שישי אני צוחקת על זה עם אנשים בעבודה..."*

הריאיון עם מורן נערך באווירה נעימה ופתוחה, בדומה לאופן בו חוותה אותה המטפלת. מורן היא המטופלת היחידה שהחליטה לסיים את הטיפול לאחר שלושה מפגשים ולכן היה זה חשוב להבין את הסיבות לכך. מורן המשיכה ללכת לטיפול פסיכולוגי במקביל לטיפול ב-NLP (מורן היא המטופלת היחידה שקיבלה טיפול נוסף במקביל לטיפול NLP) כשיש לה ניסיון וחוויה חיובית מטיפול פסיכולוגי דינמי. יתרה מזאת, כשמורן החלה את הטיפול היא הייתה כבר תחת ההשפעה של הכדורים הפסיכיאטריים. בנוסף, מורן חוותה בשניים מתוך שלושת המפגשים את אותה הטכניקה וייתכן שחשבה שכך יתנהלו המפגשים הטיפוליים הנוספים, וכאשר התמונות כבר לא גרמו לה להרגיש רע, היא באמת לא חשה בדחיפות או בצורך להמשיך להשקיע זמן בטיפול במיוחד כשכבר חזרה לעבודה וימי שישי נתפסו בעיניה כ"זמן יקר". בסיכום הריאיון עם מורן שאלתי אותה: *"האם היית ממליצה על טיפול NLP לנשים שחוו ועברו את מה שעברת?"* מורן: *"כן בטח, אני ממש חושבת שזה חשוב ויכול לתרום, גם אם אני לא בהכרח התחברתי לשיטה. ואני רוצה להגיד כל הכבוד ל'מכבי' שהם חוקרים את הכלי והם עושים משהו כל כך חשוב בשביל נשים שחוו כזאת לידה".*

התיאור הנרחב המובא כאן, מצביע על שיפור ניכר בתסמינים הפוסט־טראומטיים, גם בשאלוני המדידה וגם במילים, וייתכן כי אכן, כפילות הטיפולים (הליווי הפסיכולוגי וטיפול NLP) מתייתרת. בשאלונים שמילאה מורן עם תום השתתפותה, בשאלון PTSD התקבל ציון 5 (אל מול 44 במדידה

ראשונה), בשאלון תפקוד התקבל ציון 19 (אל מול 17 במדידה ראשונה), ובשאלון צמיחה פוסט־טראומטית התקבל ציון 45 (אל מול 42 במדידה ראשונה).

הערכה נוספת של איכות ואפקטיביות פרוטוקול ה-NLP מצוינת בהרחבה בניתוח הראיונות שנערכו עם מטפלת ה-NLP בתת־הפרק 2.5.3.

2.4. תמה רביעית: תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD

מניתוח התכנים עולה תמה רביעית המתייחסת לתוצאות הטיפול ולתרומת הטיפול בהתמודדות עם PPPTSD. מידע זה נותח על בסיס הריאיון המסכם שערכה החוקרת עם המטופלות, הריאיון עם מטפלת ה-NLP, ויומני הטיפול. תמה זו העלתה שישה ממדים – שני הממדים הראשונים: 'תסמינים פוסט־טראומטיים' ו'תפקוד במעגלי החיים' מביעים התייחסות ישירה לאספקטים הפוסט־טראומטיים. הממד השלישי, 'צמיחה פוסט־טראומטית', לא הועלה או הוזכר על ידי המטופלות בשיחות איתן לפני ובתחילת הטיפול. לעומת זאת, נושא זה דווקא נוכח בסוף סדרת הטיפולים ולאחריה בריאיון המסכם. שלושת הממדים האחרונים: 'השגת מטרות אישיות בטיפול והערכה חיובית מחודשת', 'גישה כללית ללידה' ו'תוצאות חלקיות' מתוארים ומפורטים בהמשך הטבלה הבאה בנפרד. זאת משום שממצאיהם מוצגים בדרך השוואתית, בשונה מניתוח התוכן שנערך עד כה, במטרה להביא למיצוי בהבנת תרומת הטיפול. בנוסף, בשל חשיבות המידע, קיימת התייחסות נפרדת לתיאורים העולים מצד המטופלות בתחומים בהם לא הורגש שינוי או שיפור וממד זה קרוי, כאמור, 'תוצאות חלקיות'.

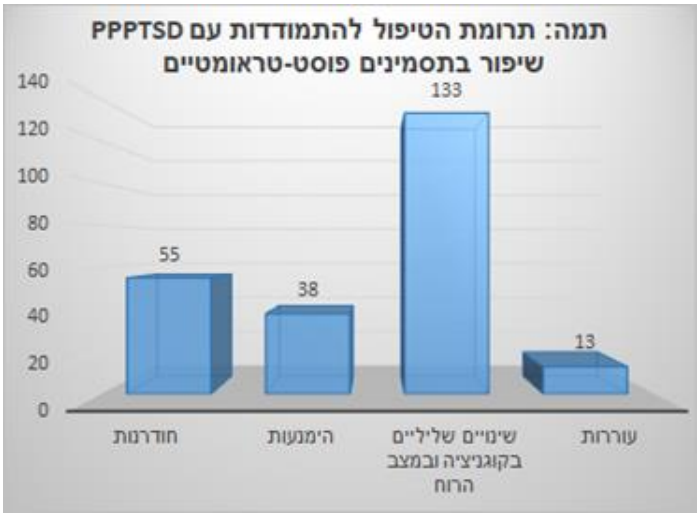
טבלה 7. תמה: תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD

תמה: תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD N=463					
ממדים	**חלקם היחסי בתמה**	**היבטים**	**נושאים (שכיחות הופעת כל נושא בהיבט)**	**מספר נושאים בכל היבט**	**סה"כ היגדים לממד**
תסמינים פוסט־טראומטיים	**51%**	**חודרנות**	שיפור בתגובה לפלשבקים/לתמונות וקולות (47), שיפור בתגובות גופניות – נשימה/בכי (8)	1	239
		חלק יחסי בממד: 20%			
		הימנעות	שינוי לטובה (38)	1	
		חלק יחסי בממד: 15%			
		שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח	תפיסות עולם מעצימות (40), שינוי אמונות לגבי עצמי (51), אופטימיות (32), ביטחון עצמי (10)	3	
		חלק יחסי בממד: 56%			
		עוררות	שיפור בבהלה ובדריכות/שינה (13)	1	
		חלק יחסי בממד: 6%			
	15%	**קריירה**	עבודה (5), לימודים (1)	2	68

תפקוד במעגלי החיים		**הורות/אימהות**	קשר עם התינוק (9), תפקוד כאם (8), הרחבת המשפחה (14), היריון לאחר טיפול (5)	4	
		בריאות	פגיעה בגוף (1), הימנעויות תפקודיות (1)	2	
		זוגיות	יחסים עם בן/בת הזוג (8), אינטימיות (11)	2	
		חברה	קשר עם חברים (5), בילויים (0)	2	
		קהילה		0	
צמיחה פוסט־טראומטית	34%	**הערכה עצמית**	סומכת על עצמי יותר (9), גילוי חוזקות יותר מקודם (26), תחושת מסוגלות (24)	3	156
		היכולת לסמוך ולקבל סיוע	ידיעה שאפשר לסמוך על אנשים בעת צרה (5), גיבוש גורמי תמך לעתיד (3), פתיחות לסיוע חיצוני (5), קבלת העובדה שזקוקה לאחרים (3), תחושה של קרבה לאחרים (2), לגלות עד כמה אנשים הם נהדרים (1), יכולת להביע רגשות (3)	7	
		התגברות על קשיים	ידיעה שאפשר להתגבר על קשיים (7), יותר נכונות להתגבר על קשיים (11)	2	
		מהטראומה להזדמנות	ישנן הזדמנויות חדשות שלא היו קיימות בנסיבות אחרות (8), פיתוח דרך חדשה בחיים (7), מסוגלות להפוך את החיים לטובים יותר (6), השתנות של עדיפויות בחיים (2), תחושה של יותר חמלה כלפי אחרים (2)	5	
		שינוי פרספקטיבה	הבנה טובה יותר של עניינים רוחניים (10), מסוגלת לקבל את הדברים כמו שהם (19), מעריכה כל יום בחיים (1)	3	
השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת	ראה פירוט בתת־הפרק 2.4.4 בו המטרות מוצגות באופן השוואתי: מטרות מוצהרות בתחילת הטיפול מול דיווחי הנשים על השגת המטרות בסוף הטיפול.				
גישה כללית ללידה	ראה פירוט בתת־הפרק 2.4.5				
תוצאות חלקיות	ראה פירוט בתת־הפרק 2.4.6				

<u>פירוט ממדי התמה הרביעית</u>: **'תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD'**

2.4.1. ממד שיפור בתסמינים פוסט־טראומטיים



גלית (ציטוט של המטפלת): "היא יכלה לדווח על שינוי משמעותי בהרגשה, תפיסה מאוזנת וחיובית. יכולת להתמקד במה שחשוב, לא מאפשרת לפחדים לנהל אותה".

הניתוח הנוכחי מתייחס למידע התיאורי ביחס לתסמינים הפוסט־טראומטיים, לאחר הטיפול, כפי שהושמע עם סיום סדרת הטיפולים בפני מטפלת ה-NLP ובריאיון המסכם עם החוקרת. המטופלות מתארות את השינויים המתייחסים ישירות לסימפטומים שהגדירו בעבר את ה-PPPTSD, מבלי שהשתמשו במונחים המקצועיים.

סימפטום **החודרנות** שבא לביטוי כפלשבקים חושיים (ויזואליים/אודיטוריים/קינסתטיים) עבר שינוי המתבטא בהפחתת תדירות, לעיתים עד כדי היעלמות מוחלטת, או הפחתת העוצמה הרגשית שנלוותה לגירויים החושיים. למשל, רונית: *"הצלחתי פשוט לראות את זה אחרת. ממש ככה... היא עשתה לי את הסוויש של התנועות, ובאמת הצלחתי פחות לראות את זה קורה... את הקשירות... והצרחות שלו זה גם היה צרחות שהן היו 'און אנד אוף'... כאילו הצלחתי פחות שזה יבוא לי כמו פלשבקים כאלה"*; ליאורה: *"...וכשאני חושבת עכשיו על התמונות ההן... ממם... זהו אני לא מופעלת, אני רק רואה אותן... אם נגיד אשב ומישהו יתעניין אני כן יכולה לספר"*; רננה: *"גם התדירות וגם כאילו בסדר אז יש פלשבקים... כאילו זה בסדר לא מפעיל אותי, לא גורם לי לעצור הכול עכשיו"*; שרון: *"ממם... מבחינת הפיזיות, הפיזיולוגיה, ההרגשה הרבה יותר צ'יל כזה... פחות המצבים האלה המתסכלים ומצבים כאלה נשימתיים או משהו ממש מורגש... זה איפשהו ירד בפני עצמו"*; מורן: *"נזכרת בשקט שאחרי הלידה... שקט רועם. והפחד שקרה משהו. פחד שאני לא שומעת כלום, למה אני לא שומעת, למה אני לא רואה אותו, מתי כבר אראה אותו?... כול פעם שנזכרתי בזה הרגשתי נורא. והיום? אני נזכרת בזה – אבל זה לא מפעיל אותי. ירד ל-3 עם סיגל, ונשאר"*; דורית (ציטוט של המטפלת): *"הייתה לה אמונה שלילית מפעילה: 'אני לא אצליח לעבור את זה שוב', לאחר הסוויש האודיטורי היא אמרה שהשיחה נרמלה את נושא הניתוח הקיסרי, ופתאום היא יכלה להגיד שגם אחותה עברה שני ניתוחים קיסריים"*.

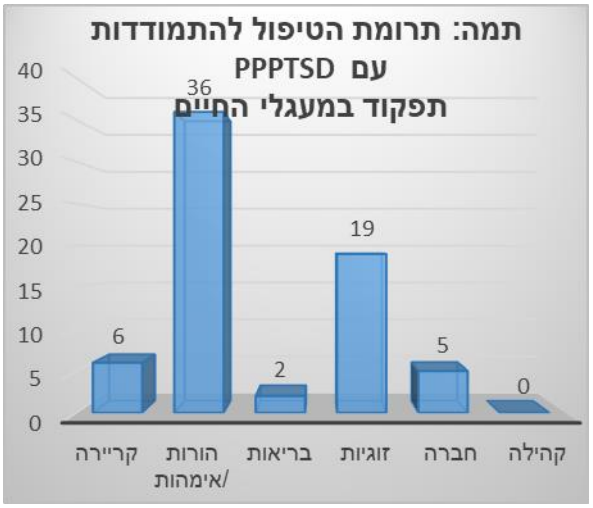
סימפטום **ההימנעות** עבר גם הוא שינוי/שיפור לטובה הבא לידי ביטוי בהפחתת הימנעויות מסוגים שונים. לדוגמא, שרון: *"פתאום לא יודעת, אבל בא לי להסתכל בתמונות באלבום כשהוא היה קטן"* (נמנעה מלפתוח את האלבום ולראות תמונות); גלית (ציטוט של המטפלת): *"היא מתארת שהיא נכנסה לשטיפת מכוניות וישבה ברכב בזמן השטיפה וגם אחר כך נסעה בגשם"* (לא נהגה ברכב, ולמפגשי הטיפול הראשונים בעלה הסיע אותה); דינה: *"מתקלחת בלי הסתייגות ומצליחה לטפל בצלקת"* (נמנעה מלהסתכל ומלטפל בצלקת שהייתה לה לאחר הלידה – בעלה טיפל בצלקת והחליף תחבושות); דורית: *"כל פעם שהוא (הבעל) ניסה לדבר על הלידה סגרתי את זה, עכשיו זה לגמרי בסדר"* (נמנעה מלדבר על הלידה גם עם הבעל שהיה ועודנו מוכן לדבר איתה על הלידה ככל שתרצה); רונית: *"שמחה גם שבאמת... שמחה, כן. אני מסתכלת על אנשים ברחוב עם תינוק עם פיצקלה ביד ואני מקנאה, לא יודעת למה, אבל אני מקנאה, אני רוצה עוד ילד!"* (נמנעה מלחשוב על עוד לידה, יתר על כן לרצות ילד נוסף); ליאורה (ציטוט של המטפלת): *"הלכה לייעוץ לגבי הכנסת התקן תוך־רחמי מתוך מחשבה לחזור ליחסים אינטימיים עם בעלה"* (נמנעה מיחסים אינטימיים עם בעלה לאורך תקופה ארוכה).

הסימפטום שנמצא, באופן בולט, כבעל השכיחות הגבוהה ביותר בתיאורי הנשים, קשור **בשינויים שחלו בקוגניציה ובמצב הרוח**. כמו כן, לאחר הטיפול המטופלות תיארו שינוי חיובי בנוגע לאמונותיהן בקשר לעצמן ולקשר לעולם. שרון: *"זה המקומות שאני בדרך כלל לוקחת אותם, שזה לא להתעלם, להיות שם, ואם כבר להיות שם אז כבר ממש לדבר על זה, ולתת את זה גם למי ש... מי שעוד לא חצתה את הגשר"*; רונית: *"הצלחתי להשתכנע שאני לא יכולה לדעת. הצלחתי להשתכנע. כאילו, פשוט זה חזק, זה הכי חזק מבחינתי התפיסה שלי שאני לא יכולה לדעת. אני לא יכולה לדעת אם... כל דבר, אם הייתי ואם הייתי... אם הייתי מגלה את הקרעים קודם, נכון? אז זה לא היה קיסרי כזה דחוף, אם ואם, נכון? אבל אני לא יודעת, זה מה שקרה. זאת אומרת, זה מה שזה, זה מה שקרה"* (תפיסה חדשה שהקלה על רגשות האשמה הקשים שלה כלפי עצמה). גלית: *"אני יודעת שהיום אני עם תפיסה מאוזנת וחיובית ויכולת להתמקד במה שחשוב"*; ליאורה: *"כל מה שאני עושה זה מה שמלמד את הבת שלי, זה לא מה אני אומרת, זה המעשים שלי במציאות"*. **שינוי באמונות לגבי העצמי**: ליאורה (ציטוט מפי המטפלת): *"היא סיפרה שמאז הפגישה הקודמת היא מסתובבת עם המנטרה 'ליאורה הנהדרת'"*; דינה: *"כמו שאומרים שיוצאים מבית חולים עם תינוקת חדשה וידיים מלאות, הרגשתי שהחיים חזרו לי. שאני יכולה עכשיו לחיות את החיים שלי"*; שרון: *"אני זוכרת, אני ראיתי רק את הקושי. פתאום אני רואה הרבה הרבה דברים אחרים. זה לגמרי הסתכלות אחרת וגם עם עצמי... אני חושבת שכל העבודה הזו הכינה אותי"*; שרון (על עצמה בגוף שלישי): *"היא יודעת שזה מאחוריה והיא גם יודעת שהיא הצליחה להתמודד"*; מור (ציטוט של המטפלת): *"הצליחה לסלוח לעצמה... הטיפול אִפשר הנמכה משמעותית של וליום האשמה, של ההלקאה העצמית"*. **אופטימיות**: דורית: *"לשאלה מה הביא אותה לראות את הסוף הטוב ענתה: 'האופטימיות, הכוח להאמין בעצמי, החוזק. גם כשקשה אני מתפקדת. השכל והמחשבה מסייעים לי בכל תחומי החיים'"*; רננה: *"זה (הטיפול) נתן לי יותר זמן לחזור לעצמי ולהבין כאילו... כאילו פשוט להיות עצמי כזה. סתם לחזור, ללמוד, לחזור לעבוד, להתנהל כרגיל... ויש חיים"*; שרון (ציטוט של המטפלת): *"היא יכלה לראות את עצמה או לדמיין את עצמה נוסעת לחופש. יוצאת מהבית, יוצאת מהשגרה, מאפשרת לעצמה לנוח. זה ככה עלה ספונטני"*; דורית (ציטוט של המטפלת): *"וכשהיא ראתה שבעצם הסוף טוב – היא דיברה על אופטימיות, על הכוח להאמין בעצמי"*; דורית: *"אני מרגישה שעכשיו יש לי הרבה יותר כלים, ואני יצאתי משם מבחינתי אדם חדש"*. **עלייה בביטחון העצמי**: מור: *"חזרתי לעצמי, לביטחון שלי, חמלה לעצמי..."*; מורן (ציטוט של המטפלת): *"היא הזדקפה יותר, זה התבטא ממש בשפת הגוף שלה..."*

לבסוף, תיאורי המטופלות בנוגע לרכיב **העוררות** שנמצא כבעל השכיחות הנמוכה ביותר, מובאים כאן על מנת לתאר את ה**שיפור בדריכות ובבהלה** שהוא אחד המאפיינים ברכיב העוררות; גלית: *"הרגשתי יותר בטוחה... שאני נהנית מאימהות... אז זה שינוי באימהות שלי, במקום לדאוג אני*

פשוט באימהות" ; רונית: *"...בהתחלה הייתי קצת חרדה אליו, את יודעת כשהוא בגן... ואמרתי הו הנה, זה הסתדר"* ; שרון: *"אני פחות דרוכה... ופחות... לא זוכרת מתי נבהלתי לאחרונה, ואני גם לא זוכרת מתי הייתה לי מחשבה כזו לאחרונה. זאת אומרת זה ממש התפוגג"* ; שרון: *"היום ממש אחרי הטיפול עם סיגל אני לא קופצת, אין לי את זה. זאת אומרת ממש פחות מחשבות קטסטרופליות..."*

2.4.2. ממד שיפור תפקוד במעגלי החיים



דורית (במקור תפסה את הניתוח הקיסרי ככשלון): "העבודה עם סיגל עזרה לי ודווקא חזרה המחשבה שאם באמת ארצה לעשות עוד ילדים באמת זה צריך להיות קיסרי, ואם חשבתי שלא אלד יותר, אז היום, אחרי שנה ומשהו, אני ויורם (בדוי) כבר החלטנו שאנחנו רוצים עוד היריון, ושכן זה צריך להיות קיסרי כי זה באמת הדבר הנכון לעשות. אני חושבת על הלידות הבאות ואני בסדר עם המחשבה, שהלידות הבאות יהיו עם ניתוח קיסרי".

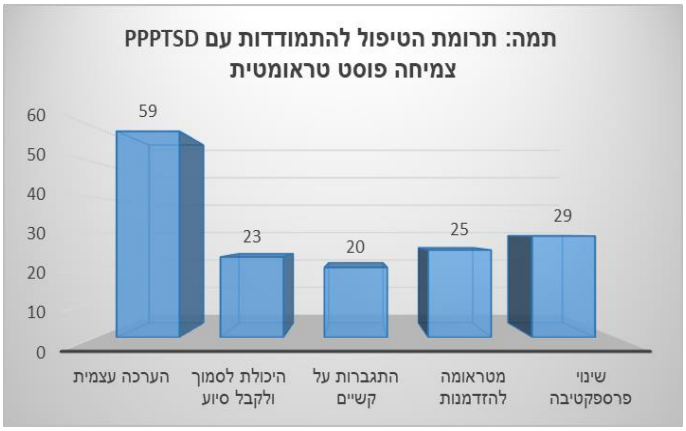
התכנים המתייחסים לממד התפקוד נותחו פעמיים. פעם אחת, נערך ניתוח המתייחס למידע שעלה מראשית ההיכרות עם המטופלות ועם התחלת סדרת המפגשים (ראה טבלה 5), ובפעם השנייה, נערך ניתוח המתייחס למידע בנושא כפי שעלה לאורך סדרת המפגשים, עם סיום הטיפול ובריאיון המסכם לאחר תום סדרת הטיפולים. ההיגדים מתבססים על החלוקה הקטגוריאלית משאלון התפקוד. נמצאה התאמה בין התכנים שעלו מהמטופלות לקטגוריות המופיעות בשאלון, פרט לכך שבניתוח האיכותני נושא הזוגיות כולל גם יחסים אינטימיים, ולא נמצאה התייחסות לנושא הקהילה. לאור זאת, המידע העולה מתייחס לשינויים שהתרחשו במעגלי החיים ונמצאו כמשיקים לחלוקה התפקודית.

לאחר לידה נראה אך טבעי כי **היבט הקריירה** משנה את מיקום חשיבותו במעגל החיים, וקל וחומר במקרים של טראומה המלווית בתסמינים פוסט־טראומטיים. אולם מסתבר כי לעיתים הטיפול מאפשר שינוי בהתייחסות לנושא זה ואף מייצר תרומה ל**קריירה**, כמו במקרה של שרון. שרון (מאמנת במקצועה): *"פתאום אני מרגישה שיותר חזרתי לעצמי... והדרך... זו דרך שהיא הכי מתאימה לי, כי זו לא דרך ביטול, אלא דווקא לפתוח את זה, לעבוד על זה, להסתכל על זה, ללמוד מזה, לקחת מזה, להגיד אוקיי, אולי אני אעזור לאחרים עם זה, אם מישהו תבוא לדבר איתי על זה אני אולי אוכל... וזו דרך שמאוד התאימה לי, זה מאוד אני כזה. בגלל זה אני מרגישה שבאמת חזרתי לעצמי, מהבחינה*

הזאת" ; חנה: *"לא הייתי שם (בעבודה) אני שם רק 3-4 חודשים, הייתי מלא זמן בחופשת לידה"* ; רננה: *"...גם חזרתי לעבודה. לא למשרה מלאה... אני סטטיסטיקאית... אז זה גם כזה קצת שחרר אותי. וגם לפגוש עוד אנשים ו... כאילו סוף סוף לדבר עם אנשים בטון רגיל"*.

לא מפתיע כי לאחר לידה היבט ה**הורות**, מקבל את מרבית ההתייחסויות ובאופן ספציפי התייחסות לשינוי שחל בהקשר זה לאחר הטיפול, כפי שמתארות המטופלות הבאות: גלית: *"הרגשתי יותר בטוחה, שאני כבר רוצה לחשוב על לידה נוספת... שאני נהנית מהאימהות. כל החיים שלי חיכיתי לזה"* ; רונית: *"לאחרונה, באמת רק לאחרונה, בחודשים האחרונים, התחלתי להרגיש... בהתחלה הייתי קצת חרדה אליו, את יודעת כשהוא בגן... ואמרתי הו הנה, זה הסתדר"* ; שרון: *"תמיד שייכתי את כל מה שהיה בהתחלה לסיוט. זה היה כאילו שם. ופתאום אני רואה שהיה את החיבור הזה (לתינוק), שהוא עד היום. והוא היה משם... זה כיף"*. היבט **בריאות** היולדת לאחר הלידה קיבל התייחסות מועטה: שיר (בריאות נפשית ופיזית): *"התהליכים שעשינו מאוד עזרו... זה אִפשר לי לחזור למה שאני אוהבת: ליוגה, לבישול"* ; שרון: *"מבחינת הפיזיות, הפיזיולוגיה, ההרגשה הרבה יותר צ'יל כזה... פחות המצבים המתסכלים ומצבים כאלה נשימתיים"*. לאחר היבט האימהות, ההיבט המשמעותי שקיבל התייחסות הוא **היבט הזוגיות**. לאחר לידה, חל באופן טבעי שינוי בהיבט זה, ובמקרים של פוסט־טראומה הזוגיות אף נפגעת. דוגמאות לשיפור שהביא הטיפול בהיבט ה**זוגיות** ניתן לראות בדברי המטופלות הבאות: ליאורה: *"הרגשתי שאני... עוד בתוך זה (כבר במהלך המפגשים הטיפוליים) היו שינויים גם ביחסים שלי עם אבי, אנחנו התחלנו כן יחסית... הסכמתי שהוא ייגע בי"* ; דינה: *"החיים חזרו למסלולם, היחסים עם הבעל חזרו למסלולם"* ; רונית (ציטוט של המטפלת): *"היא ניסתה לראות את החלקים היותר חיוביים שלו, וזה הביא אותה להיות פחות שיפוטית, פחות ביקורתית כלפיו"* ; רונית: *"בעלי הוא NLPיסט בהוויה שלו, היה באמת מאוד קשה אבל הצלחנו להתגבר על זה"*. היבט ה**חברה** גם הוא קיבל התייחסות מועטה: שרון: *"אחרי שנה אני יכולה להגיד שזה כבר היה יותר בסדר. זה כבר לא מלחיץ שבאים אליי, שרוצים לראות אותי או את הילד, וזה בסדר"*.

2.4.3. ממד צמיחה פוסט־טראומטית



דורית: "הפתיע אותי שאני מפחדת לשכוח. שאני מחזיקה את הפחד... והתובנה שלי היא לראות שגם כשמאוד קשה יש כוחות להתרומם".

ניתוח הממצאים בממד הצמיחה הפוסט־טראומטית, התבסס על השאלות מתוך שאלון הצמיחה הפוסט־טראומטית, כאשר תיאורי המטופלות סווגו לבסוף לחמישה היבטים. כפי שהסברתי בראשית תת־פרק זה המתמקד בתמה הרביעית, לא עלו תכנים שהביעו הקשר לצמיחה פוסט־טראומטית בשלבים הראשונים בהם נפגשו המטופלות עם צוות המחקר, וזאת על אף שבספרות אירוע הלידה בעצמו יכול להיות קטליזטור לצמיחה.

ההיבט שבלט בשכיחותו הוא ה**ערכה עצמית**. השינוי שעברו המטופלות מתבטא בשלושה נושאים. החל **מחיבור לחוזקות** מֶעֱבר לתפיסה העצמית הקודמת דרך **תחושה של מסוגלות** ועד לכך **שהמטופלות סומכות יותר על עצמן**. כל זה בא לידי ביטוי בדברי המטופלות: **חיבור לחוזקות**: שרון (ציטוט של המטפלת): *"היא יודעת שמה שהיא עברה היה לה לא פשוט, והיא לא מפחיתה מהקושי של החוויה, אבל היא יודעת שהיא התגברה על זה... והיא גם יודעת שהצליחה להתמודד"*; שרון: *"...ולזה אני יותר מתחברת, זה באמת אני. לקחת את הלימון הזה ולהפוך אותו ללימונדה"*; גלית: *"התחדד לי כמה אני חזקה ומתמודדת"*; ליאור: *"אני עכשיו יכולה לדבר עם עצמי אם אני רוצה עוד ילד או לא, לא דמיינתי שזה יקרה. זה לא רק זה, זה החיים, כאלו אני מרגישה שהנקודות ציון האלה, השברים האלה, הם אלו שחיזקו אותי"*. **תחושה של מסוגלות**: שרון: *"אני לא מרגישה את זה יותר בנשימה, אני לא מרגישה שזה חזק ממני... וגם אני מרגישה יותר איזה ביטחון כזה, שהוא תלוי בי ובעוד פרמטרים"*; ליאל: *"בזכות הטיפול עברתי היריון יחסית טוב מבחינה רגשית, והייתה לי אופוריה כזאת אחרי הלידה, והייתי כזה בעננים, שזה לא חוויתי בשתי הלידות הקודמות והייתי מחוברת. החיים... כל פעם קורים דברים... אבל עכשיו זה כאילו יותר מודעות. כשזה קורה, אז אני תופסת את עצמי ואני אומרת כאילו אוקיי, מה קרה? יש יותר מודעות"*; חנה: *"מה למדתי על עצמי? שאני מתמסרת לטיפול ולא נכנעת לפחדים, נתתי לעצמי צ'אנס להתגבר"*. **סומכת יותר על עצמה**: גלית: *"התחלתי להגיד זהו. את אחרי לידה, הכול בסדר, הוא מקסים ואין יותר טוב ממה שעשית"*; חנה: *"אני יודעת לקראת מה אני הולכת, יש לי ידע, בעבר חשבתי... איזו פנטזיה של 'לה לה לנד'...*

אני יודעת היום, מכירה מושגים רפואיים, אני יודעת מה המהלך, מה השלבים, אני יודעת מתי להגיע, אני יודעת לאן אני רוצה ללכת... אני יודעת שלידה נגמרת".

בהיבט '**יכולת לסמוך על אחרים ולקבל סיוע**', המטופלות תיארו שינוי שבא לידי ביטוי למשל **בגיבוש גורמי תמך לעתיד**: רננה: *"לא משנה מה, אני יודעת לבקש עזרה, ואני אעשה הכול בשביל להתמודד ולמצוא פתרון ולהתמודד הכי טוב שאפשר"*; **בפתיחות לקבלת סיוע חיצוני**: ליאל: *"היום אני מבינה כמה זה מזרז תהליכים. לא צריך לעשות הכול לבד"*; וב**יכולת להביע רגשות** בפני הסביבה: מורן: *"את רואה את זה ככה? שאני לא נמצאת בנקודה של... את שומעת שאין שום צער? את שומעת?"*; חנה: *"כשאני מדברת על זה, אני הרבה יותר עכשיו מרגישה בנוח לדבר על זה, אז הייתי נחנקת".*

אחד מיתרונות הטיפול שהמשתתפות השיגו עבור עצמן הוא החיבור לכוחותיהן ומשאביהן הפנימיים. זה בא לידי ביטוי בהיבט '**התגברות על קשיים**', כשהמטופלות מביעות הבנה שניתן להתגבר על קשיים ומְפַתחות נכונות להתגבר עליהם. דוגמאות ל'**התגברות על קשיים**': רונית (ציטוט של המטפלת): *"הצליחה לנקות הרבה מהאשמה. שהאשמה זה החלק הכי הכי קשה עימו היא התמודדה"*; חנה: *"באמת הרגשתי שאין לי טעם לחיים. כאילו אני בן אדם מת חי, כאילו לא נהניתי משום דבר שהייתי עושה בחיים. וזה 180 מעלות ממה שהייתי לפני"*; דוגמאות ל'**נכונות להתגבר על קשיים**': שרון: *"זה כאילו להתמקד בעתיד החיובי יותר מאשר בעבר. ככה זה מרגיש לי, שזה יותר מתמקד בעתיד המיטבי ובזה שאני מספרת את זה ופחות בחוויה השלילית"*; לימור: *"אני זוכרת שטסנו, וממש אני זוכרת את התחושה של כאילו אני עוברת הלאה"*; חנה (ציטוט של המטפלת): *"היא יצרה אמונה חלופית, האמונה היא שזה משהו אפשרי ושהיא יכולה להתמודד"*; רונית: *"אני יכולה להתמודד עם האתגרים שהחיים מציבים לי ולצמוח מהם".*

היבט נוסף שנתגלה כמשמעותי כונה '**מהטראומה להזדמנות**', כלומר הדרך בה המטופלות יכולות עתה לראות את האירוע הטראומטי באור חדש. החל מ**אירוע הלידה כנקודת ציון** לפיתוח **דרך חדשה**, דרך **פיתוח מסוגלות להפוך את החיים לטובים יותר** ועד **לשינוי בסדרי העדיפויות בחיים**. דוגמאות לנושאים אלה ניתן לראות בדברים הבאים: **אירוע הלידה כנקודת ציון**: שרון: *"לקחת את כל מה שעברתי ואת הטיפול למאמנת שאני, למתאמנים שלי..."*; חנה: *"אני יודעת לקראת מה אני הולכת, יש לי ידע, בעבר חשבתי שזו חוויה ושזה כיף ושזה קצר, הייתי נאיבית וחשבתי שלידה זה... איזה פנטזיה שם של 'לה לה לנד'. אני יודעת היום, מכירה מושגים רפואיים, יודעת מה המהלך, מה השלבים, אני יודעת מתי להגיע, אני יודעת לאן אני רוצה ללכת... אני יודעת שלידה נגמרת"*. ובמילות המטפלת: *"איחדה חזרה את הזהות שלה מלפני ואחרי"*; ליאורה (ציטוט של המטפלת): *"למדה על הקשר בינה לבין בִּתה, על קשר מאוד שונה בין ההורות שלה להורות שהיא חוותה מאימא שלה – על*

ההזדמנות לייצר הורות אחרת, טובה יותר״. **המסוגלות להפוך את החיים לטובים יותר**: שרון (מתוך הדברים שהיא אומרת על עצמה כבאים מפי בעלה, בן הברית): *״היא חזקה, היא שאפתנית, היא יכולה להתמודד עם הכול״*; רונית: *״המקום היחיד שיש לך שליטה עליו זה התפיסה שלך... בהקשר של להחליט נכון, בהקשר של להיות יכולה לשנות את המציאות״*; שרון: *״כאילו לקחתי את החוויה הזאת, היום, בהסתכלות של ממש היום, ואמרתי וואי איזו חוויה, וכאילו למדתי ממנה, ואני אוכל לעזור לאחרות שיהיו במצב הזה בעזרת השם״.* **שינוי בסדרי העדיפויות בחיים**: ליאורה: *״הייתי חייבת את הדבר הזה בשבילה (התינוקת), אם אני רוצה שהיא תגדל ככה... אני חייבת לעבד את זה וגם לעבד את הלידה. זה בשבילי ובשבילה, זה בשבילי הקשר הזה בינינו״.*

לבסוף עלה ההיבט ׳**שינוי פרספקטיבה**׳ בו המטופלות מתארות הבנה טובה יותר של **עניינים רוחניים** כגון: שיר: *״אני החלטתי שאני לא מוכנה יותר להתחבר למקום הזה של לבקש. או אפילו... הכי פשוט להגיד תודה, להגיד תודה שאני נושמת״*; שרון: *״ואז כאילו גם... עולה הרע והטוב, הרע והטוב. כאילו זה לא כזה חד משמעי״.* אחת מהמטרות שהמשתתפות ביקשו לעצמן מהטיפול היא **היכולת לקבל את המציאות כפי שהיא,** ונראה לפי דברי המשתתפות כי זו מטרה שהושגה: ליאל: *״זה כאב לי פיזית ורגשית שזה קרה, זה לא קשור לילמה לי זה קרה׳... וההשלמה היא עם זה שזה קרה״*; גלית: *״התחלתי להגיד זהו. את אחרי הלידה, הכול בסדר, הוא מקסים ואין יותר טוב ממה שעשית״*; נראה ששינוי הפרספקטיבה אודות אירוע הלידה הטראומטי מאפשר **יכולת להעריך כל יום בחיים**, דוגמא לכך ניתן לראות בדברים של ליאל: *״אין מה להשוות, אני במקום אחר לגמרי, ודווקא כשיש לי עוד ילד שזה עוד לחץ והכול לא פשוט... את יודעת, אם זה מצב כלכלי, ואם זה לפזר את שלושתם, ואם זה כל המתחים של החיים ו... דווקא אני חושבת שבאמת בזכות הטיפול הזה ובזכות זה שיצאתי לעשות דרך עם עצמי... אז אני במקום יחסית טוב״.*

2.4.4. ממד השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת

אחד המאפיינים של פרוטוקול NLP לטיפול בטראומה (כמו גם כל טיפול או אימון הניתן בגישת ה-NLP), הינו הגדרת מטרה לסדרת המפגשים.

המטרות, כפי שהן מוצגות בטבלה הבאה, הוגדרו על ידי המטופלות במפגש הראשון עם המטפלת, במענה לשאלה מה היו מבקשות להשיג בטיפול ומה מטרתן. בשיחת הסינון הראשונה עם מתאמת המחקר נשאלה כל אחת מהפונות מדוע פנתה ומדוע היא מעוניינת להשתתף במחקר. המענה לשאלה זו, כמעט באופן גורף, היה סביב הרצון לעבד את חוויית הלידה באופן שיאפשר להן להתמודד עם הפחד מהיריון ולידה נוספים, מתוך הבנה (קריאה באתר ׳מכבי׳, עיון בעלון המחקר, מפגש עם גורמי רפואה וכדומה) שהן חוות את הקשיים שתוארו כתסמינים פוסט־טראומטיים. מתוך הדברים

האמורים, נראה כי קיים דמיון במשאלת הפונות למחקר להתמודד עם הפחד מהיריון ולידה בשל חוויה קשה וטראומטית. ככל שנדרש מהמטופלות לדייק את מטרותיהן ניתן לראות כי הוגדרו מספר מטרות טיפול שונות וספציפיות יותר, כפי שכל מטופלת הגדירה עבור עצמה. מכאן שמטרת־העל הייתה להגיע למצב בו המטופלת תרצה ותוכל להתמודד עם היריון ולידה נוספים. כלומר, מדובר במשאלה הכוללת מבט אל העתיד לקראת ההריונות והלידות הבאות, מתוך רצון להיות בעלות אפשרות לבחור להרות וללדת שוב. לצורך השגת מטרה זו מסתבר שהיה צורך לתת מענה לקשיים והתמודדויות נוספות, שלצורך הטיפול הפכו בעצמם למטרות עבור המטופלות. ניתן לחלק את אופי הגדרת מטרות המשנה/ביניים האלה לשלושה מאפיינים על ציר הזמן: האחד עוסק בעבר – 'לתקן את סיפור הלידה' – כלומר רצון לקבל את הלידה או להיזכר בה באופן שונה וללא תגובות פיזיות ורגשיות קשות, לקבל את הלידה כפי שקרתה כחלק מההיסטוריה הטבעית. מאפיין שני עוסק בהווה, דהיינו במענה לקשיי היום־יום וקשור לרצון להפחית את התסמינים הפוסט־טראומטיים וקשיי התפקוד אותם הן חוות. מאפיין שלישי עוסק כאמור בעתיד וברצון להיות בעלות בחירה חופשית, לבחור להיכנס שוב להיריון וללדת.

מהדברים האמורים נראה כי מטרות המחקר כפי שעלו והוגדרו נעות על ציר הזמן בהתאמה ל'קו-הסיפור' במחקר. טיפול בחוויית אירוע הלידה השייכת לעבר וטיפול בקשיים השייכים להווה במטרה להגיע אל עתיד בו המטופלת תוכל לעשות בחירות חופשיות מהשפעת חוויות העבר והשלכותיהן על ההווה. ואכן, הממצאים העולים מדיווחי המטופלות על אודות תוצאות הטיפול, מעידים על השגת המטרות שהוגדרו על פני ציר הזמן בעבר, בהווה ואף בעתיד שביחס ללידה הטראומטית. כאן המקום לציין כי עדות המטופלות על אודות תוצאות הטיפול והשגת המטרה ניתנה במפגש הטיפולי האחרון, בו הציגה המטפלת בפני המטופלות את המטרות שהן הגדירו בתחילת הדרך ושאלה אותן איפה הן ממקמות עצמן ביחס למטרה שהוגדרה. בחינת תוצאות הטיפול נערכה שוב במפגש המסכם שנערך בין המטופלות לחוקרת. בכל המקרים, פרט לאחת המטופלות שחוותה בשלב מאוחר יותר נסיגה בתוצאות הטיפול, המטופלות דיווחו על שביעות רצונן בשל השגת המטרות והטמעתן בטווח הארוך.

הטבלה הבאה מציגה את המטרות שהגדירו כל המטופלות כבר במפגש הראשון עם מטפלת ה-NLP (בעמודה הימנית), לצד תיאור תוצאות הטיפול (בעמודה השמאלית). הרחבה בנושא המטרות ניתן למצוא בנספח מס' 19. בנספח זה, לצד המטרות שהמטופלות רצו להשיג (לפני הטיפול) ואלה שהן השיגו בעקבות הטיפול, מוצגים גרפים אישיים המראים את תוצאות שלושת שאלוני המדידה המעידים על מצבן לפני, בזמן ובעקבות הטיפול (שאלוני PTSD, תפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית).

טבלה 8. השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת

מטופלות	הגדרת מטרת הטיפול על ידי המטופלות במפגש הטיפולי הראשון	השגת מטרת הטיפול (בדיקה עם המטופלת במפגש הטיפולי האחרון)
חנה	המטופלת הגיעה לסדרת הטיפולים בחודש החמישי להריונה. המטרה מתמקדת בלידה הקרובה. *"שאני אאמין שזה אפשרי שזה יהיה אחרת. להבין שהחוויה ההיא נגמרה, להשתחרר מהפחדים, ושתהיה לי חוויה מתקנת".*	*"התייחסות אחרת ללידה שהייתה, התמודדות ולמידה להסתכל על זה בפרופורציה. יכולת להסתכל על הדברים, לפתוח אותם, לדבר עליהם, לא לפחד מהם. מה שמאפשר התמודדות שהיא הרבה יותר הגיונית ושכלתנית שלא באה מרגש הפחד".* הלידה שניה שהייתה חוויה מתקנת, היא ילדה בלי אפידורל תוך יישום תרגילי נשימות.
רונית	<u>המטרה</u>: *"אני רוצה להרגיש שמחה קודם כל. אני רוצה להרגיש טוב עם עצמי, אני רוצה להרגיש מסוגלת, (פחות עצבנית, פחות מאשימה, פחות בלחץ) – יותר נהנית".*	*"נוקו תחושות אשמה בקשר ללידה ולגבי אירועים נוספים בחיים".* *"למדתי שלא כל דבר ניתן לשליטה ולפעמים לא ניתן לדעת הכול".* *"אפשר להגיד שהרבה מהפלשבקים והתמונות השתנו לטובה. ברמת ההתקשרות לבן שלי... לקח זמן ועכשיו מרגישה תחושה נהדרת"* (בניגוד לתחושה המנוכרת שחשה לאחר הלידה).
ליאורה	<u>נקודת המוצא</u>: מאוד מפחדת מהיריון נוסף ומלידה. מפחדת שהיא תהיה עוד פעם בהיריון בסיכון. מפחדת שהיא לא תתעורר מניתוח קיסרי – ואז בעלה יהיה אלמן, והילדה תישאר בלעדיה, או שהיא תהיה בת יחידה. <u>המטרה שהוגדרה</u>: *"שאני אכנס להיריון מבחירה, ושאני ארצה ילד שני. שאני אחווה את הלידה הראשונה כפחות טראומטית".*	*"קודם כל, מה שהיה זה לא אומר שזה מה שיהיה, כאילו נכון שאפשר לחוות את זה עוד פעם אבל זאת לא תהיה אותה חוויה, כאילו... זה גם משהו קודם כל אני לא אחשוב על זה אותו דבר, זה הולך להיות אחרת".* *"הסרט הרע נגמר. הסרט שחייתי בו – נגמר".* *"פתאום הרפואה משתנה בשבילי (מצחקקת). כאילו הכול משתנה, והכול יכול להיות אחרת, אני יכולת לדבר/לחשוב על עוד לידה מתוך בחירה".* *"אני מאפשרת ונותנת לבעלי לגעת בי".*
רננה	<u>המטרה</u>: *"הפחתת פלשבקים, הפחתת חרדה מלידה נוספת ואסוציאציה יותר חיובית לגבי הלידה הקודמת".*	*"את (המטפלת) הצלחת לגרום לי להבין... להכניס את זה לפרופורציות, וכמו שצריך בראש ולחשוב על זה בצורה יותר חיובית אפילו, אפילו לא חיובית, רק להסתכל על זה כמו שזה היה, ולא להיכנס, לשקוע בתוך הטראומה".* *"עדיין יש פלשבקים מדי פעם, התדירות שלהם ירדה וזה לא משהו כזה שמפריע לתפקד – אז בסדר... יש פאשבקים... כאילו זה בסדר, לא מפעיל אותי, לא גורם לי לעצור הכול עכשיו".* עם תום הטיפול, המטופלת נכנסה להיריון נוסף. הריאיון המסכם נערך בשבוע ה-39 להריונה.
לימור	<u>המטרה</u>: *"להיזכר בלידה ולהרגיש טוב ממקום מתבונן ולא מוצף רגשית. לישון טוב בלילה ולהיות רגועה".*	*"יש פעמים שאני מסוגלת לדבר על הלידה ואני לא ככה בוכה".* *"אין לי סיוטים בלילה. עדיין יש לי מחשבות באמצע הלילה, אבל זה לא באותה העוצמה שהיה אז. זה כן משהו שאני מקווה שנעלם פור גוד".*
דינה	<u>המטרה</u>: *"רצון לעבד את הכעס כלפי בן הזוג ולשפר את היחסים".*	*"יש שיפור ביחסים עם בן זוגי (שהגיעו עד כדי דיבור על פרידה). יש תמיכה מחודשת שלו והכלה והבנה תוך שהוא חש שקיבל את אותי בחזרה".* לאחר הטיפול, נכנסה להיריון נוסף. הריאיון המסכם התקיים עם תינוקת חדשה בת פחות מחודש. *"ההיריון החדש הסתיים בחוויה מתקנת..."*

		"אני השבתי לעצמי את ה... אני לא יודעת אפילו איך לקרוא לזה... אולי שליטה... אני פשוט ידעתי לאיזה כיוון אני הולכת והכול היה אחרת".
גלית	<u>המטרה</u>: *"שאני אהיה בהיריון, ואני אפסיק לחשוב שלילי".* *"להיות מוכנה ללידה הבאה".* *"רוצה מאוד להיכנס להיריון ועוד לא מוכנה. רוצה מאוד להיכנס להיריון נוסף בשליטה וברוגע, אחרי שהחוויה מהלידה הקודמת תהיה מעובדת".* הגיעה לטיפול עם "חוויה שמשהו כבד עליה ושיש המון לחץ וחרדה" ואת זה היא רוצה שירד לקראת לידה נוספת.	*"אני מרגישה יותר בטוחה, שאני כבר רוצה לחשוב על לידה נוספת... שאני נהנית מהאימהות".* *"יש מודעות גבוהה והלחץ ירד. אמרתי לבעלי... "עכשיו הוא כבר לא תינוק יותר. אז אפשר לחשוב על עצמי..."* *"יוצאת מהטיפול עם שמחת חיים – אפשר היה לראות שהיא משוחררת, שהיא נינוחה אל מול ה... טוב. היא מדווחת שהיא מרגישה יותר טוב. פחות פחדים, פחות לחצים, מדווחת על שינוי משמעותי בהרגשה, יכולה להתמקד במה שחשוב ולא מאפשרת לפחדים לנהל אותה".*
ליאל	<u>המטרה</u>: *"להכיל את הצעקות והרעש של הילדים ושל מקומות הומים. רוצה להיות מסוגלת ללכת עם הילדים לקניון, לג'ימבורי, מבלי להיכנס לחרדה ולהיות יותר נינוחה".* *"וגם היה פחד מוות מהלידה הבאה".* *"להיות מאושרת, לבטא את עצמי".* *"לקחת את כל הרכיבים (חופש בחירה, קבלת החלטות ממקום של שמחה, הנאה, נשיות, יצירתיות וביטוי עצמי) שקיבלתי דרך הריקוד (במשך שנים רקדה ובעקבות הלידה יש פגיעה שלא מאפשרת לה לחזור לרקוד) – בעצם לקחת את זה כמטרות, כערכים ולראות איך אני מצליחה להתקדם לכיוון המטרות הנ"ל באמצעות דלתות אחרות שהן לא הריקוד".*	*"התבוננות על הלידה הטראומטית כסרט, משהו שקרה אבל עם יותר השלמה שזה קרה".* *"אני באמת מאמינה שבזכות הטיפול עברתי היריון יחסית טוב מבחינה רגשית, והייתה לי אופוריה כזאת אחרי לידה. והייתי כזה בענגים, דבר שלא חוויתי בשתי הלידות הקודמות. עוד דבר חדש זה שהייתי מאוד מחוברת".* *"קיבלתי כלים לחיים, איך לחוות דברים אחרת... למשל לגבי הג'ימבורי – שינוי משמעותי. למשל, ובעיקר בצעקות על הילדים – משהו שמאוד ירד. יש פתאום נינוחות ושקט... מרגישה אימא יותר טובה..."* *"וגם... נכנסתי עם פחות פחדים ללידה האחרונה..."* (המטופלת גילתה שהיא בהיריון בהמתנה להתחלת סדרת המפגשים הטיפוליים).
מור	<u>המטרה</u>: *"שאני אוכל להסתכל על התמונות שלי ושל הבנות מאחרי הלידה. שאני אוכל להיזכר בדברים טובים בתקופה של אחרי הלידה".* *"אני רוצה לחשוב על ההיריון הקודם ולעשות לו חוויה מתקנת. לדעת שעשיתי את המקסימום. להיות שלמה עם ההחלטות שלי ולסמוך על הבנות שלי שהן יהיו בסדר".*	*"אני יכולה לנשום... יכולה לחזור לעצמי... לשמור על שפיות. זה אִפשר לי לחזור לתפקד".* *"אני יכולה וגם פותחת את אלבום התמונות מהתקופה של הלידה ואחרי הלידה ולהסתכל ולהרגיש טוב. לא רק לא לפחד להסתכל – אלא גם להסתכל בהנאה – אני מסוגלת לשבת עם הבנות ולהסתכל באלבומי התמונות שלא יכולתי לפתוח קודם. כשאני רואה 'פוסט' של זוג שהביאו תאומים אז אני יכולה להגיד 'מעצבנים', אבל זה לא מקפיץ אותי – זה ממש עזר בקטע שלי עם הבנות... אפשר לראות ברזולוציות קטנות יותר את השיפור והמקום הטוב שאני נמצאת".* *"יש לי ירידה ברגשות אשמה, והתפתחה אצלי חמלה עצמית ותחושה מחודשת של ביטחון וחזרה לעצמי".*
שיר	<u>המטרה</u>: *"להסיר את תחושת האשמה והזהות שלי ככישלון... למצוא את עצמי משוחררת ונטולת דאגות – להרגיש שלמה".*	*"אני בוכה מתוך אושר. כי זה באמת מרגיש לי שזה באמת מאחורי. הרגשתי שינוי מאוד מאוד משמעותי. כן... הרגשתי מקום של... לנשום. לנשום בחזרה. כן המקום של לנשום בחזרה. התחיל איזשהו תהליך מאוד הדרגתי ומאוד איטי של לחזור לדברים הקטנים, הניואנסיים המאוד קטנים ביני לבין עצמי. של להגיד תודה וסליחה. ולאהוב בחזרה, ולסלוח... ולא להיות כל כך עצבנית. התחלתי להיות סבלנית יותר כלפי התינוק, ולחבק ולנשק... אז נוצר יותר חיבור".* *"וגם... יש לי מחשבות חדשות על ילד נוסף בעתיד..."*

דורית	<u>המטרה</u>: *"שזה לא יסעיר אותי הדיבור על הלידה. אני בן אדם שמטבעי מפרגן והיום כשאני שומעת על לידה טובה זה עושה לי גוש בגרון... שאני אצליח לדבר על זה, שארצה עוד ילדים (היום אני לא מוכנה ללדת יותר...)".*	*"התמונות הפסיקו להציף אותי..."* *"יש לי יכולת חדשה לנהל את סיפור הלידה. כשאני מדברת עליה... אני מדברת את זה באופן שונה מקודם..."* *"אני מסוגלת לשמוע סיפורי לידה של אחרות..."* *"אני ובעלי כבר החלטנו שאנחנו רוצים עוד היריון..."*
מורן	<u>המטרה</u>: *"להשלים עם מה שעברתי. לקבל את זה שאני לא אשמה. שזה הסיפור של הלידה שלי ושזה בסדר. ושזה לא יכול להיות אחרת... שהסיפור של הלידה שלי כבר לא יכאיב לי, שאני אקבל את זה שעברתי את זה, שאני לא ארגיש שאני אשמה בזה שעברתי את זה ככה, שאני לא אשמה בדברים שהחסרתי לרועי, כמו הנקה. להשלים עם זה שפספסתי משהו. שלא הייתה לי לידה רגילה. שלא היו נחמדים אליי. שלא קיבלתי... לא יכולתי להיות עם הילד כמו שרציתי... שאני בסדר. שכאילו... שהכאבים האלה כבר לא יכאיבו לי מבפנים".*	*"הפסקתי לחלום חלומות ולדמיין מציאות שכֻּללה בריחה מהמציאות הנוכחית לחיים שלפני הלידה".* *"מרגישה שהיום אני חווה הכול עם פחות קושי וכאב, ולכן אני רוצה לעבור את זה שוב מחר בשביל להביא עוד ילד, אני רוצה עוד ילד".* *"אחותי תהיה אם יחידנית ועכשיו אני מוכנה להיות איתה בלידה ולעבור את הלידה מהצד השני וגם עם בת הזוג שלי כשהיא תהיה בהיריון".* *"אני מסוגלת לספר את סיפור הלידה ללא צער ובכי..."*
שרון	<u>המטרה</u>: *"להצליח לדבר על זה, או להצליח להשלים עם זה, להצליח להיכנס ללידה הבאה ממקום טוב יותר".* המטופלת הגיעה למחקר אחרי טיפול CBT קבוצתי. לאחריו נכנסה להיריון. פנתה למחקר בשנית לאור התפרצות מחודשת של התסמינים וחרדה לקראת הלידה הקרבה. *"אני רוצה להיערך לו... (לתינוק הבא שיגיע) כאילו... להיות יותר במודעות לזה ולהתכונן לזה ולהכין את עצמי ואת כל מה שצריך".* *"אני רוצה שחוויית הלידה הבאה תהיה אחרת".*	*"יותר קל לי לדבר על הלידה. אין לי יותר קושי נשימתי..."* *"לפני הטיפול ראיתי רק את הקושי. פתאום אני רואה הרבה, הרבה דברים אחרים. זו לגמרי הסתכלות אחרת... וגם עם עצמי... אני חושבת שכל העבודה הזאת מאוד הכינה אותי. פתאום אני מרגישה שיותר חזרתי לעצמי..."* *"אני נערכת ללידה הקרובה (4/2020)..."* *"היום אני כבר במצב שאני מסדרת את העבודה שלי..., ומסוגלת לחשוב... רגע... איפה כדאי לי ללדת, אולי פה... אולי שם... מדברת על הדברים. העברתי לכל מיני שקיות ואקום דברים ש... כאילו לבייבי שמתכוונת לבוא..."*
גבריאלה	<u>מטרה ראשונית</u>: *"ללדת שוב. בכיף. לא לפחד כל כך מהלידה הבאה. כי הפחד שלי זה להיכנס להיריון, להחליט שאני עושה קיסרי".* *"בעיקרון רוצה תיקון ללידה הזאת. לידה טובה. נעימה. שישימו אותה עליי. שבעלי יחתוך את חבל הטבור בכיף. שישקלו אותה בחדר לידי. שלא יכאב לי כל כך. שאני לא אהיה בכל כך הרבה... שעות... שזה לא יהיה כל כך ארוך. קצר ולעניין. כאילו פרימיטיבי כמו שזה היה, והכי חשוב מכל זה פשוט לרצות שוב... אני רוצה ארבע ילדים... אני מקווה שהלידה הבאה תהיה תיקון. כי אם לא יהיו לנו רק 2 ילדים וזה יהיה מבאס".* <u>מטרה מעודכנת</u>: *"להתמודד עם סיפור הלידה עם יכולת להתבונן, להגיד זה היה אירוע קשה אבל זה לא מפעיל אותי רגשית".* *"המטרה שלי הייתה חד משמעית: א. ללדת. ו-ב. לחשוב על לידה ולא להיכנס למצב של הינעלות, והתכווצות ו..."* *"עוד אחת מהמטרות זה שאני אתנהל ביום־יום כמו שצריך. שאני אוכל לישון, שזה לא יחזור לי, שזה לא יהיה לי יותר... זו הייתה פשוט מטרת־העל, שבגללה הרגשתי שאני*	*"היום בדרך (אל המטפלת) חשבתי על הילד הבא, שזה כל כך הטריד אותי פעם והעסיק אותי... כאילו פתאום זה כזה, אוקיי... אני יכולה להגיד שיש על מה לדבר ולהאמין שהיום הזה יגיע. אם פעם הייתי אומרת 'אפשר לדבר על זה...', אבל משהו בי לא האמין שאפשר. ועכשיו אני מרגישה שיש על מה לדבר..."* *"אני מדמיינת שמספרת לאנשים: אני מספרת להם על זה (על הלידה) ותוך כדי הם אומרים 'וואו, איזה קשה' ואמרתי להם 'עזבו קשה. תראו אני לא בוכה'. כאילו דמיינתי את זה שאני מספרת להם ואני אפילו... אני פתאום לא זוכרת אבל הייתה איזו סצנה ש... וואי, מה זה היה? אה... כאילו הרי אני מספרת להם על הרגע שבעלי בא לספר לי שהיא (התינוקת) עם דימום ואני כזה 'אוקיי, אוקיי, אוקיי...' ואני מספרת להם ואני נקרעת בצחוק. כאילו בדמיון שלי ככה אני כשאני מספרת סיפור. נכנסתי למוד קרבי".* לאחר שמספרת למטפלת את סיפור הלידה שוב: *"קודם כל אני הרבה יותר מאופקת. כאילו לפעמים כן בא לי לבכות, זה לא שלא... אבל אני הרבה יותר מאופקת. אני מצליחה לשלוט בזה, זה הרבה יותר נשלט, אין ספק. אני גם שמה לב שיש דברים ספציפיים שמציפים אותי, זאת אומרת לא כל הסיפור".*

	חייבת את זה וגם כי באמת זה הטריד אותי ביום־יום".	*"כן, בדיוק. להרגיש את זה בפנים. ואני באמת מרגישה את זה... כמו שזה מרגיש עכשיו, שזה טוב... לספר את זה, או לא לחשוב על זה אפילו... ולא להתפרק שבכל פעם שאני מספרת את זה. ממש כמו שאני מרגישה עכשיו".* *"אני חושבת על היריון, לראות שני פסים וזה... ואני מתרגשת. בא לי..., ושתדעי שעכשיו פעם ראשונה, דמיינתי את עצמי בלידה הבאה, דווקא זה היה כן קיסרי..., וזה בסדר".* *"זה בדיוק הנקודה שרציתי להגיע אליה. שכבר לא יבוא לי לספר על זה, לא מעניין. ואם אני אספר, אני אספר קצר, טאק, טאק. גם ככה הם מזדעזעים..."*
אור	<u>המטרה</u>: *"אני מבחינתי רוצה להיכנס שוב להיריון כדי לחוות חוויה מתקנת".* *"להפסיק... להפחית אולי אם לא להעלים, את כל החרדות האלה..."* *"להנמיך ציפיות מדברים מסוימים... נגיד הכול בתקווה שהכול יהיה בסדר בלידה הבאה, ואני אוכל ללדת רגיל אבל שזה לא מה שיכניס אותי לסטרס... הפחד הזה מהקיסרי והכל, שכאילו אני לא אפחד".* *"וגם כאילו, ברגע שאני אלמד לנהל את הדבר הזה, את הסטרס אז אני אוכל ללמוד עוד דברים בחיים שיש לי אליהם סטרס (כמו סביב מבחנים)... זה משהו שמאוד מאוד הייתי רוצה לדעת איך מנהלים את הסטרס הזה..."* *"גם אם משהו יכול לקרות... אז לדעת שזה מה שהולך לקרות ולהשלים עם זה... כי זה מה יש..."*	*"אני מרגישה הפחתה בחרדות. אם זה היה קודם 10, עכשיו זה סביב 8. משהו מונמך... יותר רגוע. וזה אולי הדבר הכי חשוב לי כי כשהגעתי היו לי המון חרדות... והסטרס הזה עכשיו יותר מנוהל".* *"אני לא יודעת איך תהיה הלידה הבאה. אני מקווה, בעזרת השם, שתהיה לידה רגילה, אבל אני היום במקום של יותר לקבל את מה שיהיה. יש לי יותר ידע, וזה חשוב לי לדעת".* *"הלהרפות... זה הדבר המשמעותי ביותר שהשגתי כמטרה - שזה מה שייחלתי שאני אצא מפה..."*

לסיכום השוואה זו, ניתן לראות כי שני ממצאים בולטים עולים מדיווחי המטופלות. הראשון מתייחס לדמיון הכללי בין הגדרת המטרות השונות כפי שכל מטופלת הגדירה עבור עצמה ללא קשר למטופלות האחרות. ניתן לחלק את אופי הגדרת המטרות לשלושה מאפיינים: האחד קשור ברצון להפחית את התסמינים, השני ברצון לקבל את הלידה או להיזכר בה ללא תגובות קשות (כלומר, לקבלה כחלק מההיסטוריה הטבעית), והשלישי במבט אל העתיד לקראת ההריונות והלידות הבאות, רצון להיות בעלות אפשרות לבחור להרות וללדת שוב. כמו כן, בהקשר לאפיונים אלה, לעיתים המטרה מוגדרת משניים או יותר מאפיינים או יעדי משנה. הממצא השני הבולט קשור בדיווחי המטופלות על השגת המטרה. כל המטופלות דיווחו במפגש האחרון על השגת המטרה (פרט לאחת המטופלות, שכאמור, חוותה נסיגה).

2.4.5. ממד גישה כללית ללידה

ממד זה עלה מן ההשוואה שנערכה בין סיפורי הלידה כפי שתוארו על ידי המטופלות בחמישה שלבים שונים של המחקר. ראשית, אירוע הלידה תואר למתאמת המחקר בשיחת הטלפון, בעת פנייתן

הראשונה. בפעם השנייה סיפרו על האירוע לפסיכיאטרית בעת האינטייק שערכה עימן. בפעם השלישית סיפרו על האירוע למטפלת ה-NLP בפגישה הטיפולית הראשונה. בפעם הרביעית, תיארו את הלידה בפני המטפלת בפגישה הטיפולית האחרונה, ולבסוף נתבקשו לספר על הלידה בריאיון המסכם עם החוקרת.

ניתוח השוואתי זה כולל הן היבטי תוכן הן היבטי צורה ומתבסס על תיאורי הלידה המופיעים כטקסט עשיר בנספח מס׳ 20 – ׳תיאורי הלידה על ציר הזמן׳. מבחינת <u>היבטי התוכן</u> נערך חיפוש של מרכיבי הדמיון והשוני בין תיאורי שלוש המטופלות האחרונות שהתקבלו למחקר. היבטי התוכן נותחו בהרחבה בפרק זה על ציר הזמן התואם להתנהלות המחקר. תת־פרק זה מתמקד בהיבטי התוכן הקשורים לדמיון ולשוני בנרטיב התיאורי. מבחינת <u>היבטי הצורה</u> נבחן האופן בו הדברים נאמרו והשוואה זו נערכה לגבי כל המשתתפות. היבטי הצורה מתייחסים לקצב הדיבור, לנימה בה הדברים נאמרים, לשתיקות, להתנשפויות, להסחות, לאווירה הכללית בה הריאיון התקיים ולהיענות לפגישה. בנוסף, בתום כל ריאיון, רשמה לעצמה החוקרת את התרשמותה מהפגישה בהתייחס לפרמטרים הצורניים. גם מידע זה הינו חלק מניתוח הגישה הכללית.

<u>היבטי תוכן</u>: מניתוח השוואתי בין תוכני סיפורי הלידה בשלוש נקודות זמן (תיאור ראשון למתאמת המחקר, תיאור שני במפגש הראשון עם מטפלת ה-NLP, ותיאור אחרון בריאיון המסכם), התמונה המצטיירת על ידי המטופלות נמצאה דומה מבחינת תוכן הדברים בשלוש נקודות הזמן. התכנים והאירועים הבולטים והמשמעותיים עבור המטופלת במהלך הלידה חוזרים על עצמם, וכמו כן, הרצף הסיפורי מאוד דומה. דוגמאות לכך ניתן לראות בנספח מס׳ 20 בו מופיעים שלושה תיאורי לידה מלאים (טקסט עשיר) מפי שלוש מטופלות (שלוש המטופלות האחרונות שהתקבלו למחקר, לגביהן יש תיעוד מלא מחדר הטיפולים). כאמור, אירועים וחוויות משמעותיים מהלידה עולים בשלושת התיאורים, אך אפילו כשהסיפור מסופר לפרטיו בפעם השלישית, נראה כי יש השמטות של פרטים ו/או הכללות של אירועים וחוויות פחות משמעותיים. נראה כי ההשמטות וההכללות כמו גם תיאור ענייני יותר של סיפור הלידה, משפיעים על אורך הסיפור, ולרוב, התיאור הנרחב ביותר נפרש מול מטפלת ה-NLP. נראה כי בתיאור הלידה בפעם האחרונה בפני החוקרת, חל צמצום מה בפרטים, ולמרות שהן קיבלו את כל המרחב לתאר את הלידה – תיאור אחרון זה יותר קצר וענייני. אחת המטופלות, גבריאלה, אף נתנה דעתה על כך ואמרה שהיא שמה לב שאצל המטפלת תיארה את הלידה במשך שעה ארוכה ואילו עכשיו, כשהיא מספרת עליה (גם לאחרים), התיאור הצטמצם לאירועים המשמעותיים בלבד. בנוסף על האמור, נראה כי לפני הטיפול הסיפור מסופר ממקום של זיכרון חווייתי הכולל מעורבות רגשית רבה (באסוציאציה), ולאחר הטיפול הסיפור הענייני מסופר ממקום

של זיכרון יותר שכלתני, המתבונן על האירוע ופחות מעורב רגשית (דיסוציאציה). אופן סיפורי זה מתקשר לממצא השני העולה מהניתוח וקשור בהיבטי הצורה.

<u>היבטי צורה</u>: כאן נמצא הבדל משמעותי באופן בו כל מטופלת תיארה את הלידה. בעוד התיאור התוכני היה דומה בשלוש הפעמים הראשונות, הוא נבדל בצורה בולטת במפגש ריאיון הסיכום עם החוקרת. בשלוש הפעמים הראשונות המטופלות התקשו בתיאור החוויה (בשיחה עם מתאמת המחקר, הפסיכיאטרית ובפגישה הראשונה עם מטפלת ה-NLP). הן היו מוצפות, היה להן קשה לתאר, התיאור כלל עצירות והיה מבולבל ואף אסוציאטיבי; היה בכי וניסיונות לעצור אותו, וכן התנשפויות ונשימות עמוקות. מאחר והתיאור במפגש האחרון עם החוקרת הובע באופן שונה, חשוב להביא תיאור מלא של מפגש זה. כל המשתתפות, ללא יוצא מן הכלל, נענו מייד ברצון להיפגש לריאיון המסכם. מרבית הראיונות נערכו בבתי המשתתפות. שלוש משתתפות ביקשו להיפגש בבית קפה סמוך למקום עבודתן. משתתפת אחת שגרה רחוק מהמרכז ביקשה להגיע לבית החוקרת, ואכן שם התקיימה הפגישה. הראיונות התאפיינו באווירה נעימה ביותר, תוך שהמשתתפות מביעות רצון לתרום בחזרה למחקר באמצעות ריאיון זה. יתרה מזו, שתיים מהן חיבקו את החוקרת מיוזמתן במהלך המפגש, ושתיים נוספות יזמו חיבוק עם תום המפגש. כל המשתתפות הראו לחוקרת את תמונות הילדים בגאווה ובשמחה. במרבית המקרים התמונות הוצגו ביוזמת המשתתפות ובחלק מהמקרים כתוצאה מרמיזה של החוקרת בנוגע לתינוק/ת (וזאת במטרה לראות את תגובתן לבקשה ואת התייחסותן לתינוק/ת).

כאמור בהגדרת מדריך הריאיון, המשתתפות נתבקשו לתאר את הלידה מייד לאחר ההיכרות הראשונית. הניתוח הבא מתייחס ל-14 מהמשתתפות. על משתתפת נוספת מפורט בהרחבה בסעיף הבא משום שתיאוּרֶיה וחוויית המפגש עימה היו שונים באופן ניכר ובולט משאר המשתתפות. המשתתפות פתחו מייד בתיאור. חלקן לקחו נשימה טרם התיאור וחלקן פשוט החלו בשיתוף. תיאורי המשתתפות היו קולחים, מלאים ובעלי רצף כרונולוגי, הן לא דילגו על פרטי מידע טובים או קשים ולא חסכו בפירוטם, וכל זאת נערך תוך שמירה על קשר עין, פתיחות וגילוי לב. המשתתפות השתמשו בשני הזמנים – הווה ועבר. מרבית התיאור היה בלשון עבר כשמדי פעם הן עוברות להווה והתיאורים היו בעיקר בגוף ראשון (להבדיל מתיאור בגוף שלישי). לאורך התיאור, לעיתים הדרמה נשמעה בקולן. הטון עלה, הקצב עלה, היה שימוש במילות תיאור דרמטיות כגון: "נכנעתי", "לידה זה סיוט", הרגשתי כמו "ישו צלוב", להיות "כלואה", כאילו "אני משתגעת", אני "מתחרפנת" – ובכל זאת הן לא עצרו, בכו או התכנסו בתוך עצמן כשהתיאור שלהן נשמע לרוב אסוף. ובכל זאת, מתוך 14 הנשים, משתתפת אחת, דינה, כן חוותה כמה רגעים של הצפה רגשית ובכי במהלך הריאיון. את דינה פגשתי כשלושה שבועות לאחר הלידה השנייה. המקרה של דינה מיוחד בכך שעיקר הטראומה שהיא חוותה בלידה

הראשונה קשור בזיהום חוזר באזור החתך והתפרים מהניתוח הקיסרי, בטיפול לקוי של הצוות המטפל, בניתוח שהגיע בעקבות זאת ובכאבים עזים שנמשכו במשך חודשים לאחר הלידה. גם דינה הביעה רצון ומסירות גבוהים לריאיון. היא תיארה את כל השתלשלות האירועים כשהתינוקת החדשה בזרועותיה, תוך שמדי פעם היא מניקה אותה. כשהגיעה לשלב בו תיארה כיצד טיפלו בה ובזיהום, היא סיפרה שהרופאה הסיחה את דעתה ואז *"היא פשוט לקחה פינצטה ותלשה את זה מהעור שלי (פדים שהונחו והתייבשו עם הדלקת)... והרגשתי באותו הרגע כאילו שאיבדתי שליטה"* – דינה פרצה בבכי. *"אני אוויר, אני לא קיימת, אני... אף אחד לא באמת שומע אותי, אף אחד לא באמת נמצא איתי..."* כמה רגעים לאחר מכן דינה אספה את עצמה ואמרה: *"הרגשתי שאני צריכה להסביר לך מה הוביל אותי להצטרף למחקר. היה חשוב לי שתדעי מה עברתי – וזה הציף אותי... אבל אני מבחינה סגרתי את הפרק הזה. אני יכולה לנשום, אני לא... אני יכולה להיות רגועה, אני לא בלחץ שזה רודף אותי. ואני באמת הגעתי סקפטית לטיפול ויצאתי ב... כמו שאומרים ש'יוצאים מבית חולים עם תינוקת חדשה וידיים מלאות', הרגשתי שהחיים חזרו לי. שאני יכולה עכשיו לחיות את החיים שלי כי בעקבות הטיפול... חזרה השליטה לחיים שלי"*. נשמע שלדינה, כמו 14 המשתתפות האחרות, יש את היכולת להיכנס לתוכן הדרמטי ולצאת ממנו תוך ניהול רגשי ברמה הגבוהה. לאורך התיאור היו אף פעמים בהם המשתתפות צחקקו, או גיחכו, וזאת למרות התוכן המתייחס לאירוע שבהגדרתו הראשונית, וגם במילותיהן נחשב כאירוע טראומטי.

במבט על הריאיון המסכם נראה כי השיחות עם המשתתפות התאפיינו באופטימיות, ורובן כללו בסיכומיהן משפטים הכוללים ראייה רחבה וחיובית בנוגע לתהליך, כגון: *"לא צריך לבזבז זמן על רגשות שליליים"* (גלית); *"שההתבוננות על החיים והזוגיות חזרו למסלול"* (רונית); הן דיברו על *"שינוי ביחס לעצמן"* (ליאורה); וגם *"יש תחושה של אימהות טובה יותר"* (ליאל); *"זה מאפשר התמודדות שהיא הרבה יותר הגיונית ושכלתנית ולא באה מהרגש הזה של הפחד"* (חנה); *"לאט לאט התחלנו לקבל שגרה והתחלתי להבין את החיים בצורה החדשה שלהם ואז כאילו היה יותר נוח לתפקד ולחזור לעצמי גם... כאילו..."* (רננה); *"אפילו הייתה לי תקופה שאמרתי לבעלי... טוב עברתי הלאה, אני יכולה לחשוב על העבר"* (לימור); *"אני התחברתי מחדש למשפחה שלי"* (דינה); *"התחיל תהליך... לחזור לדברים הקטנים, הניואנסים המאוד קטנים ביני לבין עצמי. של להגיד תודה וסליחה. ולאהוב בחזרה, ולסלוח ולא להיות כל כך עצבנית"* (שיר); *"אני חושבת על הלידות הבאות ואני בסדר עם המחשבה שהלידות הבאות יהיו עם ניתוח קיסרי"* (דורית); *"עברתי את זה, ואם כבר עברתי את זה אז בוא ניקח את הדברים שאני יכולה לחלץ מזה ולהתעצם מזה"* (שרון); *"בא לי עוד יונתן קטן ביד, בא לי שבת הזוג שלי תוכל גם להביא עוד אחד, בא לי לראות איך זה להיות אימא שלא ילדה את הילד. יש פה כל מיני כאילו..."* (מורן); *"אני מסוגלת לשבת עם הבנות ולהסתכל באלבומי התמונות...*

וכשאני רואה 'פוסט' של זוג שהביאו תאומים אז אני יכולה להגיד 'מעצבנים', אבל זה לא מקפיץ אותי" (מור); *"אני מרגישה יותר טוב, אני מרגישה שאני נראית יותר טוב. חזרתי להתאפר, להתלבש איך שבא לי... לא חזרתי למשקל שלי אבל בסדר... אני במטרה... זה התחיל לעניין אותי. בהתחלה זה לא עניין אותי בכלל... איפה אני ואיפה זה, עזבו אותי... ומדובר בבחורה שמאוד אכפת לה מהמשקל שלה, כל חייה היא דואגת להישאר ברזון. זה ממש מעסיק אותי יום־יום. ומישהי אמרה לי על זה פעם, כזה אמרה 'נו את חוזרת למשקל? לא חוזרת למשקל', ואמרתי לה: 'וואי... זה מדגדג לי את הקצה של הרגל... את רצינית כאילו? אני לא שם. דבר, דבר... אני לא יכולה לדאוג לכל כך הרבה דברים. אני לא יכולה להכיל כל כך הרבה דברים'. והיום, אני ממש Into-it לגמרי. נרשמתי לפילטיס, התחלתי לעשות הליכות עם חברה כל ערב... אני ממש... אין כמו ספורט. זה עושה מצב רוח, מעלה אוטומטית את ה..."* (גבריאלה); *"יהכי חשוב שהתחברתי לתינוקת שלי... בהתחלה הייתי עסוקה בעצמי... הייתי צריכה אני להתאושש. היה לי מאוד, מאוד קשה... ועכשיו... זה אחרת..."* (אור).

2.4.6. ממד תוצאות הטיפול – תוצאות חלקיות

תת־פרק זה בתמה הרביעית, מאגד את כל התיאורים בהם המטופלות מתארות קושי שעדיין קיים, תסמינים שעדיין באים לידי ביטוי או פערים בין המטרה שהוגדרה לתוצאות שהושגו.

למעשה, כפי שניתן לראות בתת־הסעיף 2.4.4 (ממד השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת), כל המטופלות חשו שהן השיגו את מטרתן וזאת במעמד הפגישה המסכמת את סדרת הטיפולים, כמו למשל, מור שאמרה: *"הטיפול היה מאוד עדין וחוויה טובה. למרות שתוך כדי התהליך לא האמנתי שזה יכול לעזור, אני מרגישה שזה לקח את הזמן שלו וחלחל. אני ממש שמחה שהתקשרת, גם מהשיחה הזו (לאחר שעברנו על כל השאלון) אני אקח את זה: אפשר לראות רזולוציות קטנות יותר, את השיפור והמקום הטוב שאני נמצאת"*.

הריאיון המסכם נערך בין חודש לשנה לאחר תום הטיפול. הזמן שחלף בין מועד סיום הטיפול למועד הריאיון, היה פונקציה של קבלת היתר לקיום ריאיון זה מוועדת הלסינקי. יחד עם זאת, ממד הזמן החולף התגלה כמקור מידע חשוב, מאחר וניתן היה לבחון את הסטביליות של תוצאות הטיפול בראי הזמן. וכך, בעוד שבקרב 14 משתתפות נמצאה הלימה בין המטרות, השגתן ותיאוריהן, משתתפת אחת נמצאה במקום רגשי-קוגניטיבי שונה. כשפגשתי את לימור, היא הייתה כשלוש שנים לאחר הלידה.

לימור הצטרפה למחקר לאחר כשנה וחצי מהלידה ואני פגשתי בה כעשרה חודשים מתום סדרת המפגשים הטיפוליים. לימור, בת 29 בפנותה למחקר, דתייה, נשואה, בעלת רקע של פסוריאזיס, עוסקת בתחום הטיפולי. לאחר שהצגתי את עצמי, פניתי בבקשה לתאר את הלידה.

לימור חייכה ואמרה: *"אוקיי. אני מחייכת כי זה לבקש לעשות את הדבר הכי קשה ש... אולי אני אתחיל מהמצב היום, אני עדיין עובדת על זה, אני בטיפול נוסף. כי זה לא פשוט לי לדבר על זה... אבל בכל זאת את רוצה לפתוח ככה? או רק לספר על זה קצת מבחוץ, לא לפרטי פרטים"*. תשובתי הייתה: *"איך שנוח לך לספר... מתי ילדת?"* לימור החלה לדבר בשטף: *"אז מחר זה יהיה בדיוק שלוש שנים. אז כן, זה לפני שלוש שנים. זאת לידה ראשונה. בגדול כל תהליך הלידה עצמה, הלידה הַפְּעילה התקדמה... לא יודעת אם להגיד לפי הספר, או לפי מה שהסבירו לי, או לפי מה שהתכוונתי אליו. ואז אחרי כמה שעות של ניסיונות ממש, ממש לדחוף את התינוקת החוצה אמרו לי 'תקשיבי את לא עושה שום דבר, את לא... לא מתקדמת. אנחנו צריכים להתערב בכל מיני דרכים'. כבר אז הבנתי שמשהו לא קורה ככה לפי כל הסיפורים שאני שומעת ומה שחשבתי שיקרה. שמו לי ואקום. היו לי שלוש ניסיונות של ואקומים. גם הרופאה הראשית בסוף הגיעה לנסות עם הואקום. אחד הואקומים מפלסטיק התפוצץ לי בפנים. היה משהו מטורף. אני רק זוכרת שהיה מלא היסטריה. 'בואי מהר ובואי מהר, תקראי לה ותקראי לה ותקראי לה'... עד שאמרו לי 'את עכשיו נכנסת לחדר ניתוח'. ואז אמרתי כאילו, מה ניתוח להוציא את החלקים? כאילו מה? אפילו לא העליתי על דעתי שמדובר בניתוח קיסרי. ברגע שהבנתי ישר התנגדתי. אמרתי לה מה פתאום? מה פתאום? תנו לי, אני אדחוף, אני אהרוג את עצמי, אני אקרע את כל מה שיש לי שם, רק תנו לי בבקשה... לא הסכימו. ממש לחצו עליי. חתמתי על הדף ותוך רבע שעה היא כבר הייתה בחוץ. הכול פשוט זכור לי ככאוס, צרחות, כמו בסרט שמעבירים אותי ככה על המיטה, ו'פנו את הדרך ומהר מהר מהר'... זהו. בזמן הניתוח אני זוכרת ששאלתי מלא שאלות, מה את עושה שם, עוד כמה זמן, אני אמורה להרגיש משהו... אף אחד לא ענה לי... ו... זו הייתה חוויה שאני זוכרת"*.

יפעת: *"ויש תינוקת..."*

לימור: *"ברוך השם. בריאה"*. לימור מתקשה לדבר ופורצת בבכי.

לימור: *"אני לא אוהבת להיזכר בזה. אני לא יכולה להתכחש לזה. אני רק מקווה שהיא לא תשאל אותי: 'אימא תספרי לי איך ילדת אותי', אני לא ארצה להיזכר בזה. אני... רק מאז שהיא בת חצי שנה, שנה, היה לי כיף פתאום להתחיל להיות אימא"*.

לימור הייתה נסערת. מדי פעם פרצה בבכי, אספה עצמה וחזרה וסיפרה. ניכר כי תוך כדי התיאור היא חוזרת וחווה את האירוע וכאילו הזמן עצר מלכת והיא נמצאת שם, באירוע, לפני שלוש שנים.

כששאלתי את לימור, האם בכל פעם שהיא מספרת על הלידה, כך היא מגיבה, ענתה: *"זה תלוי. זה ממש תלוי עם מי אני מדברת. אם זה אימהות ש... את יודעת פתאום במעון של הבת שלי, חברות כאילו אימהות של ילדים שהיא חברה שלהם, פתאום אני מגלה שהם גם עברו לידה קיסרית חירום. וכל כך כיף לי לדבר עם אימהות שחוו את זה... אבל לא יודעת, איכשהו אני מרגישה שהחוויה שלי... שאני לוקחת את זה כל כך קשה. אולי כי הם כבר עברו עוד לידות, ואמרו שהייתה להן חוויה מתקנת. אבל אני לא במקום הזה... אז... אני לוקחת את זה מאוד קשה"*. וגם: *"תראי יש פעמים שאני מסוגלת לדבר על הלידה ואני לא ככה בוכה. זה ממש תלוי. נגיד מול הבת שלי אני בקושי בוכה. נגיד שבוע שעבר סתם לדוגמה, הייתה פה חברה שלה, עם האימא וגם היא... די הסתבר שהיא ילדה קיסרי חירום. כאילו דיברנו בקטנה והילדים שיחקו פה. אז כנראה החזקתי את עצמי... כי יכולתי לדבר על זה... אמרתי לה שאני בהלם שאני מספרת לך וזה פעם ראשונה שאני לא בוכה... אז חשבתי אולי... אבל הנה אני מדברת איתך ואני לא שולטת בזה. זה כל כך קשה לי להיזכר בזה"*.

לימור תיארה עצמה כאדם שמאוד אוהב להיות בשליטה והוסיפה: *"אני זוכרת שכשעברתי את הצירים אמרתי "ואוו... זה... בחיים לא חשבתי שכזה כאב אני מסוגלת לעבור". אבל באיזשהו שלב כבר לא יכולתי ואז לקחתי אפידורל. ואני קצת מאשימה את עצמי. אני אומרת שאולי אם לא הייתי לוקחת אפידורל אז אולי היא כן הייתה יוצאת בצורה יותר טבעית. אני לא יודעת. אני פשוט... והייתה לי דולה והיא לא הכינה אותי לאף מצב. היא רק דיברה איתי על ככה... לפי הספר. ומה שכולן רק מפנטזות*

שיהיה להן... לא טוב לי להיזכר בזה. אני גם לא רוצה לחוות את זה שוב. אני לא יודעת מה לעשות. אני עדיין עובדת על זה...״

דוגמאות אלה מתוך הריאיון עם לימור מצביעות על כי לימור עדיין חווה את הטראומה. יתרה מזו, אשכול תסמינים D, 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח', עולה שוב ושוב כשלוב בין דבריה: *״קיסרי זה רק לחלשות ומי שלא רוצה לעשות דברים כמו שצריך...״* וגם: *״אני מאשימה את עצמי״...* בנוסף, קיים קושי לסמוך על אנשים אחרים: *״עד היום אני לא סומכת על בייביסיטריות שיהיו איתה כשאני לא נמצאת בבית. אני מאוד חשדנית כשמישהו איתה. אפילו אם זה סבים וסבתות. אני ככה... צריכה לבדוק הכול, הרבה הנחיות, הרבה מעקבים. כאילו מאוד, מאוד קשה לי. ממש לא חשבתי שאני אהיה כזאת. אבל... אני כאילו מאוד מרגישה שזה...״*

כששאלתי האם מאז הטיפול יש שינוי אמרה:

״כן... אני חושבת שהדבר היחיד שאני יכולה להגיד בזכות ה-NLP שכבר אין לי סיוטים בלילה. שאני שומעת את כל הקולות של הזמני ניתוח וכל זה... זה דברים ש... אולי היה לי לילה או שניים מאז... ממש, ממש חריג. אבל כן עדיין יש לי מחשבות באמצע הלילה, אבל זה לא באותה העוצמה שהיה אז. זה כן משהו שאני מקווה שנעלם פור גוד״. כלומר, לימור מתארת הפחתה והקלה ברכיב החודרנות.

והיא המשיכה ואמרה: *״ה-NLP עזר לי, אבל אחרי כמה חודשים עוד פעם הרגשתי שזה לא... זה אמנם הביא אותי למקום כלשהו, אבל זה חזר אחורה״*; *״הרגשתי שזה לא הוחזק. וכאילו זה נגמר מהר מדי. זה היה לי ממש חבל. כאילו באותו רגע שמחתי שסיימתי. כי זה כבר חופשת הקיץ, היו לנו גם טיסה לחול, טיסה משפחתית, אז היה לי טוב קצת לצאת ולהשתחרר מהמפגש כל שבוע. אבל דברים חזרו... כאילו... אני לא מצליחה להמשיך הלאה״*.

מהשוואת תוצאות שאלוני PTSD שמילאה לימור לאורך המחקר, עולה כי עם כניסתה למחקר מדד PTSD עמד על 42 ועם הסיום, 21. רכיב החודרנות ירד מ-17 ל-5 ונושא השינויים השליליים בקוגניציה ובמצב הרוח ירד מ-14 ל-8. בשאר הרכיבים לא ניכר שינוי מהותי. מדדים אלה נמצאים בהלימה עם תאוריה של לימור בנוגע להרגשתה עם תום הטיפול – אך כאמור, שינויים אלה לא נותרו בעינם במבחן הזמן. לימור חזרה לעבודה חלקית מעט אחרי תום הטיפול. לדבריה, *״היה לי כיף להגיע לסיגל (המטפלת) וכבר במהלך הטיפולים התחלתי 'להצליח לישון'״*. ובכל זאת, היא חושבת שלמרות שכשסדרת המפגשים הטיפוליים הסתיימה היא חשה יותר טוב, הרי שהיה צריך להמשיך בטיפול כדי להחזיק את השינוי וגם כדי לתת מענה לסוגיות נוספות שעלו במהלכו, הקשורות באופן עקיף ללידה אך כנראה בעלות השפעה על התפיסה האישית. עד היום לימור לא יכולה לחשוב על היריון ולידה נוספים. לימור פנתה בהמשך למרפאת 'מכבי' באזור מגוריה והיא מטופלת ב-CBT.

2.5. הערכת התהליך הטיפולי – ניתוח תובנות, פרשנויות ומבט־על של הצוות המקצועי

תת־פרק זה מתמקד בהערכת התהליך הטיפולי בכללותו, ובאופן ספציפי בניסיון להבין את פרוטוקול הטיפול, על יתרונותיו וחסרונותיו, כפי שבאו לידי ביטוי בראיונות עם מתאמת המחקר, עם הפסיכיאטרית המאבחנת ועם מטפלת ה-NLP. מתאמת המחקר והפסיכיאטרית פגשו את המטופלות בטרם נערך עיבוד של אירוע הלידה ומרבית תובנותיהן מתייחסות לתהליך עצמו (לאופן תיאורי הלידה) ולא להערכת איכות הפרוטוקול. לעומת זאת, עיקר המידע שנאסף ממטפלת ה-NLP נוגע

להערכת המיומנויות והטכניקות המופיעות בפרוטוקול הטיפולי. בהינתן העובדה שהטיפול ניתן בהקשר שכולל מערך ליווי ותמיכה, מצאתי שראוי לתת את הדעת גם להיבט זה מאחר והוא עשוי לתרום להסבר בנוגע לחוויה של המטופלות.

2.5.1. מתאמת המחקר

מתאמת המחקר, אסנת מצא-בנימין, הייתה הראשונה שדיברה עם הפונות למחקר, ערכה עימן ריאיון סינון ראשוני ושמעה לראשונה של סיפורי הלידה. לאחר מכן תיאמה עבורן פגישה עם הפסיכיאטרית. בתום הפגישה, אם הפסיכיאטרית החליטה שהן מתאימות למחקר, מתאמת המחקר ישבה עם כל אחת להשלמת מילוי השאלונים הכמותניים, ושוב הייתה שם עבורן כדי לשמוע את סיפורי הלידה. לאחר מכן המשיכה להיות עימן בקשר בנושאי תיאום, כאשר במקרים רבים שיחות תיאום אלה הפכו להיות אינטראקציה בעלת גוון יותר אישי. ניתוח התובנות מתבסס על התיעוד שערכה מצא-בנימין לכל שיחה שערכה עם כל משתתפת, וכן על ראיונות חצי־מובנים שערכה עימה החוקרת בנוגע לכל משתתפת ובנוגע להסתכלות כללית על כל מהלך המחקר.

מתאמת המחקר ענתה ל-169 פניות של נשים לאחר לידה שחשבו שהן עונות לקריטריונים לקבלה למחקר. מכך ניתן להבין שהיא שמעה הרבה מאוד סיפורי לידה, שכולם הגיעו ממקום של מצוקה. כשנשאלה בריאיון עם החוקרת על החוויה הכללית של הקשר הראשוני ענתה: *"אמם חוויה כללית? החוויה בשיחה הטלפונית קצת שונה מהמפגש איתן, אממ... כלומר בשיחה הטלפונית זה מגיע למצב שהן מאוד נפתחות ומאוד משתפות ומאוד מספרות, בכי. במפגש שנערך בהמשך, אחרי האינטייק אצל הפסיכיאטרית, הן מנסות להיות יותר מאופקות, שזה מאוד מפתיע... ובריאיון הזה מתחילים לדבר על מה קרה ועל למה הפנייה והחוויה שלה ומה הביא אותה להתקשר. זה מתחיל להיות מן פינג-פונג של שאלות ותגובות כאלה שהרבה פעמים הנשים נמצאות באמת במצוקה. אין שיחה שלא מגיע בה הבכי. יש חוויה חוזרת של בכי והשתנקות... וחוסר יכולת לדבר, וביחד, והרגעה, ועידוד, בחוויה שלי כמו שאת קראת לזה, זה מן עזרה ראשונה כבר בשלב הטלפון. גם במובן של 'את גיבורה', במובן של את ממש גיבורה שעשית את זה, למשל כבר פעם שנייה למרות שזו טראומה, ואיזשהו דיבור כללי של 'אוקיי, זה קרה, אפשר לטפל בזה, והסיפור הבא לא חייב להיות כזה', אבל הן באות באמת ממצב של מצוקה".*

יפעת: *"אז במרבית המקרים את היית הגורם הראשון ששמע..."*

אסנת: *"כן, אני הייתי הגורם הראשון בפניו הן העזו להגיד את מה שהן חוו, כלומר הן מתחילות נורא נורא בזהירות כי הן לא מכירות, הן לא יודעות איך אני אקבל את מה שהן אומרות, אבל לאט לאט תשמעי... למשל שלשום, בחורה דתייה מירושלים עם ילד שני התקשרה, ובמהלך השיחה היא*

אומרת לי 'תשמעי, אני הולכת להגיד לך עכשיו משהו שאני לא אמרתי לאף אחד...', את מבינה? הסיפור כאן היה שזאת הייתה הפעם הראשונה שהיא בכלל מוציאה את זה מהפה, והיא לא היחידה. אז אני נמצאת כל הזמן במקום של המון אמפתיה והמון עידוד ותקווה".

יפעת: *"ואיך את מסיימת שיחה כזו?"*

אסנת: *"אני לא יכולה להשאיר את זה במקום של בכי, אז בסוף אני תמיד מדברת על המחקר, מציגה אותו, את השיטה, את יוזמת המחקר, את הפסיכיאטרית, מטפלת ה-NLP... וזה חלק מהתקווה שאני חושבת שאיתה אני מסיימת את השיחה".*

לאורך כל המחקר, מצא-בנימין נשארה בקשר עם המטופלות וזאת לצורך תיאומים עם הפסיכיאטרית או עם המטפלת ולבסוף, לצורך תיאום לשם ריאיון מסכם עם החוקרת. שיחת התיאום האחרונה נתפסה על ידה כמשמעותית, וכך היא מספרת: *"בתחילת השיחה אני אומרת להן שאני מתקשרת כדי לתאם את שיחת הסיכום/ריאיון הסיכום עם החוקרת, וזה נתפס אצלן כסגירת מעגל. הן ממש משתפות פעולה. כמעט בכל השיחות אני ממש מרגישה בשיחה שמחה מהטלפון שלי, אני מרגישה שזו הזדמנות בשבילן לספר לי כבר בטלפון כמה הטיפול סייע להן. הן לא נכנסות איתי לפרטים על הטיפול אבל הן די בקלות מצליחות למצוא זמן בסמוך לשיחה לפגישה איתך".*

אני מבקשת ממצא-בנימין לציין דברים בעלי משמעות וחשיבות שהיא למדה לאורך המחקר והיא עונה: *"דבר אחד זה **נושא ההכרה**. פתאום יש מישהו בעל הסמכה שנותן 'שם' לבעיה שעד אותו הזמן הן התמודדו איתה לבד. דבר נוסף, זה **ליווי של צוות תומך** המורכב מנשות מקצוע. שוב, הן לא לבד. ובהנגדה לזה... אני שמעתי שוב ושוב את נושא **יחס הצוות המיילדותי**. יחס מזלזל, לא מתחשב... אני לא יודעת כמובן אם זה באמת היה כך, אבל זה נושא שחזר בשכיחות גבוהה בשיחות שלי עם המועמדות למחקר ועם אלה שהתקבלו. זה גם קשור כמובן **לסובייקטיביות של תפיסת אירוע הלידה**. שמעתי סיפורי לידה שנשמעו עם מרכיבי מצוקה אמיתיים ושמעתי גם סיפורי לידה, שלי זה נשמע כאילו הייתה לידה אולי קשה, אבל... בסדר... זה בסוף הכול עניין של פרשנויות. עוד דבר בעל חשיבות זה שאני חושבת... ממה ששמעתי מהן זה **שחסר מענה לבעל**. גם הוא בהרבה מקרים במצוקה, מה שגורם לכך שגם הוא לא פנוי הרבה פעמים לקשיים של האישה. כל הנושא **של תמיכה משפחתית**, הרבה פעמים הן מנסות לבוא למשפחות שלהן – לאימהות, לחברים, לבעלים שלהן – והם מבטלים אותן ואומרים: 'יאללה, יש לך תינוק בריא תתמקדי בו ובמתנה הזאת שקיבלת...' – וזה גורם להן להרגיש בדידות ובעצם אין להן עם מי לדבר. ועוד משהו עקרוני: אנחנו הסתובבנו בכל מיני מרפאות, פגשנו צוותים מקצועיים, רופאים, אחיות ועוד – אני חושבת שיש **בורות בכל מה שנוגע לנושא הפוסט טראומה לאחר לידה**. כמעט כולם מתבלבלים עם דיכאון לאחר לידה – ולו מן הטעם הזה... נראה לי שהמחקר הזה חשוב בהעלאת המודעות לנושא".*

2.5.2. פסיכיאטרית מאבחנת

ד"ר ג'ודית ריידמן-הלפר היא פסיכיאטרית מטעם 'מכבי שירותי בריאות' שליוותה את המחקר מראשיתו, והייתה הסמכות הרפואית המקצועית הראשונה שפגשה את המועמדות למחקר, והשנייה שהקשיבה ותיעדה את תיאורי הלידה של המועמדות. ד"ר ריידמן-הלפר ערכה עם כל מועמדת אינטייק אבחוני שעל בסיסו החליטה האם המועמדת מתאימה למחקר בהתאם לקריטריוני PTSD. תובנותיה מתבססות בעיקר על חוויית הפגישה והראיונות שערכה עם המועמדות. להלן ריכוז התובנות:

<u>ייחודה של ההפרעה הפוסט־טראומטית לאחר לידה (PPPTSD אל מול PTSD)</u>

*"ראשית אני רוצה להתייחס **לייחוד של פוסט־טראומה לאחר לידה**. ההפרעה מאוד דומה לפוסט־טראומה המתחוללת כתוצאה מאירועים טראומטיים אחרים אלא שיש הבדל מאוד ברור. לרוב האישה רוצה עוד ילדים ולכן הפחד מאוד גדול – הידיעה שהיא רוצה היריון נוסף – אבל לא יכולה לחשוב על זה. והפחד להרות שוב וללדת שוב, הוא מתנגש ממש כמו התנגשות חזיתית עם **הזהות הנשית**, שהיא טמונה בכל אחת מאיתנו. שבסופו של דבר עדיין, עד כמה שמעמד האישה מתקדם ואנחנו תופסות מקומות עבודה נחשבים וכדומה, עדיין אנחנו כאן, וזה מאוד משפיע עלינו ועל היכולת שלנו להביא ילדים לעולם... ועדיין... החברה מסתכלת על נשים... ובמיוחד **החברה הישראלית**... וכל הנושא של ההסכם בין המדינה לבין ה... מימון הטיפולים, טיפולי פריון... זו מדינה שהמסר העיקרי הוא 'תלדו ילדים'. **פרו ורבו**... ולכן העובדה שהיא (האישה), היא יכולה ללדת שוב ולהיכנס שוב להיריון והיא... אגב, זה הרבה פעמים מה **שמדרבן אותן ללכת לטיפול**. הן הולכות לטיפול אף על פי שהן יודעות שהולכות לעבור ייסורים נפשיים וחרדות ומה לא... אבל הן עושות את זה כי הן רוצות להיות אימא פעם נוספת וזה מה שמניע אותן... בשונה מהתמודדות עם פוסט־טראומה מסיבות אחרות".*

<u>שינוי בתפיסות</u>

כאמור לעיל בניתוח הממצאים, עלה כי המשתתפות פיתחו אמונות שליליות לגבי עצמן ולגבי העולם, שהיה צורך לתת להן מענה בטיפול. ד"ר ריידמן-הלפר בדבריה, מתייחסת באופן ספציפי לשינוי התפיסות לאחר טראומה בכלל ולאחר טראומה בלידה בפרט, ומדבריה עולה שתפיסה המרכזית היא ש'אין על מי לסמוך' – דבר שנמצא בהלימה לממצאים דלעיל.

"...אני רוצה להתייחס באופן כללי לתפיסות, שינוי התפיסות... כשאדם חווה אירוע טראומטי וכרגע אני מכלילה ולא מתייחסת ספציפית ללידה... אבל זה רלוונטי... אחרי טראומה התפיסה משתנה מתוך מחשבה שאחרי האירוע הזה שטלטל אותו אז אין יותר על מי לסמוך. זאת אומרת,

*העולם לא בטוח. וכמובן, זו תפיסה אחת, ראשונה, שזה... אפשר להשליך את זה, כל אחד במצב חיים שלו. אם אנחנו מסתכלים על נושא של הלידה, אז בוודאי זה משליך על התפיסה של אין מה לסמוך **על רופאים**, **שמערכת הבריאות היא לא בטוחה**, שאין **מה להיכנס עוד פעם להיריון ולעבור עוד פעם חוויה של לידה**... אבל באופן כללי זאת תפיסה שמאוד מאוד מאפיינת אנשים פוסט־טראומטיים באופן כללי".*

נושא נוסף בעל חשיבות, הקשור בתפיסת העצמי ובאמונות על עצמי, עולה מדברי ד"ר ריידמן-הלפר, והוא שינוי בתחושת המסוגלות שעלול להוביל להימנעות. להלן התייחסותה:

*"שינוי נוסף בתפיסה שהיא מאוד מאפיינת פוסט־טראומה באופן כללי וכמובן גם אצל נשים אחרי לידה טראומטית זה ש... יש מן תחושה של **חוסר מסוגלות**. אחד הדברים הכי קשים שהאדם חווה ברגע של טלטלה נפשית, של טראומה, שטראומה שמוגדרת כחוויה מסכנת חיים, או להיות עד לחוויה מסכנת חיים, זאת התחושה שהאדם נשאר חסר אונים, כביכול לא יכול להתמודד עם האירוע עצמו. אם אנחנו זוכרות, לפני רגע אמרנו שהמטופלת בשלב מסוים אמרה שבעצם היא איבדה את היכולת לשלוט על המצב והיא הבינה שפשוט היא בחוסר שליטה. החוסר אונים הזה, החוסר מסוגלות, זאת תחושה קשה שיש לה הרבה תרומה בבסיס של **ההימנעויות** בהמשך. לא לשחזר שוב פעם את התחושה של החוסר מסוגלות..."*

<u>ציפיות ותוכנית לידה</u>

כפי שכבר נחקר וכפי שראינו בניתוח נתוני המשתתפות, הציפיות מהלידה ומתהליך הלידה הינו גורם מרכזי להתפתחות פוסט־טראומה בשל הפער בין הציפיות למציאות, וגם לכך מתייחסת ד"ר ריידמן-הלפר בדבריה הבאים: *"אחד הדברים שמייצג את התפיסה של הנשים שאני פגשתי זה שהרבה מהן מגיעות עם אג'נדה. הן מגיעות לעיתים עם דולה, יודעות איך הן רוצות לנהל את הלידה, יודעות איך הן רוצות שהמציאות תתקיים. ואז... הן מגיעות לכאן ואפשר לראות **שיש פער מאוד גדול בין הציפיות** שלהן לאיך תתנהל הלידה **לבין מה שקרה בסופו של דבר**. זה יכול להסביר אובדן השליטה ואת השבר שהן חוות".*

<u>סובייקטיביות ונתוני אישיות טרום־לידה</u>

עוד היבט עליו ד"ר ריידמן-הלפר נותנת את הדעת שמתאים לנתונים במחקר הוא ההיסטוריה האישית, נתוני האישיות והרקע התרבותי ממנו מגיעה היולדת ללידה.

*"זה מעניין איך חוויות הלידה יכולות להיות דומות 'פלוס-מינוס' אבל איך כל אחת מגיבה ללידה ועד כמה היא מפתחת פוסט־טראומה ומה ההבדל ברמת החומרה של הפוסט־טראומה. וכנראה שהמשתנה החשוב הוא מה שנקרא **אישיות פרה־מורבידית**, גורמים מה שנקרא מקלים. נשים*

*המגיעות ללידה עם משתני אישיות הכוללים **אופטימיות, גמישות**, יש יותר סיכוי שהן יוכלו להתמודד בצורה יותר טובה. יחד עם זאת, גם נשים עם חוסן פנימי, במצבים של סיכון חיים עלולות לפתח את ההפרעה... ויכול להיות שאותן נשים עם בסיס אישיותי איתן, יפתחו פוסט־טראומה ברמה שהיא פחות חמורה. בנוסף יש מקום לתת את הדעת לנושא **האמונה או רוחניות**. זה מקור כוח. ללא ספק אנשים שהם יותר מאמינים, אם זה דתיים, או אנשים רוחניים, שיש להם עולם רוחני, עולם של אמונות מאוד מאוד מפותח, היכולת להתמודדות היא הרבה יותר טובה, עם סבל באופן כללי. ואלו הנקודות שלפעמים עוזרות להם בוא נגיד, לאזור כוח ולאזור אנרגיה בלהתמודד. השאלה היא עד כמה נתוני בסיס אלה יכולים לשמש את המטפלת ולרתום בחזרה את כוחות הנפש שאבדו".*

<u>אובדן שליטה</u>

כאמור לעיל ממד שליטה/אובדן שליטה היווה גורם משמעותי אצל משתתפות המחקר בהתפתחות הטראומה:

"רוב הנשים חוות תחושה של אובדן שליטה – זה מתקשר לחוויה שהגוף בוגד. שהגוף, בעצם אין שליטה על הגוף. זאת תפיסה מאוד אופיינית בחוויות אובדן בכלל. וזאת נקודה מאוד מאוד חשובה... לעבוד עליה במהלך ההיריון העוקב. כי בכל זאת מאוד מאוד חשוב שהן יגיעו ללידה הנוספת עם תחושת קומפטנטיות ושליטה על הגוף, לפחות ברמה של מה שתלוי בהן. ברור שאין לנו שליטה על שום דבר, לא רק בלידה, אלא באופן כללי. אבל זה מאוד מאוד מוחשי שככל שהתחושה שהן לא שולטות על הגוף שלהן ושהגוף מכתיב, ולכי תדעי מה עוד יכול לקרות, זה משהו שמגביר חרדה וגורם לחוויית הלידה להיות פחות בשליטה".

2.5.3. מטפלת NLP

סיגל הרשקו-יבור היא מומחית בטיפול בטראומה בפרוטוקול NLP אשר העבירה את כל המפגשים הטיפוליים. ניתוח תובנותיה נערך על בסיס מספר מקורות מידע: יומני הטיפול, הקלטה של ארבעה טיפולים מלאים של ארבע מטופלות (סך הכול 22 מפגשים טיפוליים מוקלטים), תמלול שיחות סופרוויז'ן שנערכו בינה לבין החוקרת (שליוותה את כל התהליך הטיפולי כדרך של סופרוויז'ן כאשר שיחות אלה נערכו בין כל מפגש טיפולי אחד למשנהו), ותמלול ריאיון מסכם חצי־מובנה בנוגע לכל אחת מהמטופלות. חומרים אלה היוו בסיס לניתוח שתוצאתו נושאים/תמות בולטים.

<u>טיפול קצר־מועד ממוקד מטרה – יתרונות וחסרונות</u>

אחד הנושאים שהעלו משתתפות המחקר הוא היותו של הטיפול קצר־מועד והחשש כי לא יוכל לסייע להן, חשש שהתבדה כבר במהלך הטיפול ולאחריו. חלקן אף התייחסו להתמקדות במטרה כגורם מסייע. להלן התייחסותה של המטפלת לסוגיה זו:

*"מבחינתי, מה שמאפשר לטיפול להיות קצר־מועד קשור בעובדה שזה מאוד ממוקד מטרה, כשבמקרה שלנו המטרה היא טיפול בטראומת הלידה. אני גם עובדת עם CBT, גם שם ממקדים מטרות ויעדים. במובן הזה הפרוטוקול לא מחדש אלא נותן מענה כתרפיה ממוקדת מטרה. מה שמאפשר לכך לקרות זה שאלון מקדם המטרה איתו עובדים בפרוטוקול כבר בפגישה הראשונה. א. זה משאיר אותי, כמטפלת, להיות צמודה ליעדי המפגש הראשון, שזה אומר למלא את כל השאלון במפגש הראשון, וזה **מאפשר לשיחה להיות ממוקדת**, ומכוונת – זה שומר עליי שלא אתפזר. ב. יש סדרת שאלות מנחות מעולות שממש ממסגרות את כל תוכנית הפעולה. בהתאם לשאלון אני די מהר עוברת לבדוק איתן מה היא המטרה שלהן ולא רק להגדיר קוגניטיבית את המטרה, אלא, וגם זה בהתאם להדרכת השאלון, אני מבקשת מהן **לדמיין את עצמן משיגות את המטרה**. Once, הן הגדירו את המטרה, אני מבקשת מהן לפתח בדמיונן את המטרה ולייצג אותה בכל החושים. 'תראי איך את נראית', 'תשמעי מה שאת שומעת' וכו'... ובאמת הרבה פעמים הן אומרות 'אני לא יודעת...' אז מפה מתחילה העבודה. קודם כל בוא נראה איך זה נראה. בוא נראה אם זה באמת מה שאת רוצה. זו אולי פעם ראשונה מזה זמן רב שהן מעתיקות את המיקוד שלהן מהבעיה למטרה, דבר שבפני עצמו הוא חלק מהנעת תהליך השינוי. ועוד דבר חשוב, זו העובדה שמראש ידוע שיש סך הכול שישה מפגשים. זה חשוב לי, כי אני יודעת שזו **מסגרת הזמן שלי**. וזה חשוב למטופלת, כי זה גורם לה, פסיכולוגית, להתכוונן להשגת המטרה במסגרת הזמן שהוקצבה".*

*"לצד זאת, אני רוצה לציין **שלפעמים שישה מפגשים, זה לא מספיק**. במחקר יש משהו נוקשה שמחייב עמידה במסגרת. אני רוצה להתייחס לשני היבטים: האחד הוא עד כמה הפרוטוקול נותן מענה להיבטים של **מעגלי החיים**, ואני מדברת על מעגלי ההשפעה שקשורים לעיבוד הטראומה. נושא אחד ברור הוא 'הבעל'. המטופלות בעצמן יודעות לספר שחשוב לתת גם לו מקום. גם הבעלים מבקשים עזרה ותמיכה. רובן מדברות על רצון לשלב את הבעל. לא במקום, בנוסף. אז אולי צריך לתת מענה זוגי, כמקום של עיבוד החוויה הזוגית... בכל מקרה הפרוטוקול לא נותן לכך מקום. הנושא השני הוא שלפעמים, כשאירוע הלידה של המטופלת 'יושב' על **דפוסי חשיבה בעייתיים קודמים**, או פוגש **טראומות קודמות** כמו לידה שקטה שקדמה לטראומה הנוכחית או התעללות מינית שעשויה להיות קטליזטור לטראומה הנוכחית, כמו אצל לפחות שתיים מהמטופלות שלנו, אני מצאתי שלו זה היה 'החיים האמיתיים' הייתי עורכת עוד מספר פגישות כדי לתת מענה שלם. וכמובן, כשטראומת הלידה פוגשת טראומה נוספת כמו אצל אחת המטופלות, שהתינוקת שלה נולדה עם דימום מוחי ופרוגנוזה*

לפגיעה ארוכת טווח, כאן כבר מדובר על שני אירועים טראומטיים כאשר במהלך טיפולי רגיל שאינו במסגרת המחקר, לדעתי חשוב להוסיף עוד מפגשים טיפוליים[16].

<u>הדרכה (סופרוויז'ן)</u>

כל 86 המפגשים הטיפוליים (אחת המטופלות סיימה את הטיפול מיוזמתה לאחר שלושה מפגשים והשנייה אחרי חמישה מפגשים מאחר ובהתאם להנחיות משרד הבריאות בזמן ה'קורונה' לא ניתן היה להיפגש פנים אל פנים), לוו בסופרוויז'ן טלפוני שהתקיים בין כל מפגש למפגש. הסופרוויז'ן ניתן על ידי החוקרת שפיתחה את הפרוטוקול. להלן התייחסותה של המטפלת שרואה את הסיוע של ההדרכה לטיפול כגורם מסייע לה ולתהליך הטיפול:

"זה ממש מעניין... למרות שלכאורה מדובר באותו הנושא: טראומות לידה, ולמרות שהפרוטוקול הוא ממש מתווה עבודה, ההדרכה שערכנו הייתה דבר מאוד משמעותי. כל מטופלת היא עולם ומלואו, כל אחת מייצגת את הטראומה באופן שונה, ***וצריך היה להבין בדיוק איזו טכניקה מיישמים ומתי****, איך עובדים ברגישות עם כל התכנים שכל אחת מביאה לחדר הטיפולים. למשל: ב-TP, צריך לתחום את האירוע. בגלל חשיבות התחימה, כל פעם הרגשתי שאני רוצה להתייעץ איתך ולדעת שאני עושה את הכי טוב. וזה היתרון של ההדרכה אני חושבת... לקחת את הפרוטוקול ולהתאים אותו. כי כן הייתה לנו פה חשיבה, האם מעבר לסוויש הוויזואלי להכניס סוויש שמיעתי או קינסטטי, שהוא לא היה ברירת מחדל בפרוטוקול. באיזה שלב, מה לעשות קודם, מה צריך לפרק לפני שאפשר לעשות תהליך כזה באופן יעיל או אחר. אני חושבת שפה ההדרכה הייתה מאוד משמעותית".*

"בנוסף, המטופלות הגיעו במצב מאוד מוצף. חלק מהתיאורים היו קשים... גם אני אישה, גם אני ילדתי... חלק מהתיאורים והחוויות שלהן – פגשו אותי ונגעו בי. גם עבורי לפעמים המפגשים היו מאוד טעונים רגשית, ***והסופרוויז'ן עזר לי לשמור על עצמי****".*

<u>פרוטוקול טיפול אחיד</u>

כאמור, הפרוטוקול מורכב משאלון מקדם מטרה, ארבעה הליכי סוויש, TP, והליך 'מסע הגיבור'. פרט לשאלון שמוצג במפגש הפתיחה, ולהליך 'מסע הגיבור' שסוגר את סדרת המפגשים, יש להתאים את חמשת ההליכים האחרים בהתאם לאופן בו האירוע הטראומטי מקודד אצל המטופלת. כך, שבצד העובדה שהמתווה הכללי מאוד סדור, הרי שגם בכל טכניקה בפני עצמה נכללים שלבים מוגדרים, המספקים מסגרת עבודה מאוד ברורה למטפל, כדברי המטפלת:

"יש משהו מפשט ומאוד מקל בעובדה ש'צמודים' לפרוטוקול שהוא לא מורכב או מסובך. זה נותן ***Guide-Lines*** *מאוד* ***ברורים*** *לעבודה. ברוב המקרים אני חושבת שזה עוגן מאוד טוב שמקל, כי*

[16] חשוב לציין שמטופלת זו קיבלה עוד שני מפגשים מעבר למוגדר במחקר – וזאת בהתאם לדרישות של וועדת הלסינקי.

*נורא קל בגלל שהן מגיעות עם ההיסטוריה שלהן ועם הקשיים שהיו לחלקן, אפריורית אתה עלול להיסחף לכל מיני מקומות אחרים שיכולים להשפיע מאוד על התהליך של העבודה על הטראומה, אבל מצד שני להאריך את הטיפול או אולי לפעמים לסטות ממנו. אני חושבת שהפרוטוקול הוא עוגן מאוד חשוב. יחד עם זאת אם יש משהו שהוא מאוד משמעותי זה שאני חושבת שבעוד יש את העוגן, את המסגרת ואת התהליכים – יש גם **גמישות** בתוך הפרוטוקול. יש את המסגרת של התהליכים שצריך להכניס וזה המקום של הגמישות בתוך הפרוטוקול. זה כמובן מתקשר לנושא ההדרכה שהיה משמעותי. אם תבוא כמו תוכי ותעשה אחת שתיים שלוש, אולי זה יצליח אבל חייבים להתייחס לכל מקרה לגופו. נצמדים לפרוטוקול שהוחלט אבל עם גמישות מותאמת לכל מטופלת".*

*"יחד עם זאת, **חייבים** לשלוט ממש ממש טוב בכל אחת מהטכניקות. זה משהו שחייבים להיות מיומנים בו. שוב, אני עובדת עם עוד שיטות טיפול, ואני מרגישה את האפקטיביות שמגיעה עם הפעלת הטכניקות, אבל **כדי לייצר תוצאות טובות – זה מחייב תרגול והבנה עמוקה של 'איך להפעיל כל הליך'**. חוץ מזה, **הפרוטוקול נותן מענה כמעט מלא** לנושא הפוסט־טראומה. אני אומרת 'כמעט מלא' כי נכון ש... אני חושבת... שאצל כולן הייתה הפחתה בתסמינים ונכון שהן הרגישו שהן השיגו את המטרה שהן הגדירו – ובעצם לשם כך התכנסנו... ובכל זאת, בחלק מהפעמים, מבחינתי היה צריך לתת מענה ישיר מבחינת הפרוטוקול, בצורה של **טכניקות נוספות, מתחום טכניקות NLP לשינוי אמונות**"* (הרחבה בנושא בהמשך תחת הכותרת קריטריון D).

<u>מיומנויות NLP</u>

כאמור בפרק המבוא התיאורטי, ה-NLP כולל מודלים, טכניקות ומיומנויות. בעוד המודלים קשורים במבט־על הכולל ונותן כלים להבנת ההתנהגות האנושית, הטכניקות בנויות מתהליכים סדורים הכוללים מפרט מעשי להפעלה בהקשר לנושא מסוים. לצד שני אלה קיימות מיומנויות ה-NLP. אלה מהוות תשתית להפעלת הטכניקות והן נמצאות בבסיס הקשר והשיח הבין־אישי. כדי לקבל תוצאות טובות מהפעלת הטכניקות חייב המטפל להיות בעל שליטה במיומנויות. כחלק מהריאיון אני שואלת את סיגל: *"מהן האסטרטגיות/מיומנויות מעולם התוכן של ה-NLP בהן עשית שימוש בעבודתך? וכיצד כל אסטרטגיה שירתה (פחות או יותר) את עבודתך ואת המטרה אותה הגדירה המטופלת?"*

סיגל: *"ברור שכ-NLPפיסטית אני משתמשת במיומנויות שלמדתי ותרגלתי לאורך השנים. הטכניקות לא היו 'עובדות' בצורה מוצלחת אם לא הייתי משתמשת במיומנויות. השימוש בהן נעשה לרוב כבר באופן לא מודע. אני חושבת שבבסיס העבודה שלי יש את מיומנות **ה'ראפור'**. במיוחד מאחר ויש מספר מוגבל של מפגשים, מאוד חשוב לי לבסס קשר בטוח ועמוק במהירות. גם **'קליברציה'** זה דבר בסיסי במובן הזה שאני חייבת לדעת כל הזמן מה הן עוברות מבפנים והאם יש הלימה בין השפה*

*והמילים בהן הן בוחרות לבטא את עצמן, לשפת הגוף – ובהתאם להתאים את עצמי. זה משאיר אותי כל הזמן ערה למצבן הרגשי ומסייע לי להוביל אותן להתחבר או להתרחק רגשית מהאירוע הטראומטי. זה גם מתקשר ישירות לאסטרטגיות '**אסוציאציה**' ו'**דיסוציאציה**'. אחד הדברים המהותיים זה ללמד אותן להיות במקום של ניהול רגשי. היכולת לעבור באופן גמיש בין חיבור רגשי וכשהן חושבות שעלולה להיות הצפה רגשית, לנוע החוצה ולהתבונן בסיטואציה (במקרה שלנו זו הלידה). אני עושה את כמובן תוך כדי הפעלת הטכניקות ובתוך ההפעלה אני נעזרת במיומנות **העיגון** (שהיא מובנית בטכניקות) וכמובן **בשפה אריקסוניאנית**. למשל: אני לא אשאל... האם יש שינוי? אלא איך השינוי בא לידי ביטוי?... או אני אשאל מה הדבר הראשון החדש אליו שמת לב?"*

*"... ויש כמובן את **הנחות היסוד** של ה-NLP. אין טעם שאני אחזור על כולן. בפועל אני כל הזמן משבצת אותן בשיחה שמתפתחת בתחילת כל מפגש, הרבה מאוד תוך כדי הפעלת הטכניקות ובסוף המפגש. אני כמובן לא אומרת 'הנחות יסוד' אלא משתמשת בתובנות כדי לקדם את התהליך. ההנחות השכיחות ביותר בטיפול, הקשורות במיוחד בעובדה שהטיפול ממוקד טראומה, הן שלוש: הרעיון שכל 'כשלון' הוא הזדמנות לצמיחה – זה כמובן משולב לאורך הטיפול ומתבטא באופן ישיר בהליך 'מסע הגיבור'; הנחת היסוד שאומרת שאנחנו תמיד עושים את הבחירה הטובה ביותר האפשרית עבורנו ברגע נתון – הנחה זו הינה הבסיס להשלמה עם האופן בו הלידה הייתה והדרך בה הן התנהלו תוך כדי. זו ההתחלה של הסליחה לעצמי וקשורה ביכולת למקם את האירוע הטראומטי בעבר... התחלה של השחרור...; וההנחה האחרונה היא האבחנה בין ההתנהגות לכוונה. תוך כדי הפעלת ההליכים הרבה פעמים אני נותנת מקום להבנת הכוונה החיובית של החלקים שמתקשים לשחרר את הקושי. וזה כמובן קשור למיומנות ה'**ריפריימינג**' – מיומנות שמאוד נוכחת בשיח הטיפולי".*

<u>חוויית הטיפול</u>

בריאיון עם המטפלת, היא נתבקשה לתאר את החוויה הכללית שלה בעבודה עם הפרוטוקול הטיפולי ומה מייחד אותו מכלים טיפוליים אחרים. סיגל, כאמור, עובדת בחייה המקצועיים עם כלים תרפויטיים שונים כגון CBT, EMDR, טיפול דינמי ומיינדפולנס. מכאן שהיא מצוידת בניסיון המאפשר פרספקטיבה השוואתית. בנוסף לאמור בנקודות שצוינו למעלה, סיגל מתארת חוויית טיפול שהיא מגדירה אותו כ'לא מציף': *"המטופלות מגיעות לטיפול ממקום מאוד פצוע. הן באמת סובלות מאותם סימפטומים פוסט־טראומטיים שמקשים על ההתנהלות הרגשית והתפקודית. זה לא שהן לא מתפקדות – הן דווקא כן מתפקדות – אבל הכול הרבה יותר קשה. הן מגיעות עם פחד לגעת בתכנים. בין הקבלה שלהן למחקר והמפגש הראשון איתי, קרה עם לא מעט מטופלות שהיה לא פשוט לקבוע איתן את הפגישה הראשונה. אני מצאתי את עצמי מתאמת איתן... הן מבטלות... תיאום נוסף ועוד... עד שהן מגיעות. זה לא כי הן לא רוצות – הן פשוט מפחדות להיות במגע עם טראומת הלידה. הדבר*

היפה בשיטה הזו, זה שהיא מהר מאוד מחברת אותן למקומות אופטימיים. החל מעצם הגדרת המטרה... זה אותו מבט לעבר העתיד – להבדיל מהתמקדות בעבר, דרך החיבור המחודש לכוחות שלהן, ואולי הכי חשוב... למרות התכנים הקשים, הטכניקות עצמן של ה-NLP, הן לא טכניקות מציפות. להבדיל מה-PE, שבהגדרה כולל הצפה רגשית, כאן נמנעים מכך באופן ישיר ולכן למרות הקושי שנוכח, יש כלים מובנים ב-NLP ובפרוטוקול שמאפשרים לטיפול להיות 'נוח למטופל' ולכן גם נוח למטפל".

<u>פרוטוקול NLP – התייחסות לקריטריונים B,C,D,E</u>

על מנת לטפל בתסמינים הפוסט־טראומטיים, על פרוטוקול הטיפול לתת מענה, וזאת בהתאם לקריטריונים המגדירים פוסט־טראומה. כאן מובאת התייחסותה של המטפלת למענה שנותן פרוטוקול הטיפול, להלן התייחסותה ליתרונותיו וחסרונותיו:

יתרונות הפרוטוקול – *"הפרוטוקול נותן מענה ישיר לקריטריון B – רכיב ה'חודרנות'. טכניקות ה'סוויש' פועלות בדיוק במרחב התמונות המתפרצות, הקולות המתפרצים והתחושות החוזרות. גם ה-TP מתייחס לקריטריון זה. הטכניקות האלה הן השער לשינוי, כי ברגע שהן (המטופלות) יכולות להגיב אחרת לאותם הטריגרים החושיים, כשהטריגרים כבר לא מפעילים אותן, הן יכולות להיזכר באירוע הלידה ולהגיב אחרת. אני ממש ראיתי את השינוי שלהן לפני ואחרי הפעלת כל הליך. תמיד הייתה ירידה בתגובה הקשה. בהרבה מקרים הן יצאו מהמפגש עם הפחתה מסוימת וכשחזרו לאחר שבוע, הן דיווחו על המשך השינוי החיובי. Once נרשמה רגיעה בקריטריון החודרנות, זה גם הוביל ליכולת שלהן להיות יותר רגועות, כלומר, זה השפיע על קריטריון E, עוררות, ושניים אלה השפיעו על קריטריון C, ההימנעות, הן החלו לחזור ולהיות במגע עם חלקים בעצמן ועם חזרה לפעילויות כמו ללכת לבדיקת רופא או לתת לעוד דמויות לטפל בילד וכו'".*

חסרונות הפרוטוקול – *"מתוך ההתנסות אני יכולה לומר שחסרה בפרוטוקול התייחסות ישירה לקריטריון D – 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח'. השינויים התפיסתיים שהתחוללו בעקבות הלידה הטראומטית, הם נדבך מהותי שחייבים לתת לו מענה כחלק מתהליך ההחלמה. הפרוטוקול מציע התייחסות עקיפה דרך המיומנויות ודרך הנחות היסוד. בכל פעם שהפעלתי את אחד התהליכים והוא 'נתקע', כלומר, הייתה תחושה שעולה התנגדות מצד המטופלת, זה בעצם ישב על אותם החלקים בתוכה ששמרו את התגובה הקשה. חלקים אלה קשורים בשבר התפיסתי בנוגע לאמונות שלהן על עצמן, בכוחות שלהן, או בתפיסה שלהן בנוגע לסדרי עולם. כך שתוך כדי הפעלת הטכניקה עשיתי הרבה ריפריימינג על התפיסות האלה, ורק כשמשהו בתפיסה השתנה – אפשר היה להמשיך עם הטכניקה ואז באמת לחוות את השינוי לטובה. את כל זה כמובן עשיתי תוך כדי כמעט כל אחד מהטיפולים, רק שלצד זה אני חשתי שבחלק מהמקרים היה צריך להקדיש מפגש שלם לנושא שינוי*

האמונות והתפיסות – וזה לא היה חלק מהפרוטוקול. ומתי במיוחד היה צורך בהתמקדות בשינוי התפיסות? אני שמתי לב שזה קרה במיוחד עם אותן מטופלות שנכנסו לאירוע הלידה כשהרקע האישי והנפשי שלהן יותר מורכב. מי שתפיסותיה על עצמה ועל העולם היה רעוע מראש, מי שמראש סבלה מחרדות, או שהיו לה אירועים טראומטיים קודמים – היה יותר מאתגר להחזיר להן את האמונה בעצמן ובעולם. לעומת זאת, מטופלת שמראש, טרם הלידה, תחושת הקומפטנטיות שלה הייתה גבוהה – היה לי קל יותר להחזיר את תחושת השליטה והביטחון והאמונה שלה בעצמה, באחרים ובסדרי עולם. במקרים אלה, הפרוטוקול ענה על הצרכים, כשלדעתי, לפרוטוקול יש בעתיד לשקול לצרף הליך מסודר של ה-NLP לשינוי אמונות".

3. סיכום ממצאי המחקר

בפרק הממצאים הוצגו ראשית ממצאים שעלו מהניתוח הכמותני שהתבסס על שלושת שאלוני המדידה: שאלון PTSD, שאלון לבדיקת תפקוד ושאלון צמיחה פוסט־טראומטית אשר נבחנו בשלוש נקודות זמן: לפני הטיפול, באמצעו ובסופו. ממצאים אלה הציגו שיפור (ירידה) במדדי PTSD כללי ובכל אחד מהסימפטומים: 'חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'. כמו כן הוצג שיפור (עלייה) (בין מדידה ראשונה לשלישית) בצמיחה פוסט־טראומטית ותפקוד. לאחר מכן הוצגו בהרחבה ממצאי הניתוח האיכותני שהתבסס על סך המידע שנאסף מאוכלוסיית המחקר: המטופלות המשתתפות במחקר והצוות המקצועי שכָּלל את הפסיכיאטרית, המטפלת ומתאמת המחקר. הממצאים האיכותניים העלו ארבע תמות מרכזיות הנמצאות בהלימה לקו-הסיפור שנפרס על פני ציר זמן המחקר, שהחל בסיפור אירוע הלידה בעת האינטייק הראשוני והסתיים לאחר תום הטיפול. התמות שעלו היו: אירוע הלידה הטראומטית, ביטויי התסמינים הפוסט־טראומטיים וקשיי התפקוד, רפלקציה על חוויית הטיפול ולבסוף, תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD. תת־פרק הניתוח האיכותני נחתם בהערכת התהליך הטיפולי – ניתוח תובנות, פרשנויות ומבט־על של הצוות המקצועי.

ה. דיון

מחקר זה הינו חקר מקרה המשלב שיטות מחקר כמותניות ואיכותניות. מטרת המחקר הייתה לבחון את האפשרות של שימוש בפרוטוקול NLP ייעודי לטיפול בטראומה בקרב נשים שפיתחו PPPTSD. בחינה זו התבצעה תוך התמקדות בחוויית התהליך הטיפולי ותוצאותיו כפי שבאו לידי ביטוי בקרב 15 נשים שאובחנו עם PPPTSD חלקי או מלא ועברו סדרה הכוללת שישה מפגשים טיפוליים (מפגש היכרות והגדרת מטרה ועוד חמישה מפגשים טיפוליים); ובקרב הצוות המקצועי של המחקר שהורכב מפסיכולוגית המומחית בטיפול ב-NLP, פסיכיאטרית המומחית לאבחון PPPTSD ומתאמת המחקר.

בהתאם למטרת המחקר, נבחנו שאלות המחקר הבאות: (1) מהם הביטויים והתמורות בסימפטומים הפוסט־טראומטיים ('חודרנות', 'עוררות', 'הימנעות' ו'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח') לפני הטיפול, לאורך הטיפול ובסיומו; (2) כיצד חוו והעריכו המטופלות את התהליך הטיפולי. בחוויית הטיפול ובהערכת התהליך הטיפולי נבחנו: נקודות מפנה לאורך הטיפול; השפעת מיומנויות וטכניקות NLPעל חוויית הטיפול ועל המופעים הפוסט־טראומטיים לאורך המפגשים הטיפוליים; השפעות של הטיפול על היבטים רגשיים ותפקודיים במעגלי החיים השונים (בריאות, משפחה, זוגיות, חברים, תחביבים, קריירה ואימהות) וצמיחה פוסט־טראומטית.

כאמור, הפרעת לידה פוסט־טראומטית תוארה לראשונה על ידי בידלובסקי ודובל בשנת 1978 (Bydlowski & Duval, 1978). ב-DSM-III (APA, 1980) 'טראומה' הוגדרה כאירוע חריג שאינו ברצף חייו של האדם. בשל כך, אירוע הלידה, הנחשב לאירוע חיובי ורצוי הנכלל ברצף החיים, לא הוכר כחלק מההפרעה. השינוי התרחש עם פרסום ה-DSM-5 (APA, 2013), עקב עדכון הקריטריונים להפרעה פוסט־טראומטית. שינוי זה אִפשר לאירוע כמו לידה להיחשב כאירוע שעלול לגרום להתפתחות ההפרעה הפוסט־טראומטית, ומכאן, מה שיקבע אם תתפתח הפרעה זו, היא התפיסה הסובייקטיבית של גורם הדחק.

אירוע הלידה כולל רכיבים אובייקטיביים וסובייקטיביים. הרכיב האובייקטיבי מתייחס **ללידה טראומטית** המוגדרת כאירוע שבו במהלך הלידה או הצירים יש חשש משמעותי לפגיעה או למוות של האם או של התינוק או כמצב שבו האם או התינוק נפגעו או מתו במהלך הלידה. לצד זאת, הרכיב הסובייקטיבי מתייחס ל**חוויית** לידה טראומטית הקשורה ב**תפיסת** האירוע, גם כאשר הלידה לא כללה סיכונים אובייקטיביים (Anderson, 2017).

בפרק המבוא נסקרו מחקרים בתחום PPPTSD. מסקנות הסקירה העלו כי הפרעת דחק פוסט־טראומטית לאחר לידה היא גִרסה או מקרה פרטי של PTSD ולמרות שהיא נפוצה יחסית, היא אינה נחקרת מספיק (Vesel & Nickasch, 2015). מרבית המחקרים בתחום מתמקדים באיתור שכיחות ההפרעה, בזיהוי גורמים מנבאים על מנת לאתר אוכלוסיות בסיכון, במתן מענה טרם התפתחות ההפרעה ובבחינת ביטויי ההפרעה ומעגלי ההשפעה. בנוסף, מן הסקירה נראה כי קיים מיעוט יחסי של מחקרים הבוחנים ומעריכים שיטות טיפול ממוקדות PPPTSD. המחקרים הקיימים מתמקדים ברובם בשיטות טיפול התנהגותיות-קוגניטיביות, כטיפול פרטני, ולצד התמיכה בהתערבויות מסוג זה, ניכר כי יש צורך במחקרים נוספים לבחינת אפקטיביות הטיפול הן בהפחתת התסמינים הן בנוגע להחלמה מההפרעה (Cirino & Knapp, 2019; James, 2015; McKenzie-McHarg et al., 2015; Peeler, 2015).

מאחר ומספר הנשים בארץ הנמצאות בסיכון לפתח PPPTSD מלא נע בין 1,844 ל-11,067 ו-PPPTSD חלקי בין 15,310 ל-59,026 ; מחקר זה מנסה להיענות לצורך בבחינת שיטת טיפול יעילה לטיפול ב-PPPTSD באמצעות פרוטוקול NLP.

פרק זה, הדן בממצאי המחקר, נערך בהלימה ל'קו-הסיפור' שעליו מבוסס פרק הממצאים, היינו רצף האירועים הכרונולוגי של המחקר. קו-הזמן במחקר זה הינו ברור ומוגדר : ראשיתו באירוע הלידה הטראומטי (קריטריון A ב-DSM-5) ובתסמינים שהתפתחו על ביטוייהם השונים, המשכו בחיים שלאחר האירוע בצל הפרעת PPPTSD, אבחון ההפרעה על ידי הפסיכיאטרית והתחלת טיפול NLP שנפרש על פני שישה מפגשים טיפוליים מוּבְנים המונחים על ידי פרוטוקול אחיד. ולבסוף, סיום הטיפול והשפעתו, כפי שדווחו על ידי המשתתפות. לאורך ציר-זמן זה מילאו המטופלות שאלונים סגורים ועברו ראיונות חצי־מובנים המציגים מידע איכותני, כאשר במקביל נאסף מידע דומה גם מהצוות המטפל. בנוסף, התקבלה תמונת עומק מן הצפייה בחדר הטיפולים שאפשרה לעקוב אחר השינויים המתרחשים באמצעות פרוטוקול ה-NLP.

הדיון בממצאים יוצג כאן לאור התאוריות שהוצגו בפרק המבוא ובהתייחס למחקרים רלוונטיים קודמים. באין מחקרים התערבותיים קודמים הבוחנים את גישת ה-NLP בכלל ופרוטוקול הטיפול בטראומה בפרט, ובשל דלילות המחקרים העוסקים בהתערבות טיפולית ב-PPPTSD, התאוריות שפרק זה מתייחס אליהן, כאבן בוחן עבור ממצאי מחקר זה, מועטות ושאולות בדרך כלל ממחקרים התערבותיים ב-PTSD כללי, מתוך ההבנה ש-PPPTSD הוא מקרה פרטי שלו. באשר לגישת הטיפול

ב-NLP, נעשה הדיון לאור מחקרים התערבותיים קוגניטיביים-התנהגותיים אחרים, בשל השתייכותה של גישת ה-NLP לזרם זה.

לאור האמור לעיל, גם הדיון הנערך בפרק זה מתפתח, כאמור, לאורך ציר-הזמן תוך יצירת 'קו-סיפור' כמתואר בתרשים הבא:

1. אירוע הלידה הטראומטית

תמה ראשונה זו כללה חמישה ממדי משנה שונים של האירוע, הנמצאים בהלימה לספרות ולמחקרים, והמנבאים התפתחות PPPTSD: ממד החירום, ממד הציפיות, ממד השליטה ואובדן השליטה, ממד התמיכה החברתית וממד ההיבטים האישיים.

באופן לא מכוון, כל הנשים שהתקבלו למחקר בפועל, עברו לידה בעלת מאפיינים של אירוע חירום – **ממד החירום** – כלומר, כולן חוו לידה הכוללת, לצד פרשנות סובייקטיבית טבעית, רכיבים אובייקטיבים של אירוע חירום, כאשר כמעט מחציתן סבלו מבעיות רפואיות פוסט אירוע הלידה. מאפיין זה יוצר פרופיל המייחד את משתתפות המחקר ומבדיל אותן מכלל אוכלוסיית הסובלות מהפרעת ה-PPPTSD, וזאת מאחר ואירוע חירום לרוב הינו רק אחד המנבאים להתפתחות PPPTSD (Grekin & O'Hara, 2014). למרות האמור לעיל, PPPTSD בהחלט יכול להתפתח גם ללא מרכיבים אובייקטיביים של אירועי חירום. אירוע חירום הוא אירוע שנצרב באופן מוחשי יותר במערכת החושית, והוא טובע חותם סטרסורי, המזוהה במודלים המקובלים בתחום כמעלה הסתברות ל-PPPTSD (Iles & Pote, 2015). ממד החירום המאפיין את המטופלות במחקר הנוכחי אכן טבע חותמו באופן שהאירוע נחווה כטראומטי עבורן וצבע אותו כאירוע מסוכן להן או לתינוקן. הן מתארות חוויה ותחושות של סכנה ממשית עבורן או עבור תינוקותיהן וכן את 'אווירת החירום' בחדר הלידה, את 'סכנת המוות' שחשו ואת ה'חשש לחיי התינוק/ת' באופן סוער ודרמטי שממחיש את החותם הסנסורי-סטרסורי בו הן היו לפני הטיפול.

לצד הגדרת אירוע הלידה הטראומטית כבעל מרכיבי חירום אובייקטיביים, הרי שלא כל יולדת החווה אירוע חירום מפתחת תסמינים פוסט־טראומטיים. לאור זאת, נותחו המשתנים

הסובייקטיביים שהיו מעורבים בהתפתחות PPPTSD בקרב מטופלות המחקר. ניתוח זה נמצא חשוב להבנה כיצד משתנים אלה באו לידי ביטוי בטיפול וכיצד הפרוטוקול הייעודי נתן לכך מענה. נמצאו ארבעה ממדים מובילים נוספים הנמצאים בהלימה עם הספרות המקצועית: הממד המשמעותי ביותר שחזר מפי כל המטופלות ובשכיחות הגבוהה ביותר הינו **ממד ה'שליטה ואובדן השליטה'**.

אירוע הלידה, מטבעו, מזַמן מצבים בהם השליטה של היולדת מוגבלת. כל המטופלות כללו בתיאורי הלידה את הפער בין הרצון לשלוט בתהליך לבין מציאות (אובייקטיבית או סובייקטיבית) של אובדן שליטה. הן מתארות בהרחבה את 'תחושת אובדן השליטה על הגוף', את ה'כאבים בזמן הלידה', 'חוסר האונים' שחוו ו'קיבעון בתוכנית הלידה'. תיאורטיקנים רבים מביאים עדויות כי השליטה הסובייקטיבית הנתפסת מנבאת תפקוד גבוה יותר מאשר השליטה האובייקטיבית בפועל. כלומר, במצבים של היעדר שליטה אובייקטיבית, ההכרה בתחושת שליטה זמינה ברמה הסובייקטיבית, היא זו שניבאה תפקוד טוב יותר (קיטאי, 2018). לאור זאת, אחד מיעדי הטיפול היה לסייע למטופלות לזהות את אותם המצבים בהם לא הייתה להן שליטה אובייקטיבית, ובמקביל לאתר ולהשיב להן את תחושת השליטה הסובייקטיבית. גם הפסיכיאטרית וגם מטפלת ה-NLP אבחנו את נושא אובדן השליטה כגורם משמעותי שתרם להתפתחות הפוסט־טראומה והקנו חשיבות למתן התייחסות לממד זה בעת הטיפול. ואכן בפועל, פרוטוקול ה-NLP התגלה כבעל מרכיבים המשיבים תחושה של שליטה פנימית/שליטה על ה'עצמי' ותחושת מסוגלות (Self-efficacy) הכוללות: מחשבות, רגשות, התנהגויות, התמודדויות עם תפיסות בנוגע לכאב, לתהליך הלידה, לנגישות למידע ולקבלת החלטות. שינויים אלה שהתהוו תוך כדי הטיפול, הולכים ונחשפים לאורך סדרת הטיפולים ולאחריה מפי המטופלות כאשר תוצאתם הכוללת מציגה התפתחות ופרספקטיבה חדשה על הלידה הקודמת וזאת תוך יצירת תשתית לשינוי תפיסתי בנוגע להתנהלות בלידה הבאה.

ממד ה'תמיכה החברתית' היה המשתנה הסובייקטיבי השני המעורב בהתפתחות הפוסט־טראומה שבלט בשכיחותו בקרב המטופלות. גם ממד זה נמצא בהלימה למודלים המנבאים התפתחות PPPTSD (Iles & Pote, 2015; Soet et al., 2003). ממד זה נמצא גם באירוע הלידה עצמו וגם בהמשך, בתקופה שלאחר הלידה. חלק מהמטופלות תיארו כי חוו תמיכה מהבעל או בת הזוג ומהמשפחה, ועם זאת פיתחו תסמינים פוסט־טראומטיים. חלק מהמטופלות, לא מעט פעמים בשלב ראשוני זה, תיארו חוויה או פרשנות סובייקטיבית של היעדר תמיכה, זאת למרות שסביבם היו גורמי תמך פוטנציאליים כמו בעל/בת זוג או בני משפחה קרובים. בדומה למחקר שנערך בבית החולים 'באר יעקב' (Polachek et al., 2012) נמצא כי מרבית מטופלות המחקר לא ראו ב'דולה' למשל, כדמות שסייעה בתוך האירוע. התוצאה של תחושת היעדר התמיכה התבטאה ברגשות שכָּללו בדידות וכעס. מכאן שיעדים נוספים

לטיפול נקשרים ביכולת של הפרוטוקול הנוכחי לסייע למטופלות לבחון ואף לשנות את תפיסתן בנוגע לגורמי התמך שנכחו באירוע הלידה ולאחריו, כמו גם בהקניית כלים המאפשרים היערכות מחודשת לקראת הבאות ובאופן ספציפי לקראת היריון ולידה נוספים – יעדים שהושגו בפועל בתוצאות הטיפול.

המשתנה השלישי בשכיחותו היה **ממד ה'היבטים האישיים'**. כאמור, מדובר בממד הכולל מנעד רחב מאוד של פרמטרים המהווים משתני בסיס המתערבים בתפיסה הסובייקטיבית של חוויית הלידה. במחקר זה אוגדו היגדי המטופלות לשלושה היבטים: היסטוריה אישית, אמונות/תפיסות וחרדות קודמות לאירוע הלידה והרקע התרבותי הארץ־ישראלי. למרות שממד זה לא נמצא בשכיחות גבוהה מניתוח תוכני המטופלות, הרי שעל פי הפסיכיאטרית ומטפלת ה-NLP הוא בעל השפעה רבה על תפיסת האירוע, וכיוצא בזה משפיע על התנהלות הטיפול. גם הפסיכיאטרית וגם מטפלת ה-NLP התייחסו לשני מרכיבים: המרכיב האחד – היסטוריה אישית/משפחתית מורכבת – כגון לידה שקטה שעברה אחת המטופלות טרם הלידה, בגינה פנתה למחקר זה, או היסטוריה של חרדות (חצי מהמטופלות הגיעו עם רקע הכולל חרדות). דוגמאות אלה ואחרות (כמפורט בפרק הממצאים) המאפיינות את משתתפות המחקר, מייצגות את המגוון והמנעד האישי המאפיין כל מטופל/ת. בעוד הטיפול עצמו מתמקד באירוע הלידה הטראומטי, לא ניתן להשאיר לחלוטין את ההיסטוריה מחוץ לדלתות חדר הטיפולים והיה צריך לתת לה מקום בתוך הפרוטוקול המתמקד בתהליכי הריפוי מהטראומה. המרכיב השני – תפיסות עצמיות ואמונות על ה'עצמי' ועל העולם, תפיסות אפריוריות עימן 'נכנסו' המטופלות לאירוע הלידה. תפיסות אלה הן התשתית הרגשית עליה נבנות אסטרטגיות התמודדות לא אדפטיביות ומוטעות (Iles & Pote, 2015; Polacheck et al., 2016), המביאות לערעור תפיסות העצמי והעולם וליצירת אמונות מגבילות (בהתאם לקריטריון D). בהקשר זה זיהתה מטפלת ה-NLP הבדל בין מטופלות שהגיעו ללידה ממקום של חוסן ותחושת קומפטנטיות למטופלות שהתפיסה העצמית שלהן כללה מראש אמונות ותפיסות מגבילות. הבדלים אלה באו לידי ביטוי באופן יישום הפרוטוקול ובצורך להפעיל יותר מיומנויות שפתיות ושימוש בריפריימינג, וזאת מעבר לטכניקות המוגדרות בפרוטוקול.

המשתנה האחרון אוגד תחת **ממד ה'ציפיות הקשורות ללידה'**. הפילוסוף ההולנדי, צ'יאנו איידין (Aydin, 2017) הגדיר אירוע כטראומטי כאשר הוא מפר את הציפיות המוכרות בחייו ובעולמו של האדם ומעביר אותו למצב של בלבול וחוסר־ודאות קיצוניים. הגדרה זו תואמת את החוויה של מטופלות המחקר. הנושא המשמעותי ביותר שהעלו המטופלות כלל את 'החלום ושברו', הפער בין הדרך בה תכננו ו/או דמיינו את הלידה לבין המציאות. גם הפסיכיאטרית אבחנה בשיחותיה מכנה

משותף המקשר בין הנשים שהתקבלו למחקר: רובן הגיעו ללידה עם תוכנית לידה מסודרת הכוללת את האופן בו רצו שהלידה תתקיים. כשהמציאות לא תאמה את התוכנית, נפער פער בין המציאות לפנטזיה של תהליך הלידה. פער זה, שנמצא בהתאמה למחקרים אחרים בתחום (Choi et al., 2005), יצר שבר בערך העצמי שהיה באופן לא מודע בהשוואה לרצון לעמוד במבנים חברתיים אידיאליסטיים, וכפי שאמרה הפסיכיאטרית, יכול להסביר את אובדן השליטה ואת השבר שחוו הנשים.

2. אחרי הלידה – ביטויים פוסט־טראומטיים, תסמינים פוסט־טראומטיים ובעיות תפקוד

כל הנשים שפנו למחקר התקבלו לאחר אינטייק אבחוני שנערך עם הפסיכיאטרית. כולן אובחנו עם PPPTSD שנע בין PPPTSD חלקי (20 עבור המשתתפת שקיבלה את הערך הנמוך ביותר) למלא (50 עבור המשתתפת שקיבלה את הערך הגבוה ביותר), ממצאים אלה נמצאו בהלימה למידע האיכותני שנאסף. למעשה, משאלון PTSD PCL-5 שמילאו הנשים בעת כניסתן למחקר, בו הציון הקובע לאבחון PTSD עומד על 33, עלה כי הערך הממוצע של משתתפות המחקר עמד על 35, כשהחציון הוא 36. ערך כולל זה מבוסס על תשובותיהן של המשתתפות בהתאם להיגדים המופיעים בשאלון ומחולקים לארבעת האשכולות/תסמינים המוגדרים ב-DSM-5, בו כידוע, הוכנס לראשונה ההיבט הסובייקטיבי של הטראומה, והתווספה הקטגוריה של שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב רוח. הוספת קטגוריה זו נותנת מקום לאותה קשת של תגובות, החל בהאשמה עצמית או האשמה של אחרים ובושה, ועד לניכור מאחרים, צמצום בפעילויות וחוסר יכולת לזכור היבטים מרכזיים של האירוע. שינויים אלה משקפים את הרחבת היריעה של קשת ההפרעות הפוסט־טראומטיות (פרדס, 2014). לפי מרדכוביץ׳ (2013) ב-DSM-5 האבחנות עדיין קטגוריאליות (יש/אין הפרעה) אולם קיימת השאיפה להפוך את ההתבוננות הפסיכיאטרית לממדית, כלומר נשענת על רמות של חומרה. כדי לאבחן הפרעה זו יש להעריך את זהותו התרבותית של היחיד (כפי שהוא תופס את עצמו ולא כפי שהמאבחן תופס אותו), את ההמשגה התרבותית של דחק (כלומר מה האדם חווה כגורם למצוקתו הנוכחית), את מרכיבי הדחק הפסיכולוגיים ואת המאפיינים התרבותיים של פגיעות וחוסן נפשי, של היחסים בין האדם לקלינאי המאבחן אותו וכן של התַרבות בכללותה.

בעוד שהמידע העולה מהשאלון הציג תמונת מצב כוללת על מצב ה-PTSD הכללי ועל מדדי התסמינים, הרי שהמידע האיכותני הרחיב את היריעה של קשת ההפרעות (כדברי פרדס, 2014), והפך את ההתבוננות לממדית (כדברי מרדכוביץ׳, 2013) בכך שפרש בפנינו את תפיסותיהן של המטופלות

את עצמן נוכח אירוע הלידה, את החוויות שגרמו למצוקתן ואת המאפיינים של פגיעות וחוסן נפשי. המטופלות תיארו את הקשיים שבמפגש היום־יומי עם התסמינים – הפלשבקים, העוררות, ההימנעות – וכל זאת עם העוצמה, ההשפעה וההשלכות של סימפטומים אלה. נפתח צוהר רב־חשיבות להשפעת האירוע הטראומטי על נפשן, על תפיסותיהן ועל ההשפעה השלילית בנוגע לאמונותיהן בקשר לעצמן ולעולם – אמונות ותפיסות שעברו טלטלה ושבר עמוק וכואב. מתוך דבריהן עלה כי השבר הנפשי היה המשמעותי ביותר. בעוד שבשאלונים, ההיגדים המתייחסים לקריטריון D, (ממד) **שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח**, הומרו למִספרים המשקפים את הבעייתיות הטמונה ברכיב זה, הרי שבעקבות המידע האיכותני שיקוף זה התמלא במידע עשיר המספר את סיפור הטראומה האישית על מורכבותה, והיגדים אלו חזרו בשכיחות הגבוהה ביותר. בממד זה המטופלות תיארו בעיקר אמונות שליליות לגבי עצמן, שבר בזהות העצמית, האשמה עצמית ותחושות של כישלון ואכזבה עצמית. המשמעות/הבולטות של ממד זה בקרב המטופלות והתרומה של המידע שנצבר בהקשר זה תרמו להצלחת הטיפול, ובכך מדגישים את חשיבות תוספת קריטריון זה ל-DSM עבור המטופלות במחקר, זאת בניגוד לביקורת המעלה את הטענה ששינויים אלו ב-DSM גורמים לטשטוש הגבול בין מה נחשב 'טראומטי' ומה שאינו נחשב 'טראומטי' (מרדכוביץ', 2013).

ממד **החודרנות**/פלשבקים שהופיע שני בשכיחותו בדברי המטופלות, נמלָא בתמונות, קולות וסרטים מחדרי הלידה והניתוח, הפורצים לחיי המטופלות, מופיעים כסיוטים מדירי שינה ובאים לידי ביטוי גם בתגובות פיזיות הדומות במופען להתקפי חרדה. מידע ותיאורים אלה היוו תשתית חשובה ורלוונטית עבור מטפלת ה-NLP, ליצירת שינוי בתגובות העולות כתוצאה מטריגרים אלה.

הממד הבא בשכיחותו, **הימנעות**, עלה גם בתיאורי המטופלות וגם בחוויית הצוות המטפל. הן מתארות הימנעויות הכוללות בעיקר חוסר רצון להיזכר באירוע הלידה ולבוא במגע עימו, הימנעות משיתוף אחרים כמו גם הקרובים להם, והפחד מחשיבה על ההיריון הבא והלידה הבאה. בנוסף, למרות שהנשים פנו מיוזמתן, צוות המחקר, ובעיקר מתאמת המחקר ומטפלת ה-NLP מתארות מצבים בהם התרשמו כי כשליש מהנשים, בין הפנייה הראשונית למפגש הטיפולי הראשון, נמנעו מלהתחיל בפועל את הטיפול (חוסר מענה לטלפונים מצד הצוות / אי מתן תשובה ב'ווטסאפ' / דחיית מועד המפגש שתואם). הימנעות זו מוסברת בקושי לבוא במגע עם האירוע הטראומטי.

בשכיחות נמוכה ביותר הופיע ממד **העוררות**, כאשר בעיקר עלו הנושאים 'בהלה ודריכות', 'חרדה כלפי התינוק' ו'נדודי שינה'.

ממד **התפקוד במעגלי החיים** השלים את תמונת הביטויים הפוסט־טראומטיים והוא שזור בסימפטומים המהווים חלק ממופע ה-PTSD ומושפע מהם. משאלון התפקוד שמילאו המטופלות עם

כניסתן למחקר, הממצא המרכזי הצביע על רמת תפקוד מועטה בנטייה לבינונית. מאחר ואין דרך להעריך את תפקודן טרם הלידה, מידע זה היווה 'בייס-ליין' לבחינת השינוי שהתרחש לאורך המחקר. בעוד המידע הכמותני הצביע על בעיות בתפקוד, הרי שהמידע האיכותני הצביע יותר על הקושי לתפקד. הכוונה היא לכך שנראה כי המטופלות חוו את עצמן כמתפקדות, אלא שהן התקשו לגייס את עצמן לרמת התפקוד הנדרש. זה דרש מהן תעצומות נפש והשקעת אנרגיה מנטלית ורגשית גבוהה. מידע נרחב זה ניתן היה לקבל מתיאורי המטופלות. ממד זה היווה כחמישית מסך הממדים שאפיינו את התמונה הקלינית הפוסט־טראומטית. המטופלות תיארו תפקוד שהיה ברמת ה'נדרש'. הן עשו את אשר היו חייבות לעשות, בעיקר סביב הטיפול בתינוק, ואילו במעגלי תפקוד אחרים כמו מפגשים משפחתיים, חברים, בילויים או אינטימיות זוגית, הרי שאלה נפגעו, ובכל הנוגע למעגלים אלו, הן פעלו בעיקר ממקום של כורח. למעשה הן מתארות תפקוד סביר אך מקור התפקוד, האנרגיה שהפעילה את פעולותיהן, הייתה כרוכה בסבל שהוביל להימנעות מכל פעילות שאינה נחוצה או הכרחית. בכך נפגעות פוסט־טראומה שונות מנשים שחוות דיכאון לאחר לידה. בעוד דיכאון לאחר לידה מאופיין פעמים רבות כמלווה בבעיות תפקוד (ריידמן-הלפר, 2020), הרי שבפוסט־טראומה לאחר לידה השאלה אינה האם הנשים מתפקדות אלא איך הן מתפקדות. לאור זאת, מדובר פחות בבעיות תפקוד ויותר בקשיי תפקוד.

שפע המידע שהתקבל היווה בסיס לעבודת המטפלת ובנוסף, אִפשר בסיס להשוואת תיאורים אלה אל מול תיאוריהן בשלבים לאורך הטיפול וכמובן לאחריו.

בנוגע לצמיחה הפוסט־טראומטית, קיים קושי בהבנת מקור הצמיחה לאחר הלידה והמעבר להורות. כאמור, המושג PTG (Post Traumatic Growth) מתאר שינוי חיובי המתחולל בעקבות התמודדות עם אירוע חיים מאתגר. באופן טבעי אירוע הלידה כמו גם המעבר לאימהות נכלל בתיאור זה ולכן יכול להוות בסיס לצמיחה אישית גם אם אינו כולל טראומה (Nishi & Usuda, 2017; Porat-Zyman et al., 2016; Sawyer & Ayers, 2009). קיטאי (2018), חקרה את הצמיחה לאחר הלידה והקשר שלה עם PPPTSD, ומצאה שככל שאישה דיווחה על רמות גבוהות יותר של סימפטומים פוסט־טראומטיים, כך דיווחה גם על רמות גבוהות יותר של צמיחה. בעוד תיאורי המטופלות לא העלו בשלב זה תיאורים המבטאים צמיחה, הרי ששאלון הצמיחה הפוסט־טראומטית מצביע על כך שבמדידה הראשונה שני שליש מהמשתתפות היו במצב של צמיחה מועטה, למעלה מרבע היו במצב של צמיחה בינונית ורק משתתפת אחת הייתה במצב של צמיחה מרובה. נתון זה מהווה גם הוא 'בייס-ליין' לבחינת התמורות בעקבות ההתערבות הטיפולית.

3. הטיפול – 'רפלקציה על חוויית הטיפול'

כאמור, מחקר זה מתמקד בחוויית התהליך הטיפולי ותוצאותיו. אחת מתתי־שאלות המחקר בחנה את הערכת התהליך הטיפולי והבנת התנסות המטופלות. באופן ספציפי, שאלת המחקר התייחסה לנקודות המפנה המשמעותיות שניתן לזהות בטיפול, להשפעת מיומנויות וטכניקות NLP על חוויית הטיפול ועל המופעים הפוסט־טראומטיים לאורך המפגשים הטיפוליים. תת־פרק זה דן בחוויה הטיפולית כפי שהתבטאה בדברי המטופלות והצוות המקצועי והתגבשה לתמה '**רפלקציה על חוויית הטיפול**'. תמה זו הביאה לחזית מחשבות, דעות, רגשות, תחושות ופרשנויות, באמצעותן המטופלות מתארות כיצד הן התמודדו ומתמודדות עם אירוע הלידה הקשה שלהן והפוסט־טראומה האישית שהתפתחה לאחריו, באמצעות טכניקות ה-NLP המובאות בפרוטוקול הטיפולי. בתמה זו נמצאו ארבעה ממדים: שלושה ממדים הכוללים התייחסויות לסך התפיסות/המחשבות החיוביות בנוגע לחוויית הטיפול – 'מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד', 'חוויית מהלך הטיפול', ו'נקודות מפנה בטיפול'; וממד רביעי המאגד את סך התפיסות החלקיות או הלא־מספקות של חוויית הטיפול, וזאת על פי תפיסתן של המטופלות.

תמה זו חולקה לשניים. ראשית, ישנה התייחסות לתפיסות חיוביות ומספקות של חוויית הטיפול ב-NLP – התייחסות לתפיסות החיוביות מתמצתת את הטיפול כטיפול יעיל למרות היותו קצר־מועד. לאחר מכן, ישנה התייחסות לתפיסות חלקיות ולא מספקות המביעות את הצורך בטיפול משלים. כך או כך נראה כי הטיפול נחווה כמסייע עד נותן מענה שלם כפי שעולה מרוב המקרים.

3.1. תפיסות חיוביות ומספקות של חוויית הטיפול ב-NLP

3.1.1. נקודות מפנה בטיפול

ממד זה מהווה כחמישים אחוז מסך ההתייחסויות לתמת הרפלקציה וכולל שני היבטים: 'הערכת איכות הטיפול' ו'התייחסות ספציפית לטכניקות שבפרוטוקול'. בנוגע **להערכת איכות הטיפול**, שלושה נושאים בלטו בתיאורי המטופלות ומוצגים כאן לפי סדר שכיחותם. המטופלות מתארות בחיוב <u>חוויית טיפול ייחודית</u>. הן דיברו על הגיוון בטכניקות (ללא שימוש במילה טכניקות), על חוויה טיפולית שונה מהתנסויות טיפוליות קודמות או מתפיסות קודמות בנוגע לטיפול פסיכולוגי, על שילוב החושים בתהליך, על החשיבה החיובית ועל העבודה עם הדמיון. חלקן אף התייחסו לטיפול כאל דמיון מודרך, השונה מהתנסויות קודמות של דמיון מודרך, כאשר הפעם, לדידן, ישנה הדרכה אמיתית של הדמיון. נושא בולט נוסף הוא תיאורים הכוללים <u>גישה כללית חיובית לטיפול</u>. המטופלות מדברות על ההליכה ברצון לכל מפגש (כאמור, עבור חלקן רצון זה לא היה טרם המפגש הראשון, להפך, הן חוו קושי לגייס מוטיבציה להתחלת הטיפול), על המקום בו הן יכלו באמת לדבר ללא

שיפוטיות על הקשיים שהן חוות, על תחושת השחרור וההקלה שחוו, ועל הכלים אשר קיבלו במהלך המפגשים שהם מבחינתן "מֵעֵבר לדיבורים". הנושא השלישי שעלה הינו הטיפול כמציל חיים וקשורים אליו שלושה נושאים נוספים: הטיפול כמחזיר חיים, כנותן פרופורציות וכמחזק משאבים. אספקט זה מרגש במיוחד. המטופלות השתמשו במילים עוצמתיות ודרמטיות לתיאור הטיפול, כגון: "מציל חיים", "הציל אותי", "מתנה לחיים", "חבל הצלה", "Life Changing", "החיים חזרו לי", "התעוררתי על החיים", "אני אדם חדש".

ההיבט המשמעותי השני הקשור בחוויה הטיפולית החיובית כלל **התייחסות לטכניקות המופעלות**: טכניקות ה'סוויש', הליך ה-TP, ו'מסע הגיבור'. התייחסות זו מגיעה מהמטופלות, מחדר הטיפולים וממטפלת ה-NLP. המטופלות לא ידעו לחזור על השם הרשמי של הטכניקה, חלקן זכרו חלקים מההליכים, חלקן לא הצליחו לשחזר את ההליכים עצמם אך באופן ספונטני תיארו את האירוע הטראומטי תוך שהן משתמשות מבלי משים במילים מתוך הפרוטוקול.

טכניקות ה'סוויש' (Bandler, 1985; Dilts & Delozier, 2000; McDonald, 2001), פועלות על פי עקרון של 'גירוי-תגובה'. טריגר חושי (ראייתי/שמיעתי/קינסתטי), המפעיל תגובה רגשית/התנהגותית/מחשבתית קשה, מומר למידע תואם חוש (תמונה/קול/תחושה) במטרה לייצר באופן אוטומטי תגובה קומפטנטית ורצויה. מטרת טכניקות הסוויש הינה לסייע לאדם, ראשית, לאתר את הטריגרים החושיים הבעייתיים, ולאחר מכן, באמצעות ההליך עצמו, לייצר תגובה חדשה לתמונות מציאות או לתמונות מנטליות קשות, לקולות או תחושות קשים, באופן המחובר למשאבים (גיוס מנגנונים טבעיים או נרכשים) ובכך לסייע לו להתמודד עם אותן גירויים חושיים. התוצאה מתבטאת בעוררות רגשית מוגבלת ומוכלת (התניה מחודשת) ואף בשינוי לכיוון של רגשות חיוביים המתעוררים כתגובה להופעת אותו הטריגר המקורי. למעשה, טכניקות אלה נותנות מענה ישיר לרכיב החודרנות. כחלק מההליך כל מטופלת מתבקשת לדרג את התגובה הרגשית הקשה לטריגר בסולם מ-1 עד 10 (10 זו העוצמה הרגשית הקשה ביותר) (ציון יחידות מצוקה סובייקטיביות) לפני הפעלת ההליך ובסיומו. כימות רגשי זה נותן הן למטופלת הן למטפלת מדד התייחסותי, והמטפלת ממשיכה להפעיל את ההליך תוך שימוש במיומנויות ה-NLP עד שהמטופלת מדווחת על ירידה משמעותית בסולם הרגשי (לרוב בין 0-4). מתיאורי המטופלות, הן מחדר הטיפולים הן בריאיון המסכם, וכן מיומני המטפלת ומתיעודי הסופרוויז'ן, נמצא כי המטופלות דיווחו על עוצמה רגשית מפעילה ברמה של 8 בממוצע בטווח של בין 6-10. לאחר הפעלת ההליך, חלה ירידה למדד תגובתי רגשי של 3 בממוצע בטווח של בין 0-5. בבדיקה שנערכה עם המטופלות במפגש העוקב נמצא כי מגמת הירידה נמשכה וכי הטריגרים כמעט ואינם בעלי השפעה רגשית שלילית. בסך הכול, כל המטופלות דיווחו כי הן זוכרות את המראות, הקולות או התחושות, שבעבר הגיעו בצורה של פלשבקים שעוררו תגובה רגשית קשה.

יחד עם זאת, לאחר הטיפול כולן מתארות את המראות, הקולות או התחושות כמגיעים עם תגובה מופחתת באופן משמעותי או ללא כל תגובה רגשית בעייתית. הן מתארות כי הגירויים החושיים מגיעים בתדירות נמוכה יותר, וגם אם הם עולים, הרי שלאחר הטיפול, התגובה הופחתה משמעותית או שאינן מופעלות רגשית מאותם הטריגרים. במהלך המפגש האחרון עם המטפלת וגם במהלך הריאיון המסכם הן תיארו תמונות/קולות/תחושות מאירוע הלידה תוך שהן שומרות על רציפות תיאורית, והלך-רוח רגשי אסוף. הן ידעו אף להצביע על השינוי וההבדל הרגשי/מחשבתי/התנהגותי שהן חשות ביחס לטריגרים אלה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי המחקר שבחן את טכניקת הוויז'ואל סוויש (וינשטיין-זהר, 2013) אשר מצא כי התגובה הרגשית השלילית בתגובה לתמונה המנטלית הקשה ירדה בצורה ניכרת ומובהקת בעקבות חשיפה לטכניקה.

כחלק מההליך, על המטופלות לייצר תמונה חלופית לתמונת הטריגר (או קול עצמי חלופי לטריגר אודיטורי או לחוש ולגלם דמות עצמית חלופית של עצמן אם מדובר בטריגר קינסתטי), להעלות בדמיונן את הדמות של עצמן, המוגדרת בתהליך כ'אני הנהדרת'. המטפלת מדריכה אותן לדמיין את דמותן העתידית כדמות הרצויה על ידן, דמות המחוברת למשאביה אשר פתרה בצורה מוצלחת את התגובה האוטומטית השלילית לטריגר הבעייתי. בעוד מרבית ההליך הינו טכני וכולל בין השאר צימודים והחלפות מהירות בין התמונות (או הקולות או התחושות), הרי שגם המטופלות וגם המטפלת מתארות את המפגש הדמיוני עם הדמות הרצויה בשלב פיתוח וביסוס דמות זו, כמפגש המעלה רגשות מורכבים ואף קשים. הקושי נבע בעיקר מעצב שחשו המטופלות בשל הפער בין התפיסה העצמית הנוכחית (הכוללת את הפער בין ה'אני הנוכחי' והשבר באמונה העצמית ובתפיסת המסוגלות העצמית), לבין ה'אני הרצוי' שלעיתים מצביע על האובדן של 'אני' זה. המטפלת מתארת את השלב הזה בתהליך כַּארוך ביותר, ומסבירה כי השתמשה במיומנות הריפריימינג על מנת לסייע למטופלות לפתח ולהתחבר לייצוג של דמות ה'אני הרצוי'. למעשה, לא ניתן להשלים את התהליך עד שהמטופלות ממשיגות בדמיונם את הדמות הרצויה. וכך, בעוד טכניקות הסוויש פועלות באופן ישיר על רכיב החודרנות (B) הרי שהתהליך עצמו מערב התייחסות לעולם האמונות והתפיסות העצמיות (רכיב D – 'שינויים בקוגניציה ומצב הרוח'). לאור זאת ניתן להבין את דיווחי המטופלות באומרן שהליכי הסוויש נתפסו כמעניינים, מעצימים ובמיוחד מרגשים. וזאת, בדומה לממצאים מהמחקר על טכניקת ה'ויז'ואל סוויש' (וינשטיין-זהר, 2013).

טכניקות הסוויש הינן הטכניקות הראשונות אותן פוגשות המטופלות, כבר במפגש השני. המטפלת בוחרת את אחד מהסווישים וזאת בהתאם לתיאורי המטופלת. אם הפלשבקים הם בעיקר מהתחום הוויזואלי – נבחר סוויש ויזואלי, ובהתאם, אם מערכת הייצוג של הפלשבק הינה אודיטורית, נבחר סוויש אודיטורי, ואם מדובר בפלשבק קינסתטי, נבחר סוויש קינסתטי. למרות

שהפרוטוקול כולל אפשרות לערוך גם סווישים ממערכות הטעם והריח, הרי שבפועל לא עלו מערכות חושיות אלה במסגרת המחקר. יתרה מזו, מרבית הטריגרים החושיים היו ממערכת הייצוג הוויזואלית, כך שהסוויש השכיח ביותר היה הוויזואלי, לאחר מכן האודיטורי ולבסוף הקינסתטי. המטפלת ערכה סווישים בעיקר במפגשים השני והשלישי, בהתאם לצורך ולמספר הפלשבקים אותן תיארו המטופלות. כאמור בניתוח, גם המטופלות וגם המטפלת תיארו שינויים שהתחוללו במהלך מפגשי הסוויש ואף המשיכו להתרחש בין המפגשים.

שתי תוצאות מהותיות הנובעות מהשימוש בטכניקות הסוויש עולות גם מתיאורי המשתתפות וגם מהשאלונים הכמותניים. תוצאה ראשונה מתייחסת להפחתה ברכיב החודרנות הבאה לידי ביטוי כבר לאחר המפגש השלישי, והתוצאה השנייה מתייחסת לעלייה בקריטריון D המתייחס לשינויים השליליים בקוגניציה ובמצב הרוח, אלא שהשינוי הבא לידי ביטוי עתה – הוא שינוי חיובי. שני ממצאים אלה נמצאים בהלימה לדיווחי המטופלות בשאלון PTSD. ניכרת הפחתה בין המדידות לפני התחלת הטיפולים, לנתונים שנאספו מייד אחרי המפגש השלישי (בין מדידה ראשונה לשנייה) הן ברכיב החודרנות הן ברכיב השינויים בקוגניציה ובמצב הרוח. הסבר נוסף לשינוי הנצפה בקריטריון D, קשור בעובדה שתהליכי הסווישים מאפשרים התמודדות רגשית עקיפה של המטופלות עם הטראומה מבלי להתמודד עם ה'אובייקט השלילי' באופן ישיר (Lazarus & Folkman, 1984). הצימוד הנערך בין הטריגר (הפלשבק) לתמונה (קול או תחושה) הרצויה, הכוללת את ה'אני העתידית' המחוברת למשאבים וליכולות (אין מדובר בייצוג של דמות אידיאלית אלא בדמות קומפטנטית), מייצר התניה מחודשת (בהתאם ל'חוק הב') המעלה תחושה טובה ומפנה את תשומת לב המטופלת למקומות של הערכה עצמית מחודשת – 'Positive Reappraisal' (Garnefski et al., 2001). התניה זו, על פי רוב, גם מעוררת מחשבות ורגשות המכוונות לתחושת ביטחון עצמי, הערכה עצמית ויכולת התמודדות טובה עם הטריגר הבעייתי (וינשטיין-זהר, 2013).

הליך ה-Trauma Process (TP) מתייחס אל האירוע הטראומטי מתחילתו ועד סופו, להבדיל מתהליכי הסוויש המתייחסים להבזקי האירוע. טכניקה זו מופיעה לרוב במפגש השלישי או הרביעי ברצף הטיפולים, וזאת לאחר שטכניקות הסוויש אכן הביאו להפחתה בתגובות לפלשבקים. בדומה להליכי הסוויש, גם טכניקה זו אמורה לתת מענה ישיר לקריטריון החודרנות. בפרוטוקול זה טכניקת ה-TP הובדלה מטכניקת ה-VK/D (Visual Kinesthetic/Dissociation) המקובלת בעולם ה-NLP, באמצעות אדפטציה המכוונת את הטכניקה גם **להעצמה של המטופלת** באמצעות ריפריימינג לתפיסת התמודדותה במהלך האירוע. גם בטכניקה זו, כמו בטכניקות הסוויש, התבקשו המטופלות לדרג את העוצמה הרגשית השלילית הנלווית לתיאור האירוע טרם הפעלת ההליך ובסיומו (ציון יחידות מצוקה

סובייקטיביות). טרם הפעלת ההליך, טווח התגובות הקשות נע בין 5 ל-10 ועמד על ממוצע של 8, ובתום ההליך המטופלות דיווחו על ירידה משמעותית שנעה בין 2 ל-5 ובממוצע 3. מגמת ירידה זו המשיכה גם בין המפגשים.

ההסבר להפחתה זו יכול לנבוע ממספר גורמים המהווים מרכיבי מפתח בטכניקה. ראשית, תחימת האירוע בשתי תמונות: המטופלת מתבקשת לצייר על הנייר תמונה ממוסגרת קטנה בה רואים אותה לפני שהאירוע הטראומטי החל, כשהכול עדיין היה בסדר; ותמונה תואמת שנייה לאחר שהאירוע הטראומטי הסתיים, תמונה שגם בה המטופלת נוכחת, ומייצגת את העובדה שהאירוע תם, להבדיל מהשלכותיו. שנית, ביסוס עוגן משאבים מחזק הכולל זיכרון עוצמתי וטוב, המשמש מקום בטוח אותו המטפלת מפעילה לסירוגין לאורך הטכניקה. הממצא המשמעותי ביותר שעלה בעקבות הראיונות עם המטופלות הוא העובדה שמרביתן השתמשו מבלי משים ברעיון התחימה. הן אמרו מילים כמו: "לאירוע הייתה התחלה והיה לו סוף"; "עכשיו אני יודעת שזה נגמר"; "האירוע היה ונגמר". רעיון התחימה מגביל את האירוע הטראומטי להקשר הספציפי ובכך מאפשר לו להיות מוכל (contained). אחד המאפיינים לתפיסה הפוסט־טראומטית היא תחושה של הישנות האירוע. המטופלות חוות שוב ושוב את האירוע כאילו הוא מתרחש בהווה (הרמן, 1995). בהתאם לכך המערכת הנוירולוגית מגיבה בסערה רגשית. **החשיפה החוזרת**, החזרתיות הכלולה בטכניקה, מאפשרת למטופלות להריץ בדמיונן שוב ושוב את האירוע הטראומטי כבעל התחלה וסוף, כאשר המטפלת חוזרת על ההנחיות, הכוללות הקרנה בדמיון של האירוע, כאירוע שהתרחש בעבר (ישנה הקפדה על שימוש בלשון עבר), תוך שימוש במרכיבים דיסוציאטיביים. המטופלות מתבקשות לדמיין את האירוע כמוקרן על מסך רחוק, קטן, בשחור-לבן וכסרט אילם. בנוסף, המטופלות מחזיקות שַלט דמיוני המאפשר להן גם להחליט מתי להתחיל את ההקרנה וגם להריץ את האירוע בכל פעם במהירות הולכת וגוברת. החזקת השַלט (הדמיוני) בידי המטופלות, מעבירה מסר של **השבת שליטה**. המטופלת היא זו שקובעת מתי להתחיל להקרין את הסרט, כלומר מתי להיחשף לאירוע ולרגשות הנלווים, וזאת להבדיל מהתחושה שהאירוע הוא זה ששולט בחייה. תרגול מנטלי זה, הכולל מסגור של האירוע, מעביר מסר של פרק בחיים השייך לעבר וכי פרק זה הסתיים. יתרה מזו, חזרות מנטליות אלה נערכות תוך שימוש גם בעוגן המשאבים ובהפחתה חושית – **חשיפה מבוקרת**. בנוגע לעוגן, לפני כל הקרנה מפעילה המטפלת את העוגן המחבר את המטופלת לזיכרון עוצמתי וטוב, ואת ההקרנה של סרט האירוע היא עורכת תוך חיבור לרגשות חיוביים אלה. למעשה, גם כאן, בדומה לתבניות הסוויש, מתקיים 'חוק הב'. אסופת נוירונים הקשורה לאירוע טראומטי מופעלת יחד עם הזיכרון החיובי העוצמתי. ככל שאלה מופעלים יחדיו שוב ושוב, כך גדל הסיכוי להיותם מופעלים יחדיו בעתיד. באופן זה נערך חיזוק הקשרים הנוירונליים בין מפות תפיסתיות אלה ובכך גם נוצרת **הכחדה** של למידת

הפחד המקורית (Pascual-Leone et al., 1995; Rescorla, 1988) לצד גיבוש־מחדש של הזיכרון (Fernández et al., 2016; Lee, 2009; Yehuda et al., 2006). הליך זה מייצר הביטואציה רגשית הדרגתית ביכולת להיזכר באירוע. התהליך מסתיים לאחר שהמטופלת מדווחת כי היא מסוגלת להיזכר באירוע ולהישאר שלווה. הסבר נוסף המוצע לשינוי בתגובת הפחד המותנית לאירוע הטראומטי, הוא שהמטופלת לא רק קושרת עתה רגשות חדשים לזיכרון הוויזואלי של האירוע, אלא שההליך עצמו מציע יותר שליטה והשבה של תחושת קומפטנטיות, ולכך מצטרפת פרשנות הכוללת יותר אפשרויות תגובה (Bandler & Grinder, 1979; Dietrich et al., 2000; Gallo, 1996).

כאמור, בפרוטוקול זה נערכה אדפטציה להליך VK/D המסורתי (McDonald, 2001). לאחר שנערכות בדמיון חשיפות רבות ומבוקרות לאירוע הטראומטי, המטופלת מודרכת 'להיכנס' לתמונה החותמת את האירוע, לפגוש שם את עצמה כפי שהייתה עם תום האירוע ולערוך שיחה עם 'האני הצעירה' (מהעבר) שזה עתה שרדה את האירוע הטראומטי. שיחה זו, שנערכת באמצעות מיומנויות מתרפיית ה'גשטלט', הינה חלק מריפריימינג המייצר מרחב של הבנה, סליחה (כאמור המטופלות נושאות לעיתים כעס וביקורת על תפקודן באירוע), קבלה והשלמה. השיחה מודרכת על ידי המטפלת ומתבססת בעיקר על הנחת היסוד של ה-NLP הגורסת כי "כל אחד עושה את הכי טוב שיכול היה לעשות בהתאם לנסיבות, היכולות והמשאבים שעמדו לרשותו באותה העת" (ראה נספח מס' 13). באופן זה, נערך 'ריפריימינג', והאירוע נשזר בעבר, כמצב בו המטופלת הפגינה כוחות ושרדה פגיעה חמורה, ולא כמצב בו חוותה חוסר שליטה, חוסר אחריות, חולשה ופסיביות. כאמור, שיח זה הינו מקור למחילה אישית וחלק ממהלך כולל המאפשר גם הוא (בנוסף לתבניות הסוויש) להעריך מחדש את ההתמודדות האישית ('Positive Reappraisal') (Garnefski et al., 2001; Lazarus & Folkman, 1984), ובעקבות זאת להניח או למקם את האירוע מאחור בזמן על רצף ההיסטוריה האישית. בפועל, חלק זה הטמון בטכניקת ה-TP, יוצר תשתית ומהווה גם מקדם לנושא הצמיחה הפוסט־טראומטית.

הליך "מסע הגיבור" (Campbell, 1949; Gilligan & Dilts, 2009) חותם את סדרת המפגשים. במהלך מפגש מסכם זה, הטכניקה עצמה מכוונת ליצירת ריפריימינג על האירוע הטראומטי על ידי שינוי תפיסת האירוע כטראומטי לתפיסה הכוללת הזדמנות ללמידה **וצמיחה אישית**. בכך, הליך זה נותן מענה ישיר למושג הצמיחה הפוסט־טראומטית (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). כחלק מטכניקה זו, מתבקשת המטופלת לתת את הדעת לפחדים שליוו אותה, לכוחות ההתמודדות שלה ולגורמי התמך. מיקוד זה פותח פתח לשינוי בתפיסת העצמי, תפיסת העולם ומערכות יחסים עם אחרים, וכל זאת בעקבות החשיפה לאירוע טראומטי. במפגש עצמו המטפלת הסבירה למטופלת את שלבי 'מסע הגיבור' באופן כללי, ולאחר מכן הובילה אותה ליצירת הזדהות פעילה עם המטפורה תוך

שהיא מבקשת ממנה לתת דוגמאות מתוך חוויותיה לכל שלב ושלב. מטפורה זו מעוררת הזדהות ופותחת אפשרות לשלוש התרחשויות חשובות: ראשית, יצירת ריפריימינג – מתן משמעות שונה ומעצימה לחוויה. הזדהות עם 'מסע הגיבור' מסייעת בשינוי תפיסת העצמי מ'קורבן' ל'גיבור'. תחושות של חוסר אונים בעלות אופי פסיבי משתנות והופכות לתחושות שליחות בעלות אופי אקטיבי. שנית, יצירת רצף בין העבר ה'רגיל' דרך החוויה הטראומטית, אל הווה חדש שבו יש כעת תחושה של שינוי, העצמה ונכונות לנוע קדימה אל עתיד מסקרן ופתוח. ולבסוף, כאמור, יש התייחסות לשינוי הגישה בנוגע לגורמי התמך. מתרחש מעבר מתחושת הבדידות וחוסר האמון אל הידיעה שגם גורמי התמך שנתפסו בעבר באופן שלילי, תרמו ככל יכולתם בהינתן המציאות שהייתה, וכי יש אל מי לפנות בעתיד.

למעשה, הליך מסכם זה מאפשר להפוך את הזיכרון הטראומטי לזיכרון נרטיבי, מילולי ומפורש, כך שיוכל להשתלב בזיכרונות של הנפגעות ולהפוך לחלק מסיפור חייהן (הנרטיב שלהן). ההנחה היא שהליך מסכם זה תורם לזיכרון להפוך למבוקר ומווסת תוך שהוא מאבד את מאפייניו הפתולוגיים. לכן, ניתן לשער כי תהליך זה מאפשר התמודדות עם המציאות החדשה דרך הפעלת תהליכים קוגניטיביים החיוניים לצמיחה ומייצר סכמות חשיבה חדשות ותפיסה מחודשת לגבי הסיבה והתוצאה.

3.1.2. חוויית מהלך הטיפול

ממד 'חוויית מהלך הטיפול' מתייחס למבט־על של המטופלות בנוגע למסגרת הטיפולית, הן בהקשר הספציפי של הטיפול האישי הן בקשר לעובדה שהטיפול ניתן במסגרת מחקר. ממד זה כולל חמישה היבטים: הפגישה הטיפולית עצמה, מטפלת ה-NLP, צוות המחקר, הכרה והוקרה למחקר והמלצה על הטיפול. המטופלות מתארות את **המפגשים הטיפוליים** כמשמעותיים ומקדמים ואת תחושת השינוי שחוו בין המפגשים. דבר זה נמצא בהתאמה לדבריהן שפורטו בתמה הקודמת, 'משך הטיפול', בה תיארו את המהירות בה חוו את השינוי, וגם נמצא בהלימה לדברי מטפלת ה-NLP שתיארה ותיעדה את דיווחיהן על השינויים שהתחוללו בין מפגש למפגש. כמו כן, מניתוח השאלונים הכמותניים שמילאו המטופלות, ניתן לראות שחלק מהשינויים באים לידי ביטוי כבר לאחר שלושה מפגשים. נמצא כי רמת הפוסט־טראומה הכללית ירדה בין המדידה שנערכה לפני תחילת סדרת הטיפולים (מדידה ראשונה), למדידה שנערכה אחרי המפגש השלישי (מדידה שנייה). בפירוט אשכולות הסימפטומים נמצא כי הירידה מתבטאת בשלושת האשכולות: 'חודרנות', 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' (כולל ירידה ברמת ההאשמה העצמית) ו'הימנעות'. באשכול העוררות לא נמצא שינוי מובהק. מכאן ניתן לשער כי ההקלה אותה חוו המטופלות, ותחושת השינוי מקורה בירידה ברכיב החודרנות. ניתן לנסות ולהסביר את תחושת השינוי החיובי המתרחש בין מפגש למפגש באמצעות גישת עיבוד המידע (Miller et al., 1960), הבאה לידי ביטוי בטכניקות ה-NLP המופעלות

בפרוטוקול זה. גישה זו רואה את ההתפתחות הקוגניטיבית כסדרה של שינויים הדרגתיים המתחוללים בקשב, בזיכרון ובחשיבה, שמביאים למיומנות גדולה יותר בפירוש אירועים ולטווח רחב יותר של אסטרטגיות לפתרון בעיות. בנוסף, מטפלת ה-NLP הוסיפה את תפיסתה האישית כפרשנות על חוויית המטופלות במהלך המפגשים הטיפוליים. היא תיארה מפגשים מרגשים, הכוללים גם מרחב המאפשר ביטוי לכאב ולסבל וגם טכניקות שאינן מציפות המאפשרות לטיפול להיות *"נוח למטופלת וגם למטפלת"*. הסבר נוסף לחוויית ההתקדמות החיובית הן של המטופלות הן של המטפלת עשוי, שוב, להיות קשור לעובדה שמסגרת העבודה בפרוטוקול זה היא בעלת אוריינטציה להגדרה מראש של מטרות ספציפיות לאירוע הטראומטי – כשהמטופלות מציינות לחיוב את תרומת הגדרת המטרה המדויקת המתמקדת באירוע הלידה.

ייתכן שעצם הגדרת המטרה יצרה אווירה של תקווה ואופטימיות, אותה גם ציינה המטפלת, שהקרינה על תחושת השינוי המתחולל בין מפגש למפגש. בהתאם לכך, נראה כי התקווה ש'נכחה' בסדרת הטיפולים הינה אמצעי להשגת מטרות אישיות וכן משמשת כמחסום נגד אתגרים שהאדם מתקשה להתמודד עימם. מאפיינים אלו של תקווה מאפשרים למטופלות 'להחזיק מעמד' ו'להמשיך להילחם', גם במצבי קושי (הרמן, 1995 ; לוי, סויה וליכטנטריט, 2011). מחקרים מצביעים על תפיסת התקווה ככוח 'אינטר־פסיכי', כוח המניע את הפרט בתהליך השגת מטרות. סינדר (Snyder, 2000) מציין את חשיבות ההיבטים הקוגניטיביים של התקווה כמרכיב חיוני בטיפול וביצירת מוטיבציה והשראה. לדבריו, מטפלים חייבים "להחזיק את התקווה" עבור המטופלים שלהם, כאשר אלה לא יכולים להחזיק אותה בעצמם. מטפלת ה-NLP התייחסה לסוגיה זו בעיקר על דרך האופן בו הפרוטוקול עצמו מציע תקווה עבור המטופלות מראשיתו ועד סופו – החל מעצם הגדרת המטרה, דרך המבט אל העתיד, ועד לטכניקות המחברות מחדש למשאבים ולכוחות הפנימיים.

בנוגע ל**מטפלת ה-NLP**, כל המטופלות ללא יוצא מן הכלל, תיארו קשר טוב, אמין, חם ורגיש וכולן ציינו את מקצועיותה. יחסי מטפל-מטופל הינם מרכיב מהותי בתהליכי שינוי המתרחשים במהלך טיפול. על מנת לאפשר מרחב בטוח, על המטפל/ת לבסס ראפור (Rapport) מהיר. ראפור מוגדר כ"ביסוס אמון, הרמוניה ושיתוף פעולה במערכת יחסים" (וינשטיין-זהר, 2019, עמ' 53), וזאת עושים על ידי יצירת קשר ישיר ואישי עם המטופל/ת כמו גם התאמה קרובה ככל הניתן מבחינת שפת גוף, סגנון דיבור, תוכן, הכרה בעולם האמונות והערכים וכדומה (Andreas, 1989; Bandler & Grinder, 1979; Dilts & Delozier, 2000). כאמור, ראפור הינו אחת ממיומנויות הבסיס הנדרשות מכל מטפל NLP. מיומנות זו מופעלת על ידי המטפל/ת בכל פגישה ולכל אורכה, וזאת על מנת להשיג שיתוף פעולה שיאפשר תהליך שינוי מהיר ואפקטיבי, כפי שניתן להתרשם גם מתיאורי המטופלות במחקר זה.

הפעלה מודעת של מיומנות הראפור יכולה אף לספק הסבר למהירות השינויים הנצפים והמדווחים, אותם חוו המטופלות.

בנוסף, המטופלות התייחסו בדבריהן ל**צוות המחקר**. הן ראו את צוות המחקר ונשות המקצוע כחלק מגורמי התמך מהן זכו לאוזן קשבת ויחס מקצועי. סוגיה מעניינת שעלתה היא העובדה שלמרות שהמטופלות יזמו את הפנייה למחקר, הרי שבפועל היה צורך לחזור ולגייס כחצי מהן כדי להגיע לאבחון ואף להגיע למפגש הטיפולי הראשון. לשם כך, מתאמת המחקר עמדה עימן בקשר רציף, ובהמשך, לאחר שהתקבלו למחקר, גם המטפלת. ליווי זה, שהתבטא באי־נוחות על ידי הצוות בעת התרחשותו, התגלה כבעל חשיבות רבה עבור המטופלות שציינו זאת לטובה ואף הודו שזה עזר להן 'שלא להתחמק'. מטפלת ה-NLP וגם המטופלות מסבירות התנהגות זו בקושי הגדול שלהן להתמודד, או לייצר קונפרונטציה עם הבעיה. ולכן, למרות ההכרה בקשיים, הן חוו פחד גדול מהמפגש הראשון שמבחינתן היה מעמת אותן עם הפחדים והחרדות. לאור זאת, הליווי של הצוות נחווה כמשמעותי ותורם.

בהמשך לכך, אחד ההיבטים הבולטים קשור **בהכרה והוקרה** שהמטופלות חשו כלפי עצם קיום ה**מחקר**. חלקן חזרו על הדברים יותר מפעם אחת במהלך הראיונות והשיחות עימן. הן דיברו מיוזמתן על הכרתן בחשיבות המחקר, על הכרת תודה ועל רצון 'להחזיר טובה'.

ולבסוף, ההיבט האחרון שעלה בממד זה הוא **המלצה על הטיפול**. כל המטופלות, פרט לאחת שלא העלתה את נושא ההמלצה, חשבו שהטיפול מומלץ. הן אפיינו את נושא ההמלצה בשלושה רבדים: המלצה כללית על טיפול בגישת ה-NLP ללא קשר לנושא טראומת הלידה, המלצה על הטיפול כמתאים לסוגים שונים של טראומות, והמלצה על הטיפול בהקשר לטראומות לידה.

בהינתן העובדה שחוויית הטיפול נחקרת במסגרת מחקרית, ייתכן שעצם קיום הטיפול במרחב המחקרי הינו תורם נוסף לנדבך התקווה והאופטימיות שחשו המטופלות לאורך סדרת המפגשים, שהשפיעה גם על החוויה הכללית החיובית. דברים אלה לא נאמרו על ידי אף אחת מהמטופלות, ובכל זאת, ייתכן ובאופן לא מודע, העובדה שהמטופלות ידעו שהן חלק ממחקר העלתה בהן תחושה אופטימית. אולי מתוך מחשבה שאם נערך מחקר על טכניקה טיפולית המיועדת לפוסט־טראומה לאחר לידה, כנראה שיש החושבים שהשיטה יעילה. בעוד שהתקווה היא חלק אינהרנטי מהשיטה באמצעות הגדרת מטרות הטיפול, הרי שייתכן ולכך נוסף 'אפקט' הטיפול כחלק ממחקר – דבר שעלול לתרום להטיה בתוצאות המחקר.

3.1.3. מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד

הנושא השלישי שעלה בממד הרפלקציה הינו **הגדרה ומיקוד במטרה**. ניתן לשייך את פרוטוקול הטיפול הנבחן במחקר לשיטות הטיפול קצר־המועד וממוקד המטרה. בנוגע ל**מיקוד במטרה**, הפרוטוקול מציג תהליכים וטכניקות המיועדים לטפל בטראומה באשר היא, ולא עבר אדפטציה למקרה הפרטי של PPPTSD. למעשה, אין צורך לייצר אדפטציה מסוג זה משום ש׳שאלון מקדם המטרה׳ (ראה נספח מס׳ 12) על פיו עובדים ב-NLP כבר מתחילת המפגש הראשון, בנוי כך שבאופן אינהרנטי נוצרת התאמה לכל נושא או סוגיה עימה מגיעים המטופלים. במקרה זה, מאחר ומסגרת המחקר הגדירה מראש את אוכלוסיית המחקר, ואת נושא ה-PPPTSD, הרי שהמטופלות הגיעו עם ידיעה שהן עומדות לעבור תהליך החלמה הקשור באופן ישיר לאירוע הלידה הטראומטי. בנוסף, במפגש הראשון, מטפלת ה-NLP שאלה את המטופלות, וזאת בהתאם לשאלה הראשונה מתוך ׳שאלון מקדם המטרה׳, מהי המטרה אותה הן רוצות להשיג. בשל מסגרת העבודה, כל המטרות שהוגדרו התייחסו, בין באופן ישיר ובין באופן עקיף, לשינוי מיוחל בקשר לתפיסת אירוע הלידה. מרבית המטופלות בחרו מטרות המתייחסות ישירות לאירוע הלידה הטראומטית. מיעוטן בחרו מטרות המתייחסות באופן עקיף לאירוע, תוך דגש על מטרה המוגדרת במונחים רגשיים. שש מטופלות שילבו בהגדרת המטרה גם מבט על העבר וגם מבט על העתיד. הן הביעו רצון ׳לחיות בשלום׳ עם הלידה הקודמת לצד המסוגלות להרות וללדת שוב. עם סיום סדרת המפגשים, במפגש האחרון, ערכה המטפלת סגירת מעגל, תוך שהיא מציגה למטופלות את המטרות שהגדירו בתחילת הדרך. במפגש זה היא שיקפה להן את הדרך אותה עברו וכן ביקשה מהמטופלות עצמן לתאר את הישגיהן בכלל ובאופן ספציפי אל מול המטרה שהגדירו.

הגדרת מטרה וקביעת יעדים הינה אסטרטגיה הפונה במיוחד לאונות הקדמיות של המוח. אונות אלה מופקדות על החשיבה והתכנון. כאשר מוגדרים יעדים, האונות הקדמיות נעשות מעורבות בתהליך ובכך הן מאפשרות לעקוף את מעורבות האמיגדלה בעיבוד המידע ובתגובה. תהליך זה מאפשר ליצור מבנה גם במצבים של סטרס וכאוס (Metcalfe & Jacobs, 1998; Miller & McEwen, 2006) ואף מעמיד במוקד הטיפול את המטרה הרצויה, להבדיל מהבעיה. זאת ועוד, השאלה השנייה ב׳שאלון מקדם מטרה׳ מכוונת את המטופלת להתחיל לדמיין את המטרה הרצויה באופן עשיר ומלא, המערב את כל החושים, וכולל הכוונה להתנהגויות הקשורות להשגת המטרה, מחשבות תואמות ורגשות נלווים. בנייה של ייצוג מנטלי של המטרה מסייעת לבצע השוואה מדויקת יותר בין המצב שלפני ההתערבות אל המצב שנוצר אחריה, תוך שזה (הייצוג) מהווה מרכיב חיוני בהכנת הגוף למציאות כחלק מחזרות מנטליות המהוות נדבך חשוב בהשגת המטרה (Pascual-Leone et al., 1995). מחקרים שבחנו את הקשר של השפעות הדמיון על המוח מצאו שכשאדם מבצע פעולה, מופעלים

במוחו נוירונים העושים הדמיה לאותה פעולה באותם מיקומים סנסורים-מוטורים במוח, ממש כאילו אנו עושים את הפעולה בעצמנו. אותם אזורים קודקודיים ופרה־מוטוריים מופעלים כאשר מדמיינים פעולות וגם כאשר תופסים פעולות בעזרת החושים. התוכן של הדמיון הוויזואלי והמוטורי עובר אותם תהליכים שעוברת התפיסה החושית, ממש כאילו התוכן המדומיין אמיתי. כך שלמעשה, הדמיון נותן לנו את האפשרות לייצג פעולות ורגשות, ולזהות מטרות וציפיות. לפיכך, הדמיון הינו המכניזם הבסיסי המאחד: ביצוע פעולות, זיהוי פעולות, אמפתיה ותמונות מנטליות (Balugani, 2008; Cichy et al, 2012; Fogassi et al., 2005; Iacoboni et al., 2005). לכך יש לצרף את דברי מטפלת ה-NLP בהתייחסותה לתגובת המטופלות לאחר בקשתה לדמיין באופן מלא את המטרה. לדבריה, ההדמיה המנטלית בפני עצמה אפשרה למטופלות להעתיק, אולי לראשונה מזה תקופה ארוכה, את המיקוד המחשבתי ממסגרת הבעיה אל מסגרת התוצאה (המטרה), דבר שהיווה חלק מהנעת תהליך השינוי והכניס נופך אופטימי אל עבר העתיד.

ובכן, הפרוטוקול מכוון להגדרת המטרה הרצויה, ואף שומר באופן מובנה על כך שמטרה זו תהיה ה'מצפן' המכוון את העבודה הטיפולית בפועל. שמירה אינהרנטית זו על המיקוד במטרה יכולה להיות מוסברת באמצעות מודל ה-O.T.O.T.E. (Miller et al., 1960) המחזיר כל הזמן את המטפל/ת לנושא המיקוד במטרה. מטפלת ה-NLP עבדה לפי מתווה זה לאורך הטיפול. כל הזמן נבחן מיקומה של המטופלת ביחס למטרה, תוך אומדן בלתי פוסק של המצב המצוי והמצב הרצוי, במטרה לצמצם את הפער עד לרמה משביעת רצון. גם לכך התייחסה מטפלת ה-NLP באומרה כי מבנה מעגלי זה שומר על המטפל מפני פיזור, מדייק את העבודה הטיפולית ומאפשר לטיפול לכלול מספר מועט של מפגשים.

מחקרים והסברים אלה נמצאים בהלימה עם ניתוח ממד זה. זאת ועוד, כאשר מוסיפים את ניתוח דבריה של מטפלת ה-NLP, ניתן לייצר הכללה רעיונית הקושרת מספר מרכיבים: נושא הפרוטוקול הממוקד, מתווה ה-O.T.O.T.E וי'שאלון מקדם המטרה' (הכולל הגדרת מטרה והכוונה לתהליכי ויזואליזציה). הכללה רעיונית זו יכולה להיקשר לשתי עובדות: האחת, שבסך הכול גם המטופלות וגם מטפלת ה-NLP חוו באופן חיובי את העבודה הטיפולית הממוקדת, והשנייה כי הגדרת מטרה ברורה היוותה לא רק חלק מהחוויה החיובית של התהליך שעברו אלא תרמה גם לתחושה של הישג חיובי.

הנושא השני בממד זה מתייחס ל**משך הטיפול**. בהתאם לפרוטוקול הטיפולי, משך הטיפול כלל בסך הכול שישה מפגשים באורך שעה. טיפולים ממשפחת שיטות הטיפול ממוקדות המטרה וקצרות־המועד נוהגים לנוע בין מספר מצומצם של מפגשים ועד לשלושים מפגשים (שפלר, 2003). למשל: PE (Prolonged Exposure), כולל בין 10 ל-15 מפגשים בני 90 דקות; CBT (Cognitive Behavioral

Eye Movement Desensitization and) EMDR ; מפגשים בני שעה 20- ל 10 בין לרוב כולל ,(Therapy
Reprocessing), כולל בין 10 ל-12 פגישות טיפוליות (פואה, נקש, האמברי ורוטבאום, 2014). ההנחה היא שמה שמאפשר לפרוטוקול לכלול רק שישה מפגשים קשורה בהסבר שניתן לנושאים שפורטו בחלק הראשון של תת־פרק זה, כלומר, העבודה ממוקדת המטרה, שילוב העבודה בדמיון, ומודל ה-O.T.O.T.E. חלק מהמטופלות מעולם לא היו בטיפול פסיכולוגי טרם הכניסה למחקר, וחלקן היו בעבר בטיפול פסיכולוגי דינמי (מטופלת אחת הייתה בזמן השתתפותה במחקר בטיפול פסיכולוגי מקביל שהחלה טרם הצטרפותה למחקר וסירבה להפסיקו). עבור כולן זו הייתה התנסות ראשונה עם סוג טיפול זה (קוגניטיבי-התנהגותי), ובאופן ספציפי טיפול NLP. התייחסות לסוגיית משך הטיפול הגיעה במיוחד ממטפלת ה-NLP וכן מצד חלק מהמטופלות. מבחינת מטפלת ה-NLP משך הטיפול המוגדר מראש יצר עבורה מסגרת זמן מחייבת והיווה 'שחקן' משמעותי בעבודה הטיפולית הממוקדת. בנוסף, מספר המפגשים נמצא לרוב כמתאים לנושא PPPTSD, תוך הסתייגות הקשורה בהיבטי הרקע טרום אירוע הלידה (כגון טראומות קודמות או תפיסות אישיות ותפיסות עולם מגבילות), שעשויים לתרום לצורך להאריך את משך הטיפול. מן הצד השני, חשוב לזכור שברמה מסוימת משתני רקע נוכחים עם כל מטופלת ובכל טיפול, ולכן, דווקא 'המגבלה' (התחימה בזמן) שמרה על חדות המטפלת, על הצורך לברור עיקר מתפל ולשמר את מחויבותה ללוח הזמנים להשגת מטרות הטיפול.

מבחינת המטופלות, חלקן היו סקפטיות מראש באשר ליעילות של סדרה כה קצרה של מפגשים, במיוחד לאור עוצמת המצוקה שחוו. ועם זאת, בדיעבד, הן חשבו שהעובדה שמדובר רק בשישה מפגשים – לא פגמה בתוצאות הטיפול. בנוסף לכך, המטופלות מתארות את מהירות חוויית השינוי כקשורה למודעות לשינוי המתחולל בין מפגש למפגש. שינוי מהיר זה נצפה גם על ידי מטפלת ה-NLP ודווח במיוחד בשיחות הסופרוויז'ן, וזאת תוך ציון עובדה זו פעמים רבות, בהתפעלות ובהתפלאות.

נתון זה של מהירות חוויית השינוי, נמצא בהלימה לשאלוני האמצע שהועברו, כאמור, לאחר המפגש השלישי. במרבית המקרים, עד וכולל מפגש זה, נערכו בעיקר טכניקות ממשפחת 'תבניות הסוויש' ובמקרים בודדים נערך חלק מהליך TP (והמשכו במפגש הרביעי). את השפעתם ניתן למצוא הן בתיאורי המטופלות הן בשינוי במדדי ה-PTSD הכללי: 'חודרנות', 'הימנעות' ו'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח'. יחד עם זאת, בשלב זה של מדידת האמצע לא נמצאו שינויים מובהקים במדד העוררות ואף לא בצמיחה הפוסט־טראומטית ובתפקוד. בהמשך לנאמר קודם לכן, בתום שלוש המדידות נמצאה ירידה ב-PTSD כללי בין מדידה ראשונה לשנייה ובין השנייה לשלישית. רמות החודרנות, ההימנעות והשינויים השליליים בקוגניציה ובמצב הרוח ירדו אף הן בין כל אחת מהמדידות, כולל ירידה ברמת ההאשמה העצמית; ורמת העוררות ירדה בין המדידה השנייה

לשלישית. אמנם לא נרשמה עלייה ברמות התפקוד והצמיחה הפוסט־טראומטית בין המדידות הראשונה והשנייה, אולם חלה עלייה בשני משתנים אלה בין המדידה השנייה לשלישית.

3.2. תפיסה חלקית/לא מספקת של חוויית הטיפול

כאמור בפרק הממצאים, קיים מיעוט עדויות (19 התייחסויות) לתפיסה חלקית או לא מספקת של הטיפול ב-NLP. עדויות אלה מגיעות משתי מטופלות, מבעלה של אחת המטופלות, ממתאמת המחקר וממטפלת ה-NLP. למעשה, עשר מתוך ההתייחסויות מגיעות מאותה המטופלת. בעוד שנראה כי הטיפול הממוקד וקצר־המועד והפרוטוקול הייעודי התאים למרבית המשתתפות, הרי שלאחת מהן, באופן ברור הטיפול לא היה מספק ולאחריו נחוותה נסיגה מהישגי הטיפול. בנוסף, אחת המטופלות החליטה לסיים את הטיפול לאחר שלושה מפגשים. יש להבדיל בין שתי מטופלות אלה. בנוגע לראשונה מביניהן, חשוב לציין כי היא הייתה המטופלת הראשונה שהתקבלה למחקר ועברה את הטיפול. ייתכן כי לעובדה זו הייתה השפעה על חווייתה החלקית, ועל הנסיגה בתוצאות. לאורך המחקר, לצד ההיצמדות לפרוטוקול ולטכניקות הספציפיות הנמצאות בו, גם המטפלת וגם החוקרת שנתנה למטפלת סופרוויז'ן, למדו כיצד להתאים את מיומנויות ה-NLP באופן ההולם יותר את אוכלוסיית המחקר והנושא המרכזי הקשור בטראומת לידה. בנוגע למטופלת הנוספת, אשר החליטה לסיים את הטיפול בטרם סיימה את כל סדרת המפגשים, קיימת אמביוולנטיות בחוויה הטיפולית. מחד, היא הצהירה על השגת המטרות שהציבה לעצמה (וכפי שניתן היה לראות, חלה גם הפחתה משמעותית בתסמינים הפוסט־טראומטיים, עלייה קלה בתפקוד ועלייה משמעותית בצמיחה הפוסט־טראומטית), ומאידך, לדבריה היא "לא חשה חיבור" לסגנון הטיפולי (הדמיון המודרך), לתחושתה סגנון זה דומה ל-CBT והוא פחות מתאים לה.

למרות מיעוט ההתייחסויות, לחלקן יש משקל וערך הראויים להתייחסות מעמיקה: ראשית, בעוד שהפרוטוקול הנוכחי הציג 'קשיחות' יחסית בטכניקות שהופעלו, הרי שבעת הצורך, על המטפל/ת העתידיים להיות בעלי יכולת להתאים ו'להגמיש' את הפרוטוקול. הכוונה היא ליכולת להוסיף טכניקות NLP בהתאם לצורך של המטופלת. אחד הנושאים המהותיים שהעלתה מטפלת ה-NLP קשור בעובדה שהפרוטוקול הנוכחי לא מציע טכניקה ייעודית לעבודה עם הפרדיגמות/האמונות המגבילות שהאירוע הטראומטי יצר. סוגיה זו נעשתה מורכבת ומאתגרת יותר לטיפול במצבים בהם המטופלות נכנסו לאירוע הלידה אפריורית עם תפיסות עולם מגבילות ולעיתים גם תפיסות עצמיות שליליות. ממצאי המחקר העלו כי הממד המתואר הבולט ביותר בתסמיני המטופלות היה באופן כללי 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' ובאופן ספציפי 'שינויים שליליים באמונותיהן לגבי עצמן ולגבי העולם'. לאור זאת ברור שבעתיד יהיה נכון לשלב, בהתאם לצורך, טכניקות NLP שיתנו מענה

לשינוי באמונות ובתפיסות (קיימות מספר טכניקות בארגז הכלים ה-NLPיסטי לשינוי אמונות). מאחר ולאורך המחקר, זוקקה ההבנה כי צורך זה קיים אך הוא אינו חלק מהפרוטוקול הנוכחי, מטפלת ה-NLP הפעילה כחלופה מיומנויות NLP, בעיקר: 'ריפריימינג', 'מטה-מודל', .S.O.M ו'מילטון מודל'. בנוסף שולבו הנחות היסוד – כל זאת על מנת לתת מענה לסוגיה זו. חלופה זו הצליחה לייצר את השינויים המתחייבים בתפיסות כאשר ללא שינויים אלה, יש לשער שהמטופלות לא היו חשות שהשיגו את מטרות הטיפול. יחד עם זאת, מיומנויות ה-NLP אמורות לתמוך בטכניקות ולא לשמש להן אלטרנטיבה, ועל כן כאמור, בעתיד יש לשקול הכנסת גמישות טיפולית והוספה של טכניקות לשינוי אמונות לפרוטוקול הייעודי.

בנוסף, על מנת לייצר חוויית טיפול חיובית יש לשקול גמישות במספר המפגשים הטיפוליים. בעוד שעבור רוב המטופלות, מסגרת הטיפול שכָּללה שישה מפגשים, נחוותה כמספקת להשגת מטרותיהן, הרי שבפועל, חשוב שתהיה גמישות גם בהיבט זה. כאשר המטופלות הגיעו עם היסטוריה אישית מורכבת (אובדן קודם, חרדות טרום היריון ולידה, טראומות קודמות), או/וגם תפיסות מגבילות – ייתכן ומפגשים נוספים יכלו לתת מענה רחב יותר, המתייחס ישירות לאירוע הלידה אך מכליל גם הקשרים נוספים רלוונטיים לטיפול. לאור זאת, במצבים דומים יש לשקול אפשרות להערכת סדרת המפגשים – וכל זאת תחת מסגרת זמן והגדרה של טיפול קצר־מועד.

לבסוף, יש לתת את הדעת לנושא בני הזוג. הפרוטוקול הנוכחי נותן מענה ישיר ליולדת ובכך נדמה שהוא משיג את מטרתו. הפרוטוקול, בדרך עקיפה, מתייחס גם לבני הזוג כחלק מגורמי התמך המשמעותיים ואלה מקבלים משמעות חדשה וחיובית בעיקר דרך הליך 'מסע הגיבור'. מרבית המטופלות תיארו עצמן כחולקות את חוויית הטיפול עם בני זוגן, כאשר, לעיתים בפעם הראשונה, יכלו לבוא במגע עם התכנים ביחד עם בן הזוג. בכך, הטיפול פתח גם ערוץ מקביל לשינוי התקשורת הזוגית הבין־אישית ולשיפור הקשר הזוגי. יחד עם זאת, חלק מהמטופלות, כמו גם הצוות המקצועי, חשו שלעיתים יש צורך לשתף גם את בני הזוג בתהליך הטיפולי או לפחות למצוא מסגרת אחרת, בהעדפה למסגרת זוגית, בה יוכל גם בן הזוג לבטא את החוויה האישית שלו ובעת הצורך לטפל בעצמו כמו גם ביחסים בין בני הזוג, שעל פי תיאורי המטופלות, עברו טלטלה ולפעמים אף שבר.

4. אחרי הטיפול – תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD

בתת־פרק זה מוצג דיון מְתַכלל על סך המהלך הטיפולי ותרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD וזאת מפרספקטיבה המתבוננת בדיעבד על התהליכים אותם עברו המטופלות ותוצאותיהם.

התמה הרביעית והאחרונה שעלתה בשלב זה, **תרומת הטיפול להתמודדות עם PPPTSD**, מציגה את המַענים שנאספו והתגבשו לאורך 'קו-הסיפור' על ציר זמן המחקר לתת־שאלות המחקר המכוונות ללמידה בנוגע לשני תחומים: 1. הערכת תוצאות התהליך הטיפולי: התמורות שחלו בסימפטומים הפוסט־טראומטיים, ביטויי הסימפטומים ואופי המופע והשינוי; 2. הערכת התהליך הטיפולי: השפעת הטיפול על היבטים רגשיים ותפקודיים במעגלי החיים השונים ובחינת ההשפעות ההדדיות המתקיימות בין התהליך הטיפולי להיבטי צמיחה פוסט־טראומטית.

תמה רטרוספקטיבית זו הציגה שישה ממדים, אותם ניתן לסווג לשתי קבוצות. קבוצה אחת מכילה את השינויים שנערכו בשלושה ממדים ראשונים: ממד התסמינים הפוסט־טראומטיים (ירידה), ממד התפקוד במעגלי החיים (עלייה) – המביעים התייחסות ישירה לאספקטים הפוסט־טראומטיים, וממד הצמיחה הפוסט־טראומטית (עלייה), שהתבטא בדברי המטופלות בשלב של אחרי הטיפול. קבוצה שנייה מכילה שלושה ממדים נוספים: השגת מטרות אישיות בטיפול והערכה חיובית מחודשת, גישה כללית ללידה, ותוצאות חלקיות. ממדים אלה פורטו ונותחו בדרך שונה מניתוח התוכן שנערך עד כה במטרה להביא למיצוי התובנות.

ממד התסמינים הפוסט־טראומטיים – בעוד שהשאלונים הכמותיים מייצגים תמונת מצב מייד עם תום סדרת המפגשים, הרי שהראיונות המסכמים נערכו (כפי שדווח בפרק השיטה), בין חודש לשנה לאחר תום סדרת המפגשים הטיפוליים. למעשה, דבר זה אִפשר לבחון עד כמה הדיווחים של המטופלות עם תום הטיפולים עדיין תקפים לאחר שעבר פרק זמן מתום הטיפול. ממצאי המחקר הכמותניים מצביעים על שיפור בכל אחד מממדי ה-PTSD הכללי והסימפטומים בעת ההשוואה בין המדידה השלישית למדידה הראשונה. נתונים אלה קורמים עור וגידים כאשר בוחנים את דברי המטופלות. הסימפטום/היבט שנמצא כבעל השכיחות גבוהה ביותר בתיאורי הנשים, ובאופן בולט, קשור **בשינויים שחלו בקוגניציה ובמצב הרוח**. המטופלות מתארות שינוי חיובי בנוגע לאמונותיהן לגבי עצמן ולגבי העולם, וכן עלייה בביטחון העצמי ובאופטימיות. בהלימה, הממצאים הכמותניים מצביעים על ירידה ברמת השינויים בקוגניציה ובמצב רוח וזה בא לידי ביטוי גם בכך ש**רמת ההאשמה העצמית** של המשתתפות ירדה מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב מהמדידה השנייה לשלישית. ניתן לשער כי שינויים אלה בתפיסה העצמית ובתפיסת העולם, תרמו לשינויים שתוארו בצמיחה הפוסט־טראומטית (עליה יפורט בהמשך). שינוי זה בקוגניציה ובמצב הרוח שנצפה לאורך המפגשים הטיפוליים ולאחריהם, יכול להיות מוסבר בשינוי שחל בסימפטום/היבט **החודרנות** שהיה השני בשכיחותו בדברי המטופלות. הטכניקות הראשונות שהופעלו בטיפול היו ממסגרת 'תבניות הסוויש' אשר באופן מכוון פועלות על אותם טריגרים חושיים שיצרו תגובות (מחשבתיות/רגשיות/התנהגותיות) קשות. כל 15 המטופלות תיארו בראיונות הסיכום הפחתה ושיפור בתסמיני החודרנות.

תדירות הפלשבקים ירדה, עוצמתם ירדה, התגובה לזיכרונות החודרניים השתנתה לטובה, ונוספה יכולת להעלות באופן יזום את התמונות, הקולות והתחושות (שבעבר הוגדרו כפלשבקים), לשתף ולחלוק אותם וזאת מבלי להיות מוצפות רגשית. רמת **החודרנות** המדווחת של המטופלות בשאלון PTSD ירדה מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב באופן מובהק מהמדידה השנייה לשלישית. הסברים אפשריים ליציבות זו ניתן למצוא בשלושה מקורות: (1) תאוריות למידה (Wessa & Flor, 2007) – הפעלת הסוויש כוללת החלפות מהירות בין התמונות/הגירויים (התמונה הראשונה, המעוררת רגשות קשים, ומיד אחריה התמונה השנייה, המעוררת רגשות חיוביים) וחזרות מרובות. מאפיינים אלה מפעילים את 'חוק הב' כך שהעלאת הגירוי (התמונה הבעייתית) בעתיד מעלה את הסיכוי להפעלה צמודה של התמונה המעוררת רגשות חיובים (קרלסון וביירקט, 2019). באופן זה המוח לומד וזוכר ובכך משנה את החוויה הרגשית, כפי שהופעלה במוח עד היום; (2) הסבר המתייחס לתופעת הקשב הכפול (dual attention) (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996), הכוללת תחושה של שליטה והתבוננות. הסבר זה נסמך על הניסיונות להסביר את אפקטיביות ה-EMDR, על פיו המטופל ממוקד בזיכרון בעוד הוא נמצא במציאות טיפולית בטוחה ותומכת. כפי הנראה, בדומה ל-EMDR, הדבר מאפשר תחושה של שליטה לעומת נטייה להימנעות ופחד מהחוויות הקשות. כמו כן, נוצרת התבוננות מיוחדת, רגשית-קוגניטיבית, בחוויות השליליות (התבוננות דומה לזו שבמדיטציה). התבוננות כזו אינה נסחפת רגשית אך יחד עם זאת גם אינה מנותקת ומרוחקת (אורן, 2003); (3) הובלות עתידיות אריקסוניאניות – הליכי הסוויש מסתיימים במספר משפטים הכוללים הובלות לעתיד אריקסוניאניות (ראה הסבר בנספח 13) שנועדו לסייע בהטמעת הליך השינוי. בהתאם לממצאים שעלו במחקר הקודם של הוויז'ואל סוויש (וינשטיין-זהר, 2013), גם הפעם במרבית המקרים המטופלות לא קיבלו הנחיה ורבלית קונקרטית בתום המפגש להמשיך ולתרגל את הטכניקה. יחד עם זאת, ניתן להבין כי חלקן הבינו כי ההליך יכול לשמשן גם בעתיד הן בנוגע לתמונה/קול/תחושה הספציפית עליה נערכה פעולת השינוי הרגשי, הן כאסטרטגיה קוגניטיבית לשינוי רגשות. מכאן ניתן ללמוד כי המשתתפות, כפי הנראה, הפנימו את הטכניקה והשתמשו בה באופן מודע או בלתי מודע במצבי יום־יום, בהם התעורר אותו טריגר חושי קשה. הסבר זה מציע, כי ייתכן שטכניקות הסוויש השתלבו במערך דרכי ההתמודדות הנרכשות שאותן 'מגייסות' המטופלות במצבי לחץ.

ההיבט/הסימפטום השלישי בשכיחותו, **הימנעות**, עבר גם הוא שינוי לטובה הבא לידי ביטוי בהפחתת הימנעויות מסוגים שונים, החל מפעילויות בסיסיות דרך קבלת טיפולים רפואיים ועד קיום יחסי מין וחשיבה על היריון ולידה נוספים. הממצאים התיאוריים תואמים את הממצאים הכמותניים, לפיהם רמת ההימנעות של המשתתפות ירדה מהמדידה הראשונה לשנייה וירדה שוב

מהמדידה השנייה לשלישית. ההסבר לכך עשוי להיות קשור לעובדה שתגובה הימנעותית מטרתה לסייע ללוקה ב-PTSD לצמצם ככל הניתן תסמיני מצוקה שעלולים לעלות בהקשר לגירויים הפנימיים (מחשבות/זיכרונות/פלשבקים) ולגירויים חיצוניים (אנשים, מקומות, שיחות, פעולות, אובייקטים וסיטואציות) (טמיר, 2020). בעוד שפרוטוקול ה-NLP שפותח לצורך המחקר לא נותן מענה ישיר לסימפטום זה, הרי שהוא פועל במרחב שינוי ההתניות לגירויים החושיים, קרי סימפטומי החודרנות (באמצעות תבניות הסוויש והליך ה-TP), ומְשֻחלה הקלה בתגובות לאותם טריגרים חושיים, הרי שהצורך להימנע פוחת.

לבסוף קיימת התייחסות של המטופלות בנוגע לסימפטום/היבט **העוררות** שנמצא כבעל השכיחות הנמוכה ביותר מתוך דבריהן, כאשר הן בעיקר מציינות שיפור (ירידה) בדריכות ובבהלה. ממצא זה תואם את המדידה הכמותנית שהצביעה על ירידה ברכיב זה בין המדידה הראשונה לשלישית, ואף בין המדידה השנייה לשלישית. מראש, סימפטום זה נמצא בשכיחות הנמוכה ביותר מבין שאר הסימפטומים. הסבר אפשרי לכך עשוי להיות קשור לנטייה של נשים לייחס את העוררות בלילות, הבהלה והדריכות לאימהות טובה ומתפקדת.

בעוד שממד התסמינים הפוסט־טראומטיים נכח בשכיחות של 51%, הממד הבא בשכיחותו הוא **הצמיחה הפוסט־טראומטית** (34%). ההיבט שבלט בשכיחותו הינו **הערכה עצמית**. השינוי שעברו המטופלות מתבטא בשלושה נושאים החל **מחיבור מחודש לחוזקות**, דרך **תחושה של מסוגלות** ועד לכך **שהמטופלות סומכות יותר על עצמן**. בנוסף, המטופלות מתארות שינוי שבא לידי ביטוי **בגיבוש גורמי תמך לעתיד**, ביכולת **לסמוך על אחרים ולקבל סיוע** וביכולת **להביע רגשות** בפני הסביבה. פן נוסף המביע את החיבור המחודש לכוחותיהן ומשאביהן הפנימיים בא לידי ביטוי בהיבט **התגברות על קשיים**, כשהמטופלות מבינות שניתן להתגבר על קשיים ומְפַתחות נכונות להתגבר עליהם. היבט נוסף שהתגלה כמשמעותי ביותר הינו המסוגלות למנף/ליצור **מהטראומה הזדמנות**, כלומר מתקיים כאן ריפריימינג: הדרך בה המטופלות יכולות עתה לראות את האירוע הטראומטי באור חדש, החל מ**אירוע הלידה כנקודת ציון** לפיתוח **דרך חדשה**, דרך **פיתוח מסוגלות להפוך את החיים לטובים יותר** ועד **לשינוי בסדרי העדיפויות בחיים**. לבסוף, עלה ההיבט '**שינוי פרספקטיבה**', בו המטופלות מתארות הבנה טובה יותר של **עניינים רוחניים** ובו כלולה **היכולת לקבל את המציאות כפי שהיא, תוך האפשרות להעריך כל יום בחיים**. גם בממד זה הממצאים הכמותניים והאיכותניים נמצאים בהלימה. אמנם רמת הצמיחה הפוסט־טראומטית של המשתתפות לא עלתה מהמדידה הראשונה לשנייה אך כן עלתה מהמדידה השנייה לשלישית. דבר זה נמצא בהלימה לניתוח האיכותני בו המטופלות והמטפלת רואות את השינוי בעיקר לאחר הפגישה השלישית (כלומר לאחר המדידה השנייה). הסבר לכך שהעלייה נמצאה רק כשמתבוננים על סך ההליך יכול להיות קשור לעובדה

שראשית היה צורך 'להסיר' את ההתניה לטריגרים החושיים המהווים את רכיב החודרנות על מנת לאפשר שיקום ומתן פרספקטיבה חדשה בנוגע ליכולות, לתפיסות האישיות ולתפיסות העולם.

כאמור, המושג צמיחה פוסט־טראומטית מתאר שינויים חיוביים המתחוללים בעקבות התמודדות עם אירוע חיים מאתגר. באופן טבעי, אירוע הלידה כמו גם המעבר לאימהות נכלל בתיאור זה ולכן יכול להוות בסיס לצמיחה אישית גם אם אינו כולל טראומה (Nishi & Usuda, 2017; Porat-Zyman et al., 2016; Sawyer & Ayers, 2009). יחד עם זאת, המדידה הראשונה של רכיב זה הראתה כי שני שליש מהמטופלות היו במצב של צמיחה מועטה, למעלה מרבע היו במצב של צמיחה בינונית ורק משתתפת אחת הייתה במצב של צמיחה מרובה. לאור נתונים אלה ניתן לשער כי הצמיחה הנצפית עשויה להיות קשורה לתהליך הטיפולי.

אירוע טראומטי שבעקבותיו מתפתחת פוסט־טראומה בא לידי ביטוי במחשבות חודרניות בהן שב האירוע ונשנה בחוויית האדם, כתוצאה מכך מערכת האמונות של האדם נסדקת, וכפי שנצפה במחקר זה, התגבשו סכמות קוגניטיביות חדשות הכוללות תפיסות מחודשות ושליליות על העצמי ועל המציאות. לאור הממצאים העולים במחקר, ההנחה היא שמבנה הפרוטוקול מאפשר אימוץ של 'עצמי מחוזק', המחובר לכוחות ולמשאבים. מבנה זה מתחיל בהפחתת סימפטומי החודרנות, באמצעות הליכי הסווישים, לאחר מכן בהליך ה-TP, ולבסוף בהליך 'מסע הגיבור', כאשר כל אחד מההליכים כולל עבודה ישירה ועקיפה בנוגע לשינוי התפיסות העצמיות ותפיסות העולם. בכך מתקיימת הערכה חיובית מחודשת (Positive Reappraisal) המשפיעה על חוויית הצמיחה הפוסט־טראומטית. ממצאים אלה נמצאים בהלימה למידע הכמותני שהצביע על עלייה מדווחת במדד ה-PTG, בין המדידה השנייה לשלישית.

ממד התפקוד במעגלי החיים הופיע בשלב זה של פוסט־טיפול בשכיחות של 15%. מתוך סך ממד התפקוד במעגלי החיים, שני היבטים בלטו בתיאורי המטופלות בנוגע לשינויים שחוו. הראשון הוא היבט **ההורות/האימהות**. המטופלות תיארו שינוי חיובי בקשר עם התינוק, שיפור בתפקודן כאם, ונקיטת פעולות אקטיביות לכיוון של הרחבת המשפחה. השני הוא שיפור בהיבט ה**זוגיות**. למעלה ממחצית המטופלות סיפרו שהן שיתפו את בני הזוג בתהליך הטיפולי. שיתוף זה אִפשר להם 'להשוות גרסאות' בנוגע לתפיסת 'מציאות' אירוע הלידה, להתכנס לנרטיב משותף, לשמוע את קול בן/בת הזוג ולחלוק את הקושי (להבדיל מתחושת הבדידות ואי השיתוף עליה דיברו המטופלות טרם הטיפול). מהלכים אלה, לצד הטיפול עצמו, יכולים להסביר את השינוי לטובה שהמטופלות מתארות בקשר הזוגי ואת תחושת הקִרבה והאינטימיות שחשו. שלושת ההיבטים הנוספים: קריירה, בריאות וחברה (לקהילה לא נמצאה כל התייחסות), עלו באופן מקוצר וזאת למרות שבשלב של טרום הטיפול, סוגיות

אלה נכחו בתיאורי הקשיים התפקודיים. כך שאמנם בשאלוני המדידה נצפה שיפור בתפקוד הכללי בין המדידה השנייה לשלישית, כי בהיבטים אלה, כאמור, נמצאו מיעוט תיאורים. ייתכן והסיבה לכך נעוצה בעובדה שתשומת הלב של המטופלות פנתה בעיקר לנושא ההורות והזוגיות ואילו שאר היבטי התפקוד, בעת שחזרו לתחום 'התפקוד הרגיל' – היו עתה מחוץ לטווח המודע המדווח/מתואר. השינוי בפרמטר התפקוד יכול להיות מוסבר בשינוי שהתרחש בשלושה רכיבים המקיימים יחסי גומלין: עלייה במסוגלות העצמית, בהערכה העצמית ובתחושת השליטה. המטופלות תיארו עלייה בתחושת **המסוגלות העצמית** (Self-efficacy), פרמטר זה תואר בהקשר לצמיחה הפוסט־טראומטית, וקשור באלמנטים הקוגניטיביים ביכולתו של הפרט להעריך את השליטה בידיו לשם השגת מטרותיו (Bandura, 1977). מונח זה מתייחס אף לאמונה שיש לאדם בנוגע ליכולותיו ולתוצאות מעשיו, אמונה המשפיעה על בחירות, התנהגות ומאמץ. אדם בעל מסוגלות עצמית גבוהה, מעריך את יכולתו להתמודד בהצלחה עם מטלה מסוימת כגבוהה. מסוגלות עצמית גבוהה מגבירה את הנטייה להשקיע מאמצים בביצוע המשימה. מושג הנקשר לכך הינו **הערכה עצמית**, מושג המתייחס לשאלה מה האדם מעריך שהוא מסוגל לבצע אל מול ציפיותיו מעצמו (Bandura, 1986). הערכה עצמית מחודשת המגולמת בעיקר בטכניקות הסוויש (אך גם ב-TP), באה לידי ביטוי בדברי המטופלות המתארות עם תום סדרת הטיפולים את **גילוי חוזקותיהן** ואת התחושה שהן **סומכות יותר על עצמן**. בהקשר לכך, בעלי מסוגלות גבוהה נוטים לחוש **שליטה** גבוהה על חייהם, ובהתאם, לחוש כי פעולותיהם הן אלו שמשפיעות על חייהם. כאמור, בתמת 'אירוע הלידה הטראומטית' נושא אובדן השליטה התגלה כמשמעותי ביותר בתרומתו להתפתחות PPPTSD. שליטה עצמית מאפשרת לצפות ולתכנן אירועים (Bandura, 1986) ומסייעת לפרט להתמודד עם רגשות, מחשבות, כאב ושינוי. היא כוללת גם התנהגויות כמו דחיית סיפוקים, עמידה במצבי לחץ, והתגברות על כאב. היא לעיתים אף מאפשרת הפחתה בתגובות כמו דיכאון ומחשבות טורדניות, בנוסף ללקיחת אחריות על התנהגות ושינוי הרגלים. אם כן, נראה כי השינוי שהתרחש כתוצאה מהטיפול בשלושת רכיבים אלה תרם גם לשיפור בתפקוד.

הממד הרביעי שעלה הינו **השגת מטרות אישיות בטיפול, והערכה חיובית מחודשת.** כחלק מפרוטוקול המחקר, על המטופלות היה להגדיר מטרה/מטרות לסדרת המפגשים הטיפוליים. כפי שנדון בפרק הממצאים (תת־פרק 2.3.1) – מיקוד ויעילות הטיפול כטיפול קצר־מועד – מטופלות המחקר בחרו להתמקד באירוע הלידה, זאת בעיקר בשל ההקשר של המחקר והנסיבות שהובילו אותן להצטרף אליו, והן בעקבות הכְּוונה של המטפלת. בהכללה, ניתן לומר שהמטרות אותן הגדירו המטופלות נעו על פני שלושה זמנים: עבר – הרצון לעבד את חוויית הלידה; הווה – היכולת להיזכר באירוע הלידה ולהגיב אחרת; ועתיד – היכולת לתכנן את העתיד האישי/משפחתי. במפגש הטיפולי

האחרון, הציגה המטפלת את המטרות שהוגדרו ושאלה כל מטופלת היכן היא ממקמת עצמה אל מול המטרה. כפי שניתן לראות, כל המטופלות דיווחו במפגש האחרון על השגת המטרה (כאמור, בראי הזמן, אחת המטופלות חוותה נסיגה). הן מתארות שלושה מאפיינים הנמצאים בהתאמה להגדרת המטרה: המאפיין הראשון קשור ביכולת לקבל את הלידה כחלק מההיסטוריה האישית; המאפיין השני קשור בהפחתת התסמינים וביכולת להיזכר בלידה ללא תגובות קשות. למאפיין זה מתלווה הערכה מחודשת וחיובית של תפיסת העצמי; המאפיין השלישי קשור ליכולת לשאת מבט אל העתיד ולהיות בעלת אפשרויות בחירה הכוללות היריון ולידה נוספים.

הממד החמישי כלל **גישה כללית ללידה.** ההשוואה שנערכה בין תיאורי הלידה, השוואת הגרסאות שסופרו על ידי המטופלות בפנייה הראשונה, תיאור הלידה בתחילת הטיפול והתיאור האחרון לאחר הטיפול – אפשרו זווית נוספת להערכת תוצאות התהליך הטיפולי. הערכה זו התבססה על ההבדלים שעלו הן בהיבטי התוכן הן בהיבטי הצורה. ראוי לציין כי המטופלות חזרו על תיאור הלידה עוד מספר פעמים לאורך המחקר. שלוש ההשוואות שנערכו הן מנקודות הקצה (שיחה ראשונה עם המתאמת, שיחה ראשונה עם המטפלת ושיחה אחרונה עם החוקרת). המטופלות תיארו את הלידה גם לפסיכיאטרית המאבחנת, ועוד מספר פעמים לאורך הטיפול (אם כי באופן חלקי בכל פעם). ייתכן ועצם התיאור החוזר היה בעל השפעה (משתנה מתערב) על הכרונולוגיה ועל עיבוד הסיפור.

מבחינת היבטי התוכן: שלושת התיאורים כללו תכנים דומים. המטופלות חזרו בשלושת המקרים על רצף סיפורי דומה תוך התמקדות בהתרחשויות המשמעותיות ביותר עבורן. תיאור הלידה שסופר למטפלת ה-NLP היה הארוך והמפורט ביותר. ובכל זאת ניכר היה כי בתיאור השלישי, שהוא פוסט־טיפול וגם הרחוק ביותר מהלידה, היו השמטות של פרטים מתוך הסיפור ו/או הכללות של האירועים והחוויות הפחות משמעותיים. כמו כן, נראה כי לפני הטיפול הסיפור מסופר ממקום של זיכרון חווייתי הכולל מעורבות רגשית רבה (באסוציאציה), ולאחר הטיפול הסיפור הענייני מסופר ממקום של זיכרון יותר שכלתני, המתבונן על האירוע ופחות מעורב רגשית (דיסוציאציה). אופן סיפורי זה מתקשר לממצא הבא העולה מניתוח זה, הקשור בהיבטי הצורה.

מבחינת היבטי צורה: כאן נמצא הבדל משמעותי באופן בו כל מטופלת תיארה את הלידה. בעוד שהתיאור התוכני היה דומה בפעמים הראשונות, הוא נבדל בצורה בולטת במפגש ריאיון הסיכום עם החוקרת. לפני הטיפול, בעת תיאורי הלידה המטופלות היו מוצפות, היה להן קשה לתאר, התיאור היה מבולבל, לעיתים אסוציאטיבי ואף כָּלל עצירות. היה בכי וניסיונות לעצור אותו, וכן התנשפויות ונשימות עמוקות. לעומת זאת, 14 מתוך 15 המטופלות 'הגישו' את אירוע הלידה באופן שונה בעת הריאיון המסכם. בעוד שהתיאורים הראשונים, ובכללם הזיכרון הטראומטי, כללו חוויה מחודשת ולא היו ברי־שליטה רצונית, הרי שהתיאור האחרון נשא אופי סיפורי, נרטיבי, אשר לדברי המטופלות,

ניתן היה לשליפה ולהפסקה רצונית. לאחר הבקשה לתאר את הלידה, הן פתחו מייד בתיאור. חלקן לקחו נשימה טרם התיאור וחלקן פשוט החלו בשיתוף. תיאורי המשתתפות קלחו. התיאורים היו מלאים, וכללו רצף כרונולוגי שלא חסך או דילג על פרטי מידע טובים או קשים וכל זאת נערך תוך שמירה על קשר עין, פתיחות וגילוי לב. המשתתפות השתמשו בשני הזמנים – הווה ועבר. מרבית התיאור היה בלשון עבר כשמדי פעם הן עוברות להווה. בנוסף, התיאורים כללו בעיקר תיאור בגוף ראשון (להבדיל מתיאור בגוף שלישי). לאורך התיאור, לעיתים הדרמה נשמעה בקולן, ולמרות שימוש במילים תיאוריות דרמטיות – הן לא עצרו, בכו, או התכנסו בתוך עצמן כשהתיאור שלהן נשמע לרוב אסוף. מהשוואה זו גם נראה כי התיאור הראשוני היה יותר אייקוני ואילו לאחר הטיפול הפך לדקלרטיבי. יש לציין שאחת מתוך 14 מטופלות, אשר רואיינה תוך הנקת בִּתה השנייה בת השלושה שבועות, חוותה רגעים של הצפה רגשית, כולל בכי, תוך כדי תיאור הלידה, ויחד עם זאת, ידעה לאסוף עצמה ולגלות יכולת לניהול רגשי וקוגניטיבי.

הממד השישי והאחרון בתמה רטרוספקטיבית זו הוא ממד **תוצאות הטיפול – תוצאות חלקיות.** כפי שניתן לאורך פרקי הממצאים והדיון, כל המטופלות, במעמד הפגישה הטיפולית האחרונה, חשו שהן השיגו את מטרותיהן. לכך נוספו תימוכין מהממצאים הכמותניים המצביעים על שיפור בכל המדדים שנבדקו בין המדידה הראשונה טרם הטיפול, למדידה האחרונה, פוסט־טיפול. עם זאת, ממד הזמן החולף התגלה כמקור מידע חשוב, מאחר וניתן היה לבחון את הסטביליות של תוצאות הטיפול בראי הזמן. וכך, בעוד שבקרב 14 משתתפות נמצאה הלימה בין המטרות, השגתן ותיאוריהן; משתתפת אחת, שנה לאחר תום הטיפול (ושלוש שנים מהלידה), נמצאה במקום רגשי-קוגניטיבי שונה – אירוע הלידה נמצא נוכח באופן שלילי בחייה. הבקשה לתאר את הלידה, הציפה תיאור כואב. ניכר כי השבר בתפיסה העצמית, המסוגלות והיכולות – כל זה ממשיך ללוותה. יחד עם זאת, נראה כי רכיב החודרנות נותר סטבילי והתבטא בהפחתה ניכרת בפלשבקים וכתוצאה מכך באיכות השינה. ובנוסף, המטופלת חזרה לעבוד לאחר תום הטיפול.

5. סיכום והשלכות המחקר

מחקר זה הינו חקר מקרה משַלב־שיטות כמותניות ואיכותניות שמטרתו הייתה לבחון את האפשרות של שימוש בפרוטוקול NLP ייעודי לטיפול בטראומה בקרב נשים שפיתחו PPPTSD. הרציונל לשימוש בשילוב שיטות במחקר נבע מהרצון להציג תמונה מלאה ועשירה של התערבות פרוטוקול ה-NLP על רבדיה ומורכבותה. בהתאם לכך ננקטה התפיסה הפרגמטית (Onwuegbuzie & Teddlie, 2003), על פיה נאספו נקודות מבט שונות מתוך התבוננויות פרשניות קונסטרוקטיביות לצד

ראיות עם גוון יותר אובייקטיבי, ובכך התקבלו מידע ונתונים רבים – איכותניים וכמותניים. הצלבת המידע אפשרה אימות של הנתונים ובכך העלתה את תקפותם ואמינותם. תוצאות המחקר מצביעות על יעילות פרוטוקול NLP לטיפול ב-PPPTSD.

הממצאים הכמותניים, הצביעו על שיפור בכל הממדים שנחקרו. רמת ה-PTSD הכללית ירדה, וחל שיפור (ירידה) בכל התסמינים הפוסט־טראומטיים: 'חודרנות', 'הימנעות', 'שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח' ו'עוררות'. שינויים אלה נמצאו בין המדידה הראשונה (טרום התערבות) למדידה השלישית (פוסט התערבות). בנוסף, מדדי התפקוד והצמיחה הפוסט־טראומטית הצביעו על שיפור בין המדידה הראשונה לשלישית. ממצאים אלה נמצאים בהלימה למידע האיכותני העשיר שהתקבל. החלק האיכותני העלה מחשבות, דעות, רגשות, תחושות ופרשנויות בזמן האמת בו המטופלות התמודדו חזיתית עם אירוע הלידה הקשה שלהם והפוסט־טראומה שלאחריו וזאת באמצעות הטכניקות והמיומנויות של ה-NLP כפי שהן מופיעות בפרוטוקול הטיפולי. תיאורי המטופלות, בנוסף להצהרותיהן בנוגע להשגת מטרות הטיפול, הצביעו על שיפור והקלה בתסמינים הפוסט־טראומטיים, על צמיחה פוסט־טראומטית ושיפור בתפקוד, והביאו לקדמה את השימוש במנגנוני החוסן, הקוגניציה, הדמיון, הרגש, והתחושה – דבר הממקם את הפרוטוקול הטיפולי הנחקר במסגרת האוריינטציה הסלוטוגנית המתמקדת בגורמי הבריאות, להבדיל מהתמקדות בגורמי סיכון (אנטונובסקי, 1998).

ניכר כי הטכניקות מפעילות את מנגנוני החוסן לכדי יכולת התמודדות גבוהה יותר עם הטראומה. התמה הראשונה שעלתה במחקר מיפתה את אירוע הלידה הטראומטית ואת הגורמים להתפתחות PPPTSD. מיפוי זה העלה חמישה ממדים: ממד החירום, ממד הציפיות, ממד השליטה ואובדן השליטה, ממד התמיכה החברתית וממד ההיבטים האישיים. למעט ממד החירום שאינו ניתן לצפייה או שליטה, נראה כי הפרוטוקול הטיפולי הצליח להתמודד ולתת מענה לארבעת הממדים הנותרים: 1. בהשבת תחושת השליטה, כאשר לאורך שלבי המחקר המטופלות נעשו סוכנות שינוי בעלות שליטה; 2. בחיבור המחודש לגורמי התמך המשפחתיים/חברתיים ובכל הקשור לתפיסות ולאמונות על העצמי והעולם; 3. בהשבת תחושה של מסוגלות עצמית, והערכה עצמית מחודשת.

בכך, הצליח הפרוטוקול לעמוד ביעדי הטיפול בפוסט־טראומה (Calhoun & Tedeschi, 2006; White, 2007) הכוללים שיפור בתגובות למאזכרים הפוסט־טראומטיים, הזיכרון והנרטיב הטראומטי, ושינוי הסכֵמות/האמונות המגבילות לאמונות מעצימות התומכות בצמיחה ושינוי. לאור זאת, ממסקנות המחקר עולה כי המחקר הצליח להדגים שטכניקות הסוויש, ה-TP ו'מסע הגיבור' של ה-NLP והמיומנויות המופעלות, נחוו באופן חיובי בקרב מטופלות המחקר, והן מסוגלות להביא להקלה

משמעותית בסימפטולוגיה הפוסט־טראומטית, לצמצום המופע הפוסט־טראומטי (שיפור בכל המדדים שנִבחנו), ומעבר לכך – להביא להגברת תחושת החוסן.

<u>להלן מספר השלכות קליניות הנובעות מהמחקר ומתייחסות לסוגיית הטיפול ב-PPPTSD באופן כללי</u>:

- למרות שמדובר בשיטת טיפול מאוד מובנית וקלה ללמידה, ברור כי על מטפל ה-NLP להיות בעל מיומנות גבוהה בתפעול הטכניקות והפרוטוקול וכמובן לקבל ייעוץ והדרכה (סופרוויז'ן).
- מאחר והתגלה שנושא השינויים השליליים בקוגניציה ובמצב הרוח מהווה פקטור משמעותי בתהליך השינוי, מומלץ לשלב בפרוטוקול טכניקה ייעודית המכוונת לנושא שינוי אמונות ומאפשרת מעבר מאמונות מגבילות לאמונות מעצימות.
- בהתאם להיסטוריה האישית של המטופלת (רקע מורכב כגון טראומות קודמות), יש לשקול להוסיף מפגשים טיפוליים, אם כי חשוב להקפיד על עבודה מכוונת מטרה (במסגרת מודל ה-O.T.O.T.E).
- במהלך הקליני המוכר, דיכאון מופיע תכופות עם PTSD, ודיכאון כשלעצמו (ברמות שונות) מופר אחרי לידה. לאור זאת, מומלץ בעתיד לשלב טכניקות NLP המיועדות גם למרכיב הדיכאוני כמו למשל טכניקות לשינוי אמונות (כמו 'שינוי אמונות בהליכה', 'הטבעה מחדש' – 'Re-Imprinting', 'משמיד ההחלטות של בנדלר' וכדומה), וטכניקות לשיפור המוטיבציה (כמו 'הכנסת מטרה לשרירים', 'יישור רמות לוגיות' וכדומה).
- על מנת לוודא סטבילויות של תהליך השינוי, רצוי לשקול מפגש מעקב כחודש לאחר תום הטיפול, ובכלל לשקול לשלב מערך מעקב של חצי שנה לפחות.
- הנשים שפגשתי לאורך המחקר, תיארו כי טרם נחשפו למחקר, חשו מאוד בודדות ובלתי־מובָנות לעצמן ולסביבתן – הרי זה עתה רובן ילדו תינוק/ת בריא/ה ובכל זאת חוו קשיים מבלי להבין את פשר הקושי. חשיפתן להזמנה להצטרף למחקר הייתה נקודת תפנית משמעותית עבור כולן. ההבנה שהן סובלות מ-PPPTSD ושיש הגדרה לקשיים שלהן, ההבנה שאינן לבד ושיש למי לפנות – הייתה האור הראשון בקצה מנהרה חשוכה. לאור זאת, ישנה חשיבות באיתור אקטיבי של נשים עם PPPTSD, ובפיתוח תשתית 'סקרינינג' ממש כפי שהדבר נעשה, ובהצלחה, בהקשר לדיכאון לאחר לידה.
- יתרה מזאת, בעת הניסיון להגיע לאוכלוסיית הסובלות מ-PPPTSD, העברתי הרצאות בהרבה מאוד פורומים של אנשי רפואה על מנת שהם יהיו 'שגרירי' המחקר. מפגשים אלה חשפו את

העובדה שהפרעת PPPTSD כמעט ואינה מוכרת ולרוב חל בלבול בין ההפרעה לדיכאון לאחר לידה. לאור זאת מתבקשת הדרכה במערכת הבריאות בנושא זה הכוללת מידע בנוגע לדרכי אבחון ההפרעה.

- לאור העובדה שכשליש מהמטופלות הזדקקו לליווי ועידוד להתחיל במפגש הטיפולי הראשון, רצוי לפתח מערכת ליווי ותמך עד לשלב תחילת הטיפול.
- מחקר זה, שהתמקד בטראומה של האישה, האיר גם את הטראומה של הגבר/בן הזוג. מומלץ לתת מענה מערכתי לבני הזוג כטיפול פרטני או/וגם טיפול משפחתי.

<u>להלן מספר מסקנות בנוגע לפרוטוקול NLP הנחקר</u>:

יתרונות והשלכות המחקר

מחקר זה הינו מחקר חלוץ בתחום ההתערבויות המיועדות לטיפול ב-PPPTSD ובמיוחד בבחינת פרוטוקול ה-NLP לטיפול בטראומה. חדשנותו ותרומתו של מחקר זה הינה בכמה מישורים:

(1) פרוטוקול הטיפול של ה-NLP מציע שיטת טיפול ממוקדת מטרה הכוללת אפשרות להתערבות בחלון הזדמנויות סביר על מנת למנוע החרפה של המצב ואף להיטיב אותו.

(2) הפרוטוקול כולל בסך הכול שישה מפגשים טיפוליים, ולכל הדעות נחשב כטיפול קצר־מועד המקנה חבילת טיפול חסכונית.

(3) הפרוטוקול מובנה והליכיו ברורים וכוללים מערך הדרכה למטפל.

(4) הפרוטוקול ידידותי הן למטפל הן למטופל.

(5) מיתרונותיו של הפרוטוקול ניתן למנות, בנוסף להפחתה בתסמינים הפוסט־טראומטיים, הערכה מחודשת חיובית; בניית נרטיב רציף של ריפוי; שיפור בתפקוד וצמיחה פוסט־טראומטית.

(6) מחקר זה הינו גם חלוץ בשיטת המחקר המשלבת מידע כמותני ואיכותני, אשר אפשרה הרחבה מקיפה של המידע על המשתנים שנבחנו באמצעות הכלי האיכותני. שילוב השיטות פתח אפשרות להרחבת 'השפה' ולהמשגה של השיח בנוגע לפוסט־טראומה לאחר לידה, וכן להגדלה של אמינות הממצאים בכך שחלק גדול מהממצאים הכמותניים והאיכותניים נמצא דומה.

(7) באמצעות מחקר זה, המתמקד ב-NLP, התאפשר מתן מענה רחב ומגוון לבחינת השיטה עצמה (הטכניקות והמיומנויות הבאות לידי ביטוי), בעיקר על רקע החסך הקיים במחקרים בתחום ה-NLP ובאופן ספציפי NLP כתרפיה ממוקדת טיפול בתחום ה-PTSD וה-PPPTSD.

(8) מעבר לבחינת פרוטוקול ה-NLP, מחקר זה זיקק תובנות בנוגע לחוויית הלידה והשלכותיה על כל רבדיה. כמו כן, הוא עורר את ההכרה בחשיבות גיוס מערכת הבריאות לצורך העשרת הידע הקיים בנושא והבנת חשיבותו, וכן לצורך איתור וטיפול ב-PPPTSD.

אוכלוסיית המחקר אינה מהווה מדגם מייצג ולכן לא ניתן להכליל את תוצאות המחקר לכלל אוכלוסיית הסובלות מ-PPPTSD. יחד עם זאת, מסקנות מחקר זה יכולות לשפוך אור כך שבעתיד ניתן יהיה להרחיב את האוכלוסייה הנחקרת גם בהקשר לטראומת לידה וגם לטראומות ממקורות אחרים, ובכך להכליל את המסקנות בנושא ה-PTSD בכלל.

6. מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מגבלות אחדות. ראשית, אוכלוסיית המחקר כללה נשים ישראליות, דוברות עברית וחברות בקופת החולים 'מכבי שירותי בריאות'. בחירה זו הייתה מכוונת, הן בשל היענותה של 'מכבי' והצטרפותה למחקר, הן בשל העובדה שהפרוטוקול מנוסח בעברית. עם זאת, יש צורך במחקר נוסף אשר ירחיב את האוכלוסייה הנבדקת.

שנית, אוכלוסיית המחקר כללה 15 נשים בלבד. מספר נבדקות זה הכתיב מתודולוגיה מחקרית משלבת שיטות כמותניות ואיכותניות, ויחד עם זאת, לא ניתן להכליל את תוצאותיו לכלל אוכלוסיית היולדות המפתחות PPPTSD.

שלישית, במחקר זה לא נכללו נשים שפיתחו תסמיני דיכאון, למרות שדיכאון נמצא כאחד המאפיינים המלווים פוסט־טראומה. לאור זאת, יש צורך במחקרים נוספים הבוחנים פרוטוקול NLP מותאם ל-PTSD ודיכאון.

רביעית, המחקר ליווה את הנשים המשתתפות במהלך של עד שנה מתום הטיפול. לאור זאת, ממצאי המחקר יכולים להתייחס להשפעת הטיפול רק במהלך השנה הראשונה שלאחר הטיפול.

חמישית, מחקר זה נערך ללא קבוצת ביקורת ועל כן לא ניתן לערוך השוואה לשיטות התערבות נוספות שהוכיחו יעילות בטיפול ב-PPPTSD. לאור העובדה כי המחקר נערך ללא קבוצת ביקורת, המשמעות היא שהמחקר במתכונתו אינו יכול לענות על השאלה האם NLP הוא שיטה יעילה לטיפול ב-PPPTSD אלא רק להעיד על הקבוצה הנחקרת.

שישית, הקבוצה של הנשים שטופלו היא ייחודית שכן כולן עברו לידה חירומית, וזה כשלעצמו מייחד אותן ומצמצם את יכולת ההכללה.

מגבלה שביעית, מתייחסת לסוגיית אפקט הפלצבו ולנושא הרצייה החברתית. מרבית הנשים שהשתתפו במחקר חשו הכרת תודה כלפי יזמת המחקר. העובדה שהן רואיינו, קיבלו אוזן קשבת וליווי צמוד, יכולה להיות בעלת השפעה בהטיית תוצאות הטיפול.

מגבלה שמינית נוגעת בהיות החוקרת מתחום ה-NLP. למרות נסיונה לנתח את המידע האיכותני בכלים מקצועיים וללא משוא פנים, הרי שייתכן ואופן ניהול הראיונות ותהליכי ניתוח המידע הושפעו מכך שלא במתכוון.

מגבלה תשיעית היא העובדה שכל המטופלות טופלו ע״י אותה מטפלת, דבר שמגביר מחד כמובן את הביטחון שכולן אכן טופלו באותה דרך, ומאידך מעורר את השאלה האם אישיותה של המטפלת האחת הזו יצרה את השינוי הטיפולי, או שמדובר ב-NLP כשיטה. בכדי לענות על כך צריכות להיות לפחות שתי מטפלות.

לבסוף, המסקנות העולות ממחקר זה יכולות לשפוך אור על אוכלוסיית המחקר ולתרום לאפיונה, ויחד עם זאת יש בהיסקים הסטטיסטיים והאיכותניים כדי לתת תוקף לאיכות ולהשפעת הפרוטוקול הנבדק בקשר לנשים המפתחות PPPTSD ועוברות טיפול בהתאם לפרוטוקול NLP. לכן, למרות היות המחקר מקיף ועמוק יש צורך בעריכת מחקרים נוספים כדי לאשש את ממצאיו.

ביבליוגרפיה

אורן, א' (2003). *EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. אוחזר מ: https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=35

איילון, י' וצבר-בן יהושע, נ' (2010). "תהליך ניתוח תוכן לפי תיאוריה מעוגנת בשדה". בתוך ל' קסן ומ' קרומר-נבו (עורכות), *ניתוח נתונים במחקר איכותני* (עמ' 359-382). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

אנטונובסקי, א' (1998). המודל הסלוטוגני כתיאוריה מכוונת בקידום הבריאות. *מגמות, ל"ט*(1-2), 170-181.

באואר, מ"ו (2011). "ניתוח תוכן קלאסי: סקירה". בתוך מ"ו באואר וג' גאסקל (עורכים), *מחקר איכותני: שיטות לניתוח טקסט תמונה וצליל* (פרק 8 – עמ' 151-174). רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.

בהם-טביב, א' (2014). *התפתחות תגובות דחק בעת מלחמה בעורף ולאחריה, פרספקטיבה פתוגנית וסלותוגנית: אסטרטגיות התמודדות, משאבים אישיים והון חברתי – מחקר אורך*. (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה" בהנחיית פרופ' מרק גלקופף). חיפה: אוניברסיטת חיפה.

בלייך, א', קוץ, א', קליין, א', רובינשטיין, ז' ושרייבר, ש' (2005). התערבות מוקדמת בקרב מבוגרים בעקבות אירועי דחק טראומטיים. בתוך א' זומר וא' בלייך (עורכים), *בריאות הנפש בצל הטרור: הניסיון הישראלי* (עמ' 335-394). תל אביב: רמות.

בן ציון, מ' (2019, 10 בפברואר). "לא תאמיני, אבל יש דבר כזה – תסמונת פוסט טראומטית אחרי לידה". *החדשות 13*. אוחזר מ: https://13news.co.il/10news/parents/181867

בן שלמה, ש' (2005). *רווחים ועלויות במעבר לאמהות ולסבתאות: תרומתם של משתני התמודדות, משתנים אישיותיים ומשתני קשר אם-בת לבריאות הנפשית ולתפיסת אובדן וצמיחה*. (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"). רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.

בק, ג' (2014). *טיפול קוגניטיבי התנהגותי: מבוא לשיטה, כלים למטפלים ועוד*. קריית ביאליק: הוצאת ספרים אח.

ברנס, ד' (2001). *בוחרים להרגיש טוב*. רמת גן: מן.

גושן-גוטשטיין, י' וזכאי, ד' (2006). *פסיכולוגיה קוגניטיבית* (כרך ב' – זיכרון). רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.

דוויודי, ק"נ (2013). *הפרעה פוסט טראומטית אצל ילדים ומתבגרים*. קריית-ביאליק: אח.

דונת, א' (2011). *ממני והלאה: הבחירה בחיים בלי ילדים בישראל*. תל אביב: משכל.

הולר-הררי, ל' (2008). *לידה והפרעה פוסט טראומטית PTSD*. אוחזר מ: https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1670

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018א). *ילודה ופריון בישראל 2016 – הודעה לתקשורת*. אוחזר מ: https://tinyurl.com/w74s4x3

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018ב). *תנועה טבעית – לידות חי (לוח ג' 1. לידות חי, לפי קבוצת אוכלוסייה ודת האם)*. אוחזר מ: https://old.cbs.gov.il/publications20/yarhon0620/pdf/c1.pdf

הפרט, י"ד (2011). יסודות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. בתוך צ' מרום, ש"ג שכטמן, נ' מור וי' מאיירס (עורכים), *טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים* (עמ' 9-16). תל אביב: דיונון.

הרמן, ג"ל (1995). *טראומה והחלמה*. תל אביב: עם עובד. פרק ראשון ("היסטוריה נשכחת"), עמ' 19-49.

וינשטיין-זהר, י' (2013). *שימוש בטכניקת ה-"Visual Swish" של ה-NLP לשיפור ההתמודדות עם תמונות מנטאליות קשות ע"י הפחתת תגובות רגשיות שליליות והגברת רגשות חיוביים –*

מחקר ניסויי. (עבודת גמר מחקרית – M.A, בהדרכת פרופ' אבי בלייך וד"ר זהר רובינשטיין). הפקולטה למדעי הרפואה, אוניברסיטת תל אביב.

וינשטיין-זהר, י' (2019). *NLP PRACTITIONER – המדריך המקצועי השלם*. בני ברק: מדיה 10.

חורש, נ' (1988). *מודלים תאורטיים להבנת הקשר בין אירועי דחק בחיים, סגנון ההתייחסות אליהם ומחלות אפקטיביות*. (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.

טומסיס, י' (2014). *תסמינים פוסט־טראומטיים וחוויית המשבר לאחר לידה ראשונה*. (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"). חיפה: אוניברסיטת חיפה.

טמיר, א' (2020). *PTSD – הפרעת דחק פוסט־טראומטית: תסמינים, אבחון, מחקר וטיפול*. אוחזר מ: https://www.tipulpsychology.co.il/therapy/adults/ptsd.html#epidemiology

יוסיפון, מ' (2001). "חקר מקרה". בתוך נ' צבר-בן יהושע (עורכת), *מסורות וזרמים במחקר איכותי* (עמ' 257-306). אור יהודה: הוצאת דביר.

כהן, ל' (2015). *תקשורת למצוינות: NLP – ארגון עצבי לשוני*. תל-אביב: טפר הוצאה לאור.

כהן, מ' (2010). *מהצמדות לחוויה הטראומטית לצמיחה פוסט־טראומטית: דיון בדוגמאות קליניות*. אוחזר מ: https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2492

כהן-ארואטי, ת' (2017). *הקשר בין טראומות לסימפטומטולוגיה פוסט טראומטית לאחר לידה והשפעת אופטימיות תכונתית*. (עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך אוניברסיטה בעבודה סוציאלית"). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.

לאופר, א' (2009). צמיחה פוסט טראומטית: אשליה חיובית או דרך חדשה לבחינת התמודדות עם טראומה?. *חברה ורווחה, כ"ט*(1), 63-84.

לאופר, א' וסולומון, ז' (2006). תגובות מתבגרים ישראלים בעקבות חשיפה לאירועי טרור: תסמינים פוסט־טראומטיים וסימנים של צמיחה. *מגמות, מ"ד* (3), 407-423.

לוי, א', סויה, ר' וליכטנטריט, ר' (2011). הדיאלקטיקה של תופעת התקווה: תפיסות של נפגעי פוסט־טראומה. *מגמות, מ"ח*(1), 162-185.

לוי, א' ושובל, י' (2010). התערבות קבוצתית המשכית – פרוטוקול להתערבות ייחודית עם יחידות מילואים לוחמות. *שיחות, כ"ד* (3), 275-282.

לויט בן-נון, נ' (2012). *מנפלאות המוח לנפלאות האדם*. קורס מרוכז לאנשי מקצוע הטיפול. בית הספר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה.

מור, צ' ואיתן, ט' (2018). *האם אירוע טראומטי יכול לגרום דווקא לפיתוח שליטה עצמית?*. אוחזר מ: http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=7258&postId=4230&lang=HEB

מרדכוביץ', ר' (2013). *DSM דור 5*. אוחזר מ: https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3038

מרקו, ל' (2019). *מהי צמיחה פוסט־טראומטית PTG?*. אוחזר מ: https://tinyurl.com/y8yswvhb

סדן, ע' (2019). *מעבר לטראומה והחלמה – אתגרים ייחודיים בדרך לצמיחה פוסט־טראומטית מפגיעה מינית*. אוחזר מ: https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2714

סממה, א' (2020). *הפונדקאות בישראל: חזון, מדיניות ומציאות*. הרצאה בקורס "בריאה" - בריאות הנפש של האישה מפריון ומעבר לו. הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

פואה, ע', נקש, נ', האמברי, א"א ורוטבאום, ב"א (2014). *טיפול בהפרעה פוסט־טראומטית באמצעות חשיפה ממושכת (PE): עיבוד רגשי של חוויות טראומטיות*. תל אביב: דיונון מבית פרובוק.

פרדס, א' (2014). *הפרעה פוסט־טראומטית לפי ה-DSM-5*. אוחזר מ: https://tinyurl.com/yc4l5geo

פרדס, א' (2019). *מה שלא הורג מחשל, האמנם? על צמיחה פוסט־טראומטית*. אוחזר מ: https://tinyurl.com/y929okyv

פרום, א' (1977). *מנוס מחופש*. תל אביב: דביר.

פרנקל, ו' (1963). *האדם מחפש משמעות*. תל אביב: דביר.

צבר בן-יהושע, נ' (1995). *המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה*. תל אביב: מודן.

צבר בן-יהושע, נ' (2002). "המחקר האיכותני – מבט לעתיד". בתוך: א' שי וי' בר שלום (עורכים), *המחקר האיכותני בחקר החינוך: מהתיאוריה אל השדה ומהשדה אל התיאוריה* (עמ' 17-24). ירושלים: המכללה לחינוך ע"ש דוד ילין.

צבר בן-יהושע, נ' (2016). *מסורות וזרמים במחקר האיכותני: תפיסות, אסטרטגיות וכלים מתקדמים*. תל אביב: מכון מופ"ת.

קיטאי, ב' (2018). *צמיחה לאחר לידה: הקשר עם תפיסות שליטה בלידה וסימפטומים פוסט-טראומתיים לאחר הלידה*. (עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך אוניברסיטה בעבודה סוציאלית"). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.

קניאל, ש' (2014). שילוב בין המחקר האיכותני והכמותי בארגז הכלים של החוקר. *אורשת, ה*, 284-257. אוחזר מ: https://orot.ac.il/sites/default/files/oreshet/5-15_0.pdf

קרלסון, נ"ר ובירקט, מ"א (2019). *הפיזיולוגיה של ההתנהגות* (מהדורה 12). רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.

קרן שלם (אין תאריך). *שאלון צמיחה לאחר טראומה – Post-traumatic Growth Inventory*. אוחזר מ: http://www.kshalem.org.il/uploads/file/Research/ResearchTools/Quantitative/HebetimRigshiyim/TzmihaMimashberTikvaHitmodedutVehaatzama/589%20SheelonTmichaLeacharTrauma.pdf.pdf

ריידמן-הלפר, ג' (2020). למה נשים בוכות אחרי לידה? דיכאון אחרי לידה. הרצאה בקורס "בריאה" – בריאות הנפש של האישה מפריון ומעבר לו. הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

שלסקי, ש' ואלפרט, ב' (2007). *דרכים בכתיבת מחקר איכותני: מפירוק המציאות להבנייתה כטקסט*. תל אביב: מכון מופ"ת.

שפלר, ג' (2003). *עוד על פסיכותרפיה מוגבלת בזמן: תיאוריה, טיפול, הכשרה, מחקר*. ירושלים: י"ל מאגנס.

שקדי, א' (2003). *מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תאוריה ויישום*. תל אביב: רמות – אוניברסיטת תל אביב.

תובל-משיח, ר' (2000). *זהות, מגדר וסטאטוס בסיפורי-חיים של נשים וגברים בישראל* (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"). ירושלים: האוניברסיטה העברית.

תובל-משיח, ר' (2020). *סיפור ומספור: הילכו שניהם יחדיו?: מחקר משולב במדעי החברה* [משאב אלקטרוני]. המחלקה לפסיכולוגיה והתוכנית ללימודי מגדר, אוניברסיטת בר אילן. אוחזר מ: https://tinyurl.com/y3sadrfg

Abizaid, A., Merali, Z., & Anisman, H. (2019). Cannabis: A potential efficacious intervention for PTSD or simply snake oil?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 44*(2), 75–78.

Alberini, C. M. (2005). Mechanisms of memory stabilization: Are consolidation and reconsolidation similar or distinct processes? *Trends in Neurosciences, 28*(1), 51-56. doi: 10.1016/j.tins.2004.11.001

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 91*(11), 1261-1272. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x

Anderson, C. A. (2017). The Trauma of Birth. *Health Care for Women International, 38*(10), 999-1010. doi: 10.1080/07399332.2017.1363208

Andreas, S. (2009). *Help with Negative Self-Talk: Volume 1*. Retrieved from: https://codenlp.ru/wp-content/uploads/2013/12/2009-Help-with-Negative-Self-Talk.pdf

Andreas, C. & Andreas, S. (1989). *Heart of the mind : engaging your inner power to change with neuro-linguistic programming*. Moab, Utah : Real People Press.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23.

Asmundson, G. J., & Stapleton, J. A. (2008). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive behaviour therapy, 37*(2), 66-75. doi: 10.1080/16506070801969005

Aydin, C. (2017). How to forget the unforgettable? On collective trauma, cultural identity, and mnemotechnologies. *Identity, 17*(3), 125-137. doi: 10.1080/15283488.2017.1340160

Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk, factors, and treatment for postnatal posttrumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics & Gynecology, 47*(3), 552-567. doi: 10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c

Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4), 389-398. doi: 10.1080/13548500600708409

Ayers, S., Wright, D.B., &Wells, N. (2007) Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: association with the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 25*(1), 40-50. doi: 10.1080/02646830601117175

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry, 166*(4), 525-528.

Balugani, R. (2008). Embodied Simulation and Imagery at work in hypnosis: Ericksonian psychotherapy and its uniqueness. *Contemporary Hypnosis, 25*(1). 29-38. doi: 10.1002/ch.343

Bandler, R. (1985). *Using Your Brain for a Change*. Moab, UT: Real People Press.

Bandler, R., & Grinder, J. (1975a). *Patterns in the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, MD*. Cupertino, CA: Meta Publications.

Bandler, R., & Grinder, J. (1975b). *The Structure of Magic*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into Princes*. Moab, UT: Real People Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities press.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory: manual*. San Antonio : The psychological Corporation Arcourt Brace Jovanovich.

Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing research, 53*(1), 28-35. doi: 10.1097/00006199-200401000-00005

Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research, 2*, 2333393615575313. doi: 10.1177/2333393615575313

Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding. A tale of two pathways. *Nursing Research, 57*(4), 228-236. doi: 10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489-498. doi: 10.1002/jts.22059

Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M., & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(2), 215-226. doi: 10.1348/014466505X29639

Berger, W., Figueira, I., Maurat, A., Bucassio, E. P., Vieira, I., Jardim, S. R., Coutinho, E. S. F., Mari, J. J., & Mendlowicz, M. V. (2007). Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 637-642. doi: 10.1002/jts.20242

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD003388

Blasio, P. D., Camisasca, E., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L., & Valtolina, G. G. (2015). The Effects of Expressive Writing on Postpartum Depression and Posttraumatic Stress Symptoms. *Psychological Reports, 117*(3), 856-882. doi: 10.2466/02.13.PR0.117c29z3

Boyce P., & Condon, J. (2001). "Traumatic childbirth and the role of deliberating". In B. Raphael & P. Wilson (Eds.) *Psychological Debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 272-280). New York: Cambridge University Press.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295X.103.4.670

Brown, R. E., & Milner, P. M., (2003). The Legacy Of Donald O. Hebb: More Than The Hebb Synapse. *Nature Reviews Neuroscience, 4*(12), 1013–1019. doi: 10.1038/nrn1257

Bydlowski, M., & Duval, R. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerperalité: la névrose traumatique post obstétricale. *Perspectives Psychiatriques, 4*, 321-328.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of social Issues, 54*(2), 357-371. doi: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01223.x

Calhoun. L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Caliskan, M., & Sunbul, A. M. (2011). The Effects of Learning Strategies Instruction on Metacognitive Knowledge, Using Metacognitive Skills and Academic Achievement (Primary Education Sixth Grade Turkish Course Sample). *Educational Sciences: Theory And Practice, 11*(1), 148-153.

Campbell, J. (1949). *The Hero with a Thousand Faces*. New York: Pantheon Books.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH. (2014). *Neuro-Linguistic Programming for the Treatment of Adults with Post-Traumatic Stress Disorder, General Anxiety Disorder, or Depression: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines*. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254043

Carbonell J. L., & Figley C. (1999). A systematic clinical demonstration of Promising PTSD treatment approaches, *Traumatology, 5*(1). doi: 10.1177/153476569900500106

Carlson, N. R. (2007). *Physiology of Behavior* (9th ed.). Amherst, MA: Pearson Education.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality & Social Psychology, 56*(2), 267–283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267

Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly, 36*(4), 657-680.

Cheung, S. L. F. (2018). *Impact of Maternal Childbirth Trauma on Mother-Child Bonding, PTSD and Depression*. (Doctoral dissertation). Alliant International University.

Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*(2), 167-180. doi: 10.1080/02646830500129487

Cichy, R. M, Heinzle, J., & Haynes, J. D. (2012). Imagery and perception share cortical representations of content and location. *Cerebral Cortex, 22*(2), 372-380. doi: 10.1093/cercor/bhr106

Ciesielska, M., Boström, K.W., & Öhlander, M. (2018). "Observation methods". In M. Ciesielska & D. Malgorzata (Eds.), *Qualitative Methodologies in Organizational Studies* (Volume 2: Methods and Possibilitiies, pp. 33-52). Cham: Palgrave Macmillan.

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*(2), 91-97. doi: 10.1080/01674820600714566

Cirino, N. H., & Knapp, J. M. (2019). Perinatal posttraumatic stress disorder: A review of risk factors, diagnosis, and treatment. *Obstetrical and Gynecological Survey, 74*(6), 369-376. doi: 10.1097/ogx.0000000000000680

Cooper, S. J. (2005). Donald O. Hebb's synapse and learning rule: a history and commentary. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 28*(8), 851-874. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.09.009

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth: Issues in Perinatal Care, 27*(2), 104–111. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x

Creswell, J. H. (2014). Educational Research: *Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4th ed.). Harlow, Essex: Pearson

Creswell, J., & Plano Clark, V. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W., Plano-Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2003). "Advanced mixed methods research designs". In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-praumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology, 39*(1), 35-51. doi: 10.1348/014466500163095

Davies, J., Slade, S., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 537-554. doi: 10.1002/imhj.20197

Decety, J., Jeannerod, M., & Prablanc, C. (1989). The timing of mentally represented actions. *Behavioral Brain Research, 34*(1-2), 35–42. doi: 10.1016/S0166-4328(89)80088-9

Del Ben, K. S., Scotti, J. R., Chen, Y. C., & Fortson, B. L. (2006). Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. *Work & Stress, 20*(1), 37-48. doi: 10.1080/02678370600679512

Diamond, D., Campbell, A. M., Park, C. R., Halonen, J., & Zoladz, P. R. (2007). The Temporal Dynamics Model of Emotional Memory Processing: A Synthesis on the Neurobiological Basis of Stress-Induced Amnesia, Flashbulb and Traumatic Memories, and the Yerkes-Dodson Law. *Neural Plasticity, 2007*(60803), 1-33. doi: 10.1155/2007/60803

Dietrich, A. M., Baranowsky, A. B., Devich-Navarro, M., Gentry, J. E., Harris, C. J., & Figley, C. R. (2000). A review of alternative approaches to the treatment of post traumatic sequelae. *Traumatology, 6*(4), 251-271. doi: 10.1177/153476560000600402

Dilts, R., & Delozier, J. (2000). *The Encyclopedia of Systemic Neuro-Linguistic Programming and NLP New Coding*. Scotts Valley, CA: NLP University Press.

Dolan, R. J. (2002). Emotion, cognition, and behavior. *Science, 298*(5596), 1191-1194.

Duvarci, S., & Nader, K. (2004). Characterization of fear memory reconsolidation. *Journal of Neuroscience, 24*(42), 9269-9275. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2971-04.2004

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing, 66(*10), 2142-2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x

Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28*(4), 239-242. doi: 10.1080/01674820701495065

Fenech, G., & Thomson, G. (2014). 'Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery, 30*(2), 185-193. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.004

Fernández, R. S., Bavassi, L., Forcato, C., & Pedreira, M. E. (2016). The dynamic nature of the reconsolidation process and its boundary conditions: Evidence based on human Tests. *Neurobiology of Learning and Memory, 130*, 202-212. doi: 10.1016/j.nlm.2016.03.001

Foa, E. B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*(1), 449-480. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.449

Fogassi, L., Ferrari, P. F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., & Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science, 308*(5722), 662-667. doi: 10.1126/science.1106138

Forcada-Guex, M., Borghini , A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development, 87*(1), 21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006

Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1048-1055. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1048

Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change?. *Psychological Science, 20*(7), 912-919. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x

Furman, M. E. (1999). Simon Says Trauma Gone. *Anchor Point, November*, 37-44.

Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry, 9*, 591. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00591

Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Archives of women's mental health, 19*(6), 987-999. doi: 10.1007/s00737-016-0639-z

Gallo, F. P. (1996). Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part l. *Traumatology, 2*(l). doi: 0.1177/153476569600200102

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15*(4), 270-277. doi: 10.1007/s10880-008-9136-5

Gelkopf, M., Berger, R., Bleich, A., & Cohen-Silver, R. (2012). Protective factors and predictors of vulnerability to chronic stress: A comparative study of 4 communities after 7 years of continuous rocket fire. *Social Science and Medicine, 74*(5), 757-766. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.022

Geuolayov, G., Jungerman, T., Moses, S., Friedman, N., Miron, R., & Gross, R. (2009). Assessing the psychometric properties of the mood module of the Patient Health Questionnaire in primary care in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 46,* 36.

Gilligan, S., & Dilts, R. (2009). *The hero's journey : a voyage of self-discovery*. Bancyfelin, Wales: Crown House Publishing.

Goetter, E. M., Bui, E., Ojserkis, R. A., Zakarian, R. J., Brendel, R.W., & Simon, N. M. (2015). A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder Among Iraq and Afghanistan combat veterans. *Journal of Traumatic Stress, 28*(5), 401-409. doi: 10.1002/jts.22038

Gray R. M. (2010). NLP and PTSD: The Visual-Kinesthetic Dissociation Protocol. *Current Research in NLP, 2*, 33-42.

Gray, R. M., & Bourke, F. (2015). Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: a 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 1*(2), 13-20. doi: 10.3138/jmvfh.2996

Gray, R. M., Budden-Potts, D., & Bourke, F. (2019). Reconsolidation of traumatic memories for PTSD: A randomized controlled trial of 74 male veterans. *Psychotherapy Research, 29*(5), 621-639. doi: 10.1080/10503307.2017.1408973

Gray, R. M., & Liotta, R. F. (2012). PTSD: Extinction, reconsolidation, and the visual-kinesthetic dissociation protocol. *Traumatology, 18*(2), 3-16. doi: 10.1177/1534765611431835

Gray, R. M., & Teall, B. (2016). Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM) for PTSD a case series. *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de PSIHOterapie Experientiala, 19*(4), 59-69.

Greenberg, L., & Rice, L. (1997). "Humanistic approaches to psychotherapy". In P. L. Wachtel & S.B. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (pp. 97-129). Washington D.C.: American Psychological Association. doi: 10.1037/10239-003

Greene, J. C. (2006). Toward a methodology of mixed methods social inquiry. *Research in the Schools, 13*(1), 93-99.

Greene, J. C., & Caracelli, V. J. (1997). *Advances in Mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrated diverse paradigms*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(5), 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003

Grimley, B. (2016). Removal of PTSD Symptoms in a Client Using Neuro-Linguistic Programming. *Journal of Experiential Psychotherapy, 19*(3), 37-46.

Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic 2*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Hall, R. A., Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Tooten, A., Vingerhoets, A. J., & Van Bakel, H. J. (2017). Maternal psychological distress after preterm birth: Disruptive or adaptive?. *Infant Behavior and Development, 49,* 272-280. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.09.012

Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & health, 27*(10), 1166-1177. doi: 10.1080/08870446.2011.649755

Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., & Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2276-2286. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2276

Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Who is well after childbirth? Factors related to positive outcome. *Birth, 40*(1), 1-9. doi: 10.1111/birt.12022

Hildingsson, I., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: Planned home birth versus planned cesarean section. *Birth, 37*(4), 288-295. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology, 186*(5), 160-172. doi: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0

Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M. M., Blackwell, S. E., Watson, P., … & Holmes, E. A. (2017). Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 94,* 36-47. doi: 10.1016/j.brat.2017.03.018

Hossack, A., & Bentall, R. P. (1996). Elimination of Posttraumatic Symptomatology by Relaxation and Visual Kinesthetic Dissociation. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 99-110. doi: 10.1007/bf02116836

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Huber, C. H. (1997). PTSD: A Search for "Active Ingredients". *The Family Journal, 5*(2), 144-147. doi: 10.1177/1066480797052009

Hulbert, J. C., & Anderson, M. C. (2018). What doesn't kill you makes you stronger: Psychological trauma and its relationship to enhanced memory control. *Journal of Experimental Psychology: General, 147*(12), 1931-1949. doi: 10.1037/xge0000461

Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the Intentions of Others with One's Own Mirror Neuron System. *PLoS Biology, 3*(3), 529–535. doi: 10.1371/journal.pbio.0030079

Iles, J., & Pote, H. (2015). Postnatal posttraumatic stress: A grounded theory model of first-time mothers' experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(3), 238-255. doi: 10.1080/02646838.2015.1030732

Institute of Medicine. (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/11955

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment, 153,* 1–186.

James, S. (2015). Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Archives of women's mental health, 18*(6), 761-771. doi: 10.1007/s00737-015-0560-x

Jelem, H., & Schutz, P. (2007). *Neuro-Linguistic Psychotherapy (NLPt)*. Retrieved December 2012, from: www.eanlp.org.

Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 49*(12), 1903–1910. doi: 10.1007/s00127-014-0865-5

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher, 33*(7), 14-26.

Josselson, R. (2007). "The ethical attitude in narrative research: principles and practicalities". In Clandinin, D. J. (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 537-566). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781452226552

Karunaratne, M. (2010). Neuro-Linguistic-Programming and Application in Treatment of Phobias. *Complementary therapies in clinical practice, 16*(4), 203-207. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.02.003

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 52*(12), 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kimsey-House, H., Whitworth, L., & Sandahl, P. (1988). *Co-active coaching : new skills for coaching people toward success in work and life*. Palo Alto, USA : Davies-Black.

Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinksi, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 59*, 30-40. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.009

Koren D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD Risk With Combat-Related Injury: A Matched Comparison Study of Injured and Uninjured Soldiers Experiencing the Same Combat Events. *The American Journal of Psychiatry, 162*(2), 276-282. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.276

Koziey, P. W., & McLeod, G. L. (1987). Visual-Kinesthetic Dissociation in Treatment of Victims of Rape. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*(3), 276-282. doi: 10.1037/0735-7028.18.3.276

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals 32*(9), 509-515. doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06

Lake, S., Kerr, T., Buxton, J., Walsh, Z., Marshall, B. D., Wood, E., & Milloy, M. J. (2020). Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians. *Journal of Psychopharmacology, 34*(2), 181-188. doi: 10.1177/0269881119882806

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, J. L. C. (2009). Reconsolidation: maintaining memory relevance. *Trends in Neurosciences, 32*(8), 413-420. doi: 10.1016/j.tins.2009.05.002

Lev-Wiesel, R., Chen, R., Daphna-Tekoah, S., & Hod, M. (2009). Past traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms?. *Journal of Women's Health, 18*(1), 119-125. doi: 10.1089/jwh.2008.0774

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Liston, C., Miller, M. M., Goldwater, D. S., Radley, J. J., Rocher, A. B., Hof, P. R., Morrison, J. H., & McEwen, B. S. (2006). Stress-Induced Alterations in Prefrontal Cortical Dendritic Morphology Predict Selective Impairments in Perceptual Attentional Set-Shifting. *The Journal of Neuroscience, 26*(30), 7870-7874. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1184-06.2006

Lykins, E. L. B., Segerstrom, S. C., Averill, A. J., Evans, D. R., & Kemeny, M. E. (2007). Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(8), 1088-1099. doi: 10.1177/0146167207303015

Lyerly, A. D. (2012). Ethics and "normal birth". *Birth, 39*(4), 315-317. doi: 10.1111/birt.12008

MacKinnon, A. L., Houazene, S., Robins, S., Feeley, N., & Zelkowitz, P. (2018). Maternal attachment style, interpersonal trauma history, and childbirth-related post-traumatic stress. *Frontiers in Psychology, 9*, 2379. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02379

Maggioni, C., & Fusari, S. (2007). PTSD after Childbirth; What is Unbearable in a Traumatic Delivery?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 28*, 23.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*(2), 81–90. doi: 10.1080/01674820600712875

Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., & Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders, 97*(1), 241-245. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.004

Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park: Sage.

Matthews, R., & Callister, L. C. (2004). Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*(4), 498-507. doi: 10.1177/0884217504266896

McDonald, R. (2001). *"Destination Method"*. From a seminar: "Healing The Wounded Heart: NLP as Brief Therapy". Netherlands: Nijmegen.

McDowell, W. A., & McDowell, J. A. (2001). Neuro-Linguistic Programming Applied: The Use of Visual-Kinesthetic Dissociation to Cure Anxiety Disorders. Retrieved from: https://web.archive.org/web/20010514120332/http://mailer.fsu.edu/~cfigley/Book/BTT/VKDx.htm

McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(3), 219-237. doi: 10.1080/02646838.2015.1031646

Meinecke, C. (2011, June 29). Are lowered expectations the key to happiness?. *Psychology Today*. Retrieved from: http://www.psychologytoday.com/blog/everybody-marries-the-wrong-person/201106/are-lowered-expectations-the-key-happiness

Melzack, R. (1993). Labour pain as a model of acute pain. *Pain, 53*(2), 117-120. doi: 10.1016/0304-3959(93)90071-V

Metcalf, O., Varker, T., Forbes, D., Phelps, A. J., Dell, L., DiBattista, A., . . . O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of fifteen emerging interventions for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress, 29*(1), 88-92. doi: 10.1002/jts.22070

Metcalfe, J., & Jacobs, W.J. (1998). Emotional memory: The effects of stress on "cool" and "hot" memory systems. In D.L. Medin (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 38, pp. 187-222). San Diego: Academic Press.

Meyer, S. (2013). Control in childbirth: A concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing, 69*(1), 218-228. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x

Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the Structure of Behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Miller, M. M., & McEwen, B. S. (2006). Establishing an agenda for translational research on PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 294-312. doi: 10.1196/annals.1364.023

Moyzakitis W. (2004). Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence Based Midwifery, 2*(1), 8-15.

Muss, D. C. (1991). A new technique for treating post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 30*(1), 91-92. doi: 10.1111/j.2044-8260.1991.tb00924.x

Muss, D. C. (2002). "The Rewind Technique In the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: Methods and Application". In C. R. Figley (Ed.), *Brief treatments for the traumatized: A project of the Green Cross Foundation* (pp. 306-314). West Port, Conn: Greenwood Press.

Namey, E. E., & Lyerly, A. D. (2010). The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine, 71*(4), 769-776. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.024

Nichol, M. P. & Schwartz, R. C. (2008). *Family Therapy: Concepts and Methods* (8th ed.) New York: Pearson Education.

Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., … & Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth – a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy, 45*(4), 287-306. doi: 10.1080/16506073.2016.1169626

Nishi, D., & Usuda, K. (2017). Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 38*(2), 87-93. doi: 10.1080/0167482X.2016.1233170

Nygaard, E., & Heir, T. (2012). World assumptions, posttraumatic stress and quality of life after a natural disaster: A longitudinal study. *Health & Quality of Life Outcomes, 10*(1), 76–83. doi: 10.1186/1477-7525-10-76

O'Craven, K. M. & Kanwisher, N. (2000) Mental imagery of faces and places activates corresponding stimulus-specific brain regions. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12*(6), 1013–1023. doi: 10.1162/08989290051137549

Occhipinti, S., Chambers, S. K., Lepore, S., Aitken, J., & Dunn, J. (2015). A Longitudinal Study of Post-Traumatic Growth and Psychological Distress in Colorectal Cancer Survivors. *PLoS ONE, 10*(9), 1–12. doi: 10.1371/journal.pone.0139119

Ohman, A., Flykt, A., & Esteves, F. (2001). Emotion drives attention: detecting the snake in the grass. *Journal of Experimental Psychology, 130*(3): 466-478. doi: 10.1037/0096-3445.130.3.466

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.002

Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. *Research in the Schools, 13*(1), 48-63.

Onwuegbuzie, A. J., & Teddlie, C. (2003). A framework for analysing data in mixed methods research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 351-383). Thousand Oaks, CA: Sage.

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 Bulletin, 129*(1), 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52

Parfitt, Y., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 27*(2), 127-142. doi: 10.1080/02646830802350831

Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 214-222. doi: 10.1002/jts.22014

Patton, M. Q. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Peeler S. (2015). *An exploration of the impact of PTSD following childbirth and the suitability of writing as a therapeutic tool* (Doctoral dissertation). UK: University of Plymouth.

Peeler, S., Stedmon, J., Chung, M. C., & Skirton, H. (2018). Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery, 56,* 70-78. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.019

Pascual-Leone, A., Dang, N., Cohen, L. G., Brasil-Neto, J. P., Cammarota, A., & Hallett, M. (1995). Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *Journal of Neurophysiology, 74*(3), 1037-1045.

Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *The Israel Medical Association Journal, 14*(6), 347–353.

Polachek, I. S., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of women's mental health: Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association,19*(3), 483-490. doi: 10.1007/s00737-015-0582-4

Porat-Zyman, G., Taubman-Ben-Ari, O., & Spielman, V. (2016). Dyadic Transition to Parenthood: A Longitudinal Assessment of Personal Growth among Parents of Pre-and Full-term Infants. *Stress and Health, 33*(1), 24-34. doi: 10.1002/smi.2669

Potter, W. J., & Levine-Donnerstein, D. (1999). Rethinking validity and reliability in content analysis. *Journal of Applied Communication Research, 27*(3), 258-284. doi: 10.1080/00909889909365539

Radoš, S. N., Sawyer, A., Ayers, S., & Burn, E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in Croatian women. *Psychological Topics, 27*(3), 543–559.

Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth, 17*(1), 21. doi: 10.1186/s12884-016-1197-0

Reina, S. A., Freund, B., & Ironson, G. (2019). The Use of Prolonged Exposure Therapy Augmented With CBT to Treat Postpartum Trauma. *Clinical Case Studies, 18*(4), 239-253. doi: 10.1177/1534650119834646

Research and Recognition Project (2020). *Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM)*. Retrieved from: http://researchandrecognition.org/protocol.html

Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist, 43*(3), 151-160. doi: 10.1037/0003-066X.43.3.151

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy J., & Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3,* CD006869. doi: 10.1002/14651858.CD006869.pub2

Roller, M. R. (2019). A Quality Approach to Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences Compared to Other Qualitative Methods. *Forum: Qualitative Social Research, 20*(3), 1-21. doi: 10.17169/fqs-20.3.3385

Rosner, R., & Powell, S. (2006). "Posttraumatic growth after war". In R. G. Tedeschi & L. G. Calhoun (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp.197-213). Mahwah, N.J : Lawrence Erlbaum Associates.

Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavioral treatment position paper summary for the ISTSS Treatment Guidelines Committee. *Journal of Traumatic Stress, 13,* 558-563.

Roush, M. A. (2013). *The circle and the line: A transpersonal containment and integration process using the mandala and neuro-linguistic programming (nlp) with individuals who experience severe and persistent mental illness and who are in crisis.* (Doctoral dissertation). Palo Alto, CA : Sofia University, Institute of Transpersonal Psychology.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., & Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery, 24*(1), 62-73. doi: 10.1016/j.midw.2006.07.008

Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(9), 460-467. doi: 10.1177/070674371405900902.

Sawyer, A., & Ayers, S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health, 24*(4), 457-471. doi: 10.1080/08870440701864520

Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R., & Smith, H. (2012). Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. *Psychology & Health, 27*(3), 362–377. doi: 10.1080/08870446.2011.578745

Sawyer, A., Nakić Radoš, S., Ayers, S., & Burn, E. (2015). Personal growth in UK and Croatian women following childbirth: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(3), 294-307. doi: 10.1080/02646838.2014.981801

Schell T. L., & Marshall, G. N. (2008). "Survey of individuals previously deployed for OEF/OIF". In T. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.) *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive Injuries, their consequences, and services to assist recovery* (pp. 87-115). Santa Monica, CA: Rand Corporation.

Schreiber S., & Galai-Gat, T. (1993). Uncontrolled pain following physical injury as the core trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain, 54*(1), 107-110. doi: 10.1016/0304-3959(93)90105-X

Seal, K. H., Cohen, G., Waldrop, A., Cohen, B. E., Maguen, S., & Ren, L. (2011). Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001-2010: implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug Alcohol Dependence, 116*(1-3), 93–101. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027

Shalev, A. Y., Bonne, O., & Eth, S., (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosomatic Medicine, 58*(2), 165-182. doi: 10.1097/00006842-199603000-00012

Shaw, R. J., Bernard, R. S., DeBlois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the

neonatal intensive care unit. *Psychosomatics, 50*(2), 131-137. doi: 10.1176/appi.psy.50.2.131

Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. London: Sage.

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 549-570. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.549

Smith, J. A. (1995). "Semi-structured interviewing and qualitative analysis". In J.A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (pp. 9-26). London: Sage Publications.

Soderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(5), 672-680.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30*(1), 36-46. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 303-312. doi: 10.1002/jts.20216

Sreelekha, B. (2017). Effectiveness of Neurolingiuistic programming (NLP) on Secondary traumatic stress (STS) among nurses. *Global journal for research analysis, 6*(6), 316-317.

Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W. C., & van Pampus, M. G. (2012). The Patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth, 39*(1), 70-76. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x

Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012), "Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes", *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 62*(604), e757–e764. doi: 10.3399/bjgp12X658287

Snyder, C. R. (2000). "Hypothesis: There is hope". In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-5). San Diego, CA: Academic Press.

Taft C. T., Schumm, J. A., Panuzio, J., & Proctor, S.P. (2008). An examination of family adjustment among operation desert storm veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 648–656. doi: 10.1037/a0012576

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Thomson, G. & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(4), 268-273. doi: 10.1080/01674820802545453

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710-720. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.003

Tomsis, Y., Gelkopf, M., Yerushalmi, H., & Zipori, Y. (2018). Different coping strategies influence the development of PTSD among first-time mothers. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31*(10), 1304-1310.

Turner, J. L. (2014). *Using statistics in small-scale language education research: Focus on non-parametric data*. New York: Routledge.

Tylee, D. S., Gray, R., Glatt, S. J., & Bourke, F. (2017). Evaluation of the reconsolidation of traumatic memories protocol for the treatment of PTSD: A randomized, wait-list-controlled trial. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 3*(1), 21-33. doi: 10.3138/jmvfh.4120

Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D. R. S., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G., Twemlow, S. W., Woods, S., & Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry, 161*(11 Suppl), 3-31.

Vaknin, S. (2010). *The Big Book of NLP Expanded 350+ Techniques, Patterns & Strategies of Neuro Linguistic Programming*. Inner Patch Publishing.

Vesel, J., & Nickasch, B. (2015). An evidence review and model for prevention and treatment of postpartum posttraumatic stress disorder. *Nursing for women's health, 19*(6), 504-525. doi: 10.1111/1751-486X.12234

Vignato, J., Georges, J., Bush, R., & Connelly, C. (2017). Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of clinical nursing, 26*(23-24), 3859–3868. doi: 10.1111/jocn.13800

Wake, L. (2009). "Neurolinguistic Psychotherapy: A Postmodern Perspective", In K. Tudor (Ed.), *Advancing Theory In Therapy* (pp. 6-21). New York: Routledge.

Wake, L., & Leighton, M. (2014). Pilot study using Neurolinguistic Programming (NLP) in post-combat PTSD. *Mental Health Review Journal, 19*(4), 251-264. doi: 10.1108/MHRJ-08-2014-0026

Weathers, F. W., Litz B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at annual meeting of the international Society for Traumatic Stress Studies, SAN Antonio, TX.

Wessa, M. L., & Flor, H. (2007). Failure of extinction of fear responses in posttraumatic stress disorder: Evidence from second-order conditioning. *The American Journal of Psychiatry, 164*(11), 1684-1692. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030525

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York : W.W. Norton & Company.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : World Health Organization.

Yehuda, R., Flory, J. D., Southwick, S., & Charney, D. S. (2006). Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 379-396. doi: 10.1196/annals.1364.028

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634–645. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.009

Yin, R. K. (1984). *Case study research: Design and methods* (1st ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Zimmerman, G. H. (2013). Birth trauma: Posttraumatic stress disorder after childbirth. *International Journal of Childbirth Education, 28*(3), 61-66. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1412226565?accountid=12994

נספחים

נספח מס׳ 1 – ריאיון; סינון ראשוני

גיל הפונה

קופת חולים

רקע רפואי: תיאור מחלות בהווה ובעבר

נטילת תרופות: איזה תרופות את לוקחת?

האם את נמצאת בטיפול פסיכולוגי או אחר כל שהוא?

האם את מסכימה להפסיק כל טיפול פסיכולוגי?

נטייה להתנהגויות קיצוניות: אובדנות, שימוש בסמים ואלכוהול.

מדוע את רוצה להשתתף במחקר?

מתי התרחשה הלידה?

האם זו לידה ראשונה?

- בתום הריאיון, פונות אשר לא תעמודנה בקריטריוני ההכללה תקבלנה מידע לגבי אפשרויות טיפול ומספרי טלפון רלוונטיים בכל קופות החולים.

נספח מס׳ 2 – שאלון רקע סוציו-אקונומי

לפניך שאלון רקע כללי, אנא עני ו/או סמני V ליד המידע המתאים לך :

1.	**גיל**	_____ שנים
2.	**מצב משפחתי**	
	רווקה	
	נשואה	
	גרושה	
	אלמנה	
3.	**השכלה**	
	עד 12 שנים	
	13-15 שנים	
	15 שנים או יותר	
4.	**תעסוקה**	
	עובדת	
	מובטלת	
	עצמאית	
	שכירה	
	אחר	
5.	**הכנסה- השכר הממוצע במשק כיום הוא 10,920 ש״ח למשפחה. כיצד היית מגדירה את הכנסת משפחתך?**	
	פחות מהממוצע במשק	
	הכנסה ממוצעת	
	מעל הממוצע במשק	
6.	**מידת דתיות**	
	דתי/ה	
	שומר/ת מסורת	
	חילוני/ת	
7.	**סוג הלידה**	
	רגילה	
	מכשירנית (ואקום או מלקחיים)	
	ניתוח קיסרי - אלקטיבי	

	ניתוח קיסרי - חירום	
8.	**מספר תינוקות בלידה**	
	אחד	
	שנים	
	שלושה	
9.	**משך הזמן מאז הלידה**	_____ חודשים

נספח מס׳ 3 – שאלון למדידת חומרת PTSD (PCL-5)

סולם תסמיני P.T.S.D

מובאת למטה רשימה של בעיות ותלונות שאנשים חווים כתוצאה מחשיפתם לאירועים מלחיצים בחייהם.
אנא קראי כל משפט בתשומת לב וסמני במשבצת המתאימה את המידה בה הבעיה הטרידה אותך בחודש האחרון.
אנא ציייני לאיזה אירוע הכוונה

_____

		כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
1	זיכרונות חוזרים ומטרידים מהאירוע	0	1	2	3	4
2	חלומות טורדניים חוזרים ונשנים של האירוע	0	1	2	3	4
3	לפתע אני פועלת או מרגישה כאילו האירוע מתרחש שנית (כאילו את חיה מחדש את האירוע)	0	1	2	3	4
4	חשה נסערת כשאני נפגשת בחוויות שמזכירות לי את האירוע	0	1	2	3	4
5	חשה בתגובות גופניות (כגון: דופק מואץ, קשיי נשימה או הזעה מוגברת) כאשר אני נתקלת במצבים המזכירים לי את האירוע	0	1	2	3	4
6	נמנעת מלשוחח או לחשוב על האירוע או לחוות רגשות הקשורים באירוע	0	1	2	3	4
7	נמנעת ממצבים או פעילויות המזכירים לי את האירוע	0	1	2	3	4
8	מתקשה לזכור חלקים חשובים מהאירוע	0	1	2	3	4
9	יש לי אמונות שליליות חזקות לגבי עצמי, אנשים אחרים או העולם (למשל: ״אני רעה״ / ״יש בי משהו ממש לא בסדר״ / ״אי אפשר לסמוך על אף אחד״ / ״העולם מסוכן״)	0	1	2	3	4
10	מאשימה את עצמי או אחרים על כך שגרמו לאירוע או למה שקרה אחריו	0	1	2	3	4
11	מרגישה באופן קבוע רגשות מטרידים (לדוגמא: פחד, אימה, כעס, אשמה ו/או בושה)	0	1	2	3	4
12	מגלה פחות עניין ומרגישה פחות הנאה מפעילויות (חברים, עבודה, משפחה ועוד) ביחס לאנשים אחרים.	0	1	2	3	4
13	מרגישה מרוחקת מאנשים אחרים ולא שייכת אליהם	0	1	2	3	4
14	חשה מכווצת או חנוקה ומתקשה לחוות רגשות חיוביים (למשל: חוסר יכולת לחוות שמחה או אהבה לקרובים אלי)	0	1	2	3	4
15	מוטרדת בקלות ונוטה להתפרצויות כעס ולתוקפנות	0	1	2	3	4
16	לוקחת יותר מידי סיכונים או עושה דברים שעלולים להזיק לי	0	1	2	3	4
17	חשה בדריכות ובערנות יתר וכאילו ״נשארת על המשמר״	0	1	2	3	4
18	אני חשה בקופצניות ונבהלת בקלות	0	1	2	3	4
19	יש לי קשיי ריכוז	0	1	2	3	4
20	יש לי קשיים בכניסה לשינה ושינה רצופה	0	1	2	3	4

נספח מס׳ 4 – שאלון בריאות המטופל PHQ-9

במהלך השבועיים האחרונים, באיזו תדירות היית מוטרדת מכל אחת מן הבעיות הבאות?

הקיפי בעיגול את תשובתך

		כלל לא	מספר ימים	ביותר ממחצית מן הימים	כמעט כל יום
1	עניין או הנאה מועטים מעשיית דברים	0	1	2	3
2	תחושת דכדוך, דיכאון, או חוסר תקווה	0	1	2	3
3	קשיים בהירדמות או בשינה רציפה, או עודף שינה	0	1	2	3
4	תחושה של עייפות או אנרגיה מועטה	0	1	2	3
5	תיאבון מועט או אכילת יתר	0	1	2	3
6	מרגישה רע לגבי עצמך -מרגישה שאת כישלון או שאכזבת את עצמך או את משפחתך	0	1	2	3
7	קושי להתרכז בדברים, כמו קריאה בעיתון או צפייה בטלוויזיה	0	1	2	3
8	היית חסרת אנרגיה ואיטית בתנועותיך או דיבורך עד כי אחרים הבחינו בכך? או להיפך -חסרת שקט ומנוחה כך שהיית צריך לזוז יותר מהרגיל	0	1	2	3
9	מחשבות שהיה עדיף לו היית מתה או רצון לפגוע בעצמך בדרך כלשהי	0	1	2	3

אם סימנת בעיות כלשהן, עד כמה בעיות אלה הקשו עליך לבצע את עבודתך, לטפל בדברים בבית, או להסתדר עם אנשים אחרים?

לא הקשו כלל	הקשו במידת מה	הקשו מאוד	הקשו באופן קיצוני
☐	☐	☐	☐

נספח מס׳ 5 – שאלון לבדיקת תפקוד

איך את מעריכה את רמת התפקוד שלך בחודש האחרון בכל אחד מהתחומים הבאים:

		טוב מאד	טוב	בינונית	לא טוב	מאד לא טוב	לא רלבנטי
116	בעבודה או לימודים בחודש האחרון	4	3	2	1	0	8
117	כהורה בחודש האחרון	4	3	2	1	0	8
118	כבת-זוג בחודש האחרון	4	3	2	1	0	8
119	כחברה בחודש האחרון	4	3	2	1	0	8
120	כחלק מהקהילה (עוזרת לאחרים או משתתפת בפעילויות חברתיות כגון ועדות ואירועים)	4	3	2	1	0	8
121	בתחום האינטימיות (כולל מיני)	4	3	2	1	0	8

נספח מס' 6 – שאלון צמיחה פוסט טראומטית

עבור כל אחת מההצהרות הבאות, ציייני את המידה שבה שינוי זה התרחש בחייך כתוצאה מהתמודדות עם האירוע.

	כלל לא	במידה מועטה מאוד	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
1. העדיפויות שלי בנוגע למה שחשוב בחיים שלי השתנו	0	1	2	3	4
2. אני מנסה לשנות דברים הדורשים שינוי	0	1	2	3	4
3. ערך החיים שלי עלה בעיניי	0	1	2	3	4
4. אני חשה שאני סומכת על עצמי יותר	0	1	2	3	4
5. יש לי הבנה טובה יותר של עניינים רוחניים	0	1	2	3	4
6. אני יודעת שאני יכולה לסמוך על אנשים בעת צרה	0	1	2	3	4
7. אני חשה יותר קרבה לאחרים	0	1	2	3	4
8. אני יודעת שאני יכולה להתגבר על קשיים	0	1	2	3	4
9. יש לי יותר נכונות להתגבר על קשיים	0	1	2	3	4
10. יש לי יותר נכונות להביע את רגשותיי	0	1	2	3	4
11. אני מסוגלת לקבל את הדברים כמו שהם	0	1	2	3	4
12. אני מעריכה כל יום בחיי	0	1	2	3	4
13. אני חשה יותר חמלה כלפי אחרים	0	1	2	3	4
14. אני מסוגלת להפוך את חיי לטובים יותר	0	1	2	3	4
15. ישנן הזדמנויות חדשות שלא היו קיימות בנסיבות אחרות	0	1	2	3	4
16. אני משקיעה יותר במערכות היחסים שלי	0	1	2	3	4
17. יש לי אמונה דתית חזקה יותר	0	1	2	3	4
18. גיליתי שאני חזקה יותר ממה שחשבתי	0	1	2	3	4
19. גיליתי עד כמה אנשים הם נהדרים	0	1	2	3	4
20. פיתחתי תחומי התעניינות חדשים	0	1	2	3	4
21. אני מקבלת את העובדה שאני זקוקה לאחרים	0	1	2	3	4
22. פתחתי דרך חדשה בחיי	0	1	2	3	4

נספח מס׳ 7 – ריאיון עומק מסכם חצי־מובנה עם הנשים המטופלות (In depth semi-structured interview)

<u>מדריך ריאיון</u>

פתיחה: כמה משפטי הסבר על המחקר, על הריאיון, על תחומי ההתעניינות של החוקרים, על ההקלטה ובקשת רשות להקלטה. לאחר הפתיחה, גוף הריאיון יהיה מורכב משאלות רחבות פתוחות. בעת גוף הריאיון על המראיינת ליצור יחסי קרבה (ראפור), להראות קשב ועניין ולתת למרואיינת לספר באופן חופשי, ועד כמה שניתן - ללא התערבות.

״**אחרי שאני מפעילה את ההקלטה,**

- אנא ספרי לי על הלידה שלך והתקופה שלאחריה
- ספרי לי המפגש עם המתאמת לפני הטיפול
- ספרי על הטיפול
- ספרי על התקופה שאחר הטיפול״

(בכל אחת מן השאלות תתבקש המשתתפת להרחיב במידת הצורך את תיאור הדברים שקרו ולהתייחס למחשבותיה, רגשותיה ותחושותיה לגביהם)

בסוף כל תשובה של המרואיינת, המראיינת יכולה לבקש הרחבות, חידודים ולעתים דוגמאות- למשל:

- ❖ דיברת על... (הלידה, עצמך, בעלך, בית החולים, הנסיבות, תפיסה עצמית וכדומה...)
- ❖ תרחיבי על..., ספרי למה את מתכוונת...

במידה והמרואיינת, בתשובותיה, לא עמדה על חלק או כל המרכיבים הבאים, המראיינת תבקש אותה, אחר כל תשובה הרלבנטית להרחיב ולחדד את דבריה בנוגע ל:

- סימפטומים כפי שנחוו לפני, בזמן ואחרי הטיפול (הסימפטומים: חודרנות, עוררות, הימנעות ושינויים שליליים בקוגניציה, כפי שהם מתבטאים בתיאוריה החופשיים של האישה).
- **מעגל החיים** (לפני, בזמן ואחרי הטיפול): התייחסות לבריאות, משפחה, זוגיות, מצב כללי, חברים, תחביבים, קריירה, מימוש עצמי ואימהות.
- חוויית הטיפול - האם היה תהליך אחד או יותר שהיו משמעותיים יותר עבורך? ספרי שלושה סיפורים על רגעים שהיו משמעותיים עבורך במהלך הטיפול. (באיזה אופן? / איך זה בא לידי ביטוי?)

סיום:

- ❖ ״יש משהו נוסף שאת חושבת עליו עכשיו ולא דיברת עליו? משהו שאת נזכרת? משהו שאת רוצה להוסיף?״

נספח מס׳ 8 – ריאיון עומק מסכם חצי־מובנה עם הפסיכולוגית בטיפול NLP

(In depth semi-structured interview)

<u>מדריך ריאיון</u>

כמה משפטי הסבר על הריאיון, על ההקלטה ובקשת רשות להקלטה.

- ❖ תארי את החוויה הכללית שלך בעבודה עם הנבדקות באמצעות פרוטוקול טיפול בטראומה בכלי ה-NLP? אנא פרטי...
- ❖ דיברת על...
- ❖ תרחיבי על..., ספרי למה את מתכוונת...
- ❖ ספרי שלוש אנקדוטות שהיו משמעותיות בשבילך במהלך הטיפול
- ❖ מה מייחד (אם בכלל) את העבודה עם כלי ה-NLP? ואיך הטיפול בכלי ה-NLP דומה / שונה מטיפול פסיכולוגי דינאמי או CBT (הטיפולים השכיחים בפרקטיקה המקצועית של המטפלת)?
- ❖ מה היתרונות / החסרונות שחווית תוך כדי העבודה עם הפרוטוקול? (אתגרים? קשיים?)
- ❖ מהן האסטרטגיות / מיומנויות מעולם התוכן של ה-NLP בהן עשית שימוש בעבודתך? וכיצד כל אסטרטגיה שירתה (פחות או יותר) את עבודתך ואת המטרה אותה הגדירה המטופלת? (ראפור, עמדות, הנחות היסוד, שיחה עם החלק ועוד...)
- ❖ האם היו הבדלים בהתייחסות של האישה בנוגע לחוויית הלידה לפני ואחרי?

סיום:

- ❖ ״יש משהו נוסף שאת חושבת עליו עכשיו ולא דברת עליו? משהו שאת נזכרת? משהו שאת רוצה להוסיף?״

נספח מס׳ 9 – ריאיון עומק מסכם חצי־מובנה עם הפסיכיאטרית (אבחון ומעקב)

(In depth semi- structured interview)

<u>מדריך ריאיון</u>

כמה משפטי הסבר על הריאיון, על ההקלטה ובקשת רשות להקלטה.

- ❖ תארי את החוויה הכללית שלך במפגש עם הנשים.
- ❖ אנא פרטי...
- ❖ דברת על...
- ❖ תרחיבי על..., ספרי למה את מתכוונת...
- ❖ פגשת את הנשים הנבדקות לפני ואחרי הטיפול. איך את מתרשמת ממצבן לפני ואחרי?
- ❖ מה הרשמים הדומיננטיים מפגישותייך עם הנשים?
- ❖ כיצד תיארו בפניך (אם בכלל) את הטיפול שעברו?

סיום:

- ❖ ״יש משהו נוסף שאת חושבת עליו עכשיו ולא דברת עליו? משהו שאת נזכרת? משהו שאת רוצה להוסיף?״

נספח מס׳ 10 – ריאיון עומק מסכם חצי מובנה עם מתאמת המחקר (אבחון ומעקב)

(In depth semi- structured interview)

<u>מדריך ריאיון</u>

כמה משפטי הסבר על הריאיון, על ההקלטה ובקשת רשות להקלטה.

- ❖ תארי את החוויה הכללית שלך במפגש ובשיחות עם הנשים.
- ❖ אנא פרטי...
- ❖ דברת על...
- ❖ תרחיבי על..., ספרי למה את מתכוונת...
- ❖ פגשת את הנשים הנבדקות לפני הטיפול. שוחחת איתן תוך כדי (שיחות שבמקור נועדו לתיאומים) ואחרי הטיפול. איך את מתרשמת ממצבן לפני ואחרי?
- ❖ מה הרשמים הדומיננטיים מפגישותייך ושיחותייך עם הנשים?
- ❖ כיצד תיארו בפניך (אם בכלל) את הטיפול שעברו?

סיום:

- ❖ ״יש משהו נוסף שאת חושבת עליו עכשיו ולא דברת עליו? משהו שאת נזכרת? משהו שאת רוצה להוסיף?״

נספח מס׳ 11 – תרשים זרימה של מהלך המחקר

נספח מס׳ 12 – פרוטוקול NLP לטיפול ב-PTSD

<u>הנחיות למפגשי הנחיה ב – NLP</u>

מפגש מס׳ 1 יכלול:

ביסוס ראפור וקביעת מסגרת עבודה:

על המנחה לבסס ראפור עם המטופל על מנת להשיג שיתוף פעולה שיאפשר תהליך שינוי אפקטיבי.
יצירת מסגרת עבודה הינה מתן הסבר ורבאלי המבסס מפה קוגניטיבית משותפת של התהליך המיועד.
המסגרת מספקת הקשר משמעותי עבור ההתערבות, מייצרת ציפיות ספציפיות בנוגע להתערבות ומאפשרת אישורים קריטיים לנגיעה במצב של עיגון פיסי. בנוסף, מסגרת העבודה מהווה ׳מרחב בטוח׳ שנועד לפוגג כל חרדה העלולה להיות מקושרת עם הטיפול. באופן מעשי המסגרת מאפשרת למנחה לקבוע את גבולות חוסר הנוחות שהמטופל עלול לחוות.
בנוסף, יצירת המסגרת מאפשרת הפרדה בין ההתערבות הנוכחית לבין סוגים אחרים של טיפול שיתכן והמטופל כבר עבר ושאולי היו לא יעילים או לא נעימים. כך, משרת ההסבר את האפשרות לסלק חרדות הקשורות לחוויה מחודשת של הטראומה או איבוד שליטה. לבסוף, המסגרת חשובה ביצירת יחסים בהם המטופל מועצם כך שהוא יכול לעצור את מהלך ההתערבות ולהעלות שאלות לפי הצורך.
בעת הצגת מסגרת לעבודה על המנחה לכלול את המרכיבים הבאים:

- שאל את המטופל מה מביא אותו לסדרת המפגשים? (מהו האירוע הטראומטי שבעקבותיו הגיע לסדרת המפגשים?). על המנחה לשמור כאן על רמה של סקירה כללית ולא לתשאל את המטופל באופן שעלול לעורר תגובות PTSD. ניתן לבקש מהמטופל לשתף ב״סיפור הטראומה״ וכיצד זה משפיע על חייו. יש לקבל את הסיפור כפי שהמטופל מנסח אותו בחיבור או בא – חיבור ולא לשנות את האופן בו הוא מתאר את המקרה.
- שאל אודות תרפיות קודמות או ניסיון של התערבויות קודמות והסבר כיצד הליך זה הינו שונה מתרפיות אחרות. הסבר כי הטכניקות שיועברו במסגרת המפגשים הינן בדרך כלל נינוחות אך לעיתים כוללות פרק זמן קצר מאוד של אי נוחות סבירה, ואינן כוללות מצב בו יש ״לחיות״ מחדש את האירועים הטראומתיים.
- **שאל את שלוש השאלות:**
  1. מה אתה רוצה להשיג? (בהקשר של האירוע הטראומטי)
  2. איך תדע שהשגת את המטרה?
  3. מה מונע ממך להשיג את המטרה?

בחירת הליכים על פי פרדיקטים ורבליים: על פי המציינים המילוליים בהם ישתמש המטופל בתיאור הסימפטומים, יקבל מנחה ה-NLP החלטה לגבי ההליך הראשון שעליו להפעיל ברצף ההתערבויות:
במידה והמטופל יציין כי מה שמונע ממנו להשיג את המטרה או הטריגר המופעל הינו **ויזואלי** הבא לידי ביטוי כ**תמונה** (פלשבק) - יש לבחור בהליך הסוויש הויזואלי.
במידה והמטופל יציין טריגר הבא לידי ביטוי **כצליל, או כקולות מתפרצים** – יש לבחור בהליך הסוויש האודיטורי.
כאשר המטופל מציין כי מה שמונע ממנו לחזור לתפקוד או להרגיש טוב כרוך ב**ריח** המעורר תגובה קשה – יפעיל המנחה את הליך סוויש הריח.
כאשר המטופל יציג יותר מאשר טריגר חושי אחד יערוך המנחה הליכי סוויש על פי הצורך והעוצמה.
במידה והמטופל מתאר רצף של אירועים הנתפס כסרט, על המנחה לבחור בהליך ה-TP.
תיאום ציפיות בנוגע למגע: בחלק מן ההליכים נעשה שימוש בעוגן קינסתטי המיוצר באמצעות נגיעה קלה בזרועו של המטופל. חשוב לציין זאת לפני השימוש על מנת להכין את המטופל למגע ולקבל ממנו את הסכמתו.
בסיום שלב קביעת המסגרת יש לומר למטופל: ״האם יש לך שאלות נוספות הקשורות לכל מה שדיברנו עליו עד כה? דע לך כי בכל עת לאורך התהליך ביכולתך לעצור, לשאול ולשתף״.

בחירת הטכניקה הספציפית והפעלתה:

כאמור מודל ה – O.T.O.T.E – מהווה בסיס לעבודת ההנחיה ולבחירת הליך. על פי המציינים הוורבליים בהם ישתמש המטופל בתיאור הסימפטומים, יקבל מנחה ה-NLP החלטה לגבי ההליך הראשון שיפעיל ברצף ההתערבויות: למשל, במידה והמטופל יציין כי מה שמונע ממנו להשיג את המטרה או הטריגר המופעל הינו ויזואלי הבא לידי ביטוי כתמונה (פלשבק) - יש לבחור בהליך הסוויש הויזואלי.

שאלון מקדם מטרה (Well Formed Outcome Questionnaire):

<u>מהמצב הנוכחי לתוצאה הרצויה</u>

1. מה המטרה שלך? מה אתה רוצה להשיג? למה אתה מחויב?

הגדר את המטרה לחיוב (להבדיל מהגדרת מה לא רצוי לך):

האם השגת המטרה בשליטתך – או – האם אתה מסוגל להוציא מטרה זו אל הפועל?

איך ישתנו חייך כשתשיג את המטרה (כוונת־על)? מדוע חשוב לך להשיג מטרה זו (נתח עד למיצוי הכוונה הגבוהה ביותר – ערכים)?

2. איך תדע שהשגת את מה שרצית, את המטרה?

מה תראה? מה ואיך תרגיש? מה תשמע? מה תעשה? אילו מחשבות יהיו לך (איסוף מידע מבוסס חושים)?

3. הקשרים

באיזה הקשר ספציפי אתה רוצה את השינוי? מתי בדיוק השינוי יבוא לידי ביטוי?

קבע תאריך יעד; הגדר פעולות ופעילויות; הגדר חלקים מהיום.

היכן? באילו מקומות או אזורים? עם מי אתה רוצה שהשינוי יהיה?

האם יש הקשרים שבהם אינך רוצה את השינוי (זמנים, פעילויות, אנשים, מקומות, וכדומה)?

4. אקולוגיה

כשתשיג את מטרתך, מה יהיו התוצאות או ההשלכות?

ציין תוצאות והשלכות חיוביות:

ציין תוצאות והשלכות שליליות:

כיצד השגת המטרה תשפיע על הקשרים נוספים בחייך כגון משפחה, חברים, עבודה, בריאות, וכדומה?

האם יש משהו שתפסיד כשתשיג את מטרתך?

האם יש משהו שאתה מרוויח משמירת המצב הקיים?

חפש את הרווח המשני מאי־הגשמת המטרה (מצא את הכוונה החיובית הנמצאת מאחורי שמירת המצב הקיים):

5. מכשולים

מה מונע בעדך להשיג כעת את מטרתך? כשאתה חושב על השגת המטרה, איך בדיוק אתה עוצר את עצמך? מה אתה רואה, שומע, מרגיש?

6. משאבים

אילו משאבים יכולים לעזור לך להשיג את מטרתך?

משאבים פנימיים – יכולות, ידע, ניסיון, אמונות מעצימות, מצבי רוח, כישרון, הכשרה, חוכמה, וכדומה.

משאבים חיצוניים – גורמי תמיכה, משפחה, כסף, קשרים, וכדומה.

לאילו משאבים פנימיים וחיצוניים אתה מרגיש מחובר כעת?

אילו משאבים פנימיים וחיצוניים אתה מרגיש שחסרים לך כעת?

7. הכוונה לפעולה

מה הפעולות שאתה עושה כבר עכשיו כדי להשיג את המטרה?

8. הובלה לעתיד (הטמעת המטרה בעתיד)

דמיין שכבר השגת את מטרתך. הרגש שאתה נמצא בזמן בעתידך שבו הגשמת את רצונך. התחל לחוות את חייך מנקודת הגשמה זו. הבא את המידע שאספת בשאלה 2 ואפשר לעצמך להתחבר באופן מלא לזמן עתידי זה, כאילו הוא קורה עכשיו. מנקודה זו שים לב לצעדים שעשית (הראשון, השני...) שאפשרו לך להגיע ליעד. בחן: האם יש כמה דרכים המובילות למטרתך? מה אתה מאמין כעת על עצמך? איזו עצה היית נותן לעצמך מנקודת זמן זו? המשך לשאול שאלות עד לקבלת חוויה מעשירה ומלאה.

The Visual Swish Process – הליך הסוויש הראייתי

1. עזור למטופל לאתר תמונה ראשונית מטרידה באמצעות התשאול הבא:
   1.1 "הזכר בתמונה לא נעימה או מטרידה מהעבר".
   1.2 "חשוב על תמונה לא נעימה או מטרידה הקשורה לעתיד שלך".
2. לאחר שאותרה התמונה הלא נעימה (התמונה הראשונית) אמור:
   "חשוב על התמונה הלא נעימה / 'האיכסית' – כפי שהיא נראית מהעיניים שלך".
   התמונה ה'איכסית' חייבת להיות באסוציאציה / בחיבור – זאת על מנת שהתמונה אכן תגרום למטופל תחושה מאוד לא נעימה - אם הדבר אינו כך, אמור: "בבקשה ראה את התמונה מהעיניים שלך".
3. בדיקה: אמור למטופל להרחיק את התמונה ולראות כיצד הרחקתה משפיעה על הרגשתו. לאחר מכן בקש ממנו להחזירה למקום. באם המטופל מרגיש פחות מתוח זוהי אינדיקציה לכך כי הסוויש יהיה יעיל.
4. שינוי מצב: "מה מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה"?
5. "צור דמות, גדולה וזוהרת של עצמך, כשאתה שונה. זה 'אתה נהדר'! זה אתה לאחר שכבר פתרת את הנושא הטמון בתמונה ה"איכסית", ולכן אין לך יותר את החוויה הלא נעימה. ה'אתה נהדר' נמצא צעד אחד לפניך בזמן. הוא לובש את מה שאתה לובש, הוא לא אתה מושלם, אך הוא מלא משאבים, יכולות ובחירות, הוא בטוח ובעל חוש הומור".
6. אמור למטופל: "כווץ את הדמות של ה'אתה נהדר' (שלב את שם המטופל) לגודל של נקודה, נקודה זוהרת כמו יהלום. אפשר לנקודה לגדול ולהיפתח עד ש...סוויששש!!!! מתגלה "אתה נהדר" שנעשה גדול יותר וזוהר יותר... עד שהדמות מגיעה שוב אל גודלה הטבעי. כעת התחל לכווץ שוב את דמותו של ה'אתה נהדר' ופתח אותו מחדש".....X 3.
7. שינוי מצב: "אמור את מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה".
8. אמור למטופל: "כעת מקם את הנקודה הזוהרת (המכילה את ה'אתה נהדר') ממש במרכזה של התמונה ה'איכסית'. ראה את התמונה ה'איכסית' הולכת וקטנה, הולכת ודוהה, ממש כפי שצבעים בציור היו דוהים אם היה יורד עליהם גשם... במקביל, הנקודה הזוהרת של ה'אתה נהדר' גדלה והולכת ונעשית גדולה וזוהרת עד ש... סוויש! הדמות הגדולה והזוהרת של ה'אתה נהדר' מחליפה את התמונה ה'איכסית'".
9. אמור למטופל: "כעת ראה מסך לבן – ממש כמו שיש בבתי הקולנוע".
10. חזור על סעיפים 8 ו- 9 שלוש פעמים לאט ואז חזור עליהם שלוש פעמים במהירות רבה.
11. אמור למטופל: "מה היה קורה אם כבר היית רואה את התהליך הזה מתחולל 1000 פעמים עכשיו"?
12. בדיקה: אמור למטופל: "כעת, מה קורה כשאתה <u>מנסה</u> להחזיר לעצמך את התחושות הלא נעימות ההן"? אם המטופל מתקשה להחזיר את התחושה/תמונה ה'איכסית' – ההליך הושלם.
    אם המטופל עדיין חש בתחושות הלא נעימות, בקש שישאל את החלק היוצר את התחושות הלא נעימות: "מה הכוונה החיובית שלך כלפי?" הוסף ושמור את הכוונה החיובית בדמות הנהדרת- ואז חזור על כל התהליך מסעיף 5 .
13. ייצוב ההליך. אמור: "ואם התמונה של ה'אתה נהדר' הייתה מוכפלת 1000 פעם- דמיין שיש בידי חפיסת קלפים ובכולם התמונה של 'אתה נהדר'. אני מגיש לך את הקלפים ואתה מעיף אותם כלפי מעלה. הקלפים נופלים ומסתדרים סביבך מימין, משמאל מלפנים ומאחור בעבר בהווה ובעתיד... בעיגולים כמו ספירלה... איך אתה מרגיש כעת? ועתה חשוב כיצד אתה ממשיך להרגיש את השינוי הזה הלילה, מחר, ובכל הימים והלילות, השבועות והחודשים והשנים שיבואו..."

1989-2003 Adapted by Robert McDonald from Richard Bandler.

The Auditory Swish Process – הליך הסוויש השמיעתי

1. עזור למטופל לאתר צליל, קול או משפט ראשוני לא נעים /מטריד באמצעות התשאול הבא:
   1.1 "חשוב על צליל, קול או משפט שבדרך כלל גורם לך להרגשה לא נעימה או אפילו מדכאת".
   2.1 "הזכר בתחושה/הרגשה לא נעימה או מטרידה. אפשר להרגשה להתעצם ולגדול בתוכך עד אשר היא הופכת לצליל, קול או משפט שאתה יכול לשמוע".
2. בדוק מהיכן מגיע הצליל, הקול או המשפט אל המטופל, ומהו המסלול שהוא עובר בגופו.
3. ערוך בדיקה- הזזת הקול למיקום / מרחק שונים או החלש/הגבר. בסוף הבדיקה, יש להחזיר את הקול למיקומו/ עוצמתו המקוריים, על מנת שיהיה ניתן לבצע את ההליך.
4. שינוי מצב: "מהו מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה"?
5. אמור למטופל: "דמיין שממש מולך נמצא 'אתה נהדר' האומר לך בכנות: "אני מרגיש טוב עם עצמי" ו/או "אני מרגיש בטוח"... ה'אתה נהדר' הזה אינו מושלם, אך הוא נשמע בדיוק כפי שאתה היית נשמע לו היית שונה – וכבר פתרת את הנושאים הטמונים במשפט ה'איכסי'. ה'אתה נהדר' מלא בביטחון, הוא בעל משאבים, חוש הומור וקולו מביע זאת", (ברר כיצד קולו מביע זאת באופן שזה נשמע אמיתי).
6. שינוי מצב: "מהו מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה"?
7. בדיקת קולות של: + הוצאת התקע של הפטיפון.
   + גלי הים.
8. אמור למטופל: "כעת, ברגע בו אתה מתחיל לשמוע את המילה המדוברת הראשונה במשפט ה'איכסי', משוך החוצה את התקע מפטיפון דמיוני ושמע רק את תחילת המשפט כאילו הוא יורד למטה בטון והולך ונעלם"... "בו זמנית שמע את הקול של 'אתה נהדר' עולה למעלה, הולך ומתגבר כאשר הוא מגיע ממש לפניך ואומר בכנות: "אני מרגיש טוב עם עצמי" או "אני מרגיש בטוח" האזן למילים הנהדרות הללו מגיעות אליך ומקיפות את ראשך ומהדהדות בך מבפנים כאילו ראשך נמצא בתוך פעמון גדול ומוזהב".
9. אמור למטופל: "כעת שמע את קולו של גל בים אשר עולה בעוצמתו על קולן של המילים הנהדרות, שוטף ומרגיע את הכל".
10. חזור על סעיפים 5 ו- 6, לפחות שלוש פעמים ואז חזור עליהם שלוש פעמים נוספות במהירות רבה.
11. אמור למטופל: "אם היית שומע את ההליך הזה כבר 1000 פעם, כיצד זה היה נשמע עכשיו"?
12. בדיקה: אמור למטופל: "כעת, מה קורה כשאתה <u>מנסה</u> לשמוע את המשפט הלא נעים"?
    אם המטופל מתקשה להחזיר את התחושה הלא נעימה או שיש הפחתה משמעותית בתחושה – ההליך הושלם.
    אם הוא עדיין חש בתחושה הלא נעימה, בקש ממנו שישאל את החלק שיצר את התחושות ה'איכסיות': "מה הכוונה החיובית שלך עבורי"? - הוסף ושמור את הכוונה החיובית בדמות הנהדרת- ואז חזור על כל התהליך מסעיף 5.
13. ייצוב: כשההליך הסתיים אמור:

"ואם המילים הנהדרות הללו היו מוכפלות 1000 פעם ומפוזרות סביבך בצורת מעגלים מעגלים בעברך, בהווה ובעתיד שלך, באות לקראתך כמו מקהלה של קולות... כיצד היית מרגיש עכשיו? ואתה יכול לחשוב כיצד אתה ממשיך להרגיש את השינוי הזה הלילה, מחר, ובכל הימים והלילות, השבועות והחודשים והשנים שיבואו"...

1989-2003 Adapted by Robert McDonald from Connirae Andreas.

The Kinesthetic Swish Process – הליך הסוויש התחישתי

1. עזור למטופל לאתר תחושה ראשונית (תחושת ההפעלה) לא נעימה/מטרידה בתוך או על הגוף (יש לוודא שהמטופל חש את התחושה בחיבור, ומתכוון לתחושה פיזית ולא לרגש) על ידי התשאול הבא:
   1.1 "חשוב על תחושה לא נעימה מעברך".
   1.2 "הזכר בתחושה/הרגשה לא נעימה או מטרידה הקשורה למשהו שעשוי להתרחש בעתיד. אפשר לה לגדול בתוכך עד אשר היא הופכת לתחושה בתוך או על הגוף".
   1.3 "הזכר באירוע הלא נעים/טראומטי והרשה לחוויה להפוך להיות תחושה שאתה יכול למקם בתוך או על גופך".
2. ערוך בדיקה: בקש מהמטופל להזיז את התחושה למקום אחר בגוף או מחוץ לגוף. אם יש שינוי בתחושה אזי הסוויש הקינסתטי עשוי לעזור. יש להחזיר את התחושה למקום המקורי לפני שממשיכים לשלב הבא.
3. שינוי מצב: "מהו מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה"?
4. הזמן את המטופל לעמוד ואמור למטופל: "דמיין שיש לך ידי קסם ואתה יכול כעת לפסל לפניך, בתלת מימד 'אתה נהדר' המכיל בתוכו את התחושה הרצויה. 'אתה נהדר' שפתר את הנושא הקשור בתחושה עימה אתה כעת מתמודד. ה'אתה הנהדר' שונה, ההוויה שלו שונה, הוא אינו מושלם אך חש בטחון עצמי, הוא מלא משאבים ויש לו חוש הומור".
5. אמור למטופל: "עכשיו, בעדינות כווץ את ה'אתה הנהדר' לתוך מעין קופסא עם קפיץ, ואתה סוגר את הקופסא. ואז... פתח בבת אחת את הקופסא ותרגיש כיצד ה'אתה נהדר' קופץ מתוכה בחזרה לגודל טבעי, בתלת מימד ובצבע, ואתה יכול להניח את הידיים שלך על הכתפיים שלו ולהרגיש ממנו כמה הוא מרגיש בטוח בעצמו" (יש לחזור שלוש פעמים על פעולה זו).
6. שינוי מצב: "מהו מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה"?
7. אמור למטופל: "כעת, אני רוצה להזמין אותך לחוש שוב את תחושת ההפעלה ועם הידיים להתחיל להוריד את התחושה למטה דרך הרגלים, לתוך האדמה, להרגיש כאילו אתה לוחץ החוצה משחת שיניים מתוך השפופרת, ובאותו הזמן, כשהידיים מגיעות למטה, שחרר את הקפיץ שסגר את הקופסא ו... סווישש... קופץ החוצה ה'אתה נהדר', בתלת מימד בגודל טבעי ובצבע, ואתה מניח את ידייך על כתפיו וחש את הביטחון העצמי הפנימי, תחושת המשאבים וההומור שהוא מקרין ממנו אליך".
8. אמור למטופל: "חוש כעת כי אתה נמצא בתוך מקלחת נעימה ומים זורמים שוטפים את הכל".
9. חוזרים על סעיפים 7 ו – 8 לפחות שלוש פעמים נוספות באיטיות ושלוש פעמים במהירות.
10. אמור למטופל: "אם היית מדמיין שאתה עושה את התהליך הזה כבר 1000 פעם, איך זה היה מרגיש אחרת, עכשיו"?
11. בדיקה: "כעת, מה קורה כשאתה מנסה לחוש את התחושות הלא נעימות ההן"?

    אם המטופל מתקשה להחזיר את התחושה הלא נעימה או שיש הפחתה משמעותית בתחושה – ההליך הושלם. אם הוא עדיין חש בתחושה הלא נעימה, בקש ממנו שישאל את החלק שיצר את התחושות הלא נעימות: "מה הכוונה החיובית שלך עבורי"? הוסף ושמור את הכוונה החיובית בדמות הנהדרת, ואז חזור על כל התהליך מסעיף 7.
12. ייצוב: כשההליך הסתיים אמור: "הרשה ל'אתה נהדר' להישאר לפניך, כך שימשיך להדריך אותך בעוד אתה צועד אל העתיד... ולפעמים לצדך, מימינך או משמאלך, הולך איתך כשותף לדרך, ולפעמים תחוש אותו נמצא מאחוריך, תומך ומזכיר לך את כל המשאבים הטמונים בך... מעביר אליך תחושה עמוקה של ביטחון ויכולת להתמודד עם מה שהחיים מזמנים עבורך..."

1989-2003 Adapted by Robert McDonald from Connirae Andreas.

The Olfactory Swish Process - הליך סוויש ריח

1. הזמן את המטופל לגלות ריח מטריד ולזהות אם יש לו אפיונים בולטים כגון מיקום או סמיכות או עוצמה או כל פרמטר אחר של חוש הריח.
2. בדיקה: אמור למטופל להרחיק/לדלל את הריח ולהבחין כיצד השינוי משפיע.
   אם המטופל מרגיש פחות מתוח זוהי אינדיקציה לכך כי הסוויש יהיה יעיל. אחר מכן בקש ממנו להחזירו למקום/לאיכות המקורית.
3. שינוי מצב: "מה מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה?"
4. הזמן את המטופל לחשוב על ריח שהוא אוהב ושממלא אותו בתחושת חיוניות (כגון: פריחת הדרים, ניחוח ורדים, ריח מאפה או ריח אחר...). הדרך אותו להריח את הריח הטוב במקום הריח הלא נעים, ואז בהדרגה לצמצם את הריח הטוב לתוך קפסולה. הדרך את המטופל ליצור דמות של עצמו כשהוא מרגיש אחרת ואמור: זה 'אתה נהדר'! זה אתה לאחר שכבר פתרת את הנושא הטמון בנושא הקשור לריח ה"איכסי", ולכן אין לך יותר את החוויה הלא נעימה. ה'אתה נהדר' נמצא צעד אחד לפניך בזמן. הוא לובש את מה שאתה לובש, הוא לא אתה מושלם, אך הוא מלא משאבים, יכולות ובחירות, הוא בטוח ובעל חוש הומור." הדמות הזו, 'אתה נהדר' אוחז בידו את הקפסולה של הריח... הוא יכול בבת אחת לפתוח את הקפסולה ו... סווישש , מתפזר ריח נפלא שממלא את אפך, אופף אותך... (לוודא שהמטופל ממש מריח את הריח הטוב) ואז ה'אתה נהדר' יכול שוב לצמצם את הריח ולהחזיר אותו לתוך הקפסולה. בדיוק כך (מתרגלים שלוש פעמים).
5. שינוי מצב: "אמור את מספר הטלפון שלך מהסוף להתחלה".
6. אמור למטופל: "כעת אפשר ל'אתה נהדר' למקם את הקפסולה של הריח הטוב ממש במרכז מיקומו של הריח ה'איכסי'... ותרגיש כיצד הריח ה'איכסי' הולך ומתפוגג, הולך ונעלם, ממש כפי שריחות נעלמים לאחר גשם של ברכה... ובמקביל, ה'אתה נהדר' פותח את הקפסולה והריח הטוב מתפזר וסווישששש!!! הריח הטוב נמצא בכל מקום... והדמות של אתה הנהדר מחייך אליך... רואים שהוא מרגיש טוב ובטוח ונהנה מהריח הנפלא שאופף אותו ואותך".
7. שינוי מצב: אתה יכול להריח פופקורן"?
8. חזור על סעיפים 8 ו- 9 שלוש פעמים באיטיות ואז חזור עליהם שלוש פעמים במהירות רבה.
9. אמור למטופל: "דמיין מה היה קורה אם כבר היית עושה את התהליך הזה 1000 פעמים עכשיו"?
10. בדיקה: אמור למטופל: "כעת, מה קורה כשאתה <u>מנסה</u> להחזיר לעצמך את התחושות הלא נעימות הן"? אם המטופל מתקשה להחזיר את התחושה/הריח ה'איכסי' – ההליך הושלם.
    אם המטופל עדיין חש בתחושות הלא נעימות, בקש שישאל את החלק היוצר את התחושות הלא נעימות: "מה הכוונה החיובית שלך כלפי?" הוסף ושמור את הכוונה החיובית בדמות הנהדרת- ואז חזור על כל התהליך מסעיף 8.
11. ייצוב ההליך. אמור: "וכעת, אתה יכול לדמיין שהדמות של 'אתה נהדר' מוכפלת פעמים רבות וכל אחת
12. מחזיקה בידה קפסולה של הריח הנהדר... וכשאתה נותן את הסימן כל דמויות ה – אתה נהדר' יחד פותחות את הקפסולות וסווישש... ריח מדהים מופץ סביבך... כענן מגן... סביבך בעברך, בהווה ובעתיד... ריח מגן ונעים המעביר אליך תחושה של שמחה ושל נינוחות... והתחושות הללו ימשיכו ללוות אותך... להזכיר לך שכל יום מביא עימו התחדשות... את ההתחדשות שלך... ההתחדשות של האמונות ושל האופטימיות".

Adapted from Richard Bandler

TP – The Healing Trauma Process - הליך ריפוי מטראומה

יצירת מסגרת עבודה:

1. שיחה מקדימה: הכן את המטופל להליך באמצעות ההסברים הבאים: רוב האנשים מפתחים חרדה במהלך סיטואציה חד פעמית שהייתה מסוכנת או נחוותה כמסוכנת באותה עת. דבר זה מעיד על כך כי המוח לומד במהירות רבה. אנו נרצה לנצל את העובדה כי מוחך לומד כה מהר, כדי ללמד אותו תגובות חדשות ומתאימות יותר.
2. אמור למטופל: "למידה זו נעשית ממש ברמה הנוירואלית. הוכח כי זיכרונות העבר אינם 'סוף פסוק' וכי ניתן לשנות את אופן אחסונם במוח. בעקבות התהליך שאנו נעשה עוד מעט, מעגלים נוירואליים במוח שלך שעד היום לא הופעלו בהקשר של האירוע ההוא, מעגלים המייצגים חיבור למשאבים, ילמדו לעלות בצורה אוטומטית בכל פעם שתחשוב או תיזכר באירוע. כך שתוכל להיות משוחרר מהתסמינים שליוו זיכרון זה עד היום ולהיזכר באירוע באופן חדש".
3. לפני שמתחילים בהליך, מסבירים למטופל על הטראומה כ'סרט אמריקאי'. בונים את התפאורה של המקום: מסך, כסאות, קולנוע, קיר זכוכית וכו'...

הפעלת ההליך:

1. "חשוב על האירוע הלא נעים ההוא. שים לב לתחושות שלך כשאתה חושב עליו".

אפשר למטופל לספר על האירוע בדרך בה הוא בוחר לשתף ושים לב לכך שהוא מתחיל לחוות מחדש את האירוע.

בקש ממנו לדרג את עוצמת הקושי בסולם הנע בין 0 (אין קושי) ל – 10 (קשה ביותר).

2. Break State
3. ביסוס עוגן: "חשוב על חוויה בה אתה מרגיש 'מחוזק' או 'בעל משאבים' או שמח באופן מיוחד. ראה את מה שהיית רואה באותו זמן, שמע את מה שהיית שומע באותו זמן, חזור על אותן תחושות טובות – כאילו הן קורות עכשיו. "אני אעגן את החוויה הזו על ידי כך שאחזיק את היד שלך".
4. Break State
5. תמונה מס' 1: "כעת ראה תמונה קטנה וסטטית בשחור לבן של עצמך ממש **לפני** שהאירוע הקשה קרה, כשהכל היה עדיין בסדר. צייר את מה שאתה רואה בתמונה".
6. תמונה מס' 2: "כעת ראה תמונה קטנה וסטטית בשחור לבן של עצמך ממש **אחרי** שהאירוע הקשה נגמר. אולי ממש לאחר שיא האירוע או זמן קצר לאחריו, כשאתה יודע שהאירוע נגמר. צייר את מה שאתה רואה בתמונה".
7. ביסוס מרחב עבודה: "דמיין שאתה יכול להביט מבעד לקיר זכוכית ומעבר לכתף של 'אתה צופה' מביט בתמונה מס' 1. התבונן בתמונה מס' 1, כשהיא לפחות 3 מטרים קדימה, קטנה, סטטית ובשחור לבן".
8. הפעלת עוגן: "אני אחזיק את ידך כשאתה צופה ותוך כדי צפייה יש לך כוחות מחוזקים, אתה צופה במסך ממש קטן (עם דמויות בגודל נמלה), בסרט אילם, המוקרן די מהר בשחור לבן, של כל האירוע ההוא מתמונה מס' 1 ועד תמונה מס' 2".
9. Break State: "עכשיו ראה מסך לבן כמו באולם קולנוע".
10. שאל: "האם הסרט נשאר בתוך הריבוע? נשאר שחור לבן? אילם"?
11. בצע את סעיפים 8, ו-9 שוב, פעמיים (בכל פעם יותר מהר).
12. Positive Reappraisal:

a. "אני אמשיך להחזיק בידך בזמן שאתה תעצום את עיניך, תעבור דרך קיר הזכוכית, כנס בעדינות לתמונה מס' 2 ועמוד לצד עצמך הצעיר יותר. אמור לו כי באת מהעתיד, ולכן

אתה ההוכחה החיה לכך שאתה תשרוד את האירוע ההוא. תאמר לעצמך הצעיר: "אני אוהב אותך ואני חזרתי כדי לדאוג לך, אני חי והכול בסדר (משתפר) ואני ההוכחה שעשית את הדבר הנכון. תודה".

b. אמור: "כעת, בזמן שאתה בתמונה מס' 2 , אני אמשיך להחזיק את ידך ואתה תכנס לגוף של האני הצעיר. תראה את הכול בצבע דרך העיניים שלו, ותשמע באוזניים שלו את הדברים הנאמרים".

13. "עכשיו, הישען קדימה ותהיה בתוך הסרט, וכשאתה הולך ונשען אחורה, תרגיש כאילו אתה נשאב אחורנית בצבעים ועם קולות כל הדרך לאחור עד לתחילת הסרט לפני שמשהו בכלל קרה (עד תמונה מס' 1). עשה זאת מהר".

14. Break State: "עכשיו ראה מסך לבן כמו באולם קולנוע".

15. "הרץ את הסרט לאחור, עם כל החוויה החושית מתמונה מס' 2 לתמונה מס' 1". } 3X

16. Break State: "עכשיו ראה מסך לבן כמו באולם קולנוע".

17. בדיקה – "חשוב על האירוע ההוא כעת – אם יש איזשהו רגש לא נעים, אנו פשוט נמשיך להריץ את הסרט לאחור עד שתרגיש בנוח עם הזיכרון".

18. בקש מהמטופל לספר שוב על האירוע ולדרג את עוצמת הקושי בסולם הנע בין 0 (אין קושי) ל – 10 (קשה ביותר) - במידת הצורך ערוך שיחה עם החלק, ובהתאם חזור על סעיפים 16-15 על פי הצורך.

Adapted from Robert McDonald (1994-2004), as adopted from the work of Steve and Connirea Andreas

מפגש מסכם- הליך 'מסע הגיבור'

במפגש עצמו המנחה יסביר למטופל את שלבי 'מסע הגיבור' באופן כללי, ולאחר מכן יסייע למטופל ליצור הזדהות פעילה עם המטאפורה כשיבקש ממנו לתת דוגמאות מתוך החוויה שלו לכל שלב ושלב.

הפעלת ההליך:

שלב 1 - הקריאה – מהו החזון / הקריאה?

מה גורם לך לחשוב על הקושי ולא על האתגר?

מהו המקום המאתגר שאליו תצטרך להגיע? מה עליך לעשות שיהיה חדש עבורך?

שלב 2 - התחייבות – מה יאפשר לך להתחייב / לצאת לדרך?

מה הם המשאבים הקיימים בך והיכולים לסייע לך בהתמודדות עם האתגר?

שלב 3 - חציית הסף – מהו הצעד הראשון שתעשה?

שלב 4 - מציאת בני ברית – מי ישמור עליך שלא לחזור אל המקומות הללו (לחזור לפחד/להתייאש וכו')? מומלץ לבחור שני שומרים.

4.1 במצב שבו האתגר מגיע, מקם את השומרים פיזית.

הכנס את המונחה לעמדה שנייה עם כל אחד מן השומרים.

שאל אותם: "מה הוא המסר שלך עבור... (המונחה)?"

4.2 החזר את המונחה לעמדה ראשונה לשמוע ולקבל את המסרים מכל אחד מן השומרים.

"מה משתנה כעת באופן בו אתה מרגיש? היכן בגופך אתה חש זאת?" עגן את התחושות.

שלב 5 - התמודדות עם ה"שדים" – איך אתה מתמודד עכשיו אחרת עם הפחדים / הקשיים / האתגרים?

שלב 6 - השתנות – חשוב על מצב עתידי ומאתגר נוסף ושים לב כיצד אתה מתמודד כשאתה מצויד במשאבים ובשומרים.

שלב 7 - השלמת המשימה – מי אתה עכשיו לאחר שהשלמת את המשימה? (אפשר להוסיף דימוי)

שלב 8 - החזרה הביתה – הובלות לעתיד

Adapted by Robert Dilts from Joseph Campbell 1988

נספח מס׳ 13 – כלים ומיומנויות NLP המהווים בסיס לעבודת הטיפול

פרוטוקול ה-NLP מתבסס בין היתר, על שמונה מושגים בסיסיים ב- NLP: הנחות היסוד של ה-NLP, ראפור, קליברציה, עיגון, חיבור וא- חיבור, מודל O.T.O.T.E, ריפריימינג ותתי חושים - (Sub-Modalities). להלן תיאור מושגים אלו:

הנחות יסוד של ה-NLP: גישת ה–NLP מתבססת על אוסף של הנחות יסוד המהוות תפיסת עולם (אפיסטמולוגיה, Epistemological Presuppositions) (Vaknin, 2010). אלה הן אמונות על העולם, היוצרות תשתית עליה בנויים המושגים, המודלים והשיטות של ה-NLP, כאשר, תשתית זו נחשבת בעצמה להנחה (Presupposition); לא ניתן להוכיח כי הנחות אלה נכונות, אך במידה ומקבלים אותן, עובדים איתן ומפנימים אותן, הן מתגלמות בחוויות היומיומיות שלנו באורח חיובי ובונה. ישנן למעלה מ-30 הנחות יסוד ב-NLP, כאשר בסקירה זו בחרתי לתאר שמונה הנחות בלבד, אשר רלבנטיות במיוחד לעבודה עם PTSD. הנחות היסוד אינן מופיעות בפרוטוקול המצורף לעבודה זו, אך מהוות בסיס הדרוש על מנת להבין את הפרוטוקול, כמו גם לעבוד על פיו.

ההנחה הראשונה נוגעת ל׳מפות מנטאליות׳. על פי גישת ה-NLP, אנשים יוצרים עבור עצמם מפות מנטאליות פנימיות, אשר מהוות ייצוג של המציאות החיצונית. כאמור, מפות אילו מורכבות מתמונות, קולות, תחושות, ריחות וטעמים. בנוסף, כל אדם מתאפיין במפות ייחודיות משלו, חלקן מודעות, חלקן לא מודעות, כאשר אין מפה אחת שהיא ״נכונה״ או ״אמיתית״. מן הסתם, ישנו פער בין המציאות החיצונית לבין הייצוג של מציאות זו במפה המנטאלית, כאשר האדם פועל ומגיב ביחס למפה המנטאלית, ולא ביחס ישיר למציאות החיצונית. ההנחה השנייה מתייחסת לכך כי לכל אדם באשר הוא, יש את המשאבים הדרושים לו על מנת להשיג את מטרותיו. ההנחה השלישית מבצעת מסגור מחדש למושג ה״כישלון״ ורואה בו הזדמנות לצמיחה. ההנחה הרביעית מסבירה כי תקשורת אינטר-סובייקטיבית מקבלת את משמעותה מהאופן בו היא מתקבלת על ידי הצד האחר, וכי אנשים מתקשרים באופן בלתי פוסק-באופן מילולי וא-מילולי. ההנחה החמישית שמה דגש על כך שכל התנהגות הינה בעלת כוונה חיובית עבור האדם, וכי לאדם אין אויבים פנימיים. ההנחה השישית נוגעת לכך שבהקשר מסוים, כל התנהגות יכולה יעילה ושימושית, ואילו ההנחות השביעית והשמינית מסבירות כי אנו תמיד עושים את הבחירה הטובה ביותר האפשרית עבורנו ברגע נתון, וכי בכל מצב ישנן לפחות שלוש אפשרויות בחירה (וינשטיין-זהר, 2019).

ראפור (Rapport)[17] : לפי גישת ה-NLP, ראפור מוגדר כ: "ביסוס אמון, הרמוניה ושיתוף פעולה במערכת יחסים". ניתן ליצור ולבסס ראפור על ידי יצירת קשר ישיר ואישי עם המטופל כמו גם התאמה קרובה ככל הניתן מבחינת שפת גוף, סגנון דיבור, תוכן, הכרה בעולם האמונות והערכים וכדומה.

לא ניתן להגזים בהדגשת והסברת החשיבות של הראפור ב-NLP, וזאת כיוון שזהו הבסיס המאפשר למטפל להבין ולהתאים את עצמו למטרותיו ולמפה המנטאלית של המטופל, ועל ידי כך לסייע לו לבצע שינוי. כמו כן, בטיפול בטראומה לראפור חשיבות ייחודית, וזאת עקב הצורך לבסס את ההווה כמקום בטוח (Andreas & Andreas, 1989; Bandler & Grinder, 1979; Dilts & Delozier, 2000).

קליברציה: היכולת "לקרוא" אדם ולקשר את התנהגויותיו הספציפיות וסימנים חיצוניים, עם תהליכים פנימיים או מצבים נפשיים ספציפיים. מיומנות הקליברציה באה לידי ביטוי במתן תשומת לב להבדלים לצורך השוואה בין מצבים רגשיים שונים של אותו האדם. הסימנים וההתנהגויות יכולים להיות טונוס שרירי הפנים, צבע עור (סומק, חיוורון) סוג הנשימה ועוד. שימוש מוצלח במיומנות זו מסייעת למנחה לבסס ראפור, כמו גם להוביל את המטופל בין מצבי אסוציאציה ודיסוציאצייה שונים (ראה הסבר בהמשך) (Dilts & Delozier, 2000; Vaknin, 2010).

עיגון (Anchoring): העיגון הינו תופעה טבעית המתחוללת באופן אקראי כאשר גירוי כלשהו (ראייתי, שמיעתי, תחושתי, ריח או טעם), מתקשר לתגובה רגשית, מחשבתית או התנהגותית. מדובר על למידה פבלובית לגירוי.

במונחי NLP, עיגון הוא יצירת קשר מכוון בין סימן מסוים למצב רגשי כלשהו, על מנת שניתן יהיה לשחזר את המצב הרגשי באופן קל ופשוט (Dilts & Delozier, 2000). מגע, מילה, מחווה, או תנועה יכולים לשמש ליצירת העוגן (Gray, 2011). בהקשר לפרוטוקול המחקר, העוגן מבוסס תוך שימוש במגע עדין בזרועו של המטופל ומתוזמן להיות בהתאמה לגילויים של סימני אסוציאציה /דיסוציאציה היכולים לכלול מנח גוף, נשימה, הבעת פנים, טון, קול וכו'. העוגן מהווה בסיס בטוח לעבודה עם המטופל. הוא יוצר בו זמנית חיבור (אסוציאציה) (ראה הסבר בהמשך) למצב חיובי עוצמתי וניתוק (דיסוציאציה) מהמצב הבעייתי/טראומטי.

חיבור וא-חיבור(ניתוק) - Association and Dissociation : מצב אסוציאטיבי (חיבור) מתרחש כאשר אדם חווה מציאות או זיכרון כמתוך גופו, כמתבונן דרך עיניו שלו, שומע דרך אוזניו שלו, חש את תחושותיו ומרגיש את רגשותיו. חיבור משמעו להיות או להיזכר בחוויה המיוצגת בכל החושים, בזמן הווה. **מצב דיסוציאטיבי (א-חיבור/ניתוק)** מתרחש כאשר אדם מתבונן בעצמו 'כאילו' מבחוץ,

[17] מקור המילה ראפור הינו צרפתי. מדובר ב: ברית טיפולית, קשר אמפאטי, קשר אוהד או קשר מותאם לאחר. מאחר ובעברית לא קיימת מילה אחת חלופית המציגה את משמעות המושג נוהגים בישראל להמשיך ולהשתמש במינוח המקורי.

רואה את עצמו כ׳דמות בסרט׳ המייצג את הזיכרון. בהתאם לכך, במצב של א-חיבור, האדם מנותק גם מהרגשות המתלווים לחוויה זו. חשוב להדגיש, כי בטרמינולוגיית ה-NLP במושג דיסוציאציה הכוונה היא למצב תודעתי רפלקטיבי, וזאת בניגוד לטרמינולוגיה הפסיכיאטרית בה המושג מייצג נטייה או/ו הפרעה פתולוגיות. דיטריך ושות׳ (Dietrich et al., 2000), מסביריפ את ההבדל באופן הבא: התנתקות מטראומה באמצעות הליכים המבוססים על VK/D, שונה מההתנהגות דיסוציאציה טראומטית המופיעה כתגובה לחוויה עוצמתית. דיסוציאציה טראומטית מתרחשת עם דרגות של חומרה, החל מדיסוציאציה ראשונית דרך שניונית ועד שלישונית. דיסוציאציה או ניתוק ראשוני מתייחס לאלמנטים הסנסוריים והרגשיים של האירוע הטראומטי, ובכך חלק מהאספקטים של החוויה נותרים מבודדים מהמודע ועולים למודע בצורה של זיכרונות חודרניים, סיוטים ופלשבקים. דיסוציאציה שניונית (peri-traumatic), כוללת דיסוציאציה ראשונית של הקוגניציה וגם את החוויה של עזיבת הגוף וצפייה בטראומה כאילו ממרחק. על פני השטח, הגדרה זו נראית דומה להגדרתו של פרום בנוגע לדיסוציאציה בין האגו הצופה לאגו החווה. דיסוציאציה שלישונית מערבת ניתוק מהקוגניציה, הרגשות, והתחושות; החוויה הדיסוציאטיבית של עזיבת הגוף; ודיסוציאציה של מצב אגו מובחן (כמו בהפרעת אישיות דיסוציאטיבית). כנראה שההליכים הכוללים ב-NLP דיסוציאציות מזמנים מצבים הדומים לדיסוציאציה השניונית אך לא מנתקים מהקוגניציה המודעת. יתרה מזאת, הניתוק מהתחושה הקינסתטית מתרחשת בסביבה מבוקרת באמצעות הכוונתו של המטפל, ולא כתגובה מתווכת ביולוגית למצבי לחץ.

מיומנות המעבר בין מצב חיבור למצב של א-חיבור מאפשרת: (1) חיבור לזיכרונות נעימים ולחוויות המהוות משאב מעצים. (2) ניתוק מחוויות קשות ומזיכרונות לא נעימים העלולים להוות מכשול בפני השגת תוצאות רצויות בחיים. ישנם סימנים פיזיולוגיים המעידים על החיבור והניתוק הרגשי. ניתן להבחין כי כאשר אדם נמצא במצב של חיבור, תנוחת ותנועות הגוף יהיו ערניות ודינאמיות יותר, ואילו במצב של ניתוק, תנוחות ותנועות הגוף יהיו פאסיביות או במנוחה מוחלטת (Dilts & Delozier, 2000).

שינוי מצב: על מנת לסייע למטופל לעבור במהירות ממצב רגשי אחד לאחר יש להשתמש בשאלות ניטרליות המחזירות אותו לכאן ולעכשיו. דוגמא לשאלה משנת מצב: ״אמור לי את מספר הטלפון שלך הפוך מהסוף להתחלה״ – שאלה שכזו מכוונת את המטופל לאזור עיבוד מידע ויזואלי ומוציאה אותו במהירות מהתחום הרגשי. בהקשר האמור, נעשה שימוש בשינוי מצב לאחר שהמטופל נכנס למצב הרגשי שקשור לאירוע הטראומטי, וזאת על מנת להפסיקו, כאשר ישנו רווח משני של תחושת שליטה מוגברת (Andreas & Andreas, 1989; Bandler, 1985; Bandler & Grinder, 1979).

מודל O.T.O.T.E - Outcome, Test, Operate, Test, Exit: קארל פריברם, ג'ורג' מילר ויוג'ין גלנטר הציגו את מודל ה – TOTE בשנת 1960 בספרם "תוכניות ומבנה ההתנהגות". המודל הסביר כיצד אנו מגיבים ופועלים על מנת להשיג את מטרתנו על ידי שימוש בעקרונות של משוב והיזון חוזר (forward feedback & feed). במודל ה – TOTE ישנו אומדן בלתי פוסק של המצב המצוי והמצב הרצוי, כאשר ממשיכים לפעול עד שהפער הנ"ל מצטמצם לרמה משביעת רצון. בשיטת ה-NLP, הוספה למודל הגדרת המטרה (OUTCOME) והמודל משמש על מנת להעמיד מטרה ויעדים אותם המטופל מעוניין להשיג בתחילת הטיפול, תוך אומדן של המצב ההתחלתי. טכניקות ה-NLP מסייעות למטופל לצמצם את הפער עד להגעה למטרה הרצויה (McDonald, 2001).

כחלק ממודל זה, ה-NLP פועל במבנה הכולל שלוש שאלות מפתח המלווה את סדרת המפגשים: (1) מה אתה רוצה להשיג? (בהקשר של האירוע הטראומטי) (2) איך תדע שהשגת את המטרה? (3) מה מונע ממך להשיג את המטרה?. הגדרת מטרה ויעדים הינה אסטרטגיה הפונה במיוחד לאונות המוח הקדמיות המופקדות על החשיבה והתכנון (Miller & McEwen, 2006). הדבר מסייע לעקוף את מעורבות האמיגדלה ומאפשר ליצור מבנה גם במצבים של כאוס.

השאלה איך תדע שהשגת את המטרה מכוונת לקבלת תשובה מבוססת חושים: מה תראה?, מה תשמע?, וכדומה. שאלות אלה מפעילות אצל המטופל מפות נוירולוגיות סנסוריות ספציפיות המייצגות את השגת המטרה ובאמצעות 'חוק הב'[18] גורמות לחיזוק הקשרים הנוירואליים בין מפות אלה לבין המילים ששימשו להגדרת המטרה (Pascual-Leone et al., 1995). השאלה מה מונע ממך להשיג את המטרה מכוונת את המטפל לאחד מתהליכי ה-NLP הרלוונטיים וזאת בהתבסס על תשובתו של המטופל: האם מדובר בתמונה/ קול / תחושה או סרט.

ריפריימינג (Reframing): בני אדם נותנים פירושים להתרחשויות. הפירושים משפיעים על התגובות (ההתנהגות, הרגשות והמחשבות). דהיינו, שינוי באופן הפירוש מאפשר שינוי במהלך כל מעגל החוויה. הריפריימינג הינו מיקום התמונה במסגרת אחרת ובמילים אחרות, מתן פירוש אחר לאותו המצב (בדרך כלל פרשנות חיובית יותר (Dilts & Delozier, 2000).

שפה אריקסוניאנית: ד"ר מילטון אריקסון, אחד מארבעת דמויות המודל לפיתוח ה-NLP, היה פסיכיאטר, פסיכולוג והיפנותרפיסט אמריקאי. בעבודתו הירבה להשתמש בתת-המודע ככלי לפתרון בעיות. ד"ר אריקסון פיתח שפה מיוחדת, הכוללת הכללות, השמטות ועיוותים ונודעה עם השנים כשפה אריקסוניאנית, הקרויה לעתים גם שפת ההשפעה. שפה זו מבוססת על שימוש נרחב בסיפורים מטאפוריים, הדגשת החיובי, העצמה ועידוד היצירתיות.

---

[18] **חוק הב:** שינוי סינפסות בעקבות פעילות עוקבת של ניורונים: אם באופן עקבי ניורון A יורה בעקבות ניורון B אזי הקשר הסינאפטי ביניהם מתחזק- "יורים ביחד נקשרים אחד לשני".

תתי־חושים (Sub-Modalities): לכל אחד מחמשת החושים מאפיינים המכונים "תתי חושים" (Sub-Modalities). תתי חושים של חוש הראיה למשל יהיו בהירות, צבע-שחור-לבן, חדות, מרחק וכו'. תתי חושים של חוש השמיעה יהיו וליום, מהירות, קצב, מונו/סטריאו וכו' – כך עבור יתר החושים. הרכב תתי החושים קובע את האופן בו נרשמים הדברים בזיכרון ואת הפרשנות האישית הניתנת למציאות. שינוי בתתי החושים משנה את הרגש, את המחשבות ואת האמונות הנלוות לזיכרון (Andreas & Andreas, 1989; Vaknin, 2010).

כאמור, המיומנויות המפורטות מעלה מהוות את התשתית לעבודת מטפל NLP באופן עקרוני ובייחוד בהקשר של עבודה בתחום ה – PTSD. ביסוס הראפור מניח את התשתית לעבודת שינוי בטוחה בעיקר בשל ההקשר הטראומטי של החוויה. הנחות היסוד מנחות את המטפל בגישתו לטיפול ולמטופל ומיומנות הקליברציה מאפשרת למטפל "לדעת" היכן נמצא המטופל בכל רגע בתהליך. מודל ה-O.T.O.T.E. יוצר את תרשים הזרימה של סך ההליכים המופעלים בעוד שינוי המצב והעיגון הינן מיומנויות הנדרשות להפעלה מוצלחת של ההליכים הרלוונטיים. הריפריימינג הינו כלי שפתי בידי המטפל לסייע למטופל להגדיר מחדש סוגיות העלולות להוות מכשול בדרך להשגת מטרת ההחלמה. תתי החושים ומצבי האסוציאציה והדיסוציאציה הינם חלק מהאופן בו מקודד הזיכרון הטראומטי, וההליכים המופיעים בפרוטוקול מתבססים על עבודת זיהוי ושינוי קידוד זה על מנת לאפשר למטופל להיות מסוגל להיזכר באירוע הטראומטי ללא הרגשות הקשים הנלווים.

הפקולטה לרפואה
ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב
מכבי
שירותי בריאות
את חשה
באחת או יותר
מהתופעות הבאות?
חוסר רצון להיכנס להריון נוסף וויתור על ילדים נוספים
הימנעות מלהגיע לביקורת רפואית
הימנעות ממחשבות או מדיבור על הלידה
חלומות רעים וסיוטים על הלידה
חרדה כשמזכירים את הלידה
עצבנות ועוררות יתר (רגישות יתרה, קופצנות)
התפרצויות זעם
חוסר מנוחה
האשמה עצמית מוגברת/ האשמת האחר
פחדים (מהיריון ולידה נוספים ועוד)
בימים אלה נערך מחקר בנושא: לידה טראומטית, אבחון וטיפול
ב׳מכבי שירותי בריאות׳ בראשות הפסיכיאטרית ד״ר ג׳ודית ריידמן-הלפר
ויפעת וינשטיין-זהר, דוקטורנטית מהפקולטה לרפואה באונ׳ ת״א.
את מוזמנת לפנות אלינו, להשתתף במחקר ולקבל טיפול (ללא עלות).
מתאמת המחקר: אסנת מצא-בנימין טל׳: 052-6717787 מייל: mb.asnat@gmail.com

פוסט טראומה בעקבות לידה

Post Partum Post Traumatic Stress Disorder (PPPTSD)

איך מזהים טראומה / חרדה לאחר (בעקבות) לידה?

אם את חשה אחת או יותר מהתופעות הבאות:

- תגובות חרדה כשמזכירים את הלידה
- חלומות רעים וסיוטים על הלידה
- דמעות מהחשבות או מדבור על הלידה
- דמעות מלוגיע לביקורת רפואית
- חוסר מנוחה
- התפרצויות זעם
- האשמה עצמית מוגברת או האשמת האחר
- עצבות ועוררות יתר (רגישות יתר, קופצנות)
- פחדים מחדירים ולידה נוספים (ועוד)
- חוסר רצון להכניס להריון נוסף ויותר על ילדים נוספים בכלל

חשוב ביותר לאתר תסמינים אלה מוקדם ככל האפשר ובמסגרת לידה על מנת לטפל ולהעלות את סיכויי ההחלמה.

מהי פוסט טראומה בעקבות לידה?

בעבר לידה הינה חזק בריא ממעגל החיים הרי שהלידה עצמה הינה אירוע שעלולים לגרום בו סיבוכים. גם במצבים בהם הלידה מוגדרת כתקינה מבחינת רצוות הרפואה, חוויית הלידה, כפי שהיא נתפסת על ידי היולדת, נשארה לגרום שנה ולפחות כחוויה קשה עד טראומטית.

באם חוויית הלידה התממשה לגלות אותך בחוי יום באופן לא שגרתי הסיכון הלידה מעורר בך החלטות לא נעימים/פחדים עד תסמינים פיזיולוגיים תקן ומדובר בפוסט טראומה הזכר עשוי להתבטא בהחשבות טורדניות בעלות אופי מאוד לא נעים.

הסיכון הלידה "פולשני" כסיכון שחדרי ובלתי רצוני הניסיונות להתמנע מהן אינם מצליחים זאת.

התקף החוזר ההתנהגותיים עלולים להתבטא בדופק גבוה, קשיי נשימה, תחושות פחד, קשיים בשינה ועוד..

מחקרים מהעולם האחרונות מעלים כי שכיחות התופעה הקרויה "פוסט טראומה בעקבות לידה" (PPPTSD – Post Partum Post Traumatic Stress Disorder) נעה בין 1%-6% (בהתאם מלא של התסמונת) ובאופן חלקי בין 6.8% ל-28%.

איך מטפלים בפוסט טראומה בעקבות לידה?

ישנם קיימים מספר סוגי טיפולים, מתורכזים בהיבטים ניתן למנות:

- פסיכולוגי דינאמי
- קוגניטיבי התנהגותי
- קבוצתי מבוסס גישה קוגניטיבית התנהגותית
- תרופתי

חשוב לפנות לאבחון על מנת לאתר ולזהות את הקושי/הצורך התסמונת כך שניתן יהיה להתאים את סוג הטיפול הרצוי.

בימים אלה נערך מחקר במכבי שירותי בריאות הפסיכיאטרית ד"ר ג'וזית הי זמן-הלפר ופנת וינשטין זוהר, דוקטורנטית מהפקולטה לרפואה באוניברסיטת.

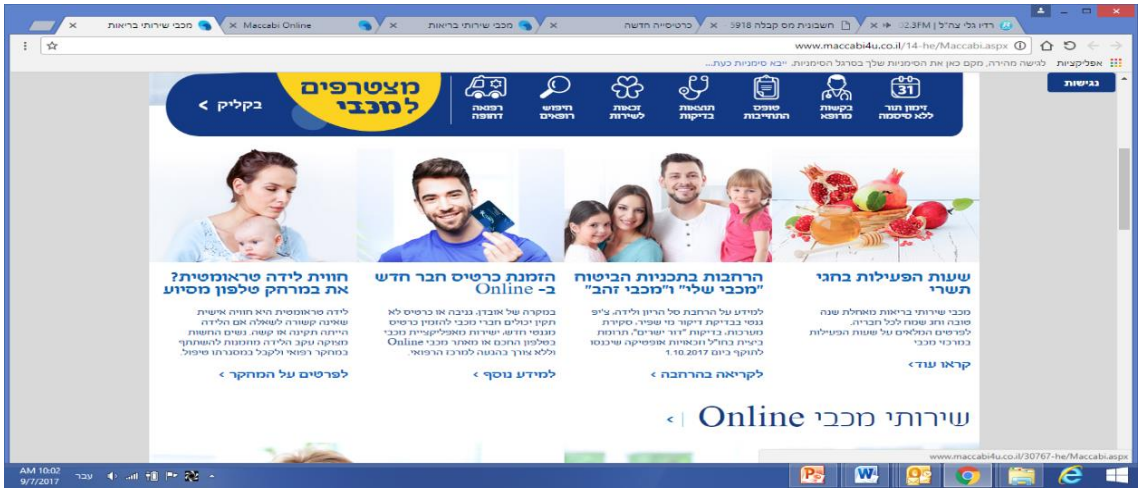
המחקר בוחן טיפול בגישת:
NLP Neuro Linguistic Programming
NLP הוא שיטת התערבות ייחודית שמטרתה לסייע לאדם להגיע לשינוי התנהגותי רפואי מהיר יותר שמבין תהליכים נוירולוגיים (א"ק לשניים (ל) התנהגויות (נ) ותחושות (ר) במטרה לאפשר שינויים חפי מתים, מחשבתיים והתנהגותיים.

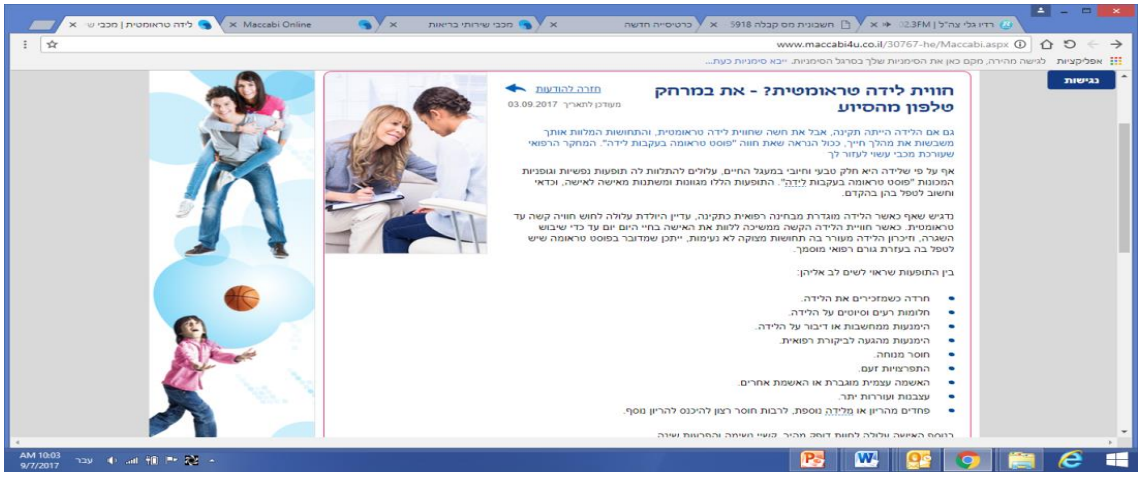
באם הנך מתמודד אחד או יותר מהתסמינים, או מתמונת אותך לפנות אלינו, להשתתף במחקר ולקבל טיפול.

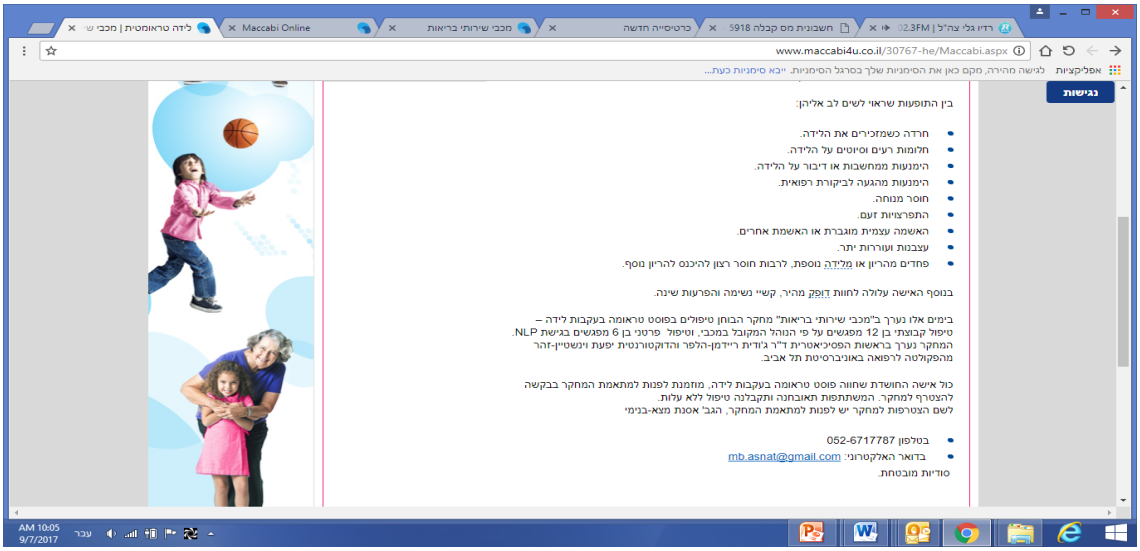
כל פניה תתקבל אישית ותקבל מענה אישי על ידי מתאמת המחקר:
אסנת מצא-בירמן
טל': 052-6717787 מייל: mb.asnat@gmail.com
-סודיות מובטחת-

תודה על שיתוף הפעולה,
ד"ר ג'וזית הי זמן-הלפר ופנת וינשטין-זוהר

נספח מס' 15 – פרסום באתר מכבי







נספח מס' 16 – הצהרות חתומות בנוגע להתנהגות ראויה במחקר וניגוד עניינים

אוניברסיטת תל-אביב

רשות המחקר

הצהרה בנוגע ל:

התנהגות ראויה במחקר וניגוד עניינים

[נוסח מעודכן ל- _____]

לכל מחקר נחוצה לפחות הצהרה אחת כזו, מטעמו של אחד החוקרים הראשיים. היא תמסור לרשות המחקר, בשלב הרלבנטי מבין אלה: הגשת הצעת המחקר, פתיחת דף התקציב או השינוי בו.

שם: ד"ר ג'וזי הלפר-רוידמן **טלפון:** 0507395820 **דוא"ל:** HELFER_J@mae.org.il

שם המחקר אליו מתייחסת ההצהרה: מחקר הערכת השלכות לבחינת טיפול באמצעות פרוטקול (NLP) בהפרעה לטיפול בפרוטקול מקדם (PPPTSD) Neuro-Linguistic-Programing Post Partum Post Traumatic Stress Disorder

הממן: _____ **מס' תקציב (אם כבר נקבע):** _____

תפקידי במחקר זה: X חוקר (*) ראשי

____ אחר, פרט: _____

אני מצהיר בזאת בחתימתי, כדלהלן: (נא לסמן ב- ___ את הסעיפים אליהם מתייחסת הצהרתך).

___ קראתי את "תקנון התנהגות ראויה במחקר" ואת ה"תקנון בנוגע לניגוד עניינים במחקר" והבנתי את החובות החלות עלי בגינם.

___ (סעיף זה רלבנטי רק לחוקר ראשי במחקר) ווידאתי ואוודא שכל אחד מהפועלים בשיתוף עמי ו/או מטעמי במחקר זה חתם ו/או יחתום (עם תחילת מעורבותו במחקר זה) בעצמו על הצהרה כזו ואשמור עמי את הצהרותיהם לתיעוד ולביקורת, במשך לפחות שנתיים מתוך המחקר.

___ לא הייתי מצוי, אינני מצוי ואינני צופה שאהיה מצוי במצב של ניגוד עניינים, בהקשר למחקר זה.

___ הייתי מצוי ו/או אני מצוי ו/או אני צופה שאהיה מצוי במצב של ניגוד עניינים, בהקשר למחקר זה. לכן, כנדרש בתקנון, ___ הודעתי לסגן הנשיא למחקר ופיתוח, בתפקידו כיו"ר הוועדה לניגוד עניינים במחקר, על מצב זה.

תאריך 19/5/16 חתימה _____

ד"ר ג'וזי הלפר-רוידמן
מומחית בפסיכיאטריה
מנהלת מרפאת בריאות הנפש
ראשל"צ מערב-חולון-בת ים
מ.ר. 31666, מ.ר.מ. 22868

* לשון זכר מתייחסת במסמך זה כמובן לבני שני המינים.

תקנונים/התנהגות ראויה במחקר [82395]
13.4.2010

אוניברסיטת תל-אביב

רשות המחקר

תצהרת בנוגע ל:

התנהגות ראויה במחקר וניגוד עניינים

[נוסח מעודכן ל-_____]

לכל מחקר נחוצה לפחות הצהרה אחת כזו, מטעמו של אחד החוקרים הראשיים. היא תמסור לרשות המחקר, בשלב הרלבנטי מבין אלה: הגשת הצעת המחקר, פתיחת דף התקציב או השינוי בו.

שם: יעל ינשלין-צמח **טלפון:** 050-3660077 **דוא"ל:** YFAT@20HAR2EEV.CO.IL

שם המחקר אליו מתייחסת ההצהרה: שיפור היכולת השפתית לנשים בתקופת (קשב) Post Partum Post Traumatic Stress (PPPTSD) בשיטת Neuro-Linguistic-Programming Disorder

הממן: — **מס' תקציב (אם כבר נקבע):** _____

תפקידי במחקר זה: _____ חוקר (*) ראשי

_____ אחר, פרט: דוקטורנטית

אני מצהיר בזאת בחתימתי, כדלהלן: (נא לסמן ב- ___ את הסעיפים אליהם מתייחסת הצהרתך).

✓ קראתי את "תקנון התנהגות ראויה במחקר" ואת ה"תקנון בנוגע לניגוד עניינים במחקר" והבנתי את החובות החלות עלי בגינם.

✓ (סעיף זה רלבנטי רק לחוקר ראשי במחקר) וידאתי ואוודא שכל אחד מהפועלים בשיתוף עמי ו/או מטעמי במחקר זה חתם ו/או יחתום (עם תחילת מעורבותו במחקר זה) בעצמו על הצהרה כזו ואשמור עמי את הצהרותיהם לתיעוד ולביקורת, במשך לפחות שנתיים מתוך המחקר.

✓ לא הייתי מצוי, אינני מצוי ואינני צופה שאהיה מצוי במצב של ניגוד עניינים, בהקשר למחקר זה.

___ הייתי מצוי ו/או אני מצוי ו/או אני צופה שאהיה מצוי במצב של ניגוד עניינים, בהקשר למחקר זה. לכן, כנדרש בתקנון, ___ הודעתי לסגן הנשיא למחקר ופיתוח, בתפקידו כיו"ר הוועדה לניגוד עניינים במחקר, על מצב זה.

תאריך 5/5/16 חתימה _____

* לשון זכר מחייחסת במסמך זה כמובן לבני שני המינים.

נספח מס' 17 – אישור ועדת האתיקה

●●● Academic Secretariat
Senate Office

TEL AVIV UNIVERSITY אוניברסיטת תל אביב

●●● המזכירות האקדמית
מדור הסנאט

19 במרץ 2020

לכבוד
פרופ' אבי בלייך
הפקולטה לרפואה
כ א ן

שלום רב,

הנדון: עבודת מחקר בנושא: טיפול בגישת Neuro Linguistic Programming (NLP) בנשים שחוות פוסט טראומה בעקבות לידה טראומטית (PPPTSD – Post Partum Post Traumatic Stress Disorder) – חקר מקרים מרובה משלב שיטות (Mixed Methods)

הצעת המחקר הנ"ל עומדת בקריטריונים של ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל-אביב.

לידיעת החוקר: האישור הוא אישור אתי בלבד.

אני מאחל לך הצלחה בהמשך המחקר.

בפני ועדת האתיקה המוסדית הוצג אישור לביצוע ניסוי רפואי בבני-אדם מאת מנהל בי"ח אסותא. הניסוי מאושר ל-30 משתתפים.

תוקף האישור: 29.7.20.

*** לתשומת לב החוקרים: בקשות להארכת אישור יוגשו חודש לפני פקיעת תוקפו של האישור.**

ב ב ר כ ה,
פרופ' מאיר להב
יו"ר ועדת אתיקה אוניברסיטאית

העתק:
גב' יפעת זהר וינשטיין, הפקולטה לרפואה

אוניברסיטת תל-אביב
ועדת האתיקה האוניברסיטאית

●●● קריית האוניברסיטה, ת"ד 39040, רמת אביב, תל אביב 6139001 | טל': 03-6409673 | פקס: 03-6408778
Tel Aviv University, P.O.B. 39040, Ramat Aviv, Tel Aviv 6139001, Israel | TEL: +972-3-6409673 | FAX: +972-3-6408778

נספח מס׳ 18 – טופס הסכמה מדעת

אני החתום[19] מטה:

שם פרטי:	שם משפחה:
מס׳ תעודת זהות:	
כתובת:	מיקוד:

1) מצהיר בזה כי אני מסכים להשתתף בניסוי רפואי, כמפורט במסמך זה.

2) מצהיר בזה כי איני משתתף בזמן חתימת מסמך זה, בניסוי רפואי אחר הכרוך בשימוש במוצר מחקר כלשהו, וכי אני מתחייב לא להשתתף בכל ניסוי רפואי אחר הכרוך בשימוש במוצר מחקר במשך כל תקופת ניסוי זה.

3) מצהיר בזה כי הוסבר לי על-ידי:

שם החוקר המסביר:

3.1) כי החוקר הראשי (שם הרופא): **ד״ר ג׳ודית ריידמן-הלפר** קיבל ממנהל המוסד הרפואי **(מכבי)**, אישור לביצוע הניסוי, כמשמעותו בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם תשמ״א-1980), להלן הניסוי הרפואי.

3.2) כי הניסוי הרפואי נערך בנושא: **טיפול בגישת NLP בנשים שחוות פוסט טראומה בעקבות לידה טראומטית**

חקר מקרים מרובה משלב שיטות(Mixed Methods)

3.3) כי לחוקר הראשי ולחוקרי המשנה **יש זיקה**[20] ליזם הניסוי **(ד״ר ג׳ודית ריידמן-הלפר)**. אם יש, פרט: **המחקר נערך על ידי יפעת וינשטיין - זהר במסלול לדוקטורט בפקולטה לרפואה אוניברסיטת תל אביב**

3.4) כי אני חופשי לבחור שלא להשתתף בניסוי הרפואי, וכי אני חופשי להפסיק בכל עת את השתתפותי בניסוי, כל זאת מבלי לפגוע בזכותי לקבל את הטיפול המקובל.

3.5) כי במקרה של מילוי שאלון – אני רשאי שלא לענות על כל השאלות שבשאלון או על חלק מהן.

3.6) כי מובטח לי שזהותי האישית תשמר סודית על-ידי כל העוסקים והמעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום, כולל בפרסומים מדעיים.

3.7) כי המוסד הרפואי פעל להסדרת כיסוי ביטוחי הולם של החוקרים, הרופאים והצוות הרפואי העוסקים בניסוי הקליני מפני תביעות שיוגשו ע״י משתתפים בניסוי הקליני ו/או תביעות צד ג׳

[19] הטופס נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים.

[20] קשר של העסקה בשכר, או קשר מסחרי או עסקי, או קשר משפחתי או אישי, וכל קשר אחר, לרבות קשר של כפיפות בעבודה, שיש בו כדי לעורר חשש לקיום ניגוד עניינים או תלות.

הקשורות עם הניסוי הקליני בין בתקופת ביצוע הניסוי ובין לאחריו. אין באמור כדי לפגוע בזכויותיי על פי כל דין.

3.8) כי מובטחת לי נכונות לענות לשאלות שיועלו על-ידי וכן האפשרות להיוועץ בגורם נוסף (לדוגמא רופא-משפחה, בני משפחה וכו'), באשר לקבלת החלטה להשתתף בניסוי הרפואי ו/או להמשיך בו.

3.9) כי בכל בעיה הקשורה לניסוי הרפואי אוכל לפנות ל-**ד"ר ג'ודית ריידמן-הלפר**

בטלפון/נייד: **03-6476111 050-7395820,** בכל שעות היממה. עלי לדווח מיד לרופא שפרטיו לעיל על כל בעיה רפואית, פציעה או אירוע בריאותי אחר העשוי להיות קשור למחקר. אם אפגע כתוצאה מהשתתפותי במחקר, עלי לפנות אל רופא המחקר על מנת לקבל טיפול רפואי מתאים וכן פרטים נוספים על זכויותי בהקשר זה. חתימה על טופס זה אינה גורעת מזכויותי לפי החוק.

4) מצהיר כי נמסר לי מידע מפורט על הניסוי הרפואי, על פי הנושאים המפורטים להלן:

4.1) **רקע כללי וחשיבות הניסוי.** מטרת מחקר זה היא לבחון את האפשרות של שימוש בפרוטוקול Neuro Linguistic Programming (NLP) לטיפול בהפרעת דחק פוסט טראומטית בקרב נשים שפתחו הפרעה זו בעקבות לידה (Post-Partum Post Traumatic Stress Disorder - PPPTSD).

PPPTSD הינה מקרה פרטי של פוסט־טראומה המתפתחת בעקבות לידה טראומטית. שכיחות התופעה נע בין 8% ל- 28% (פוסט טראומה מלאה או חלקית).

NLP הינה שיטת התערבות ייחודית שניתן לשייכה לזרם הקוגניטיבי-התנהגותי הפועלת במרחב הקשר שבין תהליכים נוירולוגיים (N) לשוניים (L) והתנהגויות נלמדות (P) במטרה לאפשר שינויים תפיסתיים, מחשבתיים והתנהגותיים.

עד כה לא נערכו מחקרים הבוחנים את ה NLP בהקשר ל PPPTSD.

יחד עם זאת, עדויות מהפרקטיקה הקלינית, מצביעות על יעילותה בהקשרים אחרים.

4.2) **מטרת הניסוי.** לבחון את האפשרות של שימוש בפרוטוקול NLP להפרעת דחק פוסט טראומטית בקרב נשים שפיתחו הפרעה זו בעקבות לידה

4.3) **מספר המשתתפים בניסוי.** מספר המשתתפים ייקבע לפי מיצוי שדה המחקר כמקובל במחקר איכותני. כלומר, להגיע למספר משתתפים שיאפשר ניתוח מידע, הבנה של ממצאים וייכולת להסיק מסקנות (סביב 30 נבדקים).

4.4) **התקופה הצפוייה למשך ההשתתפות בניסוי.** משך זמן הטיפול - 5 מפגשים שבועיים (כל מפגש נערך כשעה). לכך יש להוסיף שני מפגשים עם הנבדקת הנערכים מרגע הגיוס עד לתחילת הטיפול האחד עם מתאמת המחקר והשני עם הפסיכיאטרית החוקרת הראשית (בין שעה לשעתים סה"כ). בנוסף מפגש אחד לאחר סדרת המפגשים עם יוזמת המחקר (בין שעה לשעתיים). מרגע הפניה עד אחרון הראיונות כשנה.

4.5) **שיטות- תיאור מוצר המחקר, תיאור בקצרה של ההליכים השונים במשך תקופת הניסוי (טיפול ומעקב), תוך הבחנה ברורה בין ההליכים המחקריים לבין ההליכים המקובלים ברפואה.**

המשתתפת במחקר יוצרת קשר ראשוני מיוזמתה עם מתאמת המחקר ועונה על מספר שאלות שמטרתן לבחון את התאמתה למחקר. באם הפונה עונה על הקריטריונים להכללה היא מקבלת הסבר על מהות ותהליך המחקר. במידה והיא נמצאת מתאימה למחקר, נקבעת פגישה בין המשתתפת לחוקרת הראשית, הפסיכיאטרית ד"ר ג'ודית ריידמן-הלפר. הפגישה נערכת במרפאת בריאות נפש מכבי הקארדו ראשל"צ ואורכה כשעה. הפסיכיאטרית מחתימה אותה על טופס הסכמה מדעת ועורכת אבחון הכולל שיחת אינטייק ושאלוני אבחון. במידה והפונה נמצאת מתאימה למחקר ע"י החוקרת הראשית, היא מתקבלת למחקר וממשיכה לריאיון עם מתאמת המחקר הכולל שיחה בה מתארת האישה במלל חופשי את מהלך הלידה ובהמשך נערך מילוי שאלונים נוסף. בשלב זה מתואמת פגישה ראשונה בין המשתתפת לחוקרת המשנה מטפלת NLP הפסיכולוגית סיגל הרשקו - יבור בקליניקה בפתח -תקוה. בהמשך מתאמות המשתתפת והמטפלת סדרה של 5 מפגשי טיפול NLP. כל המפגשים עם המטפלת יוקלטו לצורך ניתוח אייכותני, וההקלטות תהיינה מקודדות וללא שם בכל צורה. בתום סדרת המפגשים תיפגשנה כל אחת מהמשתתפות עם יוזמת המחקר, חוקרת המשנה הדוקטורנטית יפעת וינשטיין-זהר לריאיון מסכם. כחלק מהנוהל במרפאת בריאות הנפש מוזמנות המשתתפות לפגישות תקופתיות עם ד"ר ג'ודית ריידמן-הלפר.

4.6) **היתרונות הצפויים למשתתף או לאחרים, כתוצאה מהניסוי.**

מכיוון שמדובר בניסוי שנועד להעריך את יעילות השימוש בפרוטוקול הטיפול לצורך, טיפול בהפרעת דחק פוסט טראומטית בקרב נשים שפתחו הפרעה זו בעקבות לידה, לא ניתן להבטיח יתרונות ישירים למשתתפת.

במידה וימצא כי שיטת ה- NLP יעילה במניעה/צימצום PTSD צפויה הקלה בסימפטומים של PTSD, תוך התייחסות למרכיבים ממעגל החיים כגון : ערך עצמי, תפקוד, צמיחה פוסט טראומטית ועוד. כמו כן, הדבר יפתח אפשרויות לשימוש נרחב יותר (בהקשרי PTSD נוספים כגון : נפגעי נפגעות תקיפה מינית , תאונות דרכים, פיגועים ועוד)

4.7) **הסיכונים הידועים ו/או אי-הנוחות שניתן לחזותם למשתתף במחקר. במידה שיש בניסוי הרפואי סיכון למשתתף - הסבר על הטיפול הרפואי שיקבל במקרה של פגיעה בבריאותו והאחריות לנתינתו.**

חוסר שיפור בסימפטומים של PTSD, החמרה בסימפטומים.

במידה והמשתתפת תרצה להפסיק את ההשתתפות או באם חוקרת המשנה, הפסיכולוגית המלווה תסיק שיש הצדקה להפסקת ההשתתפות במחקר מפאת חוסר שיפור או החמרה או כל סיבה אחרת – תופנה המשתתפת מיידית לחוקרת הראשית, הפסיכיאטרית, ריידמן-הלפר להמשך טיפול.

אין סיכונים ידועים.

4.8) **מחקר זה אינו כולל איסוף רקמות / דגימות**

4.9) **מידע רלוונטי אחר (כפי שנמסר על-ידי יזם הניסוי).**

כל המידע שינתן ע"י המשתתפות ישמר בקלסרי המחקר בארון בעל גישה רק לבעלי הרשאה קרי, החוקרות המשתתפות במחקר. שני אתרי אכסון: האחד במכבי שירותי בריאות, מרפאת בריאות הנפש ראשל"צ מערב ובכתובת היזמית-חוקרת

5) מצהיר בזה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינותי את כל האמור לעיל. כמו-כן, קיבלתי עותק של טופס הסכמה מדעת זה, נושא תאריך וחתום כדין.

6) עם חתימתי על טופס הסכמה זה, אני מתיר ליזם הניסוי הרפואי (באמצעות החוקר הראשי) גישה לתיקי הרפואי, וכן לוועדת הלסינקי המוסדית, לגוף המבקר במוסד הרפואי ולמשרד הבריאות גישה ישירה לתיקי הרפואי, לשם אימות שיטות הניסוי הרפואי והנתונים הקליניים. גישה זו למידע הרפואי שלי תבוצע תוך שמירת סודיות, בהתאם לחוקים ולנהלים של שמירת סודיות.

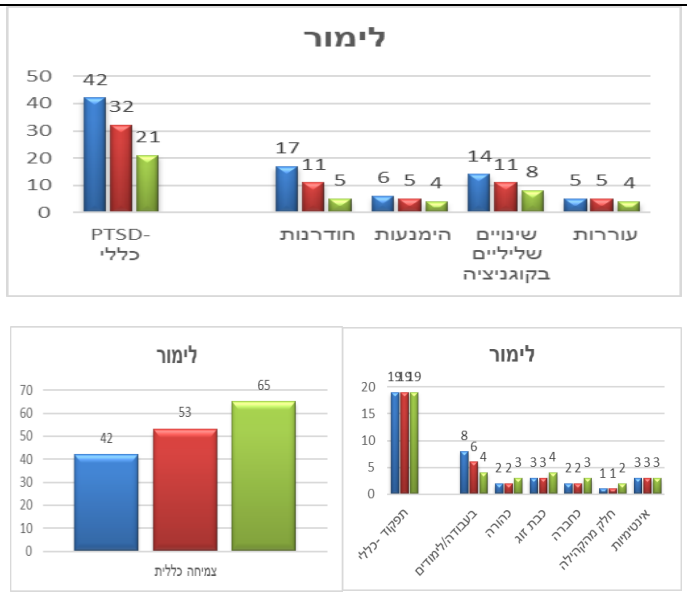
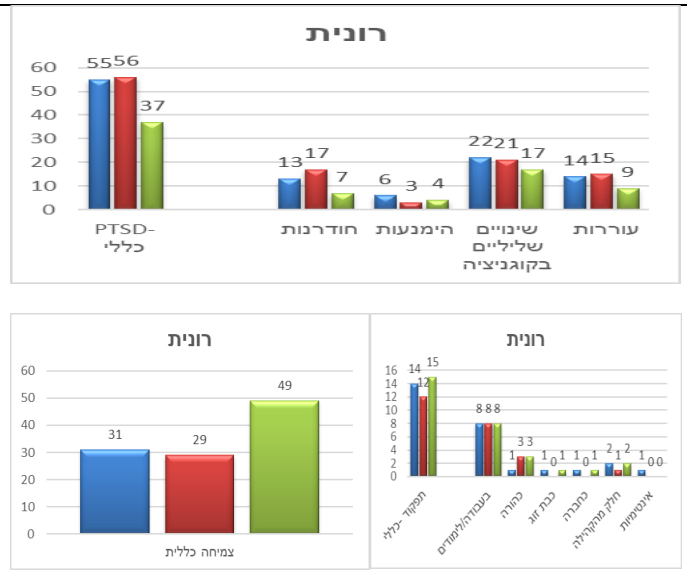
שם המשתתף בניסוי הרפואי	חתימת המשתתף בניסוי	תאריך

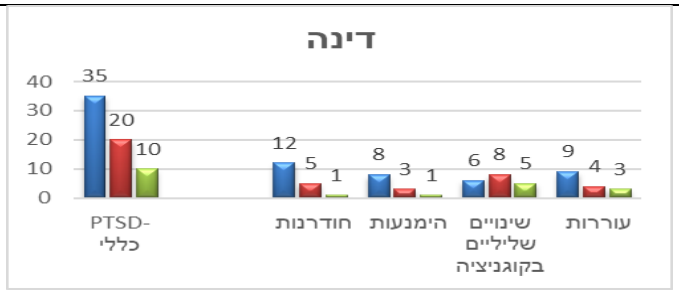
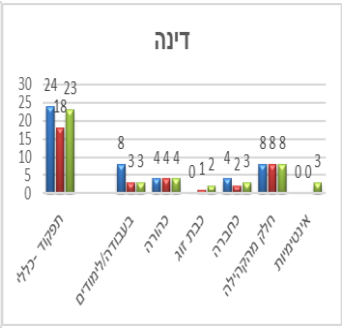
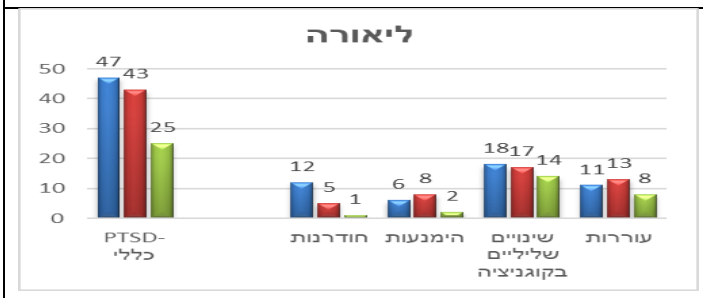
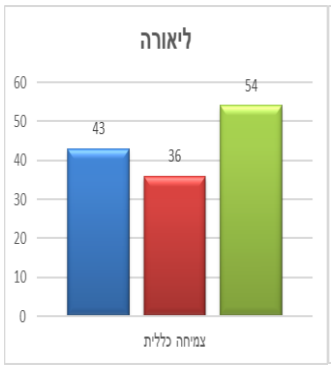
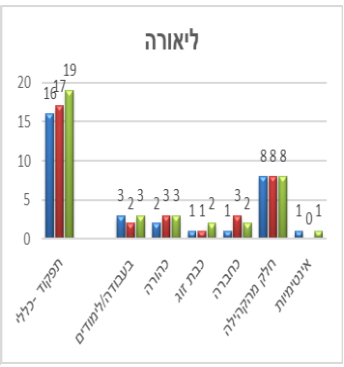
הצהרת החוקר / חוקר המשנה:

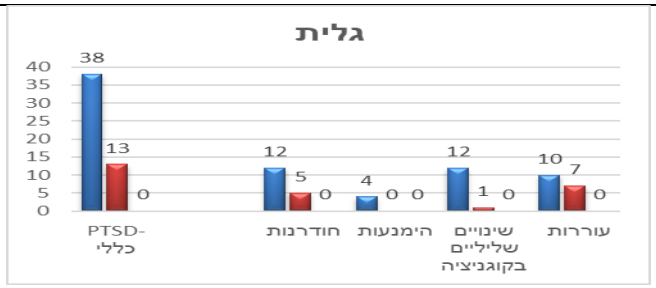
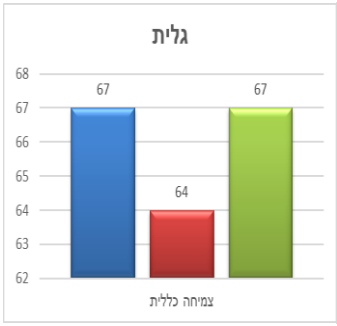
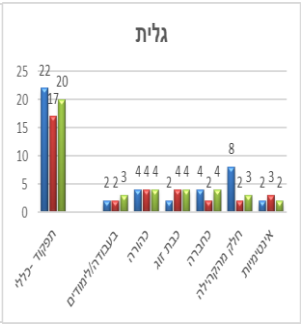
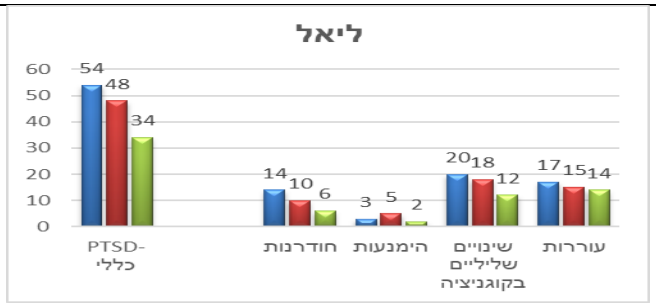
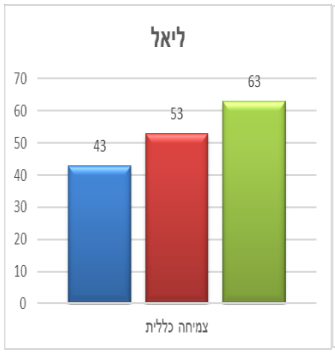
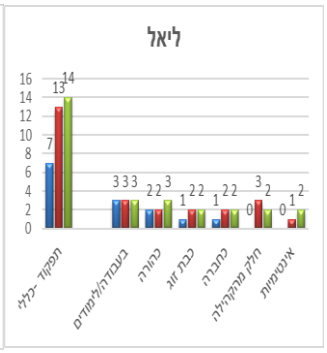
ההסכמה הנ"ל נתקבלה על-ידי, וזאת לאחר שהסברתי למשתתף בניסוי הרפואי כל האמור לעיל וכן וידאתי שכל הסבריי הובנו על-ידו.

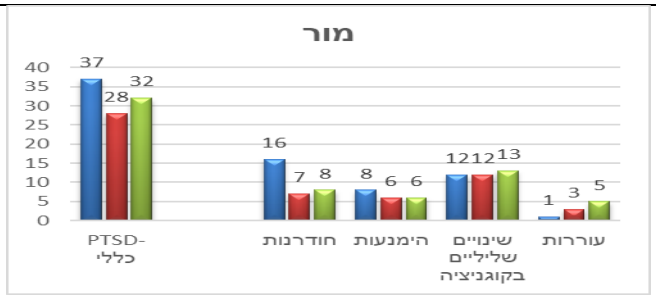
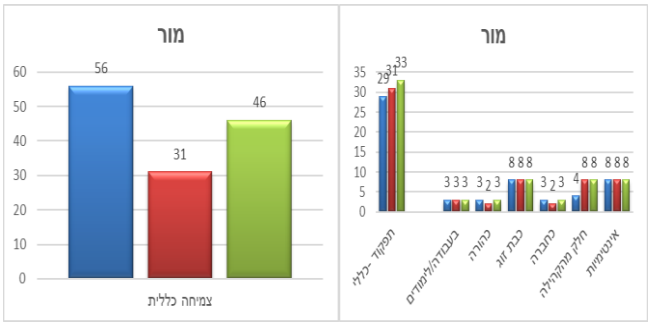
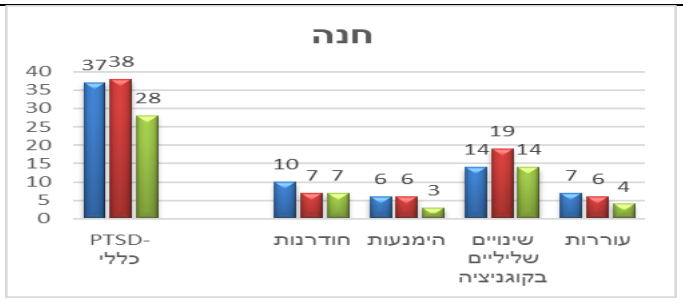
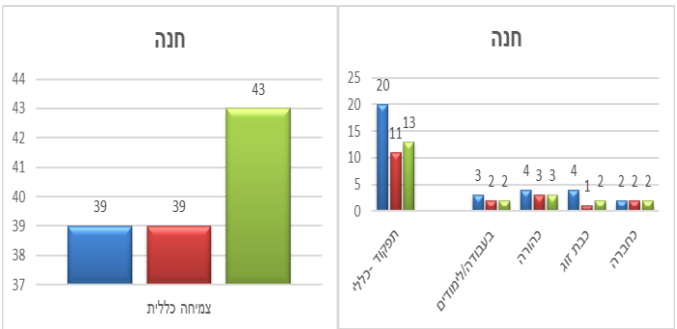
שם החוקר המסביר	חתימה, חותמת ומס' רשיון	תאריך

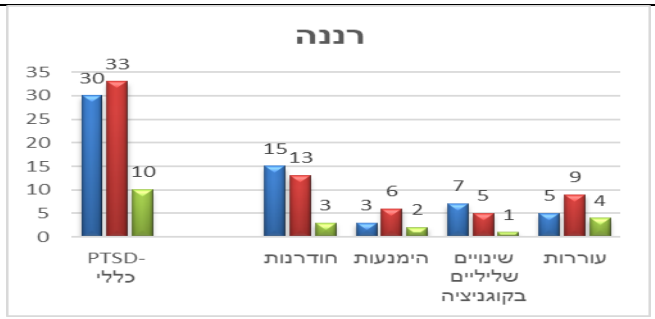
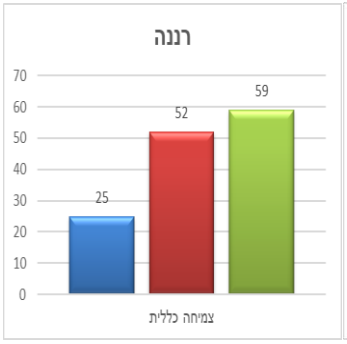
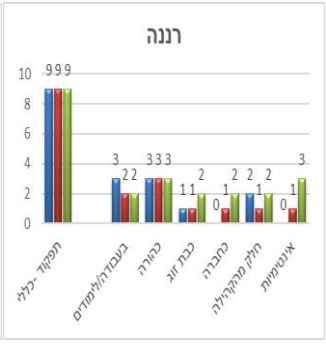
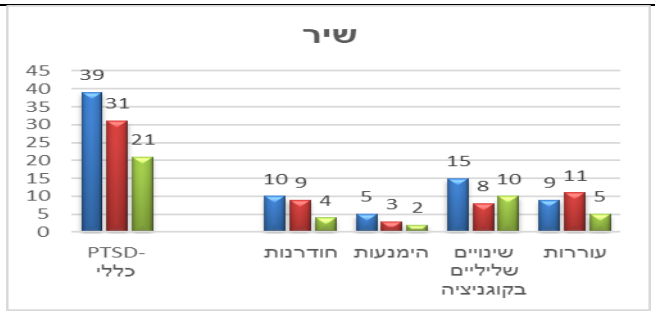
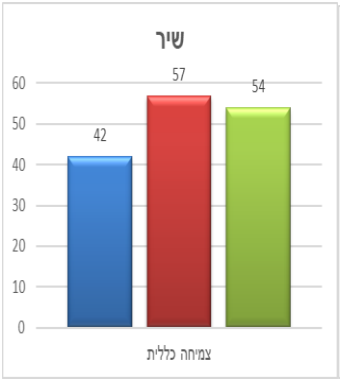
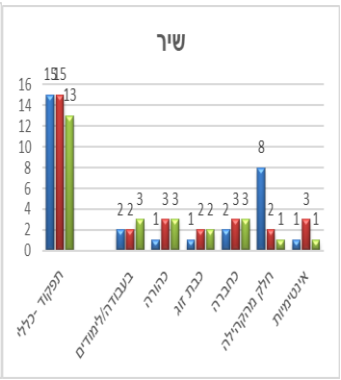
נספח מס' 19 – מטופלות המחקר – מידע על אודות הגדרת המטרה והשגת המטרה (איכותני), ושאלוני מדידה אישיים (כמותני)

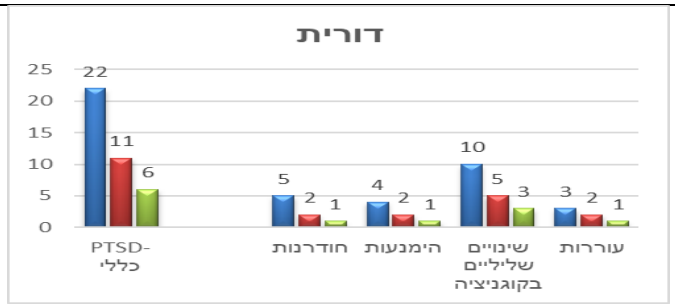
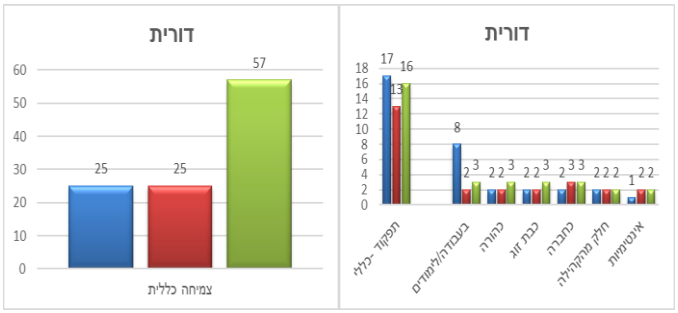
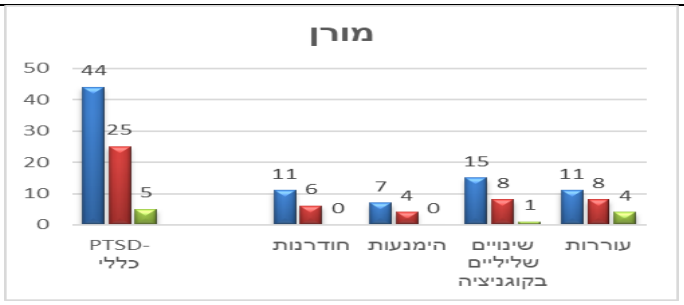
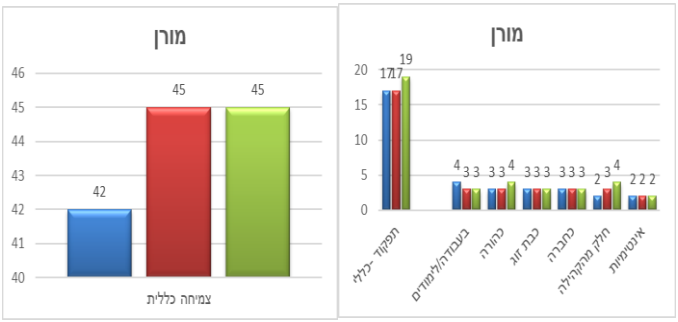
מטופלות (על-פי סדר כרונולוגי של קבלה למחקר ולטיפול)	הגדרת מטרת הטיפול ע"י המטופלות במפגש הטיפולי הראשון	השגת מטרת הטיפול (בדיקה עם המטופלת במפגש הטיפולי האחרון)	שאלוני מדידה: PTSD תפקוד צמיחה פוסט־טראומטית
לימור	<u>המטרה</u>: "להיזכר בלידה ולהרגיש טוב ממקום מתבונן ולא מוצף רגשית. לישון טוב בלילה ולהיות רגועה".	"יש פעמים שאני מסוגלת לדבר על הלידה ואני לא ככה בוכה. אין לי סיוטים בלילה. עדיין יש לי מחשבות באמצע הלילה, אבל זה לא באותה העוצמה שהיה אז. זה כן משהו שאני מקווה שנעלם פור גוד".	
רונית	<u>המטרה</u>: "אני רוצה להרגיש שמחה קודם כל. אני רוצה להרגיש טוב עם עצמי, אני רוצה להרגיש מסוגלת, (פחות עצבנית, פחות מאשימה, פחות בלחץ) – יותר נהנית".	"נוקו תחושות אשמה בקשר ללידה ולגבי אירועים נוספים בחיים"; "למדתי שלא כל דבר ניתן לשליטה ולפעמים לא ניתן לדעת הכל"; "אפשר להגיד שהרבה מהפלשבקים והתמונות השתנו לטובה. ברמת ההתקשרות לבן שלי... לקח זמן ועכשיו מרגישה תחושה נהדרת" (בניגוד לתחושה המנוכרת שחשה לאחר הלידה)	

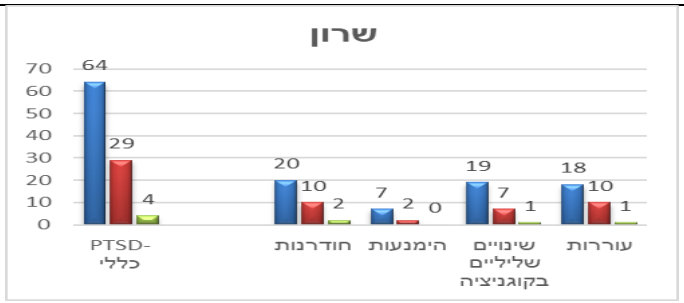
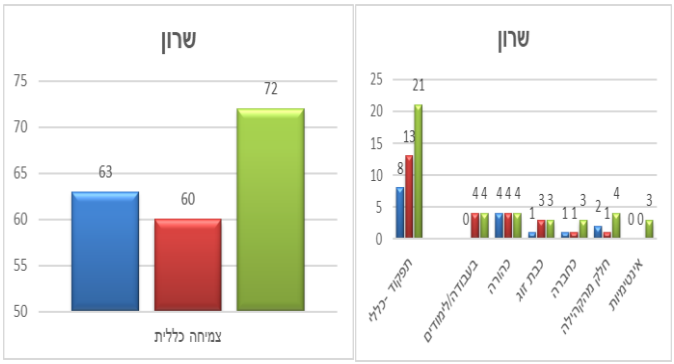
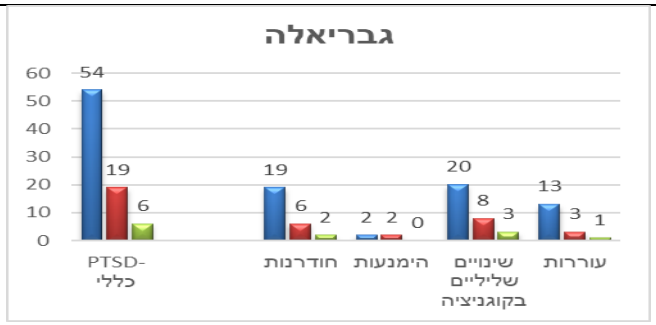
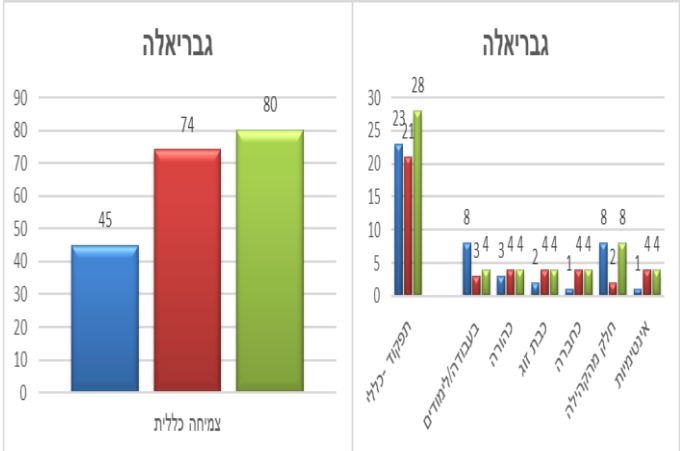
דינה	<u>המטרה</u>: "רצון לעבד את הכעס כלפי בן הזוג ולשפר את היחסים".	"יש שיפור ביחסים עם בן זוגי (שהגיעו עד כדי דיבור על פרידה). יש תמיכה מחודשת שלו והכלה והבנה תוך שהוא חש שקיבל את אותי בחזרה". לאחר הטיפול, נכנסה להריון נוסף. הריאיון המסכם התקיים עם תינוקת חדשה בת פחות מחודש. "ההיריון החדש הסתיים בחוויה מתקנת..."	 
ליאורה	<u>נקודת המוצא</u>: מאוד מפחדת מהיריון נוסף ומלידה. מפחדת שהיא תהיה עוד פעם בהיריון בסיכון. מפחדת שהיא לא תתעורר מניתוח קיסרי – ואז בעלה יהיה אלמן, והילדה תישאר בלעדיה, או שהיא תהיה בת יחידה. <u>המטרה שהוגדרה</u>: "שאני אכנס להיריון מבחירה, ושאני ארצה ילד שני. שאני אחווה את הלידה הראשונה כפחות טראומטית".	"קודם כל, מה שהיה זה לא אומר שזה מה שיהיה, כאילו נכון שאפשר לחוות את זה עוד פעם אבל זאת לא תהיה אותה חוויה, כאילו... זה גם משהו קודם כל אני לא אחשוב על זה אותו דבר, זה הולך להיות אחרת. הסרט הרע נגמר. הסרט שחייתי בו – נגמר"; "פתאום הרפואה משתנה בשבילי. כאלו הכול משתנה, והכול יכול להיות אחרת, אני יכולה לדבר/לחשוב על עוד לידה מתוך בחירה"; "אני מאפשרת ונותנת לבעלי לגעת בי".	  

גלית	<u>המטרה</u>: "שאני אהיה בהיריון, ואני אפסיק לחשוב שלילי". "להיות מוכנה ללידה הבאה". "רוצה מאוד להיכנס להיריון ועוד לא מוכנה. רוצה מאוד להיכנס להיריון נוסף בשליטה וברוגע, אחרי שהחוויה מהלידה הקודמת תהיה מעובדת. (הגיעה לטיפול עם "חוויה שמשהו כבד עליה ושיש המון לחץ וחרדה" ואת זה היא רוצה שירד לקראת לידה נוספת)	"אני מרגישה יותר בטוחה, שאני כבר רוצה לחשוב על לידה נוספת... שאני נהנית מהאימהות". "יש מודעות גבוהה והלחץ ירד. אמרתי לבעלי... 'עכשיו הוא כבר לא תינוק יותר', אז אפשר לחשוב על עצמי..." "יוצאת מהטיפול עם שמחת חיים – אפשר היה לראות שהיא משוחררת, שהיא נינוחה אל מול ה... טוב. היא מדווחת שהיא מרגישה יותר טוב. פחות פחדים, לחצים, שינוי משמעותי בהרגשה, יכולה להתמקד במה שחשוב ולא מאפשרת לפחדים לנהל אותה". (נאמר על-ידי המטפלת)	  
ליאל	<u>המטרה</u>: "להכיל את הצעקות והרעש של הילדים ושל מקומות הומים. רוצה להיות מסוגלת ללכת עם הילדים לקניון, לג'ימבורי, מבלי להיכנס לחרדה ולהיות יותר נינוחה"; "וגם היה פחד מוות מהלידה הבאה"; "להיות מאושרת, לבטא את עצמי"; "לקחת את כל הרכיבים (חופש בחירה, קבלת החלטות, ממקום של שמחה, הנאה, נשיות, יצירתיות וביטוי עצמי) שקיבלתי דרך הריקוד (במשך שנים רקדה ובעקבות הלידה יש פגיעה שלא מאפשרת לה לחזור לרקוד) – בעצם לקחת את זה כמטרות, כערכים ולראות איך אני מצליחה להתקדם לכיוון המטרות הנ"ל	"התבוננות על הלידה הטראומטית כסרט, משהו שקרה אבל עם יותר השלמה שזה קרה". "אני באמת מאמינה שבזכות הטיפול עברתי היריון יחסית טוב מבחינה רגשית, והיתה לי אופוריה כזאת אחרי לידה. והייתי כזה בעננים, דבר שלא חוויתי בשתי הלידות הקודמות. עוד דבר חדש זה שהייתי מאוד מחוברת. קיבלתי כלים לחיים, איך לחוות דברים אחרת..., למשל לגבי הג'ימבורי – שינוי משמעותי. למשל, ובעיקר בצעקות על הילדים – משהו שמאוד ירד. יש פתאום נינוחות ושקט... מרגישה אימא יותר טובה..."; "וגם... נכנסתי עם פחות פחדים ללידה האחרונה..." (המטופלת גילתה שהיא בהיריון בהמתנה להתחלת סידרת המפגשים הטיפוליים).	  

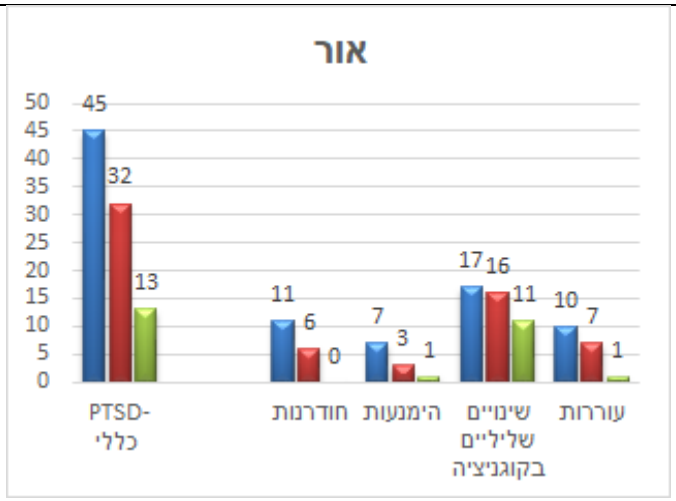
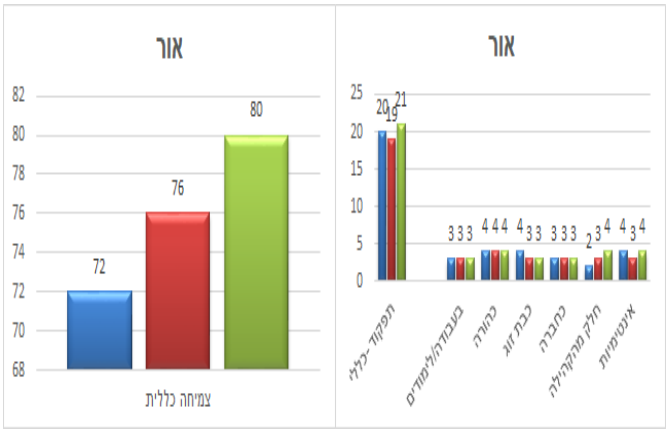
	באמצעות דלתות אחרות שהן לא הריקוד״.		
מור	<u>המטרה</u>: ״שאני אוכל להסתכל על התמונות שלי ושל הבנות מאחרי הלידה. שאני אוכל להיזכר בדברים טובים בתקופה של אחרי הלידה. אני רוצה לחשוב על ההיריון הקודם ולעשות לו חוויה מתקנת. לדעת שעשיתי את המקסימום. להיות שלמה עם ההחלטות שלי ולסמוך על הבנות שלי שהן יהיו בסדר״.	אני יכולה לנשום... יכולה לחזור לעצמי... לשמור על שפיות. זה אפשר לי לחזור לתפקד. אני יכולה וגם פותחת את אלבום התמונות מהתקופה של הלידה ואחרי הלידה ולהסתכל ולהרגיש טוב. לא רק לא לפחד להסתכל – אלא גם להסתכל בהנאה – אני מסוגלת לשבת עם הבנות ולהסתכל באלבומי התמונות שלא יכולתי לפתוח קודם. כשאני רואה פוסט של זוג שהביאו תאומים אז אני יכולה להגיד 'מעצבנים', אבל זה לא מקפיץ אותי – זה ממש עזר בקטע שלי עם הבנות... אפשר לראות ברזולוציות קטנות יותר את השיפור והמקום הטוב שאני נמצאת״; ״יש לי ירידה ברגשות אשמה, והתפתחה אצלי חמלה עצמית ותחושה מחודשת של ביטחון וחזרה לעצמי״.	 
חנה	המטופלת הגיעה לסדרת הטיפולים בהיריון בחודש החמישי. המטרה מתמקדת בלידה הקרובה. ״שאני אאמין שזה אפשרי שזה יהיה אחרת. להבין שהחוויה ההיא נגמרה, להשתחרר מהפחדים, ושתהיה לי חוויה מתקנת״.	התייחסות אחרת ללידה שהייתה, התמודדות ולמידה, להסתכל על זה בפרופורציה. יכולת להסתכל על הדברים, לפתוח אותם, לדבר עליהם, לא לפחד מהם. מה שמאפשר התמודדות שהיא הרבה יותר הגיונית ושכלתנית שלא באה מרגש הפחד. לידה שניה שהייתה חוויה מתקנת, היא ילדה בלי אפידורל תוך יישום תרגילי נשימות.	 

רננה	<u>המטרה</u>: "הפחתת פלאשבקים, הפחתת חרדה מלידה נוספת ואסוציאציה יותר חיובית לגבי הלידה הקודמת".	"את (המטפלת) הצלחת לגרום לי להבין..., להכניס את זה לפרופורציות, וכמו שצריך בראש ולחשוב על זה בצורה יותר חיובית אפילו, אפילו לא חיובית, רק להסתכל על זה כמו שזה היה, ולא להיכנס, לשקוע בתוך הטראומה"; "עדיין יש פלאשבקים מדי פעם, התדירות שלהם ירדה וזה לא משהו כזה שמפריע לתפקד – אז בסדר... יש פלשבקים... כאילו זה בסדר, לא מפעיל אותי, לא גורם לי לעצור הכול עכשיו". עם תום הטיפול, המטופלת נכנסה להיריון נוסף. הריאיון המסכם נערך בשבוע ה-39 להריונה.	  
שיר	<u>המטרה</u>: "להסיר את תחושת האשמה והזהות שלי ככישלון... למצוא את עצמי משוחררת ונטולת דאגות – להרגיש שלמה".	"אני בוכה מתוך אושר. כי זה באמת מרגיש לי שזה באמת מאחורי. הרגשתי שינוי מאוד מאוד משמעותי. כן... הרגשתי מקום של... לנשום. לנשום בחזרה. כן המקום של לנשום בחזרה. התחיל איזשהו תהליך מאוד הדרגתי ומאוד איטי של לחזור לדברים הקטנים, הניואנסינים המאוד קטנים ביני לבין עצמי. של להגיד תודה וסליחה. ולאהוב בחזרה, ולסלוח... ולא להיות כ"כ עצבנית. התחלתי להיות סבלנית יותר כלפי התינוק, ולחבק ולנשק... אז נוצר יותר חיבור. וגם... יש לי מחשבות חדשות על ילד נוסף בעתיד..."	  

דורית	<u>המטרה</u>: "שזה לא יסעיר אותי הדיבור על הלידה . אני בן אדם שמטבעי מפרגן והיום כשאני שומעת על לידה טובה זה עושה לי גוש בגרון... שאני אצליח לדבר על זה, שארצה עוד ילדים (היום אני לא מוכנה ללדת יותר...)"	"התמונות הפסיקו להציף אותי..." "יש לי יכולת חדשה לנהל את סיפור הלידה. כשאני מדברת עליה... אני מדברת את זה באופן שונה מקודם..." "אני מסוגלת לשמוע סיפורי לידה של אחרות..." "אני ובעלי כבר החלטנו שאנחנו רוצים עוד הריון..."	 
מורן	<u>המטרה</u>: "להשלים עם מה שעברתי. לקבל את זה שאני לא אשמה. שזה הסיפור של הלידה שלי ושזה בסדר. ושזה לא יכול להיות אחרת. הסיפור של הלידה שלי כבר לא יכאיב לי, שאני אקבל את זה שעברתי את זה, שאני לא ארגיש שאני אשמה בזה שעברתי את זה ככה, שאני לא אשמה בדברים שהחסרתי לרועי, כמו הנקה. להשלים עם זה שפספסתי משהו. שלא הייתה לי לידה רגילה. שלא היו נחמדים אליי. שלא קיבלתי... לא יכולתי להיות עם הילד כמו שרציתי... שאני בסדר. שכאילו... שהכאבים האלה כבר לא יכאיבו לי מבפנים".	"הפסקתי לחלום חלומות ולדמיין מציאות שכָּללה בריחה מהמציאות הנוכחית לחיים שלפני הלידה". "מרגישה שהיום אני חווה הכול עם פחות קושי וכאב, ולכן אני רוצה לעבור את זה שוב מחר בשביל להביא עוד ילד, אני רוצה עוד ילד"; "אחותי תהיה אם יחידנית ועכשיו אני מוכנה להיות אתה בלידה ולעבור את הלידה מהצד השני וגם עם בת הזוג שלי כשהיא תהיה בהיריון"; "אני מסוגלת לספר את סיפור הלידה ללא צער ובכי..."	 

שרון	<u>המטרה</u>: "להצליח לדבר על זה, או להצליח להשלים עם זה, להצליח להיכנס ללידה הבאה ממקום טוב יותר". המטופלת הגיעה למחקר אחרי טיפול CBT קבוצתי. לאחריו נכנסה להיריון. פנתה למחקר בשנית לאור התפרצות מחודשת של התסמינים וחרדה לקראת הלידה הקרבה. "אני רוצה להיערך לו... (לתינוק הבא שיגיע) כאילו... להיות יותר במודעות לזה ולהתכונן לזה ולהכין את עצמי ואת כל מה שצריך"; "אני רוצה שחוויית הלידה הבאה תהיה אחרת".	"יותר קל לי לדבר על הלידה. אין לי יותר קושי נשימתי..." "לפני הטיפול ראיתי רק את הקושי. פתאום אני רואה הרבה, הרבה דברים אחרים. זו לגמרי הסתכלות אחרת... וגם עם עצמי... אני חושבת שכל העבודה הזאת מאוד הכינה אותי. פתאום אני מרגישה שיותר חזרתי לעצמי... אני נערכת ללידה הקרובה (4/2020)... היום אני כבר במצב שאני מסדרת את העבודה שלי..., ומסוגלת לחשוב... רגע... איפה כדאי לי ללדת, אולי פה... אולי שם... מדברת על הדברים. העברתי לכל מיני שקיות ואקום דברים ש... כאילו לבייבי שמתכוונת לבוא..."	 
גבריאלה	<u>מטרה ראשונית</u>: "ללדת שוב. בכיף. לא לפחד כל כך מהלידה הבאה. כי הפחד שלי זה להיכנס להיריון, להחליט שאני עושה קיסרי". "בעיקרון רוצה תיקון ללידה הזאת. לידה טובה. נעימה. שישימו אותה עליי. שבעלי יחתוך את חבל הטבור בכיף. שישקלו אותה בחדר לידי. שלא יכאב לי כל כך. שאני לא אהיה בכל כך הרבה... שעות... שזה לא יהיה כל כך ארוך. קצר ולעניין. כאילו פרימיטיבי כמו שזה היה, והכי חשוב מכל זה פשוט לרצות שוב... אני רוצה	"היום בדרך (אל המטפלת) חשבתי על הילד הבא, שזה כל כך הטריד אותי פעם והעסיק אותי... כאילו פתאום זה כזה, אוקי... אני יכולה להגיד שיש על מה לדבר ולהאמין שהיום הזה יגיע. אם פעם הייתי אומרת "אפשר לדבר על זה..."", אבל משהו בי לא האמין שאפשר. ועכשיו אני מרגישה שיש על מה לדבר..." "אני מדמיינת שאני מספרת לאנשים: אני מספרת להם על זה (על הלידה) ותוך כדי הם אומרים 'וואו, איזה קשה' ואמרתי להם 'עזבו קשה. תראו אני לא בוכה'. כאילו דמיינתי את זה שאני מספרת להם ואני אפילו... אני פתאום לא זוכרת אבל הייתה איזו סצנה ש... וואי, מה זה היה? אה... כאילו	 

	ארבע ילדים... אני מקווה שהלידה הבאה תהיה תיקון. כי אם לא יהיו לנו רק 2 ילדים וזה יהיה מבאס״. <u>מטרה</u> <u>מעודכנת</u>: ״להתמודד עם סיפור הלידה עם יכולת להתבונן, להגיד זה היה אירוע קשה אבל זה לא מפעיל אותי רגשית״	הרי אני מספרת להם על הרגע שבעלי בא לספר לי שהיא (התינוקת) עם דימום ואני כזה 'אוקיי, אוקיי, אוקיי...' ואני מספרת להם ואני נקרעת בצחוק. כאילו בדמיון שלי ככה אני כשאני מספרת סיפור. נכנסתי למוד קרבי״; ״עכשיו אני הרבה יותר מאופקת. כאילו לפעמים כן בא לי לבכות, זה לא שלא... אבל אני הרבה יותר מאופקת. אני מצליחה לשלוט בזה, זה הרבה יותר נשלט, אין ספק. אני גם שמה לב שיש דברים ספציפיים שמציפים אותי, זאת אומרת לא כל הסיפור״; ״כן, בדיוק. להרגיש את זה בפנים. ואני באמת מרגישה את זה... כמו שזה מרגיש עכשיו, שזה טוב... לספר את זה, או לא לחשוב על זה אפילו... ולא להתפרק שבכל פעם שאני מספרת את זה. ממש כמו שאני מרגישה עכשיו״; ״אני חושבת על היריון, לראות שני פסים וזה... ואני מתרגשת. בא לי..., ושתדעי שעכשיו פעם ראשונה, דמיינתי את עצמי בלידה הבאה, דווקא זה היה כן קיסרי..., וזה בסדר״; ״זו בדיוק הנקודה שרציתי להגיע אליה. שכבר לא יבוא לי לספר על זה, לא מעניין. ואם אני אספר, אני אספר קצר, טאק, טאק. גם ככה הם מזדעזעים...״.	

אור	<u>המטרה</u>: "אני מבחינתי רוצה להיכנס שוב להריון כדי לחוות חוויה מתקנת"; "להפסיק... להפחית אולי אם לא להעלים, את כל החרדות האלה..."; "להנמיך ציפיות מדברים מסוימים... נגיד הכול בתקווה שהכול יהיה בסדר בלידה הבאה, ואני אוכל ללדת רגיל אבל שזה לא מה שיכניס אותי לסטרס... הפחד הזה מהקיסרי והכל, שכאילו אני לא אפחד"; "וגם כאילו, ברגע שאני אלמד לנהל את הדבר הזה, את הסטרס אז אני אוכל ללמוד עוד דברים בחיים שיש לי אליהם סטרס (כמו סביב מבחנים)... זה משהו שמאוד מאוד הייתי רוצה לדעת איך מנהלים את הסטרס הזה..."; "גם אם משהו יכול לקרות... אז לדעת שזה מה שהולך לקרות ולהשלים עם זה... כי זה מה יש...".	"אני מרגישה הפחתה בחרדות. אם זה היה קודם 10, עכשיו זה סביב 8. משהו מונמך... יותר רגוע. וזה אולי הדבר הכי חשוב לי כי כשהגעתי היו לי המון חרדות... והסטרס הזה עכשיו יותר מנוהל. אני לא יודעת איך תהיה הלידה הבאה. אני מקווה, בעזרת השם, שתהיה לידה רגילה, אבל אני היום במקום של יותר לקבל את מה שיהיה. יש לי יותר ידע, וזה חשוב לי לדעת"; "הלהרפות... זה הדבר המשמעותי ביותר שהשגתי כמטרה - שזה מה שייחלתי שאני אצא מפה..."	 

נספח מס׳ 20 – תיאורי הלידה על ציר הזמן

להלן טבלה המציגה את תיאורי הלידה של שלוש מטופלות בשלוש נקודות זמן: לפני הטיפול, בתחילת הטיפול ובתום הטיפול.

שרון	
תיאור ראשון טלפוני – למתאמת המחקר	״ילדתי בבית החולים ׳תל-השומר׳. הגעתי ללידה בשבוע 40. זו הלידה הראשונה שלי והייתי מאוד אופטימית ומוכנה. יש לי סף כאב מאוד מאוד גבוה. בדרך-כלל יש לי כוח לשאת כאב. הלידה עצמה. הגעתי לבית החולים עם כאבים איומים. הכאבים בצירים היו ממש עצומים. כל המחלקה שמעה את הצרחות שלי. בעצם הגעתי עם פתיחה של 1 ולא הייתה סיבה לאשפז אותי היות שהייתה לי פתיחה של 1-1.5 ס״מ. בכל זאת הם החליטו להשאיר אותי. אני בחיים, אדם מעודן והרגשתי שמרוב כאב אני מאבדת את השליטה. הם השאירו אותי וכל הזמן הזה צרחתי. ממש לא יכולתי לשאת את הכאב. אחרי כמה שעות ׳ריחמו׳ עליי והחליטו לקחת אותי לאשפוז. זה היה בערך 7 שעות אחרי שהגעתי. ועדיין הפתיחה הייתה רק 2 ס״מ. בשלב הזה הביאו לי אפידורל. האפידורל הרגיע אותי ואפילו נרדמתי. אני מתעוררת - ורואה את עצמי מחוברת לכל החוטים האלה... ולא יכולה לזוז! לא יכולה להזיז את הרגלים. ואז התחלתי לבכות. הכי קשה היה שלא הצלחתי להזיז את הגב. אז בעצם במהלך השכיבה שארכה 24 שעות, מה שקרה זה שהתחלתי להילחץ יותר ויותר מהמצב הזה. לא יכולה לקום. לזוז. בעלי הושיב אותי. הרגשתי שאין לי אוויר. באו לבדוק אותי, הסבירו לי שזו תופעה של האפידורל. שוב, ואני לא מצליחה לזוז, לא מצליחה לנשום. וגם אומרים לי שאסור לי לקום. ואני אומרת לכולם שאני לא יכולה לנשום. אז הם שמו לי מסכת חמצן, ובדקו לי סטורציה ומזה נלחצתי ממש למרות שהם אמרו שהמדדים בסדר. הרגשתי שאין לי אוויר ואני סוג של קשורה למרות שלא הייתי באמת קשורה. נראה לי בדיעבד שזה היה התקף חרדה. הלידה הייתה המון שעות.. העובר לא ירד למטה, חשו שהוא במצוקה נשימתית, והסבירו לי שאני צריכה לעבור ניתוח קיסרי. ואז אחד הרופאים החליט שינסה ואקום, הסכמתי לוואקום. אני לא זוכרת אם הצלחתי לדחוף... אבל זה הצליח והתינוק יצא ונגמר. זה היה רגע מאוד מרגש״.
תיאור למטפלת NLP – מפגש ראשון	ש: ״הכנתי תיק, זה היה אפילו בערב חג, תכננו את זה שנעשה אצל אמא שלי כי אני אמורה ללדת, ואז באמת בלילה, אחת בלילה התחילו צירים ואז גם... סבבה לגמרי, אני אומרת לבעלי ׳התחילו צירים, כואב לי׳. ואני גם יודעת, בתור אחת שיש לה סף כאב מאוד גבוה, ממש יש לי סף... אני לא לוקחת כדורים בכלל. מקסימום חצי אקמול, כאילו אני אוהבת להתמודד עם הכאב, להרגיע אותו לבד. ככה הייתי תמיד. וככה זה התחיל גם, בסדר כאבים, לא מתרגשת... אבל יאללה מאמי בוא תתחיל להזיז עניינים, אנחנו תכף צריכים לזוז, וככה יצא... ואז באמת קראנו לאמא שלי, והלכנו אני בעלי ואמא שלי לתל השומר...״ ס: ״זו הייתה התוכנית שאמא תהיה שם אתכם לאורך כל הדרך?״ ש: ״כן. אמא שלי ובעלי. כן זו הייתה התוכנית. ואחותי ידעתי שתהיה איפה שהוא בחוץ כזה וזה סבבה לי... וזו הייתה התוכנית ודווקא ההתחלה הייתה בסדר. נסענו באוטו. כואב. לא אגיד שלא כואב. אני זוכרת את עצמי באיזה תנוחה מוזרה כזאת באוטו כמו בסרטים בדיוק. צועקת כזה, כאלה...״ ס: ״וזה דווקא זיכרון שמעלה חיוך״. ש: ״כן (מצחקקת). כמו בסרטים. בדיוק אותם הדברים, שהיא דופקת כזה אי... כאלה... הכול כמו שאמור להיות״. ס: ״כמצופה״. ש: ״בדיוק. כואב לי, היא צורחת, שתי דקות אנחנו שם והכול סבבה. ואז אנחנו מגיעים לאזור עמוס עם יולדות והכאבים מתחילים להתגבר. ברמה שאני צורחת את החיים״. ס: ״בלתי נסבל כבר...״ ש: ״לא רק... לי בלתי נסבל, ולכל מי שהיה שם בלתי נסבל. כי היו כל כך הרבה נשים שם, וישר לקחו אותי לאיזשהו חדר. חדר כזה, בין לבין כזה... כי כנראה הם נלחצו שאולי יש לי פתיחה יותר מדי או משהו כי ממש כאילו שמעו אותי... עכשיו אני בן אדם הכי מאופק בעולם. כאילו לספור עד עשר עד שאני אומרת משהו ואני לא מעלה ש... את יודעת אני מאוד עדינה ואני לא עושה פדיחות, כאילו יש לי את המחסום הזה שאני מאוד עובדת עליו... את יודעת אני לא אצעק, אני לא אעשה דברים כאילו... ופתאום שם הייתי הכי בולטת והכי לא אני. ואני זוכרת שמהר מאוד העבירו אותי לרופאה כדי לבדוק מה קורה, איזה פתיחה וכאלה... ואין פתיחה. יש פתיחה אחד וחצי. היא ניסתה לעשות עם האצבע וכאלה אבל אין פתיחה. ואז היא אומרת לי ׳אין פתיחה. אין מה לעשות. חכי׳. ועוד למזלי היה לי חדר, כאילו תביני, לא אשפוז אבל חדר בין לבין...״ (מדברת בקלילות). ס: ״חדר אמיתי...״ ש: ״שזה חדר שאני זוכרת אותו הכי סיוט בעולם. כי זה החדר שבו השתגעתי לראשונה. אני זוכרת את עצמי מעיפה דברים, צורחת. חוזרת על המשפט ׳תעשו משהו, תעשו משהו׳. ס: ״איך המרגש שאומרים לך... ׳אין פתיחה, אין מה לעשות׳. ואת בכאבים חזקים״? ש: ״אף אחד בכלל לא בא, זה כאילו אני צורחת לבעלי ולאמא שלי אבל אין להם ממש מה לעשות. אף אחד כביכול לא אמור להתייחס אלייך. ואני אומרת להם ׳תעשו משהו, תעשו משהו׳. זה מזכיר לי תמיד את הסיוטים האלה שאתה מנסה לצעוק מתוך חלום אבל אתה לא יכול...״. ס: ״אף אחד לא שומע״. ש: ״אף אחד לא שומע. ככה. כאילו אני משתגעת, אני צועקת, אני מתחרפנת, אני כמו איזה חיה בכלוב ואנשים מסתכלים עליי ככה... כאילו זה לא נראה לי הגיוני. ולא עניין אותי כלום, רק תעשו משהו. וזה היה ככה בוא נגיד משתיים בלילה הכאבים הרציניים עד הבוקר. שכשהתחלתי להיזכר כן היו כאלה שהתייחסו, כל מיני אחיות שבאו וזה... אמרו לי ׳תנסי מקלחת, תנסי זה וזה...׳ אבל לא הפסיקו הצרחות. השיגעון לא הפסיק״. ס: ״זאת אומרת משתיים עד איזה שעה?״ ש: ״עד תשע בבוקר באותו מצב. לא יודעת איך לא התעלפתי מעייפות כזאת אבל... אבל התגובה הזאת, כאילו בן אדם משתגע, הוא לא אמור מתישהו ליפול? (מצחקקת). זה לא הפסיק. אני יכולה להגיד לך, בתשע

בבוקר לקחו אותי לחדר לידה והביאו לי גם אפידורל ואני יודעת שלא הייתה לי פתיחה. שמעתי מישהי אומרת איזשהו מונח רפואי שבגללו אשפזו. לדעתי פשוט לא ידעו מה לעשות איתי. אני זוכרת שאני בחדר לידה ורופאים באים ואומרים, כאילו כל מיני אנשי מקצוע אומרים 'אהה זאת... את זאת שצרחת?' כאילו אני זוכרת שממש... כאילו אני יודעת שאשפזו אותי לא בגלל פתיחה. וב'תל השומר' יש מצוקה, אין להם הרבה חדרים. והייתה לי פתיחה שתיים, שתיים וחצי".

ס: "אולי שמעו את המצוקה שלך בסוף".

ש: "בסוף, כן".

ס: "כאילו למרות שלא הייתה פתיחה, ולמרות שזה לא בפרוטוקול...".

ש: "כן. אני רואה את זה כאילו לא הייתה להם ברירה ולא ידעו מה לעשות איתי כבר אז אשפזו אותי. ואז הביאו לי אפידורל. באפידורל וואו. זה היה כאילו התעלפות מבחינתי. פשוט נרדמתי. לא יודעת איך, לא יודעת מה, לא זוכרת כלום. פשוט נרדמתי. ונרדמתי כי פתאום הפסיק לכאוב ואת יודעת... נפילת מתח. חצי שעה אחרי זה אני קמה, ואני לא יכולה לזוז. כאילו הגב משותק. ואני לא יכולה לזוז, אז אני עוד פעם צורחת".

ס: "נבהלת".

ש: "מה נבהלתי? הרגשתי משותקת. בן אדם שהוא פתאום משותק והוא לא יכול לזוז ונלחצתי מזה. והתחלתי לצרוח 'אני לא יכולה לזוז, אני לא יכולה לזוז'. כאילו אני רוצה לזוז ואני לא מצליחה, אין מצב, אין מצב. זה כאבי תופת, אני לא מצליחה. ואני צורחת 'אני לא יכולה לזוז, אני לא יכולה לזוז. תעשו משהו, אני לא יכולה לזוז'. כאילו עוד פעם, התעוררתי ועוד פעם אני באותו הסטרס. ועוד פעם, בעלי בדיוק קם, לא הבין מה קורה, והם מסתכלים עליי ולא יודעים מה לעשות. ובאו אנשי צוות וכאלה ואני מנסה לקום, אני מנסה להוריד ממני את המכשירים והם לא נותנים לי, כי אסור. וזה אני זוכרת שכאילו הייתי קשורה ולא יכולה לזוז שזה..."

ס: "למוניטור היית מחוברת? לאפידורל..."

ש: "כן, הייתי מחוברת. ואמרו לי אי אפשר לקום. ואמרתי 'תנו לי לקום'. ואמרו לי 'אי אפשר'".

ס: "למה רצית לקום? כדי לראות אם את יכולה לזוז? למה?"

ש: "כן וגם... כאילו כשקושרים אותי זה כאילו הפחד הכי גדול שלי. תשאלי אותי מה הפחד הכי גדול שלי זה שיקשרו אותי לכיסא. שישימו אותי בכלא...".

ס: "שזה גם היה פחד לפני זה?"

ש: "כן, אף פעם לא חשבתי עליו יותר מדי אבל כן. כאילו תמיד היה לי את המשפט שאם הייתי בכלא הייתי מתה. כאילו הכבילות הזאת... אתה לא יכול לצאת. פתאום פה הרגשתי את זה. תנו לי לקום. ואת לא יכולה לקום. ובאים ומנסים להרגיע אותי. ואז אני גם אומרת להם שאני לא יכולה לנשום ואז עושים לי סטורציה ואז אומרים שהכול בסדר ובא לי להרוג אותם. באיזשהו שלב גם בא המרדים, כאילו לבדוק. ואמרתי אולי עושים משהו לא בסדר, לא יודעת..." (נשמעת קצת יותר מוצפת רגשית).

ס: "זו מחשבה שהייתה לך גם תוך כדי?"

ש: "כן. אולי קרה משהו, אני לא יכולה לזוז הרי. ואז הוא מלמל משהו שאם לא זזים, אם לא זה... כאילו טוב, איפה היית לפני? למה לא אמרת שצריך לזוז? לא שזה היה באותו רגע... באותו רגע לא שמעתי כלום, כאילו מחקתי את מה ששמעתי. באיזשהו שלב הצלחתי קצת לזוז, היה כואב אבל הצלחתי קצת לזוז, ונרגעתי. וכאילו אני יכולה לתאר לך את כל הלידה כאילו אני נרגעת וכאילו אין אמצע. זה או כאבים נוראים או כאילו בסדר, כזה... שאני פשוט..."

ס: "אבל האפידורל הפסיק לעבוד?"

ש: "לא".

ס: "אז מה?"

ש: "האפידורל עבד. הפסיקו הכאבים של הצירים, אבל הכאב בגב ואני לא יכולה לזוז. כי אני בתנוחה כזאת ואני לא יכולה, לא יכולה לזוז לצד השני".

ס: "זאת אומרת הכאב גב לא עבר... הוא נשאר שם לאורך כל ה..."

ש: "כן אבל לאט לאט הצלחתי להזיז את הגב, שזה מה שהרגיע אותי...".

ס: "שאת לא משותקת...".

ש: "בדיוק. זה גם כואב כי את מנסה להזיז את הגב אבל את לא מצליחה... אבל אז הצלחתי קצת להזיז אותו...".

ס: "אז חלק אחד נרגע, שלפחות את יכולה לזוז".

ש: "כן. ואז זה נרגע... וזהו. היה עוד קטע, עוד אחד, לא יודעת למה שהיה לי את ההתקף, היום אני יודעת שזה התקף חרדה. כי אני לא יכולתי לנשום ואז שמו לי מסכת חמצן ובדקו לי סטורציה והכול היה בסדר. אני חושבת שהייתי מעדיפה שקט שם ולא 'הכול בסדר', כי לא הבנתי... הרגשתי שאני לא מצליחה לנשום ואז אמרו לי 'הכול בסדר' ושמו לי את המסכה, וזה לא כזה עזר לי, ואז אמרו לי 'הכול בסדר' ואני לא מרגישה שהכול בסדר. כאילו עוד תחושה כזאת שאני זוכרת אותה..."

ס: "הכול בסדר לא תואם את החוויה שלך...".

ש: "לא. לא. כי אני לא מצליחה לנשום ואני אומרת 'מה יקרה?' כאילו אני מתחילה להילחץ ואומרים לי 'הכול בסדר' אבל אני לא מרגישה הכול בסדר, אני מרגישה שאני הולכת למות. אני לא מצליחה לנשום. אם אין אוויר אז... היום אני יודעת שזה התקף חרדה... אז לא... לא ידעתי... למרות שהכרתי לפני זה התקפי חרדה אבל לא... לא...".

ס: "חווית? חווית קודם לכן התקף חרדה? או ידעת...?"

ש: "אולי בצבא... או... אני זוכרת בצבא מלא בנות עוברות התקפי חרדה. הייתי בבסיס סגור, בחיל האוויר. מאוד מלחיץ, מקום מאוד מלחיץ כזה. מלא משמרות. יחידת בקרה אווירית כזאת. אני זוכרת מלא בנות שחוו התקפי חרדה, אולי גם אני עברתי פעם אחת אבל לא זוכרת את זה יותר מדי...".

ס: "מן משהו אולי מאוד קל או..."

ש: "כן. הכרתי את זה קצת אבל אני לא ידעתי ש..."

ס: "אבל לא חווית את זה על בשרך ככה באופן מלא..."

ש: "לא. גם אם כן אני לא זוכרת את זה יותר מדי... ואז בלידה לא ידעתי שזה התקף חרדה, פשוט חשבתי שאני הולכת למות".

ס: "שיש שם משהו פיזיולוגי אמיתי שהוא לא בסדר?"

ש: "כן. והם אומרים שהכול בסדר ועוד הפעם... כאילו לא עוזרים בכלום. ואז איכשהו גם, זה חזר... נהיה איכשהו בסדר. עוד משהו שאני זוכרת, קשור לא קשור, אבל מאוד מאוד זכור לי שגיסי נכנס לחדר. אני חושבת שגם חמתי נכנסה ואז גיסי נכנס. הוא ילד בן איזה 22 והוא כאילו בא ומדבר איתי ואני כאילו

	מסתכלת עליו ואני לא מבינה איך כאילו... הכול רגיל והם מחויכים ונכנסים לי לחדר וכאילו אני עוברת את הדבר הכי קשה בעולם והם נכנסים לחדר ומה קורה ומה העניינים...״ (מדברת בקלילות אך נשמעת כעוסה). ס: ״הכול רגיל אצלם...״ ש: ״ואני זוכרת את זה. אני לא יודעת למה, אבל אני זוכרת את זה. אני זוכרת שאחרי זה הטלתי וטו שאין מצב שמישהו נכנס אליי בלידה הבאה. ממש זכור לי״. ס: ״מה הרגשת שהם נכנסו מחויכים ו...?״ ש: ״שאני עוברת דבר נוראי, קשה, אני במלחמה, אני הולכת למות ואנשים כאילו הכול סבבה... זה... וואו״ (כועסת). ס: ״רחוק מהחוויה שלך״. ש: ״זה מזכיר לי קצת מה שחמתי כאילו עשתה, שהיא אמרה 'הכול סבבה'? מה סבבה? מה סבבה? כאילו...״ ס: ״כאילו הם לא רואים את הסבל, את החוויה שלך באותו הרגע״. ש: ״לא. לא. לא. זהו עוד פיק היה אחר כך שהילד היה במצוקה, והם ניסו ליילד אותי וכשניסו ליילד אז היה... לא הצליחו. עכשיו דווקא אני לא הרגשתי כאבים, כאילו האפידורל באמת השפיע... אמרו לי ללחוץ, כל מיני דברים... אין לי מושג מה עשיתי״. ס: ״כבר הייתי בפתיחה 10 ואמרו לך ללחוץ...״ ש: ״באיזשהו שלב... זה לקח הרבה זמן״. ס: ״כמה? את זוכרת?״ ש: ״יום, יום וחצי... נראה לי שזה היה ב-5 בבוקר יום שלמחרת. יותר מ-24 ושעות. וגם, הוא היה במצוקה״. ס: ״מה? ירידת דופק?״ ש: ״כן. היו חייבים ליילד אותו. אני עשיתי כל מה שיכולתי, לחצתי וכאלה... ואז אמרו 'טוב, מכינים אותך לקיסרי...' ואני כזה אוי ואבוי... כאילו... הרדמה, עניינים וזה... כאילו לא היה לי כוח להתווכח או משהו כזה אבל ראיתי את זה כדבר נוראי. למזלי היה איזה רופא אחד שאמר תנו לי רגע לעשות משהו אחד אחרון. ניסה עם ואקום, ואיכשהו הצליח. זהו, הילד נולד, שמו אותו עליי... וזהו. נגמר״.
תיאור אחרון – ריאיון סיכום עם החוקרת	ש: ״אני זוכרת את ההתחלה, שזה היה צירים חלשים, בבית, בערב חג... אחד בלילה בערך... שהייתה לנו הרגשה שזה יבוא ככה בסיטואציה כזאת... בגלל זה עשינו את זה גם בבית, כי בבית של ההורים היינו בדיוק בשיפוצים... ובעצם שם התחילו הצירים, התחיל התהליך... חיכינו קצת, ואז זה התגבר ואז בעצם נסענו לבית חולים, שזה היה יחסית קרוב. אנחנו גרים בגבעתיים, זה היה ב'תל השומר'. באוטו גם... אני זוכרת את עצמי מאחורה, אבל במצב יחסית ב'קונטרול' כזה, את יודעת... מאחורה, ושמה לב כזה מה קורה... הגענו לבית חולים מה שאני זוכרת זה שהיה כזה עמוס, את יודעת כל האזור של הקבלה שם... הרבה יולדות, הרבה מיילדים... ואז מתגברות... הצירים, אני זוכרת שהיה... אני לא זוכרת את הכאב, אבל אני זוכרת שהיה כאב ממש ממש חזק, שממש רציתי כבר את ההתייחסות. ואז הייתה את הרופאה שבדקה את הפתיחה וניסתה גם... אבל לא ממש הייתה פתיחה של כלום. הייתה פתיחה, משהו כזה... 1, 1 וחצי. לא משהו רציני... שבהרגשה שלי זה היה כאילו כבר התהליך של הלידה (מצחקקת) אבל ממש לא. ואז הבנתי שאין בעצם את האופציה להתאשפז כי זה עדיין לא פתיחה. ואז גם לא הייתה האופציה לקבל אפידורל. אני זוכרת שצרחתי שם מכאבים, אני זוכרת גם ששמו אותי בחדר כזה, ביניים כזה... אז לא הייתי איפה שכולם, אלא ממש בחדר. אבל עדיין לא התאשפזתי ועדיין לא יכולתי לקבל אפידורל. היו שעות של צרחות וכאבים, ואני זוכרת שממש איבדתי את עצמי שם... הרגשה שאת לא שולטת בגוף שלך ואת לא שולטת ב... חסרת אונים כזה. אחרי כמה שעות, אני חושבת שזה היה משתיים עד איזה שמונה בבוקר, משהו כזה, תשע בבוקר... אשפזו אותי. גם, עדיין לא הייתה כל כך פתיחה מוצדקת, אבל לדעתי לא יכלו לשמוע אותי פשוט יותר (צוחקת). הם מצאו לזה איזה מינוח רפואי, לא זוכרת מה. ואז אשפזו אותי, קיבלתי אפידורל. היה איזה שלב של רוגע, אפילו נרדמתי. אחרי זה היו לי כאבי גב, כי מסתבר שהייתי צריכה לזוז ולא זזתי. ושוב היה קצת לחץ, עוד הפעם אני קצת מאבדת את עצמי כזה, לא שולטת בגוף. כי זה היה כזה חצי גוף משותק, שאחרי כמה זמן הוא פשוט הסתדר מעצמו איכשהו... היה גם איזשהו התקף חרדה קל כזה שם... וזהו. אחרי זה הלידה הייתה יחסית בסדר. כאילו עד הלידה... דברים רגילים... את יודעת, הבדיקות הרגילות, התחושה הזאת... ואז היה את השלב של הלידה, שגם היה קצת לחץ, אמרו 'אוקיי, מכינים את החדר לניתוח קיסרי' כי הוא כבר היה במצוקה... ואז רופא אחד אמר 'אני רוצה רגע לנסות משהו אחרון', ניסה ואקום... ובשלב הזה זה עבד... כאילו שיתפתי פעולה, לחצתי והכל... וזה היה מן ניסיון אחרון... ואז הוא יצא. וזה השלב שאני דווקא זוכרת לחיוב. את זה שהוא יצא, והוא נשען עליי... וזהו. (צוחקת). זה היה כאילו סוף טוב, הכול טוב כזה. באמת שהיה בסדר״.
	גבריאלה
תיאור ראשון טלפוני – למתאמת המחקר	״הגעתי לביקורת רגילה מאחר שהייתי שבועיים עם צירונים ללא פתיחה, הייתי במעקב צמוד. הגעתי לביקורת וכבר אמרו לי שיעשו לי זירוז. חצי שעה אחרי כן החלו צירים, ואחרי 3 שעות ירדו לי המים, ואז הוציאו לי את הזירוז. הם ראו שזה מים מקוניאליים והעלו אותי מיד לחדר לידה. תוך כדי הם עשו לי בדיקת פתיחה שהייתה כואבת מאוד. המיילדת ראתה את המוניטור, ואז קראו למרדים. מאוד פחדתי מהאפידורל אבל בכל זאת לקחתי. האפידורל הרגיע אותי כי הצירים נרגעו. זה המשיך ככה כל הלילה, כשמפעם לפעם באו לבדוק פתיחה. אני ממש הרגשתי בבטן שהתינוקת נתקעה, וגם מדי פעם יש ירידת דופק. אז הם הפסיקו והחזירו את הפיטוצין כל פעם בלי התקדמות בפתיחה. הייתי מותשת ומודאגת כי ידעתי שהקושי עוד לפני. פתאום בתשע בבוקר – פתיחה של 10. היו לי כאבים קשים. התחלתי ללחוץ, והם אומרים לי שאני לא לוחצת נכון. למרות שהם מנסים לעודד אותי אני לא מאמינה שאני מתקדמת. אני זוכרת את הפנים של המיילדות ואני רואה שהן חושבות שאני לא מתקדמת. בשלב הזה אני מפסיקה לדבר. לוחצת ולוחצת. שעתיים. במהלך השעתיים האלו כל הזמן נכנסים רופאים, נוגעים בי. הגוף שלי – לא שלי. בסוף נכנסים שבעה רופאים ומעדכנים אותי שאם אין התקדמות בלחיצות והתקדמות, תהיה לידת ואקום או קיסרי. ואני חושבת על כך שהילדה בתעלה ולא טוב לה שם, מפחדת שאולי אין לה חמצן. הם שואלים ביניהם מה הדבר הנכון לעשות ואז מחליטים לעשות ואקום. רופאה ראשונה ניסתה – ולא הצליחה. רופא בכיר מנסה פעם שנייה, פעם שלישית... ואומרים לי שאם לא יצליחו זה אומר ניתוח. לחצתי בכל הכח. ממש כמו ההבדל בין חיים או מוות. הילדה יצאה עם הוואקום השלישי. האפגר היה טוב. הניחו עלי את הילדה מספר שניות ולקחו אותה. הילדה הרגישה לי חייתית. פחדתי לתינוקת ופעם ראשונה שנרגעתי זה היה כשהרופא קרא לבעלי לראות את הילדה. הוא יצא ואני נשארתי לבד בחדר עם רגליים פסוקות. הייתי בהלם מכל מה שהיה. כנראה שהילדה

	יצאה עם חבל הטבור סביב הצוואר – ככל הנראה הסיבה להכל. ואז נראה היה שהכול בסדר ועלינו למחלקת יולדות. בלילה הרגשנו שהתינוקת יכולה להיות אצלנו וביקשנו ואכן הביאו אותה. ואפילו הצלחתי להניק אותה (שתיקה) במהלך הלילה ראינו שיש לה טיקים. האחות בבוקר ראתה את הטיקים האלה והציעה שניקח אותה לתינוקייה שם נבהלו מאוד. לקחו את התינוקת לסי.טי. וראו שיש דימום בראש. התברר שהטיקים היו פרכוסים. התינוקת אושפזה לשבועיים. (גבריאלה **בוכה, לא מסוגלת לדבר** ומקצרת את הסיפור) כרגע מטופלת והיא בסדר. הטראומה שלי היא שילוב של שני הדברים ביחד. גם הלידה הייתה חוויה לא נעימה. ואקום שלא הצליח. שעתיים שלא הוצאתי מילה מהפה כי הייתי בשוק ממה שקורה. גם כשאת נשארת לבד עם עצמך. פצועה ובשוק. זאת לא הלידה שדמיינתי. דמיינתי שאני באה לבי״ח עם צירים אחרי שאני עוברת אותם במקלחת בבית. מה שנגע בי בפרסום של המחקר באתר הוא בעיקר פלשבקים מחדר הלידה. גם כשאני רוצה לישון שנ״צ. אני לא נרדמת, נזכרת במיילדת מה היא אמרה. מה היה. הכול חוזר. בוכה גם כשעם עצמי לבד. מדברת על זה עם חברות, משתדלת לפחות. מתפקדת בסדר. משתדלת לא להיות לבד. נקשרתי לתינוקת ומתפקדת מלא.
תיאור למטפלת NLP – מפגש ראשון	ג׳: ״הגעתי בשבע בבוקר כמו שאמרו לי, ונתנו את הזירוז, בשתיים בצהריים קיבלתי אותו. חצי שעה מהרגע של הזירוז התחילו לי צירים״. ס׳: ״איזה בית חולים?״ ג׳: ״איכילוב. וגם נורא תמיד פחדתי מכל הבדיקות האלה... וואי. כל הבדיקות האלה בכללי, אני לא סובלת... גניקולוג בכללי אני לא סובלת, תמיד כואב לי, לא נעים לי, אני מכווצת כאילו... הלהרפות אצלי הוא מאוד ב... נשימה, ועוד נשימה, ועוד נשימה... לא תמיד אני מצליחה להרפות מספיק. אז כאילו כל ההתעסקות שם בכללי היא סיוט בשבילי... אז עוד לפני שזה קורה אני כבר מתכווצת. גם ביחסי מין... בכניסה... אני צריכה רגע לנשום, כי הכניסה היא פשוט לא נעימה, ואז שנייה... וזה סבבה. ותמיד כאילו שם זה הרגיש לי מאוד לא טוב... ואז התחילו לי הצירים והעלו אותי לחדר לידה. והצירים התחילו להתחזק מאוד...״ ס׳: ״הגעת לבית חולים עם?״ ג׳: ״עם יונתן. החלטנו מראש שזה רק שנינו. לא ממש ליד, לא בחוץ, לא בבית קפה ליד, כל אחד בבית שלו ואנחנו נעדכן. אמרתי לעצמי שאני לא צריכה לחץ. עוד לא לחץ. לא צריכה שמישהו ישב ויחכה לי... שבו בבית, זה לא מעניין מה אתם עושים, תראו טלוויזיה. לשבת פה מחוץ לחדר, אני לא יכולה להכיל את זה... מה הם יעשו, ישתעממו...״. ס׳: ״את חושבת עליהם...״ ג׳: ״כל הזמן. כל הזמן״. ס׳: ״זה מאפיין אותך״? ג׳: ״כן. זו בעיה שלי, כאילו שאני כל הזמן דואגת שלא ישתעממו... גם אחרי זה, נגיד עם כל הסיפור שהיה אז בבית חולים, אני דואגת שהם מגיעים, שיהיה להם מה לעשות ו... כאילו תעזבי אותנו, הכול בסדר״. ס׳: ״תתרכזי בך. זה לא האוטומט שלך״. ג׳: ״לא... אני צריכה לעשות את זה באופן מכוון ולשחרר מעצמי... כאילו Fuck-it... וקשה לי, ממש. אז זהו, ואז התחילו הזירוזים, התחילו הצירים. ואז הייתה פתאום פתיחה. וראיתי שחור. הרגשתי שאני הולכת להתעלף מכאב. לא הבנתי שככה... כאילו שזו הבדיקה. כי בדקו לי כבר אם הייתה לי פתיחה, אבל כאילו... את יודעת, הבסיס, ולא כל כך כאב לי. אבל זה... כאילו... מטורף. הייתי בהלם״. ס׳: ״כמה זמן עבר מאז שנכנסת?״ ג׳: ״לא הרבה. כי התחילו לי צירים די מהר. ואז היא יצאה מהחדר וזאת שהייתה לידי אמרה לי ׳אל תדאגי. היא הכי נעימה׳ (מצחקקת). זה נעים? כאילו וואו. לקח לי רגע. ממש. הלכתי עם יונתן, עשינו קצת סיבובים, עניינים, היו שם מלא בנות שישבו בחוץ, לא בלידה, אולי בשמירה או משהו, יושבות מפצחות גרעינים, בכיף שלהן. ואת בכאבים ואת רואה מישהו שמח ואת כזה ׳מה אתן עושות פה? לכו מפה, מעצבנות׳. ס׳: ״טוסו לי מהעיניים״. (מצחקקות) ג׳: ״ואז נכנסתי לחדר, עשיתי מקלחת. ישבתי עם מים חמים גם כל הזמן אני בראש עם ההיא מהיוגה, ׳להרפות, להרפות׳״. ס׳: ״את ממש שומעת את הקול שלה? את ההנחיות שלה?״ ג׳: ״כן. כאילו היא כל הזמן הייתה לי בראש. והיא אמרה לי להיכנס לאמבטיה, ולכבות את האור. ובאמת החושך חד־משמעית עשה לי טוב. שמתי סווצ׳ר על הפנים בחוץ. וזה ממש עזר לי כאילו. לא יכולתי לשבת על הפיזיו כמו שדמיינתי את עצמי, כי כאב לי נורא לשבת. ויונתן עשה לי מסאז׳ כזה כל פעם שהוא היה יכול... והכאב היה גדול – אבל בסדר – יכולה להכיל... הרגשתי שאני סוחבת את זה והייתי גאה בעצמי מאוד. הנה אני יכולה בלי אפידורל. הנה, אני מסוגלת. היא באה לבדוק אותי עוד פעם וכל הזמן הזה וכלום לא התקדם. אני בפתיחה של 1. קיבלתי את הזירוז בשתיים ובחמש וחצי היא אמרה לי ׳שימי לב אם יורדים המים, שימי לב אם יורדים המים׳. נכנסתי לשירותים, קראתי ליונתן שיבוא איתי, כי פחדתי ליפול, כי אז כבר היו לי כאבים שכאילו מה קורה... ואמרתי לו ׳זה מתקדם, זה מתקדם׳. אמרתי לו ׳שמונה בערב סיימנו. שמונה בערב אני בטירוף של הלידה׳. נכנסתי לשירותים, הוא נכנס איתי, סיימתי, ואני מתרוממת ופיק, כמו שמתארים, יש ירידת מים. איזה כיף זה ירידת מים. אמרתי לו ׳מאמי תקרא לה, ירדו לי המים׳. היא מגיעה והיא אומרת לי ׳לא, זאת לא ירידת מים׳. אמרתי לה ׳מה, את מתווכחת איתי?׳ היא שאלה אותי ׳איך את יודעת שזה זה?׳ אמרתי לה: ׳אני יודעת להבדיל מתי אני עושה פיפי ומתי לא׳. היא אומרת לי ׳לא׳. היא הביאה לי בד, כאילו הסדין הירוק הזה שלהם, והיא אמרה לי ׳תכניסי לתחתונים, תעשי סיבוב במחלקה. אם זו ירידת מים, אנחנו נראה את זה רטוב׳. טוב, עשינו סיבוב. חזרתי, הנה זה רטוב. ׳לא. זה לא זה׳. עוד פעם. ׳קחי בד חדש, תעשי סיבוב במחלקה...׳״ ס׳: ״איך הרגשת?״ ג׳: ״שבא לי לפוצץ אותה מכות. ואני לא בן אדם אלים בשום צורה שהיא״ (מצחקקת). ס׳: ״ברור. כי למה? מה הרגשת?״ ג׳: ״כי הרגשתי ש... מה אני משקרת לך? מה זאת אומרת? כאילו מה זה יכול להיות? אני מרגישה...״ ס׳: ״הרגשת שהיא לא מאמינה לך? שהיא לא סומכת עלייך?״ ג׳: ״כן. פשוט ככה. שהיא לא מאמינה לי. שאני ממציאה כי אני רוצה לזרז את זה כאילו. שיאללה, הנה ירדו לי המים. אבל באמת ירדו לי המים. כאילו אני יודעת להבדיל. לא קרה לי בחיים. לא משהו דומה לזה. זה היה ממש כמו שתיארו את זה. ממש ככה. סיבוב שני במחלקה, חזרנו ושוב... היא אומרת לי ׳לא. זה לא זה׳. היא שואלת אותי אם אני רוצה שהיא תבדוק לי פתיחה ואמרתי לה ׳לא אל תגעי בי, שום דבר. כואב לי ואל תגעי בי׳. ואז אחרי דקה וחצי היא לקחת את הבד הזה, הסתכלה, הריחה, לא יודעת מה... ואז היא אמרה לי ׳זו באמת ירידת מים׳. אמרתי לה ׳מה את אומרת? ירידת מים׳? (בכעס). טוב אז ירידת מים, הולכים לחדר

לידה. הסתכלתי גם על יונתן והייתי בעצבים. הייתי בעצבים. כי גם אני יודעת שכשיורדים המים אין זמן. כאילו זה מתחיל...״

ס: ״איך הוא הגיב? בתוך כל הסאגה הזאת״?

ג: ״הוא היה רגוע. אני לא כל כך זוכרת אותו, אני אגיד לך את האמת. כאילו הוא היה בסדר. הוא לא הפריע לי בשום צורה, כמו שצריך. כאילו הוא היה בסדר. אמרתי לו לקרוא לה, אז הוא קרא. כאילו עשה מה שצריך. היה רגוע, היה בטלפון. הייתי צריכה אותו כמו שהוא והיה ממש ככה״ (מצחקקת).

ס: ״מדויק לך״.

ג: ״לאורך הכול. לאורך כל התשעה חודשים ולאורך היום הזה, ה-24 שעות האלה. ובאמת היא אמרה ׳ירידת מים׳. ואז הלכתי לשירותים והיא אמרה לי לשים לב שהמים נקיים, ואז ראיתי שהמים לא נקיים, ואז היא הסתכלה ואמרה שזה מים מקוניאליים ואז לקחו אותי לחדר לידה. הלכתי לחדר לידה, חיברו אותי שם למוניטור, ראו את הצירים שהיו בשמיים. היא הגיעה ושמעתי אותה אומרת ׳טוב, אני אקרא למרדים׳. שאלתי אותה ׳מה עושים, אפידורל?׳ והיא שאלה אותי ׳חשבת שלא תעשי אפידורל?׳ ולא יודעת, להגיד לך את האמת, אני לא פנאטית של לא אפידורל ורק טבעי. אבל אמרתי לה ׳אני גם כל כך פוחדת מהזריקה עצמה של האפידורל, המזרק הגדול, ותיארו לי תיאורים...׳ לא ראיתי את זה אבל את מדמיינת מחט ענקית שנכנסת לך לחוט שדרה. מפחיד... לא משנה... ואז קראו לאחראית... ההיא לא שאלה אותי, המיילדת... היא אמרה לי ׳בסדר, בואי׳. בינתיים היא כבר קראה למרדים וזה... היא אמרה לי ׳את היית אמורה כבר ל... את ראית את הצירים שלך? לא הבנתי...׳ זאת אומרת היא לא הבינה בכלל איך אני... היא לגמרי הבינה את גודל הכאב שהרגשתי... ויונתן, הוא מכיר אותי, אז הוא אמר ׳היא לא רוצה להרגיש מתבכיינת׳. בול. לא יכולתי לתאר את זה בצורה יותר מדויקת. שאני פשוט לא רוצה להיות מתבכיינת. יאללה אני שורדת את זה, אני יכולה״.

ס: ״כלומר, אם אני לוקחת אפידורל, מה זה אומר עליי?״

ג: ״מבאס אותי קצת. כאילו היה בא לי להיות מהלידות האלה של ׳עשיתי את זה, הצלחתי, שרדתי׳״.

ס: ״תחושת הצלחה״.

ג: ״כן. חד־משמעית. זה להיות אישה חזקה, ששורדת את הכאב. שלא רואה ממטר. נמרה, לביאה אמיתית״.

ס: ״מאיפה כל התפיסות האלה״?

גב: ״לא יודעת... לא יודעת, כי אני תופסת מעצמי כזאת לא בכיינית בעיקרון. ושורדת, כאילו מתגברת... ולא... יודעת לדפדף הלאה, גם אם כואב, אוקיי, נשימה ארוכה, יהיה בסדר. ׳הכול בסדר, אף אחד לא מת. הכול טוב׳. וחוץ מזה שלקחתי זירוז, את זה אני יודעת, אם לקחת זירוז יש לך פטור. פטור מהלביאה״.

ס: ״פטור מהלביאה. זכרת את זה גם אז? באותו הרגע״?

ג: ״כן. אמרתי לעצמי... הייתי צריכה לתקן את המחשבה השלילית... (מצחקקת). ״לא הייתה ברירה. ואז באמת, הביאו את האחראית ואמרתי לה ׳את יודעת, דמיינתי את עצמי בחדר הטבעי פה וכו׳ וכו׳ אבל אני לא פנאטית׳. והיא אומרת לי ׳תקשיבי, אפידורל זה החיים. תשמעי מה אני אומרת לך, זה אובר־ייטד׳. אנשים לא מספיק מסבירים כמה זה וואו. ואמרתי ׳טוב נו מה, אני אעשה׳. ואז היא אמרה ׳בואי נראה פתיחה׳ ועד אז לא הסכמתי שיבדקו לי את הפתיחה. אמרתי ׳אל תגעו בי, אל תגעו בי׳ והיא אמרה לי ׳אני מבטיחה לא להכאיב לך׳. ואמרתי לה ׳זה כואב לי מוות, כאילו באמת׳. אז היא אמרה לי ׳בואי נבדוק ולפי זה נחליט׳. פתיחה 1 וחצי. אמרתי ׳יאללה, עזבי אותך. על מי אני עובדת? אני לא שורדת את זה. אין סיכוי. פתיחה 1 וחצי, זה יכול גם להימשך עוד 24 שעות שאני אהיה ככה. אני צריכה גם שיהיה לי כוחות ללידה׳. כל הזמן גם בראש אני אומרת לעצמי, אוקיי אני צריכה שיהיה לי גם כוח ללחוץ, אני צריכה אנרגיה ללחיצה...״

ס: ״את צריכה לשמור על עצמך״.

ג: ״לגמרי. את צריכה להיות עם כוחות. עזבי אותך, שטויות במיץ עגבניות. חזקה, לא חזקה, עזבי אותך, את צריכה להיות עם אנרגיות ללידה, בחלק החשוב. טוב, הגיע המרדים... יצא פוקס והמרדים הגיע תוך שנייה, תוך שנייה״.

ס: ״הוא היה בהיכון, חיכה״ (מצחקקת).

ג: ״כן. והמיילדת אמרה לי, תקשיבי הוא פה, הוא זמין, הוא צריך להיות פה עכשיו. אנחנו לא מפספסות אותו. היא אומרת לי ׳אני אמורה לרדת ממשמרת עכשיו ואני לא יורדת עד שאת לא עם אפידורל׳. הוא נכנס, ובשנייה שהוא נכנס צועקים לו שהוא חייב ללכת לחדר ניתוח. היא אמרה ׳לא׳. המיילדת לא וויתרה. היא סגרה את הדלת ואמרה לו ׳אתה לא יוצא מפה עד שהיא לא מקבלת אפידורל׳״.

ס: ״ואוו״.

ג: ״וואו. פשוט בירכתי אותה על הרגע הזה. וזה לא כאב בכלל. כאילו לא הבנתי על מה כל בלבולי המוח האלה שאפידורל זה כואב, כאילו הזריקה עצמה... כאילו הוא עושה לך הרדמה, דקירה, שתיים, כמו של בדיקות דם. נהדר. נהדר. אני לא האמנתי...״

ס: ״הרבה פעמים שאנחנו מפחדים ממשהו, כשהוא קורה, אנחנו שואלים את עצמנו ׳ממה פחדנו׳״?

ג: ״וואו. ממש ככה. כאילו כשאת משווה את זה לרמת הכאב שהייתה... כאילו פתאום חשבתי לעצמי, למה לעשות בלי זה? כאילו למה לחוות את כל הכאב הפרימיטיבי הזה? כאילו...״

ס: ״זו הייתה המחשבה אחרי שקבלת את האפידורל״?

ג: ״בשנייה שזה התחיל לעבוד, הסתכלתי על יונתן ואמרתי לו ׳וואו, זה החיים׳. ומאז זה המשפט שלי ׳אפידורל זה החיים׳״.

ס: ״כלומר הייתה שם קבלה מלאה של ההחלטה הזאת״.

ג: ״לגמרי. קבלה מאוד גדולה, ששחררתי אמיתי. לא התבאסתי על עצמי למאית השנייה. כלום. פשוט הייתי לגמרי מבסוטה שזה... אחרי זה באה האחראית ואמרתי לה ׳תקשיבי בא לי לחבק אותך. כאילו... בא לי לבכות מאושר, ממש ככה... טוב לי...׳ זה קצת ממסטל, את קצת מסטולה מזה קצת מורפיום קצת זה... ומה אכפת לי? נהדר. מה רע לי? כאילו, תני לי את זה ביומיום, בערב...״ (מצחקקת).

ס: ״מה אכפת לי? כל החוויה שמשתנה היא טובה...״

ג: ״לגמרי. כן. כן. תראי מה זה לטובה? לפני האפידורל, לפני זה, הרגשתי חייתית. הרגשתי את החייתיות, הרגשתי את ה... את הדבר הזה שאת צריכה להיכנס פה לרבאק. ובשנייה שאמרו לי שזה פתיחה של אחד וחצי והיא עוד אומרת לי ׳אני מפרגנת לך באחד וחצי׳, את מבינה שאת לא שם. את לא תהי ה׳טבעית׳ הזאת שיולדת בצורה הזאת, כמו שדמיינת את זה... זה לא יהיה זה. ואת יודעת, אחרי זה גם הבדיקות של הפתיחה, את לא מרגישה... תעשו מה שאתם רוצים, לא אכפת לי... ככה היה במהלך הלילה, אמרו לנו, הביאו ליונתן מיטה. והמיילדת אמרה לי ׳הגיע הזמן שלך לנוח. עכשיו תנוחי, תתכונני כי את צריכה הרבה אנרגיות׳. וככה היה. נרדמתי. לא הצלחתי להירדם באמת... יונתן –׳טוק׳ (מצחקקות)... שזה היה לי מאוד חשוב. אמרתי לו כל הזמן ׳מאמי תישן. אני צריכה שתהיה חזק, מאמי תישן. אני צריכה אותך עירני ובפוקוס, כאילו ברגע האמת...׳ ועוד משהו שהוא פאק מאוד רציני בבתי חולים בעיניי, שאמרתי ׳נו באמת... זה הקירות. הם לא אטומים...׳ מה זה? מה זה? זה בנות לא מספרות... שאת בבית מטבחיים, את בבית מטבחיים... אין דרך

אחרת לתאר את זה. שאלוהים יסלח לי, אושוויץ. אושוויץ. אני אצל הבחור, אני אצל מנדלה... שאגות... וזה עוד שחדר לידי היא ילדה תאומים. הראשונה יצאה, השני לא יצא. לא יודעת מה היה שם. לקחו אותה כנראה לניתוח קיסרי, לא יודעת מה היה שם. אבל השאגות האלה. איזה פחד. והמיילדות כל שנייה 'אני נכנסת ללידה. בהצלחה. אני נכנסת ללידה. בהצלחה'. ואני אומרת 'איך כולן יולדות מסביבי ולא אני? מה קורה לי?' כל הזמן בודקים לי ואחד וחצי. ארבע בבוקר ואחד וחצי. ואז כבר התחלתי לדאוג... כי אני רואה שזה לא מתקדם. ושוב, למה אני דואגת? כי ההיא מהיוגה אמרה לי 'אם זה לא מתקדם, זה לא זה. לידה תקועה. לידה תקועה, צריך לעשות משהו'. ולידה טבעית, אם אין אפידורל אז היא אומרת לך 'תעשי תנוחה כזאת, תעשי תנוחה כזאת'. וזה הרגעים שקצת התחלתי לשנוא אותה. את האישה הזאת. התחלתי כאילו... כאילו על מה את מדברת? איזה תנוחה? אם הלידה תקועה מה אני אמורה לעשות? והיא תיארה שמי שכן קיבלה אפידורל, אז תוך כדי האפידורל היא הצליחה להזיז את האגן תוך כדי... כאילו איזה להזיז את האגן? מה?"

ס: "את אומרת התחלתי לשנוא אותה כי מה? כי מה הרגשת"?

ג: "כי היא בלבלה לי את השכל. הכול שקרים. ככה הרגשתי. זה כאילו התעצם עם הזמן... היה שלב שאמרתי ליונתן, בבוקר, לא באותו הרגע, אמרתי לו 'נראה לי אנחנו צריכים לעשות קיסרי. משהו פה לא מתקדם, ולא יודעת... אנחנו צריכים קיסרי ונראה לי משהו...' והוא אמר לי 'מאמי אם היינו צריכים קיסרי הם יגידו לנו, אל תדאגי. כאילו, אם היה צריך למה שלא היו אומרים לנו'? ואת יודעת... מעין תחושה לא טובה. הייתה לי תחושה שלא יהיה טוב בלחיצות. אני לא סתם אומרת, לא יודעת, משהו לא בסדר. ונראה לי שיהיה משהו לא טוב בלחיצות, ופתאום נורא פחדתי מהלחיצות. והדאיג אותי שאני פתאום... למה זה הדאיג אותי כי אומרים שבאפידורל את לא מרגישה ואז את לא לוחצת טוב. וכאילו הייתי נורא לחוצה. אבל זהו, אחרי זה את משחררת, מגיעה אחות, והופ פתיחה חמש. יאללה. נהדר. אהה יונתן במקביל שלח למשפחה, הם התחילו לדאוג מה קורה, משהו לא בסדר? לא הגיוני שהיא עדיין לא ילדה... ואני כל הזמן הייתי מנותקת מהטלפון ואמרתי לו 'אל תגיד לי גם מה אומרים, אל תדבר איתי על זה, אני לא רוצה לשמוע על המשפחה. שלחו הודעות, לא שלחו הודעות, התכתבו, לא התכתבו. לא מעניין אותי'. אני מבחינתי הוא בטלפון, הוא משחק במשחק שלו".

ס: "מידרת את כל הדברים המסיחים, המלחיצים..."

ג: "מתכנסת עם עצמי עכשיו..."

ס: "ממוקדת מטרה".

ג: "בטירוף. לא רוצה שאף אחד יסיח לי את המחשבה למשהו אחר. אני יודעת הכי טוב, כאילו די, עזבו אותי. באמת".

ס: "את והקול של ה... יוגיסטית הזאת".

ג: "כן. כן. שכחה החשיבה על לא לעשות עם אפידורל נגיד, לא שיתפתי אף אחד חוץ מיונתן. והוא היה בעד, כאילו הוא לגמרי היה איתי בזה. וזה לא הפתיע אף אחד, כי כולן בעצם מזלזלות ברמה הכי מטורפת שיש, כאילו למה לסבול, למה לסבול... ואז שאמרו פתיחה חמש, יאללה, קדימה ראבאק. התחלפה משמרת, היא הגיעה מיילדת חדשה ... ארבע מיילדות כבר. (מצחקקת). לא משנה... תשע בבוקר הגיעה המיילדת, אמרה 'בואי נבדוק אותך' ויאללה. 10. 'מה?' שמחה ושנון. אוקיי, קדימה. נהדר. הלכה, הביאה את הערכה של הלידה, היא אמרה 'את נכנסת ללידה' ואמרתי 'יואו, עכשיו אני נכנסת ללידה. מאמי איזה התרגשות'. יאללה איזה התרגשות... ומתחילים ללחוץ. וכצפוי, אני לא לוחצת טוב. אני לא לוחצת טוב... ".

ס: "מה זה לא לוחצת טוב? זה מה שאמרו לך"?

ג: "כן..."

ס: "מה בדיוק אמרו לך"?

ג: "היא אמרה 'את לוחצת למקום הלא נכון. תנסי ללחוץ למטה. את לוחצת לראש. תנסי ללחוץ למטה... תדמייני שאת עושה קקי, לטוסיק, לטוסיק...' עכשיו... היוגיסטית... אני תוך כדי מרפה. כי אמרה לנו 'היא תצא בהרפיה, כשאנחנו נרפה את רצפת האגן, אז בהרפיה היא תצא...' אז אני מרפה. אני עושה מה שאמרו לי, כי היא מבינה, נכון? היא הרבה שנים בתחום ו... אהה ועוד משהו, הנשימות. הנשימות, היא, היוגיסטית, אמרה לעשות נשיפה ולהוציא אוויר. והמיילדת אמרה 'לא. לא לנשום. את לוקחת אוויר, לא נושמת ולוחצת'. עכשיו זה הפוך ממה שאני למדתי בחודשים האחרונים. אז לא הבנתי מה אני אמורה לעשות".

ס: "זה בלבל אותך..."

ג: "אני הרגשתי שאני מאבדת את זה. והשנאה שלי ליוגיסטית... ואוו... אני הרגשתי שאם היא הייתה פה עכשיו, הייתי דוקרת אותה כנראה. ככל הנראה זה מה שהייתי עושה... ואז אמרתי לעצמי: 'גבריאלה. סתמי. עזבי אותך עזבי את היוגיסטית הזאת, תשחררי ממנה, תירגעי. תשחררי ממנה ועכשיו תעשי מה שהבלונדינית היפהפייה שעומדת מולך, מורן, אומרת לך. מה שהיא אומרת'. לא לנשום, לא נושמת, ללחוץ, לוחצת, טה, טה טה. לא מתקדם. לא מתקדם, לא מתקדם. ואז היא אומרת 'הנה אני רואה את הראש... הנה, הנה... יופי, יופי...' את מכירה שאומרים לך 'יופי' ואת רואה שזה לא יופי... מכירה את זה"?

ס: "בעצם את ראית איזשהו פער בין המילולי ללא מילולי".

ג: "פער עצום. היא לא שחקנית טובה. לא היה לי נעים להגיד לה אבל היא לא שחקנית טובה (מצחקקת). התווי פנים שלה הראו שהיא נורא רוצה לעודד אותי, לא להוריד לי את המצב רוח ואת הטירוף אבל הפנים שלה היו מאוד מאוכזבות. אז אני לוחצת ומבינה תוך כדי שזה לא טוב ואני מפסיקה והיא אומרת לי 'אל תעצרי, אל תעצרי והנה ,והנה, הנה הראש. והיא ג'ינג'ית'. ואני ויונתן תמיד צחקנו שאם היא ג'ינג'ית דוחפים אותה חזרה פנימה. ויונתן 'יאללה קדימה, עוד קצת, עוד קצת'. ולא. היא אומרת לי 'את לא לוחצת והיא חוזרת פנימה'. שכחתי לציין, לאורך כל הלילה... סליחה שכחתי עוד לציין, שבלילה כבר לא התקדם אז נתנו לי עוד זירוז. הוציאו הרי את הפרופס, הרי שמים טבליה וברגע שיוצאים המים מוציאים אותה. נותנים לצירים הטבעיים לקרות. בלילה ראו שזה לא מספיק אז הוסיפו לי פיטוצין. ואמרו לי 'אל תדאגי'... כי הרי פיטוצין זה כאבי תופת. אבל אמרתי 'יאללה. אפידורל, פיטוצין, תזריקו לי מה שצריך, העיקר שלא כואב לי כלום והכול נהדר'. הגיע השלב שאת לא מרגישה את הגוף שלך כאילו, אבל זה עוד לא היה בשלב הזה, זה היה יותר בלידה... ואז נתנו לי פיטוצין ותוך כדי הלילה ראו שיש כל הזמן האטות בדופק. והבינו שזה מהפיטוצין. כי הפיטוצין עשו צירים. והיו את הצירים שלי. ובעצם הסבירו לי שהיה ציר על ציר שהוא לחץ על הילדה. אז הפסיקו את הפיטוצין, ואז אין התקדמות. ואז המשיכו, והפסיקו... וככה היה לי מיקס כזה בלילה של און אנד אוף, כל הזמן עם הזירוז והדופק שלה שעולה ויורד. וגם במהלך הלידה. במהלך הלידה כל פעם שלחצתי ירד הדופק. ואז צריך לעצור עשר דקות, להתהפך על הגב, לחכות שהדופק יחזור, עוצרים ולא לחוצים. ממשיכים וכו'..."

ס: "מהלך כזה של צעד קדימה, צעד אחורה, עוצרים, ממשיכים, עוצרים, ממשיכים..."

ג: "כן... כל הזמן. בזמן הזה מדי פעם היא קופצת החוצה, המיילדת. קוראת למישהו, רוצה לראות איך אני לוחצת. נכון היא לא לוחצת טוב? נכון היא לא לוחצת טוב? מאשרים לי שאני לא לוחצת טוב..."
ס: "איך את מרגישה כשאת שומעת את זה"?
ג: "מזעזע. מזעזע. אני יודעת שהיא בסיכון כל עוד היא בתעלה. חבל. אנחנו מבזבזים זמן" (מוצפת רגשית).
ס: "תחושה של בהלה ופחד".
ג: "מטורף. כל פעם הם נכנסו והיה... מגיע שלב שכמו שאמרתי, את מרגישה שהגוף כבר לא שלך. That's that. נגמר. הוא שלהם, והם יעשו מה שהם צריכים. כל אחד שם נכנס, מחטט, מוציא. שאלוהים יעזור לי, זה היה מזוויע. אני גם הפסקתי לדבר בשלב מסוים. כאילו אני חושבת שאחרי הלחיצות הראשונות, שהיא אמרה לי שאני לא לוחצת טוב, פשוט... הבנתי שאני לא יכולה לדבר. הפה שלי היה יונתן. ממש. אז גם... מחכים לציר, כאילו הרי, כן הרגשתי את הצירי לחץ. שבגלל זה כל הזמן קראתי לה. כי לפני שהגעתי לפתיחה 10, התחלתי להרגיש לחץ משוגע. לחץ שתמיד מדברים עליו. שתמיד אמרתי 'מה ההבדל? מה ההבדל?' אז זה ההבדל. וגם האפידורל לא עוזר לכאבים האלה מסתבר... שגם את זה לא מספרים ולא ידעתי... וזה באמת כאבי תופת. ורציתי עוד אפידורל. אבל לא עוד. אני מספיק מסטולה. 'מאמי זה לא עובד' (מצחקקת). ויונתן אומר לי 'זה מוגבל, זה מוגבל. אי אפשר'. בסדר אין מה לעשות, בסדר... וזה לחץ משוגע ואת אומרת אימאל'ה, היא יוצאת לבד. היא יוצאת. אני לא עושה כלום והיא יוצאת... זה הרגיש לי משמח, היא תגלוש החוצה... נהדר. הכול בראש מסתבר, אין לי מושג... אבל זה ממש לא מה שקרה. מסתבר שגם לחצתי ולא עזרתי לה... וכל פעם הביאו את הרופאים, ופתאום נכנסו איזה שבעה רופאים. פתאום צוות שלם של רופאים מולך, את עם רגליים פשוקות, מסתכלת עליהם וכאילן מה קורה פה? אימאל'ה, אימאל'ה. ואת לוחצת... ואז הוא בדק ושוב 'ללחוץ ככה, לא ככה... תלחצי ככה... לא ככה', ואז רופא הבא 'תלחצי, לא ככה, כן ככה...' ורופא הבא... שבעה כאלה... וכאילו ממש הרגשתי, אחרי זה שתיארתי את זה, כאילו תיארתי את זה שאת כאילו באפריקה, בטבע, וסביבך חיות. לא אנשים. את מרגישה כמו אישה בטבע שיולדת כאילו כמו חיה. הרגשתי חיה פצועה. שכאילו אני אמות בסוף או משהו. את יודעת משהו כזה... מרגיש חייתי. ברמות. פרימיטיבי, פרימיטיבי. שאמרתי לעצמי תוך כדי איך אני בשנת 2019, עוד מעט 2020 וככה יולדים, זה מטורף בעיניי. זה כאילו לא מותאם לשנה שאנחנו נמצאים בה. זה מטורף. כאילו איך נותנים לי לעבור חוויה כזאת? זה כאילו לא הגיוני. תוך כדי... כאילו אלה המחשבות שלי תוך כדי הלידה. ובסוף אנחנו איזה שעתיים בלחיצות. ולא קרה כלום... השעה, סליחה שעה וחצי. השעה הייתה עשר וחצי וכל הזמן המיילדת אמרה לי 'גבריאלה' עשתה לי שיחות כאלה 'קדימה, עכשיו את מקשיבה לי' היא כאילו הייתה כועסת עליי 'את עכשיו מקשיבה לי ומקשיבה לי טוב. את לוחצת ולוחצת טוב. אם לא, אנחנו נצטרך ללכת לפרוצדורות אחרות, אני מבקשת ממך. קדימה. בכל הרבאק. אין. גבריאלה תני את הרבאק...' ואין... והיא אומרת לי לנשום... ואת בתנוחה שלא נוח לך לנשום. והיא אומרת לי 'קחי נשימה עמוקה' עכשיו הראש שלי פה, איך אני אמורה, איך האוויר אמור לעבור פה בכלל, פיזית... זה נגר האנטומיה של הגוף, איך הראש שלי כאן ואני צריכה לקחת נשימה עמוקה ו..."
ס: "הרגשת שאת בכלל לא..."
ג: "שאני לא שם (מתנשמת). כאילו באמת. לא הבנתי איך אני אמורה לעשות את זה. ואז אחרי שעה וחצי עוד פעם הרופאים יצאו, היא נשארה איתנו, עוד פעם ניסינו ואמרתי לה 'הנה אני מרגישה צירי' והיא אמרה לי 'לא, צריך לחכות'".
ס: "אם הם כל פעם יצאו ונכנסו, מה בעצם הייתה התרומה שלהם"?
ג: "להלחיץ אותי יותר כנראה" (מצחקקת). לא, אבל הם בעיקר באו לראות שאני לא לוחצת טוב, לאשר את זה שאני לא לוחצת טוב, מסתבר, יכול להיות ש... לא זכור לי כזה דבר, וגם ליונתן לא זכור, אבל טוענים שבשלב מסוים הסבירו לנו שאנחנו ניכנס ל... אם אני לא אצליח, ניכנס ל... או ואקום או קיסרי. כביכול הם הסבירו לנו את הסיכונים בוואקום... אני אומרת הכול כביכול כי גם אני וגם יונתן לא... אני לא זוכרת כלום מזה, אני רק זוכרת שהיא אמרה, שיכול להיות שאנחנו נלך לוואקום או קיסרי. זה המשפט היחידי שאני זוכרת... ואז היא יצאה מהחדר. זו לא הייתה המיילדת, זו הייתה רופאה פשוט. ואז היא יצאה מהחדר, כולם חזרו... כבר הכינו את שולחן וואקום, הסבירו לנו ושאלו אותנו מה אנחנו מעדיפים וואקום או קיסרי"?
ס: "השאירו לכם את הבחירה..."
ג "כן... עכשיו אני לא מדברת, כן? היא שואלת אותי, היא כאילו באה לידי, יונתן פה והיא פה, היא מסתכלת עליי ושואלת אותי... הסתכלתי עליה, הסתכלתי על יונתן, כאילו במבט של תענה להם, כי אני לא יודעת... אני לא יכולה להוציא מילה הפה... אז יונתן שאל 'מה הכי טוב? מה הכי כדאי? מה הכי חשוב? מה הכי בטיחותי? כאילו אנחנו רוצים להוציא אותה הכי בטוח שיש...' אז הם אמרו "וואקום". אז הוא אמר 'אוקיי, אז וואקום. סבבה'. הגיע אדוארדו, מסתבר שהוא אלוף הוואקום באיכילוב. כולם נורא התרגשו שהוא זה עושה את זה, לא הפסיקו לדבר עליו, תוך כדי... איזה ידיים יש לו, הוא אלוף... אלא המשפטים, אז את מרגישה בנוח, לא? כאילו, יש לי את הטופ של הטופ של הוואקום, לפחות זה... ולפני שהוא עשה, עשתה רופאה שאמרה לי 'ואקום או קיסרי' אז היא ניסתה, ולא הלך, היא פספסה, הוואקום השתחרר לה מהראש של הילדה. כולם הסתכלו אחד על השני... ואז אדוארדו בא, ועשה. הוא אמר לי 'אני עושה מינימום לחיצות. אני מינימום של המינימום בוואקום. הכול זה את, את לוחצת ואנחנו ביחד מוציאים אותה'. אני לוחצת ולוחצת וכלום. הוא אמר לי 'תקשיבי...' וכולם מסתכלים עליי במבטים של... ואת לא יודעת כבר מה יוציא אותה, אבל תוציא אותה. והוא אומר לי 'תקשיבי, אם אנחנו עכשיו לא מצליחים להוציא אותה, זה קיסרי. לוואקום יש פרוטוקול של 3 לחיצות, 3 משיכות. שלילית לא הצליחה, הולכים לניתוח'".
ואני אמרתי לעצמי, על גופתי המתה שאני עכשיו הולכת לניתוח. כל השיט הזה אני עברתי ועכשיו אני עוד אלך לניתוח. אין שום סיכוי. וכמובן, זה עוד מסוכן לילדה. שוב. אני לא אחכה עכשיו עד שירדימו אותי עוד, ומה שצריך... ויגררו אותי מפה לחדר ניתוח, גם אם החדר ניתוח הוא חדר ליד, זה לא מעניין אותי".
ס: "זאת אומרת היית בעמדה שכך או כך היא תצא בוואקום"?
ג: "לא מעניין אותי. אני אמות אם צריך. לא יהיה לי אוויר, לא מעניין אותי. היא יוצאת. ניתוח לא יהיה פה. הכי כאילו... ויצאה. לחצנו. כולם בבת אחת, הייתה את התגובה הזאת 'אההההה' אני רק אחרי כמה שעות גיליתי, אני אגלה לך סוד. היא יצאה עם חבל התבור סביב הצוואר. בגלל זה כולם הבינו למה ירד לה הדופק כל הלילה ובלחיצות, כי לא הבינו למה הלחיצות גורמות לה לירידה בדופק. והיא יצאה. היא כמעט החליקה לו מהידיים. היא כמעט נפלה לו..." (מצחקקת). זרקו אותה עליי, מאית השנייה היא הייתה עליי, הסתכלתי עליה, התחלתי לבכות ואמרתי 'יואו זאת אני'. היא הזכירה לי תמונה שלי כתינוקת, קופי. הם חתכו לה את חבל התבור וטאק כולם בבת אחת יצאו מהחדר איתה".
ס: "כל הפוקוס עבר ממך אליה..."
ג: "מה זה אליה, אין אף אחד בחדר. אני ויונתן. הדממה שהייתה בחדר אחרי זה הייתה..."
ס: "השאירו אתכם לבד".

	ג: "כאילו פתאום יש שקט... הלם. הלם. אני זוכרת שהיה איזשהו... פשוט שוק. הסתכלתי על יונתן, נראה לי, לא זוכרת אפילו מה היה... מה היה שם. בשניות האלה... פתאום נכנס הרופא וקורא לו 'בוא תראה אותה'. נרגעתי, יש את מי לראות. יונתן הלך, המיילדת הייתה שם, איתי בחדר כאילו. ואת נשארת... את יודעת, עם הרגליים פשוקות כאילו, אימון של החיים... ופשוט שכבתי שם בשוק. לא האמנתי על מה שקרה שם. לא הבנתי מה קורה, איך זה קרה, מה עבר עליי כרגע? מה היה פה. כאילו נורא שמחתי על זה שכמו שמתארים, בשנייה שהיא יוצאת נגמרים הכאבים. זה בדיוק היה ככה". ס: "הרגשת את החלק המשמח הזה שהכאבים מאחורייך"? ג: "כן. כאילו לא הייתי שמחה אבל הצחיק אותי שזה באמת ככה, כאילו כמו שמתארים. כל הזמן המחשבות האלה זה כמו שמתארים. אני כל הזמן אומרת את זה 'זה כמו שמתארים', זה בדיוק אותו הדבר. כי היו מלא ציפיות, כל התיאורים של כולן. את כל הזמן מצפה לדברים, ואם זה לא קורה כמו שצריך אז את אומרת 'רגע, זה לא מה שהסבירו לי, זה לא מה שהבטיחו לי, זה לא זה'. ואז כשפתאום קורה משהו כמו שאומרים אז 'אה, הנה'". ס: "פתאום משהו שקורה שהוא כמו..." ג: "כמו שאמרו. ממש ככה. ואז פתאום המנהלת אמרה 'עוד מעט יבואו לתפור אותך'. ונראה לי שזה המשפט הראשון שהוצאתי מהפה זה 'איזה באסה שצריך לתפור אותי. ומי תופר אותי'? כי אני אמרתי לעצמי 'אותי מתמחים לא תופרים, לא מתקרבים אליי. לא סטז'רים ולא אני לא יודעת... אני רוצה את הטופ של הטופ בתפירה בבית חולים'". ס: "זאת אומרת חזר לך הקול". ג: "כן. גם הקול וגם ההיבט הרציונלי. של 'אוקיי, בוא נדאג רגע לתפרים'. כי זה גם משהו שהפחיד אותי וכל הזמן דברתי איתה על מה שדיברנו עליו". ס: "אם קודם אמרת 'מסרתי את הגוף להם שיעשו מה שצריך', חזרת לעצמך ברגע הזה". ג: "ממש ככה. ואז היא אמרה לי שאדוארדו יבוא לתפור אותי, אז נורא שמחתי. כי הוא רופא בכיר, הוא עשה לי את הווואקום ואת יודעת... הוא רופא טוב, יש לו ידיים, היללו אותו שם בחדר לידה כאילו זה אלוהים מיילד אותי, באמת... אנשים מבוגרים ואת יודעת זה לא שהם ילדות מתמחות שאת אומרת... ראו שהם ותיקים, שבאו לראות איך הוא עושה את זה. אני אומרת לך, הם היו כאילו נפעמים. הערצה, ממש הערצה. אמרו לי 'אין, את זכית. זכית שזה המשמרת שלו'. טוב... סבבה. באותו הרגע באמת הרגשתי את הפיס. ואז הוא בא ותפר, אמרתי לו 'אני לא ארגיש כלום נכון'? הוא אמר לי 'כן, האפידורל עוד שם'. והוא בדיוק נגמר והטפטפת שלו בדיוק נגמרה, בסוף הלידה. ממש בזמן. אז כן הרגשתי קצת את התפרים אבל ברמה שהיא סבבה... הוא אמר לי 'תגידי תודה, יש לך מלא תפרים פנימיים, אז יהיה לך קל לשבת. יש רק שלושה בחוץ קטנים'. טוב... אוקי..." ס: "ניסה לנחם אותך. ניסה להראות לך את הטוב שבתוך הסיטואציה הזאת, הלא נעימה הזאת..." ג: " כן... בסדר... להגיד שזה ניחם אותי... את יודעת... בסדר, תפרים, הם תפרים... תפרים חיצוניים, או פנימיים, אני הרי לא יודעת מה זה ומה זה... וזהו, אז הוא סיים. והתיישרתי ואז כזה חזרתי לעצמי כזה. יונתן חזר, הראה לי תמונה שלה, בובית קטנה, יפיפייה מהממת. שקלה 3.590". ס: "מכובדת". ג: "בלי עין הרע. הוא הסביר לי בזמן שהוא תופר אותי, שהיא יצאה עם הידיים פה (מדגימה) לא בסיבוב. הרי אסור לה להסתובב, היא לא הסתובבה".
תיאור אחרון – ריאיון סיכום עם החוקרת	ג: "הייתי בשבוע 41+3. הגעתי כבר לבית חולים לקבל זירוז. כאילו הכינו אותי לזה שאני מקבלת זירוז... ובאמת בצהריים, אחת בצהריים קיבלתי את הזירוז... מאוד מהר התחילו לי צירים, הזירוז היה כאילו טבלית כזאת שכאילו מכניסים והיא תוך כדי מתחילה לייצר צירים. ובאמת תוך חצי שעה התחילו לי הצירים והייתי בטוחה שיאללה עושים את זה, באתי מוכנה בראבק, עשיתי מלא הכנות בבית של יוגה כזה, נשימות, עניינים... באמת הצירים התקדמו והתקדמו והתקדמו. תוך כדי בדקו אותי כל הזמן לפתיחה... ואוו. ולא מתקדם. יש לי פתיחה 1. 1. 1. 1. כבר כמה שעות לא מתקדם כלום. פתאום, חמש אחרי הצהריים ירדו לי המים. אוקיי, נהדר. נורא התרגשתי. האחות לא האמינה לי שירדו לי המים, שלחה אותי לעשות סיבוב במחלקה, עם כזה בד, כדי לראות שהוא נרטב... אוקיי... פעם שנייה. לא האמינה לי, לא זה לא. זה לא זה... ואת בכאבי תופת בא לך כבר להרוג אותה. פעם שלישית, עוד סיבוב, אוקיי זה זה. תודה רבה. ואז היא הוציאה לי את הזירוז. כי כאילו עכשיו צריכים להיות צירים טבעיים, של הגוף. נכנסתי לעשות מקלחת, בחושך וזה... התמודדתי, התמודדתי... היא אמרה לי לשים לב למים שהם לא מלוכלכים. ואז באמת אחרי שעה היו לי מים מקוניאליים. אז יאללה חדר לידה. באנו לחדר לידה, היו לי צירים מטורפים. נורא פחדתי מהזריקה של האפידורל. מאוד. ממש רציתי להימנע מזה, עד כמה שניתן. המיילדת ראתה את המוניטור של הצירים ואמרה לי 'על מה את מדברת? למה שתשרדי את זה?' ואז אמרתי לה 'אולי נבדוק פתיחה וזה? אולי התקדמנו...' כי אמרתי לעצמי שאם אנחנו בחמש, שש, אני שורדת... אני שורדת את זה... ו-1 עדיין. כאילו שום דבר פשוט לא התקדם. כל היום. השעה כבר עשר בלילה. ובוא נקווה שזה יצא בסוף... ואז בעשר היא כבר הזמינה לי את המרדים, שהגיע מאוד מאוד מהר ו... למזלי הגיע מהר, הוא בדיוק היה צריך ללכת לניתוח וזה... לא משנה, קיבלתי את האפידורל, חזרו לי החיים וחזרתי לנשום. כל הלילה, כל הזמן היו האטות בדופק שלה. הוסיפו לי פיטוצין, כי הפתיחה הייתה עדיין 1, 1 וחצי... ואז הפיטוצין גרם לירידות בדופק אז הפסיקו את הפיטוצין, ואז המשיכו... וככה כל הלילה תנודות..." יפעת: "און אוף..." ג: "און אוף... ברקע את שומעת בית מטבחיים מסביבך, החדרים... סיפרתי לסיגל שיש חדר שהיה צמוד אלינו, והייתה שם לידה של תאומים. אין לי מושג איך היא הסתיימה... שהצעקות והצרחות שהיו שם... זה היה לא שפוי. אמרתי למיילדת 'תדעי לך שזה לא בסדר. כי אני הכי עכשיו צריכה ללדת, ולא בא לי. אני פוחדת יותר ממה שפחדתי לפני... אני עכשיו עוד יותר בפחדים'. את שומעת צרחות משהו... והיא אומרת לי 'לא, הם בלי אפידורל, בלי אפידורל.. שטויות...' ולידי הייתה לידה של תאומים, שהתינוקת הראשונה יצאה, והשנייה לא. ואני לא יודעת איך זה נסגר. אז אני נשארתי עם חור בלב לגבי הסיפור שלה (מצחקקת), אני רוצה לקוות שזה נגמר בטוב... וככה כל הלילה, לא ישנתי. בעלי נרדם, הביאו לו מיטה... והתחלפו משמרות של כל האחיות וכו'. תשע בבוקר הגיעה משמרת חדשה, מיילדת חדשה, הופ יאללה, פתיחה 10, קדימה. אני מאותו רגע הפסקתי לדבר. הרגשתי שאני לא יכולה לדבר יותר ואני לוחצת... והתחלתי פשוט ללחוץ לא טוב. שזה היה אחד החששות שלי מהאפידורל. שבגלל האפידורל את לא לוחצת טוב, זה דבר ידוע. כל הלילה הייתה לי תחושה שזה מה שיקרה גם. אמרתי ליונתן 'תקשיב, נראה לי שאני צריכה קיסרי. מרגיש לי לא טוב, לא יודעת...' הוא אמר לי 'אל תדאגי, אם היית צריכה קיסרי הם היו אומרים. את סתם בהיסטריה...' ובסדר, יכול להיות שאני לא בשיא דעתי כרגע... אני לוחצת ולוחצת. ולא לוחצת טוב. אני, כל מה שלימדו אותי ביוגה, איך לנשום, זה לא טוב. היא אומרת לי 'מה את עושה? לא ככה'. ואז היא לימדה אותי מחדש

	איך לנשום. אז עכשיו, כל מה שלמדתי במשך חצי שנה את צריכה במאית השנה למחוק ולשנות לדבר החדש. זה היה פשוט בלתי... לא הבנתי איך אני אמורה לעשות את זה, מאיפה אני אוגרת את הכוחות שלי כרגע. זה היה ממש, ממש קשה. וכל פעם היא עושה לי שיחות 'גבריאלה תקשיבי, אם אנחנו לא נצליח את זה, צריך לעבור לשלב הבא... קדימה...' עכשיו תוך כדי, כל פעם שאני לוחצת יורד דופק. צריך לעצור, להסתובב, לחכות 10 דקות. התשה כזאת, אני לא האמנתי שאני חווה... ואני פשוט שם. לא מוציאה מילה. בהלם. אני פשוט שוכבת שם, בהלם של חיי. בהלם שאני בחוויה פרימיטיבית כזאת. שאני בשנת 2019 וככה אני נראית, וזו הסיטואציה שאני נמצאת בה. תוך כדי מכניסים רופאים שמנסים ליילד אותי, אף אחד לא מצליח. כל אחד 'אני רוצה לראות איך את לוחצת. אני רוצה לראות איך את לוחצת... מה זה משנה? אני לא לוחצת טוב... מה זה רלוונטי?! מנסים להבין. ואז 'אה נכון. לא טוב'. אה יופי. מאוד מעודד. והמיילדת תוך כדי 'יופי, כן, יופי...' ואת רואה על הפנים שלה, שלא יופי... היא במילים מעודדת אבל את רואה שלא... והיא אומרת 'הנה אני רואה את הראש, היא ג'ינג'ית' אבל את רואה בפנים שלה שהיא לא מרוצה, וזה עוד יותר מוריד אותי ומוריד אותי ומוריד אותי... ואז פתאום עשרה רופאים נכנסו לחדר, שיחה כזאת של אין מה לעשות... אנחנו אחרי שעתיים של לחיצות, זה עכשיו או ש... שלב הבא. היא לא רוצה לצאת... הם הסבירו לי שאו שעכשיו עושים וואקום או קיסרי... ואני לא הגבתי. הסתכלתי על בעלי כאילו, שאתה האבא כרגע, תדבר, תחליט. אני בלב שלי רציתי ואקום כי אני יודעת שכל עוד היא בתעלה זה מסוכן, ככל שהיא יותר זמן בתעלה, זה עוד יותר מסוכן... ועד שייקחו אותי לקיסרי, גם אם זה חדר ליד, וזה דקה של נסיעה במיטה, אני לא מעוניינת, אני רוצה שהיא תהיה בחוץ. ואז יונתן שאל אותם 'מה הדרך הכי בטוחה להוציא אותה כרגע?' והם אמרו לו חד־משמעית 'ואקום'. אוקיי, מה את מתווכחת עם עשרה רופאים שעומדים מולך? ממש לא... טוב, הביאו את כל הערכה, הביאו את הטופ של הטופ בוואקומים באיכילוב. אמרו לי 'נפלת על משמרת... זכית. זכית בפיס. זה אמן, יש לו ידיים של אמן'. הגיעו רופאים לראות איך הוא עושה את הוואקום. והם עומדים מאחוריו, מתרשמים... אבל לפני שהוא ניסה את הוואקום, פעם ראשונה הייתה שם איזו מישהי, כנראה סטז'רית, או לא יודעת מה... כנראה מתמחה... שבדיעבד, אני הכול בדיעבד... היא ניסתה לעשות את הוואקום והתפלק לה. הוואקום השתחרר מהראש שלה... ו... אוקיי... עכשיו יש שלושה ניסיונות של ואקום, לפי פרוטוקול בית חולים, פעם שלישית לא מצליח, קיסרי. עכשיו היא פספסה, היה דממה בחדר כזה... את יודעת, לא נעים. ואז הביאו את האמן. האמן, הוא ישב לידה, הוא כאילו הסתכל וראה... ואז הוא עשה פעם אחת, לא הצליח. פעם שנייה, אמר לי 'תקשיבי, אני רוצה פתאום משיכות שלי, זה הכול אצלך, אני עוזר לך אבל אם עכשיו אנחנו לא מצליחים זה לחדר ניתוח'. ואני אמרתי לעצמי בלב, על גופתי המתה שאת כל השיט הזה אני עברתי עכשיו ועכשיו אני אכנס לניתוח של חירום, ואני יודעת מה זה חירום קיסרי, מניסיון של סובבות... לא בשבילי. ולחצתי, לחצתי... יצאה. היא יצאה עם חבל הטבור סביב הצוואר, בגלל זה כל הירידות דופק, כולם ביחד הגיבו כזה 'אהה', לא הבנתי מה קרה אבל אוקיי... ופחות מ-10 שניות, היא הייתה עליי 3 שניות והם חתכו את חבל הטבור וכולם יוצאים מהחדר. נשארנו אני ויונתן לבד". יפעת: "יצאו איתה"? ג': "יצאו איתה. ברחו איתה, חטפו אותה... עכשיו בואי נדמיין רגע סיטואציה שאני כאילו שם, מזועזעת עד עומקי נשמתי מהסיטואציה הזאת. כמו חיה פצועה. אין דרך אחרת לתאר את זה. זה היה חייתי. את רואה את כולם מולך ואת לוחצת ואומרים לך 'יאללה קדימה'. ואת אומרת 'יואו, בא לי לתלוש שיערות מהעור... כאילו איך זה קרה לי הסיטואציה הזאת בכלל?' ואז אחרי כמה דקות הגיע הרופא ואמר ליונתן 'בוא תראה אותה'. אז חזרה לי הנשימה, אמרתי יש מה לראות. הכול בסדר. ואז יונתן הלך, נשארנו אני והמיילדת. עכשיו את המיילדת זכרתי אגב רק בהמשך, לא זכרתי שהיא הייתה שם... לא זכרתי שהמיילדת הייתה שם בכלל, זכרתי שהייתי לבד ועם הזמן הזיכרון קצת חזר לי... ובגדול הכול היה בסדר, 'אפגר' 9-10 וזה... ובלילה היא נשארה לישון איתנו ופתאום ראינו שיש לה במהלך הלילה, כל מיני טיקים כאלה, שהיא ישנה... חשבנו שקר לה, חשבנו שהיא חולמת... את יודעת... בבוקר הגיעה האחות לבדוק לה מדדים, היא ראתה את הטיקים האלה והיא אמרה ליונתן 'קח אותה לתינוקייה שהרופא יסתכל. לא יודעת מה זה, לא להילחץ אבל שיראה...' אני במקביל, יונתן לקח אותה, ואני נשארתי לבד בחדר, מתארגנת וזה... פתאום נהיו לי 'פלאשים' כזה מהחדר לידה, פתאום אני מתחילה לעכל מה קרה שם בכלל. בכי היסטרי. לא פרופורציונלי... לא פרופורציונלי למרות הסיטואציה המחרידה... לא האמנתי שזה קרה לי. הייתי בשוק. ופתאום יונתן נכנס. בוכה. הוא אומר לי... עכשיו הוא רואה גם אותי בוכה, ואני עוד לא יודעת מה קרה, אז אני פשוט מרחמת עליו בסיטואציה הזאת, איזה סיוט... אני רק אתאר את יונתן שהוא פשוט לא גבר שבוכה. מכלום. כלום. הוא אומר לי 'אני אספר לך הכול אבל צריכה להתכונן...' הוא אומר לי שעשו לה סיטי ראש וראו שיש לה דימום מוחי והטיקים שראינו זה היו פרכוסים. במהלך הלילה. היא עכשיו בטיפול נמרץ. היא מקבלת תרופות לפרכוסים ו... זהו. ואוקיי... עכשיו מתמודדים עם זה... היינו שם שבועיים. היא הייתה מאושפזת שבועיים, אני הייתי מאושפזת עשרה ימים, כי גם אני הייתי כבר עם לחץ דם נמוך, המדדים שלי לא היו טובים ו... בעיקר הבית חולים נורא פחד על התחת שלו. כולם כולל המנהל של בית החולים איכילוב, זימן אותנו אליו למשרד, כדי לספר לנו על סטטיסטיקות, שאחד ל-1000 בואקום יוצאים עם דימום מוחי. הסכימו לי להישאר במחלקה שבעה ימים. שגם כאילו בנות שעברו קיסרי סביבי, קיסרי שהסתבך שהיו איתי בפגייה, לא נתנו להם יותר משלושה לילות... אני מספרת את זה כי זה רק הוכיח לי כמה הייתה שם פשלה, כאילו כמה הבית חולים פחד על התחת שלו שלא נתבע אותם... לא משנה, מפה לשם, התקדם... חזרנו הביתה".
	אור
תיאור ראשון טלפוני – למתאמת המחקר	א: "ההיריון היה תקין. הלכתי לבית חולים תומך בלידה נרתיקית – 'מעייני הישועה'. אמרו לי שהם טובים, עד שמשהו מסתבך אצלם. אז הם שולחים ל'תל-השומר'. זה הדהד לי והדליק לי נורה כתומה. סמכתי על הקדוש ברוך הוא שתהיה לידה נרתיקית רגילה. באתי לבית החולים עם פתיחה של 2.5 (שמחת תורה) נכנסתי לחדר לידה. מרגע שקיבלתי את האפידורל הלידה לא התקדמה. לקחתי את האפידורל כי כאבה לי הבדיקה הידנית של הפתיחה. רק בגלל זה. טעות גדולה. הייתי עם המון הקאות, שמונה פעמים. שמו פראמין. האפידורל לא ממש השפיע על רגל ימין. הרופא אמר לי 'תתהפכי ימינה אולי האפידורל יתחיל להשפיע'. הוא הוסיף עוד ועוד מינון אפידורל. בסופו של דבר הגעתי לחדר ניתוח והאפידורל השפיע כך שלא הרגשתי את הניתוח. אני לא מרוצה מבית החולים בגלל זה. הייתי שם 17 שעות. הייתה לי גם דולה. לא יודעת כמה הדולה עזרה. הייתי צריכה להירגע מהלחץ לא להגיע לניתוח. כי הדהד לי מה שאמרו לי. התאכזבתי מהאחות שהגיעה בהמשך, לא הבינה למה אין לי קטטר. ניסתה לשים קטטר ולא הצליחה. קראה לאחות אחרת ניסו להכניס שלוש פעמים עד שהצליחו. זה היה לא נעים. מזל שלא הרגשתי את ההתעסקות בגלל האפידורל.

	אחרי הרבה שעות הייתי בפתיחה של 10. למרות זאת אמרו שצריך ניתוח כי הייתי ארבע שעות עם הפתיחה הזו אבל הלידה לא התקדמה. לא עשו איתי כלום, חיכו שמשהו יקרה. אחרי זה הגיע מומחה ואמר שאי אפשר לעשות ואקום כי הסנטר היה תקוע בתוך התעלה. אחרי ארבע שעות הייתה גם פקיעת מים מקוניאליים ואז לקחו אותי לניתוח חירום. צעקתי שאני לא רוצה אבל לא הייתה ברירה. זה היה מבאס. כשהעבירו אותי באתי עם שלפוחית מלאה ובצקתית כי הקטטר לא היה תקוע כמו שצריך. והיו צריכים לחתוך שרירים. אני מספרת את הסיפור והתשובה שאני מקבלת 'העיקר שאני בריאה'. אני מבחינתי רוצה להיכנס שוב להיריון כדי לחוות חוויה מתקנת. כשאני משווה לסיפורים אחרים רעים, אז אני בסדר אבל מבאס אותי – הפיספוס של לחוות לידה. עם כל המשמעות של זה. גם הצירים. וגם אני יודעת שיש השלכות על לידה הבאה, גם בדברים הטובים והרעים. תוספת לחץ למשל. בשביל הכסת"ח בבית החולים. גם המעקב בהיריון יותר קפדני. וזה ידרוש ממני יותר השקעה. מרגישה נסערת ומתוחה ביחד על מה שהיה ואולי הייתי עושה אחרת. למשל, לא הייתי לוקחת אפידורל. אבל לא מאשימה את עצמי. באופן כללי יש לי עוד יותר פחד מניתוחים. הרגשת פיספוס. ויש מספר מסוים של ניתוחים שאפשר לעבור. זה הולך איתי כל הזמן. למרות ששמעתי על מישהי מהרופא שלי, שעברה 11 ניתוחים קיסריים. בהתחלה היה לי מאוד קשה לשמוח. תגובות האנשים השתיקו אותי אבל ... רופאים ואחיות לא התייחסו אליי יפה וגם לא לאימא שלי. לא הסבירו לי כמו שצריך מה בדיוק עשו בניתוח. לא ידעתי מה קורה אולי ב-60 אחוז רק אחרי שהשתחררתי. לא אחזור לבית החולים הזה. המידע לא סיפק אותי גם במכתב השחרור. חזרתי שבועיים אחרי הניתוח ל'מעייני הישועה' וביקשתי לדבר עם הרופאה שהיא ראש חדרי הלידה שלא הייתה בלידה שלי ורק סיפרו לה על הלידה שלי. שאלתי אותה המון שאלות. הייתי איתה כמעט שעה. הייתה שם אחות בפגישה שהלחיצה אותי, ורצתה כל הזמן לסיים את השיחה. דווקא הרופאה לא. מהמשפחה אף אחד לא רצה שאלך לפגישה הזו (אבא שלי ובעלי, הסביבה לא תמכה) הייתי נסערת ונרגזת על הצוות".
תיאור למטפלת NLP – מפגש ראשון	א: "שבוע 39, ערב חג שמחת תורה התחילו לי צירים. והדולה... מה ש... אז בעצם היא... רצתה מעייני הישועה, כי היא לא יכלה הרי לצאת מבני ברק... רק אם היא יחד עם היולדת, אז התחילו לי צירים ואני כמובן בלידה ראשונה, לא יודעת כלום, לא יודעת זה... הייתי אצל ההורים שלו והתחילו לי רק צירים, ממש השלב הראשוני, מאוד התחלתי, שכאילו עדיף להיות בבית בשלב הזה, וההורים שלו, וגיס שלי, ואחותו... כולם ככה מאוד הלחיצו אותי: 'את חייבת ללכת לבית חולים, את לא נראית טוב, את סובלת...' מאוד לחצו עליי, ברמה שהזמינו לי אמבולנס. היה איזשהו דיבור שכאילו אולי אני אתחיל ללכת לכיוון 'בילינסון', כי זה ממש קרוב, בכוונה גם הייתי אצל ההורים שלו, כי בילינסון מאוד קרוב... ואני לקחתי קורס הכנה ללידה, אצל מיילדת מבילינסון. ואז בדיוק, כאילו מאוד רציתי שזה יהיה במשמרת שלה, ואז בדיוק לפני החג היא אמרה לי שהיא תהיה בדיוק מעשר עד הבוקר, כאילו בדיוק במשמרת הזאת... אז אמרתי 'יופי, מצוין', כאילו... למרות שבלב שלי אמרתי, אולי אני צריכה עוד להישאר... אבל לא יודעת, כאילו התחשק לי ללכת ל... כאילו הייתי יכולה לסרב בכל תוקף, לא לנסוע לבילינסון..." ס: "הרגשת שאת יכולה לסרב אל מול כל הלחץ הסביבתי הזה?" א: "לא המון. אבל ברור לי כאילו שאם הייתי עומדת על זה יותר... כי כן היה אחוז קטן שכן רציתי ללכת בגלל שהיא הייתה שם..." ס: "אוקי..." א: "אבל... כן היה לי הדיבור שם שאמרתי כאילו, אולי אני אלך לשם ברגל, אולי... בדיוק סבא שלו היה שם עם כיסא גלגלים, ואמרתי אולי אני אסע עם הכיסא גלגלים, זה יכול להיות רעיון טוב כי זה די קרוב לבילינסון... אז זה למה רציתי ללכת לבילינסון, ואז הגענו לשם עם האמבולנס. הייתי... כאילו באמת הייתי ממש בהתקף. כל ההיריון גם היה לי מלא הקאות..." ס: "הרגשת שאת בהתקף חרדה?" א: "כן, אני הקאתי ב..." ס: "באמבולנס?" א: "באמבולנס כן. מרוב ההתקף חרדה. אני חושבת שגם כל ההיריון שהיו לי את ההקאות האלה זה היה התקף חרדה. כן. אני חושבת שבאמת, באמת זה קשור להתקף חרדה. גם כל המבחנים, כל הלחץ של המבחנים עליי... אצלי זה מאוד, מאוד פסיכוסומטי, הקאות... גם עכשיו אני רועדת, אם את שמה לב? כשלא טוב לי..." ס: "את מכירה את זה שבבחילה והקאות זה במצב של חרדה?"\ א: "כן. כשלא טוב לי, קשה לי... אז הגעתי לשם, לבילינסון, וכמובן ראו ש... לא משנה שממש כאב לי כאילו כל הבדיקה הזאת של הפתיחה, שלא רציתי לעבור את זה עוד פעם או משהו כזה... כאילו עד שהיא הצליחה איכשהו לבדוק אותי, הרופאה, אז זה היה אחד... עוד לא וחצי אפילו... כלום. וכמובן שלחו אותי הביתה... והמיילדת הזאת שכאילו... היא אומרת לי: 'מה את עושה פה בכלל? את לא אמורה בכלל להיות פה... עופי הביתה... תהי עם עצמך, תהי עם הצירים... כמו שצריך. לכי. אין לך מה לעשות פה. חבל. אם את רוצה להישאר פה, זה כל שעתיים בדיקה...' ואני לא הייתי רוצה את זה בשום אופן, שום התערבויות וכל הדברים האלה... זה יכול להביא לקיסרי, ואמרתי בשום פנים ואופן..." ס: "אז היא אמרה לך הכי בטוח, לכי הביתה..." א: "הלכתי. הלכתי ברגל. עליתי ארבע קומות עד לבית של ההורים שלי. אני עברתי מהבית של ההורים שלו, להורים שלי. אמרתי, טוב נראה לי אני צריכה שקט... והתחילו לי צירים יותר משמעותיים... ממש התחזק. לא בהרבה אבל התחזק קצת... אני יש לי סף כאב מאוד נמוך. מאוד. מאוד... וגם בגלל שכאילו כל החג, לא הייתה לי גם אפשרות להתקשר למיילדת שלי..." ס: "לדולה..." א: "לא דולה. כאילו גם לדולה וגם למיילדת שהכינה אותי ללידה. לא הייתה לי אפשרות ולא ידעתי מה אני עושה עכשיו, לא זכרתי..." ס: "לא פגשת אותה בבית חולים? את זאת שעשתה לך את ההכנה ללידה?" א: "כן, כן... פגשתי אותה, זו היא אמרה לי ללכת הביתה..." ס: "כאילו עלה איזה צורך להתייעץ איתה, לשאול אותה..." א: "מה? אם להגיע לשם?" ס: "כי את אומרת 'לא יכולתי להתקשר'". א: "כן. אז ... אחרי שכבר הלכתי, שהרגשתי שזה יותר ויותר צירים, ויותר חזקים. ולא ידעתי מה לעשות. זכרתי במעומעם דברים. לא כתבתי לעצמי יותר מדי, וזו גם טעות. כי לא חלמתי שזה יהיה בחג..." ס: "אנחנו כבר בחג בלילה?"

א: "זה היה בערב. ואז, כן... ממש בלילה, אחד בלילה, אחד, שתיים, אני לא יכולתי כמובן להירדם, ברור... אמרתי לבעלי שהוא יישן קצת לפחות... סבלתי בשקט, ההורים שלי גם הלכו לישון, כולם הלכו לישון... בבוקר עדיין המשיכו לי הצירים, אני בכל זאת מנסה להחזיק את עצמי. היה לי גם 'טנס'. מכירה 'טנס'?"
ס: "כן..."
א: "עזר לי, פלאים. ממש. החזיק אותי עד בעצם שתיים בצהריים. כמה שעות טובות... שתיים בצהריים, אפילו שתיים וחצי, משהו כזה... הרגשתי שאני כבר לא יכולה יותר. גם לא אכלתי כמובן... בזמן הזה כבר לא היה לי שום תיאבון. לא אכלתי, לא כלום... ואז אמרתי שאני רוצה אמבולנס. ואז ההתלבטות היא לאן ללכת... (מצחקקת) הייתה ממש עד הרגע הזה. התלבטתי המון... אמרתי... כל הקולות שאני אומרת כאילו אוקיי זה חג, אולי כן כדאי ללכת למעייני הישועה, דתיים, יותר שאני אחווה את החג, ואת ה... איכשהו מה שנשאר קצת, שם... אמרתי דתיים, מאמינים, השם נמצא שם, השכינה, יעזור לי... אני יודעת מה? היה לי כבר כל כך הרבה מחשבות עם עצמי... אני כאילו... אף אחד לא החליט לי לאן ללכת, אני באמת החלטתי עם עצמי... וגם... משהו שאני כאילו חייבת תמיד לשתף. כל החלטה אני צריכה כאילו לדבר על זה..."
ס: "והיה לך עם מי?"
א: "לא".
ס: "למה לא?"
א: "לא משנה מה הייתי אומרת, אמרו לי 'תקשיבי, זה שלך'. זה היה לי קשה..."
ס: "לא עזרו לך בהחלטה, הם רצו שאת תקבלי אותה..."
א: "כן... כאילו כל ההתלבטויות והכול... אני... ואז כאילו הזמינו לי אמבולנס, נסענו אני, אמא שלי ובעלי למעייני הישועה כי גם אותה מיילדת שעשתה לי את ההכנה, אז היא לא תהיה עד יום למחרת, לא רלוונטי, כאילו מבחינתי זה היה ככה... למרות שהיא לא היחידה בצוות שם? כן? כולן שם מקסימות והכול... אני יודעת מגיסות שלי ו... גם גיסתי היא ילדה שלוש פעמים. לידה ראשונה היא הייתה ב... זה גם משהו חשוב, היא הייתה בלידה הראשונה במעייני הישועה, ואז את שתי הלידות היא עשתה בבילינסון, ושאלתי אותה איך היה לה במעייני הישועה... עוד לפני שהתחילו לי הצירים והכול, ממש בשבועות האלה האחרונים... שאלתי אותה איך היה לה במעייני הישועה, והיא אמרה 'בסדר'. היא לא אמרה מצוין, היא אמרה 'בסדר. נחמד...' ואז לאחר שכבר ילדתי והכול וחזרתי הביתה..."
ס: "מה היא סיפרה?"
א: "אז היא אמרה ש... ממש בכמה מילים אני הבנתי שהייתה לה טראומה, מאוד קשה... התייחסו אליה לא יפה, האחות באה אליה והתייחסה אליה ממש מזלזל, כמו פח זבל... ממש היא... והיא לא אמרה לי כלום, אפילו לא הבנתי ממה שהיא אמרה..."
ס: "לא רמזה לך אפילו..."
א: "כלום. היא כאילו ראתה שאני מאוד סגורה, למרות שממש לא הייתי סגורה, ולא רצתה להפריע לי. גם היא לא רצתה להפריע לי בהחלטה..."
ס: "היא לא רצתה שהחוויה הספציפית שלה תחליט על ההשלכה שלך, כי היא הבינה..."
א: "שאני די בכיוון של זה..."
ס: "שאת גם די בכיוון, וגם את יודעת, שחוויה של אחד, היא לאו דווקא חוויה של אחר..."
א: "כן, זה באמת סוג של מה שהיא נימקה לי אחר כך... אבל חשוב לדעת, גם את הדברים טובים. צריך לשמוע את כל הדעות... גם על בילינסון שמעתי דברים טובים ושמעתי דברים פחות טובים ובכל זאת רציתי ללכת לבילינסון, אבל בסוף הלכתי למעייני הישועה. והלכתי למעייני הישועה כי באמת רציתי שהדולה תהיה איתי. למרות שכמה שעות אחר כך, איזה ארבע שעות אחר כך, יצא החג והיא יכלה לבוא..."
ס: "אבל זה החוכמה שבדיעבד..."
א: "כן. כן. כן. אמרתי לך... מיליון מסקנות, וזה חלק... אז נסענו למעייני הישועה, קיבלה אותי המיילדת, מאוד נחמדה... היא נראית בת מצווה בערך אבל בסדר... היא עשתה את הבדיקה. שזה כאילו טוב ולא טוב... כאילו בבילינסון רופא, רופאה בדקה אותי, פה המיילדת... אני לא מזלזלת במיילדות ולא כלום... אבל לאחר, גם לאחר, אולי הייתי צריכה לבקש רופא, רופאה... זה היה גם ממש אמצע החג, ולמזלי לא הגיעו הרבה אנשים. לא הגיעו למיון... הייתי ממש לבד שם, אולי עוד אחת... הייתי ממש לבד במיון. ואז היא לקחה אותי, הייתה פתיחה 2 וחצי, שזה כבר יותר טוב והתקבלתי לחדר לידה והכול... ומיד התקשרו לדולה, כאילו הבנות ששם... המזכירות. היא הגיעה, כמובן מיד שהגעתי ביקשתי אפידורל, למרות שלאחר מעשה נראה לי שזה היה די טעות. כי אני לקחתי את זה בשלב הלא טוב..."
ס: "מוקדם..."
א: "מוקדם מדי, כן. שזה ממש תקע את ה... את הפתיחה. ברמה... אני כאילו לא חשבתי יותר מדי. אמרתי, מבחינתי ברור לי, אני ישר מגיעה לחדר לידה, אני לא אכפת לי... אני אקח אפידורל, לא אכפת לי... למרות שאחר כך עם הדולה היא יכלה לעשות לי המון מסאז'ים היא גם רפלקסולוגית, היא יודעת לעשות מסאז'ים היא גם הביאה איתה כל מיני דברים כאלה נחמדים שיכולים להקל עליי... וזה עזר לי קצת, כאילו למרות האפידורל כן מרגישים קצת כאב, למרות האפידורל... ואז נתנו לי את האפידורל והרגשתי אותו ברגל שמאל כן, רגל ימין לא... כל הלידה... והלידה לקחה... הייתי שם 17 שעות. בחדר לידה... שמאוד, מאוד רציתי כמובן בראש שלי לידה רגילה והכול... ואז ממש לקראת הסוף אז הם אומרים שכאילו הראש לא מתברג טוב, בעצם עורפי אם שמעת על זה... המצב ראש... והם בעצם חיכו איתי עד הרגע האחרון..."
ס: "הם ידעו את זה ממישוש או מאולטרסאונד?"
א: "כן, כן... שזה גם עוד משהו שחבל שהם לא... אולי הם עשו ממש, ממש בסוף אולטרסאונד אבל הם הבינו שהראש... זה לא מתקדם. הסנטר נתקע בתעלה, לא ירד בספינות, וזה לא התקדם. הייתי בפתיחה 10. התחלתי בפתיחה בשעה 4, 4 בלילה, אני לא זוכרת כבר איזה יום זה היה, פשוט 17 שעות, תחשבי... ואז הייתי בפתיחה של 4, ארבע שעות. ממש עד ה... חיכו איתי באמת עד הרגע האחרון, לראות אם זה אולי יתקדם, בינתיים היא אמרה לי..."
ס: "הייתה איזושהי תקווה שזה ישתנה..."
א: "כן. הם רצו מאוד, כמובן הצוות, הם לא דחפו לקיסרי או משהו..."
ס: "איך את היית בכל הזמן הזה"?
א: "כמה שהם אמרו שזה לא מסתדר ולא זה... בכל השעות האלה, התחלתי לקבל סטרס שכנראה יכול להיות קיסרי ו... כאילו הייתי בהכחשה. אמרתי 'לא, לא, אין מצב. זה יתקדם, יהיה בסדר, הכול יהיה טוב...' והיא אמרה לי לעשות איזה, כמו תנוחה מסוימת שאולי שווה לנסות..."
ס: "הדולה?"

	א: "כן הדולה. לנסות... בזמן הזה, שהייתי כבר בפתיחה 10, לנסות ואולי הראש יהיה אחרת. לזוז. ולא קרה... ממש בחצי שעה האחרונה היא ניסתה לעשות לי את זה, אני זוכרת... לא עזר. ולקחו אותי באופן מאוד, מאוד בהול... ממש..." ס: "מה היה הרגע שפתאום הם החליטו שזה דחוף?" א: "שעברו 4 שעות..." ס: "פשוט הפרק זמן עבר? או שהייתה האטה בדופק..." א: "כן, כן. פרק זמן שמותר מבחינה רפואית... לא היו ברוך השם שום האטות בדופק. הכול היה בסדר. ואז לקחו אותי ממש כאילו, ישר העבירו אותי מהמיטה הזאת למיטה הזאת... כאילו כל זה קרה שכשבאו לקחת אותי אז בעלי בדיוק היה בתפילה..." ס: "הוא לא היה בחדר?" א: "הוא לא היה בחדר כשלקחו אותי פשוט. חטפו אותי" (מצחקקת). ס: "ככה הרגשת?" א: "כן. בעלי לא היה שם לצידי, והיה לי מאוד קשה. הוא אמר שהרגיש בתפילה, הוא היה חייב ללכת לתפילה והוא הרגיש שהולכים לקחת אותי, שלקחו אותי... הוא הרגיש את זה. אמא שלי והדולה, הן היו איתי. אבל הייתי גם חייבת אותו, הוא ממש היה חסר לי". ס: "איך הייתה האינטראקציה עם אמא והדולה בכל הארבע שעות האלה? מה היה שם?" א: "כל התקופה אני יכולה להגיד לך... הדולה מאוד מאוד ניסתה כל הזמן קצת לעסות, היה לי חם אז היא הרימה לי את השיער ושמה לי מגבת כזאת קרה קצת כדי לקרר אותי, רוח בלי סוף... אמא שלי גם, היא כאילו אמרה לה מה לעשות, כוס מים או דברים כאלה... אבל כל פעם שבאו לבדוק אותי אז אמרתי להן לצאת, חוץ מהדולה, אמרתי לבעלי ולאמא שלי לצאת, כי לא הרגשתי עם זה בנוח. פשוט לא הרגשתי בנוח. פשוט לא. עכשיו כשאני חושבת על זה, אולי כן הייתי משאירה את בעלי, אבל לא היה לי נעים מאמא שלי, אז אמרתי כבר לשניהם לצאת ונשארתי רק עם הדולה. לפחות הייתי איתה. בגלל שזה מאוד לא נעים וזה... למרות שכבר לא הרגשת שהם בדקו אותי, בגלל האפידורל... נראה לי שהרוב בגלל זה לקחתי את האפידורל. כי פשוט לא רציתי להרגיש את הכאב של הבדיקה. זה היסטרי. זה היה ממש כואב. הייתי מאוד, מאוד רגישה שם... לאט, לאט למדתי שאם אני פשוט מרפה... אני חייבת את הלהרפות הזה, אז לא אמור לכאוב לי. לא אמור לכאוב לי. היא גם הסבירה לי את זה בהכנה ללידה... את חייבת להרפות, את חייבת נשימות... ולא הרפיתי... בגלל הלחץ, הסטרס, הכול..." ס: "הלחץ מכווץ. עושה הפוך..." א: "בדיוק. כן..." ס: "אז זה היה השלב שככה חטפו אותך לתוך החדר ניתוח..." א: "ולא הסכימו... הדולה כל הזמן אמרה: "תקשיבי, הם לא מוכנים להכניס אף אחד, בניתוח חירום לא מכניסים אף אחד, תנסי לבקש... את צריכה... היא כל הזמן אמרה לי: "מילה שלך, מילה של זה... אם את תבקשי, יסכימו". אז ביקשתי, לפחות שמישהו יהיה איתי כאילו... לפחות שהיא תהיה איתי... למרות שזה לא מאוד, מאוד עזר לי... כאילו היא החזיקה לי את היד אבל... והם הסכימו. היא נכנסה איתי... ומהרגע הזה לקח רבע שעה וברוך השם היא הייתה בחוץ. ממש. רבע שעה, עשרים דקות. למרות שהיו פעמים שממש שמעתי גם את כל הניתוח... גם זה היה כאילו... המנתח מאוד התלבט אם להרדים אותי מלא או להשאיר את הרמה של האפידורל, בגלל כל הסטרס שהייתי והכול... ממש הרגשתי את רגל ימין ופחדתי, מאוד פחדתי שאני ארגיש את הניתוח והכול. בסוף הוא כאילו התבאס על זה שכאילו לא... אני גם התבאסתי על זה שלא עשו לי הרדמה מלאה, למרות שפחדתי..." והמנתח קיבל החלטה שלא להרדים בסוף. שמעתי אותו גם בסוף... הוא אמר, כאילו פתח את הבטן ואמר שהשלפוחית מאוד... 'וואי, השלפוחית מאוד עמוסה, מלאה, אני לא מצליח להגיע לתינוק, לעובר...', כאילו התרגז כזה: 'אני לא מצליח, לא הולך...' ואני התחלתי ממש להילחץ. זה מלחיץ לשמוע דבר כזה... אז הוא היה צריך לחתוך את הרקטוסים, כאילו להזיז או לחתוך הרקטוסים, שזה כאילו השרירים שמחזיקים את שלפוחית השתן. ואז הוא יוכל להגיע אליה. בגלל שהיא הייתה מאוד, מאוד מלאה, וזה הפריע לעובר לצאת אז... את זה כאילו הבנתי אחרי המכתב שחרור. הוא לא אמר את זה. הוא לא אמר לי..." ס: "באותו הרגע לא שמעת את זה קורה?" א: "לא. לא. הוא מאוד התרגז... והיא יצאה ברוך השם. כולם היו בריאים". ס: "ואיך הרגשת? כששמעת אותה בחוץ? הם הניחו אותה עלייך? איך זה התנהל משם?" א: "האמת שמאוד התאכזבתי. לא שמו אותה אליי... כאילו Skin to skin. וגם הייתי מאוד עייפה, אולי בגלל ה-17 שעות של כל זה..." ס: "ברור..." א: "אולי בגלל זה לא שמו אותה עליי? אבל הם לקחו אותה, עטפו אותה, הראו לי אותה ממרחק של איזה 2 מטר, אולי אפילו יותר... את רואה? הנה. הנה היא, שלך... וזה... ולקחו אותי להתאוששות... אני אפילו לא יודעת מה עשו לה... אני משערת את כל הבדיקות והכול. אבל כאילו היה לי מאוד, מאוד קשה שהיא לא הייתה עליי... וגם, אני באמת מאמינה שהם עשו הכול, והאפגר יצא ממש טוב, ברוך השם, למרות שהיו מים מקוניאליים. כי כשהם עשו לי את הבדיקת מים בחדר לידה, אז אמרו לי שיש מים מקוניאליים ושחובה שרופא ילדים יבדוק אותה.
תיאור אחרון – ריאיון סיכום עם החוקרת	א: "אז התחילו לי צירים, התחילו לי הצירים בערב חג, שמחת תורה ואז הבנתי שזה צירים, כאילו הייתי בהדרכה של לפני לידה, כאילו הכנה ללידה, לפני הלידה... אז היא אמרה לי ש... כאילו שלחתי לה הודעה ש... 'מה זה אומר?' והיא אמרה לי שזה התחלה של צירים. אמרתי 'יופי, מצוין...' וזה... ואז הצירים התחילו קצת יותר להתחזק, לקראת הכניסה לחג... היינו אצל ההורים שלו. ואז בדיוק התחילו ה... הם כבר חזרו מבית הכנסת והכול... התחלנו את האוכל... ואז הם מאוד דחפו אותי ללכת ל... כי הם ראו כמה אני סובלת והם אמרו לי: 'טוב לכי לבילינסון, כאילו תיסעי...' אני לא התנגדתי, אבל לא ממש רציתי... כאילו אמרתי אולי אני אלך ברגל... אולי... והם אמרו: 'מה פתאום ברגל, אין זמן...' הזמינו לי אמבולנס. שאני מאוד, מאוד חששתי מזה. מאוד. הם הגיעו והייתי מאוד... כאילו התחלתי לרעוד ו... הכול... מהלחץ שבחיים לא הזמינו לי אמבולנס... ואז נסענו והייתה פתיחה של 1 ומשהו... שהבדיקה עצמה הייתה מאוד, מאוד כואבת. מאוד. לי... זה מאוד אינדיבידואלי אבל זה מאוד, מאוד כאב לי. ואמרתי 'אני לא אעבור את התופת הזאת עוד פעם...' ואז חזרנו הביתה, הלכנו ברגל... עליתי ארבע קומות ברגל... במדרגות... ואז התחילו יותר ויותר צירים. בלילה, כמובן שלא נרדמתי לשנייה, ואז ככה ניסיתי כמה שיותר... כאילו להחזיק את זה... לסבול... כמה שיותר. עד הצהריים. אזור 14:00 ככה, 14:30, אמרתי להם שאני רוצה אמבולנס. כי רק ככה אפשר לנסוע כאילו, לא יכולנו באוטו לנסוע, רק באמבולנס... בחג זה היה... הגענו, נסעתי בסוף... התלבטתי המון בין בילינסון למעייני הישועה... בסוף הלכתי למעייני הישועה בפעם השנייה... וכמובן בראש שלי הבדיקה

והסיוט... טוב, אני מקווה שלפחות זה טיפה יתקדם. כבר היה 14:30, טיפה יותר. ואז כבר היה... אמרו: "טוב...". הכניסו אותי לחדר לידה. ביקשתי אפידורל, כדי לא להרגיש את הבדיקה ב... בעיקר זה היה זה. ואז בעצם הלידה ממש, ממש התעכבה. ממש. התארכה המון, 17 שעות הייתי בחדר לידה. פקיעת מים, מים מקוניאליים..."

יפעת: "עם אפידורל?"

א: "עם אפידורל, כן. הייתי כבר מ-14:30 עם אפידורל, כן. ואז הלידה עוד, מאוד התעכבה והייתי 17 שעות בחדר לידה. ואז בשעה ארבע לפנות בוקר, של יום אחר כך כאילו, הייתי כבר עם פתיחה של 10, ואז הם אמרו שהם כבר התחילו לראות שזה לא... הראש לא מתקדם. חיכו שעתיים, שעתיים וחצי, שלוש אפילו... אמרו: 'תקשיבי, אם לא מתקדם, אנחנו נצטרך לקחת לניתוח'. וכמובן החששות עלו, והכול הוצף ו... לא רציתי ניתוח בשום פנים ואופן, ממש לא רציתי. וראו כאילו... אמרו: 'טוב, ניתן עוד איזה חצי שעה של צ'אנס, אם זה לא מתקדם, אין מה לעשות'. ואז הייתי עם דולה. והיא אמרה לי להיות באיזושהי תנוחה מסוימת שיכולה אולי לעזור לה להזיז את הראש, בגלל שלא הייתה התקדמות. וזה לא עזר... ואז לקחו אותי ממש, ממש מהר. בעלי היה בדיוק בתפילת שחרית. זה היה כבר לקראת שמונה בבוקר, הייתי שם איזה ארבע שעות... הוא בדיוק היה בתפילה, לקחו אותי בטיסה. טיסה מהירה. לחדר ניתוח ואז שם נותחתי, והרופא היה, שמעתי אותו כל הניתוח. הוא אמר: 'אני לא מצליח להגיע לעובר, אני לא מצליח, השלפוחית...' היא מאוד הפריעה לו, כנראה באתי עם שלפוחית מלאה ולא שמו לב שהיא הייתה מלאה, והייתי גם עם קטטר, ולמרות הקטטר אז היא הייתה מלאה, וכנראה הוא לא עבד כמו שצריך ולא שמו לב. וזה גם משהו שיכול מאוד להיות שאם היו שמים לב שהשלפוחית מלאה, אז היו מרוקנים את השלפוחית והראש היה מתקדם... זה משהו ככה לאחר... אין מה לעשות... וזהו. ואז נולדה הבובה, ברוך השם הכול היה בסדר. כאילו כולם יצאו בריאים".

Consequently, it is highly recommended to integrate NLP techniques that target the component of depression as well; (4) The research process necessitated meetings with different personnel in the health system in addition to the sessions with the research population, resulting in unexpected insights concerning the childbirth experience and its many ramifications. One extremely meaningful insight was the understanding that post-traumatic stress following childbirth tends to go “under the radar” of the health system, receiving insufficient diagnostic or therapeutic attention (unlike postpartum depression). It is therefore essential to encourage the Israeli health system to enrich and increase the existing knowledge on this subject, understand its importance and proceed to create a mechanism expressly for identifying and treating PPPTSD.

method that encompasses intervention possibilities within a reasonable window of opportunity, not only to prevent the situation from deteriorating but also to improve it; (2) The protocol includes a total of six therapy sessions, by all accounts considered a short-term, economical therapy package; (3) The protocol is structured and its procedures are clear, including a supervisory system for the therapist; (4) The therapy protocol is user-friendly for both therapist and client; and (5) Advantages of the protocol – in addition to a significant reduction in post-traumatic symptoms – include positive reappraisal, the formation of a continuous narrative of healing, improved functioning and post-traumatic growth.

To sum up, the research's primary strength and uniqueness manifest by proving the effectiveness of short-term, goal-oriented, economical and user-friendly NLP therapy. Four additional advantages may also be cited: (1) This pioneering mixed methodology research integrating qualitative and quantitative information significantly increases the amount of information on the variables studied through the qualitative means. The mixed method opens new possibilities for expanding the "language" and conceptualization of the dialogue on postpartum PTSD, as well as the reliability of findings – since a large portion of the quantitative and qualitative findings were found to correspond; (2) This research, focusing on NLP, enables a wider, more varied response to examining the method itself (the techniques and skills expressed), especially in light of the existing lack of NLP-related research, particularly NLP as a dedicated therapy for addressing PTSD and PPPTSD; (3) The research highlights the importance of integrating dedicated techniques in the protocol, which directly address limiting beliefs or paradigms (thereby providing a response to the new criterion D that was added to DSM-5 – pertaining to negative changes in cognition and mood). This conclusion is especially significant due to the fact that depression frequently appears with PTSD in the usual clinical procedure, and depression by itself (in varying degrees) is also familiar following childbirth.

qualitative part raised thoughts, opinions, emotions, feelings and interpretations in real time as the women dealt head-on, by means of NLP techniques and skills as detailed in the therapy protocol, with their difficult experience in giving birth and the ensuing PTSD. The patients' descriptions and statements all indicate improvement and relief in post-traumatic symptoms, functioning and post-traumatic growth. These descriptions also draw attention to the use of the mechanisms of resilience, cognition, imagination, emotion and feeling in the therapy sessions, which places the therapy protocol firmly within the salutogenic orientation that focuses on health factors as opposed to risk factors (Antonovsky, 1998).

It is also evident that the protocol under study helped impart a sense of control. Throughout the research stages the subjects increasingly became agents of change who exercised control over their renewed connection with family/societal support factors, in all aspects of attitudes and beliefs about self and world, and experienced restored feelings of capability and self-esteem. Thus the protocol successfully met the post-trauma therapy aims (Calhoun & Tedeschi, 2006; White, 2007), including improvement in responses to post-traumatic reminders, in the trauma memory and narrative, and in transitioning from limiting schemes/beliefs into empowering beliefs that support growth and change.

Conclusions and Recommendations. This is pioneering research in the field of PPPTSD intervention and treatment, particularly with regard to the NLP protocol for treating trauma. This study provides abundant evidence – from various perspectives – on difficult childbirth experiences, their effect on women in different life cycles, and the positive experience afforded by NLP treatment intervention. Evidence also arose concerning the achievement of the therapy goals, its effect on changing perception of the childbirth experience, and resulting changes in perceptions of life cycles, improved functioning and post-traumatic growth. The innovation and contribution of this research lies in a number of areas: (1) The NLP therapy protocol offers a goal-oriented therapy

how those change over time (Yosifon, 2001). The case study integrates qualitative and quantitative research methods in a mixed methodology format. Since each method serves as a prism of the other, they may be defined as being on the "integrative qualitative-quantitative spectrum" (Creswell et al., 2003).

The research population included two groups. One group was composed of 15 women, all members of the Maccabi HMO in Israel, up to two years after giving birth and diagnosed with full or partial PPPTSD. These women were treated with a dedicated NLP protocol developed to treat PTSD. The protocol included the Swish patterns – Visual, Auditory and Kinesthetic, the Trauma Process and the Hero's Journey Process. The second group consisted of the professional research staff: the diagnostic psychiatrist, the psychologist specializing in NLP and the research coordinator. The group of patients filled out three measurement questionnaires before, during and after the series of therapy sessions: one to assess PTSD, one on functioning and one on post-traumatic growth. All the patients also underwent semi-structured in-depth interviews following the therapy. The final four patients who joined the research gave their consent to have all their therapy sessions recorded. The second group, comprising the professional team, underwent semi-structured in-depth interviews regarding each of the patients, and also expressed their own insights, interpretations and overview.

Findings. The findings indicate the effectiveness of the NLP protocol for treating PPPTSD. The quantitative findings indicate improvement in each of the parameters studied. The level of general PTSD decreased, and improvement (decrease) was marked in each of the post-traumatic symptoms, i.e., "intrusion," "avoidance," "arousal" and "negative alterations in cognitions and mood." These changes, as well as those reflecting level of functioning and post-traumatic growth, were all evident between the first, pre-treatment measurement and the third, post-treatment measurement. These findings were also found to comply with the plentiful qualitative information that was received. The

Neuro-Linguistic Programming (NLP) is a unique intervention method that may be attributed as belonging to the cognitive-behavioral branch of therapy, operating within the overlap between neurological (N) processes, linguistic (L) processes and learned behavior patterns (P), to enable conceptual, cognitive and behavioral changes. Although the method has been in use since the 1970s and abundant testimonies indicate its effectiveness, little research has been done on the subject, particularly its value in treating PTSD. Since NLP activates cognitive and behavioral processes to change automatic responses (thoughts, emotions and behavior), this research studies the effect of an NLP protocol dedicated to treating women who developed PTSD after giving birth. The multifaceted effect includes the entire spectrum of PTSD expressions: "intrusion," "avoidance," "arousal" and "negative alterations in cognitions and mood" (as specified in DSM-5). The intervention effect also manifests in aspects of "post-traumatic growth" and "functioning in various life cycles," e.g., career, parenting/motherhood, health, relationships, society and community.

Research Aims. This research was conducted to examine possibilities of employing an NLP protocol to treat PPPTSD, focusing on the experience and results of the therapy process. To this end, changes in the abovementioned post-traumatic symptoms were tested throughout and following the therapy. The therapy process was likewise evaluated by examining the women's turning points throughout the treatment, the impact of the process on the various emotional and functioning aspects of the life cycle, and post-traumatic growth. Finally, the research studied how NLP skills and techniques affected the therapy experience and post-traumatic occurrences throughout and following the therapy sessions.

Research Method. The research was conducted in the mixed methods case study approach. Due to its focus on individual therapy, it has the character of a "case study" that deciphers personal actions and processes in diverse contexts, and it enables assessing

Abstract

Introduction and Background. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a major mental ailment in the realm of public health, prevalent in 8% of the Western world's population and much more when including partial/subclinical PTSD. Studies of standard intervention methods indicate a certain degree of clinical effectuality, but the syndrome still poses a significant public health problem since no method has proven overwhelmingly effective. Postpartum post-traumatic stress disorder (PPPTSD) is a subset of PTSD. Although giving birth is a healthy part of the life cycle, it also risks the lives of mother and fetus. Childbirth trauma serves to describe objective medical events (Czarnocka & Slade, 2000; Fairbrother & Woody, 2007; Soderquist et al., 2009; Tomasis, 2014), for example: the type of birth – vaginal or assisted (vacuum or forceps), or C-section (elective or emergency). Childbirth trauma also encompasses subjective/psychological descriptions that are no less relevant – such as the mother's feelings of loss of control or guilt; impersonal treatment or negative attitudes exhibited by the hospital staff; unacknowledged fears, questions or requests; insufficient information, privacy or respect; and unsatisfactory postnatal care or treatment (Czarnocka & Slade, 2000).

The prevalence of full PPPTSD in the Western world is 1%-6%, whereas the rate of women suffering from partial PPPTSD is 8.3%-32%. There were 184,457 births in 2018 in Israel (Central Bureau of Statistics, 2018b), meaning that every year the number of women at risk of developing full PPPTSD ranged from 1,844 to 11,067 and partial PPPTSD from 15,310 to 59,026. The World Health Organization (WHO) published a position paper in 2012 identifying maternal mental health as a "world health priority," due to the implications for those suffering from this syndrome in the context of various life cycles (psychological, functioning, family, social and other implications) (Vignato et al., 2017).

2.5.2. Diagnostic Psychiatrist 155

2.5.3. NLP Therapist 157

3. Summary of Research Findings 163

5. Discussion 164

1. Traumatic Childbirth Events 166

2. Postpartum – Post-Traumatic Expressions, Post-Traumatic Symptoms and Difficulties in Functioning … 169

3. Therapy - "Reflecting on the Therapy Experience" 172

3.1. Positive and Satisfactory Perceptions of the NLP Therapy Experience 172

3.1.1. Turning Points in Therapy 172

3.1.2. Experiences During Therapy 178

3.1.3. Therapy Precision and Effectiveness as Short-Term Treatment 181

3.2. Partial/Insufficient Grasp on the Therapy Experience 184

4. Post-Treatment – The Therapy's Contribution to Coping with PPPTSD 185

5. Research Conclusions and Implications 192

6. Research Limitations …… 196

Bibliograpy 198

Appendices……. 217

2.1.1. Emergency Dimension 89
2.1.2. Childbirth Expectations Dimension 90
2.1.3. Dimension of Control and Lack of Control During Labor and Birth 92
2.1.4. Social Support Dimension 95
2.1.5. Dimension of Personal Aspects 97
2.2. Second Theme: Post-Traumatic Expressions – Symptoms of Post-Trauma and Difficulties in Functioning 100
2.2.1. Intrusion Dimension 102
2.2.2. Avoidance Dimension 104
2.2.3 Dimension of Negative Alterations in Cognition and Mood 105
2.2.4. Alertness Dimension 106
2.2.5. Dimension of Difficulty in Lifecycle Functioning 107
2.3. Third Theme: Reflecting on the Therapy Experience 109
2.3.1. Dimension of Precision and Effectiveness of the Therapy as Short-Term Treatment 110
2.3.2. Dimension of Experiences During Therapy 112
2.3.3. Dimension of Turning Points in Therapy 115
2.3.4. Dimension of Partial/Insufficient Grasp on the Therapy Experience 128
2.4. Fourth Theme: The Therapy's Contribution to Coping with PPPTSD 133
2.4.1. Dimension of Improvement of Post-Trauma Symptoms 134
2.4.2. Dimension of Improvement in Lifecycle Functioning 137
2.4.3. Post-Traumatic Growth Dimension 139
2.4.4. Dimension of Achieving Personal Therapy Goals and Positive Reassessment 141
2.4.5. Dimension of General Attitude to Childbirth 146
2.4.6. Dimension of Therapy Results – Partial Results 150
2.5. Evaluation of the Therapy Process – Analysis of Insights, Interpretations and Overview of the Professional Staff 152
2.5.1. Research Coordinator 153

2. Research Population 45
2.1. Women Who Experienced PPPTSD and Were Treated with NLP 45
2.2. Professional Research Team 47
3. Description of Research Proceedings 48
4. Research Tools 50
4.1. Quantitative Tools 50
4.2. Qualitative Tools 52
4.2.1. Interviews 52
4.2.2. Direct Observation 54
5. Documentation and Data Collection 54
6. Data Analysis … 56
6.1. Quantitative Data Analysis 56
6.2. Qualitative Data Analysis 58
6.3. Summary of Chapter on Quantitative and Qualitative Data Analysis Based on the Mixed Method Case Study Research Approach 61
7. Researcher As Research Tool 62
8. Criteria for Evaluating Research Quality 63
9. Ethical Aspects 66
D. Findings 68
1. Analysis of Quantitative Findings 69
1.1. Theoretical Indices of Research Variables 70
1.2. Inferential Statistics 72
Summary 82
2. Analysis of Qualitative Findings 83
2.1 First Theme: Traumatic Childbirth Event (Criterion A in DSM-5) – Subjective Variables Involved in Post-Traumatic Development and Healing 86

Table of Contents

Abstract ..... **x**

A. Introduction **1**

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) 1

2. Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PPPTSD) 4

3. Research Studies on PPPTSD Therapy Interventions 8

4. Lifecycle Functioning and PPPTSD 10

5. Post-Traumatic Growth (PTG) 11

6. Theoretical Models for Explaining, Understanding, Concepualizing and Treating Traumatic Memories ……. 15

7. Effects of Extinction and Reconsolidation in Treating PTSD 17

8. General Overview of Neuro-Linguistic Programming (NLP) 19

8.1. NLP – Background and Description 20

8.2. Empirical Testimonials 23

8.3. Theoretical Background and Therapeutic Rationale Behind Devising a Dedicated NLP Protocol for Treating PPPTSD 26

8.3.1. Unique Characteristics of the NLP Trauma Therapy Protocol 28

8.3.1.1. The O.T.O.T.E (Outcome, Test, Operate, Test, Exit) Model 28

8.3.1.2. Repeated, Supervised Exposure Through the Imagination 29

8.3.1.3. Memory Deconstruction and Reconstruction Using the Imagination 35

8.3.1.4. Positive Reappraisal 37

8.3.1.5. Post-Traumatic Growth (PTG) 39

9. Summary……... 40

B. Research Goals **42**

C. Research Methods **43**

1. Research Approach…….. 45

This work was carried out under the supervision

of

Prof. Avraham Bleich

Advisor: Dr. Zohar Rubinstein

TEL AVIV UNIVERSITY
SACKLER FACULTY OF MEDICINE
THE DR. MIRIAM AND SHELDON G. ADELSON

DEPARTMENT OF
GENERAL MEDICINE

NLP TREATMENT FOR WOMEN EXPERIENCING POST-TRAUMA DUE TO TRAUMATIC CHILDBIRTH (PPPTSD): EVALUATION OF PROCESS AND OUTCOMES (MIXED METHOD CASE STUDY)

THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE "DOCTOR OF PHILOSOPHY"
BY

YFAT WEINSTEIN-ZOHAR

SUBMITTED TO THE SENATE OF TEL AVIV UNIVERSITY
NOVEMBER 2020