

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

זיכרונות ילדות מוקדמים:

נרטיבים מעצבים בדיאלוג בין תאוריה, טיפול ויישום

עורך-אורח: ד"ר אמיתי המנחם

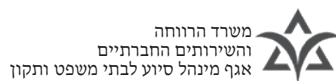
כרך כ"ה • גיליון 45-46

תמוז תשע"ז – כסלו תשע"ח – יוני-דצמבר 2017

יוצא לאור על ידי:



בשיתוף עם:



מרחב האפשרויות הבלתי מוגבלות: דמיון, משחקיות ויצירתיות כמקור להחלמה מטרומה

מולי להד ודורי רובינשטיין

"הדמיון הוא הנשק היחיד במלחמה נגד המציאות" (ז'ול דה גוטייה)

תקציר

המאמר דן בתפקיד הדמיון ומרכיביו (משחקיות ויצירתיות) בפיתוח חוסן והתמודדות, תוך התמקדות בטיפול בטרומה. כיום, שיטות יעילות לטיפול בטרומה משתמשות בדמיון כמוקד לשינוי הזיכרון הטראומטי וככלי טיפולי מרכזי, אם כי לרוב באופן בלתי מובחן וללא התייחסות תאורטית או מחקר הממוקד בדמיון. מאמר זה מביא סקירה ספרותית עדכנית, המתארת את תפקידו האפשרי של הדמיון בהתמודדות עם טראומה וטיפול ב-PTSD (הפרעת דחק פוסט-טראומטית), תוך ציון רכיבים מוחיים משותפים לדמיון ול-PTSD. יצירתיות מוצגת כמנבא משמעותי לחוסן בפני טראומה, בכך שהיא מעודדת משחקיות ומשחק, אשר בעזרת הדמיון משהים את המציאות המאיימת ועוזרים ליצור נרטיב קוהרנטי וגמיש, לווסת רגשות שליליים ולרכוש שליטה עצמית. כל אלו מתאפשרים בחדר הטיפול באמצעות מרחב המציאות הפנטסטית, שבו יכולים הסובלים מ-PTSD להשתמש בכדי להתמודד עם הזיכרון הטראומטי החודרני, לשלוט בו, לגרותו, לשנותו, לעכבו ואף לדכאו. המאמר מציג את הפער בין השימוש בדמיון ככלי טיפולי קליני בשטח לבין ההבנה וההכרה של מכניזם הדמיון המביא לשינוי. לבסוף, מוצגת שיטת ה-SEE FAR CBT כגישה משלבת המייחדת מקום לדמיון כמקור להחלמה.

מילות מפתח: דמיון, טיפול, פוסט-טראומה, יצירתיות, משחקיות, זיכרון טראומטי

אם נבקש מכם להשתמש בדמיונכם רק לרגע, לדמיין מקום בטוח, מקום דמיוני, בחוץ, בטבע או בתוך בית, כל מקום שעולה בעיני רוחכם שבו אתם מרגישים רגועים, נינוחים ובטוחים, ולאחר מכן נבקש מכם לתאר את הפרטים המאפיינים את המקום במילים ולזהות היכן בגופכם אתם חשים זאת, רובכם, ככל הנראה, תחומו משימה זו כפשוטה ונעימה. אך ייתכן של-7%–8% מהאוכלוסייה או אף יותר תהיה זו משימה קשה, לעתים חודרנית, אשר תדרוש תרגול רב. במאמר זה נעמוד על תפקידם של הדמיון ומרכיביו (משחקיות ויצירתיות) בפיתוח חוסן, התמודדות וטיפול בטרומה. לטענתנו, ההפרעה הפוסט-טראומטית היא במהותה הפרעה של הדמיון. אכן זה אותו דמיון שמשלט על המטופל, בהבזק לאחור (פלשבק), וגורם לסבל ניכר, מלווה בתחושה של חוסר שליטה – "אני משתגע" או גרוע מכך – "אני משוגע", אך הדמיון הוא גם מה שמאפשר לרבים מאתנו להמריא על כנפיו לגובהי מרומים, לתכנן חופשת קיץ מדהימה ולחלום על עתיד טוב ומספק.

תרגיל הדמיון שאתו פתחנו נקרא "מקום בטוח", הוא מצוי במגוון טיפולים ומשולב כחלק מפרוטוקולים מבוססי מחקר (EBT), כמו (EMDR) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro & Forrest, 2016), (PE) Prolonged Exposure (Back et al., 2014), ומהווה כלי טיפולי יעיל ושכיח להתמודדות עם עוררות גבוהה, זיכרונות טראומטיים חודרניים וחרדה ולהחזרת תחושות הביטחון, הבחירה והשליטה (Williams & Poijula, 2016). במהלך שנים של עבודה קלינית עם מבוגרים וילדים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), ראינו שהם מתקשים במשימות הדורשות להפעיל את הדמיון בצורה נשלטת, מפורטת, רציפה וגמישה. נראה כי הכניסה למרחב הדמיון מאיימת על הסובל מפסיכו-טראומה בשל היותו מקום של משחקיות (מושג שנדון בו בהמשך), מרחב שבו "הכול אפשרי", ואי-לכך לא ניתן לשלוט בו, או ליתר דיוק – קשה להתמיד ב"משימה של עמידה על המשמר" במטרה לא לתת לזיכרונות הקשים לצוף, והיא מאפיינת מאוד את הסובלים מ-PTSD קשה ביותר. אכן הדמיון יכול להיות מקור לסבל נפשי, אולם לטענתנו הדמיון יכול להיות גם המקור להחלמה. בפועל, שיטות יעילות לטיפול ממוקד בפוסט-טראומה, כמו PE ו-EMDR, משתמשות במנגנון הדמיון ומפעילות אותו ככלי להתמודדות עם התסמינים ולשינוי הזיכרון והנרטיב הטראומטיים (Holmes, 2014; Lahad et al., 2016); אולם תחום הדמיון כמוקד הוזנח במחקר בפסיכולוגיה בכלל (Tateo, 2015) ובמחקר קליני-טיפולי בפוסט-טראומה בפרט, כך שהשימוש בדמיון לא קיבל התייחסות מובחנת ותאורטית הולמת (להד, דורון, איילון, קפלנסקי ולייקין, 2009). לאורך 20 השנים האחרונות, המחקר על PTSD שם דגש על קוגניציה (בעיקר זיכרון), רגש, גוף ומרכיבים סוציאליים, אך לא על דמיון. למרות החסך הקיים בספרות ובגללו, במאמר זה נביא בפניכם סקירה ספרותית עדכנית המתארת את תפקידו האפשרי של הדמיון בעמידות, חוסן, התמודדות עם טראומה וטיפול ב-PTSD.

הדמיון הופך אותנו אנושיים ומיוחדים. ללא הדמיון לא הייתה משמעות לעולמנו, לא היינו יכולים לתת פירוש לחוויה החושית או למצוא היגיון בניסיון חיינו (Abraham & Bubic, 2015; Johnson, 2013). הדמיון משמש אותנו כדי לתכנן טוב יותר את עתידנו ולהתבונן בגמישות על חוויות מעברנו ועל זיכרון העבר (Zheng, Luo, & Yu, 2014), לחשוב "מחוץ לקופסה" (Gaither, Remedios, Sanchez, & Sommers, 2015), לעורר ולדכא רגשות (Finnbogadóttir & Berntsen, 2014) ולשקם יכולות של למידה וזיכרון (Grilli & McFarland, 2011). הדיון על הפוטנציאל הגלום בדמיון ובמרכיביו להגדרה עצמית, זיהוי והזדהות, הדמיית האני והאחר, הדמיית העתיד, הדמיית מציאות בדיונית, התמודדות עם פתרון בעיות ושבירת מחסומים, הועלה בספרות המדעית בהקשרים ההתפתחותי, המוחי, הפסיכולוגי והחינוכי (רנן, 2014; שוורצמן, 2007; Duffy, 1998). מכיוון שהוא כה חשוב והכרחי בחיי היום-יום, הדמיון מגייס מגוון רחב של אזורים מוחיים, וכך חולש על כל האונות וההמיספרות במוח (Fox, Spreng, 2015; Ellamil, Andrews-Hanna, & Christoff, 2015). לטענתנו, הדמיון מהווה מקור לתקווה, לאופטימיות ולנחמה במצבי מצוקה יחד עם היותו מקור לסבל וכאב במצבי

אבדן ובמצבים נפשיים קשים (דיכאון, סכיזופרניה), ואנו מציעים לאמץ את הנוסחה של "דומה בדומה יירפא" כתפיסה מובילה גם כאן.

רכיבים מוחיים משותפים לדמיון ו-PTSD

ההתפתחות המואצת בחקר המוח באמצעות כלי הדמיה מתקדמים מאפשרת כיום לבחון קשרים בין מבנים מוחיים שתפקודם בהקשר של פוסט-טראומה ידועים לבין הפונקצייה הנקראת "דמיון". מוחנו יוצר מודלים של העולם סביבנו, ואנחנו יכולים להשתמש ברפרזנטציות הללו כדי לתפוס ולהבין את מה שאנחנו רואים בכל רגע נתון, אבל גם בכדי לחוות מחדש סצנות מהעבר ולדמיין את העתיד או אפילו תרחיש דמיוני לחלוטין. מחקרם של זיידמן ומאגוויר (Zeidman & Maguire, 2016) מראה שהפעולות הקוגניטיביות הללו – דמיון, תפיסה והיזכרות באירועים מהעבר – כולם מגייסים את פעילות ההיפוקמפוס הקדמי (חלק מהמערכת הלימבית הקשור בזיכרון ורגש). מחקר סקירה נוסף מצביע על כך שאבנורמליה בהיפוקמפוס יכולה להוביל לקשיים משמעותיים במצבים יום-יומיים אשר דורשים שימוש גמיש ויצירתי בדימויים (Rubin, Watson, Duff, & Cohen, 2014). מערכת ההיפוקמפוס והאינטראקצייה שלה עם אזורים נאוקורטיקליים של אחסון מספקות לנו בסיס נתונים הכרחי ליצירה, עדכון ותחזוקה של דימויים מנטליים בשירות הזיכרון הדקלרטיבי (Duff, Kurczek, Rubin, Cohen, & Tranel, 2013). במחקרם, דף ועמיתיו הדגימו כיצד אנשים עם פגיעה דו-צדדית (בילטרלית) בהיפוקמפוס ביצעו משימות של יצירתיות טוב פחות מקבוצת ביקורת. במרוצת השנים נאסף חומר נוירופיזיולוגי אמפירי רב בנושא PTSD, חלק גדול ממנו בעזרת מחקרי הדמיה מוחית. כיום אף ניתן לבצע אבחון PTSD בדיוק של מעל 90% על ידי דימות תהודה מגנטית תפקודי (fMRI) (Christova, James, Engdahl, Lewis, & Georgopoulos, 2015). אנשים שעברו טראומה ונמצאים תחת לחץ מתקשים לבצע תהליכי חשיבה גבוהים אשר מעורבים בתפקודים ניהוליים (executive functions), לתכנן את העתיד, לצפות את ההשלכות של מעשיהם, להקשיב לתחושות ולחוויות הפנימיות ולהתמקד בהן (Van der Kolk, 2006). טווח רחב של מחקרים הצביעו על פעילות נמוכה יותר של קליפת המוח הקדם-מצחית האמצעית (mPFC), האחראית על תפקודים ניהוליים, ובאופן גורף, נמצא אצל הסובלים מ-PTSD נפח קטן יותר של רקמת תצורת ההיפוקמפוס (הקשור בזיכרון דקלרטיבי ורגש) (לדוגמה: Bremner, 2007; Gilbertson et al., 2002; Gurvits et al., 1996; Karl et al., 2006; Lindauer et al., 2004; Pitman et al., 2012; Shin & Liberzon, 2010; Smith, 2005; Wignall et al., 2004; Woon, Sood, & Hedges, 2010). יתרה מזו, אצל הסובלים מ-PTSD נמצא מתאם חיובי בין שיפור קליני לאחר טיפול בפסיכו-טראומה לבין נפח מוגבר של רקמת תצורת ההיפוקמפוס (Levy-Gigi, Szabó, Kelemen, & Kéri, 2013). מכאן שניתן להצביע על כך שלהיפוקמפוס תפקיד מהותי הן ב-PTSD והן בזיכרון, יצירתיות ושימוש בדמיון.

מערכת מוחית נוספת בעלת תפקיד חשוב ביצירתיות היא "רשת בְּרֶת המחדל" (default mode network – DMN) (Jung, Mead, Carrasco, & Flores, 2013);

(Raichle & Snyder, 2007). מערכת זו מורכבת ממספר אזורי מוח שונים הפועלים יחדיו בצורה מתואמת כאשר האדם אינו עסוק במטלות מכוונות ושרוי במנוחה. רשת ה-DMN נמצאה קשורה למגוון תפקודים מנטליים של התבוננות פנימית, דמיון העתיד בהתבסס על הזיכרון האפיזודי, יצירת תסריטים מנטליים וניבויים עתידיים, אך יותר מכל נמצאה פעילה בזמן פעילות יצירתית (Beaty et al., 2014); (Jung et al., 2013). עבודה עדכנית יותר גורסת כי עצם החשיפה לטראומה קשורה בשינויים במערכת ה-DMN (Daniel et al., 2016). מחקרי הדמיה מוחית הראו אבנורמליה בהיפוקמפוס ובתפקוד מערכת ה-DMN אצל הסובלים מ-PTSD (Pitman et al., 2012; Reuveni et al., 2015; Sanjuan, Thoma, Claus, Mays, & מצאו מתאם בין שינויים באותם אזורים מוחיים לבין קשיי דמיון ויצירתיות (Beaty et al., 2012; Caprihan, 2013; Shin & Liberzon, 2010; Stripada et al., 2012; Zeidman & Maguire, 2016; et al., 2014).

זיכרון טראומטי ו-PTSD

המוח שלנו עסוק כל העת בעיבוד החוויות הגופניות הנחווות דרך החושים, השוואתן לחוויות קודמות וקטלוגן כזיכרונות שיעזרו לנו בעתיד להתמודד ביעילות עם נתונים דומים. זוהי עיקר הווייתו של תפקודו הקוגניטיבי. בצורה כזאת, כל חוויה חדשה מצטרפת למאגר הזיכרונות שלנו ומעצבת את ההתמודדות העתידית עם מצבים שדומים מבחינה מסוימת למצב בעבר. מבחינה מוחית, חלקים שונים במוח משתפים פעולה זה עם זה, כאשר החלק הימני מתרגם את הגירויים החושיים, והחלק השמאלי אחראי על העיבוד המילולי וקידוד החוויה לזיכרונות. בזמן טראומה, כשהחושים מדווחים על חוויה קטסטרופלית, החלק המילולי מתקשה לבצע עיבוד מסודר ומאורגן של החוויה למילים. החוויה נשארת במצב לא מעובד ואינה מקודדת באופן רגיל לזיכרון. מבחינה זו, נוכל להשוות את עבודת המוח למחשב מהיר אשר רושם באופן רציף את זיכרונותינו על גבי סליל (כמו בקלטת וידאו). אירוע טראומטי יכול לגרום להיווצרות קמט בסליל הזיכרון, ובכל פעם שגלגל הסרט יחזור למקום הקמט, יחזרו החוויה הטראומטית וזיכרונותיה להטריד או להיחוות. העיוות ימשיך להטריד, כל עוד לא תימצא "מסגרת" חדשה ומתאימה שתחזיר את הזיכרון למצב סביר. החודרנות היא בעצם הסליל שמתנגן שוב בניסיון לתקן את הזיכרון הקודם במסגרת חדשה ולהזהיר אותנו, כדי שלא יקרה שוב מה שקרה. זהו תהליך טבעי של המוח, אך הוא אינו יעיל, ולכן גורם לעומס רב וגורר קשיי זיכרון, ריכוז וקשב.

כיום, קשיים קוגניטיביים נכללים תחת הקריטריונים החדשים של ה-DSM-5 לצורך מתן אבחנת PTSD. אחד מהאפיונים הללו הוא הקושי לזכור חלקים מהאירוע הטראומטי. קריטריון נוסף של חודרנות מתייחס לזיכרונות מטרידים מהאירוע הטראומטי אשר מופיעים שוב ושוב בצורה בלתי רצונית וחודרנית¹, אך אין מדובר בעניין חדש; לרעיון כי PTSD מורכב מהפרעה בזיכרון יש היסטוריה

1 אצל ילדים מעל גיל שש, ייתכן משחק חזרתי שבו מתבטאים תמות או היבטים של האירוע הטראומטי (American Psychiatric Association, 2013).

ארוכה (Van der Kolk, 2006), והזיכרון ממלא תפקיד מרכזי בתאוריות פסיכולוגיות שונות של מצב זה. עד כה נצטברו עדויות מחקריות מספקות המסוגלות להצביע על היבטי זיכרון ספציפיים אשר משתנים אצל הסובלים מ-PTSD. היבטים אלו עשויים להיות גורמי סיכון ומעורבים באופן התפתחות ההפרעה בעקבות אירוע טראומטי של (Brewin, 2011). בסקירתו המעמיקה ביותר, ברווין הראה כיצד היבטים שונים של זיכרון, כגון: קשיים בזיכרון מילולי, ידע מושגי שלילי על העצמי, זיכרון מוכלל, הימנעות מזיכרונות או דיכויים, פרשנות שלילית של סימני זיכרון, קשיים בהעלאה רצונית של זיכרונות טראומטיים ותדירות מוגברת של זיכרונות המבוססים על תחושה או על הבזקים לאחור (פלשבקים), עשויים למלא תפקיד סיבתי בהתפתחות ותחזוקה של PTSD. בסקירה עדכנית יותר, ברווין (Brewin, 2014) טען כי ההשקפה הגורסת שלמתחים קיצוניים יש השפעות דיפרנציאליות על מערכות זיכרון מרובות מתקבלת על הדעת וסבירה בהחלט גם מבחינה מדעית.

כפי שהוזכר קודם, ההיפוקמפוס, כחלק מהמערכת הלימבית, הוא בעל תפקיד מכריע לקידוד הזיכרון הרגשי ולהתאמת תגובות רגשיות הולמות לפחד מהגירויים הרלוונטיים (Acheson, Gresack, & Risbrough, 2012). לדו (LeDoux, 1996, 2003), הראה את תפקידה של המערכת הלימבית בחוויה הטראומטית: לדעתו לא רק שהמערכת הלימבית פועלת במצבים מסכני חיים, אלא היא עוקפת את הנאוקורטקס, ובכך משאירה בתוכה עקבות רגשיים (חושיים) שאינם מילוליים, אלא סמליים, שמיעתיים וחושיים. לכן, כאשר אנו רוצים להגיע אל שורש הזיכרון הטראומטי, עלינו להשתמש בחוויית מערכת לימבית, שהיא קרובה מאוד למה שמכונה "שפת המוח הימני" (Lahad, 2000), כלומר תמונות, תחושה, רגשות, צבעים, תנועה וכן הלאה. חשוב לציין כי מחקרים רבים מצביעים על כך שטראומה היא בעיה של עיבוד זיכרון (McNally, 1997; Samuelson, 2011; Van der Kolk, 2006). לטענתנו, בעיה זו שייכת לפונקצייה של הדמיון. הסובל מטראומה מדמיון שאירועי עבר מחרידים חוזרים בדרכים שונות ומטרידים אותו, תוך שהוא חווה תחושת סכנה ואימה. בדיקת אזורי המוח הפעילים במהלך הזיכרון באירוע טראומטי מצביעה על פעילות אבנורמלית של הקורטקס החזותי ושל האזורים הלימביים (בעיקר אמיגדלה והיפוקמפוס), על פעילות נמוכה באזורים קדמיים עליונים של הקורטקס ועל פעילות מוגברת באונה הימנית, העוסקת בתפיסת החלל, אחראית על טון דיבור, תפיסת הגוף, כישורים אמנותיים (צבע, תמונה), מחול ומוזיקה, מתמחה בזיכרון חזותי, באינטואיציה ובתפיסה הוליסטית ומשמשת מקום מושבן של רגשות, חלומות ותשוקות (Gilboa et al., 2004; Hendler et al., 2003). לדעתנו, כל העדויות הללו מצביעות על כך שפסיכו-טראומה היא הפרעה מורכבת של שיבוש בזיכרון הקוגניטיבי (קפיאה בזמן) ומאופיינת במחשבות שליליות, בשילוב זיכרון הגוף, או הטבעה טראומטית ברמה הפרופריוספטיבית, וברכיב משמעותי של דמיון, המפעיל את הסובלים מטראומה. כלומר כטענתם של ואן דר קולק ועמיתיו (Van der Kolk, Van der Hart, & Marmar, 1996), טראומה היא אכן "אימה שמעבר למילים", וככזו, הדרך להגיע אליה מחייבת שילוב של כל המרכיבים יחד (להד ועמיתים, 2009).

זיכרון ילדות טראומטי והדמיון כמפלט להשלמה

הילדות מהווה תקופה רגישה ביותר מבחינה פסיכולוגית. אירועים טראומטיים בתקופה זו, ובמיוחד זיכרונות טראומטיים שליליים, נחשבים כגורם סיכון משמעותי להתפתחות מגוון רחב של פתולוגיות בבגרות ולקומורבידיות מרובה ביניהן (Vrijzen et al., 2017). אותם "פצעים נסתרים" מהילדות יכולים להשפיע על התפתחות המוח, על הקוגניציה, הוויסות הרגשית, ההתנהגות ועל תגובתיות לגורמי דחק (Danese & Baldwin, 2017). חזרה טורדנית של זיכרון ילדות טראומטי זההה כאחד מהמאפיינים בטרומת הילדות אשר "נדבקים" ונשארים לאורך החיים, ללא קשר לאבחנה או לפתולוגיה המתקבלת בבגרות (Terr, 2003). טר חילקה באופן גס את הילדים העוברים טראומה לשני סוגים: (א) אלו שעברו אירוע אחד – חלקם זוכרים הכול לפרטי פרטים, חלקם מקודדים אותו בזיכרון כסימנים או כתפיסה מוטעית; (ב) אלו שעברו אירועים מאיימים מתמשכים – אלו מאופיינים בחוויות של דיסוציאציה, הכחשה, קהות רגשית או זעם וזוכרים את האירועים במקוטע או אינם זוכרים אותו כלל. מחקר מקיף שנעשה לאחרונה בקרב ילדים מצא קשר בין חשיפה לטרומה בילדות לבין זיכרונות אוטוביוגרפיים מוכללים לאחר החשיפה. זיכרונות אלו מאופיינים בכך שהם נשמרים בצורה מוכללת מהעבר האישי וללא התייחסות ספציפית לפרטים באירוע (Crane et al., 2014). אצל הסובלים מ-PTSD בבגרותם, זיכרון טראומטי מהילדות מאופיין בכך שהוא יכול להיות נגיש פחות מזיכרונות אחרים, כללי, שברירי ולא רציף, מעורר גופנית ורגשית וקשה לביטוי במילים. כאשר קיימים פערים בזיכרון וחוסר במידע, אנו נוטים להשתמש בדמיוננו בכדי להשלים את החלקים החסרים. אחד ההבדלים המרכזיים בין דמיון לזיכרון הוא שלדמיון אין גבול, והוא משתמש בשפה סמלית וחושית (בעיקר חזותית), אשר מאפשרת גישה לאותם זיכרונות ילדות טראומטיים. לטענתנו, השימוש בדמיון יכול לסייע כמפלט למקום בטוח במהלך האירוע הטרומטי עצמו, ואחריו, במהלך הטיפול הממוקד בדמיון, מתאפשרת גישה בטוחה יותר לזיכרון הילדות הטרומטי כחלק משחזור היכולת המשחקית של הילד אל עולם ה"כאילו", שבו "הכול אפשרי"; בכך מתאפשרים עיבוד, שינוי והבניה מחדש במסגרת טיפולית או מחוץ לה.

באופן מפתיע, בקרב ילדים הסובלים מ-PTSD, ההיפוקמפוס (שאחראי, כאמור, על הזיכרון הדקלרטיבי) מתפקד כרגיל, ורק אצל מבוגרים ניתן לראות הפחתה בתפקודו (Woon & Hedges, 2008). קיימת טענה כי במצב כרוני של חשיפה טראומטית מתמשכת או ללא טיפול בטרומה המוקדמת, בתקופה הרגישה של הילדות, אקטיבציה גבוהה של ציר ה-HPA מפריעה להתפתחותם התקינה של המבנים המוחיים הקשורים ב-PTSD (Cross, Fani, Powers, & Bradley, 2017). ייתכן שאצל ילדים התפקוד התקין מתאפשר בזכות הגמישות והפלטיות היתרות של המוח, שממשיך ומתפתח. על מנת לאפשר התפתחות זו ולמתן את העוררות, מחקרים כדוגמת זה של קפלנסקי (Kaplansky, 2009) מדגישים את פוטנציאל ההתמודדות וההחלמה הגדולים הקיימים בשימוש בשפת הדמיון, שכן זו מאפשרת

לאדם לברוא מציאות חליפית-מועדפת, כזו שעשויה לטמון בחובה את האסטרטגיות היעילות ביותר להתמודדות עם הסיטואציה החדשה וזיכרון הילדות הטראומטי. למשל, אחרי מלחמת לבנון השנייה, רונן ברגר (2007) פיתח מודל בכדי לעזור לילדי גן להתמודד עם המציאות הטראומטית שחוו. במודל "המקום הבטוח" נעשה שימוש בסיפור על מנת להעיר את שפת הדמיון של הילד ולאפשר לו להשתמש בה כדי להמציא סיפור שיחליף את זיכרון החוויה הקשה. זהו סיפור מסגרת שמכיל מטפורות מרפאות, כאלו שמאפשרות לילדים בגן להתחבר אליהן ולשאוב מהן כוחות. מכיוון שבמלחמה נפגעה גם הסביבה החיצונית (היער), הומצא סיפור הקושר בין התאוששות והתחזקות הטבע להתחזקות הילדים (להרחבה ראו ברגר, 2008). דסיביליה ועמיתים וראובן גל ועמיתים (Desivilya, Gal, & Ayalon, 1996a, b; Gal & Lazarus, 1975) כתבו מאמרים על תלמידים שהיו בפיגוע החטיפה במעלות ב-1974 ועל דרכי ההתמודדות השונות שלהם בזמן האירוע ואחריו, וצינו כי הדמיון שימש להם כמפלט מהאימה של היותם בני ערובה. סבן (1990) תיארה את השעות הקשות וכתבה כיצד דמיינה שהתקרה נפתחת וחילי צה"ל באים להצילם, ואת בית הוריה ושולחן השבת, וציינה את העובדה שהמחבלים יכלו לשלוט בכול, אך לא בדמיון שלה, שעזר לה לא להיות שם (Ayalon, 2004). ניתן לסכם ולומר שהדמיון יכול לסייע כמפלט בזמן אירוע טראומטי וגם אחריו ולאפשר גמישות ויצירתיות בעיבוד, שינוי והבניה מחדשת של זיכרון הילדות הטראומטי.

יצירתיות כמנגנון לחוסן והתמודדות עם טראומה

מערכת היחסים הישירה בין יצירתיות ל-PTSD תוארה בספרות לעתים רחוקות, אולם ישנן עדויות חוזרות שיצירתיות יכולה לשמש כגורם מגן, להגביר חוסן ולשפר התמודדות עם PTSD (Metzl & Morrell, 2008; Thomson & Jaque, 2016). יצירתיות מוגדרת כ"ביטוי של הדמיון, אשר דורש חיבור ושחלוף מהירים של ייצוגים מנטליים, בכדי ליצור רעיונות חדשים ודרכי חשיבה" (Rubin et al., 2014). בארבעה העשורים האחרונים נהוג לחלק יכולת יצירתית לארבעה ממדים (על פי טורנס – Torrance, 1974): (א) מקוריות; (ב) גמישות; (ג) רצף; (ד) פירוט (עיבוד) (Duff et al., 2013). מחקר מטה-אנליזה מקיף, שבדק 25 שנות מחקר בנושא רגש ויצירתיות, מצא שרגשות חיוביים (כמו שמחה) מקושרים חיובית ומפעילים יצירתיות, לעומת חרדה ופחד, אשר נמצאו קשורים ליצירתיות ירודה, על כל ממדיה (Baas, De Dreu, & Nijstad, 2008). ייתכן כי היצירתיות אינה בהכרח תוצר של רגשות, כלומר היא אכן יכולה להיות מושפעת מרגשות שונים או מטראומה, אך גם יכולה להשפיע על רגשות, לשמש כגורם מגן בפני טראומה ולחזק רכיבים של חוסן (לסקירה נרחבת יותר, ראו Metzl & Morrell, 2008). מטצל (Metzl, 2009) בדקה חשיבה יצירתית וחוסן בקרב 80 ניצולי הוריקן קטרנה ומצאה כי מקוריות וגמישות ניבאו חוסן בפני אירועי הסופה. מחקר אחר, שעקב אחר ילדים פלסטינים בזמן אירועי האינתיפאדה הראשונה, מצא כי יצירתיות גבוהה, ולא אינטליגנציה,

ניבאה התמודדות והסתגלות טובות יותר (Punamäki, Qouta, & El-Sarraj, 2001). על סמך מחקרם, פונמקי ועמיתים סברו שבזמן האירועים עצמם ילדים חוששים להשתמש בדמיונם ומעדיפים להחזיק גישה רציונלית, ובכך הם מצרים את יכולת הביטוי והעיבוד הרגשיים שלהם, דבר שבטווח הרחוק יותר יכול להוות מכשול להתמודדות אדפטיבית. הם המליצו על שיטות התערבות שמפעילות את הדמיון והיצירתיות. ראס וואלס (Russ & Wallace, 2013) מצאו שכאשר ילדים לוקחים חלק במשחק, הם מאמנים את יכולת היצירתיות שלהם ומפתחים סבילות וסובלנות למכלול רגשות מורכבים ואינטנסיביים, שהחיים עלולים לזמן בהמשך. מוטווילר וטיילור (Mottweiler & Taylor, 2014) מצאו שכאשר אנחנו מעודדים ילדים לשחק במשחקי תפקידים על בסיס קבוע, הם משפרים את היצירתיות שלהם. יצירתיות, ויסות רגשי ומשחק לא מובנה נמצאו כמגבירים שלומות (well-being) ומשפרים את איכות החיים, ועל כן גרגסון (Gregerson, 2007) המליץ לשלב מרכיבים של יצירתיות בתוך טיפול להפרעות נפשיות, כולל טיפול בטראומה וב-PTSD. עם זאת, ראוי להזכיר כי מחקר שבדק יצירתיות ו-PTSD בקרב רקדנים ואתלטים מצא שלקחת חלק בצורת משחק בוגרת ויצירתית כפי הנראה לא תרפא PTSD, אבל היא יכולה בהחלט לתרום להתמודדות טובה יותר. במחקר זה נמצא שאצל הסובלים מ-PTSD העיסוק ביצירה משפר יעילות וניהול עצמי, נותן משמעות לחיים וסיפוק (Thomson & Jaque, 2016). לסיכום, באופן כללי, הגם שייצירתיות נמצאה כגורם מגן מפני קשיים פסיכולוגיים כלליים (לאו דווקא מפני תסמין או קושי ספציפיים) וכמנבא משמעותי של חוסן בפני טראומה (Metzl, 2009; Tol, Song, & Jordans, 2013).

הקשר האפשרי בין משחקיות והתמודדות עם טראומה

משחק מעודד יצירתיות על ידי שימוש בדמיון. הוא נחשב ככלי טיפולי ודרך התמודדות יעילה וידועה בקרב ילדים בכלל ואצל אלו אשר עברו חוויה טראומטית בפרט (Clark, Ryan, Lane, & Powers, 2017; Pat-Horenczyk, Brom, & Vogel, 2014; 2015). יתרה מכך, משחק (play) ומשחקיות (playfulness) משמשים בעולם הקליני לא רק עם ילדים שעברו טראומה, אלא גם בקרב זקנים (Monahan, 2015), מבוגרים (Or & Megides, 2016) ומשפחות (Cohen, Pat-Horenczyk, & Haar-Shamir, 2014; Tucker & Smith-Adcock, 2017). המשחק, שמדמה מצבים שונים מהחיים, תורם להתפתחות היכולת ליצירת נרטיב, יכולת שתורמת בהמשך להבניית נרטיב טראומטי קוהרנטי ובכך מסייעת בהתמודדות טובה יותר עם אירועי דחק (Cohen, Chazan, Lerner, & Maimon, 2010). כבר לפני כ-30 שנה מחקרים אחדים מצאו כי ילדים המצטיינים בהפקת פנטזיות הם בעלי ריכוז טוב יותר, נהנים יותר ממעשיהם, תוקפנים פחות, מפתחים מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות טובות יותר, מפתחים יכולות רגשיות, לומדים לארגן מידע ביעילות ומבצעים אינטגרציה יעילה יותר של התנסויותיהם החיצוניות והפנימיות (Gleason, Jarudi, & Cheek, 2003; Tower & Singer, 1980). חברים דמיוניים והיצמדות לאובייקט מעבר בילדות נמצאו אף הם כקשורים להפגנה עתידית של אימפולסיביות ואגרסיביות פחותות, הכלה עצמית גבוהה ויכולת לחשיבה

יצירתית (Singer & Singer, 1990; Taylor, 1999). המחקר של כהן ועמיתים (Cohen et al., 2014) הראה כי ילדים בעלי חוסן גבוה יותר בפני אירועי טרור טראומטיים אופיינו בכך שלקחו חלק גדול במשחקים והראו יכולת טובה לתכנן ולשחק משחק קוהרנטי, יצירתי ובעל נרטיב מספק, בעודם מודעים לכך שהם מצויים בתוך משחק ולתפקידם במשחק זה (במונחי מודל המציאות הפנטסטית, שיתואר בהמשך, זו היכולת לנוע בחופשיות בין מרחב הדמיון למרחב המציאות). נוסף על כך, הם הראו יכולת טובה יותר להרגעה עצמית ונטייה ליצור מערכת יחסים עם אדם מבוגר תוך כדי משחק. המאפיינים הללו יכולים להיכנס לקטגוריה "משחקיות". משחקיות מתייחסת למגוון של תגובות ספונטניות (קוגניטיביות, פיזיות והתנהגותיות-חברתיות) אשר באות לידי ביטוי באמצעות דמיון, יצירתיות, סקרנות, הנאה והומור. מנקודת מבט התפתחותית, ניתן להתייחס למשחקיות כאל תכונת אופי יציבה אשר בולטת בעיקר במשחק ובאינטראקציות בין-אישיות (Lieberman, 1977). על פי סטמפי (Staempfli, 2007), אדם המאופיין במשחקיות גבוהה יהיה מונחה על ידי מוטיבציה פנימית ובעל מכוונות לקביעת מטרות עצמיות, נטייה לייחס משמעות עצמית לאובייקטים והתנהגות ויכולת ל"העמדת פנים", אקטיביות ומעורבות. בנדי (Bundy, 1997) הוסיף שאדם המאופיין במשחקיות גבוהה יהיה גם בעל שליטה פנימית ויכולת להשהיית המציאות ולהבניה ומסגור של המשחק ושיתופו עם אחר. שני מרכיבים עיקריים שיכולים להסביר חלק מהקשר שבין משחקיות וחוסן לאירועים טראומטיים הם רגשות חיוביים ויכולת לוויסות עצמי (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011; Cohen et al., 2014). החוסן בפני אירוע טראומטי וההתמודדות עמו מתאפשרים אולי בזכות משחקיות ומשחק, אשר מסייעים, בעזרת הדמיון, להשהות את המציאות המאיימת, לייצר נרטיב וזיכרון קוהרנטיים וגמישים, להיות אקטיבים ומעורבים, לחוש רגשות חיוביים, לווסת רגשות שליליים ולהקנות שליטה ומוטיבציה פנימית. לטענתנו, מטופלים (ילדים כבוגרים) הסובלים מהתסמונת הפוסט-טראומטית מאמצים עמדה של "על המשמר", שמא הזיכרונות הכואבים יצופו ויציפו אותם או שמא הם יחמיצו את האותות מבשרי הרע. אי-לכך הם נמנעים מלשחק, מכיוון שמשחק ומשחקיות מפרים את היכולת של עמידה על המשמר כנגד הסכנה שבזיכרון הפולשני ייתכן שעמדה זו מושפעת גם מהעובדה שחלק מהסובלים מ-PTSD סובלים גם מדיכאון, ועל כן עבורם משחקיות היא מצב נפשי בלתי נסבל. ממצא זה הוביל את להד ודורון (2012, 2015; להד ועמיתים, 2009) לפתח מודל טיפולי המזמין את המטופל בהדרגה לתרגל מיומנויות משחקיות ומרחב "כאילו" וכך לפתח את אותה יכולת משחקית המאפשרת שינוי במצבי "אין מוצא". כל אלו מונחים בחדר הטיפול באמצעות מרחב המציאות הפנטסטית (להד ועמיתים, 2009).

מציאות פנטסטית – שימוש ממוקד בדמיון בטיפול בטראומה

בשעות משבר וסכנה גדולה עומד לרשותנו הדמיון, המאפשר להינתק, זמנית, מהאירוע הנורא, שיש בו סכנת חיים. ההינתקות הזו מוכרת לנו מתוך דיווחים של ניצולי אסונות טראומטיים, קרבנות עינויים, שבויים ובני ערובה, קרבנות תקיפה

מינית ואונס ואסירים פוליטיים בגולאגים, המספרים על היכולת המופלאה הזו – הדיסוציאציה – בשירות ההשרדות, כדבריו של הילגרד:

אפשר לראות במצבי התודעה האלה את אחד מחסדיו הקטנים של הטבע, המגן מפני כאב קשה מנשוא [...] מצבי התודעה המנותקים דומים לתהליך טרנס-היפנוטי. כמוהו הם ניכרים בויתור על פעולה רצונית, בהשעיית היוזמה והשיפוט הביקורתית, בריחוק סובייקטיבי או שלוהה, בתפיסה מוגברת של דימויים, בשינוי תחושת, הכולל קהות חושים ואנלגיה (אל-כאב), ובעיוות המציאות, הכולל נתק מן העצמי, ניתוק מן המציאות ושינוי בתחושת הזמן" (הרמן, 1992, עמ' 62).

במרחב הטיפולי ניתן לעשות שימוש בדמיון דרך המציאות הפנטסטית – "היא הקשר בין היכולת האינסופית של הדמיון היצירתי לברוא תמונת עולם, רצויה או נדרשת, לבין הפעילות לפתרון בעיות במציאות במרחב המשותף של הטיפול" (להד ועמיתים, 2009).

את המונח "מציאות פנטסטית" טבע להד (Lahad, 2000, 2005; Lahad & leykin, 2012), והוא מתאר את מרחב ה"כאילו", אותו מרחב שבו הכול ייתכן והכול אפשרי. מציאות זו מאפשרת לנפש לשחק כבילדות המוקדמת, להמציא סיפורים כחלק ממסע למציאת תשובות או תובנות כאשר ההיגיון הִרְאִי כשל. במסע זה אין שליטה לשלושת חוקי המציאות המציאותית: זמן, מקום ותפקיד. במציאות דברים יכולים להתרחש רק בזמן מסוים ובמקום מסוים, ועדיף שהפועל בה יהיה בתפקיד מסוים, אם כי ישנם מצבים שבהם האדם מצוי בכפל תפקידים ויותר, אך דבר זה נחוה בדרך כלל במציאות כעומס או מועקה ומקשה על התפקוד. במציאות הפנטסטית ניתן לכווץ את הזמן, להרחיבו ואף לקיים התרחשות בו-זמנית של "כאן ועכשיו" ו"שם ואז". המקום יכול להיות בו-זמנית מרחב המציאות (חדר הטיפול) ומקום קסום ואחר. מקום זה יכול להיות בפנים (לדוגמה ארמון) או בחוץ (לדוגמה יער עבות), והמטופל יכול להיות הוא עצמו, בו בזמן שהוא משחק תפקיד אחר. מגוון התפקידים יכול להיות מציאותי, דמות נחשקת, דמות דמיונית וכו' (להד, 2006), כפי שטען לנדי (Landy, 1993) בהסבירו את הפרדוקס שלב החוויה הדרמטית: "ייתכן שההיבט המשמעותי ביותר בפרדוקס הדרמטי קשור בעובדה שהשחקן והתפקיד הם בו-זמנית נפרדים ומאוחדים, והקיום המציאותי של השחקן שרוי בדו-קיום עם המציאות הבדויה של התפקיד" (עמ' 11). מרחב זה כונה על ידי ויניקוט (1995), "המרחב הפוטנציאלי". מכאן נבין שהמציאות הפנטסטית איננה מצב שבו המטופלים מאבדים קשר עם המציאות ה"אובייקטיבית" או שוללים אותה, למעשה היא מאפשרת התנסות בו-זמנית ב"וויתור" של ההמיספרה השמאלית, המתמחה בחשיבה אנליטית, פתרון בעיות, עיבוד שפתי ושליטה ובקרה, כדי לרחף במרחב ה"כאילו", מרחב הדמיון והאפשרויות הבלתי מוגבלות. בטיפול, ההחלמה והרגיעה מופיעות כאשר הנפש חוזרת לשחק כבילדות. חוויה זו מתאפשרת במרחב מקבל, תומך ולא שיפוטי, המעודד יצירתיות ומשחק. במרחב המציאות הפנטסטית אנשים המתמודדים עם מציאות טראומטית יכולים לרחף (transcend) למרחב אחר, שבו הם מרגישים בטוח ויכולים לשנות את הבלתי ניתן לשינוי. זהו מצב מנטלי ופונקציה של

הדמיון שבהם אנשים חווים מודעות בו-זמנית גם של רפרזנטציות דמיוניות וגם של המציאות מסביבם. אנשים שסובלים מ-PTSD יכולים להשתמש במרחב הזה בכדי להתמודד עם הזיכרון הטראומטי החודרני, לשלוט בו, לגרותו, לשנותו, לעכבו ואף לדכאו (לסקירה מקיפה, ראו Lahad & Doron, 2010; Lahad 2000, 2005).

השימוש הלא מובחן בדמיון, ללא התייחסות תאורטית, של שיטות טיפול ממוקדות טראומה

שימוש בדמיון אינו דבר חדש בעולם הפסיכותרפיה. פרויד עסק בפשר החלומות, יונג בארכיטיפים וויניקוט במרחב הפוטנציאלי המאפשר שינוי, ואחרים, שבאו בעקבותיהם, המשיכו את דרכם. כיום ישנן שיטות שונות, יעילות ומגוונות לטיפול ממוקד טראומה לסובלים מ-PTSD. חלק גדול מהן עושה שימוש בדמיון ככלי טיפולי, אם באופן מודע ומוצהר ואם לאו (Holmes, 2014; Lahad et al., 2016). רוב הגישות הטיפוליות בטראומה התייחסו לזיכרונות פולשניים ולמחשבות, וכמעט כל הגישות השתמשו במילים כרכיבים מעובדים של החוויה הטראומטית, וקראו לה בדרכים שונות: שחזור קוגניטיבי, אבראקציה, דה-סנסיטיזציה, הצפה. עם זאת, אנו יודעים כעת כי החוויה הטראומטית אינה מילולית, אלא שילוב של תופעות גופניות, חושית, רגשית וקוגניטיבית. למרות זאת, הדמיון מעולם לא הונח במרכז תשומת הלב של המחקר הטיפולי בכלל או של הטיפול ממוקד טראומה בפרט.

שליפה ואחזור של זיכרונות אפיזודיים ואוטוביוגרפיים משמשים כתוסף שכיח ביותר בטכניקות טיפול שונות בהפרעות טראומה וחרדה (Cooper & Clum, 1989). חלק גדול משיטות הטיפול העכשוויות עושות שימוש בדמיון בכדי לשנות זיכרונות טראומטיים, להקהותם ולהתמודד עמם, למשל: חשיפה ממושכת (PE), הקהיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (EMDR), שיטה קוגניטיבית התנהגותית – Cognitive Behavior Therapy (CBT), הצפה בדמיון – Imaginal Flooding (IF), מציאות מדומה (Virtual Reality Exposure (VRE), דה-סנסיטיזציה סיסטמטית – Systematic Desensitization (SD), Imagery Rescripting Procedure, טיפול ברזולוציה מואצת – Accelerated Resolution Therapy (ART), השיטה הנרטיבית, שיטות שונות של אמנות ויצירה ושיטת ה-SEE FAR CBT, אשר משלבת מספר מתודות יחדיו, עם דגש על הדמיון ככלי לשינוי. אחד מהמרכיבים העיקריים בשיטה הקוגניטיבית ההתנהגותית הוא חשיפה כהליך שעוזר למטופלים להתעמת עם זיכרונות ומצבים מאיימים (Choi, Rothbaum, Gerardi, & Ressler, 2009). תהליכי החשיפה כוללים בדרך כלל חשיפה בדמיון. כחלק מתהליך החשיפה, מטופלים מתבקשים להעלות את הזיכרון המאיים בדמיון (imaginal exposure) בזמן שהם נמצאים בחדר הטיפולים ומרגישים בטוחים, וכך יכולים לגשת לזיכרון הטראומטי ולעכל ולעבד אותו רגשית, על מנת שבהמשך יהיה כואב ומאיים פחות עבורם (Foa & Kozak, 1986). צורות אחרות של חשיפה כוללות הצגה חוזרת ונשנית של האירוע הטראומטי בדמיון (הצפה בדמיון) (Keane, Fairbank, Caddell, & Zimering, 1989; Specken, Ehlers, Hackmann, & Clark, 2006).

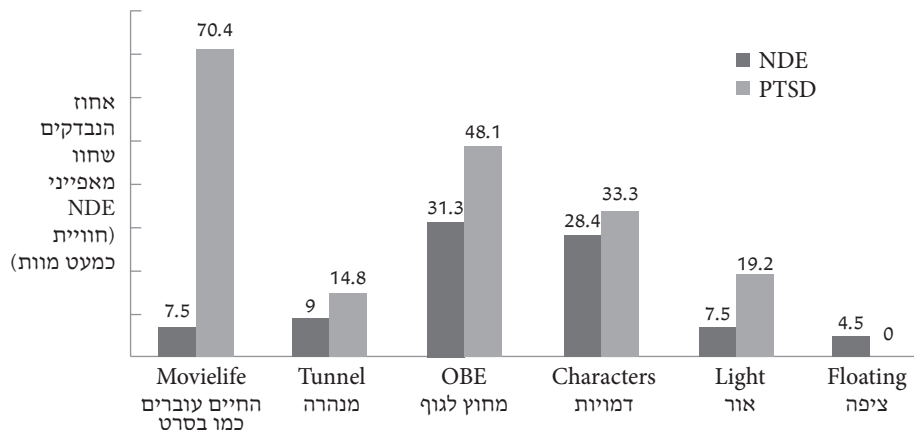
בשיטה זו מתמודדים שוב ושוב בעזרת הדמיון עם מצבים, מקומות או אובייקטים שמהווים תזכורות של הטראומה או טריגרים מעוררי חרדה, עד שהם כבר אינם מעוררים רגשות חזקים כאלה. חלק מהמטפלים הנרטיבים מבקשים ממטופלים לכתוב את סיפור הטראומה ואז לקרוא אותו שוב ושוב, כצורה של חשיפה (VRE), (Resick & Schnicke, 1993). בטיפול של חשיפה למציאות וירטואלית (VRE), המטופלים מקבלים תצוגה ממוחשבת של עולם וירטואלי המשתנה באופן טבעי עם תנועת הראש. במהלך המפגשים הללו, המטופלים לובשים קסדת מציאות מדומה עם אוזניות סטראו המספקות רמזים חזותיים ושמיעתיים, וחווים סביבה וירטואלית המשמשת להפעלה מחדש של הרמזים הטראומטיים שלהם ולהקהייתם (Meyerbröcker & Emmelkamp, 2010; Rizzo et al., 2010). בשיטת ה-Imagery Rescripting Procedure, המטופלים מתמקדים בתכנים של התמונה או הזיכרון החודרניים שלהם ומדמיינים בצורה חדה וברורה תוצאות חלופיות חיוביות ואז מטמיעים אותן עם המטפל שלהם (החזרות הסיפוריות על התוצאות החיוביות, המוכוונות בעזרת שאלות ומשחק, מטמיעות את התוצאות החלופיות המקוות) (Brewin et al., 2009; Hackmann, 1998). בדה-סנסיטיזציה סיסטמטית (SD), המטופל מעלה בדמיונו בהדרגה תזכורות של הטראומה, בשילוב אימוני הרפיה. על פי שפירו, ב-EMDR המטופל מתבקש לדמיין סצנה או תמונה מהטראומה, תוך התמקדות בקוגניציה ובעוררות הגופנית הקשורים בהן, בעוד המטפל מניע שתי אצבעות מול פני המטופל בשדה החזותי ומנחה אותו לעקוב אחר התנועה (Jeffries & Davis, 2013).

שיטת הטיפול החדשה ART, משתמשת במרכיבים של EMDR ותנועות עיניים, והדגש הוא על שימוש בדמיון ומטפורות בכדי לעורר שינוי. המטופל מתבקש להמציא סיפור חלופי לאירוע הטראומטי, פרי דמיונו, ובעזרת המטפל הוא מטמיע אותו בזיכרונו כתחליף לזיכרון המאיים (Waits, Marumoto, & Weaver, 2017). כמו כן, בחלק גדול מהשיטות הנ"ל נעשה שימוש בתרגילי הרפיה, תוך שימוש בדמיון, בכדי להוריד את רמת החרדה, בעת הצורך. אחד התרגילים שנמצאים בשימוש תדיר הוא תרגיל "מקום בטוח", שאתו פתחנו, ובו המטופל מתבקש להעלות בדמיונו מקום שבו הוא מרגיש בטוח, תוך מתן פרטים רבים ככל האפשר, שעליהם המטפל חוזר בקול. לאחר שהתרגיל נגיש למטופל והוא לומד להשתמש בו ביעילות, הוא יכול להשתמש בו כאשר החרדה עולה, הן בזמן הטיפול והן מחוצה לו. התרגיל הזה ואחרים כמותו, המשתמשים בדמיון בדרכים שונות, נותנים למטופל תחושת שליטה, יכולות בחירה ושינוי ואפשרות לחוש שהחרדה היא דינמית, וכמו שהיא עולה, כך היא גם יורדת.

הטיפול הקוגניטיבי ממוקד התסמינים, שנמצא יעיל מעבר לכל ספק בקרב מטופלים פוסט-טראומטיים (Seidler & Wagner, 2006), מסביר את יעילותו במודלים קוגניטיביים של זיכרון, אך למעשה משתמש בדמיון, מבלי להסביר את היעילות של השימוש במנגנון זה. ניתן לראות זאת בחשיפה ממושכת בחלק של השחזור בדמיון, בשימוש בדמיון להורדת רמת החרדה, וכאשר האדם מדמיין (מעלה בעיני רוחו) את האירוע הטראומטי או תמונה ממנו על מנת ליצור הקהיה ושינוי סיפורי. למעשה, לטענתנו, הטיפולים הממוקדים בשחזור האירוע מאלצים את המטופלים לחוות

דיסוציאציה מוחדרת" (induced dissociation), כיוון שהאירוע שאותו המטופל נאלץ לספר אינו מתרחש במציאות, בעת הטיפול, ואף הפרטים שבהם הוא נזכר אינם בהכרח "אמתיים". קפלנסקי (Kaplan, 2009) מצאה במחקרה, שבהשוואה בין אנשים שחווים בזמן האירוע חוויה פנטסטית (הקרויה NDE) ובין מי שמאובחן עם PTSD, בשתי הקבוצות מאפיינים דיסוציאטיביים היוו מרכיב מהותי בחוויה של האירוע שאיים על החיים; אולם אלו שחוו את החוויה הפנטסטית, או במונחים שלנו, "ריחפו למציאות פנטסטית", לא פיתחו PTSD, בניגוד לצפי שמי שחוה חוויות דיסוציאטיביות בזמן אירוע ובסמוך לו יפתח PTSD (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). בהתבוננות בהבדלים בין הקבוצות (איור 1) נראה כי המאפיין המרכזי של מי שסובל מ-PTSD הוא החוויה "החיים עוברים לפני העיניים כמו סרט" (כ-70.5%), לעומת מיעוט בקרב מי שחוו NDE (7.5%), כלומר לטענתנו, מי שפיתח PTSD לא הצליח "לרחף" למציאות פנטסטית עקב אימת החרדה והכאב והמודעות למותו הקרב (החיים כסרט), בעוד שמי שחוויית המפגש שלו עם האירוע הטראומטי מתאפיינת במרכיבים פנטזיוניים ומגע מועט עם חרדת המוות, לא פיתח PTSD. על כן אנו מציעים לראות בחוויית השחזור בדמיון הכוונה ל"ריחוף" למרחב הפנטסטי או למרחב ה"כאילו", שבהם ניתן לספר שוב ושוב את הסיפור או להוסיף לו פרטים מקלים, לשם סיום תהליך דיסוציאטיבי שאירע באירוע הטראומטי עצמו, אך הופר בשל המודעות לחידלון. לטענתנו, זהו האפקט ה"מחלים" בשחזור, ולא רק הבניית הסיפור (החשובה כשלעצמה). קיים אפוא פער בין השימוש התדיר בדמיון ככלי טיפולי קליני בשטח לבין ההבנה וההכרה של המכניזם המביא לשינוי והמחקר בתחום.

איור 1: ההבדל בין מי שחוה NDE למי שחוה PTSD במרכיבי הדיסוציאציה הפרי-טראומטית



איור 1 מראה כי בכל מדדי ה-NDE, מי שסובל מ-PTSD כרוני מדווח על חוויות ה-NDE (דיסוציאציה פרי-טראומטית) ברמה גבוהה מזו של מי שחוו NDE בהיחשפם לאיום על חייהם. אולם ההבדל המשמעותי מכולם בעצמתו (ביחס של כמעט 1:10) הוא בחוויית "החיים עוברים לפני העיניים כמו סרט". משלל חוויות ה-NDE זו החוויה שבה קיימת המודעות לסופיות החיים ולצער, לחרטה ולכאב על אבדנם.

מציאות פנטסטית בטיפול בטרומה מפרספקטיבה של זיכרון

מפרספקטיבה של תאוריות זיכרון, נוכל לראות שהשילוב של מרכיבים פנטסטיים בטיפול בנפגעי טראומה מבוסס על המורכבות היסודית של הזיכרון האנושי, המודגשת באופן מיוחד בזיכרון של אירועים טראומטיים. תאוריית הייצוג הכפול (Dual Representation Theory) של ברוין ועמיתים (Brewin et al., 1996) גורסת כי המידע הטרומטי מעובד באחת משתי מערכות זיכרון ויוצר שני סוגים של ייצוגים נפרדים. המערכת הראשונה היא מערכת הזיכרון בעלת הנגישות למידע מילולי (Verbally Accessible Memory) VAM. מערכת זו מעבדת זיכרונות אוטוביוגרפיים של האירוע ומתקשרת לתיאור המילולי המאוחר של הטרומה. מידע שלא זכה לקשב מספק בכדי להישמר ב-VAM מקודד במערכת הזיכרונות הסיטואציוניים – (Situational Accessible Memory) SAM. מערכת זו שומרת מידע חישתי (סנסורי), ובמיוחד חזותי-מרחבי, בצורה של דימויים. כדי להגיע אל זיכרון ה-SAM וכדי להפכו נגיש יש צורך בכלי ששפתו היא שפת ה-SAM. לטענתנו, השימוש בדמיון דרך קלפים טיפוליים (אסוציאטיביים או אידיוסניקרטיים) מנגיש זיכרון זה ומאפשר עבודה עמו ועליו. רק בשלב השני מתבצע התהליך הקוגניטיבי נרטיבי (VAM), שמאפשר ארגון טוב יותר של החוויה ומושפע מתהליכים של אינהיביציה דחפים (תפקידן של האונות הקדמיות).

טולוינג וקרייק (Tulving & Craik, 2000) ציינו כי הפגיעה ביכולת הקשב והריכוז שמתרחשת בטרומה משפיעה על האופן שבו הזיכרון מקודד, דבר היוצר פערים ברצף הזיכרון. כיוון שהזיכרון הסמנטי המדויק הופך מקוטע עקב הטרומה, הזיכרון הרגשי משלים את התמונה. הזיכרון הרגשי כולל דימויים, תחושות ומידע שאינם נגישים לעיבוד סמנטי. כלומר לדעתנו, הזיכרון הטרומטי איננו זיכרון סיפורי, כפי שנרשם על ידי עיתונאי או צלם חדשות, אלא הוא מורכב מתכנים אסוציאטיביים, חזותיים, רגשיים ולא מילוליים. בדומה, ואן דר קולק ופיסלר (Van der Kolk & Fislser, 1995) ציינו כי זיכרונות האירועים הטרומטיים של נבדקים עם PTSD מאופיינים תחילה בשברי דפוסים דיסוציאטיביים של חוויות חזותיות, רגשיות, שמיעתיות, חושיות וקניסטיות. עם הזמן מדווחים נבדקים על הופעת נרטיב אישי, שאותו ניתן להגדיר כ"זיכרון מפורש" (explicated memory). עם זאת, אנו משערים כי בהגדרת הנרטיב האישי כזיכרון שעליו ניתן להצהיר, הכוונה איננה בהכרח לזיכרון הסובייקטיבי השלם או המדויק, מאחר שדימויים ומילים אינם שייכים בהכרח לאותה קטגוריה. על כן ניתן לשער כי שברי זיכרונות מסוימים לא קיבלו עיבוד מלא ולא "תורגמו" למילים. השחזור באמצעות הקלפים הטיפוליים מאפשר עירור חוויה חזותית, רגשית-אסוציאטיבית, ואינו שואף או מתיימר להיות שחזור וירטואלי של האירוע ה"אמיתי". זאת, בניגוד לאמצעים טכנולוגיים חדישים, כגון "המציאות הווירטואלית" (virtual reality), המנסה ליצור מחדש סצנות טראומטיות וירטואליות המלוות בדימויים, קולות וריחות, על מנת לסייע למטופלים המתקשים להיות מעורבים רגשית בניסיונות השחזור (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap, & Alarcon, 1999; Rothbaum et al., 2001; Young, 2007).

SEE FAR CBT

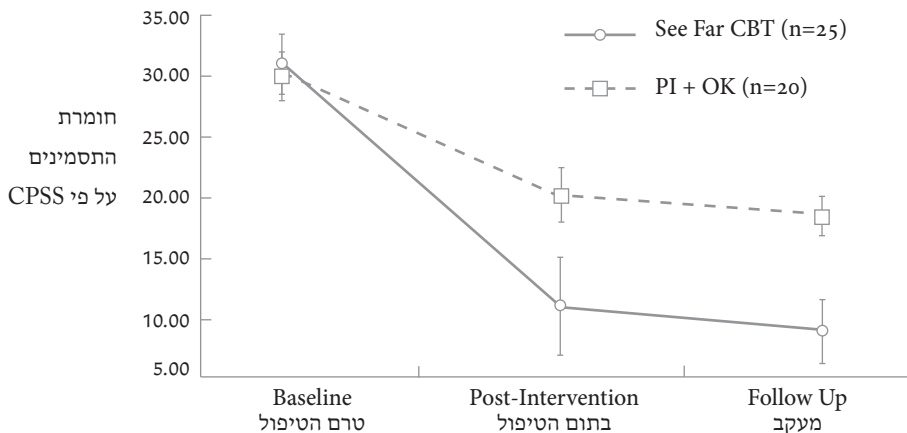
SEE FAR CBT היא שיטה טיפולית אשר מבוצעת על פי פרוטוקול (להד ודורון, 2015; Lahad & Doron, 2007) לטיפול בהפרעות חרדה ו-PTSD. זהו פרוטוקול יצירתי המבוסס על העצמה על ידי שימוש בדמיון ובמרחב המציאות הפנטסטית. המודל מדגיש את התפקיד של מציאות פנטסטית ודמיון ביצירת נרטיב חלופי לאירוע הטראומטי, על ידי שימוש בקלפים טיפוליים שמאפשרים הרחקה והחצנה של הסיפור. כיוון שהמטופל מתבונן בשחזור בקלפים המספרים את סיפור הטראומה, כלומר הוא הופך ל"צופה בדרמה של חייו", הוא יכול "לסלק" תמונות, לשנות את מיקומן, להוסיף תמונות מקלות ועוד, כלומר לערוך מה שבדרך כלל נחוה כסיפור קפוא ו"לשחק" במרכיביו. מודל זה מעוגן בגישותיהם של ויניקוט, ג'נינגס ולנדי ונשען גם על עקרונות ההחצנה מהגישה הנרטיבית (Jennings, 1994; Landy, 1996; White & Epston, 1990; Winnicott, 1971) כמו גם על תאוריות של ה-CBT ועל הפרוטוקולים של הטיפול הייחודיים להן, ובעיקר מרכיבים של חשיפה ממושכת (Ellis & MacLaren, 1998; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009), התנסות במציאות ושחזור בדמיון, ועל זיכרון הגוף (Levine, 1997; Clements, 2003; Van der Kolk et al., 1996).

SEE FAR CBT נמצאה יעילה בהקלה על תסמינים פוסט-טראומטיים באופן משמעותי ומובהק לאורך זמן (Lahad et al., 2016; Lahad, Farchi, Leykin, & Kaplansky, 2010). במחקר נטורליסטי שנערך לאחר מלחמת לבנון השנייה (Lahad et al., 2010), נבחן מדגם של מטופלים שסבלו מ-PTSD וטופלו ב-SEE FAR CBT לעומת כאלו שטופלו ב-EMDR. המחקר נעשה בכוונה לתקף את יעילות שיטת ה-SEE FAR CBT אל מול שיטה שיעילותה מוכרת ומוכחת במספר רב של מחקרים. המטרה הייתה לראות אם השיטה החדשה יעילה באותה מידה בהפחתת תסמינים, ובאיזו תחומים של הטראומה. נתוני המחקר נאספו מהיחידה לטיפול קליני במרכז "משאבים", המטפל בנפגעי פוסט-טראומה. אוכלוסיית המחקר כללה 42 מבוגרים (טווח גילים 20–83, גיל ממוצע – 50.6, סטית תקן – 15.94), אשר נטלו חלק בטיפול לאחר היחשפותם לאירועי מלחמת לבנון השנייה. המטופלים מילאו שאלון דיאגנוסטי של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PDS - Posttraumatic Diagnostic Scale) (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997) לפני הטיפול ולאחריו. במחקר נבדקו ההבדלים בהפחתת תסמיני PTSD באמצעות שיטות הטיפול EMDR ו-SEE FAR CBT תוך חלוקה לשלושת אשכולות התסמינים המוכרים של PTSD: חודרנות, הימנעות ועוררות יתר. לאחר שלא נמצאו קשרים בין מגדר וגיל לעצמת תסמיני ה-PTSD וכן לשיעורי השיפור בתסמינים לאורך הטיפול, נערכה בדיקה על מנת לקבוע אם שתי הגישות הטיפוליות נבדלו אחת מהשנייה ביעילות הפחתת תסמיני ה-PTSD. נמצא כי בתחילת הטיפול ובסיומו הקבוצות לא נבדלו בעצמת המצוקה, אולם שתיהן הפגינו הפחתה משמעותית ומובהקת בעצמת התסמינים בין תחילתו של הטיפול וסיומו. קבוצה מצומצמת יותר של נבדקים, אשר מילאה את שאלון ההערכה כשנה לאחר סיום הטיפול, הראתה כי לא חל שינוי משמעותי לחיוב או לשלילה במהלך השנה שלאחר החלמת חבריה,

אף על פי שהנטייה של מטופלי ה-SEE FAR CBT להחלמה נראית כממשיכה ואף יורדת, ואצל מטופלי ה-EMDR הייתה עלייה קלה ולא משמעותית במצוקה. ממסקנות המחקר עולה כי שתי השיטות יעילות בטיפול ב-PTSD, וכי SEE FAR CBT היא שיטה שיכולתה להקל על מצוקתם הנפשית של הסובלים שווה לזו של גישה טיפולית קיימת מבוססת מחקר (להרחבה, ראו Lahad et al., 2010).

במחקר נוסף שערכנו, על 25 ילדים (72% בנים, גילים 8–13, ממוצע – 10.11, סטיית תקן – 1.02) אשר מתגוררים בשדרות והסיבה, הם השתתפו ב-13 מפגשים טיפוליים, שבמהלכם הועבר פרוטוקול ה-SEE FAR CBT המותאם לילדים. ילדים אלו הושוו לקבוצת ביקורת משדרות, מותאמת בחומרת תסמיני המצוקה הפוסט-טראומטיים, אשר נטלו חלק במחקר קבוצתי שבדק את היעילות של התערבות קבוצתית בית ספרית שהתבססה על CBT. ממצאי המחקר מראים כי בעוד בנקודת הזמן הראשונה שבה נמדדו הילדים לא היה הבדל משמעותי בעצמת תסמיני ה-PTSD (כל הילדים הפגינו רמה קלינית של PTSD), בנקודת הזמן השנייה (לאחר הטיפול או ההתערבות הקבוצתית), ילדים אשר השתתפו בטיפול ה-SEE FAR CBT הציגו רמות נמוכות יותר (40% של PTSD מאשר הילדים שהשתתפו בהתערבויות הקבוצתיות (68%) (ראו איור 2). מעבר לכך, ההבדל המשמעותי ביותר שנמצא בין הקבוצות היה בהפחתת התסמינים מאשכול החודרנות. יחד עם השיפור בתסמיני ה-PTSD, שתי הקבוצות הפגינו גם הפחתה משמעותית בתסמינים הגופניים ודיווחו על פחות כאבי ראש, כאבי בטן, בחילות, בעיות שינה ובעיות בריאות שונות אחרות.

איור 2: הבדלים בתסמיני PTSD בין ילדים שקיבלו טיפול SEE FAR CBT לבין קבוצות השוואה שטופלה ב-PI (CBT), על פי זמני מדידה



הערה: CPSS – Posttraumatic Symptoms Scale Child (סולם למדידת תסמיני PTSD בקרב ילדים); PI + OK = קבוצות השוואה שקיבלו התערבות קבוצתית (Psychological Inoculation and OK Circles), (להרחבה, ראו Lahad et al., 2016).

לטענתנו, אם כן, השיטה המדוברת נותנת מענה ייחודי, בכך שאנו מאפשרים שליטה דרך שימוש בדמיון באמצעות קלפים טיפוליים (השליטה מתבטאת בכך שהמטופל בוחר את הקלפים ואת אופן הצבתם ויש ביכולתו לשנות את מיקומם או אפילו להוציאם). יתר על כן, אם המטופל חווה דיסוציאציה, כיוון שהקלפים מונחים על השולחן גלויים לעיניו ולעיני המטפל, יש למטפל אינדיקציה היכן ברצף הזיכרון הטראומטי היה השיבוש בעיבוד המידע, היכן המטופל "פרח" לדיסוציאציה או למציאות פנטסטית. נתון זה מאפשר למטפל לחזור לסיפור דרך השתלשלות הדברים ולכוון את המטופל לשוב לנקודה החיצונית (הקלף) המייצגת את נקודת ההתנתקות ולהמשיך משם. קונקרטיים זו מאפשרת דיאלוג עם שפה ראשונית (צבע, צורה או מרקם) ועם תמונות, ולכן, מניסיוננו, משיבה את המטופל ל"כאן ועכשיו". השליטה והכוח לשנות מתאפיינים בשיטה זו דרך תוספת דימויים מעצימים וחיוביים, שהמטופל מתבקש להוסיפם – קונקרטיים – לסיפורו ולשלבם ברצף הסיפורי. דימויים אלה מוגדרים כקלפי "הלוואי" או "אילו רק", כלומר אלה ייצוגים של מציאות פנטסטית שלו היו באירוע יכלו לסייע למטופל, ואנו מנחים את המטופל לספר את הסיפור בתוספת קלפי ה"אילו", אך מבלי לשנות את תוצאותיו. הרצף החזותי החדש יוצר גירוי חזותי חיובי או נסבל יותר, המתחרה במונחי ה"מוח הגמיש" (דוידג', 2009) בנתיב הזיכרון המוחי הטראומטי; כלומר לפי חוק המפתח של הפלסטיות של המוח, תאי עצב שיורים יחד מתחברים זה לזה (דוידג', 2009, עמ' 176), ועל כן, לטענתנו, מעבר למתן תחושת השליטה, נתיב ראייתי חליפי מרגיע זה משפיע ישירות על הנתיבים הראייתיים, החושי או החווייתיים של האירוע, פועל ישירות על שינוי תפיסה ברמות על-מילולית ומילולית כאחד והופך להיות זיכרון חלופי לזיכרון הטראומטי, או לפחות לסדר התרחשויות גמיש יותר.

מכאן ש-SEE FAR CBT אינה עוד שיטה קוגניטיבית או שיטת גוף-נפש לטיפול בפסיכו-טראומה, אלא גישה משלבת, המייחדת מקום לדמיון החזותי כמקור להחלמה במצבי "אין מוצא", כפי שהודגם הן במחקרי מוח והן במחקר (המועט יחסית) על דמיון ועל דיסוציאציה שאינה פתולוגית. ראוי להדגיש כי בשונה מהגישה של מציאות וירטואלית (VER), שבה העיקרון המנחה הוא שחזור קרוב למציאות, SEE FAR CBT יוצאת מנקודת הנחה שאין חשיבות לסיפור ה"אמיתי", וכי אין צורך להשקיע מאמץ ביצירת מציאות ממוחשבת בעלויות גדולות. הקלפים המזמינים את מנגנון ההשלכה מספקים למטופל רמז חזותי טעון באסוציאציות וברגשות שהוא מייחס לתמונה הזו, בהיותה מייצגת את אותו חלק בסיפור הטראומה שהוא משליך עליה. מכיוון שמחד גיסא היא אינה מייצגת מציאות, היא מפעילה, לטענתנו, רשת זיכרון (תחושת, ראיית וקוגניטיבי), ומאידך גיסא, בהיות הגירוי "רק קלף", הוא יכול לשנות את משמעותו לחיוב או ניטרליות ובמקרים נדירים לשלילה ולשמור על תחושת החיסיון ו"זה רק משחק", כי הרי זה רק קלף, ולא ה"סיפור האמיתי". לאחרונה, מתוך ההבנה וההכרה בגמישות המוח והאפשרות שלו להשתנות ולהתפתח, המחקר מכוון להתערבות ממוקדת המשלבת דמיון ומאפשרת "חלון של גמישות" לסיפור הבריאות ולפיתוח חוסן (McEwen, 2016).

מסקנות

במאמר זה ניסינו לעמוד על התפקיד המרכזי שיש לדמיון, משחקיות ויצירתיות בפיתוח חוסן, התמודדות וטיפול בטרומה. המחקר בטיפול ממוקד טראומה הזניח את חקר השימוש בדמיון והתייחס אליו כמרכיב שולי, מבלי להתמקד בכוח ההחלמה הטמון בו. כיום, יותר ויותר שיטות יעילות לטיפול בפוסט-טראומה משתמשות בדמיון כמוקד לשינוי הזיכרון הטראומטי וככלי טיפולי מרכזי, אך לרוב באופן בלתי מובחן וללא התייחסות תאורטית. תחילה, הצבענו על רכיבים מוחיים משותפים לדמיון ול-PTSD והצגנו אפשרות שההיפוקמפוס ומערכת ה-DMN משחקים תפקיד חשוב הן ב-PTSD והן בדמיון ויצירתיות. הראינו כיצד פסיכו-טראומה היא הפרעה מורכבת של שיבוש בזיכרון ומאופיינת בהטבעה טראומטית ברמה גופנית, ולא מילולית, עם רכיב משמעותי של דמיון המפעיל את הסובלים מטראומה, כלומר טראומה היא אימה שמעבר למילים. הראינו שהשימוש בדמיון יכול לסייע כמפלט למקום בטוח במהלך האירוע הטראומטי עצמו ואחריו ולאפשר גישה בטוחה יותר לזיכרון הילדות הטראומטי, מה שמאפשר עיבוד, שינוי והבניה מחדש במסגרת טיפולית או מחוץ לה. אחת מצורות הביטוי הבולטות של הדמיון היא יצירתיות, אשר נמצאה גורם מגן בפני קשיים פסיכולוגיים כלליים ומנבא משמעותי לחוסן בפני טראומה. בהמשך הראינו כיצד משחק מעודד יצירתיות, בעזרת השימוש בדמיון, ונחשב ככלי טיפולי יעיל בקרב ילדים, משפחות, מבוגרים וזקנים, ובפרט אצל אלו אשר עברו חוויה טראומטית. החוסן בפני אירוע טראומטי והתמודדות עמו מתקיימים גם בזכות משחקיות ומשחק, אשר מאפשרים, בעזרת הדמיון, השגחה של המציאות המאיימת והפיכה של הזיכרון הנוקשה והשברירי לנרטיב קוהרנטי וגמיש ומסייעים למטופלים להיות אקטיביים ומעורבים, לחוש רגשות חיוביים, לזכור רגשות שליליים ולרכוש שליטה ומוטיבציה פנימית. כל אלו מתאפשרים בחדר הטיפול באמצעות מרחב המציאות הפנטסטית – מציאות זו היא הקשר בין היכולת האין-סופית של הדמיון היצירתי לברוא תמונת עולם, רצויה או נדרשת, לבין הפעילות לפתרון בעיות במציאות במרחב המשותף של הטיפול. אנשים שסובלים מ-PTSD יכולים להשתמש במרחב הזה בכדי להתמודד עם הזיכרון הטראומטי החודרני, לשלוט בו, לגרותו, לשנותו, לעכבו ואף לדכאו. לבסוף, הצבענו על הפער בין השימוש התדיר בדמיון ככלי טיפולי קליני בשטח לבין ההבנה וההכרה של המכניזם המביא לשינוי בתחום. תיאורנו שיטות שונות אשר משתמשות בדמיון באופן לא מובחן, בחשיפה ממושכת בדמיון בזמן השחזור, בשימוש בדמיון להורדת רמת החרדה וביצירת הקהיה ושינוי של הזיכרון הסיפורי. אנחנו משערים כי בהבניית הנרטיב האישי, הזיכרון המוצהר איננו בהכרח הזיכרון הסובייקטיבי השלם או המדויק, מאחר שדימויים ומילים אינם שייכים בהכרח לאותה קטגוריה. על כן ניתן לשער כי שברי זיכרונות מסוימים לא קיבלו עיבוד מלא ולא "תורגמו" למילים. השחזור באמצעות הדמיון ויצוגים סמליים מאפשר שחזור חוויה חזותית, רגשית ואסוציאטיבית, ואינו שואף או מתיימר להיות שחזור מדויק

של האירוע ה"אמתי". לטענתנו, ההתייחסות התאורטית החסרה בתחום היא סביב כוחו המחלים של הדמיון, בהקנותו למודעות שלנו יכולת "לרחף" למרחב הפנטסטי, תוך שימוש בדמיון ובמשאלת לב לשם הקהיה של הזיכרון הטראומטי והתסמינים הנלווים אליו וסיום התהליך שלא הושלם באירוע הטראומטי עצמו. השליטה והכוח לשנות מתקיימים דרך תוספת דימויים מעצימים וחיוביים, שאותם המטופל מתבקש להוסיף – קונקרטי – לסיפורו ולשלב ברצף הסיפורי שלו. דרך השחזור בדמיון, הרצף החדש מאפשר שינוי תפיסתי ברמה על-מילולית ומילולית גם יחד, וכך הוא הופך להיות זיכרון חליפי ומתחרה לזיכרון הטראומטי, או לפחות גמיש ונגיש יותר. לטעמנו ועל פי החוק הראשון של הפלסטיות של המוח, בהינתן שתאי עצב שזורים יחד מתחברים זה לזה (דוידג', 2009), נוצר נתיב מתחרה ראייתי חליפי מרגיע, וזהו לטענתנו מה שמקדם בשיטה המוצגת SEE FAR CBT את האפקט ה"מחלים" בשחזור. שיטת ה-SEE FAR CBT הוצגה כגישה המשלבת גוף וקוגניציה ומייחדת מקום לדמיון ולמשחקיות כמקור להחלמה.

מקורות

- ברגר, ר' (2007). **מקום בטוח – פרוטוקול להפעלת התכנית**. קריית שמונה: משאבים.
- ברגר, ר' (2008). **מקום בטוח: טבע, משחק ויצירה כעזרים לביסוס הגן כמרחב המפתח חוסן** [גרסה אלקטרונית]. נדלה ב-25 יולי, 2017 מאתר פסיכולוגיה עברית. <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1760>
- דוידג', נ' (2009). **המוח הגמיש**. ירושלים: כתר.
- הרמן, ג' ד' (1992). **טראומה והחלמה**. תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, ד' ר' (1995). **משחק ומציאות**. תל אביב: עם עובד.
- להד, מ' (2006). **מציאות פנטסטית הדרכה יצירתית בתרפיה**. קריית טבעון: הוצאת נורד.
- להד, מ' ודורון, מ' (2012). **SEE FAR CBT מעבר לטיפול קוגניטיבי התנהגותי** (מהדורה שנייה). קריית שמונה: משאבים.
- להד, מ' ודורון, מ' (2015). **SEE FAR CBT מעבר לטיפול קוגניטיבי התנהגותי** (מהדורה שלישית). קריית שמונה: משאבים.
- להד, מ' דורון, מ', איילון, ע', קפלנסקי, נ' ולייקין, ד' (2009). דמיון כמרפא לטראומה נפשית: מודל SEE FAR CBT כניסיון למצוא הסבר חליפי לאפקטיביות של טיפול בפוסט-טראומה באמצעות קלפים טיפוליים במציאות הפנטסטית. **פסיכואקטואליה**, 5, 12–20.
- סבן, ש' (1990). **לחיות מחדש**. תל אביב: משרד הביטחון.
- רנן, י' (2014). **הדמיון והמוח**. תל אביב: עולם חדש.
- שורצמן, א' (2007). **רופא לבן אלים שחורים**. תל אביב: אריה ניר.
- Abraham, A., & Bubic, A. (2015). Semantic memory as the root of imagination. *Frontiers in Psychology*, 6, 325.
- Acheson, D. T., Gresack, J. E., & Risbrough, V. B. (2012). Hippocampal dysfunction effects on context memory: Possible etiology for posttraumatic stress disorder. *Neuropharmacology*, 62(2), 674–685.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.

- Ayalon, O. (2004). Children's responses to terrorist attacks. In D. Knafo, (Ed.), *Living with terror, working with trauma* (pp.171–200), Lanham, MD: Jason Aronson.
- Baas, M., De Dreu, C. K., & Nijstad, B. A. (2008). A meta-analysis of 25 years of mood-creativity research: Hedonic tone, activation, or regulatory focus? *Psychological Bulletin*, 134(6), 779.
- Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., Teesson, M., Mills, K. L., Cotton, B. D., & Carroll, K. M. (2014). *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE): Patient workbook*. Oxford: Oxford University Press.
- Beaty, R. E., Benedek, M., Wilkins, R. W., Jauk, E., Fink, A., Silvia, P. J., et al. (2014). Creativity and the default network: A functional connectivity analysis of the creative brain at rest. *Neuropsychologia*, 64, 92–98.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535.
- Bremner, J. D. (2007). Functional neuroimaging in post-traumatic stress disorder. *Expert Reviews of Neurotherapeutics*, 7, 393–405.
- Brewin, C. R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203–227.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140(1), 69.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670.
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., et al. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 569–576.
- Bundy, A. C. (1997). Play and playfulness: What to look for. In L. D. Parham & L. S. Fazio (Eds.), *Play in occupational therapy for children* (pp. 52–66). St. Louis, MO: Mosby.
- Choi, D. C., Rothbaum, B. O., Gerardi, M., & Ressler, K. J. (2009). Pharmacological enhancement of behavioral therapy: Focus on posttraumatic stress disorder. In M. B. Stein & T. Steckler (Ed.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (pp. 279–299). Berlin and Heidelberg: Springer.
- Christova, P., James, L. M., Engdahl, B. E., Lewis, S. M., & Georgopoulos, A. P. (2015). Diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) based on correlations of prewhitened fMRI data: Outcomes and areas involved. *Experimental Brain Research*, 233(9), 2695–2705.
- Clark, C. D. (2015). Play interventions and therapy. In E. J. James, G. E. Scott, S. H. Thomas, & K. David (Eds.), *The handbook of the study of play* (pp.393–406). Lanham, MD: Rowman & littlefield.
- Clements, P. T. (2003). The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(9), 56–56.
- Cohen, E., Chazan, S. E., Lerner, M., & Maimon, E. (2010). Posttraumatic play in young children exposed to terrorism: An empirical study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 1–23.

- Cohen, E., Pat-Horenczyk, R., & Haar-Shamir, D. (2014). Making room for play: An innovative intervention for toddlers and families under rocket fire. *Clinical Social Work Journal*, 42(4), 336–345.
- Cooper, N. A., & Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20(3), 381–391.
- Cramond, B., Matthews-Morgan, J., Bandalos, D., & Zuo, L. (2005). A report on the 40-year follow-up of the Torrance Tests of Creative Thinking: Alive and well in the new millennium. *Gifted Child Quarterly*, 49(4), 283–291.
- Crane, C., Heron, J., Gunnell, D., Lewis, G., Evans, J., & Williams, J. M. G. (2014). Childhood traumatic events and adolescent overgeneral autobiographical memory: Findings in a UK cohort. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 330–338.
- Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111–124.
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 68, 517–544.
- Daniel, J. A. D. A. T., Kennedy, F. C. A. R. A., Klumpp, H., Phan, S. A. R. K. L., Rabinak, C. A., Kennedy, A., et al. (2016). Reduced default mode network connectivity following combat trauma. *Neuroscience Letters*, 615, 37–43.
- Desivilya, H. S., Gal, R., & Ayalon, O. (1996a). Extent of victimization, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: A long-term follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 881–889.
- Desivilya, H. S., Gal, R., & Ayalon, O. (1996b). Long-term effects of trauma in adolescence: Comparison between survivors of a terrorist attack and control counterparts. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9(2), 135–150.
- Duff, M. C., Kurczek, J., Rubin, R., Cohen, N. J., & Tranel, D. (2013). Hippocampal amnesia disrupts creative thinking. *Hippocampus*, 23(12), 1143–1149.
- Duffy, B. (1998). *Supporting creativity and imagination in the early years*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Finnbogadóttir, H., & Berntsen, D. (2014). Looking at life from different angles: Observer perspective during remembering and imagining distinct emotional events. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(4), 387.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20.

- Fox, K. C., Spreng, R. N., Ellamil, M., Andrews-Hanna, J. R., & Christoff, K. (2015). The wandering brain: Meta-analysis of functional neuroimaging studies of mind-wandering and related spontaneous thought processes. *NeuroImage*, *111*, 611–621.
- Gaither, S. E., Remedios, J. D., Sanchez, D. T., & Sommers, S. R. (2015). Thinking outside the box multiple identity mind-sets affect creative problem solving. *Social Psychological and Personality Science*, *6*(5), 596–603.
- Gal, R., & Lazarus, R. S. (1975). The role of activity in anticipating and confronting stressful situations. *Journal of Human Stress*, *1*(4), 4–20.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, *5*, 1242–1247.
- Gilboa, A., Shalev, A. Y., Laor, L., Lester, H., Louzoun, Y., Chisin, R., & Bonne, O. (2004). Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, *55*(3), 263–272.
- Gleason, T., Jarudi, R., & Cheek, J. (2003). Imagination personality and imaginary companions. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, *31*(7), 721–737.
- Gregerson, M. B. J. (2007). Creativity enhances practitioners' resiliency and effectiveness after a hometown disaster. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(6), 596.
- Grilli, M. D., & McFarland, C. P. (2011). Imagine that: Self-imagination improves prospective memory in memory-impaired individuals with neurological damage. *Neuropsychological Rehabilitation*, *21*(6), 847–859.
- Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., & Pitman, R. K. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *40*, 1091–1099.
- Hackmann, A. (1998). Working with images in clinical psychology. *Comprehensive Clinical Psychology*, *6*, 301–318.
- Hendler, T., Rotshtein, P., Yeshurun, Y., Weizmann, T., Kahn, I., Ben-Bashat, D., et al. (2003). Sensing the invisible: Differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. *NeuroImage*, *19*(3), 587–600.
- Holmes, J. (2014). *The therapeutic imagination: Using literature to deepen psychodynamic understanding and enhance empathy*. London: Routledge.
- Jeffries, F. W., & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(3), 290–300.
- Jennings, S. (1994). *The handbook of dramatherapy*. London & New York: Routledge.
- Johnson, M. (2013). *The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jung, R. E., Mead, B. S., Carrasco, J., & Flores, R. A. (2013). The structure of creative cognition in the human brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*, 330.
- Kaplansky, N. (2009). *Dissociating from death: An investigation into the resilience potential of transcendence into fantastic reality during near-death experiences*. Unpublished dissertation. Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK.

- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dorfel, D., Rohleder, N., & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 1004–1031.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20(2), 245–260.
- Lahad, M. (2000). *Creative supervision*. London: Jessica Kingsley Publication.
- Lahad, M. (2005). Transcending into fantastic reality: Story making with adolescents in crisis. In C. Schaefer, J. McCormick, & A. Ohnogi (Eds.), *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research and practice* (p. 133). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Lahad, M., & Doron, M. (2007). *Beyond CBT, SEE FAR CBT Post-Traumatic Stress Disorder treatment protocol*. Kiryat Shmona: CSPC.
- Lahad, M. & Doron, M. (2010). *Protocol for treatment of Post Traumatic Stress Disorder: See Far CBT Model: Beyond Cognitive Behavior Therapy*. Amsterdam: IOS Press.
- Lahad, M., Farchi, M., Leykin, D., & Kaplansky, N. (2010). Preliminary study of a new integrative approach in treating posttraumatic stress disorder: SEE FAR CBT. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 391–399. DOI: 10.1016/j.aip.2010.07.003
- Lahad, M., Leykin, D. (2012) The Healing Potential of Imagination in the Treatment of Psychotrauma: An alternative explanation for the effectiveness of the treatment of PTSD using Fantastic Reality. In: S.A. Lee & D.M. Edget (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapy, application methods and outcomes*, NY: Nova.
- Lahad, M., Leykin, D., Farchi, M., Doron, M., Gidron, Y., Rozenblat, O., & Fajerman, Z. (2016). SEE FAR CBT therapy for children with Post-Traumatic Stress Disorder under prolonged political conflict. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 3, 1–12.
- Landy, R. (1993). *Persona and performance*. London: Jessica Kingsly.
- Landy, R. J. (1996). Drama therapy and distancing: Reflections on theory and clinical application. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), 367–373.
- LeDoux, J. (1996). Emotional networks and motor control: A fearful view. *Progress in Brain Research*, 107, 437–446.
- LeDoux, J. (2003). The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23(4–5), 727–738.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley, CA: North Atlantic.
- Levy-Gigi, E., Szabó, C., Kelemen, O., & Kéri, S. (2013). Association among clinical response, hippocampal volume, and FKBP5 gene expression in individuals with posttraumatic stress disorder receiving cognitive behavioral therapy. *Biological Psychiatry*, 74, 793–800.
- Lieberman, J. N. (1977). *Playfulness: Its relationship to imagination and creativity*. New York: Academic Press.
- Lindauer, R. J., Vlioger, E. J., Jalink, M., Olff, M., Carlier, I. V., Majoie, C. B., & Gersons, B. P. (2004). Smaller hippocampal volume in Dutch police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 356–363.

- McEwen, B. S. (2016). In pursuit of resilience: Stress, epigenetics, and brain plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 56–64.
- McNally, R. J. (1997). Implicit and explicit memory for trauma-related information in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 219–224.
- Metzl, E. S. (2009). The role of creative thinking in resilience after hurricane Katrina. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3(2), 112.
- Metzl, E. S., & Morrell, M. A. (2008). The role of creativity in models of resilience: Theoretical exploration and practical applications. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(3), 303–318.
- Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and Anxiety*, 27(10), 933–944.
- Monahan, K. (2015). The use of humor, jesting, and playfulness with traumatized elderly. *Social Work in Mental Health*, 13(1), 17–29.
- Mottweiler, C. M., & Taylor, M. (2014). Elaborated role play and creativity in preschool age children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 8(3), 277.
- Or, M. B., & Megides, O. (2016). Found object/readymade art in the treatment of trauma and loss. *Journal of Clinical Art Therapy*, 3(1), 1–30.
- 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.
- Pat-Horenczyk, R., Brom, D., & Vogel, J. M. (Eds.) (2014). *Helping children cope with trauma: Individual, family and community perspectives*. London: Routledge.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 769–787.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25(3), 256–267.
- Raichle, M. E., & Snyder, A. Z. (2007). A default mode of brain function: a brief history of an evolving idea. *Neuroimage*, 37(4), 1083–1090.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Reuveni, I., Bonne, O., Giesser, R., Shragai, T., Lazarovits, G., Isserles, M., et al. (2015). Anatomical and functional connectivity in the default mode network of post-traumatic stress disorder patients after civilian and military-related trauma. *Human Brain Mapping*, 37(2), 589–599.
- Rizzo, A., Difede, J. A., Rothbaum, B. O., Reger, G., Spitalnick, J., Cukor, J., & Mclay, R. (2010). Development and early evaluation of the virtual Iraq/Afghanistan exposure therapy system for combat-related PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 114–125.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., et al. (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress, 12*(2), 263–271.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D., Graap, K., & Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62*(8), 617–622.
- Rubin, R. D., Watson, P. D., Duff, M. C., & Cohen, N. J. (2014). The role of the hippocampus in flexible cognition and social behavior. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*, 742.
- Russ, S. W., & Wallace, C. E. (2013). Pretend play and creative processes. *American Journal of Play, 6*(1), 136.
- Ryan, K., Lane, S. J., & Powers, D. (2017). A multidisciplinary model for treating complex trauma in early childhood. *International Journal of Play Therapy, 26*(2), 111.
- Samuelson, K. W. (2011). Post-traumatic stress disorder and declarative memory functioning: A review. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*, 346–351.
- Sanjuan, P. M., Thoma, R., Claus, E. D., Mays, N., & Caprihan, A. (2013). Reduced white matter integrity in the cingulum and anterior corona radiata in posttraumatic stress disorder in male combat veterans: A diffusion tensor imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 214*(3), 260–268.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A metanalytic study. *Psychological Medicine, 36*(11), 1515–1522.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York: Basic Books.
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology, 35*, 169–191.
- Singer, D. G., & Singer, J. L. (1990). *The house of make-believe: Children's play and the developing imagination*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus, 15*, 798–807.
- Speckens, A. E. M., Ehlers, A., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2006). Changes in intrusive memories associated with imaginal reliving in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(3), 328–341.
- Sripada, R. K., King, A. P., Welsh, R. C., Garfinkel, S. N., Wang, X., Sripada, C. S., & Liberzon, I. (2012). Neural dysregulation in posttraumatic stress disorder: Evidence for disrupted equilibrium between salience and default mode brain networks. *Psychosomatic Medicine, 74*(9), 904.
- Staempfli, M. B. (2007). Adolescent playfulness, stress perception, coping and well being. *Journal of Leisure Research, 39*(3), 393.
- Tateo, L. (2015). Giambattista Vico and the psychological imagination. *Culture & Psychology, 21*(2), 145–161.

- Taylor, M. (1999). *Imaginary companions and the children who create them*. New York: Oxford University Press.
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322–334.
- Thomson, P., & Jaque, S. V. (2016). Visiting the Muses: Creativity, coping, and PTSD in talented dancers and athletes. *American Journal of Play*, 8(3), 363.
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. (2013). Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict: A systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 445–460.
- Torrance, E. P. (1974). *Norms-technical manual: Torrance Tests of Creative Thinking*. Lexington, MA: Ginn & Co.
- Tower, R. B., & Singer, J. L. (1980). Imagination, interest and joy in early childhood: Some theoretical considerations and empirical findings. In A. J. Chapman & P. McGhee (Eds.), *Children's humor* (pp. 27–57). London: Wiley.
- Tucker, C., & Smith-Adcock, S. (2017). Theraplay: The Evidence for trauma-focused treatment for children and families. In R. L. Steen (Ed.), *Emerging research in play therapy, child counseling, and consultation* (pp. 42–59). [n.p.] IGI Global.
- Tulving, E., & Craik, F. I. (Eds.) (2000). *The Oxford handbook of memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Van der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 277–293.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505–525.
- Van der Kolk, B., Van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). *Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder*. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 303–327). New York: Guilford Press.
- Vrijzen, J. N., Amen, C. T., Koekkoek, B., Oostrom, I., Schene, A. H., & Tendolkar, I. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behavior*, 7(6), 1–8.
- Waits, W., Marumoto, M., & Weaver, J. (2017). Accelerated Resolution Therapy (ART): A review and research to date. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 18.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wignall, E. L., Dickson, J. M., Vaughan, P., Farrow, T. F., Wilkinson, I. D., Hunter, M. D., & Woodruff, P. W. (2004). Smaller hippocampal volume in patients with recent-onset post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 832–836.
- Williams, M. B., & Poijula, S. (2016). *The PTSD workbook: Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress symptoms*. [n.p.] New Harbinger.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.

- Woon, F. L., & Hedges, D. W. (2008). Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Hippocampus*, *18*(8), 729–736.
- Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and post-traumatic stress disorder in adults: A meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, *34*, 1181–1188.
- Young, R. (2007). Combating PTSD through virtual reality. *Soldiers*, *62*(10), 20–21.
- Zeidman, P., & Maguire, E. A. (2016). Anterior hippocampus: The anatomy of perception, imagination and episodic memory. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*(3), 173–182.
- Zheng, H., Luo, J., & Yu, R. (2014). From memory to prospection: What are the overlapping and the distinct components between remembering and imagining? *Frontiers in Psychology*, *5*, 856.