



# EMDR

## תיאוריה, דוגמאות קליניות, מחקר והנחיות קליניות

### ד"ר ציפי שני וד"ר אודי אורן

### ד"ר אודי אורן

פסיכולוג קליני ורפואי (מדריך),

יו"ר עמותת EMDR ישראל ונשיא ארגון EMDR-Europe.

### ד"ר ציפי שני

פסיכולוגית חינוכית ורפואית מומחית-מדריכה בשני התחומים ומטפלת משפחתית. מורשת לעיסוק ולהוראה מדעית בהיפנוזה, מנהלת שפ"ח בני ברק.

EMDR היא גישה פסיכותרפויטית שפותחה על ידי שפירו (2005) במטרה להתמודד עם סימפטומים הנובעים מחוויות חיים שליליות ולא מעובדות. השיטה מבוססת על מודל של מערכת עיבוד מידע (Adaptive Information Processing System), הקיימת בכל אחד מאיתנו, ומכוונת לעבד מידע כך שיביא לתפקוד אדפטיבי מיטבי של האדם. המודל טוען כי סימפטומים נוצרים כאשר אירועים אינם מעובדים באופן מלא, וכי עיבוד ואינטגרציה של אותם זיכרונות יביאו להיעלמות או להפחתה ניכרת של אותם סימפטומים. שפירו טוענת כי תפיסה עצמית שלילית, תגובתיות רגשית לא מותאמת, והתנהגויות לא אדפטיביות הן תוצר של זיכרונות לא מעובדים, וכי עיבוד שלהם יאפשר לתפיסות עצמיות, רגשות והתנהגויות חדשות להתפתח.

EMDR היא גישה פסיכותרפויטית אינטגרטיבית המשלבת אלמנטים מגישות שונות כמו הגישה הדינמית, הקוגניטיבית-התנהגותית, וגוף-נפש. EMDR משתמשת בפרוטוקול בן שמונה שלבים, המתייחס להשלכות של זיכרונות לא מעובדים על העבר, ההווה והעתיד של המטופל. בשלבים שבהם מעובד זיכרון מסוים מתמקד המטופל ברשת האסוציאציות הקשורות לאותו זיכרון. המטופל מתבקש להתייחס לזיכרון המטריד תוך כדי התמקדות בגירוי בי-לטרלי של תנועות עיניים, מגע או צליל. בתום כל סט של גירויים כאלו מתבקש המטופל לדווח על תגובותיו הפנימיות (תמונה, מחשבה, הרגשה, תחושה). לאחר מכן מתבקש המטופל להתמקד (ברוב המקרים) בתגובתו האחרונה ובעוד סט של גירוי בי-לטרלי. כרגיל, האסוציאציות הולכות ומשתפרות במהלך הטיפול, והמטופל חווה שינויים חיוביים בתפיסת האירוע ובהבנתו, בתפיסתו העצמית, ברגשותיו ותחושותיו הגופניות. המודל מסביר את השינוי בכך שהמטופל מתחבר למשאביו וכי הזיכרון המטריד משתלב בתמונה הכללית של חיי המטופל וכך מאבד מעוצמתו.

### דוגמאות קליניות

שתי דוגמאות קליניות קצרות באות להדגים את עבודת ה-EMDR ותוצאותיה:

#### טיפול באבל לא מעובד

אישה בשנות ה-30 לחייה, נשואה ואם למספר ילדים כולל ילד בן 3 בעל צרכים מיוחדים, פנתה לטיפול עקב תחושת חולשה כללית, מוטיבציה נמוכה, נטייה לבכי, וחוסר מעורבות הולך ומחמיר בטיפול בילדיה. היא שקלה את האפשרות להפסיק את עבודתה בתחום החינוך כדי להפנות תשומת לב לטיפול בילדיה, אך הבינה שפעולה זו "לא תפתור את הבעיה" ולכן פנתה לטיפול. היא ביקשה לחזק את כוחותיה, בעוד בעלה שליוה אותה לפגישה הראשונה – ביקש שתשפר את יכולת ההתמודדות שלה ותהיה יותר פתוחה.

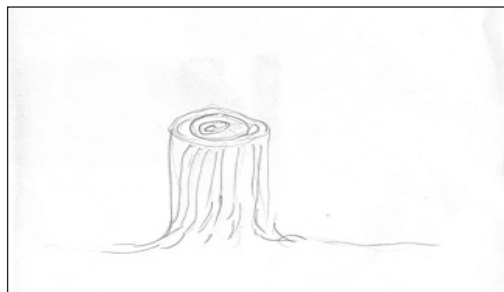
במסגרת שיחות ההיכרות, כאשר התבקשה להעלות 10 זיכרונות ראשונים היא סיפרה כי אביה נפטר כשהייתה בת 10. המטופלת דיברה על עובדה זו ללא הדגשה מיוחדת וללא כל תגובתיות רגשית או אחרת.

המטפלת החליטה להתמקד בזיכרון זה ולהשתמש בשיטת "חיבוק הפרפר" של EMDR בו מציירת המטופלת ציורים כתגובה לגירוי הבי-לטרלי. התמונה אותה ראתה המטופלת, כאשר התבקשה להתמקד בזיכרון, היא של אביה מורד באלונקה אל האמבולנס, צבע פניו כחלחל

על בסיס הרצאה ביום עיון של הפ"י על טיפולים ממוקדים ומאמרים ב- Journal of EMDR Practice and Research

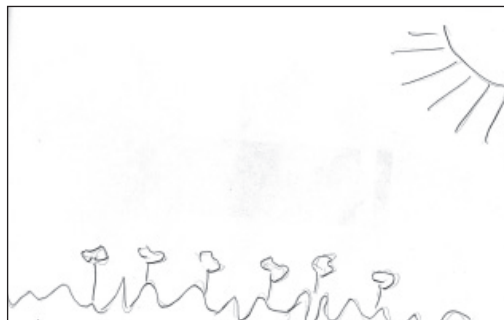


וידו נשמטת מהאלונקה. היא זכרה שבדיוק התכוננה ללכת לבית הספר ושניגשה לאמה ושאלה אותה איזה חולצה ללבוש. כאשר היא נשאלה איזה מחשבות שליליות עולות בה ביחס לעצמה כאשר היא מעלה את האירוע, היא ציירה עץ גדום (ראה ציור מס' 1) ואמרה: אני טיפשה. כאשר היא נשאלה לגבי מה שהיית רוצה להאמין ביחס לעצמה כאשר היא מעלה את האירוע, היא ציירה עץ פורח (ראה ציור מס' 2) ואמרה: אני יכולה לסלוח לעצמי, אני בסדר.



\* ציור מס' 1

\* היא התבקשה להתמקד באירוע הטראומטי והמטפלת עשתה סט של גירוי בי-לטרלי. לאחריו ציירה המטופלת ציור פסטורלי ואמרה: ילדה מסתכלת על הבית, פריחה (ראו ציור מס' 3).



\* ציור מס' 2

\* לאחר הסט הבא השאירה את הדף ריק, אמרה כי לא בא לה לצייר כלום, והוסיפה כי ראתה בראשה את האמבולנס.

\* לאחר הסט הבא ציירה בית ואבנים סביבו, אמרה: בית מפורק, אובדן, רעידת אדמה, ודיווחה על תחושת רעד (ראו ציור מס' 4).

\* לאחר הסט הבא ציירה מטוס בשמיים, אמרה: מטוס, רצון לברוח, להתעלם, ללכת, ודיווחה על תחושת ריחוף (ראו ציור מס' 5).

\* לאחר הסט הבא ציירה פרחים ושמש, אמרה: מתחילה פריחה, ודיווחה על תחושת התרגשות ותקווה.

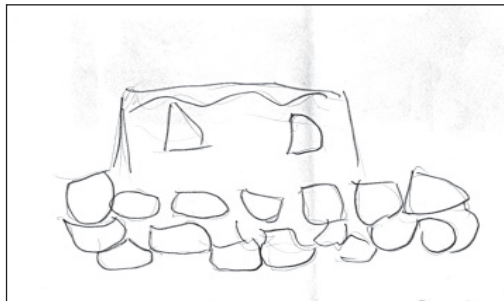


\* ציור מס' 3

\* לאחר הסט הבא ציירה סירת מפרש שטה, אמרה: ים שקט, רגוע, ודיווחה על תחושה של שלוה. (ראו ציור מס' 6)

\* לאחר הסט הבא ציירה/כתבה את המילה "אהבה" (ראו ציור מס' 7), ואמרה: כואב לי על ההחמצה לגבי אבא, אני מרגישה טוב, אני יכולה לתת, אני יכולה להתמודד עם הילד בעל הצרכים המיוחדים, ודיווחה על תחושה נעימה.

במפגש הבא דיווחה המטופלת כי החליטה להיות יותר פעילה, וכי היא חשה רצון להיות יותר מעורבת בטיפול בילדיה. המטפלת ביקשה ממנה לחזור בדמיונה לאירוע שעליו עבדה במפגש הקודם. הפעם ראתה המטופלת את עצמה עומדת על מרפסת הבית וצופה בגופת אביה על האלונקה, המונחת ליד האמבולנס החונה ליד הבית. היא זוכרת פרטים מזעזעים וצעקות של שכנים. ההיגד השלילי שמתחבר לתמונה היה: אני בסכנה, וההיגד החיובי: אני יכולה להתמודד. היא הרגישה רחמים על הילדה, מידת המצוקה שחשה הייתה ברמה של 8 (מתוך 10), והיא חשה מחנק וכאב באזור הלב. הפעם החליטה המטפלת להשתמש בפרוטוקול ה-EMDR הרגיל.



\* ציור מס' 4

\* היא התבקשה להתמקד באירוע הטראומטי והמטפלת עשתה סט של גירוי בי-לטרלי. לאחריו דיווחה המטופלת על תחושת מחנק, פחד וחוסר אונים. (כל כוכבית מסמלת סט של גירוי בי-לטרלי נוסף).

\* דיווחה כי אין משהו מיוחד

\* דיווחה על תחושות שונות תוך כדי בכי.

\* דיווחה תחושת בושה.

\* דיווחה כי מזכרה שהלכה לבית ספר ולא רצתה לחזור הביתה.

\* דיווחה כי חוותה את "זה לא יכול להיות".

\* דיווחה כי מזכרה שלא רצתה להשתתף בהלוויה.

\* דיווחה כי רצתה לחזור לשגרה.

\* דיווחה על כעס על אבא, "למה הוא הלך?".

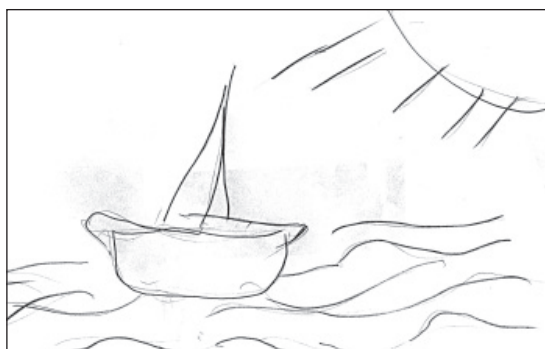
\* דיווחה כי לא הלכה להלוויה.

\* דיווחה כי לא אהבה פוקוס של רחמים שהופנה כלפיה.

\* דיווחה כי תמיד הלכה לכיוון של תפקוד.



\* ציור מס' 5



\* ציור מס' 6



\* ציור מס' 7

\* דיווחה כי הוריה היו שונים בגיל וברקע שלהם מהסביבה.  
 \* דיווחה כי תמיד רצתה להיות כמו כולם, שווה לכולם, לא בולטת.  
 \* דיווחה כי ראתה את ההלוויה מהמרפסת.

המטפלת ממליצה למטופלת לקחת את הילדה הקטנה יד ביד ולבדוק איך אפשר לעזור לה.

\* דיווחה כי "הבושה זזה הצידה" ותוך כדי בכי אמרה כי היא יכולה להיפרד, כי היא מרגישה שחרור בראש והרגשה כללית טובה יותר.  
 \* דיווחה כי אין לחץ בחזה והיא יכולה לנשום בקלות, וכי אחרי מות אבא היא מרגישה צורך חזק לדאוג לאמא.  
 \* דיווחה כי היא חייבת לשמור על אמא שלה שנשארה לבד.  
 \* דיווחה על "כלום".  
 המטפלת ביקשה ממנה לחזור לזיכרון האירוע והמטופלת דיווחה על תחושה של כוח, רגיעה, והרגשה טובה. דרגת המצוקה שלה ירדה לרמה 0 (מרמה 8 לפני תחילת העיבוד).

בפגישה הבאה דיווחה המטופלת כי צמצמה את היקף משרתה והחלה לטפל בילדיה ובילד הקטן שנזקק לתשומת לב מיוחדת. בשלושת המפגשים הבאים דיווחה על תהליך מהיר של מעבר ממיקוד אין סופי בעצמה, בהצלחתה ובקבלת אישור מאחרים, להתעסקות בילדיה וברצון שהם יצליחו. בתום שלושת המפגשים הללו הסתיים הטיפול.

אנו רואים כאן דוגמה להשפעתו הרחבה והמתמשכת של אירוע טראומטי שלא עבר תהליך עיבוד על 25 שנים בחייה של המטופלת. מצד שני זוהי דוגמה יפה להשפעה הדרמטית שיכול עיבוד של אירוע אחד להביא לחייה של מטופלת.

### טיפול בילד "ביישן"

ילד בן 11 הגיע לטיפול עקב חוסר תפקוד בבית הספר (למרות אינטליגנציה גבוהה), הסתגרות חברתית ואי השתתפות בפעילות תנועת הנוער אליה הולכים כל בני כיתתו. הוא מדווח על חשש כי בני כיתתו יביישו אותו. בשיחה הוא מתאר את חבריו לכיתה מבקשים ממנו להצטרף לפעילויות, ואת סרבנותו המתמדת להיעתר לבקשתם.

המטפלת מבקשת ממנו לספר לה ממתני חש בושה וקושי עם חברים. הילד מתאר את העובדה שביום הראשון של כיתה א' לא הופיע שמו ברשימת התלמידים. הוא פנה למורה שהפנתה אותו למזכירות, ולאחר זמן קצר העניין סודר. המטפלת מבקשת ממנו למצוא היגד שלילי המתקשר לזיכרון האירוע והוא אומר: אני לא שווה, בעוד ההיגד החיובי הינו: אני בסדר. הוא מרגיש אכזבה, רמת המצוקה שלו היא 8 (מתוך 10) והוא חש מתח בבטן.

\* הוא התבקש להתמקד באירוע בכיתה א' והמטפלת עשתה סט של גירוי בי-לטרלי. לאחריו דיווח המטופל כי ראה עצמו חושב שהוא אינו שווה לרמת הכיתה והרגיש אכזבה.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי "הכול יצא", וכי למחרת כבר היה שייך לאמצע הכיתה, כמו כולם.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי הכול בסדר, וכי הוא רואה עצמו משחק כדורסל וכדורגל.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי השנה הוא משתלב וכי הכל בסדר.  
 כשהמטפלת ביקשה ממנו לחזור לזיכרון מכיתה א' אמר כי הוא אינו ברמה של הכיתה וכי רמת המצוקה הייתה 7.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי הוא משתלב עם כולם במשחק.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי הוא ממשיך לשחק עם הילדים.  
 \* לאחר הסט הבא דיווח כי הכל בסדר.

הזיכרון מכיתה א' לחלוטין לא הפריע ורמת המצוקה הייתה 0 (מרמה 8 לפני תחילת העיבוד). המטפלת שאלה אותו מה יקרה בתנועת הנוער, והילד ענה כי יביישו אותו. על השאלה למה הוא זקוק? ענה, כי הוא זקוק לאומץ, ונזכר בזמן שרכב על אופניו והרגיש כי הוא אמיץ. המטפלת ביקשה ממנו להתרכז בזיכרון זה וביצעה גירוי בי-לטרלי כדי לחזק את החיבור לזיכרון חיובי זה.

מספר ימים לאחר מכן הזמין אותו חבר להצטרף אליו כשהלך לתנועת הנוער. המטופל הצטרף אליו אך מיד כשהגיע למקום, שב הביתה. אביו לקח אותו חזרה לפעולה והוא הסכים להצטרף. מאז הוא משתתף בפעילות תנועת הנוער, המורה מדווחת על שיפור משמעותי בתפקודו בכיתה, כי הוא יותר משוחרר ומלא חיות, ולאחרונה אפילו הסכים להופיע במופע שארגנה הכיתה. הטיפול נמשך עוד מספר פגישות תוך כדי התמקדות על נושא המוטיבציה ללימודים.

זוהי דוגמה לעבודת EMDR עם ילדים שמתאפיינת לא פעם בתוצאות מפתיעות במהירותן ובעוצמתן. גם כאן כמו במקרה הקודם אנו רואים איך אירוע שנחווה כטראומטי (למרות שאינו עומד בקריטריונים של ה-DSM), משפיע על תפקודו של ילד לאורך שנים, ואיך עיבודו מאפשר לילד לחזור לתפקוד אדפטיבי. המקרה גם מראה את כוחו של ההיגד השלילי ("אני לא שווה") לבלום את תפקודו של הילד (ושל המבוגר שיתפתח ממנו) בתחומים מגוונים.

## מחקר

EMDR הוכחה כשיטת טיפול יעילה ב- PTSD במספר רב של מחקרים שהשוו אותה לתרופות נוגדות דיכאון (Van der Kolk et al., 2007), לטיפול בחשיפה (לדוגמה, Rothbaum et al., 2005), לטיפול CBT (לדוגמה, Jaberghaderi et al., 2004), ושיטות אחרות (לדוגמה, Carlson et al., 1998). לסיכום המחקרים ההשוואתיים אנו ראו את המאמר של Seidler & Wagner (2006). נכון להיום נמצאת ה-EMDR בכל ההנחיות הקליניות לטיפול ב-PTSD של הגופים המקצועיים המרכזיים בעולם וזאת על בסיס מחקרי המטה אנליזה שהראו כי היא מביאה לתוצאות זהות לשיטות הטיפול היעילות האחרות. חשוב להזכיר כי EMDR מביאה לאותן תוצאות ללא שימוש בשיעורי בית.

למרות שרוב המחקרים השתמשו באוכלוסיה אזרחית בוגרת הרי שבזמן האחרון התפרסמו מספר מחקרים המצביאים על יעילות ה-EMDR בטיפול בחיילים (לדוגמה, Russell, 2000), בנפגעי אסונות טבע (לדוגמה, Konuk et al., 2006), בילדים שחוו טראומות (לדוגמה, Tufnell, 2005), ובמבוגרים שחוו טראומות קשות בילדותם (לדוגמה, Edmond et al., 1999).

תוצאות המחקרים לגבי טיפולי EMDR בפוביות הראו תוצאות שאינן חד משמעיות. חוקרים (לדוגמה, De Jongh et al., 2007) טוענים כי קיים הבדל ביכולת של EMDR לעזור לאדם הסובל מפוביה שהתפתחה בעקבות אירוע טראומתי (לדוגמה, פוביה מכלבים לאחר נשיכת כלב), לעומת אדם הסובל מפוביה ללא אירוע טראומתי מקדים (לדוגמה, פוביה מעקרבים). תיאור מקרה (Fernandez et al., 2007) הראה טיפול EMDR מוצלח באישה שסבלה מאגרופוביה והתקפי פאניקה. מטפלי EMDR מדווחים על הצלחות טיפוליות במגוון רחב של קשיים המבוססים על חוויות עבר, אך ההוכחות המדעיות מתעכבות.

EMDR הוכחה את יכולתה להשפיע גם על תופעות סומטיות כמו כאבי פנטום (לדוגמה, Raboni et al., 2006), קשיי שינה אצל אנשים הסובלים מ- PTSD (לדוגמה, Schneider et al., 2007), מחלות עור (לדוגמה, Gupta et al., 2002), ומיגרנות (לדוגמה, Marcus et al., 2008). מחקרים מראים כי טיפול EMDR מביא לשינויים בתפקודי המוח (לדוגמה, Lamprecht et al., 2004), ואף במבנה שלו (לדוגמה, Bossinni et al., 2008). סביר להניח כי העתיד יראה מספר גדול יותר של תופעות סומטיות שיושפעו לחיוב על ידי טיפול EMDR.

אחת השאלות החוזרות ועולות בתחום ה-EMDR קשורה לחשיבותו של הגירוי הבי-לטרלי. הדעות בנושא זה חלוקות והמחקרים לא הראו תוצאות חד משמעיות. מחקרים שאינם קשורים לטיפול EMDR הראו כי תנועות עיניים בי-לטרליות מביאות לתגובות רגיעה פיזיולוגיות (לדוגמא, Barrowcliff et al., 2004), להפחתה במטען הרגשי של זיכרונות אישיים (לדוגמא, Maxfield, 2004), ולשינויים קוגניטיביים אחרים (לדוגמא, Kuiken et al., 2001). כל אלו מצביעים על חשיבותו של הגירוי הבי-לטרלי. למרות שחוקרים הציעו מספר לא מבוטל של מודלים המסבירים את תפקיד הגירוי הבי-לטרלי בתוצאות טיפול ה-EMDR, אין נכון להיום מודל מוכח באופן חד משמעי.

על השאלה מה הם הגורמים הקליניים הפעילים ב-EMDR יש מספר תשובות המשלימות (אולי) זו את זו: אסוציאציות חופשיות, חיבור למשאבים פנימיים, עמדת ה"צופה" (Mindfulness), "כניסה" ו"יציאה" מהזיכרון הטראומטי, מיקוד פנימי (עבר טראומטי) וחיצוני (הווה בטוח ותומך), וגירוי בי-לטרלי.

### הנחיות קליניות

המחקרים הרבים המצביעים על יעילותה של גישת ה-EMDR הביאו לכך ש-Clinical Guidelines רבים בכל העולם כוללים את ה-EMDR כשיטת טיפול מומלצת לסובלים מ-PTSD. ההנחיות הבולטות הממליצות על ה-EMDR הן של איגוד הפסיכיאטרים האמריקאי (APA), ארגון הפסיכולוגים האמריקאי (APA), המקבילה לאגף השיקום של משרד הביטחון בארה"ב (VA), המועצה הלאומית לבריאות נפש שליד משרד הבריאות הישראלי, וגופי ברה"נ מובילים בבריטניה (NICE), צרפת, שוודיה, הולנד, ואוסטרליה. (פרטים ב: [www.emdr europe.org](http://www.emdr europe.org)).

EMDR הינה גישה פסיכותרפויטית היכולה לבוא לידי שימוש באופן עצמאי או בשילוב של גישות טיפוליות אחרות במסגרת טיפול במגוון רחב של מטופלים. למעלה מאלף מטפלים בארץ השתתפו בסדנאות EMDR ורבים מהם שילבו את הגישה בעבודתם הטיפולית.

### ביבליוגרפיה:

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 325-345.

Bossini, L., Fagiolini, A., & Castrogiovanni, P. (in press). Neuroanatomical changes after EMDR in PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen,

Carlson, J., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.

De Jongh, A., & Eric ten Broeke. (2007). Treatment of specific phobias with (EMDR): Conceptualization and Strategies for the Selection of Appropriate Memories. *Journal EMDR Practice & Research* 1( 1), 46-56

Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of panic disorder with agoraphobia. **Clinical Case Studies**, 6, 44-63.

Gupta, M., & Gupta, A. (2002). Use of Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, 6, 415-421.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim, S., & Zand, S. O. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 11, 358-368.

Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S. (2006). The effects of EMDR therapy on post-traumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. **International Journal of Stress Management**, 13, 291-308.

Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001-2002). Eye Movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. **Imagination, Cognition, and Personality**, 21, 3-20.

Lamprecht, F., Kohnke, C., Lempa, W., Sack, M., Matzke, M., & Munte, T. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. **Neuroscience Research**, 49, 267-272.

Marcus, V. Steven (2008) An abortive Treatment for Migraine Headaches **Journal EMDR Practice & Research** 2( 1), 15-25

Maxfield, L. (2004, September). **Recent research evaluating the role of eye movements in EMDR**. Plenary address presented at the annual meeting of EMDR International Association, Montreal, CA.

Raboni, M. R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. In R. Yehuda (Ed.), *The psychobiology of post-traumatic stress disorder, a decade of progress* (Vol. 1071). **Annals of the New York Academy of Sciences** (pp. 508-513). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005). Pro-longed exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. **Journal of Traumatic Stress**, 18, 607-616.

Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (in press). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. **Pain Medicine**.

Russell, M. C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. **Military Psychology**, 18, 1-18.



Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and exposure-focused cognitivebehavioral therapy in the treatment of PTSD: A metaanalytic study. **Psychological Medicine**, 36, 1515-1522.

Shapiro, F. (2001). **Basic principles, protocols and procedures** (2<sup>nd</sup> ed) New York: Guilford Press.

Tufnell, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 10 (4), 587-600.

Van Der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., D. I., & Simpson, W. b. (2007). A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine and pill placebo in the treatment of EMDR: Treatment effects and long-term maintenance. **Journal of Clinical Psychiatry**, 68, 37-46.

"הנפש כדי אנגוש את עצמה צריכה אנגוש נפש אחרת"  
(אפלטון)

## המסלול לפסיכותרפיה דינמית זוגית תשס"ט 2008-2009

- תכנית תלת שנתית ללימודי פסיכותרפיה מתקדמים
- מטרת המרכז להקנות ידע, הכשרה ומיומנויות פסיכודינמיות בזוגיות - פסיכותרפיה בזוגות, הנחייה ופסיכותרפיה על ידי זוג מטפלים ועוד.
- התכנית מיועדת לפסיכולוגים, עו"ס פסיכותרפיסטים, פסיכיאטרים ואנשי מקצוע טיפוליים בעלי ניסיון של שנתיים לפחות בפסיכותרפיה.
- המרכז עונה על הדרישות להסמכה הנקבעות על ידי האגודות המקצועיות השונות.

ההרשמה למרכז בעיצומה!  
פרטים וטפסי הרשמה באתר ובמשרד



רשת ארצית לטיפול פסיכולוגי, ייעוץ ואבחון

מרכז הכשרה, הדרכה  
והשתלמויות

דרך נמיר 147 תל אביב  
טל': 03-6995897

פקס: 03-6995896

[hishtalmut@telem.org.il](mailto:hishtalmut@telem.org.il)

[www.telem.org.il](http://www.telem.org.il)