

טיפול במצוקה פוסט טראומטית של ילדים: מה ניתן ללמוד מיומניהם של מטפלים ישראלים? 1

hebpsy.net/articles.asp

במחקר זה נבחנו לעומק דרכי הטיפול בפסיכותרפיה בעשרים ילדים מטופלים, אחרי שאותרו בבתי הספר כסובלים ממצוקה פוסט טראומטית לאחר מלחמת לבנון השנייה. יומני טיפול שנוהלו אחר כל פגישה נותחו על מנת לאפיין את המרכיבים הטיפוליים בהם בחרו המטפלים להשתמש. כמו כן, נבדק הקשר בין הבחירה במרכיבים הטיפוליים לבין יעילותו של הטיפול. יעילות הטיפול נקבעה על ידי השוואת עוצמת בעיות ההתנהגות של הילדים המטופלים על פי דיווחי ההורים, בתחילת הטיפול ובסיומו. ממצאי המחקר מצביעים על כך שהטיפול היו תוצר אקלקטי של מרכיבים טיפוליים מגישות טיפוליות דירקטיביות ולא דירקטיביות. נמצאה עדות לכך הטכניקה הטיפולית "מתן שעורי בית להמשך העבודה בין פגישות הטיפול" והטכניקות הטיפוליות של "התערבות ממוקדת בטרומה", הינם בעלי מתאמים חיוביים מובהקים עם מספר רב של מדדי שיפור. לעומת זאת, "התמקדות ביחסים בין אישיים" היוותה גורם בעל קשר שלילי למספר מדדי השיפור, כאשר באופן מפתיע שכיחות השימוש בה הייתה התדירה ביותר. לבסוף, נמצא כי למרות הדיווח על הכשרה מתאימה בהתערבויות ממוקדות בטרומה, המטפלים חוו קושי כפול לבצע התערבויות אלו וגילו נטיות הימנעות מעיסוק בטרומה: (1) המטפלים יזמו עיסוק בחוויות מלחמה בתדירות נמוכה פי שלושה ביחס ליוזמת הילדים. (2) רק בשליש מהמקרים בהם הילד המטופל העלה את נושא המלחמה, המטפלים חקרו או הרחיבו נושא זה. לאור ממצאי המחקר הנוכחי, נידונות המלצות לגבי תהליך ההכשרה וההדרכה של מטפלים העובדים עם ילדים המצויים במצוקה פוסט טראומטית, ובפרט בעבור מטפלים העובדים במציאות טראומטית משותפת.

מאת פרופ' אסתר כהן ויאן סרדצה²

בספרות המחקרית מתנהל ויכוח מקצועי הנוגע ליעילותן של שיטות הטיפול השונות באנשים הסובלים מהפרעת דחק פוסט טראומטית (Pos)

מצביעים על יעילותו של הטיפול הדיקטיבי הממוקד בטרומה (Taylor et al., 2003; Ehlers et al., 2010). הספרות המחקרית הקיימת לגבי יעילותה של כל אחת מהשיטות השונות לטיפול בילדים הסובלים מהפרעה פוסט טראומטית (Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000; Stallard, 2006), כמו גם ההשוואה בין יעילותן של שיטות שונות, מוגבלת הרבה יותר (Ryan & Needham, 2001; Shelby & Felix, 2005; LaMotte, 2011). המחקר הקיים מצביע באופן ספציפי על יעילותו של הטיפול הממוקד בטרומה, המבוסס על עקרונות קוגניטיביים התנהגותיים ועל חשיפה (Rachamim et al., 2009; Cohen, Berliner, & Mannarino, 2010; Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011). נמצא כי הטיפול המובנה הממוקד בטרומה, הכולל שימוש בחשיפה והרפיה, ישים גם עם ילדים צעירים (Scheeringa, 2007). כמו כן, נמצא כי הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי יעיל בהפחתת סימפטומים של מצוקה בקרב ילדים הסובלים מהפרעה פוסט טראומטית, הן בפורמט פרטני והן בפורמט קבוצתי (Puttre, 2011).

לצד מחקרים אלה, קיימות עדויות, מעטות יחסית, המראות שגם טיפול פסיכודינמי יעיל בהפחתת סימפטומים פוסט-טראומטיים עם בני נוער

(Gilboa-Schechtman et al., 2010). חוקרים מצביעים על כך שהיעדר עדויות מחקריות בנוגע ליעילותן של ההתערבויות הבלתי דירקטיביות, אינו מוביל בהכרח למסקנה שהתערבויות אלו הן בלתי אפקטיביות. הם מסבים את תשומת הלב לכך ששיטות הטיפול שזכו להיות נחקרות יותר, אינן "טהורות"; תחת הכותרות 'טיפול במשחק' ו-'טיפול קוגניטיבי-התנהגותי' נכללות שיטות מגוונות המערבות אלמנטים הלקוחים מגישות שונות. כלומר, טיפול קוגניטיבי עשוי

היה להשתמש באלמנטים של טיפול במשחק שהוא פסיכודינמי בעיקרו ולהיפך (Baggerly et al., 2008).

אל מול המצדדים בטיפול הדיקטיבי, כותבים המתבססים על ניסיון קליני, מעלים טענות ביקורתיות הקשורות לשימוש בטכניקות דיקטיביות ממוקדות בטרומה ילדים. אחת הטענות המרכזיות כנגד טכניקות אלה היא שילדים עשויים להיות חסרי מיומנויות קוגניטיביות ומטה-קוגניציות הנדרשות במהלך טיפול כזה. לטענת כותבים אלה, הטיפולים המוצעים לילדים צריכים להיות רגישים ומותאמים לשלב ההתפתחותי, ליכולות ולצרכים של הילד, ולכן טיפול במשחק הינו מתאים יותר עבור ילדים צעירים)

צעירים מובאים לטיפול שלא ביזמתם ומשתמשים פעמים רבות בהימנעות הגנתית מחשיבה ועיסוק בנושא הטרומה. כמו כן, לרוב הם אינם בשלים מספיק על מנת לגייס את המוטיבציה לעיסוק בחומרים טעונים רגשית לטובת הרווח הטיפולי המובטח.

החשיבות והקושי שבהתמקדות בטרומה

האקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (Cohen et al., 2010) וכן האגודה הבינלאומית למחקרי לחץ טראומטי (Foa, Keane, & Friedman, 2009) פרסמו בשנים האחרונות עקרונות מומלצים לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית בקרב ילדים ונוער. עקרונות אלו מבוססים על ממצאים וראיות מתוך מחקרים מבוקרים על מגוון גישות טיפוליות. ההמלצות מדגישות את הצורך להתאים את הטיפול למאפיינים הייחודיים של המטופל, האירוע הטרומטי אותו חווה וקשייו הנוספים. זאת על סמך הערכה כוללת של קשיי הילד והפגיעה בתפקודו. בדומה למחקרים שונים שהוזכרו קודם לכן, הטיפול המומלץ "בקו הראשון" הינו הטיפול הממוקד בטרומה עצמה, אשר זכה למידה הרבה ביותר של ביסוס מחקרי.

שיטות הטיפול השונות הממוקדות בטרומה כוללות בדרך כלל את המרכיבים הטיפוליים הבאים: דיבור ישיר על החוויה הטרומטית;מודולציה של אפקט והקניית דרכי התמודדות עם חרדה;חשיפה במטרה להשיג שליטה על הזיכרון הטרומטי;פסיכו-חינוך אודות חוויות טראומטיות והתגובות הנורמטיביות אליהן;התמודדות קוגניטיבית ועיבוד קוגניטיבי על ידי זיהוי הקשרים בן מחשבות,רגשות והתנהגות, ובניית נרטיב של הזיכרון הטרומטי (Stallard, 2006). יש להניח שמטפלים שונים משתמשים בחלק או בצרופים שונים של מרכיבים אלו.

על אף ההמלצות והביסוס המחקרי הנרחב, קיימים לאחורונה דיווחים בספרות על מחסומים המקשים על מטפלים בשטח לפעול על פי קווים מנחים אלו. למשל, נמצא כי למרות שטיפול קוגניטיבי התנהגותי הינו בעל תמיכה מחקרית רבה בטיפול בהפרעה פוסט טראומטית, השימוש בו על ידי מטפלים בשטח אינו נרחב (Waller, 2009) ונאמנות המטפלים למדריך הטיפולי הינה נמוכה (Kendall & Beidas, 2007). מחקרים הצביעו על שתי קבוצות גורמים התורמים לקושי זה (1): גורמים שמקורם במאפיינים של המטופל, כגון הימנעות או אי רצון לעסוק בזיכרונות טראומטיים, וחוסר יכולת להשתמש בדמיון (2) גורמים שמקורם במאפיינים של המטפל, כגון הכשרה לא מספקת בשיטת הטיפול, ביטחון נמוך בסיכוי הצלחה של הטיפול, דבקות בשיטות אחרות המוכרות יותר למטפל, וחשש מעוררות רגשית עוצמתית של המטופל וכתוצאה מכך של המטפל)

(Cook, Schnurr, & Foa, 2004; Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006; Waller, 2009).

הקושי של מטפלים להתייחס ישירות לטרומה בטיפול עשוי לבוע בחלק מהמקרים גם ממורכבותו של הניסיון לשלב בין טכניקות דיקטיביות וטכניקות שאינן דיקטיביות.אל מורכבות זו מתייחסים מסר וויניקור (Messer & Winokur, 1980) הטוענים כי היא עשויה לבוע מתחושתם של המטפלים שהטכניקות השונות מתבססות על הנחות סותרות שלא ניתן ליישב ביניהן.גם סניידר ותומסן (Snyder & Thomsen, 1998) מתארים את הקושי להחזיק בעמדה תיאורטית-קלינית קוהרנטית, מול המורכבות העולה מתוך המפגש בין הספרות המקצועית והעבודה בשטח.

הרמן (Herman, 1997)מתארת את הרתיעה שהמטפלים עשויים לחוש מול המגע עם הטרומה, ואת החשש לגרום לחוויה טראומטית נוספת במהלך הטיפול. חשש זה עלול להוביל להימנעות מחקר הטרומה ומעבודה עליה, אפילו במקרים בהם המטופל עצמו מוכן ומסוגל לכך (Zoellner et al., 2011). קושי רגשי זה שכיח כנראה הרבה יותר בתנאים של דמיון ברקע הטרומטי של המטפל והמטופל (Danieli, 1984) ויכול להוביל ל "conspiracy of silence". הנטייה להימנעות או להשתקה של העיסוק בטרומה עלולה להיות שכיחה אף יותר אצל מטפלים בילדים המתקשים להכיל את הסבל של הילדים ונחפזים ל"הצילם"(Ososky, 2009). ממצאים אלה מחוזקים במחקר עדכני (שנערך במקביל למחקר עליו ידווח במאמר זה), שהתמקד בנרטיבים ובראיונות של שבעים מטפלים, במסגרת פרויקט התערבות פסיכולוגית עם ילדים שסבלו ממצוקה פוסט-טראומטית לאחר מלחמת לבנון השנייה (Cohen et al., 2014). הממצאים במחקר זה מצביעים על כך שמטפלים החשים 'שותפות גורל' עם הילדים ופועלים בתנאים של 'מציאות טראומטית משותפת',

מתקשים יותר לבצע התערבויות ממוקדות טראומה. תנאים אלה מצריכים מהמטפל התמודדות מורכבת ברמה האישית והמקצועית וברמה הפרטנית –משפחתית והקהילתית.

הגישה האינטגרטיבית

לאור מורכבויות טיפוליות אלו ניתן לראות ניסיונות לאמץ גישה אינטגרטיבית בטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית במבוגרים

(Messer, 2012; Shalev, Galai, & Eth, 1993). מאמצי הגישה האינטגרטיבית טוענים ששילוב השיטות מאפשר התייחסות לאספקטים השונים של החוויה הטראומטית שאיננה מתבטאת רק בסבל מסימפטומים, אלא משינויים בעולם האמונות, היחסים והתפיסות של הפרט. לאחרונה נעשים ניסיונות כאלה גם בטיפול בילדים ובנוער. ברייר ולנקטרי (Briere & Lanktree, 2008) פיתחו מדריך טיפול אינטגרטיבי, עבור בני נוער הסובלים מהפרעה פוסט טראומטית, הלוקח בחשבון ומתמקד ברמות השונות של הפגיעה שנגרמה כתוצאה מהחוויה הטראומטית. באופן דומה, גיל (Gil, 2006) מציגה מודל טיפול אינטגרטיבי לעבודה טיפולית עם הפרעה פוסט טראומטית בילדים. במודל טיפול זה ישנו שימוש באלמנטים דירקטיביים הלקוחים מהטיפול הקוגניטיבי - התנהגותי, אך הקצב והתזמון נקבעים באמצעות אלמנטים שאינם דירקטיביים, בהתאם לצרכים ולכוחות של המטופל. כמו כן, דרוז (Drewes, 2009) מציעה להוסיף באופן גמיש ויצירתי לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בילדים אלמנטים מטיפול במשחק, על מנת להעצים את היעילות הקלינית של הטיפול. שלבי וקמפוס (Shelby, & Campos, 2011) דנים במודלים שונים של שילוב בין אלמנטים של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לבין טיפול במשחק, ומציינים כי למרות ששתי שיטות טיפול אלו נחשבות שונות מאוד זו מזו, אלמנטים של חזרה לחוויה הטראומטית (בדיבור או במשחק), עיבוד קוגניטיבי של האירוע, ושינוי דפוסי המחשבה, משותפים לשניהם.

ניתן ללמוד על הצורך לשלב אלמנטים נוספים בתכניות טיפוליות קוגניטיביות התנהגותיות מתוך הלקחים שהופקו בעקבות תכנית התערבות גדולה שנערכה בניו-יורק אחרי אירועי ה-11 בספטמבר (CATS, 2007). התכנית נמשכה שנתיים, וכללה 173 מטפלים ומדריכים, ועבודה עם 700 ילדים שמויננו כמתאימים לפרוייקט בשל מצוקה פוסט-טראומטית. במסגרת ההתערבות נבחרו שני פרוטוקולים טיפוליים בהם נדרשו המטפלים להשתמש. פרוטוקולים אלו נבחרו על סמך עדויות לגבי יעילותם והם מבוססים על הגישה הקוגניטיבית התנהגותית. הראשון שיועד לעבודה עם ילדים היה המודל הקוגניטיבי התנהגותי הממוקד בטראומה - TF-CBT, של כהן, מנרינו ודבלינגר)

(Cohen, Mannarino & Deblinger, 2002) והשני, שיועד לעבודה עם מתבגרים, היה המודל הממוקד בטראומה ואבל של סלצמן, ליין, שטיינברג ופינוס (Saltzman, Layne, Steinberg & Pynoos, 2006). במסגרת המחקר נדרשו המטפלים שלא לסטות ממדריך הטיפול של ההתערבות ולא לשלב התערבויות הלקוחות מגישות אחרות. עם זאת, בעיצומה של התוכנית, לאור היזון חוזר מהמטפלים, נאלצו מנהלי הפרוייקט להכניס שינויים במתכונת המומלצת. הסתבר, למשל, שהמטפלים התקשו להיצמד לפרוטוקול ולבחור בטראומה החשובה והרלבנטית לעבודה, לאור המציאות המורכבת רבת הטראומות של חלק מהמשפחות. כמו כן, היה צורך להוסיף רכיבים של ערוך מוטיבציה להתמדה בטיפול בשל רמת הנשירה הגבוהה בתחילת הפרוייקט. בשל קשיים אלה ואחרים, אפשרו החוקרים גמישות בסדר השימוש ברכיבי התוכנית והתאימו את הרכיבים לאפיונים המשפחתיים והתרבותיים של האוכלוסיה המטופלת.

מחקר זה מצטרף לעדויות מחקריות שונות המעידות כי לצד רכיבים דירקטיביים הלקוחים משיטות קוגניטיביות-התנהגותיות, על מפגשים טיפוליים עם ילדים נפגעי פוסט-טראומה לכלול גם רכיבים הלקוחים מגישות פסיכו-דינאמיות ממוקדות בטראומה אשר נמצאו יעילותם כגון תקשורת אמפתית ותמיכה רגשית, שיפור הקשר הורה-ילד ויכולת ההורה להגן על הילד ולהבין את המסרים שלו (Cohen et al., 2010);

(Lieberman, Ghosh Ippen, & Van Horn, 2006).

לנוכח הוויכוח המתנהל בספרות המקצועית מחד, ולאור ההמלצות לאינטגרציה בין גישות מאידך, במחקר הנוכחי נבדק השימוש שעושים מטפלים בילדים הסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית בגישות הטיפוליות השונות ובמרכיביהן. הנחת המחקר הייתה כי על אף שרוב המטפלים המשתתפים במחקר עברו הכשרה בטיפול ממוקד בטראומה, הרקע המגוון ממנו הם מגיעים והחשיפה המשותפת שלהם ושל מטופליהם לאירועים טראומטיים, יובילו לשונות בשיטות ההתערבות ולאינטגרציות מגוונות של רכיבי התערבות.

בנוסף נעשה במחקר זה ניסיון להבהיר אילו אפיונים של הטיפולים שבוצעו קשורים להפחתה יעילה יותר של המצוקה הפוסט טראומטית אצל הילדים. באופן זה ניתן יהיה לאפיין מרכיבים טיפוליים מוצלחים לצורך יצירת גישה אינטגרטיבית מבוססת, במקום גישות כוללניות מובנות. נציין שהמחקר מבוסס על נתונים שנאספו בעקבות התערבויות טיפוליות עם ילדים לאחר מלחמת לבנון השנייה אך לצערנו הם רלבנטיים במיוחד בימים אלה של תחילת ההתאוששות לאחר מבצע "צוק איתן".

מחקר זה מתבסס על נתונים המתייחסים לטיפוליים פרטניים ב-20 ילדים, מקרב 112 ילדים בהם טפלו אותם 20 המטפלים, ואשר לגביהם נאסף מידע עשיר ומפורט. טיפולים אלו התבצעו במסגרת פרויקט התערבות טיפולית גדול יותר באזור הצפוני של ישראל, שנערך בעקבות מלחמת לבנון השנייה. הפרויקט התקיים ביוזמתם ובניהולם המשותף של השרות הפסיכולוגי - ייעוצי של משרד החינוך ו"אשלים" (עמותה לתכנון ולפיתוח שירותים לילדים ובני נוער בסיכון ומשפחותיהם מטעם הג'וינט). הפרויקט פעל בדצמבר 2006 ונמשך עד יולי 2007 בהיקף מלא, ובהיקף מצומצם עד יולי 2008. הילדים המטופלים בפרויקט אותרו כשלושה חודשים לאחר תום המלחמה, על סמך המלצות של מחנכים ויועצים חינוכיים בבתי הספר ובגני הילדים, על רקע שינוי לרעה בהתנהגותם או בהרגשתם לאחר המלחמה, ללא הקפדה על אבחנה של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD). המטפלים שהיו פסיכולוגים חינוכיים, קליניים ומטפלים ביצירה ובהבעה, נבחרו על בסיס ניסיון בטיפול בילדים והכשרה קודמת בתחום הטראומה. הפרויקט לווה בשני מחקרים שנערכו ביזמת ובסיוע "אשלים". מחקר בניהולה של פרופ' אסתר כהן, התמקד בהערכתם של 70 מטפלים וטיפוליהם, חלק ממנו יוצג במאמר זה (Cohen et al., 2014; כהן, 2008). מחקר מקביל התמקד בהערכה נפרדת של השינויים הסימפטומטיים בקרב הילדים המטופלים (60 ילדי גן ו-325 ילדי בית ספר מכיתות א' עד י"ב) ונוהל על ידי פרופסור אבי שדה (שדה, 2007).

הליך

המערך המחקרי הנוכחי משלב שיטות מחקר שונות, איכותניות וכמותיות, וזאת בהתאם להמלצות על שילוב שכזה לחקר שאלות מחקר הקשורות לתהליך הטיפולי (

(Rogers, Day, Randall & Bentall, 2003).

לאחר איתור הילדים באמצעות צוותים רב-מקצועיים בבתי ספר ותהליך סינון שנערך על ידי הצוות המרכז את הפרויקט - ולקראת תחילת הטיפול - הועברו למחנכים, להורים ולילדים שאלונים המעריכים את הסימפטומים של הילדים. בהמשך, המטפלים היו אחראים לאיסוף השאלונים ושליחתם לעיבוד, זאת לאחר הסרת הפרטים המזהים של הילדים והחלפתם במספרי קוד. במטרה לבחון את היעילות הטיפולית הועברו כל השאלונים פעמיים - פעם ראשונה בתחילת הטיפול ופעם שנייה בסיומו. במאמר זה נדווח רק על הנתונים שנאספו משאלוני ההורים. בנוסף, המטפלים התבקשו לנהל יומן טיפולי על אחד מהטיפוליים שלהם, בו תתואר כל פגישה. לקראת סיום שנת ההתערבות הראשונה (יולי 2007) נתבקשו המטפלים גם למלא שאלון פידבק מובנה. ממצאים מכלי מחקר נוספים שנאספו מהמטפלים וכללו נרטיבים, קבוצות מיקוד וראיונות, לא נכללים במאמר הנוכחי ונתחו בנפרד (Cohen, 2014).

כלי המחקר

המחקר הנוכחי מתבסס על שלושה כלים מרכזיים:

יומני טיפול חצי מובנים, בהם התבקשו המטפלים בתום כל פגישה טיפולית לענות על 11 שאלות פתוחות. שאלות אלו כיוונו את המטפל לתאר במפורט את מהלך הפגישה הטיפולית תוך התייחסות להתרחשויות, לרגשות הילד המטופל ולרגשות והמחשבות של המטפל. לכל תשובה הוקצו ארבע שורות במוצק. התייחסות לתמות אלו נהוגה ומקובלת בתהליך ההכשרה המקצועית של אנשי מקצועות הטיפול. נמצא כי השימוש ביומן הינו כלי יעיל במחקר המתמקד באנשי מקצועות הטיפול (

Bedwell, McGowan, & Lavender, 2012) ומאפשר לחוקר הצצה יחסית קרובה אל הפרקטיקות, החוויות, הרגשות והמחשבות של מושא מחקרו (Froggett & Briggs, 2012). בסך הכל דווחו 20 המטפלים ביומנים על 255 פגישות טיפוליות.

שאלוני הורים להערכת יעילות הטיפול מילאו ההורים (בדרך כלל האם) בתחילת הטיפול ובסיומו גרסה תואמת גיל של שאלון בעיות התנהגות הילד (

Child Behavior Checklist – CBCL) הבוחן הפרעות התנהגות בתחומים שונים (Achenbach & Edelbrock, 1983). לכלי הערכה זה נורמות ישראליות (Zilber, Auerbach, & Lerner, 1994) והוא נמצא בשימוש רב במחקר בארץ. מלבד ציון עבור כל אחד משמונת הסולמות של השאלון ניתן לחשב על סמך השאלון שלושה ציונים מורכבים: ציון בעיות התנהגות מופנמות, הכולל את הסולמות חרדה/דכאון, הסתגרות/דכאון, ותלונות סומטיות; ציון בעיות התנהגות מוחצנות, הכולל את הסולמות הפרת כללים והתנהגות תוקפנית; וציון בעיות התנהגות כללי, הכולל את שני האינדקסים הללו בתוספת של סולמות בעיות חברתיות, בעיות בחשיבה ובעיות בקשב. שאלון זה נבחר מכיון שהוא מכסה טווח רחב של

בעיות האופייניות לילדים, כולל אלו השכיחות ביותר בקרב אוכלוסייה הסובלת ממצוקה פוסט-טראומטית, כגון דיכאון, חרדה, בעיות סומטיות, בעיות קשב ותוקפנות.

שאלוני פידבק מובנים הועברו לכל המטפלים בסיום הפרויקט. במחקר זה נעשה שימוש בנתוני רקע שדווחו במספר שאלות בשאלון, המתייחסות לזהות המקצועית של המטפל, לשנות הוותק במקצוע, אופי ההכשרה הטיפולית הממוקדת בטרואמה שקיבל, שביעות הרצון של המטפלים מדרך בחירת הילדים לעבודה הטיפולית, מידת העיסוק בטרואמת מלחמה ובבעיות כרוניות במהלך הטיפול.

עיבוד הנתונים

מכיוון שמטרת המחקר הינה זיהוי המרכיבים הטיפוליים אשר אפיינו את העבודה הטיפולית המתוארת ביומנים הטיפוליים ובשאלוני הפידבק, ומציאת הקשר בין מרכיבים טיפוליים אלו לבין התוצאות הטיפוליות אשר התקבלו מכלי ההערכה, כל מקור מידע נותח בשיטה המקובלת בעבורו:

1) **היומנים הטיפוליים** - הניתוח עצמו התבצע בשלושה שלבים: ניתוח תוכן קטגוריאל, ניתוח ממפה וניתוח ממוקד (שקדי 2003).

2) **שאלוני בעיות התנהגות הילד - (CNLC - Child Behavior Checklist)** נותחו ניתוח כמותני - סטטיסטי וסיפקו מידע תיאורי על אוכלוסיית הילדים המטופלים ועל רמת הסימפטומים בסולמות השונים, בתחילת הטיפול ובסיומו. בעבור כל סולם חושב מדד ליעילות הטיפולית המתאר את השיפור ברמת תפקודו של הילד המטופל. המדד מהווה את הפרש בין המדידה בתחילת הטיפול לבין המדידה בסיומו. Child Behavior Checklist

3) **שאלוני הפידבק** נותחו בניתוח כמותני - סטטיסטי וסיפקו מידע תיאורי על אוכלוסיית המטפלים וכן על הפרספקטיבה שלהם על הפרויקט מנקודת מבט רטרוספקטיבית.

לאחר ניתוח כל מקור מידע בנפרד, התבצעו הצלבה ואינטגרציה של מקורות המידע, על מנת לקבל תמונה רחבה ומלאה ככל שניתן של התופעה הנחקרת)

(Strauss, 1987; Maykut & Morehouse, 1994). כלומר, לאחר קבלת הנתונים אודות אפיוני אוכלוסיית המטפלים, אוכלוסיית הילדים המטופלים, שכיחות הופעתם של רכיבי העבודה הטיפולית השונים, והנתונים אודות היעילות הטיפולית - ניתן היה לזהות את הקשרים בין אפיוני האוכלוסייה ושכיחות הופעתם של אפיוני העבודה הטיפולית השונים, לבין מידת השיפור ברמת תפקודו של הילד המטופל.

משתתפים

אופן בחירת המדגם מתוך הפרויקט המחקרי: 20 טיפולים נבחרו בהתאם לקריטריונים הבאים: (א) הטיפול הינו אינדיווידואלי ולא קבוצתי (ב) היומן הטיפולי מולא בהתמדה ובפרוט (ג) מן היומן ברור שהילד המטופל הופנה לטיפול עקב מצוקה או ירידה ברמת תפקודו לאחר אירועי מלחמת לבנון השנייה (ד) קיימים נתונים מלאים של שתי המדידות של הסימפטומים של הילד בשאלוני הערכה שמולאו על ידי ההורים בתחילת הטיפול ובסיומו.

על מנת לוודא כי המדגם הנבחר איננו מהווה קבוצה ייחודית של ילדים מטופלים מתוך כלל אוכלוסיית הפרויקט, שכללה 325 ילדים ילדי בית ספר, נערכו מבחני אלמנטים בלתי תלויים, במטרה לבחון: (א) האם קיים שוני בין המדגם לכלל אוכלוסיית הפרויקט ברמת התפקוד והסימפטומים בשני כלי הערכה בתחילת הטיפול. (ב) האם קיים שוני בין המדגם לכלל הפרויקט במדדי השיפור של בעיות ההתנהגות של הילדים. תוצאות מבחנים אלו מצביעים על העדר הבדל מובהק בכל הסולמות במדידה הראשונה ובמדד השיפור. כלומר לא נמצאו הבדלים בין המדגם לבין כלל אוכלוסיית הפרויקט.

ילדים מטופלים: מחקר זה מתמקד בטיפולים שנתנו ל- 20 ילדים בגילאי בית ספר יסודי. הגיל הממוצע בקבוצה זו היה 10.5 שנים ($SD=3.03$). מתוכם 11 בנים ו- 9 בנות.

מטפלים: מחקר זה כולל מידע שנאסף מדיווחי 20 מטפלים אשר מקום מגוריהם הקבוע הוא באזור הצפוני של ישראל, אשר הושפע מהמלחמה. על סמך השאלונים נמצא כי בקרב מטפלים אלו 10 פסיכולוגים, בהם 5 גברים ו- 5 נשים, ו- 10 מטפלות באומנות שכולן נשים. בקרב כלל המטפלים ממוצע שנות הוותק במקצוע הוא 7.73 שנים ($SD=3.66$), בקרב הפסיכולוגים ממוצע שנות הוותק הוא 8.65 שנים ($SD=2.87$), בקרב המטפלות באומנות ממוצע שנות הוותק הוא 6.91 ($SD=4.18$). ממוצע מספר הפגישות במהלך הטיפולים שבוצעו על ידי הפסיכולוגים ($M=12.44, SD=4.42$), לא נמצא שונה באופן מובהק ממספר הפגישות שבוצעו על ידי המטפלות באומנות (M)

($t(18)=-0.376, SD=5.14, p=0.853$).

אמינות המחקר

על מנת להבטיח את אמינותו של המחקר ננקטו השיטות הבאות: שימוש בשיטות מרובות של איסוף נתונים (Maykut & Morehouse, 1995) – השילוב בין נתונים שנאספו מתוך השאלונים ומתוך יומני הטיפול נועד להתחקות אחר נקודות מבט שונות ומגוונות באופן המגביר את אמינות הממצאים. שימוש בבדיקה צולבת (צבר בן יהושע 1990) – בדיקת מסקנות והסברים חלופיים לממצאי המחקר המכוונת לבחון את הפרשנויות הניתנות לממצאים על ידי מספר חוקרים. מהימנות בין שופטים – 20% מבין היומנים קודדו במקביל על ידי החוקר ועוזרת מחקר אשר גם היא נמצאת בתהליך הכשרתה כפסיכולוגית ובוגרת מספר קורסים במתודולוגיה איכותנית. בסיום קידוד עשרת היומנים הראשונים על ידי החוקר, נבחרו שניים מתוכם באופן אקראי וקודדו על ידי עוזרת המחקר. פרוצדורה זו חזרה על עצמה בסיום קידוד עשרת היומנים הבאים. שיעור המהימנות בין השופטים בכל הפריטים היה גבוה מאוד ונע בין 87.1% - 100%, ממוצע שיעור המהימנות היה 94.46%. ערכי Kappa נעו בטווח שבין 0.65 – 0.91 והצביעו על מהימנות טובה בין השופטים (Landis & Koch, 1977).

ממצאים

בוצע ניתוח תוכן קטגוריאל של 20 יומני הטיפול המתארים בפירוט 255 פגישות טיפוליות. הניתוח העלה ארבעה אשכולות מרכזיים של התייחסויות לדרכי טיפול: "מוקדים בטיפול", "טכניקות טיפוליות", "זממה והענות לזממה" ו"התערבויות ממוקדות בטראומה". כל אשכול יוצג בנפרד, תוך הדגמת הממדים המרכזיים אותו. מפאת קוצר היריעה, בעבור כל ממד מוצגת דוגמה בודדת. עבור כל דוגמה מצוין קוד המטפל במספר וכן בסוגריים הקוד של הילד המטופל על ידי האות פ. ומספר.

האשכול הראשון - "מוקדים בטיפול", מתייחס לנושאים העיקריים שעלו בטיפול ושנשמעו למטפל כמשמעותיים על פי התייחסותו בהקשבה, חקירה או דיון, או בעצם אזכורם ביומן. בעבור כל מימד דוגמה הממחישה אותו.

• שם המוקד: "התמקדות ביחסים בין אישיים". דוגמא: מטפל 17, (פ. 15): "[הילד המטופל] מדבר על יום הולדתו הקרב, על החשש שלא יבוא חברים ועל כך שיש לו מעט חברים בכיתה. בהמשך הדיון מבטא את הקשיים החברתיים והפחדים שלו".

• שם המוקד: "התמקדות באפקט וביטוי של רגש". דוגמא: מטפל 44, (פ. 10) "בכניסתו לחדר מבטא א' במשיכת כתפיים, מסר של אי שביעות רצון. בבירור המשמעות א' מבקש שינוי לשעת הפגישה מאחר ומפסיד משהו אחר. התייחסות מילולית לנושא ההפסד והרווח התייחסות לכללים ולרגשותיו".

• שם המוקד: "חקירה של משאלות פחדים וחלומות". דוגמא: מטפל 60, (פ. 7): "ד' ביקש עיפרון- חומר רישום מועדף על-יו- וצייר את קריסת התאומים. בשיחה לאחר מכן סיפר שממש זוכר את האירוע ובאותו זמן היה עם משפחתו במגדלי עזריאלי בתל אביב וחשב שהאירוע קורה שם וכמה נבהל. שאלתי מה עזר לו להתמודד עם הפחד וסיפר שאמא הרגיעה אותו".

• שם המוקד: "התמקדות בתהליך ובקשר הטיפולי". דוגמא: מטפל 2, (פ. 8): "בשיחת הסיכום- התייחסות לציפיות של א' מעצמו, לפגישה הבאה- ציפייה-להצליח להיפרד מאבא".

סיכום ממצאים לגבי מוקדי הטיפול: בחישוב שכיחות הופעתם של המוקדים בטיפול, כפי שעלה מניתוח תוכן קטגוריאל של 255 פגישות טיפוליות, נמצא כי מעבר לזהות המקצועית של המטפל, המוקד הטיפולי השכיח ביותר בפגישות הוא "התמקדות ביחסים בין אישיים" (92%) ואילו המוקד הטיפולי "חקירה של משאלות פחדים וחלומות" הינו הפחות שכיח (59%).

האשכול השני - "טכניקות טיפוליות", מתייחס להתערבות או הובלה אקטיבית של המטפל כדי לשפר את אופן התמודדותו ורמת תפקודו של הילד המטופל. בעבור כל ממד מופיעה דוגמה הממחישה אותו.

• שם הטכניקה הטיפולית: "העצמה ומיקוד בכוחותיו של הילד המטופל". דוגמא: מטפל 39, (פ. 1): "חיזקתי את היכולות שלו, החוכמה שלו, הדגשתי שהחלטה בידי איך להתייחס למבחן"

• שם הטכניקה הטיפולית: "עיסוק במצבים עתידיים ותכנון התמודדות איתם". דוגמא: מטפל 1, (פ. 3), "ניסיתי

לסייע לה לשלוט בכעס. כיצד להגיב בסיטואציות כשהיא מרגישה שהיא "מתפוצצת".

- שם הטכניקה הטיפולית: "דיון בחוויות עבר". דוגמא: מטפל 22, (פ. 1): "ו' סיפרה שהיא בדיכאון והיא לא יודעת למה, זה התחיל לפני כשלוש שנים, לא בא לה לקום בבוקר ואין לה חשק ועניין בכלום. בהמשך פירטה וספרה כי הדיכאון התחיל לאחר שאביה חזר לחו"ל".

- שם הטכניקה הטיפולית: "יצירת קישורים בין מחשבות לרגשות חוזרים הקשורים לערכו העצמי של המטופל". דוגמא: מטפל 22, (פ. 3): "ו' סיפרה שאין לה בכלל חברים, היא לא מבינה איך זה קרה כי לפני כמה שנים היא הייתה מאוד חברותית. הצעתי לדבר ולנסות להבין את השינוי שחל. הגענו להשערה שכיום הדימוי העצמי שלה נמוך יותר ושאלתי היא מאוד חוששת מכך שילדים חושבים עליה דברים ביקורתיים, חשש זה מלווה אותה גם בבית הספר וגם מחוצה לו".

- שם הטכניקה הטיפולית: "התערבות קוגניטיבית/פסיכו-חינוכית (ללא קשר לטראומה)". דוגמא: מטפל 18, (פ. 3), בתיאור הפגישה נכתב: "כשנוצר מצב שאני ניצחתי מס' פעמים- שוחחנו על איך מרגיש- היה קשה לע' להפריד את "מרגיש" מ"עושה"/מתנהג- בחיך על פניו- איים במכות, אח"כ אמר "סתאם"... יזמתי שיחה על הפרדה בין מרגיש וחושב לבין עושה/מתנהג- מותר להרגיש כעס, תסכול וכו'- אסור לבעוט או להרביץ. וכן על רווחים והפסדים מכל התנהגות".

- שם הטכניקה הטיפולית: "מתן שעורי בית". דוגמא: מטפל 2, (פ. 7), כתב: "ביקשתי שתכתוב לעצמה משפטים של מה שחושבת בזמן שמתכוננת למבחן, קצת לפני המבחן ובמהלכו".

- שם הטכניקה הטיפולית: "התייחסות לביצוע שעורי בית". דוגמא: מטפל 2, (פ. 8): "הזכרתי לנ' שבקשתי שתכתוב משפטים, אמרה שניסתה ולא הצליחה".

ממצאים לגבי הטכניקות: חישוב השכיחויות של הטכניקות השונות הראה כי הטכניקה "העצמה ומיקוד בכוחותיו של הילד המטופל" (22%) היא השכיחה ביותר יחסית, ואילו הטכניקות הטיפוליות של "מתן שעורי בית" (1.6%) ו- "התייחסות לביצוע שעורי בית" (0.4%) היו בשימוש מועט ביותר.

האשכול השלישי - "ממדים של יוזמה", בעבור כל ממד מופיעה דוגמא הממחישה אותו.

שם הממד: "היזם העיקרי במהלך הפגישה".

- "המטפל בלבד" - דוגמא: מטפל 61, (פ. 5) "אני מזכירה לו שנשארו לנו עוד 5 פגישות ומציעה לו בכל זאת להביא לחדר גם דברים שמפחידים אותו, הוא רוצה ליצור קשר אני מתעקשת שיצור את הכלב שלו, זה שמפחיד אותו".

- "הילד המטופל בלבד" - דוגמא: מטפל 39, (פ. 3): "ביקש שנחזור לדבר על המבחן- למעשה הייתה זו אמירה למשהו שזקוק בו לעזרה".

- "הילד המטופל בשיתוף עם המטפל" - דוגמא: מטפל 39, (פ. 6), "הילד המטופל] משתף מחוויות הנופש באילת, "שחקתי הרבה עם חברים שהכרתי" (בלי ההורים), מספר על כך שמבחינה חברתית הרבה יותר טוב לו, יש לו חברים חדשים, מבלה איתם. שאלתי איך מבחינה לימודית - "לא כל כך טוב". שאלתי אם הוא מרגיש שהתחיל כבר את החופש, אומר שכן".

שם הממד: "כיצד האדם מנגד משיב ליוזמה?"

- "בחייב" - דוגמא: מטפלת 61, (פ. 1) "אני מציעה לו שצייר את המשפחה שלו. אומר שלא יודע לצייר אבל מוכן לצייר. מצייר טוב ובדקדקנות. מצייר ראשון את אח שלו- הוא הכי חזק, לפעמים מרביץ לו, הוא לימד אותו לצייר. אח"כ מצייר את אימא שלו".

- "בשלילה" - דוגמא: מטפלת 39, (פ. 3) "כשאני מדברת על הצורך בהזדמנות חדשה ושחרור על רקע הפגישות הקודמות אומר שלא רוצה לדבר על זה- רוצה משהו אחר".

- "בהסכמה מחדשת לאחר אי הסכמה" - דוגמא: מטפל 2, (פ. 21): "נ' שתקה כרבע שעה, לא ענתה לשאלותיי, אמרתי שאני מבינה שקשה לה היום עם מילים והצעתי את "משחק הקשקושים" של ויניקוט. נ' הסכימה די מהר ושיתפה פעולה במשחק".

שם הממד: "יזמה לעיסוק בטרואמה הקשורה במלחמה" – ממד זה אפשר לבחון מי היה זה שיזם את העיסוק בטרואמה הקשורה במלחמה - המטפל או הילד המטופל?

- "המטפל" - דוגמא: מטפל 47, (פ. 1): "דיברנו על כך שדברים שחשב שיהיו תמיד ושהכי בטוחים פתאום נשברים - כמו אבא ואימא והמשפחה וזה עצוב. שאלתי איך הרגיש במלחמה ואמר שהיה טוב כי היו אצל סבתא וירדו למקלט כל פעם שהייתה אזעקה והיה קצת מפחיד אבל שיחק והיה כיף".
- "הילד המטופל" - דוגמא: מטפל 1, (פ. 11): "א' מספרת שהיה טקס יום הזיכרון בעכו. הדוד קרא קדיש רצו לראות את האחיינים, (הבנים של הדוד שנהרג). התפרצה מריבה בין אלמנת הדוד לבין א' ואביה. –קללות, מכות. מריבה עקב ויכוחים על ביטוח החיים של הדוד. א' פוחדת שיפתחו להם תיק במשטרה. חוששת למצבו הרגשי של אביה. מדברת על התפרקות עקב המלחמה- הדודים שמתו, המשפחה שמתפרקת, האב שמתפרק".

שם הממד: "הענות לאזכור נושא המלחמה על ידי הילד"

- "המטפל מרחיב" - דוגמא: מטפל 61, (פ. 5): "הוא ישר אומר שלא רוצה לעבוד על הדימוי של האישה המפחידה ומעדיף להביא דימוי מהמלחמה. אנחנו עובדים על הבונקר. הבונקר נצבע בצבעים שמחים- שיהיה נעים לילדים שיושבים שם. אני משקפת שיש לי תחושה שמתחמק מדימויים שממש מפחידים אותו, הוא לא מתייחס לכך".
- "המטפל משייך את התייחסות הילד למלחמה לבעיות אחרות" - דוגמא: מטפל 39, (פ. 1): [המטופל] סיפר שנבהל מאוד מהאזעקה שהייתה אתמול בלילה- נזכר במלחמה". במענה לסעיף "מה לדעתך המשמעות של מה שהתרחש" כותבת המטפלת: "י' נמצא בחרדה רבה, מתקשה להתרכז. נראה שהאזעקה של ערב יום הזיכרון הפתיעה אותו, הוא הגיב בבהלה וחבר שהיה איתו צחק עליו. י' חושש לחזור לכיתה ושיצחקו עליו ובמקביל חושש מהציון הגרוע לדבריו שיקבל- ולהשלכות של זה". במענה לסעיף "מה הדברים המעסיקים אותך עם סיום הפגישה" המטפלת כתבה: "נראה לי שהחרדות של י' והקושי שלו להתמודד איתן הן מעבר למלחמה".

סיכום תוצאות לגבי ממדי היזמה: מחישוב השכיחויות של הממדים של יזמה עולה כי בכמחצית מפגישות הטיפול הן הילד המטופל והן המטפל יזמו את בחירת נושא העיסוק העיקרי במהלך הפגישה, וברוב הפגישות האדם מנגד השיב בחיוב ליזמה. יש לציין כי הילדים המטופלים יזמו עיסוק בחוויות מלחמה בתדירות העולה פי שלוש ביחס למטפלים (11.4% לעומת 4.3%). רק בשליש מהמקרים בהם הילד המטופל העלה את נושא המלחמה, המטפלים חקרו או הרחיבו נושא זה.

האשכול הרביעי - "התערבויות ממוקדות בטרואמה", מתייחס למגוון ההתערבויות הממוקדות בחוויות הטרואמטיות השונות שהמטפלים ביצעו במהלך הטיפול. להלן דוגמאות הממחישות את הממדים השונים:

- "דיבור לא-אינסטרומנטלי על הזיכרון הטרואומטי" - דוגמא: מטפל 47, (פ. 1) "שאלתי איך הרגיש במלחמה ואמר שהיה טוב כי היו אצל סבתא וירדו למקלט כל פעם שהייתה אזעקה והיה קצת מפחיד אבל שיחק והיה כיף".
- "שימוש בטכניקות מתוך גישה קוגניטיבית-התנהגותית העוסקות במודולציה של האפקט והתמודדות עם חרדה" - דוגמא: מטפל 6, (פ. 4) "בפגישה זו הצגתי את רשימת הטרגטים שדווחה בפגישות הקודמות וביקשתי מה'שתינת הערכה לרמת קושי סובייקטיבי לרגע נתון. בנוסף לכך ביקשתי שתבנה מקום בטוח. ולימדתי אותה שיטות הרפיה- נשימה סרעפיתית".
- "יצירת הנרטיב של הטרואמה" - דוגמא: מטפל 25, (פ. 3) "התחלנו לעבוד על הסיפור, בהתחלה הבאתי קלפים מהם בנה א' את הסיפור, תוך שימוש בטכניקה של see far-CBT של מולי להד. הסיפור והעבודה עליו חשפו את הגורם מעורר החרדה: המחשבה שהפורץ יכול להיות מישהו שא' מכיר".

סיכום תוצאות לגבי התערבויות ממוקדות טראומה: ההתערבות הממוקדת בטרואמה השכיחה ביותר היא "דיבור על הזיכרון הטרואומטי" (12%) ואילו ההתערבות של "מודולציה של האפקט" (3%) ו"יצירת נרטיב של הטרואמה" (1%) מופיעות בשכיחות נמוכה:

מאפייני המטפל הקשורים למידת השיפור הסימפטומטי

חושבו מתאמים בין המשתנה "ההשתייכות המקצועית של המטפל" (פסיכולוג או מטפלת באומנות), מדד "הכשרה ספציפית בטיפול בטרואמה" (בעל הכשרה/חסר הכשרה) ו"שנות הוותק במקצוע" לבין מדד השיפור בשני כלי הערכה. לא

נמצאו מתאמים מובהקים בין ההשתייכות המקצועית של המטפל, ההכשרה ספציפית בטרואומה או שנות הוותק לבין מדדי השיפור של הילדים.

מידת השיפור לפי דיווחי בעיות ההתנהגות (CBCL) שמילאו ההורים

בעבור כל 20 הילדים המטופלים נאספו שאלוני בעיות התנהגות (CBCL) שמלאו ההורים. לסולמות השונים של שאלונים אלו (ציון כללי, התנהגות תוקפנית, תלונות גופניות, בעיות מחשבתיות/קשב, חרדה/דכאון, בעיות מופנמות ובעיות מוחצנות) חושבו מדדי השיפור המייצגים הפרשים בין עוצמת הסימפטומים כפי שהוערכה במדידה שלפני תחילת הטיפול, לבין המדידה שבסיומו. בוצעו מבחני זלמדגמים תלויים תוך השערה חד זנבית ימנית, לבחינת מידת השיפור בסולמות השונים. השיפור בציון הכללי, הכולל את סך כל בעיות ההתנהגות נמצא מובהקאשר במדידה הראשונה עוצמת הסימפטומים בציון הכללי הייתה גבוהה יותר ($M=.33; SD=.13$) בהשוואה למדידה בתום הטיפול ($M=.28; SD=.13$). ציון השיפור בסולם "בעיות מופנמות" נמצא מובהק, והשיפור בסולם "בעיות מוחצנות" קרוב למובהק, בשאר הסולמות השיפור לא נמצא קרוב למובהק.

מרכיבים טיפוליים הקשורים למידת השיפור לפי CBCL שמילאו ההורים

חושבו מתאמים חלקיים על מנת לבחון את הקשר בין שכחות השימוש ברכיבים הטיפוליים השונים, אשר הוצגו בסעיפים הקודמים, לבין השיפור בעוצמת הסימפטומים המדווחים בשאלוני CBCL שמילאו ההורים. למרות שלא נמצא הבדל מובהק בשכחות השימוש ברכיבים הטיפוליים השונים, בין מטפלים בעלי השתייכות מקצועית שונה נעשה שימוש במתאמים חלקיים תוך החזקת המשתנה השתייכות מקצועית של המטפל כקבוע, על מנת לנקות את ההשפעה הלא מובהקת של משתנה זה. נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין הטכניקות הטיפוליות הבאות: "מתן שעורי בית להמשך העבודה בין פגישות הטיפול", "התערבות ממוקדת בטרואומה מסוג דיבור על הזיכרון הטראומטי", "התערבות ממוקדת בטרואומה מסוג מודולציה של האפקט והתמודדות עם חרדה", "התערבות קוגניטיבית/פסיכו-חינוכית" לבין מדדי השיפור בסולמות "ציון CBCL כללי" ($R=0.65-0.67$) "חרדה/דיכאון" ($R=0.84 - 0.94$), "בעיות מופנמות" ($R=0.76-0.59$) ו"בעיות מוחצנות" ($R=0.58-0.48$). בעבור המוקד הטיפולי "התמקדות ביחסים בין אישיים", נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בינו לבין מדדי השיפור בסולמות "ציון CBCL כללי", "התנהגות תוקפנית" ו"בעיות מוחצנות" ($R = -0.52$). רמת המובהקות בכל המתאמים קטנה מ-0.01.

ניתוח פיזור השימוש במרכיבים הטיפוליים בין המטפלים

על מנת לשפוך אור על המספר היחסי של המטפלים שבטיפולים הופיעו המרכיבים הטיפוליים אשר נמצאו קשורים לשיפור מובהק בשאלוני CBCL שמלאו ההורים, חושב מספר המטפלים אשר בטיפולים הופיעו מרכיבים אלו. בלטו במיוחד הממצאים אשר הצביעו על כך שהמרכיב הטיפולי הנפוץ ביותר "התמקדות ביחסים בין אישיים", הופיע בקרב 95% המטפלים, הינו מרכיב בעל מתאמים שלילים מובהקים עם מדדי השיפור בסולמות "ציון כללי CBCL כללי", "התנהגות תוקפנית" ו"בעיות מוחצנות". לעומת זאת, המרכיב הטיפולי "מתן שעורי בית להמשך העבודה בין פגישות הטיפול" אשר נמצא כבעל מתאמים חיוביים מובהקים עם מדדי השיפור בסולמות "ציון כללי CBCL הורים", "בעיות מחשבתיות", "חרדה/דיכאון", "בעיות מופנמות" ו"בעיות מוחצנות", נמצא בשימוש בקרב 20% מהמטפלים בלבד. כמו כן, בלט כי ההתערבויות שונות הממוקדות בטרואומה שהופיעו אצל 75% מהמטפלים אף הן קשורות משמעותית למדדי השיפור.

דיון

מחקר זה בוצע בשיטת מחקר המשלבת את מתודת המחקר הכמותי עם מתודת המחקר האיכותני. תהליך ניתוח הנתונים החל בשיטה איכותנית באפיון המרכיבים הטיפוליים, אשר תוארו על ידי המטפלים ביומני הטיפול. לאחר מכן חושבו מדדי השיפור באמצעות שאלון בעיות התנהגות הילד)

(Child Behavior Checklist – CBCL). שילוב שתי מתודות מחקר אלו אפשר את בחינת הקשרים בין השימוש במרכיבים הטיפולים אל מול מדדי השיפור. בנוסף השילוב בין יומני הטיפול לשאלוני הפידיבק של המטפלים אפשר זיהוי של הקשיים בהם נתקלו המטפלים.

שימוש ברכיבי טיפול דירקטיביים לעומת שימוש ברכיבים לא דירקטיביים

הפסיכולוגים והמטפלות באומנות עשו שימוש אקלקטי הן במרכיבי טיפול דירקטיביים ובמרכיבי טיפול לא דירקטיביים. ניתן להתייחס למרכיבים המופיעים בפרק התוצאות תחת האשכול "טכניקות טיפוליות" כמרכיבי טיפול דירקטיביים, שכן הם הוגדרו כהתערבות או הובלה אקטיבית של המטפל כדי לשפר את אופן התמודדותו ורמת תפקודו של הילד המטופל, הם כוללים: העצמה ומיקוד בכוחותיו של הילד המטופל, עיסוק במצבים עתידיים ותכנון התמודדות איתם, דיון בחוויות העבר, יצירת קישורים בין מחשבות לרגשות חוזרים הקשורים לערכו העצמי של המטופל, התערבות קוגניטיבית/פסיכו-חינוכית [ללא קשר לטראומה], מתן "שעורי בית" והתייחסות לביצועם. מרכיבי הטיפול הלא דירקטיביים מופיעים בפרק התוצאות באשכול "מוקדים בטיפול" ומתייחסים לנושאים שעלו בטיפול ושנשמעו למטפל כמשמעותיים על פי התייחסותו בהקשבה, חקירה, דיון, או בציונם ביומן. הם כוללים התמקדות ביחסים בין אישיים, בתהליך ובקשר הטיפולי, באפקט וביטוי של רגש וחקירה של משאלות פחדים וחלומות.

נמצא כי מעבר לשיוך המקצועי של המטפלים **שכיחות השימוש במרכיבי הטיפול הלא דירקטיביים הייתה רבה יותר בהשוואה למידת השימוש במרכיבי טיפול דירקטיביים**. ממצאים המחזקים את ההטיה לכיוון טיפול לא-דירקטיבי עולים מהתבוננות בניחוח הקטגוריות של "ממדים של יוזמה". מהניתוח עולה כי מעבר לסך כל הפגישות הטיפוליות, המטפל היה היוזם העיקרי רק בכ-20% מפגישות הטיפול. ב-37% מהפגישות הילד היה היוזם העיקרי ובכ-40% הן הילד והן המטפל יזמו במשותף את מהלך הפגישה. ממצאים אלו מצביעים על כך שבמספר רב של פגישות המטפלים השתמשו בעמדה טיפולית המאפשרת לילד המטופל להוביל את טיפולו. עמדה זו מבוססת כנראה על העקרון המקובל בטיפול במשחק, המשותף הן לתיאוריות הומניסטיות והן לתיאוריות פסיכודינמיות, המייחס חשיבות להובלה של הילד בפגישות המשחק (Altman et al., 2002). מחקרו של רובינסון (Robinson, 2011) מראה שאכן עמדה טיפולית זו הינה מרכזית בטיפולים במשחק ברוח הגישה ההומניסטית, המאמינה שהמטופל זקוק בעיקר לליווי על מנת למצוא בתוכו כוחות לריפוי. עם זאת נמצא שהמטפלים ביצעו, גם אם במספר מצומצם יחסית של פגישות, **התערבויות הממוקדות בטראומה** משלושה סוגים: דיבור על הזיכרון הטראומטי, מודולציה של האפקט והתמודדות עם חרדה ויצירת נרטיב של הטראומה. נראה ששילובים מעין אלו נעשים על ידי המטפלים במטרה לספק את הטיפול היעיל ביותר לדעתם, כשהשימוש במרכיבי טיפול לא דירקטיביים נועד ליצור קשר טיפולי מיטיבי, בעוד שהשימוש במרכיבי הטיפול הדירקטיביים נעשה על מנת למקד את הטיפול בהתמודדות עם הקשיים שבגינם הילד הגיע לטיפול (Rasmussen & Cunningham, 1995; LaMotte, 2011).

רכיבי הטיפול השונים ותרומתם לשיפור מצבו של הילד

במחקר הנוכחי נעשה שימוש בממד השיפור לפי שאלון בעיות התנהגות הילד)

(Child Behavior Checklist – CBCL) שמילאו ההורים על מנת להעריך את הקשר בינו לבין הטכניקות הטיפוליות השונות שדווחו. נמצא כי הטכניקה הטיפולית "**מתן שעורי בית להמשך העבודה בין פגישות הטיפול**" נמצאת במתאמים חיוביים מובהקים עם בין מדדי השיפור בסולמות ה-CBCL: "ציון כללי של בעיות התנהגות", "בעיות מחשבתיות", "חרדה/דיכאון", "בעיות מופנמות" ו"בעיות מוחצנות". ממצא זה תואם את המטא אנליזה אשר הצביעה על כך שטכניקות מתן שעורי בית בטיפולים קוגניטיביים התנהגותיים קשורה, באופן חיובי עם אפקט מתון, לתוצאות חיוביות של הטיפול. יחד עם זאת הכותבים ציינו כי אפקט זה ממותן על ידי התייחסות המטפל לביצוע שעורי הבית ומידת ההיענות של הילד המטופל לביצוע שעורי הבית (Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000). במחקר הנוכחי נמצא כי 4 מטפלים בלבד השתמשו בטכניקת מתן שעורי הבית בפגישה בודדת במהלך הטיפול. בנוסף נמצא כי בפגישה אחת בלבד התייחס המטפל לביצוע שעורי הבית ובאף יומן לא תוארה מידת ההיענות של הילד המטופל לביצוע שעורי הבית. בספרות המחקרית קיימות עדויות לתרומה החיובית של מתן שעורי בית בטיפול קבוצתי בדיכאון (Neimeyer, & Feixas, 1990), בטיפול קבוצתי בהפרעות חרדה (Westra, Dozois, & Marcus, 2007) ובטיפול בהפרעת דחק פוסט טראומטית (Brady, Dansky, Back, Foa, & Carroll, 2001; Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). לאור כל זאת, ניתן לשער כי שימוש רב יותר בטכניקת מתן שעורי בית, בדיקתם והתייחסות להיענות של הילד המטופל לביצועם עשויים היו להטיב עם הילדים המטופלים.

בעבור המוקד הטיפולי "**התמקדות ביחסים בין אישיים**" נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בינו לבין מדדי השיפור בדיווחי ההורים בסולמות "ציון כללי של בעיות התנהגות", "התנהגות תוקפנית" ו"בעיות מוחצנות". ממצא זה מפתיע מכיוון שמרכיב זה של התמקדות ביחסים בין אישיים מצוי ביסודה של גישת הטיפול (Weissman, 2010) Interpersonal (Psychotherapy), אשר נמצאה כיעילה בטיפול בילדים הסובלים מדיכאון)

(Sburlati, Lyneham, Mufson, & Schniering, 2012). קשה לתלות את ההחמרה במצבם של הילדים באפקט של הטיפול. ייתכן כי מדובר בילדים עם בעיות התקשרות והסתגלות קשות שבעקבות החשיפה לטראומת המלחמה מצבם אף החמיר. המחקר אכן מראה כי הסיכון לפיתוח הפרעה פוסט-טראומטית גבוה יותר אצל ילדים שלא פתחו יכולות רפלקטיביות מתאימות עוד קודם לטראומה (Fonagy & Target, 2003). התמודדות עם בעיות בתחום ההסתגלות החברתית מערבת הן שינוי בתפיסה העצמית ובדפוס האינטראקציה הבינאישית של המטופל והן שינויים במצב ובמעמד החברתי מצד סביבתו. על כן נדרשת עבודה טיפולית הכוללת התערבויות מבוססות התקשרות לאורך זמן והתערבויות

מערכתיות כדי ליצור שינוי. לאור המשך הקצר יחסית של הטיפולים והקצאת הזמן בפרויקט להתערבויות ממוקדות בילד (ופחות להתערבויות המערכתיות) ספק אם ההתערבות היתה מספקת ומותאמת לצרכי ילדים אלו.

עבור הטכניקה הטיפולית "התערבות ממוקדת בטרואמה מסוג דיבור על הזיכרון הטראומטי" וגם עבור הטכניקה הטיפולית "התערבות ממוקדת בטרואמה מסוג מודולציה של האפקט והתמודדות עם חרדה", נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בינם לבין מדדי השיפור בסולמות שמלאו ההורים "ציון כללי CBCL", "חרדה/דיכאון", "בעיות מופנמות" ו"בעיות מוחצנות". ממצאים אלו מצביעים על כך שעצם העבודה הטיפולית על הזיכרון הטראומטי וההתמודדות עם החרדה המלווה אותו קשורה לשיפור במצוקה פוסט טראומטית של ילדים. לאור ממצא זה ניתן לשער כי טיפול ממוקד בטרואמה עצמה מספק לילד המטופל הקלה סימפטומטית משמעותית. ממצא זה אודות החשיבות במיקוד העבודה הטיפולית בטרואמה זכה לביסוס נרחב יחסית בספרות המחקרית (

(Murray, Cohen, & Mannarino, 2013; Cohen, Murray, & Mannarino, 2013).

בנוסף, נמצא מתאם חיובי בין הטכניקה הטיפולית "התערבות קוגניטיבית התנהגותית/פסיכו-חינוכית (ללא קשר לטרואמה)" לבין מדד השיפור בסולמות "חרדה/דיכאון". כיוון שתגובות פוסט טראומטיות עשויות להתבטא בדיכאון וחרדה כלליים, שימוש בהתערבות קוגניטיבית התנהגותית/פסיכו-חינוכית שאינה קשורה בהכרח לטרואמה עשויה לשפר את החרדה והדיכאון שנוצרו בעקבות הטרואמה. ממצא זה תואם את הספרות המחקרית אודות היעילות הטיפולית של התערבויות קוגניטיביות התנהגותיות ופסיכו-חינוכיות בטיפול בהפרעות חרדה ודיכאון בקרב ילדים (

(Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004).

קשיי המטפלים

ניתוח התוכן הקטגוריאלי של יומני הטיפול הצביע על מספר קשיים בהם נתקלו המטפלים בעבודתם. עלה כי 13 מתוך 14 מטפלים אשר הצהירו בשאלוני הפיידבק כי עברו הכשרה ממוקדת בטרואמה, ביצעו לפחות התערבות אחת ממוקדת בטרואמה במהלך הטיפול המתואר ביומן. הפסיכולוגים בהשוואה למטפלות באמנות, ביצעו באופן מובהק עם גודל אפקט מתון, יותר התערבויות ממוקדות בטרואמה (מעבר לסוגים השונים). זאת למרות דיווחים על הכשרה דומה. הסיבה השכיחה יותר לאי ביצוע ההתערבויות הממוקדות בטרואמה, עליה דיווחו המטפלים ביומני הטיפול, הייתה מסוג "חשש שאולי התערבות ממוקדת בטרואמה תגרום למטופל מידה רבה של אי נוחות/טראומטיזציה משנית". זאת בדומה לדיווחים של הרמן (Herman, 1997) המתארת את הרתיעה שהמטפלים עשויים לחוש מול המגע עם הטרואמה, ואת החשש לגרום לחוויה טראומטית נוספת במהלך הטיפול. חוסר בטחון וידע מספיקים בניהול העיבוד היו סיבה נוספת להימנעות זו, יחד עם תחושה "כי יש המון מוקדים הזקוקים להתייחסות", וכי יש מוקדים בעלי קדימות רבה יותר מאשר הטרואמה שחלפה. יש לציין כי בספרות המחקרית נמצאות עדויות עדכניות אודות הפרעת דחק פוסט טראומטית - מורכבת בילדות. ספרות זו מצביעה על כך שילדים בעלי היסטוריה של פסיכופתולוגיה, או כאלה אשר חוו מספר טראומות בין אישיות, טראומה ממושכת או טראומות מוקדמות, הינם פגיעים יותר ובקבוצת סיכון לפיתוח מצוקה פוסט טראומטית ורמת הסתגלות פחות טובה בעקבות אירוע טראומטי ציבורי (Wamser-Nanney, & Vandenberg, 2013). ממצאים אלו מחזקים את החשיבות של ביצוע התערבויות הממוקדות בעיבוד החוויה הטראומטית המידית, בשלב הראשון, לעומת טיפולתחילה בקשיי הסתגלות שונים כרוניים או חדשים.

בנוסף, חשוב להזכיר שוב את הרקע לפרויקט ואת העובדה כי המטפלים והילדים המטופלים בפרויקט מחקרי זה היו שותפים לאירועים טראומטיים משותפים (Shared traumatic realities) של מלחמת לבנון השנייה. ייתכן ורקע זה עשוי לתרום להבנת הקושי הכפול של המטפלים לעסוק בטרואמת המלחמה, כפי שנשקף ממצאי הניסוי: (1) מנתונים אודות האשכול "ממדים של יוזמה" עלה כי הילדים המטופלים יזמו עיסוק בחוויות מלחמה בתדירות העולה פי שלוש ביחס למטפלים, (2) בנוסף ניתן לראות כי באופן מפתיע, רק בשליש מהמקרים בהם הילד המטופל העלה את נושא המלחמה, המטפלים חקרו או הרחיבו נושא זה. קושי זה ניתן להסביר גם בעזרת ממצאי מחקרם של וולר ושות' (

(Waller, Stringer, & Meyer, 2012) אשר הצביעו על כך שמטפלים נמנעים מיישום שיטות דירקטיביות בטיפול על מנת להימנע מלעורר חרדה במטופליהם, ושככל שהמטפל הינו בעל רמה גבוהה יותר של חרדה, כך הוא נמנע יותר מיישום שיטות דירקטיביות בטיפול. לכך ניתן להוסיף את הממצא כי תחושות הקושי של המטפל לעסוק בטרואמה עשויות להוביל להימנעות מחקר הטרואמה ומהעבודה עליה (Sigel, Benton, Lynch, & Kramer, 2013) אפילו במקרים בהם המטופל עצמו מוכן ומסוגל לכך (Zoellner et al., 2011; Cohen et al., 2014).

תרומת המחקר ומגבלותיו

יש להתייחס בזהירות לממצאי המחקר הנוכחי עקב מספר סיבות. ראשית, גודלו המצומצם של המדגם פוגע ביכולת

ההכללה לאוכלוסיות ואירועים טראומטיים נוספים ואף מנע ביצוע ניתוחים סטטיסטיים מורכבים יותר אשר היו יכולים לשפוך אור נוסף על מערכת היחסים בין המשתנים. יחד עם זאת, יש לציין כי למרות שאופן בחירת הילדים והמטפלים למחקר זה יצרו שונות מסוימת בקרבם ובאופי הטיפולם שבוצעו בפועל, הממצאים אשר התקבלו במחקר הנוכחי, במיוחד לאור שונות זו, מצביעים על קשרים מובהקים ובעלי אפקטים משמעותיים בין מרכיבי הטיפול לבין מדדי השיפור, דבר המחזק את התוקף של המחקר. יומני הטיפול מתבססים על דיווח עצמי ועל כן ייתכן והושפעו מהטיות של רצייה חברתית. שנית, עקב שיקולים אתיים, במחקר זה לא הייתה קבוצת ביקורת. על מחקר עתידי להתייחס למחקר הנוכחי כאל מחקר גישוש, ולשאוף לשפר את מבנה המערך המחקרי תוך כדי שימוש במתודולוגיית מחקר פעולה. שימוש במדגם גדול בהרבה יאפשר לחקור מספר קבוצות מטפלים בו זמנית. למשל, בקבוצה אחת המטפלים יבצעו טיפול "רגיל" ובקבוצה נוספת יודרכו המטפלים להשתמש בתדירות גבוהה במרכיבים טיפוליים אשר המחקר הנוכחי הצביע על חשיבותם.

לצד כל זאת, המחקר הנוכחי הינו בעל תרומה תיאורטית ומעשית לגוף הידע אודות טיפול בילדים הסובלים ממצוקה פוסט טראומטית בקונטקסט של מציאות טראומטית משותפת. ראשית, העובדה שהטיפולים בשטח היו אקלקטיים ושילבו מרכיבים מגישות טיפוליות שונות, עשויה להצביע על גמישות רבה של המטפלים בהתאמת הטיפול בעבור הילד המטופל הספציפי. עם זאת, אין לבטל, מבלי מחקר מעמיק יותר, את השערה כי ייתכן ואקלקטיות זו נובעת דווקא מעמדה טיפולית שברירת, מבולבלת וחסרת בסיס איתן. על כן, בקרב קבוצת מטפלים אלו, העובדים עם ילדים הסובלים ממצוקה פוסט טראומטית בכלל, ובקרב מטפלים העובדים במציאות טראומטית משותפת בפרט, עולה פי כמה וכמה החשיבות של תהליך הכשרה מקיף והדרכה צמודה יותר. על תהליך הכשרה זה להיות ממוקד בלמידת התיאוריות ורכישת מיומנויות שימוש במרכיבים הטיפוליים לגביהם קיימות ראיות מחקריות עדכניות אודות יעילותם בטיפול בטרומה (Warfield, 2013). לאור הממצא כי ההתערבויות הממוקדות בטרומה הן אלו הקשורות למדדי שיפור רבים, יש להדגיש בתהליך ההכשרה וההדרכה את קדימות העיסוק בטרומה ורק לאחר מכן עיסוק בקשיים אחרים. כל זאת תוך סיפוק מסגרות לעיבוד רגשי של חרדות ורגישויות המטפלים הנמצאים ב"מציאות טראומטית משותפת" עם מטופליהם.

סיכום

הטיפולים המבוצעים בשטח הינם תוצר אקלקטי של מרכיבים טיפוליים מגישות טיפוליות דירקטיביות ולא דירקטיביות, מילוליות ולא מילוליות. המטפלים שהשתתפו במחקר הנוכחי השתמשו באופן תדיר יותר במרכיבים טיפוליים לא דירקטיביים, זאת למרות העדויות המחקריות ליעילותם של מרכיבים טיפוליים דירקטיביים בטיפול בילדים המצויים במצוקה פוסט טראומטית. יתרה מכך, ממצאי המחקר עצמם מצביעים על קשרים חיוביים ומובהקים בין מרכיבים טיפוליים דירקטיביים למדדי שיפור שונים. נמצאה עדות לכך שמצבם של ילדים שבטיפול עימם נרשמה "התמקדות ביחסים בין אישיים" לא רק שלא השתפר, אלא אף הורע. לבסוף נמצא כי למרות הדיווח על הכשרה מתאימה בהתערבויות ממוקדות בטרומה, המטפלים חוו קושי כפול לבצע התערבויות אלו: (1) המטפל היה היוזם לעיסוק בחוויות מלחמה בתדירות נמוכה פי שלוש ביחס ליוזמת הילדים. (2) רק בשליש מהמקרים בהם הילד המטופל העלה את נושא המלחמה, המטפלים חקרו או הרחיבו נושא זה. קושי זה התקיים למרות יעילותן של התערבויות ממוקדות בטרומה הנתמכות בספרות המחקרית ובממצאי המחקר הנוכחי. לאור זאת, על תהליך ההכשרה וההדרכה בעבור מטפלים העובדים עם ילדים המצויים במצוקה פוסט טראומטית, להיות מקיף וצמוד יותר. ההכשרה צריכה להתייחס גם לגורמים רגשיים המשפיעים על התנהגות המטפלים החשופים לאותם אירועים טראומטיים כמו הילדים ומושפעים מהם.

הערות

1. תודות לד"ר פלורה מור וד"ר שי חן-גל מ"אשלים", לד"ר מזל מנחם משפ"י, ולפרופ' אבי שדה מאוניברסיטת תל אביב, על תרומותיהם החשובות למחקר זה.

2. גירסא מורחבת של מחקר זה ניתן למצוא בעבודת התיזה לתואר שני של יאן סרדצה.

מקורות

- כהן, א. (2008) "מקום בטוח": ממצאים מן העבודה הטיפולית בפרויקט הסיוע לגליל ולעוטף עזה. הרצאה בכנס אשלים, תל-אביב.
- שדה, א. (2007). התערבות טיפולית בילדי הצפון: סיכום הממצאים. דו"ח ל"אשלים".
- שקדי, א. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תאוריה ויישום. תל אביב: הוצאת רמות –אוניברסיטת תל אביב.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile: T.M. Achenbach
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D. & Pantone, P. (2002). Relational Child Psychotherapy. New York: Other Press
- Baggerly, J., Burns, B., Bratton, S., Crenshaw, D. A., Gil, E., Homeyer, L. E., & Sweeney, D. (2008). Association for play therapy response to CDC Task Force Report, September 2008. Retrieved from <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=27127>
- Bedwell, C., McGowan, L., & Lavender, T. (2012). Using diaries to explore midwives' experiences in intrapartum care: An evaluation of the method in a phenomenological study. *Midwifery*, 28(2), 150-155
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 47-54
- Briere, J., & Lanktree, C. (2008). Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth. Paper presented at the Integrative Treatment of Complex Trauma, Long Beach, CA: MCAVIC-USC
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 597-610
- CATS. (2007). Implementing CBT for traumatized children and adolescents after September 11: Lessons learned from the Child and Adolescent Trauma Treatments and Services (CATS) Project. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 581-592
- Cohen, E., Roer-Strier, D., Menachem, M., Fingher-Amitai, S & Israeli. N. (2014). "Common-Fate": Therapists benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. *Clinical Social Work Journal*, 12 (2). Doi: 10.1007/s10615-014-0499-9
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215-224
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T. R., & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2002). Child and Parent Trauma Focused Cognitive-Behavioral Therapy Treatment Manual. Unpublished manuscript
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223. doi: 10.1177/088626000015011007
- Cohen, J. A., Murray, L. K., & Mannarino, A. P. (2013). Trauma-focused cognitive behaviour therapy for child sexual abuse.. In Graham, P. J., (Ed). *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families* (145-158). New York: Cambridge University Press

- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., & Foa, E. B. (2004). Bridging the Gap Between Posttraumatic Stress Disorder Research and Clinical Practice: The Example of Exposure Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 374
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapist's participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1(1), 23-42
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75
- Drewes, A. A. (Ed.). (2009). *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc
- Dugan, E. M., Snow, M. S., & Crowe, S. R. (2010). Working with children affected by Hurricane Katrina: two case studies in play therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1), 52-55
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., & Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide*. New York: Oxford University Press
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). Evolution of the interpersonal interpretive function: Clues for effective preventive intervention in early childhood September 11: Trauma and human bonds. (pp. 99-113): New York, NY, US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group
- Froggett, L., & Briggs, S. (2012). Practice-near and practice-distant methods in human services research. *Journal of Research Practice*, 8(2), Article-M9
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York, US: Guilford Press
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., ... & Apter, A. (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034-1042
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202
- Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 13-20

- LaMotte, J. (2011). Psychotherapeutic techniques and play therapy with children who experienced trauma: A review of the literature. *The Undergraduate*, 7, 68-73
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. Oxford, England: Falmer Press/Taylor & Francis, Inc
- Messer, S. B., & Winokur, M. (1980). Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *American Psychologist*, 35(9), 818-827. doi: 10.1037/0003-066x.35.9.818
- Messer, S. B. (2012). Assimilative and theoretical integration in the treatment of a trauma survivor. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 8(2), 113-117
- Murray, L. K., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth who experience continuous traumatic exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 180-195. doi/10.1037/a0032533
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21(3), 281-292
- Osofsky, J. D. (2009). Perspectives on helping traumatized infants, young children, and their families. *Infant Mental Health Journal*, 30(6), 673–677. doi:10.1002/imhj.20236
- Puttre, J. J. (2011). *A Meta-analytic Review of the Treatment Outcome Literature for Traumatized Children and Adolescents*. New York: St. John's University
- Rachamim, L., Nacasch, N., Shafran, N., Tzur, D., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Exposure-based therapy for post-traumatic stress disorder in children and adults. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 274-281
- Rasmussen, L. A., & Cunningham, C. (1995). Focused play therapy and non-directive play therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4(1), 1-20
- Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in Education*, 29(3), 207-220
- Rogers, A., Day, J., Randall, F., & Bentall, R. P. (2003). Patients' understanding and participation in a trial designed to improve the management of anti-psychotic medication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 720-727
- Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(3), 437-453. doi: 10.1177/1359104501006003011
- Saltzman, W. R., Layne, C. M., Steinberg, A. M., & Pynoos, R. S. (2006). Trauma/grief-focused group psychotherapy with adolescents. In L.A. Schein, H.I. Spitz, G.M. Burlingame, & P.R. Muskin (Eds.), *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment*, (681–742). New York: Haworth
- Sburlati, E. S., Lyneham, H. J., Mufson, L. H., & Schniering, C. A. (2012). A Model of therapist competencies for the empirically supported Interpersonal Psychotherapy for adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 93-112

- Scheeringa, M. S., Salloum, A., Arnberger, R. A., Weems, C. F., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J. A. (2007). Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: Two case reports. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 631-636. doi: 10.1002/jts.20232
- Shalev, A. Y., Galai, T., & Eth, S. (1993). Levels of trauma: A multidimensional approach to the treatment of PTSD. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 56*(2), 166-177
- Shelby, J. S., & Felix, E. D. (2005). Posttraumatic Play Therapy: The need for an integrated model of directive and nondirective approaches. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically Based Play Interventions for Children (79-103)*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Shelby, J., & Campos, K. G. (2011). Cognitive-behavioral play therapy for traumatized children: Narrowing the divide between ideology and evidence. In A. A. Drewes, S. C. Bratton & C. E. Schaefer (Eds.), *Integrative play therapy (107-128)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc
- Sigel, B. A., Benton, A. H., Lynch, C. E., & Kramer, T. L. (2013). Characteristics of 17 statewide initiatives to disseminate trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(4), 323-333
- Snyder, M., & Thomsen, C. (1998). Interactions between therapists and clients: hypothesis Testing and behavioral confirmation. In D. C. Turk & P. Salovey (Eds.), *Reasoning, Inference and Judgment in Clinical Psychology (124-152)*. New York: The Free Press
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 895-911. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.005
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York, US: Cambridge University Press
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 330-338. doi: 10.1037/0022-006x.71.2.330
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy, 47*(2), 119-127
- Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 171-175
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*. doi: 10.1002/jts.21857
- Warfield, J. R. (2013). Supervising culturally informed modified Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 27*(1), 51-60
- Weissman, M. M. (2010). Interpersonal psychotherapy. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. 1-3. DOI: 10.1002/9780470479216.corpsy0462
- Westra, H. A., Dozois, D. J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 363-373

Zilber, N., Auerbach, J., & Lerner, Y. (1994). Israeli norms for the Achenbach Child Behavior Checklist: Comparison of clinically-referred and non-referred children. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 31(1), 5-12

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Bittinger, J. N., Bedard-Gilligan, M. A., Slagle, D. M., Post, L. M., & Chen, J. A. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 300-308. doi: 10.1037/a0024642

תבנית לציטוט ביבליוגרפי (APA):

כהן, א., סרדצה, י. (2014). טיפול במצוקה פוסט טראומטית של ילדים: מה ניתן ללמוד מיומניהם של מטפלים ישראלים? [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום רביעי 18 מרץ 2015, מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3202>