

מדברים ביחד – הורים וילדים

התערבות הורה-ילד קצרה לילדים צעירים שנחשפו לטראומה קולקטיבית

נעמה קרויזר, נטע עופר, עינת שקד, טלי פרנקל, יובל סער-הימן ואליסיה ליברמן

מבוא

התערבות 'מדברים ביחד' היא התערבות הורה-ילד טיפולית קצרה ממוקדת טראומה והתקשרות, שנבנתה כדי לסייע לילדים מגיל לידה ועד גיל שמונה ולהוריהם שנחשפו לטראומה ביישובי הנגב המערבי בשבעה באוקטובר 2023. ההתערבות מתמודדת עם שני אתגרים מרכזיים הנובעים מהחשיפה לטראומה: ויסות רגשות מציפים, ושיקום השבר ההתקשרותי בין הילד להוריו. ילדים צעירים זקוקים להוריהם כדי להתמודד עם אתגרים אלו (Schoe, 2001), לפיכך ההתערבות משותפת להורים וילדים. מטרת ההתערבות הן לסייע להורים לעזור לילדיהם לווסת רגשות קשים שהתעוררו בעקבות האירוע הטראומטי, באמצעות יצירת מגע עם רגשותיהם; לסייע בשיקום האמון והקרבה ביחסי הורה-ילד, שעלולים להיפגע בעקבות הטראומה; ולעזור להורה לשוב לתחושת מעורבות ואפקטיביות ביכולתו לסייע לילדו להתמודד עם רגשות קשים.

ההתערבות בנויה משני שלבים: התערבות קצרה ואקוטית (2-4 פגישות) הכוללת מפגש הורים ומפגש הורים-ילדים בסמוך לאירוע. התערבות מיידיית ומניעתית זו מאפשרת גם מיפוי ואיתור ילדים הזקוקים למענה ממושך יותר. לאלו מוצעת התערבות מורחבת (12-14 פגישות) שמחציתה מפגשי הורים ומחציתה מפגשי הורים-ילדים, והיא מאפשרת העמקה והתמודדות עם תסמינים עיקשים יותר. שני השלבים מבוססים על אותם עקרונות תיאורטיים, ומתמקדים ביצירת דיאלוג רגשי בין ההורים לילדים על האירועים והרגשות הקשים.

מאוקטובר עד דצמבר 2023 טופלו באמצעות הפרוטוקול הקצר כ-730 משפחות ובהן כ-1,750 ילדים, ובשנת 2024 טופלו כ-400 ילדים באמצעות הפרוטוקול המורחב. לא נכללו משפחות עם אובדן או חטיפה במעגל ראשון, אלו קיבלו התערבות ארוכה יותר. נתונים שנאספו במסגרת מחקר הערכה מצביעים על ירידה ניכרת בתסמיני המצוקה בקרב הילדים, ושיפור בתחושת המסוגלות ההורית, ובפרט בנכונותם לפגוש את רגשות ילדיהם, שהתעוררו בעקבות האירוע הטראומטי.

תיאור המקרה¹

שש ו-29 דקות גבוקר השבעה לאוקטובר בבית בקיבוץ בעוטף עזה, ההורים ממהרים לממ"ד, שבו ישנות בנותיהם, עדי (שם בדוי) בת הארבע ואחותה בת השנה. עוברות דקות והודעות ב'ווטסאפ' והקולות מבחוץ מבהירים שלא מדובר ב'צבע אדום' רגיל. הקיבוץ מלא מחבלים, והם שומעים אותם מתקרבים לבינם. התינוקת יונקת ושקטה באופן חריג. עדי מבוהלת ואמה מהסה אותה, וכשקולות הירי והדיבורים קרבים לדלת הממ"ד היא מכניסה אותה לסל הכביסה הגדול שעומד בממ"ד, ומכסה אותה בכריות. עדי השקטה מבלה את ארבע השעות הבאות בסל הכביסה, כשהוריה מהסים אותה בכל פעם שהיא זזה, ומגינים על סל הכביסה בגופם. עדי שוקעת בתרדמה עלפונית שממנה תקיץ רק כאשר הוריה יחלצו אותה מסל הכביסה, סמוקה ומיובשת.

בערב המשפחה מחולצת בשלום בידי הצבא, ומפונה – ככל אנשי הקיבוץ – למלון. עדי נשארת שקטה מאוד, מדברת רק בלחש. היא ממעטת להתנועע ולשחק, נצמדת להוריה בכל שעות היממה ומתעוררת בפחד בלילות. מדי פעם היא מתפרצת בעקבות דברים קטנים, התנהגות שלא אפינה אותה בעבר.

רקע

בלב האירוע הטראומטי שעברה עדי (כמו אלפי ילדים מהנגב המערבי) מצויים שני מרכיבים מרכזיים המאיימים על בריאותה הנפשית: קושי להתמודד עם עוצמת הרגשות שחוותה, והשבר הרגשי שנוצר בינה להוריה, שכדי להגן על חייה התנהגו כלפיה באופן שאינה רגילה לו. מפאת גילה היא אינה מסוגלת להבין את התמונה הכללית, וחווה את התנהגות הוריה כתקיפה ומבהילה. בימים העוקבים לשבעה באוקטובר פגשו משפחות רבות כמו משפחה זו להתערבויות אקוטיות. מתוך הליכה משותפת עם המשפחות בימים מדממים אלו, התחלנו להכיר את הכאבים שהעלו הילדים הצעירים והוריהם, ולאפיין את הרכיבים הקריטיים הנדרשים כדי לעזור להם. מתוך הבנות אלו ומהצורך העצום שעלה מהשטח, הקמנו בתוך ימים ספורים את עמותת 'מדברים ביחד', העוסקת במענה לילדים בגיל הרך שהושפעו מטראומה ומדחק קולקטיביים.

כאשר ילד נחשף לאירוע טראומטי המאיים על שלומו, הוא חווה רגשות קשים ומציפים שאינם יכול לווסת, כגון אימה, זעם וחוסר אונים (Pynoos & Eth, 1985). גם כאשר הסכנה המיידית חולפת, הילד נשאר עם הרישום הרגשי שלה, ואינו יכול לעבדו לבדו (Chu & Lieberman, 2010). החוסר בעיבוד רגשי מקשה על חיבור האירוע לרצף הזיכרונות והמשמעויות שמחזיק הילד, ובכך מאיים על שלמותו הנפשית. מתוך רגשות לא מעובדים אלה עלולה להיווצר הפרעה פוסט-טראומטית שתפגע בהתפתחותו ובוויסות הרגשי שלו (Ogden et al., 2006; Van der Kolk, 2014). כיוון שילדים צעירים חסרים עדיין את המכנים המנטליים הנדרשים לעיבוד ולוויסות

הרגשות שמעוררת הטראומה, הם זקוקים לעזרת הוריהם בתהליך זה. ככל שהילד צעיר יותר הוא זקוק יותר לעזרת הוריו (Beebe & Lachmann, 2002; Lieberman et al., 2015). האתגר השני שמציב אירוע טראומטי בפני הילד, הוא השבר שנוצר באמון של הילד בהוריו וביכולתם להגן עליו. כאשר הילד חווה רגשות מציפים, וההורים המרוכזים בהישרדות הפיזית אינם זמינים לעזור לו להתמודד עימם (Cohen & Shulman, 2019), או אפילו מפחידים אותו או כועסים עליו, נפגעת יכולתו לסמוך עליהם כמקור להגנה וביטחון. מכיוון שילדים צעירים נוטים לראות בהוריהם בעלי יכולות אומניפוטנטיות, הם עלולים לחוות את ההורה כמי שבחר שלא לעזור להם, או לחילופין לחוות את עצמם כלא ראויים לעזרה. ללא תיקון תפיסות אלו, הטראומה עלולה לפגוע קשות במערכת היחסים של הילד עם ההורה ובכוננותו לסמוך על ההורה, להאמין בו, לבטא פגיעות מול ההורה ולפנות אליו לעזרה. שינויים אלה פוגעים ביכולת הילד להיעזר בהורה לצורך עיבוד הרגשות המציפים, ובכך להשליך על התאוששותו מהטראומה ועל המשך התפתחותו (Lieberman & Van Horn, 2008).

תגובות של ילדים צעירים לטראומה אינן פשוטות לזיהוי, ולעיתים קרובות קשה להורים לחבר בין קשיים והתנהגויות שהפעוט מראה לאירוע שחווה. גם כאשר ההורים מזהים שילדיהם מפגינים מצוקה הקשורה לאירוע, לא תמיד יש להם כלים לסייע לילדם לעבד את רגשותיו המציפים. יתרה מזאת, בנסיבות של חשיפה משותפת לטראומה, שבהן הורים מתמודדים בד בבד עם קושי אישי וקושי בהתמודדות הורית, רוב ההורים נוטים להימנע ולהתרחק מביטוי רגשות שליליים של הילד, ובמיוחד רגשות אינטנסיביים של פחד, כעס ועצב. במקום זאת, הם מנסים להסיח את דעתו של הילד או למתן את הביטוי הרגשי שלו (Scheeringa & Zeanah, 2008). פעולה טבעית זו נובעת לרוב מניסיון של ההורה לגונן על הילד או על עצמו מרגשות קשים, שלעיתים נחווים כמסוכנים, ומונעת בתקווה שעם החזרה לשגרה הפעוט לא יזכור את האירוע. בכך, במודע או שלא במודע, הם מעודדים את הילד להימנע ממגע עם הרגשות הטראומטיים, ואינם מאפשרים עיבוד טוב דיו של הטראומה.

ההתערבות

התערבות 'מדברים ביחד' נבנתה כדי להיענות לסוגיות הללו, בהתערבויות טיפוליות קצרות עם הורים וילדיהם הצעירים. ההתערבות נבנתה על בסיס מודל CPP (Child Parent Psychotherapy) – טיפול הורה-ילד בטראומה בגיל הרך (Lieberman & Van Horn, 2008). כדי להיענות במהירות ובהיקף רחב למספר הנפגעים העצום, נדרשנו לקצר את ההתערבות. לצורך זה גיבשנו פרוטוקול מובנה שכלל משימות וצעדים ברורים, וסייע גם להכשרה מהירה של אנשי מקצוע. שתי התאמות נוספות התאפשרו בזכות האהדה וההזדהות העצומה בציבור הישראלי כלפי הנפגעים, שתרמו לצמצום תחושות הבושה והאשם ההורי המאפיינות לרוב נפגעי טראומה: הראשונה – השמטת עיסוק במאפיינים הפסיכולוגיים הספציפיים של המשפחה: דפוס ואיכות ההתקשרות, טראומות קודמות והעברה בין-דורית של היסטוריה הורית טראומטית. השנייה – העדפת שיח רגשי ישיר

בין ההורה לילד על חשבון משחק חופשי. כדי לסייע בכך שולבו מרכיבים מגישות ממוקדות חוויה (Fosha, 2000) וכן שימוש בדיאלוג האפקטיבי-רפלקטיבי (Hughes, 2007), והדגשתו על פני משחק חופשי.

קווים מנחים מרכזיים בהתערבות

1. התערבות הורה-ילד: ילדים צעירים זקוקים להוריהם כדי לעבד רגשות מציפים, ולכן כל ההתערבות נעשית במרחב היחסים שבין ההורה לילד (Schoore, 2001). בעזרת המטפלת, ההורים הם אלו שפותחים דיאלוג עם הילד, מעניקים לו ביטחון מחודש ואמון בהם ובקשר, ובכך עוזרים לו לעבד את האירועים הטראומטיים ואת הרגשות שהם מעוררים. ההתערבות הטיפולית ממוקדת ביצירת אינטראקציה מיטיבה בין ההורים לילד, ומדגישה את חיזוק תחושת הביטחון והמסוגלות של ההורים ושל הילד ואת הכוח שיש לקשר ביניהם.
2. עבודה ממוקדת עם ההורים, הבנויה על יחסי אמון ושותפות בין המטפלת להורים: תפקיד המטפלת לדאוג שההורים יחשו שהם והיא 'צוות', ושהמטפלת יכולה להוביל אותם בבטחה. לשם כך מחפשת המטפלת בחיפוש אקטיבי את הכוונות המיטיבות של ההורים ואת יכולותיהם לעזור לילדיהם, ומבטאת – מפורשות, בחום ובאותנטיות – את הערכתה כלפיהם וכלפי המאמץ שלהם להבין את חוויית הילד. המטפלת מקנה להורים ידע ומסייעת להם לשוחח עם ילדם בדו-שיח שבו יוכל להביע את רגשותיו. כך מתאפשר להורה לחוות על בשרו את יכולתו להשפיע השפעה מיטיבה ועמוקה על מצבו הנפשי של ילדו, ואת הקרבה הנובעת מכך.
3. דיבור ישיר על הטראומה: לילדים צעירים אין יכולת או רשות פנימית להעלות אירועים ורגשות קשים אלו בעצמם, ללא הזמנה והובלה מפורשת של הוריהם (Lieberman & Van Horn, 2008). לכן המטפלת וההורים אחראים להוביל ולמקד את הפגישה באירועים הטראומטיים וברגשות שהתעוררו.
4. דגש על איחוי השבר ההתקשרותי והחזרת הביטחון של הילד בהורה: זהו חלק ניכר בפגישות המשותפות כבר מראשית התהליך. המטפלת מקנה להורים ידע בנוגע לתגובות רגשיות אופייניות של ילדים כלפי הוריהם בהקשר של טראומה, הכוללות רגשות קונפליקטואליים (כגון כעס, אכזבה ועלבון), ובודקת ברגישות עם ההורים אפשרות לקיומם של רגשות כאלו אצל הילד. ההורים בעזרת המטפלת מעלים אפשרות זו בפני הילד ישירות, בחום ובקבלה, ובהמשך אף נושאים באחריות ומביעים צער על שלא יכלו להגן על הילד מפני הרגשות הקשים שחווה במשך האירועים, ועל כך שלפעמים אפילו פגעו או הפחידו אותו בעצמם.
5. התמקדות בעיבוד הרגשות שהילד חווה באירוע הטראומטי ולאחריו: המטפלת וההורים מזמינים את הילד להיזכר בחוויה הרגשית של האירוע בקיות ובשימוש בטכניקות שיאפשרו לו מגע רגשי עם החוויה (כדוגמת דיבור משחקי וחי, חום וקבלה, ביטוי מפורש של סקרנות כלפי חוויית הילד, התמקדות בגוף ובפרטים מהותיים). בניגוד למה שקרה בעת האירוע הטראומטי, כאן

- מתאפשר לילד לחוות את הרגש בסביבה תומכת ובטוחה בד בבד עם קבלת אישור, הבנה והכלה מההורה. סביבה כזאת מאפשרת עיבוד, ויסות ויצירת נרטיב משותף ואינטגרטיבי.
6. ההתערבות היא מניעתית, ועל כן נעשית בסמוך ככל האפשר לאירוע הטראומטי: התקופה הסמוכה לאירועים טראומטיים היא תקופה קריטית לעיבוד² (National Institute for Health and Care Excellence, 2018 [NICE]). אירוע טראומטי שיעבור עיבוד מיטבי יוכל לתרום לתחושת החוסן של הילד ולקשר הורה-ילד, ואילו אירוע שלא יעבור עיבוד עלול להפוך למוקד של פגיעות, וכן ליצור קשיים משניים (כגון בעיות התנהגות, מתח ביחסים עם ההורה, פגיעה בדימוי העצמי), שיעמדו בדרכו להתפתחות תקינה (Van der kolk, 2014). כמו כן, הסמיכות לאירוע הטראומטי הופכת אותו לנגיש יותר לעיבוד, כיוון שטרם התרחשו תהליכי הדחקה ושכחה המקשים על התערבויות בהמשך הדרך (Shalev, 2002). כדי לממש עיקרון זה נקטנו עמדה פרואקטיבית שבאה לידי ביטוי בעידוד פעיל של משפחות להשתתף בטיפול.
7. המטפלת פועלת מתוך עמדה אקטיבית, מכוונת ומובילה: עמדה זו נובעת מהצורך להאיץ את התהליך בתנאי טראומה המונית בגלל ריבוי הנפגעים, וכן מהרצון לשמור על מיקוד מתמיד במטרות ההתערבות. עמדה זו מתבטאת גם בפגישות עם ההורים וגם בפגישות המשותפות הורים-ילד: המטפלת מציעה את הנושאים, משתפת את ההורים בידע שלה ומובילה את השיח בחדר. עמדה זו משולבת בהקשבה עמוקה ומיטיבה להורה ולילד. הכלי המרכזי שבאמצעותו המטפלת מובילה את הפגישה הדיאדית הוא דיאלוג מילולי, חי ומשחקי (Hughes, 2007), שהמטפלת מפעילה גם בהתערבויות עם ילדים צעירים מאוד. השימוש בדיאלוג מילולי מסייע למקד ולהאיץ את ההתערבות באירועים הטראומטיים וברגשות הנלווים אליהם, ולכן מודגש יותר מאשר משחק חופשי.
8. העבודה הטיפולית מבוססת על המשגה: ההמשגה מחברת בין מה שקרה לילד, התסמינים הנובעים מכך וכיצד הטיפול יסייע לו; והיא מכוונת את ההבנה המשותפת של המטפלת וההורה בנוגע לאופן הטיפול ומטרותיו (Lieberman & Van Horn, 2008). המשגה זו מניחה שהתסמינים הם צורת ההתמודדות האדפטיבית ביותר עם ההצפה הרגשית שנבעה מהטראומה (Fosha, 2000). על בסיס הנחה זו מתפתח יחס של קבלה וסקרנות כלפי התסמינים של הילד, ויחס זה מסייע לילד ולהוריו להבין את ההיגיון העמוק של התסמין ולגשת אליו בקבלה ובאמפתיה. רק לאחר ביסוס עמדה זו אפשר להפעיל התערבויות התנהגותיות המסייעות בהתמודדות עם התסמין, לצד מציאת מענים אדפטיביים יותר למצוקה שהובעה באמצעותו.

הדגמת יישום עקרונות ההתערבות

בפגישה המקדימה עם שני ההורים (במקרה שתואר בפתיחה) סיפרה האם כי חוותה פחד עז במשך כל השנה בממ"ד, וכי רוב הזמן הייתה עסוקה בהשקטת הבנות, ולא הייתה פנויה לרגשותיהן.

2 לנוכח הטראומה המתמשכת בשנה מורכבת זו, שיערנו כי גם חודשים ארוכים לאחר השבעה באוקטובר עדיין ההתערבות המניעתית רלוונטית.

האב סיפר שניסה לתפקד והתמקד בשמירה על דלת הממ"ד, ולכן דיבר בקשיחות ובענייניות בכל פעם שהבנות או אשתו פנו אליו.

בשיחה על עדי בת הארבע, תיארו שני ההורים את מה שעברה בממ"ד בכאב גדול, וסיפרו שמאז עדי אינה עצמה. היא ממעטת לשחק, מראה חרדה מפרידה ואינה מוכנה להישאר אפילו עם סבא וסבתא, מתקשה להירדם ומרבה להקיץ בלילה. כמו כן, מאז האירוע היא מתנגדת, כועסת ומתפרצת על דברים פשוטים, ומתעקשת על 'שטויות' כמו סידור הישיבה בארוחה המשפחתית או הבגדים שתלבש בבוקר לגן.

המטפלת הציעה להורים שאולי עדי כועסת, והסבירה שבמקרים רבים ילד כועס על הוריו לאחר אירוע טראומטי: ילדים מצפים מהוריהם שישמרו עליהם מפני אירועים ורגשות מכאיבים וקשים, וכשזה לא קורה – הם נבהלים וכועסים. המטפלת התעניינה אם ההורים חושבים על סיבה ספציפית יותר לכעס שלה. שני ההורים אמרו מייד שעדי לא הבינה מדוע תחבו אותה לסל הכביסה, וכאבו את חוויית הבדידות שלה שם במשך זמן כה ארוך. כמו כן, האם הוסיפה את חוסר הפניות שלה לעדי במשך כל השעות בגלל שהתמקדה בתינוקת, והאב הוסיף את חוסר הפניות שלו. ההורים הביעו חשש ראשוני, אך בהמשך הגיבו בעניין וברצון להצעת המטפלת לשוחח על כך עם עדי בפגישה, ואף להתנצל על החוויה הקשה שנגרמה לה.

תיאור ההתערבות

עדי נכנסת לפגישה עם האם (האב נשאר לשמור על התינוקת, ושניהם השתתפו בפגישה דיאדית לאחר מכן). עדי נצמדת לרגלה ומסתירה את פניה.

מטפלת: עדי ואמא, היכיתי לכן! איזה יופי שבאתן. ואני רואה, אמא, שאת ממש צדקת! עדי ילדה מאוד מתוקה.

אמא: נכון? אמרתי לך!

עדי: (מחייכת ומחביאה יותר את הפנים מאחורי הרגל של אמא)

מטפלת: וגם אם עדי קצת מתביישת עכשיו, זה בסדר, נכון אמא? כי היא בכלל לא מכירה אותי!

אמא: נכון... זה ממש בסדר עדידוש שאת מתביישת (מתיישבת על השטיח ועדי בחיקה. עדי מביטה במשחקים על השטיח ומתחילה לשחק).

מטפלת: עדי, את יודעת שאמא סיפרה לי מה שקרה לכם בשבת המפחידה? שהייתם המון-המון שעות בחדר שלך, ושהיו מלא אנשים רעים ומפחידים בקיבוץ.

עדי: הם גם הרגו אנשים.

מטפלת: הם גם הרגו אנשים... עד כדי כך הם רעים!

עדי: ומפחידים! (חושפת שיניים וציפורניים).

מטפלת: ומפחידים מאוד! את פחדת?

עדי: (מהנהנת).

מטפלת: ממה הכי פחדת?

- עדי: היו בומים גדולים!
- מטפלת: היו בומים גדולים... גם את שמעת אותם, אמא?
- אמא: בטח ששמעתי. הם היו ממש גדולים.
- מטפלת: ומה הבומים עשו לך בגוף, עדי?
- עדי: (מניחה יד על הלב)
- מטפלת: אה... בלב... הוא דפק מהר־מהר?
- עדי: (מהנהנת) וגם באוזניים!
- מטפלת: גם באוזניים כי היו בומים חזקים.
- עדי: וגם היו בומים קטנים (דופקת עם איש הפליימוביל על בית הפליימוביל בקצב מהיר).
- אמא: היא מתכוונת ליריות.
- מטפלת: אה, גם בומים קטנים הם ממש מפחידים... אז גם פחדת בלב וגם באוזניים! היו עוד מקומות שפחדת בהם?
- עדי: כל הגוף פחד.
- מטפלת: וואו... כל הגוף פחד. את שומעת, אמא? שכל הגוף של עדי פחד? את ידעת את זה?
- אמא: בטח. כי גם כל הגוף שלי פחד.
- מטפלת: אז כל הגוף של שתיכן פחד!
- עדי (לאמא): אבל למה הם הרגו?
- אמא: (מביטה במטפלת בשאלה.)
- מטפלת: אמא, עדי ממש רוצה להבין מי הם היו? למה הם באו והרגו? זה בסדר שהיא שואלת, אמא?
- אמא: בטח שזה בסדר מתוקה, כי זה ממש מבלבל באמת. הם אנשים ממש־ממש רעים מאוד.
- מטפלת: כל כך רעים?? אפילו להרוג הם רצו?
- אמא: כן, ממש רעים ומפחידים.
- מטפלת: כל כך רעים... מה הפלא שפחדתן ככה באמת... אני בטוחה שגם אני הייתי כל כך מפחדת אם הייתי שם... אז עדי, אמא מספרת לי שמאז שהם היו אצלכם, האנשים הכל־כך רעים האלה, את לא מוכנה להיפרד מאמא ואבא, וגם קמה בלילות מחלומות ממש מפחידים, זה נכון? כי אם כן, בטח יש לזה סיבה מאוד מצוינת.
- עדי: (מהנהנת ומביטה בסקרנות) ואני לא רוצה לישון במיטה שלי, רק שלהם.
- מטפלת: אה... אז כנראה יש לך לב מאוד חכם! נכון אמא?
- אמא: (מחייכת ומהנהנת) נכון מאוד, לעדי יש לב ממש חכם.
- מטפלת: נכון, כי כל כך פחדת שם ועכשיו את רוצה להרגיש בטוחה ולהיות רק עם אמא ואבא?
- עדי: כן! אפילו בליה.
- מטפלת: אה! עכשיו אני מבינה. אז כל הגוף שלך הרגיש את הפחד האיום הזה בלב, ובאוזניים, ועכשיו הלב שלך רוצה להבטיח שאמא ואבא כל הזמן יישארו לידך וישמרו עלייך, נכון?
- עדי: (מהנהנת)

- מטפלת: אז אמא, יש לך ילדה ממש חכמה! כי ככה קורה לילדים שקורה להם משהו כל כך מפחיד כמו שקרה לכם. ולאט-לאט הגוף של עדי יירגע, והפחד יעזוב לה את הלב והאוזניים, והיא תוכל לחזור לישון במיטה שלה, ולהישאר עם סבתא, ולישון בלי חלומות רעים!
- עדי: (מקשיבה היטב ומשחקת בשמחה בבית הפליימוביל. מכניסה את הבובה-הילדה לחדר וסוגרת אותה בחדר.)
- מטפלת: אוי! היא לבד! עדי, גם את היית לבד כשבאו האנשים הרעים?
- עדי: לאאאא! הייתי עם אמא ואבא וכן התינוקת.
- מטפלת: אח... אז הייתם כולכם יחד... אבל את יודעת מה אמא אמרה לי? שבסל כביסה היית לבד...
- עדי: (מרימה אל המטפלת מבט) היה חם.
- מטפלת: היה לך שם נורא חם... והיית לבד... עכשיו יש לי שאלה לילדים אמיצים: אולי לפעמים מסתובב לך מין משפט כזה בלב: 'אמא, למה הכנסת אותי לסל כביסה? הייתי שם לבד ופחדתי, אמא, והיה לי נורא חם!' מסתובב לך מין משפט כזה בלב לפעמים?
- עדי: (מביטה באמא בשאלה)
- מטפלת: אמא, אם לעדי מסתובב משפט כזה בלב, זה בסדר? את לא תכעסי?
- אמא: לא, בכלל לא אכעס עדידוש, הכי חשוב לי בעולם מה שאת מרגישה.
- מטפלת: איזה יופי אמא. אז לפעמים אולי את חושבת ככה עדי?
- עדי: (מהנהנת) כי היה לי שם חם ולא נשמתי טוב ופחדתי ולא זזתי.
- מטפלת: וואו... עדי, את ילדה כל כך אמיצה שאת אומרת לאמא מה הרגשת... שפחדת והיית לבד ולא היה לך אוויר. אמא, זה חשוב לך לשמוע מה עדי הרגישה בסל כביסה?
- אמא: (דומעת) זה ממש-ממש חשוב לי מתוקה. אני כל כך מצטערת שהרגשת ככה, לבד ופחדת, זה כל כך עצוב לי.
- מטפלת: כי לא רצית שעדי תרגיש ככה, אמא?
- אמא: מה פתאום, הכי לא רציתי בעולם שהיא תרגיש ככה.
- עדי: אבל את שמת אותי שם ושמת עליי כרית.
- מטפלת: אולי את כועסת עדי? שאמא שמה עלייך כרית?
- עדי: כן! ואמרה לי להיות בשקט כל היום.
- אמא: נכון... באמת אמרתי לה... סליחה עדי מתוקה שלי, הלוואי שלא הייתי צריכה לעשות את זה.
- מטפלת: כי את אוהבת את עדי? והיא ממש חשובה לך?
- אמא: כי אני אוהבת אותה נורא, והיא ממש חשובה לי... בואי אליי עדידי. רציתי להחביא אותך מהאנשים הרעים, שלא ייקחו אותך, ואת היית שם לבד...
- עדי: מצטנפת בחיק האם והן מתחבקות חיבוק ארוך.

בדוגמה זו אפשר לראות כיצד המטפלת מובילה את השיח באופן ישיר וממוקד אל רגשותיה של עדי, בתיאום ושיתוף מלא של האם. באמצעות המשחקיות, ההתמקדות בחוויה הגופנית, וכן עידוד ואישור מפורשים, עדי יכולה לפרש ולהבין ביחד את הרגשות שהרגישה באירוע הטראומטי – גם כלפי הוריה. כאשר היא משתפת את אמה בכעס ובפחד שחשה, האם – בסיוע המטפלת – מגיבה

באופן חיובי ומקבל, והדבר מאפשר להפוך את הרגשות הקשים ממקור של שבר וריחוק למקור של חיזוק תחושת הקרבה והביטחון. וכן, המטפלת מסייעת לילדה ולאם לראות בתסמינים שהיא חווה מאז האירוע הטראומטי דרך חכמה ובריאה של נפשה להתמודד עם הפחד, ואף נוטעת תקווה כי הפחד יעזוב לאט את הגוף והתסמינים יפחתו.

מבנה ההתערבות

ההתערבות נעשית בשני שלבים: בשלב ראשון מופעל הפרוטוקול הקצר: שניים עד ארבעה מפגשים, הכוללים פגישה מקדימה עם ההורים ולאחריה פגישה משותפת להורים ולילדים, לכל ילדי המשפחה ביחד או לכל ילד בנפרד, לפי שיקול קליני. ההתערבות מיידית ומניעתית זו מאפשרת גם למפות ולאתר ילדים הזקוקים להתערבות ממושכת יותר (להלן הפרוטוקול המורחב). הפרוטוקול המורחב מופעל בשלב השני, לילדים הזקוקים לו. הוא כולל שתיים-עשרה עד ארבע-עשרה פגישות, מחציתן מפגשי הורים ומחציתן מפגשים דיאדיים, לסירוגין.

המרכיבים המרכזיים של הפרוטוקול הקצר

בפגישה המקדימה עם ההורים נכללים המרכיבים הבאים: א. כריתת ברית עם ההורים; ב. איסוף רקע על הילד ועל האירוע, בדגש על ההיבט של הילד; ג. ביסוס חוויית המסוגלות ההורית לעזור לילד בתחום הרגשי, באמצעות זיהוי והדגשה של הנקודות שבהן ההורה פעל בצורה מיטיבה למען צרכיו הרגשיים של הילד; ד. מסירת ידע על השפעת הטראומה ועל כך שעיבוד הרגשות שהתעוררו באירוע חשוב להחלמה; ה. המשגה משותפת הכוללת בחירת מוקד להתערבות – מוקד תיקון השבר בין הילד להורה, וכן המשגה של תפקיד התסמין ('הסיפור הגאוני של התסמינים'); ו. הכנת ההורים לדיאלוג שיערך בפגישה המשותפת, שיעודד את הילד לשתף ברגשותיו בדגש על רגשות שליליים וקונפליקטואליים.

בפגישה המשותפת להורים ולילדים נכללים המרכיבים הבאים: א. דיבור משותף על האירועים ועל החוויה הרגשית שהילד חווה (אשר נעשית בקצב ובעוצמה שונים מאשר באירוע, ובנוכחות רגשית של ההורה); ב. עזרה ישירה להורים לנהל דיאלוג זה, באמצעות הובלה אקטיבית של הדיאלוג; ג. עזרה לילד לבטא את כל רגשותיו, לרבות רגשות קונפליקטואליים; ד. עזרה להורה להגיב בקבלה ותיקוף לכל רגש; ה. יצירת נרטיב שלם שמחבר בין התחושות הקשות שהילד הרגיש באירוע לתחושת ביטחון המתאפשרת בזכות הכרה של ההורה במה שהרגיש.

הפרוטוקול המורחב מיועד לילדים והוריהם שאותו כזקוקים לו בשלב הקצר. פרוטוקול זה מאפשר העמקה בדיאלוג הורה-ילד, וכן הרחבה בשלושה מישורים: (1) שימוש נרחב במשחק, נוסף לדיאלוג המילולי, המאפשר לילד להעלות תכנים באופן לא מילולי; (2) עבודה על מיומנויות התנהגותיות להתמודדות עם תסמינים שהשתרשו; (3) הרחבת השיח לשינויים שעומים מתמודדת המשפחה בעקבות הטראומה. מרכיב זה היה נוכח מאוד לאחר שבת השבעה באוקטובר, שכללה

התמודדות מתמשכת עם עקירה מהבית, ניתוק מהקהילה, פיצול המשפחה (בשל מילואים או עבודה של אחד ההורים הרחק ממקום הפינוי), שינויים במסגרת החינוך ועוד.

ממצאים ראשוניים ממחקר הערכה

את שני שלבי ההתערבות ליווה מחקר משולב גישות (איכותני וכמותני). אלה היו מטרות המחקר: (א) לבחון את ההיתכנות (feasibility) של ההתערבות; (ב) להעריך את השינוי שחל בקרב המשפחות; (ג) לזהות מגננוני שינוי העומדים בבסיסה; (ד) לבחון כיצד חוו והמשיגו משפחות ומטפלות את יישומה. המחקר כלל איסוף נתונים ממקורות מידע שונים בזמנים שונים: ריאיון פתוח מובנה עם הורים ($n=410$) וראיונות עומק עם מטפלות ($n=27$) לאחר ההתערבות הקצרה, שאלונים להורים בתחילת ההתערבות הממושכת ובסיומה ($n=150$). מרכיבי המחקר השונים עולים הממצאים הבאים: היתכנות גבוהה (high feasibility). ההיענות הגבוהה להתערבות הקצרה בקרב אוכלוסיית מפונים ($n=1750$), בתוך חודשיים מתחילת המלחמה) היא הוכחה להיתכנות הפעלתה נרחבות בחירום, וכן שיעורים גבוהים של השלמת פרוטוקול ההתערבות המורחב (מעל 85%) בקרב משפחות מפונות בתנאי מלחמה מתמשכת מעידים על היתכנות גבוהה ליישומו בחירום. מלבד זאת, נמצאה נאמנות (fidelity) גבוהה מאוד של עבודת המטפלות לעקרונות התיאורטיים של המודל, אשר תומכת בהיתכנות להכשרה מהירה של אנשי מקצוע.

שביעות רצון בהערכה סובייקטיבית של יעילות הטיפול

מניתוח תגובות הורים לריאיון לאחר ההתערבות הקצרה ($n=410$) עלתה שביעות רצון גבוהה מההתערבות, כ-81% דיווחו על שיפור בתחושת המסוגלות שלהם כהורים, כ-71% דיווחו שחשו שיפור במצב הרגשי של ילדיהם, כ-74% דיווחו שחשו שיפור במצבם הרגשי כהורים, וכ-64% דיווחו שחשו שיפור בקשר עם ילדיהם.

מעל 75% מההורים דיווחו בשאלונים לאחר ההתערבות המורחבת כי הטיפול סייע לילדיהם להבין, לבטא ולעבד רגשות; תרם להבנת התנהגות הילד; וסיפק כלים להתמודדות.

דבריה של אחת האמהות שהשתתפו בהתערבות הקצרה מביעים את שביעות רצונה ומשקפים מרכיבים שהיו חשובים עבורה בהתערבות:

"היה לי מאוד משמעותי לשמוע את הילדים ולהבין שהם הבינו הרבה יותר ממה שחשבנו. זו הייתה חוויה מטלטלת. מתברר שהם סופר שמעו, הקשיבו, הבינו. הלסת נשמטה לנו ממה שהם אמרו. אני ניסיתי להסתיר מהם מה שקרה, ורק בפגישה הבנתי כמה הם ידעו וכמה הם היו מבוהלים. המטפלת עזרה לי לראות מה קורה בתוך העולם שלהם, ושהם צריכים אותי ואת התמיכה שלי בתוך כל זה. וזה בתקופה שאני בקושי מחזיקה את עצמי. ברגע שנכנס פה עוד מבוגר שמחזיק אותי, ועוזר לי להחזיק ולהסביר ולהיות מסוגלת לשמוע מה שהילדים אומרים. זה עוזר לי לדעת איך לענות להם... זה מאוד מאוד חשוב. זה מחזיק גם אותי ועוזר לי להיות איתם. והכי הפתיע אותי איך שהילדה הקטנה בסוף הפגישה באה והתכרבלה בתוכי."

הערכת השינוי בעקבות ההתערבות המורחבת

גיל הילדים נע בין שנה לשמונה שנים (ממוצע 5.64), כ־20% מהילדים מתחת לגיל שלוש. רמות החשיפה לאירועי המלחמה היו גבוהות, למשל, כ־77% דיווחו על חדירת מחבלים ליישוב מגוריהם. ההורים דיווחו על תסמיני דחק של הילד, תסמיני דחק ושחיקה הורית, ופגיעה בתפיסות הוריות. הממצאים המוצגים להלן הם ראשוניים בלבד. (לסקירה מלאה ראו: Frenkel et al., in preparation). תסמיני הילדים – כפי שנמדדו בשאלון PEDS (Pediatric Emotional Distress Scale) (Saylor et al., 1999): בתחילת ההתערבות 97% מהילדים חצו את הסף הקליני במדדי חרדה, ו־85% במדדי בעיות התנהגות. נמצא קשר בין גיל צעיר לרמות תסמינים גבוהות יותר. השוואה בין תחילת ההתערבות לסיומה הצביעה על ירידה מובהקת בתסמיני חרדה, $t(131) = 10.29, p < 0.001$ ובעיות התנהגות $t(131) = 7.93, p < 0.001$. הפחתה בתסמינים הייתה בעוצמה מרשימה (Cohen's $d = 0.89$), ונשאה משמעות קלינית ברורה עם הפחתה ניכרת באחוז הילדים שירדו מרמות קליניות של תסמינים אל מתחת לסף הקליני $\chi^2(1) = 20.34, p < .001$. תסמיני ההורה – נמצאה ירידה מובהקת בתסמיני דחק של ההורה, כפי שנמדדו בשאלון PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) (Weathers et al., 2013) $t(129) = 2.13, p < .05$; ושחיקה הורית, כפי שנמדדה בשאלון PBA (Parental Burnout Assessment) (Roskam et al., 2018) $t(124) = 2.27, p < .05$.

מנגנוני שינוי

מספר מנגנוני שינוי משוערים נמדדו בתחילת ההתערבות ובסיומה, בהתאם לתיאוריה שמנחה את ההתערבות:

שיפור בתחושת המסוגלות ההורית – כפי שנמדד בשאלון MaPS (Me as a Parent Scale) (Mathews et al., 2022), כלומר בביטחון של ההורה שיש לו מימוניות הדרושות כדי לסייע לילדו במצבי קושי $t(130) = -3.9, p < .001$. שיפור זה נמצא בקשר מובהק עם ירידה בתסמיני הדחק של הילד $r = -0.27, p < .005$ ושל ההורה עצמו $r = -0.2, p = .005$. שיפור באסטרטגיות שההורה מאמץ כדי לסייע לילדו להתמודד עם האירועים הטראומטיים – כפי שנמדד בתת־הסולם Parent Support for Child Coping, בשאלון PTRQ (Parent Trauma Response Questionnaire) (Williamson et al., 2018). בראשית ההתערבות דיווחו הורים רבים על נטייה להימנעות מדיבור על האירועים וניסיון לעודד את הילד להימנעות. בתום ההתערבות נמצא כי הורים הפחיתו במידה ניכרת את השימוש באסטרטגיות אלו $t(128) = 5.04, p < .001$.

שינוי באמונות של ההורים בנוגע לרגשות של ילדים – כפי שנמדד בגרסה מותאמת של שאלון PBACE (Parent Beliefs about Child Emotions) (Halberstadt et al., 2013). חלה ירידה ניכרת באמונה כי שיח עם הילד על המלחמה הוא מסוכן $t(137) = 4.25, p < .001$, ובאמונה שמגע עם רגשות שליליים עלול לסכן את הילד $t(125) = 2.31, p < .05$. השינוי באמונות נקשר

לירידה בשימוש באסטרטגיות הימנעות, ואסטרטגיות הימנעות פחותות נמצאו קשורות להפחתה בתסמיני הילד ($r = 0.27, p < .005$).

גורמים שאינם חוסמים שינוי

על אף קשר מובהק בין תסמיני ההורה והילד בתחילת ההתערבות ($r = 0.47, p < .001$), לא נמצא קשר בין פוסט־טראומה הורית למידת השינוי בתסמיני הילד, וכן לא נמצא קשר בין השינוי בתסמיני הילד למדד סוציו־אקונומי. ממצאים אלו מרמזים כי במדגם הנוכחי גורמים אלה אינם חוסמים תגובתיות חיובית להתערבות. נדרש מחקר במדגמים נוספים לביסוס השערה זו.

יישום ההתערבות בידי המטפלות

המטפלות דיווחו כי חוו את המודל כיעיל ומותאם לצורכי רבים מההורים והילדים שעיימם נפגשו, והעריכו שבמקרים רבים ההתערבות סייעה לווסת ולהפחית את התסמינים של הילדים, לחזק תחושת מסוגלות הורית וליצור חוויה משותפת מיטיבה לבני המשפחה. המטפלות תיארו כי הנסיבות הייחודיות של הימים מייד אחרי השבעה באוקטובר, אפשרו יצירת שותפות קרובה ואמיצה עם ההורים, עם תחושת פתיחות והיענות גבוהה מצד ההורים שחוו חוויה מטלטלת וייחולו למענה. המטפלות תיארו את עמדתן בסיטואציה כייחודית ומאופיינת בפתיחות, התפעלות וחוסר שיפוטיות כלפי ההורים. (לסקירה מלאה ראו: Saar-Heiman et al., in preparation)

מטפלת שעבדה בשלב האקוטי של ההתערבות מתארת את האופן שבו סייעה ההתערבות הקצרה באחת המשפחות בהן טיפלה:

"האח הצעיר [בן ה־4] גם קיבל אומץ לספר על הדברים שמפחידים אותו ואז הם נזכרו בעוד פרטים מהאירוע. זו הייתה נקודה מרגשת, העיניים של האמא התמלאו בדמעות, והיא אמרה לו: 'יואן, אני לא ידעתי שאתה מרגיש את כל זה, ואני כל כך גאה בך שאתה יכול עכשיו לספר לי את כל זה ועכשיו [כ]שאני יודעת אני גם אעזור לך'. זו הייתה תגובה ממש טבעית שעלתה ממנה, היא מאוד התרגשה מהשיתוף הזה. ואז הוא כבר רץ אליה לחיבוק ואז גם הילד השני הגיע ואז האבא שאל אם אפשר חיבוק משפחתי."

סיום

בתכנון ההתערבות הנחנו כי ילדים צעירים שנחשפו לאירוע טראומטי מתמודדים עם שני אתגרים מרכזיים: ויסות הרגשות שעלו באירוע, והשבר ההתקשורתי עם ההורים. מפאת גילם הצעיר, ילדים צעירים זקוקים להוריהם בהתמודדות עם אתגרים אלו כדי לחזור למסלול התפתחותי תקין. ההורים, אשר בעצמם מתמודדים עם אירוע טראומטי עוצמתי, מתקשים במקרים רבים להתמודד בתוך כך גם עם מצוקת ילדיהם ולסייע להם. לכן ההתערבות שבנינו מתמקדת בעבודה עם ההורים ובפגישות משותפות של ההורים עם ילדיהם, בעיקר כדי לסייע להורים לעזור לילדיהם.

ממצאי המחקר עולים בקנה אחד עם ההתרשמות הקלינית, לפיה ההתערבות הייתה יעילה בשיפור המצב הרגשי ובהפחתת המצוקה של הילדים. ממצאים אלו מספקים עדות ראשונית לאפשרות ממשית לעזור לילדים צעירים בהתמודדות ובהחלמה מאירועים טראומטיים באמצעות התערבות הורה-ילד קצרה ויעילה. יש לבסס את אפקטיביות הטיפול במחקר השוואתי מבוקר. מניתוח תוכן הראיונות אנחנו משערות כי למבנה הדיאדי של ההתערבות תרומה מכרעת ליעילותה. ההורים תיארו כי העזרה הישירה שקיבלו מהמטפלת אפשרה להם להתגבר על החשש ולדבר עם הילד על האירועים והרגשות הקשים. עוד סיפרו ההורים, כי התגובה החיובית של הילדים ותחושת הקרבה שנוצרה בעקבות השיח, סייעו להניע שינוי מהימנעות להתקרבות לרגשות הקשים. יש לבסס השערה זו במחקר השוואתי.

הפעלת ההתערבות עם אחוזי היענות גבוהים בקרב אוכלוסיית מפונים, מרקעים שונים, בזמן אמת וללא תשתית מוקדמת, מוכיחה את התאמתה ליישום בזמן חירום בטראומה קולקטיבית, בהיקף רחב ובאוכלוסייה מגוונת. גם היכולת של מטפלות ליישם מודל מורכב בהכשרה קצרה למדי בעזרת הפרוטוקול, תומכת בהיתכנות יישום המודל.

מאפיין מרכזי בטראומה קולקטיבית נעוץ בחוויה של הנפגעים שהטראומה אינה אשמתם ואינה מעידה על נחיתותם. תחושת השייכות והאהדה הציבורית כלפי הנפגעים מסייעות לצמצם תחושות בושה ואשם הוריות המאפיינים קורבנות של טראומות אישיות, ובכך מאפשרות ליישם התערבויות קצרות ויעילות.

חשוב לציין את המחסור במעני חירום לטראומה קולקטיבית לגיל הרך. בשל ההיתכנות והיעילות שנמצאו אנחנו ממליצות לבחון את התערבות 'מדברים ביחד' כמענה פסיכולוגי ראשוני מתאים להתערבות מבוססת התקשרות בטראומה קולקטיבית בגיל הרך, האפשרית ליישום בפריסה רחבה. מחקר השוואתי נוסף יאפשר להמשיך ולבסס את יעילות ההתערבות לעומת התערבויות אחרות.

פרטים נוספים — באתר האינטרנט של העמותה בכתובת www.medabrimyahad.org.il

תודות

תודה לפרופ' אסתר כהן על התמיכה והייעוץ לאורך הדרך, לפרופ' ענת זעירא על עזרתה בניית התוכנית, לקואליציה הישראלית לטראומה ומרכזי חוסן דרום על האמון ושיתוף הפעולה, למכון חרוב ומדריכות CPP על התמיכה והשותפות, לצוות המסור של המטפלות והמדריכות ב'מדברים ביחד', שבנו ביחד איתנו קהילת מטפלים חמה וחכמה, ומעל לכול להורים ולילדים היקרים שהאירו לנו את הדרך.

הכותבים

נעמה קרויזר – פסיכולוגית שיקומית (MA) ומדריכה. מטפלת ומדריכה מוסמכת בטיפול בטראומה בגיל הרך בשיטת CPP,³ ומטפלת במבוגרים בגישת AEDP.⁴ ייסדה ומנהלת את עמותת 'מדברים ביחד'.⁵

נטע עופר – פסיכולוגית חינוכית (MA), מטפלת ומדריכה מוסמכת בטיפול בטראומה בגיל הרך בשיטת CPP, ומכשירה צוותים בטיפול בטראומה בילדים במסגרות שונות. עוסקת גם בטיפול במבוגרים בגישת AEDP וכן בהדרכה והכשרה. שותפה בייסוד ובהובלה של עמותת 'מדברים ביחד'.

עינת שקד – פסיכולוגית קלינית (MA). עוסקת בטיפול, בהדרכה ובהכשרה בגישת AEDP. בעבר עסקה בטיפול והדרכה במכון שיח ובמרכז שניידר לרפואת ילדים. שותפה בייסוד והובלה של עמותת 'מדברים ביחד'.

ד"ר טלי פרנקל – פסיכולוגית קלינית (PhD) ומרצה בכירה בבית הספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה באוניברסיטת רייכמן. מחקריה עוסקים בהשפעות ההורות על התפתחות הילד, בקידום מדיניות ובהנגשת ידע אמפירי לשדה. בעמותת 'מדברים ביחד' מובילה מחקר לבחינת היעילות של טיפול ומנגנוני שינוי.

ד"ר יובל סערה-הימן – עובד סוציאלי (PhD), ראש תוכנית המוסמך במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון ומטפל CPP. מוביל מחקר לבחינת נקודת מבטם של הורים ומטופלים על ההתערבות בעמותת 'מדברים ביחד'.

פרופ' אליסיה ליברמן – PhD, יושבת ראש הקתדרה לבריאות נפשית של תינוקות באוניברסיטת קליפורניה בסן פרנסיסקו (UCSF), ומנהלת תוכנית המחקר לטראומה בילדים שם. המפתחת הבכירה של שיטת CPP בעלת תואר דוקטור לשם כבוד מהאוניברסיטה העברית בירושלים.

מקורות

- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. The Analytic Press.
- Chu, A. T., & Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 469-494. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131204>
- Cohen, E., & Shulman, C. (2019). Mothers and toddlers exposed to political violence: Severity of exposure, emotional availability, parenting stress, and toddlers' behavior problems. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12, 131-140. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0197-1>

3 CPP—Child-Parent Psychotherapy, טיפול מבוסס ראיות בטראומה בגיל הרך.

4 AEDP—Accelerated Experiential Dynamic Therapy, טיפול דינמי חווייתי מואץ במבוגרים.

5 'מדברים ביחד' – הורים וילדים' – עמותת שעוסקת בטיפול בטראומה קולקטיבית בגיל הרך.

- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. Basic Books.
- Halberstadt, A. G., Dunsmore, J. C., Bryant, A., Parker, A. E., Beale, K. S., & Thompson, J. A. (2013). Development and validation of the Parents' Beliefs About Children's Emotions Questionnaire. *Psychological Assessment*, 25(4), 1195-1210. <https://doi.org/10.1037/a0033695>
- Hughes, D. A. (2007). *Attachment-focused family therapy*. W. W. Norton & Company.
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy: A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma*. Zero to Three.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. The Guilford Press.
- Matthews, J., Millward, C., Hayes, L., & Wade, C. (2022). Development and validation of a short-form parenting self-efficacy scale: me as a parent scale (Maaps-SF). *Journal of Child and Family Studies*, 31(8), 2292-2302. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02327-9>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline* [NG116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Pynoos, R. S., & Eth, S. (1985). Post-traumatic stress disorder in children. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 3-32). American Psychiatric Press.
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Saylor, C. F., Swenson, C. C., Reynolds, S. S., & Taylor, M. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 70-81. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2801_6
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of PTSD in young children. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-278. <https://doi.org/10.1002/jts.20336>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51(7), 532-543. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01335-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01335-5)
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Williamson, V., Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Creswell, C., Dalgleish, T., Fearon, P., Goodall, B., ... Halligan, S. L. (2018). The Parent Trauma Response Questionnaire (PTRQ): Development and preliminary validation. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1478583. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1478583>