

הפרעת לחץ פוסט טראומתית (PTSD) בקרב ילדים והטיפול בה

ד"ר אופיר לוי

הפרעת לחץ פוסט טראומתית (PTSD) בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי קשה באופן כללי להגדרה ולאבחנה בגלל המשמעות האישית (סובייקטיבית) הניתנת לאירוע שלרוב כולל בתוכו חשיפה לסכנת חיים ולאיוס על השלמות הגופנית. אבחון של PTSD טראומתי בקרב ילדים מורכב אף יותר בגלל מגבלות השפה, טווח הרגשות ויכולת הביטוי הרגשי ביחס למבוגרים. לאלה מצטרפת העובדה שבמקרים רבים הטראומה מלווה בהאשמת הסביבה המיוצגת על ידי עולם המבוגרים ובפגיעה בביטחונם הקיומי של הילדים, דבר שעשוי להוביל לקושי לשתפה במחשבותיהם ורגשותיהם. הפסיכואנליטיקאי הבריטי הנועד דונלד וודס ויניקוט היטיב לבטא את הדברים דרך הדגש על הצורך של התינוק והילד בסביבה בטוחה ויציבה, שמתערערים בעת חשיפה לטראומה.

ילדים עשויים להיחשף לאירועים מגוונים כמו חרס בכיתה, אובדן של הורה / בן משפחה, מחלה שלו או של הורה/ בן משפחה, פרידה/ גירושין של ההורים, אלימות פיזית או מילולית מצד ההורים וסכנת חיים או איום על השלמות הגופנית כתוצאה ממלחמה, תאונת דרכים ועוד. התגובות לאירועים אלה קשות לזיהוי, ועשויות לקבל צורה שונה מאוד מההתמודדות של המבוגר. כך למשל, ילדים בגילאי גן עשויים לבטא את החשיפה ברגסיה התנהגותית כמו הסתגרות קיצונית ורגסיה רגשית (חזרתם של פחדים כמו מפלצות, זרים ומחשיכה), בכי לא מווסת, מציצת אצבע, קשיי שינה, היצמדות להורים והרטבת לילה. מעבר לכך, ילדים עשויים לבטא במשחק את האירוע הטראומתי או בדיבור לא מווסת על האירוע הכולל הצגת שאלות רבות. כל זאת מתוך ניסיון לעבד את מה שהתרחש.

קיימת הבחנה בין גילאים שונים. ילדים בני 8-6 מגלים יכולת רגשית גבוהה יותר לעבד את הטראומה ולהתמודד איתה בעוד ילדים בגילאים בוגרים יותר, עשויים להתמודד בצורה פחות אדפטיבית עם הטראומה כיוון שהם נוטים להימנע מלדבר על הטראומה, דבר שעשוי להתבטא בבעיות קשב וריכוז בבית הספר, נטייה לאלימות ולאגרסיביות ובעיות משמעת שונות. במקרים קיצוניים אף יותר, ניתן לראות נטייה להתנסויות מסוכנות ו/או פריצת גבולות מסוכנות.

אבחון PTSD בגיל הרך ובילדות המוקדמת

בספר האבחון הפסיכיאטרי האמריקאי DSM-5 (2013) בחרו להתייחס לאבחון הפרעת לחץ פוסט טראומתית בקרב ילדים בני 6 או "צעירים יותר" (for children 6 years and younger, ... p.272) לאור הקושי באבחון תינוקות הנמצאים בשלב הפרה-ורבאלי וילדים שרכשו שפה בסיסית שלא מאפשרת להם להתבטא באופן המאפשר לקלינאי לקבל תמונה קלינית רחבה. זאת ועוד, התינוק בשנים הראשונות לחייו מתפתח ומשתנה באופן תמידי, ולאור זאת קשה לקבוע נקודת התייחסות בסיסית לאבחון מה גם שרפרטואר ההתנהגויות מצומצם מאוד. יתרה מזאת, תמיד 'תרחף' מעל האבחון של תינוקות וילדים בגילאים רכים (3-4), שאלה הנוגעת להתפתחות קרי, עד כמה הקשיים נובעים מלקות התפתחותית ולא מהחשיפה לאירוע הטראומתי.

ועם זאת, כאשר התינוק והילד בגילאים הרכים נחשפים לאירוע/כרוך בחשיפה לסכנת חיים, איום על השלמות הגופנית ו/או אובדן של קרובים בדגש על הורים ואחרים, עדות אישית לאירוע שקרה לאחרים, בעיקר לאחרים הישירים עליהם ולמידה שהאירוע הטראומטי קרו להורים או לדמות מטפלת), קיים אירוע מובחן וברור המחייב התייחסות ובדיקה עד כמה הוא מחולל הקושי הרגשי- התנהגותי והקוגניטיבי.

לצורך כך קבע ה-DSM שלצורך אבחון של PTSD נדרש סימפטום אחד או יותר מכל קבוצה מבין 3 קבוצות של תסמינים, המלווים את הילד למשך חודש לפחות (קריטריון E). מקבוצת B המוגדרת 'חודרנות' (intrusion), נדרש סימפטום אחד (או יותר) מהסימפטומים הבאים: (1) חוויה חוזרת (recurrent), לא רצונית, וחודרנות של זיכרונות הגורמים למצוקה נפשית מהאירועים) הטראומטיים (ישנה הערה חשובה בהקשר זה לפיה היבט זה יכול להתרחש תוך כדי משחק) (2) חלומות חוזרים הגורמים למצוקה נפשית, בהם התוכן ו/או הרגש בחלום קשורים לאירועים) הטראומטי. (3) תגובות דיסוציאטיביות (לדוגמא, פלשבקים) במהלכם האדם מרגיש

או פועל כאילו האירוע הטראומטי חוזר על עצמו (תגובות כאלה עשויות להתרחש ברצף, במהלכו ההבעה הקיצונית שמתרחשת יכולה להיות מלווה באובדן מודעות למה שקורה מסביב). (4) מצוקה פסיכולוגית אינטינסיבית או מתמשכת בתגובה לחשיפה לגירוי פנימי או חיצוני המסמל או מזכיר אספקט מהאירוע הטראומטי. (5) תגובות פיזיולוגיות ברורות לזכרונות מהאירוע הטראומטי. מקבוצה C המכונה הימנעות (avoidance) נדרש סימפטום אחד (או יותר), מהסימפטומים הבאים: (1) הימנעות או מאמץ להימנע מפעילויות, מקומות, או מזיכרונות גופניים שמתעוררים כשזוכרים באירוע הטראומטי. (2) הימנעות או מאמץ להימנע מאנשים, שיחות ומצבים בין-אישיים שמעוררים זכרונות מהאירוע הטראומטי.

תחת קבוצת תסמינים זו ישנה התייחסות גם למצב רוח וחשיבה שליליים (negative cognition and mood) המתבטאים ב: (3) שינויים שליליים בחשיבה המתבטאים בעלייה משמעותית בתדירות הרגשות השליליים (לדוגמא: "פחד", "אשמה", "עצב", "בושה", "בלבול"). (4) צמצום בולט בעניין או בהשתתפות בפעילויות משמעותיות לרבות משחק מאולץ (constriction of play) (5) נסיגה בהתנהגות חברתית (6) ירידה עיקשת בהבעה של רגשות חיוביים. מקבוצת D המכונה 'עוררות' (arousal) נדרשים שניים או יותר מהסימפטומים הבאים: (1) התנהגות רוגזנית וכעס מתפרץ (על רקע פרובוקציה קטנה או ללא פרובוקציה) שבד"כ מתבטאת בתוקפנות ורבאלית או פיזית כלפי אנשים או חפצים (לרבות התפרצויות זעם קיצוניות. (2) דריכות יתר (hypervigilance) (3) תגובות בהלה קיצוניות (exaggerated startle response) (4) קשיי ריכוז ו- (5) הפרעות שינה (לדוגמא, קושי להרדם, פגיעה ברצף השינה או שינה לא רגועה). ב-DSM מודגש כי חשוב לוודא שה-PTSD גורם למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי תפקודי ביחסים עם ההורים, אחים, קבוצת הגיל או מטפלים אחרים או בביה"ס (קריטריון F) וכי נדרש לשלול מחלות אחרות (למשל, דיכאון) כגורמות להפרעה (אבחנות מבדלות).

שכיחות התופעה

בכתב העת החשוב *Journal of Affective Disorder* קסן יו וחבריו (Xian-Yu et al., 2022) מדווחים כי בין 25%-33% מהילדים והמתבגרים נחשפים לפחות לאירוע טראומטי אחד לפני גיל 16, וכ-17% מבין הנחשפים (אחד מתוך שישה) ילדים יפתחו תמונה קלינית מלאה של PTSD בעקבות החשיפה לאירוע. נג וחבריו (Ng et al., 2019) הוסיפו שבמחקרים רבים נמצא קשר בין הפרעת לחץ פוסט טראומטית (PTSD) והפרעות פסיכאטריות אחרות לרבות דיכאון וחרדה, הפרעות התנהגות, שימוש בחומרים ממכרים, מחשבות אובדניות והתפתחות של תסמונת המעי הגס (irritable bowel syndrome). מעבר לכך, נמצא של-PTSD המתפתח בילדות השפעות על התפקוד בבגרות כמו למשל, הישגים אקדמאיים פחותים לבוגרים שהשתלבו באקדמיה וסבלו מ-PTSD בילדות, לעומת האוכלוסייה הרגילה (Herringa, 2017). זאת ועוד, ישנם הבדלים בין בני ובנות בכל הקשור להתפתחות סימפטומים של PTSD לאחר חשיפה לאירוע טראומטי. קילפייטריק ועמיתיו (Kilpatrick et al., 2003) מצאו בראיון שנערך בטלפון עם 4023 מתבגרים ומתבגרות אמריקאים בגילאים 12-17, ש-3.7% מהבנים פיתחו סימפטומים של PTSD כחצי שנה מהחשיפה לאירוע לעומת 6.3% מהבנות. יחד עם זאת, חשוב לציין כי שכיחות הסימפטומים בקרב ילדים אינה ברורה כמו גם באוכלוסייה הכללית (Levi et al., 2018).

תפקיד ההורים

להורים חלק מהותי בדרך בה ילדיהם מפרשים את המצב. חשוב שההורים ינסו לדבר עם הילד תוך תיאור עובדתי ופשוט של האירוע ותוך שידור רוגע ושמירה על שגרת החיים הנהוגה במשפחה. בכך שומרים על 'עקרון הרציפות' (עומר, 1991). תוך כדי השיחה על ההורים לתאר בפני הילד את דרכי ההתמודדות האפשריות העומדות בדרכו לרבות פנייה להורים בכל עת/ או שיחה עם בן משפחה אחר. במהלך השיחה חשוב להפגין כנות לרבות שיתוף בפחדים ("גם אותי ההפגזות הללו מאוד מפחידות") תוך שימוש בשפה התואמת את גילו של הילד. יש לזכור שהן ההורים והן הילדים עשויים לחלוק "מציאות טראומטית משותפת" (לוי, 2020). דבר שעשוי לפגוע ביכולתם של ההורים לסייע. במקרה כזה עשויים להתפתח רגשות אשם בקרב ההורים, ועל כך יש לתת את הדעת. המסר בהקשר זה לפיו מרבית הסימפטומים דועכים מעצמם מהחשיפה לאירוע הטראומטי (Bleich, Gelkopf, Solomon, 2003) עשוי לסייע בשליטה על החרדה בקרב ההורים ועל ידי

כך לילדים עצמם. כמובן שיש לקחת בחשבון עזרה נפשית להורים שתשלב בהמשך (במידת הצורך) את הילדים.

טיפול בילדים נפגעי טראומה

דווידי (2013) מציין בספר בעריכתו "הפרעה פוסט טראומתית אצל ילדים ומתבגרים" שהטיפול בילדים שפיתחו סימפטומים של PTSD הינו מגוון וכולל פסיכותרפיה לסוגיה (פסיכודינמי, קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול באומנות, טיפול משפחתי וקבוצתי), טיפול תרופתי וטיפולים אחרים כגון היפנוזה. יחד עם זאת, בטיפול בילדים משלבים בד"כ גישות וטכניקות שונות בכדי לתת מענה לשלב ההתפתחותי בו נמצאים הילדים ובכדי ליצור תחושת בטחון פנימית וחיצונית (סביבתית) בקרב הילדים הסובלים מהסימפטומים ובכדי לשפר את תפקודם באופן שיהיה תואם את השלב התפתחותי בהתבסס על קביעת יעדים.

באשר לפסיכותרפיה העומדת בבסיס פוסט זה עליה לכלול מספר עקרונות:

1. פגישות שבועיות קבועות ורציפות במקום קבוע (חדר) ובשעה קבועה.
2. רצוי שחדר הטיפול יהיה רחב ועליו להיות מצויד במגוון רחב של משחקים/צעצועים.
3. החדר והשעה הטיפולית חייבים להיות בטוחים ומוגנים, קרי ללא הפרעות (רעשים, כניסה פתאומית ובלתי צפויה של גורמים שאינם קשורים בטיפול ועוד).
4. המטפל/ת צריכים להיות מיומנים בכדי להתחבר לשפתם ולרמתם המילולית של הילדים ולקצב שלהם. בהקשר זה יודגש שאין להאיץ בילדים לדבר ו/או לשחק.
5. הפגישות צריכות לכלול מפגשים קבועים עם ההורים בתדירות שעשויה להשתנות לאורך הטיפול.
6. מומלץ לפגוש את ההורים למפגש אחד עד שניים לצורך לקיחת אנמנזה (אינטייק).
7. יש לשקול את האפשרות לטיפול משפחתי במיוחד אם כל המשפחה הייתה חשופה לאירוע הטראומתי.
8. על המטפלים להיות תחת הדרכה קבועה של מומחה לפסיכותרפיה בילדים נפגעי טראומה.

ישומם של עקרונות אלו יוביל למימוש מטרות הטיפול (שלוש משותפות לכלל סוגי הפסיכותרפיה) בדגש על גיבוש דפוסי חשיבה ורגשות מציאותיים התואמים את המציאות שלאחר הטראומה, העלאת הדימוי והביטחון העצמי של הילדים, החזרת האמון בסביבה בדגש על אמון באחרים ובמערכות יחסים בינאישיות, הפיכת הזיכרון הטראומתי לזיכרון 'רגיל' על ידי שילובו בהיסטוריית חייהם של הילדים.

מקורות בהם נעשה שימוש

- דווידי, נ. ק. (2013). הפרעה פוסט טראומתית אצל ילדים ומתבגרים. אח הוצאת לאור.
- ויניקוט, ו. ד. (1998). תינוקות ואימהותיהם. דביר – הוצאה לאור.
- לוי, א. (2020). על תקווה בימי קורונה. מקבץ העת הישראלי להנחיה לטיפול קבוצתי, 25 (1-2), 29-44.

עומר, ח' (1991). פיגועים המוניים: תפקיד צוות חירום. שיחות, ה(3), 157-170.

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders DSM-5TM (5

ed.). Washington: DC: Author.

- Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*. 290(5): 612-20. doi: 10.1001/jama.290.5.612. PMID: 12902364.
- Herringa, R.J. (2017). Trauma, PTSD, and the Developing Brain. *Current Psychiatry Repot* 19 (69), doi.org/10.1007/s11920-017-0825-3
- Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol.*, 71(4). 692-700. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.692. PMID: 12924674.
- Ng QX, Soh AYS, Loke W, Venkatanarayanan N, Lim DY, Yeo WS. (2019). Systematic review with meta-analysis: The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*, 34(1): 68-73. doi: 10.1111/jgh.14446. PMID: 30144372.
- Levi, O., Fruchter, E., Weiser, M., Kreiss, Y. Bar-Haim, Y., (2018). Treatment seeking for posttraumatic stress in Israel Defense Forces veterans deployed in the 2006 Israel-Hezbollah war: A 7-years post-war follow-up. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(2), 4-9.
- Xian-Yu, C.-Y., Deng, N.-J., Zhang, J., Li, H.-Y., Gao, T.-Y., Zhang, C., & Gong, Q.-Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511. doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111