

## תגובות אקוטיות וכרוניות לטראומה בקרב ילדים ומתבגרים

**Eric Bui, Bonnie Ohye, Sophie Palitz, Bertrand Olliac, Nelly Goutaudier, Jean-Philippe Raynaud, Kossi B Kounou & Frederick J Stoddard Jr**

מהדורה בעברית

תרגום: שלומי שמשי-בלפולסקי, ד"ר מעין שורר, ד"ר סילבנה פניג

עריכה: פרופ' פז תורן



Photo Hamideddine Bouali

Eric Bui MD, PhD  
 Université de Toulouse,  
 Toulouse, France;  
 Massachusetts General  
 Hospital & Harvard  
 Medical  
 School, Boston, USA  
 Conflict of interest: none  
 reported  
 Bonnie Ohye PhD  
 Massachusetts General  
 Hospital & Harvard  
 Medical  
 School, Boston, USA  
 Conflict of interest: none  
 reported  
 Sophie Palitz, BA  
 Massachusetts General  
 Hospital, Boston, USA  
 Conflict of interest: none  
 reported

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2014. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Goutaudier N, Raynaud JP, Kounou KB & Stoddard FJ Jr. Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Edition in Hebrew: Toren P (ed). Translation: Shimshi-Belapolsky, S. Shorrer, M. Fennig, S., 2017). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions

2014.

Bertrand Olliac MD,  
PhD  
Centre Hospitalier  
Esquirol,  
Limoges, France  
Conflict of interest: none  
reported

Nelly Goutaudier PhD  
Université de Toulouse,  
Toulouse, France  
Conflict of interest: none  
reported

Jean-Philippe  
Raynaud MD  
Université de Toulouse,  
Toulouse, France  
Conflict of interest: none  
reported

Kossi B Kounou PhD  
Université de Toulouse,  
Toulouse, France &  
University  
of Lomé, INSE, Lomé,  
Togo  
Conflict of interest: none  
reported

Frederick J Stoddard  
Jr MD  
Massachusetts General  
Hospital & Harvard  
Medical  
School, Boston, USA  
Conflict of interest: none  
reported

על אף שבעשורים האחרונים חלה התקדמות חשובה בהבנת מצבי דחק טראומטי ובטיפול בהם, תגובות של דחק פסיכולוגי זכו עד כה לתיאורים עתיקי-יומין (Birmes et al, 2010). בביבליוגרפיה שכתב פלוטרך' אודות חיי מפורסמים, הוא מתאר כי כאשר הגנרל והקונסול הרומאי, קאיוס מאריוס (86-157 לפנה"ס), נזכר באחד מאויביו המחרידים, הוא נשלט ע"י "מחשבה אודות מלחמה חדשה, מאבקים חדשים ופחדים מלאי חרדה, המבוססים על ניסיון קודם", וכי הוא "נתקף פחדים מדי לילה וחווה חלומות מטרידים" (Plutarch, 1920).

במילה 'טראומה', שמקורה במילה היוונית τραύμα, שמשמעותה "פצע", נעשה שימוש במשך שנים כמונח רפואי, על מנת לתאר "פציעה ברקמה חיה שנגרמה על ידי גורם חיצוני". רק בשנת 1889, כאשר אופנהיים הציג לראשונה תיאורים קליניים של "נזירות טראומטיות" בקרב קורבנות של תאונות רכבת, החלה המילה לקבל נופך פסיכולוגי.

## אירועים טראומטיים

היסטורית, מאורע טראומטי תואר לרוב כבעל שלושה מרכיבים:

- מאורע פתאומי ולא צפוי
- תחושת איום על החיים או על השלמות הפיזית
- מאורע שהוא מחוץ לטווח החוויית הנורמטיבי של החיים

שלושת המאפיינים הללו מבחינים 'טראומה' ממאורעות דחק אחרים, כמו מחלה, או סיומה של מערכת יחסים. שני סוגים של טראומה פסיכולוגית הוגדרו על ידי ליאונור טר:

- סוג I, מקושר עם מאורע יחיד מוגבל בזמן (תאונה, מצוקה וכדומה).
- סוג II, הנגרם מחשיפה ארוכת טווח, חוזרת ונשנית, למאורעות טראומטיים (התעללות, עינוי, מצבי לחימה וכדומה) (Terr, 1991).

ההוכחות לסוג II נחשבו חלשות מדי מכדי להיכלל במהדורה החמישית של ה-DSM (American Psychiatric Association 2013; Resick et al, 2012). בעוד שבמהדורה הרביעית (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) מאורע טראומטי הוגדר "מאורע בו ישנו איום ממשי על החיים, פציעה חמורה או איום על השלמות הפיזית של אדם עצמו או של אחרים", אשר מלווים בהרגשה של "פחד אינטנסיבי, חוסר אונים או אימה", ב-DSM-V (קריטריון A2) הושמטה התגובה הסובייקטיבית הנדרשת ב-DSM-IV, מכיוון

תגובות לטראומה

האם יש לכם שאלות או הערות?

לחץ כאן כדי לעבור אל

ספר הלימוד בדף הפייסבוק על מנת לשתף דעותיך על

הפרק עם קוראים אחרים, ליצור קשר עם

המחברים או העורכים



שהעדויות המחקריות לא תמכו בחיוניותה לאבחנה של תגובת דחק אקוטית ( Acute Stress Disorder; ASD) ושל הפרעת דחק פוסט טראומטית ( Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) (Stoddard et al, in press). ההגדרה ב-DSM-V לטראומה כוללת לא רק חשיפה ישירה (כלומר להיות קורבן), או צפייה, באירוע טראומטי, אלא גם מקרים בהם האירוע הטראומטי קרה לבן משפחה או לחבר קרוב. ההגדרה ב-DSM-V כוללת גם חשיפה קיצונית וחוזרת לפרטים אברסיביים של האירוע הטראומטי (למשל, בקרב צוותים האחראיים לאיסוף חלקי גופות בזירת האירוע) ומוציאה מן האבחנה חשיפה דרך התקשורת, אלא אם הדבר קשור לעבודה (למשל, קציני משטרה, אשר באופן חוזר צופים בתמונות ומתעדים תקיפות).

בהקשר של ילדים, תוספת חשובה ב-DSM-V היא הקריטריון החדש: "שינוי שלילי בקוגניציות ובמצב הרוח, המקושרים למאורע (או מאורעות) הטראומטי". קטגוריות ה"חוויה מחדש", "הימנעות" ו"עוררות" ממשיכות להיכלל בסימפטומים של PTSD (ראה חלק של מאפיינים קליניים למטה ובטבלה F.4.1).

ASD ו-PTSD כבר לא מקוטלגים תחת הפרק של הפרעות חרדה, אלא בעלי קטגוריה משל עצמם: *טראומה והפרעות הקשורות לדחק* (ראה פרק A.9). בנוסף ל-ASD ול-PTSD קטגוריה זו כוללת "Reactive Attachment Disorder", "Disinhibited Social", "Engagement Disorder", ולא פחות חשוב, "הפרעת הסתגלות" (Adjustment Disorder). Persistent Complex Bereavement Disorder (הידועה גם כאבל מורכב או הפרעת אבל מתמשך) נכללים ב-DSM-V בפרק "מחקר נוסף", אך רשומים גם כאופציה לאבחנה של "טראומה ספציפית והפרעה הקשורה לדחק" (APA, 2013).

האפידמיולוגיה ונתוני המחקר הקליני, המוצגים בפרק זה, מוגבלים למחקרים בהם נעשה שימוש ב-DSM-IV, או קריטריונים קודמים. כרגע קיים מעט מידע המבוסס על מחקרים של DSM-V.

## ספקטרום התגובות לטראומה בקרב ילדים ובני נוער

חשיפה למאורע טראומטי בקבוצת גיל זו יכולה להוביל למגוון תגובות התפתחותיות, החל מתגובות קלות, הגורמות להפרעות קלות בחיי הילד, וכלה בתגובות חמורות ומתמשכות. רוב הילדים והמתבגרים, הנחשפים לאירוע טראומטי, יפתחו מצוקה פסיכולוגית, לרוב לזמן קצר.

הרמן אופנהיים,  
ניירולוג גרמני, היה  
הראשון להגדיר  
טראומה פסיכולוגית  
בתזה שלו על  
"נירוזות טראומטיות"  
(traumatic neuroses)  
בשנת 1981  
(Weitere)  
Mitteilungen über  
die traumatischen  
Neurosen) בהתבסס  
על תצפיות קליניות של  
נפגעי תאונות רכבת,  
מפעלים ועבודות בניין.

בקרב חלק מהם, הסימפטומים אינם חולפים באופן ספונטני והופכים להיות משמעותיים, עקביים ופוגעים ברמה קלינית.

### רגסיה

רגסיה הוא מנגנון הגנה נפוץ בקרב ילדים. בזמן התמודדות עם אירועים מעוררי דחק, הילד נסוג לדפוס התמודדות, הבעת רגשות או התנהגויות פחות בוגרות.

התגובה לחשיפה לטראומה נקבעת על פי משך הזמן מהאירוע הטרומטי: מידי או קרוב לאירוע הטרומה (נמשך דקות או שעות), ASD (נמשך בין יומיים ועד חודש) ו-PTSD (כאשר הסימפטומים נמשכים יותר מחודש אחד).

בפרק זה נסקור את ההבדלים בין סוגי הפתולוגיות בתגובות ספציפיות לטראומה. אולם, ילדים ונוער יכולים לפתח מצבים פסיכיאטרים אחרים לאחר חשיפה לטראומה, הכוללים: דיכאון, הפרעת פאניקה, פוביה ספציפית (אשר קשורה באופן כלשהו לטראומה), כמו גם בעיות קשב והתנהגות (כמו למשל Oppositional Defiant Disorder). בקרב ילדי טרום בית ספר, ישנם מצבים קליניים אחרים, הכוללים בעיות התפתחותיות, כמו אובדן של יכולות שהושגו (רגסיה), כמו גם הופעת פחדים, אשר אינם קשורים ספציפית לאספקטים של הטרומה. תוספת משמעותית ב-DSM-V היא תת הקטגוריה של PTSD בקרב ילדים בני שש ומטה. בקרב ילדים בגילאים אלה דרושים לאבחנה רק שלושה סימפטומים: אחד תחת "חוויה מחדש", אחד תחת "הימנעות" ואחד תחת "קוגניציות שליליות", או תחת "עוררות". זאת בשונה מהצורך בשבעה סימפטומים בקרב ילדים גדולים יותר ובקרב מבוגרים (ראה טבלה F.4.1).

## אפידמיולוגיה

### הפרעת דחק אקוטית (ASD)

מחקרים בקרב מבוגרים אשר נחשפו לטראומה מדווחים על טווח שכיחויות של ASD החל מ-7% ועד 59% (Bryant et al., 2008; Elklit & Christiansen, 2010), עם ממוצע שכיחות של 17.4% (Bryant, 2011). אולם, נתונים אלה הם נמוכים יותר במידת מה בקרב ילדים, כאשר השיעורים המדווחים הם 8%-10% במדינות מתועשות (Kassam-Adams & Winston, 2004; Bryant et al., 2007; Dalgleish et al., 2008).

### הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)

בארצות הברית, 7-10 אחוזים עלולים לסבול במהלך חייהם מ-PTSD, בעוד שמדווח כי שכיחות המבוגרים הסובלים מההפרעה במהלך שנה היא 4 אחוזים (Kessler). בקרב מבוגרים, שיעור מקרי ה-PTSD (אחוז המקרים החדשים) בעקבות טראומה משתנה מאוד (Breslau et al.), ותלוי בטווח של גורמים, כמו סוג הטרומה, חומרת הטרומה, חשיפה קודמת לטראומה, הימצאות קודמת של הפרעת חרדה או מצב רוח ותגובות מוקצנות שקדמו

לטרואמה (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). שיעור ה-PTSD בקרב ילדים ובני הנוער השורדים גורמי דחק משתנה כתלות באוכלוסייה הנבחנת ובכלי ההערכה והאבחון בהם נעשה שימוש. השיעורים נעים בין אחוז אחד לשישים אחוזים (Wang et al., 2013).

בעוד שבעבר נמצא, כי 36% מהילדים והנוער, שנחשפו לטווח של אירועים טראומטיים, אובחנו ב-PTSD (Fletcher, 1996c), מטא-אנליזה, שבוצעה לאחרונה, מצאה כי שיעור ה-PTSD בקרב ילדים שנחשפו לטרואמה, עומד על כ-16% (Alisic et al., in press). בסקר אפידמיולוגי רחב, שנערך בארצות הברית, נמצא כי 4.7% מבני הנוער סובלים מ-PTSD, הנמשך לאורך החיים (McLaughlin et al., 2013), בשיעור גבוה יותר בקרב בנות (7.3%) מאשר בקרב בנים (2.2%).

### מהלך והשפעות

הוכח, כי סימפטומים של PTSD בקרב מבוגרים משתפרים בעיקר במהלך 12 החודשים, העוקבים למאורע הטרואומטי (Buietal, 2010b), אך יחד עם זאת, נתונים מצביעים על כך, ש-PTSD לא מטופל הינו הפרעה כרונית – אנשים יכולים לחוות רמות גבוהות של סימפטומים וליקויים עשורים לאחר האירוע (e.g., O'toole et al., 2009).

בדומה, נתונים אחרים מצביעים, כי בקרב ילדים לפני גיל בית ספר, מהלך ה-PTSD יכול להיות כרוני עם שיפור מועט במהלך השנתיים העוקבות למאורע הטרואומטי (Scheeringa et al., 2004; 2005; 2006). אולם, ישנם נתונים מעורבים בנוגע לילדים בגיל בית הספר, בהם דיווחים אודות העדר השפעה ארוכת טווח של אירועים טראומטיים על שיעורי ה-PTSD (McFarlane & Van Hooff, 2009), לצד אחרים, המדווחים על שיעורים גבוהים (Morgan et al, 2003). לבסוף, המידע המצומצם אודות בני נוער מצביע על האפשרות שסימפטומי ה-PTSD הינם כרוניים בקרב אוכלוסייה זו (Yule et al, 2000).

### גורמי סיכון

מטא-אנליזה של 64 מחקרים, המעריכים גורמי סיכון ל-PTSD בקרב ילדים ונוער בגילאים 6-18 (Trickey et al, 2012) חשפה, כי גורמים, הקשורים לחוויה הסובייקטיבית של המאורע (כולל חשש מוקדם מטרואמה ואיום נתפס על החיים), וכן משתנים בשלב שלאחר הטרואמה (כגון תמיכה חברתית נמוכה, נסיגה חברתית, קו-מורבידיות פסיכיאטרית, תפקוד משפחתי נמוך ושימוש באסטרטגיות קוגניטיביות מסוימות כמו הסחה ודיכוי מחשבות), מהווים מבאים של PTSD ברמה בינונית עד גבוהה. זאת בעוד שמאפיינים פרה-טראומטיים (כמו, למשל, מגדר נשי, אינטליגנציה נמוכה, מעמד סוציו-אקונומי נמוך, מאורעות חיים שקדמו לטרואמה, הערכה עצמית נמוכה שקדמה לטרואמה, בעיות פסיכולוגיות שקדמו לטרואמה בקרב המתבגרים או הוריהם), הינם מבאים של PTSD ברמה נמוכה עד בינונית.



לחץ על התמונה על מנת לצפות בסרטון המתאר הפרעת דחק פוסט טראומטית.

ד"ר יושירו אונו פסיכיאטר  
ילדים יפני מטעם IACAPAP  
מגיש עזרה לאחר רעידת  
האדמה והצונאמי שפקדו את  
צפון יפן ב- 11 במרץ 2011



## מאפיינים קליניים

### תגובות מיידיות לטראומה

כאשר הם נתקלים במאורע טראומטי, ילדים ונוער מראים לרוב תגובות פסיכולוגיות מיידיות. תגובות המתרחשות תוך כדי ומייד לאחר הטרומה נקראות תגובות פריטראומטיות והן מזוהות כמנבאים חזקים להתפתחות PTSD בקרב מבוגרים ( Ozer , 2000; Brewin et al, 2003). תוארו שתי תגובות פריטראומטיות: סטרס פריטראומטח ודיסוציאציה פריטראומטית.

סטרס פריטראומטי מוצג כאמת מידה לחומרת ה-PTSD ב-DSM-IV (Brunet et al, 2001) ובא לידי ביטוי ברגשות (למשל פחד, או אימה) ובתגובות פיזיות (כמו אובדן השליטה על המעיים). תגובות אלה נחוות תוך כדי הטרומה, או מייד לאחריה. סטרס פריטראומטי יכול להימדד בעזרת 13 פריטי שאלון *Peritraumatic Distress Inventory*-PDI ( Brunet et al, 2001), אשר מעריכים: תחושת חוסר אונים, עצבות, אשמה, בושה, תסכול, פחד, אימה, התעלפות, דאגה לאחרים, אובדן שליטה במעיים ובשלפוחית השתן, תגובות פיזיות ומחשבות על מוות (Appendix F.4.1).

דיסוציאציה מיידיית לטראומה מתייחסת לשינויים בחוויה של זמן, מקום ושל אנשים אחרים, במהלך, או מיד לאחר החשיפה לטראומה (Marmar et al, 1994), והיא מוערכת על ידי שאלון חוויית דיסוציאציה מיידיית לטראומה, הכולל 10 פריטים (Peritraumatic -PDEQ -Dissociative Experiences Questionnaire). פריטי שאלון ה-PDEQ מעריכים התעלפויות, תחושה כי האדם פועל כ"טייס אוטומטי", ניתוקים בזמן ("תנועה איטית"), דה-פרסונליזציה (תחושה כי האדם צופה בעצמו פועל בעוד שאין לו תחושה של שליטה על הסיטואציה), דה-ריאליזציה (תחושה של זרות, פגיעה בתפיסת המציאות של העולם החיצון), בלבול, אמנזיה (שכחה) וירידה בערנות (Appendix F.4.2).

הן ה-PDI והן ה-PDEQ תוקפו בקרב ילדים (Bui et al, 2011). כמו כן הוכח, כי מצוקה מידית לטראומה ודיסוציאציה מידית לטראומה קשורות להתפתחות של סימפטומי PTSD בילדים (Bui et al, 2010a).

### תגובת דחק אקוטית (ICD-10) / הפרעת דחק אקוטית (DSM-V)

תגובות פסיכולוגיות הסמוכות לחשיפה לטראומה מתוארות תחת התווית של "תגובת דחק אקוטית" (ASR - Acute Stress Reaction) במהדורה העשירית של מערכת סיווג המחלות הבינלאומית (ICD-10) (World Health Organization, 1992) ותחת "הפרעת דחק אקוטית" (ASD - Acute stress disorder) ב-DSM-V. בעוד שהתיאורים של ASD ו-ASR דומים, הם נבדלים קלות במסגרת הזמנים שלהם (ב-ASR מדובר בתגובה המוצגת יומיים לאחר החשיפה לטראומה וב-ASD היא שלושה ימים). אנו מתמקדים ב-ASD למחקר ולהמלצות מבוססות ראיות, אשר מבוססות ברובן על מחקרים תחת הקריטריונים של ה-DSM.

ASD הוצג ב-DSM-IV במטרה להבחין בין מצוקה קצרת מועד ופגיעה תפקודית בעקבות טראומה לבין PTSD (Koopman et al, 1995), וכן במטרה לזהות אנשים הנמצאים בסיכון ל-PTSD כחודש לאחר האירוע (Spiegel et al, 1996). ב-DSM-V, אבחנה של ASD דורשת חשיפה למאורע טראומטי (למשל חשיפה למוות או איום במוות, איום ממשי בפגיעה חמורה, איום בפגיעה מינית, או פגיעה מינית ממשית). הקריטריונים העיקריים לאבחנה דורשים הימצאות של תשעה מתוך 14 סימפטומים (בכל מקבץ ספציפי), כולל סימפטומים של "חודרנות" (למשל חלומות חוזרים מעוררי מצוקה, זיכרונות חוזרים ומעוררי מצוקה של הטראומה ותגובות פיזיות כתגובה לתזכורת של הטראומה); סימפטומים של דיסוציאציה (כמו למשל דה-ריאליזציה, קהות רגשית וחוסר יכולת לזכור אספקטים של הטראומה- במיוחד אמנזיה דיסוציאטיבית); סימפטומים של "הימנעות" (למשל הימנעות מגירויים פנימיים, או חיצוניים, המעוררים את זיכרון האירוע הטראומטי); סימפטומים של "עוררות" (למשל עצבנות או התנהגות אגרסיבית, תגובות בהלה מוגזמות, הפרעות בשינה, רגישות חושית מוגזמת

#### תגובה מידית

#### לטראומה אצל ילד בגיל 11

אלאן הוא ילד בן 11 שמתגורר עם הוריו ואחותו בת השנה. ערב כשהוריו התווכחו בנוכחותו, אביו דקר את אמו בבטנה. אמו הובהלה לבית החולים ואלאן הגיע עמה. בבית החולים אלאן פגש בפסיכיאטר התורן.

אלאן סיפר את שראו עיניו, אלאן סיפר שכאשר צפה בהוריו רבים חש פחד וליבו הלם בחוזקה. הוא חש צורך לעזור לאימו אך חש כי רגליו משותקות ואינו יכול להניע אותן. הוא אף הוסיף שחוה את האירוע בצורה לא מציאותית כאילו לקוח מסרט קולנוע. אלאן שיתף שכאשר נזכר באירוע הוא התרחש בהילוך איטי וללא פוקוס. הוא נזכר שצעק בקול רם כשאימו נפצעה אך לא זכר דבר מהאירועים שהתרחשו בהמשך.

## היחס בין תגובת דחק אקוטית (ASD) להפרעת דחק פוסט טראומתית (PTSD)

ASD היוותה פרוגנוזה לסיכון לחלות ב- PTSD. הספרות מדווחת על כך שהימצאות תסמיני ASD מגדילים את הסיכון ללקות ב- PTSD (McKibben et al, 2008. Bui et al, 2010b. Yasan et al, 2009).

על אף ממצאים מחקרניים אלו בקרב מבוגרים, בזמן ש הכח הפרוגנוזי של ASD הינו בעל היגיון, רגישות הניבוי (היחס בין אלו שלקו ב- ASD לבין אלו שפיתחו PTSD) נמוכה (70%-20%), רוב השורדים טראומה שפיתחו PTSD, אינם עומדים בכל הקריטריונים ל- ASD (Bryant, 2011).

בקנה אחד עם ממצאים אלו, מחקר בקרב ילדים ומתבגרים ששרדו תאונות בין מכוניות נכשל להוכיח שמאפיינים דיסוציאטיביים יכולים לנבא לבדם PTSD (Dagleish et al, 2008).

לכן, ASD נחשבת לדיאגנוזה ייחודית, המובחנת ברמת המצוקה וירידת ערך העצמי ותורמת בזיהוי צורך בעזרה קלינית בקרב מתבגרים וילדים. בנוסף, ייתכן ומעידה על אפשרות לפתח PTSD בשלב מאוחר יותר.

ובעיות בריכוז). משך הסימפטומים יכול להיות בין שלושה ימים לארבעה שבועות לאחר החשיפה לטראומה, עם מצוקה ופגיעות תפקודיות קליניות משמעותיות (see Table F.4.1).

## הפרעת דחק פוסט טראומתית (PTSD)

האבחנה של PTSD נעשתה תחילה רק עבור מבוגרים והורחבה לנוער ב-1987 ב-DSM-III. ב-DSM-IV הקריטריונים הדיאגנוסטיים ל-PTSD בקרב ילדים ונוער זהים לאלה של המבוגרים, עם מספר הסתייגויות. דיון מדעי אינטנסיבי מתקיים בנוגע לשימוש בקריטריונים לאבחנה של PTSD במבוגרים של ה-DSM-IV לצורך אבחנה של PTSD בילדים. נתונים עדכניים מציעים כי אבחנת PTSD בקרב נוער דורשת פחות קריטריונים המבוססים על פגיעה בתפקוד בשל סימפטומים של PTSD. ייתכן שישנם ביטויים שונים במידת מה של מצוקה, במיוחד בקרב מתבגרים צעירים (Scheeringa et al, 2003).

ב-DSM V, אבחנה של PTSD כוללת את אותם קריטריונים של חשיפה לאירוע טראומתי כמו ב-ASD (כלומר, חשיפה למוות או לאיום במוות, איום או פגיעה ממשית או איום או פגיעה מינית ממשית). בנוסף, אבחנת PTSD בקרב מבוגרים ונוער דורשת:

- סימפטום אחד של חוויה מחדש (קריטריון B), הכולל חלומות מעוררי מצוקה חוזרים ונשנים, זיכרונות של הטראומה המעוררים מצוקה, תגובות דיסוציאטיביות (כלומר, פלשבקים) או תגובה פסיכולוגית קיצונית לזיכרונות של הטראומה.
- הימנעות עקבית מגירויים פנימיים וחיצוניים הקשורים לטראומה (קריטריון C).
- שני סימפטומים של שינוי שלילי בקוגניציות ובמצב הרוח הקשורים לטראומה (קריטריון D), הכוללים האשמה מסולפת מתמדת של העצמי או של אחרים, מצב רגשי שלילי (כגון פחד, אימה, כעס, בושה, אשמה), הפחתת העניין או ההשתתפות בפעילויות, ניתוק או התנכרות לאחרים, וחוסר יכולת לחוש רגשות חיוביים (כלומר, קהות רגשית).
- שני סימפטומים של שינוי בעוררות ובתגובתיות (קריטריון E), הכולל עצבנות או התנהגות אגרסיבית, פזיזות והתנהגות של הרס עצמי, רגישות יתר חושית, בהלה מוגזמת, בעיות בריכוז והפרעות בשינה.

על מנת שהאבחנה תוגדר קלינית כגורמת למצוקה משמעותית ולפגיעה, דרוש כי הסימפטומים ימשכו לפחות חודש אחד. כמו כן, דרוש כי הסימפטומים אינם נובעים משימוש בחומרים או ממצב רפואי. בנוסף, ה-DSM-V כולל תת סיווג של PTSD לילדים מתחת לגיל בית ספר, עד גיל שש, דבר הממחיש את הצורך בהבדלים הנובעים מהתפתחות קוגניטיבית





המשתתפים בישיבת ועדת ההיגוי הראשונה שהתקיימה בג'קארטה, 19 בספטמבר 2012 של הברית האסייתית לתמיכה בחוסן נפשי בעת משברים.

### הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) בילדה בת-6

דולורס בת ה-6 הובהלה אל בית החולים עם כוויית ב-40% מגופה בעקבות שריפה שהתרחשה בביתה, אחיה הצעיר מת בשריפה, אימה שוהה לצד מיטתה. אביה לא היה נוכח בחייה למשך מספר שנים. דולורס סובלת מחסך מוקדם בעברה בעקבות חוסר בקורת גג וכיום נמצאת בכיתה א'.

דולורס הייתה בחדר השינה כשהחלה להריח את העשן ולראות את דלת חדרה עולה בלהבות, היא נזכרת שאחז בה פחד גדול, הרטיבה וצעקה בקול רם. היא אינה זוכרת את ההתרחשויות שאירעו לאחר מכן.

יכולות ביטוי מילולי (Scheeringa et al, 2011a; Scheeringa et al, 2001b). בתת סיווג זה נעשו שלושה שינויים מרכזיים:

- שינויים בסימפטומים של החוויה מחדש, כוללים ניסוח מחדש של קריטריון B1 (כלומר, זיכרונות חודרניים, חוזרים ונשנים ומעוררי מצוקה, אודות האירוע), אשר אינו מחייב שהזיכרונות יהיו מעוררי מצוקה, שכן חלק מן הילדים שחוו טראומה הגיבו בהתרגשות או באופן ניטראלי לחוויית ההיזכרות.
- בקשר לסימפטומים של הימנעות ושינויים שליליים בקוגניציות ובמצב הרוח, הקריטריונים עבור ילדים בגיל טרום בית ספר דורשים הימצאות רק של סימפטום אחד בכל אחד משני מקבצי הסימפטומים הללו. זאת משום, שבקרב אוכלוסייה זו קשה לזהות סימפטומים מסוימים, כמו "טווח מוגבל של אפקט" ו"ניתוק מאנשים קרובים". בנוסף, הוסרו שני סימפטומים, היות ולא היו רגישים התפתחותית: "תחושת צמצום לגבי העתיד" ו"חוסר יכולת להיזכר באספקטים חשובים של המאורע". לבסוף, על מנת לשפר את התוקף בקרב ילדים בגילאי טרום בית ספר, נוספו במקבצים אלו שני סימפטומים: עניין מופחת בפעילות (כמו, למשל משחק מצומצם) ותחושת ניתוק אשר יכולה להיראות כנסיגה חברתית.
- בקשר לעוררות רגשית, נעשה שינוי קטן בלבד, כך שהמונחים "עצבנות והתפרצויות זעם" שונן, כדי שיכללו "התקפי זעם (טנטרום) קיצוניים" (Table F.4.1).

## אבחנה מובדלת

תחילה סבלה מהשתלים שכיסו את פצעי הכוויות. במהלך הגמילה ממורפין 4 (IV morphine) ומידזולאם (midazolam) בכתה וצעקה כשאמא נעדרה לתקופות קצרות. היא נראתה בלחץ כאשר אחיות במדים נכנסו לחדרה וחששה שיפגעו בה. היא פיתחה הפרעות שינה (Insomnia) וסיוטים במהלכם חוותה מחדש את השריפה עם אפיזודות של חרדה קיצונית (sleep terror). היא נעשתה נסערת כאשר אימה לא נשארה לצידה בלילות. אימה דיווחה כי דולורס השתנתה לאחר השריפה; לא התעניינה יותר במשחק בבובות, נסוגה ומתוחה ובעלת התפרצויות זעם תכופות.

מצבה השתפר כאשר קיבלה יכולת שליטה על שינוי בלבושה ותשומת לב קפדנית לעידוד היכולת לשלוט בפחד וכאב הקשורים לתחבושותיה והפחתת השימוש במשככי כאבים.

טבלה F.4.1 מסכמת את הסימפטומים בהם נעשה שימוש לאבחנות של PTSD ו-ASD על פי ה-DSM-V. PTSD חולק סימפטומים עם מצבים רבים נוספים כמו למשל חומרים ממכרים, אשר צריכים להישלל על מנת לאבחן PTSD. כמו כן ב- PTSD ניתן לראות סימפטומים קונקרטיים של מצב רוח וחרדה ויש לבחון הימצאות של הפרעת חרדה. האבחנות המבדילות העיקריות שיש לקחת בחשבון הן:

- הפרעת הסתגלות
- ASD
- הפרעת חרדה
- OCD
- דיכאון מז'ורי
- הפרעה דיסוציאטיבית
- הפרעת המרה
- פסיכوزה
- שימוש בחומרים
- פגיעת מח טראומטית (Traumatic Brain Injury)

בניגוד לאבחנה של PTSD, בה נדרש כי הסימפטומים ימשכו כחודש לפחות, אבחנה של ASD נעשית במהלך החודש הראשון לאחר המאורע. בנוסף, אבחנה של PTSD דורשת הימצאות של לפחות שישה סימפטומים, הנחלקים לארבעה מקבצים (הימנעות, חוויה מחדש, שינוי שלילי בקוגניציות ובמצב הרוח ועוררות רגשית), בעוד שאבחנה של ASD דורשת הימצאות של תשעה מתוך 14 סימפטומים (Table F.4.1).



חיילים איראניים במהלך מלחמת איראן-עיראק.

בדומה ל-PTSD ול-ASD, הפרעת הסתגלות דורשת חשיפה למאורע מלחיץ, אשר מסתיים במצוקה קלינית משמעותית. אולם, בהפרעת הסתגלות גורם הדחק לא צריך להיות "טראומטי" (כלומר לא חמור כמו ב-ASD או ב-PTSD). יתרה מכך, הפרעת הסתגלות לא דורשת סימפטומים באופן ספציפי ומצב המטופל לא יכול להיות מוסבר על ידי הפרעה אחרת.

על אף שחשיפה לחוויה טראומטית עלולה לעורר מגוון של הפרעות חרדה או מצבי רוח, אבחנות אלו אינן קשורות באופן הדוק לאירוע הטראומטי, כמו במקרה של ASD או PTSD. בעוד שהאבחנות של -ASD ו-PTSD חולקות עם הפרעות חרדה אחרות (כגון פאניקה, חרדה מוכללת, חרדה חברתית) סימפטומים של עוררות רגשית והימנעות, המצג של ASD ו-PTSD כולל הן התמקדות באירוע טראומטי והן חוויה חוזרת של הרגשות והתחושות מהטראומה. הדבר יכול להוות טריגר לאפיזודה של דיכאון מז'ורי, בו החוויה תהיה של קשיים בריכוז, קשיים בשינה, נסיגה חברתית וניתוק, בדומה למתרחש ב-PTSD. אולם, מצגים קליניים של דיכאון מז'ורי לא יכללו חוויה מחדש של הטראומה והימנעות.

PTSD מתחת לגיל 6	PTSD	ASD	תיאור סימפטומים	קבוצת סימפטומים
✓	✓		התנסות ישירה עם גורם הטראומה	חשיפה לאירוע טראומתי
✓	✓		חוויות הגורם הטראומתי דרך אחרים	
✓	✓	✓	מציאת חבר קרוב או בן משפחה שחווה אירוע טראומתי	
✓	✓	✓	חשיפה חוזרת או קיצונית לפרטים מטרידים של אירוע טראומטי	
✓	✓	✓	זיכרונות חוזרים וחדרניים של האירוע	סימטומים מפריעים/מתערבים
✓	✓	✓	סיטוי ללה חוזרים בעקבות האירוע	
✓	✓	✓	פלאשבקים או אירועי ניתוק (dissociative) של האירוע	סימפטומים של מצב רוח ומחשבות שליליות
✓	✓	✓	תחושות פנימיות או רמזים חיצוניים הקשורים לאירוע אשר מביאים למצוקה	
✓	✓	✓	תגובות פיזיות ישירות הקשורות לרמזים חיצוניים או פנימיים	
✓	✓	✓	מצוקה מזיכרונות או רגשות הקשורים לאירוע	
✓	✓	✓	גורמים חיצוניים המזכירים את האירוע, אנשים, מקומות או מצבים	
✓	✓	✓	יחס יכלת לזכור חלקים מהאירוע	
✓	✓	✓	תפיסה שלילית של העולם, של העצמי או של האחרים	
✓	✓	✓	דשמים מעוותים ומשובשים לגבי סיבת האירוע או השפעתו	
✓	✓	✓	רגשות שליליים ומתמידים כגון אשמה, אימה ובושה	
✓	✓	✓	ירידה משמעותית בעניין בפעילויות ומוזמנות, פנאי ובלוים	
✓	✓	✓	רגשות של חוסר היקשרות	
✓	✓	✓	יחס יכלת לחוות רגשות חיוביים	

טבלה F.4.1 (המשך) השוואה בין הסימפטומים לאבחון של PTSD ו-PTSD בילדים מתחת לגיל 6 על פי

✓	(עם התפרצויות זעם קיצוניות)	✓	✓	·עצבנות והתפרצויות של כעס	סימפטומים של עוררות
✓		✓	✓	·התנהגות פזיזה או הרס כלפי עצמי	
✓		✓	✓	·דריכות	
✓		✓	✓	·תגובת בהלה מוגזמת	
✓		✓	✓	·קשיי ריכוז	
✓		✓	✓	·הפרעות שינה	
✓		✓	✓	·הפרעת ניתוק מהעצמי ((depersonalization derialization	
			✓	·דה ריאליזציה ((derialization	סימפטומים דיסוציאטיביים
				טראומה	דרישה לאיבחון
			+	1 חודרני	
			+	1	
			1	הימנעות	
			1	הימנעות או מצב רוח / קוגניטיבי	
			+	2 עוררות	
			2	מצב רוח / קוגניטיבי	
			+	2 עוררות	
			9	מתוך 14 סימפטומים	
			3	ימים עד חודש	
			< 1 חודש		משך הסימפטומים לאחר החשיפה לטראומה

### הערכה וטיפול בילדים ובני נוער פליטים, הנחשפו לטראומה הקשורה במלחמה

ילדים ובני נוער שברחו מאזורי מלחמה לרוב נחשפו לסוגי טראומה שונה (עדות ישירה לאדם שנפצע, נהרג או עונה), וכן, אבדות של קרובים אליהם (Rutter, 2003). אף על פי שרובם מתאוששים, אחרים מפתחים PTSD או בעיות נפשיות שונות, דיכאון, חרדות ואבל פתולוגי או ארוך. מנגנוני העיבוד של הפליטים, החיים במחנות פליטים ותגובת המדינות הקולטות את הפליטים כשוהים בלתי חוקיים הם המרכיבים את הסיבות לפיתוח ההפרעות הנפשיות. נראה שישנו מנגנון של מינון וחוזק אפקט הטראומה המצטברת והסימפטומים של המצוקה הרגשית בקרב ילדים הנחשפו למאורעות מלחמה (Heptinstall et al 1997, Mollica et al 2004). ילדים חוסים ללא מקלט, נערים מתחת לגיל 18 המופרדים משני הוריהם שנשארו ללא מבוגר אחראי, יהיו בסבירות גבוהה לפתח מצוקה פסיכולוגית על פני ילדים המקבלים ליווי (Mckelvey & Webb 1995).

סוגיות הקשורות באובדן באות לידי ביטוי במיוחד בילדים אלו, זאת בעקבות הבידוד החברתי ברוב המדינות הקולטות. עיקר האתגרים להערכת הטראומה בקרב ילדים ומתבגרים פליטים שנחשפו למאורעות מלחמה נעוצה בעבודה עם מתורגמנים, כתיבת דוח התרחשויות רפואי, חשיפה לטראומה עקיפה (בזמן שהות במרכזי קליטה וטיפול) ושונות בין תרבותית בעת ההערכה הקלינית (Ehnholt & Yule 2006). הוכח כי בקרב מבוגרים מצוקה הקשורה לטראומה יכולה להתפתח על בסיס הקשר התרבותי. בתרבויות אסיה ודרום מזרח אסיה אנשים בעלי טראומה פוחדים מחוסר שליטה ב"זרימת האוויר/נשמה" (Wind flow) בגופם. כמו כן, בקרב פליטים מוכי טראומה ממוצא קמבודי בעלי PTSD, נמצא קשר תרבותי ייחודי ובוולט בסימפטומים ובאופי התלונות הסומטיות – התלונות הללו היו בולטות יותר בקרב קמבודיים מאשר בקרב חולי PTSD מסורתיים (Hinton et al 2013). לכן, על קליניקאים להתחשב לא רק בקריטריונים מה- DSM או ה- ICD כרלוונטיים.

אף על פי שטיפול מבוסס ראיות (EBP), טיפול שכל רכיב ומאפיין טיפולי בו מבוסס על מחקרים), CBT המושפע מסינדרום סימפטומים תלויי תרבות, תנועות עיניים לא רגישות (desensitization) ועיבוד חוזר (EMDR) וטיפול בחשיפה נרטיבית שימושיים בהקלה על סימפטומי PTSD בקרב פליטים צעירים, דרוש טיפול דרך גישה הוליסטית (Papadopoulos, 1999). פליטים צעירים מצויים בתנאי לחץ חברתי ולחץ הנובע מהיעדר תנאים חומריים נאותים לכן עליהם לשוחח ולפתור קשיים מעשיים בהווה, על פני חוויות וקשיי העבר. בנוסף, הפליטים יעדיפו לעסוק בקשיי העתיד ולא בחוויות העבר, לכן, אין לדכא את העיסוק בעתיד (Beiser & hyman, 1997).



משאית קירור המובילה דגים נשענת על עץ בחצר הקדמית של בניין מגורים אחרי הוריקן "קטרינה" שהיכה במחוז פלאקמיינס פאריש, לואיזיאנה ארה"ב. FEMA photo/Andrea Booher.

**עריכת הראיון**

אבחנה של אדם צעיר כסובל מ-PTSD צריכה לרוב להתחיל בשאלה סגורה על מנת לייצר נרטיב של הטראומה. עבור ילדים צעירים יותר הדבר לרוב ייעשה במשחק ובציור. למתבגרים יש לאפשר לדבר במילותיהם ולצמצם את התערבות המראיין למינימום. כמו במבוגרים, גם בקרב ילדים, הראיון הלא מתערב יכול לצמצם את הסיכון לאבחנה שגויה של PTSD בקרב אנשים מתחלים (malinger), המנסים להשיג משהו (למשל אמפתיה). תיאור הטראומה והסימפטומים על ידי ילדים יכול להיות מושפע מאופן שאילת השאלות (Bruck & Ceci, 1999). הדבר חשוב במיוחד כאשר ישנה אפשרות להתעללות מינית או פיזית, עם השלכות משפטיות משמעותיות. על כן, כאשר מעריכים אפשרות להתעללות מינית או פיזית מומלץ להשתמש בשאלות סגורות, להימנע מהצעת תשובות ואף להימנע משאלת שאלה פעמיים, כיוון שילדים יכולים לשנות את תשובתם מתוך אמונה כי הם ענו לא נכון בפעם הראשונה. מומלץ לצלם את הראיון במצלמת וידאו כעדות של הילד וכדי להראות שהשאלות לא היו מכוונות.

לרוב, טיפול בילדים ובמתבגרים, תלוי בהוריהם. לכן, ישנה חשיבות לביסוס ברית טיפולית עם המטפלים הראשיים של הילדים. אם המטפל הראשי של הילד לא מודע לכך שהילד נחשף לטראומה, סביר להניח שהוא/היא לא יביאו את הילד להערכה. על פי המלצות ה- AACAP (Academy of Child and Adolescent Psychiatry) האקדמיה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר): "גם אם הטראומה היא אינה סיבת הפנייה, כדאי שקלינאים ישאלו באופן תדיר ילדים אודות האפשרות לחשיפה לטראומות נפוצות (...), במידה ואכן ישנה חשיפה כזו, יש לאבחן את הילד על פי סימפטומי ה-PTSD" (Cohen et al, 2010).

בדומה להפרעות נפשיות אחרות, סימפטומים פוסט-טראומטיים של ילדים ומתבגרים מושפעים מהמשפחה ומהסביבה המיידית. לכן הערכת סימפטומים פוסט-טראומטיים בקבוצת גיל זו צריכה לכלול הערכה של המשפחה (או הסביבה). הדבר חשוב במיוחד היות וייתכן כי אחד מחברי המשפחה נחשף לאותה הטראומה וייתכן שסובל גם הוא מסימפטומים פוסט-טראומטיים.

לבסוף, נמצא כי הורים מוסרים דיווחי חסר אודות הטראומה והסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הילד (Shemesh et al, 2005; Dyb et al, 2003; Meiser-Stedman et al, 2007), במיוחד בקרב ילדים צעירים (Dyb et al, 2003). לכן, זה לא רק חשוב, אלא הכרחי, להעריך ישירות את הסימפטומים והתנהגויות של ילדים ולא להסתמך על דיווחי ההורים בלבד.

### אימהות לאחר לידה, בעיות פוסט טראומטיות הקשורות בנושאים התפתחותיים

מחקרים מראים שלידה היא אירוע מלחיץ, היכול להביא לתגובות פסיכולוגיות שליליות ולהפרעות פסיכיאטריות כמו דיכאון לאחר לידה (Robertson et al, 2004). לאחרונה, יותר מחקרים עוסקים בקשר של PTSD בעקבות לידה. ממחקרים עולה כי בין 2.8% ל- 5.6% יפתחו הפרעת דחק פוסט טראומטית הנובעת מלידה במהלך ששת השבועות שלאחר הלידה (Creedy et al, 2000; Goutaudier, et al 2012). כאשר בוחנים את מקרי הפרעת הדחק הפוסט טראומטית שלא עומדים בכלל הקריטריונים לאבחון (subthreshold PTSD), דווחו כ- 30% מקרים בתקופה של 4-8 שבועות לאחר הלידה (Van Son et al, 2005). יתר על כן, כאשר ישנם סיבוכים בלידה, כגון, לידה מוקדמת יש סיכוי גדול יותר לפתח PTSD לאחר הלידה (Jotzo & Poets, 2005). יחד עם זאת, הדיווחים על שיעורי השכיחות לא אמינים לגמרי, רוב המחקרים שבוצעו על יולדות הסתמכו על מדדי דיווח עצמי, כאשר אבחון הפרעת הדחק הפוסט טראומטית לא מסתמך רק על מדדים אלו. יתר על כן, המחקרים עשו שימוש בציון סף בשאלוני הדיווח העצמי על מנת לאבחן הפרעת דחק פוסט טראומטית ולא אימתו את קריטריון החשיפה לגורם טראומטי (אלא אם כן, לידה נחשבת כאירוע טראומטי לכשעצמו כנדרש על פי קריטריון האבחנה), לכן, האבחנות נטעו להיחשב כהפרעת דחק פוסט טראומטית כאשר בפועל האבחנה המדויקת היא דיכאון לאחר לידה. בנוסף, חשוב לציין שאחוזים גבוהים של הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה נמצאו בקרב נשים בסיכון (בעיות גניטאליות, היסטוריה של הפרעות פסיכיאטריות וכד').

אף על פי כן, הפרעת דחק פוסט טראומטית הקשורה ללידה נחשבת כבעיה פוטנציאלית חשובה בגלל השפעותיה השליליות על הקשר בין האם והתינוק (Ballard et al, 1995), והתפתחות התינוק ובריאותו הנפשית (Pierrehumbert et al, 2003). הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה, בפרט, קשורה במיוחד להפרעות היקשרות. לדוגמה, סימפטומים של הימנעות יכולים לגרום לאם לא לפתח היקשרות לתינוק, בעוד רגישות יתר יכולה להוביל לחרדת יתר לגבי התינוק או הגנת יתר (Bailham & Joseph, 2003). הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה יכולה להוביל להורות פחות רגישה וליותר דאגות סביב האינטימיות עם התינוק (Schechter et al, 2004). ילדים לאימהות שסבלו מדיכאון לאחר לידה נמצאים בסיכון גבוה יותר להפרעות התנהגות ולקשיים חברתיים והישגים נמוכים (Anderson & Hammen, 1993). חוקרים משערים שישנו קשר דומה בין הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה של אימהות לבין קשיים חברתיים והתנהגותיים של ילדיהן (e.g., Bailham & Joseph, 2003). לבסוף, הסימפטומים של הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה נמצאה כבעלת השפעות שליליות על ההתפתחות הקוגניטיבית של התינוק (Parfitt et al, 2013). הערכה פסיכולוגית שיטתית של השפעות הלידה יכולה לעזור בזיהוי אלו אשר בסיכון מוגבר לפתח סימפטומים של הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר לידה והורות בעייתית. יתר על כן, מפני שאבות לרוב אינם חווים את הלידה כאירוע טראומטי, טיפול פסיכותרפי המערב את האב בתהליך הלידה יכול להועיל בהתמודדות עם סימפטומי הפרעת הדחק הפוסט טראומטית הקשורה ללידה בקרב אימהות.

### כלים להערכה

ישנם מספר כלים המסייעים להערכת PTSD ו-ASD בקרב ילדים ונוער (Hawkins & Radcliffe, 2006; March et al, 2012), אולם לחלקם יש מגבלות, שכן הם כלים לאבחון מבוגרים אשר הותאמו לילדים. כלים המבוססים על הקריטריונים של DSM-V אינם זמינים עדיין. סקירה מפורטת של כלים אלה לא תעשה בפרק זה. בטבלה F.4.2 ישנו סיכום אודות כלי הערכה הנפוצים, האם הם זמינים בחינם ואיפה ניתן למצוא אותם.



לחץ על התמונה על מנת להיכנס לאתר הכלים לבריאות וטיפול (Health Care Toolbox), ובו מידע על דרכי הטיפול באירוע טראומטי.



טבלה F.4.2 כלים להערכת תגובות פוסט טראומתיות בקרב ילדים ומתבגרים

מדדים	טווח גילאים	משך (דקות)	מאפייני מדדים (תוקף/מהימנות) ראיונות	האם חופשי לשימוש	היכן למצוא את הכלי
Child PTSD Reaction Index (CPTSD-RI) (Nader et al, 1990)	6-17	15-30	טוב	כן	יצירת קשר: <a href="mailto:rpynoos@mednet.ucla.edu">rpynoos@mednet.ucla.edu</a>
Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA) (Nader et al, 1996)	7-18	30-120	טוב	כן	<a href="http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/hcptsd-instrument-request-form.Asp">http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/hcptsd-instrument-request-form.Asp</a>
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-2) (Wolfe et al, 1991)	6-18	30-45	בינוני-טוב	כן	<a href="http://www.clinicaltools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf">http://www.clinicaltools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf</a>
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory (CPTSDI) (Saigh et al, 2000)	7-18	15-20	טוב	לא	<a href="http://www.pearsonclinical.com/">http://www.pearsonclinical.com/</a>
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996)	3-12	20-30	טוב	לא	<a href="http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC">http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC</a>
Traumatic Events Screening Inventory (TESI) (Ribbe, 1996)	4+	10-30	לא ידוע	כן	<a href="http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TESI-C.pdf">http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TESI-C.pdf</a>
Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa et al, 2001)	8-18	10-15	טוב	לא	<a href="http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&amp;task=att_download&amp;link_id=500&amp;cf_id=24">http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&amp;task=att_download&amp;link_id=500&amp;cf_id=24</a>
My Worst Experiences Survey (National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools, 1992)	9-18	20-30	טוב	לא	<a href="http://www.wpspublish.com/app/">http://www.wpspublish.com/app/</a>
UCLA PTSD Index for DSM-IV (Pynoos et al, 1998)	7-12, 13+	15-20	מצוין	לא	יצירת קשר: <a href="mailto:rpynoos@mednet.ucla.edu">rpynoos@mednet.ucla.edu</a>
When Bad Things Happen Scale (WBTH) (Fletcher, 1996b)	8-13	10-20	בינוני-טוב	כן	יצירת קשר: <a href="mailto:Kenneth.Fletcher@umassmed.edu">Kenneth.Fletcher@umassmed.edu</a>

דיווח עצמי

מדדים	טווח גילאים	משך (דקות)	מאפייני מדדים (תוקף/מהימנות)	האם חופשי לשימוש	היכן למצוא את הכלי
דיווחי הורים					
Child Stress Disorders Checklist (CSDC) (Saxe et al, 2003)	2-18	10	מצויין	כן	<a href="http://www.nctsn.org/nctsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf">http://www.nctsn.org/nctsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf</a>
Parent Report of Child's Reaction to Stress (Fletcher, 1996a)	לא ידוע	30-45	טוב	כן	יצירת קשר: <a href="mailto:Kenneth.Fletcher@umassmed.edu">Kenneth.Fletcher@umassmed.edu</a>
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere, 2005)	3-12	20-30	טוב	לא	<a href="http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC">http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC</a>

כלי ההערכה הנפוץ ביותר הוא "הסקאלה הקלינית ל-PTSD בקרב ילדים ונוער (CAPS-CA -PTSD Scale for Children and Adolescents) (Nader et al, 1996). זהו ראיון, אשר הותאם מה-CAPS למבוגרים. כלי זה מוגבל **במשך** ההערכה ובדרישות הכשרת המעריך. אופציה נוספת הינה "רשימת המלאי להפרעות דחק בילדים" (Child Stress Disorders Checklist) (Saxe et al, 2003).

ישנם מספר ראיונות דיאגנוסטיים, בעזרתם ניתן להעריך טווח של הפרעות, היכולים לסייע באבחנה של PTSD בקרב ילדים בגיל טרום בית ספר (Scheeringa & Haslett, 2010; Egger et al, 2006). לדוגמה, הערכה פסיכיאטרית לגיל טרום בית ספר (The Preschool Age Psychiatric Assessment) (Egger et al, 2006) או הכלי הדיאגנוסטי להערכת פעוטות וילדי טרום בית ספר (Diagnostic Infant and Preschool Assessment) (Scheeringa & Haslett, 2010). הריאיון הדיאגנוסטי לילדים ונוער (Diagnostic interview for children and Adolescents) (DICA) יכול לשמש גם בהערכת ילדים וגם בהערכת מתבגרים (Reich, 2000).

## טיפול

### ראיונות מיידים לכולם (פחות מ-24 שעות לאחר הטראומה)

#### גישות פסיכולוגיות

רוב הילדים והמתבגרים יחוו סימפטומים פסיכולוגיים או סומאטיים בטווח הזמן המידי שלאחר טראומה. סימפטומים אלה לא בהכרח מהווים אינדיקציה לצורך בהתערבות, שכן לרוב הם עוברים ספונטנית ללא התערבות מקצועית.

טכניקת התשאול (Critical Incident Stress Debriefing), הדורשת מאנשים לדבר במסגרת קבוצתית ובאופן מפורט אודות הסימפטומים הסומאטיים שהם חווים בעקבות הטראומה, נמצאה כלא מועילה, או מועילה מעט בלבד (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). נתונים אודות מבוגרים מראים, כי תשאול קבוצתי מגביר סימפטומטולוגיה של PTSD ואף עלול להגדיל את שיעור ה-PTSD (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). נתונים משני מחקרים בקרב ילדים הראו כי התשאול לא תרם להפחתת שיעורי ה-PTSD או

תוצאות שליליות כמו בעיות התנהגות, דיכאון וחרדה, בהשוואה לטיפול רגיל (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). לכן, מומלץ להציע לילדים ונוער במצוקה, המחפשים עזרה, ונטילציה באופן פרטני, ומומלץ להימנע מתשאול (במיוחד באופן קבוצתי).

נתונים עדכניים מראים כי שלושה מפגשים של התערבויות מבוססות חשיפה, הנערכים כבר בחדר המיון במהלך 12 השעות הראשונות מאז האירוע, יכולים לסייע להפחתת שיעורי ה-PTSD בקרב מבוגרים (Rothbaum et al, 2012). אולם, עדין לא קיים מידע בנוגע לילדים ולנוער.

לסיכום, תשאול מיד לאחר הטראומה אינו מומלץ בקרב ילדים ונוער, ה נמצאים בסיכון ל-PTSD. התערבויות מבוססות חשיפה, המבוצעות מיד לאחר הטראומה, יכולות לסייע במניעת PTSD בקרב נוער אשר חווה טראומה. זאת בהתבסס על יעילותם בטיפול ב-PTSD בקרב ילדים ונוער ובמניעת PTSD בקרב מבוגרים. לבסוף, מומלץ לספק עזרה ראשונה פסיכולוגית, הכוללת הסבר על התגובות הנורמטיביות לטראומה, וידוא כי צרכי ביטחון ובריאות בסיסיים מסופקים (כולל מקלט ומזון), הגברת התמיכה הסוציאלית והפניות המשך דרושות.

#### גישה פרמקולוגית

גישה אפשרית למניעת PTSD יכולה להיות מתן תרופות מיד לאחר החשיפה לטראומה. אולם, נתונים מעטים תומכים ביעילות של כל סוכן פרמקולוגי בנושא. טיפול מיידי ב Propranolol סיפק תוצאות מעורבות בקרב מבוגרים (Vaiva et al, 2003; Pitman et al, 2002; Hoge et al, 2012). במחקר בקרב ילדים ונוער השפעותיו היו שליליות (Nugent et al, 2010). תוצאות מבטיחות יותר נמצאו במחקרים אודות אופייטים במינון גבוה בקרב ילדים ונוער. נמצא כי לאלה השפעות מניעתיות על הופעה מאוחרת של סימפטומים של PTSD (Holbrook et al, 2010; Bryant et al, 2001; Saxe et al, 2009; Stoddard et al, 2009).

לבסוף, למרות השימוש הקליני הרב שיש ב-*Benzodiazepines* בהקלה על סימפטומי דחק חמורים, ישנו מידע מועט בספרות אודות השפעתו על PTSD בקרב מבוגרים. מידע רב יותר, המבוסס על מחקרים בבעלי חיים, מראה כי חומרים אלה אינם מועילים בטיפול מיד לאחר הטראומה ואף יכולים להוביל לתוצאות גרועות יותר בקרב אינדיבידואלים אשר נחשפו לטראומה (Gelpin et al, 1996; Mellman et al, 2002). כתוצאה מכך, מומלץ להימנע ממתן *Benzodiazepines* בטווח הזמן המיידי שלאחר הטראומה.

יש להימנע מלקחת  
בנזודיאזפינים מיד  
לאחר חווית הטראומה

## התערבות מוקדמת עבור ASD (הסימפטומים נמשכים יותר מיומיים אבל פחות מחודש אחד)

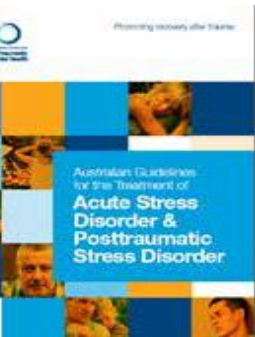
### גישות פסיכותרפיסטיות

עבור מבוגרים המציגים סימפטומים שלא חולפים במהירות, טיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד טראומה (CBT) קצר (4-5 מפגשים) יכול להיות יעיל בטיפול ב-ASD ובמניעה של התפתחות של PTSD (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). התערבויות אלה, המבוססות CBT, כוללות חינוך פסיכולוגי, טכניקות נשימה, טכניקות הירגעות, תרגילים מבוססי חשיפות ועבודה קוגניטיבית. בקרב ילדים ומתבגרים גישות אלה יכולות להיות יעילות כהתערבות פסיכולוגית מוקדמת עבור ASD, זאת בהתבסס על היעילות שלהם בטיפול ב-PTSD. בכל מקרה, השימוש בכל אחת מן ההתערבויות הפסיכולוגיות המוקדמות הללו מוגבל עקב מחסור בבעלי מקצוע, במיוחד במדינות בעלות הכנסה נמוכה.

ממצאי מחקרים אודות התערבויות מוקדמות אחרות, כמו אתרי עזרה עצמית לילדים, ספרי הדרכה להורים (Cox et al, 2010), חשיפה טיפולית לנרטיב ומדיטציות הירגעות (Catani et al, 2009), אינם חד משמעיים. במחקר אחד מתואר, כי לימוד מיומנויות לניהול הפסיכו-סוציאלי של הדחק על ידי המטפל העיקרי של הילד (התערבות בדחק הטראומטי של הילד ושל המשפחה) היה מועיל יותר, בהשוואה להתערבות תמיכתית ופסיכו-חינוכית, בהפחתת שיעורי ה-PTSD וסימפטומי ה-PTSD בקרב ילדים העונים לקריטריון של לפחות מקבץ אחד מבין מקבצי הסימפטומים של PTSD (Berkowitz et al, 2011).

### גישות פרמקולוגיות

במחקר על התרופה Sertraline, אשר נערך בבית חולים בימים הראשונים לאחר טראומה (ולתקופה של 24 שבועות), בקרב ילדים ומתבגרים עם כוויות (Stoddard et al, 2011), התקבלו תוצאות מעורבות: לא נראה שיפור משמעותי בסימפטומי ה-PTSD בדירוגי המתבגרים, אך כן נראתה ירידה משמעותית בדיווחי ההורים אודות סימפטומי ה-PTSD של ילדיהם. בהתבסס על כך ועל תוצאות מעורבות נוספות אודות טיפול בנוגדי דיכאון ב-PTSD, נוגדי דיכאון אינם מומלצים לטיפול ב-ASD.



לחץ על התמונה על מנת לגשת להנחיות האוסטרליות בטיפול בהפרעת דחק אקוטית והפרעת דחק פוסט טראומתית

על אף חשיבות התקדמות הטיפול במבוגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט טראומתית, נכון לזמן פרסום זה, לא נמצא מידע התומך בטיפול תרופתי פסיכיאטרי בילדים ומתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט טראומתית.

## התערבויות לטיפול ב-PTSD (סימפטומים הנמשכים חודש ומעלה)

### טיפול פרמקולוגי

לא קיים מחקר פרמקולוגי נרחב אודות PTSD בילדים. באופן כללי יש להעדיף טיפול פסיכו-תרפויטי ממוקד טראומה בקרב ילדים עם PTSD.

בקרב מבוגרים קו הטיפול הפרמקולוגי הראשון, המומלץ לטיפול ב-PTSD, הינו SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). יעילותם מתועדת רבות; ניתן לקחת אותם בקלות לרוב והם יעילים כאשר יש קומורבידיות עם דיכאון. אולם, ישנן הוכחות מועטות לתמיכה ביעילותם בטיפול ב-PTSD בקרב צעירים. בעוד שהיעילות של Sertraline ושל Fluoxetine נבחנה בקרב אנשים צעירים, שניהם הראו תוצאות טובות פחות מאשר פלצבו (Cohen et al, 2007; Robb et al, 2010; Robert et al, 2008). אם כך, עד היום, ישנו מחסור בראיות להערכת יעילות השימוש ב-SSRIs בטיפול ב-PTSD בקרב ילדים ונוער.

יעילותם של נוגדי דיכאון אחרים לא נבחנה במחקרים מבוקרים ורנדומאליים (למשל Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitors) או שמחקרים אודותיהם הניבו תוצאות לא חד משמעיות או מוגבלות (למשל Monoamine Oxidase Inhibitors). בהתחשב במחסור בראיות אמפיריות ובפרופיל תופעות הלוואי של תרופות אלה, הכוללות עוררות ועצבנות, הן אינן מומלצות לטיפול ב-PTSD בקרב ילדים.

### טיפולים פרמקולוגיים אחרים

על אף הפיתוי לרשום Benzodiazepines עבור טיפול ב-PTSD לאור ההשפעות המפחיתות חרדה שלהם, אין נתונים משמעותיים אשר תומכים ביעילותם. באופן כללי לא מומלץ לתת Benzodiazepines לצעירים. זאת בהתחשב בעובדה שהם עלולים להפריע להכחדה של תהליכי למידה – אשר חשוב ליעילותו של טיפול קוגניטיבי התנהגותי, במיוחד כאשר הם ניתנים על בסיס "צורך" – וכן שאינדיבידואלים הסובלים מ-PTSD נמצאים בסיכון גבוה לשימוש בחומרים נרקוטיים ויצירת תלות.

בהתבסס על העובדה כי PTSD מקושר לגירוי אוטונומי מוגבר, ממצאים עדכניים מציעים כי תרופות אנטי-אדרנרגיות (Anti-Adrenergic), בין היתר, חוסמי קולטני  $\alpha$ - ו  $\beta$ -adrenergic, עשויות להיות יעילות (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010). על פי תוצאות מחקרים בתווית גלויה (open label study), אשר נערכו בקרב ילדים, נראה כי חוסמי  $\alpha$ -adrenergic clonidine (Harmon & Riggs, 1996) וחוסמי  $\beta$ -adrenergic propranolol (Famularo et al, 1988) יכולים להיות יעילים בטיפול



לחץ על התמונה על מנת להיכנס לאתר של האגודה הבינלאומית ללימודי טיפול בהפרעות טראומה ודחק.

### עקרונות קוגניטיביים התנהגותיים לטיפול בהפרעת דחק פוסט טראומתית

ביסודה גישה ה-CBT  
מסמנת תהליכים  
קוגניטיביים והמנעותיים.

### תהליכים קוגניטיביים

אמונותיו (קוגניציות) של  
אדם טראומתי על הסיבות  
וההלכות של אירוע  
טראומתי (לדוג', "הייתי  
צריך לדעת שהמכונית לא  
תעצור כאשר חברי נסע עם  
אופנועו מאחורי הסיבוב  
בכביש") משמשות תפקיד  
מכריע בחוסר יכולת  
להתאושש מטראומה  
באופן טבעי. עיבוד  
קוגניטיבי מסמן את  
מחשבות ואמונות אלו ואת  
הרגשות השליליים המלווים  
אותן במטרה ליצור הערכה  
מדויקת יותר של האירוע  
ובכך להקל על ההתקדמות  
לקראת התאוששות  
מחוייט הטראומה.

### הימנעות

ההימנעות והפחדים של  
אדם טראומתי באמצעות  
רמזים וזיכרונות של  
האירוע הטראומתי (לדוג'  
הימנעות מלהגיע למקום  
שבו אירוע האירוע  
הטראומתי) מונעים ממנו  
התאוששות מהטראומה  
ומשמרים את ה-PTSD  
לאורך זמן. חשיפה  
מורכבת משני תהליכים,  
חשיפה בדמיון לזיכרון  
הטראומתי וחשיפה חיה  
בזמן אמת לסיטואציות  
מציאותיות הקשורות  
לטראומה.

בסימפטומים של PTSD, למרות שעדין יש צורך במחקרים הכוללים קבוצת ביקורת ורנדומיזציה.

פוטנציאל הטיפול בתרופות אנטי פסיכטיות מהדור השני ב-PTSD נבחן בקרב מבוגרים; על פי סקירה של מחקרים, נראה, כי לתרופות אלה יתרונות נמוכים (Ahearn et al, 2011). יחד עם זאת, עד היום, אין תימוכין ממחקרים בעלי קבוצת ביקורת ורנדומיזציה לשימוש בתרופות אלה בילדים עם PTSD ולתרופות אלה תופעות לוואי נרחבות.

לבסוף, נערכו מספר מחקרים בעלי קבוצת ביקורת בנוגע ליעילות מייצבי מצב רוח אנטי-אפילפטיים בטיפול ב-PTSD במבוגרים. באופן כללי, התוצאות היו מעורבות. ל-Lamotrigine יש יתרון יחסי (Hertzberg et al, 1999), אך לא נמצאה יעילות של: Topiramate, Tiagabine ו-Divalproex (למשל Hamner et al, Tucker et al, 2007). המידע אודות השפעתן על ילדים הוא מועט יותר. עד כה רק מחקר אחד בעל רנדומיזציה וקבוצת ביקורת הראה יעילות כלשהיא של Sodium Valproate בטיפול בסימפטומי PTSD במתבגרים עם קומורבידיות של הפרעת התנהגות (Conduct Disorder) (Steiner et al, 2007).

לסיכום, למרות ההתקדמות החשובה והנרחבת שנעשתה בתחום הטיפול הפרמקולוגי במבוגרים עם PTSD, עד היום אין מספיק מידע התומך בשימוש בתרופות הרגעה לניהול PTSD בקרב ילדים ונוער.

### טיפולים פסיכותרפויטיים

הגישות הפסיכותרפויטיות היעילות ביותר לטיפול בסימפטומים של PTSD הן אלה המבוססות על עקרונות קוגניטיביים התנהגותיים, במיוחד חשיפה והבנייה מחדש של תהליכים קוגניטיביים. טיפולים יעודים לילדים ונוער נראו לראשונה בסוף שנות התשעים. מחקרים בעלי קבוצת ביקורת ורנדומיזציה מראים כי הם יעילים יותר מטיפולים תמיכתיים ומטיפולים לא ממוקדים (Gerson & Rappaport, 2013; Schneider et al, 2013).

השיטה הנחקרת ביותר וזו שנעשה בה השימוש הרב ביותר הינה *טיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד טראומה (TF-CBT - Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)* (Schneider et al, 2013). TF-CBT הוכח כמפחית סימפטומים של PTSD ודיכאון קשור לטראומה. כמו כן, הוא נמצא כמשפר יכולות הסתגלות במגוון אוכלוסיות, כולל ילדים ונוער אשר נפגעו מטראומות של התעללות מינית, טרור, אלימות בבית ובסביבה או אובדן טראומטי (Kowalik et al, 2011; Cary & McMillen, 2012). האדפטציה של TF-CBT (טיפול ב-PTSD בילדים בגיל טרום בית ספר) נבחנה בקרב ילדים בגילאי שלוש עד שש והייתה בעלת תוצאות חיוביות (Scheeringa et al, 2011a).

**הימנעות (המשך)**

החשיפה נעשית בצורה  
הדגתית לאחר שהמטפל  
והמטופל מחליטים בשיתוף  
פעולה על היררכית  
החשיפה על פי חומרת  
ומידת החוויה הטראומטית  
מקושרת אל המצב  
הנחשף. מטרת החשיפה  
השיטתית היא להפחית את  
המצוקה הרגשית  
והתגובות הפיזיולוגיות  
המעוררות בעקבות  
הזיכרונות הטראומטיים  
(טריגרים) ובכך מניעת  
התנהגות ההימנעות  
העומדת בבסיס תסמיני  
הפרעת הדחק הפוסט  
טראומטית.

TF-CBT הוא טיפול מוגבל בזמן (6-12 מפגשים) אשר משלב חשיפה, תהליך קוגניטיבי של הבניה מחדש ורכישה של מיומנויות התמודדות. אלה מועברים באופן רציף וכוללים עשרה מרכיבים: פסיכו-חינוך, מיומנויות הוריות (להורה), מיומנות הירגעות, מיומנויות ויסות רגשי, מיומנויות התמודדות קוגניטיביות, בניית נרטיב הטראומה, עיבוד עיוותים קוגניטיביים, חשיפה לטריגרים הקשורים בטראומה, מפגשים משותפים להורה ולילד ומיומנויות להגברת ביטחון מפני חשיפה חוזרת לטראומה. טיפול ב-PTSD בקרב ילדים בגיל טרום בית ספר כולל 12 מפגשים משותפים לילד ולהורה. בטיפול זה נעשה שימוש בציור ככלי מתאים התפתחותית לילד, בעזרתו ניתן לזהות מחשבות ורגשות ולעבד את נרטיב הטראומה של הילד (ראה הסבר F.4.20).

בדומה למבוגרים, גם בקרב אנשים צעירים, הסובלים מ-PTSD, יכולים להופיע מצבים מנטאליים בריאותיים נוספים, כמו שימוש בחומרים ממכרים, אגרסיביות, עבריינות ופסיכודה. TF-CBT יכול להיות יעיל בשילוב עם טיפול בשימוש בחומרים ממכרים בהפחתת סימפטומי PTSD בקרב מתבגרים, הנוטלים סמים או אלכוהול (Cohen et al, 2006; 2010). כיום אין מידע מספק להכוונת טיפול פסיכותרפויטי בילדים או מתבגרים עם PTSD ועם קומורבידיות של הפרעת התנהגות, בי-פולאריות או הפרעה פסיכוטית. על פי הקווים המנחים הקיימים (למשל Cohen et al, 2010), מומלץ לטפל באופן אינטגרטיבי הן ב-PTSD והן במצב הנוסף.

לעומת פסיכותרפיה למבוגרים, בטיפול פסיכותרפיה לילדים ומתבגרים עולה השאלה האם לערב את ההורים בטיפול. ממצאי מחקרים מראים, כי בהשוואה לטיפול בילד או במתבגר לבד, שילוב של ההורה בטיפול מוביל לתוצאות טובות יותר (Cohen et al, 2010). יתרה מכך, מעורבות הורית יכולה להפחית נשירה (Chowdhury & Pancha, 2011), לספק לילד בן ברית להשלמת "שיעורי הבית" הטיפוליים, לשמר ראייה חיובית ולסייע באימונים כדי לשמר תוצאות לאחר סיום הטיפול. מעורבות הורית בטיפול בילדים צעירים היא קריטית כיוון שמערכת יחסים אמפטית ומכוונת רגשית של הילד עם ההורה, או עם המטפל העיקרי, היא חיונית לשיקום הילד מטראומה (Lieberman et al, 2011).

לבסוף, למרות שהמכניזמים אינם ברורים, טכניקת דה סנסיטיזציה של תנועות עיניים ועיבוד חוזר (EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing), נמצאה כשיטה יעילה לטיפול ב-PTSD בקרב מבוגרים. EMDR משלבת אלמנטים פסיכו דינאמיים, קוגניטיביים- התנהגותיים, קוגניטיביים, בין- אישים, מערכתיים וטיפוליים מכווני גוף. כמו כן השיטה משלבת גם גירוי ביו-לטרלי של רכיבים במוח (למשל תנועות עיניים). הספרות העדכנית מציעה כי EMDR יעיל בקרב מבוגרים (Bisson et al, 2007). בקרב נוער,

## מרכיבי טיפול בטרומה הממוקד בגישת טיפול קוגניטיבית התנהגותית

### • פסיכו-חינוכי

מתן מידע על סימפטומים נוכחיים, תגובות רגשיות והתנהגותיות מוכרות לאירוע הטרומתי הנחוה, הקשר בין המחשבות, רגשות והתנהגות, הטיפול הנוכחי, אסטרטגיות לניהול ושליטה על הסימפטומים הנוכחיים.

### • כישורי הורות

לימוד המטפלים העיקריים טיפול אפקטיבי על ידי, חיזוקים/שבחים, תשומת לב סלקטיבית, פסקי זמן וניהול טבלאות התנהגות לעזור במעקב אחרי קשרים טרום/פוסט התנהגותיים (contingency reinforcement).

### • מיומנויות הרפיה

הוראה ממוקדת נשימה, הרפיית שרירים מתקדמת, דימויים חיוביים ופעילות אירובית.

### • שליטה רגשית

לימוד צעירים לזהות את רגשותיהם בצורה יעילה יותר דרך טבלאות רגשות או משחקים, וכך, לעזור להם לפתח שליטה טובה יותר ברגשותיהם דרך רכישת מיומנויות כגון, הפסקת מחשבות (thought interruption), דימויים חיוביים, דיבור עצמי חיובי, פתרון בעיות וכישורים חברתיים.

### • מיומנויות התמודדות קוגניטיבית

אימון בדיבור עצמי פנימי ("internal self talk"), ההשפעות של מחשבות, רגשות והתנהגות ועזרה ביצירת מחשבות חלופיות ומציאותיות על מנת לזהות ולתקן אמונות לא מועילות על האירוע הטרומתי (לדוג', "אם הייתי הולך לפארק עם אחי, הייתי יכול לעצור את המכונית שפגעה בו").

### • נרטיב הטרומה

מטרתו ליצור הבנה עקבית וקהרנטית של חווית הטרומה באמצעות חשיפה הדרגתית לזיכרונות הטרומתיים דרך קריאה, כתיבה ואופני הבעה שונים כגון ציור, אלו מובילים לירידה בסימפטומים; הנרטיב נחלק עם ההורים כמקור נוסף לחשיפה ונותן מקום לשחזור ושיפור היחסים בין ההורה לילד.

### • עיבוד עיוותים קוגניטיביים

עיבוד נוסף ותיקון של מחשבות לא מדויקות ולא מועילות שנכנסו לנרטיב הטרומתי.

### • שליטה בזמן אמת על הטרומה לטרומה

מטרתה להתמודד עם חרדה והימנעות שפותחו כמנגנוני תגובה מגינים, מגורמים בלתי מזיקים מטבעם דרך חשיפה הדרגתית לגורמים עצמם.

### • מפגשי הורים-ילדים

מתרכז בהגברת הנוחות לשיח בין ההורים וילדיהם על החוויות הטרומטיות, דרך פגישות שיח המתקיימות לאחר עיבוד קוגניטיבי ורכישת מיומנויות התמודדות הנשלטות על ידי הצעירים והוריהם.

### • הגדלת הביטחון לעתיד

לימוד טכניקות שישפרו את המוכנות והיעילות בהתמודדות עם מצבים בהם יש סיכון ודאי לבטיחות (לדוג', תרגול איך לתקשר עם מבוגרים על נושאים ומצבים מפחידים ומבלבלים; תשומת לב ל"תחושות בטן"; זיהוי מבוגרים אמינים ואימון איך לקרוא לעזרה).

ההוכחות ליעילות EMDR אינן חזקות כמו ההוכחות ליעילות של CBT ( Gillies et al, ) (2012).

## סיכום

מאז ההצגה הרשמית של אבחנת ה- PTSD בילדים ב-1981, הרחיב המחקר את הבנת גורמי הסיכון, הפנומנולוגיה, הניירו-ביולוגיה, המניעה והטיפול. כיום זוהי עובדה מקובלת כי PTSD נפוץ בקרב צעירים והוא יוצר מצוקה ומוגבלות.

למרות ההתקדמות הרבה שנעשתה בטיפול, במיוחד בגישות הקוגניטיביות התנהגותיות, הסטיגמה וההימנעות המקושרות ל-PTSD, כמו גם התלות של ילדים בהורים בקבלת טיפול, הן עדיין בעייתיות. ברוב המדינות, אך במיוחד במדינות בהן ההכנסה נמוכה, מחסור של בעלי מקצוע מיומנים וגורמים נוספים מהווים מכשולים שלא ניתן להתגבר עליהם. אף על פי כך, עם המשך המחקר וההתקדמות בשדה, מכשולים אלו ילכו ויפחתו.

- האם יש לך שאלות?
- הערות?

לחץ כאן על מנת לעבור לדף הפייסבוק של הספר, בכדי לחלוק את דעותיך על הפרק עם קוראים נוספים, לשאול את העורכים והמחברים שאלות ולרשום תגובות.

**PLEASE GO TO APPENDIX F.4.3 FOR SELF-DIRECTED LEARNING EXERCISES AND SELFA-SSESSMENT QUESTIONS.**



## מקורות

- Ahearn EP, Juergens T, Cordes T et al. (2011) A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 26:193-200.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F et al (in press). PTSD rates in trauma-exposed children and adolescents: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*.
- Anderson CA, Hammen CL (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:448-454.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Bailham D, Joseph S (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine* 8:159-168.
- Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166:525-528.
- Beiser M, Hyman I (1997). Refugees time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry* 154:996-1002.
- Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR (2011). fte Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:676-685. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x
- Birmes P, Bui E, Klein K et al (2010). Psychotraumatology in antiquity. *Stress & Health* 26:21-31. Doi:10.1002/smi.1251
- Bisson JJ, Ehlers A, Matthews R et al (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190:97-104.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry* 55:626-632.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:748-766. Doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere J (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 00253-8.
- Briere J (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Bruck M, Ceci SJ (1999). fte suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology* 50:419-439.
- Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ et al (2001). fte Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry* 158:1480-1485.
- Bryant RA (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 72:233-239.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell M et al (2009). A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 65:438-440.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell M et al (2008). A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:923-929.
- Bryant RA, Salmon K, Sinclair E et al (2007). fte relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress* 20:1075-1079.
- Bui E, Brunet A, Allenou C et al (2010a). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident. *General Hospital Psychiatry* 32:330-333.
- Bui E, Brunet A, Olliac B et al (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry* 26:108-111.
- Bui E, Tremblay L, Brunet A et al (2010b). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: A structural equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress* 23:759-766. Doi:10.1002/jts.20592
- Cary CE, Mcmillen JC (2012). fte data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review* 34:748-757.

Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9:22.

**Chowdhury U, Pancha A (2011). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Practitioner* 84:33-35.**

Cohen JA, Bukstein O, Walter H et al (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* 49:414-430.

Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM et al (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma- focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:811-819.

Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology* 35:581-592.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27:104-111.

Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N et al (2008). Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 192:392-393.

Dyb G, Holen A, Braenne K et al (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry* 57:339-344.

Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:538-549.

Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:1197-1210.

Elklit A, Christiansen DM (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence* 25:1470-1488.

Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1988). Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. *American Journal of Diseases of Children* 142: 1244-1247.

Fletcher KE (1996a). Psychometric review of the Parent Report of Child's Reaction to Stress. In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Fletcher KE (1996b). Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Fletcher KE (1996c). Childhood posttraumatic stress disorder. In Mash RA, Barkley (eds) *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press, pp. 242-276.

Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 30:376-384.

Gelpin E, Bonne O, Peri T et al (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry* 57:390-394.

Gerson R, Rappaport N (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health* 52:137-143.

Gillies D, Taylor F, Gray C et al (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12:CD006726.

Goutaudier N, Séjourné N, Rousset C et al (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30:352-362.

Guardia D, Brunet A, Duhamel A et al (2013). Prediction of trauma-related disorders: A proposed cutoff score for the peritraumatic distress inventory. *Primary Care Companion for CNS Disorders* 15(1):PCC.12I01406. Doi:10.4088/PCC.12I01406

Hamner MB, Faldowski RA, Robert S et al (2009). A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 21:89-94.

Harmon RJ, Riggs PD (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1247-1249.

Hawkins SS, Radcliffe J (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 31:420-430.

Heptinstall E, Sethna V, Taylor E (2004). PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:373-380.

Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME et al (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 45:1226-1229.

- Hinton DE, Kredlow MA, Pich V et al (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: the Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). *Transcultural Psychiatry* 50:347-370.
- Hoge EA, Worthington JJ, Nagurny JT et al. (2012). Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 18:21-27.
- Holbrook TL, Galarneau MR, Dye JL et al (2010). Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine* 362:110-117.
- Jotzo M, Poets CF (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma- preventive psychological intervention. *Pediatrics* 115:915-919.
- Kassam-Adams N, Winston FK (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:403-411.
- [Kessler RC, Berglund P, Demler O et al \(2005a\). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. \*Archives of General Psychiatry\* 62:593-602.](#)
- [Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al \(2005b\). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. \*Archives of General Psychiatry\* 62:617-627.](#)
- Koopman C, Classen C, Cardeña E et al (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of Traumatic Stress* 8:29-46.
- Kowalik J, Weller J, Venter J et al (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42:405-413.
- Lieberman AF, Chu A, Van Horn P et al (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology* 23:397-410.
- [Management of Post-Traumatic Stress Working Group \(2010\). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress. Washington \(DC\): Veterans Health Administration, Department of Defense.](#)
- March S, De Young AC, Murray B et al (2012). Assessment of posttraumatic stress in children and adolescents. In G Beck and D Sloane (eds) *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. New York: Oxford University Press pp. 262-281.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE et al (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151:902-907.
- Mcfarlane AC, Van Hooff M (2009). Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 195:142-148.
- Mckelvey RS, Webb JA (1995). Unaccompanied status as a risk factor in Vietnamese Americans. *Social Science & Medicine* 41:261-266.
- Mckibben JB, Bresnick MG, Askay SAW et al (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care Research* 29:22-35.
- Mclaughlin KA, Koenen KC, Hill ED et al (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:815-830. Doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E et al (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35:191-201.
- Mellman TA, Bustamante V, David D et al (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 63:1183-1184.
- Mollica RF, Poole C, Son L et al (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1098-1106.
- [Morgan L, Scourfield J, Williams D et al \(2003\). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. \*British Journal of Psychiatry\* 182:532-336.](#)
- Nader K, Kriegler J, Blake D et al (1996). *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for (DSM-IV) (CAPS-CA). Current and Lifetime Diagnostic Version, and Instruction Manual*. Los Angeles: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Nader K, Pynoos R, Fairbanks L et al (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry* 147:1526-1530.
- National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools (1992). *My Worst Experiences Survey*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Nugent NR, Christopher NC, Crow JP et al (2010). The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress* 23:282-287.
- [O'Toole BI, Catts SV, Outram S et al \(2009\). The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. \*American Journal of Epidemiology\* 170:318-330.](#)
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129:52-73. Doi: 10.1037/1942-9681.131.1
- Papadopoulos R (1999). Working with Bosnian medical evacuees and their families: therapeutic dilemmas. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4:107-120.

- Parfitt Y, Pike A, Ayers S (2013). Infant developmental outcomes: a family systems perspective. *Infant and Child Development*. Doi: 10.1002/icd.1830.
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C et al (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition* 88:F400-404. Doi: 10.1136/fn.88.5.F400
- Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM et al (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry* 51:189-192.
- Plutarch (1920). *Plutarch's Lives*, London: William Heinemann.
- Pynoos R, Rodriguez N, Steinberg A et al (1998). *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV* (Revision 1). Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Reich W (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39:59-66.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress* 25: 241-251. Doi: 10.1002/jts.21699
- Ribbe D (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Robb AS, Cueva JE, Sporn J et al (2010). Sertraline treatment children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20:463-471.
- Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L et al (2008). Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns* 34:919-928.
- Robertson E, Grace S, Wallington T et al (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital of Psychiatry* 26:289- 295.
- Rose S, Bisson J, Churchill R et al (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews* (2): CD000560. Doi: 10.1002/14651858.CD000560
- Rothbaum BO, Kearns MC, Price M et al (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry* 72:957-963. Doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
- Rutter J (2003). *Supporting Refugee Children in 21st Century Britain: A Compendium of Essential Information*. Stoke on Trent, UK: Trentham Books.
- Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA et al (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress* 13:369-380.
- Saxe G, Chawla N, Stoddard F et al (2003). Child Stress Disorders Checklist: A measure of ASD and PTSD in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:972-978.
- Saxe G, Stoddard F, Courtney D et al (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:915-921.
- Schechter DS, Zeanah CH, Jr., Myers MM et al (2004). Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68:319-336.
- Scheeringa MS, Haslett N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development* 41:299-312.
- Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA et al (2001a). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:52-60.
- Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA et al (2011b). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:853-860. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x
- Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP et al (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 163:644-651.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011b). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety* 28:770-782.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry* 55:685-691. Doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.006
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:561-570.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44:899-906.
- Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 15:332.
- Shemesh E, Newcorn JH, Rockmore L et al (2005). Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics* 115:e582-589.
- Spiegel D, Koopman C, Cardeña E et al (1996). Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In L K Michelson, W J Ray (eds). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York, NY: Plenum Press pp. 367- 380.
- Stallard P, Velleman R, Salter E et al (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:127-134. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x

Steiner H, Saxena KS, Carrion V et al (2007). Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disordered youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry and Human Development* 38:183-193.

Stoddard FJ Jr, Luthra R, Sorrentino EA et al (2011). A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 21:469-477. Doi:10.1089/cap.2010.0133.

Stoddard FJ, Jr., Sorrentino EA, Ceranoglu TA et al (2009). Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one- to four-year-olds with burns. *Journal of Burn Care & Research* 30:836-843.

Stoddard FJ, Simon NM, Pitman RK (in press). Trauma- and stressor-related disorders. In: Hales RE, Yudofsky S, Roberts L (eds) *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

[Terr LC \(1991\). Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry 148:10-20.](#)

Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R et al (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review* 32:122-138.

Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB et al (2007). Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry* 68:201-206.

Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K et al (2003). Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry* 54:947-949.

van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM et al (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet* 360:766-771. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)09897-5

van Son M, Verkerk G, van der Hart O et al (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12:297-312.

Wolfe VV, Gentile C, Michienzi T et al (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment* 13:359-383.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yasan A, Guzel A, Tamam Y et al (2009). Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology* 42:236-241.

Yule W, Bolton D, Udwin O et al (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41:503-511. Doi: 10.1111/1469-710.00635

[Zehnder D, Meuli M, Landolt MA \(2010\). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 4:7.](#)



מוזפרבאד, פקיטן (1, בנובמבר 2005) טורי מרקון שהוצב ביחידת בית החולים הרגלי 212 של צבא ארה"ב, עוזר לילד פקיטני לשתות שייק משקה אנרגיה ממנת הקרב המוכנה בעיר מוזפרבאד. הילד חולה בטטנוס, השייק הוא המזון היחידי אותו הוא יכול לבלוע בעקבות מתח השרירים שלו. ארה"ב השתתפה במבצע בינלאומי לעזרה ותמיכה שאורגן על ידי הממשל הפקיטני על מנת לסייע לנפגעי רעידת האמה ההרסנית שהכתה באזור ב 8 באוקטובר 2005. התמונה נלקחה ע"י צלם צבא ארה"ב אריק ס' פאוול.