

גורמי סיכון וגורמי חוסן להפרעה פוסט-טראומטית בפעוטות

בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת :

אדוה ונגרובר

המחלקה לפסיכולוגיה

הוגש לסנט של אוניברסיטת בר-אילן

עבודה זו נעשתה בהדרכתה של

פרופסור רות פלדמן

מן המחלקה לפסיכולוגיה של אוניברסיטת בר-אילן

תודות

ברצוני להודות בראש ובראשונה לפרופ' רות פלדמן, שלוותה והדריכה אותי לאורך כל הדרך- תודה על הפניות וההיענות האינסופית, דלתך, שתמיד פתוחה בחיוך והזמנה, אפשרה לי למצוא בית חם לגדול להתפתח בו. שעות החשיבה המשותפות תרמו תרומה שלא ניתן לכמתה במילים לתוצר המורכב והאינטגרטיבי שהתקבל, המעורבות והמסירות שלך לתהליך המחקר והתמיכה ברגעי המשבר ליוו אותי לכל אורך הדרך.

לימודי לתואר השלישי ועריכת המחקר נערכו במימון מלגת הנשיא. ברצוני להודות לאוניברסיטת בר-אילן על קבלת המלגה אשר אפשרה לי להתמסר לתהליך ביצוע המחקר וכתירת העבודה.

לחברותיי במעבדה להתפתחות מוקדמת" ד"ר הראל וד"ר זינגר- אימותיי הרוחניות, שליוו אותי מהרגע הראשון באמפתיה וחום אינסופי- תודה על האוזן הקשובה ונכונות לעזור בכל שלב ושלב. מילות העידוד שלכם ברגעים הקשים היו לי רוח גבית.

ברצוני להודות לד"ר גורדון, אשר הצליחה בין עשרות המאמרים, המצגות והגרפים, ללמד אותי מניסיונה ולהרעיף עלי מחוכמתה; לד"ר גרנט, ד"ר בורג-מלכי וד"ר גלר אשר עבודות המחקר המרשימות שלהם היוו אבני דרך בבניית מערך המחקר שלי והעבודה על ממצאיו; להילה, שבלעדיה כולנו אבודים, על הרוגע והביטחון שהיא משרה, על היעילות והסדר ובעיקר על הלב הענק והפניות האינסופית לאחר- תודה מכל הלב. לורד (עוד רגע ד"ר) איילון, חברתי האהובה וקולגה מתחילת הדרך, תודה על האוזן הקשבת והמילים החמות; ולשאר חבריי הנהדרים למעבדה- אינה, מורן, זהבה, אסתר, חבורת הדיכאון העליונה ועומרי- תודה על הנכונות לעזור בכל שלב, על מילות העידוד והתמיכה, מאחלת לכם שתגיעו אל הסוף אך תיהנו גם מהדרך.

לעוזרות המחקר הנדירות- נעה ומורן- שליוו את המחקר מראשית דרכו, תודה על עבודתכן הרצינית והמסורה ועל הנכונות לעזור בכל דרך אפשרית. עזרתכן שזורה לכל אורך העבודה ומעבר לתרומה למחקר הרווחתי חברות לחיים. עוד ארצה להודות ליתר עוזרות המחקר האהובות, תודה על ההשקעה והרגישות בעבודה עם משפחות הנמצאות במצב רגיש בחייהן ועל היצירתיות שנדרשה פעמים רבות במערך עבודה כה מורכב. כמו כן ארצה להודות למסטרנטיות שליוו מחקר זה ונתנו מנשמתם וממרחם.

זה המקום להודות ל-242 האימהות והילדים אשר הסכימו לפתוח את ביתם עבורנו ולאפשר לנו הזדמנות חד-פעמית ונדירה לחקור ולהבין בצורה כל כך מורכבת את האפקט העצום של חיים בצל טרור מתמשך.

תודה מיוחדת מוקדשת ללינור, שבלעדיה כל התהליך היה נראה אחרת לגמרי, תודה על כך שפעמים רבות שימשת לי כמראה ושמרת על שפיותי, על הזמינות האינסופית, חוכמתך ורגישותך. לא הייתי משלימה את העבודה הזאת בלעדיך.

תודה נוספת מיוחדת מוקדשת לכל חבריי שמלווים אותי שנים בכל אבני הדרך ההתפתחותיות של חיי; בראש ובראשונה תודה מעומק הלב למיכל ושמל על העזרה וההשקעה הפרפקציוניסטית והרצון האמיתי שהכול יסתדר בדרך הטובה ביותר; לנוגה, על שהסכימה בין הנקה להנקה להעניק לי מחוכמתה, ובעיקר מזמנה היקר, תודה ענקית; וליתר חבריי האהובים שחיכו בסבלנות עד שאסיים פרק זה בחיי, קבלו בהבנה את ההיעלמותי, תמכו ברגעים הקשים וחוו יחד איתי את המתח והעבודה הקשה- תודה על הכוחות שהענקתם לי.

לבסוף, ארצה להודות למשפחתי האהובה.

בראש ובראשונה להוריי המדהימים, טטה ציפי וסבא ליליק- לאמא, שעוד מהבטן נטעה בי אהבה וסקרנות לחקור ולאבא שלימד אותי מהי נחישות והתמדה במשימה. תודה על השותפות בדרך ועל השמחה בשמחתי, על השעות הרבות שביליתם עם איתמר באהבת אין-קץ. תודה שאפשרתם לי להתקדם ולו ליהנות מסבא וסבתא יחידים במינם.

לשמרית, אחותי האהובה, שהיא מתנת הא-ל, תודה על אשר בדרכך הרגועה והשלווה נתת לי את התחושה שאת תמיד שם בשבילי, על שעות ההקשבה והחברות ובעיקר על האהבה. ולבסוף תודה לכם ילדיי האהובים-

איתמר, האור של חיי, תודה על האהבה האינסופית שלך, השמחה והאנרגיות החיוביות, מלאו אותי בכוח ודרבנו אותי לסיים את העבודה. החיבוקים שלך, המשחקים והשיחות איתך ממלאים את ליבי באושר ובאהבה. נעה האהובה שלי, שהולדתך והולדת הדוקטורט התקיימו במקביל, תודה על הקסם שהכנסת לחיי עוד מהבטן. הדקות הקסומות והמענגות אתכם יקיריי מזכירים לי מהם הדברים החשובים בחיים.

ולך איתן, שבלעדיך לא הייתי יכולה לצאת אל המסע הזה. תודה על האמונה בי, על העידוד האינסופי, על הסבלנות והתמיכה ברגעי השבירה. תודה על כל מה שלקחת על עצמך כדי לפנות לי זמן. תודה על השותפות והאהבה ללא תנאים.

ולבסוף, תודה לבורא עולם על שבירך אותי בכל השפע הזה.

תוכן העניינים

רשימת טבלאות
רשימת תרשימים
רשימת נספחים

עמוד

א	תקציר בעברית	א
1	מבוא	1
1	א. הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD)	1
1	א.1. PTSD במבוגרים	1
3	א.2. PTSD בילדים	3
4	א.3. PTSD בפעוטות	4
8	א.4. PTSD בקונטקסט של אירועי לחימה וטרור	8
9	ב. מודלים תיאורטיים בהקשר ל-PTSD בפעוטות	9
9	ב.1. המודל האקולוגי-הצגה רלוונטית ל-PTSD	9
9	ב.2. "סיכון מצטבר" (Cumulative risk)	9
11	ב.3. מודל התפתחותי ל-PTSD	11
13	ג. מאפייני האם	13
13	ג.1. מצוקה רגשית	13
13	ג.1.א. דיכאון וחרדה אימהית	13
15	ג.1.ב. תגובת האם לטראומה	15
16	ג.2. תמיכה חברתית	16
17	ד. מאפייני הילד	17
17	ד.1. ויסות רגשי וטמפרמנט	17
19	ד.1.א. ויסות עצמי	19
20	ד.1.ב. ויסות חברתי	20
20	ד.1.ג. טמפרמנט	20
21	ד.2. פסיכופתולוגיה- בעיות רגשיות ובעיות התנהגות	21
24	ה. משתני אינטראקציה אם-ילד	24
26	ה.1. אינטראקציה אם-ילד במצבי דחק	26
27	ה.2. רגישות אימהית בזמן דחק	27
29	ה.3. משחק סימבולי	29
29	ה.3.א. התפתחות המשחק	29
30	ה.3.ב. רצף התפתחות המשחק הסימבולי	30
31	ה.3.ג. משחק סימבולי ומצבי דחק	31
32	ה.3.ד. משחק סימבולי וקשר אם-ילד בקונטקסט של דחק	32
33	ה.3.ה. תכני המשחק הסימבולי בעקבות אירוע מעורר דחק	33

34	1. המחקר הנוכחי
35	1.1 מטרות המחקר
36	2.1 השערות המחקר :
39	שיטה
39	משתתפים
41	כלים
50	הליך
51	תוצאות
51	פרק א' - השוואה בין ארבעת קבוצות המחקר
51	1.א הבדלים בין הקבוצות ברגשות המצוקה של האם
53	2.א הבדלים בין הקבוצות במשתני הפעוט
53	א.2.א מצב הרגשי וטמפרמנט הפעוט
56	א.2.ב יכולות ויסות של הפעוט
56	א.2.ב.1 ויסות רגשי
59	א.2.ב.2 ויסות חברתי
61	3.א הבדלים בין הקבוצה במדדי הדיאדה
61	א.3.א הערכת אינטראקציה אם-ילד בזמן משחק חופשי
63	א.3.ב הערכת אינטראקציה אם-ילד בעת אזכור האירוע הטראומתי
66	א.3.ג משחק סימבולי
66	א.3.ג.1 איכות המשחק הסימבולי
70	א.3.ג.2 תכני המשחק הסימבולי
72	פרק ב' - מתאמים בין משתני המחקר
72	1.ב משתני האם
72	ב.1.א מתאמים בין משתני רגשות המצוקה של האם
73	ב.1.ב מתאמים בין משתני האם למשתני הפעוט
73	ב.1.ג מתאמים בין משתני אם לבין משתני האינטראקציה
75	ב.1.ד מתאמים בין משתני האם לבין משתני איכות המשחק הסימבולי
76	2.ב משתני הפעוט
76	ב.2.א מתאמים בין בעיות התנהגות, בעיות רגשיות, PTSD ומשתני מזג
76	ב.2.ב מתאמים בין משתני הפעוט לבין משתני האינטראקציה אם-ילד
78	ב.2.ג מתאמים בין משתני הפעוט לבין משתני איכות המשחק הסימבולי
79	3.ב משתני הדיאדה
	ב.3.א מתאמים בין משתני האינטראקציה החופשית למשתני האינטראקציה בזמן
	דחק 79
81	פרק ג' - מודלי גרסיה לניבוי התנהגות הפעוט
82	1.ג מודל גרסיה לניבוי סגנון 'עוררות שלילית'
83	2.ג מודל גרסיה לניבוי סגנון 'התנהגות אגרסיבית'

84.....	מודל רגרסיה לניבוי בעיות התנהגות	ג.3.
85.....	מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'מעורבות הפעוט'	ג.4.
87.....		דיון
90.....	ויסות רגשי וויסות חברתי	א.
90.....	ויסות רגשי	א.1.
93.....	יכולות ויסות חברתי	א.2.
94.....	גורמי הקשר אם-ילד	ב.
98.....	קשר אם-ילד- חשיבות הרגישות האימהית בקונטקסט של דחק	ב.1.
98.....	רגישות אימהית ברמה ההתנהגותית	ב.1.א.
99.....	רגישות אימהית ברמה המנטאלית- ייצוגים אימהיים	ב.1.ב.
101.....	משחק סימבולי	ב.2.
104.....	מודלי רגרסיה לניבוי תפקוד הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה	ג.
105.....	מגבלות המחקר והצעות למחקרים עתידיים	ד.
108.....	השלכות קליניות	ה.
111.....		רשימת מקורות
149.....		נספחים
I.....	תקציר באנגלית	
	תוכן העניינים באנגלית	

רשימת טבלאות

- טבלה מס' 1 : ממוצעים, סטיות תקן והבדלים בגיל הילד וגיל האם בין 4 קבוצות האבחנה..... 40
- טבלה מס' 2 : חמשת גורמי CIB- אינטרקציה נישראלית 46
- טבלה מס' 3 : ששת גורמי CIB- אינטרקציה מעוררת דחק 49
- טבלה מס' 4 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בין הקבוצות במדדי רגשות המצוקה של האם..... 52
- טבלה מס' 5 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בין הקבוצות במדדי מצב רגשי וטמפרמנט 54
- טבלה מס' 6 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות ואחוז מדדי הילד במטלה מעוררת פחד..... 58
- טבלה מס' 7 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות מדדי הצייתנות של הילד..... 60
- טבלה מס' 8 : ממוצעים, סטיות תקן ומובהקות ההבדלים של מדדי הניתוח הגלובלי של האינטראקציה..... 62
- טבלה מס' 9 : ממוצעים, סטיות תקן ומובהקות ההבדלים בסגנונות התנהגות האם והילד בעת אזכור הטראומה..... 64
- טבלה מס' 10 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בפרופורציה של כל אחת מרמות המשחק מתוך סך המשחק כולו..... 66
- טבלה מס' 11 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות וזמן ממוצע של משחק סימבולי פשוט ומורכב של הילד..... 68
- טבלה מס' 12 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בפרופורציה של כל אחת מרמות המשחק של האם מתוך סך המשחק כולו..... 69
- טבלה מספר 13 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות של שכיחות וזמן ממוצע של משחק סימבולי פשוט ומורכב..... 70
- טבלה מס' 14 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בתכני המשחק הסימבולי..... 71
- טבלה מס' 15 : מתאמים בין משתני האם למשתני הפעוט..... 73
- טבלה מס' 16 : מתאמים בין משתני האם לבין משתני הדיאדה בזמן אינטרקציה חופשית ובזמן אינטרקציה מעוררת דחק..... 74
- טבלה מס' 17 : מתאמים בין משתני הילד לבין משתני הדיאדה בזמן אינטרקציה חופשית ובזמן אינטרקציה מעוררת דחק..... 77
- טבלה מס' 18 : מתאמים בין מדדי האינטראקציה החופשית ואינטראקציה בזמן דחק..... 80
- טבלה מס' 19 : מודל רגרסיה לניבוי סגנון עוררות שלילית של הילד בזמן אינטראקציה מעוררת דחק..... 82
- טבלה מס' 20 : מודל רגרסיה לניבוי סגנון התנהגות אגרסיבית בזמן אינטראקציה מעוררת דחק..... 83
- טבלה מס' 21 : מודל רגרסיה לניבוי בעיות התנהגות..... 84
- טבלה מס' 22 : מודל רגרסיה לניבוי מעורבות הילד בזמן אינטראקציה חופשית..... 85

רשימת תרשימים

- 12..... תרשים מס' 1 : מודל התפתחותי להפרעה פוסט-טראומטית בפעוטות
- 53... תרשים מס' 2 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במצבה הרגשי של האם , לפי קבוצה
- תרשים מס' 3 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי ההערכה הרגשית-חברתית
- 55..... והערכת בעיות ההתנהגות של הפעוט, לפי קבוצה
- תרשים מס' 4 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי ויסות רגשי של הפעוט, לפי קבוצה
- 59.....
- תרשים מס' 5 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי ויסות חברתי של הפעוט, לפי קבוצה
- 61.....
- תרשים מס' 6 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים של חמשת גורמי האינטראקציה
- 63..... החופשית, לפי קבוצה
- תרשים מס' 7 : ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים של ששת גורמי האינטראקציה בזמן דחק,
- 65..... לפי קבוצה

רשימת נספחים

149	נספח מס' 1 : שאלון דמוגרפי
151	נספח מס' 2 : שאלון PTSD
155	נספח מס' 3 : שאלון DBI
159	נספח מס' 4 : שאלון חרדה
162	נספח מס' 5 : שאלון תמיכה חברתית-SPS
163	נספח מס' 6 : שאלון תמיכה חברתית-Crockenberg
164	נספח מס' 7 : ראיון PTSD לפעוטות
172	נספח מס' 8 : שאלון אבחון חברתי-רגשי בפעוטות
176	נספח מס' 9 : שאלון התנהגות לפעוטות CBCL
180	נספח מס' 10 : שאלון טמפרמנט-TBAQ
187	נספח מס' 11 : מדדי CIB
204	נספח מס' 12 : איכות המשחק הסימבולי
206	נספח מס' 13 : דפי קידוד- תוכן המשחק הסימבולי
207	נספח מס' 14 : מדדי InfantPTSDinterview
215	נספח מס' 15 : דפי קידוד InfantPTSD
216	נספח מס' 16 : טופס הסכמה מדעת

תקציר

הפרעת דחק פוסט טראומטית (להלן, PTSD) הינה הפרעה רב-מימדית המתעוררת לאחר חשיפה לאירוע חריג בעוצמתו, המסכן את בטחונו או שלומו של היחיד או הקרובים לו ונוטה להתמיד זמן רב לאחר החשיפה לארוע. ההשלכות של PTSD על התפקוד היומיומי הינן רחבות היקף, החל מהבריאות הנפשית והפיזית ועד פגיעות בתחום הבינאישי והחברתי.

המחקר אודות התפתחות PTSD בילדים צעירים ובעיקר בפעוטות עודנו בראשית דרכו. כיום ברור כי ילדים צעירים החשופים לאירועים טראומטיים נמצאים בסיכון גבוה לפתח PTSD והפרעות נפשיות נוספות וכי חוסר טיפול בסימפטומים פוסט-טראומטיים עלול להוביל לפגיעה חמורה בהתפתחות התקינה של הילד. חשיפה כרונית המתרחשת בתקופת הינקות, המאופיינת בפלסטיות, תוביל לנזק חמור ואף בלתי הפיך.

המחקר הנוכחי מתמקד בבחינת קשיי ההסתגלות של פעוטות בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור ולחימה במטרה לבחון את גורמי הסיכון והחוסן הקשורים באם, בפעוט ובדיאדה (קשר אם-ילד), גורמים המנבאים את התפתחותה של מצוקה פוסט-טראומטית בפעוטות החשופים לטרור לאורך זמן. המחקר נערך מתוך פרספקטיבה אקולוגית המניחה כי התפתחות הפעוט מתרחשת בתוך מטריקס חברתי מורכב וכי פסיכופתולוגיה נוצרת על רקע סיכון מצטבר מגורמים שונים העלולים להוות סיכון להתפתחות PTSD (Sameroff & Fiese, 2000).

ייחודיות המחקר הנוכחי היא המיקוד בהפרעה פוסט טראומטית בגיל הרך, נושא שנחקר מעט עד כה, ובסיטואציה המחקרית היחודית הקיימת בארץ, שבה נחשפת קבוצה גדולה של פעוטות לאירועי דחק דומים ובכך התאפשרה בחינת ההבדלים האינדיבידואליים בגורמי סיכון וחוסן. אספקט חדשני נוסף במחקר הוא הדגש על תצפית ישירה על הקשר בין פעוטות חשופים למלחמה ואימהותיהם במצבי משחק ומצבי דחק שונים ובדיקה מדוקדקת של הסיגנלים התקשורתיים והרגשיים של האם והילד.

במחקר השתתפו 232 פעוטות בני 5-1.5 שנים ואימותיהם. מתוכם, 153 משפחות הוו את קבוצת הניסוי – ילדים ואימהות המתגוררים באיזורים החשופים לטרור מתמשך מאזור שדירות וישובי עוטף עזה. קבוצה תואמת דמוגרפית של ילדים ואמהות מאזורים לא חשופים הוותה את קבוצת הביקורת, שמנתה 79 אימהות ופעוטות. הפרעה פוסט-טראומטית אצל הילדים אובחנה על פי DC:0-3 והילדים חולקו לארבע קבוצות על פי רמת האבחנה: קבוצת PTSD - 37 פעוטות (16%) העונים לקריטריוני האבחנה ע"פ ה-DC:0-3 (Zero To Three, 2005); קבוצת PTD - 37 פעוטות (16%) אשר בטאו סימפטומים פוסט-טראומטיים, אך לא ענו לסף הקליני של האבחנה; קבוצת Exposed-No-PTSD - 79 פעוטות (34%) חשופים לטרור שלא פתחו מצוקה פוסט-טראומטית ו-79 פעוטות (34%) השייכים לקבוצת ההתאמה.

בנוסף לאבחנה הקלינית, ניצפו הילדים באינטראקציה עם האם הן במשחק חופשי והן בזמן אזכור האירוע הטראומטי (אירוע מעורר דחק). האינטראקציות קודדו באמצעות ניתוח גלובלי (CIB: Feldman, 1998) ומוצו משתנים הנוגעים להתנהלות האם באינטראקציה, משתנים הנוגעים להתנהלות הילד באינטראקציה ומשתנים הנוגעים לאיכות האינטראקציה. בנוסף, בסיטואציה

מעוררת הדחק מוצו משתנים המתייחסים לייצוגים האימהיים. משתני איכות המשחק הסימבולי קודדו בנפרד עבור האם והילד לאורך אחת עשרה רמות של משחק, ביחידות זמן של עשר שניות. כמו כן, הילד נצפה בשתי מטלות ויסות, האחת- מטלת "מסיכות" (Goldsmith & Rothbart, 1996) הבוחנת יכולת ויסות רגשי שלילי והשניה, מטלת "איסוף צעצועים" לבחינת צייתנות הילד. המטלות קודדו על בסיס שיטת ניתוח מיקרואנליטית על ידי שימוש במערכת ממוחשבת לקידוד בזמן אמת (The Observer, Noldus Co.). בנוסף, מאפייני מצבה הרגשי של האם (דכאון, חרדה ו-PTSD), רמת בעיות ההתנהגות של הילד, בעיות חברתיות ורגשיות ומאפייני טמפרמנט נבחנו באמצעות שאלוני דוח עצמי ובאמצעות כלים סטנדרטיים.

ממצאי המחקר מראים כי המצוקה החריפה ביותר נצפתה בקבוצת ה PTSD. אמהות לפעוטות בקבוצה זו הראו את הרמות הגבוהות ביותר של מצוקה רגשית, כולל חרדה, דכאון, וסמפטומים פוסט טראומטיים. תמונה דומה התקבלה לגבי המצוקה הרגשית של הפעוטות, כאשר גם כאן פעוטות מקבוצת PTSD הראו את הרמה הגבוהה ביותר של בעיות התנהגות מסוג הפנמה והחצנה ובעיות חברתיות ורגשיות.

בנוסף, נמצא כי פעוטות מקבוצת PTSD מאופיינים ביכולות ויסות רגשי נמוכות והעדר אסטרטגיות התמודדות הן ממקור עצמי והן ממקור אחר להתמודדות עם אירוע מעורר דחק. לגבי יכולות הויסות החברתי, ממצאי המחקר מראים כי בעוד פעוטות חשופים שלא פתחו מצוקה פוסט טראומטית (Exp-No) התנהגו באופן נורמטיבי בסיטואציה זו ("צייתנות מצבית"), פעוטות שהפגינו מצוקה פוסט-טראומטית (PTSD+ PTD) מאופיינים בהתנהגות של "צייתנות מתוך מחויבות"- סגנון התנהגות אופייני לקבוצות אלו המתקשר להתנהגות של צייתנות יתר. ממצאי המחקר המתייחסים לקשר אם-ילד מלמדים כי ההתנהגות המאפיינת דיאדות מקבוצת PTSD פחות אופטימלית מהתנהגות יתר הקבוצות. נראה כי התנהגות האם פחות רגישה, שימת הגבולות מופחתת, קיימת חודרנות גבוהה מצד האם ומעורבות הילד פחותה, כמו גם רמת ההדדיות שנצפתה בין האם והילד. בניתוח התנהגות האם והילד בסיטואציה מעוררת דחק התקבלה תמונה מורכבת. מעניין לראות כי בעוד כל הפעוטות שנחשפו לטרור ולחימה בטאו עוררות שלילית בתגובה לסיטואציה מעוררת דחק, פעוטות מקבוצת Exp-No בטאו בנוסף גם התנהגות אגרסיבית וחיפוש אחר קרבת האם.

ברמה ההתנהגותית, תוצאות המחקר הנוכחי מצביעות על קשר בין ביטוי עוררות רגשית שלילית והתנהגות אגרסיבית מצד הילד, יחד עם חיפוש אחר קרבת האם בסיטואציה מעוררת דחק, לבין התנהגות אימהית רגישה. בנוסף, נמצא קשר שלילי בין רגישות אימהית למצוקה הילד לבין בעיות התנהגות ובעיות רגשיות וחברתיות, כמו גם כמות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים. ממצאים אלו מדגישים את השפעת תגובתיות האם למצוקת הילד על התפחותו החברתית והרגשית. בנוסף נראה כי אימהות מקבוצת PTSD היו בעלות היכולת הנמוכה ביותר לייצוגים קוהרנטים ועשירים מבחינת התוכן והחוויה הרגשית. כמו כן, נמצא קשר חיובי בין מצבה המנטאלי של האם לבין התנהגות אופטימלית יותר באינטרקציה עם ילדה.

הבדלים נוספים בין הקבוצות נמצאו לגבי איכות המשחק הסימבולי כאשר דיאדות מקבוצת PTSD הראו הן כמות נמוכה יותר והן רמה נמוכה יותר של משחק סימבולי. מאפיין נוסף של

קבוצת PTSD הוא עיסוק יתר במשחק מסוג שיום בהשווה ליתר הקבוצות. מעניין לראות כי קיימת פגיעה במורכבות המשחק הסימבולי גם בקבוצת Exp-No, ממצא המצביע על השפעת החשיפה הממושכת לאירועי לחימה וטרור על תחומי תפקוד יומיומיים משמעותיים מבחינה התפתחותית גם על קבוצה זו.

הממצאים שהתקבלו אודות המתאמים בין משתני המחקר השונים מספקים תמיכה למודל האקולוגי של Belsky (1984) לפיו מתקיימים קשרים הדדיים בין גורמי האם, גורמי הפעוט וגורמי הדיאדה, כאשר כל גורם עשוי להוות גורם סיכון או חוסן להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית בפעוטים. כך לדוגמא, מצוקה רגשית גבוהה יותר של האם נקשרה למצוקה רגשית גבוהה יותר של הפעוט, התנהגות פחות אופטימלית של הדיאדה ועיסוק מופחת במשחק סימבולי מורכב. ממצאים המראים כי מצוקה רגשית אמהית גבוהה נקשרה לתחומים משמעותיים בהתפתחות הפעוט. לגבי מאפייני הפעוט, ממצאי המחקר מראים כי באופן כללי מצוקה רגשית גבוהה של הפעוט נקשרה להתנהגות פחות אופטימלית של הדיאדה ועיסוק מופחת במשחק סימבולי מורכב. מבין גורמי הדיאדה, הממצא המרכזי במחקר נוגע להתנהגות האם באינטרקציה עם ילדה. התנהגות אופטימלית אמהית בזמן סיטואציה ניטראלית נקשרה באופן חיובי להתנהגות רגישה יותר וחרדה פחות של האם בזמן סיטואציה מעוררת דחק וחיפוש הילד אחר קרבתה. מודלי הניבוי לתפקוד הילד הראו כי לגורמי הילד, האם והדיאדה תרומה משמעותית וייחודית לניבוי התנהגות הילד.

לסיכום, המחקר הנוכחי הראה כי בריאותה הנפשית של האם כמו גם הקשר בין האם לילדה נמצאו קשורים באופן משמעותי לקשיי ההסתגלות של פעוטים בעקבות חשיפה מתמשכת לטרור ולחימה, כפי שהתבטא באמצעות בעיות התנהגות, בעיות חברתיות-רגשיות, קשיי ויסות וריבוי סימפטומים פוסט-טראומטיים. המידע שנאסף במחקר זה הינו בעל ערך קליני רב בשל יכולתו לסייע בהתערבויות מוקדמות עם ילדים בסיכון באמצעות התערבויות כמו פסיכותרפיה ממוקדת קשר אם-ילד, עבודה על יצוגי האם והתנהגותה, הרחבת יכולת המשחק הסימבולי וכד'. בהתאם להשערות של מודלים אקולוגיים ניתן לומר כי כל אחד ממרכיבי המודל (גורמי האם, גורמי הילד, גורמי הדיאדה) יכול להוות שער כניסה לעבודה תראפויטית עם דיאדות בסיכון, בשל ההשפעה ההדדית המתקיימת בין הרכיבים השונים כאשר שינוי בכל אחד מהם יביא בהכרח לשינוי ברכיבים האחרים, כמו גם לשינוי בהתנהלות המשותפת של הקשר אם-פעוט.

מבוא

א. הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD)

הפרעת דחק פוסט טראומטית (להלן, PTSD) הינה הפרעה רב מימדית אשר פוגעת בתחומי תפקוד רבים ומלווה את האדם גם שנים לאחר החשיפה לאירוע אשר נחוה כמאיים על השלמות הפיזית של האדם או של הקרובים לו. מקרים של PTSD במבוגרים תוארו עוד מהמאה ה-19, כאשר Oppenheim הגדיר את התופעה כ"נירוזה טראומטית" ואילו Kraepelin כינה את התופעה "נירוזות הפחד" ("Schreckneurose") (Krapelin, 1896) צוטט ע"י (Keane, Marshall, & Taft, 2006). אולם, רק לאחר מלחמת העולם הראשונה I וה-II כאשר נערכו מחקרים רבים על הלוחמים וניצולי המחנות החלה לעלות להכרה ההשפעה השלילית ארוכת הטווח של חשיפה לטראומה וכתוצאה מכך, נטבעו מונחים כגון "הלם קרב", "עייפות קרב" ו"נירוזות מלחמה" (Keane, et al., 2006). המחקר הגובר בתחום יחד עם מחקרים נוספים אשר בחנו את ההשפעה הפסיכולוגית של אירועי דחק שונים (למשל, התעללות מינית) הובילו להגדרת האבחנה PTSD ב-1980 והכנסת ההפרעה ל-DSM-III(American Psychiatric Association, 1968). ההשלכות של PTSD על התפקוד היומיומי הינן רבות ורחבות היקף, החל מהבריאות הנפשית והפיזית ועד התחום הבינאישי והחברתי. מעל 10% מהמבוגרים שיחשפו לאירוע טראומתי משמעותי יפתחו PTSD, וילדים נמצאים בסיכון גבוה יותר (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999). כאמור, התוצאות רחבות היקף של PTSD ידועות זה מכבר ובכל זאת המקרה הראשון שפורסם על ילד, אשר סבל מאירוע טראומטי ואשר גילו לא עלה על 4 שנים, הופיע רק בסוף שנות ה-80 (Maclean, 1977). המחקר אודות PTSD בילדים, ובמיוחד בפעוטות עודו בשלבי הראשונים ועד לאחרונה חוקרים וקלינאים סברו כי ילדים צעירים חסינים בפני טראומה (Benedek, 1985). אמנם חלה התקדמות ביכולת לאבחן את ההפרעה ביתר דיוק ובטכניקות טיפוליות אשר עוזרות להפחית את סבלם של הילדים, אך המידע אודות האפידמיולוגיה, אטיולוגיה, נירולוגיה והפרוגנוזה של ההפרעה איננו מספק (Scheeringa & Gaensbauer, 2000). ישנה חשיבות רבה למחקר אשר ישפוך אור על השפעת אירועי חיים טראומטיים על ילדים צעירים והתפתחות PTSD. זאת בשל הפגיעה רחבת היקף בהתפתחות הילד ובתפקוד היומיומי, פגיעה אשר יכולה להשפיע באופן פרמננטי על התפתחותו התקינה של הפעוט בתחומי תפקוד משמעותיים כמו התחום הקוגניטיבי, הרגשי והחברתי.

א.1. PTSD במבוגרים

הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) הינה הפרעה פסיכיאטרית מתחום הפרעות החרדה, אשר עלולה להתפתח בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי. קריטריוני האבחנה הינם: (A) חשיפה לאירוע טראומתי בו: (1) האדם חווה מוות ממשי או איום מוות או פגיעה על השלמות הפיזית של העצמי או האחר, (2) האירוע נתפס על ידי האדם כמאיים ומלווה בתחושת פחד וחוסר אונים.

מלבד כך, הקריטריונים לאבחנה קלינית של PTSD כוללים :

(B) לפחות סימפטום אחד של **חויה מחדש** - מחשבות חוזרות וחודרניות של הטראומה, חלומות וסיוטים, התנהגויות שחזור, רה-אקטיביזם פסיכולוגי ופיזיולוגי לתזכורות של האירוע; (C) שלושה סימפטומים של **הימנעות ונסיגה** - מאמץ להתעלם מרגשות או מחשבות על החוויה הטראומטית והימנעות מפעילויות ומצבים המעוררים זיכרון לטראומה, אובדן עניין בפעילויות משמעותיות, תחושות של ניתוק או ריחוק מאחרים, טווח רגשי מצומצם, חוסר יכולת לראות עתיד והפרעות בזיכרון; (D) לפחות 2 סימפטומים של **עוררות יתר** - מאופיין בעירנות יתר, תגובת בהלה מוגזמת, הפרעות בשינה התפרצויות כעס, חוסר שקט וקשיי ריכוז. על הסימפטומים להתקיים למעלה מחודש. בנוסף, ההפרעה גורמת למצוקה משמעותית או פגיעה בתפקוד יומיומי משמעותי, כמו לימודים ועבודה. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

בעקבות חשיפה לטראומה והתפתחות PTSD נפגעים תחומי תפקוד רבים כמו התחום הבינאישי, פסיכו-סוציאלי, הבריאות הנפשית והפיזית וכד'. מחקרים מראים כי מבוגרים הסובלים מ-PTSD מדווחים על קשיים בחיי הזוגיות, קשיים בגידול הילדים, הפרעות פסיכיאטריות שונות, חוסר שביעות רצון מהחיים ובעיות בריאותיות (Jordan, et al., 1992; Walker, et al., 2003).

PTSD עלול להתפתח בעקבות טווח רחב של אירועי חיים קיצוניים כגון חשיפה לאלימות פיזית ומינית, אסונות טבע וחשיפה לטרור ומלחמה. שכיחות PTSD בקרב האוכלוסייה משתנה כתלות בסוג האירוע הטראומטי, גינדר ותרבות באופן כללי, בקרב אוכלוסיית המדינות המפותחות שכיחות ההפרעה היא כ-3% (Cuffe, et al., 1998; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), כשבעקבות חשיפה לתקיפה מינית ופיזית השכיחות גבוהה יותר (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). שכיחות PTSD בקרב חיילים משתנה כתלות בסוג הפעולה הצבאית ובמקום בו התרחשה הלחימה (Gray, Bolton, & Litz, 2004; Hoge, et al., 2004). בהקשר למלחמה נבדקו גם אוכלוסיות שנחשפו למלחמה בשטח בנוי כמו המלחמה בקוסובו (Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway, & Agani, 2003) או המצור בסרייבו (Rosner, Powell, & Butollo, 2003). נמצאו אחוזי PTSD גבוהים מאוד (בין 18-25%) בקרב האוכלוסיות האזרחיות שנחשפו ללחימה. מחקרי אסונות טבע מצביעים על שכיחות גבוהה של PTSD (Kun, Han, Chen, & Yao, 2009; Mason, Andrews, & Upton).

בשנים האחרונות נוסף תחום מחקר נוסף והוא החשיפה לטרור. מחקרים שבחנו השפעה של התקפות טרור הראו כי ישנה שכיחות ממוצעת של 28% בעקבות החשיפה לטרור (Gidron, 2002). "אסון התאומים" שהתרחש בארה"ב בשנת 2001 הוביל לסדרת מחקרים אשר בחנו את ההשפעה של התקפת הטרור רחבת ההיקף על האוכלוסייה. נמצא כי שכיחות PTSD נעה בין 4-20% כתלות במרחק מהאסון (Schlenger, et al., 2002). בכל מקרה, הספרות האפידמיולוגית מראה כי סגנונות שונים של חשיפה לאירועים טראומטיים משפיעים באופן משמעותי על התפתחות PTSD במבוגרים.

א.2. PTSD בילדים

ילדים חווים טראומה בדרכים שונות, אותן ניתן לחלק לתתי סוגים על פי סוגי החשיפה: טראומה בין אישית (כגון הזנחה, התעללות, חשיפה לאלימות וכד'), טראומה כרונית או מתמשכת וטראומה אקוטית או חד-פעמית (כגון, נשיכת כלב, אסון טבע או תאונת דרכים). חשיפה לאירועים טראומטיים בינאישיים, כגון לחימה או חשיפה לטרור, עדות לאלימות והתעללות הינן הסיבות הנפוצות ביותר ל-PTSD בילדים ונוער (De Bellis & Van Dillen, 2005). לעיתים קרובות הילדים נחשפים לאירועים אלו כבר מגיל צעיר ואף נולדים לתוך מציאות כזו. כאשר מקור הטראומה הוא בינאישית, בדרך כלל החשיפה הינה כרונית וגורמת לסימפטומים פוסט-טראומטיים מתמשכים וחמורים יותר (De Bellis & Van Dillen, 2005). בנוסף, ילדים תלויים בהוריהם ובדמויות המטפלות מבחינה פיזית ורגשית. כמו כן, ההורים הם אלו שמספקים את תחושת ההגנה אל מול סכנה ממשית או מאיימת ולכן תפיסת הסכנה מושפעת פעמים רבות מהקשר הורה-ילד ותגובת ההורה לאירוע משמעותית ביותר להתפתחות PTSD (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2010).

התמונה הקלינית של PTSD בילדים בוגרים ומתבגרים דומה לזו של מבוגרים והיא תלויה הן ביכולות הקוגניטיביות המתפתחות לתפיסת החוויה הטראומטית והן ביכולת הקוגניטיבית לתאר את הסימפטומים המאפיינים PTSD (De Bellis & Van Dillen, 2005). יחד עם זאת, מחקרים על ילדים בוגרים ו-PTSD זיהו הבדלים בסימפטומטולוגיה בין ילדים למבוגרים. כך למשל, אצל ילדים זיכרון הטראומה יתרחש בדרך כלל על ידי חלומות בהקיץ ופנטזיות, הפרעות בשינה, קושי להירדם וסיוטי לילה (Benedek, 1985). אצל ילדים צעירים יותר המחשבות החודרניות יופיעו דרך משחק חזרתי (Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995b). "חוויה מחדש" הינו הקריטריון המרכזי והשכיח ביותר אצל ילדים (Weems, Silverman, & La Greca, 2000) זאת לעומת קריטריון C- "הימנעות וקהות חושים"- אלו סימפטומים אשר ילדים יתקשו לדווח עליהם. אין זה אומר בהכרח, כי קריטריון זה אינו רלוונטי לילדים ונוער, אלא שצורת ביטוי שונה ומכיוון שאלו סימפטומים מופנמים ישנו קושי להסתמך על דווח ההורה. צורת הביטוי האופיינית בילדים היא הפגנת חוסר עניין בפעילות וניתוק מאחרים, כמו גם מחסור בהבעת רגשות חיוביים. בנוסף, פעמים רבות ילדים יפתחו פחדים חדשים אשר לא תמיד יתבטאו בהתנהגות נמנעת, שתפנה את תשומת הלב של ההורה, גם אם הפחד מהווה מצוקה עבור הילד (Pynoos, et al., 2009).

בכל מקרה, מחקרים שאבחנו PTSD בילדים ובנוער, תוך מילוי הדרישה של DSM-IV לשלושה סימפטומים של קריטריון C (הימנעות וקהות חושים) קבלו אבחנה חלקית של PTSD (Pfefferbaum, 1997; Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006). הצעה להפחית את הדרישה (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2006; Scheeringa, et al., 2006). כמו כן, נמצא כי ילדים מדווחים על יותר סימפטומים בעקבות אירוע טראומתי מאשר דווח ההורים עליהם (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2007). כיום הדעה הרווחת היא שימוש בדיווח ההורה יחד עם דווח הילד

על מנת לקבל מידע רב יותר ואבחנה מדויקת יותר של PTSD (Angold & Egger, 2004; Korol, 2006; Green, & Gleser, 1999; Meiser-Stedman, et al., 2008; Scheeringa, et al., 2006). כמו כן, מחקרים רבים שבחנו את ביטוי ההפרעה בילדים ובבני-נוער הראו כי נבדקים בגילאים שונים מבטאים פעמים רבות את אותם קריטריונים, אך דרך הביטוי שונה כתלות בגיל ולכן יש לקחת בחשבון את השינויים ההתפתחותיים כתלות בקבוצת הגיל אליה משתייך הנבדק כחלק משיקולי האבחנה (Scheeringa, et al., 2010).

החשיבות בהערכה מדויקת של PTSD בגיל צעיר היא עקב ההשפעה העתידית ארוכת הטווח של החשיפה לטראומה בגילאים צעירים. מחקרים מראים כי טראומות מצטברות בילדות מובילות לתמונה מורכבת של סימפטומים, הכוללת הפרעות ביכולת הוויסות הרגשי והחברתי, כפי שמתבטא בהפרעות חרדה, קושי בניהול כעסים, אגרסיה והתנהגות חברתית נמנעת, סימפטומים שהינם חלק מ-PTSD (Cloitre, et al., 2009; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). עד כה, רב הספרות המחקרית התייחסה בעיקר להתעללות בילדות כדוגמה לטראומה מצטברת בעלת מאפיינים סימפטומטיים מורכבים (Briere, Kaltman, & Green, 2005; Stewart, Livingston, & Dennison, 2008; van der Kolk, et al., 2005). זאת בשל השכיחות הגבוהה של התופעה. כמו כן, מחקרים אלו הראו כי טראומה מתמשכת ומצטברת בילדות מובילה לפגיעה חמורה בהתפתחות התקינה של הילד ביכולות הוויסות הרגשי וביכולות החברתיות (Shipman, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005). קיימת תגובה רגשית לא מווסתת כרונית לתזכורות טראומטיות, כפי שבא לידי ביטוי בסימפטומים של עוררות יתר אל מול קהות חושים ודריכות אל מול קשיי ריכוז, סימפטומים שמאפיינים כאמור PTSD (Frewen & Lanius, 2006; Litz, Orsillo, Kaloupek, & Weathers, 2000). כמעט ולא קיימת ספרות מקצועית המתייחסת לחשיפה לטראומה מצטברת בילדות, כתוצאה מחוויות יומיומיות אחרות מלבד הזנחה והתעללות. התעללות פיזית מלווה כמעט תמיד בהזנחה, התעללות רגשית וחשיפה לאלימות (Fairbank & Fairbank, 2009). הילדים שחווים הזנחה והתעללות נולדים לרוב אל תוך הסיטואציה, ומכיוון שהפוגע העיקרי הוא דמות מטפלת משמעותית, ישנה פגיעה בהתקשרות וביחסי האובייקט (Colman & Widom, 2004; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). למעשה, המחקר הבוחן הזנחה והתעללות בילדות מערב בתוכו גורמי דחק משניים משמעותיים מלבד האירוע הטראומטי עצמו, אשר לא ניתן להפריד בניהם.

בעבודה זו ביקשתי לבחון את התפתחות PTSD בתוך קונטקסט ייחודי אשר לא נחקר דיו עד כה והוא החשיפה המתמשכת והמצטברת לטרור ולאירועי לחימה. זאת על מנת לבחון את התמונה הייחודית המתקבלת בעקבות חוויית איום ממושך ויומיומי על שגרת החיים כתוצאה מחשיפה לירי מתמשך, לפיגועי טרור ולחוויות חוסר אונים שונות המתלוות לחיים בצל המלחמה.

3.א. PTSD בפעוטות

בעבר עלתה השאלה האם ילדים צעירים, בגילאי טרום בית-הספר יכולים לפתח הפרעה פוסט-טראומטית, זאת מתוך המחשבה כי לילדים צעירים אין יכולת קוגניטיבית להבין את משמעותם של אירועים טראומטיים ולהחזיק אותם בזיכרון (Benedek, 1985). למעשה, ב-DSM-III אין

כלל התייחסות להפרעה בילדים. כיום ברור כי ילדים צעירים החשופים לאירועים טראומטיים נמצאים בסיכון גבוה לפתח PTSD והפרעות נוספות בעקבות הטראומה (Pine, Costello, & Masten, 2005; Salmon & Bryant, 2002; Scheeringa & Zeanah, 2008; Meiser-Stedman, et al., 2008; Scheeringa, Zeanah, & Myers, & Putnam, 2005). זאת ועוד, חמש השנים הראשונות לחיים הינן התקופה הפגיעה ביותר לחשיפה לאירוע טראומתי כתוצאה מחשיפה מוגברת לאלימות ולתאונות (Chu & Lieberman, 2010). חוסר טיפול בסימפטומים הפוסט-טראומטיים עלול להוביל לפגיעה חמורה בהתפתחות התקינה של הילד במגוון תהליכים התפתחותיים כמו תפקוד קוגניטיבי, יזמיה, סגנון אישיותי, הערכה עצמית ושליטה בדחפים (Grych, Jouriles, Swank, McDonald, & Norwood, 2000).

אבחנה למרות כל האמור לעיל, המחקר על PTSD בילדים צעירים הינו בתחילת דרכו ביחס למחקר במבוגרים ונוער. אחת הסיבות העיקריות לכך היא הקושי לאבחן PTSD בילדים צעירים, שהיה קיים בעבר, עקב המגבלות של הקריטריונים הקיימים לאבחנה וחוסר בכלי אבחון סטנדרטים המתאימים מבחינה התפתחותית לקבוצת הגילאים הצעירה (Scheeringa, 2008). השימוש בקריטריונים המתבססים על ה-DSM הוביל להערכת חסר של PTSD בילדים צעירים, מכיוון שהוא אינו רגיש מבחינה התפתחותית וכך ילדים עם כמות גבוהה של סימפטומים לא אובחנו עם PTSD כיוון שלא עמדו בקריטריונים (Ohmi, et al., 2002; Scheeringa, et al., 1995). דוגמא אחת לכך הינה מחקרו של Lavigne וחבריו אשר ערכו סקר רחב של הפרעות פסיכיאטריות בילדי טרום בית-הספר (גילאי 2-5) נמצא כי שכיחות הפרעה פוסט-טראומטית לפי ה-DSM-III-R היה 0.1% (Lavigne, et al., 1996), אחוז נמוך בהרבה משיעור ההפרעה בקרב מבוגרים (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987) ובקרב בני נוער (Cuffe, et al., 1998). ממצא זה העלה את השאלה, האם ילדים חסינים בפני החשיפה לאירוע טראומתי או שהקריטריון לאבחנה לא מתאים לילדים צעירים. בניגוד לממצא של Lavigne וחבריו, מחקרים אחרים הראו כי ילדים צעירים מפתחים סימפטומים של PTSD (Gaensbauer, 1994; Terr, 1988) אך האבחנה בילדים צעירים פרה-וורבאליים או בעלי יכולות וורבאליות מינימאליות היא קשה יותר מאשר אצל ילדים גדולים יותר (Scheeringa, et al., 1995).

בנוסף לאי ההתאמה של קריטריוני PTSD על פי ה-DSM לילדים צעירים מבחינה התפתחותית, בעיה נוספת היא הישענות האבחנה על דווח עצמי של חוויות פנימיות, יכולת מוגבלת ביותר בילדים צעירים. ילדים צעירים מתקשים לזכור ולדווח במדויק על חוויותיהם ואין להם יכולת שפתית לתפוס ולתאר במילים חוויות אשר עוררו בהם חרדה (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2010) כמובן, ככל שהילד צעיר יותר כך הוא יתקשה עוד יותר להבין את האירוע, לדווח עליו ולבטא את חוויותיו הפנימיות ורגשותיו במילים. מתוך כך, על מנת לאבחן PTSD בילדים צעירים יש להסתמך על דווח ההורה. אולם, הורים מתקשים לזהות סימפטומים של הפנמה, במיוחד בגילאים צעירים עקב חוסר בשלות היכולות הורבאליות וחוסר היכולת לתקשר רגשות מורכבים (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Kolko & Kazdin, 1993).

מתוך כל האמור לעיל מוצע ב-DC:0-3 סט קריטריונים אלטרנטיביים המתאים מבחינה התפתחותית לילדי טרום בית-הספר (Zero To Three, 2005). מטרת השינוי בקריטריונים בהשוואה ל-DSM-IV היתה להתבסס יותר על התנהגות ופחות על בסיס דווח עצמי של רגשות וחווייה פנימית. בנוסף, מכיוון שהאינפורמציה הנאספת מהאם אינה מקיפה ומהימנה דיה, יש להסתמך על התנהגות נצפית של חווייה מחדש של הטרואומה (Scheeringa & Gaensbauer, 2000). כלים תצפיתיים שנמצאו מהימנים ומועילים לאבחנה הינם ראיון עם ההורה אודות היסטוריית האירוע הטרואומתי בנוכחות הילד, משחק חופשי של הילד עם ההורה ושחזור של הטרואומה ע"י משחק בעזרת הנסיין (Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001). במחקר זה בחרנו להסתמך לצורך קביעת האבחנה על ראיון קליני עם האם אודות הסימפטומים הפוסט-טראומתיים של הפעוט. הראיון מתבסס על הקריטריונים של ה-DC:0-3 (Zero To Three, 2005). הראיון עם האם נעשה בנוכחות הילד וכן נותחו גם התצפית על התנהגותו וגם תגובתו הרגשית להעלאת האירוע הטרואומתי.

PTSD בפעוטות, בדומה למבוגרים, יכול להתרחש לאחר חווייה של אירוע טראומתי בודד, בעקבות רצף של אירועים טראומתיים ובתגובה למצבי דחק כרוניים. מבחינת קריטריון A- ישנו שינוי מהותי בהגדרה לעומת ההגדרה במבוגרים. בילדים צעירים על מנת שתתרחש הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) על הילד לחוות מוות ממש, איום מוות או פגיעה על השלמות הפיזית של העצמי או האחר, (בדומה להגדרה במבוגרים) או **לשלמות הפסיכולוגית** של הילד או האחר (Zero To Three, 2005). השינוי בהגדרה נבע מתוך ההבנה שגם פרידה ממושכת מדמות ההתקשרות הינה אירוע טראומתי עבור הילד, גם אם מבחינה אובייקטיבית לא נשקפה לו כל סכנה. ההתייחסות לפרידה מההורה כגורם דחק בפני עצמו תוארה במאמרים בעקבות מלחמה II, בה מעבר לחשיפה לאלימות פוליטית הופרדו ילדים רבים מהוריהם כדי להגן עליהם. למרות שלא נשקפה להם סכנת חיים ממשית, רבים בהם חוו מצוקה רגשית (Carey-Trefzer, 1949; Freud & Burlingham, 1943). ממצאים דומים נמצאו בעקבות סופת ההוריקן קתרינה, כאשר עצם הפינוי מהבית, גם אם בליווי האם, גרם למצוקה רגשית (Scheeringa & Zeanah, 2008). סוג הטרואומה יכול להיות פתאומי ולא צפוי (למשל- תאונת דרכים, אסון טבע, התקפת טרור, נשיכה ע"י בעל חיים), רצף אירועים (למשל- פשיטות אוויריות חוזרות) או מצב מתמשך (התעללות מינית ופיזית, חשיפה מתמשכת ללחימה וטרור).

החלק השני של קריטריון A- תפיסת האירוע על ידי האדם כמאיים ומלווה בתחושת פחד וחוסר אונים אינו חלק מדרישות האבחנה אצל ילדים מכיוון שקשה לדעת מה הילד הצעיר חווה בזמן הטרואומה.

לסימפטומים של קריטריון B- "חווייה מחדש"- התווסף ביטוי זיכרון הטרואומה דרך משחק טראומתי- משחק חזרתי וקומפולסיבי, המשחזר אלמנטים מהטרואומה ולא מקל על החרדה. זאת בנוסף למחשבות חוזרות וחוודרניות לגבי חלקים מהאירוע הטרואומתי, סיזימים, ריאקטיבציה פיזיולוגית בתגובה לתזכורות מהאירוע, "פלאשבקים" ודיסוציאציה שבאה לידי ביטוי בקיפאון או בהייה. לגבי קריטריון C- "הימנעות"- הדרישה הופחתה לסימפטום אחד בלבד בהשוואה

לדרישה לשלושה סימפטומים במבוגרים, זאת בעקבות מחקרים רבים, שהראו כי הפחתה בכמות הסימפטומים מעלה את שכיחות האבחנה (Meiser-Stedman, et al., 2008; Scheeringa, et al., 2006). דוגמות לסימפטומים הם: נסיגה חברתית, טווח רגשי מצומצם, חוסר עניין בפעילויות יומיומיות וניסיון להימנע מפעילות, אנשים ומקומות שמעוררים זיכרון של הטראומה. ההפחתה בדרישה נבעה מכך שאלו סימפטומים מופנמים הקשים לאבחנה (למשל, הימנעות ממחשבות ותחושות) ובנוסף, חלק מהסימפטומים לא רלוונטיים בגילאים צעירים (למשל, מחשבות שליליות לגבי העתיד) (Scheeringa, 2008; Scheeringa, et al., 2006). מבחינת קריטריון D- "עוררות יתר", קיימת דרישה לשני סימפטומים של עוררות יתר כפי שמתבטא בקשיי שינה, קשיי ריכוז, דריכות, תגובת בהלה מוגזמת (startle response), חוסר שקט ופרצי כעס. קיים ויכוח בספרות המחקרית לגבי הדרישה לשני סימפטומים של "עוררות יתר" ויש הצעה להפחית דרישה זו (Scheeringa, et al., 2006). מאפיין נוסף של ילדים צעירים הוא **אובדן מיומנויות התפתחותיות** כמו דיבור, גמילה מחיתולים וכד' (Rutter, 1988; Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001). קריטריון אחר שהוצע לגבי פעוטות הוא E- **פחדים חדשים ואגרסיות**, כמו חרדת פרידה, פחד ללכת לבד לשירותים, פחד מהחושך וכד'. הכוונה היא להתנהגות אגרסיבית ופחדים שהופיעו רק לאחר החשיפה לאירוע המאיים. קיים ויכוח לגבי שני הקריטריונים האחרונים מבחינת חלקם באבחנה. Scheeringa וחבריו (2003) אשר פתחו סט קריטריונים אלטרנטיבי לאבחון PTSD (PTSD-AA; Scheeringa, et al., 1995) מתייחסים לאובדן מיומנויות התפתחותיות כחלק מקריטריון C ואילו לגבי קריטריון E, טענתם היא כי למרות היותו הקריטריון הנפוץ ביותר הוא אינו מבחין דיו, ולכן לא התווסף כרגע לקריטריונים הנדרשים לאבחנה של PTSD אף על פי כן, יש לבחון את הנושא במחקרים נוספים. בכל מקרה, מלבד מספר הסימפטומים הנדרשים, יש לקחת בחשבון גם את עוצמת הסימפטומים (Cohen & Scheeringa, 2009). במחקר זה, הגדרת האבחנה מתייחסת לעוצמת הסימפטומים כמו גם לקריטריונים השונים שהוצעו בספרות, כפי שיפורט בהמשך בפרק השיטה.

שכיחות השימוש בקריטריונים האלטרנטיביים (PTSD-AA) לאבחון PTSD העלה את דיוק השכיחות של ההפרעה בקרב ילדים קטנים. כך למשל, שיעור ילדים שאובחנו עם PTSD בעקבות חשיפה לפיצוץ גז ביפן היה 25% (Ohmi, et al., 2002). במחקר נוסף שבחן חשיפה לאירועים טראומטיים כמו אלימות ותאונות דרכים, שיעור האבחנה עמד על 26% (Scheeringa, et al., 2003). באופן כללי, מחקרים רבים הראו כי כאשר משתמשים ב-DSM-IV לצורך אבחנה של PTSD בילדי טרום בית-הספר, שיעור האבחנה קטן מאוד, כ-0%, זאת לעומת שיעורים גבוהים של עד 60% בשימוש בקריטריונים אלטרנטיביים (Ohmi, et al., 2002; Scheeringa, et al., 1995; Scheeringa, et al., 2001), שיעור דומה לאוכלוסייה בוגרת. חשוב לציין כי כמות הסימפטומים של ילדים הינה גבוהה, לעיתים אף משל מבוגרים (Meiser-Stedman, et al., 2008), אך הם אינם עונים לדרישות האבחנה על פי ה-DSM, ולכן לא מאובחנים כסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית.

מתוך כל האמור לעיל, ברורה חשיבות השימוש בקריטריונים אלה לאבחנה של PTSD בילדים, קריטריונים אשר לוקחים בחשבון את האינטרפרטציה השונה שילדים נותנים לאירועים מעוררי דחק ואת ביטוי הסימפטומים והביטוי הרגשי הייחודי להם.

קו-מורבידיות ידוע כי PTSD מופיע בשכיחות גבוהה מאוד עם הפרעות פסיכיאטריות נוספות, בעוד שדיכאון, חרדה והתמכרות לאלכוהול הן ההפרעות הנלוות השכיחות ביותר (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). כמו כן, הופעת הפרעה פסיכיאטרית טרם החשיפה לאירוע הטראומתי והיסטוריה פסיכיאטרית משפחתית נמצאו כגורמים מנבאים להתפתחות PTSD (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

בילדים קיימת גם כן הופעה של הפרעות פסיכיאטריות כתוצאה מחשיפה לאירוע מעורר דחק מלבד PTSD כגון, תגובת דחק חריפה (Acute Stress Response), בעיות הסתגלות, דיכאון, הפרעת פאניקה (Panic Disorder), הפרעות חרדה ספציפיות לילדות ואף הפרעות פסיכוטיות (Kar, 2009). כמו כן, קיימת שכיחות גבוהה של בעיות התנהגות (Nomura & Chemtob, 2009) והפרעות התנהגות הרסניות כמו ADHD והפרעת התנגדות (Oppositional Defiant Disorder). בילדים קטנים לצד PTSD יופיעו פעמים רבות הפרעות נוספות, אשר השכיחות שביניהן הן חרדת פרידה (Separation Anxiety Disorder), הפרעת התנגדות ובעיות התנהגות (Scheeringa, et al., 2003). חשוב להתייחס לממצאים אלו בכובד ראש מכיוון שפעמים רבות הפרעות אלו זוכות לטיפול מבלי להתייחס לסימפטומים של PTSD ולהיפך. בכל אופן, אלו הפרעות הפוגעות בהתפתחות התקינה של הילד ובהתנהלות היומיומית שלו. לאור זאת, במחקר זה נבחן בין היתר את הקשר בין מצוקה פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה ממושכת לאירועי לחימה ולטרור לבין קשיים רגשיים והתנהגותיים של הילד בתחומי התנהגות ותחומי התפתחות נרחבים.

4.א. PTSD בקונטקסט של אירועי לחימה וטרור

מהו טרור? מחלקת ההגנה של ארה"ב הגדירה "טרור" כ"שימוש מכוון או איום לשימוש באלימות על מנת להחדיר פחד, זאת מתוך כוונה לאלץ או לאיים על ממשל או חברה על מנת להשיג מטרה פוליטית, דתית או אידיאולוגית" (מצוטט ע"י Fremont, 2004). למעשה, משמעות המילה טרור היא ניסיון לעורר פחד פסיכולוגי, איום והפחדה. אחד מהמאפיינים העיקריים של טרור הוא התרחשותו בפתאומיות, ללא אזהרה, והעובדה כי האיום הינו ממושך.

שכיחות PTSD בילדים בעקבות חשיפה לטרור נעה בין 28% ל-50% (Laor, Wolmer, & Cohen, 1999; Laor, et al., 1997; Laor, et al., 2001). בחשיפה לטרור אותו אירוע שמשפיע על הילד משפיע גם על ההורה. מכיוון שאירועי טרור משפיעים עמוקות גם על מבוגרים, ההורים פעמים רבות אינם מסוגלים לספק עבור הילד את התמיכה לה הוא זקוק על מנת להגן עליו מפני נזק נפשי מתמשך בעקבות הטראומה. בנוסף, פעמים רבות תגובת ההורה

הינה הכחשה (Rigamer, 1986) או נטייה להעריך בחסר את תגובת הילד לאירוע הטראומתי (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997).

אומנם, יש מחקרים שהראו כי פעוטות פגיעים להשפעה של טרורזים (Thabet, Karim, & Vostanis, 2006), אך מעט מאוד מחקרים בחנו את ההשפעה קצרת הטווח וארוכת הטווח של החשיפה לטרור על ילדים (Fremont, 2004; Pine, et al., 2005). איום הטרור אינו אירוע בודד אלא גורם דחק מתמשך אשר לרוב מורכב מסדרה של התקפות אלימות בלתי צפויות וחשיפה לאלימות במשך זמן רב. נמצא, כי ילדים שפיתחו PTSD בעקבות חשיפה לטרור, המשיכו לבטא סימפטומים פוסט-טראומטיים לאורך זמן, גם כאשר האיום לא היה קיים יותר (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Pfefferbaum, et al., 2000). בכל מקרה, גם ללא אבחנה של PTSD או אבחנה פסיכיאטרית אחרת בעקבות החשיפה לטרור, תחושת הביטחון של הילדים נפגמת באופן תמידי ומתמשך, כמו גם תחושת סכנה אישית פוטנציאלית המלווה את חיי היומיום.

ב. מודלים תיאורטיים בהקשר ל-PTSD בפעוטות

ב.

1.ב. המודל האקולוגי- הצגה רלוונטית ל-PTSD

על פי המודל של Belsky (1984), אשר נשען על הגישה האקולוגית, התפתחות הפעוט מתרחשת בתוך מטריקס רחב הכולל בתוכו את מאפייני הילד, מאפייני ההורה וההיסטוריה המשפחתית שלו ואת הקונטקסט החברתי-תרבותי בו גדל הילד והקשר הורה-ילד. כל גורם אקולוגי משפיע ומושפע מהגורמים האחרים בתוך המטריקס וכך נוצרת כעין רשת השפעה דן-צדדית, המובילה להיווצרות מערכת ויסות דינמית והדדית אשר מעצבת את התפתחות הילד (Lynch & Cicchetti, 1998). כך למשל, תפקודה של האם וסגנונה האינטראקטיבי מושפעים ממשאביה הפסיכולוגיים, ממאפייני הילד וממקורות קונטקסטואלים-חברתיים של דחק ותמיכה. גורמים אלו פועלים במשולב בעיצוב איכות הקשר אם-תינוק. מחסור במשאבים פסיכולוגיים ומקורות תמיכה, כפי שעלול להתרחש במצבים של מצוקה רגשית מוגברת מהווה גורם סיכון מרכזי ליחסים בינה לבין תינוקה. כך למעשה, כל גורם אקולוגי, ברמת הילד, ההורה או הקונטקסט עלול להוות גורם סיכון, כאשר הוא עובר רמת סיכון מסוימת.

2.ב. "סיכון מצטבר" (Cumulative risk)

אחת השאלות החשובות במחקר אודות פסיכופתולוגיה התפתחותית הינה כיצד גורמי סיכון-הנובעים ממשנתני ילד, הורה או הקונטקסט- מתמזגים יחד ויוצרים סיכון משמעותי דיו לשנות את התפתחות הילד מהתפתחות תקינה אל התפתחות לא מסתגלת. המושג "סיכון מצטבר" מתייחס לאופן בו מספר גורמי סיכון מצטברים יחד ומשפיעים על מצבו של הילד, כאשר התיאוריה העומדת בבסיסו היא כי מספר מצטבר של גורמי סיכון באקולוגיה של הילד יעצבו את

קשיי ההסתגלות שלו ואת התפתחותו הנפשית והבריאותית (Cicchetti & Toth, 1998; Sameroff & Fiese, 2000).

למעשה, עצם ההצטברות של מספר גורמי סיכון, ללא תלות בקיומו או היעדרו של גורם סיכון מסוים היא אשר תשפיע על התפתחות הילד, כך שככל שמספר גורמי הסיכון יגדל תגדל שכיחות הבעיות הקליניות (Rutter, 1979; Sameroff, 2000). כמו כן, בעוד שגורמי סיכון מסוימים אינם מביאים לעליה בסיכון להפרעה נפשית כאשר הם עומדים בפני עצמם, הצטברות של מספר גורמי סיכון יחד מעלה את הסיכון לבעיות בריאותיות, הפרעות נפשיות, בעיות התנהגות וקשיי למידה באופן משמעותי, לעיתים עד פי 7, כתלות במספר גורמי הסיכון (Rutter, 1979; Sameroff, 1987; Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987). בנוסף, ישנה משמעות לתזמון החשיפה לגורמי הסיכון וזאת מכיוון שחוויות בילדות המוקדמת הינן בעלות אפקט משמעותי בהשפעה על ההסתגלות העתידית של הילד, מתוך השפעתן על האינטראקציה הראשונית של הילד עם סביבתו (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). למעשה, החשיפה לגורמי סיכון בילדות המוקדמת תוביל לאפקט מזיק יותר מאשר החשיפה אליהם בגיל מאוחר יותר (Appleyard, 1997; Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; Brooks-Gunn & Duncan, 1997). דוגמות לגורמי סיכון בילדות הינן: מתח בבית, מעמד סוציו-אקונומי נמוך, עבריינות של אחד ההורים, הפרעה נפשית של האם, אימהות חֲרָדָה, הורות נוקשה, השכלה אימהית נמוכה וכו' (Rutter, 1979; Sameroff, 2000). כמו כן, הצטברות של מספר אירועים טראומטיים בילדות מעלה משמעותית את מגוון הבעיות הבריאותיות והנפשיות שיחוו ילדים ושיעורן (Copeland, Keeler, Angold, & Shonkoff, Boyce, & Costello, 2007; McEwen, 2009).

בשנים האחרונות רווח השימוש במושג "חוסן" (Resilience) כיכולת להתאושש מחוויה שלילית ואף מעוררת מצוקה, דרך הסתגלות גמישה לדרישות המשתנות-תמידית של החיים תוך עמידות בפני תוצאות פסיכולוגיות שליליות אל מול החשיפה לאירוע קשה (Ahern, 2006; Luthar, 2001; Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2001). ישנם הבדלים אינדיבידואליים בגורמי פגיעות וחוסן בין בני-אדם אשר משפיעים על תגובת האדם לאירוע מאיים, למעשה ישנו טווח רחב אפשרי לתגובה לאותו אירוע. כאשר באים לחקור PTSD בילדים ומבוגרים כאחד, שאלה אשר מעוררת עניין מחקרי וקליני רב היא מדוע אנשים מסוימים הינם בסיכון לפתח PTSD בעקבות אירוע טראומטי, בעוד אחרים הינם חסינים יותר בפני האירוע המאיים. מחקרים מראים כי גורמים חיצוניים ופנימיים לאדם, כמו מאפייני האירוע, שינויים נוירו-אנדוקריניים, זיכרונות טראומטיים וכד' משנים את השפעת האירוע המאיים (Yehuda, 2004). אם כך, בבואנו לחקור את השפעת החשיפה לאירוע טראומטי על חיי מבוגרים וילדים כאחד יש לקחת בחשבון מלבד החשיפה לאירוע הטרומטי והתפתחות פסיכופתולוגיה, גם את גורמי הסיכון והחוסן כגורמים מתווכים.

3.3. מודל התפתחותי ל-PTSD

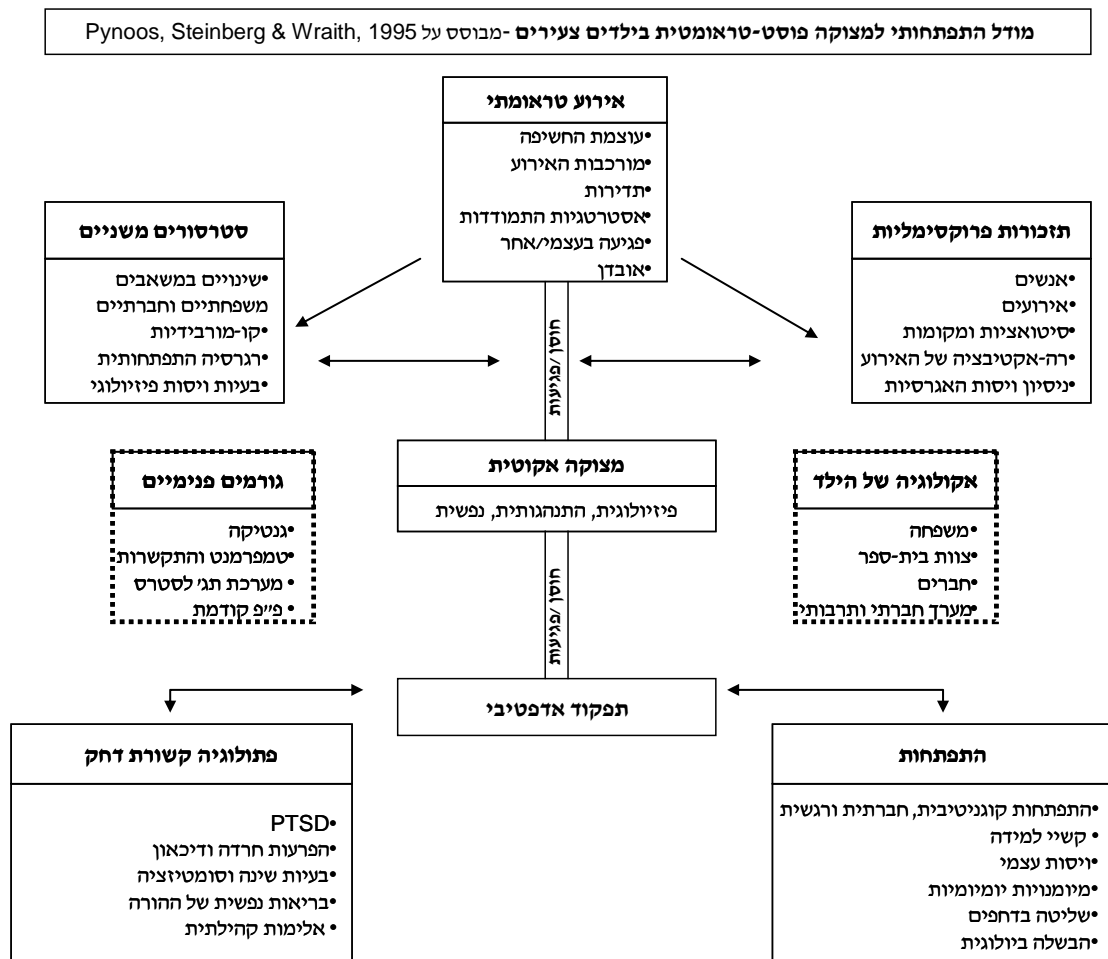
המודל ההתפתחותי שהציעו Pynoos ושות' (1999 ; 1995) מתייחס אל האינטראקציה המורכבת בין טראומה והתפתחות, תוך התייחסות לקשר המורכב בין גורמים פנימיים של הילד, הבשלה התפתחותית, אירועי חיים ושינויים החלים במשפחתו וסביבתו של הילד וההקשר להתפתחות נורמאלית והתפתחות שהופרעה בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי.

הסכימה ההתפתחותית מתייחסת לחשיפה לטראומה חדשה או חוזרת בתוך מערכת דינאמית כוללת התייחסות לאטיולוגיה וגורמי סיכון וחוסן. המודל מציע התייחסות אחרת לטיפולוגיה של PTSD בילדות, תוך התייחסות לקונטקסט ההתפתחותי. המודל מוצג בתרשים מספר 1. לפי המודל, קיימים מקורות רבים למצוקה פוסט-טראומטית אקוטית, אשר ניתן לחלקם לשלוש קטגוריות: החוויה הטראומטית עצמה, תזכורות טראומטיות וסטרסורים משניים. אספקטים של עוררות ותגובתיות לסכנה, יחד עם גורמי סיכון וחוסן מתווכים את הקשר בין האירוע הטראומתי למצוקה האקוטית, הכוונה בגורמי חוסן היא המאמץ היעיל להסתגלות והחלמה לאחר החשיפה. בנוסף, המודל שם דגש על התפתחות ופסיכופתולוגיה וההשפעה ההדדית שלהם על ההסתגלות. גורמים פנימיים של הילד כמו גיל ומין פועלים בצורה הדדית עם פקטורים חיצוניים כמו משפחה, חברים וסביבה חברתית-תרבותית, כאשר בכל שלב התפתחותי המשקל של כל גורם משתנה.

בנוסף, Pynoos ושות' (1999 ; 1995) מתייחסים אל המאפיינים האובייקטיביים והסובייקטיביים של האירוע הטראומתי עצמו. המאפיינים האובייקטיביים הקשורים לסיכון לפתח PTSD בילדים הם: מאפייני החוויה, בהם כלולים קרבה לאיום, אי-מוכנות, משך האירוע, מספר האיומים ועדות לזוועה (Pynoos, et al., 1993). לגבי החוויה הסובייקטיבית, במצב טראומתי חווית האיום החיצוני מערבת חווית איום פנימי, אשר בתורה מושפעת מעוררות סובייקטיבית וממאמצים להתמודד עם הסיטואציה ועם התגובות הפנימיות. העוררות והמאמץ להתמודדות משתנים עם התפתחות הילד וניסיונו ותלויים בתמיכת ההורים והסביבה. בנוסף, העוררות האוטונומית, אשר נשאר פועלים רבות גם לאחר שהאיום הישיר הסתיים, מהווה לעיתים סימן לסכנה ומשמרת את הציפייה לטראומה ואת התנהגות החרום (Craske, 1997).

גורמים נוספים המשפיעים על המצוקה הטראומטית הינם פקטורים מולדים של הילד הכוללים: יכולות התפתחותיות, טמפרמנט, ערך עצמי, היסטוריה של אירועים טראומטיים קודמים ופסיכופתולוגיה קיימת.

תרשים מס' 1: מודל התפתחותי למצוקה פוסט-טראומטית בילדים צעירים - מבוסס על Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995



תרשים 1. הסכימה מציגה מודל בעל שלושה שלבים המתייחס למצוקה פוסט-טראומטית בילדים. על פי המודל, קיים קשר הדדי בין האטיולוגיה של PTSD (האירוע הטראומטי, "תזכורות" טראומטיות וגורמי דחק נוספים) לבין המצוקה האקוטית על מימדיה השונים. בנוסף, קיים קשר בין המצוקה האקוטית לבין התפקוד האדפטיבי של הילד והתפתחותו העתידית, הקשרים ההדדיים בין שלבי המודל מתווכים על ידי גורמי סיכון וחוסן.

במחקר הנוכחי נעשה ניסיון לשלב את המודל ההתפתחותי יחד עם המודל האקולוגי בהתייחס למצוקה פוסט-טראומטית בפעוטות בעקבות חשיפה לטרור ואירועי לחימה, תוך התייחסות לגורמי הסיכון והחוסן - ברמת מאפייני הילד, האם, האינטראקציה ביניהם ומאפיינים סביבתיים- והאופן בו הם תורמים לרמת המצוקה.

ג. מאפייני האם

ג.

ג.1. מצוקה רגשית

אספקט חיוני להבנה של הסתגלות ילדים צעירים לאחר חשיפה לאירוע טראומתי הוא ההבנה של חשיבות הקונטקסט של ההורה להתפתחות רגשית וכללית והתפתחות של בעיות רגשיות ובעיות התנהגות (Crockenberg & Leerkes, 2000; Linares, et al., 2001; Schore, 2002; Zeanah, 1997). מחקרים שעוסקים בפסיכופתולוגיה רגשית- חברתית בינקות מתייחסים אל התלות המשמעותית של הפעוט בסביבתו, תלות שבולטת במיוחד בתקופת הינקות והילדות המוקדמת (Sameroff, 1997). מצוקה אימהית משפיעה בעיקר על ילדים צעירים בגילאי טרום בית-הספר משום הקרבה והתלות באם בגילאים אלו ומחסור בדמויות מפצות, כמו מורים וחברים (Linares, et al., 2001).

חווית החיים עם אם הסובלת מהפרעה רגשית, עשויה להגביר את הסיכון של ילדיהן לפתח בעיות התפתחותיות והסתגלותיות (Downey & Coyne, 1990). בנוסף, היעדר ויסות רגשי של האם, הבא לידי ביטוי בהפרעות נפשיות (Gross & Muz, 1995) עלול להשפיע על מיומנויות הויסות של ילדה (Gianino & Tronick, 1988). ניתן אם כן לשער כי אימהות הסובלות מחרדה ודיכאון מגבירות את הסיכוי של ילדיהן לפתח בעיות הסתגלותיות והתפתחותיות, ובכללן PTSD. בנוסף, האינטראקציה של הפעוט עם אימו מהווה זירת אימונים שבה מתפתחות יכולותיו החברתיות, הרגשיות, הקוגניטיביות וההתנהגותיות (Cohn & Tronick, 1989; Feldman, 1999). התנהגות אימהית רגישה וחמה באינטראקציה עם הילד המכוונת ומותאמת לצרכיו השונים, מה שמכונה בספרות "האם הטובה דיה" (Winnicott, 1953) משמשת כמרכיב מרכזי בהתפתחות רגשית וחברתית תקינה. לעומת זאת, ליקויים שונים בסגנון האימהי יובילו בעקבותיהם התנהגות לא אדפטיבית של הילד (Emde & Sameroff, 1989). כאשר אם סובלת מהפרעה רגשית, הדבר ישפיע על סגנון האימהות שלה ועל התגובות לילדה. במחקר זה נבדק הקשר בין מצוקה רגשית של האם (דיכאון, חרדה ו-PTSD) לבין תפקודו של הילד בעקבות חשיפה משותפת לאירוע טראומתי.

ג.1.א. דיכאון וחרדה אימהית

מחקרים אשר בחנו את השפעת האבחנה הפסיכיאטרית של האם על יכולות ההורות שלה התמקדו בעיקר בדיכאון אימהי, ההפרעה הרגשית הנפוצה ביותר אצל נשים בגיל ההורות (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Oyserman, Mowbray, Meares, & Firminger, 2000). הממצאים הראו כי אימהות דיכאוניות היו פחות קומפיטנטיות ביכולתן

להבנות לילדן סביבה מטפחת, וההתנהגות הבינאישית שלהן היתה מאופיינת ברגישות נמוכה, טווח רגשי מצומצם ותמיכה לא עקבית במעורבות התינוק (Cicchetti & Toth, 1998; Feldman, 2007a; Goodman & Gotlib, 1999; Weinberg & Tronick, 1998). אימהות דיכאוניות משחקות פחות עם ילדיהן, מפגינות רמות גבוהות של עוינות וחוסר סבלנות כלפי ילדיהן והאינטראקציות עם ילדיהן הינן לרוב בעלי גוון רגשי שלילי (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990). בנוסף, אימהות דיכאוניות מגיבות פחות לסיגנלים התקשורתיים של ילדיהן (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990; Goodman & Brumley, 1990) ולעיתים מפעילות התנהגות כפייתית על מנת לשלוט בהתנהגות הילד (Cohn, et al., 1990). סגנון הורי זה, כאשר מתמשך לאורך זמן, עלול לעכב את התפתחותו הרגשית והחברתית של הילד (Denham, 1998).

ילדים לאימהות דיכאוניות מראים כישורים רגשיים, חברתיים, נוירו-פסיכולוגיים וקוגניטיביים נמוכים לאורך הילדות וגיל ההתבגרות (Beck, 1998; Goodman & Gotlib, 1999; Murray, 2001; Woolgar, Cooper, & Hipwell, 2001; Weinberg & Tronick, 1998). בנוסף, דיכאון אימהי עלול לגרום להשפעות שליליות ארוכות טווח על הוויסות הפיזיולוגי של הילד, בעיקר בכל הנוגע לגיבוש תגובת הלחץ (Kaufman & Ryan, 1999). כמו כן, דיכאון אימהי מהווה גורם סיכון למצוקה לידית ולהתפתחות של בעיות התנהגות מסוג הפנמה והחצנה (Goodman, 2007; Goodman & Gotlib, 1999; Malcarne, Hamilton, Ingram, & Taylor, 2000). מחקרים מראים, כי ילדים בהתפתחות המוטורית והקוגניטיבית (Petterson & Albers, 2001). דיכאון אימהי מהווה גורם סיכון לאימהות דיכאוניות יפתחו מצוקה רגשית (Cicchetti & Toth, 1998; Cummings & Davies, 1994; Rutter, 2009). למשל, ויסות של רגש שלילי, בעיקר ויסות רגש הפחד, רגיש מאוד למצבה הדיכאוני של האם (Tronick, Weinberg, Murray, & Cooper, 1997). ילדים לאימהות דיכאוניות הפגינו אסטרטגיות פחות בשלות ורגישות שלילית גבוהה יותר והיכולות שלהם להשתמש בטקטיקות מונחות מטרה ואקטיביות היו מצומצמות (Feldman, et al., 2009).

חרדה אימהית נמצאה אף היא משפיעה על התפתחות הילד. אימהות חרדות מציגות פחות חמימות ופחות אינטראקציות חיוביות כלפי ילדיהן מאשר אימהות לא חרדות ומידה רבה של ביקורתיות כלפי מעשי ילדיהן (Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). אימהות אלו מגלות בדרך כלל יכולת נמוכה לוויסות עצמי של מצבים שליליים (Watson & Clark, 1984). אימהות חרדות נוטות להתנהגות חודרנית באינטראקציה עם ילדן. חודרנות אשר מתבטאת בריבוי התנהגויות שאינן מתואמות עם איתותי תינוקן (Feldman, et al., 2009) ונטייה לעוררות חיובית מוגברת בעת האינטראקציה (Feldman, Granat, & Gilboa-Schechtman, 2005). אינטראקציות בין אימהות הסובלות מרמות גבוהות של חרדה וילדיהן מאופיינות בחודרניות, נגיביסטיות ומעורבות יתר (Hudson & Rapee, 2002).

לחרדה אימהית השפעה שלילית על התפתחות הפסיכופתולוגיה אצל תינוקות. נמצא כי פעוטות של אימהות חרדות היו בסיכון גבוה יותר לפתח בעיות הסתגלות, חרדה, בעיות קשב וריכוז ובעיות נפשיות אחרות בבגרותם מאשר פעוטות לאימהות לא חרדות (Van den Bergh &

(Marcoen, 2004). כמו כן, פעוטות אלו סבלו במיוחד מפגיעה ביכולות הויסות הפיזיולוגי (Warren, et al., 2003). למותר לציין, כי ילדים לאימהות אשר סובלות ממספר הפרעות רגשיות יהיו בעלי השיעור הגבוה ביותר של בעיות התנהגות ובעיות רגשיות (Chemtob, et al., 2010).

ג.1.ב. תגובת האם לטראומה

תגובת האם לטראומה הינה גורם מכריע לבריאותו הנפשית של ילדה, וזאת משום שבריאותה הנפשית של האם משמשת כמעין "חומת הגנה" לילדיה בעת מלחמה (Freud & Burlingham, 1943). כאשר האם סובלת בעצמה מ-PTSD היא תהיה דרוכה יותר ובעלת סף תגובה נמוך לזיהוי אירוע כמסוכן לביטחונה ובטחון ילדה. באופן כללי, PTSD אימהי גורם לעליה בעומס הרגשי של האם וילדה ומעמיס על מערכת הויסות הרגשי (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone, & Rosenbaum, 1997). לפיכך, אם עם PTSD תתקשה ליצור תחושת בטחון לילדה בגלל דריכות היתר שלה לסכנות פוטנציאליות.

ילדים לאימהות שחווי אירועים מעוררי דחק ופיתחו PTSD יסבלו יותר מבעיות התנהגות (Lieberman, Van Horn, & Ozer, 2005), וההפרעה תגבר ככל שרמת הפסיכופתולוגיה של האם בעקבות האירועים הטראומטיים שחוותה גבוהה יותר. ישנם מחקרים רבים המראים, כי ילדים להורים שחווי טראומה הינם בעלי יכולות הסתגלות נמוכות יותר ובעיות התנהגות (Rosenheck & Fontana, 1998; Solomon, Kotler, & Mikulincer, 1988; van IJzendoorn, Bakermans & Kranenburg, & Schwartz, 2003).

באופן כללי, גורם הסיכון המרכזי להתפתחות של בעיות התנהגות בילדים הינו התגובה הפסיכולוגית של האם לאירוע, ותגובה זו משמעותית מעל ומעבר לחשיפה (Lieberman, et al., 2005). לפיכך, כאשר אם לא מסוגלת לשלוט במאפיינים החודרניים של ההפרעה הפוסט-טראומטית ("חוויה מחדש") או/ו כאשר סגנון ההתמודדות שלה הוא הימנעותי (Laor, et al., 1999; Pynoos, et al., 1997), ילדה יהיה פגיע יותר להשפעת סטרסורים ויפתח סימפטומים פוסט-טראומטיים בעצמו. Scheringa ועמיתיו (2003) טענו כי המנבא החזק ביותר למצוקה פוסט-טראומטית בפעוטות הוא חווית אירוע טראומטי על-ידי הדמות המטפלת.

חשיבותה של המעורבות האימהית בהפחתת תגובות חרדה בילדים נחקרה במשפחות שהיו חשופות למתקפות טרור. בקרב ילדים שהוריהם הגיבו לטראומה ברגשות שליליים, כולל דיכאון ותפקוד פסיכולוגי ירוד, התגלו רמות חרדה גבוהות, ואילו בקרב ילדים שהוריהם הגיבו כלפי הטראומה באופן חיובי נמצאו תגובות אדפטיביות יותר (Bat-Zion & Levy-Shiff, 1993). מחקרים שבחנו את הקשר בין הבריאות הנפשית האימהית להתפתחות הילד בקונטקסט של חשיפה לאירועי דחק מצאו קשר בין דיכאון, חרדה ו-PTSD אימהי להתפתחות של סימפטומים פוסט-טראומטיים בילדים (Laor, et al., 2001; Linares, et al., 2001; Scheeringa & Zeanah, 2001; Self-Brown, et al., 2006; Spell, et al., 2008; Huth-Bocks, Levendosky, & Semel, 2001; Linares, et al., 2001; Self-Brown, et al.,)

Jones, Ribbe, Cunningham, Weddle, & Langley, 2002; McFarlane,) אסונות טבע (, 2006 de Vries, et al.,) תאונות דרכים (, 1987a; Scheeringa & Zeanah, 2008; Spell, et al., 2008 1999; Meiser-Stedman, Yule, Dalgleish, Smith, & Glucksman, 2006; Ostrowski, Bryce, Walker, Ghorayeb, & Kanj,) ואירועי לחימה (Christopher, & Delahanty, 2007 1989; Dawes, Tredoux, & Feinstein, 1989; Laor, et al., 2001; Qouta, Punamaki, & El Sarraj, 2003; Smith, Perrin, Yule, & Rabe-Hesketh, 2001). באופן כללי, כאשר האם דיווחה על רמות גבוהות של מצוקה נפשית הסיכון של הילד לפתח PTSD עלה באופן ניכר (Koenen, Moffitt, Poulton, Martin, & Caspi, 2007). ילדים לאימהות עם תפקוד פסיכולוגי נמוך בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי הראו יותר סימפטומים פוסט-טראומטיים (Laor, et al.,) (1997) ונראה כי הסתגלות ההורה הינו משתנה חשוב יותר להסתגלות הילד מאשר החשיפה עצמה (McFarlane, 1987b; Spell, et al., 2008).

חשוב לציין, כי בגילאי טרום בית-הספר המחקר עדיין מועט, ומחקרים אשר בחנו את השפעת החשיפה לטרור על הילדים והתייחסו באופן חלקי לגורם הבריאות הנפשית של האם, מצאו קשר בין מצבה הנפשי של האם והסימפטומים של הילד אך הממצאים לא ברורים דיים (Chemtob,) (Nomura, & Abramovitz, 2008; Fremont, 2004; Laor, et al., 2001; Pine, et al., 2005). הייחוד בחשיפה לאירועי טרור ולחימה הוא העובדה כי האימהות נחשפות אל אותו אירוע טראומתי ועלולות לפתח הפרעה נפשית בעקבותיו. ילדים צעירים מושפעים מהחשיפה לאירועי טרור ולחימה הן באופן ישיר והן באופן עקיף- על ידי השפעת האירוע הטראומתי על התפקוד הפסיכולוגי של האם. לכן, מאפיין נוסף שייבחן במחקר זה הוא מאפייני PTSD אימהי והשפעתם על התפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים של הפעוט.

2.ג. תמיכה חברתית

קשרים משפחתיים וחברתיים חיוביים יכולים למתן את השפעות הדחק על התפתחות פסיכופתולוגיה. מאידך, היעדר תמיכה חברתית מחזק את גורם הדחק והשפעתו השלילית ומחליש את יכולת האדם להתמודד עימו (Monroe & Steiner, 1986). לפי השערת ה- "stress – buffering", תמיכה חברתית ממתנת תגובות רגשיות התנהגותיות ופיזיולוגיות לאירועים מעוררי חרדה, ובכך מפחיתה את השפעת החרדה ותורמת לחוסן פסיכולוגי (Cohen & Wills, 1985). תמיכה חברתית נמצאה כבעלת קשר משמעותי להורות טובה (Teti, Gelfand, & Pompa,) (1990). נמצא כי אימהות שהציגו הורות טובה נהנו מתמיכה חברתית רבה ומספקת יותר מאשר אימהות שהציגו הורות לקויה (Crittenden, 1985). דיכאון אימהי וקשיים בהתפתחות התינוק קשורים גם הם לתמיכה חברתית (Crockenberg., 1993; Cutrona, 1984), כך שתמיכה חברתית נחשבת לגורם חוסן מפני דיכאון אימהי (Cutrona & Troutman, 1986). תמיכה חברתית לאחר אירוע טראומתי קשורה ל-PTSD בכך שמשפיעה על הסתגלות לטראומה והתפתחות PTSD (Guay, Billette, & Marchand, 2006). מחד, מחקרים שבחנו את הקשר בין

תמיכה חברתית לבין החשיפה לאירועים טראומתיים, הצביעו על כך שאנשים הנהנים מתמיכה חברתית גדולה יותר חווים פחות בעיות פיזיות ופסיכולוגיות בכלל ולאחר אסונות בפרט (Norris, 2001; Wills & Fegan, 2002; et al., 2002), וכי תמיכה חברתית נמוכה הינה גורם סיכון להפרעה פוסט טראומטית במבוגרים (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Boscarino, 1995; Gold, et al., 2000; Kotler, Iancu, Efroni, & Amir, 2001; Widows, Jacobsen, & Fields, 2000). מאידך, כמעט ולא קיימים מחקרים הבוחנים את השפעת התמיכה החברתית של האם על סימפטומים פוסט-טראומתיים בילדים בעקבות חשיפה לאירועים טראומתיים. ידוע כי תמיכה חברתית גבוהה קשורה להפחתה בסימפטומים הפוסט-טראומתיים בעקבות סופת הוריקן Hill, Levermore, (1996; La Greca, Silverman, Vernberg, & Prinstein, 1996), וכי ילדים שנחשפו לאלימות קהילתית דיווחו על מצוקה רבה יותר כאשר התמיכה החברתית היתה נמוכה (Hill, Levermore, 1996; Twait, & Jones, 1996). עד כה, לא נערכו מחקרים שבחנו את השפעת התמיכה החברתית האימהית על המצוקה הפוסט-טראומטית של פעוטות בעקבות חשיפה לטרור ול אירועי לחימה.

ד. מאפייני הילד

ד.

ד.1. ויסות רגשי וטמפרמנט

ויסות רגשי מתייחס למנגנונים תואמי שלב התפתחותי באמצעותם מתמודד הילד עם רמות מוגברות של רגשות ומצליח למתן אותן ובכך יכול להשפיע על רמת העוררות הפנימית כמו גם על הסביבה החברתית (Kopp, 1989) ויסות רגשי כולל מגוון תהליכים פנימיים וחיצוניים האחראים לניהול, הערכה ושינוי של תגובות רגשיות חיוביות או שליליות (Thompson, 1994). תהליכים ויסות רגשי קשורים למגוון רחב של תהליכים פיזיולוגיים, רגשיים, קוגניטיביים, התנהגותיים וחברתיים (Calkins & Fox, 2002).

כאמור, התפתחות היכולת לויסות רגש מתרחשת כבר בינקות המוקדמת ותלויה באופן ניכר בבשילה נוירו פיזיולוגית (Schor, 1996; Feldman, 2006) כמו גם בהתנסות באינטראקציות מוקדמות, בייחוד עם האם (Gunnar & Donzella, 2002; Feldman, 2007d; Calkins, 1994). במהלך הינקות מתרחש מעבר מהישענות כמעט מוחלטת על האם לצורך ויסות העוררות הפיזיולוגית והרגשית (Schor, 1996; Hofer, 1994; Feldman, 2007d; Feldman, 2006) למעבר בשימוש בשיטות ויסות ממקור "עצמי" (Eisenberg & Morris, 2002). להצלחת ניסיונות הויסות ישנה השפעה על מגוון תהליכים התפתחותיים. כאשר תינוק נכשל בויסות פעם אחר פעם, רגשות שליליים עלולים להוביל לתחושת חוסר תועלת וחוסר אונים (Gianino & Tronick, 1988). מנגד, רגשות חיוביים הנוצרים בעקבות ויסות מוצלח עשויים להוביל לתחושת עצמי יעיל. מכיוון שעוררות רגשית ומצוקה הינן חוויות בלתי נמנעות אצל בני אדם, הלמידה לווסת רגשות הינה משימה התפתחותית משמעותית ומכריעה. כאשר החשיפה לאירועים מעוררי דחק מתחילה כבר בינקות המוקדמת והחשיפה הינה ממושכת וחוזרת, היכולת הנוירוביולוגית לנהל את רמת

העוררות ולווסתה נפגעת באופן משמעותי (Frewen & Lanius, 2006). היכולת לעצב התנהגות ולשנותה בכדי להתאים לדרישות אירוע מעורר דחק מהווה גורם חוסן להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית (Bonanno & Mancini, 2008). סכנה כרונית, ובמיוחד חשיפה יומיומית לאלימות ואירועים מאיימים, דורשת התאמה התפתחותית אשר מובילה להתפתחות PTSD ושינוי בהתנהגות ואף לשינוי באישיות. ככל שהלחץ עוצמתי כך הוא משאיר חותם פסיכולוגי קבוע (Dreman & Cohen, 1990).

PTSD מאופיין בקשיים ביכולת לנהל או לווסת את רמת העוררות הרגשית והפיזית. אנשים הסובלים מ PTSD מדווחים על חוסר שליטה כללית בתגובות הרגשית וקושי לווסת באופן אדפטיבי את רמות העוררות הרגשית והמצוקה, הן מבחינת עוררות יתר והן מבחינת עוררות מופחתת (קהות חושים). מספר מחקרים הצביעו על מתאם גבוה בין טראומה בילדות לבין בעיות ביכולת הויסות הרגשי (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas, & Charuvastra, 2008; van der Kolk, et al., 1996). למעשה, אחת התוצאות החמורות של טראומה והזנחה בילדות הינה אובדן היכולת לווסת את עוצמת הרגשות והדחפים. חוסר היכולת לשלוט ברגשות מוביל לטווח רחב של התנהגויות אשר לרוב ניתן להבינן כניסיונות לוויסות עצמי, כמו אגרסיה והתנהגות של הרס עצמי (Blair & Ciolotti, 2000; Davidson, Putnam, & Larson, 2000; van der Kolk, 1994).

סביבה טראומטית מוקדמת גורמת לתבניות לא נורמאליות של פעילות עצבית, מפריעה לארגון אזורים במוח האחראים על היקשרות, אמפטיה וויסות רגשי (Perry, Pollard, Blakely, Baker, & Vigilante, 1995) ומכאן מובילה להתפתחות של הפרעות אקטיביות (Blair & Ciolotti, 2000). דבר נוסף, ילדים הם אוכלוסייה רגישה במיוחד להשפעת גורמי דחק סביבתיים, וזאת משום שהם טרם פיתחו מכניזם של התמודדות עם סטרס. הם רגישים יותר לאירועים מעוררי דחק, מכיוון שהם אינם יכולים לברוח מאינטראקציה מעוררת דחק, ולכן טווח התגובות שלהם ינוע בין עוררות לבין דיסוציאציה והימנעות (Fonagy & Target, 2002). ילדים שנחשפו לטראומה יחוו גם רמות נמוכות של סטרס כטראומתיים ויהיו בעלי אוריינטציה קבועה לאיום תוך אקטיבציה קבועה של תגובת הסטרס (Schore, 2001).

רפרטואר ההתנהגות של פעוט לצורך ויסות רגש חיובי או שלילי מתבטא בשני סוגי התנהגות: האחד, התנהגויות ויסות המכוונת ל"אחר", ויסות המתרחש במהלך תהליכי ויסות הדדי בין הילד לאמו והשני, התנהגויות ויסות המכוונות ל"עצמי", כלומר היכולת של הפעוט לשלוט במצב הרגשי בו הוא נתון (Gianino & Tronick, 1988; Tronick & Gianino, 1986).

יכולות ויסות רגשי נמצאו קשורות להתפתחות רגשית והתנהגותית מאוחר יותר בהתפתחות. כך למשל, נמצא כי יכולות ויסות רגשי נקשרו להתפתחות של שליטה עצמית (Kochanska, Murray, & Harlan, 2000), היענות לאם (Feldman & Klein, 2003; Stifter, Spinrad, & Braungart, 1999), ובעיות התנהגות (Cole, Zahn-Waxler, Fox, Usher, & Welsh, 1996). כמו כן, נמצא קשר עם תוקפנות (Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, & Pinuelas, 1994), ומיומנויות חברתיות (Bell & Calkins, 2000) ומוסריות (Eisenberg, 2000). בנוסף, נמצא כי

קשיי ויסות בינקות מהווים גורם סיכון להתפתחות פסיכופתולוגיה, בייחוד תוקפנות, היפראקטיביות וחרדה (Keenan, 2000). אם כך, ליכולת הויסות הרגשי השפעה משמעותית על התפתחותו התקינה של הפעוט ומתוך כך, ישנה חשיבות רבה לחקור את יכולת הויסות בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטראומה.

התפתחות היכולת לווסת עוררות נקבעת על ידי מספר גורמים, ביניהם גורמים אנדוגניים כדוגמת טמפרמנט (Derryberry & Rothbart, 1984) או אקסוגניים, דוגמת אינטראקציות חברתיות מוקדמות עם האם (Feldman, Greenbaum, et al., 1999; Tronick, 1989). גורם נוסף המשפיע על היכולת לווסת עוררות הינו כאמור חשיפה מתמשכת לאירועים מעוררי דחק. במחקר הנוכחי נבחנה יכולת הויסות של הפעוטות והדרך בה הם מווסתים את רגשותיהם במצבי דחק והשפעת החשיפה הממושכת לאירועי דחק על יכולת הויסות של הפעוט.

ד.1.א. ויסות עצמי

מגיל צעיר עומדים לרשות התינוק אסטרטגיות התנהגותיות לשם ויסות העוררות הרגשית, המשפיעות על ההתפתחות המתמשכת של תהליכי הויסות ועל מיומנויות חברתיות מאוחרות יותר (Calkins & Fox, 2002). Rothbart & Derryberry (1981) קבצו את אסטרטגיות ההתנהגות לשלוש קטגוריות: התנהגויות הויסות הפרימיטיביות והבסיסיות ביותר הן התנהגויות של 'התקרבות-נסיגה'. תינוקות מווסתים את רמת העוררות דרך התקרבות לגירוי ומפחיתים את רמת העוררות דרך הימנעות או נסיגה ממנו (Stifter & Braungart, 1995). התנהגויות ניחום עצמי, כגון מציצת אצבע מסייעת גם כן להפחתת העוררות (Gianino & Tronick, 1995; Stifter & Braungart, 1995). אולם, גם התנהגויות בעלות מאפיינים ריתמיים, כמו נדנד נחשבות התנהגויות המפחיתות מתח או מצוקה (Gianino & Tronick, 1988; Rothbart, Ziaie, & O'Boyle, 1992). הקטגוריה השלישית הינה אסטרטגיות קשביות כגון הסתת מבט לשם ויסות עוררות ועיבוד אינפורמציה (Beebe, 2000; Stern, 1974). קבוצה רביעית של התנהגויות מתייחסת להתנהגות תקשורתית מכוונת, הכוללת ווקליזציה, תנועות מחווה וכד', התנהגויות המשמשות להעברת צרכי הפעוט ולהגברת הויסות הרגשי (Kopp, 1989; Thompson, 1990). תינוקות בגילאים שונים נבדלים ביכולתם לווסת רגש בסיטואציות מעוררות דחק (Gianino & Tronick, 1988; Rothbart, et al., 1992). עם ההתפתחות, טווח אסטרטגיות ההתמודדות עם סיטואציות מעוררות רגשית הולך ומתרחב. כך למשל, פעוטות וילדים צעירים שהיכולת השפתית מאפשרת להם לבטא את מצוקתם, ישלטו טוב יותר על רגשותיהם (Dunn & Brown, 1991; McKown, Gumbiner, Russo, & Lipton, 2009). בנוסף, מחקרים הראו כי תינוקות נוהגים להשתמש בהתנהגויות ויסות שונות כתלות בסוג העוררות הרגשית. כך, תינוקות שהפגינו פחד נטו להשתמש בהתנהגות של נסיגה, בעוד תינוקות שהפגינו כעס מול סיטואציה מתסכלת נטו להשתמש בהתנהגות הסחה על מנת לווסת את תגובותיהם (Buss & Goldsmith, 1998; Stifter & Braungart, 1995).

התנהגויות הוויסות המאפיינות ילדים בגילאי טרום-בית-הספר כוללות אומנם אסטרטגיות קשביות כמו אטימת אוזניים או עזיבת הסיטואציה (Cicchetti & Lynch, 1995), אך לרוב ההתנהגות המאפיינת היא חיפוש אחר עזרת המבוגר (Cole, Michel, & Teti, 1994). במחקר זה נבחנו התנהגויות הוויסות המאפיינות התמודדות של ילדים צעירים שנחשפו לטראומה מתמשכת עם מצבי דחק באמצעות פרוצדורה מעוררת רגש שלילי.

ד.1.1.ב. ויסות חברתי

במהלך שנות חייו הראשונות עומדות בפני הילד שתי משימות חשובות בתחום הסוציאליזציה. האחת, מעבר מתלות באחר (לרוב, ההורה) לצורך ויסות ההתנהגות אל ויסות ושליטה עצמית והשנייה ציות לכללי החברה וציפיותיה (Maccoby, 1992). בסביבות גיל שנתיים נרכשת היכולת לשליטה עצמית אשר כוללת את היכולת להשהות תגובה בעקבות בקשה מן החוץ ומתפתחת היכולת לווסת התנהגות ולהתמודד באופן גמיש עם דרישות משתנות של הסיטואציה (Kopp, 1982).

צייתנות לבקשת ההורה הינה צורה אופיינית לוויסות עצמי, שכן היא דורשת את היכולת ליזום, להפסיק או לשנות התנהגות בהתאם לדרישות ההורה (Emde, Johnson, & Easterbrooks, 1987; Kopp, 1982). במחקר זה נתמקד בשתי צורות של התנהגות צייתנית: "צייתנות מתוך מחויבות" (Committed Compliance) המתארת התנהגות בה הילד ממלא את הוראות ההורה ו"צייתנות מצבית" (Situational Compliance) המתארת שיתוף פעולה של הילד שתלוי בבקרה של ההורה. יכולת הצייתנות נבדקה במחקר זה בקונטקסט של מטלת "עשה" בה התבקשו הילדים לאסוף צעצועים, מטלה הדורשת ביצוע משימה לא נעימה ומשעממת. מחקרים הראו כי לרוב ילדים ינהגו ב"צייתנות מצבית" ולא "צייתנות מתוך מחויבות" במטלה זו (Kochanska & Aksan, 1995; Kochanska, Aksan, & Koenig, 1995; Kochanska, Tjebkes, & Forman, 1998).

יכולות הוויסות העצמי הקשורות למטלות הציות קשורות לשני מאפייני טמפרמנט- פחד ושליטה מאומצת (Kochanska, 1993). נמצא כי מאפיין הפחד פוגע ביכולת הילד לוויסות עצמי (Derryberry & Rothbart, 1997) וכי קיים קשר בין מאפייני פחד לבין צייתנות מתוך מחויבות (Kochanska & Aksan, 1995). אם כן, דרך נוספת לבחון את יכולות הוויסות העצמי של פעוטות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור היא באמצעות מטלה הבוחנת את יכולות הוויסות החברתי.

ד.1.1.ג. טמפרמנט

תיאוריות התפתחות הוויסות הרגשי מציעות כי יכולות הוויסות הרגשי המתפתחות בחודשי החיים הראשונים מבוססות על ויסות מערכות פיזיולוגיות מולדות (Thompson, 1994). אחד הגורמים האנדוגניים שנקשרו לוויסות רגשי אצל תינוקות הוא טמפרמנט. טמפרמנט מוגדר כהבדלים אינדיבידואלים בריאקטיביות (Reactivity), שהיא למעשה רמת העוררות הרגשית

ובוויסות עצמי (Self-Regulation) המבטא תהליכים שמטרתם לווסת את הריאקטיביות. בעוד שריאקטיביות היא התגובה לגירויים חיצוניים, ויסות עצמי הוא הדרך בה תינוק חוזר להומואסטזיס (Derryberry & Rothbart, 1984). אלמנטים של ריאקטיביות כדוגמת איריטבילות, עירנות ויכולת הירגעות נמצאו כמבשרים מוקדמים של ויסות עצמי עוד בשבוע הראשון לחיי התינוק (Wachs, Pollitt, Cueto, & Jacoby, 2004).

בעוד תינוקות מסוימים הינם בעלי נטייה טמפרמנטלית מוקדמת לסבול רמות נמוכות של עוררות, מה שמוביל לצורך בוויסות מוגבר, תינוקות אחרים הם בעלי סף גבוה למצוקה, ומכאן שיזדקקו לוויסות מועט (Braungart-Rieker & Stifter, 1996). נמצא כי מאפייני טמפרמנט בילדות, כמו רמת אקטיביות, תגובתיות, טווח קשב, עוצמת התגובה, יכולת הסתגלות וכו', מנבאים הפרעות התנהגות בגילאים מאוחרים יותר (Thomas & Chess, 1984).

ישנן עדויות לקשר בין טמפרמנט והסתגלות הילד בעקבות טראומה (Wilson, Lengua,) (Meltzoff, & Smith, 2010). מאפייני טמפרמנט כמו עוררות רגשית ויכולת רגיעה עצמית נמצאו גורמים מנבאים להתפתחות טראומה (Salmon & Bryant, 2002). עוררות רגשית שלילית, או נטיית הילד לחוות רגשות שליליים כמו פחד או חוסר שקט, עלולות לעלות את הסיכון לפתח סימפטומים פוסט-טראומתיים. זאת משום שילדים עם נטייה לעוררות רגשית שלילית יחוו רמות גבוהות של עוררות שלילית כאשר הם חווים אירוע טראומתי. לעומת זאת, יכולת רגיעה עצמית ושליטה בעכבות משמשים כגורמי חוסן וזאת משום שילד שמצליח לווסת את העוררות הרגשית וההתנהגות יוכל להתמודד באופן מסתגל יותר ולעבד טוב יותר את החוויה הטראומטית (Lengua, Long, Smith, & Meltzoff, 2005; Salmon & Bryant, 2002).

במחקר זה נבחנו מאפייני טמפרמנט שונים, תוך מתן דגש על יכולות הרגיעה העצמית ושליטה בעכבות של הילד, מתוך ההנחה כי אלו מרכיבים משמעותיים ביכולת ההתמודדות עם אירועים מעוררי דחק.

2. ד. פסיכופתולוגיה - בעיות רגשיות ובעיות התנהגות

PTSD הינה הפרעה פסיכיאטרית חמורה מבחינת המצוקה הנפשית, משך המחלה והקשר של ההפרעה לבעיות התנהגות, קשיים התפתחותיים ופגיעה בתפקוד (Zatzick, et al., 2008). הפרעות קו-מורבידיות הנלוות ל- PTSD יכולות להופיע במספר אופנים. אם ההפרעה הקו-מורבידית הופיעה טרם האירוע הטראומתי היא תהווה גורם סיכון. הפרעה פסיכיאטרית המתפתחת בעקבות אירוע טראומתי יכולה להופיע ללא תלות בהתפתחות PTSD ובמידה ומופיעה במקביל להתפתחות PTSD היא עשויה לעלות את העומס הנפשי באופן שמשפיע על הסימפטומים הפוסט-טראומתיים. אפשרות נוספת היא התפתחות הפרעה פסיכיאטרית מיד לאחר החשיפה לאירוע טראומתי אשר תהווה כגורם סיכון להתפתחות מאוחרת של PTSD.

מחקרים רבים אשר בחנו את הקשר בין PTSD לקיומם של הפרעות פסיכיאטריות מצאו כי PTSD מעלה את הסיכון לקו-מורבידיות עם הפרעות כמו דיכאון, חרדה ודומיהן (Bolton, O'Ryan, Udwin, Boyle, & Yule, 2000; Shalev, et al., 1998). אירועים טראומתיים בד"כ

ילוו ברצף של סטרסורים משניים ומקורות מצוקה נוספים שמעלים את הסיכון לקו-מורבידיות של תגובה פוסט-טראומטית עם תגובות חמורות נוספות. הופעת בעיות פסיכיאטריות נוספות מלבד PTSD מקשה על מאמצי ההסתגלות בעקבות הטראומה עד למצב של פסיכופתולוגיה כרונית, כמו דיכאון וחרדה, מעבר ל-PTSD.

מחקרים שבחנו את הקו-מורבידיות של PTSD עם הפרעות נוספות בילדים צעירים מצאו מתאם גבוה בין ילדים שענו על הקריטריונים לאבחנת PTSD לבין הפרעת התנגדות (ODD), חרדת פרידה (SAD) (Scheeringa & Zeanah, 2008; Scheeringa, et al., 2003) ודיכאון (Silovsky & Niec, 2002). כמו כן, נמצא קשר בין PTSD לבין בעיות התנהגות מסוג הפנמה והחצנה. כך למשל, ילדים שנחשפו לאלימות במשפחה הראו יותר בעיות התנהגות (Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Israel & Stover, 2009; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988; Scheeringa, et al., 2003), בעיקר מסוג החצנה (Levendosky, Huth-Bocks, Semel, & Shapiro, 2002) אך גם בעיות הפנמה מסוג נסיגה ודיכאון (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Holden & Ritchie, 1991; Jouriles, Norwood, McDonald, Vincent, & Mahoney, 1996). בנוסף, הם הפגינו רמה גבוהה של בעיות קוגניטיביות, התנהגותיות וחברתיות מילדים שבאו מבתים ללא אלימות (Davis & Carlson, 1987; Fantuzzo, et al., 1991). המאפיינים העיקריים של בעיות ההתנהגות היו התנהגות אגרסיבית כלפי ה"עצמי" או ה"אחר" והתנהגות עבריינית. מחקרים נוספים נעשו על הקשר בין הזנחה בילדות המוקדמת לבין התפתחות PTSD והפרעות כלליות נוספות. כך למשל, נמצא קשר בין הזנחה בילדות ובעיות ויסות רגשיות והתנהגותיות מלבד PTSD (De Bellis, et al., 2001). כמו כן, נמצא קשר בין הזנחה בילדות לבין סיכון מוגבר להיפראקטיביות ודיכאון (Glod & Teicher, 1996) והתפתחות של בעיות קוגניטיביות, רגשיות וקשיי ויסות מעבר להתפתחות PTSD (Ford, 2005; Milot, Thier, St-Laurent, & Provost, 2010). במחקר נוסף שנעשה על ילדים מאומצים נמצא, כי ילדים שהיו בעלי מאפיינים של PTSD נבדלו מהנבדקים האחרים ברמות של בעיות ההחצנה שלהם כדוגמת בעיות קשב ואגרסיה. החוקרים התייחסו להתנהגויות אלו כאל התנהגות הישרדותית מוחצנת, אשר הובילה לקבלת טיפול והשגחה מהצוות המטפל.

ההשפעה של החשיפה לטראומה על ההתנהגות הינה בעלת מאפיינים ייחודיים לילדים צעירים. כך לדוגמה, תגובת ילדים אופיינית לחשיפה לטראומה הינה התנהגות גרסיבית והיצמדות (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 2001; Pynoos, et al., 1995). חשוב לציין, כי בכל המחקרים התנהגות גרסיבית נמדדה אך ורק על ידי דווח הדמות המטפלת ולא על ידי תצפית על התנהגות הילד. כמו כן, מרבית המחקרים בחנו את הקשר בין PTSD ובעיות רגשיות והתנהגותיות בילדים בעיקר בהקשר של הזנחה והתעללות בילדות. כמעט ולא קיימים מחקרים שבחנו את הנושא בקונטקסט של חשיפה לטרור ואירועי לחימה. במחקר היחיד שבחן עד כה את השפעת החשיפה לטרור על התפתחות PTSD והפרעות קו-מורבידיות נוספות בילדים צעירים נמצא קשר בין PTSD ובעיות התנהגות מסוג הפנמה (בעיות שינה ובעיות דיכאון/חרדה) (Chemtob, Nomura, & Abramovitz, 2008).

בספרה "טראומה והחלמה" מציעה Herman (1992) מונח בשם "תגובת דחק פוסט-טראומטית מורכבת" (Posttraumatic Stress Reaction Complex-PTSRC), המבטא את מורכבות ועוצמת ההפרעה ההתנהגותית המלווה קורבנות שחוו התעללות קשה. אכן ניתן לראות, מתוך כל הממצאים שהובאו לעיל, כי חשיפה לטראומה גורמת לקשיים בוויסות הרגשי ולקו-מורבידיות מורכבת, אך יש להמשיך ולחקור את החשיפה לטרור וללחימה והשפעתן על ילדי טרום בית-הספר על מנת להבין את התמונה המורכבת האופיינית לחשיפה מסוג זה.

הספרות המחקרית שמה דגש על השפעת הטראומה על ההתפתחות דווקא בילדות המוקדמת. Scheeringa ושות' (1995) דיברו על "חלון התפתחותי" פוטנציאלי בגילאי 18-48 חודשים שבו ילדים רגישים לסימפטומים של "חוויה מחדש" בעקבות טראומה וכי ילדים צעירים, בגילאי 1-3 שנים מראים יותר סימפטומטיים של דיכאון, חרדת פרידה, PTSD ובעיות התנהגות כמו גם שיחזור דרך משחק וסייטים מילדים בוגרים יותר. מחקר נוסף, שבחן השפעה של אלימות בבית, מצא כי ההשפעה חמורה יותר על ילדים צעירים (Fantuzzo & Mohr, 1999). ממצאים אלו מצביעים על החשיבות הרבה בהבנה מעמיקה של השפעת הטראומה על פעוטות וילדים צעירים.

מכיוון אחר, ידוע כי אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים שמשפיעים על התגובה לטראומה וההסתגלות כמו גם על התפתחות סימפטומים של PTSD במבוגרים הינו בעיות פסיכיאטריות אשר קדמו לאירוע הטראומטי (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). ישנם מחקרים שהצביעו על פסיכופתולוגיה כללית אשר קדמה לאירוע כגורם סיכון להתפתחות PTSD (Daviss, et al., 2000; Udwin, Boyle, Yule, Bolton, & O'Ryan, 2000). אחרים הצביעו על הפרעות חרדה ודיכאון טרום האירוע הטראומטי כגורמי הסיכון העיקריים להתפתחות PTSD (Blanchard, et al., 1996; Michaels, et al., 1999). במחקר שבחן את גורמי הסיכון להתפתחות PTSD באוכלוסיה הכללית בניו-זילנד נמצא, כי התנהגות אנטי-סוציאלית בילדות מנבאת התפתחות PTSD בגיל מבוגר יותר (Koenen, et al., 2007).

מחקר נוסף שבחן את הקשר בין PTSD לבעיות התנהגות בעקבות אירוע שריפה בקרב בני-נוער, מצא כי חרדה טרום האירוע מעלה את הפגיעות להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית (Dekovi, Ickovics, et al., 2008) ומעלה את חומרת הסימפטומים (Koning, Jan Stams, & Buist, 2008). עדויות נוספות לקשר בין הפרעות מציר I (דיכאון, חרדה) להתפתחות PTSD נמצאו במחקר שבחן את השפעת רעידת אדמה על בני נוער, ומצא כי גורמי הסיכון להתפתחות הפרעות פסיכיאטריות ובכללן PTSD לאחר רעידת האדמה היו בעיות הפנמה כמו חרדה וסגנון הימנעותי (Asarnow, et al., 1999). מעט מחקרים בחנו את גורמי הסיכון להתפתחות PTSD בילדים וכמעט שאין מחקרים שהתמקדו בגילאי טרום בית-הספר. מרבית המחקרים שבחנו גורמי סיכון ל-PTSD בילדים התמקדו בעיקר במקרי התעללות מינית (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001) ופיזית (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003), אך כמעט אף מחקר לא בחן את השפעת בעיות פסיכיאטריות טרום האירוע הטראומטי על התפתחות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בילדים צעירים. במחקרם של Scheeringa ושות' (1995) דיברו על "חלון התפתחותי" פוטנציאלי בגילאי 18-48 חודשים שבו ילדים רגישים לסימפטומים של "חוויה מחדש" בעקבות טראומה וכי ילדים צעירים, בגילאי 1-3 שנים מראים יותר סימפטומטיים של דיכאון, חרדת פרידה, PTSD ובעיות התנהגות כמו גם שיחזור דרך משחק וסייטים מילדים בוגרים יותר. מחקר נוסף, שבחן השפעה של אלימות בבית, מצא כי ההשפעה חמורה יותר על ילדים צעירים (Fantuzzo & Mohr, 1999). ממצאים אלו מצביעים על החשיבות הרבה בהבנה מעמיקה של השפעת הטראומה על פעוטות וילדים צעירים.

(2006), נמצא קשר קרוב למובהקות בין בעיות החצנה לפני האירוע הטראומתי לבין התפתחות PTSD בילדים צעירים. מחקר נוסף שבחן את הקשר בין תנאים שקדמו לחשיפה לטראומה והתפתחות PTSD מצא כי ילדים בגילאי טרום בית-הספר שהיו בעלי צרכים רגשיים ולימודיים היו בסיכון גבוה יותר לפתח קשיים לאחר חשיפה לאסון טבע (Burke, Borus, Burns, Millstein, & Beasley, 1982) לאור זאת, המחקר הנוכחי יבחן את הקשר הרחב בין הפרעות התנהגות והפרעות רגשיות בילדים צעירים אשר נחשפו לאירועי טרור ולחימה. המחקר יתמקד בבחינת ההבדלים בין ילדים שפיתחו PTSD לכאלו שנחשפו ללחימה ולטרור אך לא פיתחו PTSD מבחינת השונות בבעיות ההתנהגות והבעיות הרגשיות בין הקבוצות השונות.

ה. משתני אינטראקציה אם-ילד

אינטראקציה אם-ילד הינה בעלת תפקיד מכריע בהתפתחות התינוק (Cohn & Tronick, 1989; Cox & Harter, 2003; Feldman, 2003; Fonagy, 2000). התהליכים המתרחשים בתוך אינטראקציה מושפעים מגורמי האם (לדוגמה דיכאון, Espinosa, Beckwith, Howard, Tyler, & Swanson, 2001), גורמי הפעוט (לדוגמה טמפרמנט, Kochanska, Friesenborg, Lange, & Martel, 2004), ומגורמים חיצוניים לדיאדה (לדוגמה תמיכה חברתית, Crnic, Greenberg, & Robinson, 1984).

מבחינה מחקרית נמצא, כי הערכת חמש דקות מצולמות של אינטראקציה אם-ילד מניבה ממצאים דומים באיכותם לאלו המופקים באמצעות תצפיות שבועיות הנערכות לאורך שנה שלמה, בזיהוי דפוסים חיוביים כמו גם דפוסים פחות אופטימאליים המתקיימים באינטראקציה (Kempainen, et al., 2005). במחקר זה ההערכה של דגימה מצולמת של אינטראקציה אם ילד נעשתה באופן גלובלי, על סמך התרשמות כוללת במימדים דוגמת רגישות אימהית, מעורבות הילד, הדדיות בין שני בני הזוג באינטראקציה כפי שיפורט להלן (Feldman, 1998).

גורם הרגישות האימהית- המידה בה האם מותאמת ומכוונת כלפי המסרים של ילדה- כולל ביטויי רגש חיוביים וחמים כלפי הילד, מבט מתמשך, דיבור בטון נעים וחם ומגע אוהב. כל אלו, כאשר הם נחווים כצפויים, עקביים ומותאמים לאותות הילד באותו רגע, מספקים עבורו נוכחות אימהית רגישה ומותאמת לצרכיו (Feldman, 2007b; Leckman, et al., 2004).

גורם החודרנות האימהית מתייחס להתנהגויות אימהיות המבטאות שליטה באינטראקציה, כפיית דעותיהן ורצונותיהן, הסטת נושאי השיחה ודרישת ציות. חודרנות אימהית פוגעת ביכולת הילד ליזום ולהיות מעורב בקשר חברתי עם זרים (Peter Hobson, Patrick, Crandell, García & Pérez, & Lee, 2004) וממלאת תפקיד בהתנהגויות לא מסתגלות של הילד (Wood, 2006).

גורם מעורבות הילד כולל את היוזמות שמגלה הילד במסגרת אינטראקציה עם האחר, את עירנותו למתרחש בקשר עם האחר, ואת ההתלהבות במצבים חברתיים. מרכיב זה הינו משמעותי וחשוב בהתפתחות של תפקוד מסתגל ותואם של הילד (Marshall & Fox, 2006). מעורבות התינוק מתפתחת בהתאם למרכיבים ביולוגיים מולדים (Porges, 2003) ולאופן שבו הוריו

מגיבים למעורבותו האקטיבית באינטראקציה (Feldman, Bakeman & Brown, 1980; Greenbaum, Mayes, & Erlich, 1997).

הדדיות בדיאדה, הנקראת גם 'סינכרוניזציה' או 'תגובתיות משותפת' מתפתחת בשבועות הראשונים לחיי התינוק. זהו תהליך מתמשך בו התינוק משתלב אט-אט בעולם החברתי (Feldman, 2007b; Tronick, 1995). האם לומדת להתאים את תגובותיה למצבו של הפעוט ולשנות אותן בהתאם לשינויים העדינים שהיא מגלה. היא מבחינה באותות הרגשיים של התינוק ומגיבה אליהם וכך בהדרגה התינוק חווה אינטראקציה בינאישית, לומד את חוקיה ואת המקצב בו כל אחד מהצדדים חש את האחר, ער לאחר ומגיב אליו (Feldman, 2003). התנסות זו מאפשרת לתינוק להכיר בפונקציה של קשר חברתי כמאפשר ויסות הדדי (Fogel, 1993). כאשר התינוק גדל, ההדדיות בדיאדה הופכת מורכבת יותר על רקע הדיפרנציאציה והאינדיבידואליות המתפתחת של הילד. כעת הילד יוזם יותר, מוביל את האינטראקציה וישנה שליטה משותפת ברצף הפעילויות והיענות הדדית זה לזה.

פעוטות מגיבים בהתנהגותם ובחוויות האפקטיביות שלהם בדרך שהינה ספציפית לאיכות האפקטיבית וההתנהגות ההדדית של האם. למשל, פעוטות לאימהות נסוגות יפגינו התנהגות מחאה גבוהה באינטראקציה עם אמם, בעוד שפעוטות לאימהות חודרניות נוטים להססת מבט (Cohn & Tronick, 1989). ההשפעה באינטראקציה אם-ילד הינה דו-כיוונית. כשם שהאם משפיעה על הפעוט, כך גם הפעוט הינו בעל השפעה על האם (Braungart-Rieker & Stifter, 1995; Stifter & Braungart, 1996). למשל, התנהגות התינוק באינטראקציה מוקדמת עם האם נמצאה כמנבאת את רגישות האם בגילאים מתקדמים יותר (Kivijarvi, et al., 2001). מצבים שונים של הפעוט, כמו פרידה ממושכת או פרוגנוזה של סכנת חיים עלולים לפגוע בהיקשרות האימהית (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999).

מחקרים מראים כי השלכות איכות האינטראקציה המוקדמת אם-ילד ניכרות במגוון רחב של יכולות התפתחותיות בהמשך חייו של התינוק. אספקטים של התנהגות אימהית באינטראקציה, מעבר לנוכחותה של האם או היעדרה משפיעים על התפתחות הפעוט. למשל, רגישות אימהית נמצאה קשורה להתפתחות של בעיות אכילה (Hagekull, Bohlin, & Rydell, 1997) והיקשרות (Fish, 2001) אצל ילדים. בדומה, מאפייני התגובתיות האימהית הרגישה נמצאו קשורים להתפתחות שפתית (Karrass, Braungart-Rieker, Mullins, & Lefever, 2002) וקוגניטיבית (Beckwith & Rodning, 1996; Landry, Smith, Swank, & Miller Loncar, 2000; Noll & Harding, 2003). חודרנות אימהית נמצאה כישורים קוגניטיביים נמוכים של הילד (Feldman & Eidelman, 2006; Feldman, Gutfreund, & Yerushalmi, 1998) ובעיות התנהגות (Kashdan, et al., 2004). הדדיות באינטראקציה נקשרה להתפתחות חברתית-רגשית-קוגניטיבית (Feldman, 2007b), פחות בעיות התנהגות וסימפטומטולוגיה (Aoki, Zeanah, Heller, & Bakshi, 2002; Feldman & Eidelman, 2004; Stams, Juffer, & van IJzendoorn, 2002), מיומנויות וויסות רגשי גבוהות (Feldman & Eidelman, 2004; Feldman, 2007b). בנוסף, נמצא כי (Greenbaum, et al., 1999) ויכולת אמפטיה גבוהה (Feldman, 2007b).

לאינטראקציות המוקדמות השלכות ארוכות טווח על התפתחות התינוק, בשל השפעתן על המערכת המוחית (Schoore, 1996; Schoore, 2001).

מרכיבי הדיאדה מושפעים כאמור, ממצבה הרגשי של האם. כך למשל, התנהגות של אם דיכאונית מאופיינת בפחות הדדיות, הפגנת חום ורגש חיובי פחותה כלפי ילדה, מיעוט מגע ופחות סינכרוניות. (Feldman, 2007a, 2007d; Field, 1992; Weinberg & Tronick, 1998). למעשה, הנסיגות המאפיינת דיכאון אימהי פוגעת ביכולת הקשר החיובי ובאלמנט התיאום בין הסינגלים של האם לילדה. מתוך כך, ילדים לאימהות דיכאוניות יפגינו אסטרטגיות ויסות בשלות פחות ורגישות שלילית גבוהה (Feldman, et al., 2005). אם חרדה מגרה ביתר ומפגינה התנהגות חודרנית לא תואמת למצבו של הילד (Feldman, 2007d; Feldman, et al., 1997; Murray, 1998). היא אומנם תפגין התנהגויות חברתיות אך לא באופן מותאם לרמזי הפעוט (Feldman, et al., 2005). שני הסגנונות גורמים לחסך באלמנטים מעודדי גדילה אשר קיימים בסגנון אימהי רגיש. לסיכום, ניתן לראות כי למרכיבי הדיאדה השלכות ארוכות טווח על התפתחות רגשית-חברתית של הילד, וכי הן קשורות להתפתחות כישורים חברתיים, בטחון עצמי ומנגד למצבי סיכון ופסיכופתולוגיה. מחקר זה יבחן את השפעת החשיפה הממושכת לטרור על הקשר אם-ילד על מרכיביו השונים.

ה.

ה.1. אינטראקציה אם-ילד במצבי דחק

קיימים מחקרים רבים המצביעים על הקשר בין הבדלים אינדיבידואליים בקשר אם-ילד המנבאים הסתגלות חברתית ורגשית אצל ילדים (Crockenberg & Leerkes, 2000; Zeanah, Boris, & Scheeringa, 1997). בנוסף, גורמי סיכון סביבתי כמו עוני, בריאות נפשית הורית או הורות צעירה משפיעים על יחסי הילד עם הוריו (Zeanah, Boris, & Scheeringa, 1997). חשיבות הקשר אם-ילד קיבלה משמעות נוספת במחקרי חשיפה לדחק בפעוטות. זאת מכיוון שילד צעיר אינו מסוגל להתמודד עם איום בכוחות עצמו, ולכן תלוי בתגובת דמות ההתקשרות לצורך תחושת הגנה וביטחון. כמו כן, מערכות הוויסות של הפעוט, הכוללות את התגובה לסטרס תלויות בקשר עם הדמויות המטפלות (Kraemer, 1992). הקשר של האם עם ילדה מהווה למעשה גורם מתווך בין אירוע מעורר דחק לבין התגובה הסימפטומטית של הילד כאשר יש לקחת בחשבון כי אותו אירוע יכול להשפיע גם על האם. אירוע טראומתי יכול להשפיע במספר דרכים על הקשרים בתוך המשפחה. מצד אחד בתקופה שלאחר האירוע חברי המשפחה יהיו קרובים יותר, יחפשו אחר אישור הדדי (Silber, Perry, & Bloch, 1958) והמגע בין חברי המשפחה יגדל (Drabek & Key, 1976). מצד שני, הקו-מורבידיות הפסיכיאטרית שמופיעה בעקבות אירוע טראומתי משפיעה על הקשר בין חברי המשפחה ובמיוחד על הקשר בין האם לילדה הפעוט. סגנון התנהגותי המאופיין ברגזנות וניכור, אשר טיפוסי עבור הורה עם PTSD, יגרום להורה להתקשות בסיפוק חום וביטחון עבור ילדו (McFarlane, 1987a).

היכולת לספק סביבה תומכת, צפויה והמשכית ותחושת בטחון נפגעת, כאשר הדמות המטפלת סובלת בעצמה מטרומה בעצמה בעקבות האירוע (Perry & Azad, 1999). מעט המחקרים שבחנו את השפעת הקשר אם-ילד על תוצאות החשיפה לטרומה אצל ילדים הראו כי סגנון הימנעוטי אימהי ותגובתיות חזקה נקשרו שניהם לתוצאות חמורות יותר בילדים (Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999; Laor, et al., 1997). כך למשל, נמצא קשר בין התנהגות עוינת אימהית לבין סימפטומים של החצנה בילדים שנחשפו לאירועי לחימה (Qouta, Punamki, & El Sarraj, 2005). במחקר שבחן את מאפייני האינטראקציה של משפחות שנחשפו לאסון טבע נמצא כי האימהות הפגינו רגזנות, נסיגה והיו מגוננות ביותר (McFarlane, 1987a). מחקר נוסף מצא כי תגובת ילדים לרעידת אדמה מושפעת מטיב הקשר שבין האם והילד (Proctor, et al., 2007). מאידך, איכות הקשר אם-ילד הינה גורם חוסן בפני התפתחות של בעיות התנהגות אצל ילדים אשר נחשפו לאלימות (Lieberman, et al., 2005). מחקר זה הינו הראשון לבחון את מאפייני איכות הקשר אם-ילד בעקבות חשיפה לאירועי לחימה וטרור על ידי תצפיות על אינטראקציה אם-ילד בזמן משחק חופשי ובסיטואציה מעוררת דחק אצל ילדים קטנים.

ה.2. רגישות אימהית בזמן דחק

מחקרים רבים בחנו את התרומה של רגישות אימהית באינטראקציות אם-ילד להתפתחות הרגשית-חברתית של הפעוט ונמצא כי רגישות אימהית גבוהה בינקות המוקדמת מנבאת הסתגלות חברתית טובה בקרב אוכלוסיות בסיכון בגיל מאוחר יותר (Bell & Ainsworth, 1972; Crockenberg, 1981; Jaffari-Bimmel, Juffer, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Mooijaart, 2006; Murray, Halligan, Adams, Patterson, & Goodyer, 2006; Olson, Bates, & Bayles, 1984). מספר מחקרים מצביעים על חשיבות הרגישות האימהית דווקא לרגשות שליליים מעבר למימדים אחרים של רגישות באינטראקציה של האם עם ילדה (Del Carmen, Pedersen, Huffman, & Bowlby, 1969). טען כי קשר אם-ילד נבנה מתוך התגובתיות של האם לאותות המצוקה של הילד וכי יכולות האם לווסת את תגובת הילד מולידה תחושת בטחון ואמון אשר מהווים בסיס לחקירה וללמידה של הילד את העולם. ניתן להניח כי השוני בתגובת האם לאירועים ניטראליים מול אירועים מעוררי דחק יהיה בעל השפעה שונה על יכולות התפתחותיות שונות. למשל, תגובה רגישה למצוקת הפעוט תהיה בעלת משמעות התפתחותית גדולה יותר מבחינת התפתחות חברתית-רגשית מאשר רגישות לסיטואציה ניטראלית. זאת מכיוון שהדרך בה הורים מגיבים לרגשות שליליים של ילדם מלמדת את הילד אודות מצבו הרגשי והציפיות שלו מהחברה (Leerkes, Nayena Blankson, & O'Brien, 2009). במרבית המחקרים קיים ציון גלובלי אחד לרגישות אימהית בתגובה לרמזים שונים של התינוק, ציון אשר משמש מדד להיענות האם (Clark, Hyde, Essex, & Klein, 1997; Pederson & Moran, 1995; Van Den Boom, 1994). ההנחה העומדת בבסיס מחקרים אלו היא כי אימהות

המגיבות באופן רגיש לסוג אחד של רמזים חברתיים של התינוק יגיבו באופן דומה לסוגים אחרים, ללא התייחסות למימדים שונים של רגישות כמשפיעים באופן שונה על התפתחות התינוק.

לאחרונה, קיימת בספרות התייחסות למימדי הרגישות האימהית באופן ספציפי יותר תוך התייחסות להקשרים בהם הם מקודדים. למשל, רגישות ספציפית למצוקה או בקשה לביטחון והגנה (Goldberg, Grusec, & Jenkins, 1999; Thompson, 1997). בהתאם לגישה זו, קיימים מספר מחקרים אשר בחנו אספקטים מסוימים של רגישות. כאשר נחקרו מספר מימדים לרגישות, רגישות למצוקה נמצאה כמנבא המשמעותי היחיד להתקשרות בטוחה (Del Carmen, et al., 1993; McElwain & Booth-LaForce, 2006). בניגוד לכך, תגובתיות לא רגישה לרגשותיו השליליים של הילד, כמו דחייה או ביטול עלולים ללמד את הילד לצמצם או לווסת ביתר שאת את רגשותיו במקום לבטא אותם או לווסתם בצורה אדפטיבית (Cassidy, 1994). מחקר שבחן את רגישות האם לילד באינטראקציה מעוררת דחק לעומת אינטראקציה ניטראלית מצא כי רגישות אימהית למצבי דחק קשורה לפחות בעיות התנהגות ויכולות חברתיות גבוהות יותר. בנוסף, עבור ילדים עם טמפרמנט ריאקטיבי, רגישות אימהית לדחק קשורה לפחות בעיות בוויסות האפקטיבי (Leerkes, et al., 2009).

מחקרים נוספים הראו כי רגישות אימהית נצפית, בזמן משימות מעוררות רגשית (לדוג', Still Face, קבלת חיסון, משימה חדשה) קשורה ליכולת ויסות רגשי אדפטיבי של הפעוט והיעדר בעיות רגשיות (Crockenberg & Leerkes, 2004, 2006; Crockenberg, Leerkes, & Barrig Jo, 2004; Jahromi & Stifter, 2007; Moore & Calkins, 2008). מחקר זה יבחן את התגובתיות החיובית של האם אל אותות ילדה הן בסיטואציה ניטראלית והן בסיטואציה מעוררת דחק. בעשור האחרון המחקר ההתפתחותי החל להתייחס אל המושג ייצוגים אימהיים. ייצוגים אמהיים: תהליכי חשיבה, ראייה, קוגניציה והמללה של החוויה הרגשית האימהית עם הילד, נמצאו קשורים להתפתחות חברתית-רגשית מוקדמת (Slade, Belsky, Aber, & Phelps, 1999). הייצוגים האימהיים מעוצבים על ידי חוויות הילדות של האם כמו גם על האינטראקציה היומיומית שלה עם ילדה (Stern, 1995). ישנם מספר מחקרים המראים קשר בין ייצוגי האם לבין התנהגותה באינטראקציה עם ילדה. למשל, אם שייצוגיה חיוביים וקוהרנטיים תהיה מעורבת בהתנהגות אימהית חיובית ופחות בהתנהגות שלילית (Slade, et al., 1999). אם בעלת יכולת רפלקטיבית גבוהה תפגין פחות הפרעות בתקשורת האפקטיבית עם ילדה (Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005). אימהות בעלות יכולת טובה לראות את החוויה מנקודת מבטו של הילד יהיו רגישות יותר (Oppenheim, Koren-Karie, & Sagi, 2001) ואימהות שתיארו את ילדן כאינדיבידואל והכירו בחיי הנפש האוטונומיים שלו הפגינו פחות עוינות אליו במהלך אינטראקציה (Lok & McMahon, 2006). לעומת זאת, אימהות שהראו ייצוג של חוסר מעורבות היו רגישות פחות, פסיביות יותר ופחות מעודדות ומנחות את האינטראקציה (Sokolowski, Hans, Bernstein, & Cox, 2007). אולם, כל המחקרים שתוארו לעיל בחנו אוכלוסיות לא קליניות. במחקרם של Dollberg ושות' (2006), אשר התמקד באימהות לילדים מקבוצה קלינית,

נמצא כי אימהות אשר הייצוגים האימהיים שלהם כללו רמות גבוהות של הנאה, קוהרנטיות ועושר של החוויה היו רגישות יותר, חודרניות פחות והצבת הגבולות היתה יותר מותאמת. לעומתן, אימהות אשר תארו את הקשר עם ילדם כרווי כעס והתפרצויות חסרות שליטה, היו חודרניות יותר, ושמו גבולות בצורה פחות מותאמת.

באופן כללי, ייצוגים אימהיים הינם מרכזיים לתהליך האפקטיבי של קו-רגולציה, משום שהם מסייעים לאם בקריאת רמת העוררות של ילדה ומצבו האפקטיבי ועוזרים לה לספק עבורו טיפול אשר יווסת את רמת המצוקה שלו. כאשר ייצוגי האם לא קוהרנטיים (למשל, סתירות, עיוותים, רגש שלילי כמו כעס) הם יפריעו ליכולת שלה לקרוא במדויק את מצבו האפקטיבי של הילד (Dollberg, et al., 2006).

במחקר הנוכחי נבחנה הרגישות האימהית בשתי סיטואציות; האחת, אינטראקציה ניטראלית של משחק חופשי בן עשר דקות בין האם לילדה והשני, סיטואציה מעוררת דחק של אזכור האירוע הטראומתי. בשתי הסיטואציות נבדקו מרכיבי הרגישות האימהית כאשר בסיטואציה מעוררת הדחק נכנסו למרכיבי הרגישות האימהית גם אלמנטים של ייצוגים אמהיים.

ה.3. משחק סימבולי

המשחק משמש ככלי חשוב בהערכה פסיכיאטרית של ילדים בגילאי טרום בית-הספר ובגילאי בית-הספר (Lewis & King, 2002). כשמאבחנים פסיכופתולוגיה של הילד, קלינאים צופים בתוכן של המשחק של הילד כחלון לעולמו הפנימי ובנוסף מציינים את המאפיינים הספציפיים של המשחק (Keren, Feldman, & Tyano, 2001).

ה.3.א. התפתחות המשחק

המחקר על התפתחות המשחק מצביע על רצף שינויים איכותיים וכמותיים במשחק במהלך שנות הילדות הראשונות (Baron-Cohen, 1987; Ungerer & Sigman, 1981). הרצף ההתפתחותי של המשחק הוא: משחק סנסומוטורי, משחק סדר ויצירת יחס בין אובייקטים, משחק פונקציונאלי ומשחק סימבולי.

בתחילה הילד משתמש לצורך משחק במיומנויות סנסומוטוריות כמו מציצה ומישוש. משחק זה פוחת בשכיחותו לאחר גיל שנה. בהמשך הרצף ניתן להבחין במשחק סדר בו הילד מארגן את צעצועיו וכך יוצר קשר בין שני אובייקטים ללא קשר פונקציונאלי או סימבולי ביניהם, למשל, חבטת אובייקט אחד באובייקט אחר והערמת אובייקטים. שכיחותו של סוג משחק זה פוחתת ונשארת קבועה יחסית במהלך השנה השנייה. בגיל שנה הילד מתחיל לשחק במשחק פונקציונאלי המתאפיין בשימוש באובייקטים בהתאם למטרתם, למשל, הסעת מכונית. המשחק הפונקציונאלי בא לידי ביטוי גם ביצירת קשר מותאם בין שני אובייקטים או יותר, למשל, הנחת כוס על צלוחית (Baron-Cohen, 1987; Ungerer & Sigman, 1981). בין גיל שנה וחצי לשנתיים הילד מפתח בהדרגה את המשחק הסימבולי. המחקר הנוכחי יתמקד בסוג משחק זה.

המשחק הסימבולי הוא סוג המשחק המשוכלל ביותר (Ungerer & Sigman, 1981) והוא אינו מוגבל על ידי מאפייניו הפיזיים והפונקציונאליים של האובייקטים. בשלב זה הילד משתמש באובייקט אחד (המסמל) כדי לייצג אובייקט אחר (המסומל), ליצור אובייקטים דמיוניים ללא

גירוי מוחשי בסביבה המיידית ולהאניש אובייקטים, כמו בובות. קיים שינוי מבחינה כמותית אשר בא לידי ביטוי בכך שעם הגיל הילד משחק במשחק סימבולי לאורך זמן רב יותר (Slade, 1987a). בנוסף, קיים שינוי איכותי אשר מתבטא ברמת המורכבות (Nicolich, 1977) כפי שיוסבר בהמשך.

משחקי העמדת פנים חשובים להתפתחות הקוגניטיבית והשפתית (Deunk, Berenst, & De Glopper, 2008), בכך שהם מאפשרים לילדים הזדמנות לחוות דברים חדשים, כמו גם התפתחות theory of mind- וכישורים חברתיים ורגשיים נוספים (Elias & Berk, 2002; Samuelsson & Johansson, 2006). בנוסף, הילד צריך לקחת חלק במערכות יחסים בינאישיות הדדיות כדי להבין שלאחר יש השקפה סובייקטיבית על העולם (Hobson, 1990), וכך הילד לומד כי לסיטואציות חברתיות שונות ניתן לייחס משמעויות שונות על ידי אנשים שונים. בהדרגה מתפתחת ההבנה ביחס ליכולתו להחזיק בו זמנית השקפות שונות בנוגע לאובייקט או לסיטואציה מסוימת והילד לומד הילד לייצג את אותו אובייקט בדרכים שונות, דבר אשר מוביל בתורו למשחק סימבולי.

יכולתם של ילדים ליצור משחק סימבולי קשורה למגוון גורמים התפתחותיים כמו רגישות חיובית, יכולת שפתית גדלה, התמדה, היכולת להבחין בין דמיון ומציאות, אמפתיה, שיתוף פעולה, מנהיגות, סבלנות, אימון בדמיון, חשיבה מסועפת, התנסות בתפקידים שונים, סדר והמשכיות וציפייה לתוצאות (Singer, 2002). המשחק הסימבולי תורם להתפתחות הרגשית של הילדים על ידי התמודדות סימבולית עם האירועים המעוררים רגשית וכתוצאה מכך, רכישת מיומנויות וויסות רגשי (Linsey & Colwell, 2003). כשילד משחק משחק סימבולי, הוא מארגן גירויים באופן אקטיבי לתבניות של נורמות חברתיות והוא מווסת את התנהגותו על פי נורמות אלו (Elias & Berk, 2002).

מכוון שתצפית על משחק אינה חודרנית, ידידותית עבור הילד ומאפשרת הצצה אל עולמו הפנימי, בחרנו במחקר זה להשתמש בתצפית על משחק לצורך אבחון מצבו הנפשי של הילד.

ה.3.ב. רצף התפתחות המשחק הסימבולי

המשחק הסימבולי, נחשב לסוג משחק גבוה על רצף התפתחות המשחק וכולל אף הוא רצף של התפתחות. McCune (1995) חילק זאת לרמות הבאות:

סכימה פרה – סימבולית - כשאנו צופים בהתנהגות הפעוט ומבינים כי הפעוט מכיר את היחסים בין האובייקט והאקט – לדוגמא, כאשר הילד מגיש ספל אל שפתיו, המסמל (מחווה של שתייה), במקרה זה, הוא חלק מהמסומל (שתייה מכוס).

העמדת פנים – העמדת פנים מופרדת מסכימה פרה – סימבולית כשאנו עדים לכך שהילד מבחין בקשר בין האקט המשחקי והמקבילה המציאותית לו. בשלב זה, הילד מחקה התנהגויות מעולמו ומוסיף להן קולות, מחוות או הבעות פנים. לדוגמא, שתייה מכוס המלווה בהטיית הראש אחורה המייצגת שתייה אמיתית. כאן יש דמיון מנטאלי בין השניים ומודעות להבדל בין המסומל למסמל.

העמדת פנים עם האחר – סוג משחק המשלב שימוש ב"שחקנים" מעבר לילד עצמו. כמו האכלת בובה או האכלה של האם. רב ההתנהגויות שהילד יציג נובעות מהתנהגות אימהית. סוג משחק זה נועד לשמר את היחסים הסימבוליים עם האם (Slade, 1987a, 1987b) וקשור תיאורטית למובחנות הפסיכולוגית של הילד מאימו (Mahler, Pine, & Bergman, 1975).

העמדת פנים מצרפית – יכולת סימבולית של מגוון יחסי מסמל – מסומל ברצף. הילד מראה הכרה במרכיבי אירוע שונים ומובחנים שניתן להתייחס אליהם בנפרד. כמו: אכילה מצלוחית ואחר כך האכלת בובה או שתייה מכוס ואחר כך מזיגה לתוך הכוס.

העמדת פנים היררכית – העמדת פנים היררכית תיחשב לכזאת כשהפעולה מלווה בתהליך מנטאלי פנימי ולא נשלטת על ידי אובייקטים נתפסים בסביבה. כשילד מרים בובה ואז מחפש בקבוק ולבסוף מאכיל את הבובה, אנו מבחינים כי תהליך מנטאלי פנימי גרם לפעולת החיפוש ואז לפעולת המשחק. גם האנשה של חיות נסמכת על מטרה וייצוג מוקדם. ההיררכיה מתבטאת בכך שהתוכנית הפנימית מקדימה את הביצוע המשחקי.

ה.3.ג. משחק סימבולי ומצבי דחק

בנוסף לתפקידו החשוב של משחק העמדת הפנים בהתפתחות הבריאה, הפרעות רגשיות וקשיים קוגניטיביים קשורים בדרך כלל בחוסר יכולת לקיים משחק דמיוני בתחילה ובאמצע הילדות (Singer, 1994). היכולת לשחק היא פרוגנוזה טובה בטיפול בילד עם הפרעות (Singer, 2002). לכן, יכולתו של הילד לשחק משחק סימבולי היא נקודת חוזק שהקלינאים מעוניינים לחקור כשמכינים תוכנית התערבות (Keren, et al., 2001). משחק סימבולי נקשר עם יכולת ויסות עצמי (Elias & Berk, 2002; Linsey & Colwell, 2003). ככל שהמשחק הסימבולי גבוה ויצירתי יותר – כך הוויסות העצמי של הילד גבוה יותר (Vieillevoye & Nader-Grosbois, 2008).

וויניקוט (1971) מצא קשר בין משחק ויצירתיות וציין כי אצל מבוגרים שגדלו באזורים ובמצבים של חסך נבחין בהיעדר יצירתיות. נראה כי לנוכחותם של לחצי חיים מציאותיים יש השפעה מדכאת על משחק (Marshall & Doshi, 1965). תחת לחץ מתון, כמו פרידה קצרה מהורה, ייתכן והילד יסבול מרגרסיה זמנית ביכולת להשתמש בייצוגים סימבוליים והוא יחזור לרמה פונקציונאלית ברגע שירגיש בטוח שוב. ילד שמראה שימוש לא מסתגל ביכולת הייצוג הסימבולי עלול לאבד יכולת זו למשך ימים לאחר שאירוע מעורר הלחץ התרחש (Greenspan & Lieberman, 1994).

עדויות קליניות מראות כי רמה גבוהה של חרדה מפריעה למשחק (Fineman, 1962). לעומת זאת, מחקרים אחרים הראו כי דווקא הילדים החרדים ביותר הראו רמה גבוהה של משחק סימבולי מכון מטרה (Amen & Renison, 1954) והעדיפו משחק מסוג זה על פני משחקים פונקציונאליים ויותר משחקי העמדת פנים מילדים עם רמת חרדה נמוכה (Barnett, 1984). ייתכן שהשוני בין הממצאים נובע מהגדרות שונות של המושג חרדה ומתפעול שונה של המשתנה.

מכיוון שילדים מוגבלים ביכולתם לדווח באופן ורבלי על סימפטומים ורגשות יש צורך בטכניקות מותאמות גיל כדי להעריך את השפעת החשיפה על הילדים ומציאת דרכי התערבות מתאימים מבחינה התפתחותית. מספר מחקרים בחנו את הפונקציה האבחנתית והתרפויטית של משחק

Nader & Pynoos, 1991; Scheeringa, et al., 2001;) בעיבוד חוויות לא נעימות אצל ילדים (Stover & Berkowitz, 2005). מחקרים קליניים הראו כי משחק מאפשר לילד קונטקסט לביטוי החוויה הסובייקטיבית שלו (Ryan & Needham, 2001). כמו כן, נמצא כי המשחק עוזר בהקלה רגשית, השגה של תחושת יעילות על ידי הפיכת הילד מקורבן פסיבי לאקטיבי, הפיכת חוויה שלילית לצפויה על ידי חזרתיות, הבניה מחדש של החוויה תוך יצירת משמעות ומציאת פתרונות עבור קונפליקטים לא פתורים ושיפור התמודדויות (E. Cohen, 2006).

טראומה משפיעה על הפעילות המשחקית של הילד ובכך מפחיתה את היעילות הפסיכולוגית של המשחק. משחק טראומתי מאופיין בשחזור האירוע באופן חזרתי, עם תמות לא פתורות בעלות גוון קודר ורציני, כאשר ישנה עליה באגרסיות, פנטזיות הקשורות להצלה ונקמה, עליה בנסיגתיות וירידה בסימבוליות וביכולת הריכוז לאורך זמן (Nader & Pynoos, 1991; Terr, 1983; Varkas, 1998; Wershba-Gershon, 1996). המשחק כדי למקסם את הקרבה הרגשית והפיזית להורה על מנת לחוש הגנה ותחושת בטחון (Pynoos, et al., 2009).

מחקרים שהשתמשו במשחק ככלי אמפירי לאבחון מצבו הנפשי של הילד התמקדו בעיקר בילדים שעברו הזנחה והתעללות (Alessandri, 1991; Findling, Bratton, & Henson, 2006). לא קיים אף מחקר שבחן את מאפייני המשחק הטראומתי של פעוטות בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי קולקטיבי כמו אסון טבע או מלחמה. כוהן ושות' (2010) בחנו את מאפייני המשחק הסימבולי של ילדים צעירים שנחשפו לטרור בזמן האינתיפאדה השנייה בישראל. הם מצאו כי המשחק הפוסט-טראומתי מאופיין באפקט שלילי, הבעת רגשות הקשורים לטראומה, תכנים מורבידיים ו-acting-out. כמו כן נמצא כי ילדים שהיו חשופים לפגיעה או אובדן של דמות משמעותית או ילדים שנפגעו בעצמם שיחקו פחות באופן כללי ושחקו פחות משחק דמיון בפרט. אולם, קבוצת המחקר היתה קטנה וטווח הגילאים רחב (3.5-7.5) ולכן מסקנות המחקר הינן מוגבלות. במחקר זה נערכה תצפית על משחק חופשי של פעוטות ואימותיהם שנחשפו לאירועי לחימה וטרור. איכות ותכני המשחק הסימבולי נבחנו בהשוואה לקבוצת השוואה.

ה.3.ד. משחק סימבולי וקשר אם-ילד בקונטקסט של דחק.

לסביבתו של הילד יש השפעה על התפתחות המשחק הסימבולי. סביבה תומכת ואינטראקציה הדדית מקדמת משחק סימבולי בעוד שלחדרנות ולאינטראקציה מונחית יש את ההשפעה ההפוכה (Fogel & Thelen, 1987). Fiese (1990) מצאה כי תינוקות בגילאי 15-20 חודשים שיחקו ברמה גבוהה יותר בנוכחות אימם בהשוואה למשחקם לבד. בנוסף נמצא כי סגנון אימהי חודרני וסגנון משחק של שאילת שאלות, על אף שיש בו נתינת מידע והכוונה, נמצא במתאם שלילי עם רמת המשחק הסימבולי ובמתאם חיובי עם צורות של משחק פשוט יותר. נטייתן של אימהות לא להיות מעורבות במשחק של ילדן עודד יותר משחק סנסומוטורי פשוט וסגנונות של אינטראקציה הדדית הובילו למשחק סימבולי הדדי ("קח-תן") ולמשחק סימבולי יותר מורכב.

בדומה, Noll & Harding (2003) Noll & Harding מצפו ב 30 דיאדות של אם – ילד בגילאים 12-47 חודשים ומצאו כי הפעוטות ששיחקו במשחק הסימבולי המורכב ביותר היו אלו שהאם הביעה,

בצורה ורבולית או א-ורבולית, אישור ועידוד למשחקו של הילד. Slade (1987b) מצאה כי רמת המורכבות של המשחק הסימבולי הגבוהה ביותר של הילד באה לידי ביטוי כאשר האם יוזמת משחק ובמהלכו יוצרת עם הילד אינטרקציה. בנוסף, משך זמן המשחק הסימבולי עלה באופן משמעותי על ידי מעורבות אימהית אקטיבית. האם אפשרה את המשך המשחק על ידי מתן הערות ופעולות משחק שונות, ובכך שמרה על העניין והמעורבות של הילד. למעשה, מעורבות ההורה משרתת מספר פונקציות משמעותיות: סיפוק הבנייה, מתן הוראות, העלאת מוטיבציה ותמיכה רגשית, והן מפתחות בתורן את היכולת הסימבולית של הילד. למשל, כאשר ההורה מתייחס לאותו אובייקט שהילד מתייחס אליו וחולק עימו את המשמעות שהוא מייחס לאובייקט, הוא מבנה את היכולת הייצוגית של הילד (Slade, 1987a).

על פי Grienspan & Lieberman (1994), סביבה מותאמת מעודדת יציבות ויכולת להתמודד עם לחץ תוך עזרה לילד בהתארגנות ברמה הסימבולית אחרי רגרסיה זמנית בעקבות הפרעה. בסביבה מותאמת זאת, הילד מוצא הבנה ותמיכה לרגרסיה הזמנית ובמקביל עידוד להתארגנות ברמה גבוהה יותר אחרי שהתגבר על ההפרעה. דבר זה נכון גם לרגרסיה התפתחותית שמקורה בגורמים חיצוניים כמו פרידה או מחלה. הסביבה המותאמת תומכת בסגנון האישי ובאינדיבידואליות של הילד ומאזנת בין תמיכה וביטחון לבין הצבת גבולות מותאמים. איזון כזה הוא הכרחי להתפתחות אופטימאלית של סימבוליות. ילד שהאינדיבידואליות שלו לא זוכה להכרה או לא מכובדת או ילד שמוצא עצמו מפונק ומוגן יתר על המידה או לא ניצב מול גבולות מותאמים יגלה מוטיבציה נמוכה להיות מעורב ברמות גבוהות של ייצוג סימבולי. לגבי משחק טראומתי, אומנם זהו משחק שמאפשר לבטא את הטראומה ועבדה אך כאשר הילד משחק משחק טראומתי ללא התערבות של דמות טיפולית, המשחק לא יהווה גורם מרגיע אלא יעצים את חוויית הטראומה (E. Cohen, 2006). דמות מטפלת נוכחת אשר עוזרת לילד בעיבוד החוויה, מעבירה לילד מסר של הבנה ומאפשרת אדפטציה וחווייה של תיקון אשר מעודדים משחק המאפשר עיבוד של הטראומה. מחקר זה יבדוק את הקשר בין חשיפה לטרור ואירועי לחימה לבין יכולת הייצוג הסימבולי תוך מתן דגש על מצבה הרגשי של האם, מאפייני הילד ומאפייני הדיאדה.

ה.3. תכני המשחק הסימבולי בעקבות אירוע מעורר דחק

אחד הכלים המשמשים להערכה קלינית של פסיכופתולוגיה ילדית הינו תוכן המשחק וזאת מכיוון שתכני המשחק מהווים צוהר על עולמו הפנימי של הילד (Keren, Feldman, Namdari, Weinbaum, Spitzer, & Tyano, 2005). למשחק מאפיינים ספציפיים לסוג הפתולוגיה, כמו הנסיגתיות והירידה ברמת הפעילות המאפיינת דיכאון, חוסר העניין המאפיין ילדים על הספקטרום האוטיסטי ומשחק כפייתי המאפיין ילדים עם PTSD. תכני המשחק הסימבולי משקפים את הידע של הילד על העולם ומבוססים על פעילות יומיומית (Lucariello, 1987) ומכאן יכולים ללמד אותנו על רמת ותוכן העיסוק בחוויה הטראומתית. ילדים צעירים, אפילו בתקופה הפרה-ורבאלית, מסוגלים בזיכרון אלמנטים מרכזיים מהחוויה הטראומתית ולבטא אותם תוך כדי משחק, כאשר השחזור תואם לאירוע מבחינת האפקט והתכנים (Gaensbauer, 1995). קיימים מספר מאמרים קליניים המביאים תיאורי מקרה של משחק טראומתי של פעוטות

בעקבות חשיפה לאלימות ונטישה (Pretorius, 2007), אשפוז (Gaensbauer, 1995) ותאונת דרכים (Drell, Siegel, & Gaensbauer, 1993). מאמרים אלו עוסקים בדרכים השונות בהם המשחק משמש להיזכרות וביטוי הרגשות העוסקים בטרואומה וביכולות הילד לשחק פרטים ספציפיים מתוך הארוע. מאפיין נוסף המאפיין משחק טראומתי הינו ביטוי אגרסיות. כאמור, קיימת ספרות קלינית אנליטית המתארת תיאורי מקרה של משחק טראומתי בילדים אולם, עד היום לא נעשה מחקר אמפירי אשר בחן את תכני המשחק הסימבולי של ילדים ואימותיהם אשר חוו אירוע מעורר דחק. מחקר זה הינו הראשון לבחון הן את רמת המשחק הסימבולי והן את תוכנו של ילדים ואימותיהם אשר חוו אירוע טראומתי בעקבות חשיפה למלחמה או טרור.

1. המחקר הנוכחי

המחקר הנוכחי מתמקד בבחינת קשיי ההסתגלות של פעוטות בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור וללחימה וזו במטרה לבחון את גורמי האם, הפעוט והדיאדה הנקשרים להתפתחות של מצוקה פוסט-טראומטית בפעוטות החשופים באופן כרוני לארועי לחימה. ביתר פרוט, גורמי הילד שנבחנו במחקר זה היו יכולות הוויסות הרגשי של הפעוט (כפי שהוערכו באופן מיקרו-אנליטי על ידי מטלת ויסות רגש שלילי), יכולות הוויסות החברתי (צייטנות ילד, כפי שהוערכה באופן מיקרו-אנליטי על ידי מטלת איסוף הצעצועים), מזג הילד (כפי שהוערך על ידי שאלון ה-TBAQ) והמצוקה הרגשית של הילד (בעיות התנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות כפי שהוערכו באמצעות שאלונים סטנדרטיים). בנוסף המצוקה הפוסט-טראומטית של הילד הוערכה על ידי ראיון "InfantPTSD" שהועבר לאם על ידי הנסיינית. גורמי האם שנבחנו במחקר זה הינם רגשות האם (דיכאון, חרדה ותחושת התמיכה החברתית כפי שהוערכו באמצעות שאלונים סטנדרטיים) והתנהגות האם והפעוט באינטראקציה ביניהם, הן בסיטואציה ניטראלית והן בסיטואציה מעוררת דחק (כפי שהוערכו באופן גלובלי). בנוסף, בסיטואציה מעוררת דחק נבחנו ייצוגי האם (ההערכה המנטאלית של יכולות הרגישות האימהית, כפי שהוערכה באופן גלובלי). תיאור מדויק של כל כלי המחקר ושיטות הקידוד מובא בפרק השיטה. הערכת משתני המחקר נעשתה במסגרת ביקורי בית אצל משפחות שנחשפו לאירועי טרור ולחימה באופן ממושך, כאשר הילדים שהשתתפו במחקר היו בני 5-1.5. הסיבה לבחירה בביקור בית על פני ביקור במעבדה היתה במטרה לאפשר אינטראקציה טבעית ככל האפשר של הדיאדה בסביבתה הביתית, כמו גם התייחסות לקושי של המשפחות להתארגן לביקור מעבדה מפאת המרחק הפיזי של מקום מגוריהם. אוכלוסיית המחקר שנבחרה היתה משפחות משדרות וישובי עוטף עזה, אזור אשר חשוף זה כ-10 שנים לטרור מתמשך ומתיחות ביטחונית. אוכלוסיית המחקר שנבחרה חשופה באופן יומיומי לאזעקות, נפילות טילים, הרס וחשיפה לפגיעה בבני משפחה וחברים. כמו כן, חשוב לציין כי מרגע הישמע האזעקה בידי התושבים 15 שניות בלבד להיכנס למרחבים מוגנים. כאמור, מחקר זה התמקד דווקא בהשפעה של חשיפה ממושכת לאירועי טרור ולחימה המאופיינים בתחושה של איום ממושך ופתאומי הן על הילד והן על סביבתו, מה שפוגע באופן תמידי בתחושת הביטחון הבסיסית של הפעוטות. גיל הנבדקים נבחר משום שמצד אחד לא קיימים מספיק מחקרים שבחנו הופעת PTSD בפעוטות וילדים צעירים, כמו גם את התמונה

הקלינית המתקבלת בגילאים אלו. מצד שני, ברור כיום כי לחשיפה לטרור וללחימה השפעה נרחבת על תחומי תפקוד רבים בפעוטות וילדים צעירים. אוכלוסיית המחקר מייצגת טווח רחב של תקופת הילדות המוקדמת, טווח גילאים בו הפעוטות כבר בעלי יכולות אינטראקטיביות ואקספרסיביות מסוימות. ההתמקדות דווקא בטווח גילאים זה הוא מכיוון שלתקופת הילדות המוקדמת השפעה משמעותית עתידית על ההתפתחות הרגשית והפיזיולוגית.

ההערכה הגלובלית של האינטראקציה בין האם והפעוט הן בסיטואציה מעוררת דחק והן בסיטואציה ניטראלית נועדה לספק תמונה מקיפה ככל האפשר על המתרחש במפגש בין האם לפעוט ובכך להעשיר את ההבנה אודות השפעת גורמי הדיאדה בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור וללחימה. הערכה מקיפה זו נועדה גם לאפשר אבחון מעמיק של דפוסי ההתנהגות המאפיינים דיאדות של פעוטות ואימותיהם שנחשפו לטרור וללחימה לעומת דיאדות מקבוצת הביקורת. בנוסף, מחקר זה בחן את יכולות המשחק הסימבולי של הפעוט באינטראקציה עם אמו. איכות המשחק הסימבולי נמדדה על ידי הערכה מיקרו-אנליטית על מנת לקבל תמונה רחבה ומקיפה של מאפייני איכות המשחק דווקא בקונטקסט זה, אשר מצד אחד ידוע כי למשחק הסימבולי חשיבות רבה מבחינה התפתחותית ומן הצד האחר, קיימות עדויות לפגיעה ביכולת הסימבולית וביצירתיות בעקבות חשיפה לדחק. בנוסף נבחנו תכני המשחק הסימבולי.

על אף החשיבות של ייצוגי האם ויכולתה המנטאלית לשקף את חוויותיה וחוויות ילדה באופן עשיר וקוהרנטי בקונטקסט של חשיפה ממושכת, כפי הידוע לא קיימים מחקרים אשר בחנו הקשר זה. במחקר הנוכחי נעשה ניסיון לבחון את יכולות הרגישות האימהית, מלבד ברמה ההתנהגותית, גם ברמה המנטאלית, על ידי הערכה גלובלית של פרמטרים הנוגעים לייצוגי האם, כגון קוהרנטיות, טווח רגשי, עושר תוכני וכדו'.

נושא נוסף אשר קבל בולטות במחקר זה הינו יכולות הוויסות של הפעוט. יכולת הוויסות של הפעוט נמדדה על ידי הערכה מיקרו-אנליטית בשתי סיטואציות שונות, האחת בודקת יכולת ויסות רגשי והאחרת בודקת יכולת ויסות חברתי. בחינת יכולות הוויסות על ידי הערכה מיקרו-אנליטית של יכולות הפעוט מאפשרת לבחון את התרומה הייחודית של יכולות אלו להשפעת החשיפה הממושכת לטרור וללחימה על הסתגלות הילד.

1.

1.1. מטרת המחקר

המחקר הנוכחי מבקש לבחון את גורמי הסיכון והחוסן להפרעה פוסט-טראומטית בקרב פעוטות אשר נחשפו לאירועי טרור ולחימה. זאת מתוך גישה רחבה המקיפה הן גורמים של הילד, הן גורמים של האם והן גורמים של הדיאדה (קשר אם-ילד) תוך שימוש במגוון רחב של מדדים התנהגותיים מקיפים ומפורטים.

ייחודיות המחקר בגילם הצעיר של הילדים שהשתתפו בו. מחקר זה בקש להעמיק את ההבנה לגבי מאפייני התגובה הפוסט-טראומטית בגילאים צעירים אלו והגורמים הנקשרים בעוצמת התגובה הפוסט-טראומטית.

הסיטואציה הייחודית של חשיפה ממושכת לאירועי לחימה וטרור במסגרת המצב הביטחוני בארץ מספקת בסיס מחקרי משותף בו כל הילדים נחשפו לאירועי דחק דומים ומתוך כך ניתן לבחון את ההבדלים האינדיבידואליים ביניהם. באופן ספציפי, החשיפה לאירועי דחק דומים מאפשרת בחינה

של גורמי סיכון וחוסן ברמת ההורה, הילד והדיאדה והבנה מעמיקה של התפתחות המצוקה הפוסט-טראומטית בקרב פעוטות.

תרומה ייחודית נוספת של המחקר הנוכחי הינה בהסתכלות המעמיקה על המאפיינים ההתנהגותיים של האם והפעוט בסיטואציות חברתיות שונות, כגון משחק חופשי, סיטואציה מעוררת דחק ופרוצדורות הבוחנות יכולות ויסות רגשי ויסות חברתי. חשיבות ההתמקדות בכלים התנהגותיים תצפיתיים נובעת מתוך ההבנה כי בגילאים צעירים אלו לא ניתן לסמוך על החוויה הורבלית של הפעוט. מחקרים רבים הסתמכו על דווח הדמויות המטפלות אך הממצאים ממידע שכזה לא רחבים דים. שילוב כלים תצפיתיים מגוונים יחד עם שימוש בדווחי ההורה על מצבו הרגשי של הילד עשויים לספק תמונה מפורטת ומדויקת יותר אודות השפעת החשיפה לאירועי טרור ולחימה על התנהגותו של הילד ומצבו הרגשי.

בנוסף, הבחינה הרחבה של מגוון גורמי האם, הילד והדיאדה נועדה לאפשר, בין היתר, את ניבוי ההתנהגות של הילד ומצוקתו הרגשית בעקבות החשיפה לטרור ולחימה.

2.1. השערות המחקר:

כאמור, על פי המודל של Belsky (1984) התפתחות הפעוט מושפעת ממאפייני האם, מאפייני הפעוט ומאפייני האינטראקציה אם-ילד, כאשר כל גורם משפיע ומושפע מהגורמים האחרים. לאור מודל זה, השערות המחקר נחלקו להשערות אודות ההבדלים בין קבוצות המחקר במשתני האם, משתני הפעוט ומשתני האינטראקציה; השערות אודות קשרים בין משתני האם, משתני הפעוט ומשתני האינטראקציה; והשערות אודות המשתנים המנבאים אספקטים של התנהגות הילד ממשתני האם, משתני הפעוט ומשתני האינטראקציה.

א. השוואה בין קבוצות המחקר

I. משתני האם

שוער כי:

1. ימצאו הבדלים במצבם הרגשי של אימהות לילדים שנחשפו לאירועי לחימה וטרור בהשוואה לאימהות לילדים שלא נחשפו לאירועי לחימה וטרור כך שכמות התסמינים של דיכאון, חרדה ו- PTSD תהיה גבוהה יותר בקבוצת החשופים. בתוך קבוצת הילדים החשופים, שוער כי אימהות לילדים עם יותר סימפטומים פוסט-טראומטיים יהיו בעלות כמות תסמינים גבוהה יותר.

2. ימצאו הבדלים ברמת התמיכה החברתית בין אימהות לילדים שנחשפו לאירועי לחימה וטרור לעומת אימהות לילדים לא חשופים. לא ניתן לשער מה כיוון ההבדל בין הקבוצות שכן הקשר בין תמיכה חברתית לחשיפה לטראומה לא נחקר דיו עד כה. בתוך קבוצת הילדים החשופים, שוער כי ימצאו הבדלים בין אימהות לילדים עם יותר סימפטומים פוסט-טראומטיים לבין אימהות לילדים עם פחות סימפטומים, אך כאמור, לא ניתן לשער את כיוון ההבדל בין הקבוצות.

II. משתני הפעוט

שוער כי :

3. ימצאו הבדלים ביכולות הוויסות בין פעוטות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור לבין פעוטות לא חשופים כך שהפעוטות החשופים יראו יכולות ויסות פחות טובות. כמו כן ימצאו הבדלים בין הקבוצות בשימוש בטכניקות הוויסות השונות. בנוסף, ימצאו הבדלים בין הקבוצות במשתני הטמפרמנט.

בתוך קבוצת הילדים החשופים, שוער כי פעוטות עם יותר סימפטומים פוסט-טראומתיים יפגינו קושי רב יותר במשתני הוויסות העצמי והחברתי וכי יהיה קיים הבדל במשתני הטמפרמנט. כמו כן שוער כי ימצאו הבדלים בין קבוצות הילדים החשופים בטכניקות הוויסות השונות אך לא ניתן לשער מה יהיה מקור ההבדלים מכיוון שהקשר בין שימוש בטכניקות ויסות לבין חשיפה לטראומה לא נחקר עד כה.

4. ימצאו הבדלים במצבם הרגשי של פעוטות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור בהשוואה לפעוטות לא חשופים כך שהפעוטות החשופים יסבלו מיותר בעיות חברתיות-רגשיות ובעיות התנהגות. בתוך קבוצת הילדים החשופים שוער כי פעוטות עם יותר סימפטומים פוסט-טראומתיים יסבלו מבעיות חברתיות-רגשיות ובעיות התנהגות רבות יותר.

III. משתני האינטראקציה אם-ילד

שוער כי :

5. ימצאו הבדלים באיכות האינטראקציה בין דיאדות אם-ילד שנחשפו לאירועי לחימה וטרור בהשוואה לדיאדות לא חשופות כך שבדיאדות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור תתקיים אינטראקציה פחות אופטימאלית הן בסיטואציה ניטראלית והן בסיטואציה מעוררת דחק. משמע, האם תהיה פחות רגישה, יותר חודרנית, הילד יפגין פחות מעורבות באינטראקציה והדיאדה תהיה פחות הדדית.

בתוך קבוצת החשופים משוער כי בדיאדות בהן הפעוט עם יותר סימפטומים פוסט-טראומתיים תתקיים אינטראקציה פחות אופטימאלית בין האם לילדה.

בנוסף, מדדי הרגישות האימהית, שהוערכו בסיטואציה מעוררת דחק, הן ברמה ההתנהגותית והן ברמה המנטאלית, יהיו נמוכים יותר בקרב הדיאדות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור מאשר בדיאדות הלא חשופות.

בתוך קבוצת החשופים משוער כי מדדי הרגישות האימהית יהיו נמוכים יותר אצל דיאדות בהן לפעוטות יותר סימפטומים פוסט-טראומתיים.

6. ימצאו הבדלים באיכות המשחק הסימבולי בקרב דיאדות אם-ילד שנחשפו לאירועי לחימה וטרור בהשוואה לדיאדות לא חשופות כך שבדיאדות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור תימצא כמות מועטה יותר ורמה נמוכה יותר של משחק סימבולי.

בתוך קבוצת החשופים, משוער כי בקרב דיאדות בהן הפעוט עם יותר סימפטומים פוסט-טראומתיים תימצא כמות נמוכה יותר ורמה נמוכה יותר של משחק סימבולי.

כמו כן, משוער כי ימצאו הבדלים בין הקבוצות בתכני המשחק הסימבולי אך כיוון שזהו המחקר הראשון הבודן את תכני המשחק הסימבולי בפעוטות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור לא ניתן לשער מה יהיה מקור ההבדלים.

ב. קשרים בין משתנים

שוער כי

1. ימצאו קשרים בין מצבה הרגשי של האם למצבו הרגשי של הפעוט כאשר כמות תסמינים גבוהה יותר של דיכאון, חרדה ו-PTSD אימהי ייקשרו בקשר חיובי עם בעיות התנהגות, בעיות רגשיות וקשיי ויסות של הפעוט.
2. ימצאו קשרים בין התנהגות הדיאדה אם-ילד בזמן אינטראקציה חופשית ובין התנהגות הדיאדה בזמן אינטראקציה מעוררת דחק כך שבאופן כללי, התנהגות אופטימאלית בזמן אינטראקציה חופשית (לדג', רגישות אימהית גבוהה, חודרנות אימהית נמוכה, מעורבות ילדית גבוהה) תקשר בקשר חיובי עם התנהגות אופטימאלית בזמן סיטואציה מעוררת דחק (לדג', הכלה רגשית אימהית גבוהה, מוצפות רגשית אימהית נמוכה, עוררות שלילית ילדית נמוכה). יש לסייג אמירה זו ולומר שמכיוון שהערכת הדיאדה בזמן דחק נעשתה בכלים שפותחו לצורך מחקר זה (על סמך כלי ה-CIB; Feldman., 1998) קשה לשער את כיוונית הקשר בין כל המשתנים.
3. ימצא קשר שלילי בין משתני מצבה הרגשי של האם לבין איכות המשחק הסימבולי כך שימצא קשר שלילי בין כמות תסמינים גבוהה של דיכאון, חרדה ו-PTSD לבין רמת היזימה של משחק סימבולי על ידי האם. כמו כן ימצא קשר שלילי בין מצבו הרגשי של הילד לבין איכות וכמות המשחק הסימבולי.

ג. בניית מודל תיאורטי

1. מרכיבי ההתנהגות של הילד (עוררות שלילית והתנהגות אגרסיבית בזמן סיטואציה מעוררת דחק, מעורבות הילד בזמן אינטראקציה חופשית ורמת בעיות התנהגות כללית) ינובאו באמצעות מערך אשר יכלול פרמטרים הקשורים לכמות הסימפטומים הפוסט-טראומתיים של הילד, מצבה הנפשי של האם, מזגו של הילד והתנהגות האם בזמן אינטראקציה מעוררת דחק. משוער כי כל אחת מהתנהגויות הילד תנובא באופן עצמאי על ידי הגורמים השונים (קבוצת האבחנה, משתני אם, משתני ילד, משתני שיאדה). מערך מסוג זה נועד לאפשר הערכה של התרומה הייחודית של מאפייני הפעוט, מאפייני האם ומאפייני הדיאדה אם-ילד לניבוי התנהגות הילד בעקבות חשיפה לאירועי לחימה וטרור.

שיטה

משתתפים

במחקר השתתפו 232 ילדים בגילאי 5-1.5 ואימותיהם. אוכלוסיית המחקר מורכבת מקבוצה המתגוררת באזורים שנחשפו לאירועי טרור מתמשכים וקבוצת ביקורת המתגוררת באזורים לא חשופים לטרור. קבוצת הדיאדות שנחשפו לטרור מתמשך כוללת 148 דיאדות (63.8% מהמדגם) ובה משתתפים מאזור שדרות וישובי עוטף עזה. קבוצת הביקורת כוללת 84 דיאדות מאזור המרכז (36.2% מהמדגם) אשר עברו התאמה של מין הילד, גיל הילד, גיל האם, השכלת האם, מצב משפחתי וסדר הילד במשפחה (בכור/לא בכור).

ההנחה היתה כי בכל קבוצה ישנם ילדים שלא יפתחו PTSD, ילדים אשר יראו מצוקה פוסט-טראומטית בדרגות שונות וילדים ללא סימפטומים פוסט-טראומטיים. על סמך השערה זו חולקה אוכלוסיית המחקר לארבע קבוצות על פי רמת האבחנה.

קבוצת PTSD כוללת משתתפים העונים על כל הקריטריונים לאבחנה המחמירה ביותר של הפרעת דחק פוסט-טראומטית על פי הקריטריונים שהוצעו ב- DC:0-3 (Zero To Three, 2005), תוך התייחסות לעוצמת הסימפטומים (יפורט בפרק הכלים) יחד עם סימפטומים של קריטריון נוסף-"פחדים ואגרסיות חדשות" (Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995), כאשר קיימת בספרות שאלה לגבי הרלוונטיות שלו לצורך אבחון מהימן ותקף. בקבוצה זו 37 משתתפים (16% מהמדגם).

קבוצת PTD כוללת משתתפים אשר אינם ממלאים אחר כל הקריטריונים של PTSD אולם ביטאו סימפטומים בכל אחד משלושת הקריטריונים שהוצעו ב-DC:0-3 ולכן הוגדרו כסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית, בקבוצה זו 37 משתתפים (16% מהמדגם).

קבוצת EXP-NO כוללת משתתפים אשר נחשפו לאירוע טרור מתמשך ולא ענו לקריטריונים של קבוצת PTSD או PTD, בקבוצה זו 79 משתתפים (34% מהמדגם).

קבוצת NO-PTSD כוללת משתתפים שלא נחשפו לאירוע טרור וכמו כן, אינם מגלים סימפטומים פוסט-טראומטיים, בקבוצה זו 79 משתתפים (34% מהמדגם).

מבחנים סטטיסטיים (מבחני F ו- χ^2) הראו כי לא כי לא קיים הבדל מובהק הן בין ארבעת קבוצות האבחנה בגיל הילד ובגיל האם. טבלה מספר 1 מציגה את גילאי הילדים וגילאי האימהות של ארבעת קבוצות המחקר.

טבלה מס' 1: ממוצעים, סטיות תקן והבדלים בגיל הילד וגיל האם בין 4 קבוצות האבחנה

	NO PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
F(df)	(n=79)	(n=79)	(n=37)	(n=37)	
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
					גיל הילד (בחודשים)
F(3,226)=1.94, ns	33.12(11.92)	31.20(10.62)	33.70(9.44)	36.35(10.06)	
					גיל האם
F(3,226)=0.44, ns	31.86(4.79)	31.00(6.11)	30.83(5.87)	31.05(5.68)	

בכלל המדגם היו 47.6% בנים ו 52.4% אחוז בנות. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בהתפלגות המיניים של הילדים בקרב ארבעת קבוצות האבחנה ($\chi^2=5.013, ns$). לגבי המצב המשפחתי, נמצא כי אצל 90.7% משפחות מכלל המדגם הילד חי עם הוריו הביולוגים, בעוד 9.3% מהמשתתפים חיים עם אם חד=הורית. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בהתפלגות המצב המשפחתי בקרב ארבעת קבוצות האבחנה ($\chi^2=5.26, ns$). משתנה דמוגרפי נוסף שנבחן הינו סדר הילד במשפחה. נמצא כי בכלל המדגם היו 46.9% ילדים בכורים והיתר (52.6%) אינם בכורים. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בהתפלגות סדר הילדים במשפחה (בכור/לא בכור) בקרב ארבעת קבוצות האבחנה ($\chi^2=9.50, ns$).

לגבי השכלת האם, רוב המשיבות הינן בעלות תואר אקדמי ראשון (35.1%), והיתר בעלות תואר שני (11.3%), סיימו ביי"ס תיכון (26%), סיימו ביי"ס יסודי (1.3%), לימודים מקצועיים אחרי ביי"ס התיכון (13.4%), ולימודים אקדמיים חלקיים (13%). חציון ההשכלה הינו לימודים אקדמיים חלקיים. על מנת לבדוק האם קיים הבדל ברמת ההשכלה בין שתי קבוצות המחקר קודד משתנה ההשכלה למשתנה דיכוטומי על פי החציון – מתחת לחציון (53.9% מהמדגם) ומעל לחציון (46.1%).

נמצא כי קיים הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה במשתנה השכלת האם. ($\chi^2=13.82, p<0.05$). בעוד שבקבוצת PTSD רק 24.3% מהאימהות הינן בעלות השכלה מעל לחציון, הרי שבקבוצת PTD 37.8% מהאימהות הינן בעלות השכלה מעל לחציון, בקבוצת החשופים ללא אבחנה 47.4% הינן בעלות השכלה מעל לחציון ובקבוצת NO-PTSD 59.5% הינן בעלות השכלה מעל לחציון. לאור ההבדלים המובהקים בין הקבוצות השונות במשתנה השכלת האם, הניתוחים הסטטיסטיים השונים במחקר נעשו תוך בקרת משתנה השכלת האם וזאת משום שמדובר במשתנה שעשוי להיות קשור במשתנים התלויים השונים במחקר ולשנות את תוצאותיהם.

כלים

משתני אס:

שאלון דמוגראפי:

בשאלון זה האם התבקשה למסור מספר פרטים דמוגרפיים אודות הילד ואחיו (מין וגיל) ואודות האם והאב (תאריך לידה, מגורים, השכלה והכנסה). השאלון מוצג בנספח מס' 1.

שאלונים להערכת מצבה הרגשי של האם:

הפרעת דחק פוסט-טראומטית- הערכת PTSD אצל האם נעשתה ע"י Post-traumatic Disorder Scale (PDS: Foa, 1995), שאלון דווח עצמי להערכת PTSD על פי קריטריוני ה-DSM-IV. זהו כלי מהימן לניפוי (screening) והערכת PTSD ומדידת חומרת הסימפטומים על פי חלוקה לתתי הקבוצות: חוויה מחדש, הימנעות ועוררות. במחקרים קודמים נמצאה מהימנות פנימית אלפא של קרונבאך – 0.92 עבור השאלון הכולל, 0.78 עבור תת הקבוצה "חוויה מחדש" – 0.78, עבור "הימנעות" – 0.84 ועבור "עוררות" – 0.84.

כמו כן, נמצא תוקף מבנה של 0.79 עם שאלון BDI למדידת דיכאון, תוקף מבנה של 0.73 עם שאלון חרדה מצבית ו 0.74 עם שאלון חרדה תכונתית (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות פנימית אלפא של קרונבאך 0.95 עבור השאלון כולו. המהימנות הפנימית של תת הקבוצה "חוויה מחדש" הינו 0.86, עבור "הימנעות" – 0.87 ועבור "עוררות" – 0.92. השאלון מצורף בנספח מספר 2.

דיכאון- רמת הדיכאון של האם הוערכה באמצעות (The Beck Depression Inventory: BDI) (Beck, 1978). השאלון מעריך את עוצמת הדיכאון ומתייחס לאספקטים אפקטיביים, קוגניטיביים, גופניים והתנהגותיים המקושרים עם דיכאון. הוא מכיל 21 פריטים המשמשים להערכת עוצמת הדיכאון. כל פריט מורכב מארבעה משפטים אפשריים להערכה עצמית המדורגים בין 0 ל-3, על פי חומרת הדיכאון, כאשר הציון הסופי מושג על ידי סכימת דירוגי כלל הפריטים. ציון גבוה יותר מלמד על רמת דיכאון גבוהה יותר. מטה-אנליזה של מחקרים אשר בחנו את המאפיינים הפסיכומטריים של המבחן העלתה ממוצע מהימנות מקדם אלפא של 0.86 בקרב אוכלוסיות פסיכיאטריות ו- 0.81 בקרב אוכלוסיות שאינן פסיכיאטריות, ומהימנות מבחן חוזר של 0.48-0.86 בקרב אוכלוסיות פסיכיאטריות ו 0.60-0.83 בקרב אוכלוסיות לא פסיכיאטריות (Beck, Steer, & Garbin, 1988). השאלון מצורף בנספח מספר 3.

חרדה- רמות החרדה של האם הוערכו באמצעות (The State-Trait Anxiety Inventory: STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). השאלון מורכב משני חלקים, אחד המעריך חרדה מצבית (State) ואחד המעריך חרדה תכונתית (Trait). בכל אחד משני החלקים 20 פריטים המציגים תחושות המאפיינות חרדה, והאם מתבקשת לדרג על סקאלה שבין 1 (לא מסכימה כלל) לבין 4 (מסכימה מאוד) עד כמה כל אחת מהתחושות המתוארות מאפיינת אותה ברגע זה (חרדה

מצבית) ובדרך כלל (חרדה תכונתית). הציון הסופי בכל מדד מתקבל על ידי סכימת כל הדירוגים, לאחר היפוך סקאלה בפריטים המנוסחים על דרך החיוב. ציון גבוה יותר מלמד על רמת חרדה גבוהה יותר. לשני המדדים נמצאה מהימנות עקביות פנימית של 0.80-0.90. נמצאה מהימנות מבחן חוזר של 0.70-0.80 עבור חרדה תכונתית, ומעט נמוכה יותר - כצפוי - עבור חרדה מצבית (0.62-0.70) (Anastasi, 1988). השאלון מצורף בנספח מספר 4.

תמיכה חברתית- רמת התמיכה החברתית של האם הוערכה באמצעות שני שאלונים :

א. *תחושת תמיכה חברתית* הוערכה באמצעות Social Provisions Scale () Russell & SPS:

(Cutrona, 1984) השאלון שימש בגרסתו המקוצרת בת 12 הפריטים (Cutrona & Troutman, 1986). השאלון מאפשר הערכה דיפרנציאלית של 6 מימדים של תמיכה חברתית, באמצעות 2 פריטים המנוסחים באופן הפוך לכל מימד. ממלאת השאלון מדרגת את המידה בה מערכות היחסים שלה הינן מספקות בהתייחס לכל אחד מהמימדים, על סולם בן שבע דרגות (1-כלל לא נכון, 7-נכון במידה מושלמת). לאחר היפוך הפריטים הרלוונטיים וסכימת ששת המימדים מתקבל ציון תמיכה חברתית כולל. נמצאה התאמה של 0.92 בין הגרסה הארוכה והמקוצרת, ונמצאה מהימנות פנימית (אלפא-קרונבאך) של 0.65 עבור הגרסה המקוצרת (Cutrona & Troutman, 1986). השאלון מצורף בנספח מספר 5.

ב. *הערכה כמותית של מידת התמיכה החברתית* נעשתה באמצעות שאלון קרוקנברג (Crockenberg, 1987). לשאלון זה שני שלבים: בשלב הראשון ממלאת השאלון מתבקשת למנות שמות אנשים שאיתם היה לה קשר תומך בשנה האחרונה, תוך הבהרת סוג הקשר (בן-זוג, קרוב משפחה, חבר, נותן שירותי בריאות וכדומה). בשלב שני ממוקמים שמות האנשים שהוזכרו בשלב הקודם בתוך חמישה מעגלים ההולכים מן הפנים אל החוץ על פי תדירות העזרה. התדירות נעה בין "תכיפות מרובה" במעגל הפנימי ביותר לבין "לעולם לא" במעגל החיצוני ביותר. ציון התמיכה החברתית מחושב על ידי הכפלת מספר השמות הרשומים בכל מעגל במקדמים הבאים: 2.5 עבור המעגל הראשון ("תכיפות מרובה"), 2 עבור המעגל השני ("לעולם לא"), 1.5 עבור המעגל השלישי ("לפעמים"), 1 עבור המעגל הרביעי ("לעולם לא") ו-0.5 עבור המעגל החמישי ("לעולם לא"). סכום כל המכפלות מהווה את ניקוד התמיכה החברתית. השאלון מצורף בנספח מספר 6.

משתני ילד

הערכת המצוקה הפוסט-טראומטית של הילד

הערכת המצוקה הטראומטית נמדדה על ידי ראיון דווח עצמי אודות האירוע הטראומטי. האימהות רואיינו לגבי הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הפעוט בראיון שנבנה על בסיס קריטריוני האבחנה שהותאמו לילדים צעירים כפי שהוצעו ב-DC:0-3 (Zero To Three, 2005). ראשית, האם נשאלה בפירוט אודות טבע הטראומה, רמת החשיפה של הפעוט ובני משפחתו, תיאור של פרטי האירוע, האם מישהו מבני המשפחה נפגע ישירות וביטוי הפחד, האימה והתגובה הרגשית הכללית של הפעוט לאירוע הטראומטי. לאחר מכן, האם התבקשה לתאר את הסימפטומים המאפיינים הפרעת דחק פוסט-טראומטית. הנסיינית הקריאה לאם רשימה של 58 פריטים המתארים סימפטומים של חוויה מחדש, הימנעות ונסיגה, עוררות יתר ופחדים ואגרסיות

חדשות. כל אחד מהסימפטומים קודד בסקאלה של 3 דרגות המתייחסת לשכיחות הסימפטומים כאשר 1- משמעותו לא התרחש, 2- מתאר סימפטום שהתרחש בשכיחות נמוכה (פחות מפעם בשבוע) ו-3 מתאר שכיחות גבוהה של הסימפטום (לפחות פעמיים-שלוש בשבוע). השאלון נבנה על סמך מחקר קודם בפעוטות ישראלים ופלשתינאים שנחשפו לטרור, מחקר שהווה למעשה מחקר חלוץ למחקר הנוכחי (Feldman, Vengrober, & Hallaq, 2007). PTSD אובחן בהסתמך על קריטריוני ה-DC:0-3 שכוללים: 1. חשיפה לאירוע טראומתי וביטוי פחד בעקבותיו. 2. ביטוי של לפחות סימפטום אחד של חוויה מחדש, סימפטום אחד של הימנעות ושני סימפטומים של עוררות יתר. בנוסף, עקב הויכוח בספרות הוחלט במחקר זה להחמיר את הקריטריונים ולכן קריטריון נוסף שהתבקש לצורך קביעת האבחנה הינו לפחות סימפטום אחד של פחדים חדשים ואגרסיות. על הסימפטומים להופיע בשכיחות גבוהה, דהיינו לפחות סימפטום אחד או שניים (כתלות בקריטריון) מכל קריטריון שהופיע בשכיחות גבוהה (לפחות פעמיים-שלוש בשבוע). בנוסף, התבקשו האימהות לדרג את רמת הרגרסיה ההתפתחותית ברמה החברתית (למשל, הפסיק ללכת לבד לחברים) וההתנהגותית (למשל, גמילה מחיתולים). פרוטוקול הראיון מוצג בנספח מס' 7.

יכולות ויסות רגשי ויסות חברתי

ויסות רגשי שלילי- הבטרייה נועדה להעריך את התגובות הרגשיות ויכולות הויסות של הפעוט לגירויים וסיטואציות שונות, המעוררים מגוון של מצבים רגשיים. הכלי מבוסס על Laboratory Temperament Assessment Battery (LAB-TAB: Goldsmith & Rothbart, 1996) ומספק קווים מנחים לקידוד התגובות הרגשיות. במחקר זה השתמשנו בפרוצדורה המעוררת פחד. המצב הרגשי הוצג על ידי הנסיין בנוכחות האם כאשר נסיין אחד מצלם את תגובות הפעוט במצלמת וידאו. הנסיין הניח על פניו 4 מסיכות בסדר הבא: ליצן, כבשה, אריה ומפלצת. הפעוט ישב מולו, בנוכחות האם. כל מסיכה הוצגה במשך 10 שניות, כאשר בכל פעם הנסיין קרא בשם הילד ורכן כלפיו (Kochanska, 2001; Kochanska, Tjebkes, et al., 1998).

קידוד: התנהגות הפעוטות למול הפרוצדורה קודדה במערכת קידוד ממוחשבת (The Observer, Noldus Co.) בזמן אמת. הקטגוריות לקידוד ההתנהגויות נבנו על בסיס שיטות קידוד שנעשו במחקרים קודמים (Feldman, et al., 2009; Kochanska, Coy, Tjebkes, & Husarek, 1998; Stifter & Braungart, 1995). מהימנות בין שופטים נערכה מול סטודנטית בשלבים מתקדמים בתואר ראשון לפסיכולוגיה. בניתוח 15% מגודל המדגם הושגו 85% הסכמה. להלן קטגוריות הקידוד של פרוצדורת הויסות השלילי:

- **מבט** - ההתנהגויות בקטגוריה זו כוללות: מבט לאם, מבט לנסיין ו/או למסכה, aversion (מצב בו הפעוט נמנע מלהביט על פני המסכה או הנסיין)
- **הבעות פנים** - חיובית (פעוט מחייך), שלילית (הבעה המתארת עצב או כעס המלווה בדרך כלל בכיווץ הפנים, עיקול זווית הפה כלפי מטה), הפתעה (עיניים פתוחות לרווחה, פה פתוח, היעדר תזוזה בפנים ומתח שרירי הגוף), ניטראלית (מצב של שינוי מועט או ללא שינוי כלל במצב זוויות הפה או העיניים)
- **ווקליזציה** - שקט, צחוק/צהלה, המיה/מלמול, ריטון/מחאה, בכי ודיבור

- **התנהגות:** בריחה (התרחקות פיזית מהגירוי, נשען אחורה), נסיגה (הפניית הגוף או הפנים), ללא תנועה, התקרבות (רכינה לעבר הנסיין), הסתתרות
- **תנועה-** תנועה מכוונת מטרה (הושטת ידיים למסכה), תנועה שאינה מכוונת מטרה (בעיטות, נפנוף זרועות), ללא תנועה
- **התנהגות ניחום-** ניחום עצמי (התעסקות עם אברי גוף כמו מציצת אצבע, נשימות כבדות, התנהגות חזרתית כמו נדנד), התעסקות עם חפצים אחרים (הכנסת חפץ לפה, התעסקות עם חפץ), ניחום חיצוני על ידי האם.

ויסות חברתי- צייתנות- רמת הצייתנות של הילד נבדקה על ידי מטלת איסוף צעצועים. לאחר המשחק החופשי עם האם הילד התבקש על ידה לאסוף את הצעצועים לתוך הארגז שהביאו הנסיינים. ההורה והילד צולמו במהלך המטלה. ניתנו להם עד חמש דקות להשלמת המשימה.

קידוד: התנהגות הילד קודדה במערכת קידוד ממוחשבת (The Observer, Noldus Co.) בזמן אמת. הקטגוריות לקידוד ההתנהגות נבנו על בסיס שיטות קידוד שנעשו במחקרים קודמים (Feldman, 2007b; Feldman, Greenbaum, & Yirmiya, 1999; Kochanska & Aksan, 1995). בכל 5 שניות ניתן ציון לרמת הצייתנות של הילד. מהימנות בין שופטים נערכה בין שתי סטודנטיות לקראת סיום תואר שני במגמה הקלינית. בניתוח 15% מגודל המדגם הושגו 89% הסכמה.

להלן קטגוריות הקידוד של התנהגות הילד:

- **אי ציות-** הילד אינו מציית לאמו אך נשאר קשור לסיטואציה על ידי המשך המשחק בצעצועים או המשך אינטראקציה עם האם. הילד אינו מציית למטלה אך ללא סימנים התנהגותיים של כעס, רוגז או אפקט שלילי.
- **התנגדות-** הילד אינו מציית להורה. בנוסף לחוסר הציות הוא מראה התנגדות אקטיבית למטרה המלווה במחאה הכוללת את ההתנהגויות הבאות: א. הוצאת צעצועים מהקופסא או מניעה אקטיבית של איסוף הצעצועים (שמירת הצעצועים לעצמו, הפיכת הקופסא, בעיטה בצעצועים או זריקה). ב. בכי, צעקות, כעס ורקיעה ברגליים כתגובה לבקשת האיסוף של ההורה.
- **צייתנות מצבית-** הילד מציית להורה, אוסף את הצעצועים אך זקוק לבקשה חוזרת של ההורה ולתזכורות (כמו, איזה צעצועים עליו לאסוף, איך לסדר ועוד). הילד אינו מחויב למשימה באופן עצמי אלא רק כתגובה מיידית לבקשת ההורה.
- **צייתנות מתוך מחויבות-** הילד מציית להורה, אוסף את הצעצועים ללא המשך בקשה של ההורה וללא תזכורת מתמדת. האפקט של הילד חיובי והוא חדור מוטיבציה פנימית לביצוע המטלה.
- **פסק זמן:** הילד הוציא עצמו מהסיטואציה ואינו נמצא באינטראקציה עם ההורה או עם המטלה. פסק הזמן יכול להתבטא במרחק פיזי (הליכה ממקום האינטראקציה לחדר אחר). לא כל מרחק פיזי הוא פסק זמן.

בעיות רגשיות ובעיות התנהגות של הפעוט:

הערכת בעיות ההתנהגות והבעיות הרגשיות-חברתיות של הפעוט נעשתה על ידי שני שאלונים: **הערכת בעיות חברתיות ורגשיות של הילד-** הוערכה באמצעות Brief Infant Toddler Emotional Assessment (BITSEA: Briggs-Gowan & Carter, 2002). שאלון דווח עצמי להורה, המורכב מ-42 פריטים ומשמש לאיתור ילדים עם בעיות התנהגות, בעיות חברתיות-רגשיות ו/או עיכוב יכולות התפתחותיות (Briggs-Gowan et al., 2004). השאלון מורכב מ-31 פריטים הבוחנים בעיות התנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות כמו אגרסיה, התנגדות, פעלתנות יתר, ריאקטיביות שלילית, חרדה ונסיגה ו-11 פריטים הבוחנים יכולות כמו אמפטיה, התנהגות פרו-חברתית וצייתנות. במחקרים קודמים נמצאה מהימנות פנימית אלפא של קרונבאך – 0.79 עבור בעיות ו-0.65 עבור יכולות (Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel, & Cicchetti, 2002). הכלי תוקף גם באוכלוסיות קליניות (Briggs-Gowan & Carter, 2006). השאלון מצורף בנספח מס' 8.

הערכת בעיות ההתנהגות של הילד- הוערך באמצעות The Child Behavior Checklist (CBCL: Achenbach & Rescola, 2000). השאלון מיועד לגילאי 1.5-5 ומורכב מ-100 פריטים. בעיות ההתנהגות מסוג הפנמה כוללות את הקטגוריות הבאות: תגובתיות רגשית, דיכאון/חרדה, תלונות סומאטיות ונסיגה חברתית. בעיות התנהגות מסוג החצנה כוללות את הקטגוריות הבאות: בעיות קשב והתנהגות תוקפנית. ציון ההתנהגות הכללי כולל את בעיות ההתנהגות מסוג הפנמה, בעיות ההתנהגות מסוג החצנה, בעיות שינה ובעיות אחרות. השאלון מצורף בנספח מס' 9.

טמפרמנט

הערכת הטמפרמנט נעשתה באמצעות The Toddler Behavior Assessment Questionnaire (TBAQ: Goldsmith, 1996). שאלון דווח עצמי להורה הכולל את סולמות הטמפרמנט הבאים: אקטיביות, הנאה, פחד חברתי, עניין, כעס ועצב. בנוסף, נכללו סולמות נוספים המתיחסים ליכולות ויסות: יכולת רגיעה עצמית ושליטה בעכבות (Rothbart, Ellis, Rosario Rueda, & Posner, 2003). השאלון מצורף בנספח מס' 10.

משתני דיאדה

צילום אינטראקציה אם-ילד בסיטואציה ניטראלית:

מדד לבחינת רגישות אימהית ומאפייני הקשר אם ילד אם-ילד. נבחן באמצעות אינטראקציה חופשית (משחק) אשר תפורט להלן:

בחלק הראשון צולמו האם והילד ווידאו במשך 10 דקות של אינטראקציה חופשית (משחק). הם קבלו קופסא ובה משחקים המעודדים משחק סימבולי: כלי אוכל ואוכל מפלסטיק, אמבטיה, בובת תינוק עם אביזרים (מיטה, שמירה, בקבוק ובגדים), בובות פרווה, כלי רופא, כלי עבודה, מכוניות ומשאית, 2 טלפונים, חיות וחיילים מיניאטוריים, מברשת ומראה, סיר ובובת יד. האם הונחתה לנסות ולהתעלם מהמצלמה ולשחק עם הילד כפי שהם רגילים לשחק ביחד.

קידוד: האינטראקציה קודדה על פי The coding interactive behavior manual (CIB:) (Feldman, 1998). זוהי שיטת קידוד גלובלית להערכת האינטראקציה בין הורים לילדם, בעלת גרסאות המתאימות לתינוקות, פעוטות, ילדים ומתבגרים. הקידוד נעשה על סקאלות המיועדות להעריך את הסגנון האינטראקטיבי האישי של כל אחד מהשותפים לדיאדה, כמו גם טיבה הכולל של האינטראקציה. כל התנהגות מקודדת על סולם בן 5 דרגות, כאשר באופן כללי 1 משמעותו רמות נמוכות של ההתנהגות המוערכת ו-5 משמעותו רמות גבוהות של התנהגות זו. לפיכך הרמה האופטימאלית יכולה להיות 1 או 5 כתלות בטיב ההתנהגות הנבחנת (התנהגות רצויה/לא רצויה). הכלי בגרסת הפעוטות אשר שימש במחקר זה כלל 21 סקאלות הוריות, 16 סקאלות של הפעוט ו-5 סקאלות של הדיאדה. פרוט הסקאלות מוצג בנספח מס' 11. הכלי תוקף במחקרים על תינוקות, ילדים ומתבגרים באוכלוסיות רגילות ובאוכלוסיות בסיכון באינטראקציות עם אימותיהם, אבותיהם ומטפליהם, ונמצא רגיש לגיל הילד, קונטקסט המשחק וגורמי סיכון ביולוגים וסוציו-אמוציונאליים (Feldman, Weller, Sirota, et al., 1997; Feldman & Klein, 2003; Feldman, et al., 2001; Eidelman, 2003; Keren, et al., 2001). מהימנות בין שופטים נערכה מול בעלת דוקטורט בפסיכולוגיה בתחום מחקר קרוב במעבדה להתפתחות מוקדמת. בניתוח 15% מגודל המדגם הושגו 88.47% הסכמה. סקאלות ה-CIB קובצו לחמישה גורמים: שניים של האם (רגישות, חודרנות), אחד של התינוק (מעורבות) ושניים של הדיאדה (הדדיות, מצבים שליליים) (עיי' Feldman, 2000). ציון בכל אחד מהגורמים חושב על ידי מיצוי הסקאלות שנכללו באותו גורם. הסקאלות שנכללו בכל גורם ונתוני עקביות פנימית (אלפא-קורנבאך) מוצגים בטבלה מס' 2.

טבלה מס' 2: חמשת גורמי CIB - אינטראקציה ניטראלית

גורם	סקאלות	עקביות פנימית
רגישות אימהית (Sensitivity)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ הכרה (Acknowledging) ▪ הרחבה (Elaborating) 	$\alpha = .889$
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ מבט אם (Maternal gaze) ▪ ווקליזציה אם (Maternal vocalization) ▪ רגש אם (Maternal affect) ▪ מגע אם (affectionate touch) ▪ טווח רגש תואם אם (Maternal range of affect) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ עקביות (Consistency) ▪ נוכחות תומכת (Supportive presence) 	

$\alpha = .895$	השתלטות (Overriding)	חודרנות אימהית
	שימוש בחפץ (Use of object)	(Intrusiveness)
	אינטראקציה מכוונת על פי האם (Mother-led)	
$\alpha = 0.76$	התמדה (On task persistence)	הצבת גבולות
	עקביות (consistency of style)	(limit setting)
$\alpha = .772$	יזימה ילד (Infant initiation)	מעורבות ילד
	אינטראקציה מכוונת ע"י הילד (child led)	(Infant involvement)
$\alpha = .910$	הדדיות (Reciprocity)	הדדיות
	תואמות (Adaptation)	(Reciprocity)
	זרימה (Fluency)	

איכות המשחק הסימבולי: המשחק הסימבולי קודד בנפרד עבור ההורה והילד לאורך אחת עשרה רמות של משחק. כל עשר שניות נחשבו ליחידת משחק אחת וניתן בה ציון יחיד על פי רמת המשחק הדומיננטית והשכיחה באותו מקטע בהתאם לקו שהנחה מחקרים קודמים (Feldman, 2007b; Feldman & Greenbaum, 1997; Feldman & Masalha, 2007). רמות המשחק חולקו לשש רמות של **משחק פרה – סימבולי**: 1. אין משחק 2. משחק סדר (ארגון הצעצועים על פי סדר מסוים) 3. משחק חברתי (הילד וההורה משחקים פנים אל פנים ללא שימוש בצעצועים), 4. משחק שיום (סגנון משחק של שאילת שאלות ובדיקת ידע ללא מטרה להמשך המשחק. לדוג' "מה זה?" "איך קוראים לחיה הזאת?") 5. משחק חקירה (בדיקת היצע הצעצועים), 6. משחק פונקציונאלי (שימוש בצעצוע לפי מטרתו לדוג' הסעת מכונית), שתי רמות של **משחק סימבולי פשוט**: 1. העמדת פנים עצמית (סירוק השיער, שתייה מכוס) 2. העמדת פנים עם האחר (משחק סימבולי המערב את האם או הבובה, האכלה של האם או הבובה) ושלוש רמות של **משחק סימבולי מורכב**: 1. משחק מצרפי (צירוף של כמה סכמות למשחק בודד: האכלה של הבובה ואחר כך של הקוף או רחצה של הבובה ואחר כך האכלתה), 2. היררכיה סימבולית (הילד מתכנן מראש את הסצנה המשחקית), 3. החלפת אובייקט אחד באובייקט אחר, המסמל אותו (למשל, הילד משתמש בקוביית לגו במקום טלפון).

ציון גבוה לילד משמעותו רמת משחק גבוהה יותר, ציון גבוה לאם משמעו עידוד לרמת משחק גבוהה יותר. פירוט רמות המשחק מוצג בנספח מספר 12. כלי זה עבר התאמה עבור המחקר וקטגוריות הקידוד נבנו על סמך ניתוח 15% מגודל המדגם על ידי שתי סטודנטיות לקראת סיום תואר שני במגמה הקלינית. נמצאה מהימנות בין שופטים של 93%.

לשם ניתוח נתונים אלו נוצרו שש רמות חדשות: "אין משחק", "משחק חברתי", "משחק שיום", "משחק פונקציונאלי" (כולל את משחק הסדר, משחק החקירה והמשחק הפונקציונאלי), "משחק סימבולי פשוט (כולל העמדת פנים עצמית והעמדת פנים עם אחר) ו"משחק סימבולי מורכב"

(משחק מצרפי, היררכיה סימבולית ומשחק החלפה). על בסיס הרמות החדשות חושבו מדדים חדשים שהינם: סך כל הזמן ששוחקה כל רמה מתוך זמן המשחק הכללי, השכיחות והזמן הממוצע של אפיזודות במשחק הסימבולי הפשוט והשכיחות והזמן הממוצע של אפיזודות במשחק הסימבולי המורכב.

תכני המשחק הסימבולי: תכני המשחק הסימבולי קודדו על סולם בן 5 דרגות על פי שכיחות משחק הילד והאם, כאשר כל אחת מ-12 תכני המשחק קודדה בין 1 (לא הופיע) ל-5 (שכיחות גבוהה של התוכן): האכלה, אמבטיה, הלבשה וטיפול, השכבה, טיפול רפואי, מראה, בניה ותיקון, טלפון, שירותים, טיול והנאה, אגרסיה וניקיון. כל אחד מ-12 התכנים קבל ציון המתייחס לפרטנר שיזם את התוכן וציון המתייחס לתגובת הפרטנר השני ליזימה. הקידוד נעשה בהתאם לקו שהנחה מחקרים קודמים (Keren, et al., 2005). דפי הצינון מוצגים בנספח מספר 13.

צילום אינטראקציה אם-ילד בסיטואציה מעוררת דחק:

תצפית על ההתנהגות הרגשית של האם וילדה בתגובה לתזכורת הטראומה. הראיון עם האם אודות האירוע הטראומתי, ראיון שנמשך בין 40-60 דקות בממוצע, נערך בנוכחות הילד. בזמן שנסיינית אחת ראינה את האם, נסיינית נוספת עקבה אחר הילד וצלמה את התנהגות הילד ואמו.

קידוד: התנהגות האם, מצבה הרגשי, קוהרנטיות הנרטיב ועושרו הרגשי, מודעות למצבה ולמצוקת הילד כמו גם התגובה הרגשית וההתנהגותית של הילד לתזכורת הטראומה קודדה לאחר מכן על סולם בן 5 דרגות, כאשר באופן כללי 1 משמעותו רמות נמוכות ו-5 משמעותו רמות גבוהות. הכלי כלל 20 סקאלות אימהיות ו-15 סקאלות של הפעוט. פרוט הסקאלות מוצג בנספח מס' 14. דפי הקידוד מוצגים בנספח מס' 15. הכלי מבוסס על ה-Coding Interactive Behavior (CIB: Feldman, 1998), כלי אשר תוקף במחקרים רבים ונמצא רגיש לגיל הילד, קונטקסט המשחק וגורמי סיכון ביולוגים וסוציו-אמוציונאליים (Feldman & Eidelman, 2009; Feldman, Keran, Gross-Rozval, & Tyano, 2004; Feldman, Masalha, & Nadam, 2001; Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2002).

מהימנות בין שופטים נערכה מול בעלת דוקטורט בפסיכולוגיה בתחום מחקר קרוב במעבדה להתפתחות מוקדמת. בניתוח 15% מגודל המדגם הושגו 92% הסכמה. הסקאלות קובצו לשישה גורמים: שלושה של האם (רגישות אימהית-פרמטר התנהגותי, רגישות אימהית-פרמטר תמטי, חרדה אימהית) ושלושה של הפעוט (עוררות שלילית, חיפוש קרבה, התנהגות אגרסיבית. ציון בכל אחד מהגורמים חושב על ידי מיצוי הסקאלות שנכללו באותו גורם. הסקאלות שנכללו בכל גורם ונתוני עקביות פנימית (אלפא-קורנבאך) מוצגים בטבלה מספר 3.

טבלה מס' 3: ששת גורמי CIB - אינטראקציה מעוררת דחק

גורם	סקאלות	עקביות פנימית
רגישות אימהית – פרמטר מנטאלי	<ul style="list-style-type: none"> ▪ עושר תוכני ▪ טווח רגשי ▪ יכולת רפלקטיבית ▪ קוהרנטיות ▪ מודעות אימהית 	$\alpha = 0.800$
רגישות אימהית- פרמטר התנהגותי	<ul style="list-style-type: none"> ▪ קשב אימהי ▪ שיתוף מותאם ▪ נוכחות מרגיעה ▪ מגע 	$\alpha = .668$
חרדה אימהית	<ul style="list-style-type: none"> ▪ מוצפות רגשית ▪ סגנון אמוציונאלי ▪ לביליות רגשית ▪ חרדה אימהית 	$\alpha = .770$
עוררות שלילית- ילד	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ערות ▪ אפקט שלילי ▪ רמת מצוקה 	$\alpha = .820$
חיפוש קרבה- ילד	<ul style="list-style-type: none"> ▪ חיפוש קרבה ▪ התנהגות גרסיבית ▪ Proximity ▪ מיקוד באם ▪ הישענות על האם 	$\alpha = .840$
התנהגות אגרסיבית- ילד		

שלב ראשון- גיוס משתתפי המחקר: גיוס משתתפי המחקר נעשה לאחר קבלת אישורים לביצוע המחקר מועדת הלסינקי לאשור ניסויים בבני-אדם.

הגיוס נערך על ידי עוזרות מחקר באזורים שנחשפו לאירועי לחימה וטרור מתמשך לקבוצות הניסוי ובאזורים אשר לא נחשפו לאירועי טרור לקבוצת הביקורת. הגיוס למחקר נעשה בעזרת מודעות שנתנו/חולקו באזורים הרלוונטיים וכן בשיטת חבר-מביא חבר. עוזרות המחקר ערכו שיחת טלפון עם אימהות שהתעניינו בהשתתפות במחקר, נתנו הסבר קצר אודות מטרת המחקר ואודות הליכים שיערכו בעת ביקור הבית. בנוסף, נבחנה מידת ההתאמה של הילדים למחקר, מבחינת החשיפה לאירוע טראומטי, גיל הילד ושלילת בעיות התפתחותיות ידועות. האימהות קבלו הנחיה כי עליהן לשהות לבדן עם הילד שהשתתף במחקר, כאשר הילד ערני ושבע.

שלב שני- ביקור בית: שלב זה התנהל ע"י עוזרות המחקר בביתם של המשתתפים במחקר. בראשית המפגש, ניתן לאימהות הסבר מפורט אודות המחקר, מטרתו והליך המפגש. האימהות נתבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת לגבי השתתפותם בשלב זה של המחקר (נספח מס' 16). לאחר שניתן ההסבר, בוצעו הליכי המחקר. המפגש כולו צולם במצלמת וידאו, כאשר עוזרת מחקר אחת מנחה את המפגש והשנייה מצלמת את ההליכים השונים. סדר ההליכים הועבר תמיד בסדר זהה ויפורט להלן: בתחילה צולמו 10 הדקי של האינטראקציה אם-ילד, לאחריה האם הונחתה לבקש מהילד לאסוף את הצעצועים (Pick-Up), נערך ראיון עם האם אודות האירוע הטראומטי שחוה הילד בנוכחות הילד ותגובת הילד להזכרת האירוע הטראומטי צולמה. לאחר מכן הוצגו בפני הילד 4 מסיכות שמטרתן לעורר אפקט שלילי כאשר המסכות הוצגו על ידי עוזרת המחקר בסדר קבוע בזמן שהאם יושבת לצד הפעוט או שהפעוט יושב בחיקה. שאלוני הדווח העצמי מולאו לאחר סיום כל ההליכים. משך הביקור נע בין שעתיים לשלוש שעות כפועל יוצא מאורך תשובות האם בראיון אודות הטראומה וזמן מילוי השאלונים. בסיום הביקור הוענק למשתתפים סכום כסף בתלושים כתודה על השתתפותם במחקר. בנוסף, במידה והאם הביעה רצון לשלוח קלטת עם סרט הביקור.

תוצאות

ניתוח הנתונים יוצג בשלושה חלקים. בחלק הראשון יוצגו השוואות בין קבוצות המחקר. בחלק השני יוצגו מתאמים בין משתני המחקר. בחלק השלישי יוצגו מודלי רגרסיה לניבוי אספקטים שונים של התפתחות הילד.

פרק א' - השוואה בין ארבעת קבוצות המחקר.

בפרק זה ייבחנו השערות אודות הבדלים בין ארבעת קבוצות המחקר במשתני המחקר. כאמור קבוצות המחקר הם פעוטות העונים על קריטריוני DC:0-3 לקבלת אבחנה של PTSD אשר יקראו להלן: 'PTSD' (n=37), פעוטות אשר גלו מצוקה פוסט-טראומטית ועונים על הקריטריונים בצורה חלקית אשר יקראו להלן 'PTD' (n=37), פעוטות שנחשפו לטרור וללחימה אך ללא אבחנה של הפרעה או מצוקה פוסט-טראומטית ויקראו להלן 'Exp-No' (n=79) וקבוצת ביקורת אשר מורכבת מילדים שלא נחשפו לאירועי טרור וללחימה (n=79). ראשית, יוצגו הממצאים הבודקים את משתני האם והילד שהתקבלו מדווח האם. שנית, יוצגו הממצאים אודות סגנונות התנהגות הילד והאם בעת אזכור האירוע הטראומטי. שלישית, יוצגו הממצאים הקשורים לקשר אם-פעוט. רביעית, יוצגו הממצאים הקשורים לרמות המשחק הסימבולי ולבסוף יוצגו הממצאים הקשורים ליכולות הוויסות של הפעוט. יצוין כי המונח אינטראקציה מתייחס למשחק של האם והתינוק ולא למונח הסטטיסטי, אלא אם כן צוין מפורשות 'אינטראקציה בין המשתנים'.

א.1. הבדלים בין הקבוצות ברגשות המצוקה של האם

על מנת לבחון את ההבדלים בין 4 קבוצות האבחנה (המשתנה הבלתי-תלוי) בוצע ניתוח שוונת מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו מדדי רגשות המצוקה של האם: דיכאון, חרדה מצבית ותכונתית, מדדי הפוסט טראומה ותמיכה חברתית. השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השוונת המרובה נמצא מובהק ($F_{(30,602.39)}=3.11, p<0.001, \text{Eta}^2=0.13$). בנייתו נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. בנייתו השוונת נמצאו הבדלים מובהקים בין ארבעת קבוצות האבחנה בכל מדדי רגשות המצוקה של האם. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. בכל מדדי רגשות המצוקה של האם, מלבד מדדי התמיכה החברתית התקבל כי קבוצת האימהות לפעוטות עם PTSD הראו מדדים גבוהים יותר מאלו של האימהות לילדי PTD, ילדי Exp-NO וילדי הביקורת. כמו כן אימהות לילדי הקבוצה Exp-NO הראו מדדים גבוהים יותר מאלו של האימהות לילדי קבוצת הביקורת. במדד ה"חרדה המצבית" נמצא בנוסף כי אימהות לפעוטות עם PTD קבלו ציון גבוה יותר במדד זה מאימהות לילדי קבוצת הביקורת.

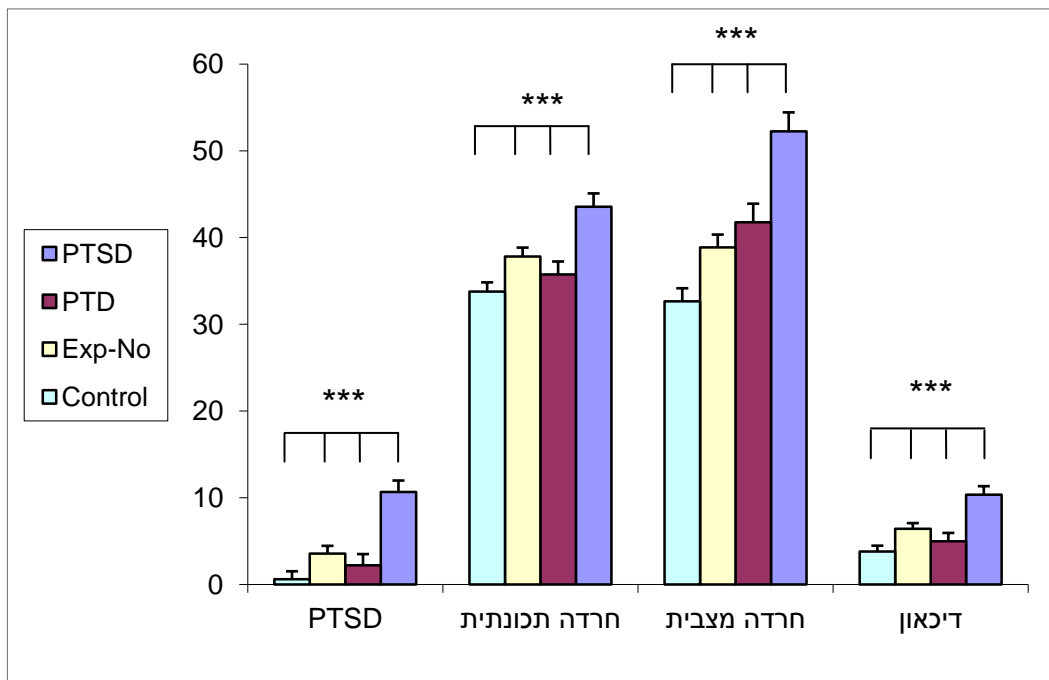
לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במידת התמיכה החברתית.
 טבלה מספר 4 מציג את ממוצעי מדדי רגשות המצוקה של האם בכל אחת מקבוצות האבחנה ואת מובהקות ההבדלים.

טבלה מס' 4: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בין הקבוצות במדדי רגשות המצוקה של האם.

Eta²	F	NO-PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
		M (SD)	M(SD)	M (SD)	M (SD)	
0.13	10.35***	3.79(0.68)	6.41(0.66)	4.98(0.96)	10.35(0.98)	דיכאון
0.20	18.16***	32.64(1.51)	38.87(1.47)	41.76(2.14)	52.24(2.19)	חרדה מצבית
0.12	9.54***	33.77(1.06)	37.81(1.03)	35.75(1.49)	43.56(1.53)	חרדה תכונתית
						מדדי פוסט-טראומה
60.1	13.88***	0.21(0.29)	1.9(0.29)	0.86(0.42)	3.59(0.43)	חוויה מחדש
0.11	8.83***	0.28(0.36)	1.33(0.35)	0.63(0.51)	3.41(0.52)	הימנעות
0.14	12.24***	0.16(0.33)	1.26(0.33)	0.73(0.47)	3.70(0.48)	עוררות
0.15	13.15***	0.05(0.19)	0.76(0.18)	0.48(0.26)	2.11(0.27)	תפקוד
0.16	13.34***	0.61(0.91)	3.56(0.89)	2.21(1.29)	10.66(1.32)	ציון כולל
						תמיכה חברתית
0.01	1.18 n.s.	68.98(1.92)	69.32(1.88)	66.87(2.72)	63.43(2.78)	תחושת תמיכה חברתית
0.01	0.88 n.s.	21.34(1.22)	19.34(1.19)	18.36(1.72)	18.87(1.77)	מידת התמיכה החברתית

p<0.001***

תרשים מס' 2: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במצבה הרגשי של האם, לפי קבוצה



לסיכום, הממצאים אודות מצבה הרגשי של האם מראים כי אימהות מקבוצת PTSD הראו מצוקה רגשית גבוהה יותר מאלו של אימהות מיתר הקבוצות. כמו כן, אימהות מקבוצת Exp-no הראו מצוקה רגשית גבוהה יותר מאימהות מקבוצת הביקורת.

א.2. הבדלים בין הקבוצות במשתני הפעוט

א.2.א. מצב הרגשי וטמפרמנט הפעוט.

על מנת לבחון את ההבדלים בין 4 קבוצות האבחנה בוצע ניתוח שונות מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו: בעיות חברתיות ורגשיות, יכולות חברתיות ורגשיות, בעיות התנהגות מסוג הפנמה, החצנה ובעיות כלליות. ניתוח שונות נוסף מסוג MANCOVA בו המשתנה התלוי היה הטמפרמנט של הפעוט בוצע גם כן.

השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע בשני ניתוחי השונות, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השונות המרובה שבדק הבדלים במצבו הרגשי של הפעוט נמצא מובהק ($F_{(30,593.58)}=3.02, p<0.001, \text{Eta}^2=0.13$). נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם.

נמצאו הבדלים מובהקים בין ארבעת קבוצות האבחנה בכל מדדי מצבו הרגשי של הפעוט, מלבד בממד היכולות החברתיות והרגשיות. על מנת לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי קבוצת הפעוטות עם PTSD הראו מדדים גבוהים יותר מאלו של פעוטות מקבוצות PTD, Exp-NO ופעוטות מקבוצת הביקורת בכל המדדים של מצבו הרגשי של הפעוט. כמו כן, נמצא כי פעוטות מקבוצת Exp-NO הראו יותר בעיות שינה מפעוטות מקבוצת הביקורת וכי פעוטות מקבוצת PTD הראו יותר בעיות של חרדה ודיכאון מילדי קבוצת הביקורת.

ניתוח השונויות המרובה שבדק הבדלים בטמפרמנט של הילד נמצא מובהק. ($F_{(24,629.97)}=2.08$, $p<0.005$, $Eta^2=0.07$). נמצאו הבדלים מובהקים במדדי כעס, רגיעה עצמית ועצבות. כמו כן נמצא הבדל מובהק בקרוב בממד האקטיביות. על מנת לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. נמצא כי פעוטות מקבוצת PTSD הראו מדדים גבוהים יותר של כעס ועצב מאשר יתר הקבוצות ומדדים נמוכים יותר של רגיעה עצמית מאשר הפעוטות מיתר הקבוצות. לגבי מדד האקטיביות, נמצא כי פעוטות מקבוצת PTSD הראו רמות גבוהות יותר של אקטיביות מאשר פעוטות מקבוצת PTD ו- Exp-NO אך לא נמצא הבדל משמעותי בין קבוצת PTSD לקבוצת הביקורת. טבלה מספר 5 מציגה את ממוצעי מדדי מצבו הרגשי והטמפרמנט של הילד בכל אחת מקבוצות החשיפה ואת מובהקות ההבדלים.

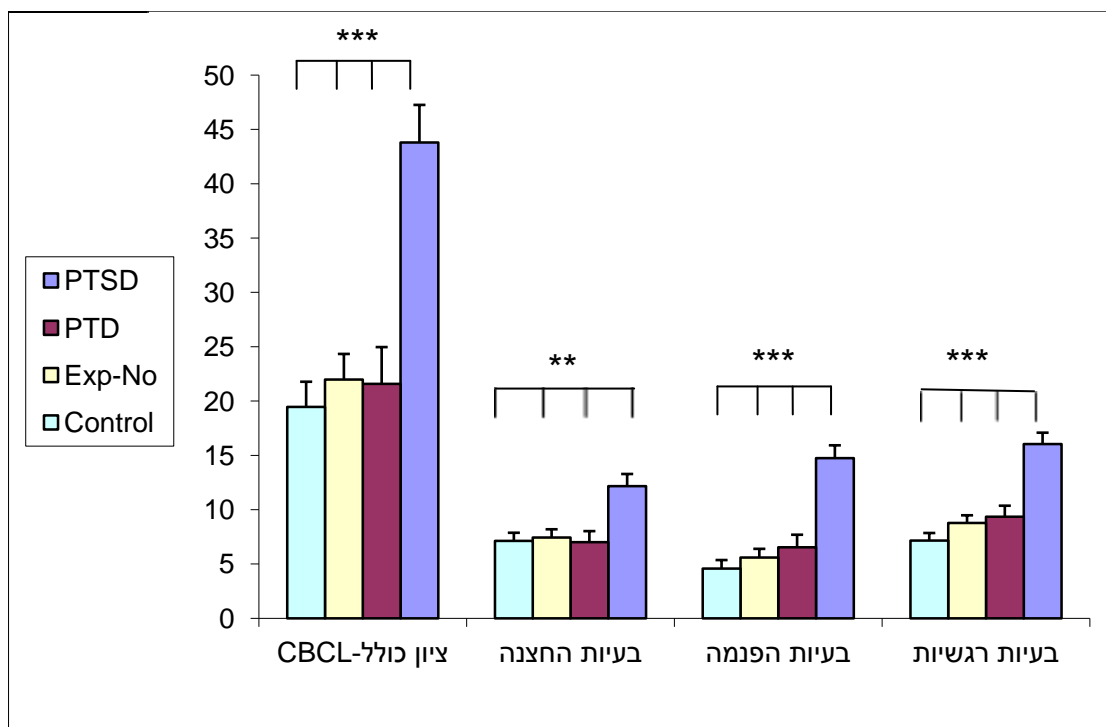
טבלה מס' 5: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בין הקבוצות במדדי מצב רגשי וטמפרמנט

Eta ²	F	NO-PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
		M (SD)	M(SD)	M (SD)	M (SD)	
הערכה רגשית						
0.19	16.69***	7.16(0.70)	8.78(0.71)	9.35(1.02)	16.04(1.05)	בעיות חברתיות ורגשיות
0.02	1.40n.s.	16.63(0.42)	15.63(0.43)	16.70(0.62)	15.63(0.63)	יכולות חברתיות ורגשיות
הערכת בעיות התנהגות						
0.20	17.89***	4.58(0.79)	5.59(0.81)	6.54(1.16)	14.74(1.19)	<u>בעיות הפנמה</u>
0.14	11.64***	0.95(0.22)	1.06(0.22)	1.12(0.31)	3.11(0.32)	תגובתיות רגשית
0.18	15.21***	1.60(0.25)	2.04(0.26)	2.70(0.37)	4.62(0.38)	חרדה/דיכאון
0.13	10.61***	1.40(0.28)	1.49(0.28)	1.78(0.41)	4.07(0.42)	תלונות סומאטיות
0.16	14.01***	0.63(0.20)	1.00(0.20)	0.93(0.29)	2.94(0.30)	נסיגה חברתית
0.07	5.37**	7.12(0.76)	7.44(0.76)	7.01(1.02)	12.16(1.13)	<u>בעיות החצנה</u>
0.07	5.09**	1.30(0.18)	1.43(0.18)	1.44(0.26)	2.51(0.27)	בעיות קשב
0.06	4.48**	5.81(0.64)	6.01(0.65)	5.57(0.93)	9.64(0.95)	התנהגות תוקפנית
0.08	6.09**	5.95(0.95)	6.25(0.96)	5.73(1.38)	12.62(1.42)	בעיות אחרות

0.09	7.53 ^{**}	1.79(0.29)	2.69(0.29)	2.30(0.42)	4.27(0.43)	בעיות שינה
0.15	12.31 ^{***}	19.45(2.33)	21.98(2.36)	21.58(3.39)	43.79(3.47)	ציון כללי
טמפרמנט						
0.03	2.26 ⁺	4.09(0.09)	3.98(0.09)	3.87(0.14)	4.35(0.14)	אקטיביות
0.01	0.90n.s.	5.74(0.08)	5.55(0.08)	5.69(0.13)	5.71(0.13)	הנאה
0.12	1.26n.s.	3.57(0.14)	3.61(0.13)	3.95(0.19)	3.90(0.20)	פחד חברתי
0.01	1.17n.s.	4.62(0.09)	4.55(0.09)	4.86(0.14)	4.58(0.14)	עניין
0.04	3.48 [*]	3.89(0.10)	3.95(0.10)	3.79(0.15)	4.41(0.15)	כעס
0.06	5.16 ^{**}	4.97(0.08)	5.00(0.08)	4.84(0.12)	4.45(0.12)	רגיעה עצמית
0.09	7.86 ^{***}	3.92(0.09)	3.89(0.09)	3.90(0.13)	4.62(0.13)	עצב
0.01	1.13n.s.	4.31(0.09)	4.35(0.09)	4.56(0.13)	4.23(0.14)	שליטה בעכבות

p<0.001^{***} p<0.01^{**} p<0.05^{*} p<.1⁺

תרשים מס' 3: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי ההערכה הרגשית-חברתית והערכת בעיות ההתנהגות של הפעוט, לפי קבוצה



לסיכום, הממצאים אודות מצבו הרגשי של הפעוט מראים כי פעוטות מקבוצת PTSD מאופיינים בביטוי של בעיות חברתיות ורגשיות כמו גם בעיות התנהגות מסוג הפנמה והחצנה. בנוסף, פעוטות מקבוצה זו מאופיינים במדדים גבוהים של כעס ועצב ויכולת נמוכה לרגיעה עצמית. בנוסף, הם ביטאו רמת פעילות גבוהה יותר משל שאר הפעוטות שנחשפו לטרור. פעוטות מקבוצת PTSD מאופיינים בביטוי רב של דיכאון וחרדה ביחס לקבוצת הביקורת. פעוטות מקבוצת Exp-No מבטאים יותר בעיות שינה מאשר קבוצת הביקורת.

א.2.ב. יכולות ויסות של הפעוט

בחלק זה יוצגו ממצאים המתייחסים ליכולות הויסות של הפעוט כפי שנבדקו בשני פרדיגמות שונות. ראשית יוצגו ממצאים מתוך מטלת הבודקת צייתנות (איסוף צעצועים). אחר כך יוצגו ממצאים מתוך מטלה מעוררת פחד (מסיכות).

א.2.ב.1. ויסות רגשי

להלן יוצגו ממצאי ניתוחי MANCOVA אשר נערכו לשם השוואת התנהגויות הפעוט במטלה מעוררת פחד (אפקט, ווקליזציה, התנהגויות ויסות).

ניתוח MANCOVA לשכיחות האפקט של הפעוט (חיובי, שלילי, הפתעה, ניטראלי) העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה. ($F_{(12,553.25)}=2.27, p<0.05, \text{Eta}^2=0.04$). השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם.

נמצא הבדל מובהק במדד האפקט השלילי. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי במהלך הפרוצדורה נצפו יותר אפיזודות של אפקט שלילי אצל פעוטות מקבוצת PTSD מאשר פעוטות מקבוצת PTSD ופעוטות מקבוצת הביקורת.

ניתוח MANCOVA לאחוז האפקט של הפעוט במהלך המטלה (חיובי, שלילי, הפתעה, ניטראלי) לא העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(12,533.25)}=1.44, n.s.$). אולם בניתוחי ה-ANOVA התקבל הבדל מובהק לאחוז האפקט השלילי. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי פעוטות מקבוצת PTSD הראו במוצע יותר אפקט שלילי במהלך הפרוצדורה מאשר פעוטות מקבוצת PTSD ופעוטות מקבוצת הביקורת.

ניתוח MANCOVA לשכיחות סוגי המלל של הפעוט (ללא מלל, צחוק/צהלה, מלמול, רטינה, בכי, דיבור) העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה. ($F_{(18,585.97)}=1.66, p<0.05, \text{Eta}^2=0.05$). השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. נמצא הבדל קרוב למובהק במדד המלמול. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי בקבוצת PTSD נצפו פחות אפיזודות של מלמול באופן מובהק מאשר בקבוצת Exp-No ובקבוצת הביקורת.

ניתוח MANCOVA לאחוז סוגי המלל של הפעוט (ללא מלל, צחוק/צהלה, מלמול, רטינה, בכי, דיבור) לא העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(18,585.97)}=1.41, n.s.$). אולם בניתוחי ה-ANOVA התקבל הבדל מובהק לאחוז המלמול. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי הפעוטות מקבוצת הביקורת מלמלו יותר מפעוטות קבוצת PTSD ופעוטות קבוצת PTD באופן מובהק.

ניתוח MANCOVA לשכיחות ההתנהגויות של הפעוט (בריחה, נסיגה, התקרבות, הסתתרות, ללא תזוזה) לא העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(15,574.59)}=1.38, n.s.$). אולם בניתוחי ה-ANOVA התקבל הבדל מובהק לשכיחות התנהגות הבריחה והבדל קרוב למובהק לשכיחות התנהגות הנסיגה. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי פעוטות מקבוצת PTSD מראים יותר אפיזודות של בריחה ונסיגה מפעוטות מקבוצת הביקורת.

ניתוח MANCOVA לאחוז ההתנהגויות של הפעוט (בריחה, נסיגה, התקרבות, הסתתרות, ללא תזוזה) העלה הבדל מובהק בקרוב בין קבוצות האבחנה ($F_{(15,574.59)}=1.55, p<0.10$). נמצא הבדל מובהק לאחוז התנהגות הבריחה. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי הפעוטות מקבוצת PTSD מראים יותר התנהגות של בריחה מהפעוטות מקבוצת הביקורת.

ניתוח MANCOVA לשכיחות התנהגויות ניחוס (עצמי, אובייקט, אם, ללא ניחוס) העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(12,553.25)}=1.98, p<0.05, \text{Eta}^2=0.04$). השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. נמצא הבדל מובהק במדד חוסר הניחוס. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי בקבוצת PTSD נצפו יותר אפיזודות בהם התנהגות הפעוט היתה 'ללא ניחוס' באופן מובהק מפעוטות שאר הקבוצות.

ניתוח MANCOVA לאחוז התנהגויות ניחוס (עצמי, אובייקט, אם, ללא ניחוס) העלה הבדל מובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(12,553.25)}=2.02, p<0.05, \text{Eta}^2=0.04$). השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. נמצא הבדל מובהק במדד הניחוס על ידי האם. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי הפעוטות מקבוצת PTSD בעלי ציון נמוך באופן מובהק מהפעוטות מקבוצת הביקורת.

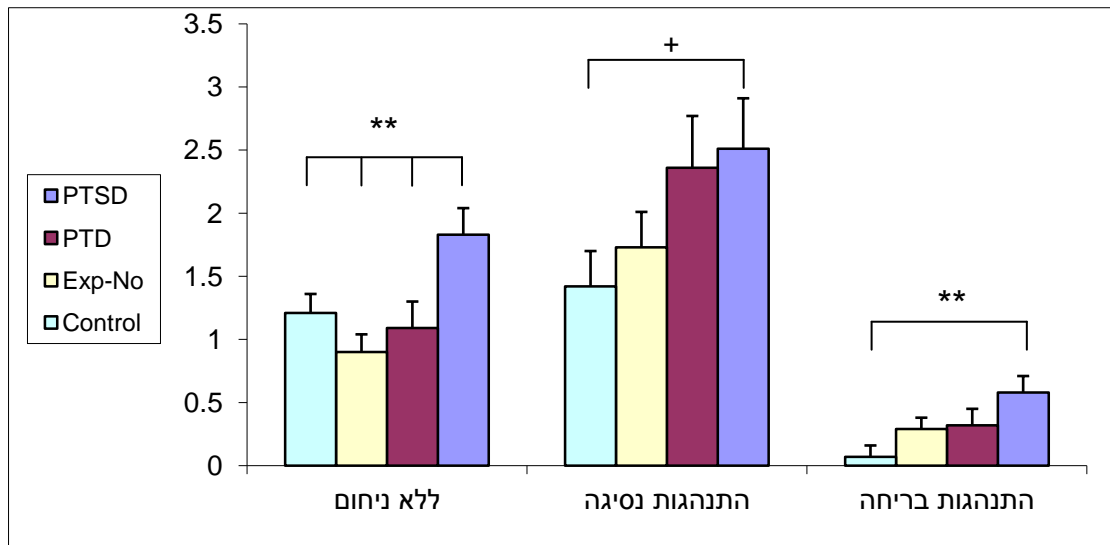
ניתוחי שונות חד-משתנים שיצאו מובהקים מדווחים בטבלה מספר 6.

טבלה מס' 6: ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות ואחוז מדדי הפעוט במטלה מעוררת פחד.

Eta ²	F	NO-PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
		M (SE)	M(SE)	M (SE)	M (SE)	
0.04	3.13*	0.11(0.09)	0.28(0.09)	0.11(0.13)	0.56(0.13)	אפקט שלילי (שכיחות)
0.04	2.88*	0.83(1.15)	3.63(1.13)	0.62(1.64)	5.92(1.64)	אפקט שלילי (אחוז)
0.03	2.21 ⁺	0.69(0.11)	0.66(0.11)	0.48(0.16)	0.24(0.15)	מלמול (שכיחות)
0.04	2.93*	8.58(1.51)	5.39(1.47)	2.35(2.15)	2.02(2.14)	מלמול (אחוז)
0.05	3.56**	0.07(0.09)	0.29(0.09)	0.32(0.13)	0.58(0.13)	התנהגות בריחה (שכיחות)
0.03	2.17 ⁺	1.42(0.28)	1.73(0.28)	2.36(0.41)	2.51(0.04)	התנהגות נסיגה (שכיחות)
0.05	3.47*	0.71(1.71)	5.01(1.67)	5.12(2.43)	10.22(2.43)	התנהגות בריחה (אחוז)
0.06	4.60**	1.21(0.15)	0.90(0.14)	1.09(0.21)	1.83(0.21)	ללא ניחום (שכיחות)
0.03	2.14 ⁺	19.64(3.14)	13.65(3.07)	9.93(4.47)	6.95(4.46)	ניחום ע"י האם (אחוז)

p<0.01** p<0.05* p<.1⁺

תרשים מס' 4: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי ויסות רגשי של הפעוט, לפי קבוצה



א.2.2.2. ויסות חברתי

ניתוח MANCOVA לשכיחות מדדי צייתנות הפעוט במטלת איסוף צעצועים על פי קבוצות האבחנה העלה הבדל מובהק בין ארבעת קבוצות האבחנה ($F_{(12,524.15)}=2.64, p<0.05, \text{Eta}^2=0.05$). המשתנה "פסק זמן" הוצא מניתוח השונויות מכיוון שפחות מ-3% מהנבדקים הראו התנהגות זו, תכונה אשר לא תואמת לדרישות הסטטיסטיות הדרושות למבחן זה. כמו כן, נבדק מקבוצת הביקורת הוצא מניתוח השונויות מכיוון שציונו במדד הצייתנות המצבית היה למעלה מ-3 ס"ת מעל הממוצע.

השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. נמצא הבדל מובהק במדד אי הציות, מדד הצייתנות המצבית ובמדד הצייתנות מתוך מחויבות. על מנת לבחון את מקור ההבדלים בוצע ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. נמצא כי פעוטות מקבוצת Exp-NO הראו יותר התנהגות של אי-ציות מקבוצת PTSD, PTD וקבוצת הביקורת. במדד הצייתנות המצבית, פעוטות קבוצת ה-Exp-NO הראו מדדים גבוהים יותר מפעוטות קבוצת PTSD ופעוטות קבוצת הביקורת. לעומת זאת, במדד הצייתנות מתוך מחויבות הפעוטות מקבוצת PTSD וקבוצת PTD הראו ערכים גבוהים יותר משל קבוצת Exp-NO. פעוטות מקבוצת PTD הראו מדדים גבוהים יותר אף מפעוטות קבוצת הביקורת.

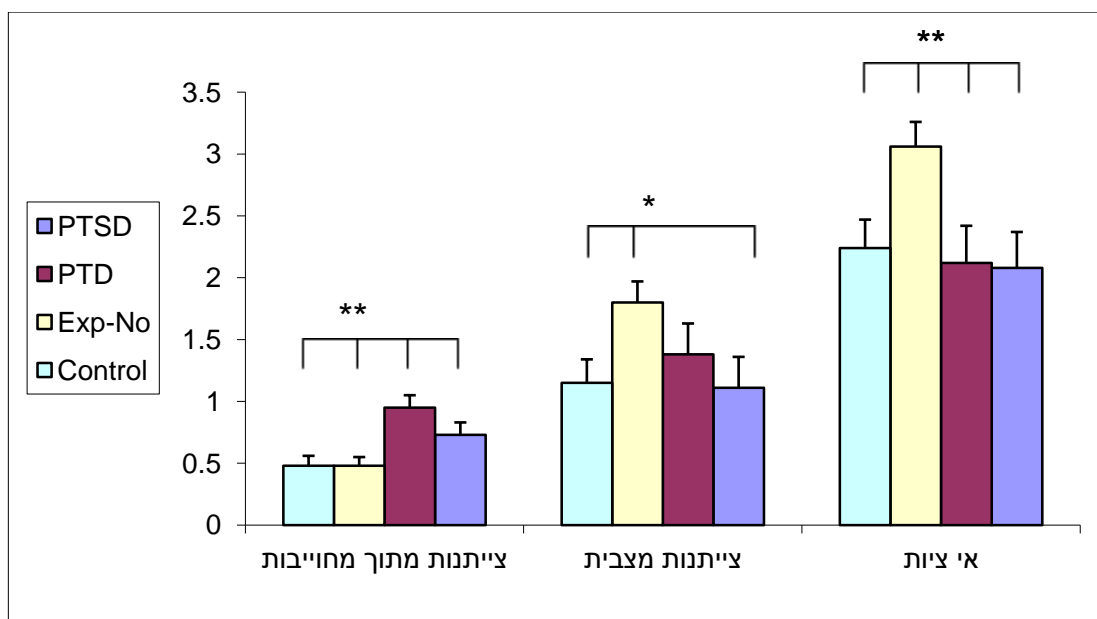
בנוסף, ניתוח MANCOVA לפרופורציה של כל אחת מההתנהגויות מסך ההליך כולו התקבל הבדל קרוב למובהק בין קבוצות האבחנה. ($F_{(12,524.15)}=1.71, p=0.06, \text{Eta}^2=0.03$). כאמור, המשתנה "פסק זמן" הוצא מניתוח השונויות, כמו גם נבדק מקבוצת הביקורת. השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם.

נמצא הבדל מובהק במדד הציטנות המצבית ומדד הציטנות מתוך מחוייבות. על מנת לבחון את מקור ההבדלים בוצע ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. נמצא כי הפעוטות מקבוצת PTSD ו-PTD הראו מדדים גבוהים באופן מובהק מפעוטות קבוצת Exp-NO ופעוטות קבוצת הביקורת במדד הציטנות מתוך מחוייבות. בנוסף, פעוטות קבוצת Exp-No הראו מדדים גבוהים יותר במדד הציטנות המצבית מפעוטות קבוצת הביקורת. ניתוחי השונות של שכיחות ופרופורציית מדדי הציטנות מדווחים בטבלה מספר 7.

טבלה מס' 7: ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות מדדי הציטנות של הפעוט

Eta²	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	
0.06	4.21**	2.24(0.23)	3.06(0.20)	2.12(0.30)	2.08(0.29)	אי-ציות (שכיחות)
0.02	1.64n.s	57.27(3.68)	52.63(3.27)	46.51(4.87)	45.56(4.80)	אי ציות (אחוז)
0.03	1.81n.s	0.83(0.17)	1.25(0.15)	0.71(0.23)	0.93(0.22)	התנגדות (שכיחות)
0.01	0.64n.s	10.51(2.06)	10.67(1.83)	6.95(2.72)	7.67(2.68)	התנגדות (אחוז)
0.04	2.82*	1.15(0.19)	1.80(0.17)	1.38(0.25)	1.11(0.25)	ציטנות מצבית (שכיחות)
0.04	2.62 ⁺	12.37(2.11)	17.69(1.87)	9.05(2.79)	12.66(2.75)	ציטנות מצבית (אחוז)
0.08	5.97**	0.48(0.08)	0.48(0.07)	0.95(0.10)	0.73(0.10)	ציטנות מתוך מחויבות (שכיחות)
0.06	4.62**	18.62(3.87)	18.41(3.44)	36.33(5.12)	34.00(5.05)	ציטנות מתוך מחויבות (אחוז)

p<0.01** p<0.05* p<.1⁺



לסיכום הממצאים אודות משתני הוויסות הרגשי של הפעוט, בנוגע למאפייני הוויסות הרגשי, נמצא כי פעוטות מקבוצות PTSD הגיבו באופן השלילי ביותר למטלה מעוררת פחד אך יחד עם זאת הראו הכי מעט ניסיונות לוויסות והרגעה והתנהגותם אופיינה בבריחה ונסיגה. לעומתם, קבוצת הביקורת, כמצופה בסיטואציה מעוררת פחד, הרבתה לפנות לאם לניחום. בנוגע למאפייני הוויסות החברתי, נמצא כי כאשר פעוטות מקבוצות PTSD ו-PTD נדרשים למלא אחר משימה הם נוטים לציית מתוך מחוייבות, בעוד פעוטות מקבוצת Exp-NO נוטים לא לציית לבקשת ההורה או לציית רק בתגובה לבקשה חוזרת ונשנית.

א.3. הבדלים בין הקבוצה במדדי הדיאדה

בחלק זה יוצגו ממצאים אודות הקשר הורה-פעוט. תחילה יוצגו ממצאים אודות איכות האינטראקציה הדיאדית במשחק חופשי. לאחר מכן, יוצגו ממצאים אודות סגנון ההתנהגות של הדיאדה בעת אירוע מעורר דחק (אזכור האירוע הטראומתי).

א.3.א. הערכת אינטראקציה אם-ילד בזמן משחק חופשי

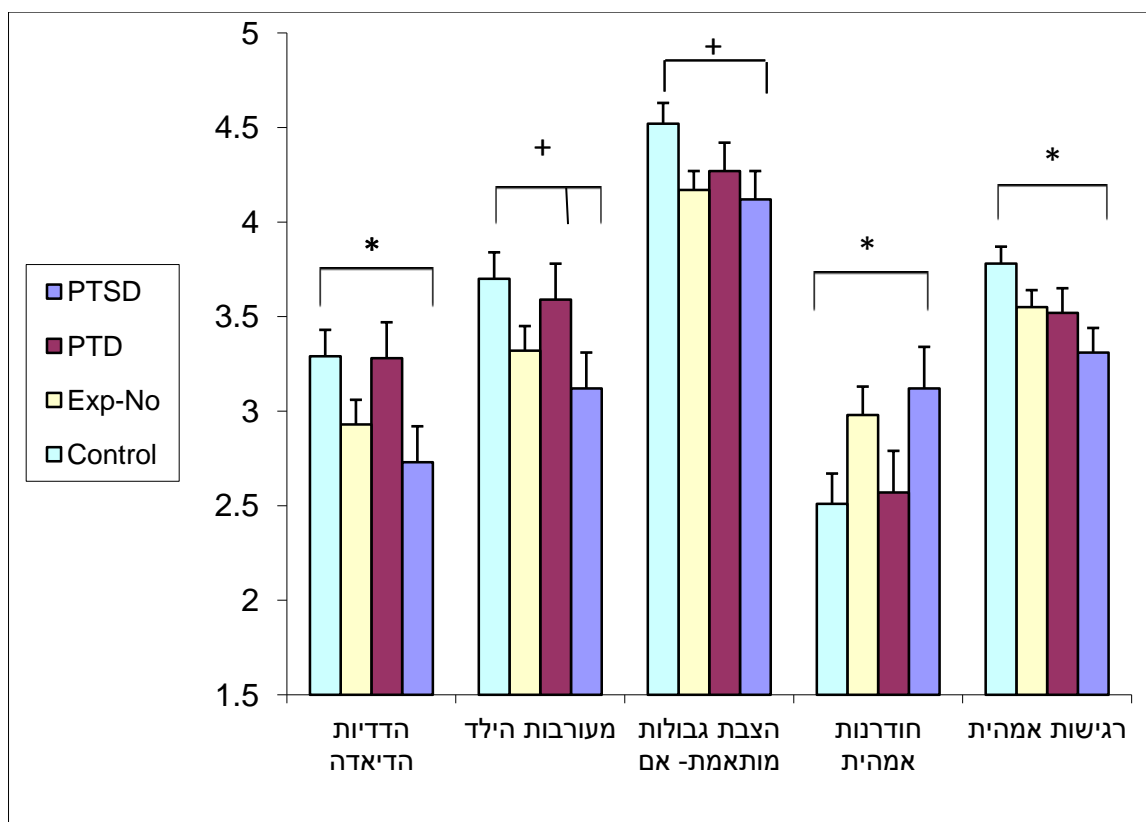
ניתוח MANOVA למדדי הניתוח הגלובלי של האינטראקציה העלה הבדל קרוב למובהק בין קבוצות האבחנה ($F_{(18,535.06)}=1.61, p<0.10, \text{Eta}^2=0.05$). נמצא הבדל מובהק במדד הרגישות, חודרנות, ומעורבות הילד. כמו כן, נמצא הבדל מובהק בקרוב למדד הצבת גבולות ומדד הדדיות. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי אימהות לפעוטות מקבוצת PTSD הראו התנהגות פחות רגישה ופחות שימת גבולות, יחד עם התנהגות

חודרנית גבוהה יותר מאשר אימהות לפעוטות מקבוצת הביקורת. כמו כן, פעוטות קבוצת PTSD הראו פחות מעורבות מפעוטות קבוצת PTD ופעוטות מקבוצת הביקורת. לגבי מדד ההדדיות- התקבל כי הדיאדה של קבוצת PTSD קבלה ציונים נמוכים באופן מובהק מקבוצת הביקורת. טבלה מספר 8 מציגה את ממוצעי מדדי הניתוח הגלובלי של האינטראקציה בכל אחת מקבוצות החשיפה ואת מובהקות ההבדלים.

טבלה מס' 8: ממוצעים, סטיות תקן ומובהקות ההבדלים של מדדי הניתוח הגלובלי של האינטראקציה.

Eta²	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	
0.05	3.23*	3.78(0.09)	3.55(0.09)	3.52(0.13)	3.31(0.12)	רגישות אם
0.04	2.75*	2.51(0.16)	2.98(0.15)	2.57(0.22)	3.12(0.21)	חודרנות אם
0.04	2.45 ⁺	4.52(0.11)	4.17(0.10)	4.27(0.15)	4.12(0.14)	הצבת גבולות
0.04	2.71 ⁺	3.70(0.14)	3.32(0.13)	3.59(0.19)	3.12(0.18)	מעורבות הילד
0.04	2.88*	3.29(0.14)	2.93(0.13)	3.28(0.19)	2.73(0.18)	הדדיות

* $p < .1$ ⁺ $p < 0.05$



לסיכום, הממצאים אודות סגנונות ההתנהגות של הפעוט והאם בזמן משחק חופשי מראים כי אמהות מקבוצת PTSD מאופיינות בהתנהגות חודרנית יותר ורגישה פחות, יחד עם הצבת גבולות מופחתת ביחס לקבוצת הביקורת וילדי קבוצה זו הראו פחות מעורבות מפעוטות מקבוצת הביקורת. כמו כן הדיאדה של קבוצת PTSD אופיינה בהדדיות מופחתת ביחס לקבוצת הביקורת.

א.3.ב. הערכת אינטראקציה אם-ילד בעת אזכור האירוע הטראומטי

ראשית יוצגו הממצאים אודות סגנונות ההתנהגות של הפעוט בעת אזכור האירוע הטראומטי. אחר כך יוצגו הממצאים אודות סגנון ההתנהגות של האם בעת הראיון אודות האירוע הטראומטי. ניתוח MANCOVA לשני סגנונות התנהגות הפעוט ולהתנהגות האגרסיבית בעת הראיון הטראומה על פי קבוצות האבחנה העלה הבדל מובהק בין ארבעת קבוצות האבחנה ($F_{9,472.29}=2.63$, $p<0.01$, $Eta^2=0.04$). שני נבדקים מקבוצת הביקורת הוצאו מניתוח השונות מכיוון שציונם במדד חיפוש הקרבה היה למעלה מ-3 ס"ת מעל הממוצע.

השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. נמצא הבדל מובהק במדד העוררות השלילית בהתנהגות האגרסיבית והבדל קרוב למובהק במדד התלותיות הרגשית. על מנת לבחון את מקור

ההבדלים בוצע ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. נמצא כי פעוטות מקבוצת הביקורת קבלו ציונים נמוכים במדד העוררות השלילית באופן מובהק הן מקבוצת PTSD והן מקבוצת Exp-No. כמו כן, נמצא כי פעוטות מקבוצת Exp-No קבלו ציונים גבוהים באופן מובהק במדד ההתנהגות האגרסיבית וציונים גבוהים באופן מובהק בקרוב במדד 'חיפוש קרבה' מפעוטות מקבוצת הביקורת. תוצאות ניתוחי השונויות מוצגים בטבלה מספר 9.

ניתוח MANCOVA נוסף שבוצע לשלושת סגנונות התנהגות האם בעת ראיון הטראומה על פי קבוצות האבחנה העלה הבדל מובהק בין ארבעת קבוצות האבחנה ($F_{(9,472.29)}=4.96, p<0.001$, $Eta^2=0.07$) השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי יש השפעה מובהקת להשכלת האם ($F_{(3,194)}=5.02, p<0.005$, $Eta^2=0.07$).

נמצא הבדל מובהק במדד החרדה האימהית ובמדד היכולת הרפלקטיבית האימהית והבדל קרוב למובהק במדד התמיכה האימהית. על מנת לבחון את מקור ההבדלים בוצע ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. נמצא כי אימהות מקבוצת הביקורת קבלו ציונים נמוכים באופן משמעותי במדד החרדה האימהית משלושת הקבוצות האחרות. בנוסף, אימהות של קבוצת PTSD קבלו ציונים גבוהים באופן משמעותי במדד זה מאימהות לפעוטות מקבוצת PTSD. לגבי מדד ה'הכלה הרגשית' האימהית- נמצא כי אימהות לפעוטות מקבוצת הביקורת קבלו ציונים גבוהים באופן משמעותי במדד זה מיתר הקבוצות. במדד היכולת הרפלקטיבית של האם נמצא כי אימהות לפעוטות מקבוצת PTSD קבלו ציונים נמוכים באופן משמעותי מאימהות לפעוטות מקבוצת PTSD ופעוטות מקבוצת הביקורת. תוצאות ניתוחי השונויות מוצגים בטבלה מספר 9.

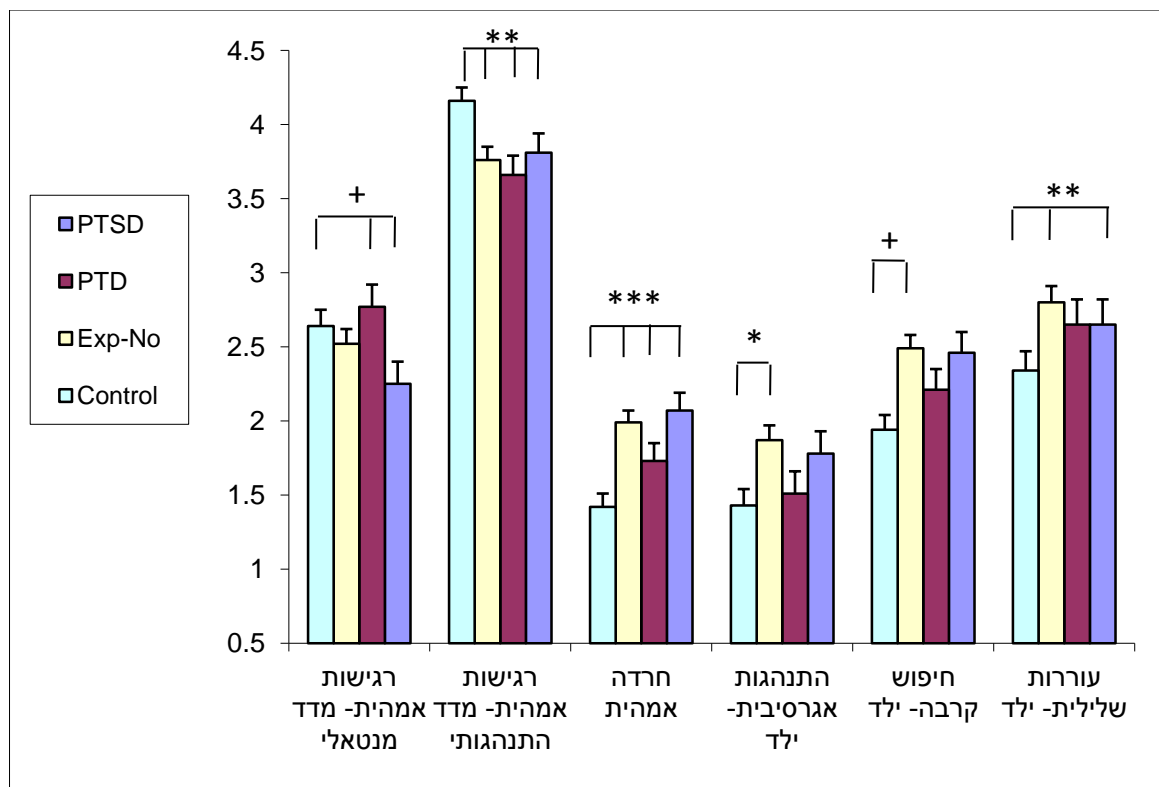
טבלה מס' 9: ממוצעים, סטיות תקן ומובהקות ההבדלים בסגנונות התנהגות האם והפעוט בעת אזכור הטראומה.

Eta^2	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	
0.07	5.23**	2.07(0.13)	2.71(0.12)	2.36(0.17)	2.70(0.17)	עוררות שלילית- ילד
0.04	2.63 ⁺	2.33(0.13)	2.80(0.11)	2.65(0.17)	2.66(0.17)	חיפוש קרבה- ילד
0.05	3.28*	1.43(0.11)	1.87(0.10)	1.51(0.15)	1.78(0.15)	התנהגות אגרסיבית
0.13	10.04***	1.42(0.09)	1.99(0.08)	1.73(0.12)	2.07(0.12)	חרדה - אם

0.06	4.44**	4.16(0.09)	3.76(0.09)	3.66(0.13)	3.81(0.13)	'הכלה רגישה'- אם
0.03	2.24 ⁺	2.64(0.11)	2.52(0.10)	2.77(0.15)	2.25(0.15)	'יכולת רפלקטיבית'-אם

p<0.001*** p<0.01** p<0.05* p<.1⁺

תרשים מס' 7: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים של ששת גורמי האינטראקציה בזמן דחק, לפי קבוצה



לסיכום, הממצאים אודות סגנונות ההתנהגות של הפעוט והאם בזמן אזכור הטראומה מראים כי פעוטות מקבוצת Exp-No מאופיינים בביטוי של עוררות שלילית, התנהגות אגרסיבית וחיפוש קרבה גבוהים ביחס לקבוצת הביקורת. אימהות לפעוטות מקבוצת PTSD מאופיינות בביטוי חרדה רבה יותר ויכולת רפלקטיבית נמוכה יותר מאימהות לקבוצת PTD ואילו אימהות לפעוטות מקבוצת הביקורת מאופיינות בביטוי חרדה נמוך יותר ויכולת הכלה רגשית גבוהה יותר מאימהות לפעוטות שאר הקבוצות.

א.3.ג. משחק סימבולי

בחלק זה יוצגו ממצאים המתייחסים לרמות המשחק הסימבולי ותוכנו. ראשית יוצגו ממצאים המתייחסים לרמות המשחק של הפעוט ולאחר מכן ממצאים אודות רמות המשחק של האם. לאחר מכן, יוצגו ממצאים אודות תכני המשחק הסימבולי.

א.1.ג.3. איכות המשחק הסימבולי

על מנת לבחון את ההבדלים ברמות המשחק של הפעוט בין 4 קבוצות האבחנה בוצע ניתוח שונות מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו ששת רמות המשחק. השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השונות המרובה נמצא מובהק ($F_{(18,25.57)}=2.06, p<0.05, \text{Eta}^2=0.05$). בניתוח נמצא כי יש השפעה מובהקת להשכלת האם. ($F_{(6,221)}=4.07, p<0.001, \text{Eta}^2=0.10$). נמצא כי קיים הבדל מובהק בין ארבעת קבוצות האבחנה במדדי משחק השיום, המשחק הסימבולי הפשוט והמשחק הסימבולי המורכב. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי פעוטות מקבוצת PTSD שחקו יותר משחק שיום מאשר פעוטות מקבוצת Exp-No ופעוטות מקבוצת הביקורת. פעוטות קבוצת הביקורת שיחקו פחות משחק סימבולי פשוט מפעוטות קבוצת PTSD ופעוטות קבוצת ה-Exp-No. לגבי המשחק המורכב- נמצא כי פעוטות מקבוצת Exp-No שחקו פחות משחק מורכב הן מקבוצת PTD והן מקבוצת הביקורת. טבלה מספר 10 מציגה את ממוצע הזמן מתוך סך זמן המשחק כולו שהוקדש לכל אחת מרמות המשחק.

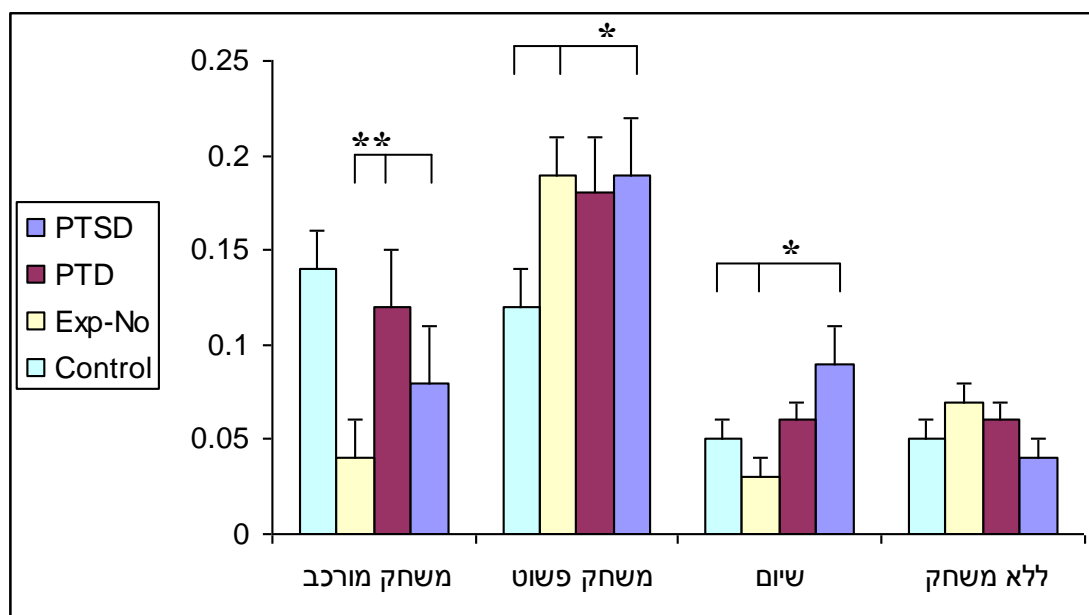
טבלה מס' 10: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בפרופורציה של כל אחת מרמות המשחק מתוך סך המשחק כולו.

Eta ²	F	NO-PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
		M (SE)	M(SE)	M (SE)	M (SE)	
0.01	n.s.1.03	0.05(0.01)	0.07(0.01)	0.06(0.01)	(0.01)0.04	אין משחק
0.01	n.s.0.52	0.01(0.00)	0.01(0.00)	0.01(0.00)	0.01(0.00)	חברתי
0.04	*3.48	0.05(0.01)	0.03(0.01)	0.06(0.01)	0.09(0.02)	שיום
0.02	n.s.1.86	0.50(0.03)	0.60(0.03)	0.51(0.05)	0.54(0.05)	פונקציונאלי

040.	3.21*	0.12(0.02)	0.19(0.02)	0.18(0.03)	0.19(0.03)	סימבולי פשוט
050.	4.00**	0.14(0.02)	0.04(0.02)	0.12(0.03)	0.08(0.03)	סימבולי מורכב
0.01	0.58n.s.	0.26(0.03)	0.24(0.03)	0.29(0.04)	0.28(0.04)	פשוט+מורכב

p<0.01** p<0.05*

תרשים מס' 8: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים במדדי איכות המשחק הסימבולי של הפעוט, לפי קבוצה



בנוסף, על מנת לבחון הבדלים נוספים באיכות וכמות המשחק הסימבולי בוצעו ניתוחי שונות מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו כמות האפיזודות והזמן הממוצע של כל אפיזודה של משחק פשוט, משחק מורכב ומשחק סימבולי כלשהו וכמות המשחק הממוצע של משחק פשוט, מורכב ומשחק סימבולי כלשהו.

השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השונות המרובה נמצא מובהק ($F_{(18,574.65)}=1.63, p<0.05, \text{Eta}^2=0.05$). ניתוח נמצא כי יש השפעה מובהקת להשכלת האם. ($F_{(6,203)}=2.54, p<0.05, \text{Eta}^2=0.10$).

נמצא הבדל מובהק בזמן הממוצע של משחק מורכב. כמו כן, נמצא הבדל מובהק בקרוב במספר האפיזודות של משחק מורכב ובזמן הממוצע של משחק סימבולי כלשהו. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי פעוטות קבוצת Exp-No הראו

משך זמן ממוצע הן של משחק מורכב והן של משחק סימבולי כלשהו קצר יותר מפעוטות קבוצת הביקורת. כמו כן הם הראו מספר אפיזודות מועט יותר של משחק מורכב. ניתוחי השונות המרובה שיצאו מובהקים מדווחים בטבלה מספר 11.

טבלה מס' 11: ממוצע, טעות תקן ומובהקות שכיחות וזמן ממוצע של משחק סימבולי פשוט ומורכב של הפעוט

Eta²	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	
0.01	0.66n.s	2.51(0.27)	2.89(0.26)	2.52(0.38)	3.04(0.38)	מס' אפיזודות של משחק פשוט
0.03	2.17 ⁺	0.85(0.13)	0.43(0.12)	0.81(0.17)	0.70(0.17)	מס' אפיזודות של משחק מורכב
0.01	0.52n.s	2.79(0.27)	3.03(0.26)	2.63(0.38)	3.19(0.38)	מס' אפיזודות של משחק סימבולי
0.02	0.52n.s	23.70(3.65)	32.72(3.51)	32.44(5.08)	28.22(5.07)	זמן ממוצע של משחק פשוט
0.06	4.54 ^{**}	53.97(8.47)	12.72(8.17)	44.41(11.82)	25.76(11.79)	זמן ממוצע של משחק מורכב
0.03	2.44 ⁺	67.61(12.14)	37.28(4.67)	53.51(8.92)	37.18(6.97)	זמן ממוצע של משחק סימבולי

$p < 0.01^{**}$ $p < .1^{+}$

על מנת לבחון את ההבדלים ברמות המשחק של האם בין 4 קבוצות האבחנה בוצע ניתוח שונות מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו ששת רמות המשחק. השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השונות המרובה נמצא מובהק ($F_{(15,566.31)}=2.94, p<0.001, \text{Eta}^2=0.07$). בניתוח נמצא כי יש השפעה מובהקת להשכלת האם. ($F_{(5,205)}=5.39, p<0.001, \text{Eta}^2=0.11$). נמצא כי יש הבדל מובהק במדדי משחק השיום, משחק פשוט ומשחק מורכב. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי אימהות לפעוטות מקבוצת PTSD יזמו יותר משחק שיום מאימהות לפעוטות מקבוצת Exp-NO ופעוטות מקבוצת הביקורת. כמו כן, אימהות אלו יזמו יותר משחק פשוט מאימהות לפעוטות קבוצת הביקורת. אימהות לקבוצת Exp-NO יזמו יותר משחק סימבולי פשוט הן מאימהות לפעוטות קבוצת PTD

והן מאימהות לקבוצת הביקורת. לעומת זאת, אימהות לפעוטות מקבוצת הביקורת יזמו יותר משחק מורכב מאימהות לפעוטות מקבוצת Exp-NO. טבלה מספר 12 מציגה את ממוצע הזמן מתוך סך זמן המשחק כולו שהאם הקדישה לכל אחד מסוגי המשחק.

טבלה מס' 12: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בפרופורציה של כל אחת מרמות המשחק של האם מתוך סך המשחק כולו.

	Eta²	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	סוגי המשחק
	0.01	0.55n.s.	(0.02)130.)2(0.0120.)2(0.0150.)2(0.00.11	אין משחק
	0.01	85n.s.0.	0.02(0.00)	0.01(0.00)	0.01(0.01)	0.02(0.01)	חברתי
	500.	36*3.	0.07(0.01)	0.05(0.01)	0.08(0.02)	0.13(0.02)	שיום
	0.01	0.77n.s.	0.46(0.03)	0.48(0.03)	0.43(0.04))4(0.0410.	פונקציונאלי
	090.	7.35***	0.16(0.02)	0.28(0.02)	0.19(0.03)	0.24(0.03)	סימבולי פשוט
	050.	4.12**	0.16(0.02)	0.05(0.02)	0.13(0.03)	0.09(0.03)	סימבולי מורכב
	0.00	0.39n.s.	0.32(0.03)	0.33(0.03)	0.32(0.04)	0.33(0.04)	פשוט+מורכב

p<0.001*** p<0.01** p<0.05* p<.1⁺

בנוסף, על מנת לבחון הבדלים נוספים באיכות וכמות המשחק הסימבולי בוצעו ניתוחי שונות מסוג MANCOVA בו המשתנים התלויים היו כמות האפיזודות של משחק פשוט, מורכב ומשחק סימבולי כלשהו והזמן הממוצע של משחק פשוט, מורכב ומשחק סימבולי כלשהו. השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. ניתוח השונות המרובה נמצא מובהק ($F_{(18,574.65)}=1.63, p<0.05, \text{Eta}^2=0.05$). בניתוח נמצא כי יש השפעה מובהקת להשכלת האם. ($F_{(6,203)}=2.54, df=6,203, p<0.05, \text{Eta}^2=0.10$). נמצא הבדל מובהק בזמן הממוצע של משחק מורכב במס' ההצעות למשחק סימבולי פשוט ולמשחק סימבולי מורכב. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי אימהות לפעוטות מקבוצת Exp-NO הציעו לילדיהם לשחק משחק סימבולי פשוט יותר מהאימהות לפעוטות מקבוצת הביקורת. לעומת זאת, אימהות בקבוצה זו יזמו פחות משחק סימבולי מורכב מאשר קבוצת הביקורת וקבוצת PTD. כמו כן, אימהות לפעוטות מקבוצת

הביקורת הראו זמן ממוצע גבוה יותר של משחק סימבולי מורכב מאשר אימהות לפעוטות מקבוצת Exp-NO . ניתוחי השונות המרובה שיצאו מובהקים מדווחים בטבלה מספר 13.

טבלה מס' 13: ממוצע, טעות תקן ומובהקות של שכיחות וזמן ממוצע של משחק סימבולי פשוט ומורכב של האם.

Eta²	F	NO-PTSD M (SE)	Exp-NO M(SE)	PTD M (SE)	PTSD M (SE)	
0.04	2.17 ⁺	3.08(0.28)	4.31(0.27)	3.99(0.39)	3.84(0.39)	מס' הצעות למשחק פשוט
0.04	4.54 ^{**}	53.97(8.47)	12.72(8.17)	44.41(11.82)	25.76(11.79)	מס' הצעות למשחק מורכב
0.00	0.23n.s	4.05(0.39)	4.41(0.37)	4.39(0.55)	4.02(0.54)	מס' הצעות משחק סימבולי
0.03	1.88n.s	23.33(2.42)	31.10(2.31)	29.01(3.37)	28.54(3.36)	זמן ממוצע של משחק פשוט
0.05	2.44 ⁺	67.61(12.14)	37.28(4.67)	53.51(8.92)	37.18(6.97)	זמן ממוצע של משחק מורכב
0.01	1.06n.s	55.57(7.49)	37.34(7.17)	45.84(10.44)	42.73(10.42)	זמן ממוצע של משחק סימבולי

$p < 0.01^{**}$ $p < .1^+$

א.ג.3.2. תכני המשחק הסימבולי

על מנת לבחון את ההבדלים בתכני המשחק הסימבולי של הפעוטות ובתגובת האם לתכנים השונים נערכו ניתוחי שונות מסוג ANOVA לכל אחד מתכני המשחק (האכלה, אמבטיה, הלבשה, השכבה, טיפול רפואי, מראה, בניה, טלפון, שירותים, כייף, אגרסיה). השכלת האם כמשתנה דיכוטומי הוחזק כקבוע, כיוון שנמצא הבדל בין קבוצות האבחנה במדדים אלו. נמצא כי אין השפעה מובהקת להשכלת האם. התקבל הבדל מובהק לתוכן "אגרסיה" של הפעוט ולתגובת האם לתכני: בניה, אגרסיה והבדל קרוב למובהק לתוכן השכבה. כדי לבדוק את מקור ההבדל נעשה ניתוח פוסט-הוק מסוג Bonferroni. התקבל כי פעוטות קבוצת Exp-No מראים יותר תמות של אגרסיה מפעוטות קבוצת הביקורת. בנוסף אימהות לפעוטות קבוצת Exp-No מגיבות יותר לתכני אגרסיה מאימהות לפעוטות קבוצת הביקורת. כמו כן, אימהות לפעוטות מקבוצת Exp-No

מגיבות באופן מובהק פחות לתכני השכבה מאשר קבוצת PTD וקבוצת הביקורת. בנוסף, אימהות לפעוטות מקבוצת PTSD מגיבות פחות לתכני בניה מאשר קבוצת PTD וקבוצת Exp-No. תוצאות ניתוחי השונות לתכני השכבה, בניה ואגרסיה מוצגות בטבלה מספר 14.

טבלה מס' 14: ממוצע, טעות תקן ומובהקות ההבדלים בתכני המשחק הסימבולי.

Eta ²	F	NO-PTSD	Exp-NO	PTD	PTSD	
		M (SE)	M(SE)	M (SE)	M (SE)	
השכבה						
0.02	1.45n.s	0.15(0.05)	0.03(0.04)	0.14(0.06)	0.51(0.06)	ילד
0.04	2.45 ⁺	0.35(0.11)	0.05(0.10)	0.42(0.15)	0.04(0.15)	אם
בניה						
0.02	1.15n.s	0.25(0.10)	0.36(0.09)	0.40(0.13)	0.11(0.13)	ילד
0.04	2.68*	0.35(0.16)	0.59(0.14)	0.77(0.21)	0.03(0.21)	אם
אגרסיה						
0.03	2.16 ⁺	0.15(0.09)	0.48(0.09)	0.31(0.13)	0.38(0.13)	ילד
0.05	3.32*	0.09(0.12)	0.62(0.11)	0.37(0.16)	0.32(0.16)	אם

p<0.01** p<0.05* p<.1⁺

לסיכום הממצאים אודות איכות המשחק הסימבולי ותוכנו, נמצא כי בקבוצת PTSD היתה יזימה גבוהה יותר של משחק 'שיום' משאר הקבוצות והאימהות הגיבו פחות לתכני 'בניה'. בקבוצת Exp-No נמצא כי היה עיסוק מופחת במשחק סימבולי ברמה מורכבת, יזימה רבה יותר של משחק פשוט, עיסוק רב בתמות של אגרסיה ועיסוק מופחת בתמות של השכבה. קבוצת הביקורת שחקה יותר משחק מורכב משאר קבוצות האבחנה.

פרק ב' - מתאמים בין משתני המחקר

לצורך בדיקת השערות המחקר העוסקות בקשרים בין משתנים בקרב כלל המדגם ($n=232$) נערכו מתאמי פירסון בין משתני המחקר השונים.

ראשית יוצגו מתאמים בין משתני רגשות המצוקה האימהיים (דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה) לבין מדדי ההערכה הגלובלית של האינטראקציה החופשית, אינטראקציה בזמן דחק ומשתני המשחק הסימבולי. בהמשך יוצגו מתאמים בין משתני הפעוט (בעיות רגשיות, בעיות התנהגות, ציון PTSD כולל ומשתני מזג התינוק הקשורים לוויסות עצמי) לבין מדדי ההערכה הגלובלית של האינטראקציה החופשית ואינטראקציה בזמן דחק ומשתני המשחק הסימבולי. לבסוף, יוצגו מתאמים בין התנהגות האם והתינוק בשני סוגי האינטראקציות.

א.

ב.

ב.

ב.1. משתני האם

ראשית יוצג סיכום הממצאים אודות המתאמים בין רמות הדיכאון, חרדה ומצוקה פוסט-טראומטית של האם. לאחר מכן יוצגו הממצאים אודות הקשר בין הבעיות הרגשיות של האם לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית. אחר כך יוצגו הממצאים אודות הקשר בין הבעיות הרגשיות של האם לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה מעוררת דחק. לבסוף יוצגו הממצאים אודות הקשר ביים הבעיות הרגשיות של האם לבין משתני איכות המשחק הסימבולי.

ב.1.א. מתאמים בין משתני רגשות המצוקה של האם

רמות דיכאון, חרדה ומצוקה פוסט-טראומטית נקשרו באופן המצופה, כאשר רמות גבוהות יותר של דיכאון נקשרו עם רמות גבוהות יותר הן של חרדה מצבית ($r=.585, p<.001$) והן של חרדה תכונתית ($r=.628, p<.001$). כמו כן, רמות גבוהות של דיכאון נקשרו עם רמות גבוהות של הציון הכללי של מצוקה פוסט-טראומטית ($r=.373, p<.001$) ועם כל אחד מהמאפיינים של הפרעה פוסט-טראומטית (חוויה מחדש- $r=.319, p<.001$; הימנעות- $r=.385, p<.001$; עוררות יתר- $r=.336, p<.001$, לקות תפקודית- $r=.439, p<.001$). כמו כן נמצא כי רמות גבוהות של חרדה מצבית נקשרו הן עם רמות גבוהות של הציון הכללי של מצוקה פוסט-טראומטית ($r=.374, p<.001$) והן עם כל אחד מהמאפיינים של הפרעה פוסט-טראומטית (חוויה מחדש- $r=.368, p<.001$; הימנעות- $r=.342, p<.001$; עוררות יתר- $r=.339, p<.001$, לקות תפקודית- $r=.398, p<.001$). בנוסף, נמצא קשר חיובי בין חרדה תכונתית לציון הכללי של מצוקה פוסט-טראומטית ($r=.277, p<.001$) ולציון של מאפייני הפרעה פוסט-טראומטית (חוויה מחדש- $r=.230, p<.001$; הימנעות- $r=.293, p<.001$; עוררות יתר- $r=.252, p<.001$, לקות תפקודית- $r=.291, p<.001$).

ב.1.1. מתאמים בין משתני האם למשתני הפעוט

תוצאות של קורלציות פירסון בין משתני האם (דיכאון, חרדה מצבית, חרדה תכונתית ומצוקה פוסט-טראומטית) לבין משתני הפעוט (בעיות התנהגות, בעיות רגשיות, ציון PTSD כולל ומשתני מזג) מוצגות בטבלה מספר 15.

טבלה מס' 15: מתאמים בין משתני האם למשתני הפעוט

PTSD	חרדה תכונתית	חרדה מצבית	דיכאון	
.268***	.402***	.478***	.418***	בעיות התנהגות
.305***	.404***	.497***	.477***	בעיות רגשיות
.431***	.457***	.569***	.486***	ציון PTSD כולל
-.175**	-.200***	-.282***	-.140*	רגיעה עצמית
-.088	-.231**	-.170*	-.151*	שליטה בעכבות

$p < 0.001$ *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *

מהטבלה עולה כי כאשר האם במצוקה רגשית גבוהה יפגין הפעוט מצוקה רגשית גבוהה ובעיות התנהגות רבות ויכולות ויסות עצמי נמוכות.

ב.1.1.ג. מתאמים בין משתני אם לבין משתני האינטראקציה

תוצאות של קורלציות פירסון בין משתני האם (דיכאון, חרדה מצבית, חרדה תכונתית ומצוקה פוסט-טראומטית) לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק מוצגות בטבלה מספר 16.

טבלה מס' 16: מתאמים בין משתני האם לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

PTSD	חרדה תכונתית	חרדה מצבית	דיכאון	
				אינטראקציה חופשית
-.207**	-.236**	-.220**	-.160*	ירגישותי-אם
.099	.155*	.246***	.103	יחודרנות-אם
-.144*	-.231**	-.224**	-.089	הצבת גבולות-אם
-.105	-.133 ⁺	-.275***	-.095	מעורבות-ילד
-.167*	-.194**	-.197**	-.074	הדדיות-שיאדה
				אינטראקציה מעוררת דחק
-.109	-.158*	-.194**	-.132 ⁺	הכלה רגשית-אם
.223**	.264***	.281***	.193**	התנהגות חרדה-אם
-.118 ⁺	-.123 ⁺	-.140*	-.078	יכולת רפלקטיבית-אם
.071	.145*	.198**	.156*	עוררות שלילית-ילד
.022	.095	.118 ⁺	.088	חיפוש קרבה-ילד
0.067	0.004	0.009	-0.44	התנהגות אגרסיבית-ילד

$p < 0.001$ *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ * $p < 0.1$ ⁺

מהטבלה עולה כי מדד ה'רגישות האימהית' נקשר בקשר שלילי מובהק עם כל אחד ממשתני רגשות המצוקה של האם. מדד ה'יחודרנות האימהית' נקשר בקשר חיובי מובהק עם מדדי החרדה התכונתית והמצבית. מדד 'הצבת גבולות' נקשר בקשר שלילי מובהק עם מדד המצוקה הפוסט-טראומטית, מדד החרדה המצבית ומדד החרדה התכונתית. מדד 'מעורבות הילד' נמצא בקשר שלילי מובהק עם מדד החרדה המצבית ובקשר שלילי מובהק בקרוב עם מדד החרדה התכונתית. מדד ה'הדדיות' נמצא בקשר שלילי עם מדדי החרדה המצבית והתכונתית ומדד המצוקה הפוסט-טראומטית.

עוד עולה מהטבלה כי מדד ה'הכלה הרגשית' נמצא בקשר שלילי מובהק עם מדדי החרדה המצבית והתכונתית ובקשר שלילי מובהק בקרוב עם מדד הדיכאון של האם. כמו כן, נמצא כי מדד ה'חרדה האימהית' נמצא בקשר חיובי מובהק עם כל אחד ממדדי רגשות המצוקה השלילי של האם. נמצא קשר שלילי מובהק בין מדד 'יכולת רפלקטיבית' לבין מדד החרדה המצבית וקשר שלילי מובהק בקרוב בין מדד ה'יכולת הרפלקטיבית' לבין מדד החרדה התכונתית ומדד המצוקה הפוסט-טראומטית. בנוסף, נמצא קשר חיובי מובהק בין מדד ה'יכולת השלילית' לבין מדד הדיכאון האימהי ומדדי החרדה המצבית והתכונתית. נמצא קשר חיובי מובהק בקרוב בין מדד 'חיפוש קרבה' לבין מדד החרדה המצבית. לא נמצאו קשרים בין ההתנהגות האגרסיבית של הפעוט למדדי רגשות המצוקה של האם.

לפיכך, בחינת המתאמים אודות רגשות המצוקה של האם מראה כי כצפוי, ישנו קשר חיובי בין כל מדדי המצוקה הרגשית של האם. בנוסף, כאשר האם במצוקה רגשית היא תהיה רגישה פחות ותפגין התנהגות חרדה יותר באופן כללי ואילו ילדה יהיה מעורר באופן שלילי. כמו כן, אם חרדתית תתקשה בהצבת גבולות באופן מותאם והתנהגותה תהיה חודרנית יותר ואילו ילדה, יהיה פחות מעורב והאינטראקציה תאופיין בהדדיות נמוכה.

ב.1.4. מתאמים בין משתני האם לבין משתני איכות המשחק הסימבולי

בחלק זה יוצגו הממצאים שיצאו מובהקים ומובהקים בקרוב אודות המתאמים בין משתני רגשות המצוקה של האם (דיכאון, חרדה מצבית ותכונתית ומצוקה פוסט-טראומטית) ובין משתני איכות המשחק הסימבולי. רמות גבוהות של דיכאון אימהי נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות של עיסוק אימהי במשחק ברמת 'שיום' ($r=.158, p<.05$) ועם רמות נמוכות של יזימת משחק מורכב מצד האם ($r=-.141, p<.05$). רמות גבוהות של 'חרדה מצבית' נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות הן של הפעוט ($r=.275, p<.001$) והן של האם ($r=.356, p<.001$) של עיסוק במשחק ברמת 'שיום' ועם רמות נמוכות של עיסוק במשחק מורכב מצד האם ($r=-.141, p<.05$). כמו כן, רמות גבוהות של 'חרדה מצבית' נקשרו באופן מובהק עם רמות נמוכות של זמן ממוצע שהושקע למשחק סימבולי מורכב, הן מצד הפעוט ($r=-.156, p<.05$) והן מצד האם ($r=-.161, p<.05$). תמונה דומה התקבלה לגבי מדד החרדה התכונתית, כאשר רמות גבוהות של חרדה תכונתית נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות הן של הפעוט ($r=.159, p<.05$) והן של האם ($r=.210, p<.01$) של עיסוק במשחק ברמת 'שיום'. כמו כן, רמות גבוהות של חרדה מצבית נקשרו באופן מובהק בקרוב עם רמות נמוכות של זמן ממוצע שהושקע במשחק סימבולי מורכב, הן מצד הפעוט ($r=-.133, p<.10$) והן מצד האם ($r=-.136, p<.10$). לגבי המצוקה הפוסט-טראומטית של האם, נמצא כי רמות גבוהות של מצוקה פוסט-טראומטית נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות של עיסוק במשחק 'שיום' מצד האם ($r=.144, p<.05$) ובאופן מובהק בקרוב עם רמות גבוהות של עיסוק במשחק 'שיום' מצד הפעוט ($r=.113, p<.10$). בנוסף, רמות גבוהות של מצוקה פוסט-טראומטית נקשרו באופן מובהק עם רמות נמוכות של אפיזודות משחק מורכב של הפעוט ($r=-.138, p<.05$) ועם מס' מועט של הצעות למשחק מורכב מצד האם ($r=-.166, p<.05$) ובאופן מובהק בקרוב עם רמות נמוכות של אפיזודות משחק פשוט של הפעוט ($r=-.114, p<.10$).

בנוסף, מבחינת המתאמים בין מדדי המצוקה הרגשית של האם לבין תכני המשחק הסימבולי, נמצא קשר שלילי מובהק בין רמת הדיכאון האימהי לבין העיסוק בתוכן בניה ($r=-.148, p<.05$) וקשר חיובי קרוב למובהק בין המצוקה הפוסט-טראומטית לבין רמת העיסוק בתוכן אגרסיה ($r=.124, p<.10$).

לסיכום, בחינת המתאמים אודות איכות המשחק הסימבולי ורגשות המצוקה של האם מראה כי כאשר האם במצוקה רגשית קיים עיסוק רב יותר במשחק 'שיום' ועיסוק מופחת במשחק מורכב.

2.2. משתני הפעוט

ראשית יוצג סיכום הממצאים אודות המתאמים בין משתני הפעוט (בעיות חברתיות ורגשיות, בעיות התנהגות כלליות, ציון PTSD כולל ומשתני מזג הפעוט). לאחר מכן יוצגו הממצאים אודות הקשר בין משתני הפעוט לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית. לבסוף יוצגו הממצאים אודות הקשר בין משתני הפעוט לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

2.2.א. מתאמים בין בעיות התנהגות, בעיות רגשיות, PTSD ומשתני מזג

כמצופה, רמות גבוהות של בעיות התנהגות נקשרו עם רמות גבוהות של בעיות חברתיות ורגשיות ($r=.681, p<.001$) ועם ציון PTSD גבוה ($r=.493, p<.001$). בנוסף, רמות גבוהות של בעיות התנהגות נקשרו עם רמות נמוכות של 'רגיעה עצמית' ($r=-.306, p<.001$) ו'שליטה בעכבות' ($r=-.295, p<.001$) ורמות גבוהות של 'פעילות' ($r=.133, p<.05$), 'כעס' ($r=.312, p<.001$) ו'עצבות' ($r=.202, p<.01$). כמו כן, רמות גבוהות של בעיות חברתיות ורגשיות נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות של PTSD כולל ($r=.614, p<.001$) ועם רמות נמוכות של 'רגיעה עצמית' ($r=-.299, p<.001$) ו'שליטה בעכבות' ($r=-.327, p<.001$) ובאופן מובהק בקרוב עם רמות נמוכות של 'עניין' ($r=-.112, p<.01$). בנוסף, רמות גבוהות של בעיות חברתיות ורגשיות נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות של 'פעילות' ($r=.304, p<.001$), 'כעס' ($r=.354, p<.001$), ו'עצב' ($r=.339, p<.001$). לגבי הקשר בין ציון PTSD ומדדי המזג- נמצא כי ציון PTSD גבוה נקשר באופן מובהק עם רמות גבוהות של 'פעילות' ($r=.187, p<.01$), 'פחד חברתי' ($r=.146, p<.05$), 'כעס' ($r=.256, p<.001$) ו'עצב' ($r=.321, p<.001$) ועם רמות נמוכות של 'רגיעה עצמית' ($r=-.247, p<.001$) ו'שליטה בעכבות' ($r=-.159, p<.05$).

2.2.ב. מתאמים בין משתני הפעוט לבין משתני האינטראקציה אם-ילד

תוצאות של קורלציות פירסון בין משתני הפעוט (בעיות התנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות) לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק מוצגות בטבלה מספר 17.

מכיוון שאחד ממוקדי המחקר העיקריים הינו יכולות הוויסות של הפעוט נבדקו גם כן מתאמים בין משתני המזג: 'רגיעה עצמית' ו-'שליטה בעכבות' לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק ואף הם מוצגים בטבלה מספר 17.

טבלה מס' 17: מתאמים בין משתני הפעוט לבין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

שליטה בעכבות'	'רגיעה עצמית'	ציון PTSD כולל	בעיות חברתיות-רגשיות	בעיות התנהגות	אינטראקציה חופשית
.157*	.142*	-.307***	-.212**	-.136*	'רגישות'-אם
-.061	-.033	.186**	.151*	.056	'חודרנות'-אם
.190**	.137 ⁺	-.262***	-.264*** ⁺	-.127 ⁺	'הצבת גבולות'-אם
.043	.049	.217**	-.151*	-.042	'מעורבות'-ילד
.181*	.055	-.240**	-.195**	-.106	'הדדיות'-שיאדה
אינטראקציה מעוררת דחק					
.083	.065	-.136*	-.247***	-.245**	'הכלה רגשית'-אם
-.005	-.040	.251***	.244**	.169*	'התנהגות חרדה'-אם
.037	.108	-.092	-.103	-.081	'יכולת רפלקטיבית'-אם
.106	.128 ⁺	.166*	.143*	.067	'עוררות שלילית'-ילד
.038	.085	.042	-.001	-.063	'חיפוש קרבה'-ילד
0.11*	0.044	0.09 ⁺	0.19	-0.33	התנהגות אגרסיבית-ילד

$p < 0.001$ *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ * $p < 0.1$ ⁺

מהטבלה עולה כי מדד ה'רגישות האימהית' נקשר בקשר שלילי מובהק עם בעיות ההתנהגות של הפעוט הבעיות הרגשיות וציון PTSD כולל ובקשר חיובי מובהק עם מדדי יכולות הוויסות של הפעוט. מדד ה'חודרנות האימהית' נקשר בקשר חיובי מובהק עם הבעיות הרגשיות של הפעוט ועם ציון PTSD כולל. מדד 'הצבת גבולות' נקשר בקשר שלילי מובהק עם מדד הבעיות הרגשיות של הפעוט וציון PTSD כולל ובאופן מובהק בקרוב עם בעיות ההתנהגות שלו. בנוסף, נמצא קשר חיובי מובהק בין מדד 'הצבת הגבולות' לבין יכולת ה'שליטה בעכבות' וקשר חיובי מובהק בקרוב עם יכולת ה'רגיעה העצמית'. מדד ה'הדדיות' ומדד ה'מעורבות' נמצאו בקשר שלילי מובהק עם בעיות החברתיות-רגשיות של הפעוט ועם ציון PTSD כולל.

עוד עולה מהטבלה כי מדד ה'הכלה הרגשית' נמצא בקשר שלילי מובהק עם בעיות ההתנהגות של הפעוט, בעיותיו הרגשיות וציון PTSD כולל. כמו כן, נמצא כי מדד ה'חרדה האימהית' נמצא בקשר חיובי מובהק עם בעיות ההתנהגות של הפעוט בעיותיו הרגשיות וציון PTSD כולל. בנוסף, נמצא קשר חיובי מובהק בין מדד ה'עוררות השלילית' של הפעוט לבעיותיו הרגשיות ולציונו במדד ה-PTSD וקשר חיובי מובהק בקרוב ליכולת ה'רגיעה העצמית' וכי התנהגותו האגרסיבית נמצאה בקשר חיובי מובהק ל'שליטה בעכבות ובקשר חיובי מובהק בקרוב לציון PTSD כולל. לפיכך, מבחינת המתאמים בין מצבו הרגשי של הפעוט ומזגו לבין מדדי ההערכה הגלובלית של האינטראקציות עולה כי באופן כללי לפעוט עם קשיי התנהגות, בעיות רגשיות ומצוקה פוסט-טראומטית, אם רגישה פחות, מתקשה בהצבת גבולות, מפגינה התנהגות חרדתית ואף חודרנית ואילו הפעוט עצמו מעורר שלילית בסיטואציה מעוררת דחק. לעומת זאת, לפעוט בעל יכולות ויסות גבוהות אם רגישה יותר, אשר מציבה גבולות באופן מותאם. באופן ספציפי, כאשר פעוט עם יכולת 'שליטה בעכבות' גבוהה רמת ההדדיות באינטראקציה גבוהה יותר ופעוט עם יכולת רגיעה עצמית גבוהה יפגין יותר עוררות שלילית בזמן דחק. ממצא מעניין נוסף הוא כי פעוט עם יכולת 'שליטה בעכבות' גבוהה יפגין יותר התנהגות אגרסיבית בזמן סיטואציה מעוררת דחק.

ב.2.ג. מתאמים בין משתני הפעוט לבין משתני איכות המשחק הסימבולי

בחלק זה יוצגו הממצאים שיצאו מובהקים ומובהקים בקרוב אודות המתאמים בין משתני הפעוט (בעיות התנהגות, בעיות חברתיות-רגשיות ומדדי המזג הקשורים ליכולות ויסות) ובין משתני איכות המשחק הסימבולי. רמות גבוהות של בעיות חברתיות-רגשיות נקשרו באופן מובהק עם רמות גבוהות הן של הפעוט ($r=.146, p<.05$) והן של האם ($r=.221, p<.01$) של עיסוק במשחק ברמת 'שיום' ועם רמות נמוכות של עיסוק במשחק מורכב מצד האם ($r=-.144, p<.05$) ונקשרו באופן מובהק בקרוב עם רמות נמוכות של עיסוק במשחק מורכב מצד הפעוט ($r=-.126, p<.10$). כמו כן, נמצא קשר שלילי מובהק בין בעיות חברתיות-רגשיות ובין הזמן הממוצע של משחק מורכב של הפעוט ($r=-.147, p<.05$) וקשר שלילי מובהק בקרוב עם הזמן הממוצע של משחק מורכב של האם ($r=-.128, p<.10$). כמו כן נמצא קשר שלילי בין רמת הבעיות החברתיות-רגשיות של הפעוט לבין מסי' ההצעות למשחק סימבולי מורכב מצד האם ($r=-.125, p<.10$). לגבי המצוקה הפוסט-טראומטית של הפעוט- נמצא כי ציון גבוהה במדד PTSD נקשר באופן מובהק עם רמות גבוהות הן של הפעוט ($r=.211, p<.01$) והן של האם ($r=.226, p<.01$) של עיסוק במשחק ברמת 'שיום'. לגבי מזג הפעוט, נמצא כי ציון גבוה במדד ה'רגיעה העצמית' נקשר באופן מובהק עם רמות נמוכות של עיסוק במשחק ברמת 'שיום', הן של הפעוט ($r=-.152, p<.05$) והן של האם $r=-.144, p<.05$) ובאופן מובהק בקרוב עם רמות גבוהות של משחק מורכב ($r=.117, p<.10$). לבסוף, נמצא קשר חיובי בין יכולת 'שליטה בעכבות' לבין הזמן שהושקע מצד הפעוט במשחק מורכב ($r=.151, p<.05$).

לסיכום, בחינת המתאמים אודות איכות המשחק הסימבולי ומדדי הפעוט מראה כי כאשר לפעוט יש בעיות חברתיות-רגשיות ומצוקה פוסט-טראומטית קיים עיסוק רב יותר במשחק 'שיום'

ועיסוק מופחת במשחק מורכב. תמונה הפוכה מתקבלת כאשר לפעוט יש יכולת ויסות עצמי גבוהה. אזי, קיים עיסוק מופחת במשחק 'שיום' ועיסוק רב יותר במשחק מורכב.

3.ב. משתני הדיאדה

כל מדדי ההערכה הגלובלית של האינטראקציה החופשית (CIB) נקשרו כמצופה. 'רגשיות אימהית' נקשרה בקשר חיובי מובהק עם 'הצבת גבולות' ($t=0.747, p<.001$), 'מעורבות הילדי' ($t=0.484, p<.001$) ו'הדדיות הדיאדה' ($t=0.826, p<.001$) ובקשר שלילי מובהק עם 'חודרנות אימהית' ($t=-0.301, p<.001$). 'חודרנות אימהית' נקשרה בקשר שלילי מובהק עם 'הצבת גבולות' ($t=-0.232, p<.01$), 'מעורבות הילדי' ($t=-0.771, p<.001$) ו'הדדיות הדיאדה' ($t=-0.490, p<.001$). 'הצבת גבולות' נקשרה בקשר חיובי מובהק ל'מעורבות הילדי' ($t=0.369, p<.001$) ו'הדדיות הדיאדה' ($t=0.681, p<.001$). 'מעורבות הילדי' נקשרה בקשר חיובי מובהק ל'הדדיות הדיאדה' ($t=0.678, p<.001$).

3.ב.א. מתאמים בין משתני האינטראקציה החופשית למשתני האינטראקציה בזמן דחק

לגבי מדדי ההערכה הגלובלית של אינטראקציה מעוררת דחק נמצאו הממצאים שיפורטו להלן. 'הכלה רגשית' אימהית נקשרה בקשר חיובי מובהק ל'יכולת רפלקטיבית' אימהית ($t=0.361, p<.001$), 'חיפוש קרבה' של הפעוט ($t=0.572, p<.001$) ומובהק בקרוב ל'עוררות שלילית' של הפעוט ($t=0.120, p<.10$). כמו כן נמצא קשר שלילי מובהק ל'התנהגות חרדה' ($t=-0.290, p<.001$) ולהתנהגות אגרסיבית ($t=-0.255, p<.001$). 'התנהגות חרדה' אימהית נקשרה בקשר חיובי מובהק ל'עוררות שלילית' ($t=0.354, p<.001$) ולהתנהגות אגרסיבית של הפעוט ($t=0.154, p<.05$) ובקשר שלילי מובהק ל'יכולת רפלקטיבית' אימהית ($t=-0.215, p<.01$). 'עוררות שלילית' של הפעוט נקשרה בקשר חיובי מובהק ל'חיפוש קרבה' ($t=0.533, p<.001$) ו'להתנהגות אגרסיבית' ($t=0.317, p<.001$). לבסוף, 'חיפוש קרבה' של הפעוט נקשר בקשר שלילי מובהק ל'התנהגות אגרסיבית' ($t=-0.138, p<.05$).

תוצאות של קורלציות פירסון בין משתני הדיאדה בזמן אינטראקציה חופשית ובזמן אינטראקציה מעוררת דחק מוצגות בטבלה מספר 18.

טבלה מס' 18: מתאמים בין מדדי האינטראקציה החופשית ואינטראקציה בזמן דחק

הדדיות'- שיאדה	מעורבות-ילד	הצבת גבולות-אם	חודרנות'-אם	רגישות'-אם	
.327***	.191**	.300***	-.204**	.374***	'הכלה רגשית'- אם
-.202**	-.294***	-.215**	.325***	-.175*	'התנהגות חרדה'-אם
.284***	.151*	.305***	-.146*	.390***	'יכולת רפלקטיבית'- אם
.044	-.073	.125	.142	.023	'עוררות שלילית'-ילד
.160*	.066	.187*	-.059	.173*	'חיפוש קרבה'- ילד
-.067	-.049	-.037	.166*	.064	'התנהגות אגרסיבית-ילד

$p < 0.001$ *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *

מהטבלה עולה כי מדד ה'רגישות האימהית', מדד 'הצבת גבולות' ומדד 'הדדיות הדיאדה' נקשרים בקשר חיובי מובהק עם יכולת ה'הכלה הרגשית' וה'יכולת הרפלקטיבית' של האם ועם 'חיפוש הקרבה' של הפעוט ובקשר שלילי מובהק עם החרדה האימהית באינטראקציה מעוררת דחק. 'מעורבות הילד' באינטראקציה חופשית נקשרת בקשר חיובי מובהק עם יכולת ה'הכלה הרגשית' וה'יכולת הרפלקטיבית' של האם ובקשר שלילי מובהק עם החרדה האימהית באינטראקציה מעוררת דחק. מדד ה'חודרנות האימהית' מראה תמונה הפוכה, כאשר נמצא קשר שלילי מובהק ליכולת ה'הכלה הרגשית' וה'יכולת הרפלקטיבית' של האם וקשר חיובי מובהק לחרדה האימהית באינטראקציה מעוררת דחק.

לסיכום, בחינת המתאמים אודות מדדי ההערכה הגלובלית של האינטראקציות מראה כי ככל שהאם מפגינה התנהגות חיובית יותר באינטראקציה חופשית כך היא תגלה יותר רגישות ופחות חרדה בזמן דחק, ואילו הפעוט יחפש יותר את קרבתה. לעומת זאת, ככל שהאם חודרנית יותר כך התנהגותה בזמן דחק תהיה פחות רגישה, יותר חרדה והפעוט יפגין יותר התנהגות אגרסיבית. כמו כן, אם לפעוט מעורב יותר, תהיה רגישה יותר ותפגין פחות חרדה.

פרק ג' - מודלי רגרסיה לניבוי התנהגות הפעוט.

בפרק זה יוצגו מודלי רגרסיה לניבוי מרכיבי התנהגות של הפעוט שנבחנו במחקר זה- גורם 'עוררות שלילית' והתנהגות אגרסיבית שהתקבלו מהערכה גלובלית של אינטראקציה במצב דחק, רמת בעיות התנהגות כללית שהתקבלה משאלון ה-CBCL וגורם 'מעורבות הילד' שהתקבל מהערכה גלובלית של אינטראקציה חופשית (CIB). על פי המודל האקולוגי (Belsky, 1984) התפתחות הפעוט מושפעת ממטריקס רחב הכולל בתוכו את אישיות הפעוט, אישיות ההורה והקשר הורה-ילד. לפיכך נבנו 4 רגרסיות היררכיות המורכבות ממשתני אם, משתני פעוט ומשתני אינטראקציה אשר כוללות 5 שלבים. בשלב הראשון הוכנסה השכלת האם כמשתנה דיכוטומי (מעל/מתחת לחציון), בשלב השני הוכנסה אבחנת הפעוט כ-משתני דמה-PTSD (כ/לא); PTD (כ/לא); Exp-No (כ/לא); קבוצת השוואה (כ/לא), בשלב השלישי הוכנסו ציוני בעיות רגשיות של האם (רמת דיכאון מתוך שאלון ה-BDI, רמת חרדה מצבית מתוך שאלון ה-STAI ורמת מצוקה פוסט-טראומטית מתוך שאלון ה-PDS), בשלב הרביעי הוכנסו שני משתנים של מזג הפעוט שהוערכו ע"י האם בשאלון ה-TBAQ הקשורים ליכולות ויסות (רגיעה עצמית ושליטה בעכבות), בשלב החמישי הוכנסו משתני האם בזמן אינטראקציה מעוררת דחק (הכלה רגשית ומוצפות רגשית). במודל הרגרסיה לניבוי 'התנהגות אגרסיבית' נוסף שלב שיש בו הוכנסה רמת העיסוק בתוכן 'אגרסיה' במשחק הסימבולי של הפעוט. במודל הרגרסיה לניבוי 'מעורבות הילד' נוסף שלב שיש בו הוכנסה רמת היזימה של משחק סימבולי מורכב על ידי האם ושלב שביעי בו הוכנסו משתני האם 'רגישות אימהית' ו'חודרנות אימהית' כפי שהתקבלו מהניתוח הגלובלי של האינטראקציה החופשית (CIB). כמו כן, במודל הרגרסיה לניבוי 'מעורבות הילד' בשלב השלישי הוכנסו מדדי האם (דיכאון, חרדה מצבית ומצוקה פוסט-טראומטית) ברגרסיה בצעדים, על מנת לבחון מהו המדד בעל התרומה הייחודית לניבוי 'מעורבות הילד'. בשלב הרביעי הוכנסו מדדי מצבו הרגשי של הפעוט (רמת בעיות רגשיות, רמת בעיות התנהגות ומשתני מזג הפעוט הקשורים לוויסות רגשי) ברגרסיה בצעדים על מנת לבחון מהו המדד בעל התרומה הייחודית לניבוי 'מעורבות הילד'. התקבל כי למדד ה'חרדה המצבית' ומדד 'בעיות התנהגות' תרומה מובהקת לניבוי 'מעורבות הילד' ולכן מדדים אלו נכנסו למודל הרגרסיה. כל המודלים נמצאו מובהקים (ראה פרוט להלן). מודל 'עוררות שלילית' מוצג בטבלה מספר 19, מודל 'התנהגות אגרסיבית' מוצג בטבלה מספר 20, מודל 'בעיות התנהגות' מוצג בטבלה מספר 21 ומודל 'מעורבות הילד' מוצג בטבלה מס' 22.

ג.

ג.

ג.1. מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'עוררות שלילית'

טבלה מס' 19: מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'עוררות שלילית' של הפעוט בזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

<i>F</i> <i>Change</i>	<i>R</i> ² <i>Change</i>	β		
1.89	0.09		השכלה-אם	צעד ראשון: (df=1,209)
		-0.04		
4.04**	0.05		אבחנה-ילד	צעד שני: (df=3,206)
		0.09	PTSD	
		-0.03	PTD	
		0.08	Exp-No	
1.92	0.03		מצב רגשי-אם	צעד שלישי: (df=3,203)
		-0.09	PTSD	
		0.09	דיכאון	
		0.18*	חרדה מצבית	
3.98*	0.03		מזג-ילד	צעד רביעי: (df=2,201)
		0.15*	רגיעה עצמית	
		0.05	שליטה בעכבות	
19.42***	0.14		אינטראקציה-דחק	צעד חמישי (df=2,199)
		0.28***	סגנון אימהי תומך	
		0.36***	סגנון אימהי חרדתי	

$R^2_{Total}=0.268$; $F_{(11,199)}=6.607$, $p<.001$

$p<0.001$ *** $p<0.01$ ** $p<0.05$ * $p<.1$ +

מהטבלה עולה כי לאבחנת הפעוט, מזג הפעוט וסגנון האם בזמן אינטראקציה מעוררת דחק תרומה ייחודית לניבוי 'עוררות שלילית' של הפעוט בזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

ג.2. מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'התנהגות אגרסיבית'

טבלה מס' 20: מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'התנהגות אגרסיבית' בזמן אינטראקציה מעוררת

דחק

<i>F</i> <i>Change</i>	<i>R</i> ² <i>Change</i>	<i>β</i>	
2.31	0.01		צעד ראשון: (df=1,200) השכלה-אם
		-0.06	
5.12**	0.07		צעד שני: (df=3,197) אבחנה-ילד
		0.13	PTSD
		0.11	PTD
		0.29**	Exp-No
0.56	0.01		צעד שלישי: (df=3,194) מצב רגשי-אם
		0.03	PTSD
		-0.05	דיכאון
		-0.05	חרדה מצבית
0.66	0.01		צעד רביעי: (df=2,192) מזג-ילד
		0.11	רגיעה עצמית
		0.09	שליטה בעכבות
3.66*	0.03		צעד חמישי (df=2,190) אינטראקציה-דחק
		-0.20**	סגנון אימהי תומך
		0.02	סגנון אימהי חרד
6.09*	0.03		צעד שישי (df=1,189) תוכן אגרסיה-ילד
		0.17*	

$R^2_{Total}=0.1$; $F_{(12,158)}=9.50$; $p<.01$

$p<.001$ *** $p<0.01$ ** $p<0.05$ * $p<.1$ +

מהטבלה עולה כי לאבחנת הפעוט, סגנון האם בזמן אינטראקציה מעוררת דחק ולרמת העיסוק של הפעוט בתוכן אגרסיה בזמן משחק סימבולי תרומה ייחודית לניבוי התנהגות אגרסיבית של הפעוט בזמן אינטראקציה מעוררת דחק.

ג.3. מודל רגרסיה לניבוי בעיות התנהגות

טבלה מס' 21: מודל רגרסיה לניבוי בעיות התנהגות.

<i>F</i> <i>Change</i>	<i>R</i> ² <i>Change</i>	<i>β</i>	
6.94**	0.03		צעד ראשון: (df=1,199) השכלה-אם
		-0.03	
12.55***	0.16		צעד שני: (df=3,196) אבחנה-ילד
		0.21**	PTSD
		0.04	PTD
		0.01	Exp-No
12.29***	0.13		צעד שלישי: (df=3,193) מצב רגשי-אם
		-0.00	PTSD
		0.18*	דיכאון
		0.20*	חרדה מצבית
9.00***	0.06		צעד רביעי: (df=2,191) מזג-ילד
		-0.14*	רגיעה עצמית
		-0.16*	שליטה בעכבה
1.74	0.01		צעד חמישי (df=1,190) אינטראקציה-דחק
		-0.11 ⁺	סגנון אימהי תומך
		0.00	סגנון אימהי חרדתי

$R^2_{Total}=.391; F_{(1,963)}=110.963, p<.001$

$p<.001$ *** $p<0.01$ ** $p<0.05$ * $p<.1$ ⁺

מהטבלה עולה כי להשכלת האם, אבחנת הפעוט, רגשות המצוקה של האם ומזג הפעוט תרומה ייחודית לניבוי רמת בעיות ההתנהגות של הפעוט.

ג.4. מודל רגרסיה לניבוי סגנון 'מעורבות הפעוט'

טבלה מס' 22: מודל רגרסיה לניבוי 'מעורבות הפעוט' בזמן אינטראקציה חופשית.

<i>F</i> <i>Change</i>	<i>R</i> ² <i>Change</i>	<i>β</i>	
3.10+	0.02		צעד ראשון: (df=1,200) השכלה-אם
		0.01	
0.92	0.01		צעד שני: (df=3,197) אבחנה-ילד
		0.06	PTSD
		0.08	PTD
		0.07	Exp-No
11.17**	0.05		צעד שלישי: (df=3,194) מצב רגשי-אם חרדה מצבית
		-0.10+	
4.11*	0.02		צעד רביעי: (df=2,192) בעיות התנהגות-ילד
		0.05	
4.77*	0.04		צעד חמישי (df=2,190) אינטראקציה-דחק
		-0.04	סגנון אימהי חרד
		-0.09+	סגנון אימהי תומך
4.97*	0.02		צעד שישי (df=1,189) יזימת משחק סימבולי מורכב-אם
		0.13**	
154.27***	0.52		צעד שביעי (df=2,178) אינטראקציה-חופשית
		-0.67***	חודרנות אימהית
		0.28***	רגישות אימהית

$R^2_{Total}=.698$; $F_{(11,178)}=37.36$; $p<.001$

$p<0.001$ *** $p<0.01$ ** $p<0.05$ * $p<.1$ +

מהטבלה עולה כי לרגשות המצוקה של האם, רמת בעיות ההתנהגות של הפעוט, סגנון התנהגות האם בזמן אינטראקציה מעוררת דחק ובזמן אינטראקציה חופשית ורמת היזימה האימהית של משחק סימבולי מורכב תרומה ייחודית לניבוי 'מעורבות הילד' בזמן אינטראקציה חופשית. השכלת האם נמצאה בעלת תרומה קרובה למובהקות לניבוי 'מעורבות הילד'.

לסיכום, ניתן לראות כי לאבחנת הפעוט תרומה ייחודית לניבוי גורם 'עוררות שלילית', התנהגות אגרסיבית ורמת בעיות ההתנהגות של הפעוט. לרגשות המצוקה של האם תרומה ייחודית לניבוי רמת בעיות ההתנהגות של הפעוט ומעורבות הפעוט באינטראקציה חופשית. מדדי הפעוט הינם בעלי תרומה ייחודית לניבוי גורם 'עוררות שלילית', התנהגות אגרסיבית ומעורבות הפעוט באינטראקציה. להתנהגות האם באינטראקציה עם ילדה תרומה ייחודית לניבוי גורם 'עוררות שלילית', התנהגות אגרסיבית ומעורבות הפעוט באינטראקציה. כמו כן לתוכן 'אגרסיה' במשחק הסימבולי של הפעוט תרומה ייחודית לניבוי התנהגות אגרסיבית במצבי דחק ולרמת היזימה של משחק סימבולי מורכב על ידי האם תרומה ייחודית לניבוי רמת המעורבות של הפעוט במשחק.

דיון

הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD) פוגעת בתחומי תפקוד רבים והשפעתה מלווה את האדם גם שנים לאחר החשיפה לאירוע המאיים. בעוד מיליוני ילדים ברחבי העולם גרים באזורי קונפליקט וחשופים לאירועי טרור ולחימה מעט מאוד ידוע על הביטוי הסימפטומטי וההתנהגותי המאפיין פעוטות ועל גורמי הסיכון והחוסן המשפיעים על המצוקה הפוסט-טראומטית.

המחקר הנוכחי נועד לבחון את השפעת גורמי הסיכון והחוסן להפרעה פוסט-טראומטית בקרב פעוטות שנחשפו לאירועי טרור ולחימה מתוך גישה רחבה הבוחנת את השפעת גורמי הפעוט, גורמי האם וגורמי הקשר אם-ילד על התפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים.

ממצאי המחקר העיקריים מצביעים על השפעת כל אחד מהגורמים שהוזכרו לעיל על התפתחות מצוקה פוסט-טראומטית וקשיי הסתגלות של הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור ולחימה.

מכיוון שזהו מחקר ראשוני בתחום החשיפה לטראומה בגילאים צעירים קיימות שאלות רבות בתחום האבחנה. קיים ויכוח בספרות בנוגע לכלי האבחון ולקריטריונים ל-PTSD המתאימים מבחינה התפתחותית לפעוטות. במחקר זה בחרנו להסתמך על אבחון קליני של הפרעה פוסט-טראומטית על פי הקריטריונים של ה-DC:0-3 (Zero TO Three, 2005), תוך התייחסות לעוצמת הסימפטומים. בנוסף, כאמור, קיים ויכוח בספרות לגבי הרלוונטיות של קריטריון נוסף, קריטריון E: "פחדים חדשים ואגרסיות" לצורך האבחנה. הפעוטות השייכים לקבוצת PTSD הם אלו שקיבלו את האבחנה המחמירה ביותר, דהיינו עמידה בקריטריונים של DC:0-3 יחד עם קריטריון E. אל קבוצת PTD משתייכים פעוטות אשר לא עומדים בקריטריונים של DC:0-3. אלו פעוטות שביטאו סימפטומים מכל אחד מהקריטריונים שהוצעו ב-DC:0-3 אולם לא עמדו בסף הקליני של האבחנה.

הממצאים מראים ש-24% מהפעוטות שנחשפו לטרור ולחימה פיתחו PTSD. ממצא זה מתיישב עם ממצאים ממחקרים שבחנו את שכיחות ההפרעה בקרב ילדים צעירים שנחשפו לאירועים טראומטיים כגון פיצוץ גז, אלימות ותאונות דרכים (Ohmi, et al., 2002; Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003).

חשוב לציין כי מחקרים עכשוויים טוענים אומנם שהקריטריון "פחדים חדשים ואגרסיות" נפוץ מאוד וחיוני מבחינת התייחסות קלינית אולם הוא אינו מבחין דיו ולכן אינו דרוש לצורך האבחנה של PTSD (Lieberman & Van Horn, 2009; Scheeringa, et al., 2003). מכיוון שהספרות בנושא מלאת סתירות ולא ניתן להגיע להחלטה חד משמעית הוחלט להחמיר ולהכניס את קריטריון זה לאבחנה של PTSD במחקר זה. אולם יש לקחת בחשבון שהקריטריונים לאבחנה בהם השתמשנו לצורך מחקר זה הינם מחמירים יותר מהנדרש על פי ה-DC:0-3 ולכן ניתן לשער שאחוזי הפעוטות המאובחנים עם PTSD בפועל גבוהים יותר.

בנוסף, סימפטומים פוסט-טראומטיים משמעותיים נמצאו ב-48% מהפעוטות שנחשפו לטרור ולחימה. למעשה כמחצית מהפעוטות שנחשפו לחימה וטרור מראים תמונה סימפטומטית. חשוב לציין כי אומנם הפעוטות מקבוצת PTD לא עברו את הסף הקליני של האבחנה אולם כמות הסימפטומים שלהם רבה ופוגעת בתחומי תפקוד שונים. כך למשל, אימהות בקבוצה זו מדווחות

על רמה גבוהה יותר של חרדה מצבית, ואילו הפעוטות מקבוצה זו ביטאו יותר חרדה ודיכאון (כפי שעולה משאלון ה-CBCL (Achenbach & Rescola, 2000) מאשר קבוצת הביקורת. יחד עם זאת קיימים הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות כך שבאופן בולט, פעוטות מקבוצת PTSD מבטאים מצוקה פוסט-טראומטית חמורה יותר ופגיעה בתחומי תפקוד שונים, כפי שיפורט בהמשך.

בדיון שלהלן אתמקד תחילה בממצאי המחקר הנוגעים להשוואה בין קבוצות המחקר השונות במדדי האם, מדדי הפעוט ומשתני האינטראקציה ולאחר מכן אתיחס לממצאי המחקר הבוחנים את הקשר בין משתני המחקר השונים.

ככלל, ממצאי המחקר מלמדים כי אימהות לפעוטות שהראו את כמות הסימפטומים הגבוהה ביותר (PTSD) הציגו רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית מיתר הקבוצות. תמונה דומה התקבלה לגבי המצוקה הרגשית של הפעוט, כאשר גם כאן, פעוטות מקבוצת PTSD הציגו את הביטוי הגבוה ביותר של בעיות חברתיות ורגשיות כמו גם בעיות התנהגות. מאפיין נוסף של הפעוט שקבל בולטות בעבודה זו הוא כאמור יכולות הוויסות של הפעוט. ממצאי המחקר מראים כי פעוטות מקבוצת PTSD הציגו יכולות ויסות נמוכות יותר משאר קבוצות המחקר, כמו גם יכולת נמוכה לרגיעה עצמית. מעניין לראות כי קבוצות המחקר השונות מאופיינות בסגנונות ויסות שונים, מה שמצביע על כך שסגנונות ויסות מסוימים משמשים כגורמי חוסן בעוד אחרים מהווים גורם סיכון, נושא אשר ידון בהרחבה בהמשך.

ממצאי המחקר המתייחסים לקשר אם-ילד מלמדים כי בהשוואה ליתר הקבוצות, ההתנהגות המאפיינת דיאדות של פעוטות מקבוצת PTSD הינה פחות אופטימאלית מהתנהגות יתר הקבוצות, דהיינו, התנהגות האם פחות רגישה, שימת הגבולות מופחתת, קיימת חודרנות גבוהה, מעורבות נמוכה של הילד והדדיות נמוכה של הדיאדה. הבדלים נוספים נמצאו באיכות המשחק הסימבולי, דיאדות של פעוטות מקבוצת PTSD הראו הן כמות נמוכה יותר והן רמה נמוכה יותר של משחק סימבולי וכמות גבוהה של משחק מסוג שיום. איכות המשחק הסימבולי של פעוטות מקבוצת Exp-no מאופיינת במשחק סימבולי פשוט ולא מורכב, ביחס לאיכות המשחק הסימבולי של קבוצת הביקורת. מעניין לראות כי קבוצות המחקר השונות מאופיינות בתכני משחק ייחודיים, נושא אשר ידון בהמשך.

בסיטואציה מעוררת דחק, ממצאי המחקר מראים כי בהשוואה לאינטראקציות של פעוטות שלא נחשפו לטרור, בקבוצת הפעוטות שנחשפו לטרור הן האם והן הפעוט מפגינים עוררות שלילית גבוהה. אולם, ממצא מעניין מראה כי פעוטות שלמרות החשיפה לטרור לא פיתחו מצוקה פוסט-טראומטית (Exp-No) מפגינים בסיטואציה זו גם התנהגות אגרסיבית ופניה לאם לצורך חיפוש בקרבתה. ממצא זה מצביע כנראה על סגנון התנהגות המאפיין את ההתמודדות של קבוצה זו עם אירועים מעוררי דחק, סגנון התמודדות אשר עשוי להוות גורם חוסן. בנוסף, כצפוי, באינטראקציות מעוררות דחק של פעוטות חשופים בהשוואה לאינטראקציות של פעוטות שלא נחשפו לטרור, האימהות הפגינו התנהגות אימהית פחות רגישה.

הממצאים שהתקבלו אודות המתאמים בין משתני המחקר השונים מספקים תמיכה למודל האקולוגי של Belsky (1984) לפיו מתקיימים קשרים הדדיים בין גורמי האם, גורמי הפעוט והתנהגות האם והפעוט באינטראקציה, כאשר כל גורם עשוי להוות גורם סיכון או חוסן

להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית. כצפוי, מצוקה רגשית גבוהה יותר של האם נקשרה למצוקה רגשית גבוהה יותר של הפעוט ויכולות ויסות נמוכות. כמו כן, מצוקה רגשית אימהית גבוהה של האם נקשרה בהתנהגות פחות אופטימאלית של הדיאדה ועיסוק מופחת במשחק סימבולי מורכב. אם כך, ניתן לראות כי מצוקה רגשית גבוהה של האם נקשרה לתחומים מרכזיים ומשמעותיים המשפיעים על תפקודו של הפעוט. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים שונים המצביעים על קשר ליניארי בין מצוקת ההורה באופן כללי ובין שכיחות גבוהה יותר של PTSD אצל הילד (Koenen, et al., 2007; Laor, et al., 2001; Sack, Clarke, & Seeley, 1995;) ועליה בהופעת בעיות רגשיות והתנהגותיות (Lieberman, et al., 2005; van IJzendoorn, et al., 2003).

לגבי מאפייני הילד, ממצאי המחקר מראים כי באופן כללי, מצוקה רגשית גבוהה של הילד נקשרה הן להתנהגות פחות אופטימאלית של הדיאדה והן לעיסוק מופחת במשחק סימבולי מורכב. זאת לעומת יכולות ויסות גבוהות של הפעוט, שנקשרו להתנהגות אופטימאלית בדיאדה ועיסוק רב יותר במשחק סימבולי מורכב. מבין מדדי האינטראקציה אם-ילד, הממצא המרכזי במחקר זה נוגע להתנהגותה האופטימאלית של האם בזמן אינטראקציה עם ילדה. התנהגות אופטימאלית של האם בזמן אינטראקציה ניטראלית נקשרה באופן חיובי להתנהגות רגישה יותר וחרדה פחות בזמן אינטראקציה מעוררת דחק וחיפוש של הילד אחר קרבתה.

אחת ממטרות המחקר העיקריות של המחקר הנוכחי היתה לבחון את השפעת הסביבה בה גדל הפעוט על תפקודו לאחר חשיפה לאירועי לחימה וטרור, זאת תוך התייחסות למורכבות הקשרים בין המשתנים השונים. מודלי הניבוי לתפקודו של הילד הראו כי לגורמי הילד, האם והדיאדה תרומה משמעותית וייחודית לניבוי התנהגות הילד. אל מורכבות הממצאים אתיחס בהמשך.

ייחודו של מחקר זה הוא באיפיון המקיף של השפעת הקונטקסט הרחב בתוכו מתפתח הפעוט על התנהגותו הכללית ועל התפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים בעקבות חשיפה לאירועי לחימה וטרור. מחקר זה הינו בין הראשונים לבחון באופן מפורט ומקיף את השפעת החשיפה לטרור וללחימה על ילדים צעירים בגילאי טרום בית-הספר. הערכת התנהגות האם והפעוט באופן מפורט באמצעות דווח אימהי ובנוסף תצפיות הן על סיטואציות ניטראליות והן על סיטואציות מעוררות דחק, לצד התייחסות למגוון רחב של מאפייני האם והפעוט, מספקות הבנה ייחודית של המטריקס בו מתפתח ומתעצב הפעוט בקונטקסט של חשיפה לאירועי טרור ולחימה.

השפעת הקשר אם-ילד על תוצאות החשיפה של פעוטות לאירוע מעורר דחק באמצעות הערכת התנהגות הדיאדה אומנם נבדקה במספר מחקרים (Lieberman, et al., 2005; Proctor, et al.,) (2007) אולם לא בצורה כה מקיפה המתייחסת למצוקה הרגשית של האם, המצוקה הרגשית של הפעוט ויכולות הוויסות שלו, כמו גם לסימפטומטולוגיה הפוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לאירועי טרור ולחימה. כמו כן, קיימים מחקרים רבים אשר בחנו את השפעת החשיפה לאירוע מעורר דחק על מצוקה פוסט-טראומטית בילדים צעירים וכיום ברור כי אף ילדים צעירים עלולים לפתח PTSD (Meiser-Stedman, et al., 2008; Ohmi, et al., 2002; Scheeringa & Zeanah,) (2008). אולם, ייחודו של מחקר זה הוא בחשיפה לקונטקסט ייחודי של אירועי טרור ולחימה, קונטקסט המאפשר לערוך ניסוי טבעי (Natural Experiment) בו כל הפעוטות נחשפו לאותו אירוע, בעוד הבדלים אינדיבידואלים בסביבה האקולוגית הובילו להתפתחות מצוקה פוסט-

טראומטית ברמות שונות. סיטואציה מחקרית ייחודית זו מאפשרת לבחון את ההבדלים בין פעוטות שפיתחו PTSD לבין אלו שלמרות החשיפה חסינים יותר, הבדלים אשר יכולים להצביע על גורמי הסיכון והחוסן להפרעה פוסט-טראומטית בפעוטות. בפרק הנוכחי אתמקד במאפייני הילד, מאפייני האם ומאפייני האינטראקציה המשפיעים על התפתחות פסיכופתולוגיה בפעוטות בעקבות חשיפה לטרור וללחימה כאשר כל גורם יכול להוות גורם סיכון בפני עצמו והתמזגות של מספר גורמי סיכון יחד עלולה להוות סיכון משמעותי דיו אשר יוביל להתפתחות פסיכופתולוגיה (Sameroff & Fiese, 2000). כמו כן, אתייחס להבדלים בין הקבוצות השונות בדרכי ההתמודדות עם דחק על מנת לבחון מאפיינים המהווים גורמי חוסן אשר מאפשרים עמידות בפני התוצאות החמורות של חשיפה לטרור ולחימה (Masten, 2001).

א. ויסות רגשי וויסות חברתי

יכולת וויסות רגשי וויסות חברתי הינה אספקט חשוב ומשמעותי ביכולות המתפתחות בגילאים הצעירים. מחקרים רבים מדגישים את החשיבות הרבה של יכולות וויסות רגשי וויסות חברתי מספקות בהקשר של התפתחות יכולות רגשיות וחברתיות בעיקר בקונטקסט של יחסים בינאישיים (Bell & Calkins, 2000; Feldman & Klein, 2003; Masten & Coatsworth, 1998). זאת לעומת קשיים בויסות הרגשי הנקשרים לקשיים ביחסים בינאישיים, בעיות רגשיות וקשיים התנהגותיים (Cicchetti & Toth, 1995). במחקר זה נבחנו יכולות הויסות הרגשי והחברתי של פעוטות בקונטקסט של חשיפה לטרור וללחימה

1.א. ויסות רגשי

חשיפה כרונית לסטרס פוגעת במערכות הפסיכו-ביולוגיות הקשורות לתהליכי ויסות ומעלה את הסיכון להתפתחות של פסיכופתולוגיה במבוגרים ובילדים (Cicchetti & Toth, 1995; Pollak, et al.). חשיפה כרונית לסטרס בילדות המוקדמת הינה קריטית אף יותר משום שהיא פוגעת בבשילה של המערכת האחראית ליכולת להתמודד עם סטרס, פגיעה שעלולה להיות קבועה (Gunnar & Quevedo, 2007; Teicher, et al., 2003). ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי פעוטות מקבוצת PTSD מאופיינים ביכולות ויסות נמוכות והיעדר כלים להתמודדות עם סטרס הקשורים ליכולת רגיעה עצמית.

כחלק מההתפתחות הנורמאלית, מפתח התינוק במהלך הינקות המוקדמת אסטרטגיות התנהגותיות לשם ויסות עוררות רגשית (Gianino & Tronick, 1988; Stifter & Braungart, 1995). טווח אסטרטגיות ההתמודדות עם סיטואציות מעוררות רגשית הולך ומתרחב עם ההתפתחות ומאפשר התאמה של התנהגות הויסות לסוג העוררות הרגשית (Buss & Goldsmith, 1995; Stifter & Braungart, 1995; Cicchetti & Lynch, 1998). במחקר הנוכחי נמצא כי בהשוואה ליתר הקבוצות, ילדים הסובלים מ-PTSD חסרים אסטרטגיות התמודדות עם אירוע מעורר דחק. נראה כי הם מתקשים לשלוט במצב הרגשי בו הם נתונים, אינם פונים אל האם

לצורך ניחום והרגעה ומרבים להשתמש בהתנהגויות הויסות הפרימיטיביות ביותר- הפחתת רמת העוררות דרך נסיגה מהגירוי (Stifter & Braungart, 1995).

קיימים מספר הסברים אפשריים לקשר בין PTSD בילדים והיעדר אסטרטגיות ויסות והרגעה עצמית. ההסבר הראשון, כפי שצינו קודם הינו הפגיעה הניורוביולוגית. חשיפה לטראומה בילדות מובילה כאמור לשינוי נוירוביולוגי פרמננטי כאשר אחד הסימפטומים המרכזיים הינו קשיים בויסות הרגשי (van der Kolk, et al., 1996). הרגשות נחווים כאויבים אשר תוקפים ללא אזהרה, מעוררים סערה רגשית ופיזיולוגית ומשאירים חותם בל ימחה. אכן אחד המאפיינים המרכזיים של PTSD הינו הפעלה של כל המערכת הביולוגית- דריכות, עוררות יתר ונטייה מוגזמת לתגובת בהלה. מחקרים מראים כי נבדקים שעברו טראומה הינם חסרי יכולת להרגעה עצמית, מה שמשפיע על המערכת הניורוביולוגית ועל יכולת הויסות האפקטיבי (Bremner, 1999; van der Kolk, 1994). למעשה, ליכולת הרגיעה העצמית תפקיד מרכזי ביכולת האדם להתמודד עם סטרס ורגשות כואבים. כאמור, כאשר תינוק נחשף לאירועים מעוררי דחק כבר בינקות המוקדמת ונדרש לווסת רגשות שליליים באינטנסיביות, היכולת הניורוביולוגית לווסת את רמת העוררות השלילית נפגעת באופן משמעותי (Frewen & Lanus, 2006).

ההסבר השני מתייחס לקשר בין טמפרמנט וויסות רגשי. אחד הגורמים האנדוגניים שנקשרו לויסות רגשי אצל פעוטות הוא טמפרמנט, המוגדר כהבדלים אינדיבידואלים בריאקטיביות, שהינה רמת העוררות הרגשית, וביסות העצמי המבטא תהליכים שתפקידם לווסת את הריאקטיביות דרך מנגנונים קשביים והתנהגותיים (Derryberry & Rothbart, 1984; Rothbart & Derryberry, 1981). ריאקטיביות מוגדרת כמשך ועוצמת התגובה הרגשית כאשר ריאקטיביות שלילית הינה רמת המצוקה של הפעוט בתגובה לאירוע חדש ולא מוכר או בתגובה לסיטואציה מתסכלת. ילדים מסוימים נולדים עם נטייה טמפרמנטית מוקדמת לסבול רמות נמוכות של עוררות, מה שמוביל לצורך בויסות מוגבר, בעוד אחרים הינם בעלי סף גבוה למצוקה ומכאן שיזדקקו לוויסות מועט (Braungart-Rieker & Stifter, 1996).

מחקרים רבים בחנו את הקשר בין טמפרמנט וויסות רגשי ומצאו קשר חיובי בין ריאקטיביות שלילית גבוהה לקשיים בויסות העצמי ושימוש מועט באסטרטגיות אדפטיביות ומפתחות להרגעה עצמית (Calkins & Degnan, 2006; Rothbart, Ellis, & Posner, 2004). פעוט המאופיין בריאקטיביות שלילית גבוהה ייטה לדוגמא לבכות בקלות, בעוצמה ולאורך זמן כאשר הוא נתקל בגירויים חדשים. אותו תינוק לא יהיה פנוי לתרגל אסטרטגיות התמודדות אחרות כמו הסתת מבט, פניה לאחר, הסחה או טכניקות הרגעה עצמית אשר יובילו להפחתה בחוויה ובביטוי הרגש השלילי. אם כך, כאשר אותו ילד נחשף באופן חוזר ונשנה לסיטואציות מעוררות דחק, האפשרויות שלו לשימוש באסטרטגיות התנהגות מוגוונות לשם ויסות הרגש הינן מוגבלות, זאת משום שרפרטואר ההתמודדות שלו מצומצם. אם כך, ניתן לומר כי ריאקטיביות שלילית מצמצמת את סל אסטרטגיות ההתמודדות של ילד עם סטרס כמו גם את ההתפתחות של אסטרטגיות מפותחות ויעילות יותר. ואכן, הספרות המחקרית מצביעה על קשר בין ריאקטיביות גבוהה לבין התפתחות של בעיות החצנה והפנמה (לפרוט: Gunnar & Quevedo, 2007). ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי טמפרמנט הפעוט מנבא הן את העוררות השלילית של הפעוט והן את הרמה של בעיות ההתנהגות שלו בתגובה לאירוע מעורר דחק.

ההסבר השלישי מתייחס להשפעת הקשר אם-ילד על יכולות הויסות הרגשי של הפעוט בעקבות חשיפה לטרור וללחימה. למעשה בשנות חייו הראשונות של הפעוט, ישנה השפעה רבה להתנהגות הדמות המטפלת על יכולות הויסות הרגשי המתפתחות. במהלך הינקות, ויסות מוצלח תלוי במידה רבה בתמיכת ההורה בילדו ובתגובתיות הרגישה שלו (Calkins & Fox, 2002; Kopp, 1982; Sroufe, 2000). כאשר הורה קורא באופן מותאם את הסיגנלים של התינוק ומגיב באופן שמפחית את המצוקה או מעודד אינטראקציה חיובית, הילד יעבד ויפנים את החוויות האלו אל תוך רפרטואר ההתנהגויות המתפתח. כך, לאורך זמן, אינטראקציות חיוביות עם ההורה בקונטקסט רגשי מלמדות את הילד אילו אסטרטגיות הינן יעילות יותר לצורך הפחתה של העוררות הרגשית (Sroufe, 1996). מחקרי חיות (Caldji, et al., 1998; Champagne & Meaney, 2001), ומחקרים על בני־אדם (Feldman, 2007c; Gunnar & Donzella, 2002) הראו כי הורות רגישה ומכווננת לצרכי הפעוט מווסתת את תגובת הלחץ שלו כמו גם את רמת המתח הכללית. למעשה, איכות הטיפול ההורי הינה גורם מגן מפני עוררות שלילית וקשיים בויסות הרגשי. כך למשל, נמצא כי ילדים עם ריאקטיביות שלילית גבוהה הראו עליה ברמות הקורטיזול (הורמון המאפיין את מערכת העוררות הפיזיולוגית) תחת מצב של טיפול פחות אופטימאלי (Gunnar & Donzella, 2002). מחקרים אשר בחנו את הקשר בין סגנונות התקשורת ויכולות ויסות הראו כי ילדים עם התקשורת בטוחה לא מראים עליה של רמות קורטיזול בתגובה לסטרס לעומת ילדים המאופיינים בהתקשורת לא בטוחה (Calkins & Hill, 2007; Gunnar, 1996; Brodersen, Nachmias, Buss, & Rigatuso, 1996; Spangler & Schieche, 1998).

במחקר הנוכחי נמצא כי האימהות לפעוטות מקבוצת PTSD הפגינו מצוקה רגשית גבוהה ביחס לשאר הקבוצות. כידוע, דיכאון וחרדה הינן הפרעות המאופיינות בקשיים בויסות הרגשי ושליטה ברגשות. השפעת חוסר הרגישות וחוסר הזמינות של הורה המאפיינת הפרעות אלו הינה משמעותית בעיקר בגיל הילדות המוקדמת (Cicchetti & Toth, 1998; Feldman, 2007a; Feldman, et al., 2009; Hudson & Rapee, 2002; Weinberg & Tronick, 1998). הורות לא רגישה מעוררת מצוקה רגשית גבוהה אצל הילד, עוררות פיזיולוגית גבוהה ואקטיביות גבוהה, שהם למעשה אינדיקטורים לקשיי ויסות אפקטיביים (Field, 1987). בעוד התנהגות הורית חמה ורגישה מספקת לילד קונטקסט אופטימאלי בו הוא יכול ללמוד כיצד לווסת את העוררות הרגשית באופן יעיל, התנהגות הורית חודרנית, עוינת ולא רגישה הינה מאתגרת עבור הילד וגורמת לעוררות שלילית ולקשיים בויסות הרגשי.

קיימים מספר מחקרים המצביעים על קשר בין דיכאון אימהי (Kaufman & Ryan, 1999; Tronick, et al., 1997), חרדה אימהית (Feldman, et al., 2009; Warren, et al., 2003) ו-PTSD (Hirshfeld, et al., 1997) לבין פגיעה ביכולות הויסות הרגשי והפיזיולוגי של הילד. מאפיין מרכזי של אוכלוסיית המחקר הנוכחי הינו חשיפה כרונית לאירועים טראומטיים, חשיפה המשפיעה על מערכת הויסות הרגשי הן של הפעוט והן של ההורה. חשיפה להתנהגות הורית לא רגישה ולא מכווננת לצרכי התינוק, התנהגות המאפיינת הורים עם הפרעה אפקטיבית, גורמת לאפקט מוכלל יותר- תפיסת עולמו של הפעוט נפגמת באופן כללי והוא חווה את העולם כמקום

המאיים על בריאותו הנפשית ושלמותו הפיזית ואילו מערכת העוררות הופכת רגישה לכל גורם סטרסוגני אפשרי (Cummings & Davies, 1994).

לסיכום, ממצאי המחקר העיקריים המתייחסים לקשר בין חשיפה לטרור וללחימה וקשיי ויסות מהווים תמיכה נוספת לספרות המחקרית המתייחסת לקשר בין חשיפה מתמשכת לסטרס והפגיעה במערכות הויסות, ושופכת אור נוסף על הרלוונטיות של ממצאים אלו לגילאי טרום בית-הספר. ממצאי המחקר מראים כי במצבי דחק בולט כי פעוטות מקבוצת PTSD חווים מצוקה רגשית גבוהה. אלו הילדים שהגיבו באופן השלילי ביותר מבחינה אפקטיבית לסיטואציה מעוררת פחד, הם אינם יודעים כיצד להתמודד עם הסיטואציה, חסרי שיטות ויסות "עצמיות" אך בו בזמן אינם פונים לאם לקבלת ניחום והרגעה וההתמודדות שלהם מאופיינת בעיקר בהתנהגויות של בריחה ונסיגה. ההתנהגויות האופייניות לקבוצה זו למעשה מותירות את אותם ילדים ללא יכולת לווסת את העוררות השלילית ובכך מעמיסות על מערכת הויסות הרגשי באופן תמידי. כתוצאה מכך, פעוטות מקבוצת PTSD יחוו גם רמות נמוכות של סטרס כטראומטיות ולמעשה קיימת אקטיבציה תמידית של תגובת הסטרס (Schoore, 2001). פעוטות מקבוצת PTSD מאופיינים בריאקטיביות שלילית וקשיי ויסות, פרמטרים שנמצאו כגורמי סיכון במודלים של סיכון מרובה (Lengua, 2002). אם כך ניתן לומר כי ילדים אלו הינם פגיעים להתפתחות של PTSD, בעיקר אלו אשר אימותיהם סובלות ממצוקה רגשית, אשר בתורה פוגעת ברגישות ובתגובתיות האימהית.

2.א. יכולות ויסות חברתי

במהלך השנה השנייה לחייו הפעוט מתחיל להגיב באופן ישיר להוריו ומתפתחת יכולת הצייתנות והשלטיה העצמית (Kopp, 1989). מחקרים רבים מראים קשר בין צייתנות לבין יכולת הפנמה (Kochanska, 1991; Kopp, 1982) ואילו חוסר צייתנות נמצאה קשורה ליכולות הפנמה נמוכות (Kochanska, 1991; Kochanska & Aksan, 1995). בעוד "צייתנות מתוך מחויבות" הינה קבלה מלאה של ציווי האם, "צייתנות מצבית" מאופיינת בשיתוף פעולה זמני כאשר הילד אומנם משתף פעולה ולא מתנגד אולם נראה כי לא מאמץ לחלוטין את האגנדה של האם והצייתנות היא שטחית ונשמרת באמצעות בקרה אימהית מתמשכת ולכן אינה מצביעה על יכולות הפנמה (Kochanska, Tjebkes, et al., 1998).

במחקר הנוכחי הועברה סיטואציית "עשה"- בקשה מהפעוט לאסוף צעצועים. מחקרים מצביעים על כך שזוהי מטלה מאתגרת עבור ילדים צעירים בגילאי טרום בית-הספר. זוהי מטלה הדורשת לשאת פעילות לא נעימה ומשעממת ולכן התגובה האופיינית לילדים בגיל זה הינה דווקא "צייתנות מצבית" (Kochanska & Aksan, 1995; Kochanska, et al., 1995; Kochanska,) (Tjebkes, et al., 1998). ילדים בגילאים אלו הינם בעלי עצמאות מעשית ומחשבתית ולכן נראה כי התנהגות של צייתנות ללא הסתייגות לא בהכרח מתאימה לסיטואציה זו. מעניין לראות כי התנהגות קבוצת הפעוטות שנחשפה לטרור אולם לא פיתחה סימפטומים פוסט-טראומטיים (Exp-No) מאופיינת ב"צייתנות מצבית", התנהגות המאפיינת אוכלוסיה נורמאלית בגילאים אלו. לעומתם, פעוטות שהפגינו מצוקה פוסט-טראומטית (PTD+PTSD) מאופיינים בהתנהגות של "צייתנות מתוך מחויבות" במטלה זו. מכיוון שידוע כי התנהגות זו אינה אופיינית לילדים

בגילאים אלו בהתייחס למשימת איסוף הצעצועים ניתן לשער כי ההתנהגות המאפיינת ילדים אלו אינה מלמדת על יכולות הפנמה אלא על התנהגות לא נורמטיבית מבחינת הויסות החברתי. יתכן ופעוטות שנחשפו לטרור וללחימה ופיתחו מצוקה פוסט-טראומטית על דרגותיה השונות, מגיבים לבקשת ההורה לא מתוך הפנמה של ערכים חברתיים אלא מתוך ציות לצו חיצוני מבלי יכולת למצוא מבפנים פתרון או קול שיעזור להם להתארגן.

אפשרות נוספת להבנת הממצאים היא התייחסות להתנהגות הילדים מקבוצת PTSD ו-PTD לא כהתנהגות של "צייתנות מתוך מחויבות" אלא כהתנהגות של "צייתנות יתר". כאמור, התגובה המתאימה למשימה זו מבחינה התפתחותית הינה "צייתנות מצבית"-זו תבנית התנהגותית המתאימה לסיטואציה בה מחד הילד מבטא את רצונותיו (להמשיך ולשחק) אך יחד עם זאת הוא משתף פעולה עם בקשת האם וממלא אחר המשימה. הילדים שנחשפו לטרור וללחימה ופיתחו מצוקה פוסט-טראומטית לא הביעו כל מחאה או בקשה להמשך משחק, אלא מיהרו להיענות להוראות האם. מחקרים מקשרים בין חשיפה להזנחה והתעללות לבין התנהגות של צייתנות יתר בילדים (Crittenden & DiLalla, 1988; Yates, 1981). כמו כן, מחקרי התקשרות מצביעים על הקשר בין בעיות התקשרות ובעיקר התקשרות חרדה/לא מאורגנת, התקשרות המאפיינת ילדים לאימהות חרדות, לבין תבנית התנהגות של צייתנות יתר (Fivaz-Depeursinge, Lopes, Python, & Favez, 2009; Rees, 2007; Zeanah, Mammen, & Lieberman, 1993). המשותף לשתי האוכלוסיות הוא החשיפה לאם אשר מתקשה לקרוא את רמזי הילד או להגיב לצרכיו ומשאלותיו בצורה מותאמת ומספקת, פרופיל התנהגותי המתאים לאימהות מקבוצת PTSD ו-PTD, המאופיינות במצוקה רגשית גבוהה. ילדים אלו יגיבו בהתנהגות של צייתנות יתר על מנת להרגיש כביכול שליטה בסיטואציה. צייתנות יתר מאפשרת לילד הגנה כביכול מפני אי היכולת לצפות את תגובת האם ומתוך כך תחושת בטחון (Hughes, 2004; Szajnberg & Crittenden, 1997). הסבר אחר מתייחס לצייתנות יתר כתגובה הישרדותית של הפעוט אשר מוכן לבחור בכל דרך בטוחה שתאפשר לו לקבל תשומת לב (Rees, 2007).

לסיכום, ממצאי המחקר הנוכחי המתייחסים ליכולת הויסות החברתי בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור וללחימה מספקים אינפורמציה ייחודית לדרכי ההתמודדות של פעוטות הסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית עם סיטואציה חברתית. נראה כי אסטרטגיית ההתמודדות של פעוטות הסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית עם סיטואציה הדורשת מהם להיענות לדרישות הסביבה שונה מאסטרטגיית ההתמודדות של אוכלוסיה רגילה. כך נמצא כי הפעוטות שהפגינו מצוקה פוסט-טראומטית אופיינו בהתנהגות של "צייתנות מתוך מחויבות". מכיוון שמחקר זה כלל פרוצדורה אחת בלבד המתייחסת ליכולת הויסות החברתי נוספים יידרשו על מנת להבין לעומק את התפתחות הויסות החברתי והפנמה של כללים חברתיים בקונטקסט של חשיפה ממושכת לאירועי דחק.

ב. גורמי הקשר אם-ילד

מחקרים רבים הצביעו בעבר על הקשר בין התנהגות הורית רגישה ומכווננת לצרכיו של הילד לבין הבריאות הנפשית שלו. ידוע כי לאינטראקציות המוקדמות השלכות ארוכות טווח על התפתחות

התינוק (Schoore, 1996; 2001) וכי ההשפעה על הקשר הינה דו כיוונית כאשר הן האם והן הילד משפיעים על התנהגות האחר (Feldman, Weller, et al., 1999; Stifter & Braungart, 1995). כפי שצוין, קיימים מחקרים אשר בחנו את טיב הקשר אם-ילד בעקבות חשיפה לאירוע מעורר דחק. באופן כללי, מודלים של סיכון מצטבר מתייחסים לאיכות הקשר אם-ילד כגורם חוסן מפני בעיות הסתגלות של ילדים אשר נחשפו לאירועי דחק או קונטקסט משפחתי שלילי (Hammen, 2000; Sameroff & Fiese, 2000; Masten, 2001; Lieberman, et al., 2005; 2003), אך עצם השפעת החשיפה לאירוע מעורר דחק על איכות הקשר אינה ברורה דיה. בעוד מרבית הספרות הקיימת מראה כי בעקבות חשיפה לטרור וללחימה התנהגות הדיאדה אם-ילד הינה פחות אופטימאלית (McFarlane, 1987a; Perry & Azad, 1999), ישנן עדויות בספרות המחקרית לכך שחשיפה משותפת לאירוע טראומתי דווקא מעודדת חיפוש אחר קרבה (Drabek & Key, 1976; Silber, et al., 1958). ממצאי המחקר הנוכחי מאפשרים להעמיק את ההבנה אודות דפוס הקשר אם-ילד המאפיין חשיפה לסטרס בגילאים צעירים. אפיון נוסף של אוכלוסיות המחקר הנוכחי המשפיע על טיב הקשר בין האם לילדה הוא החשיפה הממושכת הן של ההורה והן של הילד לאותם אירועים מעוררי דחק.

ההתרשמות הגלובלית מהאינטראקציות של פעוטות מקבוצת PTSD עם אימותיהם בסיטואציה ניטראלית במחקר זה מלמדת כי דיאדות אלו נבדלות מקבוצת הביקורת במספר מדדים. קבוצת PTSD נבדלת מקבוצת הביקורת ברמת הרגישות והחודרנות האימהית כמו גם במדדי מעורבות הילד באינטראקציה והדדיות הדיאדה. באופן כללי ניתן לומר כי איכות האינטראקציה המאפיינת דיאדות מקבוצת PTSD הינה פחות אופטימאלית מאשר איכות האינטראקציה של הקבוצה שלא נחשפה לטרור וללחימה.

למעשה, מאפייני ההורות העיקריים הרלוונטיים בקונטקסט של תגובתיות לסטרס הינם תגובתיות רגישה לסיגנלים ולצרכי הילד והורות עקבית תוך שימת גבולות מותאמת (Salmon & Bryant, 2002). כאשר הקשר אם-ילד מאופיין בחום ורגישות, איכות התגובתיות ההורית משפיעה על תחושת הביטחון של הילד ותחושת האמון באחרים, כמו גם על התפתחות מיומנויות של ויסות עצמי ומהווה גורם מגן מפני ההשפעה ההרסנית של חשיפה לאירועים טראומטיים. סביבה רגישה, תומכת, צפויה, קבועה ומובנית תורמת לתחושה אצל הילד של ערך וביטחון עצמי ולהתפתחות של יכולות חברתיות, אמפטיה, סקרנות ויכולת לבטא רגש חיובי (Elicker, 2000; Englund, & Sroufe, 1992; Englund, Levy, Hyson, & Sroufe, 2000).

ממצאי המחקר הנוכחי הראו כי אימהות רגישה ושימת גבולות מותאמת נקשרו לפחות בעיות התנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות, פחות סימפטומים פוסט-טראומטיים וליכולות ויסות טובות יותר אצל פעוטות שנחשפו לאירועי לחימה וטרור. ממצאים דומים נמצאו במחקרים קודמים אשר הצביעו על חשיבות הורות רגישה, תומכת ומובנית בשנים המוקדמות על הסתגלות הילד לאירועים מעוררי דחק (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2004; Wilson, Lengua, 2000; Meltzoff, & Smith, 2010; Wolchik, Wilcox, Tein, & Sandler, 2000). ממצאי המחקר מחזקים את ההשערה כי התנהגות הורית אופטימאלית משמשת כגורם מגן מפני התפתחות של

בעיות הסתגלות בתגובה לסטרס וכי לקשר אם-ילד השפעה משמעותית על התפתחותו התקינה של הפעוט במגוון מישורים.

קיימים מספר הסברים אפשריים לקשר בין חשיפה לטרור וללחימה ובין ירידה באיכות האינטראקציה. כפי שהובא בפרק המבוא, איכות האינטראקציה בין האם לילדה מושפעת מגורמי האם, הילד וגורמים קונטקסטואליים כאשר לכל אחד מהם תרומה ייחודית לקשר בין PTSD ואיכות האינטראקציה. הספרות המחקרית מצביעה על קשר בין פסיכופתולוגיה אימהית לבין התנהגות פחות רגישה. כך למשל, אם דיכאונית תפגין פחות חום ורגש חיובי והדיאדה תאופיין בפחות הדדיות (Feldman, 2007a, 2007c; Field, 1992; Weinberg & Tronick, 1998), אם הסובלת מחרדה מאופיינת בהתנהגות לא מותאמת לצרכי הילד (Feldman, 2007c; Feldman, et al., 1997; Murray, et al., 2007; Weinberg & Tronick, 1998) ואם הסובלת ממצוקה פוסט-טראומטית מתקשה לספק סביבה צפויה והמשכית והתנהגותה מאופיינת בהימנעות ותגובה רגשית עוצמתית ולא מווסתת (Deblinger, et al., 1999; Perry & Azad, 1999). אכן, ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על מתאם שלילי בין רגישות אימהית ושימת גבולות מותאמת למשתני מצבה הרגשי של האם. למעשה, ניתן לומר כי התנהגות הורית הינה גורם מתווך בין פסיכופתולוגיה של ההורה לבין בעיות ההסתגלות של הילד והתפתחות אסטרטגיות ויסות פחות בשלות. דהיינו כאשר המצוקה הנפשית של האם פוגעת בהתנהגותה האינטראקטיבית עם ילדה אזי יתפתחו בעיות הסתגלות אצל הילד.

מחקרי תצפית בילדים ופעוטות הראו כי קשיים באינטראקציה אם-ילד על רקע מצוקה נפשית של האם נקשרים לקשיים בהתפתחות הרגשית והחברתית (Feldman, et al., 2005; Feldman & Vengrober, In Press; Hammen, 2003; Laucht, Esser, & Schmidt, 2001). מרבית המחקרים התמקדו בעיקר בדיכאון, משום שזוהי ההפרעה הנפשית הנפוצה ביותר בקרב אימהות והשאלה אודות ההשפעה הייחודית של הפרעות נפשיות שונות על התפתחות הילד נותרה בעינה. אחד מחידושי המחקר הנוכחי הינו העובדה כי למעשה כל אחת מההפרעות הרגשיות של האם כפי שנמדדו במחקר (דיכאון, חרדה, PTSD) בעלות השפעה זהה על תפקודו של הפעוט. כך למעשה, נמצאה קורלציה חיובית בין דיכאון, חרדה ו-PTSD אימהי לבין בעיות רגשיות-חברתיות, בעיות התנהגות וכמות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הפעוט. בנוסף, נמצא קשר שלילי בין כל אחת מההפרעות הרגשיות של האם לבין יכולות הויסות של הפעוט. כמו כן, נמצא כי מצבה הרגשי של האם, המורכב הן מדיכאון והן מחרדה, נבא את בעיות ההתנהגות של הפעוט בעקבות חשיפה לטרור, כאשר כל משתנה תרם את חלקו לניבוי בעיות ההתנהגות של הפעוט. אם כך, ניתן לומר כי ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך שהפרעות רגשיות של האם, המאופיינות בקשיי ויסות רגשי, משפיעות על תפקודו של הפעוט בעקבות חשיפה לטרור, זאת דרך ההתנהגות האימהית הנובעת ממצוקתה הרגשית.

הסבר נוסף לקשר בין PTSD ופגיעה באיכות הקשר אם-ילד נובע מהשפעת החשיפה לטרור על התנהגות הילד באינטראקציה, אשר בתורה משפיעה על טיב האינטראקציה כולה. כיוון שיחסי הורה-ילד הינם תוצאה של הבנייה משותפת של ההורה והילד, למאפייניו של הפעוט משקל מכריע בעיצוב אופי הקשר עם אמו (Cox & Harter, 2003). אחד המאפיינים המשפיעים על דפוסי האינטראקציה של הילד עם אמו הוא איכות יכולות הויסות של הפעוט (Feldman, 2006).

ההשוואה שנערכה במחקר הנוכחי בין קבוצות המחקר בנוגע ליכולות הויסות ומאפייני הטמפרמנט מאפשרת לאבחן את יכולות הויסות של קבוצת PTSD ומאפייני הטמפרמנט שלה כמו גם את השלכות הויסות הרגשי והטמפרמנט על האינטראקציה. כאמור נמצא כי בהשוואה לקבוצת הביקורת, קבוצת PTSD מאופיינת בקשיים בויסות הרגשי, ריאקטיביות שלילית וכמות גדולה יותר של בעיות התנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות.

היכולות המתפתחות של הפעוט לתפוס את המציאות ולהגיב למאפיינים המשתנים של סביבתו משפיעה על איכות הקשר אם-ילד (Stern, 2000). התגובתיות של הפעוט לאימו מודיעה לאם כי התנהגותה הולמת לצרכיו ורצונותיו והיענות הפעוט לסיגנלים התקשורתיים של האם משמשת נדבך חשוב בבניית האינטראקציה ביניהם יד ביד עם יוזמות האם. למעשה, רגישות האם יחד עם תגובתיות הילד תורמות יחדיו להתפתחות היכולות הבינאישיות של הילד (Biringen & Brazelton, 1991) כאשר תגובתיות הילד וביטויו הרגשי משפיעים על התנהגות האם (Robinson, 1991; Koslowski, & Main, 1974; Kivijarvi, et al., 2001; Stern, 1977).

קשיי ויסות רגשי וויסות חברתי משפיעים על היכולת האינטראקטיבית של הילד כמו גם על תגובת האם אליו. אכן, ישנן עדויות בספרות המחקרית לכך שהקשר בין תגובתיות אימהית רגישה לבין מאפייני הקשר אם-ילד מתווך על ידי יכולות הויסות של הילד (Braungart Rieker, 2001; Garwood, Powers, & Wang, 2001) וכי טמפרמנט הילד משפיע על התנהגות ההורה כך שריאקטיביות שלילית נקשרה לקשר פחות אופטימאלי עם ההורה (Crockenberg, 1986; Braungart-Rieker, Garwood, & Kochanska, 1995) ולרמות נמוכות של רגישות אימהית (Stifter, 1997; Van Den Boom & Hoeksma, 1994).

הספרות המחקרית מצביעה על קשר בין מאפייני הילד לבין ההתנהגות ההורית בקרב אוכלוסיות בסיכון. לדוגמא, מחקרי פגים - אוכלוסיה המאופיינת בריאקטיביות שלילית ויכולות מוגבלות למעורבות באינטראקציה כמו גם קשיי ויסות - מצביעים על השפעת גורמי הסיכון של הילד על ההתנהגות ההורית (Eckerman, Hsu, Molitor, Leung, & Goldstein, 1999; Gorman, 2001; Lourie, & Choudhury, 2001). למעשה, מאפייני הילד ובעיקר המעורבות הנמוכה באינטראקציה וקשיי הויסות, מובילים להתנהגות חודרנית מצד האם וגירווי יתר של הילד (Feldman, 2007a; Greene, Fox, & Lewis, 1983; Minde, 2000).

עד כה לא נערכו מחקרים אשר בחנו את השפעת החשיפה הממושכת והאינטנסיבית לטרור ואירועי לחימה על התנהגותו של הפעוט באינטראקציה עם ההורה תוך בחינת גורמי הפעוט כגורמים המשפיעים על האינטראקציה, אולם ידוע כי חשיפה כרונית לסטרס משפיעה על מערכת הויסות הביולוגי והרגשי. פעוטות עם PTSD מאופיינים כאמור בקשיי ויסות המתבטאים מחד בעוררות רגשית גבוהה ובנסיגתיות, ומאידך בהימנעות וחוסר תגובתיות. אם כן, ניתן להניח ממחקרים קודמים כי מאפיינים אלו משפיעים באופן שלילי על טיב האינטראקציה בין הפעוט לאמו ופוגעים בתגובתיות הרגשית של האם ובהדדיות הדיאדה באופן כללי.

ב.1. קשר אם-ילד - חשיבות הרגישות האימהית בקונטקסט של דחק**ב.1.א. רגישות אימהית ברמה ההתנהגותית**

עד כה התייחסנו לטיב הקשר בין הפעוט לאימו באופן כללי ולחשיבות הרגישות האימהית ובריאותה הנפשית כמו גם התגובתיות של הילד ומאפייני הטמפרמנט ויכולות הויסות שלו על איכות הקשר בסיטואציה ניטראלית. אחד מחידושי המחקר הנוכחי הינו בחינת טיב הקשר בין הפעוט לאימו דווקא בתוך קונטקסט המעורר דחק וזאת מתוך ההנחה המבוססת על מחקרים קודמים כי לקונטקסט בו מתרחשת האינטראקציה השפעה על איכות הקשר (Feldman, Weller,) Sirota, & Eidelman, 2003; Miller, McDonough, Rosenblum, & Sameroff, 2002; (O'Brien, Johnson, & Anderson-Goetz, 1989).

במחקר הנוכחי איכות הקשר בין הילד לאימו ובעיקר מרכיב הרגישות האימהית נבדקו בשני הקשרים: בסיטואציה ניטראלית (משחק חופשי) ובסיטואציה מעוררת דחק (ראיון עם האם אודות האירוע הטראומתי בנוכחות הילד). רגישות האם נאמדה ביכולת שלה להגיב באופן אדפטיבי לצרכיו המשתנים של הפעוט. ניתן להניח כי בסיטואציה מעוררת דחק היכולת להגיב באופן מותאם לצרכיו של הפעוט הינה מורכבת יותר. עד כה לא נערכו מחקרים הבודקים את תגובת הדיאדה שנחשפה לטרור וללחימה לאירועים מעוררי דחק. מחקר זה מאפשר קבלת תמונה רחבה ומעמיקה על התפתחות הקשר אם-ילד באופן כללי ועל התנהגות האם בתוך קונטקסט של חשיפה מתמדת לאירועי דחק.

קיימים מספר מחקרים המצביעים על חשיבות הרגישות האימהית דווקא לרגשות השליליים של ילדה ולביטויי מצוקה (Del Carmen, et al., 1993; McElwain & Booth-LaForce, 2006). למעשה, Bowlby (1969) טען כי הקשר בין האם לילדה נבנה דווקא מתוך התגובות של האם לאותות המצוקה של ילדה. האם עוזרת לילד לווסת את תגובותיו הרגשיות וכך נבנית בו בהדרגה תחושת בטחון ואמון בעולם, אשר מהווה בסיס להתפתחות רגשית, חברתית וקוגניטיבית. מחקרים אשר השתמשו במספר מדדים של רגישות אמהית, הראו כי רגישות למצוקה של הילד הינה המנבא המשמעותי ביותר להתקשרות בטוחה (Del Carmen, et al., 1993; McElwain & Booth-LaForce, 2006) ולהסתגלות רגשית וחברתית (Leerkes, et al., 2009).

תגובה הורית רגישה לרגשותיו השליליים של הילד עוזרת לילד בהדרגה לווסת את התנהגותו ורגשותיו. כאשר ניסיונות הויסות של הילד נתמכות על ידי הפחתת העוררות וקבלת חיזוק חיובי מההורה, מתפתחת בהדרגה אצל הילד תחושת בטחון ביכולותיו לווסת את עצמו (Bell & Ainsworth, 1972), והוא לומד כי ביטוי רגשות שליליים ושיתוף עם האחר הינו דבר מקובל ולגיטימי (Stern, 1985). תגובה אימהית רגישה לאותות המצוקה של הילד תורמת לתחושה חיובית של העצמי ושל האחר (Bowlby, 1969) ותורמת להתפתחות יכולות חברתיות טובות כמו גם קשרים חיוביים עם האחר (Bohlin, Hagekull, & Rydell, 2000). לעומת זאת, תגובתיות אימהית לא רגישה לאותות המצוקה של הילד, כגון דחייה, התעלמות מרגשות שליליים, כעס,

ענישה וכדי למלמדת את הילד לצמצם, למסך או לווסת ביתר את רגשותיו השליליים במקום ללמוד לבטא אותם באופן אדפטיבי (Cassidy, 1994). תגובתיות לא רגישה של האם למצוקת הילד גורמת להעצמה של העוררות הרגשית ותחושת המצוקה, כמו גם לתפיסה שלילית של הסביבה ופיתוח אסטרטגיות ויסות לא יעילות. ילדים אלו יתקשו באינטראקציה עם האחר והתנהגותם תאופיין בנסיגה או אגרסיה.

תוצאות המחקר הנוכחי מצביעות על קשר בין ביטוי עוררות רגשית, התנהגות אגרסיבית של הפעוט וחיפוש אחר קרבת האם בסיטואציה מעוררת דחק לבין התנהגות אימהית רגישה. ממצאים אלו מחזקים את הספרות המחקרית המצביעה על חשיבות תגובתיות האם למצוקת הילד. כאמור, כל הפעוטות במחקר נחשפו לסיטואציה מעוררת דחק על ידי איזכור האירוע הטראומטי. קבוצת PTSD הפגינה עוררות שלילית והתנהגות אגרסיבית בסיטואציה זו. קבוצת הפעוטות שנחשפה לטרור אך לא פיתחה סימפטומים פוסט-טראומטיים (Exp-No) הפגינה אף היא התנהגות שלילית וביטוי אגרסיות במהלך הראיון אודות הטראומה, אך יחד עם זאת הפעוטות חפשו אחר קרבת האם, אסטרטגיית ויסות יעילה ואדפטיבית לגילאים אלו. בנוסף, ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי התנהגות אימהית רגישה בזמן סיטואציה מעוררת דחק ניבאה את ביטוי העוררות השלילית של הפעוט בזמן אותה סיטואציה ואת התנהגותו האגרסיבית. אם כך, ניתן להניח כי ביטוי התנהגותי אקטיבי יותר, המתבטא בחיפוש אחר קרבת האם או ביטוי אקטיבי של הרגשות הכואבים הינו תגובה אדפטיבית יותר לסיטואציה המעוררת זיכרונות כואבים. התנהגות זו מתאפשרת כאשר האם זמינה לילד ורגישה לאותותיו, אזי הוא יכול לאפשר לעצמו לבטא את מצוקתו הרגשית. זאת לעומת ילדים לאימהות חרדות, הסובלות ממצוקה רגשית אשר לומדים להפנים את רגשותיהם השליליים, זאת מתוך החוויות החוזרות ונשנות של חוסר המסוגלות של האם להכיל ולהגיב באופן אדפטיבי למצוקת הילד.

בנוסף, ממצאי המחקר מצביעים על קשר שלילי בין רגישות אימהית למצוקת הפעוט לבין בעיות התנהגות, בעיות רגשיות וכמות סימפטומים פוסט-טראומטיים. ממצא זה הינו בהלימה עם מחקרים קודמים אשר בחנו התנהגות הורית בזמן משימה מעוררת רגשית (לדוג': still face, התמודדות עם משימה חדשה, חיסון) (Crockenberg & Leerkes, 2004, 2006; Crockenberg, et al., 2008; Jahromi & Stifter, 2007; Moore & Calkins, 2004). יותר הראו גם כן כי ילדים להורים שהפגינו הורות רגישה לרגשות שליליים של הילד נטו לבטא יותר את רגשותיהם והראו יכולות ויסות התנהגותי וויסות פיזיולוגי טובים יותר ופחות בעיות התנהגות (Davidov & Grusec, 2006; Spinrad, Stifter, Donelan-McCall, & Turner, 2004). אם כך, ממצאי המחקר הנוכחי נותנים תוקף נוסף והרחבה של הספרות המחקרית בנוגע לחשיבות התנהגות אימהית רגישה דווקא בסיטואציה מעוררת דחק בקונטקסט של חשיפה ממושכת לאירוע טרור ולחימה בפעוטות.

1.1.1. רגישות אימהית ברמה המנטאלית- ייצוגים אימהיים

כאמור, המחקר הנוכחי בחן את הרגישות האימהית בקונטקסט של דחק בשני פרמטרים- ברמה ההתנהגותית- נבחנו תבניות התנהגות ספציפיות של האם וברמה המנטאלית- המחקר התמקד בייצוגים האימהיים כפי שיפורט להלן.

ייצוגיים אימהיים הינם למעשה תהליכי החשיבה, קוגניציה, המללה וההתייחסות של האם לחוויה הרגשית עם הילד. ייצוגים אימהיים הינם מרכזיים לתהליך הויסות ההדדי בין הילד לאימו וזאת משום שהם מסייעים לאם בקריאה מדויקת של מצוקת הילד ומצבו הרגשי ומאפשרים לה לספק עבורו טיפול מתאים ולהפחית את רמת המצוקה. כאשר ייצוגי האם קוהרנטיים והנרטיב מאורגן ונהיר זה מסייע לאם לקרוא טווח מצבים רגשיים רחב של הילד ולהגיב באופן אמפאטי ורגיש לצרכיו ומכאן לתרום להתפתחות יכולות הויסות הרגשי (Sroufe, 2000). זאת לעומת ייצוגים אימהיים לא קוהרנטיים ולא מאוזנים המאופיינים בסתירות, עיוותים והעצמה של רגשות שליליים אשר מפריעים לאם לקרוא במדויק את מצבו הרגשי של הילד ולהגיב באופן מותאם לצרכיו. קושי לקרוא את עולמו הפנימי של הילד לאורך זמן עלול

לפגוע בהתפתחות הויסות הרגשי (Rosenblum, Dayton, & McDonough, 2006).

כאמור, הרגישות האימהית בסיטואציה של דחק נמדדה על ידי שני פרמטרים: פרמטר התנהגותי ופרמטר מנטאלי. מצבה המנטאלי של האם כלל את הקוהרנטיות והעושר התוכני של הנרטיב. קוהרנטיות הינה למעשה היכולת לשמר בהירות, עקביות וארגון לאורך הנרטיב ולהימנע מסתירות ובלבול. עושר תכני מתייחס ליכולת לספר נרטיב עשיר ומגוון. אימהות מקבוצת PTSD נמצאו כבעלות יכולת פחותה לייצוגים קוהרנטיים ועשירים מבחינת תוכן וטווח רגשי. בנוסף, נמצא קשר שלילי בין חרדה אימהית לבין הפרמטר המנטאלי של רגישות אמהית. כמו כן, ממצאי המחקר מצביעים על קשר בין ייצוגי האם לבין התנהגות האם והילד באינטראקציה. נמצא קשר חיובי מובהק בין קוהרנטיות ועושר תכני ורגשי לבין התנהגות רגישה, שימת גבולות מותאמת וחודרנות נמוכה. כמו כן, ילדים לאימהות בעלי ייצוגים אימהיים קוהרנטיים ועשירים הראו מעורבות גבוהה באינטראקציה והדדיות הדיאדה הייתה גבוהה.

מחקרים קודמים הראו קשר בין ייצוגים אימהיים לבין התנהגות האם באינטראקציה עם ילדה. כך למשל, קוהרנטיות ועושר תוכני נמצאו קשורים למעורבות חיובית יותר באינטראקציה של האם עם ילדה (Slade, et al., 1999), יכולת האם לשקף את החוויה הפנימית של עצמה כמו גם את החוויה הפנימית של ילדה נמצאה קשורה לתקשורת אפקטיבית טובה יותר בין האם לילדה (Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005), התנהגות אימהית רגישה יותר (Meins, 1999) וחודרנות נמוכה (Lok & McMahon, 2006). חשוב לציין כי כל המחקרים שתוארו לעיל נערכו באוכלוסיה לא קלינית.

המחקרים שבחנו את הייצוגים האימהיים והשפעתם על התנהגות האם באוכלוסיה קלינית הראו תוצאות דומות. למשל, במחקרם של Dollberg ושות' (2010) נמצא קשר בין קוהרנטיות ועושר הנרטיב לבין רגישות אימהית גבוהה, חודרנות נמוכה ותמיכה רגשית גבוהה. בנוסף, הילדים נטו להתנהגות של נסיגה ופחות מעורבות במשחק. כמו כן, נמצא כי קוהרנטיות ונרטיב עשיר קשורים ליכולת ויסות מספקות בסיטואציה מאתגרת (Dollberg, et al., 2010; Feldman, Dollberg, & Nadam, In Press).

לסיכום, המחקר בחן לעומק את הרגישות האמהית וכלל כאמור הערכה של התגובות הרגישות של האם בשתי סיטואציות: סיטואציה ניטראלית וסיטואציה מעוררת דחק. תוצאות המחקר הנוכחי מראות כי בעוד ששתי הסיטואציות שונות ישנה התאמה ביניהן בפרמטרים שונים. כך למשל, רגישות אימהית בזמן משחק חופשי נמצאה קשורה באופן חיובי לרגישות אימהית בזמן

דחק הן לפרמטר ההתנהגותי והן לפרמטר המנטאלי. ממצא המחזק את הטענה כי תגובתיות רגישה לרגשות שליליים של הפעוט ולתגובת המצוקה שלו נקשרת להתפתחות של התקשרות בטוחה ואינטראקציות חיוביות עם האחר.

כמו כן, ניתן להניח כי אומנם אפשר להכליל מסיטואציה אחת לאחרת אולם לכל אחד מהמדדים תרומה אחרת להבנת ההשפעה של החשיפה לטרור וללחימה על התפתחותו של הפעוט. כך למשל, התנהגות האם בזמן דחק מנבאת את התנהגות הפעוט בסיטואציה מעוררת דחק ובסיטואציה ניטראלית ואילו התנהגות האם בסיטואציה ניטראלית מנבאת את התנהגות הפעוט בסיטואציה ניטראלית בלבד. זאת בהתאמה למחקרים קודמים אשר הראו כי רגישות אימהית למצוקת הפעוט הינה בעלת השפעה התפתחותית גדולה יותר מבחינת הסתגלות חברתית ורגשית מאשר רגישות אימהית למצבים ניטראליים (Del Carmen, et al., 1993; Leerkes, et al., 2009; McElwain & Booth-LaForce, 2006).

2.2. משחק סימבולי

בספרו "משחק ומציאות" טען וויניקוט שהמשחק מתרחש במרחב הביניים, כלומר במרחב שבין העולם הפנימי של הילד לעולמו החיצוני, במרחב שבין מציאות לדמיון, במרחב הפוטנציאלי בין התינוק לאימו (ויניקוט, 1971). הוא מתייחס לחשיבות המשחק כ"יסוד אוניברסאלי" וטוען כי המשחק מסייע לגדילה ומוליך ליחסי קבוצה ולפיתוח נתפס כאמצעי להשגת בריאות נפשית. למעשה המשחק הוא השפה של הילדים בגילאים צעירים כאשר היכולת שלהם לתקשורת מילולית מוגבלת. בתקופה זו המשחק הוא למעשה המצב הטבעי של תקשורת וזאת משום שאין לילדים צעירים את היכולת והכישורים הקוגניטיביים להשתמש במובן האבסטרקטי של המילה (Axline, 1947). למעשה, הצעצועים מהווים עבורם את המילים והמשחק הינו השפה הסימבולית

המאפשרת ביטוי עצמי (Ginott, 1982).

בהקשר של הקונטקסט המחקרי, המשחק מציע למעשה כלי פסיכולוגי ותצפיתי המאפשר לראות את העולם מעיניו של הילד ונותן לנו אפשרות לבחון את החוויה הסובייקטיבית של האירוע הטרואומתי ותוצאותיו בפרטים.

הופעת המשחק הסימבולי מופיעה בשנת חייו השנייה של הילד ומשקפת למעשה את התפתחות יכולת ההסמלה והייצוג. בתחילה מופיע משחק של העמדת פנים ולאחר מכן משחק של העמדת פנים עם האחר (Belsky & Most, 1981; McCune, 1995; Tamis-LeMonda & Bornstein, 1991); שתי רמות אלו של משחק קובצו במחקר הנוכחי לרמת "משחק סימבולי פשוט". העמדת פנים מצרפית והעמדת פנים היררכית צורפו לרמת "משחק סימבולי מורכב". מחקרים שבחנו את ההתפתחות התקינה של משחק סימבולי התייחסו הן לשינויים כמותיים הבאים לידי ביטוי בזמן, במגוון ובשכיחות המשחק הסימבולי והן על שינויים איכותיים הנוגעים למורכבות המשחק (Nicolich, 1977; Slade, 1987a).

במחקר הנוכחי נמצא הבדל בין הקבוצות השונות הן באיכויות המשחק הסימבולי והן בשכיחות המשחק. בקבוצת PTSD פרופורציית הזמן שהוקדשה למשחק שיום מתוך סך הזמן שהוקדש למשחק הייתה גדולה יותר מיתר הקבוצות. האימהות בקבוצה זו יזמו הן יותר משחק שיום והן

יותר משחק פשוט מיתר הקבוצות. המאפיין המרכזי של פעוטות מקבוצת Exp-No היה עיסוק מופחת במשחק מורכב. האימהות בקבוצה זו יזמו יותר משחק פשוט ופחות משחק מורכב. לגבי קבוצת הביקורת, נמצא כי הפעוטות שחקו יותר משחק מורכב ופחות משחק פשוט מיתר הקבוצות והאימהות מקבוצה זו יזמו יותר משחק מורכב והזמן הממוצע של כל אפיזודה היה ארוך יותר מיתר הקבוצות. נראה כי היכולת לשחק משחק סימבולי פשוט לא נפגעה אצל הפעוטות שנחשפו לטרור וללחימה אולם נראה כי מורכבות המשחק הסימבולי נפגעה.

משחק סימבולי מורכב מהווה את שיא היצירתיות במשחקו של הילד. המשחק מעורר התרגשות והילדים נטענים בעוררות חיובית אנרגיה ודמיון (Feldman, 2007b). וויניקוט (1971) הדגיש את החשיבות בתנועה הספונטנית כאחד מהמרכיבים המשמעותיים ביותר של המשחק בחיי- הנפש של האדם. באמצעות המשחק הילד מאפשר לעצמו ויתור על שליטה ואפשרויות של הפתעה. אולם, היכולת לשחק באופן ספונטני וגמיש תלויה כמובן גם בקיומה של סביבה המאפשרת ליחיד מרחב של יצירה ושל חיות. נראה כי החשיפה לטרור מתמשך פוגמת ביצירתיות בדומה לקשר שמצא וויניקוט בין חסך בילדות המוקדמת והיעדר יצירתיות, ולכן הזמן הממוצע של אפיזודת משחק סימבולי מורכב קצרה יותר אצל הילדים שנחשפו לטרור.

ידוע כי משחק פוסט טראומתי מערב צמצום תמטי וסכימה טקסית במשחק, חזרתיות, שיחזור אירועים מהעבר וחלקים לא מאורגנים של חוויות מכאיבות ללא שימוש בדמיון (Emde, Kubicek, & Oppenheim, 1997; Qouta, Punamki, & El Sarraj, 2008; Terr, 1983; Varkas, 1998) כך שסוג משחק עם איכויות של חזרתיות נוקשה וחוסר ספונטניות בדמיון במשחק של הילד מצביע לקלינאים על כך שיתכן והמשחק הוא תגובה לטראומה. עובדה זו יכולה להסביר את כמות הזמן המועט ששחקו הפעוטות שנחשפו לטרור במשחק סימבולי מורכב, משחק הדורש דמיון וספונטניות רבה.

מעניין לראות כי קיימת פגיעה במורכבות המשחק הסימבולי גם בקבוצת הפעוטות שנחשפה לטרור אך לא פתחה סימפטומים פוסט-טראומתיים (Exp-No). ממצא זה מצביע על השפעת החשיפה לטרור מתמשך גם על קבוצה זו, שאומנם לא פתחה סימפטומים קליניים אך עדיין ניכרת השפעת החשיפה על תחומי התפתחות משמעותיים בגילאים אלו. ייתכן וקבוצה זו חסינה בפני פגיעה ברוב תחומי התיפקוד היומיומיים אולם עדיין קיימת פגיעה בפונקציות מורכבות יותר כמו חשיבה מופשטת ויצירתיות, תחום בעייתי למחקר בגילאים צעירים אלו. אכן קיימים מחקרים המצביעים על קשר בין PTSD לבין תיפקוד פחות טוב במטלות של חשיבה מופשטת ופונקציות מנהליות (Beers & De Bellis, 2002; Leskin & White, 2007) והתייחסות ליצירתיות כגורם חוסן בפני התפתחות של PTSD (Agaibi & Wilson, 2005).

מאפיינים נוספים של קבוצת הפעוטות שנחשפה לטרור אך לא פתחה סימפטומים פוסט-טראומתיים, מלבד פגיעה ביכולות המשחק הסימבולי, הינם ריבוי קשיי שינה ביחס לקבוצת הביקורת וביטוי של עוררות שלילית ואגרסיה במצבי דחק, כאשר הקשר עם האם מהווה גורם מגן בפני התפתחות של פסיכופתולוגיה.

ממצאים דומים נמצאו במחקרים שבחנו כיצד פרידה מאימא בעקבות נסיעה או אשפוז ולמעשה חוסר הזמינות הפיזית והרגשית שלה משפיעים על התנהגות הפעוט. הממצאים העיקריים מצביעים על קשר בין פרידה מהאם לבין שינוי באפקט הילד, שינוי בהתנהגות המשחקית ורמת

המשחק הסימבולי, ושינויים בתבניות האכילה והשינה (Field, 1991; Field & Reite, 1984). ממצאים אלו מראים כי אומנם פרידה מהאם, אינה חוויה המובילה להתפתחות של מצוקה פוסט-טראומטית או התפתחות של בעיות חברתיות ורגשיות אך עדיין קיימת השפעה על תחומי תפקוד יומיומיים של הפעוט כמו גם על מצב רוחו. תמונה דומה מתקבלת אצל הפעוטות מקבוצת Exp-No, אשר נראה כי הקשר עם האם, כמו גם מאפיינים של הפעוט מהווים גורם מגן בפני התפתחות PTSD אולם עדיין קיימת השפעה של החשיפה הממושכת לטרור וללחימה על תפקודו של הפעוט ומצב רוחו. אימהות מקבוצת Exp-No אומנם הפגינו מצוקה רגשית פחותה מזו של אימהות מקבוצת PTSD, אולם המצוקה הרגשית שלהם עדיין הייתה גבוהה באופן מובהק משל אימהות מקבוצת הביקורת, עובדה המשפיעה על זמינותן הרגשית ומכאן פגיעה ביכולת המשחק, תבניות השינה והאפקט של הפעוט.

אפיון נוסף של קבוצת Exp-No הינו עיסוק בתכנים של אגרסיה מצד הפעוט במשחק חופשי ותגובתיות רבה יותר של האימהות לתכני אגרסיה מאשר תגובת האימהות מיתר הקבוצות. מחקרים מצביעים על קשר בין חשיפה לסטרס וביטוי אגרסיה הן במבוגרים שנחשפו לאירועים מעוררי דחק (Byrne & Riggs, 1996; Freeman, Roca, & Moore, 2000; Kotler, et al., 2001) והן בילדים בוגרים (Shipman, 1996; Maksud & Aber, 1996; Howes & Eldredge, 1985; Zeman, Penza, & Champion, 2000).

כאמור, ילדים צעירים מבטאים את החוויה הטראומטית דרך משחק ואכן מאמרים קליניים שמביאים תיאורי מקרה של משחק טראומטי של פעוטות מצביעים על ביטוי של אגרסיות במשחק (Gaensbauer, 1995; Pretorius, 2007). חשוב לציין כי המשחק של הילד התאפשר בתוך סביבה רגישה ומכילה, בקונטקסט טיפולי. ניתן להניח כי כאשר הקשר עם הדמות המטפלת משמעותי ובטוח והאם רגישה למצוקת הילד היא מאפשרת לילד לבטא את מצוקתו הבאה לידי ביטוי דרך תכנים אגרסיביים.

ממצא משמעותי נוסף שהתקבל במחקר הנוכחי מראה כי פעוטות מקבוצת PTSD הציגו יותר משחק מסוג "שיום" מיתר הקבוצות. משחק שיום הוא סגנון משחק של שאילת שאלות ושיום אובייקטים באופן חזרתי הקוטע את המשחק הרציף ולא מאפשר התפתחות של משחק סימבולי. סגנון משחק זה הוא פשוט יותר מבחינה איכותית וגורם לקטיעה וצמצום המשחק כולו.

אחד המאפיינים הבולטים של PTSD בילדים הינו שחזור החוויה הטראומטית דרך משחק (Drell, et al., 1993; Osofsky, Cohen, & Drell, 1995; Scheeringa, et al., 1995) משחק חזרתי המשחזר פרגמנטים של החוויה הטראומטית מבלי יכולת להקל על החרדה ומאופיין בפחות אלברוציה ודמיון (Perrin, Smith, & Yule, 2000). כמו כן, ידוע כי טראומה הינה חוויה הגורמת לחוסר ארגון אצל הילד המתבטא במשחק המאופיין בבלבול ביחס למציאות (Emde, et al., 1997). ייתכן ועובדה זאת מסבירה את הצורך של הילדים החשופים לטראומה בשאילת שאלות וצורך בהגדרת אובייקטים, מעין בקשה לעזרה בהגדרת העולם על ידי ההורה וניסיון להפחית את רמת החרדה על ידי המשגה של המציאות המבולבלת.

לסיכום, ממצאי המחקר הנוגעים להתפתחות המשחק הסימבולי בקונטקסט של חשיפה לאירועי טרור ולחימה מראים כי בקבוצת הפעוטות הסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית נפגעה היכולת

למשחק סימבולי מורכב ובנוסף, קבוצה זו הרבתה לשחק משחק "שיום"- משחק המאופיין בצמצום וחזרתיות מעניין לראות כי איכות המשחק הסימבולי המורכב נפגעה גם בקבוצת הפעוטות שנחשפה לטרור אך לא פתחה מצוקה פוסט-טראומטית. ממצא המרמז על השפעת החשיפה לטרור מתמשך גם על התפתחות ילדי קבוצה זו. כמו כן, תכני המשחק הסימבולי של קבוצה זו, המאופיינים בביטוי אגרסיה בעידודה של האם, מספקים לנו תימוך נוסף לכך, שבהינתן סביבה מכילה בה האם זמינה ורגישה לאותות הפעוט, ביטוי אקטיבי של רגשות המצוקה עשוי להיות גורם חוסן בפני התפתחות של מצוקה פוסט-טראומטית.

ג. מודלי רגרסיה לניבוי תפקוד הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה

אחת המטרות העיקריות של מחקר זה הייתה לבחון אספקטים שונים המשפיעים על הסתגלות הפעוט לחשיפה לטרור וללחימה וזאת תוך הישענות על המודל האקולוגי של Belsky (1984) אשר טען כי ההתפתחות מושפעת הן ממאפייני הילד, הן ממאפייני ההורה והן ממאפייני הדיאדה. לנוכח מטרה זו בוצעו ניתוחי רגרסיה היררכית במטרה לנסות ולנבא את השפעת כל אחד מהגורמים על תחומי התיפקוד השונים של הפעוט. הפרמטר הראשון שנבחר לניבוי הינו רמת בעיות ההתנהגות של הפעוט מכיוון שמרכיב זה קבל דומיננטיות רבה במחקרים אשר בחנו את השפעת החשיפה לאירועי דחק על תפקוד הילד (Chemtob, et al., 2008; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; McLeer, et al., 1998; Scheeringa, et al., 2003). אספקטים נוספים שנבחרו לניבוי הינם התנהגות הפעוט בסיטואציה מעוררת דחק (עוררות שלילית, התנהגות אגרסיבית), שהתקבלו מההערכה הגלובלית של אינטראקציה במצבי דחק ומעורבות הילד בסיטואציה ניטרלית, כפי שהתקבלה מההערכה הגלובלית של אינטראקציה חופשית. הסיבה לבחירת התנהגויות אלה הייתה ההנחה כי בדומה להתנהגות האם, גם התנהגות הילד משתנה כתלות בקונטקסט ולכן ישנו עניין מחקרי וקליני רב בבחינת האספקטים המשפיעים על התנהגות הפעוט בסיטואציות שונות. בהתאם לתפיסת המחקר ובקנה אחד עם מטרותיו, מודל הרגרסיה בקש לנבא את מרכיבי התפקוד של הילד באמצעות מערך אשר כלל פרמטרים הקשורים למאפייני הילד, מאפייני האם והתנהגות האם בזמן האינטראקציה.

תוצאות ניתוח הרגרסיה הראו כי לכל אחד מגורמי המודל תרומה משמעותית וייחודית לניבוי תיפקוד הילד לאחר חשיפה לטרור. מבחינת תרומת גורמי האם- ניתן לראות כי למצוקה הרגשית של האם תרומה ייחודית לרמת בעיות ההתנהגות של הילד ולמעורבות הילד באינטראקציה חופשית. מבחינת גורמי הילד- ראשית כל, ניתן לראות כי לקבוצת האבחנה של הילד, למעשה עצם היותו חשוף לאירועי טרור וללחימה באופן יומיומי, תרומה ייחודית לניבוי התנהגות הילד בזמן סיטואציה מעוררת דחק (עוררות שלילית, התנהגות אגרסיבית) ולניבוי רמת בעיות ההתנהגות אך לא לניבוי התנהגות הילד בסיטואציה ניטרלית. מזגו של הילד בעל תרומה ייחודית לניבוי רמת בעיות ההתנהגות הכללית ורמת העוררות השלילית בזמן סיטואציה מעוררת דחק.

מבחינת גורמי האינטראקציה- ניתן לראות כי להתנהגות האם בזמן סיטואציה מעוררת דחק תרומה ייחודית לניבוי התנהגות הילד הן בסיטואציה מעוררת דחק והן בסיטואציה ניטרלית. זאת לעומת התנהגות האם בזמן סיטואציה ניטרלית אשר תורמת לניבוי התנהגות הילד בסיטואציה ניטרלית בלבד.

ככל הידוע, מחקר זה הינו הראשון לערוך בחינה כה מקיפה ומורכבת של תרומתו הייחודית של כל אחד מהמרכיבים שתוארו לעיל על תחומי התפקוד השונים של הפעוט, בעקבות חשיפה לסטרס מתמשך. ממצאי מודל הניבוי בנוגע לתפקוד הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה מחזקים את המודלים עליהם מבוסס המחקר לפיהם כל גורם עשוי להוות גורם סיכון או חוסן להתפתחות מצוקה רגשית בעקבות חשיפה ממושכת לסטרס. כך נמצא כי מזגו של הילד מנבא את רמת העוררות השלילית שלו בסיטואציה מעוררת דחק, כמו גם את רמת בעיות ההתנהגות הכללית. זאת בהתאם לתיאוריה כי ריאקטיביות שלילית מהווה גורם סיכון להתפתחות של בעיות התנהגות (Campbell, 1995; Thomas & Chess, 1984). לגבי המצוקה הנפשית של האם, נמצא כי לדיכאון האימהי ולחרדה האמהית, תרומה ייחודית לניבוי בעיות ההתנהגות של פעוטות שנחשפו לסטרס מתמשך, זאת בהתאמה לספרות המחקרית המתארת למצוקה הרגשית של האם כגורם סיכון להתפתחות של בעיות התנהגות (Chemtob, et al., 2010; Downey & Coyne, 1990; Goodman & Gotlib, 1999; Van den Bergh & Marcoen, 2004). ממצא משמעותי נוסף התקבל לגבי התנהגותה של האם. נמצא כי בעוד התנהגות האם בזמן דחק מנבאת הן את התנהגות הילד בסיטואציה מעוררת דחק והן את התנהגות הילד בסיטואציה ניטראלית, התנהגות האם בסיטואציה ניטראלית מנבאת את התנהגות הילד בסיטואציה ניטראלית בלבד. ממצא זה הינו בהתאמה לספרות המחקרית אשר מראה כי רגישות אימהית דווקא למצוקת הפעוט הינה בעלת השפעה גדולה יותר על הסתגלות הילד מבחינה חברתית ורגשית מאשר רגישות אימהית במצבים ניטראליים (Del Carmen, et al., 1993; Leerkes, et al., 2009; McElwain & Booth-LaForce, 2006).

ד. מגבלות המחקר והצעות למחקרים עתידיים

במחקר זה נבחנו באופן מקיף גורמים שונים של האם, הפעוט והדיאדה בקונטקסט של חשיפה לטרור וללחימה. יתרונו וייחודו המשמעותי של מחקר זה הינו במגוון הרחב של המשתנים שנבדקו ובריבוי שיטות ההערכה שנכללו בו. אולם מפאת היקף המחקר ומורכבותו קיימות מספר מגבלות למחקר הנוכחי.

מגבלה אחת הינה הישענות על דווח האם לגבי מספר משתנים משמעותיים כגון, הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הילד, בעיות ההתנהגות ובעיות חברתיות-רגשיות, כמו גם מצבה הנפשי של האם. אומנם נמדדו מספר משתנים הבוחנים את מצבו הנפשי של הילד כמו גם את מצבה הנפשי של האם ונמצאו מתאמים גבוהים בין המשתנים השונים, מה שמעיד על מהמינות טובה של התוצאות אולם עדיין יש לזכור כי השאלונים מולאו אך ורק על ידי האם ומושפעים מתפיסתה העצמית ותפיסת ילדה.

מחקרים עתידיים יכולים לחזק את ממצאי המחקר הנוכחי על ידי אימות דווח האם בעזרת דמויות מטפלות נוספות או שימוש בקלינאים שיעריכו את המשתנים שהוזכרו להלן על ידי שימוש בתצפיות או על ידי עריכת ראיון קליני.

דבר נוסף, מחקר זה התמקד בהשפעת גורמי האם על הסתגלות הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה אולם חשוב לזכור כי לאבות תפקיד מכריע בחיי תינוקם. ידוע כי האינטראקציה בין אבות לילדיהן שונה מזו של אימהות עם ילדיהם (Cox & Harter, 2003; Feldman, 2003).

קיימים מחקרים עכשוויים המצביעים על תרומת הקשר בין האב לילדו על התפתחות קשרים בינאישיים עתידיים (Feldman, 2007b) יכולות ויסות (Feldman, 2007c) וכי קשר מיטיב ומעורבות אבהית באינטראקציה של האב עם ילדו מהווה גורם חוסן בפני התפתחות של הפרעות רגשיות (Bogels & Phares, 2008). בנוסף, איכות המשחק בין האב לילדו הינה בעלת איכות אחרת ומתוך כך כנראה משפיעה באופן אחר מאשר משחקה של האם עם ילדה על התפתחות חברתית ורגשית (Paquette, 2004).

מעניין לבחון האם הסגנון האינטראקטיבי השונה של אבות עם ילדיהם יבוא לידי ביטוי ביחסים עם ובהתנהגות הילד. כמו כן, חשוב לבחון את השפעת מצבו הרגשי של האב על הסתגלות הילד לחשיפה ממושכת לטרור וללחימה.

חשוב לציין כי כיום, הגישה הרווחת בחקר המשפחה הינה גישה מערכתית הבוחנת משתנים אינדיבידואלים של כל השותפים במשפחה, מערכות יחסים דיאדיות וכן את התהליך המשפחתי הטריאדי (Belsky, 1981, 1984; Belsky, Youngblade, Rovine, & Volling, 1991). לכן, יתכן ועל מחקרי המשך לבצע תצפיות על אינטראקציות משפחתיות כדי ללמוד יותר על התנהגויות הוריות משותפות והשפעתן על הסתגלות הילד לחשיפה לטרור וללחימה.

לבסוף, במחקר זה חסרה הערכה של איכות הזוגיות ומערכת הנישואין של ההורים. איכות המערכת הזוגית נמצאה כגורם משפיע על איכות ההורות ואופי הקשר שנוצר עם התינוק, בעיקר בקרב אבות (Belsky, et al., 1991; Volling & Belsky, 1991) כמו גם על קשיי הסתגלות של ילדים המתבטאים בדיכאון, נסיגה, קשיים חברתיים ורגשיים ובעיות התנהגות (Grych & Fincham, 2001). אם כך, רצוי היה להעריך באמצעות מדדי דיווח עצמי את שביעות רצונם של ההורים מהמערכת הזוגית ובכך לקבל מדדים נוספים, שהיו יכולים לתרום לניבוי ולהסבר המשתנים שהוערכו במחקר הנוכחי.

זה המקום לציין כי מעניין לבדוק גורמים קונטקסטואלים נוספים מלבד קשר אם-ילד ואת השפעתם על הסתגלות הילד לחשיפה לטרור וללחימה. בין הגורמים הרלוונטיים נראה כי בחינת האידיאולוגיה והאמונה הדתית של המשפחה יכולים לתרום לניבוי המשתנים שהוערכו במחקר הנוכחי. קיימים מחקרים המצביעים על תרומה חיובית של דת לבריאות הנפשית. מיעוט המחקרים שבחנו את הקשר בין דת לחשיפה לטראומה הראו כי דת קשורה להסתגלות טובה וכמות פחותה של סימפטומים (Ai & Park, 2005; Bettelheim, 1943; Park & Cohen, 1993). ממצאים דומים נמצאו אודות הקשר בין אידיאולוגיה להסתגלות טובה. כך נמצא כי אידיאולוגיה גבוהה ועמדה פוליטית ברורה בעלי השפעה מיטיבה על מצבו הנפשי של אדם הנחשף לטרור וללחימה (Punamaki, 1996; Punamäki, Qouta, & El-Sarraj, 2001). נושא זה רלוונטי במיוחד בקונטקסט של המחקר הנוכחי בו רבים מהורי הנבדקים נקלעו אל הסיטואציה מעוררת הדחק בעוד אחרים בחרו לגור באזורי הלחימה למרות ואף בגלל הסיכון הכרוך בכך ויתכן ועובדה זו מהווה גורם סיכון להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לטרור וללחימה.

חשיפה כרונית לסטרט משפיעה על תהליכים פיזיולוגיים שונים. הספרות המחקרית מראה כי חשיפה לסטרסורים מוקדמים משפיעה על התפתחות המערכות המוחיות האחריות לוויסות העוררות הפיזיולוגית והרגשית (Gunnar & Quevedo, 2007; Heim, Plotsky, & Nemeroff, 2004; Schore, 2001; Teicher, et al., 2003). אספקט נוסף אשר קבל דגש בשנים האחרונות

Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser,) הינו הקשר בין מערכת הסטרס למערכת החיסון (2006; Segerstrom & Miller, 2004). לפיכך כוון מחקר עתידי חשוב הינו בחינת המנגנונים הפיזיולוגיים העומדים בבסיס ההבדלים שנמצאו במחקר הנוכחי במשתני הילד ומשתני הדיאדה ובחינת המכניזם הספציפי בו חשיפה לסטרס כרוני מעצבת את הפסיכופתולוגיה הנוצרת בעקבות חשיפה מוקדמת לסטרס כרוני.

בנוסף, יש לבחון גורמים גנטיים העשויים להשפיע על ההבדלים שנמצאו בין קבוצות המחקר. מנגנונים אלו עשויים לרמוז על מקור ההבדלים ואולי אף להציע תמיכה להסבר אחד על פני ההסברים השונים שהוצעו לעיל.

משמעות קלינית למחקר עתידי אשר יתמקד בגורמים פיזיולוגיים וגנטיים הוא היכולת לאתר מראש ילדים אשר נמצאים בקבוצות סיכון ובכך להתאים את דרך הטיפול המתאימה עבורם. למשל, ילדים אשר הקורלטים הפיזיולוגיים יצביעו על קשיי ויסות או יכולות רגיעה עצמית נמוכות יאותרו מראש כקבוצה בסיכון לפתח הפרעה פוסט-טראומטית.

נקודה משמעותית אחרת הראויה להתייחסות עתידית הינה טווח הגילאים של משתתפי המחקר (1.5-5 שנים). זהו טווח רחב מבחינה התפתחותית בתקופה בה חלים שינויים רבים מבחינה קוגניטיבית, רגשית וחברתית. אכן, בתחילת הניתוח הסטטיסטי חולקו הילדים לשתי קבוצות גיל של 1.5-3 שנים ו-3-5 שנים. מכיוון שלא נמצאו הבדלים בין קבוצות המחקר המושפעים מגיל הנבדקים הוחלט לבצע את הניתוחים הסטטיסטיים ללא חלוקה נוספת לקבוצות גיל. ניתוחים סטטיסטיים נוספים יידרשו על מנת לשוב ולהתעמק במשתנה הגיל אשר אין ספק כי לפחות מבחינה תיאורטית יש לתת עליו את הדעת.

נקודת התייחסות נוספת קשורה לממצאי המחקר המצביעים על חשיבות רבה למדדי יכולות הויסות כמו גם מאפייני הטמפרמנט. חדשנות המחקר הנוכחי הוא בהיותו הראשון שבחן את יכולות הויסות הרגשי והחברתי, כמו גם מאפייני הטמפרמנט של הפעוט בקונטקסט של חשיפה ללחימה וטרור. כל זה תוך התייחסות מורכבת לגורמי האם והאינטראקציה. אולם, מגבלת המחקר הנוכחי היא בבחינת יכולות ויסות של רגש שלילי בלבד, מבלי בחינת יכולות הויסות של רגש חיובי. מגבלה דומה קיימת בכלי המחקר שבחן את יכולות הויסות החברתי. המחקר בחן יכולת זו בסיטואציה אחת בלבד של מטלת "עשה". הבחירה בשתי מטלות אלו בלבד הייתה מתוך החשיבה שלא להעמיס על הנבדקים יתר על המידה אולם המשמעות של בחינת יכולות ויסות חיובי כמו גם מטלות נוספות שיבחנו את יכולות הויסות החברתי הינה ברורה. אחד המאפיינים המשמעותיים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית הינו סימפטומים המנעותיים וטווח רגשי מצומצם. כמו כן, קשיים בויסות הרגשי נמדדים הן על ידי עוררות רגשית שלילית והן על ידי עוררות רגשית חיובית קיצונית (Fox, Schmidt, Calkins, Rubin, & Coplan, 1996) ולכן מעניין לבחון את טווח היכולות הרגשיות של פעוטות שנחשפו לטרור וללחימה כדי לקבל תמונה רחבה יותר של יכולות הויסות הרגשי.

בנוסף, מחקרים עתידיים ידרשו על מנת לבחון את הקשר בין מצוקה פוסט-טראומטית לבין התנהגות מסוג צייתנות על סוגיה השונים. זאת על מנת לקבל תמונה רחבה יותר ולשפוך אור על יכולות הויסות החברתי המתפתחות של פעוטות בעקבות חשיפה לטרור. יש לבחון את ההבדלים בתגובה בין מטלות מסוג "עשה" (כמו מטלת איסוף הצעצועים שבוצעה במחקר זה) לבין מטלות מסוג "אל תעשה" (כמו, לא לגעת בקערת ממתקים) וזאת מכיוון שמבחינה התפתחותית מצופה

מילדים בגילאים אלו להגיב בהתנהגות של "צייתנות מתוך מחויבות" במטלת "לא תעשה". כמו כן, יש לערוך מחקר נוסף לילדים בגילאים גדולים יותר, על מנת לראות האם תגובת הצייתנות למטלת "עשה" בעקבות חשיפה לטרור אכן מושפעת מהשלב ההתפתחותי בו נמצא הילד כפי שהוצא בפרק הדין.

אם כך, על מחקר עתידי לבחון מטלות מורכבות של ויסות רגשי וויסות חברתי הכוללות מטלות של רגש חיובי ושלילי כמו גם מטלות "עשה" ו"אל תעשה". מחקר אשר יכלול מטלות מרובות יאפשר לשלול את האפשרות כי התנהגויות הויסות הרגשי והחברתי האופייניות לכל קבוצת אבחנה תלויות סיטואציה, כמו למשל חוסר עניין בביצוע מטלת "איסוף הצעצועים". בנוסף, מחקר עתידי אשר יכלול מטלות עם וללא מעורבות האם יספק תמונה רחבה יותר בכל הנוגע ליכולות הויסות הרגשי והחברתי של הפעוט בקונטקסט של חשיפה לטרור וללחימה.

לבסוף, הפעוטות שהשתתפו במחקר נולדו ברובם לתוך סיטואציה של טרור מתמשך וזאת משום שירי הקסאמים על שדרות ואזור עוטף עזה, כמו גם המתרחשות הביטחוניות האופייניות לאזור נמשכים כ-10 שנים. כיוון מחקר עתידי הינו רפליקציה של המחקר הנוכחי על פעוטות שעברו להתגורר באזורים שקטים יותר מבחינה ביטחונית. באופן זה ניתן יהיה לבחון האם הפגיעה בתפקודו של הפעוט ובבריאותו הנפשית הינה קבועה או שמעבר לאזור בטוח משפר את מצבו של הפעוט. כיוון מחקר נוסף הוא רפליקציה של המחקר הנוכחי על ילדים בישראל שנחשפו בצורה ממוקדת למלחמה או אירוע טרור יחיד ובכך לקבל אישוש לייחודיות הממצאים לחשיפה לטרור מתמשך.

ה. השלכות קליניות

בריאותה הנפשית של האם כמו גם הקשר בין האם לילדה נמצאו קשורים באופן משמעותי לקשיי ההסתגלות של פעוטות בעקבות חשיפה מתמשכת לטרור וללחימה, כפי שהתבטא במחקר הנוכחי באמצעות בעיות התנהגות, בעיות חברתיות-רגשיות, קשיי ויסות וריבוי סימפטומים פוסט-טראומטיים. למחקר זה השלכות קליניות רבות אשר קצרה היריעה מלהכיל אך החלק הנוכחי יתמקד במספר השלכות קליניות משמעותיות הנובעות מעיקרי ממצאי המחקר.

הממצאים הקושרים את טיב האינטראקציה אם-ילד כמו גם את בריאותה הנפשית של האם להסתגלות הילד בעקבות חשיפה לטרור וללחימה תומכים בגישות הטיפוליות אשר מפנות את תשומת הלב לתפקוד האימהי ולקשר של האם עם ילדה בטיפול בילדים צעירים, בגילאי טרום בית-הספר. אחת התיאורטיקניות המזוהות עם גישה זו הינה Fraiberg (1980) אשר הייתה החלוצה לטפל בילדים עם הפרעות רגשיות על ידי פסיכותרפיה מבוססת אם-ילד. אומנם Fraiberg התייחסה בעיקר אל השנים הראשונות אולם קיימת היום ספרות קלינית ומחקרית ענפה ממוקדת קשר אם-ילד אשר מראה כי טיפול ממוקד קשר אם-ילד יכול להיות מיושם בצורה יעילה ונכונה עם פעוטות (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Lieberman, 1991; Lieberman & Van Horn, 1998). כמו כן, מחקרים קודמים תומכים בטענה כי פסיכותרפיה ממוקדת קשר אם-ילד תומכת בתפקודו האופטימאלי של ההורה ומהווה כלי אפקטיבי לשיפור מצבו הנפשי של הילד לאחר חשיפה לאירועים מעוררי דחק (Laor, et al., 2001; Lieberman, et al., 2001; Linares, et al., 2005; al., 2005).

לשיפור במצבו של הילד בעקבות חשיפה לטרור וללחימה. מתוך ממצאי המחקר הנוכחי עולה כי על הטיפול להתמקד ביכולת התגובתיות הרגשית של האם ולעודד את יכולתה לשקף את החוויה הפנימית שלה ושל ילדה באופן קוהרנטי ועשיר. ממצאי המחקר תומכים בקשר בין רגישות אימהית טובה, על רבדיה השונים לבין התנהגות אופטימאלית יותר של הדיאדה והסתגלות טובה יותר של הפעוט בעקבות חשיפה ממושכת לטרור וללחימה. מטרה נוספת של טיפול ממוקד בקשר אם-ילד היא הרחבת המשחק הסימבולי מבחינת שכיחות ואיכות המשחק וזאת מתוך ההבנה כי ליכולת לשחק משחק סימבולי מורכב ויצירתי תרומה משמעותית להתפתחותו של הפעוט.

ממצא משמעותי וייחודי למחקר זה הינו התמונה המורכבת המתקבלת בנוגע לעוררות הרגשית של הפעוטות שנחשפו לטרור וללחימה וביטוי אגרסיבי בהתנהגות ובמשחק הסימבולי.

לרב מתייחסים לעוררות רגשית גבוהה כגורם סיכון. אולם ממצאי מחקר זה הצביעו על קשר בין ביטוי עוררות שלילית וביטוי אגרסיות מצד הפעוט לבין התנהגות אימהית רגישה וחיפוש הפעוט אחר קרבת האם. למעשה, ממצאי מחקר זה מראים כי בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור וללחימה העוררות הרגשית מהווה גורם מגן בתגובה לסטרס משום שהיא מאותתת להורה כי הפעוט זקוק לקרבתו ותמיכתו. ניתן לומר כי עוררות רגשית הינה עדיפה בקונטקסט זה ולמעשה מגנה על הפעוט בפני ההימנעות והנסיגה המאפיינת פעוטות עם PTSD. אולם, ממצאי המחקר מראים כי עוררות רגשית גבוהה וביטוי האגרסיות על ידי הפעוטות הינה תגובה אדפטיבית רק כאשר ישנה תגובה אימהית מותאמת אשר עוזרת לפעוט לווסת את עוררותו. לעומת זאת, פעוטות מעוררים רגשית אשר לא זוכים למענה הולם מהדמות המטפלת נמצאים בקבוצת סיכון להתפתחות של הפרעות רגשיות וחברתיות, כמו גם בעיות התנהגות.

אם כך, תוכנית התערבות לטיפול בטראומה בילדים צעירים חייבת לכלול אלמנטים של תמיכה עבור ההורים, אשר סובלים בעצמם מהחשיפה הממושכת לסטרס, תמיכה אשר תאפשר להם להכיל ולהתמודד עם המצוקה של ילדיהם ולהיות קשובים לילד ולצרכיו ולהגיב באופן מותאם ורגיש למרות ההתמודדות עם העוצמות הרגשיות השליליות.

לבסוף, במחקר הנוכחי לא נאסף מידע בנוגע לטיפול פסיכותרפויטי של האם בעבר או בהווה. ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על חשיבות היכולת של האם להתייחס לעולם המנטאלי שלה ושל הפעוט בקונטקסט של חשיפה ממושכת לטרור וללחימה.

ייתכן ועבודה עם האם על ייצוגיה המנטאליים יחד עם צילום האינטראקציה של האם עם ילדה יאפשרו התייחסות מורכבת ומעמיקה להתנהגות האם והפעוט ועשויה להוות מוקד לעבודה טיפולית במטרה לשנות דפוסים בעיתיים בהתנהלות הדיאדה. שימוש בצילום בוידאו בעבודה עם אימהות ופעוטות מאפשר הגברת מודעות האם לדפוסים המתרחשים בינה ובין ילדה, מודעות אשר עשויה להוביל לשינוי ברגישות האמהית, אשר בתורה מביאה לשינוי בהתנהגות הפעוט (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van Ijzendoorn, 1998; Beebe, 2003).

כמו כן, עצם היות האם בטיפול בעבר או בהווה עשויה להוביל לעליה ביכולת האינטרוספקציה ומכאן להשפעה חיובית על יכולת האם להתייחס לעולם המנטאלי שלה ושל תינוקה.

בהישען על המודל של Belsky (1984) ניתן לומר כי כל אחד ממרכיבי המודל (גורמי האם, גורמי הילד, גורמי הדיאדה) יכול להוות שער כניסה לעבודה תרפויטית עם דיאדות בסיכון, בשל ההשפעה ההדדית המתקיימת בין הרכיבים השונים כאשר שינוי בכל אחד מהם יביא בהכרח לשינוי ברכיבים האחרים, כמו גם לשינוי בהתנהלות המשותפת של הדיאדה.

על מנת לבסס את ההשלכות הקליניות הנובעות מממצאי המחקר הנוכחי יש לעשות מחקר המשך אשר אחת ממטרותיו היא חיזוק הממצאים שנבדקו במחקר זה לגבי גורמי האם, הילד והדיאדה בקונטקסט של לחימה וטרור. בנוסף, מחקר זה התמקד בהשפעת החשיפה הממושכת לטרור וללחימה בגילאי 1.5-5, שנים משמעותיות מבחינת תהליכים התפתחותיים רגשיים ופיזיולוגיים. מחקר המשך יאפשר לבחון את היקף הפגיעה העתידית על תחומי התפקוד השונים של הילד ואולי אף למקד את אופי הפגיעה באופן שיאפשר למקד את התערבות והטיפול בילדים המבטאים מצוקה פוסט-טראומטית. פועל יוצא נוסף אשר עשוי לנבוע מביצוע מחקר המשך הינו חיזוק הממצאים לגבי גורמי סיכון מסוימים על פני האחרים, מה שיאפשר ביצוע של תוכניות התערבות יעילות וממוקדות יותר.

רשימת מקורות

ויניקוט, ד. ג. (1971). *משחק ומציאות*. תל אביב: עם עובד.

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Achenbach, T. M., & Rescola, L. A. (2000). *Manual for ASBEA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195.
- Ahern, N. R. (2006). Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175-185.
- Ai, A. L., & Park, C. L. (2005). Possibilities of the Positive Following Violence and Trauma. *Journal of interpersonal violence*, 20(2), 242-250.
- Alessandri, S. (1991). Play and social behavior in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3(02), 191-206.
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 21(4), 351-366.
- Amen, E., & Renison, N. (1954). A study of the relationship between play patterns and anxiety in young children. *Genetic Psychology Monographs*, 50, 3-41.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: MacMillan.
- Angold, A., & Egger, H. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment* (pp. 123-139). New York: Oxford University Press.
- Aoki, Y., Zeanah, C., Heller, S., & Bakshi, S. (2002). Parent–infant relationship global assessment scale: A study of its predictive validity. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56(5), 493-497.
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235-245.

- Asarnow, J., Glynn, S., Pynoos, R. S., Nahum, J., Guthrie, D., Cantwell, D. P., et al. (1999). When the Earth Stops Shaking: Earthquake Sequelae Among Children Diagnosed for Pre-Earthquake Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1016-1023.
- Axline, V. (1947). *Play therapy; the inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Bakeman, R., & Brown, J. (1980). Early interaction: Consequences for social and mental development at three years. *Child Development*, 51(2), 437-447.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van Ijzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal*, 19, 202-219.
- Barnett, L. (1984). Research note: Young children's resolution of distress through play. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 477-483.
- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Developmental Psychology*.
- Bat-Zion, N., & Levy-Shiff, R. (1993). Children in war: Stress and coping reactions under the threat of Scud missile attacks and the effect of proximity. In L. A. Leavitt & N. A. Fox (Eds.), *The psychological effects of war and violence on children* (pp. 143-179). Hillsdale, N.J: Lawrence Elbaum Associates.
- Beck, A. T. (1978). *Beck Depression Inventory*. San-Antonio, TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovitch.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20.
- Beckwith, L., & Rodning, C. (1996). Dyadic processes between mothers and preterm infants: Development at ages 2 to 5 years. *Infant mental health journal*, 17(4), 322-333.
- Beebe, B. (2000). Constructing mother-infant distress: The microsynchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 421-440.
- Beebe, B. (2003). Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal*, 24(24-52).

- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 483.
- Bell, K. L., & Calkins, S. D. (2000). Relationships as inputs and outputs of emotion regulation. *Psychological Inquiry*, *11*, 160-163.
- Bell, S., & Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, *43*(4), 1171-1190.
- Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, *43*(4), 1171-1190.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*, *17*(3-23).
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, *55*(1), 83-96.
- Belsky, J., & Most, R. K. (1981). From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental Psychology*, *17*(5), 630-639.
- Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., & Volling, B. (1991). Patterns of marital change and parent-child interaction. *Journal of Marriage and the Family*, *53*, 487-498.
- Benedek, E. P. (1985). Children and psychic trauma: a brief review of contemporary thinking. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder in Children* (pp. 1-16). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Bettelheim, B., 38, 417-452. (1943). Individual and mass behavior in extreme situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *38*, 417.
- Biringen, Z., & Robinson, J. A. (1991). Emotional availability in mother child interaction: A Reconceptualization for Research. *American Journal of Orthopsychiatry*, *61*(2), 258-271.
- Blair, R. J., & Cipolotti, L. (2000). Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain*, *123* (Pt 6), 1122-1141.
- Blanchard, E., Hickling, E., Taylor, A., Loos, W., Forneris, C., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, *34*(1), 1-10.
- Bogels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, *28*(4), 539-558.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, *9*, 24-39.

- Bolton, D., O'Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S., & Yule, W. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(4), 513-523.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, *121*(2), 369-375.
- Boscarino, J. (1995). Post traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: The significance of combat exposure and social support. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(2), 317-336.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1: attachment). New York: Basic Books.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., & Stifter, C. A. (1997). Compliance and noncompliance: The roles of maternal control and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *18*, 411-428.
- Braungart-Rieker, J. M., & Stifter, C. A. (1996). Infants' responses to frustrating situations: continuity and change in reactivity and regulation. *Child Development*, *67*(4), 1767-1779.
- Braungart Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, *72*(1), 252-270.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. Toronto: John Wiley.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, *45*(7), 797-805.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 902-907.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 748-766.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Trauma and Stress*, *21*(2), 223-226.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2.0*. New Haven, CT.: Yale University.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2006). *BITSEA Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Examiner's Manual*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2002). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology, 29*(2), 143-155.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *Future Child, 7*(2), 55-71.
- Bryce, J. W., Walker, N., Ghorayeb, F., & Kanj, M. (1989). Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Social Science and Medicine, 28*(7), 685-695.
- Burke, J. D., Borus, J. F., Burns, B. J., Millstein, K. H., & Beasley, M. C. (1982). Changes in children's behavior after a natural disaster. *American Journal of Psychiatry, 139*(8), 1010.
- Buss, K. A., & Goldsmith, H. H. (1998). Fear and anger regulation in infancy: effects on the temporal dynamics of affective expression. *Child Development, 69*(2), 359-374.
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (1996). The cycle of trauma: Relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 11*(3), 213-225.
- Caldji, C., Tannenbaum, B., Sharma, S., Francis, D., Plotsky, P., & Meaney, M. (1998). Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 95*(9), 5335.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 53-72.
- Calkins, S. D., & Degnan, K. A. (2006). Temperament in early development. In R. T. Ammerman, M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 64–97). New-Jersey: John Wiley & Sons.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: a multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Developmental Psychopathology, 14*(3), 477-498.
- Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. In J. J. Gross. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 229-248). New-York: Guilford Press.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(1), 113-149.
- Cardozo, B. L., Kaiser, R., Gotway, C. A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Trauma and Stress, 16*(4), 351-360.

- Carey-Trefzer, C. J. (1949). The results of a clinical study of war-damaged children who attended the Child Guidance Clinic, the Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London. *Journal of Mental Science*, 95(400), 535-559.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. . In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (Vol. 2-3, pp. 228-249): Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Champagne, F., & Meaney, M. (2001). Like mother, like daughter: evidence for non-genomic transmission of parental behavior and stress responsivity. *Progress in Brain Research*, 133, 287-302.
- Chemtob, C. M., Nomura, Y., & Abramovitz, R. A. (2008). Impact of conjoined exposure to the World Trade Center attacks and to other traumatic events on the behavioral problems of preschool children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(2), 126.
- Chemtob, C. M., Nomura, Y., Rajendran, K., Yehuda, R., Schwartz, D., & Abramovitz, R. (2010). Impact of maternal posttraumatic stress disorder and depression following exposure to the September 11 attacks on preschool children's behavior. *Child Development*, 81(4), 1129-1141.
- Chu, A. T., & Lieberman, A. F. Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-494.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation, pp. 32-71). New-York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human development*, 1(1), 34-66.
- Clark, R., Hyde, J., Essex, M., & Klein, M. (1997). Length of maternity leave and quality of mother-infant interactions. *Child Development*, 68(2), 364-383.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Trauma and Stress*.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical

- sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Trauma and Stress*, 21(3), 282-289.
- Cohen, E. (2006). Play and adaptation in traumatized young children and their caregivers in Israel. In L. Barbanel & R. J. Sternberg (Eds.), *Psychological interventions in times of crisis* (pp. 151–180). New-York: Springer.
- Cohen, E., Chazan, S., Lerner, M., & Maimon, E. (2010). Posttraumatic play in young children exposed to terrorism: An empirical study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 159-181.
- Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 91-99.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26(1), 15-23.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 242-248.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 73-100.
- Cole, P. M., Zahn-Waxler, C., Fox, N. A., Usher, B. A., & Welsh, J. D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 518-529.
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 28(11), 1133-1151.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Cox, M. J., & Harter, K. S. M. (2003). Parent-child relationships. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 191-204). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2 Suppl A), A4-36.
- Crittenden, P. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, 56(5), 1299-1313.

- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*(5), 585-599.
- Crnic, K., Greenberg, M., Robinson, N., & Ragozin, A. (1984). Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *American Journal of Orthopsychiatry*, *54*(2), 224-235.
- Crockenberg, S. C. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 857-865.
- Crockenberg, S. C. (1986). Are temperamental differences in babies associated with predictable differences in care-giving? . In J. V. Lerner & R. M. Lerner (Eds.), *Temperament and social interaction in infants and children. New directions for child development* (Vol. 31, pp. 53-73). San Francisco, CA: Josey-Bass.
- Crockenberg, S. C. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development*, *58*, 964-975.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2000). infant social and emotional development in family context. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 60-90). new-york: guilford.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2004). Infant and maternal behaviors regulate infant reactivity to novelty at 6 months. *Developmental Psychology*, *40*, 1123-1132.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2006). Infant and maternal behavior moderate reactivity to novelty to predict anxious behavior at 2.5 years. *Development and Psychopathology*, *18*(01), 17-34.
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Barrig Jo, P. S. (2008). Predicting aggressive behavior in the third year from infant reactivity and regulation as moderated by maternal behavior. *Development and Psychopathology*, *20*, 37-54.
- Crockenberg, S. C. (1993). Social support and the parenting. In H. Fitzgerald, B. Lester & M. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioral pediatrics* (pp. 141-174). New York: Plenum Press.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., et al. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(2), 147-154.
- Cummings, E., & Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*(1), 73-122.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 1507-1518.

- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(4), 378-390.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Development, 77*, 44-58.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *Science, 289*(5479), 591-594.
- Davis, L., & Carlson, B. (1987). Observation of spouse abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(3), 278.
- Daviss, W., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J., Fleischer, A., & McHUGO, G. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(5), 576-583.
- Dawes, A., Tredoux, C., & Feinstein, A. (1989). Political violence in South Africa: Some effects on children of the violent destruction of their community. *International Journal of Mental Health, 18*(2), 16-43.
- De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G., & Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: a pilot research study with policy implications. *Child Abuse & Neglect, 25*(7), 923-944.
- De Bellis, M. D., & Van Dillen, T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*(4), 745-772, ix.
- de Vries, A. P., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P. R., & Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics, 104*(6), 1293-1299.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment, 4*(1), 13.
- Dekovi, M., Koning, I., Jan Stams, G., & Buist, K. (2008). Factors associated with traumatic symptoms and internalizing problems among adolescents who experienced a traumatic event. *Anxiety, Stress & Coping, 21*(4), 377-386.
- Del Carmen, R., Pedersen, F. A., Huffman, L. C., & Bryan, Y. E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development, 16*(2), 131-147.

- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*: Guilford Press New York.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1984). Emotion, attention, and temperament. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotion, cognition, and behavior* (pp. 132-166). New York: Cambridge University Press.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9(04), 633-652.
- Deunk, M., Berenst, J., & De Glopper, K. (2008). The development of early sociodramatic play. *Discourse Studies*, 10(5), 615.
- Dollberg, D., Feldman, R., & Keren, M. (2010). Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 25-36.
- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292-309.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.
- Drabek, T., & Key, W. (1976). The impact of disaster on primary group linkages. *Mass Emergencies*, 1(2), 89-105.
- Drell, M. J., Siegel, C. H., & Gaensbauer, T. J. (1993). Post-traumatic stress disorder. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 291-304). New York: Guilford.
- Dreman, S., & Cohen, E. (1990). Children of victims of terrorism revisited: integrating individual and family treatment approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(2), 204-209.
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In J. G. K. Dodge (Ed.), *The development o emotion regulation and dysregulation* (pp. 89-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eckerman, C., Hsu, H., Molitor, A., Leung, E., & Goldstein, R. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*, 35, 282-293.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65(1), 109-128.

- Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. In R. V. Kail (Ed.), *Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 30, pp. 189-229). San Diego, California: Elsevier.
- Elias, C., & Berk, L. (2002). Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play? *Early Childhood Research Quarterly*, *17*(2), 216-238.
- Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. D. Parke & G. W. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 77-106). Hillsdale, New-Jersey: Lawrence Erlbaum Association.
- Emde, R. N., Johnson, W. F., & Easterbrooks, M. A. (1987). The do's and don'ts of early moral development: Psychoanalytic tradition and current research. In J. Kagan & S. Lamb (Eds.), *The emergence of morality in young children* (pp. 245-276). Chicago: The university of chicago press.
- Emde, R. N., Kubicek, L., & Oppenheim, D. (1997). Imaginative reality observed during early language development. *International Journal of Psycho-Analysis*, *78*, 115-133.
- Emde, R. N., & Sameroff, A. J. (1989). Understanding early relationship disturbances. In R. N. Emde & A. J. Sameroff (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: Development approach* (pp. 3-16). New York: Basic.
- Englund, M., Levy, A., Hyson, D., & Sroufe, L. (2000). Adolescent social competence: Effectiveness in a group setting. *Child Development*, *71*(4), 1049-1060.
- Espinosa, M., Beckwith, L., Howard, J., Tyler, R., & Swanson, K. (2001). Maternal psychopathology and attachment in toddlers of heavy cocaine-using mothers. *Infant Mental Health Journal*, *22*(3), 316-333.
- Fairbank, J. A., & Fairbank, D. W. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports*, *11*(4), 289-295.
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., & Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(2), 258-265.
- Fantuzzo, J. W., & Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, *4*(1), 77-94.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, *9*(3), 21-32.
- Feldman, R. (1998). *Coding Interactive Behavior Manual*. Ramat Gan: Bar-Ilan University, Israel.

- Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal, 24*(1-23).
- Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: Physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychology, 42*(1), 175-188.
- Feldman, R. (2007a). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Developmental Psychopathology, 19*(2), 293-312.
- Feldman, R. (2007b). Mother-infant synchrony and the development of moral orientation in childhood and adolescence: direct and indirect mechanisms of developmental continuity. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 582-597.
- Feldman, R. (2007c). On the origins of background emotions: from affect synchrony to symbolic expression. *Emotion, 7*(3), 601-611.
- Feldman, R. (2007d). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3-4), 329-354.
- Feldman, R., Dollberg, D., & Nadam, R. (In Press). The expression and regulation of anger in toddlers: Relations to maternal behavior and mental representation. *Infant Behavior and Development*.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2004). Parent-infant synchrony and the social-emotional development of triplets. *Developmental Psychology, 40*(6), 1133-1147.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2006). Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. *Pediatrics*.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2009). Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Developmental Science, 12*(1), 194-200.
- Feldman, R., Granat, A., & Gilboa-Schechtman, E. (2005). *Maternal anxiety and depression, mother-infant synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Atlanta, GA.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(9), 919-927.

- Feldman, R., & Greenbaum, C. W. (1997). Affect regulation and synchrony in mother—infant play as precursors to the development of symbolic competence. *Infant Mental Health Journal, 18*(1), 4-23.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., Mayes, L. C., & Erlich, H. S. (1997). Change in mother infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development, 20*, 153-165.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology, 35*(1), 223-231.
- Feldman, R., Gutfreund, D., & Yerushalmi, H. (1998). Parental care and intrusiveness as predictors of the abilities-achievement gap in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(5), 721-730.
- Feldman, R., Keren, M., Gross-Rozval, O., & Tyano, S. (2004). Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(9), 1089-1097.
- Feldman, R., & Klein, P. S. (2003). Toddlers' self-regulated compliance to mothers, caregivers, and fathers: implications for theories of socialization. *Developmental Psychology, 39*(4), 680-692.
- Feldman, R., & Masalha, S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Developmental Psychopathology, 19*(1), 1-21.
- Feldman, R., Masalha, S., & Nadam, R. (2001). Cultural perspective on work and family: dual-earner Israeli-Jewish and Arab families at the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 15*, 492-509.
- Feldman, R., Vengrober, A., & Hallaq, E. (2007). War and the young child; Mother-child relationship, child symptoms, and maternal well-being in Israeli and Palestinian infants and young children exposed to war, terror, and violence *Paper presented at the 13th meeting of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry*. Florence, Italy.
- Feldman, R., Vengrober, A., Rothman, M., & Zagoory-Sharon, O. (Submitted). Alterations of the Stress Response in War-Exposed Young Children, Mother-Child Reciprocity, and Child Temperamental Reactivity: Charting Bio-Behavioral Risk and Resilience Pathways. *Biological Psychiatry*.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(6), 929-939.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Promotes Self-Regulation in Premature Infants: Sleep-Wake

- Cyclicality, Arousal Modulation, and Sustained Exploration. *Developmental Psychology*, 38(2), 194-207.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 94-107.
- Field, T. (1987). Affective and interactive disturbances in infants. In J. D. Osofsky. (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 972-1005). New York: John Wiley.
- Field, T. (1991). Young children's adaptations to repeated separations from their mothers. *Child Development*, 62(3), 539-547.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4(01), 49-66.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26(1), 7-14.
- Field, T., & Reite, M. (1984). Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child. *Child Development*, 55(4), 1308-1316.
- Fiese, B. (1990). Playful relationships: A contextual analysis of mother-toddler interaction and symbolic play. *Child Development*, 61(5), 1648-1656.
- Findling, J., Bratton, S., & Henson, R. (2006). Development of the Trauma Play Scale: An Observation-Based Assessment of the Impact of Trauma on the Playtherapy Behaviors of Young Children. *International Journal of Play Therapy*, 15(1), 7-36.
- Fineman, J. (1962). Observations on the development of imaginative play in early childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1, 167-181.
- Fish, M. (2001). Attachment in low-SES rural Appalachian infants: Contextual, infant, and maternal interaction risk and protective behavior. *Infant Mental Health journal*, 22, 641-664.
- Fivaz-Depeursinge, E., Lopes, F., Python, M., & Favez, N. (2009). Coparenting and toddler's interactive styles in family coalitions. *Family Process*, 48(4), 500-516.
- Foa, E. B. (1995). The posttraumatic diagnostic scale (PDS) manual. *Minneapolis, MN: National Computer Systems*.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445.

- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture*. Great Britain:Chicago: : University of Chicago Press.
- Fogel, A., & Thelen, E. (1987). Development of early expressive and communicative action: Reinterpreting the evidence from a dynamic systems perspective. *Developmental Psychology*, 23(6), 747-761.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307.
- Ford, J. (2005). Treatment Implications of Altered Affect Regulation and Information Processing Following Child Maltreatment. *Psychiatric Annals*.
- Fox, N. A., Schmidt, L. A., Calkins, S. D., Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (1996). The role of frontal activation in the regulation and dysregulation of social behavior during the preschool years. *Development and Psychopathology*, 8, 89-102.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical Studies in infant mental health*. New-York: Basic Books.
- Freeman, T. W., Roca, V., & Moore, W. M. (2000). A comparison of chronic combat-related posttraumatic stress disorder (PTSD) patients with and without a history of suicide attempt. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(7), 460.
- Fremont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 381-392.
- Freud, A., & Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Medical war books, Ernest Willard.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a Psychobiology of Posttraumatic Self-Dysregulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 110-124.
- Gaensbauer, T. J. (1994). Therapeutic work with a traumatized toddler. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 412-433.
- Gaensbauer, T. J. (1995). Trauma in the preverbal period: Symptoms, memories, and developmental impact. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122-149.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. Field., P. McCabe. & N. Schneiderman. (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gidron, Y. (2002). Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: a review. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(2), 118-121.

- Ginott, H. (1982). A rationale for selecting toys in playing therapy. In G. Landreth (Ed.), *Play therapy: Dynamics of the process of counseling with children* (pp. 145-152). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Glod, C., & Teicher, M. (1996). Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder, and activity levels in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1384-1393.
- Gold, P., Engdahl, B., Eberly, R., Blake, R., Page, W., & Frueh, B. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36-42.
- Goldberg, S., Grusec, J. E., & Jenkins, J. M. (1999). Confidence in Protection: Arguments for a Narrow Definition of Attachment. *Journal of Family Psychology*, 13(4), 475-483.
- Goldsmith, H. H. (1996). Studying temperament via construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Development*, 67, 218-235.
- Goldsmith, H. H., & Rothbart, M. K. (1996). The laboratory temperament assessment battery. *Madison: University of Wisconsin, Department of Psychology*.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
- Goodman, S. H., & Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26(1), 31-39.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458.
- Gorman, K., Lourie, A., & Choudhury, N. (2001). Differential patterns of development: The interaction of birth weight, temperament, and maternal behavior. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(6), 366.
- Graham-Bermann, S., & Levendosky, A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1), 111.
- Graham, J. E., Christian, L. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 389-400.
- Gray, M. J., Bolton, E. E., & Litz, B. T. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 909-913.

- Greene, J., Fox, N., & Lewis, M. (1983). The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high-risk infants. *Child Development, 54*(5), 1286-1296.
- Greenspan, S. I., & Lieberman, A. F. (1994). The Relation between Anxiety and Pretend Play. In A. Slade & D. P. Walf (Eds.), *Children at Play* (pp. 3–32). New York: Oxford University Press.
- Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, 7*(3), 299-311.
- Gross, J. J., & Muzoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (2001). *Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications*. Cambridge, UK.: Cambridge University Press.
- Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R., & Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 84-94.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Gunnar, M. R., Brodersen, L., Nachmias, M., Buss, K. A., & Rigatuso, J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Developmental Psychobiology, 29*(3), 191-204.
- Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology, 27*(1-2), 199-220.
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145.
- Hagekull, B., Bohlin, G., & Rydell, A. M. (1997). Maternal sensitivity, infant temperament, and development of early feeding problems. *Infant Mental Health Journal, 18*, 92-106.
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 50–75). New-York: Cambridge University Press.
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 50-75). New-York: Cambridge University Press.

- Heim, C., Plotsky, P. M., & Nemeroff, C. B. (2004). Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*, 29(4), 641-648.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med*, 317(26), 1630-1634.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hill, H., Levermore, M., Twaite, J., & Jones, L. (1996). Exposure to community violence and social support as predictors of anxiety and social and emotional behavior among African American children. *Journal of Child and Family Studies*, 5(4), 399-414.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed Emotion Toward Children With Behavioral Inhibition: Associations With Maternal Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 910-917.
- Hobson, R. (1990). On acquiring knowledge about people and the capacity to pretend: Response to Leslie. *Psychological review*, 97, 114-121.
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child*, 59(2-3), 192-207.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22.
- Holden, G., & Ritchie, K. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62(2), 311-327.
- Howes, C., & Eldredge, R. (1985). Responses of abused, neglected, and non-maltreated children to the behaviors of their peers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6(2-3), 261-270.
- Hudson, J., & Rapee, R. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555.
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6(3), 263-278.
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., & Semel, M. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16(3), 269-290.
- Ickovics, J., Meade, C., Kershaw, T., Milan, S., Lewis, J., & Ethier, K. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 841.

- Israel, E., & Stover, C. (2009). Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(10), 1755.
- Jaffari-Bimmel, N., Juffer, F., van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., & Mooijjaart, A. (2006). Social development from infancy to adolescence: Longitudinal and concurrent factors in an adoption sample. *Developmental Psychology, 42*(6), 1143-1153.
- Jahromi, L. B., & Stifter, C. A. (2007). Individual differences in the contribution of maternal soothing to infant distress reduction. *Infancy, 11*(3), 255-269.
- Jones, R. T., Ribbe, D. P., Cunningham, P. B., Weddle, J. D., & Langley, A. K. (2002). Psychological impact of fire disaster on children and their parents. *Behavior Modification, 26*(2), 163.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 916-926.
- Jouriles, E., Norwood, W., McDonald, R., Vincent, J., & Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavior problems. *Journal of Family Psychology, 10*, 223-234.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics, 5*(1), 5-11.
- Karrass, J., Braungart-Rieker, J. M., Mullins, J., & Lefever, J. B. (2002). Processes in language acquisition: the roles of gender, attention, and maternal encouragement of attention over time. *Journal of Child Language, 29*(03), 519-543.
- Kashdan, T., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A., Hoza, B., Blumenthal, J., et al. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*(1), 169-181.
- Kaufman, J., & Ryan, N. (1999). The neurobiology of child and adolescent depression. In D. Charney, E. Nestler & B. Bunney (Eds.), *The neurobiological foundation of mental illness* (pp. 810–822). New-York: Oxford Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 418-434.
- Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Rissanen, E., Moilanen, I., Ebeling, H., Hiltunen, P., et al. (2005). Mother-child interaction on video compared with infant

- observation: Is five minutes enough time for assessment? *Infant Mental Health Journal*, 26(1), 69-81.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (2001). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Children and the Law: the Essential Readings*, 31.
- Keren, M., Feldman, R., Namdari-Weinbaum, I., Spitzer, S., & Tyano, S. (2005). Relations between parents' interactive style in dyadic and triadic play and toddlers' symbolic capacity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 599-607.
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kitzmann, K., Gaylord, N., Holt, A., & Kenny, E. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 339-351.
- Kivijarvi, M., Voeten, M. J. M., Niemel, P., Raiha, H., Lertola, K., & Piha, J. (2001). Maternal sensitivity behavior and infant behavior in early interaction. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 627-640.
- Kochanska, G. (1991). Socialization and temperament in the development of guilt and conscience. *Science*, 62, 1379-1392.
- Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child Development*, 64(2), 325-347.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development*, 66(3), 597-615.
- Kochanska, G. (2001). Emotional Development in Children with Different Attachment Histories: The First Three Years. *Child Development*, 72(2), 474-490.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, 66(1), 236-254.

- Kochanska, G., Aksan, N., & Koenig, A. L. (1995). A longitudinal study of the roots of preschoolers' conscience: Committed compliance and emerging internalization. *Child Development, 66*(6), 1752-1769.
- Kochanska, G., Coy, K. C., Tjebkes, T. L., & Husarek, S. J. (1998). Individual differences in emotionality in infancy. *Child Development, 69*(2), 375-390.
- Kochanska, G., Friesenborg, A. E., Lange, L. A., & Martel, M. M. (2004). Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(5), 744-759.
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology, 36*(2), 220-232.
- Kochanska, G., Tjebkes, T. L., & Forman, D. R. (1998). Children's emerging regulation of conduct: Restraint, compliance, and internalization from infancy to the second year. *Child Development, 69*(5), 1378-1389.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological medicine, 37*(02), 181-192.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(6), 991-1006.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*, 199-214.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A Developmental view. *Developmental Psychology, 25*, 343-354.
- Korol, M., Green, B. L., & Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(4), 368-375.
- Kotler, M., Iancu, I., Efroni, R., & Amir, M. (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease, 189*(3), 162.
- Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachment *Behavioral and Brain Sciences, 15*, 493-541.
- Kun, P., Han, S., Chen, X., & Yao, L. (2009). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depression and Anxiety, 26*(12), 1134-1140.

- La Greca, A., Silverman, W., Vernberg, E., & Prinstein, M. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(4), 712-723.
- Landry, S., Smith, K., Swank, P., & Miller Loncar, C. (2000). Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning. *Child Development, 71*(2), 358-375.
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry, 158*(7), 1020-1026.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolesc Psychiatry, 36*(3), 349-356.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Golomb, A., Silverberg, D. S., Weizman, R., et al. (1996). Israeli preschoolers under Scud missile attacks. A developmental perspective on risk-modifying factors. *Archives of General Psychiatry, 53*(5), 416-423.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsiveness. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*(05), 292-300.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolesc Psychiatry, 35*(2), 204-214.
- Leckman, J. F., Feldman, R., Swain, J. E., Eicher, V., Thompson, R. A., & Mayes, L. C. (2004). Primary parental preoccupation: Circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission, 111*(7), 753-771.
- Leerkes, E. M., Nayena Blankson, A., & O'Brien, M. (2009). Differential Effects of Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress on Social Emotional Functioning. *Child Development, 80*(3), 762-775.
- Lengua, L. J. (2002). The Contribution of Emotionality and Self-Regulation to the Understanding of Children's Response to Multiple Risk. *Child Development, 73*(1), 144-161.
- Lengua, L. J., Long, A. C., Smith, K. I., & Meltzoff, A. N. (2005). Pre-attack symptomatology and temperament as predictors of children's responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(6), 631-645.
- Leskin, L. P., & White, P. M. (2007). Attentional networks reveal executive function deficits in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology, 21*(3), 275-284.

- Levendosky, A., Huth-Bocks, A., Semel, M., & Shapiro, D. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(2), 150.
- Lewis, M., & King, R. A. (2002). Psychiatric assessment of infants, children and adolescent. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 524-544). Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Lieberman, A. F. (1991). Attachment theory and infant-parent psychotherapy: some conceptual, clinical and research considerations. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology*. (Vol. vol 3: Models and integrations, pp. 261-287). Rochester, New-York.: University of Rochester Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (1998). Attachment, trauma, and domestic violence. Implications for child custody. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7*(2), 423.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2009). Giving Voice to the Unsayable: Repairing the Effects of Trauma in Infancy and Early Childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(3), 707-720.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems. *Developmental Psychopathology, 17*(2), 385-396.
- Linares, L. O., Heeren, T., Bronfman, E., Zuckerman, B., Augustyn, M., & Tronick, E. Z. (2001). A mediational model for the impact of exposure to community violence on early child behavior problems. *Child Development, 72*(2), 639-652.
- Linsey, E., & Colwell, M. (2003). Preschoolers' emotional competence: Links to pretend and physical play. *Child Study Journal, 33*(1), 39-53.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 26-39.
- Lok, S. M., & McMahon, C. A. (2006). Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability. *British Journal of Developmental Psychology, 24*(3), 477-488.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 561-592.
- Lucariello, J. (1987). Spinning fantasy: Themes, structure, and the knowledge base. *Child Development, 434-442*.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.

- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, *10*(2), 235-257.
- Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, *28*(6), 1006-1017.
- Maclean, G. (1977). Psychic trauma and traumatic neurosis. Play therapy with a four-year-old boy. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, *22*(2), 71-76.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Maksoud, M. S., & Aber, J. L. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon *Child Development*, *67*(1), 70-88.
- Malcarne, V., Hamilton, N., Ingram, R., & Taylor, L. (2000). Correlates of distress in children at risk for affective disorder: Exploring predictors in the offspring of depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, *59*(3), 243-251.
- Marshal, P. J., & Fox, N. A. (2006). *The development of Social Engagement*. New York: Oxford University Press.
- Marshall, H., & Doshi, R. (1965). Aspects of experience revealed through doll play of preschool children. *The Journal of Psychology*, *61*(1), 47.
- Mason, V., Andrews, H., & Upton, D. The psychological impact of exposure to floods. *Psychology, Health & Medicine*, *15*(1), 61 - 73.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychology*, *56*(3), 227-238.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, *53*(2), 205-220.
- McCune, L. (1995). A Normative Study of Representational Play at the Transition to Language. *Developmental Psychology*, *31*(2), 198-206.
- McElwain, N. L., & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 247-255.
- McFarlane, A. C. (1987a). Family functioning and overprotection following a natural disaster: the longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *21*(2), 210-218.
- McFarlane, A. C. (1987b). Life events and psychiatric disorder: the role of a natural disaster. *The British Journal of Psychiatry*, *151*, 362-367.

- McKown, C., Gumbiner, L. M., Russo, N. M., & Lipton, M. (2009). Social-emotional learning skill, self-regulation, and social competence in typically developing and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*(6), 858-871.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(5), 650-654.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(12), 1326-1333.
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment & Human Development, 1*(3), 325-342.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (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*(2), 191-201.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry, 165*(10), 1326-1337.
- Meiser-Stedman, R., Yule, W., Dalgleish, T., Smith, P., & Glucksman, E. (2006). The role of the family in child and adolescent posttraumatic stress following attendance at an emergency department. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 397.
- Michaels, A., Michaels, C., Moon, C., Smith, J., Zimmerman, M., Taheri, P., et al. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. *the Journal of Trauma, 47*(3), 460.
- Miller, A. L., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L., & Sameroff, A. J. (2002). Emotion regulation in context: Situational effects on infant and caregiver behavior. *Infancy, 3*(4), 403-433.
- Milot, T., Thier, L., St-Laurent, D., & Provost, M. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 225-234.
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior, and intervention. . In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 176-194). New York: Guilford Press.

- Monroe, S., & Steiner, S. (1986). Social Support and Psychopathology:: Interrelations With Preexisting Disorder, Stress, and Personality. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 29-39.
- Moore, G., & Calkins, S. (2004). Infants' vagal regulation in the still-face paradigm is related to dyadic coordination of mother-infant interaction. *Developmental Psychology, 40*(6), 1068-1080.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(1), 45-52.
- Murray, L., Halligan, S., Adams, G., Patterson, P., & Goodyer, I. (2006). Socioemotional development in adolescents at risk for depression: The role of maternal depression and attachment style. *Development and Psychopathology, 18*(02), 489-516.
- Murray, L., Woolgar, M., Cooper, P., & Hipwell, A. (2001). Cognitive Vulnerability to Depression in 5 year old Children of Depressed Mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 891-899.
- Nader, K., & Pynoos, R. S. (1991). Play and drawing techniques as tools for interviewing traumatized children. In C.E. Schaffer, K. Gitlin & A. Sandgrund (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (pp. 375–389). New-York: Wiley.
- Nicolich, L. (1977). Beyond sensorimotor intelligence: Assessment of symbolic maturity through analysis of pretend play. *Merrill-Palmer Quarterly, 23*(2), 89-99.
- Noll, L., & Harding, C. (2003). The relationship of mother–child interaction and the child's development of symbolic play. *Infant Mental Health Journal, 24*(6), 557-570.
- Nomura, Y., & Chemtob, C. M. (2009). Effect of maternal psychopathology on behavioral problems in preschool children exposed to terrorism: use of generalized estimating equations to integrate multiple informant reports. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163*(6), 531-539.
- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 65*(3), 207-239.
- O'Brien, M., Johnson, J. M., & Anderson-Goetz, D. (1989). Evaluating quality in mother-infant interaction: Situational effects. *Infant Behavior and Development, 12*(4), 451-464.
- Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y., Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., et al. (2002). Post-traumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics, 161*(12), 643-648.

- Olson, S., Bates, J., & Bayles, K. (1984). Mother-infant interaction and the development of individual differences in children's cognitive competence. *Developmental Psychology, 20*(1), 166-179.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi, A. (2001). Mothers' empathic understanding of their preschoolers' internal experience: Relations with early attachment. *International Journal of Behavioral Development, 25*(1), 16.
- Osofsky, J., Cohen, G., & Drell, M. (1995). The effects of trauma on young children: A case of 2-year-old twins. *International Journal of Psycho-Analysis, 76*, 595-607.
- Ostrowski, S. A., Christopher, N. C., & Delahanty, D. L. (2007). Brief report: the impact of maternal posttraumatic stress disorder symptoms and child gender on risk for persistent posttraumatic stress disorder symptoms in child trauma victims. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(3), 338.
- Oyserman, D., Mowbray, C., Meares, P., & Firminger, K. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(3), 296-315.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*(1), 17-36.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the Father and Child Relationship: Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development, 47*(4), 193-219.
- Park, C. L., & Cohen, L. H. (1993). Religious and non-religious coping with the death of a friend. . *Cognitive Therapy Research, 17*, 561-577.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. . *Monographs of the Society for Research in Child Development, 60*(2 3), 111-132.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(3), 277-289.
- Perry, B. D., & Azad, I. (1999). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics, 11*(4), 310.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain. How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal, 16*(271-291).

- Peter Hobson, R., Patrick, M. P. H., Crandell, L. E., García Pérez, R. M., & Lee, A. (2004). Maternal sensitivity and infant triadic communication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 470-480.
- Petterson, S., & Albers, A. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Development*, 72(6), 1794-1813.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1503-1511.
- Pfefferbaum, B., Gurwitch, R. H., McDonald, N. B., Leftwich, M. J., Sconzo, G. M., Messenbaugh, A. K., et al. (2000). Posttraumatic stress among young children after the death of a friend or acquaintance in a terrorist bombing. *Psychiatric Services*, 51(3), 386-388.
- Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., Tucker, P. M., Tivis, R. D., Moore, V. L., Gurwitch, R. H., et al. (1999). Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1372-1379.
- Pine, D. S., Costello, J., & Masten, A. S. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: the effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1781-1792.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., et al. Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. *Child Development*, 81(1), 224-236.
- Porges, S. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513.
- Pretorius, I. M. (2007). Repeating and Recalling Preverbal Memories Through Play: The Psychoanalysis of a Six-year-old Boy Who Suffered Trauma as an Infa. *Psychoanalytic Study of the Child*, 62, 239-262.
- Proctor, L., Fauchier, A., Oliver, P., Ramos, M., Rios, M., & Margolin, G. (2007). Family context and young children's responses to earthquake. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(9), 941-949.
- Punamaki, R. L. (1996). Can ideological commitment protect children's psychological well-being in situations of political violence? *Child Development*, 67(1), 55-69.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25(3), 256-267.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., et al. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *J Trauma Stress*.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, *46*(11), 1542-1554.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Manual of Developmental Psychopathology* (pp. 72-93). New York: John Wiley & Sons.
- Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10*(2), 135.
- Qouta, S., Punamaki, R. L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *12*(6), 265-272.
- Qouta, S., Punamaki, R. L., & El Sarraj, E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development*, *32*(4), 310.
- Rees, C. (2007). Childhood attachment. *The British Journal of General Practice*, *57*(544), 920.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(6), 984-991.
- Rigamer, E. F. (1986). Psychological management of children in a national crisis. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *25*, 364-369.
- Rosenblum, K., Dayton, C., & McDonough, S. (2006). Communicating feelings: links between mothers' representations of their infants, parenting, and infant emotional development. In M. O (Ed.), *Parenting representations: theory, research, and clinical implications*. (pp. 109-148). New York: Cambridge Press.
- Rosenheck, R., & Fontana, A. (1998). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(4), 731-742.
- Rosner, R., Powell, S., & Butollo, W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(1), 41-55.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb & A. L. Braun (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37-86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., & Posner, M. I. (2004). Temperament and self-regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 357–370). New York: Guilford Press.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rosario Rueda, M., & Posner, M. I. (2003). Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of Personality, 71*(6), 1113-1144.
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'Boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. *New Direction of Child Development*(55), 7-23.
- Russell, D., & Cutrona, C. E. (1984). *The provisions of social relationships and adaptation to stress*. Paper presented at the Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry, 45*(5), 486-495.
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1 2), 44-52.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology* (Vol. 3:Social competence in children, pp. 49-74). Hanover, NH: University of New England Press.
- Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*(3), 437.
- Sack, W., Clarke, G., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(9), 1160-1166.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 163-188.
- Sameroff, A. J. (1997). Understanding the social context of early psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Manual of Developmental Psychopathology* (Vol. 1, pp. 224-235). New-York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (2000). Dialectical processes in developmental psychology. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 3-19). New-York: Guilford.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. (2000). Models of development and development risk In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant Mental Health* (pp. 3-19). New-York: Guilford.

- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, *79*(3), 343.
- Samuelsson, I., & Johansson, E. (2006). Play and learning—inseparable dimensions in preschool practice. *Early Child Development and Care*, *176*(1), 47-65.
- Scheeringa, M. S. (2008). Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *American Journal of Psychiatry*, *165*(10), 1237-1239.
- Scheeringa, M. S., & Gaensbauer, T. J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in infancy and early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2 ed., pp. 369-381). New York London: The Guilford Press.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(1), 52-60.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 644-651.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of trauma and stress*, *14*, 799-815.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(3), 508-518.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2010). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(2), 191-200.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(5), 561.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*, *55*(7), 685-691.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(9), 899-906.

- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., et al. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *The Journal of the American Medical Association*, 288(5), 581-588.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(59-87).
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601.
- Self-Brown, S. R., LeBlanc, M., Kelley, M. L., Hanson, R., Laslie, K., & Wingate, A. (2006). Effects of community violence exposure and parental mental health on the internalizing problems of urban adolescents. *Violence and Victims*, 21(2), 183-198.
- Shalev, A., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S., et al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630.
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: a pilot study examining child neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29(9), 1015-1029.
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 12(01), 47-62.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259.
- Silber, E., Perry, B. D., & Bloch, D. A. (1958). Patterns of parent-child interaction in a disaster. *Psychiatry*, 21(2), 159.
- Silovsky, J., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187.
- Singer, J. L. (1994). Imaginative play and adaptive development. *Toys, play, and child development*, 6-26.

- Singer, J. L. (2002). Cognitive and affective implication of imaginative play in childhood. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 252-263): Lippincot Williams & Wilkins.
- Slade, A. (1987a). A longitudinal study of maternal involvement and symbolic play during the toddler period. *Child Development*, 58(2), 367-375.
- Slade, A. (1987b). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*, 23(1), 78-85.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. L. (1999). Maternal representations of their relationship with their toddlers. *Developmental Psychology*, 35, 611-619.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 395-404.
- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social contextual variables in a high risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 344-365.
- Solomon, Z., Kotler, M., & Mikulincer, M. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 865.
- Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22(4), 681.
- Spell, A. W., Kelley, M. L., Wang, J., Self-Brown, S., Davidson, K. L., Pellegrin, A., et al. (2008). The moderating effects of maternal psychopathology on children's adjustment post-Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(3), 553-563.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *State-Trait Anxiety Scale*. Palo-Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spinrad, T. L., Stifter, C. A., Donelan-McCall, N., & Turner, L. (2004). Mothers' regulation responses in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development*, 13, 40-55.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New-York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.

- Stams, G., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology, 38*(5), 806-821.
- Stern, D. N. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 13*(3), 402-421.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. New-York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2000). Putting time back into our considerations of infant experience: A microdiachronic view. *Infant Mental Health Journal, 21*, 21-28.
- Stewart, A., Livingston, M., & Dennison, S. (2008). Transitions and turning points: examining the links between child maltreatment and juvenile offending. *Child Abuse and Neglect, 32*(1), 51-66.
- Stifter, C. A., & Braungart, J. M. (1995). The regulation of negative reactivity in infancy: Function and development. *Developmental Psychology, 31*(3), 448-455.
- Stifter, C. A., Spinrad, T. L., & Braungart-Rieker, J. M. (1999). Toward a developmental model of child compliance: the role of emotion regulation in infancy. *Child Development, 70*(1), 21-32.
- Stover, C., & Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 707-718.
- Szajnberg, N. M., & Crittenden, P. M. (1997). The transference refracted through the lens of attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 25*(3), 409-438.
- Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (1991). Individual variation, correspondence, stability, and change in mother and toddler play. *Infant Behavior and Development, 14*(2), 143-162.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C., & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 27*(1-2), 33-44.
- Terr, L. C. (1983). Play therapy and psychic trauma: A preliminary report. In C. Schaefer & K. O'Conner (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 308-319). New York: Wiley.

- Terr, L. C. (1988). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 96-104.
- Teti, D., Gelfand, D., & Pompa, J. (1990). Depressed mothers' behavioral competence with their infants: Demographic and psychosocial correlates. *Development and Psychopathology*, 2(03), 259-270.
- Thabet, A. A., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 154-158.
- Thomas, A., & Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *American Journal of Psychiatry*, 141(1), 1-9.
- Thompson, R. A. (1997). Sensitivity and security: New questions to ponder. *Child Development*, 68(4), 595-597.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. Thompson (Ed.), *Socioemotional development* (pp. 367-467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.
- Tronick, E. Z. (1995). Touch in mother-infant interaction. In T. M. Field (Ed.), *Touch in early development* (pp. 53-65). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. *New Directions for Child and Adolescent Development*(34), 5-11.
- Tronick, E. Z., Weinberg, M. K., Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development: Guilford Press New York.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of post traumatic stress disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 969-979.
- Ungerer, J., & Sigman, M. (1981). Symbolic play and language comprehension in autistic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(2), 318-337.
- Van den Bergh, B., & Marcoen, A. (2004). High Antenatal Maternal Anxiety Is Related to ADHD Symptoms, Externalizing Problems, and Anxiety in 8 and 9 Year Olds. *Child Development*, 75(4), 1085-1097.
- Van Den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive

- responsiveness among low-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- Van Den Boom, D. C., & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth-curve interaction. *Developmental Psychology*, 30, 581-599.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145-168.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83-93.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 18(5), 389-399.
- van IJzendoorn, M., Bakermans Kranenburg, M., & Sagi Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well adapted? A meta analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 459-469.
- Varkas, T. (1998). Childhood Trauma and Posttraumatic Play. *Journal of Analytic Social Work*, 5(3), 29-50.
- Vieillevoye, S., & Nader-Grosbois, N. (2008). Self-regulation during pretend play in children with intellectual disability and in normally developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 29(3), 256-272.
- Volling, B. L., & Belsky, J. (1991). Multiple determinants of father involvement during infancy in dual-earner and single-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 461-474.
- Wachs, T. D., Pollitt, E., Cueto, S., & Jacoby, E. (2004). Structure and cross-contextual stability of neonatal temperament. *Infant Behavior and Development*, 27, 382-396.
- Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. W. (2003). Health Care Costs Associated With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 369-374.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J., Anders, T. F., Simmens, S. J., Rones, M., et al. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 814-825.

- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*(3), 465.
- Weems, C. F., Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(1), 63-72.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 53-61.
- Wershba-Gershon, P. (1996). Free symbolic play and assessment of the nature of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *5*(2), 37-57.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 826-836.
- Widows, M., Jacobsen, P., & Fields, K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, *62*(6), 873.
- Wills, T., & Fegan, M. (2001). Social networks and social support. *Handbook of health psychology*, 209–234.
- Wilson, A. C., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N., & Smith, K. A. (2010). Parenting and temperament prior to September 11, 2001, and parenting specific to 9/11 as predictors of children's posttraumatic stress symptoms following 9/11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *39*(4), 445-459.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena—A study of the first not-me possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, *34*, 89-97.
- Wolchik, S., Wilcox, K., Tein, J., & Sandler, I. (2000). Maternal acceptance and consistency of discipline as buffers of divorce stressors on children's psychological adjustment problems. *Journal of abnormal child psychology*, *28*(1), 87-102.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*(1), 73-87.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, *33*(1), 59-68.
- Yates, A. (1981). Narcissistic traits in certain abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *51*(1), 55-62.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65 Suppl 1*, 29-36.

- Zatzick, D., Jurkovich, G., Fan, M., Grossman, D., Russo, J., Katon, W., et al. (2008). Association between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(7), 642.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in infancy. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 81-99.
- Zeanah, C. H., Mammen, Q., & Lieberman, A. F. (1993). Disorders of attachment. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332-349). New York: Guilford Press.
- Zero To Three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition* (DC:0-3r). Washington, DC, ZERO TO THREE Press.

נספחים

נספח מס' 1: שאלון דמוגרפי

שאלון דמוגרפי

תאריך: _____

שם הילד/ה: _____

כתובת: _____

תאריך לידת הילד/ה: _____ / _____ / _____
שנה חודש יום

מין הילד/ה (הקף): זכר / נקבה

מיקום הילד/ה בין האחים: _____

מין האחים וגילים:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. גיל: _____ מין: בן/בת | 2. גיל: _____ מין: בן/בת |
| 3. גיל: _____ מין: בן/בת | 4. גיל: _____ מין: בן/בת |
| 5. גיל: _____ מין: בן/בת | 6. גיל: _____ מין: בן/בת |

תאריך לידת האם: _____ / _____ / _____

תאריך לידת האב: _____ / _____ / _____

הילד חי עם (הקף):

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. אם ביולוגית, אב ביולוגי | 5. אב ביולוגי, אם חורגת |
| 2. אם ביולוגית, אב חורג | 6. הורים מאמצים |
| 3. אם ביולוגית בלבד | 7. הורים חורגים |
| 4. אב ביולוגי בלבד | 8. קרובי משפחה |
| | 9. אחר (פרט) _____ |

השכלת האם (הקף):

1. בי"ס יסודי (עד 9 שנות לימוד)
2. סיימה בי"ס תיכון
3. לימודים מקצועיים אחרי בי"ס תיכון
4. לימודים אקדמאיים חלקיים (ללא תואר)
5. בעלת תואר אקדמאי ראשון
6. בעלת תואר אקדמאי שני ומעלה (או מקביל לו)

השכלת האב (הקף):

1. בי"ס יסודי (עד 9 שנות לימוד)
2. סיים בי"ס תיכון
3. לימודים מקצועיים אחרי בי"ס תיכון
4. לימודים אקדמאיים חלקיים (ללא תואר)
5. בעלת תואר אקדמאי ראשון
6. בעלת תואר אקדמאי שני ומעלה (או מקביל לו)

הכנסה חודשית ממוצעת כוללת (הקף):

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. מתחת ל-1000 ₪ | 5. 40001-5000 ₪ |
| 2. 1001-2000 ₪ | 6. 5001-7000 ₪ |
| 3. 2001-3000 ₪ | 7. 7001-9000 ₪ |
| 4. 3001-4000 ₪ | 8. מעל 9000 ₪ בחודש |

PDS

חלק 1

אנשים רביו חוו או היו עדים לאירוע מאוד טראומטי ומלחיץ בנקודה כלשהי בחייהם. להלן רשימה של אירועים טראומטיים. אנא סמני X בתיבה שליד כל אחד מהאירועים שקרו לך או שהיית עדה להם :

- (1) תאונה רצינית, שריפה או פיצוץ (למשל פיגוע טרור, תאונת עבודה, תאונת דרכים, תאונת מטוס/שיט).
- (2) אסון טבע (למשל שיטפון או רעידת אדמה רצינית).
- (3) תקיפה לא מינית על ידי קרוב משפחה או אדם שהינך מכירה (למשל שוד, תקיפה פיזית, ירייה, דקירה או איום באקדח).
- (4) תקיפה לא מינית על ידי זר (למשל שוד, תקיפה פיזית, ירייה, דקירה או איום באקדח).
- (5) תקיפה מינית על ידי קרוב משפחה או אדם שהינך מכירה (למשל אונס או ניסיון לאונס).
- (6) תקיפה מינית על ידי אדם זר (למשל אונס או ניסיון לאונס).
- (7) קרב או איזור לחימה.
- (8) מגע מיני לפני גיל 18 עם מישהו שהיה מבוגר ממך ב-5 שנים או יותר (למשל מגע באיברי המין, בחזה).
- (9) כליאה (למשל בבית-סוהר, שבויית מלחמה, בת ערובה).
- (10) עינויים.
- (11) מחלה המסכנת חיים.
- (12) אירוע טראומטי אחר.
- (13) אם סימנת X בפריט 12, אנא צייני את האירוע הטרומטי להלן :

אם סימנת פריט כלשהו מאלה שצוינו לעיל, אנא המשיכי. אם לא, עצרי כאן.

חלק 2

- (14) אם ציינת יותר מאירוע טראומטי אחד בחלק 1, אנא הקיפי את האירוע שהפריע לך במיוחד.
 אם ציינת רק אירוע טראומטי אחד, אנא סמני אותו שוב להלן :

- תאונה.
- אסון.
- תקיפה לא מינית/ אדם שהינך מכירה
- תקיפה לא מינית/ אדם זר.
- תקיפה מינית/ אדם שהינך מכירה.

- תקיפה מינית/ אדם זר.
- קרב.
- מגע מיני לפני גיל 18 עם אדם המבוגר ממך ב-5 שנים או יותר.
- מאסר.
- עינויים.
- מחלה מסכנת חיים.
- אחר.

בתיבה שלהלן, תארי בקצרה את האירוע הטראומטי שצינת לעיל:

להלן מספר שאלות על האירוע הטראומטי שתיארת לעיל:

- (15) מתי התרחש האירוע הטראומטי? (סמני תשובה אחת):
1. לפני פחות מחודש.
 2. 1-3 חודשים.
 3. 3-6 חודשים.
 4. 6 חודשים עד 3 שנים.
 5. 3-5 שנים.
 6. למעלה מ-5 שנים.

לשאלות הבאות, הקיפי **כ** ל-כן, ו- **ל** ל-לא.

במהלך אירוע טראומטי זה:

- | | |
|----------|-----------------------------------|
| | (16) האם נפגעת פיזית? |
| כ | ל |
| | (17) האם מישהו נוסף נפגע פיזית? |
| כ | ל |
| | (18) האם חשבת שחיך בסכנה? |
| כ | ל |
| | (19) האם חשבת שחיוו של אחר בסכנה? |
| כ | ל |
| | (20) האם חשת חוסר אוניס? |
| כ | ל |
| | (21) האם חשת מבועתת? |
| כ | ל |

חלק 3

להלן רשימה של בעיות המופיעות לעיתים אצל אנשים, לאחר שחוו אירוע טראומטי. קראי כל פריט בעיון והקיפי את המספר (0-3) שמתאר בצורה הטובה ביותר באיזו תדירות בעיה זו הפריעה לך **במהלך החודש האחרון**. דרגי כל בעיה ביחס לאירוע הטראומטי אותו תיארת בפריט 14.

0 כלל לא או פעם אחת בלבד.

1 פעם בשבוע או פחות / מדי פעם.

2 2-4 פעמים בשבוע / חצי מהזמן.

3 5 פעמים בשבוע או יותר / כמעט תמיד

(22) **0 1 2 3** - היו לך מחשבות או עלו בדמיוןך תמונות של האירוע הטראומטי שעלו בראשך כשלא רצית בכך.

(23) **0 1 2 3** - היו לך חלומות רעים או סיוטים על האירוע הטראומטי.

- (24) 0 1 2 3 - חווית מחדש את האירוע הטראומטי, פעלת או הרגשת כאילו זה מתרחש שוב.
- (25) 0 1 2 3 - הרגשת נסערת כשהוזכר לך האירוע הטראומטי (למשל חשת פחד, כעס, עצב, אשמה וכד'').
- (26) 0 1 2 3 - חווית תגובות פיזיות כשהוזכר לך האירוע הטראומטי (למשל הזעה, דפיקות לב מהירות).
- (27) 0 1 2 3 - ניסית לא לחשוב, לדבר או להרגיש את האירוע הטראומטי.
- (28) 0 1 2 3 - ניסית להימנע מפעילויות, אנשים או מקומות שמזכירים לך את האירוע הטראומטי.
- (29) 0 1 2 3 - לא הצלחת לזכור חלק חשוב מהאירוע הטראומטי.
- (30) 0 1 2 3 - יש לך פחות עניין או שהשתנת הרבה פחות בפעילויות חשובות.
- (31) 0 1 2 3 - חשת מרוחקת או מנותקת מאנשים סביבך.
- (32) 0 1 2 3 - חשת קהות רגשית (למשל חוסר יכולת לבכות או לא מסוגלת לחוש אהבה כלפי אחרים).
- (33) 0 1 2 3 - הרגשת כאילו תוכניותייך או תקוותייך לעתיד לא תתממשנה (למשל לא יהיו לך קריירה, חיי נישואין, ילדים או חיים ארוכים).
- (34) 0 1 2 3 - היו לך קשיים להירדם או לישון.
- (35) 0 1 2 3 - חשת חוסר מנוחה או היו לך התפרצויות זעם.
- (36) 0 1 2 3 - היה לך קושי להתרכז (למשל איבדת קשב במהלך שיחה, התקשית לעקוב אחר סיפור בטלוויזיה, שכחת מה קראת).
- (37) 0 1 2 3 - היית ערנית יתר על המידה (למשל בדקת מי נמצא סביבך, חשת חוסר נוחות כשגבך מופנה לדלת וכד'').
- (38) 0 1 2 3 - היית עצבנית או נבהלת בקלות (למשל כשמישהו הגיח מאחוריך).

(39) במשך כמה זמן סבלת מבעיות עליהן דיווחת לעיל ?

(הקיפי תשובה אחת):

1. פחות מחודש.
2. 1-3 חודשים.
3. למעלה מ-3 חודשים.

(40) כמה זמן לאחר האירוע הטראומטי החלו בעיות אלה?

(הקיפי תשובה אחת):

1. פחות מ-6 חודשים.
2. 6 חודשים או יותר.

חלק 4

ציני להלן האם הבעיות שדירגת בחלק 3 הפריעו לך באחד

מהתחומים הבאים **במהלך החודש האחרון**.

הקיפי כ ל-כ, ו- ל ל-לא.

- | | |
|---------------------|-----|
| (41) עבודה | כ ל |
| (42) עבודות הבית | כ ל |
| (43) קשרים עם חברים | כ ל |

- ל כ (44) פעילויות פנאי והנאה
- ל כ (45) שיעורי בית
- ל כ (46) קשרים עם המשפחה
- ל כ (47) חיי המין
- ל כ (48) שביעות רצון כללית מהחיים
- ל כ (49) רמה כללית של תפקוד בכל תחומי חייד

כ ארת לעילנת לעילותר.

154
154
154
154

BDI

בשאלון זה קבוצות של משפטים. אנא קרא/י בעיון כל קבוצת משפטים. לאחר מכן בחר/י את המשפט מתוך הקבוצה, אשר מתאר בצורה הטובה ביותר כיצד הרגשת

בשבוע האחרון כולל היום .

הקף/יפי בעיגול את המספר שליד המשפט שבחרת.

אם יותר ממשפט אחד בקבוצה נראים לך מתאימים, הקף/יפי כל אחד מהם.

אנא וודאי שקראת את כל המשפטים בקבוצה לפני שאת בוחרת באחד מהם.

1. 0. אני לא מרגישה/ה עצובה.
1. אני עצובה/ה.
2. אני עצובה כל הזמן ואינני יכולה לצאת מזה.
3. אני כה עצובה/ה או אומללה עד שאיני יכולה לשאת זאת.
2. 0. אני לא מיואשת/ת במיוחד ביחס לעתיד.
1. אני מיואשת/ת לגבי העתיד.
2. אני חשה/ה שאין לי למה לצפות.
3. אני מרגישה/ה שהעתיד הוא חסר תקווה ושהדברים לא יכולים להשתפר.
3. 0. אני לא מרגישה/ה ככישלון.
1. אני מרגישה/ה שנכשלתי יותר מהאדם ממוצע.
2. בהביטי לאחור על חיי כל מה שאני רואה הוא כישלונות רבים.
3. אני מרגישה/ה שאני כשלון גמור כאדם.
4. 0. אני נהנה/ית מהדברים כעת כפי שנהניתי מהם בעבר.
1. איני נהנה/ית יותר מדברים כפי שנהניתי בעבר.
2. איני מקבלת/ת עוד הנאה אמיתית משום דבר.
3. אני לא נהנה/ית מדבר, או כל דבר משעמם אותי.
5. 0. אני לא חשה/ה אשמה במיוחד.
1. אני חשה/ה אשמה חלק גדול מהזמן.
2. אני מרגישה/ה אשמה חלק גדול מהזמן.
3. אני חשה/ה אשמה כל הזמן.
6. 0. אני לא חשה/ה את עצמי מוענשת
1. אני מרגישה/ה שאני עלולה להיענש.
2. אני צופה להיענש.

3. אני חש/ה שאני מוענש/ת.
7. 0. אני לא מאוכזב/ת מעצמי.
1. אני מאוכזב/ת מעצמי
2. אני נגעל/ת מעצמי.
3. אני שונא/ת את עצמי.
8. 0. אני לא מרגיש/ה שאני רעה יותר מאדם אחר.
1. אני ביקורתית/ת מאוד ביחס לעצמי בשל החולשות והשגיאות שלי.
2. אני מאשים/ה את עצמי כל הזמן על החסרונות שלי.
3. אני מאשים/ה את עצמי על כל דבר רע שקורה.
9. 0. אין לי כל מחשבות להרוג את עצמי.
1. יש לי מחשבות להרוג את עצמי, אך לא אבצע אותן.
2. הייתי רוצה להרוג את עצמי.
3. הייתי הורג/ת את עצמי אילו הייתה לי הזדמנות.
10. 0. אני לא בוכה יותר מהרגיל.
1. אני בוכה עכשיו יותר מאשר בעבר.
2. אני בוכה כל הזמן עכשיו.
3. בעבר יכולתי לבכות, אולם עתה איני יכולה לבכות למרות שאני רוצה בכך.
11. 0. אני לא מרוגז/ת עכשיו יותר מאשר בדרך כלל.
1. אני מתרגז/ת עכשיו ביתר קלות מאשר בעבר.
2. אני מרוגז/ת כל הזמן.
3. איני מתרגז/ת בכלל בשל דברים אשר הרגיו אותי בעבר.
12. 0. לא איבדתי עניין באנשים אחרים.
1. אני מתעניין/ת עכשיו באנשים פחות מאשר בעבר.
2. איבדתי את רוב התעניינותי באנשים.
3. איבדתי כל עניין באנשים.
13. 0. אני מגיע/ה להחלטות כמו תמיד.
1. אני משתדל/ת לדחות החלטות יותר ממה שנהגתי בעבר.
2. אני מתקשה להגיע להחלטות יותר מבעבר.
3. איני יכול/ה להגיע להחלטות בכלל.
14. 0. אני לא מרגיש/ה שאני נראה/ית גרוע יותר מאשר נראיתי בעבר.
1. אני מודאג/ת מכך שאני נראה/ית מבוגר/ת מכפי גילי או לא מושך/ת.

2. אני מרגישה/ה שחלים שנויים בלתי הפיכים בהופעתי והם גורמים לי להראות לא מושך/ת.
3. אני מרגישה/ה שאני מכוער/ת.
15. 0. אני יכולה/ה לעבוד כמו בעבר.
 1. נדרש ממני מאמץ מיוחד כדי להתחיל לעשות משהו.
 2. עלי לדחוף את עצמי מאוד כדי לעשות משהו.
 3. אני לא מסוגלת/ת לעבוד כלל.
16. 0. אני יכולה/ה לישון כרגיל.
 1. איני ישן/ה טוב כבעבר.
 2. אני מתעורר/ת כשעה שעתיים מוקדם מהרגיל ומתקשה להירדם שוב.
 3. אני מתעורר/ת מספר שעות מוקדם יותר מבעבר ואיני יכולה/ה להירדם שוב.
17. 0. אני לא מתעייף/ת יותר מהרגיל.
 1. אני מתעייף/ת ביתר קלות מאשר בעבר.
 2. אני מתעייף/ת כמעט מלא לעשות דבר.
 3. אני עייף/ה מדי מכדי שאוכל לעשות משהו.
18. 0. תאבוני אינו גרוע מהרגיל.
 1. תאבוני אינו טוב כפי שהיה.
 2. תאבוני הרבה יותר גרוע עכשיו.
 3. אין לי יותר תאבון כלל.
19. 0. לא הפסדתי הרבה ממשקלי, אם בכלל, לאחרונה.
 1. לאחרונה הפסדתי למעלה מ 2 ק"ג ממשקלי.
 2. לאחרונה הפסדתי למעלה מ 5 ק"ג ממשקלי.
 3. לאחרונה הפסדתי למעלה מ 7 ק"ג ממשקלי.
- * אני מנסה להוריד ממשקלי על ידי אכילה פחותה סמן/י : כן לא.
20. 0. אני לא מודאג/ת מבריאותי יותר מהרגיל.
 1. אני מוטרד/ת מבעיות גופניות כגון: מחושים וכאבים, קיבה לא סדירה ועצירות.
 2. אני מאוד מוטרד/ת מבעיות גופניות וקשה לי לחשוב על משהו אחר.
 3. אני כל כך מוטרד/ת מבעיות גופניות שאני לא מסוגלת/ת לחשוב על דברים אחרים.
21. 0. לא הבחנתי בשינוי כלשהו בהתעניינותי במין לאחרונה.
 1. אני פחות מעוניין/ת במין כבעבר.

2. אני הרבה פחות מעונין/ת במין עכשיו.
3. איבדתי לחלוטין כל עניין במין.

נספח מס' 4: שאלון חרדה-STAI

STAI-T

להלן מספר משפטים שבהם משתמשים אנשים לתאר את עצמם. קרא/י כל משפט ותן/י את התשובה הנראית לך כמתארת בצורה הטובה ביותר את רגשותיך בדף כלל. אין כאן תשובות נכונות או לא נכונות. אל תבזבז/י יותר מדי זמן על אף אחד מהמשפטים, אלא תן/י את התשובה המדויקת ביותר, אשר מתארת את רגשותיך בדף כלל.

כמעט תמיד 4	לעתים קרובות 3	לפעמים 2	כמעט אף פעם 1	
				21. יש לי הרגשה נעימה.
				22. אני מרגישה/ה עצבנית/ת וקצרת/ת רוח.
				23. אני חשה/ה סיפוק מעצמי.
				24. הייתי רוצה להיות מאושר/ת כמו שאחרים נראים.
				25. אני כשלוך.
				26. אני מרגישה/ה נינוח/ה.
				27. אני רגועה, קר/ת רוח ושולט/ת בעצמי.
				28. אני מרגישה/ה שאינני מסוגלת/ת להתגבר על הקשיים ההולכים ונערמים בדרכי.
				29. אני מודאג/ת יותר מידי בגלל דבר שבעצם אינו כה חשוב.
				30. אני מאושר/ת.
				31. יש לי מחשבות מטרידות.
				32. חסר לי ביטחון עצמי.
				33. אני מרגישה/ה בטוח.

				34. אני מחליטה/ה החלטות בקלות.
				35. אני מרגישה/ה חסרת/ת תועלת.
				36. אני חשה/ה סיפוק.
				37. מחשבה מסוימת בלתי חשובה מתרוצצת בראשי ומטרידה אותי.
				38. אני מקבלת/ת אכזבות בצורה כל-כך חריפה שאינני מסוגלת/ת להרחיק אותן ממחשבתי.
				39. אני אדם יציב.
				40. כאשר אני חושבת/ת על הדברים המעניינים והמעסיקים אותי בזמן האחרון אני נכנסת/ת למתח ואי שקט.

STAI – S

להלן מספר משפטים שבהם משתמשים אנשים לתאר את עצמם. קרא/י כל משפט ותן/י את התשובה הנראית לך כמתארת בצורה הטובה ביותר את רגשותיך ברגע זה. אין כאן תשובות נכונות או לא נכונות. אל תבזבז/י יותר מדי זמן על אף אחד מהמשפטים, אלא תן/י את התשובה המדויקת ביותר, אשר מתארת את רגשותיך בעת.

מאד	במידה בינונית	במקצת	כלל לא	
4	3	2	1	
				1. אני מרגישה/ה שלווה.
				2. אני מרגישה/ה בטוח/ה
				3. אני דרוך/ה.
				4. אני מרגישה/ה מתוח/ה.
				5. אני מרגישה/ה רגוע/ה.
				6. אני מרגישה/ה מוטרד/ת.
				7. אני חושש/ת עכשיו מאסונות שעלולים לקרות.

				8. אני מרגישה שביעות רצון.
				9. אני מרגישה מבוהלת.
				10. אני חשה בנוח.
				11. אני מרגישה בטוח בעצמי.
				12. אני מרגישה עצבנית.
				13. אני מרגישה חרדה.
				14. אני מרגישה חסר יכולת להחליט.
				15. אני רגועה.
				16. אני חשה סיפוק.
				17. אני מודאגת.
				18. אני חשה בלבול.
				19. אני חשה יציבות.
				20. יש לי הרגשה נעימה.

שאלון CUTRONA

אנא דרג/י באיזו מידה משקפים הפריטים הבאים את תחושתך לגבי מערכת היחסים והקשרים הבינאישיים שלך:

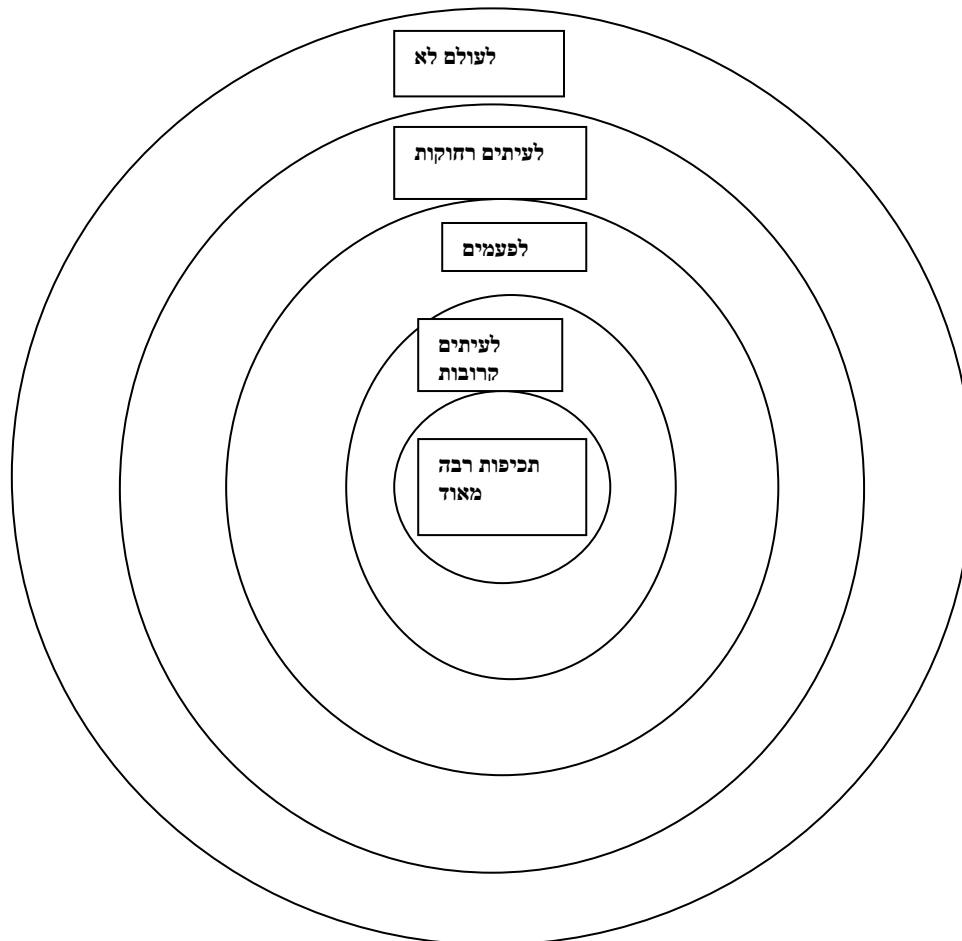
כלל לא נכון	לא נכון	נכון במידה מועטה	נכון חלקית	נכון במידה ניכרת	נכון במידה רבה	נכון מושלמת	
1	2	3	4	5	6	7	1. יש לי יחסים בינאישיים קרובים המספקים לי תחושה של קרבה ואינטימיות עם אדם אחד
1	2	3	4	5	6	7	2. חסרה לי תחושת אינטימיות וקרבה עם אדם אחד
1	2	3	4	5	6	7	3. יש לי יחסים בינאישיים קרובים המספקים לי תחושה של שיתוף, הדדיות, קבוצתיות, והשתייכות
1	2	3	4	5	6	7	4. חסרה לי תחושת הדדיות, שיתוף והשתייכות עם בני אדם אחרים
1	2	3	4	5	6	7	5. יש לי יחסים בינאישיים קרובים המספקים לי הזדמנות להרגיש שהזולת מטפל בי, אחראי לי, ודואג לבריאותי הגופנית והנפשית
1	2	3	4	5	6	7	6. חסרה לי תחושת אכפתיות, דאגה ואחריות מבן אדם אחר
1	2	3	4	5	6	7	7. יש לי יחסים בינאישיים קרובים, המספקים לי תחושה שאני אדם בעל ערך, שווה, תורם ומוכשר בתחום עיסוקי
1	2	3	4	5	6	7	8. חסרה לי תחושת ערך ושווי בתוך מערכות היחסים הנוכחיות שלי
1	2	3	4	5	6	7	9. יש לי יחסים בינאישיים קרובים המספקים לי עזרה ותמיכה בכל מצב שבו אזדקק לכך
1	2	3	4	5	6	7	10. חסרה לי תחושת התמיכה ללא סייג ובכל מצב, בתוך מערכת היחסים הבינאישיים שלי
1	2	3	4	5	6	7	11. יש לי יחסים בינאישיים קרובים המספקים לי הזדמנות לקבל הדרכה, הנחיה, ועצה מאנשים שאני מכבדת את דעתם ומוקירתם
1	2	3	4	5	6	7	12. חסרה לי התחושה כי ניתן להתייעץ בכל בעיה או שאלה, עם בן אדם קרוב

שאלון crockenberg

להלן רשימת מספרים מ-1 עד 20. ליד כל מספר נא רשמי שם (פרטי) של האדם איתו היה לך קשר בשנה האחרונה, וצייני מה קשר הגומלין שלך עם האדם, למשל: בן זוג, קרוב משפחה, חבר, שכן, נותן שירותי בריאות, יועץ או מטפל, רב, אחר.

שם פרטי	סוג הקשר	שם פרטי	סוג הקשר
.11		.1	
.12		.2	
.13		.3	
.14		.4	
.15		.5	
.16		.6	
.17		.7	
.18		.8	
.19		.9	
.20		.10	

נא מקמי את מספרי האנשים השונים בתוך המעגלים המצורפים, עפ"י תדירות העזרה שקיבלת מהם (עצה, עידוד, עזרה בדאגה לילד, עזרה בבית).



נספח מס' 7: ראיון PTSD לפעוטות

מספר סידורי: _____

מראיין: _____

תאריך הראיון: _____

PTSD בתינוקות ופעוטות

עבור הורים לילדים בני 18 חודשים עד 48 חודשים

פעוטות וילדים צעירים אשר חוו אירועים טראומטיים, כמו תאונות, התקפת טרור, אסונות טבע, או תהליך רפואי כואב, או כאלו אשר סבלו או היו עדים לאלימות, עלולים להראות סימפטומים של מצוקה. אנו מעוניינים ללמוד אודות אותם סימפטומים ואודות כל שינוי אשר שמת לב אליו אצל ילדך מאז האירוע הטראומטי.

תודה שהקדשת לנו מזמנך.

פרופ' רות פלדמן

המחלקה לפסיכולוגיה ומרכז גונדה לחקר המוח

אוניברסיטת בר-אילן

נא לא לצטט או לעשות שימוש ללא רשות

November 2004

1. תאריך הראיון: _____
2. שם ההורה ממלא הטופס: 1. אמה 2. אבא
3. כתובת: _____
4. מספר טלפון: (בשעות היום) _____ (בשעות הערב) _____
5. תאריך הולדת האם: _____
6. תאריך הולדת האב: _____
7. תאריך הולדת הילד: _____
8. מין הילד: 1. בן 2. בת
9. מספר האחים הגדולים של הילד (במידה וישנם, ציין חצאי אחים): _____
10. מספר האחיות הגדולות של הילד (במידה וישנן, ציין חצאי אחיות): _____
11. האם מישהו נוסף גר בבית מלבדך? 1. כן 2. לא
- אנא ציין: 1. בן-זוג או דמות משמעותית אחרת.
2. ילדים: (_____)
3. קרובי משפחה נוספים: (_____)
4. אחר: (_____)
12. האם התרחש אירוע טראומטי בחיי ילדך בשנה האחרונה? 1. כן 2. לא
13. האם האירוע הטראומטי קרה לתינוקך? 1. כן 2. לא
14. האם האירוע הטראומטי קרה לאם התינוק? 1. כן 2. לא
15. האם האירוע הטראומטי קרה לאב התינוק? 1. כן 2. לא
16. האם האירוע הטראומטי קרה לחבר משפחה אחר? 1. כן 2. לא למי? _____
17. אנא תאר את האירוע במילותיך: _____

אנו מעוניינים ללמוד יותר על האירוע הטראומטי:

1. האם האירוע היה קשור למלחמה או לאירוע טרור?
 2. האם האירוע היה קשור לתאונה?
1. כן 2. לא
1. כן 2. לא

3. האם האירוע היה קשור לתהליך רפואי כואב? 1. כן 2. לא
4. האם האירוע היה קשור לאסון טבע? (שיטפון, רעידת אדמה וכד'). 1. כן 2. לא
5. האם האירוע היה קשור לאלימות מסוג כלשהו? 1. כן 2. לא

במידה וכן, אנא פרטי/י

אנא ספרי/י אודות רמת החשיפה של ילדך לאירוע הטראומטי:

1. האם ילדך חווה את האירוע בעצמו? 1. כן 2. לא
 במידה וכן, עד כמה קרוב היה ילדך לאירוע?
 0 – כלל לא קרוב, לא חווה את האירוע ישירות.
 1 – רחוק, אך עדיין חווה את האירוע.
 2 – מעט רחוק מאירוע.
 3 – מאוד קרוב לאירוע הטראומטי.
 4 – מעורב אישית (נפגע ישירות).

2. האם חווית את האירוע בעצמך? 1. כן 2. לא
 במידה וכן, עד כמה קרוב היה ילדך לאירוע?
 0 – כלל לא קרוב, לא חווה את האירוע ישירות.
 1 – רחוק, אך עדיין חווה את האירוע.
 2 – מעט רחוק מאירוע.
 3 – מאוד קרוב לאירוע הטראומטי.
 4 – מעורב אישית (נפגע ישירות).

3. איך הייתה החוויה הטראומטית עבור ילדך?

4. איך הייתה החוויה עבורך?

RE-EXPERIENCING

מאז האירוע הטראומטי האם ילדך "חווה מחדש" את הטראומה בכך שהוא:

13. מתעסק במשך זמן רב עם צעצועים וחפצים 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה

רבה

14. אחר, אנה פרט/י

HYPER-AROUSAL

מאז האירוע הטראומטי, האם שמת לב שילדך נראה למשל, יותר תוסס וסוער:

- | | | | |
|---|------------|-----------------|--------------|
| 1. יש לו מעברים מהירים במצב רוח | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 2. בוכה לעיתים קרובות | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 3. קשה להרגיע אותו כאשר הוא בוכה | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 4. מתקשה להירדם | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 5. מתעורר לעיתים תכופות | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 6. נבהל כאשר נוגעים בו | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 7. מראה התנהגות עצבנית (מוצץ אצבע, התכווצויות, שורט וכד') | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 8. מסתובב ממקום למקום | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 9. לא מסוגל להתמקד במשהו לאורך זמן | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 10. מתקשה להתרכז | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 11. צוחק לפתע ללא סיבה | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 12. עושה תנועות מעוותות ללא סיבה | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 13. אחר, אנה פרט/י | | | |
-
-

SPECIAL FEARS AND AGGRESSIVE BEHAVIOR

מאז האירוע הטראומטי, האם ילדך הראה פחדים חדשים או צורות חדשות של כעס והתנהגות

אגרסיבית, כמו:

- | | | | |
|------------------|------------|-----------------|--------------|
| 1. מראה הרבה כעס | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |
| 2. מכה | 1. בכלל לא | 2. באופן בינוני | 3. במידה רבה |

3. נושך 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
4. זורק הפצים 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
5. התנהגות הרסנית 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
6. התקפי זעם 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
7. מפחד מדברים חדשים (אוכל, צעצועים, מקומות, אנשים) 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
8. מפחד מבעלי חיים 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
9. נצמד אלייך 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
10. יש לו סיוטים 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
11. נבהל כאשר קם מהשינה 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
12. נבהל כאשר שומע רעש 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
13. נבהל כאשר זרים ניגשים אליו 1. בכלל לא 2. באופן בינוני 3. במידה רבה
14. אחר, אנא פרט/י

DEVELOPMENTAL REGRESSION

מאז האירוע הטראומטי, האם שמת לב לכך שילדך הפסיק לעשות דברים אשר היה מסוגל לעשות בעב או אשר עשה בצורה אופיינית, כמו:

1. אוכל בעצמו 1. הפסיק 2. לא הפסיק
2. משחק עם ילדים אחרים 1. הפסיק 2. לא הפסיק
3. נגמל מחיתולים במשך היום 1. הפסיק 2. לא הפסיק
4. נגמל מחיתולים במשך הלילה 1. הפסיק 2. לא הפסיק
5. השתמש במשפטים 1. הפסיק 2. לא הפסיק
6. השתמש במילים 1. הפסיק 2. לא הפסיק
7. הולך למקומות לבד 1. הפסיק 2. לא הפסיק
8. נפרד ממך בקלות 1. הפסיק 2. לא הפסיק
9. נענה לבקשותייך 1. הפסיק 2. לא הפסיק
10. הליכה או כל התנהגות מוטורית אחרת 1. הפסיק 2. לא הפסיק
11. השתמש באצבעותיו כראוי 1. הפסיק 2. לא הפסיק
12. צבע 1. הפסיק 2. לא הפסיק
13. הסתכל על ספרים 1. הפסיק 2. לא הפסיק
14. התרכז 1. הפסיק 2. לא הפסיק
15. אחר, אנא פרט/י

התגובה הכללית של ילדך לאירוע הטראומטי

1. בסולם של מ-1 עד 10, איך היית מדרג/ת את ההתפתחות הכללית של ילדך?
(כאשר 1 = התפתחות נמוכה ביותר, ו-10 = התפתחות גבוהה מאוד)

2. בסולם של מ-1 עד 10, איך היית מדרג/ת את המצוקה הכללית של ילדך בעקבות האירוע הטראומטי?
(כאשר 1 = מצוקה קלה ביותר, ו-10 = מצוקה חמורה ביותר) _____
3. בסולם של מ-1 עד 10, איך היית מדרג/ת את רמת הרגרסיה ההתפתחותית של ילדך מאז האירוע הטראומטי?
(כאשר 1 = ללא רגרסיה כלל, ו-10 = רגרסיה חמורה במיומנויות רבות)

4. בסולם של מ-1 עד 10, איך היית מדרג/ת את ההתנהגות האגרסיבית של ילדך מאז האירוע הטראומטי?
(כאשר 1 = מראה מעט מאוד התנהגות אגרסיבית, ו-10 = התנהגות אגרסיבית קיצונית)

5. בסולם של מ-1 עד 10, כיצד היית מדרג/ת את פחדיו של ילדך מאז האירוע הטראומטי?
(כאשר 1 = מראה מעט מאוד פחד, ו-10 = פחד קיצוני) _____
6. בסולם של מ-1 עד 10, כיצד היית מדרג/ת את קשריו החברתיים של ילדך מאז האירוע הטראומטי?
(כאשר 1 = ללא כל קשרים חברתיים, ו-10 = מאוד חברותי) _____

עבור המראיין

1. אורך הראיון: _____
2. please provide a brief narrative describing the circumstances of the interview and your assessment of the interviewee's willingness to give thoughtful and honest replies

please rate your impressions on the child's post-traumatic distress (on scale of 1 to 10) in the following domains:

- mother's distress
- child's distress
- mother's avoidance
- child's avoidance
- child's aggression
- mother's anger

3. Please rate (on scale of 1 to 10) the degree of coherence in the mother's narrative
(with 1= not at all coherent and very confused speech to 10= highly coherent narrative)_____
4. Please rate (on scale of 1 to 10) the richness of affective expression in the mother's narrative
(with 1= very monotonous speech to 10= highly modulated speech that include the expression of different affects)_____

אבחון חברתי-רגשי הקצר של תינוקות ופעוטות (BITSEA)

Carter,2001 & Briggs-Gowan ,Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)-Version 2 The Brief

נתוני רקע:			
1. תאריך:			
שנה	חודש	יום	
2. תאריך לידה של ילדך/תך:			
שנה	חודש	יום	
3. מין ילדך/תך:			
1. זכר	2. נקבה		
4. קרבתך לילד/ה:			
1. אם	2. אב	3. אפוטרופוס	
5. השכלת האב			
1. עממית	2. תיכונית	3. מקצועית	4. אקדמית
6. השכלת האם:			
1. עממית	2. תיכונית	3. מקצועית	4. אקדמית

שאלון זה כולל משפטים רלוונטיים לתינוקות בגילאי 12-36 חודשים. משפטים רבים מתארים התנהגויות נורמאליות, אך חלקם מתארים התנהגויות העלולות להיות בעייתיות. בנוסף, חלק מההתנהגויות המתוארות עלולות להראות לא תואמות לגילו של ילדך/תך אלא לגיל צעיר או בוגר יותר. אנא עני על כל השאלות. עבור משפטים המתייחסים להתנהגות ילדך בחברת ילדים אחרים, נא להתייחס להתנהגותו בחברת ילדים שאינם אחיו או אחיותיו.

הוראות:

נא להקיף, עבור כל משפט, את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את התנהגותו/ה של ילדך/תך **במהלך החודש האחרון**.

- 0: לא נכון / לעיתים נדירות
- 1: נכון לפעמים / לעיתים
- 2: נכון מאוד / לעיתים קרובות
- N: ללא הזדמנות (הקף אם **בחודש האחרון** לא הייתה לך הזדמנות לצפות בהתנהגות זו)

לדוגמא: משתתק/ת כשניתן לו/לה בקבוק
 N יציין כי הוא/היא לא שתה מבקבוק בחודש האחרון

- | | |
|-------|--|
| 2 1 0 | 1. מפגין הנאה כאשר הוא/היא מצליח/ה (למשל ע"י מחיאת כפיים) |
| 2 1 0 | 2. נפגע/ת לעיתים קרובות כל כך שלא ניתן להסיר את העיניים ממנו/ה |
| 2 1 0 | 3. נראה/נראית עצבני/ת, מתוח/ה או מפוחד/ת |
| 2 1 0 | 4. חסר/ת מנוחה ואינו/ה מסוגלת לשבת בשקט |
| 2 1 0 | 5. מציית/ת לחוקים |
| 2 1 0 | 6. מתעורר/ת בלילה ונזקק/ת לעזרה ע"מ להירדם שנית |
| 2 1 0 | 7. בוכה או מתפרץ/ת בזעם עד שהוא/היא מתעייף/ת |
| 2 1 0 | 8. מפחד/ת ממקומות מסויימים, כמו חנויות, מעליות, גנים או מכוניות. |

2	1	0		9. מכיף/ת פחות מילדים אחרים
2	1	0		10. רועש/ת מאוד, צועק/ת או צורח/ת הרבה
2	1	0		11. מחפש/ת את הוריו/ה כאשר הוא/היא מוטרד/ת
2	1	0		12. פולט/ת אוכל
2	1	0		13. מתמרד/ת או מתנגד/ת. למשל מסרב/ת למלא את רצונך
2	1	0		14. בוכה או מחזיק/ה בך כשאת מנסה להיפרד
2	1	0		15. דאגן/ית או רציני/ת מאוד
2	1	0		16. מסתכל/ת ישירות אלייך כאשר את קוראת בשמו/ה
2	1	0		17. לא מגיב/ה כאשר הוא/היא נפגע/ת
2	1	0		18. מתנהג/ת בחביבות בחברת אנשים אהובים
2	1	0		19. נמנע/ת מלגעת בחפצים מסוימים עקב מגעם
2	1	0		20. מתקשה להירדם או להמשיך לישון
2	1	0		21. בורח/ת במקומות ציבוריים
2	1	0		22. מתקשה להירגע כאשר הוא/היא מוטרד/ת
2	1	0	N	23. משחק/ת יפה עם ילדים אחרים (לא כולל אחים ואחיות) (N=לא היה לווה מגע עם ילדים אחרים)
2	1	0		24. מסוגל להתרכז בדבר אחד למשך זמן ממושך (לא כולל טלוויזיה)
2	1	0		25. מתנהג/ת בחביבות בחברת זרים
2	1	0		26. מתקשה להסתגל לשינויים
2	1	0		27. מנסה לסייע כאשר מישהו פגוע (למשל במתן צעצוע)
2	1	0		28. נהיה/ית מוטרד/ת מאוד לעיתים קרובות
2	1	0		29. מקיא/ה או נחנק/ת מאוכל
2	1	0		30. מחקה קולות משחק כאשר הוא/היא מתבקש/ת
2	1	0		31. לא מפחד/ת כאשר עליו/ה לפחד
2	1	0		32. מסרב/ת לאכול
2	1	0	N	33. מכה, דוחף/ת, בועט/ת או נושך/ת ילדים (לא כולל אחים ואחיות) (N=לא היה לווה מגע עם ילדים אחרים)

- 2 1 0 34. הרסנית, שוברת ומקלקלת דברים בכונה
- 2 1 0 35. מצביעה בכדי להראות על דברים מרוחקים
- 2 1 0 36. נראה/ית חסרת אנרגיה לחלוטין
- 2 1 0 37. מכה, נושך/ת את הוריו/ה או בועט/ת בהם
- 2 1 0 38. מחבק/ת או מאכילה בובות או "חיות" ממולאות
- 2 1 0 39. נראה/ית מכונסת בעצמו/ה
- 2 1 0 40. נראה/ית מאוד לא שמחה, עצובה או מדוכא/ת
- 2 1 0 41. מנסה לפגוע בהוריו/ה בכונה
- 2 1 0 42. חושש/ת מאוד להתלכלך
- 2 1 0 43. נרגז/ת או עצבני/ת
- המשפטים בחלק הבא עוסקים ברגשות והתנהגויות העשויות להיות בעייתיות עבור ילדים קטנים. חלק ממשפטים אלו עשויים להיות קשים להבנה, במיוחד אם לא ראית אותם אצל ילדך/תך. אנא השתדלי לענות עליהן למרות זאת
- 2 1 0 44. כאשר הוא/היא מוטרד/ת, הוא/היא קופא/ת ולא זז/ה
- 2 1 0 45. מסדר/ת דברים שוב ושוב, בצורה מסוימת
- 2 1 0 46. חוזר/ת על אותה פעולה או ביטוי שוב ושוב
נא לפרט _____
- 2 1 0 47. חוזר/ת על אותה תנועה שוב ושוב (כמו שמנדנדים או מסובבים אותו/ה)
נא לפרט _____
- 2 1 0 48. סובלת מהתכווצויות או עוויתות לא נשלטות. לדוגמה, התכווצויות בעיניים, בפה, באף או ברגליים.
- 2 1 0 49. משמיע/ה קולות לא נשלטים
- 2 1 0 50. מרחף/ת, חולם/ת, כלל לא מודע/ת למתרחש סביבו/ה
- 2 1 0 51. לא יוצר/ת קשר עין
- 2 1 0 52. נמנע/ת ממגע פיזי
- 2 1 0 53. משחק/ת עם אברי המין שלו/ה במשך זמן רב
- 2 1 0 54. משחק/ת עם הצואה שלו/ה
- 2 1 0 55. אוכל/ת או שותה דברים שאיננו אמור/ה לאכול או לשתות (למשל צבעים)
נא לפרט _____

2 1 0

56. מחזיק/ה בהרגלים מוזרים

נא לפרט _____

2 1 0

57. תולש/ת את שערותיו/ה (כמו גבות, ריסים ושיער ראש)

2 1 0

58. פוגע/ת בכוונה בבעלי חיים



2 1 0

59. מניח/ה את ידיך על חפצים על מנת להפעילם, בלי להביט עלייך

2 1 0

60. פוגע/ת בעצמו/ה בכוונה (למשל מכה בראשו/ה)

נא לפרט _____

 שאלון התנהגות לפעוטות וילדים בגילאי 5 – 1 ½ שאלון להורה - CBCL 		
<p>שם הילד/ה _____ פרטי _____ משפחה _____</p> <p>מקצוע הורים, גם אם אינם עובדים כעת. נא לציין עיסוק ספציפי, למשל: _____</p> <p>עקר/ת בית, מכונית/רכב, מורה בב"ס תיכון, מוכרת נעליים, איש/ אשת צבא _____</p> <p>מקצוע האב _____</p> <p>מקצוע האם _____</p> <p>שם ממלא שאלון זה: _____</p> <p>סוג הקשר עם הילד/ה: אב / אם / אחר: _____</p> <p>הערה: הפרטים בשאלון זה מופיעים בלשון זכר אך הם מיועדים לשני המינים.</p>	<p>מין הילד/ה: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה</p> <p>גיל הילד/ה: _____</p> <p>ארץ המוצא של הילד/ה: _____</p> <p>שנת עלייה: _____</p> <p>תאריך ביום מילוי השאלון: _____</p> <p>תאריך הלידה של הילד/ה: _____</p> <p>יום _____ חודש _____ שנה _____</p>	
	<p>אנא מלא/י טופס זה כך שישקף את הדעה שלך על התנהגות הילד/ה, גם אם אנשים אחרים לא יסכימו לדעה זו. ניתן להוסיף הערות ליד כל אחד מהפרטים וגם בסעיפים המיועדים לכך בעמוד 2.</p> <p>אנא הקפידו לענות על כל הפרטים.</p>	
	<p>להלן רשימת פרטים המתארים ילדים. לגבי כל פרט ברשימה, אנא תאר/י את הילד כפי שהוא עכשיו או במהלך החודשים האחרונים נא הקיפו בעיגול: את הספרה 2 אם הפרט נכון מאוד או נכון לעיתים קרובות לגבי הילד/ה את הספרה 1 אם הפרט נכון במקצת או נכון לפעמים לגבי הילד/ה את הספרה 0 אם הפרט אינו נכון לגבי הילד/ה</p>	
<p>0 = אינו נכון 1 = נכון לפעמים או נכון במקצת 2 = נכון מאוד או נכון לעיתים קרובות</p>		
<p>26. אינו יודע "לעשות כיף", מתנהג כמו מבוגר קטן 0 1 2</p> <p>27. נראה שאינו חש רגשות אשם לאחר התנהגות שלילית 0 1 2</p> <p>28. אינו מעוניין לצאת מהבית 0 1 2</p> <p>29. הפוך מתוסכל מהר ומכל דבר 0 1 2</p> <p>30. מרבה לקנא באחרים 0 1 2</p> <p>31. אוכל או שותה דברים שאינם דברי מאכל (זאינים ממתקים) (תאר/י): _____ 0 1 2</p> <p>32. פוחד מבעלי חיים, ממצבים או ממקומות מסוימים (תאר/י): _____ 0 1 2</p> <p>33. נוטה להיעלב בקלות 0 1 2</p> <p>34. מרבה להיפצע, נוטה להיות מעורב בתאונות 0 1 2</p> <p>35. מרבה להתקוטט 0 1 2</p> <p>36. "ידו בכל", מתערב בכל דבר 0 1 2</p> <p>37. נכנס לאי שקט מוגזם כאשר נפרד מהוריו 0 1 2</p> <p>38. מתקשה להירדם 0 1 2</p> <p>39. סובל מאכזבי ראש (שאינו להם סיבה רפואית) 0 1 2</p> <p>40. מרביץ לאחרים 0 1 2</p> <p>41. עוצר את נשימתו 0 1 2</p> <p>42. פוגע באנשים או בבעלי חיים מבלי שהתכוון לכך 0 1 2</p> <p>43. נראה עצוב ללא סיבה 0 1 2</p> <p>44. נכנס למצבי רוח כעסניים 0 1 2</p> <p>45. סובל מבחילות, חש ברע (מבלי שיש לכך סיבה רפואית) 0 1 2</p> <p>46. יש לו תנועות עצבניות או עוויתות (תאר/י): _____ 0 1 2</p> <p>47. עצבני, מתוח, לא נינוח 0 1 2</p> <p>48. סובל מסייטי לילה 0 1 2</p> <p>49. זולל (אוכל יותר מדי) 0 1 2</p> <p>אנא וודאו כי השבתם על כל השאלות. ההמשך מעבר לדף.</p>	<p>1. סובל מאכזבי ומיחושים שאין להם סיבה רפואית (לא כולל כאבי בטן וראש) 0 1 2</p> <p>2. מתנהג באופן ילדותי מכפי גילו 0 1 2</p> <p>3. מפחד לנסות דברים חדשים 0 1 2</p> <p>4. נמנע מלהסתכל לאחרים בעיניים 0 1 2</p> <p>5. אינו מסוגל להתרכז או למקד את תשומת ליבו לזמן ממושך 0 1 2</p> <p>6. אינו מסוגל לשבת בשקט, חסר מנוחה או היפראקטיבי 0 1 2</p> <p>7. אינו מסוגל לסבול שדברים אינם במקומם 0 1 2</p> <p>8. אינו מסוגל לחכות, רוצה הכול מיד 0 1 2</p> <p>9. לועס דברים שאינם אכילים 0 1 2</p> <p>10. נצמד למבוגרים או תלתי מדי 0 1 2</p> <p>11. מרבה לבקש עזרה 0 1 2</p> <p>12. סובל מעצירות (שאינה חלק ממחלה כלשהי) 0 1 2</p> <p>13. מרבה לבכות 0 1 2</p> <p>14. מתאכזר לבעלי חיים 0 1 2</p> <p>15. מרדן, עושה "דווקא" 0 1 2</p> <p>16. מצפה שדרישותיו יענו מיד 0 1 2</p> <p>17. הורס חפצים השייכים לו 0 1 2</p> <p>18. הורס חפצים השייכים למשפחתו או לילדים אחרים 0 1 2</p> <p>19. סובל משלשול או מיציאות רכות גם כאשר אינו חולה 0 1 2</p> <p>20. אינו ממושמע 0 1 2</p> <p>21. מוטרד מכל שינוי בשגרת הימים שלו 0 1 2</p> <p>22. אינו רוצה לישון לבדו 0 1 2</p> <p>23. אינו משיב כאשר אחרים מדברים אליו 0 1 2</p> <p>24. הרגלי האכילה שלו משובשים (מבחינת סדירות הארוחות וערכן התזונתי, תאר/י): _____ 0 1 2</p> <p>25. אינו מסתדר עם ילדים אחרים 0 1 2</p>	
<p>Reproduced by Permission ©</p> <p>הוצאת סייקטק בע"מ כל הזכויות שמורות, 2005</p> <p>אין להעתיק את הטופס בצורה כלשהי ללא אישור המ"ל</p>	<p>עמוד 1</p>	<p>28.7.00 Edition 601</p> <p>להזמנת טפסים: custserv@psychtech.co.il</p> <p>או בטלפון: 02-6435360</p>

0 = אינו נכון	1 = נכון לפעמים או נכון במקצת	2 = נכון מאוד או נכון לעיתים קרובות
50. סובל מעייפות יתר	0	1 2
51. מפגין חרדה ללא סיבה נראית לעין	0	1 2
52. סובל מכאבים בזמן עשיית הצרכים (בלי סיבה רפואית)	0	1 2
53. תוקף פיזית אנשים אחרים	0	1 2
54. מחטט באף, בעור, או במקומות אחרים בגוף (תאר/י):	0	1 2
55. משחק עם איברי המין שלו יותר מדי	0	1 2
56. מגושם, מסורבל, בעל ליקוי בקואורדינאציה	0	1 2
57. סובל מבעיות עיניים (בלי סיבה רפואית) (תאר/י):	0	1 2
58. ענישה אינה משנה את התנהגותו	0	1 2
59. עובר במהירות מפעילות אחת לאחרת	0	1 2
60. סובל מפריחות או מבעיות עור אחרות (בלי סיבה רפואית)	0	1 2
61. מסרב לאכול	0	1 2
62. מסרב לשחק במשחקים פעלתניים (ספורטיביים)	0	1 2
63. מנענע את גופו או ראשו בצורה חוזרת ונשנית	0	1 2
64. מסרב ללכת לישון בלילה	0	1 2
65. מתקשה לרכוש הרגלי שליטה על צרכיו (תאר/י):	0	1 2
66. מרבה לצרוח	0	1 2
67. נראה שאינו מגיב לחיבה	0	1 2
68. מרגיש שלא בנוח או נבוך בקלות	0	1 2
69. אנוכי, מסרב לחלוק צעצועים עם חבריו	0	1 2
70. ממעט בגילויי חיבה כלפי אחרים	0	1 2
71. ממעט להפגין עניין בסביבתו	0	1 2
72. אינו מגלה מספיק פחד שמא ייפצע	0	1 2
73. ביישן מדי או נחבא אל הכלים	0	1 2
74. ישן פחות ממרבית הילדים במשך היום ו/או הלילה (תאר/י):	0	1 2
75. מורח צואה או משחק בה	0	1 2
76. סובל מבעיות בדיבור (תאר/י):	0	1 2
77. מרבה לבהות בחלל החדר או שנראה מוטד	0	1 2
78. סובל מכאבי בטן (מבלי שיש לכך סיבה רפואית)	0	1 2
79. עובר במהירות מעצב להתרגשות או לפעלתנות יתר	0	1 2
80. מתנהג בצורה מוזרה (תאר/י):	0	1 2
81. עקשן, זועף או נוטה להתרגז	0	1 2
82. יש לו שינויים פתאומיים במצב הרוח או ברגשות	0	1 2
83. מרבה לזעוף ולהחמיץ פנים	0	1 2
84. מדבר או בוכה בעת השינה	0	1 2
85. מגיב בהתקפי זעם או בעל מזג חם	0	1 2
86. מודאג יתר על המידה מענייני סדר ו/או ניקיון	0	1 2
87. פחדן מדי, חרד	0	1 2
88. אינו משתף פעולה	0	1 2
89. אינו פעיל מספיק, איטי או חסר מרץ	0	1 2
90. אומלל, עצוב או מדוכא	0	1 2
91. קולני, רועש בצורה חריגה	0	1 2
92. נרתע ממפגש עם אנשים חדשים וממצבים בלתי מוכרים (תאר/י):	0	1 2
93. סובל מהקאות (מבלי שיש לכך סיבה רפואית)	0	1 2
94. מתעורר לעיתים קרובות במהלך הלילה	0	1 2
95. משוטט ומתרחק לבדו	0	1 2
96. דורש תשומת לב רבה	0	1 2
97. 'מיליל', מתלונן בלי סיבה טובה	0	1 2
98. מרוחק, מסתגר, מכונס בעצמו	0	1 2
99. דאגן	0	1 2
100. אגא ציין/י כל בעיה נוספת שיש לילד/ה ואינה מופיעה ברשימה שלעיל:	0	1 2
	0	1 2
	0	1 2
	0	1 2

אנא וודאו כי השבתם על כל הפריטים.
הקיפו בעיגול את מספרי הפריטים אשר מדאיגים אתכם במיוחד.

האם ילדך סובל ממחלה, נכות או פגיעה כלשהי (פיזית או נפשית)? לא / כן - אנא תאר/י:

מה מדאיג אותך ביותר בקשר לילדך?

אנא תאר/י את הדברים הטובים ביותר בילד שלך:



פרופיל CBCL / 5 - 1½ סולמות תסמונת עבור בנים ובנות

ע
ג

הפנמה

14	16	22	16	18
13	14	19	15	17
12	13	18	14	16
11	12	17	13	15
10	11	16	12	14
9	10	15	11	13
8	9	14	10	12
7	8	13	9	11
6	7	12	8	10
5	6	11	7	9
4	5	10	6	8
3	4	9	5	7
2	3	8	4	6
1	2	7	3	5
0-1	0	6	2	4
		5	1	3
		4	0	2
		3		1
		2		0
		1		
		0		

טווח תקינה
טווח פתולוגי

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>VI. בעיות שינה</p> <p>22. אינו רוצה לישון לבדו .5</p> <p>38. מתקשה להירדם .6</p> <p>48. סובל מסייטום .56</p> <p>64. מסרב ללכת לישון .59</p> <p>74. ישן פחות מאחרים .95</p> <p>84. מדבר או בוכה בשנתו</p> <p>94. מתעורר בלילה</p> <p>סה"כ</p> | <p>IV. נסיגה חברתית</p> <p>2. ילדותי מכפי גילו</p> <p>4. נמנע מקשר עין</p> <p>23. אינו משיב כשמדברים</p> <p>62. מסרב למשחק פעולתי</p> <p>67. אינו מגיב לחיבה</p> <p>70. ממעט בגילויי חיבה</p> <p>71. ממעט בהפגנת עניין</p> <p>98. מסתגר, מכוסס</p> <p>סה"כ</p> | <p>III. תלונות סומטיות</p> <p>1. כאבים ללא סיבה</p> <p>7. דברים שלא במקומם</p> <p>12. סובל מעצירות</p> <p>19. סובל משלשול</p> <p>24. אינו אוכל היטב</p> <p>39. סובל מכאבי ראש</p> <p>45. סובל מבחילות</p> <p>52. כאבים בזמן עשיית צרכים</p> <p>78. סובל מכאבי בטן</p> <p>86. מודאג מסדר ומניקיון</p> <p>93. סובל מהקאות</p> <p>סה"כ</p> | <p>II. חרדה / דיכאון</p> <p>10. תלותי מדי</p> <p>33. נעלב בקלות</p> <p>37. אי שקט בפרידה</p> <p>43. עצוב ללא סיבה</p> <p>47. מתוח, עצבני</p> <p>68. לא בטוח, נבוך</p> <p>87. פחדן מדי, חרד</p> <p>90. עצוב, מדוכא</p> <p>סה"כ</p> | <p>I. תגובות רגשיות</p> <p>21. מוטרד משינוי</p> <p>46. עוינות</p> <p>51. חרדה ללא סיבה</p> <p>79. מעבר עצב-רגוש</p> <p>82. שינוי מצב רוח</p> <p>83. זעוף</p> <p>92. רתע מחדש</p> <p>97. מתלונן, מיילל</p> <p>99. דאגן</p> <p>סה"כ</p> |
|--|---|--|--|--|

Reproduced by Permission 2007 ©
 הזאת סייקטק בע"מ כל הזכויות שמורות, 2007
 אין להעתיק את הטופס בצורה כלשהי ללא אישור המו"ל
 הזמנת טפסים: 02-6435360 או בטלפון: custserv@psychtech.co.il
 #173-11-21-05 Edition-602 7-28-00



שם הילד: _____ ת.ז.: _____ זכר / נקבה

גיל: _____ תאריך מילוי: _____ שם ממלא הטופס: _____

ת

מידע על סולמות ה- DSM

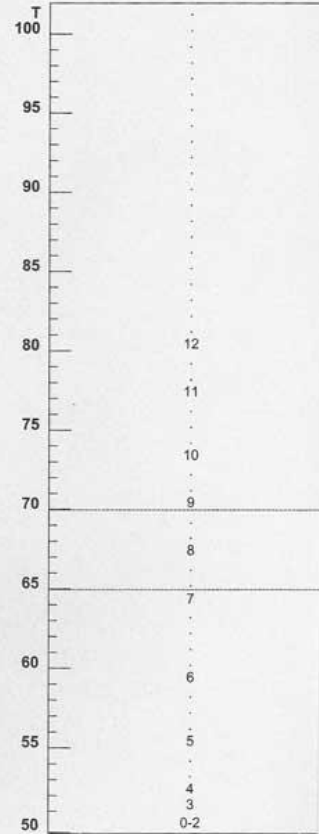
סולמות ה-DSM מורכבים מתסמונות אשר הוערכו כתואמות לקטגוריות הדיאגנוסטיות המופיעות ב- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual). פסיכיאטרים ופסיכולוגים של הילד מתשע תרבויות שונות דרגו כל פריט בשאלון כ- אינו תואם, תואם במידה חלקית, או תואם במידה רבה מאד את האבחנות המוגדרות ב- DSM. קבוצות של פריטים שדרגו כתואם במידה רבה מאד עם אבחנות מסוימות שימשו כבסיס לבניית סולמות ה- DSM, המקבילים לאבחנות המפורטות להלן:

1. בעיות אפקטיביות- דיסתימיה, דיכאון מז'ורי
 2. הפרעות חרדה- הפרעת חרדה מוכללת (GAD), חרדת פרידה, פוביה ספציפית
 3. הפרעות התפתחותיות נרחבות- אוטיזם, אספרגר
 4. ליקויי קשב / היפראקטיביות- היפראקטיביות- אימפולסיביות, קשיים בקשב ומוסחות
 5. בעיות התנהגות מתנגדת- הפרעת התנהגות מתנגדת (ODD - Oppositional Defiant Disorder)
- כיוון שקיימת מידה של חפיפה בין הקטגוריות הדיאגנוסטיות וחלק מקבוצות הפריטים בשאלון האכנבך דורגו כתואמים במידה רבה מאד לכמה מקטגוריות ה-DSM, סולמות 1-4 תואמים ליותר מאבחנה אחת.

על מנת לחשב את ציוני הסולמות:

1. העתק את ציוני כל הפריטים המופיעים בשאלון ה- CBCL 1½-5 לקו המודגש המופיע מימין לפריט המתאים, מתחת למסגרת הפרופיל.
2. סכם את ציוני כל הפריטים בעמודה נתונה על מנת לקבל את הסה"כ, שהוא הציון הכללי של כל אחד מהסולמות.
3. אתר את המספר הזהה לציון הכללי שהתקבל מתוך טור המספרים המופיעים בתוך מסגרת הפרופיל מעל אותו הסולם והקף אותו בעיגול.
4. על מנת לקבל את הפרופיל חבר בקו את כל הציונים שהוקפו בעיגול.

בעבור כל ציון סולם גולמי שהתקבל, ניתן לראות את האחוזון (פרצנטילה) המתאים לו מימין למסגרת הפרופיל, ואת ציון ה-T המתאים על הסקאלה שמשמאל, שניהם מחושבים על פי מדגם נורמטיבי. ציונים הממוקמים מעל לגבול המקווקו העליון מצויים בטווח הקליני, ומעידים כי הנבדק מציג תסמונות שהן חמורות יותר מכפי שדווחו על ידי 97% מהמדגם הנורמטיבי. ציונים הנמצאים בין שני הגבולות המקווקים מצויים בטווח הגבולי (בין האחוזונים ה- 93 וה- 97). לשם העמקת העיון ניתן למצוא במדרוך המצורף הסברים נוספים בנושא יישומי סולמות ה-DSM.



5. בעיות התנהגות מתנגדת

- 15. מרדן, עושה "דווקא"
- 20. אינו ממושמע
- 44. מצבי רוח כעסניים
- 81. עקשן, נוטה להתרדג
- 85. התקפי זעם, מזג חם
- 88. אינו משתף פעולה

סה"כ _____

גבולות מקווקיים=

הטווח הגבולי

הוצאת סייקטק בע"מ כל הזכויות שמורות, 2007 Reproduced by Permission ©
אין להעתיק את הטופס בצורה כלשהי ללא אישור המו"ל
הזמנת טפסים: custserv@psychtech.co.il או בטלפון: 02-6435360
Edition-602 7-28-00

מספר נבדק: _____

TBAQ - שאלון להתנהגות הפעוט

הוראות למילוי השאלון

השאלון מציג תיאורי התנהגות שונים של ילדים. בעת שאת קוראת כל תאור, אנא צייני באיזו שכיחות נהג כך ילדך במהלך השבועיים האחרונים, על ידי הקפת המספר המתאים בעיגול.

המספרים מציינים באיזו שכיחות הבחנת בהתנהגות המתוארת במהלך השבועיים האחרונים:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
אף פעם	נדיר	פחות	בכמחצית	יותר	כמעט	תמיד	לא ניתן למילוי	
		ממחצית	המקרים	ממחצית	תמיד		(לא תקף)	
		המקרים	המקרים	המקרים				

יש להשתמש בעמודה (X) שמשמעותה "לא ניתן למילוי", כאשר התיאור אינו רלוונטי עבור ההתנסות שלך עם ילדך. כלומר: כאשר לא ראית את ילדך בסיטואציה המתוארת במהלך השבועיים האחרונים.

למשל, אם שואלים אותך כיצד התנהג ילדך כאשר נאלץ לחכות לאוכל או לשתייה, אך את לא ראית את ילדך במצב כזה בשבועיים האחרונים, הקיפי בעיגול את עמודת ה-(X).
בעמודה (X) יש להשתמש גם אם לפי דעתך הפריט אינו מתאים לגיל בו נמצא ילדך.

הקטגוריה "לא ניתן למילוי" שונה מהקטגוריה "אף פעם" (1). בקטגוריה "אף פעם" הכוונה שראית את ילדך בסיטואציה המתוארת, אך ההתנהגות המתוארת אינה מאפיינת אותו בשבועיים האחרונים. למשל, אם ילדך נאלץ לחכות לאוכל או שתייה במהלך השבועיים האחרונים, אך אף פעם לא בכה בקול במשך ההמתנה, הקיפי בעיגול את עמודה (1).

אנא הקפידו לסמן בעיגול מספר אחד בלבד בכל פריט.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
אף פעם	נדיר	פחות	בכמחצית	יותר	כמעט	תמיד	לא ניתן למילוי	
		ממחצית	המקרים	ממחצית	תמיד		(לא תקף)	
		המקרים	המקרים	המקרים				

משחק

כאשר ילדך משחק בתוך הבית או הדירה (למשל, בשל מזג האוויר), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(1) רץ בתוך הבית?

1	2	3	4	5	6	7	X	(2) מטפס על רהיטים?
כאשר ילדך משחק בצעצוע נע, כגון תלת-אופן באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(3) מנסה ללכת הכי מהר שהוא יכול?
באיזה שכיחות במהלך החודש האחרון, ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(4) שיחק במשחקים המערבים ריצה, חבטות או משחקים בחוץ?
כאשר ילדך משחק לבדו בארז החול, או עם בובות, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(5) שומר על עניין פחות מ-10 דקות?
כאשר ילדך מצייר בכוחות עצמו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(6) ממשיך לצייר לבד במשך 20 דקות או יותר?
כאשר ילדך מתבונן בכוחות עצמו בתמונות בספר, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(7) ממשיך להתבונן בתמונות בכוחות עצמו?
באיזו שכיחות ילדך משחק לבדו עם הצעצוע האהוב עליו?								
1	2	3	4	5	6	7	X	(8) 30 דקות או יותר
כאשר את אומרת לילדך שעליו לשחק לבדו לזמן קצר באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(9) נשאר עסוק רק בפעילות אחת או במשחק אחד?
כאשר משחק מועדף נאבד או נשבר, באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(10) לא מראה סימני עצבות?
כאשר ילדך משחק בצעצוע מורכב או עם הרבה פריטים (בית בובות, מוסך-צעצוע וכדו'), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(11) משתעמם בקלות או נעשה חסר מנוחה?
כאשר ילדך משחק בצעצוע האהוב עליו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(12) משחק יותר מחמש דקות?
כאשר ילדך צופה בתוכנית טלוויזיה לילדים, אותה הוא אוהב, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(13) צופה רק בדקות הראשונות של התוכנית, עד שהוא מראה חוסר מנוחה?
כאשר ילדך מגלה תגלית חדשה (למשל, התאמת שני חלקי לגו יחד, לומד לחבר חלקים או להדליק ולכבות את האור), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(14) מחייך?
כאשר ילדך משחק בצעצוע האהוב עליו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(15) משחק חמש דקות או פחות?
כאשר ילדך משחק בשקט עם אחד מצעצועי האהובים, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(16) מחייך?
1	2	3	4	5	6	7	X	(17) משמיע קולות שמחה?
כאשר נותנים לילדך חבילה עטופה או משחק חדש בשקית, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(18) צוהל בהנאה?
כאשר ילדך מתבונן בספרי תמונות בכוחות עצמו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(19) ממשיך להתעניין בספר חמש דקות או פחות?
כאשר ילדך משחק לבדו, באיזו שכיחות:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(20) דעתו מוסחת בקלות?

כאשר ילדך מבצע משימה הדורשת סדרה של צעדים נפרדים (כמו פאזל פשוט), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(21) מצליח להשלים את המשימה?
כאשר ילדך מתבקש להשלים משימות, כמו ניקיון או איסוף צעצועים, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(22) עושה זאת מבלי שדעתו תהיה מוסחת?
כאשר ילדך מתבונן בספרי תמונות בכוחות עצמו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(23) ממשיך להתעניין בספר 10 דקות או יותר?
באיזו שכיחות ילדך נוגע ומסתכל בחפצים:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(24) במשך חמש דקות או יותר ברציפות?
באיזו שכיחות ילדך עובר מפעילות/משימה אחת לאחרת?								
1	2	3	4	5	6	7	X	(25) מבלי שישלים אף פעילות/משימה?
באיזו שכיחות ילדך מתקשה?								
1	2	3	4	5	6	7	X	(26) להתמקד במשימה ללא הדרכה?
כאשר מבקשים מילדך, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(27) מצליח להפסיק פעילות?
כאשר ילדך משחק, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(28) מצליח להמשיך בפעילותו, ולהגיב להערותיך או שאלותיך?
כאשר ילדך עסוק, באיזו שכיחות:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(29) צריך לקרוא לו מספר פעמים לפני שתופסים את תשומת ליבו
כאשר ילדך מתבקש לא לשחק בדבר מסוים, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(30) משחק בו למרות זאת?

משחק עם אחרים

כאשר ילדך משחק משחק אקטיבי עם ילדים אחרים (למשל, משחק שמערב ריצה וקפיצה), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(31) מראה רמת פעילות כמו של הילדים היותר פעילים ונמרצים?
כאשר ילדך מתבקש להתחלק במשחקה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(32) נעשה עצוב?
1	2	3	4	5	6	7	X	(33) ממלא את הבקשה ללא סימן לכעס?
כאשר ילדך משחק במשחק אהוב, וילד אחר לוקח אותו ממנו, באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(34) מכה, בועט או נושך את הילד האחר?
כאשר ילדך רואה ילדים אחרים בפארק או במגרש המשחקים, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	6	X	(35) ניגש ומיד מצטרף למשחק?
1	2	3	4	5	6	7	X	(36) מצטרף לצחוק ולציחקוקים?
כאשר ילדך מתבקש לחלוק או לחכות לתורו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(37) ממלא את הוראותיך?

פעילות עם ההורים

כאשר מקריאים לילדך סיפור, באיזו שכיחות הוא:								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	X	(38) יושב בשקט?
כאשר את מזיזה משהו שילדך לא אמור לשחק עמו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(39) נעשה עצוב?
1	2	3	4	5	6	7	X	(40) מנסה לקחת את המשחק בחזרה?
כאשר ילדך רוצה לשחק בחוץ ואת אומרת "לא", באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(41) מכווץ את שפתיו, מכווץ את מצחו, ושותק בכעס?
כאשר ילדך מתבקש לא להתרוצץ בדירה באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(42) מצליח לעשות זאת?
כאשר אומרים לילדך "לא", באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(43) מפסיק את הפעילות במהירות?
כאשר ילדך מתבקש לא לגעת בחפץ אטרקטיבי (כמו קישוט), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(44) נוגע בו למרות הכול?
במהלך הקראת סיפור באורך ממוצע לילדך, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(45) מקשיב לקריאה לאורך כל הסיפור?
כאשר את או אדם אחר מבני המשפחה מדגדג או רודף במשחק אחרי ילדך, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(46) מבקש עוד?
כאשר אומרים לילדך "לא", באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(47) מפסיק את הפעילות האסורה?
כאשר מבקשים מילדך לא לשחק במשהו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(48) משחק בו בכל זאת?

אמבטיה+הלבשה

כשילדך באמבטיה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(49) משפריץ או משכשך?
כאשר מלבישים או מפשיטים את ילדך, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(50) מתפתל או מנסה לברוח?
כאשר נותנים לילדך משהו לאכול או לשתות, שהוא איננו אוהב, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(51) מרחיק את הצלחת
כאשר ילדך באמבטיה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(52) מפטפט או מדבר בשמחה?
כאשר את מסרקת לילדך את שעריו או שוטפת את פניו, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(53) מנסה לשחק עמך?

בחוץ

כאשר ילדך צריך לשבת בשקט, כמו בחדר המתנה או במסעדה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(54) מנסה לרדת מהכסא?
כאשר שמים את ילדך בטיולון או בכסא בטיחות ברכב באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(55) יושב בשקט?
במהלך קניות, אם אינך מסכימה לקנות לילדך צעצוע אותו הוא רוצה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(56) מוחה בטון בכיני?

בביקור אצל הרופא, באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(57) בוכה או נאבק כאשר הרופא מנסה לגעת בו?
כאשר ילדך לראשונה מבקר במעון, בגן, או אצל מטפלת, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(58) מיד מתחיל לחקור את הסביבה החדשה?
באיזו שכיחות מראות שמחוץ לבית (כגון, נחלים, ציפורים, כלי רכב) מחזיקים את תשומת ליבו של ילדך								
1	2	3	4	5	6	7	X	(59) למשך 5 דקות או יותר?
בכסא במסעדה, בעגלת סופרמרקט, או במצבים אחרים דומים, באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(60) מתקשה לשבת בשקט?

שינה

כאשר מגיע הזמן לישון או לנוח, וילדך לא רוצה בכך, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(61) מתנגד או נאבק פיזית?
כאשר משכיבים את ילדך לתנומה או לשנת צהריים, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(62) מתמקס ומתארגן במהירות?
כאשר משכיבים את ילדך לישון בלילה, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(63) נרדם תוך 10 דקות?
כאשר ילדך עייף, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(64) נוטה לבכות?

יחס לאחר:

כאשר את יוצאת מהבית, וילדך לא רוצה להישאר עם הבייביסיטר הקבוע, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(65) לא מראה סימני כעס?
כאשר זר בא לביתך או לדירתך, באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(66) מסכים שירימו אותו מבלי להביע מחאה?
1	2	3	4	5	6	7	X	(67) "מפשיר" ביחס לזר בתוך 10 דקות?
כאשר אחד מחבריי ההורים, אשר אינו במגע יומיומי עם ילדך, מבקר בבית, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(68) מתבונן בך לראות אם זה בסדר?
1	2	3	4	5	6	7	X	(69) מדבר פחות מבדרך כלל?
כאשר ניגש אל ילדך זר, בהיותך עמו בחוץ (למשל, במהלך קניות), באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(70) מראה מצוקה או בוכה?
כאשר אחד מחבריי ההורים, אשר אין לו קשר יומיומי עם ילדך, מבקר בבית, באיזו שכיחות הוא:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(71) מחייך?
כאשר מישהו, שילדך באמת אוהב צריך ללכת (אחרי שביקר בביתכם), באיזו שכיחות ילדך:								
1	2	3	4	5	6	7	X	(72) נעשה עצוב?

במהלך היום

כאשר מצלמים את ילדך, ומבקשים ממנו להסתכל למצלמה, באיזו שכיחות הוא:								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

מתבונן ישירות למצלמה? (73)	X	7	6	5	4	3	2	1
לאחר שהפריעו לילדך מספר פעמים במהלך פעילות (למשל אכילה), באיזו שכיחות הוא:								
מצליח לחזור לפעילות? (74)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר קוראים לילדך לשבת לארוחת הערב, באיזו שכיחות הוא:								
בא מיד? (75)	X	7	6	5	4	3	2	1
אם אינך יכולה לתת תשומת לב מיידי לילדך, מכיוון שאת עסוקה, למשל את מכינה ארוחת ערב, מדברת בטלפון או קוראת עיתון, באיזו שכיחות ילדך:								
מוצא דבר אחר לעשות עד אשר תתפני? (76)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר את מכבה את הטלוויזיה (כיוון שזו שעת השכבה, שעת ארוחה, או יציאה מהבית), באיזו שכיחות ילדך:								
מגיב בהתפרצות זעם? (77)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר ילדך יודע, שהוריו עומדים לעזוב ולהשאירו בבית, באיזו שכיחות הוא:								
ייעמד להורה? (78)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר מנדנדים או מחבקים את ילדך, באיזו שכיחות הוא:								
מחייך? (79)	X	7	6	5	4	3	2	1
בעקבות מאורע מרגש, באיזו שכיחות ילדך:								
נשאר נרגש למשך זמן רב? (80)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר ילדך מתוסכל או כועס על דבר מה, באיזו שכיחות הוא:								
נרגע תוך 5 דקות? (81)	X	7	6	5	4	3	2	1
לאחר שילדך קיבל מכה או שריטה, באיזו שכיחות הוא:								
נשאר מצוברח למשך זמן רב? (82)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר ילדך מצוברח, באיזו שכיחות הוא:								
חש טוב יותר תוך מספר דקות? (83)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר את מנחמת את ילדך העצוב, באיזו שכיחות הוא:								
מתעודד תוך 5 דקות? (84)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר ילדך עצוב ונוזקק לנחמה, באיזו שכיחות הוא:								
מתעודד במהירות בזכות עצמו? (85)	X	7	6	5	4	3	2	1
מרגיע את עצמו, על ידי הפניית קשב לדברים אחרים (למשל, צעצוע אהוב, בובה או חיה רכה, שמיכה)? (86)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר את מנחמת את ילדך העצוב, באיזו שכיחות הוא:								
בוכה יותר מ-5 דקות? (87)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר מבקשים מילדך, באיזו שכיחות הוא:								
מתקשה למלא אחר הוראות? (88)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר ילדך מתבקש להמתין למהו (כמו ארוחה), באיזו שכיחות הוא:								
ממתין בסבלנות? (89)	X	7	6	5	4	3	2	1
מוצא משהו, שיסיח את דעתו, עד שיגיע הזמן? (90)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר אומרים לילדך שהוא נמצא ליד דבר מסוכן, באיזו שכיחות הוא:								
מתקרב לאט ובוהירות? (91)	X	7	6	5	4	3	2	1
כאשר את אומרת לילדך "לא", באיזו שכיחות הוא:								
מתעלם מדבריך? (92)	X	7	6	5	4	3	2	1

(93) נעשה עצוב?	X	7	6	5	4	3	2	1
<u>כאשר את לא מסכימה להתנהגות של ילדך, באיזו שכיחות הוא:</u>								
(94) נעלב?	X	7	6	5	4	3	2	1
<u>כשאומרים לילדך לעשות משהו שהוא לא רוצה לעשות, באיזו שכיחות הוא:</u>								
(95) נוטה לבכות?	X	7	6	5	4	3	2	1
<u>כאשר מבקשים מילדך, באיזו שכיחות הוא:</u>								
(96) מנמיך את קולו?	X	7	6	5	4	3	2	1
<u>מבלי שיש סיבה הנראית לעין, באיזו שכיחות ילדך:</u>								
(97) נראה עצוב?	X	7	6	5	4	3	2	1

The Coding Interactive Behavior Manual (CIB); Version 4

Feldman, 1998

- גרסת ינקות -

המדד הינו גלובלי. יש צורך לצפות בכל האינטראקציה ורק לאחר מכן לסווג את ההתנהגות עפ"י הסקאלות שלהלן - סקאלות התנהגות ההורה, סקאלות התנהגות התינוק וסקאלות האינטראקציה הדיאדית.

ניתן לדרג התנהגות גם בצורת ביניים. לדוגמא, 1-2, 2-3, 3-4, 4-5.

סקאלות התנהגות ההורה

א. Forcing - תפעול פיזי

ההורה מתפעל את התינוק באופן פיזי: מזיז את ידיו או רגליו, מושך אותו משכיבה לשיבה, מרים אותו לגובה, מסתובב או רוקד עם התינוק, משחק עם אצבעות התינוק או מעביר את התינוק למיקום אחר בכדי לשנות פעילות.

חשוב: אין הכוונה בסקאלה זו למגע מסוג של ליטוף, החזקת אצבעות התינוק, תמיכה בגוף התינוק וכד'.

יש לשים לב שתפעול פיזי שכיח באינטראקציות של הורים עם תינוקות מאוד קטנים (2-6 חודשים) ונוטה לפחות לאחר מכן. אבות נוטים להשתמש יותר ב forcing מאשר אימהות.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית כל הפעלה פיזית. ההורה לא מראה תפעול פיזי כלשהו בכל נקודה שהיא במהלך המקטע.

3. קיימת הפעלה פיזית בינונית, הן מבחינת עצמתה והן מבחינת שכיחותה. יש צורך ב 2-3 מקרים של הפעלה לקבלת ציון זה.

5. ההפעלה הפיזית שכיחה. ההורה מתפעל את התינוק לעיתים קרובות, האינטראקציה בנויה כמעט כולה על הפעלה פיזית, ועצמתה של ההפעלה יחסית חזקה.

ב. **Overriding - חודרנות**

ההורה מפריע לזרם הפעילות של התינוק ומכוון את קשב התינוק לפעילותו הוא או לחפץ שההורה מציג דרך דיבור, ווקליזציה או רעש, או מניפולציה פיזית. לדוג', בעוד התינוק מתעסק עם משחק אחד, ההורה מנסה להציג בפניו משחק חדש דרך דיבור אל התינוק או נפנוף הצעצוע למול עיניו. ההורה עשוי גם להזיז את התינוק בכדי לשנות פעילות.

חודרנות נצפית גם כאשר התינוק נותן סימנים של עייפות והססת מבט וההורה ממשיך עם הגרייה.

שים לב: חודרנות אינה מתאימה לכל שלב בהתפתחות. עבור כל גיל יש לחפש את הסיגנלים המתאימים לאותו גיל שמהם מתעלם ההורה.

הפרעה לשטף המשחק של התינוק עם הצגה בלתי פוסקת של צעצועים – התינוק לא סיים לשחק עם צעצוע אחד וכבר ההורה משנה לצעצוע אחר.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית כל הפעלה לא-פיזית. האינטראקציה אינה חודרנית וההורה קורא ומגיב לסיגנלים

הקומוניקטיביים של התינוק. האינטראקציה בברור מובלת ע"י התינוק.

3. נצפית רמה בינונית של חודרנות, הן מבחינת עצמה והן מבחינת שכחות. ההורה עשוי להתעלם מסיגנלים

מסוימים של התינוק, לגרות את התינוק כאשר הוא עייף לפעמים, להזיז את התינוק או להסיט את מושא הקשב שלו מחדש פעם או פעמיים.

5. **Overriding** שכחה. ההורה מתערב בפעילות התינוק או מסיט את מושא הקשב שלו לאובייקטים או

לפעילויות המובלות על ידו בקביעות, באופן חודרני וללא התחשבות במסריו של התינוק.

ג. **Acknowledging - הכרה, הבעת קליטת המסר**

סקאלה זו היא בין המרכיבים המרכזיים של קונסטרוקציית הרגישות, באופן המסתמך על רגישות הורית.

ההורה מבטא, באופן ברור, בדרך של תגובה ווקלית, ורבלית, דרך הבעת פנים או תנועת גוף את העובדה שהוא מודע למסר האינטראקטיבי ולסיגנלים החברתיים של התינוק.

גם אם לא אומרת/משקפת בכלל, אבל עושה משהו שהתינוק נהנה ממנו.

למשל, במהלך פעילות דיאדית התינוק מתחיל להתבונן במשהו אחר וההורה עוקב אחר מבט התינוק, שואל "האם אתה מסתכל על הפרחים? האם אתה מחבב אותם?". או, התינוק משנה את הבעת פניו להבעה למרוצה יותר וההורה מגיב בדיבור "motherese". או, התינוק מראה סימני עייפות או איבוד עניין וההורה מפחית את רמת הפעילות.

יש לשים לב כי: הכרה מתייחסת תמיד לאינטראקציות של "תינוק-מוביל-הורה-עוקב". כלומר, ההורה הוא המגיב לזימה החברתית של התינוק.

חשוב:

- א. תגובת ההורה אינה בהכרח מקבילה באופנותיה למסר התינוק (אם התינוק שלח מסר דרך ווקליזציה, ההורה יכול להגיב בהבעת פנים, באמירה, בהנהון, באמירת "כן, כן" וכו').
- ב. לעיתים קרובות ההורה "פרש" את התנהגות התינוק. לדוגמא, התינוק מפנה מבט וההורה אומר "כן, לא מוצא חן בעיניך...".

הסקאלה: 1 - 5

1. ההורה אינו מבטא כל מודעות לסיגנלים החברתיים של התינוק.
3. נצפית רמה בינונית של הכרה. ישנם סיגנלים של התינוק שההורה מזהה בעוד שהוא מתעלם מאחרים.
5. ההורה קשוב למסרים של התינוק באופן עקבי ומצליח להעביר את מודעותו לתינוק באופן רגיש ולא חודרני.

ד. Imitating - חיקוי

ההורה מחקה את פעילותו, הבעות פניו, תנועות גופו, או הווקליזציה של התינוק. בינקות המוקדמת (6-2 חודשים), שרשרת ההתנהגות ההורית היא בד"כ הכרה-חיקוי-הרחבה ושלוש הסקאלות נמצאות בקורלציה גבוהה.

יש לשים לב כי:

- א. חיקוי ההורה צריך להיות במודאליות זהות (חיקוי ווקלי את המסר הווקלי)
- ב. הרבה מאוד חיקוי לא בהכרח פירושו אינטראקציה אופטימאלית.

חשוב: השרשרת הכרה-חיקוי-הרחבה שכחה באינטראקציה של תינוקות מערביים עם הוריהם ופחות באינטראקציות של הורים בחברות מסורתיות.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא קיים כלל חיקוי או מועט מאוד.

3. נצפתה כמות ממוצעת של חיקוי כחלק מפעילות חברתית מגוונת, אך אין הוא שכיח או עקבי.

5. ההורה מחקה את פעולות התינוק לעיתים קרובות מאוד ובאופן עקבי לאורך האינטראקציה.

ה. Elaborating - הרחבה

ההורה מרחיב ומשכלל את החיקוי ע"י הוספת וריאציות וע"י הגדלת רמת המורכבות של המסר הקומוניקטיבי של התינוק. ההורה מרחיב את החיקוי גם במודאליות זדה או שונה.

חשוב: ההרחבה עשויה להיות מבוססת בפעולות פרה-סימבוליות או בהרחבת נושאי המשחק הדמיוניים של התינוק. לדוג', התינוק עשוי לומר "בה" וההורה מגיב ע"י "בה בה בו", משנה עמדה והבעה ומוסיף "עכשיו אתה מספר לי כמה אתה אוהב את המשחק הזה".

יש לשים לב: הביטוי של Vygotsky (1978) בנוגע ל"zone of proximal development" הוא בעל משמעות בייחוד לקידוד סקאלה זו.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא קיימת כלל הרחבת החיקוי או שישנה כמות מינימלית. ההורה לא חולק ומרחיב את האפקט, הפעולות או הפלט הסימבולי של התינוק.

3. נצפתה כמות ממוצעת של הרחבת החיקוי. ההורה עשוי לזהות את הסיגנאלים של התינוק אך עושה מעט הרחבה. מס' מועט של מקרים של הרחבה הורית מראה שסוג זה של התנהגות הינו ברפרטואר של ההורה.

5. ההורה מרחיב את פעולות התינוק או את הסיגנאלים שלו לעיתים קרובות. ע"י שימוש בהרחבה ההורה מעלה את רמת העניין של התינוק בפעילות המשותפת. החיקוי נעשה לעיתים קרובות ובאופן מעניין ומפתח ולא כתבנית נוקשה החוזרת על עצמה.

1. Parent Gaze - מבט ההורה

ההורה ממקד את מבטו וקשבו בתינוק או באובייקט של קשב משותף בין ההורה לתינוק, כגון צעצוע או אצבעות **יש לשים לב:** shared attention (6 חודשים) ו joint attention (9 חודשים ומעלה) מקודדים כמבט ההורה.

הסקאלה: 1 - 5

1. מבט ההורה כמעט ואינו ממוקד בתינוק או באובייקט של קשב משותף. ההורה מסיט מהתינוק את מבטו

ואת הקשב שלו לעיתים תכופות. ההורה עשוי להסתכל על מישהו אחר (בעל, נסיין), לעשות משהו,

להסתכל על הרצפה, קיר, או ראי.

3. ההורה ממקד את מבטו בתינוק או באינטראקציה בערך חצי מהאינטראקציה.

5. מבטו של ההורה ממוקד בתינוק או באובייקט של קשב משותף כל משך האינטראקציה.

ז. Positive Affect – רגש חיובי.

הורה המביע חום ופתיחות רגשית לאורך האינטראקציה. רגש חיובי המבוטא ע"י תנוחת גוף נינוחה, טון חם של הקול,

חיוך וצחוק לעיתים קרובות והבעות פנים שמחות.

יש לשים לב: רגשות כעס ונסיגה מקודדים כנמוכים בסקאלה זו.

הסקאלה: 1 - 5

1. מעט מאוד או כלל לא חום הורי ואפקט חיובי מובעים לאורך האינטראקציה.

3. חום הורי ואפקט חיובי מובעים מדי פעם, אך לא באופן עקבי.

5. ההורה חיובי וחם באופן עקבי כלפי התינוק.

ה. Parent Depressed Mood – מצב רוח דיכאוני

נצפה דיכאון הורי: האפקט שטוח, פנים ללא הבעתיות, הווקליזציות הינן מונוטוניות ובאופן כללי ישנה התעלמות

מהסיגנאלים של התינוק או חוסר הכרה בהם.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפה מצב רוח דיכאוני או שטוח.

3. האפקט של ההורה הופך שטוח מדי פעם אבל אין זה הסגנון האינטראקטיבי הטיפוסי ורגעים כאלו

מתוקנים באופן מיידי.

5. האפקט של ההורה שטוח, מונוטוני ודיכאוני באופן עקבי.

ט. Parent Negative Affect-Anger – אפקט שלילי - כעס

ההורה מציג אפקט שלילי כלפי התינוק דרך תגובות כעס, ווקליזציות "נוקשות", הבעות כועסות או "דחיפת" התינוק

לכעס או מצוקה. הכעס עשוי להיות מבוטא בפעולות, טון קול, הבעת פנים או ביקורת.

הסקאלה: 5-1

1. לא נצפה כעס הורי לאורך האינטראקציה.
3. עשוי להראות כעס מדי פעם אך הוא אינו חמור וישנם גם רגעים ניטראליים ואפיוזדות חיוביות.
5. כעס הורי הינו גלוי ונמשך לאורך האינטראקציה.

י. Hostility - עוינות

ההורה מגלה עוינות כלפי התינוק דרך תגובות passive-aggressive, ביטויי כעס, קול והבעות כעוסות, הימנעות, סירוב לשחק, הימנעות או הערות מעליבות. הדחייה נצפית בפעולות ההורה, מילותיו והימנעות כללית שלו. גם דרך "הרגות" התינוק. ניכרת דחייה של ההורה שיכולה להתבטא דרך כל מודאליות (העוינות כלפי התינוק ולא מצב הרוח של ההורה).

הסקאלה: 5-1

1. לא נצפית כל עוינות בכל שלב שהוא באינטראקציה.
3. ניתן לצפות בעוינות מדי פעם, אך היא אינה חמורה וישנן גם אפיוזדות או קבלה הורית.
- כלומר, היא אינה בולטת וישנם גם חלקים חיוביים במשחק.
5. העוינות ההורית בולטת והדחייה הינה חזקה ומתמשכת לאורך האינטראקציה.

יא. Parent Vocalization – ווקליזציה הורית

קול שיוצר אווירה נעימה + כמות דיבור.

ההורה משתמש בווקליזציה המתאימה לגיל התינוק וליכולת הלשונית שלו. צליל גבוה, חזרתיות מרובה, פראזות קצרות, הדיבור הינו איטי ורך. ההורה עושה "קו-ווקליזציה" עם התינוק. ההורה משתמש ב"motherese" עבור תינוקות ב 6-9 חודשי החיים הראשונים. יש לשים לב: ווקליזציות ההורה עשויות להיות קולניות יותר או שקטות יותר, תלוי במצב התינוק, באישיות ההורה ובקרבה הגופנית. אם התינוק מסוגל לשמוע את ההורה ודיבור הורי אינו קולני באופן אברסיבי, יש לקודד סקאלה זו בהתאם לאיכות הקול, מבלי להתייחס לעוצמה.

הסקאלה: 5-1

1. קול ההורה הינו קשוח, כועס, מונוטוני, "שטוח" ואינו נעים.

3. קול ההורה חמים יחסית ומשתנה, אולם לעיתים קרובות הוא לא מותאם לרמה ההתפתחותית של

התינוק (לדוג', הוא מדבר אל התינוק בדיבור כאל מבוגר) או למצבו ההתנהגותי (דיבור חם וקולני לתינוק

עייף. או שדיבורו אמנם כולל אספקטים אלו אך הוא ממעט בדיבור.

5. הווקליזציה נעימה, מתאימה, ומתואמת לגיל ולמצב התינוק.

בעלת אפיוני דיבור לתינוק לאורך כל האינטראקציה.

יב. Parent Anxiety – חרדה הורית

נצפית חרדה של ההורה דרך שתיקות ארוכות, התנהגות אידיוסיןקראטית (כמו חזרתיות לא תואמת על אותה פראזה).

התנהגות גופנית כגון משחק בשיער או באצבעות, מבטים תכופים בצופה, התלהבות לא צפויה, התנהגות לא עקבית, או

מעברים בין מצבים רגשיים.

חשוב: יש לחפש סימנים של חרדה. אל תסתמך על האינטרפרטציה שלך את המצב הפנימי של ההורה מבלי שיש

סימנים גלויים. הציון יינתן עפ"י רמת החרדה הנצפית.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית כל חרדה בכל שלב שהוא באינטראקציה.

3. נצפית רמה בינונית של חרדה נצפית הן מבחינת עוצמה והן מבחינת שכיחות.

כלומר, בינונית בעצמתה ומופיעה לעיתים - לא לאורך כל האינטראקציה.

5. חרדה גבוהה, בולטת מאוד ומופיעה לאורך האינטראקציה.

יג. Appropriate Range of Affect - טווח רגש תואם

ההורה משנה את הביטוי הרגשי באופן מתואם לפעילותו, מצבו והאמוציונאליות של התינוק בכל רגע נתון. טווח רחב

של התנהגויות ומעברים גמישים במצבים הרגשיים נצפים לאורך האינטראקציה. לדוג', ההורה עשוי להיות שקט

כשהתינוק מתקשר ומתלהב כאשר התינוק קשוב. בדומה לכך, ההורה עשוי לצחוק כשהתינוק צוחק, לבטא דאגה

כשהתינוק מוטרד, ולהיות קשוב כשהתינוק מנסה להשלים משימה קשה. ההורה מבטא התלהבות כשהתינוק מבצע

מטלה, ההורה צופה בשקט כשהתינוק מפנה את מבטו או מראה סימני עייפות.

שים לב: הסקאלה הזו מביאה לשיקול את "טווח" האפקט שההורה מציג, לא את רמת הרגש החיובי. עשויות להיות אינטראקציות שמזמינות טווח רחב יותר של רגש הורי, לדוגמא, כאשר התינוק בוכה כרגע ולאחר מכן נראה משחק. מכל מקום, אפילו אינטראקציות חלקות דורשות מההורה לעבור בין רגעים קשובים יותר לרגעים אקספרסיביים יותר.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפים שינויים כלשהם בעוצמת הרגש של ההורה. טווח הרגש מוגבל והוא לא מסונכרן עם שינויים במצב התינוק. כלומר, אין כל שוני ברמת העוררות ובביטוי הרגשי של ההורה.
3. נצפות תנודות בביטוי הרגשי של ההורה, אך הן לא שכיחות והשימוש בטווח רגשי אינו סגנוני הטיפוסי.
5. טווח הביטוי הרגשי של ההורה הינו רחב ומתואם להתנהגות התינוק. רמות העוררות תואמות בתגובה לסיגנאלים הקומוניקטיביים של התינוק.

יז. Consistency - קביעות סגנון

התנהגותו של ההורה הינה פחות או יותר קבועה לאורך האינטראקציה. לא נצפים שינויים פתאומיים ברגש, קשב וברמת המעורבות של ההורה. תנועותיו והבעותיו של ההורה הן עקביות יחסית וניתנות לחיזוי ע"י התינוק.

חשוב: שינויי האפקט הרגשיים של ההורה בתגובה לדרישת התינוק אין פירושהם חוסר עקביות. מדד זה בודק שינויים פתאומיים בהתנהגות וסגנון ההורה שאינם קשורים לקומוניקציה המתמשכת ונראים כמבלבלים עבור התינוק.

הסקאלה: 1 - 5

1. עקביות נמוכה - הרבה שינויים מהירים ובלתי צפויים. השינויים הפתאומיים עשויים להיות מבוטאים ברגש, טון הקול, רמת פעילות, או בעניין ההורי בפעילות של התינוק.
3. עקביות בינונית - מעט שינויים בלתי צפויים. עשויים להתרחש מספר שינויים בסגנון וברמת העניין, אבל ישנו סגנון הורי קבוע שניתן לזהותו.
5. התנהגות ההורה הינה עקבית וניתנת לחיזוי לאורך האינטראקציה.

טו. Resourcefulness - תושייה

ההורה מגלה תושייה, יצירתיות וגמישות בהתמודדותו עם מצוקה, חוסר עניין או נרגנות של התינוק. ומצליח לשמר את התעניינות התינוק במשחק או בביצוע מטלה בדרכים יצירתיות וגמישות.

לדוגמא, יכולת להרגיע תינוק עייף. להתמקד בחוסר אונים.

אם הייתה אינטראקציה טובה ומשחק יפה - אוטומטית מקבלת 5.

הסקאלה: 1 - 5

1. תושייה נמוכה. ההורה חסר אונים או נוקשה כאשר התינוק משועמם או נרגן. אם התינוק מראה עניין, להורה יש מיומנויות מוגבלות בשימור או בשכלול קשב של התינוק.
3. רמה בינונית של תושייה. ההורה עשוי להראות תושייה ברגעים מסוימים ובאחרים לא.
לעיתים מצליח ולעיתים פחות
5. ההורה מגלה גמישות, תושייה ויצירתיות בכל הקשור לשינויים באפקט, התנהגות, מצוקה ורמת העניין של התינוק.

זז. Affectionate Touch – מגע אוהב

ההורה נוגע בתינוק במגע אוהב לעיתים קרובות ובאופן ספונטאני. ההורה והתינוק נותרים קרובים (קרבת ידיים) לאורך התצפית. המגע מביע חום ואהבה וכולל נשיקות, חיבוקים, ליטופים וכו'.
יש לשים לב: סקאלה זו אינה כוללת מגע פונקציונאלי (לדוג', הלבשה, האכלה, החלפת חיתול), מניפולציה פיזית (סקאלה א'), מגע לא מכוון (התחככות מקרית בתינוק) ומגע שנועד לסייע למשוך את תשומת ליבו של התינוק.

הסקאלה: 1 - 5

1. ההורה והתינוק אינם בקרבה פיזית ולא נצפה מגע לא-פונקציונאלי.
3. ההורה נוגע בתינוק מדי פעם אך לא באופן שכיח.
5. ההורה והתינוק נותרים קרובים וההורה נוגע בתינוק לעיתים קרובות במגע גלוי ובחום.

יז. Parent Enthusiasm – התלהבות

ההורה מציג תחושה אמיתית של התלהבות במהלך האינטראקציה, האפקט חיובי וההורה מראה סימנים ברורים של הנאה בעוד נמצא באינטראקציה עם התינוק (לדוג', קולות הנאה, נראה גאה או שבע רצון, מחייך וצוחק).
חשוב: שלא כמו סקאלת האפקט החיובי (parent positive affect; סקאלה ז'), יש לחפש כאן סימנים להנאה של ההורה עצמו באינטראקציה, מעבר להבעת אפקט חיובי כלפי התינוק.

הסקאלה: 1 - 5

1. ההורה לא מראה התלהבות או הנאה באינטראקציה.
3. נצפית רמה בינונית של התלהבות.
5. ההורה מתלהב, מעורב ומציג הנאה ברורה במשחק עם התינוק.

ית. Supportive Presence – נוכחות הורית תומכת

נוכחות ההורה מהווה "בסיס בטוח" עבור התינוק, במונחים של חום, ביטחון, קירבה והדדיות. תגובות ההורה כלפי התינוק הינן הולמות, מקבלות ומספקות מסגרת רגולטורית לפעולותיו ורגשותיו של התינוק. נוכחות הורית תומכת עשויה להווא לידי ביטוי במלל, מגע, מבט, חיוך או קרבה פיזית.

הסקאלה: 1 - 5

1. נוכחות ההורה לא מספקת "בסיס בטוח" ואף עשויה להגביר את תחושת המצוקה של התינוק. נדמה כי נוכחות ההורה היא המקור לתחושות התסכול של התינוק. ההורה מספק מעט מדי או יותר מדי הבנייה, או שהינו נסוג ומפגין דחייה.
3. ישנן אינדיקציות כי לנוכחות ההורה יש השפעה כשל "בסיס בטוח", אולם דבר זה אינו עקבי.
5. נוכחות ההורה מספקת לתינוק הבנייה כוללת המסייעת בויסות האפקט, העוררות, העניין והלמידה של התינוק.

סקאלות התנהגות התינוק

א. Infant Gaze - מבט התינוק

בינקות המוקדמת – מבט התינוק ממוקד באופן עקבי בהורה. בשלב מאוחר יותר, מבט התינוק עשוי להיות מוכוון גם כלפי אובייקט של קשב משותף.

כלומר, התינוק ממוקד במשך המשחק בהורה או בחפץ של קשב משותף.

הסקאלה: 1 - 5

1. מבט התינוק מופנה לאורך רוב האינטראקציה ואינו ממוקד בהורה או באובייקט של קשב משותף. ניכר כי הוא ממאן או אינו מעוניין ליטול חלק במשחק מכל סיבה שהיא (עייפות, בכי וכד').

יש לשים לב: אם האימא מצטרפת לפעילות התינוק והתינוק נותר ממוקד בפעילות המשותפת, הציון יהיה גבוה יותר.

- מבט התינוק ממוקד לעיתים על ההורה או על אובייקט של קשב משותף. בערך 50% מהזמן בקשב משותף או מבט חברתי לאימא יצויין 3.
- התינוק ממוקד בהורה או באובייקט של קשב משותף לאורך כל האינטראקציה. 5.

ב. Infant Positive Affect - רגש חיובי של התינוק

רגש התינוק הינו חיובי. התינוק צוחק, מחייך ונראה רגוע ובטוח.

הסקאלה: 1 - 5

- לא נצפה אפקט חיובי. התינוק עשוי להיות משועמם או נרגן לאורך האינטראקציה. 1.
 - התינוק מראה מדי פעם פרצים של אפקט חיובי, אולם אמוציונאליות חיובית אינה מובעת באופן עקבי. 3.
 - אפקט התינוק חיובי, חם ורגוע לאורך האינטראקציה. 5.
- יש לשים לב:** שלוש הסקאלות הבאות מפרטות את הקוטב הנגדי לסקאלת האפקט החיובי של התינוק. יש להעריך אם התינוק נוטה לנסיגה, מביע אמוציונאליות שלילית או שאינו יציב מבחינה רגשית (האחרון מקודד מגיל 9 חודשים).

ג. Infant Negative Emotionality, Fussy – אמוציונאליות שלילית, נרגנות

התינוק מביע סימנים ברורים של אפקט שלילי: בוכה, מייבב, משמיע קולות של חוסר שביעות רצון ודחייה כלפי ההורה.

הסקאלה: 1 - 5

- לא נצפה אפקט שלילי לאורך האינטראקציה. 1.
- התינוק מביע אפקט שלילי מדי פעם אולם ניתן לנחמו והוא יכול לווסת את עצמו. 3.
- התינוק שלילי באופן עקבי, בוכה ללא יכולת ניחום-עצמי ומאמצי הניחום של ההורה אינם מצליחים. 5.

ד. Withdrawal - נסיגה

התינוק נסוג מהאינטראקציה, נראה תלוש/מנותק מהסביבה. אינו מעורב בפעילות משותפת, לא יוזם ולא מגיב להצעות של ההורה. הרגש הוא שטוח באופן טיפוסי ונראה "closed up".

יש לשים לב: המחקר של Field על תינוקות של אימהות דיכאוניות והתנהגותם הדיכאונית כלפי האם וכלפי זרים חשובה כאן.

הסקאלה: 1 - 5

1. התינוק לא מראה התנהגות נסיגתית.

שים לב: היעדר נסיגה עשוי להיות בשל אפקט חיובי אולם גם בשל אפקט נרגן וכעס.

3. התינוק נסוג מדי פעם אולם ניתן לראות אפיזודות של מעורבות כמו גם.

5. התינוק נסוג באופן עקבי, האפקט שטוח והתינוק לא יוזם הצעות חברתיות או מגיב ליזימה של ההורה.

ה. Alert - עירנות

התינוק הינו נלהב, פעיל, מעורב, קשוב ומעוניין באופן אקטיבי במשחק. מציג רמות גבוהות של עוררות חיובית ופעילות. זה עשוי לבוא לידי ביטוי בהבעות פנים ערניות, מבט ממוקד, חיוכים, סימנים ברורים של שמחה וחיוניות, אנרגיה ותנוחת "ready".

בסקלה זו, בשונה מן המדדים הקודמים, יש להעריך את הרמה הגבוהה ביותר של עירנות התינוק שאליה הגיע התינוק במהלך האינטראקציה, ולא את ממוצע התצפית כולה.

הסקאלה: 1 - 5

1. רמה נמוכה של עירנות; התינוק פסיבי ומציג מעורבות אפקטיבית נמוכה.

אינו מגלה עניין ורמת האפקט נמוכה.

3. רמת בינונית של עירנות; התינוק מגלה עניין, אך אינו כה פעיל (אין חיוך).

4. התינוק מחייך לפחות פעם אחת.

5. התינוק פעיל, שמח וממוקד ולפחות במהלך אפיזודה אחת הוא מראה התלהבות עוררות חיובית (זוקליזציה,

תנועות גוף, שמחה ממש).

ו. Fatigue - עייפות

סקלה זו מציינת את רמת העייפות של התינוק באופן כללי.
עד כמה היה עייף (רמה) ומה אחוז המשחק בו ניכרה עייפותו (שכיחות).

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית כל עייפות. התינוק פעיל, ערני ומעורב לכל אורך האינטראקציה.
3. רמת עייפות בינונית הן במונחים של רמה והן של שכיחות.
5. התינוק עייף ומצב זה עקבי לאורך האינטראקציה.

ז. Infant Vocalization - ווקליזציה תינוק (בעיקר חברתית)

התינוק משמיע קולות שמחה או קשר לעיתים קרובות. הווקליזציה מופנית כלפי ההורה, חפץ או עצמו. מטרם הינה חברתית (בזמן הווקליזציה התינוק גם מביט אל ההורה). כולל צחוק.

יש לשים לב: הקידוד בסקאלה זו הוא של קולות חיוביים בלבד. צרחות, צעקות או נהמות אינם נכללים כאן אלא מאוחדים לסקאלות של אפקט שלילי.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפות כלל ווקליזציות. התינוק שקט לאורך האינטראקציה.
3. רמה בינונית של ווקליזציה. התינוק עשוי להשמיע קולות מדי פעם אך לא לעיתים קרובות ולא באופן עקבי.
5. התינוק מדבר ומשמיע קולות, הברות, גרגורים וכד' לאורך התצפית ובשכיחות גבוהה. הקולות ברורים וקשורים לפעילות הדדית.

ה. Initiation - יזימה

התינוק יוזם פעילויות הדדיות ומצפה מההורה לעקוב אחריו. יזימה יכולה להיות רבליית או לא-רבליית. תינוקות יכולים להשמיע קולות, לנסות למשוך את תשומת ליבו של ההורה, לנוע כלפי ההורה, או להראות מבט מקדים (anticipatory).

התינוק מתחיל את האינטראקציה החברתית עם ההורה וההורה עוקב אחריו (לאו דווקא עם חפץ).

יזימה היא גם כשתינוק מגיב לחפץ (למשל שדהורה מגיש לו) ומתעסק בו מעצמו. ממשיך לחקור ולהתעסק עם מה שנתנו לו.

יש לשים לב: יזימה חברתית של תינוק מתפתחת באופן ניכר למדי בין 3 ו 8-7 חודשים. יהיה נדיר למצוא תינוק שיקבל דירוג של יותר מ 3-2 במהלך חודשי החיים הראשונים.

הסקאלה: 1 - 5

1. נצפית רמה מינימלית של יזימה. התינוק או נסוג או עוקב אחר הובלת ההורה.

לא נצפית יזימה של התינוק - לא חברתית ולא מוטורית-חקרנית.

3. קיימת רמה בינונית של יזימה. התינוק עשוי ליזום מדי פעם אך רוב האינטראקציה לא מובלת על ידו.

5. התינוק יוזם פעילויות והצעות קומוניקטיביות לעיתים קרובות והאינטראקציה מרוכזת סביב פעילות המובלת על ידו.

סקאלות האינטראקציה הדיאדית

קידודי הדיאדה מיועדים לדיאדה כחידה, לא על ההתנהגות של כל פרטנר.

8. Dyadic Reciprocity - הדדיות

הורה ותינוק מעורבים במשחק של "תן וקח". כל אחד מבני הזוג משתתף במשחק, מאפשר לבן הזוג לסיים את פעילותו ומגיב למשחקן של בן הזוג. ישנה תחושה של סינכרוניות ו"ריקוד" הדדי וכל אחד מהפרטנרים לוקח חלק בחילוף המתואם היטיב.

אם ההורה מאוד פעיל והתינוק לא, אבל מאוד נהנים - יתקבל ציון גבוה.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית כל הדדיות במשחק הזוגי. פרטנר אחד עשוי להיות נסוג או דחוי, פרטנר אחר עשוי להראות

אפקט שלילי, ההורה עשוי להשתלט ולהיות חודרני ולהסיח את דעתו של התינוק מפעילויותיו, או ששני הפרטנרים לא נראים כ"הולכים יחד".

3. רמת הדדיות בינונית הן מבחינת רמה והן מבחינת תואמות. ישנם רגעים שבהם האינטראקציה נראית מסונכרנת, אך הם לא נראים באופן עקבי לאורך האינטראקציה.

זה מתרחש הן בשל ההזרה או התינוק.

5. האינטראקציה הינה הדדית מאוד והמשחק זוגי. הפרטנרים נעים לאורכה בעדינות, קוראים ומגיבים

לרמזים של הפרטנר האחר ועוסקים לעיתים קרובות במשחק של "תן וקח".

הפרטנרים לוקחים חלק פעיל במשחק מתוך כבוד והתחשבות עם מצב העוררות וסוג הפעילות של בני הזוג.

ב. Adaptation-Regulation – תואמות-ויסות

הסקאלה בוחנת את הרמה שאליה אם ותינוק מתאמים את רמת הגרייה והמעורבות לפי המסרים ששולח בן הזוג (גם הורה מאוד

פסיבי עם תינוק מאוד אקטיבי). לדוגמא: אם עשויה להוריד את עוצמת הקול כאשר התינוק מפנה את מבטו, או שהתינוק מגביר

את מעורבותו בעקבות עידוד מההורה.

חשוב: בקרב תינוקות בני פחות מ 6 חודשים, הסקאלה הזו לוקחת בחשבון את היכולת של האם להתאים גרייה למצבים

ולמסרים של התינוק. בקרב תינוקות מעל גיל 6 חודשים, ישנה התאמה הדדית צומחת והתינוק עשוי גם להגיב וגם להתאים

לרמזים של ההורה.

הסקאלה: 1 - 5

1. האדפטציה הינה מינימלית. ההורה והתינוק לא מתאמים את רמת העוררות והגרייה.

אצל תינוקות – האם לא מתאימה את רמת הגרייה למצב התינוק.

3. נצפית רמה בינונית של אדפטציה הדדית, הן מבחינת רמה והן מבחינת שכיחות. לדוגמא; האם עשויה

לגרות את התינוק יתר על המידה מדי פעם אבל גם יכולה להתאים לקסטות המבט של התינוק לפעמים.

5. האינטראקציה מווסתת ואדפטיבית באופן הדדי. האם מתאימה עצמה באופן עקבי למסרים של התינוק

ומספקת גרייה בהתאם.

ניכרת אדפטציה מושלמת. ההרגשה של הצופה היא כי בני הזוג מאומנים היטב כל אחד במסריו של השני

ויכולים לקלוט אותם ולהגיב להם במהירות ויעילות.

ג. Fluency - זרימה

סקאלה זו קשורה לריתמוס ולזרימה של האינטראקציה. אינטראקציה זוורמת בצורה חלקה ללא מעברים או שינויים חדים ברמת האפקט, הריתמוס, רמת הפעילות או המעורבות הדיאדיית. ישנה תחושה של תנועה ו"ריקוד" רציף, שעשויים להיות מהירים או איטיים, מלאי אנרגיה או עדינים, אבל זה מוכר לפרטנרים ויש לו זרימה מתמשכת.

האינטראקציה שוטפת זוורמת באופן רתמי וחלק. אין שינויים פתאומיים ואין תקופות ארוכות של חוסר קשר.

הסקאלה: 1 - 5

1. האינטראקציה אינה זוורמת. נצפים שינויים תכופים בסגנון ובריתמוס. חוסר הזרימה עשוי להיות תוצאה

של חילוף מאוד לא יציב או מאינטראקציה אפאטית ונסוגה.

מתח באינטראקציה, חוסר ריתמיות פנימית, קשה לצפות מה יהיה הצעד הבא.

3. באינטראקציה יש זרימה וריתמוס מסוימים. ישנו שטף, אך הוא אינו עקבי.

5. האינטראקציה זוורמת, חלקה ועוקבת אחר דפוס ריתמי עקבי.

האינטראקציה קצבית, חסר מתחים פנימיים בין ההורה והתינוק, צפוי מראש.

7. Constriction – הגבלה

האינטראקציה מוגבלת ודלה מבחינת הבעתיות רגשית, תוכן ורמת חקירה והתלהבות. לפעמים, ההגבלה עשויה להיגרם בשל חוסר הדדיות והקואורדינציה הדלה בין הפרטנרים.

מכל מקום, הגבלה עשויה גם להראות בקרב תינוקות בסיכון גבוה, כמו פגים או תינוקות עם פגיעה מוחית. באינטראקציות כאלו, אימהות עשויות לעשות מאמץ עצום אך הסביבה הדיאדיית נותרת מוגבלת.

הסקאלה: 1 - 5

1. לא נצפית הגבלה. האינטראקציה הינה הבעתית ומורחבת.

3. נצפית רמה בינונית של הרחבה. האינטראקציה עשויה להיות הבעתית לפעמים, מה שמציע שהדיאדה

מסוגלת להרחבה, אולם אין זה עקבי.

5. האינטראקציה דלה ומוגבלת רוב הזמן. נצפית מעט הבעתיות.

ה. Tension – מתח

האינטראקציה מתוחה. להורה ולתינוק לא נוח האחד עם השני והמתח ניכר בהימנעות, הסטת מבט, תנועות חזרתיות, או דיבור מופרז. ישנה תחושה ברורה של אי-נוחות בדיאדה ומתקבל הרושם ששני הפרטנרים היו מעדיפים להימנע מהאינטראקציה בסך הכול.

הסקאלה: 1 - 5

1. נצפית רמה מינימלית של מתח. ההורה והתינוק רגועים ונהנים האחד מהאחר מחברת השני.
3. חלק מהזמן נצפה מתח אולם ישנן אפיזודות של אינטראקציה חלקה.
5. המתח הינו עקבי. להורה ולתינוק בברור לא נוח האחד בחברת השני.

ו. הובלת האינטראקציה (ע"י ההורה)

Parent leads – עד כמה נראה כי האינטראקציה עוקבת אחר האג'נדה של ההורה.

עד כמה ההורה מתעסק ב"לימוד" התינוק, הכוונת קשבו מחדש, או תפעול התינוק לפעילויות שהוא רוצה. עד כמה התחושה היא שבאופן כללי, האינטראקציה ממוקד בצרכים ובתכנית הפעולה של ההורה, ולא בתינוק. עד כמה ההורה מכוון את האינטראקציה לפי רצונותיו הוא, מביא מיוזמתו דברים בלי קשר למה שהתינוק עושה.

הסקאלה: 1 (לא מוביל כלל; נמוך) – 5 (מוביל בכל האינטראקציה; גבוה).

Infant leads – עד כמה האינטראקציה ממוקדת בתינוק. עד כמה ההורה היה רגיש למסרים של התינוק וסיפק גרייה מתאימה ובהתאם לרמה ההתפתחותית של התינוק. התחושה היא שבסך הכול ההורה היה ממוקד בצרכים ובמצבים של התינוק מאשר באלו שלו; עד כמה ההורה מכוון את האינטראקציה בעקבות התינוק.

הסקאלה: 1 (לא מוביל כלל; נמוך) – 5 (מוביל בכל האינטראקציה; גבוה).

* הסקאלות Parent leads ו Infant leads אינן בהכרח סותרות או משלימות, מדורגות כל אחת בנפרד.

קידוד המשחק הסימבולי

הקידוד נעשה במקטעים של 10 שניות. קידוד נפרד לאם ולילד על פי המפתח הבא:

1. אין משחק

ילד – הילד אינו מעורב במשחק. היעדר שימוש בצעצוע או הכנסת צעצועים לפה והתבוננות במשחק של האם.
אמא – האם אינו מעורבת במשחקו של הילד. כולל התבוננות במשחקו של הילד, דיבור עם הנסיינית וכו'.

2. סדר וארגון

ילד – הילד מארגן או מסדר את הצעצועים בסדר מסוים שאינו כולל משחק סימבולי.
אמא – האם מסדרת או מארגנת צעצועים או יוזמת, מדגימה, משמרת או מרחיבה את משחק הסדר של הילד.

3. משחק חברתי

ילד – הילד מעורב בפעילות חברתית עם האם מבלי להשתמש בצעצועים. לדוגמא: משחק "קוקו", שירה משותפת, דגדוגים וכדומה. כולל שאילת שאלות על עולמות של הילד שאינן קשורות למשחק ("איך קוראים לגנת שלך?").
האם – האם מעורבת בפעילות חברתית עם הילד מבלי להשתמש בצעצועים או יוזמת, מדגימה, משמרת או מרחיבה את משחקו החברתי של הילד.

4. שיום

הילד – הילד מתעסק בשיום חפצים מסוימים או בשאילת שאלות על שמות חפצים. הכוונה לדפוס חזרתי שבדרך כלל חסר משמעות וגורם להפסקה במשחק. אין זה משחק חקירה ולא נצפית התעניינות אמיתית בחפצים.
האם – האם עוסקת בשאילת שמותיהם של חפצים בצורה חזרתית או במתן תשובות לילד על שמות החפצים. כולל שאלות דידקטיות אחרות הקשורות לחפצים הגורמות להפסקה במשחק. לדוגמא: "מה זה?" "מה הצבע של זה?" וכדומה.

5. חקירה

ילד – הילד מתעסק בחקירה ומניפולציה של חפצים כמו: התבוננות, נגיעה, קריאה בשם או הצבעה (כולל הוצאת קולות של חיות), כולל חיפוש אקטיבי בקופסת המשחקים.
האם – הפניית תשומת לבו של הילד לחפצים, קריאה בשם ותיוג. כולל הצעה לחיפוש אקטיבי בקופסת המשחקים.

6. משחק פונקציונאלי

ילד – הילד משתמש בחפצים לפי הדרך הטיפוסית לה יועדו: הסעת מכונית, סירוק שיער, הצמדת הטלפון לאוזן, התאמת חפצים ללוח וכדומה. אין אינדיקציה למשחק סימבולי שבו הילד משתמש בדמיון על מנת להחליף אובייקט אחד באחר.
האם - יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את הפעילות הפונקציונאלית של הילד.

7. העמדת פנים עצמית.

ילד – פעילות שמערבת הסמלה סביב העצמי. כגון: אכילה, שתייה, דיבור בטלפון, התבוננות במראה. כדי לקבל ציון בקוד זה על הילד להראות במחוות או על ידי דיבור מודעות לאיכות הסימבולית של המשחק.

האם - יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את ההסמלה סביב העצמי של הילד או מבצעת אקט סימבולי במשחק.

8. העמדת פנים של האחר.

ילד – פעילות שמערבת הסמלה סביב האחר (האכלת האם או הבובה) או ייחוס תכונות אנושיות לחפצים ("הבובה עיפה") והאנשת חיות ("הכבשה מפחדת מהאריה").

האם - יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את העמדת הפנים סביב האחר של הילד או מציעה פעילות כזאת ("רוצה לעשות אמבטיה לבובה?") או מבצעת אקט סימבולי סביב האחר במשחק. (לדוג' בודקת את הילד במטרה לעודד אותו לבדוק אותה לאחר מכן).

9. העמדת פנים מצרפית –

ילד – צירוף מספר יחידות משחק סימבוליות לסצנה גדולה יותר. (לדוג', מזיגה ושתייה, רחיצה והלבשה). ציון זה יתקבל גם כשיתרחש אותו אקט סימבולי למספר דמויות (האכלה של הבובה ושל הדוב לדוג').

האם - יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את העמדת הפנים המצרפית של הילד או מציעה פעילות כזאת ("תאכיל גם אותי").

10. העמדת פנים היררכית-

ילד – אקט סימבולי המראה מבנה היררכי כך שהייתה תוכנית פעולה טרם ההוצאה לפועל של המשחק ע"י דיבור או חיפוש חפצים מסוימים. (לדוג' "בוא נכין ארוחת ערב" או חיפוש בגדים ובקבוק לצורך האכלה והלבשה).

האם - יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את העמדת הפנים ההיררכית של הילד.

11. הסמלה בעזרת חפץ חלופי –

ילד – הילד משתמש בחפץ מסוים למטרה אחרת (לדוג' קובייה במקום טלפון).

האם – יוזמת, מדגימה, מעודדת או מרחיבה את השימוש בחפץ חלופי או משתמשת בחפץ חלופי בעת משחק.

CIB content codes for symbolic play

מספר משפחה: _____ תאריך קידוד: _____ שם המקודד: _____

תגובת הפרטנר ליזימה	יוזם	רמת עיסוק	תוכן
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	1. האכלה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	2. אמבטיה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	3. הלבשה וטיפול
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	4. השכבה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	5. טיפול רפואי
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	6. הסתכלות במראה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	7. תיקון ובניה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	8. טלפון
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	9. משחק בסיר (toilet training)
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	10. הנאה ו"כייף" (fun & outing)
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	11. אגרסיה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	12. ארגון וסדר של הסביבה
0 1 2 3 4 5	אמא/ילד	0 1 2 3 4 5	13. אחר: _____

סקאלות קידוד ההתנהגות- ראיון InfantPTSD

המדד הינו גלובלי. יש צורך לצפות בכל האינטראקציה ורק לאחר מכן לסווג את ההתנהגות ע"פ הסקאלות שלהלן. סה"כ יש 16 משתנים של הילד ו-20 משתנים של האם כאשר הקידוד נערך בסקאלות של 1-התנהגות מינימלית, 5-התנהגות מקסימאלית

ילד

קרבה:

מידת הקרבה הפיזית של הילד לאם בזמן הראיון

- 1- הילד רחוק מעט מהאם אך עדיין בקרבת מגע מרבית זמן הראיון.
- 3- הילד רחוק מהאם מרבית זמן הראיון, יושב או משחק במקום מרוחק ולעיתים אף יוצא מטווח הראיה של האם רב הראיון.
- 5- נמצא קרוב מאוד לאם רוב הראיון. יושב עליה או בצמוד אליה.

מיקוד של הילד באם:

- הילד ממקד את הקשב שלו באם באחד או יותר מאופני התקשורת (מבט, האזנה לסיפור, קרבה פיזית או מלל תואם לסיפור) ונראה כי הוא מעורב באופן פסיבי או אקטיבי בראיון.
- 1- הילד מתעלם מהאם בכל אופני התקשורת ולא מפנה קשב לסיפור הטראומה.
 - 3- הילד מתמקד לעיתים באם.
 - 5- הילד ממוקד באם, מקשיב לדבריה לכל אורך הסיפור.

דריכות של הילד:

רמת המצוקה של הילד בתגובה לסיפור הטראומה המתבטאת בעוררות גבוהה, דריכות וחוסר מנוחה לאורך האפיזודה.

הערה: עוררות ובוהה שאינה קשורה לסיפור הטראומה לא תקבל ציון גבוה

- 1 - נצפית רמה נמוכה של עוררות. נראה כי הילד אינו דרוך ואינו מושפע מהסיפור של האם.
- 3- ישנה אינדיקציה לדריכות אך לאפיזודות קצרות והילד מצליח להירגע ולחזור לפעילות תוך זמן קצר.
- 5- הילד מאוד אקטיבי, דרוך, חסר מנוחה וחסר שקט.

התנהגות רגרסיבית:

- הילד מכונס בעצמו או מגלה התנהגויות רגרסיביות בתגובה לסיטואציה.
- 1- לא ניכרת התנהגות רגרסיבית לאורך כל הראיון.
 - 3- ניכרת התנהגות רגרסיבית אך לא בשכיחות גבוהה.
 - 5- הילד מתכנס בתוך עצמו ותתכן אף התנהגות רגרסיבית כמו התכרבלות, זחילה, שימוש בטון בכיני, מציצת אצבע, ילד שאינו מדבר או התנהגות רגרסיבית הקשורה באובייקט אחר (למשל, התרפקות על האם, שימוש בבובה ועוד.)

התנהגות נמנעת:

הילד נמנע ממקום הראיון, מנסה לברוח מהחדר או מבלה זמן רב בפעילות הרחוקה ממקום הראיון.

(הערה: יש להתייחס לתוכן הדברים של האם. התנהגות של התרחקות שאינה נראית כהימנעות כמו הליכה לשירותים או פתיחת דלת בתגובה לצלצול פעמון לא תקבל ציון גבוה)

1- לא ניכרת הימנעות מהסיטואציה.

3- ניתן לצפות רק באפיזודות מעטות ו/או קצרות של הימנעות.

5- הילד בורח ממקום הראיון או נוקט באמצעים שונים על מנת להימנע משמיעת הסיפור.

התנהגות הסחה (מניפולטיבית):

הילד נוקט בפעילויות אקטיביות שונות על מנת להסב את תשומת ליבה של האם או למנוע את קיום הראיון.

1- לא ניכרת פעילות מניפולטיבית למשיכת תשומת ליבה של האם כלל במשך הראיון.

3- ניכרת פעילות מניפולטיבית אך בשכיחות או בעוצמה ממוצעת.

5- הילד משקיע מאמץ רב בפעילות מניפולטיבית כדי למשוך את תשומת ליבה של האם (רעש, הפסק שטף הדיבור של האם, שאלות שאינן נוגעות לראיון, ריטון, הפרת גבולות וכד')- כל פעולה שנראה כי מטרתה קטיעת שטף הדיבור של האם.

התנהגות אגרסיבית:

הילד מגלה התנהגות תוקפנית ואגרסיבית (מכה, לוחץ, שובר, דוחף, הורס וכד') כלפי עצמו או הסביבה (אחר/חפץ) בתגובה לסיפור הטראומה.

1 - לא ניכרת כל התנהגות אגרסיבית כלפי עצמו, האחר או חפצים.

3- ניכרת התנהגות אגרסיבית אך בשכיחות ממוצעת או בעוצמות ממוצעות.

5- ניכרת התנהגות אגרסיבית ותוקפנית כלפי עצמו, אחר או חפצים בעוצמה גבוהה או/ו לאורך חלקים ניכרים מהאפיזודה.

שכיחות התנהגויות ניסות:

הילד נוקט בפעילויות ניחום עצמי אשר נועדו להרגעה עצמית, כמו מציצת אצבע, התנהגות חזרתית, מלמול, גירוי טקטילי, התכרבלות על האם, אוכל, נגיעה בשיער וכד'.

1- לא ניכרות התנהגויות ניחום עצמי.

3- ניכרות התנהגויות ניחום עצמי אך בשכיחות ממוצעת.

5- נראה פעילויות ניחום עצמי של הילד אשר נועדו להרגעה עצמית לאורך כל האפיזודה.

חיפוש קרבה:

נבחן עד כמה הילד פונה לאם על מנת לקבל ניחום/קשב או קרבה פיזית, לא לשם צרכים פונקציונליים.

1- הילד מעסיק את עצמו לכל אורך הסיטואציה באופן עצמאי ולא פונה לאם על מנת לחפש קרבה ניחום, קשב או הרגעה.

3- ישנן עדויות לכך שהילד פונה אל האם ומחפש את קרבתה אך התנהגות זו אינה מאפיינת את הסיטואציה.

5- הילד פונה אל האם מרבית הסיטואציה ומחפש אחר קרבתה באופניות שונות (בקשה, הפניית קשב, חיפוש אחר קרבה פיזית וכד').

ווקליזציה:

הילד מדבר, משמיע קולות או ממלמל לאורך כל הראיון.
הערה: לא כולל בכי ורטינה.

- 1- אין מלל כלל, לא לעצמו, ולא לאחר.
- 3- הילד מדבר אל עצמו או אל אובייקט אך בשכיחות ממוצעת.
- 5- הילד מדבר ומשמיע קולות לעיתים קרובות כלפי עצמו, חפצים או להורה/נבדק.

אפקט חיובי של הילד:

הילד מבטא רגש חיובי לאורך האפיזודה. הוא נינוח, קשוב, מחייך וצוחק ונראה נהנה מפעילות בה הוא עוסק.

- 1- לא נצפה אפקט חיובי של הילד.
- 3- הילד מראה פרצים ניכרים של אפקט חיובי אך לא ניכרת אמוציונאליות חיובית המובעת באופן עקבי.
- 5- הילד מראה אפקט חיובי לאורך כל האפיזודה- צוחק, מחייך, מדבר ונראה רגוע ובטוח.

אפקט שלילי של הילד:

הילד מבטא רגש שלילי במהלך האפיזודה. הוא אינו מרוצה, כועס, צועק, בוכה, רוטן וכד'.
1- לא נצפה אפקט שלילי של הילד.
3- הילד מביע אפקט שלילי לעיתים, או באופן מיקרי, וניתן לניחוס או יכול להרגיע את עצמו והאפיזודות השליליות קצרות.
5- הילד מביע סימנים ברורים של אפקט שלילי לאורך זמן- בכי, ריטון, הבעת כעס, מילים כעוסות ודחייה כלפי ההורה/האחר.

נסיגה:

הילד נסוג מהסיטואציה ונראה מנותק מהסביבה, לא מעורב, בעל אפקט שטוח ודכאוני.
1- לא נצפית התנהגות של נסיגה/ניתוק.
3- ישנן אפיזודות ניתוק אך זה אינו הסגנון המאפיין את הסיטואציה.
5- הילד נסוג מהסיטואציה, נצפה אפקט שטוח ודכאוני לאורך מרבית הסיטואציה.

הישענות על ההורה:

התנהגות הילד מצביעה על חוסר עצמאות ותלותיות בהורה על מנת לבצע מטלה או לשחק. הילד זקוק להורה כדי ליזום, מבקש את אישור ההורה כדי לשחק או מבקש סיוע.
1- לא נצפית הישענות על ההורה. הילד או שאינו מערב את ההורה או נשען על עצמו.
3- הילד עשוי לחפש אחר עזרת ההורה אך גם עשוי להשלים את המשימות שלו לבד.
5- הילד נשען על ההורה באופן עקבי לקבלת עזרה ומחפש את עזרת ההורה להשלמת משימה כלשהי/השגת יעד/ ויסות או כל דבר שהיה יכול להיות מושג גם ללא עזרת ההורה.

התעסקות במשימה:

הילד ממוקד במשימה או פעילות עשירה ומורכבת כלשהי לאורך זמן, אינו עובר ממשחק למשחק ללא מטרה ומפתח משחק עם משמעות.
הערה: פעילות חזרתית לא תקבל ציון גבוה.

- 1- לא נצפית התעסקות עקבית בפעילות כלשהי והילד נע ממשימה אחת לאחרת. יש תחושה של בלבול וחוסר מיקוד בפעילות של הילד.
- 3- הילד מתעסק בפעילות מסוימת חלק מסוים מהאפיזודה אך לתקופה קצרה ולא מפתח את המשחק.
- 5- הילד מתעסק במשימה או פעילות כלשהי לאורך זמן, מצליח לפתח את המשחק ולא עובר מפעילות לפעילות. הפעילות עשירה ומורכבת.

רמת מצוקה:

- סקאלה מסכמת המתייחסת לרמת המצוקה של הילד בסיטואציות הראיון. ניתן להתייחס להתנהגויות שונות של הילד המצביעות על ההשפעה של שמיעת סיפור הטראומה. לדוגמא: רמת העוררות, חיפוש אחר מקורות ויסות שונים, פעולות הסחה או הימנעות, רגרסיה התנהגותית וכד'.
1- לא ניכרת רמת מצוקה אצל הילד. הילד נראה נינוח ורגוע, עסוק בפעילות ונראה כי העלאת סיפור הטראומה אינה משפיעה על מצבו.
3- יש אינדיקציות לכך שהילד במצוקה אך בעוצמה ממוצעת ולא לכל אורך הראיון וגם כאשר ניכרת מצוקה היא ניתנת לניחום או הרגעה עצמית.
5- ניכרת רמת מצוקה גבוהה של הילד לכל אורך הסיטואציה ונראה כי סיפור הטראומה משפיע עליו ביותר.

אם

קוהרנטיות:

- האם מספרת על האירוע הטראומתי באופן ברור, ללא פערים בזמן או ברצף. נבחן עד כמה יש משהו אחיד, המשכי וחסר סתירות והאם הסיפור מאורגן כך שהשומע מבין את הסיפור מבחינת רצף וזמן.
הערה: לא להתייחס לשפה, ניתן להיעזר כאשר משהו לא ברור למראיינת.

- 1 - לא ניתן להבין את הנרטיב הסיפורי. יש פערים משמעותיים ברצף ובזמן, סיפור לא הגיוני.
- 3- על אף פערים ברצף הלוגי או בזמן ניתן להבין את הנרטיב הסיפורי.
- 5- מלל שוטף בלי פערים בזמן או ברצף, יש נסיבתיות, דיבור שקול, סיבה ותוצאה וקו של עתיד.

עושר תכני:

- סיפור האירוע הטראומתי מפורט וחי, מתובל בשפה עשירה ובדוגמאות, אוצר מילים גבוה ומותאם לתוכן, בתור שומע ניתן לדמיין את התמונה המתוארת ולהבין את הרגשות והחויות אותם מתארת האם בצורה ברורה.
הערה: לא בהכרח תלוי באורך הדברים.
1 - אוצר מילים דל. אין עולם של דימויים/מחשבות/רגשות, תשובות לקוניות וישנו קושי לפתח נרטיב סיפורי.
3- רמה בינונית של אוצר מילים ועושר שפתי ותוכני. לא דל באופן קיצוני אך לא מאוד עשיר.

5- הסיפור מתובל בשפה עשירה, מתובל בדוגמאות. תאור הרגשות והמחשבות באופן חי שמאפשר לשומע לדמיין את הסיטואציה המתוארת.

טווח רגשי:

האם מסוגלת לבטא סוגי אפקט שונים ביחס לסיפור אותו היא מספרת, לשאלות המראיין ולהתנהגות הילד. ישנן עליות וירידות של הקול, גמישות בדבריה, דיבורה רתמי וחיוני והיא מסוגלת לעבור בין מצבים רגשיים שונים באופן גמיש ומותאם.

1 - אין שינויים בטווח הרגשי של האם. טווח רגשי מצומצם ולא מותאם לסיטואציה או לנרטיב. לא נצפים שינויים בעוצמות הרגשיות של האם והטווח הרגשי לא מותאם לסיטואציה.

3- ישנם שינויים בטווח הרגשי של האם אך לא באופן שכיח וזהו אינו הסגנון המאפיין את האם.

5- האם מביעה טווח רחב של רגש וחיוניות ברמות מותאמות של עוררות ביחס לסיפור וביחס לילד.

עקביות סגנון:

סגנון האם עקבי לאורך כל הסיטואציה. אין שינויים פתאומיים ברגש, קשב ורמת המעורבות בסיטואציית הראיון.

1- עקביות נמוכה. נצפים שינויים פתאומיים ושכיחים שיכולים לבא לידי ביטוי באפקט, טון הקול, רמת המעורבות והעניין וכד'.

3- רמה ממוצעת של עקביות. נצפים שינויים בסגנון ורמת המעורבות אך זה אינו הסגנון המאפיין.

5- ישנו סגנון עקבי וצפוי לאורך כל האינטראקציה.

לביליות רגשית

האפקט הרגשי של האם לבילי וישנם מעברים מהירים במצב הרוח ובביטוי הרגשי באופן מותאם לסיפור.

1- האפקט של האם עקבי (חיובי/שלילי) לאורך כל הסיטואציה וכאשר ישנם מעברים הם תואמי תוכן.

3- ישנם שינויים באפקט הרגשי של האם אך לא באופן שכיח.

5- האפקט של האם לבעלי וישנם מעברים מהירים במצב הרוח ובביטוי הרגשי לא באופן מתואם לתוכן הסיפור.

דיכאון אימהי:

נצפה דיכאון אימהי. האפקט שטוח, הפנים חסרות הבעה, דיבור מונוטוני מלווה בשתיקות ארוכות וחוסר התייחסות לגירויים של הילד.

1 - לא ניכר רגש שטוח (flatness) או מצב רוח דכאוני בדיבורה וביחסה לילד לכל אורך הראיון.

3- האפקט של האם לעיתים שטוח אך לא זה לא הסגנון המאפיין לכל אורך הראיון וכאשר ישנו אפקט כזה הוא "מתוקן" מיידית.

5- אפקט שטוח באופן תמידי, מונוטוני ומדוכא, שתיקות מרובות וחוסר התייחסות לגירויים של הילד או לשאלות של המראיין.

כעס

האם מפגינה רגשות שליליים כלפי הילד המתבטאים בתגובה המלווה בכעס, דיבור תקיף וכד'. הכעס יכול להיות מבוטא בהתנהגות, טון דיבור, הבעת פנים או הערה.

- 1 - לא נצפה כעס מצד האם במהלך הסיטואציה.
- 3- יש עדויות לכעס אימהי במהלך הסיטואציה אך בעוצמה ושכיחות נמוכה.
- 5- כעס אימהי ניכר ועקבי לאורך כל הסיטואציה.

חרדה אמהית:

חרדה אימהית באה לידי ביטוי בתקופות ארוכות של שתיקה, התנהגות אידיאליסטית, פעולות גופניות כמו משחק בשיער או באצבעות הידיים, מבטים תכופים למצלמה, התנהגות לא עקבית ומעברים מהירים בין מצבים רגשיים שונים.

- 1 - לא נצפית חרדה בכל מהלך הראיון.
- 3- נצפית רמת חרדה ממוצעת מבחינת עוצמה ותדירות.
- 5- רמת חרדה גבוהה נצפית לכל אורך הראיון.

מוצפות רגשית:

מוצפות רגשית באה לידי ביטוי בדיבור מהיר, בכי, נשימות עמוקות או/מהירות, הדגשה של מילים מסוימות, קופצנות בסיפור, אי נוחות ותזזיתיות כתוצאה מסיפור הטראומה ומסיטואציית הראיון.

- 1- לא ניכרים סימנים ללחץ אצל האם, האם נראית נינוחה ורגועה.
- 3- ישנה אינדיקציה ללחץ אך לא לעיתים קרובות וכאשר זה קורה זה לזמן קצר .
- 5 - ניכר לחץ המתבטא בדיבור מהיר, בכי, נשימות, הדגשה של מילים מסוימות, קופצנות בסיפור, אי נוחות ותזזיתיות.

קשב לילד

האם מפנה קשב באופניות התקשורת השונות למצבו של הילד, הן בהפניית מבט, מגע, מלל או כל דרך תקשורת אחרת אשר מראה כי היא ערה לנוכחות ופעילות הילד.

- 1- האם מרוכזת בסיפור הטראומה ולא נראה כי היא מפנה קשב כלשהו לילד .
- 3- האם מרוכזת בסיפור הטראומה אך לעיתים מפנה קשב למעשיו של ילדה.
- 5- האם מסוגלת בו זמנית לספר את סיפור הטראומה יחד עם הפניית קשב לפעולותיו של הילד והיענות לצרכיו.

שימוש במנגנוני הגנה:

האם מרבה להשתמש במנגנוני הגנה באופן שמשפיע על איכות הסיפור. לדוגמא-סגנון הדיבור של האם הוא שכלתני, היא מרבה להשתמש באינטלקטואליזציה ורציונליזציה, הכחשה, הרחקה והדחקה על מנת לתאר את הטראומה.

- 1 - אין שימוש יתר במנגנוני הגנה ואם יש אז זהו שימוש מותאם.
- 3- ישנו שימוש ממוצע שפוגע לעיתים באיכות הסיפור.
- 5- שימוש יתר במנגנוני הגנה באופן שפוגע באיכות הסיפור.

סגנון דיבור אמוציונאלי:

סגנון הדיבור של האם מתובל בתיאור רגשות, נראה כי הדיבור על המאורע הטראומתי משפיע עליה רגשית והיא נסערת ומבטאת רגש בעוצמה.

1- כמות הרגש המלווה את סיפורה של האם מותאמת לתכנים המתוארים ואינה פוגעת בשטף ובאיכות.

3- ישנו דיבור אמוציונאלי אשר עלול לפגוע לעיתים בשטף ובאיכות הסיפור.

5- מבטאת רגש בעוצמה רבה, נסערת, רואים שהמאורע משפיע עליה רגשית, דיבורה אסוציאטיבי, מלווה בקפיצות לוגיות. באופן כללי כמויות הרגש מפריעות לאם לספר את הסיפור באופן שוטף ורציף.

סגנון דיבור רוחני :

בתיאור האירוע הטראומתי האם מרבה להזכיר השפעה של משהו אשר למעלה משליטתה (מוקד שליטה חיצונית) למשל, מזכירה את האל, מספרת על הדברים כלמעלה משליטתה, משתמשת בביטויים כמו "יד הגורל" "תוכנית אלוקית" ומדברת על ישועה או עזרה אשר תגיע מכוח עליון.

1 - אין שום אזכור לתוכנית גלובלית.

3- יש אזכור אך לא צובע את הכול.

5 - דיבורים אשר קשורים לאל, תכנית כללית אלוקית.

מודעות עצמית:

האם מציגה בדבריה התייחסות לעולמה הפנימי המשקף הבנה של המחשבות או הרגשות העומדים בבסיס מעשיה בנוגע לחוויה הטראומטית.

1 - לא ניכרת מודעות עצמית למצבה הרגשי של האם, ואין התייחסות לרגשות ומחשבות בהקשר לחוויה הסובייקטיבית.

3- ישנם רגעים בהם האם מתייחסת לעולמה הפנימי, רגשותיה ומחשבותיה אך זהו אינו הסגנון המאפיין את הראיון.

5- נצפית מודעות והבנה עמוקה לתהליכים רגשיים ומחשבתיים והתייחסות אליהם בראיון.

מודעות אימהית כלפי הילד:

ההורה מבטא את תחושות הילד והחוויות אותם עבר מנקודת מבטו של הילד.

1- אין כל אזכור לחוויות מנקודת מבטו של הילד או ניסיון לבטא את רגש הילד, גם בתגובה לשאלה ישירה.

3- יש ניסיון לבטא את התחושות והרגשות של הילד ביחס לאירועים וחוויות שעבר אך נראה כי יש בלבול בין החוויות של האם לחוויות והרגשות של הילד והאם מבלבלת ביניהם.

5- האם מבטאת את תחושות ורגשות הילד ונראה כי היא מצליחה להעביר את החוויה מנקודת מבטו של הילד.

שיתוף מותאם של הילד בסיפור:

במהלך הראיון האם משתפת את הילד באופן מותאם מבחינת תוכן, אינטונציה, בחירת מילים ותאמות גיל ומצב רגשי וכדי ובכך בעצם הילד הינו שותף פעיל בראיון.
הערה: ציון יינתן על פי דבריה של האם.

1 - אין התייחסות לילד במהלך הסיפור. האם מתעלמת מהילד ומתמקדת אך ורק בראיון, הילד כגורם מפריע עבודה.

3- האם משתפת את הילד לעיתים אך זה לא מאפיין מרכזי של הסגנון שלה.

5- האם משתפת את הילד לכל אורך הסיפור מבחינת תוכן הדיבור המותאם לגיל, שאלות מכוונות, אינטונציה, הפניית תשומת לב/קשב של הילד, הילד חלק מהסיטואציה לכל אורך הפרוצדורה.

יכולת אימהית:

האם מצליחה להעביר תחושה של יכולת אימהית על אף העיסוק בתכנים קשים או מעוררי חרדה. היא חיונית ומתפקדת.

- 1- האם מעברה תחושה של חוסר תפקוד וחוסר יכולת להתמודד.
- 3- ברגעים מסוימים לאורך הראיון האם מעבירה תחושה של מסוגלות.
- 5- למרות העיסוק בקשיים, האם מעבירה תחושה שהיא חיונית ומתפקדת.

נוכחות מרגיעה:

ילד פונה להורה להרגעה, ההורה נענה לילד ומצליח לנחם במבט/מגע/קרבה או כל דרך תקשורת אחרת. ההורה מצליח לעזור לילד בדרך גמישה ומותאמת.

- 1 - נוכחות של ההורה אינה מהווה "בסיס בטוח" או אף עשויה להגביר את המצוקה של הילד. הילד נותר לא מאורגן או לא מעורב. אפשרות נוספת היא כאשר אין ניסיון של האם להרגיע.
- 3- יש אינדיקציות לכך שהנוכחות של האם משמשת כפונקציה מרגיעה אך זה לא נראה לעיתים קרובות. אפשרות אחרת היא דרך התצפית על הילד שבה למרות מאמצי האם הילד נשאר לא רגוע.
- 5- נוכחות של האם עוזרת לווסת את המצב/אפקט של הילד ואת המצוקה שלו. נראה שינוי משמעותי בהתנהגות/באפקט של הילד בתגובה להתערבות של ההורה.

נוכחות שמעוררת אי-שקט:

ניכר כי נוכחות האם מעוררת אי-שקט אצל הילד. הילד נראה מעוצבן ולא רגוע בתגובה לפניה של האם.

- 1 - לא ניכר כי הנוכחות של האם מעוררת אי-שקט אצל הילד.
- 3- יש אינדיקציה לכך שהנוכחות של האם מעוררת לעיתים אי-שקט אצל הילד אך לא לעיתים קרובות.
- 5- נוכחות של האם, בין ישירה בין עקיפה, מעוררת אי-שקט אצל הילד מה שניכר באי שקט מוטורי, פעילות מוגברת, מצוקה המתבטאת דרך בכי, חוסר סבלנות, מעבר ממקום למקום, רעש, עצבנות ותזזיתיות.

מגע:

האם נוגעת נגיעות של חיבה בילדה בשכיחות גבוהה ובספונטאניות. ישנה קרבה פיזית בין האם לילד. המגע מביע חום ואהבה וכולל נישוק, חיבוק, ליטוף וכו'.

- 1- האם וילדה אינם בקרבה פיזית ואין מגע של חיבה ביניהם.
- 3- האם נוגעת בילדה מגע של חיבה אך בשכיחות ממוצעת.
- 5- האם וילדה נשארים קרובים לאורך כל הסיטואציה והאם מרבה לגעת בילדה נגיעות המבטאות חום וחיבה.

דפי קידוד - סקאלות התנהגות האם והילד במהלך ראיון InfantPTSD

מספר משפחה: _____ תאריך קידוד: _____ שם המקודד: _____

תיאור קצר של סיטואציית הראיון (מיקום האם/נסיין/ילד, נוכחים נוספים):

הקידוד נערך בסקאלות של 1-התנהגות מינימלית, 5-התנהגות מקסימאלית

<u>אם</u>	<u>ילד</u>
17. קוהרנטיות	1. קרבה
18. עושר תוכני	2. מיקוד הילד באם
19. טווח רגשי	3. דריכות הילד
20. עקביות סגנון	4. התנהגות גרסיבית
21. לביליות רגשית	5. התנהגות נמנעת
22. דיכאון אימהי	6. התנהגות הסחה
23. כעס	7. התנהגות אגרסיבית
24. חרדה אימהית	8. שכיחות התנהגויות ויסות
25. מוצפות רגשית	9. חיפוש קרבה
26. קשב לילד	10. ווקליזציה
27. שימוש במנגנוני הגנה	11. אפקט חיובי
28. סגנון דיבור אמוציונאלי	12. אפקט שלילי
29. סגנון דיבור רוחני	13. נסיגה
30. מודעות עצמית	14. הישענות על ההורה
31. מודעות אימהית כלפי הילד	15. התעסקות במשימה
32. שיתוף מותאם של הילד בסיפור	16. רמת מצוקה
33. יכולת אימהית	
34. נוכחות מרגיעה	
35. נוכחות שמעוררת אי-שקט	
36. מגע	

**טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר
משתתף/ת יקר/ה**

**אנו מודים לכם על נכונותכם להשתתף במחקר שלנו ועל שיתוף הפעולה שלכם.
במהלך המחקר נבקש מכם לתת לנו דגימות רוק, למלא מספר שאלונים ונרצה
לצפות בכם ובילדכם**

**אנו מבקשים מכם לענות על כל השאלות בתשומת לב ובכנות מרבית,
על מנת שנוכל להניב מהמחקר ממצאים מדויקים ואיכותיים**

**חשוב לנו להדגיש כי פרטיותכם תישמר בכל שלב ושלב של המחקר,
וכך פרט מזהה שלכם יישמר חסוי.
לא יעשה כל שימוש בנתונים מעבר לצרכי המחקר.**

**המפגש יערך כשעתיים-שלוש,
עם תום המפגש יינתנו לכם תלושי זהב בתמורה לשיתוף הפעולה שלכם**

תודה רבה!

אני מסכימה להשתתף בניסוי, זאת לאחר שהוסברו לי הליכוי

_____ **תאריך:**

_____ **חתימה:**

_____ **מאשרת קבלת תלושים על סך _____ ש"ח מאת**

_____ **חתימה:**

Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a multi-dimensional disorder which arises after being exposed to a highly irregular and severe situation, which dangers the safety and well-being of the individual and/or his close ones and it tends to persevere long time after the exposure to that situation. The implications of PTSD on everyday functioning are broad, from the mental and physical health to disfunctioning at the interpersonal and social level.

Research on PTSD within young children, and mainly infants, is still at its early stages. It is clear today that young children who are exposed to traumatic situations are in high risk to develop PTSD and other mental disorders and that not giving treatment to the post-traumatic symptoms might lead to severe damage to the child's proper development. A chronic exposure during infancy, which is characteristically malleable, will lead to severe damage and even irreversible condition.

This research is focusing on examining infants' adaptation difficulties in a daily exposure to terror and war context, in order to examine the risk and resilience factors of the mother, the infant and the dyad (the mother-child interaction), factors which can predict the evolvement of post-traumatic distress within infants who are exposed to long terms of terror. The research was done out of ecological perspective assuming the infant's development occurs in a complex social matrix and that psychopathology is developing on the grounds of accumulated risk from various factors which may cause PTSD development (Sameroff & Fiese, 2000).

The uniqueness of this research is the focus on Post-traumatic stress disorder within young children, a subject that has not been researched much so far, and the special research situation that exists in Israel, where a large group of infants is exposed to similar stress situations, thus enabling the examination of individual differences of risk and resilience factors. Another innovative aspect in this research is the emphasis on direct observation of the relationship between infants and their mothers who are exposed to war situations, in various play and stress situations and a meticulous examination of the communicational and emotional signals of mother and child.

The research included 232 children, ages 1.5-5, and their mothers. Out of which, 153 families were the test group – children and mothers who are living in areas that are exposed to ongoing terror, from Sderot area and Gaza strip area. A demographical

matching group of children and mothers from areas that are not exposed to ongoing terror was the control group, and it included 79 children and mothers. Post-traumatic stress disorder was diagnosed within the children according to DC:0-3 and the children were divided into four groups, according to the level of the diagnosis: PTSD group – 37 infants (16%) who matched the diagnosis criteria according to DC:0-3 (Zero to Three, 2005); PTD group – 37 infants (16%) who expressed post-traumatic symptoms, but did not match the clinical limen of the diagnosis; Exposed-No-PTSD group – 79 infants (34%) who were exposed to terror but did not develop post-traumatic stress and 79 infants (34%) of the matching group.

In addition to the clinical diagnosis, the children were viewed interacting with their mothers in free playing situations and while evoking the traumatic events (a stress stimulating situation). The interactions were encoded using a global analysis (CIB: Feldman, 1998) and variables regarding the behavior of the mother in those interactions, regarding the behavior of the child in those interactions and regarding the quality of the interactions were gathered. In addition, regarding the stress stimulating situation, the variables regarding the maternal representation were gathered. The symbolic play quality variables were encoded separately for mother and child throughout eleven levels of play, in ten seconds time units. In addition, the children were observed in two regulation assignments: one, a "mask" assignment (Goldsmith & Rothbart, 1996) which examines the negative emotional regulation abilities, and the second, "pick-up toys" assignment, which examines the child's obedience. The assignments were encoded based on a micro analytical system, by using a computerized system to encoding in real time (The Observer, Noldus co.). In addition, the emotional state of the mother (depression, anxiety and PTSD), the child's level of behavioral problems, social and emotional problems and temperament characteristics were all examined using self-report questionnaires and standard tools.

The research findings show that the greatest level of distress was observed in the PTSD group. Mothers of infants in that group expressed the highest levels of emotional distress, including anxiety, depression and post-traumatic symptoms. A similar emotional distress was observed within the infants, and here, as well, the infants of the PTSD group demonstrated the highest level of behavioral problems, such as internalization, externalization and social and emotional problems.

In addition, it was found that infants from the PTSD group have low emotional regulation capabilities and lack coping strategies, both personally and from other

sources which are needed to deal with a stress stimulating situations. Regarding the social regulating capabilities, the research findings show that while infants who were exposed to the situations and did not develop post-traumatic distress (Exp-no) reacted in a normative way in those situations ("situational obedience"), infants who did show a post-traumatic distress (PTSD + PTD) are characterized as "obedience resulting from obligation" behavior, a behavioral style which is typical to these groups and is connected to an over-obedient behavior.

The findings of the research regarding the mother-child relationship show us that the behavior which characterizes dyads from the PTSD group is less optimal than the behavior of the rest of the groups. It seems that the mother is less sensitive, show high level of intrusiveness and put less boundaries, while the child is less involved, as well as the level of mutuality that was observed between the mother and the child. In analyzing the mother-child behavior in a stress stimulating situation, a complex condition was perceived. It is interesting to see that while all the infants who were exposed to terror and war situations have expressed a negative arousal in reaction to the stress stimulating situations, infants from the Exp-No group have also expressed an aggressive behavior and proximity seeking towards the mother.

At the behavioral level, the results of this research point to a correlation between expressing a negative emotional arousal and an aggressive behavior of the child, together with proximity seeking towards the mother at the stress stimulating situation, and a sensitive behavior of the mother. In addition, a negative correlation was found between a maternal sensitivity to the child's distress and behavioral problems and emotional and social problems, as well as the amount of the post-traumatic symptoms. These findings emphasize the influence of the maternal response to the child's distress on his emotional and social development. In addition, it seems that the mothers from the PTSD group had the lowest ability of rich and coherent representations, regarding content and emotional experience. A positive correlation was also found between the mental state of the mother and a more optimal behavior in her interaction with her child.

More differences between the groups were found in the symbolic play quality, where dyads of the PTSD group have shown both a lower quantity and a lower quality of the symbolic play. Another characteristic of the PTSD group is preoccupation with naming play, as opposed to the other groups. It is interesting to see that the symbolic play complexity is damaged also in the Exp-no group, which indicates the influence

of the ongoing exposure to war and terror situations on every-day functioning areas, which are meaningful in a developmental way to this group as well.

The finding regarding the correlations between the different research variables support the ecological model of Belsky (1984) which portrays the mutual relationship between the maternal factors, the children factors and the dyad factors, when every factor can be a risk or resilience factor for the development of Post-traumatic stress disorder within infants. Thus, for example, a higher emotional distress of the mother was related to a higher emotional distress of the child, a less optimal behavior of the dyad and a lesser involvement in complex symbolic play. The findings show that a high maternal emotional distress is related to significant areas of the child's development. Regarding the infants' characteristics, the findings of the research show that generally a high emotional distress of the infant is related to a less optimal behavior of the dyad and less involvement in complex symbolic play. Amongst the dyad's factors, the main finding of the research is relating to the behavior of the mother in her interaction with her child. An optimal maternal behavior during a neutral situation was positively correlated to a more sensitive behavior and a less anxious behavior of the mother during a stress stimulating situation and when the child is looking for her proximity.

The prediction models of child behavior have shown that the mother, child and dyad factors have a significant and unique influence on predicting the child behavior.

In conclusion, this research has shown that the mental health of the mother, as well as the connection between the mother and her child, are significantly correlated to infants' adaptation difficulties after an ongoing exposure to terror and war situations, as was seen in behavioral problems, social-emotional problems, regulating difficulties and having many of the post-traumatic symptoms. The information gathered in this research is clinically valuable because it can assist in early interventions with children that are in risk, through interventions such as psychotherapy that will focus on mother-child connection, working on the maternal representation and behavior, expanding the symbolic play capabilities and so forth. According to the ecological models hypothesis, one can say that each one of the model components (mother factors, child factors, dyad factors) can become a gateway to a therapeutic involvement with dyads at risk, because of the mutual influence which exists between the different components, and a change in any one of them will

necessarily lead to change in the other components, as well as to change in the mutual conducting of the mother-child relationship.

Contents

	<u>Page</u>
List of tables	
List of diagrams	
List of appendixes	
Hebrew abstract.....	x
Introduction	1
1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).....	1
1.a PTSD in adults.....	1
1.b PTSD in children.....	3
1.c PTSD in infants.....	4
1.d PTSD in the context of war and terror.....	8
2. Theoretical models concerning PTSD in infants.....	9
2.a The ecological model	9
2.b Cumulative risk.....	9
2.c. Developmental model relating PTSD in infants.....	11
3. Maternal Factors.....	13
3.a Maternal emotional distress.....	13
3.a.1 Maternal depression and anxiety.....	13
3.a.2. Maternal response to trauma.....	15
3.b Social support.....	16
4. Infant factors.....	17
4.a Emotional regulation and Temperament.....	17
4.a.1 Self- regulation.....	19

4.a.2 Social regulation.....	20
4.a.3 Temperament.....	20
4.b Psychopathology- emotional and behavioral problems.....	21
5. Dyad factors.....	24
5.a Mother-child interaction in stress situation.....	26
5.b Maternal sensitivity during stress situation.....	27
5.c Symbolic play.....	29
5.c.1. Play Developmental	29
5.c.2. Sequence of symbolic play development.....	30
5.c.3. Symbolic play and stress situation.....	31
5.c.4. Symbolic play and mother-child relationship in the context of stress.....	32
5.c.5. Symbolic play content following exposure to stress.....	33
6. The current study.....	34
6.a Research goals.....	35
6.b Research hypothesis.....	36
Method	39
Participants.....	39
Measures.....	41
Procedure.....	50
Results	51
Chapter A: A comparison between the groups	51
A.1 Maternal emotional distress.....	51
A.2 Infant Variables.....	53
A.2.1 Infant Emotional state & temperament.....	53
A.2.2 Infant self-regulation.....	56

A.2.2.1 Emotional regulation task.....	56
A.2.2.2 Social regulation task.....	59
A.3 Dyad Variables	61
A.3.1 Analyzing mother-infant interaction - free play.....	61
A.3.2 Analyzing mother-infant interaction - evocation of trauma.....	63
A.3.3 Symbolic play.....	66
A.3.3.1 Symbolic play quality	66
A.3.3.2 Symbolic play content.....	70
Chapter B: Correlations between the study's measures.....	72
B.1 Maternal variables.....	72
B.1.1 Correlations between maternal emotional states.....	72
B.1.2 Correlations between maternal variables - infant variables	73
B.1.3 Correlations between maternal variables – dyad variables	73
B.1.4 Correlations between maternal variables – symbolic play quality variables	75
B.2 Infant variables	76
B.2.1 Correlations between infant emotional and behavioral state, PTSD and temperament.....	76
B.2.2 Correlations between infant variables- dyad variables.....	76
B.2.3 Correlations between infantas variables-dyad variables.....	78
B.3 Dyad variables	79
B.3.1 Corrwelations between dyadic variables during free play- dyadic variables during stress situation.....	79
Chapter C: Regression models for the prediction of infant behavior	81
C.1 A regression model for the prediction of 'negative arousal'.....	82
C.2 A regression model for the prediction of 'aggressive behavior'....	83

C.3 A regression model for the prediction of behavioral problems.....	84
C.4 A regression model for the prediction of 'infant involvement'.....	85
Discussion	87
1. Emotional and social regulation.....	90
1.a Emotional regulation.....	91
1.b Social regulation.....	93
2. Dyad variables.....	94
2.a Mother-child interaction and maternal sensitivity in the context of stress.....	98
2.b.1 Maternal sensitivity- Behavioral factors.....	98
2.b.2 Maternal sensitivity- Mental representation.....	99
2.b Symbolic play.....	101
3. Regression models for the prediction of child behavior after prolonged exposure to war-related stress.....	104
4. Research limitations and future research.....	105
5. Clinical Implications.....	108
References	111
Appendixes	149
English abstract	I

This work was carried out under the supervision of

Prof Ruth Feldman

Department of Psychology, Bar-Ilan University

Risk and Resilience factors
of Post-Traumatic Stress Disorder
within Infants Exposed to War-Related Trauma

Adva Vengrober
Department of Psychology
Ph.D Thesis

Submitted to the Senate of Bar-Ilan University

Ramat-Gan, Israel

April 2011