

התבוננות טיפולית ועבודה מערכתית ורב־מקצועית עם מטופלים עם התנהגות מאתגרת

עדי דוויק בונר¹, אמנדה סיני², רויטל דרור³ ושפי משיח⁴

הקדמה

לא פעם מגיעים אלינו, ליחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא, מטופלים עם מוגבלות שכלית־התפתחותית אשר מלוויהם מתלוננים על ביטויים שונים ומשמעותיים של התנהגות מאתגרת שחוו אצלם. הציפייה מהצוות המטפל, על־פי רוב, היא קבלת טיפול תרופתי פסיכיאטרי לצורך "איזון" המטופל והחזרתו לתפקוד סביר. בקשה זו מתייחסת לממד ההתנהגותי הגלוי לעין, ואינה מביאה בחשבון את הרבדים העמוקים יותר שבבסיס ההתנהגות. לא זו בלבד אלא שלעיתים קרובות אנו רואים מטופלים עם התנהגות מאתגרת שמקבלים טיפול תרופתי, אך טיפול זה אינו מצליח לחולל שום שינוי ולפעמים אף מרע את מצבו של המטופל. תמונה קלינית זו מקבלת ביסוס גם בספרות המקצועית (Sheehan et al., 2015).

הניסיון הקליני שצברו אנשי המקצוע ביחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא הביא לעיצוב מודל העבודה לטיפול בהתנהגות מאתגרת ודיוקו. בבסיס המודל נמצאת ההבנה שחשוב להביט על כל מעטפות חייו של האדם, לתת פשר לסיבות אפשרויות להתנהגות זו ולבנות תוכנית התערבות שמביאה בחשבון את כל ההקשרים שבהם הוא חי - הן ההקשרים הבין־אישיים הן התוך־אישיים. זאת בהתבסס על הגישה הביו־פסיכוסוציאלית, הכוללת בחינה כוללת של גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים אפשריים להתנהגות מאתגרת והתייחסות טיפולית רב־ממדית לגורמים שזוהו (Gatchel, et al., 2020). גישה זו יעילה

1 עדי דוויק בונר, עו"ס קלינית, רכזת היחידה לאבחנה כפולה, בית איזי שפירא.

2 ד"ר אמנדה סיני, פסיכיאטרית, היחידה לאבחנה כפולה, בית איזי שפירא.

3 רויטל דרור, מנתחת התנהגות, היחידה לאבחנה כפולה, בית איזי שפירא.

4 שפי משיח, מנהלת היחידה לאבחנה כפולה, בית איזי שפירא.

במיוחד כאשר היא מיושמת באמצעות צוות רב־מקצועי, שבו כל אחד מבעלי התפקידים תורם את הידע וההבנה הייחודיים לו בנוגע למקרה ומסייע בגיבוש תוכנית טיפול הולמת.

במאמר זה ייעשה ניסיון להביא את תפיסת עולמנו, כמטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית שמתמודדים עם התנהגות מאתגרת. לתפיסתנו, הטיפול התרופתי לעולם אינו עומד לבדו במקרים אלה, ולא יהיה אפקטיבי ללא מעטפת טיפולית תומכת, המתבוננת ועובדת עם כל מרחבי חייו של האדם.

העבודה הטיפולית תומחש דרך סיפורה של שירה, אישה עם מוגבלות שכלית שהגיעה אלינו בשל תלונות על התנהגות לא מותאמת, וסיפורו של התהליך שעברנו עימה לצורך הבנת קשייה והתמודדותה בעולם. נוסף על כך, נציג את עבודת הצוות הרב־מקצועי עם שירה ומשפחתה.

התנהגות מאתגרת וסוגיות אבחנתיות

הבסיס להתוויית דרכי התערבות בהתנהגות מאתגרת הוא תהליך אבחון המזהה גורמים אפשריים להתנהגות. תהליך האבחון נעשה בצוות רב־מקצועי הכולל אנשי מקצוע שונים (פסיכיאטר/ית, עו"ס, מנתח/ת התנהגות, פסיכולוג/ית, מרפ"ע, מטפל/ת משפחתי). כל איש ואשת צוות מביא ומביאה את קולו הייחודי ואת נקודת מבטו המקצועית, במטרה לגבש אבחנה. חלק גדול מהמטופלים שלנו הם אנשים שמתקשים להביע את עצמם ולתמלל את מצוקותיהם, ופעמים רבות אנו מגיעים להבנה שכאבים פיזיים, כמו פצעי לחץ, ציפורן חודרנית, כאבי אזניים, כינים ועוד - הם המקור להתנהגות המאתגרת. לפיכך ישנה חשיבות רבה לברר את מצבם הרפואי הכללי. ראשית, על הפסיכיאטר להעריך את מצב הבריאות הכללי, לרבות בדיקה מקיפה אצל רופא משפחה, הכוללת בדיקה גופנית ובירור רפואי מותאם. לעיתים נדרשות הפניות לרופאים מומחים, בהתאם לצרכים הרפואיים. יש לוודא ביצוע של בדיקות גופניות בסיסיות, שלעיתים קרובות אינן נעשות, כגון בדיקות ראייה, שמיעה ובדיקות שיניים ולשלול כאב פיזי ובעיות פיזיולוגיות נוספות כמקור להתנהגות מאתגרת.

תפקידו של הפסיכיאטר הוא להעריך אם קיימת הפרעה נפשית שיכולה להסביר את ההתנהגות. הפרעות נפשיות, כגון דיכאון, חרדה או פסיכוזה, עלולות להוות גורם רב־משקל להתנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית־התפתחותית.

כאשר מאובחנת הפרעה נפשית יש לטפל בה באמצעים המקובלים באוכלוסייה הכללית, תוך־כדי התאמה של ההתערבות הרגשית והטיפולית ליכולותיו של האדם. אם נדרש טיפול תרופתי, ההמלצה היא להתחיל במינון נמוך, לבצע התאמות הדרגתיות ולשקול הפסקה או הפחתה של הטיפול במקרה של תופעות לוואי או חוסר יעילות. לא פעם פסיכיאטרים

ממליצים על טיפול תרופתי פסיכיאטרי לאנשים עם מוגבלות שכלית, ללא אבחנה פסיכיאטרית פורמלית. נמצא כי במקרים מסוימים טיפול תרופתי פסיכיאטרי מביא לתוצאות חיוביות, אך במקרים אחרים לא (Costello et al., 2022).

כאשר לא קיימת אבחנה פסיכיאטרית ההמלצה היא להתחיל בהתערבויות שאינן תרופתיות. הארגון הבריטי NICE (National Institute for Health & Care Excellence) קובע הנחיות בנוגע לטיפול באנשים עם התנהגות מאתגרת ומוגבלות שכלית. הנחיות אלה מדגישות כי יש לשקול טיפול אנטי־פסיכוטי רק במקרים שבהם התערבויות שאינן תרופתיות נכשלו, כאשר טיפול במצבים רפואיים לא הוביל לשיפור או כאשר קיים סיכון חמור לאדם עצמו או לסביבתו (NICE, 2015).

המחקר בתחום השימוש בתרופות לטיפול בהתנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית מוגבל מאוד (Sheehan et al., 2015). יחד־עם־זאת, אנו יודעים שבטיפול תרופתי זה קיימות תופעות לוואי ידועות היטב (NHS England, n.d.). חשוב להביא בחשבון את תופעות הלוואי האפשריות כיוון שאי־נעימות או נזק פיזי עלולים להיות בעצמם גורם להתנהגות מאתגרת. לדוגמה, ידוע כי תרופות אנטי־פסיכוטיות רבות גורמות לעלייה בתיאבון ובמשקל. כתוצאה מכך מטופלים עלולים לפתח התנהגות מאתגרת סביב אוכל, כגון חיפוש תכוף אחר מזון, אכילת יתר או התקפי זעם סביב נושא האכילה. במקרים אלה הפסקת התרופה או הפחתת המינון עשויות להביא לשיפור בהתנהגות.

לפיכך, בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, הפסיכיאטר מהווה גורם מרכזי בצוות הרב־מקצועי. שיתוף הפעולה עם אנשי טיפול נוספים מאפשר לבחון מחדש את האבחנה, לגבש הבנה מדויקת יותר בנוגע למקור הקושי ולהציע מענה כוללני. צוות תומך ותקשורתי, הכולל גם בני משפחה ומטפלים, מאפשר לבצע התאמות טיפוליות, לרבות שינויים תרופתיים, מתוך הבנה שקיימות מערכות תמיכה נוספות. כך אפשר להפחית את התלות בתרופות כמענה עיקרי ולבסס תוכנית טיפול הוליסטית, מותאמת אישית וארוכת טווח. לא פעם במקרים כאלה האבחנה או הסיבות להתנהגות המאתגרת אינן נהירות בתחילת התהליך. וכך אנו מתחילים את השלב הטיפולי, שבתוכו ממשיך גם הברור האבחנתי.

שירה - תיאור מקרה

שירה עומדת בפתח חדר ההמתנה, רגליה פסוקות, היא מנפנפת בידיה ומגדפת ללא הרף את העוברים והשבים, ספק־מבוהלת ספק־כועסת. הוריה טרוטי עיניים, מתנהלים סביבה בזהירות, למודי ניסיון במצבים הנפיצים האלה שלה. "תתרחקו ממנה, היא עלולה להכות אתכם", מזהיר אביה בעודו מנסה להרגיעה ולפייסה בכוס קפה ומאפה שעצר לקנות בתחנת הדלק.

אנו, חברות הצוות הרב־מקצועי של היחידה לאבחנה כפולה, מתבוננות בנעשה מרחוק, מחשבות צעדינו. בעדינות מציעות לאם להיכנס לפגישה עמנו, לתת לאב הזדמנות לטייל בחוץ עם שירה, שאולי תתרצה ותסכים להצטרף. בחדר משתפת אותנו האם ששוב עבר עליהם לילה ללא שינה. שירה צעקה ובכתה, דיברה לעצמה והטיחה בחדר את התצלומים של חברי ילדותה, שנמצאים בתוך אלבום שאתו היא מסתובבת כבר חודשים רבים. גם כעת במסדרון היא אוחזת אותו בידיה.

"כל־כך הרבה זמן חיכינו לפגישה הזאת, אנחנו אובדי עצות", אומרת האם ומליטה פניה בידיה. "החיים שלנו הפכו לסיוט. אי־אפשר ללכת איתה לשום מקום. כל חופשה נהרסת בגלל מצבי הרוח שלה. כולם ברחוב מתרחקים ממנה. אנחנו מיואשים לגמרי. איך נכניס אותה עכשיו לחדר? כשקבענו עם הפסיכיאטר האחרון הוא אמר שאין לו אפשרות לבדוק אותה כשהיא במצב הזה והלכנו הביתה". לפתע נשמעת דפיקה בדלת. שירה עומדת בפתח ושואלת אם תוכל גם היא לדבר. "זאת פגישה שלי, אני רוצה לדבר אתכן לבד, אבל אני לא יושבת בחדר הסגור הזה, לא טוב לי פה", היא מסבירה. האב מוסיף ששירה יושבה על הספסל בכניסה וסיימה את ארוחת הבוקר שקנה לה וכעת היא מרגישה טוב יותר, אך "אי־אפשר לדעת איך היא תתנהג בהמשך". ההורים מחליפים ביניהם מבטים חוששים, אנו מסמנות להם שיישארו לשבת עד לסיום הפגישה עם הפסיכיאטרית ושתיים מאתנו יצאו לאוויר הצח עם שירה.

תוך־כדי הירידה במדרגות אנו מסבירות לשירה את מסגרת הזמן העומד לרשותנו ומאפשרות לה להציג את עצמה: בת 22, האמצעית מבין שני אחים, בוגרת מסגרות חינוך מיוחד, כבר כשנה שאינה הולכת רציף למסגרת התעסוקה מאחר שהיא מורחקת ממנה לתקופות ממושכות בכל פעם שמתפרצת ופוגעת בסביבתה. האנמנזה שנקלחה בתהליך פגישת הקבלה (האינטייק) מספרת לנו ששירה נולדה בניתוח קיסרי חירום לאחר ירידת דופק וחשש אמיתי לחייה. לאחר הלידה לוו ההורים עד לאבחנה ברורה של שירה כמתמודדת עם שיתוק מוחין. כבר בינקותה סבלה שירה מהתקפים אפילפטיים, הממשיכים ותוקפים אותה. בילדותה עברה סדרת ניתוחים לאחר שנפצעה בראשה באחד מהפרכוסים שחוותה. לימים אובחנה עם מוגבלות שכלית־התפתחותית קלה וניכר היה כי היא מתמודדת גם עם קשיים נפשיים או הסתגלותיים, ללא יכולת אמיתית לבדוק אותה ולאבחן אותה.

"אני כבר גדולה", ממשיכה שירה. "אני רוצה להתחתן ולהביא ילדים, אחותי הקטנה מתחתנת בקיץ. זה לא פייר. אתם כמו כולם בטח חושבים שאני מפגרת. אני לא מפגרת. ונמאס לי שמסתכלים עלי כמו משוגעת, אני לא משוגעת. אני צריכה עזרה לסדר את החיים שלי ולמצוא חבר להתחתן אתו ולהיות בהיריון".

אנו מקדישות עוד כמה דקות לשיחה עם שירה במגרש החנייה וכשזמננו תם אנו מסבירות לה כי נשמח להזמין אותה לפגישה נוספת ושכעת, משהיא מכירה כבר את המקום והצוות,

נוכל להתחיל את המפגש הבא בחדר. שירה מהנהנת ועל אף שנראית מאוכזבת היא מקבלת את הדברים ואף מסכימה להתלוות אלינו למעלה להיפרד לשלום גם מהפסיכיאטרית ולצאת יחד עם הוריה בחזרה לביתה. בפגישת הכרות כזו אנחנו מביאות בחשבון שהמטופל שלנו נמצא בחרדה, ומצב זה הוא אינו מצב מוכר. הכלים שעומדים לרשותנו הם שיתוף המטופל בתהליך הפגישה וגילויים של גמישות ויצירתיות (יציאה מהחדר, הכנת תה/קפה עם אחד המטופלים, סיבוב במבנה ולפעמים אף פיצול המפגש כשחלק מהמטפלים יושב עם ההורים וחלק אחר עם המטופל).

ניסיונות קודמים לטיפול

שירה והוריה מגיעים אלינו לאחר ניסיונות כושלים לטפל בה במסגרת הקהילה, ניסיונות אשר כללו ברובם התייעצות עם פסיכיאטרים על־מנת לרסן את ההתנהגות התוקפנית שלה. נוסף על כך, שירה נמצאת במעקב אצל נוירולוג והוא נותן מענה לנושא האפילפסיה. לאורך השנים נעשו ניסיונות רבים לתת טיפול תרופתי הרגעי, אך ההתפרצויות של שירה רק הופכות תכופות יותר וחמורות יותר, וניכר כי נותרים משקעים רגשיים כבדי־משקל בכל פעם שהיא נוהגת באלימות כלפי הדמויות המטפלות בה. כך, לדוגמה, מתארת לנו שירה יום שבו התפרצה בחומרה במסגרת התעסוקתית שבה הייתה משולבת בעבר. במהלך האירוע פגע אחד הבקבוקים שהשליכה בראשה של המדריכה האהובה עליה והיא הורחקה מהמקום ללא שוב. ניכר כי העובדה שעזבה את המסגרת ללא יכולת להיפרד או להתנצל בפני המדריכה האהובה השפיעו עליה עמוקות וכי היא נושאת עימה מידה רבה של אשמה ובושה על המעשה שעשתה. את המידע הזה נתנה לנו שירה עצמה בהמשך התהליך הטיפולי והוא פתח צוהר לעולמה הפנימי ולתכנים המעסיקים אותה.

מודל העבודה הטיפולית ותוכנית ההתערבות

תהליך הערכה רב־מקצועית ואיסוף מידע

במטרה לגבש אבחנה מתאימה וכדי להבין את האטיולוגיה של ההתנהלות הנוכחית של שירה, פגשנו אותה עם משפחתה והצוות העובד עימה למספר מפגשים. לשיטתנו, על־מנת לקבל תמונה מקיפה בנוגע לחייה של שירה חשוב לעבוד בצוות רב־מקצועי מתחום השיקום ובריאות הנפש, ועל כן אנו משלבים במפגשי ההיכרות פגישות עם פסיכיאטרית, מטפלת משפחתית, עובדת סוציאלית, מנתחת התנהגות, פסיכולוגית ומרפאה בעיסוק. עבודה רב־מקצועית כזו אפשרה להעלות השערות שונות בנוגע לקשייה של שירה מנקודות מבט מקצועיות שונות. המפגשים התקיימו בסטינג מפוצל, כאשר בחלקם הגיעו ההורים או שירה בנפרד ובפעמים אחרות ישבו שירה ומשפחתה עם כל הצוות הרב־מקצועי. מרחב

זה אפשר לנו להתבונן באינטראקציה של שירה עם בני משפחתה. נוסף על כך התקיימה פגישת קבלה (אינטייק) גם עם מסגרת התעסוקה של שירה ואחת מנשות הצוות יצאה לתצפית על שירה בסביבתה הטבעית. כמו־כן נתבקשו ההורים והגורמים המטפלים לספק מידע מקיף בנוגע להיסטוריה הרפואית שלה: מעקבים רפואיים, דוחות תפקודיים ואבחונים שהתקיימו בעניינה לאורך חייה. כל אלו אפשרו למעשה לבנות נרטיב תלת־ממדי של חייה, כמו־גם לפסול השערות מסוימות בנוגע לסיבה להתנהגות המאתגרת (כמו כאב פיזי למשל). במקרים מסוימים נדרשת מעורבות של איש מקצוע יחיד אך במצבים מורכבים, כפי שאפשר לראות במקרה של שירה, קיים ערך רב לשיתוף פעולה בין אנשי מקצוע מגוונים, היכולים להציע היבטים שונים ואופני טיפול משלימים. תהליך זה כולל גם תקשורת רציפה בין חברי הצוות ובינם לבין הורים ומטפלים, לצורך בניית תוכנית התערבות מותאמת אישית. חשוב לזכור כי ניהול ההתנהגות הוא תהליך דינמי, אשר עשוי להשתנות בהתאם לתגובה להתערבויות או לשינויים במצבו של האדם.

התוכנית הטיפולית - עבודה מערכתית בצוות רב־מקצועי

בתום תהליך האבחון וההערכה של שירה בנינו תוכנית טיפולית אשר כללה:

- א. מפגשים עם פסיכיאטרית היחידה, על־מנת לגבש אבחנה מתאימה ולבחון את הטיפול התרופתי הנוכחי שהיא נוטלת, תוך־כדי שמירת קשר עם הנוירולוג המטפל בקהילה.
- ב. מפגשי הדרכת הורים עם עובדת סוציאלית קלינית פסיכותרפיסטית, אשר לחלקם תצטרף גם שירה עצמה לצורך התערבות משפחתית.
- ג. ניתוח התנהגות עם מנתחת התנהגות מוסמכת, הן עם משפחתה של שירה הן עם הצוותים החינוכיים העובדים עימה.

לאחר שאנו מציגים להורי שירה את התוכנית הטיפולית, עו"ס היחידה אחראית על ניהול הטיפול (Case Management) ומוודאת ש־3 ערוצי הטיפול מתקיימים ועובדים באופן מסונכרן. אחת לשבוע מתקיימות ישיבות צוות ובהן הצוות מביא לדיון את המטופלים, מתעדכן לגבי הטיפול לצורך שיתוף פעולה בעבודה המשותפת. לעיתים איש מקצוע אחד נוכח בפגישה של איש צוות אחר (לדוגמה: מנתחת התנהגות נכנסת לפגישת המעקב הפסיכיאטרי). לא פעם, תוך־כדי התקדמות הטיפול אנו מחליטים להכניס מעורבות של איש צוות נוסף (לדוגמה: מרפאה בעיסוק).

א. מעקב וטיפול פסיכיאטרי

כחלק מהניסיון להכיר את שירה ולהבין מה בבסיס ההתנהגות שלה, התחילה שירה להיפגש עם פסיכיאטרית היחידה. כפי שאנו יודעים, התנהגות מאתגרת אינה מהווה אבחנה רפואית ולכן נדרשים חקר וחשיבה באשר לגורמים העומדים בבסיס ההתנהגות.

במקרה של שירה, ייתכן שלשיתוק המוחין והאפילפסיה שלה יש תרומה משמעותית להתנהגות המאתגרת. לעיתים פרכוס אפילפטי עצמו עשוי להתפרש כהתנהגות מאתגרת, למשל בסוגים מסוימים של אפילפסיה באונה הטמפורלית (Gul & Ahmad, 2014). במקרים אחרים, תופעות לוואי של תרופות מסוימות המשמשות לטיפול באפילפסיה עשויות לכלול תוקפנות, אי־שקט ואף פסיכוזה, העלולות להחמיר את ההתנהגות (Ogunsakin et al., 2020). עם־זאת, ישנן גם תרופות נוגדות פרכוס שיכולות להועיל בטיפול בהפרעות נפשיות מסוימות (Leunissen et al., 2011). לכן, תקשורת הדוקה עם הנירולוג המטפל היא חיונית.

כיון שלא נמצאה אבחנה פסיכיאטרית שהצדיקה טיפול תרופתי, פנינו לחפש סיבות אחרות להתנהגות המאתגרת של שירה והתחילה התערבות, הכוללת התערבות מערכתית משפחתית וניתוח התנהגות. הפסיכיאטרית, כחלק אינטגרלי מהצוות, המשיכה לעיתים לפגוש את שירה ולהתעדכן מהמטפלות האחרות בישיבות הצוות שבהן דובר על שירה.

ב. הדרכת הורים והתערבות משפחתית:

בתהליך הטיפול, במקביל למפגשים של שירה והוריה עם הפסיכיאטרית, החלו ההורים בפגישות קבועות עם עו"ס היחידה. כבר במפגש הראשוני עם שירה היה אפשר להבחין בתחושות שהיא מעוררת בסביבתה וכן בצוות המטפל אשר פגש בה: ההורים התנהלו סביבה בזהירות מהולה בכחד והזהירו את הצוות המטפל מפניה. גם הצוות שלנו, למוד הניסיון, נקט משנה זהירות במפגשים הראשונים איתה וכל תנועה חדה זימנה רתיעה וחשש מאותה מטופלת שנחוותה מסוכנת, נפיצה ואימפולסיבית. עם הזמן התגבשה בקרבנו ההבנה כי תחושות אלו, המלוות אותנו, יכולות למעשה להוות מפתח להבנת העולם הנפשי של שירה ולשמש מורה נבוכים בתכנים המאכלסים את העולם הפנימי שלה.

בייטמן והולמס (Bateman & Holmes, 2010) תארו תהליך זה כאשר הם הגדירו את השימוש בתהליכי העברה בהתערבות הטיפולית. לשיטתם, המחשבות והרגשות הנחווים אצל המטפל (הן החיוביים הן השליליים) רלוונטיים לעולמו הפנימי של המטופל ואפשר להשתמש בהם כדי להבין את משמעות התקשורת של המטופל ולסייע לתהליך הטיפול. תפיסה זו נשענת, בין היתר, על התיאוריה הפסיכואנליטית, אשר מתייחסת לתחושות המטפל בתהליך ההתערבות כדרך ייחודית שבה נזכר המטופל בעברו: הוא מתנהג כלפי המטפל בהתאם לזיכרונות שנשכחו והודחקו, משחזר אותם כמעשה וחוזר עליהם מבלי

שהוא מודע לכך. תהליך זה מהווה, לפיו, פיסת חזרה, העברה של העבר שנשכח, ביטוי בפעולה ושחזור של חומר נפשי קדום (ברמן, 1986; פרויד, 2002א; פרויד 2002ב). מודלים חדשים בגישה הפסיכואנליטית עוסקים בהתפתחות העצמי של המטופל בתוך תהליך הטיפול ורואים את המפגש בין המטפל למטופל כיוצרים תהליך אינטראקטיבי שבו אפשר להשתמש בתחושות המטפל לצורך הבנת אלו של המטופל ולהביא לתהליך של ריפוי. במובן זה, **התנהגותו של המטופל, כמו־גם התחושות שהוא מעורר בסביבתו, משמשות כתקשורת בלתי־מילולית שמאפשרת למטפל הצצה לעולם הרגשי של המטופל שלו** (ברמן, 1986; קליין, 1921-1923/2002, מבוא מאת דורבן, עמ' 38-7, 2003; קליין, 2003; ראקר, 2009; Segal, 1981; Joseph, 2013; Hunter, 1993; Heimann, 1950).

במפגשים עם הוריה של שירה נעשה ניסיון לפתח שיח רגשי הקשור במפגש שלהם עם בתם ולנסח מתוך כך דבר־מה על תחושותיה של שירה ועל האופן שבו היא תופסת את הדמויות המטפלות בה ואת העולם. בתחילה התעקשו ההורים כי שירה היא בחורה חזקה, אסרטיבית ומעוררת אימה ותיארו את העדינות והזהירות הנדרשת מהם על־מנת שלא תתפרץ. באופן דומה, גם הצוות שעבד איתה תיאר תחושות דומות והיא הצטיירה בעיניהם כדורשנית שעל־כיה יישק דבר. אולם בפגישות שהתקיימו בהמשך החלו עולים תכנים נוספים והועלתה ההשערה כי למעשה שירה חולקת תחושות דומות מאוד עם הוריה. כך, לדוגמה, ניסינו להבין מדוע שירה עומדת לפני מפגש טיפולי ראשון כשהיא צועקת, מאיימת ומגדפת. האם היא חוששת מהמפגש הזה? האם היעדר היכרות עם המקום והצוות מחידים אותה? מאיימים עליה? במובנים רבים הייתה זו תחילתה של הבנה כי התחושות שאותן שירה מעוררת בסביבתה הן תחושותיה שלה וכי המפגש עם סיטואציה בלתי מוכרת מביאה אותה לפחד משתק, בהלה המייצרת תוקפנות רבה. לצד אלו עודדנו את ההורים להקשיב לצרכיה של שירה ולגלות גמישות כאשר הדבר מתאפשר. כך, לדוגמה, במפגש עם הצוות הטיפולי ביחידתנו אמרה שירה כי אינה יכולה לשבת עמנו בחדר הסגור וביקשה לרדת למטה לנהל את הפגישה במקום פתוח. נוסף על כך היה אפשר להתרשם כי לאחר שישבה שירה כמה דקות בחוץ בעוד המפגש החל בלעדיה, היא הצליחה לאסוף את עצמה ולאזור אומץ להצטרף למפגש. באמצעות הקשבה פעילה לדבריה של שירה היה אפשר לזקק בקלות רבה יותר את צרכיה ולספק להם מענה הולם. עבודה זו מתבססת על עולם התוכן התיאורטי המדבר על תפקודיים רפלקטיביים אצל הורים, כפי שהמשיגו פונגי ואחרים (Fonagy et al., 1991).

בהמשכו של התהליך, משהצלחנו לבסס אצל ההורים את ההבנה כי שירה חווה את העולם כמאיים לא פחות מהאופן שבו חווה אותה סביבתה, פנינו בהדרכות ההורים לברר את שורשה של החוויה הזו בעבור שירה. ההורים תיארו את שנות ינקותה וילדותה כרוויות באשפוזים והליכים רפואיים. שיתוק המוחין שעמו נולדה וכן האפילפסיה המלווה אותה מראשית חייה הביאו לכך ששירה בילתה זמן ממושך במחיצת צוות רפואי, חוותה כאב

פיזי ובוודאי גם תחושות חוסר אונים, פחד ומצוקה וברגעים האלה לא תמיד התאפשרה נוכחות רציפה של הוריה. נוסף על חוויות אלו, שהיו גורם סטרסוגני לא מבוטל, חשוב לזכור כי שירה מאובחנת עם מוגבלות שכלית התפתחותית וכי לא תמיד עומד לרשותה הבסיס האינטלקטואלי הנדרש כדי לפענח ולתווך לעצמה חוויות מורכבות אלו. יש לשער כי שירה חווה את העולם פעמים רבות כלא־מובן וכיאוטי.

הספרות התיאורטית והמחקרית בנושא סוקרות את ההשפעות האפשריות של התערבויות רפואיות בגיל המוקדם על הבריאות הנפשית בהמשך החיים. כך, לדוגמה, נראה כי בעיות בריאותיות בילדות, הכוללות תקופות ניתוק מההורים, לחץ נפשי וכאב פיזי, עלולות לפגוע ביצירת התקשרות בטוחה בין הילד לדמות המטפלת המרכזית (Walker et al., 2022; Cicchetti, 2017; & Doyle). המונח "התקשרות בטוחה" מגיע מתחום הפסיכולוגיה ושורשיו בתיאוריית ההיקשרות - Attachment, אשר נשענת גם על ממצאי תצפיות בתינוקות וילדים וכן מחקרים רבים בנושא. היקשרות היא הנטייה המולדת של התינוק לחפש את קרבת הוריו ולחוש מוגן ובטוח בנוכחותם, כחלק מהצורך האבולוציוני לשרוד. סגנון ההיקשרות מתעצב במהלך שנת החיים הראשונה של התינוק, נוטה להיות קבוע לאורך החיים ומושפע מסגנון ההורות של הדמויות המטפלות בתינוק, כמו־גם מנסיבות חיצוניות המשפיעות על חוויות חייו הראשוניות של התינוק. אם ההיענות של הסביבה לצרכיו של התינוק איננה מספקת או מיטיבה (כמו היענות לבכי, סיפוק צרכים ראשוניים, נוכחות רציפה וקבועה בחייו) יתפתח דפוס היקשרות שאינו בטוח: היקשרות נמנעת, היקשרות אמביוולנטית או היקשרות לא מאורגנת (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1980, 1988). מחקרים שבחנו את השפעת ההיקשרות בבגרות מצביעים כי היקשרות שאינה בטוחה תבוא לידי ביטוי בבגרות בחשדנות כלפי כוונות הזולת, ריחוק פיזי ונפשי מהסביבה, רגישות לדחייה וקושי בויסות רגשי וכי הדבר ישפיע הן על מערכות־היחסים הן על ההתנהלות היום־יומית (מיקולינסר, 1998; Hazan & Shaver, 1987; Main, 1991). בהתאם לכך אפשר להניח כי סגנון ההיקשרות של ילדים המתמודדים עם פרוצדורות רפואיות פולשניות וחווים תחושת אובדן שליטה, כאב פיזי ללא הכנה מראש או ללא נוכחות ההורה המטפל - יושפע מאוד מחוויות אלו. נוסף על כך, במקרים חמורים יותר, ישנם ילדים שחווים טראומה רפואית כתוצאה מהטיפול או האשפוז שעברו ועלולים לסבול ממצוקה קשה, חוסר אונים וחוסר אמון בעצמם או באחרים. תחושות אלו עלולות להביא להתנהגות נמנעת, רגישות רבה למגע, רגישות חושית שהתגבשה עקב התעוררות מהרדמה כללית או השפעה תרופתית ורמה גבוהה של חרדה או דיכאון (Lerwick, 2016; De Young et al., 2021).

במפגשים עם הוריה של שירה, וכן בהתערבויות המשפחתיות, נעשה ניסיון להבין את עולמה הפנימי של שירה באמצעות חוויות חיים ראשוניות אלו של התערבויות רפואיות וחוויות חיים לא פשוטות. אט־אט הצלחנו להמשיג את החשש שמלווה את שירה במפגשים עם

העולם ועם האנשים סביבה ולאמץ התנהלות שונה בכל הכרוך בהכנה שלה למצבים לא מוכרים ובסיוע לה לווסת את תחושותיה כאשר עולה בה רמת החרדה והיא מאבדת שליטה.

לאחר עבודה טיפולית ברוח הדברים הללו דיווחו ההורים כי כאשר הם מסייעים לשירה להירגע בשעות הערב, משוחחים עימה על היום שעבר עליה ומכינים אותה לקראת היום הצפוי לה למחרת - היא נרדמת טוב יותר וישנה שינה רציפה. נוסף על כך, השיחות שהחלו לקיים בנוגע לתמונות חבריה שאליהן הייתה מדברת, אפשרו להם הצצה לעולמה ולעובדה כי היא מתגעגעת מאוד לחבריה לספסל הלימודים, שאותם אינה פוגשת עוד.

גם בפגישה שקיימנו עם צוות מסגרת היום החדשה שנבחרה לשירה היה אפשר לשוחח על הנסיבות שהובילו אותה להתפרץ במסגרת הקודמת ועל החרטה שחשה על שפגעה אגב־כך במדריכה האהובה עליה - עבודה עם צוות (ולא עם משפחה).

לצד ההתבוננות המחודשת על התנהגותה של שירה, נתנו במפגשים מקום גם לתסכול שהיא ביטאה באופן מילולי. כבר במפגש הראשון התייחסה שירה לעובדה שהיא משתוקקת להתחתן ולהביא ילדים לעולם כמו אחותה הצעירה, והיא בדקה את האופן שבו אנו, כדמויות מטפלות, תופסות אותה ("אני לא משוגעת... אתם בטח חושבים שאני מפגרת..."). מילותיה אלה פתחו לנו צוהר נוסף לתכנים המעסיקים אותה ומביאים אותה לתחושות סבל ומצוקה. שירה מודעת לעובדה כי היא לא נולדה ילדה רגילה ככל הילדים ומדבריה עולה כי היא עסוקה לא מעט בפרספקטיבה השוואתית ובאופן שבו הסביבה תופסת אותה. יש להניח כי הפערים שהיא מוצאת מביאים אותה לקנאה באחותה, ללחץ להספיק להגשים את משאלותיה ולהקים משפחה או לתסכול מהעובדה שהיא נולדה שונה מסביבתה. במפגשים עם ההורים, ובהמשך גם בפורום משפחתי יחד עם שירה, נעשה ניסיון להביא אל חדר הטיפול את התחושות האלה ולסייע לשירה להתמודד עם אי שביעות־רצונה מחייה, במטרה להעלות את רווחתה הנפשית. ההורים למדו להקשיב לקשיים של שירה מבלי להדוף אותם, הניחו בצד את תחושות האשמה שהתעוררו בהם לנוכח הדברים הלא פשוטים שביתם חווה, והחלו לתעל את החמלה שחשו כלפיה למקומות ביצועיים ומקדמים יותר. כך, לדוגמה, סיפרו כי החלו ליזום בעבור שירה מפגשים עם בני גילה ושילבו אותה במסגרת חברתית בשעות אחר־הצהריים על־מנת שתחוש מידה רבה יותר של השתייכות ושביעות־רצון מחייה. שירה סיפרה כי רכשה כמה חברים חדשים ותיארה בגאווה את פעילות התיאטרון שבה היא נוטלת חלק פעיל.

ג. ניתוח התנהגות:

לצד העבודה הרגשית וההתבוננות בעולם הפנימי של שירה הגיעו ההורים לאורך התקופה למפגשי הדרכה עם מנתחת התנהגות, מתוך הבנה עמוקה שהסביבה, ובפרט הסביבה המשפחתית, היא גורם מפתח בעיצוב התנהגויותיה של שירה. הפן ההתנהגותי בטיפול

בשירה התמקד במניעת התנהגויות מאתגרות ובעידוד תקשורת מקדמת. הגישה הטיפולית התבססה על עקרונות ניתוח התנהגות יישומי (ABA) וכללה איסוף נתונים שיטתי, פיתוח תוכנית התערבות מותאמת אישית ויישום שלה באמצעות הדרכת הורים אינטנסיבית (Baer et al., 1968).

שירה הציגה מגוון התנהגויות מאתגרות שפגעו באיכות־חיה ובאיכות חיי משפחה. התנהגויות אלו כללו בעיקר צעקות בלתי פוסקות, קשיי שינה חמורים והתפרצויות זעם, שכללו לעיתים גם פגיעה באחרים וזריקת חפצים. התנהגויות אלו היו תכופות ועוצמתיות, השפיעו על התפקוד היומיומי של שירה ועל דינמיקת המשפחה כולה וגרמו למצוקה רבה להוריה.

ניתוח ראשוני של המצב העלה חשד כי התנהגויות אלו משמשות, בין היתר, כדרך של שירה לתקשר צרכים, רצונות או אי־רצונות בהיעדר דרכי תקשורת יעילות ומובנות יותר. קשיי התקשורת של שירה, שהיו קשורים למגבלותיה הקוגניטיביות, הגבילו את יכולתה לבטא עצמה באופן מותאם. לכן הפכו התנהגויות אלו לכלי העיקרי שלה להשגת תשומת־לב, הבעת תסכול או הימנעות מסיטואציות לא רצויות. בשיתוף פעולה עם התכנים שעלו בהדרכות ההורים של עו"ס היחידה, אפשר היה להשתמש בהם להקניית כלים ביצועיים לעבודה יום־יומית עם שירה והכוונה כיצד לנסח את צרכיה ותחושותיה.

השלב הראשון והגורלי בתוכנית ההתערבות היה איסוף נתונים מקיף ושיטתי על־אודות ההתנהגויות המאתגרות על־פי שיטת Antecedent-Behavior-Consequence, או בקיצור - ABC. ההורים של שירה, שהיו שותפים מלאים לתהליך, הודרכו לבצע תצפיות מפורטות ולתעד אותן בטפסים ייעודיים. שיטה זו מאפשרת לזהות את הגורמים המקדימים (Antecedents) להתנהגות, את ההתנהגות עצמה (Behavior) ואת התוצאות (Consequences) המיידיות שלה. כמו־כן, השיטה מאפשרת לזהות דפוסים ברורים ופונקציות (מטרות) ספציפיות של ההתנהגויות. ניתוח זה חשף כי בעבור שירה שימשו ההתנהגויות המאתגרות בעיקר להשגת תשומת־לב (חיובית ושלילית), הימנעות ממשימות לא רצויות, ביטוי לתסכול או עייפות או מצבים שבהם לא הבינו את רצונה. חוסר שינה התחבר לעיתים לצורך בתשומת־לב הורית גם בשעות הלילה המאוחרות.

בהתבסס על ניתוח נתוני ה-ABC נבנתה תוכנית התערבות התנהגותית מותאמת אישית ששמה דגש על שינוי הסביבה ההורית ועל הקניית דרכי תקשורת חלופיות לשירה. הדגש לא היה על הכחדת ההתנהגויות אלא על הקניית דרכים פונקציונליות יותר להשגת אותן מטרות שההתנהגויות המאתגרות שירתו.

במפגשים התגבש הרושם כי שירה נוהגת לצעוק ולהתפרץ כיוון שלא רכשה דרכי תקשורת אחרות להסב את תשומת לב הסביבה, להביע את עצמה ולבטא את צרכיה. בהתאם לכך הושם דגש בתוכנית על כי ההורים ייתנו לשירה הוראה מפורשת של תקשורת פונקציונלית.

כך, לדוגמה, היו אומרים ההורים: "שירה, תסבירי לנו מה את רוצה". בהמשך הדרך, במקום לצעוק או להתפרץ למדה שירה לבטא את רצונותיה ואי־רצונותיה באופן מילולי, רגוע ומובן. ההורים הודרכו לזהות ולחזק **מיידית** כל ניסיון של שירה לתקשר באופן חיובי, גם אם חלקי, ולהתעלם (במידת האפשר ובאופן בטוח) מהתנהגויות מאתגרות שנועדו להשגת תשומת־לב (Carr & Durand, 1985)

לצד אלו נידון במפגשים הצורך לערוך **שינויים בסביבה הפיזית והחברתית** של שירה, מתוך הנחה כי השיבוש בשגרת היום, היעדר תגובה ברורה מצד הסביבה להתנהגות לא רצויה וכן העובדה כי חייה של שירה היו מנוהלים בעיקר באמצעות הסביבה, השפיעו מאוד על יכולת ההסתגלות שלה, שביעות־הרצון מחייה ומצב רוחה.

ראשית הודרכו ההורים כיצד להנחיל **סדר יום קבוע ומובנה** בבית. בתחילת הדרך ישנה שירה במשך היום והייתה ערנית בלילה. בעזרת ההורים הפכה שירה בהדרגה את סדר השינה כשהמטרה הייתה יצירת סדר יום ידוע וברור, המפחית אי־ודאות וחרדה, וכך התמעט הצורך של שירה לבטא תסכול דרך התנהגויות מאתגרות.

שנית, דובר במפגשים הצורך בהגדרת **גבולות ברורים ועקביים** וההורים הודרכו להגיב באופן אחיד ועקבי להתנהגויות מסוימות כדי למנוע חיזוק בלתי־מכוון של התנהגויות מאתגרות.

נוסף על כך הדגישה מנתחת ההתנהגות את החשיבות שבמתן **בחירה והגברת תחושת שליטה אצל שירה** וההורים עשו מאמצים לאפשר לשירה שליטה רבה יותר על פעילויותיה ועל סדר יומה – פעולה אשר הפחיתה את תחושת התסכול וחוסר האונים. לדוגמה, במקום להכריח אותה לסגור מחשב הוצעה לה אפשרות לבחור בין שתי פעילויות חלופיות לאחר סיום הצפייה (Koegel et al., 2010).

הפגישות הדו־חודשיות עם ההורים אפשרו תהליך אינטנסיבי של הדרכה, אשר סיפק להורים כלים מעשיים להתנהלות היום־יומית. עם הזמן הפנימו ההורים והבינו את הרציונל לעבודה ובעיקר לפשר ההתנהלות של שירה. במפגשים אלה הייתה גם הזדמנות לחזק את ההורים על העבודה המשמעותית שהם עושים, לתובנות שאליהן הם מגיעים ולהתקדמות בתהליך כולו ולספק להם תמיכה רגשית גם בימים קשים. הדרכה זו של ההורים הייתה מהותית להצלחת התוכנית, שכן הם למדו לזהות את הטריגרים להתנהגויות של שירה, להבין את מטרתן ולשנות את תגובותיהם באופן שיעודד התנהגויות רצויות ויפחית את אלו המאתגרות. ההורים הפכו ל"שותפים טיפוליים" פעילים, המסוגלים ליישם את עקרונות התוכנית באופן יום־יומי ועקבי. (Lucyshyn et al., 2002)

הדרכת ההורים בגישה הדינמית ותהליך זה התקיימו במקביל והפרו זה את זה. תכנים שעלו בהדרכת ההורים שימשו בבניית תוכנית ניתוח ההתנהגות, וכן תובנות שעלו בעקבות

ניתוח ההתנהגות שימשו לעבודה צורך הטיפול וההדרכה. לתחושתו, התקדמות בטיפול לא הייתה מתאפשרת לולא העבודה הרב־מקצועית.

לאחר תקופת יישום של התוכנית ובמקביל לעבודת ההדרכה עם ההורים התקיימו גם **תצפיות ותיעוד בשיטת ABC**, במטרה לבחון את יעילות ההתערבות ולבצע התאמות נדרשות. הנתונים שהתקבלו הראו ירידה ניכרת בתדירות ההתנהגויות המאתגרות של שירה ובעוצמתן. אפשר היה להבחין בהפחתה בצעקות ובהתפרצויות זעם: שירה החלה להשתמש יותר ויותר בדרכי התקשורת החדשות שלמדה. הנתונים הראו ירידה דרסטית במספר אירועי הצעקות וההתפרצויות. נוסף על כך, ההתפרצויות שהתרחשו היו קצרות ובעצימות נמוכה יותר. כמו־כן דווח על שיפור היכר בדפוסי שינה: עם הטמעת שגרת השינה החדשה וצמצום תשומת־הלב הניתנת לערות בלילה החלה שירה לישון לילות שלמים וקשיי ההירדמות פחתו. עוד היה אפשר להתרשם משיפור התקשורת הפונקציונלית: במקביל לירידה בהתנהגויות המאתגרות נצפתה עלייה ניכרת במספר הפעמים ששירה השתמשה בתקשורת נאותה כדי להביע את רצונותיה.

השיפור בהתנהגותה של שירה השפיע באופן ישיר וחיובי על איכות חייה ועל איכות חיי המשפחה כולה. סביבת הבית הפכה רגועה ונעימה יותר והקשרים בתוך המשפחה התחזקו. ההורים דיווחו על תחושת מסוגלות רבה יותר ועל ירידה ניכרת ברמת החרדה שלהם. הצלחת ההתערבות במקרה של שירה מדגישה את החשיבות של התבוננות מערכתית, התמקדות בגורמים סביבתיים ומתן עדיפות לפתרונות התנהגותיים ורגשיים על־פני תרופתיים כקו ראשון להתערבות בהתמודדות עם התנהגויות מאתגרות.

סיכום

במאמר זה הוצג מודל עבודה רב־מערכתית ורב־מקצועית בשימוש בגישה הביור־פסיכו־סוציאלית. בעבודה שלנו עם מטופלים כמו שירה לעולם נחפש גם את החלקים הקשורים לגוף - מחלות, כאבים פיסיים, מיחושים (אלרגיה, כינים ועוד), השפעות גנטיות ועוד, לעולם הפנימי, להיסטוריה האישית ולסביבה העוטפת את המטופל שלנו בהווה.

כשאנו עובדים במודל זה אנו רואים לעיתים קרובות הטבה בהתנהגות שאיתה מגיעה המטופל. יחד עם זאת חשוב לומר כי גם כשאנו מחוללים שינוי חיובי במצבו של המטופל, לא מתאפשרת הכחדה מלאה של התנהגות זו וקיים סיכוי כי מעברים, משברי־חיים או תסכולים קיצוניים שיצוצו בוודאי בהמשך החיים עלולים להביא להופעה מחודשת של הסימפטום.

כשאנחנו עובדים עם מעטפות חיו של המטופל, כמו במקרה של שירה, תוך־כדי התייחסות רב־ממדית, מערכתית ורב־מקצועית, אנו רואים את האדם כשלם. בגישה זו הסביבה מוכנה יותר להתמודדות יעילה ומותאמת ולכן הסיכון להסלמה והידרדרות נמוך יותר.

ביבליוגרפיה

- ברמן, ע' (1986). העברה - העברה נגדית כתהליך בין-אישי כולל. *שיחות*, 1(1), 6-15.
- דורבן, י' (2003). על אהבה, שנאה וחרדה - מבוא לחשיבה הקליניאנית. בתוך מ' קליין, *כתבים נבחרים* (מהדורה מתוקנת, עמ' 7-38). תולעת ספרים.
- מיקולינסר, מ' (1998). סגנון התקשרות בבגרות ואסטרטגיות של ויסות רגשות - הנחות עבודה וסקירת ממצאים. *פסיכולוגיה*, ז', 33-48.
- פרויד, ז' (2002). היזכרות, חזרה ועיבוד: עוד עצות על טכניקת הטיפול הפסיכואנליטי II. *הטיפול הפסיכואנליטי*. עם עובד.
- פרויד, ז' (2002). הערות על אהבת-העברה: עוד עצות על טכניקת הטיפול הפסיכואנליטי III. *הטיפול הפסיכואנליטי*. עם עובד.
- קליין, מ' (2003). *כתבים נבחרים* (מהדורה מתוקנת). תולעת ספרים.
- ראקר, ה' (2009). המשמעות והשימושים של העברה נגדית. *שיחות*, כ"ד (1), 10-17.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Bateman, A. & Holmes, J. (2010). *Introduction to Psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice*. Routledge.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968) Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97.
<https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Volume 3: Loss, Sadness and Depression*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(2), 111-126.
<https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-111>
- Costello, A., Hudson, E., Morrissey, S., Sharma, D., Kelly, D., & Doody, O. (2022). Management of psychotropic medications in adults with intellectual disability: a scoping review. *Annals of Medicine*, 54(1), 2485-2498. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2121853>
- De Young, A. C., Paterson, R. S., Brown, E. A., Egberts, M. R., Le Brocque, R. M., Kenardy, J. A., Landolt, M. A., Marsac, M. L., Alisic, E., Haag, A. C. (2021). Topical Review: Medical Trauma During Early Childhood, *Journal of Pediatric Psychology*, 46(7), 739-746.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab045>

- Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology*, 24(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12192>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. <https://doi.org/b2w37c>
- Gatchel, R. J., Ray, C. T., Kishino, N., & Brindle, A. (2020). The Biopsychosocial Model. In S. B. Gulliver (Ed.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, (1st ed., Vol. 4, pp. 1-8). John Wiley & Sons.
- Gul, A., & Ahmad, H. (2014). Displaced aggression predicts switching deficits in people with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 41, 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.09.044>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heimann, P. (1950). On counter- transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hunter, V. (1993). An interview with Hanna Segal. *Psychoanalytic Review*, 80(1), 1-28.
- Joseph, B. (2013). Here and now: My perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 94(1), 1-5. DOI: 10.1111/j.1745-8315.2012.00558.x
- Koegel, L. K., Singh, A. K., & Koegel, R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1057-1066. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0962-6>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 143-150. <https://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Leunissen, C. L. F., De la Parra, N. M., Tan, I. Y., Rentmeester, T. W., Vader, C. I., Veendrick-Meekes, M. J. B. M., & Aldenkamp, A. P. (2011). Antiepileptic drugs with mood stabilizing properties and their relation with psychotropic drug use in institutionalized epilepsy patients with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2660-2668. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.06.007>
- Lucyshyn, J. M., Dunlap, G., & Albin, R. W. (Eds.). (2002). *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts*. Brookes Publishing.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future

research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–159). Routledge.

National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2015, May 29). *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. <https://doi.li/iUxOf>

NHS England (n.d.). *Stopping over medication of people with a learning disability and autistic people (STOMP) and supporting treatment and appropriate medication in paediatrics (STAMP)*. <https://doi.li/mUxOf>

Ogunsakin, O., Tumenta, T., Louis-Jean, S., Mahbub, A., Rabel, P., Olupona, T., & Alam, S. (2020). Levetiracetam induced behavioral abnormalities in a patient with seizure disorder: a diagnostic challenge. *Case reports in psychiatry*, 2020(1), 8883802. <https://doi.org/10.1155/2020/8883802>

Segal, H. (1981). *The Work of Hanna Segal: A Kleinian Approach to Clinical Practice*. Jason Aronson.

Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ*, 1, 351–359. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4326>

Walker, S. A., Double, K. S., Kunst, H., Zhang, M., & MacCann, C. (2022). Emotional intelligence and attachment in adulthood: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 184, 11174. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111174>

הצעת ציטוט:

דוויק בונר, ע', סיני, א', דרור, ר' ומשיח, ש' (2025). התבוננות טיפולית ועבודה מערכתית ורב־מקצועית עם מטופלים עם התנהגות מאתגרת. *מוגבלות וחברה: מחקר ופרקטיקה*, 5, 201–216.