

טיפול התנהגותי-קוגניטיבי בטריכוטילומניה: ניתוח מקרה

טלמור זטלר-רום, מ.א.¹, ד"ר נעמי אפל¹

טריכוטילומניה היא הפרעה המאופיינת בכשל חוזר ונשנה להימנע מהדחף לתלישת שיער עצמית. היא מופיעה בשיעורים של כ-6% באוכלוסייה הכללית, אך שכיחה יותר בקרב ילדים. למרות עובדה זו, קיים מספר קטן יחסית של עדויות בספרות העוסקת בתרפיה התנהגותית-קוגניטיבית לטיפול בתופעה זו אצל ילדים. במאמר זה נביא תיאור מקרה של ילדה בת תשע שסבלה מהפרעה זו, תוך הצגת פרוטוקול טיפולי בן עשר פגישות שבמהלכן בוצעה הפחתה משמעותית עד כדי היעלמותה של התופעה. במהלך הפרוטוקול מוצגות טכניקות טיפוליות שונות שנערכו, תוך עמידה על הרציונל העומד בבסיסן וההשלכות הטיפוליות שלהן.

סיבתי ובהחלט ייתכן כי רמות גבוהות של חרדה, הנגרמות מסיבות שונות, עלולות להביא לנטייה מוגברת לתלישת שיער באנשים שונים. לפיכך, ניתן לומר כי למרות מספר רב של השערות, אין עדיין הסכמה גורפת בקרב חוקרים בנוגע לגורמים לטריכוטילומניה (2).

הקריטריונים לאבחנה של טריכוטילומניה על-פי ה-DSM-IV-TR הם: (1) תלישת שיער חוזרת הגורמת לאיבוד שיער ניכר לעין (2), תחושת מתח גובר מייד לפני התלישה או כשמתנגדים לה (3), הנאה, סיפוק והקלה עם התלישה (4). ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר על-ידי הפרעה מנטלית אחרת או מצב רפואי אחר (5). ההפרעה יוצרת מצוקה קלינית משמעותית או ירידה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחום חיים חשוב אחר (2).

בשני העשורים האחרונים בוצעה התקדמות משמעותית בשיפור הבנתנו את התופעה (1), עם זאת עדיין חסרות אינדיקציות בנוגע לשכיחות המדויקת של התופעה, בעיקר בשל הכחשתה על-ידי רבים ונטייתם שלא לחפש עזרה מקצועית. בעבר הצביעו מחקרים שונים על שכיחות ממוצעת של כ-1%-2% המדווחים על סימפטומים של טריכוטילומניה בעבר או בהווה (3). כיום נוטים להאמין שההפרעה נפוצה יותר ומגיעה לכדי שיעור של כ-6% באוכלוסייה הכללית, עם שכיחות גבוהה יותר בקרב ילדים (1). עם זאת, השכיחות האמיתית של ההפרעה אינה ידועה עדיין שכן עד כה לא פורסם מחקר אפידימיולוגי מקיף (2).

הספרות המחקרית מזהה שלושה סוגים של תלישת שיער. הראשון, מתרחש אצל ילדים צעירים עד גיל 8 ונפתר בדרך כלל ללא צורך בהתערבות טיפולית (4). השני, מכונה תלישה אוטומטית, ומתרחש, כפי הנראה, שלא במודע תוך כדי מחשבות וביצוע מטלות אחרות, כמו צפייה בטלוויזיה, קריאה או שיחה.

טריכוטילומניה (ביוונית: שיגעון תלישת שיער) היא הפרעה המאופיינת בכשל חוזר ונשנה להימנע מהדחף לתלישת שיער עצמית. ההפרעה זוהתה כבר בשלהי המאה ה-19 והיא מקוטלגת ב-DSM-IV-TR כהפרעה של שליטת דחף. טריכוטילומניה שכיחה בעיקר באזורי הקרקפת, הריסים והגבות, אך יכולה להתרחש גם באזורים שעירים אחרים. התנהגות תלישת השיער יכולה להתרחש בזמנים רגועים ודוחקים כאחד, אם כי פרטים הלוקים בהפרעה נוטים לחוות מתח גובר טרם התלישה ותחושה של הקלה וסיפוק לאחריה. לאור טבעה הקומפולסיבי של ההפרעה היא מתוארת לעתים כסוג של הפרעה אימפולסיבית-קומפולסיבית (1). כמו הפרעות קומפולסיביות אחרות, גם הטריכוטילומניה מתרחשת מחוץ למודעות ההכרתית ומשמשת כפונקציה להפחתת חרדה. הטענה היא כי תלישת השיער מספקת אפקט רגולטורי חיצוני המרגיע את הפרט במצבים של עוררות רגשית (2).

האטיולוגיה של תלישת השיער היא תוצר אינטראקציוני של גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. כך, ייתכן שנטיות גנטיות, בתיווכם של תהליכים ביולוגיים, הביאו לכדי פגיעה במערכות ניטור עצמי; תלישת השיער נלמדת, עם הזמן, כמקושרת עם הפחתת הדחף וכתבנית התנהגותית מתגמלת המקושרת בהתניה קלאסית לגירוי הפנימי. פגיעה במערכת הניטור העצמי יכולה להיות תוצר של טראומה פסיכולוגית ובפרט כזו המערבת פגיעה מינית. יחד עם זאת, ראוי לציין כי למרות כמה עדויות מחקריות המצביעות על זיקה בין טראומה לבין טריכוטילומניה, הרי שאין בכך לרמוז על קשר

¹ מכון שיטות.

talmorom@netvision.net.il

מילות מפתח: טריכוטילומניה, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, ילדים, ערך עצמי.

השלישי, מכונה תלישה ממוקדת. הוא מערב מודעות של האינדיבידואל ומקושר למרכיבים התנהגותיים קומפולסיביים. הפרעה זו נפוצה מגילאי הבגרות המוקדמת וקשורה ללחצים המופיעים בגיל ההתבגרות (5). בקרב רבים, הופעת הפרעה בהתבגרות יש בה כדי להעיד על פסיכופתולוגיה חמורה יותר, בעוד שבקרב ילדים צעירים, כאמור, ההפרעה מתוארת כתכופת כהרגל ילדות. טריכוטילומניה בקרב ילדים צעירים מאובחנת לעתים קרובות באופן שגוי כהרגל קצר-טווח של תלישת שיער, שיעבור עם הזמן. לפיכך, ניתוח זהיר של משך ההתנהגות חשוב לצורך ביצוע אבחנה מדויקת (6).

עבור ילדים, טריכוטילומניה עלולה ליצור מצוקה ולהביא לכדי הפרעה מסוימת בתפקוד החברתי והלימודי ובתחומי חיים נוספים (1). דיווחים של הימנעות מפעילויות שונות, תחושת בידוד, בושה ומבוכה, וכן ירידה בדימוי העצמי, מהווים מאפיינים שכיחים של הלוקים בהפרעה (2).

האטיולוגיה של טריכוטילומניה אינה ברורה עדיין עד תום, והסברים להופעתה יכולים לנוע מהסברים פסיכולוגיים ואורגניים (חסר בסרטונין ותהליכי מטבוליזם במוח) ועד הסברים פסיכולוגיים הנוגעים לדחק, ויסות רגשי ועוררות חושית (7). במאמר הנוכחי נתרכז באותם הסברים פסיכולוגיים, ובאופן ספציפי באלה הקשורים לאירועי חיים דוחקים, ובפרט לפגיעה מינית.

מחקרים רבים מצאו קשר חזק בין התעללות מינית להופעתן של הפרעות מנטליות שונות, שבתורן מביאות לבעיות רפואיות, תעסוקתיות ובין-אישיות (8). ילדים רבים שעברו התעללות מגלים קשיים בתגובות רגשיות, קוגניטיביות והתנהגותיות, וכן חווים בעיות בהתפתחות הנורוביולוגית בטווח הקצר והארוך. כיום אנו מכירים בעובדה שהתעללות בילדות יכולה להביא למצוקה פסיכולוגית הדומה לזו המתפתחת מאירועים טראומטיים אחרים. אולם, עדויות מחקריות רבות מצביעות על כך שהתערבות מקיפה יכולה להסיג חלק מהסימפטומים ולהפחית את השפעת הטראומה (9).

גם היום עדיין לא לגמרי ברור באיזו מידה טריכוטילומניה קשורה להפרעות אחרות. חוקרים אחדים הציעו כי טריכוטילומניה היא אולי בכלל רק סימפטום של הפרעה עמוקה יותר, כמו דיכאון, ושניתן לטפל בה באמצעים פרמקולוגיים המתאימים לטיפול בדיכאון (למשל, 10). אחרים הציעו שטריוטילומניה היא למעשה וריאנט של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית וכזו אמורה להיות מטופלת באמצעים תרופתיים מתאימים (למשל, 11). למרות זאת, קיימות יחסית מעט עדויות לטיפול פרמקולוגי של טריכוטילומניה בקרב ילדים, ויש לא מעט אזהרות בנוגע לתופעות הלוואי ולסיכונים הקיימים בטיפולים תרופתיים שכאלה (12).

לאור ממצאים אלה, עולה הצורך בחקירה מעמיקה של טכניקות טיפוליות אחרות שלא תערבנה אמצעים תרופתיים. אכן, כמה חוקרים (12) מצביעים על יעילות הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי בהפחתת הדחף ובהקטנת שכיחות

התלישה של השערות. אולם, הטיפול בהפרעה נותר עדיין מחוץ למוקד של הכשרות קליניות (2). כמו בהפרעות אחרות, גם כאן נטען כי טריכוטילומניה היא הפרעה הנלמדת דרך התניה קלאסית ואופרנטית. ככזו, גישות טיפוליות דינמיות עלולות להתברר כפחות יעילות לטיפול בהפרעה, בעוד הפרוטוקול ההתנהגותי-קוגניטיבי יש בו כדי לסייע באופן יעיל יותר (13). אכן, דיוק ואחרים (2) טוענים כי שיטת הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי היא הטכניקה הטיפולית שנחקרה באופן הקפדני ביותר, ואף זוהתה כמבטיחה ביותר בטיפול בטריוטילומניה. התמיכה האמפירית ביעילות טיפול התנהגותי-קוגניטיבי ניכרת במיגוון מערכי מחקר (14) והוכחה כעדיפה על פני טיפול תרופתי ועל פני טיפול הממוקד בשיחות בלבד (ללא חשיפה והתנסות). באופן ספציפי, מצביעה הטכניקה ההתנהגותית-קוגניטיבית על שיעור הצלחה העומד על כ-77% מכלל המטופלים (15). וכפי שהצהירו דיוק ואחרים "פרוטוקול זה [ההתנהגותי-קוגניטיבי] מהווה הבטחה מצוינת לגישה טיפולית אפקטיבית" (2, עמ' 190).

במחקר המהווה עד היום ציון דרך בתחום (16), הוצגה שיטה של היפוך-הרגל (habit reversal). אימון ותרגול זה נראה כמועיל ביותר לטיפול בטריוטילומניה ומקבל תמיכה אמפירית משמעותית. בעיקרה, מערבת השיטה אימון של המטופל בתגובות מתחרות שתפקידן לחסום את הדחף. עם הזמן, הוסיפו קלינאים רכיבים נוספים הכוללים שליטה עצמית, מודעות להרגלים וטכניקות הרפיה (2).

עיקר העדויות המחקריות שנאספו עד כה מתמקדות באוכלוסיות בוגרות ומותירות עדיין לא מעט סימני שאלה בנוגע לשיטות הטיפוליות האפקטיביות בקרב ילדים. מטרת מאמר זה היא לספק ניתוח מקרה של טיפול התנהגותי קוגניטיבי בילדה בת תשע ובכך לסייע במאמץ לצבירת הידע בנוגע לטכניקות טיפוליות אפקטיביות לטיפול בטריוטילומניה בקרב ילדים.

שיטה

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי כלל עשרים פגישות במשך שישה חודשים מתוכן, עשר פגישות התמקדו בטיפול בטריוטילומניה ועשר פגישות התמקדו בטיפול בפגיעה המינית. מערך הטיפול כלל פגישה שבועית עם הילדה, מפגשים עם האם ושיחות טלפוניות עם האם והילדה, בהתאם לצורך. בכל ביקור הוצגו ואומנו טכניקות חדשות, כתלות בקצב ההתקדמות של הילדה.

ההערכה הקלינית כללה ראיון בן שני מפגשים עם האם, ראיון טלפוני עם האב, פגישה עם הילדה ודיווח מבית-הספר. בנוסף, הועבר שאלון לבדיקת טריכוטילומניה בקרב ילדים (15).

הערכה ראשונית

הילדה הגיעה לטיפול בגיל תשע (התקבלה הסכמה מדעת של האם והאב לטיפול בילדה ולפרסום הממצאים). עם רקע משפחתי של הורים גרושים ואח הגדול ממנה בכמה שנים. ההורים התגרשו כשהילדה היתה בת שנתיים וחצי. האם רואינה ונאספו פרטי היסטוריה משפחתית והתפתחותית. לפני הפגישה עם הילדה נערכו שתי פגישות עם האם (האב אינו משתף פעולה). במהלך פגישות אלו, עלתה התמונה הבאה:

הדברים שהיתה רוצה לשנותם ולשפרם. מתוך כך נקבעה מטרה טיפולית במהלכה ציינה הילדה כי היא אינה גאה בעצמה על תלישת השיער, והיתה מעוניינת להפסיק בכך.

הועברו שני שאלונים לצורך בדיקת רמת ערך עצמי (17) ומידת טריכוטילומניה (15). נמצא כי הילדה תולשת בתדירות שבין פעם אחת לחמש פעמים ביום, כאשר כל תלישה יכולה לארוך בין דקה לחמש דקות, ומתבצעת תלישה שבין שעה לעשר שעות ליום במרבית הימים. הילדה דיווחה על יכולת שליטה ועצירה חלקית. ברוב המקרים, כאשר מופיעה מחשבה על תלישה, תתבצע תלישה. הילדה לא דיווחה על כך שהתלישה מפריעה לה בתפקוד היום-יומי, קרי: הליכה לבית הספר ותפקוד תקין בו או הימנעות מפעילות חברתית. יחד עם זאת היא בהחלט דיווחה על רמות גבוהות של תחושות אשמה או בושה. ציונה הראשוני של הילדה בטרם החל ההליך הטיפולי היה 2.45 (סקלת השאלון נעה בין 1=מתון ל-9=חמור בשיעור ההפרעה). הילדה טענה כי היא היתה יכולה להיראות טוב יותר אילו לא תלשה את השיער, אך לא טענה כי היא תלישת השיער גורמת לה להיראות מכווערת. בנוסף, היא דיווחה כי היא כועסת על עצמה לאחר התלישה וכי לעתים היא עצובה בגלל שלא הצליחה לשלוט בכך.

בחמש עשרה הדקות האחרונות של סוף הפגישה הוכנסה האם. שיגרה זו נמשכה בכל יתר הפגישות וכללה שלושה שלבים: בראשון, הילדה תיארה לאם את אשר נעשה בפגישה. בשני, הסבירה הילדה לאם מהם שיעורי הבית. ובשלישי, ציינה הילדה לאיזו עזרה היא זקוקה מהאם. מטרת שיגרה טיפולית זו היתה לקבל משוב מהילדה על ההבנה שלה את הנעשה בפגישה, וליצור חיבור מיידי ואינטנסיבי של האם למהלך הטיפול. באופן זה יכלה האם לסייע בעבודה הטיפולית שנערכה עם הילדה בפרקי הזמן בין הפגישות. בנוסף לכך, נערכו עם האם פגישות הדרכה אחת לשלושה שבועות, במהלכן הוטמע תפקידה כמאמנת של הילדה בטכניקות ההתנהגותיות-קוגניטיביות שנרכשו. החשיבות שהוקנתה לפגישות הדרכה אלו היתה לאורם של מחקרים שונים שהצביעו על שיפור האפקטיביות הטיפולית כאשר ההורים מעורבים ותומכים במהלך הטיפול בין הפגישות (27). מחקרים מצאו כי למסרים של ההורים השפעה דרמטית על הסכמות של האדם על עצמו ועל הערך העצמי שלו. ה-modeling של ההורים והקשר עם הילד ישפיעו באופן ישיר על הערך העצמי שלו. על ההורים להעביר מסר של אהבה וקבלה ללא תנאי כדי להעצים את הערך העצמי של ילדיהם (28).

בסופה של הפגישה הראשונה, במהלך זמן זה, נלמד "משחק כל הכבוד" (25): משחק שמטרתו להדק את הקשר בין ההורה לילד, לגרום לתחושת שייכות ואינטימיות בקשר ולהעלות את הערך העצמי של הילד ואת תחושת המסוגלות העצמית שלו. משחק "כל הכבוד" מבוסס על טכניקת חיזוקים כדי להגביר התנהגויות רצויות יום-יומיות. מהלך המשחק: האם נותנת חיזוק לילדה ולעצמה על משהו שקרה היום ("כל הכבוד שעזרת לי לסדר את הכלים במקום, וכל הכבוד לי שהכנתי לך את הכריך שאת אוהבת"). בשלב הבא הילדה מחזקת את האם ואת עצמה. לבסוף מייצרים 'סימא סודית' לשתיהן, המלווה במחוה גופנית נבחרת שמטרתה להעצים את הכוח המשותף שלהן ולהגביר את תחושת השייכות (למשל: "אנחנו צוות מנצח").

בסוף פגישה זו הוחלט על חיזוק חיובי (התניה אופרנטית) שיינתן על איתלית שיער. נבנה מדרג חיזוקים בשינוף עם האם והילדה במטרה לתת לילדה חיזוק בכל פגישה על איתלית שיער או על ירידה בתדירות התלישות במהלך השבוע. החיזוק שונה מפגישה לפגישה בהתאם להתקדמותה של הילדה. החיזוק כלל לרוב: בחירת פעילות משותפת מהנה לאם ולילדה, יצירה משותפת, משחק אהוב משותף וכד'.

הילדה החלה בהתנהגות התלישה בגיל שש. באותו זמן האם והילדים חיו בחו"ל. בעקבות התלישה האם הפנתה את הילדה לתרפיה במשחק. עלתה השאלה לגבי פגיעה מינית – שלא קיבלה מענה באותה תקופה.

כאשר היתה הילדה בת שבע חזרה המשפחה לארץ. התלישה המשיכה בתדירות גבוהה. לאחר כחצי שנה חשפה הילדה את ה'סוד' בפני אמה. מתוך חשיפה זו עלתה תמונה כי הילדה היתה קורבן לפגיעה מינית בשני מובנים: האחד – צפתה בפגיעה מינית במשך כמה חודשים באחיה. והשני – היתה נתונה בעצמה לפגיעה מינית לאורך תקופה קצרה. הפגיעה המינית היתה מצד ילד אחר, קרוב משפחה הגדול ממנה בשש שנים. בשלב זה שני האחים נשלחו לטיפול. הילדה טופלה בתרפיה באמנות, לא חשפה את הפגיעה המינית במהלך הטיפול וסירבה לדבר על כך. במקביל, נשלחה להערכה פסיכיאטרית, שכללה בדיקת הפרעות נוספות, ובכללן חרדה, דיכאון ופוסט-טראומה. למרות שידוע כי הפרעות חרדה, הפרעה אובססיבית קומפולסיבית, הפרעות דיכאון ופוסט טראומה הן קומורבידיות לטריכוטילומניה, הרי שבהוועצות עם הפסיכיאטר ובהתאם להערכתו, הוחלט להתמקד בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי בטריכוטילומניה. הילדה החלה את הטיפול כאשר היא נוטלת טיפול תרופתי אנטי-חרדתי במשך ארבעה חודשים ללא הטבה בטריכוטילומניה. יצוין כי באיסוף הפרטים הראשוני עם האם, לא נרשמו עדויות להיסטוריה משפחתית של תלישת שיער והפרעות חרדה בקרב שני ההורים.

בשתי הפגישות עם האם עלתה תמונה שמעבר לתלישת השיער, יש פגיעה משמעותית בערך העצמי (self esteem) ותחושת המסוגלות העצמית (self-efficacy). ולכן, בנוסף לאיסוף המידע, האם קיבלה בפגישות אלו כלים לעבודה עם הילדה במטרה לחזק את הקשר שלה האם עם הילדה ומתוך רצון לחזק את תחושת המסוגלות ואת הערך העצמי של הילדה. מודל העבודה, שפיתחה אפל, במקרה כזה הוא מודל "חם – חם" (25). לפי מודל זה, הערך העצמי והמסוגלות העצמית נבנים כתוצאה מאינטראקציה חיובית עקבית בין הורה לילד. המודל כולל ארבעה מרכיבים: ח – חיון, מ – מגע, ח – חיזוק, מ – מחמאה. על ההורה לייצר אינטראקציה עם ילדו המבוססת על ארבעת המרכיבים. שיעורי הבית של האם היו לחיך אל בנה בשלוש סיטואציות יום-יומיות באופן עקבי: בעת הכניסה הביתה, בפנייה שלה אל הילדה ובפנייה של הילדה אליה. המטרה במקרה זה היא ליצור התניה חדשה בתגובת השרשרת בין האם לבת. כמו כן, על האם היה ללטף את הכתף של הילדה כמה פעמים ביום ללא תלות בהתנהגותה, לחזק אותה על התנהגויות חיוביות ולהחמיא לה ("איזה כיף שיש לי ילדה כמוך", למשל). נעשה אימון של האם בשני המפגשים הראשונים בארבעת מרכיבי המודל. שיעורי הבית של האם כללו דיווח כתוב על ביצוע המשימות והיא נדרשה לבצע אותן בעקביות לאורך כל תקופת הטיפול.

פרוצדורה טיפולית עם הילדה

פגישה ראשונה

הפגישה הוקדשה להיכרות, תוך שימוש בטכניקת "שמש הנעימות", שפיתחה אפל. מטרת טכניקה זו היא לבצע אבחנה ראשונית לגבי תחומי הבעיות והחזוק בחיי הילד ולקבוע במשותף איתו את מטרת הטיפול. השימוש בטכניקה זו מאפשר גם יצירת מטרה משותפת בטיפול. הילדה התבקשה לצייר את 'שמש החיים' שלה, כפי שהיא היום, לתאר את כל מה שמרכיב את עולמה (היחסים עם אמא/אבא, בית ספר, חברים ועוד) ולנטר אותם בעוצמת הנעימות שלהם על סולם 1-10. בהמשך, התבקשה לזהות מהם הדברים שהיא גאה בהם בעצמה והיתה רוצה לשמורם ומהם

פגישה שנייה ושלישית

כל פגישה החלה עם בדיקת שיעורי הבית.

בפגישה זו התקיימו הפרוצדורות הבאות: הסבר פסיכו חינוכי: הבנת הקשר שבין אירועים, מחשבות, רגשות ותגובה התנהגותית.

נערך שימוש ב"משחק ההקפצות" להקפצת מחשבות אוטומטיות: בדומה להקפצות כדור, במשחק זה אנו 'מקפיצים' מחשבות אוטומטיות. הרציונל למשחק הוא שבקרב ילדים קיים קושי רב בהמשגה הקוגניטיבית, קושי בשליפה של המחשבות האוטומטיות וקושי בהבנה ובזיהוי מחשבות כאלו. תהליך המשגתי זה הוא קריטי שכן הוא מסייע בניטור העצמי של המחשבות וביכולת להתמודד עימן בעתיד (19). לכן, נדרשת הפעלה של טכניקות ייחודיות לילדים, כדי לסייע להם להבין את מושג ה'מחשבה אוטומטית'. "משחק ההקפצות" מאפשר לתת אחריי הסבר, תוך כדי המשגה לעולם הילדים. ניתן לילדה הסבר כי כל התנהגות קשורה ב'מחשבות אוטומטיות' ש'קופצות במוח'. מטרתנו הטיפולית היא לנסות ו'לתפוס' את אותן מחשבות אוטומטיות חולפות.

במהלך משחק זה מתקיימות הקפצות כדור בין המטפל למטופל כאשר בשלב הראשון המטפל אומר מילה והמטופל אומר מילה הקשורה למילה שנאמרה (בדומה ל'משחק אסוציאציות'). בשלב השני, המטפל אומר מילים הקשורות למקומות או לאנשים, לדוגמה: "בית ספר", "אמא" וכד'. בשלב השלישי ה'הקפצות' קשורות למצבים, למשל: "ילד אומר לך שאתה מטומטם", "המורה צועקת עליך שתפתח בעמוד 14", "אמא מסתכלת עלייך ואומרת לך שהיא אוהבת אותך". בכל אחד מהשלבים הילדה אומרת מהי המחשבה הראשונה שקופצת לה לראש ואת הרגש שמתלווה למחשבה זו.

הפגישה הסתיימה בלמידה של טכניקת הניטור העצמי (Self-monitoring). הילדה התבקשה למלא במהלך השבוע טבלה בה היא מציינת את הפרמטרים הבאים: שעת תלישה, כמה זמן תלישה, מאיפה, מחשבות שהיו לה לפני התלישה, מחשבות בזמן התלישה, תחושות ורגשות. היא אף התבקשה לאסוף את השערות שנתלשו במעטפה שיועדה לכך לצורך סיוע בניטור עצמי (12). טכניקה זו של ניטור עצמי נועדה לשרת שתי מטרות: לספק מדידה שלפני תהליך ההתערבות הכוללת את עוצמת התלישה ואת הדחף המוביל לתלישה, וכן כדי להעלות את המודעות לתלישה ולסיטואציות המובילות אליה. בניסיון לאתר את המחשבות האוטומטיות והרגשות הנלווים אליהם טרם התלישה, נראה היה כי קיים קושי אצל הילדה בשיום ובשיוך רגשות ותחושות. היא הרבתה לציין 'שעמום' כרגש מקדים ונראה כי רפרטואר הרגשות דל מאוד. לפיכך, היה צורך לסייע לה בהבנה, זיהוי וביטוי של רגשות. הרציונל העומד בבסיס הרחבת המילון הרגשי בטיפול בהפרעות בכלל ובטריוכטילומניה בפרט, שאוב מממצאי מחקרים רבים שהצביעו על תפקידם של רגשות בהפרעות שונות וביכולת לווסתם (19). לצורך זה הופקו כשלושים כרטיסיות רגשות ובהן רגש המלווה בפנים שהילדה ציירה המביעות רגש זה. הילדה החלה להשתמש בכרטיסיות שונות כדי להרחיב ולתאר את המחשבות האוטומטיות ואת הרגשות אשר התקיימו לפני התלישה, במהלכה ולאחריה והשתמשה בהם בטבלת הניטור העצמי, כחלק משיעורי הבית.

פגישה רביעית וחמישית

לאחר שהצלחה לזהות את המחשבות והרגשות ולהבין כי ההתנהגות של תלישת השיער קשורה במחשבות וברגשות מקדימים, קיבלה הילדה הסבר פסיכו-חינוכי כיצד ניתן לשנות את המחשבות שאינן יעילות לה באמצעות הוראה עצמית שנוצרה בתהליך הבא: העלנו את כל המחשבות החילופיות האפשריות אל מול המחשבות האוטומטיות השליליות, המעודדות תלישה (ראה טבלה 1).

טבלה 1: מחשבות אוטומטיות ומחשבות חילופיות

מחשבה אוטומטית מעודדת תלישה	מחשבה חדשה מונעת תלישה
משעמם לי וזה מרגיע אותי	בסוף זה בכלל לא מרגיע, אלא מכעיס
כואב לי בפנים ונעים לי לתלוש	אני מרגישה נעים לזמן קצר ואחר כך מרגישה אשמה
קשה לי להיאבק בדחף לתלוש	תלישות לא פותרות לי את הבעיות
אני לא מסוגלת להירגע, אני חייבת לתלוש	אני יודעת להירגע בלי תלישה
אני חייבת לתלוש כשאני דואגת	אני לא צריכה לתלוש, זה בכלל לא יעזור לי לא יצא לי מזה שום דבר, אחר כך אני מרגישה רע עם עצמי
לא מעניין מה יקרה, אני לא מסוגלת לשלוט בדחף הזה	אני הרבה יותר יפה בלי תלישה
התלישה עוזרת לי להירגע כשאני בלחץ	התלישה לא עוזרת היא רק מעצבנת

תהליך בחירת ההוראה העצמית

לאחר תהליך 'סיעור מוחות' והעלאת מספר רב של מחשבות מרגיעות ה'נלחמות' במחשבות האוטומטיות הלא יעילות, מתחיל תהליך של בחירת הצהרה עצמית אחת מובילה, בטכניקה שפיתחה אפל (20). במסגרת תהליך של דמיון מודרך, מוחזרת המטופלת למצב בו היא מעוניינת לתלוש, כל הוראה עצמית נאמרת פעמיים. לאחר מכן, בתהליך של אלימינציה, הילדה בוחרת את המשפט שסייע לה ביותר בהפחתת עוצמת הדחף לתלישה. משפט זה נבחר כהצהרה עצמית.

בשלב הבא, התבצע תהליך איתגור ההוראה העצמית. המטרה כאן הייתה לגרום להפעלת ההוראה עצמית במקרים אברסיביים – תואמי מציאות. כך השתמשנו בתרגיל "אני הר" שמטרתו להקנות לילד (או למבוגר) חיבור בהתניה קלאסית בין הוראה עצמית לבין תחושת כוח, עוצמה ומסוגלות עצמית. בתחילת התרגיל הילדה התבקשה לעמוד עמידה יציבה ולדמות עצמה כהר, על כל המשתמע מכך, תוך שהיא אומרת "אני הר", בליווי חיוך. בשלב השני, היא אומרת בקול רם את ההוראה העצמית – וזאת במטרה לעגן את ההוראה העצמית עם תחושת החוזק בגוף. כל זאת נעשה בליווי מתמיד של חיוך. מטרת החיוך היא לחזק את תחושת הכוח מול משהו שלילי שעלול להיות מוטח לעברה: יצירת התניה חיובית בין ההוראה העצמית לבין תחושה של כוח. בשלב השלישי, תוך כדי ניסיונה לעמוד עמידה יציבה ככל הניתן, מנסה המטפל לערער את יציבותה, על-ידי הזזת הכתפיים, הראש והרגליים. ובשלב האחרון, המטפל מהווה דובר של אותן מחשבות אוטומטיות, והילדה מנגד, צריכה להיאבק באמירות אלו על-ידי שימוש בהצהרה העצמית שנבחרה ועמידה פיסית איתנה. הרציונל בבסיס התרגיל הוא לאמן את המטופל בשליפה ובשימוש בהצהרה העצמית כאשר הוא נתון למצב לחץ, בו הוא חש נשלט למעשה על-ידי אותן מחשבות אוטומטיות לא יעילות עבורו. במקרה שלפנינו נבחרה בדרך זו ההצהרה העצמית: "תלישות לא פותרות שום בעיות". הילדה התבקשה ליצור שלט בחדר בו כתובה הצהרה זו ולומר אותה מספר פעמים כל יום, בליווי חיוך, בקול רם ובעת הצורך – כשיש עלייה בדחף לתלישת שיער.

פגישה שישית ושביעית

כדי לחזק את חווית השליטה של הילד באמצעים שונים כחלק מהיכולת להתמודד עם מצבים לא רצויים.

שליטה עצמית מהווה אוסף של מיומנויות קוגניטיביות המאפשרות לאדם להתגבר ולשנות התנהגויות ללא כפייה חיצונית, תוך התמודדות עם רגשות, מחשבות, כאב ושאר מכשולים, המפריעים לביצוע תקין של התנהגות מכוונת למטרה (24).

כאשר אנו עוסקים במיומנויות של שליטה עצמית, יש להבחין בין **שליטה עצמית סגורה**, בה האדם מרחיק את עצמו מהחוויה המיידית בדרך של הימנעות או בדרך של התמרה קוגניטיבית לאותה חוויה – פירוש וארגון קוגניטיבי על בסיס קונספט קיים, לבין **שליטה עצמית פתוחה**, שמטרתה לחוות את החוויה כפי שהיא, ללא דעות מוקדמות, כשמירב תשומת הלב מופנה אל הגירוי הנוכחי: קבלה והכלה של הסיטואציה ללא שפיטה וללא הערכה המתבססת על כללים לוגיים וחשיבה אנליטית (24).

בספר "המיכל הסודי של סבא ג'מיקו" (23) השליטה העצמית הפתוחה באה לידי ביטוי על-ידי 'המיכל הסודי' ואילו השליטה העצמית הסגורה באה לידי ביטוי על-ידי 'מגן הקסמים'.

העבודה עם המגן: בטכניקה של דמיון מודרך אנו מבקשים מהילד לנסוע בדמיונו למקום בטוח עבורו ולייצר מגן דמיוני שמסוגל להגן עליו כנגד מצבים מאיימים: במהלך הדמיון המודרך הילד מתבקש לבחור כלי רכב, האם היה רוצה לקחת משהו איתו לנסיעה ולאיזה מקום נעים ובטוח הוא מעוניין להגיע. לאחר מכן, הוא מתבקש לצאת מהמקום הבטוח שלו ולחפש מגן כלשהו, אמיתי או דמיוני, שכאשר הוא יפעיל אותו עם מתג דמיוני, המגן ייתן לו תחושה מוחלטת של הגנה. הילד מתבקש להפעיל את המגן כאשר מרחוק מגיעה סופה חזקה ובאמצעותה לבחון האם המגן הצליח לשמור עליו מפניה. הילד מתבקש להקטין את המגן לגודל של כדור פינג-פונג ולהכניס למקום כלשהו בגוף כדי שיוכל לשלוף אותו בעת הצורך. השימוש במגן הופך להיות סוג של הוראה עצמית ("אני מסוגל להגן על עצמי", או "אני מפעיל את המגן שלי" או "מגן פעל"). אנו מקיימים תהליך של אתגור המגן עם ההוראה העצמית בסיטואציות מאיימות בדמיון, ולאחר מכן במציאות. השלב הבא בתרגיל כולל דמיון מודרך שבו הילד מפעיל את המגן כנגד סיטואציה מציאותית מאיימת. **עבודה עם המיכל:** המטרה במקרה זה לתת לילד להיות מסוגל לקבל ולהכיל סיטואציות לא נעימות שכוללות לעתים מחשבות לא נעימות, תחושות לא נעימות. אנו משתמשים במטאפורה של מיכל סודי הנמצא בכל אחד מאיתנו. הילד מתבקש לצייר, לפסל, לדמיון את המיכל שלו ונעשית עבודה אינטראקטיבית על המיכל האם הוא מספיק יעיל, גמיש, מכיל וכד'.

לאחר עשרה מפגשים, נערכה בדיקה נוספת של התנהגויות התלישה והועבר שאלון למדידת טריכוטילומניה לילדים (15) שהניב ירידה משמעותית והצביע על תוצאה של 0.2, שמשמעותה מחשבות תלישה או תלישה בפועל בתדירות של בין פעם אחת לשבוע לבין פעם בכמה שבועות. במקביל לדיווח על הטבה משמעותית זו, הילדה דיווחה גם על עלייה במצב הרוח ובתחושת הערך העצמי, כפי שבאו לידי ביטוי במענה לשאלון רוזנברג (17).

בשלבם האחרונים של הטיפול, בשיתוף עם הפסיכיאטר המטפל, הוחלט על הפחתה הדרגתית של הטיפול התרופתי במקביל לטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי. גם לאחר הפסקת נטילת התרופה, לא התרחשה נסיגה.

דיון ומסקנות

בניתוח המקרה הנוכחי, הוצג מהלך טיפולי התנהגותי-קוגניטיבי שבוצע עם ילדה בת תשע, וזאת בעקבות

פגישות אלו כללו שימוש בפרוצדורה התנהגותית של הפרעת הרגל התלישה, מניעתו ואימון ביצירת התנהגויות מתחרות (21). לצורך כך, הילדה התבקשה להסתובב עם גומייה על פרק ידה ובכל פעם שחשה צורך בתלישת שיער, התבקשה למשוך בגומייה שעל-ידה במקום זאת. פרוצדורה התנהגותית זו, מבוססת על תהליך של התניה קלאסית בו אירוע נעים (תלישה), המתקיים כצורך להפחתת הדחף, מוצמד לאירוע לא נעים (כאב) כתוצאה ממשיכת הגומייה שעל פרק היד ושיחורה באחת. טכניקה זו שאולה למעשה מהרעיון העומד בבסיס ה-Habit Reversal Training (HRT). באופן ספציפי, באימון זה נלמדת התנהגות מתחרה (משיכת גומייה) המוצמדת לתגובה הקודמת (תלישת שיער) ומחליפה אותה. בכך ניתן להגביר אצל המטופל את חווית השליטה העצמית ולהעלות את תחושת המסוגלות שלו (22). יתרה מזאת, ניתן לראות בתרגול זה גם כעין טכניקה של חשיפה ומניעת תגובה לדחף הסנסורי הראשוני. במסגרת זו, תחושת הלחץ הראשונית מהווה תחושה אברסביית שהתלישה מרגיעה אותה ועם הזמן, בתהליך של התניה, הופכת להרגל. במובנים אלה מהווה התלישה חיזוק שלילי בשל תחושת ההקלה בדחף שהיא מייצרת. חיזוק זה מגביר ומשמר את ביצוע אקט התלישה. לפיכך, יצירת תגובה מתחרה של שיחורור הגומייה, באמצעות צימודה לדחף הסנסורי הראשוני, מפחיתה את התלישה ומביאה לכדי התרגלות לדחף*. הילדה אומנה מפגישה זו ואילך, תוך התייחסות שבועית לטבלת הניטור העצמי, לנסות ולזהות את הדחף, טרם אקט התלישה, משיכת הגומייה ושיחורורה באחת, תוך יצירת כאב משמעותי. לאחר שישה שבועות מתחילת הטיפול, ניכרה הפחתה משמעותית בתדירות אירועי התלישה, משכם ומספר השערות הנתלשות. הילדה דיווחה בשלב זה על אירוע תלישה של פעם בשבוע, שנמשך כשתי דקות ועל תלישה שבין שיערה אחת לחמש שערות. במקביל, החל צילום הילדה בכל פגישה. הצילום החל בשלב זה בתהליך מאחר שעד לאותו שלב לא היו כלל שערות בגבות ובריסים. ברגע שהחלו לצמוח שערות, היה צורך לבדוק את כמות השינוי בצמיחת השיער.

פגישה שמינית

למרות ההפחתה המשמעותית בתדירות התלישה, מתוך תהליך הניטור העצמי ניכר כי אקט התלישה שנותר מתקיים ברוב המקרים בלילה, לפני השינה. התנהגות זו בוצעה בפרק הזמן עד שנרדמה הילדה והיה רצון ליצור התניה חדשה בין שכיבה במיטה לבין רוגע ותחושה נעימה. כך שבנוסף לטכניקת משחק "כל הכבוד", שנלמדה בשלב מוקדם יותר של הטיפול, נוספה "תפילת לילה": ביחד עם הילדה יצרנו תפילה שמטרתה ליצור את אותה התניה חדשה. הילדה קראה את התפילה כל לילה לפני השינה, דבר אשר הוביל לירידה משמעותית בתלישה בשלב זה ולתחושת רגיעה והירדמות.

תפילה: "לילה טוב לכולם ולילה טוב גם לי

אני אוהבת את עצמי כמו שאני

ניתן חיבוק גדול לעצמי ולמשפחה שלי

חלומות נעימים לכולם, חלומות נעימים גם לי

מחר יום חדש, אקום עם חיוך על הפנים ושמחה בלב

חלומות נעימים, נשיקות וחיבוקים".

פגישה תשיעית ועשירית

בפגישה זו החל תהליך למידה של מיומנויות שליטה עצמית פתוחות וסגורות, המבוססות על הספר "המיכל הסודי של סבא ג'מיקו" (24). זאת

* ביאור זה בא בעקבות ההערה מאירת העיניים של סוקרת המאמר.

בהתערבות הטיפולית הנוכחית אפקטיביות גבוהה לטיפול ראשוני בסימפטומים של טריכוטילומניה ובהבאתם לכדי הפחתה משמעותית. במובן זה, אנו מעודדות מחקרי המשך שיתמקדו בהבניה של סדר המהלכים בפרוטוקול הטיפולי. יתרה מזאת, יש צורך במעקב מתמשך במסגרת של מחקרי אורך אחר מטופלים אלה כדי לוודא שההישגים הטיפוליים נשמרים לאורך זמן. מחקרים שכאלה יוכלו לספק בסיס רחב יותר לתהליך קבלת החלטות בהכרעה לגבי השיטה הטיפולית היעילה ביותר. בשלב זה ניתן לומר כי הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית לטיפול בטריכוטילומניה במקרה הנדון נראית כמספקת אמצעי התערבותי אפקטיבי ועשויה להוות אלטרנטיבה יעילה לטיפול תרופתי בתופעה זו.

ספרות:

- Franklin M.E., Flessner C.A., Woods D.W. et al., The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *J. Developmental & Behav. Pediatrics*, 29: 493-500, 2008.
- Duke D.C., Keeley M.L., Geffken G.R. et al., Trichotillomania: a current review. *Clin. Psychology Rev.*, 30: 181-193, 2010.
- Christenson G.A., Pyle R.L., Mitchell J.E., Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J. Clin. Psychiatry*, 52: 415-417, 1991.
- Keuthen N.J., Stein D.J., Christenson G.A., Help for hair-pullers. Oakland, Harbinger Pub., 2001.
- Flessner C.A., Conelea C.A., Woods D.W. et al., Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behav. Research & Therapy*, 46: 345-357, 2008.
- Reeve E.A., Bernstein G.A., Christenson G.A., Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry*, 31: 132-138, 1992.
- Diefenbach G.J., Tolin D.F., Meunier S. et al., Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *J. Behav. Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 32-41, 2008.
- Streeck-Fischer A., Van der Kolk B.A., Down will come baby, cradle, and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand J. Psychiatry*, 34: 903-918, 2000.
- Feather J.S., Ronan K.R., Trauma focused cognitive behavioral therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *New Zealand J. Psychology*, 35: 132-145, 2006.
- Weller E.B., Weller R.A., Carr S., Imipramine treatment of trichotillomania, and coexisting depression in a seven-year-old. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 28: 952-953, 1989.
- Swedo S.E., Rapoport J.L., Trichotillomania. *J. Child Psychology and Psychiatry*, 32: 401-409, 1991.
- Vitulano L.A., King R.A., Scahill L. et al., Behavioral treatment of children and adolescents with trichotillomania.

הפרעת טריכוטילומניה שהתפתחה ככל הנראה בעקבות טראומה על רקע של פגיעה מינית קודמת. הפרוטוקול הטיפולי שהוצג הראה יעילות גבוהה בהפחתה יציבה בתלישת השיער על-ידי הילדה ללא נסיגה משמעותית בסיום הטיפול ולאחריה. למרות שמדובר במקרה טיפולי בודד, הרי שתיאור המקרה שהובא מצטרף לעדויות קודמות, שהצביעו על יעילות טיפול התנהגותי-קוגניטיבי בהתמודדות עם הפרעה נפשית, כפי שכבר דווח בכמה מחקרים (2, 14, 15). באופן ספציפי, תיאור המקרה הנוכחי מספק אינדיקציה חיובית ליעילות הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי עם ילדים בכלל, ואלה שיתכן שפיתחו טריכוטילומניה כתוצאה מפגיעה מינית.

בעקבות המקרה שהוצג, ניתן לגזור שורה של מסקנות אופרטיביות שיש בהן כדי לסייע במהלכים טיפוליים עתידיים במקרים דומים. ראשית, נראה כי קביעת מטרות ראשוניות וממוקדות להתערבות הטיפולית יש בה כדי למקד את ההליך ולסייע למטופל לחוש שיפור במצבו. במקרה שתואר, ניסוח המטרה הטיפולית בהפסקת התלישה הגביר אצל המטופלת, עם הירידה בהופעתם של הסימפטומים המטרידים, את תחושת המסוגלות העצמית והערך העצמי. בתורה, סללה תחושה זו את הדרך לתחילת העבודה הטיפולית על הפגיעה המינית עצמה. העבודה על החרדה יצרה ככל הנראה אמן במטפלת ותחושה שדברים ניתנים לפתרון, מה שהוביל לחשיפת הפגיעה המינית בטיפול בשלב מאוחר יותר. שנית, ניכר כי יצירת סביבה ביתית תומכת מהווה נדבך חשוב בהצלחה הטיפולית. באופן ספציפי, מעורבות האם במהלך הטיפולי היה בה כדי לסייע ביצירת תמיכה רגשית ומנטלית רציפה לילדה. הטכניקות הטיפוליות הפשוטות ניתנות להדרכה קצרה להורים, ובכך מאפשרות, הן חיוק הקשר הורה-ילד והן הגדלת עקביות הטיפול והפיכתו לחלק משיגרת היום של הילד. שלישית, הטכניקות הספציפיות בהן עשינו שימוש במהלך הטיפול הנוכחי פותחו במיוחד לעבודה עם ילדים ומאופיינות, בין היתר, בפשטות, בהומור וביצירתיות המובנים לאוכלוסייה צעירה. טכניקות אלו מהוות רובד נוסף על טכניקות טיפוליות מקובלות קיימות ועוצמתן נעוצה ביכולת ההעברה המיידית שלהן לחיי היום-יום של הילד. העברה זו מאפשרת לילד להגדיל את רפרטואר ההתמודדויות שלו ובכך מסייעות להגדלת חווית ההצלחה ולביטחון העצמי. למרות כל זאת והעדויות המעודדות שהובאו, אנו ממליצים לחוקרים להמשיך בתיקוף הטכניקות הטיפוליות במקרים אחרים ובכך להגדיל את יכולות ההכללה של הממצאים.

הממצאים המובאים בניתוח מקרה זה הם בהחלט מעודדים, אך דורשים רפליקציה במחקרי המשך, תוך שימוש במדגם מטופלים משמעותי ובשיטות מדידה מהימנות ותקפות. יש לשים לב כי המקרה המתואר מספק תמיכה אמפירית חוזרת לטענה כי טריכוטילומניה היא הפרעה הטרוגנית, אשר לעתים קרובות מלווה בהפרעות נוספות (2). כאמור, נמצאה

- J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry, 31: 139-146, 1992.
13. Mansueto C.S., Townsley-Stemberger R.M., McCombs-Thomas A. et al., Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. Clin. Psychology Rev., 17: 567-577, 1997.
 14. Mouton S.G., Stanley M.A., Habit reversal training for trichotillomania: A group approach. Cognitive and Behav. Practice, 3: 159-182, 1996.
 15. Tolin D.F., Diefenbach G.J., Flessner C.A. et al., The trichotillomania scale for children: Development and validation. Child Psychiatry Human Development, 39: 331-349, 2008.
 16. Azrin N., Nunn R., Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. Behav. Research & Therapy, 11: 619-628, 1973.
 17. Rosenberg M., Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, NJ, Princeton Univ. Press, 1965.
 18. אפל נ., עזריאלי ע., אופי טובי מלכת היופי. הוצאת ספרים פרופיל, 2006.
 19. Southam-Gerow M.A., Kendall P.C., Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. Clin. Psychology Rev., 22: 189-222, 2002.
 20. אפל נ., כפתור האור של סבא ג'מיקו. חיפה, "אח", 2011.
 21. Azrin N.H., Nunn R.G., Frantz S.E., Treatment of hair pulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. J. Behav. Therapy & Experimental Psychiatry, 11: 13-20, 1980.
 22. Gupta S., Gargi P.D., Habit reversal training for trichotillomania. Int. J. Trichology, 4: 39-41, 2012.
 23. אפל נ., המכל הסודי של סבא ג'מיקו. הוצאת רמות – אוניברסיטת תל-אביב, 2001.
 24. Rosenbaum M., The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. In: M. Rosenbaum (Ed.), Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior. pp 3-30. New York, Springer, 1990.
 25. אפל נ., זיוזי וללי מגלות מהי חברות. חיפה, הוצאת אח, 2012.
 26. Suveg C., Roblek T.L., Robin J. et al., Parental involvement when conducting cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. J. Cognitive Psychotherapy: An Int. Q., 20: 287-299, 2006.
 27. Brown A.D., Children's self-esteem and parental influence. Canad. Counsel. & Psychotherapy Asn (CCPA), April, 14, 2011.