

דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

טראומה בקרב ילדים; היבטים פסיכו-חינוכיים

דליה אלוני, פסיכולוגית חינוכית

© כל הזכויות שמורות 2007

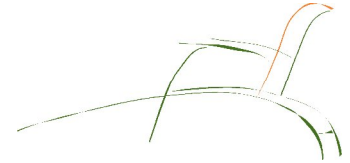
החיים בישראל, רוויים במצבי לחץ וטראומה מסיבות ביטחוניות (כמו מלחמות וטרור), ושאינן ביטחוניות (כמו אלימות במשפחה, ניצול מיני ותאונות), והילדים מוצאים עצמם לא אחת ב"קו ראשון". מצבים טראומטיים בילדות מאיימים על סיפוק צרכים אנושיים בסיסיים ומונעים את השגתן של משימות התפתחותיות תואמות גיל. לנוכח מצבים אלה, גורמי בריאות הנפש בקהילה נוטלים חלק נכבד באבחון ובטיפול בילדים ובסובבים אותם. הגישה הפסיכו-חינוכית מציעה מודל רב ממדי לטיפול בטראומה בילדים.

בעוד שקיים גוף תיאורטי ומחקרי נרחב בתחום של טראומה בקרב מבוגרים, המחקר בתחום של ילדים עדין צעיר וההבנה של פסיכופתולוגיה של ילדים שחוו טראומה אינה מספקת. יחד עם זאת, הספרות המחקרית מצביעה על כך שלטראומה השלכות שליליות על כל תחומי התפקוד של הילד. לטראומה הפסיכולוגית השפעה משמעותית על המערכת הפסיכו-ביולוגית שמתבטאת בוויסות רמות העוררות וויסות רגשי. כמו כן, היא פוגעת בתפקודים הקוגניטיביים כגון תפקודי הזיכרון והשליטה בתכני החשיבה ומשפיעה על תפיסת העולם, על דפוסי התנהגות ועל הציפיות מהעתיד (Armstrong & Holaday, 1993; Drell, Siegel & Gaensbauer, 1993; Groves, Lieberman, Osofsky & Fenichel, 2000; Fletcher, 1996; Jensen & Shaw, 1993; Udwin, 1993; van der Kolk & Saporta, 1991).

סביר להניח שלהפרעה פוסט טראומטית בילדות יש אופני ביטוי שונים משל הפרעה כזו בקרב מבוגרים, וזאת בהתאם לשלב ההתפתחותי בו הילד נמצא. יתרה מזאת, ילד המתמודד עם אירועי לחץ וטראומה, נחשף ומושפע במקרים רבים גם מדפוס ההתמודדות של הוריו או מחנכיו. לנושא זה חשיבות מיוחדת כאשר מדובר בילדים צעירים אשר מפרשים וחווים את הלחץ דרך העיניים וחויית הלחץ של המבוגר, דבר העלול לפגוע בתחושות הביטחון והמוגנות שלהם. מכאן גם החשיבות של התערבות מערכתית עם הורים ומורים.

מבחינה טיפולית, מקובלת הדעה כי לעיתוי תחילת הטיפול בילדים שעברו טראומה קיימת חשיבות מכרעת. התערבות מניעתית מוקדמת מהווה גורם מגן אצל ילד שעבר טראומה. בהקשר זה, למערכות החינוך יש מעמד חשוב

© כל הזכויות שמורות לדליה אלוני 2007



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

בטיפול כיוון שבמקרים רבים של טראומה בעלי משמעות קהילתית, הטיפול מתחיל בגן או בבית הספר. מהזווית הפסיכו-חינוכית, הנחת היסוד בהתערבות הטיפולית היא כי מדובר בתפיסה מערכתית של הילד בקונטקסט המשפחתי, הלימודי, החברתי והקהילתי. אנשי המקצוע נקראים לסייע בעיתות של חירום לא רק באופן ישיר לילדים, אלא גם להורים, לאחים, לאנשי מערכת החינוך ולקהילה.

מאמר זה שם לו למטרה להציג את המודל להתערבות פסיכו-חינוכית באירועים של טראומה בקרב ילדים. אפתח בהגדרה של טראומה בילדים, תוך שימת דגש על היבטים התפתחותיים. לאחר מכן, אציג את הקריטריונים לאבחון טראומה בילדים. ולבסוף אציג את עקרונות המודל להתערבות פסיכו-חינוכית באירועים של טראומה בקרב ילדים.

טראומה בקרב ילדים בראיה התפתחותית

Terr (1991) הציעה חלוקה לשני סוגים של אירועי לחץ וטראומה ותגובות הילדים אליהם: טראומה מסוג ראשון הוא אירוע פתאומי, חד פעמי, בעל עוצמה והשפעה רבה כמו למשל, חשיפה או היפגעות באירוע אלים, התעללות מינית או פיזית. השני, טראומה כרונית, הניתנת לניבוי, צפויה, הקשורה לאירועים חוזרים ונשנים במשך תקופה ארוכה, כמו למשל, החיים באזורי מלחמה או התעללות מינית על ידי קרוב משפחה. לחלוקה זו קיימת משמעות רבה באבחון ובטיפול בילדים שעברו אירועים טראומטיים; יהיה קל יותר לזהות אירוע טראומטי חד פעמי להבין את המקור לסמפטומים ולטפל בהם. לעומת זאת, יהיה קשה יותר לזהות את התמונה הקלינית כתוצאה ממצבים מתמשכים של טראומה ולעשות אבחנה מبدלת בין טראומה לבין הפרעות התפתחותיות אחרות בעלות אותן מאפיינים (co-morbidity) כמו למשל, טמפרמנט קשה או דיכאון. יתרה מזאת, הסוג השני עלול להיות מזיק יותר מפני שהוא כרוך במספר רב יותר של מאפיינים פתוגניים (Briere, 1988; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). גם Scheeringa & Gaensbauer (2000) מציינים אצלם דרכים לחשיפה לטראומה בגיל צעיר: התעללות, עדות לאלמות בבית, עדות לאלמות בקהילה, תאונות, אסונות טבע וטיפולים רפואיים מכאיבים.

הטראומה, הן בקרב מבוגרים והן בקרב ילדים, גורמת לשבר קיומי בתחושת העצמי ובחוויות הבסיסיות שחיוניות לשימורו. היבט ייחודי ומשמעותי בהתפתחות בתקופת הינקות הוא ההתקשרות - Attachment: היחסים הרגשיים הנוצרים בין ילדים לבין הוריהם והשפעת יחסים אלו על התפתחות הילד. מהחומר התיאורטי והמחקרי אשר הצטבר עד היום בנושא של התקשרות עולה, כי השפעתם של קשרים רגשיים אשר ילדים יוצרים עם הוריהם, ניכרת לאורך מעגל חייהם ומשליכה על תפקודם של ילדים ומבוגרים כאחד (Ainsworth, Belhar, Waters and Wall, 1978; Bowlby,) (1969, 1973, 1977; Cassidy and Shaver, 1999; Colin, 1996). התקשרות בטוחה נובעת מתגובות רגישות ונענות של ההורים לאיתותים של הילד. ניסיונות חוזרים של רגישות הורית בונים בילד תחושה של אמון וציפייה חיובית. הם נרשמים בזיכרון של הילד כמודלים מנטאליים או כסכמות של התקשרות, המאפשרים לילד להרגיש תחושה פנימית



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

של "בסיס בטוח" – Secure Base, ממנה הילד יוצא להכיר ולחקור את העולם שסביבו. למעשה, עזרתו של ההורה, או הדמות המטפלת, בהרגעה והפחתה של רגשות שליליים כמו עצב, חרדה ופחד, מפתחת בילד מערכות של ויסות עצמי (הרגעה עצמית), שליטה ועיבוד אינפורמציה. מצבים של לחץ, חרדה קשה ושל תחושת חוסר אונים, מפעילים את צורכי ההתקשרות ביתר שאת ומזמנים לדמויות המשמעותיות בחיי הילד השפעה רבה מהרגיל. משיקולים אלו נובעת החשיבות של התערבות מערכתית בה משלבים את ההורים, המחנכים ודמויות משמעותיות אחרות בחיי הילד בתהליך הטיפול.

היבט ייחודי ומשמעותי נוסף בהתפתחות הוא הצורך של הילד בארגון מובן של חוויות העצמי, חוויות הלכידות של העצמי, חוויות הרצף ההיסטורי של העצמי, חוויות הסוכנות (agency) והחוויות הבינאישיות הקשורות להתגבשות העצמי (Stern, 1985). אירועים טראומטיים מנפצים את החיבור בין עבר, הווה ועתיד ומפרים את החוויות החינוכיות לשימור העצמי. האירוע הטראומטי מנפץ את תחושת השליטה, הבנת החוקיות של העולם, הביטחון והרצף הקיומי של הילד – שמה שהיה הוא אשר יהיה. בנוסף, הטראומה מערערת את החוויה של העצמי בקונטקסט הבינאישני, במיוחד אם האירוע נגרם על ידי בני אדם.

ילדים שעברו טראומה מגלים הפרעות בשלושה תחומים עיקריים:

- ❖ התפתחות העצמי
- ❖ ויסות רגשי
- ❖ יחסים בינאישיים

אולם, בבואנו להעריך ולבחון את תגובותיהם של ילדים ואת דרכי התמודדותם, חייבים אנו לקחת בחשבון את הממד ההתפתחותי המעצב במידה רבה את חיי הילד. המאפיינים ההתפתחותיים המשפיעים על התמודדות הילד עם טראומה משתקפים ברמה הקוגניטיבית והרגשית. חשוב לציין כי המרכיבים ההתפתחותיים של יכולות תפיסתיות, יכולת זכירה של האירוע הטראומטי או היזכרות מילולית בו, ביטוי רגשי, התנהגותי או מילולי, הדרושים על מנת לבטא את מלוא התסמונת אינם קיימים לפני גיל תשעה חודשים (Scheeringa & Gaensbauer, 2000).

לפי Piaget (1952, 1954) קיימים ארבעה שלבים של התפתחות קוגניטיבית בקרב ילדים: השלב הסנסו-מוטורי (מלידה עד גיל שנה וחצי-שנתיים), השלב הפרה-אופרציונלי (מגיל שנה וחצי עד שבע), שלב האופרציות הקונקרטיות (מגיל שבע עד אחד-עשרה) ושלב האופרציות הפורמאליות (11 ואילך). לפיו, רק בשלב האופרציות הפורמאליות, ילדים מתחילים ליישם את האופרציות שלהם על מושגים מופשטים והם מסוגלים לחשיבה לוגית, רפלקטיבית ושיטתית. קודם לכן, עקב גילם הצעיר, חסר לילד את המיומנויות הקוגניטיביות לשם פירוש הולם של מצב הדחק. בתחום הקוגניטיבי ניתן למצוא בקרב ילדים צעירים מאפיינים כגון:



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

❖ נקודת מבט אגוצנטרית – הילד עלול לתפוס את הטראומה או האיום כמכוונים ישירות אליו, עקב הנטייה לראות את עצמו במרכז העולם.

❖ חשיבה קונקרטי – קיים קושי לתפוס אירוע או מצב בכמה ממדים. הנטייה במצבים כאלה היא לתפוס את העולם בצורה דיכוטומית (טוב/רע, שחור/לבן).

- v הבנה חלקית של יחסי סיבה ותוצאה – לילד יכולת מוגבלת לייחס ולהתאים את התגובות שלו ושל הסובבים אותו לסיבות הרלבנטיות. מגבלה זו מקשה על פירוש המציאות בצורה הולמת ועשויה להביא להסברים מוטעים, ונטייה להשלים בדמיון מציאות לא מובנת או עמומה.
- v חשיבה מאגית – אמונה בכוחות מעבר לקיים. ילדים מאמינים שהם יכולים לשנות את המציאות באמצעות חשיבה, רצון, תפילה או קללה. בכך הם מייחסים לעצמם כוח רב שעשוי להגביר חרדה ורגשות אשמה.
- v מושגי זמן ומרחב לא בשלים – לילד קשה להעריך את מידת הקרבה של הסכנה ואת מידת המוחשיות והמיידיות שלה, כמו גם את הטיפול וההקלה המצופה.
- v קושי בתפיסת מושג המוות – כבר בגיל הגן מתגבשת תמונה של המוות אולם היא אינה מדויקת ומעורבת בהגזמות, כך למשל ילדים תופסים את המוות כהפיך (להד ואיילון, 1995).

בתחום הרגשי, מנגנוני ההגנה של ילדים עדין לא מגובשים. הם נוטים להצפה רגשית או שימוש במנגנוני הגנה מרחיקים כגון הכחשת המציאות או ניתוק. בפרק הבא ניתן לראות כיצד הידע אודות ההיבטים ההתפתחותיים התגבשו לכדי קריטריונים של טראומה בקרב ילדים.

אבחון טראומה בילדים

בעוד שעל פי המדריך הפסיכו-דיאגנוסטי, (1994), DSM-IV התנאי הראשון לאבחון של טראומה בקרב מבוגרים הינו חשיפה למצב של דחק פיזי או נפשי, בקרב ילדים האבחון הרבה יותר מורכב, כיוון שלעיתים אין בידינו מידע חד משמעי (מפי הילד או מעדים) על חשיפה (לאירוע טראומטי בודד או מתמשך), ולרוב עלינו להסתמך על תצפית בהתנהגות הילד.

המדריך הפסיכודיאגנוסטי - DSM-IV מפרט בעיקר את הקריטריונים לאבחון של הפרעה פוסט-טראומטית בקרב מבוגרים. לגבי ילדים המדריך מציין בקצרה כי תגובות לאירוע טראומטי עשויות לבוא לידי ביטוי באגיטציה או בהתנהגות בלתי מאורגנת, ובקרב ילדים צעירים יותר – ניתן להבחין בגילום של הטראומה באמצעות משחק חזרתי או בסיוטי לילה. לעומת זאת, לצורך אבחון של ילדים צעירים מתאימה יותר מערכת האבחון של המדריך להפרעות נפשיות והתפתחותיות בילדות המוקדמת – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

Disorders Early in Life (1994) אשר מגדיר ומפרט את התנאים והסימפטומים במקרים של טראומה בקרב ילדים. על פי מדריך זה, הפרעת טראומה מתארת רצף של סימפטומים שניתן לצפות בילדים שחוו טראומה. האירוע הטראומטי עשוי להיות אירוע בודד, סדרה של אירועים או מצב של דחק מתמשך. בכלל זה יתכן תינוק, או פעוט, אשר חווה בעצמו טראומה, היה עד או התעמת עם אירוע/אירועים אשר כללו/איום ממשי-גופני או פסיכולוגי על חייו, או פגיעה חמורה לו או לאחרים. האירוע הטראומטי עשוי להיות פתאומי ולא צפוי (כמו למשל, פיגוע טרור, רעידת אדמה, תקיפה של חיה), או מצב כרוני מתמשך (כמו למשל, ניצול מיני או אלימות).

אבחון טראומה בילדים מושגת על הנחת יסוד כי יש להבין את הסימפטומים של הילד בקונטקסט של הטראומה, מאפייני האישיות של הילד, והיכולת של המבוגר המטפל בו לסייע לילד להתמודד ולספק לו סביבה בטוחה ומוגנת. במקרים מסוימים ילדים מדווחים על זיכרונות שונים, כחלק מהניסיונות לעבד את הטראומה. אי לכך, שינוי בנרטיב הטראומטי של הילד אינו מעיד בהכרח שהטראומה היתה פרי דמיונו (פנטזיה).

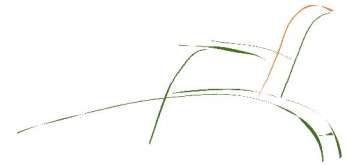
במקרים של טראומה חמורה כגון פגיעה קשה המאיימת על שלמות חיי הילד או בן משפחתו, חשוב לאבחן ולהתחיל בטיפול בילד ומשפחתו באופן מיידי. במקרים רבים, ללא התערבות טיפולית נאותה, התגובות לטראומה ימשכו. הביטויים הקליניים שיש לבחון במקרים של טראומה בילדים מחולקים לארבעה צירים, כאשר כל אחד מהם נבחן יחסית להתנהגות המצופה על פי גיל הילד והשלב ההתפתחותי בו הוא נמצא:

1. התנסות חוזרת באירוע הטראומטי כפי שעולה מ:

1.1. משחק פוסט טראומטי – משחק המשקף היבטים מסוימים של הטראומה, שנעשה כמתוך דחף, שאינו מפחית חרדה ונראה פחות מעובד וסימבולי מכפי שתואם לגיל הילד. כך למשל, ילד אשר הותקף על ידי כלב משחק כשהוא זוחל, נוהם ועושה תנועות פתאומיות, הוא אינו מדבר על המשחק וחוזר על אותה סצנה שוב ושוב עם מעט ואריאציות. לעומת זאת, דוגמא למשחק מסתגל עשוי להשתקף במשחק של פעוט שננשך על ידי כלב ובו הוא מדגים מספר סצנות של כלבים מפחידים בנסיבות שונות, ושמסתיימים בתוצאות שונות. כמו כן, תכני המשחק משתנים עם הזמן.

1.2. זיכרונות חוזרים של האירוע הטראומטי המופיעים מעבר למשתקף במשחק, כלומר, הצהרות ושאלות חוזרות המעידות על עיסוק יתר בהיבטים של האירוע הטראומטי. כך למשל, ילד שננשך על ידי כלב מדבר ללא הפסק על כלבים ונמשך לתמונותיהם בספרים ובטלוויזיה.

1.3. סיוטי לילה.



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

1.4. גילויי מצוקה לנוכח מאזכרים של הטראומה.

1.5. מצבים המאופיינים בפלאשבקים או דיסוציאציה. כך למשל, בזמן משחק עם בובה הוא/היא אינם מגיבים לצופר של אמבולנס הנשמע בחוץ, אך מתחילים לפתע לשחק סצנה אלימה של ריב בין הורים ואמבולנס מגיע.

2. אילחוש של תגובות מצד הילד (numbing) המופיע לאחר אירוע טראומטי או שניתן להבחין בו על פי אחד מהסימנים הבאים:

2.1. הימנעות מפעילויות חברתיות.

2.2. טווח רגשי מוגבל.

2.3. אובדן זמני של מיומנויות התפתחותיות שנרכשו בעבר, כמו למשל, גמילה ודיבור.

2.4. הימנעות ממשחק או משחק מאולץ, יחסית לדפוסי ההתנהגות של הילד לפני האירוע הטראומטי.

3. דפוסי עוררות יתר המופיעים לאחר אירוע טראומטי או שניתן להבחין בהם על פי אחד מהסימנים הבאים:

3.1. סיוטי לילה – סימפטומים המעידים על עוררות כמו למשל, הילד מתעורר משינה בצרחות, תנועות מוטוריות מוגזמות, אינו מגיב לניסיונות להעירו, מראה סימנים של עוררות אוטומטית כגון נשימות מהירות, דופק מואץ והזעה. סימפטומים אלה מופיעים לרוב בשליש הראשון של הלילה ונמשכים כדקה עד חמש דקות.

3.2. קשיי הירדמות.

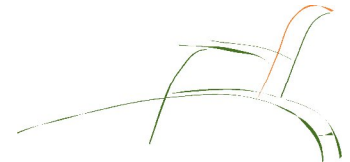
3.3. התעוררויות תכופות במהלך הלילה ללא קשר לחלומות בעתה.

3.4. קשיי קשב וריכוז.

3.5. דריכות יתר.

3.6. תגובות בהלה פתאומיות.

4. דפוסים, בעיקר של פחד ותוקפנות, אשר לא היו קיימים לפני האירוע הטראומטי והכוללים לפחות אחד מהסימפטומים הבאים:



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

4.1. תוקפנות כלפי חברים, מבוגרים או חיות.

4.2. חרדת פרידה.

4.3. פחד מלכת לשירותים לבד.

4.4. פחד מהחושך.

4.5. פחדים חדשים אחרים.

4.6. פסימיות או התנהגות תבוסתנית, מניפולטיבית (אשר מטרתה להשיג שליטה), או פרובוקטיבית (גוררת התעללות).

4.7. התנהגות מינית תוקפנית, אשר לא תואמת את גיל הילד.

4.8. תגובות אחרות לא מילוליות כגון, תגובות סומאטיות, תנועות חזרתיות או קיפאון.

4.9. סימפטומים חדשים אחרים.

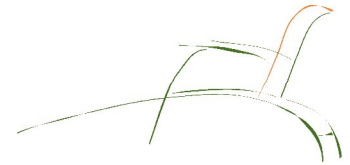
בנוסף, ניתן לעיתים לראות בקרב ילדים גם תגובות של רגשות אשמה – הילד מביע תחושה שהוא אחראי למה שקרה, ושל הזדהות יתר עם נפגעים – מתוך תחושה של חרדה. יש לציין כי מחקרים אשר בדקו הבדלי גיל מצאו כי ילדים בגיל הרך נוטים יותר לחוות סימפטומים כמו פחדים, הרטבה ותלותיות, בעוד שילדים בוגרים יותר נוטים יותר לחוות סימפטומים של דיכאון, חרדה ו- PTSD (Saylor, Belter & Stokes, 1997).

מבין הסימפטומים שמנינו לעיל, טווח ההתנהגויות הניצפות בדרך כלל בגנים ובבתי הספר עשויים לבוא לידי ביטוי במספר אופנים:

❖ התגברות התנהגויות קיימות – למשל, ילד שנטה קודם לכן לאלימות, מכה יותר, או ילד שנטה לדבר, ידבר ללא הפסק.

❖ הפחתה בהתנהגויות קיימות – למשל, ילד שנטה לדברנות יתר, ישתוק ויסתגר.

❖ הופעת התנהגויות חדשות – למשל, רגישות יתר לרעשים וקולות (נפילת קוביות, הצלצול בדלת הגן או בבית ספר בין השיעורים), מריבות תכופות, עקשנות או מרדנות.



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

❖ תגובות של נסיגה (רגרסיה) יחסית לגיל – הרטבה במהלך היום, מציצת מוצץ או אצבע, בכי, התפרצויות

זעם, תלות במבוגר או סירוב ללכת לגן/לבית ספר.

כמובן, יתכן ולא יחול שינוי בהתנהגות הילד. בכל אופן, כאשר התגובות הן בעוצמה מוגזמת, נמשכות לאורך זמן ומפריעות לתפקוד היומיומי של הילד בגן או בכיתה, מומלץ לגנות או למחנכת להפנות לגורם טיפולי.

בימינו, כאשר ילדים נמצאים במשך שעות רבות במסגרות חינוכיות של גן ובית ספר, המציאות מחייבת את הצוותים החינוכיים להיות מודעים לסימפטומים של טראומה בילדים ולהתערבויות הטיפוליות הנדרשות. בפרק הבא אציג את עקרונות המודל הפסיכו-חינוכי להתערבות במקרים של טראומה בילדים, הן ברמה התיאורטית והן ברמה היישומית, כפי שנצטבר בספרות הישראלית ובעולם.

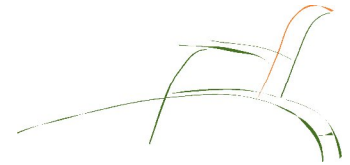
עקרונות המודל הפסיכו-חינוכי להתערבות באירועים של טראומה בקרב

ילדים

מראשית שנות השישים החלו מומחי בריאות הנפש לפתח מערך שירותים להתערבות קהילתית, שמטרתו- הפחתת תגובות בלתי מסתגלות של אנשים במשבר (קלינגמן, 2000). בכלל זה, ולנוכח מציאות החיים באזורינו, החלו בישראל לשים דגש רב על למידה והטמעה של התערבויות פסיכו-חינוכיות בעיתות של אירועי טראומה. אירועים טראומטיים משפיעים על הגנים ובתי הספר באופן ישיר ועקיף. מאחר שהילדים מבלים שעות רבות בבית הספר, מהווה מוסד זה ארגון בעל פונקציה קהילתית חשובה; מקור לאבחון, לטיפול ולבקרה של השפעות אירועים טראומטיים בטווח הקצר, הבינוני והארוך. תגובות רבות לאסון באות לידי ביטוי בגנים או בבתי הספר, ולכן צוותים חינוכיים זקוקים לעזרה ותמיכה, על מנת להבטיח התמודדות יעילה (Yule, 1993, 2000).

האירוע הטראומטי הדורש התערבות פסיכו-חינוכית עשוי להיות במספר רמות: (1) ברמה כוללנית קהילתית של מלחמה, התקפות טרור או אסונות טבע, (2) ברמה בית ספרית כמו למשל, אסון בעת טיול, פגיעה מינית בתלמידים, תאונת דרכים של אוטובוס המוביל את תלמידי בית הספר או מוות של תלמיד או מורה מבית הספר, (3) ברמה הפרטנית כמו למשל, מחלה קשה או מוות של בן משפחה של תלמיד או התאבדות. להלן אציג את המודל הטיפולוגי להתערבות בשעת חירום על פי Klingman (1986, 2000) אשר שם דגש על ההכנה המטרימה ופעולות מניעה ברמה הכוללנית. מודל זה, הבנוי בצורה של מדריך מובנה, זכה לאישוש מחקרי מוצק ומיושם בארץ מזה מספר שנים על ידי משרד החינוך- אגף השירות הפסיכולוגי ייעוצי והרשויות המקומיות, החל מגן הילדים וכלה לתיכונים.

המסגרת התיאורטית



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

Jacobson, Strickler & Morley (1968) הציעו לחלק את ההתערבות בשעת משבר לשתי קטגוריות

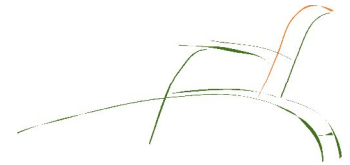
משלימות: גישה אינדיבידואלית – אשר מדגישה תהליכים בינאישיים ותוך-אישיים שבהתערבות, ומתאימה את עצמה לצרכים הייחודיים של הפרט, והגישה הכוללנית – אשר מתמקדת במהלך המאפיין סוג מסוים של משבר, ופחות באינדיבידואלים השרויים במשבר. לאור זאת, פעולות מניעה על פי הגישה הכוללנית, מכוונות קודם כל לטיפול אפקטיבי בכל חברי הקבוצה, ופחות שמות דגש על הטיפול ביחידים בשלב הראשוני (Aguilera & Messick, 1978). Jacobson et al. (1968) מציינים יתרון נוסף של הגישה הכוללנית והוא שזו צורת התערבות הניתנת ללמידה ויישום גם על ידי מי שהם בעלי מקצועות קרובים ומשלימים, הגם שאינם "מומחים לבריאות הנפש".

ההתערבות ברמה הארגונית, מאפשרת איתור מוקדי הלחץ העיקריים, זיהוי שיטתי של תגובות חריגות וגיוס מהיר של משאבי תמיכה בקהילה בעקבות אירועים טראומטיים. מודל זה מתבסס על שני עקרונות מנחים הלקוחים מתוך הספרות התיאורטית ומהניסיון של התערבות בקרב מבוגרים, והמותאמים כמובן לאוכלוסיית הילדים: עיקרון הקמ"ץ (Salmon, 1919; Salmon & Fenton, 1929) ועיקרון חיבור הרצפים (עומר ואלון, 1994).

התערבות מונעת בעת חירום מטרתה להחזיר את הילד, המבוגר, המסגרת המשפחתית והמסגרת החינוכית להתמודדות פעילה ותפקוד בהקדם האפשרי. על פי עיקרון הקמ"ץ (Salmon, 1919; Salmon & Fenton, 1929) התערבות צריכה להיות:

- ❖ מיידית – פירושו שהטיפול צריך להינתן בסמוך עד כמה שאפשר, לזמן האירוע ו/או הופעת הסימפטומים כדי למנוע התגבשות של דפוסי חרדה.
- ❖ קירבה – היא ההעדפה שניתנת להתערבות בסביבה הטבעית של הילד, במקום המוכר לו (קירבה פיזית) ובקרב האנשים המוכרים לו (קירבה חברתית), על מנת להשרות תחושת ביטחון ולחזק את כושר ההתמודדות שלו ושל הדמויות המשמעותיות לו.
- ❖ ציפייה – היא יצירה והעברה של תחושה של יכולת התאוששות, תוך הדגשת הציפייה לחזור באופן הדרגתי לאיזון ולשגרה.

ואילו על פי עיקרון הרציפות (עומר ואלון, 1994) ילדים כמבוגרים, מתנהלים בחיי היום יום מתוך תחושה שקיימת חוקיות, שיגרה מסוימת ורציפות בחיים. הם מתארים 4 רציפויות:



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

1. רציפות הכרתית-חשיבתית – העולם אינו כאוס כי אם מתנהל על פי יחסים של סיבתיות ומחזוריות: יש

שבעה ימים בשבוע, ארבע עונות בשנה, 356 ימים בשנה וכו'.

2. רציפות חברתית ובינאישית – רוב בני האדם חיים במערכות יחסים אינטימיות, בקשרים עם הורים, חברים,

משפחה, קולגות לעבודה וכו'.

3. רציפות תפקיד – לכל אחד מאיתנו יותר מתפקיד אחד בחיים: בן/בת, הורה, בן/בת זוג, חבר לעבודה וכו'.

לכל תפקיד הגדרות משלו.

4. רציפות היסטורית – לכל אחד הידע האישי על מהלך חייו. קיימת תחושה של רציפות התפתחותית בין עבר,

הווה ועתיד. אמונה שדברים נשמרים וניתן לצפות קדימה.

אירוע או מצב של טראומה מאופיינים בקטיעה, שבירה של הרצפים וכתוצאה מכך הפרה של האיזון. על מנת

למנוע התפתחות של הפרעות פוסט-טראומטיות, יש לגשר בהקדם האפשרי בין הרציפויות. כלומר, לקיים המשכיות

ומבנים שהיו קיימים ומשמעותיים בעבר.

מכאן שהתערבות מהיבט הפסיכו-חינוכי, המונחית על פי שני העקרונות שלעיל, תשאף (א) לעודד ולסייע

למערכת בית הספר להפעיל מחדש, במהירות ובאופן עצמאי, את מקורות האנרגיה שלה, ליטול מחדש תפקיד פעיל ולחזור

במהירות לשגרה (רציפות תפקודית), (ב) לפנות אל המשפחות ולייעץ להן כיצד להגיב בנוגע לתגובות ילדיהן – שהן

חריגות אך הולמות את המצב ודרכי ההתמודדות שרצוי לחזק אצל הילדים (רציפות בזהות), (ג) ליצור (או להחזיר

במהירות) ערוצי תקשורת פתוחים בין בית הספר לשירותי הקהילה שעמדו לרשות בית הספר לפני המשבר (רציפות

בקשר הבינאישי) (קלינגמן, 2000).

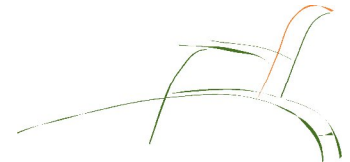
ההיבט היישומי

המודל של קלינגמן (1997), (Klingman (1988, 1993 מבוסס על הגישה המניעתית של Caplan

(1964). הוא מציג דגם של התערבות ייעוצית פסיכו-חינוכית בעת משבר בית ספרי, הכולל מספר מישורי התערבות

שבאים לענות על צרכים של בית ספר לאחר טראומה (נספח 1). המודל כולל חמישה שלבים:

1. שלב ההכנה המטרימה -



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

נעשית בימים כתיקונם וכוללת היערכות ארגונית ואימון בדרכי התערבות לקראת הופעתו של מצב לחץ/חירום/ טראומה. הרציונל העומד מאחורי שלב זה הוא שהכנה מוקדמת מאפשרת התמודדות טובה יותר עם כל מצב שפוגע וחורג משיגרת היומיום. התכנון המוקדם, חלוקת התפקידים והאימון במהלך התקופה הקדם משברית, מחזקים את הסכימות הארגוניות, ההתנהגותיות, והמנטאליות שנדרשות למעבר יעיל מתפקוד שיגרת לתפקוד בשעת חירום. מומלץ שכל מסגרת חינוכית תבנה לעצמה "תוכנית מגירה" המותאמת לנתונים ולצרכים הספציפיים שלה. התוכנית מאפשרת להתמודד בצורה יעילה עם מצב מפתיע ולצמצם את הבלבול וחוסר האונים האופייניים למצבי טראומה.

שלב זה מתבצע כאשר אין מגבלת זמן לתכנון והדמיית מצבים (סימולציות). במישור התערבות זה יש לבנות תחילה צוות לשעת חירום (צל"ח) בבית הספר, אשר יהיה מוכר כגוף הלגיטימי לטיפול במצבי חירום. צוות כזה צריך לכלול נציגים מבית הספר ומהרשות המקומית הקשורים לטיפול במקרים של משבר וטראומה בקהילה. כמו כן, בשלב זה ישנו שילוב של לימוד וניתוח של מצבי אסון בית ספריים מהעבר, בחינת דרכי מניעה, פיתוח תרגילי סימולציה, אימון של הצוות לשעת חירום - ככוח אדם וכרשתות תמיכה, פיתוח נהלים, מהלכים ארגוניים להתמודדות בעת חירום ותיאום בין שירותי בריאות הנפש והרווחה הקהילתיים.

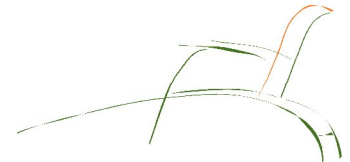
2. התערבות מניעה ראשונית –

מתרחשת מיד עם תחילת היוודע האסון ומופנית לכלל האוכלוסייה השרויה תחת לחץ ושעדיין לא חוותה קשיי הסתגלות. היא מתבצעת באמצעות פעולות מערכתיות, חברתיות ובינאישיות. ההתמקדות היא בשלבים הראשונים: מייד עם היוודע האירוע הטראומטי (עם קבלת ההודעה ועד 120 דקות), בטווח הקצר (7-2 שעות), ובטווח הבינוני (48-8 שעות). הרציונאל לשלב זה נשען על תפיסה כוללנית לפיה, על אף ההבדלים האינדיבידואליים בתגובות לאסון, ישנן תגובות אופייניות ומשותפות לכלל האנשים המתמודדים עם מצבי לחץ. לכן עקרונות ההתערבות מותאמים לענות על הצרכים המשותפים המידיים לכלל האנשים: הצורך במידע, הצורך בתמיכה רגשית, חיזוק תחושת השליטה במצב ותמיכה חברתית. מרבית המטלות בתקופה זו הן מטלות ארגוניות ומתן עזרה ראשונה פסיכולוגית. כבר בתחילת האירוע מושם דגש על מתן שירות ותמיכה לחלקים המתפקדים של בית ספר ולא להוציא לפועל משימות מינהלתיות וחינוכיות.

מישור זה כולל מספר פעילויות על פי סדר עדיפויות, כפי שמפורט אצל קלינגמן (1997):

❖ הפעלת נוהל כינוס הצוות לשעת חירום.

❖ השגת מידע וקבלת תמונת מצב עדכנית.



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

❖ ריכוז, ארגון ובקרת הפעילויות בשטח (מה נעשה עד כה, מה יש לעשות בהמשך).

❖ גיבוש תמונת מצב.

❖ התערבויות פסיכו-חינוכיות:

○ ריכוז המורים לתדרוך והנחיות לכניסה לכיתות, כולל מתן מידע אמין למורים על מנת שיוכלו לדבר עם הילדים ברמה התואמת לשלב ההתפתחותי, מידע לגבי תגובות נפוצות של ילדים במצבי טראומה ותגובות חריפות במיוחד ודף עקרונות לשיחה עם תלמידים בכיתה (נספח מס' 2).

○ מתן סיוע למורים המתקשים להיכנס לכיתות.

○ מפגש בתום השיעור עם המורים על מנת לאפשר להם ונטילציה, לקבל דיווח ולתכנן הלאה.

○ שיחה בקבוצה קטנה לתלמידים המגלים סימפטומים קשים.

○ שיחות פרטניות במידת הצורך (עם התלמיד/ה, הורה, מחנך).

○ ישיבת סיכום לקראת סיום הלימודים.

❖ דפי הסבר לחלוקה להורים.

❖ מפגש עם הורים.

❖ תכנון חזרה הדרגתית לשיגרה (אפילו באופן חלקי).

משימה פרואקטיבית קריטית בשלב זה היא להגיע אל התלמידים שנמצאים בסיכון. (Pynoos & Nader (1988, 1989 הציעו שימוש במעגלים לצורך זיהוי "מעגלי הפגיעות" – מיפוי של סיכון על פי החשיפה הישירה לטראומה וכן גורמי סיכון אחרים שאינם בזיקה ישירה לטראומה הנוכחית, אך עשויים להחיות טראומות קודמות (כמו למשל, אובדן קודם, היכרות עם הקורבנות). מיפוי זה בצורה ממש גראפית מסייע לחברי הצוות להיות מודעים לקבוצות הסיכון, לאפשר חלוקה מסודרת, מבוקרת ויעילה של כוח עבודה מקצועי על פי סדר קדימויות ולוודא שאכן הגורמים הטיפוליים מגיעים אל קבוצות היעד. המעגל הראשון, מתייחס לנפגעים מסדר ראשון - לילדים שנפגעו בעצמם. המעגל השני, מתייחס לאנשים שנחשפו ישירות – בני המשפחה הגרעינית. המעגל השלישי, מתייחס למי שנחשף בדרגה גבוהה (אך לא נפגע ישירות).



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

המעגל הרביעי, מתייחס לנפגעים המעורבים בעקיפין (מי שחווה טראומה קודמת). המעגל החמישי, מתייחס למי שיש לו מגע קרוב עם הנפגעים - עדי ראייה או מי שכמעט נפגעו (near miss). ולבסוף, במעגל השישי, ההתייחסות היא למי שנמצא במגע עקיף עם הנפגעים – היה קשור לנפגע אך לא קרוב למשל, מי ששמעו על האירוע.

כאמור, אירוע טראומטי יוצר מצב לחץ חריג הן לילד והן למבוגרים סביבו. אך ילדים נשענים על תגובות המבוגרים בסביבתם לצורך מציאת פתרונות, להפחתת רמת החרדה ולרה-התארגנות ולכן קלינגמן (1997) ניסח דף הנחיות למורה בכיתה המבנה את התערבותם, ובו הוא חוזר ומדגיש את הצורך בסיפוק צרכים פסיכולוגיים (אוכל, שתייה ושמיכות), מתן מענה רגשי (חום והקשבה), שימת לב לתגובות חריפות של תלמידים וחזרה לשיגרה.

3. מניעה שניונית מוקדמת –

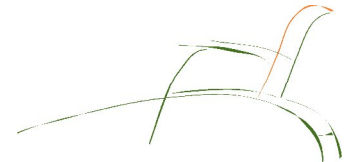
בעוד שהתערבויות ברמת מניעה ראשונית הן באחריותו ובניהולו של הסגל החינוכי, מניעה שניונית מוקדמת כוללת פעולות התערבות באחריות המערך הפסיכולוגי – יועצים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. עיקרה תגובה מהירה שמטרתה לזהות מקרים של קשיי הסתגלות באוכלוסייה, על מנת להביא להפחתתם כבר בשלבים הראשוניים ביותר. מרכיב מרכזי בשלב זה הוא זיהוי ואיתור של המקרים החריפים ביותר והפנייתם לטיפול פסיכולוגי. בנוסף, מומלץ לקיים בשלב זה שיחת דיבוב לסגל החינוכי המשמש מערכת תמיכה לתלמידים ולהוריהם. הדיבוב חשוב על מנת למתן את השחיקה של המורים הנובעת מעוצמת האסון, אופי האיום, מצב אישי, גורמים חברתיים, מבנה הצוות, הוותק, הניסיון ועוד. המטרה היא לתת למשתתפים תנאים להביע את ההתנסות הרגשית אשר עברה ועוברת עליהם, ללא שיפוט וביקורת.

4. מניעה שניונית –

שלב זה מטרתו לעכב, למנוע החמרה, או לצמצם קשיים רגשיים ולהביא להקלה מהירה למצב בעייתי אצל תלמיד. בעוד שבשלב המניעה השניונית המוקדמת ההתערבות היא כללית, כאן הדגש על הקושי והתהליכים הפנים-אישיים והבין-אישיים, ויש בכוחה לענות על צרכיו הייחודיים של הפרט במשבר.

5. מניעה שלישונית –

נערכת לאחר שמצב המשבר האקוטי חלף ומטרתה להפחית את השפעת המשקעים שנותרו בעקבות המשבר, ולמנוע הידרדרות חזרה למצב של קשיי הסתגלות (relapse prevention) בקרב מי שקיבלו טיפול ונמצאים בתהליך של חזרה לפעילות נורמטיבית וכן, הכנת הצוות החינוכי וקבוצת השווים לשילוב מחדש של ילדים מחלימים. מדובר בהתארגנות מערכתית של גורמי בית הספר במטרה להשיב בהדרגה את הכשירויות הלימודיות והחברתיות שהיו לתלמיד לפני הטרומה.



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

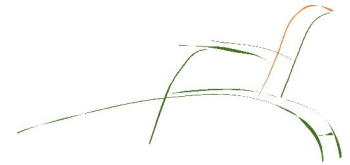
טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

יש לציין כי הביקורת והקשיים שבהפעלת המודל, כפי שמציין קלינגמן (2000) בעצמו, באים לידי ביטוי במספר רבדים: ראשית, הקושי בתכנון ובאימון מראש שהוא הבסיס למודל ההתערבות ואפשרי רק בימים של שיגרה. באופן אירוני, תקופה זו הינה הטובה ביותר להכנות ותרגול אולם, דווקא אז, אירועי משבר וטראומה נתפסים כבלתי סבירים ("לי זה לא יקרה"), ולכן קיימת נטייה לדחות ולהימנע מ"עומס" על מערכות בית הספר והקהילה. שנית, התערבות זו מסתמכת על הכשרתם של אנשים מרקע, מומחיות ומארגונים שונים אשר בשעת משבר צריכים לתפקד ולהפוך לחלק מרשת תגובה קוהרנטית, העובדת בהלימה ובשיתוף פעולה, על מנת לקדם את יכולת ההתמודדות והשליטה. אולם, ההבדלים בהתנסות, באוריינטציה המקצועית ובהכשרה של כל אחד עלולים ליצור לעיתים חוסר בהירות תפקודית, קושי בקבלת החלטות ולעיתים אף סתירות תוך כדי יישום ההתערבות. ולבסוף, קושי מבחינת תפיסת התפקיד של הפסיכולוג החינוכי. מחד, הפסיכולוג הינו גורם חיצוני למערכת בית הספר, וככזה הוא זוכה לאמון מצד הלקוחות בשלב האסון הראשוני. הוא נדרש להיות אקטיבי, לקבל החלטות, ולעיתים לנהל בשלב הראשוני כאשר שורר בלבול במערכת. מאידך, בחלוף ההלם הראשוני, הפסיכולוג ייחשב למפריע, כמי שדוחק את סמכות המוסד ובעלי התפקידים, ומכאן שהיחס אליו אמביוולנטי.

יחד עם זאת, המודל הפסיכו-חינוכי להתערבות בשעת חירום על פי קלינגמן עודכן ושוכלל בעקבות התנסויות במצבי משבר ונמצא כי שימוש בסימולציות הינה השיטה המועדפת כדי להתמודד עם חלק ניכר מהקשיים. הכנות ותרגילי סימולציה מהווים בסיס לתיאום ברמת הציפיות וברמה המעשית ולשיתוף פעולה במערכת החינוכית (Klingman, 1978). אימון מקדים באמצעות סימולציות אף עמד בהצלחה במבחן של מצב חירום קהילתי (Ayalon, 1993).

סיכום

ההיחשפות למצבים של טראומה בילדות מהווה בעיה מרכזית של גורמי בריאות הנפש בישראל. ילדים אשר חוו מצבים של טראומה זקוקים לתוכנית טיפול רב ממדית אשר תיקח בחשבון את תחומי החוזק שלהם, המשאבים הפנימיים של הילד, את המצוקה הנפשית והמצבים איתם עליהם להתמודד בחיי היום יום. כל זאת, מתוך ראייה מערכתית של הילד בקונטקסט המשפחתי, החברתי, הלימודי והקהילתי. הגישה המקובלת והיעילה ביותר כיום להתמודדות עם אירועי טראומה בקרב ילדים מבוססת, כפי שפרשתי בעבודה זו, על המודל להתערבות ייעוצית פסיכו-חינוכית בעת משבר. מודל זה הינו מאד מובנה ומבוסס על חשיבה מניעתית. שאיפתה של ההתערבות הפסיכו-חינוכית במצבים של טראומה בקרב ילדים הינה לא רק לצמצם את ההשפעות השליליות של הטראומה הספציפית, כי אם לטפח מיומנויות של התמודדות, תחושה של מסוגלות, תמיכה וערך עצמי. לעניות דעתי, יתרונה של הגישה הפסיכו-חינוכית טמונה בכך שהיא מציעה טיפול בקונטקסט מערכתי המשלב מגוון של התערבויות בהתמודדות עם מצבים של טראומה בקרב ילדים. מאחר והילד חי ומתפקד בקונטקסט של המסגרת המשפחתית והחינוכית, קיימת חשיבות מכרעת בהעצמה של הדמויות המשמעותיות לו, בהקלה על הסימפטומים, ובהדגמת (modeling) של דרך התמודדות, אשר עשויה להעשיר את משאביו ולעצב את ההתפתחות וההתמודדות שלו בעתיד, כמבוגר בחברה.



דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית

אבחון, ייעוץ, טיפול והנחיית קבוצות

מקורות בעברית ואתרים מומלצים*:

ברטנוב 14, כפר גנים, פתח תקווה 49552

טל': 03-9218286 נייד: 052-3230134

להד, מ. אילון, ע. (1995). על החיים ועל המוות: מפגש עם המוות באמצעות הסיפור והמטפורה. חיפה: נורד.

עומר, ח. אלון, נ. (1994). עקרון הרציפות: גישה מאוחדת לאסון ולטראומה. בתוך: פסיכולוגיה כרך ד' (1-2) עמ' 20-28 (גיליון מיוחד למחקרי מלחמת המפרץ).

קלינגמן, א. (1997). התמודדות בית ספרית בעת אסון: תוכנית מגירה לבית ספר. ירושלים, משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי ייעוצי.

קלינגמן, א. (2000). התערבות מערכתית מונעת בעת אסון וטראומה. בתוך: א. קלינגמן, ע. רביב וב. שטיין (עורכים), ילדים במצבי חירום ולחץ. משרד החינוך, המינהל הפדגוגי, השירות הפסיכולוגי ייעוצי.

[/http://icspc.telhai.ac.il](http://icspc.telhai.ac.il)

[/http://www.maytal.co.il](http://www.maytal.co.il)

[/http://www.herumyasha.org.il](http://www.herumyasha.org.il)

http://www.natal.org.il/site_map.html

* רשימת מקורות מלאה ניתן לקבל מכותבת המאמר.