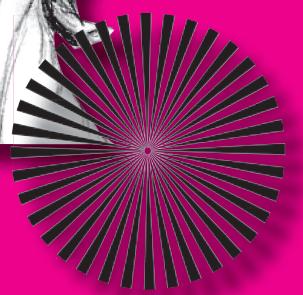


# פסיכואקטואליה

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

וילן  
2008



**זרקור על פסיכולוגיה התפתחותית**

# תוקן עניינים

<b>טיפול אם-ילד, אב-ילד, כאן ועכשו: גישה דינמית-</b> <b>התיחסותית לטיפול בהפרעת יחסים</b> <b>פרופ' יהודית הראל, רעה אבימairo-fft, חיותה קפלן</b>	3 34	<b>דבר המערכת</b> <b>ד"ר יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאל, אבי שורף</b>
<b>מדדים לאייתור ואבחון הפרעות ברצף האוטיזם בשנים הראשונות לחיים</b> <b>יעפעת גמליאל ופרופ' נורית ירמיה</b>	3 42	<b>מן המזיכרות</b> <b>ד"ר נועה ברק</b>
<b>ספרי אבחנה חדשים</b> <b>צחי נטר</b>	4 54	<b>חדשנות החטיבות</b> <b>התפתחותית, שיקומית, חינוכית</b>
<b>האם אפשר? הצעה לדין</b> <b>ד"ר דינה פלייסיג ופרופ' דן זכאי</b>	6 56	<b>דבר הפסיכולוגיה הארץית במרחב הבריאות</b> <b>גב' ימימה גולדברג</b>
<b>שנתיים למלחמה לבנון השנה, תיאור פרויקט טיפול רוחב התקף, ילדים הסובלים מחרדות בחיפה. טיפול ורגש בילדים מתוך גישה קהילתית</b> <b>ד"ר דרור אורן</b>	7 64	<b>פינת המתמחה</b> <b>גיל סוזן</b>
<b>ספרים, רباتי, ספרים</b> <b>חידושים על המדף, ספרים חשובים / כדאי / אפשר לקרוא</b> <b>ד"ר יוכי בן-נון</b>	8 70	<b>דיווח על שותפות הפסיכולוגים בМОעצה להורות</b> <b>אירים ברנט</b>
<b>פינת יעוץ מס</b> <b>ח"ח אחת דן, ראה-החשבון של הפ"י, משדר היא-החשבון ספק, דין ושות'</b>	14 72	<b>אימהות וילדיהם מדברים על וgements: חלון אל ה"בטיס"</b> <b>הבטוח" הפסיכולוגיה</b> <b>פרופ' דוד אופנהיים וד"ר נינה קורן-קריא</b>
<b>מושלchnerה של ועדת האתיקה</b>	22 73	<b>התפתחות "יצוגי העצמי של ילדים: הקשר למאפיינים בשיח אוטוביוגרפי עם אמהותיהם</b> <b>אורית רזי</b>
<b>עצמאות ועצמיות: הורים, ילדים וההתפתחותה של אוטונומיה בגיל הרך</b> <b>ד"ר דנה ארהרד-ויס</b>	28 74	
<b>מודעות: דרישים / קליניקות להשכלה</b>	75	

## סקר צרכים להשתלמות מתקצועיות

בימים אלו אנו מנסים לבחון ולזהות את צרכיהם של אנשי המקצוע באשר להשתלמות מתקצועיות, על מנת לבנות את תכנית ההשתלמות הקתובה. אנו מזמינים אתכם (חברי כל החטיבות) להשתתף בסקר קצר, נוח ואנוניימי באינטרנט בנושא,  
<http://www.misterpoll.com/polls/348496>

למעוניינים לעין בתוצאות הממצברות של הסקר:

<http://www.misterpoll.com/polls/348496/results>

**דעתכם חינונית לנו!**

רעינות, העורת והארות יתקבלו בברכה (ניתן להעביר מייל באמצעות מזכירות הפ"י).

אבי סיסה – י"ר החטיבה הקלינית

ד"ר אודי בונשטיין – נציג החטיבה הקלינית בוועד המרכז

## דבר המערכת

### שלום חברים,

הקיים כבר כאן, ועמו חוברת נוספת. היא מוקדשת הפעם לתחום הפסיכולוגיה הפתוחות – תחום מתקדם ומפתחת. ענף זה של הפסיכולוגיה עבר שניםים רבים בעשורים הבאים מושגים (כמו מבחן תיאוריות חדשות, שהפכו מושגים לכל הפסיכולוגיה (כגון תורת ההיקשרות), כל אבחון חדש (כמו מבחן בייל 3 לtinytot), ושני ספרי אבחנות פורסמו, שהם ייחודיים לגיל הרך (3-D-Co-D ו-ה-L). כל אלה, מייצגים מהפרק בחשיבה האבחונית לגבי טווח גלאים זה. במקביל המאמרים שבחוברת, השתרד לנו להציג את מגוון החידושים ותחומי המחקר, מן האקדמיה ועד השדה. אנו ממלים לכם קריאה מהנה, קץ קל וחופשה נעימה. נפגש שוב עם בוא הסתיו.

### המערכת

**יוני בן-נון ♦ צילה טנא ♦ נחמה רפאלி ♦ אבי שרות ♦**

## פסיכו-אקטואליה רבעון הסטודית הפסיכולוגים בישראל

**טל:** 03-5239393

**fax:** 03-5230763

**ת"ד:** 11497 תל-אביב 61114

**דוא"ל:** psycho@zahav.net.il

### חברי המערכת:

**יוני בן-נון:**

טלפון העבודה: 09-7472745, בית: 09-7718307

**ז'בנן@netvision.net.il**

**צילה טנא:**

טלפון נייד: 09-95667195, טלפקס: 054-7933195

**tene\_a@macam.ac.il**

**נחמה רפאלி:**

טלפון נייד: 054-3976394

**nechamaraph@gmail.com**

**אבי שרות:**

טלפקס: בית: 03-9664235

**saroff@hotmail.com**

המודעות המתפרסמות בעיתון "פסיכו-אקטואליה" הן באחריות המפרסמים בלבד. מערכת העיתון אינה אחראית בכל צורה שהיא לתכנים המפרסמים.

## על המערכת

### לחברי הפ"י שלום רב,

אנו עומדים לפני חופשת הקיץ וכמו שודיעתי בಗליון הקודם, הוועד המרכזי הקדיש מאמצים בשנה הנוכחית לפיתוח והרחבה של פעילות הפ"י.

במסגרת פעולותינו, שכרנו את שירותה של אסטר יגאר. רצ"ב איגרת ממנה.

ובכם לא שמעתם אתשמי עד כה لكن הרשו לי להציג את עצמי,שמי אסטר יגאר ואני מנהלת הפרויקטם של הפ"י. נשכحت לסייע להפ"י להביא לידי מימוש חזון של צמיחה והפתחות. כמובן שהחזון לא מונח על כתפי בלבד, כל חברי הוועד המנהל בהפ"י ומתמדבים רבים החברים בהפ"י נתרמים לעשייה הולכת וגדלה מיום ליום.

בימים אלו אנחנו עובדים על מספר פרויקטים:

**קורס ניהול עסק קטן:** הקורס נבנה במיעוד עבורם, הפסיכולוגים המנהלים קליניקה פרטיט לבן או בשיתוף פסיכולוגים נוספים. קורס ראשון יפתח במהלך הקיץ בירושלים ויכלול שישה מפגשים.

**ימי החרות לסטודנטים:** מיי עיון בהם אנשי הפ"י יצאו בפני סטודנטים לתואר שני את האופציונות העומדות בפניהם בהמשך הדרך. התמחויות, מילוגות, הזכות זכויות במקצוע ו עוד.

**פרויקט קליני שדרות:** מספר פסיכולוגים קליניים המתמודדו לטפל במספר מטופלים בפסיכוטריאומיה בשדרות. הפסיכולוגים מגעים במספר פעומים לשוב ומעניקים סיוע קצר טוויה (מספר שבועות עד חודשים) למטופלים קבועים. רישימת המתמודנה של נגאי טראומה

בשדרות ארוכה והצורך במטופלים עצום, אתם עדיין מוזמנים להתמודד. **פרויקט ארגוני שדרות והסבירה:** בשיתוף מרכז מעברים בשער הנגב ובאזור ד"ר הדסה ליטמן עובדיה מהמרכז האוניברסיטאי באրיאל, נרכמה קבוצה גודלה של מס' מילוי תואר שני מאריאל להנחות סדראות למנהל מפעלים וארגונים לאחרו שסובל ממחלת לא רק ביחסנות כי אם גם כלכלית. המתמודדים ינחו בחודשים הקרובים סדראות שניתנו כלים ארגוניים לאנשי תעשייה באחרו. אנחנו עדיין מוחפשים מתמודד/ת מהחטיבה הארגונית שינה את המתמודדים בכנות הסדראות.

**בנייה אתר:** לאחרונה נבחרה חברת בניין אתרים שתבנה אתר חדש להפ"י. תחת הנהתייתו ובעזרת אודי בוננסטיין נבנו פרטיטים חדשים לאתר ואנו מקווים שהאתר החדש יהיה בביתו יוסטואלי ככלנו.

**כנס מדעי:** מסורת ארוכת ימים שהופסקה מtauורות בימים אלו. אנחנו עוסקים על הפסקת כנס מדעי שיתקיים בכהלך 2009. עוד על הכנס בגלגולות הקוראים.

**צוות תקשורת:** לאחר תקופה ארוכה בה קולה של הפסיכולוגיה לא קיבל את המיקום הרואיו לו הקמנו צוות תקשורת בהפ"י. רביםنعم לאתגר ולאחרונה התחלנו להופיע יותר ויותר באמצעות התקשורות, אך בתארחות בפורומים אינטראקטיביים והבטוליזיה. צוות התקשורות שמאלו למטירה לקדם את הבנה ביצורו של מהי פסיכולוגיה, אלו גוונים קיימים בה וכי札א אפשר להסתיע בטיפול במצבים שונים.

בנימה אישית אוסף שהעשה העומדת לפניינו היא הרבה וחשובה. לא רק לרוחות המטיפים כי אם לפחות מאות אלפי מטופלים בעבר ובווהו, שאקיות חייהם תלויה באיכות המטופלים ורוחותם. לשם כך אנו שואפים לתת לכם המטיפים את מירב הכלים להם את זיהוקים. כל רעיון לפרויקט או יוזמה של כל חבר בהפ"י יתקבל ברברכה, אתם מוזמנים לשולח אליו מייל עם בקשה לפרויקטים, להתמודdot או רישום לכל פרויקט.

**בברכה,**

**אסטר יגאר**

yadgare@gmail.com

עדכונים נוספים יבואו ברבעון הבא.

**בברכת קץ נעים לכלום  
ד"ר נועה ברן**



## דבר החטיבה החינוכית

### לחברים רוב שלומות,

אסיפות הפ"י השנתית התקיימה בחודש שuber ולחטיבה שלם הוציא להגיש את הרצאה המרכזית בנושא שהוא בתחום עיסוקינו והתמחותו. פניתי לחברתנו הוותיקה, ד"ר עפרה פיברג, שהייתה מנהלת שפ"ח הרצליה והפסיכולוגית של מוחז ת"א ושלאחרונה קיבלת את תואר הד"ר, להציג את עבודת המחקר שלה לקלבת הנושא "הפסיכולוגיה החינוכי כמניע תהילכים רגשיים ומוטיבציוניים בנושא אוניברסיטאות ב-ג'רוזן. היא נעמה בראצון רב והציג הרצאה הtoutaur מאוניברסיטאות ב-ג'רוזן. מוחז ת"א מושג ששל מורים ותלמידים במערכת הבית-ספרית". עפרה הציגה מודל התערבות מערכית בבי"ס שהביא להגברת המעורבות, המחייבות והמוסביבציה של מורים ותלמידים בתפקודם בבי"ס. היה בהרצאה גם מההמשגה והבנה של חלק מרכזי בעבודתנו השופטת, ועוד שניtan לישם בקלות יחסית בשיטה. הצעירתי שיוור מוחברים לא נכח ולא נחשפו לדברים. אני מנצלת הזדמנות זו להודות שוב לעפרה על הרצאתה המענית.

החודש נושא גמול השתלים יכנס להילוך גבוה ומהיר יותר. זאת לאחר שחברים סיימו את המשימות המליציות של סוף שנה"ל (אבחונים, עדות ועוד עדות) ויתפנו להסתער על הבדיקות המוכיחות לטיפולழזר. הסמינר השנתי יתקיים גם השנה בטבריה בין התאריכים 08/08-4/08-12/08. קדם סמינר יתקיים ב-08/12/08-30/11/08. ועד החטיבה כבר החל בהכנות לסמינר, ואנו מזמינים חברים המעורבים להנחות סדנא לפנות אליהם בהקדם. נשמה לדין בכל הצעה.

ולסיום, אנו שולחים מעל דפי העיתון את ברכותינו החמות לשפ"ח ת"א-יפו אשר "פרץ דרר" בעבודתו עם הקהילה ועם אוכלוסיות וב-תרבויות וארץ זכה על כך להזקורה ולשבח הון של המעסיק – הרשות המקומית, והן של הלוקחות – מkeletal השירותים. ברכות למישה אלו, דינה קוזור וצוות תחתנת יפו, על קבלת פרס "אתגר לאיכות ולמצוינות" של עיריית ת"א-יפו, ולצילה טנא מנהלת תחנת "שלם" על קבלת "אות החינוך והקהילה" של שכונת התקווה בת"א.

ברכות להיז קל, שקט וניצולו למלוי המצברים לשנה"ל הבאה. חופשה נעימה ממועד החטיבה,

**ציפי חייקין**

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית

## דבר החטיבה התפתחותית

### לחברי החטיבה התפתחותית שלום,

ימי הקיץ הגיעו ונכננו כבר מועדות לשנה הבאה. אנחנו כבר מתכנים את יום העיון, השתלמות וכמובן את הכנסת. לשם כך אנו זוקרים מאוד לעורתכם. נשמה לקבל רעינות, נשאים ששות של מורים ששמעתם והייתם רצים לשם שוב. ובנושא אחר – שיתוף בין ועד החטיבה לבין הוועדה המקצועית, הביא להכנה של קורס פסיכו-דייגנוגטיקה אשר יפתח בקרוב מיועד למתחמים הזוקרים להשלמות. בימים אלו ממש נshallim מכתבים למקומות ההתמחות. أنا מהרו להירשם!!.

עוד היינו רצים לשתף אתכם, בפגישה שהתקיימה בין פסיכולוגים ראשיים בקופה חולים כללית והolidה יוזמה מבוצקת למפגשים בין עמיתים. הרעיון הוא להיפגש, לדון ולהתיעץ. בימים הקרובים ישלו לפסיכולוגים העובדים בקופה חולים כללית מועדים. DAOIL לפניות: GERTNER.SMADAR@GMAIL.COM

### סదור גרטנר

### ועד החטיבה התפתחותית

## דבר החטיבה השיקומית

### שלום,

הפ"י מוחשת נציג למועדון לשיקום נכי נפש בקהילה. המועצה כוללת נציגים של משרד הבריאות, הפסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, הורים ועוד. הבסיס החדש הינו התchingות למפגשים חדשניים, אך יש אפשרות לפעולות נמרצת יותר בפרויקטים שוטפים. הייתה שמודובר על יציג של מקטז הפסיכולוגים בתחום השיקום, מעורבות פעולה בפורות המועצה יכולה לשיער רבות בהנחתת והקילה הפסיכיאטר-שיקומית במורבב הציורי. לצורך ההשתתפות נדרש מומחה בתחום, שהינו חבר הפ"י. ההשתתפות היא בתנדבות. פרטים ניתן ליצור קשר עם משרד הפ"י או לפנות אליו ישירות במייל: obar@mta.ac.il.

למעט זה, שיהה קיז נעים וקל. נזהר להפעיל את הנירונים אחרי החום הגדול.

**ברוכה,**

**דר' אור ברק,**

**נציג החטיבה השיקומית בוועד המרכזי**

**www.psychology.org.il**

# פסיכולוגיה משפטית Forensic Psychology

## לימודים תעודה

ריכוז אקדמי: ד"ר רבקה רייכר-עתיד, ד"ר גבי ויל

תוכנית ללימודים ייחודית לפסיכולוגים  
בתחומי הפסיכולוגיה המשפטית  
נפתחה באקדמיה תל-אביב-יפו.

הסטודנטים עוסקים בהתערבות הפסיכולוגית בהקשר המשפטי,  
הכוללת אבחון, מתן חוות דעת והפעעה בבתי משפט.

במהלך הלימודים ירכשו הפסיכולוגים ידע ומומנויות בתחום:  
האтика, המשפט, פילוסופיה של המוסר וקרמינולוגיה.

בתום הלימודים תוענק למשתתפים דיפלומה.

התוכנית קיבלה את ברכת  
הסטדרות הפסיכולוגים בישראל.

תחילת הלימודים: 08.11.08  
משך הלימודים: שנתיים על-פni 5 סימסטרים  
מספר מקומות מוגבל



לפרטים נוספים ולהרשמה: 03-666088-30 | [www.mta.ac.il](http://www.mta.ac.il)

# משלוחה של הפסיכולוגיה הארץית במשרד הבריאות גב' ימימה גולדברג

לציבור הפסיכולוגים שלום ובר

ברצוני לעדכן אתכם במספר נושאים בהם אתם מטפלים.

בימים אלו אנו שוקדים על עדכון הנהלים והצעות לתיקוני חקיקה, שיאדרו בצורה יותר את הדרישות האקדמיות לרשום בפנקס הפסיכולוגים למי שיימכו למדודם בארץ או בחו"ל. אנו סבורים שהזאת נושא קריטי, שכן למועדם הקרוב אקדמיית הינה הרף היחיד הקובע את הזכאות לקבלת רישיון פסיכולוג. זאת, בשונה מבני מקצוע אחרים אצלם הרישון לעסוק במקצועו ניתן ע"ש בחינות.

נשא נספַח הוא העיסוק בטיפול נפשי, לבני מקצוע שאינם נמנים על בעלי המקצועות המקצועיים שעיסוקם בטיפול נפשי. עקב פיתוח של טכניקות טיפוליות חדשות, עקב רצונם של בעלי מקצוע שונים ונוסףם לעסוק בטיפול נפשי (מרפאים בעיסוק, סייעוד וכיו"ב) ועקב פתיחת מסגרות הכשרה רבות הקולות כל מי שמתפקיד על דלותויהן וגם קולותם בעלי מקצוע שלא עוסקו בנושא זה בעבר, נראה שיש לדקדם חקיקה בנושא שתסדיר את העיסוק בטיפול נפשי ואת בעלי המקצוע הרשאים לעסוק בתחום זה.

לסיום, אנו שוקדים על עידכון, הרחבה ושדרוג של אתר האינטראנט של הפסיכולוגיה במשרד הבריאות, כך שיינתן מענה מקיף להלצות הפסיכולוגים (בכירים, מומחים ומתחממים) והן לציבור הרחב. התקשרות והדיאלוג בין פסיכולוגים לבין עצםם, ובינם לבין הרשות והציבור הינו נשא ראשון במעלה מבחינת חשיבותו ואנו מקיימים כי האתר יתרום את חלקו.

יש עוד נושאים רבים העומדים על סדר היום שלנו, אך נשאיר את עדכונם למועד הבא של הגילון.

אני מנצלת הזדמנות זו לאחל לככלנו קץ נסבל, חופשנות נעימות, מילוי מצברים ע"מ שנחזר רעננים לקרה השנה הבאה.

ברכה

ימימה גולדברג

פסיכולוגיה ארצית ומנהלת פנקס הפסיכולוגים

## פִּיבָּת הַמְּתֻמָּה

פינה זו שמה לה למטרה להביא בכל גילוון את חווית ההתמכחות של מתמחה אחר/ת ( מכל תחומי ההתמחויות בפסיכולוגיה), על מנת לאפשר הצצה חוטפה בקשימים, ההתחבויות, האתגרים, והדילמות האתניות, עימם מתמודדים מתמחים בעבודתם בקוו החזית של שדה הפסיכולוגיה.

**מאთ: גיל סוזין / מתמחה בפסיכולוגיה שיקומית במרכז שפיר לשיקום נפגעים ראש**

התמחותי החלה ביומה הראשון של השנה האזרחית. יממה לפני כן, חזרנו ארצת מחופשה מתקתקה בפריז. עת המRIA המתומות ועדב את אדמות צraft, הבנתי שני עשו את דרכי לארץ לא נודעת.

המוחירה המסתורת נתנה לי את המפתח למשחה, בחדרת קושש עשיתי את צעד' האראשונים בפוזדור האורך. המגע נקש פעמיים והדלת נפתחה. משדר גיל, ארבעה קירות לבנים עם תמכנות שאין של', שלוחן עבודה וועלוי מחשב מעט מישון, טלפון לחיצנים ובפינה חבו תנו סלילים. במרקם החדר עוד שלוחה, קטן ונכוך, מכוסה במפה לבנה, עליה מונחים עציץ קטן וחבית טישין. משני צידי השולחן – כסאות! דמיינתי בראשי את המילים מוחופות מכסא לכיסא, כמו לך פרפרים.

בשעות הבוקר, הייתי עסוק מילוי טפסים, שיחות הכרות, הרכבת מערכת שעות, ניקוי החדר, בניית טבלאות נתונים ב-excel וכו'. לקרأت הצהרים לא נותר לי אלא לקרוא את התיק של המטופל הראשון. ניגשתי למזכירות, פתחתי את מגירת התיקים ושלפתי... המכון מילים, מילים זה טוב, מילים מנוחות, מילים כמו: "Post Concussion", "Right Hemiparesis" "Amnesia", "Aphasia", "Hemorrhage". אם זכרת את זה, אני יודע מה זה אומר! אבל "Factitious" ? "Organic Depression" ? "General Anxiety Disorder" ? מה עושים עם זה?

אחר הצהרים הוא נכנס – שמנמן, חיכן, לא מגולח, קצת צולע וידו השמאלית רפואה. המילים הכוויה לי על הלשון, הפקתן מעולם לא הייתה כה בתולית ומקרטעת. לו היו מוחברים אותו הרגע ל- FMRI, מרכזי הדיבור במוחיו היוDOI הופכים את השدة המוגנת של המקשר. הפגישה הסתתרה, אך האם היה מפגש? האם אני פסיכולוג? האם הייתה מובן? למה אני כל כך מרוכז עבצמי? האם התקשתי לו? האם הריגש בnoch? ומה אני מרגיש שהוא לתקוע את האצבע בשטך הקרוב? זה שלו? זה שלו? מה קורה?

בסוף היום, לקחתתי את התיק שלי, יצאתי מהמשרד ונעלמתי את הדלת. התחששה הייתה של עצבות מתוחה, מין לאות שיש בה גם ציפייה. בדרך החוצה פגשתי את אחד מעמידתי. "נו, איך עבר?" באנטואטיביות עניתי "בсадר, סבבה", האמת שלא היה לו קצה קצחו של מושג.

\*מתמחים מכל החטיבות המעוניינים לכתוב או להגיב על חוות ההתמכחות שלהם, נא לכתוב לאוון להק באמצעות: olahak@012.net.il

# דיון על שותפות הפסיכולוגים בmoועצה להורות

- \* ד"ר תמר ארכ השתפה בגיבוש נייר העמדה על צרכיהם של ההורים בישראל, נייר שהוצע במגילת יסוד עמדות המלצות, בוועדת ירושלים להורות.
- \* הייעץ המשפטי של הפ"י הציע לעזרו בייעוץ לגבי נושאים משפטיים של המועצה.
- \* ד"ר רננה לוקס מייצגת את הפ"י בוועדה בנושא הורים-חברה במעבר תרבותי.
- \* ד"ר תמר ארץ מייצגת את הפ"י בוועדה לנושא הורים-מדינה. במסגרת זו דנים בניסוח תפקידי ההורם – חובותיהם וזכויותיהם, וכך הדרינה מצופה לעזרו במימוש תפקידי ההורה. ניסוחו של נייר עמדה זה מהווה השלהה לניסוח מגילת היסוד של המועצה והכוונה היא שהוא יהווה בסיס לקידום מימוש זכויותיו של ההורה בישראל באמצעות חוקיקה ובשיתוף רשותות וגורמים כלכליים נוספים.
- \* אונכי, איריס ברנט מייצגת את הפ"י בהנהלת המועצה. הנהנה מגבשת כרגע את מעמדה המשפטי של המועצה. כמו כן המועצה מינתה צוותים שונים לפועלות – צוות שיפור בוועדות בכasset, צוות תגובה לאיורים וצוות שוביל את תהליכי השינוי הבאים.

## קול קורא לפסיכולוגים

1. בעקבות השתתפותנו בוועדות השונות, זיהינו צורך שפסיכולוגים נוספים, מתחומי הפסיכולוגיה השונים, יctrפו לפועלות בmoועצה. חסר יציג של הפסיכולוגיה בוועדות העוסקות בהורים בעולם העבודה, הורים לילדיים עם צרכים מיוחדים, הורים ומערכות החינוך.
2. תחום חינוך נוסף הינו כתיבת סקרנות קצרות שייעזרו לנו להציג גישות פסיכולוגיות בוועדות השונות. אנו ממעוניינות להציג את הדעת העדכני והמוסכם וכן סוגיות הנמצאות בעין וליבון כים וההשתמויות היישומיות לעובדים עם הורים. אנו מוקמות שהפסיכולוגים יתרמו מידיעותיהם, ניסיונות, הבנתם את התהילים הרלוונטיים כך שהזדמנויות זו שבה נעשה דבר כה משמעותית בישראל, תרומות הפסיכולוגים תהיה משמעותית ורובה.
3. חומרם כתובים שיישלחו להפ"י נצע לפרסום באתר הבית של הפ"י, חלקם לאנשי המפקזע וחלקם לציבור הרחב.

פסיכולוגים המעוניינים להתנדב שיפנו להפ"י בא-מייל: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il) ויאמרו איזה מהתחומים הללו מעוניין אותם ולאיזה פעולות הם מעוניינים להתנדב.

ברכה,  
AIRIS BRONET  
פסיכולוגית התפתחותית מומחית

**רקע:**  
ההורות הישראלית נמצאת בשנים האחרונות במקודם השיח החברתי, החינוכי והציבורי. כדי שמעוררים בטיפול, טיפול, התערבות וחינוך בתחום ההורם ומשפחה, כולנו מודעים לכך שהורים צריכים חיים ידע, גיבוי וחיזוק. הורים רבים אינם בטוחים בדרכם החינוכית, הם חשים בודדים ומוחלשים בנסיבות השונים של התפקיד ההורי. הם פועלים במצב אלימה וכוחנית, בה הערכיהם האישיים והחברתיים אינם ברורים, מעמדם וסמכותם נחלשים והלאיטימיות שלהם כאחראים וcmsפיעים מוטלת לעיתים קרובות בספק.

## מטרותיה של המועצה להורות בישראל:

כדי לחזק ולהעצים את ההורים בתפקידיהם המשפחתיים והחברתיים הוקמה מועצה ציבורית להורים בישראל. מועצה זו ייעודה לפעול למען ההורם ותഹוו כתובת ובית משותף לכל ההורם ואנשי המפקזע והקהילה הפועלם בנושא ההורם. המועצה הוקמה בשיתוף של ארגונים וגופים מתחומי החינוך והקהילה: מכללות חינוכיות, ועד הורים יישוביים, משרד החינוך, המשרד לביטחון פנים, הרשות למלחמה בסמים, אגודות שונות, ביניהם האגודה לגל הרק, מוכנים שונים להנחיית הורים ועוד.

### מטרות המועצה:

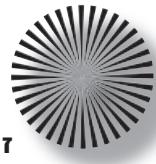
1. להעלות את נושא ההורם על סדר היום הלאומי, הציבורי והחינוך.
2. לפעול לפיתוח מדיניות שתקדם את מעמד ההורם בישראל.
3. לפתח תשתיות חוקיקתיות, ארגוניות ותקציביות לקידום מעמד ההורם בישראל.
4. לקדם את החשיבה והידע בנושאי ההורם ומשפחה.

## קול הפסיכולוגים בmoועצה:

הסתדרות הפסיכולוגים חברה כשותפה פעילה בmoועצה להורות. ד"ר תמר אה, ד"ר רננה לוקס ואונכי מייצגות את ההסתדרות בmoועצה. העובה היא רבה והאפשרויות לעזרה מגוונות. אנו זקוקות לאנשים נוספים שיעצמו את קולם המפקזע של הפסיכולוגים בחשיבה על ההורם ועל כך אפרט בהמשך.

## פעילותינו עד כה:

- \* במרץ 2008, בתחילת הקשר שלנו עם המועצה השתתפנו כمسקיפות בוועדה לזכויות הילד בכנסת שDNA בתקומת המועצה להורות. שם ניתן ברכבת הכנסת לתהילך זה.
- \* באפריל 2008 השתתפנו בהכרזה החגיגית והמרגשת על הקמת המועצה להורות, בתיאטרון ירושלים, אפריל 2008, ב נכחות חברי כנסת שונים וגופים וארגוני רבים המעורבים בתהילך זה.



## חרדות ופחדים נורמליים וחריגיים בילדים ומתבגרים

מרכז אדרל למחקר ■ יונתן קושניר ופרופ' אבי שדה

ההתפתחות  
ופסיכופתולוגיה של  
מבוא  
הילד, החוג לפסיכולוגיה,  
אוניברסיטת ת"א

פחדים וחידות הין תופעות נפוצות בילדים, אולם ברוב המקרים הן נפתרות תוך פרק זמן קצר (Craske, 1997). לעומת זו הobile בעבר, פסיכולוגים רבים למסקנה המוטעית, שלא כדאי להתייחס יותר מייד ברכיניות לתופעות אלו וכטזאה מכך הן קבלו תשומת לב מחקרית מעטה. בעשור האחרון דעה זו השתנתה ומחקרים רבים יותר יותר להראות כי מיעוט משמעותי של ילדים אכן סובלים מראות גבהות של פחדים וחידות ויש צורך לאבחןם כסובלים מהפרעות חרדה. למעשה, מחקרים אפידמיולוגיים הראו שהפרעות חרדה הן בין ההפרעות הפסיכופתולוגיות הנפוצות בקרב ילדים צעירים (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). בנוסף, ישן עדויות המראות כי חלק משמעותית מהפרעות חרדה בילדים יש מסלול כרוני ולמרות שלעיתים הן משנות את צורתן, הן יכולות להימשך עד לבגרות (Biederman et al., 2005).

### הഗדרות של פחד וחרדה

למרות שנעשה שימוש תדיר במונחים של "פחד" ו"חרדה" בצורה חליפית, שני מונחים אלו שונים במשמעותם. המונח הראשון – פחד, מאופיין בעוררות אוטונומית, ובצורות של התנהלות המאפייניות בתגובה של "הלחם או ברח". המונח השני – חרדה, מתאפיין במתה, חשש ודאגה. פחד מתעורר, בעיקר כשהאיכום קרוב מבחינת הזמן והמקום – כאשר הוא ודי או גלו. חרדה לעומת זאת, יכולה להתעורר גם ללא נוכחות של סכנה מיידית. דאגה הינה הדוגמה הסטטוסית של חרדה. כשאדם דאג, הוא עסוק בחשיבה על דברים שליליים שעולים להתרחש. כך שהמונח פחד מתייחס להפרעות פוביות, בעודן מתאפיינות בתגובה רגשית שלילית חסרת פרופורציה לגבי האיום של גריי או מצב מסויים, ואילו המונח של חרדה מתייחס להפרעות חרדה, שמתאפיינות במתה, חשש, דאגה ומצוקה כללית שמתרחשת ללא מקור אובייקטיבי של סכנה.

### פחדים וחרדות נורטטיביים

מחקרים על פחדים נורטטיביים בילדים, הסתמכו בעיקר על שאלונים ש כוללים מגוון רחב של גירויים ומצבים פוטנציאליים מעוררי פחד, כגון R-FSSC\* (Ollendick, 1983). מחקרים שונים שביהם נעשה שימוש בכליה הראו כי בשורת הפחדים הנפוצים בקרב קבועות לא קליניות של ילדים צעירים הם: 1) חוסר יכולת לנשום 2) להיפגע ממכוון או משאית 3) פחד מהתקפת פצצות או מפלישה 4) להישרף 5) נפילת מקום גבוה 6) פוך שנכנס הביתה 7) רעדית אדמה 8) ממות/אנשים מותים 9) מחלות 10) נחשים (Muris, 2007). בגרסאות מעודכנות של כל מחקרי זה שוכילות פחדים ומצבים מעוררי פחד יותר עכשוויים (בית ספר, אלימות, פגימות מיניות, אלימות ביתית, גירוש הורים, התעללות והזנחה), נמצא כי למחרות שרוב הפחדים הנפוצים עדין עוסקים בנושאים של סכנה ונזק, מספר מפרטים הפחד החדשים מדורגים בין עשרת הפחדים הנפוצים ביותר. בנוסף למחקרים אלו, נערךו גם מחקרים שהתמקדו בשיכיות סימפטומים של חרדה בקרב ילדים צעירים. מחקרים אלו מראים כי אף בקרב ילדים צעירים מאוד, סימפטומים של חרדה הם מאוד שכיחים. למשל, מחקרים מראים כי פחדי לילה, חלומות מפחדים וסיטוטים, סימפטומים פיזיולוגיים הקשורים לחרדה, הפרעת פאניקה, וטכדים טורדניים כפיזיתים הינם מאוד שכיחים בקרב ילדים צעירים (Muris, 2007). ממצאים אלו מוכיחים את המסקנה שפחדים וחרדות הינם חלק מההתפתחות הנורמלית של ילדים.



Anxiety by Thaddeus Carl

\*Survey Schedule for Children

## **דפוסים התפתחותיים של פחדים וחרדות**

במחקר שבחן את שכיחותם של פחדים, דאגות וחולומות מפחדים בקרב ילדים בין הגילאים 4-12, נמצא דפוס התפתחותי של חולומות מפחדים ופחדים (Muris, Kindt, Bogels, & Merckelbach, 2000). במחקר נמצא כי חולומות מפחדים ופחדים יותר בגילאי 4-6, ואז תדירותם ידה בקרב בני 10-12. הדפוס ההתפתחותי של דאגה היה שונה מດפוס הפחד. תופעה זו הייתה באופן ברור שכיהה יותר בקרב גילאים גדולים יותר (גילאי 7-12) מאשר בקרב אחים צעירים. באשר לתדרותם של סוגים פחד ספציפיים, נמצא מספר דפוסים התפתחותיים. למשל, השכיחות של פחדים וחולומות מפחדים המתיחסים לצורים דמיוניים פחתה עם הגיל, אולם דאגה לגבי ביצוע בבית ספר עלתה ככל שהילדים היו מבוגרים יותר.

במחקר נוסף נמצאו הבדלים הרתפתחותיים בביטויים של סימפטומים של חרדה בקרב ילדים ובهم סימפטומים של חרדת פרידה, הפרעת חרדה מוככלת ופוביה חברתית (Weems & Costa, 2005). התוצאות הראו כי חרדת פרידה הייתה שכיהה יותר בגילאי 6-9, אך ידה באופן קבוע עם הגיל. הדפוס ההפוך נמצא לסימפטומים של הפרעת חרדה מוככלת ופוביה חברתית, שהוא יחסית לא נפוצים בקרב הגילאים הצעירים אולם שכיחותם עלתה בגל ההתגברות.

## **פחדים, חרדות, התפתחות קוגניטיבית והבדלים בין המינים**

מחקרדים מראים כי לפחדים וחרדות יש מסלול צפיו והנחה היא כי גורם חשוב בהקשר זה הינו התפתחות היכלות הקוגניטיביות. דבר זה אינו מפתיע מכיוון שפחדים וחרדות נובעים מאיומים, ואויומים צריכים להיות מושגים. המשגה, בתווה, תליה באופן קרייטי ביכולות קוגניטיביות וקונקרטיים (למשל, קולות חזקים, איבוד תמייה פיסית) וכשהיכלות הקוגניטיביות מגיעה לרמת הבשלה מסוימת, פחדים וחרדות נהנים מתחזכים יותר. למשל, בגין 9 חודשים ילדים לומדים להבחין בין פרצופים מוכרים ולא מוכרים וכותזאה מכך מופיעות חרדת פרידה ופחד מזרם. לאחר מכן מתחממים פחדים מיצורים דמיוניים, וההשערה היא כי תופעה זו קשורה לחשיבה מאגיות של פעוטות. בנוסף, גם פחד מהיות מתפתח בשלה זה והנחה היא כי ההתפתחות של פחדים אלו קשורה באופן פונקציונלי יכולת התנווה המוגברת של הילד וחיקרתו של העולם החיצוני. מגיל 7 ואילך, ילדים יכולים להסיק באופן גובר על יחסים פיזיים של סבה וטצאה וلتצאות שליליות אפשריות. שינויים קוגניטיביים אלה מרחיבים את הטוווח של גירויים מעוררי פחד ומගברים את הביטויים הקוגניטיביים יותר של חרדה (דאגה). לsicום, במהלך חייהם, ילדים נתקלים במגוון רחב של נושאים התפתחותיים שאוטם הם צריכים לפתור. דבר זה יקבע במידה ובה את התוכן של פחדיהם וחרודותיהם.

בנות מגיניות רמות גבוהות יותר של פחדים וחרדות מאשר בניים. כאשר בוחנים נושא זה בעזרת שאלוני דיווח עצמי, ראיות להבדלים אלו מצויות בשפע, ובכל הגילאים. לא ברור האם ההבדל נובע מכך שבנות הן אכן חרדות יותר, או שההבדל נובע מנוכנות גבוהה יותר של הבנות לדוחות על פחדים וחרדות. יש לציין כי כשההורים מדרשים לדור סימפטומים אלו, ההבדל פחות ברור. למשל, במחקר בו השתתפו על דיווחי ילדים, נמצאו הבדלים משמעותיים בין הבנים לבנות ברמות הפחד והחרדה. אולם כשהשתמשו בדיווחי ההורים, נמצא השפעהimin רק על רמת הפחדים ולא על רמת החרדה (Muris, Meesters, & Knoops, 2005). הסבר אפשרי הוא, שקל יותר להבחן בסימפטומים של פחד מאשר חרדה. לעומת זאת, להורים קל יותר לראותם כשליהם מפחדים, אולם סימפטומים של חרדה, כגון דאגה ורגשות גופניות יכולים להישאר בחובים כשהילד אינו מדווח עליהם.

## **החשיבות של פחדים וחרדות בילדות**

כפי שהוזכר, פחדים וחרדות הינם תופעות נפוצות בקרב ילדים ותתגברם רבים. אולם, ישנים ממצאים המציגים את הנזקודה כי הסימפטומים של חרדות ופחדים בילדות, הם לעתים רבתם חמורים במידה כזו שהם מטרידים, גורמים למצוקה ומתבטאים במחשבות שליליות והתנהגיות הימנעתיות (McCathie & Spence, 1991). במחקר נמצא כי מרבית הילדים (מעל 60%) דיווחו שפחדיהם הפריעו במידה ניכרת לפעילויות היום-יום. בנוסף, בקרב אוכלוסיות לא





קליניות של צעירים, סימפטומים של פחדים וחרדות מלווים בرمות גבוהות של דיכאון, קשיים בביסוס יחסיים חברתיים ורומנטיים, ליקויים רגשיים, ליקויים בתפקוד בית-ספרי ובמקרים מסוימים גם בשימוש באלכוהול (Muris, 2007). למרות שבSTRUCTIONS היתה נטיה לתאר פחדים וחרדות בילדות באופן מתון ולא באופן פתולוגי, מחקרים מסוגים מדגימים כי ישן לפחות תשתת קבוצות של ילדים המראות הפרעות חרדה ופוביות משמעותיות, שלא רק שמספריות לתפקוד בהווה אלא גם עלילות להוות השפעה שלילית עתידית (Vignoli, Croity-Belz, Chapelard, de Fillipis, & Garcia, 2005).

### **חרדות ופחדים חריגים בילדים ומתבגרים**

חרדות ופחדים חריגים בילדים ומתבגרים בדרך כלל מופיעים במנוחים של הפרעות חרדה ופוביות כפי שמוגדר ב-DSM-IV-TR. למרות השונות בשיכחותן של הפרעות חרדה ספציפיות שנעות בין 2% ל-27%, באופן כללי, הפרעות של פחדים וחרדות הן בין הביעות הפסיכולוגיות הנפוצות ביותר בילדים ומתבגרים (Costello, Egger, & Angold, 2004). פוביות ספציפיות, פobia חברתיות, הפרעת חרדה מוכבלת וחרדת פרידה הן הנפוצות ביותר, בשיכחות נמוכה יותר נמצאות אגרופוביה והפרעה פסוט-טריאומתית ולבסוף היכי פחות שכיחות הן הפרעות אנינקיה והפרעה טורדנית-כפייתית. נמצא כי רק שכיחותן של הפרעות מהספקטרום של הפרעות התנהגות, כגון הפרעת קשב וריכוז והפרעת התנהגות מתנגדת-מטרישה, היא גבוהה יותר.

### **הבדלים בין המינים בהפרעות חרדה בילדים**

בדומה לסימפטומים של פחדים וחרדה, שכיחותן של פוביות והפרעות חרדה אחרות בקרב בניות היא גבוהה יותר, מאשר שכיחותן בקרב בניים (Craske, 2003). למשל, מחקר הראה כי עד גיל 16, 12.1% מהבנות סבלו מהפרעת חרדה לעומת 7.7% אחוז מהבנים (Costello et al., 2004). לבנות יש סיכוי גבוה פי שניים לפחות הפרעת חרדה, יחסית לסיכוים של בניים (2003, „e.). לבנות יש סיכוי גבוה פי שניים לפחות הפרעת חרדה, יחסית לסיכוים של בניים (Costello et al., 2004), ואולם סיכויים אלו משתנים מהפרעה אחת לאחרת. נמצא כי בנות סובלות יותר מבנים מפוביות ספציפיות, חרדת פרידה והפרעת חרדה מוכבלת, בעוד שגברים ההפרעה של פobia חברתיות והפרעה טורדנית כפייתית קיימים מעט, אם בכלל, הבדלים בין המינים (Craske, 2003).

באופן מעניין, מחקרים הראו כי שיעור הסיכון המצטברים להפרעות חרדה לבנים ובנות מתחילה להסתעף כבר בגיל 6.

### **מהלך חרדות חריגות בילדים צעירים**

ישנן עדויות המראות כי פוביות והפרעות חרדה נוספת הינן תופעות חולפות אצל רוב הילדים והמתבגרים. אולם, בקרב תת קבוצה של ילדים צעירים, ביטויים פתולוגיים אלו של פחדים וחרדות הופכים לכرونיים וגורמים לביעות משמעותיות, המקשות על התפקוד היום-יום במשך שנים. למרות שליעותם הם יכולות לשנות את צורתן, הם עלולים אף להמשר לבגרות (Biederman et al., 2005). למשל, במחקר נמצא כי לרוב האנשים שסבלו מהפרעת חרדה בגיל 21, היו הפרעות חרדה כבר בגיל צעריו יותר (Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva, & Stanton, 1996). במחקר נוסף נמצא, כי למתבגרים שסבלו מהפרעות חרדה היה סיכון מוגבר פי 2-3 לסבול מהפרעת חרדה בוגרות. כמשמעותם את תוצאותיהם של מחקרים אלו ומספר מחקרים נוספים, ניתן להסיק כי בעוד שהפרעות חרדה ניתנות לשינוי במשך הזמן, נראה כי הן הופכות ליותר ויותר יציבות לתקראת סוף תהליכי ההתבגרות ונמשכות אף לתוך הבגרות (Muris, 2007).

### **חומרה ותחלואה כפולה של הפרעות חרדה בילדים**

למרות שברור שעיל-פי הגדרתן הפרעות חרדה קשורות בהפרעה משמעותית בתפקוד היום יום, מחקרים הבוחנים את החומרה של הפרעות חרדה בקרב צעירים, מצינים ששוגג זה של הפרעות פסיאטריות קשותות בליקויים קליניים משמעותיים. למשל במחקר נמצא שאחוז ממשמעותי מקרב הצעירים שסובלים מהפרעות חרדה פנו לקבלת טיפול בבעיותיהם (29.5%), השתמשו בתרומות פסיאטריות (9.9%), או שפזו במשך השנה האחרונות בבית חולים כתוצאה

מהסימפטומים (4.2%) ואף עשו ניסיון אובדן (7.2%) (Newman et al., 1996). עדויות אלו מציעות שאכן הפרעות אלו מושקפות בעיות חמורות שמהן סובלים צעירים. מחקרים נוספים הראו כי להפרעות חרדה יש השפעה על הישגים לימודיים, איכות החיים ותפקוד גופני. לבסוף, מחקרים מראים כי ישנו אחוזים גבוהים של תחלואה כפולה בין פוביות בילדות לבין הפרעות חרדה נוספות בין הפרעות חרדה לבין הפרעות פסיכיאטריות נוספות, במיוחד עם דיכאון (Muris, 2007).

### **פגיעה גנטית**

חלק מהילדים והמתבגרים הם בעלי פגיעות גדולה יותר וכן בעלי סיכון מגבר לפתח פוביות והפרעות חרדה נוספות. מחקרים הראו כי ניתן לשיר בערך כשליש מהשינויים בביוטיים נורמלאים או חריגים של פחדים וחידושים למרכיב הגנטי. בספרות מתאורים מספר גורמים גנטיים של פגיעות, שהחלקים תפקידי חשוב בתפתחות מגוון רחב ולא ספציפי של הפרעות חרדה. למשל, גורם של דיכוי התנהגותי (Behavioral Inhibition), שמוסדר כנטיה מולדת להיות עצור, מפוזר ובישן, בנוכחות אנשים שאין מוכרים ולהגביל בריסון, זהירות ואף לסגת במצבים או בנוכחות אובייקטים חדשים. גורמים נוספים מושפעים לפחות לפגיעות להפרעות חרדה ספציפיות, למשל ריגשות לגועל, שנקשר לפגיעות לסוגים מסוימים של פוביות. הליכים ביולוגיים גם כן מזוכים קרלוונטיים בהקשר של הפרעות חרדה בילדות. הליכים אלו מעורבים בעיקר יותר של אזורים מוחיים תחת-קורטיקליים, בעיקר למביבים, שmagvirim את רגשות הילדים לפחד וחרדה.

המחקר ההתנהגותי-גנטי מראה באופן ברור כי מעבר לתורשה, גם לגורמים סביבתיים יש תפקידי חשוב בתפתחות של חרדה פתולוגית של ילדים צעירים.

### **השפעות סביבתיות**

גורמים סביבתיים תורמים רבות להתפתחותם של פחדים וחידושים בקרב ילדים צעירים. גורמים סביבתיים אלו כוללים לא רק גורמים כגון לחץ של האם לפני הלידה, אירועים טראומטיים, אירועי חיים שליליים וחוויות שליליות מותננות, אלא גם הליכי למידה עדינים יותר שמבוססים על מידע שלילי שלילדים ומתרגשים ממקבילים לגבי אירועים וOccurrences מגוונים (Field, 2006).

סבירו, שמיידע שלילי לא יהווה מספיק בדרך כלל, כדי ליצור רמות פתולוגיות של פחד וחרדה, אך יש להניח, כי במידע זה מסייע ומගביר הליכי רכישה של פחד מאחרים יותר. בנוסף, נראה כי מספר גורמים משפחתיים ממשחקים תפקידם בהיווצרות של הפרעות חרדה פתולוגיות בילדות, כולל מודלים הוריים, היקשרות לא בטוחה וההתנהגויות גידול הרוויות שליליות. לבסוף, ישן מספר עדויות המצביעות על כך, שלגורמים תרבותיים ישנה גם השפעה במידה מסוימת להתפתחותם של פחדים וחידושים. בהקשר זה, שנים מחקרים המראים כי בעשורים האחרונים חלה נטיה לעלייה ברכמות החרדה של ילדים (Twenge, 2000). ישנים חזוקרים הסוברים כי סיבות הגידול של ילדים צעירים השתנו באופן דרמטי במהלך העשורים האחרונים, כשלדים ומתרגשים גדלים בסביבות הרבה יותר מסובכות, מלחיצות ובעולם מאים יותר. במקביל, תפקיד המשפחה השתנה בצורה כזו שהוא מספקת פחות הגנה ובוחן. כך, שמנקודות ראות סביבתיות, העלייה ברמת החרדה בקרב ילדים צעירים היא בהחלט הגיונית.

אולם, גם כשלדים נחשפים לרמות חמורות של לחץ ואיום, חלק מהם מראים עמידות רואיה לציוון ואינם מפתחים הפרעות חרדה (Masten, 2001).

### **גורם מגנים**

בספרות מצוינים מספר גורמים המגנים מפני פחדים וחידושים בילדות הכלולים: יכולות קשביות (למשל, מאיץ מוכoon Effortful-Control), הערכה עצמית, יכולת עצמית ושליטה עצמית נתפסת, אסטרטגיות התמודדות, מנגנוני הגנה, ויסות רגשי, תמייה חברתיות, וחוויה של אירועי חיים חיוביים (Masten, 2001). ניתן להסביר כי גורמים אלו מעורבים בתופעות (פתולוגיות) של פחדים וחידושים בקרב ילדים צעירים, אולם, צריך לזכור שלגורמים מגנים אלו לעיתים רבות ישנו תפקיד בתיווך, או במיתון תהליכי בין תפישת האיום והלחץ מצד אחד, ולביטוי של רמת פחדים או חרדות גבוהה מצד שני. כלומר, בסופו של דבר גורמים אלו יכולים לגרום להבדל בין תוצאות נורמליות של פחד או חרדה לבין תוצאות חריגות.

## **גורםים משמרים פחדים וחרדות**

ישנם מספר גורמים המזקירים בספרות ככאלו ששמרים את הסימפטומים של פחדים וחרדות בילדים ומתבגרים: הראשון, לפי המודל הדו-שלבי של מאורר, התנהגות של הימנעות הינה אחראית להמשיכות של הפרעות חרדה. קשילים נמנעים מחשיפה או התמודדות עם הגירויים ומצבים מעוררי פחד, רמת החדרה יורדת והתנהגות ההימנעות מוחזקת. הטיות בעיבוד מידע והילכי חשיבה שליליים ודיס-פונקציונליים שונים זהוו כגורםים נוספים שיכולים לשחק תפקיד בהתקדמות של הפרעות חרדה בקרב צעירים.

עד כה מחקרים הראו שהבדות בילדים אכן קשורות להטיות בעיבוד מידע ומחשבות שליליות דיס-פונקציונליות, אולם ישנו צורך במחקרים נוספים שיראו שגורמים אלו אכן מעורבים בהמשיכותם של חרדות לאורך זמן (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-, Kranenburg, & van Ijendoorn, 2007).

## **טיפול ומניעה של חרדות ופחדים בילדים**

מחוקרים מראים כי טיפולים קוגניטיביים-התנהוגותיים וטיפולים תרופתיים הינם יעילים בהפחחת סימפטומים בילדים ומתבגרים בגילאים שונים. טיפול קוגניטיבי ההתנהוגותי צריך להיחשב לטיפול הבוחר להפרעות חרדה בילדים, למרות שהתוכן הספרטיפי של התערבות כזו תלוי בrama ההתקפותותית של הילדים (Hudson, Kendall, Coles, Robin, & Webb, 2002). טיפול תרופתי, (בכינוי SSRI), יכול להיות מיושם בשלב האקוטי של הטיפול (כשהסימפטומים מאד חמורים). ישן עדויות המראות כי שילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהוגותי וטיפול תרופתי עשוי להוביל לתוצאות אופטימליות. חשוב להזכיר כי טיפול תרופתי לאורך זמן (SSRI), או של תרופות נוגדות חרדה אחרות בגילאים צעירים יותר, עלולות להיות השפעות על ההבשלה המוחותית (Pine, 2002).

## **סיכום – הגשר בין פחדים נורמליים, פחדים חריגים וחרדות בצעירים**

לסיכום, פחדים וחרדות הין תופעות נפוצות בילדים ונראה שיש "גשר" בין פחדים נורמליים ופחדים חריגים ובין חרדה בקרב ילדים צעירים. אצל רוב הילדים והמתבגרים, פחדים וחרדות הין תופעות מותנות וחולפות. אולם, בתת קבוצה של צעירים, תופעות אלו הופכות לחומות, קרניות ומשמעותיות, ולבסוף עלולות להפוך להפרעות פobia או להפרעות חרדה אחרות. אם מתערבים בשלבים מוקדמים, טיפולים קוגניטיביים-התנהוגותיים הינם אפקטיביים למדי ויכולים לקצר את משך הזמן בו הילדים סובלים מהסימפטומים, משפרים את איכות חייהם ויכולים למנוע את התבססות ההפרעה לטwooו הארו.

### **ביבליוגרפיה:**

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.

Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Rauf, A., et al. (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549-561.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.

Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, A4-A36.

Field, A. P. (2006). I don't like it because it eats sprouts: Conditioning



preferences in children. **Behaviour Research and Therapy**, 44, 439-455.

Hudson, J. L., Kendall, P. C., Coles, M. E., Robin, J. A., & Webb, A. (2002). The other side of the coin: Using intervention research in child anxiety disorders to inform developmental psychopathology. **Development and Psychopathology**, 14, 819-841.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic - resilience processes in development. **American Psychologist**, 56, 227-238.

McCathie, H., & Spence, S. H. (1991). What is the revised fear survey schedule for children measuring. **Behaviour Research and Therapy**, 29, 495-502.

Muris, P. (2007). **Normal and abnormal fear and anxiety in children**: Elsevier Inc.

Muris, P., Kindt, M., Bogels, S., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Anxiety and threat perception abnormalities in normal children. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 22, 183-199.

Muris, P., Meesters, C., & Knoops, M. (2005). The relation between gender role orientation and fear and anxiety in nonclinic-referred children. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 34, 326-332.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64, 552-562.

Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (fssc-r). **Behaviour Research and Therapy**, 21, 685-692.

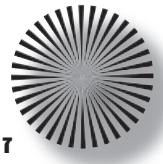
Pine, D. S. (2002). Treating children and adolescents with selective serotonin reuptake inhibitors: How long is appropriate? **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, 12, 189-203.

Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. **Journal of Personality and Social Psychology**, 79, 1007-1021.

Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety - the example of worry. **Advances in Clinical Child Psychology**, 15, 1-39.

Vignoli, E., Croity-Belz, S., Chapeland, V., de Fillipis, A., & Garcia, M. (2005). Career exploration in adolescents: The role of anxiety, attachment, and parenting style. **Journal of Vocational Behavior**, 67, 153-168.

Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 44, 656-663.



# אימהות וילדיהם מדברים על רגשות: חלון אל "הבסיס הבטוח" הפסיכולוגי

■ פרופ' דוד אופנהיים וד"ר נינה קורן-קריה, אוניברסיטת חיפה

שיעור בין אימהות וילדיהם אירעוי עבר, כולל שיחות אודiot התרנסיות שליליות ומלחיצות שהילד חווה, הן בעלות תפקיד חשוב בההתפתחות זיכרון אוטוביוגרפי של ילדים. במאמר מקיף שפורסם לאחרונה בנושא, טענו נלסון ופייבוש (Nelson & Fivush, 2004), כי "יש בידינו כוון שפע של היכולות המוראות כי הדרך שבה הורים, ובמיוחד אימהות, מבנים שיחות אודiot התרנסיות עבר עם ילדיהם, היא בעלת השפעה חזקה וממושכת על הדרך בה הילדים יבנו לעצמם את הנרטיב הנוגע להיסטוריות החיים שלהם" (עמ' 497). היכולות התומכות במסקנות אלו מגיעות מחקרים קורלטטיבים וניסויים אחד, אשר הראו כי רמות גבוהות של הבניה ופיתוח מצד האם, בעת שיחה עם ילדה הצעיר, תורמות לזכרון אוטוביוגרפי עשיר ומפורט יותר אצל הילד (Fivush, Haden, & Reese, 2006). אך האם להבניה משותפת של שייח' אם-ילד אודiot התרנסיות עבר, יש גם השכלות לגבי וויסות רגשי בקשר ילדים ולגביה תחושת המיטיבות (well-being) שלהם? האם יש סוג שיחת ספציפי, המסייעים לילדים לעורר אינטגרציה מותאמת להתרנסיות רגשות שחוו – במיוחד ההתרנסיות רגשות שליליות, ולשלבן באופן קוורנטי במערכות הייצוגים הפנימיים שלהם? תיאוריית ההתקשרות מציעה כי שיחות, בהן האם מהווה "בסיס בטוח פסיכולוגי" לילד, מאפשרות לילד לחקר בבטחה את עולמו הפנימי ולפיקח תומכות באפשרותו לבבש יצוגים פנימיים קוורנטיים (Bretherton, 1993). מטרת המאמר הנוכחי היא לתאר את העובדות שערכנו, אודiot שיחות מסווג זה ולסקור כיצד נמצא הטעותם על חשיבותן. נתחיל בסקירה של מושג ה"בסיס הבטוח" ונדון בהשכלות שיש למושג זה לחשיבות השיחות הנרכמות בין הורים וילדים.

## ה"בסיס הבטוח" הפסיכולוגי

המושג "בסיס בטוח" הינו מאבני היסוד של תיאוריית ההתקשרות ורבים יסכימו כי הוא מייצג את לב התיאוריה (Waters & Cummings, 2000). המושג מתיחס למערכת הדינאמית שבין התינוק או הילד, לבין דמות ההתקשרות, בדרך כלל ההורה. המערכת זו ילדים משתמשים בדמויות ההתקשרות שלהם כבסיס בטוח, מהם הם יכולים לצאת ולהקיף את סביבתם ואילו הם יכולים לשוב בחוף מבטחים, בעת שעולה הצורך. הבסיס הבטוח מושך מאיון דינامي בין התנהגוויות של התקשרות וחקירה, כך שכשהתנהגות אחת נמצאת בחזיות, השנייה נמצאת בركע ולהיפך. כשהילד חש בטוח, מערכת ההתקשרות נסогה אל הרקע ומערכת החקירה היא הדומיננטית. תחילה זה ישתקף בהתרחקות של הילד מההורה ובחקירה פעילה של הסביבה. כשתחום הביטחון של הילד צואימת, מערכת ההתקשרות הופכת לדומיננטית ואילו מערכת החקירה נסוגה לאחור. תחילה זה מtabטא באמצעות התנהגוויות התקשרות שמטרתן להגבר את הקרבה בין הילד לדמות המטפלת. בעוד שאפיקונים כליליים אלו נוכנים לכל ההתקשרויות הנוצרות בין ילדים להורים, קיימים גם הבדלים אידיויזואליים משמעותיים (או ליתר דיוק, הבדלים דיאדיים) בתנהגוויות הבסיס הבטוח, זאת בהתאם למידה בה גיבש הילד התקשרות בטוחה או התקשרות לא בטוחה כלפי ההורה (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

ביטהון בהתקשרות מtabטא בתנועה חופשית וगמישה של הילד, בין התנהגוויות של חקירה לאילו של התקשרות ולהיפך, תוך הילמה עם הצרכים העולים בו בכל רגע נתון. לעומת זאת, התקשרות לא בטוחה מtabטאת בהגבלה וחוסר איזון במערכות בין התנהגוויות חקירה והתקשרות. בהתקשרות מן הסוג הלא בטוח/מטנגד ניתן לאות עיכוב והגבלה בתנהגוויות חקירה והתרחקות של הילד ומינון גובה של התנהגוויות התקשרות. לעומת זאת, בהתקשרות מן הסוג הלא בטוח/מננע אין כמעט ביטוי לצרכי הילד בקשרות ההורה ובמגע שלו, אך אין מוגבלה בחקירה ובתרחקות (Ainsworth et al., 1978). לבסוף, בהתקשרות מן הסוג הלא בטוח/חרס ארוגן, הילד מתקשה להפגין אסטרטגייה התנהגוויות אחידה בעת התמודדות עם לחץ (Main & Solomon, 1990).

בתיאור מושג הבסיס הבתוּח התמקדmo בילד המתרחק מן ההורה וחזר ומתקרב אליו לשם "תdalok" רגשי. התנהוגיות אלו של הילד קשורות באופן הדוק לתగיות ול贊מינות של הדמות המטפלת. המושג בסיס בוטוח הוא מטבעו מושג דיידי המתיחס לתנהוגיות של הילד ושל ההורה כאРОוגות זו בזו. יש לשים לב, בשל ההבדלים ההתפתחותיים בצריכים של התינוק ושל ההורא, הדדיות זו אין פירושה סימטריה. תיאורית ההתקשרות מדגישה את תפוקהו של הילד וההורא כתומך בחקירה של הילד באמצעות זמינות פיזית ורגשית לילד, עידוחו במסעות התגלית שלו וסיפוק הגנה מסכנה לכשודר. בו בזמן על ההורא גם לתמוך בצריכי הילד בקרבה, הרגעה, וזכיה חדש בתהווות ביטחון במידה זו הופרה. על מנת שהבסיס הבתוּח יפעל בבראה, אופטימאלית, ההורים מצופים להתאים את התנהוגותם לאיותותיהם הרגשיים שלילדים שלוחים ולמעברים ולתנוזות שמשמעותם בין התנהוגיות חקירה והתקשרות.

הבסיס הבתוּח הינו משמעוני לא רק בתקופת הינקות, אלא לאורך ההתקשרות, ולמעשה, לאורך כל החיים, אם כי ביטויו משתנים בהתאם לשלבים ההתפתחותיים השונים של הילד (Ainsworth, 1989). בעוד שבשנה-שתיים הראשונות לח'יל מרבית האינטראקציות שמהוות את הבסיס הבתוּח מתחשבים במאפיינים טיגנאלים לא מילוליים, הרי שביל הגן ובית הספר, כשדריכי התקשרות של הילד הופכות למורכבות ויעילות יותר ומימוניות קוגניטיביות חשיבות מתחשפות, האינטראקציות שמהוות את הבסיס הבתוּח הן בעיקר מילוליות. Bowlby (1982) כינה שלב זה בהתקשרות, שלב של שותפות (partnership), שבו הביטחון של הילד מועצם ומשתומר באמצעות האמונה ב贊מינות ההורה וביכולת לתאם מטרות ותוכניות תוך הסתמכות על חילופי דברים ורעיונות (Marvin & Britner, 1999). בשלב זה, תגבות הולומות לתנוזות בצריכים הרגשיים של הילד ממשיכות להיות חשובות כפי שהוא בתקופה הינקות, בשעה שחקיר העולם הפיזי היה במרכז עולמו של הילד. עתה, החקירה מתרחבת לתחומים חדשים וכוללת אף אליו שאינם קשורים לסבירה המדעית: חקירה פסיכולוגית של ההורה אך גם של העבר ושל העתיד, חקירות עלומות אמייניטים אך גם אליו שבדויים, וכן חקירות מאירועות רצויים וגם אליו המעוררים חשש ויראה (Wolf, 2003).

הגורם המשלים לחקירות הילד, דהיינו, נוכחותו התומכת של ההורה ו贊מינותו הרגשית ממשיר אף הוא להיות גורם משמעוני כפי שהוא בזמן הינקות, כשהילד היה ממוקד בחקר העולם הפיזי (Matas, Arend & Sroufe, 1978; Biringen, 2000). דרך חילופי דברים יומיומיים וקטנים המוחלפים בין ההורה הילד, כמו גם דרך דיאלוגים מעמיקים ומשמעותיים ביניהם, שיחות הופכות להיות המקום שבו תקשורת רגשית סבב נושא התקשרות מתרחשת. אין כוונתנו כי התנסויות של קרבה וריחוק פיסיים מודמות ההתקשרות אין חשובות עוד. הן עדין חשובות ומשמעותיות, אך עתה נוספת לנוFn להן מימד חדש, מימד השיח, הכלול בחקירה פסיכולוגית כמו גם קרבה פסיכולוגית, וזאת יש לדיאלוגים בין ההורים והילדים תפוקה מרכזית.

מה הם חלק מהמאפיינים של דיאלוגים שיכולים להיחשב כ"בסיס בתקופת פסיכולוגיה" עבור הילדים? (Bowlby, 1988) תיאר דיאזות בטוחות, ככלו שבahn התקשרות בין הפרטנים זורמת בפתוחות, ושבahn ההורה קולט נוכחה את כל קשת התגבות הרגשיות של הילד ומגב אליו בריגשות (Bretherton, 1993). Bowlby אף הקדים תשומת לב מרווחת לתנאים בהם מתרחשת תקשורת מעוותת בין הורים לילדיהם. בתחום זה הוא הושפע בעיקר ממחקרים קליניים. הוא סיכם את תפיסותיו בפרק נוגע ללב, העונה לשם "לדעת את שאינך אכזר לדעת ולהרגש את שאינך אמר להריגש". בפרק זה הוא דין בליך המופיע לעתים על ילדים לשנות ואף לעוזת את תפיסת המציאות שלהם, כך שתתאים לתפיסות ההורה. דבר שהם אכן עושים על מנת לשמר את ההתקשרות אל ההורה. Bowlby, (1988 עמ' 101) כותב: "ילדים צופים לעתים קרובות בסצנות שהוריהם מעדיפים היו שלא יראו, והם חווים דברים שהוריהם היו מעדיפים להאמין שלא התנסו בהם. הניסיון מעיד על כך כי רבים מהילדים הללו ערים לדרך בה הורים מרגשים והם מותאים עצם לציפוי ההורם על ידי כך שמרחיקים ממודעותם את המידע הלא רצוי".

Bowlby גם תאר את האופן שבו הורים מנוטים לעצב באופן ישיר את תפיסות ילדיהם: באמצעות חוסר קבלה של תפיסות הילד, לעג, או על ידי קר שמתעקשים שהילד מבלבן בין המציאותות לבין חלום, או לבין מה שראה בתוכניות הטלויזיה. תקשורות מעוותות נוספות כוללות דזוקא את שלא נאמר. למשל, Bowlby מתאר התעללות מינית שבה יש פיצול (split) קוגניטיבי בין דמותם



היום של האב אליה חשה הילדה כבוד ואולי אף אהבה, בין דמות האב של שעות הלילה השונה לחלווטו מזו של היום. *Bowlby* מתרטט כיצד הילדה מתחפש באביה במהלך היום בחופשה, אישור להתנסויות הטראומטיות של הלילה, אך לא מקבלת תגובה שכאו. בסיטואציה שכזו ילדים יכולים לאמוד את הביטחון ביכולתם לחשב באופן מדויק, ביכולתם להבדיל בין פנטזיה למציאות, ולמעשה ביכולתם לבטא ממחשבותיהם וברגשותיהם.

### **הקשר בין התקשרות לדיאלוגים: ממצאי מחקר**

הדיון בנושא זה היה עד כה תיאורתי וקליני בעיקרו. בשנים האחרונות קיבל רעיונות אלו תמיכת מחקרים התקשרות שעסוקו בדיאלוג הורה-ילד. המחקר הראשון שניסה לקשר בין התקשרות ביןקות לדיאלוג אם-ילד מאוחר יותר היה של *Strange and Main* (1985). חוקרות אלו מצאו, כי ילדים שהיו בעלי התקשרות בטוכה כתינוקות, היו מעורבים בגיל שש, בדילוגים קולתיים ומאותנים עם אמותיהם, בהם הייתה התייחסות משמעותית לרגשותיהם. לעומת זאת, אלה שהיו בלתי בטוחים הראו דיאלוגים מצומצמים ומקוטעים, השתחו ארוכות בין תורות הדיאלוג, הראו מעט פיתוח, ושאלו שאלות חוזרות או רטוריות. עזיז-קרasso ואופנהיים (Etzion-Carasso & Oppenheim, 2000) מצאו אף הם תוצאות דומות, ובנוסף, מחקרים בהם נמדו דיאלוגים והתקשרות בו זמנית, ולא Farrar, Fasig, & Welch-Ross, (1997; Laible & Thompson, 2000; Fivush & Vasuveda, 2002).

על בסיס מחקרים אלו ה החלנו בתמצית על דיאלוגים בין ילדים והוריהם, שמטרתה להעיר עד כמה מעניקה שיחה בין יلد להורה על חוויותו הרגשות, בסיס בטוח לחקר עולמו הפנימי. בתבסס על תיאוריית ההתקשרות, שיערנו שביחסות כלפי הזרימות הרגשות של ההורה לטוח רחב של רגשות הינה חשובה, כמו גם ההבנה והארגון של הדיאלוג על ידי ההורה ואפשר שיחה חופשית על ידי הילד. בנוסף שערנו שהכללה של רגשות שליליים, מעורבות בדילוג, ואפשר שיחה, גם על אירועים קשים ומאתגרים בדרך שתאפשר לרגשות של ביטחון והצלחה, תעודד את הילדים לפתח שיח רגשי מותאם. זאת ממשום שנוכחות הורית צאת תחזק את בטחונו של הילד, שההוראה יהיה בך צורך ולפיך תעוזד אותו לתרום גם הוא לשיחה ולשתף פעולה עם ההוראה. המבשgra זו הוותקה בסיס למחקרנו לגבי שיחות בין ילדים ואמותיהם. רוב מחקרים התמקדו בשיחה בין אמהות וילדים לגבי אירועים רגשיים אותם חווו הילד. בתבסס על Fivush (1991), הצגנו לאמותות ולילדים חמשה קריטיסים (עצוב, שמח, כועס, מפחד, בטעות, וכוגן) וביקשנו מהם להזכיר אירועים בהם הילד חווה רגשות אלו ולספר ייחודי סיפור על כל אירוע. מושימה זו כונתה על ידיינו *Autobiographical Emotional Events Dialogue* (AEED) והיא מנוהנת על סמך תעתק השיחות.

### **ניתוח ה- AEED**

תעתק השיחות מנוטה על ידי דרגת התרומה של האם והילד על גבי 9 סולמות (מייקוד במשימה, שכירה על גבולות בין-דוריים, אפשרו וסובלנות, ענינות, הבניה ופיתוח, מעורבות והדדיות, הכללה וסגירה של רגשות שליליים, מותאמות הסיפור ומידת הקו-הרטנטיות של הספרדים). על סמך הצביעים בסולמות ובהסתמך על מערכת ניתוח מפורטת, מסוגים התעתיקים לאחד מאربעה דפוסים. הראשון, דיאלוג כוותאם רגשיות, אפילו שיח המעניין בסיס בטוח, ושאר הדפוסים מייצגים שיח שאינו מעניק בסיס בטוח (& Koren-Karie, Oppenheim, Haimovich, 2003). להלן תאור הדפוסים:

**מותאמות רגשיות (Emotionally Matched; EM):** דיאdot השיחות לדפוס זה מספרות חמישה ספרדים נפרדים המותאמים לרגשות המבוקשים. הספרדים המתקבלים הם אמינים, קו-הרטנטים, ובעל' התחלה, אמצע וסוף. הספרדים יכולים להיות תמציתים וקצרים או עשיים ומפורטים, אך בכלל מקרה, הן האם והילד מגלים מעורבות במבנה הספר, תוך הפגנת סובלנות ושיתוף פעולה. אפילו נוסף של דפוס זה הוא יכולת הדיאדה להכיל את הספרדים הנוגעים לרגשות שליליים ולסייעים אותן תוך הדגשת הפיתרון החיבוי או יכולת ההתרמודדות של הילד.

**חוסר מותאמות רגשית – דפוס מקצין (Excessive; Ex):** דיאדות השיכות לדפוס זה מאופייניות בסיפורים מובלבים ועמוקים ברגשות מוקצנים (לרוב שלילים), בחזרתיות רבה ובגלישה לפרטים לא רלבנטיים. פעמים רבות הסיפור אינו תואם את הרגש המבוקש (למשל הילד מספר שהוא עצוב שכיבול מתחנה), או שהוא והילד משתמשים באוטו סיפור כדי להציג מספר רגשות שונים. התוצאה המתבקשת היא שיפורי ללא רצף קוגניטיבי, קפיצות מנושא לנושא, סיפורים בעלי עוצמה וגשת גבואה הנשאים ללא סיממת, ויסות או הכללה. בדיאודות מדפוס זה ניתן למצוא גם עוינות או שיפוטיות של השותפים זה כלפי זה.

**חוסר מותאמות רגשית – דפוס שטוח (Flat; Fl):** דיאדות מדפוס זה מתאפיינות בהעדר דיאלוג והעדר פיתוח של סיפורים. האם או הילד נזקבים בשמות וಗשות ובשות夫יות א/or ללא הסבר ופיתוח, אך שפעמים רבים לא מתקבל סיפור ממשי. לדוגמה, סיפור לרחש הפחד הילד אומר "אני מפחד בלילה, בחושך" ואני מוסיף עליך. האם מצדיה, אינה מנסה לכוננו להרחבה והעמקה של הסיפור ולכנ התוצאה הינה דלה ולא מספקת.

**חוסר מותאמות רגשית – דפוס לא עקי (Inconsistent; In):** דפוס זה מאופיין בקבוקם של שני דפוסי שיח סותרים. למשל כאשר אחד השותפים מגין דפוס פתוח וסובלני והשני מגין דפוס שיח מובלבל או חסר עניין. לחילופין, דפוס זה מאופיין גם דיאודות המספרות חלון מהסיפורים תוך הרחבה, העמקה וסובלנות זה לזו, אך חלק אחר של הסיפורים הם מסתפקים בcontinuity בלבד כמאפיין את הדפוס השטוח, או שמאגינים לפטע עוינות מהונסח התואם את הדפוס המקצין. כתוצאה מפערים אלו האינטראקציה כוללת אפיונים שונים וסותרים ונינה יוצרת דפוס תקשורת אחד.

### ממצא מחקר לגבי ה- AEED

נתאר להלן את הממצאים העיקריים ממחקרים שעשו שימוש ב- AEED. **אחד סוגי EM (モトアモト リギシチ):** אחוז זה הינו די עקי במחקרים שונים: 36% במחקר של עזיזון-קרוסו (2004), 33% במחקר של סמיש-נמליך (2003) , ו- 37% במחקר של Oppenheim et al. (2007). מחקרים אלה עוסקו רובם בכללם בילדים צעירים, ובמחקר עם בנות 16 סוגו 50% מהדייאולוגים כ- EM (Segal, 2007) .

**יציבות סוגי ה- AEED:** שני מדגמי אורק מצבעים על יציבות בסוגי ה- AEED מעבר לגיל. 74% מהדיאודות בהם צפינו קיבלו סיוג זהה כאשר הילדים היו בגיל 4.5 ו- 5.5 במחקר של Oppenheim et al. (2007), ו- 76% קיבלו אותו סיוג בגיל 4.5 ו- 5.5 במחקר של סמיש-נמליך (2003). בצד יציבות זו התגלה גם עלייה הדרגתית בשיכחות הדיאודות המסווגות EM עם הגיל.

**סיוגי ה- AEED בקרוב ילדים בסיכון:** שיעור הדיאודות המסווגות EM (モトアモト リギシチ) הtaggedה כנכור בקרוב דיאודות בסיכון. במחקר של גנור (2005), על ידי גן בטיפול עבור בעיות רגשיות רק 11% הראו דפוס EM ובמחקר של קורן-קריא (Koren-Karie, Oppenheim, 2004 & Getzler, 2004) על ילדים של אמהות שעברו התעללות מינית בילדותם רק 18% מהדיאודות סיוגו כ- EM.

בסך הכל מצבעים ממצאו על שיעור נמוך של דיאולוגים מותאמים רגשיות בקרוב מדגמי סיכון, צפוי אם הדיאולוגים משקפים את האיכות הרגשית של הקשר בין האם והילד. כמו-כך התגלה יציבות מותונה בדיalogים מעבר בזמן, אף זאת צפוי משום שהדייאולוגים נתפסים כמשקפים ארכויות וגישות אופייניות לקשר מעבר בזמן. בנוסף, כמעט בכל המחקרים נמצא קשר בין רמת השפה של הילדים, לבין הדיאולוגים שלהם, כאשר ילדים שהו שותפים דיולוגים מותאמים רגשיות, הראו רמת שפה גבוהה יותר מאשר להם דיולוגים שאינם מותאמים רגשיות. נמצא זה אינו מפתיע, משום שה- AEED הינו ממד המתבסס על דו-שיח מילולי, אך הוא מעלה שאלה האם ה- AEED וגישה להבדלים בהתקשרות בין הילד לאם מעבר להבדלי השפה? כדי לענות על שאלת זו בצענו מחקר אורק בו ההתקשרות נמדדה בגיל שנה והדייאולוגים בין הילדים ואמותיהם נמדדו בגיל 4.5 ו- 7.5 (Oppenheim et al., 2007).

מחקר זה הראה כי ילדים עם רקע בטוח היו שותפים לדיאלוגים מותאמים רגשית בגיל 4.5 ו-7.5, מעבר להשפעות כישורי השפה של הילדים. כמו כן הראו הממצאים, כי התוצאות בגיל 7.5 שיקפו אף יותר את ההתקשרות של הילדים במקנות מאשר אלו מגיל 4.5. ייחודי תומכים מממצאים אלה בראיה כי-ה AEED משקף את הבסיס הבטוח של הילדים, כפי שהוא נחווה בקשר יותר בגיל 7.5, באופן מעניין, הקשר בין התקשרות במקנות, לבין שיח רגשי מאוחר יותר, נמצא כחזק יותר בגיל 7.5, המרחוק יותר מהמקנות, מאשר בגיל 4.5. יתרון שההסתבר לכך נוצע בכך שמשמעות השיח של הילדים משופרות יותר בגיל 7.5 מאשר בגיל הגן והבדלים באיכותו הרגשית של השיח, מתחבאים באופן ברור יותר מאשר בגיל הצעיר, שבו חלק מacicויות השיח קשורות להבשלה של מילומניות קוגניטיביות ושפטיות ולאו דווקא משקפים איכיות רגשיות. נמצא זה תומך בהשערה שה AEED משקף את הבסיס הבטוח הפסיכולוגי בין האם והילד, והוא ראוי לציין מושם שההתקשרות נמדדה בגיל שנה, שנים לא מעטות לפני התוצאות על הדיאלוגים, ובאמצעות הסיטואציה הזרה, שהיא המדד הנחשב האמין ביותר לצורכי מדידת התקשרות במקנות. הממצא ראוי לציין, גם מושם שבין גיל שנה לשבע, מתרחשת התפתחות משמעותית ביותר בכל היבטים של התקשרות הילד. התפתחות זו מובילת לשנים רבים במהלך השנים, ובכל- זאת מחקרים מצבע על המשמעות הבסיסי הבטוח.

עד עתה הتمקדנו בסוג מסוים של דיאלוג אם-ילד, כזה העוסק בהיזכרות אירוטי עבר רגשיים. האם הקשרים עם התקשרות ימצאו גם כאשר נצהה בדיאלוגים אחרים? האם היה דמיון בין סגנון השיח בדיאלוג הזיכרות רגשית, לבין סגנון השיח בהקשרים אחרים? כדי לענות על שאלות אלו צפינו בדיאדות אם-ילד בשני סוגי דיאלוגים נוספים: בנייה משותפת של סיפור על פרידה ואיחוד בין ילד והוריו בעדרת בובות (Oppenheim, Nir, Emde, & Warren, 1997), וסיפור משותף של אהבות ולדים, על סמך סיפור תכונות ללא מילים (Gini, Oppenheim, & Sagi-Schwartz, 2007). נמצא המבחן הראה שדיאודות שהראו שיח מותאם רגשית-ב AEED, בהקשר של הזיכרות, נתו להראות דיאלוגים מותאמים גם בהקשר של בנייה סיפור על פרידה, (Oppenheim et al., 2007) וגם בהקשר של חיבור משותף של סיפור. כמו כן מצאו כי הקשרים בין התקשרות AEED נמצאו גם לגבי שני הדיאלוגים הננספים, כך שכאשר ההתקשרות במקנות הייתה בטוחה, נראה דיאלוגים מותאמים רגשית בгалאים מאוחרים יותר. נראה שהדיאלוגים השונים, לפחות בדרך בה אנו מנתחים אותם, פותחים צוהר לאומה יכולת- היכולת לבסס שיח רגשי מותאם וכוונת המהווה בסיס בטוח פסיכולוגי.

### **שיח אם-ילד וסטטוס סיכון האם והילד**

דיאלוגים רגשיים בין הורים וילדים אינם מעוניינים רק כתוצר של התקשרות, אלא, באופן רחב יותר, כביטוי לאיcotת ההרגשית של מערכת היחסים בין האם והילד וכמכך אפשרו לטיפול בעיות אלו. המחקר הראשון בנושא זה (גנוו, 2005) התמקד בילדים שנמצאו במסגרת של גן טיפול ואמותיהם, שקיבלו הדרכת הורים. הילדים והאמות נצפו-ב AEED בתחלת הטיפול, ולאחר שבעה חודשים. כפי שהוזכר לעיל, רק 11% מהדיאודות הראו דיאלוגים מותאמים רגשית לפני הטיפול, אך 33% הראו דיאלוגים כאלה אחרי הטיפול. כמו כן ניכר שיפור משמעותם בעיות ההתנהגות של הילדים בעקבות הטיפול. לאחר והתערבות במחקר זה הופעלה גם על הילדים וגם על האמהות, אין לדעת אם השיפור נגרם בשל השתתפות הילד בדיאלוג או בשל הנחיה האם את הדיאלוג. כמו כן בהיעדר קבוצת ביקורת, אין לדעת אם השיפור היה תוצאה של הטיפול או פועל יוצא של תהליכים אחרים שהתרחשו בזמן זה. עם זאת התוצאות התאימו להשערותינו, שבעיות התנהגות של ילדים יבואו לידי ביטוי בדיאלוגים הרגשיים שלהם, ושיפור בתפקידם הרגשי וההתנהגו יבוא לידי ביטוי בשיפור בדיאלוגים.

מחקר נוסף שעסוק באוכלוסיית סיכון, נערך על אמהות שהו קורבן להתעללות מינית בילדותן (גצלא-יוסף, 2005). רק 18% מהאמהות הראו דיאלוגים מותאמים רגשית. כמו כן, נמצא שאמהות אשר הראו רמות גבוהות יותר של חוליציה לטראומה אותה חוותו, הנחו את הדיאלוג עם ילדם באופן רגש יותר, ולديים שיתפסו פועלה, הראו יותר חקירה רגשית והרטיבים אותם יצרו הינו יותר קוגהנטיים מבחינה רגשית, בהשוואה לאמהות עם רמה נמוכה יותר של חוליציה. שני המחקרים ייחודי מראים שה AEED הם חלון לתוך העולם הרגשי הבננה בשיח בין האם והילד. שיח זה יכול להיות אף זירה משמעותית להתערבות שמרטתנה שיפור התקשרות הרגשית בין הילד לאם, כמו למשל מודל ההתערבות של Lieberman, van Horn & Gosh-Ippen, 2005 (Lieberman, van Horn & Gosh-Ippen, 2005).

## **כיוונים למחקרים עתידיים**

החוקרים שנסקרו במאמר זה מציעים כי המטאפורה של "ביסיס בטוח פסיכולוגי", המשמשת לנו ככל עזר חשוב להבנת המשמעות הרגשית של דיאלוגים אם-ילך. הממצאים ממחקרינו א/or שנערכו הן על מדגמים של סיכון נמוך והן על כלו של סיכון גבוה, מדגשים את חשיבות הדיאלוג המותפתח בין אימחות לילדין, בשעה שהם דנים בדיברונות שיש ליילן מאיועים ורגשים שחוווה, במיוחד את החשיבות הטמונה ביכולת האם להנחות ולorgan את השיחה בצורה רגשה ומוטאמת. עוד הם מדגשים את יכולתו של הילד לשפט פעולה, לפתח את רענוןותו ולדעת ברשותו באופן פתוח. מתוך ממצאים אלו עלות שאלות הרקאות למחקר נוסף. בחלק זהណן בשני כוונות: האחד הינו תפkid הדיאלוג בין האם ליילן לצד התמודדותם של ילדים עם לחצים וטרומות, והשני עוסק בתרומת הדיאלוג להתפתחותם של ייצוגי התקשרות מואחרים יותר, בברורות.

השערה מרכזית העולה מהתיאוויות ההתקשרות זכתה גם לתמיכות אמפיריות חזקות ונשנות, היא כי ילדים בעלי התקשרות בטוחה מתמודדים עם לחצים בצורה טוביה יותר ועשויים שימוש יעל יותר במשאבים הזמינים להם לעומת ילדים בעלי התקשרות לא בטוחה (Fivush & Sales, 2006). כתוצאה לכך, ניתן לשער שבזען שהטראומה נשarra חלק מהתנסיותיהם ואינה "נמחקת". השפעותיה שליליות ארוכות הטווח תהיינה מינימאליות מבחינת תפוקודו הרגשי של הילד. בהתבסס על כך, יהיה מעוניין לקשר בין התנסויות של ילדים בדיאלוגים מותאמים ורגשיות עם הויהם, לבן דרך התמודדותם עם לחצים. השערתנו הינה כי הבסיס הבטווח הפסיכולוגי המتبטה בדיאלוג הרגשי המותאם יהווה את הקרקע להתמודדות טובה.

מכיוון שטרומות הין בלתי צפויות באופין, יש קושי להעיר ילדים לפני החשיפה לאירוע הטראומי, וכן רוב החוקרים בתחום מתחמקים בהעוצת הילדים אחרי החשיפה לטראומה. כתוצאה מוגבליה זאת, מערכי מחקר אלו לא מאפשרים ללמידה על תפkid הדיאלוגים כגורם מקדים (antecedent) להתמודדות הילד. אסטרטגיה שונה לבחינת חשיבות הדיאלוגים כמעוז דיאלוגים מותאמים בין הילדים ידי מחקי התערבות. אם ילדים שנמצאים בטיפול המתמקד בעידוד דיאלוגים מותאמים בין הילודים להוריהם יראו יראה בעקבות התנהגות ושיפור ביכולות הויסות שלהם, זה יהווה תמיכה בהשערה לגבי התפקיד הסיבתי של תקשורת מותאמת להתמודדות עיליה.

כיוון מחקר שני מתייחס ל疎יקיד הדיאלוגים כבסיס ליבוש ייצוגי התקשרות קווורנטיים המוערכים בברורות. במקרים אחרים, akan ההתמקדות היא על תרומת דיאלוגים המתרחשים בתקופת הליחות לנרטיב העתידי שהילד יגבש, שנים מאוחר יותר, ביחס להתנסויות ילדותו. ראיון ההתקשרות למבוגר (the-Adult Interview Main, Kaplan, and Cassidy, 1985) מודגש את מידת הקווורנטיות המאפיינית את נרטיב המבוגר בעת דבר על ילדותו כsein מרכדי ליצוגים בטוחים וכמנבא עיקרי ליכולת המבוגר לספק בסיס בטוח לילדין. בעוד שיש הוכחות רבות לקשר בין ייצוגי ההורה לבין תינוקו קלפו (1995, van IJzendoorn), אין בדינות דינידע בכל הנוגע לגורמי הגדם והטיסעים ללוד לבוש ייצוגים קווורנטיים, ויתכן כי ניתן לאות בדיאלוגים בין הורם לילדיהם את אחד מהתהליכים המסייעים (או פוגעים) ביכולת המאוחרת יותר לדבר באופן קווורנטי על יחסיו הליחות עם ההורים.

## **ביבליוגרפיה**

גנור, ג. (2006). **דפוסי שיח בין אימחות לילדין אודות תכנים ורגשים: היה קשור בין שיפור איכות השיח לבין הפחתת בעיות התנהגות?** עבודת קבלת תואר מוסמך, בית הספר לעובדה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

גצלר-יוסף, ר. (2005). **שיעור על רשות בין אמהות שחוו התעללות מינית בילדותן וילדיהם: הקשר למידת עיבוד חווית הטראומה?** עבודת קבלת תואר מוסמך, בית הספר לעובדה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

סמש-מנלי, ת. (2003). **שיעור בין אימות וילדין ביל הג אוחת תכנים ורגשים: האם יש יציבות לארוך שנה?** עבודת קבלת תואר מוסמך, בית הספר לעובדה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

עציון-קרסו, א. (1998). **יחסים שותפות בין אמהות לילדין גן על רקע הבדלים באיכות ההתקשרות.** עבודת קבלת תואר דוקטור, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

Ainsworth, M. D. S. (1989). **Attachments beyond infancy.** American

**Psychologist**, 44, 709-716.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). **Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation**. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: vol. 1. **Attachment**. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). **A secure base: Clinical applications of attachment theory**. London: Routledge.

Bretherton, I. (1993). From dialogue to representation: The intergenerational construction of self in relationships. In C. A. Nelson (Ed.), **Minnesota Symposia on Child Psychology**: Vol. 26. Memory and affect in development (pp. 237-263). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Etzion-Carasso, A. (2004). **The role of attachment security at 12 months in Goal Corrected Partnership during the preschool years**. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, University of Haifa, Israel.

Etzion-Carasso, A., & Oppenheim, D. (2000). Open mother-preschooler communication: Relations with early secure attachment. **Attachment & Human Development**, 2, 347-370.

Farrar, M. J., Fasig, L. G., & Welch-Ross, M. K. (1997). Attachment and emotion in autobiographical memory development. **Journal of experimental child psychology**, 67, 389-408.

Fivush, R. (1991). The social construction of personal narratives. **Merrill-Palmer Quarterly**, 37, 59-82.

Fivush, R., & Vasudeva, A. (2002). Remembering to relate: Social-emotional correlates of mother-child reminiscing. **Journal of cognition and development**, 3, 73-90.

Fivush, R., & Sales, J. M. (2006). Coping, attachment and mother-child narratives of stressful events. **Merril Palmer Quarterly**, 52, 125-150.

Gini, M., Oppenheim, D., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Negotiation styles in mother-child narrative co-construction in middle childhood: Associations with early attachment. **International Journal of Behavioral Development**.

Goldsmith, D. F. (2007). Challenging Children's Negative Internal Working Models: Utilizing Attachment Based Treatment Strategies In a Therapeutic Preschool. In D. Oppenheim and D. F. Goldsmith (Eds.), **Attachment Theory in Clinical Work with Children: Bridging the Gap between Research and Practice** (pp.). New York: Guilford.

Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Haimovich, Z., & Etzion-Carasso, A. (2003). Dialogues of seven-year-olds with their mothers about emotional events: Development of a typology. In R. N. Emde, D. P. Wolf, and D. Oppenheim (Eds.), **Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem battery and parent-child narratives** (pp. 338-354). Oxford University Press.

Koren-Karie, N., Oppenheim, D., & Getzler, R. (2004). Mothers who were severely abused during childhood and their children talk about emotions: Co-construction of joint narratives in light of maternal trauma. **Infant Mental Health Journal**, 25, 300-317.

Laible, D. J., & Thompson, R. A. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, 71, 1424-1440.

Lieberman, A. F., Van Horn, P. J., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2, Serial No. 209), 66-104.

Marvin, R. S. & Britner, P. A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 44-67). New York: Guilford.

Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The Emergence of Autobiographical Memory: A Social Cultural Developmental Theory. *Psychological Review*, 111, 486-511.

Oppenheim, D., Nir, A., Warren, S., & Emde, R. N. (1997). Emotion regulation in mother-child narrative co-construction: Associations with children's narrative and adaptation. *Developmental Psychology*, 33, 284-294.

Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Emotion dialogues between mothers and children at 4.5 and 7.5 years: Relations with children's attachment at 1 year. *Child Development*, 78, 38-52.

Oppenheim, D., Goldsmith, D., & Koren-Karie, N. (2004). Maternal Insightfulness and preschoolers' emotion and behavior problems: Reciprocal influences in a day-treatment program. *Infant Mental Health Journal*, 25, 352-367.

Segal, Y. (2007). *Perceived parenting style and emotional communication: Associations with conflict among adolescent girls and their mothers*. Unpublished Master's thesis, Department of Psychology, University of Haifa, Israel.

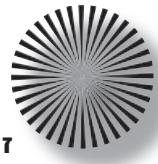
Strage, A., & Main, M. (1985). *Attachment and parent-child discourse patterns*. Presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto.

van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Waters, E. & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.

Wolf, D. P. (2003). Making meaning from emotional experience in early narratives. In R. N. Emde, D. P. Wolf, and D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem battery and parent-child narratives* (pp. 27-54). Oxford University Press.





# התפתחות ייצוגי העצמי של ילדים: הקשר למאפיינים בשיח אוטוביוגרפי עם אימהותיהם

## ■ אוריית חי'

שיחות בכלל ושיחות על אירועים מה עבר בפרט מהוות חלק אינטגרלי מהאינטראקציה של הורים עם ילדים (Laible, 2004a). השיחה מהוות עבור הילד מרכיב לגיבוש זיכרונותיו ובכך להתחילה של בניית מושג עצמי. כמו כן, כמו כל אינטראקציה אחרת מהוות אתר ללמידה חברתית, קבלת משוב, להתנסות ורቤת ולהנאה משותפת (Nelson & Nelson, 1993; Fivush, 2004). המחבר שיציג לעול לבדוק את האופן בו תהליכי שוניים בשיחות על אירועי העצמי של הילדים. חשיבותו של המחבר היא בבחינה של השפעת התקשרות הורה-ילד על מרכיבים בהתקפותם הקוגניטיביות והפסיכולוגיות של ילדים.

השערת המחבר הייתה כי שיח משפחתי, אשר הוגדר על ידי שיעורי הסכמה של אמהות בשיחות עם ילדים, יהיה קשור באופן חיובי לדימוי העצמי של הילדים ובאופן שלילי לגיבוש מבנה העצמי שלהם. לעומת זאת, שיח קונפליקטואלי אשר הוגדר על ידי שיעורי הא-הסכמה של אמהות בשיחות אלו, יהיה קשור באופן שלילי לדימוי העצמי של הילדים ובאופן חיובי לגיבוש מבנה העצמי שלהם.

**פסיכולוגיה התפתחותית מתמחה במכון להתפתחות הילד בבית החולים מאיר בכפר סבא**

**המחקרינו חלק מעבודת תיזה לתואר שני במרכז לחקר ההתפתחות הילד בחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה בהדרכת ד"ר אורנה אביעזר**

## מה הם ייצוגי העצמי?

המודל של James (James, 1982) גורס כי ייצוגי העצמי מתחולקים לשני מרכיבים העיקריים, ה- ME וה- I. ME, מהוות את תוכן ייצוגי העצמי כלווה, כל התכונות שאדם מעיד על עצמו שיש לו, ושבאמצעותן הוא מגדיר את עצמו. מרכיב זה של העצמי מכיל מאפיינים חמוריים (כגון: גוף, רכוש), חברתיים (כגון: יחסי, תפניות), מנטליים (כגון: תודעה, מחשבות, פסיכולוגיה) ואקטיביים (יכולות ופעולות אופייניות) המזהים את העצמי כיחיד. על-פי James אצל כל אדם מאורגנים מאפיינים אלו במבנה היררכי על פי המשקל שהוא נוטן להם בהגדרת העצמי שלו, כך שאצל רוב בני האדם העצמי הפיזי נמצא נמצאות, החברתי מעליו והמנטלי בראש הסולם. היררכיה זו תואמת את שלבי ההתפתחות של מאפיינים אלו לאורך הילדות, וכך שיצוגי העצמי בילדים מתחוללות ממדועות לעצמי פיזיולוגי ("תכונות פיזיולוגיות שיש לי") דרך מודעות לעצמי אקטיבי ("מה אני יודע לעשות"), לעצמי חברתי ("איך אני יכול לאחרים והוא אחר מעירך אותו") ולבסוף, למודעות לעצמי פסיכולוגי, הכול מאפיינים מנטליים של העצמי; וכן אינטראקציה בין חלקיו השונים (Damon & Hart, 1982). כל ארבעת המינים של העצמי: הפיזי, האקטיבי, החברתי והפסיכולוגי קיימים במידה מסוימת בכל גיל, וההבדל בין ייצוגם בילדים השונים מותבטא ברמת המורכבות.

I מהוות את מבנה ייצוגי העצמי. זהו החלק בעצמי שמאגן ומפרש התנויות באופן סובייקטיבי וככל בתוכו מאפיינים כגון המשכיות, יחידות, בחירה חופשית, מודעות עצמית, ואחדות של העצמי.

על פי Harter (1999) שינויים קוגניטיבים המשקפים שלבים בהתפתחותים שונים, משפיעים בעיקר על **המבנה** והairgan של ייצוגי העצמי שבונים ילדים ומבוגרים **לדמות** בייצוג העצמי בין בני אותה שכבת גיל, מכיוון שהם נמצאים ברמה ההתפתחותית דומה. יחד עם זאת, ישנה גם שונות בין ילדים בני אותו הגיל בייצוגי העצמי שלהם. שונות זו נוצרת בין היתר מהשפעות של אינטראקציות בין אישיות על ייצוגי העצמי (למשל: Bruner & Kalmar, 1998; Harter, 1999; Miller, Mintz, Hoogstra, Fung & Potts, 1992; Stern, 1995). היחסים הבינאישיים משפיעים הן על מבנה העצמי (ה-I), והן על התוכן והערך של העצמי (ה-ME). כך שבעוד ההתפתחות הקוגניטיבית משפיעה בעיקר על **מבנה** העצמי ומובילה **לדמות** מבנה זה בין בני אותו גיל, התנויות בי-אישיות, משפיעות הן על **מבנה** העצמי והן על **התוכן** והערך של העצמי ותורמות **להבדלים** האינדיבידואלים בין בני אותו גיל, בייצוגי העצמי שלהם (Harter, 1999). שיחה בין הורים וילדים מהוות דוגמא להtanשות בי-אישית כזו.

## שיחת כmorחב לאינטראקטיבית ילד-הורה

ישנה הסכמה בין חוקרים, שקיים קשר בין אינטראקטיבית מילולית של ילדים עם מבוגרים לבין זיכרונות, לבין התפתחות ייצוגי העצמי של הילדים. הדבר נכון בעיקר לגבי שיחות על זיכרונות אוטוביוגרפיים של הילד, למשל, זיכרונות של אירועים בעבר מי שהייתה בקשר ומי הייתה בעtid, ווכבש תחושת המשכיות התורמת אף היא למושג העצמי שלו. (Fivush, 2001). יחד עם זאת, לא ברור אילו מאפיינים באינטראקטיבית המילולית מסבירים קשר זה, שכן בעבר הטענו מחקרים בנושא בעיקר בתוכנו של השיח ובchnerו פחות את התהליכים המתרכזים בו (Miller et al., 1992; Miller et al., 2001; Welch-Ross, 2001; Fivush, 2001; Welch-Ross, 2001) ממציאות הסברים מנוגדים לקשר בין מאפיינים בשיח הורה-ילד לבין התפתחות ייצוגי העצמי, ומתקדמות בעיקר בתהליכי שיתוף פעולה מול קונפליקטים בשיח.

על-פי Welch-Ross (2001), ההיסטוריה הפרטית והיחודית שיש לנו כמבוגרים, מתחילה למעשה דרך מודעות עצמית משותפת עם אחרים, והתפתחות הזיכרון האוטוביוגרפי מתרכשת בתחום חברתי. כך למשל דגשים שבוחר ההורה לשים בשיח על אירועי העבר של הילד, כגון התייחסות וגישה לאירועים, תורמים לפיתוח פרספקטיבית סובייקטיבית של הילד לגבי האירוע. פרספקטיבתה זו בתמורה עוזרת הילד לקשר, בין האירועים עליהם מדברים בשיח לבן עברו האישי, ובכך תורמת להפתחות ייצוגי העצמי שלו (Harter, 1999; Welch-Ross, 2001).

התהליך המוצג במודול זה הוא אנלוגי לתהליכי שתיאר Vygotsky (1978), בהם الآخر-בעל-הידע מסייע הילד להתקדם עד שהוא מסוגל לבצע את המשימה בעצמו. בתחילת התפתחות הזיכרון האוטוביוגרפי באמצעות הערכות משותפות של הילד עם המבוגר ובהמשך יפרשו הילדים את האירועים, תוך שימוש בהערכות אלו שנוצרו בשיתוף עם המבוגר. כך יתחילו הילדים לפתח עצמי היסטורי ייחודי להם, גם אם הם עדין לא הבינו כי הפרספקטיביה שלהם על המאורע אינה ייחודה (Welch-Ross, 2001).

בניגוד לגישה של Welch-Ross (2001), המדגישה בנייתו משותפת של זיכרונות כתורמתה להתפתחות ייצוגי העצמי, לעומת זאת גישה של Fivush (2001), הטוענת כי דווקא שיח המכיל קונפליקט ואי-הסכמה עם ההורה הוא בעל חשיבות להתפתחות ייצוגי העצמי. לפי גישה זו, קונפליקט בין הפרספקטיביה של הילד לגבי עברו לבין הפרספקטיביה של ההורה יוביל את הילד למודעות כי הזיכרון שלו הינו סובייקטיבי ייחודי לו – וכך ילמד הילד להפריד בין ההיסטוריה הסובייקטיבית שלו, לו ששל الآخر. לטענת Fivush, הפערים בין הייצוגים, ולא סגירות הפערים, הם שותרים להפתחות ייצוגי העצמי.

על אף העמדות המנוגדות שמציגות Welch-Ross ו- Fivush ניתן להתייחס אליהן כמשלימות אם תופסים אותן כפונCTIONALS למבנה העצמי ולתוכנו, באופן דומה לזה שעושה להשתמש בחלוקת של ייצוגי העצמי לבניה העצמי ולתוכנו, באופן דומה לה שעשאה Harter (1982) Damon & Hart (1999). כאמור לפי טענתה של James (1982) תשפייע אינטראקטיבית ביןאישית זו על **המבנה** והן על **מערכות ותוכנם** של ייצוגי העצמי ובכך תוביל **לשוני** בין ילדים בני אותו גיל. באופן דומה, יתרון וקונפליקטים בשיח בין הורים ישפיעו הן על המבנה והן על התוכן של ייצוגי העצמי, אולם באופן דיפרנציאלי. על פי רעיון זה קונפליקטים יקדמו מרכיבים קוגניטיביים, כגון היכולת להבין כי העצמי נפרד מהآخر, ובכך ישפיעו באופן חיוני על התפתחות מבנה ייצוגי העצמי של הילד. בו בזמן קונפליקטים אלו ישפיעו באופן שלילי על הערך והתוכן של ייצוגי העצמי של הילד בכך שהסבירה לא תהיה תומכת ומארשת עבורה.

מבחן אופרציאנלית, ציינו כי בשיח המאופיין בא-הסכנות רבות יותר, יהיה מבנה ייצוגי העצמי של הילד מגובש יותר. למשל הילד יהיה יעקובי וקורנטני בהתייחסותו לעצמי שלו יציג תמונה דומה של יכולותיו בכל פעם שיישאל עליו. מן הצד השני, הערך שהוא יתן לייצוגי העצמי, למשל דימויי העצמי, יהיה שלילי. לעומת זאת, בשיח המאופיין בקבלה והסכמה הורית, מבנה ייצוגי העצמי יהיה מגובש פחות והילד עשוי לשנות את התיחסותיו ויכולות העצמי שלו בכל פעם שיישאל עליו, אך דימויי העצמי יהיה חיובי יותר.



**Quiet contemplation**  
by Rob Scott

## אוףן המחקר

מחקר זה הינו כאמור חלק מחקר גדול יותר העוסק בזיכרון אוטוביוגרפי שנערך באוניברסיטת חיפה. במחקר השתתפו 117 ילדים בני 4-6.

**הסכםות ואי הסכםות בשיח –** האם והילד התבקו להיזכר ביחד בשני אירועים מעברו של הילד: يوم ההולדת האחורי של הילד ואירוע בו הילד נפצע, וניספרו מספר הפעמים שהאם הביעה הסכמה עם דברי הילד ומספר הפעמים בהם היא חלקה עליו. לאחר ושיחת היא אירוע דיאדי, קידוד דומה נעשה גם לבני הסכםות ואי הסכםות של הילד עם האם.

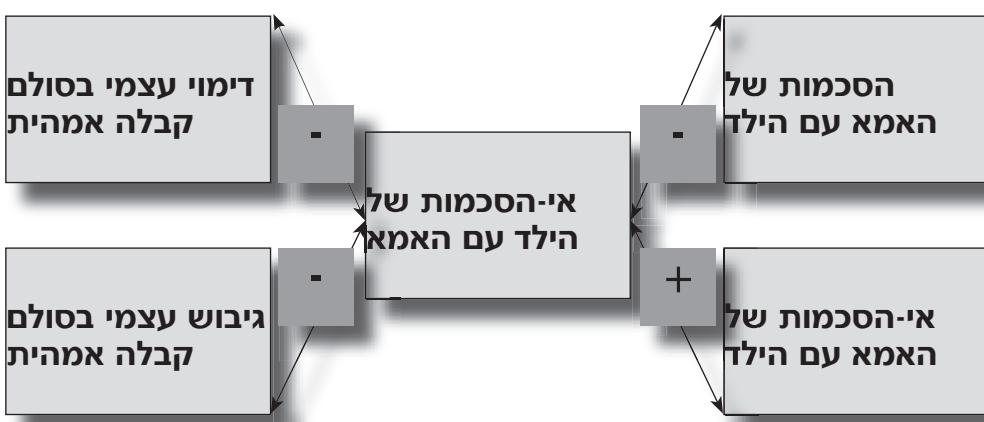
**יצוג העצמי** נבדק על ידי הארטר (Harter, 1982) אשר הועבר לילדים באמצעות שתי בובות שהציגו בפני הילד שני היגדים מנוגדים, כשל הילד לבחור איזה משני היגדים המנוגדים מופיע באותו ביתר (לדוגמא: "וiso מתנדנד טוב על מדנדה ואילו דני לא מתנדנד טוב - למי אתה דומה?"). היגדים מצאו ארבעה סולמות של יצוג עצמי: פיזי, חברתי, קוגניטיבי וקבלה אימאית. אופן ניתוח הכלים הנוכחי יוצר מכך הן עברו תוקן יצוג העצמי של הילד (דימוי עצמי חיובי או חיובי) והן עברו מבנה העצמי שלו (מגוש/לא מגוש).

## מצאי研究

1. שיעורי ההסכםות והאי-הסכםות של האם עם הילד לא נמצאו קשורים לשני מודדי העצמי של הילד, דימוי עצמי וגיבוש עצמי.
2. עברו אמהות שפחות הסכימו עם ילדיהם (הראו פחות ההסכםות וייתר אי-ה龢םות) גם ילדיהם פחות הסכימו עימן (הראו יותר אי-ה龢םות). לעומת זאת, נצירה שיחת בה הילד והאם חולקים רבota זה על זה.
3. ילדים אשר נתנו לא להסכים עם אימומותיהם, תפסו את האם כפחות מקבלת אותם. (דימוי העצמי וגיבוש העצמי היו נמוכים בסולם קבלה אימאית).

על-פי מצאי研究, עברו אמהות אשר הביעו שיעור ההסכםות נמוך יותר ושיעור אי-ה龢םות גבוהה יותר עם ילדיהם, הילדים הביעו שיעור אי-ה龢םות גבוהה יותר עם אימומותיהם. שיעורי אי-ה龢םות אלה של הילדים קשורים לדימוי עצמי וגיבוש עצמי נמוכים יותר בקשר לקבלה אימאית. ממצאים אלו מסוכמים באירור הבא.

### סיכום הקשרים שנמצאו במחקר:



מצאים ראשוניים אלו מצביעים על האפשרות שבידאות אם-ילד בהן ישנים יותר ויכוחים בשיחת והילדים חווים את אימומותיהם כפחות מקובלות אותם. בנוסף מדגשים הממצאים כי לא די בהסתכלות על תרומות אחד הצדדים בשיח להתרפות העצמי של הילד אלא שיש חשיבות לאינטראקציה הורה-ילד ולתרומה של שניהם שכן תרומת האם לא נמצאה קשורה לשירות לייצוגו הילד אלא דרך הקשר שלו לתרומת הילד.

## **סיכום והשלכות**

המחקר הנוכחי התבבס על שני מודלים תיאורתיים אשר דנו בקשרים שבין התפתחות יצוגי העצמי של ילדים לבין שיחות היזכרות מוקדמות בין אםותם לילדיהם (Fivush, 2001; Welch, 2001; Ross, 2001). מודלים אלו הדגישו במיוחד את תפקודה של האם בשיח והשפעתה על הילדים. אולם, תיאורות אחרות מודגשות, שאין זה נכון לתאר שיחה, קונפליקט או אי-הסכמה, כתהילר חד-צדדי ולטעון כי רק ההורה הוא זה המשפיע על הילד, אלא יש להתייחס גם לתקדים של ילדים באינטראקציה ולהשפעות החדיות בתוכה (Laursen & Hartup, 1989). בהתאם לכך, במחקר הנוכחי נמצא כי לא תרומת האם לשיחה הייתה לייצוגי העצמי של הילד, אלא דווקא תרומת הילד. יחד עם זאת, תרומת הילד הייתה קשורה לזה של האם כרך שלמעשה ההשפעות החדיות בין האם והילד הן שבונות את יצוגי העצמי של הילד. את ההשפעות החדיות בתוך האינטראקציה ניתן לתאר כספולה בה שני הצדדים מתקדים ביחד (Fivush, 2004; Newcombe & Reese, 2006; Haden & Reese, 2006; Newcombe & Reese, 2004). על-פי רעיון זה, בניית הזיכרונות בשיח הופכת להיות עם הזמן יותר ויותר מושתפת, כך שהורים מכנים יותר ואלמנטים לשיח ככל שהילדים עושים זאת. רעיון זה אינו שולל השפעות לינאריות שיש להווים על ילדים, אך טוען כי יש כאן גם תהילך מעגלי בו ההורה והילד מתקדים זה את זה, זאת בוגד לרגען של ווגזקי כי ככל שהילד הופך מיום יותר וביכולת מסויימת כך ההורה יהיה פועל באינטראקציה בין הורים לילדים מסתמך גם על יכולותם של הילדים ולא מנוט רק על ידי ההורה. לדוגמא, ניתן שאמהות אשר מדברות עם ילדים בזורה עשרה יותר, מובילות את הילד ליכולות הבנה והבעה טובות יותר. אולם, ניתן גם כי הן מדברות עם ילדים בזורה עשרה יותר מלכתחילה מכיוון שהילדים מסוגלים לכך. בהתאם לרעיון זה, נמצא במחקרים כי סגנון השיח האימהי קשור למילוינות השפה של הילדים, לטמפרמנט שלהם ולמידת העברין והעקבויות שהם מפגינים בשיח (Fivush et al., 2006) ואף לפחות הילד (Fivush, 1991). וכן, נמצא כי מגיל צערן מאוד ילדים מסוגלים לתקן את דברי בני שיחם כאשר אינם מסכימים עם הנאמור או כאשר הם רוצחים הבירה (Aviezer, 2003). כל אלה וכן ממצאי המחקר הנוכחי, מדגימים את הצורך להתייחס לבנייתו תהילכי שיח גם להתרומות הילד כגורם פעיל בשיח ולא להתרומות של האמהות בלבד.

## **ביבליוגרפיה:**

- Aviezer, O. (2003). Bedtime talk of three-year-olds: Collaborative repair of miscommunication. *First Language*, 23(1), 117-139.
- Bruner, J. & Kalmar, D. A. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of self. In M. Ferrari & R. J. Sternberg (Eds.), **Self awareness: Its nature and development** (308-331). NY, London: The Guilford Press.
- Damon W. & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child development*, 53, 841-864.
- Eder, R. A. (1990). Uncovering young children's psychological selves: Individual and developmental differences. *Child Development*, 61, 849-863.
- Fivush, R. (1991). Gender and emotion in mother-child conversations about the past. *Journal of Narrative and Life History*, 1, 325-341.
- Fivush, R. (2001). Owning experience: Developing subjective perspective in autobiographical narratives. In C. Moore & K. Lemmon (Eds.), **The self in time: Developmental perspective**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Fivush, R., Haden, C.A., & Reese, E. (2006). Elaborating on elaborations: Role of maternal reminiscing style in cognitive and socioemotional development. **Child Development**, 77(6), 1568-1588.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. **Child Development**, 53, 87-97.

Harter, S. (1983). **Supplementary description of the self-perception profile for children: Revision of the perceived competence scale for children**. University of Denver.

Harter, S. (1999). **The construction of self: A developmental perspective**. NY, London: The Guilford Press.

Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. **Child Development**, 55, 1969-1982.

Laible, D.J. (2004). Mother-Child discourse surrounding a child's past behavior at 30 months: links to emotional understanding and early conscience development at 36 months. **Merrill-Palmer Quarterly**, 50(2), 159-180.

Laursen, B. & Hartup, W. W. (1989). The dynamics of preschool children's conflicts. **Merrill-Palmer Quarterly**, 35, 281-297.

Miller, P. J., Mintz, J., Hoogstra, L., Fung, H. & Potts, R. (1992). The narrated self: Young children's construction of self in relation to others in conversational stories of personal experience. **Merril-Palmer Quarterly**, 38(1), 45-67.

Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. **Psychological Research**, 4(1), 7-14.

Nelson, K. & Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social-cultural developmental theory. **Psychological Review**, 111(2), 486-511.

Newcombe, R. & Reese, E. (2004). Evaluations and orientations in mother-child narratives as a function of attachment security: A longitudinal investigation. **International Journal of Behavioral Development**, 28(3), 230-245.

Stern, D. (1995). **The motherhood constellation**. New-York: Basic Books.

Vygotsky, L. S. (1978). **Mind in society: The development of higher psychological processes**. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Welch-Ross, M. (2001). Personalizing the temporally extended self: Evaluative self awareness and the development of autobiographical memory. In C. Moore & K. Lemmon (Eds.), **The self in time: Developmental perspective**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.



**בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, היחידה ללימודים המשך והשתלמות  
החללה ההר逝מה לשנת הלימודים תשס"ט**

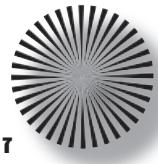
המדור לעבודה קבוצתית	גשתלט ע"ש פ"י רטנר
♦ תכנית דו-שנתית להכשרת מנהי קבוצות	♦ תכנית דו-שנתית להכשרת מנהי הגשתלט לטפל במטופל- לתמוך במטופל
♦ התפיסה התיאורטיבית והיישומית של FOULKES בעבודה עם קבוצות	♦ סמינר חלומות: פיתוח מודעות, יצירתיות וersistוי הקשבה
♦ תכנית שנתית להכשרת דיאטנים/יות להנחיית קבוצות	♦ גשתלט גופנש
טיפול המשפחתית	אימון אישי
♦ תכנית הכשרה תלת-שנתית לטיפול משפחתי זוגי ובינוני	♦ אימון אישי בגישת מדעי ההתנהגות Coaching
♦ המודד המשפחתית בקולנוע	♦ קבוצת הדרכה לבוגרים באימון אישי
פיתוח מנהלים	זקנה
♦ מנהיגות – מהויה לעשייה	♦ תכנית דו-שנתית להכשרת מנהלים בסיסודות ומרכזים לגיל השלישי
גישור	פסיכותרפיה - מזרח מערב סדרת סדנאות
♦ גישור בסיסי	♦ מגע וחינויות בפסיכותרפיה
♦ השלמה לגישור במשפחה	♦ שטיקה כהתראחות דינאמית בפסיכותרפיה
♦ תכנית הכשרה לתפקיד מגשר במשפחה	♦ הויה ונוכחות גופנית בפסיכותרפיה
קורסי העשרה	
♦ מיומניות התרבותות קצרות-موعד	♦ יצירתיות, אלטור ואמפטיה בתיאטרון
<b>למידע נוספת ולקבלת מידע: היחידה ללימודים המשך והשתלמות טלפון: 6409355, 6409559-03-6409355</b>	
<a href="http://www.tau.ac.il/socialwork">אתר האינטרנט</a>	



**הפ"י מחפש נציג למועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה**

המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה קיימת מכוחו של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, ותפקידה ליעץ לשר הבריאות בנושא יישום החוק. המועצה כוללת נציגים שונים של המקצועות הטיפול, הממלאים את תפקידם בהתקנות, והיא מקיימת פגישות אחת לחודש. אנו מחפשים נציג מטעם הפ"י, שתחומי שיקום נכי הנפש קרוב ליבו ולעיסוקיו. כל המעוניין מתבקש לפנות דרך מזכירות הפ"י בדו"ל: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il) או בטלפון: 03-5239393, 03-5239884.

**ברכה,  
הוועד המרכזי**



# עצמות ועצמיות: הורים, ילדים, והתפתחותה של אוטונומיה בגיל הרך

■ ד"ר דינה ארהרד-ויס, המכון להתפתחות הילד, בית חולים מאיר

שנות הילדות המוקדמות מאופיינות בשינויים התפתחותיים דרמטיים. משלalto של הילד לאוטונומיה הינו אחד משבעת תחומי השניים בגיל הרך (בנוסף להתקפות שפה, מוטוריקה, קוגניציה וכו') (Maccoby, 1984), שיש להם את ההשפעה המשמעותית ביותר על טעם ואיכותם של וחסי ילד-הורה. בכללו שלוש עד חמישה נפתחות בפני עצמם ההזדמנויות חדשות לחקיר סביבתם ולשליטה בה, מידת תחכום השפטית והתקשורתי עולה, ובמקביל אף גברות דרישות הורים להנהגות חברתית תאומה. תהליכי מילויים אלו מפגשים הורים ולדים באינטראקציות סביבם נושא השליטה, בהן מצוי גם פוטנציאל לשיתוף פעולה, למשא ומתן, כמו גם לקובפלייקטים ומאנקי כוח. אינטראקציות אלו מספקות הזדמנויות הן להורים והן לילדים להבנות, ולהבנות מחדש, רעיונות חדשים אוטונומיה, סמכות ושליטה.

תיאורות אישיות רבות הציעו זה מכבר, כי כבר מגיל צעיר ילדים מפתחים תחושת אוטונומיה ועצמיות. באמצע המאה הקודמת הציגה מרגרט מהלר (Mahler, 1963, 1965; Mahler, 1975) את השערתה לגבי חוויתם של תהליך ספרצייה-אינדיידואציה (Separation-Individuation) בהתפתחות נורמלית. בתהליך זה נרכשות הן המודעות האינטרא-פסיכית של נפרדות, והן אינדיידואליות מוחנת ויחודית. את חשיבותה של התפתחות האוטונומיה הדגש ארייך אריקסון (Erikson, 1963), אשר גرس כי עם עליית יכולותם, ילדים צעירים שאפאים לבסס תחושה של שליטה עצמית, מסוגלות וגאווה בהישגיהם. על פי המודל לעיל, בסיוウ ועידוד תואם מצד הורים, ילדים חשים בטוחים לחזור את סביבתם ו"לנסות בעצמם", ומפתחים תחושת ביטחון ואוטונומיה. הганת יתר או חסר מצד הורים, עלולה לעורר בקרב הילד תחושות בשעה וספק ביכולתם ואף קשיי הסתגלות ארכוי טוווח. בדומה, טען נצ' (Neisser, 1996) כי דרוש לצד תחום של שליטה אישית על מנת לפתח תחושות אוטונומיה, עצמאות ועצמיות. שכירה על תחום זה מבסס בקרב הילד את הגבול שבין ה"אני" ל"אחר" ומקדם תחושה של אני כמכoon את פעולותי (Agency).

בתמייה למודלים אלו, תוצאות העלו כי ילדים צעירים מוד (בני שנתיים שלוש), מביעים באופן אקטיבי את רצונם בתחום של בחירה ושליטה אישיים, על ידי התנגדות לסטטוס המבוגר (Nucci & Weber, 1995). עם זאת, מהמחקר עולה, כי בדרישותיהם של ילדים לשיטתה אישית קיימת מוחנות הקשורה לתוכן ולונושא. נוציא ווובר הדגימו כי ילדים בני 4-3 מפגנים התנגדות רבה יותר לסטטוס החווית, כאשר היא מכוonta לשיטתה בנושאים הנטפסים אישיים, כמו למשל בחירות בגדים, או סוגים מסוימים, מאשר כשההgelות הן סביב נושאים קוגניציונאלים חברתיים, או נושאים מוסריים.

מצאים אלוulos בקנה אחד עם המודל התיאורטי של מודל התחומיים בהתפתחות (Domain model of social-cognitive development; Turiel, 1983) קוגניטיבית-חברתית (Cognitive-sociocultural model; Turiel, 1983) הגורסת כי ילדים מבינים מושגים חברתיים בתוך תחומי חשיבה מוחנים, הנוצרים מהתפקידים איקוטיים נבדלים, באינטראקציות החברתיות שלהם. בהסתמך על איפטומולוגיה פילוסופית גובשה הבחנה בין:  
**א. התחום המוסרי (The moral domain)** מתייחס לאינטראקציות חברותיות הקשורת לחייבות וווחותם של אינדיידואלים (לדוגמה: פגעה, רמייה).  
**ב. התחום הקוגניציונאל-חברתי (The Social-conventional domain)** מתייחס לנושאים הקשורים בתיאום הסדר החברתי בתוך מערכות, כמו בתי ספר ומשפחה ( Nimosits, כליל, פניה למורה, קודים לבוש).  
**ג. התחום האישי (The personal domain)** מוגדר כמערכת פעולות, הניתנות לבחירה וההעדרה ואשר אין פוגעות בהן (לדוגמה: תחביבים, חברים, סגנון לבוש).

בדומה לתביעותיהם של ילדים לשיטתה אישית, גם הענקת חופש בחירה על ידי הורים נמצאה



Marked between two edges  
by Elliot Born



Robb Scott / "Go out on a limb  
www.robbsscottdrawings.com/  
m\_28.asp

כתוליה בתחום (Domain) פועלות הילד. אמהות נהוגות לדון עם הילד ואף להתאפשר עימן סיבב נושאים הנתפסים כאישיים, אך מרובות להפיע את סמכותן ולתת הוראות חד משמעיות לילדיהם סיבב נושאים מוסרים או קונבנציונליים (Nucci & Weber, 1995; Smetana, 1989; Smetana & Asquish, 1994; Yamada, 2004). מחקרים אלה ואחרים מלמדים, כי הבנתם של ילדים בוגרים לגבות תחומי השליטה האישי הליגיטימי, מתגבשת מתוך האינטראקטיזם השונות של ילדים עם סמכות המבוגר.

התפתחות האוטונומיה וחווית השליטה האישית של ילדים, כפי שעולה מהדיון עד כה, מתרכחות בתוך קשר אין כרוך בהבשה בלבד. תחושים של עצמויות ושליטה נבנות דרך האינטראקטיזם עם הסמכות ההורות ובאזור העידוד המתאים. מחקרים מצאו כי רוב האמהות מזהות את חשיבות קיומם של תחומי בחירה ושליטה של הילד, לשם התפתחות תחושת האוטונומיה והיכולת. הורים המוכנים יותר לדון עם הילד ולהתאפשר סביב נושאים מסוימים, מסיעים בקידום אפשרות אלו בילדים (Nucci, & Smetana, 1996; Nucci, & Weber, 1995). יתר על כן, עידוד לאוטונומיה על ידי ההורים באמצעות שיטות בקבלה החלטות, משא ומתן על דרישות הילד, ואפשר של מרחב מתחכו יוכל לחזק, להתמודד ולפתור בעיות בעצמו נמצא כמנבأ Crockenberg, Jackson & Langrock, 1996; Kuczyski, Kochnaska, Radke-Yarrow, & Girnius-Brown, 1987; Mattanah, 2001, 2005; Ryan, Deci & Grolnick, 1995).

בעוד גישות תיאוריות מצביעות במילוי על הקשר של אבות עם ילדים, כמאופיין בעידוד אוטונומיה ואינדיבידואליות (למשל: Gilligan, 1982; Mahler, 1967; Winnicott, 1957), מוקדם של אבות נפקד מהמחקר בתחום. ממצאים קודמים המצביעים על השפעה נבדלת של אבות ואמmas על הישגים של ילדים see Leaper, 2002; Lewis & Lamb, 2003; Parke, 2005 for reviews et.al., והעליה המהcmdת בזמן אותו מבלים אבות עם ילדים (במיוחד בגין הצער) (Pleck, 1997; Parke, 2002), מובילים להכרה כי הכללתם של אבות במחקר הורות חשובה. נראה כי תפיסות שני הורים בוגרים לאוטונומיה של ילדים, עשויו לשחק ביתר בהירות מרכיבות של תהליכי משפחתיים הקשורים בהתפתחות הילד, ולספק הבנה מיקיפה יותר של תהליכי הבנית בתחום האישי בקרוב ילדים.

במחקר המוצג להלן הצבנו, עם כן, שתי מטרות מרכזיות. האחת, להעיר את שיפוטיהם של הורים לגבי תחומי אוטונומיה וגבולות הסמכות ההורות בתחוםים (Domains) שונים בגין הרך, ולבסס את הערכה, שקיים מובচנות הקשורה לתחומי התוכן של אינטראקטיזם בין-אישיות. השנייה, לבחון את נקודת מבטם של אבות בוגרים לאוטונומיה של ילדים צעירים ולהשוו את תפיסותיהם בוגרים בוגרים ליחסם של תחומי השליטה של הילד לו של אכוות.

### שיפוטיהם של אמהות ואבות בוגרים לאוטונומיה של בניים ובנות בגין הרך\*

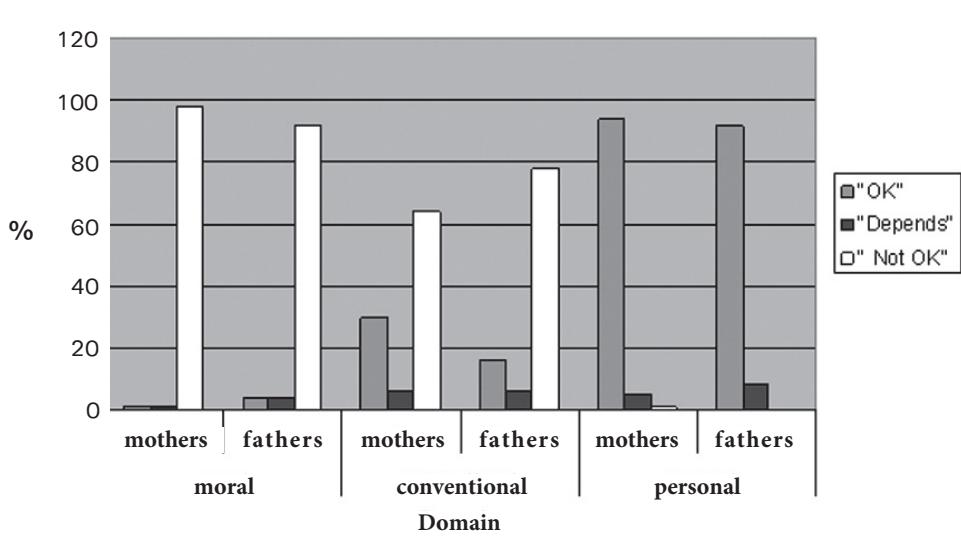
המחקר נערך בקרב 40 אמהות ו-40 אבות (תושבי קליפורניה, לידי ארה"ב ממwand סוציא-אקונומי בינוני-גבוה) לבן או בת בכורים בגין-5-3. המידע נאפיק באכזריות ואיוניות אישים קליניים חיצ-מובנים. במהלך הראיונות הוצגו לאבות ולאמmas שהשתתפו במחקר, תרחישים היפותטיים המתארים אינטראקטיזם קונפליקטואליות יומיומיות בין פעולתו או רצונו של ילד/ה (בין 5-3 Jahren) לבין ציפיותיו ההוראה. התרחישים שהציגו נחשבים טיפוסיים לכל אחד משלושת התחומיים: **התחום המוסרי** {למשל ילד לוקח חטיף מהחנות ללא תשלום או מרבית לילד שלא עלה לו}; **התחום החברתי-קונבנציונלי** {למשל ללכת לגן עם פיג'מה או לאסוף את המשחקים לפני האוכל}; **והתחום האישי** {למשל בחירת תפורת או בחירת חבריהם למפגש אחרה"צ}. לאחר הצגת כל אחד מהתרחישים התבקשו הורים להעיר עד כמה הם מסכימים כי הפעולה שנעשתה על ידי הילד לגיטימית, עד כמה תגובת ההוראה לגיטימית, וכן מי אמר או להחיל בנסיבות מסווג זה. הורים נתבקשו לנמק את עמדותיהם. בתום הצגת כל התרחישים נתבקשו הורים להזכיר את דעותם בוגרים לטוויה תחומי קבלת החלטות של ילדים צעירים וחויבות.

\*Erhard-Weiss, D. (2006). Mothers' and fathers' judgments about young girls' and boys' autonomy. Unpublished Doctoral Dissertation, University of California, Berkeley.

## ממצאים

ההשערה כי בקרוב ההורים קיימות מobicנות ברורה בהערכתם את הדרישות לשילטה מצד הילד, בהתאם לתפיסה של פעלות הילד כמוסרית, חברתית-קונבנציונאלית או אישית – אוושה. רובו המוחלט של ההורים שפטו התנוגדות של הילד לסמוכות ההורים סביב נושאים מוסריים כבלתי מתקבالت על הדעת.Robem אף קבעו כי אין מקום להשתות לילדים פועלות הנוגדות קונבנציות חברותיות. לעומת זאת התנוגדות הילד לסמוכות ההורים או לציפיות ההורים סביב נושאים הנתפסים כאישיים התקבלה כלגיטימית יותר. בדומה, רוב האמהות והאבות חשבו כי על הורים מוטלת האחריות להוסיף את פעולות הילד בתחוםים המוסרי והקונבנציונאל, מעטים חשבו כי על ההורים להטיל מרותם בגין נושאים אישיים. כל ההורים הביעו את דעתם כי יש לאפשר הילד מידיה מסויימת של בחירה וקבלת החלטות גם בגיל הרך. הורים ציינו תחומיים כמו לבוש, סוג מאכלים, חברים למשהה, משחקים וספרים, ככלאו המתאימים לבחירות הילדים הצעירם, אך ציינו כי יש להגביל החלטות הילדים סביב נושאים כמו שעת השכבה, שימוש בחגורות בטיחות, מכות, ביקור סדר במוסגרות חינוך וקבלת טיפול רפואי.

### SHIPOTIMM SHL ABOT VAMHOT AT LEGITIMIOT FAULOT HILD COPONKZIAH SHL THOM FAUOLAH



ממצאים אלו מצביעים על נטייתם של הורים לראות בהתפתחות האוטונומיה של ילדים ובדרישות לשילטה מצד הילד אינטגרלי מהיחסים הורה-ילד, כל עוד תהייר זה תחום לנושאים הנתפסים אישיים. מתרבר כי עידוד אוטונומיה על ידי ההורים אינה נטיה כללית הדרגתית להרשות לילדים שליטה בכל התחומים, אלא עידוד חשוב המתרכז במרחב תחום של מצבים בין-אישיים במסגרת יחסיהם. הורים מחזקים בעמדה כי עליהם לעוזד וללמד את ילדים לבחור ולהחליט, אך כי עליהם במקביל למנוע מילדייהם לפגוע בהזלות, למנוע את הפרת הסדר החברתי שנקבע על ידיהם או על ידי מוסגורות רוחבות יותר וכן לשמר על ביטחונם האישית של ילדים ובריותם. לכן, למורות שאוטונומיה נתפסת כמשמעותית משמעותית, הן על ידי ההורים והן על ידי הילדים עצםם, הכרה זו אינה סותרת את חשיבות הסמכות ההורית והצבת גבולות ביחסוי הורים-ילדים (Baumrind, 1971).

הערכתיהם של האבות והאמות ברגע לרוחבו של תחום השילטה האישית של הילד, לא נבדלו באופן משמעותי. שיפוטים, הן של אבות והן של אמהות, משקפים דאגה להתפתחותה של האוטונומיה האישית של הילד, תוך הכרה באחריות ההווית, לוושת התנהגוויות חברותיות ומוסריות. יתר על כן, הן אבות והן אמהות הציגו חשיבה רב מימדית בגין נושאים אלו ונראה כי הם מתמודדים עם וחושבים על נושא שליטה ואוטונומיה ביחסיהם עם ילדים הצעיר, על

בטיס יומ-יומי. יחד עם זאת, חשוב לציין כי למרות שתפיסתו של תחום השיליטה האישית של הילד נמצא דומה בין אמהות ואבות, נמצא הבדל בגישתם במספר מישורים אחרים. ראשית, אבות נטו יותר מאמהות להסתייג מהתנהגויות של הילד סביר נושאים חברתיים-קונבנציונליים. שנית, אבות נטו יותר לבסס את נימוקיהם על סיבות קונבנציונאליות בנוגע להערכותיהם בכל שלושת התחומים (למשל: "זה לא מקובל", "הילד צריך לשומר על הכללים"). ולבסוף, אבות סייפקו פחות נימוקים מוסריים לגבי מצבים מוסריים מאשר אמהות (למשל: "זה כאב למשהו אחר") ונטו יותר להשתמש בנימוקים קונבנציונליים. הבדלים אלו כולם מצביעים על נטייתם של האבות לחשיבה קונבנציונאלית בנוגע לנושאי שליטה סמכות ואוטונומיה, בעוד כי בעוד אמהות מודעות וגישה יותר לצרכי הילד, התפתחותו והתנהגותו החברתית, אבות נוטים להשוו ערך מוקד שליטה, אחריות הורית והתנהגות מקובלת במצבים השונים.

לסיכום, עיקר תרומתו העיונית של המחבר הנ"ל בתקופת המוחכנות בתפיסות את תוכן האינטראקציות השונות בין אבות ואמות עם ילדיהם ואיכותן, ובהעמקת הבנתנו בנוגע לחשיבות הסמכות ההורית ועידוד חופש הבחירה כבסיס להתרחשות עצמיות תקינה. תרומתו היישומית מכונהת לעובدتם של אנשי מקצוע עם הורים במצביאת איזון מושכל בין עידוד אוטונומיה ועצמיות לבין הצבת גבולות והפעלת סמכות הורית ביחסיהם של הורים ולילדים צעירים.

#### **מקורות:**

- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103.
- Crockenberg, S., Jackson, S., & Langrock, A. M. (1996). Autonomy and goal attainment: Parenting, gender, and children's social competence. In M. Killen (Ed.), Children's autonomy, social competence, and interactions with adults and other children: *Exploring connections and consequences*. (Vol. 73, pp. 41-55). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). **Handbook of self-determination** research. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Erikson, E. H. (1963). **Childhood and Society**. New York: Norton.
- Gilligan, C. (1982). **In a different voice: Psychological theory and women's development**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kuczynski, L., Kochanska, G., Radke-Yarrow, M., & Girnus-Brown, O. (1987). A developmental interpretation of young children's noncompliance. *Developmental Psychology*, 23(6), 799-806.
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. In M. H. Bornstein (Ed.), **Handbook of parenting** (2 ed., Vol. 1, pp. 189-225). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, C., & Lamb, M. E. (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. European **Journal of Psychology of Education**, 18(2), 211-228.
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55(2), 317-328.

MacDonald, K., & Parke, R. D. (1984). Bridging the gap: Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55(4), 1265-1277.

Mahler, M. S. (1963). Thoughts about development and individuation. The psychoanalytic *Study of the Child*, 18, 307-324.

Mahler, M. S. (1965). On the significance of the normal Separation-Individuation phase: With reference to research in symbiotic child psychosis. In M. Schur (Ed.), *Drives, Affects, Behavior* (Vol. 2, pp. 161-169). New York: International Universities Press.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Book, Inc.

Mattanah, J. F. (2001). Parental psychological autonomy and children's academic competence and behavioral adjustment in late childhood: More than just limit-setting and warmth. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47(3), 355-376.

Mattanah, J. F. (2005). Authoritative parenting and the encouragement of autonomy. In P. A. Cowan & C. P. Cowan & J. Ablow & V. K. Johnson & J. Measelle (Eds.), *The family context of parenting in children's adaptation to elementary school*. Monographs in parenting series. (pp. 119-138). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Nucci, L. (1996). Morality and the personal sphere of actions. In E. S. Reed & E. Turiel (Eds.), *Values and knowledge*. (pp. 41-60). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Nucci, L. P., & Smetana, J. G. (1996). Mothers' concepts of young children's areas of personal freedom. *Child Development*, 67, 1870-1886.

Nucci, L. P., & Weber, E. K. (1995). Social interactions in the home and the development of young children's conceptions within the personal domain. *Child Development*, 66, 1438-1452.

Parke, R. D. (2002). Fathers and families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 3, pp. 27-74). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

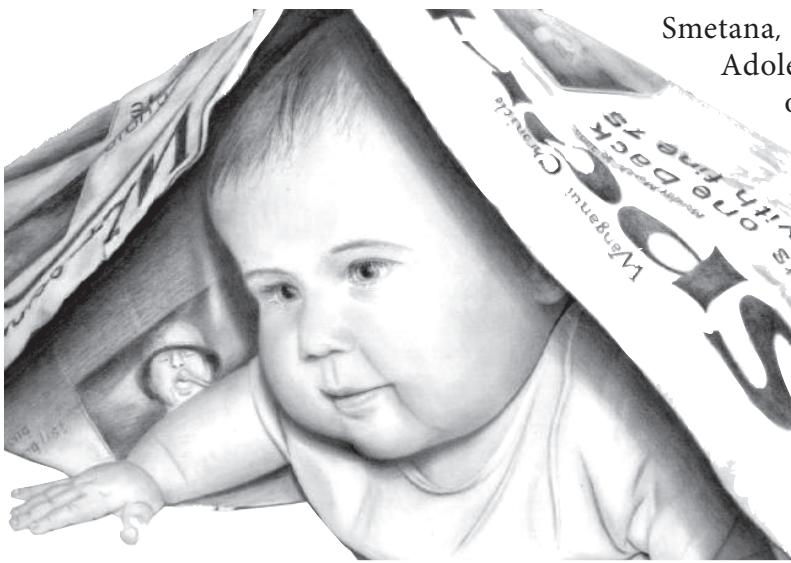
Parke, R. D., Dennis, J., Flyr, M. L., Morris, K. L., Leidy, M. S., & Schofield, T. J. (2005). Fathers: Cultural and ecological perspectives. In T. Luster, & L. Okagaki, (Eds.). *Parenting: An ecological perspective* (2nd ed.). Monographs in parenting. (pp. 103-144). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Piaget, J. (1932). *Moral judgment of the child*. New York: The Free Press.

Pleck, J. H. (1997). Parental involvement: Levels, sources and consequences. In M. E. Lamb (ED.), *The role of the father in child development* (3rd ed., pp.66-103). New York: Wiley.

Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. Vol. 1: Theory and methods, pp. 618-655). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Smetana, J. G. (1989). Adolescents' and parents' reasoning about actual family conflict. *Child Development*, 60, 1052-1067.



Smetana, J. G., & Asquith, P. (1994). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and adolescent autonomy. *Child Development*, 65, 1147-1162.

Turiel, E. (1983). *The development of social knowledge: Morality and convention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Winnicott, D. W. (1957). *Mother and child: A primer of first relationships*. Oxford, England: Basic Books.

Noleen, E., Sommerville / "Under The Wanganui Chronicle"  
<http://www.freewebs.com/noleenesommerville>



## פסיכולוגיה בודהיסטית

תכנית הכשרה תלת שנתית למטפלים - תורה הנפש הבודהיסטית  
שנה א'

מורים: נעמה אושרי, נח אלון, ד"ר אסתר אליצור ופרופ' יעקב רז

התודעות עיונית ומעשית אל המשנה הבודהיסטית ואל אימון המדייטציה

בין הנושאים:

⊗ מאפייני המציגות: השתנות; זיקת גומלין; סבל ⊗ מאפייני התודעה ⊗ מהו האני?

### שנה ב'

מורים: נעמה אושרי נח אלון, ד"ר אסתר אליצור, יובל אידו סל

התודעות לדריכים הבודהיסטית לتمורה בחיבם האישים ובמעשה המסיע

בין הנושאים:

⊗ צמצום הרגשות המאיירים כגון: כעס, קנאה, תאווה, פחד, גאותנות וכדומה.

⊗ יחס סיווע ועמדת המטפל ⊗ יצירת תמורה מתוך טיפול של המידות הטובות שבנו, כגון: חמללה, אהבה, נדיבות, אחריות, סבלנות וכדומה.

### שנה ג'

מורים: נח אלון, ד"ר אסתר אליצור, רענן קולקה ופרופ' יעקב רז

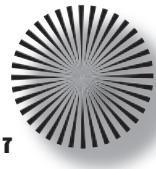
ישום המשנה הבודהיסטית בתמורה האישית ובמעשה המסיע

שנת מעבדה, בה נרחיב את המשמעות היישומית של האימון הבודהיסטית בעולם האישי ובעבודת המטפל, באמצעות התנסויות המבוססות על עולמים המעשי של המשתתפים.

الלימודים יתקיימו בקמפוס ברושים, רמת אביב, ת"א.

למידה והרשמה: 09-8949593

info@pdharma.co.il ■ www.psychodharma.co.il חנות הרשמה מראש!



## טיפול אם-ילד, אב-ילד, CAN ועכשו: גישה דינאמית-התיחסותית לטיפול בהפרעות בילדים

■ פח' יהודית הראל, רעה אבימאי-fft, חייתה קפלן / החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה

טיפול אם-ילד ואב-ילד הינו מודל מבוסס מנטאליזציה (Allen & Fonagy, 2006) באוריינטציה פסיכואנליטית-התיחסותית, לטיפול בהפרעות בילדים. המודל מייצג אינטגרציה בין גישת יחס האובייקט המתמקדת בעולםים הייצוגים הפנימיים, והגישה האינטרא-פרטונאלית המדגישה את ההתרחשויות הבני-אישיות הגלויות (Ben-Aaron, Harel, Kaplan, & Patt, 2001). הטיפול מיועד בעיקר לילדים קדום-חברוניים מבחינה התפתחותית ומתייחס ליחסים של הילד עם הוריו כמרכז ההתערבות. ההבנה לפיה הילד<sup>1</sup> מפתח יחסים ייחודיים עם כל אחד מהוריו כמו גם עם זוג ההורם, מובילה לשיטותם המשמשי והפעיל של שני ההורם בתהליך הטיפול. אותו מטפל פוגש את הדיאdot אם-ילד, אב-ילד, לסירוגין מדי שבוע, ואת זוג ההורם אחת למספר שבועות.

במהלך הטיפול, הורה וילד מציגים את דפוסי הקשר האופייניים להם ומבטאים באינטראקציות וב'הפעולות' (Enactments), תכנים הקונפליקטואליים המעסיקים אותם. המטפל מתבונן ומתייחס להתנהגויותיהם וגם למשמעותם של היחסים, על מנת לקדם את ההבנה הרפלקטיבית של המשתתפים ואת השינוי בחוויה וביצוגו העצמי', 'הآخر' והקשר ביניהם.

גורם השינוי העיקרי במודל זה, לעומת טיפול אינידיבידואלי בלבד המלווה בהדרכת הורים, הוא השותפות הפעילה והmobחנת של הילד עם כל אחד מהוריו. בדרכים שונות ובעיקר באמצעות משחק, מבטא הילד את עולמו הפנימי ואת צורך מול כל אחד מהוריו. נוכחות המטפל בדיאות השונות מאפשרת ישירה גם לבושים המובלעים (implicit) המעסיקים אותו, במקביל לנושאים המפורטים (explicit) העולים בשיח שלhn.

### הטיפול הדיאדי לטיפול "התיחסותי"

אתה להשפעות הבולטות ביותר על התיאוריה הפסיכואנליטית כולם היא הפרטפקטיבית ההתיחסותית (Mitchell, 1988). בפרטפקטיבזה, המפגש הטיפולי נבנה במשותף על ידי שני המשתתפים, המקייםים תהליכי המאופיינים בהשפעה הדדית שאונה סימטרית. התהליך הטיפולי אפשר 'הפעולות', באמצעותו משחרר המטפל, ביחסו עם המטפל, קונפליקטים עם אובייקטים ממשמעותיים מחוי. הפעולות אלה מהוות הזדמנויות חשובות, בהן ניתן ללמידה על משמעותם לא מודעות ועל ייצוגם מעולם הפנימי של המטפל, המהדרות את יחסיו עם האובייקטים הראשונים שלו (Lyons-Ruth, 1999; McLaughlin, 1991; Wachtel, 2008).

עבור מטופלים שהם ילדים, אנו מניחים שמדובר בהפעולות ממשיות וakteuelities הקיימות ביחסו הילד עם כל אחד מהוריו, ומהוות את חומרו הגלם לבניית עולם הייצוגים שלו. הבנה זו מובילת לשאלת הבלתי נמנעת, מדוע לבסס את הטיפול בלבד על הפעולות המתהווות בינו לבין המטפל, בתהליך העברה שהינו בבוואה של הקשר בין הילד להוריו, ולא לגייס את ההורם, האזמינים עדין לעבודה טיפולית ואשר יחסיהם עם הילד, מהווים את הגערון ההפרעה ביחסים. כוחרים (Fonagy, 1998 & Target, 1998) מצביעים על כך, שככל שהמצב הטיפולי דומה יותר למצב המטפל במצבות, כך ניתן להקליל טוב יותר את תוכניות הטיפול. סביר אפוא להניח, ששינוי הנוצר בטיפול דיאדי בתוך יחסיו הורה ילד, יהיה זמין יותר להכללה בנסיבות מסוים הנוצר ביחסי מטפל-ילד.

המודל הטיפולי אם-ילד אב-ילד, מביא לידי שימוש את הגישה ההתיחסותית לטיפול בילדים (Altman, 2004; Altman, Briggs, Frankel, Gensler, & Pantone, 2002; Lyons-Ruth, 1999), הראה ביחסים המכשימים של הילד והוריו, את הגורם המעצב של עולם הייצוגים של הילד (Mitchell, 1988). בדומה לטיפול אם-תינוק, גם המודל הזה מתמקד ביחסים ובמשמעותם הנבונות בין הורה לילד, אך מרחיב ומתאים את המטרות הטיפוליות לילדים גדולים יותר.

<sup>1</sup> "הילד" יכוונה בפרק זה בלשון זכר, ה"מטפל" גם זכר וגם נקבה

עמדת זו מהוות עדכון למודלים הטיפולים בילדים בכר שמיישמת בתפיסה את הידע ההתפתחותי המוצابر, השינויים בתיאוריה הפסיכואנליטית והמחקר הדן ביעילות מודלים טיפולים קיימים (Fonagy & Target, 1998).

### סיבות אפשריות להפרעה ביחסים בין הורה וילד:

אנו משערם שמקורם של הקשיים הרגשיים הוא בהפרעה ביחסי הורה-ילד, המשתייכת לאחת שלוש קטגוריות עיקריות:

• השינויים ההתפתחותיים שעובר הילד, מערערם את האיזון שהיה קיים ביחסים עם ההורים. לדוגמה, ילדה בת ארבע הופנתה לטיפול. הילדה גדלה במשפחה בה האב היה המטפל העיקרי בה ויחסיהם התנהלו על מי מנוחות. הסיבה העיקרית למצווקתה הייתה קשיי הורים להתמודד עם נושאים אדיפאלים, שחיברו התארגנות חדשה של היחסים במשפחה.

• הדרמה האישית הסובייקטיבית מה עבר של הורה, משוחזרת עם שני שחקרים חדשים – הורה והילד. על הילד מושכים תפקוד של דמות משמעותית מעברו של ההוראה, או היבטים מסוימים מה'עצמיו' של הורה שאינו מסוגל לשאתם. הילד, התלויה בהורה, מקבל על עצמו את התפקיד המושך עליו, ובכך מאפשר להורה להמשיך את מאבקו ללא מודיעו (: ; Palacio-Espaza, 2004 ; Brazelton & Cramer, 1990 ; Fraiberg, 1975). לדוגמה: ילד הנחווה על ידי אחד הורים כפגום או רע ובכך מייצג בرمמה לא מודעת עבור הורה הביט מחוויות העצמי שלו המותקת כלפיו.

• ההורם / או הילד זקוקים לעזירה על מנת לשחרר או לחזק תהליכי מנטאליים מעוכבים. 'הפונקציה הרפלקטיבית' של הורים והילד, מבטאת יכולת להתבונן ולהשוב על מצבים מנטאליים של ה'עצמיו' ושל ה'אחר', להבין את קיומו של קשר בין התנהוגיות לבני מיניהם משאלות וגישה, היכולת לחולק חוויות רגשות וליחס משמעות לאינטראקציות, לעיתים אינה זמינה או אינה מפותחת (Bateman, & Bleiberg, 2004; Fonagy, 2004; Bleiberg, 2001). קשיים בעמלה הרפלקטיבית של הורה, שמוקרים בחוויות טריאומטיות ספציפיות או ביחס אובייקט בעיתאים, יוכבו או ימנעו את פיתוחה של עמדה צזו בילד (Target & Fonagy 1996). לדוגמה: הורים מודדים חווית נזקקות אצלם, או בדים למשחקיות ודמיון אצל הילד. מצבים אלה עלולים להוביל לשיבוש, אי הבנה וקשיים ביחסים בין הורה וילד.

### התבנית הטיפולית

התבנית הטיפולית מורכבת מפגישת אם-ילד, אב-ילד מדי שבוע לפחות, עם אותו המטפל. מדי שבועיים-שלושה, פוגש אותו המטפל גם את הדיאדה ההורית. במפגש הדיאדי, נוכח בחדר גם ה'שלישי' ברמת הייצוג. ילדים נוטים להזכיר משחק או פעילות, שהיו בפגש עם הורה אחר. במפגש עם הורים ממוקדת השיחה בלבד, תוך התבוננות משותפת עם הורים בהם שהתרחש במפגשים בהם השתף הילד.

### היבטים ייחודיים

#### א. השתתפות פעילה של הורים בתהליכי הטיפול

הורים וילדים מביאים למפגש הטיפול את קשייהם ביחסים ומציגים אותם בשיחה, בתקשרות לא מילולית, עשייה, משחק ובסיפור. הנושאים המוצגים עם כל הורה יכולים להיות דומים או שונים. לדוגמה: ילד העסוק בתוקפנות לومة בקשר עם אבא כיצד לווסת תוקפנות, בעוד שעם אימו בודק את أيام התוקפנות עלייה. המטפל מסייע להורים להבין את המשאלת של הילד ואת המשמעות השונות שהם מיחסים להתחנגוותם ואשר מובילות לתגובה המובחנות שלהם.



Noleen., E. Somerville

[www.freewebs.com/](http://www.freewebs.com/)

[noleenesommerville/index.htm](http://noleenesommerville/index.htm)

#### ב. חשיבות האב

אנו שותפים לעניין המחדש באבות המתגלה לאחורה (Akhtar & Parens, 2004 ; Trowell & Etchegoyen, 2002; Frey, R. 2003 Fivaz-Depersinge, E. & Corboz-Warnery, A. 1999), אבות מפתחים כשותפים נלהבים וחשובים בטיפול.

## ג. ידע יחסים מובלע (Lyons-Ruth, 1998 ; Stern, 1998)

החוויות המוקדמות והחשובות ביותר עם אחרים ממשמעותיים, אשר בונות את הייצוגים של יחסי האובייקט, מאוחסנות לרוב **ידע יחסים מובלע**, טרם קיומה של יכולת הסמלה אצל הפרט. ידע זה נגש באמצעות התנהגות בלבד (ולא במלים) והוא ייחודי לדמות המשמעותית עמה הידע נרכש במקור Fonagy (2000). המודל הטיפולי המושתת על שותפות פעליה של ההורים והאוירה האמפטיית והתוכמת שהמטפל יוצר, מעודדת את הופעתן של התמונות המובלעות בנסיבות המטפל. כך מתאפשרת גישה וטיפול בתמונות אלה כגורם שינוי ממשמעותי. מדובר ב"רגעי הווה" (present moments) שעשוים להוביל ל"רגעי מפגש" (of moments meeting) בכך הם משמשים כמחוללי שינוי ממשמעותיים (Stern, 2004).

## ד. העברה

אנו מזהים שני תהליכי העברה:

1. העברה דו-סטרית בין הורה לילד ובין הילד להורה. Fonagy & Target, מצינים

ביחס למודל שלהם (Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H. and Patt, R., 2001)

"המודל מספק למטפל את הזדמנויות המיוחדות לצפות ב... ולא רק להסיק על..."

طبعם של יחסי הורה-ילד, הזדמנות לצפות בעברה – כלומר בייחסים הלא מודעים

של הילד להורה, ושל הורה לצד כפי שהם מתרחשים – ולא כמו בדרך כלל כשהמטפל

לומד או מסיק על כך מהתנהגות הילד כלפי המטפל. שניינו טכני חשוב זה הפך את

הטיפול לישיר יותר, מיידי יותר, ונΚקוו שאגם יעיל יותר" (עמ' 11).

2. העברה בין השותפים למטפל אשר מתחפת במקביל. להעברה זו פנים רבות,

אחד מהן הוא "העברה הסבatta הטובה" (Stern, 1995), העברה חיובית באמצעותה

הורה רואה במטפל מישחו המעריך את תפקידו ההורי, מכבד אותו ואינו מתחרבה בו

או משלט עליו. המטפל מסיע להורים לגאים משאים הורים, על מנת לעזרו לילד

שלهم, ובכך הוא מראה מעין "הורה מיטיב להורה" כדי שיטיב עם ילדו.

## ה. תמייה בפונקציה הרפלקטיבית של הורה ושל הילד

פיתוח יכולת הרפלקטיבית מהוOA אמצעי טיפול מרכז'י במודל (& Harel, Kaplan,.., Patt, 2006), קשייהם של הורה והילד מצויים ביטוי בפגש בדרכים שונות, המשקף הסימבולי הוא העיקרי שבהם. באמצעות המשחק המטפל מעודד אותם לחשב, להתעניין בעולם הפנימי של עצמו ושל ה'אחר' הנמצא אתם באינטראקציה. "למה הדובי –ABA מתחכו כשהוא נזוף בגור שלו?", "מה אתהABA חושב שהילד תJKLMונן כשהוא שבר את הצעצוע?" – הערות אלה של המטפל מוכנות לסייע להורה ולילד להבין התנהוגיות כנובעות ממניעים, מיועדות להשגת מטרה מסוימת ומחוברות לעולם המנטאלי, במובן מדבר סתום, בלתי צפי וחרר פשר.

למשחק הסימבולי תפקיד מרכזי בפיתוח יכולת הרפלקטיבית, הן במהלך ההתפתחות והן במצב הטיפול (Target, & Fonagy 1996). יכולת זו מעניקה לאדם תחושת שליטה ויסותה רגשי, הבנה עצמית, הבנה של הזלות וחווית בעלות אחרות על מעשי.

## התהlixir הטיפולי

המטרה הטיפולית כפולה: להוביל לשינויים הן ברמת התנהוגות הממשית והן ב'ייצוגי העצמי', ה'אחר' והיחסים.

המטפל קשור לדיאדה בשתי רמות: הרמה האישית והבין אישית של התנסות או התנהוגות, ורומה המנטאלית של המשמעויות והייצוגים – הרמה האנתרופסיקית.

אנו מניחים קיומו של קשר בין שתי הרמות, בכך אנו שותפים לדעתו של שטרן (1995) באשר ל'נקודת הכניסה' להתרבות ('port-of-entry'), אך חולקים על העמדה לפיה שינוי ברמה אחת, יוביל באופן אוטומטי לשינוי ברמה אחרת. יסינונו הקליני מציע על כך שאוכלוסית המטופלים שלנו, המורכבת מילדים צעירים (ולא מתינוקות) ומהורם "ותיקים" (במובן מההורם "טריים") פחותת פתחה לשינויים, מאחר ועולם היצוגים כמו גם היחסים מגובשים יותר ולעיתים אף נוקשים. גם הקשר הקיים בין יציג להנהוגות מורכב יותר. לכן, על המטפל להקשוב לשתי הרמות לפחות מגבלות ועיוותים ממשמעויות המיויחסות להנהוגות, ולתרגם התנהוגות ממשמעויות וליצוגים ולהפר.

## **תפקידים המשתתפים בתהיליך הטיפולי**

### **תרומת הילד לתהיליך הטיפולי**

השתתפות הפעילה של הילד עם כל אחד מהוריו מהוות לפִי דעתנו את הגורם העיקרי לשינוי במודל טיפול זה. ילדים נהגים, כבר בראשית הטיפול להציג את הנושאים החשובים להם ביותר, עם כל אחד מהוריים. לעיתים, אלה נושאים זהים לאלה שההורם הציגו בשיטת הקבלה. לעיתים מדובר בנושאים שונים ומפתיעים. הילד מפעיל אותם בפגש הטיפול, כדי להעתמתם אתם ולהבין אותם יחד עם ההורה.

מרם ירצה מוצאת בת 5, הופנתה לטיפול, מפני שמהי בוקר, היא מתקשה או מסרבת להתלבש ובוקר לנעל נעלים. הבעה החמורה עם בוא החורף. כאשר נשאלו ההורים על האימוץ, הם אמרו שהנושא מדובר בחופשיות במשפחה, גם בנים הגדול הוא מאומץ, והם אינם חושבים שקשהה של מרם קשורים להה.

לפגישה הראשונה הגיעו אבא ומרם. מרם ירצה קטנה, רזה עם עיניים ענקיות ושרען אדמוני לוחט, לבושה בכוטנותليل גדולה ונוועלת נעל בית גדלות מאד, כשבחוץ קר ויורד גשם. במחצית הפגישה היא ליקחת אקדח צעצוע ומתחללה להיות לכיוון אביה. המטפלת מציעה לאב לברר بماי היא יורה? מרם אומרת שהיא ב"פאפי" ומצביעה על התמונה שמאחורי האב, בה רואים איש מגן בחצרה. לשאלת המטפלת מיהו "פאפי"? עונים שניהם ש"פאפי" הוא כינוי של ילד דמיוני המופיע במשפחה, בכל פעם שמדובר עשוה שובבות והוא גם השם בו מכנה מרם את אבא כשהיא כועסת עליו. המטפלת תוהה בקהל על הדברים השובבים שבגלם מרם יורה ב"פאפי". מרם מבטה בה ואומרת: "הוא גנב, הוא לך אוטובוס גדול ושם בו את הילדים הגנובים והביא אותם לחנות הצעצעים בקניון. אנשים שאין להם ילדים, אבל מאד רוצהיים, באים לחנות וקונום ילדים וצעצעים".

אפיוזה זו סימנה את תחילתה של סדרת מפגשים ארוכה בהם התמודדה מרם עם סיפור האימוץ שלה, שבינdegן לדברי ההורים נותר עמוס בשאלות עבורה. במפגשים, צרה מרם יחד עם הוריה אימוץ רבם – בהם העלה גרסאות שונות פרי דמיונו למה שקרה לפני, במהלך ואחריו האימוץ. ההורים אשר היו יחד אתה את הקשיים להבין מה קרה, וכוחו לדעת את הקשר שבין קשייה וסיפוריים אלה. בהדרגה, במהלך הטיפול במבנה וرسה משותפת של מרם והויה לסיפור האימוץ האישי והיחודי שלהם, שלא הייתה מתאפשרה טיפול איש של מרם עם מטפל.

בפגשים הדידים, הילד פועל במבנה משותפת עם ההורים של דפוסי קשר ומשמעות חדשות להתנהגויותיהם, ולמד כל הורה על האופן בו הוא נזקק לו, בשלב התפתחותי בו הוא נמצא.

עתים קרובות נהגים ילדים להביע את נושא הפגישה עם אחד ההורים לאישו של ההורה الآخر, על מנת ליצור דמיוי קוגניטיבי של עצם מתוך ההשתקפות השונות שיש להם אצל שני הורים. השתתפותו הפעילה של הילד מאפשרת עבודה על המובנה בין הוריו, בין צרכיו ומשאלותיו, בין אלה שלهما, המאפשרת לשותה של מטפלת בעובדה טיפולית מעמיקה המתיחסת לעולמים וליחסים האובייקטיב שליהם ומשמעותם בשחוורו הילד מהשלכותיהם כלפי והתמודדות איתן כמושהו השיר להם. הילד "משוחרר" להיות הוא עצמו ולקבל מההורם את מה שהוא זוקק לו במהלך התפתחותו. עיבוד זה יכול להוביל את ההורה לפנות לטיפול עבור עצמו, בעיקר במצב בו ההשלכה על הילד ועל היחסים עמו אינם משמשים אותו יותר.

### **תפקיד ההורה**

ההורה הוא השופט הטבעי והאנטימי של הילד. המטפל רואה את עצמו כמו שעוזמן להציגו למסע שלהם להכיר את עצמם ואת היחסים שלהם. השתתפות ההורה במפגשים ממתנת את החששות שלו מפני ביקורת על תפקודו ההורי ומצמצמת את הסכנה שבძיכוז בין "האובייקט הטוב" – המטפל, לבין "האובייקט הרע" – ההורה, כפי שקרה לעיתים טיפול אינדיידואלי (Altman, 2004). בחסות אובייקט הביטחון בחדר, והכבד של המטפל כלפי ההורים, הופכים ההורים, בדרך כלל, לשותפים פעילים בתהיליך הטיפול. ככל שהבנתם את התנהגותם של ילדים גדלה, הם נחשפים יותר, הן לחויה מספקת שיש בה היכרות עמוקה עם עולמו. המפגשים עם זוג ההורים מוקדשים לעיבוד הרגשות, הזיכרונות וכל מה שנחווו במהלך המפגשים עם הילד. מפגשים אלה מאפשרים גם גילוי ובדיקה של קשרים בין הווה לבין עברו של ההורם.

## תפקידו המטפל

لتפקידו המטפל במודל זה מאפיינים ייחודיים הנוספים לתפקידו הדינמיים המוכרים:

### 1. המטפל כמספק אוירה של ביטחון:

המטפל מוקפיד לא לתפוס את מקום ההורה, לתמוך בתחשות ביטחון וקומפטנטיות שלו, ובחזק עמדתו כמבוגר. המטרה היא ליצור אוירה של "משמעות", המאפשרת לילדים להציג את עולמו הפנימי, ולהורה להיות קשוב ומתעניין בעולמו של הילד, רגשותיו ומונעיו. באוירה זו יכול גם ההורה לפתח את עולמו הפנימי לעיון ולחקירה. מרבית האינטראקטיות מתרכחות בין ההורה הילד, והמטפל מצטרף אם הוא מתבקש.

### 2. המטפל כצופה משתתף:

המטפל צופה וכ משתתף בשלוש הדיאדות, לומד להכיר את הנושאים האופייניים לכל דיאדה, ואת התפקידים שיש לידי ולהורה בהם. העמדת הרפלקטיבית של המטפל, מאומצת בהדרגה על ידי ההורים והילד ובכך מפעילה את הפונקציות הרפלקטיביות המועלבות שלהם.

### 3. המטפל כმתרגם וכმפרש:

ע"י שיום, הבהיר, מיקוד ושיקוף, מציע המטפל תרגום המנוסח כהזמנה לדיאדה לחשב אם מתאים או לא. למשל: "אולי על ידי השלחת הצבעונים אתה רוצה לומר לאבא שאתה כועס עלי?". התרגום מגלה את העולם הפנימי של האחד בפני الآخر ומוקדם הבנה הדידית. התרגומים חוווניים באוטן דיאdotות שנוטות לעוות משמעותית ובאה בהן רפרטואר המשמעותיות המיוחס להתנהגויות מצומצם.

שי, ילד בן 10, הביא בפגישות רבות קונפליקטים קשים בין אביו והציג דמות אב שאינו מבין ואף אכזר. המטפלת פירשה את עטסו של שי ואת חרדות הנטישה שלו כקשריות לרגשותיו כלפי האב. שי הגיב באומרו – "את יודעת, אבא שלי לא יודע איך להיות אבא, זה מפני שאף פעם לא היה לו אבא אמיתי ממשו". בפגישה שלآخر مكان, ספר האב לשוי ולמטפלת, על אביו שננטש את אמו כשהייתה בחירין אותו והויסיף, תור וידי, שהז הפעם הראשונה שהוא מדבר על כך, שאביו רצה לפגוש אותו כשהיה בן 18, אך הוא סרב בגל עטסו עלי.

### 4. המטפל כ"שלישי":

המטפל כאדם עם מאפיינים מסוים (מין, מראה, סגנון וכו'), מאפשר קשר שהוא ייחודי עם כל שותף, עם היבטים מודעים ולא מודעים, היבטים של העברה והיבטים של אובייקט ממשי.

בתפקידו ה'שלישי', המשמשוות בנושאים אדיפלים, יכול המטפל לסייע בקשרי המעבר מדיודה לטריידה ובחרדות המלאות מעבר זה. מירב הגעה לנושאים אדיפליים בעברו 6 חודשים טיפול. בית נתנה לאמה ולאחריה הוראות ויציפתה שיציתו לה. הם המשרתים, לדבריה, היא הנסיכה המלכותית ואבא המלך.

בפגושים, הציגה את משלוחיה האדיפאליות באופן גלי במשחק בובות עם אבא, שהופיעו בו גם מלך, נסיכה ומשרתים. בפגושים עם האם, ריא הייתה מادر גרסיבית ונתנה לאימה במשחק תפקיד של החיה-האם, המקבלת את הגור באהבה, מתפעלת ממנו ומבטא את כלפי חיבה וחום. המטפלת נדרשה להיות בתפקיד צופה המאשרת ומתפעלת מודיאדה אם-גור המושלמת והמאושרת. בפגושים עם האב, בלבד הייתה צופה בסיפורים וב帳號ות על המלך והנסיכה, קבלה המטפלת לעיתים תפקיד מלכה. מלכה בטאה המטפלת הבינה להתנהגות הנסיכה ופרשא אותה כאופיינית להנסיכה כנראה מרגישה ועל אהבה בין הנסיכה למלכה שתשרוד את הסערה הרגשית זאת.

לאחר מספר פגישות, بعد מירב כගורה מתנדנדת בין ברכי האם, עלה נושא הנסיכה ומשרתים. האם, בעידוד המטפלת, החלה לספר למירב שלכל הילודות יש מחשבות כאלה של חתונה עם אבא, שילדות כועסות על אימא, אבל גם אהבות אותה



**Cuteness by Andrea Joseph**  
andrea.joseph24.blogspot.com

זה מאד מבלב להרגיש כר, ושהחוק לא מרשה לילדות להתחנן עם אבא, כי הוא כבר נשוי לאימה. האם גם הוסיף שכאר מירב תגדל, היא תמצא מישחו כמו אבא, אהוב ולהתחנן אתו. מירב הקשיבה בפנים רציניות, מביטה באמה מבין רגליה, כשmedi פעם שואלה שאלה. לפגישה הבאה, עם אבא היא הביאה בובה חדשה ופה והציגה אותה למטפלת – "זאת המלכה!"

#### 5. עבודת המטפל עם ההורים:

המטפל פוגש את זוג ההורים ולעתים רוחקות כל הורה בנפרד לדין בנושאיהם שעלו במפגשים עם הילד, במשמעותם הדידית והטרידית ובמשמעותם לשפחחה כולה. נבחנים גם הקשרים בין נושאים אלה לבין העבר של ההורים. העובדה שהילד אינו נוכח, מאפשרת למטפל להיות קשוב יותר להורה ולפגוש אותו כאדם עם צרכים משלו, כפרט וכבן/ בת זוג. ההורים, שהעולם הפנימי שלהם נחשף בפני בן/בת הזוג במגוון תכנים חדשים, תומכים בדרך כלל זה בזו בהתמודדות עם כאב שעולה במפגש המשותף או במפגשים עם הילד. במקרים אחרים, מובילים מפגשים אלה להפניה לטיפול אישי או זוגי להם. עם זאת, מוקד העבודה העיקרי הוא ייצוגו של הורים הרלבנטיים לילד, כשהמטרה היא לעזור להורה לעוזר ליד שלו.

נכחותו של המטפל בדיאות אם-ילד ובב-ילד מאפשרת לו גישה לחוויות הקשר המובלעות ומספקת מידע יקר שאיינו נגיש בשיחות הדרכה ללא נוכחות הילד.

#### 6. המטפל כمسפק חינוך – פסיכולוג:

המטפל מספק להורה מידע התפתחותי לבנתי וחינוי, תוך שימוש בו שישתמש במידע זה. ה"חינוך הפסיכולוגי" מאפשר להורה לשימוש לביציפויות שאינן תואמות את גיל הילד, לתקין לעוממת החירוג בהתנהגותו וביחסיםumo. כל הבנה המשותפת במפגשים הדידיים עם הילד, באינטראקטיבית הממשית אותו, מתרוג כוונה שתיכلل בייצוגיו.

#### 7. המטפל כמתככל:

כמשתתף בשלושת הדיאdot, ניתנת למטפל הזדמנויות למקד את תשומת הלב של המשתתפים במשמעות סותרות, ובקונפליקטים שחווים בנושאים המועלים. המטפל מגשר בין העמדות השונות המופיעות בדיאות השונות וגם בין השניים לבין השלישי שלא נוכחת. תובנות שהושגו בדיאה אחת, מעברות לדיאדה אחרת לעזין, לאיישור ולהתמעה. למטפל תפקי' חשוב לסייע הילד בניסיונותיו לגשב לעצמו תמונה Kohnerettit של עצמו, מתוך ההשתקפות השונות אצל הוריו.

### מגבילות – למי המודל הזה איננו מתאים?

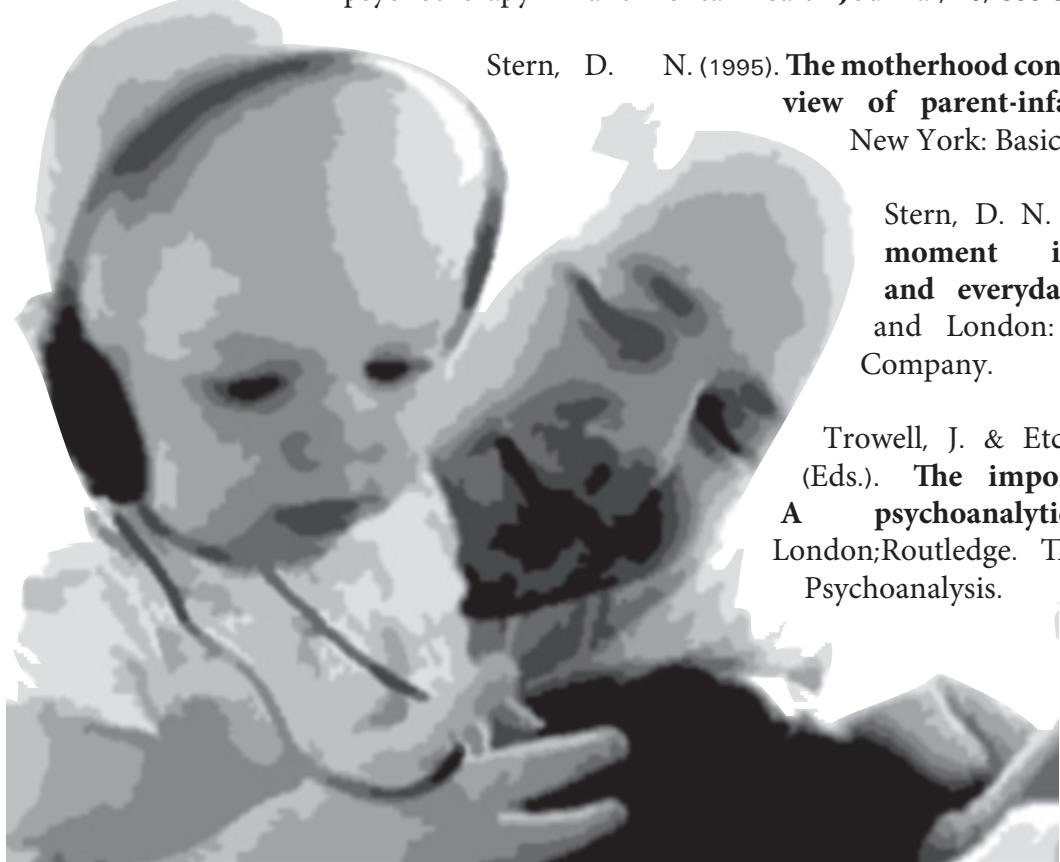
הורים עם כוחות אגו דלים מאד, אשר מגבלים את יכולתם弛וק ולהתבונן במצבים המנטאליים שלהם ושל הילד, והורים שקשה ליצור אתם מרחב פוטנציאלי בטיפול ומתקשים לקבל את נפרדותו המנטאלית של הילד – אינם מפיקים תועלת ממודל זה.

הורים המתקשים מאד להיות "משחקים" בשעה הטיפולית, זוקרים לשלב הכנה לטיפול זהה. בשלב הכנה יש מקום לבירר את מקור הקושי שלהם וגם לחתת "חינוך פסיכולוגי" באשר לתקיינו החשוב של המשחק בהתפתחות הילד וכדרור להכיר את עולמו הפנימי של הילד.

הורה שאינו יכול "לוותר" על הילד כדי לחשכו, יתקשה מאד להפיק מהטיפול זהה וגם הילד יועכב בהתפתחותו לא טיפול אינדיבידואלי. לעתים יש לשקל טיפול מקביל ונפרד הילד ולהורה על ידי אותו המטפל שחשיבותו דיאdot. הורים המוכנים לכת לטיפול לעצם, כאשר מתרבר הקשר בין קשיי הילד לקשייהם, יכולים להפיק מהטיפול הדידי המתරחש בד בבד עם הטיפול האישי שלהם.

## **ביבליוגרפיה:**

- Akhtar, S. & Parens, H., ( 2004). **Real and imaginary fathers: Development, transference and healing.** NY: Basic books, International Universities Press.
- Altman, N., (2004). Child psychotherapy: Converging traditions. **Journal of child psychotherapy**, 30 (2). 189-206.
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D., & Pantone, P. (2002). **Relational child psychotherapy.** New York: Other Press
- Allen, J. & Fonagy, P. (Eds.). (2006). **Handbook of mentalization-based treatment.** NY:Wiley,
- Bateman, A. W., & Fonagy, P., (2004). **Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment.** Oxford: Oxford University Press.
- Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H. and Patt, R., (2001). **Mother-child and Father-child psychotherapy: A manual for the treatment of relational disturbances in childhood.** Whurr Publishers: London and Philadelphia.
- Bleiberg, E. (2001). **Treating personality disorders in children and adolescents: a relational approach.** The Guilford Press; New York and London.
- Brazelton, B., & Cramer, B., (1990). **The earliest relationship :** Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fivaz-Depeursinge,E. & Corboz-Warnery, A.,(1999).**The primary triangle.** New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Target, M., (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. **International journal of psychoanalysis.** 77: 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of Child Psychoanalysis. **Psychoanalytic Dialogues**, 8, 87-114.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. **Journal of the American academy of child psychiatry**, 14, 387-421.
- Frey, R. (2003). Fathers: important, unique or uniquely important? In R. Sullivan (Ed.). **Focus on fathering** (55-72 pp). Camberwell: ACER Press.
- Harel, J. Kaplan, H. & Patt, R. (2006). Reflective functioning as a change promoting factor in mother-child and father-child psychotherapy.In C. Wachs and Jacobs, L. **Parent-focused child therapy: Attachment, identification and reflective functions.** New York: Rowman & Littlefield, Publishers,Inc.



Harel, J., Kaplan, H. & Patt, R. (2006). The child's active role in mother child, father child psychotherapy: A psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 79, 23-36.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. **Infant Mental Health Journal**, 19, 282-289.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two- person unconscious: intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. **Psychoanalytic Inquiry**, 19, 576-617.

McLaughlin, J. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. **Journal of American Psychoanalytic Association**, 39, 595-614.

Mitchell, S.A., (1988). **Relational concepts in Psychoanalysis**, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Palacio Espasa, F. (2004). Infant-parent psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implications for treatment. **Journal of child psychotherapy**, 30(2), 155-171.

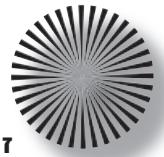
Stern, D., N., (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. **Infant Mental Health Journal**, 19, 300-308.

Stern, D. N. (1995). **The motherhood constellation; A unified view of parent-infant psychotherapy**. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (2004). **The present moment in psychotherapy and everyday life**. New York and London: W.W. Norton & Company.

Trowell, J. & Etchegoyen, A. (2002). (Eds.). **The importance of fathers: A psychoanalytic re-evaluation**. London;Routledge. The New Library of Psychoanalysis.

Wachtel, P. (2008). **Relational theory and the practice of psychotherapy**. NY: Guilford Press



# מדדים לאיתור ובדיקה הפרעות ברצף האוטיזם בשנים הראשונות לחיים

■ **יפעת גמליאל ופרופ' נורית ירמיה**, המחלקה לפסיכולוגיה ובית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית בירושלים

במודל ה"נטיה מולדת-לחץ" (The diathesis-stress model) של ההתפתחות, מתוארים קשרים אינטראקציוניים דו-כיווניים, המתmeshיכים לאורך זמן וויצרים מערכת של השפעות הדדיות בין הגנים לסביבה (Sameroff, 2000). תינוקות עם התפתחות תקינה, נולדים עם מוכנות גנטית, המעניקה להם את יכולת ללמידה ולרכוש התנהגויות מסוימות בקלות יחסית (Seligman, 1970, 1976). למשל, תינוקות נחשים כבעלי יכולת חברתית מגיל מוקדם מאד. הם מזהים את אהבותיהם בגל שבוע ובגיל 3 חודשים, הם מסוגלים לבחור ולהזות את התמונה של האם ומудפים אותה על פני תמונה של אנשים אחרים (Barrera & Maurer, 1981; Pascalis et al., 1995). לתינוקות ישנה גם יכולת חיקוי, המהווה מנגן למידה רב עצמה מגיל צעיר מאד. מספר חוקרים מצאו עדות לכך, שיילודים בני יומיים, מסוגלים לחזות תנומות פנים של מבוגרים, כגון פה פעור והזאת לשון (Meltzoff & Moore, 1977, 1999) ורוב החוקרים מסוימים שבעילן שנה, תינוקות משתמשים במנגנון החיקוי, למידה של התנהגויות חדשות בקלות יחסית. לפיכך, תינוקות עם התפתחות תקינה מתקיימים מערכת יחסית הדידית, חברתית, תקשורתית לא מילולית, במהלךם מתקווים ומתאים את מצב העוררות הרגשית שלהם להזה של الآخر, השותף במערכת האינטראקטיבית (Feldman, 2007). לפי המודל ההתפתחותי "נטיה מולדת-לחץ", תינוק המתפתח באופן נורמלי, עבר את השלבים המשמעותיים בכל תחומי ההתפתחות והישגים אלו מיוחסים הן לתהליכי הבשלה ביולוגיים והן לחוויה של סביבה טוביה דיה.

לעומת ילדים עם התפתחות תקינה, ילדים עם הפרעות ברצף האוטיזם Autism Spectrum Disorders (ASD) ישנים קשיים בהשגת ציוני הדריך המשמעותיים במהלך ההתפתחות וב伶ידה של התנהגויות, אשר ילדים אחרים עם התפתחות תקינה משיגים בקלות יחסית. הקритריונים הדיאגנוסטיים של הפרעה האוטיסטית לפי ה- DSM-IV-TR (2000) וה- ICD-10 (1992), כוללים התנהגויות וקשישים התפתחותיים נרחבים בשלושה תחומים: ליקויים באינטראקטיביות חברתית, ליקויים בתקשורת מילולית ולא מילולית, ופרטואר התנהגויות מצומצם הכולל תנועות סטריאוטיפיות, אבנורמאלויות תחשתיות וצורך בשגרה. במאמר זה נסקור את כל האיתור (screening measures) והבדיקה העיקריים הקיימים כוון להפרעות ברצף האוטיזם בשנים הראשונות לחיים.

העדות המוקדמת ביותר לקשהים התפתחותיים בשנה הראשונה לחיים של ילדים עם אוטיזם, מגיעה ממשנו תחומים. הראשון הוא מחקרים רטросפקטיבים, בהם מראים הורים של ילדים עם אוטיזם, לגבי ההיסטוריה התפתחותית של ילדיהם בתקופה שקדמה לקלת האבחנה, או ניתוח של סרטי וידאו ביתיים מהשנה הראשונה לחייהם. התיכון השני, הוא של מחקרים פרוספקטיביים בהם נערכז אחר תינוקות הנחשים בסיכון להתפתחות של הפרעה ברצף האוטיזם, כגון אחאים לילדים עם אוטיזם, או בדיקה ואיתור של תינוקות בסיכון, מתוך מדדים גדולים של תינוקות מהאוכלוסייה הכללית.

חוקרים רבים אשר השתמשו בשיטות מחקר רטросפקטיביות בדקו את הביטויים המוקדמים של אוטיזם באמצעות ניתוח של סרטי וידאו, מהשנה הראשונה לחיים של ילדים שלאחר מכן קיבלו אבחנה של אוטיזם (למשל, Adrien et al., 1991, 1993; Baranek, 1999; Clifford & Dissanayake, 2008; Clifford, Young, & Williamson, 2007; Losche, 1990; Maestro et al., 2002; Osterling & Dawson, 1994; Osterling, Dawson, & Munson, 2002; Werner, Dawson, Osterling, & Dinno, 2000).

השוואה בין תינוקות שלאחר מכן אבחנו עם אוטיזם, לבין תינוקות עם התפתחות תקינה הראתה, כי התינוקות בקבוצת האוטיזם, הראו יותר קשיים סנסורי-סנטוריים ופחות פעילותות חברתיות משותפות, או משחק סימבולי (Losche, 1990); ליקויים באינטראקטיביות חברתית,

בחירות חברתי ובהבעות הפנים, תחת-פעריות וקשיים בשמייה ובמיינוד קשבר (Adrien et al., 1993) וכן גם פחתה של קשר עין ותגובהות מוגהה לקרה בשם (Osterling & Dawson, 1994). במחקר רטראנספקטיבי אחר, נצפו סרטוי וידאו של תינוקות שלאחר מכון אובייחנו כבעלי אוטיזם, בהשוואה לקבוצת תינוקות שלאחר מכון אובייחנו כסובלים מאיוחים התפתחותיים שאינם על רצף האוטיזם (Baranek, 1999). החוקרת מצאה כי רק התינוקות בקבוצת האוטיזם גלו קשיים בתגובהות לקרה בשם ובהפניית תשומת ליבם לגירוי חזותי, וכן הייתה להם רתיעה מוגהה. Clifford ו-Dissanayake (2008) חקרו את ההתפתחות המוקדמת של תינוקות שנמצאים בראשיתם הראשונות לחימם, גם באמצעות ניתוח סרטוי וידאו וגם באמצעות ראיונות הורים. הם דיווחו על קשיים בהתחנחות דיאידiot, כגון ליקויים באיכות קשר עין ובשימוש בחירות וברגשות מותאמים אשר הופיעו לפני גיל שנה.

בסוג השני של מחקרים העוסקים בסימנים לאוטיזם בתקופת הינקות, נבדקו קבוצות של תינוקות, הנחשבים בסיכון להתפתחות של אוטיזם, בשיטות מחקר פרטנספקטיביות. בשיטה זו נערך מעקב התפתחותי מסמוך לידה ועד לגיל سنתרים או שלוש – הילד בו בדרך כלל ניתן לאבחן הפרעות ברצף האוטיזם (Yirmiya & Ozonoff, 2007). במחקרים אלו נעשה שימוש בכל מדידה שונים כגון תצפיות או מודדים לסינון ואייתור, יחד עם פרוצדרות מחקריות שונות. מאמץ רב מושך בפיתוח של מודדי מיהמין ותקפים בתקופת הינקות המבאים בייעילות הפרעות ברצף האוטיזם. חלק מכך הגדירה האלו תוכננו עבור סריקה של מוגדים גדולים של תינוקות מהאוכלוסייה הכללית, על מנת לאתר ולזהות תינוקות הנחשבים בסיכון להתפתחות של הפרעה ברצף האוטיזם. מודדים אלו נחישבים מכדי סינון ברמה I והם כוללים בדרך כלל שלאלונים קיצרים, המועברים על ידי רפואי משפחה, רפואי ילדים ובטייפות לב. לעומתיהם, שנם מודדי סינון כומנה II, אשר תוכננו על מנת לאתר ולזהות תינוקות בסיכון להתפתחות של אוטיזם מותוך קבוצה של תינוקות אשר כבר אורתה כבעל טיפת סיכון התפתחותי (למשל, אחאים לילדים עם אוטיזם, תינוקות עם אחותו התפתחותי). המטרה של מודדים אלו הינה לזהות ולהבחן באופן ספציפי בהפרעות ברצף האוטיזם ולהבדיל אותם מעיכובים התפתחותיים ומהפרעות אחרות. בהשוואה למודדי הסינון מרמה I, מודדי הסינון מרמה II יוקחים זמן רב יותר להערכתם ובדרך כלל נדרשת הcestה, מיפוי מוניטומי מסיימת והכרה עם התחום על מנת להעבירם (Robins & Dumont-Mathieu, 2006).

בחלק הבא נתאר את הכלים והמודדים העיקריים הקיימים כיום לאיתור ולזהוי של אוטיזם, המועברים בשנות החיים הראשונות וכוללים מבחנים, תצפיות, שאלונים וראיונות הורים. חשוב לציין כי השימוש בכלים שונים נעשה עבור מטרות שונות. חלק מהכלים והמודדים מתאימים למעקב התפתחותי או לסריקה ברמה I, חלק משמשים לאבחן ובכמה מוגדים נעשה שימוש לצרכי מחקר אשר מטרתו איתור זהה של סימנים מוקדמים לאוטיזם. למרות שאבחנה רשמית של אוטיזם לעולם אינה ניתנת על סמך כל הסינון והאיתור בלבד, כמו מהכלים והמודדים שיזכגו בחלק הבא מהווים אמצעים ייעילים לתיאור קשיים של ילדים בכל נקודת זמן שהוא.

אחד מהכלים המובילים הנמצאים בשימוש הוא - Autism Observational Scale for Infants (AOSI) (Bryson, McDermott, Rombough, Brian, & Zwaigenbaum, 2000). זהה תצפית קצורה שנועדה לאיתור ולעקב אחר סימנים אפשריים להפרעות ברצף האוטיזם אצל תינוקות מגיל 6 עד 18 חודשים. לאחר אינטראקציה קצורה ותצפית בתינוק, איש המפקיע אשר עבר הכשרה בשימוש בכלים המדידה, ממלא שאלון בו מופיעה רשימה של 18 התנהגויות ספציפיות, הנחשבות כבעל טיפת סיכון להתפתחות של אוטיזם וכוללות: קשב חזותי, העברת קשב מגירוי אחד לשני, תיאום בין פעולה לקשר עין, יכולת חיקוי, עצמות וסוג הרגש, רמת התגובהות של התינוק, התנהגות חברתיות-תקשורתיות והתפתחות סנטורית-מוטורית. במחקרם של Zwaigenbaum et al. (2005), נעשה שימוש ב- AOSI בהשוואה בין קבוצת תינוקות בסיכון (אחאים של ילדים עם אוטיזם) לבין קבוצת תינוקות שאינם בסיכון. באמצעות - AOSI החוקרם מצאו מספר סימנים התנהגותיים בקבוצת התינוקות בסיכון אשר ניבאו אבלו היו בעלי יכולת ניבוי טוביה בגיל 12 חודשים, אך לא בגיל 6 חודשים ADOS (שיטואור בהמשך). סימנים אבחנה עדות של הפרעה ברצף האוטיזם לפי מבחן - ADOS (שיטואור בהמשך). סימנים בתוצאות המיעקב של העניים ובהעברת הקשב מגירוי אחד לשני, בתגובה לקרה בשם, בחירות

חברתי, ברמת התగותיות, בעניין החברתי, ובהתנהגויות סנסוריות. Bryson, Zwaigenbaum, McDermott, Rombough, and Brian (2007), מדווחים על מהימנות טובה עד מצוינת של הכלים ומצביעים את הצורך במחקריהם נוספים בדיקת של ה-AOSI באתר ולוחות תינוקות בסיכון גבוה, אשר בעtid יובחנו עם הפרעה ברצף האוטיזם.

בניגוד ל-AOSI אשר מועבר ומצוין על ידי איש מקצוע אשר עבר הכשרה לכך, ה-FYI (Reznick, Baranek, Reavis, Watson, & Crais, 2007) Year Inventory שאלון הממולא על ידי הורים, או מטפלים של תינוקות בני שנה. מטרת השאלון הינה לאיתר ולהזנות תינוקות מהאוכלוסייה הכללית, אשר נמצאים בסיכון לקשיי התפתחות – במיעוט תינוקות אשר מגלים סימנים ספציפיים, שנמצאו כמנגבים אבחנה עתידית של הפרעות ברצף האוטיזם. ההתנהגויות שנבחרו להופיע בשאלון, מבוססות על ממצאי מחקרים רטראספקטיביים ומחקרים פרטיפטיים, בהם נבדקו סימנים מוקדמים לאוטיזם. ההורה, או המטפל מדרשים לענות על 33 שאלות בהן מתוארות התנהגויות בשני תחומים מרכזים: התנהגות חברתיות ותקשורתיות (למשל, ביטויים חברתיים-רגשיים, הבנה והבעה של ביטויים תקשורתיים, יכולת חיקוי) והתנהגויות סנסוריות (למשל, עיבוד וויסות סנסורי, התנהגויות חזרתיות). גירסה רטראספקטיבית של שאלון-II (FYI) העבירה לשלווש קבוצות של הורים לילדים בגילאי טרום-בית ספר, אשר התבדקשו להזכיר בתפתחות המוקדמתם של ילדים עד גיל שנה. הקבוצות כללו ילדים המאובחנים עם הפרעות ברצף האוטיזם, ילדים עם קשיי התפתחות אחרים וילדים עם התפתחות תקינה. מטרת המחקר הייתה לחקק את התוקף של השאלון בהבחנה והבדלה של קבוצת האוטיזם מטור קבוצות שונות של הפרעות התפתחותיות בתקופת התינוקות (Watson et al., 2007).

בדומה, ה-Swinkels (ESAT) (Early Screening for Autistic Traits questionnaire) (Swinkels et al., 2006) הוא שאלון דו-שלבי הממולא על ידי הורים, מטפלים ואנשי המקצוע, הנפגים עם התינוק ומכליל 14 שאלות למטרת סינון ואיתור מוקדם של תינוקות בגילאים 14-15 חודשים (discriminability) מהאוכלוסייה הכללית. ארבעה פריטים בשאלון זהו כבילי יכולת הבדיקה טובה להופעה של הפרעות ברצף האוטיזם בעtid: יכולת של ההורה לזהות ולקרווא בקלות את הרגשותו של התינוק מתחר הבעת פניו, תגובה התינוק לירוי תחשותי, ושתי התנהגויות של משחק – עניין בצעדים שונים ומשחק מגוון. מתוכני השאלון מציעים להשתמש באربعה הפריטים הללו כשלב ראשוני של סינון מהיר, על מנת להקטין את מספר התינוקות להם תועבר הגירסה המלאה והארוכה יותר של שאלון-II (Swinkels et al., 2006). במחקר, שנערך על מוגם גדול של תינוקות מהאוכלוסייה הכללית שהגיעו לבדיקה שוגרת אצל רופא הילדים, הועברו ארבעת הפריטים זהווים (השלב הראשון) לተינוקות בני 14-15 חודשים. לተינוקות שקיבלו ציונים חיוביים בכל ארבעת הפריטים (כלומר, גילו קשיים בהתנהגויות הללו) הועבירה הגירסה המלאה של השאלון בתרתיהם של התינוקות (שלב שני), על ידי אנשי מקצוע אשר עברו הכשרה בתחום. כמו כן, הם נשלחו לבדיקה התפתחותית מוקיפה ונבדקו שוב לאחר מכון בגיל 24-42 חודשים (Dietz, Swinkels, van Daalen, van Engeland, & Buitelaar, 2006). החוקרים מצינו מקרים רבים, בהם ההורה נתן ציון חיובי לארבעת הפריטים הללו, למרות שבעתוד לא ניתן לילד אבחנה של הפרעה ברצף האוטיזם, ולכן הם מציעים להשתמש בשאלון זה בהירות רבה. יחד עם זאת, הם טוענים ששאלון זה יכול לעזור לאנשי המקצוע בתחום ההתפתחותי לשקלול הפניה לה搬家ר הערכה מוקיפה יותר של הפרעות על רצף האוטיזם.

ה-Wetherby & Prizant (CSBS) Communication and Symbolic Behavior Scale – Developmental Profile (Prizant, 1993) (CSBS-DP Scale – Developmental Profile) (Wetherby & Prizant, 2002) כולל למעשה שלושה מדדים נפרדים: (1) שאלון איתור מקוצר כל-הערכה הכללי נורמות ומטרתם זיהוי מוקדם של הפרעות תקשורת בעוטות בני שנה עד سنתיים. ה-CSBS-DP כולל למעשה שלושה מדדים נפרדים: (2) שאלון מוחרך מהר (Infant-Toddler Checklist) המגייעים לביקור שגרתי אצל רופא הילדים או לטיפול החלב ; (2) שאלון מוחרך להורה ; ו- (3) תצפית מובנית למחצה על התנהגות הילד במהלך אינטראקציה של הפעוט עם ההורה או איש המלכזו. בمرحلة האינטראקציה עם הפעוט, מוצגת בפניו סדרה של הזדמנויות לצירוף תקשורת ומשחק (למשל, עצ忸ים מסקרנים). שלושה ציונים מופקים מהשאלון המוקוצר ומהתצפית המובנית המתיחסים בתחום החברתי (קשר עין, תקשורת ורגשות), בתחום הפקת השפה

(צלילים ומיללים) ולתחום הסימבולי (הבנה ושימוש באובייקט). הממוצע של כל אחד משלושת הציוןים הללו הוא 10 וסכיות התקן היא 15. ניתן להפיק מהם ציון כללי, שה ממוצע שלו הוא 100 וסטיית התקן היא 15, כך שנitin להשוות אותן לנורמות הקיימות. עדויות למהימנות ותוקף טוביים תומכות בשימוש בשני החלקים של ה- CSBS-DP (השאלון המקוצר והतמצית המבנית למחצה) כמדדים לאיתור וזיהוי של עיכובים התפתחותיים אצל פעוטות בגילאי שנה עד שנתיים, במיוחד לאיתור וזיהוי בעתיד של הפרעות על רצף האוטיזם (Wetherby, Allen, Cleary, Kublin, & Wetherby, Goldstein, Cleary, Allen, & Kublin, 2003; Wetherby et al., 2004 ; Goldstein, 2002

שימוש נוספים של ה- CSBS-DP היה ככלי הערכה סטנדרטי להתנהגויות חברותיות, תקשורתית ומשחק של פעוטות מגיל 14 חודשים ועד 24 חודשים במחקריהם פרוספקטיביים. למשל, במקרה בו השתתפו תינוקות בסיכון גבוה ונמצא להתפתחות הפרעתית ברצף האוטיזם, נעשה שימוש בנוירומות של ה- CSBS-DP להשוואה בין מסלולי ההתפתחות של ילדים שקיבלו אבחנה מוקדמת של אוטיזם לעומת ילדים שקיבלו את האבחנה בגיל יחסית מאוחר (Landa, Holman, & Wetherby, 2007). במחקרם ארכו הטעות של ה- CSBS-DP (Garrett-Mayer, 2004) בוגדז'ו ועמיתיה (2004), בו נבדקו מוגם גדול של פעוטות בני שנה עד שנתיים מהאוכלוסייה הכללית, נעשה שימוש ב- CSBS-DP על מנת לאתר סימנים מוקדמים ("דגלים אדומים") לאוטיזם בשנה השנייה לחיים. הסימנים המוקדמים שנמצאו כմבחן בין קבוצת ילדים אשר קיבלו לאחר מכן אבחנה של אוטיזם לבין קבוצת ילדים שאבחנו עם עיכובים התפתחותיים וקבעו ילדים עם התפתחות תקינה, כללו התנהגויות מוקדמות של התפתחות חברותית כמו למשל העדר שיינוף בפעולות מנהנות והעדר תגובתיות לאחר קריאה בשםם. בנוסף, ועמיתיה (2007) הציגו את "הפונטיפ החברתי-תקשורתית" המתיחס לקשיים חברותיים ותקשורתיים המופיעים בסוף השנה השנייה לחיים של ילדים שלאחר מכן קיבלו אבחנה של אוטיזם. באמצעות ה- CSBS-DP הם תארו ליקויים בחמש יכולות חברותיות-תקשורתיות מרכזיות: יכולות תקשורתית (למשל, הצבעה, קשב משותף), התנהגות שגרתית (למשל, משחק, שימוש במקרים תקשורתית), יכולת ייצוגית (למשל, אוצר מילים), התיחסות חברותית (למשל, העברת המבט מאובייקט להורה על מנת לוודא כי ההורה גם כן מתייחס לאובייקט או לאירוע שהם מתייחסים אליו), וכן התיחסותו לכמות השימוש בתקשורת באופן כללי.

ה- Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, (CHAT) Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1992) הוא אחד השאלונים הראשונים שנוצעו לאיתור של פעוטות בסיכון להפרעות בספקנטרום האוטיזם מכלל האוכלוסייה, על ידי בדיקה וזיהוי של ליקויים בהתנהגויות חברותיות, כגון קשב משותף, ומשחק דמיוני. השאלון כולל 14 שאלות של כן/לא והוא ממולא על ידי הורים וצוות טיפת חלב אשר צופה בתינוק במהלך פגישה שגרתית. חמישה פריטים המתייחסים להצבעה (proto-declarative pointing) נמצאו כבעיל יכולת הבדיקה הטובה ביותר להתפתחות של הפרעות ברצף האוטיזם בעתיד (Baird et al., 2000; Baron-Cohen et al., 1996) לאחרונה, תוכנן שאלון חדש המתבסס על ה- M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers – CHAT) (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001). הורד חלק התמצית והורחב החלק של השאלות להורים (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001). השאלון החדש כולל 23 שאלות ונitin להעבר אוותים או לזרופאים המטפלים בילד והוא נועד לאיתור וזיהוי מוקדם של סימנים לאוטיזם אצל פעוטות בגילאי 16 חודשים ועד 30 חודשים. ראיון טלפוני נערך להורים של פעוטות אשר זהה כנמצאים בסיכון על ידי ה- M-CHAT שבו עוברים וمبرירים יחד עם הורים את השאלות הספציפיות בהן דוח על קשיים התפתחותיים, לפני שטמפליצים על פניה להערכת מלאה של הפרעה על רצף האוטיזם.

ה- M-CHAT כולל שאלות כגון: "האם ילך נהנה ממשחקי 'קוקו'/מחבאים?" או, "האם ילך מסתכל עלייך על מנת לבדוק את הבעת פניך ואת תגובתך, כאשר הוא נמצא במצב שאינו מוכן לו?". שישה פריטים קרייטיים זהה כבעיל יכולת הבדיקה הטובה ביותר להתפתחות של הפרעה ברצף האוטיזם: עניין בילדים אחרים, שימוש בהצבעה על מנת להביע עניין בדברים מסוימים, הבהאה של חפצים על מנת להראותם להורה, יכולת חיקוי, תגובה ללקיה בשם, ומעקב אחר הצבעה. Robins וחבריה (2001), הציעו כי השימוש ב- M-CHAT בגיל 24 חודשים יעל יותר מאשר בגיל 18 חודשים, הן מבחינת גישות ויכולת הבדיקה (sensitivity and discriminability) והן

מבחן הנגישות לאנשי המկצוע בתחום ההתפתחות. במחקר רפליקציה אישרו Kleinman ועמיתיה (2008) את התקפות של השאלון בזיהוי פעוטות בסיכון להפרעות ברצף האוטיזם במודגם של פעוטות בסיכון גובה ונמוך, בגילאי 16 חודשים עד 30 חודשים.

ה- STAT (Screening Tool for Autism in Two-year-olds) (Stone & Ousley, 1997) מועבר כלפי סיכון מדרגה II ונועד לאוצר ולהבחן ילדים בגילאי 24 חודשים עד 35 חודשים עם הפרעות ברצף האוטיזם מבין אלו שכבר נמצאים בסיכון התפתחותי, כמו למשל ילדים עם איוחור התפתחותי, או איוחור שפתו. ה- STAT מורכב מתכנית בת 20 דקודות של אינטראקטיבית משחק מובנית עם הפעוט, המאפשרת שימוש בהתנהגויות חברתיות-תקשורתיות מוקדמות. התכנית מורכבת מ-12 פריטים המתיחסים לארבעה תחומיים מרכזים: משחק, ביתויים של בקשה, הפניות קשבי, וחיקוי מוטורי. התכונות הפסיכומטריות של ה- STAT כוללות יכולת ניבוי, רגשות וספציפיות ברמה גבוהה (כלומר, היכולת להבחין באוטיזם בקרב אחרים), יחד עם רמות מקובלות וסבירות של מהימנות ותוקף מתכנס עם מבחן ה- ADOS (Stone, Coonrod, Turner, & Pozdol, 2004). על מנת לבדוק את הקשר בין התנהגויות חברתיות-תקשורתיות טרומ שפתיות, של ילדים בני שנתיים ושלוש שנים עם אוטיזם לבין יכולתם השפתית בעתיד, נעשה שימוש בתכנית ה- STAT. נמצא כי התנהגויות של יוזמה תקשורתית (commenting behaviors) כגון מבט, חירות לאחר כדי לשחרר אותו ברגע חיקוי, או להראות לאחר צעכו מעוניין, ניבאו יכולות של הבנת שפה, ואילו התנהגויות של חיקוי מוטורי ללא אובייקטיבים יחד עם התנהגויות של יוזמה תקשורתית ניבאו יכולת של הפקת שפה. לפיכך, החוקרים ציינו את החשיבות של הכללת התנהגויות אלו בתוכניות התערבות לטיפולילדים עם אוטיזם. (McDuffie, Yoder, & Stone, 2005).

בניגוד לכל המדידה השונות שהוצעו, ה- ESCS (Early Social Communication Scales Mundy, Hogan, & Doehring, 1996; Seibert, Hogan, & Mundy, 1996) (ESCS Scales 1982) הינה פרוצדרה מחקרית להערכת התנהגויות לא מיוליות של יוזמה/תגובה תקשורתית, הכוללות התנהגויות של קשב משותף, משחק חברתי, ופעולות בקשה. זהה תכנית מובנית, בת 20 דקודות, המתאימה לילדים עם התפתחות תקינה, בגילאי 6 חודשים ועד 30 חודשים, המועברת לילדים עם אוטיזם שאינם מדברים עדיין, על מנת להעיר את יכולתם החברתיות-תקשורתיות הלא מיוליות. סדרה של פעילויות משחק ומצבים אינטראקטיבים כגון: משחקי תורות, שירי משחק, וצעצועים המעוורים עניין, מוצגים ליד על מנת לעודד כמה שאפשר את האינטראקטיבית החברתית בין הילד והמבוגר. ניתן להפיק ציונים של שכיחות התנהגות הילד בחכש קטגוריות: יוזמה/תגובה לאינטראקטיבית חברתיות, יוזמה/תגובה לקשב משותף יוזמה של התנהגויות בקשה. ילדים עם הפרעות בספקטרום האוטיזם, מגלים איוחור ממשמעותי בהופעתן של התנהגויות של קשב משותף והתנהגויות בקשה לעומת ילדים שאינם מאובנים עם הפרעות על ספקטרום האוטיזם, כפי שנבדק על ידי ה- ESCS (Mundy, Sigman, Ungerer, & Sherman, 1986). כמו כן, ביצועיהם של ילדים עם אוטיזם בפרוצדורות ה- ESCS בגיל טרומ בית ספר ניבאו את יכולת רכישת השפה בילדים (Mundy & Gomes, 1998; Mundy, Sigman, & Kasari, 1990; Sigman & Ruskin, 1999).

מאחר והביקורת של הפרעות ברצף האוטיזם יציבה יותר בשנה השלישי לחיים ולאחר מכן, נתאר בעת את בטרית המבחנים הקלassisטי המועברת לילדים המופיעים להערכתם בשל חשש להפרעה ברצף האוטיזם. הבטריה כוללת מבחנים סטנדרטים הספציפיים לאוטיזם, מבחני אינטלקטואלה, מבחנים התפתחותיים המותאמים לגיל הילד וליכולותיו, וכן הערכה של כישורי חיים יום-יום.

שני המבחנים המקבילים ביוטר כיום לאבחן של אוטיזם לשימוש מחקרי הם ה- ADI-R (Diagnostic Interview-Revised Rutter, LeCouteur, & Lord, 2003) ו- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule Lord, Rutter, DiLavore, 2002). בADI-R, בו משתמשים גם בהקשרים קליניים. שני הכלים הדיאגנוסטיים הללו מבוססים על הקירטוריונים לאוטיזם לפי ה- DSM-IV ו- ICD-10.

ה- ADI-R הוא ראיון סטנדרטי מובנה למבחן המועבר להורים ולמטופלים של ילדים עם אוטיזם, וכלל שאלות המתיחסות להתנהגות הילד בעבר ובווהה, בתחוםים של אינטראקטיבית חברתית

הՃדית, תקשורת, התנהוגיות חזרתיות ודפוסים סטריאוטיפיים. לדוגמה, בתחום האינטראקטיבית החברתית הՃדית נכללות שאלות המתייחסות ליחסים עם קבוצת השווים (למשל, משחק דמויי או קבוצתי עם חברים, התעניינות או תגובה לילדים אחרים), יכולת לשתף בהנאה (למשל, להראות דברים, להפנות את תשומת לב האחורה למלה שמעניין אותו, חיפוש או עניין בלהתהלך עם האחורה, יכולת להזדמנות חברתיות-רגשית (למשל, איקות היוזמות החברתיות). ה-ADI-R אינו מבחן שימושי בשדה הקליני בשל זמן העברה ממושך (כשעתיים וחצי) והצורך בהכשרה מיוחדת לבודק והוא משתמש ככלי עיקרי לצרכי מחקר.

ה-ADOS הוא כלי סטנדרטי מובנה למבחן, המועבר לילדים ולמבוגרים ומאפשר לצפות בתנהוגיות אינטראקטיביות, למשל, על ידי משחק סמלי, משחק תורות, צעדים מסקרים, שיחה, ועיוון בספר. בדומה ל-ADI-R, ה-ADOS כולל פריטים המתיחסים יכולות של תקשורת, אינטראקטיבית חברתית הՃדית, יכולת יצירתיות ודימויו, והתנהוגות הפנימית המתאימה לאחר, כדי השפה המדוברת במחוות או התנהוגות לא מיילוות אחרות והבנת הרגש של الآخر. כל זה ניתן ביותר ביותר, הן בעולם הקליני והן בעולם המחקר ומזהה את אחד מהכלים הנפוצים והמומליצים ביותר בתחום. כיום נערצת עבודה רבה כדי להתאים את ה-ADOS גם לילדים בגילאים צעירים יותר.

הערכתה קוגניטיבית-התפתחותית הינה מרכיב הכרחי בתהליכי האבחנה של הפרעות ברצף האוטיזם והוא מאפשרת בירור וסיווג לרמות תפוקד שונות. בארץ נמצאים בשימוש שני מבחני האינטלקטואלית 'מבחן 'מקס' וקסלר לילדים' (Wechsler, 1995) ו-'מבחן קאופמן לילדים' (Kaufman, 1996) וכן שני המבחנים ההתפתחותיים 'מבחן בייל' (Bayley, 1993) ו-'מבחן מאלאן' (Scales of Infant Development, Bayley, 1993) ('Mullen Scales of Infant Development', Mullen, 1995). מבחנים אלו מספקים מידע באשר לתפקוד הקוגניטיבי של

הילד והאם התפתחות הינה נורמטטיבית לגיל הcronologico או לא.

ה-Vineland-II (Vineland, Cicchetti, & Balla, 2005), הוא מבחן סטנדרטי ומוכר להערכתה של יכולות חיים יומיומיות ונעשה בו שימוש בהקשרים מחקרים, קליניים, וחינוכיים. באמצעותו ניתן להעריך הסתגלות של האדם באירועה תחומיים נרחבים של תקשורת, כישורי חיים יומיומיים, יכולת חברתיות וכישוריים מוטוריים. לדוגמה, תחום היכולת החברתית מורכב משלוש קטגוריות של יכולות יינאיות ("נפגש/ת באופן קבוע עם חברים", משחק ופעילות פנאי ("משחק/ת בטורו/ה מבלי שיזכרו לו/ה"), יכולת התמודדות ("בוחרת/ת שלא להזכיר או להזכיר לאחר"). המבחן מועבר כראיון או כשאלון להורים, למורים ולמורים של ילדים עם הפרעות שונות כגון פיגור שכל, הפרעות ברצף האוטיזם ואיתוריות התפתחותיות. הציונים של ארבעת תחומי ההסתגלות הכלליים הם ציוניים סטנדרטיים בעלי ממוצע של 100 וסטיית תקן 15, ויחד ניתן לחשב באמצעותם את "ציון ההסתגלות הכללי". מתכני המבחן ה-Vineland-II מתארים את הפרופיל שנמצא מכפין אנשיים עם אוטיזם: (1) ציוניים נמוכים בתחום החברתי (בכל שלושת הקטגוריות), (2) ציוניים נמוכים בתמת קטגוריה של הבעה הנכנית בתחום התקשורת, ו- (3) פערים משמעותיים בין הציונים בתחוםים השונים. כמו כן, נמצא כי בקטגוריות של יכולות ביון-אישיות בתחום החברתי ביצועיהם של אנשיים עם אוטיזם היו נמוכים יותר מביטוייהם של אנשים עם תסמונת דאון (Rodrigue, Morgan, & Geffken, 1991) או אנשיים עם איזור התפתחותי, לאחר התאמת של המשתנים גיל Cronologi, מין וצינוי IQ (Volkmar et al., 1987). השימוש של תוצאות המבחן הקוגניטיבי-התפתחותי והוינלנד מספקים מידע מלא באשר לרמת התפקוד של הילד, כאשר ציוניים מעלה 50 בשתי הבדיקות מווים על תפקוד תקין, בעוד ציוניים מתחת ל-50 מווים על אי-חומר התפתחותי.

במחקריהם בהם נבדק הקשר בין ציוני ה-Vineland לבין ציוניים במבחנים דיאגנוסטיים, צינוי IQ ואיל קרונולוגי, נמצא כי הוספת הערכה של יכולות הסתגלות תומכת ומשפרת את הדיק במתן אבחנה של הפרעות ברצף האוטיזם, במיוחד במקרים בהן קיימות סתירה בין ממצאי המבחנים הדיאגנוסטיים, ה-ADI-R וה-ADOS (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane & Shaw, 2007). Klin (2007) הדגmo כיצד יכולות החברתיות של ילדים עם אוטיזם בעלי תפקוד גבוה (כפי שנמדדה על ידי ה-Vineland), ירדה באופן משמעותי, לקראת סוף תקופת הילדות ובגיל ההתבגרות, בהשוואה למצופה מבני גילם. באופן מפתיע, לא נמצא קשר בין צינוי

התהום החברתי ב- Vineland לבן ציוני IQ מילולי וליקויים חברתיים כפי שנמדדו באמצעות ADOS. לפיכך, החוקרים טענו שכישורים קוגניטיביים ו/או פחות ליקויים חברתיים אינם תורמים לתפקוד ולהסתגלות טובה יותר בעולם האמתי עבור ילדים אלו.

**לסיכום**, במאמר זה סקרו כלים שונים לאבחן ואייתור של ילדים עם הפרעות ברצף האוטיזם בשנים הראשונות לחיים, וכן את הבטריה הקלאליסטית המועברת לילדים המופנים להערכתה בשל חשש לקיומה של הפרעה על רצף האוטיזם. מאמצז מחקרים רבים מושקע בתיקוף של הכללים, לשימוש קליני נרחב יותר בשנים הראשונות, לפני גיל 4-3 שנים – הגיל בו בדרך כלל מואבחנים ילדים עם הפרעות בספקטרום האוטיזם (Howlin & Moore, 1997). כמו כן, חשוב לציין, שמעבר לאייתור והסינון הראשוני, כאשר ילדים מופנים להערכת התפתחותית בשל חשש להפרעה ברצף האוטיזם, יש צורר בערכה מלאה של צוות רב מקצוע אשיר כולל רופא/ה, פסיכולוג/ית, מרפאה/ה בעיסוק וקלינאי/ת תקשורת על מנת לתת תמונה מキיפה של מכלול היכולות והקשישים בתחום התפתחות השונים, ולגבש תוכנית טיפולית המתאימה לצרכי הייחודיים של כל ילד וילדה.

#### **ביבליוגרפיה:**

ווכסלר (1995). **מבחן ווכסלר לילדים** (WISC-R-95).

קואופמן וקואופמן (1996). **מבחן קואופמן לילדים** (K-ABC).

Adrien, J. L., Lenoir, P., Martineau, J., Perrot, A., Hameury, L., Larmande, C., & Sauvage, D. (1993). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 32, 617-626.

Adrien, J. L., Perrot, A., Hameury, L., Martineau, J., Roux, S., & Sauvage, D. (1991). Family home movies: Identification of early autistic signs in infants later diagnosed as autistics. **Brain Dysfunction**, 4, 355-362.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.

Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., & Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 39, 694-702.

Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 29, 213-224.

Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. **British Journal of Psychiatry**, 161, 839-43.

Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., Swettenham, J., Nightingale, N., Morgan, K., Drew, A., & Charman, T. (1996). Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. **British Journal of Psychiatry**, 168, 1-6. Barrera, M. E., & Maurer, D. (1981). Recognition of mother's photographed face by the three-month-old. **Child Development**, 52, 558-563.

Bayley, N. (1993). **Bayley scales of infant development**, 2nd edition. San Antonio: Psychological Corporation.

Bryson, S. E., McDermott, C., Rombough, V., Brian, J., & Zwaigenbaum, L. (2000). The autism observation scale for infants. Unpublished scale, Toronto. Bryson, S. E., Zwaigenbaum, L., McDermott, C., Rombough, V., & Brian, J. (2007). **The autism observation scale for infants: Scale development and reliability data**. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. (epub ahead of print)

Clifford, S. M., & Dissanayake, C. (2008). The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 791-805.

Clifford, S., Young, R., & Williamson, P. (2007). Assessing the early characteristics of autistic disorder using video analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 301-313.

Dietz, C., Swinkels, S., van Daalen, E., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for autistic spectrum disorders in children aged 14-15 months. II: Population screening with the early screening of autistic traits questionnaire (ESAT). Design and general findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 713-722.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3-4, 329-354.

Howlin, P., & Moore, A. (1997). **Diagnosis in autism**. *Autism*, 1, 135-162,

Kleinman, J. M., Robins, D. L., Ventola, P. E., Pandey, J., Boorstein, H. C., Esser, E. L., et al. (2008). The modified checklist for autism in toddlers: A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 827-839.

Klin, A., Saulnier, C. A., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Volkmar, F. R., & Lord, C. (2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 748-759.

Landa, R. J., Holman, K. C., & Garrett-Mayer, E. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 64, 853-864.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2002). Autism diagnostic observation schedule. Los Angeles: Western Psychological Services.

Losche, G. (1990). Sensorimotor and action development in autistic children from infancy to early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 749-761.

Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pei, F., Stern, D. D., Glose, B., & Palacio-Espasa, F. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 41, 1239-1245.

McDuffie, A., Yoder, P., & Stone, W. (2005). Prelinguistic predictors of vocabulary in children with autism spectrum disorders. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, 48, 1080-1097.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. **Science**, 198, 75-78.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1999). Persons and representations: Why infant imitation is important for theories of human development. In J. Nadel and G. Butterworth (Eds.), **Imitation in infancy** (pp. 9-35). Cambridge: Cambridge University Press.

Mullen, E. (1995). **Mullen Scales of Early Learning**. American Guidance Service, Circle Pines, MN.

Mundy, P., & Gomes, A. (1998). Individual differences in joint attention skill development in the second year. **Infant Behavior & Development**, 21, 469-482.

Mundy, P., Hogan, A., & Doehring, P. (1996). **A preliminary manual for the abridged early social-communication scales**. Coral Gables, FL: University of Miami, [www.psy.miami.edu/faculty/pmundy](http://www.psy.miami.edu/faculty/pmundy).

Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 20, 115-128.

Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J., & Sherman, T. (1986). Defining the social deficits of autism: The contribution of non-verbal communication measures. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 27, 657-669.

Osterling, J. A., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24, 247-257.

Osterling, J. A., Dawson, G., & Munson, J. A. (2002). Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. **Development and Psychopathology**, 14, 239-251.

Pascalis, O., de Schonen, S., Morton, J., Deruelle, C., & Fabre-Grenet, M. (1995). Mothers' face recognition by neonates: A replication and an extension. **Infant Behavior and Development**, 18, 79-86.

Reznick, J. S., Baranek, G. T., Reavis, S., Watson, L. R., & Crais, E. R. (2007). A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for an eventual diagnosis of autism: The first year inventory. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 1691-1710.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 31, 131-144.

Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. R. (1991). A comparative evaluation

of adaptive behavior in children and adolescents with autism, Down syndrome, and normal development. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 21, 187-196.

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). **ADI-R: The autism diagnostic interview - revised**. Los Angeles: Western Psychological Services.

Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. In A. Sameroff, M. Lewis, and S. Miller (Eds.), **Handbook of Development Psychopathology** (2nd ed.), pp. 23-40. New York: Kluwer Academic.

Seibert, J. M., Hogan, A. E., & Mundy, P. C. (1982). Assessing interactional competencies: **The early social-communication scales**. **Infant Mental Health Journal**, 3, 244-245.

Seligman, M. E. P. (1970). On the generality of the laws of learning. **Psychological Review**, 77, 406-418.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). **Vineland adaptive behavior scales, second edition** (Vineland II). Minneapolis: Pearson Assessments.

Stone, W. L., Coonrod, E. E., Turner, L. M., & Pozdol, S. L. (2004). Psychometric properties of the STAT for early autism screening. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 691-701.

Stone, W. L., & Ousley, O. Y. (1997). **STAT Manual: Screening tool for autism in two-year-olds**. Unpublished manuscript, Vanderbilt University, Nashville.

Swinkels, S., Dietz, C., van Daalen, E., Kerkhof, I. H. G. M., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for autistic spectrum disorders in children aged 14 to 15 months. I: The development of the early screening of autistic traits questionnaire (ESAT). **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 723-732.

Tomanik, S. S., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lane, D. M., & Shaw, J. B. (2007). Improving the reliability of autism diagnoses: Examining the utility of adaptive behavior. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 921-928.

Volkmar, E. R., Sparrow, S. S., Gourguechon, D., Cicchetti, D. V., Paul, R., & Cohen, D. J. (1987). Social deficits in autism: An operational approach using the Vineland adaptive behavior scales. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 26, 156-161.

Watson, L. R., Baranek, G. T., Crais, E. R., Reznick, J. S., Dykstra, J., & Perryman, T. (2007). The first year inventory: Retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year-olds at risk for autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 49-61.

Werner, E., Dawson, G., Osterling, J., & Dinno, N. (2000). Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: A retrospective study based on home videotapes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30, 157-162.

Wetherby, A. M., Allen, L., Cleary, J., Kublin, K., & Goldstein, H. (2002). Validity and reliability of the communication and symbolic behavior scales developmental

profile with very young children. **Journal of Speech, Language, & Hearing Research**, 45, 1202-1218.

Wetherby, A. M., Goldstein, H., Cleary, J., Allen, L., & Kublin, K. (2003). Early identification of children with communication disorders: Concurrent and predictive validity of the CSBS developmental profile. **Infants and Young Children**, 16, 161-174.

Wetherby, A. M., & Prizant, B. (1993). **Communication and symbolic behavior scales - normed edition**. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Wetherby, A. M., & Prizant, B. (2002). **Communication and symbolic behavior scales developmental profile - first normed edition**. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

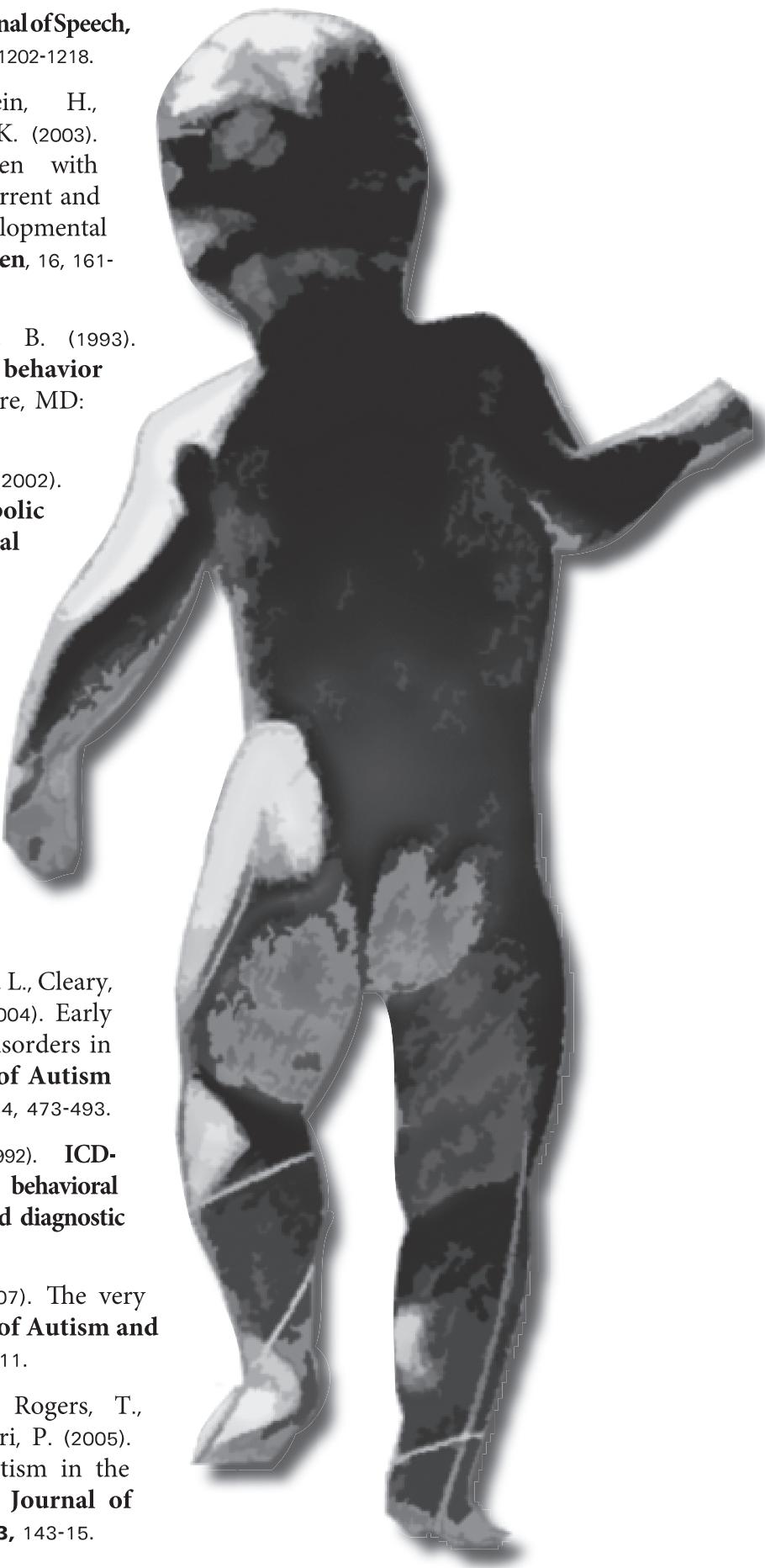
Wetherby, A. M., Watt, N., Morgan, L., & Shumway, S. (2007). Social communication profiles of children with autism spectrum disorders late in the second year of life. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 960-975.

Wetherby, A. M., Woods, J., Allen, L., Cleary, J., Dickinson, H., & Lord, C. (2004). Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 473-493.

World Health Organization. (1992). **ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: Author.

Yirmiya, N., & Ozonoff, S. (2007). The very early autism phenotype. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 1-11.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. **International Journal of Developmental Neuroscience**, 23, 143-15.



**אתה צריך לראות רופא מומחה.**

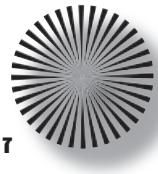


אבל אתה לא בטוח  
שהוא עובד עם הקופה שלך...  
ומה יקרה אם הוא ימליץ על MRI?  
**או חלילה על נזנזה?!**  
מה מסכה ביטוח הבריאות הממלכתי?  
וכמה (אם בכלל) תקבל חזרה  
מהביטוח המשלים שלך בקופה?  
והכי חשוב.. מה תהיה..  
**השתתפות העצמית  
שלך?..**

**Ψ Be Happy**  
ביטוח בריאות קבוצתי  
לחברי הפ"י ובני משפחותיהם

**כל השכבות. כל התשיבות. בשביילר.**

**למידע או להצטרף לתוכנית דיקלה**  
באמצעות מוקד 'דיקלה' חייגו עכשיו: 03-6145555  
חברה לביטוח בע"מ  
לאתר התוכנית: [www.medi-click.co.il/behappy](http://www.medi-click.co.il/behappy)



## ספרי אבחנה חדשים

במדריך, תМОנות רחבות של התפתחות, מוהלים אינטראקטיביים של מערכות ההתפתחות השונות אשר יוצרים תМОונה קלינית מסימית.

**3.** המדריך וכותבי מייצגים את השני המשמעותי שחל בעשור האחרון בפסיכולוגיה ההתפתחותית, ולפיו אין לנשות לדוחות או להימנע מ痼יעת אבחנה אצל הילדים הצעירים, כפי שהיא מקובל בעבר, שם יוכתם שמו של הילד בעטיז. הגישה הקלינית שמצויה החשיבה ההתפתחותית זו, דוגלת באבחנה קלינית מוקדמת ככל האפשר, במטרה לחתם טיפול תומם ואיכותי ככל שניתן. האבחנה אינה דינאמית-משתנה ונינה חוקקה בסלע. לפי גישה זו, אבחנה נעודה בכך לקלות הבנה כוללת של צרכים ובנויות מערך טיפול תואם. ההנחה היא, כי ברגע שהאבחנה אינה תואמת את התפקיד הנוכחי, את התמונה הקלינית המשתנה, יש לשנותה, להחליפה או להורידה מסדר היום ההתפתחותי של הילד.

**4.** המדריך מחייב הסתכלות רחבה על הילד. הוא גן-פרנסמוני (בזה גם חסרוונו המרכזית), ומונגד לשיטות האינסטנט המהירות ששוטפות את העולם החופשי מבחינת זמן וקסף, אך יוצר תМОונה רחבה ביותר של הילד, ותוכניות התערבות בסיסיות. בכך ליצור אבחנה, אני בחוץ את יכולותיו של הילד בשבועה צרי בסיס, ולפיהן אני יוצר את האבחנה בציר הראשון – האבחנה המרכזית.

### תיאור המדריך:

הבסיס האידיאולוגי של המדריך האבחוני הוא לחיב את המבחן לבחון את הילד באופן מוקף ביותר ולפי עוצמת קשיי, היופם, ואיוכותם. המבחן אמרור לקבוע, האם הקשיי נשמר ברמה התיאורית של הציורים 7-2, או מתקבל מעמד של אבחנה מרכזית של אבחנה מרכזית. אבחנה המרכזית בציר 1, מבוססת על שיפוט קליני – מהו המרכיב המשמעותי והמשמעות ביותר בהתנהגות הילד, האם יש למולו הפרעה אינטראקטיבית, הפרעה بواسות, וכו'.

### בציר 1 ישן מבחן

**100.** הפרעות אינטראקטיביות (הפרעות חרדה, הפרעות התנהגות, דיכאון, הפרעה בי-פולארית, הפרעת קשב, תוגבות אבל-מתmeshר, הפרעת התקשרות, פוט-טריאומה, הפרעת הסתגלות, הפרעות בג'דר, אילומות אלקטיביות, הפרעות שינוי, אכילה, הפרשה) שביסודן ההנחה המרשימה כי הילד ישנה לקות בסיסית בתפיסה ובהבנה של העולם או אודפים אינטראקטיביה לקויה של הוה-ילד. ההנחה היא כי הפרעות אלו מתחפותה בתוך כל האינטראקטציה, הקשר בין נתוני הבiology של הילד לאישיות המטפל.

**200.** הפרעות בעיבוד היחסות החושי (רגשות יתר, תת וגישה, אקטיבי, לא קשוב ומאורגן, דפוס הכלול קשיים בלימודים, הפרעה מעורבתת). כל אחת מההפרעות מחולקת לשתת הפרעות שונות שהן שילובים של הפרעות המופיעים בסעיפים האחרים, דפוסים

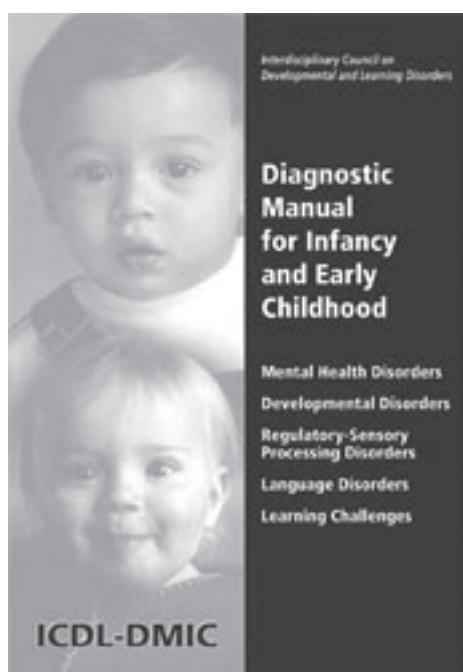
**צחי נטר,** פסיכולוג ההתפתחותי מומחה, המכון להתפתחות הילד ב"ח מאיר, כפ"ס

בעשור האחרון, השתנתה התייחסות לאבחנה בגיל הרך. בוגדור לעשרים קודמים, בהם הייתה נטיה להימנע ממקבלת אבחנה, ודוחיתה ליל מואחר יותר (5-4), מתקבל עתה להגעה לאבחנה בגיל מוקדם ככל האפשר, לשם תכנון התערבות המתאימה ביותר. זאת, גם במחיר שניי האבחנה מאוחר יותר. חידוש נוסף הוא במהות ספר האבחנות: המגמה היא ליצור תזרים קבלת אבחנה, אשר יהיה מבוסס על תיאוריה התפתחותית אינטגרטיבית, מונחת סיבה (אטיטולוגיה) ולא泰山יניות. שני ספרי אבחנות חדשים קיימים: 3-0-D-C-D', גרסה ראשונה וגרסה מתוקנת (3R-D-C-D), הדומה במבנהו - DSM, וה-ICDL, המוצג להלן.

### ICDL-DMIC

INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENTAL AND LEARNING DISORDERS - DIAGNOSTIC MANUAL FOR INFANCY AND EARLY CHILDHOOD (2005)

מספר מקומות מרכזיות הופכות את המדריך הנ"ל לائقותי והתפתחותי במיוחד.



**1.** צוות הפעולה שסייע בכתיבת המדריך במרוצת השנים כולל חברים מטופלי המוחות התיאורתיים והקליניים שידעה הפסיכולוגיה ההתפתחותית והוא מונה במרוצת השנים את סטנלי גירנשפאן ווידר, סלמה פריברג, ברι בחלטון ורבינס וטוביים אחרים. בכרזות השנים, אותו צוות פעל על איכותי, ה-HIMH (המכון הלאומי לבראיות הנפש), מילא ידו בפוליטיקות ווכhnות, ולאחר שכabb את המדריך פועל הדר-3 DC, נגרר להתקפות דרמטיות לשני צוותי פעולה, כשגרינשפאן ווידר פורשים ומתרחילים בהקמת ה-ICDL).

**2.** המדריך במהותו, היה התפתחותי. הוא מדריעצמו כمبرוסס תיאוריה, מבוסס תМОונה התפתחותית, ולא מבוסס סימפטומים כמודדים הפסיכיאטרים. המדריך מהווה אלטרנטיבה לתפיסה המושנת, הלא תקופה ולא מרימנה של המדריכים הללו. בוגדור לחשיבה האבחונית הפסיכיאטרית של ה-DSM,

ומשלימה ההתפתחותית שלו ה-DC, שمبוססים על מודל נזוליג, שמקדיג סימפטומים, מבוסס על ניתוח גוכים, על ספירת סימפטומים, או ספירת ימים, שבועות וחודשים שהתופעה מופיעה בצד לחתם אבחנה, מצואה הגישה ההתפתחותית האבחונית המוצגת

לגביו החומר היזואלי, ומהשבה סימבולית/יצוגית. אלו מוחלקים לפי הציפיות התפתחותיות מכל גיל ושלב התפתחות.

**ציר 6:** דפוסים משפחתיים, הורה-ילד. זה ציר משלים לציר 2, אך כאן הדגש אינו הילד בהכרח, אלא תרומת ההורים, חיובית או שלילית, להתפתחותם. אנו מדרשים להסתכל על תפוקוד ההורה כמורגע, כמספק טווח גירויים התואם את צרכי הילד, ויציר קשר מהנה, יודע לקרווא ולងיב לתגובהות הילד וצריכו, ויציר בו מוטיבציה לחקירה. כאשר אנו מדברים על תפוקודים ל��אים נראה הורה המגירה יתר, נסוג, לא נוכח, חסר הנעה והנאה, רנדומאל, או כאוטי בתגובהות, פרגמנטטיבי, ותקשה, לא לוגי וצפוי בתגובהות, מנע או מצמצם בתגובהות, לא יציב. אנו אמורים בהתחאם לכל הנסיבות לרשות נרטיב כולל, ולאחריו סיקום. במקורה הנ"ל הסיקום יטווה תמונה תפוקודית על ההורה – תפוקוד תקין ותומך בשלב ההתפתחותי הרגשי-תפקודי של הילד, הפרעותBINONIOT, הפרעה מאג'ורית.

**ציר 7:** דחק. בדומה למדריכי אבחון אחרים, על המבחן לזהות את גורמי הדחק(מעבר דירה, מחלתה הורה וכו'), עליו לקבוע את מועד התחלתם, עצמתם וזמן החשיפה עליהם. לבסוף עליו לקבוע את רמת השינוי בתפקוד הילד ובבריאותו הנפשית. גם כאן מצופה לרשות נרטיב מוקף שיכלול בסופו סיקום לגבי ההשפעה הכללית של גורמי הדחק – ללא השפעה, השפעה קלה/בינונית, השפעה عمוקה.

**ציר 8:** אבחנות רפואיות ונוירולוגיות אחרות. בדומה למדריכי אבחון אחרים, נדרש המבחן לרשום על מחלות והפרעותנוירולוגיות נוספות לפחות ציוינו ביצירום הקודמים. עליו לבחון את השפעתם, אם בכלל, על תפוקודים התפתחותיים, למידתיים או רגשיים.

**5.** נקודה נוספת נוספת לטובת המודל המבחן המוצג היא התאכটו למודול הישראלי השכיח של המכונם להתפתחות הילד. כנסתכל על היצירום המתבקשים באבחון, באורך פלא, ניתן לחלק אותם לאנשי המקצוע השונים, ובישיבת הצוות, לאחר שהרופא מציג את ציר 7, ולעתים את ציר 6, המרפא בעיסוק את ציר 3 ו-5, קלינאיית התקשרות את ציר 4, הפסיכולוג מציג את ציר 2,6, כ"מנהל התיכון" וסייע בעבודת מחשבה משותפת למצוא את האבחנה המתאימה בציר 1. נראה מסובך? ממש לא, רוב הילדים שעולים לשישיבות האסוציאציות, ומודול זה מעניק תפיסת הוליסטית ומוסדרת לקביעת האבחנה המרכזית בראייה כוללת, התפתחותית, שלמה.

## השלמות האמיתית של האדם אינה טמונה במא שים לו – אלא במאה שנייה. (オスקר וילד)

התנהוגותים, מוטוריים, רגשיים, שביסיסן הינם קשיים בעיבוד היסודות החושני.

**300.** הפרעה נירו-התפתחותית של יצירת קשר ותקשות (NDRC). אחד מההמפעכות החשובות שהביאו גרינשפאן ועמיתו, נוגעת לתוךם הפרעות התקשרות (ASD). גרינשפאן מציע כאן בהרחבה לכתבים אחרים שלו ושל עמיתו, דוגמת 3-0 DC (שם מכונה הפרעה MSDD), דפוסים מורכבים של לקוחות בתקשורת, הכוללים אלמנטים תקשורתיים, שפתיים, התפתחותיים, קוגניטיביים, סנטוריים ומוטוריים. כאן מוצגים ארבעה תחת-טיוויגם, על פי חומרתם, בעלי יציר התפתחות ופרוגנזה שונה, ילדים בעלי יכולת סימבולית ראשונית עם מגבלות, ילדים בעלי מוגבלות, ילדים בעלי מעורבות וכוננה מוגבלים, ועד ילדים חסרי כונה ותכלית.

**400.** הפרעות בשפה. הפרעות בהתפתחות השפה – מיסודות עצמי וענין בעולם, דרך יצירת קשר, קומוניקציה הדידית, מילים הראשונות, צירופי מילים, ועד אינטראקטציה הדידית סימבולית, כאשר האבחנות מוחלקות לתחום אבחנות ע"ב הליקוט – בהבנה תפיסה, בהבעה/יציר או מעורבת.

**500.** אתגרים בלמידה. מתוארים קשיים בתחום הלימודים השונים הקשורים ללמידה, כתיבה, חישוב ותפקודים ניהוליים, כאשר הפרעות מוחלקות לתחום אבחנות ע"ב מקור הליקוט-היכולת הרגשית-תפקודית, העיבוד האודיטורי והשפה, או והיכולות היזוא-מרחביות.

**ציר 2:** יכולת הרגשית-תפקודית. זהו יציר "הגרינשפאני". זהו בעצם הגערין של עבודות חיו של גרינשפאן. בדומה לבורי הפסיכולוגיה – פרויד, איקסון, מהאלר, פיאז'ה וסובים וגולדים אחרים, בסיס התיאוריה של גרינשפאן, הן בעובדה האבחנתית והן בעובדה הטיפולית, היא בניית יציר התפתחות מלידה ועד ארבע שנים. אחת מהבעיות המשמעותיות והקשות על המדריך היא כי הוא אינו מאפשר לאנשי טיפול שאינם מגעים מיחסות ההשתתפותיים הללו, ככלו שאינם דוגלים בעובדה סביבה יציר התפתחות שגרינשפאן מציע, להשתמש בו במתן אבחנה. יציר כולל שלבים התפתחותיים בסדר מתקדם מיכולות של הרגעה ויסות עצמי, התיחסות ויצירת קשר פרה ורובלית, אינטראקטציה הדידית, פתרון בעיות מסוות, יכולת לשימוש ויצוג של גשות ותחששות, בניית תמונות מורכבות במשחק סימבולי, הסקה על גשות, רפלקציה ואספתייה, ועוד חשיבה לוגית וובחן ממציאות. יציר זה נבחן ונקבע באינטראקטציה עם ההוראה.

**ציר 3:** יכולות העיבוד היסודות החושני – תיאור נרטיבי של יכולות היסודות והעיבוד, וקביעת רמת הקושי, אם קיימים. אם קיימת ליקות, היא מתואר בציר 1, אבחנות 200.

**ציר 4:** יכולות שפתיות – תיאור נרטיבי של המצב השפטית וקביעת רמת הקושי, אם קיימים. אם קיימת ליקות, היא מתואר בציר 1, אבחנות 400.

**ציר 5:** יכולות ויז-מרחביות – זהו יציר חדשני יחסית, המדגיש את חשיבות זרימת אינטגרציית המידע בין הגוף והתנוועה במורח, להפרעות התפתחותיות שונות. נדרשת בחינה הכללת שישה אלמנטים : מודעות לגוף, מיקום הגוף במורח, קשר בין העצמי לאובייקטים ואנשים אחרים, שימור המרחב, הסקה לוגית

# Accountability<sup>1</sup> בהתערבות הפסיכולוגית: האם רצוי? האם אפשרי? הצעה לדין

■ **ד"ר דינה פלייסיג וփ"ר דן זכאי** המכלה לפסיכולוגיה אוניברסיטת תל אביב והמרכז האקדמי פרס – רחובות

שני הכותבים אינם פסיכולוגים קליניים אלא עוסקים במחקר בתחום הפסיכולוגיה הקוגניטיבית, לרובות מושאים הקשורים לשיפורים ולקבלת החלטות. על בסיס מחקרים העוסקים בהשפעת המחויבות לדין וחשבון (accountability) על שיפורים ועל תהליכי קבלת החלטה, עלתה בקרב הכותבים השאלה מה מקומה של התופעה בתתערבות הפסיכולוגיות לMINICH – הקליניות והאחרות; האם מחויבות לדין וחשבון אפשרית והאם היא רצiosa בתתערבות הפסיכולוגית. אין בគונת הכותבים להביע עמדה, אך מאחר וקשה למצוא בספרות דין נרחב בשאלת המחויבות לדין וחשבון, בתחום התתערבות הפסיכולוגית, נשמה להביא את הסוגיה למודעות הקוראים ולעורר מחשבה ודין בונשו. בគונתנו לעורר דין זה דווקא כמתבוננים מהצד, וזאת באמצעות הצגת שאלות – שכן איןנו מתיימרים לתת את התשובות.

המחקר העשיר בתחום השיפורים וקבלת החלטות מצבע על התרחשותם של כשלים והטויות בתהליכי החלטה קלינית מתייחסת למצב בו איש מוצג מיומן (כגון רופא או פסיכולוג קליני), סוקור מידע קליני אוזות מטופל (մבחן ; סימפטומים ; היסטוריה), מגע לאבחן או לפרוגנזה, מחליט על קו פעולה ופועל. בתחום הקליני ניתן לעתים קרובות לבחון את תוצאות הפעולה שנבחרה ; כמו כן, קלינים מתקבלים, דבר שבשגרה, החלטות הנוגעות למספר גדול של חולמים דומים, ולפיכך ניתן לעשות שימוש בכלים סטטיסטיים כדי לחקור את תהליכי ההחלטה מהמעבה ולבדק את תהליכי החלטה בתנאי-אמת (Connolly, Arkes & Hammond, 2000), וכך אכן נעשה:

Goldberg (1970), בדק את אופן קבלת ההחלטה הדיאגנוטית אצל פסיכולוגים קליניים, שהתקבשו לבחון בין חולמים פסיכוטיים לבין חולמים נירוטיים, על בסיס פרופיל MMPI של כל אחד מהם. תוצאות המחקר הראו כי מודלים מתמטיים של ההחלטה הדיאגנוטית היו תקפים יותר מאשר החלטת הפסיכולוגים עצמם.

McNeil, Pauker, Sox & Tversky (2000), בדקו את השפעת אופן הצגת המידע על החלטות הרפואיות. כאשר, למשל, תוצאה אפשרית של טיפול הוצאה לרופאים במונחים של 90% סיכוי הצלחה, החלטתם הייתה שונה מאשר במצב בו התוצאה הוצאה במונחים של 10% סיכוי למוות (למרות שמדובר בסיכוי תוצאה זהה).

במחקר שנערך במרפאה בסיס צבאי, התקבשו רופאים להעיר את ההסתברות שככל אחד מהחולמים חולה בדלקת ריאות. הרופאים הראו מידת גודלה של ביטחון-יתר, כאשר נתנו את ההסתברויות הגבוהות ביותר (כמעט וודאות מלאה) לגבי קבוצת חולמים שrank 20 מהם היו חולמים בדלקת ריאות (Christensen-Szalanski & Bushyhead, 2000).

במחקר קליני בדק Oskamp (1965), את מידת הביטחון של פסיכולוגים קליניים בעת קבלת החלטה אבחונית. כדי לשחזר את הסיטואציה הקלינית ככל שניתן, הוא הציג לנבדקים (פסיכולוגים בעלי ניסיון קליני) מקרה מחקר אכיתני.<sup>2</sup> חומר הרקע סוכם וorgan למערכות של מידע, שהוצעו לשופטים (הפסיכולוגים) באירועה שלבים עוקבים. בשלב הראשון – הציג רק המידע הדמוגרפי של המקרה<sup>3</sup>; בשלב 2 הוסיף מידע ייחודי של קיד עד גיל 12; בשלב 3 נסף מידע שהתייחס לשנות התיכון והקולג'; ושלב 4 הציג פרטים לגבי שירותו הצבאי ופעילותו אחרת עד גיל 29.

<sup>1</sup> בשפה העברית לא קיים תרגום למליה. על פי "בבלון": נשאה באחריות; מחויבות לדין וחשבון; מילון ובסטר: מחויבות או רצון לשאת באחריות או לחתן דין וחשבון על פעולותיו של היחיד

<sup>2</sup> המקרה שב汇报 היה של Kid Joseph

<sup>3</sup> כ"זף קיד (שם דמי) הוא בן 29; לבן; חוק; יצא מלחמה"ע השניה. בור קולג' ועובד כעוזר עסקי בטוטוני לעיטור פרחוני.

לנבדקים (הפסיכולוגים) הוצג מערך של 25 שאלות ובסירותו הטענות להתנהגוו של קוד, כאשר לאף אחת משאלות אלה לא הייתה קיימת תשובה בחומר המוצג. הנבדקים היו אמורים לבצע שיפוט על פי פרצדורה קבועה לשיפור קליני, וזאת על ידי יצירתיות האישיות של קיד מתוך החומר המוצג וחיזוי תגובתו על בסיס תמונה זו. לנבדקים הוצג מערך המידע של שלב א' ולאחריו 25 שאלות. לגבי כל תשובה התבונשו הנבדקים לשפוט את מידת ביטחונם בנכונותה. לאחר תום שלב א', קיבלו הנבדקים את מערך המידע השני, ושוב התבונשו לעומת על אותן 25 שאלות, כולל שיפוט ביטחונם בנכונות תשובהיהם. מהלך זה חוזר על עצמו לפחות שלבים 3 ו-4. תוצאות המחקר הראו, שלמרות שלא חל שיפור בביטוייהם של הנבדקים (هم לא דיקו בתשובותיהם בשלב 4, יותר מאשר בשלבים המוקדמים<sup>4</sup>), חלה עלייה משמעותית ברמת הביטחון שלהם<sup>5</sup>. כך, שחשיפה למידע

שלא תרם לביצוע העלטה את רמת הביטחון והובילו את הנבדקים לביטחון-יתר הולך וגובר. Simon (1987), מבחין בין אינטואיציה "נאיבית" לבין אינטואיציה של מומחה, שהיא החלטה המבוצעת תוך שימוש השיפוט המבוצע של המחליט<sup>6</sup>. אינטואיציה של מומחה נסמכת על גוף ידע שהתקבל ממחקר והוא מבוססת על ניסיון מצטבר בתחום המומחיות. לעומת זאת, אינטואיציה נאיבית מבוססת על ניסיון חים, שמאחרו-ויא עמד גוף ידע שהצטבר באופן מחקרי ושיטתי (זכאי, 1990). האינטואיציה הנאיבית חשופה מאד להטיות, לעומת זאת האינטואיציה של מומחה המבוססת על ידע ועל הפקת ליקחים.

בעקבות המחקרים המצביעים על כשלים והטויות בהחלטות, כולל בתחום הקLINים, נראה כי מתבקש תהליך של למידה ושל הפקת ליקחים לשם שיפור תהליכיים אלה. אחד התהליכיים שמרתם הינה בקרה ושיפור קבלת החלטות, הינו המחויבות לדין וחשבון ולנשיאה באחריות<sup>7</sup> (Accountability) והצדקה ההתנהגות הנבדקת (Justification).

המחקר הפסיכולוגי התמקד בשאלת ההשפעה שיש למחויבות לדין וחשבון על התנהגותו של היחיד, על איותו התהיליך ועל איותו התוצאה. באופן כללי, הימצאות במצב של הבעת עדשה בפני אחרים – כגון בסיטואציה של מחויבות לדין וחשבון – גורמת לבני האדם, לרצות להתחבב על الآخרים ולנסות להימנע מביקורת<sup>8</sup> (Baron, 2000). לשם כך יעשה שימוש באסטרטגיות שמרtran ביצוע טוב יותר של המטלות, תוך השקעת מאכזק קוגניטיבי גבוה ומאמצים לשיפור תהליכי החשיבה (Green Visser & Tetlock, 2000). השיפור מתרחש על ידי הפחחת הטויות חישוביות או מזעור ביטחון-יתר, ובאמצעות יצירת תהליך חשיבה אינטגרטיבי, המערב העלתה טיעונים מורכבים ובחינותם בצורה מדוקדקת. מתקבל החלטה מגבירים את המאמץ לחיפוש ידע ושוקלים בצורה יסודית יותר את האפשרויות השונות; הם מודיעים יותר בשיפוט הסתבריות להתרחשותם של אירועים עתידיים, ומגלים מוכנות גדולה יותר לשיקול האפשרות כי הם

טועים (Tetlock & Kardes, Herr, Lee & Kim, 1999 ; Tetlock & Kim, 2002). חלק גדול ממצבי החלטה נתפסים בעין המוחלטים כתומדים בחוגם סיון. במקרים אלה משפיעה המחויבות לדין וחשבון על המידה בה יטו מתקבל ההחלטה לחפש מידע הנוגע לסיכון. כדי להיות מוכנים בצורה טובה לתגובה الآخر, נתונים מתקבל החלטה להתבונן בכל היבטיה של הסוגיה, תוך נקודות עמדה של ביקורת עצמית (Tetlock, 1992) ובוחרה בחלופות מסכנות פחות<sup>9</sup> (Loison, 1991, 1991 Meertens, 2001; Weigold & Schlenker, 1991). השפעות מועלות אלה של המחויבות לדין וחשבון על איותו החשיבה מושגут [לדעתו של Baron, 2000] כי במצב של מחויבות לדין

וחשבון אכן תתקבל חשיבה אינטגרטיבית ותתרחשנה פחות הטויה בחשיבה.

אולם להימצאות במצב של מחויבות לדין וחשבון גם השפעה שלילית. הרצון להימנע מביקורת מוביל, לעיתים, לאסטרטגיה של הרחקת הלחץ מהמחוייבות, כמו למשל, לאסטרטגיות של "מאכזק קוגניטיבי נמוך" הכלול הימנענות, בריחה, דרייה ויציאה מסתוראציה, עם נטייה להתרפור על פני מידע רב ולהתבנס בmäßig רבה על רמותם לא לרבענים (Tetlock, 2002).

<sup>4</sup> רמת הדיקון במבחן בשלב הראשון הייתה 26% תשבות נכונות; במבחן הרביעי – 27.8% תשבות נכונות. זאת במבחן בן 5 תשבות אפשריות, בו רמת הניחס עמדת על 20%

<sup>5</sup> מביתוון ממוצע של 33.2% במבחן הראשון ועד ביטחון ממוצע של 52.8% במבחן הרביעי.

<sup>6</sup> "(e. g.)" (the decision) is done by applying one's professional "judgment" to the situation [决策是通过应用一个人的专业判断来完成的]

<sup>7</sup> אם נעשה שימוש במונח "מוחייבות לדין וחשבון" אך נכון גם למרכיב הנשייה באחריות ביקורת (Baumeister & Leary, 1995).

<sup>8</sup> הנחות אלה מתקבלות אישוש ממחקרים התפתחותיים המראים על הופעה מקדמת של תגובות אוטומטיות לסטמינים של ביקורת (Baumeister & Leary, 1995).

<sup>9</sup> יש להזכיר כי נמצא הבדל בהתנהגות כלפי סיון במצב זה בין טיפוסי אישיות שונים: אהובי סיון ו深厚的 סיון. הופעה זו התרחשה יותר אצל שנוא סיון מאשר קאנוניים בנסיבות מלכית סיון.

של ביקורת עצמית, מוחשיים מוקבלי החלטה חלופות הנתקפות בעיניהם ככאלה שהביקורת בהן ניתנת להגנה ביתר קלות, כגון: חלופות חד משמעיות וברורות, חלופות דומיננטיות, או לחילופין חלופות פשניות. במצבים אלה יהיו מחליטים שיעיפו חלופות שאין מייצרות שניי (אפקט הסטאטוס-קוו), מתוך האמונה כי לגבי שניי **"קיימת" חובת הכוחה** רבה יותר מאשר לבני המשך הקיימים. במצב בו מוחשיים בני אדם לדין וחשבון בפני קהיל חישן או אפילו עין, ולגביה פעולות בלתי הפיקות ובלבית נתנות להכחשה, מתוערים תהליכי חשיבה של החזקה המתנהגות. מאמציהם של בני אדם להוכיח לעצםם "חibilit ציזקם" פוגעת ברצינאליות של החלטות ומכאן – באיכות (Tetlock 2002).

כאשר אנשים מונעים יותר על ידי הצורך "להסתדר עם האחרים" מאשר על ידי הצורך לדין בבחירה, כאשר מדובר בסוגיות בעלות לבנטניות נמוכה לאדם (Eagly & Chaiken, 1993; Petty & Cacioppo, 1990) וכאשר האנשים מוחשיים לדין וחשבון בפני קהיל שיעמדותיהם ידועות ואין סובלי לעמדות אחרות, תגובתם למצב תהיה **קונפורמיות**, כלומר, המתנהגות הנוטה לעבר אותה עמדה. אזי מוביילה הקונפורמיות לביצוע בrama שהיא מתחת למושג העמדות אצל (Quinn & Schlenker, 2002). הקונפורמיות – שינוי העמדות אצל "המתנהגה" – תתרחש במחלה פסיכולוגית כבד, שכן השינוי מחייב התפשרות על עמדות בסיסיות ואמנויות בסיסיות, או התקשחות להתחייבויות קודמות (Tetlock 2002, 10).

האפשרות כי האדם ידרש להסביר או להצדיק את מעשיו יכול להוביל להיווצרות דיסוננס קוגניטיבי. הצורך בהסתרת תחששה לא נעימה זו של דיסוננס, גורם לבני האדם להצדיק טעויות שביצעו, או החלטות גורעות שקיבלו, באמצעות רצינאליזציה, הטויות בזיכרון ועד. בשל הרתיעה מדיסוננס, מתקשים בני אדם להיות במצב של מוחשיות לדין וחשבון (Tavris & Aronson, 2007).

נראה אם כך, שאכן במצבים של מוחשיות לדין וחשבון משתמשים תהליכי החלטה, אך לא בכל תנאי, ולעתים לא ורק שתהליכי ההחלה והחשיבה אינם משתמשים אלא חלות בהם פגיעות ממשמעותיות.

### **מוחשיות לדין וחשבון – בתחום ההחלטה הכלינית**

בתחום הביריאות עולה סוגית ההיבטים בהם יהיו המטפלים מוחשיים לדין וחשבון, שכן המוחשיות יכולה להתיחס לסטודנטים, כגון: יכולת מקצועית; המתנהלות אתית וחוקית; ביצוע כלכלי; קידום הרפואה הציבורית והתעלת הציבורית (Emanuel & Emanuel, 1996). קיים, בנוסף, מגוון של קהלים בפנים מוחובי המטפל לדין וחשבון: המטפל עצמו, הקולגות והארגון בו הוא עובד, ולאחרונה גם רשות ציבוריות וממלכתיות, חברות ביוטה, וגופים מממנים. מדובר, אם כן, בריבוי גופים וצדדים, המחייבים גופים או יחידים אחרים לאחריות ולדין וחשבון בתחום זהה או אחר של פעילויותיהם, דבר המוביל למטריצה סבוכה של מוחביויות. מבחינת המטפלים עצם (הרופאים) נוצר מצב בו הם מנוטים להחליט איזה מה"קהילים" הינם לגיטימיים ולגביהם אילו מהם צריכים "להתכוון" כאשר הם פעילים, שכן כל "קהיל" מחייב בקריטריונים שונים. כאמור – מצבם של הרופאים הוא: כיצד להגן על מקצועונם בעידן המוחשיות לדין וחשבון (Emanuel, 1996).

עליה, בנוסף, שאלת קритicit לגביה איקות שיטות ההערכה והמדידה, הנדרשות להיוות מוסכמות, אובייקטיביות וקדדיות ככל שניתן. אמן היומה לסייע המוחשיות לדין וחשבון בתחום הרפואה עלתה, בעיקר מכיוון הגופים האקדמיים של "תעשיית" הטיפול הרפואי, אך החדרת המוחשיות אינה קלה לביצוע ונדרש סיועם של הרופאים עצם בקביעת הסטנדרטים לבחינות התוחומים השונים בפרקטייה הרפואית (Emanuel, 1996). אחת הדרכים לביטוס קритריונים גלומה בתופעה הקרויה **evidence based medicine** – רפואי השואפת לבסס את הטיפול הרפואי על עדויות מחקריות איקוטיות, מתוכן ניתן לגזור קритריונים ברורים, תקפים ומ邏ים. ואכן, ברובxD מקרים המ徵ה, המתבססת על האמונה כי חשיפת תוצאות שליליות של טיפולים

תוביל לשיפור הביצועים, ניכר שיפור בקביעת קритריונים ומודדים לבחינת הביצוע הרפואי. לאחר קביעת הקритריונים נדרשות שיטות מהימנות ותקיפות לביצוע ההערכה וזאת על בסיס רישום מלא ונגיש של כל הנתונים הרלבנטיים. רק אז, כשהתבצעו העריכות, הגוף או היחיד הנסקר יוכל לבדוק את פועלותיו, אולם יהיה חייב בליך את אחריות עליהן, ובנקיטת אמצעים לשיפור או לפיצוי (Emanuel, 1996).

<sup>10</sup> יש לציין כי סוג הקהיל – מוקבלי הדין וחשבון – רבים ומגוונים, וכך הקהיל משפייע בצורה דיפרנציאלית על המתנהג ועל המתנהגות. הקהיל יכול להיות מוכר או אנונימי; קהיל שעמדותיו ידועות לממתנהג, או כזה שעמדותיו נשחרות בפניו; קהיל אחד או קהיל עין; קהיל הומוגני או הטרוגני; וקהיל הנensus חזק או חלש; כאמור, לכל סוג של קהיל השפעה אחרת – ולעתים הפוכה – על המוחשיים לדין וחשבון.



האומנם שיפרה המחויבות לדין וחשבון את איכות הטיפול הרפואי? Millenson (2000), מတкар את הרופאים של טרום "עדן המידע" כ"אקדוחנים" במערב הפרוע, הפעלים על פי חוקיהם הם, ללא קרייטריונים לבחינת איכות הטיפול, ולא מערכות להסדרת הטיפולים, כך שעד שנות השמונים שרהה שנות גדולה באיכות הטיפול הרפואי בין מקום למקום ובין רפואי זה או אחר. המחויבות לדין וחשבון הובילו, לטענתנו, למצוור השנות ולמתן בסיס לאמונה, שאיכות הטיפול תשתפר ככל שהמחויבות לדין וחשבון וליקחת האחריות יחולו על יותר רופאים ויותר ארגונים רפואיים.

פחות אופציוני הוא Grof (2001) המצביע על התוצאות שהתקבלו מחקרים שהראו, במקורה הטוב, שיפורים מזעריים בלבד באיכות הטיפול הרפואי. הכותב מטיל ספק באיכות הקרייטריונים, במידת הנגישות למידע ובאיכותו, כמו גם ב邏輯ם הרגלני והחשוב. מבחן שונם, שכן נראה כי לעיתים קרובות נמדד הגורם הקל למדידה ולא הגורם הרלבנטי והחשוב. מבחן שיטות הרישום והתקנים הרפואיים כלים המאפשרים מחויבות לדין וחשבון עולה כי לעיתים קרובות לא נעשה שימוש במידע; חלקו לא מוכן; ולועתים אינם מהימן<sup>11</sup>.

אחד המחויבות הכבדים של "עדן המחויבות לדין וחשבון" באידי ביטוי בתופעה הקוריא "רופא מתגוננת" על פיה מבצעים רפואיים תהליכי רפואיים מיותרים, על מנת להגן על עצמן מפני תביעות (הראל, 2004). לצד הקפדה על בקרת איכות ועל תיעוד מדויק של התהליכים הרפואיים, מופיעים תהליכי שליליים כגון אשפוז יתר, התערכויות רפואיות לא נחוצות ומטעם מודיעע עודף למטופל. בתיכוןים ממיעטים או הפסיכו קליל את קיומם של דיני הפקת לקחים, שכן המתרחש בהם תחיל להוות בסיס לתביעות נגד רפואיים. נזק גדול נגרם בשיח הפנימי ברפואה כאשר, לדוגמא, ועדות הדממה (Clinical Pathological Conference CPC) הופסקו. רפואיים תחילו – למרות חובת הרישום, ובשל הפקד מהביקורת והאחריות – לטעוד "עם הפנים לבתי המשפט", כך שלא יפגעו אם ידרשו לדין וחשבון ולקלחת אחריות. במקביל לאללה התעוררה תופעה של "חוות הדממה" (Gibson & Singh, 2003) – התופעה של שתיקת הרפואיים המהווה חומרת הגנה מפני האחריות הנבעת מחדין וחשבון.

נראה, אם כן, כי לצד הברכה והנחהות בהיותם של אישי המקצוע – הרפואיים – אחראים לביצועם המכזעיים, קיימים מחור לא קל.

### **מחויבות לדין וחשבון – בתחום ההתערבות הפסיכולוגית**

בתחום ההתערבות הפסיכולוגית לא נהוגה מחויבות לדין וחשבון באותו אופן שבו היא קיימת בתחוםים בריאותיים אחרים. במידה מסוימת יכולה להיות פונקציית הסופריזין להיתפס ככליה בקרה על תפקודו של המטפל, כ"אחר" שבפני מגיש המטפל דין וחשבון על תפקודו המזעקי. למרות שבתקופת התפתחות תפקוד הסופריזין הינו חובה, הרי שהוא נתפס כגוף מלאוּה ומולד שבקורתו נעשית במידה רבה יותר לצורך לימוד ולא לצורך טיפול ובקורה. גם אם הסופריזין היה ממלא פונקציה של בקרה ושיפוט – הרי שמעצם העובדה כי המטפל הוא הבוחר מה להביא בפני הסופריזר, משמעות המחויבות לדין וחשבון בעצם נעלמת<sup>12</sup>.

כדי שיתאפשר מצב של מחויבות לדין וחשבון, נדרש, בין היתר, יכולת לעקוב אחר התהליכים המבוקרים כלומר – נדרש רישום של הפעולות שהתבצעו. חוק זכויות החולה התשמ"ו-1996 קובע, בין היתר, כי חובה על כל פסיכולוג לטעוד את מהלך הטיפול הפסיכולוגי ב"רשומה פסיכולוגית", זכותו של כל מטפל לקבל מידע מטור הרשותה<sup>13</sup>. יחד עם זאת מבדיל החוק בין "רשומה" – לגביה קיימת חובת הצגה – לבין "תרשומות אישית", המהווה מעין יומן אישי של המטפל לצרכיו הוא, ותכוינו לא יופיעו ב"רשומה" ולא קיימת חובה להציגם (ריכר-ערתו, 2006).

בחינת משמעויות החוק בפרשנויותיה של עשר שנים הדגישה את הבעייתיות המכיהדת של חובת הרישום בתחום הטיפול הפסיכולוגי. הקושי נובע בכך מטיבו המתמשך של הטיפול הנפשי המוביל לנטיית המטפלים להסיף עדכונים קצריים בלבד בתום כל מפגש, והן בשל העובדה כי

<sup>11</sup> השיפור היחיד שהתרחש היה באיכות תהליכי שיפור בתוך הארגונים הרפואיים עצם.

<sup>12</sup> אממן ודגום ומיליה הסורvisorית והוא בקרה, פיקוח – אלומ המשמעות שניתנת לפונקציה זו במלר עבודהו של המטפל הינה בעצם של ליווי, הוראה ופיתוח

<sup>13</sup> יחד עם זאת אין החוק מגדיר מה-Amor להיכלל ברישום זה

<sup>14</sup> סעיף 2.3: "פסיכולוגים יתעדו את עבודותם המקצועית ברמות פירוט ואיכות המתארת את תהליכי העבודה ברמה הנדרשת לשמירה על רמה מקצועית ולרכישות, המשכיות ובקרת, תוך שמירה על כללי הסודיות. הפסיכולוגים ינהלו את הרישומים באופן שוטף בצוואר שתאפשר להיענות בעת הצורך לדרישות לקובוחותיהם"

ההתערבות הפסיכולוגיות אינן ספציפיות כמו אלה בטיפול הרפואי, ובמהלך הטיפול עלולים תכנים אישיים ביותר ומטפליים נרתעים מלהעלותם ברשומות<sup>15</sup> (צדיק, 2007). כדי להעיר תהיליך או את תוכאותיו, נדרש מערכ של קритריונים המגדירים את התנהלות הרציה (בצורת כללים, חוקים, נורמות, דפוסים וכו') ומדרשת היכלה למדוד אותם (Emanuel, 1996). בתחום ההתערבות הפסיכולוגית קיימים קושי בקביעת קритריונים ובהסכמה לגבי הגורם שיקבע קритריונים הכרוכים בתהיליך הטיפול עצמו וביטחונו – מודדים לאיכות התוכאה – שכן קיימים קושי בקביעת מודדים כאלה. כדי שנינתן יהיה להגדיר קритריונים, ולאחר מכן מודדים, נדרש מחקר. אולם, קיימים פער בין הטיפול הפסיכולוגי לבין המחקר בתחום (Goldfried & Wolfe, 1996) וכיום מחסור במחקר מבוקר אודות יעילות הטיפולים. במקרים שהתבצעו נתקלו החוקרים בקשיים הונ"מ בהגדרת משתני המחקר והן במתן פרשנות לממצאים. רק בטיפולים אשר לביהם קיימים "manual" ניתן היה לבצע מחקרים המשווים שיטות טיפול שונות, וזאת בהנחה שה手册 פועל על פי "הספר" (Crits-Christoph, 1992). שיטת הטיפול CBT, לדוגמה, נועצה בגישה המדעית ובאמונה שלא ניתן להסיק עדויות מתרן CBT בלבד. לאחר ושיטת CBT נזקירה רבות ובתנאים שונים, הופכת השיטה לאטראקטיבית עתה בעין ה"מוחיבות לדין וחשבון" (Andersson, Asmundson, Carlbring, Ghaderi, Hofmann & Stewart, 2005).

ה- APA הציב כאחת ממטרותיו את קידום יעילות הטיפול הפסיכולוגי באמצעות חחלת עקרונות שתוקפו באופן אמפירי. לשם כך (ובמקביל למתרחש בתחום הרופאה) קורא ה- APA ל- Evidence-based Practice in Psychology Evidence-Based Treatment (Evidence-Based Practice in Psychology) מדגש את המאפיינים הבאים: שיטות או מבוססות מחקר; מרכיבי המפתח כוגדרים בקרה מדודkat; קיימים manuals לטיפול; טיפולים נתנים לשחזר; אוכלוסיית המטופלים מאופיינת; התוצאות מוגדרות בקרה שיטתיות, נומדדות; קיימת בקרה לגבי שימוש המודל הטיפולי; וכן מתקנות מתמדת לאור הידע המחקרי המתOPERATOR.

**הצעה לתהיליך של "אחריות והצדקה אישית" self-accountability and justification**  
בשל הקושי בקיומו של תהיליך המבוסס על מוחיבות הפסיכולוג להצדקה התערבותיתו בפני גורם חייזנו ושל קיונן של מספר השלכות שליליות הכרוכות בתהיליך זה, אנו מציעים תהיליך שנועד ללמידה, הפקת לקחים ושיפור קבלת החלטות המקצועית בתחום ההתערבות הפסיכולוגית. תהיליך זה שאנו מכנים אותו "אחריות והצדקה אישית" – self accountability justification, מושכל, מבוסס על הרעיון כי הפסיכולוג יהיה כוחיב לסתור הסבר והצדקה לה?url>תערבותיתו בתהיליך מושכל – כשהוא עצמו הגורם בפניו הוא עצמו אחראי.

עקריו התהיליך פשוטים:  
לאחר כל ההתערבות פסיכולוגית ממשמעותית מכל סוג (התערבות טיפולית, התערבות חינוכית, התערבות ארגונית, התערבות שיקומית, התערבות יעוצית, וכו'), יקיים הפסיכולוג בינו לבין עצמו תהיליך של ניתוח ההתערבות, הצדקהה על בסיס מזקיעי (תוך המונעות מרצינוליזציה) ואף ניבוי תוכאות צפויות של ההתערבות. כל זה יעשה בכתב, דבר המחייב חשיבה ותשומת לב. הדבר אפשר בדיקת הניבועים בהמשך ולאור התקיימותם, או אי התקיימותם – ניתוח הסיבות האפשריות והפקת לקחים. תהיליך מוצابر זהה, במודע ויתקדים באופן סדר ושיטתי, אפשר תהילכי למידה והשתפרות מקצועית מתמדת. אנו מאמינים כי גם אם מוחיבותו של הפסיכולוג תהיה כלפי עצמו, הרי עצם נטיית אחריות זו באופן מודע תהיה בעלת השלכות חייבות.  
לכוארה ונאה הרעיון פשוטי, וש אף מי שיטען כי הדבר מותקן ממליא. לעתנו לא כך הם פני הדברים במציאות. בתוך לחץ הזמן אין הדעת נתונה לרגע של מחשבה, לניטות, הצדקה, ניבוי והפקת לקחים, ובפרט כשמדובר נעשה בכתב. עצם המוחיבות האישית להקצת את הזמן המתאים לתהיליך יכולת ליצר שינוי מרענן.  
ואשר לתהילכי הסופריזין כבודם במקומו נשאר, אך כפי שכבר נאמר הם ממלאים פונקציה שונה. מובן, כי כל מי שירצה בכך יוכל להביא לתהילכי הסופריזין חומרים מתוך רשימותינו וניתוחיו.

<sup>15</sup>תיאשול קצר ולא מייצג אותו ערכו הכותבים העלה כי אין לא מותקים רישום מסודר של התערבות הפסיכולוגית  
<sup>16</sup>מתוך: American Psychological Association Statement Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology (אוגוסט 2005)

נראה לנו כי מי שיקח על עצמו להתמודד באופן רציני עם התהילה המוצע יגלה כי הוא מפיק שכר ממשמעותי מכך. תהליכי למידה המכוסים על התבוננות עצמית המיצרת תובנות יכולות להיות בעלי משקל עמוק רב. יתרון, יהיה מקום אף לפתח סדניות המכשירות פסיכולוגים ביצוע התהילה בצורה נcona וbone.

לטיכום, נזכיר שוב, כי הרעיון המועלה כאן הינו בוגדר הצעה לחשיבה ולתגובה. נשמה אם יתעורר סבבו וסבב הסוגיות האחרות שהועלן דין פורה ומפהה.

#### **ביבליוגרפיה:**

- זכאי, ד. (1990). **בגנות האינטואיציה**. הרצאה בכנס "אינטואיציה בקבלת החלטות". מרכז סוזן דלל. תל אביב – האוניברסיטה הפתוחה.
- הראל, ר. (2004). מחיר ההתגוננות. **זמן רפואי**, כרך 2 (14).
- צדיק, י.ב. (2007). עשר שנים לחוק זכויות החולים – מחיית רואי של בריאות הנפש. **רפואה ומשפט**, 36.
- רייכר-עתיר, ר. (2006). הרשמה הפסיכולוגית – כלליים, תכליות והנחיות. **פסיכו-אקטואליה** גליון אוקטובר, עמ' 40-46.

Andersson, G., Asmundson, G. Carlbring, P., Ghaderi, A., Hofmann, S., & Stewart, S., (2005). Is CBT already the Dominant Paradigm in Psychotherapy Research and Practice? **Cognitive Behaviour Therapy**, Vol. 34, 1-2(2).

Baron, J., (2000). **Thinking and Deciding** (3rd edition). Cambridge University Press.

Christensen-Szalanski, J.J., & Bushyhead, J.B., (2000). Physicians' Use of Probabilistic Information in Real Clinical Setting. In T. Connolly, H.R. Arkes & K.R. Hammond (Eds.), **Judgment and Decision Making**. Cambridge University Press.

Connolly, T., Arkes, H.R., & Hammond, K.R., (2000). Part 5 Medical application. In T. Connolly, H.R. Arkes & K.R. Hammond (Eds.), **Judgment and Decision Making**. Cambridge University Press.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. The American **Journal of Psychiatry**, 149, 151-158.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). **The psychology of attitudes**. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.

Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L., (1996). What Is Accountability in Health Care? **Medicine and Public Issues**, Vol. 124 (2), 229-239.

Emanuel, L.L. (1996). A professional response to demands for accountability: Practical recommendations regarding ethical aspects of patient care. **Annals of Internal Medicine**, Vol. 124, 240-249.

Gibson, R., & Singh, J.P., (2003). Wall of Silence: **The Untold Story of the Medical Mistakes that Kill and Injure Millions of Americans**. LifeLine Press.

Goldberg, L.R., (1970). Man versus model of man: A rationale, plus some evidence, for a method of improving on clinical inferences. **Psychological Bulletin**, 422-432.

Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E., (1996). Psychotherapy Practice and Research Repairing a Strained Alliance. **American Psychologist**, Vol. 51, 1007-1016.

Green, M.C., Visser, P.S., & Tetlock, P.E., (2000). Coping with Accountability Cross-Pressures: Low-Effort Evasive Tactics and High-Effort Quests for Complex

- Compromises. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. 26, 1380-1391.
- Grol, R. (2001). Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. **The journal of American Medical Association**, Vol. 286 (20), 2578-2585.
- Lee, H., Herr, P.M., Kardes, F.R., & Kim, C., (1999). Motivated Search Effects of Choice Accountability, Issue Involvement, and Prior Knowledge on Information Acquisition and Use. **Journal of Business Research**, Vol. 45(1), 75-88.
- Lion, R., & Meertens, R.M., (2001). Seeking Information About a Risky Medicine: Effects of Risk-Taking Tendency and Accountability. **Journal of Applied Social Psychology**, Vol. 31 (4), 778-795.
- McNeil, B.J., Pauker, S.G., Sox, H.C., & Tversky, A., (2000). On the Elicitation of Preferences for Alternative Therapies. In T. Connolly, H.R. Arkes & K.R. Hammond (Eds.), **Judgment and Decision Making**. Cambridge University Press.
- Millenson, M.L., (2000). Demanding Medical Excellence: **Doctors and Accountability in the Information Age**. University Of Chicago Press.
- Oskamp, S. (1965). Overconfidence in case-study judgments. **Journal of Consulting Psychology**, Vol 29(3) 261-265.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1990). Involvement and persuasion: Tradition versus integration. **Psychological Bulletin**, 107, 367-374
- Quinn, A., & Schlenker, B.R., (2002). Can Accountability Produce Independence? Goals as Determinants of the Impact of Accountability on Conformity. **Personality-and-Social-Psychology-Bulletin**. Vol 28(4), 472-483.
- Simon, H.A., (1987). **Making management decisions: The role of intuition and emotion**. Academy of Management Executive, 57-63.
- Tavris, C., & Aronson, E., (2007). **Mistakes Were Made (but not by me)**. Harcourt.
- Tetlock, P.E., (2002). Intuitive politicians, theologians, and prosecutors: Exploring the empirical implications of deviant functionalist metaphors. In T. Gilovich, D. Griffin, & D. Kahneman, (Eds.), **Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment**., pp. 582-599. Cambridge University Press.
- Tetlock, P.E., (1992). The impact of accountability on judgment and choice: toward a social contingency model. **Advances in experimental social psychology**, Vol. 25, 331-376.
- Tetlock, P.E., & Kim, J.L., (1987). Accountability and judgment processes in a personality prediction task. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol 52(4), 700-709.
- Weigold, M.F., & Schlenker, B.R., (1991). Accountability and Risk Taking. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. 17 (1), 25-29.
- White, R. W. (1952). Lives in progress: **A study of the natural growth of personality**. New York: Dryden Press, 1952.



## קורס ניהול קליניקה

כמו כל עסק גם קליניקה של פסיכולוג מצריכה מיומנויות ניהול. כיצד מפרטים קליניקה? כיצד מתנהלים מול רשות הৎ? איפה היכי כדי למקם קליניקה? הרבה שאלות עליהן להרבען אין כלים לענות. עכשו הפ"י מציעה לכם הזרמתה חד פעמי - קורס ניהול עסק מיוחד לפסיכולוגים!

**קבוצה ראשונה תיפתח בירושלים בשיתוף מט"י ירושלים**

עלות הקורס 570 ש"ח לשישה מפגשים (במקום 950 ש"ח לקהל הרחב).  
ניתן תשלום בשלושה תשלוםים ללא ריבית.

פתיחה הקבוצה תלויה בכמות הנרשמים. בהתאם להצלחת הקבוצה הראשונה יפתחו  
קבוצות נוספות ברחבי הארץ.

להרשמה אנא פנו לאסטריד גרא [yadgare@gmail.com](mailto:yadgare@gmail.com) אנה צינו העדפה לקורס בוקר או  
ערב.



### אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
בית הספר ללימודים המשך ברפואה  
החוג לפסיכיאטריה

מרכזים ומרצים בקורס: ד"ר ג. גולן, ד"ר ש. ליבנה, ומרצים בכירים נוספים

### **קורס בהיפנוזה**

ביה"ס ללימודי המשך ברפואה יפתח בשנת "תשס"ט מוחזר נוסף של קורס ההיפנוזה בסיסי.

**הרשמה:** עד 25/9/08 (פתיחה הקורס מוגנת במספר הנרשמים).

**מטרות הלימודים:** להכיר את הלומדים לקראת הבחינה הממשלתית להסכמה לעיסוק בהיפנוזה.

**קהל היעד:** רופאים פסיכיאטרים, פסיכולוגים, רפואיים ורפואיים שניינים

**המועד:** יום ה', אחת לשבועיים, החל מ- 27.11.2008

**המקום:** בניין הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

**משך הקורס:** 12 פגישות אחת לשבועיים, בין השעות 00:16 – 21:00

בכל פגישה יתקיימו הרצאה ותרגול. עלות הקורס- 3300 נק בשני תשלוםים.

**מסיימי הקורס יקבלו אישור השתתפות אשר נדרש לצורך הרשמה לבחינות הרישוי הממשלתית.  
עדת קבלה תזעון במוועדים והודעות אישיות תשלחנה למתקבלים בכרוך טפסים לתשלום.**

### **שיעור השלמה בקורס היפנוזה בסיסי**

על פי נספח לתקנות חוק ההיפנוזה ממאי 2001, יינתנו בתוספת לקורס היפנוזה בסיסי גם 25 שעות לימוד פסיכולוגיה על פי נושאים מוגדרים. תוספת זו נדרשת לכל מי שאינו פסיכיאטר או פסיכולוג.

**המועד:** ימי ו' בין השעות 09:00-14:00, החל מ- 2.1.2009.

**שכר הלימוד:** 1450 נק. פתיחת הקורס מוגנת במספר הנרשמים. לקבלת תכניות הקורסים וטופס הרשמה, נא להתקשר אל מזכירותbih"s טל': 03-6409228, 03-6409795 או לשולח המציג לפקס: 03-6406784.

השם: \_\_\_\_\_ המקוון: \_\_\_\_\_ כתובות: \_\_\_\_\_

מיקוד: \_\_\_\_\_ טל": \_\_\_\_\_ טל" נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

**אבוקס לקלבל תכנית וטופס הרשמה לקורס בה- היפנוזה בסיסי**

# שנתיים למלחמה לבנון השנייה

## תיאור פרויקט טיפול רחוב היוקרתי בילדים הסובלים מחרדות בחיפה

### טיפול רגשי בילדים מתוך גישה קהילתית

■ ד"ר דror ארון, מנהל המכון לעיוץ ולטיפול ורגשי במרכז הקליני הבין תחומי.

המאמר הנוכחי יסקור בקצרה התערבות טיפולית רחבת היוקרן שנעשתה בחיפה עם ילדים הסובלים מחרדות, בעקבות מלחמת לבנון השנייה. המאמר יסקור את התפתחות התערבות ותוצאותיה וכן את המחשבות שהתעורו בעקבות פרויקט ייחודי זה שכלל יציאת הקליניקה קליניקה בין תחומיים וכן את הפסיכולוגיה החינוכית והרפואית.

**הכותב הוא פסיכולוג מומחה בפסיכולוגיה קלינית, ובפסיכולוגיה חינוכית ומדרך לפסיכותרפיה ולפסיכודיאגנוזטייה.**

#### רקע

לפני פחות משנהיים, מיד עם תחילת מלחמת לבנון השנייה, העמיד המרכז הקליני הבין תחומי, בראשותה של ד"ר רבקה ייב, קוו חירום לפונם מאוחר חיפה. המרכז הקליני הבין תחומי הוא קליניקה בין תחומיים, הפעלתה במסגרת הפוקולטה למדעי הבריאות והרווחה באוניברסיטת חיפה. המכון לעיוץ ולטיפול ורגשי פועל במרכז הקליני, לצד ובשתיופי פעולה שונות עם מכונים קליניים תקשורת, רפואי בעיסוק, אודיו-טכני ומיכון קרטרן לשימושי מחשב. המכון צוות רב מażיע של מטופלות ומטופלים, המכשירים מהכשרה בתחומי הפסיכולוגיה, פסיכותרפיה, טיפול באמצעות אומניות, תנעה, דרמה והתחומיות ספציפיות שונות. באופן שוטף מטופל הצוות בטיפולים ורגשים פרטניים מבוגרים, מתבגרים, ילדים והוריהם, באמצעות שיחה, משחק והבעה, בהתאם לגיל וצריכי הפונה. זאת לצד סדנאות יהודיות, ופרוייקטים בקהילה. במהלך המלחמה, מעבר לפתיחה קוו החירום התבכוו התערבותיות שונות של צוות המכון לעיוץ ורגשי שככלו התערבותיות במסדרי ממשלה ובמוסדות רפואיים ופואים ולאחר המלחמה מגוון פעילותות משותפות עם גופים שונים, התערבותיות עם הורים וצוותים בבתי ספר ופנימיות בצפון הארץ.

אל קוו החירום הגיעו שיחות של תושבי חיפה והצפון, ילדים מובלבים ומקשי תמיינה ועזה. ההתמודדות עם מצב מלחמה בעורף יקרה תשובות שונות ומגוונות. בין השאר הופיעו ציפויים סימפטומים של הפרעת דחק אשר נחקקו בפרוטומים שונים שהופיעו לאחר המלחמה (Yahav & Cohen, 2007).

השאלה המרכזית שעלה עם תום המלחמה הייתה, כיצד יחוzu רוב הילדים לשגרת חייהם שהופרה? כיצד ניתן לאתר ולסייע לילדים ולמשפחות שכוחות ההחלמה הטבעיים שלהם לא יהיו מספקים כדי להתואוש לבדם מההשלכות הרגשות של מלחמת לבנון השנייה והשפעותיה? מספקים כדי להניעם לשוב לחייהם נטיה, אויל' משאלה, להניע בצד את מאורעות המלחמה. נראה היה שרבם מעוניינים להניע מ אחוריים, גם ללא עיוב, את הפגיעה החמורה ברצף ובביטחון ולחזור אל השגרה, האילו שגרה, הנורמטיבית.

מלחמה, כתראומה אישית וכמזמנת הופעת סימפטומים פסוט-טרואומטיים, גורמת בין השאר לפגיעה ברצפים חשובים של המשכיות הקיומיות שלנו כבני אדם (עומר ואלון, 1994). מלחמת לבנון השנייה, על יהודיותה, שכללה פגיעה ושיטוק של חי היומיום בחיפה ובצפון, יקרה פגעה בכמה רצפי חיים מוכרים:

**תחושת הביטחון הבסיסי** – תחושת רצף הביטחון נפגע, כאשר חלק ניכר מהמשפחות קיבלו מסר ואף חשו על ברעם שהבית אין מקום מוגן ובטוח.

**rzf העיסוק, העשייה והתפקיד** – נפגע בפועל אצל ובין. השבתת חלק מהמשחק, יצאה מצב בו תושבי חיפה והצפון מצאו את עצמם בנתק מrzf התפקיד הרגיל. רובם לא יכולו לצאת לעבודה והילדים שהיו בחופש מצאו את עצמן בחברת ההורים. בחלק מהמשפחות נוצר מפגש מבורך שכתוכאה מהשחות המשותפת יהודית של הורים עם ילדיהם. אולם כיוון שלא הייתה הגדרה ברורה של המrzf ומושכו הצפוי, נמצא משפחות רבות במצב של מתח וחוסר ודאות שנוסף למצב הביטחוני עצמו.



נפילת טיל בחיפה

צלם ירון ברנו, הופיע בNETANY

**רכף השיכון החברתית והתרבותית** – ההקשר של קבוצות השיכון והרכף החברתי נקבעו אצל רבים, כאשר המשפחות, החברים והמעגלים החברתיים נקבעו פעמים רבות. משפחות התפזרו בחלקו לנזקודות שונות בארץ, מי לקרובי משפחתוומי לחבריו. לעיתים משפחות נסעו ייחדי, לעיתים הילדים נשלחו ללא ההורים. נוצר נתק מהקשר חברתי מחד, ומאידך ילדים רכיבים דיווחו על עירורו ברמה המשפחה. מצאנו כי פעמים רבות נתקלו ילדים בתפקוד הורי מבולבל וקונפליקטואלי מול מצב הלחץ. היי הורים שהגיבו במסר שניינן להגדירו כתנעה בין חרדה להתעלמות, בין תגובה להכחשה. לעיתים הביטוי לكونפליקט היה אצלם אחד ולפעמים היה קונפליקט בין בני הזוג. כפי שהטיב לתאר זאת ילד בן שמונה, "ישש איזעקה אמא נשרת לך באיתון. אבא אומר חייבים לחץ למקום בטוח ומושך אותו למקלט. אמא צוחקת עליו ואומרת לו בטה לא יקרה כלום. תלכו, אם יתפסו אותך טיל כנראה יש עליו את השם שלו". הילד מצא עצמו עומד ומתחבט, לrox עם האב ולהפוך בתחשותו את האם? האם נכון לעשות כמו אבא או כמו אמא? מה הדרך הנכונה להנוגה?

לא מפתיע, אם כן, שכאשר הסתיימה המלחמה, לא מעט אנשים הבינו צורך עד לשיטים בצד את חרווית חוסר האונים שחשו מעל חדש, ולהזoor בשיא המהירות לעשייה, ללימודים, לשגרה מבורכת ומרגיעה. אבל עברו רוב הילדים, היותה זו קודם כל חרוויה של מלחמה ראשונה, על מאפייניה הייחודיים שככלו חלקם ממשמעויות מהאוכלוסייה משותוקם מחיי היום-יום. החלק ניכר מהם, המפגש עם האזעקות, הפחד ותמנונות העיר הסוגגת פגימות טילים ותחששות סביבתם הנבוכה – הייתה ממשמעותיה להשפעותיה קצרה וארוכות הטוועה. סביר להניח שקיים 2006 זיכר אצל רבים בחיפה ובצפונה של הארץ, וכך בלתי נשכח ברמה האשית זו את מוביל להעמק במשמעות הרחבות יותר ברמה הלאומית.

### ביטוי מצוקה וגישה בעקבות המלחמה

עם החזרה לשנת הלימודים, ראו הורים ומורים סימני מצוקה שונים אצל הילדים. תחילת דוחה על ידי הצוותים כי רוב הילדים מתפקידים כהורגים. אך עם הזמן התגברו דיווחים, שהתעצמו לאחר חדש חודשים, ובינם התוצאות לסמננים של נזוק, בעיות ריכוז וסימנים גופניים של מתח וחרדה. עלו סימנים של הימנעות (ירידה ביציאה מהבית, הימנעות מוחגים וכן הלאה) חרדות מעמידה של הורייהם וביעות שנינה. אמרה אחת האמהות "ציפיתי שהה יעבור לו, אבל הוא כל הזמן נצמד אליו, מצלצל כל חמש דקות שאנו נסעת לספר, כל הבית לחץ ממנו".

מבחן אבחנתית עלתה השאלה, האם ילדים אלו סובלים מסימפטומים של הפרעה פוטו-טריאומטית, באופן חלקי לפחות. ניתן להתווכח עם אבחנה זו כיוון שההגדירה מבוססת על הממצאים באירוע שיש בו סכנות חיים מסוימות לעצמו או לאדם קרוב וישנו והוא עם מתקפת הטילים היא אכן אירעה כזה, כאשר אצל חלקם המפגש עם האירועים היה בעיקר בתווך של מרקע הטלויזיה. יחד עם זאת, כידוע ממחקרים בתחום, מצב דחק גם אלו המובילים להופעת תמונה סימפטומטית חלקיים להפרעה פוטו-טריאומטית יוצרים ירידה מכשיות באיכות החיים (Donnell et al., 2003). בין הילדים נצפו ודוחו במידה זו או אחרת של סימפטומים של הפרעה פוטו-טריאומטית ומהירות שנרגמו או הוריפו בעקבות מלחות לבנון השנייה וככלו טיפולו הילדים ומשפחותיהם.

לאור כל האמור, פותחה במכון תוכנית התערבות ממוקדת לטיפולילדים שסבלו מחרדות בעקבות המלחמה. בעיר חיפה קיימת שותפות עם הקהילה היהודית בבסיסן שבארצות הברית. שותפות בוסטון-חיפה, ממן פרויקטים שונים ומגוונים להזורת תושבי העיר חיפה ובעקבות המלחמה החליטה להתגיים ולסייע לילדים המצויים במצבה. בין השאר הוחלט בשותפות לעזר ולממן את התוכניות הטיפוליות. מחלקת החינוך של עיריית חיפה, בשיתוף פעולה של מנהלות היחידות, צוותים חינוכיים, יעצמות חינוכיות, פסיכולוגיות ופסיכולוגים חינוכיים בשפ"י, החלו באיתור הילדים ברחבי העיר. במקביל המכון פנה ופרסם מודעות לציבור הרחב בעיתונות המקומית שקרו ו\_hzמי הרים שימושיים בקבלת ייעוץ לפנותם למכוון. בינוי פחוטוקול טיפול קצר מועד, מתוך מטרה לעזור לכמה שיותר ילדים במסגר המשאבים שעמדו לרשותנו. רוב המופיעים הגיעו דרך ייעוץ בת הספר. כבר בשלב ראשון הסתבר שהחלוקת של האוכלוסייה

שאותרה לא תוכל להגעה לטיפול בклиיניקה הממוקמת בתחום אוניברסיטת חיפה עקב קשיי נידות וחוסר כוחות המשפחה. לאחר התיעצות ומחשבה, הוחלט בכךן לצתת ולקיים חלק מהטיפולים בבתי ספר בארכעה איזורם ומגזרים שונים ברחבי העיר. כאשר משפחות שכילו, התבזבזו להשתתף בעלות הטיפול באופן סמלי.

## תהליך ההתערבות הטיפולית

במהלך החודשים לאחרי המלחמה אוטרו עשרות רבות של ילדים שזוקקים לעזרה ואליهم היו פניות של יעצומות. כמה משפחות היו בקשר ישיר עם המcano באוניברסיטה. ילדים מכיתות א' עד י"ב הופנו למרכז. שני שליש מהתלמידים הגיעו ממקום בו ילדי הלומדים בבית ספר יסודיים.

הוצע תהליך טיפול ממוקד המתחל בפגש הערכה עם המשפחה, מפגש הכרות עם הילד/ה בו מוצג תהליך קצר מועד שמכורתו לעזרה עם חרדות שנוצרו בעקבות המלחמה. פתיחת תהליך טיפול דינامي (טיפול באמצעות משחק ומדיום טיפולים שונים), ובשילוב אמצעים קוגניטיביים (דמיון מודרך, הפחתת חרדה ועוד) – לפי הצורך הטיפול. הגישה הטיפולית הייתה עבודה עם הילד מתוך תפיסה המקבלת כי הקשיים הינו גם משפחתיים ואת תהליך העזרה כושאף לערב בהכרח את ההורים (ישי אורן, 2006), כאשר עם חלק גדול מהאוכלוסייה, שיתוף הפעולה עם ההורים היה מצומצם מהרצו).

כל אחת המשפחות שפנו, רואינו על ידנו, כל אחד מההורים מלא שאלונים לגבי מצבו ותפקידו של הילד/ה וסיבת הפניה, הילד/ה מלא שאלון בלבד או בעדרת המטפל/ת והמטפל/ת עצמו מלא שאלון. כאשר תהליך זה נעשה עם הקבלה והעומס סיום הטיפול.

ההורים חזו ודיווחו על המאפיינים הבאים: לילדים הסובלים כאישקט, פחד ללבת לחברים, פחד להישאר בלבד בבית, בהלה מרעים חזקים, חשש ממלחמה נוספת, עלייה בתוקפנות, נתיחה לשכוח, סగירות, פחד שקרה משהו רע, עיסוק יתר בחזרות, קשיי שינוי, וכי, מופנהות.

ניתן לחלק את אוכלוסיית המופנים לשולוש קבוצות:

1. ילדים שסבלו מחרדות וסימפטומים פוסט-טריאומטיים באופן ישיר בעקבות המלחמה.
2. ילדים חרדים, שסבלו בעבר מגאון חרדות ובעקבות המלחמה חרדותיהם העצמו.
3. ילדים הסובלים מקשטים רגשיים-תפקודים רתבים, שהירידה בתפקוד בעקבות המלחמה היתה לא ספציפית והופנו עקב זמיונות המענה הטיפולי. אוכלוסיית הפונים התפרסה על פני אזורים גיאוגרפיים שונים של העיר, ובדים סוציא אקונומיים שונים, ילדים ותיקים ועלים (חייבים באוכלוסייה).

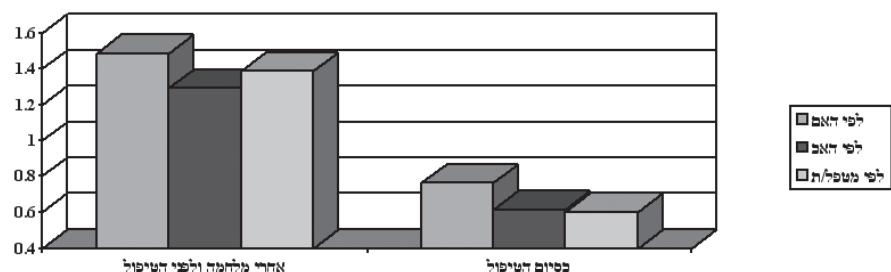
בשתי הקבוצות חרדות היו המאפיין העיקרי להתיחסות בחדר הטיפול, אצל חלק מהילדים הובא נושא החדרה ישירות לחדר הטיפול. ילדים אלו התיחסו למלחמה, לסקנה קיומית, לבתים המופצצים ולפחדיהם. הפחדים הבעו יכולות או באמצעות משחק, ציור ועובדו מיליליות ובדרכם סיכבוליות עקיפות. ילדים אלו נעשו בטכניות שונות, מעיבוד רגשי דרך הבניה מחדש וטכניקות קוגניטיביות שונות. ילדים אחרים לא רצו לגעת בנושא הפחד, אלא ביטאו עצםם באופן עקיף, או דרך נשא אחר. אצל ילדים אלו עבדו החדרות הופיעו בשילב מאוחר יותר של המתלה. בקבוצה השלישית, המלחמה על השכלותיה הופיעו יותר בפרק, או כזה, לשיל קשיים התפתחותיים ואחרים מהם הם סבלו.

## תוצאות

שמונים ילדים הגיעו לטיפול. המופנים היו בניים ובנות (בניים מעל 60%) מכיתות א' עד י"ב, רובם מבתי ספר יסודיים. בפועל 20% מכלל המופנים היו בכיתה ג' ו- 14% מכיתה ה'. רוב הטיפולים נעשו בין 13-16 מפגשים כמתוכן. עברו מרבית הילדים והמשפחות, היה זה מפגש ראשון עם טיפול רגשי. כמו כן, חלקם לא הגיעו לקליניקה באוניברסיטה וכן הוחלט חלק מהטיפולים יתקיימו בתוך בתים פרטיים (כשלושים ילדים מסך המטופלים).

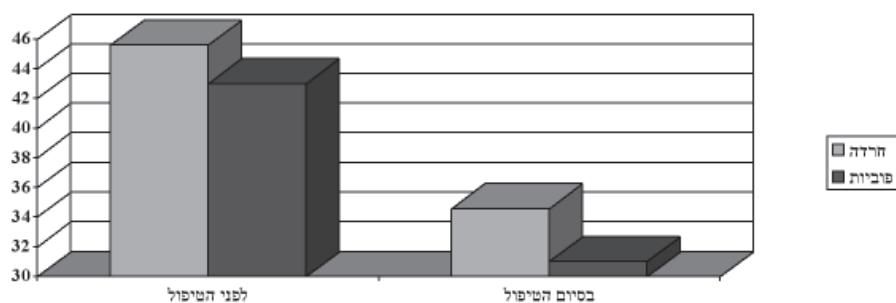
דיווחי הילדים והוריהם היו ממשמעות והראו הפחתה ניכרת בחדרות, ירידה בעיסוק בנושאים קשורים והפחתה בסימפטומים של הימנעות, בעיות ריכוז ועודף עוררות. בשאלונים של מצב החדרות והפobia, ניכרה ירידה משמעותית ברמת הסבל מסימפטומים שהיו בתחלת הטיפול. דיווחי ההורים, הילדים והמטפלים/ות הצבע על שיפור, עם ציון עקבי וגובה של השיפור מעבר לקבוצות הנשאלים.

**גרף מספר 1. ממוצע הערכת הורים/מטפלים לקשה המטופל : פחדים, הימנעות, מחשבות, לפני ואחרי הטיפול** (כל שהצין גבוה יותר, המצב חמור יותר)



(הבדל מובהק O.OOO.P = P בניתוח N=51, PAIR)

**גרף מספר 2. ציון מסכם חרדה ומדדי פוביות של הילד/ה בדיווח עצמי מיד אחרי המלחמה (ולפני הטיפול) ובסיום הטיפול** (כל שהצין גבוה יותר, דוחו יותר סימפטומים)



(הבדל מובהק 1.O.OO.P = P בניתוח N=33, PAIR)

בתחילת התהילה עלהה שאלת מתודולוגית לגבי קבוצת ביקורת. החלטנו כי הילדים/ות שאותרו וזקוקים לעזרה, יקבלו את העזרה מתוך תפיסה אתית טיפולית ותוך ויטור מודע על השארת חלקם כקבוצה ביקורת לצרכים מחקריים.

עם תום הטיפול התבקשו הילד/ה, המטפל/ת, וההורם להעיר את מידת השינוי, האם הייתה הרעה או הטבה. באופן גורף היה ממוצע השינוי 4.32 אצל הורים ו 4.5 אצל המטפלים והמטפלים, כך שככל הלוקחים חלק בתהילה הערכו בין הטבה קלה והטבה רבה את הישג התהילה. המטפלים התבקשו לציין את שיטת הטיפול בה נקטו בפרטוקול (динמיית, קוגניטיבית-התנהגותית או מושלבת) לא נמצאו הבדלים בין ממוצע ההטבה בין גישת הטיפול. כמו כן התבקשו ההורים גם לדוחות ישירות על קשיים מהם סובלים ילדים עדים. רובם כתבו באופן ישיר ועקביפן כי ילדים פחות פוחדים או נמנעים יותר חופשיים בהתנהגותם. הנΚודה המרכזית שצווין שנורורה, הייתה פחד ממוקד מהזרמה של מלחמה. לתפיסתנו, פחד זהה, כתולדה של מאורעות קייז 2006 הינו תולדה צפופה וחזקת פחד מתאים ומסתגל למציאות באזוריינו.

### מסקנות לגבי הטיפול פסיכולוגי ברמה הקהילתית

למעלה ממאיה משפחות היו בקשר עם המكان. שמונים ילדים וילדות שבסבלו מחרדות בעקבות המלחמה נעזרו באופן ישיר. למעלה ממחצית מהילדים לטפלו בклиיניקה באוניברסיטה והשאר בבתי הספר עצמם. מסקנה חשובה היא שבאזורת שיתוף פעולה בין גורמים שונים, גם כאלו שאנשים רגילים בעבודה משותפת קודם לכך, ניתן לתת מענה טוב ומקיף. במקורה שלפנינו, שיתוף הפעולה הוכח בקשר בין קהילה (שפ"י) ומחלקות החינוך בעיריה), עם גורם מממן (שותפות בוסטון-חיפה) ומבן טיפולי שיכל לתת מענה רחב וכינוצי וgemäßש בעזרת פעולות של צוות (הمكان ליעוץ ולטיפול רגשי). להתרבויות צדו דרוש צוות בעל מערך טיפול רחב שיכל לבנות תוכניות טיפולית, לרוץ פניות ולתת מענה ומעקב אחריו מסלולי הטיפול מתוך שילוב של מקצועיות

טיפולית וGamification במורכבות אוכלוסיית הפונם. בפועל שיתוף פעולה זה הביא לכך שעשרות משפחות וילדים קבלו סיוע. המשוב לטיפול היה מצוין, הן מיעצות בתי הספר איתם גם נפגשנו והיינו בקשר, והן מהילדים ומהמשפחות עצמן. הפרויקט מסוף 2006 אל שנת 2007 ובעור אחדים מהטיפולים הסתיים לקרהת סוף השנה. ניתוח התוצאות והמשובים העלה כי בהתאם להגדרת המטרות הצלחת הפרויקט מאד, פחתה החדרות, המחשבות וההימנעות שהופיעו או התגברה בעקבות המלחמה, באופן ניכר.

מסקנה משמעותית מההערכה היא טיפול ממוקד, קצר מועד, באוריינטציה דינמית (כך רוב הטיפולים) יכול להועיל במקרים הללו מאד, לילדים הנוטרים עם מצוקה בעקבות המצב. בצוות הטיפולי ולאחר מכן בפגש עם יעצצת חיפה עלתה השאלה, מדוע מבתני ספר מסוימים, היו פניות רבות ומחרים מעותות או שלא היו הפניות כלל. המסקנה שלנו היא שהדבר לא היה תלוי אזכור גיאוגרפיה (משולשה בתיה ספר באותו אזכור הגיעו הפניות לשנים, אחד, ולמעשה מעשרים בבית הספר השלישי) ולא דווקא כמה פנו באופן עצמאי ולגורמי טיפול אחרים, אלא תלו סדרי העדיפויות של הגורמים המפנים. כਮובן שהנחה העבודה שלנו היא שילדים רבים הופנו באופן עצמאי על ידי המשפחות לטיפול רפואי ולטיפולים בנסיבות השונות, מעבר לאלה שהגיעו אלינו דרך השפ"י ושירות. יחד עם זאת, אחת המשקנות היא שכאשר מבצעים התערבות טיפולית וחתבת היקף כזאת, יש לשאוף להרחיב את בסיס הפניות (שלא יהיה תלי מפנה אלא תלו צרכים). כאשר לאחר האיתור יש ליזור מספר מסלולי טיפול (ממוקד, פתוח יותר) כדי להתאים את הטיפול לאופי הפניה לצרכי ורקע הפונה.

התלבבות אחרת הייתה לגבי השלכות היוצאה של קליניקה טיפולית לקהילה ואפשרות שימור מרחב הטיפול בתוך בתיה הספר. ההחלטה לצאת, נבעה מהיעדר אלטרנטיבתה. פגשנו בהורים ובילדים שבחורה אחרת לא היו מקבלים סיוע רגשי כלל. אולם להחלטה לצאת מהתהילה הטיפולי לטיפול בתוך המוסגרת החינוכית, יש מחרים משלחה הכרוכים בקשישים רבים ביצירת רציפות וסתיג בטור בבתי הספר.

מסגרת בית הספר אפשרה להם להיות מטופלים, בזמן, במקום וברצף שאפשרו את התנאים הבסיסיים לקיום התהילה. יחד עם זאת ליצאה הייתה מוסכבות הרבה. פגשנו בהורים בספר חשף את הטיפול לרעש ולהפרעות. המסגרת החינוכית רצופה קטיעות של רצף, טוילים, מבחנים, שינוי מערכת המשבשים רצף טיפול. במסגרת בתיה ספר חסירה פעמים רבות מודעות לשפה הטיפולית ולהשלכותיה המעשיות. לכן צריך היה להציג, אולי אפילו לחנן, את הוצאות החינוכי לתנאים הדורשים לתהילה טיפול. מעבר לכל אלה, טיפול בתוך בית הספר מציריך מהילד/ה המטופלים מעברים לא פשוטים. היציאה מתחום מסגרת חינוכית אל מרחב טיפול וחזר חלילה, הייתה קשה מאוד לחלק מיהדים. לצד העוזב שיעור ונכנס לחדר סיכון בו מתקיים, או יש אפשרות לאפשר מרחב טיפול, חוות מעבר חד. אל החדר ומוחזקה לו אל חלל ההפסקה או השיעור. מצד שני הטיפול בתוך המערכת הבית-ספרית מזמן ומציע אפשרות של השפעה על הסביבה, בהיוועצות והדרכת אנשי צוות. המטפל/ת מוצאים עצמם בחדר מורים ולמרות היותם גורם חיוני למערכת לעתים נוצר קשר בלתי אמצעי עם הוצאות. מתבקשת דעתם בתוך ישיבות ומוחזקה להם. הם נשאלים שאלות ולעתים יש ציפייה ועברית חוות דעת. נושאים אלו ניתנים להגדירה ויעבד פורמלית, אבל הם מעלים שאלות ודילמות. קר המטפל מוצא עצמו בין תפקידי מסורתו האופייני לפסיכולוג קליני העובד קודם כל בחדר, לבני היוטו נתפס בתפקיד מסורתי המאפיין פסיכולוג חינוכי טוב המביא את מקצועיותו ממשפיעה על צוות המורים, על הבנת הילד ועל ההיסטוריה עליו. זאת במצב בו המטופלים אינם חלק מהוצאות ואינם בתפקיד יועצי או הדרכתי ברמה של החזזה הראשוני. מעבר למורכבותอาทית של הסכמת ההורים והילד לבעיות זו, מטשטשת הבדיקה בין המיציאות הפסיכומטריות הבנויות בחדר הטיפול, למעורבות המכמיהה בהוויה בבית הספר. דילמות אלו, ליו' אותנו לעתים קרובות, כפי שהוא, לאורך התערבותינו בתבי הספר. מבחינת מאزن הרוח וההפסד בתהערבות מרכיבת צאת, התרשםנו שישקו הצלחה הוא רבים יותר בתבי ספר בהם מצאים 'תרבות/שפה טיפולית' (למשל בתבי ספר בעלי אוריינטציה טיפולית) או בתבי ספר בהם הוא דמיות משמעויות עbor התאמת התפיסה אצל המטופלים, שאלת של גבולות בתהערבות בין בין הוצאות החינוכי,



עם שאלת עד כמה לשתף פעולה, להקשיב ולהדריך בעת הצורך ועוד דילמות רבות. יציאת המטפלות והמטפלים אל בתיהם הספר, יקרה גם חשיפה של עובודתם באופן שונה רגילה. היא איתגרה אותנו ביצירת ערכיה קבועה של אמצעים משחקיים ויצירתיים שאוותה לקחו המטפלים באופן קבוע, מהקליניקה אל החדר בית הספר. במקביל, העבודה בתוך בתיהם ספר, הלכה בדבב ואולי יקרה פחת מעורבות הורים לעומתם של סטודנטים בклиיניקה. מאידך ילדים אלו זכו ליותר קשר והשפעה על סביבת החיים במסגרת החינוכית שלהם. טיפול רגשי בתחום בית הספר, ובdae אם הוא על ידי גורם חיצוני לצוות, מעלה דילמות רבות וקונפליקטים פנימיים ועם אנשי צוות אחרים. כיצד ליצור טיפול רגשי פרטני/ משפחתי משמעותי בתחום מגבלות העבודה במסגרת חינוכית, היא שאלת שיש לתת יותר עליה את הדעת, בעיקר במצב בו זו הדרך היחידה בנסיבות מסוימים להגיע בפועל לילדים ולילדים הזוקקים לעזרה. במקרים אלו רצוי שהארגון הנכנס יתן את הדעת ויגבש עםדה מ Każעות בשאלות שהוצעו ובנושא הקשרים למוגבלות ולפוטנציאלי הנובעים ממצב ייחודי זה.

### **ה策חת פרויקט זה נזקפת לזכותם של רבים. אני רוצה להביע תודה:**

תודה לכל המשפחות והילדים שננתנו אמון  
לד"ר רבeka ובה שיזמה קידמה ותמכה בפרויקט ועזרה לי להוביל אותו בכל שלב  
לצוות מטפלות ומטפלים המכון על התגניות והתערבותם הרצינית והמקצועית  
ולצוות המנהלה של המרכז על העזרה בארגון  
לאנשי הטיפול והחינוך בחיפה שנתיו חלק משמעותי באיתור ובליווי  
ולשותפות בסוטון חיפה על האמון, שיתוף הפעולה והإيمان שאפשר כל זאת

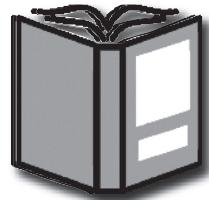
### **ביבליוגרפיה:**

O'Donnell, M.L., Creame, M., Bryant, R. A., Schnyder, U. & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23 (4), 587-603.

Yahav, R., Cohen, M. (2007). Symptoms of acute stress in Jewish and Arab Israeli citizens during the Second Lebanon War. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 830-836.

ישי, ר., אורן, ד. (2006). הורות חסומה והורות ממושמת – הורות כמעשה יצירה ותרומתה של הדרכה דינמית באוריינטציה פסיכואנליטית להורים. *שיחות*, כ' (3), 251-264.

עומר, ח., אלון, ג. (1994). עקרון הריציפות, גישה מאוחרת לאסון ולטראומה פסיכולוגית. *פסיכולוגיה*, ד' (1-2), 20-28.



## ספרים רביוניים

מקרים, המכמיחים את טיעוניה, במיוחד בתהיליכם של האידיוואציה האישית, ובתוכה – הצורך לעبور טרנספורמציה או תיקון, מול צילו של המות. גם ספר זה עשיר בהתייחסות לתובות ולאמנות, השירה בעיקר, כחלק אינטגרלי מן הגישה היונגיאנית. ספר מעניין, ומעורר הערכה.

**על הליריות של הנפש, דנה אמיר, הוצ' אונ' חיפה / י"ל מאגנס, 2008**

במילון מריאם-וובסטר הידוע, המילה "ליריות" (LYRICISM) היא בעלת שתי משמעויות: 1. "תכמה של שירות" (היות דבר שיר), 2. "תכמה אישית אינטנסיבית של ביטוי ורגש בדרך שרית".

בשפת היום-יום, נאמר על אדם מסוים כי הוא "טיפוס ליר", ואכן נתקוון לתכמה של רגשות, בדרך ביוטי רגשנית ועוד, המייחדת אותו מאנשי אחרים, ונדרי תכמה זו. בספרהזה של ד"ר דנה אמיר, פסיכולוגית קלינית ומשוררת, העוסקת בפסיכותרפיה, פסיכואנליה, פילוסופיה ועוד, מדובר במושג שימושתו שונה.

"המיד הלירי הוא המكون את המרחב הפוטנציאלי של הנפש או את הנפש עצמה כמורחב". (עמ' 15). המוד הלירי הוא תוצר של אינטגרציה "בין היסוד המתהווה ליסודות המתמשך". אינטגרציה זו "היא המكونת בתוך הנפש את מה שאכנה בשם 'המיד הלירי של המרחב הפוטנציאלי', ואיך האינטגרציה זו היא הקובעת את איכותו". (עמ' 14).

פרק בספר עוסקים ב"בין, וויניקוט והמיד הלירי של המרחב הפוטנציאלי" (פרק ראשון), פרק שלישי כותרתו "המשמעות הפילוסופית והאנושית של המוד הלירי", פרק רביעי עוסק בעצמי המתהווה והעצמי המתמשך בראוי התפתחותי", פרק חמישי: "עין בשינו של אוקטביו פאס כמודים את היחס בין המתהווה והמתמשך בתוך המרחב הנפשי", ועוד.

וידי: לא הבנתי.



על הליריות של הנפש  
דנה אמיר

הקוסם, השיטה והקיסרת, קלפי הטאחות מעעל החיים  
ובתופיה / חת נזר / הוצ' מוזן, 2008.

בחורתי לפתוח בספר זה, מול כותרכו המסקרנת, והחיבור שהיא מציגה בין פסיכולוגית רצינית ומסורתית, יונגיאנית, לבין כל, ששימש באופן מסורתי בידי "ידעונים" למיניהם.

הספר ממצב את קלפי הטאורות ברצף ההיסטורי של התיחסויות מיסטיות ברובות, אשר חיפשו פתרון לחירות החיים, החלמן לאלכמיה (דרך אסטרולוגיה, תאומים, ועוד). מעבר לכך, חיים, חיפוש הרוחניות נתונן לשימוש בקלפים הקשר מלא.

מנגד, נסקרים היבטים פסיכולוגיים של הדיאלוג בין המודע לבין המודע, כהיבט ה"דוחף", או מאפשר, שימוש בקלפים.

הפרשנות לסמלים המופיעים בקלפים, ניתנת מבחינה תרבותית-היסטורית, בהתבסס על המוצא המיתולוגי של הסמלים, ו מבחינת קרבתם או דמיונם לארכיטיפים יונגיאניים ידועים (כגון: ארכיטיפ הקוסם, הקיסרת, וכו'). פרק נכבד מוקדש מבון לדרך השימוש בטארוט בתהיליך הטיפול: לאיזה צורך, וכייד זה נעשה. כל קלף מוצג בצוותו הצבעוני (וכן בשחור-לבן), בצדיו לפירוש ולסיפור הנגלו. פרק זה משובץ בתיאורי מקרים מעוניינים.

קראתי, ונשביתי בקסם.

**חלום והחלמה – הלא-מודע ותפקידו בתהיליכי רפואי  
וכמיחה / שרה שלו / הוצ' הקיבוץ המאוחד, 2008.**

והרי לכם ספר נוסף מן המטבח היונגיאני, ספר העוסק בחלום. גם ספר זה מציג (איך לא?) את הסמלים והארקיטיפים עפ"י הגישה היונגיאנית, כמו גם את תפקידו/תפקידו של הלא-מודע. מתח שילוב זה, נבחן החלום כממלא פונקציות מסוימות בחיה הנפש, כנושא מסרים, וכמכשיר דיאגנוסטי ופרוגנוצטי בתהיליך הטיפול. המחברת פורשת תיאורי



קלפי הטאורות מעעל החיים ותறזיה



את השינויים שהלכו בה, בחמשים השנים שחלפו. המשכו של הספר מציג יצירות שונות, ודרך השימוש בה לצורך מקרים שונים.

כך, למשל, מתואר סיפורו של לב טולסטיי "אחי הבכור", סיפורו של ניקולאי, המתמקד בנתק ביחסו עם אחיו הבכור, ולודיה, ובמצוקה הרגשית שנגרמה לו בשל כך. עיבוד הסיפור כולל את ניתוח התהיליכים הנפשיים הגלומיים בו, מול האירועים שגרמו לנתק ואירוע בעקבותיו, באופן המעורר דיון בדרכי ההתמודדות האפשריות, ובתהליך ההתפישות.

פרק מתאר בפירוט רב את צעדי הדין, תוך ניסוח השאלה שציג המורה/מנחה/מטפל. מובאות דוגמאות רבות הממחישות את התשובות/התגובה המתבקשת, כדי לבחון את עליות הספר כקדם תובנות. פרקי הספר מייצגים מגוון של יצירות, ישראליות וזרות, הן מעולם הפרוזה, והן מעולם השירה.

משמעות ומעורר מחשבה.

### **מעבר למרכז הטראומה אל מרכז החלמה, ג'ינה רוס, הוצ' נוד, 2008.**

ספר זה מיועד לציבור הרחב, ומטרתו המוצהרת היא להקנות לאנשים נפגעים טראומה כלים בסיסיים, אוטם יוכלו להפעיל על עצמם, כדי להתמודד טוב יותר.

חלקו הראשון של הספר מגדיר מהי טראומה, וכך אروع טראומטי משפיע על גוף-נפש : כיצד "נרשם" האروع במוח, כיצד האروع נחווה מבחינת תסמים.

פיזיים ונפשיים, כיצד מושפעת ההתנהגות. החלק השני עוסק בארגז הכלים לחחלמה". ד"ר רוס היא ממפתחי שיטת ה"חויה הסומטית" (SOMATIC EXPERIENCING), המתמקדת בהבנת השינויים המתרחשים בגוף בעקבות רישום האروع הטראומטי. הגישה הטיפולית, עפ"י שיטה זו, מפתחת ומחודשת את המכודעות האישית לקשרי גוף-נפש, ומציעה פעילויות שונות פיזיות וקוגניטיביות, אשר יביאו לרגעה ולהפגת התסמים המטודדים.

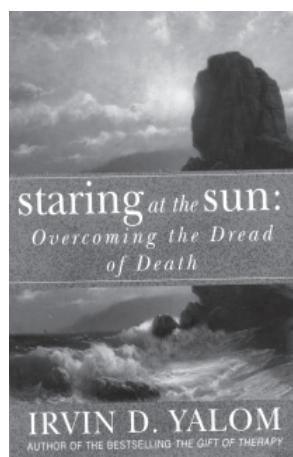
הספר מציע תרגילים שונים, מותאמים לגילאים שונים, אותם ניתן לישם.icia לשפר המיעעד לקהיל הרחב, הוא כתוב במתוך בבהירות, בעוד התרגילים מתוארים בפרוטרוט וניתנים ליישום בקלות.



### **Staring at the sun: overcoming the dread of death / Irvin D. Yalom / Piatkus, GB, 2008**

ספר חדש ממפעלו של אירון יאלום, על התמודדות עם חרדת המוות.

עלותו, בראשית הספר, רק עתה, עם הגיעו לגיל 56, והוא חש עצמו בשל לכתוב על נושא כבד זה, למען עצמו, ולמען מטופלי. יאלום ממשיר להמשיג במסגרת הgesha האקויזיטנסיאלית, ומכאן נסינו להבין חרדה זו ולטפל בה, כחלק מרכז



חשיבות קיומו של הפרט.

כותרת הספר מצביעה על עצמת החוויה של המחשבה על המוות: כמעט בלתי אפשרית ובלתי נסבלת לבן-אדם, מכיה ומעוורת כמו התבוננות בשמש ! עם זאת, ככלנו חיים עימה, רובנו בדרך של דו-קיום סביר, ורק אצל מיעוט מתוכנו נוצרת הפרעה.

יאלום מגדים את דרך טיפול בחרדת המוות, באמצעות סיפורים מקרים רבים, של אנשים מרקעים שונים, בגלאים שונים.

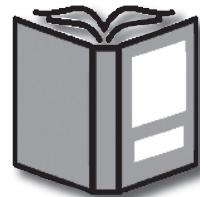
שני גורמים הוא מודגש כמעדים מרכזים להפחחת חרדת המוות: מציאות ממשמעות לחיים, בעיקר פעילות משמעותית, וקיים של קשרים אינטימיים תומכים: קשר משפחה וקשר חברות. יאלום מצין גם את חשיבות הדוחות של המטפל, לשם הצלחת הטיפול, ואת אפקט החשפה האישית של המטפל כלפי המטופל, כלפי לחיזוק התהילה.

סדרו של יאלום, הספר כתוב בשפה קולחת, סיפורית ומורגשת. חכם.

### **ספרותרפייה – הוראה טיפולית ב迈向ן השנים / דבורה קובובי / הוצ' ייל מאגנס, 2008.**

ד"ר דבורה קובובי, מורותם של רבים מאיתנו (בני דורו), היא מראשוני המיישמים את הגישה הביבליותרפית בארץ. במאואו ספר זה היא מצינית, כי הילה בכרך כבר בראשית שנות החמשים. ספרה הקוזם על ביבליותרפייה (ספרותרפייה) יצא לאור ב-1992. פרק המבוא לספר אכן מפרט את עקרונות ויתרונות גישה טיפולית זו,





**העכמי במראת השם, מ. נדב, ס. רביין, א. שיבר, י. בן ציון, ב. מעוז, הוצ' קנו אדום, 2008.**

ההשפעות השונות והקשרים השונים שבין שם האדם להתנהלות חייו, ולהתפתחות תסמיינים בגין פנה לטיפול.

**הקוראן לחינוך הילד / עפר גוזbard / הוצ' אונ' ב-גוריון, 2008**

ספר עב-כרום, המכיל כ-600 עמודים, ומציג את השימוש בחומרים שונים מן הקוראן לשם חינוך ילדים מן האוכלוסייה המוסלמית. מטרתו של הספר היא להראות את עשרו של הקוראן כמקור שימושי ויעיל לטיפול בדילמות או קונפליקטים של מאמינים. זהו ספרו השלישי של ד"ר גוזbard בסדרה "הצופן התרבותי", והוא פרי עבודתו המשותפת עם 15 סטודנטים בודדים מכללת אורנים.

**מוריס מרלו-פונטי והחינוך הסביבתי, שלומית תמרי, הוצ' און' בר-אילן, 2008.**

הספר פורש משנה חינוכית-פילוסופית, של מרלו-פונטי, לפיה יש לחנן אדם להיות פעיל ומעורב במתורחש בסביבתו, כתנאי בסיסי והכרחי לפתח בו אחירות למתורחש, אכפתאות, וכוננות להתמודדות עם קשיים שונים.

השפעתו של שם האדם על אישיותו והתנהגותו, אינה נשאה חדש. הנפרק הוא: זהו נושא שנחקר לאורך שנים, הן מההיבט הפסיכולוגי, והן מההיבט הלשוני.

עם זאת, יש רעננות וייחודיות בגישתם של המחברים, הבאה לידי ביטוי בספר קטן וחביב זה.

שמוןנות פרקי של הספר תוקפים את הנושא מהיבטים שונים: ממשמעות השמות בתנ"ך ובאמונה היהודית, מבט פילוסופי על שמות, העמדה כלפי שמות פרטיים ושמות-משפחה בהיסטוריה היהודית – בגולה ובארץ, טרם הקמת המדינה ולאחר מכן, מתן השם כביטוי נורקיסיסטי של ההורים, שמות בקבוצות באליוט ושמות וכינויים במערכות הרפואית. בספר משובצים תיאורי מקרים פיקטיביים המדגימים את



## שיעור מס רוח אריה דן, רואה החשבון של הפ"י – משרד רואי חשבון סנד"ק, דן ושו"ת



הרווחים – עד לשנת 2007 החיבור חב במועד חלוקת הרווחים בפועל. סכומים נוספים הפטורים מתשולם דמי כניסה: 1. הכנסתות מדיידמים שנקבעו לגיביהם שער מס מוגבל בסעיף 125 ב לפקוודה (למעט כאמור, הכנסתה בחברה משפחתייה, בחברת בית ובחברה השקפה). בין היתר, פטורה מתשולם דמי כניסה הכנסה מדיבידנד, שמקבל בעל מנויות בחברה (לרובות בעל שליטה).

2. הכנסתות ריבית ודמי ניכוי, שנקבעו לגיביהם שער מס מוגבל בפקוחת מס הכנסה.

3. הכנסתות מדיידמים שכירות שחל עליהם שער מס מוגבל בארץ-לפי סעיף 122 לפקוודה (למගורים בלבד). מחו"ל-לפי סעיף 122 א' לפקוודה (כל שכר דירה, שבמסגרת הסעיף).

4. הכנסה פסיבית (שaina הכנסה קבועה שכיר או "עובד עצמאי"), הפטורה ממס לפי כל דין, למעט הכנסה מפנסיה מוקדמת כהגדרתה בסעיף 345(ב)(א) לחוק הבוטוח הלאומי, ולמעט הכנסתות שקבעו בעד על יד שיר האוצר, בתנאים שבסעיף.

עלקב חישבות הנושא ושאלות ותשובות המופיעות אלינו בחרות להבהיר את עיקרי הטעמים בתיקון 103 לחוק הביטוח הלאומי. בחודש דצמבר 2007 אישר מספר תיקונים ממשמעותיים לחוק בביטחוןלאומי ואשר בעיקר גרכו לשינוי עקרונות מיסוי דמי ביטוח לאומי להכנסותינו הפסיביות. הכנסה פסיבית הינה הכנסה שאינה מעבודה וממשלת יד כגן - דמי שכירות, דיבידנד, ריבית ועוד. על פי האמור בתיקון עד שנת 2007 כאשר עיקר (מעל מחצית) הכנסותינו נבעו ממשкорת ממשלה יד או מעסק היו הכנסותינו הפסיביות פטורות מתשולם דמי ביטוח.

למעשה על פי התיקון לחוק משנת 2008 מי שיש לו הכנסה פסיבית יחויב בדמי ביטוח לאומי לא קשר להכנסותיו מעסק, משלח יד או עבודה. בתיקון נקבע עד כי הכנסה פסיבית שאינה עולה על 25% מהשכר הממוצע במסק – תקופה פטורה מתשולם דמי הבוטוח. שיעור דמי הבוטוח שנקבעו בחוק על הכנסות הפסיביות משנת 2008 הינו 7% דמי ביטוח לאומי ו- 5% דמי ביטוח בריאות ובסה"כ 12% (במקום מעל 16% כפי שהוא עד שנת 2007).

שינוי מהותי מסווג הינו חיוב בדמי ביטוח לחברת משפחתיות וחברה שkapoth:

החייב קבועה שהכנסה שהפיקה חברה כאמור בשנת המס רואים אותה "כאלו" חולקה בסוף אותה שנה מס לבעל' המניות בהתאם להליך היחסוי ברווח החברה והם יחויבו בדמי הבוטוח ללא קשר למועד חלוקת



## התערבות פסיכולוגית באמצעות אינטרנט, טלוויזיה, רדיו

מערך התערבות פסיכולוגיות משתנה עם חלוף העיטים ומה שנות נurredות התערבות פסיכולוגיות גם מוחז לחדר הטיפולים. כמו כן פירות ההתפתחויות הטכנולוגיות מאפשרים לאנשי המקצוע לנתקו במערכות התערבות שלא היו מקובליםטרם פיתוחן של טכנולוגיות אלו, כמו למשל התערבות באמצעות אמצעים דיגיטליים. ועדת האתיקה מדרשת השכם והערב להביע עמדתה בנושא זה ורישה מהו עמדת הוועדה, כמו גם זמני הדיוון והעלאת השגות. בכלל, בעמדת הוועדה מתקיימת הבחנה בין התערבות פסיכולוגיות הנערכות כתתכתבות באמצעות האינטרנט לבין התערבות פסיכולוגיות המתרחשות כשירור פומבי (באינטרנט, בטלוויזיה, ברדיו או במדיה אחרת).

- קדם האתיקה של הפסיכולוגים מתיחס בפרק 8 להתערבות פסיכולוגיות הנערכות באינטרנט, ובו כתוב:
- א. כשפיכולוג נתן שירות פסיכולוגי באינטרנט ובאמצעי התקשרות עליו להוות את עצמו על פי חוק הפסיכולוגים וחוק זכויות החולה.**
  - ב. כשפיכולוג נתן שירות פסיכולוגי באינטרנט או באמצעות התקשרות עליו לידע את הציבור במגבלות השירות הנitin בעוצם אלה.**
  - ג. מעת שירות פסיכולוגי באינטרנט או באמצעות התקשרות מחייב כל פסיכולוג העוסק בכך לקיים את כללי האתיקה של הפסיכולוגים בישראל, לרבות קיום רמה מקצועית נאותה, שמירה על סודות ושמירה על כבוד המקצוע.**
  - ד. אם נצחת נסיבות שבהן אי-אפשר לתת שירות תוך קיום נאות של כליל האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, יפסיק הפסיכולוג לתת את השירות זהה.**

מה כתוב לעלה שועדת האתיקה אינה רואה בתערבות פסיכולוגיות הנערכות כתתכתבות באינטרנט בין איש המקצוע והליך עבירה אתי או חוקית אלא אם מתקיימת באלו הירה של אמות המידה המקצועית הרואיות המנשאות בכליל האתיקה או אם חלות בהן עבירות על החוקים המנחים את עבודת הפסיכולוג. עם זאת, הוועדה ערלה לכך כי מדובר במרחב טיפול חדש יחסית שהניסו שהצבר בו ועובדות המחקר אינם עשירים דיים כדי לציין סיכומים וסיכוםים מובהקים הטמוניים בכל התערבותי זה. בנוסף, ולמן השקפות יש לציין שהפסיכולוגים חלוקים בעמדותיהם ביחס ליעילותם של הטיפול ועמידותם בפני עבירות אתיות וניכר שהיונים ההערכה המצדית בתערבות פסיכולוגיות באמצעות התתכתבות באינטרנט מסתמכת הרבה על שיפורם של המעניקים טיפול זה. (ר' חוברת פסיכואקטואליה, אפריל 2005 בה התרסמו מספר רשומות העוסקות בסוגה).

באשר לתערבות פסיכולוגיות הנערכות בשידור פומבי, הרי שלסoga זו אין תתייחסות בקדוד המעודכן לשנת 2004. בדינה של ועדת האתיקה הגדישה עמדה ליפה בתערבות המתרחשות בשידור פומבי, אם ישיר ואם עורך, נוצר קוו מוטושש בין מטרות מקצועיות המתמקדות בהטבה עם הלקחות ושמירת כבוד המקצוע, לבין מטרות ביידיות ושיווקיות. כך למשל נטיות מסוימות של ראוותנות-מציאות שהם חלק בלתי נפרד ממחותה של המדייה, ושלעitemים עשוות להיות חומר פסיכולוגי טיפול לרבעני, להיות לכל שירות עבור צרכם שאינם טיפולים. הדבר קורה כשמעניינם של מפיק התכניות המשוחררות נתנו אל הצפים והמדריך, ונhear שמקודמת מבט זו של ההפקה אינה בהכרח מות'שבת עם מקודמת המבט המקצועי/אתית. יתרה מזה, במצב זה נוצרת גבואה לעבירות על כליל האתיקה ועל הוראות החוק הכללים את החזזה המקצועי, ההסכמה מדעת, וכן, סוגיות של סודות וחסין, וחוש לחסמים כפולים בהם איש המקצוע והליך מתאגדים לטובת אינטנסים שאינם מקצועיים/טיפולים.

למעשה טענתו של פסיכולוג המופיע עם ל Kohoutovi במדיה, והטוען כי הוא עוסק בתערבות מקצועית-פסיכולוגית היא טענה כוזבת, והתערבותו כמו-גם טענתו לחולוטין אין ראיות מהביקורת האתיקה.

**לסייע:** התערבות פסיכולוגית להן היבטים טיפולים ויעוצים, אשר נערכות באמצעות התתכתבות באינטרנט, עושיות להיות אתיות אם הן עומדות בכלל האתיקה המקצועי.

התערבות פסיכולוגית הנערכות במידדים תקשורת, חזותי ושמייתי אין אתיות, גם אם כוונות שותפה טובות. פעולות להגברת מודעות הציבור לתערבות פסיכולוגיות ולמן העצמות של המקצוע טוב שיישעו באמצעות אמנותיים ואמצעים אחרים שאין בהם ערבות בין בידור תקשורתלי לבין מקצועיות ואתיקה.

ועדת האתיקה

**ד"ר רבקה רייכר-עתיר – יו"ר הוועדה**

**גב' חנה בן-צ'יון**

**ד"ר גבריאל וייל**

**גב' יהודית להט**

**גב' נגה קופלביץ'**



## שימוש בגורם זר על החלטת המטופל

חוק זה מפורטות סיטואציות שונות אשר בהן ניתן לתת טיפול אף ללא הסכמתה. בין השאר נקבע בסעיף 15(2) כדלקמן: "בנסיבות שהן שיקפת למטופל סכנה חמורה והוא מונגד לטיפול רפואי, שיש לティתו בניסיות העין בהקדם, רשיית מטופל לתת את הטיפול הרפואי אף בגין רצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול ובלבד ששוכנעה כי נתנווילו כל אלה:

נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מודעת; צפוי שהטיפול הרפואי ישרב במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל;

קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי יתן המטופל את הסכמתו למפרט".

במידה והמטופל סבור, על סמך הנתונים והידע המקצועי, כי התקיימו במטופל כל התנאים המפורטים בסעיף 15(2) לחוק זכויות החולה, עליה פונת לעדעת האתיקה שלפיו חוק זכויות החולה (ועדה שמנונה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות) ובמידה והמקירה דוחף לבית משפט המחויז'

בקשה להורות על טיפול חריף התגוזת המטופל. אפשרות נספת העומדת בפני המטופל היא פניה אל הפסיכיאטר המחויז של משדר הבריאות. אין ספק כי דילמה אתית וטיפולית קשיה במיוחד מתחערת מוקהה בו במהלך הטיפול מתחפותים אצל המטופל מצביים שבהם על המטופל ליום אשפוז פסיכיאטרי או טיפול רפואי. אין שאלות מהם הפרטנים שלפליהם וקבע המטופל כי עליו ליום פעללה דרומית כגון הוצאה בקשה לבדיקה פסיכיאטרית כפייה בידי הפסיכיאטר המחויז, שעלולה להסתומים באשפוז רפואי. דוגמאות למצביים אלו יכולות להיות אובדן אוטומטי אצל מטופל שאינו במצב פסיכוני, מצב פסיכוני לא שיתוף פעולה או השמעת איום מצד המטופל לפגוע במשהו.

פעילות הגומחות לאבחן וטיפול בכפיה, עלולים להביא לסיום הטיפול הפסיכיאטרי ואף לשינויים במצבו הנפשי של המטופל, וש לחתת זאת בחשבון.

יחד עם זאת, לפי סעיף 7 לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991: "פסיכיאטר מחויז רשאי להורות בכתב כי אדם יבוא לידי בדיקה פסיכיאטרית, אם הובאו לפניו ראיות לכך כי נתמלו אבAdam כל התנאים האלה:

**(1)** הוא חוליה וכחצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כשר שיפוטו וא

כושו לבקורת המציגות;

**(2)** נתקדים בו אחד מآل:

(א) הוא עלול לס肯 את עצמו או את זולתו, סיכון פיזי שאין מייד;

(ב) יכולתו לדאוג לצרכי הבסיסיים פגומה בצויה קשה;

(ג) הוא גורם סבל נפשי חמור לחולתו, באופן פוגע בקיום אורח החיים התקין שלו;

(ד) הוא פוגע פגעה חמורה בריכש;

**(3)** הוא סירב להיבדק בידי פסיכיאטר.

במידה והמטופל סבור כי מתקיימים במטופל התנאים המפורטים בסעיף 7 לחוק טיפול בחולי נפש והוא הבא בחשבון את האפקט השילוי שלועל להיות לפניה אל הפסיכיאטר המחויז על המשך הטיפול ולאחר שהודיע למטופל על כוונתו לפגוע אל חסינט הפסיכיאטר (זאת בתנאי שלפי מיטב שיקול דעתו המקצועי אין בהזדעה זו כדי להחמיר את מצבו הנפשי של המטופל), קיימת אפשרות לשלקול פעולה במתווה זה.

פניתי של מטופל לקבالت סיוע וטיפול נפשי, יכולת להיות פניה ביוזמה עצמית מתוך הבנה הצורך בכך או טיפול בכפיה.

במקרים מסוימים נעשה למטופל אבחון ונקבעת תכנית התערבות, אולי המטופל מחליט, חרף מצבו הנפשי ולמרות המלצהו של המטופל, שלא להכנס למעגל הטיפולים. בחלק מהמקרים התוצאה של ההחלטה זו עלולה להיות הרת אסון למטופל או לסייעתו והאם מעמידה את המטופל בפני הדילמה, האם לכבד את רצונו והחלטתו של המטופל או לנסות ולשכנעו לקבל את הטיפול.

ברשימה זו נושא בשימוש בגורם זר על מנת ששפיע על המטופל בראשיתו על קבלת הטיפול הנפשי המוצע.

כאשר מדובר במטופל בגין שהוא מונה לו אפוטרופוס, קבוע חזק הקשות המשפטית והאפוטרופסית, תשכ"ב-1962 "כל אדם אשר פועלות משפטיות, זולת אם בשללה או הוגבלה כשות זו בחוק או בפסק דין של בית משפט". לפיך המטופל ורק הוא רשאי להחליט בכל דבר עניין הקשור לוופו ולטיפול שבוצע בו.

על מנת להיעזר בגורם זר, לצורך השפעה על החלטתו של המטופל שלא לקבל את הטיפול, מדרש המטופל לחושף בפני אותו גורם זר את עצם הצורך של המטופל בטיפול ולעתים מידע כהה או אחר אזהות המטופל, דבר הפוגע בעקרון הסודיות הרופאות הchallenge ביחסים שבין שמירה על סודיות רפואיים זר, לרופאים באישיות הטיפול הרפואי הכללי טיפול פסיכולוגי בפרט. העניין מועגן בחקיקה ובפסיקאה ענפה ובתקנון האתיקה של הסתדרות הפסיכיאטרים.

לפי עקרון זה, בעל החסין הוא המטופל ורק לו הזכות לוותר עליה, לפחות מוטלת על המטופל החובה לשומר על פרטי האבחון והטיפול של המטופל בסודיותו ובסודות מוחטב. לעניין זה, דין אביו של המטופל או כל בן מפורשת ובכתב מוחטב. מטה ערך, גם אם המטופל או כל בן מטופל אחר דין צד שלishi שאינו לעין בנסיבות או לקבל מידע מהם או אודותיהם.

עשית שימוש בגורם זר לצורך השפעה על המטופל במסגרת שיקולו באשר לטיפול אותו הוא מסכם לקלל, הינה פסולה מעקרה. יתרון ווש מקום להיעזר באדם קרוב לצורך העברת מידע וסביר למטופל במסגרת הליך של הסכמה מודעת לקבלת טיפול, אולי כאשר מדובר במטופל מנטalg או מנטופל. לעניין זה, דין אביו של המטופל וגם אם החלטת המטופל שניין מקבל את המלצה המטופל, אין בקשר כדי להצדיק את גיסות של אחרים, והפעלת מערכת של לחיצים על מנת לגרום למטופל לשנות את דעתו.

מדגישה, כי החלטתו של מטופל לבצע את המלצה המטופל, חייבות להיות חופשית ומוחזן תוך הבנה מלאה של כל המידע המדרש לצורך קבלת החלטה כאמור. על המטופל החובה להביא בפני המטופל את כל המידע המדיש לצורך קבלת החלטה "מודעת" ולבנות ככל שביכולתו על מנת שמייד זה יובן על ידי המטופל.

כאמור, כל טיפול במטופל חייב לקבל את הסכמה המטופל מראש וטיפול ללא הסכמה, הוא טיפול בכפיה המהווה עולמה אזרחית ועבירה פלילית. יחד עם זאת מכיר המחוקק במקריםים שבהם מדרש מותן טיפול בכפיה לצורך חילת חייו, גופו ונפשו של המטופל אף ללא קבלת הסכמה זו.

מקרים כאלו אף מוצרים בחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 ובסעיף 15

המידע המפורט ברשימה זו הינו כליל ואין לראות בו כתħallif liyūz faranti l-gib ml-merha la-ġofo.

# לוח המודעות

## דרושים:

- למרכז מיאחא תל אביב, מרכז לטיפול ילדים עם לקות בשמיעה ובני משפחوتיהם, לחטיבת הגיל הרך – מלידה עד שלוש שנים, דרוש/ה **פסיכולוג/ית התפתחותית** למשרה חלקיות, החל מספטמבר 2008. קו"ח נא לשוחה לדוא"ל: drorit@michata.org.il, doritg@zahav.net.il

## קליניקות להשכלה:

- בחיפה, במיקום מרכזי ונגיש בנו"ש, קליניקה יפה ומטופחת להשכלה. הקליניקה בקומת כניסה – יש גישה לנכים וחניה בשפע. בחדר להשכלה – מיזוג, רצפת פרקט, שלוש כורסאות, שולחן כתיבה וכיסא, אילנות וטיח. נא להתקשר לגילה בטל': 0523096969.
- ברעננה, קליניקה מסודרת ומרוחקת להשכלה לפוי ימים. פרטיים נא לפנות לדיטה בטלפון: 09-7449355



## יישומים קליניים המכון הדינמי הממוקד

### נפתחה הרשמה לביה"ס לטיפול וייעוץ פסיכודינמי ממוקד (נוב' 08):

- תכנית ללימודי תעודה בפסיכותרפיה דינמית ממוקדת – בתהליכי הכשרה של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה ממוקדת\*.**
- סדנאות וסמינרים באוריינטציה פסיכודינמית ממוקדת: סדנת ניתוח חלומות, סדנת עבודה עם זיכרונות מוקדמים ועוד...**

**הנחות משמעותיות על הרשמה מוקדמת - לפרטים נוספים והרשמה 0544-874040**

**להרחבה על המכון ועל ההכשרות השונות – בידיעון באתרינו IL**

\* תוכנית ההכשרה המלאה נמצאה עומדת בקריטריונים הראשוניים של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה ממוקדת והועבירה על פי הנהול לצוות בדיקה. התוכנית צפופה לעבור אישור של ועדת הסמכה מטעם אגודה זו, כמורכרת לצורכי הסמכה בטיפול או ייעוץ ממוקד, והמכון פועל למען השגת זכאות זו.

Ψ

## **הסתדרות הפסיכולוגים בישראל**

רחוב פרישמן 74 א' תל-אביב 64375 ס.ת: 03-5239393, 03-5239884, פקס: 03-5230763

מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114

E-mail: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

\*עמותה רשומה