



# טראומה בגיל הרך: הגדרה, השפעות, גישות טיפול והתערבויות דוח מחקר

פידא ניג'ם-אכתילאת אורטל טופורק בר  
יואה שורק

עריכת לשון: סיגל אשכנזי  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

הסקירה הוזמנה על ידי המוסד לביטוח לאומי ומומנה בסיועו

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | תשרי תשפ"ו | אוקטובר 2025

# תקציר

## רקע

בשנים האחרונות גוברת ההכרה ברגישותם ובפגיעותם של ילדים בגיל הרך (לידה עד שש) ובצורך במענים ייחודיים לשמירה על רווחתם. ילדים בגיל זה הם הקבוצה הפגיעה ביותר בקרב ילדים בכל הנוגע לחשיפה למגוון מצבי טראומה ובהם התעללות והזנחה. התלות המוחלטת בדמויות המטפלות בהם וחוסר היכולת להבין מסוכנות, לפרש אותה או לדווח עליה חושפים אותם הן לפגיעה עצמה הן להשפעותיה ארוכות הטווח. לכן עלה צורך לרכז ולהמשיג את גוף הידע שיש בעולם ובישראל בנושא זה. בספטמבר 2024 פנה מנהל מחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי בשיתוף הקרן לילדים ונוער בסיכון אל צוות ילדים, נוער וצעירים במכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר בנושא טראומה בגיל הרך.

## מטרה

מטרת העל של מחקר זה היא לספק מידע מן הארץ ומן העולם על טראומה בקרב ילדים בגיל הרך, ובעיקר על שיטות איתור, זיהוי וטיפול, על התערבויות ועל שירותים המיועדים לקבוצת אוכלוסייה זו.

## שיטה

נערכה סקירה מעמיקה של ספרות מקצועית ואקדמית ממדינות מערביות שיש בהן ספרות מחקרית ענפה וידע אמפירי רחב. הסקירה נערכה בחודשים ספטמבר 2024-פברואר 2025. החיפוש נעשה במנועי חיפוש ובמגוון מאגרי מידע אקדמיים באמצעות שימוש במילות חיפוש הרלוונטיות למחקר. נוסף על כך נערכו 15 ראיונות עומק חצי מובנים עם קובעי מדיניות מן הדיסציפלינות בריאות ורווחה ועם מגוון אנשי מקצוע. הראיונות נערכו בחודשים דצמבר 2024-מרץ 2025.

## ממצאים

הצגת ממצאי המחקר נחלקה לשני חלקים: בחלק הראשון הוצגו ממצאים עדכניים מן הספרות הבין-לאומית. הממצאים הדגישו את פגיעותם הרבה של ילדים בגיל הרך, את חשיבותם של מענים טיפוליים רגישים לגיל הזה ואת חשיבותן של גישות טיפול מבוססות ראיות שעוסקות בדרכי זיהוי, איתור והתערבות ובאתגרים הכרוכים בהן. בחלק זה הובאו דוגמאות של תוכניות ומודלים טיפוליים שמחקרים הוכיחו את יעילותם, והם נשענים על עקרונות העבודה האלה: זיהוי מוקדם של ילדים שחוו טראומה, עבודה עם צוותים רב-מערכתיים, תמיכה בהורים והכשרות לצוותי חינוך וטיפול. החלק השני התבסס על ראיונות העומק והציג תמונת מצב עדכנית על ההתמודדות עם טראומה בגיל הרך בשדה המקומי. המרואיינים שיתפו בתפיסותיהם בנוגע לצרכים ולאתגרים העיקריים בהתמודדות עם טראומה בגיל הרך בישראל. הם התייחסו לקושי לזהות סימני טראומה בילדים בגיל זה, למחסור בשירותים ייעודיים, לחוסר הידע וההכשרה של אנשי מקצוע, להיעדר מדיניות ברורה, להיעדר הכשרות מובנות לאיתור ולטיפול בטרומה בגיל הרך וכן לצורך בעבודה רב-מערכתית בהנהגת משרדי הממשלה.

## המלצות

1. פיתוח מדיניות לאומית מקיפה לטיפול בטראומה בגיל הרך מתוך הכרה במאפיינים הייחודיים של טראומה בגיל זה.
2. הטמעת דרכי עבודה בגישה מודעת טראומה (trauma-informed approach) בכלל המערכות. עבודה בגישה זו דורשת שינוי מערכת: הכשרה ייעודית, שפה מקצועית משותפת והתארגנות לשיתופי פעולה של כלל הגופים המטפלים בילד.
3. פיתוח תוכניות אינטגרטיביות וחדשניות מבוססות ראיות לטיפול בטראומה בגיל הרך.
4. פיתוח והטמעה של מענים מותאמים לאוכלוסיות מגוונות מבחינה גאוגרפית, מבחינה אתנית ומבחינה חברתית-כלכלית ולקהלים פגיעים כגון ילדים עם מוגבלויות וילדים החיים בעוני.
5. העמקת הידע והרחבת ההכשרות המקצועיות בקרב אנשי מקצוע הפוגשים בעבודתם ילדים בגיל הרך. ההכשרות צריכות לכלול ידע עדכני על טראומה בגיל הרך והשפעותיה על חיי הילדים, על דרכי איתור, על תגובה מותאמת ועל שיח רגיש עם הורים.
6. חיזוק התמיכה הרגשית ובניית חוסן בקרב אנשי מקצוע בתחום גיל הרך במסגרות חינוך-טיפול.
7. חיזוק מעורבות ההורים והעמקת ההדרכה הניתנת להם בנושא טראומה בגיל הרך מתוך הכרה בתפקידם המרכזי של ההורים בתהליכי ההתמודדות וההחלמה של ילדיהם מטרומה.
8. פיתוח תוכניות טיפול מותאמות אישיות לכל ילד ושילוב ההורים בתהליך.
9. איסוף נתונים, תיעוד ומחקר ארוך טווח על היקף תופעת הטרומה בגיל הרך ועל השפעותיה לאורך זמן.

## רקע

בשנים האחרונות הולכת וגוברת תשומת הלב של חוקרים ואנשי מקצוע בעולם לרווחתם ולשלומם של תינוקות, פעוטות וילדים בגיל הרך – מלידה עד גיל שש – בשל ההכרה ברגישותם ובפגיעותם. מגמה זו מתבטאת בפיתוח מואץ של שירותים ומענים ייחודיים להם. ילדים בגיל הרך הם הקבוצה הפגיעה ביותר בקרב ילדים בכל הנוגע לחשיפה למגוון מצבי טראומה ובהם להתעללות ולהזנחה. תלותם המוחלטת בדמויות המטפלות בהם וחוסר היכולת להבין מסוכנות, לפרש אותה או לדווח עליה חושפים אותם הן לפגיעה עצמה הן להשפעותיה ארוכות הטווח. בעקבות הכרה בהשפעות העמוקות שיש לטראומה בגיל הרך על התפתחותם של ילדים, עלה צורך לרכז ולהמשיג את גוף הידע שיש בעולם ובארץ בנושא זה. בספטמבר 2024 פנה מנהל מחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי בשיתוף הקרן לילדים ונוער בסיכון אל צוות ילדים, נוער וצעירים במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר בנושא טראומה בגיל הרך – השפעות הטראומה על חיי הילדים ושיטות הזיהוי, ההתערבות והטיפול המותאמות לילדים בגיל הרך. זאת כדי להצביע על כיווני פעולה לעיצוב מדיניות ולפיתוח שירותים ומענים מקצועיים המותאמים לאוכלוסייה רגישה זו.

## מטרה

מטרת העל של מחקר זה היא לספק מידע מן הארץ ומן העולם על טראומה בקרב ילדים בגיל הרך, ובעיקר על שיטות איתור, זיהוי וטיפול, על התערבויות ועל שירותים המיועדים לקבוצת אוכלוסייה זו.

## שיטה

נערכה סקירה מעמיקה של ספרות מקצועית ואקדמית ממדינות מערביות – ארצות הברית, בריטניה, אירלנד, הולנד, דנמרק, גרמניה, קנדה, איטליה, ניו-זילנד ואוסטרליה. מדינות אלו נבחרו כי יש בהן ספרות מחקרית ענפה ומערכות רווחה ובריאות מפותחות, ולכן הן מקור לידע אמפירי רחב. הסקירה נערכה בחודשים ספטמבר 2024-פברואר 2025. החיפוש נעשה במנועי החיפוש ובמאגרי מידע אקדמיים שונים Scholar Google, Science of Web, PubMed, ScienceDirect באמצעות שימוש במילות חיפוש הרלוונטיות למחקר. נוסף על כך נערכו 15 ראיונות עומק חצי מובנים עם קובעי מדיניות מן הדיסציפלינות בריאות ורווחה ועם אנשי מקצוע: פסיכולוגים התפתחותיים וקליניים, אנשי טיפול ממערכות בריאות הנפש והרווחה, מפתחי תוכניות הכשרה, חוקרים בתחום ההתקשרות והטראומה ומנהלים של ארגונים הפועלים עם אוכלוסיות ייחודיות – ילדים בגיל הרך במצבי סיכון, ילדים עם מוגבלות, ילדים בדואים, ערבים וחרדים, וכן ילדים שנחשפו לאירועים טראומטיים באזורי אסון. הראיונות היו מקוונים (באמצעות התוכנה זום) ונערכו בחודשים דצמבר 2024-מרץ 2025.

## ממצאים

מחקר זה עסק בהיבטים מרכזיים של טראומה בגיל הרך דרך שילוב בין ידע מחקרי ופרקטי מן העולם ובין תפיסות ועמדות מן השדה המקצועי בישראל. הצגת ממצאי המחקר נחלקה לשני חלקים: בחלק הראשון הוצגו ממצאים עדכניים מן הספרות המקצועית הבין-לאומית, והם התמקדו בהגדרות ובמאפיינים של טראומה בגיל הרך, בהשפעות קצרות טווח וארוכות טווח על ההתפתחות הרגשית, הפיזית והקוגניטיבית של ילדים. הממצאים הדגישו את כגיעותם הרבה של ילדים בגיל הרך, את חשיבותם של מענים טיפוליים רגישים לגיל הזה ואת חשיבותן של גישות טיפול מבוססות ראיות שעוסקות בדרכי זיהוי, איתור והתערבות ובאתגרים הכרוכים בהן. נוסף על כך הובאו דוגמאות של תוכניות ומודלים טיפוליים שמחקרים הוכיחו את יעילותם. הם פועלים במגוון מדינות, משקפים גישות אינטגרטיביות ותפיסות מגוונות לטיפול בטראומה בגיל הרך ונשענים על עקרונות העבודה האלה: זיהוי מוקדם של ילדים שחוו טראומה, עבודה עם צוותים רב-מערכתיים, תמיכה בהורים והכשרות לצוותי חינוך וטיפול. גישות אלו מלמדות על פוטנציאל ההשפעה של התערבות מוקדמת ויישום מדיניות מודעת טראומה.

החלק השני התבסס על ראיונות עומק חצי מובנים עם מומחים – אנשי מקצוע, קובעי מדיניות וחוקרים בישראל – והציג תמונת מצב עדכנית על ההתמודדות עם טראומה בגיל הרך בשדה המקומי. המרואיינים שיתפו בתפיסותיהם בנוגע לצרכים ולאתגרים העיקריים בהתמודדות עם טראומה בגיל הרך בישראל. הם התייחסו לקושי לזהות סימני טראומה בילדים בגיל הרך – בשל מגבלות השפה והיכולת המילולית של הילדים בגיל זה, סימני מצוקה נוטים להתבטא בדרכים עקיפות ולעיתים אינם מזהים כלל כסימני טראומה, לדוגמה בעיות שינה, קשיי ויסות או התנהגויות חריגות; למחסור בשירותים ייעודיים; לחוסר הידע וההכשרה של אנשי מקצוע מתחומים שונים; להיעדר מדיניות ברורה, להיעדר הכשרות מובנות לאיתור ולטיפול בטראומה בגיל הרך וכן לצורך בעבודה רב-מערכתית בהנהגת משרדי הממשלה.

## המלצות

1. **פיתוח מדיניות לאומית מקיפה לטיפול בטראומה בגיל הרך:** נדרשת הכרה בטראומה בגיל הרך בתור תחום שיש לו מאפיינים ייחודיים. מאפיינים אלו מחייבים גיבוש מדיניות שתתבסס על שיתופי פעולה בין משרדי הרווחה, הבריאות והחינוך ותכלול נהלים אחידים, סטנדרטים מקצועיים והקצאת תקציבים ייעודיים לפיתוח המענים והשירותים הקיימים ולהרחבתם הן ברמה הארצית הן ברמה המקומית.
2. **הטמעת דרכי עבודה בגישה מודעת טראומה בכלל המערכות:** מומלץ להטמיע גישה מודעת טראומה (trauma-informed approach) בכלל הגופים שילדים בגיל הרך והוריהם פוגשים כגון מערכות החינוך, הרווחה, הבריאות, לעודד שיתוף פעולה בין גופים אלו ובין הרשויות המקומיות ולהגדיר שהרשויות המקומיות הן הגוף המתכלל והמארגן. עבודה בגישה זו דורשת שינוי מערכתי: הכשרה ייעודית, שפה מקצועית משותפת והתארגנות לשיתופי פעולה של כלל הגופים המטפלים בילד. תהליך זה יאפשר זיהוי מוקדם של סימני טראומה, תיווך רגיש ומתואם ויצירת סביבה תומכת ומבינה שתסייע בתהליך ההתמודדות של הילד עם השפעות הטראומה.

3. **פיתוח תוכניות אינטגרטיביות וחדשניות מבוססות ראיות לטיפול בטרואמה בגיל הרך:** מומלץ לעודד פיתוח והטמעה של תוכניות ומודלים טיפוליים מבוססי ראיות מדעיות והתאמתם להקשר המקומי ולצרכים התרבותיים, הכלכליים והחברתיים של מגוון הקבוצות באוכלוסייה. תוכניות אלו צריכות לכלול שיתופי פעולה בין-תחומיים, בייחוד במערכות הפעולות בגיל הרך כגון מעונות, גני ילדים וטיפות חלב לטיפול אינטגרטיבי ומועיל. כדי להבטיח את הצלחת התוכניות, יש להסתמך על מודלים שיעילותם ומועילותם הוכחו במחקרים מן העולם ולהתאימם למציאות המקומית, ובפרט תיאום בין התחומים בריאות, חינוך, רווחה וקהילה.
4. **פיתוח והטמעה של מענים מותאמים לאוכלוסיות מגוונות ולקהלים פגיעים:** מומלץ לפתח ולהטמיע מודלים חדשים של שירותים טיפוליים המותאמים תרבותית ולשונית לאוכלוסיות מגוונות מבחינה גאוגרפית (גם בפריפריה), מבחינה אתנית ומבחינה חברתית-כלכלית. יישום המלצה זו יבטיח מענה מדויק לצרכים הייחודיים לכל אוכלוסייה, יגביר את סיכויי היענות להמשך טיפול ויאפשר חיזוק הקשר עימן. יש להקפיד על פיתוח מענים גמישים שיכולים לפעול גם בתנאים של מחסור בכוח אדם או בתשתיות, בייחוד באזורים שהשירותים אינם זמינים בהם בקביעות. זאת ועוד, יש להקפיד על התאמת המענים לאוכלוסיות פגיעות במיוחד – דוגמת ילדים עם מוגבלויות וילדים החיים בעוני – שכן באוכלוסיות אלו סיכון מוגבר לטרואמה, ולעיתים נגישותן לשירותים טיפוליים מוגבלת. לפיכך יש לפתח שירותים בשיתוף פעולה עם קהילות היעד ועם גופים מקומיים ולהעדיף הכשרת אנשי מקצוע והפצת שירותים לאוכלוסיות אלו.
5. **העמקת הידע והרחבת ההכשרות המקצועיות בקרב אנשי מקצוע:** יש להרחיב את ההכשרות לאנשי מקצוע הפוגשים בעבודתם ילדים בגיל הרך – מטפלות, גננות, רופאים ואחיות. ההכשרות צריכות לכלול ידע עדכני על טראומה בגיל הרך והשפעותיה על חיי הילדים, על דרכי איתור, על תגובה מותאמת ועל שיח רגיש עם הורים. מטרת ההכשרות הן לחזק את המוטיבציה ואת תחושת המסוגלות של אנשי המקצוע לטפל בילדים בגיל הרך שנחשפו לטרואמה, לשפר את איכות ההערכה וההתערבות, לתת מענה רגיש ומקצועי לצורכיהם של ילדים בגיל הרך ולבני משפחתם ולשפר את האבחנה המבדלת בין טראומה לעיכוב בהתפתחות או לקות התפתחותית. יש להבטיח שההכשרות יתבססו על פרספקטיבות רב-תרבותיות ויהיו מיועדות גם לאנשי מקצוע הפועלים באזורים גאוגרפיים מרוחקים או בקבוצות ייחודיות באוכלוסייה, כגון האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה הבדואית, וכן בקהלים פגיעים כגון ילדים ממשפחות עניות וילדים עם מוגבלות.
6. **חיזוק התמיכה הרגשית ובניית חוסן בקרב אנשי מקצוע בתחום גיל הרך:** יש להקים מערך תמיכה רגשית מקצועית לאנשי הצוות במסגרות חינוך-טיפול, כגון מעונות יום וגני ילדים, כדי לחזק את החוסן האישי של המטפלות, הגננות והסייעות. לאנשי המקצוע יש תפקיד מרכזי בזיהוי סימני טראומה בקרב ילדים, ולכן חיוני לתת להם ליווי מקצועי מתמשך, הכשרה רגישה ופתרונות להתמודדות עם העומס והשחיקה הנלווים לתפקידם. רק תמיכה רגשית מקצועית תאפשר להם לגלות אמפתיה, רגישות וסבלנות לילדים שחוו טראומה וליצור עבורם סביבה בטוחה ומכילה שתסייע בשיקום הילד.
7. **חיזוק קשרים עם ההורים והדרכה בנושא טראומה בגיל הרך:** טראומה בגיל הרך מתרחשת כמעט תמיד בתוך ההקשר המשפחתי, ולהורים תפקיד מרכזי בהתמודדות עם הטרואמה ובהחלמה ממנה. לכן יש לפתח תוכניות הדרכה עבורם שמתמקדות בהבנת הטרואמה בגיל הרך ובכלל זה עיסוק בשאלות: כיצד לזהות סימנים של טראומה בילדיהם, מהן השפעותיה ארוכות הטווח, כיצד לנהל תקשורת רגשית בריאה עם ילדיהם, וכיצד ליצור סביבה ביתית תומכת ומחזקת שתסייע בהחלמתם?

8. **פיתוח תוכניות טיפול אישיות לילדים ושילוב ההורים בתהליך:** תוכניות טיפול לילדים שחוו טראומה צריכות להיות מותאמות אישית לכל ילד ולשים דגש במעקב צמוד אחרי התקדמות הילד. חשוב שכל ילד יקבל טיפול על פי קצב ההחלמה והצרכים הרגשיים והפיזיים שלו באמצעות שימוש במגוון גישות טיפול לחיזוק הביטחון וההבנה של הילד המבוססות על ההבנה כי הילד אינו נפרד מן ההקשר המשפחתי שלו. התערבויות טיפוליות שמשתפות את ההורים ואת הסביבה הקרובה של הילד עשויות להיות מועילות, בייחוד אם המענה למשפחה מותאם לצרכיה האישיים. שילוב ההורים בתהליך הטיפול חשוב להבטחת תמיכה לאורך זמן ולחיזוק ההתמודדות המשפחתית עם טראומה.

9. **איסוף נתונים, תיעוד ומחקר ארוך טווח על היקף תופעת הטרומה בגיל הרך ועל השפעותיה לאורך זמן:** יש להקים מערך לאומי לאיסוף נתונים שיטתי ולמחקר ארוך טווח כדי לעקוב אחרי השפעת הטרומה על ילדים לאורך זמן. תיעוד כזה יכול לכלול פרמטרים כגון מאפייני הילדים והמשפחות, היקף החשיפה לטרומה, סוגי הפגיעות וההשפעות על התפקוד וההתפתחות שלהם לאורך זמן. נתונים אלו יספקו בסיס לקביעת מדיניות מבוססת ראיות ויסייעו להתאים את גישות הטיפול כדי להתמודד עם השפעות הטרומה לאורך השנים.

# תוכן עניינים

1	1. מבוא
3	2. מטרת המחקר
3	3. שיטה
3	3.1 סקירת ספרות בין-לאומית
4	3.2 ראיונות עומק חצי-מובנים
4	3.3 אתיקה במחקר
5	4. סקירה בין-לאומית
5	4.1 הגדרה של טראומה בגיל הרך
6	4.2 השפעות הטראומה בגיל הרך
11	4.3 כלים לאיתור, לזיהוי ולאבחון טראומה בגיל הרך
16	4.4 גישות לטיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובמשפחותיהם
20	4.5 מערכת שירותים מודעת טראומה לילדים בגיל הרך
27	4.6 קהילה מודעת טראומה (Trauma-Informed Community)
33	5. טראומה בגיל הרך – צרכים ואתגרים במערכת השירותים בישראל
33	5.1 תפיסות אנשי המקצוע בנושא משמעות הטראומה בגיל הרך והשפעותיה
35	5.2 צרכים ואתגרים במתן מענה לטראומה בגיל הרך
50	6. מגבלות המחקר
51	7. סיכום והמלצות
51	7.1 סיכום
51	7.2 המלצות
54	עוד פרסומים של המכון בנושא
55	מקורות
62	נספח א: רשימת המרואיינים למחקר
63	נספח ב: גישות טיפול, מענים ושירותים לילדים בגיל הרך שחוו טראומה ולמשפחותיהם

## רשימת לוחות

13	לוח 1: כלים אפשריים לזיהוי ולאבחון טראומה שפותחו במיוחד עבור ילדים בגיל הרך או הותאמו לגיל הרך
17	לוח 2: גישות טיפול – מטרות, עקרונות מרכזיים וממצאי מחקרים התומכים בהן

# 1. מבוא

בשנים האחרונות גוברת תשומת הלב של חוקרים ואנשי מקצוע בעולם לרווחתם ולשלומם של תינוקות, פעוטות וילדים בגיל הרך עד גיל שש (להלן: ילדים בגיל הרך) בשל ההכרה ברגישותם ובפגיעותם. מגמה זו מתבטאת בפיתוח מואץ של שירותים ומענים ייחודיים להם. ילדים בגיל הרך הם הקבוצה הפגיעה ביותר בקרב ילדים בכל הנוגע לחשיפה למגוון מצבי טראומה ובהם להתעללות ולהזנחה. תלותם המוחלטת בדמויות המטפלות בהם וחוסר היכולת להבין מסוכנות, לפרש אותה או לדווח עליה הופכים אותם לחשופים במיוחד הן לפגיעה עצמה הן להשפעותיה ארוכות הטווח. מחקרים הראו שטראומה בגיל הרך עלולה לגרום נזקים חמורים בהתפתחות הרגשית, הפיזית והקוגניטיבית של הילד לעיתים עד כדי נזק בלתי הפיך, בייחוד בהיעדר התערבות מיידית ומותאמת (Clements et al., 2019; Randhawa & Bisht, 2024).

אף על פי שאין הגדרה מוסכמת אחת לצירוף "טראומה בגיל הרך", יש הסכמה רחבה בקרב גופים מקצועיים מובילים על מאפייניה. לפי NCTSN ([National Child Traumatic Stress Network](#)), רשת לאומית הפועלת בארצות הברית בנושא של טראומה בגיל הרך, APA ([American Psychological Association](#)), האגודה האמריקנית לפסיכולוגיה ו-Zero to Three<sup>1</sup>, טראומה בגיל הרך כוללת חוויות המאיימות על תחושת הביטחון של הילד או של דמות מטפלת. גם אם ילדים שחוו טראומה אינם מבטאים את החוויה במילים, השפעתה ניכרת בהתנהגותם, בהתקשרותם עם אחרים ובהתפתחותם הכוללת. עם האירועים המוגדרים טראומטיים נמנים אלימות במשפחה, הזנחה קשה, אובדן הורה, פגיעות מיניות, תאונות, מחלות קשות, אסונות טבע ומלחמות (Childhood Trauma Task Force, 2022). משבר מרכזי בטראומה בגיל הרך הוא שבר באמון בדמות ההורה. הורה שנתפס בעיני הילד כול-יכול אך לא הצליח להגן עליו עלול לעורר תחושת בגידה עמוקה, ואי אפשר תמיד להמשיגה. כך נוצרת פגיעה בבסיס ההתקשרות (Attachment), והילד נדרש להתמודד עם משימה בלתי אפשרית: להפקיד את ביטחונו בידי דמויות שאינן בטוחות עבורו (Lieberman & Van Horn, 2008).

נתונים מן העולם משרטטים תמונה מטרידה על שיעור הילדים שנחשפו למצבים טראומטיים. לדוגמה, דוח של ארגון הבריאות העולמי לשנת 2015 מצא כי כ-45% מן הילדים ברחבי העולם בני 2-17 (כמיליארד ילדים) חוו לפחות אחת מן התופעות האלה: אלימות פיזית, מינית או רגשית או הזנחה (Hillis et al., 2016). על פי נתוני ארגון יוניסף (UNICEF, 2024), כשישה מתוך כל עשרה ילדים צעירים מגיל חמש ברחבי העולם (כ-400 מיליון) חווים ענישה אלימה הכוללת ענישה גופנית והשפלה מילולית בבית, 330 מיליון מהם נחשפים לענישה גופנית בלבד. במטא-אנליזה עדכנית נמצא כי כ-17.3% מן הילדים בעולם היו קורבנות לאלימות פיזית במשפחה, ו-16.5% היו עדים לה (Whitten et al., 2024).

שנים רבות רווחה התפיסה שילדים צעירים אינם מושפעים מאוד מחשיפה לאירועים טראומטיים, או לחלופין הם "ישכחו" אותם ויתגברו עליהם בטבעיות. תפיסה זו השתנתה בעשורים האחרונים עם התפתחות הידע המחקרי והקליני, שכן הוא הוביל

---

<sup>1</sup> ZERO TO THREE הוא ארגון בעיר הבירה וושינגטון שבארצות הברית. הוא הוקם בשנת 1977 ונתמך על ידי מענקים וחוזים מן הממשל הפדרלי, המדינתי והמקומי, מענקים מקרנות ותאגידים ותרומות פרטיות. בארגון פועלים מומחים בהתפתחות הילד בגיל הרך ממגוון דיסציפלינות, הוא מקדם תוכניות, הכשרות ומשאבים בתחום ומציע מדיניות בנושא.

להכרה עמוקה בהשפעות הטראומה על ילדים צעירים ובצורך בפיתוח מענים טיפוליים מותאמים להם על פי שלבי התפתחותם (Randhawa & Bisht, 2024).

מחקרים עדכניים אף מראים שטראומה בגיל הרך עשויה להתחיל כבר בתקופת ההיריון. חשיפה של האם למצבי לחץ או לאירועים טראומטיים כגון אלימות במשפחה, מלחמות או אסונות טבע עלולה להשפיע על המערכת הפיזיולוגית של העובר ועל התפתחותו הרגשית והקוגניטיבית בעתיד. ממצאים אלו חורגים מן ההנחה הרווחת כי טראומה מחייבת זיכרון מודע או יכולת ורבליית ומדגישים את האפשרות שהשפעות טראומטיות יכולות להופיע גם בקרב ילדים שמעולם לא חוו את האירוע ישירות, אלא חוו אותו לפני לידתם (Huizink et al., 2018; Van den Bergh et al., 2020).

טראומות בגיל הרך שכיחות יותר מכפי שנהוג להניח. הן אינן כוללות רק אירועים דרמטיים כגון פגיעה מכוונת או אובדן אלא גם חוויות אחרות כגון פגות, גירושין או אשפוזים חוזרים. רבות מן הטראומות מתרחשות בשנים הטרומ-מילוליות ואינן מזהות בתור טראומה, אך לעיתים יופיעו תסמינים בגילים מאוחרים יותר כגון חרדה, קשיי ויסות או בעיות שינה בתגובה לטראומה מוקדמת (Child Care Resources Inc. & United Way of Central Carolinas, 2019; Clements et al., 2019). לעיתים ההורים עצמם מדחיקים את האירוע או מניחים שהילד "לא זוכר" בשל חוסר היכולת המילולית לבטא את החוויה.

בעקבות הכרה הולכת וגוברת בהשפעות העמוקות שיש לטראומה בגיל הרך על התפתחותם של ילדים, עלה צורך לרכז ולהמשיג את גוף הידע שיש בעולם ובארץ בנושא זה. בספטמבר 2024 פנה מנהל מחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי בשיתוף הקרן לילדים ונוער בסיכון אל צוות ילדים, נוער וצעירים במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר בנושא טראומה בגיל הרך. המחקר יעסוק בהשפעות הטראומה על חיי הילדים, בשיטות הזיהוי, ההתערבות והטיפול המותאמים לילדים בגיל הרך כדי להצביע על כיווני פעולה לעיצוב מדיניות ולפיתוח שירותים ומענים מקצועיים המותאמים לאוכלוסייה רגישה זו. חשוב להדגיש שהדוח הנוכחי מציע מבט רחב על טראומה בגיל הרך בלי להבחין בין נסיבות ההתרחשות של הטראומה, שכן התעמקות בנסיבות ייחודיות של טראומה – כגון טראומה בעקבות מלחמה, אלימות מינית, אובדן או הזנחה – מחייבת להרחיב את היריעה. עם זה חשוב לציין כי לכל הקשר טראומטי מאפיינים והשפעות ייחודיים, והם ראויים להמשך מחקר ועיון מעמיק ונפרד.

בדוח הזה שני חלקים: בחלקו הראשון מוצגת סקירת ספרות בין-לאומית עדכנית בנושא טראומה בגיל הרך – השפעותיה, דרכי האיתור והזיהוי ודרכי ההתערבות המקובלות ברחבי העולם. חלקו השני מבוסס על ניתוח ראיונות עומק עם בעלי תפקידים ועם אנשי אקדמיה בישראל כדי ללמוד על הצרכים ועל האתגרים המרכזיים במערכת השירותים לילדים בגיל הרך באיתור ילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובטיפול בהם ובבני משפחתם.

## 2. מטרת המחקר

מטרת העל של מחקר זה היא לספק מידע מן הארץ ומן העולם על טראומה בקרב ילדים בגיל הרך, ובעיקר על שיטות איתור, זיהוי וטיפול, על התערבויות ועל שירותים המיועדים לקבוצת אוכלוסייה זו. במחקר נבחנו השאלות האלה:

1. מהי ההגדרה של טראומה בקרב ילדים בגיל הרך (לידה עד שש), ומהן השפעותיה על ההתפתחות הפיזית, הקוגניטיבית, הרגשית והחברתית של הילדים ועל התנהגות הילדים בטווח הקצר ובטווח הארוך? דגש הושם בהתפתחות תופעות כגון פוסט-טראומה (PTSD) בגיל הרך, קשיים בוויסות רגשי, עיכוב התפתחותי, דיכאון וחרדה, וכן בחשיבות הזיהוי המוקדם שלהן והטיפול המוקדם בהן.
2. מהם כלי ההערכה, האיתור והזיהוי של טראומה בגיל הרך?
3. אילו סוגים של ההתערבויות ושירותים שהוכחו מחקרית ניתנים בעולם לילדים בגיל הרך שחוו טראומה, להוריהם ולשאר בני המשפחה בתחומים בריאות (נפשית, פיזית והתפתחותית), חינוך ורווחה?
4. מהם הצרכים והאתגרים במערכת השירותים במדינת ישראל עבור ילדים בגיל הרך שחוו טראומה ומשפחותיהם?

## 3. שיטה

### 3.1 סקירת ספרות בין-לאומית

נערכה סקירה מעמיקה של ספרות מקצועית ממגוון מדינות מערביות – ארצות הברית, בריטניה, אירלנד, הולנד, דנמרק, גרמניה, קנדה, איטליה, ניו-זילנד ואוסטרליה. בסקירה נבחנו כלים לזיהוי ולאיתור טראומה בגיל הרך, גישות טיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובבני משפחותיהם ותוכניות ומודלים חינוכיות-טיפוליות ויוזמות לאומיות להתמודדות עם השפעות הטראומה, מדינות אלו נבחרו כי יש בהן ספרות מחקרית ענפה ומערכות רווחה ובריאות מפותחות, ולכן הן מקור לידע אמפירי רחב. נוסף על כך תוכניות ומודלים רבים שפותחו בהן נחשבים חדשניים, ויש להם השפעה בין-לאומית, ולכן מדינות אלה מספקות בסיס השוואתי חשוב לגיבוש תובנות הקשורות לאיתור, לטיפול ולהתערבויות בטראומה בגיל הרך. הסקירה נערכה בחודשים ספטמבר 2024-פברואר 2025, והתבססה על ריכוז מידע ותובנות ממגוון מקורות:

- מאמרים אקדמיים מן הספרות המקצועית בישראל ובעולם ובכלל זה סקירות שיטתיות ומטא-אנליזה של מחקרים אמפיריים הבוחנים את היעילות של מגוון התערבויות או של סוגים ספציפיים של התערבויות בתחום הטראומה בגיל הרך. המאמרים אותרו במנועי החיפוש Science of Web, Scholar Google, ו-Elicit (מנוע חיפוש מבוסס AI) ובמאגרי מידע אקדמיים (PsycNet, PubMed, ScienceDirect) באמצעות שימוש במילות חיפוש הרלוונטיות למחקר – early childhood trauma; evidence-based therapy; identifying maltreatment in infants and young children; trauma-informed practice; trauma-informed early childhood system; screening; assessment; systematic review

- ספרות אפורה: דוחות מחקר, מסמכים רשמיים של משרדי ממשלה ורשויות סטטוטוריות, מסמכים רשמיים של ארגוני מגזר שלישי
- מידע ממקורות גלויים: אתרי אינטרנט של משרדים ממשלתיים וארגוני מגזר שלישי; חוקים ותקנות

## 3.2 ראיונות עומק חצי-מובנים

כדי ללמוד על המצוי ועל החסר במערכת השירותים במדינת ישראל נערכו 15 ראיונות עומק חצי-מובנים עם קובעי מדיניות מן הדיסציפלינות בריאות ורווחה ועם מגוון אנשי מקצוע: פסיכולוגים התפתחותיים וקליניים, אנשי טיפול ממערכות בריאות הנפש והרווחה, מפתחי תוכניות הכשרה, חוקרים בתחום ההתקשרות והטראומה ומנהלים של ארגונים הפועלים עם אוכלוסיות ייחודיות – ילדים בגיל הרך במצבי סיכון, ילדים עם מוגבלות, ילדים בדואים, ערבים וחרדים, וכן ילדים שנחשפו לאירועים טראומטיים באזורי אסון. הראיונות היו מקוונים (באמצעות הזום) ונערכו בחודשים דצמבר 2024-מרץ 2025 (ראו רשימת המרואיינים בנספח א).

## 3.3 אתיקה במחקר

**הסכמה מדעת ושמירה על פרטיות בראיונות העומק:** הראיונות עם קובעי המדיניות ואנשי המקצוע אושרו בוועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. בתחילת כל ראיון קיבל צוות המחקר מן המרואיינות הסכמה מדעת בעל פה וציין בפניהן כי ככל שדבריהן יובאו בדוח, הם לא יובאו בשם אומנם. החוקרות ציינו כי הן מתחייבות לשמור על סודיות. הובהר כי המרואיינות יכולות להפסיק את הקשר עם צוות המחקר בכל עת שירצו או לא לענות על שאלות מסוימות, ולא יהיו לכך כל השפעות שליליות עליהן. החוקרות ביקשו מן המרואיינות רשות להקליט את דבריהן ולהעביר את ההקלטה לתמלול. חלק מן הראיונות תומללו על ידי החוקרות במהלך הראיון. למרואיינות הובטח שההקלטות ותמלילי הראיונות יישמרו באופן מאובטח במכון ברוקדייל.

## 4. סקירה בין-לאומית

### 4.1 הגדרה של טראומה בגיל הרך

תקופת הגיל הרך היא שלב בהתפתחות הילד שחשיבותו מכרעת – לבריאותו הפיזית והרגשית ולהתפתחותו הקוגניטיבית והחברתית גם בטווח הארוך (Hanson et al., 2018). ילדים בגיל הרך עלולים להיות חשופים לאירועים קשים וטראומטיים ברמת הפרט, המשפחה והקהילה. עקה (stress) נהפכת לטראומה כאשר אינטנסיביות האירועים המפחידים אינה נשלטת, והיא מגיעה לכדי איום על השלמות הפסיכולוגית והנפשית של הילד (Child Care Resources Inc. & United Way of Central Carolinas, 2019; Clements et al., 2019).

טראומה בגיל הרך מתייחסת לחוויות טראומטיות שילדים חווים מלידה ועד גיל שש. חוויות אלו עשויות לכלול התנסות ישירה באירוע המסכן חיים או מסכן ביטחון דוגמת פגיעה פיזית, תאונה או אסון טבע או התמודדות עם השפעות של אירוע על סביבתם הקרובה של הילדים – חשיפה למצוקה קשה של בני משפחה או חיים באזור לחימה. מצבים אלו מציבים איום ממשי על ביטחונם ושלמותם הפיזית או הפסיכולוגית של הילדים או של הקרובים להם (Zeanah et al., 2016).

אם כן בהגדרה של טראומה בקרב תינוקות ופעוטות יש גם היבט של איום על השלמות הפיזית והפסיכולוגית של ההורה ולא רק של הילד עצמו, שכן הילד תלוי בהוריו (Scheeringa, 2016). טראומה בגיל הרך נוצרת מאירועים חיצוניים. לפי טר (Terr, 1992) יש שני סוגי טראומה פסיכולוגית: האחד מקושר עם מאורע יחיד מוגבל בזמן (תאונה, מצוקה), והאחר נגרם מחשיפה ארוכת טווח חוזרת ונשנית למאורעות טראומטיים (אלימות במשפחה, התעללות נפשית). מן הספרות המקצועית עלו שני צירופים מרכזיים המבטאים חשיפה לטראומה בילדות: "אירועים טראומטיים" traumatic events ו-"חוויות ילדות שליליות" (ACEs-Adverse Childhood Experiences) שמתייחסות לקבוצת חוויות שליליות במשך הילדות ובכלל זה התעללות, הזנחה ודינמיקות משפחתיות פוגעניות. הצירוף "חוויות ילדות שליליות" נטבע בהקשר מחקר-אפידמיולוגי במסגרת מחקר חלוצי שנערך בשנות ה־90 על ידי המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן (CDC) בארצות הברית בשיתוף עם Kaiser Permanent אחת מספקיות שירותי הבריאות הגדולות במדינה. מחקר זה חשף קשר מובהק בין חשיפה לחוויות טראומטיות בילדות (כגון התעללות, הזנחה או חוויות משפחתיות קשות) ובין בעיות בריאות חמורות בגיל הבגרות כגון מחלות לב, סוכרת, דיכאון, התמכרויות והתנהגויות סיכון. ממצאים אלו נהפכו לאבן דרך בהבנה של ההשפעות ארוכות הטווח של טראומה בגיל הרך, והם השפיעו מאוד על עיצוב מדיניות בתחומי הבריאות, הרווחה והחינוך ברחבי העולם (Matlin et al., 2019).

בעשורים שחלפו מפרסום המחקר המקורי נערכו מחקרים עדכניים רבים, והם חיזקו והרחיבו את מסקנותיו. כך למשל, במחקר אורך רחב היקף שנמשך כחמישה עשורים נמצא כי לילדים שחוו חוויות ילדות שליליות רבות יש סיכון מוגבר לתמותה מוקדמת בבגרות, בייחוד ילדים שחוו עוני, צפיפות דיור או פְרָדה של ההורים (Yu et al., 2022). מחקר אחר שהשתתפו בו יותר מאלפי נחקרים בחן את ההשפעות הפיזיולוגיות של טראומות ילדות. במחקר נמצא כי הן משפיעות על 25 מדדים ביולוגיים לסטרס ולמחלות ועל 20 מצבים בריאותיים חמורים ובכלל זה סוכרת, מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם, השמנת יתר, מחלות ריאה כרוניות,

הפרעות במערכת החיסון, בעיות במערכת העיכול ומגוון מצבים נירולוגיים. נמצאו גם הבדלים ניכרים בין נשים לגברים (Alley et al., 2025). ממצאים אלו מדגישים כי חוויות ילדות שליליות אינן רק גורם סיכון לבריאות הנפש אלא גם לבריאות הפיזית, והם משקפים את ההשפעה העמוקה והנרחבת של טראומה בילדות. הבנה זו מדגישה את חשיבותם של שירותים מניעתיים וטיפוליים המותאמים לצרכים ההתפתחותיים של ילדים בגיל הרך.

**“אירועים טראומטיים” ו“חוויות ילדות שליליות” שילדים עלולים לחוות בגיל הרך:** התעללות או תקיפה פיזית ובכלל זה שימוש בכוח פיזי כגון חבטה, בעיטה, טלטול, שריפה או סוגים אחרים של שימוש בכוח כנגד ילד; איום בפגיעה פיזית או איום בנשק; תקיפה מינית או התעללות מינית (מגע מיני בפועל או ניסיון למגע מיני, חשיפה לחומרים או סביבות מיניות לא הולמות לגיל); התעללות רגשית (התנהגויות שפוגעות בדימוי העצמי של הילד או ברווחה הרגשית שלו כגון קריאות גנאי, השפלה, דחייה, מניעת אהבה, איום); איום בנטישה (התעללות נפשית); הזנחה פיזית או רגשית (כישלון במילוי הצרכים הבסיסיים של הילד, פיזיים ורגשיים, הקשורים למגורים, למזון, לבגדים, לחינוך ולגישה לטיפול רפואי); אובדן הורה או דמות משמעותית (מוות או נתק ממקור תמיכה חשוב כגון הורה, אח או קרוב משפחה אחר); תאונת דרכים; אירועים ביטחוניים; אלימות במשפחה (חשיפה לאלימות פיזית או רגשית בין ההורים או בני משפחה אחרים – מקרים של תקיפה

או איומים); פגיעה או מחלה שמאיימת על החיים; אובדן של בית; השמה חוץ-ביתית; תקיפה מצד חיה; מעצר של הורה; גירושים סוערים ופוגעניים; מחלת נפש חמורה ולא מטופלת של הורים; צריכת סמים בקרב הורים; ועוני, שכן המצב הכלכלי הקשה של המשפחה יכול להוביל לחוסר בגישה למשאבים חיוניים כמו דיו, מזון, טיפול רפואי, חינוך ואפילו להשפיע על בריאות הנפש של הילד ועל יכולת ההתמודדות עם קשיים (Clements et al., 2019; Osofsky & Lieberman, 2011). נוסף על כך ילדים עלולים לחוות אירועים קשים שמתרחשים כלפי החברה שהם משתייכים אליה, למשל קבוצה מודרת חברתית עלולות אפוא להיות השפעות מזיקות רבות על התפתחותם ועל בריאותם של ילדיהם גם בטווח ארוך (Hanson et al., 2018).

### תיבה 1: תאוריית ההתקשרות

בכל אירוע של טראומה בגיל הרך נמצאת האפשרות לשבר בבסיס ההתקשרות (attachment) של הילד עם ההורה. בעיני הילד הצעיר הורה נתפס דמות רבת כוח, כול-יכולה, ואם משהו נורא קרה – הסיבה היא שהוריו לא שמרו עליו או יתרה מזו, הם לא רצו לשמור עליו ואפשרו לאירוע המכאיב להתרחש. במצב זה הילד נאלץ להתמודד עם משימות התפתחותיות בלתי אפשריות: עליו לתת אמון בבני אדם שאינם ראויים לאמונו ולבטוח באנשים שאינם בטוחים עבורו. זה נכון בכל מקרה טראומה, ובייחוד לילד הגדל בסביבה מתעללת או מזניחה. המשימה הקיומית של ילדים נפגעי התעללות או הזנחה היא לשמר את הקשרים הראשוניים עם הדמויות שפוגעות בהם ומזניחות אותם, ושהם תלויים בהן. לשם כך הם משתמשים בכל המנגנונים שלרשותם ובכלל זה האשמה עצמית ופטירת ההורה מאשמה, כי הרי אם הם הרעים – אזי ההורה ממשיך להיות הטוב (Lieberman, & Van Horn, 2008).

## 4.2 השפעות הטראומה בגיל הרך

טראומה בגיל הרך גובה מחיר מן הילדים, מן ההורים, מן המשפחה, מאנשי המקצוע ומן החברה בכלל. ילדים רבים בגיל הרך שחוו אירוע טראומטי חוזרים לתפקוד רגיל,

בייחוד אם מדובר בטראומה חד-פעמית (simple trauma) – טראומה הנגרמת מאירוע יחיד (כגון תאונת דרכים או אסון טבע). אחרים, בייחוד ילדים שחווים טראומה מורכבת (Complex Trauma) – טראומה המתייחסת לחשיפה חוזרת ונשנית לאירועים טראומטיים חמורים במיוחד המתרחשים במסגרת יחסים משמעותיים כמו בין הורה לילד – סובלים מהשפעות חמורות ומתמשכות (Loomis, 2018).

## 4.2.1 השפעות הטראומה בגיל הרך על התפתחות ילדים

אנשים רבים מניחים כי גילם הצעיר של ילדים בגיל הרך מגן עליהם מפני השפעות של חוויות טראומטיות, אולם בפועל חוסר הבשלות של היכולת השפתית ושל הזיכרון האוטוביוגרפי אינו מגן על פעוטות מפני רישום חוויות דחק ואירועים טראומטיים בנפשם (Lieberman, 2004). הילדים בגיל הרך מושפעים מאירועים טראומטיים גם אם אינם מסוגלים להבינם לחלוטין או לבטא במילים את תחושתם (Bartlett et al., 2017). לחשיפה לטראומה בגיל הרך יש השפעות במישורים אחדים: עיכוב או נסיגה התפתחותית, פגיעה ביחסי ההתקשרות (Attachment; ראו **הרחבה בתיבה 1**), עיכוב או נסיגה בהתפתחות מנגנוני הוויסות העצמי, פגיעה בתהליך הלמידה והחקירה והתפתחות של תחלואה נפשית כגון פוסט-טראומה, חרדה ודיכאון. בין המישורים האלה יש יחסי גומלין, והם מושפעים אלו מאלו. רוב הילדים יפתחו מצוקה רגשית לזמן קצר, אבל יש ילדים שהסימפטומים שלהם לא יחלפו מעצמם אלא עוצמתם ותדירות הופעתם יגברו, והם ייפכו למצב קליני (Clements et al., 2019). הסימפטומים יכולים להתבטא בבעיות בתפקוד של מערכת העיכול, באובדן התיאבון והשינה, בתזזיתיות, באפטיה, באובדן עניין במשחק ובחקירה, בהפרעות מוטוריות, באיחור בדיבור, בתגובות גופניות לא מותאמות (טיקים, הבעות פנים לא מתאימות, קיפאון) ועוד.

### ההשפעות ארוכות הטווח של הטראומה בגיל הרך

השפעה על התפתחות המוח: חוויות בילדות המוקדמת משפיעות על התפתחות המוח, וטראומה יכולה להפריע למוח בכמה אופנים ובכלל זה פגיעה בתפקודים ניהוליים ובוויסות עצמי – תהליכים מנטליים המאפשרים לאנשים לתכנן, למקד את תשומת הלב, לזכור הוראות ולבצע כמה משימות בו זמנית – וצמצום נפח המוח (שחשיבותו מכרעת לוויסות רגשי, לתהליכים קוגניטיביים ולהתנהגות). מתח בשל טראומה בגיל הרך יכול לצמצם את יכולתם של ילדים להתמודד ביעילות עם מצבים מלחיצים ולגרום להם תגובתיות יתר או כישלון בתגובה מותאמת. זאת ועוד, חשיפה לטראומה כרונית (כגון הזנחה) נמצאה מקושרת לנפח מוח קטן יותר, לעיבוד מידע לקוי, לקשיים בוויסות עצמי (כגון שליטה בדחפים, מיקוד תשומת הלב, פתרון בעיות וארגון התנהגות), לבעיות קשב ולבעיות נפשיות בשלבים מאוחרים בחיים (Randhawa & Bisht, 2024).

השפעה על ההתפתחות הקוגניטיבית ועל הלמידה: בקרב ילדים בגיל הרך שחוו או חווים טראומה עלולים להיווצר עיכובים קוגניטיביים ושפתיים, והם עלולים לגרום קשיי למידה גם בגיל צעיר וגם בעתיד. מן הספרות המקצועית עלה שבקרב ילדים שסבלו מהתעללות בגיל הרך התגלו עיכובים חמורים בהתפתחות השפה וציונים נמוכים מאוד במדדים של קשב, הבנה של מושגים וכישורים קוגניטיביים המנבאים מוכנות לבית הספר. בלא התערבות מתאימה קשיים מוקדמים בשפה, בקשב או בהיבטים אחרים בקרב ילדים צעירים שחוו טראומה עשויים להמשיך לפגוע בתפקודם ולכן גם בהישגיהם הלימודיים בבית הספר (Bartlett & Smith, 2019; Childhood Trauma Task Force, 2022).

השפעה על התקשרות (attachment): כאמור, ילדים שחוו טראומה עשויים להפגין חוסר אמון, נסיגה רגשית או תוקפנות כלפי אחרים, להתקשות ביצירת קשרים חבריים בריאים, מערכות יחסים חיוביות ואינטראקציות תקינות עם דמויות סמכות. לפיכך כאשר מטפלים בילדים בגיל הרך שחוו טראומה, חשוב לתמוך ביחסי ההתקשרות העיקריים שלהם (Lieberman & Van Horn, 2008; Vanderzee et al., 2019).

השפעה על התפתחות חברתית-רגשית: טראומה בגיל הרך קשורה למגוון רחב של בעיות חברתיות-רגשיות בילדות, בגיל ההתבגרות ובבגרות. ההשפעות לטווח הקצר הן קשיים בהתמודדות עם לחץ, תחושות חוסר אונים, חוסר ערך וייאוש, הערכה עצמית מועטה ותחושת אחריות לאירועים רעים שקורים. בעיות התנהגות נפוצות גם הן ועלולות להחמיר ולפגוע בכישורים חברתיים. הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) יכולה לצוץ גם בגיל הרך. כ-39% מן הילדים בגיל הגן מפתחים PTSD לאחר אירוע טראומטי, ואף דווח על PTSD בקרב פעוטות בני 12 חודשים (Bartlett & Smith, 2019). לילדים שחווים טראומה בגיל הרך יש סיכון גבוה לסבול מחרדה ודיכאון, מקשיים במצבים חברתיים ומקושי בקבלת שבחים בגיל מבוגר יותר (Loomis, 2018).

השפעה על בריאות פיזית והתפתחות: אירועים טראומטיים מסוימים יכולים לגרום נזק פיזי מיידי (כגון תאונת דרכים או התעללות פיזית), ויש אירועים שהשפעותיהם הפיזיות מופיעות לאחר זמן רב. לדוגמה: טראומה בגיל הרך עלולה לגרום להפרעות ביולוגיות שיש להן השפעות ארוכות טווח ובכלל זה מחלות לב בבגרות, סרטן, אלכוהוליזם, דיכאון, שימוש בסמים, השמנת יתר ועישון (Randhawa & Bisht, 2024).

## השפעות ייחודיות של טראומה בגיל הרך לפי גיל

בספרות המקצועית לפעמים יש התייחסות אחידה לכלל הילדים בגיל הרך, ולפעמים יש הפרדה בין קבוצות הגיל "לידה עד שלוש" ו"שלוש עד שש". הפרדה זו נובעת מן ההבדלים בין קבוצות גיל אלו בהתפתחות המוחית, הקוגניטיבית, השפתית והרגשית של ילדים, והשפעת ההתפתחות על האופן שילדים חווים טראומה ומגיבים אליה. בגיל לידה עד גיל שלוש עיקר ההשפעה הוא על התקשרות ועל התפתחות מוחית בסיסית, ואילו בגיל שלוש עד שש ניכרת השפעה על התפתחות רגשית, חברתית וקוגניטיבית (Fredrickson, 2019; Madigan et al., 2019).

טראומה בגיל לידה עד שלוש:

1. **התפתחות מוחית:** תקופה שמאופיינת בגדילה ובהתפתחות מואצת של המוח, וקשרים נירונליים נוצרים בקצב מהיר, בעיקר באזורים הקשורים לרגשות, להתקשרות ולוויסות עצמי. טראומה בגיל זה עלולה לשנות את מבנה המוח ואת תפקודו, בייחוד באזורים האמיגדלה, ההיפוקמפוס והקורטקס הקדם-מצחי.
2. **התקשרות ראשונית:** בתקופה זו יש חשיבות מכרעת ליצירת התקשרות עם הדמויות המטפלות. טראומה בגיל זה יכולה לגרום בעיות התקשרות (attachment) כגון התקשרות לא בטוחה או התקשרות נמנעת.
3. **התפתחות רגשית:** ילדים בגיל הזה מתחילים להבין ולהביע רגשות, אך יכולתם לווסת את הרגשות מוגבלת. טראומה יכולה לגרום לבעיות בוויסות הרגשי ולהתנהגויות רגרסיביות.
4. **יכולת תקשורת מוגבלת:** הבעה רגשית מתבצעת בעיקר דרך בכי, הבעות פנים ושפת גוף, ללא יכולת מילולית להסביר תחושות.

טראומה בגילים שלוש עד שש:

1. **התפתחות קוגניטיבית:** בגילים אלו מתחילות להתפתח יכולות קוגניטיביות מורכבות בקרב ילדים כגון דמיון וחשיבה סימבולית ויכולת מילולית שמאפשרת להביע תחושות ורעיונות במפורש. טראומה יכולה להשפיע על התפתחות כישורים קוגניטיביים ותפקוד לימודי. אף על פי שהיכולות הקוגניטיביות מתפתחות, ילדים בגילים אלו עשויים עדיין להתקשות להבין ולהסביר חוויות טראומטיות במלואן, והם עלולים לטעות בפרשנות עצמית (למשל, תחושת אשמה).
2. **התפתחות חברתית:** בתקופה זו מתחילים להיווצר קשרים חברתיים מחוץ למשפחה. טראומה בגילים אלו עלולה להשפיע על התפתחות הכישורים החברתיים – לגרום קשיים בתקשורת ובמשחק חברתי ולהוביל לביטויים של תוקפנות או פחדים מוגברים.
3. **יכולת עיבוד של המידע וטיפול בו:** ילדים בגילים אלו מתחילים להבין את מורכבות חוויותיהם ולשקף אותן. הם יכולים להפגין סימפטומים של PTSD כגון חזרה על הטרומה במשחק או בציור.
4. **תחושת עצמאות:** ילדים בגילים אלו מתחילים לגלות עצמאות ולהשתתף בהתרחשויות שבסביבתם.

בעזרת תמיכה וטיפול מתאימים ילדים קטנים מסוגלים לפתח חוסן, כלומר לפתח יכולת התמודדות עם אירועים מלחיצים או טראומטיים ויכולת הסתגלות, ולהמשיך בתהליך התפתחות תקין. חוסן אינו בהכרח תכונה מולדת אלא הוא יכול להיות תכונה נרכשת בסביבה תומכת (Bartlett & Smith, 2019; Lipscomb et al., 2019). בלי תמיכה וטיפול מתאימים השפעת הטרומות בגיל הרך, מלבד המתונות ביותר, תימשך שנים (Cummins et al., 2017; Loomis, 2018). יכולת ההתאוששות של ילד מטרומה תלויה בגיל הילד, באופי הטרומה ובהימצאות גורמי סיכון אחרים (כגון מחלות נפש של ההורים, עוני, אלימות ובידוד חברתי) וגורמי חוסן (כגון מטפל תומך, תמיכה משפחתית, תמיכה חברתית). **ניתוח מטא-אנליטי של 25 מחקרים איכותניים** (Randhawa & Bisht, 2024) התמקד במגוון תחומים של טראומה בילדות ובכלל זה התעללות פיזית, הזנחה פיזית, התעללות רגשית, הזנחה רגשית והתעללות מינית. מן הניתוח עלתה החשיבות בזיהוי מוקדם ובטיפול בטרומה בילדות כדי למנוע השפעות ארוכות טווח על התפתחות הילד. בהקשר הזה יש חשיבות מיוחדת להבנה מעמיקה של השפעות הטרומה בגיל הרך, שכן שלב חיים זה הוא קריטי להתפתחות רגשית וקוגניטיבית, ולפגיעה בו עלולה להיות השפעה מתמשכת על רווחתו ועל בריאותו של הילד בעתיד.

## 4.2.2 השפעות הטרומה בגיל הרך על הורי הילד

בגיל הרך חוויותיו של הילד מעובדות במידה רבה באמצעות הקשר עם הדמות המטפלת המרכזית. חשיפה לאירוע טראומי עלולה לפגוע הן ביכולת הוויסות העצמי של הילד הן ביכולת ההורה לווסת את תגובתיו הרגשיות והפיזיולוגיות במפגש עם מצבי מצוקה והן בתהליכי הוויסות ההדדי (co-regulation) בין הילד להורה. על פי הספרות המקצועית העוסקת בהתפתחות, תהליכי הוויסות ההדדי הם רכיב קריטי בבניית תחושת ביטחון ובפיתוח מנגנוני יסות עצמי, ולפיכך לפגיעה בהם עלולה להיות השפעה מתמשכת על ההתפתחות הרגשית והקוגניטיבית של הילד (Tronick, 2007).

טיפול בילד בגיל הרך שעבר טראומה עשוי לאתגר את ההורים, ומצוקה של הורים עלולה לפגוע ביכולתם להגיב ברגישות לילד ולהגביר את מצוקתו. לפעמים ייתכן שגם ההורים עצמם היו קורבנות לאירוע טראומטי כמו האירוע של ילדם (למשל אלימות במשפחה, אסון טבע, מלחמה). במקרים אלו הורה וילד עלולים ליצור "טריגר טראומטי" זה בזה – הטרומה של הילד עלולה

לשמש טריגר רגשי להורה שהוא קורבן לטראומה בעצמו. כלומר, הילד וההורה נהפכים ל"תזכורות טראומטיות" זה לזה – נוכחותו של האחד מזכירה לאחר את הטראומה שאירעה לשניהם (דויד, 2018).

אשמה היא רגש שיכול להתעורר בהורים שילדיהם נפגעו מאירועים טראומטיים, גם אם אינם אשמים באירוע הטראומה. הורים שרואים בהגנה על הילד את תפקידם חשים כי כשלו בו כשקורים לילדם אירועים לא צפויים וקשים. לעיתים תחושת האשמה חוסמת את היכולת של ההורה לדבר על האירוע. תחושת האשמה גוברת כמובן כשההורים הם הגורמים לטראומה של ילדיהם, למשל בהתעללות, אז הם עלולים להכחיש את האירוע ואת הנזק הפיזי או הרגשי שנגרם לילד (דויד, 2018). טראומה יכולה גם להגביר התנהגות מגוננת של ההורה, לעיתים במידה שאינה מותאמת לסביבה, ולהתבטא בהימנעות מפעילות, בהגברת השליטה על הילד (כרוכה בכעס מרובה לעיתים קרובות), בביטוי גלוי של פחד וחשש, באזהרת הילד, בהתייחסות לילד כאל פגיע מאוד. ילדים שחוו טראומה יכולים לגלות אי-שקט או חוסר יכולת להירגע, לנהוג באלימות ולהגיב בהתפרצויות זעם, והוריהם עלולים להרגיש תסכול ולחץ נפשי כי הם מותשים או חסרי כלים ומיומנויות להתמודד עם ההתנהגויות הללו.

טיפול בילד שחווה טראומה יכול להשפיע על מגוון היבטים בחיי המשפחה. כאשר המשפחה נתונה בלחץ ומשאביה הרגשיים מוגבלים, ההתמודדות עלולה להכביד על שגרת היום-יום וייתכנו קונפליקטים בין בני הזוג עצמם, בינם ובין אחיו של הילד ובין האחים. לפעמים בני המשפחה חווים פרדות כפויות ומסכנות, למשל בגלל אלימות במשפחה או התעללות בילדים. זאת ועוד, ההורים עשויים להפסיד ימי עבודה בגלל הקושי של אנשי מקצוע ואנשי חינוך להתמודד עם ההתנהגויות המתגרות של הילדים במסגרות חינוך-טיפוח (ECE), ולעיתים הילדים מושעים, מורחקים או נשלחים לביתם לפני תום יום הלימודים (Majebi et al., 2024).

### 4.2.3 השפעות הטראומה על המסגרות לילדים בגיל הרך

מסגרות חינוך-טיפוח של ילדים בגיל הרך יכולות להיות מושפעות מן הטראומה שחווים ילדים בגיל זה בשל התנהגויות מאתגרות ומוחצנות של הילדים כגון הפרעות לשגרת הפעילות ולילדים האחרים במסגרות. יש ילדים המתמודדים עם בעיות חמורות המגבילות את יכולתם להשתתף בפעילויות וליהנות מכל היתרונות של מסגרות אלו. התוצאה היא שאנשי המקצוע שעובדים במסגרות עלולים לחוות עומס, מתח ושחיקה. מתח בעבודה מצמצם את היכולת של אנשי מקצוע בגיל הרך לטפל ביעילות בילדים המתמודדים עם בעיות רגשיות והתנהגותיות. לדוגמה: נמצא כי רמות גבוהות של מתח במקום העבודה מובילות לעימותים בין מורים לילדים בתוכניות כגון "Head Start"<sup>2</sup>. רבים מאנשי המקצוע בתחום זה חשים שאיו להם כלים להתמודד עם ילדים אלו, ולעיתים קרובות הם מתלבטים בין התמקדות בצורכי ילד מסוים לצורכי הקבוצה. הדרישות בניהול ילדים עם צרכים רגשיים והתנהגותיים מורכבים, בייחוד בהיעדר הכשרה, תמיכה וטיפוח עצמי (self care) מספקות, לעיתים קרובות גורמות טראומה משנית בקרב אנשי הצוות (תחושת עייפות או הצפה נפשית, רגשית או פיזית בגלל טיפוח בילדים שנפגעו מטראומה או בשל חשיפה מתמשכת לסיפורי הטראומה של הילדים), שחיקה ותחלופה (Harden, 2015). על כן בארצות הברית ילדים שחוו טראומה נאלצים לעיתים לעזוב את מסגרת החינוך אם בשל השעיה והרחקה אם בשל קושי של המסגרת לקלוט אותם. ההשפעות הן גם על משפחותיהם, שכן

---

<sup>2</sup> Head Start היא תוכנית פדרלית שפועלת בארצות הברית ומטרתה לספק שירותים איכותיים מקיפים בתחומי החינוך, הבריאות וההזנה לילדים בגיל הרך ממשפחות מעוטות הכנסה. התוכנית דוגלת בהבטחת איכות המסגרות שהיא מפעילה לפי סטנדרטים של כוח אדם איכותי והתערבות איכותית.

הן נדרשות להתמודד עם מציאות שבה ילדיהם מוצאים מחוץ למסגרת. מחקרים מראים כי לילדים אפרו-אמריקנים ולבנים סיכון מוגבר להרחקות ולהשעיות בין היתר בשל דעות קדומות בלתי מודעות מצד מורים וצוותי חינוך (Bartlett et al., 2017).

## 4.3 כלים לאיתור, לזיהוי ולאבחון טראומה בגיל הרך

### 4.3.1 חשיבות הזיהוי והאיתור של טראומה

הזיהוי והאיתור של טראומה בגיל הרך חשובים ביותר בשל השפעתה על התפתחות הילד (Vanderzee et al., 2019). תהליך הזיהוי דורש רגישות, שיטות עבודה ברורות ושיתוף פעולה בין אנשי מקצוע. הזיהוי מתמקד בשני רכיבים מרכזיים: הראשון הוא חשיפה לאירועים ולחוויות טראומטיות ובכלל זה אובדן של אדם קרוב או כל אובדן המשפיע על הילד, והרכיב השני הוא תגובת הילד לטראומה והסימפטומים שניכרים בהתנהגותו – דיסוציאציה, התפרצויות כעס, בעיות התנהגות, דיכאון וחרדה – והתפתחות פוסט-טראומה. מאחר שלא כל ילד שחווה אירוע קשה או נחשף אליו יפתח בהכרח פוסט-טראומה, תהליך איתור טראומה אינו יכול להתבסס אך ורק על עצם החשיפה לאירוע שלילי, אלא הוא מחייב בחינה של התגובה של הילד החל בהתנהגות ורגש וכלה בסימפטומים פוסט-טראומטיים. (Childhood Trauma Task Force, 2022; Nugent & Puura, 2024).

יש כמה עקרונות עבודה חשובים בתהליך הזיהוי והאיתור של ילדים בגיל הרך שחוו טראומה (Childhood Trauma Task Force, 2022):

**מעורבות משפחתית בתהליך הזיהוי:** עבודה בשיתוף פעולה עם המשפחות כדי להשיג הבנה רחבה של חוויות הילד, לתת תמיכה למשפחות ולשפר את יכולתן להתמודד עם השפעות הטראומה.

**מניעת הטיה בזיהוי טראומה:** הכשרה לאנשי מקצוע כדי למנוע הטיית הנובעות מתפיסות שגויות על פי מגדר, מוצא אתני או מעמד חברתי ולעזור להם לראות בטראומה חוויה אוניברסלית המושפעת ממגוון גורמים חברתיים וסביבתיים.

**גישה אינטגרטיבית:** שילוב מקצועות טיפול ובכלל זה עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי חינוך כדי להבטיח שיתוף מידע ביניהם ותמיכה כוללת בילד לצד שמירה על פרטיותו.

**תיעוד ודיווח שיטתיים:** יצירת תהליכים ברורים לתיעוד מקרים שיש בהם חשד לטראומה ולדיווח עליהם, ושמירה על מידע רגיש על פי תקנות פרטיות ורגולציות.

### מאיתור לאבחון טראומה – אתגרים מרכזיים

למרות החשיבות של תהליך הזיהוי והאיתור, הוא אינו חף מקשיים. ראשית, אחד האתגרים הגדולים הוא ההבחנה בין תגובות טראומטיות ובין פסיכופתולוגיה בגיל הרך. ההתפתחות המהירה בשנים הראשונות לחיים מקשה על קביעת "קו ההתחלה" (baseline) להשוואה, ורפרטואר ההתנהגויות המצומצם עלול לגרום בלבול בין חוסר בשלות נורמטיבי ובין סימפטומים פתולוגיים. שנית, בהיעדר דיווח עצמי מצד הילד, אנשי המקצוע נאלצים להסתמך על דיווחי הורים או על תצפיות, ואלו עלולים להיות מוטעים. לכך מצטרף החשש מסטיגמטיזציה, כלומר החשש כי לאיתור הטראומה יתלווה תיוג שלילי של הילד ושל משפחתו מוטעים. (Childhood Trauma Task Force, 2022; Choi & Graham-Bermann, 2018). לבסוף, כאשר נעשה שימוש בכלים שאינם מותאמים לגיל הרך, יש סיכון לאבחנות חסרות או שגויות.

## 4.3.2 מערכות סיווג לאבחון בגיל הרך

במישור הקליני האבחון נשען על מערכות סיווג רשמיות. במהדורה השישית של המדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות **DSM-5-TR (Text Revision)** עודכנו הקריטריונים לאבחנת PTSD, ועתה נכללים בו פעוטות וילדים צעירים (עד גיל חמש). אולם הקריטריונים האלה אינם מתייחסים לכל ההיבטים ההתפתחותיים הייחודיים לגיל זה כגון הפרעות נירו-התפתחותיות (ספקטרום האוטיזם, קשב וריכוז, שפה ודיבור), הפרעות שינה או הפרעות התקשרות, הנפוצות בילדים שחוו טראומה מוקדמת או הורות שאינה מספקת (Zeanah & Mirzoy, 2024). לעומתו הסיווג הדיאגנוסטי של הפרעות פסיכיאטריות והתפתחותיות בינקות ובילדות המוקדמת **DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood**, שפרסם הארגון Zero to Three, מציע מסגרת רחבה ומותאמת יותר לגיל הרך. הסיווג כולל פרק ייעודי לאבחון טראומה וקשיי התפתחות ומתייחס לדינמיקות החברתיות, הרגשיות וההתפתחותיות המאפיינות ילדים צעירים. [גרסה 2.0](#), הגרסה המעודכנת של DC:0-5™ שפורסמה בשנת 2021, משפרת את יכולתם של אנשי מקצוע לאבחן בעיות בריאות הנפש בקרב תינוקות וילדים בגיל הרך באמצעות זיהוי ותיאור של הפרעות שאינן מוזכרות במערכות סיווג אחרות ולטפל בהן באמצעות גישות התערבות מועילות. בסיווג הזה יש פרק לאבחון טראומה, עקה ובעיות התפתחות. אנשי מקצוע נוטים בדרך כלל לשלב את השימוש בשני הכלים כדי לקבל תמונה שלמה באבחון ילדים בגיל הרך (Zeanah & Mizrov, 2024).

חוץ מן הסיווגים הדיאגנוסטיים נעשה שימוש במגוון כלים קליניים ומחקריים לצורך איתור וזיהוי טראומה בגיל הרך (חלקם מתבססים על DSM-5-TR ועל ה-DC:0-5™):

1. **תצפיות התנהגותיות:** מבוססות על זיהוי שינויים בהתנהגות הילד – שינויים בדפוסי שינה ואכילה, הופעת התנהגות גרסביית (חזרה להתנהגויות האופייניות לגיל צעיר יותר), קשיים בוויסות רגשי ודפוסי משחק בלתי שגרתיים כגון משחק חזרתי או משחק בעל מאפיינים טראומטיים.
2. **כלי הערכה מובנים:** שימוש בכלים ובמדדים פסיכולוגיים סטנדרטיים המיועדים להערכת השפעות הטראומה בקרב ילדים צעירים והתייחסות להיבטים רגשיים, קוגניטיביים והתנהגותיים.
3. **דיווחי הורים ומטפלים:** שימוש בשאלונים המיועדים להורים ולאנשי צוות החינוך המשמשים מקור מידע חשוב באיתור טראומה. השאלונים מאפשרים זיהוי מוקדם של קשיים רגשיים והתנהגותיים שעלולים להצביע על חוויות טראומטיות.
4. **ראיונות קליניים מובנים:** באמצעות שיחות מובנות עם הילד, עם ההורים או עם אנשי צוות החינוך אפשר לאפיין את חוויותיו של הילד ולזהות סימנים המעידים על חשיפה לטראומה והשפעותיה.
5. **משחק וציור:** לעיתים ילדים בגיל הרך מתקשים לבטא במילים את חוויותיהם, ולכן שימוש במשחקים טיפוליים, סיפורים השלכתיים וציורים יכול לסייע בזיהוי דפוסים רגשיים ולחשוף בעקיפין חוויות טראומטיות.
6. **מדדים ביולוגיים וניורופיזיולוגיים:** במקרים מסוימים ובייחוד במחקרים נעשה שימוש במדדים פיזיולוגיים כגון קצב לב, תגובת עור לגירויים ומדדים ניורוביולוגיים אחרים כדי לזהות סימני מצוקה רגשית הקשורים לטראומה.

הזיהוי והאבחון של טראומה בגיל הרך הוא תהליך מורכב הדורש שילוב בין איתור ראשוני רגיש, שימוש בכלים קליניים מותאמים לגיל והבחנה זהירה בין טראומה לבין פסיכופתולוגיה. השימוש במערכות סיווג רשמיות לצד כלי הערכה יישומיים מאפשר קבלת תמונה רחבה, אך מחייב משאבים, הכשרה ושיתוף פעולה רב-תחומי.

**לוח 1** מציג דוגמאות לכלים אפשריים לזיהוי ולאבחון טראומה שפותחו במיוחד עבור ילדים בגיל הרך או הותאמו לגיל הרך.

**לוח 1:** כלים אפשריים לזיהוי ולאבחון טראומה שפותחו במיוחד עבור ילדים בגיל הרך או הותאמו לגיל הרך

שם הכלי	תיאור הכלי	יתרונות הכלי	חסרונות הכלי
<a href="#"><u>The Pediatric ACEs and Related Life Events Screener (PEARLS)</u></a>	שאלון דיווח עצמי להורים או למטפלים שפותח בארצות הברית כדי לאפיין חוויות של פעוטות וילדים בגיל הרך (ACEs <sup>3</sup> ). בשאלון יש שאלות המותאמות לגיל הרך ומתייחסות גם לאירועי חיים שליליים אחרים מלבד ACEs-nkcs	השאלון קצר וקל להבנה ומאפשר להורים ולמטפלים למלא אותו במהירות	תלות רבה בדיווחי ההורים והמטפלים ציון ACEs גבוה עשוי לגרום תיוג של הילד או משפחתו, בייחוד אם המידע אינו משולב בהערכה קלינית רחבה יותר
<a href="#"><u>TESI-PRR (Parent Report Revised)</u></a>	שאלון להורים של ילדים בגיל הרך שפותח בארצות הברית כדי לזהות אירועים טראומטיים שחווה הילד. השאלון מתמקד במגוון רחב של מצבים טראומטיים כגון תאונות, אשפוזים רפואיים, חשיפה לאלימות או פגיעות פיזיות, והשאלות הותאמו ליכולת ההבנה של הורים לילדים צעירים	הערכה מפורטת של מידת החשיפה לאירועים טראומטיים – התייחסות לסוגים רבים של אירועים כדי לזהות מגוון רחב של חוויות שליליות זיהוי אירועים שאינם כלולים בשאלון ACEs כגון תאונות רפואיות או פגיעות לא מכוונות	נדרשת הכשרה מסוימת כדי למלאו במדויק ולפרש את הממצאים השאלון אינו מודד תסמיני PTSD או השפעות רגשיות – הוא מתמקד בחשיפה לטראומה אך אינו מספק מידע על השפעותיה הנפשיות
<a href="#"><u>Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)</u></a>	שאלון להורים או למטפלים המורכב מ-90 היגדים שפותח בארצות הברית. הכלי מיועד לאיתור התנהגויות שיכולות להעיד על חוויות טראומטיות בקרב ילדים בני 3-12, ויש בו שאלות להורים או למטפלים על התנהגויות והתנסויות	השאלון מתמקד בטראומה ומספק תובנות בכמה תחומים ובכלל זה חרדה, דיכאון ותוקפנות נחשב לכלי מבוסס היטב לזיהוי טראומה בילדים צעירים	תלות רבה בדיווחי ההורים הכלי עלול להחמיץ תסמינים לא ברורים או סמויים
<a href="#"><u>Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA)</u></a>	ריאיון קליני חצי מובנה שפותח בארצות הברית ונועד לזיהוי הפרעות נפשיות בגיל הרך (תשעה חודשים עד שש שנים) הריאיון נערך עם ההורה או עם הדמות המטפלת המרכזית בילד. איש מקצוע קליני (פסיכולוג קליני, פסיכיאטר ילדים, לעיתים עובד סוציאלי קליני) מנחה את הריאיון, שואל את השאלות לפי הפרוטוקול, מתעד את התשובות ומפענח אותן.	השאלות מותאמות לגיל הרך ומתמקדות ב- <b>TR-IV-DSM</b> . בריאיון יש התייחסות להפרעות רבות ובכלל זה פוסט-טראומה (PTSD)	דורש זמן רב יחסית לביצוע הריאיון הקליני והוא מצריך מומחיות מקצועית ברמה גבוהה

שם הכלי	תיאור הכלי	יתרונות הכלי	חסרונות הכלי
<a href="#"><u>Young Child PTSD Checklist</u></a>	רשימת סימפטומים קצרה (checklist) שפותחה בארצות הברית על בסיס הקריטריונים ב-DSM במחקרים אפידמיולוגיים: ההורה או המטפל ממלא את הטופס כחלק מסקר או שאלון רחב יותר. <b>במסגרות קליניות:</b> איש מקצוע (פסיכולוג, רופא, עובד סוציאלי) מציג את השאלון ושואל את ההורה או המטפל על התנהגויות או סימפטומים שנצפו בילד. הרשימה נגישה ופשוטה לשימוש, בייחוד במחקרי אוכלוסייה ובמסגרות קליניות שנדרש בהן כלי מהיר לאיתור ראשוני.	מותאם לגיל הרך מתמקד בטראומה ובתסמיניה בלבד	מחייב דיווח מהורים או מטפלים ייתכן שלא יזוהו תסמינים חבויים
<a href="#"><u>Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)</u></a>	ריאיון קליני חצי מובנה שפותח בארצות הברית ומיועד להערכת הפרעות פסיכיאטריות בגיל הרך	השאלות בו מותאמות לילדים בגיל הרך מתייחס לטווח רחב של הפרעות	נדרשים משאבים רבים (גם במונחי זמן) ליישומו אינו מתמקד רק בטראומה
<a href="#"><u>Child Behavior Checklist (CBCL)</u></a>	שאלון שפותח בארצות הברית לדיווח על ידי הורים או מטפלים. השאלון משמש להערכת מגוון רחב של בעיות רגשיות והתנהגותיות	מספק מגוון מדדים ובכלל זה בעיות שהביטוי שלהן פנימי (כמו חרדה ודיכאון) ובעיות שהביטוי שלהן חיצוני (כמו תוקפנות) בכלי יש מדד ספציפי לזיהוי תסמיני PTSD	אינו מתמקד רק בטראומה דורש תיווך של מבוגר, אולם המבוגר עשוי להיות מושפע מאירועי הטראומה
<a href="#"><u>Child Trust Events Survey (CTES)</u></a>	שאלון שפותח בארצות הברית ומתאים להורים של ילדים מתחת לגיל שמונה. יש בו 26 פריטים העוסקים במגוון רחב של אירועים טראומטיים ובכלל זה תאונות, אלימות, התעללות, אובדן מטפלים ומצבים רפואיים, והם מספקים תמונה מקיפה	מבוסס על שאלונים פשוטים יחסית, וההורים או אנשי המקצוע בתחום יכולים למלאם די בקלות מאפשר לזהות ילדים העשויים להיות זקוקים להתערבות מוקדמת או לטיפול נוסף בגלל רקע טראומטי	בילדים צעירים מאוד (מתחת לגיל שנה) היכולת לזהות ולהבחין בין רגשות עדיין מוגבלת, ולכן הם אינם מסוגלים להביע במישרין את החוויות הרגשיות הקשורות לטראומה. עובדה זו מקשה על ההורים ואנשי המקצוע להציג תמונה מלאה של השפעות הטראומה בגיל זה
<a href="#"><u>Story Stem Assessment Profile (SSAP)</u></a>	שיטת תצפית שפותחה בבריטניה ומבוססת על משחק – הילד מגיב לסיפורים קצרים (story stems) שמתארים מצבים רגשיים מורכבים	מתאים במיוחד לילדים בני ארבע-תשע ובייחוד לילדים שאינם יכולים לבטא את עצמם מילולית מספק גישה ייחודית להבנת עיבוד רגשי ולזיהוי חוויות טראומטיות	מצריך פרשנות מקצועית מעמיקה של התגובות עלול להיות מוגבל בתקפות ובמהימנות

שם הכלי	תיאור הכלי	יתרונות הכלי	חסרונות הכלי
<a href="#">Odense Child Trauma Screening (OCTS)</a>	כלי מבוסס על הטכניקה "stem story" (השלמת סיפורים) שפותח ב <b>דנמרק</b> ומשמש להערכת סימני טראומה בקרב ילדים בני שלוש-שמונה. הכלי הותאם לילדים בגיל הרך ומתחשב ביכולותיהם השפתיות, הרגשיות והקוגניטיביות	הכלי מותאם במיוחד לילדים צעירים בני שלוש-שמונה ומבוסס על השלמת סיפורים באמצעות משחק ובובות, (story stem) ולכן אינו דורש יכולת מילולית גבוהה מצד הילד <b>נמצא בעל מהימנות ותקפות טובות</b> במחקרים ראשוניים, ומאפשר לזהות גם סימני טראומה וגם אסטרטגיות התמודדות של הילד מתאים לשימוש במגוון הקשרים תרבותיים ויכול לשמש לא רק קלינאים אלא גם חוקרים.	כלי <b>חדש יחסית</b> , ולכן נדרשים מחקרים נוספים להרחבת התקפות התרבותית של הכלי. <b>דורש זמן ומשאבים</b> גם בביצוע (כחצי שעה) וגם בקידוד (עד שעה), מה שמכביד על שימוש רחב בשגרה. יש צורך בזהירות בפרשנות, שכן חלק מההתנהגויות שנצפות יכולות לשקף גם תהליכים התפתחותיים נורמטיביים ולא בהכרח טראומה.
<b>כלי סינון רב-שכבתי לאיתור טראומה בגיל הרך</b> (Bisagno et al., 2023)	כלי זיהוי וסינון שפותח בשותפות של ארבע מדינות באירופה – בלגיה, איטליה, לטביה והונגריה – מיועד לילדים מלידה עד גיל 3. כולל שלוש שכבות: (1) חמישה "דגלים אדומים" המצריכים פעולה מיידית; (2) סינון מהיר עם 12 פריטים בארבעה תחומים (הזנחת צרכים בסיסיים, עיכובים התפתחותיים, התנהגויות לא רגילות, אינטראקציה עם המטפלים); (3) שאלון מעמיק עם 25 פריטים להשלמת התצפית	מותאם לגיל לידה עד שלוש - כלי רב-שכבתי המאפשר תגובה מדורגת – מסינון מהיר ועד הערכה מעמיקה. - פותח בשותפות רב-תחומית (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, אנשי חינוך ובריאות). - הותאם לחוקים, תקנות ומבני משפחות במדינות שונות, ולכן גמיש להקשרים תרבותיים.	עדיין כלי חדש יחסית – דרושות בדיקות נוספות של המהימנות ותקפות. - דורש הכשרה לאנשי צוות כדי להבטיח שימוש נכון.

בניגוד לכלים האמריקניים, המתבססים בעיקר על שאלונים ועל ראיונות עם הורים או מטפלים, שלושת הכלים שפותחו באירופה מציעים מגוון מתודולוגיות לאיתור טראומה בגיל הרך. כלים אלו אינם נשענים רק על שאלונים ועל ראיונות אלא על שימוש בטכניקות השלכתיות או מודלים רב-שכבתיים, והם מותאמים במיוחד למאפייני הגיל הצעיר. הכלי מבריטניה ודנמרק הם כלים של השלמת סיפורים. וכללי הסינון הרב-שכבתי פותח באמצעות "המעבדה החיה" (ראו **תיבה 2**): השכבה הראשונה מורכבת מחמישה "דגלים אדומים" המצביעים על דאגה מיוחדת ודורשים פעולה מיידית. השכבה השנייה מורכבת מסינון מהיר באמצעות 12 פריטים המתמקדים בארבעה תחומים: הזנחת צרכים בסיסיים, עיכובים בהתפתחות, התנהגויות לא רגילות, אינטראקציה עם המטפלים. השכבה השלישית מורכבת משאלון מעמיק ובו 25 פריטים. השאלון מסייע להשלים תצפית מעמיקה בארבעת התחומים שהוזכרו בסינון המהיר. הכלי הותאם לתקנות ולחוקים, לגישות החינוכיות ולמבנה המשפחות בכל אחת מארבע המדינות. במאמר

## תיבה 2

"מעבדה חיה" (Living Lab) היא סביבה מחקרית חדשנית ומציאותית המשלבת משתמשים אמיתיים בתהליך פיתוח, ניסוי והערכה של טכנולוגיות, של שירותים או של מדיניות. המעבדה החיה מבוססת על **שיתוף פעולה רב-תחומי** בין חוקרים, ממשלות וקהילות כדי ליצור פתרונות המותאמים לצרכים האמיתיים של המשתמשים.

המודל מתאפיין במחקר מבוסס משתתפים שבו המשתתפים אינם רק נבדקים אלא גם שותפים פעילים בתהליך העיצוב והחדשנות. מעבדות חיות נפוצות בתחומים כגון **ערים חכמות, בריאות דיגיטלית, חינוך, סביבה, ופיתוח טכנולוגיות חברתיות**.

הודגשה חשיבות שיתוף הפעולה בין אנשי מקצוע מגוון דיסציפלינות (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, אנשי בריאות ואנשי חינוך) לפיתוח הכלי ולהגברת המודעות ולשיפור היכולת לזהות בעיות בילדים שחוו טראומה.

יש עוד כלים כגון **PEDS** (Parents' Evaluation of Developmental Status) ו-**PSC** (Pediatric Symptom Checklist) שאומנם לא תוכננו במיוחד לזיהוי טראומה בקרב ילדים בגיל הרך, אך אפשר להרחיב את השימוש בהם לזיהוי סימנים של טראומה בגיל הרך.

למעשה אין כלי הערכה אחד שמתאים לכל הילדים. מומלץ לשלב כלים (למשל, תצפיות קליניות לצד כלים מובנים) מגוון מקורות מידע (הורים, גננות ומטפלים) כדי שתתקבל הערכה מקיפה, מלאה ומדויקת של הטראומה בגיל הרך המתחשבת בהיבטיים רגשיים, התנהגותיים ופזיולוגיים של הילד ובהקשר התרבותי והמשפחתי. וכן חשוב שההערכה לא תהיה אירוע חד-פעמי בלבד אלא תיעשה שוב לאחר זמן מה כדי לעקוב אחר שינויים בהתפתחות ובתפקוד (Vanderzee et al., 2019). שאלוני ACEs עשויים לסייע באיתור אוכלוסיות בסיכון, אך הספרות מצביעה על מגבלות כגון תלות בדיווח הורי, סיכון לסטיגמטיזציה ואתגרי יישום אתיים. לכן יש לשלבם תמיד בתוך הערכה קלינית רחבה ורגישה לתרבות (Loveday et al., 2022).

השירותים שאפשר לבצע בהם הערכה: שירותים רפואיים (במסגרת ביקורים שגרתיים אצל רופא ילדים); מסגרות חינוך (גני ילדים ומעונות יום); תוכניות תמיכה והדרכת הורים בקהילה. תהליך ההערכה יכול לשמש מעין התערבות כי הוא מגביר את מודעות ההורים להתפתחות הילד ולחיצוק הקשר שלהם איתו ומאפשר להורים לקבל תמיכה והכוונה מקצועית (Nugent & Puura, 2024).

## 4.4 גישות לטיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובמשפחותיהם

יש מגוון גישות טיפוליות להתמודדות עם טראומה בגיל הרך, חלקן מתמקדות בילד עצמו וחלקן בהוריו ובמערכת המשפחתית הרחבה. הצלחת הטיפול תלויה לא רק בטכניקות הטיפול עצמן אלא גם בסביבה תומכת שהילד חש בה בטוח, מוערך ומובן, והיא מספקת לו יציבות רגשית וחברתית.

בסביבה התומכת בילד נכללות מערכות היחסים הקרובות שמלוות אותו יום-יום – הורים, גננות ובני משפחה אחרים – לצד רשתות תמיכה רחבות יותר בקהילה (Cummings et al., 2017).

נוסף על כך יש חשיבות להערכה מתמדת של תוצאות הטיפול על ידי המטפלים כדי לבדוק את התקדמות הילד ולוודא שההתערבויות משיגות את התוצאות הרצויות ומסייעות בשיפור הרווחה הכללית שלו (Clements et al., 2019). **בלוח 2** מוצגות מגוון גישות טיפול – מטרות, עקרונות מרכזיים וממצאי מחקרים התומכים בהן.

שם הגישה	מטרת הגישה	עקרונות מרכזיים	ממצאי מחקרים
Child-Parent Psychotherapy (CPP)	גישה טיפולית מבוססת ראיות המיועדת לטיפול בילדים בגיל לידה עד גיל חמש ובדינמיקה בין הילד להוריו או בינו למטפלו העיקריים. הטיפול מתמקד בהשפעות הטראומה על ההתפתחות הרגשית והחברתית של הילד ומטרתו לשפר את בריאותו הנפשית ואת הקשר שלו עם הוריו	<ol style="list-style-type: none"> <li>התייחסות להקשר הטראומטי: זיהוי והבנה של חוויות טראומטיות שהילד והמשפחה עברו, טיפול בהשפעות הטראומה על ההתנהגות ועל הרגשות של הילד</li> <li>חיזוק הקשר הורה-ילד: טיפול בקשר ובדרכי ההתקשרות בין הילד להוריו. עידוד תקשורת פתוחה ותומכת בין הילד להורים</li> <li>עיבוד רגשות וזיכרונות טראומטיים: עזרה לילד ולהורים לעבד זיכרונות ורגשות טראומטיים. יצירת סביבה בטוחה המאפשרת לדון בטראומה ולהתמודד איתה</li> <li>שיפור כישורי ההורים: הדרכה ותמיכה להורים כדי לשפר את יכולות ההורות שלהם, עידוד התנהגויות הוריות חיוביות ותומכות</li> </ol>	מחקרים מצאו כי גישת הטיפול CPP היא יעילה עבור ילדים קטנים שחוו טראומה, ותוצאותיה הן הפחתה ברמות החרדה, הדיכאון וההתנהגות ההרסנית של ילדים, וכן שיפור הקשר בין הילד להוריו. הטיפול מסייע גם להורים להבין את תגובות הילד לטראומה ומספק להם כלים להתמודדות עם ילדם ולתמיכה רגשית בו (Ghosh Ippen & Lieberman, 2024; Lieberman et al., 2005)
טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה (TF-CBT Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)	טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ממוקד טראומה (Therapy) הוא גישת התערבות מבוססת מחקר לטיפול בילדים שחוו טראומה. אף על פי שטיפול זה נוצר עבור ילדים בני 6-18, הוכנסו בו התאמות גם לילדים בגיל הרך (בני 3-6), והן מתמקדות בעיבוד רגשי-קוגניטיבי מותאם להתפתחותם. הטיפול מיועד לילדים שחוו כל מיני סוגי טראומה ובכלל זה פגיעות מיניות, התעללות, חשיפה לאלימות ואסונות. הטיפול משלב את ההורים או המטפלים העיקריים בתהליך הריפוי	<ol style="list-style-type: none"> <li>שימוש במשחק ובסיפורים: ילדים בגיל הרך מתקשרים ומעבדים חוויות באמצעות משחק. המטפלים משתמשים בבובות, בציור, במשחקי תפקידים ובסיפורים כדי לסייע לילד להביע רגשות ולעבד זיכרונות טראומטיים</li> <li>שילוב הורה / מטפל עיקרי בטיפול: להורה או למטפל העיקרי יש תפקיד חשוב בטיפול. הורים לומדים כיצד לתמוך בילד, להתמודד עם תגובותיו הרגשיות ולספק לו סביבה בטוחה ומכילה שמקדמת החלמה</li> <li>שיטות לווטיות רגשי: ילדים צעירים מתקשים לבטא רגשות במילים, ולכן הטיפול בגישה זו מלמד אסטרטגיות לווטיות רגשי כגון נשימות עמוקות, משחקים להרגעה והבעה יצירתית של רגשות</li> <li>תיקוף חוויית הילד: הילד לומד לזהות ולהבין את רגשותיו סביב הטראומה, כמו פחד, כעס או אשמה, תוך תיקוף החוויה ושימוש במסרים מחזקים כדי להפחית רגשות של בושה ואחריות עצמית</li> <li>עיבוד זיכרונות טראומטיים: במסגרת מבוקרת ובטוחה הילד חושף בהדרגה את הזיכרונות הקשים ומספר את סיפורו בדרכים מותאמות גיל, למשל בציור או בבניית סיפור מונחה</li> <li>למידת אסטרטגיות התמודדות: הילד וההורה לומדים יחד אסטרטגיות התמודדות עם טריגרים עתידיים כדי שהילד יוכל לנהל את תגובותיו הרגשיות וההתנהגותיות</li> </ol>	בסקירת ספרות שיטתית על יישומה ויעילותה של שיטת טיפול זו בילדים בגיל הרך נמצא כי CBT יעילה לטיפול בילדים בגיל הרך שהתמודדו עם סוגי טראומה ובכלל זה התעללות, חשיפה לאלימות ולאירועים טראומטיים אחרים. עוד עלה כי ניכרת הפחתה בתסמיני PTSD (פוסט-טראומה) ובבעיות רגשיות והתנהגותיות בזכות הטיפול. מדדי ההצלחה של השיטה היו: ירידה בתסמיני חרדה ודיכאון בילדים, שיפור בתפקודים קוגניטיביים וחברתיים, שיפור ביחסים במשפחה ושיפור בתפקוד ההורי. מן הסקירה עלה גם שמעורבות הורים היא קריטית להצלחת הטיפול – שילוב ההורים מאפשר לשפר את הקשר הורה-ילד ומסייע להתמודד עם טראומות משותפות. הסקירה הדגישה את הקשיים ביישום השיטה בשל מחסור במטפלים מיומנים בטיפול בגיל הרך בגישה זו ואת הצורך בהכשרה מתקדמת ובהתאמה של הכלים לשלב ההתפתחותי של הילדים. הומלץ על פיתוח מודלים טיפוליים ייחודיים שמתאמים לתרבויות שונות ולנסיבות משפחתיות מגוונות (McGuire et al., 2021)
גישת ההתערבות Attachment and Bio-Behavioral Catchup ((ABC	גישת התערבות ABC פותחה על ידי ד"ר מרי דוז'יר (Mary Dozier) כדי לסייע לתינוקות ולפעוטות (לידה עד 24 חודשים) שחוו טראומה מוקדמת בשל הזנחה, התעללות או מעברים בין מטפלים. ההתערבות מתמקדת בחיזוק ההתקשרות (attachment) בין הילד ובין המטפל העיקרי שלו – הורה ביולוגי, אומן או הורה מאמץ – ובוויסות הביולוגי וההתנהגותי (Bio-Behavioral Regulation) שלו	<p>טיפול תגובה רגשית מיטיבה: הורים (או מטפל עיקרי שאינו ההורה) לומדים כיצד לזהות סימני מצוקה של הילד ולהגיב אליהם באופן מותאם ומנחם, וכיצד להגיב כאשר הילד אינו מבקש במישרין נוכחות רגשית הפחתת התנהגויות של שליטה עצמית לא מותאמת: ילדים שחוו טראומה לעיתים מפתחים דפוסי שליטה עצמית לא מותאמים. ההתערבות מסייעת למטפלים להימנע מתגובה נוקשה מדי וליצור סביבה תומכת ובטוחה</p> <p>אופן הטיפול: סדרה של עשרה מפגשים שבועיים שמשכם 60-90 דקות עם מטפל מוסמך. כל מפגש כולל תיעוד מוסרט של האינטראקציות בין ההורה לילד ומשוב מיידי מן המטפל. הדגש בהתערבות הוא בתרגול מעשי של תגובות רגשיות ובהתאמת התנהגויות הוריות לצורכי הילד</p>	בסקירת ספרות שיטתית של או'ברייין ואח' (O'Byrne et al., 2023) נבחנה השפעה של השתתפות הורים בתוכנית ABC (התנהגויות הורים הקשורות להתקשרות) על התנהגויותיהם הקשורות להתקשרות. בסקירה נמצאו 11 מחקרים שענו על הקריטריונים האלה: תינוקות בני 0-27 חודשים בזמן ההתערבות, הורים בסיכון, ניסויים מבוקרים שפורסמו בכתבי עת שפיטים, שימוש במדדים של התנהגויות הורים הקשורות להתקשרות. הממצאים הצביעו על יעילות של תוכנית ABC בהפחתת התנהגויות שליליות כלפי הילד ובשיפור התנהגויות הורים הקשורות להתקשרות בריאה, בייחוד בקרב הורים שיש להם גורמי סיכון מרובים
Child-Parent Therapy Interaction (PCIT)	PCIT היא גישה טיפולית מבוססת מחקר המיועדת לילדים בני 2-7 שנים הסובלים מקשיים רגשיים והתנהגותיים, ובכלל זה הפרעת התנגדות (ODD), חרדה, התנהגות תוקפנית או בעיות רגשיות הנובעות מטראומה. הגישה מבוססת על תאוריות התקשרות, למידה חברתית וחיזוק חיובי. מטרתה לשפר את האינטראקציה בין הורה לילד דרך חיזוק של יחסים חיוביים, תקשורת טובה ושליטה הורית יעילה (PCIT Training Center, 2012)	<p>הטיפול מורכב משני שלבים מרכזיים:</p> <p>Child-Directed Interaction (CDI) – חיזוק הקשר הרגשי דרך משחק: הילד מוביל את הפעילות, וההורה לומד להגיב עם חיזוקים חיוביים (שיקוף, שבח מילולי, תיאור פעולות הילד). מטרת שלב זה הן להגביר בילד תחושת ביטחון ולפתח קשר מבוסס אמון עם ההורה</p> <p>Parent-Directed Interaction (PDI) – הצבת גבולות ושיפור משמעת: ההורה לומד לתת הוראות ברורות, להפעיל אסטרטגיות חיזוק חיוביות ולנהל ביעילות התנהגויות לא רצויות - המטפל צופה באינטראקציות בחדר נפרד ומדריך את ההורה בזמן אמת באוזנייה bug-in-(the-ear)</p>	מחקרים הראו כי ילדים שטופלו לפי גישת PCIT הציגו ירידה בהתנהגויות תוקפניות, בהתפרצויות זעם ובקשיי משמעת לצד שיפור בקשרים עם הורים ומבוגרים אחרים. נוסף על כך נמצא כי השפעות ההתערבות נמשכות לאורך זמן (Osofsky et al., 2024)

שם הגישה	מטרת הגישה	עקרונות מרכזיים	מצאי מחקרים
טיפול ממוקד התקשרות Attachment-Based (Therapy)	טיפול ממוקד התקשרות מבוסס על תאוריית ההתקשרות של ג'ון בולבי (John Bowlby) ומחקרים של מרי אינסוורת (Mary Ainsworth). בטיפול מודגשת החשיבות של קשרים בטוחים ומתמשכים להתפתחות בריאה. בגיל הרך הקשר עם דמות מטפלת (לרוב הורה) הוא הבסיס לוויסות רגשי, ולכן הטיפול מתמקד ביצירת חוויות מתקנות ובשיפור הדינמיקה בין ההורה לילד	<ol style="list-style-type: none"> <li>עבודה עם הורים או עם מטפלים עיקריים והעצמת הקשר בין הילד לביןם: בגיל הרך העבודה הטיפולית נעשית בעיקר עם ההורים, והם חלק בלתי נפרד מן התהליך. מטרת הטיפול היא לסייע להם לספק לילד תמיכה רגשית מותאמת. שיקום הקשר בין הילד להורה מאפשר יצירת תחושת ביטחון בילד ומפחית תסמינים פוסט-טראומטיים</li> <li>תיקון קשרי התקשרות פגועים: ילדים שחוו טראומה עלולים לפתח דפוסי התקשרות לא בטוחים (נמנעים, חרדים או בלתי מאורגנים). הטיפול שואף ליצור חוויות מתקנות באמצעות קשר טיפולי תומך</li> <li>ויסות רגשי: המטפל מסייע לילד ולהורים או למטפלים העיקריים ללמוד לווסת רגשות קשים הנובעים מן הטראומה העבודה עם הטיפול בהורים או במטפלים כולל מגוון שיטות: הדרכת הורים – למידה כיצד להיות נוכחים ולתמוך ברגשות הילד; משחק – דרך הבעה רגשית ותהליכים חווייתיים חיזוק הקשר עם המטפל או עם ההורה;</li> <li>יצירת סביבה טיפולית בטוחה שמאפשרת לילד לפתח אמון מחודש בקשרים בין-אישיים; טיפול דיאדי (הורה-ילד) מפגשים משותפים שבהם ההורה והילד לומדים לחזק את הקשר דרך משחק, שירה, קריאה משותפת, ומגע בטוח</li> </ol>	<p>טיפול ממוקד התקשרות בגיל הרך תורם לוויסות רגשות ומפחית התנהגויות של הימנעות או תוקפנות. נוסף על כך טיפול מבוסס התקשרות הוא שיטה יעילה לשיפור סגנון ההתקשרות בקרב אימהות לילדים בגיל הרך ולשיפור איכות הטיפול האימהי (Haghir et al., 2024)</p>
גישת מעגל הביטחון Circle of Security (COS)	גישת טיפול המבוססת על תאוריית ההתקשרות ופותחה בארצות הברית. מטרתה לחזק את הקשר בין מטפלים (הורים או אנשי מקצוע) לילדים, בייחוד לילדים עם קשיים רגשיים והתנהגותיים. התוכנית נועדה לסייע להורים להבין את הצרכים הרגשיים של ילדם, ליצור התקשרות בטוחה איתו ולספק לו תחושת ביטחון. אפשר להתאימה לילדים שחוו טראומה כיוון שהיא שמה דגש ביצירת התקשרות בטוחה ובתמיכה רגשית	<ol style="list-style-type: none"> <li>לכל ילד יש "מעגל ביטחון" המורכב משני צרכים משלימים: מחד גיסא הצורך לצאת ולחקור את העולם מתוך ידיעה שיש מי שמחזיק אותו ותומך בו ברקע, ומאידך גיסא הצורך לשוב אל הדמות המטפלת כדי לשאוב ממנה ביטחון, נחמה והחזקה רגשית. תנועה זו בין חקירה ובין חזרה לקבלת תמיכה יוצרת את המעגל ההתפתחותי המרכזי של הקשר הבטוח ההורה צריך לשמש לילד "בסיס בטוח" כשהוא יוצא לחקור ו"נמל מבטחים" כשהוא חוזר לבקש תמיכה</li> <li>הגישה מדגישה את היכולת של ההורים לזהות את הצרכים של הילד, בייחוד במצבי מצוקה</li> <li>שימוש ב"כרזת הצרכים" (Needs Poster) כלי ויזואלי של גישת COS המסייע להורים לזהות את הצרכים המרכזיים של הילד במעגל הביטחון – אם בחקירה ואם בחיפוש אחר נחמה והגנה</li> <li>המונחים "הכרה בשבר" (rupture) ותיקון (repair) מדגישים שהורות אינה דורשת שלמות, אלא יכולת לזהות טעויות בהורות ולתקן דרכי היישום:</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>הדרכת הורים פרטנית וקבוצתית: התוכנית מוצעת להורים בקבוצות קטנות (לרוב שמונה עשר משתתפים) עם מנחה מוסמך, ובה נלמדות אסטרטגיות לתגובה מיטיבה לצרכים הרגשיים של הילד</li> <li>שימוש בסרטוני וידאו: להורים מוצגים סרטונים המדגימים אינטראקציות הורה-ילד ומאפשרים תהליך רפלקטיבי</li> <li>תוכניות התערבות במסגרות חינוך: מדריכים ומטפלים בגיל הרך מקבלים הכשרה לפי גישה זו כדי לשפר את איכות הקשרים עם ילדים</li> <li>טיפול בילדים שחוו טראומה: גישה זו מתאימה במיוחד לילדים שחוו הזנחה, טראומה או קשיים בהתקשרות, מכיוון שהיא מאפשרת למבוגר להיות דמות מיטיבה ומווסתת עבור הילד</li> </ol>	<p>במחקר אקראי מבוקר (RCT) שנערך במסגרות של Head Start נמצא כי הורים שהשתתפו בתוכנית הראו עלייה ביכולת הרפלקטיבית שלהם, ירידה ברמות הלחץ ההורי ושיפור ביחסים עם ילדיהם. הילדים של ההורים שעברו את ההתערבות הציגו שיפור בוויסות הרגשי ובאינטראקציה החברתית (Cassidy et al., 2017)</p>
גישת GABI (Group Attachment-Based Intervention)	הגישה פותחה על ידי הפסיכולוגית מרים סטיל (Steel) ועמיתיה במסגרת מחקר מעמיק על התערבויות מבוססות התקשרות בקרב אוכלוסיות בסיכון גבוה. מטרת הגישה היא לפתח קשרים פתוחים ובריאם בין הורים בסיכון גבוה לילדיהם (גיל לידה עד 3) במסגרת קבוצתית תומכת הפועלת בעיקר במסגרות רווחה ושירותי קהילה	<p>גישה זו נועדה להורים שיש להם היסטוריה של טראומה, אלימות, מחלות נפש או שימוש בסמים</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>הגישה מחברת בין הבריאות הנפשית של ההורה ובין יכולתו לספק התקשרות בטוחה לילדו</li> <li>ההתערבות מבוססת על שיפור רפלקטיביות הורית (parental reflective functioning) כלומר, היכולת של ההורה להבין ולפרש את רגשותיו ואת רגשות ילדו</li> <li>נעשה שימוש במשחק ובלמידה חווייתית בקבוצות תמיכה שבהן ההורים משתפים בחווייתיהם ולומדים כיצד להבין את צורכי הילד דרכי יישום:</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>מפגשים קבוצתיים של הורים וילדיהם: מפגשים שבועיים שמשכם שעה-שעתיים ובהם משחק משותף, תצפיות של המנחים על האינטראקציות בזמן אמת ושיחות רפלקטיביות</li> <li>ליווי על ידי מנחים מקצועיים: ההורים מקבלים הדרכה מצוות פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים רגשיים</li> <li>טיפול באמצעות משחק: ההורים מתבקשים להתבונן בילד המשחק ולפרש את הצרכים הרגשיים המשתקפים במשחק</li> <li>חיבור לרשתות תמיכה קהילתיות: הורים מקבלים סיוע בגישה לשירותים כגון טיפול פסיכולוגי או הדרכת הורים פרטנית</li> <li>שימוש בסיפורי חיים בקבוצות: ההורים מעבדים את סיפור חייהם ואת חוויות ילדותם על סמך ההנחה שעבוד זה ישפר את התפקוד ההורי שלהם</li> </ol>	<p>מחקר מבוקר רנדומלי (RCT) שבו חולקו משתתפים באקראי בין קבוצת הורים שפוצלה לטיפול בגישת GABI לבין קבוצת ביקורת שקיבלה טיפול רגיל. נמצא כי בקרב הורים שהשתתפו ב-GABI חל שיפור ניכר בתפקוד ההתקשרות וביכולת הרפלקטיבית וירידה ברמות הדיכאון והחרדה. זאת ועוד, בקרב הילדים נצפו פחות התנהגויות דיס-רגולטיביות ותגובות טובות יותר לאינטראקציות הוריות (Steel et al., 2019)</p>

שם הגישה	מטרת הגישה	עקרונות מרכזיים	מצאי מחקרים
Attachment, Self-Regulation and (ARC) Competency	מטרת הגישה לטפל בילדים שחוו טראומה, בייחוד בגיל הרך, והיא מתמקדת בפיתוח קשרים מחייבים, ויסות עצמי ויכולת התמודדות. המודל בשימוש נרחב בארצות הברית (Blaustein & Kinniburgh, 2017)	<p>הרכיבים המרכזיים במודל:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>קשר (attachment): הגישה מדגישה את חיזוק הקשר בין הילד למטפל או לדמות משמעותית אחרת בסביבתו. קשר יציב ותומך עם דמות משמעותית הוא קריטי להתמודדות עם טראומה ולהתפתחות תקינה של הילד והוא הבסיס להתמודדות עם רגשות ותגובות טראומטיות של הילד ולפיתוח תחושת ביטחון</li> <li>ויסות עצמי (self-regulation): פיתוח מיומנויות לוויסות עצמי. ילדים שחוו טראומה נוטים להיתקל בקשיים בוויסות רגשי, ולכן יש צורך ללמדם כיצד לזהות את רגשותיהם ולהגיב אליהם בדרך מותאמת. הכלים במודל הם טכניקות, כגון הרפיה וניהול מצבים בעזרת סיפור ויצירה, ללימוד ילדים איך לזהות את רגשותיהם, להבין את מקורותיהם ולנהל אותם באופן בריא</li> <li>מסוגלות עצמית (competency): חיזוק יכולתו של הילד להתמודד בהצלחה עם אתגרי יום-יום ועם כל מיני מצבים כדי שירגיש מועיל ויעיל בסביבתו ותגבר תחושת הערך העצמי שלו. באמצעות תמיכה בהיבטים של סוציאליזציה, יכולות קוגניטיביות ורגשיות הילד יכול לפתח תחושת מסוגלות שתעזור לו להתמודד עם אתגרים בהווה ובעתיד</li> </ol> <p>דרכי יישום המודל:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>המודל מיועד לעבודה כוללת, כלומר לא רק עם הילד אלא גם עם בני המשפחה (בעיקר ההורים) כדי לשפר את הדינמיקה הביתית ולחזק את התמיכה הרגשית</li> <li>הטיפול ב-ARC נעשה בדרך כלל על ידי אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומורים, והוא מותאם אישית לכל ילד ומשפחתו</li> <li>הטיפול בילדים כולל טיפול רגשי, משחק, תרגול מיומנויות לוויסות רגשי ועוד. הטיפול בהורים כוללת סדנאות והדרכה שמטרתן לשפר את היכולת לתת תמיכה רגשית לילד ולהגיב תגובה תומכת</li> </ol> <p>הגישה כוללת מדדים קליניים שמסייעים למדוד את התקדמות הילד בכל המישורים (ויסות עצמי, כישורים חברתיים ורגשיים)</p>	<p>המסגרת הטיפולית <b>ARC</b> גובשה על בסיס ניסיון קליני ומחקרי רחב, ותרומתה בהפחתת תסמיני טראומה ובחיזוק כישורי ויסות והתמודדות בקרב ילדים ומתבגרים שנחשפו לטראומה מורכבת (Blaustein &amp; Kinniburgh, 2025)</p> <p>נוסף על כך במחקר יישומי רחב היקף במערכת הרווחה בארצות הברית (Bartlett et al., 2018) נבחנה יוזמה מערכתית להטמעה של עקרונות גישת ARC שימשו בסיס לפיתוח פרקטיקות מודעות-טראומה. ממצאי המחקר הראו שיפור ברווחה הנפשית של ילדים ובני נוער עם היסטוריה של טראומה מורכבת לצד חיזוק יכולות המערכת לספק מענה רגיש-טראומה</p>
<b>Movement Eye and Desensitization and Reprocessing (EMDR)</b>	EMDR הוא טיפול חדשני בפוסט-טראומה (PTSD) שמשלב גירויים חושיים, כגון תנועות עיניים דו-צדדיות, כדי לעזור למטופלים לעבד זיכרונות טראומטיים ולהפחית את עוצמת ההשפעות הרגשיות שלהם. השיטה מתבססת על הרעיון שלעיתים קרובות זיכרונות טראומטיים מתקבעים במוח במצב "לא מעובד" וגורמים לתגובות רגשיות לא פרופורציונליות בהמשך החיים. טיפול EMDR מתאים לילדים, למתבגרים ולמבוגרים בטווח גילים רחב. עם זאת השיטה דורשת התאמה ספציפית לגיל ולרמת ההתפתחות של המטופל	<p>בגיל הרך נדרשות התאמות כגון שימוש במשחקים, ציור או בובות במקום תנועות עיניים ישירות. הטיפול עשוי לכלול גירויים דו-צדדיים עדינים יותר (למשל, טפיחות קצביות על הידיים או הברכיים) ולשלב דמיון מודרך והבעת רגשות דרך משחק</p>	<p>מחקרים בגיל הרך עדיין מוגבלים יחסית, אך יש עדויות ליכולת של EMDR לסייע גם לילדים בגיל הרך שחוו טראומות, אם ההתערבות מתבצעת על ידי מטפל המיומן בעבודה עם קבוצה זו</p>
התערבויות מבוססות מיינדפולנס (Mindfulness-Based Interventions, MBI)	מיינדפולנס (קשיבות) הוא תרגול של הפניית תשומת הלב להווה (לכאן ועכשיו) בלי שיפוט מתוך קבלה והכלה של החוויה הרגשית. גישות מבוססות מיינדפולנס משמשות כלי לוויסות רגשי ולהתמודדות עם טראומה. מיינדפולנס בגיל הרך דורש התאמה משום שהיכולת הקוגניטיבית של ילדים צעירים עדיין מוגבלת בהיבטים של קשב ורפלקציה. עם זאת אפשר להטמיע עקרונות של מיינדפולנס בדרך חווייתית ומתאימה להתפתחותם	<ol style="list-style-type: none"> <li>תרגולים מבוססי משחק ותנועה: תרגילי נשימה דרך משחק (למשל ב"נשימת בלון" הילד מדמיין שהוא ממלא בלון באוויר), תנועה מודעת (כגון "יוגה לילדים") ותרגולי דמיון מודרך</li> <li>סיפורים מבוססי מיינדפולנס: שימוש בסיפורים עם דמויות שחוות רגשות ולומדות להתמודד עם מצבי דחק באמצעות נשימות ומודעות לרגע הזה</li> <li>שימוש ברכיבים חושיים: עבודה עם חומרים כגון חול, מים, בועות סבון או צעצועים חושיים כדי לפתח קשיבות לרגע הזה</li> <li>תרגילי "עצירה והקשבה": עידוד הילד לשים לב לרעשים סביבו, לצבעים ולתחושות בגוף כדי לפתח מודעות לרגע הזה</li> <li>שימוש בשירים ובטקסים קבועים: שירים קצרים על נשימות או על רגשות הם דרך פשוטה ומהנה לעזור לילדים להתחבר לתחושותיהם</li> </ol>	<p>התערבויות מבוססות מיינדפולנס (Mindfulness-Based Interventions, MBI) של הילדים (Bockmann &amp; Yu, 2023)</p> <p>התערבויות מבוססות מיינדפולנס בגיל הרך משפרות יכולות ויסות רגשי, קשב ושלטה קוגניטיבית מפחיתים תסמיני חרדה ועוזרים לילדים להתמודד עם מצבי תסכול ודחק. מומלץ לשלב התערבויות מיינדפולנס בתוכניות חינוך ובמסגרות טיפול ולשלב הורים ואנשי חינוך בתור משתתפים פעילים בתרגול ובהטמעת השיטות בחיי היום-יום של הילדים</p>

## 4.5 מערכת שירותים מודעת טראומה לילדים בגיל הרך

הפרק הקודם התמקד בגישות לטיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובמשפחותיהם, ואילו פרק זה עוסק בגישה מערכתית רחבה יותר – מערכת שירותים מודעת טראומה (Trauma informed approach). בניגוד לשיטות טיפול קליניות ספציפיות, גישה זו משמשת מסגרת-על לבניית מערכת כוללת של חינוך, בריאות ורווחה הפועלת מתוך הבנה רגישה לטראומה. היא אינה מחליפה טיפולים ייחודיים אלא יוצרת תנאים מיטביים ליישומם: הכשרת כלל אנשי הצוות, יצירת סביבות בטוחות ותומכות, פיתוח מדיניות מתואמת והשקעת משאבים מערכתית.

בניית מערכת מודעת טראומה לילדים בגיל הרך היא הכרחית לתמיכה בילדים ובמשפחות נפגעי טראומה. זה תהליך כולל הדורש שיתוף פעולה בין כל הגופים המעורבים, הבנה מעמיקה של השפעות הטראומה על התפתחות הילד ועל התנהגותו והשקעת משאבים. מערכת זו יכולה להבטיח שילדים יזכו להתחלה טובה יותר בחייהם ולהגביר את סיכוייהם לצלוח את האתגרים הנובעים מן הטראומה. גישה מודעת טראומה היא גישה ארגונית וקלינית המתמקדת בהבנת ההתנהגות והצרכים של ילדים שנחשפו לטראומה ובתגובה להם במישור האישי ובמישור הארגוני כדי להבטיח טיפול תומך ומותאם (DeCandia & Guarino, 2015). אימוץ גישה מודעת טראומה (ראו **תיבה 3**) מחייב שינוי פרדיגמטי, ותחילתו בהבנה שטראומה היא תופעה נרחבת שיש להתייחס אליה בכל מערכת (Georgetown University National Technical Assistance Center of Children's Mental Health, 2018). לרוב התערבויות מודעות טראומה תומכות בהחלמה ובחוסן של ילדים באמצעות אסטרטגיות ממוקדות, ומטרתן לספק סביבה בטוחה ולעודד פיתוח קשרים בריאים ובטוחים עם מטפלים.

העקרונות המרכזיים של מערכת מודעת טראומה הם (Lipscomb et al., 2019):

1. **בטיחות:** יצירת סביבה פיזית ורגשית בטוחה לילדים, למשפחות ולאנשי הצוות
2. **אמון ושקיפות:** בניית אמון בין המשפחות לאנשי המקצוע
3. **שיתוף פעולה:** עבודה משותפת עם המשפחות ועם גופים מקצועיים וקהילתיים נוספים – כגון צוותי חינוך, בריאות, רווחה וארגוני קהילה – כדי להבטיח מענה כולל ומתואם לצורכי הילדים והמשפחות

4. **העצמה:** חיזוק החוסן של הילדים, של המשפחות ושל הצוות המקצועי

### **תיבה 3: גישה מודעת טראומה - Trauma Informed**

גישה טיפולית וחינוכית המתמקדת בהבנה ובזיהוי של השפעות הטראומה על ילדים ומבוגרים ובתגובה להן. הגישה שואפת ליצור סביבה בטוחה, מכילה ותומכת המפחיתה את הסיכון לטריגרים ומקדמת חוסן ורווחה נפשית. היא מבוססת על העקרונות מודעות, אמון, שיתוף פעולה, העצמה ורגישות תרבותית (DeCandia & Guarino, 2015).

5. **רגישות תרבותית:** התאמת התמיכה לתרבות, לשפה ולערכים של המשפחות

עקרונות פעולה לבניית מערכת מודעת טראומה:

1. **פיתוח מדיניות תומכת:** יצירת מדיניות שמקדמת מניעה, זיהוי והתערבות מוקדמת בטראומה בגיל הרך והבטחת תקציבים ומשאבים לאנשי מקצוע ולכרויקטים ייעודיים

2. **שילוב שירותים ומערכות:** חיזוק שיתוף הפעולה בין שירותי החינוך, הבריאות והרווחה לטובת המשפחות, ויצירת מערכת נתונים משותפת למעקב אחר ההתקדמות והשגת התוצאות
3. **הכשרה של הצוותים המקצועיים:** יש חשיבות להעלאת המודעות בקרב אנשי המקצוע שעובדים עם ילדים בגיל הרך ולהכשרתם בהשפעות הטראומה על ילדים ועל משפחות. מערכת מודעת טראומה מבססת תוכנית פיתוח מקצועי מתמשכת שמטרתה לשמור על עדכניות הידע, לחזק את היכולת של אנשי הצוות לספק תמיכה מתאימה ולתת להם כלים לזיהוי מוקדם של טראומה ולהתערבות מתאימה (Sheehan et al., 2024)
4. **תמיכה בצוותים המקצועיים:** מערכת מודעת טראומה כוללת מנגנונים לתמיכה רגשית באנשי צוות כגון קבוצות תמיכה, הדרכות להתמודדות עם שחיקה ופיתוח מיומנויות לניהול עומסים רגשיים כדי למנוע שחיקה ולחזק את החוסן האישי והמקצועי שלהם
5. **תמיכה במשפחות:** מתן כלים ותמיכה למשפחות כדי לעזור להן להתמודד עם טראומה (לזיוסות רגשי ולשליטה בדחפים) ולספק סביבה תומכת לילדים, ושיתוף המשפחות בקבלת ההחלטות

#### 4.5.1 גישה מודעת טראומה במסגרות חינוך-טיפול לילדים בגיל הרך

למסגרות חינוך-טיפול לילדים בגיל הרך תפקיד מרכזי ביצירת סביבה תומכת, מווסתת, בטוחה ומכילה עבור ילדים, בייחוד לאלו שחוו טראומה. מסגרת החינוך היא מרחב שילדים מבלים בו שעות רבות ביום, ולעיתים היא משמשת מקור עיקרי לביטחון וליציבות עבורם. לכן חשוב מאוד שמסגרות אלו יאמצו גישת טיפול מודעת טראומה (trauma-informed care), המאפשרת לזהות את השפעות הטראומה על ילדים ולתת להם מענה המותאם לצורכיהם הרגשיים וההתפתחותיים (Fredrickson, 2019; Lipscomb et al., 2019; Loomis, 2018).

**הסכרות המקצועית מצביעה על כמה עקרונות מרכזיים המסייעים למסגרות חינוך-טיפול להתאים עצמן לגישה זו** (Bartlett et al., 2017; Bartlett & Smith, 2019; Cummings et al., 2017; Fredrickson, 2019; Holmes et al., 2015; Loomis, 2018; Morrison et al., 2020; The National Lottery Community Fund, 2021; Sheehan et al., 2024). עם האסטרטגיות המרכזיות נמנות יצירת תרבות מודעת טראומה, הכשרת צוותים, הבטחת סביבה בטוחה ותומכת, קידום מודלים חיוביים של התנהגות, עבודה עם ההורים ושימוש בגישות מבוססות ראיות (Evidence-Based Practice/Approach):

1. **יצירת תרבות מודעת טראומה במסגרת החינוך:** תרבות מודעת טראומה במסגרות החינוך מבוססת על ההבנה שכל ילד עשוי לבוא מרקע של טראומה נסתרת, ומטרתה להבטיח זיהוי סימנים מוקדמים של טראומה והתערבות מוקדמת ככל האפשר כדי למנוע הידרדרות ולהבטיח שילדים יקבלו תמיכה מתאימה ויזכו לסביבה רגועה ויציבה.
2. **הכשרת הצוותים:** הכשרה מתמשכת של צוותי חינוך וטיפול בגיל הרך חשובה ביותר לזיהוי ולהבנת טראומה של ילדים בגיל הרך ולטיפול בה. סימני הטראומה לא תמיד נראים לעין, ולעיתים קרובות ילדים שחוו טראומה אינם מציגים סימנים מובהקים. ההכשרה מרחיבה את הידע על ביטויים אפשריים של טראומה בקרב ילדים בגיל הרך במישור ההתנהגות ובמישור הרגש, כגון חרדה או נסיגה, ומקנה כלים לצוות להתמודדות עימם וליצירת סביבה תומכת ומעצימה לילדים. הכשרה מתאימה מסייעת לאנשי מקצוע גם להימנע מהגברת ביטויי הטראומה בגלל תגובות בלתי הולמות להתנהגות של ילדים. ללא הבנה מעמיקה של

טראומה, אנשי מקצוע עלולים להחמיץ סימני אזהרה של מצוקות נפשיות או להתעלם מהתנהגויות שמצביעות על טראומה, ולכן להחריף את המצב.

3. יצירת סביבה בטוחה ותומכת:

- **קשר רגשי תומך:** עידוד תמיכה רגשית מצד אנשי החינוך וקשר רגשי חיובי עימם, ויצירת סביבה בטוחה, מוגנת ויציבה לילדים. סביבה זו תסייע להם לפתח אמון וביטחון שהם בסיס חשוב להחלמה מטראומה. חשוב ליצור חללים שקטים שילדים יכולים לנוח ולהירגע בהם ולהשתמש בטכניקות לוויסות רגשי, כגון תרגולי נשימה עמוקה או משחקים מרגיעים.
- **שגרה צפויה ומובנית:** לעיתים ילדים שחוו טראומה חשים חוסר ביטחון, ולכן שגרה קבועה ומובנית יכולה לסייע בהפחתת חרדות ולחזק תחושת שליטה.

4. **תמיכה רגשית והתערבויות מותאמות לילדים:** ילדים שחוו טראומה עשויים להפגין התנהגויות מאתגרות או להתקשות בוויסות רגשותיהם, ולכן צריך לעזור להם לבנות מנגנוני התמודדות חזקים באמצעות תהליכי למידה חברתית-רגשית ופיתוח מיומנויות לוויסות עצמי והתמודדות עם רגשות כמו כעס, פחד ועצב. נוסף על כך חשוב ללמד ילדים טכניקות להתמודדות עם לחץ – למשל נשימות עמוקות או פעילות גופנית מתונה – שיכולות לעזור להם להרגיע את עצמם בסיטואציות מאתגרות. חשוב שאנשי צוות ומטפלים יעניקו תמיכה רגשית המותאמת לצרכיו של כל ילד ויעזרו לו לפתח מערכות יחסים חיוביות ומשמעותיות עימם ועם הילדים האחרים.

5. **תמיכה דיאדית בילד ובהורים שלו:** עבודה עם הילד והוריו, כדי להבין את הצרכים הרגשיים של הילד ולספק תמיכה שיכולה לשפר את התפקוד הכללי שלו ושל משפחתו.

6. **מודלים חיוביים של התנהגות:** ילדים שעברו טראומה זקוקים למודל חיובי של התנהגות נאותה, בייחוד במצבים רגשיים קשים. מורים ומטפלים יכולים לשמש להם מודל להתמודדות רגועה ומבוקרת עם קשיים.

7. **שימוש בגישות מבוססות ראיות:** יישום של טיפולים שהוכחו מועילים דוגמת טיפול באינטראקציה הורה-ילד (Parent-Child Interaction Therapy) ותוכנית להתערבות מוקדמת לחיזוק ההתקשרות והוויסות Attachment and Bio-Behavioral Catchup (ABC). גישות אלו מסייעות בהפחתת התנהגויות מאתגרות ולחיזוק קשרים בין הילד להוריו.

8. **תמיכה רגשית בצוותים:** תמיכה במורים ובמטפלים בגישות לניהול מתח ושחיקה כדי שיוכלו להתמודד היטב עם האתגרים המורכבים שלפניהם בעבודתם עם ילדים שחוו טראומה.

9. **הגדלת משאבים ותמיכה:** חשוב להשקיע משאבים במסגרות חינוך לגיל הרך כגון שירותים פסיכו-סוציאליים (שירותי יעוץ וטיפול עבור ילדים ומשפחותיהם). שילוב של שירותי בריאות הנפש בתוך מערכות החינוך יאפשר מענה כוללני לצרכים הרגשיים והחברתיים של ילדים שחוו טראומה.

10. **שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע בשירותים אחרים:** שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע אחרים (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים) חשוב כדי לספק טיפול ממוקד בטראומה המותאם לילד. נוסף על כך מערכות החינוך, הבריאות והשירותים החברתיים צריכות לשתף פעולה כדי לתת מענה כוללני לילדים שחוו טראומה.

אסטרטגיות אלו יכולות לשפר את התמודדות מערכת השירותים עם טראומה בגיל הרך ולסייע בהפחתת השפעותיה המזיקות על התפתחות הילדים.

גם בסקירת ספרות שיטתית (Systematic Literature Review) עדכנית (Sun, 2024) על 14 מחקרים על התערבויות במסגרות חינוך-טיפול לילדים מלידה עד גיל שמונה נמצא שיש תוקף אמפירי לממצאים שהוצגו בהתערבויות במסגרות חינוך-טיפול אכן נחלקות לשלוש קטגוריות מרכזיות: מערכתיות, פרטניות וקבוצתיות ושילוב המשפחה, הכשרת צוותים ויצירת סביבה בטוחה הם גורמי מפתח בהצלחתן. נוסף על כך הסקירה חידדה את הצורך בהערכת מוכנות הילד לטיפול ובהתחשבות במאפיינים תרבותיים ומשפחתיים לצד שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע ממגוון תחומים.

## 4.5.2 דוגמאות לתוכניות ולמודלים חינוכיים-טיפוליים בהתמודדות עם טראומה

בפרקים הקודמים הוצגו עקרונות הגישה המודעת טראומה והצורך בבניית מערכת שירותים מותאמת לילדים בגיל הרך. בחלק זה יוצגו דוגמאות לתוכניות ולמודלים חדשניים שפותחו והופעלו במגוון מדינות כדי לתת מענה חינוכי-טיפולי מותאם לילדים בגיל הרך שחוו טראומה. תוכניות אלו נחקרו והוכחה יעילותן, והן משקפות דרכי עבודה מגוונות – החל בהתערבויות ממוקדות בילד ובהוריו וכלה בפיתוח מסגרות חינוך רגישות לטראומה. הדוגמאות ממחישות כיצד אפשר ליישם את העקרונות של גישה מודעת טראומה, והן יכולות לשמש השראה או בסיס לפיתוח מענים דומים גם בהקשרים אחרים.

### [Touchnit Smart](#)

תוכנית Trauma Smart (TS) פועלת במסגרות של Head Start ברחבי **ארצות הברית**, והיא מיועדת לילדים בני שלוש-חמש. התוכנית היא רב-תחומית ומשלבת שלושה מודלים מבוססי ראיות או מבוססי ידע:

1. מודל ARC (ראו **לוח 2**) השם דגש בקשרים, בוויסות עצמי ובמיומנויות

2. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה (TF-CBT)

3. ייעוץ לבריאות נפש בגיל הרך

מטרות התוכנית להפחית את מידת הלחץ שנגרם מטראומה כרונית, לתמוך בהתפתחות החברתית והקוגניטיבית של ילדים ולפתח תרבות אינטגרטיבית המודעת לטראומה עבור ילדים, הורים וצוותים. התוכנית מתמודדת גם עם טראומת ילדים וגם עם טראומטיזציה משנית בקרב מטפלים בתוכנית. התוכנית מציעה:

1. הכשרה באמצעות מודל ARC הנעשית על ידי קלינאים בעלי תואר שני ורישיון מקצועי, והיא ניתנת לכל האנשים בחיי הילדים. לדוגמה: לצוותי Head Start בכל הרמות, להורים, לסבים ולסבות, למטפלים בלתי פורמליים ואחרים

2. טיפול קליני אינטנסיבי עבור ילדים עם בעיות התנהגות חמורות והמטפלים בהם (12-24 מפגשים שמשכם 30-45 דקות)

3. ייעוץ בכיתות למורים וילדים על ידי קלינאים. הייעוץ מתבסס על עקרונות ARC ו-TF-CBT

4. **הדרכה מבוססת עמיתים** שמטרתה לאפשר למורים ולמפקחים לתמוך זה בזה

בהערכה של תוכנית TS עם ילדים שקיבלו התערבות אינטנסיבית ממוקדת טראומה (12-24 מפגשים שבועיים ושש שעות ייעוץ לכיתה בחודש) באמצעות מערך מחקר לפני-אחרי (pre-/post-test), דיווחו המורים על שיפור ניכר בהתנהגויות חיצוניות של הילדים, בהתנגדות אופוזיציונית ובקשב. ההורים דיווחו על הפחתה ניכרת בהתנהגויות חיצוניות (כגון תוקפנות, וחוסר משמעת), לצד הפחתה בהתנהגויות פנימיות (כגון חרדה, דיכאון או הסתגרות) וכן שיפור בקשב או במידת ההיפראקטיביות. מחקר משנת 2021 בחן את יעילות ההכשרה של התוכנית בקרב צוותי גני ילדים ובתי ספר יסודיים. המחקר מצא שהצוותים היו מרוצים מן ההכשרה, הפגינו ידע בגישות מודעות טראומה ופיתחו עמדות חיוביות כלפי טיפול מודע טראומה לאחר ההכשרה.

### [תוכנית The Incredible Years](#)

תוכנית זו היא תוכנית חינוך-טיפול שפותחה **בארצות הברית** בשנת 1983 על ידי ד"ר קרוליין ובסטר-סטרטון (Webster-Stratton). התוכנית מופעלת במסגרות חינוך ומטרותיה פיתוח ושיפור כישורים חברתיים, רגשיים והתנהגותיים בקרב ילדים מגיל לידה עד גיל 12 ושיפור הקשרים שלהם עם הורים ומורים, ונעשות בה התאמות לילדים שחוו טראומה. התוכנית מתבססת על גישות מבוססות ראיות.

עקרונות הפעולה של התוכנית:

- הדרכת הורים לחיזוק התנהגות חיובית ולוויסות רגשי
  - הכשרת מורים לשימוש באסטרטגיות חינוכיות שמקדמות מיומנויות חברתיות והתנהגות חיובית
  - עבודה קבוצתית עם ילדים באמצעות משחקים וסימולציות לפיתוח כישורי ויסות עצמי ואמפתיה. התאמה לילדים שחוו טראומה: יש לתוכנית התאמות ייעודיות לילדים שחוו טראומה, כגון דגש בבניית קשרים בטוחים והקניית אסטרטגיות לוויוסות רגשי
- יש גרסה אירופית לתוכנית [The Incredible Years \(Europe Version\)](#), והיא מופעלת **ב-12 מדינות באירופה**.<sup>4</sup> היא כוללת כלים לפיתוח מיומנויות חברתיות ורגשיות ומיועדת לילדים בני שלוש-שש שחוו טראומה. התוכנית מתמקדת בחיזוק הקשרים בין ילדים לבין אנשי הצוות החינוכי ובתמיכה בבני משפחה ובמורים, שכן היא מספקת להם כלים להתמודד עם התנהגויות מאתגרות של הילדים. הגרסה האירופית מותאמת תרבותית למדינות אירופה וכוללת היבטים של חינוך מיוחד שמוכרים במערכות החינוך האירופיות.

### [המודל של Fostering Informed and Responsive Systems for Trauma: Early Care and Education \(FIRST\)](#)

המודל הזה מוצג כחדשני ויעיל ליצירת מערכות חינוך מודעות טראומה בגיל הרך. היוזמה היא פרי שיתוף פעולה בין צוות רב-תחומי מאוניברסיטת ארקנסו למדעי הרפואה (University of Arkansas for Medical Sciences) ובין צוות מאוניברסיטת ארקנסו סטייט (Arkansas State University). היוזמה נועדה ליצור שינוי ארגוני בר-קיימה במוסדות חינוך לגיל הרך כדי להגביר את רגישות הצוותים לטראומה (Trauma-Informed) ולהשפעותיה על ילדים ולהגיב לטראומה ביעילות. מטרת היוזמה הן: להגביר את המודעות לטראומה בקרב אנשי מקצוע המטפלים בילדים בגיל הרך; ליצור סביבה בטוחה ותומכת המפחיתה את ההשפעות המזיקות של טראומה על ילדים; לחזק את היכולת של צוות החינוך להתמודד עם התנהגויות בעייתיות שעלולות

<sup>4</sup> סקוטלנד, פינלנד, צפון אירלנד, ווילס, ספרד, סלובניה, פורטוגל, נורווגיה, לטביה, אירלנד, אנגליה, דנמרק

לנבוע מן הטראומה; לקדם התפתחות חברתית ורגשית חיובית אצל ילדים שחוו טראומה. התוכנית מבוססת על מודלים קיימים של טיפול בטראומה ומתאמת לצרכים הייחודיים של ילדים בגיל הרך. הרכיבים המרכזיים במודל:

- **הכשרת צוות החינוך:** אנשי חינוך מקבלים הכשרה בנושא טראומה – זיהוי סימני טראומה, הבנת השפעותיה על ההתנהגות, ההתקשרות והלמידה של הילדים, פיתוח גישות תגובה המקדמות תחושת ביטחון ואמון ונותנות תמיכה רגשית
- **פיתוח גישה מערכתית:** דגש רב מושם בשינוי מבני וארגוני ולא רק בהתערבויות פרטניות ובהגברת הרגישות בסביבה החינוכית כולה והתאמתה לילדים שחוו טראומה
- **תמיכה בצוות החינוך:** מתן כלים ותמיכה רגשית גם לצוותים המטפלים בשל ההבנה שהמטפלים עצמם עשויים לחוות שחיקה או טראומה משנית
- **שיתוף הורים וקהילה:** FIRST יש חשיבות בשיתוף ההורים בתהליך התמיכה בילדים כמו גם בשיתוף הקהילה להרחבת רשת התמיכה

במחקר הערכה משנת 2024 (Conners Edge et al., 2024) שבדק את התוצאות של התוכנית במוסדות חינוך נמצא שהתוכנית תורמת להגברת המודעות של אנשי החינוך לטראומה ולשיפור המיומנויות שלהם בטיפול בה. מורים ואנשי צוות דיווחו על הגברת תחושת הביטחון ביכולתם לטפל בילדים שנפגעו מטראומה. ילדים שהשתתפו בתוכנית הראו שיפור בהתנהגויות החברתיות והרגשיות וירידה בבעיות התנהגות שנבעו מטראומה. היו גם אתגרים הקשורים ליישום, כגון צורך בהגדלת המשאבים וביצירת התאמת, כדי לוודא שהתוכנית מותאמת למגוון רחב של מסגרות חינוך.

### [התוכנית Consious Discipline](#)

תוכנית זו מבוססת ראיות ומודעת טראומה, והיא מיועדת לשיפור הכישורים החברתיים-רגשיים והמשמעת העצמית בקרב ילדים, בייחוד בגיל הרך. היא פותחה בארצות הברית על ידי ד"ר בקי ביילי (Dr. Becky Bailey) ומיושמת כיום במסגרות חינוכיות וקהילתיות בארצות הברית ובעולם. היא משלבת עקרונות של ויסות עצמי, בניית קשרים חיוביים ופיתוח כישורי פתרון בעיות. הגישה מדגישה את חשיבות הקשר הבטוח בין המבוגר לילד ומספקת כלים למבוגרים לסייע לילדים להתמודד עם רגשותיהם ולבנות חוסן נפשי. שימוש ב"מרחב בטוח" (safe place) מאפשר לילדים ללמוד ולתרגל טכניקות לוויסות עצמי כגון נשימות עמוקות כדי להתמודד עם רגשות קשים.

התוכנית מבוססת על ארבעה רכיבים מרכזיים:

1. **מודל מצבי המוח (Brain State Model):** הבנת שלושת מצבי המוח – הישרדות, רגש ולמידה – והשפעתם על התנהגות הילד
2. **שבע היכולות למבוגרים מודעים** (יכולת התפיסה, יכולת האיחוד, יכולת הבחירה, יכולת האמפתיה, יכולת החזון, יכולת הקבלה, יכולת הכוונה): כלים למבוגרים לפיתוח מודעות עצמית, ויסות רגשי ויכולת תגובה מושכלת
3. **יצירת משפחת בית הספר (School Family):** בניית קהילה כיתתית המחזקת קשרים בין מבוגרים לילדים ומקדמת סביבה בטוחה ותומכת. המשפחה הבית-ספרית יוצרת תחושת שייכות ומעודדת שיתוף פעולה בין התלמידים

4. **שבע המיומנויות למשמעת** (שליטה עצמית, עידוד, אסרטיביות, בחירה, אמפתיה, כוונה חיובית ותוצאות): נלמדות כדי לסייע לילדים לפתח כישורים חברתיים-רגשיים

רכיבים אלו מותאמים לילדים בגיל הרך, ובייחוד לילדים שחוו טראומה, ומסייעים להם לפתח כישורים חברתיים-רגשיים, לווסת את רגשותיהם ולבנות מערכות יחסים חיוביות. הגישה מדגישה את חשיבות הסביבה הבטוחה והקשרים התומכים שהם חשובים בייחוד לילדים שחוו טראומה.

מחקרים הראו שיישום התוכנית במסגרות חינוך מוביל להפחתת בעיות התנהגות, לשיפור בכישורים החברתיים-רגשיים ולהגברת תחושת הביטחון בקרב ילדים, בייחוד אלו שחוו טראומה.

בכמה מחקרים נמצא כי תוכנית **Conscious Discipline** מסייעת לילדים להתמודד עם מצבי לחץ ועם השפעות של טראומה באמצעות **כלים לוויסות עצמי** ובניית **מערכות יחסים חיוביות** עם מבוגרים משמעותיים בסביבתם. מאמרם של דרלינג ואח' (Darling et al., 2019) התמקד בתרומת התוכנית לפיתוח חוסן אישי אצל ילדים והדגיש כיצד שילוב של למידה חברתית-רגשית (SEL) עם עקרונות מודעי-טראומה מאפשר לילדים לחזק את תחושת הביטחון הפנימי שלהם ולשפר את יכולתם להתגבר על אתגרים רגשיים.

לעומת זאת מחקרו של דינגס (Dinges, 2020) בחן את השפעת התוכנית על מערכת היחסים בין מורים לתלמידים ועל אקלים הכיתה בגיל הרך. מממצאיו עלה **Conscious Discipline** אינה רק כלי לפיתוח יכולות הילד אלא גם גישה שמקדמת שינוי מערכת במסגרות חינוכיות: מורים דיווחו על ירידה בהתנהגויות מאתגרות, על תחושת שליטה טובה יותר בכיתה ועל גידול במודעותם להשפעת טראומה על התפקוד היומי של ילדים. השילוב בין חיזוק אישי לילד ובין שינוי סביבתי בבית הספר מדגים את אופיה המקיף של התוכנית ואת תרומתה ליצירת סביבה רגישה לטראומה התומכת בילד ובמערכת החינוכית כאחד.

### [תוכנית Be You](#)

תוכנית זו היא יוזמה לאומית **באוסטרליה** שפותחה והחלה לפעול בשנת 2018 על ידי משרד החינוך בשיתוף עם משרד הבריאות כדי לקדם את בריאות הנפש והרווחה במוסדות החינוך – במסגרות לגיל הרך, בבתי ספר יסודיים ובתיכונים. התוכנית מספקת משאבים, הכשרות ותמיכה לאנשי חינוך, ומטרתה ליצור סביבות למידה תומכות ומודעות לבריאות הנפש. התוכנית מתמקדת במניעה דרך זיהוי מוקדם של סימנים לבעיות נפשיות, נותנת כלים למניעתן ומאפשרת לעשות התערבות מוקדמת מתאימה ולתת תמיכה כדי למנוע התפתחות של בעיות חמורות ויצירת סביבות למידה חיוביות המקדמות את הרווחה הנפשית של כלל הילדים. רכיבי התוכנית:

1. **משאבים והכשרה**: התוכנית מציעה מגוון רחב של משאבים ובכלל זה מדריכים, כלי הערכה, וסדנאות מקוונות המסייעים לאנשי חינוך להבין בנושאי בריאות הנפש בקרב תלמידים ולטפל בהם

2. **תמיכה מתמשכת**: התוכנית מספקת תמיכה מתמשכת באמצעות יועצים ומומחים הזמינים לסייע למוסדות חינוך ביישום אסטרטגיות לקידום רווחת התלמידים

3. **קהילה מקצועית:** התוכנית יוצרת רשת של אנשי חינוך ובכך מאפשרת שיתוף ידע, ניסיון ומשאבים בין מוסדות חינוך ברחבי אוסטרליה

התוכנית Be You החליפה את התוכניות הקודמות KidsMatter<sup>5</sup> ו-MindMatters<sup>6</sup> ושילבה את התכנים והמשאבים שלהן במסגרת אחת מקיפה. מאז השקתה התוכנית פועלת במוסדות חינוך ברחבי אוסטרליה כדי לשפר את הרווחה הנפשית של ילדים ובני נוער. דיקס ואח' (Dix et al., 2023) הציגו את תוצאות ההערכה של התוכנית בשנים 2021-2023. ההערכה נעשתה על ידי המועצה האוסטרלית למחקר חינוכי (ACER) עבור Beyond Blue<sup>7</sup> כדי לבחון את השפעת התוכנית על בריאות הנפש והרווחה במוסדות החינוך. הממצאים העיקריים של המחקר הראו שהתוכנית תרמה לשיפור בריאות הנפש של תלמידים וצוותי חינוך, להגברת המודעות וליכולת להתמודד עם אתגרים נפשיים. מוסדות החינוך דיווחו על יישום מוצלח של התוכנית, בייחוד כשלוותה בתמיכה ניהולית ומעורבות קהילתית.

## 4.6 קהילה מודעת טראומה (Trauma-Informed Community)

מערכת מודעת טראומה היא הבסיס שממנו צומחת קהילה מודעת טראומה. מערכות הרווחה, החינוך והבריאות מספקות את הכלים, את הידע ואת הפרקטיקות המקצועיות, ואילו הקהילה מרחיבה את ההשפעה באמצעות יצירת רצף תמיכה רחב ומשולב סביב הילד ומשפחתו.

מן הספרות המקצועית עלתה חשיבותה של בניית קהילה עמידה ומודעת טראומה כבר משלב החיים המוקדם ביותר. עבור ילדים בגיל הרך המונח "קהילה" מתייחס בראש ובראשונה למשפחותיהם ולמסגרות החינוך והטיפול (גנים, מעונות ומשפחותונים) שהן סביבת היום-יום הקרובה ביותר לילד. לצד אלו בקהילה מודעת טראומה נכללים גם שירותי הבריאות, הרווחה והמוסדות המקומיים הפועלים בשיתוף פעולה עם ההורים ואנשי החינוך כדי ליצור רשת תמיכה כוללת.

באמצעות רשת קשרים זו אפשר לצמצם את ההשפעות השליליות של חוויות חיים קשות ולחזק את חוסנם של ילדים בגיל הרך ושל משפחותיהם (Matlin et al., 2019). גישה זו מבוססת על ההבנות כי טראומה אינה חוויה אישית בלבד אלא יש לה השפעות מערכתיות ויצירת קהילה עמידה יכולה להגן על ילדים, להאיץ את תהליכי ההתאוששות ולחזק תחושת ביטחון ושייכות.

---

<sup>5</sup> KidsMatter תוכנית אוסטרלית שמטרתה לקדם בריאות נפשית ומודעות לטראומה בגיל הרך ובבתי ספר יסודיים.

<sup>6</sup> MindMatters היא תוכנית אוסטרלית לקידום בריאות נפשית וחוסן בבתי ספר תיכון.

<sup>7</sup> Beyond Blue הוא ארגון לאומי באוסטרליה הפועל לקידום בריאות נפשית ותמיכה בילדים, מתבגרים ומבוגרים.

עקרונות היסוד של קהילה מודעת טראומה (Cummings et al., 2017; Holmes et al., 2015; Matlin et al., 2019):

1. **הבנה:** הכרה בהשפעות הפיזיולוגיות, הרגשיות והנפשיות של טראומה על ילדים בגיל הרך ועל משפחותיהם
  2. **תגובה כוללת:** מתן מענה רחב לצרכים של ילדים שנכגעו מטרומה באמצעות שיתוף פעולה בין שירותי חינוך, שירותי בריאות ושירותי רווחה
  3. **שיקום והתאוששות:** הדגשת חשיבותם של תהליכי החלמה, חיזוק החוסן האישי והמשפחתי ועידוד צמיחה מתוך משבר
  4. **אמון ושקיפות:** בניית מערכות יחסים פתוחות עם ההורים, שיתוף במידע ומתן תחושת ביטחון ויציבות
  5. **רגישות תרבותית:** התאמת השירותים וההתערבויות לשפה, לערכים ולנורמות של קהילות מגוונות
- יישום עקרונות אלו בגיל הרך** מתבטא בהכשרה של צוותי גנים ומעונות בזיהוי סימני טראומה, בפיתוח מדיניות חינוכית מודעת טראומה ובבניית רשתות תמיכה משותפות של הורים, אנשי חינוך ושירותי קהילה. קהילה מודעת טראומה מתבטאת בהכשרת צוותים רפואיים וחברתיים, בגיבוש מדיניות ציבורית בתחומי הרווחה, החינוך, המשפט ובריאות הנפש, ובפיתוח מנגנוני תמיכה קהילתיים רחבים. באופן זה קהילה מודעת טראומה יוצרת מסגרת רב-מערכתית שמאפשרת מענה מותאם לילדים בגיל הרך שנכגעו מטרומה ולמשפחותיהם ותורמת לחיזוק חוסנם של כלל חברי הקהילה.

#### 4.6.1 דוגמה ליוזמה ליצירת קהילה מודעת טראומה

[The Pottstown Trauma-Informed Community Connection \(PTICC\)](#) היא יוזמה ליצירת קהילה מודעת טראומה בעיר פוטסטאון שבפנסילבניה בארצות הברית. המיזם הוקם בשנת 2010 כדי להתמודד עם השפעות הטרומה במישור הקהילה ולא רק במישור האישי. שורשיו של המיזם נטועים בתוכנית **PEAK (Pottstown Early Action for Kindergarten Readiness)** שהתמקדה מלכתחילה בילדים בגיל הרך ובהכנתם לגן ולבית הספר ושילבה בין למידה רגשית-חברתית (SEL) להדרכת צוותים חינוכיים. עם הזמן התרחבה היוזמה ממיקוד בגיל הרך למסגרת קהילתית רחבה יותר, אך היא ממשיכה לשים דגש בתינוקות, בפעוטות ובילדים צעירים על ידי הטמעת גישות מודעות טראומה במסגרות חינוך-טיפול, בגנים ובבתי ספר יסודיים. מטרת העל של המיזם היא לספק רשת תמיכה מקיפה לכלל חברי הקהילה על ידי הגברת המודעות לטרומה והטמעת גישה מודעת טראומה במוסדות הקהילה.

המטרות המרכזיות:

1. **הגברת המודעות לטרומה:** להבטיח שהקהילה כולה – תושבים, עובדים קהילתיים, אנשי מקצוע ואנשי ממסד – יכירו את השפעות הטרומה וילמדו כיצד לזהותה ולספק מענה רגיש לנכגעים ממנה
2. **הטמעת גישה מודעת טראומה במוסדות קהילה:** יצירת סביבה שהמוסדות בה – בתי ספר, מרכזים רפואיים, שירותי רווחה וארגונים קהילתיים – יפנו את משאביהם כדי לתמוך בטיפול ובתמיכה באנשים שנחשפו לטרומה
3. **קידום קשרים קהילתיים תומכים:** יצירת רשתות תמיכה חזקות בין תושבי העיר והארגונים המקומיים כדי למנוע את ההשפעות השליליות של הטרומה ולסייע בהחלמת האנשים שנחשפו אליה
4. **פיתוח תוכניות התערבות ושירותים:** פיתוח ויישום של תוכניות התערבות קהילתיות המיועדות לטיפול בטרומה ולצמצום נזקיה

העקרונות המרכזיים של PTICC:

1. **גישת טיפול כוללת:** התמקדות בהבנת השפעות הטראומה על כל תחומי החיים ובכלל זה התנהגות, בריאות פיזית ובריאות נפשית
2. **העצמת הקהילה:** חיזוק ההבנה של חברי הקהילה בנושא הטראומה כדי שכל חבר קהילה ישתתף בתהליך המרפא
3. **שיתוף פעולה בין שירותים ומוסדות:** שימת דגש בשיתוף פעולה בין שירותי בריאות, חינוך, רווחה, אכיפת החוק וארגונים קהילתיים כדי להבטיח גישה משולבת ומאוחדת
4. **גישה אינטגרטיבית:** הגישה אינה מתמקדת רק בכרט שחוזה טראומה אלא רואה גם בסביבתו המיידית והרחבה שותפה לתהליך ההחלמה. הכוונה היא הן לשירותים הפורמליים (בריאות, חינוך, רווחה, אכיפת החוק) הן למסגרות היום-יום של הילד (המשפחה, מסגרות הגיל הרך, בית הספר והקהילה המקומית). כולם מקבלים הכשרה וכלים להבנה של השפעות הטראומה, והם פועלים בתיאום כדי לתמוך בילד ובמשפחתו

במחקר שבחן את חוויותיהם של שותפים בתחום החינוך והקהילה במסגרת היוזמה הקהילתית PTICC עלתה החשיבות של הכשרה מעמיקה והטמעת גישה מודעת טראומה בקרב בעלי עניין בקהילה. המחקר הצביע על האתגרים שבהשגת תמיכה רחבה ליישום עקרונותיה והדגיש את תרומתה של היוזמה לשיפור איכות החיים של תושבי פוטסטאון. היוזמה סייעה בהעמקת ההבנה בדרכי ההתמודדות עם אנשים שחוו טראומה בקרב אנשי מקצוע מתחומי הבריאות, החינוך והאכיפה באמצעות קידום תפיסות חדשניות ומתן תמיכה כוללת. הצלחת המודל לא רק שיפרה את המענים המקומיים אלא גם תרמה להפצת הרעיון "קהילות מודעות טראומה" ברחבי ארצות הברית ובעולם (Champine et al., 2022).

## 4.6.2 דוגמאות לתוכניות להורים בגישה מודעת טראומה

חוסנם של ילדים תלוי במידה רבה בתפקוד של הוריהם – ההורים הם מקור תמיכה ראשוני, נגיש ובלתי אמצעי עבור הילד (Cummings et al., 2017; The National Lottery Community Fund, 2021).

### [תוכנית A Better Start](#)

תוכנית זו פועלת **בבריטניה** לשיפור ההתפתחות המוקדמת של ילדים, בייחוד באזורים מוחלשים חברתית וכלכלית. היא שמה דגש בטיפול בילדים ובהוריהם כבר מן הלידה כדי לנסות למנוע ולמתן את ההשפעות השליליות של טראומה והתמודדויות רגשיות קשות. מטרת התוכנית היא חיזוק התמיכה בהתפתחות הפיזית, הרגשית והחברתית של ילדים ושיפור איכות חייהם באמצעות תמיכה רגשית וכלכלית למשפחותיהם. התוכנית מדגישה תמיכה נכונה בהורים שעברו טראומה כי היכולת שלהם לתת תמיכה רגשית לילדיהם מושפעת מאוד מחוויותיהם האישיות. התוכנית גם מדגישה את חשיבות שיתוף הפעולה בין המשפחות והשירותים הציבוריים (בריאות, רווחה וחינוך) ובין הקהילה המקומית כדי ליצור רשת תמיכה רחבה שתבטיח שלילדים ולמשפחותיהם תהיה גישה לשירותים חיוניים ולסיוע רגשי, חינוכי וכלכלי (The National Lottery Community Fund, 2021).

המודל פותח בשנות השמונים באורגון שבארצות הברית בתור מודל הדרכה להורים המיועד לשיפור ההתמודדות עם התנהגויות מאתגרות של ילדים. מדובר במודל מבוסס ראיות, מן הבולטים בקרב תוכניות המניעה לילדים ונוער, והוא משלב שיטות התערבות שנחקרו ונמצאו יעילות כגון חיזוק חיובי, הצבת גבולות עקבית ועידוד מעורבות הורית פעילה. מטרתו המרכזית הן פיתוח ושיפור של מיומנויות הוריות בסיסיות שנמצאו חיוניות במניעת בעיות התנהגות ובעיות רגשיות בקרב ילדים שנחשפו למצבי מצוקה. הגישה בנויה על עקרונות התאוריה ההתנהגותית, המשלבת חיזוקים חיוביים, ענישה קלה ותקשורת מועילה בין ההורים לילדיהם. המודל הוכח יעיל בטיפול בהורים לילדים בגיל הרך עד גיל ההתבגרות, בעיקר בהתנהגות בעייתית כגון תוקפנות או התנגדות, והוא גם נמצא יעיל בהפחתת רמות גבוהות של טראומה בקרב ילדים שנחשפו לאירועים טראומטיים.

עקרונות מרכזיים של המודל

1. **הגדרת מטרת ברורה:** הגדרה ברורה ומדידה של המטרות – ההתנהגות של הילד שההורים מבקשים לשנות
  2. **חיזוקים חיוביים:** חיזוק התנהגויות חיוביות של הילד על ידי הענקת תשומת לב או פרסים
  3. **ענישה קלה ומדודה:** שימוש בענישה לא אלימה כדי להתמודד עם התנהגויות בעייתיות של הילד ולשנות את התנהגותו ללא פגיעות רגשיות
  4. **תכנון מראש:** הקפדה על חיזוק התנהגויות טובות בזמן המתאים והימנעות מעידוד התנהגות שלילית
  5. **אימון לתקשורת יעילה:** הכוונה להורים בתקשורת ברורה וישירה עם הילד, ובייחוד הקפדה על גבולות, הבעה נכונה של רגשות והימנעות מוויכוחים
  6. **שיפור גמישות ההורים (parental flexibility):** פיתוח יכולתם של ההורים להתאים את דרכי ההתמודדות למגוון בעיות התנהגות כדי שישמרו על עקביות חינוכית וגבולות ברורים, אך גם יפגינו גמישות בבחירת דרכי התגובה, ימנעו הסלמה ויחזקו את הקשר עם הילד המודל כולל **הדרכה פרטנית וקבוצתית להורים** להקניית כלים להתמודדות עם התנהגויות מאתגרות של הילד. במסגרת ההדרכה ההורים לומדים כיצד להשתמש בטכניקות התנהגותיות. החלק החשוב ביותר בתהליך הוא לגלות גישה תומכת ומבינה ולהימנע מהענשה פוגענית של הילד.
- למודל PMTO® נעשו הערכות ומחקרים רבים, והם הצביעו על מועילות השיטה בהוראת הורים ובמתן מענה לילדים עם בעיות התנהגות. מחקר מהולנד משנת 2017 שבחן את יעילות המודל בקרב ילדים בני 4-11 עם בעיות התנהגות מוחצנות הראה ירידה ניכרת בהן (Thijssen et al., 2017).

## 4.6.3 דוגמאות ליוזמות לאומיות מיוחדות לטראומה בגיל הרך

### [NCTSN \(National Child Traumatic Stress Network\)](#)

NCTSN היא רשת לאומית שנוסדה בשנת 2000 על ידי המרכז לשירותי בריאות והתמכרות (SAMHSA)<sup>8</sup> בארצות הברית. מטרת הרשת הן לתרום להבנה בנושא ולטיפול ולתמיכה בילדים ובבני נוער שחוו טראומה, ולשפר את הנגישות והזמינות של ההתערבויות והטיפולים בנפגעי טראומה ברחבי ארצות הברית. הרשת פועלת בשיתוף פעולה עם יותר מ-175 ארגונים במגוון תחומים ובכלל זה בתי חולים, ארגוני בריאות נפש, מוסדות אקדמיים ומוסדות ממשלה. מדובר בפלטפורמה לשיתוף ידע שמחברת חוקרים, אנשי מקצוע, קובעי מדיניות והורים לקידום ההבנה וההכשרה בתחום טראומה בילדים. מטרת הרשת מתמקדות בשיפור הטיפול וההבנה של טראומה בילדים בכמה דרכים עיקריות:

1. **הכשרה ולמידה מקצועית:** הרשת מספקת הכשרות מקצועיות והדרכות לאנשי מקצוע בתחום הבריאות, החינוך והטיפול כדי להעמיק את ההבנה של השפעות הטראומה על ילדים ולספק להם כלים לטיפול מיטבי
2. **פיתוח כלים מבוססי ראיות:** פיתוח כלים מדעיים וטיפוליים המבוססים על מחקר כדי לשפר את ההתערבויות בילדים שחוו טראומה
3. **תמיכה בהורים ובמשפחות:** העצמת ההורים והמטפלים במשפחות שחוו טראומה והצעת כלים להתמודדות עם טראומה ולתמיכה מיטבית בילדים
4. **שיפור מדיניות ציבורית:** הרשת פועלת להשפיע על מדיניות ציבורית בתחום בריאות הנפש וטראומה בקרב ילדים כדי להבטיח טיפול מיטבי

זאת ועוד, באמצעות הארגונים החברים בה הרשת מקדמת ומפיצה מגוון תוכניות וכלים שמסייעים בהתמודדות עם ילדים שחוו טראומה:

1. **התערבות מוקדמת:** פיתוח תוכניות להתערבות מוקדמת לילדים ולמשפחותיהם לאחר טראומה בייחוד בגיל הרך בשל ההבנה שהתערבות מוקדמת יכולה למנוע פגיעות עתידיות
  2. **התערבות במצבי משבר:** תוכניות טיפול המותאמות לצרכים של ילדים במצבי חירום כגון אסונות טבע או טראומות לאומיות
  3. **תוכניות הכשרה:** הקניית כלים לצוותים רפואיים, חינוכיים וקהילתיים כדי שיכירו את השפעות הטראומה ויתנו טיפול יעיל
- הרשת תרמה להגברת המודעות לטראומה בקרב ילדים בארצות הברית ומחוצה לה. יוזמת NCTSN מקדמת מדיניות ציבורית אינטגרטיבית ומבוססת ראיות בתחום טיפול בילדים שחוו טראומה ופועלת בשיתוף עם גופים בין-לאומיים לפיתוח והפצת כלים מקצועיים ועדכונים מדעיים על ידי שותפים חיצוניים מחוץ לגבולות ארצות הברית. עם זאת פעילות הרשת עצמה ממוקדת בתוך ארצות הברית, והיא אינה פועלת בשטח במדינות אחרות.

---

<sup>8</sup> SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) היא סוכנות פדרלית בארצות הברית שמטרתה לקדם את בריאות הנפש ולהתמודד עם התמכרות למגוון חומרים. הסוכנות מספקת תמיכה ומשאבים למניעת בעיות בריאות הנפש והתמכרות ומשתפת פעולה עם ארגונים ומוסדות כדי להבטיח שלאוכלוסיות מגוונות בכל רחבי ארצות הברית תהיה גישה לשירותים אלו.

מרכז מחקר בקנדה המתמקד בטראומה בקרב ילדים בייחוד בגיל הרך ובמניעת השפעות ונזקים ארוכי טווח על ההתפתחות הנפשית והחינוכית שלהם. המרכז נמצא באוניברסיטת רג'ינה שבקנדה ומנהל מחקרים על השפעת טראומה על ילדים ונוער ובייחוד על תפקוד קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי של ילדים בגיל הרך. מטרת המרכז הן לפתח, להפיץ ולהטמיע גישות ותוכניות התערבות מבוססות ראיות לזיהוי מוקדם של טראומה במערכת החינוך ובמערכת הבריאות, וכן לספק טיפול לילדים בגיל הרך שחוו טראומה. המרכז מספק כלים לזיהוי טראומה אצל ילדים ומסייע בהתאמת ההתערבויות לשלב ההתפתחותי של כל ילד. המרכז גם מציע הכשרות והדרכות לפסיכולוגים, לעובדים סוציאליים ולאנשי מקצוע בתחום הבריאות, בתחום החינוך ובמטרה. ההכשרות מתמקדות בהבנת טראומה והשפעותיה על ההתפתחות הרגשית והחינוכית של ילדים ומיועדות לשיפור המענה בשירותים פסיכו-חינוכיים.

המרכז יוזם גם פרויקטים בשיתוף פעולה עם מערכת החינוך בקנדה כדי להכין צוותי חינוך והורים להתמודדות יעילה עם ילדים שחוו טראומה לפי גישה מודעת טראומה. זאת ועוד, המרכז מקדם מדיניות ציבורית להבטחת שילוב ההתמודדות עם טראומה בילדים כחלק בלתי נפרד ממדיניות בריאות הנפש בקנדה. השפעת פעילות המרכז ניכרת בשיפור התיאום בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי כדי להבטיח שילדים שחוו טראומה יקבלו את התמיכה המהירה והמועילה ביותר.

#### [Scotland's Trauma-Informed Workforce Plan](#)

תוכנית העבודה הלאומית של **סקוטלנד** להכשרת כוח אדם בגישה מודעת טראומה מתמקדת בהטמעת הגישה בקרב כל אנשי המקצוע ובכלל זה המטפלים בילדים בגיל הרך. מטרת התוכנית היא להבטיח שכל אנשי המקצוע, כגון רופאי ילדים, אחיות בריאות הציבור, עובדי רווחה וגננות, יקבלו הכשרה מתאימה לזיהוי סימני טראומה מוקדמים ולהתערבות מותאמת. **היבטים מרכזיים בתוכנית:**

- **הכשרה מותאמת:** פיתוח משאבי למידה והדרכה המיועדים לאנשי מקצוע המטפלים בילדים ובמשפחות כדי לשפר את יכולתם לזהות טראומה ולהגיב נכון
- **משאבי למידה:** הפקת סרטוני אנימציה והדרכה על השפעת הטראומה ועל דרכי התערבות יעילות ([Opening Doors](#), [Sowing Seeds](#))
- **תוכנית הכשרה פסיכולוגית:** בשונה מן ההכשרה המותאמת, שמעניקה לכלל אנשי המקצוע כלים בסיסיים לזיהוי סימני טראומה ולהתמודדות ראשונית, תוכנית זו מיועדת לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש. היא מספקת להם מסגרת תאורטית ומיומנויות טיפוליות מתקדמות כדי לאפשר תגובה מקצועית ומותאמת לצרכים המורכבים של ילדים שנכעו מטרומה ושל משפחותיהם התוכנית מדגישה את החשיבות של יצירת סביבה בטוחה ותומכת עבור ילדים בגיל הרך, ומכירה בחשיבותה המכרעת של הכשרה מתאימה לאנשי המקצוע למתן תמיכה יעילה.

## 5. טראומה בגיל הרך - צרכים ואתגרים במערכת השירותים בישראל

לאחר הסקירה הבין-לאומית על גישות ודרכי התמודדות עם טראומה בגיל הרך, עתה יתמקד הדוח בצרכים ובאתגרים במערכת השירותים בישראל. פרק זה התבסס על 15 ראיונות עומק חצי-מובנים שנערכו עם אנשי מקצוע ואקדמיה בישראל הפועלים בתחום הבריאות, בתחום הרווחה ובתחום הטיפול (פסיכולוגים). כל המרואיינים עוסקים בגיל הרך, בטראומה או בממשק שבין שני תחומים אלו. תחילה יוצגו תפיסותיהם של אנשי המקצוע מישראל בנושא המשמעות של טראומה בגיל הרך והשפעותיה. לאחר מכן יוצגו הצרכים של ילדים שחוו טראומה בגיל הרך ושל הוריהם והאתגרים במערכת השירותים.

ראיונות העומק כללו גם אזכורים לגישות טיפול, למענים ולשירותים היום בישראל. עם זה מאחר שמטרת עבודה זו אינה מיפוי שיטתי של כלל השירותים אלא הצגת הצרכים והאתגרים במערכת השירותים בישראל, פירוט הגישות והשירותים שהוזכרו על ידי המרואיינים מוצגים **בנספח ב** ולא בגוף הדוח. רשימה זו אינה מייצגת את כלל המענים אלא משקפת את המענים שבחרו המרואיינים להבליט.

### 5.1 תפיסות אנשי המקצוע בנושא משמעות הטראומה בגיל הרך והשפעותיה

כדי להבין את המשמעות של חוויית טראומה בגיל הרך, חשוב להבין את המאפיינים המרכזיים של שלב חיים זה. לדברי המרואיינים, בגיל הרך הילד תלוי באופן מוחלט בהוריו, והתפתחותו הרגשית והקוגניטיבית מתקדמת בקצב מואץ – שינויים משמעותיים יכולים להתרחש בתוך ימים אחדים או חודשים ספורים. היכולות הוורבליות של ילד בגיל הרך מוגבלות, והוא מתקשה לבטא את חווייתו ואת רגשותיו. לכן גם לחוויית שהן לכאורה שוליות או שמשכן קצר עשויה להיות השפעה משמעותית ועמוקה על בריאותו הנפשית והפיזית של הילד:

”הזנחה מתמשכת בינקות שיכולה להיות קצרת טווח מאוד, כי אם הילד בן שלושה חודשים ולא מאכילים אותו שלושה ימים, או יש לו תפרכת טיטולים והוא עם עור מאוד מאוד רגיש ולא מטפלים, הדלקתיות וכולי ממש ממש יכולה לפגוע בחייו.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

מרבית המרואיינים סברו שלהורים לילדים בגיל הרך ולעיתים קרובות גם לאנשי המקצוע יש תפיסה מוטעית בנוגע להבנה ולזיכרון של אירועים קשים בקרב ילדים בגיל הרך. המרואיינים כינו את הגיל הרך בתור “גיל שקוף” בגלל היעדר תשומת לב מספקת להשפעות ארוכות הטווח של חוויית טראומטיות בגיל הזה.

”יש עדיין הרבה אנשים שחושבים שילדים בגיל הרך לא מבינים, אז הם לא מושפעים. [הם חושבים] שילדים לא יכולים לדבר על מה שקרה, שהם שוכחים: 'הוא ישכח, זה עבר. הוא בכלל לא ידע שזה קרה', אבל אנחנו יודעים היום שטראומה משפיעה מאוד חזק באופן מובלע על הגוף. כן, על העוררות של הגוף לסכנה. על ידי צבעים וקולות ותחושות וזיכרונות, מראות וכל מיני דברים כאלה. ותינוקות הם הכי פגיעים לטראומה כי [...] המערכת ההורמונלית שלהם כל כך לא מפותחת וכל כך עדינה. וצריך להכיר בזה שילדים שעברו, גם תינוקות שעברו דברים קשים הם ממש זקוקים לטיפול.” (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

גם כשמתרחשים אירועים טראומטיים משמעותיים בסביבת החיים של הפעוט כגון אובדן הורה או חשיפה לאלימות, יש נטייה להניח שהוא "קטן מכדי להבין".

” אימא שהתאבדה והיינו שותפים ומעורבים באירוע הזה, בבשורה המרה ובליווי. לא סיפרו לפעוטה שאימא שלה מתה, איננה. והיא עברה בסלון, האבא עטף אותה אחרי אמבטיה והביא אותה לחדר, ורואים את התמונה של אימא בדרך, והיא הייתה עושה ככה 'נו נו נו מאמא. נו נו נו'. פעם ראשונה, פעם שנייה הוא ראה את זה ואז [...] הוא בא אליי כי טיפלתי בילדה היותר גדולה, ואז הוא אמר: 'תשמעי. מה, את חושבת היא מבינה?' אז אמרתי לו: 'אמרת לה איפה אימא שלה?' אז הוא אומר: 'לא, מה, היא לא מבינה, היא קטנה, היא בת שנה ושבעה חודשים היא לא מבינה.'” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

מרואינים אחדים הדגישו כי טראומה המתרחשת בגיל הרך לעומת טראומה בקרב בוגרים יכולה לנבוע גם מפגיעה בדמות ההתקשרות של הילד – האם, האב או דמות מטפלת מרכזית אחרת כגון סבים, דודים או אף הורי אומנה.

” הטראומה מתחילה אצל פעוט מדברים מאוד פעוטים, מה שנקרא. ברגע שאחת מהדמויות המטפלות, דמויות ההתקשרות, נעלמת, מוזזת, מוצאת, אינה קיימת או נמצאת במצב שהוא בעצמו בסיכון או בטרומה או בדאגה לגורלו, כבר המצב הזה אצל פעוט, אצל תינוק, עלול לייצר מצב טראומתי בפוטנציה.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

” אז רוב הטראומות בגיל הצעיר הן קשורות במה שנקרא יחסים. יש מעט טראומות בגיל הצעיר שנובעות מאירוע חיצוני אבל לצערנו גם זה יש ואירועי ה-7 באוקטובר מוכיחים את זה, שגם מתינוקות לא נחסכו הזוועות. אז ברור לנו שילדים צעירים שחווים זוועות זה נרשם, והם בהחלט פוסט-טראומטיים, אבל אנחנו בדרך כלל מתייחסים לפוסט-טראומה בגיל הרך שמקורה ביחסים. וזה נובע כמובן מהצורך של ילדים בגיל הרך להגנה ולתמיכה, כל מה שאנחנו יודעים על הגיל הזה.” (חוקרת/ת מן האקדמיה)

חוסר מודעות להשפעות של טראומה בגיל הרך עלול לגרום לאבחון שגוי של הצרכים הרגשיים והטיפוליים של הילד ולעיתים להיעדר מענה או למענה שאינו מתאים. לפי מקצת המרואינים, הורים רבים אינם מקשרים בין שינויים בהתנהגות של ילדיהם ובין חוויות טראומטיות שעברו, ולעיתים אף שוללים אפשרות זאת:

” לרוב ההורים לא מודעים להשפעות ההרסניות של הטראומה על הילדים. יש מין תפיסה שילדים פחות מושפעים, פחות מבינים [...] 'מה, הילד שלי מרטיב בגלל שנפלים טילים ליד הבית? מה זה קשור?' בגיל הרך [...] ביטויי הטראומה הם הרבה יותר פסיכוסומטיים וגופניים, וההורים לא מצליחים לעשות את החיבור בין המלחמה לשינוי. רק כשהמטפל מתחיל להבין ושואל אותם ושם את זה על ציר של זמן, המטפל מצליח להבין שזה קשור למלחמה ואז עושים את החיבור עם ההורים. אבל הרבה הורים אומרים: 'אנחנו לא יודעים, הוא פשוט פתאום השתנה'. זה משהו שאנחנו מאוד פוגשים, ולכן התחלנו לעבוד על העלאת המודעות לטראומה בגיל הרך.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

תחושת "אי-ההבנה" בנוגע להשפעות טראומה ניכרת ביתר שאת כלפי תינוקות ופעוטות:

”יש איזו נטייה לחשוב תמיד שבעצם תינוקות ופעוטות לא מבינים כלום, לא בהיריון ולא כשהם נולדים ולא בגיל חצי שנה. שהם לא שומעים, שהם לא יודעים.“ (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

היבט אחר שאין אליו מודעות מספקת הוא האפשרות שטראומה בגיל הרך עלולה להתחיל לפני הלידה, כבר בתקופת ההיריון. תפיסה זו חורגת מן ההנחה הרווחת כי טראומה דורשת זיכרון מודע או יכולת ורבליית כדי להיחשב כך. כמה מן המרואיינים תיארו מקרים של ילדים צעירים שסבלו מקשיים רגשיים והתנהגותיים והעלו את האפשרות שמצוקות שחוו האימהות בתקופת ההיריון, למשל בעקבות אירועי אלימות במשפחה, עברו והוטבעו בילד.

”אם האישה עוברת אירוע חירום סמוך ללידה או ממש בחודשים האחרונים של ההיריון [...] אז יש סיכוי שהתינוק שלה יהיה מאוד מאוד חרד.“ (חוקרת/ת מהאקדמיה)

בהיעדר הכרה בהשפעות המוקדמות של טראומה בגיל הרך, ולפעמים אף טראומה בהיריון, על התפתחותם של ילדים, לא ניתן מענה טיפולי מותאם ורגיש בשלבים הקריטיים, כשעוד אפשר לצמצם את ההשפעות השליליות. לפיכך יש להגביר את המודעות בקרב הורים ואנשי מקצוע להשפעות העמוקות של טראומה גם בתקופת הינקות שהשפה המילולית אינה מפותחת בה. נוסף על כך יש חשיבות רבה להקמת מערך התערבות למניעה, לאיתור, לזיהוי ולטיפול בילדים בגיל הרך שנחשפו לטראומה ובהוריהם.

## 5.2 צרכים ואתגרים במתן מענה לטראומה בגיל הרך

לצד ההבנה ההולכת וגוברת של מאפייני הטראומה בגיל הרך וההתפתחות של גישות טיפול, של שירותים ושל מענים מותאמים ורגישים, עולה מן הפרקטיקה תמונה מורכבת – פער בין הידע המקצועי ובין היישום שלו בפועל. אף שהמענים ניתנים בדרכי עבודה חשובות ויעילות, יישומם בפועל מותנה בתנאים מערכתיים, בתנאי סף מקצועיים, במוכנות רגשית של אנשי המקצוע לפעול בתחום זה ובמוכנות רגשית של הילדים ובני משפחותיהם לצרוך אותם.

בפרק זה יובאו הצרכים המרכזיים של מערכת השירותים, אנשי המקצוע ושל הילדים ובני משפחותיהם. הצרכים מתבססים על האתגרים שזוהו בראיונות. דגש יושם בחסמים המרכזיים המעכבים את הפעלתם של מענים יעילים לטיפול בטראומה בגיל הרך.

### 5.2.1 צרכים מערכתיים בתחום החינוך, בתחום הרווחה ובתחום הבריאות

א. צורך בטיוב השירותים האוניברסליים לילדים בגיל הרך  
מן הראיונות עלה צורך מובהק עבות ולטייב את השירותים האוניברסליים המיועדים לכלל ההורים והילדים בגיל הרך, בייחוד תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) ומעונות היום לגילי שלושה חודשים עד שלוש שנים. שירותים אלו הם מסגרת למכש הראשון עם כלל הילדים בגיל הרך ועם הוריהם, לכן יש להם פוטנציאל רב לאיתור מצוקה ולמניעה ראשונית של טראומה. עם זה מרואיינים רבים ציינו כי מערכות אלו אינן ממשות פוטנציאל זה.

**עיבוי השירותים בטיפות החלב:** טיפות החלב הן שירות אוניברסלי, והוא נחשב לאחת מאבני היסוד של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. השירות נגיש לכלל התינוקות, הפעוטות והוריהם בלי קשר למצב חברתי-כלכלי, ויש בו משום מרחב ליצירת

קשר ראשוני עם מערכת הבריאות. המרואיינים ציינו את הפוטנציאל הרב לקידום בריאות והתפתחות מיטבית בגיל הרך וליצירת יחסי אמון עם הורים בתקופה רגישה בחיי המשפחה. היו שהצביעו על הצורך בעיבוי השירותים בטיפות החלב וליצור מרחב לתמיכה רגשית, לאיתור קשיים ולשיח התפתחותי בגיל הינקות. לדברי אנשי מקצוע, השירות מצומצם – רק מעקב רפואי בסיסי ובו חיסונים, שקילות ומדידות – בלא הערכה רגשית של הורים ותינוקות. המרואיינים הדגישו את הצורך בהחזרת אנשי מקצוע מבריאות הנפש (כגון פסיכולוגים או עובדים סוציאליים קליניים) שנכחו בעבר בטיפות חלב, ושילובם בצוותים הקבועים בטיפות החלב. הנכחות של אנשי טיפול במסגרת זו תאפשר שיח פתוח עם ההורים, תצפית עדינה על הדיאדה והכוונה רגישה לשירותים נוספים במידת הצורך בלי הסטיגמה של פנייה לשירותי בריאות נפש.

**ליווי הורים בשנה הראשונה להורות:** מניתוח הראיונות עלה הצורך בהרחבת המענים להורים בשנה הראשונה להורות. אחת המרואיינות התייחסה לתוכנית "[אם לאם](#)" ואמרה שזה מענה חשוב, אך התוכנית מצומצמת ופועלת במעט רשויות, ויש להרחיבה לכל הרשויות המקומיות. לדבריה, אומנם יש חשיבות לליווי האימהות בשנה הראשונה לאחר הלידה, אולם ניכר חוסר בליווי לאבות, והם אינם זוכים למענה מספק. המרואיינת גם הצביעה על היעדר ליווי טרם הלידה, ובייחוד על מחסור בתוכניות הכנה להורות צעירה. לדבריה, כבר יש ניצנים של קבוצות הכנה להורות, אך אלו אינן חלק אינטגרלי ממערך השירותים, ולעיתים הן פרי יוזמות מקומיות בטיפות חלב או במסגרות אחרות בקהילה. יש מחסור מתמשך בשירותים שהמדינה ומשרדי הממשלה אחראים להם כגון "בית ספר להורים". היא הציעה לראות בכך תשתית מניעתית כלל-ארצית שתהיה זמינה בכל רשות ורשות. תשתית זו תאפשר זיהוי מוקדם של הקשיים בקרב הורים ותאפשר לאנשי מקצוע בתחום הרווחה להתחיל התערבות ללא תשתית מוקדמת של ידע על הצרכים של המשפחה.

**השקעה במסגרות חינוך לגיל לידה עד שש:** מן הראיונות עלה צורך מובהק בהשקעה שיטתית ומתמשכת במסגרות החינוך-טיפול לגיל הרך, ובפרט אלו המיועדות לילדים בגיל לידה-שלוש. היום אין הן נכללות במסגרת חוק חינוך חובה, ועל כן אינן מסובסדות עבור הורים רבים בישראל. יש להגביר את הנגישות למסגרות חינוך איכותיות, חינוכיות ומפוקחות המותאמות לצורכי הילדים וההורים. המרואיינים העלו את הצורך בהפחתת מספר הילדים במעונות היום ובגני הילדים, בשיפור תנאי ההעסקה ובהכשרה של הגננות והסייעות ובהעמקת ההבנה של צוותי החינוך בצרכים הרגשיים של ילדים בגיל הרך. המרואיינים סברו שהשקעה זו תסייע בצמצום הנזקים הנגרמים מן הטראומה ובאיתור פעוטות וילדים הנמצאים בסיכון לטראומה, והיא תצמצם גם את תופעת ההתעללות במעונות היום ובגני הילדים.

ב. צורך בהטמעת "גישה מודעת טראומה" בכל השירותים לגיל הרך מן הראיונות עלה כי אי אפשר להתייחס לזיהוי טראומה בגיל הרך ולטיפול בילדים כאל תחום טיפול צר, המוגבל לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בלבד. נדרשת הטמעה של גישה רחבה, מערכתית ומודעת טראומה (trauma-informed approach) בכל השירותים לילדים בגיל הרך הניתנים בקהילה במערכת החינוך, במערכת הרווחה, במערכת הבריאות ובריאות הנפש.

גישה זו מחייבת הכשרה של כל אנשי המקצוע שתסייע להם לפתח רגישות לטראומה, גם אם אינם עוסקים בטיפול בה בפועל, ובכלל זה זיהוי סימני מצוקה רגשית סמויה, כלים בהבנת התנהגות וידע על דרכי תגובה ועל הפניה להמשך טיפול. כאשר כל

השירותים בקהילה וכל אנשי המקצוע יאמצו שפה משותפת של עבודה מודעת טראומה, יתאפשר שיתוף פעולה בין-מערכתי שיתרום לילדים ולמשפחותיהם כבר בנקודת המפגש הראשונית עימם.

” זה ילד שתכף תהיה לו אבחנה של הפרעת התנהגות... אבל השאלה בשיח על טראומה היא לא מה יש לו – אלא מה קרה לו, ומה ממשיך לקרות לו בבית.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

המרווינים שהעלו את הצורך בהטמעת גישה זו, סברו שיש להטמיעה בקרב כל אנשי המקצוע העובדים עם ילדים בכל הרמות:

” עבודה מודעת טראומה היא מתחילה מהמפקח, מהמטה והמנהל לעובד. זה חייב להיות כולם [...] גם השומר במרכז הורים-ילדים – אם הוא לא מתנהג בצורה רגישה, זה כבר יכול להיות טריגר.” (חוקר/ת מן האקדמיה)

הודגש גם הצורך בשינוי תפיסתי – לראות בטראומה אירוע שיכול לקרות לכל ילד, בכל קבוצה ובכל מסגרת, בייחוד על רקע טראומה קולקטיבית כגון אירועי השבעה באוקטובר:

” אנחנו צריכים להסתכל גם על הרכב של קבוצה – מה היא עברה? ייתכן שהגן כולו חווה טראומה קולקטיבית [...] זה לא רק עניין של אבחנה, אלא של הסתכלות כוללת.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

המסר המרכזי שעלה מדברי המרווינים הוא שגישה מודעת טראומה יוצרת תשתית חיונית להבנה מערכתית, אנושית ומקצועית. בלעדיה ילדים שחוו טראומה עלולים להיתפס “בעייתיים” במקום שיראו בהם ילדים פגועים הזקוקים לקשר, להגנה ולתיווך רגשי של המציאות. לשם בניית מערכת שירותים רגישה ומתואמת (אין כפל שירותים) שבאמת יכולה לתמוך בילדים בגיל הרך, נדרש לאמץ גישה זו בכל רמות העשייה – מקובעי המדיניות ועד אחרון המטפלים, ולהשקיע לא רק בהכשרת מומחים אלא גם באנשי המקצוע שיש להם קשר יום-יום עם הילדים.

### ג. צורך ביצירת רצף טיפולי ושיתופי פעולה בין-משרדיים

יש צורך בשיתוף פעולה בין-משרדי שיטתי ומובנה שיאפשר תיאום יעיל והתמודדות מקיפה עם טראומה בגיל הרך. מרווינים תיארו שיתופי פעולה שהתבססו על יוזמות מקומיות או על קשרים אישיים בין בעלי תפקידים במקום על מנגנונים מוסדיים מסודרים. למרות קיומן של מסגרות בין-משרדיות, כגון 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, בחלק מן היישובים בארץ, עדיין יש יישובים שבהם שיתופי הפעולה אינם מעוגנים במבנים קבועים או בהחלטות מחייבות. לעיתים שיתופי הפעולה תלויים במידת המחויבות והזמינות האישית של אנשי מקצוע. ממצאים אלו מצביעים על הצורך בהעמקת שיתופי הפעולה, חיזוקם או יצירתם באזורים או בתחומים שהם חסרים:

” חלק מהמשרדים לא מבינים את החשיבות של עבודה בשותפות ואת היתרון. לעבוד בשותפות זה צריך מישהו שגם מאמין בזה, וגם מפנה לזה את הזמן – כי זה המון השקעה וגם המון החזקה. וזה לא מתקיים. [...] צריך שתהיה הבניה – שולחן בין-משרדי שנפגש באופן קבוע עם נציג קבוע מכל משרד ועם הכרה מחייבת של המנכ“לים. לא שזה תלוי אם מי שאני עובדת מולו נחמד או לא.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

השפעה מרכזית של חוסר תיאום בין-משרדי היא היעדר רצף טיפולי ברור לילדים בגיל הרך שנפגעו מטראומה. המרואיינים הדגישו כי ילדים צעירים ומשפחותיהם עוברים לעיתים קרובות בין שירותים של משרדי ממשלה שונים – משרד הרווחה והביטחון החברתי, משרד החינוך ומשרד הבריאות (לרבות שירותי בריאות הנפש), אך הקשר בין אנשי המקצוע המטפלים רופף ולעיתים נעדר. התוצאה היא שהמידע לא עובר ביניהם באופן מסודר ונפגעות רציפות הטיפול והיכולת להתערבות יעילה.

” יש משפחות שאומרות: 'לא שיתכנו במשהו כי כבר סיפרנו את זה לעובדת סוציאלית, ולגננת, ולרופאת הילדים, ואין כוח לספר שוב...' צריך להבין שלא מדובר רק במידע קליני אלא במשהו שמרגיש חשוף מאוד.”  
(מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

במקרים רבים נדרשת התערבות של שירותים אחדים בעת ובעונה אחת, אך בהיעדר שפה משותפת, תפיסת אחריות ברורה ומנגנוני תיאום פורמליים, כל גורם מתמקד בהיבט אחר בחיי ההורים או הילד. התוצאה היא פיצול בטיפול, היעדר תמונה שלמה ובלבול בקרב המשפחות בנוגע לזהות האמון על הליווי.

” זה קורה הרבה שמישהו חושב שמישהו אחר מטפל, ואז בסוף לא קורה כלום] ... אין מערכת ברורה שמרכזת את זה.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

לכן עלה הצורך הדחוף בהגדרת רצף מענים מחייב וברור ביישוב או ברשות:

” מה שהכי חסר בעיניי זה סטנדרטיזציה, איזה רצף מענים צריך להיות בכל יישוב שיגובה בתקציב וכוח אדם מתאים לטפל, כי את התאוריות ואת התוכניות יש, רק לתת לזה [...] ושזה יהיה לא לבד, אלא שהתוכניות תהיינה חלק ממארג של מרכז גיל רך [...] אם היחידה של הפסיכיאטריה בגיל הינקות ברשות והרווחה עובדים בשיתוף פעולה עם רופאי הילדים, אז יש סיכוי לאתר ילדים בסיכון ובמצבי טראומה ולתת לזה מענה יותר רחב. לא לעבוד לבד, בקיצור.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

כמה מן המרואיינים תיארו מקרים שהפיצול המערכתי הוביל לזיהוי מאוחר מדי של מצוקה. כל איש מקצוע ראה את הילד או את ההורה מזווית מסוימת, אך היעדר תקשורת ביניהם מנע הבנה כוללת של המצב. ההתנהגות של הילד תויגה כקושי בוויסות רגשי, בלי להבין את ההקשר המשפחתי או הטראומטי העמוק יותר. ההתערבות נעשתה רק כשהבעיה החריפה.

” כל אחת רואה את המשפחה מאיזושהי זווית, אבל לא ביחד... ועד שלא יהיה דיווח, אנחנו לא נשמע על הילד הזה... ההתערבות נעשית מאוחר יותר, כשכבר הילד, המופע ההתנהגותי שלו בגיל שנתיים, הפך להיות כבר בעיית התנהגות בגיל שש. בעצם אפשר היה לזהות ולאתר אותם יותר מוקדם, אם מישהו היה לו את הכלים.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

המרואיינים קראו להקמת מסגרות בין-מערכתיות קבועות, כגון ועדות תיאום או מרכזים לגיל הרך הפועלים במודל אינטגרטיבי ומאפשרים זיהוי מוקדם, שיתוף ידע מקצועי והתערבות רב-תחומית. הודגש הצורך במיני גורם מתכלל כגון רכזת יישובית או רשותית לגיל הרך – דמות מקצועית אחת המלווה את כל אנשי המקצוע בגיל הרך ביישוב ואחראית לתיאום המלא ביניהם וליצירת הקשרים הנדרשים בין הגופים המטפלים.

עם זאת הזכרו גם תיאורים חיוביים של שיתופי פעולה מיטביים ברשות במצבי משבר. דוגמה לכך הוצגה במקרה של רצח בתוך המשפחה – עובדת סוציאלית בתחום המשפחה מן המחלקה לשירותים חברתיים ופסיכיאטרית מן היחידה לפסיכיאטריה של הגיל הרך בבית החולים הדסה פעלו במשותף. בעקבות האירוע התכנסה ועדת תכנון טיפול והחליטה על העברת הפעוט לאומנה אצל סביו. בד בבד ניתן ליווי צמוד של הפסיכיאטרית בבית הסבים בשיתוף פעולה רציף עם העובדים הסוציאליים שניהלו את תהליך התכלול ודאגו למיצוי זכויות המשפחה.

המרווינים הדגישו את הצורך במדיניות ממשלתית מתמשכת שתבסס שיתוף פעולה בין-משרדי מסודר ורציף, תנאי הכרחי למתן מענים מתואמים ומקיפים לגיל הרך. בהיעדר מערך זה עבודת הצוות הרב-מערכתי היא לעיתים מוגבלת ותלויה ביוזמות מקומיות. ביישובים שבהם פועלת 360° - התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון יש שיתוף פעולה יעיל בין משרדים ונקודת מבט כוללת המתבטאים במודלים כגון מרכזים רב-מקצועיים וועדות יישוביות. מודלים אלו מדגימים את הפוטנציאל לזיהוי ילדים בסיכון, לתיווך ולהפניות ולמתן מענים מותאמים. אולם היישום עדיין אינו אחיד, ויש צורך להרחיב את התמיכה הממשלתית ולבסס מנגנונים שיבטיחו מערך כולל של זיהוי, הפניה וליווי – רכיבים קריטיים לשיפור יכולתן של מערכות השירותים להגיב במדויק וברגישות לצרכי ילדים צעירים ומשפחותיהם.

#### ד. צורך בנגישות ובהתאמה של שירותי טיפול בקהילה לילדים בגיל הרך שחוו טראומה

אחד החסמים המרכזיים לצריכת מענים לטיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה הוא התפיסות האישיות של ההורים, חוויותיהם הקודמות במערכות השירות או מצבי מצוקה מתמשכים. רבים מן ההורים מתקשים לבקש עזרה או להתמיד בתהליך טיפולי. במקרים רבים מדובר במשפחות החשות עומס רגשי ותפקודי וד בבד מתמודדות עם עוני, עם בדידות חברתית או עם היעדר רשת תמיכה משפחתית. במציאות זו היכולת לזהות את הקושי ולקבל סיוע אינה מובנת מאליה.

המרווינים ציינו כי אחד הגורמים המרכזיים לקושי זה הוא הסטיגמה השלילית הנלווית לטיפול רגשי לילדים בגיל הרך. גם כאשר יש מצוקה ממשית, הורים רבים מהססים בשל בושא או חשש מהאשמתם במצב הילד, ולעיתים הם מעדיפים להימנע מהתמודדות ישירה. לכן חשוב לפתח מענים בגישה מקבלת ולא שיפוטית שתחזק את תחושת היכולת ההורית במקום לערער עליה.

”אז מפחדים לבוא אליי [...] אני חושבת/שזה ממש קריטי שזה יהיה מונגש, ברור וא-סטיגמטי לפנות.”  
(מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

מן הראינות עלה כי הסטיגמה שהדביקו לשירותי בריאות הנפש בגיל הרך אינה ייחודית להורים מקבוצה מסוימת באוכלוסייה. עם זה היא עלולה להתעצם בקרב חברות שמרניות ובכלל זה החברה החרדית, העדה האתיופית וחלקים מן החברה הערבית, שבהן חוץ מן הסטיגמה יש חסמים הקשורים לחשש מביקורת חברתית וחוסר אמון כלפי מערכות חיצוניות. במקרים אלו הפנייה לשירות עלולה להיחשב סטייה מנורמות קהילתיות ולהקשות על ההורים לבקש עזרה.

”אמרו לי הצוותים החינוכיים בגני ילדים בפתח תקווה [בדוין] 'לא יבואו אלייך, אבל בואי לגן. אוכלוסייה של אתיופים, הם לא יסכימו להגיע לבריאות הנפש, אבל אם תבואי – הם יגיעו'. עשינו שם קבוצה לפני שנה להורים שמטרתה הייתה איך לדבר עם הילדים על המלחמה.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

יש ילדים שאף פעם לא יגיעו לטיפול במרכז החוסן או במרפאה לבריאות הנפש מכל מיני סיבות, אבל הם סובלים. ואני עסוק באיך לפצח להגיע אליהם.” (מנהל מרכז חוסן)

לכן נולד מודל של קבוצות טיפול בתוך בתי הספר שמובילות אותו יועצות חינוכיות. קבוצות הטיפול נועדו להנכיח טיפול רגשי במרחבים טבעיים ומוכרים.

זו תפיסה של מרחב טבעי, של קהילה, של יועצת שמכירה את התלמידים שלה ויודעת מי היה באזור שנפלו בו טילים [...] זה לעשות בריאות נפש בתוך הקהילה.” (מנהל מרכז חוסן)

דוגמאות אלו ממחישות את חשיבות ההנגשה של התערבויות טיפוליות במסגרת שירותים כלליים בקהילה שאינם מתויגים “בריאות הנפש” כגון מתנ”סים, מרכזים לגיל הרך וטיפות חלב. מנהל מרכז חוסן סיכם זאת:

משהו בחוויה של ההורה של להגיע למתנ”ס [בשביל לעבור אינטייק] הוא שונה לגמרי.”

נוסף על כך מניתוח הראיונות עלה צורך מובהק בהתאמות תרבותיות. חסרים מטפלים רבים מומחים בגיל הרך שמסוגלים לתת טיפול במגוון שפות כגון ערבית, אמהרית ויידיש (עבור קהילות חרדיות). כמה מרואיינים התייחסו גם להגברת ההנגשה התרבותית – התאמה בזמנים, בשפה ובעיצוב החדר בהתאם לתרבות המטופלים והעולם הרוחני של ההורה. אומנם ההנגשה התרבותית אינה ייחודית לגיל הרך, אך היא חשובה כדי למשוך הורים לצרוך את השירותים עבורם ועבור ילדיהם.

ה. צורך בהרחבת המענים הקבוצתיים מתוך ראייה מערכתית-עתידית

מדברי המרואיינים עולה צורך בהרחבת המענים הקבוצתיים משתי סיבות עיקריות: הסיבה הראשונה היא שהמענים הקבוצתיים יעילים במישור הקהילתי ומגבירים את החוסן הקהילתי, והסיבה השנייה היא שבמצואות של משאבים מוגבלים הציפייה שהמערכת תוכל להיענות בעתיד הקרוב לביקוש הולך וגדל להתערבות פרטנית אינה סבירה. במילים אחרות, לנוכח ריבוי הילדים שנחשפו לאירועים טראומטיים – אי אפשר להציע לכולם טיפול פרטני.

לדעתי חייב לפתח מענים קהילתיים יותר גדולים כי לא תהיה אפשרות לטפל פרטנית בכל הצורך שיעלה ויגדל עם השנים... המרכיב הקהילתי יהיה אקוטי.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

המרואיינים הציעו מגוון רחב של מודלים קבוצתיים: החל בהתערבויות פסיכו-חינוכיות להורים, המשך בקבוצות תמיכה, וכלה בקבוצות טיפול המונחות על ידי אנשי טיפול וממוקדות בהתמודדות עם טראומה. קבוצות אלו משמשות גם לאיתור פעוטות וילדים שחוו טראומה וגם ליישוג (reaching out) מטעם שירותים אחרים:

אנחנו עוסקים בבריאות הנפש בהקשר קהילתי מאוד חזק [...] הרבה פעמים אנחנו יכולים לעשות קבוצת חוסן לאימהות, ואז מתוך זה האימא תבין שיש לה קושי או לילד שלה יש קושי, ואז היא תבוא למרכז חוסן.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

מן הראיונות עלה כי לפעמים קבוצת טיפול עשויה להיות מעין מענה ביניים עבור ילדים הזקוקים לטיפול רגשי עד לתחילת ההתערבות הפרטנית, ביחוד בתקופות של זמן המתנה ממושך:

” יש תופעה מורכבת מאוד שנקראת 'אילמות סלקטיבית'. קשה מאוד וכדאי להתחיל לטפל בה בגיל כמה שיותר צעיר, ולי יש כאמור רשימות המתנה. אמרתי בואו ננסה לעשות קבוצת הורים, ויש לי משאב של סטודנטים, ואני נותנת לסטודנטיות לעשות טיפול פרטני עם הילד, ונעשה קבוצת הורים. נראה איך זה יהיה. היא לא בהכרח תספיק מאחר ומדובר ב-12 פגישות. אבל אני אומרת, בואו נגדיר את זה בתור זה שאנחנו נותנים שיחות, נותנים כלים ומתרגלים, מתרגלים, מתרגלים ושואבים כוח מהקבוצה. והמטרה היא, ונדע מראש, אולי לא כולם ידברו חופשי, המטרה היא שתרגישו שאתם יותר יכולים לעזור [לילד שלכם] בבית. ובעיניי זה בטח יותר טוב משהיו ברשימת המתנה.“ (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

#### 1. צורך במדיניות כוללת ותקצוב ייעודי

מן הראיונות עולה תמונה של היעדר מדיניות ממשלתית סדורה בתחום ההתערבות בגיל הרך ובפרט בהתמודדות עם טראומה בגיל זה. לטענת המרואיינים, היעדר ההכרה המערכתית בחשיבות ההשקעה בגיל הרך בא לידי ביטוי הן בתקציב הן בסדרי העדיפויות של הרשויות המקומיות והמחלקות לשירותים חברתיים. על פי אחת המרואיינות, בהיעדר תקציב ייעודי לגיל הרך, ההחלטה אם להפעיל תוכנית כלשהי מותנית בשיקולים מקומיים ובזמינות של משאבים גמישים בלבד:

” אין לנו כרגע [מדיניות מחייבת]. יש תקציבים גמישים אצלנו ברווחה... גיל הרך לא נמצא בסדר העדיפות הגבוה בבחירת תוכניות התערבות, ובטח לא יקרורות... כל עוד שהמשרד לא בא באמירה של מדיניות, שכל מחלקה יהיה לה תקציב צבוע לגיל רך – אנחנו לא נצליח לייצר שינוי.“ (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

מצב זה מוביל לפערים ניכרים בין רשויות, הן בזמינות השירותים המוצעים לילדים צעירים שנפגעו מטרומה הן באיכותם. חלק מן המרואיינים הדגישו כי היעדר השקעה בשלב מוקדם זה של החיים פוגע לא רק בילדים בטווח הקצר, אלא כרוך גם בעלויות ציבוריות כבדות בעתיד, בתחומי הבריאות, הרווחה והחינוך.

” לא רואים כמה ההשקעה הזו יכולה לחסוך כל כך הרבה דברים בהמשך. אנחנו יודעים היום שבאמת טראומה בילדות עלולה לגרום למלא בעיות נפשיות ופיזיות בהמשך. [...] אם היו עוזרים להם בגיל יותר צעיר, יכול להיות שהם לא היו מגיעים למצבים שמגיעים.“ (מומחית מן המגזר השלישי)

לדברי המרואיינים, יש מגוון תוכניות התערבות עבור ילדים בגיל הרך במערכת השירותים, אבל הצורך המרכזי הוא במשאבים, הכשרות ותהליכי הטמעה שיבטיחו יישום רחב ומשמעותי של תוכניות אלו בשטח. נוסף על כך חלק מן המרואיינים ציינו כי ברמה המערכתית, נדרש תהליך של סטנדרטיזציה שיקבע כי בכל יישוב שבו אותרו ילדים בסיכון, תופעל תוכנית התערבות מערכתית ורציפה, משלב המניעה ועד להתערבות ברמות הסיכון הגבוהות יותר.

בהיעדר הנחיה מערכתית ברורה, המשאבים המוגבלים המוקצים לתחום מופנים לרוב לגילים שבהם הקושי ניכר לעין, גם אם השקעה במניעה בגיל הרך עשויה להניב תועלת גבוהה יותר בטווח הארוך. מצב זה מדגיש את הצורך במדיניות אחידה שתאפשר הקצאה מתוכננת של מענים ותגביר את השוויון בין יישובים וקבוצות באוכלוסייה.

## ז. היעדר תקנים, שכר ותמריצים לכוח אדם מקצועי

אחד האתגרים המרכזיים שזוהו בראיונות הוא המחסור החריף בכוח אדם מקצועי המתמחה בטיפול בטראומה והתקשרות בגיל הרך. מרואיינים מכלל המערכות ציינו קושי עקבי בגיוס עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ומטפלים רגשיים עם הכשרה מתאימה בכל הארץ ובמיוחד בפריפריה הגאוגרפית והחברתית של ישראל. לדבריהם, תנאי השכר, העומס הרב וחוסר ההשקעה בפיתוח מקצועי מרחיקים אנשי מקצוע מוכשרים מן התחום:

” ברמת השכר אני אגיד לך את מה שאת בטח יודעת, לא הגיוני מה שקורה. בעצם המדינה מציעה בצורה מאוד ברורה לייבש. אני באיזשהו שלב המרתי את כל התקנים, כי פסיכולוגים לא הסכימו להגיע, ובינינו הם צודקים. זה שאני פה זה טעות בייצור. [...] זה באמת, את יודעת, לא צריך המון כי זו עבודה כל כך מתגמלת ומשמעותית וחשובה, אבל צריך לא להעליב.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

הפער בין הביקוש למענה טיפולי ובין היצע המטפלים בעלי ההכשרה המתאימה גורם להמתנה ממושכת לטיפול ולרשימות המתנה ארוכות, והן פוגעות בעיקר בילדים בגיל הרך, הזקוקים להתערבות מוקדמת ככל האפשר:

” רשימות המתנה משוגעות. יכול להיות שנה. גיל רך. לא הגיוני. גם חצי שנה זה לא הגיוני.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

הקושי באיתור וגיוס כוח אדם מקצועי ניכר גם בעבודה עם ילדים עם צרכים מורכבים יותר, כגון ילדים עם מוגבלויות או או ילדים שחוו פגיעות מרובות. המחסור במטפלים בעלי הכשרה מתאימה גורם לשחיקה של המטפלים הפעילים, לסגירת תוכניות או להפעלתן באופן לא סדיר ולפגיעה ביכולת של מערכות הרווחה, הבריאות והחינוך לספק מענה כולל ומועיל לילדים בגיל הרך שחוו טראומה. ברמה הציבורית, השירותים סובלים מהיעדר תקנים ייעודיים, תגמול הולם והכשרות מקצועיות, והוא מחריף את הפערים בין הצרכים בשטח ובין המענים הקיימים בפועל.

## 5.2.2 צרכים של אנשי מקצוע

א. צורך בהעמקת הידע המקצועי ובהרחבת ההכשרות בקרב אנשי מקצוע המטפלים בילדים בגיל הרך הצורך בהעמקת הידע המקצועי ובהרחבת ההכשרות לאנשי המקצוע מתבטא בשני מישורים: הראשון הוא העמקת הידע של כלל אנשי המקצוע מתחום החינוך, מתחום הרווחה ומתחום הבריאות (בכלל זה מקצועות הבריאות [כרה-רפואיים]) ובריאות הנפש הפוגשים ילדים בגיל הרך במסגרת עבודתם. יש להניח תשתית של ידע בסיסי עבורם ולהגביר את מודעותם לעקרונות של עבודה מודעת טראומה – הכרת סימני זיהוי אפשריים לילדים שחוו טראומה והשפעות טראומה על התפתחות הילד. במישור השני, עבור אנשי טיפול כגון פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ותרכיסטים יש לפתח מסלולי הכשרה ייעודיים ומעמיקים המתמקדים בשלב ההתפתחותי של הגיל הרך להערכה ולטיפול מיטביים. הסיבות לצורך בהעמקת הידע ובפיתוח הכשרות מקצועיות:

**חיזוק המוטיבציה של מטפלים לטפל בילדים בגיל הרך וחיזוק תחושת המסוגלות שלהם:** המרואיינים תיארו רתיעה של אנשי מקצוע בתחום הטיפול מטיפול בילדים בגיל הרך. לדבריהם, היעדר הכשרה, ידע וכלים לעבודה עם ילדים בגיל הרך גורם חוסר ביטחון, חשש ולעיתים אף הימנעות מהתערבות. היו שהביעו תקווה כי הכשרות מקצועיות מותאמות יפחיתו את החשש ויגבירו את רצון המטפלים לטפל בילדים בגיל זה.

” רוב המטפלים, ויש לנו פסיכולוגים לילדים, הם פחות רצו לטפל בגיל הרך [...] גם אם הם פסיכולוגים שמומחים בילדים, [הם] מעדיפים [לא לטפל] כי זו התמחות ייחודית. (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

**שיפור היכולת של צוות החינוך והטיפול להעריך התנהגות של ילדים בגיל הרך:** בקרב אנשי המקצוע עלה צורך בהכשרות שיקדמו התבוננות מעמיקה בילד חוץ מן ההתנהגות הנראית לעין - מה מצבו של הילד, ממה נובעת התנהגותו, מה משמעותה הרחבה – כחלק מתהליך ההערכה.

” אני לא מצפה שמנהלת המעון תדע להגיד: 'אה, זה זה', אבל אני כן רוצה שהיא תתבונן בילד ותהיה סקרנית באשר למה יכול להיות שהוא עובר [...] שההתנהגות היא לא רק סימפטום – אלא קצה הקרחון [...] הרבה פעמים יש הפניה מהירה מדי לקלינאית תקשורת או למכון להתפתחות הילד, במקום רגע לעצור ולשאול: 'מה אני עוד יודעת על הילד הזה? מה קורה לו בבית? מה אולי קרה לו?'” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

גישה לגיל הרך מחייבת גם היכרות מעמיקה עם שלבי ההתפתחות, הבנה של ביטויי מצוקה בגיל הרך ויכולת לזהות סימני טראומה שאינם מילוליים:

” נסיגה מאוד גדולה בהתפתחות יכולה לקרות לילדה שהייתה נוכחת ברצח של אימא שלה [...] בדיוק למדה ללכת, וברגע שהסבתא הלכה היא ירדה על ארבע והיא לא יכלה לעמוד [...] וזה יכול לקרות גם לילדים שמתחילים גן כשנולד להם אח. אבל אצל ילדים שעוברים טראומה זה קורה חזק”. (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

היעדר ידע מספק על התפתחות תינוקות, על טראומה ועל זיהוי מוקדם שלה בגיל הרך עלולים לגרום עיכוב ניכר בקבלת טיפול. לעיתים אנשי מקצוע אינם מייחסים תסמינים מסוימים בקרב ילדים בגיל הרך לחוויות טראומטיות:

” כולנו צריכים להכיר מה הטראומה עושה לילדים צעירים. יש אבחון מוטעה של ילדים שיש להם כל מיני סימפטומים שהם בעצם נראים כמשהו אחד, אבל הם משהו אחר. (חוקר/ת באקדמיה)

לכן נדרשות הכשרות מקצועיות משולבות לאנשי מקצוע מן התחומים רווחה, חינוך ובריאות. הן יסייעו בפיתוח שפה מקצועית אחידה, בהבנה מעמיקה וברגישות לזיהוי טראומה בגיל הרך ובהיכרות עם דרכי טיפול אפשריות ועם המענים הקיימים. הכשרות אלו נדרשות לא רק להעברת ידע אלא גם ליצירת תשתית משותפת בין-מערכתית לאיתור, להפניה ולטיפול מדויקים ומתואמים.

היבט נוסף של אותו הצורך הוא **שיפור האבחנה המבדלת בין טראומה ובין עיכוב בהתפתחות או לקות התפתחותית:** בראיונות עלו שני קשיים עיקריים בהקשר זה. הראשון נוגע לאנשי מקצוע בתחומים חינוך, רווחה ובריאות שפוגשים יום-יום ילדים בגיל הרך, ולעיתים חסר להם ידע בסיסי בהשפעות הטראומה על ילדים בגיל זה. התוצאה היא שתסמינים הקשורים לטראומה עלולים להתפרש בטעות סימנים לעיכוב התפתחותי בלבד ולהוביל להפניות מהירות למכוני התפתחות הילד או לאבחונים אחרים:

” האבחנות של ילדים צעירים הרבה פעמים מאוד מתבלבלות עם אבחנות נוספות. הדבר הראשון שאומרים על הילד בגן זה שצריך לבדוק הפרעת קשב. בגלל עוררות היתר שלהם, בגלל הדריכות, בגלל חוסר היכולת לפעמים להתרכז, בגלל הנכונות להיכנס למריבות ולהיות תוקפניים. או להיות מאוד-מאוד מנותקים. והסימפטומים של טראומה מאוד מתבלבלים, בעיקר עם ADHD אבל גם עם הפרעות אחרות.“ (מומחה/ מומחית מתחום הרווחה)

הקושי השני נוגע לאנשי מקצוע העוסקים באבחון בעיות רגשיות או בעיות התנהגות בקרב ילדים. לעיתים אין הם מתחשבים מספיק באפשרות של טראומה בהערכת מצב הילד ומבלבלים בין סימפטומים של טראומה ובין עיכוב בהתפתחות או לקות התפתחותית. הקושי מדגיש את הצורך בהכשרות ייעודיות שיעסקו בהבחנה בין סוגי התופעות ובשילוב חשיבה מודעת טראומה גם בתוך מערכי האבחון:

” קודם כול אנחנו יודעים שיש פגיעה, אנחנו יודעים שהרבה פעמים התסמינים נראים דומים: בעיות שינה, בעיות אכילה, בעיות ויסות, התנהגויות של סיכון, איחורים התפתחותיים, התנהגות חזרתית, התכנסות חברתית. הרבה מאוד מהביטויים שיכולים להיות לטראומה הם משותפים [...] גם לילדים עם מוגבלויות. ילד[ים] אוטיסט[ים], בשכיחות גבוהה יש להם קשיי אכילה, יש להם קשיי שינה, יש להם קשיי ויסות, אז איך אנחנו יודעים מה הוא מה?“ (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

המראיינת גם הציגה דוגמה ממקרה אמיתי הממחישה את חשיבות האבחנה המבדלת:

” מקרה אחד של ילד בן שנה ורבע שהגיע למכון להתפתחות הילד עם שאלה של אוטיזם. התמונה תפקודית של אוטיזם לגמרי, והסתבר שהילד הזה היה בגן שהתעללו בו. היו התעללויות בגן, וההורים הוציאו אותו מהגן. זאת התמונה ההתפתחותית שהייתה, והייתה שאלה אם לתת לו אבחנה שהוא אוטיסט, כן או לא. אני יכולה להגיד שהייתה עבודה עם המטפלת על איך לדבר את האירועים שקרו לו בגן, ואיך לעבוד עם ההורים סביב הגברת חוויה של ביטחון ומוגנות, והילד מהר מאוד הראה קפיצה מאוד-מאוד משמעותית ביכולות התקשורתיות שלו. זה ילד שלא קיבל אבחנה בסוף של הרצף האוטיסטי.“ (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

המראיינים הדגישו כי הכשרה מתאימה יכולה לשפר את יכולתם של אנשי מקצוע לבחון את מצבו של הילד לא רק דרך פריזמה ניורולוגית או תפקודית אלא גם דרך הרקע הסביבתי, המשפחתי והרגשי שבו הוא גדל. כך מתחדדת ההבנה כי קשיים התפתחותיים בגיל הרך עשויים לנבוע לא רק מלקות מולדת אלא גם מתגובה לחוויות חיים טראומטיות. כלומר, יש צורך מהותי בהרחבת נקודת המבט של אנשי המקצוע כבר משלבי האבחון כדי ללכוד את ההיבטים הרגשיים של הטרומה שמצריכים טיפול.

ב. צורך בידע ובכלים כדי לזהות ילדים בגיל הרך עם מוגבלות שחוו טראומה ולטפל בהם מן הראיונות עולה כי לילדים עם מוגבלות יש סיכון מוגבר לחוות פגיעה רגשית, גופנית ומינית לעומת ילדים עם התפתחות טיפוסית. למרות זאת אנשי מקצוע רבים, גם אלו הפוגשים יום-יום ילדים עם מוגבלות בגיל הרך, אינם מצוידים בידע ובכלים מספיקים כדי לזהות ילדים שחוו טראומה ולסייע להם לעבדה, ומערכת השירותים אינה ערוכה לתת מענה מותאם.

” ילדים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית – הם בסיכון של פי 3.5 לפגיעה מילדים בהתפתחות טיפוסית. כשאנחנו מדברים על אוטיזם, אנחנו מדברים על סיכון של כמעט פי חמישה לפגיעה [...] וזו כנראה, לא כנראה, זו הערכת חסר! כי הרבה מהילדים לא יכולים לדווח או יש בעיות באיתור [...] זה פסיכי להבין כמה ילדים עם מוגבלויות עוברים פגיעות.“ (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

בשל הקושי של חלק מן הילדים עם מוגבלות להשתמש בתקשורת מילולית, לזהות רגשות ולבקש עזרה, הסימפטומים הטראומטיים אינם תמיד נראים לעין, והמערכת נוטה להחמיץ את מקור הקושי של הילד. לפיכך הוצע בראיונות שכל התערבות מקצועית תתבסס על שילוב עקרונות מתחום החינוך המיוחד ומתחום התקשורת התומכת כדי לאפשר לילדים להביע ולעבד את הטראומה בדרכים המותאמות ליכולותיהם:

” איך מעבדים טראומה עם ילד שהקשיים שלו הם במשחק, בלדבר, בלבקש עזרה? [...] אז יש פה גם אתגרים ברמה של הטיפול, ואז אנחנו משתמשים בכלים שעומדים לרשותנו מהחינוך המיוחד – סיפורים חברתיים מותאמים, מארגני מידע ויזואליים, תקשורת תומכת חלופית [...] מתמונות שילד מסמן בהן מה הוא מרגיש ועד לאייפדים עם סמלים ותמונות.“ (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

המרוויינים הדגישו כי רבים מאנשי המקצוע אינם מכירים שיטות ייחודיות אלו ואינם יודעים ליישמן. לכן ילדים בקבוצת סיכון גבוה במיוחד אינם מקבלים טיפול מותאם ומיטיב:

” יש סוגיות מאוד-מאוד מורכבות שנוגעות לאיתור של ילדים שעברו פגיעה, והסוגיות האלה הן מורכבות כשאנחנו מדברים על ילדים צעירים, אבל הן עוד יותר מורכבות כשאנחנו מדברים על ילדים עם מוגבלויות, ולדעתי צריכה להיות הכשרה לצוותים על סוגיות של איתור, של דיווח, של כל מה שקשור בדבר הזה.“ (מומחה/מומחית מן המגזר השלישי)

הממצאים האלה מדגישים את הצורך בהכשרות ייעודיות בנושא התערבות מודעת טראומה ורגישה לילדים עם מוגבלות לאנשי מקצוע מן התחומים רווחה, חינוך, בריאות ובריאות הנפש. זאת ועוד, יש לפתח מענים טיפוליים מותאמים, להנגישם במסגרות הקיימות (כגון גנים טיפוליים, מרפאות התפתחות הילד ומעונות יום שיקומיים) ולבנות רצף של שירותים המאפשרים איתור, טיפול וליווי מתמשך של ילדים עם מוגבלויות שנכגעו.

ג. צורך בבניית בסיס של חוסן רגשי בקרב אנשי מקצוע כדי לזהות טראומה בגיל הרך ולטפל בה  
המרוויינים הדגישו כי זיהוי סימני טראומה ומתן מענה רגשי לילדים בגיל הרך במסגרות חינוך-טיפול, כגון מעונות יום וגני ילדים, מחייבים לא רק הכשרה מקצועית אלא בראש ובראשונה חיזוק החוסן האישי של אנשי המקצוע עצמם (מטפלות, גננות סייעות) שעובדים עם הילדים יום-יום. הם ציינו כי בלא תמיכה רגשית שוטפת, ליווי מקצועי והכרה בעומס ובשחיקה הנלווים לתפקיד, קשה לצפות מאנשי הצוות לפעול מתוך רגשות, אמפתיה וסבלנות לילדים במצוקה. התמיכה באנשי המקצוע הוצגה כתנאי בסיסי ליכולת לקיים סביבה בטוחה ומכילה עבור הילדים.

לדבריהם, אנשי מקצוע אינם יכולים להכיל את הסיפורים הקשים של הילדים בלי תהליכים מקבילים של הכלה, עיבוד ותמיכה. הכשרות יעילות אינן עוסקות רק בידע על טראומה, אלא גם ברווחה הנפשית של אנשי המקצוע עצמם:

” אנחנו עובדים עם הצוותים על החוסן שלהם האישי, על הטראומטיזציה המשנית שלהם, על השחיקה שלהם, ובתוך זה מכניסים את סוגיית, נגיד, למה זה טראומה בגיל הרך. [...] אני לא מדבר עם הצוותים על טראומה לפני שאעשה איזושהי בדיקת דופק איתם, לפני שאחזק אותם, זה חלק מהתפיסה שלנו. (מומחה/ מומחית מתחום הבריאות)

חוץ מן הצורך בהכשרה ייעודית ובתמיכה רגשית, הדגישו המרואיינים את החשיבות בהרחבת נקודת המבט כלפי אנשי המקצוע עצמם לא רק כי הם נותני שירות אלא כי הם זקוקים לתמיכה מערכתית – תנאי עבודה הולמים, ליווי מקצועי שוטף והכרה באתגר הרגשי המשמעותי הטמון בעבודתם עם ילדים בגיל הרך שנפגעו. לדבריהם, ככל שאנשי המקצוע מרגישים שרואים אותם, מעריכים אותם ותומכים בהם, כן מתעצמת יכולתם לראות את הילד ולהגיב אליו באמפתיה וברגישות. לעומת זאת היעדר תמיכה מערכתית עלול להוביל לתחושות של הצפה, שחיקה ואף התרחקות רגשית דווקא מן הילדים הפגיעים ביותר.

### 5.2.3 צרכים של ילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובני משפחתם

מניתוח הראיונות עלו שני צרכים מרכזיים של ילדים שחוו טראומה ובני משפחתם: הראשון הוא צורך רגשי-טיפול. הוא מתמקד בילד עצמו ובמערכת היחסים שלו עם דמויות הוריות ובצורך בהתערבויות שמטרתן לשקם תחושת ביטחון, ויסות וקשר מיטיב. הצורך השני מתייחס להקשרים הסביבתיים, החברתיים והתרבותיים של הילד וההורה.

א. צרכים רגשיים-טיפוליים של ילדים בגיל הרך שחוו טראומה  
בראיונות עלו מגוון צרכים רגשיים של ילדים בגיל הרך שחוו טראומה שחשוב לתת עליהם מענה. צרכים אלו נובעים מן המאפיינים הייחודיים של השלב ההתפתחותי של הילדים, ובייחוד התלות הרגשית הרבה בדמות המטפלת, הקושי בביטוי מילולי של רגשות והצורך העמוק בביטחון רגשי ובסביבה תומכת.

#### ■ צורך בתיווך של אירועים טראומטיים לילדים ובעיבודם

כמה מן המרואיינים התייחסו לחשיבות של תיווך אירועים טראומטיים לילדים בגיל הרך כבר מגיל הינקות:

” התינוק שהיה על עדן החלון בן 10 ימים. ההורים שלו שמו אותו כי הבית עלה באש, אז אני חושבת על איך מתווכים לתינוק הזה את המציאות שהייתה, שעכשיו הם במקום בטוח, אבל שהם היו צריכים להניח אותו על החלון, להבין שהחוויה הזאת נרשמת בגוף ונכון לתווך אותה. אז כל הדבר הזה זו שפה, זו שפה של הבנה שילדים צעירים בגיל הרך מושפעים מהאירועים שקורים סביבם ושצריך לתת לדבר הזה מילים וכמה שיותר מוקדם, יותר טוב. (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

המרואיינים הדגישו את החשיבות של השימוש בשפה ישירה, כנה ומותאמת גיל בעת שיח עם ילדים על אובדן או טראומה. הם ציינו כי מטפורות או ניסוחים עקיפים עלולים לבלבל את הילד ואף לעורר בו חרדה. גם כאשר מדובר בתינוקות ובפעוטות,

יש לדבר, להסביר ולתווך את המציאות על פי רמת ההתפתחות ומתוך הבנה שהמילים נצרבות ומקבלות משמעות לאורך זמן. במקרים מסוימים נדרש לערוך את השיח הישיר עם הילדים דווקא בזמן אמת:

” הייתה לנו הוצאה מאוד מורכבת מהבית של כמה ילדים בני פחות משמונה, וממש ניהלנו את זה בשיח של: 'עכשיו הילד נכנס למונית ואנחנו מסבירים לו שאימא לא מסוגלת כרגע, למרות שהיא מאוד מאוד אוהבת אותו' [...] זה היה ילד בן שנה וחצי. יש חשיבות נורא גדולה לתת את המילים האלה בנסיעה הזאת במונית ולא להמתין לאיזה טיפול [...] אני חושבת שזו שפה, בעיניי, עם הגיל הרך, שהיא נהדרת, כאילו אין אותה. מתוך מחשבה שהם צעירים מדי, מתוך מחשבה שאי אפשר לדבר איתם, שאנחנו לא רוצים לחשוף בפניהם את הטראומה.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

בהקשר של שיח ישיר עם ילדים בגיל הרך על טראומה תיארו המרואיינים את הקושי של הורים שכולים לומר לילדיהם שההורה שנהרג לא יחזור ואת החשיבות הרבה שיש במסירת עובדות האובדן בבירור כדי לחסוך מן הילד מצב מתמשך של חיפוש או חוסר הבנה:

” עכשיו אני עובדת עם אימהות שבני הזוג שלהם נהרגו בצבא, והם יכולים[הן יכולות] איכשהו להגיד שהוא מת, אבל להגיד שהוא לא יחזור למשל זה בלתי נסבל בשבילם[ן]. הילדים ממש חייבים לשמוע את זה כי אחרת הם מחפשים אותו. זאת אומרת איפה אבא. הם אומרים אבל הוא מת, הוא לא פה, הם שואלים אבל איפה הגוף שלו? איפה הנכחות שלו?” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

#### ■ צורך בהתייחסות לכוחות של הילד ושל ההורים בתהליך ההערכה והטיפול

לצד ההתמקדות בטראומה ובקשיים הנובעים ממנה, הדגישו מרואיינים אחדים את הצורך להתייחס לכוחות ולמשאבים הן של הילד הן של ההורים. תפיסה זו מתבססת על ההבנה כי הכרת מקורות החוסן האישיים, הזיכרונות החיוביים והקשרים המשמעותיים עשויה לשמש בסיס איתן לתהליך טיפול מעצים ומחולל תקווה. לדבריהם, זיהוי והבלטה של רגעים מיטיבים בתוך חוויית החיים של המשפחה תורמים לבניית אמון בטיפול, לחיזוק תחושת הערך של ההורים ולחיבור רגשי בין הילד לדמות ההתקשרות המרכזית שלו. גישה זו מאפשרת להורים לראות את עצמם לא רק דרך הפריזמה של המשבר או הטראומה אלא גם כבעלי יכולת, חמלה וכוחות פעולה להיטיב עם הילד.

” לא פחות חשוב מלשאול את הקושי זה לשאול מה היו הזיכרונות הטובים. מה היו החוויות הטובות. ואני מנסה לייצר זיכרונות טובים חדשים. ואני מנסה שיהיה בין דמות ההתקשרות והילד חיבור רגשי מיטיב שמחזק את הכוחות. וזה חלק לא פחות חשוב בעבודה מאשר הורים שרק רוצים לבוא ולהגיד לי כמה רע, זה לא לטובת הטיפול. את אומרת הם גם יכלו להגיד לי במה הם טובים. ואיזה רגעים נפלאים היו בבית. ולתת להם אינפוט כזה שזה מחזק, גם את הילד וגם אותם וגם מקיף אותם.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

## ■ צורך בהתערבות טיפולית דיאדית עם דמות ההתקשרות של הילד

לתפיסת המרואיינים הצורך המרכזי של ילד בגיל הרך הוא נוכחות של דמות הורית יציבה, מגנה ומווסתת. כאשר אירועים חיצוניים מאיימים על תחושת הביטחון הזו – בין שהילד חווה אותם במישרין (כגון תאונות, אובדן, אלימות, התעללות או עקירה כפויה) ובין שבעקיפין באופן שפוגע בקשר עימו (כגון מצב נפשי קשה או מחלה קשה של ההורה או חשיפה לאלימות זוגית) – הילד עלול לסבול מפגיעה רגשית חמורה. לכן נדרש טיפול דיאדי לשיקום ולחיזוק הקשר בין הילד לדמות ההתקשרות המרכזית בחייו (לרוב ההורים) ולחיזוק תחושת הביטחון והאמון שהיא בסיס הקשר. כאשר ההורים אינם זמינים רגשית או פיזית, יש לאתר דמות משמעותית אחרת עבור הילד שיכולה לשמש לו עוגן רגשי בטוח. למשל, בקרב משפחות מן האוכלוסייה הבדואית יש לעיתים כמה דמויות התקשרות משמעותיות, ובפועל נדרשת התאמה תרבותית וגמישות כדי לאפשר טיפול גם עם סבתא, סבא או דודה בהתאם למבנה המשפחתי.

## ב. צורכי טיפול של ההורה

### ■ צורך בטיפול בהורה כחלק מן ההתערבות לשיפור רווחתו האישית (שלומות) של הילד

מניתוח הראיונות עלה כי טראומה שחווה הילד מעוררת לעיתים קרובות תגובות רגשיות עוצמתיות גם בהורה כגון תחושות אשמה, בושה, כישלון, חרדה או חוסר אונים. הורים עשויים להרגיש אשמה כי לא הצליחו להגן על ילדם ולהיות זמינים עבורו ברגעים קריטיים. לכן חשוב להציע להורה מרחב טיפולי שבו הוא יוכל לעבד את רגשותיו האישיים חוץ מהתייחסות לתפקודו ההורי.

” הייחודיות זה שהטראומה קודם כול, ברגע שזה פוגע בהתקשרות, זה פוגע ביחסים, וזה פוגע בביטחון ההורי, כי בעצם ההורה לא הצליח להגן על הילד שלו, אז לכן זה לא רק הפגיעה בהתקשרות, זה באמת פגיעה בציפור הנפש של ההורה. וגם אם הוא באמת לא אשם בזה, אבל כל מישהו שהוא הורה יודע שהתפקיד הבסיסי שלו זה להגן על הילד שלו, ואם הוא לא הגן על הילד מפני הטראומה [...] אז 'מה זה אומר עליי כהורה?' ולכן הטיפול הוא טיפול לא רק לילד אלא גם להורה, חייבים את זה.” (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

### ■ צורך של ההורים במודל לחיקוי

מרואיינים אחדים התייחסו לאפשרות שתיפגע היכולת של הורים שחוו מצבי טראומה לתת מענה מותאם לצרכים הרגשיים של ילדיהם. במצבים אלו הנחיות מילוליות או הדרכה ישירה אינן תמיד יעילות, ולעיתים הן אף מעוררות תחושת אשמה או תחושת חוסר מסוגלות בהורה. לפיכך עלה בראיונות הצורך שהמטפל ישמש מודל לחיקוי, כלומר ידגים בזמן אמת ובנוכחות ההורה כיצד להגיב תגובה מיטיבה לילד: תיווך רגשי, הצבת גבולות ברוגע ומתן נחמה. הצפייה בתגובת המטפל מאפשרת להורה להתבונן וללמוד בלי לשפוט, להפנים דפוסי תגובה אלו כדי להשתמש בהם בטבעיות.

■ צורך של ההורים לקבל טיפול במרחב הביתי

כמה מן המרואיינים הדגישו כי יש הורים שחשוב להם לקבל חלק מן ההתערבויות הטיפוליות במרחב הביתי. עם זאת הם הצביעו גם על האתגרים הכרוכים בכך בעבור מערכת השירותים ואנשי המקצוע. מדבריהם עלה צורך בתפיסה שתראה בהרחבת השירותים גם להתערבויות בבית המשפחה גישת טיפול לגיטימית ועילה. גישה זו מאפשרת איתור מדויק של צרכים סמויים, מתן מענה להורים שמתקשים להשתלב ולהתמיד בטיפול מחוץ לבית, חיזוק הקשר והאמון עם ההורים והפחתת תחושת האיום או הבושה שעלולות להתעורר בכניסה למסגרות טיפול ציבוריות.

” לעניות דעתי מה שחסר בבריאות היום הוא שבמצבים טראומטיים אפשר יהיה לראות את המשפחות לא רק במרכז הטיפול או בתוכנית אלא גם במקומות הטבעיים שלהן, במרחב הטבעי, בבית. זה לא קורה כשזה ביקור בית, אלא זה באמת לייצר איזשהו מרחב שבו חלק מההתערבות נעשית במקומות שבהם המשפחה נמצאת, כי אז את רואה גם דברים שהם לא חושבים לספר לך או לא רוצים, ואת רואה את זה. ואז את הרבה פעמים יכולה באמת להוריד חששות ויחד איתם להגביר את האמון ואת שיתוף הפעולה ולסייע.”  
(מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

ג. צורך במענים קהילתיים ומערכתיים לילדים בגיל הרך שנפגעו מטרומה ולהוריהם מן הראיונות עלה הצורך להתייחס להקשר של הסביבה והחברה שבהן הילד וההורה חיים ובכלל זה תנאי המחיה, מידת הזמינות של משאבים קהילתיים, רשתות תמיכה ומידת החשיפה לגורמי סיכון. בתוך כך עלו שני צרכים עיקריים: חיזוק החוסן הקהילתי של המשפחות והכרה בסיכון המוגבר לטרומה בגיל הרך באוכלוסיות ייחודיות.

■ חיזוק החוסן הקהילתי של משפחות עם ילדים בגיל הרך

המרואיינים הדגישו את הצורך בתמיכה חברתית בקרב משפחות עם ילדים בגיל הרך שחוו טראומה:

” לשקם את המטופל זה לא רק בלהושיב את המטופל על הספה אחת לשבוע, ממש לא. זה בחיזוק הכוחות והסולידריות הקהילתיים.” (מומחה/מומחית מתחום הבריאות)

בהתאם לכך עלה צורך בפיתוח יוזמות קהילתיות ובהפעלת קבוצות תמיכה להורים.

■ הכרה בסיכון המוגבר לטרומה בגיל הרך בקבוצות ייחודיות באוכלוסייה

- **משפחות במצוקה כלכלית:** המרואיינים ראו בעוני גורם המגביר את הסיכון לחוות טראומה בילדות המוקדמת – הורים השרויים במצוקה כלכלית חווים לחץ מתמשך ואינם פנויים רגשית לילדיהם.
- **משפחות באוכלוסייה הערבית:** לדברי כמה מן המרואיינים האלימות הגואה בחברה הערבית והחשיפה לאירועי יריות או רצח יוצרות מציאות חיים רוויית מתח וחרדה, והיא מחלחלת גם לתוך עולמם של תינוקות ופעוטות:

” [כ]שהילדים קטנים רואים אירועים מאוד קשים, גם אם לא ראה[ו] את האירוע בעצמו, אז הוא[הם] יכול[ים] לחוות צעקות של השכנה ממול, או האימא פתאום דואגת לאבא שהוא לא נכנס הביתה בזמן שיש יריות. דברים כאלה יכולים להיות מאוד טראומטיים עבור תינוקות וילדים קטנים.“ (מומחה/מומחית מתחום הרווחה)

- **משפחות באוכלוסייה הבדואית:** מן הראיונות עלה כי לחברה הבדואית יש מאפיינים שהם משום גורמי סיכון למצבי טראומה בגיל הרך כגון פוליגמיה, חוסר יציבות תעסוקתית, עוני ומגורים בתנאים קשים. בהקשר של מלחמת חרבות ברזל היעדר המיגון בכפרים הלא מוכרים הוא גורם סיכון חמור לסימפטומים טראומטיים בקרב ילדים בגיל הרך.
- **משפחות לילדים עם מוגבלות:** מראיינים שהתמקדו בחיבור שבין טראומה ובין ילדים בגיל הרך עם מוגבלות הדגישו את הדחק הרב במשפחות אלו הן בקרב ההורים הן בקרב הילדים עצמם. מצבים של טראומה נחווים בעוצמה גבוהה יותר בשל מצב נפשי-רגשי מורכב יותר בממשפחות עם ילדים בלי מוגבלות. נוסף על כך נאמר כי ההורים עלולים לגלות לא בכוונה התנהגות פוגענית כלפי ילדיהם בשל מצוקה, היעדר דרכי התמודדות מועילות וחוסר תמיכה. כלומר, המניעים אינם אלימים, אך התוצאה עלולה להיות פוגענית.

## 6. מגבלות המחקר

המחקר הזה מציע הסתכלות רחבה על טראומה בגיל הרך בלי להבחין בין סוגי טראומה (כגון טראומה בעקבות מלחמה, אלימות מינית או אובדן). לכל הקשר טראומטי יש מאפיינים ייחודיים והשפעות משלו, ולכן נדרש מחקר נוסף שיתעמק בכל הקשר בנפרד. נוסף לסקירת הספרות שולבו בדוח תובנות מראיינות עם אנשי מקצוע מובילים במגוון תחומים, אולם אין לראות בהם ייצוג מלא של כלל הקולות או ההקשרים. ראיונות אלו נועדו להעשיר את הסקירה בפרספקטיבה יישומית, אך אינם תחליף למחקר אמפירי רחב או להסכמה בין-תחומית.

## 7. סיכום והמלצות

### 7.1 סיכום

מחקר זה עסק בהיבטים מרכזיים של טראומה בגיל הרך דרך שילוב בין ידע מחקרי ופרקטי מן העולם ובין תפיסות ועמדות מן השדה המקצועי בישראל. ממצאי המחקר הוצגו בדוח זה בחלוקה לשניים: בחלק הראשון הוצגו ממצאים עדכניים מן הספרות הבין-לאומית, והם התמקדו בהגדרות ובמאפיינים של טראומה בגיל הרך, בהשפעות קצרות טווח וארוכות טווח על ההתפתחות הרגשית, הפיזית והקוגניטיבית של ילדים. הממצאים הדגישו את פגיעותם הרבה של ילדים בגיל הרך, את חשיבותם של מענים טיפוליים רגישים לגיל הזה ואת חשיבותן של גישות טיפול מבוססות ראיות שעוסקות בדרכי זיהוי, איתור והתערבות ובאתגרים הכרוכים בהן. נוסף על כך הובאו דוגמאות של תוכניות ומודלים טיפוליים שהוכחו יעילים מבחינה מחקרית. הם פועלים במגוון מדינות, משקפים גישות אינטגרטיביות ותפיסות מגוונות לטיפול בטראומה בגיל הרך ונשענים על עקרונות העבודה האלה: זיהוי מוקדם של ילדים שחוו טראומה, עבודה עם צוותים רב-מערכתיים, תמיכה בהורים והכשרות לצוותי חינוך וטיפול. גישות אלו מלמדות על פוטנציאל ההשפעה של התערבות מוקדמת ויישום מדיניות מודעת טראומה.

החלק השני התבסס על ראיונות עומק חצי מובנים עם מומחים – אנשי מקצוע, קובעי מדיניות וחוקרים בישראל – והציג תמונת מצב עדכנית על ההתמודדות עם טראומה בגיל הרך בשדה המקומי. המרואיינים שיתפו בתפיסותיהם בנוגע לצרכים ולאתגרים העיקריים בהתמודדות עם טראומה בגיל הרך בישראל. הם התייחסו לקושי לזהות סימני טראומה בילדים בגיל הרך, למחסור בשירותים ייעודיים, לחוסר הידע וההכשרה של אנשי מקצוע, להיעדר מדיניות ברורה, להיעדר הכשרות מובנות לאיתור ולטיפול בטראומה בגיל הרך וכן לצורך בעבודה רב-מערכתית בהנהגת משרדי הממשלה.

### 7.2 המלצות

לנוכח הממצאים המרכזיים עלה הצורך בגיבוש מענה כוללני, רב-תחומי ומבוסס ידע להתמודדות עם טראומה בגיל הרך בישראל. להלן ההמלצות:

1. **פיתוח מדיניות לאומית מקיפה לטיפול בטראומה בגיל הרך:** נדרשת הכרה בטראומה בגיל הרך בתור תחום שיש לו מאפיינים ייחודיים. מאפיינים אלו מחייבים גיבוש מדיניות שתתבסס על שיתופי פעולה בין משרדי הרווחה, הבריאות והחינוך ותכלול נהלים אחידים, סטנדרטים מקצועיים והקצאת תקציבים ייעודיים לפיתוח המענים והשירותים הקיימים ולהרחבתם הן ברמה הארצית הן ברמה המקומית.
2. **הטמעת דרכי עבודה בגישה מודעת טראומה בכלל המערכות:** מומלץ להטמיע גישה מודעת טראומה (trauma-informed approach) בכלל הגופים שילדים בגיל הרך והוריהם פוגשים כגון מערכות החינוך, הרווחה, הבריאות, לעודד שיתוף פעולה בינם ובין הרשויות המקומיות, ולהגדיר שהרשויות המקומיות הן הגוף המתכלל והמארגן. עבודה בגישה זו דורשת שינוי מערכתי: הכשרה ייעודית, שפה מקצועית משותפת והתארגנות לשיתופי פעולה של כלל הגופים המטפלים בילד. תהליך זה

יאפשר זיהוי מוקדם של סימני טראומה, תיווך רגיש ומתואם ויצירת סביבה תומכת ומבינה שתסייע בתהליך ההתמודדות של הילד עם השפעות הטרומה.

3. **פיתוח תוכניות אינטגרטיביות וחדשניות מבוססות ראיות לטיפול בטרומה בגיל הרך:** מומלץ לעודד פיתוח והטמעה של תוכניות ומודלים טיפוליים מבוססי ראיות מדעיות והתאמתם להקשר המקומי ולצרכים התרבותיים, הכלכליים והחברתיים של הקבוצות השונות באוכלוסייה. תוכניות אלו צריכות לכלול שיתופי פעולה בין-תחומיים, בייחוד במערכות הפועלות בגיל הרך כגון מעונות, גני ילדים וטיפות חלב, כדי להבטיח טיפול אינטגרטיבי ומועיל. כדי להבטיח את הצלחת התוכניות, יש להסתמך על מודלים שיעילותם ומועילותם הוכחו במחקרים מן העולם ולהתאימם למציאות המקומית, ובפרט תיאום בין התחומים בריאות, חינוך, רווחה וקהילה.

4. **פיתוח והטמעה של מענים מותאמים לאוכלוסיות מגוונות ולקהלים פגיעים:** מומלץ לפתח ולהטמיע מודלים חדשים של שירותים טיפוליים המותאמים תרבותית ולשונית לאוכלוסיות מגוונות מבחינה גאוגרפית (גם בפריפריה), מבחינה אתנית ומבחינה חברתית-כלכלית. ישום המלצה זו יבטיח מענה מדויק לצרכים הייחודיים לכל אוכלוסייה, יגביר את סיכויי היענות להמשך טיפול ויאפשר חיזוק הקשר עימן. יש להקפיד על פיתוח מענים גמישים שיכולים לפעול גם בתנאים של מחסור בכוח אדם או בתשתיות, בייחוד באזורים שהשירותים אינם זמינים בהם בקביעות. זאת ועוד, יש להקפיד על התאמת המענים לאוכלוסיות פגיעות במיוחד – כגון ילדים עם מוגבלויות וילדים החיים בעוני – שכן באוכלוסיות אלו סיכון מוגבר לטרומה, ולעיתים נגישותן לשירותים טיפוליים מוגבלת. לפיכך יש לפתח שירותים בשיתוף פעולה עם קהילות היעד ועם גופים מקומיים ולהעדיף הכשרת אנשי מקצוע והפצת שירותים לאוכלוסיות אלו.

5. **העמקת הידע והרחבת ההכשרות המקצועיות בקרב אנשי מקצוע:** יש להרחיב את ההכשרות לאנשי מקצוע הפוגשים בעבודתם ילדים בגיל הרך – מטפלות, גננות, רופאים ואחיות. ההכשרות צריכות לכלול ידע עדכני על טראומה בגיל הרך והשפעותיה על חיי הילדים, על דרכי איתור, על תגובה מותאמת ועל שיח רגיש עם הורים. מטרת ההכשרות הן לחזק את המוטיבציה ואת תחושת המסוגלות של אנשי המקצוע לטפל בילדים בגיל הרך שנחשפו לטרומה, לשפר את איכות ההערכה וההתערבות, לתת מענה רגיש ומקצועי לצורכיהם של ילדים בגיל הרך ולבני משפחתם ולשפר את האבחנה המבדלת בין טראומה לעיכוב בהתפתחות או לקות התפתחותית. יש להבטיח שההכשרות יתבססו על פרספקטיבות רב-תרבותיות ויהיו מיועדות גם לאנשי מקצוע הפועלים באזורים גאוגרפיים מרוחקים או בקבוצות ייחודיות באוכלוסייה, כגון האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה הבדואית, וכן בקהלים פגיעים כגון ילדים ממשפחות עניות וילדים עם מוגבלות.

6. **חיזוק התמיכה הרגשית ובניית חוסן בקרב אנשי מקצוע בתחום גיל הרך:** יש להקים מערך תמיכה רגשית מקצועית לאנשי הצוות במסגרת חינוך-טיפול, כגון מעונות יום וגני ילדים, כדי לחזק את החוסן האישי של המטפלות, הגננות והסייעות. לאנשי המקצוע יש תפקיד מרכזי בזיהוי סימני טראומה בקרב ילדים, ולכן חיוני להעניק להם ליווי מקצועי מתמשך, הכשרה רגישה ופתרונות להתמודדות עם העומס והשחיקה הנלווים לתפקידם. רק תמיכה רגשית מקצועית תאפשר להם לגלות אמפתיה, רגישות וסבלנות לילדים שחוו טראומה וליצור עבורם סביבה בטוחה ומכילה שתסייע בשיקום הילד.

7. **חיזוק קשרים עם ההורים והדרכה בנושא טראומה בגיל הרך:** טראומה בגיל הרך מתרחשת כמעט תמיד בתוך ההקשר המשפחתי, ולהורים תפקיד מרכזי בהתמודדות עם הטראומה ובהחלמה ממנה. לכן יש לפתח תוכניות הדרכה עבורם שמתמקדות בהבנת הטראומה בגיל הרך ובכלל זה עיסוק בשאלות: כיצד לזהות סימנים של טראומה בילדיהם, מהן השפעותיה ארוכות הטווח, כיצד לנהל תקשורת רגשית בריאה עם ילדיהם, וכיצד ליצור סביבה ביתית תומכת ומחזקת שתסייע בהחלמתם?

8. **פיתוח תוכניות טיפול אישיות לילדים ושילוב ההורים בתהליך:** תוכניות טיפול לילדים שחוו טראומה צריכות להיות מותאמות אישית לכל ילד ולשים דגש במעקב צמוד אחרי התקדמות הילד. חשוב שכל ילד יקבל טיפול על פי קצב ההחלמה והצרכים הרגשיים והפיזיים שלו באמצעות שימוש במגוון גישות טיפול לחיזוק הביטחון וההבנה של הילד המבוססות על ההבנה כי הילד אינו נפרד מן ההקשר המשפחתי שלו. התערבויות טיפוליות שמשתפות את ההורים ואת הסביבה הקרובה של הילד עשויות להיות מועילות, בייחוד אם המענה למשפחה מותאם לצרכיה האישיים. שילוב ההורים בתהליך הטיפול חשוב להבטחת תמיכה לאורך זמן ולחיזוק ההתמודדות המשפחתית עם טראומה.

9. **איסוף נתונים, תיעוד ומחקר ארוך טווח על היקף תופעת הטראומה בגיל הרך ועל השפעותיה לאורך זמן:** יש להקים מערך לאומי לאיסוף נתונים שיטתי ולמחקר ארוך טווח כדי לעקוב אחרי השפעת הטראומה על ילדים לאורך זמן. תיעוד כזה יכול לכלול פרמטרים כגון מאפייני הילדים והמשפחות, היקף החשיפה לטראומה, סוגי הפגיעות וההשפעות על התפקוד וההתפתחות שלהם לאורך זמן. נתונים אלו יספקו בסיס לקביעת מדיניות מבוססת ראיות ויסייעו להתאים את גישות הטיפול כדי להתמודד עם השפעות הטראומה לאורך השנים.

טראומה בגיל הרך אינה רק אתגר אישי של הילד או של משפחתו, אלא היא סוגיה חברתית רחבה שנוגעת בליבת הזכות של כל ילד לביטחון, להגנה ולהתפתחות מיטבית. ההבנה ההולכת ומעמיקה של ההשפעות ארוכות הטווח של טראומה בגיל זה מחייבת אותנו, החברה, לפעול באחריות ובמחויבות ליצירת רצף מענים מקצועיים, רגישים ומונגשים. המחקר מצביע על כיוונים ברורים לפעולה המבוססים על ידע עולמי, על ניסיון מקצועי ועל תובנות של אנשי מקצוע בישראל. שילוב של מדיניות מכוונת, השקעה ארוכת טווח ופיתוח כוחות מקצועיים יוכל לשנות את מסלול חייהם של ילדים רבים בגיל הרך ולבסס עבורם עתיד בטוח, בריא ומשמעותי.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

אסולין, מ., דולב, ה., מינץ, ד. ואקרמן, מ. (2024). המרכזים לגיל הרך בדגם הבין-משרדי – אוגדן עקרונות יסוד ואמות מידה להפעלה. דמ-234-24.

ניג'ם-אכתילאת, פ. ואסולין, מ. (2024). הערכת תוכנית הפיילוט לקידום הכלה בגני ילדים. מ-225-24.

רימון-גרינשפון, ה. וברלב, ל. (2023). מענים לילדים ונוער עם קשיים נפשיים ורגשיים: מיפוי שירותים וסוגיות מדיניות. דמ-942-23.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

- ברקאי, ד. ורז, ג. (2021). אבל על החי: מודל להתערבות טיפולית בבית מעבר "רעים" עם ילדים נפגעי טראומה בגיל הרך. *חברה ורווחה, מדעי החברה בעידן טכנולוגי*, 41(1), 137-156.
- גל, י. (2021). פעם, כשהיית ממש קטן...: עיבוד של טראומות מוקדמות באמצעות הנחיית הורים להכנת סיפור לילדיהם הקטנים. *פסיכואקטואליה*, 3, 45-41. <https://www.psychology.org.il/StaticContent/magazine0721/index.html>
- דויד, פ. (2018). לדבר את הבלתי-מדובר: דיבור עם ילדים על טראומה. *נקודת מפגש*, 15, 27-29.
- כהן, ד. ובארט, ע. (2021). חדרי שלוה: התערבות ייעוצית-טיפולית בגנים חרדים באזורי מתיחות ביטחונית. *הייעוץ החינוכי, כ"ד*, 221-234.
- צדוק, א. וצור, ח. (2020). בניית חוסן ואיכות טיפול בתהליכי הדרכה במסגרות לגיל הרך. *נקודת מפגש*, 19, 35-44.
- Alley, J., Gassen, J., & Slavich, G. M. (2025). The effects of childhood adversity on twenty-five disease biomarkers and twenty health conditions in adulthood: Differences by sex and stressor type. *Brain, Behavior, and Immunity*, 123, 164-176.
- Bartlett, J. D., & Smith, S. (2019). The role of early care and education in addressing early childhood trauma. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 359-372
- Bartlett, J. D., Smith, S., & Bringewatt, E. (2017). *Helping young children who have experienced trauma: Policies and strategies for early care and education*. Child Trends.  
<https://www.childtrends.org/publications/helping-young-children-who-have-experienced-trauma>
- Bisagno, E., Cadamuro, A., Serafine, D., Dima, B. M., Anne, G., Zane, L-O., Annija, K., Varga-Sabján, D., Dorottya, M., Noémi, L., Rozsa, M., Gruber, A., De Fazio, G. L., ... & Blom, J. M. C. (2023). The development of a screening tool for childcare professionals to detect and refer infant and toddler maltreatment and trauma: A tale of four countries. *Children*, 10(5), 858. <https://doi.org/10.3390/children10050858>
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2017). Attachment, self-regulation, and competency (ARC). In *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 299-319). Cham: Springer International Publishing.
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2025). Attachment, regulation, and competency (ARC). In *Evidence-based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents* (pp. 373-399). Cham: Springer Nature Switzerland.

- Bockmann, J. O., & Yu, S. Y. (2023). Using mindfulness-based interventions to support self-regulation in young children: A review of the literature. *Early Childhood Education Journal*, 51(4), 693-703.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cassidy, J., Brett, B. E., Gross, J. T., Stern, J. A., Martin, D. R., Mohr, J. J., & Woodhouse, S. S. (2017). *Circle of security-parenting: A randomized controlled trial in head start*.
- Champine, R. B., Hoffman, E. E., Matlin, S. L., Strambler, M. J., & Tebes, J. K. (2022). What does it mean to be trauma-informed? : A mixed-methods study of a trauma-informed community initiative. *Journal of Child and Family Studies*, 31(2), 459-472.
- Child Care Resources Inc. & United Way of Central Carolinas. (2019). *Creating a trauma-informed early childhood system: Review of the literature and summary of findings*. Child Care Resources Inc. <https://unitedwaygreaterclt.org/wp-content/uploads/2023/01/Creating-a-Trauma-Informed-Early-Childhood-System.pdf>
- Childhood Trauma Task Force. (2022). *Identifying childhood trauma: Recommendations on trauma identification practices in child-serving organizations*. <https://www.mass.gov/doc/childhood-trauma-task-force->
- Choi, K. R., & Graham-Bermann, S. A. (2018). Developmental considerations for assessment of trauma symptoms in preschoolers: A review of measures and diagnoses. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3427-3439.
- Clements, W., Williams, L. D., David, T., & Wilson, S. L. (2019). Childhood trauma and effective empirically based interventions. *Journal of Psychology & Behavior Research*, 1(1), 45-55.
- Conners Edge, N. A., Holmes, K., Wilburn, E. H., & Sutton, M. (2024). Fostering informed and responsive systems for trauma in early care and education (FIRST: ECE): A preliminary evaluation. *Early Childhood Education Journal*, 52(1), 1-11
- Cummings, K. P., Addante, S., Swindell, J., & Meadan, H. (2017). Creating supportive environments for children who have had exposure to traumatic events. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 2728-2741.
- Darling, K., Todd, M., & Seok, D. (2019). *Resilience and conscious discipline*. Conscious Discipline (Child Trends). <https://consciousdiscipline.s3.amazonaws.com/Research/>
- DeCandia, C., & Guarino, K. (2015). Trauma-informed care: An ecological response. *Journal of Child and Youth Care Work*, 25, 7-32.

- Dinges, S. R. (2020). *Early childhood educators and students lived experience with conscious discipline: Taming the wild things* [Doctoral dissertation, Wilmington University]. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3587/>
- Dix, K. L., Van Der Zant, T., & Carslake, T. (2023). *Be You evaluation 2021-2023: Report of the national evaluation for Beyond Blue*. Australian Council for Educational Research. <https://doi.org/10.37517/978-1-74286-656-7>
- Fredrickson, R. (2019). Trauma-informed care for infant and early childhood abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(4), 389-406.
- Georgetown University National Technical Assistance Center for Children's Mental Health. (2018). *Trauma-informed care: Perspectives and resources*. Georgetown University Center for Child and Human Development. <https://gucchd.georgetown.edu/TraumaInformedCare>.
- Ghosh Ippen, C., Ford, J., Racusin, R., Acker, M., Bosquet, K., & Rogers, C. (2002). *Traumatic events screening inventory—parent report revised* (TESI-PRR). National Center for Child Traumatic Stress.
- Ghosh Ippen, C., & Lieberman, A. F. (2024). Child–parent psychotherapy: Acknowledging ruptures in safety and rebuilding the protective shield. In *WAIMH Handbook of Infant and Early Childhood Mental Health: Cultural Context, Prevention, and Treatment, Volume Two* (pp. 293-312). Springer International Publishing.
- Haghiri, S., Molayi, H., & Khosropour, F. (2024). Comparing the effectiveness of attachment-based therapy and cognitive-behavioral therapy on the style of attachment relationship and the quality of maternal care in mothers with elementary school or preschool children. *Journal of Pediatric Nursing, 10*(4), 31-40.
- Hanson, R. F., Lang, J. M., Fraser, J. G., Agosti, J. R., Ake, G. S., Donisch, K. M., & Gewirtz, A. H. (2018). Trauma-informed care: Definitions and statewide initiatives. In J. B. Klika & J. R. Conte (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (4th ed., pp. 272–291). SAGE.
- Harden, B. J. (2015). *Services for families of infants and toddlers experiencing trauma. A research-to-practice brief* (OPRE Report 2015-14). Administration for Children & Families. [https://acf.gov/sites/default/files/documents/opre/opre\\_nitr\\_brief\\_v07\\_508\\_2.pdf](https://acf.gov/sites/default/files/documents/opre/opre_nitr_brief_v07_508_2.pdf)
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics, 137*(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Holmes, C., Levy, M., Smith, A., Pinne, S., & Neese, P. (2015). A model for creating a supportive trauma-informed culture for children in preschool settings. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 1650-1659.

- Huizink, A. C., & De Rooij, S. R. (2018). Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: Generic vulnerability and divergent pathways. *Development and Psychopathology*, *30*(SI 3), 1041- 1062. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000354>
- Koita, K., Long, D., Hessler, D., Benson, M., Daley, K., Bucci, M., & Burke Harris, N. (2018). Development and implementation of the Pediatric ACEs and Related Life Events Screener (PEARLS). *Journal of Child and Adolescent Trauma*, *12*(2), 173–185. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540843/>
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(12), 1241-1248
- Lieberman, A. F. (2004). Child parent psychotherapy : A relationship based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 97–122). The Guilford Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Guilford Press.
- Lipscomb, S. T., Hatfield, B., Lewis, H., Goka-Dubose, E., & Fisher, P. A. (2019). Strengthening children's roots of resilience: Trauma-responsive early learning. *Children and Youth Services Review*, *107*, 104510.
- Loomis, A. M. (2018). The role of preschool as a point of intervention and prevention for trauma-exposed children: Recommendations for practice, policy, and research. *Topics in Early Childhood Special Education*, *38*(3), 134-145.
- Loveday, S., Hall, T., Constable, L., Paton, K., Sanci, L., Goldfeld, S., & Hiscock, H. (2022). Screening for adverse childhood experiences in children: A systematic review. *Pediatrics*, *149*(2), e2021051884.
- Løkkegaard, S. S., Elmoose, M., & Elklit, A. (2021). Development and initial validation of the Odense Child Trauma Screening: A story stem screening tool for preschool and young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *9*(1), 113-126
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., & Jenkins, J. M. (2019). Maternal adverse childhood experience and infant health: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *144*(4), e20192738.
- Majebi, N. L., Adelodun, M. O., & Anyanwu, E. C. (2024). Early childhood trauma and behavioral disorders: The role of healthcare access in breaking the cycle *Comprehensive Research and Reviews in Science and Technology*, *2*(1), 080-090.

Matlin, S. L., Champine, R. B., Strambler, M. J., O'Brien, C., Hoffman, E., Whitson, M., Kolka, L., & Tebes, J. K. (2019). A community's response to adverse childhood experiences: Building a resilient, trauma-informed community. *American Journal of Community Psychology*, *64*(3-4), 451-466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31486086/>

McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, A. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *24*(1), 20-37.

Morrison, C., Ingoldsby, E., & Cairone, K. (2020). *Advancing change to support trauma-informed initiatives and build evidence of impacts: Trauma-informed approaches: Connecting research, policy, and practice to build resilience in children and families* (ASPE Issue Brief). Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), U.S. Department of Health & Human Services (HHS).

<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/pdf/262051/ti-approaches-issue-brief.pdf>

The National Lottery Community Fund. (2021). *Trauma-informed practice in early child development: Insights from The National Lottery Community Fund's A Better Start Programme*. [https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/files/ABS%20Insight%204%20-%20Trauma%20Informed%20Practice%20-%20FINAL3%20-%20lo-res.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/files/ABS%20Insight%204%20-%20Trauma%20Informed%20Practice%20-%20FINAL3%20-%20lo-res.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Nugent, J. K., & Puura, K. (2024). Assessment and screening for early detection. In J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren & K. Puura (Eds.), *WAIMH Handbook of infant and early childhood mental health* (pp. 169-185). Springer International Publishing

O'Byrne, E., McCusker, C., & McSweeney, S. (2023). The impact of the "Attachment and Biobehavioural Catch-Up" program on attachment related parent behavior—A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, *44*, 76–91. <https://doi.org/10.1002/imhj.22025>

Osofsky, J. D., Gurwitch, R., Dozier, M., & Isosävi, S. (2024). Trauma-Informed Mental Health Interventions for Young Children. In J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren & K. Puura (Eds.), *WAIMH Handbook of infant and early childhood mental health* (pp. 321-337). Springer International Publishing.

Osofsky, J. D., & Lieberman, A. F. (2011). A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *American Psychologist*, *66*(2), 120.

PCIT Training Center. (2012). *PCIT web course*. UC Davis health & Children's hospital.

<https://pcit.ucdavis.edu/pcit-web-course/>

Randhawa, R., & Bisht, P. (2024). Childhood trauma: A meta-analysis of case studies. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, *15*(2), 331-334. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/2011581>

- Scheeringa, M. S., & Haslett, N. (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(3), 299–312. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0169-2>
- Scheeringa, M. S. (2014). *Young Child PTSD Checklist*. Tulane University School of Medicine.
- Scheeringa, M. S. (2016). *Treating PTSD in preschoolers: A clinical guide*. The Guilford Press.
- Sheehan, C., Butler, J. E., & O'Neill, C. (2024). What we don't know really will hurt us: Examining trauma awareness knowledge, strategies, and training in Ireland's early childhood education and care profession. *Education Sciences*, 14(7), 704
- Steele, H., Murphy, A., Bonuck, K., Meissner, P., & Steele, M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI) for preventing trauma transmission among high-risk parents. *Development and Psychopathology*, 31(1), 203-217.
- Sun, Y., Blewitt, C., Minson, V., Bajayo, R., Cameron, L., & Skouteris, H. (2024). Trauma-informed interventions in early childhood education and care settings: a scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 648-662.
- Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & de Ruiter, C. (2017). The effectiveness of parent management training—Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 136-150.
- Terr, L. (1992). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. Perseus (for Hbg).
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. WW Norton & Company.
- UNICEF. (2024, June 11). *Nearly 400 million young children worldwide experience violent discipline*. <https://www.unicef.org/lac/en/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-experience-violent-discipline>
- Van den Bergh, B. R., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., Roseboom, T., Räikkönen K., Hoyer, D., King, S., & Schwab, M. (2020). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 26-64. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003)
- Vanderzee, K. L., Sigel, B. A., Pemberton, J. R., & John, S. G. (2019). Treatments for early childhood trauma: Decision considerations for clinicians. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(4), 515-528.

Whitten, T., Tzoumakis, S., Green, M. J., & Dean, K. (2024). Global prevalence of childhood exposure to physical violence within domestic and family relationships in the general population: A systematic review and proportional meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(2), 1411-1430.

Yu, J., Patel, R. A., Haynie, D. L., Vidal-Ribas, P., Govender, T., Sundaram, R., & Gilman, S. E. (2022). Adverse childhood experiences and premature mortality through mid-adulthood: A five-decade prospective study. *The Lancet Regional Health–Americas, 15*.100349. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100349>

Zero to Three. (2016). DC:0-5TM: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. ZERO TO THREE.

Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., & Oser, C. (2016). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and Early Childhood DC: 0–5: selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Mental Health Journal, 37*(5), 471-475.

Zeanah, C. H., & Mirzoy, S. (2024). Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood, DC: 0-5. In J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren & K. Puura (Eds.), *WAIMH Handbook of infant and early childhood mental health* (pp. 157-168). Springer International Publishing.

## נספח א: רשימת המרואיינים למחקר

שם המרואיין	תפקיד ומומחיות
ד"ר פולה דויד	מנהלת אגף תוכניות לימוד במכון "חרוב" – פיתוח מערכי למידה בנושא היבטים פסיכולוגיים של טראומה והתעללות בילדים, מכון "חרוב"
דפנה זקס כרמל	מנהלת מרפאה לבריאות הנפש בגיל הרך, ירושלים
ד"ר עדינה הופנינג אסולין	מומחית לעבודה מודעת טראומה והתקשרות עם ילדים והוריהם במסגרות רווחה, האוניברסיטה העברית בירושלים
פרופ' מירי קרן	פסיכיאטרית מומחית בילדים, הקימה את המרפאה הראשונה לבריאות נפש בקהילה, לגיל הרך בבית החולים "גהה". עובדת במסגרת עצמאית לאחר פרישתה לגמלאות
רן אהרונוב	מנכ"ל "ארלי סטארטס" (Early Starters) ישראל
רונית שוסל	ארגון הומניטרי לילדים בגיל הרך באזורי מלחמה ואסון. עבד באוקראינה אפריקה וישראל פסיכולוגית התפתחותית מומחית-מדריכה, עובדת באלו"ט. מעבירה הכשרות בנושא ילדים אוטיסטים
מיקי מילר	מרצה מטעם מכון "חרוב" על דרכי התמודדות עם תקיפה מינית וטראומה בעולם החרדי
פרופ' תרצה יואלס	ראש התוכנית להתפתחות הילד בחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה. מומחית בפסיכולוגיה התפתחותית, בהתקשרות, בטראומה ובפסיכותרפיה
איברהים אלעטאונה	מן הקואליציה הישראלית לטראומה, מנהל היחידה הקלינית במרכז החוסן לחברה הבדואית
ד"ר סיגל קני פז	מומחית לטראומה, הקימה מודל ייחודי להתערבות עם משפחות במחלקה לשירותים חברתיים בנתניה
פרופ' מולי להד	פרופסור ופסיכולוג הנחשב למומחה בין-לאומי בטיפול בפסיכטראומה. מייסד מרכז "משאבים" בקריית שמונה, פיתח שיטות התערבות וטיפול, ומרצה לשעבר ב"מכללת תל חי" פרופסור אמריטוס
ורד כרמון	מנהלת תחום הגיל הרך במשרד הרווחה והביטחון החברתי
חנאן סרור	פסיכולוגית התפתחותית עובדת בשירות הפסיכולוגי חינוכי בנצרת בתפקיד מדריכה לפסיכולוגים. מומחית בגיל הרך
סוזאן אבו ואסל	מנהלת תחום גיל רך מסגרות ותוכניות בחברה הערבית במשרד הרווחה והביטחון החברתי
ד"ר חנה קמינר	פסיכולוגית קלינית והתפתחותית בכירה וחינוכית מומחית. שימשה בתפקיד מנהלת התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי במשך 28 שנה. בשנים האחרונות מנהלת את בית הספר לפסיכותרפיה פסיכואנליטית לטיפול הורה-ילד בתל אביב. מטפלת, מלמדת ומדריכה בתחום הטיפול בכלל והטיפול הדיאדי בפרט

# נספח ב: גישות טיפול, מענים ושירותים לילדים בגיל הרך שחוו טראומה ולמשפחותיהם

בחלק זה יוצגו גישות טיפול, מענים ושירותים נבחרים מישראל שעלו מראיונות העומק החצי מובנים ומסקירת הספרות המקצועית. חשוב לציין כי רשימה זו אינה ממצה את כלל הגישות והשירותים בארץ לילדים בגיל הרך שחוו טראומה ולהוריהם.

## א. CPP (Child-Parent Psychotherapy)

משיטות ההתערבות לטיפול בטראומה בגיל הרך, הוזכרו בראיונות גישות מוכרות כגון TF-CBT, EMDR ו-ABC. עם זאת ההתייחסות לשיטות אלו הייתה מצומצמת יחסית. לעומת זאת גישת CPP (Child-Parent Psychotherapy) זכתה להתייחסות רחבה בקרב רוב המרואיינים, ולדבריהם היא מתאימה במיוחד לטיפול בילדים בגיל הרך שחוו טראומה ובהוריהם. לנוכח מרכזיותה של גישת CPP ובשל היותה גישה מבוססת ראיות, להלן יוצגו עקרונותיה, מטרותיה והיישום שלהם בשדה הטיפול ודוגמאות שצמחו מתוך הניסיון בשטח, על פי המרואיינים.

### רקע

CPP (Child-Parent Psychotherapy) היא גישת טיפול דיאדית המיועדת לילדים בגיל לידה-שש ולהוריהם לאחר חשיפה לאירועים טראומטיים. מן הראיונות עלה כי הגישה שמה דגש בקשר הורה-ילד ורואה בו ציר מרכזי להחלמה, בוויסות הדדי, ובניית נרטיב טראומטי מותאם גיל ובהחזרת הילד למסלול ההתפתחותי שנקטע. גישה זו מציעה גם גרסה פרה-נטלית (Pre-natal CPP) להורים במצוקה בתקופת ההיריון. עקרונות הגישה כפי שעלו מן הראיונות:

- הכרה בחשיבות הגיל הרך. ההבנה כי מדובר בגיל קריטי להתפתחות האישיות והעצמי, וכי טראומה בשלב זה מחייבת תגובה ייחודית
- התבוננות כוללנית. הגישה מחברת בין שלושה מוקדים – גיל (התפתחות), טראומה והתקשרות ומציעה מענה דיאדי הורה-ילד
- שיח ישיר ומותאם גיל עם הילד. כבר בתחילת הטיפול מדברים עם הילד על מה שקרה לו באמצעות משחק, סיפור, דימויים או שיחה ישירה בהתאם לגילו

### מטרות

אחת המטרות המרכזיות של גישת ה-CPP כפי שעלתה מן הראיונות היא לדבר במישרין עם ילדים על חוויותיהם הטראומטיות, גם אם מדובר בחוויות שקשה מאוד לדבר עליהן. תהליך הטיפול כולל בניית נרטיב מותאם גיל המאפשר לילד להבין את אשר חווה ולתת ביטוי רגשי לחוויה. כל טראומה פוגעת במידת מה בקשר בין ההורה לילד, גם כאשר ההורות מיטיבה. לכן אחת המטרות המרכזיות של עיבוד הטראומה היא שיקום, חיזוק והעמקה של ההתקשרות בין הילד להורה. העיבוד הרגשי נעשה לצד יצירת חוויה מתקנת של קשר שיש בה ביטויים של הנאה, קרבה ובניית אמון מחודש בין הילד להוריו כדי להחזיר את תחושת המשכיות והיציבות לחיי הילד.

הנחת המוצא בהתערבות על פי גישת CPP היא כי אין צורך להמתין לביטויים ישירים של החוויה הטראומטית שכן היא ממילא נוכחת. לפיכך נעשה שימוש בצעצועים ובחפצים טיפוליים כדי לעורר אצל הילד את ההקשר הטראומטי כבר בתחילת התהליך, ונעשית הכנה מקדימה משמעותית להורים כדי לתאם את גבולות השיח עם הילד ולהכשיר את הקרקע לעיבוד משותף של החוויה.

המרואינים הדגישו כי התערבויות בגישת ה-CPP רלוונטיות במיוחד בעת משבר חריף של ילדים בגיל הרך כגון באומנה טיפולית או בקלטי חירום, כאשר למטפלים לא ידועים במלואם פרטי האירועים ועוצמת הטראומה שחוו הילדים. גישת טיפול זו מאפשרת מתן מענה רגשי מותאם לילדים צעירים.

### תהליך ההערכה וההתערבות

המרואינים תיארו תהליך מובנה ורב-שלבי של יישום ההתערבות הנשען על עקרונות של טיפול דיאדי – מתמקד בקשר בין ההורה לילד.

בשלב הראשון מתבצע בירור שיטתי ומעמיק: מה הילד יודע על מה שקרה, מה אינו יודע, במה ההורים מתקשים לשתף אותו? נוסף על כך נערכת סקירה התפתחותית של הילד – התייחסות לתסמינים של הילד בהקשר של האירוע הטראומטי לצד סקירה של טראומות נוספות וטראומות עבר של ההורים עצמם – וכן נערכת תצפית משולבת של הילד עם כל אחד מן ההורים כדי להעריך את טיב ההתקשרות. לאחר שלב זה, כבר במפגש הפורמלי הראשון, המטפלים משתפים את הילד באירוע הטראומטי בהתאם לגילו וליכולותיו ומעודדים אותו לשיח רגשי פתוח.

### דוגמאות מן השדה המקצועי

הדוגמאות להתערבות בגישה הטיפולית CPP עלו מראיונות עם מטפלות מנוסות. המקרה הראשון ממחיש כי ילדים אוצרים ידע וחוויות, ולעיתים אינם מודעים אליהם כלל, ובהינתן מרחב מותאם לשיח ישיר הם יוכלו להיות מודעים להם ולבטאם. הציטוט משקף גם מצבים שההורים אינם מבינים שתסמינים שזיהו קשורים לאירועים טראומטיים, ולכן הם לא מדוברים בין ההורים לילדיהם.

” הייתה לאימא מחלה מאוד קשה. קרו לה אי אלו התמוטטויות ואמבולנסים ואשפוזים מהבית, והילד היה עד לזה. כשההורים פנו אליי, הילד לא יכול היה להיפרד. אפילו אם אבא יצא מהאוטו רק לנקות את החלון, היו צרחות עזות, ברמות כאלה. וההורים לא האמינו שזה קשור [...] הם לא לקחו בחשבון שכשיש אימא כל כך חולה, זה לא רק שהוא רואה את זה, יש חרדה בבית, יש דאגה בבית, יש ייאוש בבית. יש כל מיני דברים. העולם משתנה והוא לא מבין. ובטיפול CPP אפשר היה להתחיל לדבר.” (מומחית מתחומי הבריאות)

הציטוט השני מדגים עיקרון ליבה של הגישה, ולפיו יש חשיבות בשיח ילדים בעובדות כפי שהתרחשו במציאות, גם אם לילד יש מוגבלות, מתוך הכרה שרק כך יתאפשרו תהליכי עיבוד של הטראומה והחלמה ממנה:

” זה ילד שהאבא רצח את אימא שלו, והילד היה גם עם מוגבלות שכלית והוא השתייך לחברה הערבית, והסבא סבתא שגידלו אותו לא יכלו לא להגיד את שם הרוצח ולא לספר על הרצח. למרות שהוא היה בידיים של אימא כשהיא נרצחה. זה ילד עם מוגבלות שכלית, זה ילד עם סבא וסבתא שהאבל שלהם הוא במובן מסוים פתולוגי, זה ילד עם סבא וסבתא שהרגישו אשמה קשה על המוות של הבת כי הם דחפו אותה להיות עם האיש הזה [...] אז בטיפול כן הסברתי שהם יכולים להגיד את שמו, כן יכולים לספר שהוא רצח, כן...” (מומחית בתחום הבריאות)

### זמינות ונגישות טיפול CPP במסגרות טיפול

היום אפשר לקבל טיפול בגישת CPP במסגרות אחדות ברחבי הארץ, אם כי זמינותו עדיין מוגבלת. המסגרת העיקרית היא שמונה מרפאות לבריאות הנפש המתמחות בגיל הרך ובגיל הינקות (ראו פירוט בהמשך). בתחום הפסיכיאטרייה המצב מצומצם אף יותר, יש מעט פסיכיאטרים המתמחים בגישה זו. ידוע על פסיכיאטר אחד מומחה בשיטה המציע שירותים בקליניקה פרטית. יש מטפלים אחדים המיומנים בגישת CPP (“סיסיפיסטים”) ופועלים גם במכונים להתפתחות הילד, ולעיתים אפשר למצוא טיפול בגישה זו גם בשירותים פסיכולוגיים חינוכיים (שפ”ח) ברשויות המקומיות.

### ב. הנחיית הורים ליצירת סיפור מותאם אישית עבור ילדיהם

מדובר בהתערבות טיפולית חדשנית לעיבוד טראומות מוקדמות בקרב ילדים בגיל הרך. ההתערבות ממוקדת ובדרך כלל קצרת מועד. אפשר להשתמש בה כחלק מתהליך טיפול או לראותה בתור התערבות כשהיא לעצמה במסגרת הדרגת הורים ממוקדת, לעיתים בלא תהליך טיפול עמוק וארוך. ההתערבות מבוססת על ההבנה כי ילדים בגיל הרך מתקשים בעיבוד מילולי של חוויות טראומטיות, ולכן הסיפור משמש כלי לתיווך רגשי ולהבנת החוויה הקשה (גל, 2021). מעורבות ההורים בתהליך עיבוד טראומות מוקדמות לילדים בגיל הרך חשובה ביותר, לא רק בתפקיד מספרי הסיפור אלא גם בתפקיד משתתפים פעילים בעיבוד הטראומה של ילדיהם. באמצעות יצירת הסיפור ההורים יכולים לתת לילדיהם מסגרת מובנית להבנת האירועים שחוו, לחזק את תחושת הביטחון והקשר ביניהם ולאפשר עיבוד רגשי מותאם לגיל הילד. חשוב להתאים את הסיפור לרמת ההבנה וההתפתחות של הילד ולהקפיד על כנות ועל רגישות בשל התכנים הקשים.

### ג. מודל ההתערבות “אבל על החי”

מודל זה פותח בבית המעבר “רעים” מרכז לילדים גם בגיל הרך (בני 3-11) שחוו טראומה מורכבת, ולעיתים אף מתמשכת, בגלל הזנחה קשה, התעללות או אובדן בתא המשפחתי. מטרתו לספק עד 15 ילדים וילדות מסגרת ביניים זמנית להגנה, לאבחון, לטיפול ולגיבוש המלצות להמשך (ברקאי ורז, 2021). ברקאי ורז (2021) הציעו במאמרם מודל טיפולי לילדים אשר מבוסס על עקרונות של יצירת רצף, קביעות וביטחון רגשי לצד אפשרות לעיבוד רגשי של האבל על אובדן ההורות – מצב שבו ההורים אינם מסוגלים או זמינים לספק את הצרכים הפיזיים והרגשיים של הילד. המודל מאפשר להכיר בכאב ובבלבול של הילדים הנאלצים לעבור תהליך של נפרדות רגשית מהוריהם לצד תקווה להתקשרות מחודשת עם דמויות מטפלות מיטיבות. המודל והגישה מדגישים את חשיבות העבודה הרגשית עם ילדים צעירים במצבי מעבר ואת הצורך בהתערבות טיפולית מותאמת גיל המאפשרת הכלה רגשית ותמיכה ביחסים הבין-אישיים של הילד.

## ד. מענים במערכת הבריאות

בראיונות עלו שני מענים מרכזיים בתחום בריאות הנפש שמספקת היום מערכת הבריאות בעבור ילדים בגיל הרך שחוו טראומה.

### מרפאות לגיל הינקות / לגיל הרך

מערך המרפאות לגיל הינקות הוא מערך חדשני הכולל שמונה מרפאות בלבד, חלקן מעניקות שירות רק לגיל הינקות (מלידה עד גיל שלוש) וחלקן לגיל הרך (מלידה עד גיל שש). מטרתן איתור של מצוקה רגשית בקרב תינוקות ופעוטות והתערבות מוקדמת. סיבות הפנייה השכיחות למרפאה כוללות: קשיים באכילה או הפרעות קשות בגמילה, תזזיתיות (היפר-אקטיביות) וקשיי התנהגות, חרדות, פחדים ותסמינים נוספים שמופיעים לאחר אירועים טראומטיים. במרפאות צוות רב-מקצועי הכולל פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מטפלים בהבעה ביצירה, מרפאה בבעיסוק ומתמחים בתחומים אלה. המרפאה מטפלת בבעיות רגשיות ובקשיים רגשיים ועורכת אבחון פסיכיאטרי. מן הראיונות עלה כי מספרן של המרפאות מצומצם ביחס לגודל האוכלוסייה ולצרכים בשטח, ולכן יש פער בין ההכרה בחשיבות התחום ובין ההשקעה בו למעשה.

### מרכזי חוסן

מרכזי החוסן הם נדבך מרכזי במערך המענים לטיפול בטרומה באזורי ספר. בראיונות עלתה חשיבותם כמוקדי טיפול ומניעה ביישובים החשופים לאיום ביטחוני מתמשך, כגון יישובי עוטף עזה בדרום ויישובי קו העימות בצפון. מרכזים אלו התפתחו כמענה מותאם-הקשר לצרכיה של אוכלוסייה הנתונה לאיום ביטחוני מתמשך, והם מספקים רצף של שירותי טיפול, מניעה ובניית חוסן קהילתי. יתרונם נעוץ ביכולתם לשלב התערבות קלינית עם עבודה קהילתית מתוך הבנה עמוקה של הדינמיקה הייחודית של חיים בצל איום מתמשך והשפעותיו על ילדים צעירים ומשפחותיהם.

אחת הדוגמאות הבולטות ליכולתם של מרכזי החוסן לשלב בין התערבות קלינית ובין פעילות קהילתית היא פעילות יזומה להעלאת המודעות לבריאות הנפש באוכלוסייה הבודואית. יוזמה זו נועדה לעצב שפה תרבותית מקומית חדשה ולהרחיב את גבולות השיח על בריאות נפשית, לפרוץ את הסטיגמות וליצור תשתית תרבותית מותאמת לצורכי האוכלוסייה, לעודד פנייה לעזרה ולהנגיש את המענים גם לילדים בגיל הרך לא רק באמצעות טיפול ישיר אלא גם דרך חינוך רגשי, סיפור והסברה קהילתית.

יוזמות אחרות שעלו בראיונות מתמקדות בהנגשת הטיפול הנפשי למרכזים קהילתיים שאינם נתפסים מסגרות טיפול מתווגות כדי להקל על הורים וילדיהם לפנות לעזרה בלי לחשוש מביקורת או מבושה. יש לציין כי המידע על פעילות מרכזי החוסן עם ילדים בגיל הרך מתבסס על ריאיון עם מנהל מרכז חוסן אחד בלבד. מדבריו עלתה מגמה חיובית של פיתוח מענים מותאמים לגיל הרך, ובכלל זה הכשרת מטפלות ייעודיות והטמעת עבודה דיאדית עם הורים וילדים. עם זה אי אפשר להסיק אם מגמה זו קיימת גם ביתר מרכזי החוסן ברחבי הארץ. זאת ועוד, לא ידוע מה היקף הטיפול שניתן לילדים בגיל הרך לעומת ילדים בגילים אחרים, ועד כמה ילדים צעירים מקבלים עדיפות או מענה ייחודי בתוך כלל פעילות הטיפול של המרכזים.

## ה. מענים במערכת הרווחה

מערכת הרווחה היא אחד השחקנים המרכזיים בזיהוי ילדים בגיל הרך שנחשפו לאירועים טראומטיים, בליוויים ובטיפול בהם. משרד הרווחה והביטחון החברתי פיתח גישת עבודה מודעת טראומה לעבודה עם ילדים במצבי סיכון ומשפחותיהם. גישה זו

מכירה במצבי הטראומה שהילד או הוריו היו חשופים אליהם ובדפוסי ההתקשרות המאפיינים כל משפחה. לפי גישה זו יש צורך בתהליך הערכה מקדים לפני הכניסה של הילד לשירות כדי לאפשר לאנשי הצוות לזהות אם חווה אירועים טראומטיים: הצוות בודק את היסטוריית החיים של הילד ואירועים שעבר, מה ההשפעות של האירועים האלה על התפתחותו ועל התנהגותו של הילד? מה ההשפעות של האירועים על ההתקשרות של הילד עם מבוגרים משמעותיים? האם יש אירועים טראומטיים שחוו ההורים ומשפיעים על ההורות? אפשר לצמצם את הקשיים בתחום ההתקשרות הבטוחה על ידי התערבות טיפולית עם ההורים והדרכה מתאימה לצוות השירות. יש חשיבות לבניית יחסי אמן וביטחון בתוך השירות, בין השאר על ידי יצירת מרחב המקדם את תחושת הביטחון של הילד מתוך הבנה כי טראומה משפיעה על התנהגות הילד ועל תפיסתו את עצמו ואת האחרים בסביבתו.

בראיונות עם אנשי מקצוע עלו מגוון מענים, והמרכזיים שבהם יתוארו בחלק זה. יש מענים שניתנים במסגרת המחלקות לשירותים חברתיים בתור תוכניות ייעודיות של הרווחה או תוכניות הפועלות בשיתוף מגזר שלישי. הממצאים המוצגים בפרק זה עוסקים בשירותים שעלו מן הראיונות וניתנים במסגרת אגף משפחה וקהילה בלבד. המענים לגיל הרך השייכים לאגף החוץ-ביתי והמענים של מנהל מוגבלויות לא עלו בראיונות ולא נדונו בפרק זה.

### מעטפת רכה לילדים בגיל לידה עד שלוש

אחד המענים המרכזיים שפותחו בשנים האחרונות על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי והג'וינט לילדים בני 0-3 בסיכון הוא תוכנית "מעטפת רכה". מדובר בתוכנית ביתית הפועלת במרחב המשפחתי ונותנת מענה לפעוטות המוגדרים על פי חוק "פעוטות בסיכון" – ילדים שעונים על אחד מן הקריטריונים הקבועים בחוק פעוטות בסיכון, ועניינם נדון בוועדת תכנון טיפול והערכה. הפעוטות המשתתפים בתוכנית משולבים לרוב במעונות יום שיקומיים או במשפחותונים, והתוכנית נועדה לתת התערבות דיאדית המדגישה את חיזוק הקשר בין ההורה לפעוט ואת שיפור התפקוד ההורי כדי לצמצם את גורמי הסיכון ולחולל שינוי ניכר בסביבת ההתפתחות של הילד.

הצוות בתוכנית כולל עובדים סוציאליים, רכז או רכזת ומטפלים רגשיים מומחים בתחום הגיל הרך ובטיפול דיאדי.

העבודה עם המשפחה מבוססת על תהליך מסודר הכולל אינטייך, מיפוי צרכים ובניית תוכנית התערבות למשך שנה (ובמקרים מסוימים גם לשנתיים) ומשתף את כלל האנשים המשמעותיים בחיי הפעוט: ההורים, מסגרת החינוך, טיפות חלב. עקרונות גישת ה-CPP הם הבסיס הרעיוני לתוכנית, אך אינם בלעדיים, והתוכנית מאפשרת גמישות מקצועית בהתאם לצורכי ההתערבות.

רכיב ייחודי בתוכנית הוא ליווי שוטף מצד מדריכה המגיעה מדי שבוע לבית המשפחה ונפגשת עם שני ההורים ועם הפעוט. באמצעות משחק, קריאת סיפור ומודלינג להורים היא מסייעת בחיזוק הקשר הרגשי ובהקניית כלים להורות חיובית בתוך הסביבה הטבעית של הילד.

### מעון יום רב-תכליתי לילדים בגיל לידה עד שלוש

המודל החדש של מעון היום הרב-תכליתי פועל משנת 2021 והוא החליף את המודל הקודם שפעל שנים רבות. המודל הקודם שירת ילדים שלושה חודשים ועד גיל שש, ואילו המודל החדש ממוקד בפעוטות בני שלושה חודשים עד גיל שלוש בלבד.

מדובר במענה ייעודי לגיל הינקות בגלל הכרה בצרכים ההתפתחותיים והרגשיים הייחודיים של פעוטות בסיכון. זוהי תוכנית התערבות טיפולית אינטנסיבית המופעלת בתוך מסגרת חינוך יום-יומית. כל פעוט בסיכון המשתתף בתוכנית מקבל סבסוד של 75% ממשרד הרווחה והביטחון החברתי, והיתרה משולמת על ידי הרשות המקומית.

הצוות במעון כולל איש מקצוע ייעודי מתחום העבודה סוציאלית. היא עוסקת במתן התערבויות דיאדיות (הורים-ילדים) לצד תפקידים מערכתיים אחרים כגון ריכוז, שיתוף פעולה עם המחלקה לשירותים חברתיים, ליווי צוותי המטפלות וניהול ועדות היגוי והערכה. כדי לאפשר לעובדת הסוציאלית להתפנות לכל תפקידיה, משולבים במעון עוד מטפלים רגשיים כגון מטפלים באמצעות אומנויות, דרמה או משחק הנותנים טיפול פרטני דיאדי ומנחים קבוצות טיפול להורים וילדים.

### ”תוכנית משפחות“: תוכנית מניעתית לילדים בגיל שלוש עד שש

תוכנית ”משפחות“ היא תוכנית קבוצתית-מניעתית הפועלת בקהילה ומיועדת למשפחות עם ילדים בגילי שנה עד חמש. זו אחת מתוכניות המניעה המרכזיות שמפעילה היום מערכת הרווחה על פי תפיסה כוללת הרואה במשפחה שלם אחד, הורים וילדים יחד, ונותנת מענה מקיף הן לצורכי ההורים הן לצרכים הרגשיים והחברתיים של הילדים.

התוכנית כוללת מפגש קבוצתי שבועי שמשכו שלוש שעות, בדרך כלל במתנ”סים או במרכזים לגיל הרך. בחלק הראשון במפגש יש פעילות נפרדת – הילדים משתתפים בפעילות מונחת על ידי מדריכים, ואילו ההורים משתתפים במפגש קבוצתי בהנחיית עובדת סוציאלית. המפגש להורים מתמקד בתכנים רלוונטיים להורות בגיל הרך, כגון התפתחות, מוגנות ואתגרים רגשיים. בחלקו השני של המפגש יש פעילות משותפת – משחקים ופעילויות חווייתיות – להורים וילדים, ובזמן הפעילות העובדת הסוציאלית עורכת תצפיות, נותנת הכוונה הורית ולעיתים מזהה צרכים הדורשים התייחסות נוספת.

התוכנית מתמקדת לא רק בתכנים אלא גם ביצירת קבוצת השתייכות ותמיכה קהילתית להורים, בייחוד למשפחות שחוות בדידות או נעדרות רשתות תמיכה. ההשתתפות בקבוצה נותנת תחושת שייכות, מפחיתה חרדה, מאפשרת למידה הדדית ומחזקת את תחושת המסוגלות ההורית. העובדת הסוציאלית בתוכנית משמשת גם גורם מאתר ומתווך ומפנה את המשפחות להמשך התערבות במחלקה לשירותים חברתיים, לקופות החולים או לשירותים קהילתיים נוספים. התוכנית מאפשרת איתור מוקדם של קשיים במסגרת נורמטיבית ובלתי מאיימת, והיא משמשת שער כניסה רגיש ונגיש למשפחות שלא היו פונות לרווחה במישרין.

### ”ניצנים טיפוליים“ לגיל שלוש עד שש

”ניצנים טיפוליים“ היא תוכנית חדשה בשלבי הפעלה ראשוניים המיועדת לילדים בני שלוש-שש אשר משולבים בגנים רגילים בשעות הבוקר, ואובחנו עם קשיים רגשיים, חסכים התפתחותיים או צרכים טיפוליים אחרים. התוכנית מבקשת לתת מענה טיפולי בתוך מסגרות הצהרון, ובכך לאפשר רצף תמיכתי נגיש, טבעי ולא מתייג כחלק משגרת היום של הילד.

התוכנית מופעלת בתוך צהרונים אוניברסליים של משרד החינוך, שבהם משולבים לעיתים ילדים בני שלוש-שש. בתוך הצהרון נבנית מעטפת טיפולית לילדים המוכרים למחלקות לשירותים חברתיים, והדגש מושם בעקרונות של התקשרות, בחיזוק

הקשר הדיאדי הורה-ילד ובשיפור התפקוד ההורי. התוכנית יוצרת מרחב תומך ומכיל בתוך מערכת חינוך רגילה ומיישמת את עקרונות הטיפול בטרואמה בגיל הרך כחלק מן העשייה היום-יומית.

העובדת הסוציאלית בתוכנית פועלת בתוך מרחב הצהרון – אם הצהרון פועל בתוך מרכז לגיל הרך, המפגשים מתקיימים שם; אם הצהרון פועל בתוך גן ילדים, מוקצה בו מרחב ייעודי לעבודה טיפולית עם הילדים ועם הוריהם. הפגישות נערכות בהתאם לזמני הגעת ההורים והילדים לצהרון, ובמקרים מסוימים אפשר לערוך את המפגשים בבית המשפחה או במרחב קהילתי חלופי, בהתאם לצורך ולמגבלות המקום.

נכון למועד כתיבת דוח זה (מאי 2025), התוכנית מופעלת בשני יישובים, אך במשרד הרווחה והביטחון החברתי מקווים להרחיבה לעוד רשויות. ייחודה של התוכנית הוא בהשתלבותה במערך קיים (הצהרונים) ובהנגשת השירות לילדים ולהורים בתוך שגרת יומם – היא מביאה את הטיפול "אל תוך" מסגרות החינוך בלי לנתק את הילד ממסגרתו או לסמנו כחריג.

### תוכנית "אם לאם" – ליווי אימהות לאחר לידה

תוכנית "אם לאם" היא תוכנית ליווי מניעתית הפועלת במסגרת מערך ההתנדבות של משרד הרווחה והביטחון החברתי ומיועדת לאימהות לילד ראשון בשנת החיים הראשונה של התינוק. את התוכנית מפעילה עמותת "סמדר מורן" בשיתוף "קרן ברכה", והיא רשומה כיום בכרטיס התוכנית "מיזם 360 לילדים ונוער בסיכון". התוכנית מבוססת על ליווי אישי של אם מנוסה מתנדבת המבקרת בביתה של אם צעירה כדי להיות לה אוזן קשבת ולתת לה תמיכה רגשית וכלים להתמודדות עם אתגרי ההורות הראשונית. מדובר בליווי קהילתי רך שאינו מסומן כתוכנית טיפולית או רווחתית, ודווקא בזכות כך מאפשר נגישות, הפחתת תחושת בדידות ובניית אמון בשלב רגיש במיוחד בחיי המשפחה. עם זאת לא כל רשות מקומית מפעילה את התוכנית, ושורת הסכמה רחבה בקרב אנשי מקצוע כי יש להרחיב את פריסתה כדי שתהיה נגישה לכל משפחה הזקוקה לכך.

### נתיבים להורות

התוכנית נתיבים להורות (מרכזי ילדים-הורים) שמפעילה מערכת הרווחה משמשת תשתית טיפולית רחבה ומעמיקה הפועלת בפריסה ארצית ומיועדת למשפחות עם ילדים בגיל לידה-שש המתמודדות עם מצבי משבר וטרואמה או עם קשיים מתמשכים בתפקוד ההורי והמשפחתי. המענה במרכזים הוא חלק מגישה מערכתית כוללת הרואה במשפחה יחידה אחת ומתמקדת בקשר הורה-ילד ובהשפעות ההדדיות בין כלל חברי התא המשפחתי.

תחילה יועדו המרכזים לילדים בגיל בית ספר יסודי, ובהמשך הורחבו גם למתבגרים ולגיל הרך. היום יש צוותים המתמחים במגוון קבוצות הגיל, לכן המרכזים הם רב-גיליים – יכולה לבוא משפחה שלמה, והילדים יקבלו מענה בהתאם לגילם ולצורכיהם. ברשויות שפועל בהן מרכז הוא נחשב לאחת התוכניות המרכזיות של שירותי הטיפול הרגשי, והוא ממלא תפקיד חשוב בזיהוי, ליווי ושיקום משפחות בסיכון רגשי.

צוות המרכזים מקבל הדרכה שוטפת ועובד מתוך תפיסה אינטגרטיבית המשלבת אבחון מעמיק מבוסס טראומה עם תוכנית טיפול מותאמת אישית. כל משפחה זכאית לשני מפגשי טיפול בשבוע, בהתאם לצרכים, והמענים יכולים לכלול: טיפול דיאדי להורה ולילד בגיל הרך, טיפול פרטני לילדים בגילים אחרים במשפחה, טיפול זוגי להורים או טיפול משפחתי כולל. הטיפול במרכזים אינו ממוקד רק בילד הספציפי שמפגין קושי, אלא יש התייחסות לכל אחד מבני המשפחה ולמערכות היחסים ביניהם.

## 1. מענים במערכת החינוך

### מודל הדרכה מותאם טראומה עבור מטפלות במעונות יום

התמודדות עם טראומה בגיל הרך מחייבת מערך תמיכה מקצועי בצוות החינוך המטפל בילדים (צדוק וצור, 2020). צדוק וצור הציגו מודל הדרכה מותאם טראומה למטפלות במעונות יום שמטרתו לחזק את החוסן האישי והמקצועי של המטפלות, לעודד התבוננות רגישה בילדים ולשפר את היכולת להגיב למצבי דחק. המודל מתמקד בראש ובראשונה ברווחת המטפלת ובמתן כלים אישיים ומקצועיים מתוך הבנה שיכולתן של מטפלות לשמש דמויות מגיבות כהלכה ומווסתות עבור הילדים תלויה גם בתמיכה שהן עצמן מקבלות.

### תוכנית "חדרי שלווה"

התוכנית מציעה מענה רגשי כוללני בתוך מסגרת החינוך עצמה. חדרים אלו פועלים בגני ילדים בשיתוף ההורים וצוותי החינוך והיעוץ ונותנים מענה רגשי לילדים שחוו מצבי סיכון, אלימות או טראומה. התוכנית מסייעת לילדים להתמודד עם הקשיים הרגשיים בשגרה בלי לנתקם מן המסגרת שלהם באמצעות סביבה בטוחה, תיווך רגשי מותאם ועבודה משותפת עם הצוות. התוכנית שמה דגש בעקרונות האלה: יצירת מתחם פיזי ייעודי לנושא, פיתוח השיח הרגשי בקרב באי הגן ומתן הכשרה מותאמת לצוות הגן. התוכנית מיושמת במסגרת 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, והיא מופעלת על ידי משרד החינוך בשיתוף עם מוסדות כגון רשויות מקומיות וארגוני מגזר שלישי.

במחקר שעקב אחרי השפעת התוכנית שהוטמעה בגני ילדים חרדים (לבנים ולבנות) בדרום ישראל, עלה שהתוכנית מסייעת לגננת בפיתוח שפה רגשית, בהתמקצעות ובהתמודדות במצבי חירום. הילדים לומדים שפה חדשה, והיא משפיעה על יצירת אקלים גן מיטבי והפחתת אלימות ומאפשרת לילדים במצבי משבר להתמודדות בריאה. צוות הגן חש שיתוף והזדמנות לפיתוח מקצועי לצד שיפור ביחסי העבודה. נראה שיפור בקשר בין הגננת להורים, והם דיווחו על עניין בתוכנית ועל שינוי דפוסי השיח בבית. ברמה החברתית בתוכנית יש משום התקדמות בפיתוח כלי טיפול וייעוץ מותאמים תרבותית. ההכשרה לשימוש ב"חדרי שלווה" נותנת מענה לתחושת הבדידות של הגננות, כלים מקצועיים להתמודדות עם מצבי סיכון וקידום עולם הטיפול במסגרות החרדיות. המחקר מדגיש את חשיבות ההשקעה בגיל הרך ואת הדרכים להטמעת תוכניות בגילים אלו ביצירת אדוות חיוביות בעלות משמעות ברמת המקרו (כהן ובארט, 2021).

## 2. מג"ר – מרכזים לגיל הרך – שירות אוניברסלי בקהילה

בראיונות הוזכרו המרכזים לגיל הרך. מדובר בדגם בין-משרדי, שירות אוניברסלי המציע רצף מענים ושירותים לילדים מגיל לידה עד שש ולהוריהם. השירות משמש כתובת לאנשי טיפול וחינוך בגיל הרך, והוא מיועד לשמש להם מרכז להכשרות ולקבלת כלים לעבודה בתחום. מן הראיונות עלה כי שירות זה מסייע למניעה של מצבי סיכון ולאיתור של ילדים עם קשיים לצורך התערבות ראשונית ובמידת הצורך הפניה להמשך טיפול ומעקב. את המרכז מפעילה הרשות המקומית או גורם מטעמה במסגרת 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון. עם זה מן הראיונות לא ברור עד כמה המרכזים הללו ממשים את ייעודם ומצליחים לתת מענה להרבה הורים לילדים בגיל הרך.