

טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לילדים – יישומים להתערבות בעבודה סוציאלית*

תמי רונן**

טיפול בילדים מתמקד, בדרך כלל, בטכניקות לא ישירות ולא מילוליות כמו: ציור, משחק, פסיכודרמה ותנועה. הטיפול המילולי בכלל והטיפול הקוגניטיבי בפרט אינם מקובלים ככלי מרכזי בעבודה עם ילדים. בעיות שכוחות של ילדים מאופיינות בחסכים קוגניטיביים, שניתן למלאם בהקניית מיומנויות באמצעות טיפול קוגניטיבי. במאמר מוצגים שני מודלים קוגניטיביים: האחד לטיפול בבעיות ילדים והשני לפיתוח תכניות מניעה בהתערבות ישירה עם ילדים.

המרכיבים הקוגניטיביים בבעיות התנהגות של ילדים

מחקרים אפידמיולוגיים בילדים מראים, שהבעיות השכיחות ביותר (בסדר יורד) אצלם הן: התפרצויות ואבדן שליטה, היפראקטיביות ואימפולסיביות, פחדים ודאגות, חוסר שקט, שינה, הרטבה, אכילה, כסיסת ציפרניים, טיקים וגמגום (Lapouse & Monk, 1958). לוח 1 מציג את שכוחות הבעיות, החלוקה בין המינים והקשר לקיום בעיות דומות כמשפחה (DSM III R).

מטפלים קוגניטיביים מייחסים בעיות אלו לחוסר מיומנויות בשליטה עצמית. קסדין (Kazdin, 1988) טען, שילדים בעלי בעיות התנהגות סובלים מחסכים בתהליכים קוגניטיביים ספציפיים או מחוסר יכולת להשתמש בהם וליישם אותם. מחקרים אחרים משייכים בעיות, כמו התפרצויות, אימפולסיביות והיפראקטיביות לסגנון קוגניטיבי אימפולסיבי (בניגוד לשליטה עצמית), לקושי לעצור תגובות, להעדר יכולת להתייחס לתגובות הזולת, לחוסר מיומנויות בהערכה עצמית, לייחוס חיצוני במקום פנימי ולקושי למצוא קשר בין התנהגות עצמית לבין תגובות הזולת (Dodge, 1985; Kendall & Braswell, 1982, 1985).

* המאמר הוצג בחלקו בסימפוזיון על הגישה ההתנהגותית בעבודה סוציאלית, בכנס במלאות עשרים שנה לאגודה ההתנהגותית האנגלית, באוקספורד, יוני 1991.

** ד"ר תמי רונן מרצה בבית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

לוח 1: בעיות אופייניות אצל ילדים – שכיחות, חלוקה על-פי מין והקשר לבעיות במשפחה
(מתוך DSM III R 1987)

קשר משפחתי	חלוקה בין המינים (בנים לעומת בנות)	שכיחות	הבעיה (הקטגוריה לפי DSM)
שכיח יותר אצל ילדים שלהורים יש בעיות אנטי סוציאליות	2:9	11%	בעיות התנהגות (אגרסיביות) 314.01
שכיחות גבוהה מאוד בקרב ילדים שלהורים תופעות אלה אין אינפורמציה	1:6-9	3%	חוסר קשב והיפראקטיביות 321.00
שכיח יותר בקרב בנים		מאוד שכיח	התנהגות מתנגדת ושלילית 313.81
שכיח יותר אצל ילדים שאמהותיהם סובלות מפאניקה	שווה	מאוד שכיח	חרדה 309.21
שכיח יותר אצל ילדים שאמהותיהם סובלות מדאגת יתר	שווה	מאוד שכיח	דאגת יתר 313.00
קשר משפחתי חזק	1:3	5%	סיוטי לילה 307.47
שכיח בקרב קרובי משפחה בדרגה ראשונה	יותר שכיח בקרב בנים	1-4%	בעיות שינה 307.46
ל-75% מהילדים הורים שסבלו מהרטבה	1:3	10%	הרטבה 307.60
	1:3	5-24%	טיקים 307.21
קשר משפחתי ברור	1:3	5%	גמגום 307.00

מחקרים נוספים העלו, שלילדים אלימים והיפראקטיביים יש קווים מאפיינים אחדים (Spivack & Shure, 1982; Shure & Spivack, 1978, 1982):

1. הם רואים פחות פתרונות אלטרנטיביים להתנהגות שנקטו בה.
2. מתמקדים בתוצאה במקום בתהליך.
3. מתקשים לזהות גורם להתנהגות הזולת.
4. פחות רגישים לקונפליקטים בין-אישיים.

לרשימה זו ניתן להוסיף גם יכולת עצמית נמוכה ואי אמונה ביכולתם לבצע דברים, גם אם ביצעו אותם בעבר (Ronen, 1992). וכן קושי לנבא את התנהגותם, אפילו בעתיד הקרוב, להציב לה קריטריונים ולהעריך אותה. לא רק בעיות ילדים קשורות בחסכים קוגניטיביים, אלא גם דפוסייה ומאפייניהן. למשל, החלמה ספונטנית שכיחה מאוד גם בקרב ילדים, שלא עברו טיפול, כנראה בעקבות תהליכי גדילה והתפתחות טבעיים, המאפשרים לילד לרכוש מיומנויות של שליטה עצמית ולפתור את בעייתו בכוחות עצמו.

מאפיין נוסף, שכיחות גבוהה יותר של בעיות בקרב בנים מאשר בקרב בנות, תואם ממצא אחר לפיו יש לבנות שליטה עצמית גבוהה יותר. מרבית הבעיות מופיעות אצל ילדים שלפחות אחד ההורים סבל מהן. גם תופעה זו מיוחסת לחינוך לקוי ולדוגמה שלילית ששימשו ההורים ושאיפשרה לילד לחקות את העדר השליטה העצמית שלהם (Ronen, 1992; רונן, 1990).

מושגים מוטעים על טיפול קוגניטיבי

העדר מיומנויות קוגניטיביות קשור אפוא לחסכים קוגניטיביים ולכן האמצעי היעיל לשינוי ההתנהגות הם טיפולים קוגניטיביים (Copeland, 1982; Kazdin, 1988; Kendall, 1985; Ronen, 1993). למרות זאת, סקירת השירותים, תכניות ההתערבות והספרות מצביעה, שהטכניקות הלא מילוליות מקובלות יותר בעבודה עם ילדים (גלנץ, 1976; דויטש, 1973; דונלדסון, 1984; מוססן, 1963; רימרמן, 1983; Axline, 1971; Ilan, 1984).

מרבית המטפלים מדגישים, שטיפול מילולי אינו מתאים לילדים, בעיקר לצעירים שבהם, ובמקומם רצוי להשתמש בשיטות, כמו משחק, תנועה, ציור ומוסיקה. על מספר מרכיבים של הטיפול הקוגניטיבי נטען, שהם סותרים יכולות של ילדים. למשל, ההתנגשות בין התפיסה שילדים נוטים לחשיבה לא רציונלית (אומניפוטנטית, דמיונית) וההנחה של הטיפול הקוגניטיבי, שבעיות האדם נובעות מחשיבה לא רציונלית (Beck et al., 1979; רונן, 1992), ובעטייה התמקדות בהעלאת המודעות ובעיצוב תהליכי חשיבה רציונליים (כמו תפישות, אמירות פנימיות, דפוסי ייחוס, ציפיות ומיומנויות לפתרון בעיות) (Ronen, 1992; Kazdin, 1988).

המתודות שהגישה הקוגניטיבית משתמשת בהן לשינוי התנהגות לא רצויה, דורשות פעילות ומעורבות של הקליינט בשינוי דרך חשיבתו, זיהוי המחשבות הלא רציונליות, יישום דיאלוג פנימי חיובי ושימוש בטכניקות שליטה עצמית (Copeland, 1982; Ronen, 1992). כלומר, המושגים, תהליך השינוי, הקומוניקציה והמיומנויות הנדרשות נתפשו כלא מתאימים לילדים.

מטפלים מסורתיים סבורים, שהילדים חסרי מיומנויות לתקשורת מילולית שכן הם עדיין שייכים לשלב הקונקרטי אופרציונלי, המצביע על חשיבה אגוצנטרית, קושי בהכללה ובהסקת מסקנות (Piaget, 1926, 1955). ילדים בני פחות משבע מתוארים על-ידי פיאג'ה כבעלי יכולת ריכוז חלשה, וכמוגבלים אינטלקטואלית (דונלדסון, 1984, עמ' 27). לפי המשגות אלו, תפקידו של המטפל לספק לילד במהלך הטיפול, גישות

אמוציונליות, המצביעות על היותו דמות שונה מהדמויות הארכאיות ומהאובייקטים הפנימיים שהילד משליך לתוכו, ועל יכולתו לספק לילד את הטיפול החסר לו מילדותו המוקדמת (Ilan, 1984). מחקרים מאוחרים יותר הפריכו דעות אלו. לוריא (Luria, 1961) סבור, שבני חמש עד שבע מפתחים, בדרך כלל, באמצעות השפה שהם רוכשים, יכולת לשלוט על התנהגותם. בניגוד לפיאג'ה, שפקפק ביכולתם של ילדים להבין מושגים לפני השלב האופרציונלי, טוענת דונלדסון (1984), שהבעיה אינה מיומנותיו של הילד, אלא, יכולתו של המטפל לתרגם את המושגים לשפתו של הילד. היא סבורה, שאפילו ילדים צעירים רוכשים עם לימוד השפה, יכולת להבין אובייקטים ואירועים, ליצור אינטרפרטציות ולהסיק מסקנות מהמצב.

יכולתו של ילד להנות מטיפול קוגניטיבי

סקירת המטלות הקוגניטיביות במהלך התפתחותם של ילדים מצביעה, שילדים מתחילים ללמוד כבר מרגע לידתם. עוד בטרם רכשו שפה, הם מתבקשים לשלוט על הסוגרים וללמוד דפוסי ניקיון, דרישות מורכבות ומסובכות המחייבות הבנה ושליטה עצמית (Dollard & Miller, 1950; Anthony, 1957). הרגלים אלו מחייבים את הילדים לזהות גירויים פנימיים, לאותת להורים על רצונם להתרוקן, לדחות את הרצון להתרוקן מיד ולהתאפק עד שיגיעו למקום המתאים, לשלוט על השרירים, להתפשט ורק אז להתרוקן. כל אלו הן מיומנויות קוגניטיביות, שפרסלי (Pressley, 1979) ציין אותן כמרכזיות בשליטה עצמית.

בשטח האקדמי מוכרת יכולתם של ילדים ללמוד, כבר מגיל צעיר מאוד, מושגים מורכבים. תכנית הלימודים כוללת לימוד מספרים ואותיות ראשונות כבר בגן, קריאה וכתביה בגיל שש, לימוד תורה בגיל שמונה ושפה נוספת בגיל תשע. הורים ומורים אפילו טוענים, שילדים לומדים נושאים מסוימים מהר יותר מאשר מבוגרים (מחשב, שפה).

מורים מודעים לעובדה, שיש ללמד ילדים לעשות הכללות והם מדריכים אותם, איך להעביר ידע שרכשו בתחום אחד לתחום אחר. הם מודעים לצורך לשלב ידע עם תרגול ויישום ולהקפיד להסביר מושגים במונחים פשוטים וקונקרטיים. למעשה, עקרונות אלו הם חוקי יסוד של טיפול קוגניטיבי בילדים, ואולם נראה, שקיים פער בין הדרך שבה רואים מורים והורים את יכולתם של הילדים ובין תפישתם של מטפלים. מטפלים קוגניטיביים טוענים, שאם ילד יכול ללמוד הוא יכול להיות פרטנר מתאים לטיפול קוגניטיבי, שיש בו תהליכי למידה, לוגיקה, חוקיות, הדרגתיות ומבניות. בשיעורי טבע לומדים ילדים על גוף האדם ועל מוחו, מדוע, אם כן, שלא ילמדו, כיצד ניתן לשנות בו פקודות? כיצד עוברות בו מחשבות, ואיך ניתן לשנותן? אם ילד אינו יכול להבין, כיצד דורשים ממנו להבין שכדור הארץ מסתובב סביב השמש?

עם זאת, אי אפשר להתעלם מהעובדה שביכולתם של ילדים צעירים לתפוש מושגים אבסטרקטיים ולהבינם אכן מוגבלת (Piaget, 1955). לפיכך, טיפול קוגניטיבי של ילדים, בניגוד לטיפול קוגניטיבי של מבוגרים, לא יתבסס על שינוי מושגים לא רציונליים (Beck et al., 1979; Ellis, 1962), אלא על תרגום מושגים אבסטרקטים (חשיבה מתוכנת)

ומושגים לא ירועים (מוח, פקודות) למושגים קונקרטיים, הלקוחים מחיי היום-יום של הילד ושניתן להמחישם במשחק, בתנועה ובציור (Ronen, 1992; רונן, 1990, 1992). בדיוק באותה דרך בה ילדים יכולים להתייחס לדמויות טלוויזיוניות דרך התייחסותם אליהם כאל דמויות חיות ממשיות.

העברה זו של מושגים אבסטרקטיים למושגים קונקרטיים יכולה להעשות על-ידי שימוש במושגים פשוטים (פקודה אוטומטית תוגדר כעשיית מעשה מבלי לחשוב עליו. מחשבה מתוכת תיקרא "פקודה שהמוח שולח לגוף") ומטפורות מחיי יום-יום של הילד. שינוי התנהגות הוא תהליך הדומה לרכיבה על אופניים. ילד, שאינו יודע לרכוב, נופל פעם אחר פעם, אבל אם הוא מתאמן ואינו מוותר, רכיבתו משתפרת והוא מגיע לשליטה מלאה ולרכיבה אוטומטית (רונן, 1992). כדי ללמוד לרכוב צריך ידע (איך לעשות זאת), רצון (לתרגל) וזמן (ליישם את החומר הנלמד). השימוש במושגים מחיי היום-יום בעת הטיפול מאפשר לילד לזהות, להבין ולהכיר במיומנויות הדרושות להשגת השינוי (לדוגמה, מכה חזקה בשיעור ספורט משפיעה על ילד אחרת ממכה שקיבל באמצע שיעור תנ"ך).

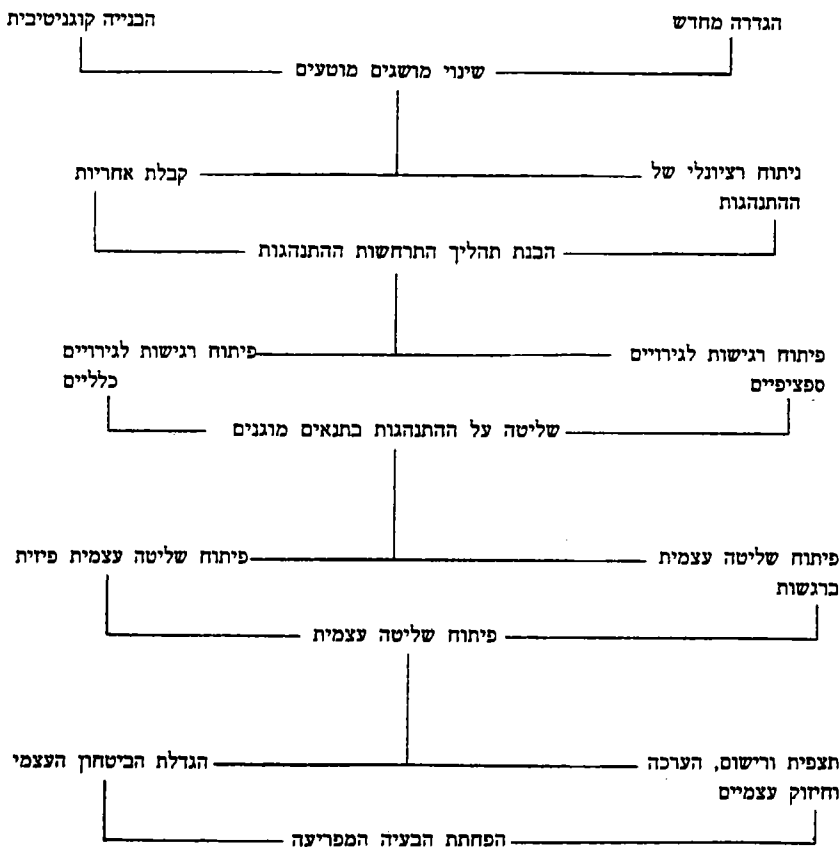
יעילותו של טיפול התנהגותי-קוגניטיבי

בסקירת טכניקות הטיפול לילדים ולבני נוער, מנה קסדין 230 טכניקות, ואולם מרביתן נמצאו יעילות לשינוי התנהגותם של ילדים ולא הציגו ממצאים חד משמעיים על אחוזי נשירה, נסיגה וחוסר שינוי בטיפול (Kazdin, 1988). ניתוח-על, שבדק 108 מחקרים מבוקרים, הראה שלטכניקות ההתנהגותיות והקוגניטיביות יש תוצאות יעילות יותר מאשר לטיפולים לא ישירים ולא מילוליים (Casey & Berman, 1985; Weisz, Weiss, 1987). נמצא, שטיפול התנהגותי-קוגניטיבי לילדים יעיל לשינוי בעיות כמו, הרטבה (Ronen, Wozner & Rahav, 1992), היפראקטיביות ואימפולסיביות (Kendall & Braswell, 1985), חוסר קשב וריכוז (Kendall & Wilcox, 1979). חרדות ופחדים (Barrios & Hartman, 1988; Peterson & Shigetomi, 1981) ומשמעת בכיתה (Copeland, 1982; Gross & Drabman, 1982). במחקר-על על התערבויות קוגניטיביות לילדים, הראו דורלק ועמיתיו (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991), שילדים יכולים "להרוויח" מגישות קוגניטיביות. לדבריהם, התערבויות אלו מתאימות ביותר לשלב טרום התבררות (11-13) אולם גם ילדים צעירים (בגיל 5-11) יכולים להעזר בהן. יכולת ורבליית של ילדים צעירים, טוענים המחקרים, מתייחסת באופן חיובי לאסטרטגיות קוגניטיביות המדגישות צורך בשפה. קנדל וברסוול (Kendall & Braswell, 1985) טענו, שהתערבות קוגניטיבית עוזרת לילדים היפראקטיביים לתת לעצמם הוראות, לעצור תגובות אימפולסיביות ולהפחית בעיות משמעת. רונן ועמיתיה (Ronen, Wozner, Rahav, 1992) הראו, שאצל ילדים מרטיבים שעברו טיפול קוגניטיבי אחוזי הנשירה והנסיגה מטיפול נמוכים יותר מאשר אצל ילדים שעברו טיפולים אחרים. למרות כל הממצאים הנ"ל, הטיפול הקוגניטיבי לילדים נשאר מצומצם.

יישום מודל השליטה העצמית בעבודה עם ילדים

קסדין (Kazdin, 1988) ציין, שילדים בעלי הפרעות שונות סובלים מחסכים בתהליכים או במיומנויות קוגניטיביות, שהמכנה המשותף שלהם – חסכים בשליטה עצמית. רונבאום (Rosenbaum, 1990, 1993) מייך את השליטה העצמית לשלושה סוגים: שליטה עצמית מתקנת, שליטה עצמית משפרת ושליטה עצמית התנסותית. שליטה עצמית מתקנת מיועדת להפחית הפרעות, כמו: כאב, לחץ, פחד ורגשות מפריעים, אשר פגעו בתפקודו הרגיל של האדם והיא ניתנת ללימוד באמצעות דיבור עצמי, הרפייה, חיזוק עצמי ומתודות הקשורות לדמיון. שליטה עצמית משפרת מיועדת למנוע בעיות בעתיד ולשפר דפוסי חיים וסגנון חיים. היא עוסקת בהצבת מטרות וציפיות ריאליות, שימוש בטכניקות לפתרון בעיות והערכה שנועדה להגביר מסוגלות עצמית ולשנות הרגלים. שליטה עצמית התנסותית נועדה לעזור לאדם לוותר באופן זמני על השליטה, להתנסות בנירויים חדשים ובהתנסויות חדשות ומגוונות.

תרשים 1: מודל טיפולי להקניית מיומנויות שליטה עצמית לילדים



נראה, שמרבית הילדים מופנים לטיפול בגלל בעיות בשליטה עצמית מתקנת ופחות בגלל בעיות בשליטה עצמית משפרת או התנסותית.

כדי להראות שילדים יכולים להנות מטיפול קוגניטיבי אציג שני מודלים, המכוונים להקנות מיומנויות שלטיה עצמית לילדים. המודלים מבוססים על הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית ומניחים, ששליטה עצמית היא התנהגות הניתנת ללימוד. תהליך הלמידה מבוסס על העברת המוקד משליטה חיצונית לשליטה פנימית. המודל הטיפולי המוצע מורכב מחמישה שלבים: שינוי מושגים מוטעים, הבנת תהליך התרחשות הבעיה, שליטה על הבעיה כתנאים מוגנים, פיתוח שליטה עצמית והפחתת הבעיה (רונן ווזנר, 1990). המודל יושם במחקר מבוקר על טיפול בילדים מרטיבים (Ronen, Wozner & Rahav, 1992), ולכל שלב היו שתי טכניקות עיקריות שעזרו להשגתו. לשלב הראשון – שינוי מושגים מוטעים, הגדרה מחדש והבנייה קוגניטיבית; לשלב השני – הבנת תהליך התרחשות הבעיה, ניתוח רציונלי של התנהגות וקבלת אחריות עליה; לשלב השלישי – שליטה על הבעיה כתנאים מוגנים, פיתוח רגישות לגירויים פנימיים כלליים ולגירוי הקשור לבעיה הספציפית, לשלב הרביעי – פיתוח שליטה עצמית, תרגול פיזי ואמוציונלי ולשלב החמישי – הפחתת הבעיה המפריעה, תצפית ורישום עצמי, הערכה וחיזוק עצמי בד בבד עם הגדלת הביטחון העצמי. לצורך תרגום מושגים אבסטרקטיים למושגים מובנים לילד משתמש המודל בקשת רחבה של טכניקות.

הטיפול הוא תהליך חינוכי הדרגתי, המפתח בילד מיומנויות לשינוי עצמי, והמודל שיושם במחקר מבוקר על טיפול בילדים מרטיבים נמצא יעיל לא פחות מפעמון מעורר באחוזי הגמילה והרבה יותר יעיל ממנו ומכלכלת אסימונים באחוזי נשירה, נסיגה והכללה לבעיות אחרות (רונן ווזנר ורהב, 1991).

מלבד יעילותו בבעיות ההרטבה מיועד המודל לטיפול גם בבעיות שינה של ילדים (Ronen, 1993a) ובאנקופרזיס (Ronen, 1993b).

במקביל למודל זה שעניינו שליטה עצמית מתקנת פותח גם מודל לשליטה עצמית משפרת, כלומר, לטיפול מונע. מטרת המודל הזה, לפתח אצל הילדים כלים ומיומנויות שיאפשרו להם לשפר את סגנון חייהם, להתמודד טוב יותר עם בעיות שיווצרו בעתיד ולהפחית את הסיכונים להתנהגות אלימה.

המודל המוצג כתכנית לימודים בשם – "גם ילדים יכולים", שמעבירים צוותים טיפוליים בשירותים שונים בכלל, ובכתי"ספר יסודיים בפרט. מחקר שיטתי, שליווה את התכנית, הראה שבעקבותיה העלו ילדים את ציון השליטה העצמית, שינו את ציון ההתנהגות בכתי"ספר, ובמיוחד הצליחו לשפר בעצמם בעיות משמעת, בעיות חברתיות ובעיות אישיות (Ronen, in press). התכנית מורכבת משני חלקים המתבטאים לימוד, תרגול ויישום. החלק הראשון עוסק בהקניית ידע תיאורטי על הגוף, המוח, התנהגויות, פקודות אוטומטיות ופקודות מתוכות. הילד לומד כיצד מתרחשת התנהגות, מהן הטכניקות להעריך ולשנות אותה, ומתרגל שימוש בטכניקות השונות. פירוט נושאי הלימוד, המטרות והמושגים מוצג בלוח 2.

לאחר שהילד למד, כיצד לשנות התנהגות מדריכים אותו, כיצד ליישם את השינוי בפתרון הבעיה שבחר. בתהליך השינוי, המתואר בלוח 3, משתמש הילד בכל המושגים והטכניקות שרכש בשלב הראשון של התכנית. במחקר, שבדק את אפקטיביות התכנית

לוח 2: "גם ילדים יכולים", מודל מניעתי המקנה לילדים מיומנויות של שליטה עצמית

השלב	המטרות	מושגים חדשים שהוקנו
1. אנחנו וההתנהגות	מבוא לתכנית הבנת הבדלים בין-אישיים בהתנהגות	מחשבה, התנהגות, בעיה
2. האם אתה אחראי?	הבנת טעויות חשיבה בדיקת האמונה, שהתנהגות ניתנת לשינוי	שליטה, אחריות, זיהוי
3. ההתנהגות תלויה כך	הבנה שהתנהגות היא דבר נלמד הבנה שההתנהגות נלמדת כמו כל דבר אחר	נסיגה, שיפור
4. אפשר להתגבר	הבנה שהתנהגות קשורה ללמידה ולתרגול הבנת הקשר בין המוח לגוף	אובייקטים, מוח
5. המוח והגוף	זיהוי פקודות אוטומטיות	פקודת של המוח, מחשבות אוטומטיות
6. זה לא קסם	זיהוי התנהגויות אוטומטיות הפיכת מחשבה אוטומטית למתוכנת	התנהגות אוטומטית, מחשבה מתוכנת
7. התנהגויות שאיננו אוהבים	זיהוי התנהגויות אוטומטיות לא רצויות שימוש בדימיון ובחזיון עצמי	התאפקות, עצירה, חזיון
8. פקודות אוטומטיות	זיהוי סוגי חזיונים שונים לימוד איך להשתמש בפקודות המוח	חזיון סימלי, וחזיון ממשי
9. איך להתגבר?	לימוד איך לשנות פקודות כמוח לימוד מתן פקודה חדשה	מחסומים
10. למד להכיר את עצמך	הבנה ששינוי הוא תהליך מתמשך הבנת עקמת הלמידה	כלים, מכשירים, ידע, מאמצים
11. תפקיד האמונות והציפיות	לימוד מסוגלות עצמית הכרת מערכת האמונות האישיות ניכוי התוצאות הרצויות	מושגים מוטעים, מסוגלות עצמית
12. האם מחשבה מספיקה?	הבנה שהשינוי קשה לימוד החשיבות שבעקביות ובשיטתיות תרגול המתודות שנלמדו קודם	

בקרב 312 תלמידי כיתות ב' וכיתות ו' נמצא, כי 85% מהילדים הצליחו להתגבר על בעיות, כמו קללות, מכות, פגיעה ברכוש החבר, התפרצויות בכיתה והתחצפות. אצל תלמידי כיתות ו' היתה התכנית יעילה יותר, כאשר כוונה לבעיות חברתיות, כמו: השתתפות בפעילות, יצירת קשר עם חבר ובקשת עזרה מחבר (Ronen, in press). בין תלמידי כיתות ב' 70% פתרו לחלוטין את הבעיה שעסקו בה, ו-30% נוספים שיפרו

לוח 3: "גם ילדים יכולים" שלב ב' – הדרכה לשינוי התנהגות עצמי

1. זיהוי ההתנהגויות המפריעות.
2. הכרת ההתנהגויות – למי הן מפריעות.
3. הכרת הסיבות מדוע כדאי לשנות התנהגות מפריעה.
4. זיהוי הפקודות האוטומטיות שהמוח נוטן לגוף.
5. כיצד אני מתנהג כשאני מקבל פקודות אלו.
6. קו בסיס: תצפית על התנהגות במשך שבוע.
7. שימוש בריכוז עצמי לשינוי התנהגות.
8. בחירת פרסים שיכולים לעזור לי.
9. חוזה עם המבוגרים (הורה, מורה) על הפרס והתנהגות אותה אשנה.
10. תצפית על שינוי התנהגות.
11. רישום עצמי, הערכה עצמית וחיוק עצמי: בחירת קריטריונים להצלחה.
12. בדיקת המוטיבציה לשינוי וחיוק הסיבות לשינוי.
13. מעקב אחר השינויים שהשגתי והערכה עצמית.
14. חיוק עצמי סמלי ומתן תעודת הערכה.

אותה באופן משמעותי. בקרב כיתות ו' היו אחוזי ההצלחה נמוכים יותר – רק 25 אחוז דיווחו על פתרון מושלם של בעייתם ו-32 אחוזים נוספים דיווחו על שיפור משמעותי.

התאמת העובד הסוציאלי לטיפול בילדים

בשלב הילדות ההתפתחות מהירה. הילד עובר שינויים בלתי פוסקים, נמצא בתנועה מתמדת והוא פגיע ביותר ורגיש להשפעות סביבתיות (Kazdin, 1988). צרכיו המשתנים של הילד ותלותו בדמות המטפלת חושפים אותו פעמים רבות, למצבי סיכון וסכנה, המשפיעים על התפתחותו הפיזית, הרגשית והשכלית (McMahon & Peters, 1985). אצל ילדים מתערכים העובדים הסוציאליים בדרך-כלל, כאשר הילד בסיכון או בסכנה, והסיכוי שיתערבו לצורך מניעה ראשונית או שניונית נמוך יותר.

עובד סוציאלי המטפל בילדים מחבר מיומנויות של השמת ילדים במערך מתאים (אימון, משפחה אומנת, אומנה יומית, חיק משפחה או מועדוניות טיפוליות) עם מיומנויות לעבודה עם צוותים (תיווך, ייעוץ, והדרכה) ומיומנויות של התערבות ישירה עם סביבתו המיידית של הילד (הורים, מורים). רק חלק זעיר מזמנו מוקדש לטיפול ישיר בילד וזאת למרות הדגש והרגישות הרבה בציבור לשלום הילד.

ג'רמיין (Germain, 1979) הדגישה, שלילד שהוצא מסביבתו הטבעית יש צרכים רבים, שלא יענו על-ידי פתרון סביבתי. לדבריה, לא חשוב מהן הסיבות להוצאת הילד מהבית, הוא נקרע מסביבתו הביולוגית והסימבולית והדבר משפיע על זהותו העצמית. גם אם יקבל טיפול מסור ודואג בסביבתו החדשה, ימשיך הילד לחפש אחר זהותו ויחזור להחזיר לעצמו את השלמות. ייעוץ, הדרכה והכנה של הסביבה החדשה, תומכת ככל שתהיה, לא יוכלו לספק תחליף לצרכיו, ולא יעניקו לו את הטיפול האינדיבידואלי.

הדרוש לו כדי לרכוש מיומנויות חדשות, כדי ללמוד לשנות סגנון חיים, וכדי להכיר ולקבל את עצמו בסביבתו החדשה ולהגיע להסתגלות.

בניתוחי-על של מחקרים, העוסקים בטיפול בילדים נמצא, שהילדים שבעיותיהם הן החמורות ביותר, הם גם בעלי הסיכויים הנמוכים ביותר לקבל טיפול. ילדים אלו לא יגיעו לטיפול מרצונם החופשי ומשפחותיהם אינן רגישות דיין לצורך שלהם בטיפול (1988, Kazdin). העובדים הסוציאליים לקחו על עצמם לאתר את הילדים ולהגיע אליהם בתהליך של reaching out והם הדמויות העיקריות המטפלות באוכלוסייה זו. והנה, העובדים הסוציאליים עצמם פיתחו מושגים מוטעים לגבי הטיפול בילדים. הטיפול בילד נתפש כמיומנות קשה המחייבת טיפול פסיכולוגי קליני ורק לעתים רחוקות יקחו על עצמם טיפול ישיר בילדים. כך מונעים העובדים הסוציאליים טיפול אינדיבידואלי מאוכלוסייה רחבה של ילדים, שהם היחידים המסוגלים להגיע אליה, לטפל בה ולעזור לה להגיע לשינוי. העובדים הסוציאליים יוצרים חסר במעגל החיים הזה שהם מתערבים בו.

מחקרים, שבדקו תגובות של ילדים למצבי לחץ, משבר וסכנה הראו, שילדים שנחשפו לסכנה בחברת הוריהם לא פיתחו תגובות פוסט-טראומטיות ואילו ילדים שנחשפו למצבים פחות בעייתיים אך היו רחוקים מהוריהם כן פיתחו (Ben-David & Lavee, 1992; Freud & Burlingham, 1945; Rahav & Ronen, 1992). ילד מושפע מסביבתו הקרובה (הורים ומורים) יותר מאשר ממצבי לחץ חיצוניים, ומכאן שטיפול של שעה בשבוע בילד במסגרת שירות כלשהו, לא יהיה אפקטיבי באותה מידה כמו הטיפול בילד בסביבתו הטבעית, טיפול המשלב גם טיפול בהורים או טיפול משפחתי. שינוי של ילד לבדו, ללא שינוי מקביל במשפחתו או בתפקודי הוריו, יהיה יעיל פחות.

עובד סוציאלי כוללני מכיר את סביבתו של הילד, את נורמות התרבות שהוא חשף להן, את צורת הדיבור ואת הרגלי החיים שלו, וידע זה תורם ועוזר לעבודה עמו. בשל כך, יכול עובד סוציאלי, יותר מכל אדם אחר הפוגש את הילד מחוץ לביתו, לגרום לשינויים רבים יותר אצלו. דווקא ההכרות עם מסגרות ההשמה השונות (מועדוניות, חיק משפחה, אומנה יומית וכו') מאפשרות לעובד להתקרב אל הילד ולעזור לו להסתגל לסביבתו החדשה. הכרות זו מאפשרת לבנות תכניות התערבות, שאוכלוסיית היעד שלהן הוא הילד עצמו על עולמו הפנימי והחיצוני, הכולל את משפחתו וחבריו.

יתרונו של העובד הסוציאלי בטיפול ישיר בילדים טמון ביכולתו להגיש טיפול רב-ממדי, המחייב שילוב של טיפול אינדיבידואלי ישיר לילד עצמו ועבודה עם קבוצות השווים לו (במועדונית, למשל), פיתוח מיומנויות הוריות (בקבוצת הורים או בהדרכה) ולעתים אף טיפול משפחתי. שילוב כזה ייתכן בתפישת תפקיד כוללנית בלבד, כשהעובד מכיר את הסביבה הטבעית ויכול לתרום לכל אחד ממערכי ההתערבות את הידע שצבר על הקליינט במערך התערבות אחר.

התאמת המודל ההתנהגותי-קוגניטיבי לעבודה סוציאלית

מטפל התנהגותי-קוגניטיבי הוא סוכן שינוי, שמטרתו לעזור לילד לפתור בעיות קיימות, להקנות לו מיומנויות חדשות, לפתח אצלו יכולת להתמודד ביעילות עם מצבי לחץ, כאב

ורגשות מפריעים, ולהקנות לו כלים להתמודד בכוחות עצמו עם מצבים בעייתיים. המטפל יכול ללמד את הילד לשלוט בעצמו, לכוון את חייו ולנהל אותם בכוחות עצמו. מטרות אלו רובן ככולן הן חלק מרכזי במטרותיו של העובד הסוציאלי. מכאן, שעלידי טיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי לילדים יכול העובד הסוציאלי להשיג מספר מטרות חשובות בעבודתו:

- א. באמצעות שליטה עצמית מתקנת הוא יכול לפתח אצל הילד כלים ומיומנויות להתמודד עם מצבי סיכון וסכנה, לעזור לו להתמודד עם בעיות ולפתור אותן.
- ב. שליטה עצמית תכוון לשיפור איכות חייו של הילד, ולפיתוחן של תכניות מניעה שיתמקדו בפיתוח כוחות חיוביים ותמנע בעיות עתידיות.
- ג. באמצעות שליטה עצמית התנסותית ניתן להגדיל את קשת ההזדמנויות וההתנסויות העומדות בפני הילד ולחשוף אותו להזדמנויות לימוד חדשות.

המודלים שהוצגו משלבים בתוכם טיפול ומניעה ומציעים דרך כוללנית להתערבות אצל ילדים.

דיון

במאמר הוצגו שתי חבילות התערבות, האחת לטיפול בבעיות קיימות והשניה למניעת בעיות בעתיד. חבילות אלו הן רק מדגם מייצג לקשת רחבה של התערבויות התנהגותיות-קוגניטיביות הקיימות עבור ילדים ובני-נוער.

מחקרים הצביעו על כך, שלתכניות מניעה התנהגותיות וקוגניטיביות יש יתרונות רבים בשל יכולתן לגרום לשינוי עצמי אצל הילדים, להגביר את בטחונם העצמי, את הערכתם העצמית ואת יכולתם לפתור בעיות.

בקרב עובדים סוציאליים, העוסקים בילדים ובבני נוער, קיים חוסר בהירות בכל הקשור למטרות ולדרכי התערבות. העובדים מכירים את המשפחות בסיכון, ואת העומדים בחזית הראשונה ומספקים שירותים לטיפול בילדים ובמשפחות בסיכון ובסכנה, אבל ממעטים להגיש טיפול ישיר לילדים.

מן הראוי, שבנוסף לתפקידם כמתווכים, סגורים, מיישמים, מדריכים ומייצעים ייכנסו העובדים הסוציאליים באופן פעיל יותר גם לתחום הטיפול הישיר בילדים ויעזרו להם להתמודד עם בעיות אישיות וחברתיות.

הטיפול הקוגניטיבי, למרות שאינו נפרץ, מסוגל לענות לצרכיהם של העובדים הסוציאליים המטפלים בילדים – תכנון, פיתוח ומימוש הפוטנציאל הטמון בילד.

בשל ההתאמה ובשל יתרונן של שיטות הטיפול הקוגניטיביות בעבודה עם ילדים מן הראוי שהטיפול הקוגניטיבי ישמש כלי מרכזי בידי העבודה הסוציאלית בקידום מטרותיה בעבודה ישירה עם ילדים. לשם כך יש צורך להכליל בתוכנית ההכשרה המעשית בעבודה סוציאלית קורסים רבים יותר שעניינם טיפול התנהגותי-קוגניטיבי וטיפול ישיר בילדים. חיזוק מודעותם של העובדים הסוציאליים לעבודה ישירה עם ילדים, יתרום לא רק לטיפול המונע, אלא יקדם וישפר הסתגלות של ילדים למסגרות חדשות שהושמו בהן,

יעזור להם להתגבר על חסכים שהיו להם וישפר את איכות חייהם ואת תפקודם כחברים שווים בחברה.

מקורות

- גלנץ, י. (1976). מוקדים בחיי הילד. תל-אביב: הקתדרה על-שם לונפלד-קונין, אוניברסיטת בר-אילן.
- דויטש, ה. (1973). בעיות נבחרות של גיל ההתבגרות. תל-אביב: ספריית פועלים.
- דונלדסון, מ. (1984). חשיבתם של ילדים. תל-אביב: ספריית פועלים.
- מוססן, ה.פ. (1963). ההתפתחות הפסיכולוגית של הילד. תל-אביב: גומא.
- רונן, ת. (1990). הדרך לשליטה עצמית: מדריך לחינוך ילדים. רמת-גן: קשת.
- רונן, ת. (1992). שליטה עצמית ותשייה נלמדת: פיתוח, יישום והערכת התערבויות. תל-אביב: פפירוס, מועצת בתי הספר לעבודה סוציאלית בישראל.
- רונן, ת. (1992). גם ילדים יכולים: להתגבר, להתמודד, לשנות ולשלוט בעצמם. תל-אביב: רמות.
- רונן, ת. ווונר, י. (1990). פיתוח חבילת התערבות להקניית מיומנויות של שליטה עצמית לטיפול בילדים מרטיבים, שיחות, 1, 25-31.
- רונן, ת., ווונר, י., ורהב, ג. (1991). שליטה עצמית כהתערבות לגמילה מהרטבת לילה, חברה ורווחה, 3, 248-257.
- רימרמן, י. (1983). אדם משפחה וקבוצה בצירי ילדים ונוער. תל-אביב: גומא.
- American Psychiatric Association (DSM III R, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. revised, Washington: Autor.
- Anthony, E.J. (1957). An experimental approach to the psychopathology of children's encopresis. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 146-175.
- Axline, V.M. (1971). *Play therapy*, New York: Ballantine.
- Barrios, B.A. & Hartman, D.P. (1988). Fears and anxieties. In E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.). *Behavioral assessment of childhood disorders* 3rd ed. (pp. 196-262). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Ben-David, A. & Lavee, Y. (1992). Families in the sealed room: Interaction patterns of Israeli families during Scud Missile attack. *Family Process*, 31, 35-44.
- Casey, R.J. & Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children, *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Copeland, A.P. (1982). Individual differences factors in children's self-management: Toward individualized treatment. In P. Karoly & F.H. Kanfer (Eds.). *Self-management and behavior change: From theory to practice*. (pp. 207-239). New York: Pergamon.
- Dodge, K.A. (1985). Attributional bias in aggressive children. In P.C. Kendall (Ed.). *Advances in Cognitive-Behavioral Research and therapy*, Vol. 4, (pp. 73-110), Orlando, F.L.: Academic Press.
- Dollard, J. & Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: Norton.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladaptive children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110 (2), 204-214.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Stuart.
- Freud, A. & Burlingham, D. (1945). *War and children*. New York: Ernest Willard.
- Germain, C. (1979). *Social work practice: People and environment*, New York: Academic Press.
- Gross, A.M. & Drabman, R.S. (1982). teaching self-recording, self-evaluation and self-reward to nonclinic children and adolescents. In P. Karoly & F.H. Kanfer (Eds.). *Self-management and behavior change: From theory to practice* (pp. 285-314). New York: Pergamon.

- Ilan, E. (1984). *Child therapy and education: An object relations approach*. Jerusalem Magnes Press.
- Kazdin, A.E. (1988). *Child psychotherapy: Development and identifying effective treatments*. New York: Pergamon.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1982). Cognitive behavioral self-control therapy for children: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672-689.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C. & Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (6), 1020-1029.
- Lapouse, R. & Monk, M.A. (1958). An epidemiological study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134-1144.
- Luria, A.R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- McMahon, R.J. & Peters, R.D. (Eds.) (1985). *Childhood disorders: Behavioral development approaches*. New York: Brunner/Mazel.
- Peterswon, L. & Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques in minimizing anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-14.
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. London: Routledge & Kegan.
- Piaget, J. (1955). *The language and thought of the child*. New York: Meridian.
- Pressley, M. (1979). Increasing children's self-control through cognitive interventions. *Review of Educational Research*, 49, 319-370.
- Rahav, G. & Ronen, T. (1992). Children behavior problem during the Gulf-War. *A paper presented at the European Association of Behavior Therapy (EABT), Portugal, Coimbra*.
- Ronen, T. (1992). Cognitive therapy with young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, (1) 19-30.
- Ronen, T. (1993a). Self-control intervention package for the treatment of sleep terror disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 15, (1), 53-63.
- Ronen, T. (1993b). Intervention package for treating encopresis in a 6-year-old boy: A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 127-135.
- Ronen, T. (in press). Imparting self-control skills in the school setting. *Child and Family Behavior Therapy*.
- Ronen, T., Wozner, Y. & Rahav, G. (1992). Cognitive intervention in enuresis. *Child and Family Behavior Therapy*, 14, (2), 1-14.
- Rosenbaum, M. (1990). The role of learned resourcefulness in self-control of health behavior. In M. Rosenbaum (Ed.), *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior* (pp. 3-30). New York: Springer Series.
- Rosenbaum, M. (1993). The three functions of self-control behaviour: regressive, reformatory and experiential. *Work and Stress*, 7, (1), 33-46.
- Shure, M.B. & Spivack, G. (1978). *Problem solving techniques in child rearing*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shure, M.B. & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356.
- Spivack, G. & Shure, M.B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. *Advances in Clinical Child Psychology*, In B.B. Lahey & A.E. Kazdin, (Eds.) (Vol. 5, pp. 323-372, New York: Plenum.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D. & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.

