

טיפול ממוקד באילמות סלקטיבית

נעמה קלוזנר לוי, מ.א.¹ ד"ר קלאודיה לנג²

אילמות סלקטיבית היא הפרעה המאופיינת בחוסר יכולת לדבר במצבים חברתיים מסוימים בהם מצופה מילדים לדבר. בשנים האחרונות יש עלייה במודעות להפרעה, אולם עדיין מתעוררות שאלות רבות לגבי אופן הטיפול בה. תחילה נתאר את ההפרעה ואת הקשיים המרכזיים המאפיינים את הטיפול בה, ולאחר מכן יוצג מודל טיפולי הכולל ארבעה מרכיבים: א. מידע פסיכוכינוכי; ב. הדרת הורים; ג. עבודה קוגניטיבית-התנהגותית; ד. התייחסות דינמית-מערכתית. עבור כל מרכיב יוסבר הרציונל הטיפולי ויתוארו עקרונות העבודה. לבסוף תוצגנה שתי דוגמאות קליניות.

היתה כי אילמות סלקטיבית מתפתחת בעקבות טראומה (7). בשני העשורים האחרונים חלה עלייה משמעותית במחקרים על אילמות סלקטיבית ובעקבותיה שתי ההשערות המוקדמות נשללו, ופינו את מקומן לתפיסה אטיולוגית חדשה המבינה את האילמות הסלקטיבית כסוג של הפרעת חרדה (8, 9). לעתים האילמות באה לידי ביטוי כסימפטום קיצוני של חרדה חברתית, לעתים כפוביה ספציפית מדיבור ללא חרדה חברתית, ולעתים כשילוב בין השניים.

בספרות המחקרית המוקדמת, אילמות סלקטיבית אובחנה בדרך כלל עם הכניסה לבית-הספר (5), למרות שהסימפטומים החלו להופיע בשלבים התפתחותיים מוקדמים יותר, בהם ילדים מתחילים לדבר עם אנשים מחוץ למשפחה הגרעינית. ייתכן כי האבחנה המאוחרת נבעה מכך שבגילאי טרום בית-ספר הסימפטום מוסבר כביישנות, ונתפס על-ידי הסביבה כבעיה חולפת. בנוסף לכך, הסימפטום הופך בולט עם הכניסה לבית-הספר, כיוון שהוא פוגע באופן משמעותי בתפקוד האקדמי, וייתכן שעקב כך חלה עלייה באבחונים ובפנייה לטיפול בגיל זה.

בשנים האחרונות עלתה המודעות לאילמות סלקטיבית, ובהתאם נראית גם מגמה של אבחון כבר בגיל הגן (9). למרות זאת, קיימות עדיין שתי בעיות עיקריות המונעות פתרון מוקדם של ההפרעה. הראשונה – עדיין קיימים מקרים רבים בהם ילדים מאובחנים, אך אינם מגיעים לטיפול, והשנייה – ילדים מגיעים לטיפול, אך לא בהכרח לטיפול מתאים.

הבעיה הראשונה, של אי הגעה לטיפול, נובעת ככל הנראה מדעות שגויות שרווחות לגבי אופי ההפרעה. פעמים רבות אילמות סלקטיבית נתפסת עדיין על-ידי הסביבה, ובתוכה גם גורמים טיפוליים, כבעיה שתחלוף עם הזמן, ואשר אינה דורשת טיפול. לא פעם הורים המגיעים לקליניקה בשלב מאוחר יותר, מספרים שנאמרו להם דברים כגון: "אל תלחצו על הילד"; "תנו

אילמות סלקטיבית (selective mutism) היא הפרעה פסיכיאטרית של הילדות, המאופיינת בחוסר יכולת לדבר במצבים חברתיים מסוימים שבהם מצופה מן הילדים לדבר (כגון: גן, בית-ספר), וזאת למרות יכולתם לדבר במצבים אחרים (1). על פי רוב הילדים מדברים בבית עם בני משפחה קרובים, אולם אינם מדברים מחוץ לבית או עם אנשים מחוץ למשפחה. יחד עם זאת יש שונות גדולה בין הילדים בסלקטיביות של הדיבור, ולכל ילד דפוס דיבור ייחודי משלו. למשל, יש ילדים שאינם מדברים כלל מחוץ למשפחתם הגרעינית, אחרים המדברים עם בני גילם אך לא עם מבוגרים מחוץ למשפחתם, או להיפך, ילדים שמדברים עם מבוגרים בלבד, וכו'.

אילמות סלקטיבית היא הפרעה נדירה יחסית. הערכות נעות בין 0.7% (2) ל-2% (3) במחקרי סקר אוכלוסייה, ומצביעות על פחות מ-1% מהמקרים אשר מגיעים למרפאות ולמוסדות בריאות הנפש (1). ההפרעה שכיחה יותר בקרב בנות בהשוואה לשכיחותה בקרב בנים (2, 4).

ההשערות לגבי הגורמים לאילמות סלקטיבית השתנו עם השנים. בספרות המוקדמת נחשבה אילמות סלקטיבית להפרעה אופוזיציונלית (5), ורווחו הסברים אשר התייחסו אליה כאל הפרעה בה ילדים בוחרים לא לדבר ומשתמשים באילמות כאמצעי מניפולטיבי על הסביבה (6). השערה נוספת

¹ מרכז פיינברג לחקר הילד, מרכז שניידר לרפואת ילדים, פ"ת.

Naama_levin@yahoo.com

² מרפאת חרדה, מרכז שניידר לרפואת ילדים, פ"ת.

Clang123@gmail.com

* תודתנו נתונה לפרופ' אלן אפטר, מנהל מרכז פיינברג לחקר הילד, ולדני לוטן, מנהל מרפאת חרדה במרכז פיינברג לחקר הילד, על מתן אפשרות לפיתוח וליישום מודל טיפולי זה. לד"ר ריצ'ארד אורינג ולד"ר מירי אריה על חלקם פורץ הדרך בבניית המרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי של הטיפול באילמות סלקטיבית, ולד"ר תומר שכנר על הערותיו מאירות העיניים.

מילות מפתח: אילמות סלקטיבית; טיפול ממוקד

נעמה קלוזנר לוי, חנה רובינא 7/3, תל אביב 69372, 054-5604391

רבים מדווחים כי הטיפולים אכן הובילו לשינויים חיוביים בתחומים שונים, כגון קשרי הורה-ילד, עלייה בדימוי עצמי, ירידה במתחים ועוד, אולם ברוב המקרים של המקרים, הטיפולים הסתיימו ללא שינוי משמעותי בסימפטום עצמו.

אנו משערות כי חלק מהקושי נובע מכך שהטיפולים הללו אינם שמים את הסימפטום במוקד העבודה הטיפולית, למרות היותו סימפטום חרדתי. בעשורים האחרונים ניכרת התפתחות של גישות טיפוליות ממוקדות סימפטום בכלל, ובחרדה בפרט, וקיים גוף ידע תיאורטי ומחקרי רב המעיד על יעילותם של טיפולים אלה. למעשה, כיום טיפולים ממוקדי סימפטום נחשבים כטיפול המועדף להפרעות חרדה (11). לפיכך, גם במקרה של אילמות סלקטיבית טיפול ממוקד סימפטום לסוגיו הוא הטיפול המתבקש (12). יתרה מזאת, לאילמות סלקטיבית יש השפעות התפתחותיות ורגשיות רחבות טווח, אשר הופכות את הצורך בפתרון הסימפטום לדחוף ומיידי. טיפול ממוקד מאפשר התייחסות ישירה לסימפטום ומגדיל את הסיכויים להחזרת הילד למסלול התפתחותי תקין באופן המהיר ביותר. מתוך המפגש המתמשך שלנו עם ילדים הסובלים מאילמות סלקטיבית, אנו רואות כיום בהפרעה מרכיבים שונים. המרכיב המרכזי הוא פוביה ספציפית מדיבור, לעתים עם שילוב של חרדה כללית (Generalized Anxiety Disorder - GAD) ולעתים חרדה חברתית (social phobia). עם זאת, לכל ילד וילד מרכיבים אישיותיים ומערכתיים משלו. בעבודתנו, ומתוך הידע הקיים, מצאנו שעבור הפוביה עצמה, ועבור מרכיבי החרדה השונים הקשורים באילמות, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד סימפטום מספק מענה יעיל ביותר. עם זאת, לעתים יש צורך לתת מענה גם למרכיבים נוספים. כמטפלות בעלות הכשרה, הן בגישות דינמיות והן בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות, מצאנו שהשילוב בין שני העולמות נותן מענה לרובדים השונים של הפרעה. במהלך עבודתנו עסקנו רבות בשאלה כיצד ליישם שילוב זה. זיהינו ארבעה מרכיבים עיקריים שחוזרים על עצמם בטיפולים שלנו באילמות סלקטיבית, שאותם נציג בהרחבה במאמר זה, כהצעה למודל טיפולי לאילמות סלקטיבית. לצורך המחשה נציג את כל אחד מן המרכיבים בנפרד:

1. מידע פסיכו-חינוכי;
2. הדרכת הורים;
3. CBT ממוקד סימפטום;
4. מרכיב דינמי ומערכתי.

מידע פסיכו-חינוכי

מתן מידע על הפרעה הוא מרכיב מרכזי בכל המודלים הקוגניטיביים-התנהגותיים. בשלב הראשון של הטיפול ניתן להורים מידע עדכני על אילמות סלקטיבית. הנושאים החשובים ביותר בשלב זה הם:

- המשגת האילמות כהפרעת חרדה – חשוב להבהיר להורים ולילד שהשתיקה נובעת מחרדה. הילדים לא עושים 'דווקא', אלא באמת פוחדים ומתקשים. גם כשיש מאבקי כוח

לזמן לעשות את שלו"; "היא רק ביישנית, זה האופי שלה" וכו'. אכן, יש קבוצה קטנה של ילדים שהאילמות הסלקטיבית שלהם היא תופעה חולפת, אולם ילדים רבים אחרים עלולים לשלם מחיר כבד על היעדר התייחסות נכונה לקשייהם.

אחד הקריטריונים לאבחון אילמות סלקטיבית על פי ה-DSM-IV הוא אילמות במשך חודש אחד לפחות, שאינו החודש הראשון במסגרת חינוכית (1). קריטריון זה חשוב ביותר ועוזר להבחין בין מקרים שבהם סביר שהסימפטום יחלוף מעצמו לבין מקרים הדורשים טיפול. במרבית המקרים אילמות סלקטיבית היא הפרעה אשר נוטה להיות עמידה ועיקשת ככל שהזמן עובר. כמו בכל פוביה אחרת, הזמן מאפשר למנגנון ההימנעות לחזק את הסימפטום ולא להחלישו! במחקר סקירה בו נבדק משך ההפרעה, מעבר להתערבויות שונות, נמצא כי משך ההפרעה הממוצע הוא 7.6 שנים (4), ובמחקר אחר נמצא ממוצע של 9 שנים (10). גם מניסיונו המצטבר בקליניקה, אנו פוגשות ילדים רבים המגיעים לטיפול בשנים המאוחרות של בית-הספר היסודי, ואף במעבר לחטיבת הביניים. עקשנות הסימפטום והתחזקותו באה לידי ביטוי אצל ילדים אלה גם בטיפול עצמו: אחרי שנים של הפרעה, הסימפטום עמיד יותר לטיפול, כך שהטיפול נדרש להיות ארוך ומורכב יותר.

הזמן שעובר ללא טיפול גובה מחיר נוסף. ילדים שאינם מדברים מחמיצים הזדמנויות לפיתוח מיומנויות חברתיות ותחושת השייכות החברתית והדימוי העצמי נפגעים. ילדים אלה חווים רמת עוררות ודריכות גבוהה, ופעילויות יום-יומיות פשוטות הופכות למשימות מסובכות ומעוררות חרדה: "מה יקרה אם השכן יפנה אלי במעלית? אם הטלפון יצלצל כשאין איש בבית? אם מוכר במכולת ישאל שאלה...?" ממחקר עם נבדקים מבוגרים אשר בילדותם סבלו מאילמות סלקטיבית, עלה כי כולם חוו את ההפרעה כבעיה חמורה שממנה סבלו ביותר ואשר לוותה בתחושות בושה וחוסר ערך (10). מניסיונו הקליני, הסיכוי לסיבוכים אלה פוחת אצל ילדים שבאים לטיפול כבר בגיל הגן.

כאמור, קיימת בעיה נוספת, המתייחסת לילדים אשר מגיעים לטיפול, אך לא דווקא לטיפול מתאים. לעתים קרובות ילדים אלה מקבלים את הטיפול הרווח למרבית הבעיות הרגשיות אצל ילדים: טיפול במשחק, טיפול באמנות, ולעתים טיפולים לא-מילוליים אחרים, כגון רכיבה טיפולית, טיפול בבעלי חיים וכד'. על פי רוב, הטיפולים הללו מתבססים על התיאוריות הדינמיות ומניחים כי האילמות הסלקטיבית, ככל סימפטום אחר, נובעת מקונפליקט פנימי. בטיפול מנסים להבין את משמעות האילמות עבור כל ילד בהתאם לאישיותו, נסיבות חייו, משפחתו ותרבותו. ההשערה הטיפולית היא כי על-ידי מתן אפשרות לילד להבעה רגשית לא-מילולית יעובדו, עם הזמן, הקונפליקטים הפנימיים המובילים לאילמות והילד יתחיל לדבר.

ניסיונו הקליני בשנים האחרונות עם ילדים שסובלים מאילמות סלקטיבית מלמד כי רבים מהם מגיעים אלינו לאחר שכבר עברו טיפולים שונים מהסוגים שהוזכרו לעיל. הורים

העבודה בגיל זה נעשית באמצעות ההורים. בהדרכה, ההורים לומדים להציג לילד מסר ברור שדורש שינוי במצב, מבלי להיגרר למאבק או לתוקפנות. הדיבור מחוץ לבית הופך למשימה התפתחותית: ההורה דורש מהילד להתמודד עמה תוך מתן עידוד, חיזוק ותמיכה. ההורים לומדים להבין את כוחה המשתק של החרדה בלי להיכנע לה, ולומדים כיצד לעשות עם הילד חשיפות הדרגתיות, שיאפשרו התמודדות בלי הצפה רגשית.

ילדי בית-הספר: בשונה מילדי הגן, שעבורם השינוי בעמדה ההורית הוא הכוח המניע העיקרי, אצל ילדי בית-הספר המוטיבציה של הילד תופסת מקום מרכזי יותר. עם זאת, לשינוי בעמדה ההורית יש עדיין תפקיד חשוב בהנעת התהליך. ההורים לומדים, במסגרת ההדרכה, לפתח דיאלוג עם הילדים שבו הם מציגים עמדה חדשה בנושאים של פתרון בעיות והתמודדות. הורים צריכים להכיר בכך שהם לא יכולים להכריח את ילדם לדבר, אך הם יכולים לדבר איתו על כך ולהתעקש לשים את הבעיה במוקד הדיאלוג ביניהם. הורים, אשר מתקשים בהצבת גבולות בכלל, ומול העקשנות של האילמות בפרט, נעזרים באנלוגיה רפואית שבה התפקיד ההורי ברור יותר: מה הייתם עושים אם הילד היה חולה סכרת ומסרב לטיפול? האם במקרה זה הייתם מקבלים את עמדתו כלגיטימית ומוותרים? בנוסף, בתהליך העבודה, ההורים לומדים להפוך מאבקי כוח למאבק משותף שלהם ושל הילד בסימפטום החיצוני. וכן, כחלק מהעזרה בהתמודדות, ההורים לומדים לחזק ולחגוג כל ניסיון, כל מאמץ ובוודאי כל הצלחה.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד סימפטום

מרכיב זה של הטיפול הוא מרכזי בעבודה הישירה עם הילד. כמו בכל טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד, הצלחתו של הטיפול תלויה, במידה רבה, ברצון הילד להגיע לשינוי ובמוכנותו להשקיע בכך. על כן מוקדש זמן ליצירת קשר ולהגברת הנעה (מוטיבציה), כשהמטרה הטיפולית מוצגת כבר מהפגישה הראשונה. ביצירת החוזה הטיפולי יש רגישות רבה למקום בו הילד נמצא מבחינת הנעה, רמת חרדה, התפתחות רגשית וקוגניטיבית וכו'. החוזה הטיפולי ממוקד הסימפטום יוצר אתגר גדול למטפל, אשר צריך להקפיד על איזון בין אמפתיה, תמיכה ויצירת מקום בטוח, לבין הנעת שינוי ודחיפה להתמודדות.

העבודה הטיפולית מתנהלת על פי העקרונות הידועים של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. שלושת המרכיבים המרכזיים הם:

- המרכיב הפיזיולוגי:** עבודה על זיהוי סימפטומים גופניים ושימוש בטכניקות של הרגעה.
- המרכיב הקוגניטיבי:** זיהוי מחשבות אוטומטיות ואמונות בסיסיות העומדות בשורש הפחד מפני דיבור, איתגור מחשבות ויצירת מחשבות אלטרנטיביות. חלק זה מרכזי במיוחד בעבודה עם ילדי בית-ספר, ופחות מתאים לילדי הגן אשר עדיין לא

ועקשנות הם נובעים מהצורך של הילדים להגן על עצמם מפני החרדה.

- הסבר על מנגנונים היוצרים ומשמרים חרדה – מתן הסבר על האילמות כפוביה ספציפית והבנתה בהתאם כתגובה של flight or fight. מתן הסבר על מנגנון ההימנעות (flight) בשימור הסימפטום ובחיזוקו.
- הסבר על הטיפול הממוקד בחרדה – חשוב להבהיר להורים ולילד את הרציונל הטיפולי שבחשיפות, ולהכין אותם לאופי ולמבנה של הטיפול הממוקד. בשלב זה נעשה תיאום ציפיות וחוזה טיפולי.
- הפרכת מיתוסים – התייחסות למיתוסים שגויים שההורים מביאים עמם, כגון: ההנחה שהאילמות תחלוף עם הזמן, שיחס מגונן ו'רך' מצד ההורים יאפשר לילד להבשיל באופן טבעי, שדרישה מילד חרדתי להתמודד עם פחדיו תגרום לו נזק או טראומה.
- העברת מידע לסביבה החינוכית – יצירת קשר עם הגורמים החינוכיים והעברת המידע הפסיכו-חינוכי גם להם. כמו כן מתן הדרכה וליווי לצוות החינוכי במהלך החשיפות.

הדרכת הורים

להדרכת ההורים תפקיד מרכזי ביותר בטיפול באילמות סלקטיבית, ולמעשה כמעט בלתי אפשרי לטפל ביעילות בלעדיה. לכן הטיפול הישיר בילדים יתחיל רק לאחר גיוס ההורים ובניית החוזה הטיפולי עמם. גיוס ההורים מתחיל כבר במתן המידע הפסיכו-חינוכי, אשר מעניק להורים חוויה של הבנה ותקווה, לאחר זמן רב של בילבול וחוסר אונים. בחוזה הטיפולי מוסכם עם ההורים כי הם שותפים מלאים ופעילים בטיפול וכי הם עצמם צריכים להתחיל בתהליך של שינוי.

השינוי העיקרי שההורים עוברים הוא בהכרה בתפקידם בשימור הסימפטום, ולפיכך גם בתהליך הטיפול בו. מרבית ההורים נעים בין עמדה מגוננת לבין עמדה של כעס ותוקפנות כלפי הילד המתסכל. מחד, מתוך עמדה מגוננת ההורים לומדים לקרוא כל ניואנס של הילד בלי מילים ולדבר במקומו בכל הזדמנות, ובלבד שלא יחווה אי-נוחות או חרדה. אצל ילדי בית-הספר ניתן לראות דפוס דומה שבו חברים בכיתה מדברים במקומם, והמורה מתאמצת ולומדת להבנים בלי מילים. מאידך, ברגעי הכעס הורים נכנסים למאבקי כוח אבודים, בהם הם מנסים להכריח את הילד לדבר.

בשלב ראשון חשוב לסייע להורים לשנות את עמדתם הבסיסית, ולעבור מעמדה מגוננת ו/או תוקפנית לעמדה הורית אסרטיבית הדורשת התמודדות. בשלב השני יש לסייע להם לגבש את האופן שבו יבטאו את עמדתם החדשה. אופייה וביטוייה של הדרישה ההורית מהילד משתנה בהתאם לגילו: **ילדי גן:** ילדים בגיל זה מגיבים מהר לשינוי בעמדה ההורית, שכן הם חווים עמדה הורית דורשת לגבי כמה משימות התפתחותיות, כגון: גמילה, סדר יום וכד'. לכן עיקר

מקרה א': טיפול בילדת גן – טיפול ממוקד קצר טווח*

דנה (שם בדוי), בת חמש וחצי, הגיעה לטיפול במהלך גן חובה, לאחר שלא דיברה בגן מאז כניסתה אליו. דנה בת בכורה, ולה אח קטן ממנה. שני הוריה תיארו את עצמם כבעלי נטיות חרדתיות, כשהחרדות של האם מתרכזות בעיקר בילדים. שני ההורים חסרי ביטחון ביכולתם לקבל החלטות עצמאיות לגבי גידול וחינוך הילדים והם מרבים לפנות לאנשי מקצוע שונים, כדי לקבל הכוונה ואישור למעשיהם. במיפוי האילמות הסלקטיבית של דנה התגלה כי היא מעולם לא דיברה עם אף אחד בגן, לא ילדים ולא מבוגרים.

לאחר פגישת הקבלה (אינטייך), החל הטיפול במפגש עם ההורים לצורך מתן מידע פסיכו-חנכי, ולהדרכה על תפקידם בטיפול. לאחר מכן, התקיימו כמה מפגשים משותפים עם דנה ואמה. התקבלה החלטה להתמקד בעבודה אס-בת, כי האב היה בטיפול פרטני בעצמו וחסר כוחות להשתלב בתהליך טיפולי נוסף באופן מלא. יחד עם זאת, לאב ניתן תפקיד משמעותי בשלבים שונים של הטיפול, כפי שיתואר בהמשך. למן תחילת הטיפול, דנה דיברה במפגשים, דבר שהקל מאוד על יצירת הקשר ועל העבודה הטיפולית. עם זאת, דנה התגלתה כילדה דעתנית וחזקה, שהרבתה להתחמק מקשר ישיר עמי, והתעלמה מנושאים הקשורים לחרדה ולאילמות. היא תרצצה בחדר וחיפשה משחקים, פנתה לאמה ישירות בנושאים אחרים, והפגינה שליטה בחדר. כאשר הרימה את ראשה לענות לי, היה זה רק כדי לומר "לא!". במהלך הפגישות הראשונות חזרה והצהירה ב'ביטחון', ש'קל אינה מתכוונת להתחיל לדבר בגן.

אמה של דנה נבהלה מאוד מהצהרותיה. בגישה מתחננת, כמעט מתחנפת, אשר העצימה עוד יותר את כוחה של דנה בחדר, הרבתה לבקש מדנה רשות לדון בקשיים אשר לשמם באו לטיפול. "בבקשה, בואי נקשיב"; "או את מסכימה??...", חזרה ואמרה, כמו ממתינה לרשות הילדה להתחיל בטיפול. בגלל החולשה הניכרת בעמדה ההורית, התקיימו כמה פגישות פרטניות נוספות עם האם. מאחורי שטוש הגבולות והקושי להפגין עמדה הורית סמכותית, התגלו החרדה של האם כלפי דנה (פחד "לדחוף" אותה, להזיק לה) וחסר ביטחון בכישורי ההורות שלה עצמה. לאחר ששוחחנו על פחדים אלה, העברתי לאם מסר כי עד שהילדה לא תפנים כי אמה רצינית מאוד, נחושה ולא פוחדת להתמודד, היא עצמה לא תוכל לגייס את הכוח והרצון להתמודד מול עוצמתה המשתקת של החרדה בגן. בשלב זה של הטיפול, העמדה הטיפולית הסמכותית שלי כמטפלת, לגבי הצורך בעמדה הורית החלטית, הרגיעה את האם ואיפשרה לה להתחיל בתהליך שינוי.

במפגשים המשותפים עם דנה ואמה, האם החלה להעביר מסר חדש: לא עוד המתנה, משא ומתן ובקשת רשות, אלא הצהרה ברורה שאנו כאן בשביל לטפל בקושי ומתחילים לעבוד. תהליך זה נעשה לעתים קרובות תוך שימוש בהדגמה (modeling) בתוך הפגישה, כשאני מסמנת לאם, למשל, לחזור על משפט שאמרה, אך הפעם בלי סימן שאלה בסופו, ובטון החלטי יותר.

בעקבות השינוי אצל האם, דנה החלה לשתף פעולה בפגישות והסכימה להתייחס באופן ישיר ופתוח יותר לשאלות על קשייה לדבר בגן. בשלב הראשון עבדנו על המשגה של קושי זה כפחד של דנה, ולא רק כסירוב בשל חוסר רצון. גילנו ביחד שמתעוררים אצל דנה כל מיני סימנים גופניים כאשר מבקשים ממנה לדבר, בעיקר אודם בפנים ודופק מוגבר, ודנה הסכימה עמי שסימנים אלה קשורים בפחד. כיוון שדנה היתה צעירה, העבודה הקוגניטיבית עמה על הפחדים היתה

מספיק בשלים מבחינה קוגניטיבית. חלק מן המחשבות הרווחות בקרב ילדים עם אילמות סלקטיבית: פחד לומר שטות/טעות; שיצחקו עלי; שלא ירצו להיות חברים שלי; שאני לא אצליח, שהקול שלי יתקע; והנפוץ ביותר – כולם כבר מכירים אותי כך, מה יקרה כשפתאום ישמעו אותי מדבר?

המרכיב ההתנהגותי: בניית סולמות חשיפה מדורגים מאוד, ייחודיים לכל ילד וילד, ובניית תוכנית חיזוקים, יישומם בחדר הטיפולים ומחוץ לו. בשל האופי המיוחד של הסימפטום ורמות החרדה הגבוהות, נדרשת יצירתיות רבה בבניית סולמות החשיפה, ובמיוחד במציאת משימות ראשונות שהילד מסוגל להתמודד עמם. בשלב זה להורים של ילדי הגן יש תפקיד מרכזי, כיוון שהילדים הצעירים עדיין לא יכולים לעשות משימות באופן עצמאי. לעתים קרובות ההורים שותפים מלאים בכל פגישות הטיפול.

אתגר מיוחד בטיפולים אלה נובע מכך שלעתים קרובות הילדים לא מדברים עם המטפל. במקרים אלה נדרשת עבודה רבה על הרחבת התקשורת מעבר לדיבור. למשל, באמצעות כתיבה, תנועות ראש, הצבעה על תשובה נבחרת וכד'. לאחר מכן, הדיבור עם המטפל הופך להיות אחת ממשימות החשיפה הראשונות.

מרכיבים אישיותיים ומערכתיים

חשוב להתייחס למפגש שבין החרדה לבין המרכיבים האישיותיים והמערכתיים של כל ילד. מרכיבים אלה יכולים להיות קשורים בסכמות דיכאוניות או חרדתיות עמוקות יותר, נטייה למושלמות, צורך בשליטה, הזדהות יתר של הורה, צרכים סימביוטיים, תוקפנות, וכו'. העבודה הטיפולית מתרחשת בשתי רמות: ברמה אחת מתייחסים ישירות לסימפטום ובשנייה מתייחסים באופן ישיר ועקיף לתכנים הדינמיים והמערכתיים. בגלל האופי המשולב של הטיפול, אורכו משתנה על פי הצורך. למשל, אצל ילד צעיר ללא פתולוגיה אישית או משפחתית חמורה, הטיפול יכול להסתיים תוך כמה חודשים. לעומת זאת, אצל ילד אחר, עם פתולוגיה נוספת, אישית או משפחתית, הטיפול עשוי להיות ארוך יותר, ולעסוק בתכנים מגוונים יותר. חלק זה של הטיפול חשוב במיוחד כאשר המרכיב ההתנהגותי אינו מתקדם כצפוי. במקרים אלה התייחסות לתכנים נוספים מאפשרת הנעה מחדש של העבודה הממוקדת. לעתים קרובות אנו מוצאות כי למרכיב הדינמי יש מקום רב בעבודה עם ההורים, שההתמודדות עם הקושי של ילדם מעלה עבורם קונפליקטים רבים, אישיים והוריים. יחד עם זאת, למרות הדגש והחשיבות שבהבנה ובהתייחסות למרכיבים הדינמיים, ההתייחסות לסימפטום של השתיקה כמרכיב חרדתי ממשיכה ללוות את כל שלבי הטיפול.

כדי להמחיש את העבודה עם המרכיבים השונים של הטיפול ואת האופן בו הם משתלבים זה בזה, נציג שתי דוגמאות טיפוליות.

* הטיפול על-ידי נעמה.

לפני התקדמות חדשה. בשלב זה, הפגישות עם דנה התמקדו בעיקר בחגיגת ההתקדמות שנעשתה במהלך השבוע, ובתכנון שלבי החשיפה הבאים. דנה הפכה לשותפה פעילה יותר ויותר בפגישות, והצורך לגייסה לתהליך הלך ופחת. היא שמחה לשתף אותי בחוויותיה מהשבוע, והיתה גאה מאוד בהצלחותיה.

ככל שהצלחות התרבו, עלה צורך לשנות את אופן מתן החיזוקים. בהדרכה לאם דיברנו על שימוש יעיל בחיזוקים בשלבים השונים של התהליך, אשר כלל בין היתר:

- שימוש בהתלהבות ההורית כחיזוק מרכזי לאורך כל הדרך. הבעת שמחה, גאווה והתלהבות על כל מאמץ, כל ניסיון וכמובן, גם כל הצלחה.
 - שימוש נכון בפרסים כחיזוקים – מתן פרס קטן על כל משימה בשלבים הראשונים ביותר (מדבקה, ממתק, צעצוע קטן מאוד וכד'). ואחר.
 - מעבר לחיזוק חלקי – יצירת מרווח בין פרס לפרס (כל שלוש, אח"כ חמש, שש הצלחות וכו'). תוך המשך שימוש במדבקות אחרי כל משימה.
 - שימוש בפרסים גדולים אחת לכמה זמן, תוך דגש על פרסים שמחזקים קשר הורה-ילד (יציאה חגיגית לסרט, לפיצה, לגלידה). לא נשלל שימוש גם במתנות, במעמדים חגיגיים במיוחד ובמידה.
- במהלך העבודה, עם התקדמות החשיפות בגן, הלך והתגלה הקשר הסימביוטי בין דנה לאמה. נראה היה כי האם חוזה הנאה מתפקידה בחשיפות, אך התגלה גם מרכיב נוסף: האם התקשתה לסיים את המשימות בזמן שנקבע, הגבירה את נוכחותה בגן והתקשתה מאוד להעביר את תפקידה כמתווכת לגננת. במפגשים עם האם שוחחנו על חרדתה מאובדן השליטה שלה בתהליך, ועל פחד מכך שאם תשאיר את התפקיד לאנשים אחרים, עלולה להיות נסיגה של ממש. בנוסף, בהעברת העצמאות לילדה, חשה כי היא מוותרת על חוויה אמהית טובה ומשמעותית עבורה, אותה חוותה במהלך החשיפות.
- לאורך הטיפול ניתן היה לראות כיצד תכנים דינמיים ומערכתיים עולים ומתגלים, במיוחד כשנראה היה כי הטיפול ההתנהגותי לא מתקדם. עיבוד של תכנים אלה לא רק קידם את הטיפול בסימפטום, אלא יצר מרחב של צמיחה עבור האם, ממנו יכלה אחר כך לגשת לטיפול פרטני עבור עצמה.
- הטיפול ארך כארבעה חודשים ובסופו דיברה דנה בגן באופן חופשי.

מקרה ב': טיפול בילדת בית-ספר: טיפול ממוקד ארוך טווח*

שני (שם בדוי), ילדה בת 11, הגיעה לטיפול בתחילת כיתה ה'. שני תוארה על-ידי הוריה כילדה סקרנית מאוד, פקחית, פטפטנית ודעתנית. ילדה פתוחה שמדברת בבית על הכול. עד גן טרום-חובה תוארה כילדה שמתפקדת היטב, אך מעט פסיבית ותלותית. עם כניסתה לגן טרום-חובה, החלו קשיי פרידה מלוויים בכי מתמשך וסירוב לדבר במהלך כל היום. הצוות וההורים הניחו שמדובר בביישנות וקיוו שהדבר יחלוף עם הזמן. עד סיום גן חובה, שני הצליחה לדבר עם מספר מצומצם של חברות בלבד, ולא עם יתר ילדי הגן או עם צוות הגננות. מצב זה ליווה את שני גם עם כניסתה לבית-הספר. היא תפקדה לימודית היטב ודיברה עם מספר מצומצם של חברות, שני גורמים שטייטששו את מצוקתה ואיפשרו למצב להימשך לאורך השנים, ללא

* הטיפול על-ידי קלאודיה.

מוגבלת, והתמקדה באיתור של כמה מחשבות מפחידות. גילינו שדנה מפחדת מהרגע הראשון שבו ישמעו את קולה בגן, ומהתגובות של הגננת ושל הילדים. החשש הגדול ביותר היה כי אחרי הפעם שישמעו את קולה, ידרשו ממנה עוד ועוד לדבר. דנה חששה, למעשה, מאובדן שליטה.

בשלב זה התחלנו בעבודה התנהגותית. חיפשנו עבור דנה חשיפות ראשונות שיהיו בטוחות עד כמה שניתן, וייתנו תחושה של שליטה בקצב ההתקדמות. כל משימה בסולם החשיפה פורקה למשימות קטנות, מבוקרות וקצובות בזמן. השלבים בסולם החשיפה של דנה היו:

- משחקי דיבור עם אמא בתוך הגן, כאשר הן נמצאות בתוך חדר סגור. קודם תנועות שפתיים בלבד, אחר כך לחישות, אחר כך דיבור בקול במילים בודדות, ובהדרגה, יום אחר יום, עד שיחה מלאה עם אמא בחדר סגור בגן.
- בהדרגה, בכל פעם כניסה של ילדה אחרת מתוך הגן אל החדר, תוך שעושים משחק מובנה בתיווך האם. במשחק התאפשר לעלות בהדרגה מדיבור בלחש לקול, וממילים בודדות למשפטים.
- התחילו להיכנס גם בנים, וכן ילדים בזוגות ואחר כך בשלישיות.
- הגננת נכנסה לחדר עם דנה ואמה למשחק מובנה על פי אותם שלבים.
- דנה ואמה יצאו מהחדר והחלו חשיפות בשולחן עבודה צדדי בחלל הגן.
- הגננת החליפה את האם בחשיפות מחוץ לחדר. מצב זה כבר היה מעבר הדרגתי לדיבור שוטף וספונטני בגן.
- הגננת הודרכה לשאול את דנה שאלה שהוסכם עליה מראש כל יום, ובהמשך ליצור אינטראקציה מילולית אינטימית עם דנה לפחות פעמיים ביום, עד שהדיבור ביניהן הפך נוח.

העבודה ההתנהגותית דרשה תמיכה רציפה באם ובצוות החינוכי בגן. בעיקר בשבועות הראשונים, התפקיד שלי כמטפלת היה להחזיק את התקווה: לקח לדנה מעל שבוע לומר את המילה הראשונה בחדר הסגור בגן. ההנחיה לאם היתה לעשות תרגול כל בוקר של רבע שעה בלבד, ולעצור גם אם החשיפה לא מצליחה, כדי למנוע מאבקי כוח, תיסכול ותחושת כישלון. האם הודרכה לחזק את הניסיונות ואת המאמצים, ללא תלות במידת הצלחה: "כל הכבוד שניסית, היום לא הצלחנו, לא נורא, מחר ננסה שוב". תהליך זה לוּן בהדרגה טלפונית קצרה לאם, פעמיים עד שלוש בשבוע, כדי להרגיע, לעשות נורמליזציה לכישלונות ולקשיים וכן לחשוב ביחד על דרכים יצירתיות לשינוי החשיפות כך שתהיה התקדמות. לאחר יותר משבוע, בשיחת הדרכה טלפונית, סיפרה האם בייאוש כי "שוב לא קרה דבר, בסך הכול דנה הזיזה את השפתיים". לשמע אמירה זו הגבתי בקריאת שמחה והתלהבות "איזה יופי! הזיזה את השפתיים!!" דרך הדגמה באמצעות התגובה שלי, ובעזרת הקוונה ישירה, למדה האם לעודד, לחזק ולחגוג כל התקדמות, גם הקטנה ביותר, שנראתה בהתחלה להורים כ'לא משמעותית'. זאת היתה הזדמנות ללמוד על אופן השימוש בהדרגתיות של החשיפה וכיצד להשתמש בחיזוקים כדי להניע תהליך. בפגישה הבאה איתי חגגנו ביחד את ההתקדמות. בשלב זה הפך האב שותף פעיל יותר בתהליך, כשלקח על עצמו תפקיד מרכזי במתן תגובות מחזקות, ובתכנון חגיגות משפחתיות להצלחותיה של דנה, גם הקטנות ביותר.

דנה הגיבה נפלא לשמחה ולגאווה של הוריה, כמו גם למדבקות ולחיזוקים קונקרטיים. מאכן החל התהליך לנוע בקצב מהיר יותר. המעבר מתנועות שפתיים לדיבור בלחש ואחר כך בקול התקדם בטווח של כמה ימים. ההדרכה שלי היתה לחזור על כל הצלחה שלוש פעמים

לעזרתם הפעילה, וכי רק בכוחות משותפים נוכל לגבור על הסימפטום העיקש.

בפגישה עם ההורים נעשה היפוך של התפקידים בטיפול: האחריות להתמודדות ולהתקדמות עם המשימות הועברה משני אל ההורים. דובר עם ההורים על השפעתם המכרעת בשחרור הסימפטום. בעבודה עם נחשף הקושי שלהם לעבור לעמדה הורית חדשה: עמדה אקטיבית, שדורשת התמודדות ודחפת לשינוי. ברוח הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי נעשתה הדרכה להורים כיצד לדבר עם שני על הסימפטום, כיצד להוביל לחשיפות בנחישות, כיצד ללוות בזמן חשיפות וכו'. בסופו של דבר, המסר שנוסח ביחד עם ההורים היה: "אנחנו יותר עקשנים מהסימפטום, וביחד ננצח אותו".

ההורים נענו לקריאה. הם הופיעו לכל פגישה, השתתפו באופן פעיל בתכנון חשיפות וביישומן. מייד לאחר פגישות הטיפול היו הולכים עם שני לסופרמרקט, כשתפקידה של שני היה להזמין גבינות במעדנייה. בשאר ימי השבוע חילקו ההורים ביניהם אחריות על משימות חשיפה: האם לקחה את שני לקניון, שם קנו דברים ששני הצליחה לבקש בעצמה מהמוכרות; האב ליווה אותה לפינת החי ודאג לחשיפות להרחבת הדיבור עם צוות המקום. המשימות הפכו להיות משימות להורים לא פחות מאשר לשני.

שני פרצה את המחסום והצליחה לבצע עוד ועוד חשיפות. חווית ההצלחה הכשירה את הקרקע לחידוש החשיפות בבית-הספר. בשלב זה נערכה פגישה בבית-הספר לגיוס המורה והיועצת שילוו את שני, כפי שההורים עשו בבית. בנינו סולם חשיפות מאוד מדורג, שבו הופיעו משימות, כגון: להצביע, להגיד 'כן' בהקראת שמות, לענות תשובה של מילה אחת, להגיד מילה בזמן משחק מחנניים וכו'.

בהדרגה, שני נפתחה והפכה משוחררת יותר והחלה התקדמות ספונטנית. שני התחילה לדבר ליד הבנים בהפסקות, היתה נינוחה יותר גם כשהיו אנשים מסביב, פנתה למורות כשנוקקה לעזרה והרחיבה את מעגל החברות עמן דיברה. לראשונה בחייה העזה ללכת לחוג אחר הצהריים. האחריות והיוזמה לחשיפות חזרו אל שני, שנוקקה פחות ופחות לתיווך ההורים.

אולם נותר תחום אחד שבו ההתקדמות של שני נותרה תקועה: דיבור ישיר עם בנים. בפגישות הפרטניות עם שני, העברתי את המוקד מתכנון חשיפות לשיחה חופשית, וניסיתי להקשיב לתכנים אשר יכולים לעמוד בבסיסו של קושי זה. בפגישות אלו נחשף דימוי גוף פגוע של שני, ועיסוק רב שלה בנושא. שאלתי את שני האם נראה לה שיש קשר בין דימוי הגוף והרגשת הפגימות לבין הקושי לדבר עם בנים. שני השיבה בחיוב והתחילה לבכות. רגע זה היווה נקודת מפנה חדשה בטיפול. בעזרת דמיון מודרך ועבודה על זיכרונות מוקדמים, נחשפו סכמות ראשוניות הקשורות לדימוי הגוף הפגום. בעבודה זו שני באה במגע עם האמונות השליליות והרגשות הקשים ביחס לעצמה.

לאחר תקופה של עיבוד התכנים הללו, שני חזרה באופן ספונטני לחשיפות, הפעם גם עם בנים. הטיפול בשני נמשך כשנה וחצי, ובסופו דיברה באופן חופשי ונורמטיבי, אם כי עדיין נותרה ביישנית, במיוחד עם בנים.

סיכום

ייחודו של המודל הטיפולי שהוצג במאמר בכמה מאפיינים עיקריים. ראשית, בהתייחסות אל הסימפטום כאל סימפטום חרדתי ובהצבתו במוקד העבודה הטיפולית. שנית, הנעת תהליך השינוי נעשתה בעיקר על-ידי שינוי בעמדה ההורית, וכן על-ידי גיוס המערכת החינוכית. התפנית בעמדת ההורים

התערבות מקצועית. ההורים ניסו לשכנע את שני להגדיל את מעגל האנשים עמם היא מתקשרת, אך חזרו ונכנעו לאור התנגדותה. נקודת מפנה היתה באסיפת הורים של כיתה ג'. המורה הביעה את דאגתה על כך ששני לא מדברת עם אף מורה בבית-הספר, עם אף בן ורק עם מעט חברות קרובות, וגם זאת רק בלחש, ולאחר שווידיאה שאף אחד לא מסתכל. המורה תיארה את שני במצב תמידי של דריכות, כשעיניה כל הזמן בבדיקה ובסריקה של השטח.

התמונה שהמורה הציגה זיעזעה את ההורים, שראו ילדה שונה בבית, ובשלב זה פנו לעזרה מקצועית. הטיפול הראשון של שני היה טיפול פסיכולוגי מבוסס על שיטת טיפול במשחק. במהלך הטיפול חלה התקדמות – שני נראתה פחות דרוכה במהלך היום, התחילה לפנות למחנכת באופן אישי כשלא היו ילדים בסביבה והצליחה להגדיל מעט את מעגל החברות. שינוי זה היה משמעותי מאוד עבור שני, אך עם זאת, היא עדיין לא דיברה באופן חופשי ונורמטיבי. למעשה, היא לא דיברה בנוכחות אף אחד, מחוץ לאותו מעגל חברות מצומצם. את מרבית יומה עדיין בילתה בשתיקה או, במקרה הטוב, בלחישת. לאחר כשנה ללא התקדמות נוספת, ההורים הפסיקו את הטיפול.

בתום טיפול זה פנו ההורים עם שני לטיפול בבעלי חיים. בטיפול עצמו שני לא דיברה עם אף אחד, למעט לחישות קצרות וענייניות למטפלת, וגם זאת רק כשהיתה חייבת. כיוון שההורים לא ראו כל התקדמות בדיבור, הם פנו לאחר כחצי שנה לטיפול שלישי. טיפול זה היה מבוסס על שיטה התנהגותית נוקשה וכלל מסר תקיף מאוד לשני. הדבר הציף את החרדות של שני, אשר תוך זמן קצר סירבה בתוקף להמשיך את הפגישות.

בכיתה ה' פנתה שני ביוזמתה להוריה וביקשה ששוב ימצאו עבורה עזרה. היא דיווחה על מצוקה מכך שלא יכולה לדבר באופן חופשי בבית-הספר, ואף נמנעה מללכת לחוגים עם חברותיה, בשל המפגש עם ילדים נוספים. למרות שהיו לה חברות היא חשה מבודדת ושונה מיתר הילדים. בשלב זה הגיעה שני לטיפול אצלי.

במפגשים הראשונים שני לא דיברה כלל. היא היתה עצורה, ביישנית וסגורה, וכל דיבור ישיר על הבעיה הציף אותה רגשית והביא אותה לידי דמעות. למרות קושי זה, המשכתי בגישה ישירה בעדינות רבה ותוך רגישות לקשייה ולתגובותיה של שני. ביססתי חוזה טיפולי שבו הדיבור עומד במרכז עבודתנו והצגתי מידע פסיכו-חינוכי על האילמות כחרדה ועל שלבי הטיפול שנעבור ביחד. מידע זה ניתן גם להורים, אך בשל גילה של שני ובשל ההנעה שהביעה, עיקר העבודה בהמשך נעשתה איתה באופן פרטני.

במהלך המפגשים הללו שני החלה לתקשר איתי במנוד ראש, ולעתים אף בלחישות של משפטים קצרים. עם זאת, עדיין נדרשו פגישות רבות עד שההצפה הרגשית התמתנה ויכולת הוויסות הרגשית בתוך הפגישה השתפרה. לשם כך הוקדש זמן, הן למשחק והן לעבודה ישירה על וויסות החרדה בטכניקות של ביו-פידבק. רק בהמשך התאפשרה עבודה קוגניטיבית ישירה על הפחדים הקשורים בדיבור.

במהלך העבודה הקוגניטיבית נחשף פחד גדול של שני מכך שאם תדבר יצחקו ממנה ולא ירצו להיות חברים שלה. בנוסף לחרדה זו נחשפו רגשות קשים של עצב וחוויה עמוקה של שונות ופגימות.

בשלב זה היה נראה כי שני מוכנה להתחיל בחשיפות, אולם למרות רצונה להתקדם ושיתוף הפעולה שלה בתכנון סולם חשיפות מדורג מאוד, היא לא הצליחה ליישם את התוכנית מחוץ לחדר. היא חזרה שבוע אחר שבוע בלי שהצליחה לעשות דבר. למרות כל העבודה המקדימה בפגישות, שני נראתה משותקת ומבוהלת מכל צעד ממשי. כדי לעזור לשני להתמודד עם השיתוק שאחז בה, גייסתי את ההורים. בפגישה הוסבר להורים שכדי שתהיה התקדמות, אני ושני זקוקות

2. Bergman L., Piacentini J., McCracken J., Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8): 938-946, 2002.
3. Kumpulainen K., Rasanen E., Raaska H. et al., Selective mutism among second-graders in elementary school. *Euro. Child and Adolescent Psychiatry*, 7: 24-29, 1998.
4. Ford M., Sladeczek I., Carlson J. et al., Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Q.*, 13(3): 192-227. 1998.
5. Tancer N., Elective mutism: a review of the literature. In: Lahey B., Kazdin A. (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. pp 265-288. Plenum Press, New York, 1992.
6. Hoffman S., Lube B., Paradoxical intervention using a polarization model of co-therapy in the treatment of elective mutism: a case study. *Cont. Family Therapy*, 8: 136-143. 1986.
7. Hayden T., Classification of elective mutism. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 19: 118-133, 1980.
8. Black B., Uhde T.T.W., Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7): 847-856, 1995.
9. Kristensen H., Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2): 249-256, 2000.
10. Remschmidt H., Poller M., Herpertz-Dahlman B. et al., A follow up study of 45 patients with elective mutism. *Eur. Arch. Psychiatry and Clin. Neuroscience*, 251: 284-296, 2001.
11. Ginsburg G., Newman Kingery J., Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *J. Cont. Psychotherapy*, 37: 123-132, 2007.
12. אריה מ., חרדה, שמיעה ודיבור בקרב ילדים עם אילמות סלקטיבית: מחקר פיזיולוגי התנהגותי. עבודת דוקטורט, אוניברסיטת תל-אביב, 2007.

חשובה ביותר. הם חוברים אל הילד ולומדים ביחד תהליך של התמודדות שהוא מעבר להתמודדות עם הסימפטום עצמו. התהליך מוסיף לאיכות היחסים ונותן כלים אשר ישמשו אותם גם בעתיד. לבסוף, העבודה הטיפולית מבוססת על גישה קוגניטיבית-התנהגותית תוך שילוב של עקרונות פסיכודינמיים ומערכתיים על פי הצורך, מעין עבודה רב-שכבתית. עבודה זו מאפשרת טיפול, הן בסימפטום והן בגורמים המשמרים אותו. לדעתנו, גם בעבודה ממוקדת סימפטום חשוב לפגוש את הילד ואת המשפחה במקום בו הם נמצאים, ולאפשר לכל המרכיבים הרלוונטיים לקבל ביטוי והתייחסות, לעתים בצורות שונות. בהיות הטיפול ממוקד, הוא דורש מהורים התגייסות משמעותית לתהליך. בהתאם לכך, הוא אינו מתאים להורים הנעדרים כוחות אני בסיסיים הדרושים כדי לעזור לילדם. כמו כן, הטיפול אינו מתאים לילדים עם קומורבידיות הכוללות פסיכופתולוגיה משמעותית, הדורשת התייחסות קודמת לאילמות הסלקטיבית.

המודל הטיפולי שהצגנו במאמר נבנה בהדרגה מתוך ניסיון עם כמה עשרות מטופלים הסובלים מאילמות סלקטיבית. מניסיונו הקליני המצטבר בעבודה עם ילדים אלה, טיפול מהסוג שהיצגנו כאן הוא יעיל ביותר ומתאים לרוב המכריע של ילדים הסובלים מההפרעה. כמוכן שנדרש מחקר כדי לבחון ולשכלל מודל זה. עם זאת, הרצון לחלוק את ניסיונו עם קהילת המטופלים נבע מתוך תחושת מחויבות עמוקה לכל אותם ילדים הסובלים מאילמות סלקטיבית ואינם מטופלים. הטיפול בילדים אלה מאתגר ולעתים שוחק ומתסכל, אך התגמול בסופו מרגש: עבורנו, כל פעם מחדש, הרגע הראשון שבו ילד מתחיל לדבר הוא רגע של קסם.

ס פ ר ו ת :

1. American Psychiatric Association, DSM III-R. APA, Washington, DC. 1987.