

לדבר את

השתיקה

איתור ילדים ובני נוער נפגעי התעללות והזנחה
בשירותי הבריאות בקהילה

שמואל גולדשטיין

לדבר את השתיקה

שמואל גולדשטיין

לדבר את השתיקה

**איתור ילדים ובני נוער
נפגעי התעללות והזנחה
בשירותי הבריאות בקהילה**

שמואל גולדשטיין

החוברת פותחה על בסיס:

1. ערכת הדרכה – התעללות בילדים, זיהוי, אבחון ועקרונות פעולה בבתי החולים בהוצאת ג'וינט ישראל, משרד הבריאות וקופ"ח כללית. תחקיר וכתיבה: רוני גאגין.
2. חוברת הדרכה לאיתור ילדים בסיכון, הוצאת אשלים, משרד העבודה והרווחה ומשרד החינוך. כתיבה: נירית לביא-קוצ'יק, 2000.

הפרקים העוסקים ביחסי "הורה-ילד" כהיבט להבנת תופעת ההתעללות, נכתבו בסיוען ובהדרכתן של מנהלת התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי של משרד הבריאות בחיפה, ד"ר חנה קמינר, ושל עובדת התחנה, עו"ס (עובדת סוציאלית) מיכל שלו.

הפרק העוסק בהצגת התופעה של "הפרעות פוסט טראומטיות" בקרב ילדים ובני נוער שעברו התעללות, הפרק על "התעללות רגשית", וכן הפרק על "חובת הדיווח" נכתבו בסיועה של ד"ר ריקי פינצי, שהעמידה לטובת העניין מאמרים פרי עטה וכן את ניסיונה העשיר והרבגוני בטיפול בילדים בסיכון.

תודה מיוחדת לעו"ס **נרית פסח** אחראית ארצית לעבודה סוציאלית, תחום בריאות כללית, השירות לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות, חברה בצוות ההיגוי. נרית הקדישה לליווי עבודת הכתיבה זמן ומחשבה, תרמה מניסיונה הרב והעשיר, ובהערותיה והארותיה, העידוד והתמיכה שלה תרמה להצלחת החוברת.

כמו כן מגיעות תודות לגב', **אורה גלעד**, מנהלת תחום הדרכה ופיתוח במשרד הבריאות, על הסיוע והליווי המקצועי ולעו"ס **וונדי חן**, אחראית השירות הסוציאלי של ביה"ח לילדים ע"ש ספרא, במרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל-השומר, על תרומתה לברור סוגיות שהצריכו העמקה נוספת ובפרט על הסיוע בכתיבה מחדש של התדריך "שיחה עם הורה".

צוותים מייעצים

רופאים:

פרופ' **יונה אמיתי**, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר, שירות בריאות הציבור, משרד הבריאות

ד"ר **מילנה ביר**, קופ"ח מכבי שירותי בריאות

ד"ר **אורנה ברוך**, רכזת אקדמית של רופאי ילדים, מכבי שירותי בריאות.

ד"ר **חיים גלאון**, המח' לפה ולסת, בי"ח הדסה, ירושלים

ד"ר **רות המר**, המרכז הרפואי סורוקה, באר שבע

ד"ר **טננבאום יהודית**, שירותי בריאות הציבור, לשכת הבריאות, באר שבע, משרד הבריאות

ד"ר **צבי כהן**, מנהל המרכז לבריאות הילד, רמת אביב ג' קופ"ח לאומית

ד"ר **אמיר כימיה**, רופא ילדים קופ"ח מאוחדת

ד"ר **סימה קניש**, קופ"ח לאומית, מחוז השפלה

ד"ר **ישראל חזנבאום**, מנהל המרכז לבריאות הילד רמת אביב ג', שירותי בריאות כללית

אחיות:

נועה ארמה, מרכזת תחום ילד ונוער, שירותי בריאות כללית, מחוז חיפה וגליל מערבי

נירה ברעם, עוזרת מפקחת ארצית הסיעוד בבריאות הציבור, מרכזת תחום אם-ילד, משרד הבריאות

אילה גרבר, אחות טיפת חלב כפר סבא, קופ"ח מאוחדת
שוש יודס, מרכזת אם-ילד ובריאות הנפש, לשכת בריאות מחוזית ת"א, משרד הבריאות

רחל וקסמן, אחות אחראית, לשכת בריאות מחוזית אשקלון, משרד הבריאות
גינה ורבובייב, שירותי בריאות הציבור, לשכת בריאות מחוזית ירושלים, משרד הבריאות

מטי טלמון, שירותי בריאות הציבור, לשכת בריאות מחוזית באר שבע, משרד הבריאות

שמחה יצחק, שירותי בריאות הציבור, לשכת בריאות מחוזית צפת, משרד הבריאות
אביבה נמרודי-בוצר, האחראית שירותי סיעוד, המחלקה לרפואה קהילתית, משרד הבריאות

נורית עין-גדי, רכזת אבטחת איכות, קופ"ח מכבי, מחוז הצפון
מרים פז, אחות אחראית התחנה לבריאות המשפחה, לשכת בריאות באר שבע, משרד הבריאות

דנית רייך, שירותי בריאות הציבור, לשכת בריאות מחוזית מרכז, משרד הבריאות
סוזי רייך, קופ"ח לאומית, מרכז להתפתחות הילד נתניה
אריאלה שטיין, לשכת בריאות מחוזית תל-אביב, משרד הבריאות
רינה שמש, מרכזת הסיעוד בבריאות הנפש, לשכת בריאות מרכז, משרד הבריאות

עובדים סוציאליים:

חני אורון, מנהלת שירותי העבודה הסוציאלית (לשעבר), קופ"ח לאומית
אילנה בן-שחר, מנהל השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות
ורדה גרין, מרכזת ארצית, שירותי הרווחה (לשעבר), מכבי שירותי בריאות
אורנית וייס, שירותי בריאות כללית
אורנה כהן, קופ"ח לאומית מחוז ירושלים
רחל כנעני, קופ"ח מאוחדת אזור שומרון
טלי צינמון, מרכזת ארצית שירותי הרווחה, מכבי שירותי בריאות

ישי קום, עובד סוציאלי ראשי, קופ"ח מאוחדת
אילת קלמר, התחנה להתפתחות הילד, שירותי בריאות כללית, ראשון לציון
טלי שגב, מכבי שירותי בריאות מחוז השפלה
מיכל שלו, התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי, משרד הבריאות, חיפה
חני שליט, מנהלת שירותי העבודה הסוציאלית, שירותי בריאות כללית

פקידי סעד:

עו"ס **חנה סלוצקי**, פקידת סעד ארצית לחוק הנוער, השירות לילד ונוער, משרד הרווחה.

עו"ס **יוסי דימאנט**, הלשכה לשירותים חברתיים, טירת הכרמל
עו"ס **חווה לוי**, פקידת סעד מחוזית, השירות לילד ונוער, משרד הרווחה, חיפה
עו"ס **רחל לוי-איגר**, פקידת סעד מחוזית, השירות לילד ונוער, משרד הרווחה, תל-אביב והמרכז

חוקרי ילדים:

עו"ס **מיכה הרן**

פסיכולוגים:

ד"ר **חנה קמינר**, מנהלת התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי, משרד הבריאות, חיפה

אנשי הדרכה:

רותי וינשטיין, מנהל המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

אתי זיו אב, הממונה על פיתוח הדרכה, מכבי שירותי בריאות
דיאן לוי, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות כללית
אליאב שני-דור, מנהלת מחלקת הדרכה, קופ"ח מאוחדת



דבר שר הבריאות

תופעת התעללות בילדים היא מן התופעות הקשות ביותר בחברה אם לא הקשה שבהן.

קשה להעלות על הדעת דבר נורא יותר מילד הנפגע במקום שבו הוא מצפה להיות המוגן ביותר, ביתו שלו, ועל ידי האנשים האחראים לשלמו.

משרד הבריאות שם לו כמטרה מרכזית להרחיב את המודעות, הידע והמיומנויות של אנשי הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות בנושא כאוב זה.

ערכת הדרכה זו, אשר פותחת בסיוע עמותת "אשלים", מהווה נדבך נוסף וחיוני במכלול הפעולות שאנו יוזמים למאבק בתופעה.

אני מבקש להביע הערכתי וברכתי לכל מי שתרום להכנת הערכה. הידע הרב וההנחיות הקליניות הכלולות בה יסייעו לצוותים הרפואיים בקהילה לאתר ולזהות ילדים נפגעי התעללות והזנחה ולהבטיח את שלומם.

למערכת הבריאות תפקיד מרכזי במניעת התופעה, עצירתה ושיקום קורבנותיה.

אני משוכנע כי בהתגייסות משותפת של כל מגזרי הבריאות, משרדי הממשלה והגורמים הנוגעים בדבר נצליח למגר את תופעת האלימות כלפי ילדים בישראל.

בברכה,
ד"ר נוה
שר הבריאות



דברי ברכה

בעיית ההתעללות בילדים הנה אחת הבעיות הקשות ביותר בחברה הישראלית. כל מאמץ להתמודד עם מכה זו הנו מבורך.

מכאן החשיבות הרבה שאנו רואים בערכת ההדרכה למטפלים בשירותי הבריאות בקהילה – בקופות החולים ובתחנות "טיפות חלב".

ועל כך יבואו על הברכה כל אלה שעסקו בפיתוח הערכה: "אשלים", השירות הארצי לעבודה סוציאלית ותחום הדרכה ופיתוח במשרד הבריאות.

לימוד ויישום הכלול בערכה זו מהווה תרומה חשובה ליכולות של הצוותים המטפלים במערכת הבריאות לאבחן ולטפל נכון בילדים קורבנות ההתעללות.

בכבוד רב,

ד"ר **יצחק ברקוביץ**

המשנה למנכ"ל

וראש מינהל רפואה



פתח דבר

עמותת "אשלים" עוסקת בפיתוח מענים חדשים עבור אוכלוסיית הילדים בסיכון ובני משפחותיהם.

העמותה מתמקדת, בין השאר, במתן סיוע לאנשי מקצוע באיתור מוקדם של ילדים הנמצאים במצבי סיכון שונים ובהתערבות לצורך מניעה. על מנת לקדם יעדים אלה, עוסקת "אשלים" במגוון רחב של פעילויות בשטח, כמו גם בהכנת חומרי הדרכה שונים תוך שיתוף פעולה עם משרד החינוך ומשרד העבודה והרווחה.

ערכת "איתור ילדים נפגעי התעללות והזנחה", פותחה בשיתוף עם משרד הבריאות במטרה לסייע לעובדי מערכת הבריאות בקהילה באיתור ילדים ובני נוער בסיכון. החומר הרב והמקיף הכלול בערכה, כמו גם התקליטור המצורף אליה, ישמשו את הצוותים הרפואיים הן בתהליכי האיתור והאבחון והן בשיפור תהליך הלמידה העצמית. נוסף על כך, תשמש הערכה כחומר עזר בהשתלמויות ובכנסים.

אנו תקווה כי בדרך זו נצליח לצמצם את סבל הילדים שנפגעו ולמנוע מהם נזקים בעתיד.

בברכה
פרופ' יוסי תמיר
מנכ"ל אשלים

מבוא 15

חלק ראשון

19 תופעת ההתעללות – היבטים עיוניים

| | | |
|-----|---------------------------|--------------|
| 21 | התעללות בילדים – רקע כללי | פרק א |
| 65 | התעללות פיזית | פרק ב |
| 91 | הזנחה | פרק ג |
| 109 | התעללות רגשית | פרק ד |
| 125 | התעללות מינית | פרק ה |

חלק שני

153 תופעת ההתעללות – היבטים מעשיים

| | | |
|-----|--------------------|--------------|
| 155 | אבחון וסימני זיהוי | פרק א |
| 189 | התייעצות | פרק ב |
| 197 | דרכי התערבות | פרק ג |
| 211 | חובת הדיווח | פרק ד |

חלק שלישי

245 נספחים

| | | |
|-----|-----------------------------|---------------|
| 247 | חוקים העוסקים בילדים בסיכון | נספח 1 |
| 267 | מערך השירותים ובעלי תפקידים | נספח 2 |
| 283 | הוראות מנכ"ל משרד הבריאות | נספח 3 |
| 289 | רשימה ביבליוגרפית | נספח 4 |

ילדים רבים במדינת ישראל סובלים מהתעללות או מהזנחה. אין זו תופעה שניתן להתעלם ממנה או להדחיקה לשולי ההכרה. זוהי תופעה חברתית נוראה, הקיימת בכל שכבות האוכלוסייה ללא הבדל, תרבות, לאום, מעמד חברתי, השכלה, או רמת הכנסה. תוצאותיה משאירות צלקות עמוקות בנפשותיהם של ילדים צעירים ושל בני נוער, וכן יש לה השלכות חמורות על בריאותם של הילדים והתפתחותם העתידית. בפועל, רק אחוז קטן מהמשפחות והילדים הסובלים מהתעללות או מהזנחה מאותרים, מדווחים לרשויות, כנדרש עליפי החוק, וזוכים לסיוע מקצועי, הם ומשפחותיהם.

מטרות הספר

1. להגביר את המודעות לתופעת ההתעללות בילדים בקרב העובדים המקצועיים השונים במערכת שירותי הבריאות בקהילה.
 2. להעניק תוקף ערכי ומוסרי לאיתור ילדים החווים התעללות במשפחותיהם.
 3. להצביע על ההיבט החוקי המחייב את איש המקצוע לדווח על ילדים שהוריהם או בני משפחתם פוגעים בהם.
 4. לספק כלי עזר לעבודת אנשי המקצוע בתחום שירותי הבריאות בקהילה לאיתור ילדים בסיכון.
- הספר מיועד לרופאים, לאחיות, לעובדים סוציאליים ולעובדים אחרים במערכת הבריאות בקהילה, הנמצאים בקשר יום-יומי עם ילדים.

מדוע חשוב שעובדי הבריאות בקהילה ידעו ויכירו את הנושא?

- כי אלימות** היא בעיה של פגיעה בבריאות – בריאות פיזית ונפשית, עם השלכות לעתיד הילדים.
- כי אנחנו** אלה שפוגשים ילדים במרפאות, בתחנות "טיפת חלב" ובמרכזים הרפואיים בקהילה.
- כי אנחנו** רואים אותם לאורך הזמן גדלים ומתפתחים, לנו היכולת לאתר תופעות פיזיות ואחרות החורגות מהנורמה ולעקוב אחריהן. חלקם עשויים אף לחלוק עמנו את

מצוקתם. אופן קשובה עשויה לקלוט רמזים או "הצהרות" לא־מודעות על מצוקה. עבור רבים מהילדים אנחנו פעמים רבות, אנשי הצלה ועזרה. כי אלינו פונים כאשר הם חולים, או כואבים, אתנו הם קשורים קשר אישי לאורך זמן. אנחנו יכולים להיות אלה עם הם מצליחים להרגיש בטוחים ומאתנו הם עשויים לצפות לסיוע במצוקתם. בישראל כ־32,000-33,000 ילדים המוגדרים כ"ילדים בסיכון", מתוכם מעל ל־30,000 ילדים שאותרו כילדים נפגעים בפועל. רבים נוספים עדיין לא אותרו ועלינו החובה לעשות לאיתורם.

פגיעה בילד והתעללות בו – משמעם פגיעה בבריאותו ובחוסנו שהשפעותיה עלולות להיות מיידיות, אך גם ארוכות טווח. חולי פיזי, נכות וחולי נפשי נובעים לא אחת מהיסטוריה מתמשכת של התעללות בילד.

זיהוי ואבחון התופעה במועד מוקדם ככל הניתן הוא לא רק תנאי הכרחי להצלת הילד הפגוע, אלא גם חיסכון בטיפול רפואי מתמשך בנפגעים צעירים ומבוגרים המגיעים אל המרפאה עם בעיות בריאותיות שונות שהם נזקי התעללות המוקדמת. הרופאים והאחיות פוגשים למעשה את כולם: את אלה שאותרו ואת אלה שלא אותרו. כל ילד מגיע אל המרפאה לטיפול בעניין רפואי או לטיפול מניעתי. זיהוי התופעה תלוי במידה רבה בידע שלנו אודות סימני התעללות – ולא פחות מכך, ברגישות שלנו לאבחון תופעות חריגות, ובכלל זה פגיעות בגין התעללות, ביכולת ההקשבה שלנו, בנכונותנו להיות מעורבים ובנחישותנו לפעול כדי לשנות את מצבם ולחלצם ממצוקתם. הכרת סימני הפגיעה בילדים עשויים לסייע לרופא ולאחות בזיהוי הילדים נפגעי התעללות ולתרום להצלחתם. הכרת השירותים הטיפוליים, וידיעת נהלי הדיווח וההסדרים התוך ארגוניים והקהילתיים עשויים להקל על פעולת הדיווח ולהגדיל את סבירות ההצלחה של התערבות זו. כל אלה מוצגים בספר ובזאת חשיבותו.

על הספר

החומר הכלול בספר זה אינו קל לעיון ולקריאה. ישנה רתיעה טבעית ומובנת וקיים חשש מפני המפגש עם נושאים קשים, עם הצד האפל של המציאות. אנו יודעים כיום כי ה"מהלך הטבעי" של ילד מוכה, שלא אובחן או לא טופל בזמן, מסתיים לא פעם בנכות פיזית ובהפרעה רגשית ונפשית. לעומת זאת, למדנו כי אצל ילדים שזכו לטיפול בעקבות התעללות נמצאו שיעורי שיפור והטבה משמעותיים ועל כן, התערבות אנשי המקצוע היא כל כך חשובה וקריטית לילד הנפגע.

בספר מתוארים הסימנים השונים, "האורות האדומים", שבאמצעותם הילדים מאותתים לנו שהם חווים התעללות או הזנחה, כדי שנוכל לזהות את מצוקתם ולפנות לגורמים המתאימים. הספר מיועד ללוות אותנו במשך תהליך האיתור, לסייע בנקודות ההתלבטות, לעזור לנו להחליט מה עושים לאחר גילוי הסימנים, ולבחור בדרך שבה רצוי להגיב.

הספר גם מכוון אל מי ניתן לפנות ועם מי ניתן להתייעץ בנוגע לאופן הדיווח לרשויות הרווחה והחוק.

השתדלנו להבליט את הקשר ההדוק בין הילד לבין הוריו ובני משפחתו ואת החשיבות בראיית המשפחה כמערכת אנושית אחת, כמעט בלתי ניתנת להפרדה, גם אם ההורים מכים ומתאכזרים לילדיהם. הרופא והאחות פוגשים בדרך כלל בחדר העבודה שלהם את היחידה המשפחתית "ילדהורה" ואך טבעי הוא שיתבוננו בהם גם מהזווית המשפחתית וממערכת יחסי הגומלין ביניהם.

הספר הוא חלק מערכה בת שלושה חלקים:

א. ספר עיוני

ב. לומדה (תקליטור לימודי)

ג. תכנית הטמעה

א. ספר המציג היבטים עיוניים של תופעת ההתעללות

לספר שלושה חלקים:

החלק הראשון – עוסק בהצגת הרקע הכללי של תופעת ההתעללות בילדים ובסוגי ההתעללות השונים: פיזית, נפשית, מינית והזנחה. ניתן למצוא כאן התייחסות מורחבת לסימני ההתעללות ולאותות מצוקה של ילדים נפגעי התעללות בארבעת הקטגוריות הנדונות.

החלק השני – עוסק בהיבטים המעשיים: אבחון, התייעצות, דרכי התערבות וחיובת הדיווח.

החלק השלישי – קובץ נספחים הכולל: חוקים עיקריים העוסקים בילדים בסיכון, מערך השירותים להגנה על ילדים בסיכון, חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות ורשימה ביבליוגרפית.

ב. לומדה (תקליטור לימודי)

לומדה המיועדת למחשב האישי בבית או במרפאה, ומשמשת כלי עזר זמין ומידי ללימוד דרכי האבחון וההתמודדות הקלינית והמעשית עם נושא ההתעללות לסוגיה השונים.

הלומדה כוללת:

- ☐ מצגת בדגש קליני, ללימוד עצמי של סוגי ההתעללות, גורמי סיכון, הממצאים המאפיינים ו"הנורות האדומות" המחייבות בירור.
 - ☐ סיפורי מקרים ודוגמאות קליניות, מחיי היומיום בשירותי הבריאות בקהילה, להמחשת הגישה הרצויה לזיהוי, לטיפול ולהתמודדות עם סוגי ההתעללות השונים.
 - ☐ מידע חיוני ומעודכן על דרכי הפעולה הנדרשות מהצוות הרפואי בקהילה במקרים של חשד להתעללות והזנחה.
 - ☐ הבהרת סוגיות מרכזיות בנושא – חוקיות, משפטיות רגשיות ומעשיות.
- הלומדה מאפשרת למידה עצמית של הנושא וניתן להסתייע בה למציאת פתרונות ודרכי התמודדות עם מקרי התעללות.

ג. הצעה לתכנית הטמעה והכשרה

חוברת המציגה מספר חלופות להכשרה ולהשתלמות מודולרית לצוותים המקצועיים. בחלק זה של הערכה ניתן למצוא הצעות מפורטות, כולל מערכי שיעור, הכוונה לשיטות ואמצעים דידיקטיים לדרך העברת התכנים והכוונה לחומר עיוני מתאים.

תשומת לב רבה ניתנה לנוחות השימוש בערכה. היא מנוסחת בקצרה ובתמציתיות, במטרה לשמש כלי עבודה של ממש לאיתור ילדים בסיכון. אנו מקווים שתמצאו את הערכה מועילה ויעילה, וכי תשתמשו בה במקרה הצורך ללא חשש או רתיעה.

הערה:

הספר נכתב בלשון זכר. למותר לציין כי כל פעם שאנו מציינים מושגים, כמו: תינוק, ילד, נער, מטפל, רופא, אח, עובד סוציאלי וכיוצא בזה, הכוונה היא לשני המינים.

לדבר את השתיקה

**חלק ראשון - תופעות ההתעללות -
היבטים עיוניים**

פרק א - התעללות בילדים - רקע כללי

פרק ב - התעללות פיזית

פרק ג - הזנחה

פרק ד - התעללות רגשית

פרק ה - התעללות מינית

פרק א

התעללות בילדים - רקע כללי

סקירה היסטורית

הגדרות, סוגי התעללות, ומעמד הקורבן והמתעלל

נתונים על תופעת הפגיעה בילדים

מדוע הורים פוגעים בילדיהם?

גורמי סיכון בתוך המשפחה

מסמני סיכון

התעללות בהקשר של יחסי הורה-ילד

נזקי הפגיעות הנפשיות

גורמים מגנים

חשיבות ההתערבות הטיפולית



בשנת 1871 התפרסם במדינת ניויורק, מקרה של התעללות קשה במריאלן, ילדה בת אחת עשרה, על ידי אמה. את התביעה נגד האם הגישה "האגודה לצער בעלי חיים" במדינת ניויורק, תוך שימוש בחוק להגנת בעלי חיים. האגודה טענה בפני בית המשפט כי גם הילדה היא בחזקת בעל חיים וזכאית לכן להגנת החוק. טענת האגודה להגנת בעלי חיים התקבלה על ידי בית המשפט והוא קבע כי יש להוציא את הילדה מבית האם. המקרה של מריאלן מהווה נקודת מפנה בהתפתחות התפיסה של המדינה כ"הורה"על", שתפקידה להגן על הילדים גם במסגרת במשפחה. על פי תפיסה זו יש למדינה סמכויות הוריות לגבי הילדים הנמצאים בתחומה, וחובה עליה לדאוג לשלומם. המקרה של מריאלן מהווה נקודת מפנה מתפיסה של ילד כקניין אל התפיסה של ילד כבן-אנוש בעל זכויות בזכות עצמו.

התעללות בילדים קיימת מאז ומתמיד והיא מתרחשת גם כיום בכל קבוצה אתנית, דתית, ללא הבדל מעמד סוציו-אקונומי והשכלה. אולם רק במאה העשרים חל כלפיה שינוי בהתייחסות: מאדישות וחוסר עניין אל התייחסות של גינוי ודחייה. ראוי לציין כי הרופאים הם הראשונים שאיתרו את תופעת ההתעללות בילדים והציגו את ממצאיה החמורים. הרנטגנולוג Caffey פרסם בשנת 1946 ממצאים על שכיחות שברים בעצמות ארוכות אצל ילדים אשר הגיעו לחדר מיון עם תמונה נוירולוגית של דימום תוך מוחי (סובדורלי), והצביע לראשונה על הקשר בין הממצאים הללו לתסמונת הילד המוכה (Calam & Franchi, 1987). תופעת ההתעללות בילדים תועדה לראשונה בספרות הרפואית על-ידי Kempe (1962). הוא תיאר את המצב הרנטגנולוגי של ילדים שהיו קורבנות להתעללות, וקרא לתופעה "תסמונת הילד המוכה" – The battered child syndrome. **כיום נקראת התופעה "תסמונת התעללות בילדים" – Child Abuse Syndrome** – "תסמונת ההתעללות בילדים" היא אבחנה רפואית המתיחסת לסימנים הפיזיים,

כמו: מכות, שברים וחבלות שאין להם הסבר הגיוני ומצביעה על הורה בעל אפיונים פתולוגיים. כתוצאה מכך הוצגו הורים אלה כ"מפלצות", כחולים או כמעוותים והם אותרו מתוך כוונה לנסות ולהרחיק מהם את ילדיהם.

בשנת 1962 חקרו הרופאים הנרי קמפה ועמיתיו לעבודה את הגורמים לפגיעות פיזיות אצל ילדים, וכן את התגובה האפשרית של ילדים עם פגיעה פיזית שהגיעו לטיפול רפואי. את ממצאי מחקרם פרסמו במאמר נודע שבו כתבו: "לו רק היה יכול הילד לדבר, היה הרופא מגיע לאבחנה מהירה של ההתעללות, אך הילד אינו יכול לדבר או שהוא פוחד לדבר ורק העצמות שלו מספרות את הסיפור". המאמר עורר הד ציבורי נרחב, והתופעה, שעד אז הוכחשה והתאפיינה בהיעדר התייחסות ציבורית, הפכה לבעיה חברתית-רפואית מוכרת וגלויה.

בספרה "טראומה והחלמה" (1992), מציגה ג'ודית הרמן את תרומתן של התנועות הפמיניסטיות בארצות הברית לפיתוח המודעות החברתית כלפי תופעת ההתעללות. תנועות אלה התמקדו אמנם בתופעה של אונס נשים, אך מכאן קצרה הדרך אל הגילוי של ההתעללות המינית בילדים. חקר הטראומה שבאונס והשפעותיה הבריאותיות, הפיזיות והפסיכולוגיות, הוביל להכרה בחומרת התופעה של אלימות בתוך המשפחה, והיווה תנאי מוקדם להעלאת הדיון בילדים הפגועים על סדר היום החברתי.

בנוסף לעליותן של תנועות פוליטיות שמיקדו את תשומת הלב בילדים כקורבנות ובהשלכות הנפשיות הקשות של הפגיעה, יש לציין גם את השינויים שחלו במאות האחרונות בתפיסה של המדינה כאחראית על שלומם של ילדיה.

עלפי מורג ואלבשן (1992), "זכויות הילד" הוא מושג חדש יחסית. עד למאה ה-18 נחשבו ילדים לרכוש אביהם, מבחינה משפטית, ולכן היו חייבים בציות מוחלט כלפיו. לילדים לא הוענקו כל זכויות בחוק, והמדינה לא התערבה בנעשה בתוך המשפחה. החוקים הראשונים שעניינם הגנה על ילדים נחקקו בעקבות המהפכה התעשייתית. העובדה שילדים עבדו בתעשייה העלתה את הצורך בחוקים שיגנו עליהם מפני פגיעה וניצול. מאז עברה החברה האנושית דרך ארוכה וכיום, במדינות רבות ברחבי העולם, קיימת מודעות רבה לזכויות הילד והדבר מגובה בחקיקה ענפה המבטיחה את זכויותיו של הילד ומגנה עליו מפני שרירות לב הורים, בני משפחה, מערכות חינוך, ומוסדות ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים.

שביט (1996), מתארת בספרה את השינויים שחלו בתפיסת הילד ובמושג "הילדות" החל מהמאה ה-17. באותה תקופה התפתחה התפיסה שקיים שוני מהותי (לעומת שוני כמותי) בין מבוגר לילד. הילדות נתפסה מתקופה זו ואילך כתקופה של תמימות וטוהר. לילד צרכים מיוחדים המתאימים רק לו. תפיסה זו עמדה בבסיס ההתנגדות

- לתופעות של מעורבות ילדים וניצולם לצורכי מין על צורותיהן השונות.
ארבע מגמות עומדות מאחורי המהפכה בגישת החברה כלפי ילדיה:
- תפיסת הילד כבעל צרכים המיוחדים רק לו.
 - עלייתן של התנועות הפמיניסטיות.
 - אחריות המדינה – התפקידים ה"הוריים" שהמדינה לקחה על עצמה.
 - תפיסת הילד כישות בעלת זכויות.

ההתייחסות אל תופעת ההתעללות בישראל

המודעות החברתית בישראל כלפי ילדים בסיכון בכלל וכלפי ילדים נפגעי התעללות בפרט התפתחה באופן הדרגתי. במשך שנים רבות שררה הסכמה רחבה שלהורים זכות וסמכות לחנך את ילדיהם ובכלל זה להפעיל כלפיהם אמצעי משמעת פיזיים. העובדה שישראל קלטה עלייה ממדינות מכל רחבי העולם, יצרה מציאות של פלורליזם תרבותי, שבדרך זו או אחרת העניקה לגיטימציה "לסגנונות חינוך" שונים ובכלל זה, פגיעות בילדים בטיעונים של חינוך למשמעת ולאזרחות טובה. במסורת היהודית בכלל ובחברה החרדית בפרט ניתן למצוא סימוכין רבים להיתר להענשה פיזית כאמצעי חינוכי. בספרו של הרב מונק "שכר ועונש בחינוך" (תשמ"ה-1984), מפרש הכותב את הביטוי "נאמנים פצעי אוהב ונעדרות נשיקות שונא" (משלי כז, ו), המתייחס למהות הקשר שבין הדמות המחנכת לבין החניך (התלמיד). כאשר הרב (המחנך/מורה/הורה) מכה את תלמידו הרי הוא עושה זאת מתוך אהבה ומתוך דאגה כנה לעתידו של הילד ולכן מכותיו נאמנות על המקבל אותן. ברור הוא שהאהוב רוצה בטובתו, ואף אם הילד נפצע עלידי המכות, הרי הוא מוסיף לאהוב אותו (הילד את רבו/מורו), כמזבא במדרש רבה: "וכל המיסר בנו, מוסיף הבן אהבה על אביו, והוא מכבדו. שנאמר: "יסר בנך ויניחך (יגרום לך נחת), ויתן מעדנים לנשפך" (משלי כ"ט). ואומר המחבר כי קיימת התניה בדרך חינוך זו האומרת – כל זאת בתנאי שהמוכה יודע וברור לו שהמכה הוא אוהבו, כמו שאמר הגאון יצחק איזיק זצ"ל: "אם רוצים להשפיע על תלמיד, צריך להקדים ולשפוך עליו דליים רבים של אהבת נפש", ואם המורה/מחנך/אב אמנם אוהב את הילד, הכאתו לשם חינוך ומשמעת מותרת ואף רצויה. כיום נוטים לפרש את ההלכה ולהבהיר כי עדיף לחנך ללא ענישה גופנית. על המחנך מוטלות התניות כה רבות עד שלמעשה ההיתר לענישה הגופנית הופך כמעט לבלתי אפשרי (הרחבה בנושא ראה בפרק: התעללות פיזית).

עד לתקופה האחרונה כמעט ולא דיברו על התעללות הורים בילדיהם, ואם דיברו, אזי הדבר היה בבחינת יוצא מהכלל, מקרה נדיר, שאין להרבות בו דברים. התפתחות החקיקה בישראל בנושא הגנת הילד משקפת במידה רבה את תהליך השינוי שחל בחברה הישראלית.

בשנת 1960 חוקק החוק האזרחי – חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960, המטיל על החברה את האחריות לטפל ולדאוג לילדים הנמצאים במצבי סיכון. בחוק זה אין עדיין התייחסות למצבים של התעללות הורים בילדיהם, למעט היות ילדים במצב של הזנחה.

בשנת 1962 חוקק חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות שהגדיר מיהו קטין והסדיר את מעמדו של הקטין מבחינה משפטית.

בשנת 1977 התקיימה חקיקה ראשונה העוסקת בתופעה של התעללות מינית בקטינים בחוק העונשין, התשל"ז-1977 וכן חקיקה בעניין עברות כלפי ילדים ונכים. חקיקה המתמקדת בפגיעות פיזיות, נפשיות והזנחה כלפי ילדים (ראה הרחבה בפרק נספחים – ריכוז חוקים העוסקים בילדים בסיכון).

המקרה של מורן

הילדה מורן בת השלוש נפטרה ביום 9.2.1989 בבית-חולים פוריה לאחר שהייתה מאושפזת במשך חמישה חודשים מחוסרת הכרה בגין התעללות מתמשכת מצד דודה שגרם לה חבלות קשות ביותר בכל חלקי גופה.

על אף שהתעללות נמשכה חודשים ארוכים, הסובבים (בני משפחה, שכנים, מטפלות במעון) "לא ידעו, ראו, או שמעו דבר". מותה של מורן פרץ את כל הסכרים, אנשי ציבור נזעקו, החלה פעילות פרלמנטרית והוקמה ועדת כנסת בנושא התעללות ילדים. בסיום עבודתה, הוגשו באוגוסט 1989 המלצותיה בתחום: חקיקה, טיפול, חינוך, מניעה, איתור והיערכות ארגונית. בעקבות מסמך הוועדה ומעורבות המועצה הציבורית לשלום הילד הוגשה הצעת חוק פרטית (של ח"כ דדי צוקר וח"כ חנן פורת) בנושא. ב־28.11.89 הובא תיקון החוק סעיף 368א-368ב בשם חוק העונשין (תיקון מס. 26) התש"ן-1989 לאישורו הסופי בכנסת.

בשנת 1989 תוקן חוק העונשין (תיקון מס. 26) סימן ו סעיף 368 – 368ח בדבר חובת הדיוות. חוק זה הביא את עניין הילדים הנפגעים על ידי הוריהם וקרובים אחרים אל חזית המודעות החברתית וחולל מהפכה בכל הקשור לחובת האזרחים בכלל ואנשי המקצוע בפרט לפעול למניעת פגיעה בילדים בכל מקרה שדבר פגיעה כזו מגיעה לידיעתם.

סעיף 368 ד (ב) קובע:

“רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי הרווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרהרפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע – שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו – חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה; העובר על הוראה זו – דינו מאסר שישה חודשים.”

בשנת 1990 חתמה ישראל על האמנה הבינלאומית של האו"ם בדבר זכויות הילד. האמנה מבטיחה את חובת המדינה לדאוג לילדיה ולכבד את הזכויות המפורטות באמנה (רשומות – כתבי אמנה מס. 1038) ללא שום אפליה משום סוג שהוא. האמנה קובעת כי טובת הילד תהיה תמיד שיקול ראשון במעלה. סעיף 19 באמנה עוסק בתופעת ההתעללות:

“המדינות החברות ינקטו אמצעים תחיקתיים, מינהליים, חברתיים וחינוכיים מתאימים עלמנת להגן על הילד מפני אלימות גופנית או נפשית לסוגיה, ומפני חבלה, פגיעה או שימוש לרעה, הזנחה או טיפול רשלני, ניצול או התעללות, לרבות ניצול מיני, שעה שהוא נתון בטיפול הורים, אפטרופסים חוקיים או אדם אחר המופקד על הטיפול בו.”

למרות כל הנאמר לעיל נחשבה עד לעת האחרונה הפגיעה בילד בתוך המשפחה כעברה “קלה”. אלימות של הורים כלפי ילדיהם זכתה להתייחסות רצינית רק אם תוצאות הפגיעה גרמו נזק גופני ניכר וחמור (ראה עמדת השופט י’ אנגלרד בערעור ע”פ 4596/98 פלזנית נגד מדינת ישראל). בעקבות תיקון 26 לחוק העונשין, התש”ן 1989, חל שינוי מהותי בהתייחסות החוק למעשי התעללות בתוך המשפחה. עתה, הוגדרו עונשים כבדים לפוגעים בקטינים וחסרי ישע במשפחה וכך גם כלפי אלה היודעים על דבר ההתעללות ואינם מדווחים על כך לרשויות שהמחוקק קבע.

חותם אחרון לגישה המתקדמת של החברה בישראל כלפי תופעת ההתעללות בילד העניק בית המשפט העליון בשבתו כבית משפט לערעורים פלילים (ע”פ 4596/98 פלזנית נ’ מדינת ישראל, 25.1.2000) באומרו: “קשה להעלות על הדעת נסיבות שבהן

יימצא צידוק למעשה ההתעללות. היותה של התעללות התנהגות הכוללת אכזריות, הטלת אימה או השפלה, מקנה לה תווית של סטייה מוסרית, שאינה נלווית בהכרח לכל מעשה של הפעלת כוח גם אם הוא אסור.

בפסק דין זה הוצגה מחדש החובה על רשויות המדינה להתערב בתא המשפחתי ולהגן על הילד במקרי הצורך, בין היתר מפני הוריו שלו. התפיסה הבסיסית של החוק היא שהילד אינו רכוש הוריו, ואין הם יכולים לעשות בו ככל העולה על רוחם. כאשר ההורה אינו מקיים כראוי את חובותיו או משתמש לרעה בשיקולדעתו או בסמכויותיו ההוריות באופן המסכן את הילד או הפוגע בו, תתערב המדינה ותגן על הקטין. כוחה של המדינה להתערב בתא המשפחתי נובע מחובתה להגן על אלה שאינם מסוגלים להגן על עצמם [ראו: סעיף 19-27+68 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות; סעיף 2+3+11+12 לחוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1980; חוק ההגנה על חוסים, תשכ"ו-1966; חוק למניעת אלימות במשפחה וכן חוק אימוץ ילדים, תשמ"א-1981]. הרחבה בנושא ניתן למצוא בפרק "נספחים" – חוקים עיקריים העוסקים בהגנה על ילדים בסיכון.

לסיכום

ניתן לומר כי החברה הישראלית עברה במרוצת חמישים השנים האחרונות כברת דרך ארוכה ביחסה אל הילדים, בהגנה על זכויותיהם, ובשמירת כבודם, גופם, ובריאותם. מחברה שהתייחסה ב"סובלנות" ובסלחנות כלפי תופעות של פגיעה בילדים היא הגיעה להכרה בדבר "טובת הילד" כערך בפני עצמו שניתנת לו קדימות בכל התרחשות הנוגעת לשלום הילדים. המדינה מטילה כיום הגבלות ואיסורים על הורים בדרך חינוכם את ילדיהם, כך ששימוש באלימות כלפיהם לא יוכל להיחשב לגיטימי, ואלה הנוקטים בדרכי חינוך כאלה צפויים להתערבות המדינה בהגנה על הילדים.

הורים המתעללים בילדים הוכרזו כמבצעי עברה וצפויים לעונשים כבדים. לא רק זאת: חובה על כל אדם שהתעורר בו יסוד סביר שנעברה עברה בקטין לדווח על כך. הוראת חוק זו תקפה אף כלפי אנשי מקצוע: רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואחרים שחובת הדיווח שלהם מוגברת, דבר המתבטא בענישה חמורה יותר המתלווה לאי-דיווח.

התעללות בילדים

התנהגות או מחדל העלולים לגרום נזק או גורמים נזק מכונן או איום בגרימת נזק לילד מידי מי שמטפל בו.

הגדרה חלופית

פגיעה פיזית, מינית או נפשית, אם במעשה, אם במחדל ואם בהזנחה מתמשכת בילד, הגורמת או עלולה לגרום נזק לילד מידי מי שמטפל בו.

בתכנית האב הלאומית לנושא "ילדים ונוער בסיכון ואלומות במשפחה" של משרד העבודה והרווחה הגדירה הוועדה את אוכלוסיית הילדים בסיכון והבחינה בשלוש קטגוריות עיקריות:

1. ילדים בסכנה ישירה ומידית – ילדים קורבנות התעללות והזנחה, ילדים עם בעיות התנהגות, נוער משתמש בסמים ונערים ונערות במצוקה, קורבנות אלימות במשפחה.
2. ילדים החיים בסביבה מסכנת ונמצאים בסכנה אף הם – ילדים עדים לאלימות בין הוריהם, להתמכרויות, לעבריינות, ילדים החיים בעוני בקהילות מסכנות.
3. ילדים החיים בנסיבות העלולות ליצור סיכון – ילדים במשפחות הסובלות ממשבר בגין גירושין, משפחות חדי-הוריות, משפחות הסובלות מאבטלה ומשפחות עולים.

אנו מתמקדים במדריך זה בילדים ובני נוער נפגעי התעללות והזנחה, או כאלה הנמצאים בסכנת התעללות או הזנחה.

ההתעללות מתאפיינת, בדרך כלל, בדפוס קבוע לאורך זמן, ומתרחשת במסגרת משפחתו של הילד (משפחתו הטבעית, המאמצת, האומנת או מי שהילד נמסר למשמרתו), או מחוצה לה.

המתעללים עלולים להיות קרובים, מכרים וגם זרים.

פגיעה, תקיפה או התעללות עלולים להיות גם אירועים חד-פעמיים בעלי צביון חמור.

סוגי ההתעללות

נהוג להבחין בין ארבעה סוגי התעללות המוכרים גם עליפי החוק:

1. התעללות פיזית (גופנית) – PHYSICAL ABUSE
2. התעללות מינית – SEXUAL ABUSE
3. התעללות נפשית – EMOTIONAL ABUSE
4. הזנחה – NEGLECT

גם אם קיימות הגדרות לכל סוג של התעללות, קשה לתחום גבולות, ולא אחת, התעללות מסוג אחד כוללת בתוכה גם מאפייני התעללות אחרת. כך למשל, נמצא בהתעללות פיזית מרכיבים רבים של התעללות רגשית ובהתעללות מינית מרכיבים של התעללות פיזית וכך הלאה.

מהות ההתעללות ומרכיביה

התעללות היא עברה התנהגותית ולא עברה תוצאתית. במילים אחרות, עצם ההתנהגות של הפוגע היא הקובעת ולא חומרת הפגיעה. מכיוון שכך, לא נדרש להוכיח גרימת נזק בפועל ודי שיש בה הפעלת כוח בין במעשה ובין במחדל, והיא תיעשה באופן ובמידה שעלולים לגרום נזק או סבל פיזיגופני או נפשירגשי, או שניהם. לא נדרשת הוכחת כוונה להתרחשותה של תוצאה מזיקה. די שהתקיימה מודעות לטיב ההתנהגות, למעשים או למחדלים.

אף שגרימת נזק בפועל אינה יסוד מיסודות עברת ההתעללות, הרי ברור שהוכחת נזק פיזי או נפשי לקורבן עשויה לשמש כלי ראיתי כדי להוכיח את התקיימותו של הפוטנציאל לסבל ולנזק, ואת החומרה או את ההריג שבמעשה המהווה, עליפי הנטען, התעללות (ע"פ /98 /4596, פלונית נ' מדינת ישראל).

ניתן להצביע על שני מרכיבים אופייניים להתנהגות המהווה התעללות:

- תדירות** – במקרים שמדובר בסדרה מתמשכת של מעשים או מחדלים. כאשר מדובר בהתעללות מתמשכת על פני זמן, ייתכן שכל מעשה או מחדל בשרשרת ההתעללות, כשלעצמו, לא יישא אופי אכזרי או משפיל. עם זאת, הצטברות המעשים או המחדלים, והתמשכותם על פני זמן, הם שיביאו לדרגת התעללות.
- חומרה** – אף שככלל קל יותר לזהות מעשה התעללות כאשר הוא מורכב מסדרת מעשים, גם מעשה או מחדל חדיפעמיים מהווים מעשה התעללות פיזית.

כדי שהפעלת כוח חד-פעמית תיחשב התעללות, חייבת להתקיים דרישה שתייחד אותה מתקיפה. בדרך-כלל היא תאופיין באחד או יותר מאלה: באכזריות, בהטלת פחד ואימה משמעותיים על הקורבן, בהשפלה ובביזוי בולטים של הקורבן, או בפוטנציאל חמור במיוחד של פגיעה פיזית או נפשית בו.

מעמד הקטין - הקורבן

החוק מסיר את הצורך לבקש את עמדת הקורבן (הקטין) בהערכת טיבה של ההתנהגות ההתעללותית כלפיו, עוצמתה ומידת הפגיעה שבה. זאת מהטעם, שלעתים קרובות הקורבן נמצא בעמדת נחיתות וביחסי תלות כלפי המתעלל בו, וייתכן שלא הרגיש את ההשפלה או שלא הכיר ביחס האכזרי שהופנה כלפיו. בשל מעמדו של הקורבן במערכת המשפחתית, ובהתחשב בתכלית החקיקה, שהיא הגנה על קטינים וחסרי ישע, מתבקשת המסקנה כי נקודת המבט המכריעה לצורך קביעת התקיימותה של התנהגות כעברת התעללות היא זו של המתבונן מן הצד, קרי: נקודת המבט האובייקטיבית הבוחנת את התנהגותו של המתעלל כלפי הקורבן. ויהיה זה הרופא או כל איש מקצוע אחר שהגיעו לכלל מחשבה שקיים יסוד סביר שנעברה עברה בקטין.

מעמד ההורה המתעלל

כנאמר לעיל, בדרך כלל יימצא המתעלל בעמדת כוח או מרות כלפי קורבנו, באופן שהקורבן מצוי בעמדת נחיתות, ללא יכולת להגן על עצמו. מאפיין זה של פערי כוחות יביא לכך, שפעמים רבות יהיו ההשפלה והטלת האימה על הקורבן שלובים באופן מובנה במעשה ההתעללות. בבוא בית-המשפט לבחון אם התקיימו יסודותיה של עברת ההתעללות במערכת היחסים שבין הורה לילדיו, עליו לזכור כי במערכת יחסים זו מצויים פערי כוחות משמעותיים: ההורה הוא בעל כוח המרות והשליטה, ואילו הילד הוא הנזקק והתלוי. ביחסי כוחות אלה, אין בכוחו הפיזי והנפשי של הילד להגן על עצמו באופן אפקטיבי מפני ההורה. משום כך, בפירוש החוק יש לתת ביטוי למצבם הרגיש והפגיע של קטינים ולעמדת הנחיתות וחוסר האונים שבהם הם שרויים, כאשר בוגר שהוא בעל סמכות כלפיהם, לא כל שכן אחד מהוריהם, מפעיל נגדם אמצעי פיזי הגורם סבל או עלול לגרום סבל או נזק. בהתאם לתפיסה האמורה, מטיל חוק העונשין אחריות פלילית על הורה בגין תקיפת ילדו, בגין הזנחתו או בגין התעללות בו (ע"פ 98 / 4596 פלונית נגד מדינת ישראל).

נתונים כלליים

שיעור הילדים המזוהים ברחבי העולם אינו ידוע במדויק וקיימות לגביו הערכות שונות. במדינה דמוקרטית ומתקדמת כמו ארה"ב מוערך שיעור הילדים המזוהים בכ־3%-2% שהם שני מיליון ילדים. מתוכם כ־160,000 ילדים סובלים מפגיעה משמעותית או מכזו המהווה איום על חייהם, ולפחות 1000-2000 ילדים מתים מדי שנה כתוצאה מפגיעות אלה. 80% מילדים אלה הם מתחת לגיל 5 וכ־30% מתחת לגיל שנה. 9% מילדים נפגעי טראומה מתחת לגיל 5 שהגיעו לחדרי מיון בארה"ב, הם קורבנות של התעללות גופנית (Wisow & Lawrence, 1995).

גוטיאפרת ובן־אריה (2001), העורכים סקירה מחקרית רחבה בנושא ההתעללות מציגים עבודת מהקר של דיוויד גייל המעריך פגיעה בילדים בארה"ב בהיקף שבין 2.53-4.07 מיליון ילדים או בין 13.3 ל־21.4 מקרי התעללות לכל אלף ילדים. תימוכין לנתונים אלה התקבלו גם מנתוני המרכז להתעללות והזנחה של ילדים בארה"ב לפיהם 10.5 ילדים מכל אלף ילדים בשנים שבין 1980-1997 סבלו מהתעללות. עוד נמצא כי בין השנים 1979-1988 דווחו לרשויות השלטון בארה"ב כ־2000 מקרי מוות של ילדים כתוצאה מהתעללות והזנחה (National Research Council, 1993) ובשנת 1990 היו למעלה מ־2.5 מיליון מקרים של ילדים בסיכון, מהם 45% עקב הזנחה (המהווים כ־2% מכלל ילדי ארה"ב), כ־25% עקב התעללות פיזית, כ־16% עקב התעללות מינית, וכ־6% עקב התעללות רגשית (שם).

Gilbert (1997), טוען כי מספר מקרי ההתעללות בילדים שדווחו לרשויות בארה"ב הוכפל בין השנים 1980-1993 מ־1.1 מיליון ל־2.3 מיליון. הוא מציג נתונים ממדינות שונות נוספות, כמו קנדה, בלגיה, ועוד כאשר המשותף לכולם הוא גידול עצום במספר הדיווחים על התעללות בילדים.

מי מתעלל בילדים?

Kessler & Hysden (1991) מדווחים כי ב־95% מהמקרים המתעלל הוא אחד ההורים או בן משפחה.

בדיווח משרד הבריאות של ארה"ב (2004) בנושא התעללות בילדים בשנת 2002 נאמר כי בשנה זו היו בארה"ב כ־1,8 מיליון פניות בעניין התעללות או הזנחה, הערכה היא כי מדובר בכ־3 מיליון ילדים. מתוכם הוגדרו כקורבנות התעללות או הזנחה כ־869,000 ילדים.

שיעור הנפגעים לכלל 1,000 ילדים פחת מ-13.4 ילדים בשנת 1990 ל-12.3 ילדים בשנת 2002.

מיון הילדים הנפגעים לפי סוג הפגיעה

הזנחה - יותר מ־60%

התעללות פיזית - 20%

התעללות מינית - 10%

התעללות נפשית - 3%

כ־20% מכלל הילדים הנפגעים היו מעורבים ביותר מסוג פגיעה אחת.

חלוקת הנפגעים לפי גיל

3-0 - 16 נפגעים על כל 1,000 ילדים

7-4 - 13.7 נפגעים על כל 1,000 ילדים

11-8 - 11.9 נפגעים על כל 1,000 ילדים

15-12 - 10.6 נפגעים על כל 1,000 ילדים

17-16 - 0.6 נפגעים על כל 1,000 ילדים

המדווחים על פגיעות בילדים

56.4% אנשי מקצוע

43.6% בלתי מקצועיים

מתוך העובדים המקצועיים דיווחי העובדים בשירותי הבריאות מגיע לשיעור של 7.8% כאשר עובדי החינוך הם המדווחים בשיעור הגבוה ביותר - 16.1% מכלל הדיווחים.

מתוך המדווחים הבלתי מקצועיים שיעור המדווחים הגבוה ביותר הוא ממקורות אנונימיים - 9.6%. שיעור דיווחי הורים הוא 6.1% ושל קרובי משפחה 8.8%.

תמותת ילדים בגין התעללות או הזנחה

בשנת 2002 מתו בארה"ב 1,400 ילדים כתוצאה מהתעללות או הזנחה, לפי החלוקה הבאה:

75% ילדים מתחת לגיל 4

12% ילדים בגיל 4-7

6% ילדים בגיל 8-11

6% ילדים בגיל 12-17

השיעור הכולל של תמותת ילדים בגין התעללות או הזנחה הוא 2 ילדים על כל 100,000 ילדים.

הסיבות לתמותת הילדים

37.7% בגין הזנחה

29.9% בגין התעללות פיזית

3.1% בגין התעללות נפשית

0.4% בגין התעללות מינית

28.9% בגין יותר מסיבה אחת

הפוגעים בילדים

80% מהפוגעים הם ההורים

7% קרובי משפחה

3% בני זוג של הורה

10% אחרים, חלקם בלתי ידועים (ביניהם גם כ-1% עובדים במוסדות ובמעונות).

כמו כן, נמצא כי שיעור ההתעללות בילדים עלידי אימהות גבוה מזה של האבות כמעט במידה כפולה (4.41% מהאימהות לעומת 2.7% מהאבות) (Straus et al., 1980). ההסבר לתופעה:

□ האימהות נמצאות זמן רב יותר עם הילדים.

□ הן נחשבות כאחראיות לחינוך הילדים, להתפתחותם ולהתנהגותם.

□ הילד נתפס כאחראי לעצירה בהתפתחות הקריירה של האם, ולפגיעה בדימוי העצמי שלה, ולכן תסכולה מוצא את ביטויו גם בפגיעה במקור התסכול.

מממצאי המחקר עולה כי:

□ יותר בנים הם קורבנות התעללות מאשר בנות. 66% מהבנים לעומת 61% מהבנות הוכו לפחות פעם אחת במהלך השנה.

- האלימות כלפי הבנים חמורה יותר מאשר כלפי הבנות.
- ככל שהילדים צעירים יותר הם נתונים להפעלת כוח פיזי רב יותר נגדם ובתכיפות גבוהה יותר (86% מהילדים בגיל 3-4 לעומת 33% מהילדים בגיל 15-17 (שם, בספרם של אפרתיגוט ובן־אריה).

נתונים על כלל ילדי ישראל

בשנת 2002 חיו בישראל 2,219,200 ילדים (לעומת 2,186,900 בשנת 2001), שהם 33.5% מכלל אוכלוסיית ישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2002). אוכלוסיית הילדים בישראל משקפת את רביגוניותה של החברה הישראלית:

- ילדים יהודים – 70%
- ילדים מוסלמים – 23%
- ילדים נוצרים – כ־2%
- ילדים דרוזים – כ־2%
- ילדים ללא סיווג דתי – כ־3%

נתונים על ילדים בסיכון בישראל

בדומה למצב בארצות אחרות, גם בישראל לא קיים בסיס נתונים אחד המכיל נתונים מלאים על מספר הילדים "בסיכון". קשה לכן להשיג מספרים מדויקים לגבי ילדים הסובלים מהתעללות והזנחה או החשופים למצבי סיכון אחרים. אין חולק שמדד העוני הוא אחד המדדים המנבאים הימצאות אוכלוסייה בסיכון. העוני בקרב ילדי ישראל גדל במהירות מ־8% ב־1980 ל־22% ב־1998 ול־28.1% בשנת 2002, שהם כ־454,000 ילדים בשנת 1998 (בן־אריה וציונית, 1999) ו־618,000 בשנת 2002 (ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003). עם זאת, יש להיזהר מהטלת דופי באוכלוסיות עניות, כמאמר חז"ל: "היזהרו בבני עניים כי מהם תצא תורה". נתונים משמונה מקורות מרכזיים העוסקים בילדים בסיכון:

1. נתונים על ילדים בסיכון בשירותי הרווחה ברשויות המקומיות.
2. נתונים אודות ילדים נפגעי אלימות במשפחה שהגיעו לחדרי מיון של בתי החולים בשנים 2000-2002.

3. נתונים מתחנות לבריאות המשפחה ובתי ספר ברשויות המקומיות.
4. נתונים המבוססים על הפניות לטיפול של פקידי הסעד בשנת 2002.
5. נתוני משטרת ישראל בשנת 2002.
6. נתונים על חקירת ילדים בשנת 2002.
7. נתונים על ילדים רכים בסיכון בישראל.
8. נתונים על ילדים ובני נוער עם צרכים מיוחדים.

1. ילדים בסיכון בשירותי הרווחה ברשויות המקומיות

בשנת 2002 היו קרוב ל-366,402 ילדים המוכרים לשירותי הרווחה והם מהווים כ-17% מכלל ילדי ישראל. 27.2% מילדים אלה הם בגילים 0-6 (שנתון סטטיסטי – ילדים בישראל, 2003).

32,048 מהילדים בישראל הם ילדי עולים (שנתון סטטיסטי ילדים בישראל, 2002). גם ממחקרם של דולב ואחרים (1999), עולה כי כ-14% (כ-289,000) מהילדים בישראל מוכרים ללשכות המקומיות לשירותי רווחה ברחבי הארץ.

קרוב לוודאי שלא כל הילדים במשפחות שהופנו או שפנו לקבלת עזרה משירותי הרווחה המקומיים צריכים להיכלל בהגדרה של ילדים "בסיכון".

לפי דולב, מחצית מבין ילדים אלה – 51% (כ-145,000), שהם 7% מאוכלוסיית הילדים כולה, נחשבים כנמצאים במצבי סיכון ישיר דהיינו, הם נמצאים בטיפולן של הלשכות לשירותי רווחה בגלל אלימות כלפי הילד או בין ההורים, הורות לקויה או בעיות התנהגותיות, רגשיות והסתגלותיות של הילדים.

25% מהילדים המהווים 3.5% (מעל ל-72,000) מאוכלוסיית הילדים כולה חיים במשפחות שבהן יש מצבי סיכון, כגון יחסים מעורערים בין ההורים, בעיות בתפקוד החברתי של ההורים (התמכרות לסמים, עבריינות וכו').

שאר 24% מהילדים המוכרים לשירותי הרווחה (כ-70,000) חיים במשפחות שיש בהן גורמי סיכון סביבתיים, כגון עוני, אבטלה, הורה יחיד ועוד (דולב ואחרים, 1999).

מתוך המאמר עולה כי

- 7% (145,000) מהילדים בישראל נמצאים במצב של סיכון ישיר.
- 3.5% (72,000) מהילדים בישראל נמצאים במשפחות בהן קיימים מצבי סיכון.
- 3.5% (כ-70,000) מהילדים בישראל חשופים לגורמי סיכון סביבתיים.

2. ילדים נפגעי אלימות במשפחה שהגיעו לחדרי המיון של בתי

החולים בשנים 2002-2000

(מאגר הנתונים הארצי של משרד הבריאות, הוועדה לטיפול בנפגעי אלימות במשפחה)

דיווח שנת 2000 – התפלגות לפי קבוצות גיל

| קבוצת גיל | | | סה"כ | סוג הפגיעה |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 18-15 | 14-6 | 5-0 | | |
| 400 (20%) | 647 (32.5%) | 942 (47.4%) | 1989 | סך הכל |
| 131 (19%) | 235 (34.1%) | 323 (46.9%) | 689 (34.6%) | פגיעה פיזית |
| 63 (24.7%) | 129 (50.6%) | 63 (24.7%) | 255 (12.8%) | פגיעה מינית |
| 36 (5.3%) | 182 (26.6%) | 466 (68.1%) | 684 (34.4%) | הזנחה |
| 170 (47.1%) | 101 (27.9%) | 90 (24.9%) | 361 (18.1%) | אחר |

דיווח שנת 2001 – התפלגות לפי קבוצות גיל

| קבוצת גיל | | | סה"כ | סוג הפגיעה |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 18-15 | 14-6 | 5-0 | | |
| 416 (21.2%) | 664 (33.8%) | 882 (45%) | 1962 | סך הכל |
| 126 (21.4%) | 219 (37.2%) | 244 (41.4%) | 589 (30%) | פגיעה פיזית |
| 59 (20.9%) | 151 (53.5%) | 72 (25.5%) | 282 (14.3) | פגיעה מינית |
| 54 (7.7%) | 191 (27.1%) | 459 (65.2%) | 704 (36%) | הזנחה |
| 177 (45.7%) | 103 (26.6%) | 107 (27.6%) | 387 (19.7%) | אחר |

דיווח שנת 2002 – התפלגות לפי קבוצות גיל

| קבוצת גיל | | | סה"כ | סוג הפגיעה |
|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|
| 18-15 | 14-6 | 5-0 | | |
| 563 (24.7%) | 676 (29.7%) | 1,034 (45.5%) | 2,273 | סך הכל |
| 126 (22%) | 198 (34.5%) | 249 (43.6%) | 573 (25.2%) | פגיעה פיזית |
| 86 (34.3%) | 107 (42.6%) | 58 (23.1%) | 251 (11%) | פגיעה מינית |
| 100 (17.8%) | 217 (32.1%) | 538 (52%) | 855 (37.6%) | הזנחה |
| 251 (42.2%) | 154 (25.9%) | 189 (31.8%) | 594 (26.2%) | אחר |

□ קבוצת הגיל הפגיעה ביותר היא 0-5 בה התבצעו בין 45% עד 47.4% מהפגיעות בילדים.

ניתן לראות כי ככל שהגיל עולה, מספר הפגיעות קטן.

□ בתחום הפגיעות המיניות, קבוצת הגיל הנפגעת ביותר היא 6-14. מכלל 788 הנפגעים בשלוש השנים, 384 (48.7%) מקרים היו מקבוצת גיל זו. 193 (24.5%) נפגעים היו בקבוצת הגיל 0-5, ו-208 (26.4%) נפגעים היו מקבוצת הגיל 15-18.

□ שיעור ההזנחה הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל 0-5, בין 52% ועד ל-68.1%.

טבלה מרכזת: התפלגות לפי סוגי פגיעות בשנים – 2000 – 2002

| סה"כ | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | סוג הפגיעה |
|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------------|
| % | מספר | % | מספר | % | מספר | % | מספר | |
| 100 | 6,224 | 100 | 1,989 | 100 | 1,962 | 100 | 2,273 | סה"כ |
| 29.7 | 1,851 | 34.6 | 689 | 30 | 589 | 25.2 | 573 | פגיעה פיזית |
| 12.7 | 788 | 12.8 | 255 | 14.5 | 282 | 11 | 251 | פגיעה מינית |
| 36 | 2,243 | 34.5 | 684 | 35.7 | 704 | 37.6 | 855 | הזנחה |
| 21.6 | 1,342 | 18.1 | 361 | 19.8 | 387 | 26.2 | 594 | אחר |

בשנת 2000 – התקבל דיווח מ־26 בתי חולים כלליים.

בשנת 2001 – התקבל דיווח מ־28 בתי חולים כלליים.

בשנת 2002 – התקבל דיווח מ־28 בתי חולים כלליים.

ניתוח השוואתי של שלוש השנים:

□ בשתי השנים הראשונות כמעט ולא חל שינוי במספר הפגיעות (ירידה של 3.6% בלבד). בשנת 2002 חל גידול משמעותי במספר הפגיעות, מ־1962 בשנת 2001 ל־2273 פגיעות בשנת 2002, גידול של 15.8%.

□ ההזנחה היא צורת הפגיעה השכיחה ביותר כאשר 36% מכלל הפגיעות שייכות לקטגוריה זו. שיעור ההזנחה נמצא בעלייה מתמדת. מ־684 מקרים בשנת 2000 ל־704 מקרים בשנת 2001 ול־855 מקרים בשנת 2002.

□ קיימת ירידה הדרגתית במספר הפגיעות הפיזיות. מ־689 בשנת 2000 ל־589 בשנת 2001 (ירידה בשיעור של 14.5%) ול־573 בשנת 2002 (ירידה בשיעור של 2.7%).

מהשוואת שיעור הדיווחים מבתי חולים לנתוני השנתון "ילדים בישראל, 2003" בעניין דיווחים לפקידי הסעד – ניתן להעריך כי קבוצת נפגעים זו (המדווחת על ידי בתי החולים) מהווה כ־6.3% בלבד משיעור הילדים הנמצאים בטיפול פקיד הסעד לחוק נוער (36,341), ו־0.4% מכלל הפניות של ילדים למיון (541,308) ו־1.2% מכלל הפונים למיון בעקבות טראומה (190,076).

כללית, חסר מידע לגבי שיעור הילדים מכלל נפגעי האלימות וההזנחה המגיעים לקבלת טיפול בבתי החולים וכמה מתוכם אנו מצליחים לאתר.

אין כיום ריכוז נתונים על היקף האיתור והדיווח של שירותי הבריאות בקהילה הפוגשים את מרבית הילדים בארץ במסגרת תחנות "טיפת חלב" ומרפאות קופות החולים. ההערכה היא כי דיווחי שירותי הבריאות בקהילה מהווים כיום כ־2%–3% בלבד מכלל הדיווחים לפקידי הסעד.

ראוי לציין כי החל משנת 2000 מפעיל משרד הבריאות תכנית ארצית לאיתור וזיהוי נשים נפגעות אלימות במשפחה. תכנית זו כוללת פעולות הכשרה והעלאת המודעות לתופעת האלימות בכללותה, ובכלל זה אלימות במשפחה נגד ילדים.

לסיכום

- בתי חולים בישראל דיווחו בשנת 2002 על 2,273 מקרים של התעללות בילדים, מספר הגדול ב־15.8% (311 מקרים) מן הדיווח של שנת 2001.
- קיימת אי יציבות בשיעורי הדיווח של ההתעללות המינית: מ־255 מקרים בשנת 2000 ל־282 מקרים בשנת 2001, ול־251 מקרים בשנת 2002.
- עדיין חסר מידע חיוני בדבר שיעור הדיווחים של שירותי הבריאות בקהילה.

3. תחנות לבריאות המשפחה ובתי-ספר ברשויות המקומיות

בסיס נוסף לאומדן מספר הילדים בסיכון מתקבל מסקרים שנערכו בתחנות לבריאות המשפחה ובבתי-ספר. האומדן על סמך סקרים אלה הוא ש־2.5% מקבוצת הגיל 6-17 ו־6% מקבוצת הגיל 7-17 נמצאים בסיכון, אבל אינם מוכרים ללשכות הרווחה המקומיות. כל הילדים האלה נמצאים במצבי סיכון ישירים או במצבי סיכון משפחתיים. על סמך זאת, האומדן הוא ש־15% שהם 320,000 ילדים בישראל – נמצאים במצבי סיכון ישירים או משפחתיים (דולב, 2001).

נתונים דומים התקבלו מסקר שנערך ב־1996 בתחנות "טיפת חלב", באזור חיפה ובאר שבע, ובו נמצא כי 4% מהילדים שבטיפולם הם ילדים בסיכון. על סמך סקר זה ואחרים הגיעו לאומדן של כ־331,000 ילדים בארץ הנמצאים במצבי סיכון ומתוכם כ־120,000 ילדים נמצאים במצבי סכנה מיידית (תכנית אב לאומית של משרד העבודה והרווחה לנושא ילדים ונוער בסיכון ואלומות במשפחה – 1998).

□ בישראל בין 320,000-331,000 ילדים הנמצאים במצבי סיכון ישירים או משפחתיים.

□ 120,000 ילדים נמצאים במצבי סכנה מיידית.

4. הפניות לפקידי סעד

הילדים המופנים אל פקידי הסעד הם ילדים הנמצאים במצבי סיכון קיצוניים ביותר. יש להניח כי לא כל הילדים הנמצאים במצב של התעללות קשה מגיעים לידיעת הגורמים המטפלים ולכן, קרוב לוודאי, שהנתונים שיוצגו נמוכים מההיקף הממשי של התופעה. בשנת 2001 הופנו אל פקידי הסעד בישראל 32,081 ילדים, שיעור הזהה כמעט לזה שדווח בשנת 2000 (32,120). בשנת 2002 בוצעו 36,341 הפניות המהוות גידול בשיעור של 13.3% לעומת שנת 2001.

מכלל הילדים שהופנו אל פקידי הסעד בשנת 2002 – 29,345 ילדים נמצאו עונים על אחת מארבעת מצבי ההתעללות לפי הפירוט הבא:

התעללות פיזית – 10,876 ילדים (לעומת 8,972 בשנת 2000) המהווים 37% מכלל הילדים שעברו התעללות.

התעללות מינית – 3007 ילדים (לעומת 2,774 בשנת 2000) המהווים 10.4% מכלל הילדים שעברו התעללות.

התעללות נפשית – 5,628 ילדים (לעומת 4,834 בשנת 2000) המהווים 19.2% מכלל הילדים שעברו התעללות.

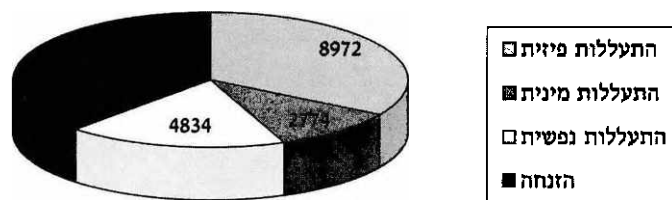
הזנחה – 9,834 ילדים (לעומת 10,185 בשנת 2000) המהווים 35.5% מכלל הילדים שעברו התעללות.

שאר 6,996 הפניות מתייחסות לילדים שהופנו לוועדה פסיכיאטרית, ילדים שעברו יותר מפגיעה אחת, וילדים פוגעים.

96.9% מהדיווחים נמצאו כדיווחי אמת.

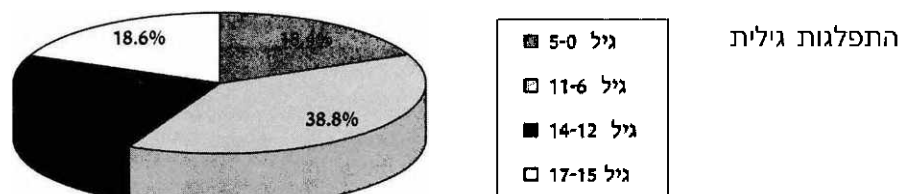
(ילדים בישראל – שנתון סטטיסטי, 2003)

מיון סוגי התעללות לפי הפניות לפקיד הסעד



ההתפלגות הגילית של הפניות לפקיד הסעד לשנת 2002 (על בסיס 67.7% מכלל הפניות שהם 24,605 ילדים):

| | |
|-----------|-------|
| גיל 0-5 | 18.4% |
| גיל 6-11 | 38.8% |
| גיל 12-14 | 24.1% |
| גיל 15-17 | 6.18% |



נמצא כי קבוצת הגיל הגדולה ביותר של ילדים שהופנו לפקיד הסעד הייתה של גילאי 11-6 המהווים כ-38.8% מכלל הילדים.

הקבוצות הקטנות ביותר היו גילאי 0-5 וגילאי 15-17 ששיעור הדיווחים לגביהם כמעט וזהה (18.4% ו-18.6%). מתוך כלל הדיווחים והפניות לפקיד הסעד נמצא שרק 2.9% היו דיווחי שווא. נראה כי כאשר פונים לדווח לפקיד סעד, החשד הסביר הופך במרבית המקרים למציאות אמיתית (ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003; ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2002).

לסיכום

- בשנת 2002 הופנו אל פקיד הסעד בישראל 36,341 ילדים, שהם 4,260 דיווחים יותר בהשוואה לשנת 2001.
- מעל ל-29,000 ילדים נמצאו עונים על אחד מארבעת מצבי ההתעללות (פיזית, נפשית, מינית והזנחה).

5. נתוני משטרת ישראל

עברות נגד קטינים

משטרת ישראל פתחה בשנת 2002 כ־9,346 תיקים (לעומת 7,569 בשנת 2000) בגין עברות נגד קטינים במשפחה ומחוץ למשפחה. גידול של 23.4% לעומת שנת 2001. מתוך אלה נפתחו 6,466 תיקים פליליים ו־2,880 מקרים לא הוגשו תביעות.

עברות בתוך המשפחה

בשנת 2002 נפתחו 3,124 תיקים (לעומת 2,317 בשנת 2000), מתוכם 2,140 תיקים פליליים ו־984 מקרים לא הוגשו תביעות.

עברות מחוץ למשפחה

בשנת 2002 נפתחו 6,222 תיקים (לעומת 5,252 בשנת 2000), מתוכם 4,326 תיקים פליליים ו־896 מקרים לא הוגשו תביעות.

תקיפת קטינים

מתוך 2,335 מקרים בשנת 2002 (לעומת 1,593 בשנת 2000) נפתחו 1,530 תיקים פליליים ו־805 מקרים לא הוגשו תביעות.

התעללות בקטין (גופנית, פיזית, מינית)

מתוך 387 מקרים בשנת 2002 (לעומת 349 בשנת 2000) נפתחו 324 תיקים פליליים ו־63 מקרים לא הוגשו תביעות.

עברות מין

מתוך 402 מקרים בשנת 2002 (לעומת 375 מקרים בשנת 2000) נפתחו 286 תיקים פליליים ו־116 מקרים לא הוגשו תביעות.

לסיכום

משטרת ישראל פתחה בשנת 2002 3,124 תיקים בגין עברות נגד ילדים בתוך המשפחה, לעומת 2,317 בשנת 2000. ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003; ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2001)

6. חקירת ילדים נפגעי עברה (עד גיל 14)

בשנת 2002 נחקרו על-ידי חוקרי ילדים 8,202 ילדים. לצורך השוואה, בשנת 1990 נחקרו רק 1,647 ילדים. גידול של כמעט פי 5 בתקופה של 12 שנים.

מיון לפי חלוקה גילית -2002

עד גיל 5 - 968 ילדים (לעומת 750 ילדים בשנת 2000), שהם 11.8% מכלל הילדים הנחקרים.

גילאי 6-8 - 2,330 ילדים (לעומת 1,680 ילדים בשנת 2000), שהם 28.4% מכלל הילדים הנחקרים.

גילאי 9-11 - 2,648 ילדים (לעומת 1,860 ילדים בשנת 2000), שהם 32.3% מכלל הילדים הנחקרים.

גילאי 12-14 - 2,256 ילדים (לעומת 1,745 ילדים בשנת 2000), שהם 27.5% מכלל הילדים הנחקרים.

חקירות לפי סוגי פגיעות -2002

חקירות מין:

- ☐ חקירות עברות מין - 2,450 מקרים.
- ☐ חקירת עדים לעברות מין - 690 מקרים.
- ☐ חקירת חשודים בעברות מין - 470 מקרים.

חקירות עברות פגיעה פיזית ונפשית - 4,574 מקרים.

חקירות נפגעי עברות מין לפי התפלגות גילית - 2002

עד גיל 5 - 11.3% מכלל עברות המין = 278 מקרים.

גילאי 6-8 - 26.2% מכלל עברות המין = 642 מקרים.

גילאי 9-11 - 32.6% מכלל עברות המין = 798 מקרים.

גילאי 12-14 - 29.9% מכלל עברות המין = 732 מקרים.

סה"כ 2,450 מקרים

חקירות נפגעי עברות פגיעה פיזית ונפשית לפי התפלגות גילית

עד גיל 5 - 13.9% מכלל עברות המין = 636 מקרים.

גילאי 6-8 - 32.8% מכלל עברות המין = 1,500 מקרים.

גילאי 9-11 - 32.4% מכלל עברות המין = 1,482 מקרים.
גילאי 12-14 - 20.9% מכלל עברות המין = 956 מקרים.
סה"כ 4,574 מקרים (ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003).

לסיכום

- בשנת 2002 נחקרו מעל ל-8,200 ילדים (לעומת 6,000 ילדים בשנת 2000).
- כ-44% מהחקירות עסקו בעברות מין.
- (ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003)

7. ילדים רכים (ם-6) בסיכון בישראל

א. נתונים כלליים

כ־700,000 (35%) משני מיליון הילדים בישראל הם בגילאי 0-6. הגיוון החברתי המאפיין את החברה הישראלית ככלל, בולט גם כאן: כ־70% מהילדים בגיל הרך הם יהודים. כ־30% מהילדים הם מוסלמים (25%), נוצרים (3%) ואחרים. כ־10% מהילדים בגיל הרך בקרב האוכלוסייה היהודית הם עולים: 8% מברית המועצות לשעבר ו־2% מאתיופיה (בן־אריה וציונית, 1999).

ב. נתונים אודות ילדים רכים בסיכון

בדומה לאוכלוסיית הילדים הכללית, שיעור ניכר מהילדים הרכים חיים במשפחות גדולות, במשפחות חדהוריות ובעוני. כל המאפיינים הללו מצביעים על כך שילדים ומשפחות אלה עשויים להזדקק לעזרה נוספת כדי לספק הזדמנויות הולמות לרווחתם של הילדים, התפתחותם והצלחתם בעתיד.

אומדנים המתבססים על הנתונים הקיימים מצביעים על כך ש־8% מהילדים בגילאי 0-6, שהם 56,000 ילדים, נמצאים במצבי סיכון ישירים. ילדים אלה נתונים להזנחה או להתעללות, חיים במשפחות בהן יש אלימות בין ההורים, וגם סובלים מבעיות התפתחותיות או התנהגותיות הקשורות לסכיבה המשפחתית שלהם, או חיים במשפחות שבהן להורים יש בעיות חמורות בתפקוד חברתי. (דולב, 2000).

מצבי סיכון בקרב ילדים רכים שכיחים יותר אצל הערבים, בין עולי אתיופיה, במשפחות חד הוריות ובקרב משפחות גדולות. שני שלישי מילדים אלה סובלים מהזנחה; אצל

שליש מילדים אלה כבר ניתן לזהות סימנים של בעיות התפתחותיות והתנהגותיות כתוצאה ממצבי הסיכון שזוהו. רמת הצרכים בקרב הילדים מגוונת גם היא: בעוד שלקצת יותר ממחצית הילדים יש בעיה בתחום אחד בלבד, ל־27% יש בעיות בשני תחומים ול־15% יש בעיות בשלושה תחומים או יותר (יואל ודולב, 2000a).

לסיכום

- ☐ כ־700,000 (35%) משני מיליון הילדים בישראל הם ילדים בגילאי 0-6.
- ☐ 8% מהילדים בגילאי 0-6 (56,000) נמצאים במצבי סיכון ישירים.

8. ילדים ובני נוער עם צרכים מיוחדים

בישראל חיים כ־160,000 ילדים בגילאי 0-18 הסובלים ממוגבלות או מבעיה בריאותית שביניהם הם זקוקים לטיפול וסיוע שוטף. ילדים אלה מהווים 8.7% מכלל ילדי ישראל. ל־29% מהילדים עם מוגבלות יש בעיה בתפקוד מוטורי. 36% מהילדים מוגבלים בשמיעה, ראייה או דיבור. 64% מהילדים סובלים מליקוי התנהגותי, רגשי או לימודי. 5% מהילדים מפגרים שכלית (נאון ואחרים, 2000). שני־שלישים ומעלה מהילדים עם מוגבלות סובלים מבעיות רגשיות והתנהגותיות (דולב, 2000).

מנתונים שהתקבלו ממשרד העבודה והרווחה, באמצעות פקידת הסעד הראשית מהאגף לטיפול באדם המפגר, עולה כי :

- ☐ דיווחים למשטרה – בשנת 2001 דווח על 120 מקרים (על־פי חוק חסרי ישע). מתוכם 59 קטינים ו־6 בוגרים. 52 מתוך הדיווחים היו על אלימות ו־69 על ניצול מיני. חל גידול של 80% במספר הדיווחים יחסית לשנת 2000.
- ☐ טיפול בצל החוק, בעיקר בגין הזנחה – בשנת 2001 טופלו 238 מקרים. 95 מתוכם קטינים, 143 בוגרים. גם לגבי נתון זה חל גידול של 80% בהשוואה לשנת 2000.
- ☐ אמצעי חירום – בשנת 2001 הוגשו 26 בקשות לצווי בית משפט לאמצעי חירום או אכיפת דרכי טיפול.

הממצאים שהוצגו מתייחסים רק לאנשים בעלי פיגור שכלי. בקרב האוכלוסייה הערבית נמצא שיעור גבוה יותר של ילדים עם מוגבלות קשה ושיעור נמוך יותר של ילדים עם בעיות התנהגות וליקוי למידה. החוקרים מייחסים

תוצאות ממצאים אלה לרמה הנמוכה יותר של הכושר לאתר ילדים עם מוגבלות קלה בקרב אוכלוסייה זו (נאון ואחרים, 2000).

ילדים עם צרכים מיוחדים היא קבוצת ילדים הנמצאת ברמת סיכון גבוהה וראויה להתייחסות מיוחדת. בדברי ההקדמה לשנתון הסטטיסטי של ילדים בישראל לשנת 1999 מציינים העורכים, בן אריה וציונית, כי ילדים עם צרכים מיוחדים הם ילדים שהגורל התאכזר אליהם פעמיים: בראשונה, מכיוון שהם ילדים עם צרכים מיוחדים, ובפעם השנייה, מכיוון שהחברה הישראלית טרם מצאה דרכים יעילות להתמודד עם צורכיהם של ילדים אלו, באופן ההולם את צורכיהם והמעניק להם את הכבוד הראוי.

Cross, Ratnofsky & Kaye (1993) בחנו מדגם של 1,834 ילדים ובני נוער בארה"ב, שעל-פי הדיווחים חוו התעללות או הזנחה. הם מצאו כי ילדים עם נכויות היו בסיכון גבוה יותר של עד פי 1.7 לחוות התעללות לסוגיה, בסיכון גבוה יותר של עד פי 1.6 לחוות הזנחה פיזית, ופי 2.8 לחוות הזנחה רגשית, בהשוואה לילדים ללא נכויות.

Sullivan & Knutson (1998) בחנו והצליבו בין רשימות של בתי חולים, של המשטרה ושל לשכות לשירותים חברתיים ביחס למדגם של 3,001 ילדים בארה"ב שחלקם חוו התעללות או הזנחה. קבוצת ההשוואה הייתה של 880 ילדים שלא התעללו בהם ושנכללו ברשימת בתי חולים. הממצאים העלו, כי 64% מבין הילדים שחוו התעללות סבלו מסוג כלשהו של נכות. הילדים הנכים היו ברמת סיכון גבוהה יותר פי 1.8 לחוות הזנחה, של פי 2.2 לחוות ניצול מיני ושל פי 1.6 לחוות התעללות פיזית. מסקנותיהם של שני מחקרים אלו דומות.

ההבדלים בממצאיהם של המחקרים העוסקים בסוגי נכויות ספציפיים מוסברים על-ידי השוני בשיטות איסוף הנתונים וסדרי הגודל השונים של המדגמים, וכן מההגדרות השונות של נכות ושל התעללות במחקרים השונים.

מדוע מתעללים באנשים עם נכויות התפתחותיות?

ילדים עם נכויות חשופים יותר להתעללות ולהזנחה רגשית מאשר ילדים ללא נכויות, הן בתוך המשפחה והן מחוצה לה. גורמים שונים משפיעים על ההתעללות בילדים בעלי צרכים מיוחדים: גורמים הקשורים במשפחה, גורמים הקשורים בבעל המגבלה וגורמים הקשורים בחברה הרחבה.

הגורמים להתעללות בתוך המשפחה – בתוך המשפחה משפיע ההיבט הרגשי, הכולל מצד אחד, הגנת יתר (over protection) כלפי הילד, ומצד אחר, הזנחת צורכי הילד לאהבה ולחום, הפליית הילד הנכה לרעה לעומת הילדים האחרים במשפחה והתעלמות ממגבלותיו ופיתוח ציפיות לא מציאותיות כלפיו. לעתים מענישים את הילד ולא מביעים כלפיו אהבה, בשל חוסר עמידתו בציפיות. גם העומס הרב המוטל על המשפחה משפיע על תופעת ההתעללות במקרים אלה (מרום ועוזיאל, 2001).

הגורמים להתעללות מחוץ למשפחה – התעללות מחוץ למשפחה נובעת, בין היתר, מהיחס המפלה כלפי אנשים עם מוגבלויות, מחוסר מודעות וחוסר הבנה וקבלה של אדם בעל מוגבלות, מדעות קדומות ומתפיסות מוטעות של הציבור ביחס למצבו המנטלי, מתלות האדם בעל המגבלה באחרים ובמטפלים. כל אלו מגבירים את הפגיעות של האוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים.

הגורמים להתעללות הקשורים בבעל המגבלה – לילדים ולבוגרים בעלי מוגבלויות התפתחויות שונות יש קושי בהבנת המותר והאסור. הם לא מבינים ולא מפרשים נכון התנהגות מנצלת. הם אינם יודעים להגיד "לא" ואינם מודעים ומבינים כי התעללות מינית היא ניצול, היא אסורה על פי החוק ואינה נורמטיבית.

נראה כי ילדים עם צרכים מיוחדים חווים אלימות בשיעורים הרבה יותר גבוהים מאלה המדווחים בסקרים שהוצגו לעיל. הפער נובע מכמה סיבות:

1. קיימת תופעה של תת דיווח לגבי התעללות באופן כללי, ולגבי אוכלוסיות מיוחדות התופעה מחריפה.
2. תיקים נסגרים בשל קושי בחקירה ובמשקל ראייתי מספק להעמדה לדין – דבר המשפיע על המוכנות לדווח.
3. קיים קושי באיסוף נתונים עקב רישום לא מפורט של פקידי סעד המעניקים שירות לכלל הילדים עם צרכים מיוחדים, למעט ילדים עם פיגור.

לסיכום

- ☐ ילדים עם מוגבלות הם ילדים ברמת סיכון גבוהה.
- ☐ בישראל חיים כ־160,000 ילדים בגילאי 18 הסובלים ממוגבלות פיזית, שכלית או התנהגותית.

הורים אמורים לגדל את ילדיהם, לטפל בהם בדאגה ובאהבה ולהכניסם לקראת החיים כאשר יעזבו את הקן המשפחתי.

המודל האקולוגי – הסבר לתופעת ההתעללות

באמצעות המודל האקולוגי של Belsky (1993) ניתן להסביר כיצד מתרחשת תופעת ההתעללות בילדים. הכוונה למודל שלוקח בחשבון משתנים שונים: סוציולוגיים, דמוגרפיים, תרבותיים וכן משתני הורות, בנוסף למשתנים ברמת הפרט. להלן הגורמים העלולים להחיש את תופעת ההתעללות:

1. גורמים ברמת הפרט – גורמים שמקורם בקשיים התפתחותיים של ההורה מהעבר העשויים להכתיב נטייה להתעללות, היסטוריה של קורבנות וכדומה.
2. גורמים משפחתיים – גורמים הקשורים בדינמיקה הייחודית של המשפחה, כמו למשל, תפקוד משפחתי לקוי, יחסים זוגיים מעורערים, או תהליך בו אחד הילדים הופך לשעיר לעזאזל וכדומה.
3. גורמים ברמת הקהילה – מצבים בהם המשפחה מבודדת חברתית, כאשר אין במצא גורמי תמיכה פורמליים ובלתי פורמליים, מצבים של אבטלה, צפיפות דיוור, חשיפה ללחצים קשים מסוגים שונים וכדומה.
4. גורמים תרבותיים – מתייחסים לנורמות השכיחות באותה חברה בהקשר של גידול ילדים, לעמדות המקובלות ביחס לפגיעה בילדים, לסנקציות שהחברה נוקטת נגד המתעללים וכדומה.

שיטת מיון אחרת מוסיפה את ה"גורמים הקשורים בילד". הכוונה למסמנים קונסטרוקטיביים והתנהגותיים של הילד, כמו: מזג, מראה, נכות, מחלה, לידה מוקדמת, משקל נמוך. אנו מציעים להוסיף את הגורמים הקשורים באינטראקציה וביחסים שבין הורה-ילד כפי שיפורטו בהמשך.

ההיסטוריה של ההורה בגורם סיכון

להתנסויות העבר של ההורה עם דמויות משמעותיות במהלך חייו, השפעה מכרעת על יחסיו בהווה עם התינוק שלו ועל דפוסי תפקודו עם ילדיו. יחסים בלתי תקינים ופוגעים בהורה על ידי הוריו בעת ילדותו המוקדמת עשויים לנבא התנהגות דומה של הורה זה כלפי ילדיו או להסביר התפתחות יחסים בלתי תקינים עם ילדיו (שלו, 1995; Cox ועמיתיו, 1985).

Fraiberg ועמיתיה (1975) דיברו על "האורחים הלא קרואים" מעברם של ההורים הנצפים בקליניקה טיפולית. אורחים בלתי קרואים אלה יפלו לאינטראקציות עכשוויות של "הורה-ילד", וימצאו עצמם "חיים מחדש" רגע או מצב ממקום אחר. זוהי החזרה של העבר בהווה. עבור ההורים, הילד כ"רוח רפאים" יכול לייצג דמות חשובה מעברם או הפעלה מחדש של יחסים או השלכה של חלק לא מודע של ההורה. חסך והתעללות בשנות חייו המוקדמות של ההורה יכולים להשפיע על יכולתו בעתיד לטפל בילדיו. החסך הרגשי עלול לפגוע ביכולתו הספונטנית והאינטואיטיבית של ההורה לקלוט את שדרי המצוקה של ילדו. הורים עם קשיים בביצוע מטלות המטפל (caregiver) הם אנשים שבעצמם לא הוזנו (nurtured) כהלכה (שלו, 1995).

יחסי "הורה-ילד" בגורם סיכון

צורות שונות של יחסי "הורה-ילד" יכולות להתאים לקריטריון של גורם סיכון, הקשור לאפשרות של היווצרות פסיכופתולוגיה מאוחרת אצל הילד (Sroufe, 1989). המושג "סיכון" מתייחס למצב שבו ייווצרו תנאים העלולים להזיק לילד ואיתור מוקדם של תנאים אלה מאפשר את מניעתם או את הפסקתם (שלו, 1995).

הדעה הרווחת היום בקרב אנשי מקצוע המטפלים בהתפתחות הרגשית של הילד, תאורטיקנים וקלינאים (מתחום רפואת ילדים, נוירולוגיה, פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית ועוד), היא כי את התפתחותו של הילד יש לראות, להבין ולהעריך מתוך ההקשר בו הוא גדל, תוך שימת דגש על מערכת היחסים עם הדמויות המשמעותיות.

התעללות הורה בילדו אינה מנותקת ממערכות יחסים, אלא מתרחשת בהקשר בין אישי. הורה מסוים עם ילד מסוים המעורר אצל ההורה תגובות לא מודעות הגורמות לו (להורה) להתנהג אל הילד בצורה המסוימת הזו (במקרה שלנו – להתעלל בילד), התנהגות הבנויה בדרך כלל על תהליך לא מודע של ההורה. הבנה זו אינה באה להקל על חומרת התופעה, אלא לנסות להסביר אותה על-מנת לסייע במניעתה ובטיפול בה.

יחסי "הורה-ילד" מוקדמים הם המפתח להתפתחות הילד ומשפיעים בהמשך על התפתחותו האופטימלית בכל תחומי החיים: בריאותית, קוגניטיבית, חברתית, רגשית וכן הסתגלותו והתמודדותו של הילד בחיי היומיום. היחסים אותם התינוק מפנים הופכים לחלק מה"תכנית" הקוגניטיבית שלו המאפשרת המשכיות של יחסים.

דפוס היחסים "הורה-ילד" נבנה במהלך יחסי הגומלין המתרחשים בין השניים. יחסים אלה מעוצבים בצורה הדדית על ידי התנהגויות המקבלות משמעות סובייקטיבית אצל כל אחד מהמשתתפים באינטראקציה (Stern & Stern 1989). המשמעות הסובייקטיבית שכל צד מייחס להתנהגות האובייקטיבית באינטראקציה הבין אישית היא המרכיב החשוב בהבנת האינטראקציה "הורה-ילד". לכן, כאשר אנו צופים על אינטראקציה אין להסתפק בקליטת הנראה לעין, אלא יש גם להבין את המשמעות עלידי הצדדים לאינטראקציה (Anders & Zeanah, 1987). הורה הכועס על ילדו עשוי להעניק להתנהגות זו משמעות של דאגה לשלום הילד ואילו הילד עשוי להעניק להתנהגות זו משמעות של איום ורצון לכפייה.

לאחרונה נמצא במחקרים מתחום מדעי המוח כי קיים קשר מובהק בין מערכות היחסים בגיל הרך לבין התפתחות המוח, וכתוצאה מכך קיימת השפעה על התפתחותו הרגשית-החברתית של הילד ועל יכולותיו הקוגניטיביות. התמקדות באינטראקציה "הורה-ילד" מסייעת גם לביטול התפיסה הסטריאוטיפית: ילד = קורבן – הורה = פוגע, תפיסה המקשה על בנייה מחדש של יחסים בלתי תקינים. גם כאשר אנו מאתרים ילד פגוע עלידי הוריו, עדיין נכון יהיה לשאוף לכך שהילד יישאר בסופו של תהליך ההתערבות בביתו, במחיצת הוריו, תוך מאמצים לשינוי דפוסי ההתנהגות הפוגעים. מאידך גיסא, אם דרך ההתערבות אינה משיגה את התוצאה המקווה, חובה על המטפלים להביא להפסקת הפגיעה בדחיפות המידית גם במחיר הוצאת הילד ממשמורת הוריו. סוג זה של התבוננות הממוקדת ביחסי "הורה-ילד" מאפשרת מתן הסבר להתנהגות

ההורה – קורה משהו להורה ביחסים שלו עם הילד שגורם לו להיות הורה פוגע. אם נגלה את ה"משהו הזה" ייתכן ונוכל להעלות את ההורה על דרך המלך, וכך גם לבנות מחדש את מערכת היחסים "הורה-ילד".

הורה באינטראקציה

ההורה אינו "לוח חלק" כאשר הוא מתחיל את תפקידו ההורי. הוא מביא אתו את ניסיון חייו וחוויותיו מהינקות ומהילדות ולצדם ערכים ואמונות שרכש לגבי תפקיד זה. כבר בראשית הדרך מביא ההורה לאינטראקציה עם ילדו "שלושה ילדים" (Brazelton & Camer, 1990).

הילד הדמיוני – התינוק, יציר החלומות והפנטזיות של ההורה. עוד בטרם היות האדם הורה נוצרים אצלו מחשבות ופנטזיות אודות הילד העומד להיוולד. הוא מעביר לילד זה מאוויים סמויים, משאלות שלא התממשו בו עצמו, הוא מייחס לו תכונות פרי דמיונו ומצפה למימושן בעת לידתו.

העובר האמיתי הלא נראה, אך המורגש – כל שמתרחש בין ההורה לעובר בטרם צאתו לאוויר העולם, ובכלל זה פחדים, חששות, ותחושות. למשל, אם המתייחסת אל העובר שלה בלשון נקבה ומפתחת תוך כדי כך יחס רגשי עמוק כלפי הבת העומדת להיוולד ולבסוף נולד לה בן. איזה יחס היא תגלה כלפיו? או אם המספרת לאחות "טיפת חלב" כי התינוק שונא אותה, כיוון שהוא מרבה לבעוט בה; אם אחרת חוששת שהעובר "יאכל" אותה מבפנים. אלה דוגמאות לכך, שמערכת היחסים "אם-ילד" ראשיתם כבר בתקופת ההיריון.

התינוק הממשי שנולד – על מראהו, מזגו ומצב בריאותו. ההורה צריך לעשות היכרות עם הילד הממשי ולקבל אותו כפי שהוא. לכן, אם נולד ילד עם פגיעה כלשהי, צריך לסייע להורים לקבלו למרות הפער שקיים בינו לבין הילד הדמיוני. עד כמה ממלא הרך הנולד את ציפיות ההורה או מאכזב אותן? ככל שהפער גדול יותר, קיימת סכנה ליחסים ביניהם. ככל שההורה מתקבע בייצוגים (פנטזיות) שבנה ולא מתאים אותם למציאות הספציפית של הילד האמיתי, קיימת סכנה ממשית להיווצרות מערכת יחסים בעייתית ועמה הפוטנציאל לפגיעה בילד.

Fonagy ועמיתים (1991), טוענים כי היכולת ההורית לטפל בילדים תלויה ביכולת הרגשית והמנטלית של ההורה לראות את הילד כיצור אנושי, בעל רגשות, רצונות,

כוונות ומניעים המכוונים את התנהגותו. הורה טוב הוא זה שמסוגל לשקף את ההתנסויות הפנימיות של הילד בנוסף להתנהגות החיצונית. לגבי הורים שחוו השפעות של התעללות וטראומה בעצמם, קיים סיכון להכחשה ולניתוק עולמם הפנימי ובעקבות זאת חוויות דומות בהתנסותם עם ילדיהם. ככל שהמעגל של חוסר תפקוד הדדי נמשך, קיים חשש שיהפוך לאוטומטי, ריטואלי ונוקשה. מחקרים רבים הראו שניתן להפסיק או למנוע את שרשרת הטראומה, ההזנחה וההתעללות באמצעות דמות משמעותית בהווה המעניקה "חוויה מתקנת" של תמיכה, מובנות והתייחסות לעולם הפנימי-רגשי של הילד.

התבוננות באינטראקציות

עיקר האינטראקציות בתחילת חייו של הילד מתרחשות בינו לבין אמו. בהמשך מתרחבים מעגלי האינטראקציה עם דמויות משמעותיות אחרות, כמו אביו, אחיו, ומטפלים למיניהם: רופאים, אחיות, מטפלות ואחרים. בהתבוננות באינטראקציות השונות גלום פוטנציאל אבחנתי רחב המאפשר לימוד והבנה של הילד וקשריו עם האחר ויכולת איתור יחסים החורגים מהנורמלי והמעוררים חשד להתפתחות בלתי תקינה. בצד הגישה המסורתית לבחינת תפקוד הילד (פיזי, נפשי ושכלי), המתמקדת במידת ההלימה בין הגיל הכרונולוגי לבין התפתחותו הגופנית, המנטלית, הרגשית והאחרת, מוצע היבט נוסף והוא - בחינת הקורה בין הילד להוריו ובינו לבין אחרים משמעותיים וההשלכות של יחסים אלה על דרך הגדילה של הילד.

התבוננות באינטראקציות "ילד-הורה" מאפשרת ברור המשמעויות הסובייקטיביות שההורה מייחס להתנהגות הילד. ההתייחסות של ההורה לילד אינה רק להתנהגות האובייקטיבית שלו, אלא היא נותנת משמעות סובייקטיבית לקול, למחווה שהוא עושה. אם ילד נצמד להורה הוא יכול לפרש זאת כביטוי של אהבה והוא יכול לפרש זאת גם כתוקפנות של הילד ורצון שלו להשתלט עליו (על ההורה). המשמעות שההורה מעניק להתנהגות הילד היא למעשה הבסיס להתקשרות חיובית, אך גם בסיס לבעיות לא פשוטות. החיוך של הילד יכול לעורר בהורה זיכרון של סב אהוב וחביב, אך גם של סב אכזר ומתעלל. הפירוש הסובייקטיבי שיעשה ההורה יקבע במידה לא מעטה את גורלו של הילד לעתיד. אם הפרשנות תהיה חיובית אזי ההורה יכול לייחס לילד בקלות רבה תכונות חיוביות, כמו של הסב ולהפך. מה שחשוב לדעת הוא כי הילד מפנים את התפיסה הזו של ההורה, ומפתח תפיסה עצמית זהה. ישנו כאן מעגל קסמים מבחינת

נבואה המגשימה את עצמה. המשמעות הסובייקטיבית שההורים נותנים להתנהגות הילד מעצבת את תכונותיו. למשל, הורים נוטים לתת תוויות לילד, כמו: טוב, רע, עקשן, חכם ועוד – אלה מעצבות במידה רבה דפוסי קשר ביניהם וכן מוטמעות אצל הילד. כאשר רופא, אחות או איש מקצוע אחר עדים להתנהגות "מוזרה" של הורה, נכון יהיה שיקשיבו להורה וינסו להבין את פשר התנהגותו. גם אם לא יבינו, אל להם לשפוט אותה או להטיף נגדה. עדיף שאיש המקצוע יסביר להורה את הסכנות הטמונות בה תוך גילוי הבנה למצוקה בה נתון ההורה. "אני מבין שקשה לך להתפנות לילד שלך, האם תוכל להסביר לי קושי זה". הורה שמכבד ומחשיב את דעתו של הרופא או של כל איש מקצוע אחר עשוי לשתפם בקשייו אם יחוש שמקשיבים לו.

תת מעגליות בין-דורית

כמאמר עממי, ההיסטוריה חוזרת על עצמה ומתקיימת המשכיות בין-דורית בדפוסי היחסים. הורים עם היסטוריה של חסך, עזובה או התעללות צפויים להיות הורים פוגעים עם בעיות תפקודיות, עם קשיים אמוציונליים ועם יכולות מוגבלות לחינוך ילדיהם. דפוסי התנסות של האם בילדותה עשויים להיות מנבא טוב לדפוסי התקשרות שיווצרו בינה לבין ילדיה (Emde, 1988). מכאן, חשיבות ידיעת הרקע של ההורה העשויה להוות מנוף לפעילות מניעתית ושדה התערבות אתגרי לעובדי מערכת הבריאות בקהילה. היכולת לנבא דפוסי יחסים עוד בטרם לידת התינוק, מאפשרת זיהוי של קבוצות סיכון ובעקבות זאת התערבות מניעתית מוקדמת ולעתים קצרת מועד – כבר בזמן היריון האם או מיד לאחר הלידה. התערבות כזו יכולה להשפיע באופן בונה הן על ההורה והן על התפתחותו העתידית של הילד, בטרם עוצבו דפוסי יחסים מופרעים.

תת גורמים להתעללות בתינוקות ובילדים קטנים

ההתעללות בקבוצת ילדים זו קשה להבנה באופן מיוחד ולכן חשוב להציג כמה מהסיבות היותר שכיחות להתעללות בתינוקות בנוסף לגורמים השונים אותם הזכרנו לעיל:

1. תינוקות ופעוטות הם תובעניים ודורשים תשומת לב תמידית ומחויבות להשקעה של זמן. על פי רוב אין להם הערכה ל"לוח הזמנים" של ההורה: שנתם של תינוקות רבים מקוטעת והורים לתינוקות עייפים בדרך כלל.

2. בכיון של תינוק יכול לגרום למתח רב, בייחוד כשאין ההורה מצליח להרגיעו.
3. תינוקות רבים שזה עתה נולדו אינם יפים, הם מקומטים ויש הורים שמגיבים לכך בתגובה קשה וחושבים שמשהו אינו תקין בתינוקם.
4. בי-3-4 חודשי חייהם הראשונים, התינוקות אינם חברותיים ביותר. הם דורשים הרבה אך נותנים מעט. יש הורים שמתקשים ליהנות מעצם הנתינה כשאין הם מקבלים הכרת תודה על כך.
5. תינוקות שמרבים לבכות, תינוקות חולניים, תינוקות רגזניים במיוחד או תינוקות הסובלים מבעיות רפואיות נמצאים באוכלוסיית סיכון מיוחדת. הצרכים שלהם גדולים יותר משל תינוקות רגילים.
6. פעוטות מפתחים התנהגויות עצמאיות המתבטאות לעתים בעקשנות, מרדנות, התקפי זעם ותוקפנות. התנהגויות כאלה קשות גם להורים המבינים והסובלניים ביותר.
7. חינוך לניקיון הוא אחד הגורמים למתח בין פעוטות לבין הוריהם. כשהחינוך לניקיון מתחיל לפני שהפעוט מוכן לכך, הכישלון גורם לתחושה קשה אצל ההורה. הפעוט חשוף לביקורת ולעונש ואין הוא מבין את פשרם.

אף שתופעת ההתעללות של הורים בילדיהם קיימת בכל קבוצות האוכלוסייה, שכיחותה גבוהה במיוחד בקרב קבוצות עם מסמני הסיכון הבאים:

מסמני סיכון בקרב ילדים

- ילדים עם נכויות חריגות, מחלות ואשפוזים בתחילת החיים.
- ילדים שנולדו טרם זמנם ונותרו זמן ארוך בבית החולים לאחר הלידה.
- תינוקות שנזקקו מהוריהם אחרי הלידה בגין אשפוז ממושך כתוצאה ממחלה או מפגות.
- ילדים עם התנהגות חריגה.

מסמני סיכון בקרב הורים ומשפחות

- הורים צעירים מתחת לגיל 18.
- במקרים של היריון בלתי רצוי.
- הורים שהיו בילדותם קורבנות להתעללות.
- הורים בתקופה שלאחר לידה.
- משפחות עם הורים מכורים לסמים ולא לכוהול, הורים חולי נפש או מפגרים.
- משפחות חד־הוריות או בעלות הרכב חריג במיוחד.
- משפחות בהן קיימת אלימות בין ההורים.
- משפחות הנמצאות במשבר בגין מצבים, כמו גירושין, הגירה, אבטלה וכו'.
- משפחות גרעיניות החסרות מערכת תמיכה משפחתית או חברתית.
- משפחות בהן קיים עוני ומחסור מתמשכים.
- משפחות שיש להן בעיות עם החוק.
- משפחות הנמצאות תדיר במעבר ממקום למקום.
- משפחות בהן קיים חסך במטעני ידע וניסיון בהורות תקינה.

כאמור, מסמני סיכון עשויים לנבוע מגורמים הקשורים במאפייני הילד, כגון: פגות, נכות, מזג וכו', המקשים על ההורה להבין את הסימנים והרמזים של הילד וגורמים להתנהגות שאינה מותאמת לצרכיו. מסמני סיכון נובעים גם מגורמי סיכון הקשורים בהורה, כגון: הורה עם היסטוריה של חסך, עזובה או התעללות מסוג כלשהו, הורה מתבגר, הורה חולה נפש, הורה שבעצמו לא הוזן כהלכה, היעדר אמון עצמי של ההורה, מצוקה, ייצוגים ועיוותים תפיסתיים, הפעלה לא מודעת של יחסים קונפליקטואליים של ההורה עם הדמויות ההוריות שלו מהעבר, היעדרות של רשת תמיכה, ועוד. כל אלה יכולים להפריע ליכולת ההורית האינטואיטיבית והמותאמת.

כאשר הילד משתייך לקבוצת מסמני הסיכון הראשונה (מסמני סיכון של ילדים) וההורה מקבוצת מסמני הסיכון השנייה (מסמני סיכון של הורים) – השילוב המתרחש בין "הורה-ילד" בעלי מסמני סיכון אלה מהווה מאיץ קריטי להיווצרות הזנחה של ילד או התעללות בו (מאסס, 1990).

הורים המשתייכים לאחד ממסמני הסיכון מאופיינים במאבקם להישרדות ולקיום לאורך זמן, ולעתים קרובות יהיו אנשים מדוללי משאבים אישיים. לכן, גם יתקשו לגייס כוחות נפש לשם טיפול באחרים, גם אם אלה הם ילדיהם, במיוחד אם הם ילדים הזקוקים לתשומת לב או לטיפול מיוחד ומתמשך.

נזקי הפגיעות הנפשיות – הפרעות פוסט-טראומטיות (PTSD)¹

חוויות ההתעללות אינה מסתיימת בהכרח עם עצירתה או הפסקתה. ילדים שעברו התעללות נושאים את נזקי ההתעללות לאורך שנים ולעתים כל תקופת חייהם. הנזקים הנפשיים הפוסט-טראומטיים זוכים בשנים האחרונות לתשומת לב הולכת וגוברת וכן הדרכים להתמודד אתם.

Perin ועמיתיו (2000), מתארים את "השילוש" של הסימפטומטולוגיה הפוסט-טראומטית:
1. **שחזור** – (re-experiencing) במשחק, בחלומות, בדמיונות, במחשבות ובזיכרונות פולשניים וחודרניים.

1 פרק זה, העוסק בהצגת התופעה הפוסט טראומטית, מבוסס על עבודתה של ד"ר ריקי פינצ'ו

2. **הימנעות** (avoidance).

3. **עוררות יתר** (hyperarousal) – המתבטאת אצל ילדים בכעס, בנטייה להיבהל בקלות, וכן בהפרעות בריכוז ובסף תסכול נמוך.

בדומה למבוגרים, לא כל הילדים אשר נחשפים לטראומה מפתחים סימפטומים של PTSD. לא תמיד הטראומה האובייקטיבית היא המהותית בפיתוח PTSD ואחד המשתנים המהותיים הוא התפיסה הסובייקטיבית של הטראומה. קיימת חשיבות לשאלה אם הטראומה היא מתמשכת או חדפעמית והאם התרחשה בתוך המשפחה או מחוצה לה. התעללות ממושכת בתוך המשפחה פירושה איום על עצם הקיום של האדם. Samson (1999) ועמיתיו, מציינים כי הטראומות השכיחות ביותר הקשורות ל-PTSD הן אלימות משפחתית והתעללות בילדים. אחרים מדגישים כי אובדן תחושת השליטה וחוסר האונים הכרוכים בהתעללות הם המנבאים להתפתחות PTSD ולחומרתו בקרב ילדים ומתבגרים. מחקרים שבחנו את ההשלכות ארוכות הטווח של טראומה בילדות בקרב מתבגרים שחוו התעללות (פיזית או מינית) מצביעים על מגוון הפרעות: שינויים פיזיולוגיים הורמונליים וסימנים נוירולוגיים רכים, הגברת הסיכון לשימוש בסמים, דיספונקציה בין־אישית, קשיים בוויסות ובשליטה עצמית, תחושת חוסר אונים מתמשכת וחוסר שליטה על אירועי החיים, וכן – דיכאון, חרדה, אובדנות, הפרעות סומטיות והפרעות אכילה (Bargai & Shalev, 2001). לגבי שכיחות האבחנה בקרב ילדים שחוו התעללות פיזית או מינית ישנם ממצאים סותרים. יש המדווחים כי מרבית הילדים שסובלים מהתעללות פיזית עונים על הקריטריונים של PTSD, ואחרים מדווחים כי דווקא אצל מרבית אלו שסובלים מהתעללות מינית ימצאו כל מאפייני האבחנה (Allen & Pfefferbaum, 1988).

מאפייני ה-PTSD אצל ילדים שחוו התעללות

בקובץ האבחנות של ארגון הבריאות העולמי (ICD-10) נמצאה קטגוריה אבחנתית המתארת שינויים אישיתיים שעלולים להופיע בעקבות חוויות קטסטרופליות: ההגדרה באבחנה אינה מתייחסת דווקא להתעללות, אלא להתנסויות, כמו שבי או עינויים ממושכים, אך כפי ש-Herman (1992) אומרת: התעללות היא "עינויים מתמשכים בכלא של אלימות". הקריטריון לאבחנה הוא קיומן של תופעות התנהגותיות רגשיות ותפיסיות שלא היו קיימות לפני הטראומה ונמשכות לפחות שנתיים: גישה חשדנית ועוינת כלפי העולם, התנתקות חברתית, הרגשת ריקנות וחוסר תקווה, ותחושה כרונית של מתח.

Pelcovitz & Van der Kolk (1997) ועמיתיהם, מציעים אבחנה חדשה, ואף פיתחו כלי לבדיקתה: (SIDES), Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified, אשר כוללת:

שינויים בוויסות רגשות ודחפים

1. קושי בוויסות רגשות.
2. קושי בשליטה על כעס.
3. נטייה להרס עצמי.
4. מחשבות אובדניות.
5. חוסר בקרה של התנהגות מינית.
6. נטילת סיכונים מוגזמת.

שינויים בקשב ומודעות

1. אמנזיה.
2. אפיזודות דיסוציאטיביות חולפות ודה־פרסונליזציה.

שינויים בתפיסה עצמית

1. תחושת חוסר יעילות.
2. תחושת הינזקות קבועה (מתוארת כתחושה של סחורה פגומה – damaged goods).
3. רגשות אשמה.
4. בושה.
5. תחושה שאף אחד אינו מסוגל להבינם.
6. מינימליזציה.

שינויים בתפיסת המתעלל

1. אימוץ של אמונות מעוותות.
2. אידיאליזציה של המתעלל.
3. מחשבות חוזרות על נקמה במתעלל.

שינויים ביחסים עם אחרים

1. חוסר אמון.
2. קורבנות חוזרת.
3. התעללות באחרים.

סומטיזציה

1. בעיות במערכת העיכול.
2. כאב כרוני.
3. סימפטומים קרדיופוליאמנריים.
4. סימפטומים מיניים.

שינויים בתפיסות עולם ומשמעות

1. ייאוש וחוסר אונים.
 2. אובדן של תפיסות ערכיות קודמות.
- הרמן (1992), מציינת כי טראומה של התעללות המתרחשת בילדות מעצבת את האישיות ומעוותת אותה. הילד הלכוד בסביבה מתעללת ניצב בפני משימות הסתגלות אדירות ועליו לשמור על:
- ☐ הרגשת אָמון באנשים שלא ראויים לאָמון.
 - ☐ הרגשת ביטחון במצב לא בטוח.
 - ☐ הרגשת שליטה במצב לא צפוי להחריד.
 - ☐ הרגשת כוח במצב של חוסר ישע.

הרמן מתארת מספר מנגנונים אופייניים לילדים שחוו התעללות מתמשכת:

א. הזדהות עם התוקפן (identification with the aggressor) – בכדי להתמודד עם האימה והחרדה מפני ההורים המפעילים את דחפיהם הרצחניים כלפיו, הילד המוכה יזדהה עם התוקפן ובכך יהפוך מפסיבי ומאויים לאקטיבי ומאיים, וינסה לבסס לו תחושת שליטה נוכח חוסר האונים שחווה (Finzi et al., 2001).

ב. פיצול (splitting) – Fairbairn (1952), מתאר בשפתו הצוירית את הפיצול בו נוקט הילד שחווה התעללות הורית, באומרו, כי "עדיף לילד לראות עצמו כחוטא בעולם שנשלט על-ידי ה'לורד הטוב' מאשר קדוש בעולם שנשלט על-ידי השטן". בכדי להתמודד עם הכאב וההשפלה שבפגיעה בו, ועם האימה מפני דמויות המפעילות דחפים הרסניים כלפיו, הילד יתנתק, יכחיש ויבודד עצמו מהרגש המכאיב. הוא ינקוט בפיצול של דמויות הוריו ושל עצמו. הוא יעשה אידיאליזציה להוריו, יזדהה עמם וישמרן כדמויות מיטיבות ואילו את זעמו ישליך על הסביבה וייקח על עצמו את האשם (Burland, 1994; Blizard & Blum, 1994; Price, 1994).

ג. התנהגויות של הרס עצמי (self destructive behavior) – אור־בך (1987), מציין כי העלבון, הפגיעה המכאיבה לגוף ולדימוי העצמי, יחד עם תחושת האובדן של אהבת ההורה יוצרים דימוי עצמי שלילי ההופך לשנאה עצמית. החרדה המתמדת, הדריכות והצורך בהתגוננות מפני התקפה שרירותית גורמים לפגיעה בשיפוט ולערעור פנימי, כך הילד נותר ללא כוחות פנימיים ומקור להישען עליו. במקביל, עלידי חיקוי, יוצרים הילדים הרגלי התייחסות תוקפנית כלפי עצמם וכלפי הזולת. מתוך הפנמת הכעס והתוקפנות של ההורים האלימים, תחושת העליבות הפנימית והרוע שטמון בהם, הילדים יפנו את הזעם כלפי עצמם בדרך של הרס עצמי ואובדנות.

ההרס העצמי הוא גם acting-out של המשאלות התוקפניות של ההורים, דרך להתמודד עם תחושת הריקנות הקשה עלידי גרימת כאב ופגיעות עצמיות, ואולי ניסיון של הילד לבסס לו תחושת שליטה על גופו, נוכח חוסר האונים והתחושה כי גופו חשוף להתעמרות שרירותית (van der Kolk et al., 1991; Rosen, 1991).

ד. הגנות דיסוציאטיביות (dissociative defenses) – Rosenthal (1988), מתאר כי ילדים החווים התעללות ינסו להיות "בלתי נראים" כדרך להגן על עצמם מפני התוקפנות ההורית. הילד יקפא במקומו כמשותק, יתכווץ בחרדה, או ישמור על פנים חסרי הבעה. כך, כשהילד נמצא במצב של עוררות יתר אוטונומית תמידית, עליו להיות שקט וקפוא ולהימנע מכל חשיפה גופנית של הסערה הרגשית המתחוללת בתוכו. Herman (1992), קוראת למצב זה "עוררות קפואה". היא מתארת את עיוות המציאות שילדים אלו נוקטים כאילו וההתעללות לא התרחשה; הילד לומד להתעלם מהכאב העז, לקבור את הזיכרונות באמנזיות מורכבות, לשנות את תחושת הזמן, המקום או האדם. ילדה מוכה אמרה למטפלת שלה: "זה לא אימא שמרביצה לי, את מרביצה לי". הגנות דיסוציאטיביות אופייניות במיוחד בקרב ילדות/נערות שחוו גילוי עריות (Paolucci, Genius & Violato, 2001; Freeman & Morris, 2001). כך אמרה נערה בטיפול: "כשאבא עשה דברים בגופי, הוא לא עשה את זה לי, אני הייתי למעלה, על התקרה, מסתכלת מה עושים לי"

Mrazek & Mrazek (1987), מתארים מנגנונים הישרדותיים שמאמצים ילדים להתמודדות עם המציאות המחרידה כי הוריהם מפעילים את דחפיהם ההרסניים כלפיהם, ומונים הגנות, כמו: הכחשות, השלכות, בידוד ופיצול, הזדהות עם התוקפן.

רגרסיה וכן הדחקה. כדי להתמודד עם הכאב וההשפלה שבפגיעה בהם, הילדים יתנתקו, יכחישו ויבודדו עצמם מהרגש המכאיב. הם יעוותו את החוויות הכואבות על-ידי אמירה "זה לא כל-כך נורא". אך שימוש מסיבי ולאורך זמן בדרכים הגנתיות אלו עלול לפגום בראיית המציאות של הילדים המנסים להצדיק את הרע שנעשה להם ועלולים להאמין "כי הם גרמו לכך"... או, "הם הביאו זאת על עצמם", ולהפכם קהים לרגשותיהם ולרגשות האחרים, ודרוכים תמידית.

הספרות המקצועית מתארת את הנזק ארוך הטווח של שימוש מסיבי בהגנות ראשוניות אלו. מחקרים רבים מתארים את השיעור הגבוה של הפרעות אישיות בקרב ילדים שחוו התעללות.

לסיכום

השפעותיה של התעללות בילדות הן "כדור שלג", ההולך וגדל עם השנים וגורר בעקבותיו תופעות מצטברות הפוגעות בתהליכי גיבוש האישיות ובדפוסי החיים התקינים. בטיפול יש להתייחס לא רק לטראומה הכרונית עצמה, אלא גם לחסכים הרגשיים המצטברים. עיבוד זיכרון הטראומה הוא לא המטרה היחידה בטיפול, אלא יש להתייחס גם לנזק האישיותי והשלכותיו על תפקודו הנפשי העכשווי של המטופל.

Pezot & Peace Pearce (1997). מתייחסים בספרם לאתגר העומד בפני המטפל המתמודד עם המודלים המנטליים של ילדים שחוו התעללות פיזית או מינית; לאור ציפיותיהם לעינות הם יתנהגו כלפי המטפל בדרך שעלולה לעוררו לדחותם או להתעלל בהם.

נראה כי המטרה הטיפולית היא לא "לסגור את הטראומה" דווקא, אלא מתן הזדמנות להרחיב את עולם הדימויים הפנימי של דמויות האחר ולכלול בה גם את המטפל כדמות מיטיבה, כדמות העשויה להיות *secure base*. ההפנמה של הדימוי ההורי תישאר קיימת, על כל זיכרונות ההתעללות, אך במהלך טיפול יש סיכוי להרחבת הראייה של דמויות האחרים גם לדמויות תומכות, מיטיבות ורגישות שניתן להישען עליהן.

גורמים מגנים

במחקרים על גורמי סיכון, התברר כי קיימים גם גורמים מגנים (protective factors) המאזנים במידת מה את נזקי ההתעללות.

עמידות (resiliency) – מתייחסת ליכולת עמידה כנגד גורמי סיכון או ליצירת סביבה המאפשרת עמידה כזו ואשר מסייעת להסתגלות ללחצי חיים כרוניים.

מערכות תמיכה חברתיות – גורמים מקומיים, כמו המשפחה המצומצמת והמשפחה המורחבת, חברים, שירותי קהילה שונים העשויים לסייע לאדם הנמצא בקבוצת סיכון. לדוגמה: תמיכה משפחתית באם צעירה מתבגרת המסייעת לה לקדם את יכולותיה ההוריות.

תמיכה חברתית – התייחסות המובילה פרטים להאמין באנשים שדואגים ומטפלים בהם, שמעריכים אותם ושניתן להישען עליהם בשעת צרה.

מזג (temperament) – מוזכר גם כגורם סיכון, אך בהקשרים שונים הוא יכול לשמש גם כגורם מגן. ילדים עם תכונות אישיות כמו מצב רוח חיובי, ידידותיות המעוררת תגובות חיוביות מחברי משפחה כמו גם מזרים. ילדים פעילים המגיבים חברתית נוטים להפגין יכולת התגוננות במצבי דחק בילדות ובבגרות. ילדים עם מזג נוח יכולים כנראה לגייס ביתר קלות סיוע מתאים ועזרה בהתמודדות מהסביבה שלהם. הבנה זו של משקל הגורמים המגנים עשויה לסייע בזיהוי הפרטים הנמצאים בסיכון גדול יותר, יכולה להרחיב את מאמצי ההתערבות המכוונים כלפי אלו הפחות מוצלחים, וכן יכולה לזהות אלו גורמים מגנים עוזרים ומקדמים עמידות, שהיא מרכיב חיוני לפיתוח תכניות התערבות יעילות (Ososky, Hann & Peeles, 1993).

חשיבות ההתערבות הטיפולית

הילד, גם אם נפגע מהתעללות, הוא חלק ממשפחתו ולהוציא מקרים מעטים, ימשיך לחיות את חייו בקרבה. לכן, ישנה חשיבות רבה לטפל בילד ובמשפחתו ובכך להקטין את הפגיעה בו. תוצאות ההתערבות הטיפולית במשפחות בהן אובחן ילד כנפגע התעללות גבוהות ביותר לפי Reece (1994):

- כ־80%-90% מהמשפחות הצליחו להשתקם בעזרת טיפול.
- בקרב 10%-20% מהמשפחות הושגה יציבות המאפשרת השארת הילד בבית.
- בקרב 2%-3% מהמשפחות היה צורך בהוצאת הילד ממסגרת המשפחה.

בהיעדר התערבות טיפולית במקרי התעללות התוצאות הן:

- 3%-5% מנפגעי התעללות ימצאו את מותם כתוצאה מהתעללות.
- אצל פגים הסיכוי למות כתוצאה מהתעללות גבוה פי 3 מהאחרים.
- 25% מנפגעי התעללות יסבלו מנכות לצמיתות.

לסיכום

הנזקים הנפשיים של ילדים כתוצאה מהתעללות הם בדרך כלל קשים וארוכי טווח.

בקרב ילדים שעברו התעללות ולא טופלו, קיימת שכיחות גבוהה יותר של עבריינות, ניסיונות התאבדות, אלימות כלפי בן הזוג וכלפי ילדיהם וגירושין בשיעור גבוה מהנמצא באוכלוסייה הכללית. מצבי דיכאון, חרדה ואגרסיביות מאפיינים את המבוגרים שעברו התעללות בילדותם.

פרק ב

התעללות פיזית

מבוא

הגדרה - התעללות פיזית

התעללות פיזית מהי?

סימני איתור להתעללות פיזית

נזקי ההתעללות הפיזית

גורמי ההתעללות הפיזית

הגישות לענישה פיזית על-ידיהורים

ענישת ילדים

סיכום

התעללות פיזית בילדים אינה תופעה חדשה והיא קיימת, כפי הנראה, כבר משחר ההיסטוריה. עד לפני כ־25 שנים, גם נזקים פיזיים קשים שנגרמו לילדים על ידי הוריהם לא שימשו עילה חוקית להגנה עליהם, שכן הילד נתפס כרכושו של ההורה, ולהורה הייתה זכות מלאה לחנכו ולגדלו על־פי הבנתו ועל־פי שיטתו, גם אם חינוכו כלל מעשי אלימות בלתי מקובלים.

הפגיעה הגופנית היא, כאמור, הנפוצה ביותר במקרים המאותרים של התעללות בילדים.

התפלגות מעשיי ההתעללות לפי גילים מוערכת באופן הבא:

□ שליש מהנפגעים הם תינוקות עד גיל שנה.

□ שליש מהנפגעים הם ילדים בגילים 1-6.

□ שליש מהנפגעים הם ילדים מעל לגיל 6.

עבודתם של קמפה ועמיתיו (1962), נחשבת אחת הראשונות שחשפה את הנזקים הקשים הנגרמים לילדים עקב התעללות פיזית ואשר תרמה להבאת הנושא לקדמת הבמה הציבורית. מאז ועד היום נעשה מחקר רב בתחומים אלה וידע רב הצטבר, אך ברור שעדיין רב הנסתר על הנגלה, וילדים מוכים רבים אינם מתגלים לעולם. אלה קיימים במודעות רק כנתונים סטטיסטיים יבשים של אחוזי גילוי לעומת אומדני אי-גילוי. ככל שנוסיף ידע ונגדיל את המודעות לנושא, נשפר את יכולתנו לאתר ילדים שנחשפים להתעללות, ונוכל, בעזרת הגורמים הנוספים בקהילה, למנוע הידרדרות או החמרה במצב שהמשפחה נתונה בו. עלינו לזכור, שלא רק ילדים שכבר נפגעו פיזית הם בסיכון ממשי לפגיעות נוספות, אלא גם אחיהם ולמעשה, המשפחה כולה.

התעללות פיזית היא פגיעה חמורה או מתמשכת בילד, מכוונת ולא תאונתית, באמצעות הפעלת כוח פיזי, מכשיר או כלי, הגורמים לחבלות שונות אצל הילד.
אפרת-גוט ובן אריה (2001)

התעללות פיזית מהי?

התנהגות, המהווה "התעללות גופנית", תכלול הפעלת כוח או אמצעי פיזי כלפי גופו של הקורבן במישרין או בעקיפין, ותיעשה באופן ובמידה שעלולים לגרום נזק או סבל פיזי-גופני או נפשי-רגשי, או שניהם.
על היותה של ההתנהגות בעלת פוטנציאל לגרימת נזק או סבל ניתן ללמוד, בין היתר, מסוגו של המגע ומטיבו או מהאמצעי שננקט; ממידת הכוח שהופעל כלפי הקורבן ומעוצמתו; מההקשר ומהנסיבות שבהם הופעלו הכוח או האמצעי הפיזי; מתדירות הפעלתו וממשך הזמן שבהם הוא הופעל; משיטתיות השימוש בכוח או באמצעי הפיזי; מחריגותה של ההתנהגות ומסטייתה מן המקובל בחברה וכיוצא באלה שיקולים (ע"פ 98/4596 פלונית נגד מדינת ישראל).
כפי שהצגנו בפרק "רקע כללי", רמת הסיכון לילד כתוצאה מאלימות פיזית מורכבת מתדירות ההתנהגות האלימה ומחומרת הפגיעה.
התעללות יכולה להיות התאכזרות פיזית קשה גם אם אין היא דרך התנהגות שגרתית, אלא אירוע חד-פעמי, כמו למשל, כווייה על הגוף שנעשתה באמצעות סיגריה דלוקה או באכזריות אחרת, בהטלת פחד ואימה משמעותיים על הקורבן, בהשפלה וביזוי בולטים של הקורבן, כמו למשל: גזיזת שיער ראשה של קטינה תוך הפעלת כוח כדי שלא תשרך את דרכיה הוא מעשה התעללות (דנ"פ 9003/96 פיזנטי נ' מדינת ישראל).



סימני האיתור הם אבני הבוחן לאבחון ילדים נפגעי התעללות או הזנחה. ריכזנו כאן, את הסימנים המרכזיים שיוכלו לעזור באבחון ובאיתור ילדים נפגעי התעללות פיזית. חלק מהסימנים מייחדים רק פגיעה פיזית, אחרים מסמנים גם אפשרויות לפגיעות נוספות, כמו למשל, המסמנים של הופעה חיצונית תקפים כולם, גם להזנחה.

א. הופעה חיצונית*

- הילד מגיע למרפאה מלוכלך, לא רחוץ. במידה ומדובר בתינוק, החיתולים אינם מוחלפים והתופעה חוזרת על עצמה.
- הבגדים והגוף מלוכלכים או מדיפים ריח רע באופן קבוע.
- הבגדים אינם מתאימים לעונות השנה (לא מחממים מספיק בחורף או מחממים מדי בקיץ).

ב. מצב גופני

המצב בו הרופא והאחות עשויים לתרום לאיתור וזיהוי תופעות התעללות באופן מיוחד, מאחר ואצלם הילד נדרש להתפשט לצורך ביצוע בדיקות. לאור האמור היבט זה יוצג בהרחבה.

**קווים מנחים
לקביעת גילן
של חברות:**

- חבורה עד יומיים – החבורה נפוחה ורגישה למגע
- חבורה עד 5 ימים – החבורה אדומה או כחולה
- חבורה מ-5 ימים ועד 7 ימים – החבורה ירוקה
- חבורה מ-7 ימים ועד 10 ימים – החבורה הופכת לצהובה
- חבורה מ-10 ימים ועד 14 ימים – החבורה חומה.

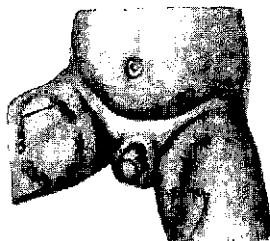
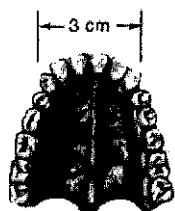
* סימני הופעה חיצונית הם בעיקרם סימנים של הזנחה, אך הם נלווים לעתים קרובות להתעללות גופנית ולכן הם מוזכרים גם כאן. זאת לדעת: חלילה להיסמך על סימנים אלה בלבד כחשד להתעללות פיזית, יש לראות בהם סימנים נלווים, מעוררי חשד.



את הפגיעות הגופניות ניתן לסווג לשבע קטגוריות:

1. סימנים על העור (SKIN TRAUMA)

- א. כתוצאה מהכאה והצלפה** – יש לחשוד בהתעללות כאשר מופיעים סימנים בדגמים שמזכירים את החפץ שגרם לחבלה, כמו: חבל, אבזם חגורה, מקל, סימני אצבעות.
- ב. סימני נשיכות** – סימן נשיכה של אדם מבוגר כולל צורה אופיינית של נשיכה (מרחק גדול משלושה ס"מ בין הלסתות), המופיעה באזורים שהילד אינו יכול להגיע אליהם בכוחות עצמו, כמו בגב, בעורף וכו'.



- ג. שער וקרקפת** – קרחות יופיעו במקרים של תלישת שערות או משיכה המכוונת לפגיע ולהכאיב, במקרה כזה השערות נקרעות באזורים שונים.

ד. פגיעות בפנים

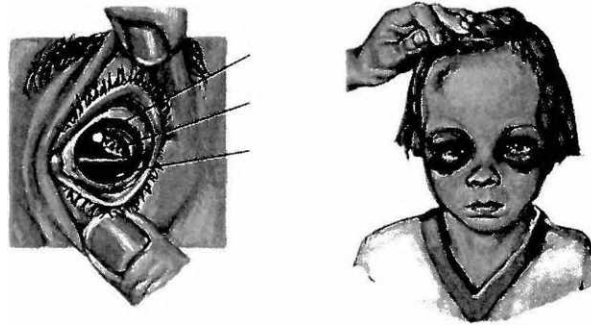
פה – שפה נפוחה ופצועה ושיניים שבורות, פגיעה בחניכיים + קרע של הפרנולום, הנחשב סימן להתעללות, בעיקר אצל ילדים עד גיל שנה (בדרך כלל נגרם כתוצאה מהאכלה חסרת סבלנות או מדחיפה גסה של מוצץ לתוך הפה).

אף – דימומים והמטומות, שבר של מחיצת האף.

אוזן – דימום וקרעים באפרכסת כתוצאה ממכות ישירות לתנוך או משיכה באוזן, קרע של עור התוף, דימומים חוזרים יגרמו לאפרכסת מעוותת בצורת "אוזן כרוביתית". אודם על תנוך האוזן היכול להיגרם ממשיכה או צביטה. סימני דמם.

לחיים – סימני סטירה, טביעת אצבעות או אגרופ על הלחיים.

עיניים – פגיעה בפנים, בעיקר באזור שמסביב לארובת העין ("פנס"), מחשיד בפגיעה תוך עינית, היכולה להתבטא באישון מורחב, בעדשה מוסטת ובדימום בלשכה הקדמית, בקרע של גלגל העין, בדימומים ברשתית ובהיפרדות רשתית.



2. כוויות (BURNS)

כ-9% ממקרי ההתעללות בילדים הם כוויות. כוויות נגרמות באמצעות חפצים לוהטים או עלידי נוזלים חמים. ישנם מספר סוגי כוויות:

א. כוויות באמצעות כלי – מתקבלת צורה של הכלי בו משתמש המתעלל, כמו: מגהץ, כיריים, מזלג, סכין או מכשירים אחרים מלובנים. אלה הם אמצעים שכיחים, ניתנים לזיהוי קל יחסית.

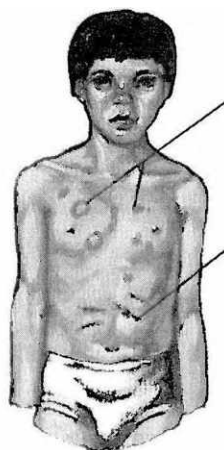
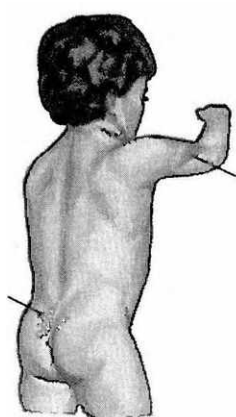
ב. כוויות מסיגריות – בעיקר במקומות שלא צפויות להופיע כתוצאה מתאונה. מופיעות בדרך-כלל בכפות ידיים, רגליים, גב ועכוז. כוויות בחלק הפנימי של ירכיים או זרועות ובאזורים צנועים. כוויות אלה הן עגולות ובגודל אחיד.

ג. כוויית כתוצאה מטבילה בנוזל חם (שמן או מים). כ־28% מהמקרים של כוויית

ילדים במים חמים - מקורם בהתעללות.

כוויית טבילה אופיינית נוצרת כאשר המתעלל מצמיד את הירכיים של הילד לבטן ומכניס את העכוז למים רותחים. כתוצאה מכך, מתקבלת כווייה עגולה באזור העכוז בלבד, ואין פגיעה בירכיים (צורת ענישה שכיחה אצל ילדים בגיל שבו מקנים להם הרגלי ניקיון).

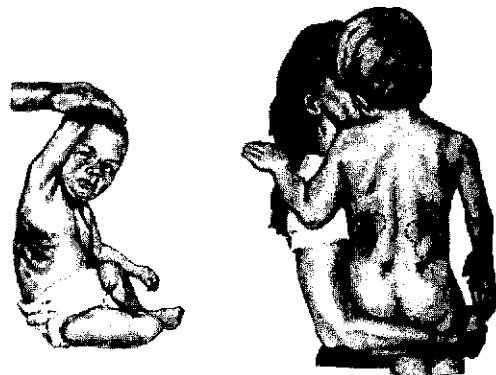
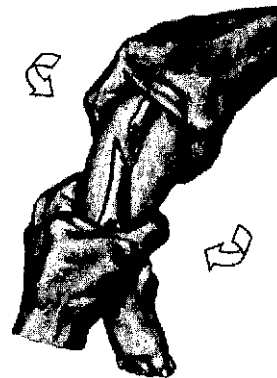
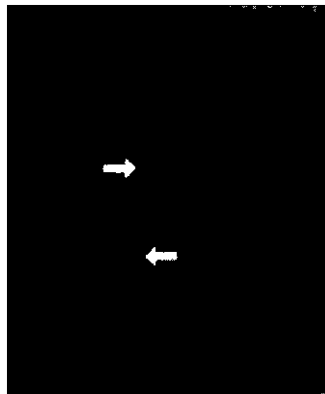
צורת כווייה נוספת היא עליידי הכנסה בכוח של כף יד או כף רגל לנוזל רותח. מתקבלת כווייה בצורת כפפה או גרב.



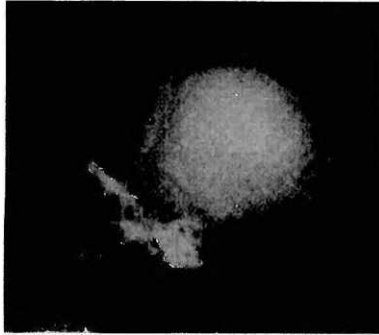
3. נזק בשלד ובשרירים (MUSCULOSKELETAL TRAUMA)

ל-36% מהילדים המזוכים יש שברים. השברים נפוצים בעיקר אצל ילדים מתחת לגיל שלוש. למעלה מ-50% מהשברים המתגלים אצל ילדים מתחת לגיל שנה, סיבתם – התעללות ופגיעה מכוונת (Carty, 1991). מיקום חריג של שבר אצל ילדים (בצלעות, בעצם החזה וכו'), צריך לעורר חשד לפגיעה מכוונת. קיימים מספר שברים אופייניים אצל ילדים מזוכים:

- א. שברים ספירליים – שברים בעצמות הארוכות ובפמור בגיל טרום הליכה.
- ב. שברי סחיטה – מקורם בתפיסת הגפה של הילד בשתי הידיים וסיבובה בכוח. אלו שברים שבדרך כלל לא יקרו בעקבות נפילה או תאונה (סיבוב קטן מ-180 מעלות).



- ג. שבר של המטפיזים (משני קצוות) – נובע מלפיתה ומשיכה של הגפה בכוח. אופייני אצל תינוקות.
- ד. שברים בצלעות – 90% מהשברים המכוונים בצלעות מופיעים אצל ילדים מתחת לגיל שנתיים. השברים בדרך כלל סימטריים.



ה. **שברים סימטריים** – בגולגולת, באף או באזורים אחרים בפנים, בגפיים העליונות והתחתונות.

ו. **שברים כתוצאה מפגיעות "עדינות"**

– אלה הם שברים אשר בדרך כלל קורים כתוצאה מהפעלת כוח על העצם, הגורמת לשברים דו-צדיים.

ז. **שברי "שבבים"** – אלה הם הסימנים

האופייניים ביותר המתגלים בקרב ילדים מזוכים.

Chip Bucket Handle – פגיעות "ידית הדלי", פגיעה במיניסקוס כתוצאה מהפעלת כוח אנכי (אקסילי) או פיתול ברך.

זאת לדעתו!

אצל ילדים מזוכים קיימים לרוב מספר שברים בדרגות שונות של החלמה, המעידים על כך שנגרמו בזמנים שונים.

4. פגיעות באברים פנימיים (VISCERAL TRAUMA)

פגיעות באברים פנימיים באזור הבטן מהוות כ-3% מכלל הפגיעות, והן נפוצות אצל ילדים מגיל 3-36 חודשים.

פגיעה בטנית – פגיעה היכולה לגרום לקרע של הכבד או הטחול וכן גורמת לחסימת מעי, ניקוב המעי או ניקוב שלפוחית השתן. הפגיעה בכבד היא בדרך-כלל בצדו השמאלי, זאת כתוצאה מפגיעה המכוונת למרכז הבטן. התמונה הקלינית: הקאות חוזרות ונשנות והתנפחות הקיבה הן תוצאה של פגיעת בטן חריפה.

שטפי דם בתוך התריסריון היא הפגיעה השכיחה ביותר בקרב ילדים שנפגעו מהתעללות.

חבלות בטן הן הסיבה השנייה

בשכיחותה למוות מהתעללות (Reece,

1994), וזאת משום שהפגיעה בבטן

אינה גלויה, ובהיעדר סימני חבלה

חיצוניים, המאפשרים אבחנה, מצב

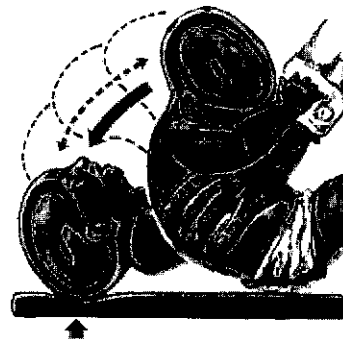
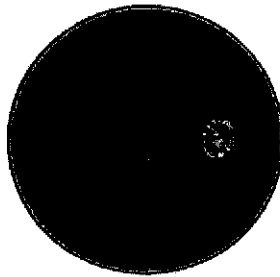
הילד עלול להידרדר במהירות.



5. המטומה סובדורלית (SUBDURAL HEMATOMA)

המטומה סובדורלית היא הסיבה העיקרית למוות של ילדים הסובלים מהתעללות

כ־95% מהמקרים המאובחנים כהמטומה סובדורלית בשנת החיים הראשונה, הם תוצאה של התעללות (Krugman, 1990). לרוב אין פגיעה חיצונית והאבחון מתבסס על סימני פגיעה ברשתית ודימומים במוח. הסיבה השכיחה ביותר לסוג זה של חבלה מקורה בתסמונת התינוק המטולטל (SHAKEN BABY SYNDROME). החבלה נגרמת כתוצאה מטלטול התינוק על־ידי המטפל בו, בדרך-כלל כתגובה לבכי בלתי פוסק.



צורה זו של התעללות מסוכנת ביותר בשל תוצאותיה (Spaide & Swengel, 1990). שלושה סימנים יכולים לבסס אבחנה זו:

1. לתינוק יש סימנים של פגיעה בראש – שטף דם במוח, שטף דם תת עכבישי (SUBARACHNOID HEMATOMA), שברים בגולגולת, מרפס מתוח, הקאות וטשטוש.
2. שטפי דם ברשתית.
3. סימנים נוספים להתעללות, כגון: שברים בצלעות, שברים אופייניים אחרים, סימני לפיתה ברזועות או בכתפיים.

6. חנק והפסקת נשימה (SUFFOCATION AND APNEA)

חבורות או חתכים בצוואר צריכים לעורר חשד להתעללות בילד. לעתים קרובות הגורם הוא חניקה באמצעות חבל, חוט או בידיים, המשאירים סימנים בגודל של קצות

האצבעות. חניקה גורמת לעתים למצב של הפסקת נשימה חוזרת וכיחלון ולא תמיד נמצאים סימני אחיזה בגלל שימוש באמצעים, כמו: כרית, חיתול, שמיכה או דבר אחר.

7. הרעלה (INTOXICATION)

הרעלה פירושה החדרה מכוונת של חומרים רעילים או פגועים לתוך גופו של הילד (Kempe, 1962). קיימים מספר סוגי הרעלות:

1. החדרת סמים.
 2. מתן תרופות שלא לצורך.
 3. בליעה מוגברת של מלח ביחד עם הגבלת השתייה.
 4. שתייה מוגזמת של מים או השקיה בכוח – היפונטרמיה (HYPONATERMIA).
 5. מניעת מים – ציחיון, היפרנטרמיה (HYPERNATERMIC EHYDRATION).
- מניעת מים או השקיה בכוח מביאות לידי שינוי במאזן משק הנוזלים והאלקטרוליטים של הילד וכתוצאה מכך גורמות לפרכוסים ולפגיעה בכליות.

סימנים נוספים

בנוסף לשבעת סוגי הפגיעות הגופניות שפורטו לעיל ראוי לשים לב לסימנים נוספים העשויים לחזק את החשד להתעללות ובעיקר להזנחה.

☐ משקל או גובה נמוכים מהטווח המצופה לגיל הילד כאשר הבדיקה אינה מספקת סיבה ספציפית אחרת.

☐ הילד אינו מקבל חיסונים, תרופות או בדיקות רפואיות נדרשות.

☐ הילד אינו מקבל עזרים רפואיים הנחוצים לו ואין זה נובע מסיבות כלכליות (עזרים, כמו: מכשיר שמיעה, משקפיים, עזרי הליכה וכדומה).

☐ הפרעות שינה חוזרות.

☐ עייפות תמידית.

☐ רעב תמידי.

☐ גפיים רזות במיוחד.

☐ הקאות ושלשולים.

☐ התקררויות תכופות.

☐ תפרחת חיתולים קשה המופיעה בתדירות גבוהה או באופן חוזר אחרי סופי שבוע או חופשות.

התעללות פיזית היא בראש ובראשונה פגיעה וחבלה גופנית העלולה לגרום לנזק גופני בלתי הפיך, לנכות גופנית ואפילו למוות של הנפגע. בצד זאת, להתעללות הפיזית השפעה מכרעת על התפתחותו התקינה של הילד הנפגע.

הנזקים להתפתחות הילד

בצד תוצאות הפגיעה הפיזית ימצאו גם הפרעות בתחומים הקריטיים של התפתחות הילד. ניתן לראות את הפגיעה בילד בארבעה מישורים עיקריים:

1. ההתעללות היא פגיעה פיזית וחבלה גופנית העלולה לגרום לילד נזקים גופניים בלתי הפיכים, אשר לעתים יצריכו טיפול רפואי וסיעודי מתמשך וארוך טווח, יטילו עליו מגבלות פיזיות ויצרו את פיתוח יכולותיו הגופניים.
2. ההתעללות היא טראומה עבור הילד, והוא צריך לפתח כל מיני שיטות כדי להגן על עצמו מפני הכאב הפיזי והרגשי הכרוך בהתעללות. שיטות אלו עלולות להזיק לו בהמשך חייו.
3. ההתעללות היא אירוע או שרשרת אירועים הפוגעים בדימוי העצמי של הילד ומשפיעים על מצבו הרגשי.
4. ההתעללות קובעת איך הילד מפנים את החוויות הבסיסיות שלו עם הורים ואחים, ולהפנמה זו השפעה מכרעת על האופן שבו יקשור הילד קשרים בין-אישיים.

ארבעת מישורי פגיעה אלה יכולים להתקיים אצל קורבן של התעללות לטווח קצר, אך חלק מההשפעות הקשות מלוות את הילד בחיי הבגרות ומהוות פגיעה שקשה מאוד לתקנה.

התעללות בחוויה טראומטית

ילדים שחוו התעללות נוטים ליצור שוב ושוב את החוויה הטראומטית שעברו על ידי "הזמנת" תגובה מתעללת מדמויות בעולמם, כגון הורים, גננות או מורים. הילד יזום התעללות כי הוא מעדיף לשלוט בה, ובלבד שלא תבוא עליו באופן לא צפוי ותתפוס אותו לא מוכן. (לגבי תגובה פוסט טראומטית עיין בפרק "רקע כללי" עמ' 58-63)

בהקשר זה, התבוננות על האינטראקציה שבין הילד לבין אחרים עשויה לספק מידע חיוני לאיתור ילדים שהתעללו בהם. תופעות חוזרות ונשנות בהן הילד "מזמין" שיפגעו בו צריכה להדליק אור אדום אצל איש המקצוע הנמצא בקשר עם הילד.

מכאן, איתות אפשרי להיות הילד קורבן להתעללות פיזית הוא מספר המקרים בהם הוא נפגע פיזית על-ידי אחרים. ככל שמספר המקרים רב יותר, החשד (חשד ולא עובדה) צריך להיות חזק יותר.

ילדים שחוו התעללות פיזית יכולים להתנהג בתוקפנות רבה כלפי ילדים ומבוגרים בסביבתם. בתוך-תוכם הם מרגישים כה קטנים, חלשים וחסרי מגן, ולכן הם מאמצים לעצמם עמדה של כוח ושליטה בניסיון להגן על עצמם מפני ההרגשה שהם כה פגיעים. מכאן, אחד האיתותים להיות הילד קורבן התעללות הוא המספר הרב של מעשי תוקפנות בהם הוא מעורב כלפי ילדים אחרים. ככל שמספר המקרים רב יותר, החשד (חשד ולא עובדה) צריך להיות חזק יותר.

סדזים – אצל ילדים שעברו התעללות פיזית זו תופעה נוספת שמבטאת את ניסיון הילד, שחווה התעללות, להפוך מחלש לבעל שליטה וכוח. נראה אצל ילדים אלה נטייה להתעלל בילדים, לעתים בילדים צעירים מהם וגם בחיות מחמד. הילד חוזר על דפוס זה כי הוא חלק מההרגשה הקיומית שלו. אני מכה משמע אני קיים. הילד מפנים את שני צדי האינטראקציה, הורה-ילד. את הצד של ההורה המכה ואת הצד של הילד המוכה. מכאן, איתות אפשרי להיות הילד קורבן להתעללות פיזית הוא גילוי מקרי התעללות בילדים או בבעלי חיים. ככל שמספר המקרים רב יותר, החשד (חשד ולא עובדה) צריך להיות חזק יותר.

מזוכיזם – התנהגות המתבטאת באלימות הילד כלפי עצמו, כמו: נשיכה עצמית, משיכת שער, חריכת חלקי גוף על ידי סיגריות, וכיוצא בזה. התנהגות הבאה לבטא ניסיון לעבד את חוויית ההתעללות.

מכאן, איתות אפשרי להיות הילד קורבן להתעללות פיזית הוא גילוי מקרים בהם הילד פוגע בעצמו. ככל שמספר המקרים רב יותר, החשד (חשד ולא עובדה) צריך להיות חזק יותר.

חוסר אונים – השפעה נוספת של ההתעללות, קשה לא פחות, היא כאשר הילד לומד שמול הורה מכה כל פעולה שינקוט תהיה חסרת תועלת. במקרה כזה לומד הילד שאין באפשרותו למנוע התרחשות אירועים קשים או לשלוט בהם. הדבר יתבטא בגישה פסיבית במצבים חדשים שבהם ירגיש חסר אונים. מכאן, איתות אפשרי להיות הילד קורבן להתעללות פיזית הוא חשיפת גישה פסיבית למצבים חדשים. ככל שמספר המקרים רב יותר, החשד (חשד ולא עובדה) צריך להיות חזק יותר.

השפעת ההתעללות על הדימוי העצמי והתפתחות דיכאון

קורבנות התעללות פיזית מפתחים דימוי עצמי נמוך, עם נטייה לגינוי עצמי. ניתן להסביר זאת בצלקות הפיזיות והנפשיות שנוצרות באירועי ההתעללות ובהשפלה העצומה הכרוכה בהן. הילד לומד להתייחס לעצמו באותה עוינות וביקורתיות שהוא סופג מההורה המתעלל.

אצל חלק מהילדים האלה ההתנהגות המזוכיסטית, שכבר תוארה לעיל, מבטאת את תחושת הילד שהוא רע ופגום, והוא מפתח שנאה עצמית חזקה. הדימוי העצמי הנמוך של הילד הוא ביטוי לניסיונו לתת משמעות לחוויות הקשות שאותן הוא עובר. "מכים אותי או משפילים אותי כי אני רע. עשיתי משהו מאוד לא טוב וזה מגיע לי". כך גם הילד שומר את דמות ההורה "נקי" ולא אחראי להתעללות, כי למרות החוויה הקשה שהוא עובר חשוב לו להאמין שההורה שלו טוב.

ילדים אלה מרגישים בושה על כך שהם "רעים" וראויים לתגובה מתעללת, וכדי להתגונן מפני הבושה הם מתנהגים לעתים ביהירות, בחוצפה ובביטחון עצמי מופרז, כביכול הם אינם מעזים להודות בטעות שמא יחשפו את הרגשת הקטנות וחוסר הערך שלהם. הדימוי העצמי הנמוך גורם לילדים להסתיר מהסביבה את מעשה ההתעללות: "אם יראו או ידעו שיש לי סימנים של מכות ידעו כמה אני רע". בהסתרת ההתעללות מהסביבה הילדים מנסים בכל הכוח לשמור על דימוי אידיאלי של ההורה, והם נמנעים מביטויי כעס או שנאה כלפיו.

חלק מהילדים מפתחים התנהגויות מתגרות המחייבות עונש או סנקציה. הילד קורא לסביבה להעניש אותו, כאילו העונש החיצוני שהוא מקבל עדיין קל יותר מהעונש שהוא עצמו מרגיש שמגיע לו.

הפגיעה ביכולת ליצור קשרים

חויית ההתעללות משפיעה באופן קשה ועמוק על היכולת של הילד ליצור קשרים עם הזולת. האלימות וחוסר היציבות שמאפיינים את הקשר של הילד המוכה עם הוריו ישפיעו על האופן שבו הוא חווה את העולם בכלל. העולם, בעיניו, הוא מקום עזין ומסוכן, קשה ליצור בו יחסים בטוחים. בעולם כזה יש חשש מתמיד מפני פגיעה ואין שום התקשרות שהיא בטוחה וחופשית ממתח. ביחסיו עם העולם חי הילד בתחושה תמידית של חרדה ואיום.

ילדים רכים שחוו התעללות, הגיבו לאם שעזבה את החדר לכמה דקות בלחץ רב דווקא משום שאין להם ביטחון בסיסי בקשר אתה.

קיימים כמה אופני התנהגות מרכזיים שילד שנפגע מפתח בקשר שלו עם ההורה בפרט ועם העולם, בכלל, כמו התאמה מוגזמת לסביבה מצד אחד והתנגדות אליה מן הצד האחר:

□ הילד מנסה לרסן התנהגויות שאינן מקובלות על ההורה ומנסה להחליפן בהתנהגויות שיש להן סיכוי טוב יותר "להתקבל". זוהי התנהגות שיש בה רווח מצד אחד והפסד גדול מן הצד האחר. הילד לומד למתן מעט את אלימות ההורה, אך הוא גם לומד להסתיר את תחושותיו ורגשותיו ולהתנהג באופן שאינו משקף כלל את מצבו הרגשי. בהמשך הוא מסגל לעצמו התנהגות חברתית זהירה מאוד, מרוסנת מדי. הוא תמיד עסוק בפיצוי אחרים ובדאגה לרווחתם הנפשית, ואילו לכעסו ולתחושותיו האמיתיות אין מקום.

□ ילדים שמתנהגים באופן הפוך: מתנגדים, מתמרדים ונכנסים לעימותים רבים עם סביבתם, מבטאים אולי את כעסיהם ותחושותיהם, אך יש להם סיכוי להוסיף ולהיות קורבנות להתעללות.

דפוס התנהגות נוסף הוא כניעה של הילד, נסיגה והסתגרות בעולמו. הוא פסיבי מאוד. בשקט שלו ניתן לראות ניסיון למנוע פגיעה נוספת ולעתים גם השלמה עם הגורל. ילדים אלה ינסו "לא לעשות גלים", לא להיות מורגשים, הם לא יקשו על הוריהם ועל אנשי המקצוע ולא יבלטו. דווקא משום כך הם בסיכון רב, משום שסביר להניח שכלל לא תוגש להם עזרה, ואם תוגש, היא תהיה מועטה ובדרך כלל גם באיחור רב.

גורמים הקשורים בהורה

נמצא שחלק ניכר מן ההורים המכים היו בילדותם ילדים מוכים. לכאורה נראה הדבר לא מובן. איך זה שהורה מסב לילדו את אותו כאב שממנו סבל בילדותו הוא עצמו? יש לכך כמה סיבות הקשורות למצבו הרגשי של ההורה המכה.

ההורה שחווה התעללות בילדותו היה צריך להמשיך לתפקד וכאילו "להוציא" את חוויית ההתעללות מתודעתו בעת שהתרחשה, כאילו לא היו דברים מעולם. כבוגר הוא זוכר את האירועים, אך לעתים קרובות אין הוא זוכר את הרגשות הקשים שהתלוו אליהם: רגשות של כאב, תרדה, השפלה, כעס וחוסר אונים. הילד שנהפך להורה בינתיים, חי עם אותם רגשות מודחקים. כאשר מצב ההורות מעמיד אותו במצבים קשים (התינוק בוכה שעות ללא הפסקה, הילד שופך מיץ על השטיח, הילד כועס או רוקע ברגליו) הוא אינו יכול "להרגיש", להיות אמפתי לילד כי הוא כאילו "נעל את הדלת" בפני אותם רגשות שבתוכו. הוא אינו ער לפחד, לסבל או לכאב של ילדו. לעומת זאת עומדים בפניו מודלים הוריים של שימוש בכוח ובתוקפנות שאותם הוא הפנים, ובמצבים של חוסר אונים הוא משתמש במודלים אלה משום שהם היחידים המוכרים לו.

לא כל הורה שחווה התעללות כילד נהפך להורה מכה. לעתים, הורים שלא חוו התעללות והזנחה כלל נעשים הורים כאלה. הגורם שמשפיע פעמים רבות על המשך או הפסקת מעגל ההעברה הבין-דורית של התעללות והזנחת ילדים הוא לא ההיסטוריה העובדתית (האם עבר או לא עבר התעללות), אלא החוויה האישית הייחודית של ההורה בהיותו הילד. האם החוויה שלו היא חוויה של כאב, עוינות וסבל או חוויה של חיבה, התחשבות ואמפתיה. כאמור, גם הורים שחוו בילדותם התעללות והזנחה קשה, יש שהם מצליחים להיחלץ מן המעגל הבין-דורי של סבל ומצוקה, אם עמדה לצדם, על אף הקושי והכאב, דמות אחרת, תומכת, אוהדת ואמפתית, כמו מישהו מהמשפחה המורחבת או דמות אחרת משמעותית, כמו: רופא משפחה, אחות, גננת, מורה מנהל בית ספר או מדרך. אם בשנים שקדמו להורות או בתקופת ההורות עצמה קיבלו אותם הורים טיפול, שבו רכשו מודעות ושליטה בעזרת קשר תומך שהיה עבורם חוויה של תיקון, ייתכן שיצליחו להיחלץ ממעגל הסבל והמצוקה שחוו בילדותם.

גורמים הקשורים במשפחה

ההקשר המשפחתי או הזוגי עם תופעת האלימות נגד ילדים משמעותי ביותר: זוגות מסוימים עוקפים את המתחים ביניהם על ידי חבירה משותפת נגד הילד. את העוינות המצטברת ביחסים שלהם הם מפנים אליו. זה יכול להיות מתוך חשש לשלמות הזוגיות ומתוך פחד שלהם מפרידה אפשרית. הילד נהפך לשעיר לעזאזל ש"מסייע" להוריו לשמור על שלמות הנישואין והמשפחה. התמכרות ההורים או אחד מהם לסמים או לאלכוהול מגבירה את הסיכוי להתעללות. מעברים חדים במצב הרוח, קושי בשליטה ובריסון של המכור מהווים רקע לאלימות. גם בן הזוג של ההורה המכור לסמים או לאלכוהול עלול להיות אלים, שכן הנטל הכלכלי, החינוכי והדאגה לרווחת הילדים מוטלים כולם על כתפיו. לעתים קורה שהורה כזה אינו מסוגל לגייס את הכוחות הנדרשים לגידולם ולחינוכם של ילדיו.

גורמים הקשורים בילד

ילדים עם קשיים התפתחותיים, נכות או חולי יכולים להוות נטל גדול - רגשי וכלכלי - על ההורים בייחוד כשיש קשיים נוספים במשפחה. הורים לילדים אלה יכולים להרגיש פגועים מאוד מהחריגות של הילד. הם אינם מצליחים להתמודד עם אכזבתם, הדימוי העצמי שלהם נפגע והתסכול מקשיי היום-יום בגידול הילד יכולים במקרים קיצוניים לגרום לאלימות נגד הילד.

לא רק מוגבלויות פיזיות של הילד עלולות להיות מקור לאלימות. תינוקות עם נטייה לבכי ממושך יכולים להקשות על כל הורה, לא כל שכן על הורים שיש להם קשיים נפשיים או קשיים בריסון עצמי. גם ילדים עם הפרעות קשב וריכוז או היפר-אקטיביות מעלים את רמת המתח במשפחה והם עלולים לסבול יותר מהתעללות פיזית. ישנם גם גורמים הקשורים ביחסי הגומלין בין אישיות ההורה המסוים לבין אישיות הילד. ילד עצמאי ופעלתן יכול להוות איום על אם חרדה, ובאופן דומה, אב שהוא איש פעיל ויוזם עלול להתנכל לבנו הפסיבי והחששן. ככלל, ככל שהאלימות כלפי הילד קשה יותר, הוא יגלה בעיות התנהגות וקשיים נוספים שיביאו את ההורה למצב של חוסר אונים ואף יגבירו את תוקפנותו. כך עלול להיווצר מעגל של אלימות וקושי שעל מנת לצאת ממנו יש לערב את הרשויות המתאימות, כדי שימנעו פגיעה נוספת בילד מצד אחד, וייתנו תמיכה מתאימה למשפחה מצד שני.

גורמים הקשורים בסביבה

נוסף על הגורמים שתוארו לעיל, רקע כלכלי-חברתי קשה הוא גורם משמעותי שיכול להביא לעתים להתעללות פיזית בילד. פיטורים של הורה מעבודה, חיים בדירה צפופה שאינה מאפשרת מרחב אישי מינימלי ויוצרת חיכוך ומתח, עלולים להוות רקע אפשרי ל אלימות.

משפחות במצבי מעבר שונים, כמו מעבר לארץ אחרת הכרוך באובדן של מעמד כלכלי, מעמד מקצועי או מעמד חברתי, נמצאות במצב של פגיעות ועלולות להיות בסיכון לאלימות. קשיי תקשורת עם החברה הקולטת: הקושי לקלוט שפה חדשה, הקושי להסתגל לתרבות שונה ולא מוכרת, הקושי למצוא תעסוקה מתאימה, שינוי חד בדפוסי המשפחתיים, כמו למשל, מגורים עם בני המשפחה המורחבת בעקבות העלייה, יכולים גם הם להוות גורמי לחץ וממילא, מקורות ליצירת אלימות.

ההתלבטות בעניין הלגיטימיות של ענישה גופנית של ילדים בידי הורים אינה מיוחדת רק לישראל, ומתמודדות אתה מדינות רבות אחרות. ניתן למצוא שתי מגמות מרכזיות לסוגיה זו: האחת – מעניקה לגיטימציה ברמה כזו או אחרת לענישה פיזית של ילדים על-ידי הוריהם, והאחרת – השוללת כל סוג או צורה של ענישה פיזית. בתוך ניתן למצוא שילובים שונים בין שתי הגישות.

הגישה המעניקה לגיטימציה לענישה פיזית

גישה זו מקובלת במשפט האנגלי ובמדינות רבות בארצות הברית. מדינות אלה מעניקות להורה הגנה מפני אחריות פלילית, אם העניש את ילדו בעונש גופני "סביר". בגישה זו מושם הדגש על זכויות ההורים וסמכויותיהם. לגישתם – להורים הזכות לגדל את ילדיהם ובכלל זה הזכות והסמכות לנקוט אמצעי משמעת, לרבות ענישה פיזית. על-כן, אם הורה פועל מתוך מניע חינוכי וסבור כי ענישה גופנית היא אמצעי משמעת ראוי, אין להתערב בשיקול-דעתו, כל עוד השימוש בכוח כלפי הילד אינו מופרז ואינו למעלה מהנדרש להשגת המטרה החינוכית. לפי גישה זו, יתרונו של מבחן "סבירות" העונש נעוץ בכך שהוא מספק את הגמישות הנדרשת כדי לבחון נסיבותיו של כל מקרה לגופו. כך, נקבע במשפט המקובל האנגלי עוד בשנת 1860, כי הורה לא יישא באחריות פלילית אם העניש את ילדו בעונש גופני "סביר ומתון". במהלך השנים נקבע בפסיקה האנגלית כי "סבירות" העונש תיבחן לפי כלל נסיבות המקרה, תוך התייחסות לגיל הילד, למצבו הפיזי, לרמת הבגתו ולבגרותו הרגשית. כן תיבחן שיטת הענישה לפי משך הזמן שבו הופעלה והסיבה שבעטייה הופעל הכוח.

כך גם במדינות רבות בארצות-הברית מעניק החוק הגנה המתירה להורים להשתמש בעונשים גופניים "סבירים" למטרות חינוך והטלת משמעת. במדינות

* עיקרי הדברים בפרק זה לקוחים מתוך ע"פ 4596/98 פלונית נגד מדינת ישראל.

אלה נפסק כי בית-המשפט, בשוקלו את "סבירות" העונש שהוטל על הילד, יבחן את אישיותו של הילד; את גילו ואת מינו של הילד; את מצבו הגופני והנפשי; את הנחיצות בהפעלת הכוח ואת עוצמתו. כן נפסק כי עונש גופני שהורה הטיל על ילדו מתוך כעס ואיבוד עשתונות איננו משמש למטרות חינוכיות, ועל-כן לא יפטור את ההורה מפני אחריות פלילית. גם בקנדה קיימת הרשאה להפעיל כוח פיזי לשם תיקון דרכיו וחינוכו של הילד. רשות זו לא קיימת אם מטרת השימוש בכוח הייתה לנטוע פחד בלב הילד או אם ההורה הפעיל כוח כנגד הילד באופן לא מחושב.

הגישה השוללת ענישה פיזית

הגישה השוללת ענישה גופנית כאמצעי חינוך מקובלת במדינות אירופה רבות ובכללן שבדיה, פינלנד, דנמרק, נורבגיה ואוסטריה. במדינות אלה חל איסור על ענישה פיזית כדרך לחינוך ילדים עלידי הוריהם או שהוטלו הגבלות המחמירות מאוד את סמכותם של הורים להעניש את ילדיהם בענישה גופנית. בגישה זו מושם הדגש על זכות הילד לכבוד, לשלמות הגוף ולבריאות הנפש. ענישה גופנית כשיטת חינוך אינה משיגה את מטרותיה, אלא להפך, היא גורמת לנזקים פיזיים ונפשיים לילד, שעלולים להטביע חותמם עליו גם בבגרותו.

הגישה המשפטית כלפי ענישה פיזית בישראל

עד לפני שנים לא רבות הייתה מקובלת בישראל הגישה האנגלית המעניקה בצורה כזו או אחרת לגיטימציה לשימוש בכוח של הורים כלפי ילדיהם (ראה דברי השופט אנגלנדר בע"פ 98/4596 פלוני נגד מדינת ישראל וכן במקורות המוזכרים שם כמו ע"פ 19 (7-53), פקודת נזיקין (נוסח חדש) סעיף 7(24) וכן בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962).

בשנים האחרונות חל מפנה משמעותי בנושא והמגמה במדינת ישראל היא אימוץ הגישה השוללת ענישה פיזית מכל סוג או צורה. תרם לשינוי חקיקת חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, אשר העלה את הדרישה לשמירת כבודו של האדם כערך עליון. חוק יסוד זה מקנה תוקף מחייב לכבוד ולהגנה שעל החברה לספק לחלשים

ולחסרי הישע שבתוכה, וביניהם קטינים הנפלים קורבן לאלימות מצד הוריהם. על זכויותיו של קטין לפי חוק היסוד נאמר מפי הנשיא ברק: "במרכזו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו עומד 'האדם'..... 'באשר הוא אדם'. על כן מוענקות הזכויות לאדם הבגיר ולאדם הקטין" (א' ברק פרשנות במשפט, כרך ג, פרשנות חוקתית [52], עמ' 435).

ואומר השופט כהן (1993) "...ואולם דומני כי בעקבות חוק-היסוד ייטיב המחוקק עשות אם יעיין מחדש בכמה מן ההיתרים המצויים עתה בחוק, שמא רחבים הם יתר על המידה. הדברים אמורים במיוחד לעניין זכותם של הורים ומורים לפגוע בגוף ילדיהם או תלמידיהם במידת הנחיצות הסבירה למען ייטיב (הנפגע) דרכו..... זכות ההגנה על גופו שחוק-היסוד מעניק לכל אדם בגיר, צריכה, קל וחומר, להיות מנת חלקו של הקטין: לא רק משום שזה מסוגל גם בעצמו להגן על גופו וזה אינו מסוגל, אלא משום ששלומם וטובתם של ילדים הוא אחד הערכים הגדולים של המדינה - הן כמדינה יהודית והן כמדינה דמוקרטית".

תפיסה המכירה בזכויות הילד להגנה על שלמות גופו ונפשו, קיבלה את ביטויה המובהק באמנה בדבר זכויות הילד שאושררה בישראל ונכנסה לתוקף ב-2.11.1991. האמנה אוסרת באופן מפורש על שימוש באלימות גופנית או נפשית כלפי ילדים, ומחייבת את המדינות לנקוט אמצעים למניעת אלימות כלפי ילדים.

באימוץ הגישה האוסרת ענישה פיזית לשם חינוך ילדים מצטרפת מדינת ישראל לקבוצת המדינות הנאורות ומקבלת עליה את ההשקפה החינוכית המקובלת כיום, האומרת כי שימוש בכוח למטרות חינוכיות, מחבל בהשגת המטרות החינוכיות. ואומרת השופטת ביניש..."לעניין זה אין חשיבות לגבי חומרתו של העונש הגופני שהופעל כלפי הילד. ככלל, עונש גופני אינו יכול להוות אמצעי לגיטימי בידי מורים, גננות או אנשי חינוך אחרים. תפיסת עולם שגויה בעניין זה מסכנת את שלומם של הילדים, ועלולה לפגוע בערכי היסוד של חברתנו - כבוד האדם ושלמות הגוף".

מכאן שזכויות ההורים לגדל ולחנך את ילדיהם אינן זכויות מוחלטות. יחסיותן מתבטאת בחובת ההורים לדאוג לילד, לטובתו ולזכויותיו בלי לפגוע בו ובטח שלא להתעלל בו.

לעתים קרובות, הורים מכים מסבירים את מעשיהם ברצונם לחנך את הילד ולהקנות לו הרגלים של משמעת וציות. אין ספק שבחברה שלנו יש להורים זכות ואף חובה לעזור לילדיהם לרכוש הרגלי התנהגות תקינים ומשמעת, אך עלינו לבחון מתי ענישה הופכת להתעללות.

קיים ויכוח עד כמה מותר השימוש בעונשים פיזיים ככלי עזר בהקניית הרגלים לילדים ובחינוכם. יש הסוברים שעונש סביר, כמו מכה בישבן, הוא פתרון מתקבל על הדעת, ומצטטים את הפסוק המקראי הידוע: "חושך שבטו שונא בנו", אך מתעלמים מחלקו השני של הפסוק: "ואוהבו שחרו מוסר" (משלי יג, כד). ואומר על כך הרב מונק (תשמ"ה-1984): מלתחילה הדרך הנכונה של אב האוהב את בנו, היא לשחר (להקדים) מוסר לאוזנו (שבט מוסר=תוכחה, הטפת מוסר), וכל זמן שזה יועיל יהיה השבט תלוי על הקיר, שהרי אחרת היה צריך להיות "ואוהבו יפליא מכותיו" שהוא הניגוד ל"חושך שבטו".

במקורות היהודיים נוכל למצוא אמירות רבות המעניקות לגיטימציה להענשה פיזית לצורך חינוך ומשמעת. אם כך, נמצא גם סייגים רבים להענשה פיזית, כמו: שאין להכות את הילד בעת כעס, ועל זה נאמר שכאשר האב כועס הוא יודע שאסור לו לתת מכה מתוך כעס, ואחר שכעסו מתמעט, הוא שוכח מהעניין. אומר הרב אורלוביק (1996): כדי לעלות על הדעת הכאה, ולו הקלה ביותר, אדם צריך לעמוד בשלושה תנאים:

1. לגלות יחס אוהב, חם ויציב, כלפי הילד שלו, כשהילד יודע באופן ברור ביותר שההורה אוהב אותו בכל נימי נפשו.

2. להיות לגמרי רגוע.

3. לשקול ולדעת שזו הדרך המתאימה ביותר להעביר לילד את אי-שביעות רצונו. מסכם הרב אורלוביק ואומר כי בדורנו נמנעים מלהשתמש במכות כאמצעי חינוכי. ההגבלות הרבות שההלכה מורה לנו בעניין הכאה מחייבות אותנו למעשה למצוא דרכי חינוך ללא עונש גופני.

הרב פרימן (1993) אומר, כי רק אם רואים מכלול שלם של מקורות ומקבלים תמונה שלמה, ניתן לראות את הצדק והאמת שבעמדת היהדות. ואכן, כשאנו מסכמים את רוח המקורות עולה תמונה שלפיה הכאה היא עברה והיא מותרת, במקרים יוצאי דופן בלבד, מתוך הכרה שאין מדובר בדרך חינוך אידיאלית אלא בהכרח.

על אף העובדה שאין עדיין הסכמה חברתית רחבה בדבר היחס לענישה גופנית על ידי הורים כמכשיר חינוכי, ועדיין נחוצה בחברתנו "הכשרת לבבות" להכרה בנזקים המידיים וארוכי הטווח של ענישה גופנית, יש השפעה הולכת וגוברת להכרה שענישה פיזית היא פגיעה נפשית בילד (גם אם אין נזק פיזי של ממש). ולכן, הורה הפוגע בפגיעה פיזית בילדו אינו יכול להיחשב כמי שנוהג בהיגיון. התנהגות חריגה מצד הילד, תהיה חומרתה אשר תהיה, אינה יכולה להצדיק פגיעה פיזית או נפשית בילד.

בית המשפט העליון נדרש לנושא ובפסק דין (ע"פ 98 / 4596 פלזניץ נ' מדינת ישראל, ניתן ביום 25.1.2000) מנומק הוא קבע: "...במצב המשפטי, החברתי והחינוכי שבו אנו נתונים, אין להתפשר על חשבון סיכון שלומם ושלמותם של קטינים. אין לסכן את שלמות גופו ונפשו של קטין בענישה גופנית כלשהי, אמת המידה צריכה להיות ברורה וחד-משמעית, והמסר הוא כי אין ענישה גופנית מותרת" ואומרת על כך השופטת בייניש:

ענישה גופנית כלפי ילדים, או השפלתם וביזוי כבודם כשיטת חינוך מצד הוריהם, פסולה היא מכול וכול, והיא שריד לתפיסה חברתית-חינוכית שאבד עליה כל. הילד אינו רכוש הורה; אסור כי ישמש שק אגרוף, שבו יכול ההורה לחבוט כרצונו, כך גם כאשר ההורה מאמין בתום-לב שמפעיל הוא את חובתו וזכותו לחינוך ילדו. הילד תלוי בהורה, זקוק לאהבתו, להגנתו ולמגעו הרך. הפעלת ענישה הגורמת לכאב ולהשפלה אינה תורמת לאישיותו של הילד ולחינוכו, אלא פוגעת היא בזכויותיו כאדם. היא פוגעת בגופו, ברגשותיו, בכבודו ובהתפתחותו התקינה. היא מרחיקה אותנו משאיפתנו לחברה נקיה מאלמות. שימוש מצד הורים בעונשים גופניים או באמצעים המבזים ומשפילים את הילד כשיטת חינוך, הנו אסור בחברתנו כיום.

למען הסר ספק היא גם מרחיבה ואומרת: "אין לקבל את הטענה, כי בקביעה זו יש משום גזרה שאין הציבור יכול לעמוד בה. במצב המשפטי, החברתי והחינוכי שבו אנו נתונים, אין להתפשר על חשבון סיכון שלומם ושלמותם של קטינים. גם יש להביא בחשבון, שאנו חיים בחברה שבה האלימות פושה כנגע; היתר לאלימות "קלה" עלול להתדרדר לאלימות שחומרתה רבה. אין לסכן את שלמות גופו ונפשו של קטין

בענישה גופנית כלשהי; אמת-המידה הראויה צריכה להיות ברורה וחד-משמעית, והמסר הוא כי אין ענישה גופנית מותרת!"

השופטת ביניש מביאה גם סימוכין ממחקרים פסיכולוגיים וחינוכיים המראים כי השימוש בענישה מצד הורים, הגורמת לילדיהם כאב או השפלה, אינו רצוי, ואף עלול להיות מזיק. בית-המשפט אינו יכול ואינו רשאי לעצום עיניו מפני התפתחויות חברתיות ומהלקחים שהופקו ממחקרים חינוכיים ופסיכולוגיים אשר שינו מן הקצה אל הקצה את ההתייחסות לחינוך תוך שימוש באמצעי ענישה גופניים.

מעבר לכך שענישה מכאיבה או משפילה, כשיטת חינוך היא אינה משיגה את מטרותיה באופן אמיתי וגורמת לילד נזקים גופניים ונפשיים, היא מפרה את זכותה הבסיסית של אוכלוסיית הילדים בחברתנו לכבוד ולשלמות הנפש והגוף.

בעת התייחסותנו לתופעת הענישה הפיזית של הורים כלפי ילדיהם עלינו לקחת בחשבון את ההיבט הנורמטיבי של מעמד הילד והתנהגות ההורה כלפיו. ההתייחסות בת-זמננו למעמדו של הילד ולזכויותיו - כך במדינות רבות בעולם וכך גם בישראל בעידן שלאחר חקיקת חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, ובעידן שלאחר הצטרפות ישראל לאמנה בדבר זכויות הילד - קיים איסור על שימוש באלימות גופנית או נפשית כלפי ילדים. כיום ניתן לקבוע, כי בחברה כשלנו הילד הוא אדם אוטונומי, בעל אינטרסים וזכויות עצמאיות משלו ועל החברה מוטלת החובה להגן עליו ועל זכויותיו.

המדובר ללא ספק בפסק דין עקרוני, שבו קבע לראשונה בית המשפט העליון בישראל, באופן מחייב וחד-משמעי, כי להורים אסור להשתמש בענישה גופנית כלפי ילדיהם וכי אין לקבל כל צורה של הכאת ילדים (פלד וקדמן, 2001).

חוסר ההיגיון של ענישה פיזית זועק עוד יותר כאשר מדובר ב"ענישה" של תינוקות בני יומם. פגיעה פיזית "קלה" כמו סטירה בפני תינוק, יכולה לזעזע את כל הגולגולת שלו ואף לגרום נזקים של ממש. מעשה כזה מצד הורה הרואה בו אקט "חינוכי", מבטא הפרעה קשה בתפיסת ההורה, תפיסה שלפיה תינוק כה קטן יכול לעשות משהו בכוונה ויש להענישו על כך. גם טלטול הילד, צביטות, תפיסה או משיכת שערות, גרימת כוויות, זריקת ילד או פגיעה פיזית באיברים הגניטליים, הן פגיעות חמורות במיוחד הנחשבות כהתעללות. אלה פגיעות ששום אמונה דתית, שום השתייכות תרבותית ושום אידיאולוגיה חינוכית אינן יכולות לשמש עילה לקיומן.

כל ענישה פיזית שיכולה להוות פגיעה רגשית בילד, גם כשאינה גורמת לתוצאה פיזית חמורה, אסורה. למשל, החזקת ילד כפוף בתנאי חושך בתור עונש היא פעולה שגם גורמת כאב וגם מסבה השפלה בלתי נסבלת לילד.

התעללות פיזית היא תופעה המתרחשת בכל שכבות החברה: בקרב משפחות משכילות, בקרב משפחות בעלות אמצעים כלכליים וגם בקרב משפחות מרקע דתי או חילוני. ההתעללות היא במידה רבה תוצר של גורמים אישיים, משפחתיים, וסביבתיים. ההתעללות יכולה לקרות לילדים בכל הגילים, לרבות תינוקות בני יומם.

הנזקים של התעללות פיזית הם קשים בטווח הקצר ובטווח הארוך. הנזקים באים לידי ביטוי בפגיעה פיזית עד כדי גרימת נכות ומוות, וגם בפגיעה נפשית העלולה להשפיע על התפתחות הילד ועל המבוגר שהוא עתיד להיות.

הסיכון להתעללות מושפע מגורמים הקשורים בהורה (ברקע של הורים מתעללים רבים ישנה התעללות שחוו בילדות), במשפחה, בילד וכן מגורמים הקשורים בסביבה. נראה שמתחוללת מהפכה משמעותית ביותר בכל הקשור ליחס החברה כלפי ענישה פיזית. מהיתר רחב ועד לאיסור מוחלט. דחיית התופעה על כל צורותיה, ללא פשרות היא ערוכה להטמעת הגישה השוללת כל צורה של הכאה ובוודאי צורות של פגיעה, התעללות והזנחה של ילדים. חשוב לדעת כי ניתן לעזור להורים מתעללים ולילדים שחוו התעללות. ערנות ומוודעות של רופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים לתופעה של פגיעה והתעללות בילדים בתוך המשפחה, וידעת סימני ההתעללות והפגיעה - עשויות לסייע בשתי רמות התערבות:

התערבות מניעתית - חשיפת משפחות בהן קיים פוטנציאל של סיכון להתעללות ופגיעה בילדים עוד בטרם התרחשותה, המצריכה בעיקר הדרכה, הכוונה וסיוע סביבתי הולם.

התערבות פעילה - במקרים של קיום יסוד סביר להניח כי נעברה בקטין עברה, התערבות נמרצת להפסקת הפגיעה בילד במהירות המרבית האפשרית. פעולה הכרוכה בדיווח ועירוב הגורמים הקהילתיים האמונים על כך.

פרק ג

הזנחה

הגדרה

הזנחה מהי?

סוגי ההזנחה

סימני התעללות בגין הזנחה

נזקי ההזנחה

הגורמים להזנחה

רשמים מוטעים של הזנחה

סיכום

מחדל או פעולה מתמשכת של מניעה מהילד את צרכיו, כגון:
הזנה, טיפול רפואי, טיפול מונע, חינוך, וגירויים סביבתיים (קדמן,
1999; לייטנר, 1995 – מתוך אפרת-גוט ובן-אריה, 2001)

ההזנחה היא הצורה הנפוצה ביותר של פגיעה בילדים. שיעור מקרי ההזנחה נאמד בין 30% - 60% מכלל צורות הפגיעה בילדים (תומיסון, 1996). סימוכין נוספים ניתן למצוא אצל אפרת-גוט ובן-אריה (2001), המציגים נתונים השוואתיים אודות תופעת ההתעללות על סוגיה השונים ומצטטים ממחקרם של (Mraovich & Wilson, 1999), שמצאו כי 63% מהמקרים המדווחים לרשויות היו בשל הזנחה, וכן בדיווחי המרכז הלאומי של התעללות והזנחה של ילדים בארה"ב המדווחים על 45% של הזנחה מכלל סוגי ההתעללות (אפרת-גוט ובן-אריה, 2001).

ההזנחה הרסנית להתפתחות הילד במידה שווה להתעללות פיזית ולעתים אף הרסנית יותר. למרות זאת, היא קרובה פחות למודעות הציבור ופחות מאמצים נעשים לאיתורה.

הזנחה היא שרשרת מחדלים הנוגעים לילד או שהיא אי-עשיית פעולות מצד ההורה הנוגעות לילד. ההורה נכשל בטיפול בילד ובסיפוק צרכיו הבסיסיים, דבר המונע מהילד שגשוג פיזי ונפשי. ההזנחה מוכרת פחות לציבור, מכיוון שקשה להגדיר ולזהות מחדל שעיקרו הוא אי-עשייה. קל הרבה יותר לזהות פעולות או מעשים קיצוניים, כמו התעללות פיזית או התעללות מינית. נוסף על כך, חובת ההורה כלפי ילדיו היא תלוית תרבות, ומכאן, הגדרת ההזנחה תלויה גם במוסכמות החברתיות הקיימות בנוגע לשאלה: מהי הורות טובה או מספקת?



אף שההזנחה אינה מצוינת באופן ישיר בתיקון 26 לחוק העונשין, היא נחשבת לעברה פלילית. ולכך מספר סימוכין.

1. בתיקון 26 לחוק העונשין, בהגדרה של המושג "מעשה" נכתב "מעשה לרבות מחדל" שהוא מהות ההזנחה (סעיף 368א(3)).
2. לפי חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 362 – הזנחת ילדים ומושגחים אחרים:

הורה של ילד שלא מלאו לו 14 שנים או מי שאינו מסוגל לדאוג לצורכי חייו (מושגח) וכל המחויב על פי דין או הסכם לדאוג לצורכי חייו של מושגח הנתון להשגחתו, והוא אינו מספק מזון, לבוש, צורכי לינה, וצורכי חיים חיוניים אחרים במידה הדרושה לשמירת שלומו ובריאותו, דינו – מאסר שלוש שנים.

וכן לגבי נטישה שהיא צורה ספציפית של הזנחה, סעיף 361

הנוטש או משאיר, שלא כדין, ילד שלא מלאו לו שנתיים ובכך מסכן את חיי הילד או פוגע בו או עלול לפגוע פגיעה מתמדת בבריאותו, דינו - מאסר חמש שנים.

המחוקק מתייחס בהרחבה לעניין ההזנחה בחוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960. שם נקבע מפורשות כי קטין נכנס להגדרת נזקק אם האחראי על הקטין מזניח את הטיפול בו או ההשגחה עליו, או אם אינו מסוגל לטפל בו או להשגיח עליו. אמנם לפי חוק זה אין רואים בהזנחה המבוצעת על-ידי ההורה מעשה פלילי, אך רואים בו מצב המחייב את החברה להתערב. ולפעול להבטחת טובת הקטין ואפילו עד כדי הוצאות הקטין ממשמורת ההורה.

עניין זה מקבל גם ביטוי עקיף על-ידי בית המשפט העליון בשבתו כבית משפט לערעורים פליליים (ע"פ 98/4596 פלונית נ' מדינת ישראל) בדברי השופט דורית בייניש:

"ההתעללות הגופנית יכולה להתבצע על-ידי מעשה אקטיבי, אולם יכולה היא לשאת אופי של מחדל – כך, למשל, ניתן לתאר מצב שבו הרעבה או הזנחה

יגיעו לכדי התעללות גופנית". בית המשפט העליון קבע שההזנחה היא צורה של התעללות פיזית הנושאת בעיקרה אופי של מחדל שהוא ביטוי לאי-עשייה מצופה.

להזנחה יש השלכות חברתיות: ילדים שמופקרים שעות רבות לבדם באין משגיח, פגיעים יותר לתאונות גם בתוך ביתם וגם מחוצה לו. כשהם משוטטים לבדם הם חשופים לזרים העלולים לנצל את מצבם לרעה. ילדים, ובייחוד בני נוער מוזנחים, עלולים להידרדר לשימוש בסמים, לזנות או לעבריינות.

הזנחה קשורה בדרך כלל גם לסוגים נוספים של פגיעה או התעללות בילדים. במחקר באנגליה נתגלה כי כשליש מהילדים שהוגדרו כסובלים מהזנחה, סבלו גם מהתעללות פיזית ובחמישית מן המקרים שסווגו כמקרי התעללות הייתה גם בעיה של הזנחה. אצל ילדים שסבלו מהתעללות מינית נמצא כי ברוב המקרים הייתה קיימת גם בעיה של הזנחה.

הזנחה היא לעתים קרובות קצה הקרחון של קשיים נוספים במשפחה ובסביבת הילד. למשל: האחות מדווחת על ילד שלא מגיע לקבל חיסונים, זאת ללא הסבר או סיבה (החשש הוא הזנחה טיפולית). חקירת המקרה יכולה לחשוף ששום אח במשפחה לא קיבל זריקות כנדרש. עירובם של גורמי הרווחה יכול להעלות תמונה עגומה של משפחה שהעבירה את ילדיה ממרפאה אחת לאחרת, או מרופא אחד לרופא אחר, או מקופת חולים אחת לאחרת עקב התערבות המערכת בגלל חשד להזנחה. המשפחה עושה פעולות אלה כדי להימנע מקשר עם הרשויות ומתוך מחשבה כי הקשר הרופף עם הרופא החדש, ימנע את חשיפתם.

ההזנחה, כמו שאר סוגי ההתעללות, קיימת בכל שכבות האוכלוסייה, אצל אנשים מכל קשת הגוונים החברתית, אך היא נפוצה יותר מכל צורת התעללות אחרת בקרב משפחות עניות. לא תמיד העוני עצמו הוא שגורם להזנחה, אלא העוני הוא תוצר של הזנחה בדור או בדורות הקודמים: ההורים, עקב הזנחה שסבלו ממנה בילדותם עלולים לסבול מקשיים ומיכולת כללית נמוכה העושה אותם בלתי כשירים למלא אחר הצרכים הבסיסיים של ילדיהם.

יש להבחין בין מקרים שיש להם אופי כרוני – מתמשך, לבין מקרים אחרים. עזרה ותמיכה שיוגשו למשפחה שבה האב מובטל ומתקשה לפרנס את משפחתו ולספק

את צרכיה הבסיסיים, יכולות לשפר את המצב בתוך חודשים ספורים. העזרה שזקוקות לה משפחות שבהן ההזנחה היא כרונית וקשה היא אינטנסיבית וארוכת טווח. על אף הנזקים החמורים להתפתחותם של ילדים בשל הזנחה, היא נדחקה לתחתית סדר העדיפויות החברתי. יש לכך כמה סיבות אפשריות:

א. שונות תרבותית וחברתית באוכלוסייה לגבי הורות תקינה – שונות זו מעוררת אי-נוחות בקרב איש המקצוע. קיימת תמימות דעים שיש לקחת בחשבון את השונות התרבותית ולא לשפוט קבוצת אוכלוסייה מתרבות אחת בהשוואה לקבוצת אוכלוסייה מתרבות אחרת. תופעות הנראות חריגות ולא רצויות בתרבות אחת מתקבלות כדומיננטיות בתרבות אחרת. כך גם לגבי הגדרת התופעה של הזנחה: "מי אני שאשפוט את ההורים האלה על כך שבתם בת שש משגיחה על ארבעה אחים קטנים? מי אני שאשפוט כמה גירוי רגשי או אינטלקטואלי צריך ילד כדי להתפתח?".

ב. העוני – גורם נוסף שמעכב התייחסות לתופעה הוא ככל הנראה העוני העומד מאחורי מקרי הזנחה רבים. האם מצב ההזנחה נוצר בגלל בעיות בתפקוד ההורים או שמא העוני הוא האחראי למצב זה. לעתים מתעוררת הרגשה לא נוחה שבהתייחסות להזנחה יש היטפלות למשפחות העניות ולו מהסיבה שהן חשופות יותר לעין הבוחנת של אנשי המקצוע. ברור שהעוני מחריף את הבעיה והוא מעלה את רמת הפגיעות של המשפחה מבחינה חברתית ופסיכולוגית.

רבים מההורים אינם מצליחים להחזיק מעמד. הם צריכים להשקיע כוחות אדירים בהישרדות והנה באים אנשים ממרום מושבם המקצועי ומייחסים להם, נוסף על הקשיים האחרים, גם האשמה של הזנחה. קיימות גם קבוצות אוכלוסייה רחבות הנכנסות לקטגוריה של אוכלוסייה ענייה, כמו האוכלוסייה החרדית בישראל, שילדיה זוכים לטיפול ולדאגה נאותים.



קיימים כמה סוגים של הזנחה: הזנחה פיזית, הפקרה והיעדר פיקוח, הזנחה רפואית, הזנחה חינוכית והזנחה רגשית.

הזנחה פיזית – אי-דאגה לצרכיו הפיזיים הבסיסיים של הילד, כמו אוכל, ביגוד וניקיון או היעדר התייחסות למפגעי בטיחות בבית המגורים העלולים לסכן את הילד.

הפקרה והיעדר פיקוח – עזיבת ילד בלי לדאוג לפיקוח או לטיפול מתאימים; עזיבת ילד ברשות אנשים שאינם מתאימים לכך; הימנעות מחיפוש ילד שנעלם או ברח וכן אי-קבלת ילד שחזר אחרי היעלמות או בריחה (בסוג זה נכללים מקרים בהם מושאר ילד צעיר שאינו בשל לכך בתפקיד שמרטף של אחיו הקטן ממנו).

ההזנחה כאן עלולה להגיע עד כדי נטישת ילד במקום ציבורי או במקום אחר.

הזנחה רפואית – סוג הזנחה זה קיים כשהילד זקוק לטיפול רפואי, לרבות טיפול פסיכיאטרי או דנטלי, וההורה, או שאינו דואג שהילד יגיע אל איש המקצוע, או אינו דואג לקיים טיפול שכבר הוצע. אי-דאגה לקבלת חיסונים, לבדיקה או לאשפוז, חוסר התייחסות הולמת לבעיות רפואיות, כמו: דלקות עיניים, אוזניים ואחרות, החוזרות בתדירות גבוהה עלולות להיות תוצאה של הזנחה רפואית. חוסר התייחסות לאמצעים רפואיים, כמו מכשיר שמיעה, משקפיים, וכיוצא בזה. לגבי חיסונים, נושא העולה לעתים בדיונים ציבוריים, יש לציין כי כיום ישנם הורים המתנגדים במודע לחיסונים ולפעמים אף נתמכים ברופאים בעלי גישה דומה. כך הנושא מקבל אופי ערכי ולא תמיד ניתן לשכנע את ההורים בחשיבות החיסון והסכנה הצפויה לילד במידה ולא יקבלו.

קטגוריה רפואית בפני עצמה, של הזנחה, היא ילדים המשתמשים בסמים או באלכוהול בדרגות שונות: משימוש ארעי ומזדמן ועד להתמכרות. בתקופתנו, ילדים רבים, כבר בגילים צעירים, נחשפים לשימוש בסמים ובאלכוהול. לעתים מתוך משובת נעורים ולעתים מתוך כך שהם מוזנחים, ללא השגחה של הורים, וחשופים להשפעות סביבתיות שליליות. בידי הרופא והאחות הכלים לאתר סוג זה של התנהגות, כמו באמצעות סימנים חיצוניים או באמצעות בדיקות מעבדה. הכחשת ההורים את המצב או קבלתו כדבר טבעי עלולות להוות ביטוי של הזנחה.

הזנחת בעיות רפואיות יכולה להיגרם בגלל חוסר ידיעה, בורות או אי-הבנה, או בגלל

קשיים כלכליים למימון העזרה הרפואית. סיבה לדאגה תתעורר אם ניתן הסבר להורים לגבי נחיצות הטיפול ועדיין אין שיתוף פעולה, או כשהיעדר טיפול יכול לגרום לבעיה רפואית גדולה אצל הילד. לצד הסובלנות להבדלים התרבותיים גם בתחום זה, חשוב לזכור, ששום אמונה אישית או דתית אינה משחררת את ההורה מחובת הדאגה למילוי הצרכים הרפואיים של ילדיו.

איתור ההזנחה הוא אתגר לאנשי המקצוע בתחום שירותי הבריאות. דווקא רופאים ואחיות יכולים לאתר הזנחה, יותר מעובדים אחרים. הנסיבות בהן הם נפגשים עם הילדים מאפשרים התבוננות מקפת עליהם וגילוי סימנים של הזנחה.

הזנחה רגשית – חוסר התייחסות לצרכיו הרגשיים של הילד: היעדר חום, היעדר תמיכה, אין התייחסות חיובית והבעת אמון בכוחות הילד. התעללות בנזוג לעיני הילד, עידוד או מתן רשות לצריכת אלכוהול או סמים או עידוד למעשי עבריינות, סירוב לאפשר לילד קבלת טיפול נפשי גם כשהוא זקוק לכך ביותר, או חוסר התייחסות לשינוי משמעותי במצבו הרגשי של הילד (ראה פירוט נושא זה בפרק על התעללות רגשית).

הזנחה חינוכית – חוסר דאגה ללימודי הילד, לתפקודו במסגרות חינוכיות, התעלמות מאי ביקור סדיר בבית הספר, היעדרות הילד מהמסגרת החינוכית לפרקי זמן ממושכים או חוסר טיפול בהשמת ילד במסגרת חינוכית. היעדר דאגה לגירויים ולהתפתחות קוגניטיבית, היעדר התייחסות לצורכי חינוך בלתי פורמליים, היעדר שמירה על כללי התנהגות וגבולות. לעתים ההזנחה החינוכית נושאת אופי אקטיבי כאשר ההורים מונעים מהילד הליכה למסגרת החינוכית ומנצלים את הילד לביצוע עבודות בית ולעתים אף הוצאתו למעגל העבודה.

הזנחה מוסרית – חשיפת הילד לסביבה ולאווירה בה מתקיימת דרך חיים לא מוסרית ועבריינית, כמו למשל: זנות, שימוש בסמים, סרסרות, גניבות וכדומה. לעתים הילד נמצא בסביבה כזו באופן פסיבי ולעתים הוא נדרש להשתתפות בפועל. לעתים הוא מנוצל על-ידי הוריו ולעתים על-ידי אחרים בידיעה או בהסכמה של הוריו.



סימנים חיצוניים

- הופעה מרושלת.
- לא נקי ולא מסודר.
- בגדים מלוכלכים.
- בגדים שאינם מתאימים לעונה.
- חיוורון.
- הבעת פנים עמומה, חוסר תגובה.

מצב גופני

- מצב היגייני ירוד.
- משקל ירוד, גובה ירוד. יש ילדים שיהיו דווקא שמנים שכן הם מפצים עצמם בזלילה כתגובה להזנחה.
- פצעים רבים.
- התייבשות.
- הזנה לקויה - מרבים להתלונן על רעב.
- בעיות רפואיות בלתי מטופלות.
- אי קבלת חיסונים.
- בטן תפוחה.
- עכוזים מדולדלים.
- מצבי חולי שכיחים.
- אי שימוש במכשירים ואמצעי עזר רפואיים, כמו: משקפיים, מכשיר שמיעה ועוד.
- שיניים לא מטופלות באופן קיצוני.
- מדיפים ריח רע.

מאפיינים התנהגותיים

- בקשות מזון.
- גניבות ובכלל זה גניבת מזון.
- שוטטות.
- התמכרות לשתיית אלכוהול.
- שימוש בסמים.
- מתקשים ליצור קשר עם מבוגרים.
- מעורבות באירועים עבריינים.
- התבטאויות בדבר רצון להתאבד או ביצוע ניסיונות התאבדות.
- אדישות וחוסר עניין בלימודים.
- שפה דלה.

תינוקות מוזנחים מתקשים ביצירת קשר בטוח עם ההורה או עם כל מי שמטפל בהם. זאת מפני שקשר עם הדמות המשמעותית לילד – ההורה – מאופיין בעוינות, בדחייה, באי־התייחסות או בחוסר עקביות.

תינוקות עלולים להגיע למצב של "היעדר שגשוג" בגלל בעיה אורגנית, אך גם בגלל הזנחה פיזית ורגשית. היעדר שגשוג מתבטא בתת-משקל, בגובה שאינו תואם את גילו הביולוגי של התינוק, בהתפתחות מוטורית וכללית נמוכה בהרבה מהמצופה לגילו, בלחיים שקועות ובפנים חסרות הבעה.

לבני השנתיים המוזנחים יש קושי בהתמודדות, הם מגלים תסכול, כעס, ובהמשך רואים אצלם גם דימוי עצמי נמוך, קושי בשליטה על הדחפים, וביטוי של רגשות שליליים בעוצמה גדולה. כשנותנים להם לפתור בעיה פשוטה, כמו לחפש צעצוע שנעלם או חפץ שהגישה אליו חסומה, הם מראים יצירתיות נמוכה ביותר בחיפוש אחר פתרון. רמת הריכוז שלהם נמוכה ביותר ודעתם מוסחת בקלות. לרוב, כשהם גדלים, הם אינם מראים התלהבות מניסיון הסביבה ללמד אותם משהו חדש והקשרים שלהם עם בני גילם מעטים מאוד ביחס לילדים רגילים.

גם כשהם גדלים רואים אצל הילדים המוזנחים קשר מבולבל, חרד ולא בטוח עם ההורה. הם למדו שהם לא יעילים בהשגת שיתוף פעולה ומענה אימהי. לעתים מתפתח עקב כך דפוס תלותי מלווה בחרדה מתמדת שדמות ההורה תתרחק ותאבד.

מחקרים מראים שילדים אלה חשים עצובים, בודדים, "רעים" ואשמים, והדימוי העצמי שלהם נמוך. בקשרים עם בני גילם, ילדים מוזנחים הם פסיביים או נוטים לפעילות יתר, ולכן הם נדחים לעתים על ידי בני גילם.

ההזנחה שהם חוו פיתחה אצלם תחושה שהם מיותרים, לא אהובים ולא רצויים. הם כמיהים לביטחון, אך הם חסרי ניסיון ביצירת קשרים על בסיס של הדדיות, וכך הם עלולים למצוא עצמם שוב ושוב בלתי מסופקים, בודדים ודחויים.

כאב ההזנחה המתמשכת גורם לילדים מוזנחים להתנתק רגשית מהמציאות. חלקם בורחים לעולם הדמיון שבו הם מנסים ל"ארגן לעצמם מחדש" את חווייתיהם הקשות על ידי סיפורים אלטרנטיביים מנחמים. למשל, ילדה שסבלה מהזנחה קשה ביותר,

בדתה סיפור על אם שמגיעה לעתים קבועות למעון, מפנקת אותה ומעניקה לה מתנות לרוב. במציאות התנתקה האם מהילדה לחלוטין. מבחינה לימודית, יש לילדים מוזנחים רבים מוטיבציה נמוכה, הם מגלים אדישות לגבי נושאי למידה חדשים ובמקרים רבים הם חסרי מעורבות או יוזמה. ילדים אלה מגלים תלות רבה במורה לעומת ילדים אחרים. לילדים מוזנחים רבים יש בעיות התנהגות. הם נעדרים הרבה מבית הספר באין פיקוח הולם של ההורים. אצל מתבגרים מוזנחים יש נטייה לעבריינות ולפשיעה, שימוש בסמים, זנות, ואחוז גבוה של ניסיונות התאבדות. ילדים מוזנחים מכל הגילים יכולים להיראות לעתים קרובות ברמה שכלית גבולית, גם אם בפועל אין הדבר כך. מזקי ההזנחה בטווח הארוך הם קשים וחמורים ועלולים לבוא לכלל ביטוי אצל בני הדור הבא של אנשים שהוזנחו בילדותם, ובכך להנציח את התופעה ולהופכה לתופעה בין־דורית.



גורמים הקשורים בהורה

להורים רבים המזניחים את ילדיהם יש עבר אישי של הזנחה, בית לא יציב או יחס של עוינות בסביבתם הקרובה. הם בונים את יחסי הנישואין שלהם באופן בלתי יציב ולמעשה, משחזרים עם ילדיהם את דפוס היחסים שחוו עם הוריהם. חוקרים מניחים שאישיותו של ההורה היא מרכיב דומיננטי של איכות ההורות, שכן משאביו הפנימיים של היחיד ישפיעו גם על בחירת השותף לחיים, על איכות הקשר אתו ועל מידת התמיכה החברתית שאותה הוא יכול לקבל. יציבותם הנפשית של ההורים היא תכונה מכרעת. אם לקה ההורה בחסך רגשי קשה בילדותו, ולא הייתה לו הזדמנות לקשור קשר טוב ובטוח בסביבתו הקרובה, או שלא הייתה לו הזדמנות לשפר את תחושותיו הקשות כלפי החוויות האלה מחוץ למסגרת המשפחה (על ידי דמויות אחרות תומכות, כמו: גננת, מורה, מדריך או שכן שגילה אכפתיות או על ידי חוויה טיפולית מתקנת), הוא עלול להתקשות להעניק לילדיו קשר חם, בטוח, רציף ועקבי. כך נוצר דפוס חוזר של הזנחה בתוך המשפחה בדור שני ובדור שלישי וכן הלאה.

לאימהות רבות המזניחות את ילדיהן יש כמה אפיונים משותפים:

- קושי בשליטה על הדחפים שלהן.
- נטייה לאדישות.
- נטייה לדיכאון.
- לעתים יש בעיות של פיגור או פיגור גבולי.
- בעיות של הפרעות אישיות קשות, ולעתים אף מחלת נפש עם פסיכوزה (אובדן הקשר עם המציאות).
- התמכרות לסמים או לאלכוהול.
- חוסר בשלות רגשית.
- קושי בהכרת צרכיו של האחר או קושי בהשקעה רגשית ארוכת טווח בילדיהן ובבני זוגן.
- ציפיות בלתי מציאותיות מילדיהם כלומר, אין להן הגמישות הנחוצה להבין שציפיות מילדים צריכות להיות מותאמות לגילם הביולוגי.

הורים שעסוקים באופן בלעדי בעצמם, בקריירה שלהם ובשאיפותיהם האישיות, בצד דלות השקעתם הרגשית כהורים, עלולים לגרום להזנחת ילדיהם. אף שלילדים יש, לכאורה, סביבה פיזית מושקעת או נאותה עקב רווחה כלכלית של המשפחה, הילד למעשה עזוב ונמצא לבדו שעות רבות, ללא השגחה וללא התעניינות אמיתית בצרכיו או ברגשותיו. במצב זה הוא נחשף לסכנות באין מבוגר זמין שנמצא בסביבה ושומר עליו. הזנחה יכולה להיות גם תוצאה של חשיבה אידיאולוגית או של אימוץ גישות חינוכיות קיצוניות בלי קשר למצב כלכלי. ביטוי לכך הוא ליברליזם קיצוני או מתן חופש ועצמאות בלתי מוגבלים לילד שאינו כשיר לכך מבחינת גילו (למשל, העברת האחריות על הכנת הארוחות אל הילד, העברת האחריות על זמני יציאה מהבית וחזרה אל הבית).

הזנחה יכולה להתפתח גם בשל אמונה דתית או אידיאולוגיה קיצונית. ההורה אינו מאפשר לילדיו לקבל חיסונים, תרופות או כל טיפול רפואי (לרבות ניתוח) מתוך אמונה או אידיאולוגיה השוללת התערבות "לא טבעית". הזנחה כזאת יכולה לסכן ילדים בסביבות רפואיים קשים עד מוות גם בעקבות מחלות שניתנות לטיפול פשוט ויעיל. כך קרה, רק לאחרונה, שילד נפטר מדלקת ריאות בגין אי הסכמה עקרונית של ההורים לקבל טיפול רפואי (קוצ'יק-לביא, 2000).

גורמים הקשורים בילד

קשה לזהות באופן חד-משמעי מאפיינים של ילדים הגורמים להיווצרות הזנחה. יש הטוענים שילדים עם נכויות או עם קשיי התנהגות נמצאים בסיכון גבוה יותר להזנחה. כיום ברור שבגלל ההזנחה הילדים עלולים לפתח תופעות התנהגותיות שאף יגבירו את ההזנחה הקיימת. לדוגמה, אימהות מזניחות מספקות מעט גירויים לילדיהן התינוקות והן מגיבות לאיתותים מעטים שלהם. התינוק בתגובה מראה התייחסות מעטה לסביבה, הוא מגלה אדישות וכך גדלה אי-התייחסותה של האם אליו. ניתן להבחין ב"מעגל קסמים" המזין את עצמו. ילד "חריג" מביא, שלא באשמתו, לדחייתו, הדחייה מחזקת את הדפוסים בגינה הוא נדחה וכך חוזר חלילה (קוצ'יק-לביא, 2000).

גורמים הקשורים במשפחה

מצב המערכת המשפחתית משפיע מאוד על הסיכוי להזנחה. משפחות, בהן ההורים שקועים בפיתוח קריירה מקצועית ונעדרים עקב כך במרבית שעות היום, וכאשר מגיעים הביתה או שהם תשושים או שהם ממשיכים את העבודה בבית, עלולים להזניח את הילדים ה"מפריעים". משפחות, בהן ההורים "קונים" את הילדים במתנות, אך לא מתפנים נפשית להיות עם ילדיהם. משפחות השקועות במלחמת הישרדות בגין מצב כלכלי קשה, חולי או נכות של הורה, מריבות וסכסוכים בין ההורים, יש ולא נשארים להן כוחות נפש להיות עם ילדיהם. ילדים מוזנחים באים גם ממשפחות חד-הוריות. היעדר אב משמעו, לעתים קרובות, הכנסה קטנה יותר ופחות משאבים זמינים למילוי צרכי הילדים כאשר ההורה, בדרך כלל האם, "נקרעת" בין התפקידים הרבים אותם היא צריכה למלא בכוחות עצמה, ללא כל סיוע מבן זוג שאינו קיים.

במשפחות בהן הילדים מוזנחים, נמצאו חוסר רציפות וחוסר עקביות בהתנהגות ההורים לילדיהם. גם כשננקטות יוזמות חינוכיות, כמו הקניית הרגלי משמעת לילד או הקניית הרגלים אחרים, אין ההורים עוקבים או בודקים עד כמה נקלט המסר שלהם. ההורה עלול להגיב בעונש חריף או בחוסר התייחסות מוחלט על אותו מעשה עצמו בנקודות זמן שונות, וכך אין לילד דרך לנבא או לצפות את אופן תגובתם של הוריו (קוצ'ק-לביא, 2000).

גורמים הקשורים בסביבה

היעדר רשת תמיכה חברתית

המשפחה המורחבת, שכנים, מכרים או גורמים בקהילה הרחבה משמשים מערכת תמיכה למשפחות רבות. תמיכה זו מהסביבה עוזרת למשפחה להתמודד עם קשיי היום-יום. נמצא כי במשפחות המזניחות את ילדיהן חסרות להורים תמיכה ועזרה כאלה. גם כאשר יש להורים המזניחים קשרים עם בני משפחותיהם או עם מכרים, הם חשים שקשרים אלה אינם קשרים תומכים. הקשרים יכולים להיות תכופים ואפילו אינטנסיביים, אך לא תומכים. לעתים קרובות, ההורים אף זוכים למנת ביקורת גדולה על התנהגותם במקום התמיכה והאהדה שהם זקוקים לה. במקרים רבים זמינותם של משאבים תומכים בקהילה נמוכה. אנו נמצא מעט

משפחות המזניחות את ילדיהן במתנ"ס השכונתי או במגרש המשחקים של הגן הציבורי. השכנים מתנכרים או מתרחקים מהמשפחות והן מבודדות.

עוני ואבטלה

גורמי לחץ אחרים יכולים להיות עוני ואבטלה היוצרים קשיים כלכליים ופסיכולוגיים, ונטייה לחולי המחלישים את היכולות של המשפחה להתמודד עם מצוקותיה. הלחץ והקשיים האובייקטיביים יוצרים מצב שבו אין להורים משאבים נפשיים על-מנת לטפל בילד והם משאירים אותו מוזנח ועזוב.

סביבה עבריינית

נמצא כי סביבה עבריינית, קיום תופעות של אלימות ובריונות, זנות וסמים מרפים את ידי ההורים, מביאים אותם לגישה פטליסטית ולא אמונה בכוחם לשנות את מציאות חייהם. כתוצאה מכך הם מזניחים את ילדיהם ופוגעים בסיכוייהם להיחלץ מהמצב. ניסיונות היחלצות כושלים מחמירים את תחושת אין האונות ומגבירים את הסיכוי להנצחת המצב גם בדורות הבאים.

רשמים מוטעים של הזנחה

אנשי מקצוע רבים העוסקים בתחום ההזנחה טוענים שקיימים כמה גורמים היוצרים בעיני המתבונן רושם של הזנחה למרות שלא כך הוא המצב. רושם זה יש לבדוק היטב משום שהוא מושפע מגורמים סביבתיים, או ממצב נקודתי בעייתי של המשפחה.

עלינו להיות מודעים לרשמים המוטעים שיכולים להיווצר אצלנו, ולדעת לבטל אותם כדי להצליח ולאתר את אותם מקרים בהם באמת מדובר בהזנחה.

עוני

קיימת נטייה לראות במקרים מסוימים של עוני קשה סוג של הזנחה. בפועל, העובדה שמישהו עני ודל אמצעים אין בה כדי להעיד על הזנחה. רוב המשפחות העניות דואגות לצרכיהם הפיזיים והרגשיים של ילדיהם. ילד יכול ללבוש בגדים מרופטים אך נקיים או אף לא נקיים במידת מה, אך הוא נראה מאושר, מתקשר טוב עם הוריו, אחיו או חבריו ומתפתח באופן תקין.

תאונות

תאונות רבות שבהן מעורבים ילדים מדווחות כהזנחה של ההורים, בטענה שלא השגיחו כראוי על ילדיהם. הדבר נפוץ בתאונות של כוויות, אך גם בפציעות אחרות. לצערנו, ילדים נפצעים ונחבלים גם כשהם בהשגחה סבירה ויש בעיות בטיחות כמעט בכל בית.

בעיות פיזיות

יש בעיות שכוחות הנחשבות לעתים קרובות להזנחה, כמו: ריבוי חריג של עקיצות יתושים, כינמת חריפה ותפרחות עור שונות, כמו תפרחת חיתולים. אנשי המקצוע מייחסים להורים הזנחה כי לא הביאו את הילד מוקדם יותר לטיפול ולא מנעו את הבעיה. לעתים מתברר כי ההורים לא ידעו איך למנוע את הפגיעה או שלא פירשו אותה נכון, ולכן לא פנו לטיפול.

שינויים במשפחה

במצבים שונים של מעבר ושינוי במשפחה, בעקבות עלייה למשל, יש יותר פגיעות במשפחה ועלולים להתפתח הזנחה או מאפיינים של הזנחה: ההורים עסוקים בדאגות פרנסה ובניסיון מהיר להיקלט ולהכות שורשים בארץ החדשה, ואין הם פנויים מספיק לדאוג לילדים, או שהם מצפים מהילדים לדאוג לעצמם במשך שעות ארוכות באופן שאינו מותאם לגילם. מצב זה זמני, ולעתים די בהסבת מודעות ההורים למצב שנוצר או לצורך במחשבה משותפת על מסגרות התומכות במשפחה (מועדונית או צהרון לילדים).

הבדלי תרבות

משפחה שבאה מסביבה תרבותית אחרת מביאה עמה מושגים שונים זרים בדבר הגיל שבו ניתן לצפות מילד להיות עצמאי ובלתי תלוי, מושגים שבעיני החברה הקולטת נחשבים חריגים וגובלים בהזנחה. יש תמיד מקום לברר ולבדוק מהם המושגים שיש למשפחה בנושא של הורות, לא למהר ולהאשים, אלא לשוחח ולשמע איך רואים ההורים את הדברים, ולהציג להם איך נראים הדברים לכם.

מצב התא המשפחתי

מצב אופייני העלול ליצור רושם מוטעה של הזנחה הוא מצבה של משפחה חד-הורית. במקרה של אם החיה לבד עם ילדיה ונעדרת שעות ארוכות מהבית או שהיא עובדת

במשמרות, יש להיזהר מלשפוט אותה על כך "שלא מספיק שהיא התגרשה, היא גם לא בבית". לרוב, דווקא בגלל הגירושין היא זקוקה ליותר תמיכה ויש עול נוסף, כלכלי ורגשי, על כתפיה. כך גם לגבי משפחות עניות – הדלות החומרית לא בהכרח תביא גם להזנחה של הילדים.

יש אפוא להביא בחשבון הבדלים ברמת חיים ובסגנון חיים כדי לבסס את הרושם שאכן קיימת סטייה מהנורמה החברתית. מומלץ לבדוק האם מדובר בבעיה חד-פעמית או מתמשכת ולשים לב בעיקר למצבו הפיזי והנפשי של הילד ולהתנהגותו אתכם ועם מבוגרים וילדים בסביבתו, שהם עדות חשובה ביותר למצבו. כמו בסוגיות אחרות, אין לבסס את הרושם מסימן אחד או שניים, אלא מכמה סימנים יחד (קוציק-לביא, 2000).

לסיכום

ההזנחה היא הפגיעה השכיחה ביותר בילדים, יותר מכל צורת התעללות אחרת. היא מתרחשת בכל השכבות החברתיות ונפגעים ממנה ילדים בכל הגילים.

הזנחה יכולה להתבטא במחדל פיזי, באי-סיפוק צרכים פיזיים בסיסיים ובמחדל רגשי, באי-היענות לצרכים הרגשיים הבסיסיים של הילד, גם במשפחות מבוססות כלכלית.

הזנחה יכולה להיות פיזית ורגשית בעת ובעונה אחת ונזקיה קשים בטווח הקצר ובטווח הארוך. הם מתבטאים, במקרים הקשים, במוות ובליקויים חמורים בהתפתחותם הפיזית, השכלית והרגשית של הילדים המזנחנים. לאנשי מערכת הבריאות תפקיד נכבד ביותר באיתור ילדים אלה. הרופא והאחות פוגשים את הילד במרפאה והם עדים לסממנים החיצוניים, כמו: לבוש, ניקיון, מראה חיצוני וכדומה. הם גם מכירים את ההיסטוריה הרפואית של הילד: מחלות, אשפוזים וכן פגיעות גופניות הרשומים בתיק הרפואי. יכולת האבחון שלהם רגישה דיה כדי לדעת מתי מדובר בילד חולה ומתי מדובר בילד חולה בגין הזנחה. מתי הילד מזנח בגין בורות וחוסר ידע של ההורים ומתי זו הזנחה לשמה. הדרכה והכוונה מוקדמים של הרופא או האחות עשויים אף הם להוות מדד. הורים שהודרכו וממשיכים בהתנהגותם הקודמת, קביעת ההזנחה מתחזקת. הורים שהודרכו ושינו כתוצאה מכך את יחסם אל הילד, הם הורים טובים שנזקקו לסייע וקיבלו אותו מדמויות המייצגות סמכות מקצועית.

פרק ד

התעללות רגשית

הגדרות

מאפייני ההתעללות הרגשית

שכיחות התופעה

סימני זיהוי להתעללות רגשית

נזקי ההתעללות הרגשית

הגורמים להתעללות רגשית

סיכום

התעללות רגשית היא פגיעה בחיי הנפש של הילד והיא נתפסת כ"רצח אופי" בשל מהות הפגיעה השוללת את קיומו הרגשי של הילד (Garbarino, Guttman & Seeley, 1987).

הגדרה

התנהגות שלילית מתמשכת כלפי הילד ההורסת את יכולתו לפתח מסוגלות רגשית או לפעול כשורה בהקשרים אישיים וחברתיים (אפרת-גוט ובן-אריה, 2001).

הגדרה חלופית

התנהגות הרסנית שיטתית וחוזרת של ההורה, אשר מעוותת, חוסמת, או הורסת התפתחות חיובית של תחושת זהות והערכה עצמית, ומחבלת בתפקודים הרגשיים ו/או האינטלקטואליים של הילד ובסיכוייו ליצור קשרים בין אישיים בהווה ובעתיד (Garbarino, Guttman & Seeley, 1987).

התעללות רגשית היא פגיעה שעלולה להיות לה השפעה מכרעת גם על התפתחותו הפיזית של הילד ועל כן, איתורה הוא מעניינם של אנשי הבריאות. ההתעללות הרגשית מחבלת בתחושת הזהות של הילד, בהתפתחותו הרגשית וביכולתו ליצור קשרים תקינים עם סביבתו בהווה ובעתיד. התעללות רגשית קשה להגדרה וקשה לאיתור. קושי מרכזי אחד הוא הגבול המטושטש בין התנהגות הורית שעדיין נחשבת למקובלת לבין התנהגות הנחשבת התעללות. בכל הורות, וגם בהורות התקינה ביותר, ישנם מקרים שבהם ההורים פוגעים בלי משים ברגשותיהם של ילדיהם. במשפחות שבהן יש התעללות רגשית, הפגיעה הרגשית היא חזקה ומסבה נזקים של ממש לילד. התעללות רגשית מתרחשת כלפי בני נוער, כלפי ילדים ובמידה רבה גם כלפי תינוקות ופעוטות.

פינצי, כהן וויצמן (2000), מרכזים מתוך הספרות המקצועית שמונה סוגי התנהגות הוריים המאפיינים התנהגות של התעללות רגשית:

דחייה ו/או התעלמות

התנהגות הורית הגורמת לילד לחוש שהוא "נדחף החוצה" מהמשפחה; גישה הורית עוינת אל הילד המתבטאת בהתרחקות ממנו, בדיכוי הניסיון של הילד ליצור קרבה ובהסתייגות מתמדת ממעשיו.

הפחתת ערך הילד

מתרחשת על-ידי ביקורת הרסנית, לעג, או עלבונות והשפלות ובונה אצל הילד תחושה כי הוא חסר ערך או כישרון; התנהגות זו כלפי הילד יכולה לכלול העמדתו במבוכה, ביקורתיות קשה, חוסר שביעות רצון ממעשיו באופן בלתי מובחן, השפלתו או דרישה ממנו להתנהג באופן לא סביר והגיוני. לדוגמה, נער נבון עם בעיות בריאות קשות, שבמשפחתו הורים ושלושה אחים המגלים כישרונות בולטים בתחום הספורט. הנער נדחה קשות על ידי אביו שכינה אותו בשמות גנאי מבזים, ובעיקר ביקר אותו על כך שהוא "התגלמות הנשיות".

הפחדה

על-ידי איומים והפחדות לפגיעה פיזית או פסיכולוגית או נטישה הגורמים לטראומטיזציה של הילד; ההורה משתמש באלימות מילולית ויוצר אווירה של איום ולחץ הגורמים לילד לבנות את תמונת העולם כמקום עוין. לדוגמה, אם המאיימת על בנה בגירוש מהבית כאשר הילד מתנהג באופן שנוגד את רצונה. הפחדה זו גורמת להסתגרותו של הילד, להתכנסותו בתוך עצמו ולפגיעה ביכולת שלו לתת אמון בעצמו ובסביבתו.

בידוד

על-ידי מניעה של קשרים חברתיים מחוץ למשפחה; המבוגר מנתק את הילד ממהלך החיים הרגיל, ומונע ממנו ליצור קשרים חברתיים או מפריע לו בכך. ההורה גורם למעשה לשלילת חופש מהילד, ולניתוק שרירותי ובוסה שלו מדמויות אהובות. ההורה

עושה זאת בדרכים שונות, כמו באמצעות איסור על הילד לקיים קשרים חברתיים, באמצעות העברת מסרים האומרים כי לסביבה יש כוונות שליליות ובדרכים נוספות היוצרות תחושת בידוד וניכור אצל הילד. יש ילדים המבודדים במשפחותיהם עד כדי כך שהם מתקשים לקשור קשר תקין אפילו עם אחיהם.

השחתה או הדחה

עיוות חברתי (mis-socializing). העברת כללי התנהגות שאינם מקובלים בחברה, כמו התנהגות עבריינית; ההורה משפיע על התפתחות התנהגות עבריינית, אנטי חברתית של ילדו, ומשבש בכך את התפתחותו החברתית הנורמלית. למשל, הורה המעודד את ילדו לצרוך סם. הדחה כזאת של ההורה יכולה להיעשות באופן גלוי ומוצהר או אף באופן סמוי, כמו התעלמות מהתנהגות שלילית של הילד.

ניצול רגשי

תיעול הילד לרגשי אשם לשם סיפוק הצרכים ההוריים. כמו, למשל, הילד אשם במחלת ההורה כי אינו עוזר לו או לא שומע בקולו. סחיטה רגשית כזו מונעת מהילד להתפנות להתמודדות עם משימות בני גילו.

מניעת גרייה מהותית

היעדר גרייה אינטלקטואלית ורגשית אשר מעכב את התפתחותו הרגשית או האינטלקטואלית של הילד; המבוגר מונע מהילד גירוים חיוניים להתפתחותו, כמו משחק ואפילו שיחה, ואינו נענה לצורך של הילד ליצור עמו קשר. הוא אינו מתעניין בילד, בעולמו ובצרכיו ואינו ער למסרים שהילד מעביר לו.

הורות בלתי עקבית

דרישות מנוגדות או דו-ערכיות. תמיכת ההורה אינה עקבית ואי אפשר לסמוך עליו. בכך נמנעת מהילד הרגשת יציבות משפחתית, והוא מתקשה לבסס לעצמו תחושת ארגון וחוקיות בעולמו.

לרשימה זו מוצע להוסיף שלושה אפיונים נוספים:

התעלמות – מצורכי הנער, הילד או התינוק. במקרה של תינוק, למשל, מדובר בהשאתנו לפרקי זמן ארוכים ללא מגע (החזקה בידיים), ללא יצירת קשר עין או קשר של שמיעה. זו למעשה צורה של הזנחה שיכולה להתרחש גם כשמבחינה פיזית (למשל, מזון וביגוד) צורכי הילד מסופקים.

עדות לאליומות במשפחה – ילדים העדים לאליומות קשה בין ההורים, מילולית או פיזית, נפגעים גם הם פגיעה נפשית קשה. האליומות אינה מופנית באופן ישיר כלפי הילד, אך הוא נפגע ממנה כשהוא רואה את אחד מהוריו מאבד שליטה על מעשיו, ופועל באליומות נגד ההורה האחר או נגד אחד מאחיו. תחושת הילד שהעולם הקרוב, קרי, משפחתו, הוא מקום בטוח שממנו אפשר להתפתח ולצאת להכיר את העולם שמחוץ לבית, מתערערת. הפגיעה חמורה יותר במצבי אליומות בין בני זוג, כאשר ההורים מנסים לגייס את הילדים "לצד שלהם" במאבק ההורי. כך נוצר אצל הילד קונפליקט קשה של נאמנות, ביטחון מתערער והוא נחשף לעיונות קשה מצד אחד ההורים ולעתים אף משניהם גם יחד.

הגנת יתר קיצונית – היא צורה נוספת של התעללות רגשית. קיימת השתלטות מוחלטת על עולמו של הילד וחדירה עצומה לחייו, דבר היוצר אצלו תחושה שאין לו שום סיכוי להתמודד עם העולם בכוחות עצמו.

שכיחות התופעה

במהלך שנת 2002 דווח על 5,628 ילדים שהוגדרו כילדים שחוו התעללות רגשית ונמצאו בטיפולם של פקידי הסעד. אומדן זה מהווה כ-19.2% מכלל הילדים שהופנו אל פקידי הסעד בגין פגיעה כל שהיא בילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2003). מנתונים שפורסמו בארצות הברית (Hart & Brassard, 1987) עולה כי כל שנה מתגלים כ-200,000 מקרים של ילדים שעברו התעללות רגשית.

סימני זיהוי להתעללות רגשית

סימני עזר קליניים

- הפרעות בתקשורת ובדיבור.
- ליקויים בהתפתחות לשונית.
- ליקויים בהתפתחות מוטורית.
- בעיות בריאות ומחלות פסיכוסומטיות.
- דימוי עצמי נמוך (לא בטוח בעצמו, לא מאמין ביכולתו להצליח, לא לוקח סיכונים, פסיבי בהתנהגות).

סימני עזר התנהגותיים

- בעיות אכילה .
- התנהגות הרסנית כולל הכאה עצמית.
- גניבות.
- תגובות קיצוניות – היסטריה.
- הפרעות בשינה.
- נשיכות.
- התנהגות כפייתית.
- פחדים וביטויי חרדה.
- היפוכונדריה.
- ניסיונות התאבדות.
- עיכובים בהתפתחות רגשית על-פי הגיל.
- בידוד חברתי.
- דימוי גוף לקוי.
- דמיונות מוזרים.
- הרטבה.
- התלכלכות.
- בעיות בלימודים.
- בעיות בתקשורת וביחסים עם בני גילו ועם מבוגרים.

א. כללי

ההתעללות הרגשית גורמת לילד להיות באופן כרוני מפוחד, חרד, חסר מנוחה, מדוכא, נסוג חברתית, חש מאוים; וכך נפגעת באופן חמור יכולתו להתמודד בהצלחה עם משימות התפתחותיות תואמות לגילו.

ההתעללות רגשית גורמת לפגיעה בהתפתחותו הרגשית, הקוגניטיבית והפיזית של הילד. היא פוגעת בהערכתו העצמית ובתחושת ההשתייכות שלו למשפחתו ולחברה הרחבה. סיכוייו של ילד שנפגע מהתעללות רגשית לתפקד כמבוגר מאושר הם נמוכים ביותר. להתעללות השפעה גם על יכולת החשיבה של הילד. היא יוצרת בלבול ועיוות של המציאות והיכולת לקשר בין סיבה לתוצאה נפגעת. מעשי ההתעללות מאופיינים בשרירותיות ואינם קשורים בהכרח להתנהגות הילד, ולכן אינם ניתנים לניבוי, דבר התורם, כמובן, לבלבול זה.

נזקים פיזיים – אחד הנזקים הקשים הוא היעדר שגשוג. התופעה חמורה במיוחד אצל תינוקות שסובלים מהזנחה נפשית, או אצל ילדים שיש להם מעגל שלילי בקשר עם ההורה בנושאים, כמו אכילה ושינה. ילדים אלה נראים עצובים, מפוחדים או מנותקים, פסיביים ואינם יוצרים קשר עם סביבתם. הם רזים ונמוכים יחסית לגילם. לעתים מתרחשת התופעה בשל בעיות אורגניות-התפתחותיות ובשל הזנחה פיזית, אך לעתים הסיבה היא רגשית בלבד. יש נטייה להתעלם מהרקע הרגשי לבעיה וכך הילדים וההורים הזקוקים להתערבות בשלבים הקריטיים של התפתחות התופעה אינם זוכים לקבלה.

נזקים קוגניטיביים – ניכרים ליקויי למידה ובעיות למידה, קשיים בהתפתחות הדיבור וברכישת שפה, ואוצר המילים יכול להיות מצומצם מאוד.

נזקים רגשיים – גורמים לערעור הביטחון העצמי של הילד ויכולתו להכיר בערך עצמו; הילד מפנים במהלך התפתחותו את מסרי ההורים כי הוא "רע, מיותר, או כישלון". בו בזמן נוצרת אצל הילד תלות מלאה בהורה התוקפן. נמנע מהילד להגיב בכעס כלפי ההורה או בעצב ועליו להחניק את מצוקתו. ככל שהילד לומד לשתוק יותר, כך הוא בסכנה גבוהה יותר להדחיק את הכאב והחרדה, אשר יחרתו את

אותותיהם באישיותו המתפתחת. הילד המושפל, או הדחוי מנסה לא להרגיש, בכדי לא להתמודד עם הקונפליקט הפנימי המכאיב. תפיסת עולמו של הילד ספוגה בחוויית חוסר האונים שלו מול ההורה הקשה, הדוחה, המשפיל, או המבקר, אשר במקרים רבים מובילה לתפיסה של חוסר אונים נלמד, שמלווה את הילדים גם בבגרותם.

החסך באהבה הורית, החרדה המתמדת, הדחייה, תחושת המיותרות והכישלון של הערך העצמי, יובילו את הילד להיעדר אהבה עצמית, ולחולשת המערך הפסיכולוגי של האגו. כל אלו עלולים לגרום להתנהגות של הרס עצמי, מחשבות וניסיונות אובדניים. באורח פרדוקסלי הילד ממלא אחרי משאלות ההורים, תוך תקווה תת הכרתית שבכך יזכה ליחס אוהד, לפחות במותו (פינצי ושות', 2000).

ההערכה העצמית הנמוכה, עשויה למצוא את ביטוייה בהשחתת חפציהם ואף כאמור, בפגיעה עצמית. לעתים קרובות ילדים אלו מועדים לפציעות ולתאונות מקריות כביכול. האמון העצמי הנמוך ביכולתם להצליח ישפיע עליהם גם כאשר יהיו מבוגרים. תחושת חוסר היכולת או היעדר כלים להצלחה גורמת לאדישות ולחוסר הישגיות ומוטיבציה.

תחושת אשם המציפה את הילד היא עוד ביטוי לתפיסה העצמית של "אני רע" שהופנמה בגלל ההתעללות ("אני גורם נזק וראוי למילים קשות, אני אשם שכוועים עלי או מתעלמים ממני"). נוסף על כך, יש אצל ילדים ומבוגרים שסבלו מהתעללות רגשית גם ביטויים רבים לחוסר שקט ולחרדות. תחושת חוסר אונים המלווה את התעללות הנפשית עלולה להביא לדיכאון ואף לניסיונות התאבדות.

נזקים התנהגותיים – אצל ילדים, תינוקות וילדים רכים עלולים להתפתח הרגלים של דפיקת הראש בקיר, נענוע הגוף באופן מונוטוני, נשיכות או בעיטות החוזרות על עצמן.

ניתן לראות גם הימנעות קיצונית מכל עשייה – הציפייה לביקורת או להשפלה על כל מעשה שאינו מספק את ההורה, מופנמת באופן שמצמצם את מרחב הפעולה של הילד ושל המבוגר שהוא עתיד להיות. התנהגויות אופייניות אחרות הן: כפייתיות, פוביות, חשש ממחלות, גניבת מזון, אגירת מזון, בעיות של עשיית צרכים במקומות לא מתאימים או מריחת צואה, וכן נטייה להרס רכוש אישי ורכוש של הזולת (ונדליזם). אצל מתבגרים יש ניסיונות בריחה מהבית, הידרדרות לזנות וכן לשימוש בסמים. אופייניות גם התנהגויות של התקפי זעם בלתי נשלטים היכולים להתבטא באלימות מילולית ופיזית.

נזקים לקשרים הבין-אישיים – הקשר עם אנשים מאופיין בחשדנות קיצונית ובחוסר אמון בסביבה, המלווים לעתים בביטויים של אלימות כלפי קרובים וכלפי זרים

או בחוסר יכולת להבחין בין מכר לבין זה, דבר המתבטא בנטייה לפנות לאנשים זרים כאילו הם מכרים משכבר הימים.

ביטוי נוסף לנזק הוא קושי להרגיש אמפתיה לסבלם של אנשים אחרים. הילד שלא היה יכול לבטא או להכיר את כאבו ותחושותיו הקשות בשל ההתעללות, אינו מסוגל או לא מכיר תחושות אלה כשהן באות לידי ביטוי אצל אחרים. זהו נזק חריף במיוחד כאשר הילד הופך להורה ואינו יכול להפגין אמפתיה כלפי ילדיו שלו, ולמעשה הוא עלול לשחזר עם ילדיו את הדפוס המתעלל שהיה קיים בבית הוריו. נוסף על כך, יש נטייה מתמשכת לשחזר ביחסים עם אנשים את יחסי המתעלל והקורבן. ילדים שסבלו מהתעללות רגשית בילדותם עלולים למצוא עצמם במערכות יחסים דומות בבגרותם.

ב. הסכנות הנגרמות ליחסי "הורה-ילד" כתוצאה מהתעללות רגשית

בינקות – התינוק גדל כשמלווה אותו קשר משמעותי עם דמות הורית המחויבת אליו. שפתו, שדרכה הוא מתקשר עם ההורה ועם העולם החיצוני היא שפה לא מילולית, שפה של סימנים, שפה של בכי, תנועות, תנוחות גוף ומבטים.

כדי להבין את שפת התינוק, ההורה המטפל צריך לאפשר קשר קרוב ואינטימי, תלות רבה של התינוק בו, וכן הוא צריך שתהיה לו היכולת להבין את שפת הסימנים של ילדו בלי המילים המפרשות והמסבירות.

ההורה צריך להבין את המסרים של התינוק ולפענח אותם. היכולת שלו לעשות זאת קשורה בהתנסויות שלו כתינוק עם דמויות מטפלות. אם הוא גדל בסביבה בעלת גירויים מעטים או בסביבה לא אמפתית, אזי ההתנסויות שלו עלולות להיות שליליות או מכאיבות. התרגום שהוא ייתן לשפת הילד שלו עלול להיות לקוי. לדוגמה, תינוק חקרן וסקרן יקבל פיענוח או תגובה, כמו "הוא מפריע וחסר מנוחה".

הורה שמרגיש שהוא קופח כילד, יכול לראות את התלות וההזדקקות של התינוק כניצול שלו. גם כאן תגובות ההורה יכולות להיות תוקפניות נגד התינוק: "הוא עושה את זה נגדי", "בכל פעם כשאנו עייפים, דווקא אז הוא רוצה על הידיים". תגובות אלה עומדות בניגוד גמור למה שהתינוק זקוק לו.

בגיל זה התעללות רגשית מתאפיינת בעיקר בדחיית ההורים את ילדם הבאה לכלל ביטוי בהתעלמות מצורכי הילד, חוסר זמינות הורית וחוסר רגישות לצרכיו.

בילדות – לאורך תקופת הילדות, ילדים זקוקים להבנה ולתמיכה ויש משפחות שלא רק שאין הן מעניקות זאת, אלא הן משפילות את הילד באופן אקטיבי, מפחידות אותו ובכך בונות אצלו דימוי עצמי של "רע".

בבגרות – ילדים בוגרים יותר ובני נוער חשופים גם הם, כאמור, להתעללות רגשית. למשפחות רבות קשה להתמודד עם התפתחותו של המתבגר ועם שאיפתו לעצמאות. יש הורים המגיבים באופן קשה ואכזרי על רצון ילדיהם לקשור קשרים עם בני המין השני גם כשהתנהגות זאת מקובלת בקבוצה החברתית שאליה הם משתייכים. עונשים כמו כליאה ושליטת הזכות למגע חברתי, הם דוגמאות למעשי התעללות רגשית. לעתים הדבר מלווה גם בהשפלה ובשימוש באלימות מילולית או באמצעים אלימים אחרים.

למרות חומרתה של תופעת ההתעללות הרגשית, רק בשנים האחרונות החלה להתפתח כלפיה מודעות חברתית. עם זאת, החוקרים את התופעה עומדים מולה חסרי אונים בגין קשיים בהגדרתה, מורכבותה, וקביעת גבולותיה מאחר שהיא נלווית גם לכל סוגי ההתעללות האחרים – התעללות פיזית, מינית והזנחה (פינצי, כהן וויצמן, 2000).

ג. נזקי ההתעללות בהתייחס לגיל הילד

הנזקים בינקות

התעללות רגשית בגיל הינקות (0-3) תפגע בהתפתחות יכולת ההתקשרות של הילד. היא עלולה לפגוע בתהליך ביסוס ההתקשרות המובחנת. אצל הפעוטות נראה היעדר חרדת זרים (תואמת גיל) והיתלות על אחרים ללא הבחנה (Iwaniec, 1996). פגיעה כזו בצורכי ההתקשרות של הפעוט תגרום לו לפתח התקשרות חרדתית להוריו. במקרים חריפים פעוטות אלו יאובחנו כמעוכבי צמיחה והתפתחות. האיסורים וההגבלות של ההורים עלולים לפגוע בסקרנות ובחקרנות של הפעוט, דבר המוביל לפגיעה בהתפתחות הקוגניטיבית התקינה של הילד.

הנזקים בילדות

ילדי טרום בית-ספר (3-6) – הנזקים השכיחים בגיל זה הם: מצצת אצבע, הכאה עצמית, תנועות נענע (rocking), הרטבה, בעיות אכילה, הפרעות בשינה. כמו כן מתוארים: היתלות על זרים ללא הבחנה, עיכוב במשחק, פערים בהתפתחות רגשית או אינטלקטואלית, חוסר יציבות רגשית, הפחתה בתגובות רגשיות, דיכאון, נסיגתיות, תוקפנות.

ילדי בית-ספר יסודי (6-12) – פינצי ועמיתיה (2000) מצביעים על מחקרים הטוענים כי בקרב ילדי בית-ספר אשר חווים התעללות רגשית נמצא דימוי עצמי והערכה עצמית נמוכים, סימפטומים דיכאוניים, רמת חרדה גבוהה ותפיסת עולם פסימיסטית. כמו כן, רמת הישגים לימודיים נמוכה, היעדר עניין בהישגיות וקשיים בריכוז. ביחסיהם עם הוריהם, ילדים אלו יהיו מפוחדים, לרוב ינסו לענות על צורכיהם בכדי להימנע מפגיעות והשפלות נוספות. הם יראו עצמם שונים מהילדים האחרים. בקשריהם החברתיים יהיו חסרי מיומנויות חברתיות, יתקשו לקבל תגובות משוב חיוביות, יתקשו להגיב לאתגרים חברתיים או מתחים חברתיים, ואלו יתפרשו אצלם כדחייה. אלה אשר יתכנסו בעצמם, יפגינו אדישות, היכנעות, קונפורמיות לכללי הקבוצה מבלי לתת מקום לחשיבה עצמאית, וייסוגו חברתית. התמונה הקלינית היא של ילדים פסיביים וכעסניים כאחד, ילדים חרדתיים, אשר סובלים מפחד מתמיד.

פינצי ועמיתיה (2000) מתארים שני סוגי תגובה אצל ילדים אלה:

☐ ילדים המפנים את כעסיהם, תוקפנותם וחרדותיהם כלפי עצמם – לילדים אלו נטייה להרס עצמי, פגיעות עצמיות, דיכאון, מחשבות אובדניות, ביישנות ורמה נמוכה של קומוניקציה עם האחרים. יהיו להם הרגלים עצבניים, חלומות זועה ותלונות סומטיות.

☐ ילדים אשר מפנים את מצוקתם כלפי חוץ – ילדים אלו ייטו להתנהג בתגובות מוגזמות, חוסר ציות, הרסנות כלפי חפצים ומערכות יחסים עם אחרים.

הנזקים בהתבגרות

מתבגרים (12-18) – בהתייחס לבני גיל זה מצביעים החוקרים (פינצי ועמיתיה, 2000) על המשתנה המשמעותי, שהוא משך הזמן של ההתעללות הרגשית. האם היא מלווה את המתבגר מילדותו, או החלה בגיל ההתבגרות. בשל גילם, פעמים רבות מתבגרים יראו את ההתעללות כ"לא צודקת", וכך פחות יתפסו עצמם ככישלון, אלא כקורבן. ניתן להבחין בין שתי צורות של תגובה אצל מתבגרים אלה:

☐ מתבגרים החשים שלהם ערך עצמי ירוד, אינם "שווים" לבני גילם. מתבגרים אלו עשויים לפתח סימפטומים דיכאוניים, חוסר אונים נלמד ונטיות אובדניות. כמו כן, הם עלולים לפתח הפרעות סומטיות (כמו אנורקסיה), ייטו להסתגר מהעולם וממשפחתם.

☐ מתבגרים החשים פגיעות ואי-צדק, מתבגרים אלו עלולים לפנות אל הנקמה ותגובתם תתאפיין במרדנות ובהתנגדות, בהיעדרויות מבית-הספר, בבריחות מהבית והם אף עלולים להיות מעורבים בפעילות עבריינית ובשימוש בסמים.



גורמים הקשורים בהורה

מחקרים שונים מצאו קשר בין התעללות רגשית ומשתנים הוריים ומשפחתיים בין דוריים: ההורה שחווה התנהגות מתעללת מזהה אצל הילד שלו את אותו ילד חסר אונים וחלש שהיה הוא-עצמו, והוא מתייחס אליו בדיוק כפי שהתייחסו הוריו אליו. כמו שחולשתו כילד לא קיבלה הכרה ותמיכה והוא למד להחניקה או להסתירה, הוא מתקשה לראות אותה בילד שלו. וכך קורה שבעת התמודדותו עם משימות ההורות, הוא משליך על ילדו את פגיעותו וחוסר האונים שלו. הוא ישפיל ויפגע בילדו אשר משקף את דמותו כקורבן, ומהווה תזכורת בלתי נסבלת לעברו (Miller, 1983). עם זה, חשוב להעיר, שלא כל ילד שחווה התעללות יהיה הורה מתעלל, ולעומת זאת, יש הורים מתעללים שלא חוו התעללות בעצמם.

בקרב הורים המתעללים רגשית בילדיהם יש תופעות של התנהגות אימפולסיבית, כלומר, קושי לרסן את עצמם, נוקשות, פחד מתמיד מדהייה, חוסר בשלות נפשית, בידוד חברתי וקושי לתת אמון באנשים. לעתים קרובות סף התסכול שלהם נמוך והם מתקשים לתפקד בתנאים שבהם הם נדרשים להתאים עצמם לצורכי התינוק או הילד. אצל רבים מהם נמצא מערכת זוגית קשה ומיומנויות פתרון בעיות אישיות וחברתיות דלות, קשיים בתקשורת חברתית, תפיסה הורית אגוצנטרית או היעדר ידע לצרכים תואמי הגיל של ילדיהם.

כמו כן, נמצא אצל הורים אלו היעדר ידע וכישורים בנושאי הורות, התפתחות ילדים וחינוך ילדים. חוסר ידע זה מתבטא למשל, בהטלת אחריות לא סבירה עליהם או בהשארתם ללא פיקוח הולם. הורים אלו מתוארים כבעלי עמדות חינוכיות נוקשות וקיצוניות, כמו ענישה חריפה או דרישות בלתי הגיוניות, אותן יתרוצו כדרכם לחשל את הילד. הם מתוארים כשתלטנים, דורשים ציות ללא עוררין, מתוך מטרתם לחנך את הילד שיהיה מישהו אחר שמתאים יותר להם ולצורכיהם.

השימוש בסמים או באלכוהול נפוץ אצל הורים המתעללים רגשית בילדיהם. שימוש כזה פוגע פגיעה קשה ביכולתם ההורית בכלל ועלול להשפיע בכיוון של התעללות רגשית. יש הורים שבגלל מבנה אישיותם רואים בילד גורם מציק ומטריד והם מגיבים אליו

ככה. הורים אחרים רואים בילד מישהו המזכיר להם דמות שנואה בעולמם או בעברם. בלתי מודעים לתחושה זו הם מעבירים את הטינה אליו. לעתים קשה לזהות את ההורים המתעללים רגשית בילדיהם. יש ביניהם הורים אמידים, בעלי השכלה גבוהה העומדים בסטנדרטים קהילתיים גבוהים. הורים אלו יתנו מענה לצרכים הפיזיים של ילדיהם ויקדישו תשומת לב רבה לצרכים החינוכיים. יחד עם זאת, הורים אלו עלולים להתעלל רגשית בילדיהם בהיותם קרים ביחסם אליהם, משרים אווירת מתח קשה עקב ציפיות גבוהות להישגיות, והם יגבילו את החופש של הילד לשחק (פינצי ושות', 2000).

גורמים הקשורים בילד

תינוקות פגיעים יותר להתעללות רגשית עקב התלות המוחלטת שלהם בהורים. פגים ותינוקות במשקל לידה נמוך, ילדים עם מום או ילדים הסובלים ממחלה או מבעיות התפתחות מסוימות, מוגדרים גם הם כילדים עם פוטנציאל לסיכון, שכן הטיפול בהם קשה יותר, הם בוכים יותר ולעתים הם מגיבים במידה מועטת לסביבה. דבר זה עלול לתסכל הורה צעיר וחסר תמיכה, שמצבו הכלכלי קשה ויש עליו לחצים סביבתיים נוספים.

ילדים עם ליקויי למידה, עם קשיי קשב וריכוז או ילדים היפראקטיביים, נמצאים גם הם באוכלוסיית סיכון של התעללות רגשית בגלל הלחצים המתעוררים עקב הצרכים המוגברים שלהם או עקב האתגרים המיוחדים שהם מעמידים.

גורמים הקשורים במשפחה

בעיות קשות בקשר בין בני הזוג עלולות להיות מופנות כלפי הילד כדי "לעקוף" עימות גלוי בין ההורים. בעיות כאלה ודפוסי תקשורת לא יעילים, כגון שתיקות מתמשכות, מסרים סותרים ועוד, מגבירים את הסיכוי להתעללות. הורים מסוימים מגיבים במידה מועטה להתנהגויות חיוביות ובמידה רבה להתנהגויות שליליות – הורים הנוטים לראות את "חצי הכוס הריקה" בכל מעשי ילדיהם. ישנם הורים המבטאים חוסר רציפות ועקביות בתגובותיהם אל הילד וחוסר מדיניות ברורה ביחס לנושאים של משמעת, ניקיון, סדר וכדומה.

במשפחות מסוימות יש נטייה להעמיס על ילד אחד או על כמה ילדים עומס רגשי ותפקודי. לילדים ניתן המסר שהם האחראים לרווחה הנפשית של ההורים, שעליהם לתמוך בהם בזמן מצוקה או לצמצם את עצמם באופן קיצוני כדי לשחרר את ההורים מהעומס שבגידולם. במשפחות אלה יש היפוך תפקידים. הילד נהפך לבעל תפקיד של מזין, אחראי ודואג ואילו ההורים נהפכים למוקד תשומת הלב של הילד או הילדים. הדבר קורה במשפחות שבהן אין גבולות ברורים בין ההורים לילדים וחסרה היררכיה של מערכת הורית הדואגת למילוי הצרכים הרגשיים של הילדים. כתוצאה מדפוס זה לילד חסרים הכוחות הנחוצים להתפתחות האישית שלו, שכן כוחותיו מרוכזים ברווחה הנפשית של ההורים.

תופעה זו שכיחה במשפחות מרובות ילדים, בהן ההורים מטילים תפקידים רבים על כתפי הילדים הגדולים. לעתים הדרישות מהילד ה"גדול" אינן מותאמות ליכולתו וכאשר הוא אינו עומד בציפייה יש ותכוון נגדו אצבע מאשימה, וביטויי אכזבה ואף דחייה.

גורמים הקשורים בסביבה

כמו שנכתב בפרקים הקודמים, גורמים הקשורים בסביבה עלולים להוות משתנה התורם להתנהגות מתעללת של הורים בילדם ובכלל זה להתעללות רגשית. אותם משתנים סביבתיים שפורטו בסוגי ההתעללות הקודמים רלוונטים גם כאן. גישה עוינת כלפי קבוצה באוכלוסייה, על רקע דתי, עדתי או לאומי, לחץ כלכלי בעקבות מיתון או אבטלה, מצבי מעבר מארץ לארץ, שינוי סטטוס חברתי, תעסוקתי או אחר, שינוי במבנה המשפחה ועוד, יכולים להשפיע על יכולת המשפחה להתמודד עם לחצים בכלל ועם המטלות ההוריות היומיומיות וההתמודדות עם הצרכים המשתנים של הילדים במשפחה, בפרט.

ראוי להבין שכל לחץ שנוצר, יכול להשפיע על סיכון להתעללות ובכלל זה התעללות רגשית. בשעת לחץ כזו נחוצה אהדה וגישה תומכת של אנשי המקצוע הבאים במגע עם ילדים שהם הקורבנות הראשונים והפגיעים ביותר לגורמי לחץ אלה.

לסיכום

להתעללות רגשית אין סימנים של חבלה גופנית ספציפית ולכן יש לחפש אחר סימנים התנהגותיים. זוהי ההתעללות הקשה ביותר להגדרה ולאבחנה ולכן, כדאי מאוד להיעזר באנשי מקצוע

מנוסים, כמו עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים, ופסיכולוגים. התעללות רגשית מתרחשת בכל השכבות הסוציו-אקונומיות של החברה, אך היא קשה לאיתור במיוחד בשכבות הגבוהות יותר, היודעות להסוות את ההזנחה הרגשית בדרכים ובאמצעים מגוונים. למרבה הצער, לאנשי מקצוע קושי ליזום פנייה לרשויות ולהתערב בבעיות המתעוררות דווקא במשפחות אלה – עובדה החושפת את ילדיהן לסכנה של היעדר הגנה. כידוע, מצוקות של ילדים יכולות לנבוע ממכלול של גורמים. התעללות רגשית מהווה רק גורם אחד. להורה של ילד עם מצוקה רגשית שלא על רקע התעללות יש עמדה חיובית יותר בנוגע לאפשרות לקבל תמיכה וסיוע מקצועיים. הורה המתעלל רגשית בילדו ייטה יותר להאשים את הילד בקשייו ויתקשה לקבל על עצמו את האחריות. עם זה, הושטת יד ורצון כן לסייע לילד ולהוריו, גם במצב שנראה לכאורה חסר כל סיכוי, יכולים לשפר את מערכת היחסים הקשה שנוצרה ולחולל שינוי.

יש לדעת עוד שהתעללות רגשית יכולה להיגרם גם על ידי פגיעה של אחים, סבים או אנשים אחרים במשפחה המורחבת. כמו כן, היא יכולה להיעשות על ידי שכנים או על ידי חברים בקבוצת הגיל וכן על ידי אנשי מקצוע שעמם נפגש הילד, לרבות אנשי חינוך ומטפלים.

מכל אלה עולים הצורך והחשיבות באיתור מוקדם של ילדים אלו. זיהוי האינטראקציה הבעייתית ביחסים בין הילד להורה, אבחון פסיכולוגי או פסיכיאטרי (אם צריך) ובעקבותיהם התערבות פסיכותרפויטית פרטנית ומשפחתית, בצד נקיטת אמצעים הדרכתיים, תומכים ומפקחים שיאפשרו צמצום או הכחדת ההתעללות הרגשית ופנייה אל דפוסי יחסים תקינים ונורמטיביים בין ההורה לילדו, שהם הבסיס להתפתחות נפשית תקינה.

פרק ה

התעללות מינית

מבוא

הגדרות

התעללות מינית בתוך המשפחה

שכיחות תופעת ההתעללות המינית

הגורמים להתעללות מינית

גורמים המשפיעים על היקף הנזק

סימני זיהוי להתעללות מינית

נזקי ההתעללות המינית

התעללות מינית בסוד

התעללות מינית בתסמונת של התמכרות

קשיים בהעדת ילדים נפגעי התעללות מינית

התערבות חירום

סיכום

כמו התעללות פיזית והתעללות רגשית שהיו נחלת ההיסטוריה האנושית אך הוכרו כבעיה רק לאחרונה, גם ההתעללות המינית מוזכרת כבר בספרות המיתולוגית של תרבויות שונות. עם זאת, היא הפכה נושא למחקר רק בסוף המאה ה-19 כאשר פרויד גילה שלקוחות שלו הוטרדו או שהיו קורבנות להתעללות מינית במהלך ילדותם אם עלידי בני משפחתם (הורים, אחים ואחרים) או עלידי אחרים. פרויד הצביע על נזקי ההתעללות המינית על ידי כך שקשר בין התנהגות היסטריית או ניוורטית של הפציינטים שלו לבין אירועי התעללות מינית שעברו בילדותם. למרות שמידע אודות נזקי ההתעללות המינית הלך ונצבר במשך השנים, נותרה התופעה מוזנחת ובשולי העניין החברתי כאשר מעטה כבד של שתיקה ומבוכה הקשה על איתורה של הבעיה ועל הניסיונות למצוא דרכים להגיב אליה ולטפל בה כראוי (Green, 1999).

הנושא הוכר כבעיה חברתית רק בשנות ה-60 של המאה הקודמת כאשר Kempe וחבריו פרסמו בשנת 1962 את מאמרם בעניין "תסמונת הילד המוכה". עבודה זו זכתה לפרסום חסר תקדים ואף הובילה לחקיקה במספר מדינות בארצות-הברית המחייבת דיווח על התעללות בילדים (Kempe, 1962). ההכרה בהיקף התופעה החלה לגדול משמעותית מרגע שהורים מכים זכו לטיפול ולהתייחסות של אנשי מקצוע, והחלו לדווח על ניצול מיני שחוו בילדותם. בזכות הקשר שנוצר עם אותם הורים והמוכנות הגוברת של אנשי מקצוע לשמוע את סיפורם האישי, נפרץ סכר השתיקה.

במהלך שנות ה-70 החלו להופיע בספרות המקצועית תיאורים נרחבים של מקרי התעללות מינית בילדים. בתקופה זו התעצב הידע של אנשי המקצוע בתחום הפסיכודינמיקה והפסיכופתולוגיה של התופעה. מטפלים החלו לתאר מגוון רחב של סימפטומים אשר נצפו בילדים שסבלו מהתעללות מינית.

כמוצג בפרק "רקע כללי" – תרמו התנועות הפמיניסטיות בארצות הברית, להבאת תופעת האונס לקדמת הבמה הציבורית ובעקבות כך נחשפה מחדש תופעת ההתעללות המינית בילדים. חקר הטראומה הנפשית בעקבות מעשי אונס והשפעותיה הפסיכולוגיות, הוביל להכרה באלימות בתוך המשפחה, והיווה תנאי מוקדם להעלאת הדיון בילדים הפגועים לסדר היום החברתי.

התעללות מינית היא כל ניצול של ילד למטרות מין או הנאה מינית של הורה, של מטפל או של אדם שיש לו עמדת כוח או סמכות כלפי הילד (קוצ'יק, 1999).

מגע מיני בין מבוגר לילד שגילו מתחת ל-18 ושמטרתו סיפוק מיני של המבוגר. ההורה או האחראי על הקטין המתיר לאחר להיות במגע מיני עם הילד, נחשב אף הוא למתעלל (Green, 1993).

מושגים רבים מתקשרים לתופעה של התעללות מינית: פגיעות מיניות, ניצול מיני, גילוי עריות, עברות מיניות, אונס ילדים ועוד. ייתכן שריבוי המושגים משקף במידה לא מעטה את המבוכה ואת חוסר הנוחות של כלל האוכלוסייה ושל אנשי המקצוע בהתייחסותם לנושא. מצד שני, ניתן לטעון שריבוי המושגים מצביע על העומק בהבנת התופעה על דקויותיה השונות.

ניצול מיני (על-פי חוק) – תקיפה מינית, מעשים מגונים, אונס, מעשה סדום, בעילת קטינה בהסכמה.

מעשה מגונה (MOLESTING) – נגיעה וליטוף של איברי מין, חשיפה לאקט מיני או לפורנוגרפיה.

חדירה (SEXUEL INTERCOURSE) – חדירה גניטלית, אנלית או אורלית.

אונס (RAPE) – מגע מיני המלווה שימוש בכוח.

התעללות מינית – פעולות המגדירות אדם כמתעלל מינית כוללות: יחסי מין גניטליים או אנליים, מגע אורלי, מעשים שבהם יש מגע מיני ישיר בין הילד למבוגר, כמו נגיעה באיבריו האינטימיים או אילוץ הילד לעשות זאת למבוגר, וכן מעשים הכוללים נשיקות, נשיכות או ליקוק איבריו של הילד או של המבוגר או החדרת איבר המין או חפצים לגופו של הילד. גם מעשים בעלי תכנים מיניים המיועדים לסיפוק המיני של המבוגר, כמו התערטלות בפני הילד, הצעות מגוננות, הטרדות בטלפון או חשיפת הילד לחומר פורנוגרפי או ליחסי מין של אחרים נחשבים להתעללות מינית. באמצעות הגדרת ההתעללות המינית ניתן להשפיע על מידת השכיחות שלה. הגדרה צרה וקפדנית של התעללות מינית תשפיע על כך שמידת השכיחות והדיווח יהיו נמוכים ולהפך, כאשר ההגדרה תהיה מקיפה ותכלול קשת רחבה של מצבים יהיו שיעורי השכיחות והדיווח רבים יותר (Green, 1993).

ההתעללות המינית הקשה ביותר היא על פי רוב זו המתרחשת בתוך המשפחה הגרעינית. אף שכמעט כל חברה מעודדת יחסי אהבה וקרבה בין בני המשפחה, המגע המיני מייחד אך ורק את הקשר בין בני הזוג - ההורים. קיים טאבו חברתי, דתי וכלל-עולמי על יחסי מין בתוך המשפחה: בין הילדים לבין ההורים או בין הילדים לבין עצמם. חציית הגבול הזה מלווה גם בסלידה ובהתנגדות דתית.

יחסי מין בין-דוריים יוצרים מצב של ניצול הילד או המתבגר שאין להם יכולת להגן על עצמם או שיש להם יכולת מוגבלת בלבד. ילדים שאינם בשלים מבחינה מינית מנוצלים לסיפוק מיני של אב או של אח מבוגר והזכות על גופם נלקחת מהם בגסות. לרוב, ההתעללות מתרחשת בהקשר של סוד או בלחץ של איום פיזי או פסיכולוגי או בסחיטה רגשית. בכל מקרה שבו מתרחש גילוי עריות במשפחה, הנזק הנגרם לשותפים בו ולנפשו ולגופו של הילד הוא עצום וקשה לתיאור.

התעללות מינית יכולה להתרחש בתוך המשפחה או מחוצה לה, על ידי אדם המכיר את הילד או על ידי זר. יש התעללות שהיא אירוע חד-פעמי ויש התעללות הנמשכת זמן רב, אפילו כמה שנים. התעללות מתמשכת יכולה להיעשות על ידי מבצע בודד או כמה מבצעים-מתעללים בתוך המסגרת המשפחתית ומחוצה לה.

שכיחות תופעת ההתעללות המינית

- רבע מהילדים נפגעי התעללות סבלו מהתעללות מינית.
 - שליש מהנפגעים הם ילדים בני פחות מ-6 שנים.
 - שליש מהנפגעים הם ילדים בני 6-12 שנים.
 - שליש מהנפגעים הם ילדים בני 12-18 שנים. (Krugman,1990)
- ממחקרים שנערכו ב־21 מדינות מערביות בעולם, כמו: ארצות-הברית, קנדה, בריטניה, אוסטרליה, יוון, ניו-זילנד, ספרד ומדינות סקנדינביה, עולה כי שכיחות תופעת ההתעללות המינית בילדים נעה בין 7%-36% בקרב אוכלוסיית הנשים ו־3%-29% בקרב אוכלוסיית הגברים. מדובר כאן על התעללות מינית בלבד. אם נוסיף לשיעורים

אלה התעללויות נוספות נגיע לאחוזים גבוהים הרבה יותר (Finkelhor, 1994). ממצאים אלה מלמדים כי ההתעללות המינית בילדים היא תופעה בינלאומית. השונות בשכיחות בין המדינות עשויה להצביע על שונות מתודולוגית בין המחקרים השונים. מדיווחים המתקבלים ממדינות מערביות רבות עולה כי ניכר גידול במספר המקרים המדווחים על התעללות מינית בילדים. לא ברור האם הגידול נובע מגידול אמיתי של הילדים הנפגעים או מגידול במודעות החברתית לתופעה ובעקבות כך, גידול בדיווחים. בארצות הברית למשל, מצביעים הנתונים על חצי מיליון מקרים מדווחים של פגיעות מיניות בילדים בשנת 1992, בהשוואה לכ־325.000 מקרים בשנת 1985. בבריטניה עלה מספר הדיווחים מ־3,700 מקרים בשנת 1991 ל־4,200 מקרים בשנת 1992 (Lamb, 1994).

ממצאים מורים כי למעלה מ־80% מן הפוגעים הם אנשים המוכרים לילד, כשבני משפחה מהווים שלישי עד מחצית מן הפוגעים כשמדובר בבנות ו־10% עד 20% כשמדובר בבנים.

☐ הגיל בו הפגיעות היא הגבוהה ביותר נע בין 7 ל־13 שנים.

☐ 86% מעברייני ההתעללות המינית נגד בנים ו־94% מעברייני ההתעללות המינית נגד נשים הם גברים (Green, 1993).

חוקרים מעריכים שבין 57%-80% מהתוקפים מינית, עברו בעצמם התעללות מינית בילדותם (הורוביץ, 1997).

בישראל היה הנושא בבחינת טאבו, ורק בשנים האחרונות הוא זוכה להתעניינות ציבורית. מכאן גם ההסבר למיעוט המחקר בישראל בנושא. ממחקרם של שיין ושות' (2001), עולה כי רבע מכלל הנשאלים דיווחו על אירוע התעללות מינית אחד לפחות בילדותם (31% מכלל הנשים ו־16% מכלל הגברים). אחוז הנפגעות היה כפול מזה של הנפגעים, 45% מהפוגעים היו מוכרים לקורבנות לפני ההתעללות. 26% מהנשים חוו התעללות מינית בתוך המשפחה לעומת 7% בקרב הגברים. גיל החציון בו החלה ההתעללות המינית היה בין 10 ל־14. רק כמחצית מהנפגעים שיתפו אחרים בדבר התעללות. (שיין, ועמיתים 2001)

☐ בשנת 2002 טופלו עליידי פקידי הסעד 3,007 ילדים בגין חשד להתעללות מינית עלייה בשיעור של 32,2% לעומת שנת 2000 (2,277 מקרים).

☐ בשנת 2002 פנו למרכזי סיוע לנפגעי תקיפה מינית 4,332 קטינים (0-18) מהם 2,328 מתחת לגיל 13 (איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית בישראל, 2003).

ההורים והמשפחה

קיימות סיבות רבות מדוע אבות מתעללים מינית בילדיהם ומדוע יש אימהות שאינן מסוגלות להגן על ילדיהן. לעתים נמצא ששני ההורים נפלו בעצמם קורבן להורים מתעללים מינית או פיזית. התנסותם האישית של ההורים ובחירתם זה בזה יוצרת דפוס משפחתי דומה לזה שבו גדלו. (Groth & Freeman, 1979)

יש המציעים להבין את הרקע לתופעה מנקודת מבט מערכתית-משפחתית. על פי גישה זו אין להתרכז במבצע ההתעללות ובקורבן בלבד. יש להרחיב את ההתייחסות ולכלול בה גם בני משפחה אחרים, כמו האם והאחים ואין לשחררם מאחריות (ברוב המקרים מבצע ההתעללות הוא האב) או לראות בהם ישויות פסיביות, ניטרליות, חסרות כל עמדה בהתעללות ולשחררם מ"שותפות" בהתרחשות.

עובדים סוציאליים ופסיכולוגים מאנגליה שהתייחסו למקרי התעללות מינית של אבות בבנותיהם מצביעים על שני סוגים עיקריים של משפחות בהן התרחשה ההתעללות המינית:

1. משפחות שנמנעות מקונפליקט באמצעות ההתעללות – במשפחות אלה יש מעורבות חזקה בין האב ובין הבת ויחסים מרוחקים או יחסי עוינות בין האם לבין הבת. היחסים בין ההורים נראים לכאורה תקינים, אך למעשה ההורים נמנעים מקונפליקט שקיים ביניהם. הימנעות זו נובעת מפחד של שני ההורים שקונפליקט גלוי יביא להרס המשפחה ולמשבר עמוק בחיי הנישואין.

במשפחות אלה הילדים מקבלים טיפול טוב או סביר, הם נהנים מפיקוח הולם ומספקים להם את הגירויים הנחוצים והמתאימים לגילם. המעורבות המינית שנוצרת בין האב לבת קשורה בכישלון הנישואין ולעתים אף נמצאה התעללות מינית ברקע המשפחתי של האם.

על פי רוב מתרחשת ההתעללות מאחורי מעטה של סוד כבד. קיימת תקשורת מועטה בין בני הזוג בנושאים של מין וקיימת תקשורת מועטה בין האם לבין הבת. ככל שהן מתרחקות יותר זו מזו, כך פוחת הסיכוי שהבת תפנה בבקשת עזרה לאם. לעתים, כשהיא כן פונה, היא נתקלת בתגובה של חוסר אמון גמור מצד האם. אכזבתה של הבת מחוסר האמון של האם קשה. המרחק בין הבת לאם מקרב את

הבת והאב. המתח הנוצר בין ההורים יכול לגרום לקונפליקט שיוביל להתפרקות קשר הנישואין, אך לרוב, מופנה הכעס של האם אל הבת והיא בתגובה מתקרבת לאב כדי לבקש תמיכה. הקונפליקט יכול להתמתן אך ההתעללות עלולה לחזור.

כשבנות חושפות את דבר ההתעללות ומפרות בכך את חוקי הסודיות הן עושות זאת פעמים רבות בשלב ההתבגרות שלהן, לעתים כדי "להציל" אחות או אח צעירים שנמצאים גם הם בסיכון להתעללות.

דפוס שכיח נוסף בסוג המשפחות הנמנעות מקונפליקט הוא כאשר האם רואה את האב והבת כשני ילדים מתבגרים, ובטיפול ארוך יותר מתברר שבחירת האם באב כבן זוג הייתה מושתתת על דפוס יחסים של אם-ילד. ביהסים אלה האם לוקחת על עצמה באדיקות כפייתית את הטיפול במשפחה, ואילו האב לוקח את תפקיד הילד הקטן. בהקשר כזה שבו לא מתפתחים יחסים בוגרים בין ההורים, האב והבת נראים אכן כזוג ילדים שאין ביניהם גבולות דוריים מתאימים הנחוצים לגדילתה של כל משפחה.

דפוס שכיח נוסף במשפחות אלה הוא דפוס של "ילד הרוי". הבת לוקחת על עצמה תפקידים עם אחריות יתרה. החשש שלה מהתפרקות קשר הנישואין ומהתפרקות המשפחה, גורם לה לקחת על עצמה תפקיד של קורבן.

גם תפקוד האב והבת כזוג כאשר האם מתפקדת כילדה התלויה בהם, אופייני במשפחות אלה. לעתים דפוס זה מתרחש על רקע של נכות האם, כשהיא מרגישה שהיא מסולקת מהתפקידים המסורתיים של אם המשפחה, והאב והבת לוקחים את האחריות והשליטה.

2. משפחות שמוסות את הקונפליקט באמצעות ההתעללות – משפחות אלה מאופיינות בחוסר ארגון בתוך המשפחה. יש היפוך תפקידים בין ההורים לילדים (ההורה מתפקד כילד והילד כהורה). חסרים שליטה, הכוונה וגירוי רגשי ואינטלקטואלי לילדים. משפחות אלה ידועות לעתים לשירותי הרווחה כמשפחות רב-בעייתיות, והן מאופיינות בגבולות לא ברורים בין היחידים בתוך המשפחה ובין הדורות במשפחה (מערכת של ההורים מול מערכת של הילדים). יש לעתים שימוש מופרז בעונשים ובאלימות במשפחה. הבריתות במשפחה יכולות לכלול כמה ילדים ולא רק אחד, וזה יכול להתבטא גם בהתעללות מינית בכמה ילדים ולא רק באחד. על פי רוב, ילד אחד לוקח על עצמו תפקיד הרוי ואילו ההורים ושאר הילדים מתפקדים ברמה רגשית התנהגותית נמוכה יותר. לעתים האם מעורבת באופן גלוי ביחסי המין בין האב והילדים.

ההתעללות המינית במשפחות אלה מפחיתה זמנית את רמת המתח במשפחה. השימוש במין הוא שימוש במעין גלולת הרגעה. קיים מעטה של סודיות בין המשפחה לבין העולם החיצוני לה, ואילו בתוך המשפחה מעשה ההתעללות יכול להיות גלוי. בחלק מהמשפחות נמצא גם שימוש בסמים ובאלכוהול וכן הזנחה פיזית (לביא-קוצ'יק, 2000; טילמן, 1955).

ילדים לומדים מגיל צעיר לציית למבוגרים והם עלולים שלא להבין או לא לדעת שמותר להם לסרב למבוגר. נוסף על כך, ילדים תלויים במבוגרים מבחינה פיזית, רגשית, קוגניטיבית וחברתית, והמבוגרים אמורים להגן עליהם משום שאין הם בוגרים מבחינה ביולוגית. תלות זו נעה מתלות מוחלטת בגיל הינקות ועד לעצמאות ולאחריות אישית בגיל הבגרות. תלות של ילדים בהורים משמעותה, שילדים צריכים להאמין שכל מעשי הוריהם מכוונים לטובתם ולכן הם יכולים לבטוח במבוגר.

גורמים הקשורים בחוסר בשלות פסיכולוגית-קוגניטיבית של ילדים מאפשרים את ניצולם המיני: ילדים צעירים אינם מודעים כלל למלוא המשמעות של אירוע ההתעללות. מודעות זו תלויה בהתפתחותם ובמאפיינים של האירוע. עד גיל 5-6 בערך, ילד שופט מעשה טוב או רע על פי התוצאה שלו ("אם קיבלתי ממתק, אם לקחו אותי לטיול, אם אני מקבל יחס מיוחד, אם נעים לי ואוהבים אותי - התוצאה טובה - סימן שעשיתי מעשה טוב"). בגיל זה הילדים נמצאים בסיכון מיוחד להתעללות מינית בתוך המשפחה ומחוץ למשפחה עקב היעדר בשלות זו.

בערך בגיל 5 עובר השיפוט המוסרי של הילד לשלב חדש שבו הוא קולט את משמעות המעשה על פי כוונתו. בשלב זה כבר יש יכולת להבין שאף שהמעשה מלווה בטובות הנאה, הוא מעשה רע כי כוונת המבצע רעה. ומכאן יש סיכוי הולך וגובר שהמעשה ייתפס כשלילי בעיני הילד.

הילד אינו מספר על דבר ההתעללות, שכן ניצול מיני מתרחש לעתים קרובות בסתר. על פי רוב מוזהר הילד שלא לחלוק את הסוד עם אדם נוסף, והוא מפחד לספר את הסוד הנורא. המתעלל מאיים עליו שאם יגלה את הדבר, ייפגעו הוא או אחד מבני משפחתו. המתעלל יכול להבטיח לילד שהכל יהיה בסדר אם הוא לא יספר דבר, או שהילד חושש שלא יאמינו לו או אף יענישו אותו על חלקו במעשה. מלבד זה, נמצא כי ילדים רבים חשים אשמה על שותפותם הפעילה או הסבילה במעשה ההתעללות. לעתים תחושה זו נוצרת כי המתעלל אומר לילד שהמעשה נעשה בגללו, או שהילד רצה בכך.

ייתכן שהילד מנסה לבטא את הקושי שבו הוא נתון והמבוגרים סביבו אינם מגיבים לדבריו, או מגיבים בצורה לא נכונה, מצב המחזק את הסתרת הדברים והכחשתם. נוסף על כך, יש ילדים החסרים את היכולת להביע את אשר קרה מפאת גילם הצעיר ושפתם הדלה, ויש ילדים ומתבגרים המתקשים לספר את אשר אירע להם בגלל עוצמת הטראומה. לעתים נשמע הסיפור מבולבל ולא שלם בעקבות הפגיעה הנפשית הקשה שגרמה ההתעללות (לביא-קוצ'יק, 2000).



1. גיל הילד בתחילת ההתעללות – ככל שהילד צעיר יותר, הפגיעה עלולה להיות קשה יותר.
 2. משך ההתעללות – חד-פעמית או מתמשכת.
 3. מידת האלימות או מידת האיומים לאלימות הנלווים להתעללות.
 4. הפרש הגיל בין הקורבן לבין המתעלל.
 5. מידת הקרבה המשפחתית שבין הקורבן למתעלל – הורה, אח, מכר או זר.
 6. הימצאות דמויות הוריות מגוננות או היעדרן.
 7. מידת הסודיות האופפת את מעשה ההתעללות.
 8. הטיפול וההיענות של אנשי מקצוע לקריאה לעזרה.
- Finkelhor (1987), מדבר על ארבעה היבטים מרכזיים המשפיעים על עוצמת הפגיעה. לכל אחד מהם ביטויים רגשיים והתנהגותיים אצל הילד בטווח הקצר ובטווח הארוך:

א. הטרומה עקב התעללות מינית

עקב התעללות מינית, הרגשות והגישות של הילד ביחס למין מתפתחים באופן שאינו מותאם לגילו. אם ילד מקבל חיזוקים להתנהגות מינית שאינה מתאימה לגילו (החיזוקים יכולים להתבטא בהטבות, במתנות, בהתייחסות מיוחדת וכדומה), הוא לומד שהתנהגות מינית היא דרך להשגת מטרה שתספק את צרכיו. נוסף על כך, ההתעללות יוצרת אצל הילד תפיסות מוטעות ובלבול בכל מה שקשור למין. למשל, הילד אינו יודע להבחין מתי יש להתנהגות הקשר מיני או משמעות מינית ומתי לא. השימוש בכוח בהקשר של מין גם הוא גורם לבלבול. המין והפעלת כוח הם עבור חלק מהילדים שעוברים התעללות מינית היינו הך.

ב. היווצרות סטיגמה

ילד שעבר התעללות קולט את הצד הקשה והשלילי שבמעשה ההתעללות, ומייחס אותו לעצמו. הוא מייחס לעצמו תכונות שליליות, הוא מרגיש רע, אשם ומלוכלך. תחושות אלה הן לעתים תוצאה של מסרים שקיבל הילד מהמתעלל שניסה לגולל את האחריות מעליו, וללא ספק הן קשורות גם לעניין הסודיות שבמעשה ("אם הדבר הוא כל כך סודי אולי הוא רע עד כדי כך שיש להסתירו").

נוסף על כך, כשהילד בוגר יותר, הוא כבר הספיק לקלוט את המסרים החברתיים בנושא של מין, והוא מפנים את המסר שלפיו הוא עצמו סוטה ומגונה בגלל ההתעללות שהוא היה שותף לה, אף אם שותף פסיבי לחלוטין. התגובה הזו מתגברת ברגע שהקרובים או אנשי המקצוע מאבדים את עשתונותיהם בתהליך הגילוי, או אף מאשימים את הילד ומעבירים אליו אחריות למעשה.

ילדים הגדלים בסביבה דתית ונפלו קורבן להתעללות מינית, יכולים להיות פגיעים יותר לתגובות כאלה: החברה הדתית מוקיעה התנהגות של גילוי עריות בתוקף רב, והדין האוסר גילוי עריות הוא אחד הדינים החשובים והחמורים ביותר. הילד מתקשה להבין מה הקשר בין האיסור המפורש לבין ההתעללות שהתרחשה בפועל, ולעתים קרובות הוא לוקח על עצמו את האחריות ומרגיש שהוא עצמו הגורם לה. הסטיגמה קשה גם כשהילד אינו מגלה שהתעללו בו, ולעתים היא קשה במקרה זה אף יותר, משום שהוא חש שונה, נבדל, חריג והוא אינו מעלה על דעתו כלל שאירוע כזה יכול לקרות גם לילדים אחרים.

ג. הרגשת בגידה

הילד מרגיש הרגשה קשה של בגידה כאשר הוא מבין, מגלה או קולט שמישהו שהוא היה תלוי בו, פגע בו, ילד יכול להבין שהוא תומרן לאירוע ההתעללות באופן לא ישר ובאמצעות שקרים. מישהו שהוא אוהב וקשור אליו התנהג בחוסר אכפתיות ובחוסר דאגה בלי לחשוב על צרכיו.

הרגשת הבגידה יכולה להיות קשורה גם לדמויות אחרות (ההורה הלא מתעלל, דמויות קרובות, כמו מורה, מדריך וכדומה), אלה שלא הגנו עליו או שאינם מאמינים למה שהוא אומר, או אלה שהאשימו אותו באחריות למעשה.

ד. הרגשת חוסר אונים

הרגשת חוסר אונים נובעת מהפרה חוזרת ונשנית של רצונותיו ומשאלותיו של הילד על ידי ההתעללות. הטריטוריה שלו – הגוף שלו, הופקעו ממנו ואינם שייכים לו עוד. הוא סובל מפלישה חוזרת ונשנית אליהם נגד רצונו. חוסר האונים שלו גובר כשהוא מנסה לעצור את המעשה והניסיון אינו עולה בידו. הוא אינו מצליח להביא את המתעלל לכך שיבין אותו ויפסיק את ההתעללות.

האיום על הילד והשימוש בכוח, וכן הפחד העצום מפני העתיד להתרחש אם יגלה את דבר ההתעללות, לוכדים אותו במעגל סגור שבו מצד אחד, הוא יכול אולי לנסות לעשות מעשה שיעצור את ההתעללות, אך מן הצד האחר, הוא עלול לשלם על כך מחיר כבד. ולכן הוא נוטה לבחור באפשרות של שמירה על הסוד אפילו במחיר של סבל רב. מלכוד זה מחזק את תחושת חוסר האונים שכן הילד מרגיש שכל אפשרות שיבחר בה קשה עבורו, והוא חושש שהיא לא תחלץ אותו מהמצב הבלתי נסבל שבו הוא נמצא. פרינס (1995), מאתר מספר מאפיינים המתקיימים בתהליך הפגיעה והתעללות:

אחריות – מדובר בתפיסה שהורים או מבוגרים אחראים תמיד למה שמתרחש במסגרת האינטראקציה בינם לבין ילדיהם, ואילו הילדים אינם אחראים לעולם מפאת חוסר הבגרות הקוגניטיבית, הרגשית והביולוגית שלהם.

השתתפות – רובם הגדול של הילדים שחווים התעללות מינית לא נטלו כל תפקיד פעיל באינטראקציה של ההתעללות, אולם בחוויית הילד, הימצאותו בתוך האינטראקציה נתפסת כהשתתפות גם אם היה לו תפקיד פסיבי ולא יוזם. חוויה זו עשויה להסביר מדוע ילדים עלולים להרגיש אחריות להתעללות עצמה, למרות שלמעשה הם אינם יכולים להיות אחראים עליה לעולם.

רגשות אשמה – על-פי פרינס, תחושת האשמה של הקורבן נובעת מתחושת האחריות המוטעית שלו, אותה הוא מסיק מן העובדה שהשתתף בהתעללות. בלבול זה מתחזק לעתים קרובות על-ידי איומים מצד המתעלל כי הקורבן יהיה אחראי לתוצאות אם יגלה את דבר ההתעללות.

הפעלת כוח – כדי להימנע מבלבול ביחס להגדרת הכוח, טוען פרינס, שההתעללות המינית בילדים מקורה בעיקר ביכולות הפיזיות, החברתיות, הפסיכולוגיות והחוקיות הרבות יותר בהן משתמש המבוגר באופן לא אחראי.

הטלת אשמה – זהו מאפיין מרכזי בדינמיקה של ההתעללות. הפוגע נוטה להטיל את אשמת הפגיעה על הקורבן, זאת משום שהוא מסרב לקחת אחריות הולמת על מנת להימנע מלהימצא אשם או לחוש אשם.



בספרות המקצועית קיימת הסכמה רחבה שאין בדינו להצביע על סימני זיהוי חד-משמעיים החושפים אירוע של התעללות מינית ובכלל זה סימנים התנהגותיים, גופניים, פסיכולוגיים או אחרים. עם זאת, אותרו וזוהו משתנים רבים שעשויים לעורר חשד להתעללות מינית ובאופן מיוחד אם הם מופיעים ביחד ומשלימים אחד את השני.

קבלת תיאור מפורט של האירוע הכולל מידע מדויק של התכנים המיניים, תוך בחינת הקשרים שבין תיאור האירוע לבין הביטויים הרגשיים המלווים את התיאור, הם חיוניים ביותר לקבלת החלטה האם לפנינו חשד לפגיעה מינית.

משתנים שחשוב לעקוב אחריהם: מידת העקביות בתיאור פרטים מרכזיים; התנהגות מוחצנת ותיאור אירועיים מיניים באמצעות ציור, משחק, ומשחק בבובות; שינויים בתפקוד הילד המראים על לחץ, או התנהגות מינית לא מותאמת לגיל; הלימה בין תיאור האירוע לבין ביטוי הרגשי; עיכוב בחשיפת האירוע מלווה בנסיגה התנהגותית.

סימני זיהוי ודרכים לבדיקה גופנית של נפגעי התעללות מינית

מרבית העדויות לפגיעות גופניות כתוצאה מהתעללות מינית מושגות מבדיקות רפואיות שנעשו לקורבנות ההתעללות המינית. התקדמות ניכרת נעשתה בשנים האחרונות בהערכת פגיעות באיברי המין אף כי לא ניתן לצפות מהן להצלחה מוחלטת. ממצאים כאלה יכולים כיום לעזור בקביעה האם בוצעה בנפגע פגיעה מינית, אם כן, הם יכולים לשמש לעתים רחוקות כהוכחה בלעדית של זיהוי תוקף. נוסף על כך, מקרים רבים של פגיעות מיניות אינן מותירות כל סימן פיזי או שמותירות גירוי אדום שמתפוגג תוך זמן קצר ואז הבדיקה הרפואית אינה תורמת דבר בזיהוי הפגיעה. תרומה רבה להצלחת בדיקה רפואית מתקיימת כאשר הנפגע ובני משפחתו מיועדים לגבי מטרת הבדיקה ודרך ביצועה. ניתן להפחית את רמת החרדה והצורך בהרדמה

או בתרופות הרגעה באופן משמעותי אם הרופא מצליח למזג בין בדיקת איברי המין של הנפגע עם בדיקה גופנית כללית שלו.
Lamb (1994), סיכם עבודה של קבוצת מומחים מאירופה, צפון אמריקה והמזרח התיכון שהתקיימה בספטמבר 1993 בשבדיה ואשר עסקה בסימני זיהוי ובדרכים לחקור ולאתר ניצול מיני של ילדים.

דרכי בדיקה

בדיקת נפגעות ניצול מיני – כאשר קיים חשד לחדירה וגינלית יש לבדוק את הנפגעת בשתי תנחות בדיקה:

1. בדיקה בשכיבה על הגב – בתנוחה זו מתאפשרת תצפית על אזור הווגינה. בדיקה של שפתי הפות תוך הפרדתם כך שהשוליים בחלק הפנימי של הווגינה נתונות לתצפית.
2. בדיקה על הצד בתנוחת ברך-חזה – תנוחה זו מאפשרת מבט טוב יותר על קרום הבתולין, כאשר הוא נמתח תחת כובד משקל גוף הנבדקת ועל תעלת הווגינה כאשר הקירות הקדמיים נופלים קדימה. כך גם צוואר הרחם נצפה בשני שליש מאורכו, כל זאת ללא צורך בשימוש במכשיר צפייה חודרני. (קסטל-דויטש, 1998).

סימני זיהוי גופניים

חדירה באמצעות איבר מין או חפץ גדול, קורעת בדרך כלל את קרום הבתולים ולפעמים גם את הרקמות שמסביבו. קריעת בתולים טרייה נראית בצורת V ובדרך כלל בשוליים האחוריים של קרום הבתולים.

דפורמציה של קרום הבתולים ניתנת למעקב מזמן החדירה ועד להבשלת הבגרות המינית ויכולה להצביע ברמת ביטחון גבוהה על כך שבוצעה חדירה. דפורמציה כזו של השוליים האחוריים של קרום הבתולים אינה קורית באופן טבעי ואין סבירות שתיגרם בדרך אחרת.

הגודל של פתח הבתולים אינו סמן ברור לפגיעה מינית. אפילו אצל ילדים שנפגעו מפגיעה מינית נמצאו פתחים קטנים. למעשה, גודל פתח הבתולים משתנה בצורה רבה מילדה לילדה בין שנפגעו מינית או לא.

אם הפגיעה המינית נפסקה, רוחב קרום הבתולים גדל משמעותית כך שללא טכניקת בדיקה מיוחדת, פגיעה קודמת תיראה כקפל ברקמת העור בלבד.

פגיעות בפי הטבעת הנגרמות מפגיעה מינית קורות יחסית בתדירות נמוכה יותר והן קשות יותר לאבחון. פציעות פיזיות חמורות עלולות להיגרם ממעשה סדום

אלים. פחות ברור אלו שינויים צפויים להיגרם כתוצאה מחדירה מתמשכת, עדינה יחסית בפי הטבעת, בזמן שמשתמשים בחומר משמן. כתוצאה מכך, קיימת מחלוקת באשר לאפשרות של הערכת פגיעה אנלית.

בשני המקרים, סימני הדימום או אודם בשל הפגיעה המינית ייעלמו בדרך כלל תוך 48 שעות. הקרעים יתאחו תוך 5-10 ימים והקצוות החדים של הפצעים יתיישרו ויתעגלו תוך 3-6 חודשים. לאחר זמן, יהיה קושי לזהות פציעות אלו וניתן יהיה לגלותן רק בשיטות מגוונות של בדיקות, אם בכלל. לפיכך, היעדרם של סימנים גופניים אינו מצביע בהכרח שלא בוצעה פגיעה מינית. העובדה שהדיווחים על פגיעה מינית מגיעים הרבה פעמים לאחר זמן רב פוגעת לא אחת ביכולת של הרופא הבודק להגיע לכלל אבחנה, ומכאן החשיבות הרבה להבאת הנפגע לבדיקה בהקדם האפשרי.

סימני זיהוי פיזיים - העלולים להצביע על פגיעה מינית

1. חבלות באזור איברי המין ופי הטבעת.
2. חבלות באזור הירכיים.
3. דמם מהפות אצל ילדה ללא סימני התפתחות מינית, או דמם שלא בזמן מחזור אצל ילדה בוגרת יותר.
4. הפרשות מהפות אצל ילדה ללא סימני התפתחות מינית.
5. פתח קרום הבתולים אצל בנות לפני גיל ההתבגרות הוא מעל 4 מ"מ. יש לציין, שבנות שלא עברו טראומה מינית, יכולות להיות בעלות פתח נרחב, ולהיפך – לאחר פרק זמן מאז הטראומה, קרום הבתולים יכול לחזור למצבו הקודם.
6. תלונות על כאב או על גירוי באיברי המין.
7. אודם לא ספציפי באזור איברי המין ופי הטבעת.
8. כאב בטן חוזר ללא הסבר.
9. הקאות.
10. כאב גניטלי או רקטלי.
11. שינויים באנטומיה הגניטלית לפני ההתבגרות המינית.
12. דלקת חוזרת בדרכי השתן ללא ממצא אורגני בבירור מקיף.
13. קששים בהליכה או בשיבה.
14. בגדים קרועים או מוכתמים בדם או בזרע.
15. היריון.
16. חזרה להרטבה/התלכלכות לאחר גמילה וגם עצירות.
17. מחלת מין.

סימני זיהוי ודרכים לחקירת התנהגות של נפגעי התעללות מינית

דיווחים רבים אודות ילדים נפגעי התעללות מינית מתארים התנהגות המחקה פעילות והתנהגות מינית של מבוגרים. אמנם נמצא כי נגיעה ועיסוק באיברי המין שכיחים יותר אצל ילדים נפגעי התעללות מינית, אך זוהי התנהגות הקיימת גם בקרב ילדים שלא חוו התעללות מינית, כך שהתנהגות כזו בפני עצמה אינה ראייה חותכת לפגיעה מינית. עם זאת, התנהגות כזו יכולה לאותת על הצורך בבדיקה יסודית ומעמיקה יותר (Lamb, 1994).

התנהגות מינית של ילדים יש לבחון בהקשרים של רקע היסטורי, תרבותי ומשפחתי. על איש המקצוע לבחון את עמדות בני המשפחה כלפי נושאים כמו עירום וכלפי מיניות בכלל. אין ספק כי שונות כזו משפיעה על התנהגות הילד ויש לקחת מרכיבים כאלה בחשבון בעת הערכת ההתנהגות הנצפית. מאחר ובידנו ידע מועט למדי לגבי הרקע המשפחתי והתרבותי של הילד ולגבי עמדות בני המשפחה בנושא המין ודפוסי ההתנהגות שלהם, קשה יהיה לאיש המקצוע להגדיר מהי התנהגות תקינה או לא תקינה באופן חד משמעי (Lamb, 1994).

לצערנו, לא קיימת תסמונת התנהגות ספציפית או מבחן העשויים לאמת בוודאות נפגעי ניצול מיני. תיקוף של ניצול מיני תלוי כמעט לחלוטין בחקירה ובראיון של הילד הקורבן (Heiman, 1992; Lamb, 1994). היעדר התנהגות מינית אינו מעיד על כך שהילד לא עבר פגיעה מינית, כפי שקיומה של התנהגות מינית אינו מעיד שהילד עבר בהכרח פגיעה מינית. איש המקצוע צריך לבחון התנהגות מינית של הילד בהקשר רחב יותר, תוך התייחסות למשתנים נוספים העשויים לאשש או לפסול חשד לפגיעה מינית בילד.

Heiman (1992), מצטטת מחקרים שונים מהם עולה שילדים מכל הגילים שנפגעו מינית, ביטאו רמה גבוהה של התנהגות מינית בלתי מותאמת לגילם, כמו: נגיעה באחרים, חשיפת חלקי גוף לאחרים, חיקוי של יחסי מין, מגע של הפה באיברי מין, דיבור על פעילויות מיניות, ופנייה לילדים אחרים לקיים אתם מגעים מיניים. היימן אומרת כי התנהגות מינית בלתי הולמת, היא התנהגות המייחדת ילדים שחוו פגיעה מינית. לדעתה, חלק מהילדים הנפגעים עשויים לבטא סימפטומים מוגדרים ואחרים עשויים להגיב בצורה של שינויים באישיותם התואמים הפרעת אישיות פוסט-טראומטיות. ההתפתחות של הפרעת אישיות פוסט-טראומטית יכולה להתרחש בסמיכות לאירוע הפגיעה או בכל מועד מאוחר יותר, משבועות ועד לשנים. הפרעה פוסט-טראומטית מאופיינת בחוויה מחודשת של האירוע הטראומטי ומלווה במגוון סימפטומים גופניים

וקוגנטיביים, כמו: הפרעות שינה, בעיות זיכרון, קשיים בריכוז, עירנות יתר, היזכרות חוזרת וטורדנית של האירוע הטראומטי, חוסר עניין בפעילויות רגילות, תחושה של ניתוק, הימנעות מהשתתפות באירועים העשויים לעורר זיכרונות של האירוע הטראומטי, ביטוי מצוקה מוגברים כאשר נחשפים לאירועים דומים או מזכירים את הפגיעה.

Finkelhor & Browne (1985), מציגים ארבעה תהליכים שכיחים המאפיינים תגובות טראומטיות של ילדים להתעללות מינית: סקסואליזציה טראומטית (מחשבות מעוותות ומוטעות על מין, בלבול של המיניות), תחושת בגידה, חוסר אונים, וסטיגמטיזציה. לדבריהם, חוויות אלה משנות את האוריינטציה הרגשית והקוגניטיבית של הילד כלפי העולם החיצון ויוצרות טראומה שמעוותת את תפיסת ה"אני", תפיסת העולם והיכולות הרגשיות שלו. דוגמה: ילד בן 7 שמרגיש כעס כלפי עצמו ותחושת אשם על שלא עצר את ההתעללות שנעשתה בו: "אני טיפש. הייתי צריך לדעת מה הוא עושה... מדוע הייתי צריך להיולד טיפש". אצל ילדים צעירים שחשפו ניצול מיני עשויים שלא להופיע רגשות בושה או אשם, זאת מפני שבגילם עדיין לא התפתחה יכולת רגשית זו, המופיעה בגילים מבוגרים יותר.

סימני זיהוי - מאפיינים התנהגותיים אפשריים של ילדים שנפגעו מינית

1. פחד בולט ממגע פיזי, בעיקר כאשר נוגעים בבטן או בעכוז בזמן הבדיקה.
2. סירוב או הימנעות מלהתפשט לצורך הבדיקה.
3. סירוב לשכב על הגב בעת הבדיקה.
4. הפגנת ידע מיני שלא בהתאם לגיל.
5. ניסיונות התאבדות אצל ילדים מתחת לגיל ההתבגרות.
6. שינוי פתאומי בהתנהגות.
7. חוסר ריכוז.
8. הפרעות אכילה.
9. התנהגות עבריינית ובריחה ממסגרת.
10. ירידה דרסטית בהישגים לימודיים ואחרים.
11. מחלות פסיכוסומטיות.

Corwin (1990), מציג את הקריטריונים הדיאגנוסטיים לאבחון התעללות מינית:

- ☐ קושי, חוסר רצון או יכולת לשוחח על הפגיעה המינית.
- ☐ ניסיונות חוזרים לערב אחרים בהתנהגות מינית.

- עיסוק עם איברי מין שלא מתאים לגיל.
- אוננות כפייתית.
- סיוטי לילה.
- התנתקות.
- תגובות של הימנעות ללא הסבר הגיוני.

זאת לדעת!

אין די בבדיקה רפואית כדי לשלול אפשרות של התעללות מינית. רק בחלק מהמקרים בדיקה רפואית יכולה לאשש אירוע של התעללות זו.

קיימת הסכמה רחבה בין אנשי המקצוע, כי ככל שרמת הפירוט והידע שהילד מגלה אודות הניצול המיני רבים יותר, כך הסיכויים לקיומו של הניצול המיני גדולים יותר. אולם, חייבים לקחת בחשבון שכושר הביטוי של ילדים צעירים דל יותר ולכן יש להיעזר באמצעי עזר, כמו: משחקים, בובות, ציורים וכדומה. כמו כן, יש לדעת להתבונן על שפת הגוף של הילד.

במקרה של חשד להתעללות מינית, יש להוסיף לנאמר לעיל את הפעולות הבאות:

- יש לבדוק את הילד בבדיקה מלאה - בכל חלקי גופו כולל פה ולוע.
- כאשר מדובר בילדה, מומלץ שהבדיקה תיעשה עלידי רופאת ילדים או רופאת נשים ובנוכחות אחות. הורה או מלווה יהיו נוכחים, במידה והילדה מבקשת זאת.
- כאשר מדובר בילד, מומלץ שהבודק יהיה רופא ובנוכחות אה. הורה או מלווה יהיו נוכחים אם הילד ביקש זאת.
- במקרה של אונס, אם הילד הגיע מסיבה כלשהי ישירות אל הרופא המטפל בקהילה, יש לקיים את הנוהל לרופא וכך גם את הנוהל המשטירתי. יש להיות ערים לצורך בשמירת ראיות ולכן יש להקפיד על שמירתם (זרע, פרטי לבוש מוכתמים וכו'). לחלופין, יש לבחון הפניה מיידית אל חדר המיון בבית החולים.

נזקים בטווח הקצר

הנזק הנגרם בשל התעללות מינית אינו חולף אחרי תקופה קצרה. אלה פגיעות שסימניהן מופיעים בטווח של עד שנתיים מתחילת ההתעללות:

פגיעה באיזון הנפשי

הפרעות שינה, נדודי שינה, ביעותי לילה, הפרעות אכילה (רזון קיצוני או משקל יתר), פוביות, דיכאון, אשמה, תלונות סומטיות, בושה, כעס, ועיונות. תגובות אלה קשות יותר כשההתעללות מבוצעת בתוך המשפחה.

פחד וחרדה

סימפטומים של פחד וחרדה תוארו לעתים קרובות כתוצאות מיניות של התעללות מינית בילדים (Green, 1993). זוהי התגובה השכיחה ביותר שנמצאה אצל ילדים, והיא מועצמת בגלל חשש הילד מאפשרות של פגיעה חוזרת.

בושה, אשמה ודיכאון

רגשות בושה, אשמה ודיכאון מלווים בפגיעה בערך העצמי הם מהסימפטומים השכיחים הקשורים בילדים שעברו התעללות. מקורם מוסבר בכמה סיבות:

- תחושת האחריות להתעללות כשילד (בעיקר לילדים מבוגרים יותר) מתבררת המשמעות של המעשה שבו היה מעורב (גם אם לא יזם אותו וגם אם היה שותף לו כשהוא נתון ללחץ ולאיום. בתחושתו הוא היה שותף).
- אובדן האמון בהורה כתוצאה מבגידתו, מהרגשת חוסר האונים, מניצול ומסטיגמה שגורמים לרגשות בושה ואשמה המתמזגים בדימוי העצמי של הילד הנפגע.
- פתיחת הסוד שהיה אמור להישאר סגור בפני העולם החוץ-משפחתי.
- "בגידה" במתעלל שעלול להיות מורחק מהבית, להינטש על ידי האם, או לעמוד למשפט.
- בגידה באם על השותפות במעשה עם האב.

גרין (1993), מציג נתונים מחקריים המורים כי ילדים נפגעי התעללות מינית גילו סימפטומים דיכאוניים וכן ניסיונות התאבדות רבים יותר מילדים שלא עברו התעללות מינית. כך, גם לגבי הפגיעה בתחושת הערך העצמי שלהם. ילדים שחוו לאחר גילוי ההתעללות תמיכה מצד האם ושאר בני המשפחה היו בסיכון נמוך יותר לשקיעה בדיכאון מאשר ילדים שחוו תגובה עויינת מצד בני המשפחה, ובמיוחד מצד האם על חשיפת הפגיעה המינית. עם זאת, אין ממצאים בדוקים ומוחלטים באשר לקשר שבין התעללות מינית לבין דיכאון וכך גם לגבי הסימפטומים האחרים שהוצגו. תגובות של חרדה, פחד, תוקפנות ודיכאון מופיעים גם אצל ילדים שלא עברו התעללות מינית.

תגובות התנהגותיות

התנהגויות לא מרוסנות ונטייה להיכנס למאבקי כוח עם אחים או עם ילדים במסגרת החינוכית שבה שוהה הילד. התעללות בילדים קטנים היא תגובה נוספת ולפעמים מתעלל הילד גם בחיות מחמד. הפרעות בהתנהגות המינית הן מהסימפטומים הבולטים והדרמטיים שנצפו בילדים שעברו התעללות מינית. נראה שהתנהגות זו נובעת מההתנסות המינית אותה חווה הילד. יתר התעוררות מינית והתנהגות מינית אגרסיבית עם נטייה לחזור לתפקיד הקורבן המיני וכן אוננות כפייתית בקרב ילדות בגיל החביון נמצאו בשכיחות גבוהה בקרב ילדים שעברו התעללות מינית. כמו כן, נמצא כי נערות מתבגרות, קורבנות התעללות מינית, הגיעו לעיסוק בזנות. רבים מהילדים קורבנות ההתעללות המינית מתקשים להבדיל בין חיבה לבין יחסי מין. בקצהו השני של רצף ההתנהגות המינית אצל קורבנות פגיעה מינית נמצאו תגובות, כמו: פוביות, עכבות מיניות והימנעות. ההתנהגות המינית המוגברת או ההימנעות המוחלטת מוסברת כדפוסי הסתגלות מנוגדים הנובעים מאותה חוויה קשה של התעללות מינית:

- חיפוש שליטה באמצעות חזרה אקטיבית על הטרומה.
- הסתגלות על ידי הימנעות מגירוי מיני באופן מוחלט (Green, 1993).

נזקים בטווח הארוך

המחקר על מבוגרים שעברו התעללות מינית בילדותם מאפשר בחינה של הנזקים בטווח הארוך. רבים מהסימפטומים וההפרעות הפסיכיאטריות שאובחנו אצלם חמים במידה רבה לאלה שאובחנו אצל ילדים שנפגעו זה מקרוב. הפגיעות נשארות במשך שנים אצל האדם הפגוע, גם בבגרותו.

אולם יש הבדלים ייחודיים אצל מבוגרים, כמו למשל: הפרעות בתפקוד המיני, הפרעות באכילה, התפרצותם של זיכרונות שהיו מודחקים זמן רב, כאשר הזרז להתפרצות עשוי להיות חוויה מינית בעת הבגרות. כמו כן, קיימות דרכי הגנה שונות הנובעות מכך שהמבוגר שעבר התעללות עסוק פחות בהתעללות עצמה ובחוויות היותו קורבן וזאת עקב הזמן הרב שחלף מאז האירוע והפחתת עוצמת הפגיעות כלפי הפוגע. נוסף על כך, למבוגר נצברו, לאורך השנים, דפוסי הגנות רבים יותר שהתמזגו בקווי אישיותו. כיוון שמבוגרים מרוחקים מהטראומה המקורית, הם חווים פחות סימפטומים של טראומה וצפויים לעומת זאת לתגובות פוסט-טראומטיות מעוכבות, המופיעות בעקבות אירועים מעוררי זיכרונות של התעללות מינית (Green, 1993).

פגיעה רגשית והתנהגותית

- ☐ **פגיעה בדימוי העצמי ודיכאון** הן התגובות השכיחות ביותר אצל מבוגרים שחוו התעללות מינית בילדותם.
- ☐ **התקפי חרדה** מלווים בסימפטומים גופניים המופיעים גם אחרי שנים, וכוללים: סיוטי לילה, הפרעות שינה, הפרעות אכילה ומתח כללי וסימפטומים של פחד.
- ☐ **הפרעות דיסוציאטיביות** המתבטאות בתחושת ניתוק של הקורבן מגופו ומרגשותיו. הפרעות אלה מתפתחות על פי רוב בעת ההתעללות. הקורבן מתנתק מגופו ומרגשותיו בניסיון להגן על עצמו ולהימלט מהכאב הרגשי והפיזי העצום. הוא חש שהוא אינו חלק מגופו או שהמאורע שחוה לא "באמת" קרה, או שלא הוא היה שם. אצל מבוגרים תחושות אלה נהפכות לעתים לתחושות אוטונומיות (שקיבלו "חיים משל עצמן") גם כשעברה ההתעללות.
- ☐ **קהות רגשית** – הניסיון להימנע מהכאב החרף הכרוך בהתעללות משפיע על האופן שבו הילד והמבוגר לעתיד מתמודדים עם רגשות באשר הם. קושי מיוחד צפוי לקורבן כשהוא עתיד להיות הורה האמור להכיר ולהבין את רגשותיהם של

ילדיו שלו. קהותו הרגשית עלולה להשפיע באופן מכריע על האופן שבו יוכל להיענות לצרכים שלהם.

☐ **הרס עצמי** – פגיעה בגוף על ידי גרימת חתכים, כוויות, הרעבה עצמית, תאונות רבות וניסיונות התאבדות הם פגיעה ארוכת טווח של התעללות מינית בילדות.

פגיעה הקשורה ביחסים בין-אישיים

קשיים ביצירת קשר עם אנשים ורתיעה מקרבה ואינטימיות. הדבר משפיע במיוחד על הקשר עם הילדים. אצל מבוגרים אלה קרבה ואינטימיות וביטויים מיניים קשורים בהכרח זה בזה. לעתים, ההתרחקות מהילדים נובעת מהחשש שקרבה תתפרש או תהפוך לביטוי מיני (ואכן אצל חלקם היא הופכת לביטוי מיני).

☐ **עוינות בקשר של הקורבן להוריו** – התייחסות שלילית אל ההורים. הן אל ההורה הפוגע והן אל ההורה שלא מנע פגיעה. התייחסות זו מורחבת ומועתקת לעתים כהתייחסות שלילית אל גברים או נשים בכלל וגם לנשים שהן קורבנות להתעללות.

☐ **קושי במתן אמון באחרים** – קושי ביצירת יחסי אמון עם הזולת המלווה בתחושת בגידה, עוינות ופחד מפני פגיעות חוזרות מצד הסביבה.

☐ **שחזור מעשה ההתעללות** – קיימת נטייה אצל קורבנות התעללות מינית לשחזר שוב את ההתעללות. חלקם פגיעים לניצול ולהתעללות מינית גם בבגרותם.

פגיעה במיניות

מתגלים קשיים משמעותיים בהסתגלות מינית. המין מעורר חרדה והרגשת אשמה ויחסי המין מלווים באי-שביעות רצון ובהיעדר הנאה.

לעתים קיימת התנהגות כפייתית סביב מין, ריבוי יחסי מין עם שותפים רבים וללא הבחנה. גם כשלא מופיעים הסימפטומים החריפים שתוארו, ההתעללות גורמת לשיבוש מתמשך ביכולת ליצור קשר וביכולת לבטוח בזולת, ליצור אינטימיות וליהנות מהחיים. בהיסטוריה של מבוגרים המתקשים ביצירת קשרים ארוכי טווח, המשנים מקום מגורים לעתים מזומנות, כמו נמצאים בבריחה מתמדת, אנו עלולים למצוא התעללות מינית בילדות.

הפרעות פוסט-טראומטיות

מקרים חמורים של התעללות מינית אובחנו כהפרעות פוסט-טראומטיות שהסימפטומים שלהם כוללים: פחד, תגובות חרדה, חזרה של הטראומה, פלאש

בק, הפרעות שינה וסימפטומים של דיכאון. במחקר שהשווה בין ילדים שעברו התעללות מינית למבוגרים שהיו קורבנות אונס נמצא שלילדים היו סימפטומים חמורים יותר, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך, מאשר למבוגרים. ההסבר שניתן הוא, שהילדים התנסו לעתים קרובות יותר בתקיפות מיניות במשך תקופה ארוכה (Green, 1993).

גרין מצטט מחקר לפיו 9 מתוך 10 ילדים בגילים 2-6 שעברו התעללות מינית גילו הפרעות פוסט טראומטיות. במחקר אחר נמצא ש-48% מהילדים שהתעללו בהם מינית וטופלו במחלקה פסיכיאטרית סבלו מהפרעות פוסט-טראומטיות. הסימפטומים שאובחנו: התנסות חוזרת בתופעה, התנהגות הימנעותית והתעוררות יתר אוטונומית. 75% מהילדים שעברו התעללות מינית על ידי אבותיהם ו-25% שעברו התעללות מינית עלידי מבוגרים שהכירו ובטחו בהם הראו סימפטומים פוסט טראומטיים, בניגוד לילדים שעברו התעללות מינית עלידי ילדים מבוגרים יותר, שלא הראו סימפטומים אלה.

במחקר אחר, אותו מצטט גרין, נמצא כי 61% מקבוצה של ילדים שעברו התעללות מינית ופיזית, התאימו לקריטריונים של הפרעות פוסט-טראומטיות. ילדים אלה דיווחו על שיעורים גבוהים של הרטבה, פוביות, החייאת הטראומה, הימנעות, התנתקות והתנהגות אגרסיבית. (הרחבה בנושא הנזקים הפוסט-טראומטיים ראה בפרק א' – רקע כללי).

ההתעללות המינית בילדים כתסמונת של סודיות עבור הקורבן נקבעת על ידי גורמים חיצוניים, גורמים הקשורים לאינטראקציית ההתעללות עצמה ועל ידי גורמים פסיכולוגיים פנימיים. לרוע המזל, פגיעה מינית מתרחשת בדרך כלל במסתור, ללא עדים, ובנכחות התוקף והקורבן בלבד. לעתים קרובות התוקף מכחיש את התנהגותו התוקפנית – למרבה הצער, גם כאשר מוצגות בפניו ראיות כבדות משקל – דבר המקשה על חקירת האירוע. מה גם שבמקרים רבים חסרות ראיות תומכות לדברי הילד הנפגע.

בין הגורמים החיצוניים ניתן למנות את הקושי למצוא הוכחות משפטיות ורפואיות להתרחשותה של ההתעללות, את הקושי של הקורבן לחשוף את הפגיעה מפחד על עצמו, על משפחתו או על המתעלל, את חוסר אמון הסביבה לגבי התרחשות ההתעללות, ואת האמירות הישירות לקורבן שלא לגלות את דבר ההתעללות בנימוק שהחשיפה תגרום להתפוררות המשפחה.

הסודיות מהווה חלק מן האינטראקציה של ההתעללות. במרבית המקרים נשארת ההתעללות המינית בילדים בגדר סוד משפחתי גם לאחר חשיפתה. עניין זה נובע מהצורך להכחיש את ההתרחשות ולא לקחת אחריות עליה. נוסף על כך, אנו נתקלים בתופעה של ביטול ההתעללות בתוך אינטראקציית ההתעללות עצמה. עניין זה מושג על-ידי יצירת הקשר שמבטל את ההתעללות, כמו יצירת דממה, חשכה והימנעות מקשר עין. כמו כן מתרחש ביטול ההתעללות על-ידי הפיכתו של המתעלל ל"אדם אחר", המתנהג בזמן הפגיעה באופן שונה מהתנהגותו הרגילה, תנועותיו שונות, טון דיבורו שונה וכדומה. ברוב המקרים, המתעלל מנסה להכחיש כל היבט אמיתי של היחסים בינו לבין הקורבן בעת ההתעללות עצמה: בזמן חוויית הקשר הגופני העז ביותר הוא מנסה לנתק עצמו פסיכולוגית מן הקורבן. טקסי ההתחלה והסיום של ההתעללות יוצרים מעין נתק זמן, המאפשרים למתעלל ולקורבן להתייחס להתרחשות שבין טקס ההתחלה והסיום, כאילו לא התרחשה מעולם.

התעללות מינית בתסמונת של התמכרות

למרות ההבדלים, קיים דמיון רב בין צורות התמכרות אחרות לבין ההתעללות המינית (ולעתים רחוקות גם הפיזית): המתעלל יודע כי ההתעללות היא בגדר פשע. הוא יודע שהוא מזיק לקורבן. כמו התמכרויות אחרות, התעללות מינית משמשת בראש ובראשונה להקלה במתח. התהליך מונע על ידי חזרה כפייתית. רגשות אשמה עשויים להביא לניסיונות להפסיק את ההתעללות. ההיבט הריגושי המיני משמש מרכיב ממכר מרכזי. ההתעוררות המינית וההקלה במתח שלאחריה יוצרים אצל המתעלל תלות פסיכולוגית. המתעלל נוטה להכחיש את ההתעללות כלפי העולם וכלפי עצמו. בדומה לכל התמכרות אחרת, הניסיון לחדול מן ההתעללות עשוי לגרום לסימפטומים של נסיגה, כמו: חרדה ועצבנות. למרות שמאפייני ההתעללות שתוארו לעיל מתייחסים, רובם ככולם, להתרחשותה של ההתעללות המינית, חלק גדול מהם מאפיין גם את התרחשותה של התעללות פיזית ואף נפשית. מרכיבים של אשמה, אחריות, סודיות והתמכרות, מהווים חלק מסוגי ההתעללות האחרים.

קשיים בהעדת ילדים נפגעי התעללות מינית

למרות שקיימות עדויות רבות המצביעות על כך שילדים צעירים מסוגלים לספק מידע אמין ומדויק על אירועים להם היו עדים או שאותם חוו, עדיין קיימת הסתייגות בדבר אמינות עדות ילדים. במדינות רבות, בהן נהוגה שיטת המשפט האנגלית או מבוססת עליה, נאסרה עדות ילדים צעירים, במיוחד אלה שטרם מלאו להם 7 שנים. עם זאת, ברבות ממדינות אלה מתחולל שינוי בכיוון המאפשר שמיעת עדויות של ילדים, אלא אם חוקר בית המשפט קובעים מפורשות שאין לקבל עדויות אלה (Lamb, 1994). בישראל, "חוקרי ילדים" מראיינים ילדים מתחת לגיל 14 ובסמכותם להחליט האם להביאם לעדות. בגין מורכבות הסוגיה ואי-אחידות הגישה כלפיה, עולות שאלות רבות הנוגעות לאמינות ומהימנות עדות ילדים, ערכה ומגבלותיה, דבר הגורם לבלבול ולספקות לגבי נכונות העדת ילדים במשפט. המתנגדים להעדת ילדים נסמכים על מקרים שבהם ילדים נתנו הצהרות שווא, כלומר, מספרים על מקרה התעללות שלא היה ולא נברא. אחרים סבורים שמרבית העדויות של ילדים הן נכונות ואמינות. זאת עליכם לזכור, שאין זה מתפקידכם להגיע למסקנה הסופית באשר לאמיתות האירוע. חשוב רק לדעת שהסבירות להצהרות שווא קיימת.

מצבים בהם עלולים ילדים לטעון לפגיעה מינית גם אם לא התרחשה

1. במשפחות בהן ההורים עומדים לפני משפט גירושין: אחד ההורים עלול "לשתול" אצל הילד רעיון שנעשה בו מעשה התעללות, כדי שההורה המואשם יאבד חזקה או זכות ביקור אצל הילד. לעתים מעשה כזה נעשה בגלל ניסיון נקמה של הורה אחד בהורה האחר או מסיבות אחרות.
 2. משפחות של הורים חולי נפש או משתמשים בסמים גם הם אוכלוסייה פגיעה יותר, שכן הורה פרנואיד או הורה עם הפרעות בקשר עם המציאות יפרש קרבה של מבוגר או של הורה אחר כניסיון מיני ואילו במציאות אין זה כך. הוא עלול לשכנע את הילד שמעשה שלא היה, התקיים, והילד ידווח על כך.
 3. לעתים הילד מצהיר הצהרת שווא שאין לה סיבה מוגדרת. אנשי המקצוע שיטפלו במקרה ינסו להבין מה מנסה הילד לומר או להשיג. "המצאה" של אינפורמציה כה בעייתית מחייבת בדיקה גם כשנמצאה לא נכונה (אנשי מקצוע מיומנים ישוחחו עם הילד, יאספו נתונים על הילד ומשפחתו ויבצעו בהתאם לצורך אבחון לצורך הכרעה והחלטה על דרכי הטיפול).
- יש להתחשב בעובדה שילדים מתחרטים לעתים על הגילוי שלהם. הם מכחישים כל מה שסיפרו בגלל איום, הפחדה או חשש כבד מההשלכות של חשיפת הסוד על שלמות המשפחה. במקרים אלה על המטפלים להיזהר מלהסיק מסקנות חפוזות שאכן לא היו הדברים.
- גורמים נוספים הקשורים בשיקול הדעת המקצועי תוארו בפרק "הקשיים של אנשי המקצוע לאתר ילדים במצבי סיכון".

התערבות חירום

מרגע שנחשפה התעללות מינית, המטרה הראשונה של המטפל תהיה שינוי הסביבה המתעללת כך שהילד יהיה מוגן מפני התעללות נוספת. על המטפל לפעול להגבלת הנגישות של התוקף לילד או למנוע אותה לחלוטין, בהתאם למשתנים הספציפיים של כל מקרה לגופו. אם ההורה הלא תוקף אינו משתף פעולה ומכחיש את עצם התרחשות ההתעללות או לא מסוגל להגן על הקטין קורבן ההתעללות, על המטפל לפעול להוצאת הילד בסיכון אל מחוץ לביתו ולהכניסו למסגרת שתוכל לשמור עליו מפני ההורה המתעלל.

התעללות מינית מהווה פגיעה קשה בילדים. היא מתרחשת בכל שכבות החברה בלי קשר להשכלה, למעמד כלכלי או לעדה, בקרב משפחות חילוניות וגם דתיות. פגיעה מינית בילדים יכולה לקרות בכל גיל והנזק הנגרם לקורבן הוא בדרך כלל ארוך טווח ועמוק. חשוב לדעת, שילדים יכולים להיפגע מינית על ידי הורים, אחים, סבים, קרובי משפחה אחרים, זרים, ילדים מקבוצת הגיל וכן אנשי צוות במסגרות בהן הם שוהים.

לרופא ולאחות קשר ישיר ובלתי אמצעי עם הילדים אותם הם פוגשים, הן בבדיקות תקופתיות, והן במצבי חולי אקוטי וכרוני. הרופא הוא סמכות מקצועית ודמות אותה מעריכים ומכבדים ועליה אפשר לסמוך ולכן ניתן לחלוק אתו סוד. לאנשי המקצוע בתחום הרפואה והסיעוד תפקיד חשוב ומרכזי באיתור ובזיהוי ילדים נפגעי התעללות מינית. ילדים נפגעים מינית יכולים להגיע אל הרופא או האחות בשתי דרכים:

א. כאשר חשד לפגיעה מינית נקבע על ידי גורם בקהילה וזה מביא את הנפגע לבדיקה רפואית. לרופא הידע והכלים לאבחן סוג זה של התעללות ולכן הרשויות העוסקות בנושא, כמו המשטרה ו/או פקיד הסעד יפנו את הילדים, שהתעורר לגביהם יסוד סביר לחשוב שנעברה בהם עברה של פגיעה מינית, לבדיקה ולאבחון אל הרופא. כך גם הורים (לא פוגעים) רואים ברופא כתובת אמינה לביורר החשד לפגיעה מינית.

ב. ילדים המגיעים לבדיקה או לטיפול ותוך כדי כך מתעורר אצל הרופא או האחות חשד לפגיעה מינית.

בשני המקרים יחס הרופא או האחות אל הנפגע חשוב לא פחות. הקרנת ביטחון, יחס אנושי חם ואוזן קשבת הם ערובה לשיתוף פעולה ולהצלחת האבחון וזיהוי הפגיעה המינית. חשוב

ביותר לא להפעיל כל סוג של כוח בעת הבדיקה, זאת על מנת שהבדיקה לא תתפרש כאונס נוסף. דברו עם הילד, השתדלו להרגיע אותו, הסבירו לו איזה בדיקה אתם הולכים לעשות ומדוע זה חשוב.

אם לא מדובר באונס "טרי" והילד מתנגד, ניתן לדחות את הבדיקה ולבצעה תחת הרדמה או בשיטה של Conscious Sedation ולעניין חובת הדיווח – החברה מחויבת לילדים ועליה לשמור עליהם, כאשר ההורה או האחראי עליהם אינו עושה זאת. כדי שהגנה על הילד תתרחש בפועל, על כל אחד מהסובבים את הילד ובכלל זה איש המקצוע החובה לדווח על כל מקרה של חשד להתעללות ולהפקיד את הבדיקה והחקירה בידי הגורמים שנקבעו לכך בחוק. באותה מידה חשובה ההתערבות המידית לסיוע לילד הנפגע והגנתו מפני המשך הפגיעה בו.

לדבר את השתיקה

חלק שני - היבטים מעשיים

פרק א - אבחון וסימני זיהוי

פרק ב - התייעצות

פרק ג - דרכי התערבות

פרק ד - חובת הדיווח

פרק א

אבחון וסימני זיהוי

תהליך אבחון ההתעללות

מדדים להסתכלות על ההורה

מדדים להסתכלות על הילד

הנחיות לרופא

הנחיות לאחות

הנחיות לעובד הסוציאלי

ריכוז סימני זיהוי להתעללות פיזית

ריכוז סימני זיהוי להתעללות רגשית

ריכוז סימני זיהוי להתעללות מינית

ריכוז סימני זיהוי להזנחה

השימוש בטבלאות

הסימנים המאותתים על אפשרות של התעללות יכולים להתקבל מהילד עצמו (אם הוא בגיל המאפשר לו לבטא עצמו באופן מילולי), מבדיקה גופנית או רפואית של הילד, מתצפית שלכם על האינטראקציה שבינו לבין בני משפחתו המלווים אותו לצורך הבדיקה, מדברי ההורים בנוגע לילד, וכן מאנשי מקצוע או שכנים שהביאו לידיעתכם מידע המעלה חשש.

בעת ביקור אצל הרופא או האחות מופיעים ההורה והילד כיחידה משפחתית אורגנית אחת. דבר זה מזמין התבוננות והסתכלות על הילד, על ההורה ועל הדינמיקה ביניהם. התמקדות רק באחד המרכיבים של יחידה אורגנית זו עלולה להחטיא את המטרה של אבחון והבנה של הקורה במערכת זו.

ההתרשמות שלכם מהקשר של הילד עם בני משפחתו ממלאת תפקיד חשוב בתהליך האבחון, במיוחד כאשר מדובר בתינוקות או בילדים בגילים צעירים. בגילים אלה הילד זקוק יותר מבכל גיל אחר לקשר חיוני עם דמות ההורה או עם דמות המטפלת בו. הרופא, האחות או כל איש מקצוע אחר במערכת הרפואית נדרשים להתייחס בראש ובראשונה אל סיבת הביקור של הילד במרפאה. נוסף על כך, עליהם להסתכל כיצד הילד מובא למרפאה (נקי, מסודר, נינוח או מוזנח, רטוב ומלוכלך), כיצד מחזיק אותו ההורה (ברכות, בסבלנות, בקבלה או בדחייה) כיצד הוא פונה אליו, איזו סבלנות הוא מגלה כלפיו? כיצד ההורה מגיב לבכיו של הילד או לסימני מצוקה, לחיוך או לכל מחווה אחרת? כל אלה ועוד יכולים ללמד רבות על אופי הקשר ביניהם ולהעניק בסיס מוצק יותר למחשבות בעניין האפשרות שהילד הנצפה הוא ילד בסיכון.

משימת התצפית מומלצת גם בפני עובדי הצוות המינהלי הצופים על אזור קבלת החולים או המוזמנים. דווקא כאן, ניתן לצפות על יחסי הורה-ילד בהתרחשותם הטבעית. התעורר יסוד סביר אצל המזכירה הרפואית או כל איש צוות מינהלי אחר העד ליחסי הורה-ילד חריגים, כמו: הכאת הילד, הענשה קיצונית, איזמים חוזרים, וכיוצא בזה התנהגויות בלתי צפויות וחריגות, טוב יעשה עם יספר על כך לרופא או לאחות. פעמים רבות הורים מספרים את ההיסטוריה שלהם אם הרופא מאפשר להם לדבר. מבחינת ההורה, מספיק שהרופא יקשיב להם, יאפשר להם להתחלק עם ה"סיפור" שלהם.

אין אנו מציעים שאיש המקצוע יקבל על עצמו תפקיד נוסף.
מומלץ לעשות חלק מהדברים באופן שונה, קצת אחרת.
הצעתנו אומרת: צרו אווירה אינטימית – התבוננו והסתכלו על
הלקוחות שלכם בתשומת לב, הקשיבו מה הם אומרים. מידע
רב וחינוכי, הנחוץ לכם, יתקבל מכך.

חשוב לזכור!

1. קטין שנחשף להתעללות או להזנחה יציג, בדרך כלל, כמה סימנים ולא רק סימן אחד. אם אתם חושפים סימן או סימנים המעוררים חשד מדאיג, תוכלו לשקול התייעצות עם העובדת הסוציאלית או עם כל גורם אחר המתאים בעיניכם (ראו הפרק: התייעצות).
2. על פי רוב יש להתרשם מסימנים שמופיעים לאורך זמן מסוים ולא מסימנים חד-פעמיים (כאמור, חוץ מסימנים שנראים לכם מדאיגים במיוחד, כמו למשל, צלקת בעור המזכירה צורת סיגריה).
3. סימנים מחשידים רבים יכולים להיות תמימים לחלוטין ולהיגרם מסיבות שונות ולא עקב התעללות או הזנחה. לדוגמה: תינוק או פעוט יכול שתהיה לו חבורה בגוף, אך הוא נראה מאושר, מתקשר היטב עם מבוגרים וילדים, ומגלה התלהבות מהנעשה סביבו. סביר להניח שילד זה אינו סובל מאלימות פיזית כלפיו, מפני שאז היינו מבחינים בסימנים נוספים מלבד צלקת החבורה.
4. חלק ניכר מהסימנים המתוארים בהמשך נצפים גם אצל ילדים הסובלים מקשיים אורגניים שונים, מרמה שכלית גבולית או מבעיות התפתחות שונות (אף כי גם ילדים עם אפיונים אלה יכולים להיחשף להתעללות ולהזנחה, אפילו במידה רבה יותר).
5. אנשים רבים מתקשים להאמין שילדים, ובוודאי תינוק או פעוט קטנים כל כך, יכולים להיחשף להתעללות. גם ילדים בגילים אלה נחשפים לתופעה זו ואל תיתנו לעובדת היותם צעירים בשנים להטעות אתכם.
6. בכל מקרה של ספק מומלץ להתייעץ עם איש המקצוע המתאים, כמו מפקחת המעון, פקיד הסעד בלשכה לשירותים חברתיים או כל גורם מקצועי שאליו תוכלו להתקשר. פרטים נוספים תוכלו לקבל בפרק: התייעצות ודיווח.

סימן משמעותי ביותר לפיו ניתן לאתר ילד שנחשף להתעללות או להזנחה הוא ירידה או החרפה דרמטית במצבו הרגשי. הביטוי לכך הוא התנהגות מוזרה או חריגה ושינוי חד בקשר שלו עם בני משפחתו ועם אנשי המקצוע במרפאה, במעון, במשפחתו, בגן ובבית הספר ובמוכנות שלו להתנסות בפעילויות השונות במשך היום. זהו מידע שהאחות או הרופא יכולים לבקש מאנשי המקצוע השונים במידה והם מעוניינים לאשש חשד שהתעורר בהם לגבי ילד בסיכון.

סימני ההתעללות מצוינים בארבעת הפרקים על-פי סוג ההתעללות (פיזית, נפשית, מינית והזנחה). עם זאת, מצאנו לנכון להציג במקום זה מספר מדדים הקשורים ביחסים "הורה-ילד", הנכונים לכלל סוגי ההתעללות וטוב שכל איש מקצוע יהיה מודע להם. ליחסים "הורה-ילד" משקל נכבד בתופעת ההתעללות. המדדים המפורטים מטה נמצאו כבעלי יכולת ניבוי גבוהה לגבי הפוטנציאל להתפתחות התעללות.

מדדים להסתכלות על ההורה

- האם הביטוי הרגשי מתאים למצב – הילד נפגע ונחבל וההורה כועס ומאיים עליו.
- היכולת לפתור קונפליקטים בשיקול דעת ענייני ובתבונה: "אם זה מה שאתה אומר אז אני כבר אראה לך..."
- טון הדיבור – כועס, שלו, מתוח, נעים. האם קיימת אמפתיה בטון הדיבור כלפי הילד?
- מצב הרוח של ההורה – האם מותאם למצב אותו הוא מתאר או בו מדובר?
- הנאה וסיפוק מהילד לעומת חוסר הנאה וביקורתיות.
- הבניה לעומת חוזרנות – התנהגות הורה מאפשרת, מעודדת, מחזקת, מציגה דרישות מותאמות ליכולות הילד, או התנהגות מרובת הערות ביקורתיות או דרישות שלא מאפשרות לילד כל יוזמה: "כבר אמרתי לך שלעולם לא תעשה דבר בלי לקבל ממני רשות..."
- גילוי עוינות כלפי הילד – גלויה או נסתרת.
- הדבקת תוויות על הילד (רע, טמבל, לא יוצלח, כמו אבא שלו...וכו.).

מדדים להסתכלות על הילד

- עד כמה הילד מגיב להורה, מתייחס למה שהורה אומר, או לא מגיב במלל ומסתגר בשפת הגוף. האם יכול להישיר מבט אל ההורה? (למעט בתרבויות בהן לא מקובל שילד ישיר מבט למבוגר והדבר נחשב כחוצפה).
- יוזמה של הילד – עד כמה הילד חופשי לזום פעילות או התנהגות.
- עד כמה הוא מחפש אינטראקציה עם ההורה.
- יכולתו לקשב.
- יכולתו למשחק.
- יכולתו לסקרנות.
- היכולת להירגע – כתוצאה מחוויה מתסכלת.
- יכולת ארגון – מעבר מדבר לדבר.
- התנהגות או אמירות יוצאות דופן.
- קרבה מוגזמת לאדם זה.

הנחיות לרופאי*

הרופא הוא זה אשר מבצע אבחנה מבודלת, ותפקידו להחליט אם קיים חשד להתעללות. הרופא אינו חייב לקבוע את סוג ההתעללות ודי בכך שהוא מתרשם שקיים חשד להתעללות.

1. אבחון התעללות יכול להתחיל בשיחה עם הילד ו/או עם ההורה, שמטרתה בדיקה היסטורית של סימפטומים, כמו: פחד, חרדה, דיכאון, כעס, עוינות, התנהגות תוקפנית, התנהגות חריגה, התנהגות מינית בלתי תואמת וכו'. מתי הופיעו הסימפטומים ואילו הסברים ניתנים על-ידי הילד ועל-ידי ההורה.

2. סימפטומים מסוימים של מחלות דומים לסימני התעללות פיזית. יש לשלול קיום מחלות אצל הילד לפני תחילת בדיקת חשד להתעללות. לדוגמה:

- מחלות עצם (OSTEOGENESIS IMPERFECTA)
- מחלות דם (טרומבוצטופניה, המופיליה)
- מחלות עור (PSORIASIS BULLOUS IMPETIGO)
- מחלות תורשתיות (CONGENITAL INDIFFERENCE TO PAIN)

* חלק מהסעיפים מופיעים גם בפרק "חובת הדיווח" ובגין חשיבותם מזכירים גם כאן.

3. בדיקת הילד תתבצע בתנאים שיבטיחו שמירה על פרטיותו.
4. בכל מקרה של תאונת בית יש לשלול אפשרות שמדובר בהתעללות. חשוב לברר מהו ההסבר לתאונה וכן לרשום את הדברים, כך שניתן יהיה לעקוב אחר "ריבוי תאונות בית". אי-נקיטת אמצעי בטיחות על-ידי ההורים עשויה להיחשב כפעולת הזנחה. זאת גם הזדמנות לרופא להדריך ולהסביר להורה את הסכנות הקיימות באי-נקיטת אמצעי בטיחות הכרחיים, כמו, למשל: הגבהת מעקות במרפסות בקומות עליונות, התקנת שקעי חשמל עם מכסים, אחסון חומרי ניקיון במקומות סגורים ובלתי נגישים לילדים רכים ועוד.
5. הגיע ילד עם חבלה/פציעה/פגיעה – על הרופא לבקש הסבר. לא התקבל כל הסבר או שההסבר לא הגיוני או לא מתאים למראה העיניים, הדבר צריך לעורר חשד. כך גם אם ההסבר אינו מתאים ליכולותיו של הילד הנפגע.
6. סתירות בהסברים בין מה שהילד אומר לבין מה שההורים אומרים או שינויי גרסה – צריכים לעורר חשד אצל הרופא הבודק.
7. הגעה מאוחרת של ילד פגוע אל הרופא, ללא הסבר סביר – צריכה להדליק נורה אדומה, וכך גם פגיעות תכופות.
8. בבדיקה רפואית יש לשים לב לסימני חבלה ישנים. לעתים מוצאים פגיעות או שברים באיברים שונים ובמצבי החלמה שונים. ככל שקיימות פגיעות קודמות רבות יותר צריך הדבר לעורר את חשד הרופא לקיום התעללות, אלא אם קיימים הסברים הגיוניים ומהימנים לסיבת הפגיעות.
9. יש לבדוק משקל, גובה והיקף הראש של הילד. התעללות ממושכת עלולה לגרום לבעיות בהתפתחות ולבעיות גדילה, ולכן בדיקת אחוזי הגדילה ביחס לנורמה יכולה לשמש כאמצעי נוסף באבחנה.
10. על הרופא להתייחס להיסטוריה הרפואית והחברתית של הילד, וכן להערכה ההתפתחותית. במסגרת זו יבדוק פניות קודמות והפניות לאשפוזים קודמים ואת סיבת ההפניה. חשוב לבדוק אשפוזים של ילדים אחרים מאותה משפחה ואת סיבתם, או אשפוזים של האם, במידה והם בטיפולו. בעבודות ובמחקרים נמצא קשר משמעותי בין אלימות כלפי נשים לאלימות כלפי ילדים במשפחה: לעתים, מי שמכה את האישה, עלול לפגוע גם בילדים.
11. לקראת הבדיקה ובעת הבדיקה על הרופא להסביר לילד בשפתו אלו בדיקות יעבור, זאת כדי לכבד את הילד ולזכות בשיתוף פעולה מרבי מצדו.
12. בכל מקרה של חשד להתעללות גופנית או אחרת יש לתאר בכתב באופן מפורט את מיקום הפגיעה, הגודל, הצורה והצבע. כמו כן, יש לפרט בכתב את

ההתרשמות מהילד בעת הבדיקה, כיצד התנהג, ומה אמר, מה ענה לשאלות הרופא. במידה ואחד ההורים נוכח בבדיקה ומתערב בדרך כלשהי, יש לפרט את הנאמר והנעשה על-ידי ההורה.

13. התעורר חשד סביר לפגיעה בילד, יפנה הרופא את הילד לחדר המיון לשם ביצוע צילומים ובדיקות משלימות. חשוב שהצילומים יעשו בטרם התערבות טיפולית כלשהי, ככל שהדבר ניתן ושלא פוגע בשלום הילד. הרופא המטפל יצייד את ההורה במכתב הפניה בו תפורט האבחנה ללא ציון העובדה שקיים כאן חשד להתעללות. זאת כדי למנוע אי-שתוף פעולה מצד ההורה העשוי לעיין בכתובים.

14. הפנה הרופא ילד לחדר מיון בגין חשש להתעללות בו, יקיים הרופא קשר עם חדר המיון וייוודא שהילד הגיע לשם וכן יערוך מעקב אחר המשך הטיפול בילד, זאת כדי להבטיח רצף טיפולי.

15. הפנה הרופא ילד לחדר מיון בגין יסוד סביר לחשוב שנעברה בקטין עברה, עליו לדווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה. בדיווח יוכל לציין כי הילד הופנה למיון ותוצאות הבדיקות במיון יוכלו לסייע באישוש או בהפרכת החשד.

לחלופין - בעיקר במקרים שאין מקום לשליחת הילד למיון, כגון במקרים של חשד להתעללות רגשית או הזנחה, רצוי שהרופא יביא את המקרה להתייעצות בפני הצוות המקצועי של המרפאה. אם אין בנמצא צוות כזה, יש להביא את העניין בפני העובדת הסוציאלית במרפאה או העובדת הסוציאלית המחוזית של הקופה ויחד עמה לקיים בירור אודות המקרה. כמו כן, יש לבחון דרכים להשלמת מידע במידה ועדיין אין הם סבורים שבידיהם מידע אבחוני המספק יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין. אם נמצא בבירור המשותף (בצוות המקצועי או בבירור עם העובדת הסוציאלית המחוזית) כי קיים מקום לחשד סביר – ידווחו על כך, לפקיד הסעד.

16. הדיווח לפקיד הסעד חייב שיתבצע בכתב, בצירוף המסמכים הרלוונטיים של העובדים המקצועיים שהיו מעורבים במקרה. בקופות השונות נבנו טופסי דיווח לעניין זה. לעתים יש מקום לקיום שיחה מקדימה עם פקיד הסעד הן כדי להיוועץ בעצם החשד והן לשם קבלת הכוונה לדרך הדיווח במקרה הספציפי. בשיחת התייעצות כזו עשויות לעלות נקודות התייחסות נוספות שלא היו בידיעתכם.

17. נדרש הרופא על-ידי פקיד הסעד, חוקר ילדים, חוקר נוער, או שוטר להעביר מידע רפואי מתיקו של הלקוח (הפציונט), יעביר רק את המידע הרלוונטי לעניין זה, זאת על-ידי צילום המסמכים הנוגעים בדבר. אין במסירת מידע זה משום עברה

על חוק זכויות החולה או פגיעה בסודיות הרפואית. מוצע שהמידע המועבר יימסר אישית או בדואר רשום. שליחת מסמכים בפקס אינה רצויה, אך אם יש הכרח בכך הדבר מחייב הימצאות אדם המקבל את החומר בצד השני של הקו. בתום העברת החומר יתקשר מעביר החומר טלפונית אל מקבלו כדי לוודא שהחומר הגיעה למענו בלבד. בעת שליחת חומר בפקס יש להוסיף דף המציין כי החומר הוא סודי, ואם הגיע שלא לתעודתו על מקבל החומר להחזירו לשולח (בציון מס' הפקס) ולא להעבירו לשום גורם אחר.

18. נמסר מידע בעניינו של קטין לגורם הרשאי לקבלו – יירשם דבר מסירת החומר בתיק הרפואי של הנוגע בדבר.

הנחיות לאחות

לאחות תפקיד חשוב באיתור ילדים הנמצאים בסיכון לאלימות וילדים הסובלים מאלימות. אחיות עובדות במסגרות רפואיות-סיעודיות מגוונות ובמסגרות חינוכיות, כגון: מרפאות לרפואה ראשונית (רפואת משפחה), מרפאות מקצועיות, תחנות "טיפת חלב", מכונים להתפתחות הילד, מרפאות נוער, מרכזים לבריאות הנפש, בתי ספר, גני ילדים, תחנות אם וילד, מרכזים לרפואה דחופה (מלר"מ) ועוד.

אחיות במסגרת שירותי הבריאות הקהילתיים-טיפוליים פוגשות את הילדים בעת חולי או פגיעה. אחיות במסגרות השירות המניעתי בקהילה ("טיפת חלב" ובתי הספר) פוגשות במרבית ילדי ישראל מלידתם ועד סיומם את בית-הספר. חלק מהאחיות פוגשות בעיקר את הילד החולה או הנפגע (בדרך כלל בליווי אחד מבני המשפחה), אחרות פועלות עם המשפחה כולה, כמו למשל אחיות "טיפת חלב".

המסגרת הארגונית בה עובדת האחות מנציחה לא אחת את אופי השירות אותו היא מעניקה. יש מסגרות בהן האחות היא חלק מצוות רב מקצועי, צוות עמיתות, או צוות מצומצם של 2-3 אחיות, וייתכנו מצבים בהם אחות אחת פועלת לבד, כגון: ב"טיפת חלב" שכונתית או ביישוב קטן.

ניתן לומר כי כל הילדים בישראל עוברים דרך "עיני" האחיות: בתחנות "טיפת חלב" כבר בינקותם, ואחר כך במרפאות השונות, בגנים ובבתי הספר. האחיות פוגשות את הילדים במצבי בריאות וחולי מינקות ועד בגרות. עובדה זו מעניקה לאחיות יתרון עצום על עובדים אחרים הן באיתור ילדים נפגעים והן בפעולות מניעה והדרכה שאין אנו עוסקים בהן במדריך זה.

לאחיות יתרון נוסף: במקרים רבים הן פוגשות את הילד עם ההורה גם יחד ויכולות להתרשם מהאינטראקציות המתרחשות ביניהם (ראה בהרחבה הפרק העוסק באינטראקציה הורה-ילד). יש אחיות שהארגון בו הן עובדות מאפשר להן ואף מעודד אותן לבצע ביקורי בית – זו גם הזדמנות מיוחדת ללמוד על הקורה במשפחה באופן כללי ועל רקמת היחסים שבין הילד להוריו באופן מיוחד. כל אלה מאפשרים לאחות לזהות ולאתר הורים שבהתנהגותם כלפי ילדיהם יש יסוד סביר לחשוב שהם פוגעים בהם. לצורך איתור וזיהוי ילדים בסיכון האחיות אינה נדרשת לעשות שום פעולה מיוחדת, אלא להקפיד ביישום ההוראות המינהליות בנושא ובביצוע הפעולות והמיומנויות המקצועיות שיש להן. הפעולות שעל האחיות לנקוט הן:

א. הכנת אנמנזה סיעודית הכוללת:

1. התרשמות ממראה הילד והתנהגותו.
2. רקע משפחתי (נתונים סוציו-דמוגרפיים).
3. התייחסות למצבי חולי ומשבר במשפחה.
4. אומדן בריאות הילד (חיסונים, טיפולים, מחלות).
5. אומדן גדילת הילד.
6. תלונות ספציפיות של הילד.
7. גורמי סיכון בריאותיים – אצל הילד ובסביבתו המידית.
8. התנהגות הילד במסגרת החינוכית בה הוא נמצא (מעון, גן, משפחתון, בית ספר וכו').
9. תכיפות ביקורים במרפאה, בתחנת טיפת חלב, אצל אחות בית הספר.
10. תדירות ותכיפות אשפוזים.
11. מי מלווה את הילד ואינטראקציה היחסים בניהם.

בעיקר חשוב שהאחות תשים לב להתנהגות הילד, לביטויים מילוליים ובלתי מילוליים ולאינטראקציה שבינו לבין הוריו. המידע הזה, המתועד ברשומת בריאות הילד, מאפשר לאחות ללמוד על קיום נסיבות וסימנים מעוררי חשד לפגיעה ולהתעללות בילד. פירוט הסימנים המעוררים חשד – בהמשך פרק זה.

ב. התעורר חשד – בכל מקרה של חשד שמדובר בהתעללות, תפנה האחיות את תשומת לבו של איש צוות נוסף, כך גם לגבי ילדים שנפגעו בתאונת בית. במקום שאין לאחות נגישות או זמינות לעמית או לאיש מקצוע אחר, עליה להיערך בהתאם להנחיות בארגונה ולפנות למערכת התומכת/מייצעת ולהעלות בפניהם את חשדה או את התלבטותיה. כמו כן, ביכולתה להתייעץ עם מי מהגורמים המפורטים בפרק

"התייעצות". במקרה שהתעורר אצל האחות יסוד סביר לחשוב שנעברה בקטין עברה, חלות דרישות החוק לדיווח ומוצע לה לנהוג כמפורט לעיל, בהנחיות לרופא.

ג. אימות פרטים – האחות תוודא שקיימים פרטים מזהים מדויקים, עד כמה שאפשר, על הילד והוריו, זאת על מנת לאפשר המשך בירור במקרה שההורה "ייעלם" לפני תום הטיפול בילד.

ד. ביצוע בדיקות נוספות – במידה ויש צורך בבדיקות נוספות והילד הוא בר הבנה, האחות או הרופא יסבירו לילד אלו בדיקות הוא עומד לעבור. במידה ומתבצעת בדיקה רפואית של הילד היא תיעשה תוך הקפדה על פרטיות מרבית, בתנאים פיזיים הולמים (בחדר נפרד), ללא נוכחות ההורים, אלא אם ביקש הילד את נוכחותם.

ה. חשד להתעללות מינית – במקרה של חשד להתעללות מינית מוצע שהאחות תהייה נוכחת בעת הבדיקה הרפואית של הילדה או הילד.

הנחיות לעובד הסוציאלי

לעובד הסוציאלי תפקיד מפתח בתהליך איתור ילדים בסיכון במערכת שירותי הבריאות בקהילה. הוא החוליה המקשרת בין המסגרת הרפואית לבין הקהילה על מוסדותיה ושירותיה. העובד הסוציאלי ישלים את התמונה אודות המשפחה וידאג לביצוע הנהלים הקיימים בכל קופת חולים לגבי וידוא דיווח מעת שנקבע כי אמנם קיים יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין או בחסר ישע. עבודת העובד הסוציאלי תכלול:

1. מתן ייעוץ והכוונה לכל עובד מקצועי במערכת המגלה מקרה בו קיים יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין.

2. הכנת הדו"ח הסוציאלי אודות המשפחה, שלגביה התעורר חשד שאחד או יותר מבין חבריה פוגע או מתעלל בקטין בן המשפחה. את הדו"ח יש להעביר בדחיפות המרבית לפקיד הסעד או למשטרה. הדו"ח יכלול:

א. תולדות חיים (אנמנזה).

* חלק מהנאמר בפרק זה מופיע בהרחבה בפרק "חובת הדיווח" ובגין חשיבות הדברים הם חוזרים ומוזכרים גם כאן.

- ב. מידע אודות הילד הנפגע - פגיעות או חשדות לפגיעות קודמות; התרשמות מהתנהגות הילד והתייחסותו אל הוריו בכלל ואל החשוד בפגיעה או התעללות באופן מיוחד; פרטים על הפניות קודמות לאשפוז.
- ג. פרטים על האירוע הנוכחי.
- ד. התייחסות ההורים לאירוע ובאופן מיוחד התייחסותו של בן משפחה חשוד.
- ה. האם הייתה בעבר פנייה אל פקיד סעד בעניינו של הקטין הנפגע או של ילד אחר במשפחה.
- ו. עמדתו של העובד הסוציאלי בעניין החשד.
- אם החליט העובד הסוציאלי בקופת החולים לדווח למשטרה ולא לפקיד הסעד, מומלץ שהדוח יהיה ממוקד באירוע המדווח וברקע המשפחתי הרלוונטי. זאת לזכור! תפקיד המשטרה הוא לעסוק בהיבטים הפליליים של האירוע ולא בתהליך הטיפול בפוגע או בנפגע.
3. מסירת מידע על-פי בקשת פקיד הסעד, חוקר ילדים, חוקר נוער, או איש משטרה. רצוי שבקשת המידע תתקבל בכתב. בכל מקרה, בסמכותם של המוזכרים לעיל לדרוש כל מידע בעניינו של קטין שיש יסוד שנעברה בו עברה וחובה על העובד הסוציאלי לשתף פעולה ולענות על כל שאלה בעניינו של הקטין האמור. רשאי העובד הסוציאלי או כל איש מקצוע אחר לבקש מהאדם המציג עצמו כפקיד סעד, חוקר ילדים, חוקר נוער או שוטר להציג תעודת זהות ואסמכתא מתאימה (תעודה או רישיון). כל שנמסר חייב ברישום ותייעוד בתיק הלקוח.
4. מעקב אחר הקורה בכל מקרה של איתור ילד בסיכון ובכלל זה יש לוודא קיום דיווח כנדרש בחוק.
5. העברת מידע אודות מקרי התעללות ופגיעה בקטינים בתוך קופת החולים, על-פי הנהלים המיוחדים שהוצאו בכל קופות החולים, במידה ואינם פוגעים בהוראות החוק בנושא חובת הדיווח או בחובת שמירת סודיות על-פי חוק זכויות החולה.
6. ריכוז מידע סטטיסטי אודות ממדי התופעה - על-פי הנהלים הקיימים בנושא בכל קופת חולים.
7. ריכוז מידע אודות אנשי המקצוע והשירותים העוסקים בנושא, ובכלל זה: פקידיו הסעד, חוקרי הילדים, חוקרי נוער במשטרה, מרכזים למתן טיפול באוכלוסיית ילדים נפגעת, כמו: אל"י, מיט"ל, המועצה לשלום הילד ועוד. העמדת מידע זה לרשות העובדים במערכת על-פי הנהלים הקיימים בכל קופת חולים.

8. הענקת סיוע מקצועי בהדרכה ובייעוץ לכל איש מקצוע במערכת אשר מתלבט בעניין חובת הדיווח.
9. השתתפות בקבוצות דיון מקצועיות שקופת החולים הקימה או תקים לנושא התעללות בקטינים, הכל על-פי הנהלים הקיימים בקופה.
10. הכנת תכניות השתלמות והעשרה מקצועית בנושא "איתור ילדים נפגעי התעללות והזנחה".
11. העמקת המודעות בקרב העובדים המקצועיים בארגון לנושא "ילדים בסיכון" בכלל, ולהתעללות בקטינים בפרט, ובכלל זה לעניין חובת הדיווח של איש מקצוע. הכל על-פי הנהלים שקופת החולים הוציאה או תוציא בנדון.
12. עדכון הארגון בכל מידע חדש: חוקים, שירותים או נהלים העשויים לסייע לעובדי קופת החולים בשיפור הטיפול והשירות לילדים בסיכון ומשפחותיהם החברים בקופת החולים, על-פי הוראות המנהל הכללי של משרד הבריאות ועל-פי הנהלים שהוצאו בנושא על-ידי קופת החולים.



להלן יוצגו טבלאות המפרטות סימני חשד להתעללות. סימנים רבים מאלה המוצגים בהקשר להתעללות פיזית, תקפים גם לגבי סוגי התעללות אחרים. החשוב הוא שהסימנים יעוררו אצל איש המקצוע מחשבה בעניין חשש לפגיעה בקטין. אבחון סוג ההתעללות הספציפי הוא פחות חשוב – אין כאן אתגר למבחן ידע בסוגי ההתעללויות השונים, אלא מאמץ לאתר ילדים בסיכון או ילדים שכבר נפגעים בפועל ויש להפסיק במהירות המרבית את המשך הפגיעה בהם

פירוט הסימנים

| גיל | | | | א. הופעה חיצונית סימנים אלה מאפיינים גם את תופעת ההזנחה (הרחבה לפרק זה – ראה בפרק "התעללות פיזית") |
|---------|--------|-------|-------|--|
| 18 - 12 | 12 - 6 | 6 - 2 | 2 - 0 | |
| + | + | + | + | לא רחוק ולא מסורק |
| | | + | + | החיתולים אינם מוחלפים |
| + | + | + | + | בגדים מלוכלכים, מדיפים ריח רע |
| + | + | + | + | הבגדים אינם מותאמים לעונות השנה |
| + | + | + | + | הבגדים אינם מוחלפים (לובש אותם בגדים זמן רב) |
| + | + | + | + | מרושל בהופעתו באופן קיצוני |

- ☐ יש להיזהר מקבלת מסקנות על בסיס הופעה חיצונית בלבד. ניתן לייחס משמעות אם מופיעים בליווי סימנים נוספים.
- ☐ מרכיבים תרבותיים, תנאים סביבתיים של עוני ומחסור עלולים להוות סיבה להופעה חיצונית לוקה בחסר.

| גיל | | | | הרחבה לפרק הזה בליווי תמונות - ראה בפרק "התעללות פיזית" - סימני זיהוי |
|---------|--------|-------|-------|---|
| 18 - 12 | 12 - 6 | 6 - 2 | 2 - 0 | |
| | | | | סימני פגיעה על העור |
| + | + | + | | הכאה או הצלפה |
| + | + | + | + | נשיכות |
| + | + | + | + | קרחות בשיער (כתוצאה מתלישה או משיכה) |
| | | | | פגיעות בפנים |
| + | + | + | + | פה - שפה, שיניים |
| + | + | + | + | אף - דימום, המטומות, שבר |
| + | + | + | + | לחיים - סימני סטירה או אגרופ |
| + | + | + | + | אוזן - דימום, קרעים באפרכסת, תנוך, עור התוף |
| + | + | + | + | עיניים - דימום, "פנס", אישון מורחב, |
| | | | | כוויות |
| + | + | + | + | כוויות באמצעות כלי |
| + | + | + | + | כוויות באמצעות סיגריות |
| + | + | + | + | כוויות באמצעות נזלים רותחים |
| | | | | נזק בשלד ובשרירים |

| גיל | | | | ב. מצב גופני הרחבה לפרק הזה בליווי תמונות - ראה בפרק "התעללות פיזית" - סימני זיהוי |
|---------|--------|-------|-------|--|
| 18 - 12 | 12 - 6 | 6 - 2 | 2 - 0 | |
| + | + | + | + | שברי "סחיטה" |
| + | + | + | + | שבר של המטפיסיז |
| + | + | + | + | שברים בצלעות |
| + | + | + | + | שברים סימטריים |
| + | + | + | + | שברים כתוצאה מפגיעות "עדינות" |
| + | + | + | + | שברים שבביים |
| | | | | פגיעות באיברים פנימיים |
| + | + | + | + | פגיעה בטנית: כבד, טחול, חסימת מעו, ניקוב המעו, ניקוב שלפוחית השתן, שטפי דם פנימיים |
| + | + | + | + | המטומה סובדורלית |
| + | + | + | + | חנק והפסקת נשימה - חבורות או חתכים בצוואר |
| | | | | הרעלה |
| + | + | + | + | החדרת סמים |
| + | + | + | + | מתן תרופות שלא לצורך |
| + | + | + | + | שימוש לרעה בתרופות (כגון תרופות הרגעה והרדמה) |
| + | + | + | + | בליעה מוגברת של מלח בלי שתייה |
| + | + | + | + | שתייה מוגזמת של מים |
| + | + | + | + | מניעת מים |
| + | + | + | + | השקיה בכוח |

| גיל | | | | ב. מצב גופני הרחבה לפרק הזה בליווי תמונות - ראה בפרק "התעללות פיזית" - סימני זיהוי |
|---------|--------|-------|-------|--|
| 18 - 12 | 12 - 6 | 6 - 2 | 2 - 0 | |
| + | + | + | + | משקל/גובה נמוך או גבוה מהטווח הנורמלי |
| + | + | + | + | לא מקבל חיסונים, תרופות, או בדיקות בזמן |
| + | + | + | + | אינו מקבל עזרים רפואיים נחוצים |
| + | + | + | + | הפרעות שינה בתדירות גבוהה |
| + | + | + | + | עייפות מתמדת ומתמשכת |
| + | + | + | + | רעב תמידי או חוסר תיאבון כרוני |
| | | + | + | גפיים רזות במיוחד |
| | | | + | כפות ידיים או רגליים קרות, לחות ואדמומות |
| | + | + | + | הקאות ושלושים בתדירות גבוהה |
| + | + | + | + | התקרריות תכופות/ חולה לעתים קרובות |
| | | + | + | תפרכת חיתולים תכופה |
| + | + | + | + | זיהומים של פצעים שאינם מטופלים |
| + | + | + | | ציפורניים שבורות |
| + | + | + | | תלונות על כאב או גירוי בישבן או באיברי המין |

- מיון המשתנים לפי גיל הוא במקרים רבים מלאכותי. הגבולות קשים להגדרה וכן גם הערכת "נורמליות" התופעה. למספר המשתנים המאותרים משקל רב בגיבוש חשד להתעללות, ככל שמספר המשתנים רב יותר, מידת החשד גוברת.
- יש משתנים שנוכחותם מספקת או כמעט מספקת לעורר יסוד סביר לקיום התעללות. כמו, למשל: כוויות, ושברים.
- תגובת הילד וההורה לפשר הסימנים חשובה אף היא - הסתגרות הילד והימנעות ממתן הסבר או מתן הסבר לא הגיוני מצד הורה צריכים להדליק נורה אדומה ולעורר חשד לקיום התעללות.

| גיל | | | | ג. התפתחות מוטורית |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| | | | + | הילד אינו עוקב אחר פנים או עצמים |
| | | | + | אינו משמיע קולות מותאמים לגילו |
| | | + | + | פסיבי בתנועות או קשיים בתנועה |
| | | + | + | פסיבי ביצירת קשר עם סביבתו |
| | | + | + | שרירים רפויים לעומת ילדים אחרים בגילו |
| | | + | + | קשיים בישיבה, עמידה, זחילה |
| | + | + | + | קשיים בישיבה או בהליכה |
| | + | + | | קשיים בשפה או בדיבור |
| + | + | + | | מתקשה בהבנת הוראות או הסברים לגילו |
| + | + | + | | נרתע קיצונית מהתנסויות או ממשיות לא מוכרות |
| + | + | + | + | מתקשה בפעילות מוטורית המצופה מבני גילו |
| | | + | + | מתנועע בחוסר חופשיות, גוף נוקשה |

- ליקויי התפתחות מוטורית עשויים לנבוע מגורמים רבים. יש להיזהר ולא לייחסם מידית לתופעת התעללות. שוב, כמות הסימנים המוטוריים בליווי סימנים מתחומים נוספים ראוי שיעוררו חשד להתעללות והעמקת ההסתכלות על הילד והוריו.
- בטרם מתעורר חשד לליקוי התפתחותי בגין התעללות רצוי לשלול קיום סיבות אחרות, כמו נזקים נוירולוגים, תורשתיים או אחרים.

| גיל | | | | ד. יכולת קוגניטיבית ומצב לימודי |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | | | הידרדרות קיצונית ופתאומית במצב הלימודי |
| + | + | + | | קושי בביטוי מילולי ושוטף |
| + | + | | | קושי בהבנה בסיסית של סיבה ומסובב |
| + | + | + | | תהליך החשיבה מבולבל ולא מאורגן |
| + | + | | | קושי בעיבוד מידע שמיעתי (הסברי המורה, סיפור וכו') |
| + | + | | | קושי בתכנון העתיד |
| + | + | | | חוש הזמן פגוע (מתבלבל בין היום למחר וכו') |
| + | + | + | | מתקשה ברכישת מיומנויות למידה בסיסיות |
| + | + | + | | רתיעה מלמידת נושאים חדשים או משימות חדשות |
| + | + | | | מוטיבציה נמוכה ללימודים גם כאשר יש יכולת לכך |

- בטרם גיבוש חשד מוצע לשלול קיום משתנים מתערבים אחרים, כמו: קשיים בגין מעבר בין תרבותי, לקות למידה, נזקים אורגניים וכו'.
- קיום משתנה בודד או מספר מצומצם של משתנים אינו מכוון בהכרח להתעללות. הכרחי שיצטרפו משתנים מקטגוריות נוספות ואשר ביחד יצביעו על חשד להתעללות.

| גיל | | | | ה. מצב רגשי (הרחבה לפרק זה ראה - הפרק "התעללות רגשית") |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | מפוחד ומאזים |
| + | + | + | + | עצבני באופן חריג |
| + | + | + | | נראה כלא מאושר באופן תמידי |
| + | + | + | | נראה מודאג |
| + | + | + | + | נראה מבולבל |
| + | + | + | + | אינו מגיב להנאה או לכאב |
| + | + | + | + | פנים חסרות הבעה |
| + | + | + | + | מחייך לעתים רחוקות או לא מחייך כלל |
| | | + | + | דמעות בעיניים בחלק ניכר מהזמן |
| | + | + | + | מיילל יללה הנשמעת כמו תלונה חלשה |
| + | + | + | + | אינו מביע תסכול/ מתקשה לשאת תסכול |
| + | + | + | + | אדיש לסביבתו |
| + | + | + | + | מכונס בתוך עצמו ושקט באופן מיוחד |
| + | + | + | + | נכנס למתח בנוכחות אדם מסוים |
| + | + | + | + | נרתע ממגע גופני |
| + | + | + | | דימוי עצמי נמוך |
| + | + | + | | מבטא כינויי גנאי כלפי עצמו, ביקורת על עשייתו |
| + | + | + | + | בוכה לעתים קרובות |
| + | + | | | מאשים עצמו בדברים רעים שקרו |
| + | + | | | אינו מרוצה מעבודותיו, נוטה לחבל ולקרוע אותם |
| + | + | | | מביע רצון למות |
| + | + | | | חושב או מביע מחשבות התאבדות |
| + | + | + | + | פסיבי בצורה בולטת |
| + | + | + | | כעוס ועוין |
| + | + | + | + | שינויים קיצוניים במצבים רגשיים |

- חשוב להתבונן על האינטראקציות "הורה-ילד" ולבחון כיצד משתנים אלה באים לכלל ביטוי. למשל: כאשר האם פונה אליו והילד מגיב ברתיעה, או בפחד. כאשר האם מדברת אליו, פניו חסרות הבעה, או אינו מחזיר חיוך, או אדיש לניסיונות ההורה להפעילו, או נרתע ממגע פיזי של ההורה וכו'.
- באותה מידה חשוב להסתכל על התגובות הרגשיות של ההורה לגירויים הבאים מצד הילד: כועס, חרד, תוקפני (מאשים) וכו'.

| גיל | | | | 1. התנהגות |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| | | | + | מתנועע בתנועות חד-גוניות |
| | | + | + | אינו משמיע קול בעת קימה משינה |
| | | + | + | מגלה פחד מקרבה פיזית |
| | | | + | נמנע מתנועות חופשיות |
| | | | + | נרתע בעת החלפת חיתולים |
| + | + | + | + | נרתע ממגע גופני כולל ליטוף או חיבוק |
| + | + | + | | מגיב בתוקפנות כלפי ילדים אחרים |
| + | + | + | | מרבה בחיפוש מזון |
| + | + | + | | מתנהג באופן מיני כלפי ילדים אחרים |
| + | + | + | | מתנהג באופן מיני כלפי מבוגרים |
| + | + | + | | משחזר מצבים מיניים במשחקו עם ילדים |
| + | + | + | | אינו נהנה ממשחקים ואף מאלה שבעבר נהנה מהם |
| + | + | + | | משתמש במילים בוטות, חריגות או מיניות |
| + | + | + | + | אינו יוצר קשר עין |
| + | + | + | | אינו מפתח מצפון כמו ילדים אחרים בני גילו |
| + | + | + | | עוסק תדיר בבדיקת גבולות |
| + | + | + | | מבטא פחד ממבוגר הבא לקחתו |
| + | + | + | | אינו יוצר קשר עם מבוגרים/ חשש לקשרים כאלה |
| + | + | | | מגלה ידע רב בנושאי מין שאינו מתאים לגילו |
| + | + | + | | מאונן באופן כפייתי |

| גיל | | | | 1. התנהגות |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | | מתנהג באופן תינוקי לגילו |
| | + | + | | מרטיב אף שכבר רכש הרגלי ניקיון/ בעיות הרטבה |
| + | + | + | | מועד לתאונות ונוטה להזיק לעצמו |
| + | + | + | | מגיב בלחץ רב על שגיאות שעושה |
| + | + | + | | אינו גאה בעשייתו והישגיו |
| + | + | + | | מסרב לענות על שאלות בנוגע לפגיעה או מתחמק |
| + | + | + | | מגלה צייתנות מופרזת |
| + | + | + | | פוחד להיכנס לכל סוג של עימות עם ילדים |
| + | + | + | | פוחד באופן קיצוני מעזרה ובדיקות רפואיות |
| + | + | + | | פוגע בחיות מחמד |
| + | + | + | | מרבה בעימותים ומעשי אלימות |
| + | + | | | נוטה להרוס ולפגוע ברכוש (ונדליזם) |
| + | + | | | עושה ניסיונות התאבדות |
| + | + | | | מקדים לבוא לבית הספר ונשאר מעבר לשעות הלימוד |
| + | + | | | נעדר מבית הספר לעתים קרובות |
| + | + | + | | פוחד באופן קיצוני מעזרה רפואית והורדת בגדים |
| + | + | | | מסרב להשתתף בפעילות פיזית - שיעורי התעמלות |
| + | + | | | אינו מוכן להחליף בגדיו בנוכחות חבריו |
| + | + | | | נוטה להיות ה"קורבן" בקשריו עם ילדים אחרים |
| + | + | | | מבטא חשש גדול ומוגזם בעת קבלת ציונים שליליים |
| + | + | | | בא לבית הספר בלי הציוד הדרוש |
| + | + | | | גונב או מבקש מזון |
| + | + | + | | רומז על סודות שאינו יכול לגלות |
| + | + | + | | רוצה לפנות אליכם ולשוחח אך בסוף נרתע |
| + | + | | | מספר שיש לו הרבה חברים אך למעשה הוא בודד |

| גיל | | | | ו. התנהגות |
|-------|------|-----|-----|--------------------------------|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | | נמנע ממשחק |
| + | + | | | מרבה לישון במקומות נטושים |
| + | + | | | מועסק תמורת שכר או בתמורה אחרת |
| + | + | + | | מופיעים התקפי זעם תכופים |

| גיל | | | | ז. קשר עם המשפחה/הורה |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| | | | | הרחבה ראה בפרקים: "רקע כללי" ו"התעללות פיזית" |
| + | + | + | + | מגלה חשש ביחסיו עם בני משפחה, ו/או אחד ההורים |
| + | + | + | | מגלה צייתנות חריגה ובולטת כלפי ההורה |
| | + | + | + | נצמד לאחד ההורים כשהוא מבוהל ומפוחד |
| | + | + | + | מגלה סימני פניקה כשעליו להיפרד ממלווים |
| + | + | + | | מלטף, מטפל, מחבק את ההורה באופן חריג |
| + | + | + | | נראה מפוחד מההורה ואינו מעז להתבטא בפניו |
| + | + | + | | משפיל עיניו כאשר מדבר עם ההורה |
| + | + | + | + | הילד וההורה נמצאים יחד לעתים רחוקות מאוד |
| + | + | + | | הילד אינו משתתף באירועים משפחתיים |
| + | + | | | הילד מרבה להיעדר מהבית או לשוטט |
| + | + | + | + | סדרי השינה בבית מעוררים תמיהה |

| גיל | | | | ח. קשר ההורה עם הילד "הרחבה ראה בפרקים: "רקע כללי", "התעללות פיזית" ו"התעללות רגשית". |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| | + | + | + | ההורה אינו יוצר עם הילד קשר עין |
| + | + | + | + | ההורה אינו מתקשר עם הילד בקול / אינו מדבר אתו |
| | + | + | + | אינו מגיב לקריאות מילוליות או אחרות |
| | + | + | + | אינו מגיב לסימני מצוקה של הילד |
| + | + | + | + | אינו מראה התלהבות ממעשיו של הילד |
| + | + | + | + | פונה לילד בכינויי גנאי |
| + | + | + | + | מתייחס אל הילד בחוסר רגישות |
| + | + | + | + | מתייחס אל התנהגויות שליליות ולא חיוביות |
| + | + | + | + | משווה את הילד לילדים אחרים באופן מעליב ושלילי |
| + | + | + | | מבייש את הילד ליד חבריו |
| + | + | + | | מאשים את הילד או מפחית מערכו |
| + | + | + | | מתקשה להיות קשוב למה שהילד אומר |
| + | + | + | | אינו מאפשר לילד לבטא תחושות שליליות |
| + | + | + | | מתייחס אליו באופן לא עקבי |
| + | + | + | | אינו מציב בפני הילד דרישות וגבולות ברורים |
| + | + | + | + | אדיש כלפי הילד |
| + | + | + | | ביקורתי מאוד כלפי כל מה שהילד אומר |
| + | + | + | | מטיל על הילד הגבלות ועונשים כבדים |
| + | + | + | + | מאשים את הילד בבעיות משפחתיות שונות |
| + | + | + | + | מאיים על הילד באיומים פיזיים |
| + | + | + | | מאיים על הילד בנטישה |

| גיל | | | | ח. קשר ההורה עם הילד הרחבה ראה בפרקים: "רקע כללי", "התעללות פיזית" ו"התעללות רגשית". |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | | | אינו מאפשר כניסה של חברים לבית |
| + | + | | | מגיע לבית הספר ומשפיל את הילד בנוכחות ילדים אחרים |
| + | + | + | + | אינו מעניק לילד מגע פיזי (חיבוק, ליטוף, נשיקה) |
| + | + | + | + | אינו מתערב בעת שאחד מבני המשפ' אלים כלפיו |
| + | | + | | רוחץ את הילד גם כשאין צורך בכך |
| + | + | + | + | מתייחס אל הילד באופן שלילי |
| + | + | + | + | אינו מגיב בחיוב לצורכי הילד (גופניים, רגשיים, רפואיים) |

| גיל | | | | ט. יחס ההורה/ההורים אל אנשי המקצוע |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | נרתע מקשר ומתחמק מפגישות |
| + | + | + | + | מייחס את התנהגות הילד כמכוון נגדו |
| + | + | + | + | מאשים את איש המקצוע בפלישה לתחום צנעת הפרט |
| + | + | + | + | מעביר אחריות לכל מה שקורה לילד אל איש המקצוע |
| + | + | + | + | אינו בא לפגישות, או מגיע אך מסרב לדון בבעיות הילד |
| + | + | + | + | מאשים את המסגרת בה נמצא הילד באחריות להתנהגותו |
| + | + | + | + | אינו נענה לניסיונות לדון עמו בבעיות הילד |



פירוט הסימנים

| גיל | | | | א. סימני עזר קליניים |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | הפרעות בתקשורת |
| + | + | + | | הפרעות בדיבור |
| + | + | + | + | ליקוי בהתפתחות לשונית |
| + | + | + | + | ליקוי בהתפתחות מוטורית |
| + | + | + | + | בעיות בריאות |
| + | + | + | + | מחלות פסיכו-סומטיות |
| + | + | | | דימוי עצמי נמוך (לא בוטח בעצמו, לא מאמין ביכולתו להצליח, לא לוקח סיכונים, פסיבי בהתנהגות). |
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | ב. סימני עזר התנהגותיים |
| + | + | + | + | בעיות אכילה |
| + | + | + | | התנהגות הרסנית כולל הכאה עצמית |
| + | + | | | גניבות |
| + | + | | | תגובות קיצוניות - היסטריה |

| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | ב. סימני עזר התנהגותיים |
|-------|------|-----|-----|----------------------------------|
| + | + | + | | הפרעות שינה |
| + | + | + | | נשיכות |
| + | + | + | | התנהגות כפייתית |
| + | + | + | + | פחדים וביטויי חרדה |
| + | + | | | היפוכונדרייה |
| + | + | | | ניסיונות התאבדות |
| + | + | + | + | התפתחות רגשית עפ"י הגיל |
| + | + | + | | בידוד חברתי |
| + | + | | | דימוי גוף לקוי |
| + | + | | | דמיונות מוזרים |
| + | + | | | הרטבה |
| + | + | + | | התלככות |
| + | + | | | בעיות בלימודים |
| + | + | + | + | בעיות בתקשורת וביחסים עם מבוגרים |
| + | + | + | | בעיות בתקשורת עם בני גילו |



פירוט הסימנים

| גיל | | | | א. סימני זיהוי פיזיים |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | חבלות באזור איברי המין ופי הטבעת |
| + | + | + | + | חבלות באזור הירכיים ובעיקר בחלק הפנימי |
| | + | + | + | דמם מהפות אצל ילדה ללא סימני התפתחות מינית |
| + | | | | דמם שלא בזמן מחזור אצל ילדה בוגרת |
| | + | + | | הפרשות מהפות אצל ילדה ללא סימני התפתחות מינית |
| + | + | + | + | תלונות על כאב או גירוי באיברי המין |
| + | + | + | + | אודם לא ספציפי באזור איברי המין ופי הטבעת |
| + | + | + | + | כאב בטן חוזר ללא הסבר |
| + | + | + | + | כאב גניטלי או רקטלי |
| + | + | + | + | דלקות חוזרות בדרכי השתן לא ממצא אורגני בבירור מקיף |
| | + | + | + | שינויים באנטומיה הגניטלית לפני גיל ההתבגרות המינית |
| + | + | + | + | קשיים בהליכה או בישיבה |
| + | + | + | + | בגדים קרועים מוכתמים בדם |
| + | | | | היריון |
| + | + | + | | חזרה להרטבה/התלכלכות לאחר גמילה |
| + | + | + | + | מחלות מין |
| + | + | + | + | הימצאות נגיפים מסוג הרפס או הונדילומה בפות או בפי הטבעת |

| גיל | | | | ב. סימני זיהוי התנהגותיים |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | פחד בולט ממגע פיזי, בעיקר כאשר נוגעים בבטן או בעכוז בזמן הבדיקה |
| + | + | + | | סירוב או הימנעות מלהתפשט לצורך הבדיקה |
| + | + | + | | סירוב לשכב על הגב בעת הבדיקה |
| + | + | + | | הפגנת ידע מיני שלא בהתאם לגיל |
| + | + | + | | ניסיונות התאבדות אצל ילדים מתחת לגיל ההתבגרות |
| + | + | + | + | שינוי פתאומי בהתנהגות |
| + | + | + | | חוסר ריכוז |
| + | + | + | + | הפרעות אכילה |
| + | + | | | התנהגות עבריינית ובריחה ממסגרת |
| + | + | | | ירידה דרסטית בהישגים לימודיים ואחרים |
| + | + | | | מחלות פסיכו-סומטיות |
| + | + | | | קושי, חוסר רצון או יכולת לשוחח על פגיעה מינית אפשרית |
| + | + | | | ניסיונות חוזרים לערב אחרים בהתנהגות מינית |
| + | + | + | | עיסוק באיברי מין שאינו מתאים לגיל |
| + | | | | אוננות כפייתית |
| + | + | | | סיוטי לילה |
| + | + | | | התנתקות |
| + | + | | | תגובות של הימנעות ללא הסבר הגיוני |



פירוט הסימנים

| גיל | | | | א. סימני זיהוי חיצוניים להזנחה |
|-------|------|-----|-----|--------------------------------|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | הופעה מרושלת |
| + | + | + | + | לא נקי ולא מסודר |
| + | + | + | + | בגדים מלוכלכים |
| + | + | + | + | בגדים שאינם מתאימים לעונה |
| + | + | + | + | חיורון |
| + | + | + | + | הבעת פנים עמומה, חוסר תגובה |

| גיל | | | | ב. סימני זיהוי גופניים להזנחה |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | מצב היגייני ירוד |
| + | + | + | + | משקל וגובה ירודים בהשוואה לנורמה הגילית |
| + | + | + | + | פצעים רבים ובתדירות גבוהה |
| | | + | + | פצעים בעכוז |
| | + | + | + | התייבשות בתדירות גבוהה |
| + | + | + | | הזנה לקויה - ריבוי תלונות על רעב |
| + | + | + | + | בעיות רפואיות בלתי מטופלות בתדירות גבוהה |
| + | + | + | + | אי קבלת חיסונים |
| + | + | + | + | בטן תפוחה |

| גיל | | | | ב. סימני זיהוי גופניים להזנחה |
|-------|------|-----|-----|---|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | + | עכוזים מדולדלים |
| + | + | + | + | מצבי חולי שכיחים |
| + | + | + | + | אי שימוש במכשירים ובאמצעי עזר רפואיים, כמו: משקפיים, מכשיר שמיעה, קביים, ועוד |
| + | + | + | + | שיניים לא מטופלות באופן קיצוני |
| + | + | + | + | מדיף ריח רע |

| גיל | | | | ג. מאפיינים התנהגותיים להזנחה |
|-------|------|-----|-----|--|
| 18-12 | 12-6 | 6-2 | 2-0 | |
| + | + | + | | בקשות תכופות לקבלת מזון |
| + | + | + | | גניבות ובכלל זה גניבת מזון |
| + | + | + | | הפרזה באכילה – זלילה |
| + | + | + | | שוטטות |
| + | + | | | התמכרות לשתיית אלכוהול |
| + | + | | | שימוש בסמים |
| + | + | + | | מעורבות באירועים עברייניים |
| + | + | | | התבטאויות בדבר רצון להתאבד או ביצוע ניסיונות התאבדות |
| + | + | | | אדישות וחוסר עניין בלימודים |
| + | + | + | | שפה דלה |
| + | + | + | | היעדרות ממסגרות חינוכיות |

הטבלאות מרכזות את כלל הסימנים להתעללות המופיעים בחלק העיוני של הערכה. חלק מהסימנים חוזרים ומופיעים במספר סוגי התעללות או בכלם. אחרים מופיעים רק בסוג התעללות אחד.

מטרת הטבלאות לסייע לכם כאשר מתעורר חשד לפגיעה או להתעללות בילד. בטבלאות הוצגו משתנים רבים המחולקים לקטגוריות שונות ומתייחסים לארבע קבוצות גיל. בגלל ריבוי הפרטים בטבלאות, חשוב לזכור, שמידע כזה מרוכז בטבלאות וניתן להיעזר בו בעת הצורך.

אם משהו ביחסים שבין הילד להורה אינו נראה לכם, אך קשה לכם לתרגם את "תחושת הבטן" למשהו ממשי, פנו לטבלה העוסקת ביחסי "הורה-ילד" (בפרק "סימני התעללות פיזית"), עברו על הסימנים השונים ותוך כדי כך תוכלו לבחון את הסימנים הרלוונטיים לסוגיה בפניה אתם ניצבים.

דוגמא

לאחר ביקור בבית הילד, שבה האחות למרפאה עם תחושת מועקה לגבי מה שהתרחש בביקור. עם זאת, היא התקשתה להבהיר לעצמה מה בדיוק גרם למועקה. עיון במשתנים השונים בפרק "סימני התעללות פיזית", טבלה ז' – "קשר הורה-ילד", כיוון למשתנה של אדישות האם כאשר האח הבכור היכה את הילד באופן נמרץ. היא כלל לא התערבה בהתרחשות, למרות בכיו של הילד. כל זה קרה כאשר המהומה בדירה הייתה רבה: שני ילדים נוספים בכו ורבו ביניהם והטלוויזיה הרעישה בקול רם. רק עתה, עם שובה של האחות לחדרה ותוך עיון בטבלאות, התעורר חשדה בשל אי תגובת האם לאלימות כלפי הילד.

כפי שכבר נאמר, בסימן אחד אין די, בדרך כלל, כדי לקבוע חשד סביר. הצטברות של מספר אירועים, מתוך הרשימה הארוכה המפורטת בטבלאות, עשויה להפוך את החשד הלא ודאי לחשד סביר תוך אפשרות להגדירו ולנסחו באמצעות תיאור אירועים מדויקים, כמו:

ביחסים שבין ההורה לילד

- ❑ בחדר האחות, האם אינה מאפשרת לילד לבטא בכי (צועקת עליו, ונוזפת בו בסבר פנים חמור).
- ❑ בכל פעם כאשר הרופא פונה אל הילד ומבקש לקבל תשובה לשאלה כלשהי, האב מאוד ביקורתי כלפי הילד: "איזה שטויות אתה מדבר" או "תפסיק לבלבל את המוח" או "איזה מין תשובה זאת? מה אתה תינוק?" וכו'.

ביחסים בין הילד להורה

- ❑ מגלה סימני פניקה כאשר הרופא או האחות מבקשים מההורה לצאת ולהשאיר אותם לבד עמו.
- ❑ משפיל עיניו כאשר מדבר עם ההורה.

ביחסים שבין ההורה לאיש המקצוע

- ❑ ההורה אינו מסכים בשום פנים לשוחח עם הרופא או האחות בעניין החבורות שעל גוף הילד.
- ❑ ההורים מאשימים את הרופא והמטפלים השונים בבעיות הילד.

ככל שמתרבים הסימנים עולה הסבירות לחשד סביר. חשוב מאוד לא לקבוע הערכה על בסיס התרשמות אחת, אלא אם מדובר בתופעה קיצונית, כמו למשל – הילד מגיע עם כוויות בצורת סימני סיגריה על זרוע ידו. חשוב לרשום את ההתרשמות בגיליון הטיפול תוך ציון תאריך, מקום ופירוט התופעה, וזאת, הן לצורך התייעצות עם איש מקצוע נוסף, כמו העובד הסוציאלי, והן במידה ויימצא צידוק להליך משפטי נגד ההורה. הטבלה היא כלי עזר עבורכם בלבד, ולכן השתדלו שלא תהיה חשופה לעיני כל. שמרו עליה במקום נוח ונגיש, כך שתוכלו להגיע אליה בקלות וללא מאמץ מיוחד. כאשר מתעורר חשש לפגיעה בקטין מומלץ לפנות אל המדריך העיוני – שם ניתן לקבל הרחבה בנושא הרלוונטי.

פרק ב

התייעצות

מבוא

התייעצות עם עצמך

התייעצות עם אנשי מקצוע

א. העובד הסוציאלי בארגון

ב. התייעצות בין עמיתים מקצועיים במרפאה

ג. התייעצות עם צוות בין מקצועי/רב מקצועי

ד. התייעצות עם פקיד הסעד והעובד הסוציאלי

במחלקה לשירותים חברתיים

ה. התייעצות עם הוועדה הקבועה לטיפול

בנפגעי אלימות במשפחה

התעללות והזנחת ילדים היא סוגיה מורכבת וקשה. בדרך כלל, איש מקצוע אחד יתקשה לשאת לבדו בנטל, מה גם שכרוכים ומשולבים כאן היבטים רפואיים, משפחתיים, אישיים, חוקיים ומשפטיים. עבודה מתואמת בין אנשי המקצוע, התייעצות ושיתוף, הם בדרך כלל תנאים הכרחיים למניעת המשך הפגיעה בילד. התייעצות היא גם מקור תמיכה לחושף ההתעללות, אשר משא האחריות הכבד והלחץ האמוציונלי בו הוא נתון עלולים לעוות את שיקול דעתו. הניסיון הנצבר מוכיח כי התחלקות עם אנשי מקצוע עשויה להגביר את הסיכוי להצלחה בהתמודדות עם האירוע, הן באשר למתן סיוע לילד הנפגע והן באשר לשמירת חוסנו של העובד המעורב באירוע כזה.

התייעצות עם עצמך

כאשר אנו פוגשים אירוע בו קיים חשד להתעללות בן משפחה בקטין עלולים להתעורר בנו רגשות עזים, בקשת רחבה של אפשרויות, כגון: כעס, צער, חמלה, נקם, תדהמה וכיוצא בזה. רגשות אלה אין בהם כדי לסייע לנו בגיבוש שיקול דעת ענייני ולכן טוב יעשה העובד אם ינקוט בצעדים הבאים:

- יעלה בכתב את העובדות הניצבות נגד עיניו.
- יעלה בכתב את החששות שהתעוררו בלבו.
- יעלה בכתב את הדברים המצריכים בירור.
- יפנה לפרקים המתאימים בספר זה וינסה לאתר את הסימנים הקשורים למקרה שלפניו, כמו, למשל: אם התעורר חשד להתעללות פיזית – כדאי לבחון את הסימנים המופיעים בפרק "אבחון וסימני זיהוי" ובפרק "התעללות פיזית". כך לגבי "תחושת בטן" שמשחו ביחסים בין האם לילד אינו תקין.
- יעלה בכתב את הדברים עליהם הוא מבקש להתייעץ עם גורם נוסף בטרם גיבש החלטה אישית.



לקראת מפגש ההתייעצות הכן עצמך על-פי המפורט לעיל, בסעיף "התייעצות עם עצמך".

א. התייעצות עם העובד הסוציאלי בארגון

התעורר בכם חשד או חשש להתעללות הורה בקטין, מוצע להתחלק בדבר עם העובד הסוציאלי של המרפאה או הארגון, במידה ויש איש מקצוע כזה. לקראת ההתייעצות חשוב למקד את הנתונים והעובדות אשר הובילו לחשד. בשלב זה אין מדובר בהליך דיווח רשמי, אלא התחלקות עם עובד בעל ניסיון והיכרות רחבה עם הנושא. לעובד הסוציאלי גם היכרות טובה עם הגורמים בקהילה והוא יכול לפעול לברור נתונים נוספים אודות המשפחה והילד הנפגע. לעתים, כאשר יש לכם כבר יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין, אופי ההתייעצות הוא יותר רשמי ועליכם יהיה לטכס עצה לגבי הליך הדיווח לפקיד הסעד או למשטרה. אם התרשמתם שהסכנה היא מוחשית ומידית, עליכם לפעול על-פי הוראת החוק ולדווח על כך מידית לפקיד הסעד או למשטרה.

ב. התייעצות בין עמיתים מקצועיים במרפאה

בדומה להתייעצות עם העובד הסוציאלי, כל עוד אינכם בטוחים בקיום יסוד סביר לפגיעה בקטין אין מניעה להתחלקות והתייעצות בין עמיתים במקום העבודה. מתקבלת תמונה המרמזת כי קיים יסוד סביר שנעברה עברה בקטין, עליכם לעבור לפעול בדרכים רשמיות. במיוחד תקפים הדברים לגבי מקומות בהם אין בנמצא עובד סוציאלי או רופא, כמו למשל, בתחנות "טיפת חלב". כאן תוכל האחות להתייעץ עם עמיתים למקצוע ו/או עם האחות האחראית לתחנה או בדרך שנקבעה על ידי הארגון לקבלת ייעוץ.

ג. התייעצות עם צוות רב מקצועי

אם במקום עבודתכם קיים צוות רב מקצועי זמין קיימת בפניכם האפשרות להביא את דבר החשש או החשד בפני צוות זה ולהתחלק עמו בהתלבטות שלכם. שוב, חשוב לקשור בין מהות המצב לבין דרך הפעולה. ככל שהדברים מעורפלים ולא ברורים, המקום להתייעצות והתחלקות הוא נכון יותר. ככל שהדברים הופכים לברורים יותר, ככל שהממצאים מורים על פגיעה בקטין, או בלשון החוק: "שנעשתה עברה בקטין", חובתכם לפעול בדחיפות רבה יותר בכל הקשור להבאת העניין בפני אחד הגורמים הרשמיים המופקדים על הטיפול: פקיד הסעד או המשטרה. היתרונות בהבאת העניין בפני צוות רב מקצועי בולטים. קיימת אפשרות להתייחסות מערכתית למקרה ומתאפשרת הבנה רחבה יותר אודות המשפחה בה עוסקים. במסגרת כזו ניתן לקבל מידע רחב יותר אודות תופעות דומות בעבר לגבי ילדים נוספים ולגבי יחס ההורים כלפי ילדיהם מעבר למקרה הספציפי. החיסרון הבולט הוא במידת הנגישות והזמינות של צוות זה.

ד. התייעצות עם פקיד הסעד והעובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים

עומדת בפניכם האפשרות לפנות לפקיד הסעד ביישובכם, שהוא עובד המחלקה לשירותים חברתיים, ולבקש להתייעץ עמו בעניין החשד שהתעורר בכם על פגיעה בקטין.

עובדים רבים נמנעים מפנייה לפקיד הסעד מתוך חשש שהוא ידרוש מיד התערבות רשמית. הדבר העלול, לדעת העובד, לחבל בקשריו עם ההורה החשוד, בעוד הוא עצמו עדיין אינו בטוח בדבר. ניתן אפוא להתייעץ עם פקיד הסעד גם ללא ציון הפרטים המזהים של הילד. כדי שנתוב התייעצות כזה יוכל לשאת גם אופי בלתי פורמלי, קיימת חשיבות רבה להיכרות אישית של עובדי המרפאה עם פקיד הסעד המקומי. ערוצי תקשורת שוטפים וקשרים בלתי אמצעיים כחלק משגרת העבודה, עשויים להקל על קיום בירורים לגבי מקרים שמתעורר בהם חשד ראשוני. העובד הסוציאלי של המרפאה או מנהל המרפאה או אחת האחיות יכולים לקבל על עצמם קיום ערוץ קשר קבוע, שלא דווקא סביב מקרה ספציפי. שילוב פקיד הסעד בצוות הבין מקצועי, אף זו דרך נכונה ליצירת קשרים שוטפים ויחסי אמון. במקרים רבים

יוכל עובד הקופה להציג את המקרה ללא חשיפת שמות הנוגעים בדבר, כל עוד לא התגבש שיקול דעת המצביע על קיום יסוד סביר כי נעברה עברה בקטין. זאת לדעת, הניסיון הרב של פקיד הסעד עשוי לתרום רבות לעובד בהתלבטויותיו וכן לכוון אותו לפעולות קונקרטיות מתחייבות.

התגלה קיום יסוד סביר כי נעברה עברה בקטין, יקבל פקיד הסעד את האחריות להמשך הטיפול במקרה. היתרון לעובד הקופה במקרה כזה של היווצרות יחסי שיתוף פעולה ואמון יהיה כפול:

1. חיסכון בזמן ומתן תגובה מהירה להפסקת הפגיעה בקטין.
2. יצירת תקשורת דו-סיטרית שתאפשר הספקת מידע ועדכון שוטף לגבי המשך הטיפול במקרה.

בנוסף לפקיד הסעד, קיימת אפשרות להתייעץ עם העובד הסוציאלי המטפל במשפחה (אם המשפחה מטופלת במחלקה). לעובד הסוציאלי ידע רחב אודות המשפחה שבטיפולו, ובמקרים רבים מדובר במשפחות המתקשות בחינוך ובגידול ילדיהם. חלק ממשפחות אלה נמצאות בתכניות טיפול מיוחדות והקשר בין איש המרפאה לבין העובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים עשוי להוות חוליה מגשרת רבת חשיבות. שיתוף פעולה כזה יתרונו בכך שההתערבות עדיין וולונטרית ולא שורה עליה מורא החוק, כמובן שאנו מדברים על מקרים לא ברורים, מצבים הניתנים להתפרש באופן שונה, שעדיין אינם נכנסים להגדרת החוק לעניין חובת הדיווח, ואלה הם גם מרבית המקרים. שיתוף פעולה כזה עשוי להעשיר את איכות השירות הניתן למשפחה ולהביא לניצול רב יותר של המשאבים הקיימים בקהילה. ברור שעבודה כזו עם העובד הסוציאלי, אך לא עם פקיד הסעד, מחייבת קבלת הסכמת המשפחה וכתב ויתור סודיות הנובע מהצורך להעביר מידע ממערכת שירות אחת למערכת שירות אחרת.

ה. התייעצות עם הוועדה הקבועה לטיפול בנפגעי אלימות במשפחה

על-פי הוראת המנהל הכללי של משרד הבריאות, על כל קופה להקים ועדה אזורית קבועה שבין תפקידיה לשמש גורם מייעץ לצוותים המטפלים בכל הקשור לתהליכי זיהוי, ביסוס החשד והדיווח במקרים של אלימות במשפחה ובכלל זה, אלימות והתעללות בילדים.

לאור האמור, קיימת למעשה חובה מינהלית של כל קופה בה נחשף מקרה של יסוד סביר שנעברה עברה בקטין להביא את דבר החשד בפני הוועדה הזאת. כאמור בפרק "דיווח", תפקידי הוועדה הם רחבים ורבים ועוסקים בין השאר בתיעוד, ריכוז מידע, ליווי המעקב אחר ביצוע דרישות החוק, סיוע לצוותים במקרה של אלימות או אימים כלפיהם, פיתוח תכניות הדרכה, גיבוש דרכי עבודה עם השירותים בקהילה ועוד (ראה שם, וכן בנספח הוראות המנהל הכללי).

נחשף מקרה של חשד לפגיעה או התעללות בילד במשפחה, יכול העובד לבקש התייעצות עם הוועדה האזורית הקבועה של הקופה בה הוא עובד, זאת בנוסף לדיווח המינהלי הנדרש ממנו על פי הוראת מנכ"ל זו.

ככל שוועדות אלה תהיינה נגישות וזמינות לעובדים הן יכולות להפוך כתובת להתייעצות מועדפת וזאת מהטעמים הבאים:

1. ועדה כזו תצבור ידע וניסיון עשיר במקרים אלה, דבר שיעניק לה מוניטין מקצועי.
2. ועדה כזו היא חלק מהארגון, דבר העשוי להקרין אמון וביטחון כלפי העובדים הנזקקים לייעוץ ולהכוונה.
3. ועדה כזו עשויה להתמסד ולהפוך לחלק אינטגרלי בעשייה השוטפת התוך ארגונית במקרים של אלימות במשפחה.

נקודת התורפה של ועדה כזו תהיה תדירות התכנסותה – ככל שהזמן בין התכנסויות הוועדה יהיה גדול יותר, יכולתה לענות לצרכים המידיים של העובד יפחתו, והפונקציה הייעוצית שלה תצטמצם.

זאת לדעת!

האחריות לדיווח על פי החוק היא אישית.

מסירת מידע לממונה אינה משחררת את העובד שחשף חשד להתעללות עד שווידא שהנושא דווח כנדרש בחוק.

יש להקפיד שהליך ההתייעצות לא יפגע בילד, בכל צורה. לכן, אם התרשמתם שהילד נמצא בסכנה מוחשית ומיידית, יש לדווח על כך ללא דחייה לפקיד הסעד או למשטרה. כמו כן, מומלץ גם לדווח למי שנקבע על-ידי המערכת כאחראי על נושא ההתעללות בילדים (אם יש כזה) כדי שיייע לכם בהמשך, בהתמודדות עם המקרה.

פרק ג

ד רבי התערבות

שיחה עם הילד

שיחה עם המשפחה

התערבות פקיד הסעד

התערבות טיפולית בהורה פוגע

בעיות הנגרמות בעטיו של המטפל

טיפול סמכותי

הפניה לחדר מיון

דרכי ההתערבות כוללות פעולות ומעשים שרצוי לעשותם ופעולות שאין לעשותן. אנו נציג את העיקריות שבהן:

שיחה עם הילד

במהלך הבדיקות או הטיפול, עשוי להתעורר בך חשד או חשש שהילד אותו אתה בודק חשוף לאלימות, הזנחה או התעללות. ייתכן אף כי קיבלת חיזוק לחששותיך מתוך איתותים הססניים שהילד משדר לך בנוגע למצבו. מאידך גיסא, אין כל אמירה ברורה בנושא, לא מצד הילד ולא מצד ההורה המלווה את הילד. למרבה הצער, במרבית המקרים הילד שנחשף להתעללות או להזנחה יתקשה לשתף אותך בסבלו וברגשותיו. מכאן, השיחה עם הילד הופכת לאתגר המצריך השקעת מחשבה, תשומת לב ורגישות רבה. לכן, יש לדעת כיצד לנהל שיחה כזו, שיחה שתהליכיה מורכבים שתכניה קשים מאוד לשמיעה, ושבעתיים קשה לדבר עליהם.

שיחה עם ילד היא שיחה בשתי שפות: מילולית ולא מילולית. ילדים יכולים להעביר לכם מידע באופן מילולי ובאופן לא מילולי באמצעות התנהגותם, לעתים גופם מספר את הסיפור שלהם.

ועוד יש לזכור – אינכם מטפלים בילד טיפול פסיכולוגי, ועם זה, אתם האנשים הקרובים אליו ודרככם הילד משגר את אותות המצוקה שלו. ההיענות שלכם לקריאת המצוקה שלו והאופן שבו תקשיבו לו הם בעלי משמעות עצומה, ויש לעשותם בתבונה וברגישות. אנו מבקשים לצייד אתכם במספר כללי עזר שאמורים לסייע לכם בשיחה עם הילד.

כללי עזר לשיחה עם הילד

היו קשובים וערניים

אם הילד אמר במפורש או אם רק רמז על קיום התעללות, כדאי מאוד להתייחס לכך בכובד ראש ולנסות לשמוע מה הילד אומר בלי להפריע לו ובלי להטיל ספק בדבריו. להיות קשוב פירושו להאזין בתשומת לב רבה לדברי הילד, לא לאפשר הפרעות

והסחות דעת חיצוניות. רצוי לא לאפשר קבלת שיחות טלפון וכל דבר אחר העלול להפריע לשיחה. להקשיב פירושו גם לאפשר אמירת דברים שלא נראים לכם הגיוניים, או דמיוניים.

כשילד אינו רוצה ללכת למישהו, למשל לשמרטף או לשמרטפית שבאים לקחת אותו מהגן או מבית הספר; כשילד אומר על מבוגר: "הוא מעצבן אותי"; או כשהוא אומר על מישהו שהוא "עושה לי כל מיני דברים", יש לנסות לברר עם הילד למה הוא מתכוון. לרוב, התבטאויות כאלה אינן מעידות על מקרי פגיעה, אך יש שהתבטאויות אלה אכן מעידות על מקרי התעללות.

התייחסו לילד ברצינות

גם אם הילד חוזר בו מדבריו ואומר, למשל, "סתם, סתם", או שדבריו נשמעים מבולבלים מעט או "לא רציניים", ייתכן שהדברים נובעים מסיבות שונות. ככלל, נדיר שילדים משקרים בנוגע להתעללות, לכן, תמיד יש להתייחס לדברי הילד ברצינות. ייתכן שהילד מבולבל ומפאת גילו הצעיר עדיין אין לו אוצר מילים הדרוש לתאר התעללות בכלל והתעללות מינית, בפרט. ילדים צעירים נוטים גם להכחיש את הדברים לאחר שסיפרו אותם כדי להגן על האדם שאותו הם אוהבים (זה יכול להיות גם המתעלל), או משום שהם מפחדים ממנו. ילדים גם יכולים לבלבל פרטים בגלל השפעתו הקשה של האירוע שאותו חוו.

דאגו לאווירה מתאימה

יש לפנות זמן ומקום מתאימים לשיחה רגועה עם הילד, ללא הפרעות. יש להקפיד על מועד שיחה הסמוך ככל האפשר לזמן שבו רמז הילד על מצבו או אמר משהו על מצבו. ככלל, עליכם להשתדל ליצור אווירה מתאימה הנותנת לילד הרגשה שהוא יכול לבטוח ולהאמין בכם.

תנו תמיכה

הילד יכול להיות חרד, פגוע ומבוהל. הוא צריך את תמיכתכם ואת ביטחונכם ביכולת שלכם לעזור לו. יש לנסות ולהישאר רגועים ותומכים בילד כל העת. יש להבהיר לילד שאין הוא אשם או אחראי למה שקרה, ולשבח אותו על כך שבחר לספר לכם ושהיה זה נכון מצדו לעשות כך.

יש לשקף לילד את רגשותיו – "אני כל כך מבין את הפחד שלך", "זה לגמרי בסדר ככעוס במקרה כזה". ניתן לומר לו עד כמה זה קשה לשוחח על דברים שקורים

ולשתף אתכם בהם, ויש לחזק אותו על כך שלמרות הקושי הוא שיתף וסיפר לכם - "אני מאוד גאה בך שאזרת אומץ לספר לי את הדברים".

שוחחו, אל תלחצו

אל תלחצו על הילד כדי לקבל ממנו פרטים. יש מקרים המחייבים חקירה ומוטב שהילד לא יחזור על הפרטים בפני יותר מדי אנשים. אינכם חוקרים ואין זה תפקידכם לאסוף את מרב הנתונים מהילד. עליכם לשוחח כדי לנסות ולהבין, כדי לאפשר לילד לדבר ולספר על-מנת שתוכלו להחליט איך לפעול - "אתה לא חייב לספר לי מה שלא נראה לך", "זה בסדר שאתה לא רוצה לספר לי בדיוק מה קרה"... יש להימנע ככל האפשר משאלות סגורות המזמינות מהילד תשובות של "כן" או "לא". - "האם הוא הרביץ לך בחגורה?" "האם הוא נישק אותך בצוואר"...? וכדומה. יש לנסות ולשאול את הילד שאלות "פתוחות" המזמינות תיאור נרחב ומפורט יותר. שאלות כמו: "תוכל לספר לי על כך?" "למה אתה מתכוון"? יש להקפיד עד כמה שאפשר להימנע מתגובה מילולית ארוכה ולאפשר לילד לדבר. ככלל, ניתן לנסות לשקף את דברי הילד: "אני שומע שקשה לך..." אך יש להקפיד שלא לשים מילים בפי הילד ולומר דברים שהוא לא אמר.

לעולם אל תשקרו לילד

אם הילד בגיל מתאים, תוכלו להסביר לו שאינכם יכולים להבטיח לשמור את הסיפור בסוד מוחלט, וייתכן כי תצטרכו לשוחח עם איש משטרה או עם עובד סוציאלי שגם הם ירצו לעזור לו. כמו כן, אל תבטיחו דברים שאין באפשרותכם לקיים. הסיטואציה לוחצת ועלולה לגרום לכם לומר דברים שלא תוכלו לעמוד בהם בהמשך, ואלה עלולים להחריף את תחושות הפגיעות וחוסר האמון שהילד חש כלפי הסובבים אותו.

תנו לילד את המידע הנחוץ

לילדים בני 6-9 לערך רצוי לספר מהם שלבי הטיפול בעניינם ולעדכן אותם בנוגע להתקדמות הטיפול בהמשך. לגבי ילדים בגיל 10 ומעלה, חשוב לבדוק אם יש משהו בחשיפת האירוע שמעורר בהם דאגה מיוחדת. לילד שחושש או דואג, יש להסביר שפקיד הסעד יחשוב אתו על דרך פעולה באופן המסייע ביותר. ככלל, ספרו לילד כל מה שיכול לסייע לו להבין ולהתמודד עם הלא-נודע.

נסו להישאר רגועים

חשוב להבהיר לילד שאתם רוצים ומוכנים לשמוע אותו. לתגובות שלכם תהייה השפעה מכרעת על התנהגותו. תגובות חזקות של הלם או של זעזוע (תגובות מילוליות - כמו "הו, לא", "זה לא ייתכן" וכדומה, או תגובות לא מילוליות, כמו: הבעות פנים של תדהמה ופחד, כיסוי העיניים וכדומה) עלולות "לנעול" את הילד שאצר בתוכו סוד קשה וניסה לחשפו. אינכם צריכים להיראות אדישים או חסרי עניין, להפך, הפגינו דאגה כנה ואכפתיות, אך בשום אופן לא חרדה או לחץ.

כבדו את שפת הילד

חשוב להשתמש במהלך השיחה בשפה שהילד משתמש בה לתיאור ההתעללות וההזנחה. נסו שלא להירתע משפתו גם אם היא בוטה מאוד ולא תואמת את גילו או את הנורמות החברתיות. אין לתקן את שפתו או לרמוז לו שהוא משתמש במילים לא מקובלות. ייתכן מאוד ששמע אותם מהמתעלל או שזוהי השפה במציאות העגומה שהוא חי בה. אהדתכם וקבלתכם את אופן הביטוי שלו תסייע לו לדבר ולספר את אשר על לבו.

אל "תשמרו הכל בבטן" - קבלו תמיכה

איש מקצוע הפועל לבד ללא ליווי וסיוע של אנשי מקצוע אחרים עלול להישחק בתהליך הקודם לדיווח ובתהליך הדיווח עצמו. התהליך מתיש, מעורר חששות ואף תחושות קשות. כמו שאתם משמשים מקור תמיכה עבור הילד, גם אתם תזדקקו לתמיכה מגורם מקצועי (פסיכולוג, יועץ חינוכי, עובד סוציאלי או אפילו עמית מנוסה בעבודה). ככל שתקדימו לקבל תמיכה, תוכלו להעניק בקלות רבה יותר את התמיכה הנדרשת לילד.

פעולות שאין לעשות

יש לחזור ולהזכיר כי בכל מקרה של חשד להתעללות בילד על ידי בני משפחתו, אין ליצור קשר עם ההורה ואין לברר עמו את הנושא. כמו כן, יש להימנע באופן מוחלט מהאשמת ההורה בהתעללות בילד או בהזנחת הילד. רופא או אחות המספרים לאחד ההורים שבנם סיפר על התעללות, חושפים אותו לכעס רב וללחץ מצד ההורה, ועלולים לפגוע, ללא תקנה, באפשרות שחוקר ילדים מיומן יחקור את המקרה.

מגיע הרגע שהעניין מגיע לידיעת בני המשפחה ושיחה אתם היא בלתי נמנעת.

עמדות איש המקצוע

- נסו לאמץ את העמדות המצוינות להלן גם אם הדבר קשה. יש בהן כדי לסייע לכם בביצוע חובת הדיווח וגם לשמור על המשך הקשר שלכם עם המשפחה.
- אמצו עמדה נטולת האשמה וחפה משיפוט ומכעס כלפי ההורים גם אם אתם חושבים שמעשיהם פוגעים בילדיהם.
 - אמצו עמדה של שותפות עם ההורים במטרה לדאוג לטובת הילד.
 - אמצו עמדה של אמפתיה כלפי ההורים בגין קשייהם ורצונם להיות הורים טובים.

עקרונות העשויים לסייע בשיחה עם בני המשפחה

- א. איש המקצוע פועל לטובת הילד ולא לרעת המשפחה**
- הפנייה שלי היא לא נגדכם, כולה מכוונת לטובת הילד.
 - אם הפנייה שלי מעוררת אצלכם מבוכה ואולי אפילו כעס זה טבעי לחלוטין, אך זו חובתנו החוקית לשמור על טובת הילד ואין לנו דבר נגד המשפחה.
 - אין לנו דבר נגד מי מבני המשפחה, אלא חובה חוקית לבדוק מה קורה לילד שלכם.
 - כל איש מקצוע, רופא, אחות, עובד סוציאלי ואחרים שמתעורר בהם יסוד סביר להניח שילד נפגע על ידי אדם אחר, חלה עליהם החובה החוקית למסור זאת לעובדי הרווחה. אין כאן שום דבר אישי כלפיכם, אלא ביצוע חובה אזרחית ומקצועית.
 - אני לא שופט אתכם, ואין לי גם כלים לעשות זאת. אני מחויב לדווח על כל חשד סביר לפגיעה בילד ובמקרה הזה קיים חשד שהילד שלכם נפגע על ידי מישהו.
 - הבדיקה תקבע האם אמנם התקיימה פגיעה כזו ומי עשה אותה.
 - חשוב לנו, כפי שחשוב לכם, לדעת מה קרה לילד.

אפשרו ביטוי רגשי, אף אם הוא כולל כעס ותרעומת נגדכם

ב. כל עוד לא נמצאה ראייה המקשרת באופן ישיר את ההורים לממצא, הם אינם אשמים

- בבדיקה הרפואית של הילד נמצא האם ידוע לכם איך זה קרה? האם הוא נפל או נחבל? האם ראיתם משהו חריג? האם יש לכם הסבר כלשהו? מה לדעתכם קרה?
- בבדיקה הרפואית לא נמצא הסבר רפואי לסימפטום. יכול להיות שמישהו היה יכול לפגוע בו? האם אתם חושדים במישהו?
- ברור לי שזו שיחה מאוד לא נעימה, אבל אני בטוח שאתם מסכימים שאם מישהו פגע בילדיכם אנחנו חייבים לעשות הכל כדי שזה לא יקרה שנית.

אפשרו התבטאות והתייחסות אל הדברים, גם אם יש בהם טענות כלפיהם או כלפי המערכות החברתיות המטפלות בנושא.

ג. רוב ההורים, כולל אלה שפוגעים בילדיהם, אוהבים אותם ושואפים להיות ההורים הטובים ביותר

- ברור לי שאתם מעוניינים בטובת ילדכם.
- אם אלה הן העובדות, אני מאמין שבדיקת עובד הרווחה תגלה את אותם הדברים.
- נקודת ההנחה הבסיסית בבדיקה של אנשי המקצוע היא שההורים, גם אם פגעו בילדיהם, אוהבים אותם ורוצים להיות הורים טובים ולכן חשוב לשתף עמם פעולה.

קבלו את טיעוני ההורים להורותם הטובה ואל תצאו נגדם בראיות ובעובדות. בידיכם ממצאים אודות הפגיעה ולא אודות הפוגע. רשויות הרווחה והחוק אוספות ראיות אודות הפוגע – אל תיכנסו לתחום זה.

ד. היעדר משאבים והתמודדות עם מצוקות וקשיי יומיום הם הגורמים העיקריים לפגיעות של הורים בילדיהם

- מאוד קשה להיות הורה. כולנו כהורים זקוקים לפעמים לעזרה. עובדי הרווחה עשויים לעזור לכם בעצה ובהדרכה.
- הקשיים הרבים עלולים לגרום לכם לנהוג באופן לא נכון כלפי ילדיכם, ולכן חשוב שתהיו בקשר עם עובדי הרווחה שתפקידם לבדוק את העניין.
- גם אם נהגתם שלא כהלכה, רצוי שתחשבו על העתיד וכיצד ניתן לתקן את

- הדברים. כדאי לכם להתחלק עם עובדי הרווחה, שיזמינו אתכם ויבדקו את הקשיים שיש לכם בחינוך ובגידול ילדיכם.
- ☐ נראה לי שקשה לכם, בואו נראה איך אפשר לעזור.
 - ☐ אתם מתמודדים עם דברים רבים, כדאי לכם להיעזר באנשי מקצוע.

תנו להורים פתח תקווה וכוונו אותם לקבלת סיוע מהגורמים המופקדים על כך בקהילה

ה. אמינות

- גילוי הכוונה לדווח לפקיד הסעד הוא מרכיב עיקרי באמינותכם בעיני המשפחה. מצד שני, גילוי כזה עלול לפגוע בחקירה. לכן יש לתאם ולקבל את הסכמת פקיד הסעד לגילוי. אם פקיד הסעד לא יתנגד, רצוי לגלות למשפחה על הכוונה לדווח ולהדגיש כי אתם פועלים על-פי חוק, גישה זו מונעת עימותים, הימנעויות ומצבים בלתי נעימים בעתיד.
- חשוב לזכור, לא תמיד יש צורך לומר במפורש למשפחה כי הדיווח יופנה לפקיד הסעד, אפשר להסתפק בהגדרה הכללית – "לעובד סוציאלי בשירותי הרווחה". גישה זו מדגישה את הפן הטיפולי-תמיכתי בדיווח ופחות את הפן הסמכותי, ומפחיתה גילוי התנגדות והתגוננות. אם נדמה כי הגישה הגלויה עלולה לפגוע בטובת הילד, רצוי לדווח ללא ידיעת ההורים, ולאחר מכן, לנמק בפניהם את סיבת הדבר:
- ☐ עליכם לדעת כי חובתי על פי חוק היא לדווח לרשויות הרווחה על דבר החשד שגיליתי לפגיעה בילד שלכם. חשוב שתדעו כי מה שאני מדווח עליו הוא עצם החשד לפגיעה בילדכם.
 - ☐ לצערי, נאלצתי לדווח על חשד לפגיעה בילדכם. זהו הליך המחויב על פי החוק, ואסור לי גם להודיע לכם על כך מראש. אני מתאר שהדבר גרם לכם עגמת נפש, ואולי אפילו אכזבה ממני כרופא/אחות/אחר שלכם.
 - ☐ חשוב לי שתדעו שאני לא שופט אתכם ומבחינתי נשאתם לקוחות/פציינטיים שלי. עליו הייתה החובה החוקית לדווח על פגיעה בילדכם, וזאת עשיתי. הגורם הפוגע הוא עניין שלא בטיפולי ולא בסמכותי לקבוע.
 - ☐ אני יודע שזה מצב לא נעים, אך לא הייתה לנו ברירה – החשוב מכל הוא שהילד לא ייפגע שוב. אני אישית מעוניין מאוד בהמשך הקשר בינינו, ומקווה שכך גם אתם.

הבחינו בין המעשה לבין מחויבותכם המקצועית להמשך הטיפול במשפחה, ללא קשר למי שעשה את המעשה

פקיד הסעד הוא האחראי לקביעת פגישה עם המשפחה כדי לשוחח עם ההורים על החשד, אם בכלל. הוא מיומן במותר ובאסור בשיחה עם ההורים ויודע את דרישות החוק האוסרות חקירה במקרים של התעללות, אלא על-ידי חוקר הילדים. ייתכן שפקיד הסעד ירצה לשוחח עם הילד במרפאתכם. עשו הכל כדי לדאוג למקום שלו ובטוח לשיחה. במידת הצורך ועל-פי בקשת הילד או פקיד הסעד, הישארו נוכחים כדי לתמוך בילד.

באפשרותו של פקיד הסעד לבקש מהרופא או מהאחות לשאול את הילד שאלות ראשוניות במקרה שמי מהם מוכר לילד והוא בוטח בו. רק כשהילד מרגיש נינוח יוכל פקיד הסעד, לבדו, להמשיך לנהל עמו את השיחה.

פעולות שבאחריותכם

אם התרשמתם שהילד מוסיף להיות במצב של סיכון להתעללות ולהזנחה למרות פנייתכם, אל תהססו להתקשר לפקיד הסעד ולדווח על חששכם. אם תשובתו אינה מניחה את דעתכם תוכלו לבקש לדבר עם הממונה עליו.

אם התרשמתם שלא מדובר בסכנה מידית או שיש לכם ספק, יש לפנות להתייעצות עם העובד הסוציאלי של המערכת. באחריות העובד הסוציאלי להתייעץ לפי הצורך עם פקיד הסעד ולשקול יחד עמו את המשך דרך איסוף המידע, אם בכלל (הרחבה ראה בפרק "התייעצות"). כשיש יסוד סביר לחשוב שהילד חווה התעללות, יש לדווח בהקדם האפשרי ישירות לפקיד הסעד על החשד ולקבל ממנו הבהרות בנוגע לצעדים שיש לנקוט. יש ליידע גם את הוועדה הקבועה של הקופה, זאת על פי הוראות המנהל הכללי של משרד הבריאות ועל פי הנהלים בנושא בכל קופה. במקרה חירום, כשיש צורך בהתערבות מידית בהגנה על הילד, ניתן להפנות את הילד לחדר מיון בבית החולים או לזמן את פקיד הסעד או את המשטרה (למשל, אם האב מגיע לרופא או לאחות ומאיים לפגוע בילד, או שהוא פגע בו באופן שאינו מותר ספק). כמו בכל מקרה בו הרופא-המטפל מפנה את הלקוח למומחה, קיימת גם כאן אפשרות להפנות במקרים מיוחדים להתערבות פסיכולוגית. טוב יעשה הרופא אם יציע סיוע פסיכולוגי: "אני מרגיש שאת נושאת אתך מטען רגשי כבד, שהדרך הנכונה להשתחרר ממנו הוא על-ידי סיוע מקצועי ואני מציע להפנות אותך לסיוע כזה".



לעתים, במקביל להליכים הפליליים או בלעדיהם, יופנה הורה מתעלל לטיפול נפשי כדי לסייע לו להיחלץ מההתנהגות האלימה כלפי ילדו.

איזה טיפול יהיה משמעותי במניעת המשך ההתעללות, מתי נאמין כי בכוח הטיפול ניתן לעצור את ההתעללות? מי הם ההורים עם פרוגנוזה חיובית לטיפול:

Fitzpatrick (1995) מזהה את ההורים המתעללים שיש סיכוי לטפל בהם:

1. הורים המכירים בכך שיש בעיה בהורותם – על ההורים להכיר בכך כי ישנה

בעיה ביחסיהם עם ילדיהם וכי עליהם לעשות למען שינוי התנהגותם: "כל פעם

שהילד לא עושה מה שאני אומר לו, אני מוצא עצמי מוצף כעס ומרביץ לו כדי

לחנך אותו למשמעת. כאשר אני מכה אותו אני לא רואה ולא שומע דבר. אחר

כך אני כועס על עצמי שאני עושה לבן שלי בדיוק מה שאבא שלי עשה לי".

הורים המתקשים לקבל כי התנהגותם מזיקה לילדים ומאמינים כי אנשי המקצוע

האשימו אותם שלא בצדק – אינם מתאימים לטיפול; הורים כאלו יאמרו: "אם רק

שירותי הרווחה יצאו מהתמונה הכל יהיה בסדר".

2. הורים המוכנים לקחת אחריות – מרבית המטפלים מאמינים כי תנאי הכרחי

להצלחת הטיפול הוא לקיחת האחריות. עד אשר התוקף לא ייקח אחריות על

התעללותו בילד אין סיכוי לטיפול. הורים שאינם לוקחים אחריות לבעיות ביחסיהם

עם הילדים ונוטים להאשים אחרים בבעיות; הורים שמאשימים את שירותי הרווחה

כי לא עשו די עבורם וכי פתרונות קונקרטיים (כמו ציוד לבית) יתרמו לשיפור

היחסים; הורים שמאשימים את הילד באחריות לכך שהוא גורם להם לפגוע בו,

מכאן שהוא גורם להם סבל ומכריחם לבוא לטיפול – כל אלו אינם בעלי פרוגנוזה

טובה לטיפול. גם הורים המכחישים את אחריותם לבעיות, רואים עצמם קורבנות

חסרי אונים לנסיבות החיים ואינם מאמינים כי הם יכולים לקחת שליטה על חייהם

("אני הייתי ילדה מוכה, והילדים שלי מוכים, תבינו אותי, אני לא מאמינה שאפשר

לשנות זאת...") – הפרוגנוזה של הטיפול במקרים אלה אינה טובה.

3. הורים בעלי מוטיבציה לשינוי התנהגותי שמעוגנת באדם עצמו ולא בגורמי

ענישה חיצוניים. מוטיבציה פנימית כזו חושפת תחושת מצוקה אמיתית וביטוי

דאגה כנים לילד ולעתיד היחסים עמו, ורצון לעסוק בנושאים אלו בטיפול. הנעה

כזו כוללת בתוכה את ידיעת המחיר שההורה המתעלל עשוי לשאת בגין

ההודאה שהוא פגע בילדו. כאשר הורים מגלים מוטיבציה "חיצונית" לטיפול, שמאחוריה נמצא בעיקר הרווח המשני של התחמקות מעונש (לעתים, בעצת עורך דין, כדרך להימנע מהליך ענישה) – הפרוגנוזה של הטיפול במקרים אלה מוטלת בספק.

4. הורים היכולים לראות באנשי מקצוע עוזרים פוטנציאליים – חייבת להיווצר

אצל הורה המתעלל ההכרה שהוא עצמו לא יצליח להתמודד במצב ולשנות את התנהגותו האלימה כלפי הילד ללא עזרת אנשי מקצוע. הורים המגלים עוינות וחשדנות כלפי המטפלים ואינם מאמינים כי מישהו יכול לעזור להם, יתקשו להיכנס לסיטואציה הטיפולית. הורים כאלה נזקקים לזמן רב לשם ביסוס יחסי אמון עם המטפל, אם בכלל. מאידך גיסא, הילד זקוק להגנה ולשינוי מידי בהתנהגות האלימה של הוריו, והוא אינו יכול לחכות לכך שהוריו יתאימו לקבלת טיפול.

5. הורים שאינם חולים במחלות פסיכיאטריות, ואינם משתמשים בסמים

ובאלכוהול – הורים בקטגוריות אלה הם בעלי פרוגנוזה טובה לטיפול. אין להכניס לקטגוריה זו הורים עם הפרעות אישיות, כי מרבית ההורים המתעללים סובלים מהפרעה אישיותית זו או אחרת. באם ההורים הללו עונים על סעיפים אחרים ניתן לסייע להם בטיפול.

בעיות הנגרמות בעטיו של המטפל

Dale ועמיתיו (1986), מצביעים על מספר מצבים ומאפיינים של המטפל העלולים

להיות מסוכנים מבחינה טיפולית במשפחות בהם מתרחשת אלימות כלפי ילדים:

1. איש מקצוע מבודד – המטפל פועל לבדו ובבידוד. מטפל כזה, הנמצא תחת

לחץ המשפחה, או חשוף למניפולציות שלה, יעדיף להתמקד בבעיה המקובלת יותר על המשפחה, כמו יחסי הנישואין, תפקוד הילדים וכו', ובכך לתמוך בהכחשת המשפחה את הבעיה החמורה יותר – ההתעללות בילדים.

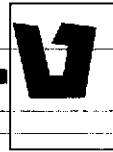
2. שמירה על יחסי אמון בכל מחיר – מטפל שיאמין כי בנה מערכת יחסים טובה

עם המשפחה ויתנגד לדווח פן תיפגע מערכת יחסים זו. הוא מתעלם מכך שיחסיו עם המשפחה מסובכים ביותר ובוודאי אינם כנים ופתוחים, אלא תומכים בהימנעות

מהתמודדות עם קונפליקטים וקשיים. מטפל כזה עלול להתמקד בעניינים שונים של המשפחה ולנקוט "בעקרונות האופטימיות" לפיו, ככל שירד הלחץ במשפחה יביא הדבר לשינוי בינמיקה המשפחתית וכך גם ימנע את המשך ההתעללות.

3. הזדהות יתר – מטפל ששם לו למטרה להיות "הורה תחליפי" להורים המתעללים, מזדהה עמם ועם מצוקתם. מתוך רצון לתמוך בהורים הוא מקבל את תובענותם ודרישותיהם, וגם את ההתניה שלהם לאי דיווח בתמורה לשיתוף פעולה ובכך הופך את הילדים לבני ערובה.

טיפול סמכותי



הגישה המקובלת כיום לטיפול בהורים מתעללים בילדיהם היא גישה סמכותית, לפיה הטיפול והפיקוח משולבים זה בזה, למרות הסתירה בין השניים.

טיפול סמכותי משמעו הפעלת סמכות חוקית בטיפול במשפחות של ילדים שעברו התעללות. במסגרת טיפול כזה אין הכחשה או מזעור בכוח החוקי של פקיד הסעד להתערבות במשפחה.

בסוג המקרים שלפנינו (משפחות מתעללות בילדיהם) טיפול ופיקוח הם חלקים מהותיים של אותו תהליך. המתח שבין המרכיבים: טיפול, פיקוח, זכויות הילד, זכויות ההורים, מחויבות המטפל למטופליו ואחריות להגנה על הילד הם בלתי ניתנים להפרדה. המדובר בסיטואציה מורכבת בה קיימת לגיטימציה להפעיל את החוק כאשר יש צורך בכך. בצורת התערבות זו קיים שילוב בין התפקיד הטיפולי והתפקיד הסמכותי. אמפתיה להורים עם רמת פיקוח מסוימת היא הקו המוביל לאורך תהליך ההתערבות. מטפלים שמתקשים להפעיל סמכות טיפולית עלולים להיות מולכים שולל על-ידי המשפחה. בשל קשיים אלו, מוצע לעבוד בצוות.

על העובד להבהיר למשפחה מראש את הכללים על פיהם יתנהלו הקשרים ביניהם. עליו לציין בפניהם כי עבודתו נעשית בסיוע צוות מקצועי, כן עליהם לדעת כי מצופה מהם שיפור בתפקוד ו"הוכחת תוצאות". במצבי סיכון חלה על העובד חובת הדיווח ונקיטת צעדים חוקיים לסיכול הסכנה. גישה זו אמנם מעוררת חרדה והתנגדות אצל המשפחות, אבל תורמת לשינוי. יכולת השינוי נבחנת כל העת, כך שההגנה על הילד נשמרת (Dale ועמיתיו, 1986).

כאשר נחשף חשד סביר לחבלה פיזית או מינית בילד קיימת בידיכם האפשרות להפנות את הילד לחדר מיון. ההפניה לחדר מיון מעוגנת גם בהוראות המנכ"ל והיא קובעת: במצבים רפואיים המחייבים הפניה מיידית לחדר המיון של בית חולים כללי בגין "חבלה חמורה" או "חבלה של ממש", תיעשה ההפניה בצירוף הודעה בדבר חשד לאלימות במשפחה, בעל פה ובכתב.

ניתן להפנות את הנפגע לחדר המיון גם במצבים הבאים:

- נדרשת בדיקה רפואית מקיפה יותר, למשל: צילום רנטגן.
- קיים צורך בהשהיית הילד לבירור או להסתכלות.
- קיים צורך בהשהיית הילד בבית חולים עד לארגון התנאים הנדרשים להגנתו.
- במצבים אחרים על פי שיקול דעת.

הופנה ילד לחדר המיון בחשד להתעללות בו, על הרופא המפנה או הגורם האחראי במרפאה לבצע את הפעולות הבאות:

1. להתקשר עם חדר המיון ולהודיעם על הפניית הילד אליהם.
2. לוודא כי הילד הנפגע הגיע לחדר המיון וטופל כנדרש.
3. לקיים מעקב אחר הקורה לילד בבית החולים, ובאופן מיוחד מה נעשה בעניין החשד לפגיעה בקטין. האם החשד נשלל או אושש? אם אושש, האם הועבר לטיפול המשטרה או לפקיד הסעד.

יש לחזור ולומר – חובת הדיווח חלה על המטפל אצלו התעורר יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין. לכן, עצם הפניית הילד לחדר המיון אינה משחררת את הרופא המטפל מאחריות הדיווח, אלא אם וידא שהדיווח בוצע באמצעות בית החולים, או שהשתכנע מתוצאות הבדיקות וחוות דעת הגורמים הרפואיים בחדר המיון שאין מדובר בפגיעה של הורה בילדו ולא בשום צורה אחרת של התעללות בו (ראה הרחבה בפרק "חובת הדיווח").

פרק ד

חובת הדיווח והשלכותיה על איש המקצוע

מבוא

חובת הדיווח - חוק העונשין סימן ו (תיקון 26), התש"ן-1989 סעיף 368 א-ח

משמעות חוק העונשין

העקרונות והשיטתיים שבחוק חובת הדיווח

השלכות חוק חובת הדיווח

מתי על איש המקצוע לדווח?

חוקים נוספים עליהם חלה חובת הדיווח

מעמד פקיד הסעד ביישום חובת הדיווח

הקשיים של אנשי מקצוע באיתור ילדים במצבי סיכון ובדיווח

דילמות טיפוליות הכרוכות בחובת הדיווח

היבטים חיוביים של הדיווח

הנחיות דיווח לרופא

הנחיות דיווח לאח

הנחיות דיווח לעובד הסוציאלי

הנחיות דיווח לכל עובד אחר במערכת הבריאות

חובת הדיווח - שאלות ותשובות

הפרק מרחיב בעניין חוק העונשין התש"ן-1989 (תיקון 26) סעיף 368 ד' ודן בהיבטים השונים שלו ובהשלכותיהם על עבודת איש המקצוע. לא כל סעיפי החוק יפורטו ויפורשו. המבקש לעיין בסעיפי החוק ובפרשנותם ימצא אותם בפרק "חוקים עיקריים העוסקים בילדים בסיכון בישראל".

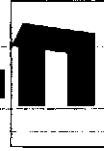
דיווח לרשויות על חשד או על ידיעה בנוגע להתעללות או להזנחה של קטין הוא חובה אזרחית על פי חוק העונשין (תיקון 26), התש"ן-1989) והפרתה היא עברה פלילית שדינה מאסר.

מטרות הדיווח הן שתיים: 1. לסייע לילד הנפגע

2. להפסיק את ההתעללות

הדיווח לרשויות מעביר את הטיפול בנושא אל הגורמים המקצועיים האמונים על הטיפול בסוג זה של אירועים ועל בירור הסוגיות המשפחתיות, החברתיות והמשפטיות הכרוכות בו.

כאמור, מטרתם הראשונית של גורמי הרווחה היא לגרום להפסקת ההתעללות ולהגן מיד על שלום הילד. אם יש צורך בהגנה של ממש על הילד מפני ההורה, יוצא הילד למרכז חירום, למשפחה אומנת או לקרובים שנמצאו מתאימים לכך, או שתיעשה פעולה אחרת מאלה העומדות בפני פקיד הסעד ובית המשפט.



תיקון מס. 26 לחוק העונשין התש"ן-1989 סעיף 368 ד

א. היה לאדם יסוד לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שלוושה חודשים.

ב. רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו - חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה; העובר על הוראה זו דינו - מאסר שישה חודשים.

ג. היה לאחראי על הקטין או חסר ישע יסוד סביר לחשוב כי אחראי אחר על קטין או חסר ישע, עבר בו עברה, חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שישה חודשים.

ד. נעברה בקטין או בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת, עברת מין לפי סעיפים 345 עד 348, או עברה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368 ב או עברת התעללות לפי סעיף 368 ג, חובה על מנהל או איש צוות במקום כאמור, לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שישה חודשים.

ה. חובת הדיווח לפי סעיף זה לא תחול על קטין.

ו. פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירונו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הוועדות שהקים שר המשפטים לעניין זה. חברי ועדה כאמור

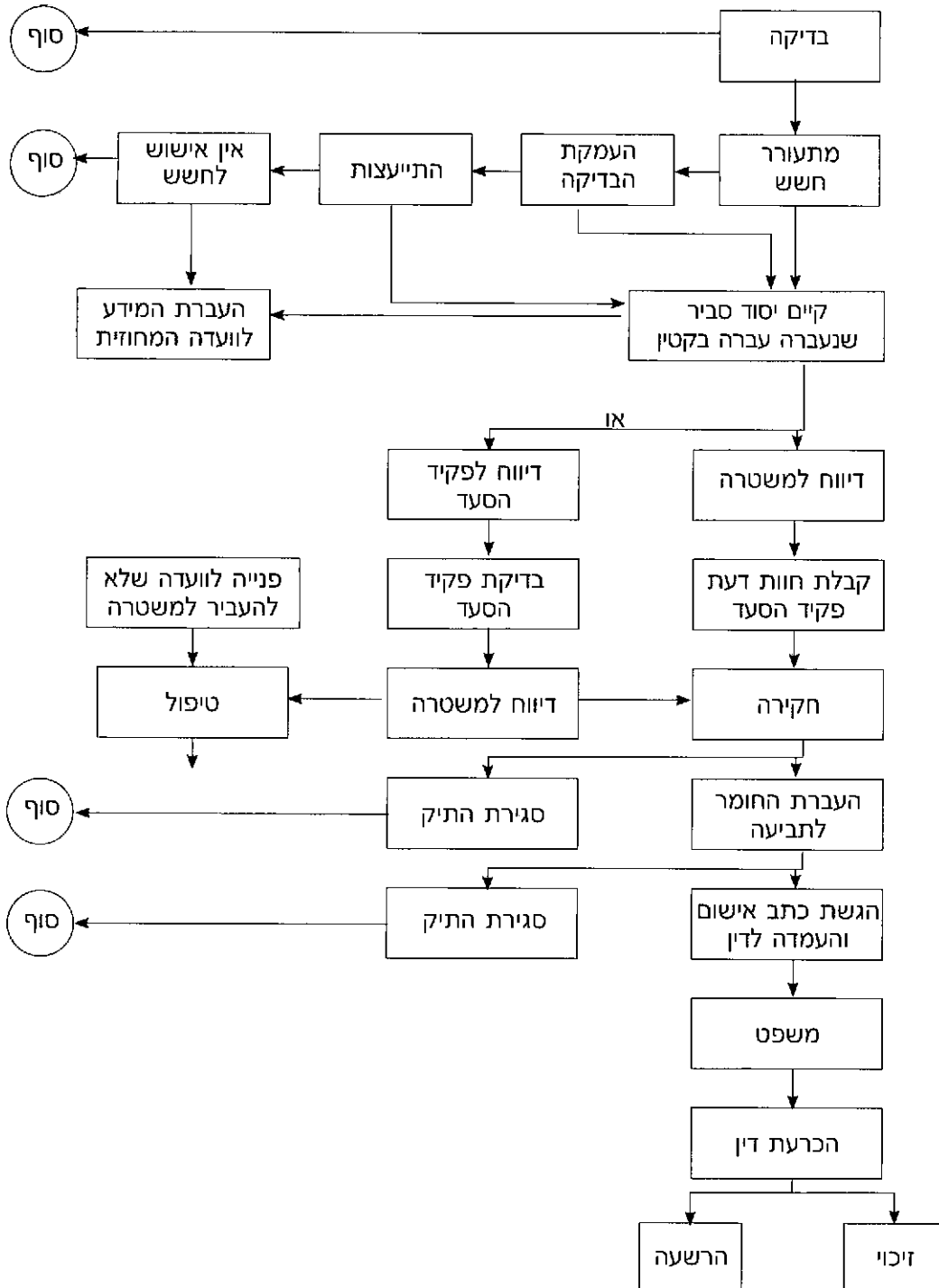
יהיו נציג פרקליט מחוז והוא יהיה היושב ראש, קצין משטרה בדרגת רב פקד ומעלה ופקיד סעד מחוזי.

ז. הגיע למשטרה מידע לפי סעיף זה, תעביר אותו לפקיד סעד, ולא תפעל לפני שתיוועץ בפקיד הסעד, אלא אם כן נדרשת פעולה מיידית שאינה סובלת דיחוי; אין בפעולה מיידית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד סעד וההתייעצות עמו לאחר מכן.

ח. בסעיף זה, למעט סעיף קטן (ד), "עברה" - עברה של סיכון החיים והבריאות לפי סעיף 337, עברת מין לפי סעיפים 345 עד 348, ו־351, עברה של נטישה או הזנחה לפי סעיפים 361 ו־362 ועברה של תקיפה או התעללות לפי סעיפים 368 ב ו־368 ג.

פרשנות לחוק - ראה בנספח חוקים העוסקים בילדים בסיכון בישראל

חובת הדיווח - תרשים זרימה



לתיקון 26 לחוק העונשין שני היבטים מרכזיים:

- 1. תפיסת המחוקק** האומרת כי יש צורך בהתייחסות מחמירה יותר כלפי התופעה של פגיעה והתעללות בקטינים במשפחותיהם. לאור האמור, הופרדה עברה של תקיפת קטין בתוך המשפחה מעברות תקיפה אחרות.
- 2. חובת הדיווח** – התיקון לחוק העונשין הגדיר גם את חובת הדיווח, שמטרתו הייתה לפרוץ את "קשר השתיקה" לנוכח התופעה של פגיעה והתעללות בילדים בתוך המשפחה. במהלך עבודת הוועדה בכנסת שעסקה בנושא, פורסם פסק הדין במשפטו של הדוד שהתעלל במורן וגרם למותה. בפסק הדין פורטה בצורה מזעזעת מסכת ההתעללות בילדה וכן העובדה המתמיהה, שלמרות ההתעללות המתמשכת לא דיווחו על כך בני המשפחה, השכנים ואף לא אנשי מקצוע. פסק הדין המפורט סייע רבות בקידום תהליך החקיקה וצוטט שוב ושוב בדיוני הוועדה. הקורבן שותק מתוך פחד, או מכך שאינו מסוגל לדבר, או מרגשות אשמה, מאימים, מפיתויים או מחוסר אונים. בני המשפחה שותקים ומשתיקים מסיבות רבות ושונות, כך גם לגבי המשפחה המורחבת והסביבה הקרובה, והמפליא מכל, גם אנשי מקצוע רבים שותפים לשתיקה.

העקרונות והחידושים שבחוק

1. התעללות בקטין ובחסר ישע היא עברה נפרדת בספר החוקים. זוהי עברה פלילית חמורה במיוחד כאשר המתעלל הוא הורה, בן משפחה, או מי שאחראי לילד.
2. עם האחראים לילד נמנים לא רק הוריו, אלא גם בני משפחה ואחרים (ראה סעיף 368א) שהילד נתון להשפעתם או למרותם.
3. הוגדרה "התעללות" והוכללו בה – התעללות פיזית, התעללות רגשית והתעללות מינית (סעיף 368ג).
4. הורחבו הסיבות לדיווח מעבר להתעללות והוכללו בהן נטישה (סעיף 361) והזנחה (סעיף 362), עברות מין (סעיפים 345 – 348) וכן עברה על סיכון החיים והבריאות של קטין (סעיף 337).

5. האחראי על הקטין חייב לדאוג לבריאותו ולספק את צרכיו (סעיף 337), ולמנוע פגיעה והתעללות בו; לא רק התעללות בילד היא עברה (סעיף 368ג), גם אי מניעת התעללות (הזנחה- סעיף 362) היא עברה.
6. על כל אדם מוטלת חובת דיווח לרשויות, בכל מקרה שיש לו חשד סביר להניח שהאחראים לילד מתעללים בו. חובה זו חמורה יותר כשמדובר בבני משפחתו של הילד או באנשי מקצוע. לפיכך, מי שיוודע על התעללות בילדים ואינו מדווח על כך כנדרש, דינו - מאסר משלושה חודשים ועד לשישה חודשים כאשר מדובר באחראי על הקטין או איש מקצוע (סעיף 368ד).
7. ניתנה תשומת לב מיוחדת לחובת הדיווח של אנשי חינוך במערכות ממוסדות (מעון או מוסד), או במערכות חינוך או טיפול אחרות בקהילה: בתי ספר, גני ילדים, תנועות נוער או בכל מסגרת אחרת העוסקת בילדים ובני נוער - 368ד (ד). סעיף זה מכיר בכך שאף מדריכים ואנשי חינוך או טיפול עלולים להיות אנשים פוגעים.

השלכות החוק

- לתיקון 26 לחוק העונשין ישנן השלכות בשלושה תחומים: תחום החקיקה, התחום הארגוני, ותחום ההתערבות הטיפולית.
- א. תחום החקיקה** - מרגע שהמחוקק החליט כי יש להגן על קטינים מפני הורים ואחראים אחרים - שאינם ממלאים חובותיהם, נדרשה חקיקה משלימה בשני חוקים נוספים שנחקקו זמן לא רב לאחר תיקון 26 לחוק העונשין.
1. חוק לתיקון דיני ראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955, הקובע כללים לחקירת ילדים והעדתם בבית המשפט. בתיקון חוק זה נקבע שרק חוקר ילדים רשאי ומוסמך לחקור ילדים (עד גיל 14) נפגעי התעללות לפי הסעיפים 337, 368ב ו-368ג. וכן במקרים של פגיעות מיניות לפי סעיפים 345 ועד 349 לחוק העונשין. כן קובע החוק, שחוקר הילדים יקבע אם ניתן ואפשר להביא קטין להעיד בפני בית המשפט או שהוא, חוקר הילדים, יעיד במקום הילד. לגבי ילדים מעל לגיל 14, החקירה מופקדת בידי עובד נוער במשטרת ישראל.
2. החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991, העוסק בעיקרו במתן צווי הגנה מפני בן משפחה אלים עוד טרם סיום ההליכים המשפטיים כלפיו.
- ב. התחום הארגוני** - תיקון זה בחוק העונשין הביא לעלייה עצומה בדיווחים על ילדים שקיים לגביהם חשד שהם נתונים להתעללות מצד האחראים עליהם. עלייה בכמות הדיווחים הצריכה התארגנות מיוחדת של השירותים בקהילה אליהם מתועלות

הפניות, תהליך ארגוני הכרוך בהשקעת משאבים רחבה בכוח אדם, בהכשרה ובאמצעים נוספים. נוסף על כך, מצריכה המציאות שנוצרה בירור סוגיות בין ארגוניות של תיאום, חלוקת עבודה, דרכי קשר ועוד. ככל שיישום החוק הולך ומתרחב נחשפים היבטים שונים שלא ניתנה עליהם הדעת או שניתנה באופן חלקי, כמו, למשל: הצורך של גופים גדולים, כמו קופות החולים, בהקמת ועדות אזוריות כמערכות תמיכה וגיבוי לסניפי הקופות השונות. בדומה, עלה הצורך לקיום צוות היגוי מחוזי של משרד הבריאות שירכז מידע ויסייע בארגון חשיבה מערכתית כוללת ומותאמת לצורכי השדה (ראה נספח "חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות").

יש להניח כי שירותי הבריאות השונים יצטרכו, לשם יישום החוק, ערוצי קשר ישיר עם גופים, כמו המשטרה, פקידי הסעד והמחלקות לשירותים חברתיים בקהילה. במקומות רבים כבר הוקמו מבנים ארגוניים, כמו ועדות, צוותי חשיבה וכיוצא בזה, ובמקומות אחרים הדברים יתרחשו במוקדם או במאוחר.

ג. התחום הטיפולי – לפקיד הסעד הסמכות להתערבות טיפולית, זאת מתוקף חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960, וכן מתוקף ההוראה המאפשרת לו לפנות לועדת הריגים (סעיף 368 ד(ו)) ולבקש שלא לדחוק למשטרה ולהשאיר את הטיפול במקרה בידי המחלקה לשירותים חברתיים ביישוב בו הקטין גר.

זאת לדעת – במקביל להליך הפלילי, הכולל פנייה למשטרה לשם חקירת המקרה ולהגשת כתב אישום במקרה הצורך, קיים הליך אזרחי-טיפולי העוסק בהליכים התערבותיים שיבטיחו את שלומו של הילד. ההתערבות הטיפולית תיעשה מיד עם גמר הליך החקירה של חוקר הילדים או חוקר הנוער ובעת הצורך אף במקביל לכך, תוך הימנעות מפגיעה בהליך החקירה.

על-פי חוק הנוער "טיפול והשגחה" יש בידי פקיד הסעד קשת רחבה של אפשרויות התערבות, ובכלל זה הוא יכול לפנות לבית המשפט ולבקש "לתת לקטין או לאחראי עליו כל הוראה הנראית לבית המשפט דרושה לטיפול בקטין או להשגחה עליו כולל לימודיו, חינוכו ושיקומו הנפשי" (סעיף 3(1) שם). למעשה, אפשרויות ההתערבות והטיפול בצל החוק הן החל מהכוונה והדרכה של בני המשפחה ועד להוצאת הקטין ממשמורת ההורה או מי שאחראי על הקטין.

איש המקצוע המכיר את הקטין וסבור שיש בידו לכוון לדרכי טיפול נאותות או אפילו להציע עצמו – יכול לעשות זאת באמצעות פנייה לפקיד הסעד והצגת הצעתו. פקיד הסעד ישקול את הפנייה ואם ימצא שהיא סבירה ועשויה לסייע לקטין, יאמץ ובאם צריך יביאה בפני בית המשפט לאישורה. כך, אחות המכירה את משפחת הקטין וסבורה שיש בידה להדריך את האם בכל הקשור לסדרי חיים המבטיחים את חייו

זכריאותו של הקטין, מוזמנת להציע את שירותיה לפקיד הסעד ואם הוא ישתכנע בכך, הוא יכול לאשר תכנית ההתערבות ובמידת הצורך אף להביאה לאישור בית המשפט (תפקיד פקיד הסעד ודרכי עבודתו ראה בנספח – מערך השירותים ובעלי תפקידים).

חתי על איש המקצוע לדיווח?

החוק בנושא ברור – כאשר יש לאדם יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין, מבחן הסבירות הוא אמת המידה, כלומר: האם אדם סביר היה מתעורר בו חשד לאור הממצאים העומדים לנגד עיניו שנעברה בקטין עברה. אין כאן דרישה לידע ספציפי, ניסיון וכיוצא בזה, אלא היגיון ושיקול דעת – מה אדם מהישוב היה חושב על המקרה לאור הנתונים העומדים לנגד עיניו. אותו הדין של מבחן הסבירות חל כלפי איש המקצוע. אלא, שלא כמו כלפי האדם הרגיל, העונש כלפי איש המקצוע מחמיר יותר, זאת במידה ולא ידווח על יסוד סביר לפגיעה בקטין. האם מה שסביר בעיני אדם רגיל הוא גם סביר בעיני איש מקצוע, המכיר סימנים של התעללות ופגיעה, צבר ניסיון ואף התנסה בגילוי מקרים של התעללות הורים או אחראים אחרים בקטין? בהחלט שלא.

מבחן הסבירות של איש המקצוע יהיה מחמיר יותר וכך גם העונש. Brosig (1992), סבור כי מטפלים צריכים לפתח רגישות רבה יותר כלפי התופעה ולדעת להפריד בין תחושות וחשדות. עליהם להכיר טוב יותר את הסימנים הרגשיים וההתנהגותיים שנלווים לסוגי ההתעללות השונים ולנקוט עמדה פתוחה וישרה יותר לגבי דיווח.

Berger (1989) ועמיתיו, מציעים מודל לאורו ניתן לשקול מתי יכול העובד המקצועי להגיע להחלטה שקולה יותר, מתי עליו להמשיך ולברר את החשד להתעללות במסגרת טיפולית ומתי יש בידיו ממצאים מספיקים לביסוס החשד. המודל שפיתחו צמח על רקע של דיווח יתר בארצות הברית, כאשר מקרים רבים שדווחו, נסגרו לאחר חקירה ולא הגיעו לבית המשפט. המודל מורכב ובוחן רמות פגיעה ורמות מיומנות וניסיון של מסגרות טיפוליות.

ניתן לציין כי במסגרות מקצועיות, כמו צוות בבית חולים או בשירותי בריאות או במרפאה קהילתית או במרפאה לבריאות הנפש, קל יותר לקיים את תהליך הביורור ולהסתייע לשם כך בחברי הצוות המקצועי, כמו במפגש צוות או בהתחלקות עם מי מחברי הצוות. כל זאת בדיסקרטיות ובשמירת קפדנית על סודיות, עוד בטרם הדיווח לרשויות החוק, לעומת זאת, במקומות דלי עמיתים מקצועיים, ללא משאבי ידע וניסיון או מיומנות בתחום איתור ילדים בסיכון, הדיווח צריך להתקיים כבר מרגע שהתעורר החשד, למרות הידיעה שייתכן ומדובר בחשד מוטעה.

חובת הדיווח של אנשי המקצוע בתחום שירותי הבריאות באה גם לכלל ביטוי בהוראת המנהל הכללי של משרד הבריאות המכוון את העובדים במערכות הבריאות השונות להקפיד ולמלא את הוראת החוק וכן להנחות את שירותי הבריאות בקהילה: בקופות החולים, במרכזים לרפואה דחופה (מר"מ), בתחנות לבריאות המשפחה, בתחנות לבריאות הנפש, בדרכי טיפול בנפגע – קטין או חסר ישע, מרגע התעוררות החשד ועד להעברת האחריות להמשך הטיפול לגורמים המוסמכים – פקיד הסעד ו/או המשטרה. כמו כן, מכוונת ההוראה להקמת ועדות קבועות שתפקידן יהיה לסייע מקצועית לגורם המאתר ולרכז מידע אודות התופעה.

חוקים נוספים עליהם חלה חובת הדיווח

תיקון 26 לחוק העונשין אינו החוק היחידי הדורש חובת דיווח. קיימים עוד מספר חוקים המחייבים דיווח לשלטונות ובכלל זה החוקים הבאים:

☐ חובת הדיווח לפי תקנות בריאות העם התשל"ז-1975. חובה זו מתייחסת לנפגעי אלימות המגיעים אל בתי החולים. חובה על האחראי לקבלת החולים לדווח על כך למשטרה.

☐ החובה לדווח לשם מניעת פשע – סעיף 262 לחוק העונשין, התשל"ז – 1977. חובה זו מתייחסת אל כלל אזרחי המדינה ולשונה – "מי שידע כי פלוני זומם לעשות מעשה פשע ולא נקט את כל האמצעים הסבירים למנוע את עשייתו או את השלמתו, דינו – מאסר שנתיים". וכבר קבע בית המשפט כי דיווח למשטרה הוא האמצעי הסביר ביותר.

מעמד פקיד הסעד ביישום חוק חובת הדיווח

ח

לפקיד הסעד מעמד סטטוטורי המוקנה על-פי חוק הסעד (סדרי דין בענייני קטינים, חולי נפש ונעדרים), התשט"ו-1955.

פקיד הסעד הוא שליחו של הקטין ועיקר תפקידו לדאוג לטובת הקטין. פקיד הסעד מביא את המחלוקת שבין ההורים לבין הגורמים המטפלים ומבקש את הכרעתו של בית המשפט. כל זאת בהליך האזרחי. בכל הנוגע לחובת הדיווח, על פקיד הסעד להעביר הדיווח למשטרה או לוועדת הפטור מחובת הדיווח. בהליך הפלילי פקיד הסעד אינו מגיש תסקירים או תכניות טיפול. בהליך זה הקשר של פקיד בסעד הוא עם המשטרה, ולא עם בית המשפט.

פקיד סעד שדווח לו על חשד להתעללות חייב בדיווח למשטרה.

לפקיד הסעד הסמכות להמליץ למשטרה לפעול למיצוי ההליכים הפליליים או לא לפעול כדי לאפשר את הפעלתם של צעדים טיפוליים. בכל מקרה עליו להגיש למשטרה המלצה כלשהי. כדי שפקיד הסעד יוכל להמליץ, עליו לקבל התרשמות מהמקרה שבו מדובר. המוסכמה הרווחת היא כי על פי רוב המשטרה מקבלת את המלצתו של פקיד הסעד.

לפקיד הסעד יש רשות לפנות לוועדת פטור מיוחדת שתפטור אותו מחובת דיווח למשטרה.

ראוי להבחין בין שני מישורי פעולה משפטיים הנובעים מכל מקרה בו "נמצא יסוד סביר להניח שנעברה עברה בקטין":

- 1. המישור הפלילי** – לפקיד הסעד אין מעמד בהליך זה ותפקידו מסתיים עם מסירת המקרה למשטרה ומתן המלצתו. מכאן ההליכים הם של המשטרה, הפרקליטות ובית המשפט.
- 2. המישור האזרחי** – לפקיד הסעד תפקיד מרכזי בהליך זה שהוא בעיקרו פעולה המכוונת לשמירה על שלום הילד הנפגע. פקיד הסעד הוא דמות דומיננטית בכל ההתרחשויות במישור זה:

לפני ההגעה לבית המשפט – חקירה ובירור מצב הילד והסכנה בה הוא שרוי.
בבית המשפט – מסירת תסקיר והמלצות על דרכי הגנה ופעולה שיבטיחו את שלומו של הקטין.

לאחר המשפט – מעקב אחר ביצוע החלטות בית המשפט.
לפקיד הסעד הסמכות מתוקף החוק, לחקור כל גורם מקצועי ושאינו מקצועי, ועל כל מי שפנה אליו פקיד הסעד החובה לשתף פעולה ולענות על כל הנשאל (סעיף 3 בחוק הסעד, סדרי דין בענייני קטינים, חולי נפש ונעדרים, התשט"ו-1955).
לפקיד הסעד יש בדרך כלל העדפה ברורה לשיקום המשפחה שכן, מאסר ההורה, הוצאת הילד מהבית, ועל אחת כמה וכמה שני הדברים גם יחד, עלולים לפרק את המשפחה לחלוטין. הילד שכבר נפגע עלול להרגיש כמי שנענש פעם נוספת, המשפחה עלולה לאבד לזמן ממושך את אחד ההורים ולמעשה לא נפתרים הקשיים שהביאו להתעללות. אלה הם מקצת השיקולים המכוונים את פקיד הסעד בעת הגשת המלצתו למשטרה. כפי שאמרנו, חשוב להבחין בין ההליכים הטיפוליים שבחלקם באים לכלל ביטוי בהליך המשפטי האזרחי לבין ההליכים המשפטיים הפליליים. כפי שנאמר לעיל מבחינת חוק "חובת הדיווח", הנמצא בקטגוריה של המשפט הפלילי – פקיד הסעד סיים תפקידו מרגע שדיווח על המקרה למשטרה.
מבחינת חוק הנוער טיפול והשגחה, הנמצא בקטגוריה של החוק האזרחי – פקיד הסעד ממלא תפקיד מרכזי לכל אורך התהליך (הצגה מורחבת של תפקידי פקיד הסעד ראה בנספח: מערך השירותים ובעלי תפקידים).

קשיים של אנשי המקצוע באיתור ילדים במצבי סיכון ובדיווח



אנשי מקצוע רבים אינם משוכנעים שהתערבות מצדם תסייע בפתרון הבעיה. מדוע להם, הרופאים, האחיות, העובדים הסוציאליים ואחרים להסתבך בעימותים עם המשפחה, לגרום לטרדה מרובה, אולי אפילו הצורך להופיע בבתי משפט, כל זאת כאשר אין ביטחון שהדבר ישרת, בסופו של דבר, את טובת הילד. ייתכן, כי אפילו ירע את מצבו בתוך משפחתו. הדבר עלול גם לחבל בקשרים עם המשפחה, ליצור אי אמון ואולי אפילו דרישה מצד ההורים להחליף את איש המקצוע.

אנשי המקצוע בשירותי הבריאות בקהילה פוגשים משפחות של ילדים במצבי סיכון שונים. חלקם בסכנה לפגיעות וחלקם ילדים החווים התעללות גופנית, נפשית, מינית או הזנחה. חובתם המקצועית, המוסרית והמשפטית של אנשי המקצוע היא להיות מודעים לקיום תופעות אלה, לעשות כל מאמץ לאתרן ואם נתגלה חשד סביר להתעללות, עליהם לפעול להפסקת התופעה ולדווח עליה לרשויות. עם זאת, דיווח על ילד בסיכון אינו מעשה פשוט כלל וכלל, וזאת מטעמים רבים ושונים:

לקיחת אחריות – הדיווח משמעותו נקיטת עמדה ולקיחת אחריות היכולה להשפיע השפעה הרת גורל על חיי הילד ועל חיי בני משפחתו, ולכן אך טבעי וברור הוא, שהדבר מעורר התלבטות ודאגה.

על פי רוב, אנו, אנשי המקצוע, איננו בטוחים לחלוטין בנכונות החשדות שלנו ולמה לנו להפוך חשד לעובדה? לכך יש להוסיף, שנושא ההתעללות מאיים ומפחיד ואולי אפילו מעורר זיכרונות מאיימים מילדותנו. קשרים מקצועיים שפיתחנו עם הורי הילד, אף הם מהווים מרכיב בשיקול הדעת ולעתים נעדיף להתעלם מחשד וכך למנוע פגיעה בקשרים אלה.

הכחשה – ככלל, קשה וכואב לפגוש ילד העובר או עבר התעללות כלשהי. קשה לראות את החרדה, את הריקנות, את הסבל והייאוש ולעתים אף את התוקפנות שהוא מבטא. אין אנו רוצים לראות ואין אנו רוצים להאמין שדברים קשים כאלה יכולים בכלל להתרחש, ובוודאי אנו חשים מצוקה אישית או אפילו הרגשת כישלון כאשר הם מתרחשים "בקהילתנו". אנו מעדיפים לעצום לרגע את העיניים ולקוות שכל סימני המכות, החבלות, השברים הפזורים על גופו של הילד, או האמירות,

הרמזים וההתנהגויות החריגות שראינו אינם נמצאים שם באמת. אבל לצערנו, לפעמים הם שם, והם מצביעים ומסמנים שמן הצד האחר עומד ילד והורים הזקוקים לעזרתנו.

פעמים רבות אנו רואים גם את תנאי החיים הבלתי אפשריים של ההורים, הנתונים ללא תמיכה רגשית, מבודדים או עזובים לגורלם, ואנו חשים שהתייחסות ותגובה מקצועית מצדנו עלולה לפגוע בהם ובילדים פגיעה נוספת. קל יותר לשכנע את עצמנו שלא ראינו.

שיפוט מוטעה - לפעמים אין אנו רואים את המציאות האמיתית, כי אנו נוטים לייחס להורים כוונות וכוחות שהיינו רוצים שיהיו להם, ואילו במציאות, ההורים נעדרים כוחות אלה. ראייה לא נכונה של המציאות יכולה להשפיע עלינו כך שלא נראה את הקושי הגדול שנתונים בו הילד או הוריו. אנו עלולים לפתח גרסה דמיונית ולא מציאותית על מה שבאמת מתרחש לנגד עינינו. אנו עלולים לעצום עין מול מגבלות קשות שיש להורה בטיפול בילד, או מתהליכים מעגליים המתרחשים ביניהם והמובילים לדפוסי התנהגות אלימה של ההורה כלפי ילדו, ולכן לא נוכל לסייע להורה ולילד לקבל את העזרה הנחוצה להם. יש כאן תהליך הדומה לתהליך שמתרחש בין הילד לבין הוריו. ההורים אינם מזהים את הצרכים השונים של הילד או אינם מצליחים להיענות להם, ואילו אנחנו לא מצליחים להבין את הצרכים המציאותיים של ההורים ושל הילד.

אך גם אם זיהינו את המצב הבעייתי, אנו עדיין מתלבטים בנוגע לעצם הדיווח: אנו חוששים שהדיווח יתברר כדיווח שווא (ומה אם מה שראיתי לא נכון? אולי רק נדמה לי?).

אנו חוששים לקלקל את הקשר עם הילד, ובכך לאבד אותו.
 אנו חוששים לקלקל את הקשר של הילד עם הוריו ומשפחתו.
 אנו מתקשים, מתוך הזדהות, לראות במטופלים אנשים הפוגעים ומתעללים בילדיהם.

אנו חוששים לפגיעה ביחסים ובקשרים עם הורי הילד.
 לעתים אנו חוששים לאבד לקוח (בעיקר בקופות חולים בהן מרפאת הרופא היא בביתו).

אנו חוששים מתגובתו של ההורה כלפינו, אם יתברר לו שאנו היינו המקור שדיווח לרשויות.

אין אנו סומכים תמיד על רשויות הרווחה שיטפלו במקרה באופן הולם - ומה אם

לא יתייחסו לתלונה? ומה אם לא יצליחו להוכיח דבר? ומה יקרה אם ייפגע הילד עוד יותר עקב התלונה?

□ אנו חוששים שלא נקבל את המידע הנוגע לתוצאות הטיפול במקרה, ואז נישאר באי-ידיעה גמורה.

□ אנו חוששים כיצד יתקבל הדיווח שלנו במערכת שבה אנו עובדים, האם נקבל גיבוי לפעולתנו (מהאחראים עלינו), ואולי אף ינסו לחבל בצעדים שנקטנו.

במחקר שערכה סויה (1986), נבדקה תופעת אי הדיווח של רופאים בישראל. נמצא שהרופאים חשדו ביותר מקרים של התעללות ממספר המקרים שעליהם הסכימו לדווח. הנטייה לדווח עלתה כאשר האווירה במקום העבודה נתפסה על ידי הרופאים כתומכת בדיווח או במקרים שילדים חזרו מספר פעמים לבית החולים.

בין הסיבות לאי הדיווח שנמצאו במחקר, ניתן למנות את הבאות:

□ תחושת אי ודאות באבחנה.

□ תחושה שהדיווח לא ישפר דבר.

□ החשש שהדיווח יגרום לתגובה משמעותית בחיי הילד, כמו הרחקתו מהמשפחה או הוצאתו מהבית, וכדומה.

גם מחקרים שנעשו בארצות הברית מעידים על נטייתם של רופאים להימנע מדיווח. ראה מחקריהם של: Dong (1986), O'Toole (1994) ועמיתיו, וכן של Morris, Johnson & Clason (1985), ושל Pollak & Levy (1989).

הסיבות להימנעות רופאים מחובת הדיווח:

□ חוסר ידע והכשרה לא מספקת לאבחון התעללות.

□ חוסר ידע על החוקים והשלכותיהם על תפקודם של הרופאים בהקשר זה.

□ רצון להימנע "מתיוג" חוסר אמון ברשויות המטפלות וביכולתן לטפל בבעיה.

□ חשש מהיחשפות לסיכונים אישיים, חוקיים וכלליים.

□ בעיות הנובעות מהיעדר הגדרה ברורה להתעללות בילדים.

□ הסתייגות הרופא ממילוי תפקיד של "שוטר" ומדווח.

מלבד החששות וההתלבטויות האישיות יש עוד כמה גורמים המשפיעים על יכולתנו לדווח או על רצוננו לדווח, והם מפורטים להלן. מודעות לגורמים אלה יכולה לסייע לנו להתמודד טוב יותר בעת המפגש עם הילדים ומשפחותיהם.

השפעת הרקע הסוציו-אקונומי על דיווח

נמצא כי אנשי מקצוע מתייחסים לאנשים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה ולאנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך באופן שונה. הורים מתעללים בעלי עיסוקים הנחשבים כמכובדים מעוררים קושי מיוחד, ואנשי מקצוע מתקשים "לקחת מרחק" מקצועי ולהיות אובייקטיביים. אנו נוטים למזער או אף להכחיש את חלקו של הורה ממעמד גבוה בהתעללות או בהזנחה, אף שהסבירות לתופעה זו קיימת בכל שכבות האוכלוסייה. אנו נוטים לא להאמין שאדם, שאולי מזכיר לנו את עצמנו, עשה מעשה כה חריג ומעוות.

אנשי מקצוע יכולים להניח, שהורה ממעמד גבוה יותר שיואשם בהתעללות, יש לו מה להפסיד יותר מהורה מן המעמד הנמוך, ולפעול על פי הנחה זו. לעתים יש אפילו חשש מפני הורה ממעמד גבוה, שכן לרשותו יותר משאבים כספיים וחברתיים להתמודד עם חשד המופנה כלפיו, והוא יכול לפגוע באמינות המקצועית שלנו. הדבר עלול להשפיע על מידת האמון שלנו שהדיווח יתקבל ויטופל.

השפעת ניסיונו האישי

איש המקצוע עצמו, ייתכן שהיו לו חוויות ילדות של התעללות או הזנחה. אנשים שחוו חוויות כאלה יכולים אמנם מצד אחד להיות רגישים יותר בעבודתם המקצועית, אך מן הצד האחר, הדבר עלול לגרום לאיש המקצוע חרדה והכחשה של המקרה העומד לפניו. הוא יכול, למשל, לומר לעצמו: "אם אני עברתי את זה והתגברתי, גם הילד הזה יוכל לעבור את זה בשלום".

התנסות קודמת של איש המקצוע בהתעללות עלולה לגרום בלבול וחרדה. יש לכך סימני אזהרה: תחושה של פחד מציף, גועל או מחשבות זיכרונות אישיים קשים שחוזרים בעוצמה רבה. במקרים כגון אלה כדאי לשוחח עם אדם מיומן ולקבל תמיכה מקצועית.

השפעת ההורות של איש המקצוע על התנהגותו המקצועית

איש מקצוע שהוא גם הורה בחייו האישיים, עלול למזער מעשים של התעללות פיזית או מינית, מפני שהרגשות המניעים את המעשים האלה הם למעשה הקצנה של "רגשות טבעיים". איש המקצוע כהורה עשוי לזהות קורטוב של רגשות עוינים הקיימים גם אצלו. כל הורה נדרש לעתים להתמודד עם מצבים, כגון: בעיות התנהגות, בכי ממושך, סירוב לקבל גבולות או זלזול בסמכותו של ההורה. לפעמים התנהגות הילד מעוררת בו כעס רב, והוא מוצא עצמו משקיע מאמץ ממשי לרסן את עצמו כדי שלא להכות את הילד, או כדי שלא לומר לו משהו שעלול להיות משפיל או מבזה. מכאן הנטייה למזער את משמעות התופעה או להכחישה.

עצם ההודאה בקיום הבעיה, יש בה ערעור האמונה הרווחת שהמקום בו הילד אמור להיות מוגן מכל – משפחתו – הוא גם המקום שבו הוא נתון לסיכון הגבוה ביותר. קשה גם לתפוס שהורות ביולוגית ו"קשר דם" אינם מבטיחים באופן אוטומטי יחס חם ואוהב לילדים והגנה עליהם.

גם במקרה של התעללות מינית עלולה להיווצר אצל איש מקצוע-הורה הדחקה או הכחשה, שכן מגע פיזי הוא מרכיב חשוב בקשר שבין הורים לילדיהם: הורים מחבקים את ילדיהם, מלטפים אותם, רוחצים אותם, משתעשעים אתם במיטה בבוקר וכדומה. אנשי מקצוע-הורים יכולים לפרש מעשי התעללות כמעשים שאינם חורגים ממורמות התנהגות אלה מתוך קושי אישי שלהם להתמודד עם העובדה שהורה אחר עשה מעשה שיש בו פריצת גבולות מקובלים. איש מקצוע-הורה יכול לתת פרשנות ברוח זו לדבריו של הילד, ולכן לא לדווח.

א. הפרת הסודיות – הסודיות היא מרכיב מכריע של הברית הטיפולית, חובת הדיווח מטילה דילמה לפתחו של כל מטפל: האם לשמור בסוד דבר התעללות של הלקוח בקטין שנחשף במהלך הקשר עמו או שעליו החובה לדווח על המקרה למרות חובת הסודיות. שאלה זו מחמירה בקרב עובדים מקצועיים שעיסוקם מוגדר בחוק, כמו: רופאים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, שם מוענק משקל כבד לשמירת הסודיות.

מבחינה חוקית הנושא כבר הוזכר - המטפל חייב בדיווח על אף חובת הסודיות וזאת מהטעם המשפטי האומר כי חוק ספציפי גובר על חוק כללי (למעט חוק יסוד). איש המקצוע שהתערור בו חשד סביר להתעללות בקטין ואינו מדווח על כך מהטעם של מחויבות לשמירת סוד, מפר את הוראת החוק ועלול לתת על כך את הדין. במישור האתי, הוא מסכן את ביטחונו ושלמו של הקטין ולעתים אף את עצם חייו. בהתייחס להתלבטות זו של מטפלים בין דיווח לבין הפרת הקוד האתי לסודיות, Steinberg, Doueck & Levine (1997), וכן רבים אחרים, סבורים כי המטפל יכול להיחלץ ממלכודת זו אם בתחילת הטיפול והקשר המקצועי ביניהם, יסביר כי ישנם סייגים לסודיות וכי היא אינה מוחלטת.

Watson & Levig (1989), מציינים, כי מטופלים עשויים לקבל את הפרת הסודיות אם יקבלו מסר ברור שלמטפל אין כל ברירה, והחוק מחייבו לדווח. Lynch (1991), מצוין כי על המטפל להימנע ממתן הבטחות שאין באפשרותו לקיימן. כאשר המטפל ישיר וברור לגבי מגבלות הסודיות בהן הוא נתון, נמנעות הפתעות לא רצויות, וניתן בצורה טובה יותר להימנע מפגיעה באמינות היחסים.

ב. נאמנות ללקוח – מי הלקוח שלנו? טובת מי עלינו לייצג? מהן ההשלכות המעשיות של הדיווח? סוגיה שעולה פעמים רבות על ידי אנשי מקצוע היא ניגוד האינטרסים בעבודה עם ילדים ומשפחותיהם. שאלה הנשמעת לרוב היא "מי הלקוח שלנו", "למי נתונה נאמנותנו"? (Anderson, Steinberg, Ferretti & Levin, 1992). הדילמה קיימת וקיים גם החשש הסביר שבעקבות דיווח כזה ההורים יסרבו לבוא לטיפול או שימנעו מהילד לבוא לטיפול. העובד מוטרד גם מהאפשרות שעד

שהתערבות השלטונות תישא פרי הילד ימשיך להיות חשוף לסכנה של התעללות בלי לקבל תמיכה בתהליך טיפולי. אך החוק אינו מעניק מרחב תמרון.

ג. דיווח על התעללות יפגע בטיפול – לעתים יש למטפלים תחושה כי הדיווח גורם יותר נזק מתועלת: "אז מה יעשה בסופו של דבר פקיד הסעד? ובינתיים נמנעת מהילד האפשרות של טיפול במרפאתנו, כי ההורים מסרבים לכל קשר עם המרפאה בעקבות דיווחנו".

ד. ההתערבות העדיפה – איזה טיפול יהיה משמעותי במניעת המשך ההתעללות? מה עם אמונת איש המקצוע כי בכוח טיפולו ובהתערבותו לעצור את ההתעללות? מה גם שאין ביטחון שהתערבות הרשויות בעקבות הדיווח תישא תוצאות חיוביות. כמו, למשל, הוצאת הילד מהבית, אשר מזיקה יותר מהישארותו בבית; או הרחקת ההורה מהבית שמעוררת שאלות לגבי הנזק של התערבות זו לגבי הילד. לעתים תישמע הטענה כי הילד הפך "לקורבן כפול", הוא גם נפגע על-ידי ההורה וגם חש רגשות אשם כלפי ההורה הפוגע ושאר בני המשפחה, שבגללו נפגעה המשפחה (Steinberg et al., 1997; Dale et al., 1986).

הדילמות הן כנות ואמיתיות, אך המחוקק אף הוא ברור ואין הוא מעניק מרחב התלבטות לאיש המקצוע מרגע שהגיע לשיקול דעת בעניין יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין. מרגע זה העובד המקצועי נדרש למלא את הוראת החוק, גם אם חששותיו עלולים להתאמת. כדי להפחית נזקים אפשריים, טוב יעשה איש המקצוע אם יעקוב אחר המשך הטיפול בילד וייוודא שהרשויות ממלאות את חובתן.

תהיה בכך תרומה נוספת להבטחת שלומו ובריאותו של הקטין. הדרך היעילה ביותר להתמודד עם הקשיים שתוארו לעיל היא בראש ובראשונה להיות מודע לקיומם. נוסף על כך, ניתן וכדאי לקיים תהליך של הדרכה אישית, ואף לייסד פורום קבוע להתייעצות ותמיכה ולשיתוף בקשיים, ובכך לעשותם מקור כוח. כשאיש המקצוע מתמודד עם קשיים כאלה לבדו, בלי יכולת לשתף אחרים במחשבותיו, מישהו, בדרך כלל הילד, עלול לשלם את מחיר הכחשתו.

בצד החששות וההסתייגויות של אנשי המקצוע מפני חובת הדיווח ניתן להצביע על יתרונות רבים ותרומה חשובה של חוק זה להצלת ילדים נפגעי התעללות. בפרק "רקע עיוני" בחוברת העיונית הצגנו נתונים סטטיסטיים על היקף התופעה והצבענו על מספר המקרים שהגיעו לטיפולם של פקידי הסעד. די בנתונים אלה כדי להוכיח את חשיבות הדיווח להצלתם של הילדים שנמצאו בסיכון ולהפסקת ההתעללות בהם. נוסף על כך, ננסה לברר מספר נושאים:

האם דיווח על התעללות מחבל בטיפול וגורם לנשירה מטיפול?

מחקרים שונים שבחנו את השלכות הפרת חובת הסודיות ודיווח לרשויות החוק על מהלך הטיפול מצביעים כי דיווח אינו מביא בהכרח להתרסקות היחסים הטיפולים. Anderson ועמיתיו (1992), מציינים כי ככל שהיו יחסי עבודה טובים יותר עם המשפחה לפני הדיווח, כך קטן הסיכון שהדיווח יחבל במהלך הטיפול או יגרום להפסקת הקשר. נמצא כי מטפלים שונים משתמשים בדיווח כדי ליצור משבר במשפחה וכדי להציב גבולות של מותר ואסור.

Harper & Irvin (1985), בדקו 107 מקרים בהם חלה חובת דיווח: ב-75% מהמקרים (כולם היו במהלך טיפול) ניתן היה לעבד את החובה לדוות ואת ההתעללות במהלך הטיפול בצורה שהביאה לשינוי חיובי. חלק מהמטפלים ציינו כי היו הורים שהגיבו בהקלה לדיווח, שהוביל לטיפול ישיר בבעיה. החוקרים מסכמים כי דיווח יכול להיות כלי טיפולי לכשעצמו במשפחות מתעללות, בהן יש צורך בבנייה ובעיצוב גבולות חיצוניים לשם התארגנות והתמודדות טובה יותר עם המציאות.

דיווח יכול להיות כלי טיפולי במשפחות בהן אין הכחשה של ההתעללות והמטפל מצא את דרכו היצירתית להביא את המשפחה להכרה בחשיבות הדיווח ותוצאותיו.

Watson & Leving (1989), מדווחים כי ב-76% מהמקרים אותם חקרו (של 65 מטפלים), לא נפגעו יחסי מטפל-מטופל בשל חובת הדיווח שעלתה במהלך הטיפול. Steinberg ועמיתיו (1997), פרסמו את ממצאי מחקרם לגבי השלכות של דיווח על התעללות בילדים בהקשר של נשירה או הישארות בטיפול. מחקרם בחן 2,429

מטפלים שעוסקים בטיפול בילדים, במשפחותיהם ובילדים בסיכון, מרביתם (67%) בפרקטיקה פרטית. מסקנתם היא כי דיווח אינו גורם בהכרח לנשירה מהטיפול. רק ב-25% מהמקרים שדווחו על-ידי המטפלים (=הנחקרים) הייתה נשירה מטיפול לאחר הדיווח ואילו ל-78% מהנחקרים עזר הדיווח במניעת המשך הפגיעה בילד.

המשתנים אשר השפיעו על הישגות בטיפול:

1. ככל שהמטפלים נטו לדווח יותר על התעללות בילדים ובעברם המקצועי היו דיווחים רבים יותר, כך היו פחות נשירות מהטיפול בעקבות הדיווח; ייתכן כי מטפלים אלו, מתוך תפיסה מקצועית של חשיבות הדיווח, פיתחו מיומנויות מתאימות יותר כיצד לעשות זאת בצורה הטובה ביותר.
2. ככל שהמטפל היה ברור יותר והסביר את מגבלות הסודיות, כך הייתה טובה יותר תגובת המטופל לאחר הדיווח. ככל שהמטפל סיפק יותר אינפורמציה לגבי חובתו החוקית לדווח במקרים של פגיעה בילדים, כך נבנה יותר אמון ולמטופלים ניתנה האפשרות לבחור באם ברצונם להמשיך בטיפול בתנאים אלו. מטפלים שלא פתחו את נושא הסייגים לסודיות נתפסו בעיני הפציינטים כ"סוכני משטרה סמויים" המפירים את האמון שניתן בהם. בהקשר זה יש להציג קושי שעלול להתעורר בארץ. בשל החשש "משיבוש הליכי חקירה", המשטרה מבקשת בדרך כלל לא ליידיע את ההורים בזמן אמת על הכוונה לדווח, אלא רק לאחר שהוזמנו לחקירה. במקרה כזה הפגיעה בטיפול עלולה להיות קשה ביותר.
3. ככל שהתבססה ברית טיפולית חזקה לפני הדיווח, כך היו פחות נשירות מהטיפול לאחר הדיווח, נצפתה פחות פגיעה במהלך הטיפול, וניתן היה לעבד בו, תוך מתן כבוד למטופלים, את הנסיגה הזמנית.

הנחיות דיווח – לרופא

התעורר יסוד סביר להניח כי נעברה עברה בקטין, עומדות בפני הרופא האפשרויות הבאות:

א. להפנות את הילד לחדר מיון לשם השלמת בדיקות וצילומים נדרשים. חשוב שהצילומים ייעשו בטרם התערבות טיפולית כלשהי, ככל שהדבר ניתן, ושלא יפגעו בשלום הילד. הרופא המטפל יצייד את ההורה במכתב הפניה בו תפורט האבחנה, ללא ציון העובדה שקיים כאן חשד להתעללות. זאת, כדי למנוע אי-שיתוף פעולה מצד ההורה העשוי לעיין בכתובים.

במקביל, הרופא ידווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה. בתחילה באמצעות הטלפון ובהמשך בכתב.

הפנה הרופא ילד לחדר מיון בגין חשש להתעללות בו, יקיים הרופא קשר עם חדר המיון וייוודא שהילד הגיע לשם וכן יערוך מעקב אחר המשך הקורה עם הילד. זאת כדי להבטיח רצף טיפולי.

ב. לחילופין, בעיקר במקרים שאין מקום לשליחת הילד לחדר מיון, כגון במקרים של חשד להתעללות רגשית או הזנחה, יכול הרופא להביא את המקרה להתייעצות בפני הצוות המקצועי של המרפאה ואם אין כזה, להביא את העניין בפני העובדת הסוציאלית המחוזית של הקופה ויחד עמה לקיים בירור אודות המקרה ולבחון דרכים להשלמת מידע – במידה ועדיין אינם סבורים שבפניהם מידע אבחוני המספק יסוד סביר לחשוב שנעברה עברה בקטין. נמצא בבירור המשותף (בצוות המקצועי או בבירור עם העובדת הסוציאלית המחוזית) כי קיים מקום לחשד סביר – ידווחו על כך לפקיד הסעד.

דיווח לפקיד הסעד – הדיווח חייב להתבצע בכתב בצירוף המסמכים הרלוונטיים של העובדים המקצועיים שהיו מעורבים במקרה. בקופות השונות נבנו טופסי דיווח לעניין זה. לעתים יש מקום לקיום שיחה מקדימה עם פקיד הסעד, הן כדי להיוועץ בעצם החשד והן לשם קבלת הכוונה לדרך הדיווח במקרה הספציפי. בשיחת התייעצות כזו עשויות לעלות נקודות התייחסות נוספות שלא היו בידיעתכם.

הדיווח יכלול את הפרטים הבאים:

1. שם הנפגע, מספר תעודת זהות, וכתובת.
2. אופי הפגיעה (תיאור הפגיעה).
3. המקום שבו אירעה הפגיעה (מקום ההתרחשות).
4. שמות האנשים שהביאו את הנפגע בציון מס' תעודת זהות (אם הדבר אפשרי), קרבתם לנפגע, וכתובות המגורים שלהם.
5. נסיבות האירוע כפי שתוארו על ידי אלה שהביאו את הקטין.
במידה והקטין הופנה למיון – יש להוסיף ולציין כי הילד הופנה למיון ותוצאות הבדיקות במיון יוכלו לסייע באישוש או הפרכת החשד.
ג. נדרש הרופא על ידי פקיד הסעד, חוקר ילדים, עובד נוער של המשטרה להעביר מידע רפואי מתיקו של הלקוח, יעביר רק את המידע הרלוונטי לעניין זה, על ידי צילום המסמכים הנוגעים בדבר. אין במסירת מידע זה משום עברה על חוק זכויות החולה או פגיעה בסודיות הרפואית. מוצע שהמידע המועבר יימסר אישית או בדואר רשום. מומלץ שלא לשלוח מסמכים בפקס. בכל מקרה שהדבר הכרחי, שליחת הפקס מחייבת הימצאות אדם המקבל את החומר בצד השני של הקו. בתום העברת החומר יתקשר מעביר החומר טלפונית אל מקבלו כדי לוודא שהחומר הגיע למענו בלבד. בעת שליחת חומר בפקס יש להוסיף דף המציין כי החומר הוא סודי ואם הגיע שלא לתעודתו על מקבל החומר להחזירו לשולח (בציון מס' הפקס) ולא להעבירו לשום גורם אחר.
ד. נמסר מידע בעניינו של קטין לגורם הרשאי לקבלו – יירשם דבר מסירת החומר בתיק הרפואי של הנוגע בדבר.

זכרו

אין זה באחריות הרופא או האחות לקבוע האם אכן עבר הילד התעללות או איזה סוג התעללות הוא עבר. עליכם החובה והאחריות לקבוע האם נמצאו סימנים המעוררים חשד לפגיעה, כמו, למשל: "נמצאו סימנים כחולים באזור הבטן המעוררים חשד של פגיעה בצורת אגרוף" ולא "נמצאו סימנים של התעללות פיזית בצורת אגרוף באזור הבטן". תפקידכם לדווח על הממצאים שנתגלו ולא על הפרשנות של ממצאים אלה.

הנחיות דיווח – לאח/אחות

1. מצא אח כי קיים יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין חובה עליו לדווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה.
2. רשאי האח להביא את דבר חשדו בפני הרופא לשם התייעצות או להעמקת הבדיקה.
3. רשאי האח לבקש להביא דבר החשד בפני פורום מקצועי רחב יותר, הקיים בקופה בה הוא עובד, או בפני העובד הסוציאלי, המרכז במקום עבודתו את נושא "חובת הדיווח", לשם התייעצות בטרם גיבוש החלטה האם מדובר ב"יסוד סביר". הכל על-פי הנהלים שהוציאה הקופה.
4. מרכיבי הדיווח יהיו זהים לאלה שהוצגו לעיל – דיווח של רופא.

הנחיות דיווח – לעובד הסוציאלי

- מצא עובד סוציאלי כי התעורר יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין חובה עליו לדווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה.
- נוסף על כך, לעובד הסוציאלי בתוקף תפקידו מטלות נוספות הקשורות בנושא הדיווח גם כאשר הוא אינו העובד שהתעורר בו החשד:
1. להכין דו"ח סוציאלי אודות המשפחה לגביה התעורר חשד, שאחד או יותר מבין חבריה פוגע או מתעלל בקטין בן המשפחה, ולהעבירו (את הדוח) בדחיפות המרבית לפקיד הסעד או למשטרה. הדוח יכלול:
 - א. תולדות חיים (אנמנזה).
 - ב. מידע אודות הילד הנפגע - פגיעות או חשדות לפגיעה קודמות: התרשמות מהתנהגות הילד והתייחסותו אל הוריו בכלל ואל החשוד בפגיעה או התעללות באופן מיוחד; פרטים על הפניות קודמות לאשפוז.
 - ג. פרטים על האירוע הנוכחי.
 - ד. התייחסות ההורים לאירוע ובאופן מיוחד התייחסותו של ההורה החשוד.
 - ה. האם הייתה בעבר פנייה אל פקיד סעד בעניינו של הקטין הנפגע או של ילד אחר במשפחה?
 1. עמדתו של העובד הסוציאלי בעניין החשד.
 2. מסירת מידע על פי בקשת פקיד הסעד, חוקר ילדים, חוקר נוער, או איש משטרה.

רצוי שבקשת המידע תתקבל בכתב. בכל מקרה, בסמכותם של המוזכרים לעיל לדרוש כל מידע בעניינו של קטין שיש יסוד סביר שנעברה בו עברה והחובה על העובד הסוציאלי לשתף פעולה ולענות על כל שאלה בעניינו של הקטין האמור. רשאי העובד הסוציאלי או כל איש מקצוע אחר לבקש מהאדם המציג עצמו כפקיד סעד, חוקר ילדים, חוקר נוער או שוטר להציג תעודת זהות ואסמכתא מתאימה (תעודה או רישיון). כל שנמסר חייב ברישום ותיעוד בתיק הלקוח.

3. לעקוב אחר הקורה בכל מקרה של איתור ילד בסיכון ובכלל זה לוודא קיום דיווח כנדרש בחוק.

הנחיות דיווח - לכל עובד אחר במערכת הבריאות בקהילה

1. כל עובד במערכת הבריאות בקהילה המגלה קיום יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין, חייב לדווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה.
2. לכל עובד קופת חולים עומדות האפשרויות המצוינות לעיל.

זאת לדעתו!

החוק מטיל אחריות אישית על איש המקצוע המגלה קיום יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין. לכן, ההסדרים בארגון בו הוא עובד באים רק לשפר את דרך הדיווח, אך אין בהם כדי להסיר את האחריות האישית של העובד שגילה את דבר העברה בקטין. מכאן, על העובד מוטלת האחריות לעקוב אחר הקורה עם דיווחו והאם הדבר הגיע בסופו של דבר אל פקיד הסעד או אל המשטרה. אין גוף או אדם בארגון המוסמך לבטל חשד שהתעורר אצל העובד, אלא אם קיים עמו בירור וליבון הנושא ודבר ביטול החשד מוסכם גם על העובד, לאחר ששוכנע שאין לחשדו כל ביסוס, והחשד בטעות יסודו.

א. מהות הדיווח

מהי פגיעה בקטיין?

קטיין – ילד שבין 0-18 שנים.

פגיעה פיזית, נפשית, מינית או הזנחה אם במעשה אם במחדל.

מה זה דיווח?

הדיווח הוא הודעה למשטרה או לפקיד סעד לחוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960, במחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית, בה אדם מודיע שנעברה עברה נגד קטיין על ידי אדם האחראי לו.

מיהו האחראי על קטיין?

האחראי על קטיין (או חסר ישע) יכול להיות כל אחד מאלה:

- ☐ הורה או מי שאחראי על הקטיין ודואג לצורכי מחייתו, לחינוכו או לשלמו.
- ☐ אחראי על הקטיין אינו בהכרח הורה, הוא יכול להיות גם קרוב משפחה, משפחה אומנת, או מי שקיבל את הילד למגורים אצלו באופן זמני או קבוע, כמו מנהל או איש צוות בפנימייה.
- ☐ בן משפחה של הקטיין, שמלאו לו 18 שנים (ואיננו חסר ישע בעצמו) וזה כולל: בן זוג של הורה הקטיין, סבו או סבתו, אחיו, גיסו או דודו.
- ☐ מי שהקטיין מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע ומלאו לו 18 שנים, בתנאי שקיימים ביניהם יחסי תלות או יחסי מרות (כלומר, בקשרים בין הילד לבין אותו אדם הילד מורגל לסור למרותו והוא תלוי בו).
- ☐ מי שהקטיין נמצא באחריותו בשעות מסוימות בתוקף חוק או הסכם, כגון: גננת, מורה, צוות בית הספר או צוות הגן.

האם עלי לדווח גם על פגיעה של קטינים בקטינים?

בהחלט כן. פגיעה של קטינים מחייבת אותך בדיווח, והחובה כוללת: חבלה חמורה, התעללות פיזית, נפשית או מינית.

על מה צריך לדווח?

על חשד או על ידיעה שנעברה עברה בקטין. יש לדווח על התעללות גופנית, נפשית, או מינית (סעיף 3368-ג), וכן על נטישה או על הזנחה (סעיפים 361-362), עברה על סיכון החיים והבריאות (סעיף 337), עברות מין (סעיפים 345 עד 349).

מה זה "חשד סביר"?

חשד סביר משמעו: חשד של כל אדם רגיל שרואה תופעה ועל פי שיפוטו, תופעה זו מהווה פגיעה בקטין. המחוקק משאיר שיקול דעת לאדם. אין משמעות הדבר שהאדם יכול להתחמק מנקיטת עמדה בטענה של כלאחר יד. מבחן הסבירות לאיש מקצוע יהיה מחמיר יותר וכך גם העונש.

למי עלי לדווח, לפקיד הסעד או למשטרה?

החוק מאפשר לפנות לפקיד הסעד או למשטרה. פקיד הסעד והמשטרה מתייעצים ונעזרים זה בזה על פי החוק.

מהי מטרת חוק הדיווח?

מטרת החוק למנוע מצב שבו ילדים נפגעים בחדרי חדרים, בתוך הבית פנימה, במקום שבו הם פגיעים להתעללות או להזנחה של הורה או של אדם שהם נמצאים באחריותו או בהשגחתו מבלי שהדבר ייוודע לגורם חיצוני. החוק מאפשר להגן על הילדים מפני פגיעה שיכולה להיגרם משום הדיווח עצמו (לכן על פקיד הסעד להמליץ למשטרה איך ואם בכלל יש לפעול). החוק נותן לפקיד הסעד ולמשטרה מסר ברור: אין לפתוח בחקירה פלילית בכל מחיר, אלא תמיד יש להעדיף את טובת הקטין ואת יכולת שיקומו ושיקום משפחתו.

ב. השפעות הדיווח על הילד ומשפחתו

מה תהיינה התוצאות המידיות של הדיווח?
מרגע שדווח החשד, נכנסים שירותי הרווחה לתמונה ובודקים האם הילד זקוק להגנה מידית והם נערכים לה. במקרים אחרים, כשאין סכנה מידית, יש צורך לערוך בדיקה זהירה ולנקוט פעולה שתמנע את המשך הפגיעה, כמו בניית תכנית טיפול מתאימה לילד ולמשפחתו.

מה יעשה פקיד הסעד אחרי שאדווח לו?

פקיד הסעד יבדוק באופן זהיר את האירוע, הוא יכין הגנה לילד אם המצב מחייב זאת, או ינסה לגייס בני משפחה תומכים ומגנים שיפעלו לטובת הילד.

האם ידווח פקיד הסעד למשטרה?

לאחר בדיקה ראשונית, פקיד הסעד מעביר את הדיווח למשטרה בצירוף המלצה (הוא רשאי להמליץ לפתוח בחקירה, איך לחקור, איך לפעול או האם להימנע מפעולה). ואולם, פקיד הסעד רשאי שלא להעביר את הדיווח למשטרה אם קיבל על כך אישור מוועדת פטור מיוחדת שאליה הוא רשאי לפנות. הוועדה היא פורום מיוחד שהוקם על ידי שר המשפטים על פי חוק. פורום זה הוסמך לאשר לפקיד הסעד לחוק הנוער במקרים חריגים, שלא להעביר למשטרה מידע אשר הגיע אליו בקשר לפגיעה בקטין. וכל זאת כשיש חשש שפנייה למשטרה תזיק יותר מאשר תועיל.

האם הדיווח על פגיעה בילד יביא בכל מקרה למעצר הפוגע?

לא בהכרח. ראשית, אם הפוגע אינו מהווה סיכון מידי לילד או לאחרים, סביר להניח שלא ייעצר. שנית, לעתים מתקבלת החלטה על סגירת התיק הפלילי, אם לא הצליחו לאסוף די ראיות, או אם נראה שלא ניתן להרשיע את החשוד בפגיעה, או יש דרך שיקומית טיפולית שהיא עדיפה מהתהליך הפלילי.

האם מעורבות המשטרה תביא בכל מקרה לשליחת הפוגע לכלא?

מעורבות המשטרה אינה מביאה בהכרח לפתיחת תיק פלילי. הדבר תלוי בחומר הראיות, בהחלטת המשטרה ובהחלטת הפרקליטות. אם יובא העניין למשפט, יידונו חומרת המעשה והראיות. אם הרשיע השופט את הנאשם, תלוי העונש בגורמים רבים, למשל: חומרת המעשה, הבעת חרטה וקבלת אחריות על המעשה מצד הנאשם, המק שנגרם לקורבן, מצב המשפחה והסיכוי לשקם אותה. על סוג מסוים של עברות, המתעלל עלול לקבל עונש מאסר.

ג. השפעות הדיווח על איש המקצוע

האם אנו חייבים לחזות על חשד שילד הוא קורבן להתעללות או להזנחה?

על פי חוק העונשין, כל אדם, אשר יש לו חשד שנעשתה עברה בקטין על ידי האחראי

עליו, מוטלת עליו החובה לדווח על כך לפקיד הסעד ברשות המקומית או למשטרה, בהקדם האפשרי.

יש החמרה בחובת הדיווח כשמדובר באנשי מקצוע המוזכרים בחוק, כמו: רופאים, אחיות, עובדי מערכות החינוך, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, ועוד, שהתעורר אצלם חשד במהלך עבודתם עם הילד. אי דיווח מהווה עברה פלילית אשר דינה הוא עד שישה חודשי מאסר. רק אם אתם יודעים בוודאות שהעברה דווחה כבר לפקיד הסעד או למשטרה אתם פטורים מחובת הדיווח.

ומה אם אנו חושדים ולא בטוחים?

חשד הוא סיבה מספיקה כדי לדווח. חובת הדיווח חלה עליכם גם אם יש לכם חשד סביר ולא ידיעה ודאית.

מערכות ארגוניות רבות מקימות צוותי חשיבה והתייעצות בנושא - חשוב שגם אצלכם תקימו מערכת מקצועית כזו, העשויה לסייע לכם בבירור מצבים של חשד להתעללות, לתמוך בכם אישית ומקצועית ולסייע לכם בהתמודדות עם דילמות ערכיות והרגשות אישיות.

והיה אם דיווחתי, ומתברר שהחשד שלי אינו מבוסס, האם האחראי על הקטין יכול לתבוע אותי?

דיווח בתום לב (כשהדיווח לא נעשה מסיבות של התנכלות או רצון לפגוע) על חשד לביצוע עברה, והגשת תלונה על כך לרשות המוסמכת לקבלת תלונות על הנפגע ולחקירת העניין, אינם יכולים להיות עילה לתביעה נגד המדווח. בנושא זה נקבעו הגנות מיוחדות בחוק לשון הרע ובפקודת הנזיקין. הגנות אלה מוענקות לכל המוסר מידע לרשות המוסמכת לחקור בעניין, ובאופן מיוחד למוסר המידע המתחייב לעשות זאת על פי חוק.

האם עלי לאפשר כניסה של פקיד סעד לתחום המרפאה שלי כדי לפגוש ילד בסיכון?

כן. החוק קובע שלשם הכנת תסקיר לבית משפט, פקיד סעד רשאי להיכנס לכל מקום שבו נמצא הקטין. הוא רשאי לחקור כל אדם הסבור שיש לו ידיעות הנוגעות לקטין. חובה זאת כוללת כמובן גם את אנשי המקצוע. החוק מחייב להשיב לפקיד הסעד תשובות כנות ומלאות (החוק משחרר מחובה זאת רק מי שתשובותיו עלולות לגולל עליו אשמה פלילית).

חשוב לומר, שכאשר נודע לפקיד הסעד שיש קטין בסיכון, החוק נותן לו רשות לבוא ולאסוף מידע עוד לפני דיון משפטי ולהכין תסקיר עוד בטרם נצטווה לעשות זאת על ידי בית המשפט.

האם עלי לאפשר לפקיד הסעד שמגיע למרפאה או לקליניקה הפרטית שלי ובידו צו חירום, לקחת את הילד?

כן. במקרים שהילד נמצא בסיכון מיד, החוק מאפשר לפקיד הסעד לחוק הנוער לנקוט אמצעי חירום: להוציא את הילד מביתו לשם הגנה או לדרוש עבורו טיפול רפואי או כל טיפול אחר שאינו סובל דיחוי. גם כשההורים מתנגדים, רשאי פקיד הסעד להוציא את הילד למטרות שצוינו לעיל לתקופה של עד שבוע. אם יש צורך להאריך את התקופה, על פקיד הסעד לקבל על כך את אישורו של בית המשפט.

האם אני יכול להיקרא לתת עדות בבית משפט?

יש אפשרות כזו אם המידע בידך משמעותי ודרוש לתיק. יש לציין, כי לרוב, יקבל בית המשפט את עדות פקיד הסעד לחוק הנוער או את עדותו של חוקר הילדים.

האם מותר לאיש מקצוע לחקור את הילד הנפגע?

לא, על איש המקצוע להימנע מחקירת הילד. תפקיד החקירה מוטל על חוקר הילדים. נוסף על כך, מאפשר סעיף 4 לתיקון דיני הראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955 לגורמים מטפלים נוספים לשאול את הילד שאלות בסיטואציות המיוחדות הבאות:

1. שאלות הנשאלות בשעת מעשה העברה או תכף אחריה, או שהתעורר חשש סביר שנעברה עברה כזאת. לדוגמה: ילד מגיע חבול ובוכה לאחות ומספר לה שהוכה על ידי אביו.
2. שאלות ששאל אב, אם, אפוטרופוס, האדם שהילד נמצא בפיקוחו או ברשותו או רופא. לפיכך, גם אם אין רופא, אחות, פקיד סעד, עובד סוציאלי, פסיכולוג או נושא תפקיד אחר מורשים לחקור ילד, הרי שמורשים הם לשאול את הילד שאלות בשעת העברה, תכף לאחריה או משהתעורר חשש סביר שנעברה עברה כזו; משמע, כדי לפעול בהתאם לחובת הדיווח המוטלת על נושא תפקיד כאמור לעיל, רשאי אותו נושא תפקיד לשאול שאלות הרלוונטיות לביצוע העברה.

ד. דאגות נפוצות של המדווח

יש לי חשש כבד שהדיווח שלי יפגע ביחסי עם המשפחה והילד.

זהו חשש מובן. יחד עם זאת, מטרת הדיווח היא להכניס את גורמי הרווחה או המשטרה לפעולה מידית כדי להבטיח באופן מידי את שלומו של הקטין. במשך שנות יישומו של החוק למדנו שחלק מהמשפחות מבינות כעבור זמן שלא פעלנו ממניעים שליליים, אלא מתוך דאגה כנה לגורל הילדים.

אין לי זכות להתערב בנושאים משפחתיים של מישהו אחר.

החוק מחייב אותך לדווח כאשר יש לך חשד שהילד חווה תקיפה, התעללות רגשית, ניצול מיני או הזנחה. זוהי הדרך היחידה שקיימת כדי להבטיח הגנה לקטינים או כדי להתחיל לתת לילד ולמשפחתו את העזרה הנחוצה להם.

תרבותם שונה משלי, ואין לי זכות לכפות עליהם את דרכי

ההתנהגות המקובלות בתרבות שלי.

החוק במדינה מגדיר "מהי התעללות" ו"מהי הזנחה" באופן שמתאים לכל הקבוצות באוכלוסייה. החוק אינו "עושה הנחות" למי שמסיבה תרבותית התנהגותו נחשבת התעללות או הזנחה.

אני עובד כבר כמה שנים במקום העבודה שלי. אני פשוט מתקשה להאמין שהאב הזה התעלל בבנו. חייב להיות הסבר אחר למה שקרה כאן.

מבוגרים מתעללים באים מכל שכבות החברה. לא תמיד קל לזהותם. כאיש מקצוע אתה חייב לסמוך על יכולתך להעריך שיש מקום לבדיקה או שיש חשש שהתגבש בעת תצפית על הילד, על התנהגותו, על מצבו הרגשי, או על סימנים פיזיים מסוימים. חשוב גם לזכור, שאינך מאשים את ההורה אלא מדווח על חששות או חשדות שיש לך, וכי תפקיד הרשויות הוא לקבוע האם אכן מדובר בהתעללות או בהזנחה.

בפעם האחרונה שדיווחתי לא קרה כלום. הילד עדיין בבית, מוכה על ידי אביו. פקידת הסעד לא הייתה אתי בקשר אף שהשארתי לה כמה הודעות. אני לא אדווח שוב...

חשוב לזכור שהטיפול בכל מקרה ומקרה הוא שונה ותלוי בכמה גורמים וכן גם

התוצאות שונות. העובדה שהאב לא נעצר, אינה אומרת שהמקרה אינו מטופל. גם העובדה שהילד נשאר בבית אינה מעידה על כך שאין מעורבים גורמים מטפלים. חשוב להמשיך ולדווח לגורמי הרווחה אם עדיין רזאים סימנים מדאיגים אצל הילד. יחד עם זאת, חשוב לדעת שחוקי הגנת הפרטיות אינם מאפשרים לדווח לך על פרטי הטיפול. על כל פנים, אם אינך מרוצה מהתשובה שקיבלת מהגורמים המטפלים, ניתן לבקש לדבר עם הממונה על העובד האחראי לטיפול. חשוב לזכור, כי בסופו של דבר, הילד תלוי באכפתיות שלך ובנכונותך לדאוג לשלמו.

איני חושב שמהשו ישתנה אז למה בכלל לדווח...

אמנם הדיווח אינו מבטיח שהטיפול בילד ובמשפחתו יצליח. יש מקרים של התעללות והזנחה שהם קשים במיוחד, ויש שגם אנשי מקצוע טובים ומיומנים נכשלים. יחד עם זאת, ילדים שחווים התעללות והזנחה לא יטופלו לעולם אם הם לא יאותרו. איתור ודיווח הם המפתח לטיפול בילד ובבני משפחתו.

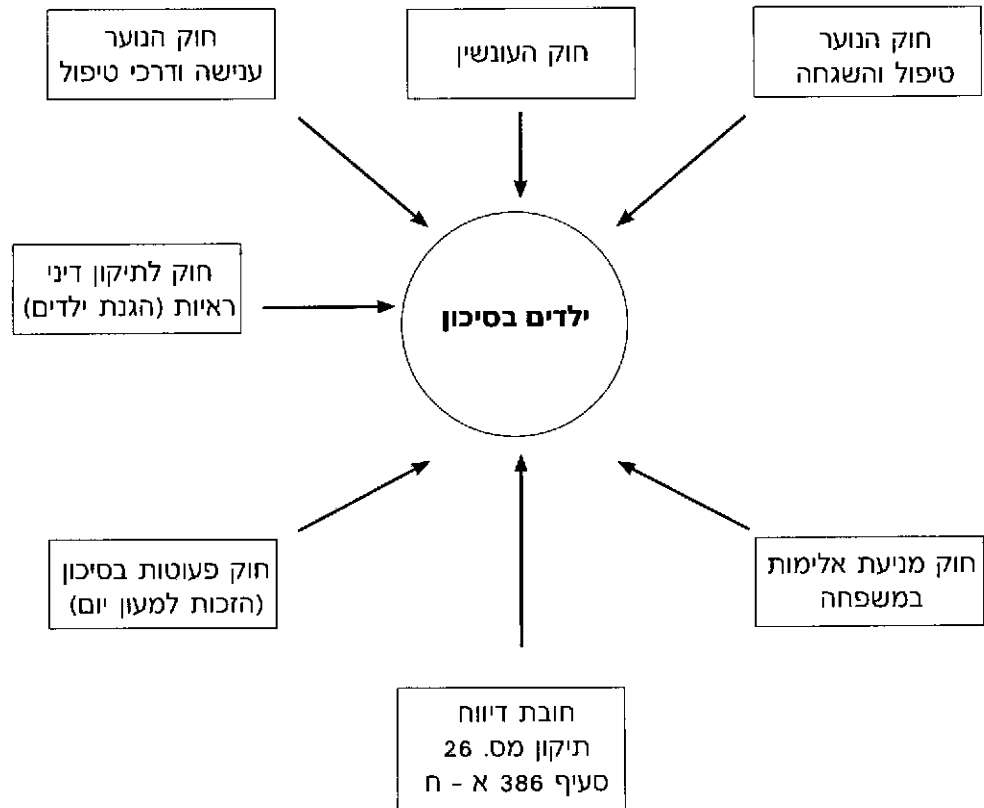
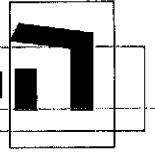
ומה אם המשפחה תתבע אותי על דיווח שווא?

כאיש מקצוע אתה חסין מכל תביעה אם פעלת בתום לב. המשטרה לא תנקוט שום הליכים והעניין ייסגר.

לדבר את השתיקה

חלק שלישי - נספחים

- 1. החוקים העוסקים בילדים בסיכון בישראל**
- 2. מערך השירותים ובעלי תפקידים**
- 3. חוזרי המנהל הכללי וחוזרי מינהל רפואה -
טבלה מרכזת**
- 4. ביבליוגרפיה**



בישראל מתקיים תהליך מתמשך העוסק בעיגון מעמדם החוקי של ילדים בסיכון. חוקים אלה עוסקים הן בהגדרת מצבי סיכון של ילדים והן בדרכים להגנתם מפני מצבים אלה או דרכים להוצאתם ממצבי הסיכון. חלק מהחוקים מתייחסים לכלל הקטינים בטווח הגילים 0-18, וחלקם האחר עוסק בילדים שטווח הגילים בהם מוגדר בחוק הספציפי. גם תפיסת המושג "ילד בסיכון" בא לכלל ביטוי באופנים שונים בחוקים השונים, כמו למשל: היעדר אחראי על הקטין, סביבה העלולה להזיק לקטין, היות הילד קורבן להתעללות בצורות שונות, היעדר אפשרות למחיה, התנהגות עבריינית של הילד עצמו, קיום בעיות נפשיות שאין זכות לטיפול ועוד.

אין לראות את החוקים השונים כעומדים כל אחד בפני עצמו. לחוקים נקודות חיבור, ולאנשי המקצוע המופקדים עליהם, כמו פקידי סעד, קציני מבחן, וחוקרי ילדים יש אפשרויות שימוש מגוונות המעניקות שיקול דעת באלו להשתמש ומתי. כך יכול פקיד הסעד לכוון להליך פלילי נגד הורה בגין פגיעה עקב הזנחה על-פי חוק העונשין סעיף 362, או לפתוח בהליך התערבות טיפולי לפי חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960. קיימת חשיבות רבה לכך שעובדי מערכת הבריאות בקהילה ידעו אודות קיום רשת החוקים העוסקים בדרכי ההגנה על ילדים במצבי הסיכון, וזאת מכמה סיבות:

א. לשם קבלת מבט רחב אודות החקיקה החברתית העוסקת בהגנה על ילדים בסיכון.
ב. לשם הכרת החלופות השונות הקיימות בחוק ולשם הגנה על ילדים במצבי פגיעה והתעללות שונים.

ג. לשם הפחתת הבלבול הקיים בשדה הפרקטיקה, בה משתמשים מעת לעת במושגים ובהגדרות חוקיות שלא במקומם.

ד. לשם רכישת הבנה וידיעה אודות דרכי ההגנה השונות העומדות לרשות העוסקים בהבטחת שלומם של ילדים הנמצאים במצבי סיכון, פגיעה או התעללות.

החוקים העוסקים בילדים בסיכון ניתנים לחלוקה לשלוש קטגוריות משנה:

1. חוקים הנידונים במישור האזרחי – לחוקים אלה מהות טיפולית המתבצעת ב"צל החוק", כמו חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960.
 2. חוקים הנידונים במישור הפלילי – חוקים אלה הנם התערבות המדינה כלפי אנשים שביצעו עברות כלפי ילדים ומהותם מיצוי החוק, כמו למשל חוק העונשין (תיקון מס' 26), התש"ן-1989, העוסק בחובת הדיווח.
 3. חוקים משולבים להם מרכיבים פליליים בצד מרכיבים טיפוליים, כמו למשל חוק הנוער (שפיטה, ענישה ודרכי טיפול), התשל"א-1971.
- להלן יוצגו עיקרי הנושאים בהם עוסקים החוקים שיפורטו בהמשך:

א. חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960

חוק הנוער (טיפול והשגחה) עוסק בהגנה על קטינים נזקקים ונדון בבית המשפט לנוער. קטינים נזקקים אלה הם קטינים בסיכון אף שמונח זה אינו מוזכר בלשון החוק. קטין ייחשב כנזקק אם מתקיימות בו אחת משבע הקטגוריות הבאות:

1. לא נמצא אחראי עליו.
 2. האחראי על הקטין אינו מסוגל לטפל בו או להשגיח עליו, או שהוא מזניח את הטיפול וההשגחה.
 3. הוא (הקטין) עשה עברה פלילית ולא הובא בפלילים.
 4. הוא (הקטין) נמצא משוטט, פושט יד או רוכל בניגוד לחוק עבודת הנוער, התשי"ג-1953.
 5. הוא (הקטין) נתון להשפעה רעה או שהוא חי במקום המשמש דרך קבע מקום עברה.
 6. שלומו הגופני או הנפשי נפגע או עלול להיפגע מכל סיבה אחרת.
 7. הוא נולד כשהוא סובל מתסמונת חסר בסם (סינדרום גמילה).
- מי שאחראי לשלומו של קטין נזקק, מרגע שנזקקותו נקבעה בבית המשפט, הוא פקיד הסעד ובית המשפט לנוער.
- היוזמה לפנייה אל בית המשפט לנוער היא בידי פקיד הסעד בלבד. כדי לעשות זאת, פקיד הסעד צריך להשתכנע שהתקיימו אחת משתי האפשרויות הבאות:
1. שהקטין הוא נזקק (עומד באחת או יותר משבע החלופות המגדירות נזקקות). ושהאחראי על הקטין אינו מסכים להתערבות פקיד הסעד.
 2. שהקטין עצמו אינו מציית לפקיד הסעד.
- בדרך כלל, פקיד הסעד יבקש להגיע לתכנית התערבות הזוכה לשיתוף פעולה מצד האחראי על הקטין. במקרים כאלה ההתערבות תתבצע ללא מעורבות בית המשפט. רק כאשר פקיד הסעד נוכח כי בלי סעד של בית המשפט לנוער אין אפשרות לסייע לקטין נזקק, הוא יביא את העניין בפני בית המשפט.
- הובא עניינו של קטין לבית המשפט – ראשית דבר על בית המשפט לנוער להשתכנע כי הקטין הוא נזקק. לשם כך על פקיד הסעד להכין תסקיר בו מפורטים התנאים בהם חי הקטין ולהצביע על המרכיבים המכלילים אותו בקטגוריה של קטין נזקק. התסקיר מוגש לבית המשפט וכן לבעלי הדין, קרי: האחראים על הקטין.
- פקיד הסעד הוא זה אשר ממליץ בפני בית המשפט לגבי ההתערבות הנדרשת. יכול פקיד הסעד לבקש מבית המשפט לנקוט באחת משש האפשרויות הבאות:

1. לתת לקטין או לאחראי עליו כל הוראה הנראית לבית המשפט כדרושה לטיפול בקטין או להשגחה עליו, כולל לימודיו, חינוכו ושיקומו הנפשי.
2. להעמיד ידיו לקטין שישימש גם כיועץ לאחראי עליו ולקבוע סמכויותיו ותפקידיו.
3. להעמיד את הקטין תחת השגחתו של פקיד הסעד.
4. להוציא את הקטין ממשמורת האחראי עליו, אם ראה בית המשפט שאין דרך אחרת להבטיח את הטיפול וההשגחה, ולמסור אותו (את הקטין) למשמורת רשות סעד אשר תקבע את מקום חסותו או להורות על החזקתו במעון או במעון נעול כמשמעותם בחוק הנוער (שפיטה, ענישה ודרכי טיפול) התשל"א-1971.
5. להורות כי הקטין ייבדק או יטופל לפי סעיפים 33 עד 23 – הכוונה להוראות טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
6. להורות על מסירת תוצאות חייביות של בדיקת נגיפי איידס בקטין, לאחראי עליו. כמוצג לעיל, אפשרויות ההתערבות הן מגוונות ובית המשפט יכול להורות על ביצוע אחד או מספר דרכי התערבות, הכל על מנת לחלץ את הילד ממצב הסיכון בו הוא נתון.

סמכות חקירה – לצורך החקירה והטיפול בקטין רשאי ומוסמך פקיד הסעד להיכנס למקום בו נמצא או עשוי להימצא הקטין ולחקור כל אדם שהוא סבור שיש לו מידע או ידיעות הנוגעות לקטין, וחייב הנחקר לענות לפקיד הסעד תשובות כנות ומלאות, אלא אם כן הוא עלול להפיל את עצמו. הוראת חוק זו מתייחסת הן כלפי כל אדם מהיישוב והן כלפי אנשי מקצוע אין בטיעון של "שמירת סודיות מקצועית" למנוע מסירת מידע מדרש על ידי פקיד הסעד, וחייב איש המקצוע למסור המידע המבוקש, אלא אם יפנה לבית המשפט בבקשת חיסיון אם חיסיון כזה קיים בחוק העוסק במקצוע הספציפי (במידה וקיים חוק כזה). שמירת סודיות – כל מידע המגיע לפקיד הסעד אגב חקירתו חובה עליו לשומרו בסוד ולא לגלותו, אלא לשם ביצוע הוראות חוק ספציפיות בנדון. הגנה מפני פרסום – הליך ההתערבות הוא סודי ואין לפרסם שם הקטין שהובא בפני בית המשפט.

במקרים בהם סבור פקיד הסעד כי נשקפת לקטין סכנה ממשית ותכופה או שהוא זקוק לטיפול רפואי או אחר שאינו סובל דיחוי, יש בסמכות פקיד הסעד לנקוט בכל הצעדים הנדרשים כדי להסיר הסכנה המיידית אף ללא הסכמתו של האחראי על הקטין ובלבד שהקטין לא יוצא ממשמורת האחראי עליו לתקופה העולה על שבוע ימים. מתום תקופה זו עליו לקבל הסכמת בית המשפט להמשיך צעד התערבותי זה.

ב. חוק הנוער (שפיטה, ענישה ודרכי טיפול), התשל"א-1971

חוק זה עוסק בקטינים שביצעו עברה נגד החוק - עצם ביצוע העברה מעמיד אותם בקטגוריה של ילדים בסיכון.

גיל הקטין הוא משתנה חשוב וחלק מהוראות החוק מתייחסות אליו:

א. גיל האחריות הפלילית הוא 12 שנה - לא ניתן להביא ילד מתחת לגיל זה לבית המשפט.

ב. לא ניתן להעמיד לדין קטין מתחת לגיל 13, אלא לאחר התייעצות עם קצין מבחן.

ג. לא ניתן להגיש קובלנה פרטית נגד קטין שטרם מלאו לו 14 שנים.

ד. אסור להטיל עונש מאסר על קטין שטרם מלאו לו 14 שנים.

עניינם של קטינים שביצעו עברות פליליות יידון בבתי משפט השלום והמחוזי בשבתם כבתי משפט לנוער. הוראה זו באה להבטיח ביטוי להיבט השיקומי והתייחסות מיוחדת המתאימה לבני נוער.

בחוק זה הוראות מיוחדות בכל הקשור לפרוצדורות משפטיות הבאות להגן במידת האפשר על בני נוער אלה, כמו למשל: איסור על העמדה לדין של קטין ובגיר ביחד, אלא אם היועץ המשפטי של הממשלה נתן הסכמתו לכך. כך, יש להשתדל, ככל האפשר, שלא להביא לבית המשפט ביחד קטינים עם בוגרים וכן, שבית המשפט לנוער ינהל דיוניו בדלתיים סגורות, תוך הרשאה של בית המשפט לנוכחות של אנשים ספציפיים. כך, גם קיימת הוראה שהמשפט יתנהל (ככל האפשר) במקום שלא מתנהלים בו משפטים אחרים או באותו מקום אך לא באותו זמן. כך, גם לגבי תנאי המעצר של קטינים שהחוק דורש שלא יהיו עצורים ביחד עם בגירים.

רוח החוק היא במתן הגנה מרבית לבני הנוער המובאים לבית המשפט וחיפוש דרכים לשיקומם של הנערים בצד סמכות הענישה הקיימת בידי בית המשפט.

בית המשפט לא יטיל מאסר על קטין אלא לאחר שקיבל תסקיר של קצין המבחן. רק לאחר שבית המשפט קבע שהקטין ביצע את העברה המיוחסת לו, יורה על הגשת תסקיר קצין המבחן.

בית המשפט לנוער רשאי, מטעמים מיוחדים (כמו הגנה על שלומו הנפשי או בריאותו), להורות כי נאשם שהוא קטין לא יהיה נוכח בשלבים ספציפיים של הדיון המשפטי.

כך, יכול בית המשפט להורות לעצור קטין לא רק בשל מעשה עברה או סכנה הנשקפת לציבור, אלא גם כדרך להבטחת ביטחונו של הקטין או לשם הרחקתו מחברת אדם בלתי רצוי, דבר שלא קיים לגבי אדם בוגר.

חוק זה מעניק מעמד מיוחד גם להורי הקטין וקובע, שעל המשטרה להודיע להורי הקטין הנעצר בהקדם האפשרי. אולם, אם יש חשש שההודעה עלולה לפגוע בקטין יש להודיע על המעצר לקצין המבחן. כמו כן, החוק קובע, שהורי הקטין יקבלו עותק הודעת הזימון לדין ועותק כתב האישום. כמו כן, יכול ההורה להיות נוכח בעת הדין, אלא אם החליט בית המשפט אחרת.

עונשים ודרכי טיפול

לבית המשפט לנוער הסמכויות הבאות לענישה ולדרכי טיפול:

1. להרשיע את הקטין ולגזור את דינו.
2. לצוות על אחד או יותר מהאמצעים ודרכי הטיפול שיפורטו מטה.
3. לפטור את הקטין בלא צו, כאמור.

דרכי ענישה:

1. להטיל עליו מאסר – קטין שהוטל עליו מאסר לא יוחזק במאסר יחד עם אדם שאינו קטין.
2. במקום מאסר, לצוות על החזקתו במעון נעול לתקופה שייקבע ובלבד שלא תעלה על תקופת המאסר שנקבעה לעברה שבה הורשע הקטין.

דרכי טיפול:

1. מסירתו של הקטין לטיפולו ולהשגחתו של אדם הראוי לכך שאינו הורה הקטין, לתקופה שיוורה בית המשפט.
2. העמדת הקטין במבחן.
3. קבלת התחייבות, בערובה או בלי ערובה, מאת הקטין או הורו בדבר התנהגותו של הקטין בעתיד.
4. התייצבות הקטין במעון יומי במשך תקופה שיקבע בית המשפט.
5. החזקת הקטין במעון או במעון נעול לתקופה שיקבע בית המשפט.
6. מתן כל הוראה אחרת בדבר התנהגותו של הקטין אם הדבר דרוש, לדעת בית המשפט, לטיפול בו.
7. חיוב הקטין או הורו בתשלום קנס או הוצאות המשפט.
8. חיוב הקטין או הורו בתשלום פיצוי לאדם שניזוק באותה עברה.

חוק העונשין

מספר סעיפים בחוק זה עוסקים בעברות פליליות נגד קטינים.

הגדרות - סעיף 368א

אחראי על קטין או חסר ישע כל אחד מאלה:

1. הורה או מי שעליו האחריות לצורכי מחייתו, לבריאותו, לחינוכו או לשלומו של קטין או של חסר ישע – מכוח דין, החלטה שיפוטית, חוזה מפורש או מכללא, או מי שעליו האחריות, כאמור, לקטין או לחסר ישע מחמת מעשה כשר או אסור שלו.
2. בן משפחה של קטין או של חסר ישע, שמלאו לו 18 שנים ואיננו חסר ישע, והוא אחד מאלה: בן זוגו של הורו, סבו או סבתו, צאצא, אחיו או אחותו, גיסו או גיסתו, דודו או דודתו.
3. מי שהקטין או חסר הישע מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע, מלאו לו 18 שנים, ובלבד שקיימים ביניהם יחסי תלות או מרות.

פרשנות

- הורה, וכל אדם אחר, כמו הורה מאמץ, שהוטלה עליו האחריות לספק את צורכי הקטין, לדאוג לחינוכו, לבריאותו ולשלומו מכוח המצבים הבאים:
- ☐ מכוח דין או החלטה שיפוטית, כגון: אפוטרופוס שמונה על-ידי בית המשפט, או מנהל מעון אליו הובא הילד.
 - ☐ חוזה מפורש – מי שקיבל אחריות על פי הסכם כתוב, כגון: משפחה אומנת, פנימייה, מסגרת חינוך ו/או טיפול יומי, כגון: מעון יום, משפחתון, בית-ספר, וכו'.
 - ☐ מכללא – הסכם לא כתוב, הבנה בין הצדדים להעברת אחריות לגורם אחר לפרק זמן קצר או ארוך, כגון: בני משפחה, חברים שהילד מתארח אצלם, או שמרטף.
 - ☐ מעשה כשר או אסור שלו – כל אחריות שהתקבלה בדרך חוקית או בלתי חוקית, כגון: העברת קטין לאדם אחר על פי חוק או שלא על פי חוק ובניגוד להחלטת בית המשפט, ואפילו בדרך של עברה. פגיעה בקטין על-ידי אדם המחזיקו אף בניגוד לחוק תיחשב פגיעה בידי אחראי.

חסר ישע – מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי או מסיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו. חשוב לשים לב, שמשנתה הגיל אינו רלוונטי למצב. הקובע הוא שהאדם אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, בריאותו או שלומו מחמת המצבים המפורטים לעיל.

מעשה לרבות מחדל

מעשה – פגיעה בקטין, כגון: חבלה, תקיפה או התעללות פיזית, נפשית או מינית. **מחדל** – הימנעות ממילוי חובה הורית של דאגה למחייתו, בריאותו, ולשלומו הגופני או הנפשי של הקטין.

פקיד סעד – מי שמונה לכך על פי חוק (הרחבה ראה בנספח: מערך השירותים ובעלי תפקידים).

קטין – כהגדרתו בחוק הכשירות המשפטית והאפטרופסות, התשכ"ב-1962. כל ילד בגילים שבין 0-18.

עברות מין

אינוס – סעיף 345

אינוס קטין מתחת לגיל 14 – החוק מחמיר באופן מיוחד בעברת אינוס, כאשר מדובר באינוס קטין שטרם מלאו לו 14 שנים, אף אם הוא מסכים למעשה. המחוקק ראה מעשה זה כעברה חמורה ביותר ודינה – שש עשרה שנות מאסר. אם מעשה האינוס נעשה על-ידי בן משפחה דינו – עשרים שנות מאסר (סעיף 351 א). **אינוס קטין מתחת לגיל 16 שנים** – אם הקטין הוא מתחת לגיל 16 והאינוס מתבצע ללא הסכמה או שההסכמה הושגה במרמה או תוך ניצול מצב של חוסר הכרה או ליקוי שכלי, העונש יהיה – עשרים שנות מאסר.

בעילת קטינה – סעיף 346

בעילה – החדרת איבר מאיברי הגוף או חפץ לאיבר המין של האישה. הבוועל קטינה שמלאו לה 14 שנים וטרם מלאו לה 16 שנים והיא אינה נשואה לו, או הבוועל קטינה שמלאו לה 16 שנים וטרם מלאו לה 18 שנים, תוך ניצול יחסי תלות, מרות או השגחה או תוך הבטחת שווא לנישואין, דינו – מאסר חמש שנים. הבוועל אישה שמלאו לה 14 שנים וטרם מלאו לה 21 שנה והוא בן משפחתה, דינו – מאסר שש עשרה שנים (סעיף 351 ב).

מעשה סדום - סעיף 347

מעשה סדום - החדרת איבר המין של הגבר לפי הטבעת או לפה של אדם, או החדרת חפץ לפי הטבעת של אדם.
העושה מעשה סדום באדם שמלאו לו 14 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים, דינו - מאסר חמש שנים.
העושה מעשה סדום באדם שמלאו לו 14 שנים וטרם מלאו לו 21 שנים, והוא בן משפחתו, דינו - מאסר שש עשרה שנים (סעיף 351 ב).

מעשה מגונה - סעיף 348 (ד)

מעשה מגונה - מעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים.
העושה מעשה מגונה באדם שהוא קטין שמלאו לו 14 שנים תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך, עבודה או שירות, דינו - מאסר ארבע שנים.
העושה מעשה מגונה באדם קטין והוא בן משפחתו, דינו - מאסר עשר - חמש עשרה שנים (סעיף 351(1)(2)).

מעשה מגונה בפומבי - סעיף 349 (ב)

העושה, בכל מקום שהוא, מעשה מגונה בפני אדם שטרם מלאו לו 16 שנים, דינו - מאסר שלוש שנים.
המחוקק מבחין באופן מובהק בין עברה מינית על-ידי אדם זר לקורבן, לבין אותה עברה מינית הנעשית על-ידי בן משפחה. בן המשפחה, מצופה ממנו שיגן וישמור על הקטין הנמצא בהשגחתו או תחת מרותו או השפעתו, ואם הוא מנצל אמון זה בית המשפט מחמיר עמו וגוזר עונש מחמיר במידה משמעותית.

עברות אחרות

הפרת חובת הורה או אחראי - סעיף 337

המפר ללא הצדק כדין את חובתו לספק לפלוני צורכי מחיה או לדאוג לבריאותו ולמנוע התעללות בו או חבלה בגופו, ומסכן או עלול לסכן בכך את חייו או פוגע או עלול לפגוע בכך בבריאותו פגיעת קבע, דינו - מאסר שלוש שנים.

נטישה - סעיף 361

הנוטש או משאיר, שלא כדון, ילד שלא מלאו לו שנתיים ובכך מסכן את חיי הילד או פוגע בו או עלול לפגוע פגיעה מתמדת בבריאותו, דינו - מאסר חמש שנים.

הזנחה - סעיף 362

הורו של ילד שלא מלאו לו 14 שנים או מי שאינו מסוגל לדאוג לצורכי חייו (מושגח) וכל המחויב על פי דין או הסכם לדאוג לצורכי חייו של מושגח הנתון להשגחתו, והוא אינו מספק מזון, לבוש, צורכי לינה, וצורכי חיים חיוניים אחרים במידה הדרושה לשמירת שלומו ובריאותו, דינו - מאסר שלוש שנים.

נטישת מושגחים - סעיף 363

הורו של מושגח או המחויב על פי דין או הסכם, שסירב לקבל את המושגח מידי מי שאינו מחויב לדאוג לצורכי חייו, או שהשאיר אותו בידי אדם שלא להסכים לדאוג לצורכי חייו, דינו מאסר ששה חודשים. נטש את המושגח, דינו - מאסר שלוש שנים.

מסירת קטין להחזקה בתמורה (סחר בקטינים) - סעיף 364

המציע או נותן תמורה בעד הרשות להחזיק בקטין שלא מלאו לו 14 שנים, והמבקש או המקבל תמורה בעד רשות להחזיק בקטין כאמור, דינו - מאסר שלוש שנים ואין נפקא מינה אם הייתה התמורה בכסף או בשווה כסף.

מסירת קטין בהתנערות מזכויות וחובות - סעיף 365

הורה או אפוטרופוס של קטין שלא מלאו לו 14 שנים המוסר או מרשה למסור את הקטין למי שאינו הורו או אפוטרופוסו, ויש במסירה זו משום התנערות מחובותיו או מזכויותיו כלפי הקטין, דינו - מאסר שנתיים, למעט במצבים המפורטים בסעיפים קטנים (1) (2) (3).

גנבת קטין - סעיף 367

המוציא או מעכב במרמה, בכוח או בפיתויים קטין שלא מלאו לו 14 שנים, או מקבלו או מסתירו בידועין שהוא הוצא או עוכב כאמור, הכל בכוונה לשלול את החזקת הקטין מהורו, מאפוטרופוסו או ממי שחייב על פי הדין לטפל בו או להשגיח עליו ולקחתו לעצמו או לאחר, דינו - מאסר שבע שנים, והוא אם לא הוכיח שיש לו תביעה בתום לב לזכות ההחזקה כאמור.

המרת דתו של קטין – סעיף 368

- א. העורך טקס המרת דתו של קטין או עושה פעולה אחרת המביאה לידי המרת דתו של קטין, בניגוד להוראת סעיף 13א לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, דינו – מאסר שישה חודשים.
- סעיף 13 א – (א) לא תומר דתו של קטין, אלא אם שני הוריו נתנו מראש הסכמתם בכתב או שבית המשפט, לפי בקשת האפוטרופוס של הקטין, אישר מראש את המרת הדת.
- ב. לא תומר דתו של קטין אלא בדת של הוריו או של אחד מהוריו, או של אדם שהקטין היה סמוך על שולחנו, מתוך כוונה לאמצו, בשנה שקדמה להגשת להמרת הדת, ובתנאי שבית המשפט שוכנע כי ההמרה דרושה לשם אימוצו של הקטין בידי אותו אדם לפי חוק אימוץ ילדים, תשמ"א-1981.
- ג. המשדל קטין, בפנייה ישירה אליו, להמיר דתו, דינו – מאסר שישה חודשים.

תקיפת קטין או חסר ישע – סעיף 368 ב

- א. התוקף קטין או חסר ישע וגורם לו חבלה של ממש, דינו – מאסר חמש שנים. היה התוקף אחראי על הקטין או על חסר הישע, דינו – מאסר שבע שנים.
- ב. נעברה עברה עפ"י סעיף קטן (א) ונגרמה לקטין או לחסר הישע חבלה חמורה, דינו של התוקף – מאסר שבע שנים, ואם היה התוקף אחראי על הקטין או חסר הישע, דינו – מאסר תשע שנים.
- ג. לענין סעיף זה, חבלה – בין גופנית בין נפשית.
- חבלה של ממש** – חבלה גופנית או נפשית. הכוונה לחבלה פיזית המשאירה סימנים בגופו של הקטין הנחבל או גורמת לו לכאב ממושך ויש ביסוס ראייתי או רפואי לכך. או חבלה נפשית הגורמת לשינוי בהתנהגותו של הקטין.
- חבלה חמורה** – חבלה העולה כדי חבלה מסוכנת, או הפוגעת או העלולה לפגוע קשות או לתמיד בבריאות הנחבל או בנוחותו, או המגיעה כדי מום קבע או כדי פגיעה קשה באחד האיברים, הקרומים, או החושים החיצוניים או הפנימיים (סעיף 2 לחוק העונשין). הערכת חומרת הפגיעה נתונה בסופו של דבר להכרעת בית המשפט.

הבחנה בין התעללות לבין תקיפה

ההבחנה בין התעללות לבין עברת התקיפה, אינה פשוטה. ככלל, נראה, כי התעללות כוללת תקיפה אך מחמת אופיה, טיבה, המצפון והרגש המעורבים בה אינה מאפשרת להתייחס אליה כאל מקרה תקיפה בלבד.

על-פי בית המשפט העליון, ההתעללות מאופיינת בכך שזאת התנהגות הטומנת בחובה אכזריות, הטלת אימה או השפלה, המקנים לה תווית סטיגמטית בלתי מוסרית, שאינה נלווית בהכרח לכל מעשה עברה הכרוך בהפעלת כוח (ע"פ 98/4596 פלונית נ' מדינת ישראל).

התעללות בקטין או בחסר ישע - סעיף 368 ג

העושה בקטין או בחסר ישע מעשה התעללות גופנית, נפשית או מינית, דינו - מאסר שבע שנים. היה העושה אחראי על הקטין או חסר הישע, דינו - מאסר תשע שנים.

התעללות גופנית - פגיעות גופניות חוזרות ונשנות, בין אם משאירות סימנים בין אם לא.

התעללות נפשית - פגיעות נפשיות המשפילות, גורמות למצוקה נפשית ו/או גורמות לפגיעה נפשית חמורה.

התעללות מינית - כל מעשה שעושה מבוגר בקטין על מנת להגיע לכלל סיפוק מיני.

חוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991

חוק זה כשמו, בא להגן על בני משפחה מפני התנהגות אלימה של בן משפחה אחד כלפי בן/בני משפחה אחר/ים.

החוק מעניק לבית המשפט את הסמכות להגן על בני משפחה, כולל קטינים במשפחה, מפני אחד מבני המשפחה האחרים, כמו אב, אם, אח וכדומה הפוגע באחד או יותר בהם או עלול לפגוע בהם.

רשאי בית המשפט לתת צו הגנה אם התקיים אחד מאלה:

1. אם אדם נהג באלימות בבן משפחתו או ביצע בו עברת מין.
2. אם התנהגותו נותנת בסיס סביר להניח כי הוא מהווה סכנה גופנית ממשית לבן משפחתו או שהוא עלול לבצע בו עברת מין.

עברת מין - אינוס, בעילה אסורה בהסכמה, מעשה סדום, מעשה מגונה, עברת מין במשפחה.

החוק מתייחס לשני מצבים המחייבים את התערבות בית המשפט. האחד - בתגובה להנהגות אלימה שהתרחשה, והשני - כדי למנוע התנהגות כזו. מאחר ובסעיף (1) אין הגדרה להתנהגות אלימה, ניתן לפרש שהכוונה להתנהגות

פיזית ונפשית גם יחד. ובנוסף לכך, התנהגות שיש בה עברת מין. הגשת הבקשה לבית המשפט לפי חוק זה יכולה להיעשות על-ידי בן משפחה, היועץ המשפטי לממשלה או נציגו, או פקיד הסעד שהתמנה על-פי חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960.

לבית המשפט מספר אפשרויות הגנה על בן משפחה באמצעות "צו הגנה" והן:

1. איסור להיכנס לדירה בה מתגורר בן משפחתו.
2. איסור להימצא בתחום מרחק מסוים מהדירה בה מתגורר בן משפחתו.
3. איסור להטריד את בן משפחתו בכל דרך ובכל מקום.
4. לפעול בכל דרך המונעת או מקשה על השימוש בנכס המשמש כדין את בן משפחתו, והוא אף אם יש לו זכות כלשהי בנכס.
5. לשאת או להחזיק נשק.

צו ההגנה יכול שיקלול ערובה לקיומו ולהתנהגות טובה או כל הוראה אחרת להבטחת שלומו וביטחונו של בן המשפחה הנפגע או המאויים או הנמצא בסכנת פגיעה. אם הצו כולל איסור נשיאת נשק, בית המשפט יודיע על כך למשרד הרישוי לפי חוק כלי הירייה התש"ט-1949 ולצה"ל, אם אותו אדם נמנה על כוחות המילואים. אם ניתן צו הגנה שאינו כולל איסור נשיאת נשק, על בית המשפט לנמק מדוע הוא ראה לנכון שלא לצוות על כך.

תוקף צו הגנה הוא לשלושה חודשים והוא ניתן להארכה לתקופה שלא תעלה על שישה חודשים. במקרים מיוחדים החייבים בהנמקה, ניתן להאריך הצו עד לתקופה של שנה.

אם בן המשפחה הוא קטין, בית המשפט יורה לפקיד הסעד להגיש תסקיר. בתסקיר תהיה בדרך כלל התייחסות לאפשרויות הקשר בין הקטין לבין מי שאחראי עליו במידה והוא האדם במשפחה המתנהג באלימות כלפיו או עושה בו עברת מין. בסמכות בית המשפט להורות למחויב על קבלת טיפול, זאת לאחר קבלת תסקיר ולאחר שבית המשפט שוכנע שהאדם מתאים לטיפול.

חוק לתיקון דיני ראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955

החוק מבחין בין ילד לבין קטין.

קטין – 0-18 כהגדרתו בחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות, התשכ"ב-1962.

ילד – מי שלא מלאו לו 14 שנים.

החוק מתמקד בחקירת ילדים מתחת לגיל 14 והעדתם. המחוקק בישראל מכיר בסכנת הפגיעה בילדים צעירים מעצם תהליך החקירה וזימון העדה בפני בית המשפט. ולכן קבע המחוקק כללים ספציפיים לדרך חקירת ילדים מתחת לגיל 14 והעדתם בבית המשפט, שהם חורגים מהפרוצדורות הרגילות לחקירה והעדה בבית המשפט. א. חקירת ילדים עד גיל 14 – חקירה של ילדים תיעשה אך ורק באמצעות חוקר ילדים (בעבר נקראו חוקרי נוער. כיום חוקרי נוער הם אנשי משטרה החוקרים בני נוער מגיל 14 ועד 18 ונקראים עובדי נוער). בחקירה לא יהיה נוכח אף אדם נוסף פרט לחוקר הילדים.

ב. העדת ילדים – תיעשה רק על-פי החלטת חוקר הילדים.

המצבים עליהם חל החוק

☐ חקירתם והעדתם של ילדים שהם קורבנות נגד המוסר.

☐ חקירתם והעדתם של ילדים שהם עדים למעשים נגד המוסר.

☐ חקירתם והעדתם של ילדים שהם עדים עצמם למבצעי עברות נגד המוסר.

עברות נגד המוסר – עברות זנות ותועבה, עברות מין, עברות של הפרת חובות הורים או אחרים כלפי קטינים, התעללות בילדים ותקיפת ילדים. למעשה, חקירת ילדים על-פי חוק זה נכללת בכל המצבים בהם אנו עוסקים, קרי: מצבי התעללות בילדים.

העדת ילד – הרשה חוקר הילדים להעיד ילד בבית המשפט, לא ייעשה הדבר אלא בנוכחות התובע, הנאשם, עורך דינו של הנאשם, וחוקר הילדים. וכן כל מי שבית המשפט הרשה נוכחותו.

מתקיים הליך העדה של ילד על-פי חוות דעתו של חוקר הילדים, רשאי בית המשפט להפסיק הליך משפטי זה.

במקרה של העדת ילד נגד הורה בעברות מין (סעיפים 345-351 ראה לעיל), רשאי בית המשפט, אם הוא סבור שהדבר עלול לגרום לנזק נפשי לילד, להורות שהעדות תינתן שלא בנוכחות ההורה אלא סניגורו בלבד.

איסור הפרסום – חל איסור מוחלט לגלות ולפרסם עובדת היותו של ילד נמצא

בהליכי חקירה בעברות נגד המוסר או שהעיד בקשר אליה בפני בית המשפט. העובר על הוראה זו דינו – מאסר שישה חודשים או קנס או שני העונשים גם יחד.

ראיות כשרות – ממצאי החקירה של חוקר הילדים כשרים כראיות בבית המשפט. אולם לא יוכל בית המשפט להרשיע אדם רק על סמך ראיה זו (ממצאי חקירת חוקר הילדים) וכדי להרשיעו יש להציג סיוע בראיה אחרת.

חקירה נוספת – רשאים מי מהצדדים לבקש חקירה נוספת כדי לשאול שאלה/ות ספציפית את הילד. אולם, אם חוקר הילדים סבור יהיה שיש בחקירה נוספת זו משום סכנת פגיעה נפשית בילד הוא רשאי לסרב לבקשה זו.

מה מותר לנושא תפקיד לשאול או לברר עם ילד?

החוק להגנת ילדים מתייחס, כאמור, לגביית עדות על-ידי חוקר נוער מקטין שטרם מלאו לו 14 שנים. סעיף 4 לחוק זה מאפשר לגורמים נוספים לשאול את הילד שאלות במצבים הבאים:

1. שאלות הנשאלות בשעת מעשה העברה או תכף לאחריה, או כאשר מתעורר חשש סביר שנעברה עברה כזו.

2. שאלות ששואל הורה, אפוטרופוס או אדם שהילד נמצא באחריותו. לפיכך, גם אם אין איש המקצוע רשאי לחקור את הילד, הרי שמורשה הוא לשאול את הילד שאלות בשעת העברה, תכוף לאחריה, או כאשר מתעורר חשש סביר שנעברה עברה כזו. משמע, כדי לפעול בהתאם לחובת הדיווח המוטלת על נושא התפקיד כאמור לעיל, רשאי הוא לשאול את השאלות הרלוונטיות בנוגע לביצועה של העברה.

חוק פעוטות בסיכון (הזכות למעון יום), התש"ס-2000

חוק זה בא להגן על פעוטות מפני סכנה להתפתחותם הגופנית והנפשית. וכן מכוון החוק למנוע את הצורך בהוצאת פעוט ממשמורת הורים וסידורו במסגרת מחוץ לבית. זאת על-ידי שילובו במעון יום לרבות משפחתון, בקרבת מקום מגוריו.

פעוט – מי שטרם מלאו לו 36 חודשים (ילד עד גיל 3).

פעוט בסיכון – פעוט הנמצא במצב שיש בו חשש להתפתחותו התקינה, שהוועדה קבעה לגביו כי הוא נמצא במצב סיכון ועקב כך הוא צריך לשהות במעון יום, כדי למנוע את הוצאתו מביתו. מי שקובע כי פעוט נמצא בסיכון היא ועדה מיוחדת לעניין זה אותה ממנה שר העבודה והרווחה.

מצבי סיכון – כל אחד מאלה:

1. פעוט מוכה או פעוט שצרכיו ההתפתחותיים אינם נענים. הקביעה לעניין זה תהיה על-ידי עובד סוציאלי ועל סמך חוות דעת רפואית.
 2. פעוט שאחד מהוריו אינו מתפקד כראוי מסיבות שונות, לרבות מחלת נפש, אלכוהוליזם, התמכרות לסמים, פיגור, נכות קשה, זנות, עבריינות או מחלה כרונית של אחד מבני המשפחה.
 3. הפעוט נולד בלידת שלישייה, רביעייה או יותר – עצם היות פעוט אח בלידה רבת זלדות הופכת אותו ילד בסיכון. המחוקק ראה את הקושי שבגידול ילדים במצב כזה וביקש להסיר את המעמסה על-ידי סידור אחד או אחדים מהם במעון.
 4. משפחתו של הפעוט היא משפחה של עולים הנמצאת בארץ בתקופה שאינה עולה על חמש שנים, והוא נמצא בסיכון גבוה עקב משבר כתוצאה מתהליך הקליטה בארץ. ישנה כאן הכרה בקשיים האובייקטיביים של עולים להשתלב ולהסתגל בארץ החדשה.
 5. הפעוט מעוכב התפתחותית, על סמך אישור רופא ילדים בעל ניסיון בתחום התפתחות הילד או פסיכולוג התפתחותי.
- השתתפות בהוצאה הכרוכה בסידור במעון – קיימת הבחנה בין הקביעה של היות הפעוט בסיכון וחובת הוצאתו לסידור במעון לבין התשלום. השר (שר העבודה והרווחה) יקבע את שיעורי השתתפות המשפחה בסידור.
- תחולת חוק זה ממאי 2001 ותהיה החלה הדרגתית עד מאי 2004, על פי צווים שייתן השר.

חובת הדיווח תיקון מס. 26 לחוק העונשין התש"ן-1989 סעיף 368 ז

חוק זה עוסק בחובת הדיווח של כל אזרח ובכלל זה של האחראים על הקטין וכן ושל אנשי מקצוע לדווח לשלטונות באמצעות פקיד הסעד או המשטרה על כל מקרה של חשד להתעללות בקטין. החוק הוא ברור וחד משמעי:

א.

היה לאדם יסוד לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שלושה חודשים.

מי חייב בדיווח - לשון החוק אומרת כי כל אדם וזה יכול להיות ידיד משפחה, בן משפחה, שכן, ואחר שהתעורר בהם חשד סביר שנעברה בקטין עברה של התעללות או בחסר ישע, חובה עליו לדווח.

למי חייבים לדווח - בפני האדם שתי אפשרויות לדיווח: לפקיד הסעד או למשטרה - ההחלטה היא שלו ולא צריך שתהיה לו לכך הנמקה מסוימת.

קטין - ילד עד גיל 18

חסר ישע - כל אדם שאינו בר דעת, כמו אדם מפגר, חולה נפש, חולה אלצהיימר או אחר.

פקיד סעד - עובד סוציאלי ברשות המקומית בה גר הקטין שמונה לתפקיד זה על-ידי השר.

חשד סביר - המחוקק אינו מגדיר מהו חשד סביר והדבר נתון לשיקול דעתו של האדם. מבחן הסבירות הוא בקיום שיקול דעת האומר - שכל אדם סביר אחר היה נוהג באותו אופן.

אין כאן שום צורך במסכת ראיות משפטיות וכדומה. די בכך שהסימנים מעוררים חשש או תהייה.

הדיווח נעשה על-פי חוק ולכן המדווח לא יהיה חשוף לשום אפשרות של תביעה מצד הנחשד, גם אם יימצא שהחשד היה מוטעה, אלא אם, הוא נעשה במזיד ובכוונה לפגוע באדם אחר.

חשוב לציין ולהדגיש - מלאכת החקירה וביור משמעות הסימנים המחשידים נתונים כולם לחקירת "חוקר הילדים" (עובד סוציאלי שהוא גם קצין מבחן לנוער,

העובד בשירות המבחן לנוער, המוסמך היחידי לחקור ילדים עד גיל 14), או עובד
נוער, שוטר, בעל מיומנות מיוחדת לחקירת בני נוער בגילים 1814-).

ב.

רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג,
קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד
בו נמצא קטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד
סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו - חובה עליהם
לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה. העובר על הוראה זו, דינו
- מאסר שישה חודשים.

סעיף זה בחוק מתייחס לחובת הדיווח של אנשי המקצוע.
המחוקק מצא לנכון להדגיש את החובה המיוחדת של אנשי המקצוע, למרות שגם
הם כלולים במשפט "היה לאדם...וגומר". הדרישה מאיש המקצוע זהה לזו כמו כלפי
כל אדם אחר, אלא שהציפייה שיעשה זאת גבוהה יותר. איש המקצוע מבין יותר
את משמעות ההתעללות בקטין והנזקים שהיא מעוללת לקטין ולכן מחויבותו לקטין
גדולה יותר, ואם לא יעשה כן העונש על כך גדול יותר. אי-דיווח של איש מקצוע על
חשד להתעללות יגרור עונש כפול בחומרתו: שישה חודשי מאסר בעוד שלכל אדם
אחר העונש הצפוי לו בגין אי דיווח יהיה רק שלושה חודשים.

ג.

היה לאחראי על הקטין או חסר ישע יסוד סביר לחשוב כי אחראי אחר על קטין או
חסר ישע, עבר בו עברה, חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או
למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שישה חודשים.
סעיף זה מתייחס ספציפית לאחראים על הקטין. מיהו האחראי על הקטין? ראה לעיל
חוק העונשין סעיף 368(א).

המחוקק מחמיר עם האחראי על הקטין, בדיוק כמו עם איש המקצוע - במקרה של
אי-דיווח ומטיל עליו עונש של עד שישה חודשי מאסר.

ד.

נעברה בקטין או בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד, או במסגרת חינוכית או טיפולית
אחרת, עברת מין לפי סעיפים 345 עד 348 או עברה של גרימת חבלה חמורה
לפי סעיף 368 או עבירת התעללות לפי סעיף 368ג, חובה על מנהל או איש צוות
במקום כאמור, לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה. העובר על
הוראה זו, דינו - מאסר שישה חודשים

סעיף זה מתמקד ספציפית באנשי המקצוע בתוך המסגרות החינוכיות או הטיפוליות, כמו: מוסד, מעון, פנימייה, מעון יום, בית ספר וכדומה בהן שוהה הקטין. אם נעברה בקטין עברה אחת מאלה המצוינות – עברת מין, פגיעה או התעללות (פירוט העברה ראה בחוק העונשין לעיל, בהתאמה לסעיפים המצוינים) בכל אחת מהמסגרות המוזכרות, חובה על מנהל המסגרת הזו או כל עובד אחר שלה לדווח על החשד לפגיעה לפקיד הסעד או למשטרה. חשוב לציין כי עובד המספר על חשדו למנהל, לא יכול לראות בכך מילוי דרישת החוק – עליו לעקוב אחר הדברים ולראות אם המנהל דיווח על כך לפקיד הסעד או למשטרה כנדרש בחוק. האחריות בחוק היא אישית, כלפי זה שאצלו התעורר החשד, ולא כלפי הארגון וכו'.

ה.

חובת הדיווח לפי סעיף זה לא תחול על קטין.

המחוקק משחרר את הקטין מחובת הדיווח – הוא יכול לדווח אך אינו חייב בזאת. יש להניח כי לפני המחוקק עמדה כאן "טובת הקטין" שלא לערבו במצבים הטעונים לעתים קרובות משמעות של נאמנות וזו-ערכיות רגשית.

ו.

פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הוועדות שהקים שר המשפטים לעניין זה; חברי ועדה כאמור יהיו נציג פרקליט מחוז והוא יהיה היושב ראש, קצין משטרה בדרגת רב פקד ומעלה ופקיד סעד מחוזי.

פקיד הסעד, שקיבל דיווח על התעללות בקטין חייב להעביר מידע זה למשטרה. אין כאן העברה טכנית של מידע, אלא העברת מידע בצירוף חוות דעת מקצועית לגבי המקרה והמלצה למשטרה האם לפעול לפתיחת הליך חקירה פלילי או שלא לעשות זאת. אם פקיד הסעד סבור שיש בהעברת המידע למשטרה משום סכנה לקטין, יש לו את הסמכות לפנות לוועדה ספציפית שהוקמה לעניין על-ידי שר המשפטים ולבקש מהוועדה שתאשר לו לא להעביר דבר החשד להתעללות לידיעת המשטרה.

ז.

הגיע למשטרה מידע לפי סעיף זה תעביר אותו לפקיד סעד, ולא תפעל לפני שתיוועץ בפקיד הסעד, אלא אם כן נדרשת פעולה מידית שאינה סובלת דיחוי; אין בפעולה מידית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד הסעד וההתייעצויות עמו לאחר מכן.

סעיף חוק זה מבטא את ראיית המחוקק הממוקדת בטובת הילד. ראשית דבר, יש להישמר שלא לפגוע בטובת הקטין. שמא חקירת המשטרה תפגע בקטין, איש המשטרה מצווה שלא לפתוח בהליכים כלשהם כלפי החשוד בהתעללות לפני שהעביר את דבר התלונה/קובלנה אל פקיד הסעד לשם קבלת חוות דעתו. יוצא איפה שאם החשד מדווח למשטרה או לפקיד הסעד, תמיד יתקיים ביניהם שיח מקצועי בטרם ביצוע הליכים כלשהם נגד החשוד בהתעללות.

ח.

בסעיף זה, למעט סעיף קטן (ד), "עברה" - עברה של סיכון החיים והבריאות לפי סעיף 337, עברות מין לפי סעיפים 345 עד 348 ו'351, עברה של נטישה או הזנחה לפי סעיפים 361 ו'362 ועברה של תקיפה או התעללות לפי סעיפים 368 ב ו'368 ג. סעיף זה מפרט את העברות החייבות בדיווח:

- סעיף 337 - הפרת חובת הורה או אחראי המהווה סיכון החיים והבריאות של קטין
- סעיף 345 - אינוס קטין
- סעיף 346 - בעילת קטינה
- סעיף 347 - מעשה סדום בקטין
- סעיף 348 - מעשה מגונה
- סעיף 351 - עברות מין במשפחה
- סעיף 361 - נטישה
- סעיף 362 - הזנחה
- סעיף 368 ב - תקיפת קטין או חסר ישע
- סעיף 368 ג - התעללות בקטין או חסר ישע

בגין חשיבות הנושא של חובת הדיווח הקדשנו לו גם פרק מורחב. ראה הפרק - חובת הדיווח.

מערך השירותים ובעלי תפקידים

פקיד סעד

חוקר ילדים

עובד נוער

המועצה הלאומית לשלום הילד

ועדה לתכנון הטיפול (ועדת החלטה)

מיט"ל - מרכז ישראלי לטיפול בפגיעות מיניות בילדים

מרכז חירום

משפחות קלט

מרכזים/תחנות לטיפול ולמניעת אלימות במשפחה

מרכזי סיוע לנפגעים/ות תקיפה מינית

האגודה להגנת הילד (אלי"י)

שירות טיפת חלב ואחיות בתי הספר

התחנה לטיפול פסיכולוגי-התפתחותי - חיפה

מרכז הגנה לילדים ולנוער - ירושלים

מעמדו וסמכויותיו של פקיד הסעד ביישום חובת הדיווח על פי חוק העונשין, תיקון 26

פקיד הסעד הוא עובד סוציאלי אשר מונה לתפקידו לאחר הכשרה מתאימה, על ידי שר העבודה והרווחה, כדי לפעול על פי חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960. פקיד הסעד עובדים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. לפקיד הסעד מעמד סטטוטורי המוקנה מתוקף חוק הסעד (סדרי דין בענייני קטינים, חולי נפש ונעדרים), התשט"ו-1955. מעמדו של פקיד הסעד הוא ייחודי בכל הקשור להגנה וטיפול בקטינים המצויים במצבי סיכון וסכנה גבוהים. לצורך ביצוע תפקידו הוענקו לפקיד הסעד הסמכויות הבאות:

1. **חקירה** – על פי סעיף 22 לחוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960. לפקיד הסעד הסמכות לחקור כל אדם שיש לו מידע אודות קטין נזקק, ובכלל זה: אנשי מקצוע, בני משפחה, שכנים ואחרים. תפקיד החקירה לאסוף מידע לשם הערכת מצבו של הילד והמשפחה והערכת רמת הסיכון בה נתון הקטין. לפקיד הסעד ניתנו סמכויות חקירה נרחבות ביותר, כמו כניסה לרשות היחיד לקבלת מידע מהורה, שכן, אנשי מקצוע: רופא, אחות, עובד סוציאלי ועוד, וזאת ללא אישור בית משפט. על כל נחקר החובה לשתף פעולה ולמסור כל מידע הקשור בקטין. על פקיד הסעד להגיע לאיזון אינטרסים בין חוקים שונים כמו חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, האמנה לזכויות הילד וחוקי הגנה על הילד.
2. **הפעלת אמצעי חירום** – על פי סעיף 11(א) לחוק הנוער טיפול והשגחה, פקיד הסעד יכול לשקול הפעלת אמצעי חירום אם הוא סבור כי נשקפת סכנה מידית לקטין ובכדי למנוע את אותה סכנה רשאי הוא על-פי שיקול דעתו להפעיל אמצעי חירום ובכלל זה אף להוציא את הקטין ממשמורת הוריו עד לתקופה של שבוע ימים.
3. **ייזום הליכים בבית המשפט** – על פי סעיף 3 בחוק הנוער טיפול והשגחה, בסמכות פקיד הסעד ליזום הליכים בבית המשפט לנוער כאשר קיימים דרכי טיפול, אך ההורים או הקטין מתנגדים להם ואינם משתפים פעולה ויש בהתנגדותם זו כדי לסכן את הקטין. בהליך המשפטי יציג פקיד הסעד, בפני בית המשפט, תסקיר והמלצות לתכנית טיפול.

- 4. מעקב** – לאחר ביצוע החלטת בית המשפט, תפקיד פקיד הסעד לקיים מעקב אחר ביצוע החלטות בית המשפט. עליו להיות בקשר עם הקטין ומשפחתו בכל מקום בו נמצא הקטין, כל החלטה שניתנה על-ידי בית המשפט, יכול פקיד הסעד, או הקטין, או מי מטעמו להגיש בקשה לשינוי ההחלטה.
- 5. היועצות** – פקיד הסעד הוא גם משאב העומד לשירותו של כל איש מקצוע בקהילה למטרת היועצות, הסברת החוק, העברת מידע ושותפות בתכנית הטיפול לגבי הילד ומשפחתו.

חובת הדיווח

פקיד הסעד הוא הסמכות הרשמית הפועלת מתוקף החוק ליישום חוק העונשין, תיקון מס' 26, התש"ן-1989.

חובת הדיווח סעיף 368ד מחייב כל אדם, אנשי מקצוע אחראים על קטינים ואנשי מקצוע במסגרות חינוכיות וטיפוליות לדווח לפקיד הסעד על עברות כלפי הקטין. סעיף 368ד(ב) מתייחס באופן מיוחד לאנשי מקצוע; רופא, אחות, עובד סוציאלי, עובד חינוך וכו', לדווח על קטין שעקב עיסוקם בתפקידם או במקצועם יש להם יסוד סביר לחשוב כי הקטין נפגע על-ידי האחראי עליו. הדיווח יהיה לפקיד הסעד או למשטרה. מי שאינו מדווח דינו מאסר שישה חודשים.

בפני פקיד הסעד המקבל דיווח על כך כי קיים יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה בקטין עומדות שתי אפשרויות:

1. העברת הדיווח למשטרה בצירוף המלצותיו לפעול על פי החוק הפלילי, לזמן חקירת ילדים, חקירת הורים וכו'. או להמליץ שלא לפעול כלל לגבי הדיווח.
 2. פנייה לוועדת הפטור הקבועה בחוק (סעיף 368ד(ו)) ולבקש אישור שלא לדווח למשטרה, או להשהות את הדיווח לצורך בדיקת מיצוי הליך טיפולי או לצורך הגנה על הקטין. בתוקף מעמדו מרכז פקיד הסעד את תהליך ההתערבות כאשר לנגד עיניו מכלול השיקולים המקצועיים המתחייבים לטובת הקטין. בדרך כלל, תינתן העדפה לשיקום הקטין בחיק משפחתו, ככל שהדבר אפשרי, תוך נקיטת צעדים ואמצעים המדרשים להגנתו של הקטין. לאחר שנבנתה תכנית הטיפול, רשאי פקיד הסעד להעביר את הטיפול השוטף לעובד סוציאלי ברשות המקומית או לאדם אחר.
- על התהליך הפלילי כלפי הפוגע בקטין אחראית המשטרה והפרקליטות. פקיד הסעד יבחן את ההשלכות של ההליך הפלילי על הקטין והטיפול בו ובבני משפחתו האחרים.

פקיד סעד לטיפול באדם המפגר

עובד סוציאלי שנתמנה לתפקיד על ידי שר הרווחה כפקיד סעד על פי חוק סעד טיפול במפגרים תשכ"ט - 1969.

כיום פועלים במחלקות ובאגפים לשירותי רווחה של הרשויות המקומיות כ-150 פקידי סעד לטיפול באנשים עם פיגור שכלי (קטינים ובוגרים), האחראים על הפעלת החוקים להגנה על אוכלוסייה זו. תחומי ההתערבות הם במקרים של חשד ל אלימות, התעללות או ניצול מיני, הזנחה קשה, היעדר טיפול רפואי וליקויים ניכרים וקשיים בתפקוד ההורים או האחראי. כמו כן, מטפלים פקידי סעד אלה במינוי אפוטרופוסים לאנשים עם פיגור שכלי בשיתוף פקידי סעד לסדרי דין.

פקיד סעד לסדרי דין

עובד סוציאלי שנתמנה לכך על ידי שר הרווחה ופועל מטעם אגף הרווחה ברשות המקומית בעניינים משפחתיים הקשורים להליך משפטי. פקיד הסעד לסדרי דין פועל לאחר קבלת בקשה מבית המשפט לחקור, להגיש תסקיר והמלצות בענייני אפוטרופוסות, אלימות בין בני זוג לאחר הוצאת צו הגנה, וכן בענייני משמורת, סדרי ראייה וביקורי ילדים במקרים של פרידה וגירושין (ראה - חוק למניעת אלימות במשפחה 1991; צו הגנה).

אופן הפנייה אל פקיד הסעד

פקיד הסעד הוא עובד המחלקה לשירותים חברתיים בעירייה או ברשות המקומית. כאשר לא ניתן להשיג את פקיד/ת הסעד, אפשר לפנות למנהל/ת המחלקה לשירותים חברתיים ברשות.

אם הפנייה היא מחוץ לשעות העבודה - ניתן להשיג את פקיד הסעד התורן באמצעות מוקד החירום בעירייה ו/או באמצעות תחנת המשטרה המקומית.

פנייה אל פקיד הסעד המחוזי

פקיד הסעד המחוזי הוא עובד משרד הרווחה ומקום מושבו בלשכה המחוזית של משרד הרווחה. ניתן לפנות לפקיד הסעד המחוזי אך ורק כאשר:

1. לא ניתן להשיג את פקיד/ת הסעד המקומי/ת.
2. קיימות השגות לגבי הטיפול של פקיד הסעד ברשות המקומית.

עובד סוציאלי העובד בשירות המבחן לנוער, במשרד העבודה והרווחה, שהוכשר לערוך חקירה של ילדים שטרם מלאו להם 14 שנים, שעברו התעללות מינית ו/או התעללות גופנית, ו/או התעללות נפשית ו/או הזנחה כקורבנות וכעדים.

חוקרי הילדים מתמנים לתפקידם על-ידי שר המשפטים, על פי המלצת הוועדה המייעצת למינוי חוקרים (סעיפים 2 ו-3 לתיקון דיני ראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955). חוקר הילדים מבצע את תפקידו על פי פניית איש המשטרה. איש המשטרה, הממונה על החקירה, יפנה את תשומת לב חוקר הילדים לפעולות הנחוצות לחקירה, לרבות בדיקה רפואית, מסדר זיהוי, שחזור, הצבעה ועוד. כל הפעולות האלה תיעשנה באישור חוקר הילדים ובהשתתפותו, בהתאם להוראותיו באשר ליכולת הילד להשתתף בפעולות אלה.

לחוקר ילדים סמכויות לגבות עדות מהילד, להרשות העדתו בבית המשפט בתנאים מוגנים או למנוע מתן עדות של הילד נגד הפוגע, ולהתיר כל פעולת חקירה אחרת המתייחסת לילד. כמו כן, בסמכותו לאשר או לפסול בדיקה רפואית גם כאשר היא נחוצה להליך המשפטי וכן לגבי מסדר זיהוי אם הוא סבור שבדיקה כזו או מסדר כזה עלולים לפגוע בילד.

אם אסר חוקר הילדים על העדתו של הילד בבית המשפט, הוא יעיד במקום הילד. אם התיר חוקר הילדים את העדתו של הילד בבית המשפט, הוא יהיה נוכח בעת העדת הילד. בכל מקרה, חוקר הילדים מעיד בבית המשפט על ממצאי החקירה ועל התרשמותו ממהימנות דבריו של הילד הנחקר.

בסמכותו של חוקר הילדים להמליץ בפני בית המשפט על הפסקת העדתו של ילד אם לדעתו או להערכתו המשך העדתו עלול לגרום לנזק נפשי.

חקירת ילדים ובני נוער הייתה באחריות משטרת ישראל עד שנת 1984. באותה שנה הועברה האחריות לביצוע חקירת ילדים לידי שירות מבחן לנוער, זאת, כדי להסדיר חקירת ילדים במבנה ארגוני הולם וכן מתוך הכרה במומחיותם של העובדים הסוציאליים בשירותי המבחן.

חקירת בני נוער מגיל 14 ועד גיל 18 נשארה בידי משטרת ישראל. חוקרי הקטינים במשטרה נקראים עובדי נוער.

גיל הילד הנחקר הוא מרכיב חשוב בעת החקירה. ילדים מתחת לגיל 5 מתקשים לרוב למסור תיאור ממצה ועשיר כמו ילדים מבוגרים יותר. זהו אתגר לא פשוט בפני החוקר, ולעתים קרובות הוא משתמש בטכניקות ראיון בלתי שגרתיות ובכלל זה שימוש בבובות אנטומיות, בובות רגילות, ציורים, פלסטלינה וכדומה.

תפקיד חוקר הילדים הוא להביא את הילד לידי שיתוף פעולה על מנת לקבל ממנו אינפורמציה על האירוע הנחקר. קיימת חשיבות לחקירה בזמן הקרוב ביותר להתרחשות האירוע. ילדים, כמו מבוגרים, מושפעים מאירועים שהתרחשו בסמיכות האירוע הנחקר ושרבובם לתוכו.

חוקר הילדים נדרש לקבל מהילד הנחקר מידע הקשור בחוויית ההתעללות בלי להשפיע על כיוון התשובות של הילד הנחקר. זאת גם הסיבה, מדוע אנשי מקצוע, כמו מורים, גננות, אחיות, רופאים, עובדים סוציאליים ואחרים העובדים עם הילד נדרשים שלא לקיים חקירה אודות האירוע - כדי למנוע פגיעה בתהליך החקירה. העברות הנחקרות על-ידי חוקר הילדים הן:

1. עברות מין (לפי סעיפים 345 עד 351) ועברות זנות (לפי סעיפים 199 עד 214).
2. עברה של הורה כלפי ילדו (לפי סעיפים 337 -- הפרת חובה לספק צורכי מחיה או לדאוג לבריאות ולמנוע סכנת חיים וכן עברת תקיפת קטין בגרימת חבלה של ממש או חבלה חמורה (לפי סעיף 368(ב)) והתעללות גופנית, נפשית או מינית בקטין (לפי סעיף 368(ג)).

פירוט הסעיפים המוצגים מעלה ראה בפרק: "חוקים העוסקים בהגנה על קטינים".

חוקר הילדים מתייחס בדרך כלל לחמישה היבטים הקשורים לאירוע הפגיעה:

1. מי - מי התעלל בילד?
2. מה - מה קרה? שאלות ספציפיות לבירור העובדות על הפגיעה.
3. איפה - היכן התרחש אירוע הפגיעה?
4. מתי - מועד התרחשות האירוע.
5. איך - איך נוצר הקשר בין התוקף לקורבן? האם היה איום, סחיטה, דרישה לשמירת סוד?

עם סיום החקירה על חוקר הילדים להעביר את ממצאי חקירתו לממונה על החקירה במשטרה.

חוקר הילדים ימסור לפקיד הסעד את תוצאות חקירתו. על פי דרישת פקיד הסעד, הוא ימסור לו גם העתק מעדות הילד, לרבות העתק מהעדות המוקלטת. חוקר הילדים יוסיף, על פי הצורך, דברי הסבר לפקיד הסעד, אליו העביר את המידע ו/או העתק העדות.

עבודת החקירה של ילדים היא מורכבת ביותר. המוכנות של ילד לספק פרטים לחוקר הילדים תלויה לעתים קרובות במידת התמיכה לה הוא זוכה מצד החוקר, ומהאווירה הנוצרת בעת החקירה, וכן ממידת הפחד והחששות מתוצאות חשיפת האירוע. לעתים קורה, שילד שסיפר על התעללות חוזר בו מדבריו ולא מוכן להמשיך ולשתף פעולה. זה נכון במיוחד באירועים של התעללות בתוך המשפחה. כמו כן, נפוץ שילד שחשף התעללות חש צורך להדחיק את האירוע כאחד ממנגנוני ההגנה. ישנם ילדים החושפים את המקרה פעם אחת ולא מוכנים לחזור על כך בשנית. מכאן, החשיבות שאת החקירה ינהל רק חוקר ילדים מיומן ומנוסה שיש בידו כלים וידע לנהל ולתעד את החקירה ולהביאה כראיה בפני בית המשפט.

עובד נוער (משטרה)

הגדרה - לפי סעיף ו' לפקודת המטה הארצי

איש משטרה במגזר החקירות, אשר הוסמך לעבודת נוער על ידי מדור עבריינות נוער ועוסק בחקירת קטינים, פקחנות ומניעת עבריינות נוער. בכל תחנות המשטרה ברחבי הארץ קיימות יחידות נוער, שבהן משרתים קצינים ושוטרים שעברו הכשרה מיוחדת כעובדי נוער. עובדי הנוער פועלים מכוח חוקי הנוער ונוהלי עבודה פנימיים מיוחדים, המתאימים לבני נוער. עובד הנוער מתבסס בעבודתו על גישה חינוכית, המותאמת לאישיות הקטין ולנסיבות העברה. לעובד הנוער אוריינטציה שיקומית הממקדת בעתיד הילד תוך שאיפה להוציאו מהמעגל הפלילי. עובדי הנוער פועלים בלבוש אזרחי, ברכב מוסווה, ביחידות נוער נפרדות ובשיתוף פעולה עם גורמי חינוך וטיפול בקהילה. ילדים נפגעי התעללות והזנחה שמלאו להם 14, ייחקרו על-ידי עובדי נוער (עד גיל 14 ייחקרו הילדים על-ידי חוקרי ילדים של משרד העבודה והרווחה). עובד הנוער העוסק בחקירה של ילדים יעשה זאת ככל האפשר בשעות היום, בזמן

שהקטין אינו במסגרת חינוכית או תעסוקתית, בחדר חקירות נפרד ובלא נוכחות עדים או נחקרים בגירים.

מערך הנוער במשטרה פועל במגמה לשר, ולפתח ולשתף פעולה עם גורמי טיפול וחינוך במשרדי הממשלה והרשויות המקומיות ובראשם שירות המבחן לנוער במשרד העבודה והרווחה, עמו פועלת המשטרה על פי חוק.

המועצה הלאומית לשלום הילד (ונציב קבילות ילדים ונוער)

- רח' פייר קניג 38, ירושלים 93469
- עמותה ציבורית עצמאית הפועלת כמוסד ללא כוונת רווח. המשימות והיעדים המרכזיים של המועצה הם בתחומים האלה:
- קידום זכויות הילד בישראל בתחומים שונים.
 - גיבוש מדיניות כוללת לרווחת הילד וייזום חקיקה חדשה.
 - מתן כתובת לילדים ולבני נוער בכל הנוגע לשמירת זכויותיהם ובכלל זה שירות של נציב קבילות ילדים.
 - העלאת המודעות הציבורית לצורכי הילדים.
 - בחינת האיכות וההיקף של השירותים הקיימים לילדים.
 - מניעת פגיעה בילדים וניצולם לרעה.
 - הסברה וחינוך לציבור הרחב בכל הקשור בשלום הילד.
- למועצה פרסומים רבים והיא מפעילה, בסיוע מתנדבים, תוכנית ללווי ילדים קורבנות עבירה בהליך הפלילי.

ועדה לתכנון הטיפול (לשעבר ועדת החלטה)

ועדה זו משמשת לדיון בין-מקצועי למטרת אבחון וקבלת החלטות בנוגע לתכניות טיפול בילדים במצבי סיכון ובהוריהם, כאשר יש צורך בהתייעצות בצוות רב מקצועי על מנת לגבש עבורם תכנית טיפול. הוועדה מתייחסת למקרים מורכבים של ילדים ובני נוער, ובמיוחד לאלה שמצב הסיכון שבו הם נמצאים מחייב טיפול על פי חוק נוער (טיפול והשגחה 1960).

הפנייה אל הוועדה נעשית במצבים הבאים:

- כאשר קיימת התלבטות משמעותית ביחס לתכנית הטיפול הרצויה.
- כאשר נשקלת האפשרות להעניק שירותים "יקרים" או ייחודיים, כמו: מעון רב-תכליתי, מרכז הורים-ילדים, מועדונים לאחר אשפוז, פנימיית יום ועוד.
- כאשר הטיפול בילדים ובהורים הנמצאים בטיפולם של שירותים לא מידיים אינו מתקדם לקראת השגת היעדים שנקבעו. שירותים אלה כוללים: מעון יום, מועדונים, קבוצת הורים, קבוצת ילדים, קבוצת ילדי מכורים וסומכת.
- כאשר נשקלת הוצאה לסידור חוץ ביתי, לרבות אימוץ.
- כאשר הוצא צו חירום או שהוחל בתהליך משפטי.
- כאשר הורים נמצאים בהליכי גירושין וקיים חשש לסיכון הילדים והמקרה נמצא בטיפול פקיד הסעד לסדרי דין.

ועדת תכנית הטיפול פועלת במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים ומרכז אותה עובד סוציאלי אשר עבר הכשרה מיוחדת ואשר מונה על ידי השר. בוועדה חברים נציגי השירותים הרלוונטיים המטפלים בעניינו של הילד (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, אחיות, נציגי ציבור, עובדי שירות פסיכולוגי-ייעוצי ועוד). כל אדם או איש מקצוע הרואה צורך בהבאת ילד או משפחה לדיון בפני הוועדה, יעשה זאת באמצעות פנייה לעובד הסוציאלי של המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים במקום מגורי המשפחה.

חשוב לציין, כי ההוראה היא להזמין את ההורים והילדים הנוגעים בדבר לכל דיוני הוועדה, למעט מקרים העונים על סייגים שנקבעו לעניין זה. להורים שמורה הזכות לערער על החלטות הוועדה בפני הוועדה המחוזית, במידה והמדובר בעניינים מהותיים, ובפני ועדת הערר המקומית במידה ומדובר בעניינים פרוצדורליים.

מיט"ל - מרכז ישראלי לטיפול בפגיעות מיניות בילדים

רח' יד חרוצים 4 ירושלים
עמותה ציבורית המגישה טיפול לילדים ובני נוער שנפגעו פגיעות מיניות וכן לבני משפחותיהם. כיום פעל המרכז רק בירושלים.
הטיפול נעשה במסגרת אינדיבידואלית, במסגרת זוגית ובמסגרת משפחתית וכן

בסדנאות. העמותה מפעילה גם תכניות הדרכה, הכשרה מקצועית וייעוץ לעובדים ממגזרים שונים, וכן מסייעת בהכוונת הפונים אליה לכתובות מתאימות.

מרכז חירום

מסגרת שהייה זמנית לילדים במצבי סיכון חריפים או לילדים שקיים לגביהם חשד שהם סובלים מהתעללות והזנחה. לאנשי המקצוע במרכז התמחות מיוחדת בנושא של התעללות והזנחה בילדים.

מרכז החירום מורכב משלוש יחידות:

מקלט – מטרתו לתת הגנה ראשונית לילד הנמצא בסיכון גבוה. השהייה במקלט היא עד שבעה ימים.

יחידה אינטרנית – מיועדת לאבחון ולהתערבות טיפולית עד להוצאת הילד לפנימייה או עד חזרתו לביתו עם המלצות טיפוליות מתאימות. השהייה ביחידה היא לתקופה של עד שלושה חודשים.

יחידה אקסטרנית – מיועדת להתייעצות ולקביעת תכנית טיפול בילד ובהוריו וכן מתן ייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה.

כיום פועלים מרכזים בירושלים, בבאר שבע, בתל אביב, בקריית אתא ובאעבלין.

משפחות קלט

משפחות הקולטות ילדים אשר הוצאו מביתם על ידי צו חירום ל-7 ימים בשל מצבי משבר חריפים. משפחות אלה משמשות בדרך כלל גם כמשפחות אומנה המוכרות לעובדי משרד הרווחה.

מרכזים/תחנות לטיפול ולמניעת אלימות במשפחה

יחידות אשר הזקמו על ידי משרד הרווחה, השירות לרווחת הפרט והמשפחה והמחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, על מנת לספק שירותי מניעה, טיפול, ייעוץ, הדרכה וריכוז מידע בנושא אלימות במשפחה. שירותי הסיוע ניתנים

לנפגעים הישירים, לנפגעים משניים העדים למעשי האלימות וכן לפוגעים עצמם. הטיפול ניתן באופן פרטני או באמצעות קבוצות תמיכה. הפנייה באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות.

מרכזי הסיוע לנפגעי/ות תקיפה מינית

מרכזים המגישים שירותים ייחודיים של סיוע נפשי ומעשי לנפגעי/ות תקיפה מינית (מבוגרים וילדים), הכולל מתן עזרה ראשונה וסיוע בשעת משבר – באמצעות קווי חירום טלפוניים (פועלים 24 שעות ביממה), וכן קווים ייחודיים המיועדים לנשים/נערות ערביות, נשים דתיות וחרדיות, לגברים ונערים נפגעי תקיפה מינית (ניתן לפנות מבלי להזדהות). המרכזים מפעילים מתנדבות שעברו הכשרה בנושא; סיוע וליווי הנפגעות מול הרשויות והגורמים המטפלים; מתן טיפול אישי וקבוצות תמיכה; חינוך, הסברה והכשרה מקצועית לאנשי המקצוע ולציבור הרחב. בארץ פועלים כ- 10 ארגוני סיוע מקריית שמונה ועד אילת המאוגדים ב"איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית", המקדם חקיקה, מודעות הציבורית, ריכוז והפצת מידע, חינוך והסברה, הקמת מרכזי סיוע ותכניות נוספות.

האגודה להגנת הילד (אל"י)

Israel Association for Child Protection

רח' אבן גבירול 14, תל-אביב 64077

מטרות האגודה:

1. טיפול בילדים נפגעי התעללות.
2. טיפול בבעיה החברתית של ההתעללות בילדים.

אזור פעילות - כלל ארצות

אל"י הוקמה כמענה לחוסר המודעות החברתית בישראל לנושא ההתעללות בילדים. אל"י קיבלה על עצמה לטפל בהגנה על קטינים על היבטיה השונים, תוך השלמת

שירותי המדינה ותמיכה בהם מחד גיסא, והתרעה חברתית ויזום פעולות בתחום, מאידך גיסא.

אל"י היא האגודה אשר העלתה את המודעות החברתית לנושא הילדים המוכים ונפגעי ההתעללות והעמידה אותו במרכז סדר היום הציבורי.

אל"י שוקדת על פיתוח יוזמות חדשות המכוונות לעזור בטיפול הישיר בילד, קורבן ההתעללות, ובבני משפחתו.

אל"י משקיעה בפיתוח ידע עיוני ואמפירי בתחום הפגיעות בילדים והנחלת ידע זה לאנשי מקצוע העוסקים בתחום זה.

במישור הטיפולי – אל"י מעניקה שירות לילדים שנפגעו על ידי מבוגרים: פגיעות גופניות, רגשיות, מיניות וכן נפגעי הזנחה. שירות זה כולל איתור הילדים, והטיפול בהם ובהוריהם.

במישור החברתי – אל"י פועלת ליצירת מודעות לבעיית הפגיעה בילדים בישראל ובכלל זה: השפעה על חקיקה ומדיניות חברתית בנושא וכמו כן, ריכוז ופיתוח ידע על הנושא.

במישור התמיכה המקצועית – אל"י מקיימת תכניות הכשרה והשתלמויות מקצועיות, הדרכה, ייעוץ ותמיכה באנשי מקצוע העובדים עם ילדים הנמצאים במצבי סיכון.

תכניות פעולה:

☐ קו מצוקה – קו ארצי המאויש על ידי מתנדבים

☐ **קו מצוקה: 966 – 223 – 800 – 1**

☐ מרכז חירום לילדים בתל אביב.

☐ שירותי תרפיה לילדים, הורים ומבוגרים שהתעללו בהם בילדותם.

☐ תכניות הסברה בבתי הספר.

☐ השתלמויות לאנשי מקצוע מתחומי החינוך והרווחה.

☐ תכניות התערבות לאוכלוסיות מיוחדות, כגון: חרדים, עולים, ערבים, קיבוצים ועוד.

☐ תכניות להגברת מודעות.

☐ ספרייה מתמחה.

☐ שדולה לשינוי חברתי בתחום ההגנה על הילד.

☐ ייעוץ משפטי.

☐ פרטים משלימים ניתן לקבל במשרדי האגודה.

זאת לדעת!

שירות טיפת חלב ואחיות בתי הספר (משרד הבריאות)

שירות תחנות טיפת החלב ואחיות בתי הספר הוא שירות ממלכתי אוניברסלי הניתן באופן שוויוני לכלל התינוקות והילדים בישראל. השירות ניתן באמצעות תחנות טיפת חלב אזוריות הפזורות בכל רחבי הארץ, בגנים ובבתי הספר.

הטיפול נושא אופי המשכי, דבר המאפשר זיהוי שינויים במשפחה לאורך זמן. השירות מיועד לנשים הרות ולתינוקות לאחר הלידה ולאימהותיהם. בהמשך, השירות ניתן לילדים בכל השנים הראשונות לחייהם, החל מינקות דרך תקופת הגן ועד לתקופת בית הספר.

הקשרים המתמשכים הנוצרים בין טיפות החלב לבין המשפחות מאפשר זיהוי קשיים/בעיות כבר בשלב המוקדם ביותר בחיי הילד. המשפחות המגיעות לטיפות החלב הן בדרך כלל משפחות צעירות מעת שילד ראשון מצטרף אל התא המשפחתי הבסיסי ובהמשך, לכל אורך תקופת התרחבות המשפחה. כך גם הקשר עם הילדים בגנים ובבתי הספר.

התחנה לטיפול פסיכולוגי-התפתחותי

משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, סנט לוקס 7, חיפה התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי הוקמה בשנת 1969 ומשרתת את העיר חיפה וסביבותיה (הקריות, נשר-תל-חנן, טירת הכרמל, קרית טבעון, דלית אל כרמל ועוספיה).

התחנה מספקת שירותי איתור, אבחון וטיפול התפתחותי-רגשי לאוכלוסיית הילדים בגיל הרך (מלידה ועד גיל 6) ולהוריהם.

השירותים הניתנים:

- טיפול בקשיים בהתקשרות וביחסי הורה-ילד.
- טיפול בקשיי אכילה.
- טיפול בעיכובים התפתחותיים.
- טיפול בקשיי הסתגלות והתאמה למסגרות חינוכיות.
- טיפול בקשיי התנהגות ומשמעת.
- טיפול בהפרעות שינה.

- ☐ טיפול בקש"י גמילה מהרטבה ושליטה על סוגרים.
 - ☐ התערבויות בשעת משבר.
 - ☐ טיפול בהפרעות פסיכוטיות ואוטיזם.
- כמו כן מספקת התחנה ייעוץ, הדרכה ותכניות הכשרה לגורמים מקצועיים הקשורים למרחב החיים של הילד (מטפלות, גננות, אחיות, רופאים, עובדים סוציאלים ועמיתים).

הרכב הצוות:

צוות התחנה מורכב מאנשי מקצוע בעלי מומחיות וניסיון רב שנים באבחון ובטיפול בילדים בגיל הרך, וכולל: פסיכולוגים קלינים והתפתחותיים, עובדים סוציאלים בעלי הכשרה קלינית התפתחותית, אחיות בריאות הציבור, מרפאה באמנויות וצוות פרה-רפואי. במקרה הצורך ניתן ייעוץ של רופא מומחה בפסיכיאטריה של הילד וכן רופא מומחה בפדיאטריה התפתחותית. התחנה מהווה מוסד מוכר להכשרה ולהתמחות בפסיכולוגיה קלינית והתפתחותית, וכן בעבודה סוציאלית ובתחומי תרפיה שונים.

עיקרי התפיסה הארגונית והחשיבה הטיפולית:

- ☐ חשיבות האיתור והטיפול המוקדם בבעיות רגשיות והתפתחותיות של הילד כבר בגיל הרך.
- ☐ חשיבות קיום שירות מקיף, זמין ונגיש.
- ☐ חשיבות ההתמודדות עם הסטיגמה הכרוכה בפנייה לטיפול פסיכולוגי בשירות המזוהה עם חריגה מהנורמה.
- ☐ חשיבות איגום המשאבים הקיימים בקהילה ואשר עשויים לתרום לקידום המטרות של איתור, אבחון וטיפול בילדים בגיל הרך.

המבנה הארגוני:

השירות מבוסס על מתן טיפול מרפאתי בתוך הקהילה. קיימת חלוקה ליחידות קהילתיות-אזוריות הקשורות אל יחידת האם השוכנת בלשכת הבריאות המחוזית. מידע משלים ניתן לקבל במשרד הראשי של התחנה:

טל: 04-8619726, פקס: 04-8619795

מרכז הגנה לילדים ולנוער

רח' צ'ילה 6 קרית יובל, ירושלים
מרכז ההגנה הוא שירות לאבחון, לחקירה ולהתערבות ראשונית של ילדים ובני-נוער שנפגעו מינית, פיסית ונפשית או שסבלו מהזנחה מתמשכת. המרכז הוא פרי יוזמת "אשלים" ושותפים לו: משרד הרווחה, המשרד לביטחון פנים – משטרת ישראל, משרד המשפטים, משרד הבריאות, עיריית ירושלים ובית חולים "הדסה" עין-כרם. בעקבות מרכז ראשון זה מתוכננים שמונה מרכזים נוספים בפרסה

מטרות המרכז:

1. אבחון, חקירה והתערבות ראשונית של ילדים נפגעי התעללות או הזנחה, בהליך מידי וקצר מועד, בתנאים נוחים, ככל האפשר, לנפגע ולבני משפחתו.
2. ייעול וקיצור ההליכים הנדרשים לצורך קבלת החלטות לגבי ילדים ובני נוער שנפגעו או הזנחו.

במרכז ההגנה פועלים תחת קורת גג אחת כל אנשי המקצוע שלוקחים חלק בתהליך החקירה והאבחון: פקידות סעד, עובד סוציאלי של הרשות המקומית, חוקרת ילדים, עובד נוער (חוקר) של משטרת ישראל, רופא, אחות, ופרקליט. עד כה, ילד שחשף סוד התעללות, נאלץ בדרך כלל לעבור הליך מסובך ומורכב שכלל היטלטלות משירות אחד למשנהו, כמו: בית הספר, פקיד הסעד, משטרה, חוקר ילדים, רופא, עובד סוציאלי בשירותי הרווחה המקומיים ועוד. תהליך זה ארך זמן רב, ותוך כך, הילד נאלץ לחזור ולחוות את הטראומה פעמים רבות.

מרכז ההגנה הוא שירות אמבולטורי המאפשר התערבות מידית וקיצור תהליכים באופן משמעותי ביותר. בדרך כלל, תהליך האבחון והחקירה ייערכו כשבוע ימים, זאת בזכות נגישות הצוות הרב מקצועי הפועל במרכז וכן בשל אמצעי הצפייה המיועדים לחקירת הילד (מראה חד-כיוונית וטלוויזיה במעגל סגור) והמאפשרים לאנשי הצוות לצפות בחקירה. כך נחסך מהילד הצורך לחזור שוב ושוב על פרטי סיפורו. המרכז מיועד לילדים ולבני נוער שטרם מלאו להם 18 שנים וכן לבני משפחותיהם (שאינם הפוגעים) מאזור ירושלים והסביבה.

קיימת אפשרות להגיע לפגישת התייעצות אחת בלי צורך להזדהות.

הפנייה אל המרכז היא באמצעות תיאום טלפוני (02-6415342).

המרכז פועל בימים א-ה בין השעות 8.30-16.30.

בנושא: קטינים נפגעי אלימות במשפחה ניצול מיני והזנחה

טבלה מרכזת

| פרטי החוזר | הוראות הנהל |
|--|---|
| <p>חוזר מנכ"ל מס' 20/90 מיום 28.8.90 בנושא: "טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע".</p> <p>(עודכן בחוזר מנכ"ל 2/94 מיום 21.1.94</p> <p>חוזר מנכ"ל מס' 25/03 מיום 19.11.03</p> <p>וחוזר מנכ"ל מס' 26/03 מיום 19.11.03)</p> | <p>קובע חובת מינוי ועדה קבועה לטיפול בנפגעי אלימות בבתי החולים הכלליים ולשכות הבריאות אשר תכלול רופא, אחות ועובדת סוציאלית. קובע את דרכי הבירור והטיפול עם התעוררות החשד: בבתי החולים - קריאה לעו"ס כונן, דיווח לפקיד הסעד או למשטרה, דרכי התייעוד והרישום, אשפוז הגנתי עד 24 שעות, חובת ההודעה על פי פקודת בריאות העם, דרכי השחרור, דיווח חודשי מרוכז למשרד הבריאות.</p> <p>בשירותים הקהילתיים - חובת ההודעה על פי חוק העונשין ואופן ההודעה, מתן טיפול ראשוני בתיאום עם פקיד הסעד או המשטרה, דרכי הרישום והדיווח למרכז הוועדה האזורית ולמשרד הבריאות.</p> |
| <p>חוזר מנכ"ל מס' 3/94 מיום 21.1.94 בנושא: "הודעה על חשד לפגיעה בקטין, בחסר ישע או אלימות במשפחה".</p> | <p>כולל טופס מעודכן להודעה על חשד לפגיעה בקטין שיש להעביר בכל מקרה למרכז הוועדה הקבועה לנושא אלימות וטופס ריכוז נתונים חודשי שיש להעביר ליו"ר הוועדה הארצית לנושא אלימות - מאגר הנתונים הארצי בנושא.</p> |

| הוראות הנוהל | פרטי החוזר |
|---|---|
| <p>קובע את חובת הדיווח לפקיד הסעד או למשטרה בכל מקרה של חשד להתעללות או הזנחה בקטין או חסר ישע על-ידי האחראי עליו. מגדיר חובת מינוי ועדה קבועה לנושא אלימות במשפחה במחוזות ונפות משרד הבריאות בהתאם להנחיות מנכ"ל משרד הבריאות (חוזר מס' 20/90 מיום 28.8.90).</p> | <p>חוזר ראש שירותי בריאות הציבור מס' 615/96 מיום 4.2.96 בנושא: "תדריך לטיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מינוי והזנחה של קטינים וחסרי ישע בשירותי הבריאות הקהילתיים".</p> |
| <p>קובע הליך מהיר לביצוע בדיקה ראשונית (בדיקת מיון, בדיקה ראשונית או בדיקת רופא מומחה) בכל פנייה למסגרת טיפול בבריאות הנפש בה מועלה חשד להתעללות נפשית, גופנית או מינית בקטין. יש לקבל את הקטין לבדיקה על-ידי מטפל מוסמך לא יאוחר מ-3 ימי עבודה לאחר הפנייה. הנוהל מגדיר את דרכי היישום והדיווח במקרים אלה.</p> | <p>חוזר ראש שירותי בריאות הנפש מס' 71/002 מיום 1.12.02 בנושא: "בדיקה נפשית של קטינים נפגעי התעללות נפשית, גופנית או מינית".</p> |
| <p>מצרף מאמר מעיתון הרפואה המציג מסקנות ועדת בדיקה אשר מונתה על-ידי מנכ"ל משרד הבריאות לבדיקת כשל באיתור זיהוי קטין נפגע התעללות במשפחה. המאמר מציג את השתלשלות האירועים ואת המלצות הוועדה.</p> | <p>חוזר מינהל הרפואה מס' 62/2002 מיום 16.12.02 בנושא: "קטינים נפגעי התעללות".</p> |
| <p>מציג את הוראות החוק והנוהל לציבור רופאי השיניים המטפל בילדים ונוער.</p> | <p>נוהל בריאות השן מס' 4.1 מיום 1.2.03 בנושא: "דרכי איתור זיהוי ודיווח על קטינים נפגעי אלימות".</p> |

| הוראות הנוהל | פרטי החוזר |
|--|---|
| <p>מגדיר חובה בכל מקרה בו מתעורר חשד לאפשרות של פגיעה בקטין בתוך המשפחה לבדוק היסטוריה של פניות למיון/אשפוז בבתי חולים אחרים באזור.</p> <p>האחריות לריכוז המידע והעברתו לידיעת הצוות המטפל לצורך ביצוע האבחנה המבדלת היא על העובד הסוציאלי של בית-החולים הנקרא לטפל במקרה.</p> | <p>חוזר מנכ"ל מס' 20/03 מיום 23.9.03 בנושא: "העברת מידע בין מוסדות רפואיים לאיתור וזיהוי קטינים נפגעי אלימות במשפחה".</p> |
| <p>מגדיר במפורט את דרכי הבדיקה והטיפול בנפגעי/ות תקיפה מינית המגיעים או מובאים לקבלת טיפול רפואי עד שבעה ימים מיום הפגיעה.</p> <p>החוזר קובע הקמה של מרכזים רב תחומיים מומחים לנושא במסגרת בתי חולים אשר יוכרו לעניין זה (כיום בי"ח וולפסון ובי"ח בני ציון).</p> <p>הבדיקה והטיפול במסגרת מרכזים אלה הנם רב-תחומיים וכוללים את הבדיקה הרפואית-משפטית, הטיפול הרפואי והסיעודי המונע, והטיפול הפסיכו-סוציאלי.</p> <p>הנוהל על נספחיו מגדיר את פרוטוקול הבדיקה והטיפול בתחומים השונים ומתייחס לדרישות החוק בכל הקשור לנפגעים קטינים.</p> <p>כלל בתי החולים מחויבים ליישם פרוטוקול זה ככל הניתן במצבים בהם לא ניתן או לא רצוי להעביר את הנפגע/ת למרכזים הייעודיים לנושא.</p> | <p>חוזר מנכ"ל מס' 24/03 מיום 9.11.03 בנושא: "טיפול בנפגעי/ות תקיפה מינית".</p> |

| הוראות הנהל | פרטי החוזר |
|--|---|
| <p>מגדיר את דרכי האיתור של קטינים נפגעי התעללות והזנחה באשפוז ובקהילה; תהליך הבירור והטיפול עם התעוררות החשד לפגיעה בקטין; קביעת דרכי הדיווח והעברת המידע לפקיד הסעד או למשטרה כנדרש בחוק; קביעת דרכי הרישום ותיעוד הראיות לצורך מיצוי ההליך המשפטי, דרכי ההפניה והמעקב אחר קטינים שהופנו להמשך טיפול. בנוסף, הנהל קובע חובת הכשרה שוטפת למטפלים בילדים במקצועות הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות.</p> <p>החוזר מפרט את הסימנים הקליניים וההתנהגותיים שיש לבדוק באופן שוטף ושגרתי עם התעוררות החשד: יש לקרוא לעובד סוציאלי בריאותי כונן בבית-החולים ולידע את העו"ס מרכזת ועדת האלימות בקהילה, ביצוע בדיקה גופנית ובדיקות נוספות לצורך האבחנה המבדלת, איסוף מידע מבתי חולים באזור, השהיית הנפגע בבית-החולים לצורך הגנה החוזר מבהיר את דרכי הדיווח והעברת מידע לפקיד הסעד או למשטרה, מגדיר באלו מצבים רצוי לדווח למשטרה ומנחה לגבי אופן התיעוד. בעת השחרור מבית-החולים חובת יידוע גורמי הבריאות הרלוונטיים בקהילה; קופ"ח, טיפת חלב והעובדת הסוציאלית הממונה לנושא בקופת החולים.</p> | <p>חוזר מנכ"ל מס' 25/03 מיום 19.11.03 בנושא: "איתור זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה".</p> |

| הוראות הנהל | פרטי החוזר |
|---|--|
| <p>קובע חובת מינוי ועדה קבועה לנושא האלימות במשפחה הכוללת: רופא, אחות ועובד/ת סוציאלית בכל אחד מבתי החולים הכלליים, לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות, מחוזות קופות החולים, בבתי החולים ובמרפאות לבריאות הנפש. במסגרת הוועדה תפעל תת ועדה מקצועית לנושא הטיפול בקטינים נפגעי אלימות במשפחה.</p> <p>הוועדה אחראית להבטחת הטיפול הנאות בנפגעים/ות, חובת הדיווח, הסדרת שיתוף הפעולה עם הגורמים המטפלים בקהילה, הפעלת תכניות הדרכה להכשרת הצוותים המטפלים, פיתוח תכניות למניעה, זיהוי ואיתור מוקדם, הפעלת כלים להבטחת איכות, ריכוז נתונים חודשי ודיווחם למאגר המידע הארצי של משרד הבריאות.</p> <p>הנהל קובע כי אחת לשנה, לפחות, יכנס העובד הסוציאלי מרכז הוועדה הקבועה לנושא האלימות בלשכת הבריאות המחוזית את מרכזי ועדות האלימות של שירותי הבריאות באזורו לקידום ההבנה והטיפול בתופעה בראייה אזורית.</p> | <p>חוזר מנכ"ל מס' 26/03 מיום: 19.11.03 בנושא: "מינוי ועדות קבועות לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע".</p> |

חוזרי המנהל הכללי וחוזרי מינהל הרפואה מפורסמים באתר משרד הבריאות

www.health.gov.il

- כהן, ח. (1993). ערכיה של מדינה יהודית ודמוקרטית - עיונים בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו. **הפרקליט, ספר היובל 9**.
- לביא-קוצ'יק, נ. (2000). **חוברת הדרכה לאיתור ילדים בסיכון**. הוצאת אשלים, משרד העבודה והרווחה ומשרד החינוך, ירושלים.
- מאסס, מ. (1990). סיכון, סכנה ופגיעות ביחסים בין הורים לתינוקותיהם - השיטה להערכה ולהתערבות. **חברה ורווחה, י"ב 391-403**.
- מונק, א.כ. (1984). **שכר והענשה בחינוך**. הוצאת המסורה, בני ברק.
- מורג, ת. (1962). **היבטים משפטיים של זכויות הילד**, מאמר מבוסס על הרצאה, תדפיס של המועצה לשלום הילד, ירושלים.
- מורג, ת. אלבשן, י. (1996). **החוק והילד**. קובץ חקיקה, הוצאת הגיגים, תל-אביב.
- מרום, מ. עוזיאל, ל. (2001). **סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון**. דמ-01-371; ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל, ירושלים.
- נאון, ד. מורגנשטיין, ב. ריבליס, ג. (2000). **ילדים עם צרכים מיוחדים, הערכת צרכים וכיסוים על ידי השירותים**. דמ-355-00; ג'וינט, מכון ברוקדייל, ירושלים.
- סויה, ר. (1986). ילדים מוכים-הגורמים המשפיעים על דיווח של רופאים. **רופא המשפחה, כרך י"ד**. 169-180.
- פינצי, ר. כהן, א. זיצמן, א. (2000). מאפיינים והשלכות של התעללות רגשית בילדים ומתבגרים. **הרפואה, כרך 138 חוב' ג**.
- פלד, ת. קדמן, י. (2001). **עם ילדים - בלי מכות**. המועצה הלאומית לשלום הילד, ירושלים.
- פרידמן, מ. (1993). גישת היהדות להכאת ילדים למטרות חינוך. מתוך: **חינוך באלימות לאלימות**. המועצה לשלום הילד.
- פרניס, ט. (1995). **התעללות מינית בילדים**. הוצאת אח, קריית ביאליק.
- קדמן, י. (1992). החוק למניעת התעללות בקטינים וחסרי ישע - נקודת מפנה ביחס החברה הישראלית להתעללות בילדים. **ביטחון סוציאלי, 38**, 135-146.
- קסטל-דויטש, צ. (1998). **ילדים קורבנות של ניצול מיני: קווים מנחים לאבחנה גופנית**.
- שביט, ז. (1996). **מעשה ילדות: מבוא לפואטיקה של ספרות ילדים**. עם עובד, האוניברסיטה הפתוחה.
- שיין, מ., בידרמן, א., באראס, מ., בנט, ל., בישראל, ב., בורקן, ג., פוגלמן, י., גורדון, ל., שטיינמץ, ד., קיטאי, א. (2001). "התעללות מינית בילדות - שכיחות התופעה בעברם של מבוגרים המבקרים אצל רופאי משפחה בישראל. בתוך: **ילדים כקורבנות התעללות במשפחה**". המועצה הלאומית לשלום הילד, המרכז לחקר ועיצוב מדיניות, ירושלים.
- שלו, מ. (1995). **השפעת יחסי הורה-תינוק על התפתחות הילד - סיכון, מניעה וטיפול**. בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- תומיסון, א.מ. (1996). **הזנחה - התחום המוזנח של התעללות בילדים**. המועצה לשלום הילד והסתדרות הרפואית, ירושלים.
- תכנית אב לאומית לנושא ילדים ונוער בסיכון ואלימות במשפחה (1998). משרד העבודה והרווחה, ירושלים.

- Anderson, E., Steinberg, K., Ferretti, L. & Levin, M. (1992). "Consequences and dilemmas in therapeutic relationships with families resulting from mandatory reporting legislation". **Law and Policy** 14, 241-256.
- Bargai, N. & Shalev, A. (2001). Child abuse and adult psychopathology. **Dialogue** (Hebrew), 15, 180-194.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment an ecological integration. **American Psychologist**, 33 pp. 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: Ecological Analysis. **Psychological Bulletin**: 114(3) 413-434.
- Berger, D.K. Rolob, Y. Sachs, J. & Wilson, B. (1989). Child abuse and neglect: An instrument to assist with case referral decision making . **Health and Social Work**, 14, 60-73.
- Blizard, R.A. & Bluhm, A.M. (1994). Attachment to the abuser: Integrating object relations and trauma theories in treatment of abuse survivors. **Psychotherapy**, 31, 383-390.
- Brazelton, B. & Carmer, B. (1990). Observing early interaction. In: Brazelton, B. & Carmer, B (Eds). **The Earliest Relationship**, pp: 82-127 Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brosig, C.L. (1992). Child abuse reporting decisions: Some key issues and empirical findings. **Child Youth and Family Services Quarterly**, 15, 10-12.
- Burland, J.A. (1994). Splitting as a consequence of severe abuse in childhood. **Psychiatric Clinics of North America**, 17, 731-742.
- Calam, R. & Franchi, C. (1987). **Child Abuse and its Consequences - 4 Observational Approaches**. N.Y. Cambridge University Press.
- Corwin (1990). From Annotation: Putting the Puzzle Together: Validating Allegations of Child Sexual Abuse. Marsha L. Heiman.
- .11 מתוך הורוביץ, ד. (1997). **פגיעות מיניות בילדים** אסופת מאמרים מס. 2 עמ' 11.
- Cox, O., Owen, M., Lewis, J., Reide, C., ScalfMcIver, L. & Suoter, A. (1985). Intergenerational influences on the parent-infant relationship in the transition to parenthood. **Journal of family issues**, 6, 543-564.
- Dale, D., David, M., Mirrison, T. & Waters, L. (1986). **Dangerous Families**. London Routledge.
- Dong, S.K. (1986). How physician respond to child maltreatment cases. **Health and Social Work**, 1, 95-106.
- Garbarino, J., Guttman, E. & Seeley, J.Y. (1987). **The Psychological Battered Child**. San Francisco, Jossey-Bass Pub.
- Gilbert, N. (1997). **Combating Child Abuse: International Perspectives and Trends**. N.Y. Oxford University Press.
- Green, A.H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and longterm effects and intervention. **Journal of Psychiatry**, 38, 890-902.
- Groth & Freeman (1979). From Child Sexual Abuse: Immediate and Long Effects and Intervention Green, A.H.. 37 עמ' 37 מתוך הורוביץ, ד. (1997). **פגיעות מיניות בילדים** אסופת מאמרים מס. 2 עמ' 37.

- Emde, R. (1988). Introduction: Reflection on mothering and on experiencing the early relationship experience. **Infant Mental Health Journal**, 9, 4-11.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). **Psychoanalytic Studies of the Personality**. London: Routledge and Kegan Paul.
- Finkelhor, D. (1987). **A Sourcebook on Child Sexual Abuse**. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, 18, 509-417.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization, **American Journal of Orthopsychiatry**, 55, 530-541.
- Finzi, R., Ram, A., Shnit, D., Har-Even, D., Tyano, S. & Weizman, A. (2001). Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. **American Journal of Orthopsychiatry**, 71 (1), 98-107.
- Fitzpatrick, G., Reder, P., & Lucey, C. (1995). Assessing treatability In : Reder, P. & Lucey, C. (Eds.). **Assessment of parenting**. pp. 1-2-117. London: Routledge.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt A. (1991). **Measuring the ghost in the nursery: A summary of the main findings of the Anna Freud Centre – University College London. Parent-Child Study. Bull. Anna Freud Centre**, 14, 117-131.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. **American Academy of Child Psychiatry**, 14, 387-421.
- Freeman, K.A. & Morris, T.L. (2001). A review of conceptual models explaining the effects of child sexual abuse. **Aggression and Violent Behavior**, 6, 537-373.
- Hart, SM. & Brassard, MR. (1987). Psychological maltreatment. **A Psychologist**, 42:160-165.
- Harper, G. & Irvin, E. (1985). Alliance formation with parents: Limit setting and the effect of mandated reporting. **American Journal of Orthopsychiatry**, 55, 550-560.
- Heiman, M.L. (1962). Annotation: Putting the puzzle together: Validating, allegations of child sexual abuse. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 33, 311-312.
- Herman, J.L. (1992). **Trauma and recovery**. New York: Basic Books.
- Iwaniec, D. (1996). **Emotionally Abused Child**. London: Willey.
- Kempe, C.H., Siverman, FN. & Steele B.F. (1962). **The Battered Child Syndrome**. *Jama* 181, 17-24
- Kessler, D.B. & Hysden, P. (1991). Physical, sexual & emotional abuse of children. **Ciba Geirgy**, 43, 2-3.
- Krugman, R.D. (1990). "Physical and sexual abuse". In: Haggerty, G.M. (ed) **Ambulatory Pediatrics**.
- Lamb, M.E. (1994). The investigation of child sexual abuse. An interdisciplinary consensus statement. **Journal of Child Sexual Abuse**, vol. 3(4)

- Lawrence, S. & Wisow, L.S. (1995). Child Abuse and Neglect. **New England of Medicine**, **332(2)**, .1431-1425
- Lynch, M. (1991). Patterns of relatedness in maltreated and non Maltreated children: Connections 226-among multiple representational models. **Development and Psychopathology**; **Vol 3 (2)**: 207
- Miller, A. (1983). **For Their Own Good**. New York, Free Press.
- Morris, J.L., Johnson, C.F. & Clason, M. (1985). To report or not to report: Physicians attitudes toward discipline and child abuse. **American Journal of Diseases of Children**. 139, 194-197.
- Mraovich, L.R. & Wilson, J.F. (1999). Patterns of child abuse and neglect associated with chronological age of children living in Midwestern County. **Child Abuse & neglect**, **Vol. 23(9)**, 899-903.
- Mrazek, P.J. & Mrazek, D.A. (1987). Resilience in child maltreatment victims conceptual exploration. **Child Abuse and Neglect**, **11**, 357-366.
- Naon, D., Morginstin, B., Schimmel, M., Rivlis, G. (2000). **Children with Special Needs: An Assessment of Needs and Coverage by Services**. JDC-Brookdale Institute/ Jerusalem.
- National Research Council (U.S.). (1993). **Understanding Child Abuse and Nneglect**. Washington D.C. National Academy Press.
- Osofsky, J., .Hann, D., Peebles, C.(1993), Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In Zeanah, C. (ed.). **Handbook of Infant Mental Health**, pp: 106-120, N.Y/ London. The Guilford Press.
- O'Toole, W.A.R., O'Toole R., Webster, S. & Lucal, B. (1994). Nurses Responses to Child Abuse. **Journal of Interpersonal Violence**, **9(2)**, 194-206.
- Paolucci, O.E, Genuis, M.L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. **Journal of Psychology**, **135**, 17-36.
- Pearce, J.W. & Pezzot-Pearce, T. (1997). **Psychotherapy of Abused and Neglected Children**. New York: Guilford.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). **Journal of Traumatic Stress**, **10**, 3-16.
- Perin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. **Journal of Child Psychology, and Psychiatry**, **41**, 277-289.
- Pfefferbaum, B., & Allen, J.R. (1998).Stress in children exposed to violence. **Child & Adolescent Psychiatry Clinics of North America**, **7**, 121-135.
- Pollak, J. & Levy, S. (1989). Counter transference and failure to report child abuse and neglect. **Child Abuse and Neglect**, **13**, 515-522
- Price, M. (1994). Incest and the idealized self: Adaptations to childhood sexual abuse. **American Journal of Psychoanalysis**, **54**, 21-39.

- Reece, R.M. (1994). **Child Abuse: Medical and Management**. Philadelphia Lea & Febiger.
- Rosen, I. (1991). Self-esteem as factor in social and domestic violence. **British Journal of Psychiatry**, **158**, 18-23.
- Rosenthal, K. (1988). The inanimate self in adult victims of child abuse and neglect. **Social Casework**, **69**, 505-510.
- Samson, A.Y., Bensen, S., Beck, A., Price, D. & Nimmer, C. (1999). Post-traumatic stress disorder in primary care. **Journal of Family Practice**, **48**, 222-227.
- Seghom. (1987). From Child Sexual Abuse: Immediate and Long Effects and Intervention. Green. A.H. מתוך הורחביץ, ד. (1997). **פגיעות מיניות בילדים**. אסופת מאמרים מס. 2 עמ' 37
- Spaide, R.F., Swengel, R.M. & Schane, D.W. (1990). Shaken Baby Syndrome. **American Family Physician**, **41**, 1145-1152.
- Sroufe, A.L. (1989). Relationship, self and individual adaptation. In Emde, R. & Sameroff, A. (Eds.). **Relationship disturbances in early childhood**, pp: 70-94. New York: Basic Books.
- Straus, M., Gelles, R.T. & Steinmetz, S.K. (1980). **Behind Closed Doors: Violence in the American Family**. N.Y. Anchor Press.
- Steinberg, M, Levine, M. & Doueck, H.J. (1997). Effects of Legally mandated child abuse reports on therapeutic relationships: A survey of psychotherapists. **American Journal of Ortho-psychiatry**, **67**, 112-122.
- Stern-Bruschweiler, N. & Stern, D. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. **Infant Mental Health Journal**, **10**, 142-156.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration of Children, Youth and Families. Child Maltreatment 2002. Washington, DC: Government Printing Office, 2004.
- Watson, H. & Leving, M. (1989). Psychotherapy and mandated reporting of child abuse. **American Journal of Orthopsychiatry**, **59**, 246-255.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. & Herman, J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. **American Journal of Psychiatry**, **148**, 1665-1671.
- Yoel, B. & Dolev, T. (2000a). **The Identification of Children at Risk through Family Health Center Nurses as an Instrument for Planning Services and Examining the Extent and Types of Needs**. JDC-Brookdale Institute, Jerusalem.
- Zeanah, C. & Anders, T. (1987). Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working model. **Infant Mental Journal**, **8**, 237-250.

- האמנה הבין לאומית לשלום הילד. רשומות- כתבי אמנה 1038.
 ערעור ע"פ 4596/98 פלונית נגד מדינת ישראל.
 דנ"פ 9003/96 פיזנטי נ' מדינת ישראל.
 ע"פ 19 (7 - 53), פקודת נזיקין (נוסח חדש) סעיף 7(24).
 ברק א. פרשנות במשפט, כרך ג', פרשנות חוקתית (25), עמ. 435.
 חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסוט, תשכ"ב-1962.
 חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960.
 חוק הנוער (שפיטה, ענישה ודרכי טיפול), התשל"א-1971.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 337.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 345.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 346.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 347.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 348 (ד).
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 349(ב).
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 351.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 361.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 362.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 363.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 364.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 365.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 367.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 368.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 368א.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 368ב.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 368ג.
 חוק העונשין, תשל"ז-1977 תיקון מס. 82 (חובת הדיווח) סעיף 368ד.
 החוק לדיני ראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955.
 החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א 1991.
 חוק פעוטות בסיכון (הזכות למעון יום), התש"ס-2000.

"Identifying Children who are Suffering from Abuse or Neglect"

A guide for Community Health Professionals

Child victims of abuse and neglect have become serious phenomena in Israel, affecting every stratum of society, irrespective of cultural background, nationality, social status, education or parental income. Thousands of young children and teenagers are scarred physically and emotionally and are suffering from deep psychological and health problems that severely inhibit their normal development. Sadly, only a very small percentage of such children are identified and reported to the authorities as the law requires. Consequently, very few children and families receive the professional help that is available.

This dire situation has led to the idea of creating an "identification kit" designed for doctors, nurses, social workers and other community health staff who are in daily contact with such children.

The aims of the kit

1. To make community health professionals aware of the incidence and consequences of child abuse.
2. To emphasize the moral necessity of identifying children who are suffering abuse at home.
3. To clarify the legal obligation of professionals to report cases of child abuse.
4. To provide practical tools for community health professionals to identify children at risk.

Why is it so important for community health workers to become aware of this issue?

1. Because abuse often manifests itself in the child both physically and emotionally with serious ramifications for the child's future.
2. Because health professionals are in daily contact with children in clinics, well baby clinics and community health centers.
3. Because the health professionals monitor children's development over a long period of time, and thus have the ability to identify abnormal behavior or other signs of abuse and to keep track of them. Many children may even share their distress with a

health-care professional. A sympathetic approach can sometimes encourage a child or youngster to divulge the traumas they have experienced.

4. For many of the children, health professionals symbolize help and rescue; who does a child turn to in times of pain if not doctors, nurses and social workers?
5. Because in the long run, the health professionals are the people children and parents visit when they're sick, or in pain. The health professionals develop a personal relationship with them over a long period of time, enabling them to feel more relaxed and even allowing them to expect assistance in times of crisis.

In Israel today there are approximately 330,000 children who have been identified as being "at risk". Of these, over 30,000 are known to have actually suffered abuse. Thousands more are suffering and it is imperative to find ways to identify them as quickly as possible.

Hurting and abusing a child leads to immediate and long-term dysfunction, both physical and emotional. Identifying and examining children at the earliest possible stage is not only essential for the child's protection but also a cost-effective method of reducing medical and psychological treatment required in later life. In effect, doctors and nurses meet all of these children, both those identified and those "suffering in silence". With every child who comes for treatment, identification is largely dependent on the health professional's **knowledge** and ability to identify the signs of abuse and neglect.

The proposed kit will emphasize the health professional's **sensitivity** in observing unusual behavior, her **ability to listen** and his **readiness to become involved** and **determination** to do all in their power (as far as professional ethics permit and to the extent that the law requires reporting every reasonable suspicion of abuse) to save children from experiencing further trauma. Identifying the signs of abuse will undoubtedly aid doctors and nurses in identifying such children and literally saving their lives. It is much easier to report incidents of abuse and neglect when the professional in question is familiar with the reporting procedure, the treatment services that are available and inter-organizational and communal relationships. This in turn increases the chances of successful intervention. The kit is a vital tool in this process because it encompasses all of these elements.

The contents of the kit

1. A detailed manual.
2. A user-friendly CD.
3. A modular training program.

1. The Manual

The manual is divided into three sections:

- a. The first section consists of five chapters: a general introduction to the issue of child abuse, with descriptions of its different expressions: physical, emotional and sexual; and a chapter on neglect. These chapters provide extensive information on identifying the signs and distress signals displayed by children abused in each of the above-mentioned categories.
- b. The second section deals with practical responses in four chapters: assessment, consultation, intervention techniques, and the legal obligation to report occurrences.
- c. The third section consists of various appendices, including: a summary of the main laws dealing with children at risk; the range of existing services for child protection and other relevant professional agencies, and general guidelines issued by the Ministry of Health.

2. The CD

The CD deals with practical responses available to health professionals: how to approach the problem; how to reduce or prevent abuse and the variety of strategies to be adopted in treating a child abuse victim. The CD includes:

- A visual presentation of different signs of abuse, which allows for quick and early identification.
- Information and direction for identifying children suffering from abuse.
- Information and guidance in practical methods for preventing further occurrences of abuse once the child has been identified.
- Cross-references with the manual for those wishing to enrich their understanding of the subject.

3. The Training Program

This section includes a manual, which presents modular training programs for professional teams involved in the prevention of child abuse. Detailed suggestions are offered for teaching methodology, didactic methods and means of imparting information, as well as references to relevant academic material. In addition there is a guide to using the CD in training programs.

Much attention has been given to ensuring the accessibility of all three parts of the kit. It has been written concisely in order to serve as an easy, practical tool in identifying children at risk. We hope that this initiative will be effective and the professional community will learn to use it in furthering their work to treat and assist children who are at risk of and have experienced abuse and ne

בישראל חיים כיום מעל ל-350,000 ילדים במצבי סיכון שונים. חלק גדול מהם חשופים לפגיעות, התעללות והזנחה דווקא מצד אנשים החיים בסביבתם הקרובה והאמורים לדאוג לשלומם ולרווחתם.

זוהי תופעה חברתית קשה, המצויה בכל שכבות האוכלוסייה. תוצאותיה משאירות צלקות עמוקות בנפשותיהם של ילדים ובני נוער ויש לה השלכות חמורות על בריאותם והתפתחותם בעתיד. בפועל, רק אחוז קטן מהמשפחות והילדים הסובלים מהתעללות או מהזנחה מאותרים ומדווחים לרשויות, כנדרש על-פי החוק.

"לדבר את השתיקה" מביא בחלקו הראשון רקע עיוני והיסטורי על תופעת ההתעללות בילדים לצורותיה השונות: פיזית, נפשית, מינית והזנחה. בהמשך, ניתן ללמוד כיצד מבחינים בסימני התעללות, איך מפענחים איתותי מצוקה של ילדים ואל מי פונים לאבחון, להתייעצות, להתערבות ולמימוש חובת הדיווח.

הספר מיועד לרופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומטפלים אחרים במערכות הבריאות בקהילה, ועשוי לעניין כל איש מקצוע העובד עם ילדים.

שמואל גולדשטיין – עובד סוציאלי בכיר, עוסק בפיתוח תכניות חברתיות ומשמש כפרוייקטור באשלים, בתכנית "איתור ילדים בסיכון". פרסם עד כה שבעה ספרים וחוברות רבות להדרכת עובדים בשירותי הרווחה.



אשלים:

גבעת הג'וינט, ת.ד. 3489
ירושלים 91034
טל. 02-6557179
פקס. 02-6557560
ashalim@jdc.org.il
www.ashalim.org.il

משרד הבריאות:

רח' בן טבאי 2
ירושלים 91010
טל. 02-6705705
www.health.gov.il

