



האגודה הישראלית
של קלינאי התקשורת

The Israeli Speech Hearing and Language Association
04-9075556 :טלפקס office@ishla.org.il www.ishla.org.il



מאי 2025

נייר עמדה

קווים מנחים לעבודת קלינאי תקשורת במצבי טראומה, דחק ומצוקה

האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת

השתתפו בכתיבה :

חלי צוילינג (מרכזת), מדריכה ארצית לקלינאי תקשורת, משרד החינוך. דוקטורנטית, אוניברסיטת
תל אביב

שירי אופיר, מדריכה ארצית לקלינאי תקשורת, משרד החינוך

משה הרשקוביץ', דוקטורנט בחוג להפרעות בתקשורת באוניברסיטת חיפה. המכללה האקדמית
שאנן לחינוך

נעמה יהודה, קלינאית תקשורת ו-Speech Language Pathologist, ייעוץ הדרכות וקליניקה
פרטית, מנהטן, ניו יורק

ד"ר עינב ישראל, קלינאית תקשורת, מדריכת קלינאי תקשורת במרכזים לבריאות הנפש "גהה"
ו"שלוותה", אחראית תחום שפה ותקשורת בחטיבת דיור ותעסוקה, אלו"ט

נמר צ'רקה, קלינאית תקשורת, רכזת תוכניות הכשרה בתחום בריאות והגיל הרך, מכון "חרוב"

ד"ר אריאלה יוקל, קלינאית תקשורת, אוניברסיטת תל אביב

הערה : נייר העמדה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים.



הקדמה

בנייר עמדה זה, האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת מציגה את קווי היסוד לתפקידם של קלינאי תקשורת באבחון וטיפול בילדים ומבוגרים המתמודדים עם מצבי טראומה, דחק ומצוקה, במטרה להביא לידיעת צוותים רפואיים, חינוכיים וטיפוליים את תפקידם, אחריותם ותרומתם של קלינאי תקשורת בצוות המטפל במצבים אלה, ואת הרציונל העומד בבסיס תפקידם בתחום. המסמך ישמש להתוויית תכנון ומעורבות של קלינאי תקשורת בטיפול במצבי טראומה.

עיסוקם של קלינאי תקשורת בתחום: קלינאי תקשורת מטפלים בילדים ומבוגרים שחוו טראומה על פי הידע המקצועי המעמיק על התפתחות השפה הדבורה והכתובה. קיים קשר הדדי בין התפתחות תחומי השפה השונים, לבין יכולות לימודיות, קוגניטיביות, תקשורתיות-חברתיות ורגשיות בגיל הילדות והבגרות, והשפעת מצבי דחק ומצוקה על שפה, התפתחות ותקשורת. לקלינאי תקשורת מקום חשוב וחיוני בטיפול באנשים שעברו טראומה בתכנון, חשיבה ודיון בהתערבות טיפולית על ידי צוותי הטיפול, בהערכת תפקוד האדם, טיפול והצעת דרכי התערבות ואסטרטגיות תואמות גיל לפיצוי תקשורתי במצבי טראומה ומשבר.

ישנה חשיבות מרכזית לטיפול קלינאי תקשורת באנשים שחווים מצבי טראומה דחק ומצוקה, בשל הקשר ההדדי בין יכולות שפה ויכולות חשיבה והשפעתן על ויסות והתמודדות. השפה היא כלי חיוני להבנה, הבעה ועיבוד, וקלינאי תקשורת מהווים נדבך מרכזי בכל צוות התערבות חינוכי, רפואי וטיפולי. כיום, בישראל, קלינאי תקשורת עוסקים בתחומי הכשרתם בטיפול בהפרעות דיבור ספציפיות הקשורות ומושפעות מטרומה ומצבי דחק. קלינאי תקשורת עובדים במרכזי שיקום, בבתי חולים ובמסגרות חינוך וטיפול שונות, ומטפלים בהפרעות, תסמינים וקשיים הקשורים למצבי דחק כגון, אילמות סלקטיבית, גמגום, אפוזיה קונברסיבית, וכן בקשיי שפה, תקשורת והתפתחות, המושפעים גם הן מטרומה וממצבי דחק. כחלק מתפקידם, קלינאי תקשורת תומכים ומטפלים במיומנויות שפתיות ותקשורתיות, שמחד הינם כישורים הפגיעים לטרומה, ומאידך חיוניים להתמודדות ועיבוד של מצבי דחק וטרומה. בנוסף, קלינאי תקשורת מהווים מוקד ידע ייחודי להתאמת מערכות תת"ח (תקשורת תומכת חליפית) לאנשים המתקשים לתקשר, מיעצים לצוותים בסוגיות הקשורות למזעור פגיעות ושיפור תגובה במצבי דחק ולעיבוד חוויות טראומטיות במקרים שבהם יכולות ההבנה והבעת השפה של המטופל מוגבלות. לקלינאי תקשורת תפקיד חשוב בתהליכי חקירה והעצה של ילדים ובוגרים עם קשיים שפתיים, קוגניטיביים ותקשורתיים שחוו טראומה, ובהנגשת חקירות מיוחדות באמצעות תת"ח והתאמה שפתית לאוכלוסיות אלה. בהתאם לנוהלי פרקליטות המדינה כיום, קלינאי תקשורת מיעצים למשטרה בחקירת ילדים עם צרכים מיוחדים ובהתנהלות עם ילדים בעלי יכולות הבנה והבעת שפה מוגבלות.

בתקופות חירום, מלחמה וטרור, כשעולה הסיכון לטרומה בכלל, ולטרומה נוספת ומורכבת באוכלוסיות בסיכון בפרט, קיימת חשיבות רבה למודעות בעלי מקצוע לרקע של טראומה אצל מטופלים, ולהבנת ההשלכות של טראומה על היבטים שונים של התפתחות, התנהגות, ויסות, שפה

ותקשורת. קלינאי תקשורת היוו חלק ממערך ההתנדבות והסיוע הראשוני במלחמת חרבות ברזל, וממשיכים להיות חלק מצוות הטיפול והשיקום המתמודדים עם מצב החירום והשלכותיו.

שותפות בבניית סל שיקום כחלק משותפות העבודה עם הצוותים לאחר אשפוז: תהליכי השיקום נועדו לסייע לאדם לחזור לתפקד בחייו באופן עצמאי ואיכותי ככל האפשר מבחינה פיזית, נפשית וחברתית. השיקום החברתי נועד לסייע לאדם להשתלב בקהילה ובחברה (שטאובר, 2022), והוא כולל, בין היתר, את פיתוח המיומנויות התקשורתיות-חברתיות של האדם, והתאמה לסביבה כגון עבודה עם אנשים נוספים בחלל משותף. לצורך כך נדרשות יכולות תקשורת בין-אישית: יכולת התחשבות באחר, הבנה, הקשבה, פנייה לאחר תוך שמירה על כללי שיח. עבודה על מיומנויות תקשורתיות-חברתיות אלה היא בתחום הטיפול של קלינאי תקשורת. קלינאי תקשורת משולבים בבניית סל השיקום של המטופל, לצד עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק ופסיכיאטר (Joyal, Benneau & Fecteau, 2016).

סדר נייר העמדה: במסמך זה נסקור תחילה (1) את נושא הטראומה, דחק ומצוקה; בהמשך (2) נרחיב על הקשרים ההדדיים שבין טראומה דחק ומצוקה לשפה-למידה, דיבור ותקשורת; וכן (3) על טיפול קלינאי תקשורת בילדים ומבוגרים במצבי טראומה, דחק ומצוקה; ולבסוף (4) נביא את המלצותינו בתחום.

1. טראומה, דחק ומצוקה

הגדרת טראומה בילדים ומבוגרים: על פי ה-DSM-5, טראומה היא מצב דחק רגשי או גופני שהאדם נחשף אליו והוא נחוץ כסכנה קיומית עבורו או עבור אדם קרוב אליו. אירועים טראומטיים הם סובייקטיביים, ומלווים בדרך כלל בתחושת חוסר אונים והצפה פיזיולוגית ופסיכולוגית. ככל שמצב הדחק קיצוני יותר, מתמשך ומערב גורמי סיכון נוספים, הסיכון לתגובות דחק מתמשכות שעשויות לפגוע בתפקוד והתפתחות עולה. תגובות לטראומה עלולות להביא ל"תגובת דחק חריף" או להתפתחות "הפרעה פוסט טראומטית", PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). התסמינים של תגובות לטראומה כוללים הימנעות ממצבים המזכירים את הטראומה, זיכרונות חודרניים, עוררות יתר, התנתקות ועוד. גורמי סיכון שונים עלולים להגביר את הפגיעות לטראומה והשלכותיה, ובהם: מאפיינים אישיים, פיזיים ונפשיים, הצטברות של טראומות מרובות או חוזרות, גיל צעיר בזמן הטראומה, קשיי התפתחות, סביבה דלת גירויים ואי-קבלת טיפול מספק לתסמינים המוקדמים.

טראומה התפתחותית בגיל הרך: מצבי דחק ומצוקה מתמשכים, כגון אלה של מקרי התעללות והזנחה, מהווים סיכון ידוע לטראומה התפתחותית בילדים. במצב הישרדותי זה, בו הילדים נמצאים במרבית זמנם, ישנן השלכות על מבנה ותפקוד המוח, כגון הפרשה מוגברת או פחותה מדי של הורמוני לחץ ופעילות יתר של האמיגדלה, לעומת תת-שגשוג של האזורים הקורטיקליים הטמפורליים והפרה-פונטליים (האחראים בין השאר על תפקודי שפה ותקשורת, קשב, ויסות ותפקודים ניהוליים). חוויית טראומה מתמשכת בילדות מייצרת חוויית עולם מקוטעת ולעיתים כאוטית, שעלולה להשפיע על ההתקשרות, ההתפתחות ועל התפקוד הקוגניטיבי, השפתי

והתקשורת. אכן, ילדים שחוו טראומה נמצאים בסיכון גבוה לקשיי למידה והזדקקות לחינוך מיוחד, ותגובות לטראומה יכולות להביא להשפעות רחוקות טווח לאורך החיים, כולל סיכון מוגבר לבעיות בריאותיות, כלכליות וחברתיות (Cozolino, 2014; Felitti et al., 1998; Spinazzola, 2021; van der Kolk, 2005, 2014).

טראומה עקב מלחמה: טראומה הנובעת מחרדה קיומית עקב חוויות מלחמה וטרור, מהווה גורם סיכון לפגיעה בתפקוד אצל מבוגרים וילדים, ומעלה את הסיכון באוכלוסיות פגיעות. כפי שנוכחנו לראות במלחמת חרבות ברזל, ישנה חשיבות רבה למעורבות של צוותי הטיפול בטראומה, ובהם קלינאי התקשורת. מעורבות הצוותים משפיעים על הפחתת הסיכון ומזעור הסימפטומים הטרומטיים, ומיטיבים עם איכות חיי המטופל.

טראומה רפואית: טראומה רפואית מתרחשת כאשר התערבות רפואית לכשעצמה, או היבטים של המצב הדורש התערבות רפואית, נחווים כטראומטיים. הפגיעות לטראומה רפואית גבוהה אצל אלו שנחשפו לטראומה קודמת וכבר מתמודדים עם מצבי דחק, וכן אצל המתמודדים עם איחור התפתחותי/תקשורתי וקשיים רגשיים והתנהגותיים. הסיכון לטראומה רפואית עולה כשיש ריבוי רכיבים טראומטיים במהלך האירוע (כגון, תחושה של סכנת חיים, חוסר אונים, פריצה של כללים רגילים לגבי פרטיות, גבולות גוף ועצמאות, תחושת בדידות, חוסר תקווה ומחסור בתמיכה, בדיקות פולשניות וכאבים). הסיכון לחוויה של טראומה רפואית עולה כשיש פגיעה בערנות, הבנה, ויכולת תקשורתית על רקע של תרופות מטשטשות, חומרת המחלה/פציעה ורמת הכאב (Kuttner, 2010; Yehuda, 2016).

גם תאונה/מחלה בודדת מעלה סיכון לטראומה כשיש צורך בהתערבויות חוזרות, וכשבני המשפחה חרדים ומתקשים במתן תמיכה, או נחווים כחלק מהטראומה (למשל כשבני משפחה/הורים "מאפשרים" הליכים רפואיים שהילד/החולה לא מסכים להם או לא מבין את הסיבה להם). התערבות רפואית יכולה לשנות את כללי ההתנהלות המוכרים עבור המטופלים ולעורר בלבול ופחד, במיוחד למי שכבר מתמודדים עם קשיי שפה, שמיעה, דיבור ותקשורת. אדם המתקשה לצפות או להבין את הנעשה סביבו, שאינו מבין את סיבת ההליך הרפואי או שמרגיש שאיננו מצליח לתקשר את תחושותיו, עשוי לחוות התערבות רפואית כטראומטית. גם הבדלים בתרבות ונורמות חברתיות עשויים להוסיף לתחושות דחק ומצוקה במהלך התערבות רפואית (Yehuda, 2016).

מצבי התעללות והזנחה: מצבי התעללות והזנחה בילדים שכיחים מאוד בקרב כל שכבות האוכלוסייה, ומהווים סיכון משמעותי לטראומה התפתחותית. כמפורט לעיל, טראומה משפיעה על התפתחות המוח, ההתקשרות והוויסות, ועל יכולת הלמידה והתפתחות השפה והתקשורת. בנוסף לכך, במצבים של התעללות והזנחה קיים לעיתים קרובות גם חסך בתשומה שפתית, במודלים פרגמטיים-תקשורתיים תקינים ובחשיפה אוריינית, שמעלה סיכון להתפתחות תקינה של שפה ותקשורת (Ciolino et al., 2021; Hyter, 2021, 2024; Snow, 2021; Sylvestre et al., 2021; Yehuda, 2016, 2024). הסיכון של ילדים להתעללות והזנחה עולה כשקיימים סיכונים נוספים לטראומה, כולל גורמים מולדים וסיכונים סביבתיים-חברתיים.

ילדים ומבוגרים עם מוגבלויות: ילדים, נוער, בוגרים ומבוגרים עם קשיי התפתחות ובעיות בתקשורת נמצאים בסיכון מוגבר לטראומה, על רקע פגיעות מוגברת להתעללות והזנחה, וכן גם בשל הקשיים הספציפיים שמעלים את הסיכון לחוויות של מצבי דחק ומצוקה. אחוז גבוה מהילדים והאנשים עם קשיי התפתחות ותקשורת מתמודדים לא רק עם קשיי תקשורת ראשוניים אלא גם עם טראומות מצטברות והשפעתן על שפה, תקשורת, התפתחות, למידה, קשר וקשב (Ciolino et al., 2021; Hyter, 2021; Snow, 2021; Sylvestre et al., 2021; Yehuda 2016, 2024). ילדים עם מוגבלויות נמצאים בסיכון מוגבר להתעללות והזנחה בהשוואה לילדים עם התפתחות תקינה, והשפעות טראומה על התפתחות ותפקוד בילדים אלה עשויות להיות משמעותיות יותר (Hershkovitz et al., 2007; Sullivan & Knutson, 2000). באופן ספציפי, אוכלוסיות עם מוגבלויות, ובהם אנשים הנמצאים על הקשת האוטיסטית, עשויים לחוות מצבים יומיומיים כמציפים וטראומטיים, אפילו כאשר סביבתם הנורוטיפיקלית אינה בהכרח מודעת לכך (Golan et al., 2021).

2. הקשרים ההדדיים בין טראומה, דחק ומצוקה ובין שפה למידה, דיבור ותקשורת

התפתחות ורכישת שפה ותקשורת: יכולות חשיבה ושפה מאפשרות לאדם להביע את עצמו ולתקשר עם סביבתו באופן מספק, הדדי ותקשורתי, תוך ראיית יכולותיו וצרכיו העצמיים ואלה של זולתו. האינטגרציה והשימוש ברכיבי שפה ותקשורת כגון אוצר מילים, שליפה מהזיכרון, נרטיב, היבטים של חשיבה חברתית ורגשית שתומכים בהבעת רגשות, זיהוי רצונות והצגתם, זיהוי אמונות ורגשות האחר ותובנות המאפשרות להבין ולפעול באופן מותאם עם הסביבה – כולם קשורים זה לזה ומנוהלים על ידי התפקודים הניהוליים (Executive Functions). זהו מערך יכולות קוגניטיביות גבוהות הכוללות הצבת מטרות, הסקת מסקנות ופתרון בעיות. מצבי דחק וטראומה משבשים את יעילות התפקודים הניהוליים, כך שיכולים להתבטא קושיים בתכנון פעילות מכוונת מטרות ומעקב אחר שלביה, ויסות וניטור של מחשבות, תגובות ופעילויות והתנהגויות מוטוריות, רגשיות וקוגניטיביות, במיוחד במצבים חדשים או מורכבים, הדורשים חשיבה היפותטית ופתרונות יצירתיים (Diamond, 2020; Jurado & Rosselli, 2007; Cristofori, Cohen-Zimmerman & Grafman, 2019). מצבי דחק וטראומה משבשים גם ניהול הקשב, הדרוש להתמודדות עם הסחות והפרעות (Doebel, 2020) ועיבוד סוגי מידע מגוונים, ובכללם שילוב מידע לשוני (Karmiloff-Smith, 1992). כישורים ניהוליים חשובים גם לזיכרון העבודה (Working Memory) מילולי וחזותי מרחבי, הנדרש לשימור ועיבוד מידע, למעקב אחר רצף אירועים לאורך זמן, ליצירת קשרים ותובנות, לחשיבה לוגית וסיבתית, ליצירתיות ולאינטגרציה של מידע קודם וחדש.

יכולות אלה של שפה וחשיבה מאפשרות לאדם להבין, לעבד ולהמליל חוויות, אשר חיוניות להבנה, עיבוד והתמודדות עם טראומה. השפה נלמדת באינטראקציה חברתית. חשיפה לשיח במשפחה ועם מטפל משמעותי לילד מאפשרת רכישה של יכולות שפה דבורה, המנבאות מוכנות ללמידה אקדמית והצלחה בית ספרית וחברתית. השפעת טראומה על שפה ותקשורת ועל הפניות של הילד לעיבוד השפה והבעתה, כמו גם תשומה לשונית נמוכה ויכולת ירודה בשימוש במידע שפתי ותקשורתי במצבי

דחק ומצוקה, מהווים גורמי סיכון להתפתחות שפה ותקשורת. נמצא קשר ישיר בין התפתחות הקוגניציה החברתית וביצועים לשוניים בילדים ובבוגרים (Bulgarelli & Molina, 2013). השפה תומכת ביכולת לתשומת לב משותפת, הנשענת על יכולות ה־T.o.M (Theory of Mind) ועל יכולות הייצוג של החשיבה והחווייה. תהליך רכישת השפה כולל יכולות של קריאת כוונות תקשורתיות ולמידה תרבותית, חברתית-רגשית המאפשרות למידה מתוך אינטראקציה עם הסביבה. בילדים החשופים למצבי טראומה, כגון אלה שקורים תחת הזנחה, התעללות ומצבים אחרים של דחק מתמשך, השכיחות לקושי בהתפתחות השפה ובלימודי חברתית-רגשית גבוהה. חסך בקשרים חברתיים הן בילדות והן בבגרות, כולל אלה הנובעים מחוסר פניות לשפה ותקשורת על רקע תגובות למצבי דחק ומצוקה, מקשים על התפתחות יכולות למידה, קשר, ויסות ותפקוד תקין. איכות היחסים הבין-אישיים של ילדים ויציבותם משפיעה על דימוי עצמי, תחושת ביטחון, בריאות נפשית, פניות ללמידה והישגים, וכן על פיתוח ושמירת יחסי חברות ויחסים אינטימיים ומשפחתיים בבגרות. מצבי טראומה, דחק ומצוקה, הזנחה והתעללות, מהווים סיכון להתפתחות יכולות שפה למידה ותקשורת, ועשויים להביא לקשיים בהשתלבות חברתית רגשית ומקצועית גם באדם הבוגר. מעורבות קלינאי תקשורת בהערכה וטיפול במקרים אלה מאפשרת תמיכה בחיזוק התקשורת, ויסות, הפחתת כשלים תקשורתיים, חיזוק קשרים טיפוליים וצמצום השלכות שליליות של מצבי דחק על שפה, למידה, חשיבה ותקשורת.

לשפה תפקיד מכריע בעיבוד של טראומה אצל ילדים ובהתמודדות עימה. כשילדים חווים אירועים טראומטיים, פיתוח הדמיון ויכולת הביטוי המילולי שלהם עלולים להיפגע משמעותית, מה שמשפיע על תהליכי החשיבה והעיבוד החברתי-הרגשי. המתודולוגיה "חשיבה חברתית" (Social Thinking) מדגישה כי השפה אינה רק כלי לתקשורת, אלא מהווה רכיב מרכזי בהבניית המציאות החברתית והרגשית של הילד. ילדים שחוו טראומה עלולים להתקשות בשימוש במילים לתיאור חוויותיהם, ובמקביל, קושי זה בשפה עלול להקשות על תהליכי העיבוד וההתמודדות. לכן, תמיכה טיפולית המשלבת עבודה על כישורי שפה וחשיבה חברתית עשויה לסייע בפיתוח יכולות ההתמודדות והחוסן של ילדים שחוו טראומה.

השפעת טראומה על התפתחות, שפה, תקשורת ולמידה: קיימת ברחבי העולם מודעות גוברת לסיכונים והשפעות של מצבי דחק ומצוקה לאורך החיים (Felitti et al., 1998), ולהשלכות של טראומה על התפתחות, שפה, תקשורת ולמידה (Cicchetti, 2004; Ciolino et al., 2021; Cozolino, 2014; Eigsti & Hyter, 2024; Lum et al., 2015, 2018; Yehuda, 2016). כן, גוברת המודעות לתפקידם של קלינאי התקשורת כחלק משמעותי בצוות המאבחן ומטפל בטרומה (Hyter 2021; Snow, 2021; Sylvestre et al., 2021; Yehuda 2016, 2024). במיוחד לאור הידע המצטבר על השפעתה העמוקה של טראומה בינקות ובשנות החיים הראשונות, והשלכותיה לאורך החיים (Cozolino, 2014; Spinazzola et al., 2021; van der Kolk, 2014).

טראומה נחוות באופן פיזיולוגי-תחושתי בגוף, ומשפיעה על רגשות ועל מצב פסיכולוגי ונוירולוגי. בזמן האירוע הטרומטי המוח עובר למצב הישרדותי: גזע המוח והאמיגדלה נמצאים בתפקוד יתר ומפעילים את מנגנוני ההישרדות: Fight, Flight, Freeze, Fawn, Collapse/Play dead. הפעלה זו

נעשית על חשבון מערכות "גבוהות" יותר של עיבוד מידע, שפה, סקרנות, למידה ותקשורת. הטראומה "נרשמת בגוף" ולעיתים קרובות יהיו לאדם תגובות הישרדותיות לגירויים שונים (טריגרים) מאוחרים המזכירים את האירוע הטראומטי, גם לאחר שהטראומה עצמה חלפה (Porges, 2011; van der Kolk, 2014). כמו כן, לעיתים נראות גם תגובות יתר לשינויים קלים בהבעות פנים, אינטונציה ועוצמת קול (Porges, 2011). טראומה מתמשכת, אך גם טראומה חד-פעמית שממשיכה להשפיע גם בחלוף האירוע, הינה גורם סיכון להתפתחות, ועשויה לערב קשיי תקשורת, ויסות, קשר, עיבוד מידע, זיכרון, קשב, יכולות למידה, שפה ושיח ומודעות האדם לעצמו וסביבתו.

ילדים שממשיכים להגיב בצורה הישרדותית אינם פנויים ללמידה והתפתחות, וההיבטים ההתנהגותיים-תקשורתיים של תגובותיהם לטראומה, או לגירויים שמזכירים את הטראומה, מעלים את הסיכון לקשיים בקשב וריכוז, עיבוד שמיעה, כישורים חברתיים וארגון מסר מילולי. בנוסף, כתגובה לטראומה עלולות להתפתח אצל ילדים ומבוגרים תופעות של התנתקות ומצבים דיסוציאטיביים, היכולים לגרום לקושי באבחנה מבדלת בין תגובות לטראומה לבין לקויות נויר-התפתחותיות כגון אוטיזם, קשיי למידה, קשיי קשב וריכוז ועוד.

טראומה וקשיים משניים בשפה, תקשורת, למידה וחיברות: טראומה הינה גורם סיכון משמעותי לעיכוב בהתפתחות. ילדים שאינם פנויים ללמידה והשתלבות חברתית מפסידים הזדמנויות להתפתחות שפה, תקשורת, כישורים אקדמיים ומיומנויות חברתיות. יתר על כן, חוסר הפניות להקשבה ועיבוד מידע, מביא לכך שילדים המתמודדים עם טראומה ומצבי דחק נמצאים בסיכון גבוה לחוויה של כשל תקשורתי, שהוא עצמו עלול לגרום לבלבול ולתחושות דחק ומצוקה (Hyter, 2016, 2024; Yehuda, 2024). חוויות אלה עלולות להביא להפעלה (טריגר) של מנגנונים פוסט-טראומטיים, כגון הצפת תגובות מצוקה, התנתקות (דיסוציאציה) וסריקה מתמדת (היפרויגיילנס), המפחיתים עוד יותר את פניות הילד ללמידה, ומביאים לבלבול, ריחוק חברתי ומצוקה. הסיכון לעיכוב משני או נוסף על רקע טראומטי עולה בקרב ילדים ומבוגרים שכבר מתמודדים עם קשיי למידה, ויסות, שפה ותקשורת, וקשייהם מוחרפים עוד יותר כשמערכות הישרדות מופעלות בשל חווית מצבי דחק ומצוקה.

חשיבות התערבות מוקדמת מתאימה: קיימת חשיבות רבה להתערבות מוקדמת מתאימה במקרים של מצבי דחק ומצוקה מתמשכים. למצבי דחק ומצוקה עלולה להיות השפעה גם שנים לאחר שאירועי הדחק עצמם חלפו, להתעורר בתגובה לתזכורות (טריגרים) לטראומה, ולהביא לחוויה מחדש של דחק ומצוקה טראומטיים. חשש מתזכורות טראומה וחוויה מחדש של המצוקה הטראומטית, עלול להביא את האדם להימנעות מאנשים, מקומות, גורמים ומצבים שיכולים להזכיר את הטראומה, ולגרום לו להתנתקות וחרדת ציפייה. תגובות אלה משמרות מצבי דחק, מגבילות את כושר ההתאוששות והצמיחה הפוסט-טראומטית, ומעלות סיכון להשפעות דחק כרוניות על תפקוד, למידה, תקשורת, השתלבות חברתית ואיכות חיים.

הפרעות דיבור, שפה ותקשורת שמושפעות ממצבי טראומה, דחק ומצוקה:

1. **מובנות דיבור ותפקודי פה:** לתרופות רבות וכן לשילוב בין תרופות עלולות להיות תופעות לוואי בעלות השפעה על איברי ההיגוי ועל הבליעה. חלק מהטיפול הניתן למתמודדי נפש, כולל אלה מתמודדים עם קשיים על רקע טראומטי, מצריך נטילת תרופות פסיכיאטריות שונות, שהשפעתן יכולה להתבטא בחולשת שרירים או פגיעה בקואורדינציה, המובילות לירידה במובנות הדיבור ועליה בסיכון להחמרת חוויות דחק ומצוקה על רקע קושי בתקשורת. השפעת התרופות עשויה גם להביא לסכנת חנק בזמן בליעה (וחרדה ומצוקה סביב תפקודי יומיום של אכילה או שתייה). בנוסף, לכך שחרדה ולחץ אף הם עשויים להשפיע על התפקוד והקואורדינציה של הבליעה מבחינה פיזיולוגית (Guthrie Baker, 2021; Taft et al., 2021; Cahill & Hemsley, 2023), גם תופעות לוואי של תרופות שמתבטאות בריוור מוגבר או מופחת משפיעות על האכילה, הבליעה, מובנות הדיבור והיכולות החברתיות. קשיים אלה אצל מתמודדי נפש עשויים להשפיע גם על השיקום והשילוב בחברה ולהעלות סיכון לטראומה נוספת. חשוב שמתמודדי נפש, המתמודדים עם טראומה, יוערכו ויטופלו על ידי קלינאי תקשורת, בהתאם לצורך, בעת נטילת תרופות פסיכיאטריות הידועות כבעלות תופעות לוואי כאלה. קשיי בליעה כתוצאה מחרדת בליעה (פאגופוביה) עלולים להתגבר במצבי לחץ וחרדה, גם כאשר הרקע לקושי בבליעה אינו פיזיולוגי. החרדה נעה מחרדה ספציפית מחנק בשל בליעת כדורים, ועד חרדה מבליעת מזונות מוצקים ושתיית נוזלים. התערבות קלינאית תקשורת בהערכה וטיפול במקרים אלה, כחלק מצוות הטיפול, הינו הכרחי (Premalatha, Varghese & Gundelli, 2015).
2. **שמיעה, עיבוד שמיעה ועיבוד מידע:** קלינאי תקשורת מטפלים במצבים שונים של קשיי שמיעה ועיבוד שמיעתי. מנגנונים פיזיולוגיים מוחיים, ובהם סטרס נפשי, עשויים להשפיע על מערכת השמיעה. מצבי דחק כרוניים נמצאו משפיעים על הופעת פתולוגיות שונות במערכת השמיעה כגון טנטון, מחלת מנייר (Ménière), אובדן שמיעה פתאומי ועוד (Mazurek et al., 2015). כן מוכרת השפעה של דחק על ביצועים שמיעתיים כגון הבנת דיבור על רקע רעש (הרשקוביץ [בכתיבה]; Hasson et al., 2013). מצבי דחק עשויים להוביל גם להופעת לקות שמיעה המרתית (Conversion Hearing Loss), שבה קיים חוסר התאמה בין ממצאי הבדיקה והתרשמות הבודק מתפקוד המטופל, ועשויים לאותת על הימצאותו של דחק נפשי (Austen & Lynch, 2004).
3. **פיוברפוניה (Puberphonia):** היא הפרעת קול שבה גוון הקול אינו משתנה בהתאם למהלך ההתבגרות ונוטה להישמע גבוה מהמצופה. הגורמים להפרעה עשויים להיות פיזיולוגיים או פסיכולוגיים או שילוב של שניהם (Balasubramanian, 2015). קלינאי תקשורת מאבחנים ומטפלים בפיוברפוניה, ובמקרים שבהם הם מתרשמים ממעורבות של גורמים פסיכולוגיים, חשובה התייחסות מודעת-טראומה לאספקטים הרגשיים לצד הטיפול הקולי.
4. **הפרעת קול קונברסיבית:** או סומטיזציה של מתח נפשי אל מיתרי הקול, הינה הפרעה באיכות הקול שנעה בין צרידות לאפנויה (אייכולת להפיק קול), היכולה להתבטא באיכות קול משתנה בסביבות שונות ללא הפרעה ברורה במערכת הפיזיולוגית. הפרעות קול בעלות

רכיב פסיכופיזיולוגי מכונות בספרות במגוון שמות (אפוניה קונברסיבית, אפוניה היסטורית, אפוניה פסיכוגנית או אפוניה) ויכולות להופיע בעקבות אירוע טראומטי, חוויה חד-פעמית המעוררת מתח, חרדות ופחדים כרוניים, או מתח מתמשך ונצבר. מטופלים עם הפרעת קול פונקציונלית לא תמיד קושרים בין הפרעת הקול שלהם לבין מתח נפשי או פיזי (האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת, 2013; Aronson, 1990). קלינאי תקשורת המתמחים באבחון, שיקום וטיפול בהפרעות קול, מאבחנים ומטפלים בהפרעה זו ביעילות. רגישות למאפייני המתח והמצוקה הינה חלק חשוב מההתערבות.

5. **אילמות טראומטית:** הימנעות מדיבור עשויה לנבוע מטרומה חד-פעמית או מתמשכת כחלק מתסמיני דחק פוסט-טראומטי (National Health Services, 2023; Yehuda, 2016). אילמות טראומטית מאופיינת בהופעה פתאומית, ומתבטאת גם בהקשרים שבעבר האדם דיבר בהם בחופשיות או עם אנשים שאיתם דיבר בחופשיות. לעיתים אילמות טראומטית עשויה להידמות לאילמות סלקטיבית (ולפעמים מופיעה כהחמרה של אילמות סלקטיבית), או להפרעת קול קונברסיבית, וקיימת חשיבות רבה להבחנה ביניהן לצורך התאמת הטיפול (האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת, 2023). לקלינאי תקשורת תפקיד מרכזי בטיפול מודע-טראומה באנשים עם אילמות טראומטית.

6. **גמגום וחוסר שטף:** גמגום הוא הפרעה נורית-התפתחותית המופיעה בדרך כלל בגילי הילדות המוקדמים ופוגעת בשטף הדיבור. גמגום מתבטא בחזרות על חלקי מילה או מילים, הארכות ותקיעות. לרוב גמגום מופיע בגילי 2–6 (American Speech-Language-Hearing Association, n.d.). גמגום התפתחותי עשוי לגרום למצבי דחק או להחמיר כתוצאה ממצבי דחק, אף שאינו נחשב לסוג של הפרעה נפשית (Australian Stuttering Research Centre, n.d.). ישנם מקרים של גמגום נרכש המופיעים בדרך כלל בגיל הבגרות ומסווגים כגמגום על רקע גורמים נוירולוגיים (Neurogenic Stuttering) וגמגום על רקע גורמים נפשיים (Psychogenic Stuttering). במקרי גמגום, הן בגילי הילדות המוקדמים והן בגילי הנערו או הבגרות, חשוב לפנות לקלינאי תקשורת לצורך אבחון, הערכה ובניית תוכנית טיפול.

3. טיפול קלינאי תקשורת בילדים ומבוגרים במצבי טראומה, דחק ומצוקה:

יכולות שפה ותקשורת הינן חלק משמעותי בתהליכי שיקום של ילדים ובוגרים מטרומה, דחק ומצוקה. חוויה של טראומה פוגמת בתפקודם הרגיל של כישורי שפה ותקשורת. קשיים אלה עשויים להמשיך לאחר שהטראומה עצמה חלפה ולהחמיר בהקשרים טראומטיים (טריגרים) ו/או בעקבות חוויות נוספות של מצוקה. ילדים עם היסטוריה של טראומה, ובמיוחד מי שחוו מצבי דחק מתמשכים, הינם בסיכון גבוה לקשיי למידה, איחור בהתפתחות השפה וקשיים פרגמטיים וחברתיים, שעלולים להמשיך גם שנים לאחר שהטראומה חלפה, ומעלים את הסיכון לדחק ומצוקה נוספים. קשיים אלה מורכבים עוד יותר אצל מי שכישורי השפה והתקשורת הראשוניים שלהם פגיעים או מוגבלים.

עבודת קלינאי תקשורת מאפשרת למטופל נגישות ליכולות הבנת והבעת השפה והשיח בתקשורת מילולית, כתובה, משלימה וחליפית. יכולות שפה אלה כוללות הבנת מושגים, שליפה, נרטיב, תחביר, הנמקה, ארגון מסר, הפשטה, הסקת מסקנות, פתרון בעיות, ניבוי אירועים, פרגמטיקה ותקשורת חברתית. יכולות שפתיות אלה קשורות ומשפיעות על תפיסה, ויסות, התקשורת, עיבוד מידע, עיצוב החשיבה, זיכרון, מודעות וגיבוש תובנות ממצבים ואירועים.

העבודה הטיפולית עם ילדים ובוגרים שחוו טראומה כוללת לעיתים קרובות בנייה של נרטיב סביב הטראומה ועיבוד של זיכרונות ורגשות. בניית נרטיב נשענת על יכולות שפתיות, וטיפול קלינאי התקשורת יכול לסייע ברכישה והנגשה של יכולות אלה, דרך עבודה על הבנה והבעה של שפה ועל קליטה, עיבוד, הבנה והבעה של רצונות וצרכים בתקשורת בין אישית (Hyter, 2014; Erbes et al., 2021; Yehuda, 2016, 2024; Snow, 2021). טראומה משבשת את הנרטיב הרגיל של סיבה–ותוצאה, רצף וניבוי. קלינאי תקשורת מסייעים בהבניית כלים שפתיים לתמיכה ועיבוד הטראומה וההקלה בתפקוד.

היכולת לחשוב באופן בהיר, להמליל ולתכנן נפגעת בזמן טראומה. עבודה על מושגים מופשטים כגון רגשות, מצבי גוף, פעלים ותארים מנטליים, ותרגול היכולת להמליל ולהביע חוויות באופן מאורגן וקוהרנטי נותן למטופלים כלים להתמודד מול אירועים וזיכרונות, לעבדם ולאפשר נרטיב של צמיחה פוסט-טראומטית. יכולות ארגון ורצף הכרחיות לחשיבה תהליכית הנדרשת עבור בניית נרטיב בהקשר. עבודת קלינאי תקשורת מסייעת לחבר את יכולות ההבנה וההבעה הרגשית לחוויות בהקשרים שונים, ועוזרת לתקשורת יומיומית יעילה יותר, להפחתת סיכון לחוויות של מצוקה על רקע כשל תקשורתי ולשיפור נרטיב ותובנות גם בקשרים טראומטיים. העבודה של קלינאי תקשורת על יכולות תקשורתיות מאפשרת לילדים ומבוגרים שחוו טראומה לתקשר ולהביע רצונות וצרכים, להקשיב ולעבד את חוויותיהם, ולספר את סיפורם (Yehuda, 2016, 2024; Snow 2021; Hyter 2021, 2024).

כשקיימת לקות ראשונית בתקשורת, עבודת קלינאי התקשורת עם אלו שחוו או חווים טראומה חיונית עוד יותר. היכולת לתקשר ולהנות מתמיכה וקשרים חברתיים עומדת בבסיס ההשתלבות בחברה. במקרה הצורך, קלינאי תקשורת מסייעים בהקניית ושימוש בתת"ח לשם תקשורת עם הסביבה. טראומה משבשת יכולות פרגמטיות, וילדים שחווים טראומה מתמשכת יכולות אלה עלולות להיפגע (Yehuda, 2006, 2011; Lum et al., 2015, 2018; Snow 2021; Hyter 2021, 2024). קלינאי תקשורת מסייעים בעבודה במגוון אפיונים פרגמטיים שיכולים לחזק יכולות חברתיות–תקשורתיות ולשפר גורמי חוסן וכושר התאוששות (resilience) במטופלים, כחלק מתשתית להחלמה, למידה, קשר והתקשורת.

קשר טיפולי בסביבה תקשורתית בטוחה ותומכת מאפשר מזעור של תגובות מצוקה, ומעלה את הפניות ללמידה ורכישת השפה והתקשורת. עבודת קלינאי תקשורת כוללת גם טיפול במובנות הדיבור, באיכות הקול, ובמאפיינים הסופרה סגמנטליים המאפשרים הבנה ועיבוד של מסרים פרגמטיים, רגשיים, וחברתיים. שיפור מובנות הדיבור מפחית את הסיכון לכשל תקשורתי ולתחושת חוסר אונים נלווית שעשויים להיות טריגר לחוויות טראומטיות. טראומה פוגעת באיכות התקשורת

ובגמישותה. כמומחים ללימוד ושיפור איכות וגמישות התקשורת, קלינאי תקשורת הינם חלק חשוב בעבודה עם ילדים ומבוגרים המתמודדים עם טראומה.

להלן מובא כדוגמה לטיפול בשפה ותקשורת, המודל לכשירות חברתית של המתודולוגיה "חשיבה חברתית" (Social Thinking's Social-Emotional Competency Model - מישל גרסיה וינר), המתייחס לארבעה רכיבים מרכזיים: קשב חברתי, פרשנות חברתית, פתרון בעיות ותגובה חברתית, המשפיעים על התפקוד החברתי. במקרי טראומה בילדים, כל אחד מרכיבים אלה עשוי להיות מושפע באופן ייחודי. קשב חברתי (או ערנות חברתית), מהווה את הבסיס ליכולת לזהות ולעבד מידע חברתי מהסביבה. ילדים שחוו טראומה עשויים להתקשות בוויסות הקשב החברתי, להיות במצב של דריכות יתר, להגיב בחרדה לגירויים חברתיים או להפך, ולהתקשות במיקוד ברמזים חברתיים חשובים בסביבה. בהיבט של פרשנות חברתית, הטראומה עלולה להשפיע על האופן שבו הילד מפרש אינטראקציות חברתיות ורגשיות. הנטייה עשויה להיות פירוש מצבים חברתיים ניטרליים כמאיימים או מסוכנים, או להפך. בתחום פתרון בעיות חברתיות, ילדים שחוו טראומה עלולים להתקשות בגמישות המחשבתית הנדרשת למציאת פתרונות מסתגלים למצב משתנה. הם עלולים להיצמד לדפוסי התמודדות מוכרים ולעיתים נוקשים שפיתחו כמנגנוני הגנה בזמן הטראומה, גם כשאלה אינם תמיד יעילים עבורם במצבים חברתיים חדשים. לבסוף, בהיבט התגובה החברתית, הטראומה משפיעה על יכולת ויסות פעולות ותגובות רגשיות במצבים חברתיים.

אנמנזה מותאמת למצבי טראומה, דחק והתעללות: קלינאי תקשורת באים במגע עם תינוקות, ילדים ומבוגרים שחוו או חווים מצבי טראומה, דחק ומצוקה גם כשאננם מודעים לכך. מציאות של טראומה יכולה להיות ברקע, ו/או להשפיע על התמונה הקלינית והטיפולית במקרים של קשיי שפה, דיבור, קול, בליעה, תקשורת, שיקום שמיעה וכו'. לפיכך, חשוב שאנמנזה הנלקחת על ידי קלינאי תקשורת תכלול גם מידע על אספקטים המעלים סיכון לטראומה ומצבי דחק ומצוקה והשלכותיהם. חשוב מאוד שהאנמנזה – הכוללת שאלות אישיות ובנושאים רבים ומורכבים – תילקח ברגישות בצורה מודעת-טראומה (ובמידת הצורך, לאורך זמן). כמו כן, יש לזכור כי המציאות של גורמי סיכון לטראומה לא בהכרח מצביעה על כך שהמטופל חווה טראומה, או שהטראומה שחוה נובעת מגורם סיכון מסוים. עם זאת, יש לקחת בחשבון שריבוי גורמי סיכון מעלים את האפשרות לכך שכל תוספת דחק, ולו הקלה ביותר, עשויה לעבור את סף ההתמודדות ולעורר מצוקה.

נקודות לאנמנזה:

1. היסטוריה רפואית קודמת ועכשווית – מהלך הלידה וקשיים בלידה או לאחר הלידה, פגות, קשיי בליעה, קשיי יניקה/האכלה, ריפלוקס, היסטוריה של אשפוזים, כאב (כולל כאב כרוני), תאונות, ניתוחים, טיפולים פולשניים, מחלות, קשיי נשימה (לדוגמה אסטמה, סיסטיק פיברוזיס), אלרגיות, תרופות ותוספים, תופעות לוואי.
2. בעיות מולדות – למשל, שפה או חד שסועים, שיתוק מוחין, אוסטאוגנוזיס אימפרפקטה, סינדרומים ותסמינים גנטיים.
3. קשיים משפחתיים – מצב משפחתי, שינויים משפחתיים (מבנה משפחתי, גירושים, חתונה, שילוב משפחות, שינוי מקום מגורים/הכנסה), מצב כלכלי, מחלה או קשיי תפקוד של בן

- משפחה קרוב, שוני תרבותי (למשל: עולים חדשים, פליטים, קבוצת מיעוטים), היסטוריה של התמכרויות (אלכוהול, סמים), דיכאון וחרדה, היסטוריה של אלימות במשפחה.
4. התפתחות – כללית, מוטורית, תקשורתית, שפתית, התנהגותית, חברתית.
 5. חושים – ראייה, שמיעה, שיווי משקל, תחושה, טעם וריח.
 6. תפקודי יומיום והתנהגות – ויסות, התנהגות, רגישויות חושיות, אכילה ושתייה, שינה, תפקודי גוף (עיכול, גמילה, שירותים ושליטה על סוגרים, רחצה, רגישויות), טמפרמנט (מזג), עצמאות.
 7. מתחים יוצאי דופן – כגון, מלחמה, מילואים ממושכים, מגיפה, לידה, אובדן, שינוי דמות מטפל משמעותי, תפקוד ומזג משפחתי.
 8. תפקודי שפה ודיבור, פרגמטיקה, למידה, תפקוד בית ספרי, תפקוד חברתי.
 9. קשב, קשר, משחק, יצירתיות, הפשטה, גיוון, סקרנות.
 10. אבחנות קיימות/קודמות.
 11. תמיכה וגורמי חוסן – תמיכה משפחתית, חברתית, קהילתית, כלכלית, חינוכית, רפואית, רמת השפה והתקשורת של ההורים, תקשורת בין-אישית, תחושת מסוגלות, מעורבות של מטפלים נוספים, הצלחות טיפוליות, יכולות וחוזקות של הילד/המטופל, חוזקות המשפחה, מה במיוחד אוהבים בילד/מטופל.
 12. שינויים בתפקוד ו/או בהתנהגות – לטובה ולרעה: מתי? איפה? עם מי? מה התרחש? האם ידועה הסיבה, והאם ניתן לצפות מראש? מה עוזר? מה מקשה?
 13. האם מתרשמים ממשוהו מדאיג או מבלבל?

4. המלצות נייר העמדה:

1. כל צוות המטפל באנשים שחוו טראומה, דחק ומצוקה צריך לכלול גם קלינאי תקשורת.
2. קלינאי תקשורת ידריכו וייעצו לצוות המטפל בסוגיות שונות בתחומי הבנה והבעה של השפה, תקשורת, תקשורת חברתית, דיבור, שמיעה והפרעות ספציפיות הנוגעות לתחומי התמחותם, וכן למאפיינים סופרא-סגמנטליים בדיבור כגון, אינטונציה, עוצמת קול, גובה טון ואיכות הקול והדיבור.
3. קלינאי תקשורת יהיו שותפים בסל שיקום, בהליך שיקום וחזרה לקהילה, ויהיו חלק מהצוות המטפל והמסייע לשילוב אנשים שחוו טראומה בקהילה, כולל בעבודה על מיומנויות תקשורתיות חברתיות.
4. טיפול בהפרעות בתקשורת, ראשוניות ושניונית, המיוחסות למצבי טראומה, דחק ומצוקה או קיימות במקביל למצבי טראומה, דחק ומצוקה, ייעשה בהובלת קלינאי תקשורת.
5. ילדים ובוגרים שחוו טראומה התפתחותית ו/או מורכבת יאובחנו, יטופלו ויהיו במעקב קלינאי תקשורת במערכת הבריאות, בריאות הנפש, משרד הרווחה ומשרד החינוך.
6. יש צורך בהוספת תקנים במערכות אלה לטיפול קלינאי תקשורת.
7. קלינאי תקשורת המטפלים באנשים שחוו או חווים טראומה, ובאנשים במצבי סיכון לטראומה, יעבדו בשיתוף פעולה עם גורמי טיפול רלוונטיים נוספים, וכן יתייעצו ויפנו לאנשי מקצוע נוספים בהתאם לשיקול הדעת המקצועי.

8. יש להקצות זמן ומשאבים להצלחת שותפות של קלינאי התקשורת וכלל הצוות הטיפולי והחינוכי. שיתוף זה מחייב הצטרפות לישיבות צוות והתייעצויות, והכרת תוכניות הטיפול השונות של המטופל, כחלק מתהליך הטיפול והשיקום.
9. יש להרחיב את ההתמקצעות הקיימת לקלינאי תקשורת בתחום הטראומה במוסדות הלימוד להפרעות בתקשורת, וכן את היצע ימי העיון והקורסים במגזר הציבורי.
10. נדרשות הכשרות ספציפיות לטיפול ושיקום אנשים מתמודדי נפש (שטאובר, 2022) לכלל המקצועות בצוות המטפל, ובתוכם קלינאי תקשורת עוד בלימודי התואר הראשון.
11. יש לספק הדרכה, תמיכה וליווי לקלינאי תקשורת המטפלים באנשים שחוו טראומה, על ידי קלינאי תקשורת מיומנים בתחום.
12. יש להיעזר בקלינאי תקשורת במתן הנחיות לפישוט לשוני והתאמה שפתית בכל מקרי חקירת ילדים ובוגרים עם קשיים שפתיים, קוגניטיביים ותקשורתיים שידוע או יש חשד שחוו טראומה.
13. בעת נטילת תרופות פסיכיאטריות הידועות כבעלות תופעות לוואי שעשויות להשפיע על בליעה, תפקודי פה, ריור ומובנות הדיבור, יש להפנות לקלינאי תקשורת להערכה וטיפול על פי הצורך.
14. ישנה חשיבות רבה לשיתופי פעולה של מערכות הבריאות, החינוך, הרווחה והשיקום, והכרת הזכויות של אנשים שחוו טראומה באבחון וטיפול של קלינאי תקשורת במסגרות אלה ובקהילה.
15. במקרים שמדדים פיזיולוגיים ו/או חושיים אינם תואמים את הביטוי בבדיקה פיזיולוגית (כגון במקרים של ירידת שמיעה המרתית או קשיי בליעה), קלינאי התקשורת ישקלו אפשרות של מצבי דחק וטראומה, וישתפו בטיפול את הצוות המטפל בטראומה.
16. ישנה חשיבות רבה להפניית כל מטופל המציג מאפיינים של הפרעת קול תפקודית לטיפול קלינאי תקשורת.
17. בטיפול בפיוברפוניה, כשקלינאי התקשורת מתרשם מתרומת גורמים פסיכולוגיים להופעת/החמרת/שימור הפרעת הקול, חשובה התייחסות רגישה ומודעת-טראומה גם לאספקטים הרגשיים.
18. כשקיים חשד שהימנעות מדיבור, גמגום או חוסר שטף הינם על רקע טראומטי, או במקרה של החמרה בתסמינים, העשויה לנבוע מדחק ומצוקה, על קלינאי התקשורת לערב בעל מקצוע בעל רקע בבריאות הנפש וניסיון באבחון וטיפול בטראומה בילדים, ולהחליט יחד על דרך, תזמון וקצב ההתערבות.
19. במקרים של הימנעות מדיבור או החמרה של תסמיני הימנעות, חשוב שקלינאי התקשורת יערוך אבחנה מבדלת בין אילמות טראומטית לאילמות סלקטיבית (או החמרה של אילמות סלקטיבית על רקע טראומטי) או הפרעת קול קונברסיבית, לצורך התאמת הטיפול ושילוב אנשי מקצוע נוספים בהתאם לצורך.



The Israeli Speech Hearing and Language Association
04-9075556 טלפקס: office@ishla.org.il www.ishla.org.il



ביבליוגרפיה:

הרשקוביץ, מ' (בכתיבה). השפעת דחק על ביצועים שמיעתיים מרכזיים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה.

שטאובר, יהושע. 2022. בריאות הנפש בישראל. יהושע שטאובר - ספרי ניהול ועסקים, ישראל.
American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Stuttering*.
<https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering>.

Austen, S., & Lynch, C. (2004). Non-organic hearing loss redefined: Understanding, categorizing and managing non-organic behaviour. *International Journal of Audiology*, 43(8), 449–457.

Australian Stuttering Research Centre. (n.d.). *About Stuttering*.
<https://www.stutteringtreatment.com.au/about-stuttering>

Balasubramanian, T. (2015). Puberphonia conservative approach: A review. *Online Journal of Otolaryngology*, 5, 38.

Bulgarelli, D., & Molina, P. (2013). Theory of mind in children with specific language impairment: A matter of competence or performance? *G. Ital. Psicol*, 40, 761–784.

Ciolino, C., Hyter, Y.D., Suarez, M., & Bedrosian, J. (2021). Narrative and other pragmatic language abilities of children with a history of maltreatment, *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6, 230–241.
https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00136.

Cozolino, L. (2014). *the neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. Second Edition, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, USA: W.W. Norton and Company.

Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., & Grafman, J. (2019). Executive functions. *Handbook of Clinical Neurology*, 163, 197–219.

Diamond, A. (2020). Executive functions. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 173), pp. 225–240. Elsevier.

Eigsti, I., & Cicchetti, D. (2004). The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months, *Developmental Science*, 7(1), 88–102. DOI: [10.1111/j.1467-7687.2004.00325.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2004.00325.x).



Doebel, S. (2020). Rethinking executive function and its development. *Perspectives on Psychological Science*, 15(4), 942–956.

Erbes, C.R., Stillman, J.R., Wierling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 730–733.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.

Golan, O., Haruvi-Lamdan, N., Laor, N., & Horesh, D. (2021). The comorbidity between autism spectrum disorder and post-traumatic stress disorder is mediated by brooding rumination, *Autism*, 26 (2), 1–7.
<https://doi.org/10.1177/13623613211035240>

Guthrie, S., Baker, J., Cahill, J., & Hemsley, B. (2023). Mealtime difficulties in adults with mental health conditions: An integrative review. *Journal of Mental Health*, 32, 504–516. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022633>

Hasson, D., Theorell, T., Bergquist, J., & Canlon, B. (2013). Acute stress induces hyperacusis in women with high levels of emotional exhaustion. *PloS one*, 8(1), e52945.

Hershkowitz, I., Lamb, M.E., & Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities, *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 629–635. DOI: [10.1037/0002-9432.77.4.629](https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.629)

Hyter, Y.D. (2021). Childhood maltreatment consequences on social pragmatic communication: A systematic review of the literature, *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6, 262–287.
https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00222

Hyter, Y.D. (ed.) (2024). *Language Research in Post-Traumatic Stress*. New York: Routledge.

Joyal, M., Benneau, A., & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia.

Psychiatry Research, 240, 88–95.

Jurado, M.B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17, 213–233.

Kuttner, L. (2010). *A Child in Pain: What Health Professionals Can Do to Help*. Wales, UK: Crown House Publishing, 1st edition.

Lum, J.A.G., Powell, M., Timms, L., & Snow, P. (2015). A meta-analysis of cross-sectional studies investigating language in maltreated children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(3), 961–976. DOI: [10.1044/2015_JSLHR-L-14-0056](https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0056).

Lum, J.A.G., Powell, M., & Snow, P.C. (2018). The influence of maltreatment history and out-of-home care on children's language and social skills. *Child Abuse & Neglect*, 76, 65–74. DOI: [10.1016/j.chiabu.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.008).

Mazurek, B., Szczepek, A.J., & Hebert, S. (2015). Stress and tinnitus. *HNO*, 63(4), 258–265.

Winner, M., Crooke, P. (2009). Social thinking: A training paradigm for professionals and treatment approach for individuals with social learning/social pragmatic challenges. *Perspectives on Language Learning and Education*, 16, 62–69.

National Scientific Council on the Developing Child (2005). Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain. Working Paper No. 3.

National Health Services (2023). *Selective Mutism* (Mental Health Conditions) Retrieved 21.7.2024, from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/selective-mutism/>

Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

Premalatha, B.S., Varghese, S.M., & Gundelli, R. (2015). Role of a speech therapist in the assessment and management of psychogenic dysphagia: A case report. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5, 579–583.

Snow, P.C. (2021). Psychosocial adversity in early childhood and language and literacy skills in adolescence: The role of speech language pathology in prevention, policy, and practice, *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, Vol. 6, 253–261. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00120

Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J.D. (2021). Developmental trauma disorder: A legacy of attachment trauma in victimized children. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 711–720.

Sullivan, P.M., & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study, *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257–1274. DOI: [10.1016/s0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00190-3)

Sylvestre, A., Bussi eres,  .L., & Bouchard, C. (2016). Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 21(1), 47–58. DOI: [10.1177/1077559515616703](https://doi.org/10.1177/1077559515616703)

Taft, T.H., Guadagnoli, L., Carlson, D.A., Kou, W., Keefer, L., & Pandolfino, J. (2021). Validation of the short-form esophageal hypervigilance and anxiety scale. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.12.021>

Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in The Transformation of Trauma*. UK: penguin.

Van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma. *(No Title)*.

van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories, *The Psychiatric Annals*, 35(5): 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>

Yehuda, N. (2005). The language of dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 9–29. https://doi.org/10.1300/J229v06n01_02

Yehuda, N. (2011). Leroy (7 years old) – “It is almost like he is two children”: Working with a dissociative child in a school setting, in Wieland’s (ed.).

The Israeli Speech Hearing and Language Association

04-9075556 :טלפקס office@ishla.org.il www.ishla.org.il

Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions, New York: Routledge, Psychological Trauma Series.

Yehuda, N. (2016). *Communicating Trauma: Clinical Presentations and Interventions with Traumatized Children*. New York: Routledg.

Yehuda, N. (2024). Post-traumatic stress: Child language development and functioning. In Y.D. Hyter (ed.), *Language Research in Post-Traumatic Stress*. Routledge .New-York