

חוכמת המעשה

טיפול אינטגרטיבי ממוקד בזמן במרכזי ילדים והורים: שיטת התערבות ייחודית

רונית שרון ואורלי אולשטיין-מן

מאמר זה מתאר ומנתח התערבות אינטגרטיבית ייחודית, אשר פותחה ב-2010 ופועלת במרכז טליה – מרכז ילדים והורים בדרום ירושלים. הספרות מלמדת כי בעשור האחרון החלו מגמות מקצועיות בתחום פיתוח השירותים לילדים בסיכון בארץ ובעולם להתמקד בטיפול בהורים וילדים במסגרת הקהילה, וברחבי הארץ יש כיום כ-100 מרכזי ילדים והורים בקהילה. מחקרים אשר בחנו שביעות רצון של ילדים והורים מטיפול פסיכוסוציאלי במרכזי ילדים והורים, מעלים ש-85% מהילדים ו-71% מההורים אשר נבדקו הביעו שביעות רצון רבה מהטיפול. עם זאת טרם פותחה במרכזי הורים וילדים בארץ שיטת טיפול ייחודית ואחידה, המותאמת לצרכיהם של הילדים בסיכון ושל הוריהם. השיטה המתוארת במאמר יכולה לשמש דגם להתערבויות במרכזים נוספים.

מילות מפתח: טיפול אינטגרטיבי, טיפול ממוקד בזמן, מרכז ילדים והורים

מבוא

מאז קום המדינה התמקדו שירותי משרד הרווחה בפיתוח פתרונות חוץ-ביתיים לילדים בסיכון (וינטר, 2010), בין השאר במיסוד מרכזי חירום לילדים בסיכון, בשדרוג הפנימיות הטיפוליות ובהקמת פנימיות פוסט-טראומטיות. הערנות והמודעות של הציבור לילדים בסיכון הביאה לבניית שירותים נוספים עבור ילדי 'הקצה', ילדים הנמצאים בסיכון גבוה במיוחד. אולם בשנים האחרונות החלו המחוקקים ומתווי המדיניות לבחון אם אלו הם הפתרונות היחידים ואם ייתכנו גם כיווני פתרון אחרים (וינטר, 2010).

הספרות מלמדת שמגמות מקצועיות בארץ ובעולם בתחום פיתוח השירותים לילדים בסיכון החלו להתמקד בעשור האחרון בטיפול בהורים וילדים במסגרת הקהילה

(דולב, 2008). כיום רווחות תפיסות חדשות בתחום הטיפול בילדים שאינם זוכים לטיפול הולם מהוריהם, וביניהן התייחסות לילד כחלק ממשפחתו ובניית תוכנית התערבות הלוקחת בחשבון את צרכי הילדים, ההורים ובני המשפחה הנוספים ואת הקשרים ביניהם.

בעשור האחרון הופנו גם בישראל מאמצים רבים של משרד הרווחה, ג'וינט-ישראל ואשלים לפעולה בתוך הקהילה, לצורך חיזוק היכולות ההוריות, מתן כלים רגשיים, חברתיים והתנהגותיים להורים וילדים, שיקום היחסים בין הילדים וההורים והפחתת גורמי הסיכון הפיזי והנפשי לילדים (קציר, 2008).

בין המסגרות העיקריות שמנסות ליישם התערבויות כאלו נמנים מרכזי ילדים והורים. מרכזים אלה מציעים מודלים ייחודיים ומסלולי טיפול שונים בקהילה לילדים בסיכון ולהוריהם. מרכזי ילדים והורים מהווים פעמים רבות אלטרנטיבה טיפולית אחרונה לפני הוצאת הילדים מהבית למסגרות חוץ-ביתיות (קציר, 2008). בעולם נמצאו מודלים דומים אך לא זהים למודלים של מרכזי הורים וילדים בישראל. לדוגמה מרכז הורה-ילד באוסטרליה (The Parent-Child Center) הנותן מענה להורים וילדים מגיל לידה ועד גיל שמונה, אשר סובלים מהתעללות והזנחה. המרכז פועל במסגרת בתי הספר. גם מרכז הורה-ילד בשיקגו (The Parent and Children Center) ומרכז להורים וילדים בסיכון בטולסה שבאוקלהומה (The Parent and Children at Risk Center) מיועדים להורים וילדים מגיל לידה ועד גיל חמש הסובלים מהתעללות והזנחה. מרכזים אלה מציעים ייעוץ משפטי, טיפול דיאדי וטיפול קבוצתי (Children and Parents Center, 2015).

מרכזי ילדים והורים בישראל

משרד הרווחה, בשיתוף עם ג'וינט-ישראל ואשלים, החל להקים מרכזי ילדים והורים בישראל בשנת 1998 על פי מודל חדשני שבא לתת שירות לילדים בסיכון ולהוריהם בקהילה. נכון לסוף 2016, יש כ-100 מרכזים ברחבי הארץ. שלא כמרכזי ילדים והורים בעולם, שבהם השירות מיועד למשפחות עם ילדים מגיל לידה עד גיל שמונה, וכולל גם ייעוץ משפטי, מרכזי ילדים והורים בארץ מטפלים במשפחות עם ילדים בסיכון מגיל חמש עד שתיים-עשרה, ואין בהם ייעוץ משפטי.

המרכזים בישראל מספקים מענה לילדים הסובלים מבעיות התנהגותיות, תפקודיות, רגשיות וחברתיות, שהתפתחו בעיקר על רקע חסכים בסיפוק הצרכים הבסיסיים, תפקוד הורי לקוי, בעיות תקשורת במשפחה, חוויות ניכור, היעדרות או חולי פיזי או רגשי של אחד ההורים, הזנחה פיזית ורגשית ואלימות פיזית ורגשית. ועדות תכנון,

טיפול אינטגרטיבי ממוקד בזמן במרכזי ילדים והורים: שיטת התערבות ייחודית

טיפול והחלטה בלשכות לשירותים חברתיים מפנות את המשפחות למרכזי ילדים והורים, ושם מוערכים צורכי ההורים והילדים כבסיס לתכנון ויישום טיפול עבורם (ריבין, 2009).

במרכזי ילדים והורים מתייחסים לקשת רחבה של צרכים וקשיים של ילדים בסיכון ובני משפחותיהם כדי לשפר את תפקודם ואת איכות חייהם של הילדים והמשפחות. מטרת המרכז הן למנוע ולצמצם את גורמי הסיכון הפיזי והנפשי של הילדים המטופלים בו, להקנות כלים ומיומנויות התמודדות לילדים ולהורים במישור הרגשי, החברתי, ההתנהגותי והלימודי, הן כפרטים והן כחלק ממערכת רחבה יותר (משפחה, חברים, קהילה), לשקם את היחסים בין הילדים והוריהם ולשפר את התפקוד ההורי. התפיסה הטיפולית במרכזים היא שילוב של מודלים ואסכולות טיפוליות שונות – דינמיות, התנהגותיות, מערכתיות, ועוד. תחת קורת גג אחת יש מגוון התערבויות טיפוליות, חווייתיות ויצירתיות לילדים ולהוריהם, והסביבה הטיפולית מאפשרת שילוב פסיכותרפיה משפחתית ופרטנית ותוכניות תמיכה וחווייה. הצוות הוא רב-מקצועי ובו עובדים סוציאליים, פסיכולוג, מטפלים משפחתיים וזוגיים, המספקים טיפולים בשיטות שונות – תנועה, בעלי חיים, אמנות, גינון טיפולי, מוזיקה וצילום, וכן אימהות בית, מדריכים ומתנדבים (קציר, 2008).

המרכזים בנויים בצורה של בית מגורים ויש בהם סלון, חדרי טיפול, מטבח וחדר אמבטיה. מבנה זה מאפשר למטופלים רבים לחוות חוויה של בית, לעיתים לראשונה בחייהם, ולעבד חוויות אלה בטיפול.

האוכלוסייה המטופלת במרכזי ילדים והורים

במרכזי ילדים-הורים מטופלות משפחות שיש להן בעיות רבות. חלקן דור שני ושלישי למצוקה, והן מטופלות שנים רבות בלשכת הרווחה. מרבית המשפחות מאופיינות באי-אמון במערכת השירותים בקהילה (לשכות רווחה, תחנות לבריאות הנפש ועוד). פסיכותרפיה פרטנית ומשפחתית שהמשפחות מקבלות בקהילה אינה מספקת למשפחות מענה לצרכים ההתפתחותיים והרגשיים. מרכזי ילדים והורים מהווים אלטרנטיבה טיפולית נוספת עבורן. לשכת הרווחה מפנה את המשפחות למרכז בעקבות הידרדרות התנהגותית, רגשית, חברתית אצל פרט או כמה פרטים במשפחה. מטרת המרכז לסייע להן לחזור לתפקוד תקין. המרכז מטפל גם במשפחות צעירות, שאפשר לחזות כי תיכנסנה למעגל המצוקה אם לא תקבלנה מענה לצרכיהן ההתפתחותיים והרגשיים (שרון, 2012).

מרבית הילדים המטופלים במרכזי ילדים והורים סובלים מפגיעות קודמות. חלק גדול מהם אינם זוכים להקשבה וליחס אמפטי לצרכיהם, ובדרך כלל סובלים מהתעללות, מאלימות ומהזנחה פיזית ורגשית. חלקם סובלים מדיכאון, מחרדות,

מדימוי עצמי נמוך, מחוויית של העדר הערכה ושייכות, ומחשדנות. חלק מהילדים סובלים מהזנחה פיזית, מהיגיינה ירודה ומהעדר טיפול רפואי הולם. יש ילדים אשר סובלים מהתפרצויות כעס וזעם, משוטטים לעיתים ללא מסגרת בשעות אחר הצהריים וחשופים להתנהגויות מסכנות.

גם חלק גדול מההורים אשר מטופלים במרכזי ילדים והורים מתמודדים עם דיכאון, חרדה, חווים חוויות של אי־שייכות ודימוי עצמי ירוד, וזקוקים בעצמם לעידוד רב ומתמיד להכלה. הורים אלה בדרך כלל מתקשים להשקיע בילדיהם, לעודד אותם ולמלא את צרכיהם הרגשיים וההתנהגותיים (שרון, 2012).

במרכז טליה, מרכז ילדים והורים בדרום ירושלים שהוקם בשנת 1999, התעורר לאחר עשור שנים של עבודה צורך להגיע לתוצאות טיפוליות בתקופת זמן קצרה יותר. הצורך עלה מגורמים מטופלים אשר הפנו משפחות לטיפול במרכז, מצוות המטופלים במרכז ומהמטופלים עצמם. כמו כן, עם השנים עורר הצוות הטיפולי במרכז שאלות רבות על אפשרות השילוב בין טיפול דינמי, אשר ייתן מענה לפגיעות מוקדמות של מטופלים, כגון דימוי עצמי נמוך, חוויית דחייה, בדידות וניכור, לבין צורך דחוף במענה אופרטיבי מידי להתמודדות בתחומים אישיים ובין־אישיים יום־יומיים.

רקע תיאורטי להתערבות טיפולית

כדי להתאים את ההתערבות הטיפולית המוצעת במרכזי ילדים והורים לצרכים שעלו מהצוות הטיפולי ומהאוכלוסייה המטופלת, נבנתה ועוצבה תוכנית התערבות המבוססת על שלושה יסודות: (1) טיפול נפשי ממוקד בזמן (קצר־מועד); (2) שילוב מודלים וגישות – גישות דינמיות, גישת ההתקשרות, גישות התנהגותיות־קוגניטיביות (כולל טכניקות לשליטה עצמית וויסות כעסים) וגישות מערכתיות; (3) שיטת הטיפול הקיימת במרכזי ילדים והורים, המאפשרת מעברים בין טיפול פרטני לטיפול משפחתי.

טיפול נפשי מוגבל בזמן

הגבלת משך הטיפול הנפשי היא סוגיה רבת־משמעות בשיח הטיפולי מזה שנים רבות (לאור, 2002). על פי שיטת הטיפול המתוארת במאמר הנוכחי, הגבלת זמן הטיפול והגדרת מטרות ממוקדות מעמתת את הילדים וההורים עם קו הסיום, ומסייעת במסעם להשגת מטרותיהם.

השימוש בטיפול מוגבל בזמן במסגרת המרכז מתבסס על מודל של גיימס מאן מ־1973 ומוצג אצל שפֿלר (2002). מדובר בטיפול דינמי שמנגנון הפעולה שלו בנוי על התחברות רגשית אינטנסיבית ומהירה ביותר בין המטפל למטופל באמצעות סוגיה

טיפול אינטגרטיבי ממוקד בזמן במרכזי ילדים והורים: שיטת התערבות ייחודית

מרכזית ממוקדת, ופרידה כעבור זמן קצר לאחר מכן. לאור (2002) מציינת כי טיפולים קצרי-מועד וניסיונות לקיצור משך זמן הטיפולים מלווים את הפסיכואנליזה מראשיתה. לדבריה, לאורך השנים, המושג 'טיפול דינמי קצר-מועד' התבסס כאמצעי קליני בפני עצמו. פסיכותרפיות קצרות-מועד מאופיינות בזמן תחום, כך שמועד סיום הטיפול נוכח בטיפול באופן ברור ומובהק כבר מתחילתו. יחד עם הגבלת הזמן, מאופיין הטיפול גם במיקוד טיפולי. כל טיפול קצר הוא טיפול ממוקד. הדרישה למיקוד מניחה כי המטפל והמטופל יכולים לבחור מוקד ובו יתרכזו שניהם בזמן הקצוב שנקבע. המוקד מוצג באופן בהיר וחד ומושגת לגביו הסכמה עוד לפני תחילת הטיפול (לאור, 2002; שפּלר, 2002).

שילוב מודלים ותפיסות בבסיס ההתערבות האינטגרטיבית

גישה דינמית

המרכיב הדינמי במודל ההתערבות במרכז מבוסס על המודל של שפּלר (1994). שפּלר מציג את הגישה הדינמית הממוקדת בזמן אשר מביאה אל זירת הטיפול את "הילד הפנימי הפגוע הקטן" (הילד עצמו או המבוגר). על פי גישה זו המטפל עוזר למטופל להבין את מוקדי הכאב ואת הקונפליקטים הפנימיים שלו, ומסייע לו להבין את אופי השימוש במנגנוני ההגנה, את דפוסי ההתנהגות שלו ואת השלכותיהם על חיי היום-יום שלו כילד או כאדם בוגר והורה. שפּלר (1994) טוען שאפשר לאתר ארבעה מצבי קונפליקט בסיסיים שהם אוניברסליים וקיימים אצל רוב בני האדם: קונפליקט בין תלות ועצמאות, קונפליקט בין אקטיביות ופסיביות, קונפליקט שקשור להערכה עצמית תקינה או לקויה, וקונפליקט שקשור לצער או אבל שאינם פתורים. נוסף לארבעת הקונפליקטים, מדגיש שפּלר חמישה רגשות בסיסיים, שמהם נגזרת קשת רחבה של אופנויות דרכים לביטוי רגש: עצב, כעס, שמחה, בהלה ואשם. התמה מוצגת לפני מטופל (ילד, הורה) בהתאמה לגילו ולשלב התפתחותו, ובה ארבעה מרכיבים: (1) מרכיב תמיכה; (2) מרכיב זמן; (3) התייחסות לחוויות העצמי; (4) מרכיב רגשי.

גישת ההתקשרות

ההתערבות במרכז מבוססת גם על תיאוריית ההתקשרות (Bowlby, 1988). תהליך ההתקשרות מוגדר כמערכת יחסים נמשכת וחיונית בין שני פרטים. התיאוריה הפסיכולוגית של התקשרות מגדירה התקשרות כנטייה חזקה של הילד לחפש קרבה וקשר עם המטפל העיקרי. חוויית ההתקשרות, כפי שהגדיר לראשונה בולבי, היא בסיס הכרחי להתפתחות האישיות (Bowlby, 1988). לפי בולבי התקשרות היא קשר המתפתח בין התינוק למבוגר משמעותי ספציפי, מועדף, שעל פי רוב נתפס כחזק יותר או חכם יותר. התקשרות היא כל צורה של התנהגות המסתיימת בהשגת קרבה רצויה.

בולבי שיער שאיכותה של התקשרות התינוק מבוססת על איכות הטיפול שהוא מקבל. על פי בולבי, דפוסי התקשרות שונים משקפים הבדלים בציפיות של התינוק מהעולם החברתי. תינוק אשר קיבל טיפול שנענה לצרכיו והוא בעל התקשרות בטוחה, יפתח מודל פעולה פנימי המסתמך על המטפל שזמין לו, ויאמין שהוא ראוי לטיפול. בולבי טען כי מודל זה ממשיך להתקיים בילדות ומשפיע גם על ההתנסויות בבגרות. במרוצת השנים הראו מחקרים רבים כי דפוסי התקשרות שנוצרים בגיל צעיר מאוד משפיעים ומובילים את הפרט בשבילי החיים לאורך שנים רבות, הן ביחסיו הבין-אישיים הכלליים, הן ביחסים רומנטיים והן במקומות עבודה.

אינסוורת (Ainsworth, 1964) תיארה שלושה דפוסי התקשרות (attachment) עיקריים:

התקשרות בטוחה: התינוק יכול לסמוך על זמינותו הרגשית והפיזית של המטפל ועל תגובתו הרגישה לצרכיו, ולכן יכול להשתמש במטפל כבסיס בטוח לחקירותיו בעולם. כדי שדפוס זה יתפתח אצל הילד, על המטפל להיות רגיש וזמין לצורכי הילד, ולהגיב תגובה אוהבת כאשר יחפש הגנה ונחמה.

התקשרות חֲדָה-מתנגדת: התינוק אינו יכול לסמוך על הזמינות הרגשית והפיזית של המטפל ולכן אינו יכול להשתמש בו כבסיס בטוח. בשל אי-ודאות זו הילד חשוף לחרדת נטישה, נתלה בהורה וחרד לגבי חקירת העולם.

התקשרות חֲדָה-נמנעת: לתינוק אין שום ביטחון בהורה. הוא מצפה לחוש דחייה כאשר יזדקק להוריו, לאחר שחוה מהם דחיות חוזרות ונשנות. התינוק נמנע מציירת קשר ומבקשת תמיכה ועזרה, ומגדיל את המרחק בינו לבין המטפל.

גישה קוגניטיבית-התנהגותית וטכניקות לפיתוח שליטה עצמית וויסות כעסים

מרכיב נוסף בהתערבות המתוארת מבוסס על הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית לטיפול (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). ההנחה הבסיסית של גישה זו היא כי אופן המחשבה מכתוב במידה רבה כיצד אדם ירגיש ויתנהג. קשיים פסיכולוגיים נתפסים כתולדה של מחשבות אוטומטיות שליליות, הנחות יסוד של תפקוד לקוי וראייה שלילית של העצמי. על פי גישה זו מחשבות אוטומטיות אלה מקורן בעיוות תפיסתי, שאפשר לעבדו ולשנותו בטיפול דיאלקטי הכולל דיאלוג מתמשך בין המטופל למטפל וניסיון לפענח יחד את העיוות המחשבתי האוטומטי (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 2011). נוסף לשינוי תפיסתי קוגניטיבי, מציעות הגישות ההתנהגותיות כלים לפיתוח שליטה עצמית וטכניקות שמטרתן לעזור להתמודד עם אובדן שליטה במצבי לחץ ומשבר (Beck & Weishaar, 2011).

גישה מערכתית משפחתית

הטיפול במרכזי הורים וילדים מתבצע בהקשר משפחתי, זאת על פי התיאוריה המערכתית-משפחתית (Bowen, 1992) העוסקת ברמת המובחנות של היחיד במסגרת המשפחה. על פי תיאוריה זו אדם בוגר הוא בעל רמת מובחנות גבוהה, בעל יכולות לאוטונומיה, מודעות לרצונותיו, ערכיו, מחשבותיו, ויכולת הפרדה בין רגשות והתנהגויות. מובחנות היחיד לא נבנית בחלל ריק אלא בתוך מערכת יחסים עם אחרים משמעותיים. תחושת הייחודיות אינה נבנית מתוך ניתוק ובידוד אלא מתוך קשרים עם האחר המשמעותי. משפחה שיש בה יחסים מאוזנים בין עצמיות לקשר היא משפחה בעלת רמת מובחנות גבוהה. משפחה שלא מאפשרת רמת מובחנות גבוהה מוגדרת כסובלת ממסת אגו לא מובחנת (Undifferentiated ego mass). במשפחה שיש בה רמת מובחנות גבוהה גדלים בני אדם מובחנים (Bowen, 1992).

לסיכום, תוכנית ההתערבות המתוארת כאן מחדשת בשילוב שהיא יוצרת בין אלמנטים דינמיים בהבנת המצוקה של הורים וילדים בסיכון, לבין טכניקות של שינוי עיוותי חשיבה וכן ויסות כעסים של הילדים וההורים. כל זאת תוך שימוש בכלים מערכתיים-משפחתיים בתוך הקשר הורה-ילד ובהגבלת משך הטיפול. המרכיבים המתוארים נבחרו מתוך הכרות עם האוכלוסייה וצרכיה. בכך מהווה מודל זה פרקטיקה מותאמת-לקוחות, קרי, פרקטיקה שנבנתה על פי צרכים שעלו מהשטח והותאמה לאוכלוסייה ספציפית.

תיאור ההתערבות

ביסוס שיטת הטיפול האינטגרטיבית במרכזי ילדים והורים על פי הצרכים שעלו בפרקטיקה מהמטופלים ומהצוות המטפל ועל בסיס ידע תיאורטי ומחקרי אשר צוין לעיל, נבנה מודל ההתערבות במרכז טליה. המודל נבנה יחד עם צוות המרכז שנרתם לפיתוח, לתרגול וליישום שיטת הטיפול האינטגרטיבית. עם זאת, האתגר שבפיתוח המודל ויישומו היה גדול, ולעיתים עורר בקרב הצוות הרב-מקצועי שאלות ותהיות לגבי האפשרות לשלב שיטות טיפול שונות וכן לגבי פרק הזמן המוגבל. כדי להתמודד עם אתגרים אלה, תוכנן מערך ליווי ובקרה לצוות המטפל ובו הדרכה שבועית. בנוסף לכך ליוותה מנהלת המרכז את הצוות המקצועי בכל שלבי הטיפול, הן בזמן הטיפולים והן בוועדות הערכת הטיפול התקופתיות. בוועדות הערכה אלו, שמשתתפים בהן הילדים, ההורים, העו"ס וגורמים רלוונטיים מהקהילה (יועצת בית הספר, נציגי מועדוניות וכדומה), מוצגים ומנותחים התהליכים הטיפוליים. השגת מטרות הטיפול נבחנת במסגרות אלו באופן שוטף.

- לשיטה האינטגרטיבית שלוש מטרות:
- (1) זיהוי והבנה של מוקדי הכאב והקושי אצל הפרט, הורים וילדים, והבנת הקונפליקטים הפנימיים המשפיעים על חיי היום-יום שלהם;
 - (2) סיוע לפרט להבין את המשמעות וההפסדים הנובעים משימוש בדפוסי תגובה והתנהגות מעכבים;
 - (3) הגדרה ממוקדת של מחשבות והתנהגויות מקדמות, והקניית כלים אפקטיביים להתמודדות שקולה עם מצבי כעס, לחץ ומשבר.
- הטיפול מתקיים במרכז אחת לשבוע במשך עשרים וארבעה מפגשים. בתום הטיפול נערך מפגש הערכה בנוכחות המשפחה, המטפלים, מנהלת מרכז ילדים והורים והעו"ס מהלשכה לשירותים חברתיים.

שלבי הטיפול האינטגרטיבי הממוקד בזמן במרכז טליה

פגישות 1-6

הפגישות הראשונות מיועדות להיכרות בסיסית עם המטופל, להצגת היסטוריה אישית, זוגית ומשפחתית, לזיהוי מוקדי הקושי, הכאב והקונפליקטים הפנימיים של המטופל ולהגדרה ממוקדת של מטרות הטיפול. מרבית המטופלים במרכזים, ילדים והורים, מתמודדים עם שני סוגי קונפליקטים לפחות, שהוצגו לעיל בתיאור הגישה הדינמית (שפיר, 2002). הקונפליקט העיקרי קשור להערכה עצמית נמוכה וכולל בתוכו סוגיות נוספות הקשורות לחוויית חוסר ערך, חיפוש אחר משמעות, קורבנות, בדידות, אי-שייכות, השפלה, עלבון, נחיתות, פחד מלהיות כמו כולם ופחד מכישלון. קונפליקט שכיח אחר קשור לצער או לאבל שאינם פתורים, ובכללם חוויות נטישה, אובדן ויחסי דחייה בין ילדים והורים. הילדים וההורים מתמודדים גם עם פגיעות קודמות כגון מצבי הזנחה ואלומות.

הילדים במרכז מציגים פעמים רבות 'התקשרות חרדה-מתנגדת' או 'התקשרות נמנעת' עם הוריהם. בשל אי-ודאות בקשר של הילד עם המבוגר המשמעותי, פעמים רבות הילד בעל ההתקשרות חרדה-מתנגדת הוא ילד חרד, סובל מחרדת נטישה ותלותי בהוריו. הילד בעל ההתקשרות הנמנעת נוטה לסרב לשתף פעולה בטיפול, אך התקשרות מיטיבה עם המטפל יכולה לסייע ביצירת חוויה מתקנת ולסייע למטופל (הילד וההורים) ליצור התקשרויות מיטיבות, גם מחוץ לטיפול (שרון, 2012).

פגישות 7-13

הפגישות הבאות מיועדות לסייע למטופלים, ילדים והורים, להגדיר ולהבין את ההפסדים שבדפוסי המחשבה האוטומטיים וההתנהגויות המעכבות ולהגדיר הגדרה ממוקדת מחשבות והתנהגויות חלופיות, מאוזנות ומקדמות. מטופלים רבים מדווחים על תבניות מחשבה אוטומטיות שליליות. דוגמה:

טיפול אינטגרטיבי ממוקד בזמן במרכזי ילדים והורים: שיטת התערבות ייחודית

ילד: "אני מאמין שלא אצליח... אף פעם לא מצליח לי".
אם: "...אין לי סיכוי לשנות את המצב הקיים, לא הלך לי אף פעם וגם לא ילך לי לעולם...".

מחשבות אוטומטיות מסוג זה גורמות למטופלים רבים לדפוסי התנהגות אימפולסיבית ותוקפנית מחד גיסא, ולהתנהגויות מפצות ומרצות, מאידך גיסא. יש גם דפוסי התנהגות של הימנעות וניתוק. ההתערבות האינטגרטיבית מסייעת לפרט לזהות את תבניות המחשבה האוטומטיות, את דפוסי ההתנהגות המעכבים שעולים בעקבותיהן, ומציעה בנייה ותרגול של תבניות מחשבה חלופיות והתנהגויות מקדמות, וכן כלים אופרטיביים לשליטה בכעסים.

פגישות 14-24

הפגישות הבאות נועדו לסייע לילדים ולהורים ללמוד, לבנות ולתרגל בניית סכמות מחשבתיות והתנהגויות מקדמות, וכן טכניקות ויסות ושליטה בכעסים. המטופלים לומדים להיות מודעים לרגשותיהם ולדפוסי התנהגות שלהם, לזהות רגשות שליליים וסיטואציות של לחץ, חרדות וכעס, לזהות ולציין את עוצמת הרגשות על פני סולם בן 10 דרגות (1 – לא מרגיש חרדה בכלל, 10 – מרגיש חרדה בעוצמה גבוהה מאוד), לזהות תחושות גופניות ("איפה אתה מרגיש את הרגש השלילי בגוף?"), ולזהות את "המחשבות וההתנהגות האוטומטית" המעכבות וגורמות להפסדים רגשיים והתנהגותיים. בשלבים אלה משתמשים בטכניקות שונות, כגון תרגיל המראה, דמיון מודרך, טכניקות הכיסא הריק, קלפים טיפוליים, ואמצעים חווייתיים. בין הטכניקות לויסות כעסים – טכניקות הרפיה, ניפוח בלון דמיוני, ספירה עד עשר לפני התפרצות הכעס, ניפוח בועות סבון במצבי כעס ועוד. חשוב לציין שהשימוש בגישות קוגניטיביות והתנהגויות ובטכניקות לויסות כעסים באות, בדרך כלל, לאחר שהפרט מבין הבנה דינמית את עצמו, את המקורות להתנהגותו, ואת השלכות התנהגותו על חייו כאדם וכבוגר. מוצע למטופלים להשתמש ביומן לרישום תובנות ושיעורי בית.

פגישה 25 – מעקב תקופתי

המפגש מיועד למעקב ולתרגול כדי לשמור על ההישגים, וכן לבדוק את הצורך בהמשך הטיפול או בהחלטה משותפת עם המטופל על סיום הטיפול.

דוגמה: טיפול משולב באם ובילדיה

אסנת (שם בדוי), בת 25, סבלה מהתעללות ומהזנחה קשות בילדותה. אביה התעלל בה פיזית ונפשית, ואמה הייתה עדה למעשים אך לא העזה לדבר ולסייע. אסנת נישאה בגיל 22 ונולדו לה שני ילדים. גם בנישואיה סבלה אסנת מאלימות קשה. לאחר שנים

של התעללות פנתה עם ילדיה למקלט לנשים מוכות. היא הופנתה למרכז ילדים והורים שנה לאחר מכן.

בשלבי הטיפול הראשונים שיתפה אסנת את המטפלת בכך שאינה מסוגלת לגעת בכנה. "אינני יכולה לחבק אותו ולגעת בו." היא נשאלה מהן המחשבות האוטומטיות וההתנהגות האוטומטית כלפי בנה, וענתה שהדבר היחיד שהיא מכירה אלה רגשות ומחשבות של דחייה ואלימות כלפיו. "אני לא יכולה להסתכל עליו, ואני מרביצה לו". במקרה זה המחשבה האוטומטית שעולה באסנת כלפי בנה היא דחייה, והיא גוררת התנהגות אוטומטית של אלימות כלפיו.

במהלך הטיפול אסנת למדה להבין את מוקדי הקושי שלה, להכיר את הקונפליקטים הפנימיים, ולזהות את התמה המרכזית אשר מלווה את חייה משנותיה המוקדמות. לדבריה תמיד חוותה דחייה ואלימות מהוריה, ובייחוד מאביה, והדבר גרם לה לפתח דפוסים אלימים ותוקפנים כלפי הזולת. "תמיד הייתי דחוייה, וזה גרם לי להפוך להיות אישה תוקפנית ואלימה". אסנת למדה לקשר בין המחשבות האוטומטיות (מחשבות של דחייה כלפיה) וההתנהגות האוטומטית (הפעלת אלימות): "כשאני מרגישה דחוייה אני נעשית אלימה." בהמשך קשרה אסנת בין הדמיון של בנה לאביו ולאביה, לבין חוויות הדחייה שהיא חווה ולאלימות כלפי בנה. בתהליך הטיפול זיהתה אסנת יחד עם המטפלת את הרגשות השלילים כלפי עצמה וכלפי בנה, למדה לזהות את התחושות הגופניות הנלוות לחוויות הדחייה, לזהות את דפוסי ההתנהגות המעכבים ואת ההפסדים שהיא חווה כאדם והורה. "הדבר הראשון שעולה לי בראש זה שהוא מזכיר לי את אבא שלי ואת בעלי, ובא לי להרביץ לו". בהמשך הטיפול למדה אסנת להבין את ההפסדים בדפוסי ההתנהגות כלפי בנה, למדה להגדיר מחשבות והתנהגויות חלופיות כלפי בנה, ורכשה כלים וחלופות לשליטה בכעסים. "למדתי לזהות שחלק גדול מהתחושות כלפי הבן שלי בכלל קשורות לחוויות שלי עם בן הזוג ועם אבא שלי... למדתי איך להתמודד עם הבן שלי... מה לעשות כשאני כועסת עליו, ואפילו התחלתי להרגיש אליו רגשות של התקרבות, חמלה וקצת אהבה".

שיטת המחקר

המחקר השתמש בשני שאלונים: הראשון בוחן תוצאות טיפול אינטגרטיבי בקרב ילדים והורים במרכז טליה. והשני הוא כלי להערכת שביעות רצון של ילדים מהטיפול במרכז טליה.

השאלון לבחינת תוצאות טיפול אינטגרטיבי בקרב ילדים והורים במרכז טליה חולק

בשנים 2010 עד 2016 ל-490 ילדים והורים, מהם 200 ילדים ו-290 הורים. הילדים וההורים טופלו לפחות חצי שנה במרכז או שסיימו טיפול במהלך השנה האחרונה. נעשתה פנייה טלפונית לכל ההורים שהיו מטופלים לפחות חצי שנה במרכז או שסיימו טיפול במהלך השנה שקדמה למחקר והיו להם ילדים בני 10–12. הורים שהסכימו שילדיהם ימלאו את השאלון, הוזמנו למרכז יחד עם ילדיהם. סטודנטים לעבודה סוציאלית שעשו את הכשרתם המקצועית במרכז, חילקו לילדים ולהורים המשתתפים שאלון אנונימי למילוי עצמי. מילוי השאלון ארך כ-40 דקות. הוסבר לילדים שאינם חייבים לענות על חלק מהשאלות או על כולן.

השאלון לבחינת שביעות רצון מהטיפול במרכז ילדים הורים חולק ל-46 ילדים בני 10–12, שטופלו לפחות חצי שנה במרכז או שסיימו טיפול במהלך השנה האחרונה. בשלב ראשון נעשתה פנייה טלפונית להורי הילדים שהיו מטופלים לפחות חצי שנה במרכז או שסיימו טיפול במהלך השנה האחרונה והיו להם ילדים בני 10–12. הורים שהסכימו שילדיהם ימלאו את השאלון, הוזמנו למרכז יחד עם ילדיהם. סטודנטים לעבודה סוציאלית שעשו את הכשרתם המקצועית במרכז, חילקו לילדים המשתתפים שאלון אנונימי למילוי עצמי. מילוי השאלון ארך כ-40 דקות. הוסבר לילדים שאינם חייבים לענות על חלק מהשאלות או על כולן. כל הילדים היו ילידי הארץ.

שאלוני המחקר וממצאים

תוצאות טיפול אינטגרטיבי של ילדים והורים

את השאלון פיתחו אנשי מחלקת תכנון והערכה בעיריית ירושלים יחד עם מנהלת מרכז טליה (הכותבת הראשונה). מטרת השאלון לבחון את תוצאות הטיפול האינטגרטיבי שהוצע לילדים ולהורים: האם הופחתו גורמי הסיכון הפיזיים והרגשיים אצל המטופלים?; האם נרכשו מיומנויות התמודדות במישור הרגשי, החברתי, ההתנהגותי והלימודי?; האם חל שיפור במערכת היחסים בין הילדים והוריהם? (קציר, 2008).

השאלון בחן את מצבם הרגשי, ההתנהגותי, הקוגניטיבי והתפקודי של המשתתפים – 200 ילדים ו-290 הורים – וגם את טיב הקשר בין ההורים לילדים. בכלי כמה היגדים על מצבם של המשתתפים בתום הטיפול. דוגמאות להיגדים בשאלון ההורים: "היכולת שלך כהורה להביע רגשות"; "היכולת שלך כהורה להציב גבולות לילדים"; "היכולת שלך לחזק התנהגויות חיוביות אצל הילדים". דוגמאות להיגדים בשאלון הילדים: "יכולת להביע רגשות"; "סובל מהתפרצויות כעס". התשובות ניתנו על סולם בן 5 דרגות: 1 ("יש בעיה חמורה ביותר") עד 5 ("אין בעיה כלל"). מהימנות הכלי (α קרוניבר) הייתה 0.86. במדגם הילדים, ו-0.82. במדגם ההורים. מניתוח התשובות עולה ש-85% מהילדים ו-84% מההורים

דיווחו על הישגים בתחומים אישיים ובין-אישיים ודירגו את מצבם בסיום הטיפול כדירוג גבוה. הילדים וההורים דיווחו על הרחבת יכולתם לזהות ולהביע רגשות, על חיזוק הביטחון והדימוי העצמי שלהם, על הפחתה ניכרת בשימוש באלימות פיזית ובאלימות מילולית (צעקות וקללות). בנוסף דיווחו המשתתפים על פיתוח כלים לשליטה בהתפרצויות כעס, וכן על תרגול והרחבה של התנהגויות חלופיות ומאוזנות להתנהגויות אלימות.

הערכת שביעות רצון של ילדים מהטיפול

השאלון כלל 14 היגדים לגבי מצב המשתתפים בתום הטיפול. המשתתפים דירגו את ההיגדים בסולם בן 5 דרגות, 1 ("מאוד לא מסכים") עד 5 ("מסכים מאוד"). מהימנות השאלון (α קרוניכך) הייתה 0.88. יותר מ-85% מהילדים שטופלו במרכז דיווחו שהצוות במרכז ילדים והורים נתן להם תחושה של בית, התייחס אליהם בכבוד, שהמטפל האישי הקשיב להם והתייחס למה שהם מרגישים, וכן שהם למדו לבטא את רגשותיהם ולשלוט בכעסיהם. לדוגמה: "אני שבע רצון מהתחושה שצוות המרכז נתן לי"; "אני שבע רצון מהטיפול האישי".

סיכום

במרכז ילדים והורים בישראל משתמשים בכמה גישות ומודלים טיפוליים: גישת ההתקשרות, מודל התנהגותי, קוגניטיבי, דינמי, מערכתי וכן בשילוב ביניהם. במרכזים השונים בארץ אין כיום שיטת טיפול אחידה.

המאמר הנוכחי מציג שיטת טיפול ייחודית אשר נבחנה באמצעות שאלוני משוב (כפי שהוצג לעיל). השיטה תוכננה לפי צרכים שעלו מהאוכלוסייה המטופלת ומצוות המטפלים. אוכלוסיית היעד היא ילדים בסיכון והוריהם במרכזי ילדים והורים. השיטה הטיפולית המוצגת מאגדת תחת קורת גג אחת מגוון אסטרטגיות התערבות המתאימות לעבודה עם ילדים בסיכון ועם בני משפחותיהם. ההתערבות כוללת אינטגרציה בין שיטות דינמיות, התנהגותיות, קוגניטיביות ומערכתיות והיא ממוקדת בזמן. החידוש בשיטת ההתערבות האינטגרטיבית המתוארת כאן הוא בשילוב שהיא יוצרת בין אלמנטים דינמיים בהבנת המצוקה של הורים וילדים בסיכון, לבין טכניקות של שינוי עיוותי חשיבה וויסות כעסים של הילדים וההורים. בהתערבות נעשה שימוש בכלים מערכתיים-משפחתיים בהקשר הורה-ילד, ומשך הטיפול מוגבל בזמן. שיטת התערבות זו מתאימה לתפיסות חדשות בתחום הטיפול בילדים, שלפיהן יש להתייחס לילד כאל חלק ממשפחתו ולבנות תוכנית התערבות הלוקחת בחשבון את צרכי הילדים, ההורים, ובני משפחה אחרים, ואת הקשרים ביניהם.

טיפול אינטגרטיבי ממוקד בזמן במרכזי ילדים והורים: שיטת התערבות ייחודית

במחקרים עתידיים כדאי לבחון יישום רחב יותר של שיטת הטיפול המתוארת במרכזי ילדים והורים נוספים. על פי המשובים אפשר להניח כי הרחבת השימוש בשיטה תגדיל את שיעורי ההצלחה של הטיפול במרכזים. גם אם יוחלט בסופו של דבר שלא לאמץ את השיטה האינטגרטיבית, הדיון בה יכול להעמיק את הידע התיאורטי והטיפול של הצוות הרב-מקצועי במרכזים אלה. הדיון בשיטת הטיפול המוצעת בהשוואה לשיטות טיפול אחרות ייצור קרקע פורייה להרחבת שיתוף הפעולה בין הצוותים במרכזים השונים, ויתרום לפיתוח שיטות התערבות נוספות. רוזנפלד (1997) מציין את החשיבות שבפיתוח שירותי רווחה המותאמים לצרכי הלקוחות ומשביעים את רצונם של מקבלי השירות. לדבריו, על העובדים הסוציאליים לתרום זה לזה באמצעות תיעוד "ידע ניתן להפעלה" (actionable knowledge). ידע זה כולל תיאור התערבויות מוצלחות בצורה שתאפשר לנותני שירותים אחרים לשפר את ההתערבויות שלהם (רוזנפלד, 1997).

במאמר הנוכחי תוארה התערבות שנמצאה מועילה, תורמת ללקוחות ומעוררת שביעות רצון. בבסיס ההתערבות שתוארה עומד הרעיון שיש לבנות מודל התערבות שצומח מהשטח ומצרכי אוכלוסייה ספציפית, ומנסה להתאים את ההתערבות לאוכלוסייה, ולא להיפך. התערבות כזו יכולה לשמש בכל סוכנות טיפולית, ולדעתנו אף ראוי שיעשה כך.

עם זאת יש לשים לב שמדובר בשיטת טיפול ייחודית למרכזי ילדים והורים, שהמחקר נערך על מדגם קטן, ושכל המשתתפים מטופלים במרכזי ילדים והורים. יש להמשיך לבדוק את הישגי השיטה במרכזי ילדים והורים אחרים בארץ ובעולם. זאת ועוד, כדאי שמחקרים יבחנו שביעות רצון של אבות ושל ילדים בני גילים שונים (גיל החביון, מתבגרים ועוד), בני תרבויות שונות, ילדים שנמצאים בסיכון מידי ועוד.

מקורות

- דולב, ט. (2008). מדיניות "עם פנים לקהילה": מחקר הערכה. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. וינטר, מ. (2010). דו"ח הוועדה המשרדית לאיתור קטינים בסיכון. ירושלים: משרד הרווחה.
- לאור, א. (2002). פסיכותרפיה פסיכואנליטית ממוקדת ותחומה בזמן כמיכל ייחודי. שיחות יז (1), 65-72. קציר, ז. (2008). ילדים והורים במרכז סוגיות מקצועיות בעבודת מרכזי ילדים והורים. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- רוזנפלד, י. מ. (1997). למידה מהצלחות — כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיועדיה. חברה ורווחה, יז (4), 361-377.
- ריבקין, ד. (2009). הערכת מרכזי ילדים-הורים — דוח מסכם. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. שרון, ר. (2012). קשר בין חוויות סובייקטיביות ושיתוף ילדים בטיפול לבין שביעות רצון של ילדים מטיפול במרכזי ילדים והורים. עבודת מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

רונית שרון ואורלי אולשטיין-מן

- שפּלר, ג. (1994). פסיכותרפיה מוגבלת בזמן. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- שפּלר, ג. (2002). עוד על פסיכותרפיה מוגבלת בזמן: תיאוריה מול מחקר. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 10, 51–58. <http://www.jstor.org/stable/23082925>
- Alaimo, K., & Klug, B. (Eds.) (2002). *Children as equals: Exploring the rights of the child*. Lanham, MD: University Press of America.
- Beck, A. J., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (2011). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (6th ed., pp. 231–264). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Bowen M. (1992). *Family therapy in clinical practice*. New York, NY: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1988). *Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.