

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

כרך כ"ד • גיליון 43

אב תשע"ו – יוני 2016

יוצא לאור על ידי:



בשיתוף עם:



מודל לטיפול מערכת-משפחתי-משפחתי במשפחות בסיכון גבוה

עדי מאנע ורוזה נה

תקציר

במאמר יוצג מודל לטיפול מערכת-משפחתי במשפחות בסיכון גבוה – משפחות שבהן אחד או יותר מילדי המשפחה הוגדרו על ידי רשויות הרווחה כמצויים בסיכון וכמועמדים להשמה חוץ-ביתית. מטרתו המרכזית של הטיפול היא לסייע להורים לשפר את תפקודם ההורי ואת הקשר עם ילדם, על מנת למנוע את הוצאתו מהבית. המודל גובש במשך למעלה מעשור של עבודה טיפולית עם משפחות בסיכון גבוה אשר הופנו על ידי רשויות הרווחה לטיפול משפחתי. הוא מבוסס על עבודה מערכתית בצוות בין-מקצועי, הכולל עובדי רשויות הרווחה ומטפלים משפחתיים. במאמר תוצגנה ההנחות התאורטיות שעליהן מבוסס המודל, ואסטרטגיות טיפול, שתודגמנה בעזרת תיאורי מקרים. בהערכה ראשונית של המודל, המבוססת על 31 תיאורי מקרים, שהתקבלו משבעה מטפלים במשפחות בסיכון גבוה, נמצא כי במקרים רבים הטיפול סייע למשפחה להשתקם. עם זאת, מההערכה עולה כי התהליך הטיפולי ארוך, מורכב ומחייב שיתוף פעולה בין הגורמים המטפלים.

מילות מפתח: טיפול משפחתי, טיפול מערכת, ילדים בסיכון, השמה חוץ-ביתית, טיפול בטראומה מורכבת

מבוא

השמת ילדים במסגרות חוץ-ביתית

השמת ילדים במסגרות חוץ-ביתיות היא הרת גורל ואירוע טראומתי עבור הילד ומשפחתו (Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith & Straus, 2005). לאחרונה הולכות ומצטברות עדויות מחקריות המעלות סימני שאלה באשר לייעילותה של ההשמה החוץ-ביתית (Courtney, 2000; Doyle, 2007). ממחקרים אלה עולה כי בהשוואה לקבוצות אחרות, בוגרי ההשמה החוץ-ביתית מגיעים להישגים נמוכים יותר בתחומי חיים רבים, כגון תעסוקה והשכלה (Courtney, Dworsky, Lee & Raap, 2010; Pecora et al., 2006, 2014), והם מתאפיינים ברמת פשיעה גבוהה יותר ובהתנהגויות סיכון (Mason et al., 2003) וכן בקשיים רגשיים (Courtney & Dworsky, 2006). ברגר ועמיתיו (Berger, Bruch, Johnson, James & Rubin, 2009) בחנו את הקשר בין השמה חוץ-ביתית ובין יכולות קוגניטיביות ובעיות התנהגות בקרב מדגם גדול של 2,453 ילדים בגילים 4–17. ממצאי המחקר עלה כי אין קשר בין השמה חוץ-ביתית לבין שיפור ביכולות קוגניטיביות ומיתון בעיות התנהגות. על בסיס הממצאים, החוקרים טענו כי מאחר שעל פי הממצאים, להשמה חוץ-ביתית תרומה חיובית שולית ומועטה להתפתחותו של הילד, יש לוודא שההחלטה להוציאו מביתו תתקבל רק במקרים שבהם נשקפת לו

סכנה ממשית ויש להגן עליו מפגיעה. כמו כן נטען כי מאחר שבחלק ניכר מהמקרים הילדים או הנערים שבים לסביבה המשפחתית והקהילתית (במסגרת ביקורים או בתום תקופת ההשמה החוץ-ביתית), ללא טיפול מעמיק במשפחה ובקהילה, הגורמים השליליים ימשיכו להשפיע עליהם ולצמצם את הסיכוי לשינוי משמעותי אצלם וליציאתם ממעגל הסיכון.

ממצאים דומים נמצאו גם בישראל. במחקר מקיף שנערך על בסיס מדגם של 93,213 ילדים ובני נוער שנדגמו ממאגר נתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (בבנישתי ושמעוני, 2012), נמצא כי הישגיהם הלימודיים של ילדים ובני נוער בסיכון הנמצאים במסגרות השמה חוץ-ביתית היו נמוכים מאלה של התלמידים הרגילים. בהשוואה שנערכה בין הישגי כלל התלמידים בשנתון ובין התלמידים במסגרות הרווחה השונות, הפערים הקטנים ביותר נמצאו בין כלל בני השנתון לבין ילדי האומנה והפערים הגדולים ביותר – בין כלל בני השנתון לבין ילדים שטופלו בקהילה וילדי "חסות הנוער". החוקרים טענו כי הממצאים מצביעים על כך שהטיפול בילדים בסיכון, הן במסגרת השמה חוץ-ביתית והן במסגרת הקהילה, אינו מספק, ויש לבחון את תכניות הטיפול הקיימות.

אחוז הילדים בסיכון השוהים במסגרות השמה חוץ-ביתית בישראל הוא גבוה יחסית למדינות מערביות אחרות (בבנישתי ושמעוני, 2012). לפי נתוני המועצה הלאומית לשלום הילד, בתחילת שנת 2015 היו מוכרים ברווחה 443,548 ילדים ובני נוער, מתוכם כ-366,000 הוגדרו במצבי סיכון. כ-10,500 ילדים ובני נוער הושמו במסגרות חוץ-ביתיות (כולל פנימיות לילדים בסיכון ופנימיות פוסט-אשפוזיות, משפחות אומנה, מרכזי חירום וקהילה טיפולית), ומתוכם 6,774 ילדים הושמו על ידי הרווחה בפנימיות לילדים בסיכון. מאז תשס"ג (2002/03) מסתמנת ירידה במספר הילדים המושמים בפנימיות לילדים בסיכון. במקביל, מסתמן גידול במספר השוהים בפנימיות טיפוליות ופנימיות פוסט-אשפוזיות (ברמן, 2015). הסיבה לכך נעוצה ברפורמות בשירותי הרווחה ובבתי המשפט, שעודדו מציאת חלופות בקהילה עבור ילדים בסיכון שיכולים להישאר בחיק משפחותיהם. אחת הרפורמות המרכזיות היא רפורמת "עם הפנים לקהילה" (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2006). רפורמה זו הגדילה את התקציבים המיועדים לפיתוח שירותים בקהילה, תוך קיצוץ מכסות לסידור ילדים ומתבגרים בפנימיות. כחלק מהרפורמה נקבע תהליך מבוקר, שבו ההחלטה להשמה חוץ-ביתית נבחנת מחדש כל שנה, וזאת עד ארבע שנים לכל היותר. לאחר תקופה זו, רק ילדים ומתבגרים חסרי עורף משפחתי ובמצבים חריגים יכולים להישאר במשפחות האומנה או בפנימיות (בבנישתי ושמעוני, 2012). מסקירת המגמות בהשמה חוץ-ביתית עולה כי כתוצאה מהשינוי במדיניות חלה עלייה ברמת הקושי ההתנהגותי והקושי הרגשי של הילדים בסיכון המתחנכים בפנימיות, וכי ילדים בעלי רמות קושי נמוכות יותר מוצאים פתרונות בקהילה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). למרות השינוי במדיניות והנטייה להעדיף מענים בקהילה על פני השמה חוץ-ביתית, טענו שמעוני ובבנישתי (2011) כי מספרם הגבוה של הילדים ובני הנוער המופנים להשמה חוץ-ביתית קשור לעומס העבודה של העובדות הסוציאליות

ופקידות הסעד,¹ יחד עם מחסור במענים בקהילה ובמשאבים לטיפול במשפחות רב בעייתיות. מקבלי ההחלטות מעדיפים פעמים רבות את הפתרון של השמה חוץ-ביתית לילדים בסיכון כדרך להגן על הילדים ולצמצם את עול האחריות המוטלת על ההורים ועליהם עצמם, ומתוך הנחה כי המענים הקיימים בקהילה אינם מאפשרים הגנה מספקת לילדים אלו (סלונים ולנדר, 2004; שמעוני ובנבנישתי, 2011).

תכניות טיפול בקהילה

תכניות טיפול רבות פותחו עבור ילדים בסיכון הנשארים במסגרת הקהילה. חלק ניכר מהן מבוססות על גישת המעטפת הטיפולית הרחבה (wraparound) ועל עבודה מערכתית, הכוללת התאמת המענים למשפחה, תוך הישענות על מגוון השירותים בקהילה והתייחסות להקשרים השונים שבהם חיים הילד או הנער (Malysiak, 1998; Van-DenBerg, Bruns & Burchard, 2003; Van-DenBerg & Grealish, 1996). הבסיס המשותף לתכניות אלו כולל עשרה רכיבים חיוניים: בסיס השירותים המקצועיים הוא בקהילה; קיים שיתוף פעולה בין השירותים המקצועיים בקהילה; השירותים המקצועיים והתמיכה מותאמים לצורכי הילד ומשפחתו; תהליך ההתערבות מבוסס על עבודת צוות, הכוללת את המשפחה, הילד, גורמים בסביבה הטבעית ושירותים קהילתיים, אשר פועלים יחד ואחראים להגדיר, ליישם ולהעריך את תכנית ההתערבות; מושם דגש על תהליכי העצמה של ההורים והילד; מושם דגש על טיפול מתמשך ומחויבות הגורמים לשירות הילד והמשפחה; ניתן מענה דיפרנציאלי של שירותים והתאמתם לצרכים המשתנים של הילד ומשפחתו; ההתערבות מותאמת לעולם הערכים ולמרקם החברתי והתרבותי הייחודי של הילד ומשפחתו; קיימת גמישות בהקצאת תקציבים בהתאם לצורכי המשפחה; התוצאות צריכות להיות ברורות מדידה ולהימדד ברמות המערכת, הילד והמשפחה (Van-DenBerg et al., 2003).

עדויות מצטברות ממדינות מערביות שבהן יושומו תכניות מעטפת בהיקף נרחב והפכו לחלופה להשמה חוץ-ביתית, מצביעות על כך שמעורבות המשפחה והילד בתהליך ההתערבות תורמת להסכמה על המטרות הטיפוליות ומחזקת תחושת אופטימיות, תחושת שליטה, תמיכה חברתית ויכולת התמודדות (Walker & Schutte, 2005). השוואה בין תכניות התערבות בגישת המעטפת בקרב בני נוער בסיכון לעומת השמה חוץ-ביתית שלהם הצביעה על ירידה בבעיות התנהגות ופשיעה ושיפור בלימודים בקרב אלו שהשתתפו בתכניות ההתערבות בקהילה (Browne et al., 2016; Bruns et al., 2010; Suter & Bruns, 2009; Walker, 2006). עם זאת, למרות הראיות המצטברות בנוגע ליעילות התכניות בגישת המעטפת, יש הטוענים כי בשל השונות הרבה הקיימת בין התכניות ובשל היעדר פרקטיקות ברורות, לא ניתן להתייחס לגישה זו כאל תכנית טיפול או תאוריה, אלא כאל פילוסופיית טיפול או דרך לתכנון תהליך טיפולי (Walter & Petr, 2011).

1 הבחירה בשימוש בלשון נקבה לתיאורי גורמי הטיפול במשפחה מבוססת על העובדה שרוב העוסקות בתפקידים אלו הן נשים. עם זאת, המאמר מתייחס כמובן לנשים וגברים כאחד.

ממספר מחקרים שבחנו את תחושותיהם של אנשי הטיפול העובדים בגישת המעטפת עלה כי הם טענו שאינם מכירים אסטרטגיות ספציפיות שבהן יוכלו להשתמש במהלך עבודת הצוות, וכי חסרים להם פרקטיקות ותהליכי עבודה ברורים ומובנים שיסייעו להם בהליך הטיפול בילדים ובמשפחות (Walker & Schutte, 2005). על בסיס ממצאים אלו, ולטר ופטר (Walter & Petr, 2011) טענו כי האתגר הראשון והמרכזי העומד בפני חוקרים ואנשי מקצוע המקדמים תכניות בגישת המעטפת הוא להגדיר עקרונות מפתח, פרקטיקות ותהליכי עבודה, ובד בבד – להמשיך לאפשר את הגמישות וההתאמה לפרט ולקהילה הספציפיים העומדים בבסיס הגישה. הם הציעו שהגדרת עקרונות המפתח והפרקטיקות תיעשה בעזרת מחקרים אמפיריים, שיתוף של אנשי טיפול בהתנסויותיהם ושיתוף של לקוחות בחוויותיהם.

במאמר זה ננסה לשפוך אור על פרקטיקות ותהליכים טיפוליים אחדים שהתבססו בתהליכי ניסוי וטעייה במשך תקופה ממושכת של עבודה בגישת המעטפת עם משפחות וילדים בסיכון. המאמר יתמקד בתהליכי הטיפול המשפחתי וזה הפרטני ובשיתוף הפעולה בין גורמי הרווחה וגורמי הטיפול. נבחן תחילה את הקשיים העומדים בבסיס הטיפול במשפחות בסיכון, ולאחר מכן נדון בכמה אסטרטגיות התמודדות עם קשיים אלה.

הקושי בשיתוף פעולה

מנתונים שאספו דולב, בנבנישתי וטימר (2001) עולה כי הסיבה המרכזית להשמה חוץ-ביתית היא הזנחה הורית. בשנת 2012, מקרי הזנחה ההורית מבין כלל הדיווחים שהגיעו לטיפולן של פקידות הסעד עמד על למעלה מ-40 אחוזים (בן אריה, זעירא, סלוצקי ולוי, 2013). הזנחה הורית מוגדרת ככשל או חסך בסיפוק צרכים בסיסיים לילד (מזון הולם, טיפול רפואי, ביגוד, תשומת לב, הגנה והשגחה, חינוך ודיוור נאות), ובעקבות כך – פגיעה בילד או סיכון לפגיעה בו (הכנסת, 1977). עזרה להורים למנוע הזנחה הורית, להיות "הורים טובים יותר" ולהעניק לילדיהם מה שדרוש להם (או מה שמצופה מהורים לתת לילדיהם), יכולה ברוב המקרים למנוע השמה חוץ-ביתית.

למרבה הצער, הושטת היד להורים וסיוע להם במשימותיהם ההוריות הופכים לעתים למשימה קשה ואף כמעט בלתי אפשרית. קיימות כמה סיבות לכך: הסיבה הראשונה קשורה לשאלה, מיהו "הורה טוב", ומי מוסמך לקבוע זאת. הזנחה הורית היא הגדרה מורכבת ובעייתית, מאחר שהיא תלויה בערכים ובתפיסות תרבותיות וחברתיות. במקרים רבים של הזנחה הורית חלה התנגשות בין התפיסה של ההורים והתפיסה של עובדי שירותי הרווחה מיהו "הורה טוב", ומתעוררות שאלות ערכיות, שאין להן תשובה חד-משמעית, באשר לגבולות הסמכות ומידת ההתערבות של עובדי רשויות הרווחה בחיי המשפחה (סלונים ולנדר, 2004). במקרים אלה המפגש בין עובדי רשויות הרווחה וההורים הופך למאבק בין ערכים ותפיסות, מה שמקשה על שיתוף פעולה ועבודת צוות.

הסיבה השנייה היא הקושי במתן אמון ובשיתוף פעולה של ההורים עם גורמי הרווחה. שיתוף פעולה זה משמעותי מאוד ונמצא כאחד המנבאים להשמה חוץ-ביתית. דוידסון-ארד (Davidson-Arad, 2001) מצאה כי כשההורה נתפס כמשתף פעולה עם רשויות הרווחה, העובדת נטתה להעריך את איכות חיי הילד כגבוהה יותר מאשר כאשר ההורה נתפס כמי שאינו משתף פעולה. מרבית ההורים שילדיהם הוצאו מהבית נתפסו על ידי העובדות הסוציאליות מלכתחילה כמי שאינם משתפים פעולה. עם זאת, הקושי בשיתוף פעולה וביצירת קשרי אמון הוא כמעט מובנה בתהליך: העובדת הסוציאלית, האמונה על טובת הילד ושלומו, מתקשה לעתים לכבד את נקודת המבט של ההורים, הנתפסים על ידיה כמזניחים וכמסכנים את ילדיהם. עלולים להתעורר אצלה "פנטזיית הצלה" ורצון לטפל בילד ולחלצו מידי הוריו התוקפנים (Pecora et al., 2014). ההורים, מבחינתם, עלולים לחוש קושי במתן אמון בעובדת הסוציאלית, שנחווית כמי שבסמכותה לפגוע בהם ולהוציא את הילדים מחזקתם. לא פעם מתעצמת חוויית חוסר האונים של ההורים בשל תלותם הכלכלית ועמדתם הנחותה למול רשויות הרווחה. תפיסה זו של ההורים נקשרת גם לדימוי הרווח, בעיקר בקרב האוכלוסיות המוחלשות, ולפיו שירותי הרווחה הן ישויות חזקות ותוקפניות (Pecora et al., 2014).

הסיבה השלישית היא תהליכים לא מודעים שעשויים להתעורר בעקבות המפגש בין ההורים לרשויות הרווחה. לפי ווקר (Walker, 2013), הורים מתעללים ומזניחים רבים יכולים לסבול מפוסט-טראומה מורכבת, שנגרמה מטראומות שלא עובדו והצטברו ופגעו בתהליך התפתחותם כהורים. במצב כזה, קיימת רגישות רבה לגירויים המשחזרים בצורה לא מודעת את הטראומה. התגובות לגירויים אלו יכולות להיות לא מותאמות לסיטואציה. כך לדוגמה, השתתפות בוועדת תכנון טיפול והערכה, שבה חברי הצוות דנים בקשיים בהורות ובקשיי הילדים, עשויה להיות חוויה קשה מנשוא עבור מי שדמויות משמעותיות בחייו נטו לדחות אותו ולזלזל בו. לחלופין, תחושה של תלות כלכלית בגוף שנחווה כביקורת, תובעני וחודרני עשויה לעורר חוויה קשה של זעם, חוסר אונים וקרבנות. במפגשים בין ההורים לבין גורמי הרווחה, גירויים, כגון: נימת דיבור, מבט או מילים מסוימות, עשויים לשחזר באופן לא מודע חוויות עבר טראומתיות של ההורה, שתגרומנה לו להגיב בצורה קיצונית ולא מותאמת לסיטואציה. תגובות לא מותאמות אלו עשויות להתפס על ידי הגורמים הטיפוליים כמצביעות על חוסר איזון נפשי של ההורה, קושי בתפקוד הורי וחוסר שיתוף פעולה, ובכך להביא לחיזוק תגובותיהם הביקורתיות. ברוב המקרים, ההורה אינו מודע לתהליכים הפנימיים הקודמים לתגובתו ומייחס אותם לסיטואציה העכשווית ולקשר עם גורמי הרווחה. המעגל השלילי עלול להסלים במקרים שבהם גם ההורה וגם עובדי רשויות הרווחה והחוק לכודים בסערה רגשית חסרת ויסות, הכוללת תהליכים של השלכות, הזדהות השלכתית ופיצול. סערה ההופכת לעתים למאבק כוח מעצימה את חוסר האמון ומונעת כל אפשרות לעבודה משותפת (סלונים ולנדר, 2004; Pecora et al., 2014).

בעת בניית תהליך טיפולי וגיבוש פרקטיקות במסגרת עבודה בצוות הכולל את המשפחה וגורמי הטיפול, יש להיות מודעים למקורות הקושי בשיתוף פעולה ולמצוא דרכים לעקפם. המודל לטיפול מערכת-משפחתי במשפחות בסיכון גבוה מנסה להציע דרכי התמודדות עם קשיים אלו.

הרקע לפיתוח המודל

המודל לטיפול מערכת-משפחתי במשפחות בסיכון גבוה שיוצג במאמר זה גובש בתהליך ממושך של ניסוי וטעייה, ב-15 השנים האחרונות, במהלך טיפול בעשרות רבות של משפחות מתרבויות שונות. במשפחות אלה כל הילדים או חלקם הוגדרו כילדים בסיכון, עניינם נדון בוועדות לתכנון טיפול והערכה במסגרת שירותי הרווחה ובית המשפט, נשקלה האפשרות להשמתם מחוץ לבית, וההורים הביעו התנגדות לכך. הטיפול המשפחתי במקרים אלה הוגדר כטיפול המעניק הזדמנות אחרונה למשפחה להשתקם, במטרה להימנע מהשמה חוץ-ביתית. הגדרת אוכלוסיית היעד כמשפחות בסיכון גבוה מדגישה את הראייה המשפחתית הכוללת, הייחודית למודל, שאינה מפרידה בין הגנה על הילדים ומתן מענה לצרכיהם לבין סיפוק מענה גם לצרכיהם של ההורים.

מסגרת מרכזי ילדים-הורים נוסדה ב-1997, תוך שיתוף פעולה בין משרד הרווחה לבין עמותת "אשלים" וכמה רשויות מקומיות. הרעיון העומד בבסיס מרכזים אלו הוא הניסיון למנוע או לצמצם השמה חוץ-ביתית של ילדים בעזרת התערבות משפחתית בקהילה. על פי המדיניות שקבע משרד הרווחה, רק משפחות המופנות באמצעות הוועדות לתכנון טיפול והערכה רשאיות לקבל שירותים ממרכזי ילדים-הורים, מתוך הנחה שבקהילה קיימים כבר שירותים לטיפול משפחתי במשפחות בעלות יכולות תפקודיות גבוהות יותר (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2015). במרכזי ילדים-הורים ברחבי הארץ פותחו גישות טיפוליות שונות, בהתאם לצורכי האוכלוסייה ולהעדפות הצוות הטיפולי. מרביתם אימצו את גישת המעטפת, שבה הטיפול מתייחס למעגלי החיים השונים של הילד והמשפחה. בטיפול במשפחה מעורבים אנשי רווחה, מטפלים ממרכזי ילדים-הורים, צוותי בתי הספר ומועדוניות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2015).

המודל המוצג במאמר פותח במרכז ילדים-הורים בשדרות, שנוסד ב-2001. בשנה זו נפל בעיר הקסאם הראשון, שבישר את תחילתה של תקופה קשה מאוד עבור תושבי העיר. החיים בצל ירי הקסאמים וההכרח לתפקד במשך שנים במציאות יום-יומית של סכנת קיום ואזעקות תכופות היו לעתים קשים מנשוא; זאת בעיקר עבור משפחות חלשות ורב בעייתיות שסבלו ממצב כלכלי קשה, משפחות חד-הוריות, משפחות שבהן בני המשפחה סבלו מטראומה מתמשכת וקושי בתפקוד ההורי, משפחות מהגרים, משפחות לילדים הסובלים מנכויות ומשפחות מרובות ילדים (Diamond, Lipsitz, Fajerman & Rozenblat, 2010; Shalev, Tuval). הצורך להתמודד עם מקרים מורכבים רבים ומגוונים כל כך חייב את הצוות הטיפולי בשדרות לחשיבה יצירתית "מחוץ לקופסה",

בכדי להתאים את הטיפול למשפחות ולתרבות שממנה באו ולהתגבר על התנגדויות לטיפול ולהתערבות גורמים חיצוניים במשפחה. כמו כן, התמודדות זו חייבה שיתוף פעולה בין הגורמים המטפלים השונים, ובעיקר בין העובדים הסוציאליים בשירותי הרווחה ובין המטפלים במשפחה במרכז ילדים-הורים (Naveh, 2003). בשנים האחרונות, המודל נוסה בעבודה עם לשכות רווחה ביישובים אחרים ובטיפולים משפחתיים בקרב משפחות בסיכון גבוה, שהתבצעו על ידי מטפלים פרטיים ובמרפאות ציבוריות. האופן שבו יוצגו עקרונות העבודה לפי המודל חופפים את שלבי העבודה עם המשפחות: תחילה יוצג תהליך גיבוש הצוות הבין-מקצועי, ובהמשך נדון במסגרות הטיפול במשפחה ובהורים.

טיפול מערכתי בצוות בין-מקצועי

אחד מעקרונות המפתח בגישת המעטפת הוא עבודה מערכתית בצוות בין-מקצועי (Walker, 2006). ישנה חשיבות מרכזית לשיתוף פעולה בין חברי הצוות הבין-מקצועי, הקשורים ביניהם ביחסי תלות והדדיות, מחזיקים רעיונות תאורטיים דומים ומהווים סביבה טיפולית ו"מצע גדילה" עבור המשפחה. העבודה המשותפת יוצרת שלם הגדול מסכום חלקיו ומאפשרת הן למטפלים והן למטופלים התמודדות טובה יותר. המערכת הטיפולית אינה הייררכית, והיא רבת משתתפים וגורמים, שיכולים לתת מענים שונים למטופל (Bloom, 2014).

למרות חשיבותה המרכזית של עבודת הצוות הבין-מקצועי, פעמים רבות מדווחים חברי צוות על קושי לעבוד בהרמוניה ועילות (Grosz et al., 2004; Walker & Schutte, 2005). פטר וולטר (Petr & Walter, 2005) טענו כי אחד השלבים המאתגרים והבסיסיים בגיבוש צוות בין-מקצועי הוא הגדרת תפקידים וחלוקת עבודה. חלוקת עבודה יעילה מחייבת הגדרת תחומי עיסוק של כל אחד מהשותפים בצוות הבין-מקצועי, על מנת שלא ייווצר מצב שבו אותה עבודה מתבצעת על ידי עובדים או צוותים שונים (תפקידים חופפים), או לחלופין, מצב שבו העבודה אינה מתבצעת כלל, מאחר שכל עובד או צוות מעריכים שזה אינו מתפקידם, אלא מתפקידו של ה"אחר" (תפקידים לא מאוישים).

לפי מודל העבודה עם משפחות בסיכון גבוה, הצוות הבין-מקצועי כולל בעלי תפקידים שונים: (א) גורמים מטעם הרווחה ובראשם העובדת הסוציאלית של המשפחה, שהיא "מנהלת המקרה" (case manager); (ב) גורמים המטפלים במשפחה ובראשם המטפלת המשפחתית שמלווה את המשפחה; (ג) גורמים מטפלים ומחנכים העובדים במסגרות החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי שבהן משתלבים בני המשפחה. מצאנו כי נקודת המפתח לביסוס יחסי צוות תקינים היא סימון גבולות ברורים ומוסכמים בין תפקיד הפיקוח, הערכת הסיכון והבקרה ובין תפקיד הטיפול במשפחה ובהורים, כלומר בין הגורמים מטעם הרווחה (פקידת הסעד והעובדת הסוציאלית) ובין הגורמים המטפלים (ובראשם המטפלת המשפחתית). תפקידם של גורמי הרווחה הוא לבחון את התפקוד ההורי ולהעריך את מידת הסיכון שבו נמצאים הילדים. במידת הצורך, הם מחייבים או מעודדים את המשפחה להגיע

לטיפול, ממשיכים ללוותה בעת יצירת הקשר הטיפולי והתגייסותה לטיפול ועוקבים אחר התקדמות התהליך הטיפולי. כמו כן, הם אחראים לסייע למשפחה בצמצום מצוקה כלכלית (הכוונה לתכניות טיפוליות משלימות, כגון: מסגרות למציאת תעסוקה, מועדוניות, סומכת לסיוע בניהול משק הבית). תפקידה של המטפלת המשפחתית, לעומתם, הוא ליצור עם המשפחה קשר טיפולי ויחסי אמון המבוססים על מתן כבוד לנקודת המבט של ההורים, תוך התקרבות לעולמם ממקום של אמפתיה וחוסר האשמה. המשפחה צריכה לתת אמון במטפלת המשפחתית ולסמוך עליה שלא תחייבם לפעול באופן שנתפס כמבטל את רצונותיהם והשקפותיהם. כמו כן, המטפלת המשפחתית אינה צריכה להיות מעורבת בגיוס משאבי סיוע, כדי שמאמצי המשפחה להשיג משאבים לא ייצרו קשרי תלות ויחבלו בקשר הטיפולי.

הספרות הפסיכואנליטית מקנה בסיס תאורטי להבחנה המוצעת בין תפקיד גורמי הרווחה ותפקיד המטפלת המשפחתית. לפי כותבים רבים, קיימת הבחנה חשובה בין הפונקצייה האימהית והפונקצייה האבהית (לדוגמה: Davids, 2002; Wisdom, 1976 Winnicott, 1960; שני התפקידים, האימהי והאבהי, חיוניים לתהליך ההתפתחותי של הגדילה ומשלימים אותו: האם "טובה דייה" מעניקה אהבה בלתי מותנית (Winnicott, 1960) ובכך מאפשרת לילד להשלים עם אהבת האב, שהיא מותנית וקשורה לקבלת מגבלות וחוקי המציאות (Davids, 2002; Wisdom, 1976). במקרה של המשפחות בסיכון גבוה, המפגש עם הדמות המטפלת המשפחתית (הפונקצייה האימהית) מהווה עבור ההורים חוויה מתקנת של "אהבה בלתי מותנית" ומאפשרת להם להתפתח ולהתמודד בצורה טובה יותר עם תכתיבי המציאות, החוקים וה"אהבה המותנית" של גורמי הרווחה (הפונקצייה האבהית). חשוב להבין כי בין שני התפקידים קיימת תלות הדדית: ללא חוויה מתקנת של אהבה בלתי מותנית, המפגש של ההורה עם תכתיבי המציאות ועם הדרישות שמציגים גורמי הרווחה עלול לעורר מחדש את הטראומה (Walker, 2013); ללא התמודדות עם תכתיבי ודרישות המציאות, ההורה יכול לסגת למצב ראשוני, לסימביוזה וקשיי היפרדות מהדמות המטפלת או מעמדת המטופל, וכך לא למלא את מחויבויותיו ההוריות (Greenspan, 1982).

בטרם נעבור לתיאור תהליך בניית החוזה וחלוקת התפקידים בין חברי הצוות, ברצוננו להתעכב על נושא ההבחנה בין התפקידים, שהוזכר לעיל, ולהזהיר מכמה "מלכודות" שכיחות הקשורות בו, אשר אורבות לפתחם של חברי הצוות הבין-מקצועי ומחבלות ביכולתם לשיתוף פעולה ולהבחנה בין התפקידים. המלכודת הראשונה היא כאמור מצב של "תפקידים לא מאוישים" – מפאת העומס המוטל על גורמי הרווחה, האחריות על המשפחה מועברת למטפלת המשפחתית. באופן זה לא יוכל להתבצע מעקב מתאים אחר התפקוד ההורי ומידת הסיכון שבו נמצא הילד, וגם המשפחה לא תקבל את משאבי הסיוע הנחוצים לה. המלכודת השנייה היא מצב של "תפקידים חופפים", מצב שבו גם גורמי הרווחה וגם המטפלת המשפחתית ממונים על מעקב אחר התפקוד ההורי ועל הערכת מידת הסיכון של הילדים ומידת

המסוגלות ההורית. האמון שנוצר בין בני המשפחה לבין המטפלת המשפחתית מאפשר למטפלת להיחשף לקשיי התפקוד של ההורים ולדברים שהם מנסים להסתיר מגורמי הרווחה. במצב של "תפקידים חופפים" מתעוררת דילמה אתיות, האם ניתן להשתמש במידע זה על מנת לגבש החלטות בנוגע למשפחה. חשוב לזכור כי כל התערבות של המטפלת המשפחתית בתהליכי פיקוח, הערכה ומעקב מחבלת בקשר הטיפולי וביכולת המשפחה להתמסר לטיפול. לפיכך, יש להגדיר מראש, בצורה ברורה המקובלת על גורמי הרווחה, המטפלת וההורים, באילו מקרים המטפלת מחויבת לשתף במידע שברשותה ובאילו מקרים עליה לשמור על חסיון המטופלים. ייתכן גם מצב שבו גורמי הרווחה עוסקים בטיפול במשפחה או בטיפול פרטני באחד מחבריה, במקביל למטפלת המשפחתית. מצב זה עלול ליצור קואליציות של בני המשפחה עם אחד מגורמי הטיפול או לגרום להצעת כיווני טיפול שונים, שיבלבלו את המשפחה וימנעו אפשרות לשינוי.

ההבחנה בין התפקידים של הצוות המטפל במשפחה היא חשובה גם בגלל הנטייה של משפחות בסיכון גבוה לחוסר מובחנות ול"שאיבת" הסביבה לתוך מערכות היחסים הפתולוגיות שלהן. במקרים אלה נוכל לראות תהליכים מקבילים המתרחשים בין בני המשפחה ובין הגורמים המעורבים בטיפול במשפחה; היחסים יהיו מאופיינים בקואליציות, הזדהות יתר, טשטוש גבולות וכאוס, תוך הצפה של רגשות תוקפנות, ייאוש ודיכאון (Minuchin, 1991). לעתים נבחין כי יחסים מורכבים וקונפליקטואליים בצוות הטיפולי נובעים מתהליכי פיצול (splitting) שעושה המשפחה בין הדמות ה"רעה" (לרוב יהיו אלה גורמי הרווחה, האמונים על המעקב והביקורת) והדמות ה"טובה" (המטפלת המשפחתית המכילה והמקבלת). ניתן להבין את הנטייה לפיצול נוקשה בין האובייקט הטוב לאובייקט הרע, לפי התאוריה של מלאני קליין. לפי קליין, פיצול סכיזואידי הוא שלב התפתחותי מוקדם שבו התינוק אינו מסוגל להבחין בין פנטזיה למציאות, והוא חש כי לרגשותיו ולפנטזיות שלו ישנה השפעה ממשית על המציאות: כאשר הוא אוהב, הוא מגן על האובייקט האהוב ומחזק אותו, וכאשר הוא שונא, הוא הרסני ומסוכן לסביבתו. בשלב זה של ההתפתחות, ההבנה כי המקור לתחושות הרעב והשובע הן אותה אם היא בלתי נסבלת, ולכן התינוק חייב לפצל את החוויה לדמות מכילה ומיטיבה ולדמות רעה ומסוכנת ("שד טוב" ו"שד רע") (סגל, 1998). בעבודתנו נוכחנו לראות כיצד לפעמים הפיצול שעושה המשפחה בין הדמות ה"רעה" והמסוכנת והדמות ה"טובה והמכילה" מפעיל את הצוות הבין-מקצועי באמצעות תהליכי הזדהות השלכתית רבי עצמה. לדוגמה, מטפלת משפחתית שרוצה להמשיך להיתפס כ"טובה" מתעלמת מהתנהגויות שעליהן הייתה צריכה לדווח על פי חוק או יוצרת קואליציה עם המשפחה כנגד גורמי הרווחה ה"רעים"; עובדת סוציאלית שרוצה להשתחרר מתפקיד ה"רעה" מרגישה כעס על כך שהיא צריכה להיות ביקורתית, בעוד המטפלת המשפחתית מכילה, ומנסה לחבל בטיפול או ליצור קואליציה עם המשפחה מול המטפלת.

למרות הסיכון שיש בתהליכי הפיצול, שלעתים עצמתם רבה מאוד ומסחררת את המערכת כולה, טמון בהם גם פוטנציאל לשינוי וצמיחה. כאשר הצוות הבין-מקצועי

מבין את הרציונל התאורטי העומד בבסיס חלוקת התפקידים, מכין עצמו לקראת תהליכי פיצול, מבין את משמעותם ואינו משתף אתם פעולה, הוא מהווה מודל חיקוי (modeling) עבור בני המשפחה ומלמדם כיצד להתמודד עם מצב של פיצול. עבודה משותפת של חברי הצוות, תוך כבוד הדדי והעברת מסר ברור למשפחה שהן התפקיד האימהי (המיטיב, המעריך והמכיל) והן התפקיד האבהי (המבקר, המעמת והמתסכל) הם חיוניים במידה שווה להתקדמותה, מאפשרת גם לבני המשפחה לקבל בהדרגה את הדרישות החיצוניות ולמצוא את הדרך להפנים אותן ולפעול לפיהן, בלי להרגיש נרדפים ומוחלשים.

אחד הכלים הבסיסיים לחלוקת עבודה ברורה ויעילה בצוות בין-מקצועי הוא בניית חוזה טיפולי בין שלושת הגורמים: גורמי הרווחה, המטפלת המשפחתית וההורים. החוזה נערך לרוב במסגרת הוועדה לתכנון טיפול והערכה, שנותנת לו משנה תוקף.²

מרכיבי העיקריים של החוזה

לחוזה הטיפולי כמה מרכיבים בסיסיים, שאותם ניתן להרחיב בהתאם למקרה:

- א. הסכמה על תקופת טיפול מוגדרת שבמהלכה רשויות הרווחה והמשפט נותנות הזדמנות למשפחה להשתקם. בתקופה זו לא תתקבלנה החלטות, כגון הוצאה מהבית או פנייה לבית משפט, ואם התחילו תהליכים כאלה הם יוקפאו. מובהר למשפחה כי הסכם זה יבוטל אם יתקבלו דיווחים על אלימות כלפי הילדים או התעללות בהם. במקרים אלו כל הגורמים המעורבים בטיפול מחויבים לפעול בהתאם לחוק.
- ב. קביעת מועדים לבדיקת התקדמות הטיפול. ברוב המקרים, זימון ועדה לאחר חצי שנת טיפול מאפשר לעמוד על תחילת השינוי. במקרים שבהם ההורים אינם מגיעים לטיפול, מקדימים את זימון הוועדה.
- ג. הגדרה ברורה מה מצופה מההורים כדי שיוכחו שהילדים יצאו מכלל סכנה. חשוב להגדיר קריטריונים קונקרטיים ולתעד אותם באופן ברור (לדוגמה הגעה סדירה של הילד לבית הספר, תוך הבהרה שמספר האיחורים והחיסורים לא יעלה על אחוז מסוים, דאגה של ההורים לביצוע טיפול רפואי שהומלץ לילד). ברשימת הקריטריונים נכללת גם הגעה עקיבה למפגשים עם המטפלת המשפחתית. חשוב שהקריטריונים יהיו בשליטת ההורים. לדוגמה, לא ניתן לדרוש מההורים להראות שיפור בתפקודו הלימודי או במצבו הנפשי של הילד. כמו כן, חשוב שהקריטריונים ייתפסו גם על ידי ההורים כהגיוניים וכששורים לטובת הילד. קריטריונים כאלו יפחיתו את תחושות הנרדפות, הקרבנות וחוסר האונים שלהם. מטרת הגדרת הקריטריונים היא גם חיזוק תחושת הבחירה של ההורים – האם הם באמת רוצים ומסוגלים לגדל את הילד ולהתגייס על מנת לסייע לו ולהעניק לו תנאי מחיה נאותים?

2 הוועדה מורכבת מצוות רב מקצועי. תפקידה לגבש תכניות טיפוליות עבור ילדים ובני נוער בסיכון ולבצע מעקב על אופן ביצוען. בין היתר מתקבלות במסגרת הוועדה החלטות בנוגע להשמה חוץ-ביתית.

ד. הצגת הטיפול המשפחתי ככלי מרכזי שיסייע להורים להשיג את מטרותם – ללמוד כיצד להיות הורים טובים יותר לילדיהם ולעמוד בקריטריונים שנקבעו כדי שהילדים יישארו בחזקתם. מובהר להורים כי הטיפול לא נועד לבחון את מידת מסוגלותם ההורית (אם עולה שאלה בנוגע למסוגלות הורית, על גורמי הרווחה להיעזר בגורמי אבחון המיומנים בכך).

ה. חידוד ההבדל בין תפקיד גורמי הרווחה (העובדת הסוציאלית, פקידת הסעד) ובין תפקיד המטפלת המשפחתית. הבהרה כי כדי שבני המשפחה יוכלו לעבור שינוי, הם צריכים לתת אמון מלא במטפלת ולשתף אותה בקשייהם, תוך הבטחה כי המטפלת לא תעשה שימוש במידע זה, אלא במקרים שבהם חלה עליה חובת דיווח על פי חוק. מובהר להורים כי כל דיווח שוטף שתעביר המטפלת לגורמי הרווחה יוצג מראש בפני המשפחה, והם יהיו רשאים להשמיט פרטים שנראים להם אישיים ופוגעים בפרטיותם (לא כולל מקרים של חובת דיווח על פי חוק). כמו כן הם מיודעים כי המטפלת מחויבת לדווח לגורמי הרווחה באופן שוטף על אי-הגעת המשפחה לטיפול.

ניתן להשתמש באסטרטגיות שונות על מנת לחדד את מטרות הטיפול. מומלץ שהמטפלת המשפחתית תציג שאלות לנציגת גורמי הרווחה בנוכחות ההורים, כגון: למה את מפנה את המשפחה לטיפול? מה הציפיות שלך? איך תדעי שזה הצליח? מה השינוי שאת רוצה לראות במשפחה? כיצד את מצפה שהאם או האב יתפקדו בסוף הטיפול? מה יקרה למשפחה אם לא יהיה שינוי? שאלות אלו מאפשרות לחדד את הקריטריונים להצלחה ולהפכם לקונקרטיים וברורים הן להורים והן לצוות הבין-מקצועי המלווה אותם. גם במהלך הטיפול, במצבים שבהם יש לחדד את המטרות הטיפוליות והסנקציות, ניתן "להנכיח" את גורמי הרווחה. לדוגמה, להציב כיסא ריק עבור העובדת הסוציאלית ולשאול את ההורים: "אם העובדת הסוציאלית הייתה כאן, מה לדעתך הייתה אומרת או חושבת על...?" "כיצד הטיפול יכול לסייע לכם למלא אחר הדרישות שהציבה פקידת הסעד בוועדה?"³

דוגמה לשימוש בשאלות המסייעות למשפחה ולצוות הטיפול להגיע להסכמה על מטרות הטיפול: במשפחה חד-הורית האם לא הצליחה להוות דמות סמכותית עבור בתה המתבגרת. זו נהגה להיעדר מבית הספר ולהתרועע עם נערים גדולים ממנה, והועלה חשש לניצול מיני ולשימוש בסמים. בוועדה לתכנון טיפול והערכה הוצג הטיפול המשפחתי על ידי העובדת הסוציאלית כהזדמנות האחרונה לפני השמה חוץ-ביתית. המטפל פנה לאם ואמר: "גורמי הרווחה מאיימים שאם לא יהיה שינוי בהתנהגות של מאיה, הם יצטרכו להוציא אותה מהבית, כדי שלא תהיה בסיכון. מה את ומאיה רוצות לעשות בקשר לאיום הזה? שאלו את העובדת הסוציאלית מהן האופציות הקיימות, ומה עליכן לעשות כדי שמאיה תישאר בבית. אולי תצליחו לשכנע אותה שלא יהיה צורך בהוצאתה".

במקרים רבים נוכחנו כי המפגש הראשוני של המשפחה עם הצוות הבין-מקצועי בוועדה לתכנון טיפול והערכה הוא בעל חשיבות רבה ליצירת אמון של ההורים

3 השאלות פותחו על ידי ר' דומני ומסרו לנו בעל פה בשיחה עמו.

במטפלת המשפחתית ומאפשר להם לתת הזדמנות אמיתית לטיפול. כך לדוגמה, למפגש ראשון שנערך עם המשפחה לאחר הוועדה לתכנון טיפול והערכה, הגיעו הורים עם שלושת ילדיהם. בתחילת המפגש הילדים סירבו לדבר ולענות לשאלות המטפלת. הם ישבו קפואים ונמנעו מקשר עין עם המטפלת. לאחר כמה דקות שתיקה, האב אמר להם: "זה בסדר. אפשר לדבר אתה. בוועדה היא אמרה להם [לגורמי הרווחה] שהיא לא תעביר להם שום דיווח בלי שתיתן לנו לראות אותו קודם. אני סומך עליה. אתם יכולים לדבר". לאחר שקיבלו את אישור האב, התחילו הילדים לשתף פעולה.

שלבי הטיפול במשפחה

לאחר שלב בניית הצוות הבין-מקצועי ויצירת המסגרת החוזית, מתחיל הטיפול במשפחה. הטיפול נערך במסגרת משפחתית, בהשתתפות כל בני המשפחה והדמויות המשמעותיות בגידול הילדים. גם אם ישנם ילדים צעירים שנתפסים כ"מפריעים", חשוב שיהיו חלק ממסגרת הטיפול, מאחר שזו המציאות שעמה המשפחה מתמודדת גם בביתה. נוסף על הטיפול המשפחתי השבועי, ההורים נפגשים עם המטפל בקביעות, רצוי אחת לשבוע, לטיפול פרטני או זוגי (או שניהם גם יחד). מטעמי נוחות, נתייחס בנפרד לטיפול המשפחתי ולטיפול בהורים, אף ששני הטיפולים מתבצעים במקביל וקיימת תלות הדדית ביניהם.

יצירת מסגרת טיפולית (setting)

הצעד הראשון לקראת היציאה מהכאוס שבו מצויה המשפחה הוא יצירת סדר חיצוני, קבוע וברור של המפגשים הטיפולים. הטיפול במשפחות בסיכון גבוה יכול להיערך במסגרת של ביקורי בית, מה שמקל על המשפחה להתארגן ולהתגייס לטיפול. למסגרת טיפולית זו ישנם יתרונות וחסרונות שנדונו בהרחבה (Gray & Kye-Price, 2014; Thomas, 1999). מסגרת יעילה אחרת היא מרכז ילדים-הורים, המאפשר למשפחה להרגיש שייכות למקום ולקהילה מכילה ומחבקת (הרחבה על טיפול במסגרת מרכז ילדים-הורים, ראו אצל Naveh, 2003). עם זאת, טיפול במשפחות בסיכון גבוה אפשרי גם במסגרת מרפאה – פרטית או ציבורית.

בין אם מדובר בטיפול במסגרת ביקורי בית, מרכז טיפולי בקהילה או מרפאה, המקום שבו מתקיים הטיפול המשפחתי צריך להיות מאובזר באופן כזה שילדים יוכלו לשחק, לנוע במרחב, ליצור ולבטא עצמם בפעולה (acting out), מבלי לסכן את עצמם ומבלי חשש מנזק לרכוש. חדר הטיפול צריך להיות מצויד במשחקים מסוגים שונים, כגון: משחקי קופסה (משחקי מסלול, משחקים המעודדים שיח ותקשורת, משחקים תחרותיים, משחקי חשיבה), משחקים למשחק דמיוני (בובות, בית בובות, מטבח), משחקים לפעילות אקטיבית (כדור, באולינג) וציוד אמנות ויצירה (לפירוט, ראו Joseph, 1998). כמו כן, מומלץ להיעזר בקלפים טיפוליים. כאשר הטיפול נערך במסגרת ביקורי בית, המטפלת צריכה להביא עמה משחקים וציוד מתאים.

שלבי היציאה מהכאוס

מטרתו המרכזית של הטיפול המשפחתי היא ארגון הכאוס שבו נמצאת המשפחה. לפי ווקר (Walker, 2013), לא ניתן לגדול ולהתפתח בכאוס, שכן תחושת הכאוס עוצרת את התהליך ההתפתחותי של כל בני המשפחה. רק לאחר שהזהות המשפחתית והזהויות האינדיווידואליות מתארגנות ומתרחבות, האנרגיה שהייתה מושקעת בכאוס יכולה להתפנות ולאפשר לבני המשפחה לברר לעצמם מי הם, ומה הם אוהבים ורוצים לעשות. על מנת להתמודד עם תחושת הכאוס, יש הכרח לחשוף אותו, להעלות את המודעות לתחושות שהוא מעורר ולמחיר הנלווה אליו, להבין את החוקיות הקשורה אליו ואת הגורמים להופעתו, ולאחר מכן – למצוא דרכים להתמודד עמו. תהליך היציאה מהכאוס הוא תהליך הדרגתי, הכולל כמה שלבים:

שלב ראשון – מודעות לכאוס: בשלב זה המטפלת מסייעת למשפחה לחוות את הכאוס במלוא עצמתו במסגרת חדר הטיפול, ב"כאן ועכשיו". כל מפגש טיפולי במסגרת משפחתית נפתח בהזמנת בני המשפחה לבחור, מה הם רוצים לעשות יחד בחדר (אקסליין, 1968). המשימה הפתוחה: "החליטו מה אתם רוצים לעשות יחד בחדר בזמן שיש לנו", לעתים נראית כבלתי אפשרית לביצוע בשלבי הטיפול הראשונים. משפחות בסיכון גבוה לרוב אינן מורגלות בשיח ובמשחק משותף ומתקשות בניהול יעיל של קונפליקטים, משא ומתן והצבת גבולות. אחת הסוגיות המרכזיות העולות בשלב זה של הטיפול היא, כיצד מוצאים איזון בין הרצונות והצרכים השונים של בני המשפחה. צפוי שההנחיה תציף את הדפוסים הפתולוגיים של המשפחה ומאבקי כוח. בשלב זה, כל בני המשפחה חווים ב"כאן ועכשיו" את הכאוס, את המחיר הרגשי שכל אחד מהם משלם בשל הקושי להגיע להסכמות במשפחה, את התסכול שנגרם בשל בזבוז הזמן ואת היעדר היכולת למימוש עצמי.

המודעות לקושי ולכאוס מעוררת תגובות שונות המאפיינות התמודדות עם לחץ: תקיפה (fight) – תוקפנות רבה והתנהגויות פוגעניות ומסוכנות של בני המשפחה. התוקפנות יכולה להיות מופנית כלפי חברי משפחה שנחווים כמפריעים, כלפי המטפלת, שחושפת את הקושי ואינה נותנת פתרון, כלפי הטיפול וכלפי גורמי הרווחה המחייבים את המשפחה בטיפול; בריחה (flight) – רצון לבריחה והפסקת הטיפול. לעתים נראה גם בריחה פיזית מהחדר של אחד מבני המשפחה; קיפאון (freeze) – ניתוק של ההורה, של בני המשפחה או של המשפחה כולה. במצבים אלה המטפלת מרגישה שבני המשפחה "נוכחים נפקדים" – הם נראים אדישים לנעשה בחדר ומנותקים ממנו. חוסר התפקוד של המשפחה בולט, ולא ניתן עוד להסתירו מגורמים חיצוניים. בתגובה, עשוי להתעורר חשש גדול של המשפחה מכך שהמטפלת תחשוף אותם בפני גורמי הרווחה.

על מנת לצלוח את שלב ההתמודדות עם הכאוס, המשפחה זקוקה למסר ברור של קבלה, הכלה, חוסר שיפוטיות, הערכה ואמפתיה. בהתאם לתפיסה של רוג'רס (Rogers, 1961), תפקיד המטפלת בשלב זה של הטיפול הוא לאפשר לבני המשפחה להתפתח ולספק את התנאים המתאימים לכך: קבלת התפיסה העצמית ותפיסת

המציאות של בני המשפחה בלי ניסיון לתקנה, פתיחות וקבלה של שיאפשרו לבני המשפחה לבטא בחופשיות את רגשותיהם, שיקוף רגשותיהם של בני המשפחה ומתן כבוד ומקום מרכזי ליכולתם לפתור את בעיותיהם בכוחות עצמם. לפי גישה טיפולית זו, בני המשפחה מובילים את הטיפול, והמטפלת צועדת בדרך שהם מתווים.

דוגמה להתנהלות אופיינית למשפחה במפגש משפחתי ראשון: יפעת, גרושה בת 45, הגיעה למפגש ראשון עם ארבע בנותיה (6, 8.5, 10 ו-12). הבנות נראו נרגשות וחסרות מנוחה, והתחילו לריב מיד עם כניסתן לחדר על מקומות הישיבה. מיכל, הבת הצעירה, רצתה לשבת על אמה, וכך גם טל, אחותה. שתיהן התיישבו על האם וניסו להפיל זו את זו. ליאל ומעיין, שתי האחיות הבוגרות, רצו לשבת על הכיסא המרופד ומשכו זו את זו תוך צעקות, בכי ומשיכת שיער. האם התחננה בפני בנותיה בקול חלש ובכייני: "די, תפסיקו לריב, צריך להתחיל", אולם הבנות לא התייחסו לדבריה. האם התבוננה במטפלת בייאוש וסיננה: "את רואה?" המטפלת הסתכלה עליה ועל הבנות ברוגע ובסבלנות וחיכה חיוך אמפתי ואוהד, תוך אמירות שיקוף קצרות, שנאמרו בנימה לא שיפוטית: "אני רואה שקשה לכן להגיע להסכמה", "אני רואה שקשה לך לשכנע את הבנות שלך להפסיק לריב". לאחר כעשר דקות של צעקות ובכי, יפעת קמה בזעם, הזיזה את מיכל וטל שישבו עליה, ישבה על הכיסא המרופד ואמרה לבנותיה: "אתן רואות, בשביל זה באנו לכאן! תראו איך אתן מתנהגות! אפילו לשבת כמו שצריך אתן לא מסוגלות! מספיק כבר!" הבנות השתתקו וישבו במקומותיהן. המטפלת חיכה אליהן, ובעיקר אל יפעת, ואמרה: "הצלחת..."

שלב שני – הבנת החוקיות העומדת בבסיס הכאוס: המפגש המשפחתי והגישה הטיפולית הבלתי מכוונת מאפשרים לבני המשפחה לשחזר בחדר הטיפול את הדפוסים שלפיהם המשפחה מתנהלת (enactment) (Minuchin, 1991). בעקבות התבוננות בהתנהלות בני המשפחה בחדר, מתבהרים הדפוסים המשפחתיים המחזקים את ההתנהלות הפתולוגית והלא יעילה ומשמרים ומחזקים את התסמינים. בשלב זה, תובנות מהגישה המבנית של מינושין מסייעות מאוד למטפלת להבין את המערכת המשפחתית. לפי מינושין, פתולוגיה של יחיד במשפחה היא תמיד סימן לליקוי במערכת המשפחתית. המערכת המשפחתית מורכבת מיחידים ומתת-מערכות המקיימים ביניהם יחסי גומלין. כל אחד מבני המשפחה יכול להיות שייך לתת-מערכות שונות, שם הוא רוכש מיומנויות שונות. כך לדוגמה, במקרה שהוצג קודם ניתן היה לראות בבירור את ההבחנה בין מערכת הילדים (האחיות) לבין המערכת ההורית (יפעת). בהמשך המפגשים ניתן היה לראות כי בין יפעת לבין אבי בנותיה, שלא נכח במפגשים, היו גבולות נוקשים וחוסר תקשורת (בעבר סבלה יפעת מאלימות פיזית ומילולית קשה מצדו). לעומת זאת, בין יפעת לבנותיה היו גבולות דיפוזיים – היא נטתה לשתף ולערב אותן במידע לא מתאים ולהעביר להן את התפקיד ההורי.

בכל משפחה ישנם "דפוסי עסקה" המכתיבים כיצד יש להתנהג במצבים שונים. דפוסים אלה הופכים לחוקים סמויים וגלויים, השומרים על יציבות המשפחה. במשפחה זו ניתן היה להבחין כבר בדקות הראשונות של המפגש בדפוס של שיתוף

הפעולה בין האחיות כנגד האם. בהמשך, ניתן היה להבחין בחוק סמוי שהתקבע במשפחה: אימא אינה מסוגלת להשתלט על הבנות ועל הבית ולנהלם, רק אבא מסוגל. בעבר הוא עשה זאת באלימות, וכיום הוא אינו מעוניין לסייע לאם. בשלב זה ניתן היה גם להבחין בדפוסים מעגליים ודיספונקציונליים שתרמו להיווצרות הבעיה ולחזיקה. ניתן היה לראות כיצד התנהלותן המאוחדת של הבנות כנגד האם מחלישה אותה ומביאה לויתור על סמכותה ההורית, מה שמחזק את ההתנהלות המאוחדת נגדה. בהמשך ניתן היה להבין את מקומו של האב בדפוס מעגלי ודיספונקציונלי זה, ביצירת קואליציה עם הבנות כנגד האם.

בשלב זה המטפלת ממשיכה להיות אמפתית, מכילה ולא שיפוטית, והיא בעיקר מביעה סקרנות, מתוך עניין אמתי. היא שואלת את בני המשפחה שאלות, המאפשרות להם להפוך לשותפים מלאים בחקר עצמם ומשפחתם. ניתן להיעזר בטכניקות תשאול שונות, כפי שתוארו בגישות משפחתיות שונות, תוך התאמתן למשפחה (למשל Fleuridas, Nelson & Rosenthal, 1986).

המקרה הבא מדגים שאלות משמעותיות הפותחות פתח לבחינת הדפוסים המשפחתיים: בפגישה הראשונה עם משפחת כהן, המשפחה התקשתה מאוד להחליט באיזה משחק ישחקו. כל אחד מילדי המשפחה (דניאל בן 14, ירון בן 10.5 וירדן בת 8), רצה לעשות משהו אחר, והאם, הדר (36), נראתה עייפה ומנותקת. היא ישיבה ישיבה רפויה על הכיסא ובהתה בכפות ידיה. המטפלת הרגישה שהדר מצפה שהיא תתערב ותשליט סדר. הבן הבכור, דניאל, רצה לשחק בדוקים, וירון התנגד. דניאל סינן בשקט: "ירון הוא ילד בעייתי. הוא תמיד הורס הכול. הלוואי שהוא כבר ילך מהבית". ירון בעט בדניאל וקילל אותו. הדר "התעוררה" וצעקה על ירון: "חכה כשנגיע הביתה..." ירון צעק עליה בחזרה: "סתומה, את לא תגידי לי מה לעשות. נמאס לי מהמשפחה הזאת". הוא חטף את המשחק שבו רצה לשחק והלך בהפגנתיות לשחק לבד בפינת החדר, תוך שהוא צועק: "נמאס לי מהמשפחה הזאת" ומסנן קללות. דניאל התיישב על יד אמו, נשען עליה וליטף את ראשה. לאחר כדקה של שקט, הדר אמרה: "טוב, אז נשחק בלי ירון". הילדים הצטרפו אליה למשחק. לאחר כמה דקות של שקט, המטפלת שאלה את בני המשפחה: "למי לדעתכם הכי קשה עכשיו?" הדר ודניאל הסכימו שהכי קשה להדר. הבת הצעירה, ירדן, אמרה שנראה לה שגם לאימא וגם לירון קשה, כי כולם עכשיו כועסים עליו. ירון לא רצה לענות על השאלה, אולם הוא הפסיק לקלל, המשיך לשחק ונראה קשוב לשיח. המטפלת שאלה: "מה לדעתכם ירון היה מעדיף – שיכעסו עליו או שירחמו עליו?" הדר ודניאל אמרו שהוא רוצה שיכעסו עליו, וירדן התלבטה. המטפלת עודדה את האם לברר עם ירון מה הוא היה מעדיף. האם פנתה לירון ושאלה אותו. ירון פרץ בבכי: "לא אכפת לי. במילא אתם רוצים לסלק אותי מהבית ולא אכפת לכם ממני. אני לא צריך שתרחמו עליי!"

ניכר כי ההנחיה שנתנה המטפלת למשפחה, לבחור מה הם רוצים לעשות יחד בחדר, הציפה את הקושי ועוררה את הדפוס המעגלי הדיספונקציונלי של המשפחה. ניתן היה לראות שהתנהגותו של ירון, הפצינט המזוהה במשפחה, הייתה קשורה

להתנהלותה חסרת האונים של האם, שגרמה לדניאל, בנה הבכור, לתמוך בה, להיכנס לתפקיד זוגי עמה ואף למלא את מקומה, תוך אימוץ תפקיד הורי. דניאל דחה את ירון, שנתפס כמפר את האיזון וכמקשה על האם. ירון, שחווה דחייה, הגיב בתוקפנות כלפי המשפחה. האם הגיבה אף היא בתוקפנות, תגמלה את דניאל ואת אחותו ויצרה קואליציה מול ירון. דבר זה הביא להקצנה של תחושות הכעס, הבדידות והדחייה של ירון ולהקצנת התנהגותו התוקפנית. תוקפנותו חיזקה את תחושת חוסר האונים של האם מולו ואת הקואליציה שלה עם דניאל. בהתערבות, המטפלת נעזרה בשאלות מעגליות (שאלה זהה המופנית לכל אחד מבני המשפחה), על מנת לאפשר דיבור על הכעס. כך ירון לא התמודד לבד עם תחושות הכעס והתסכול דרך החצנה (acting-out). הדיבור על הכעס סייע לבני המשפחה לגלות את תחושת הפגיעה והכאב של ירון, שהוסוותה על ידי התוקפנות והכעס. כמו כן הוא סייע לשבירת הקואליציה הנוקשה בין האם והילדים מול ירון. בהמשך, דרך החיבור לתחושות הכאב והפגיעות של ירון, האם הצליחה להשתחרר מתחושתה כמאוימת על ידי ומחוסר האונים מולו ולפתח כלפיו רגשות חיוביים.

שלב שלישי – התנהלות מול הכאוס: בכל המשפחות בסיכון גבוה שעמן נפגשונו בלט היעדרן של דמויות הוריות מיטיבות. הסבים והסבתות היו פעמים רבות חסרים (אם מבחינה פיזית או מבחינה רגשית) או שהיו דמויות פולשניות וחודרניות אשר לא העריכו את יכולות ילדיהם, תפסו את מקומם ההורי ולא אפשרו להם לממש את ההורות שלהם. חשיבותן של דמויות הוריות המלוות, מכילות ומחזקות את ילדיהן, מלמדות אותם כיצד להיות הורים ותומכות בהן היא עצומה. רק לאחר שההורה חש מוחזק ומוכל, הוא פנוי ומסוגל להכיל את ילדיו (Winnicott, 1960). בטיפול המשפחתי ובטיפול הפרטני המטפלת הופכת לדמות הורית "טובה דייה" עבור ההורים, דמות מכילה, מחזקת ואוהבת, שניתן לסמוך עליה. עם זאת, במקביל, היא מאתגרת את ההורים בצורה המותאמת ליכולותיהם, משקפת את הקשיים ומקדמת תהליכי שינוי, מבלי לגזול את מקומם. בשלב זה של הטיפול, המטפלת מלמדת את בני המשפחה אסטרטגיות שתאפשרנה לה לצאת מהכאוס, ואת ההורים – להיות הורים טובים יותר עבור ילדיהם, להתארגן, לחזק את הסמכות ההורית ותחושת המסוגלות ההורית, ליצור תקשורת, לפתור קונפליקטים, להרגיע, להכיל ולחזק. חשוב להבהיר כי הקניית אסטרטגיות בלבד, ותהיינה אלה האסטרטגיות הטובות והיעילות ביותר, אינה יעילה, ללא תהליך מעמיק של עיבוד והפנמה. תהליך העיבוד וההפנמה מתבצע ברמות שונות, לאורך כל תקופת הטיפול, הן במסגרת המשפחתית והן במסגרת הפרטנית.

במסגרת המפגש המשפחתי, המטפלת מציעה להורה את האסטרטגיה כדרך להתמודד עם קושי קונקרטי שעלה בחדר. ההורה מתבקש להסביר את האסטרטגיה לילדיו, לפעמים תוך מתן הנחיה לילד לחזור על ההתנהגות הבעייתית (הוראה פרדוקסלית, שמטרתה להראות לילד ולהורה שהתנהגותו של הילד היא בשליטתו ונתונה לבחירתו). לעתים ניתן תפקיד גם לבן הזוג או לילדים האחרים, על מנת לסייע להורה שמתאמן ביישום האסטרטגיה. תוך כדי היישום, המטפלת מכילה ומשקפת את הקשיים של ההורה ובני המשפחה, מעודדת ומחזקת כל צעד קטן בדרך

לשינוי ומאירה את השלכת השינוי על המשפחה כולה. בתום הקניית הכלי ויישומו, היא משקפת את התהליך, את ההתקדמות והשינוי. היא מביעה הערכה להורה ולבני המשפחה שסייעו לו ומדגישה את החוסן המשפחתי שאפשר לעבור את התהליך. על מנת לבסס את הלמידה ולהרחיבה, בני המשפחה מתבקשים ליישם את האסטרטגיה החדשה גם בבית ולדווח על כך למטפלת במפגש הבא. המשימות הן קונקרטיות (לדוגמה, להשתמש באסטרטגיית ניהול הזמן שנלמדה כדי להתארגן בשעות אחר הצהריים, כאשר הילדים מגיעים הביתה). דיון במשימות במסגרת הטיפול ובדיקה מה אפשר את ביצועם או היקשה עליו, הם חשובים מאוד. במשפחות שבהן נראה קושי לעשות העברה מדפוסים שיושמו בחדר הטיפולים לבית, קיימת אפשרות לשלב סומכת, שתסייע להורים לבצע את המשימות (לדוגמה להעסיק את הילדים האחרים, כדי לפנות את ההורה לבצע התערבות עם אחד הילדים) או לגייס גורמים בסביבה (קרובי משפחה, שכנים), על מנת שההורה יוכל לעמוד במשימה.

דוגמה לשימוש במשימה במסגרת מפגש משפחתי: שלום (49) ובתיה (42) הגיעו למפגש עם בנם שלו, בן ה-6. שלו הוא בן יחיד, שנולד לאחר טיפולי פוריות ממושכים. במפגשים קודמים עלה קושי רב של ההורים להציב לבנם גבולות. בשל התנהגותו, שהלכה והקצינה עד כדי סיכון עצמו והסביבה (כגון הטחת ראש ברצפה בעצמה, אלימות קשה כלפי ההורים), הועלתה אפשרות של השמה חוץ-ביתית. במפגשים הקודמים בלט הקושי של ההורים בשיתוף פעולה, כתוצאה מחרדה שהציפה אותם, בעיקר את האב. ההורים סיפרו שהם "הולכים על ביצים" ונמצאים בחרדה מתמדת פן יכעיסו את בנם ויגרמו לו להתפרץ. במפגש הסבירה המטפלת להורים כיצד לבצע אחיזה טיפולית. תחילה היא ביקשה משלו שיעזור לה בהדגמה. שלו שיתף פעולה ואפשר גם למטפלת וגם לכל אחד מההורים להחזיק אותו למשך דקה, ונראה שהוא נהנה מהמשחק החדש. לאחר ההדגמה וההטרמה של הקשיים שעשויים לעלות בעת האחיזה הטיפולית והדגשת החשיבות של אסטרטגיה זו, המשפחה בחרה משחק והתחילה לשחק. כעבור דקות אחדות, שלו, שלא הצליח להרכיב חלק בפאזל, התחיל לנהוג בתוקפנות – זרק את המשחק על האם והתחיל לצעוק עליה, לקללה ולהכותה: "זה בגללך!" המטפלת הנחתה את האם לאחוז בשלו. שלו התנגד מאוד, והמטפלת תמכה באם ועודדה אותה להמשיך את התהליך, תוך שהיא משקפת את הקושי, מנחה כיצד לאחוז בשלו ומזכירה את חשיבות האחיזה הטיפולית. לאחר מכן המטפלת העבירה את תפקיד התמיכה לאב. היא הנחתה אותו לתמוך באם וחזקה את האופן שבו עשה זאת. לאחר כ-20 דקות של צעקות, קללות ובכי, שריריו של שלו התרפו. הוא התרפק על האם, מיוזע וחסר כוחות. האב חיבק את שניהם ובכה. בהמשך הפגישה, המטפלת תיארה את התהליך שעברו, תוך שימת דגש על הכוחות של האם, של האב ושל שלו, שסייעו להם להתמודד עם המשימה הקשה.

שלב רביעי – לאחר היציאה מהכאוס צליחת שלושת השלבים שתוארו לעיל מאפשרת למשפחה להתחיל לתפקד, לעבוד ולהתנהל בצורה מסתגלת יותר, הן במסגרת חדר הטיפול והן במסגרת הביתית. לפי מושגיו של ווקר (Walker, 2013), התהליך מאפשר למשפחות במצב של פוסט-טראומה מורכבת לשחרר את האנרגיה שהוקדשה לעיסוק המתמיד בכאוס ובתחושות השליליות (חרדות, כעסים, שנאה).

שחרור האנרגייה מאפשר לכל אחד מבני המשפחה בנפרד ולמשפחה כמערכת להשלים את התהליך ההתפתחותי שנפגע, זאת תוך מעבר משלבים מוקדמים ובסיסיים של הישרדות ובניית מסגרת יציבה לשלבים גבוהים של פיתוח קשר משמעותי ומימוש עצמי. יכולתה של המטפלת לשים לב לדקויות המופיעות בחדר ו"לראות" את המשפחה, תוך שהיא שמה לב לפרטים באופן מכיל, סבלני, מכוון ואוהב, מאפשרת לבני המשפחה להרגיש נראים, הופכת את הציפיות והדרישות החיצוניות ללא מאיימות ומעודדת את בני המשפחה לגדול ולגלות את ה"ביחד" וכל אחד את עצמו. בשלב זה נפתחת דלת לשינוי נוסף ועמוק יותר בקרב בני המשפחה. בחדר הטיפולים ניתן להבחין בהתפתחות של דפוסי המשחק והתקשורת בין בני המשפחה, התפתחות המאפשרת עליית תכנים משמעותיים. כמו כן ניתן לראות גילויי חיבה ומגע פיזי בין בני המשפחה, רגעי חיבור, התפתחות יכולת לפתור קונפליקטים וצמצום של דפוסים פתולוגיים. נוסף על כך, אפשר לצפות בשינוי בתפקוד ההורי ובשימוש באסטרטגיות נוספות, שלא נלמדו בטיפול, מה שמצביע על התפתחות הפונקצייה ההורית הטבעית.

במפגש נוסף עם יפעת ובנותיה (אשר המפגש הראשון עמן תואר קודם) ניתן היה להבחין בהתפתחות דפוסי משחק ותקשורת: הבנות החלו לספר, תוך כדי משחק בבובות, על הגעגועים למשפחה שאבדה להם – הגעגוע לרגעים שבהם אימא הייתה מסתגרת אתן בחדר, נועלת את הדלת כדי שאבא לא ייכנס, משחקת אתן משחקים, מספרת להן סיפורים ושרה שירים כדי שיצליחו להירדם. יפעת ישבה המומה וצפתה בבנותיה משחזרות בהתלהבות את המשחקים ששיחקו ואת הסיפורים והשירים ששמעו. המטפלת סייעה ליפעת להשתמש ברגע משמעותי זה על מנת לשנות את הנרטיב שלה ולתפוס את עצמה כדמות הורית משמעותית, שהצליחה, בגבורה, ברגישות ובחכמה, לתפקד כאם מיטיבה גם ברגעי הפחד והקושי. עם זאת, המטפלת סייעה ליפעת להבין עד כמה היא חסרה לבנותיה בתקופה שבה התקיים הטיפול.

לסיכום, תהליך הטיפול המשפחתי המתואר מחייב יצירתיות, גמישות והתאמת הכלים והאסטרטגיות למשפחה. חשוב לציין כי אף שהתהליך תואר כהדרגתי, אין מדובר בתהליך לינארי, אלא בתהליך לוליני (ספירלי). משפחות בסיכון גבוה מאופיינות בקצב מואץ של אירועי חיים מטלטלים, אולי בגלל רמה נמוכה יותר של מובחנות, שמקשה על בני המשפחה ליצור הפרדה בין לבין האירוע, וכך השפעתו של כל אירוע היא עזה יותר (Bowen, 1985). לפיכך, יש לצפות כי הטיפול יאופיין בנסיגות ובקפיצות, בהתאם לאירועי החיים, ולא בהתקדמות עקיבה ויציבה משלב לשלב. הטיפול הפרטני או הטיפול הזוגי בהורים הוא עוגן מרכזי המאפשר לשמור על המשך ההתקדמות ועל העמידה בטלטלות החיים.

הטיפול הפרטני או הטיפול הזוגי בהורים

הטיפול בהורים נבנה בהתאם לצורכי המטופלים ויכול להתמקד בהורה אחד או בהורים כזוג. בכל אחת מצורות הטיפול נערך חיבור בין התכנים שעלו במפגש המשפחתי ובין המקום של ההורה או של הזוג אל מול תכנים אלו. ההפרדה בין

מסגרת הטיפול במשפחה ובהורים מאפשרת להפריד בין תכנים שניתן לחשוף מול הילדים ותכנים שמתאימים לעבודה במסגרת פרטנית או במסגרת זוגית. ההפרדה חשובה מאוד, מכיוון שלעתים קרובות ילדים במשפחות בסיכון גבוה חשופים לתכנים שאינם מותאמים לגילם ועדים למצבי חולשה של הוריהם ולבעיות בזוגיות. חשיפה זו עלולה לפגוע בתפיסתם של הילדים את ההורים כדמויות סמכות יציבות שיכולות לשמור ולהגן עליהם. כמו כן, לעתים קרובות הילדים נשאבים למלא תפקידים נוקשים (לדוגמה, תפקיד הילד ההורי, הילד הרע, הילד החולה והפגיע וכו'), כתוצאה מקשיי תפקוד של ההורים או בעיות בזוגיות או במשפחה (Minuchin, 1991). מתן מענה לקשיי ההורים, ובמקביל, העמקת הבנתם את המחירים שילדיהם משלמים ואת הדפוסים שהם מאמצים בתגובה לקשיים אלו, הם פעמים רבות מנוף מרכזי לשינוי.

למפגשים הפרטני או הזוגי שלוש מטרות טיפוליות מרכזיות: הפנמה של דפוסי הורות חלופיים, יצירת קשר של ההורים עם המטפלת המשפחתית ותהליך חיפוש ה"מתנה" – גילוי כוחותיהם של ההורים. בתהליך ההפנמה של דפוסי הורות חלופיים, המטפלת וההורים מנתחים את הדפוסים המשפחתיים שעלו במפגש המשפחתי וחוקרים יחד את התהליך. הם משערים מהם המחשבות והרגשות העומדים בבסיס התגובה של כל אחד מבני המשפחה, מנסים להבין מהם הגירויים שעוררו את התגובות ועוקבים אחר התהליכים הפנימיים וזיכרונות העבר של ההורים שהובילו לתגובות אלה. לבסוף, הם מנסים להגדיר ולבחון חלופות לדפוסי התנהגות לא יעילים ומבררים מהם הקשיים שבאימוץ החלופות ומה יסייע להורה לבצע את השינוי.

הפנמה ויישום של דפוסי התמודדות יעילים אינם אפשריים מבלי שיהיה קשר משמעותי ועמוק בין המטפלת ובין ההורים. כפי שצוין קודם, על מנת שההורים יוכלו להפוך להורים "טובים דיים" עבור ילדיהם, יש צורך שירגישו שגם הם מוחזקים וכי יש להם אם "טובה דייה". קשר זה בין המטפלת להורים הוא הבסיס לשינוי במשפחה. בלעדיו לא יהיה להורים כוח לחולל שינוי. המפגשים עם ההורים מחזקים את תחושות התקווה והאופטימיות שלהם ומסייעים להם לפתח באופן הדרגתי את התחושה שהם הורים "טובים דיים". לעתים זו הפעם הראשונה שההורים מקבלים משוב כזה. משיחות עם ההורים עולה כי החוויה הזו, שאיש מקצוע רואה אותם כהורים טובים, מצביע על הדברים ה"נכונים" שעשו ומבליט אותם בפניהם ובפני המשפחה, מהווה פעמים רבות נקודת מפנה בטיפול ומשכנעת את ההורה להמשיך בתהליך הקשה.

הירידה ההדרגתית בעצמת הרגשות השליליים, הקונפליקטים והמאבקים בין בני המשפחה, במקביל לקשר עם דמות המטפלת, מפנה אותם לחפש אחר ה"מתנה" החבויה בהם (Bloom, 2014; Walker, 2013). העבודה עם ההורים דומה לעבודת שחזור, שכן זו עבודה המסייעת לבני אדם לגלות את יכולותיהם שאבדו ולפתח ולשכלל יכולות, התנהגויות ותגובות רגשיות שנפגעו בעקבות החוויות הטראומטיות. לפי אייזנשטיין-נוה (Eisenstein-Naveh, 2001), לכל אדם יש "מתנה"

פנימית הזקוקה לנראות ולהכרה – כישורים ויכולות ושיאיות וחלומות, שהודחקו ונזנחו עם הזמן. זיהוי ה"מתנה" מאפשר שחרור של אנרגייה שהפכה עם הזמן לרגשות דיכאון, חרדה וכעס. תהליך הגילוי הוא תהליך המטפח אינדיווידואליזם, מספק תחושת מטרה וכיוון ומסייע לפרט להגדיר סדרי עדיפויות. המטפלת מתפקדת כעדה וכאשת מקצוע בתהליך זה ומסייעת להורה להמשיך בדרך הנאמנה לעצמי האמתי שלו. היא צריכה להישאר בעמדה תומכת, לא מכוונת ולא שיפוטית ולהיות פתוחה לאפשרויות ולהפתעות שיופיעו בדרך. כחלק מתהליך גילוי ה"מתנה", היא מסייעת להורה להגדיר משימות שתסמלנה את מימושה, לתכנן כיצד ניתן לממשן ולבסוף, לבחון את מימושן בפועל.

בקרב הורים במשפחות בסיכון גבוה פעמים רבות ה"מתנה" באה לידי ביטוי בתחום התעסוקתי. הורים במשפחות אלו לרוב מרגישים שהם נאלצו לגנוז את חלומותיהם וכישוריהם על מנת לשרוד ולטפל במשפחה. ויתור זה יוצר הרבה כעס, תסכול ומרירות. מתן אפשרות למימוש היכולות והחלומות מאפשר פעמים רבות למצוא כיוון תעסוקתי חדש (כגון התחלת לימודים שתמיד חלמו עליהם ולא העזו לממשם, פתיחת עסק עצמאי). חיפוש ה"מתנה" עשוי להיות קשור גם לפעולות המסמלות עבור המשפחה את המעבר ממצב של משפחה נזקקת למצב של משפחה נורמלית ומתפקדת (לדוגמה יציאה לטיול משפחתי) או שינוי הקשור למקום המגורים (מעבר מגורים, שיפוץ הדירה הקיימת). בשלב זה, שיתוף הפעולה בין המטפלת המשפחתית, העוזרת למשפחה לזהות את ה"מתנה" ולהגדיר משימות המסמלות את מימושה, ובין העובדת הסוציאלית, המאתרת בקהילה משאבים שיסייעו להפוך את החלום למציאות, הוא חיוני.

טולסטוי (1999) כתב בספרו "אנה קרנינה": "כל המשפחות המאושרות דומות זו לזו, אך המשפחות האומללות – אומללות הן כל אחת על פי דרכה" (עמ' 1). על בסיס ההיכרות עם משפחות בסיכון גבוה, דומה שמשפט זה נכון רק בחלקו. אכן לאומללות פנים רבות, אולם נראה כי כך גם לאושר. במקרים רבים נוכחנו לדעת כי הגורמים המטפלים לא יכלו לצפות מראש את הפתרונות היצירתיים שמצאו המשפחות על מנת להגיע לאיזון ולאושר. יכולתם של הגורמים המטפלים לסמוך על ההורים ועל המשפחה ולתת להם את הזמן והמרחב הנחוצים להם היא המאפשרת להם למצוא בסופו של התהליך את הנתיב הייחודי להם.

טקס סיום הטיפול

בשונה מטיפולים אחרים, הפרידה במקרה של משפחות בסיכון מסמלת גם יציאה ממצב הסיכון ודחייתה או ביטולה של האפשרות להשמה חוץ-ביתית. לפיכך, סיכום טיפול מחייב "טקס סיום", שבו יוצג בפני גורמי הרווחה התהליך שעברו בני המשפחה. ה"טקס" מתבצע בוועדה לתכנון טיפול והערכה בלשכת הרווחה, בתום תקופת הטיפול המוגדרת. דוח סיכום הטיפול נכתב במשותף על ידי המטפלת ועל ידי המשפחה. רצוי לשלב בו ציטוטים ישירים של בני המשפחה (כולל הילדים). בשיחה מקדימה המטפלת בודקת אילו נושאים ודוגמאות מהטיפול המשפחה רוצה להעלות בפני הוועדה. עצם התהליך של סיכום השינוי, בחינת התהליך ובדיקה כיצד

כל אחד מבני המשפחה תופס אותו, מעמיקים את השינוי ואת המחויבות כלפיו. בוועדה מוקרא הדוח על ידי המטפלת, וההורים מוזמנים להרחיב ולתת דוגמאות. במקביל, העובדת הסוציאלית מקריאה דוחות שנכתבו על ידי גורמים נוספים (כגון מוסדות החינוך, מועדוניות), שיכולים לחזק את התהליך שתואר או להאיר קשיים שעדיין יש להתמודד עמם.

תפקידם של גורמי הרווחה בטקס הוא חשוב מאוד. הם מייצגים את גורמי הסמכות והחוק ונותנים גושפנקה לשינוי שחל במשפחה. הם משמשים "עדים" למציאות החדשה של המשפחה. האישור של מי שראה את המשפחה כמסוכנת ופוגענית חשוב על מנת לשחרר אותה מהתווית הפתולוגית. בקרב הורים רבים התחושה של "הראינו לרווחה שאנחנו מסוגלים" מבוססת על חוויות עבר. גורמי הרווחה מחליפים את ההורים, המורים והאנשים שנחוו כגורמי סמכות משמעותיים שפקקו ביכולותיהם. "טקס הסיום" הופך לחוויה מתקנת, כאשר גורמי הרווחה משתתפים בחוויית ניצחון זו, מבלי להרגיש מנוצחים – מתלהבים ומתפעלים מהיכולות שהתגלו, מקשיבים לדוגמאות מהתהליך הטיפולי ומביעים אמון ביכולת המשפחה לשמר ולהעמיק את השינויים. במקביל, תפקידם של גורמי הרווחה הוא לוודא שהילדים אכן יצאו מכלל סכנה ולהגדיר דרכי מעקב ופיקוח, אם יש צורך בהן, על מנת להבטיח שהשינוי יציב.

חשוב לציין כי ישנם טיפולים שמסתיימים בהחלטה שהשמה חוץ-ביתית היא פתרון טוב יותר עבור הילד והמשפחה. במקרים אלו, הטיפול מאפשר ליצור שיח משמעותי במשפחה ולדון בדילמה, מה יהיה טוב יותר לילד, להורים ולמשפחה – להשאיר את הילד במשפחה או להוציאו לגור מחוץ לבית? במקרים שבהם הילד וההורים מחליטים במשותף על השמה חוץ-ביתית, הטיפול מתמקד בביסוס הקשר ביניהם כדי לעבד את תהליך הפרידה ואת הנפרדות; זאת משום שסיכויי ההצלחה של השמה חוץ-ביתית נמוכים יותר במקרים שבהם הילד מרגיש שאין לו בית לחזור אליו או שההורים מרגישים שהתהליך נכפה עליהם ונשללה מהם זכות הבחירה. הטיפול במסגרת המודל מסייע למשפחה שבחרה באפשרות של השמה חוץ-ביתית לראות את יציאת הילד מהבית כבחירה חופשית מורכבת ומושכלת המתבצעת לטובת הילד והמשפחה וכדרך לחיזוק הקשר עם הילד, ולא כוויתור עליו. במקרה זה, "טקס הסיום" כולל הצגת הדילמה בפני חברי הוועדה והחלטת המשפחה. הצוות הבין-מקצועי משקף להורים את התפעלותו מהכוחות שנדרשו להגיע להחלטה שקולה ומביע אמפתיה לכאב ולהתלבטויות הכרוכות בהחלטה זו. ההורים והילד שותפים פעילים בתהליך בחירת מסגרת ההשמה החוץ-ביתית.

הערכה ראשונית של המודל

לצורך הערכה ראשונית של המודל פנינו לעשרה מטפלים שטיפלו במשפחות בסיכון במהלך השנים 2013–2016 במרכז הורים וילדים בשרות. המטפלים התבקשו להתייחס לשאלות הבאות על כל אחת מהמשפחות שבהן טיפלו: מדוע המשפחה הופנתה לטיפול? תאר את התהליך שעשתה המשפחה בטיפול? מה היו השינויים

המרכזיים שהתרחשו בתקופת הטיפול? באילו קשיים מרכזיים נתקלת? מה לדעתך תרם להצלחת הטיפול? האם עלתה שאלה של השמה חוץ-ביתית, מדוע, ומה הוחלט בנדון? למטפלים הובהר כי אין למסור פרטים המאפשרים זיהוי של המשפחות, וכי ההשתתפות בהערכה היא על בסיס התנדבותי. שבעה מבין המטפלים שאליהם פנינו הסכימו לשתף אותנו בהתנסויותיהם. הסירוב להשתתף בתהליך ההערכה נבע מחוסר פניות.

בסך הכול המטפלים תיארו תהליכי טיפול ב-31 משפחות. כל המשפחות הופנו על ידי לשכת הרווחה, לאחר שהשתתפו בוועדת החלטה או בוועדה לתכנון טיפול והערכה. בחמישה מקרים הטיפול היה על פי צו בית משפט. בכל המשפחות, אחד מילדי המשפחה לפחות הוגדר כ"ילד בסיכון". כמחצית מהמשפחות שהופנו לטיפול (16 משפחות) היו משפחות שבראשן עמדה אם חד-הורית.

הסיבות להפניית המשפחות לטיפול היו מגוונות, ובחלק ניכר מהן היו כמה סיבות להפניה: בכמחצית מהמקרים המשפחה הופנתה לטיפול בעקבות קשיים של הילד, שבאו לידי ביטוי במסגרת החינוך שבה למד. הקשיים כללו בעיות התנהגות קשות, התנהגות מינית לא מותאמת, פגיעה מינית, התנהגויות של סיכון עצמי, ניסיונות אבדניים או אמירות אבדניות, התנהגות דיכאונית, אנקומפרזיס, אנורזיס, הפרעות אכילה, בעיות קשב וריכוז ולקויות למידה קשות, חרדות, סירוב ליצירת קשר ודחייה חברתית. בחלק מהמקרים (תשעה מקרים) הילד אובחן אבחנה פסיכיאטרית, והטיפול המשפחתי שולב בטיפול תרופתי. ברוב המקרים (24 מקרים), הסיבה להפניה הייתה מצבם הנפשי של ההורים או של אחד מהם, שהוביל לחוסר פניות ולקשיי התמודדות עם גידול הילדים. בשבעה מקרים היו דיווחים על הזנחה הורית (היעדרות ההורה מהבית במשך שעות ממושכות, חוסר היגיינה, אי-סיפוק צרכים בסיסיים של הזנה, לבוש וטיפול רפואי). הסיבות למצב הנפשי המעורער של ההורים היו אירועים טראומטיים (קרבנות אלימות פיזית ומינית, התמודדות עם אבדן או מחלות קשות, דחייה משפחתית, קשיי הגירה, חשיפה לאירועים על רקע ביטחוני), בעיות פסיכיאטריות מאובחנות (הפרעת אישיות, דיכאון, חרדות, מניה-דפרסיה), מנת משכל גבולית ועוני. סיבה מרכזית נוספת להפניה לטיפול (עשרה מקרים) הייתה מצב היחסים בין ההורים – אלימות במשפחה או חשד לאלימות (אלימות בין בני הזוג, בין ההורים לילדים או בין האחים) והתפרקות המשפחה כתוצאה מקונפליקטים בין ההורים או מפרידה.

בתיאור התהליך הטיפולי במשפחות בלטו שלוש תמות מרכזיות, שיוצגו לפי מידת מרכזיותן ותרומתן לטיפול: הראשונה הייתה תהליך העצמה הורית, השנייה – היחסים בין בני הזוג ולבסוף – היחסים בין ההורים והילדים.

תהליך העצמה של ההורה התבסס בראש ובראשונה על יצירת קשר משמעותי של המטפל או המטפלת עמו. בעשרה מקרים צוין כי היה צורך בתקופת "חיזור" ממושכת על מנת לרכוש את אמונו של ההורה, מאחר שבתחילה הייתה התנגדות – סמויה או גלויה – לטיפול. התנגדות סמויה כללה נטייה לביטול פגישות או אי-הגעה אליהן מבלי להודיע ואי-מענה לשיחות טלפון מהמטפל.

המטפלים סיפרו: "תהליך הטיפול לא היה קל. האם הגיעה לטיפול נגד רצונה, בתחושה שכולם נגדה ומאשימים אותה על לא עוול בכפה. היא עצמה הכירה את הרווחה כילדה, וההיכרות לא הייתה חיובית"; "הייתי קובעת אתה, והיא לא הייתה באה. למדתי להתקשר ולהזכיר לה יום קודם לפגישה ואפילו שעתיים לפני. לפעמים גם אז היא לא הייתה מגיעה ותירצה זאת במשהו דחוף שצץ. הרגשתי שהיא בודקת אותי – האם אתעקש או 'אוותר' עליה?"

חלק מהמטפלים (שישה מקרים) ציינו שכדי לגייס את ההורים לטיפול, המפגשים נערכו במסגרת ביקורי בית. במקרים אלו הם אמרו כי לעובדה שהתהליך הטיפולי נערך בבית המשפחה היה מקום מרכזי בטיפול, וביקורי הבית סייעו ליצירת קשרי אמון ולהבנה מעמיקה של המשפחה וההקשר שבו היא חיה. אחת המטפלות סיפרה: האם העריכה מאוד את העובדה שאני מוכנה להגיע לביתם שוב ושוב, מבלי לשפוט אותה על כך שהיא אינה מגיעה למרכז [מרכז הורים וילדים]. עצם היותם של ביקורי הבית מפגש בסביבתה המוכרת סייע לה להיות נינוחה יחסית, ואפשר לי לחזק אותה בהתייחסותי ליכולות האירוח שלה". ביקורי הבית גם פתחו פתח ליצירת שינוי במסגרת הביתית: ארגון פינת משחקים בבית, קביעת דלתות בחדרים לשמירה על הפרטיות של ההורים ושל הילדים וארגון חדר ההורים כך שלא ישמש כ"מחסן כביסה" ויאפשר אינטימיות. אולם במקביל, ביקורי הבית עוררו לבטים בנוגע למסגרת הטיפול, כפי שסיפרה אחת המטפלות:

בשלב די מוקדם קיבלתי החלטה לבוא לפגישות בביתם. התכוונתי שזה יהיה זמני, תקופת "חיזור", כדי להקל על בניית הקשר, אולם ביקורי הבית הפכו לחלק מהמסגרת הקבועה. הדבר דרש ממני מאמץ ואף עורר בי תהייה אם המוטיבציה שלי אינה גבוהה מזו של המטופלים. נשארתי עם ספק מסוים בקשר לקיום טיפול בביקורי בית בלבד – האם נכון לעשות זאת, ומה המחיר. על פי ההתקדמות הברורה והמפתיעה של המשפחה נראה שזה היה כדאי.

תהליך ההעצמה ההורית כלל נושאים, כגון: סיוע להורה לחזק את תחושת המסוגלות בתחום ההורי והאישי, הקניית אסטרטגיות יעילות להתארגנות, הגדרת סדרי עדיפויות, הגברת תחושת איזון ורוגע, פיתוח יכולת תגובה מותאמת במצבי לחץ, שינוי פרשנות הניתנת לאירועים, איתור הכוחות של ההורה וסיוע לו בגילויים (ה"מתנה") וכן שיח על השאיפות הבלתי ממומשות ועל התעוזה ליצור שינוי. אף שברוב המקרים תיארו המטפלים תהליכים טיפוליים נוספים (למשל תהליכי עיבוד טראומות מהעבר), המוקד הטיפולי שתפסו כמשמעותי ביותר היה הקשר הבין-אישי וגילוי הכוחות. אחת המטפלות סיפרה: "לקראת סיוע הטיפול האם אמרה שזו הייתה הפעם הראשונה בחייה שהיא הרגישה שאפשר לסמוך על מישהו ושמשהו נמצא שם בשבילה [...] שאף פעם לא 'ראו' אותה, ותמיד שפטו אותה. היא הרגישה בטיפול לראשונה בחייה שהיא 'בסדר'".

בעקבות תהליך ההעצמה ההורית, בחלק גדול מהמקרים (16 מקרים) ההורה עשה שינוי בתחום התעסוקתי במהלך תקופת הטיפול (יציאה לעבודה או לימודי מקצוע). שינוי מרכזי נוסף היה קשור למעבר דירה, מעבר שסימל עבור ההורה שחרור מהעבר, עצמאות והגשמת שאיפות. מטפלת ציינה: "אחת מנקודות השיא של הטיפול היה

כשהיא [המטופלת] החליטה שהיא עוברת דירה. היא אמרה שהיא מרגישה כלואה בדירה הזאת, עם כל הזיכרונות הקשים, והיא רוצה להתחיל הכול מחדש".

התמה השנייה שבלטה הייתה התחום הזוגי. במקרים שבהם הטיפול נערך במסגרת משפחה שלמה (שני הורים), הטיפולים שתוארו עסקו בשיפור דפוסי התקשורת בין בני הזוג ושיפור יכולתם לשתף פעולה במילוי המשימות ההוריות. לדברי אחת המטפלות, "האב היה נעלם כל פעם שעלה קושי או שהוא היה מבטל את דברי האם כדי שהילד יפסיק לבכות. היה צריך ללמד אותו להישאר, לא לפחד, והיה חשוב ללמד את האם לבקש זאת ממנו".

בשל האחוז הגבוה של אמהות חד-הוריות ושל מקרי גירושין וקונפליקטים בין ההורים, העיסוק בקשר הקונפליקטואלי עם הגרוש או הגרושה והכמיהה לזוגיות ולאהבה חדשה תפסו מקום מרכזי בטיפול בקרב אוכלוסייה זו. בתשעה מקרים התהליך הטיפולי כלל ליווי המשפחה בכלל וההורה בפרט בתהליך גירושין מורכב ומעבר משלב פירוק המשפחה לשלב של שיקום והתארגנות מחדש. אחת המטפלות סיפרה: "הם לימדו אותי שאפשר למצוא כל מיני פתרונות יצירתיים לזוגיות כושלת. הם לא יכלו לחיות ביחד בלי להגיע למריבות הרסניות, אבל גם לא היו מסוגלים להיפרד, ולכן הם הגיעו לפתרון שבו הם חיים בשני בתים נפרדים צמודים וממשיכים לגדל יחד את הילדים. באופן מפתיע זה הצליח".

תמה שלישית שבלטה עסקה ביחסים בין ההורים לילדים. תמה זו כללה נושאים מגוונים, כגון: שיפור יכולות משחק משותף, הצבת גבולות וסמכות הורית, שינוי תפקידים נוקשים של הילדים במשפחה, שיפור יכולות תקשורת ושיתוף, עיבוד רגשות מודעים ולא מודעים של ההורה כלפי הילד והתמודדות עם אירועים טראומטיים בחיי בני המשפחה. מטפלת סיפרה:

נראה שרק אז ההורים הרגישו מוגנים ובטוחים לדבר על זה אתו [עם הילד], ואפילו ביניהם [...] זו הייתה פריצת דרך ביחסים ביניהם, הורגשה הקלה גדולה אצל הילד וגם אצל הוריו. אף על פי שהנושא לא טופל באופן ממוקד, אלא היה חלק מהתהליך המשפחתי, נראה שנאמרו שם דברים חשובים. ההורים הביעו תמיכה בילד ואהבה כלפיו, שחררו אותו מאשמה ובכו מתוך רגשות אשם על כך שלא הצליחו למנוע את סבלו [...] לאחר פגישות אלה משהו השתנה באופן בולט בקרבה ביניהם, בילד, בהתנהגותו וביחס שלו כלפי הוריו, בתחושת המסוגלות של ההורים".

הקשיים שהעלו המטפלים נחלקו לשתי תמות מרכזיות. התמה הראשונה הייתה קושי בשיתוף פעולה של המטפלים עם גורמי הרווחה: יחסים מתוחים בין המטפלים לגורמי הרווחה שנבעו מחוסר הסכמה על הגדרות התפקיד, החלטות שקיבלו גורמי הרווחה בנוגע למשפחה ללא שיתוף המטפלים, ביקורת הדדית על שיקול הדעת המקצועי ואופן הטיפול במשפחה ורגשות שליליים הדדיים של כעס, תסכול וחוסר אונים. לדוגמה, אחת המטפלות סיפרה: "קושי מרכזי בתחילת הטיפול היה קשור לתחושת הדחיפות לראות תוצאות אצל הילד ה'בעייתית'. לכולם היה דחוף: לבית הספר, לבית משפט, לרווחה, להורים חסרי האונים. הילד ואני הרגשנו את תחושת הדחיפות. כשהחלטתי שכולם יחכו בסבלנות, ואני אלווה את הילד בתהליך

שהוא זקוק לו, נראה שלא רק אני נרגעת, אלא כולם התחילו להיות סבלניים יותר". מטפלת נוספת ציינה: "אני הרגשתי כמי שעומדת באמצע ומתווכת בין המשפחה לרווחה. היה לי קשה מאוד לנקוט עמדה, בגלל אמפתיה גדולה כלפי האם, והרגשתי שהאם מצפה שאהיה לטובתה". לדברי מטפל אחר, "זאת אחריות רבה מאוד. זה מפחיד. האם שיתפה אותי, וגם ראיתי את ההתנהלות הבעייתית שלה עם הילדים בחדר. הרבה פעמים הייתה לי התלבטות אם המצב דורש דיווח, ואם כן, מה זה יועיל? יגידו לה ללכת לטיפול?... הרי אם אדווח, היא כבר לא תאמין בי, תפסיק את הטיפול ולא תיתן יותר אמון במטפל אחר".

בחמישה מקרים, היחסים המתוחים בין המטפל או המטפלת לגורמי הרווחה הביאו להפסקת הטיפול – במקרים שבהם הרווחה החליטה על השמה חוץ-ביתית, במקרים שבהם המשפחה החליטה להפסיק את הטיפול כאקט מחאה כנגד הרווחה ובמקרה של אי-הסכמה בין גורמי הרווחה והמטפלת המשפחתית על דרך הטיפול במשפחה. ניכר כי המפתח להצלחת הטיפול במשפחה הוא הקשר המשלים ושיתוף הפעולה בין המטפלים לגורמי הרווחה. כפי שתואר במאמר, קשר זה הוא מורכב ורגיש, ויש להשקיע מחשבה ומאמצים רבים על מנת לבססו.

תמה נוספת שעלתה היא הקושי של המטפלים לגייס את המשפחה לטיפול. כפי שצוין קודם, השלבים הראשונים של הטיפול בחלק מהמשפחות תוארו כרצופי פגישות שבוטלו וקושי של המשפחה למצוא זמן או להתארגן על מנת להגיע למפגשים. נראה כי הקושי גדול מזה שבא לידי ביטוי בדיווחי המטפלים, מאחר שהם לא התייחסו למקרים שבהם הטיפול במשפחה כלל לא החל או נפסק בשלבי הראשונים. קושי נוסף היה להתחבר למשפחה בשל קשיי שפה, אופן התנהלותה והבדלים תרבותיים-חברתיים. מטפלת דיווחה: "היה עליי להשלים עם כך שעם המטופלת הזאת אגיע לקרבה שהיא מתחת לציפיות שלי. מה שבשבילה היה קשר משמעותי, היה עבורי קשר שטחי שלא העמיק". אחרת אמרה: "היה לי קשה לא לשפוט אותה על תפקודיה ההוריים שהיו מדאיגים מאוד, אבל הצלחתי להתחבר לצד הילדי שלה. כאם היא גרמה לי לאי-נוחות, אך כילדה רציתי לחבק אותה".

ברוב המשפחות (17 מקרים) האפשרות של השמה חוץ-ביתית הועלתה באופן גלוי על ידי גורמי הרווחה, המטפלים או ההורים, במהלך תקופת הטיפול. בחלק קטן יותר של המשפחות האפשרות הועלתה בשיחות לא פורמליות בין חברי הצוות הטיפולי (כאפשרות שתיבחן במקרה שהטיפול לא יצלח). הסיבות שבשלן נשקלה השמה חוץ-ביתית היו בעיקר קשיים רגשיים של הילדים והתנהגויות סיכון קיצוניות, שההורים היו חסרי אונים מולן, וכמו כן מקרים של הזנחה וחוסר פניות של ההורה בשל מצב נפשי קשה, קונפליקט קשה בין ההורים ואווירה של מתח ואלימות במשפחה. בשלושה מקרים האפשרות של השמה חוץ-ביתית הועלתה בשל חשד לאלימות פיזית או אלימות מינית של ההורים או בני משפחה כלפי הילד. במקרים אלה החשדות הופרכו בחקירת משטרה. מדיווחי המטפלים עולה כי ארבעה טיפולים הסתיימו בהחלטה משותפת של ההורים והילדים כי האפשרות של השמה חוץ-ביתית היא האפשרות העדיפה מבחינתם. בשני מקרים הטיפול

במשפחה הופסק, לאחר שגורמי הרווחה החליטו שיש להוציא את הילדים מהבית לאלתר. זאת בעקבות דיווחים על החמרה בתסמינים ובקשיים של הילדים והערכה שבשל רמת הסיכון, לא ניתן לאפשר למשפחה להשלים את ההליך הטיפולי. אחת המטרות תיארה מקרה שבו האפשרות של השמה חוץ-ביתית הועלתה על ידה במהלך הטיפול:

הייתה תקופה בטיפול שהייתה נסיגה בהתנהגות של הילד, וההורים הביעו דחייה ותוקפנות כלפיו יותר מתמיד. בתקופה זו המלצתי על יציאה למסגרת חוץ-ביתית, כי הרגשתי שלהורים לא הייתה יכולת התגייסות. מאחר שהיה קשר טוב ביני לבין ההורים, יכולתי לדבר אתם על האופציה הזאת, והם לא חוו אותה כתקיפה, אלא חלק מחשיבה על טובת הילד [...] חשוב לציין ששמרתי על מקום המטפלת, ולא על מקום הסמכות של הרווחה. הייתה חלוקה ברורה, למרות שלא היה קל לשמור על החלוקה הזו. ההורים הרגישו שליטה, שניתן לדבר על האופציה של יציאה למסגרת חוץ-ביתית בפתירות, ושהם יחליטו באמת מה שטוב להם וייקחו אחריות על החלטה [...] בסופו של דבר הם החליטו שהילד נשאר אצלם, ושהם מוכנים לעשות שינוי משמעותי בהתנהלותם מולו. זה היה מאוד חשוב לילד לשמוע זאת מהם, לאחר תקופה ארוכה שבה הם דחו אותו, התייאשו ממנו וכעסו עליו.

מקרה זה מדגים את ההתייחסות לנושא ההשמה החוץ-ביתית במסגרת המודל – מחד גיסא, התפיסה היא שיש לעשות כל מאמץ על מנת לסייע למשפחה בכלל ולהורים בפרט ליצור שינוי משמעותי על מנת לאפשר לילדים להישאר בבית; זאת מתוך התפיסה כי המקום הטבעי של הילד הוא בחיק משפחתו. מאידך גיסא, במקרים שבהם במהלך הטיפול המטפלת מגיעה למסקנה כי לטובת הילד והמשפחה יש להוציאו מהבית, הטיפול מאפשר שיח גלוי בנושא עם כל בני המשפחה, שיח המאפשר להורים לקבל החלטה מושכלת, האם הם מסוגלים ורוצים לעשות את השינוי הנדרש על מנת להשאיר את הילד עמם, ומהו המקום הטוב ביותר עבורו. השיח המשפחתי מאפשר גם לילד לבטא את עמדותיו בנושא, להבין את הדילמות ולהיות שותף פעיל בהחלטה.

לסיכום

מההערכה הראשונית של המודל ניתן לראות כי תהליך הטיפול במשפחות בסיכון גבוה הוא תהליך ארוך ומורכב, שמחייב את כל הצוות הטיפולי (גורמי הרווחה והמטפלת המשפחתית) להתגייס ולעבוד בשיתוף פעולה, על מנת לשקם את המשפחה. אף שהמודל המוצע אינו מתיימר להציע פתרון קסם להשמה חוץ-ביתית ולדילמות הקשות מנשוא העומדות לפתחם של מקבלי החלטות, נראה כי ברוב המקרים מטרתו של הטיפול הושגה: הילדים נשארו בחיק משפחתם. גם במקרים שבהם הוחלט בסופו של דבר על השמה חוץ-ביתית, ההחלטה התקבלה ברוב המקרים בעקבות שיח משותף וגלוי של ההורים והילדים.

עם זאת, נראה כי צמצום המטרות הטיפוליות של המודל למניעת השמה חוץ-ביתית לא יהיה נכון ומדויק. מטרת העבודה הטיפולית עם משפחות בסיכון גבוה היא בראש ובראשונה ליצור שינוי מהותי במשפחה, שינוי המתחיל בשיקום

ההורה ושיקום הקשר בין ההורים, ולאחר מכן – שיקום היחסים בין בני המשפחה. כדי להתקדם לעבר מטרה זו, יש להתוות עקרונות מנחים להתערבות, ליצור מאגר ידע של פרקטיקות וכלים המעוגנים מבחינה תאורטית ומבוססים על ניסיון של מטפלים ועל מחקר.

במאמר זה ניסינו לשתף את הקורא בתובנות ולהציג בפניו את הכלים טיפוליים שגובשו בתהליכי ניסוי וטעייה בטיפול במשפחות רבות. עם זאת, על מנת לחקור את המודל בצורה מעמיקה, יש צורך לבחון במחקר אורך במערך של "לפני יישום המודל" ו"אחרי יישום המודל", תוך השוואה לקבוצת ביקורת המקבלת טיפול שונה (השמה חוץ-ביתית או טיפול אחר בקהילה). מעניין לבחון משתנים, כגון: סגנון הורות, תפיסת מערכות היחסים במשפחה, תחושת המסוגלות ההורית וההערכה העצמית. בהיעדר מחקר מסוג זה, בשלב הנוכחי המודל המוצע מזמן המשך חשיבה ושיח בין אנשי המקצוע על התהליך הטיפולי והפרקטיקות שיישעו למשפחות בסיכון גבוה.

מקורות

- אקסליין, ר' (1968). **דיבס, הילד המחפש את זהותו**. בני ברק: ספריית פועלים.
- בן אריה, א', זעירא, ע', סלוצקי, ח' ולוי, ח' (2013). **פניות לעובדים סוציאליים לחוק נוער והטיפול בהן: סיכום ממצאים שנת 2012**. ירושלים: מכון חרוב.
- בנבנישתי, ר' ושמעוני, ע' (2012). הישגים בתחום ההשכלה של ילדים ובני נוער בהשמה חוץ-ביתית ובטיפול רשויות הרווחה בקהילה. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 185–204.
- ברמן, צ' (עורכת) (2015). ילדים בישראל שנתון 2015. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד דולב, ט', בנבנישתי, ר' וטימר, א' (2001). **מחקר ועדות החלטה בישראל: ארגון, דרכי עבודתם ותוצאותיהן**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- טולסטוי, ל' (1999). **אנה קרנינה**. תל אביב: עם עובד.
- הכנסת (1977). **חוק העונשין, התשל"ז** – 1977. פרק י, סימן ו: עבירות כלפי קטינים ונכים. ירושלים: הכנסת.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). **לקט נתונים מתוך השנתון "ילדים בישראל – 2013**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014). **שנתון סטטיסטי מספר 65**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2006). **עם הפנים לקהילה: ספר הפרויקט**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2015). **תקנות העבודה הסוציאלית (תע"ס) 3.36**. פרק 8. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- סגל, ח' (1998). **מלאני קליין**. תל אביב: עם עובד.
- סלונים, ר' ולנדר, י' (2004). האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי. **חברה ורווחה, כד** (4), 401–433.
- שמעוני, ע' ובנבנישתי, ר' (2011). **ילדים נפגעי התעללות והזנחה ובמצבי סיכון ומצוקה השוהים במסגרות חוץ-ביתיות והמטופלים בקהילה: רקע, מצב ותוצאות**. ירושלים: מכון חרוב.
- Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S., & Rubin, D. (2009). Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being: Approaching the problem of selection bias. *Child Development*, 80(6), 1856–1876.

- Bloom, S. L. (2014). The Sanctuary Model: Rebooting the organizational operating system in group care settings. In R. M. Reece, R. E. Hanson & J. Sargent (Eds.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (pp. 109–117). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Bowen, M. (1985). *Family therapy in clinical practice*. New York: J. Aronson.
- Browne D. T., Puente-Duran, S., Shlonsky, A., Thabane, L., & Verticchio D. A. (2014). A randomized trial of wraparound facilitation versus usual child protection services. *Research on Social Work Practice, 26*, 168–179. DOI: 10.1177/1049731514549630
- Bruns, E. J., Walker, J. S., Zable, M., Matarese, M., Estep, K., Harburger, D., et al. (2010). Intervening effectively in the lives of youth with complex behavioral health challenges and their families: The role of the wraparound process. *American Journal of Community Psychology, 46*, 314–331.
- Courtney, M. E. (2000). Research needed to improve the prospects for children in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 22*, 743–761.
- Courtney, M. E., & Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out of home care in the USA. *Child and Family Social Work, 11*, 209–219. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2006.00433.x
- Courtney, M. E., Dworsky, A., Lee, J. S., & Rapp, M. (2010). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at ages 23 and 24*. Chicago: University of Chicago.
- Dauids, M. (2002). Fathers in the internal world. In J. Trowell & A. Etchegoyen (Eds.), *The importance of fathers* (pp. 67–92). New York: Brunner-Routledge.
- Davidson-Arad, B. (2001). Predicted changes in children's quality of life in decisions regarding the removal of children at risk from their homes. *Children and Youth Services Review, 23*(2), 127–143.
- Diamond, G. M., Lipsitz, J. D., Fajerman, Z., & Rozenblat, O. (2010). Ongoing Traumatic Stress Response (OTSR) in Sderot, Israel. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(1), 19–25.
- Doyle, J. J. (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *American Economic Review, 97*, 1583–1610.
- Eisenstein-Naveh, A. R. (2001). There-apy: The use of task, imagery, and symbolism to connect the inner and outer worlds. *The Family Journal, 9*(3), 314–324.
- Fleuridas, C., Nelson, T. S., & Rosenthal, D. M. (1986). The evolution of circular questions. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(2), 113–127.
- Gray, L. A., & Kye Price, S. (2014). Partnering for mental health promotion: Implementing evidence based mental health services within a maternal and child home health visiting program. *Clinical Social Work Journal, 42*, 70–80.
- Greenspan, S. (1982). The second other. In S. H. Cath, A. Gurwitt & J. M. Ross (Eds.), *Father and child: Developmental and clinical perspectives* (pp. 123–139). Boston: Little Brown.
- Joseph, B. (1998). Thinking about a playroom. *Journal of Child Psychotherapy, 24*(3), 359–366.

- Malysiak, R. (1998). Deciphering the Tower of Babel: Examining the theory base for wraparound fidelity. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 11–25.
- Mason, M., Castrianno, L. M., Kessler, C., Holmstrand, L., Heufner, J., Payne, V., et al. (2003). A comparison of foster care outcomes across four child welfare agencies. *Journal of Family Social Work*, 7(2), 55–72.
- Minuchin, S. (1991). *Family abuse and neglect: Child welfare system indicted: The prevention report*. Oakdale, Iowa City: National Resource Center on Family Based Services, The University of Iowa School of Social Work.
- Naveh, A. R. (2003). The Center for Children and Families at Risk: A facilitating environment. *The Family Journal*, 11(2), 191–201.
- Pecora, P. J., Kessler, R. C., O'Brien, K., White, C. R., Williams, J., Hiripi, E., et al. (2006). Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the northwest foster care alumni study. *Children and Youth Services Review*, 28, 1459–1481.
- Pecora, P. J., Sanders, D., Wilson, D., English, D., Puckett, A., & Rudlang-Perman, K. (2014). Addressing common forms of child maltreatment: Intervention strategies and gaps in our knowledge base. *Child and Family Social Work*, 19(3), 321–332.
- Petr, C. G., & Walter, U. (2005). Best practices inquiry: A multi-dimensional, value-critical framework. *Journal of Social Work Education*, 41(2), 251–268.
- Racusin, R., Maerlender, A. C., Sengupta, A., Isquith, P. K., & Straus, M. B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care: A review. *Community Mental Health Journal*, 41, 199–221.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Shalev, A. Y., Tuval, R., Frenkiel-Fishman, S., Hadar, H., & Eth, S. (2006). Psychological responses to continuous terror: A study of two communities in Israel. *American Journal of Psychiatry*, 163, 667–673.
- Suter, J. C., & Bruns, E. J. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 336–351.
- Thomas, V., McCollum, E. E., & Snyder, W. (1999). Beyond the clinic: In-home therapy with head start families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 177–189.
- Van-DenBerg, J. E., Bruns, E., & Burchard, J. (2003). History of the wraparound process. *Focal Point: A National Bulletin on Family Support and Children's Mental Health: Quality and fidelity in Wraparound*, 17(2), 4–7.
- Van-DenBerg, J. E., & Grealish, E. M. (1996). Individualized services and supports through the wraparound process: Philosophy and procedures. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 7–21.
- Walker, J. S. (2006). Strengthening social support: Research implications for interventions in children's mental health. *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 20(1), 3–9.
- Walker, J. S., & Schutte, K. M. (2005). Quality and individualization in wraparound planning. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 251–267.

- Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From surviving to thriving*. Lafayette, CA: Azure Coyote.
- Walter, U. M., & Petr, C. (2011). Best practices in wraparound: A multidimensional view of the evidence. *Social Work*, 56(1), 73–80.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In idem (Ed.), *The maturational processes of the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 37–55). New York: International Universities Press.
- Wisdom, J. (1976). The role of the father in the mind of parents, in psychoanalytic theory and in the life of the infant. *International Review of Psycho-analysis Journal of Psychoanalysis*, 3, 231–239.