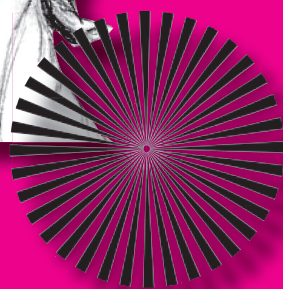


www.psychology.org.il
פסיכואקטואליה



זרקור על פסיכולוגיה התפתחותית



שנתיים למלחמת לבנון השנייה

תיאור פרוייקט טיפולי רחב היקף בילדים הסובלים מחרדות בחיפה

טיפול רגשי בילדים מתוך גישה קהילתית

■ ד"ר דרור אורן, מנהל המכון לייעוץ ולטיפול רגשי במרכז הקליני הבין תחומי.

המאמר הנוכחי יסקור בקצרה התערבות טיפולית רחבת היקף שנעשתה בחיפה עם ילדים הסובלים מחרדות, בעקבות מלחמת לבנון השנייה. המאמר יסקור את התפתחות ההתערבות ותוצאותיה וכן את המחשבות שהתעוררו בעקבות פרוייקט ייחודי זה שכלל יציאת הקליניקה הפסיכולוגית אל בתי הספר.

הכותב הוא פסיכולוג מומחה בפסיכולוגיה קלינית, ובפסיכולוגיה חינוכית ומדריך לפסיכותרפיה ולפסיכודיאגנוסטיקה.

רקע

לפני פחות משנתיים, מיד עם תחילת מלחמת לבנון השנייה, העמיד המרכז הקליני הבין תחומי, בראשותה של ד"ר רבקה יהב, קו חירום לפונים מאזור חיפה. המרכז הקליני הבין תחומי הוא קליניקה בין תחומית, הפועלת במסגרת הפקולטה למדעי הבריאות והרווחה באוניברסיטת חיפה. המכון לייעוץ ולטיפול רגשי פועל במרכז הקליני, לצד ובשיתופי פעולה שונים עם מכונים לקלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, אודיולוגיה ומכון קרטן לשימושי מחשב. במכון צוות רב מקצועי של מטפלות ומטפלים, המגיעים מהכשרה בתחומי הפסיכולוגיה, פסיכותרפיה, טיפול באמצעות אומנויות, תנועה, דרמה והתמחויות ספציפיות שונות. באופן שוטף מטפל הצוות בטיפולים רגשיים פרטניים במבוגרים, מתבגרים, ילדים והוריהם, באמצעות שיחה, משחק והבעה, בהתאם לגיל וצרכי הפונה. זאת לצד סדנאות ייחודיות, ופרוייקטים בקהילה. במהלך המלחמה, מעבר לפתיחת קו החירום התבצעו התערבויות שונות של צוות המכון לייעוץ רגשי שכללו התערבויות במשרדי ממשלה ובמרכזים רפואיים ולאחר המלחמה מגוון פעילויות משותפות עם גופים שונים, התערבויות עם הורים וצוותים בבתי ספר ופנימיות בצפון הארץ. אל קו החירום הגיעו שיחות של תושבי חיפה והצפון, חרדים מבלבלים ומבקשי תמיכה ועצה. ההתמודדות עם מצב מלחמה בעורף יצרה תגובות שונות ומגוונות. בין השאר הופיעו כצפוי סימפטומים של הפרעת דחק אשר נחקרו בפרסומים שונים שהופיעו לאחר המלחמה (Yahav & Cohen, 2007).

השאלה המרכזית שעלתה עם תום המלחמה הייתה, כיצד יחזרו רוב הילדים לשגרת חייהם שהופרה? כיצד ניתן לאתר ולעזור לילדים ולמשפחות שכוחות ההחלמה הטבעיים שלהן לא יהיו מספיקים כדי להתאושש לבדם מההשלכות הרגשיות של מלחמת לבנון השנייה והשפעותיה? באוגוסט ובספטמבר 2006, עם סיום המלחמה, הצטיירה בשיחות מדגמיות עם הורים, ילדים וצוותים חינוכיים, תמונה של נטייה, אולי משאלה, להניח בצד את מאורעות המלחמה. נראה היה שרבים מעוניינים להניח מאחוריהם, גם ללא עיבוד, את הפגיעה החמורה ברצף ובביטחון ולחזור אל השגרה, הכאילו שגרה, הנורמטיבית.

מלחמה, כטראומה אישית וכמזמנת הופעת סימפטומים פוסט-טראומטיים, גורמת בין השאר לפגיעה ברצפים חשובים של המשכיות הקיומית שלנו כבני אדם (עומר ואלון, 1994). מלחמת לבנון השנייה, על ייחודיותה, שכללה פגיעה ושיתוק של חיי היומיום בחיפה ובצפון, יצרה פגיעה בכמה רצפי חיים מרכזיים:

תחושת הביטחון הבסיסי – תחושת ורצף הביטחון נפגע, כאשר חלק ניכר מהמשפחות קיבלו מסר ואף חשו על בשרם שהבית אינו מקום מוגן ובטוח.

רצף העיסוק, העשייה והתפקוד – נפגע בפועל אצל רבים. השבתת חלק מהמשק, יצרה מצב בו תושבי חיפה והצפון מצאו את עצמם בנתק מרצף התפקודי הרגיל. רובם לא יכלו לצאת לעבודה והילדים שהיו בחופש מצאו את עצמם בחברת ההורים. בחלק מהמשפחות נוצר מפגש מבורך שכתוצאה מהשהות המשותפת יחדיו של הוריהם עם ילדיהם. אולם כיוון שלא הייתה הגדרה ברורה של המצב ומשכו הצפוי, נמצאו משפחות רבות במצב של מתח וחוסר ודאות שנוסף למצב הביטחוני עצמו.



נפילת טיל בחיפה

צלם ירון ברנר, הופיע ב-YNET

רצף השייכות החברתית והתרבותית – ההקשר של קבוצות השייכות והרצף החברתי נקטעו אצל רבים, כאשר המשפחות, החברים והמעגלים החברתיים ניתקו פעמים רבות. משפחות התפזרו בחלקם לנקודות שונות ברחבי בארץ, מי לקרובי משפחתו ומי לחבריו. לעתים משפחות נסעו יחדיו, לעתים הילדים נשלחו ללא ההורים. נוצר נתק מהקשר חברתי מחד, ומאידך ילדים רבים דיווחו על ערעור ברמה המשפחתית. מצאנו כי פעמים רבות נתקלו ילדים בתפקוד הורי מבולבל וקונפליקטואלי מול מצב הלחץ. היו הורים שהגיבו במסר שניתן להגדירו כתנועה בין חרדה להתעלמות, בין תגובה להכחשה. לעתים הביטוי לקונפליקט היה אצל הורה אחד ולפעמים היה קונפליקט בין בני הזוג. כפי שהטיב לתאר זאת ילד כבן שמונה, "שיש אזעקה אמא נשארתי לקרוא עיתון. אבא אומר חייבים לרוץ למקום בטוח ומושך אותי למקלט. אמא צוחקת עלינו ואמרת לי בטח לא יקרה כלום. תלכו, תלכו, אם יתפוס אותי טיל כנראה יש עליו את השם שלי". הילד מצא עצמו עומד ומתחבט, לרוץ עם האב ולהפקיר בתחושתו את האם? האם נכון לעשות כמו אבא או כמו אמא? מה הדרך הנכונה לנהוג?

לא מפתיע, אם כן, שכאשר הסתיימה המלחמה, לא מעט אנשים הביעו צורך עז לשים בצד את חווית חוסר האונים שחשו מעל חודש, ולחזור בשיא המהירות לעשייה, ללימודים, לשגרה מבורכת ומרגיעה. אבל עבור רוב הילדים, הייתה זו קודם כל חוויה של מלחמה ראשונה, על מאפייניה הייחודיים שכללו חלקים משמעותיים מהאוכלוסייה משותקים מחיי היום-יום. לחלק ניכר מהם, המפגש עם האזעקות, הפחד ותמונות העיר הסופגת פגיעות טילים ותחושת סביבתם הנבוכה – הייתה משמעותית בהשפעותיה קצרו וארוכות הטווח. סביר להניח שקיץ 2006 יזכר אצל רבים בחיפה ובצפונה של הארץ, כקיץ בלתי נשכח ברמה האישית וזאת מבלי להעמיק במשמעויות הרחבות יותר ברמה הלאומית.

ביטוי מצוקה רגשית בעקבות המלחמה

עם החזרה לשנת הלימודים, ראו הורים ומורים סימני מצוקה שונים אצל הילדים. תחילה דווח על ידי הצוותים כי רוב הילדים מתפקדים כהרגלם. אך עם הזמן התגברו דיווחים, שהתעצמו לאחר חודש חודשיים, ובהם התייחסויות לסממנים של ניתוק, בעיות ריכוז וסימנים גופניים של מתח וחרדה. עלו סימנים של הימנעות (ירידה ביציאה מהבית, הימנעות מחוגים וכן הלאה) חרדות מעזיבה של הוריהם ובעיות שינה. אמרה אחת האמהות "ציפיתי שזה יעבור לו, אבל הוא כל הזמן נצמד אלי, מצלצל כל חמש דקות שאני נוסעת לסופר, כל הבית בלחץ ממנו". מבחינה אבחנתית עלתה השאלה, האם ילדים אלו סובלים מסימפטומים של הפרעה פוסט-טראומטית, באופן חלקי לפחות. ניתן להתווכח עם אבחנה זו כיוון שההגדרה מבוססת על המצאות באירוע שיש בו סכנת חיים מיידית לעצמי או לאדם קרוב וישנו ויכוח עם מתקפת הטילים היא אכן אירוע כזה, כאשר אצל חלקם המפגש עם האירועים היה בעיקר בתיווך של מרקע הטלוויזיה. יחד עם זאת, כידוע ממחקרים בתחום, מצבי דחק גם אלו המובילים להופעת תמונה סימפטומטית חלקית להפרעה פוסט-טראומטית יוצרים ירידה ממשית באיכות החיים (O'Donnell et al, 2003). בין הילדים נצפו ודווחו במידה זו או אחרת שלל סימפטומים של עוררות, הימנעות והצפה. לכן המסקנה המרכזית הייתה כי אלו ילדים סובלים מסימפטומים של הפרעה פוסט טראומטית ומחרדות שנגרמו או הוחרפו בעקבות מלחמת לבנון השנייה וככאלו טופלו הילדים ומשפחותיהם.

לאור כל האמור, פותחה במכון תוכנית התערבות ממוקדת לטיפול בילדים שסבלו מחרדות בעקבות המלחמה. בעיר חיפה קיימת שותפות עם הקהילה היהודית בבוסטון שבארצות הברית. שותפות בוסטון-חיפה, מממנת פרויקטים שונים ומגוונים לרווחת תושבי העיר חיפה ובעקבות המלחמה החליטה להתגייס ולסייע לילדים המצויים במצוקה רגשית. בין השאר הוחלט בשותפות לעזור ולממן את התוכנית הטיפולית. מחלקת החינוך של עיריית חיפה, בשיתוף פעולה של מנהלות היחידות, צוותים חינוכיים, יועצות חינוכיות, פסיכולוגיות ופסיכולוגים חינוכיים בשפ"י, החלו באיתור הילדים ברחבי העיר. במקביל המכון פנה ופרסם מודעות לציבור הרחב בעיתונות המקומית שקראו והזמינו הורים שמעוניינים בקבלת ייעוץ לפנות למכון. בנינו פרוטוקול טיפולי קצר מועד, מתוך מטרה לעזור לכמה שיותר ילדים במסגרת המשאבים שעמדו לרשותנו. רוב המופנים הגיעו דרך יועצות בתי הספר. כבר בשלב ראשון הסתבר שחלקה של האוכלוסייה

שאותרה לא תוכל להגיע לטיפול בקליניקה הממוקמת בתוך אוניברסיטת חיפה עקב קשיי נייודות וחוסר כוחות המשפחה. לאחר התייעצות ומחשבה, הוחלט במכון לצאת ולקיים חלק מהטיפולים בבתי ספר בארבעה אזורים ומגזרים שונים ברחבי העיר. כאשר משפחות שיכלו, התבקשו להשתתף בעלות הטיפול באופן סמלי.

תהליך ההתערבות הטיפולית

במהלך החודשים שאחרי המלחמה אותרו עשרות רבות של ילדים שזקוקים לעזרה ואליהם היו פניות של יועצות. כמאה משפחות היו בקשר ישיר עם המכון באוניברסיטה. ילדים מכיתות א' עד י"ב הופנו למרכז. שני שלישי מהמופנים למכון היו ילדים הלומדים בבתי ספר יסודיים. הוצע תהליך טיפולי ממוקד המתחיל במפגש הערכה עם המשפחות, מפגש הכרות עם הילד/ה בו מוצג התהליך כתהליך קצר מועד שמטרתו לעזור עם חרדות שנוצרו בעקבות המלחמה. פתיחת תהליך טיפולי דינאמי (טיפול באמצעות משחק ומדיומים טיפוליים שונים), ובשילוב אמצעים קוגניטיביים (דמיון מודרך, הפחתת חרדה ועוד) – לפי הצורך הטיפולי. הגישה הטיפולית הייתה עבודה עם הילד מתוך תפיסה המקבלת כי הקושי הינו גם משפחתי ואת תהליך העזרה כשואף לערב בהכרח את ההורים (ישי אורן, 2006), כאשר עם חלק גדול מהאוכלוסייה, שיתוף הפעולה עם ההורים היה מצומצם מהרצוי.

כל אחת המשפחות שפנו, ראינו על ידנו, כל אחד מההורים מלא שאלונים לגבי מצבו ותפקודו של הילד/ה וסיבת הפניה, הילד/ה מלא שאלון לבד או בעזרת המטפל/ת והמטפל/ת עצמו מלא שאלון. כאשר תהליך זה נעשה עם הקבלה ועם סיום הטיפול.

ההורים חזרו ודיווחו על המאפיינים הבאים: ילדים הסובלים מאי שקט, פחד ללכת לחברים, פחד להישאר לבד בבית, בהלה מרעשים חזקים, חשש ממלחמה נוספת, עליה בתוקפנות, נטייה לשכוח, סגירות, פחד שיקרה משהו רע, עיסוק יתר בחדשות, קשיי שינה, בכי, מופנמות. ניתן לחלק את האוכלוסייה המופנים לשלוש קבוצות:

1. ילדים שסבלו מחרדות וסימפטומים פוסט-טראומטיים באופן ישיר בעקבות המלחמה.
2. ילדים חרדים, שסבלו בעברם ממגוון חרדות ובעקבות המלחמה חרדותיהם הועצמו.
3. ילדים הסובלים מקשיים רגשיים-תפקודיים רחבים, שהירידה בתפקוד בעקבות המלחמה הייתה לא ספציפית והופנו עקב זמינות המענה הטיפולי. אוכלוסיית הפונים התפרסה על פני אזורים גיאוגרפיים שונים של העיר, רבדים סוציו אקונומיים שונים, ילדים ותיקים ועולים (כחלקם באוכלוסייה).

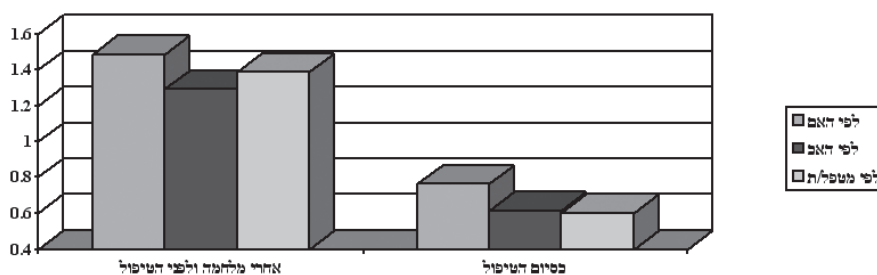
בשתי הקבוצות חרדות היו המאפיין העיקרי להתייחסות בחדר הטיפול, אצל חלק מהילדים הובא נושא החרדה ישירות לחדר הטיפול. ילדים אלו התייחסו למלחמה, לסכנה קיומית, לבתים המופצצים ולפחדיהם. הפחדים הובעו מילולית או באמצעות משחק וציור ועובדו מילולית ובדרכים סימבוליות עקיפות. ילדים אלו נעזרו בטכניקות שונות, מעיבוד רגשי דרך הבניה מחדש וטכניקות קוגניטיביות שונות. ילדים אחרים לא רצו לגעת בנושא הפחד, אלא ביטאו עצמם באופן עקיף, או דרך נושא אחר. אצל ילדים אלו עיבוד החרדות הופיע בשלב מאוחר יותר של התהליך. בקבוצה השלישית, המלחמה על השלכותיה הופיעו יותר ברקע, או כזר, לשלל קשיים התפתחותיים ואחרים מהם הם סבלו.

תוצאות

שמונים ילדים הגיעו לטיפול. המופנים היו בנים ובנות (בנים מעל 60% מכיתות א' עד י"ב, רובם מבתי ספר יסודיים. בפועל 20% מכלל המופנים היו בכיתה ג' ו-14% מכתה ה'. רוב הטיפולים נמשכו בין 16-13 מפגשים כמתוכנן. עבור מרבית הילדים והמשפחות, היה זה מפגש ראשון עם טיפול רגשי. כמצוין, חלקם לא יכלו להגיע לקליניקה באוניברסיטה ולכן הוחלט שחלק מהטיפולים יתקיימו בתוך בתי הספר (כשלושים ילדים מסך המטופלים).

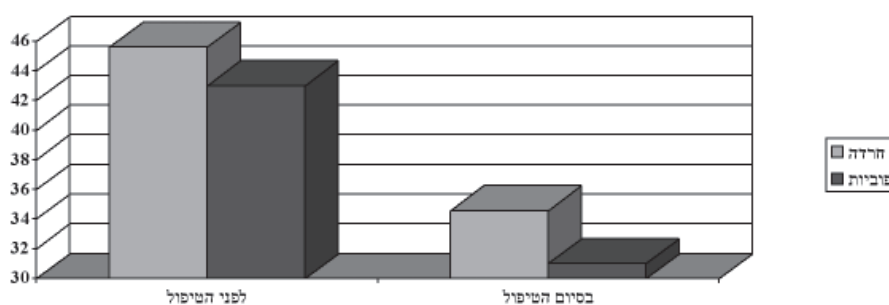
דיווחי הילדים והוריהם היו משמחים והראו הפחתה ניכרת בחרדות, ירידה בעיסוק בנושאים קשורים והפחתה בסימפטומים של הימנעות, בעיות ריכוז ועודף עוררות. בשאלונים של מצב החרדות והפוביות, ניכרה ירידה משמעותית ברמת הסבל מסימפטומים שהיו בתחילת הטיפול. דיווחי ההורים, הילדים והמטפלים/ות הצביעו על שיפור, עם ציון עקבי וגבוה של השיפור מעבר לקבוצות הנשאלים.

גרף מספר 1. ממוצע הערכת הורים/מטפלים לקשיי המטופל : פחדים, הימנעות, מחשבות, לפני ואחרי הטיפול (ככל שהציון גבוה יותר, המצב חמור יותר)



(הבדל מובהק $P=0.000$ בניתוח $N=51$, PAIR)

גרף מספר 2. ציון מסכם חרדה ומדדי פוביות של הילד/ה בדיווח עצמי מיד אחרי המלחמה (ולפני הטיפול) ובסיום הטיפול (ככל שהציון גבוה יותר, דווחו יותר סימפטומים)



(הבדל מובהק $P=0.001$ בניתוח $N=33$, PAIR)

בתחילת התהליך עלתה שאלה מתודולוגית לגבי קבוצת ביקורת. החלטנו כי הילדים/ות שאותרו וזקוקים לעזרה, יקבלו את העזרה מתוך תפיסה אתית טיפולית ותוך ויתור מודע על השארת חלקם כקבוצה ביקורת לצרכים מחקרניים.

עם תום הטיפול התבקשו הילד/ה, המטפל/ת, וההורים להעריך את מידת השינוי, האם הייתה הרעה או הטבה. באופן גורף היה ממוצע השינוי 4.32 אצל ההורים ו-4.51 אצל המטופלים והמטפלים, כך שכל הלוקחים חלק בתהליך העריכו בין הטבה קלה והטבה רבה את הישגי התהליך. המטפלים התבקשו לציין את שיטת הטיפול בה נקטו בפרוטוקול (דינמית, קוגניטיבית-התנהגותית או משולבת) לא נמצאו הבדלים בין ממוצע ההטבה לבין גישת הטיפול. כמו כן נתבקשו ההורים גם לדווח ישירות על קשיים מהם סובלים הילדים עדין. רובם כתבו באופן ישיר ועקיף כי הילדים פחות פוחדים או נמנעים ויותר חופשיים בהתנהגותם. הנקודה המרכזית שצוין שנותרה, הייתה פחד ממוקד מחזרתה של מלחמה. לתפיסתנו, פחד כזה, כתולדה של מאורעות קיץ 2006 הינו תולדה צפויה ובחזקת פחד מתאים ומסתגל למציאות באזורנו.

מסקנות לגבי הטיפול פסיכולוגי ברמה הקהילתית

למעלה ממאה משפחות היו בקשר עם המכון. שמונים ילדים וילדות שסבלו מחרדות בעקבות המלחמה נעזרו באופן ישיר. למעלה ממחצית מהילדים טופלו בקליניקה באוניברסיטה והשאר בבתי הספר עצמם. מסקנה חשובה היא שבעזרת שיתוף פעולה בין גורמים שונים, גם כאלו שאינם רגילים בעבודה משותפת קודם לכן, ניתן לתת מענה טוב ומקיף. במקרה שלפנינו, שיתוף הפעולה התבצע בין קהילה (שפ"י ומחלקת החינוך בעירייה), עם גורם מממן (שותפות בוסטון-חיפה) ומכון טיפולי שיכול לתת מענה רחב ומקצועי וגמיש בעזרת פעולה של צוות (המכון לייעוץ ולטיפול רגשי). להתערבות כזו דרוש צוות בעל מערך טיפולי רחב שיכול לבנות תוכנית טיפולית, לרכז פניות ולתת מענה ומעקב אחרי מסלולי הטיפול מתוך שילוב של מקצועיות

טיפולית וגמישות ובהתאם למורכבות אוכלוסיית הפונים. בפועל שיתוף פעולה זה הביא לכך שעשרות משפחות וילדים קבלו סיוע. המשלב לטיפול היה מצוין, הן מיועצות בתי הספר איתם גם נפגשו והיינו בקשר, והן מהילדים ומהמשפחות עצמם. הפרוייקט מסוף 2006 אל שנת 2007 ועבור אחדים מהטיפולים הסתיים לקראת סוף השנה. ניתוח התוצאות והמשובים העלה כי בהתאם להגדרת המטרות הצליח הפרוייקט מאד, פחתו החרדות, המחשבות וההימנעות שהופיעו או התגברו בעקבות המלחמה, באופן ניכר.

מסקנה משמעותית מההתערבות היא שטיפול ממוקד, קצר מועד, באוריינטציה דינאמית (כך רוב הטיפולים) יכול להועיל במקרים הללו מאד, לילדים הנותרים עם מצוקה בעקבות המצב. בצוות הטיפולי ולאחר מכן במפגש עם יועצות חיפה עלתה השאלה, מדוע מבתי ספר מסויימים, היו פניות רבות ומאחרים מעטות או שלא היו הפניות כלל. המסקנה שלנו היא שהדבר לא היה תלוי אזור גיאוגרפי (משלושה בתי ספר באותו אזור הגיעו הפניות לשניים, אחד, ולמעלה מעשרים בבית הספר השלישי) ולא דווקא כמה פנו באופן עצמאי ולגורמי טיפול אחרים, אלא תלוי סדרי העדיפויות של הגורמים המפנים. כמובן שהנחת העבודה שלנו היא שילדים רבים הופנו באופן עצמאי על ידי המשפחות לטיפול פרטי ולטיפולים במרפאות השונות, מעבר לאלה שהגיעו אלינו דרך השפ"י ושירות. יחד עם זאת, אחת המסקנות היא שכאשר מבצעים התערבות טיפולית רחבת היקף כזאת, יש לשאוף להרחיב את בסיס הפניות (שלא יהיה תלוי מפנה אלא תלוי צרכים). כאשר לאחר האיתור יש ליצור מספר מסלולי טיפול (ממוקד, פתוח יותר) כדי להתאים את הטיפול לאופי הפניה צרכי ורקע הפונה.

התלבטות אחרת הייתה לגבי השלכות היציאה של קליניקה טיפולית לקהילה ואפשרות שימור מרחב הטיפול בתוך בתי הספר. ההחלטה לצאת, נבעה מהיעדר אלטרנטיבה. פגשו בהורים ובילדים שבצורה אחרת לא היו מקבלים סיוע רגשי כלל. אולם ההחלטה לצאת מהמרחב הטיפולי לטיפול בתוך המסגרת החינוכית, יש מחירים משלה הכרוכים בקשיים רבים ביצירת רציפות וסטינג בתוך בבתי הספר.

מסגרת בית הספר אפשרה להם להיות מטופלים, בזמן, במקום וברצף שאפשרו את התנאים הבסיסיים לקיום התהליך. יחד עם זאת ליציאה הייתה מורכבות רבה: הטיפול בתוך מסגרת בית הספר חשף את הטיפול לרעש ולהפרעות. המסגרת החינוכית רצופה קטיעות של רצף, טיולים, מבחנים, שינויי מערכת המשבשים רצף טיפולי. במסגרת בתי ספר חסרה פעמים רבות מודעות לשפה הטיפולית ולהשלכותיה המעשיות. לכן צריך היה להרגיל, אולי אפילו לחנך, את הצוות החינוכי לתנאים הדרושים לתהליך טיפולי. מעבר לכל אלה, טיפול בתוך בית הספר מצריך מהילד/ה המטופלים מעברים לא פשוטים. היציאה מתוך מסגרת חינוכית אל מרחב טיפולי וחוזר חלילה, הייתה קשה מאד לחלק מהילדים. ילד העוזב שיעור ונכנס לחדר סמוך בו מתקיים, או יש ניסיון לאפשר מרחב טיפולי, חווה מעבר חד. אל החדר ומחוצה לו אל חלל ההפסקה או השיעור. מצד שני הטיפול בתוך המערכת הבית-ספרית מזמן ומציע אפשרויות של השפעה על הסביבה, בהיוועצות והדרכת אנשי צוות. המטפלים/ות מוצאים עצמם בחדר מורים ולמרות היותם גורם חיצוני למערכת לעתים נוצר קשר בלתי אמצעי עם הצוות. מתבקשת דעתם בתוך ישיבות ומחוצה להם. הם נשאלים שאלות ולעתים יש ציפייה ויעבירו חוות דעת. נושאים אלו ניתנים להגדרה ועיבוד פורמליים, אבל הם מעלים שאלות ודילמות. כך המטפל מוצא עצמו בין תפקיד מסורתי האופייני לפסיכולוג קליני העובד קודם כל בחדר, לבין היותו נתפס בתפקיד מסורתי המאפיין פסיכולוג חינוכי טוב המביא את מקצועיותו כמשפיעה על צוות המורים, על הבנת הילד ואל ההתייחסות עליו. זאת במצב בו המטפלים אינם חלק מהצוות ואינם בתפקיד ייעוצי או הדרכתי ברמה של החוזה הראשוני. מעבר למורכבות אתית של הסכמת ההורים והילד למעורבות זו, מטשטשת ההבחנה בין המציאות הפנטזימטית הנבנית בחדר הטיפול, למעורבות הממשית בהוויה בבית הספר. דילמות אלו, ליוו אותנו לעתים קרובות, כפי שהן, לאורך התערבותנו בבתי הספר. מבחינת מאזן הרווח וההפסד בהתערבות מורכבת כזאת, התרשמנו שסיכויי ההצלחה היו רבים יותר בבתי ספר בהם מצאנו 'תרבות/שפה טיפולית' (למשל בתי ספר בעלי אוריינטציה טיפולית) או בבתי ספר בהם היו דמויות משמעותיות עבור הילדים שהיו מעין 'ממלאי מקום הורים' בליווי התהליך בכללותו. טיפול ב setting זה, חייב התאמת התפיסה אצל המטפלים, שאלה של גבולות בהתערבות בינם לבין הצוות החינוכי,

עם שאלה עד כמה לשתף פעולה, להקשיב ולהדריך בעת הצורך ועוד דילמות רבות. יציאת המטפלות והמטפלים אל בתי הספר, יצרה גם חשיפה של עבודתם באופן שאינו רגיל. היא איתגרה אותנו ביצירת ערכה קבועה של אמצעים משחקיים ויצירתיים שאותה לקחו המטפלים באופן קבוע, מהקליניקה אל החדר בבית הספר. במקביל, העבודה בתוך בתי ספר, הלכה בד בבד ואולי יצרה פחות מעורבות הורים לעומת אלו שטופלו בקליניקה. מאידך ילדים אלו זכו ליותר קשר והשפעה על סביבת החיים במסגרת החינוכית שלהם. טיפול רגשי בתוך בית הספר, ובדאי אם הוא על ידי גורם חיצוני לצוות, מעלה דילמות רבות וקונפליקטים פנימיים ועם אנשי צוות אחרים. כיצד ליצור טיפול רגשי פרטני/ משפחתי משמעותי בתוך מגבלות העבודה במסגרת חינוכית, היא שאלה שיש לתת יותר עליה את הדעת, בעיקר במצב בו זו הדרך היחידה במצבים מסוימים להגיע בפועל לילדים ולילדות הזקוקים לעזרה. במקרים אלו רצוי שהארגון הנכנס ייתן את הדעת ויגבש עמדה מקצועית בשאלות שהועלו ובנושאים הקשורים למגבלות ולפוטנציאל הנובעים ממצב ייחודי זה.

הצלחת פרוייקט זה נזקפת לזכותם של רבים. אני רוצה להביע תודה:

תודה לכל המשפחות והילדים שנתנו אמון לד"ר רבקה יהב שיזמה קידמה ותמכה בפרוייקט ועזרה לי להוביל אותו בכל שלב לצוות מטפלות ומטפלי המכון על התגייסותם והתערבותם הרצינית והמקצועית ולצוות המנהלה של המרכז על העזרה בארגון לאנשי הטיפול והחינוך בחיפה שנטלו חלק משמעותי באיתור ובליווי ולשותפות בוסטון חיפה על האמון, שיתוף הפעולה והמימון שאפשר כל זאת

ביבליוגרפיה:

O'Donnell, M.L., Creame, M., Bryant, R. A., Schnyder, U. & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23 (4), 587-603.

Yahav, R., Cohen, M. (2007). Symptoms of acute stress in Jewish and Arab Israeli citizens during the Second Lebanon War. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 830-836.

ישי, ר., אורן, ד. (2006). הורות חסומה והורות ממושמת – הורות כמעשה יצירה ותרומתה של הדרכה דינמית באוריינטציה פסיכואנליטית להורים. **שיחות**, כ' (3), 251-264.

עומר, ח., אלון, נ. (1994). עקרונות הרציפות, גישה מאוחרת לאסון ולטראומה פסיכולוגית. **פסיכולוגיה**, ד' (1-2), 20-28.