

פרק שלישי

אתגרים ייחודיים במפגש עם תוקפנות

בפרק זה מוצגות הגישות הרווחות בטיפול באמנות בילדים המתנהגים בתוקפנות, על פי דברי המשתתפות במחקר, בארבעה נושאים: יעילות הטיפול לפי תפיסת המטפלות והמדריכות; המרחב הבין-אישי המתייחס לקשר מטפלת-מטופל; המרחב המערכתי הדין בקשר של המטפלת עם המחנכת ועם הורי המטופל; המרחב האישי החושף את התמודדות המטפלות עם חוויותיהן האישיות. בכל נושא מוצגים האתגרים העיקריים שניצבו בפני המטפלות בבואן לטפל בילדים אלה במסגרות החינוכיות, וכן תיאור וניתוח של הממצאים המרכזיים שאפשר ללמוד מעבודתן.⁷

יעילות הטיפול בעיני המטפלות והמדריכות

אחת המשימות הראשונות של המחקר הייתה לבדוק את רמת היעילות של הטיפולים, לפי תפיסת המטפלות והמדריכות, ולבחון את הסיבות שהן ייחסו לתוצאות הטיפול. לפי טבלה 1, מרבית המטפלות (73%) דיווחו על שיפור כלשהו במצב המטופל בעקבות הטיפול, אולם רק כרבע (24%) מכלל המטפלות תיארו רמת שיפור גבוהה שמהווה ממצא קליני משמעותי.

טבלה 1. תגובות המטפלות בשאלונים לשאלה "האם היה שינוי כלשהו בהתנהגותו התוקפנית של הילד בעקבות הטיפול?" (N=113)

שיפור רב	שיפור מסוים	ללא שינוי	החמרה
24%	49%	18%	9%

כזכור, כל מטפלת התבקשה לבחור מטופל אחד ולדווח על תוצאות הטיפול בו בלבד. אי לכך, נתונים אלה אינם מייצגים בהכרח את רמת ההצלחה הכוללת של כל מטפלת. ליתר דיוק, המטפלות התבקשו לדווח על הטיפול האחרון שהסתיים באותה שנה, הוראה שהייתה אמורה להכניס מידה של אקראיות למדגם, אם

⁷ עיקרי פרק זה מובאים גם במאמרים אלה: 2009; Nissimov-Nahum, 2008.

כי במקרים שבהם המטפלות סיימו כמה טיפולים באותו זמן, היה להן חופש לבחור מטופל כרצונן. אפשר שחלקן בחרו דווקא את אחד הטיפולים שהסתיים בהצלחה, בשל רצייה חברתית. אם ניקח בחשבון עובדה זו, אפשר שאחוזי השיפור היו נמוכים מאלה שדווחו.

בניסיון לאתר את הגורמים העשויים להיות קשורים לאיכות הטיפול, נמצא כי תוצאות הטיפול לא היו זהות בכל סוגי האוכלוסייה. בחינה של המאפיינים העיקריים - הילדים, המטפלות ומסגרות הטיפול - העלתה כי תוצאות טובות יותר הושגו במקרים החריגים: בקרב מטופלות שהן בנות, בקרב מטפלות ותיקות ובמסגרות של הגיל הרך. אך המציאות שונה בדרך כלל: רוב המטופלים המופנים לטיפול הנם בנים, בגיל בית הספר היסודי, ומדי שנה נכנסות למערכת החינוך מטפלות צעירות רבות, חסרות ניסיון.

כיצד אפשר להבין ולהסביר מצב זה? אפשר לטעון, אולי בהתרסה, ששיטת טיפול זו אינה מתאימה לילדים המתקשים לשלוט בעצמם ולהתמודד עם תחושות קשות של כעס ותסכול. אולם אין להתעלם מן העדויות האחרות שהוכיחו כי ברבע מן המקרים חל במהלך הטיפול שינוי משמעותי ביכולתם של המטופלים לשלוט בהתנהגותם התוקפנית.

בתשובה לבקשה (בשאלון) לתאר את מהות השינוי, המטפלות תיארו שינויי התנהגות מחוץ לחדר הטיפול ובתוכו. במציאות חייו של הילד מחוץ לחדר הטיפול דווח בעיקר על הפחתה בתדירות של ההתנהגות התוקפנית ובחומריתה. מלבד זאת סיפרו המשתתפות על שינויים חשובים אחרים, כמו הפחתה באימפולסיביות, התייחסות ללימודים, עלייה במודעות עצמית, בקבלת אחריות ובשיפור הקשרים החברתיים. להלן כמה דוגמאות מדברי המטפלות:

⊙ בתחילת הטיפול הילד היה מעורב באירועים חריגים של תוקפנות ולא הביע כל חרטה. במהלך הטיפול ולקראת סופו, כמות האירועים ועוצמתם ירדה והוא פיתח יכולת לחוש אמפתיה ושיפוט חברתי. הוא החל להתבונן יותר כלפי פנים ונטה פחות להאשים אחרים באירועי אלימות.

⊙ יש ירידה משמעותית בתדירות של ההתנהגות התוקפנית והפחתה באימפולסיביות. המטופל סיגל התנהגות סתגלנית יותר, ממושמתת ופחות מזלזלת. גם כאשר התוקפנות פרצה, הוא ידע לפנות לדמות סמכותית ולבקש עזרה. הוא לקח אחריות על התנהגותו ודיווח על אירועים שבהם נהג באלימות. נראה שהפגין מודעות עצמית גבוהה יותר למצבו. הוא הבין שיש לו חלק בהתנהגות האלימה ולכן האשים פחות את האחרים. ניכרת שליטה עצמית

ויכולת איפוק טובה יותר. הוא מנסה לווסת את תגובותיו, כך שלא יתבטאו רק בהימנעות מוחלטת או בתוקפנות, אלא ביכולת להסביר את כעסו. הוא אימץ דרכים אחרות להביע תסכול ולא רק בתוקפנות, התפרץ פחות לאחר כישלון וניסה שוב להתמודד.

⊙ לדברי המורה, מעבר לכך שהוא פנוי יותר ללמידה והישגיו הולכים ועולים, הוא התגלה כילד חביב. לדבריה, הוא נעשה אהוב על הסביבה, התיידד עם יותר ילדים ויצר קשרים חיוביים אִתָּם. הוא כבר לא מאיים על ילדים ברחבי בית הספר וממעט להשתמש באלימות. לאחר התפרצות הוא אפילו ביקש סליחה, מה שלא היה לפני כן. הוא החל להיות יותר מודע למצבים חברתיים ש"מזמינים" אותו להיות אלים וקבע לעצמו דרכים חלופיות שיעזרו לו לא להיות במקום או במצב שאינם רצויים. כמו כן הוא התחיל לטפל בביה"ס בחיות קטנות ואחר כך החליף את ההתנהגות ההרסנית בשמירה על ילדים חלשים, בני כיתתו, וגילה אמפתיה כלפיהם.

השינויים שנצפו בתוך חדר הטיפול כללו גם הפחתה בתוקפנות כלפי המטפלת וכלפי הציוד. כמו כן התרשמו המטפלות שיכולתו של המטופל לפתח קשר בין-אישי השתפרה, בד בבד עם העלייה בהערכתו העצמית.

⊙ התוקפנות כלפיי פחתה בהדרגה. הוא שמר על גבולות החדר ועל כללי ההתנהגות, וגילה יותר שליטה עצמית. הוא יכול היה לדבר על התנהגותו התוקפנית ולתאר את שהתרחש. הוא דיבר אל עצמו בניסיון לחזק את עצמו ולהאמין ביכולת ההתאפקות שלו, למרות שקשה לו: "אין לי סבלנות, אבל אני יכול...".

⊙ הקשר אתו התהדק והנוכחות שלו, שהייתה בתחילת השנה בלתי-נסבלת, הפכה לידידותית ונעימה. החשדנות ההתחלתית כלפיי נעלמה... נראה היה שהוא לומד לתת בי אמון וחש יותר ויותר מרוצה בקשר הטיפולי. ניכרת הפנמה והבנה שהמקום בטוח ומאפשר לצדדים הטובים שלו לצאת. אפשר היה לראות את השינוי בביטויים לא-מילוליים נעימים יותר, כמו חיוכים ומבטים חמים.

⊙ המטופל יותר רגוע, עם תחושת שליטה וערך עצמי טובים יותר. היכולת שלו לבטא כעסים ולקשר ביניהם ובין התוקפנות עלתה. הוא למד לקבל את עצמו כבעל ערך וכאמן יוצר. כמו כן הוא השלים עם צדדים שונים באישיותו ולמד להכיר ולקבל גם את חולשותיו. למשל, הוא למד לזהות את "המלכודת" העצמית - את הקושי שלו להתאפק ואת הנטייה שלו להסתבך.

- שינויים במרחב הטיפולי באו לידי ביטוי גם בהתפתחות ההבעה המילולית - פתיחות להביע רגשות ונכונות לחשוף נושאים אישיים. שינויים אלה היו מלווים גם ברמה הלא-מילולית במרחב היצירתי: יכולת תכנון טובה יותר ורמת ריכוז גבוהה יותר, כמו גם יכולת ליהנות מתהליך היצירה ולהעריך את עבודות האמנות.
- ⊙ הוא נראה רגוע ושליו יותר והראה יכולת גבוהה יותר להביע את עצמו במילים. הוא החל לספר על מה שקשה לו, כואב לו, מתסכל אותו ומכעיס אותו. הוא יזם משחקים שבהם כל אחד מספר בתורו על אירועים קשים מהשבוע שעבר.
 - ⊙ השינוי שחל בו ניכר גם בדפוסי העבודה היצירתית. מצד אחד, הוא החל לעבור לתכנון והיה מסוגל לתהליך יצירתי ארוך הדורש איפוק, ריכוז ושלטיטה. מצד שני, החל תהליך של חשיפה ופתיחות שבו הוא סיפר סיפורים שלמעשה תיארו בכאב את סיפור חייו. במהלך הטיפול הוא הצליח יותר לווסת את רגשותיו במלל וביצירה.
 - ⊙ בעוד שבתחילת הטיפול הוא הביע משאלה לחבל, להכות ולהרוס כל דבר שבחדר הטיפול ומחוצה לו, בפגישות האחרונות חל שינוי ביחס הרגשי של המטופל לעבודותיו והוא העריך אותן. הוא ביקש לקחת את כל עבודות האמנות הביתה ובחר להציגן בגאווה לפני המחנכת שלו.

מעדויות אלה אפשר ללמוד על עוצמתו של הטיפול באמנות ועל השינויים שביכולתו לחולל. שינויים אלה באים לידי ביטוי במישורים רבים, ביניהם אישיות הילד, התנהגותו, קשריו הבין-אישיים ועוד. עם זאת, יש לזכור כי תוצאות אלה דווחו רק במקרים מעטים, והשאלה המתבקשת היא באילו נסיבות מניב הטיפול באמנות שיפור קליני משמעותי.

חלק מהמטפלות התייחסו בשאלונים גם לגורמים שהביאו לשינויים. בניגוד למצופה, מרביתן ייחסו את תוצאות הטיפול לסיבות חיצוניות, כמו שינוי בגישתם או במצבם של המורים וההורים, שינוי בתרופות וקבלת טיפולים אחרים. אין ספק כי תרומתם של גורמים אלה הנה משמעותית, ובוודאי קשה לבודד מי או מה תרם יותר, על כל פנים רק מעטות מהמטפלות ציינו כי הקשר הבין-אישי שיצרו עם הילד הוא זה שתרם לשינויים שתוארו. נראה כי מטפלות רבות התקשו להצביע על קשר בין שיטות העבודה שלהן ובין תוצאות הטיפול, חיוביות או שליליות. בין אם הדבר מעיד על צניעות, על חוסר הכרה בערכו של הכלי הטיפולי (באופן כללי או ביחס לילדים המתנהגים בתוקפנות) או על רמה נמוכה של הערכה עצמית מקצועית, אין ספק שזוהי תובנה משמעותית.

ממצא זה מקבל חיזוק נוסף מתשובותיהן של המטפלות באשר לצורך שלהן לרכוש כלים נוספים לטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות. הרוב המכריע של המשיבות (86%) דיווחו על צורך עז להרחיב את הידע התאורטי ולרכוש כלים מעשיים לטיפול באוכלוסייה זו. בהסתכלות כוללת, ממצאים אלה יוצרים תמונה שלפיה המטפלות חשות כי במקרים רבים הן מתקשות להשיג את השינוי המיוחל במצבו של הילד. יתרה מכך, גם כאשר חל שינוי, הן, כאמור, מייחסות אותו בדרך כלל לגורם אחר ולא לטיפול. לא ייפלא אפוא שאחוז כה גבוה של המטפלות חשו צורך להרחיב את בסיס הידע בתחום זה. אפשר להניח כי ניסיון בטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות מעורר אצלן שאלות רבות הנותרות לעתים ללא מענה ויוצר רמה מסוימת של מתח המניע אותן לחפש שיטות עבודה מתאימות. ממצאים אלה היו אבן דרך שהשפיעה רבות על המשך המחקר והביאו להחלטה להעמיק בחקר הקשר שבין התערבות המטפלות לתוצאות הטיפול.

התפיסות על יעילות הטיפול נבדקו גם באמצעות הראיונות שקיימתי עם המדריכות. הן הציגו זווית ראייה שונה, הנובעת מתפקידן, מהוותק הרב שלהן בתחום ומהמפגש השוטף שלהן עם מערכות החינוך ועם מטפלים רבים. כאשר התבקשו לתאר את תוצאות הטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות מנקודת מבטן, הייתה הסכמה רחבה כי במקרים רבים רמת היעילות של הטיפול אינה גבוהה. ממצא זה, שעולה הן מדברי המטפלות והן מדברי המדריכות, עשוי לעורר אכזבה בקרב הקשורים לנושא, בשל מצוקתם של הילדים, השקעת המשאבים של המטפלות וציפיותיהם של ההורים ושל המערכת החינוכית כולה.

עם זאת, נמצא פער בין התפיסות של המטפלות לאלה של המדריכות באשר לגורמים המשפיעים על יעילות הטיפול. בניגוד למטפלות, המדריכות ייחסו את תוצאות הטיפול בעיקר לאופי של העבודה הטיפולית וגרסו כי תנאים מסוימים עשויים לשפר את תוצאותיה. לדבריהן, הטיפול מצליח יותר כאשר המטפל מפתח קשרים משמעותיים עם המורים ועם ההורים, מגלה התנהגות אסרטיבית בהתמודדות עם המטופלים ונוקט גישות התערבות המכוונות לשינוי. פער זה בין דברי המטפלות ובין דברי המדריכות מאיר שתי סוגיות מרכזיות שיידונו בהרחבה בהמשך. עניינה של הסוגיה האחת הוא סוגי הקשרים שהמטפל נדרש לקיים. המטפלות שייחסו לעבודתן את השינוי שחל בילד, היה זה בעיקר במרחב הבין-אישי, בקשר הטיפולי עם הילד בחדר הטיפול. לעומתן, המדריכות התייחסו גם לחשיבות של המרחב המערכתי ולקשרים שהמטפל מקיים עם המורים ועם ההורים - אלה הבאים במגע יומיומי עם הילד. הסוגיה השנייה מתייחסת

למסרים הטיפוליים. המטפלות ייחסו חשיבות בעיקר לקבלת הילד כפי שהוא, ואילו המדריכות הדגישו את הצורך לאמץ גישות התערבות המכוונות לשינוי התנהגותי. אפשר לשאול אם יש קשר בין שתי סוגיות אלה, ואם אפשר שרמת היעילות בטיפול אינה גבוהה אם המטפלות אינן מקדישות תשומת לב ראויה למרחב המערכתי ונמנעות מהתערבויות המכוונות לשינוי.

המידע שהתקבל באשר לתפיסת היעילות של הטיפול ובאשר לגורמים המשפיעים עליה, מחזק את ההבנה שהטיפול באוכלוסייה זו מלווה באתגרים ייחודיים שאינם מצויים בטיפולים באוכלוסיות אחרות. אתגרים אלה מתגלים בכל תחומי עבודתן של המטפלות - במהלך יצירת היחסים הטיפוליים, בקשרים שלהן עם המחנכת ועם ההורים, ובהתמודדות עם חוויותיהן האישיות.

אתגרים במרחב הבין-אישי (קשר מטפלת-מטופל)

מטפלות רבות רצו ליצור סביבה מוגנת לילד המטופל וקשר של אמון בינו ובינה, אולם מניחות השאלונים והראיונות עלו שאלות רבות על מטרת הטיפול ועל הדרכים הראויות להתמודד עם התוקפנות של הילד - בעת עבודתו באמנות, בהתנהגותו בחדר הטיפול ומחוצה לו.

א. מהי מטרת הטיפול?

כיצד קובעים את מטרת הטיפול, והאם יש קשר בין מטרת הטיפול - כפי שנקבעה - ובין יעילות הטיפול?

כדי להבין את התפיסות המקצועיות המנחות את המטפלות בעבודתן עם אוכלוסייה זו, בדקתי את הקשר בין המטרות של הטיפול ובין תוצאותיו, כפי שאלה הוגדרו על ידי המטפלות והמדריכות. בשאלון המחקר נשאלו המטפלות מה היו המטרות של הטיפול הפרטני בילד שהופנה אליהן עקב התנהגותו התוקפנית. נמצא כי מרבית המטפלות קבעו מטרות רבות לטיפול, אך באופן מפתיע התברר שהמטרות של הפחתת ההתנהגות התוקפנית ושיפור המיומנויות החברתיות היו בשכיחות נמוכה. המטרות שצינו בתדירות גבוהה יותר היו בעיקר יצירת קשר בין-אישי, מתן ביטוי לרגשות ושיפור הדימוי העצמי. כלומר, המטפלות נטו לכוון את הטיפול לקבלה של המטופל, ופחות מכך לקבל על עצמן אחריות לשינוי התנהגותו.

הראיונות עם המטפלות משתי הקבוצות סייעו לי לחדד סוגיה זו ולבחון את הדומה ואת השונה בכל קבוצה ובין הקבוצות. מדברי המרואיינות אפשר ללמוד שאכן היו הבדלי גישות בין הקבוצות באשר למטרות הטיפול. הדוגמה

הבאה ממחישה את גישתה של מטפלת מקבוצה א (טיפולים שהראו שיפור רב בהתנהגות המטופל).

⊙ המטרה העיקרית הייתה הפחתת התוקפנות, מכיוון שזו הייתה הסיבה שבגללה נשלחה הילדה לטיפול. מטרה זו נקבעה עם צוות בית הספר בתכנית התל"א (תכנית לימודים אישית), וזה היה ברור לי... חיכיתי עד שהילדה הייתה מוכנה לדבר על הנושא... אני "תופרת" את ה"חליפה" המתאימה לכל ילד, אך המוטו שלי הוא לעבוד על פי המדיניות של מערכת החינוך, שקובעת שחשוב שיהיה קשר בין המטפלים, המורים וההורים, ושהילד צריך להשתתף בבחירת המטרות לטיפול. לפעמים נותנים לו להוביל את התהליך ושואלים אותו "מה הרעיון שלך?" כדי לתת לו כבוד ולפתח אצלו תחושה של אחריות. חשוב לי שיהיה ברור על מה אנו עובדים ולאן אנו רוצים להגיע. אני מצביעה על המטרה ובהדרגה מעצימה את ההתמקדות בה.

אפשר להתרשם שמטפלת זו שמה לה למטרה להפחית את ההתנהגות התוקפנית, ועם זאת ליצור קשר של אמון וכבוד עם המטופלת. גישה שונה הוצגה על ידי המטפלות מקבוצה ב (טיפולים שהתאפיינו בהעדר שינוי או בהחמרה בהתנהגות המטופל), שברוב המקרים עבדו ללא מטרה מוגדרת או שהתמקדו ביצירת הקשר הבין-אישי בלבד.

⊙ הבנתי אותו בדרך שהוא ביקש להיות מובן. מסיבה זו, מעולם לא הייתה לי מטרה שרציתי להשיג. המטרות שלי הן, שאם הילד רוצה משהו והוא חווה את הגשמת הרצונות בטיפול, זה מספיק. החלטתי ללכת עם המטופל, עם הרצונות שלו בחדר, ולא עם הדרישות החיצוניות של החברה מחוץ לחדר הטיפול, מכיוון שזה משהו שאינני יכולה לפתור.

גישה זו משקפת את ההתמקדות של המטפלת בהגשמת רצונותיו של המטופל וניכר שאינה רואה בהפחתת ההתנהגות התוקפנית צורך אמיתי שלו וגם לא מטרה שיש בכוחה לקדם. גם המדריכות נשאלו על דעתן באשר למטרות הטיפול המתאימות לאוכלוסייה זו, ומתברר כי הן מייחסות חשיבות לקביעת המטרות, והפחתה של ההתנהגות התוקפנית הנה אחת מהן.

⊙ אפשר לכלות חיים שלמים ביצירת בועה בחדר הטיפול, בעוד המציאות בחוץ משתגעת, אבל אני לא מאמינה בזה. אני חושבת שמיד בפגישה הראשונה חשוב להעלות את סיבת ההפניה ולבדוק אם הילד יודע מדוע הוא הגיע לטיפול ואם יש משהו שהוא רוצה לשנות. ילדים תוקפנים נוטים לפעמים להאשים את הזולת ולא לקחת אחריות על עצמם. חשוב שהמטפלת תיקח אחריות על

הידיעה ותספר לו שהדברים האלה קורים בחוץ והיא יודעת שיש אלימות, ולמרות זאת ובגלל זה היא מוכנה ורוצה להיות אתו. זה צריך להיות חלק ממטרת העבודה... העבודה במשרד החינוך מאלצת אותנו לעשות הסתגלות אחרת. זו לא הקליניקה הסטרילית שגדלנו על תורתה במוסדות ההכשרה, שהולכים עם המטופל ועם מה שהוא מביא, וכל החדר משול לעולמו הפנימי ואין חוץ. ירדנו כבר מן העץ הזה, ויחד עם זה אנחנו מנסים ליצור תמהיל, שיהיה חיבור בין המציאות הקיומית שבתוכה הילד מתנהל ובין החדר. לפחות הניסיון שלי הראה שהבועות לא מקדמת אותנו, היא פוגמת באפקטיביות ויכול להיות שהיא מנציחה את הפיצול בין העולמות.

מדברי המדריכה אפשר ללמוד גם על הסיכונים הקיימים כאשר מטרות הטיפול אינן תואמות את ציפיותיהם של המורים וההורים. אם המטפל מתעלם מתוקפנותו של הילד, קיים חשש שייווצר פיצול בין חיי הילד בחדר הטיפול ומחוצה לו. פיצול מסוג זה עשוי להעמיד את הילד במצב של בלבול ובקונפליקט של נאמנויות ואף לקבץ את המצב הקיים.

לאור גישות אלה נשאלת השאלה מדוע קביעת המטרה לטיפול איננה חד-משמעית ומובנת מאליה. נראה כי על אף שהעבודה במסגרת החינוכית דורשת מהמטפלות להתמקד בסיבה שהביאה לצורך בטיפול, ובמקרים רבים אף מחייבת אותן להצהיר על מטרת הטיפול, הדבר אינו פשוט. מרבית המטפלות באמנות הוכשרו על פי התאוריה הפסיכודינמית המסורתית, הדוגלת בגישה פתוחה, מתמקדת ביצירת קשר טיפולי ומאפשרת למטופל להעלות נושאים כרצונו. גישה זו עשויה לסייע למטופלים לקבל את עצמם, אך בדרך כלל איננה מכוונת אותם לשינוי כלשהו, אם כי ההנחה היא שהשינוי יתרחש באופן ספונטני בעקבות חוויית הקבלה, הקשר הטיפולי ועיבוד התכנים. לצערנו, ממצאי המחקר מרמזים שבטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות, לא תמיד מתממשת הנחה זו.

מהשוואה בין הקבוצות, כמו גם מהתייחסות המדריכות, עולה ההשערה כי יש קשר בין מטרות הטיפול שהמטפלים קובעים מראש ובין תוצאות הטיפול. משתמע מכך, שאם המטפלות מקבלות על עצמן אחריות להפחית את התוקפנות ואינן מסתפקות ביצירת קשר טיפולי בלבד, יש סיכוי גבוה יותר שהמטופלים יפתחו דפוסי התמודדות טובים יותר. בהמשך נדון בהרחבה בעניין זה, בניסיון להבין את שיטות העבודה של המטפלות ואת ההבדלים בין טיפולים שהראו

שיפור ובין אלה שלא הראו שיפור. אחת הבחינות להתבונן בהבדלים שבין הקבוצות קשורה למושגים "קבלה" ו"שינוי". אפשר לומר שהמטפלות שהגדירו את מטרת הטיפול כיצירת קשר בלבד, טיפלו בעיקר בקבלה של הילד. לעומתן, אלו שהגדירו את מטרת הטיפול כיצירת קשר טיפולי וגם הפחתת התוקפנות, יצרו תנאים לקבלה אבל גם כיוונו לשינוי. בהמשך ניווכח, שאבחנה זו חשובה גם בבחינה של האתגרים האחרים.

ב. כיצד לעודד הבעה חופשית בעבודת האמנות?

כיצד יש להגיב לביטויים של תוקפנות במהלך העבודה היצירתית? מתי ואיך יש לעודד הבעה ספונטנית של תוקפנות כאפיק להזדככות (קתרזיס) ולביטוי של מחשבות ורגשות? מתי ואיך יש להגביל את המטופל ולכוון אותו לפתח שליטה עצמית ולהתחשב בזולת?

בטיפול באוכלוסייה זו באמצעות אמנות ישנם אתגרים ייחודיים בחדר הטיפול. עבודת היצירה מספקת למטופלים אפיק משמעותי לבטא את תוקפנותם בתנאים מוגנים. קרמר (1980) רואה בתוקפנות מקור של אנרגיה לפעילות היצירתית, וגורסת כי התהליך היצירתי יוצא נֶשֶׁכר מעוצמתה של התוקפנות, ובו בזמן הוא מנטרל את ההתנהגות התוקפנית של המטופל. אי לכך היא מציעה לעודד מטופלים לבטא קונפליקטים, כעסים וחרדות באמצעות עבודה יצירתית. רובין (Rubin, 1978) מוסיפה כי חשוב לאפשר לילדים לשחרר תוקפנות במהלך הטיפול כתנאי מוקדם להתפתחות האגו:

בעבור ילדים רבים... התנסות ביצירה חופשית וכנה עשויה להיות הכרחית כדי לשכנע אותם שבצורת ביטוי סמלית זו הם אכן יכולים להשתחרר, להביע רגשות עזים בחופשיות ועם זאת לשלוט על הדחפים שלהם מבלי שאלה יהיו הרסניים כפי שציפו. רק לאחר "השתחררות" סמלית מעין זו, ולאחר המפגש עם החוויה המפחידה, הם יוכלו לגדול באופן טבעי (שם: 24).

ואכן, הדוגמאות הבאות, הלקוחות מתשובותיהן של המטפלות בשאלון המחקר, מחזקות גישה זו. מדבריהן אפשר ללמוד שהן נתנו מקום נרחב להבעה חופשית במהלך הטיפול, וזו הניבה ביטויי כעס ותוקפנות של המטופלים בכמה היבטים של עבודת האמנות - החל בבחירת החומרים, המשך בתהליך היצירתי ועד מתן ביטויים חזותיים לתכנים תוקפניים, למחשבות ולרגשות מורכבים.

בחירת החומרים. כל חומרי היצירה שימשו כמצע להבעת התוקפנות. המטופלים שהופנו לטיפול עקב התנהגותם התוקפנית העדיפו ליצור בעיקר עבודות דו-ממדיות מחומרים יבשים, כגון עפרונות, טושים ופנדה, אבל גם מחומרים רטובים, כגון גואש, אקריליק וצבעי ידיים. הם הכינו גם עבודות תלת-ממדיות, באמצעות חומרים כפלסטלינה, חמר, נייר וקרטון, עץ ומסמרים. חלקם נתנו ביטוי לתוקפנות גם במהלך משחקי קופסה, משחקי כדור ומשחקים דרמטיים (צעצועים, מיניאטורות, תחפושות ואביזרים) או בכתיבה יוצרת.

התהליך היצירתי. המטופלים גילו תוקפנות קיצונית במהלך השימוש בחומרים ונטו אף להרוס את עבודותיהם. הם ביקשו לקמט, למעוך, לקרוע, למחוק, למרוח, ללכלך, לשפוך, לכסות, לחתוך, לשבור, לפורר או לפסול חלקים מעבודותיהם. פעמים רבות הם עבדו בכל גופם ולעתים גם ציירו עליו. מעטים מהם נמנעו ממגע עם חומרים או עבדו באופן מדויק ונשלט.

⊙ כאשר הוא עבד באמנות הייתה רגרסיה עצומה, הצפה של מים וגואש, מריחת ידיים וכל הגוף. העבודות היו עיסתיות ובוציות, ושיקפו את הכאוס, את חוסר הגבולות ואת הבלבול שלו, שייתכן והם חלק מן הסיבות לתוקפנות שלו... הוא הרס ציורים וזרק לפח, עם ביטויים כמו "קשקוש", "מכוער". בהתחלה הוא ביקר את עצמו ויותר מאוחר ביטא את תחושת הפחד מהתוצאה: "אני הורס כי אני מפחד שלא יצליח לי"...

⊙ המטופלת הרסה את ציוריה שלה, קרעה אותם, קשקשה עליהם בשחור, קימטה אותם וקפצה עליהם תוך כדי שצעקה וצרחתה.

⊙ ציוריו של המטופל היו כאוטיים, מלכלוך ומריחה של הצבע ועד קימוט כל הדף. הוא מרח צבע על כל הגוף, כיסה את הפנים והעיניים בצבע, כביטוי לצורך לחוש את גבולות הגוף, על סף כאב.

ביטויים חזותיים בשפת האמנות. ציוריהם של ילדים אלה התאפיינו ביצירת קווים וצורות חדים ומחודדים, כהים וחזקים, קצרים או מפוזרים על כל הדף. כמו כן, הם החצינו את החוויות שלהם באמצעות צבעים עזים, כמו שחור, אדום, כתום וצהוב.

תכנים תוקפניים. מטופלים רבים ביטאו ביצירה או במשחק תכנים הקשורים לאלימות, למלחמות, להרס, למוות, להתאבדות, ולפעילות עבריינית הכוללת הונאה, גנבה, רצח, סמים ואלימות מינית.

⊙ במשחק הוא "הרג אותי", "הרעיל אותי", או "שם אותי בכלא".

⊙ התכנים כללו מלחמה, התקפה של טילים, הרס וכניסה לבית, מאבק של שוטרים וגנבים, כבילה באזיקים ומאסרים.

- ⊙ החלק המדאיג היה כאשר התוקפנות הופיעה כהרס עצמי. הופיעו סיפורים על טביעה, על סכנות, על אימים ואין מציל. לדוגמה, הוא הטביע שוב ושוב בובות ברבי בתוך מכלי מים.
- רגשות ומחשבות.** תוכני היצירה של המטופלים שיקפו פעמים רבות דימוי עצמי נמוך ופגיע, וכן רגשות ומחשבות מורכבים: כעס, פחד, כאב, איום, סכנה, בדידות, שימוש בכוח, שליטה, הענשה, האשמה, תחרות, אכזבה, נקמה, נחיתות, חולשה, חוסר אונים, ייאוש ועוד.
- ⊙ תכנים של כעס וכאב עלו בהקשר המשפחתי, כמו גם תכנים הקשורים לפנטזיות תוקפניות ולדימוי העצמי שלה כילדה רעה והרסנית.
- ⊙ הוא השתמש בצבע שחור כדי להביע את כעסו על אלה שגרמו לו להרגיש נחות בשל הערותיהם על הרקע האתני שלו וצבע עורו.
- דימויים.** מטופלים רבים יצרו דימויים תוקפניים, כגון: כלי נשק, הרי געש, דמויות מרושעות (ללא ידיים, או עם ידיים ענקיות, בעלות ציפורניים ושיניים חדות), שוטרים וגנבים, מסכות, מפלצות ודינוזאורים מפחידים.
- ⊙ הוא יצר דמויות מפלצתיות עם כוחות על-אנושיים, אשר משליטות טרור בסביבתן.
- ⊙ המטופל יצר הרי געש והדגיש את הלבנה המבעבעת ונשפכת.
- ⊙ הוא הטיח על הרצפה את החמר ויצר כלב-מפלצת עם שיניים חדות.
- מתיאורים אלה אפשר ללמוד שמטופלים רבים הסתייעו בקשר הטיפולי, בחופש היצירתי ובמגוון החומרים המצוי בחדר הטיפול כדי להחצין את התכנים הפנימיים שלהם. נראה שתוך כדי התוודעותו של המטופל לעולמו הפנימי, הוא חושף אותו גם בפני המטפלת. אפשר שנוכחותה היא זו שמאפשרת לו להחצין חוויות אלה בשפת האמנות. אין ספק שתהליך זה משחרר ומקל, אולם פעמים רבות הוא מעורר אצל המטפלת שאלות בדבר התגובה המתאימה. ממצאי המחקר מעידים כי למרות שאיפתן העיקרית של המטפלות ליצור אווירה המעודדת קשר של קבלה, הן התלבטו אם וכיצד לעודד הבעה חופשית בשעה שאיום התוקפנות שורר בחדר הטיפול.
- הדרכים המגוונות שבהן מביעים המטופלים את תוקפנותם באמצעות היצירה עשויות לסייע להם לשחרר ולעבד תכנים, אולם קיים חשש כי במצבי לחץ יופר האיזון הרגיש הנדרש בין ביטויי התוקפנות ובין השמירה על נורמות התנהגות, והתוקפנות תשתלט על החדר. במצבים כאלה, דיווחו המטפלות, הן חוששות שחופש רב מדי עלול להיות מנוצל לרעה על ידי המטופל, להיות הרסני ולהזיק

ליחסים הנרקמים בינו ובינו, ולחלופין - שנוקשות רבה תוביל להצבת גבולות צרים ולא מותאמים, העלולים אף הם לחבל בקשר הטיפולי ולפגום באינטימיות.

⊙ לעתים קשה לעמוד מול התוקפנות. חשתי נעלבת ופגועה והיה לי קשה להמשיך לטפל. כמו כן הייתי אמורה לנסות להבין מה הניע את זה כעת, ואיך נכון להגיב עכשיו ומהר. התלבטתי אם נכון להציב לו גבולות, או להפך - לאפשר לו להביע את הכעס ואת הזעם באמנות. הקושי שלי בשמירה על גבולות הוא הפחד לקלקל את הקשר שנוצר ואת ההנאה להיפגש. לא רציתי להיתפס כ"שוטר". מצד שני - חשתי שאם אעודד אותו לגשת לחומרים, תוך שניות הגואש יהיה שפוף על כל השולחן והרצפה תישאר מלוכלכת. ידעתי שיהיה לי קשה לעצור אותו, והשאלה אם זה באמת ייטיב עמו.

⊙ הייתה לי דילמה עד כמה להכיל את התוקפנות ויחד עם זאת מתי לעצור אותה ואיך לעצור. לא פעם עמדתי מאוימת וחסרת אונים מולו ולעתים נהגתי בכעס ולא בדרכים "טיפוליות", במיוחד כשהתוקפנות הופנתה כלפיי והעמידה אותי במצב של סכנה. מצד אחד רציתי לא לוותר על הדגשים החשובים לטיפול, ומצד שני חשתי שהמטופל פשוט יצא מהחדר אם אנקוט מהלכים לא נכונים. הקושי הוא להישאר תקיף ולא תוקפן כלפי הילדים. זה מתיש כאשר הצורך לשמור על הגבולות והכללים הופך לתוכן המרכזי של הטיפול.

אחת המדריכות שהתראיינה במחקר ביטאה זאת כך:

⊙ שאלה שעולה חזק מאוד במהלך ההדרכה היא: איך אנו אמורים "להיות עם הילד" כאשר הוא מתנהג בתוקפנות? האם עלינו לשתף עם זה פעולה ולתת לו לבטא תוקפנות, או להפך - האם כדאי לנסות לכוון אותו להתארגנות ולשליטה? להיות אתו או לנסות להגביל את התנהגותו, וכך לאלץ אותו להרחיב את רפרטואר ההבעה שלו?

ההשוואה בין שתי הקבוצות של המרואיינות חשפה את הדומה ואת השונה ביניהן בעניין ההתערבויות בעת התהליך היצירתי. בשתי הקבוצות, המרואיינות דיווחו על התערבויות של קבלה, כמו עידוד להבעה יצירתית חופשית, שיקוף התהליך והתפעלות ממנו. עם זאת, רק המטפלות מקבוצה א (טיפולים שהראו שיפור רב בהתנהגות המטופל) תיארו גם התערבויות המכוונות לשינוי, כגון ארגון ושליטה בחומרים ובתהליך, הצבת גבולות במשחק וביצירה, הפניית הכעס לאפיק יצירתי, מציאת פתרונות להרס היצירה. מנגד, המרואיינות מקבוצה ב (טיפולים שהתאפיינו בהעדר שינוי או בהחמרה בהתנהגות המטופל) גילו

עמדה סבילה יותר ולא דיווחו כלל על התערבויות המכוונות לשינוי בעת תהליך היצירה. נראה כי ההתערבות המשותפת לשתי הקבוצות נובעת מהצורך להעביר לילדים אלה מסרים של קבלה. לעומת זאת, מן התכנים המבדילים את הקבוצות אפשר להניח כי אין די בהתערבויות הכוללות קבלה בלבד, וכדי שהטיפול יצליח יש צורך גם בעמדה המכוונת את המטופלים לשינוי.

ג. כיצד לעבד תכנים סמליים בעבודת האמנות?

האם חשוב לשוחח על התכנים החבויים ביצירות האמנות? מתי ואיך אפשר לעשות זאת באופן רגיש ואמפתי, מבלי לעורר חרדה והתנגדות שיחבלו בקשר שנוצר? בתום תהליך היצירה נותרים דימויים חזותיים ממשיים המתעדים את עקבות התהליך וקיימים בזכות עצמם. אחד היתרונות של השימוש בחומרי אמנות פלסטיים ככלי טיפולי הוא נוכחותן הפיזית של עבודות היצירה, בשונה משאר תחומי הטיפול באמנויות - כמו מוזיקה, תנועה או דרמה - שאינם מותירים תוצרים מוחשיים אלא זיכרונות של התהליכים או סמלים שלהם, ואף אלה רק לעתים. הדימויים הגלומים בתוצר האמנותי משקפים את החוויה הרגשית של היוצר, על רבדיה המודעים והלא-מודעים, באופן עשיר ומגוון. תהליך היצירה המעביר את התוקפנות של המטופל לדימוי חיצוני, מסייע להפחית את העומס הרגשי שלו ומאפשר לו לבטא את עולמו הפנימי.

מטפלים באמנויות חלוקים בדעותיהם בדבר הצורך לשוחח עם המטופל על התכנים המתגלים בעבודותיו. יש המאמינים כי בתהליך היצירה הלא-מילולי טמונה עוצמה כה חזקה עד שאין צורך בעיבוד מילולי. לעומתם אחרים טוענים כי ללא דיון עשויים נושאים חשובים להישאר מעורפלים, לא-מעובדים, ויתירו את המטופל בדידותו ובתחושה שאין מבינים אותו. מלקיודי (2004) טוענת כי מטפלים חסרי ניסיון נמנעים מדיון מילולי מכיוון שאינם מורגלים להשתמש בציורים ככלי טיפולי. היא מאמינה כי לשיחה על התוצרים היצירתיים יש מטרה כפולה: היא מסייעת למטופל להחצין את עולמו מעבר לתכנים הגלויים בציור, ולמטפל היא עוזרת להתוודע לעולמו של המטופל - למחשבותיו, לרגשותיו, לתפיסותיו ולאמונותיו. מלקיודי מביאה לצורך כך קטע מספרו של דה סנט אכזופרי, הנסיך הקטן, המתאר את מהלך הדיאלוג בין הטייס לנסיך באשר לפירוש המוטעה של ציור נחש הבריח, ומוכיחה כיצד שיחה על התוכן המצויר עשויה לחשוף את הסמוי מן העין.

כיצד יש להסתייע בהמללה (ורבליזציה) בעת הטיפול באמנויות? שאלה זו מעסיקה מטפלים רבים העובדים עם אוכלוסיות שונות ועם גילאים שונים,

אולם יש לה משמעות מיוחדת בעיקר בקרב אלה המטפלים בילדים המתנהגים בתוקפנות. זאת, מאחר שילדים אלה מאופיינים פעמים רבות כמתקשים לבטא את עצמם במילים (Ripley & Yuill, 2005), והתוקפנות היא לעתים הדרך העיקרית שבה הם "צועקים" את מצוקותיהם באופן לא-מודע. התנהגות תוקפנית מהווה פעמים רבות ביטוי חיצוני לעיוותי חשיבה או לפירושים מוטעים, ואלה יכולים להיחשף רק בשיחה. נראה שמטפלים הנמנעים משיחה ומדיון אינם מייחסים משמעות מספקת למרכיב הקוגניטיבי, זה שמעצב את ההתנהגות התוקפנית ושאפשר לטפל בו בעיקר באמצעות מילים. הימנעות משיחה עשויה ליצור פער בין התכנים העולים בטיפול ובין המתרחש במציאות חיי של המטופל, וגם להחמיץ הזדמנות להשתמש בכל הדרכים והכלים האפשריים לטפל בבעיה החמורה שמביאים עמם הילדים לחדר הטיפול.

המטפלות שהשתתפו במחקר והתבקשו לתאר את הקשיים בעבודתן השגרתית עם אוכלוסייה זו, התייחסו בעיקר להתמודדות עם תוקפנות בחדר הטיפול או מחוצה לו (עניין זה יידון בסעיף הבא), ואף לא אחת מהן העלתה את הקושי לשוחח עם המטופל על התכנים המצוירים. יתרה מכך, כאשר הן תיארו את תגובותיהן לתוצר האמנותי, הן לא ציינו התערבות שכללה שיחה על התכנים המצוירים. כיצד אפשר לפרש זאת? האם הבעיות האחרות שהעלו היו כה רבות עד שקושי זה התגמד לידן, או שרמת המודעות שלהן להימנעות זו הייתה נמוכה? בעת הראיונות היה מקום לברר סוגיה זו, ובשיחה ייחסו המטפלות את הסיבות להימנעות מהמללה של התכנים היצירתיים לשלושה גורמים: א. קשיים שונים של המטופלים, כמו חוסר יכולת לשוחח בשל לחץ וחרדה, או מחשש שהמילים יעוררו כאב רדום.

⊙ הוא כמעט שלא דיבר והעדיף שגם אני לא אדבר ולא אשאל אותו דבר. השקט היה חשוב לו, במיוחד על רקע בית רעשני במיוחד... הוא לא הרשה לי לראות את הזעם, את הכעס ואת התוקפנות, אלא רק בסימבולים מטפוריים... אם הייתי שואלת אותו "האם אתה כועס?", הוא היה מכחיש ומפנה את הכעס כלפיי. חששתי שהתערבות שלי תיגע בתכנים כואבים מדי.

ב. חששן של המטפלות כי שיחה מסוג זה תסכן את היחסים הטיפוליים שהן כה עמלו לבנות ותעורר התנגדות לטיפול.

⊙ הייתה לי תחושה שהתערבות כזו עלולה לדחוף אותו רחוק מן הטיפול, שהוא יפחד או יגלה התנגדות... הגישה שלי היא לא להציק, לא להפר את הגבולות שלו יותר מדי, מכיוון שאם אעשה זאת, זה עלול לגרום נזק ביחסים, לכן אני מאוד זהירה. אבל ייתכן שבאמצעות ההימנעות לא עיבדתי את הנושא.

ג. חששן של מטפלות אחדות לחשוף את הקושי האישי שלהן לשוחח על נושאים כאובים.

⊙ אני נותנת לילדים ליצור... אני מאמינה שהעדר המילים יוצר את החוויה הטיפולית... לעתים הייתה לי בעיה עם עצמי, אולי אני לא יודעת איך למצוא את המילים, מכיוון שבדרך כלל אני אדם שקט, אינני מדברת יותר מדי.

נראה, שללא כוונה או ללא מודעות מתרחש תהליך מקביל. בדומה לילדים המתקשים בהמללה של מצוקותיהם ובוחרים להביע אותם בהתנהגותם, כך קורה לעתים גם למטפלות והן מזדהות עם הקושי ו"מוותרות על המילים". מדוע זה קורה? יש לכך שלושה הסברים אפשריים: (1) הימנעות ממילים בטיפול עשויה להיות נטייה אישית של אנשי המקצוע שבחרו לעבוד בתחום טיפולי לא-מילולי. (2) הדבר נובע מחוסר מיומנות בטכניקות של התערבות מילולית. (3) במונחים פסיכואנליטיים זהו תהליך לא-מודע הנקרא "הזדהות השלכתית", שניזון מהשפעה הדדית של המטפלות והמטופלים אלה על אלה. המטופלים מנסים לתמרן את המטפלות למקומות נוחים להם, ואילו המטפלות תופסות את תפקידן על פי האופן שבו הן מבינות את עולמם של המטופלים (פרלוב, 2009). מעניין לציין שממצא זה היה בשתי הקבוצות של המרואיינות (אלו שדיווחו על שיפור בהתנהגות המטופל ואלו שדיווחו שלא היה שינוי ולעתים אף על החמרה בהתנהגות המטופל). אפשר שהדבר מרמז שאין קשר בין התערבות מילולית ובין יעילות הטיפול. הממצא מבליט את עוצמתו של התהליך היצירתי ואת המשמעות של הקשר הטיפולי, במיוחד כמרחב של קבלה. נראה שהמטפלות מקבלות את קשייו של הילד ללא מילים ונמנעות מלכוון אותו לשינוי קוגניטיבי והתנהגותי באמצעות עיבוד מילולי. לעומתן, המדריכות הציגו תמונה שונה וציידו בנחיצותה של השיחה על התכנים המצוירים.

⊙ אני לא מאמינה שטיפול יכול להתקיים ללא מילים. לעבוד רק באמנות ולחשוב שהיא בלבד עושה את העבודה, עבורי זו אשליה, תפיסה אופטימית... זהו נושא שעולה הרבה בהדרכה. אני מאמינה בשילוב של השניים - אחרי העבודה היצירתית צריכות לבוא המילים. צריך לדבר על התוקפנות, לתת לה משמעות, לברר אם המטופל "פוגש" אותה במקומות נוספים ומה קורה לו במצבים אלה.

התנסות יצירתית, התבוננות ועיבוד מילולי עשויים להועיל לשילוב בין החלקים הרגשיים והקוגניטיביים של המטופל. אולם המציאות בשדה, כפי שתארו המטפלות, מעלה סברה כי רבות מהן מתקשות לשוחח על הדימויים היצירתיים. מנגד, המדריכות מעודדות אותן להכיר בנחיצות של התערבות מילולית. נראה

שממצאי המחקר לא נתנו תשובה חד-משמעית בסוגיה זו, אולם לדעתי זהו נושא חשוב, מאחר שהתערבות מילולית עשויה לתרום הן לשינוי קוגניטיבי והן להעמקה של תחושת הקבלה. יתרה מכך, ספק אם הימנעות מעיבוד מילולי של התכנים הסמליים הנה קבלה אמיתית של עולמו הפנימי של הילד, או שזו קבלה על תנאי (קבלת הציורים הדוממים, ללא נגיעה מילולית בכאב העולה מהם).

ד. כיצד להגיב על תוקפנות ישירה בחדר הטיפול?

כאשר המטופלים נוהגים בתוקפנות בחדר הטיפול, כיצד אמורות המטפלות להגיב? האם לאפשר המשך של הבעה חופשית בפרוץ התוקפנות, או להגביל אותה ולעודד שליטה עצמית?

גם בספרות העיונית על מקומה של התוקפנות בטיפול, יש התייחסות לסוגיה זו: נראה שהאתגר העומד לפנינו הוא להמשיך לחקור ולחפש את התמהיל הנכון, בין ההכרה בתוקפנות ככוח מניע וחשוב להתפתחות היחיד לבין ההכרח לאפקה ולהגבילה בשל הסיכון החברתי הטמון בה (אייל, 2006: 15).

בטיפול באוכלוסיות אחרות, תוקפנות ישירה בחדר הטיפול היא אירוע נדיר ביותר, והשאלה היא עד כמה יש להיערך לתופעה זו כאשר מטפלים בילדים שהופנו עקב התנהגות תוקפנית. המטפלות שהשיבו לשאלון המחקר דיווחו על תוקפנות ישירה של המטופל בחדר הטיפול בכמחצית מהמקרים (55%) - כלפי המטפלת, כלפי חדר הטיפול או כלפי המטפלת והחדר כאחד. נראה שבטיפול באוכלוסייה זו אכן קיים חשש רציני שיהיה צורך להתמודד עם התוקפנות של המטופל, והשאלה המתבקשת היא כיצד יש להגיב במצבים כאלה.

יש לציין שתופעה זו היא בגדר הפרה קיצונית של כללי ההתנהגות המקובלים בחדר הטיפול, ולרוב היא מעידה שיש משבר בקשר הטיפולי ושהילד חש מאוים, פגוע או כועס ומתוסכל. תחושות אלה יוצרות אצלו תחושה של חוסר אונים ופוגעות ביכולתו לחשוב בהיגיון ולשלוט בעצמו. מוסטקס (Moustakas, 1975), אחד מחלוצי הפסיכותרפיה לילדים, התייחס להשלכות של תגובות המטפלים ליחסים הטיפוליים. הוא עודד את המטפלים להתייחס לאירוע מסוג זה כאל הזדמנות חיובית המאפשרת להם להתמודד עם התוקפנות של הילד בחדר הטיפול, בשיתוף פעולה עמו.

הוא [המטפל] יכול לפרוש, לסיים את המפגש ולסרב להשתתף בתהליך לא ידוע, או לתפוס את המצב, את הנושא, את הוויכוח, את הקונפליקט, כהזדמנות להתמודד עם הילד ולהשתתף בממד חדש של התנסות (שם: 15).

מוסטקס המליץ לטפל באירוע כזה בחדר הטיפול והזהיר שאם המטפל מחליט לסיים את המפגש בשל התוקפנות של המטופל, הוא משאיר אותו להתמודד לבדו עם המצוקה, ובכך הוא עשוי להחמיץ הזדמנות ליצור קרבה בקשר הטיפולי ולעבד עמו את הנושא בעיתוי הנכון.

...הוא [המטפל] שולח אותו [את המטופל] וכך מאבד אותו, בעת של צורך משמעותי, בעת שאהבה ותמיכה והבנה חשובים במיוחד. הוא לא מסוגל לעבוד על הנושא או לחשוב על פתרון יצירתי. הוא דוחה את הילד ומצפה ממנו שיחזור ויתמודד אתו. הוא דורש מן הילד לצעוד את הצעד הראשון כדי לשקם את היחסים (שם: 16).

מוסטקס טוען כי אם המטפל יוכל להכיל את הזעם של המטופל, הילד יגלה את האפשרויות לקרבה, לאהבה ולרוך, לבדיקה עצמית ולגדילה אישית. אקסליין (Axline, 1969), מחלוצות הטיפול באמצעות משחק, מציעה עמדה דומה, אך היא מבחינה בין תגובות שונות המותאמות לאופי המעשה התוקפני. במקרים של הרס מכוון של ציוד היא מציעה להבהיר למטופל את החוק, ואם הוא ממשיך להרוס, יש לאפשר לו זאת אך לשקף לו את רגשותיו כדי לחסוך ממנו רגשות אשמה. אולם אם הילד מתקיף את המטפל, היא מציעה להפסיק זאת מיד מכוון שאין בכך כל ערך.

יש פגיעה בניסיון כזה - ולא רק למטפל. כדי שהיחסים הטיפוליים יצליחו, הם חייבים להיבנות סביב כבוד אמיתי שיהיה הן למטפל והן לילד זה כלפי זה. הילד זקוק למידה מסוימת של שליטה (שם: 131).

בעניין זה טנא (2000) מבהיר כי היכולת של המטופלים לקבל גבולות חיצוניים הנה מהותית לפיתוח גבולות פנימיים. לדבריו, מטפלים שאינם מנוסים עשויים ליפול למלכודת אם הם מאפשרים למטופלים לשבור את גבולות החוזה הטיפולי, מכיוון שהם חושבים בטעות שאלה צורכיהם של המטופלים, אך למעשה הם חוששים להיכנס לעימות אִתם או להיחשב "רעים". אם המטפלים מאפשרים להפר חוקים, רוב המטופלים יגיבו בבדיקת הגבולות, וזו תחמיר את התנהגותם התוקפנית. זו דרכם לשאול אם למטפל יש הכוח והיכולת להציב גבולות ולאכוף אותם. אם דברי המטפל הנם ברורים, והוא יציב ואיתן בדעתו, המטופלים יחושו רגיעה וביטחון ויתפנו לפתח כוחות אגו, לחשוף תכנים עמוקים ולשלוט בהתנהגותם. נראה שהספרות המקצועית אינה מציעה הנחיות ברורות באשר לתגובה הרצויה של המטפלים לתוקפנות של מטופלים כלפיהם.

המטפלות שהשיבו לשאלונים במחקר התבקשו לתאר את קשייהן בטיפול בילד שמתנהג בתוקפנות. מתשובותיהן אפשר ללמוד על שלושה קונפליקטים עיקריים בבחירת התגובה הראויה.

1. קונפליקט בין קבלה לדחייה. השאיפה העיקרית של מטפלת היא להיות דמות מטפחת המקבלת את הילד ללא תנאי, אך ההתנהגות התוקפנית שלו מעוררת בה פחד, כעס ודחייה כלפי הילד. הקושי המתואר מועצם כאשר ההתנהגות התוקפנית מלווה בהבעה של כעס ודחייה כלפיה ו/או בחוסר אמון ובהתנגדות לטיפול.

⊙ רציתי לבנות אמון וביטחון בקשר, לתת לו תחושת ערך, שיש מקום שבו הוא יכול להיות מי שהוא באמת ולגלות מרחבים של העצמי, אבל במקרים מסוימים הרגשתי שהתוקפנות מפעילה אצלי אזורי תוקפנות ועלולה לסגור אותי ולגרום לי אפילו לדחות אותו... ילדים אלה מעוררים במטפל את רמת התוקפנות שהייתה מכוונת אליו, והוא צריך להסיר את הרעל מהרגשות שלו ולהמשיך לטפל.

⊙ פגשתי ילד עם אמון מאוד פגוע, והאתגר היה ליצור קשר ואמון. רציתי לאפשר לו לבטא תוקפנות ללא שיפוט, מבלי להעביר מסר שזה "בסדר להרביץ". היה קשה לווסת את מידת התוקפנות הלגיטימית ולעצור אותו לפני שהוא פוגע בעצמו או בי בצורה שתהרוס את המסגרת הטיפולית... אבל חוויתי פחד ובהלה. היה לי קושי לשהות עם המטופל בעת סערה, לעתים אפילו פחד, דחייה או חוסר אונים... חששתי מפגיעה פיזית, מאי-יכולת להכיל את התוקפנות ופחדתי מתגובה לא נכונה - איך להגיב מבלי לתקוף בחזרה.

2. קונפליקט בין חופש והגבלה. המטפלות מעוניינות לאפשר הבעה אישית והתנהגות חופשית כדי להעביר מסרים של קבלה, ובו בזמן הן מבינות שיש להוביל לשינוי על ידי הצבת גבולות ברורים שיעצרו את התוקפנות. קונפליקט זה מתעורר במיוחד כאשר התוקפנות מסכנת את הילדים עצמם, פוגעת במטפלת או מחבלת בחדר. המטפלות דיווחו שהן דרוכות ומתוחות כאשר הן נדרשות להציג תגובה סמכותית, והן חוששות שהצבת גבולות עשויה להתפרש כדחייה. יתר על כן, חלקן מעדיפות שלא להתפס כדמויות סמכותיות כדי לשמור על זהות טיפולית מקצועית המבדילה אותן מהצוות החינוכי.

⊙ הדילמה היא עד כמה יש להכיל את התוקפנות, מתי לעצור אותה ואיך. פעמים רבות עמדתי לפניו חסרת אונים, נהגתי בכעס ולא בצורה

טיפולית, או שהצטרפתי אליו ואפשרתי לו התנהגות לא מתאימה, במיוחד בהתחלה.

במהלך סוג כזה של טיפול, המטפל נמצא במצב של מתח, כי הוא נדרש להיות תומך ומכיל, אך גם להישאר בטוח ולשמר גבולות ברורים. הטיפול דורש סבלנות, שלוה פנימית וביטחון עצמי.

⊙ הקושי מצוי בתוכי - להבחין בגבולות כאשר הם בוחנים אותי. אני חייבת להזכיר להם שוב ושוב את החוזה, ובאותו זמן אני לא רוצה להרוס את היחסים שהתפתחו ואת ההנאה שלהם במפגש אתי. אני גם לא רוצה להרגיש שאני מורה או שוטרת.

3. התלבטות כיצד להתמודד עם מצבים שבהם הילד אינו מכיר בבעיה ובהשלכותיה, ועל כן המוטיבציה שלו להשתנות נמוכה. יתר על כן, הוא מצדד בערכים בלתי-מוסריים ונראה שהוא "נהנה" מעמדת התוקפן, מצדיק אותה ואין לו כל הבעה אמפתית לזולת. הקושי של המטפלות נובע מן החשש שעמדתו הבלתי-מוסרית של המטופל מעוררת בהן מחשבות ביקורתיות וחוויות של ריחוק, שאם הן תיתנה להן ביטוי, הן עלולות לדחות ולהרחיק את המטופל.

⊙ קשה לעזור לו לוותר על "התחושה הטובה" שנותנת לו הבעת התוקפנות, כשהוא אומר "זה כיף להרביץ, זה כיף לכעוס ולאבד שליטה"... הוא מגלה קושי רב לוותר ואומר "אני לא מוכן להתאפק ולהיות פראיר... אם הוא פגע בי - אני חייב להגיב, כלומר אכה אותו".

⊙ לפעמים הילדים לא מקבלים את העובדה שההתנהגות שלהם חמורה ופוגעת, או שהם מקבלים את חומרת המעשים אך משוכנעים שהיא מוצדקת לאור הנסיבות... קשה להם לראות את האחר ונראה כאילו הם "חושבים רק על עצמם". הם מניפולטיביים, מבטיחים ולא מקיימים, וקשה ליצור אתם הסכמים על בסיס של "כבוד". בזמן ההתפרצות הם בלתי-ניתנים לריסון! נראה כאילו הם רוצים להרוס כל דבר בדרכם.

מניתוח מצבים אלה אפשר ללמוד כיצד החוויה המאיימת מסכנת את ביטחונן האישי של המטפלות ועשויה לחבל בסמכותן, בקשר הבין-אישי שהן מנסות לפתח ובאחריותן המקצועית למנוע הרס של ציוד ועבודות יצירה של מטופלים אחרים. התנהגות זו מעלה דילמות ומקשה על שיקולי הדעת בבחירת התגובה המתאימה. העמידה הישירה מול התנהגות תוקפנית מעלה בקרב המטפלות את

רמת המתח בשל הצורך לבחור בין שני קטבים: האם לנקוט אסטרטגיה של קבלה, או לבחור בהתערבויות המכוונות לשינוי.

גילויי התוקפנות בחדר הטיפול מהווים לא רק איום על הקשר הטיפולי, אלא גם הזדמנות למטופל לחשוף בפני המטפלת את התנהגותו האוטנטית. אפשר שהילד מבטא בכך ציפייה לא מודעת ותקווה שהמטפלת תחווה את המצוקה שלו בזמן אמת ותוכל להבין אותו. במצבים כאלה המטפלת יכולה לא רק להיווכח בהיווצרותה של ההתנהגות התוקפנית, במניעה ובדפוסיה, אלא גם להתנסות באיתור דרכים להתמודד אֵתה. לכן מעניין לבחון כיצד המטפלות מגיבות בפועל - אם תגובותיהן מסייעות למטופלים לגלות דרכים אחרות, יעילות ונורמטיביות להתמודדות עם בעיות; אם הן יכולות להתגבר על רגשות של כעס, פחד ודחייה המבעבעים במרחב האישי שלהן, ובו בזמן לטפל כראוי במרחב הבין-אישי, בעת שהמטופל מתנגד לשינוי או לנוכח החשש שהתערבויות אלה עשויות לעורר בו עוינות ודחייה.

מתיאורי המטפלות בשאלוני המחקר אפשר ללמוד כי תוקפנות בחדר הטיפול מקשה על יכולתן לקבל את המטופלים, כמו גם על יכולתן לכוון אותם לשינוי. יש לציין כי לא יכולתי לבחון את הנושא בראיונות משום שכל המטופלים של המרואיינות לא גילו התנהגות תוקפנית בחדר הטיפול. הקונפליקטים הפנימיים שתוארו קודם לכן מממצאי השאלונים - בין קבלה ודחייה, בין חופש והגבלה - השתקפו בתגובותיהן. הן הגיבו באופן שונה בעת שהתוקפנות חיבלה בחדר ובצידו, מאשר בעת שזו הייתה מכוונת ישירות כלפיהן. התגובה האופיינית לתוקפנות כלפי החדר הייתה אסרטיבית, בדרך של אכיפת כללי החוזה הטיפולי, שימוש בטון סמכותי המזכיר את כללי ההתנהגות המקובלים בחדר הטיפול, ואף תגובה פעילה כמו סיום הפעילות, סיום הפגישה או דיווח למחנכת. לעומת זאת, כאשר התוקפנות הייתה מכוונת ישירות כלפיהן, התגובה העיקרית הייתה שיחה שכללה שיקוף ופירוש של רגשות המטופל או של התנהגותו.

⊙ כאשר היא הרסה ציוד, הזכרתי לה את הכללים של החוזה בקול ברור וחד-משמעי. כשלא הפסיקה, עצרתי אותה ושלחתי אותה לכיתה. פעם, כשהיא פתחה את הדלת שוב ושוב, נעלתי את הדלת והיא נשארה בחוץ. אמרתי לה שאם תמשיך - אדווח למחנכת.

⊙ כשהוא ניסה לפגוע בי אמרתי לו שזה אסור ושאני לא מסכימה. שיקפתי לו את הכעס, במטרה להראות לו שאני מבינה את המקום שממנו הוא מגיב וכך להשיג את שיתוף הפעולה שלו.

- ⊙ שיקפתי לו את הרצון שלו להרוס וניסיתי לחבר זאת להתנהגויות שלו במקומות אחרים.
 - ⊙ נוסף לכך, היו דיווחים על שיתוף המטופל ברגשותיה של המטפלת, ובמקרים חריגים אף התנצלות בפני הילד.
 - ⊙ הסברתי לו את הרגשות שהוא מעורר בי. ניסיתי לחבר אותו לרגשות שהוא חווה בעת שהוא הותקף במקומות אחרים.
 - ⊙ ניסיתי להסביר שמהו שמשוהו במה שעשיתי או שאמרתי היה מאוד לא מתאים בעבורו ולא טוב בשבילו. רציתי להראות לו שבמעשה הכואב שלי לא הייתה לי כוונה רעה, אך זה משהו שיכול לקרות... זו הייתה דרכי להיות זהירה כדי שהוא לא יעזוב את החדר.
- באופן מפתיע, נראה שככל שהאיום מצד המטופל היה חזק יותר, התגובה הייתה רכה יותר. בשני המצבים חשו המטפלות מתח רב, ודאגתן הייתה מרוכזת בעיקר בהישרדות ובהגנה על הילד, על החוזה, על החדר או על עצמן. במקרים מעטים הן דיווחו על התייחסות לאירועים אלה כאל הזדמנות לחשוף את המניעים החבויים ואת המשמעות הנסתרת של ההתנהגות. למעשה, רובן נמנעו מעיבוד ומניתוח של האירוע ולכן לא יכלו להשתמש בו ככלי ליצירת שינוי. יתרה מכך, נראה כאילו הן "שכחו" את השפה היצריתית שלהן ורק במקרים מעטים דיווחו על ניסיון לכוון לשינוי באמצעות הפניית המטופל הזועם לבטא את תוקפנותו בעבודת האמנות.

ה. כיצד להגיב על התנהגות תוקפנית מחוץ לחדר הטיפול?

האם, מתי וכיצד אמור המטפל להתייחס להתנהגות תוקפנית המתרחשת במציאות החיצונית, אך אינה מוצגת ואינה מדוברת בחדר הטיפול?

מתברר כי לא תמיד מתנהגים המטופלים בתוקפנות במרחב הטיפולי, על אף שזו הייתה הסיבה להפנייתם לטיפול. לעתים הם מציגים בו רק את החלקים ה"טובים" שלהם, אך מחוץ לחדר הטיפול הם ממשיכים לתקוף אחרים. בכמחצית מן המקרים (45%) שדווחו במחקר, הימנעות מהתנהגות תוקפנית ישירה בחדר הטיפול הייתה ניגוד גמור להתנהגות במציאות החיצונית. עוד נמצא, שבמקרים רבים נמנעו המטופלים גם מלשוחח על הנושא. במצבים אלה נוצר פיצול בין התנהגות הילד בחדר הטיפול ומחוצה לו.

ארבעה מרכיבים עיקריים עשויים לשמש בסיס להתפתחות הפיצול בין ההתנהגות בחדר הטיפול ומחוצה לו - מרכיבים הקשורים לתפיסות חברתיות, לילדים, למטפלים ולמערכת החינוכית. קבוצות רבות מקדירות פנים לנוכח

הבעה של רגשות עזים ואינן מעודדות לקיים דיון על רגשות של כעס, פחד או כאב (Tavris, 1989). הילדים קולטים זאת ונמנעים מביטוי רגשי גם בטיפול. נוסף לכך, בשלב החביון יש לילדים רבים חשיבה מגית ואמונה כי הבעיות תיעלמנה מעצמן, וכי המבוגרים (ובכלל זה גם המטפלים) מצפים מהם לשלוט על התנהגותם. לכן הם עשויים לחוש אשמה או בושה לספר למטפלים על התנהגותם התוקפנית מחוץ לחדר הטיפול. יתרה מזאת, ילדים שעברו חוויות טראומטיות נוטים להשתמש בפיצול כמנגנון הגנה עיקרי בהתמודדותם עם הטרומה ומתקשים לתת אמון במבוגרים ולבקש מהם עזרה (איילון וצימרין, 1990; Herman, 1992).

מלבד "תרומתם" של הילדים לבעיה, חשוב לבחון את תפקידם המשמעותי של המטפלים ביצירת המצב או בשימורו. ארזי (1994) מציעה לראות בפיצול שנוצר בין חדר הטיפול ומחוצה לו תוצאה של אמונות מוטעות הרווחות בקרב מטפלים, הסוברים כי עליהם להישאר מנותקים ממצואות חייו של המטופל. צ'ו (Chu, 1988) מוסיף כי פיצול יכול להתקיים כאשר המטפלים מגלים זהירות יתר ביחסם למטופלים שלהם, כביטוי של פחד מהתמודדות עם רגשות ועם התנהגויות מורכבות. לדעתו, פחדים אלה של המטפלים גורמים להם לעתים להעביר ציפיות לא-מודעות למטופלים כדי שיציגו התנהגויות חיוביות בלבד. גם למערכת החינוכית יש תפקיד חשוב ביצירת הפיצול. אם זו אינה מספקת תנאים הולמים לתקשורת זורמת בין המטפלים והמורים, או שאינה מעודדת שיתוף פעולה בין אנשי הצוות, המטפלים עשויים למצוא את עצמם ללא המידע הנחוץ להם על אירועים המתרחשים במציאות חייו של הילד.

בהימנעותו של הילד מתוקפנות בחדר הטיפול אפשר לראות תופעה רצויה, שמשמעותה היא שהמטפלת הצליחה ליצור יחסים חיוביים אתו, המאפשרים לו מסגרת תומכת ומרחב יצירתי, ואלה נותנים לו תחושה שהוא מקובל, מובן ובעל שליטה עצמית. זאת, בהנחה שמצב זה יתקיים בעתיד גם מחוץ לחדר. אולם מנקודת מבט אחרת על התופעה - אם בתהליך הטיפול אין ייצוג למציאות החיצונית של הילד, הקשר הבין-אישי עשוי להיות אשליה. ארזי (1994) טוענת כי יחסים אידאליים, המנטורלים מכעס, ממתח או מהתנגדות, אינם מאפשרים מקום בטוח לעיבוד הבעיות האמיתיות של הילד. היא מוסיפה כי קשר מסוג זה עלול אף לסכן את הטיפול, להוביל להחמרה בתסמינים של הילד ולמנוע שינוי התנהגותי. תופעה זו מעמידה גם את המטפל בפני אתגר מורכב, בשל השאלה כיצד אפשר לטפל בבעיה שאינה מוצגת בחדר הטיפול ואף אינה נדונה בו.

אם המטפל מאמין כי הנושאים שעולים בטיפול אמורים להיות פרי יוזמתם של המטופלים, הוא ימתין עד שהללו ידווחו על ההתנהגות התוקפנית שלהם (Axline, 1969). אולם גישה זו נושאת בחובה את החשש שהמטופלים לא יעלו לעולם את הנושא. גישה אחרת מציעה, שאם המטופלים אינם מסוגלים להעלות את נושא התוקפנות לדיון, על המטפל לזום זאת - ברגישות המתאימה.

סוגיה זו נבחנה גם במחקר הנוכחי ונמצא כי המטפלות חלוקות בדעתן בדבר הצורך להתערב במקרים אלה. כשליש מהמשיבות לשאלון חשבו שמצב זה שבו אין התייחסות לתוקפנות מהווה יתרון בטיפול, אך רובן - כשני שלישי - טענו שמצב זה מצריך התערבות לשינוי. ואכן, רבות מהן דיווחו על יוזמתן לשוחח עם המטופלים על אירועים חיצוניים שכללו התנהגות תוקפנית. על פי תיאוריהן, מרבית המטופלים שיתפו פעולה עם יוזמות אלה. עם זאת, נראה שניהול שיחות אלה אינו פשוט. הראיונות סיפקו הזדמנות להעמיק בנושא זה והמרוויינות תיארו שלושה מקורות של קושי ליוזמה זו: קשיים של הילדים, חשש לפגיעה במסגרת הטיפולית, וקשייהן של המטפלות עצמן. חלק מהן חשבו שהילדים יימנעו משיחה מכיוון שאין להם יכולת מילולית מתאימה, או שיסרבו לשוחח בשל חוסר יכולתם לשלוט בהתנהגותם.

⊙ הוא אמר "את לא יודעת שאני לא אוהב לדבר?" זה היה מסוכן מדי בעבורו לדבר. היה מספיק קשה לו כשדיברו אתו על התוקפנות בבית הספר... הוא שידר לי תחושה של חוסר אונים, נראה כאילו הוא ויתר על עצמו ואי-אפשר היה לשוחח אתו על כך. זה היה מעבר ליכולת השליטה שלו.

חלק מהמטפלות חששו שהכנסת מידע לחדר הטיפול על אירועים שהתרחשו מחוצה לו, תיצור אווירה של שיפוט או ביקורת, תוביל לעימות בחדר הטיפול ואף תהרוס את הקשר הטיפולי.

⊙ רציתי שהנושא יעלה ממנו. לא רציתי להתערב... אינני יודעת אם זה היה הדבר הנכון לעשות, אך ייתכן שזה היה קשור לחשש שלי שזה יוביל לעימות אתו, ורציתי להימנע מכך.

⊙ לא רציתי להיות מיסיונרית, וקל מאוד להיכנס לתפקיד הזה. אינני רואה את עצמי עושה זאת וגורמת למטופלת להיות יותר הגנתית... לעתים נפלתי לכך, במיוחד לאחר פגישות עם הורים שבהן הם דיווחו על דברים רעים שהיא עשתה. הייתי חייבת להתייחס לנושאים אלה וזה נראה כאילו אני מטיפה, כאילו אני נגדה... אינני מעוניינת לראות את עצמי במצב כזה. אני רוצה להיות לטובת המטופלת ולא לרעתה...

אחדות מהמטפלות חשפו את הצורך שלהן לשמר את הפיצול בהתנהגות, מכיוון שהיה להן קשה לקבל מידע שלילי על המטופלים, שמא הן תחושנה דחייה ורתיעה מהם. מעבר לכך, אחדות חשפו את נטייתן להימנע מעימותים, בצד הקושי האישי שלהן לשוחח על נושאים כאובים, ואמרו שאין להן כלים לעשות זאת באופן מקצועי.

⊙ אני לא יודעת איך נמנעתי מלהיכנס לנושאים שליליים שאמרו עליו בבית הספר... הרחקתי את עצמי מזה. גם אני הייתי צריכה ליצור את הפיצול כדי לראות אותו כילד טוב.

⊙ פעם הוא סיפר לי שמחץ את הראש של ילד אחד בהפסקה. שאלתי אותו "מדוע עשית זאת?" הוא ענה "הוא פשוט הציק לי". הצעתי "בוא נחשוב על דבר אחר שהיית יכול לעשות", והוא חזר "לא - הוא נכנס לי לעצבים". ראיתי שהתגובה שלו כה חסרת אמפטיה, כך שהחלטתי לעבור למשהו אחר. אולי לא רציתי להתערב מכיוון שהיה לי קשה להתמודד עם תשובותיו. לא הייתה כל חרטה בדבריו. הרגשתי שהוא ממש לא מבין... אולי אני צריכה לחשוב על דרך להתמודד עם חוסר האמפטיה.

חוסר בהירות באשר למצבים כאלה אפיין גם את המדריכות. גם הן היו חלוקות בדעותיהן באשר לחשיבות של ההתערבות במקרים אלה ובאשר לדרך המתאימה לעשות זאת. חלקן טענו כי נושא הפיצול כמעט שאינו עולה לדיון במהלך מפגשי ההדרכה. הן סברו שהמטפלות אינן רואות את התופעה כבעיה, או שאינן רואות בה בעיה לוחצת הדורשת פתרון מיד.

⊙ אני חושבת שעם כל הלחץ שיש לנו, המטפלים לא נוטים להתייעץ על מקרים שבהם הכול הולך טוב בתוך חדר הטיפול. הם יכולים לחשוב לעצמם "אני הצלחתי, אתי הכול בסדר"... הילד יכול להשתגע בחוץ, אך בשיחות ההדרכה, המטפלת מדווחת שהכול בסדר בחדר הטיפול.

אפשר שתפיסות אלה של המטפלות קשורות גם לעמדת המדריכות, שכן אחדות מהן ראו בפיצול ביטוי טוב של שליטה עצמית, שאינו מצריך התערבות כלשהי.

⊙ כל עוד הילד יוצר קשר רך ולא הרסני, הוא מאמין שמישהו יכול להיות טוב אליו... הפרוגנוזה לא כל כך גרועה יחסית לילד ששובר את החלון ואת המנורות בחדר הטיפול... אין לי עמדה ברורה [לגבי דיון על המתרחש מחוץ לחדר הטיפול]... כאשר יש צורך ליצור יחסים טיפוליים עם ילד מופרע שאין לו מה להפסיד, אתה כמטפל לא אמור להתערב. אם המטופל לא מספר

למטפל, המשמעות היא שאינו רוצה לפגוע במקום הטוב שהוא יצר. אני מאמינה שכאשר ירגיש טוב יותר, הוא יחלוק את המידע. לעומתן, אחרות הצהירו בביורר כי זהו מצב המצריך התערבות פעילה והביעו הערכה למטפלים שהצליחו לקיים התערבות מסוג זה.

⊙ לא ניתן להתחבא ולהתעלם מן המידע. השאלה היא איך אתה מארגן את הקשרים כך שהמקום המוגן של הילד בטיפול יישמר ככזה... רק המטפלים האחראים ביותר מעלים [לדיון] את הפער בין הטיפול והמציאות החיצונית.

ממצאי המחקר מצביעים אם כן על דעות סותרות בקרב המטפלות והמדריכות באשר לאופן שבו ראוי להגיב כאשר מטופלים ממשיכים להתנהג בתוקפנות מחוץ לחדר הטיפול, ואילו בתוכו אינם מתנהגים כך ואינם מדברים על האירועים המתרחשים בחוץ. למעשה, השאלה היא אם זהו יתרון או מכשול. הדילמה שמשתקפת כאן, בדומה לנושאים הקודמים, קשורה למתח שבין קבלה לשינוי: האם על המטפלות להסכים עם מצב זה כאסטרטגיה של קבלה, או שזוהי קבלה בעירבון מוגבל, מכיוון שהיא כוללת רק את החלקים הטובים והנעימים, ולמעשה ראוי היה שיכוונו לשינוי על ידי העלאת המידע ועיבוד מילולי של הנושא. גם אם הן מכירות בעובדה שמצבים אלה מהווים מכשול שיש להסירו, יש להן ספקות באשר לדרך המתאימה ליישם את ההתערבויות ובאשר לתוצאות המעשה. עם זאת, מעניין שמרבית המשיבות דיווחו בשאלונים על התערבותן בהכנסת המידע מבחוץ לחדר הטיפול, והמטופלים הסכימו לשוחח על הנושא.

למרות המדגם הקטן, מן ההשוואה בין שתי הקבוצות אפשר ללמוד על הבדלים מהותיים בגישתן של המטפלות. בקבוצה א (שבה חל שיפור משמעותי במצב המטופלים) מרביתן דיווחו כי יזמו שיחה על התוקפנות של המטופל מחוץ לחדר הטיפול וכי המטופלים שיתפו פעולה. עוד אפשר ללמוד שהתערבויות אלה התבססו על מפגשים משותפים עם מורים או עם הורים כדרך של תקשורת שגרתית כבר מתחילת הטיפול, והן נעשו מתוך רגישות, אמפתיה והימנעות מביקורת או משיפוט. המטפלות העבירו לילד מסר שהן מבקשות להבין את ההתנהגות התוקפנית באמצעות הכרה ברגשותיו, אך גם מתוך ניסיון להבין את התפיסות ואת המניעים שהנחו אותו ואת רצף האירוע. כמו כן הן הציעו לו דרכים לשלוט בעצמו.

בניגוד לכך, בקבוצה ב מרבית המטפלות דיווחו כי נמנעו מליזום שיחה על התנהגות התוקפנית של הילד מחוץ לחדר הטיפול. כלומר, גם בסוגיה זו נמצאו הקשרים המצביעים על כך שבטיפולים היעילים יותר, המטפלות העבירו

מסר חזק של קבלה, ועם זאת נקטו יוזמה וכיוונו לשינוי על ידי הכנסת המידע על תוקפנותו של הילד אל תוך החדר. אפשר שבכך הן הביאו, בסופו של דבר, לתחושה של קבלה מלאה יותר.

בראייה כוללת של האתגרים במרחב הבין-אישי, הממצאים מלמדים כי הילדים שהופנו לטיפול עקב התנהגותם התוקפנית נהגו כך בדרך כלל גם בחדר הטיפול, בדרכים שונות: הם הביעו תוקפנות באמצעות עבודת האמנות, ניסו לבחון את גבולות החוקים של חדר הטיפול ואת היחסים הבין-אישיים, או ששוחחו עם המטפלת על התנהגותם התוקפנית במציאות החיצונית. נראה כי במסגרת הטיפול באמנות ניתנה לילדים הזדמנות לבטא את הבעיה שלהם במגוון אפיקים. אפשר היה להתרשם כי המטפלות שאפו לתת לילדים מרחב להבעה אישית אמיתית, ועם זאת - הן התלבטו אם לקבל את הילד או לנסות לכוון אותו לשינוי. בטיפולים שהצביעו על רמת יעילות גבוהה, המטפלות פתרו את הדילמה על ידי שילוב פעיל של שני צדי המטבע: הן קיבלו את הילד והעבירו לו מסר של הבנה, ובמקביל הגבילו את התוקפנות שלו וכיוונו לשינוי. פתרון משולב זה בא לידי ביטוי בכמה מצבים. בקשר לאמנות, הן הביעו הערכה והתפעלות מן ההבעה היצירתית, אך גם כיוונו את הילד לשליטה עצמית. בהתייחס לתוקפנות הישירה, הן שוחחו עליה בגישה אמפתית וחסרת שיפוט, ובו בזמן הציגו גישה אסרטיבית וסמכותית. באשר לתוקפנות שבאה לידי ביטוי רק מחוץ לחדר הטיפול, הן הביעו תמיכה ואמפתיה בילד אך לא ויתרו על עימות עם התוקפנות שלו וסייעו לו לחשוב על פתרונות גמישים יותר.⁸

אתגרים במרחב המערכתי (קשר מטפלת-מחנכת-הורים)

טיפול באמנות במסגרת מערכת החינוך שונה מאשר במסגרות אחרות, שכן הוא מתנהל בסביבה שבה ההתנהגות התוקפנית היא השכיחה ביותר. צוות בית הספר וההורים מעורבים בהפניית הילד לטיפול, בדרך כלל לאחר שהמאמצים הרבים שהם השקיעו כדי להתמודד עם הבעיה לא צלחו. המטפלים, שנפגשים בדרך כלל עם המטופלים שלהם רק פעם בשבוע, יכולים להרחיב את תחומי השפעתם באמצעות שיתוף פעולה עם המורים ועם ההורים המקיימים קשר יומיומי עם הילדים. למבוגרים בחייו של הילד יש הזדמנויות רבות להגיב באופן מידי וישיר על התנהגותו התוקפנית. במקרים רבים הם מתמודדים אתה כהלכה, אולם לעתים הם ממלאים תפקיד משמעותי בשימורה, מבלי משים.

מחקרים הוכיחו כי גישה מערכתית עשויה לתרום משמעותית ליעילות של הטיפול בילדים עם בעיות התנהגות (בנבנישתי, אסטור ומרצ'י, 2003). אם המטפלים משתפים פעולה עם המורים ועם ההורים, הם מגבירים את השפעתו של הטיפול, מסייעים להפחית את הבדידות ואת חוסר האונים של אלה בהתמודדותם עם התוקפנות של הילד, ותורמים לפיתוח שפה משותפת לכל המעורבים בחייו, כך שתהיה גישה אחידה ועקיבה כלפיו מצד כולם (ניסימוב-נחום, 1999; עומר, 2008). בוש (Bush, 1997) עמדה אף היא על חשיבות העבודה עם המערכת וקבעה כי הצלחת השילוב של המטפלים במערכת החינוך תלויה ביכולתם להתאים את עצמם למסגרת הבית-ספרית, להיות חלק בלתי-נפרד מצוות בית הספר, להגדיר בבירור את תפקידם ולהיות לעוזר לילדים, למורים, להורים ולמנהלים.

לעומת זאת אם המטפלים מדירים את המחנכת ואת ההורים מן המערך הטיפולי, הם עשויים לפתח הזדהות יתר עם המטופל ולהעביר ביקורת שיפוטית על המבוגרים האחרים בחייו של הילד, ובכך הם מפחיתים את הסיכוי שלהם לתרום חיובית למהלך הטיפול. יתרה מזאת, הם עשויים לגרום פיצול בחיי הילד, כך שיקשה עליו להעביר את השינוי שחל בתפיסותיו ובהתנהגותיו בחדר הטיפול אל מחוצה לו. אם המחנכת וההורים אינם שותפים לטיפול, הם עשויים לשדר מסרים מנוגדים לאלה של המטפל, להיות ספקניים לגביו ולפגום מבלי משים בהיענותו של הילד לתהליך הטיפול. עם זאת, גם אם המטפל מכיר בחשיבותה של העבודה המערכתית, זו אינה קלה ליישום. היא מחייבת אותו לוותר על הרעיון כי בכוחו בלבד "לרפא" את הילד, כמו גם על הדימוי שלו כמטפל אידאלי שיציל את הילד מ"רשעותם" של מוריו והוריו.

במחקר הנוכחי מרבית המטפלות (95%) שהתבקשו בשאלון להציג את תפיסתן באשר לעבודה עם הורים ומורים, הכירו בחשיבות של העבודה המערכתית בד בבד עם הטיפול שלהן בילד. אך בניסיון ליישם תפיסה זו, רבות מהן נתקלו בקשיים בעבודה עם המחנכות, ויותר מכך עם ההורים. ניכר כי קשיים אלה מציבים בפניהן שתי דילמות עיקריות - אם להשתלב במערכת החינוכית או להיבדל ממנה, וכיצד לבנות את הקשר עם המחנכת ועם ההורים. נרחיב מעט בשאלות אלה.

א. האם להשתלב במערכת החינוכית או להיבדל ממנה?

האם המטפלות חשות שייכות למסגרת החינוכית? כיצד הן מתמודדות עם הצורך

לשמור על זהותן המקצועית-טיפולית במסגרת החינוכית?

מטפלות רבות עובדות במסגרות החינוכיות אך בעצם אינן משתייכות אליהן. תנאי העסקתן נקבעים על ידי המתי"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי), האחראי לשיבוץ במסגרות השונות, ולרוב מאופיינים בעבודה בכמה מסגרות חינוך, בשעות עבודה מעטות בכל גן או בית ספר, ובמעברים ממוסד חינוך למשנהו מדי שנה. מלבד תנאים אלה, העשויים לחבל בתחושת השייכות של המטפלות למסגרות החינוכיות, הן תיארו קשיים הנובעים מהעדר הגדרות ברורות בבתי הספר על מעמדה ועל תפקידיה של המטפלת ביחס לצוות, כמו גם מציפיות מוגזמות של הצוות מן הטיפול ותוצאותיו. נוסף לכך, מכיוון ששעות עבודתן נועדו לעבודה ישירה עם הילדים, הן נאלצות למצוא פתרונות יצירתיים כדי לקיים מפגשים עם המחנכות ועם ההורים. מגבלות אלה, הנובעות מתנאי עבודתן ומתפיסת המערכת החינוכית את תפקידן, מקשות עליהן לחוש שייכות למסגרת ולקיים בה קשרים מערכתיים משמעותיים.

בצד מגבלות אלה עומדת התפיסה המקצועית של המטפלים באשר לתפקידם, השונה מזו של המורים. כאמור, רבים מהם תופסים את הטיפול במערכת החינוכית כ"מפגש בין-תרבותי" (Wengrower, 2001), שכן התרבות החינוכית מדגישה את הכלל, את האוניברסלי, את ההישגים הנבחנים במדדים ברורים, ותפקיד המחנכים הוא להנחיל ידע וערכים המותאמים לגיל ולמציאות. לעומת זאת, התרבות הטיפולית מתמקדת בפרט, בייחודי, בתהליך שתוצאותיו מוערכות באופן איכותני. המטפלים יוצרים קשר בין-אישי משמעותי עם המטופל ומאפשרים לו להתבונן בעולמו הפנימי ולהביע את עצמו (Bush, 1997; Wengrower, 2001). אולם הבדלים אלה, המעידים על שוני רב בין ה"תרבויות", עשויים גם להשלים זה את זה. יש לזכור שהטיפול באמנויות הוכנס למערכת החינוך כדי לתת שירות טיפולי שהמורים לא הוכשרו אליו. אך כיום, כאשר המטפלים משויכים ל"תרבות המיעוט", הם נאלצים לפלס את דרכם במסגרת החינוכית, למצוא את מקומם ולהגדיר את תפקידם. בניסיון להתמודד עם מצבים אלה הם עשויים לבחור בתגובות קיצוניות - לחתור להיבדלות מן הצוות כדי להבטיח שיראו אותם כאנשי מקצוע הקשובים לעולמם הפנימי של המטופלים, בשונה מדמויות הסמכות בבית הספר המייצגות את דרישות המציאות החיצונית. מנגד, הם עשויים להיטמע במערכת החינוך ולאמץ את תפיסתה עד כדי ויתור על היסודות הייחודיים של תפקידם.

נציין שנושא זה - תחושת השייכות של המטפלות למסגרת שבה הן עובדות - לא נכלל בין הנושאים שתכננתי להתייחס אליהם, ולכן הוא לא נכלל בשאלונים. מכיוון שהוא עלה במהלך הראיונות, נראה היה שיש מקום לבדוק את השפעתו על תהליך הטיפול ועל הצלחתו. ניתוח הראיונות העלה הבדלים ברורים בין שתי הקבוצות בארבעה תחומים: מידת השייכות שחשות המטפלות למסגרות החינוכיות, היחס של צוות בית הספר למטפלות, ניסיון קודם בהוראה ונכונות לשלב עמדה סמכותית.

מידת השייכות. בניתוח הראיונות התברר כי מטפלות מקבוצה א ביטאו תחושה של שייכות מלאה למערכת החינוכית.

⊙ שאלה: ספרי לי על עצמך.

תשובה: אני שייכת למערכת החינוך. אני רואה את עצמי חלק מן המערכת ועובדת בכיתות חינוך מיוחד במערכת הרגילה. הדגל שאנו נושאים הוא השילוב.

אמירה זו לא נשארה ברמה ההצהרתית אלא באה לידי ביטוי בהתערבויות שכללו גיוס הצוות לעבודה משותפת ועבודה על-פי מדיניות בית הספר.

⊙ הקושי בעבודה הוא מיעוט השעות בכל מסגרת חינוכית. חסר לי זמן לעבודה משותפת עם הצוות, אך אני דואגת להיות בקשר קבוע עם המחנכת ועם היועצת כדי להתעדכן במרחש במהלך השבוע. לרוב אני גם עורכת סדנה לצוות כדי שידע למה לצפות מן הטיפול.

⊙ אני "תופרת חליפה" המתאימה לכל ילד, אך המוטו שלי הוא לעבוד בהתאם למדיניות החינוכית, המדגישה את הקשר עם המורים ועם ההורים, ושהילד יהיה שותף לקביעת מטרות הטיפול.

לעומת זאת, תחושה של העדר שייכות אפיינה מטפלות מקבוצה ב.

⊙ החוויה שלי היא של בידוד... אני לא חלק מכלום, אני לא מוכנה להיות שייכת, אני לא מגיעה לחדר המורים, אני לא רוצה לשבת שם. אני מרגישה שזה חסר לי, אבל למעשה אני לא מרגישה שייכות אליהם.

היחס של צוות בית הספר כלפי המטפלות. נראה שתחושת השייכות של המטפלות לא נובעת רק מן הגישה שלהן אלא גם מגישתו של בית הספר אליהן. המטפלות בקבוצה א דיווחו על בתי ספר שיש בהם גישה מקבלת.

⊙ בתחילת השנה לא היו להם משאבים לשעות טיפול, אך הם התקשרו במהרה וביקשו עזרה: "אנחנו לא יכולים יותר, בואי מהר להציל אותנו".

לעומת זאת המטפלות בקבוצה ב דיווחו על חוויה של דחייה.

⊙ המנהלת הרחיקה את עצמה מכל הצוות הטיפולי. הרגשתי שאין לי כל תמיכה מהמערכת או ממנה. בסוף השנה החלטתי לעזוב את המקום.

ניסיון קודם בהוראה. חלק מן המטפלות דיווחו על ניסיון קודם - בהוראת אמנות, בהוראה רגילה או בהוראה בחינוך המיוחד. נראה כי בשתי הקבוצות היו השלכות שונות למקצוען הקודם. מטפלות מקבוצה א סיפרו כי ניסיון זה סייע להן להזדהות עם המחנכות של המטופלים, לגלות אמפתיה כלפיהן, וליצור קשר משמעותי אִתן. הדבר אפשר למחנכות לא רק להיחשף אלא גם לקבל ידע וכלים.

⊙ קיבלתי המון מזה שהייתי מורה בעבר. זה היה ניסיון קשה עבורי והבנתי מה היה לא נכון בגישה שלי. אני גם מבינה טוב מה זה ליקויי למידה ובעיות התנהגות. היום, כמטפלת, יש לי אמפתיה רבה למורים ולהורים. כשמורה אומרת "בא לי לפוצץ אותו", אני יכולה להבין אותה. אני מקבלת משוב חיובי ממורים על האמפתיה שלי אליהם. המורים אומרים לי שהם מרגישים נוח לבוא אלי להתייעץ, מכיוון שאני מבינה את העמדה שלהם.

גם בקבוצה ב רואיינו מטפלות בעלות רקע קודם בהוראה, אך הן השתמשו בו באופן שונה. הן אמנם הזדהו עם המורים, אך לא נראה שהן שאבו ידע או כלים מניסיון הקודם כדי לסייע למורים לעמוד באתגרים שהם חוו בכיתה, אלא הזדהו עם חוסר האונים שלהם.

⊙ מנסיוני כמורה אני יודעת כמה קשה... אפילו כשאת עושה הכול לפי הספר, זה אף פעם לא משיב רצון. זה גוזל יותר מדי משאבים ולא תמיד מצליח.

נכונות לשלב עמדה סמכותית. טיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות בסביבה החינוכית, מעלה דילמה בקרב המטפלות באשר לזהותן המקצועית. חלקן חשות שאם הן תקפדנה יותר מדי על כללי ההתנהגות, הן עלולות להיחשב בעיני הילדים כמי ששייכות למערכת ודומות למורים, ודבר זה עלול לדעתן לסכן את הקשר הייחודי שהן שואפות לפתח בחדר הטיפול. נראה שהצורך להציג לעתים עמדה סמכותית מאיים על תחושת השונות והייחודיות של המטפלות, שמא תיפגע זהותן המקצועית. מעניין לבחון את ההבדלים בהתמודדות עם דילמה זו. בקבוצה א, המטפלות הבינו כי למרות הסיכון, הילד המתנהג בתוקפנות זקוק לגבולות ברורים.

⊙ הטיפול בהתפרצויות של מטופלים בתוך חדר הטיפול העלה את השאלה "מי אני - מורה או מטפלת?" זה עלה כשמצאתי את עצמי אומרת לילד: "אל תהרוס את החדר, אל תהרוס את ציוד בית הספר". זה יכול להיחשב חינוכי,

מכיוון שכך מורים מדברים. כששמת י יותר מדי גבולות, שאלתי את עצמי - כמה אני מחנכת ומה נשאר לטיפול? לא הסרתי את הגבולות, מכיוון שזה היה בלתי-אפשרי, החדר היה עלול להיהרס. אני חושבת שגם במונחים של טיפול, זה לא טוב לאף אחד להישאר בתחושה שהוא הרס חדר.

מעניין שאף אחת מהמטפלות בקבוצה ב לא העלתה דילמה כזו. אפשר שהדבר נבע מתחושת אי-השייכות שלהן למערכת. אולם המדריכות התייחסו לכך והדגישו את הסיכונים האפשריים. הן טענו כי מצד אחד מטפלות עלולות לחוש הזדהות-יתר עם עמדת ה"מורה" - המבקר, השופט את המטופל והקובע גבולות רבים מדי, ומצד אחר הן עלולות לוותר על עמדה סמכותית ולהימנע כליל מקביעת גבולות כדי להיבדל באופן ברור מתפקיד המורה. המדריכות טענו כי כדי לטפל ביעילות, חשוב שתהיה למטפלת זהות מקצועית ברורה, שתהיה בטוחה בעצמה ושתשלב עמדה סמכותית עם יכולת לקבל את המטופל.

⊙ הזהות המקצועית צריכה להיות מפותחת דיה, והמטפלת צריכה להבין שלעתים היא צריכה להיות סמכותית, לדעת שיש קווים אדומים שאסור לילד לחצות בשם הקבלה והגמישות... נראה שרק מטפלות שיש להן זהות מקצועית ברורה, יש גם החופש להשתמש בכל הכלים המקצועיים ולהתאים אותם למצב המטופלים, מכיוון שאינן חוששות כל הזמן לאבד את הזהות הטיפולית שלהן ולהיפך למורות.

נראה שגם בנושאים הקשורים להשתלבות של המטפלות במערכת החינוכית, יש חשיבות למושגים קבלה ושינוי. נמצא שבטיפולים היעילים, המטפלות הכירו בחשיבות של העבודה המערכתית ובצורך להשתלב במערכת ולהשתייך אליה. לצורך כך הן ניצלו גם את ניסיוןן הקודם ואימצו עמדה סמכותית מול הילד מבלי לחשוש לזהותן המקצועית הנבדלת. בקבוצה השנייה, נראה היה שהמטפלות עבדו במנותק מהמערכת ולא הכירו בצורך להשתייך אליה. אפשר להניח שיעילות הטיפול קשורה גם להבנה של המטפל את החשיבות של העבודה המערכתית וליכולתו להשתייך למערכת שבה הוא עובד מבלי לוותר על זהותו המקצועית.

ב. כיצד בונים את הקשר עם המחנכת ועם ההורים?

כיצד תופסות המטפלות את המחנכת ואת ההורים של הילדים המתנהגים בתוקפנות? כיצד הן תופסות את תפקידן בקשר אתם? האם יש קשר בין מהות העבודה עם המערכת ובין תוצאות הטיפול?

התנהגותם התוקפנית של ילדים מסכנת את ההתפתחות שלהם, את רווחתם של בני גילם ואת איכות חייהם של המבוגרים בסביבתם. על כן היא מאלצת את המורים ואת ההורים להגיב בדרך כלשהי. מחקרים הוכיחו כי ילדים המתנהגים בתוקפנות נחשפים לתגובות שליליות ממורים, אשר פעמים רבות דוחים אותם ומתייחסים אליהם בפחות תמיכה וביותר ביקורת והענשה מאשר אל ילדים אחרים (Henricsson & Rydell, 2004; Ladd & Burgess, 1999; Little & Hudson, 1998). גם לתגובות של ההורים לתוקפנות יש משמעות, אם בשימור ההתנהגות התוקפנית ואם במיגורה. הורים משמשים כמודל חיקוי לילדיהם, ולכן אם הם נוהגים בתוקפנות - הילדים סבורים שזוהי התנהגות מקובלת. במקרים אחרים, תוקפנות של ילדים מיוחסת להורים סלחניים, ללא סמכות ברורה, והתוצאה היא סף סובלנות נמוך, סף תסכול נמוך ודימוי עצמי נמוך (עומר, 2008). כמו כן, תוקפנות של ילדים נובעת פעמים רבות ממבנים משפחתיים מורכבים, המאופיינים בשימוש שכיח בתוקפנות וביכולת נמוכה להמליל רגשות. ילדים נוטים להפנים ערכים, אמונות ונטיות התנהגותיות משפחתיות, כגון הזנחה, עוינות או התעללות, ולהתפתח לילדים ולבוגרים מזניחים או מנצלים (Anderson & Umberson, 1999; Kydd, 1999; Peterson et al., 1997).

לדרך שבה המטפלים תופסים את המורים ואת ההורים יש השפעה על איכות הקשר עמם. עומר (2008) גורס כי עמדות שליליות של מטפלים כלפי הורים והאשמתם בכל בעיותיו של הילד, מקשות על העבודה המשותפת עמם. הוא מביא דוגמאות שבהן מטפלים מתארים את ההורים כחסרי אמפתיה, חסרי רגישות וחסרי הבנה לילדיהם. לדבריו, יש מטפלים הסבורים שהטיפול יעזור רק אם ההורים ישנו את ההתנהגות שלהם ואת יחסם אל הילד, אולם אינם נותנים להם כלים יישומיים לשיפור המיומנות ההורית שלהם. עומר מדגיש כי הקשר בין המורים וההורים כה מהותי לשינוי המצב של הילד, עד כי יקשה על האחד להצליח ללא תמיכתו של האחר.

בדומה לספרות המקצועית, המטפלות והמדריכות במחקר הנוכחי הכירו בחשיבות הרבה של העבודה עם המורים ועם ההורים, אולם הן ציינו גם את הקשיים המרובים שמזמנת העבודה אתם. בתשובותיהן לשאלונים, מטפלות רבות דיווחו כי הן מתקשות לעבוד בבתי ספר שלא השכילו לאמץ מדיניות מערכתית להתמודדות של הצוות עם בעיות התנהגות של ילדים. הן תיארו מצבים קשים, שהמורים לא רק כועסים על הילדים ודוחים אותם, אלא גם

מתעלמים מהם ומגלים חוסר נכונות, חוסר אונים ואף ייאוש באשר לאפשרות לסייע להם להתגבר על התנהגותם התוקפנית. מצבים אלה הותירו את המטפלות עם שאלות על מידת האחריות שלהן לסייע למורים במצוקה במסגרת תפקידן, ועל כישוריהן המקצועיים לטפל במצבים כה מורכבים.

המטפלות דיווחו גם על קשיים בשיתוף פעולה עם ההורים. ניתוח של הקשיים שתוארו הצביע על גורמים משפחתיים רבים ומגוונים המקשים על הטיפול - אפיוני רקע (הכנסה נמוכה, מחלות כרוניות פיזיות או נפשיות, או התנהגות אלימה בבית), מבנה המשפחה (משפחות חד-הוריות), קשיים של ההורים להתמודד עם הילד (תוקפים אותו או מתעלמים ממנו) - וכן על מצבים שבהם ההורים מתנגדים לגישה הסמכותית של בית הספר או לטיפול באמנות.

לעומת המטפלות, שייחסו את הקשיים בעבודה המערכתית למורים ולהורים, המדריכות שרואיינו התייחסו גם ל"תרומה" של המטפלות למצב והסבירו כי בחלק מהמקרים, הקשיים של המטפלות נובעים מהעדר ידע וניסיון, ממגבלות אישיות או מזהות מקצועית שאינה מפותחת.

© לחלק מן המטפלים חסרה היכולת לעבוד עם המערכת, ולא משנה עד כמה מצביעים להם בכיוון. נראה שאינם מסוגלים לעשות זאת עקב שחיקה, הגנתיות או חוסר ידע. אפשר לראות זאת גם כשמעבירים מטפלים ממסגרת אחת לשנייה ולא מתרחש השינוי המיוחל... ייתכן שצריך קודם כול לפתח את הזהות המקצועית, ורק לאחר שאתה בטוח ביכולות הטיפול שלך אפשר להרחיב אותה ולעבוד עם המערכת הרחבה.

נראה כי העבודה עם מורים ועם הורים אינה פשוטה, וכי הנושא מחייב דיון בסוגיות כגון היקף העבודה הנדרש והתכנים שיש לעבוד עליהם. במחקר זה נבדקו גם הקשרים שבין תדירות המפגשים עם המחנכת ועם ההורים, הנושאים שנדונו במפגשים אלה, ומידת שיתוף הפעולה בין המחנכת וההורים ובין תוצאות הטיפול. בדיקה של תדירות המפגשים העלתה, כמצופה, כי תדירות המפגשים עם המחנכות הייתה גבוהה מזו שעם ההורים, שכן הללו מתקשים לבוא במהלך יום העבודה למפגשים במסגרת החינוכית. לדוגמה, מרבית המטפלות (66%) נפגשו חמש פעמים בשנה ויותר עם המחנכות, אולם רק מעטות מהן (17%) נפגשו עם ההורים בתדירות כזו. כמחצית מן המטפלות (52%) נפגשו עם ההורים פחות מפעמיים בשנה, ורק כעשירית מהן (12%) נפגשו בתדירות כה נמוכה עם המחנכות. המדריכות, שהכירו בנחיצות העבודה המערכתית, ציינו כי להערכתן אין המטפלות מקדישות מספיק משאבים לקשרים אלה, הן בשל העדר מדיניות מעודדת והן בשל העדר כלים וידע כיצד לעשות זאת.

⊙ היחסים עם ההורים קשים מאוד. המטפלים נפגשים אִתם שלוש פעמים בשנה לכל היותר. אי-אפשר לקרוא לזה הדרכה אלא יצירת אמון בלבד. ההורים יודעים שהילד נמצא בטיפול, אבל אם אינם מעורבים בטיפול - קשה לצפות לשינוי.

בהשוואה בין המחנכות להורים באשר לשיתוף פעולה עם המטפלות, נמצא כי המטפלות הצליחו להשיג שיתוף פעולה עם המחנכות ברמה גבוהה יותר מאשר עם ההורים. כמחצית מן המחנכות (49%) שיתפו פעולה, לעומת רק כעשירית (10%) מן ההורים. כמו כן, בבדיקה סטטיסטית נמצא מתאם בין רמת שיתוף הפעולה ובין השיפור בהתנהגותו של הילד: ככל שרמת שיתוף הפעולה בין המבוגרים הייתה גבוהה, כך ניכר שיפור בהתנהגות הילד. עם זאת יש לציין כי במחקר זה לא נבדקה הסיבתיות: אם העבודה המערכתית חוללה את השינוי, או שהשיפור במצב הילד אפשר את הקשר המערכתי, או שהיה גורם אחר שהשפיע. יתרה מזאת, בבחינה של מהות הקשרים בין המטפלות ובין המחנכות וההורים נמצא כי הם כללו שלושה נושאים עיקריים: קבלת מידע, הדרכה ושיתופם במתרחש בטיפול. במרבית המקרים (92% מהמפגשים עם המחנכות, 81% מהמפגשים עם ההורים) המטפלות ביקשו לקבל מידע על המתרחש במציאות חייו של הילד, שכן הן נפגשות עמו רק בחדר הטיפול. רק במחצית מן המקרים (50% עם המחנכות, 48% עם ההורים) ניצלו המטפלות את המפגש המשותף כדי לשנות את התפיסות של המחנכות ושל ההורים ולכוון אותם ליצור שינוי, באמצעות הדרכה ומתן כלים ישימים להתמודדות עם הבעיות של הילד בכיתה או בבית. רק במקרים מעטים (38% עם המחנכות, 25% עם ההורים) החליטו המטפלות לשתף את המחנכות ואת ההורים במתרחש בחדר הטיפול. כמצופה, עם עליית התדירות של המפגשים נכללו נושאים רבים יותר (קבלת מידע, הדרכה ושיתוף במתרחש בטיפול) בפגישות המשותפות. יתרה מזאת, ככל שהמטפלות כללו נושאים רבים יותר, כך עלתה רמת השיפור במצבו של המטופל. ניכר הבדל משמעותי בין הישגיהן של מטפלות שקיימו קשר מערכתי רופף ובין אלה שקיימו קשר משמעותי, נמרץ ומרוכז. לפי דיווחי המטפלות, ככל ששיתוף הפעולה של המחנכות ושל ההורים היה גבוה יותר, כך עלתה רמת השיפור בהתנהגות של הילד. ולהפך, במקרים של העדר שינוי במצב המטופלים, המטפלות דיווחו גם על העדר קשר עם המחנכות ועם ההורים. לממצא זה, מדיווחיהן של יותר ממאה מטפלות בשאלונים, יש חשיבות רבה בדבר הצורך לכלול את המרחב המערכתי בטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות.

אין ספק שהמטפלות פגשו מחנכות והורים רבים שמעניקים יחס חיובי ותומך לילדים ומעוניינים לסייע להם להתמודד בהצלחה עם מצבים שונים. אולם הניסיון לעבוד עם המערכת הרחבה מציב בפניהן אתגר משמעותי. ההשוואה בין הקבוצות מלמדת על אופני ההתמודדות של המטפלות עם אתגר זה. נמצא שבטיפולים שהראו שיפור משמעותי, המטפלות העבירו למחנכות ולהורים מסרים של קבלה: הן הביעו אמפתיה רבה והערכה לנכונותם להתמודד. כמו כן הן הראו נכונות גבוהה "לחזר" אחריהם וליצור קשר משמעותי אתם לטובת הטיפול. נוסף לכך הן עזרו להם לבחון את התפיסות שלהם על התנהגות הילד ולשנות את עמדותיהם כלפיו כדי שיוכלו לקבל אותו.

⊙ המחנכת הייתה במצוקה בגלל בעיות ההתנהגות של הילד. לאחר שהבנתי שאנחנו באותה סירה, שהתקשורת בינינו היא לטובת הילד ושלהיכשל עם ילדים אלה זה חלק מהדרך, יכולתי ליצור אתה קשר טוב. האמפתיה שלה כלפי הילד התחזקה ואני השתדלתי להכיל גם את קשייה.

⊙ להורים קשה מאוד עם ילדיהם התוקפניים. קשה להם לחשוף את חולשותיהם. אבל נראה לי שכנות ואמפתיה יוצרים אמון ופתיחות ומאפשרים עזרה הדדית... בדרך כלל היו ההורים מודעים לתמורה שחלה בילדם במהלך הטיפול.

המטפלות לא הסתפקו בכך אלא התייחסו ישירות לבעיית ההתנהגות של הילד והציעו עצות מעשיות לשינוי ההתנהגות.

⊙ היה קשה למחנכת ליישם את ההמלצות כי הכיתה עמוסה, אולם היא הייתה מוכנה להקשיב. מצאתי שהיא רוצה לקבל עזרה והופתעתי ממידת הפתיחות והנכונות שלה לעשות עבודה פנימית ולשנות תגובות תבניתיות צפויות לטובת תגובות "טיפוליות". רק כך היא הייתה יכולה להתפנות ולחשוב על תכנית התנהגותית שתתאים לו.

⊙ אימא שלו הייתה אדם מאוד אכפתי, כך שיכולתי להציע לה רעיונות איך לעזור לילד לווסת את התוקפנות שלו - ליצור סדר קבוע שיהיה לו ברור מה צריך לעשות, לדרבן אותו ללכת לחוגי ספורט ששם מותר וחיובי להוציא האנרגיות, להציע לו דברים חלופיים כשהיא רואה שנורא קשה לו, למצוא דרכים לבטא את העוצמה של הכעס ולמתן אותה, ועוד.

לעומתן, המטפלות שדיווחו על טיפולים שלא חל בהם שינוי או שחלה אף החמרה, הציגו דפוסי פעולה מנוגדים. במקרים רבים הן נמנעו מלהיפגש עם המחנכות ועם ההורים.

- ⊙ אני לא רואה את עצמי כחלק מן הצוות. המחנכת לא בדיוק הבינה מה התפקיד שלי. היא לא ידעה שהיא יכולה להתייעץ אתי. אני לא אוהבת לשבת בחדר מורים. אני גם לא אוהבת את התחושה שכאשר אני יושבת שם, המורה באה ומתלוננת בפני עליו. אני מרגישה שזה פוגע בילד.
- ⊙ לא נפגשתי עם האב באופן אישי. הוא אמר לילד שאם הוא יתנהג בסדר, אמו תחזור (לאחר שנפטרה). הוא אמר לו דברים שהילד לא יכול היה להתמודד אתם... לא ניסיתי להיפגש עם האב מכיוון שכעסתי עליו מאוד. אני לא יודעת מה היה קורה אם הייתי נפגשת אתו...
- במקרים שבהם התקיימו מפגשים, מטפלות אלו (מקבוצה ב) נטו להציג עמדה שיפוטית, מבקרת ומאשימה וייחסו למחנכות ולהורים את המצב הבלתי-רצוי של הילד, את ההתנגדות שלו לטיפול ולקשר עם המטפלת.
- ⊙ המחנכת שידרה ייאוש מן הילד, כעס, תסכול ואפילו נקמנות שהחמירו את ההתנהגות הקשה שלו. היא לא הייתה מוכנה לנסות להבין את המקורות של הבעיה, אלא רצתה רק למגר אותה... הייתה עליו סטיגמה שהקשתה לגייס תמיכה בו. היא הרימה ידיים לגביו והיה קשה לשנות את התפיסות שלה על הילד. חששתי שמרוב דחייה כלפי הילד שהצוות שידר, זה יגרור גם אצלי ניצנים של סגנון זה.
- ⊙ נוכחתי ביחס מזלזל של המחנכת כלפי הילד, בעייפות ובקושי להכיל אותו, ופעמים רבות הרגשתי שגם אני מקבלת יחס דומה בשל הזדהותי עם הילד או בשל תפקידי המייצג את הילד. הצוות מצפה להטבה ושיפור מידיים, ומכיוון שהסימפטום כל כך חריף, הלחץ רב ועמו התסכול ש"הטיפול לא עוזר"...
- ⊙ ההורים היו אלימים כלפי הילד, התעללו בו, דחו אותו ונטשו אותו רגשית. היו להם ציפיות לא מותאמות. הם הגיעו עם הרבה תסכול והרבה כעס על הילד. הם התעלמו מהבעיה, הכחישו אותה והיה להם קשה להבין את המקורות של הבעיה ושהם קשורים בה. היה להם קשה לקבל אחריות על ההתנהגות התוקפנית... הרבה פעמים הם היו טעונים כלפי המערכת ולכן מיעטו לשתף עמי פעולה והתחמקו מלהיפגש אתי.
- במקרים שמתפללות בקבוצה זו הביעו יחס חיובי כלפי המחנכות וההורים, נראה היה שהן הזדהו עם חוסר האונים ונטו לתפוס את המצב כחסר תקווה לשינוי.
- ⊙ המצב היה קיצוני וממש יצא משליטה. אני לא מאשימה את המחנכת. אני יכולה לקבל את זה שהיא ויתרה. כמה אפשר לצפות ממחנכת? היא לבד שם עם הילד האלים. היא לא יכולה ללמד כך, אז מה אכפת לה אם הוא עוזב את הכיתה?

⊙ לא הייתה כל דרך לפתור שם משהו. אפילו אם היו לי כלים לתת לאימא, לא הייתי יכולה. היה קשה לדרוש ממנה משהו. היא הבטיחה הרבה דברים ולא עמדה בהם.

מניתוח הממצאים נותרה פתוחה שאלת הסיבתיות שצוינה: האם העבודה עם המחנכות ועם ההורים השפיעה על תוצאות הטיפול, או שהשיפור בהתנהגות הילד הוא זה שאפשר נכונות גבוהה לעבוד יחד. בחינה נוספת של הראיונות הצביעה על העובדה שהמטפלות שאצל מטופליהן חל שיפור, עבדו בגישה מערכתית מתחילת הטיפול, בטרם הושג שיפור כלשהו. מדבריהן אפשר ללמוד על הפוטנציאל הרב הקיים בעבודה עם המחנכות ועם ההורים כחלק מהתמיכה בצרכיו של הילד. במצבים אלה הייתה למחנכת ולהורים חווייה של קבלה והבנה, והם קיבלו גם כלים לשינוי. עם זאת, מההשוואה בין הקבוצות עולה השאלה אם התעלמות של המטפלת מהמחנכות ומההורים עשויה לפגום ביעילות הטיפול.

לסיכום, בהתייחס למרחב המערכת, הממצאים מעידים כי מרבית המטפלות האמינו בחשיבות של הקשר עם המורים ועם ההורים. בפועל נמצא שלא כל המטפלות יישמו תפיסה זו, ורבות מאלה שאכן עשו זאת דיווחו על אתגרים לא פשוטים ועל רמת מתח גבוהה. עם זאת, על רקע הקשיים הקיימים בניסיון לשלב מסגרת טיפולית בתוך מערכת חינוכית, חשוב להדגיש שנסיונות אלה פתחו גם הזדמנויות ייחודיות להרחבת ההשפעה של הטיפול. ממצאי המחקר הצביעו על כמה מרכיבים שעשויים לקדם את יעילות הטיפול בילדים המתנהגים בתוקפנות, בתוך מסגרת חינוכית. ראשית, יש חשיבות לתחושת השייכות של המטפלת למערכת, תוך שמירה על זהות מקצועית נבדלת. נוסף לכך, חשוב שהמטפלת תגלה הבנה למצוקות של המחנכות ושל ההורים בהתמודדותם היומיומית עם התוקפנות של הילד, ותעביר להם מסרים של קבלה, אמפתיה והערכה. לצורך כך רצוי שהמטפלת תדאג לערב את המחנכות ואת ההורים בטיפול ותסייע להם לשנות את תפיסותיהם באשר לילד. מלבד אלה עליה ליזום שיחות על בעיית התוקפנות ולהציע דרכים לשיפור הקשר עם הילד ולשינוי התנהגותו.⁹

אתגרים במרחב האישי (חוויתיהן של המטפלות)

אילו חוויות אישיות מתעוררות במטפלות במפגש עם תוקפנות של ילדים? כיצד הן יכולות לבסס ולשמר את היחסים הטיפוליים החמים ולסייע למטופלים להשתנות, אם מתעוררים בהן רגשות מורכבים ומחשבות עוינות כלפי הילדים, כלפי המורים, כלפי ההורים ואף כלפי עצמן?

הטיפול באוכלוסייה תוקפנית מעורר פעמים רבות רגשות מורכבים לא רק בקרב המורים וההורים, הנמצאים בקשר יומיומי עם הילד, אלא גם בקרב המטפלים הנפגשים עם הילד ביחידות, פעם בשבוע, בחדר הטיפול המוגן. הספרות הכללית בפסיכותרפיה מאירה את החשיבות ואת ההשפעה של רגשותיהם המודעים והלא-מודעים של המטפלים כלפי המטופלים שלהם, שלרוב מכונה "העברה נגדית" (counter-transference). נושא זה רלוונטי במיוחד בטיפול באוכלוסייה תוקפנית, מכיוון שהמטפלים עשויים להיות בסכנה של פגיעה אישית. כאשר ילדים מתנהגים בתוקפנות, המטפלים עלולים לחוש עצמם דחויים ולהגיב בדחייה כלפי הילדים. הם יכולים לחוש כעס כאשר הילדים נלחמים בהם או מכניסים אותם למערכת יחסים של מאבקי כוחות או הרס. אם מאמציהם לסייע לילדים אינם מצליחים, או שהילדים אינם נענים או אף מתנגדים לקבל עזרה, המטפלים עשויים לחוש חוסר אונים, ורמת המתח שלהם עשויה לעלות גם במפגש עם המורים ועם ההורים. הם יכולים לכעוס גם עליהם, כתוצאה מהזדהות-יתר עם הכעסים של הילדים על המבוגרים בסביבתם, ואף להטיל עליהם את האחריות למצב ואת האשמה לנוכח העדר השינוי.

ישנן עדויות רבות שתגובות של העברה נגדית, שאינן מעובדות כהלכה, עשויות להשפיע באופן שלילי על מהלך הטיפול ועל תוצאותיו (Rosenberger, 1975; Winnicott, 1975; & Hayes, 2002). מטופלים הנוהגים בתוקפנות מעוררים אצל המטפלים רגשות שעלולים לגרום להם לאבד את הריחוק המקצועי הנדרש ולהגיב בדרכים שאינן מתאימות לצורכי המטופלים, במיוחד אם הם "מעירים" אצלם נושאים אישיים שלא עובדו. "לעתים מטפלים פועלים נגד המטופלים שלהם, עד כדי דחייה, הענשה או דרישות עוינות לצייתנות" (Riley, 1999: 220). גם אם המטפלים מנסים לשמור על חזות רגועה - הערכים, האמונות והרגשות שלהם משפיעים על המטופלים. "דבר פשוט כמו אנהה בלתי-מודעת עשויה להיתפס על ידי הילד כדחייה נוספת או כעדות לחוסר האונים של המטפל" (Greenhalgh, 1994: 90).

א. מהן חוויותיהן האישיות של המטפלות?

במחקר הנוכחי נמצא שהמטפלות אכן חוו מגוון של תכנים מורכבים בהתמודדות עם מטופלים המתנהגים בתוקפנות. כבר בשאלונים הן חשפו תכנים של מתח, פחד, כעס ודחייה, גם אם לא נשאלו על כך ישירות. הן הביעו חשש לא רק מרגשותיו של המטופל ומהתנהגותו, שמא הוא יאבד שליטה על עצמו וידחה אותן, אלא גם מעצמן - שמא הן תדחינה את המטופל, שמא הכעסים שלהן יחבלו ביכולתן לטפל בו, שמא במצבים קשים הן תאבדנה שליטה.

⊙ העבודה עם ילדים תוקפנים מתישה מאוד. הם משליכים על המטפל (האובייקט) את החלקים התוקפניים שבהם, וקשה מאוד לעמוד בהרס האובייקט ולשרוד, במיוחד כשהתוקפנות מלווה בדחייה, בחוסר הערכה ואף בבוז. פעמים רבות חשתי שהם כמו "בור ללא תחתית". אני נותנת מעצמי המון ו"זוכה" רק בתוקפנות מצדם...

⊙ במקרים מסוימים נבהלתי לגלות שהתוקפנות מפעילה אצלי אזורי תוקפנות. במקרים אחרים התוקפנות יכלה לסגור אותי... לעתים היה לי חשש שאני "לא אשרוד" תוקפנות ברמה כה גבוהה.

תיאורים אלה מעידים על הכרתן של חלק מהמטפלות בקשיים הרגשיים המתעוררים אצלן במפגש עם התוקפנות, ועל נכונותן לחשוף קשיים אלה באופן מילולי וישיר.

גם המדריכות הבהירו את מורכבות החוויה של הטיפול בילדים עם בעיות התנהגות. הן תיארו חוויות קשות של מטפלים שחשו כקרבנות, לחלופין - כתוקפנים, או שהתקשו בתפקודם המקצועי. נוסף לכך, רבים מהם ספגו ביקורת קשה מצוות בית הספר.

חוויות של היותם קרבנות. לדברי המדריכות, במפגש עם תוקפנות ואף עם איום של תוקפנות עשויים המטפלים לחוש כקרבנות ולחוות חוסר שליטה עד כדי שיתוק וחוסר אונים.

⊙ המטפלים חווים תוקפנות, בהלה, חוסר שליטה. התוקפנות נוגעת בהם בחומרים אישיים מאוד. הם לא מגנים על עצמם, חווים חוסר אונים נורא גדול... המטפל מבוהל ממה שיקרה לו, הוא מפוחד מכך שהילד יכול להרביץ לו. אפילו אם זה לא יקרה באמת, המטפל מעורער באותו רגע והוא לא יכול לטפל טוב בילד. אם הוא לא יביא את הפניקה הזאת (להדרכה), לדעתי הוא יעבוד מתוך שיתוק. השעה (הטיפולית) לא תנוצל לטיפול אלא להישרדות

של המטפל. המטופל האלים לא יטופל בעצם, לא יקבל מענה לבעיה שלו, אלא ישתמש בטיפול כעוד זירה לבצע את התוקפנות שלו... מטופל תוקפן גורם למטפל תחושה של חוסר אונים, והוא שואל את עצמו מה הוא כבר יכול לתת לילד כזה? את הגוף שלו כשק אָגרוף?

חוויות של תוקפנות. המדריכות תיארו מצבים שבהם המטפלים עשויים לחוות זעם, נקמה, שנאה ואפילו דחייה כלפי המטופל, בשל הפחד שלהם מן התוקפנות שלו.

⊙ תכנים נוספים שעשויים להתעורר במטפלים הם גועל או ייאוש, תסכול וזעם. הם (המטפלים) נפגשים עם התוקפנות של עצמם, עם תחושות קשות מאוד כלפי המטופל, זעם, רצון לפגוע בו. לא נתקלתי במטפלים שעשו את זה, אך כן שמעתי מטפלים שחשו רצון עז לפגוע במטופל...

⊙ לפעמים אני מזהה אולי לא ממש נקמה, אבל רצון להחזיר לו, אפילו שנאה כלפי המטופל ש"עשה לי את זה". זה בא לידי ביטוי בכך שהמטפל לא אוהב לבוא לחדר, שונא את השעה הזאת, רק רוצה שהיא תיגמר. הוא לא מעניק למטופל את כל מה שהוא יכול, הוא לא באמת מתעניין בו, הוא לא באמת חושב מה קורה לו, הוא לא באמת יכול לעזור לו.

הערכה עצמית ירודה. המדריכות טענו כי במפגש עם אוכלוסייה זו, מטפלים מגלים לעתים גם פגיעה בתפקודם המקצועי. הם חווים ירידה בערך עצמם, תחושת כישלון, האשמה עצמית, בלבול, ולעתים קושי להפריד בין התכנים הפנימיים של המטופל ובין התכנים שלהם. כמו כן הם מתקשים להעלות את הנושא בהדרכה.

⊙ הטיפול בילדים תוקפנים לא כל כך נדון בהדרכה, כנראה מפני שהאלימות של הילד מפגישה את המטפל עם שאלת הערך העצמי. כאשר ילד נתקף באלימות, מול המטפל או בנוכחותו, המטפל חווה את עצמו כמי שאינו משמעותי, אינו מסייע, אינו מתקן. זה מפגיש את המטפל עם חוויה שלילית ומאיימת. יש צחקוק של אי-נוחות, מבוכה ואפילו נימה מתנצלת להביא את נושא התוקפנות להדרכה... המטפל לוקח אחריות, חש כישלון ומאשים את עצמו על זה שהוא לא הצליח למגר את התוקפנות...

⊙ זה תמיד מתקיף את הערך העצמי של המטפל. יש משהו קשה ומבלבל ביכולת לתפוס שמצד אחד הילד יכול להיות אהוב כמו שהוא, כי הוא ילד וראוי לקבלה, לאהבה ולהכלה, ומצד שני לסבול את ההתנהגות התוקפנית שלו... הקושי הוא שהסיטואציה התוקפנית מפתיעה את המטפלים ועשויה לפגוע בתחושת המקצועיות שלהם. הם באים לטיפול מתוך גישה שהם

רוצים לתת ולהעניק, ומתברר להם שמה שהם נותנים זה לא טוב. המטפל מבולבל ולא יודע מה לעשות עם מה שהוא למד, עם מה שהכינו אותו לתת, לאפשר, לקבל ולתמוך...

ב. מה מגלה שפת היצירה על חוויתיהן של המטפלות?

כדי להתעמק בחוויות האישייות של המטפלות נקטתי דרך ייחודית - פנייה לשפה היצירתית והסמלית שלהן. בהנחיות שנשלחו למרואיינות בדואר הן התבקשו להכין את "ציור הדימויים ככלי להתבוננות ממוקדת על הקשר הבין-אישי", ולתאר במילים את היחסים בינן ובין המטופלים, כולל הסיכונים הטמונים בקשרים אלה וההצלחות האפשריות.¹⁰ בתום כל ריאיון, לאחר שנוצר קשר של קרבה ואמון, הופנה מוקד השיחה לתכנים הגלויים והסמויים שנחשפו באמצעות הציורים והכתיבה עליהם (הציורים מובאים בנספח ב).

הממצאים הצביעו על הבדלים משמעותיים בין שתי קבוצות המרואיינות. הדוגמאות הבאות מתארות את התכנים בפירוט רב. ציורים 1-2 לקוחים מציורי המטפלות בקבוצה א (שדיווחו על שיפור רב בהתנהגות המטופל ועל רמת קושי נמוכה בעבודתן). ציורים 3-4 מייצגים את קבוצה ב (מטפלות שדיווחו על העדר שינוי או על החמרה, וכן על רמת קושי גבוהה בעבודתן). הממצאים מנותחים להלן בסדר זה: הציורים, התכנים המטפוריים, הזדהות המטפלות עם דימויי המטופלים.

1. הציורים

בחינה של המרכיבים הגלויים בציוריהן של המטפלות העלתה חמישה הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות - בגודל, בצבע, בקשר בין הדימויים, ברמת ההפשטה (קונקרטי/מופשט) ובפעילות (אקטיבי/פסיבי).

בציור 1, הלוקח מן הקבוצה של הטיפולים שהצליחו, הדימוי של המטפלת (אדמה וצמח סוכך) גדול מזה של המטופלת (מפלצת בדמות תינוקת). נוסף לכך, הצבע הירוק המרגיע של המטפלת הוא ניגודו של צבעה הכתום והחם של המטופלת. הדימויים מצוירים בצורה מוחשית וברורה ועם קשר ברור ביניהם. המטופלת מיוצגת בדימוי פעיל (בהתאם להתנהגותה התוקפנית), והמטפלת בדימוי סביל, אך כזה המאפשר יציבות, צמיחה (אדמה) והגנה (צמח סוכך). לבסוף, מבלי שהתבקשה הוסיפה המטפלת צמח פורח במרכז הציור, המייצג את הקשר הטיפולי שהן יצרו יחד.

ציור 2, הלקוח מאותה קבוצה, מציג תמונה דומה. הדימוי של המטפלת (העננים) גדול מזה של המטופל (הר געש). גוני הכחול המרגיעים מנוגדים לגוני החום-כתום-שחור של המטופל. הדימויים מוצגים באופן מוחשי, פשוט ובהיר, עם שטח מגע נרחב ביניהם... המטופל מצויר בדימוי פעיל (הר געש), והמטפלת בחרה גם לעצמה דימוי פעיל (עננים) המותאם לצורכי המטופל. לדבריה, העננים יכולים לנוע, להתקרב ללא חשש ולהרגיע את הר הגעש על ידי הורדת גשם.

בניגוד לכך, ציור 3, שצויר על ידי מטפלת מן הקבוצה של הטיפולים שהצליחו פחות, משקף דינמיקה אחרת. על אף שהדימוי של המטפלת (ברבאבא) גדול מזה של המטופל (עכבר/נחש), הצורה נראית כחלל ריק, ללא תווי פנים וללא זרועות. החולשה וההיעדרות של המטפלת מחוזקת באמצעות הצבע החיוור של הדימוי ולכן היא צבעה את הרקע. ללא הרקע קשה היה להבחין בדימוי המייצג אותה. נוסף לכך, על אף שקיים מגע בין הדימויים, אופי המגע מאיים, מכיוון שלדבריה העכבר/נחש קרוב לצווארו של ברבאבא שמצויר כחסר יכולת לנוע.

ציור 4, הלקוח מאותה קבוצה, משקף תפיסה מעורפלת מעט של המטפלת באשר לדימויים המייצגים את היחסים הטיפוליים. במהלך הציור וגם בשיחה עליו היא תיארה את תהליך השינוי שחל בדימויים. בתחילה היא טענה שהמעגל המפוצל מייצג את שניהם. במצב זה הם מצויים בגודל שווה, שבו החלק הצהוב, הבהיר, מייצג את המטופל, ואילו הכחול, הכהה יותר, מייצג אותה. הדימויים מיוצגים בצורה מופשטת ואפשר להבחין בנקודת מגע אחת ביניהם. במצב זה לא ברור מה המטפלת מאפשרת למטופל. במהלך הכתיבה על הדימויים היא החליטה לשנות את ייצוגי הדימויים והוסיפה את העלים. אלה מייצגים אותה, והמטופל קיבל את דימוי המעגל המפוצל. במצב זה, המעגל גדול מן העלים המפוצלים והמצוירים בצבע בהיר, אין מגע בין הדימויים וגם לא ברור איזה צורך ממלאים העלים בעבור המעגל.

ניתוח הציורים מרמז, כי בטיפולים שתוצאותיהם חיוביות הייתה למטפלות תפיסה ברורה באשר לתפקידן, והן הציגו הבדלים ברורים בינן ובין המטופלים. הן תפסו את עצמן כדמויות חזקות ובעלות יכולת ליצור קרבה עם המטופלים, להרגיע אותם, להכיל אותם ולטפח אותם. לעומת זאת, במרבית הטיפולים ללא תוצאות חיוביות, המטפלות לא הציגו תפיסה ברורה של תפקידן, ופעמים רבות הן ראו את עצמן במרחק מן המטופלים, מאוימות מתוקפנותם וחסרות יכולת להכיל ולטפח אותם.

2. התכנים המטפוריים

כדי להגיע לחקירה מעמיקה של הדימויים הסמליים ולמשמעות שלהם בעבור המטפלות, הן התבקשו להתייחס בכתב לשלושה היבטים של הציורים: תיאור הדימויים והקשר ביניהם, הסכנות העשויות להתרחש בקשר זה, וההצלחות או ההישגים שאפשר לממש. התכנים המובאים להלן מתייחסים לארבעת הציורים שתוארו קודם לכן.

תיאור הדימויים והקשר ביניהם. המטפלות בקבוצה א תיארו קשר של טיפוח, שבו המטפלת ממלאת את צורכי המטופל.

⊙ המטופלת היא מפלצת תינוקת, עם פה צורח בבכי זועם, עם ציפורניים חדות שמנסות להיתקע באדמה על ידי נעיצה שלהם. היא נאחזת, אבל תוך כדי גם דוקרת. כך היא יוצרת קשר עם הסביבה. אני האדמה, הקרקע שעליה תוכל לעמוד וגם מקום שמאפשר את נעיצת הציפורניים. אפשר לסבול את זה ואפשר לעבוד עם זה. אני משמשת לה קרקע או בסיס שמאפשר גם הצמחה של שיח פורח, ונוסף לכך אני משמשת גם מסגרת פורחת, שצומחת מהאדמה ומאפשרת גבולות מכילים. הצמח מסמל את מה שיצרנו יחד. (ציור 1)

⊙ אני חושבת שזה מאוד ברור. הוא הר געש עם לבה שמתבשלת בפנים, אבל הוא גם הר פורה שיכול להצמיח דברים. הוא קצת משונן אבל גם קצת עגול. יש בו מקומות שהוא גם קצת יותר רגוע, לא דווקא רק געש... התלבטתי אם אני גדר, אח"כ חשבתי שההר לא צריך גדר ואז עלה לי דימוי של עננים. הם גם קרירים, אבל גם חמימים, רכים, עוטפים ומרגיעים. הם יכולים להיות גם מסביב להר ולהישאר מעל ההר. הם יכולים להתקרב להר, להיות אתו, להתגמש, לעטוף ולהשתנות בזכות החומר שהם עשויים ממנו. אם העננים מורידים גשם, הם יכולים לקרר את עוצמת האש ולאפשר צמיחה. (ציור 2)

לעומת זאת, קבוצה ב הייתה מאופיינת בכך שתיאורי הקשרים בין המטפלות לבין המטופלים שלהן היו לרוב מעורפלים.

⊙ הדימוי של המטופל הוא עכבר שחור, שנראה כמו נחש, אך עיניו, שערו ורגליו הנם צהובים. העכבר מאורך, מפותל וזוחל בתנועה גלית, משוטט לרוחב. הדימוי של המטפלת הוא דמות של ברבאבא: מעוגלת, בצבע ורוד בהיר, אולי בהיר מדי. רציתי שיצא יותר כהה. הדמות [של ברבאבא] מוצקה, נטועה בקרקע, תנועתה אטית ומאורכת, עם מעט גמישות לצדדים... הוא רך כמו צמר גפן, עם אחריות של ראש משפחה. הצהוב ברקע זה חלק מן הקשר בינינו, הוא מבליט אותי, כי בלעדיו לא רואים את הדמות שיעדתי לעצמי,

היא ממש הייתה יכולה להיעלם על הנייר... הקשר בינינו ארעי, המטפל יציב ותופס נפח, תנועתו כמעט סטטית, המטופל בא אליו בתנועה. (ציור 3)

⊙ בהתחלה ציירתי את המעגל המפוצל, שבו הצהוב זה הוא והכחול זה אני. המעגל שנפתח יוצר שני דימויים, שלכל אחד מהם יש מקום והוא יכול גם לעמוד בנפרד, בקשר שהוא נוגע-לא נוגע. במילים אחרות, אני נותנת מקום והוא לוקח. תוך כדי הכתיבה על הדימויים חשבתי והחלטתי להשאיר את המעגל למטופל, ועבורי הוספתי את העלים. העלים מרחפים, יוצרים תחושה שהם הולכים לנחות, ועם זאת תחושה של מקום שעוטר, רך ושקט. זאת בהשוואה לדימוי של המטופל שהוא מסיבי ולחוץ, מפוצל ומיוצג בדימוי שאינו יכול להיות שלם. הפיצול מחלק אותו לשני חלקים שלא יכולים כרגע להתחבר, וגם הקו המחבר לא ממש יכול להחזיק אותם. (ציור 4)

הסכנות העשויות לאיים על הקשר. תיאורי הסכנות ברמה הסמלית אפשרו למטפלות לבטא חששות או קשיים שעלו במהלך הטיפול. מרבית המטפלות מקבוצה א דיווחו בעיקר על סכנות שיכלו לקרות למטופל והביעו דאגה באשר לשימור הישגי הטיפול עם סיומו - המטופל עלול לחוש נעזב, והישגי הטיפול ירדו לטמיון. הן לא תיארו איום או סכנה המאיימת עליהן בעקבות התפרצות שלו. ⊙ הסכנה בין הדימויים עשויה להיות ששיח הפרחים, שהמפלצות מנסה להיאחז בו, ייתלש ממקומו. היא עלולה לעקור את הצמח, את מה שבנינו יחד. (ציור 1)

⊙ הסכנה היא שהלבה תתפרץ. ההתפרצות תשפיע על העננים, אבל היא לא תהרוס אותם. אולי הם יאלצו להתפזר קצת, להתפוגג מעט כי האש חזקה, אבל הם לא יישרפו או ייחרכו מן הלבה, אלא יתרחקו וישתנו. (ציור 2)

בניגוד לכך, רוב המטפלות מקבוצה ב הציגו תכנים המשקפים את הפחדים שלהן - שהן תותקפנה, תחושנה חסרות ערך, דחויים, נשלטות או חלשות, שהן לא תוכלנה להכיל את המטופל, וכן שהוא יתנגד לקשר, יתקוף אותן או ישלוט בהן. אף אחת מן המטפלות בקבוצה זו לא הביעה דאגה לעתידו של המטופל ולמה שיתרחש לאחר סיום הטיפול.

⊙ הסכנה היא שהוא יכול עוד שנייה לעבור סביבי ולחנוק אותי, כי ככה זה נראה, הוא קרוב לצוואר. האיום הוא שהטיפול הוא רק מגע חלקי והוא יכול לברוח... זו גם התחושה שאני נשאת אתה, שהמגע הוא מאוד קטן וחלקי, ואין לי מושג מה קורה אתו [עם המטופל]. (ציור 3)

⊙ אם המעגל מייצג אותו ואותי, הסכנה היא שהם יכולים להיסגר, לסגור אחד את השני, להתערבב, במקום קטן מאוד, צפוף, לחוץ וללא הרבה מרחב... ביחס לאפשרות השנייה, הסכנה היא של הניגודים שנוצרים - בין חוזק וחולשה, בין רעש ושקט, בין גדול וקטן. הכוונה היא שהוא החזק, הרועש והגדול, ויכול לעשות כל מה שהוא רוצה, ואני ההפך ממנו. (ציור 4)

ההצלחות העשויות להתהוות בקשר. מתיאור ההצלחות אפשר להבין את תפיסת המטפלות על הישגי הטיפול. אלו מקבוצה א תיארו כהישג תופעות אלה: המטפלת תאפשר למטופל הכלה והגנה, והילד יקבל את עצמו, יפנים את הקשר, יפתח שליטה עצמית ויחול שינוי בהתנהגותו.

⊙ ההצלחה יכולה להיות שהמפלצונת תרגיש שיש קרקע בטוחה, תרגיש מוגנת בתוך הגבולות המכילים ותצליח להפנים אותם. היא אמורה להיאחז בצמח ולהכניס אותו לתוך לבה. (ציור 1)

⊙ ההצלחה היא שעם כל המגוון והמהויות שיש בתוכם, הם יוכלו להיות אחד ליד השני. שלא יהיה מצב שהאחד יפסיק להיות מה שהוא כדי שהשני יתקיים... בסדר, הוא הר געש, אבל השאלה היא איך הוא מווסת את הגעשיות שלו, שילמד ליהנות מכל מה שיש בתוכו, שלא יוותר על שום דבר, שימצא סטטוס-קוו פנימי. (ציור 2)

לעומת זאת, בקבוצה ב תיארו כהישג תופעות של הכלה, קרבה ורכות, ללא אזכור של הפחתה בתוקפנות ושינוי לטווח ארוך.

⊙ המגע בין הברבאבא והעכבר הוא ההישג. המפגש מתנהל על אף התנועתיות הרבה של המטופל. הצבע הוורוד (של ברבאבא) מבליט את הדימוי השחור והמחוספס (של העכבר)... עם כל התסכול וכל התנועתיות שלו, הרגע הזה הוקפא ויש לו משמעות (ציור 3).

⊙ ההצלחה היא שיווצר מקום של שקט, רכות עוטפת, מכילה ובטוחה, למרות שהם נראים כאילו אין להם דבר במשותף. (ציור 4)

בניתוח התכנים המטפוריים אפשר להתרשם שבמקרים שבהם חל שיפור משמעותי, תפיסת התפקיד של המטפלות ברורה להן ומאופיינת בסיפוק צורכיהם הייחודיים של המטופלים. למרות ביטויי התוקפנות, הן לא חשו מאוימות אלא דאגו שהישגי הטיפול יישמרו גם לאחר הפרדה. הן תפסו את יעדי הטיפול כשילוב בין קבלה והכלה של המטופל ובין הכוונה לשינוי התנהגותי. לעומת זאת, בקבוצה שהטיפול הצליח פחות היו למטפלות תפיסות שונות: תפקידן בקשר הטיפולי לא ברור להן, ולעתים הן פירשו את התנהגות המטופל

כדחייה. הן חששו לשלומן הפיזי והרגשי ופחדו מן הבלתי-צפוי, מתוקפנות של המטופל וממצב של חוסר שליטה. ההישג הטיפולי נתפס בעיניהן רק כהכלה, ללא עידוד לשינוי התנהגותי.

3. הזדהות המטפלות עם דימויי המטופלים

בסוף הראיון, לאחר השיחה על הציור ועל התכנים המטפוריים, המטפלות התבקשו לדמות כי לא המטופל מיוצג בדימוי שייצג אותו מלכתחילה, אלא המטפלת עצמה. מטרת התהליך הייתה לחשוף את המפגש הפנימי בין הסיפור של המטופל ובין זה של המטפלת, כלומר את החוויות האישיות המחברות כל מטפלת למטופל שבחרה לשוחח עליו.

כל המטפלות תיארו בגילוי לב את החוויות האישיות שלהן והעמיקו בנקודות החיבור בינן ובין המטופל שעליו הן דיווחו. הן ציינו שיש להן חיבה מיוחדת אליו וגילו הזדהות רבה אתו, אך השוני בין הקבוצות התגלה במושג ההזדהות. מרבית המטפלות מקבוצה א לא חששו להזדהות עם החלק התוקפני של המטופל, וסיפרו בגילוי לב כי הן מכירות בהתנהגות התוקפנית שלהן בתקופות שונות בחייהן האישיים, ועם זאת על התגברותן האישית על תוקפנותן, לרוב בדרך של תובנה אישית, בעזרת משפחה וחברים או באמצעות טיפול אישי.

⊙ אני זאת היא. גם אני הייתי ילדה מפלצת שעושה בלגאן. הפרעתי, הצקתי, הייתי כ"כ טעונה. אני יכולה לספר לך, שאימא שלי נפטרה כשהייתי ילדה... אבא שלי התחתן עם אישה חורגת ורעה מאוד. הייתי מאוד עצמאית, לא תלותית כמו המטופלת, כי ידעתי שאין לי על מי לסמוך... הייתי אז כמעט באותו גיל של המטופלת... הפסקתי עם ההתנהגות המציקה כיוון שהייתה לי מודעות חברתית, רציתי חברות, רציתי להיות בסדר, להיות מקובלת, לא רציתי לעשות רע... הייתה לי גם "אדמה", כמו שהייתי לה, היו לי "מלאכים", שני אחים מאוד תומכים וחברות. אבל לילדה הזאת אין. (ציור 1)

⊙ אני יכולה להתחבר לתחושה ש"אני שוברת את הכלים, עכשיו אני מתפוצצת ולא אכפת לי מה יקרה, כולל הרס שפוגע בי בסופו של דבר". הדבר היחיד שעזר לי לווסת את זה, זה הטיפול שלי. זה היה כאילו לא היה אכפת לי, אבל בגדול כן היה לי אכפת, כי נוצר מין מעגל כזה של דברים שחוזרים על עצמם ורציתי לצאת מן המעגל הזה. יכולתי להזדהות עם הרגע הזה של ההתפוצצות, וכמה טוב אפשר להרגיש כשמשחררים את הכעס. יכולתי גם לראות את המחיר שמשלמים אחרי זה, מה נגרם לך כתוצאה מן הפגיעה בסביבה. (ציור 2)

לעומת זאת, מרבית המטפלות מקבוצה ב לא קישרו בין הדימוי של המטופל להתנהגות התוקפנית שלהן, אלא גילו הזדהות עם ההתחמקות של המטופל ועם הזהירות שלו. הן התחברו לסגירות שלו ולחוסר הרצון לדבר ולגעת במקומות כואבים וציידו בבריחה לפנטזיה, בדומה למטופל.

⊙ אני יכולה להתחבר להסתתרות של העכבר. יש משהו בעכבר שכולם פוחדים ממנו, אבל בעצם הוא לא מפחיד. הוא כ"כ זעיר אבל יודע לשמור על עצמו. הוא מאוד קשוב למה שקורה בחוץ ולפי זה מתאים את עצמו. הוא לא ייצא כשיש אור או מישהו בחדר. הוא מתחמק. ראיתי את המטופל יותר כעכבר נחשי, אך את עצמי אני לא מדמיינת כנחש, אלא יותר כמתחמקת, נזהרת לא להיראות, להציץ מתוך החור. אני יושבת בשקט, בודקת מהן הסכנות בחוץ. (ציור 3)

במקרה אחד, כאשר המטפלת יכלה להתחבר לחלק התוקפני שבה, היא התעלמה מן המחיר של הפגיעה בסביבה.

⊙ היום אני במקום אחר, קשה לי להזדהות אתו [עם המטופל]... כי זה מקום שתמיד מאוד הפחיד אותי. בשנים הראשונות של העבודה פחדתי מתוקפנות של ילדים, היא הבהילה אותי... נבהלתי גם מעצמי, מכיוון שהתוקפנות שלהם הובילה אותי למשהו תוקפני, קצת נוקשה כלפיהם... במשך השנים הצלחתי לא לפחד מן התוקפנות שלי, לקבל אותה ולחיות אתה בשלום. גם כשאני מביעה אותה כלפי חוץ, אני כבר לא מפחדת מתגובות של אנשים - מה יגידו, מה יחשבו עליי, איך יראו אותי, איך יקבלו אותי. (ציור 4)

המטפלות נשאלו גם כיצד השפיעה ההזדהות שלהן עם המטופל על גישתן לטיפול. גם שאלה זו הניבה תשובות שונות בשתי הקבוצות. בקבוצה א דווח שבזכות היכולת להכיר בתוקפנות שלהן ובהתמודדות המוצלחת אתה, הן האמינו שהשינוי אפשרי והיו מוכנות לעשות הכול כדי להשיגו, כולל שימוש בשיטות מגוונות כדי להתאים את הטיפול לצרכים של הילד. הן תיארו חיבור רגשי פנימי אל המטופל והאמינו בדרך שעליו לצעוד.

⊙ אני חושבת שבזכות הסיפור שלי לא נבהלתי ממנה. יכולתי לאהוב אותה למרות המפלצתיות שלה... אני אקלקטית ומשתמשת בכל החומרים שברשותי כדי לעזור למטופלת... אני רואה את הילדה, מזהה את הצרכים שלה ולפיהם מתאימה את הכלים. (ציור 1)

⊙ הניסיון האישי שלי עזר לי, אולי בזכות הסבלנות הרבה שיש לי, לעסוק בתחום האישי והבין-אישי... ההבנה של רגע ההתפוצצות, המחירים

שמשלמים אחרי זה, מה נגרם לך כתוצאה ממה שאתה עושה לסביבה... הבנתי את המאבקים הפנימיים ואת הצורך הקיומי לשמור על הגבולות. טיפולתי מן המקום של להרגיש את החוויה שבתוכי, יותר מאשר מחשיבה על התערבויות נכונות. (ציור 2)

לעומת זאת, מטפלות מקבוצה ב הביעו אכזבה, ייאוש וחוסר תקווה בסיכוי להשיג שיפור משמעותי, וכמו כן לא גילו תושייה וגמישות בהתאמת שיטות הטיפול למצב במטופל.

⊙ הטיפול בילד כזה כל כך מייאש, כי כמעט אין לו סיכוי... הרגשתי שמהטיפול הזה לא יצא כלום. הוא לא לקח כלום... כשאני מקבלת ילד כזה בכיתה ב' הוא כבר אבוד. למרות שהוא כ"כ צעיר, אין לי הרבה מה לעשות אתו... יש משהו מייאש, כיוון שלא ניתן לשנות את הסביבה... הרבה פעמים אני מרגישה נורא חסרת אונים, באמת מה יכולה שעה בשבוע לעזור להם בחיים האלה? (ציור 3)

⊙ קשה לי לדעת שהוא נשאר עדיין שם במקום של הפיצול. יעברו הרבה שנים עד שיוכל לצאת מזה וכמה שניסיתי לעזור לו, זה לא קרה. (ציור 4)

במקרה אחר, שלא הראה תוצאות חיוביות, אחת מן המטפלות אף ראתה בתוקפנות התנהגות חיובית, שבה המטופל זועק את כאביו כמו שהיא הייתה רוצה לעשות בחייה. היא חשה הערצה סמויה כלפיו ולמעשה לא ראתה בתוקפנות התנהגות שיש להימנע ממנה.

⊙ מה שמחבר אותי אליו ולדומים לו, היא ההערכה שלי ליכולת ההישרדות שלהם, אני כמעט מעריצה אותם, למרות הטירוף. אולי אני לא חושבת שהתוקפנות שלהם כל כך נוראה, אולי היא נוראה בעיקר למערכת, אבל מה שחשוב זה שהוא יודע לשמור על עצמו.

נראה כי בטיפולים היעילים יותר, המטפלות היו פתוחות והצליחו להתחבר לתוקפנות שלהן ולחוויות של שליטה עצמית. התיאורים שלהן כללו אמונה חזקה ביכולתן לחולל שינוי בקרב המטופלים, אולי בזכות הניסיון האישי. לעומת זאת, בטיפולים היעילים פחות, המטפלות התקשו להזדהות עם הצד התוקפני של המטופל, אבל הזדהו עם ההתחמקות ועם ההימנעות שלו ואף הביעו הערצה סמויה לביטוי התוקפני. לרוב הן הביעו חוסר אונים וייאוש ולא האמינו בטיפול כמחולל שינוי.

בהתייחס למרחב האישי, תכנים מורכבים התגלו ונחשפו באמצעות מקורות שונים: תיאורי המטפלות בשאלונים ובראיונות, דברי המדריכות בראיונות

וניתוח השפה היצירתית של המטפלות המרואיינות. ההקשבה לתיאור חוויותיהן של המטפלות אפשרה לגלות רובד נוסף המתייחס לתפיסות ולרגשות מורכבים העולים בעת המפגש עם מטופלים המתנהגים בתוקפנות. עם זאת, התרומה של הצירורים והעיבוד המילולי שלהם הייתה רבה, לאור העובדה שהן הצליחו לחשוף תכנים עמוקים ורגישים שלא התגלו בשלבים הקודמים. אפשר לומר, שתמונה אחת הבהירה מה שמילים רבות לא הצליחו להסביר. השימוש בכלי מחקר ישירים ועקיפים חשף תכנים מורכבים שהמטופלים עלולים לעורר בקרב המטפלות. אלה כוללים: מתח רב, פחד לביטחונן האישי, תחושה של קרבן, ערעור של תפיסת המסוגלות העצמית כמטפלת, דחיית המטופל, חשש מתוקפנות ומאובדן שליטה עצמית ועוד. מתברר, שאם חשוב להתייחס להעברה נגדית בכל טיפול, הדבר חשוב במיוחד במקרים אלה המעוררים חוויות בעוצמה כה רבה.

נוסף לכך, נמצא קשר בין אופן ההתמודדות של המטפלות עם חוויות אלה ובין תוצאות הטיפול. בהשוואה של הטיפולים שהסתיימו בהצלחה עם אלה שהצליחו פחות, נמצאו הבדלים ברורים בתפיסות של המטפלות את עצמן, את המטופלים ואת אופי הקשר הטיפולי. במקרי הצלחה, המטפלות גילו יכולת לקבל את החלקים התוקפניים שלהן וסיפרו על תהליכי שינוי שעברו. באופן מקביל התרחשו שני תהליכים: בקשר עם המטופל, הן יכלו להבין את התוקפנות שלו והאמינו ביכולתן לכוון אותו לשינוי. ובקשר עם המערכת, הן גילו אמפתיה לקשיים של המורים וההורים וסייעו להם בשינוי תפיסותיהם את הילד ובמתן כלים מעשיים לשיפור התנהגותו.¹¹

לסיכום, תיעוד הניסיון של המטפלות והמדריכות שתואר בפרק זה, מספק מידע חשוב על המצב ועשוי להגביר את רמת המודעות לקשיים ולא אתגרים הצפויים בעת הטיפול באוכלוסייה זו. היכולת לצפות מראש תופעות אלה עשויה להקל על המתח המלווה את העבודה במערכת החינוך עם ילדים המתנהגים בתוקפנות. נוסף לכך נתקבל מן המטפלות מידע עשיר ומעשיר על אופני ההתמודדות שלהן. מידע זה הוביל להשערות חשובות באשר לקשרים אפשריים בין שיטות עבודתן ובין תוצאות הטיפול. מאחר שנמצאה קבוצה קטנה של מטפלות שדיווחה על שיפור רב בעבודה עם אוכלוסייה זו, בדקתי מה מייחד את עבודתן בהשוואה לשיטות העבודה במקרים של העדר שיפור

11 הדיון בהתמודדות של המטפלים עם חוויותיהם האישיות נמשך בפרק השמיני.

או אפילו החמרה. ואכן נמצאו הבדלים רבים בכל תחומי הטיפול - במרחב הבין-אישי, המערכתית והאישי. יש לציין, כי אין לראות בממצאים אלה הבדלים בין מטפלות טובות יותר או פחות, אלא שיקוף של הבעיות והמכשולים האופייניים לטיפול באוכלוסייה זו. לעומת זאת, ממצאים אלה חושפים את ההזדמנויות להתמודד עם בעיות ועם מכשולים אלה. התובנות שעלו מהשאלונים, מהראיונות ומהציוורים, שימשו בסיס ליצירת המודל הדיאלקטי שיוצג בפרק הבא.

