

תכנית בר"ש בדרום ירושלים: בריאות הנפש, רווחה ושיקום שותפויות בתחום הטיפול במשפחות בהן אחד או שני ההורים מתמודדים עם מגבלה נפשית

תקציר

המאמר יציג תכנית חדשנית, פרי תהליך של הבניית שותפויות בין לשכת הרווחה ושירותי בריאות הנפש לילדים ומבוגרים, אשר שמו להם למטרה לבנות יחד מערך טיפולי למשפחות שהורה בהן מתמודד עם מגבלה נפשית. מטרת התכנית היא לסייע להורים בשיפור ההתמודדות המשפחתית הכרוכה במגבלה הנפשית, כדי לאפשר לילדים הזדמנות להתפתחות תקינה.

ההתמקדות באוכלוסייה זו נובעת מהכרת ארגון הבריאות העולמי ב־1975 כי ילדים הגדלים במשפחות אלה נתונים בסיכון גבוה להתפתחות מגבלות נפשיות; הכרה אשר משתקפת בפועל בטיפול שירותי בריאות הנפש והרווחה.

התכנית מאגמת משאבי מומחיות בטיפול קליני ופסיכוסוציאלי מערכתי, ואלה מוגגשים לטיפול בבתי המשפחות המתקשות להגיע לטיפול בשירותים הקיימים.

ניכר כי הטיפול והמענים שניתנו עד כה על ידי כל אחד מהשירותים בנפרד, הן לילדים והן להורים, הם חסרים ומצומצמים בהיקפם, לא תמיד הותאמו למאפייני האוכלוסייה ולצרכיה ולא היה בהם די כדי לחזק את ההורות מחד גיסא ולאפשר את התפתחותם התקינה של הילדים מאידך גיסא - ובכך לצמצם את הסיכון ההתפתחותי, בהיבטים השונים, שהילדים נתונים בו. יש לציין שהמענים שניתנו עד כה, ללא תיאום בין השירותים וללא תכלול של הצרכים הייחודיים לכל משפחה, לא ענו על הצרכים הטיפוליים של המשפחה כמערכת.

תנאי הכרחי להקמת התכנית היה הבניית השותפויות בין השירותים. זו דרשה השקעה מאומצת בהיכרות הדדית של המנדט החוקי והתפיסתי של כל אחד מהשירותים, הבניית שפה טיפולית משותפת, התמודדות עם חסמים של העברת מידע והבניית תהליכים בוני אמון. התכנית פועלת בבתי המשפחות כפעמיים בשבוע, למשך כשנתיים,

וכוללת מרכיבי אבחון וטיפול קליני, הדרכת הורות וטיפול משפחתי בראייה פסיכוסוציאלית מערכתית, המשלבת התייחסות לצרכים האינדיווידואליים של כל בן משפחה והתייחסות לצורכי היחידה המשפחתית. היא נשענת על משאבים קיימים, בתוספת תקצוב לכוח אדם טיפולי והדרכתי מפרופסיות שונות.

התכנית מלווה במחקר הערכה. ממצאים ראשוניים מצביעים על כך שהתכנית משפרת את הפניות הרגשית של ההורים לראיית צורכיהם של הילדים ומסייעת בשיפור תפקודם, וכן מסייעת באיתור צרכים של ילדים בגיל הרך ומתן מענים מותאמים בשלב מוקדם.

לתכנית מופנות גם משפחות שלא היו מוכרות לשירותי הרווחה, ביניהן משפחות עולים ללא רשת משפחתית, שהתמודדו עם מגוון קשיים בנוסף למגבלה הנפשית.

מעבר להשפעה הישירה על המשפחות, העבודה המשותפת בין שירותי הרווחה ושירותי בריאות הנפש מסייעת בטיפול באוכלוסיות נוספות.

ניתן לראות בתכנית זו יישום של המלצות ועדת וינטר משנת 2010, בעניין החשיבות של שיתופי פעולה בין מערכות לטובת טיפול מיטבי ומורחב באוכלוסיות ילדים בסיכון.

מבוא

חוק שיקום נכי נפש בקהילה במדינת ישראל, אשר חוקק בשנת 2000, קידם את זכאותם של מתמודדים בני 18 ומעלה עם מגבלה נפשית לקבלת מענים בתחומי התעסוקה, הדיור,

השלמת ההשכלה, החברה והפנאי, טיפולי שיניים ותיאום טיפול. המענים בחוק מתייחסים לשיקומו של האדם המתמודד, אך אינם מתמקדים בתפקודו כהורה ובודאי שלא בצרכים הרגשיים וההתפתחותיים של ילדיו. ההתערבות הטיפולית בתחום ההורות ניתנה בשירותים השונים בהתייחס למנדט הפרופסיונלי ולתחום מומחיותו של כל שירות, ללא הסתכלות אינטגרטיבית על מכלול הצרכים של האדם ושל המערכת המשפחתית.

נדרשת עבודה מאומצת ומאתגרת ליצירת שיתופי פעולה שיסייעו באבחון משפחתי מקיף, אשר יאפשר בניית תכנית התערבות מיטבית

הטיפול והמענים שניתנים כיום לילדים ולהורים הם חסרים ומצומצמים בהיקפם, לא תמיד מותאמים למאפייני האוכלוסייה ולצרכיה בהיבט של בריאות הנפש ואין בהם די כדי לחזק את ההורות מחד גיסא ולהבטיח את התפתחותם התקינה של ילדים מאידך גיסא



תכנית ברו"ש (בריאות הנפש, רווחה ושיקום) נבנתה על ידי מנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן בירושלים, ד"ר רועי אלדור, ועל ידי סגנית מנהלת אזור דרום באגף הרווחה בעיריית ירושלים, רחל פוסטולובסקי, במטרה לתת מענה למשפחות שבהן אחד או שני ההורים מתמודדים עם מגבלה נפשית ומתקשים להגיע לטיפול מרפאתי בקהילה.

התכנית מושתתת על היחידה הקלינית להורות בצל מחלת נפש כתחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, עליה הוסיפה הלשכה לשירותים חברתיים את הראייה המערכתית של הטיפול במשפחה והמענים הנלווים. לשותפות הצטרפו התחנה לבריאות הנפש של המבוגר ע"ש יארוס, שירותי סל שיקום והפסיכיאטר המחוזי.

במאמר יוצגו הרקע התיאורטי בנושא המגבלות הנפשיות ותיאור תהליך הבניית השותפות ומרכיביה, וכן יוצגו התכנית, ייחודיותה ותרומתה, לצד סוגיות ואתגרים לעתיד.

לכלל בני המשפחה, תוך בניית תהליכי שותפות ואמון עם ההורים. לא אחת מצאו עצמם עובדי הלשכה לשירותים חברתיים נדרשים להתערב בטיפול במשפחות שבהן אחד/שני ההורים מתמודדים עם מגבלה

נפשית, בעקבות דיווחים שהגיעו משירותים בקהילה/בתי חולים על חשש למצבי סיכון או סכנה שהילדים נתונים בהם. הידע המוגבל לגבי היבטים רפואיים של המחלה ודרכי הטיפול בה, לצד קשיים בתקשורת עם הפסיכיאטריה של המבוגר וההגדרות השונות של מערכות הרווחה והבריאות לגבי קשיי תפקוד הוריים העלולים לסכן ילדים, הם בגדר אתגר כהבניית תכנית טיפולית המותאמת לצרכים של כלל בני המשפחה.

בשל מצבם, חלק מההורים המתמודדים עם מגבלה נפשית לא הגיעו לתחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, הפועלת בירושלים מטעם משרד הבריאות ומציעה הדרכה להורים וטיפול לילדים. וגם אם הגיעו, לא תמיד נמצא מענה זה לבדו מספק.

לא אחת מצאו עצמם עובדי הלשכה לשירותים חברתיים נדרשים להתערב בטיפול במשפחות שבהן אחד/שני ההורים מתמודדים עם מגבלה נפשית, בעקבות דיווחים שהגיעו משירותים בקהילה/בתי חולים על חשש שהילדים נתונים בהם

היקף התופעה המגבלה הנפשית

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2004) מעריך כי בכל זמן נתון, כ־10 אחוזים מהאוכלוסייה מתמודדים עם מגבלות נפשיות, וכי בין רבע לשליש מהאוכלוסייה תזדקק במהלך חייה לשיירות בריאות הנפש. אחוז עד שניים מהאוכלוסייה מתמודדים עם מגבלות נפשיות קשות וממושכות, הגורמות לירידה ניכרת בתפקוד (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1998; WHO, 2001). בישראל, המצב אינו שונה (לוינסון, 2011).

לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי לשנת 2015 (פינטו, 2016), 104,000 מכלל מקבלי קצבאות הנכות של המוסד לביטוח לאומי מקבלים את הקצבה על רקע מגבלה נפשית. 29% מהם הורים לילדים מתחת לגיל 18. מרבית הילדים להורים המתמודדים עם מגבלה נפשית מתגוררים בקהילה (מ׳עמי, 2003).

באגף הרווחה בעיריית ירושלים מקבלות שירות כ־1,380 משפחות שאחד ההורים בהן מתמודד עם מגבלה נפשית ולהן ילדים מתחת לגיל 18. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, שעבר בשנת 2000 ושם לו למטרה "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים...", מסמל נקודת מפנה בתנועת ה"אל מיסוד" בישראל, כאשר כובד המשקל עבר מטיפול בבתי החולים הפסיכיאטריים לטיפול בקהילה.

מחלות נפש והורות - התפתחות הילדים בצל המגבלה הנפשית של ההורה

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2004) הכריז על ילדים להורים עם מגבלה נפשית כקבוצה בסיכון גבוה לפגיעה התפתחותית ולפיתוח תחלואה נפשית. הסיכון המתמשך של ילדים אלו נובע מחשיפה לחוסר עקביות בהתנהגות ההורים כלפי הילד וחוסר יציבות כללי במשפחה, שלרוב נמצאת במעמד סוציו־אקונומי נמוך, המתבטא בעוני ובמגורים בסביבה פיזית מסכנת, וכן בסיכון תורשתי.

בספרות המקצועית שסוקרת רחל לונדון־ויסברט (2010), במחקרה על הקשר שבין מגבלה נפשית של הורים לבין בריאות נפשית ותמיכה חברתית ורגשית בהורה המתמודד עם המגבלה בקרב ילדיהם המתבגרים והבוגרים, בהשוואה לילדיהם המתבגרים והבוגרים של הורים שאינם מתמודדים עם מגבלה, עולה כי העובדה שמבוגרים רבים המתמודדים עם מגבלות נפשיות הם הורים זכתה להתייחסות רק בשנים האחרונות. בשנים האחרונות הוקמו בעולם יותר מסגרות הנותנות מענה לצרכים הייחודיים של ילדים אלה, שהוגדרו במקרים רבים כ"בלתי נראים". בארץ טרם נעשה מחקר מקיף על השפעת מגבלה נפשית של הורים על ילדיהם.

תיאוריית ההתקשרות שפיתח בולבי (Bowlby, 1969; 1988) מתייחסת לאפיוני הקשר הרגשי המתמשך שבין התינוק לדמות המטפלת ובהכרחיות הקשר להתפתחות תקינה. אינסוורת' ועמיתיה

(Ainsworth, Bleahar, Wall & Waters, 1978)

מצאו כי התקשרות בטוחה היא סוג של יחסים בין תינוק לבין מטפלו העיקרי, שבהם התינוק יכול לסמוך על זמינותו הרגשית והפיזית של המטפל ועל תגובות המטפל לצרכיו, כך שהוא חש בטוח דיו לצאת ולחקור את העולם. נראה כי במקרה של מגבלה נפשית, הילדים מועדים לפתח במקרים רבים יותר התקשרות לא בטוחה (Coulthard et al., 2009; Hipwell, Goossens, Melhuish & Kummar, 2000).

קרן, הופ וטיאנו, בספרם "זה לא יעבור עם הזמן?" (2012), דנים בהשפעותיהן של מגבלות נפשיות שונות על התפתחות הילד. למשל, תינוקות לאימהות הסובלות מדיכאון נמצאים בסיכון גבוה להופעתם של קשיי ויסות רגשי, התקשרות לא בטוחה והתפתחות מוטורית

וקוגניטיבית נמוכה מהמוצע. ככל שהדיכאון עמוק וממושך יותר, כך נצפות בעיות רבות יותר בהסתגלותם של פעוטות. הסיבה לכך היא שהדיכאון גורם לאימהות להביט פחות בתינוק ולדבר אליו פחות, וכן לקושי בגמישות ובהתאמה לצרכים הרגשיים שלו.

מחקר אורך (Seeman, 2002) שבדק ילדים לאימהות המתמודדות עם סכיזופרניה, מצא כי אלו שהיו חשופים למחלת האם במהלך חמש שנות חייהם הראשונות היו בסיכון לפתח פסיכופתולוגיה בגיל מאוחר יותר. המחקר הראה כי האימהות המתמודדות עם החולי הפגינו כלפי התינוקות רגשות שליליים, שידרו פחות הגנה ויציבות, לא שיחקו עם התינוק בספונטניות ולא חשפו אותו לגרייה חושית מתאימה.

באופן טבעי, העולם הפנימי של ההורה משתלב בעולמו הפנימי של התינוק ומשפיע על התפתחות עולמו הפנימי של התינוק בתהליך של הזדהות השלכתית. כאשר ההשלכות הפתולוגיות הללו מכנים פרייברג, אדלסון ושאפירו (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975) "השדים בחדר הילדים". החוויות הקשות שההורה חווה בעברו ממשכות להשפיע בהווה על תפיסת ההורה את התינוק. המגבלה הנפשית מגבירה את נוכחות ה"שדים", כך שהם משתלטים על מערכת היחסים שבין ההורה לתינוק ואינם מאפשרים להורה לראות את התינוק כפי שהוא ולזהות את צרכיו. נוסף על כך, מגבלה נפשית של אחד ההורים או שניהם עלולה ליצור מעמסה עיקרית על משאבי המשפחה מבחינה כלכלית, רגשית וסוציאלית לטווח הארוך, ולהיות איום על שלמות המשפחה ועל תפקודם התקין של חבריה.

הספרות קושרת להורים מתמודדים תפקוד הורי שיש בו לעתים הזנחה, עיכובים בהתפתחות, היעדר יציבות, סיכונים להתפתחות הרגשית והנפשית ואפילו התעללות בילדים. במחקר אורך (Quinton & Rutter, 1984) שנמשך ארבע שנים נמצא כי 1/3 מהילדים פיתחו הפרעה נפשית מתמשכת, 1/3 פיתחו קשיים נפשיים ו־1/3 לא הראו שינוי או הפרעה רגשית/התנהגותית. כמו כן, נמצא שכ־57% מהבנות לוקחות על עצמן תפקידים טיפוליים בהוריהן. נמצא כי הילדים חווים רגשות פחד וחוסר ודאות, לצד רגשות של כעס, אשמה ובושה, וכי לילדים אלו הזדמנויות חברתיות מוגבלות ליצירת קשרים חברתיים עם קבוצת השווים.

ממצאי המחקר מדגישים את הצורך בראיית צורכיהם של ילדים "שקופים" אלו ובהשמעת קולם, בגילוי רגשות לחששות ההורים לפנות לטיפול בשל החרדה שילדיהם יילקחו מהם, וכמובן - בהצעת אלטרנטיבות טיפוליות בקהילה שהן פרטניות/משפחתיות/קבוצתיות ובניית מערכות של תמיכה חברתית.

שיתופי פעולה בין מערכות רווחה ובריאות בעולם

נושא שיתופי הפעולה בין מערכות בריאות ורווחה בטיפול במשפחות שההורה בהן מתמודד עם מגבלה נפשית מעסיק מדינות רבות במערב אירופה, בצפון אמריקה ובאוסטרליה.

ועידת ארגון הבריאות הבין־לאומי שהתכנסה בשנת 2013 (WHO, 2018), הדגישה את הצורך במדיניות ממשלתית שתיוצר שיתופי פעולה בין שירותי בריאות ורווחה בפיתוח מענים לצרכים הכוללניים למתמודדים עם מגבלה נפשית.

מאמרה של הלגרן (Ahlgren, 2015) מציג את הפער שבין מדיניות הבריאות, החברה והחינוך במדינות מערביות רבות, השואפת לחזק שיתופי פעולה, לבין תחושותיהם של חלק מהילדים והמשפחות כי השירותים מפוצלים ושיתוף הפעולה בין ספקי שירות והמגזרים השונים אינו פועל בצורה מיטבית; מצב העלול לצמצם את הנגישות - עבור משפחות שקיימת בהן

**בשנים האחרונות
הוקמו בעולם יותר
מסגרות הנותנות מענה
לצרכים הייחודיים של
ילדים אלה, שהוגדרו במקרים
רבים כ"בלתי נראים". בארץ
טרם נעשה מחקר מקיף
על השפעת מגבלה נפשית
של הורים על
ילדיהם**

אחת השאלות המרכזיות העולות במאמר היא למי נכון שתכוון ההתערבות כשהמטרה היא שיפור משמעותי בתפקוד הילדים (התמקדות בצורכיהן האישיים של האימהות במקביל להקניית מיומנויות חינוכיות, לעומת התמקדות בנושא החינוך והבריאות של ילדיהן)

ילדים. לעתים הילדים משולבים במסגרות בקהילה כגון מועדוניות, מעונות יום ועוד. ניכר כי הטיפול והמענים שניתנים כיום לילדים ולהורים הם חסרים ומצומצמים בהיקפם, לא תמיד מותאמים למאפייני האוכלוסייה ולצרכיה בהיבט של בריאות הנפש ואין בהם די כדי לחזק את ההורות מחד גיסא ולהבטיח את התפתחותם התקינה של ילדים מאידך גיסא, ובכך לצמצם את הסיכון ההתפתחותי, בהיבטים השונים, שהילדים נתונים בו.

נוסף על כך, הטיפול בילדים במשפחות שבהן ההורה מתמודד עם מגבלה נפשית הפגיש את עובדי לשכת הרווחה עם החוסר בידע מתאים ועם תסכולים הנובעים מקשיים בתקשורת עם המערכות המטפלות בהורה המתמודד.

תהליך הבניית השותפות טרם הקמת התכנית

לחבר ההכרה בצורך להקים מענה מותאם למשפחות אלה, הנהלת אזור דרום באגף הרווחה והנהלת התחנה לטיפול בילד ע"ש אילן הבינו כי תנאי הכרחי לכך הוא בניית שותפות בין שני השירותים והרחבתה לשירותים נוספים בבריאות הנפש המטפלים במבוגר: תב"ן ע"ש יארוס בדרום ירושלים ושירותי סל שיקום.

התהליך כלל שיחות ומפגשים מתמשכים בין הנהלות השירותים השונים (התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, לשכת הרווחה האזורית דרום, התחנה לבריאות הנפש למבוגרים ע"ש יארוס, סל שיקום במחוז ירושלים, לשכת הפסיכיאטר המחוזי) והתמקד במישורים שונים:

- ◀ **בירור הציפיות:** האם הציפייה היא ליצירת שיתופי פעולה נקודתיים, בהתאם לצורך שעולה, או להבניית מודל טיפולי המשלב מגוון התערבויות טיפוליות - בנוסף לטיפול הקליני - שיפעל לאורך זמן בניהול משותף. כל ארגון צריך לבחון את המשמעויות של בחירה באפשרויות השונות, כאשר יש להדגיש שאין "טוב" ואין "רע".
- ◀ **בתחום התוכן:** ידע ומידע. הכרת המנדט החוקי והתפיסות הטיפוליות של כל אחד מהשירותים (הבדלים בין מודל רפואי למודל משפחתי מערכתי); דרכי עבודתו (תהליכי אינטייק, עריכת הסכמים טיפוליים, המענים הניתנים); זיהוי חסמים הנוגעים להעברת מידע על אודות מקבלי השירות; הבהרת מושגי סיכון וסכנה בשירותים השונים, תוך יכולת להבין משמעות (למשל, של סיכון לילד בגיל הרך העלול להיגרם מכך שהורה נוטל תרופות המפחיתות ערנות); דרכים לביצוע מחקר, ועוד.

- ◀ **בתחומים הרגשיים וההתנהגותיים:** תהליך בניית האמון כלל שיח על החששות, שחשף את עוצמת החשש של המטפלים בשירותי בריאות הנפש משירותי הרווחה, ושיח ברמת החשש מויתור של ארגון/מנהל על האוטונומיה המקצועית הניהולית.
- ◀ השלב האחרון היה התכנסות לכיוון קבלת החלטות בעניין המחויבות, המעורבות והשקעת המשאבים שכל ארגון מוכן לקחת על עצמו לקידום השותפות.

תהליכים אלה הדגישו את פערי המידע הקיימים אצל כל אחד מהשירותים על אודות האחר והעלה אל פני השטח את עוצמת החשש של המטפלים בשירותי בריאות הנפש משירותי הרווחה בהקשר לנושא הוצאת ילדים מהבית. אלה הובילו לקיום מפגשים עם העובדים בשירותים השונים ולניהול שיח פתוח, שסייע ביצירת אמון.

בזמן שהתהליך התקיים נכנסה לתוקף הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, שחיבה דיאלוג עם השותפים החדשים - קופות החולים. התהליך ארך כשנה, עד שהשירותים השונים הבינו את ההכרח לשים במרכז את צורכי המשפחות המתמודדות עם מגבלה נפשית שיש להן

התמודדות עם מגבלה נפשית - לשירותים המתאימים ביותר לצורכיהן.

בהגדרת תחומי האחריות של השלטון המרכזי ושל הרשויות המקומיות בנושאי בריאות ורווחה יש שוני בין המדינות השונות. בפינלנד לדוגמה, ביזור מערכת השירותים הציבוריים והסמכות שבידי כל עירייה לקבוע את היקף הטיפול הניתן, מביאים לשונות בשירותים הניתנים בתחום בריאות הנפש ברשויות השונות במדינה. כמה רפורמות מקומיות, שנחקקו בעשור האחרון למען הגברת שיתוף הפעולה בין שירותי בריאות ושירותי רווחה חברתיים, נותרות לעתים בגדר הנחיות. במחקר שנערך בקרב מנהלים ועובדים בשירותי בריאות ורווחה, אותו סוקרת הלג'ן (2015) במאמרה, זוהו אתגרים דומים לאלה

שזיהינו בתהליך הבניית השותפות (פערי ידע ומידע, הבדלי אינטרסים, ערכים שונים, תרבות מקצועית שונה, חוסר אמון, היעדר תרבות של שיתוף פעולה, חוקים מגבילים, גורמים מבניים בלתי גמישים, מחסור במשאבים). המסקנה הייתה כי שיתוף פעולה מוצלח במתן שירותים לילדים ולמשפחות מחייב מודעות לשירותים, מבני ניהול התומכים בשיתוף פעולה, נהלים מוסכמים ומאמצים להתגבר על חסמי שיתוף פעולה. שיתוף פעולה במתן שירותים לילדים ולמשפחות פועל טוב יותר עם העובדים בשירותי הבריאות והחינוך מאשר עם העובדים בתחום הרווחה הסוציאלית ועם שירותי בריאות הנפש.

הלג'ן (2015) מציינת את מערכת שירותי בריאות הנפש באנגליה כדוגמה טובה למערכת שירותים קהילתיים שבה הקשרים בין שירותי הרווחה ושירותי בריאות הנפש הדוקים והיא מספקת שירותי תמיכה משמעותיים למשפחות.

בארט' (2009) סוקרת מגוון תכניות הפועלות בארה"ב שמטרתן שיפור תפקודן של אימהות המתמודדות עם מגבלה נפשית. חלקן מופעלות על ידי שירותי רווחה או שירותי בריאות הנפש. אחת השאלות המרכזיות העולות במאמר היא למי נכון שתכוון ההתערבות כשהמטרה היא שיפור משמעותי בתפקוד הילדים (התמקדות בצורכיהן האישיים של האימהות במקביל להקניית מיומנויות חינוכיות, לעומת התמקדות בנושא החינוך והבריאות של ילדיהן). המרכיב שנמצא משמעותי בשלבים הראשוניים בתכניות ששיפרו תפקוד הורי הוא התאמתן למאפיינים הייחודיים של המשפחות. נושא נוסף שהמאמר עוסק בו הוא אופן ביצוע ההערכה של התכניות.

הרציונל להקמת התכנית

הרציונל להקמת התכנית נשען על בדיקת ההיקף המספרי של המשפחות באזור דרום ירושלים המתמודדות עם מגבלה נפשית ולהן ילדים עד גיל 18, ועל בחינת המענים הקיימים בהתאמה לצרכים. מבדיקת נתוני אגף הרווחה בעיריית ירושלים לגבי אזור דרום ירושלים, עלה כי ב-2014 טופלו כ-140 משפחות עם ילדים שבהן לפחות אחד משני ההורים מאובחן כמתמודד עם מגבלה נפשית (סקיזופרניה, הפרעות פסיכוטיות, הפרעה אפקטיבית - דיכאון או מאניה והפרעה דיקוטבית (מסווגות כ-f20-f29 וכן f30-f39, בהתאמה, במדריך icd-10 של ארגון הבריאות העולמי). התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן טיפלה בכ-50 משפחות. בבדיקה עם תב"ן מבוגרים ושירותי סל שיקום, היה קושי לקבל את הנתונים על מספר המשפחות המטופלות שיש להן ילדים.

בבדיקת המענים הקיימים בקהילה באזור דרום ירושלים, נמצא כי סל ההתערבויות המוצע למשפחות כולל לרוב טיפול בתחנה אחת לשבוע, לצד הדרכת הורים וחונכויות טיפוליות. במידת האפשר (תלוי משאבים והנכונות של המשפחה), נכנסת סומכת מטעם לשכת הרווחה לבתים לתקופה קצרה, כדי לסייע בארגון הבית באופן שיבטיח מענים בסיסיים

ילדים והיה אפשר להתקדם בבניית התכנית המשותפת. מודל הבניית השותפויות נשען על מודל המבוסס על מאמריהם של לחמן'לזר, אלמוג'בר ושמיד (2013), שכתבו על שותפויות בין-מגזריות, ושל אמיר הורקין (2006), שכתב על שיתוף פעולה, הוגנות ארגונית ואמון בין מנהלים ועובדים בארגון/האיגוד הישראלי לפיתוח ארגוני. לחמן'לזר, אלמוג'בר ושמיד (2013) כותבים על מהות השותפות ומפרטים את מרכיבים החיוניים: חלוקה ושיתוף במידע, משאבים, פעילות ויכולות, נשיאה באחריות ובסיכונים, תהליכים משותפים של קבלת החלטות, יחסי גומלין וחליפין, הפעלה של תכניות משותפות וחלוקת עבודה המתבססת על יתרונותיו של כל שותף. הורקין (2006) הדגיש שני מרכיבים: אמון והוגנות ארגונית (שקיפות ובהירות בתהליכי קבלת ההחלטות). אנו חוזרים ומוציאים כי אמון הוא תנאי הכרחי לשיתוף פעולה ולהוגנות ארגונית. האמון מייצר את האפשרות לקבל ביקורת בונה מבלי לחוש פגיעות. למדנו כי השותפות יוצרת תלות הדדית, אשר מאפשרת את הנכונות ליטול סיכון בהקמת התכנית ובהפעלתה. נוכחנו לדעת כי כאשר האמון מבוסס על התנסויות חיוביות, גברו הרגשות החיוביים שאפשרו עם הזמן להגמיש את העמדות ולייצב את קשרי העבודה.

מטרות התכנית, יעדים ומדדי הצלחה

מטרות	יעדים ומדדי תוצאה (לאחר שנתיים)
שיפור בתפקוד ההורי, שיסייע בהתפתחות התקינה של הילדים בתחומים הרגשי, הלימודי והחברתי	בקרוב 75% מהמשפחות יהיה שיפור בתחום אחד לפחות של התפקוד ההורי, שיימדד במידת ההכרה שלו בצורכי הילד ובמעורבות בטיפול בו
צמצום תחלואה לעתיד של הילדים	בקרוב 50% מהילדים יתקבל דיווח ממסגרות החינוך והבריאות על שיפור בתפקוד הילד, שיימדד בביקור סדיר/הישגים לימודיים/ יצירת קשרים חברתיים/מצב רגשי
חיסכון במשאבים לטווח הארוך (הפחתת הוצאת ילדים למסגרות חוץ-ביתיות, הפחתת ימי אשפוז של ההורה)	חיסכון במשאבים יימדד במספר ההשמות החוץ-ביתיות של ילדים ובמספר ימי האשפוז הפסיכיאטרי להורה

הבניית התכנית

בעקבות ההסכמה על יצירת השותפות העקרונית בין הנהלת אזור דרום באגף הרווחה והנהלת התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, הוסכם כי התכנית תופעל על ידי יחידה נפרדת (אחריות העסקתית והדרכתית משותפת של שני השירותים, כאשר כל שירות מקצה תשומות בתחום שבמומחיותו: התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן אחראית על הדרכה וליווי קליני של פסיכיאטרית ילדים ופסיכולוגית קלינית בכירה; לשכת הרווחה אחראית על הדרכה בתחום הראייה הפסיכוסוציאלית המערכתית ועל הרחבת השותפויות עם שירותים בקהילה (חינוך, טיפוח חלב, קופות חולים) ומסגרות אשפוזיות.

השבלים הבאים כללו:

- יצירת הסכמות עם תב"ן מבוגרים ע"ש יארוס ועם שירותי סל שיקום במחוז, על השתתפותם בתהליכי קליטת המשפחות וליווי אינטנסיבי במהלך הטיפול.
- הגדרת גבולות האחריות בטיפול במשפחות (כל שירות ממשיך להיות אחראי בהתאם למנדט החוקי, קרי - האחריות על מצבי סיכון

- נפשי היא בידי שירותי בריאות הנפש והאחריות על ילדים בסיכון היא בידי שירותי הרווחה, כאשר הערך המוסף הוא ביכולת לבצע הערכות משותפות, הרואות את הקשיים לצד הכוחות המשפחתיים, ולבנות תכנית התערבות משותפת שאחראים עליה כל השותפים).
- גיוס תקציבים (משרד הרווחה, עיריית ירושלים, גיוס תרומות מארגון ידידי תחנת אילן - התחנה לטיפול בילד ובנוער).
- בניית מנגנוני העבודה (קליטת המשפחות, בניית תהליכי אינטייק, הבניית ערוצי התקשורת בין השירותים, הדרכות, בניית מחקר הערכה משותף, גיוס עובדים, ועוד) והפעלת התכנית (גיוס עובדים, קליטת משפחות, פעולות שיווק).

עקרונות התכנית מבוססים על התבוננות במשפחה כמערכת. מתוך כך, נבנית מעטפת טיפולית ייחודית לכל משפחה.

ההתערבות הטיפולית מתוכננת להיות מכוונת תוצאות (כולל מדידת התוצאות). כדי לעמוד בעקרונות אלו, יש להנגיש את הטיפול (Home Based Work) ולהתמיד בשימוש מושכל, גמיש ויצירתי במשאבים הרחבים העומדים לרשות כלל השותפים.

התכנית מבוססת על טיפול שבועי בתוך הבית, שהוכח מחקרית (Adnopoż & Ezepechick, 2003) כמאפשר שיתוף פעולה של ההורים וחברי משפחה משמעותיים נוספים בתהליך הטיפול בילד. הכניסה לבית מאפשרת לקבל עושר של אינפורמציה על הילד ומשפחתו, דבר היכול לארוך חודשים בכל מסגרת טיפולית אחרת. הטיפול האינטנסיבי בתכנית נמשך כשנתיים, כאשר לקראת סיום ההתערבות במסגרת התכנית תיבנה מעטפת קהילתית ומשפחתית, שמטרתה לייצר יציבות לטווח ארוך. הברית הטיפולית הנוצרת והתהליך הטיפולי מושתתים על אמונה בכוחותיהם של ההורים ועל ההבנה כי הקשר בינם לבין ילדם הוא אבן יסוד, שאין לה תחליף בהתפתחות הילד.

מתוך כך, תוכני הטיפול והדגשים בו מתייחסים לשלושה ממדים: 1. ההורה וחוויות ההורות שלו, המושפעת מכוחותיו, ממהלך חייו ומהמגבלה הנפשית או מהחיים בזוגיות עם אדם המתמודד עם מגבלה נפשית; 2. הילד - מצבו הרגשי, ההתפתחותי והתפקודי, החוסן הנפשי שלו וחוויות חייו; 3. הקשר בין ההורים לכל אחד מילדיהם והיכולת לזהות את הצרכים הייחודיים של כל ילד וילד ולתת להם מענה. בהתאם להערכה הלוקחת בחשבון את שלושת הממדים הללו, מתקיים שיח עם ההורה המתמודד ועם בן/בת הזוג, להכרת המגבלה הנפשית ולקבלתה. השיח מתרחב ומזמין התבוננות בהשפעת המגבלה הנפשית על הקשר שבין ההורה לילדו; ביכולת של ההורה "להחזיק" את הילד בראש (minding the child); ביכולת של ההורה לזהות את צורכי הילד; בנפרד מצרכיו הוא; במערכות הוויסות הרגשי וההתנהגותי של ההורה; בתפקוד ההורי ובדפוסים רגשיים והתנהגותיים הנובעים ממצבו הנפשי. לצד השיח, הטיפול שם דגש על מתן כלים פרקטיים, בהתאם לצורכיהם של ההורים והילדים.

התהליך הטיפולי כולל מפגשים עם ההורים יחד עם ילדיהם. במפגשים אלה מושם דגש על ראיית הילדים וצורכיהם, על הנאה מהקשר ועל תיווך מגבלת ההורה המתמודד לילדי המשפחה. התיווך נעשה בהתאם לגילם ולהבנתם, במטרה לסייע לילדים בבניית הנרטיב האישי שלהם ולהפחית תחושות של סוד, אשמה וכעס העשויות ללוות ילדים להורים המתמודדים עם מגבלה נפשית.

התכנית כוללת מרכיבים של טיפול נפשי משולב (פסיכיאטרי-פסיכולוגי-סוציאלי-שיקומי) לבני המשפחה ותכניות הדרכה הורית וטיפול משפחתי בבתי המשפחות, המתמקדות באיכות ההתקשרות בין הורה לילד.

כדי שהטיפול יתבסס ויהיה משמעותי, נדרשת התערבות תומכת, רבת-חומית, ביציבות המערכת המשפחתית. לכן, ההתערבות תכלול קשר שוטף בין כלל השירותים (case management) ושילוב ילדים במסגרות תומכות טיפול בקהילה, לצורך טיפול והגנה, התייחסות לצורכי ההורים בתחום השילוב בתעסוקה מותאמת, מיצוי זכויות ועוד.

המשפחות המשתתפות בתכנית

למעשה, כל איש מקצוע יכול להפנות לתכנית. הגורמים המפנים

במפגשים אלה מושם דגש על ראיית הילדים וצורכיהם, על הנאה מהקשר ועל תיווך מגבלת ההורה המתמודד לילדי המשפחה. התיווך נעשה בהתאם לגילים ולהבנתם, במטרה לסייע לילדים בבניית הנרטיב האישי שלהם ולהפחית תחושות של סוד, אשמה וכעס

שינויים מערכתיים:

התכנית גרמה לשינויים מערכתיים רבים. המערכות שחברו יחד נעו משיתוף פעולה אל שותפות של ממש באחריות לטיפול. השותפות והחיבורים שנוצרו מובילים להכללת תועלות השותפות סביב תכנית זו על טיפול במגוון אוכלוסיות נוספות.

קיומה של התכנית ופעולות השיווק שלה גורמים להרחבת המודעות של השירותים בקהילה לטיפול במשפחות אלו, להעלאת המודעות של הצוותים הפסיכיאטריים המטפלים במבוגר לצרכים הנוגעים בהורות ולשינוי באופן ההסתכלות: ממודל רפואי למודל משפחתי מערכתי. כל אלה מסייעים לקיום התערבויות מניעתיות מתוכננות ולהפחתת הצורך בהתערבויות בשעת משבר.

סיכום, המלצות ומסקנות

בשנת 2010 פורסם דו"ח ועדת וינטר לאיתור קטינים הנמצאים במצבי סכנה ולהתוויית רשת ביטחון להגנה בקהילה. המלצות הדו"ח קבעו כי האחריות למניעה ולאיתור של מצבי סכנה חייבת להיות משותפת לכל משרדי הממשלה, וכי העבודה המשותפת של כולם תאפשר ליצור מערך כולל להגנה על ילדים ובני נוער בסיכון ובסכנה.

נקבע כי עיקר האחריות על הביצוע בפועל מוטלת על הרשות המקומית, וכי יש להקים מערך קהילתי מתואם היטב, בתוך אזור גיאוגרפי מוגדר, שבו פועלים בצוותא ובשותפות כל הגורמים המקצועיים כחלק מרשת קהילתית המארת משפחות בסכנה ותומכת בהן.

תכנית ברו"ש, שצמחה מתוך יוזמה של מנהלי שירותים בדרום ירושלים, מיישמת את המלצות ועדת דו"ח וינטר וממחישה את תרומת השותפות בטיפול במשפחות שילדיהן הוגדרו בקבוצת סיכון. יש להדגיש כי שיתופי פעולה הם הכרחיים, אך אינם בבחינת תחליף לתכנית משותפת - שבה האחריות הטיפולית על המשפחות משותפת לאורך כל הדרך.

לרווח עיקרי זה מתווספים רווחים משניים משמעותיים: השותפות הראשונית ופורצת הדרך שהביאה להקמת התכנית מאפשרת לגורמים נוספים לחבור לשיח של שותפות ושיתוף פעולה, ובכך להרחיב את מעגלי החיבור בין הפרופסיות ונותני המענה השונים באזור. מעגלים נוספים אלה מובילים לחשיבה נוספת ולהקמת יוזמות נוספות של

העיקריים הן לשכות הרווחה, תב"ן מבוגרים, התחנה לטיפול בילד ובנוער, סל שיקום, שירות פסיכולוגי חינוכי, בתי חולים ועוד. עם הזמן והתבססות התכנית, גורמים טיפוליים פרטיים החלו גם הם להפנות.

עד כה הופנו לתכנית כ-80 משפחות. לאחר ועדות קבלה ומיון ראשוני, כ-40 משפחות קיבלו/מקבלות מענה טיפולי.

כ-45% מהמשפחות הן יחידניות, כ-33% הן של עולים חדשים. הילדים המטופלים בתכנית הם גילאי לידה ועד חמש שנים (כ-40%), גילאי 5-12 (כ-50%) וגילאי 12-18 (כ-10%). עם הזמן, אנו מזהים מגמה של יותר הפניה של ילדים בגילים הרכים - תינוקות או פעוטות.

מחקר הערכה מלווה

את התכנית מלווה מחקר הערכה, בשיתוף מחלקת המחקר של עיריית ירושלים ובליוי מכון חרוב, העוסק בהכשרה ומחקר בתחום הילדים נפגעי התעללות והזנחה.

המחקר כולל שאלונים להורים, המתייחסים לבריית הטיפולית ולמוגנות; שאלון "CANS" - כוחות וצרכים של ילדים, אשר מיועד למילוי על ידי הצוות המטפל; והערכה רב-מערכתית מקיפה. איסוף הנתונים נעשה בכניסה וביציאה של משפחה מהתכנית.

המחקר עדיין בחיתוליו, אך תוצאות ראשוניות מעידות שהשתתפות בתכנית סייעה בהסכמה לתכנית התערבות ובשיתוף פעולה לגביה מבלי שנדרש להפעיל את חוק הנוער בקרב תשע משפחות; אפשרה למנוע הוצאה של שישה ילדים למסגרות חוץ-ביתיות (חיסכון של כ-600,000 לשנה); מנעה אשפוז כפוי בקרב ארבעה הורים; תמכה בהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי (חיסכון של כ-1,300 ש"ח ליום); פעלה לרישות תמיכתי למשפחות בקהילה לשבע משפחות שלא היו מוכרות בשירותי הרווחה/סל שיקום; קידמה אבחון וטיפול מוקדם בצרכים התפתחותיים בקרב 17 ילדים (על ידי התחנה לטיפול בילד ובנוער והמרכזים להתפתחות הילד); ועסקה בתכנון התערבות מוקדמת טרום לידה בקרב שתי משפחות. לאורך הזמן התקבלו דיווחים ממסגרות החינוך על שיפור בתפקוד ההורי בהתייחסות לצורכיהם של כ-20 ילדים (ביקור סדיר, תפקוד לימודי וחברתי).



בין השירותים השונים, כולל יצירת הגדרה - המוסכמת על המערכות ועל אנשי המקצוע הפועלים בהן - של המושגים "סיכון" ו"סכנה" בהיבט משפחתי-מערכתי וגיבוש מודל טיפולי מיטבי לצורך יצירת רצף והמשכיות של הטיפול.

הרפורמה בבריאות הנפש מעמידה אתגר נוסף, של חיפוש דרכים לשילוב התכנית בתוך מתווה הרפורמה, תוך בניית השיח עם קופות החולים, במטרה להרחיב את ההסתכלות המערכתית של רופאי משפחה המפנים לטיפול.

כמו כן, יש צורך להרחיב את המחקר בנושא הערכת העלויות: לבחון את עלות ההפעלה של התכנית לאורך זמן בהתייחס לעלות הכספית הנחסכת מהוצאת ילדים למסגרות חוץ-ביתיות, מהפחתת ימי אשפוז ומהגדלת הכנסות ההורים (תעסוקה, מיצוי זכויות), המפחיתה עזרות כלכליות.

רשימת המקורות

אברם, א', זילבר, נ', לרנר, י', ופופר, מ' (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואפיוניהם. *ביטחון סוציאלי*, 53, עמ' 15-92.

הורקין, א' (2006). שיתוף פעולה, הוגנות ארגונית ואמון בין מנהלים ועובדים במאה ה-21. *עלון האיגוד הישראלי לפיתוח ארגוני (איפ"א)*. עמ' 2-11. אוזר מתוך: <http://www.ippa.org.il/uploadimages/ahorkin.pdf>

חוק שיקום נכי נפש בקהילה - התש"ס, 2000.

לוינסון, ד' (2014). *אפידמיולוגיה פסיכיאטרית - השוואה בין ישראל ומדינות אחרות*. אוזר מתוך אתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Psychiatric_epidemiological.pdf

שיתופי פעולה בתחומים שונים. התפתחות השיח מאפשרת לחולל שינוי בדימוי של שירותי הרווחה ובדעות הקדומות בקשר אליהם, הן בקרב אנשי המקצוע והן בקרב האוכלוסייה הכללית, ובכך לאפשר הנגשה של שירותי הרווחה לקהילה והגברת העבודה המניעתית.

אתגרים לעתיד:

- ▲ איסוף נתונים על מספר המשפחות המתמודדות בשירותים השונים;
- ▲ הכרה של משרדי הממשלה במודל העבודה של התכנית, יישומו ותקצובו;
- ▲ הפצת המודל;
- ▲ הרחבת/העמקת המחקר;
- ▲ הגברת המודעות בקרב אנשי הטיפול בבתי החולים ובמרפאות לראייה משפחתית;
- ▲ שינוי עמדות מטפלים כלפי עמיתים וכלפי המשפחות המתמודדות;
- ▲ הרחבת המודעות והמעורבות של מערכת החינוך;
- ▲ הרחבת השותפות עם קופות החולים;
- ▲ יציבות של כוח האדם בשירות הציבורי.

לאחר כשלוש שנות פעילות של התכנית, עולה צורך להבנות מודל עבודה בין-משרדי, המושתת על שותפות בין הארגונים, באופן שיאפשר להכלילו למשפחות נוספות של הורים המתמודדים עם מגבלה נפשית ולקבל הכרה ותקצוב של משרד הרווחה ומשרד הבריאות (סוגיית התקצוב משקפת תפיסות של מודל רפואי, המתקצב את המטופל בבריאות הנפש, ותפיסות של המודל הפסיכוסוציאלי של שירותי הרווחה, המתייחס לתקצוב הטיפול במשפחה). המשך קיומה של התכנית מחייב שמירה והעמקה של השותפויות

בית הספר לפסיכותרפיה - החלה ההרשמה!

**34 שנים של הכשרת מטפלים
בהנהלת ד"ר נגה נבארו
- פרטים במכון -**

מכון שינוי

המרכז הישראלי לתהליכי שינוי
במשפחה, בפרט ובארגון



**התכנית המלאה
להכשרת מדריכים בטיפול
משפחתי וזוגי**

קיץ 2019

**התכנית להסמכה
בפסיכותרפיה משפחתית וזוגית
אינטגרטיבית ממוקדת**

אוקטובר 2019

סדנאות קיץ של ד"ר נגה נבארו:
1. טכניקות מתקדמות בטיפול זוגי
2. טיפול "ממוקד שינוי" בדיכאון
3. Re-Framing - הטכניקה והאומנות

**התערבויות ממוקדות
עם ילדים ונוער
(גם במסגרת התערבות משפחתית)**
קורס קיץ (56 שעות)

**הלימודים מתקיימים
במכון שינוי, הרצליה
(קיבוץ גליל-ים)
09-9551973**

לימודים מרתקים עם טובי המורים בתחום
הלימודים מוכרים על ידי האגודה הישראלית לטיפול משפחתי וזוגי,
האגודה לפסיכותרפיה ממוקדת וגמול השתלמות.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.

Coulthard, H., Harris, G., Oyebode, F., Schofield, G., Vostanis, P. & Walsh, J. (2009). Attachment and coping strategies in middle childhood children whose mothers have a mental health problem: Implication for social work practice. *British journal of social work*, 39, pp. 81-98.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), pp. 387-421.

Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and psychopathology*, 12(2), pp. 157-175.

Quinton, D., & Rutter, M. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14, pp. 853-880.

Seeman, M. V. (2002). Women with schizophrenia as parents. *Primary Psychiatry*, 9(10), pp. 39-42.

WHO (2001). *Prevention of Mental Disorders*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

WHO (2004). *The world health report 2004: Changing history*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2018). *Mental disorders: strengthening our response*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

לונדון וייסברט, ל' (2010). הקשר בין מחלת נפש של הורים, לבין בריאות נפשית, תמיכה חברתית ורגשות כלפי ההורה החולה, אצל ילדיהם המתבגרים והבוגרים בהשוואה למתבגרים ובוגרים להורים שאינם חולים. עבודת מחקר לתואר מוסמך, אוניברסיטת חיפה.

לחמן לור, נ', אלמוג בר, מ', ושמיד, ה' (2013). שותפויות בין מגזריות - גישות: תיאורטיות וממצאי מחקר. ירושלים: המרכז לחקר הפילנתרופיה בישראל, האוניברסיטה העברית. https://civilsociety.huji.ac.il/sites/default/files/s-wcivilsociety/files/book_19-final.pdf

מיעמי, נ' (2003). מסמן רקע בנושא: ילדים להורים פגועי נפש. הכנסת - מרכז מחקר ומידע.

פינטו, א' (2016). סקרים תקופתיים - מקבלי קצבת נכות בשנת 2015. אוחרז מתוך אתר המוסד לביטוח לאומי: https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_283.pdf

קרן, מ', הופ, ד', וטיאנו, ס' (2013). זה לא יעבור עם הזמן? בריאות הנפש בשלוש השנים הראשונות לחיים. מושב בן שמן: מודן.

Adnopoz, J., & Ezepchick, J. (2003). Family focus: A promising strategy for serving high-risk children. *AIA best practices: Lessons learned from a decade of service to children and families affected by HIV and substance abuse*. Berkeley: University of California.

Ahlgren, A. M. (2015). *Multiagency cooperation between mental health care and residential care for children and adolescents: Qualitative focus group content analysis*. Turku University of Applied Sciences.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *The Future of Children*, pp. 95-118.



המדרשה למקצועות הטיפול
פסיכותרפיה חיובית המוניסטית חברתית

יום חמישי 28/2/2019
בין השעות 17:45 – 19:45
במכון אדלר, רח' התע"ש 14, כפ"ס

בתכנית:	17:45
התכנסות	17:45
הרצאה - הטכניקה והאומנות בעבודה עם זיכרונות ילדות מוקדמים – מאת ד"ר אנאבלה שקד	18:00
הפסקה	18:45
התנסות חווייתית עם זיכרונות מוקדמים	19:00
סיום	19:45

ד"ר אנאבלה שקד – מייסדת ומרצה, בית הספר לפסיכותרפיה במכון אדלר. פסיכודרמטיסטית ופסיכותרפיסטית. מדריכה מוסמכת בעלת קליניקה פרטית. מרצה בינלאומית וחוקרת תהליכי שינוי בפסיכותרפיה.

* לבעלי תואר שני טיפולי בלבד

הכניסה ללא תשלום בהרשמה מראש. מס' מקומות מוגבל. להרשמה: אריאלה, טל. 09-9565342 / Ariela@m-adler.com