

עם השדה

כתב עת בנושא ילדים, נוער וצעירים
במצבי סיכון ובני משפחותיהם



גיליון 12 | נובמבר 2013

עם השדה

כתב עת בנושא ילדים, נוער וצעירים
במצבי סיכון ובני משפחותיהם

Mayda Peer Learning Programs and educational activities are being provided by a generous gift of the **Ken and Erika Witover Family**
Oyster Bay Cove, New York

עם השדה 12

כתב העת של אשלים
מרכז ידע ולמידה אשלים
גיליון מס' 12, דצמבר 2013

הועדה להוצאה לאור, אשלים

איציק זהבי
איטה שחר
טוביה מנדלסון
ד"ר ענת פסטה-שוברט
אושרית שבת

עורכת ראשית

עריכה לשונית

עיצוב גרפי והפקה

מזכירת המערכת

מנהל הוצאה לאור

כתובת המערכת

דוא"ל

ד"ר ענת פסטה-שוברט
גילת עירון בהר
דפוס איילון
אושרית שבת
טוביה מנדלסון, ג'וינט ישראל-אשל
אשלים גבעת ג'וינט ת"ד 3489
ירושלים 91034
oshritg@jdc.org.il



מרכז ידע ולמידה אשלים

© כל הזכויות שמורות

www.ashalim.org.il

תהליך הגשת מאמרים לעט השדה

רקע

"עט השדה" הוא כתב עת בהוצאת ג'וינט-אשלים בנושא ילדים ונוער במצבי סיכון ובני משפחותיהם. כתב העת יוצא לאור פעמיים בשנה ומפורסמים בו מאמרים עיוניים ומחקרים במגוון נושאים ותחומים מקצועיים הנוגעים לפיתוח, ללמידה ולמחקר על מצבי סיכון והדרה שונים. המערכת מקבלת מאמרים מחוקרים, מאנשי מקצוע ומכותבים ממגוון תחומים ושדות מקצועיים. אנחנו נותנים במה גם למאמרים מתורגמים לעברית של כותבים ישראליים ובינלאומיים שפורסמו במרחב מקוון או בכתבי עת בחוץ לארץ וטרם קיבלו חשיפה בישראל. המאמרים המוגשים אלינו עוברים תהליך של הערכה ובחינה על ידי הצוות המקצועי ממרכז ידע אשלים. תהליך זה עשוי להימשך חודשים מספר. בסופו של התהליך אנחנו מודיעים על החלטתנו בדבר פרסום התוכן ב"עט השדה".

כללי הפרסום

בעת הגשת הטיוטה למערכת:

- ◆ כתב המאמר יכיל 15 עמודים מודפסים לכל היותר, והוא יוגש למערכת בקובץ word.
- ◆ המאמר מודפס בגופן דוד 12 בעברית, ובגופן arial 12 באנגלית.
- ◆ רווח בכתב המאמר הוא שורה וחצי, הוא מיושר לשני צדדים והמרווח בין הפסקאות הוא 6 (לפני ואחרי).
- ◆ המאמר מועבר אלינו באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני lemida@jdc.org.il חודשים לפני פרסום כתב העת (בתחילת החודשים אפריל ואוקטובר בהתאמה).
- ◆ יצוינו בעמוד נפרד: שם המחבר/ת, תפקידו/ה ומקום עבודתו/ה, ופרטי ההתקשרות עמו (מספרי טלפון וכתובת דואר אלקטרוני).
- ◆ שמות מחברים לועזיים הנזכרים בגוף המאמר יכתבו בתעתיק לעברית, ובסוגריים יכתבו השמות בלועזית ושנת הפרסום.
- ◆ כל ההפניות במאמר מסודרות לפי א"ב של שמות המחברים - תחילה בעברית ואחר כך בלועזית. כמו כן תצוין רשימת מקורות מלאה בסוף הטיוטה המוגשת (רשימה זו תתפרסם בעותק האלקטרוני של כתב העת, באתר האינטרנט של אשלים).
- ◆ כשיש שני מחברים לפרטי, שניהם יוזכרו בכל ההפניות. ארבעה או חמישה מחברים מוזכרים כולם בהפניה ראשונה, ומן ההפניה השנייה ואילך ייכתב שם המחבר הראשון בתוספת "ועמיתים" (et al.) כבר בהפניה ראשונה.
- ◆ הערה חשובה: מרכז ידע ולמידה אשלים שומר לעצמו את הזכות להכניס תיקוני עריכה וסגנון. מאמר שלא יעמוד בכללים יוחזר למחבר/ת ויתבקש להתאימו אליהם. כמו כן, כותבי מאמרים מקבלים תדפיסים אלקטרוניים של מאמריהם לאישור הסופי.

אופן רישום המקורות

ספר

שם משפחה, שם פרטי, ושם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם הספר. מקום ההוצאה:
שם ההוצאה לאור.

כתב עת

שם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם המאמר. שם כתב-העת מספר כרך (מספר
החוברת), עמודים.

פרק בתוך ספר ערוך

שם משפחה, שם פרטי, ו-שם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם הפרק. בתוך: שם העורך
(עורך הסדרה) ו-שם העורך (עורך הכרך), שם הסדרה: מספר הכרך. שם הכרך בסדרה.
(מהד', עמ'). מקום ההוצאה: שם ההוצאה לאור.

מקור ממרחב מקוון

שם משפחה, שם פרטי, (שנה), כותרת, [גרסה אלקטרונית], שם אתר האינטרנט,
תאריך, קישור.

תוכן עניינים

6 _____ על הכותבים

הקדמה

9 _____ איציק זהבי, ממלא מקום מנכ"ל אשלים

מבוא

10 _____ שיח עמיתים: אתגרים במרחבי הפיתוח והעשייה בעולם החברתי
ד"ר ענת פסטה-שוברט

שיח עמיתים

12 _____ אוכלוסיות קצה בהשמה חוץ-ביתית: מאפיינים ודרכי התמודדות
דויד ג'קסון ופרופ' שמעון שפירו

35 _____ קהילה בריאה בסביבה בריאה: קידום בריאות בקרב אוכלוסיות עירוניות
בראי המודל האקולוגי
ד"ר ורד קאופמן-שריקי

יומן שדה

42 _____ שיקום בלתי-פורמלי - שילוב בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי: היש חיה כזאת?
גידי צור

56 _____ עולמות נפגשים: המשמעות של התנדבות של נוער וצעירים עם מוגבלות
והבטחת הצלחתה
מיכל גולן ורונית בר

66 _____ טיפול בוידאו: הצצה לנפשם של קבוצת מתבגרים - קבוצת "קולנוע מסייע"
ענבל כהן-רוזה

על הכותבים

דויד ג'קסון

פסיכולוג קליני מומחה. מדריך בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוסטיקה. מטפל בילדים, בבני נוער ובמבוגרים. בצד עבודה בקליניקה פרטית עובד שנים רבות במרפאת הילדים והנוער בבית החולים "גהה" ומתמחה בילדים ובני נוער עם הפרעות התנהגות או המאובחנים על הרצף האוטיסטי. עבד כרכז מקצועי של הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות המיועדות לאוכלוסיית קצה.

פרופ' שמעון שפירו

פרופסור חבר (בדימוס) בעבודה סוציאלית ובסוציולוגיה באוניברסיטת תל-אביב ובמכללה האקדמית תל-חי. תחום ההתמחות העיקרי שלו הוא הערכת תכניות חברתיות. מכהן כיו"ר העמותה "ילדים בסיכוי - המועצה לילד החוסה". כיהן כיו"ר הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות המיועדות לאוכלוסיית קצה.

ד"ר ורד קאופמן-שריקי

דיאטנית קלינית ואפידמיולוגית (Ph.D., M.Sc., R.D.) בתכנית פוסט-דוקטורט במרכז לחקר בריאות אוכלוסיות בסיכון ואי-שוויון בבריאות בטורונטו שבקנדה. עבודת המחקר שלה מתמקדת בבריאות האם והילד, באוכלוסיות בסיכון תזונתי ובהערכת תכניות התערבות לקידום בריאות אוכלוסיות במצבי סיכון.

גידי צור

מנכ"ל עמותת "כוונים" העוסקת בקידום ילדים וצעירים עם מוגבלויות. הוביל את פיתוח "כנפיים" - מכינות לחיים עצמאיים ותכניות נוספות לצעירים עם מוגבלויות מוטוריות, חושיות ומחלות כרוניות, במסגרת ג'וינט-אשלים, אגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, המוסד לביטוח לאומי ומשרד החינוך. כיום עוסק בפיתוח ובהפעלה של תכניות חדשות במסד ג'וינט-נכויות ובהמשגת תחום החינוך הבלתי-פורמלי והשיקום בקרב בני נוער עם מוגבלויות. בעל תואר מוסמך ביעוץ חינוכי, בוגר מכון מנדל למנהיגות.

מיכל גולן

ראש תחום ילדים עם מוגבלויות בג'וינט-אשלים. בעלת ניסיון רב שנים בטיפול באנשים עם לקות שמיעה, בקשיים נפשיים ובנפגעי עמוד שדרה בבית החולים תל-השומר. לפני שנכנסה לתפקידה הנוכחי שימשה מנהלת השירות לשיקום אנשים עם מוגבלויות באגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. תפקידה כלל ניהול ואחריות על מסגרות ושירותים בקהילה, הקצאת משאבים ופיתוח מדיניות ארצית בתחום זה. עובדת סוציאלית מומחית בשיקום, בעלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. נושא התזה שלה

הוא שילוב פעוטות עם צרכים מיוחדים במסגרות בקהילה. כמנהלת תחום באשלים שמה לה למטרה להוביל, עם צוות מנהלות התכניות ושותפים נוספים, תהליכי שינוי מערכתיים בינתחומיים ובין-משרדיים לטובת אוכלוסייה זו.

רונית בר

ראש תחום התנדבות, מנהלת מיזם ההתנדבות הישראלי. אשת חינוך וקהילה ויזמת חברתית המתמחה בתחום הנוער והתנדבות בין-מגזרית. בעלת ניסיון רב שנים בתחום הנוער בסיכון, בעבודה מול נוער בעולם הפנימיית והחינוך. ניהלה את עמ"ן - עיר מתנדבת נוער - תכנית לקידום ולפיתוח התנדבות הנוער בישראל. יזמת של תכנית בין-מגזרית, התנדבות משפחתית ומודל מכב" כעיר מתנדבת. בעלת תואר מוסמך בניהול מצבי חירום ואסון, מוסמכת מטעם מכון מנדל למנהיגות בניהול בתי ספר וייעוץ ארגוני. שותפה לצוות המייסדים של "עמותת המודל החברתי הישראלי". חברת ועד המנהל במועצה הלאומית להתנדבות. מתנדבת עם משפחה בעמותת "החלמה חלומית".

ענבל כהן-רוזה

עובדת סוציאלית MSW ופסיכותרפיסטית ב"נעורים" - מרכז הורים למתבגרים בחולון ובעלת קליניקה פרטית. מומחית בתחום ילדים, נוער ומשפחה. בעלת ניסיון רב שנים בבריאות הנפש ובעבודה עם מתבגרים, הדרכות הורים, טיפולים דיאדיים ומשפחתיים. מנחה קבוצות לנוער ולמבוגרים, מדריכה מוסמכת לסטודנטים לעבודה סוציאלית ולאנשי מקצוע בתחומים אלה.

הקדמה

איציק זהבי, ממלא מקום מנכ"ל אשלים

גיליון זה מציג את עושר הידע המקצועי ואת החשיבות הרבה שאשלים מייחדת לחיבור שבין פיתוח ללמידה ובין השדה לאקדמיה, לצורך הפקת ידע חדש ויצירת ממשקים בין תחומי ידע מגוונים. בכוחם של אלה להבטיח רלוונטיות וחדשנות במציאות מורכבת שבה פועלים אנשי המקצוע העובדים עם אוכלוסיות במצבי סיכון במרחבים השונים. במוקד הגיליון הנוכחי מתמודדים הכותבים עם מגוון שאלות מקצועיות תוך חיבור בין תיאוריה לפרקטיקה.

במאמרים עולות שאלות בנוגע להגדרות של האוכלוסיות הדורשות מענה, למרחבי העשייה השונים ולאופי האתגרי של עבודה בין-תחומית בבניית מענים לאוכלוסיות השונות. מהי אוכלוסיית קצה? מי שותף להגדרה שלה ומה הקשר בין הגדרה מוסכמת לבניית מענים מתאימים? מהו קידום בריאות בהקשר של קהילה? מה בין חינוך, חינוך בלתי-פורמלי ושיקום בחייהם של צעירים עם מוגבלויות? האם יש ערך מוסף להתנדבות של צעירים עם מוגבלויות, ואם כן מהו? מה בין קולנוע לבני נוער? שאלות אלה ואחרות נמצאות במוקד גיליון זה.

שיח עמיתים:

אתגרים במרחבי הפיתוח והעשייה בעולם החברתי

ד"ר ענת פסטה-שוברט

עמותת אשלים רואה חשיבות רבה בקידום שיח מקצועי כחלק מהדיון הכולל בדרכים לפיתוח אפיקי למידה בקרב אנשי מקצוע העובדים עם ילדים, בני נוער וצעירים במצבי סיכון ועם בני משפחותיהם. גיליון 12 של "עט השדה" ייחודו בכך שהוא מעלה שאלות רלוונטיות לפיתוח מענים עבור אוכלוסיות במצבי סיכון: כיצד מוגדרות אוכלוסיות קצה; מה בין בריאות לחוסן קהילתי; כיצד משמש הקולנוע כלי טיפולי; כיצד והאם אפשר לשלב בין חינוך לשיקום, ומהו הערך המוסף של התנדבות בחייהם של בני נוער וצעירים עם מגבלויות. על כל אלה ועוד מרחיב הגיליון הנוכחי.

בחלק הראשון, שיח עמיתים, נפרס בפניכם ידע משני תחומים הרלוונטיים למרחבי הפיתוח והעשייה של תכניות בעולם החברתי: השמה חוץ ביתית; בריאות וקהילה.

הגיליון נפתח במאמר הדין בגבולות שבין תחומי האחריות של שירותים שונים בטיפול בבני נוער קשיי השמה ובפעולות מניעה העשויות לצמצם את מספרם של אלה המוגדרים "אוכלוסיית קצה". הכותבים, דויד ג'קסון ופרופ' שמעון שפיר, מתבססים בכתיבתם על פירות עבודתה של הוועדה לגיבוש תורת הפעלה לפנימיות המיועדות לבני נוער שזו הגדרתם. באפריל 2010 מינה השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים ועדה לגיבוש תורת הפעלה לפנימיות שמיועדות לבני נוער קשים להשמה. בני נוער אלה מציבים אתגר למסגרות המטפלות בהם בשל מגוון בעיות בתחומים שונים; הם מסכנים את עצמם ואת סביבתם, ומתקשים לקיים קשר משמעותי עם דמויות מטפלות. ממצאי הוועדה ומסקנותיה מוצגות במאמר זה, ועיקרם הוא נחיצותה של מסגרת טוטלית, קטנה יחסית, ששמה דגש על התייחסות אישית, יצירת סדר יום מובנה ומארגן ומענים טיפולים מגוונים. לאור חשיבותו של הנושא מאמר זה מקיף וארוך מהרגיל.

המאמר השני עוסק בקידום בריאות בקרב אוכלוסיות עירוניות בראי המודל האקולוגי. החוקרת, ד"ר ורד קאופמן-שריקי, מראה שבמחצית השנייה של המאה העשרים החלה מגמה של העברת האחריות על הבריאות לפרט, וניתן מקום נרחב לתיאוריות התפתחות אישיות שבאו לידי ביטוי בעידוד ממסדי לקיום אורח חיים פעיל ובריא. בהמשך החלו תאוריות של הבריאות לבחון את מקומן של התרבות ושל החברה בקיום חיים בריאים ואת היכולת לפתח חוסן קהילתי ואחריות של הקהילה לחייה. החוקרת מתמקדת בחקר מקרה של השמנה כדי להסביר התפתחות תיאורטית זו.

בחלקו השני של הגיליון, יומן שדה, מובאים רשמים של אנשי מקצוע. בחלק זה שלושה מאמרים. המאמר הראשון דן בשאלת השילוב בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי. הכותב, גידי צור, מנכ"ל עמותת "כוונים", משתף אותנו בהתמודדותו עם שאלות מאתגרות כאיש מקצוע הנע בין תחום החינוך לתחום השיקום: מה משמעותם של שני מרחבי העשייה האלה ועד כמה הם שלובים זה בזה. סוגיה זו מעניינת לכשעצמה במיוחד נוכח הדין בעבודה עם צעירים עם מוגבלויות. צור מתמקד בחמישה היבטים של עבודה בלתי-פורמלית המיטיבים להמחיש את החשיבה המשלבת בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי.

המאמר השני בחלק זה מציג את האתגר של השתלבות צעירים עם מוגבלויות בעולם ההתנדבותי. הכותבת, רונית בר, ראש תחום התנדבות, מנהלת מיזם ההתנדבות הישראלי, ומיכל גולן, ראש תחום ילדים עם מוגבלויות - דנות בחוויית ההצלחה של צעירים עם מוגבלויות המשלבים פעילות התנדבותית בחייהם. הכותבות מראות כיצד השינויים הרבים המתחוללים בחברה המערבית משפיעים על שילוב התנדבות גם בחייהם של אנשים עם מוגבלויות. ההבנה כי במעשה ההתנדבותי של נוער עם מוגבלות טמון פוטנציאל עצום לשילובם החברתי בקהילה, הופכת את הקערה על-פיה: אנשים עם מוגבלות אינם רק מקבלי שירות ונזקקים, אלא גם נותני שירות ומתנדבים בקהילה שבה הם חיים. ברוח זו הכותבות חושפות את הקוראים לתכניות חדשות המשלבות בני נוער עם מוגבלות בפעילות התנדבותית. תכניות אלה שמות דגש על הנגשת ההתנדבות, על תהליכי ליווי ותמיכה למתנדבים עצמם ועל שינוי עמדות בקרב הארגונים הקולטים אותם.

המאמר השלישי דן במדיה הקולנועית ככלי טיפולי השלכתי המאפשר לרתום את המתבגרים להתחבר לעולמם הפנימי, תוך התמודדות עם אתגרי גיל ההתבגרות. ענבל כהן-רוה, עובדת סוציאלית MSW ופסיכותרפיסטית ב"נעורים" - מרכז הורים למתבגרים בחולון, בוחנת את המדיה הקולנועית ככלי טיפולי השלכתי המגייס את המתבגרים להיפגש עם עולמם הפנימי. לדבריה, המדיום הקולנועי מהווה מוקד משיכה למתבגרים, וכוחה של הקבוצה תורם לתהליך הדינמי שהם חווים. במאמר מתואר כיצד נוצרת דינמיקה קבוצתית, על כל מאפייניה, לצד התפתחותו של סרט קבוצתי העוסק בתכנים המעסיקים את בני הנוער. יתרה מזאת, הכותבת מדגישה את האופן שבו מסע זה מסייע לצעירים להתחבר לעולמם הפנימי ולהתמודד עם גיל ההתבגרות.

שיח עמיתים

אוכלוסיות קצה בהשמה חוץ-ביתית: מאפיינים ודרכי התמודדות

דויד ג'קסון ופרופ' שמעון שפירו

זה שנים מספר מתמודד השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים עם קושי הולך וגובר בהשמה של בני נוער מאתגרים במיוחד. קבוצה זו מתאפיינת בשילוב של בעיות התנהגות ובעיות נפשיות קשות עם רקע סוציו-אקונומי קשה והעדר תמיכה משפחתית. מאפיינים אלה משפיעים על קליטתם במסגרות, ולכן היא על-פי רוב סוערת ומלווה במשברים ובאתגרים. בני נוער אלה בעלי מוטיבציה נמוכה וחסרי תקווה ביחס לעתיד ובאשר להשתלבותם האפשרית במסגרת כלשהי. כתוצאה מכך, שירותי הרווחה מתקשים לאתר עבורם מסגרת הולמת ולהחליט על המענה הטיפולי הנכון ביותר עבורם. כך נוצר מעגל קסמים: בני נוער אלה חווים שוב ושוב דחייה במסגרות הרווחה השונות, מרבים להיפלט ממסגרות קיימות ולנוע ממסגרת למסגרת. מעברים אלה נמצאו בעבר כגורם סיכון משמעותי בפני עצמו היוצרים "כדור שלג" שלילי והידרדרות מתמשכת (בן נתן, 2000; 2008; Schmid et al, 1992; Daly & Dowd, 2007; Baker, Archer & Curtis, 2007). בשל נטייתה של אוכלוסייה זו להתנהגויות קיצוניות, ובשל התחושה שהיא ממוקמת על קצה הרצף שאגף השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה אמור ויכול להתמודד עמו, היא מוגדרת בעגה המקצועית והביורוקרטית "אוכלוסיית קצה".

נושא אוכלוסיית הקצה אינו אופייני למדינת ישראל בלבד. בראון מצטט את ריי-גרנט משנות השבעים כדי להראות כי כבר אז דובר, ביחס לאוכלוסייה קשה במיוחד להשמה, על "שילוב של התנהגויות המסבירות קשיים בהשמה, כולל בריחות תכופות ממסגרות, ניסיונות אובדניים, הצתה והעדר יכולת לקשר" (Brown, 1986). נושא זה נחקר בשנות השמונים והתשעים, אם בכותרת "Hard to place" (Brown, 1986) ואם כחלק מחיפוש אחרי דרכי התמודדות יעילות עם אוכלוסייה מאתגרת במיוחד (Coyler, 1991). מחקר שבחן את המאפיינים של קבוצה קטנה שהוגדרה "קשה במיוחד להשמה", מצא בה אחוז גבוה של בעיות נפשיות והתנהגויות, מספר רב של מעברים בין מסגרות, שימוש לרעה בחומרים ועבר של התעללות מינית (Armour & Schwab, 2007). ככלל, חוקרים בעולם מדווחים על עלייה דרמטית באוכלוסייה קשה להשמה ובאתגרים שאוכלוסייה זו מציבה בפני הגורמים המטפלים (Armour & Schwab, 2007; Baker, Archer & Curtis, 2007; Butler, 2007; Hargrave, 1991; Huefner et al, 2010; Schmid, 2008; Scholte & Van Der Ploeg, 2006; Sigrid et al, 2006; Whittaker, 2000; Ziegler, 2001).

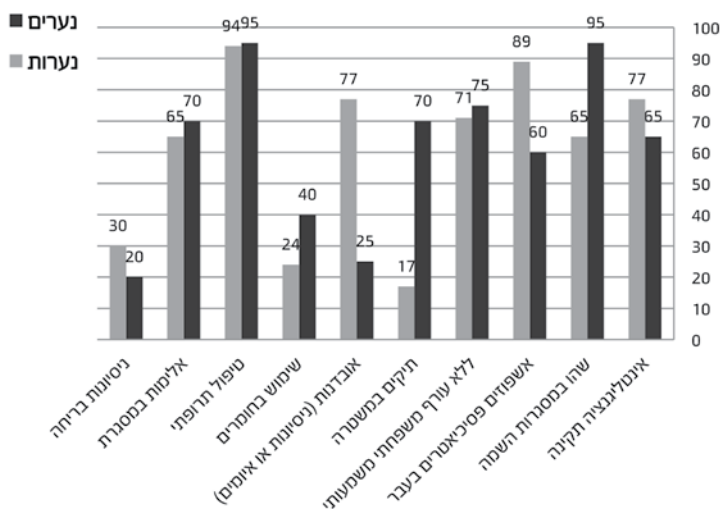
עם עליית המודעות לקיומה ולצמיחתה המתמדת של אוכלוסיית קצה, החל השירות לילד ולנוער בהפעלת שתי פנימיות ייעודיות שאמורות להתמודד עם אוכלוסייה זו. פנימיות

אלה פעלו ללא תורת הפעלה מאחדת. נוסף על כך, מספרן המועט של הפנימיות משאיר חלק משמעותי מהאוכלוסייה ללא פתרון הולם. באפריל 2010 מינה השירות לילד ולנוער ועדה לשם גיבוש מודל לפנימייה שתהיה מיועדת לבני נוער שמשרד הרווחה התקשה בהשמתם. הוועדה, שכללה אנשי מקצוע מתחום הטיפול החוץ-ביתי, אנשי אקדמיה ועובדי משרד הרווחה, התכנסה במשך כשנה ודנה בסוגיות השונות שעלו בהקשר זה. מאמר זה מתבסס על העבודה המשותפת בוועדה ועל הדוח המסכם (הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לאוכלוסיית קצה, 2011).¹

מאפייני האוכלוסייה

כדי לחדד את ההגדרה ואת ההבנה של "אוכלוסיית הקצה" נבדקו מאפייני החניכים בשתי פנימיות הקצה שפעלו בשנת 2010. בעת הבדיקה שהו במסגרת המיועדת לנערים 20 חניכים ובמסגרת המיועדת לנערות 17 חניכות. המאפיינים שנבדקו הוערכו כרלוונטיים לאוכלוסייה על סמך הספרות. בדיקת המאפיינים נערכה על בסיס קריאה בתיקי חניכים, יחד עם קבלת מידע משלים ממנהלי הפנימיות. מבדיקת המשתנים עלו נקודות דמיון ושוני בהשוואה בין נערות לנערים (ראו תרשים 1). בהמשך נראה כי ממצאים אלה הם בעלי משמעות לתכנון המסגרות לאוכלוסייה זו ולבנייה מובחנת של מסגרות המתאימות לנערות לעומת נערים.

תרשים 1: מאפיינים של נערים ונערות בשתי פנימיות לאוכלוסיית קצה, ספטמבר 2010 (באחוזים)



1 חברי הוועדה היו אפלבאום יואב, ביבי ורד, גולדברג דני, ד"ר גולן מרים, גפני נועה, ד"ר דביר אורלי, הויזליך צבי, ויזל שרית, ליבוביץ שלוה, פולבר ג'ראר, פיינגולד חיים ושפירר אוהד. השתתפו בישיבות הוועדה בן ציון בראנץ, ועקנין יוסף ולב-שדה דליה. המחבר השני היה יו"ר הוועדה והמחבר הראשון היה הרכז המקצועי שלה. לכל אחד מחברי הוועדה הייתה תרומה ייחודית וחשובה לדוח שעליו מבוסס מאמר זה, אולם האחריות לנאמר בו היא של המחברים בלבד.

מאפייני נערים: גילם הממוצע של הנערים הוא 15 וחצי. 65% מהנערים הם בעלי אינטליגנציה ממוצעת ומעלה ו-35% מתפקדים ברמת אינטליגנציה מתחת לממוצע עד גבולית. נושא התקיפות המיניות בלט כמאפיין נפוץ (55%), כשחלק מהתוקפים גם הותקפו מינית בעברם. מאפיין שכיח נוסף היה ההיסטוריה הפלילית של הנערים: לרובם (70%) היו תיקים פליליים, מרביתם נפתחו על עבירות מין ומיעוטם על עבירות אלימות ורכוש. נושא העורף המשפחתי בולט אף הוא כמאפיין: רק ל-25% מהם יש עורף משפחתי שעליו אפשר להסתמך. רוב הנערים שהו בעברם במסגרת חוץ-ביתית וכ-60% מהם אושפזו בעברם, מחצית מהם על רקע של סכיזופרניה וכמחצית על רקע בעיות התנהגות קשות. האבחנות הנפוצות באוכלוסייה זו הן הפרעות קשב וריכוז, הפרעות התנהגות, דיכאון וסכיזופרניה, בסדר הזה. רוב הנערים מקבלים טיפול תרופתי. באוכלוסייה זו בולטים גם הנושאים של אלימות במסגרת (70%) ושימוש בחומרים (40%), לעומת מיעוט יחסי של ניסיונות לפגיעה עצמית, אובדנות וניסיונות בריחה. נפוצות גם תופעות של אנקופרזיס ואנורזיס (40%).

מאפייני נערות: גם הגיל הממוצע של הנערות נע סביב 15 וחצי, רובן נערות בעלות אינטליגנציה ממוצעת ומעלה (76.5%), והשאר בעלות אינטליגנציה מתחת לממוצע עד גבולית. מאפיין מרכזי שלהן הוא מספר גבוה יחסית של נפגעות מינית (29%) ושל הפגנת התנהגויות מיניות לא תואמות (42%). בולט אצלן במיוחד שיעור גבוה של פגיעה עצמית (88%), המלווה גם בסיכון אובדני (65.5% עם ניסיונות אובדניים בעברן). בדומה לנערים, גם מספר הנערות הבאות מרקע משפחתי מתפקד הוא נמוך יחסית (30%). רבות מהנערות אושפזו בעבר (89%) בשל אובדנות, סכיזופרניה, דיכאון, הפרעות אישיות והפרעות התנהגות. רובן זוכות לטיפול תרופתי מגוון. מרבית הנערות חסרות עבר פלילי (83%), אולם גם אצלן יש שיעור גבוה של אלימות במסגרת (65%) וקיימים גם ניסיונות בריחה (30%). מרביתן הגיעו עם רקע של השמה חוץ-ביתית (65%), אם כי בשיעור נמוך מזה של הנערים. אין בולטות של הפרעת אכילה בקרבן, ובניגוד לנערים גם אין עדויות לבעיות הרטבה או לכלוך.

גבולות אוכלוסיית הקצה

כמה מהמאפיינים שתוארו לעיל אינם ייחודיים לאוכלוסיית הקצה. אפשר למצוא אותם גם בקרב מתבגרים ומתבגרות אחרים, שנמצאים בפנימיות המוגדרות "טיפוליות" או "פוסט-אשפוזיות". פנימיות אלה מיועדות לילדים חולי נפש ולילדים עם בעיות התנהגות קשות, אך אינן מוגדרות "מסגרות קצה". כשמנהלים של פנימיות כאלה נשאלו מי הם הנערים והנערות שעמם אין הם מסוגלים להתמודד, הם ציינו שני מאפיינים עיקריים: כאלה שמסוכנים לעצמם ולסביבתם, עד כדי פגיעה קשה ואף סכנת חיים, וכאלה שיכולת ההתקשרות שלהם פגועה עד כדי כך שאין בסיס לעבודה טיפולית עמם. לעומתם, אלה המסוגלים ליצור התקשרות בעלת מאפיינים חיוביים אינם זקוקים למסגרת קצה נפרדת, אלא בעתות משבר, ל"יחידת משבר" זמנית, בתוך המסגרת הקיימת. נראה כי הבחנה זו יכולה לסייע הן במניעה, על-ידי שמירת אלה המסוגלים להיתרם במסגרות

הקיימות בתוך מסגרת האם, והן בקביעת קו גבול ברור בין אוכלוסיית הקצה לאוכלוסייה נורמטיבית יותר בתוך מסגרות השירות לילד ולנוער.

שאלת גבול ההגדרה עבור אוכלוסיית קצה עולה גם מהכיוון המנוגד, כשיש מתבגרים ומתבגרות הזקוקים למענה מגביל עוד יותר, החורג מגבולות הסמכות של השירות לילד ולנוער. בקרב האוכלוסייה שהשירות לילד ולנוער נדרש לטפל בה יש בודדים שגם מסגרת ייחודית ל"אוכלוסיית קצה" לא תתאים להם. כשנער או נערה אינם מוכנים בשום פנים להיות במסגרת, ומבטאים התנגדות זו בצורה הרסנית קיצונית המופנית כלפי כל רמות הסמכות, גם המסגרת המוצעת לא תוכל להכילם. כפי שאפשר ללמוד מבדיקה של שתי מסגרות הקצה הפעילות כיום, מספרם של אלה מועט מאוד ומקומם, לפחות בשלב של התארגנות, במעון נעול (כפי שיש לרשות חסות הנוער), ולא בפנימייה של השירות.

יתר על כן, מעצם הגדרתה של אוכלוסיית קצה כאוכלוסייה המאופיינת בקו-מורבידיות מתחומים שונים של תפקוד רגשי, התנהגותי ומשפחתי, היא מאתגרת את החלוקה המקובלת בין השירותים השונים, הן בתוך משרד הרווחה והן מול משרד הבריאות. מבדיקת מאפייני האוכלוסייה בשתי פנימיות הקצה הקיימות עולה שלמרביית הנערים תיק פלילי, דבר האמור למקם אותם לכאורה ברשות חסות הנוער (אלא אם כן מאובחנת ברקע מחלת נפש), ושחלק ניכר מהנערות מאובחנות, במהלך שהותן בפנימייה, כסובלות מהפרעת אישיות גבולית, דבר שאמור היה להוציא אותן, לפי ההגדרה, מתחום האחריות של השירות לילד ולנוער ולמקמן באגף השיקום.

בשעתו משרד הרווחה קיבל על עצמו את הטיפול בילדים ובני נוער חולי נפש כשהם אינם זקוקים לאשפוז בבית חולים. בעקבות זאת נוצרה הקטגוריה של פנימיות "פוסט-אשפוזיות". לכאורה הגדרת הגבולות בין השירותים בתחום זה ברורה. מסגרות משרד הבריאות אמורות לטפל בחולים ולאזנם כדי שיוכלו לתפקד במסגרת שאינה רפואית, אך למעשה נותרו כמה סוגיות לא פתורות. במיוחד קיימת בעיה של נערים ונערות חולי נפש שהיו באשפוז, אך בעת האשפוז כשלו הניסיונות לאיזון תרופתי. הגדרה ברורה ומוסכמת של הגבולות בין שירותים, יחד עם אפשרויות מעבר משירות לשירות כאשר שינויים במצבם של בני נוער מחייבים או מאפשרים זאת, עשויים להקל על הטיפול באלה שהשירות לילד ולנוער מגדיר כיום "אוכלוסיית קצה".

מניעה עדיפה על טיפול

ההיקף של אוכלוסיית הקצה אינו גזירה משמים. יש ילדים שהופכים לאוכלוסיית קצה משום שהם מגיעים למערך ההשמה החוץ-ביתי בשלב מאוחר מדי, לאחר ניסיונות כושלים לסייע להם במסגרת הקהילה, ניסיונות שמעמיקים ומחריפים את קשייהם. כמו כן, ילדים ובני נוער עלולים להיות לחלק מ"אוכלוסיית הקצה" כשלפנימיות הקיימות חסרים כלים ומשאבים להתמודדות עם בעיות התנהגות בשלבים מוקדמים יותר. הספרות המקצועית והניסיון המצטבר בשטח מצביעים על החשיבות הקריטית של הצוות החינוכי והטיפול. מספר אנשי הצוות, הרכבו, רמת הכשרתו וההדרכה שניתנת לו הם הגורמים שמשפיעים יותר מכול על יכולתה של פנימייה להתמודד עם אוכלוסיות מאתגרות. הבטחת משאבים

נאותים לפנימיות הקיימות תשפר את יכולת ההכלה והטיפול שלהן, תפחית את מספרם של אלה שאינם נקלטים בהן, תקטין את מספר המעברים של ילדים בין מסגרות, ותפחית את הצורך בבניית מסגרות מיוחדות ל"אוכלוסיית קצה".

יתר על כן, בקרב הפנימיות הטיפוליות והפוסט-אשפוזיות יש כאלה שמוכנות ומסוגלות להתמודד גם עם ילדים שמציבים אתגר מיוחד, אם נוסף על תגבור כללי של משאבים, יועמדו לרשותן משאבים ייחודיים להתמודדות עם ילדים כאלה. יש דוגמאות של תכניות ייחודיות שפותחו בתוך פנימיות, כמו תכנית המוגנות של פנימיית "אהבה" (כפר ילדים ונוער "אהבה", 2008), ולצדן מסגרות לילדים פוגעים מינית, כמו פנימיית "רננים" (רננים, 2008). תכניות כאלה מאפשרות לפנימייה להכיל ילדים מאתגרים ולחסוך מהם התנסויות של דחייה ומעברים. נראה כי יש מקום למדיניות שתעודד פיתוח תכניות כאלה, דבר שעשוי למנוע בחלק מהמקרים השמה בפנימיות קצה.

בחירת מענה ההשמה

בהנחה שמענה ל"אוכלוסיית קצה" אינו יכול לבוא מתוך השירותים בקהילה, עולה השאלה מה יהיה מענה ההשמה המועדף לאוכלוסייה זו. מעצם הגדרתה, אוכלוסיית הקצה אינה מקבלת מענה מספק במסגרת הפנימיות הקיימות. עולה, אם כן, השאלה האם אומנה טיפולית עשויה לתת מענה לאוכלוסיית הקצה? נראה כי עם הכניסה לגיל ההתבגרות, אופציה זו מועדפת פחות מאחרות. אמנם כמה מחקרים דיווחו על אפקטיביות של משפחות אומנה טיפולית לאוכלוסייה מורכבת מבחינה נפשית והתנהגותית (Chamberlain, 2003; Chamberlain & Reid, 1998; Chamberlain et al., 2008; Macdonald & William, 2008), אולם מחקרים אחרים הצביעו על הקושי של מסגרת כזאת להתמודד עם בעיות התנהגות קשות (Hussey & Shenyang, 2005), בפרט כשמדובר באוכלוסייה בגילאי 12 ומעלה (Cross et al., 2004). בדיקה שעשתה הוועדה עם מערכת אחת של אומנה טיפולית בישראל העלתה קשיים ניכרים בהתמודדות עם בני נוער בכניסתם לגיל ההתבגרות.

נראה, אם כך, שהאופציה המועדפת היא מענה פנימייתי קבוע לאוכלוסיית הקצה, כזה שימש חלופה למענים הפנימייתיים הקיימים במערכת כיום. יש לציין כי הפנייה למסגרת פנימייתית כמענה מומלץ תואמת גם את תפיסת הרצף העולה מהספרות בתחום וממקמת את הטיפול הפנימייתי כאפשרות הטיפולית המועדפת לאוכלוסייה המאתגרת ביותר (Ainsworth & Hansen, 2005; Frensch & Cameron, 2002; Foltz, 2004; Huefner et al., 2010; Leichtman, 2006; Underwood et al., 2004). השאלה היא מה יהיה ייחודו ומה יהיו מאפייניו של מענה זה ובמה תיבדל פנימייה לאוכלוסיית קצה מפנימיות המספקות מענה לאוכלוסיות אחרות.

מבחינת משך השהייה במסגרת יש אפשרויות שונות, הנעות בין מבנה של "יחידה משברית", המיועדת לקליטה לזמן קצר יחסית והשבה ליחידת האם, לבין מבנה המיועד מלכתחילה לטווח ארוך והמיועד לייצר "בית חלופי" לזמן ממושך עבור בני הנוער הזקוקים לו. לפי הספרות, מרבית המסגרות בעולם מגבילות את פרק השהייה בהן בין

חודש לשנתיים (Underwood et al., 2004), ויש חוקרים המציעים פרק זמן קצר במיוחד לאפקטיביות טיפולית (Chamberlain & Reid, 1998; Leichtman & Leichtman, 1996; Leve, Chamberlin & Reid, 2005). הצעות אלה נתמכות במחקרים שאינם מוצאים אפקט משמעותי לזמן השהייה במסגרת (Jones et al., 2010) או בכאלה המצביעים על מגמות בעולם של מעבר למסגרות קצרות וממוקדות יותר (Leichtman, 2006). אולם גם מחקרים המצביעים על יעילותן של שיטות טיפול ממוקדות מוצאים צורך בטיפול ארוך יותר משנה במקרה של מתבגרים עם בעיות התנהגות חמורות (Scholte & Van der Ploeg, 2006; Shapiro, Welker & Pierce, 2002). ממצאים אלה, המצטרפים לאלה המדגישים את החשיבות הטיפולית של תנועה בשלבים במהלך השהות במסגרת (Prescott, 2002), תומכים בגישות מסורתיות יותר, הרואות את האפקט הטיפולי כנבנה לאורך תקופה ממושכת ותוך יצירה של מסגרת מכילה ומאפשרת (לדוגמה, כהן, 1989; Bloom, 2005; Cohler & Zimmerman, 1997; Freud & Burlingham, 1943; 2005; Levin, 2009; Winnicott, 1958). בהתחשב בספרות הקיימת ועל בסיס תפיסת העולם הרואה בפגיעה בהתקשרות גורם מהותי בקשייהם של אלה המשתייכים לאוכלוסיית הקצה, נראה כי יש צורך במסגרת ארוכת טווח, שתעניק הזדמנות לתהליך משמעותי של טיפול בבעיות הקשות המאפיינות את אוכלוסיית היעד.

הקביעה שמדובר במסגרת המבססת תחושה של קביעות ולא במסגרת לשהות זמנית אינה מוציאה מכלל אפשרות התקדמות של נערים ונערות למסגרות שמיועדות לאוכלוסייה שהיא בעלת אפיונים "נורמטיביים" יותר, בהתחשב בהתפתחותם האישית בתוך המסגרת ובהערכת הצוות אותם ובהערכתם העצמית לגבי יכולתם להשתלב מחוץ למסגרת ה"קצה". אולם אפשרות זו אינה משנה את המסר לחניך ולמשפחתו שהפנימייה עשויה להיות ביתו לטווח ארוך.

חזון ל"פנימיית קצה"

בהמשך לכל שנאמר עד כה, מוצע כי החזון עבור מסגרות לאוכלוסיית קצה הוא מתן מענה פנימייתי בטוח ומוגן לבני נוער וילדים שנתקלו בקשיי השמה, זאת תוך כדי מתן טיפול מיטיב שיעניק משמעות, תקווה ועתיד. כל מסגרת כזאת אמורה למנוע, כתנאי הכרחי שאינו מספיק, סכנה לחניכים, לצוות ולאחרים, ולספק להם מוגנות מקפת. כל מסגרת אמורה להציע מטרות התפתחותיות ואופק להמשך. עם זאת, יש להדגיש את העיקרון של התייחסות אינדיבידואלית ליכולות החניכים ול"קצב" שבו הם מממשים את הפוטנציאל הגלום בהם, ואת ההימנעות מקביעת יעדים שאינם תואמים את הצרכים ואת הפוטנציאל של האוכלוסייה.

עקרונות התערבות לאוכלוסיית קצה

מסגרת טוטלית

מתוך הראייה של אוכלוסיית הקצה כקבוצה המורכבת מנערים ונערות שסובלים שנים רבות מהעדר מסגרת תומכת ומהעדר יציבות ורצף בחייהם, אנו מציעים כי המענה לאוכלוסייה זו יהיה יצירת מסגרת של פנימייה טוטלית, סדורה ומובנית, המעניקה תחושה של "בית קבוע" ושל ליווי והחזקה מקיפים ועקיבים. שיטת העבודה המומלצת היא של "מילייה טיפול", דהיינו התייחסות למרכיבי המסגרת כולה כחלק מתהליך הטיפול (Knorth et al., 2007; Levin, 2009; Whitaker, 1985; Leichtman, 2006). אמנם יש חשיבות רבה לתפירת "חליפת טיפול" אישית לכל השוהים במסגרת, מתוך התחשבות ביכולת ובקושי הספציפיים של כל חניכה וחניך ובכדאיות של שילוב מגוון של שיטות טיפול, אולם כל ההחלטות המבניות והטיפוליות נובעות מהתפיסה של מסגרת טיפולית כוללת.

חלוקה על-פי מין וגיל

לאור ההבדלים בין נערים לנערות בדפוסי התנהגות ובאופי הבעיות, ונכח העובדה שמרבית בני הנוער מגיעים למסגרת עם רקע של פגיעה מינית, הנערים על-פי רוב כפוגעים והנערות כנפגעות, מומלץ לקיים מסגרות נפרדות לבנים ולבנות. גם הספרות מצביעה על מאפיינים שונים בהתמודדות עם נערים ונערות בגילאי ההתבגרות ועל צורך במענה ספציפי ונבדל לכל מין (Baker, Archer & Curtis, 2007; Huefner et al., 2010; Rosenker, 2000).

באשר לגיל, השירות לילד ולנוער בדרך כלל לא נתקל בקשיי השמה מתחת לגיל 12. לכן מסגרות לאוכלוסיית קצה תהיינה מיועדות לגילאי 12 ומעלה. גם טווח הגילאים מ-12 ומעלה הוא רחב מאוד, ולכן מומלץ על חלוקה לשתי קבוצות גיל בתוך כל מסגרת, כשהתפיסה הרצויה היא של "קשתות חופפות", היוצרות קבוצות לגילאי 12-16 ו-14-18. לא מומלץ על מסגרות נפרדות לקבוצות אלה, כדי לא ליצור מצב שיחייב מעבר בין מסגרות עם העלייה בגיל.

חלוקה על-פי בעיות

על סמך הניסיון שהצטבר במסגרות הקצה הקיימות עולה כי יש קשיים משמעותיים בשילובם של אלה הסובלים מהפרעות נפש חמורות ומאינטליגנציה נמוכה יחד עם אלה הסובלים בעיקר מבעיות התנהגות שונות והם על-פי רוב בעלי אינטליגנציה בטווח הנורמה. הסכנות שבשילוב אוכלוסיות אלה הן הפיכת חולי הנפש לקורבנות של חניכים עם הפרעות התנהגות קשות, וחיזוק הפרעות התנהגות על-ידי חיקוי תופעות של חולי נפש. לפיכך מומלץ להפריד במסגרת בין אוכלוסיות אלה, מתוך ההבנה כי כל אחת מהן זכאית לטיפול נפרד, שתכופות אינו חופף ואינו זהה.

מעבר לחלוקה הגסה-יחסית בין מחלות נפש לבעיות התנהגות, האם רצוי להקים מסגרות המתמחות בסימפטומים קשים במיוחד להתמודדות, כגון תקיפות מיניות או

נטיות קיצוניות לפגיעה עצמית? היתרון של מסגרות מתמחות טמון בהיכרות טובה עם הקושי ועם דרכי ההתמודדות עמו. לעומת זאת, עולה חשש מתיג ומיצירת מסגרות בעלות התמחות צרה מדי, שאינן נותנות מענה לבעיות המורכבות של אוכלוסיית הקצה. לכן לא מוצע להקים מסגרות מתמחות על-פי סימפטום, למעט כאמור הפרדה בין אלה שבעייתם העיקרית היא מחלת נפש לבין אלה שבעייתם היא הפרעת התנהגות.

גודל המסגרת

מומלץ על יחידה שמונה 10-12 חניכים או חניכות. מספר זה מבוסס על ההבנה כי אלה השייכים לאוכלוסיית קצה מתקשים להיתרם משהייה במסגרות גדולות וכי שהייה במסגרת קטנה ואינטימית הכרחית ליצירת אפשרות של רגיעה והעצמת ההתקשרות בינם לבין אנשי הצוות (כוכבי-סמסליק, סמדז'ה ומויאל, 2007).

הקמת מספר יחידות קטנות עשויה להיתפס כלא-יעילה מבחינה כלכלית. להתמודדות עם סוגיה זו יש שני פתרונות אפשריים. אפשר להצמיד כל יחידה כזאת ל"פנימיית אם" גדולה יותר (אחת הפנימיות הטיפוליות או הפוסט-אשפוזיות הקיימות), ולאפשר לה ליהנות ממתקנים ושירותים לוגיסטיים של פנימיית האם, כמו גם מאפשרויות הדרכה והשתלמות שמסגרת גדולה יותר מקנה. יתר על כן, ההצמדה למסגרת גדולה עשויה להציע מגוון גדול יותר של שירותים טיפוליים וחינוכיים, ולאפשר היענות לצרכים הייחודיים של כל נער או נערה. אפשרות אחרת היא יצירת אשכול של כמה פנימיות קטנות, שכל אחת מהן מתמחה באוכלוסייה שונה מבחינת מגדר ובעיה עיקרית, כשהאשכול מציע מתקנים ושירותים משותפים.

הליכי הפניה וקבלה

כיום קיים הסדר שלפיו פנימיות הקצה הקיימות מקבלות כל נערה או נער המופנים אליהם על-ידי ועדת חריגים, ללא זכות סירוב. זהו הסדר ששונה מההסדרים הקיימים בין השירות לילד ולנוער למסגרות אחרות, שיש להן מידה של שיקול דעת בקליטה או בדחייה של חניכים. להעדר זכות סירוב יש תועלת מעבר למשמעותו הטכנית. הסדר זה עשוי למסד תרבות ארגונית-טיפולית שמסוגלת להכיל את ההתמודדויות הקשות שמזמנת לה אוכלוסיית הקצה. עצם הבניית המקום כ"מסגרת קצה" מאפשרת לרכז את רמת הציפיות של המערכת ומרחיבה את יכולת ההכלה שלה.

עם זאת, העיקרון שמסגרת הקצה מוכנה לקלוט כמעט כל אחד, ולא לוותר על אף אחד, אינו מפחית מחשיבותו של תהליך הקבלה. מניסיון של שתי המסגרות הקיימות אפשר ללמוד שיש ערך טיפולי בהליך זה, הנובע מהמסר שאומר "לאחר שהכרנו אותך אנו מוכנים לקבל אותך ובטוחים שתצליח אצלנו", מסר שעשוי לשמש התחלה של העצמה עבור החניכים הנקלטים.

לסדר היום במסגרת יש חשיבות עליונה מבחינת סיוע להתארגנות החניכים וליצירת אווירה המעניקה תחושת ביטחון וקביעות. סדר היום מובנה יוצר אפקט תרפויטי בפני עצמו, דרך היכולת להישען ולהפנים סביבה "שפויה", צפויה ומארגנת. ככל שהחניך צובר חוויות החוזרות על עצמן ומשקפות היגיון פנימי הוא עשוי להתחיל לחוש את העולם כמקום ידוע, מוכר וצפוי. מסגרת מובנית ומאורגנת מהווה מענה טיפולי בעל חשיבות עליונה לאלה המשתייכים לאוכלוסיית הקצה, המוגדרים למעשה על-ידי חוויה חוזרת של העדר קביעות ומקום בטוח (ביבי, צ'פמן ובלנרו-אדיב, בכתובים).

יש חשיבות לפעילות מתמשכת, כשלכל שעה ביום מוגדרת פעילות ושעות פנאי מעטות ככל האפשר. סדר היום אמור להיות מאורגן סביב טכסים קבועים בשעות קבועות (משרד הרווחה, 2009). טקסים אלה מלווים פעילויות שונות לאורך היום, קבועים בסדר היום ומופיעים כעוגן מארגן. חשיבות טקסים אלה היא בכך שהם מחזקים את תחושת השליטה, הביטחון וכישורי החיים, כמו גם את תחושת ההצלחה: כל טקס שמושלם מעניק תחושה של הצלחה ביחידת הזמן ואמונה ביכולת להשלים בהצלחה את המשימות הבאות של היום. יש להדגיש גם את הצורך להקדיש תשומת לב לזמני המעבר בין פעילות לפעילות. אלו זמנים הדורשים מהחניך פרידה מהמצב הקודם והתארגנות מחדשת לקראת המצב הבא, וכוללים תכופות התמודדות רגשית מורכבת. מעברים אלה, שחלקם מקבלים ביטוי באמצעות הטקסים השונים, עלולים להוות אבני נגף בסדר יומו של החניך, אך עשויים גם לשמש מנוף להבנה וליצירת קשר.

מעבר לכך, ובהתחשב בהטרוניות הרבה של אוכלוסיית הקצה, עולה החשיבות של בניית סדר יום אישי לכל חניך, במקביל לקביעת סדר היום של המסגרת כולה, כדי להימנע מאי-התאמה של החניך לסדר יום נוקשה. דבר זה מחייב התמודדות יצירתית מצד הפנימייה, כדי לספק מענה גמיש ומותאם לצרכים אינדיבידואליים ולייצר רפרטואר רחב של מענים לחניכים, הן בהיבט של הפעילות היומיומית והן בהיבט המענה הטיפולי הפורמלי.

לימודים

ללימודים בבית ספר חשיבות קריטית עבור אוכלוסייה זו, הן כחלק משמעותי מבניית הערך העצמי והגברת תחושת המסוגלות והנורמטיביות, והן כחלק מרכישת כלים המסייעים להתמודדות בהמשך החיים. עם זאת, לא ניתן להתעלם מהקשיים הניכרים העומדים בפני יכולת הלמידה של האוכלוסייה ומהיותה אוכלוסייה הטרונגית, שאינה עשויה מקשה אחת מבחינת יכולותיה הלימודיות, הידע המצטבר, יכולת הקשב והפניות הרגשית ללמידה פורמלית. כדי להתייחס להטרונגיות זו נחוצה "יחידת נחיתה", שתקלוט את החניכים והחניכות החדשים למסגרת החדשה. יחידה זו תאבחן ותעריך את יכולתם הלימודית ואת פניותם ויכולתם להשתלב במסגרת למידה. על יחידה זו להפעיל הערכה כוללת, שתעמוד על נקודות החוזק והקושי של כל חניך חדש ותגיע להמלצה לגבי תכנית הלימודים המתאימה לו.

עולה גם השאלה האם יש למקם את הלימודים סמוך לפנימייה, כמסגרת ייחודית ונפרדת לחניכים, או לשלבם במסגרות הלימודים הזמינות בקהילה. לטובת השילוב בקהילה עומד עקרון השאיפה לנורמליות, יחד עם הרצון להיעזר במשאבים המגוונים שקיימים במערכת החינוך (Wozner, 1990). עם זאת, עצם הגדרתה של אוכלוסיית הקצה כוללת קושי משמעותי בהשתלבות במסגרות רחבות ולא-אישיות, דבר המעלה את הסיכון כי ניסיון כזה ייכשל ויעצים את תחושות המובסות, היעדר הערך והעדר קבלה המלוות את אוכלוסיית הקצה במעבריה הרבים גם בין המסגרות הלימודיות השונות. כמו כן, יש חשיבות רבה לשילוב בין צוות היחידה הלימודית לצוות הפנימייה, להבטחת זרימת מידע, לקבלת הדרכה ולקיום דיונים משותפים. בהתחשב בכך, ובהמשך לקו הכללי הרואה באוכלוסיית הקצה אוכלוסייה הזקוקה לתחושת הכלה וקבלה במסגרת קטנה, אישית ואינטימית, מומלץ על לימודים במסגרת הצמודה לפנימייה. הקמת מסגרת כזאת אינה אמורה למנוע שילוב בבית ספר בקהילה לנערים או נערות שמוכנים לכך מבחינת יכולתם הלימודית ומצבם הרגשי.

שיטות טיפול

יש חשיבות רבה לטיפול פרטני עבור כל חניכה וחניך, ליצירת מקום פרטי בתוך הקהילה הפנימייתית, כמקום של התייחסות אישית לצרכיו של החניך ולהתפתחותו. יש חשיבות להקדשת עבודה טיפולית לכוחות, ליכולות ולכישורים הייחודיים של החניכים במסגרת, יחד עם עבודה מתמדת על נושאי משמעות, תקווה ואופק להמשך (וויניקוט, 1961). בעבודה עם אוכלוסיית קצה אין מקום לדבקות בגישה טיפולית כזאת או אחרת ומומלץ להתאים את ההתערבות לקושי המרכזי של כל נער ונערה, בהתאם להערכת הצוות המקצועי. יש צורך בגמישות ובמנעד רחב של התערבויות טיפוליות, הנשענות על הידע הקיים כיום בתחום הטיפול בבני נוער ועל ניסיון רחב ומגוון ככל האפשר של אנשי המקצוע. עם זאת, כנגזרת של תפיסת ה"מילייה" הטיפולית, יש להקפיד על כך ששיטות הטיפול המוצעות אינן עומדות בסתירה לתפיסה הכללית של המסגרת וכי לאנשי הצוות במסגרת יש היכרות, הבנה בסיסית וקבלה של ההתערבויות המוצעות בתוך חדר הטיפול. טיפול תרופתי ומעקב פסיכיאטרי בהתאם לצורך הם כלי טיפולי חשוב נוסף במערך הטיפולי של אוכלוסיית הקצה, והם מחייבים עבודה רציפה עם פסיכיאטר בתחום הנוער, המתפקד כחלק קבוע מצוות המסגרת ומכיר את השוהים בה לאורך זמן.

בגיל ההתבגרות, נוסף על ההתייחסות האישית לכל חניך, יש מקום מיוחד לטיפול קבוצתי. הדבר אינו בא על חשבון הטיפול הפרטני אלא מתווסף עליו. הטיפול הקבוצתי, אם סביב התמודדויות ספציפיות ואם סביב נושאים התפתחותיים רלוונטיים, הוא כלי רב עוצמה לשינוי ולצמיחה בגיל ההתבגרות ויש מקום לשבצו כחלק מהמסגרת הטיפולית המקיפה.

נושא מרכזי נוסף שיש להדגיש בהקשר זה הוא העבודה העקיבה והמתמדת, ללא ויתורים, עם המשפחה ועם שאר גורמי התמיכה האפשריים של הנערים והנערות. למרות הקושי האינהרנטי הטמון בעבודה עם משפחות של אוכלוסיית הקצה, לעבודה זו יש השפעה רבה על הגברת סיכויי ההשתלבות של המתבגרים במסגרת. נוסף על כך,

הספרות המחקרית והניסיון הקליני המצטבר מראים כי העבודה עם המשפחות נמנית עם הגורמים המשפיעים במידה הרבה ביותר על סיכויי ההשתלבות התקינים של בני הנוער בחברה לאחר יציאתם מהמסגרת (Hargrave, 2002; Frensch & Cameron, 2002; Garison & Daigler, 2006; Shapiro, Welker & Pierce, 2002; Wilmshurst, 1991). העבודה עם המשפחות אינה עומדת בסתירה לתפיסה הטיפולית של יצירת מסגרת ביתית ועוטפת, משום שגם במסגרת כזאת יש מקום לחשיבה על השלב הבא ועל החיזוק של המערכת החיצונית עבור אלה שיסיימו את שהותם במסגרת.

בהמשך להצעה להקים מסגרות נפרדות לנערים ולנערות, נחוץ להתייחס לגישות טיפוליות ייחודיות לשני המינים, כמו טיפול בנערות באוריינטציה פמיניסטית, שמדגישה העצמה על רקע מעמדן של נשים בחברה. נערות עשויות להגיב היטב לסביבה שמאופיינת ברשת קשרים שוויונית, קבלה ללא תנאים ושימת דגש על יחסים יותר מאשר על פעילויות. התייחסות מפורטת לגישות טיפוליות ייחודיות לנשים ולגברים אינה עיקרו של מאמר זה, אך נראה כי יש להקדיש מחשבה להבדלים בין המינים ולבחון את ההשלכות המעשיות של הבדלים אלה בטיפול הפנימייתי.

טיפול בפוגעים מינית: נושא אחר הוא ההתמודדות הטיפולית הרצויה מול התנהגויות מיניות שחורגות מהנורמה ונעות על הציר בין התנהגות מינית לא-תואמת לבין אלימות מינית. בכל הקשור לתחום המיני יש מורכבויות חינוכיות ומשפטיות שעל הנהלת הפנימייה להכיר היטב. כמו כן חשוב לתת מקום להתייחסות נורמטיבית לנושא המיני (אתגר, 2002) ולאפשר דיבור פתוח וישיר על ההתפתחות והתהליכים המיניים הקשורים לגיל ההתבגרות. צוותים של פנימיית מתקשים לעתים להתמודד עם נושא המיניות, ויש להתייחס לקושי זה מתוך דגש על הבנה של העיסוק הנורמטיבי בנושאי מיניות מצד אחד, ויצירת אווירה של העדר סובלנות להתנהגות מינית לא-תואמת מצד אחר (אתגר, 2000; אתגר, 2002; Walker & McCormick, 2005; Nevin, 1993; Hargrave, 1991). מרבית העדויות המחקריות תומכות ביישום של שיטות טיפול קוגניטיביות והתנהגויות מול התנהגות מינית פוגעת (אופק, 2006; Walker & McCormick, 2006; Green & Masson, 2002; Shapiro, Welker & Pierce, 2002; Jones et al., 2009; Walker & McCormick, 2002; אתגר, 2000). יחד עם הבלטה של תחום הטיפול הקבוצתי (אופק, 2006; אתגר, 2000; אתגר, 2002; Walker & McCormick, 2002; Robertie et al., 2007), עם דגש מיוחד על טיפול בטראומה, המצויה תכופות בעברם של התוקפים מינית (Hunter, 2010; Baker, Curtis & Papa-Lentimi, 2006; Prescott, 2002).

צוות הפנימייה

הספרות מדגישה את חשיבות בניית הצוות וההשקעה בהכשרתו, בהדרכתו ובתנאי עבודתו, כחלק מבניית מסגרת מקיפה, מכילה ואפקטיבית (ביבי, צ'יפמן ובלנרו-אדיב, Braxton, 1995; Daly & Dowd, 1992; Leichtman, 2006; Southwell & Frazer, 2009; Whittaker, 2000). הרכב נכון של צוות ויציבותו לאורך זמן הם אבן יסוד לפנימיית

בכלל, ובמיוחד לפנימיות שמיועדת לאוכלוסיית קצה. דבר זה נכון במיוחד כשמדובר במדריכים, כששמירה על קביעותם היא נושא שפנימיות רבות מתקשות בו, בשל הפער בין מעמד המקצוע לבין ההשקעה הנדרשת (Butler, 1999). השחיקה הרבה שעובר מגזר זה (Coyler, 1991; Henriksen, Degner & Oscarsson, 2008) והתהליכים הרגשיים המטלטלים שהוא חווה (Bloom, 2005; Cohler & Zimmerman, 1997). דבר זה נכון במיוחד לגבי צוות המתמודד עם נושאים נפוצים בקרב אוכלוסיית קצה, כתוקפנות בלתי נשלטת, נטייה לפגיעה מינית וחשיפה מינית ברמות שונות (Hargrave, 1991; Nevin, 2002; Green & Masson, 2010; Steckley, 1993).

לפיכך יש צורך במעטפת מקיפה ומחזיקה עבור אנשי הצוות, הכוללת שעות הדרכה פרטניות וקבוצתיות רבות. חשיבות ההדרכה בולטת על רקע הממצאים בספרות, המדגישים העדר הכשרה נאותה בקרב צוותים בפנימיות (Henriksen, Degner & Oscarsson, 2010; Sedlak & Mcpherson, 2008). על כל חבר צוות לעבור הכשרה בכמה תחומים משמעותיים בעבודה עם אוכלוסיית קצה. ראשית, יש מקום להכשרה בסיסית הנוגעת בשורש הפתולוגיה של אוכלוסיית הקצה, הטראומה שברקע והמשמעות של הוצאה מבתם. כמו כן דרושה למידה של אמצעי השליטה לסוגיהם, המורכבות הטכנית והחוקית בהפעלתם והשיקולים השונים המעורבים בהם. גם נושא המיניות מאתגר וקשה עבור הצוות ודורש למידה והכשרה ספציפית.

יש חשיבות רבה לדמות המנהל במסגרת, לנוכחותו ולהשפעתו על עיצוב האווירה במקום. הספרות אינה מרבה לעסוק בנושא, אם כי היא מדגישה את חשיבות יכולתו של המנהל לחשיבה גמישה וספונטנית (Evans, 1987). המנהל, וכמוהו שאר הצוות הבכיר, זקוקים להדרכה מקצועית מלווה. נוסף על כך, יש מקום לשיבה שבועית של הצוות כולו, בהובלת המנהל, ישיבה דו-שבועית שתוקדש לדיון בחניכים ולסוגיות רלוונטיות אחרות, וכן ישיבה שבועית של הצוות המוביל. נחוץ גם להקצות זמן ללמידה פורמלית של נושאים הקשורים לתפיסתה המקצועית של הפנימייה.

מבחינת היקף הצוות והרכבו, יחס נכון בין חניכים לצוות הוא נקודת מפתח לשמירה על תפקוד במסגרת ועל אפשרות יצירה של אווירה טיפולית במקום (Friman et al., 1996). נוכחות מספקת של אנשי צוות מאפשרת התבוננות פנימה ומגבירה בהרבה את יכולת ההשקעה, ההתמודדות והטיפול של הצוות (Daly & Dowd, 1992). הספרות מציעה בהקשר זה כי ככל שדרגת הקושי שמציבה האוכלוסייה עולה, כך צריך להיות היחס נמוך יותר, דבר המשתקף בתכניות המציעות מודל של מינימום איש צוות אחד לשני חניכים (Out of Home Care Policy, 2010). כמו כן נמצא כי נוכחותם של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש משפיעה על אפקטיביות של מסגרות (Zakriski, Wright & Parad, 2005). בתפיסתנו, האתגר המיוחד של אוכלוסיית קצה, שכרוך בין היתר במיעוט היחסי של חופשות בתוך המסגרת, מצדיק עיבוי צוות ברמה גבוהה יותר מזו של המסגרות הקיימות כיום וגם מזו המומלצת בספרות. ההמלצה היא יחס של 1.5 אנשי צוות לחניך. פירוט לפי תפקידים ומקצועות מופיע בדוח הוועדה (הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות עם אוכלוסיית קצה, 2011).

התערבויות פיזיות מול התנהגויות תוקפניות המסכנות את הסביבה ואת האדם זכו בעשורים האחרונים לדיון ער, ששיקף אי-הסכמות רבות ביחס לשימוש באמצעי התערבות אלה ולהשפעתם האפשרית. דיון זה קשור לעלייה ברמת ההכרה בזכויות הילד והנוער בד בבד עם העלייה ברמת האלימות והתוקפנות של אוכלוסייה המושמת במסגרות חוץ-ביתיות. כנגד דעות המזהירות מפני התנהגות לא-אתית ולא אפקטיבית-מקצועית (Goren, 1991; Green, Ablon & Martin, 2006; Holstead et al., 2010; Miller, 2006; Hunt & Georges, 2006), שעלולה לעתים להגיע לסיכון של רה-טראומטיזציה וסכנת חיים (Nunno, Marta & Tollar, 2006), עולות גם תפיסות הגורסות כי עמדה הנמנעת מהתערבות פיזית במצבים מסוכנים מזמינה בתורה התנהגות הרסנית נוספת ואף מעודדת אותה (Zeigler, 2001; Zeigler, 2004; Knorth et al., 2007). למרות המחלוקות הנמשכות ביחס לשימוש בשיטות אלה, נראה שגם המתנגדים להן מסכימים כי יש קושי רב בויתור המוחלט על שיטות אלה, המשמשות סוג של מענה אחרון נגד מקרי חירום קיצוניים (Mohr, Mahon & Noone, 1998; Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2005). חשוב גם לציין כי ממצא העולה כהסכמה רחבה בספרות הוא כי הגורמים המשפיעים ביותר על הצורך בהפעלת אמצעים מגבילים אינם מאפייני החניכים, אלא היחס המספרי בין הצוות לחניכים והאינטראקציות ביניהם (Doreis et al., 2010).

מן הראוי שאמצעים מתאימים של שליטה יעמדו לרשות הצוות, שהנהלים שמאפשרים ומגבילים שימוש באמצעים כאלה יהיו ברורים וידועים, ושמצוות תהיה הכשרה מתאימה והרשאה חוקית להשתמש באמצעים אלו. כמו כן יש חשיבות מכרעת לגיבוי של אנשי הצוות על-ידי ההנהלה ולמתן גיבוי להנהלה על-ידי הפיקוח. המבחן של המסגרת המוצעת יהיה ביכולתה להזדקק לאמצעים אלה במקרים מעטים ביותר. כאן יש חשיבות רבה לסביבה התרפויטית ולהבנה דיפרנציאלית של הגורמים והטריגרים לאלימות אצל כל נער/ה. מחקרים שונים מראים את האפקטיביות של התנהגות צוותית נכונה כדרך להפחתת התנהגויות אלימות במסגרת (למשל, Allen, 2000; Crosland et al., 2008; Crosland et al., 2008B; Friman et al., 1997; Green, Ablon & Martin, 2006; Masters et al., 2002; Rozalski et al., 2009). מומלץ כי צוות הפנימייה, מדרג ההנהלה ועד לרמת המדריך הישיר, יכירו לפחות חלק מהתערבויות אלה וידעו לנצלן לתועלת החניכים והמסגרת.

מבנה פיזי

למבנה הפיזי, לאופן שבו הוא מתוכנן ובנוי, מהמעטפת הרחבה ועד לפרטים הספציפיים בו, יש השפעה על יכולת ההכלה של אוכלוסיית קצה. המבנה צריך להיות בנוי בדרך המאפשרת בידוד מהיר מהסביבה ושליטה מלאה על המתרחש בתוכה. המבנה צריך לכלול שטח פתוח נצפה מחוץ לבניין (חצר עם מקום מספיק לפעילויות), שטח סגור ונצפה בתוך הבניין, שיכול לשמש כמועדון, וחדרי מגורים המיועדים לשניים עד שלושה מתבגרים. המרחב המומלץ לחניך בחדר המגורים הוא שישה-שמונה מטרים, לעומת

המרחב המומלץ לפנימיות אחרות, שעומד על ארבעה מטרים. על כל חדר מגורים להכיל יחידת מקלחת ושירותים צמודה. על עמדת מדריך הלילה להיות קרובה לחדרים אלה ולאפשר גישה מהירה ופיקוח על המתרחש בהם. נוסף על כך, יש צורך בחדרים המיועדים לפגישות טיפול, לשעות לימוד וכיו"ב. כמו כן דרושה אפשרות למגורי צוות בתוך המסגרת או צמודים לה.

מסגרות המשך

מה יעלה בגורלם של חניכי המסגרת המוצעת כשיגיעו לגיל שבו יהיה עליהם להיפרד מהפנימייה? השיח הנוכחי בעולם מתייחס לצורך בסיוע ממסדי לאלה המסיימים את שהותם במסגרת חוץ-ביתית (מונרו, 2008), דבר התואם המלצות שהועלו בהקשר זה גם בישראל (בבנישתי וזעירא, 2008). הניסיון המבוסס על פנימיות הקצה הפועלות כיום מלמד שמיעוט מהמסיימים יוכל להשתלב במסגרות נורמטיביות של שירות צבאי או אזרחי, אולי בליווי תכנית כמו "גשר לבוגרי פנימיות ואומנה". בקצה השני יהיו כאלה שזקוקים למסגרת מוגנת של אגף השיקום או לשילוב במסגרות מובנות אחרות, כגון אלה המוצעות על-ידי רשות חסות הנוער (שרביט ווגשל, 2008). בכל מקרה נחוץ לוודא כבר כיום שיש מסגרות שמתאימות להמשך הליווי או הטיפול, ושיש נהלים מתאימים למעבר ממסגרת למסגרת. לפי כמה מחקרים, אחד מהגורמים החזקים ביותר שנקשרו לאפקטיביות של טיפול במסגרת חוץ-ביתית היו תכנית שחרור ברורה ומובנית, ומסגרת המשך מלווה (Hair, 2006; Garrison & Daigler, 2006; Whittaker, 2000; Zakariski, Wright & Parad 2005). נמצא גם כי קיומה של חשיבה חיובית לעתיד ותקווה להמשך (Zigler, 2007) וזמינות התמיכה לאחר היציאה מהמסגרת לחניך ולמשפחתו (Hair, 2007) מגבירים אף הם את אפקטיביות הטיפול. מכל אלה עולה המסקנה כי המסגרות הטיפוליות המוצלחות ביותר הן אלה העסוקות כבר מרגע הקבלה בתכנון תכנית השחרור של החניך (Magellan Health Services, 2008).

בהקשר זה עולה שאלה בדבר המשך שהות במסגרת לאחר גיל 18. במשרד החינוך מוגדרת האחריות לאוכלוסיית קצה לא עד גיל 18 אלא עד גיל 21, ונראה כי בהתחשב בקשייה של אוכלוסיית הקצה יש מקום לבחון את האפשרות שבמידת הצורך יעניקו המסגרות מענה מלא עד גיל זה. עם זאת, יש להיזהר מהנטייה להמשיך להעניק מענה לאוכלוסייה עד גילאים מאוחרים יותר, העלול לבוא על חשבון הפניית החניכים למסגרות ולמענים התואמים יותר את גילם. סביר להניח שמרבית החניכים יסיימו את שהותם עד גיל 18, אך עם גמישות שתאפשר המשך עד גיל 21. חשיבות מיוחדת יש לעבודה הממוקדת סביב נושאים של פרידה והמשך למסגרת אחרת לקראת גיל זה, ויש להעניק לעבודה זו מקום מוגדר ורחב מספיק בתכנית העבודה עם כל חניך וחניכה.

יתר על כן, יש מקום לשמירה על קשר בין-אישי בין צוות המסגרת לבין חניכים וחניכות מהעבר, כשקשר זה הוא טלפוני בעיקרו ומוגדר בתדירות של כמה שיחות בשנה. גם קשר שאינו רציף יוכל לסייע בשימור בסיס הקשר וההפנמה המיטיבה של דמויות אכפתיות וחיוביות, ובכך להמשיך ולחזק את החניך בהמשך דרכו ולהגביר את סיכויי השתלבותו בקהילה.

מאמר זה הציג תופעה המעסיקה יותר ויותר את שרותי הרווחה והנוגעת למספר לא מבוטל של נערים ונערות המתקשים למצוא מענה טיפולי ונמצאים בסיכון של הידרדרות וחיים ללא מסגרת מסודרת ושומרת. מדובר באוכלוסייה המהווה תכופות סיכון הן לעצמה והן לחברה והמתאפיינת בקו-מורבידיות של קשיים נפשיים, חברתיים והתנהגותיים. בישראל, כמו גם בארצות רבות אחרות, אוכלוסיית הקצה היא בעלת אפיונים ייחודיים, ומציבה אתגרים קשים במיוחד בפני גורמי ההשמה והטיפול. מכאן החשיבות של מציאת מענה הולם לאוכלוסייה זו, צורך ההולך וגובר עם הזמן, עקב הגידול במספר המשתייכים לאוכלוסייה זו ובחומרת מצבם.

עבור האוכלוסייה שבה אנו דנים, הנמצאת בעיצומו של גיל ההתבגרות ועל סף המעבר לחיים בוגרים, מציאת מענה מכיל ונכון בשלב זה מהווה כמעט הזדמנות אחרונה לעצור הידרדרות חמורה יותר. מסגרת טוטלית בעלת משאבים מספקים ויכולת תכנון וראייה לטווח הארוך עשויה לייצר נתיב חדש עבור נוער שסבל מחוויות חיים קשות ומכאיבות כמעט מיומו הראשון. המסגרת המוצעת כאן, על מרכיביה הרבים, הדגש הניתן על הכשרת הצוות הנמצא בה והמשאבים הרבים הנדרשים לקיומה, מהווה אולי הפתרון היחיד כמעט שאפשר להציע לאוכלוסיית הקצה. אנו מקווים כי ההצעות שהועלו כאן תעודדנה חשיבה ותסייענה לגורמים המתאימים לספק מענה נכון ומותאם ככל האפשר לצרכיהם של נערים ונערות במצוקה קשה במיוחד.

עם זאת, לא ניתן להתעלם מנושא המניעה. גם אם אי-אפשר למנוע לחלוטין את קיומה של אוכלוסיית קצה ואת הצורך במענים ייעודיים עבורה, חשוב להתייחס לאפשרות לסייע לחלק מהנערים והנערות להישאר במסלול נורמטיבי ולהפחית את הצורך במענה מובדל וייחודי. מעבר להתייחסות הספציפית לאוכלוסיית הקצה, יש להמשיך לחקור את המענים הניתנים כיום לילדים ונוער במצוקה, כחלק מהראייה של אוכלוסייה הקצה כמי שאינה נבדלת מאוכלוסיות אחרות באופן מהותי, אלא מהווה הרחבה של הסקאלה שעליה אפשר למקם נוער במצוקה. שיפור ההבנה של המסלול שאותה עוברת אוכלוסיית הקצה יכול לסייע בעצירת מסלול זה בשלב מוקדם יותר ולהפחית במידת-מה את הגדילה במספרה. בשל כך נראה כי יש מקום לחקור את סיפורם האישי של אלה הנכללים בקטגוריה זו ואת האופן שבו הגיעו למצבם הנוכחי.

עבודתה של "הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות עם אוכלוסיית קצה" היא רק אחד מהשלבים הראשונים בהתמודדות עם האתגרים של אוכלוסיית הקצה, ויש להניח כי עם הזמן יתגלו אתגרים נוספים וייחשפו מורכבויות נוספות, שיחייבו בתורם את המשך החשיבה והתכנון בנושא זה. נראה לנו כי כדי להישאר בעמדה של יוזמה והתמודדות פעילה עם הקושי של בני נוער אלה, יש מקום להמשיך לחקור את מאפייני האוכלוסייה ואת טיב המענים המוענק לה, בשאיפה להמשיך ולשפר את סוגי המענה ולהגביר את האפשרות של העברת הנמנים על אוכלוסייה זו לקבוצות בעלות אופק חיובי יותר להמשך חייהם.

ביבליוגרפיה

- אופק, א' (2006). מחקר - תכנית הטיפול הקבוצתי בעברייני מין מתבגרים. אבן יהודה: מכון אופק לניהול ומחקר בע"מ.
- אתגר, ט' (2000). פרויקט טיפול בעברייני מין, אגף הנוער כלא השרון - תיעוד. תל אביב: הפורום לנושאי ילדים ונוער, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל ועמותת על"ם.
- אתגר, ט' (2002). טיפול בקטינים הפוגעים מינית ושוהים במסגרות חוץ-ביתיות כופות. תל אביב: המרכז הבינתחומי ללימודי ילדים ונוער, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל ועמותת על"ם.
- ביבי, ו'; צ'יפמן, ת'; ובלנרו-אדיב, ר' (בכתובים). חיבוק חזק ולא כואב - סיפורם של הילדים שמוצאים מביתם. ירושלים.
- בנבנישטי, ר'; וזעירא, ע' (2008). הערכת מידת השליטה של מתבגרים בהשמה חוץ-ביתית במיומנויות חיים וצורכיהם לקראת עזיבתם את המסגרת. מפגש 28, 17-44.
- בן נתן, ש' (2000). זמן שאול - סוגיות בקבלת החלטות לגבי ילדים בסיכון. ירושלים: עמותת "בית לכל ילד".
- הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות עם אוכלוסיית קצה (2011), דין וחשבון. ירושלים: ג'וינט-אשלים ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- וויניקוט, ד"ר (1961). סוגים שונים של פסיכותרפיה. בתוך וויניקוט, ק'; ושפרד ר' (עורכות), הכל מתחיל בבית. תל אביב: דביר.
- כהן, י' (1989). מן הפנימייה הטיפולית אל הטיפול הפנימייתי, הטיפול הפנימייתי כמרחב פוטנציאלי. הרצאה במסגרת כנס פנימיות, אוניברסיטת תל-אביב.
- כהן, י' (2005). עקרונות פסיכואנליטיים בטיפול הפנימייתי בילדים. בתוך: הטיפול במרחב החיים, ירושלים: מוסד בני ברית.
- כוכבי סמסליק, א'; סמדז'ה, נ'; מויאל, ח' (2007). מסע החסות אל הנוער: תפיסת ההתערבות של רשות חסות הנוער. ירושלים: עמותת ענ"ב.
- כפר ילדים ונוער "אהבה" (2008). תוכנית מוגנות ועוצמה. קריית ביאליק.
- מונרו, א' (2008). פיתוח מסגרות תמיכה לעוזבי מסגרות חוץ-ביתיות שהגיעו לבגרות: מסרים מאנגליה ונורווגיה. מפגש 28, 155-174.
- משרד הרווחה, השירות לילד ונוער (2009). פרוטוקול תת-קבוצה (של מפקחים) שדנה בסדר היום בפנימייה. ירושלים.
- רננים (2008). ת.ל.מ - תוכנית לפיתוח מוגנות לילדים שפוגעים מינית. זיכרון יעקב.
- שרביט, ר'; ווגשל, מ' (2008). צעירים מעל גיל 18 בטיפול אגף התיקון, משרד הרווחה והשירותים החברתיים. מפגש 28, 181-185.

- Ainsworth, F., & Hansen, P. A. (2005). A Dream Come True: No More Residential Care. A Corrective Note. *International Journal of Social Welfare* 14, 195-199.
- Allen, J. J. (2000). Seclusion and Restraint of Children: A Literature Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 13 (4), 159-167.
- Armour, M. & Schwab, J. (2007). Characteristics of Difficult-To-Place Youth in State Custody: A Profile of The Exceptional Care Pilot Project Population. *Journal of Child Welfare* 86 (3), 71-96.
- Baker, A. J. L., Curtis, P. A., & Papa-Lentimi, C. (2006). Sexual Abuse Histories of Youth in Child Welfare Residential Treatment Centers: Analysis of the Odyssey Project Population. *Journal of Child Sexual Abuse* 15 (1), 29-49.
- Baker, A. J., Archer, M., & Curtis, P. (2007). Youth Characteristics Associated with Behavioral and Mental Health Problems During the Transition to Residential Treatment Centers: The Odyssey Project Population. *Child Welfare* 86 (6), 5-29.
- Bloom, S. L. (2005). The Sanctuary Model of Organizational Change for Children's Residential Treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations* 26 (1), 65-81.
- Braxton, E. T. (1995). Angry Children, Frightened Staff: Implications for Training and Staff Development. *Residential Treatment for Children & Youth* 13 (1), 13-28.
- Brown, R. (1986). The Concept of "Hard-To-Place": Implications for Children Adolescents and Families. Retrieved on August 30, 2011, from: https://kb.osu.edu/dspace/bitstream/handle/1811/32423/2_brown_paper.pdf.
- Butler, M. (1999). Challenges Facing The Residential Care Services. *Journal of Family Studies* 5 (1), 116-120.
- Chamberlain, P., & Reid, J. (1998). Comparison of Two Community Alternatives to Incarceration for Chronic Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 6, 624-633.
- Chamberlain, P. (2003). *Treating Chronic Juvenile Offenders: Advances Made Through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B. (2008). Prevention of Behavior Problems for Children in Foster Care: Outcomes and Mediation Effects. *Prevention Science* 9, 17-27.

Cohler, B. J. & Zimmerman, P. (1997). Youth in Residential Care: From war Nursery to Therapeutic Milieu. *The Psychoanalytic Study of The Child* 52, 359-385.

Colyar, D. E. (1991). Residential Care and Treatment of Youths with Conduct Disorders: Conclusions of a Conference of Child Care Workers. *Child & Youth Care Forum* 20 (3), 195-204.

Crosland, K. A., Cigales, M., Dunlap, Neff, B., Clark, H. B., Giddings, T., & Blanco A. (2008). Using Staff Training to Decrease the Use of Restrictive Procedures at Two Facilities for Foste Care Children. *Research on Social Work Practice*, 18, 401-409.

Crosland, K. A., Dunlap, G., Sager, W., Neff, B., Wilcox, C., Blanco, F. & Giddings, T. (2008b). The Effects of Staff Training at the Types of Interactions Observed at Two Group Homes for Foster Care Children. *Research on Social Work Practice*, 18 (5), 410-420.

Cross, T. P., Leavey, J., Mosley, P. R., White, A. W. & Andreas, J. B. (2004). Outcomes of Specialized Foster Care in a Managed Child Welfare Services Network. *Child Welfare League of America*, LXXXIII (6), 533-564.

Daly, D. L., & Dowd, T. P. (1992). Characteristics of Effective, Harm-Free Enviroment for Children in Out-of-Home Care. *Child Welfare League of America*, LXXI, 487-496.

Dosreis, S., McCulloch, J. R., Colantuoni, E, Barnett, S. R., Pruitt, D., Zachik, A. & Riddle, M. (2010). Early Identification of Seclusion and Restraint Patterns During Adolescent's Course of Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth* 23 (3), 160-174.

Evans, J. (1987). Residential Care of Youth: Convergent Versus Divergent Thinkers. *Journal of Adolescence* 10, 255-267.

Foltz, R. (2004). The Efficacy of Residential Treatment: An Overview of The Evidence. *Residential Treatment for Children& Youth* 22 (2), 1-19.

Frensch, K. M., & Cameron, G. (2002). Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth. *Child&Youth Care Forum* 31 (5), 307-339.

Freud, A., & Burlingham, D. (1943). Infants With-out Families: The Case For and Against Residential Nurseries. *The Writing of Anna Freud* 3, 543-664.

- Friman, P. C., Toner, C., Soper, S., Sinclair, J. & Shanahaan, D. (1996). Maintaining Placement for Troubled and Disruptive Adolescents in Voluntary Residential Care: The Role of Reduced Youth-To-Staff Ratio. *Journal of Child and Family Studies* 5 (3), 337-347.
- Friman, P. C., Jones, M., Smith, G., Daly, D. L., & Larzelere, R. (1997). Decreasing Disruptive Behavior by Adolescent Boys in Residential Care by Increasing their Positive to Negative Interactional Ratios. *Behavior Modification* 21 (4), 470-486.
- Garrison, D. & Daigler, G. E. (2006). Treatment Setting for Adolescent Psychiatric Conditions. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 233-250.
- Goren, S. (1991). What are the considerations of the use of seclusion and restraint with children and adolescents? *Journal of Psychological Nursing* 29, 32-33.
- Green, L. & Masson, H. (2002). Adolescents Who Sexually Abuse and Residential Accommodation: Issues of Risk and Vulnerability. *British Journal of Social Work* 32, 149-168.
- Green, R. W., Ablon, J. S. & Martin, A. (2006). Innovations: Child and Adolescent Psychiatry: Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatric Services* 57, 610-612.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for Children and Adolescents after Residential Treatment: A Review of Research from 1993-2003. *Journal of Child and Family Studies* 14 (4), 551-575.
- Hargrave, M. C. (1991). Sexual Incidents in Residential Treatment. *Child & Youth Care Forum* 20 (6), 413-419.
- Henriksen, A., Degner, J., & Oscarsson, L. (2008). Youths in Coercive Residential Care: Attitudes Toward Key Staff Member's Personal Involvement From a Therapeutic Alliance Perspective. *European Journal of Social Work* 11 (2), 145-159.
- Holstead, J., Lamond, D., Dalton, J., Horne, A., & Crick, R. (2010). Restraint Reduction in Children's Residential Facilities: Implementation at Damar Services. *Residential Treatment for Children & Youth* 27 (1), 1-13.
- Huefner, J. C., James, S., Ringle, J., Thompson, R. W., & Daly, D. L. (2010). Patterns of Movement for Youth within an Integrated Continuum of Residential Services. *Children and Youth Services Review* 32 (6), 857-864.

Hunter, J. A. (2010). Prolonged Exposure Treatment of Chronic PTSD in Juvenile Sex Offenders: Promising Results from Two Case Studies. *Child & Youth Care Forum* 39, 367-384.

Hussey, D. L., & Shenyang, G. (2005). Characteristics and Trajectories of Treatment Foster Care Youth. *Child Welfare League of America* 84 (4), 485-506.

Jones, C. D., Chancey, R., Lowe, L. A. & Risler, E. A. (2010). Residential Treatment for Sexually Abusive Youth: An Assessment of Treatment Outcomes. *Research on Social Work Practice* 20 (2), 172-182.

Knorth, E. J., Klomp, M., Van Den Bergh, P., & Noom, M. J. (2007). Aggressive Adolescents in Residential Care: A Review of Treatment Requirements and Models. *Adolescence* 42, 461-485.

Leichtman, M., & Liechtman, M. L. (1996). A Model of Short-term Residential Treatment. in: W. Castro (ed.), *Contributions to Residential Treatment*, (103-109), Alexandria, VA: American Association of Children's Residential Centers.

Leichtman, M. (2006). Residential Treatment of Children and Adolescents: Past, Present and Future. *American Journal of Orthopsychiatry* 76 (3), 285-294.

Leve, L. D., Chamberlin, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention Outcomes for Girls Referred from Juvenile Justice: Effects on Delinquency. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 73 (6), 1181-1185.

Levin, E. C. (2009). The Challenges of Treating Developmental Trauma Disorder in a Residential Agency for Youth. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 37 (3), 519-538.

Macdonald, G., & William, T. (2008). Treatment Foster Care for Improving Outcomes in Children and Young People. A Campbell Collaboration Systematic Review. Retrieved on August 30, 2011 from: Campbellcollaboration.org/lib/project/32.

Magellan Health Services, (2008). Perspectives on Residential and Community-Based Treatment for Youth and Families. Retrieved on August 30, 2011 from: magellanofpa.com/media/225840/lehigh%20short%20term%20rtf_final.pdf.

Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., & Benson, R. S. (2002). Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescents Psychiatric Institutions, with Special

Reference to Seclusion and Restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41 (2), 4s-25s.

Miller, J. A., Hunt, D. P., & Georges, M. A. (2006). Reduction of Physical Restraint in Residential Treatment Facilities. *Journal of Disability Policy Studies* 16 (4), 202-208.

Mohr, W. K., Mahon, M. M., & Noone, M. J. (1998). A Restraint on Restraint: The Need to Consider the Use of Restrictive Interventions. *Archives of Psychiatric Nursing* 12, 95-106.

Nevin, D. A. (1993). Staff Training Needs around Sex Abuse in Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth* 11 (1), 63-80.

Nunno, M. A., Marta, J. H. & Tollar, A. (2006). Learning from Tragedy: A Survey of Child and Adolescent Restraint Fatalities. *Child Abuse & Neglect* 30, 1333-1342.

Out of Home Care Policy (2010). Out of Home Care Service Model: Therapeutic Secure Care Programs. Retrieved on April, 2011 from: <http://www.community.nsw.gov>.

Prescott, D. S. (2002). Collaborative Treatment for Sexually Behavior Problems in an Adolescent Residential Care. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 13 (3), 43-58.

Robertie, K., Weidenbenner, R., Barrett, L. & Poole, R. (2007). A Super Milieu: Using Superheroes in the Residential Treatment of Adolescents with Sexual Behavior Problems. *Using Superheroes in Counseling and Play Therapy* (143-168). New York: Springer Publishing Co.

Rosenker, D.(2000). Gender Specific Adolescent Treatment. Retrieved on July 2011 from: <http://www.ccsme.org>.

Rozalski, M., Drasgow, E., Drasgow, F., & Yell, M. (2009). Assessing the Relationships among Delinquent Male Student's Disruptive and Violent Behavior and Staff's Proactive and Reactive Behavior in a Secure Residential Treatment Center. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 17 (2), 80-92.

Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions. *European Psychiatric Review*. Retrieved on August 30, 2011 from: www.touchneurology.com/articles.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of Mental Disorders among Adolescents in German Youth Welfare Institutions. *Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health*, 2 (2), 1-8.

Scholte, E. M., & Van Der Ploeg, J. D. (2006). Residential Treatment of Adolescents with Severe Behavioral Problems. *Journal of Adolescence* 29 (4), 641-654.

Sedlak, A. J., & McPherson, K. S. (2010). Youth's Needs and Services: Findings From the Survey of youth In Residential Placement. *Juvenile Justice Bulletin* April, 1-6.

Shapiro, J. P., Welker, C. J. & Pierce, J. L. (2002). An Evaluation of Residential Treatment for Sexually aggressive Youth. *Journal of Child Sexual Abuse* 10 (1), 1-21.

Sigrid, J. et al. (2006). Children in out-of Home-Care: Entry into Intensive or Restrictive Mental Health and Residential Care Placements. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(4), 196-208.

Southwell, J., & Fraser, E. (2010). Young People's Satisfaction with Residential Care: Identifying Strengths and Weakness in Service Delivery. *Child Welfare* 89 (2), 209-228.

Steckley, L., & Kendrick, A. (2005). Physical Restraint in Residential Child Care: The Experience of Young People and Residential Workers. *Children and youth in Emerging and Transforming Societies: International Conference June 29 - July 3.*

Steckley, L. (2010). Containment and Holding Environments: Understanding and Reducing Physical Restraint in Residential Child Care. *Children and Youth Services Review* 32, 120-128.

Underwood, L. A., Barretti, L., Storms, T. L., & Safonte-Strumolo, N. (2004). A Review of Clinical Characteristics and Residential Treatment for Adolescent Delinquents with Mental Health Disorders. *Trauma, Violence & Abuse* 5 (3), 199-242.

Walker, E. C. & McCormick, D. (2005). Current Practices in Residential Treatment for Adolescent Sex Offenders: A Survey. *Journal of Child Sexual Abuse* 13 (3), 245-255.

Whitaker, T. K. (1985). Group and Institutional Care: An Overview. in J. Laird & A. Hartman (eds.), *A Handbook of Child Welfare: Context, Knowledge and Practice*. New York: The Free Press.

Whittaker, J. K. (2000). Reinventing Residential Childcare: An Agenda for Research and Practice. *Residential Treatment for Children & Youth* 17 (3), 13-30.

Wilmshurst, L. A. (2002). Treatment Programs for Youth with Emotional and Behavioral Disorders: An Outcome Study of Two Alternate Approaches. *Mental Health Services Research* 4 (2), 85-96.

Winnicott, D. W. (1958). *The Antisocial Tendency. Collected Papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis.* London: Tavistock Publications.

Wozner, Y. (1990). *People Care in Institutions: A Conceptual Schema and its Application.* London: The Haworth Press, Inc. Zakriski, A. L, Wright, J. C., & Parad, H. W. (2005). Residential Care: From Here to Eternity. *International Journal of Social Welfare* 14, 158-162.

Zeigler, D. (2001). To Hold or not to Hold... is that the Right Question? *Residential Treatment for Children & Youth* 18 (4), 33-45.

Ziegler, D. (2004). The Therapeutic Value of Using Physical Interventions to Address Violent Behavior in Children. *The Child Welfare League of America's Children*, 13 (4), 1-6.

Ziegler, D. (2007). *Appropriate and Effective Use of Psychiatric Residential Treatment Services.* Retrieved on May, 2011 from:
<http://scarjaspermountain.wordpress.com>.

קהילה בריאה בסביבה בריאה: קידום בריאות בקרב אוכלוסיות עירוניות בראי המודל האקולוגי

ד"ר ורד קאופמן-שריקי

בעשור האחרון גוברת המודעות בעולם לקשר בין תכנון עירוני לבין בריאות האוכלוסייה. מחקרים חדשים בוחנים את איכות הסביבה העירונית, את סוגה ואת מידת השפעתה על נטיית תושבי המקום לצרוך מזון בריא, לעסוק בפעילות גופנית ובהרפיה, לצרוך שירותי בריאות מניעתיים ולשמור על בריאותם. תוצאות מחקרים אלו מראות כי תכנון עירוני המתחשב בצרכים הבריאותיים של תושבי האזור מסייע ליצירת קהילות בנות קיימא, לטיפול שכונות בטוחות יותר ולהגברת הקשר בין התושבים בקהילה.

גישות בריאות סביבתיות צמחו באקלים של שינוי תאורטי בבחינת מצב בריאותו של הפרט, בעיקר בסוגיית ההשמנה. במחצית השנייה של המאה ה-20 החלה מגמה של העברת האחריות לבריאות הפרט אל האדם עצמו, וניתן מקום נרחב לתיאוריות התפתחות אישיות, שבאו לידי ביטוי בעידוד ממסדי לקיום אורח חיים פעיל ובריא. בשנות ה-80 של המאה ה-20 החלו לבחון תאוריות של הבריאות את מקומן של התרבות והחברה באפשרות לקדם אורח חיים בריא ולפתח חוסן קהילתי ואחריות של הקהילה לחייה. כמה גורמים חברו יחד להעלאת המודעות לעובדה שהמערכת הרפואית לבדה אינה מסוגלת להתמודד עם בעיות הבריאות של סוף המאה ה-20 והמאה ה-21 משתי סיבות עיקריות: ראשית, ההוצאות על המערכת הרפואית בכל העולם המערבי האמירו לממדים שהמדינות התקשו לעמוד בהם, והיה ברור שברוב הבעיות הבריאותיות הפתרון של טיפול בחולי אינו הטוב והיעיל ביותר. שנית, גורמים חברתיים, פוליטיים, תרבותיים וכלכליים הפכו להיות בעלי השפעה מהותית על הבריאות. המערכת הרפואית אינה יכולה לטפל לבדה בכל הגורמים הללו, היא אינה ערוכה לכך, אין לה בסיס המידע לכך, והיא עסוקה מדי בטיפול בחולי ואינה מתפנה לעסוק במניעה ברמה הדרושה לכך כדי להביא לתוצאות משמעותיות.²

התפתחות התאוריות בנוגע לאטיולוגיה של הפרעות אכילה יכולה לשמש מקרה לדוגמה. שכיחותן של הפרעות אכילה בחברה המערבית הולכת וגדלה. ההסברים הקיימים עד היום רואים בהפרעה מעין "בחירה" של המגדר הנשי, כתופעה הנובעת מליקוי בתפיסת ה"עצמי", מליקוי בתפיסה הקוגניטיבית של דימוי הגוף וכחסך במערכת קשרי האובייקט, וגם כתופעה גנטית. לעומת זאת, מחקרים פמיניסטיים מהשנים האחרונות הבוחנים את השפעת השיח החברתי-תרבותי, את יחסי הכוחות בין המגדרים ואת מקומה של האישה

2 Baron-Epel, O. (2004). Historical Review of the Development of Health Promotion. Review, Tnuva Research Institution 4, 7-10.

בשיח זה, מצביעים על אובייקטיזציה של האישה בידי החברה, תופעה המתבטאת במלוא עוצמתה במדיום התקשורת והפרסום.³

מודל אקולוגי לבריאות

מודלים אקולוגיים לבריאות רואים את בריאות הפרט כנתונה בהקשר קהילתי חברתי ומדיני, ולפיכך עומדים בניגוד לסברה כי בריאות הפרט היא אחריותו הפרטית בלבד. על פי המודלים האקולוגיים, מאפייני הפרט (מין, גיל, מטען גנטי) הם רק רובד אחד הקובע את בריאות הפרט. הרובד השני הוא השכונה, הקהילה או העיר, והרובד השלישי הוא הרובד של המדינה ומדיניותה החברתית-כלכלית שנגזרים ממנה מאפייני תכנון סביבתי, כגון דיור, תחבורה, מיקום מקומות עבודה, וכן תפיסות ומנגנונים מאקרו-כלכליים.⁴ גורמים אקולוגיים-סביבתיים נמצאו קשורים למגוון מצבי בריאות וחולי, מעבר למאפיינים האישיים. בין מצבי הבריאות שנמצאו קשורים לאזור המגורים אפשר למנות תמותת תינוקות, השמנה,⁵ מחלות כרוניות ואיכות הטיפול הרפואי.⁶

שינויים סביבתיים ומגמות עיור בעולם ובארץ

לראשונה תועד בשנת 2010 כי מרבית אוכלוסיית העולם מתגוררת במרחב עירוני. מגמה זו נמצאת בעלייה מתמדת.⁷ מתוך 1,183 יישובים במדינת ישראל כ-18% הם יישובים עירוניים (שבהם מעל 2,000 תושבים). ביישובים העירוניים גרים כ-91.6% מהאוכלוסייה - רמת עיור מהגבוהות בעולם, אף שההגדרה של אוכלוסייה עירונית אינה אחידה בכל

- 3 Mitchison D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2012). Time Trends in Population Prevalence of Eating Disorder Behaviors and Their Relationship to Quality of Life. *PLoS ONE* 7(11): e48450. doi: 10.1371/journal.pone.0048450; Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* 14(4), 406–414; Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International J. Eating Disorders* 46, 433–439.
- 4 Padilla, C. M., Deguen, S., Lalloue, B., Blanchard, O., Beaugard, C., Troude, F., Navier, D. Z., & Vieira, V. M. (2013). Cluster Analysis of Social and Environment Inequalities of Infant Mortality: A Spatial Study in Small Areas Revealed by Local Disease Mapping in France. *The Science of the total environment* 1,454–455.
- 5 Carroll-Scott, A., Gilstad-Hayden, K., Rosenthal, L., Peters, S. M., McCaslin, C., Joyce, R., Ickovics, J. R. (2013). Disentangling Neighborhood Contextual Associations with Child Body Mass Index, Diet, and Physical Activity: The Role of Built, Socioeconomic and Social Environments. *Social Science & Medicine* 95, 106–114.
- 6 Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). The Relationship between Self- Management Abilities, Quality of Chronic Care Delivery, and Wellbeing among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Netherlands. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 8, 209–214.
- 7 World Health Organization (2013). Urban Population Growth. *Global Health Observatory*. World Health Organization. Retrieved 5 June, 2013 from: http://www.who.int/gho/urban_health/situation_trends/urban_populationgrowth_text/en.

המדינות (הלשכה מרכזית לסטטיסטיקה, 2011). לשם השוואה, שיעור האוכלוסייה העירונית ביפן הוא 78%, בארצות הברית ובקנדה הוא 75%, ובהולנד - 61%. בסוף שנת 2010 התגוררו בעיר הגדולה ביותר בישראל - ירושלים - 788 אלף איש. בתל אביב גרו 404 אלף איש, ובחיפה - 268 אלף איש. צפיפות האוכלוסייה במחוז תל אביב הייתה הגבוהה ביותר בארץ ועמדה על 7,470 אלף איש לקמ"ר. הצפיפות הממוצעת במדינת ישראל הייתה 332 נפשות לקמ"ר והיא בין הגבוהות בעולם, בדומה לצפיפות שתועדה בשנת 2011 ביפן - 351 נפשות לקמ"ר.⁸ בשל היותה של מדינת ישראל מדינה עירונית, הבנה מלאה של תפקיד הסביבה העירונית בעיצוב בריאותן של אוכלוסיות היא קריטית לבריאות הציבור.⁹ זיהוי לקוי או חלקי של מכלול הגורמים החברתיים-סביבתיים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה ועל הנגישות לשירותי בריאות ורווחה יכשיל כל ניסיון לשיפור בריאות האוכלוסייה.

צורכי הבריאות הייחודיים של אוכלוסיות עירוניות

הגורמים הסביבתיים מהווים אתגר במציאות של עיור מואץ, מחסור גלובלי במים ובאנרגיה, וכן מיתון כלכלי. סוגיות אלו ואחרות משפיעות על בריאות הציבור ועל מגמות של אי-שוויון בבריאות בחברה.¹⁰ דוגמאות לממדי פעילות שבהם משפיע הממד החברתי-כלכלי-מדיני על בריאות הפרט הן זמינות ביטוח בריאות ממשלתי לעומת ביטוח פרטי, תמיכת המדינה בציבור חלש כלכלית באמצעות קצבאות או אי-מתן קצבאות, קיומה של חופשת לידה לאם היולדת, משכה ושמירה על זכויות תעסוקה לאם לעומת מדיניות "שוק חופשי" שאינו מעגן בחוק זכויות כגון אלו ועוד. על כן, במקביל ליוזמות לקידום בריאות האוכלוסייה ברמת הפרט, חייבות להיבחן ולהתפתח מערכות תומכות בריאות במדינה עצמה, כגון: סביבה פיזית מתאימה (נקייה מזיהומים, מאפשרת פעילות גופנית וכדומה), שעות תעסוקה המאפשרות לאדם זמן לחינוך ילדיו, מערכות בריאות שבהן אפשר לקבל שירות רפואי בזמן ובאיכות מתאימים, שכר המאפשר קיום ורכישה של מזון ושירותי בריאות ברמה סבירה ומקובלת בחברה המערבית וכך הלאה. מובן שהתפתחותן של מערכות אלו במדינות היא תולדה של תפיסות חברתיות, תרבותיות ופוליטיות ייחודיות לכל מדינה בהתאם לערכי היסוד, לתפיסות ולהזדמנויות שבה. עקרון המורכבות המערכתית הוא רק אחד העקרונות המסבירים את פעילות המערכת המדינית-חברתית. עקרונות נוספים הם יחסי הגומלין בין המערכות, כיוונום (מהפרט החוצה, כמו גם מהחברה אל הפרט), הקצב והתזמון שלהם והשינויים החלים בכל מערכת. עקרונות אלו נדונים בהרחבה בתאוריית המערכות החברתיות המורכבות (Social Systems Theory), ששמה דגש

8 CBS, STATISTICAL ABSTRACT OF ISRAEL 2010 [Internet]. Central Bureau of Statistics. Retrieved October 7, 2013 from:

http://www1.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton_e.html?num_tab=st02_12x&CYear=2010.

9 Ompad, D. C., Galea, S., Caiaffa, W. T., Vlahov, D. (2007). Social Determinants of the Health of Urban Populations: Methodologic Considerations, Journal Urban Health 84 (3 Suppl): i42-53.

10 Luhmann, N. (1995). Social Systems. California: Stanford University Press.

על דפוסי תקשורת, השפעות גומלין ותלות הדדית בין אנשים ומוסדות כמפתח להבנת הסדר חברתי.¹¹ בר-ים חקר ממשק בין מערכות על-פי תאוריית המורכבות וגילה כי אחת הסיבות לכישלון מאמצי סיוע של הבנק העולמי למדינות מתפתחות היא הכוונת הסיוע אל אחת מהרמות של החברה בלבד (רמת הפרט או הרמה הלאומית) במקום אל כלל רמותיה (פרט, משפחה, קהילה, אזור, אומה).¹²

קידום בריאות בראי האקולוגי, תיאורי מקרה

בבואנו לבחון את הגישה המערכתית במדינה למניעת סוכרת (Type 2 diabetes malitus) או השמנת יתר אפשר להתבונן בכמה דוגמאות. אחד מהיישובים הבדויים בנגב סובל משיעור היארעות (incidence) סוכרת גבוה, במיוחד בקרב נשים. ההנחיות לטיפול בחולי סוכרת כוללות ביצוע פעילות גופנית כדי לשפר את איזון הסוכר של המטופל. באופן בולט הנשים שנכללו בקבוצת הסיכון הגבוה וקיבלו טיפול במסגרת אחת מקופות החולים לא ביצעו פעילות גופנית על אף ההנחיות שקיבלו והסכמתן לבצע את הפעילות. ראיונות איכותניים שנערכו כדי לברר את הסיבה לחוסר ההיענות למרכיב כה מרכזי בטיפול חשפו את העובדה התרבותית כי לא מקובל שאישה תלך לבדה ברחוב וגם לא שאישה תלבש לבוש ספורטיבי מחוץ לביתה. מיותר לציין שביצוע פעילות גופנית עצימה בלבוש מסורתי הוא משימה לא נוחה בעליל. גורם אחר, ברובד האקולוגי, בא לידי ביטוי ביישוב ערבי אחר במשולש. בחברה זו לא היווה המחסום התרבותי הכשל העיקרי, אלא המחסום התשתיתי מנע מהנשים פיזית מרחב בטוח, מסודר וזמין בכל ימות השנה ללכת ברגל. ביישוב שבו הן גרות לא הייתה תשתית מדרכות מסודרת ובטוחה וגם לא תאורה הולמת בשעות הערב. קבוצות הנשים בחרו לבצע הליכה ספורטיבית ביישוב קרוב, שמדרכותיו מסודרות, מוארות ובטוחות - כוכב יאיר.

בעיר טורונטו שבקנדה נבחן הקשר בין שיעור הסוכרת באוכלוסייה בהקשר הסביבתי של צפיפות ומרחק של יעדים שונים משכונת מגורים (כגון מרחבים ירוקים, יעדי תרבות ופנאי, רשתות מזון, תחבורה לרחבי העיר ושירותי בריאות). נמצא כי ככל שמספר היעדים הנמצאים במרחק עשר דקות הליכה ממקום המגורים היה גדול יותר, שיעורי התחלואה היו נמוכים יותר בקרב התושבים, זאת גם בהשוואה בין שכונות בעיר שלתושביהן אותם מאפיינים חברתיים-כלכליים. כלומר, הגורם הסביבתי השפיע יותר מאשר המאפיינים האישיים.

11 Bentley, M. (2013). An Ecological Public Health Approach to Understanding the Relationships between Sustainable Urban Environments, Public Health and Social Equity. May 9. [ahead of print].

12 World Health Organization (2013). Healthy Cities. Retrieved May 2, 2013 from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>.

תכנון אורבני של מערכות בריאות מורכבות

מודלים שונים, ביניהם מודל רשת ערים בריאות של ארגון הבריאות העולמי, תוכננו לתת מענה לצורך תכנוני של ביסוס מיומנויות חשיבה רחבית, בין-מגזרית ואסטרטגית ברשויות מקומיות. זאת כדי להקטין אי-שוויון בבריאות ולהציב את הבריאות כערך וכיעד עליון בכל מישורי הפעולה של הרשות. מקימי רשת ערים בריאות בישראל הציבו לעצמם סדרה של מטרות: סיוע הדדי, למידה הדדית, החלפת מידע ושיתוף החברים ברעיונות, בדרכי פעולה ובהתנסויות. הפעילות בתחום זה החלה עם הקמתו של הפרויקט האירופי בארגון הבריאות העולמי (ב-1987). עיריית ירושלים הייתה הראשונה שנענתה ליוזמה זו. בסוף שנת 1987 החליטה מועצת העיר לאמץ את עקרונות העיר הבריאה ולהצטרף לפרויקט האירופי בראשות ארגון הבריאות העולמי. ירושלים שותפה בו עד עצם היום הזה, וערים נוספות בישראל נוספו לפרויקט.¹³

סיכום

שינויים סביבתיים בסביבה הבנויה, שמקובל לחשוב עליהם כמושגים של חינוך מניעתי, כגון מיקום מכשירי ספורט במרחב הציבורי, חשיפת גרמי מדרגות במרחב העירוני לעיני כול ועידוד השימוש בהם (כפי שנעשה בעיר ניו יורק במגמה לשפר את התשתיות עבור התושבים), עשויים לשמש אמצעי לקידום בריאות וכן כלי בידי הרשות המקומית והמדינה לתכנון המרחב העירוני וההשקעה בבריאות לטווח הארוך. מדינות העולם המערבי המפותחות אינן עוסקות עוד רק באתגר הבסיסי של אספקת מים ואוויר נקיים לתושבים, אלא מאמצות גישה בין-מגזרית בתכנון העירוני מנקודת הראות האסטרטגית והתקציבית ומקיימות צוותי חשיבה בעת תכנון אזורי בילוי ופנאי, תחבורה, תעסוקה וכיו"ב. תכנון בין-מגזרי ארוך-טווח ברשות המקומית עשוי לחסוך תקציב משמעותי המושקע על ידי המדינה בבריאות התושבים.¹⁴

אתגרי הבריאות, העיור והבטיחות הניצבים בפני ראשי עיריות, כמו גם ההתפתחות הטכנולוגית, מאפשרים כיום הזדמנות לתכנון וניטור מורכבים, מתוזמנים ודינמיים, שקיפות נתונים ושיתוף תושבים בעת קבלת החלטות ארוכות טווח הנוגעות למקום מגוריהם. לצד ההתפתחות האסטרטגית משתכללות גם שיטות המחקר והמידול המפתחות כלים לחיזוי מושכל של השלכות ההשקעה הציבורית על מדדי הבריאות בידי מקבלי ההחלטות.¹⁵ מדד ההשמנה של האוכלוסייה מסתמן כאחד המדדים העשויים להיות רגישים להשפעות אקולוגיות אלו.

13 Yaneer, Bar-Yam (2004). Multiscale Variety in Complex Systems. Complexity 9 (4), 37.

14 Bentley, M. (2013). An Ecological Public Health Approach to Understanding the Relationships between Sustainable Urban Environments, Public Health and Social Equity. May 9. [ahead of print]; World Health Organization (2013). Healthy Cities. Retrieved October 6, 2013 from:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

15 Lhachimi, S. K., Nusselder, W. J., Smit, H. A., van Baal, P., Baili, P., et al. (2012). DYNAMO-HIA—A Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments. PLoS ONE 7(5): e33317. doi:10.1371/journal.pone.0033317.

Baron-Epel, O. (2004). Historical Review of the Development of Health Promotion. Review, Tnuva Research Institution 4, 7-10.

Bentley, M. (2013). An Ecological Public Health Approach to Understanding the Relationships between Sustainable Urban Environments, Public Health and Social Equity. May 9. [ahead of print].

Carroll-Scott, A., Gilstad-Hayden, K., Rosenthal, L., Peters, S. M., McCaslin, C., Joyce, R., Ickovics, J. R. (2013). Disentangling Neighborhood Contextual Associations with Child Body Mass Index, Diet, and Physical Activity: The Role of Built, Socioeconomic and Social Environments. *Social Science & Medicine* 95, 106-114. CBS, STATISTICAL ABSTRACT OF ISRAEL 2010 [Internet]. Central Bureau of Statistics. Retrieved October 7, 2013 from:

http://www1.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton_e.html?num_tab=st02_12x&CYear=2010.

Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). The Relationship between Self-Management Abilities, Quality of Chronic Care Delivery, and Wellbeing among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Netherlands. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 8, 209-214.

Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International J. Eating Disorders* 46, 433-439.

Lhachimi, S. K., Nusselder, W. J., Smit, H. A., van Baal, P., Baili, P., et al. (2012). DYNAMO-HIA-A Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments. *PLoS ONE* 7(5): e33317. doi:10.1371/journal.pone.0033317.

Luhmann, N. (1995). *Social Systems*. California: Stanford University Press.

Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J (2012) Time Trends in Population Prevalence of Eating Disorder Behaviors and Their Relationship to Quality of Life. *PLoS ONE* 7(11): e48450. doi:10.1371/journal.pone.0048450

Ompad, D. C., Galea, S., Caiaffa, W. T., Vlahov, D. (2007). Social Determinants of the Health of Urban Populations: Methodologic Considerations, *Journal Urban Health* 84 (3 Suppl): i42-53.

Padilla, C. M, Deguen, S., Lalloue, B., Blanchard, O. Beaugard, C., Troude, F., Navier, D. Z., & Vieira, V. M. (2013). Cluster Analysis of Social and Environment Inequalities of Infant Mortality: A Spatial Study in Small Areas Revealed by

Local Disease Mapping in France. *The Science of the total environment* 1, 454-455.

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* 14(4), 406-414. World Health Organization (2013). *Healthy Cities*. Retrieved May 2, 2013 from:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>.

World Health Organization (2013). *Urban Population Growth*. Global Health Observatory. World Health Organization. Retrieved October 6, 2013 from: http://www.who.int/gho/urban_health/situation_trends/urban_populationgrowth_text/en.

Yaneer, Bar-Yam (2004). Multiscale Variety in Complex Systems. *Complexity* 9 (4), 37.

שיקום בלתי-פורמלי - שילוב בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי: היש חיה כזאת?

גידי צור

הקדמה

כמעט 30 שנה אני נע במסלולי המקצועי בין חינוך לשיקום. בשנים אלה הייתי שותף במסגרות חינוכיות בלתי-פורמליות שבהן התרחשו תהליכים שיקומיים, ובמסגרות שיקומיות שבהן מרכיבים חינוכיים. בעוד תכניות שיקומיות מתמקדות בשיפור התפקודי עקב לקות או פגיעה, התכניות החינוכיות מתמקדות בהיבטים ערכיים וחברתיים. על פניה ההבחנה בין התחומים ברורה, אך מה שפחות ברור ודורש עיבוד וניסוח היא דווקא הזיקה החזקה וההשפעה ההדדית בין התחומים הנושקים, במיוחד כשמדובר בבני נוער עם מוגבלות במעבר לחייהם הבוגרים.

במאמר זה אדון בזיקה בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי בתכניות לצעירים עם לקויות ועם נכויות. מתוך הדיון אצביע על קיומו של תחום שאקרא לו "שיקום בלתי-פורמלי", תחום המשלב בין דיסציפלינת השיקום לדיסציפלינת החינוך הבלתי-פורמלי.

בעבודה שיקומית נודעת חשיבות רבה להתערבות מוקדמת ככל האפשר. התערבות מוקדמת עשויה לצמצם פערים התפתחותיים ותפקודיים ובכך למנוע פגיעה באיכות חיים וסיכונים בעתיד. אנשי שיקום מחפשים ויוצרים דרכים חדשות להתערבות ולהקניית מיומנויות כבר בגיל הצעיר. במערכות החינוך הבלתי-פורמלי למיניהן, נוסף על חשיבותן החינוכית קיים פוטנציאל שיקומי בלתי מנוצל.

מן הצד השני, כאיש חינוך פגשתי לא פעם מערכות חינוכיות בלתי-פורמליות שבהן מתרחשים תהליכי שיקום גם ללא הצהרה וכוונה מודעת. אם תיווצר העמקה ברמת ההבנה וההכשרה של צוותי ההדרכה גם לכיוונים שיקומיים, יש לשער שמסגרות אלו יצאו נשכרות ויוכלו להתחיל ואף להרחיב שילוב בני נוער המתמודדים עם קשיים ועם לקויות. הקניית התפיסה השיקומית תעשיר את הצוותים הממוקדים בחשיבה חינוכית בלתי-פורמלית בהבנה ובכלים שיאפשרו להם לקדם ולשפר את תפקודם של בני הנוער, גם את אלו שאינם מוגדרים כסובלים מלקויות או מנכויות באופן מוצהר.

חשיבה זו פותחה במהלך השנים שבהן אני וחבריי לעבודה הקמנו ופיתחנו את מכינת "כנפיים". מכינת "כנפיים", שהוקמה בגליל המערבי בשנת 2004 כחלק מעמותת "כוונים", היא מכינה לחיים לצעירים עם נכויות מוטוריות וחושיות. המכינה כוללת רכישת כישורי חיים במסגרת קבוצתית חוץ-ביתית, שירות לאומי או צבאי ומרכיב לימודי. תכנית זו נוצרה

בעמותת "כוונים" ופותרת בעזרת ג'וינט אשלים, המוסד לביטוח לאומי, אגף השיקום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, עמותת "גוונים" ושותפים נוספים. היא משמשת מודל לשילוב בין שני התחומים וליצירת השדה החדש של השיקום הבלתי-פורמלי.

מטרת מאמר זה לחדד הגדרות של שני התחומים - החינוך הבלתי-פורמלי והשיקום, ובעזרת דוגמאות להבהיר את הפוטנציאל השיקומי-תפקודי של החינוך הבלתי-פורמלי. ניתוח זה יחדד את המרכיבים המשמעותיים שכדאי לחזק בפיתוח תכניות עבור בני נוער ומתבגרים עם מוגבלות.

מבוא

למעין בהגדרות תחומי השיקום והחינוך הבלתי-פורמלי מתבררת מיד השונות בין התחומים. לדוגמה, שיקום מוגדר "רצף תהליכים המיועדים לסייע לאדם עם מגבלה פיזית, חושית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית להגיע לרמה אופטימלית של תפקוד ועצמאות בתחומי החיים העיקריים. כל זאת על-ידי שיפור יכולותיו ומימוש הפוטנציאל של האדם עם מוגבלות בתחומי התעסוקה, החברה, המשפחה והדור, תוך ראייה מערכתית של האדם עם נכות, משפחתו וקהילתו" (רינג ושיילנסקי, 2007, עמ' 775).

לעומת זאת, חינוך בלתי-פורמלי מוגדר "תפיסה חינוכית-פדגוגית שהתפתחה בארגוני חינוך וקהילה חוץ-בית-ספריים, הפועלים בדרך כלל בזמנם הפנוי של קהלם ומכוונים למצטרפים לפעילויות באופן חופשי ביוזמתם ועל-פי בחירתם. בבסיסה של תפיסת החינוך הבלתי-פורמלי טבועה ההנחה שניתן ורצוי לממש מטרות חינוכיות וחברתיות בסיוע עקרונות, תכנים, ארגונים וכלים בעלי רמת מיסוד גמישה, המשוחררים מהתניות מבוניות ופורמליות, הקיימות בדרך כלל בבתי הספר" (המנחם ורומי, 1997, עמ' 192).

ההבדל בין ההגדרות אינו מתבטא בתחום התוכן בלבד (שיפור תפקודי לעומת מטרות חינוכיות חברתיות), אלא גם באוכלוסיות היעד (כלל האוכלוסייה הסובלת ממוגבלות לעומת כלל אוכלוסיית בני הנוער).

במאמר הנוכחי נדון בשאלה באיזה אופן מוטיבים ועקרונות של החינוך הבלתי-פורמלי משמעותיים לתהליכי קידום תפקודי של בני נוער עם לקויות. למשל, האם התגייסות למשימה התנדבותית עשויה לעורר בקרב בני נוער עם לקויות מוטיבציה לשיפור תפקודם, כגון שימוש בתחבורה ציבורית או שיפור העצמאות התפקודית בנושאי היגיינה?

מרכיבים בחינוך בלתי-פורמלי הרלוונטיים גם לשיקום

בספרו "נעורים והקוד הבלתי-פורמאלי" ראובן כהנא (2007) מונה שמונה מרכיבים לקוד הבלתי-פורמלי, לכולם נגיעה ישירה לתהליכי שיקום עבור צעירים. מאמר זה יתייחס לחמישה מהם, המיטיבים להמחיש את התפיסה המשלבת בין שיקום לחינוך בלתי-פורמלי: בחירה, רב-ממדיות, סימטריה, מודולריות ומורטוריום.

מרכיב מרכזי של פעילות בלתי-פורמלית הוא מרכיב הבחירה. בניגוד לחינוך פורמלי, המחויב על-פי חוק, מערכות חינוכיות בלתי-פורמליות הן התנדבותיות במהותן, וזהו חלק עיקרי מסוד כוחן. על-פי כהנא (2007), בחירה חופשית יחסית של מטרת או השתייכויות והחופש לבחור במסגרת ובמידה רבה גם בתוכה, עשוי לשחרר וליצור כוחות פנימיים בקרב בני נוער. הבחירה החופשית להצטרף למסגרת מעצבת בהם את התחושה שיש בכוחם לחולל שינויים מרחיקי לכת בהתפתחות הנפשית והתפקודית בגיל הנעורים, וכן מגבירה את המוטיבציה ללמידה (קיפן, 2011).

קדם בחירה - הזמנה ו"חיזור"

תהליך ההחלטה על הצטרפות כלשהי בדרך כלל כרוך בתהליכים הדדיים של הארגון המזמין ושל המועמד. לבני נוער בישראל בכלל, ובמרכזים העירוניים בפרט, יש אפשרויות בחירה רבות בתחום החינוך הבלתי-פורמלי. בחיפה למשל מתחרות ביניהן 16 תנועות נוער ב-40 סניפים (עיריית חיפה, 2012) על זמנם הפנוי של בני הנוער. בישראל קיימות עשרות מסגרות של חינוך בלתי-פורמלי (דרור, 2007), ואם נכלול ארגונים נוספים, כמו מתנ"סים למיניהם (העונים חלקית על ההגדרה המלאה של חינוך בלתי-פורמלי), מספר אפשרויות הבחירה אף גדל.

במסגרות הבלתי-פורמליות (מתנועות הנוער ועד לגרעיני נח"ל, קומונות ומכינות קדם-צבאיות) בני הנוער עצמם שותפים בגיוס החניכים החדשים באמצעי שיווק בלתי-פורמליים, כמו תליית שלטים על בתי הסניפים, "חבר מביא חבר" ועוד. אלו הם מרכיבים בתהליכי החיברות שלהם, בעלי אופי של יצירת השתייכות וקבלת הכרה חברתית.

תכניות בלתי-פורמליות הפונות גם לצעירים עם לקויות ונכויות הן לא רבות (למשל: הצופים, בני עקיבא, "בתי גלגלים", "כנפיים של קרמבו", "אתגרים", ולגילאי 18 מכינות "כנפיים" ו"שילוב מנצח"), אך הן פותחות את שעריהן, מעבירות מסר של קבלה והכרה בערך החניך, עוד בטרם ההשתתפות עצמה. פתיחות זו אינה מובנת מאליה. משפחות רבות מתמודדות עם שילוב ילד עם מוגבלות במערכות חינוך פורמליות. בתהליכים הכרוכים לעתים במאבקים משפחות מחייבות מערכות פורמליות לקבל את ילדיהם. אך במסגרות הבלתי-פורמליות המשלבות, המצב הפוך ומהווה תיקון במובן מסוים: המסגרות הלא-רבות שקיימות, מזמינות ואף מחזרות ומשדלות את החניכים להצטרף. ההכרה, החיזור והקבלה, על רקע ההדרה וההימצאות בשוליים החברתיים במסגרות החינוך הפורמלי (פלאוט, 2007; רייטר, 1989) - יש בהם כדי ליצור מוטיבציה להצטרפות ותחושת ערך רבה יותר. מסגרות שבהן תהליך הבחירה הוא סלקטיבי יוצרות גם תחושות של יוקרה. היוקרה מפצה, ולו במעט, על העדר הנגישות והדחיות המרובות המתרחשות במהלך חייהם של בעלי מוגבלויות כבר מילדות.

הבחירה עצמה כתחילת הניהול העצמי

בתהליך הבחירה וההצטרפות עשויים לפעול ארבעה כוחות הנעה או התנגדות: הכוח של הצעיר, הכוח של משפחתו, הכוח של חברים אם ישנם והכוח של המסגרת המזמינה. לא תמיד יש מתאם בין הכיוון והעוצמה של הכוחות. למשל הורים עשויים להוות גורם כבד משקל בהצטרפות או אי-הצטרפות. על רקע המגבלות, הבדידות והחסכים של הצעירים בעלי המוגבלויות עם צרכים מיוחדים, הוריהם שימשו ומשמשים ברוב המקרים כוח מניע לרבים מהישגיהם. לאורך חייו של הילד, הוריו פעמים רבות נאבקים על חייו ועל יכולותיו, אך לעתים נמנעים מלחשוף אותו להתמודדויות עצמאיות מתוך הגנת יתר (מרום ועוזיאל, 2001; לוינגר, 2003).

סיבות להתנגדות להצטרפות למסגרת בלתי-פורמלית יכולות להיות היעדר בשלות של ההורים לפרידה עקב חשש מאובדן זהות ושליטה, חוסר אמון במידת הבטיחות וההתנהלות של מסגרות ועוד. עם זאת, רבים מן ההורים מעודדים ואפילו דוחפים להצטרפות. אך במקרה של הצטרפות לא מחייבת, לעתים בפעם הראשונה, קולו של הילד הוא משמעותי.

אם יש פערים במוטיבציות בין ההורים (יכולה להיות שונות בין ההורים עצמם) לילדיהם באשר לפעילות בזמן הפנוי, "מלחמה" זו עשויה להיות חשובה כחלק מבניית האישיות הנבדלת האינדיבידואלית של הילד. נושא הבחירה עוד בטרם ההשתתפות בתכנית, שהוא תהליך לכאורה פשוט, כבר מציף דרמה התפתחותית שיקומית מהסבוכות שיש: תהליך היפרדות של צעיר עם נכות מהוריו.

גם לאחר שתהליך ההצטרפות הושלם, בין שמידת המעורבות של ההורים הייתה גבוהה ובין שהייתה נמוכה, הם עתידים לסגת במידת המעורבות במרבית המקרים. צמצום ההתערבות של ההורים מאפיין את כלל הזיקה בין מבוגרים לנוער בתכניות אלו. פיקוח רופף יחסית מצד המבוגרים, ומצד שני "פיקוח חברי" הדוק יותר (כהנא, 1974), עשויים להוות חלק מהגורמים לקפיצה התפתחותית.

מעגל החברים בשלב הבחירה

לחברים המועטים שיש לילד עם הצרכים המיוחדים, או אלו הנוצרים בתהליך ההיכרות, עשוי להיות משקל רב בבחירה. המועמדים בתהליך קבלת ההחלטה, בוחנים את הבחירות של החברים והמועמדים היותר קרובים ומוערכים מבחינתם. על פניו, זהו מאפיין מובן מאליו של הצטרפות למסגרת - משקל המשיכה החברתית לצד המטרות האחרות. אך במקרה זה, הבחירה החברתית יש גם לה משקל התפתחותי-שיקומי. הבדידות היא אחת מגורמי הסיכון הגדולים לבוגרים עם צרכים מיוחדים (נציבות שוויון, 2010; Harper, 1978). הסיכון מתבטא במאפיינים כמו דיכאון, מעגל מצומצם של אנשים שאפשר להזעיק בעת צרה או פגיעה פסיכוסומטית במערכת החיסון.

משקל החברים כבר בתהליך הבחירה במסגרת ובבחירות בהמשך הדרך, מצביע על הפוטנציאל החברתי הטמון בקבוצת השווים. זהו מרכיב רב-השלכות על איכות

החיים בעתיד, ועל פיתוח יכולות בין-אישיות המהוות תנאי לחיים בסביבה חברתית לעומת חיים בבידוד.

בחירה מתמשכת

מרכיב הבחירה אינו מסתיים באקט ההצטרפות או בתהליך ההצטרפות, אלא מתבטא גם במשך השהות בתכניות הבלתי-פורמליות. במסגרת הפעילויות יש מקום רחב להרבות או להמעיט בהשקעה ובמעורבות. זאת לעומת מערכת החינוך הפורמלית, ובוודאי מרכזי השיקום בגיל המבוגר יותר, שבהם אפשרויות הבחירה וההתנדבות מצומצמות ביותר. במערכת החינוך הפורמלית העיקר הוא המטלה הלימודית, ותפקידים המוצעים לתלמידים מעורבים (מועצת תלמידים, הפקת אירוע סיום) אינם מוצעים לתלמידים "חריגים", שבדרך כלל חווים פרק זה מתוך השוליים החברתיים של הכיתה. במרכזי שיקום למיניהם בגיל הבוגר המוקד הוא רכישת יכולות מקצועיות. לעומת זאת, ההתנדבות היא נשמת אפה של המהות הבלתי-פורמלית. ריבוי ההזדמנויות והתפקידים המגוונים המאפיינים את החינוך הבלתי-פורמלי, רק ממחישים את הפוטנציאל הרב הטמון במסגרות אלו. ריבוי התפקידים הנדרש להפעלת התכנית עם מיעוט מבוגרים יוצר מצב שבו הצעיר, שלעתים חווה את עצמו כבלתי קומפוטנטי סביל, מוצא עצמו לא רק מחוזר לבוא למסגרת, אלא גם מוזמן ואפילו מחויב לשאת בתפקיד או לבצע פעילות.

מרכיב הבחירה נמצא לא רק בבחירת המסגרת או במהלכה, אלא גם ברגעי משבר ורצון להפסיק את הפעילות. במערכת החינוך הפורמלית ובמסגרות נוספות נהוג לדבר על "נשירה" במקרה של הפסקת פעילות ואי-הגעה של תלמיד לבית הספר. ביטוי זה מעיד על פסיביות, התנגדות והיחלשות של המשתתף או המסגרת. הכוונה היא לנשירה בטרם עת, נשירה המשקפת בעיה. אך במסגרת בלתי-פורמלית המאופיינת בהתנדבות כחלק מתהליכי מיסוד גמישים, אין הכרח לפעול ולסיים את השנה או השלב ולכן הפסקת השתתפות היא לגיטימית.

לסיכום, יש במרכיב הבחירה של תכניות בלתי-פורמליות היכולת להחזיר וליצור תחושת שליטה בקרב ילד עם נכויות. חוויה זו איננה החוויה המרכזית של בני נוער עם נכויות. במהלך חייהם כה רבות נקבע מבחץ: מפגיעת הגורל ועד לעתים העדר שליטה פיזיולוגית. ריבוי אפשרויות הבחירה בתכניות שיקום בלתי-פורמלי מהווה תהליך של החזרת שליטה או הקניית שליטה לראשונה. תהליך זה ייתן את פירותיו גם בשלבים המבוגרים יותר של החיים, ועשוי לאפשר ניהול עצמי משולב בקהילה.

2. מרכיב הרב-ממדיות התפקודית

בתקופת גיל ההתבגרות נתון המתבגר לציפיות של החברה להפנמת ערכיה, לעיצוב יחסים חדשים עם עולם המבוגרים, להחלטות לגבי תכניותיהם לעתיד ולגיבוש הזהות המקצועית. לא פעם הצעירים עצמם רואים זאת כעול המוטל עליהם מלמעלה כשהם עצמם נמצאים במקום רגשי אחר (רוזמן, קליינמן-זלצמן וחסון-פרנקל, 1989). הצעיר חש דחף להתנסות כחלק מבחינת גבולות זהותו והרחבתם.

אריקסון (Erikson, 1968) אפיין את תקופת הילדות בפעילות יצרנית של התנסויות ואילו את שלב ההתבגרות כשלב מורטוריום, המתאפיין בתהליכי למידה של ניסוי וטעייה לטובת גיבוש זהות אינטגרטיבית. המשותף לשני השלבים הללו הוא התנסויות מגוונות המפתחות את הצעיר לקראת התנהלות אקטיבית בעתיד. מודלים תיאורטיים מתקדמים יותר באשר לגיבוש זהות בגיל ההתבגרות, מרחיבים את מרחב ההתנסות וגיבוש הזהות ומדברים על זהות נזילה או על ריבוי זהויות (מיטשל, 2003). אלה מודלים אדפטיביים יותר למציאות מודרנית ופוסט-מודרנית רבת מהירות ותהפוכות. משמעות המודלים ההתפתחותיים הללו באשר לצעירים, היא שהם מעמידים את ההתנסויות המגוונות בעלות אופי של חקר וביצוע תפקיד כבעלות משקל רב בהתפתחות.

מרכיב הרב-ממדיות במערכות בלתי-פורמליות מתבטא "במרחב גדול של תחומי פעילות ומיומנויות מגוונות, שוות-ערך מבחינת החשיבות וההערכה החברתית" (כהנא, 2007, עמ' 27). הרב-ממדיות פועלת לביסוס תחושת הערך העצמי, כיוון שהיא מאפשרת לכל חניך לבטא את מגוון כישורונותיו ויכולותיו ולרכוש באמצעותם מעמד חברתי (כהנא, 2007). על רקע הדלות בהתנסויות בתפקידי חיים למיניהם עבור צעירים עם לקויות ועם נכויות, חינוך בלתי-פורמלי הוא "מכרה זהב" התפתחותי. להלן רשימת נושאי תפקיד בשכבה הבוגרת בתנועת הצופים: מדריך, רשג"ד, מחסנאי, ראש מחסן, פעיל, רכז הדרכת נעורים, רכז מפעלים (טיולים ואירועים) ועוד. בסביבות המקבילות, המשפחתית והבית-ספרית, נוער בכלל ונוער עם צרכים מיוחדים בפרט, בדרך כלל אינם נחשפים להתנסויות תפקודיות כה מגוונות.

תפקידים אלה ואחרים מתאפיינים בפיתוח יכולות ארגוניות. במהלך שנות התשעים, בעת הוראה באחת הכיתות במכינה הקדם-צבאית "רבין", נשאלה השאלה "מהי ההצלחה הגדולה בחיך עד כה?" בני הנוער התחלקו לשלוש קבוצות: האחת דיברה על תהליכים על יחסים שהסתיימו בהצלחה; הקבוצה השנייה דיברה על אירועים ספורטיביים או מוזיקליים שבהם מילאו תפקיד מרכזי; הקבוצה השלישית והגדולה דיברה על הפקה של אירוע מצליח. נראה שגם עבור בני נוער עם נכויות, ההתנסויות הארגוניות נגישות יותר לרוב בני הנוער כמקפצה להצלחה. אפשר לראות שפיתוח יכולות ארגוניות והפקת אירוע או פרויקט מוצלח עשויים לאפשר לרבים מבני הנוער לזכות ב"תהילה", בגיל השישגים כאלו הם כמו אוויר לנשימה, בתקופה שבה רב המעורפל על הנגלה.

מעבר לתחושת השיג, למביט מן הצד על צעירים-בוגרים עם נכויות, נראה שהם מנהלים מערכת חיים מורכבת ביותר: תכנון מדויק של כל מטלה בתחומים כגון ניהול תיק בריאות, מיצוי זכויות ומימוש קצבאות. טעויות בתחומים הללו "עולות ביוקר" - בבריאות, בזמן ובכסף ועוד. פרדוקסלית, הם יידרשו להתמודד עם מורכבויות ארגוניות גבוהות, אך בילדות ובהתבגרות הם חסרים בהתנסויות עקב הגורמים שצוינו, כגון הגנות יתר והעדר הזדמנויות. אם כן, יכולת ארגונית היא הכרחית. כפי שנאמר, הצלחה ארגונית עשויה להיות גם מקור לגאווה ולביטחון עצמי.

בסביבה המשפחתית, בני נוער עם צרכים מיוחדים אינם נוטים לארגן למשל טיולים ומסיבות ימי הולדת לבני משפחתם. הסביבה המשפחתית, כבר מילדות, נוטה שלא לראותם בעלי יכולות ארגוניות ומקבעת זהות זו. החשיפה המוגבלת במשפחה נובעת מאוריינטציה של הגנת יתר. בסביבה הבית-ספרית, אם יש פעילות בית-ספרית מחוץ לכיתה, כגון טיולים ומסיבות, בדרך כלל בני הנוער עם המוגבלויות לא יישאו בתפקידים ולעתים אף לא יגיעו לאירועים. אך בתכניות בעלות אופי של שיקום בלתי-פורמלי אפשר לפצות על כך בריבוי תפקידים ופעילויות.

לצורך הדגמה, במכנית "כנפיים" אחד התפקידים המתגרים הוא סדרן הסעות. סדרן הסעות, שנשמע תפקיד פשוט וזוטר, הוא למעשה תפקיד מורכב ובעל עמדה ומשמעות לצעירים שכה תלויים בהסדרי תחבורה מותאמים ומדויקים. סדרן ההסעות מתנדב לתפקיד הדורש יכולות בסיסיות המאפשרות לו לנהל מערכת של היסעים יומיומיים לחבריו לקבוצה. כדי לבצע תפקיד כזה נדרשות שורה של מיומנויות: למידה, יכולות מחשב, ארגון, התמודדות בתנאי לחץ ואי-ודאות, התמודדות עם סמכות מעלה ומטה, התמודדות עם כניסה ופרידה מתפקיד ועוד. התפקיד עשוי לחזק לא רק מיומנויות אישיות אלא גם את מעמדו של הסדרן כחבר תורם בקבוצתו. כאמור, התפקיד מעורר גם מתיחויות ומחלוקות שההתמודדות עמן גם היא חלק מרכזי מהתפתחות נורמטיבית של יכולות בינאישיות.

בתפקיד טמונה לא פעם משמעות סמלית עמוקה: הצעירים מתקרבים אל ה"הגה" והידיים האוחזות בו מסמלות את עצמאותם בעתיד. תפקיד סדרן הרכב מאפשר לחניך שכל ילדותו הובל באמצעות רכבים שונים, להיות שותף לניידות שלו ושל חבריו. הוא מחליט או שותף להחלטה על לוחות זמנים ועל הגעה ליעדים.

על הצורך ליצור היפוך בזהות דרך התנסות בתפקיד, אפשר ללמוד גם למשל מן הרצון של חניכים מסוימים עם מוגבלויות לעשות שירות לאומי בבתי חולים. הם חוזרים למוסד שבו הם שכבו כילדים במשך חודשים במחלקות שיקום לאחר ניתוחים. בבגרותם הם בוחרים לחזור אל המסגרות הפורמליות הללו, אך הפעם ללא הוריהם כשהכוח והבחירה בידיהם, ולהגיש עזרה בעצמם לאחרים.

לצד תפקיד של סדרן ההסעות אפשר להציג את מארגני הטיולים למיניהם, מארגני האירועים השונים, מארגני פעולות חברתיות ותרבותיות ועוד. דוגמאות אלו מאפשרות לראות כיצד שני המודלים שדובר בהם באים לידי ביטוי: דינמיקת הניסוי והטעייה על-פי אריקסון וההתנסות בריבוי זהויות על-פי מיטשל. אלמנטים אלה מדרבנים את הצעיר עם הלקות לחצות את הקווים המוגנים לעבר התנסויות חדשות.

ההתמקדות באפשרויות הארגוניות הייתה רק לצורך המחשה. אפשר גם להציג את משמעות ההתנסויות ההדרכתיות או השיווקיות בארגון בלתי-פורמלי, כמקדמות ומשפרות תפקודים שונים של בני נוער במסגרות השיקום הבלתי-פורמלי. "מעבדה תעסוקתית" כזאת תחזק יכולות וביטחון עצמי לקראת ניהול עצמי בעתיד (וולף, 2010).

מרכיב הסימטריה מוגדר על-ידי כהנא (2007) כ"יחסי גומלין בעיקר במצב שבו משאביהם של כל המשתתפים שקולים פחות או יותר. תנועות החליפין במסגרות סימטרית מבוססות על הדדיות מאוזנת" (עמ' 27).

החוויה המרכזית של ילד עם נכות היא חוויה אסימטרית. עקב הנכות הוא מוצא עצמו בעמדות נחיתות ביחס לסביבה הנורמטיבית. הוא חווה שוב ושוב את היותו מקבל עזרה מן האחר הנורמטיבי. משפט שמשמיעים מדי פעם הורים או מתנדבים הוא: "לא ברור מי עזר למי יותר". משפט זה מצביע דווקא על ממד המשמעות וההתחזקות של העוזרים. מודעות זו מאזנת במידה מסוימת את ההטיה האסימטרית, אך היא בגדר יוצא מן הכלל שאינו מעיד על הכלל.

ההימצאות בקבוצת השווים היא הטובה ביותר ליצירת תחושת סימטריה. בתכנית כמו מכינת "כנפיים" אפשר לראות זאת בכמה מעגלים. הראשון הוא מעגל קבוצת השווים: בני נוער עם נכויות שונות מפעילים יחד קומונה משותפת. ללא עזרה הדדית הקבוצה לא תפעל. תחת ניהול של צוות מצומצם יחסית, כל משתתף חייב לתרום את חלקו בהתאם ליכולתו הפיזית והמנטלית. מתבצעת מערכת חליפין של משאבים בהתאם ליכולות הפיזיות והנפשיות השונות. למשל, חניך לקוי שמיעה אך עצמאי פיזית, יעזור לבחור עם כיסא גלגלים, שיעזור לו תקשורתית.

המעגל השני הוא מעגל השירות: בני הנוער עושים שירות לאומי או צבאי ומעמידים עצמם לשירות ועזרה לאחר או למסגרת הזקוקה לכך. זוהי מסגרת מהפכנית מבחינת האפשרות לצעיר הנעזר רוב ימיו, לאזן את המשוואה ולהיות תורם קומפוטנטי. חניכה בשירות לאומי כבדת ראייה המראיינת קשישים במרכז יום על סיפורי האהבה שלהם ומגישה להם את הסיפורים כחוברת, היא רק דוגמה אחת לאיזון בין נתינה לקבלה. אפשרויות אלו זמינות במיוחד בישראל, עקב ריבוי תכניות השירות בישראל והציפייה לתרומה המייצרת נורמה שגם צעירים עם נכויות מעוניינים מאוד לקחת בה חלק.

המעגל השלישי הוא מעגל מתנדבים מחו"ל: מתנדבים מחו"ל במכינת "כנפיים" התורמים מיכולותיהם הפיזיות, נעזרים בלימוד עברית על-ידי חניכים להם הם עוזרים פיזית. החניכים שמחים להתנסות בהוראה לא-פורמלית וכן במתן אוריינטציה להתנהלות בישראל. סימטריה זו עומדת בבסיס ההחלטה בתכנית, להעדיף נוער מתנדב מחו"ל ולא נוער מישראל בני גילם שמתוקף שליטתם בתרבות, בשפה ובכלל בהתנהלות בחברה הישראלית, לא היה מעניק את תחושת הסימטריה, אלא עלול להדגיש ואף להחריף את הפער והאי-סימטריה.

שיא הסימטריה ביחסי הגומלין הבינאישיים באה לידי ביטוי במכינת כנפיים בשבוע עצמאות בסוף השנה הראשונה (וולף, 2010). בשבוע זה הצוות מתבקש לסגת לחלוטין ממתחם הקבוצה ואילו הקבוצה נדרשת לתפקד עצמאית לגמרי. אם בכל זאת נדרשת עזרה, החניכים מנהלים אותה בעצמם. החניכים מצפים בהתרגשות לשבוע זה הנתפס כשיא השנה הראשונה בתכנית. חלק מן ההתרגשות נעוץ בהתרחקות מוקדי הסמכות המרוכזים באופן טבעי בידי הצוות.

בשבוע זה, ללא התנהלות משתפת בה כל אחד מחברי הקבוצה תורם את חלקו, הקבוצה לא תצליח לעמוד במשימה. חלק מהדינמיקה הנורמטיבית בשבוע זה הוא לחץ חברתי, עד כדי גינוי חניכים שלדעת חבריהם לא תורמים את חלקם. פיקוח חברתי זה הוא אחד ממאפייניו של החינוך הבלתי-פורמלי.

באמצעות הדוגמאות ממכינת "כנפיים" אפשר לומר כי המערכת הבלתי-פורמלית מזמנת אפשרויות ליצירת סימטריה, שאינה מתאפשרת במסגרות האחרות במידה כזאת. מבחינתם של הצעירים עם הלקויות, הסרת ההגנה של המבוגרים להתנהלות סימטרית ביניהם היא הזדמנות לגילוי יכולות. לעתים רבות נדרש מן הצוות להמחיש לחניכים בתכניות השונות את המערכת הסימטרית שמתקיימת מכיוון שתחושות הנחיתות המבטאות את האסימטריה הן מושרשות.

4. מרכיב המודולריות

"מודולה היא יחידה עצמאית המסוגלת למלא תפקיד ללא תלות ביחידות אחרות. עקרון המודולריות מכניס גמישות למערכת ומאפשר הסתגלות מהירה לסביבה משתנה. מערכת היא מודולרית אם היא מורכבת מכמה יחידות או פעולות שאפשר להחליפן זו בזו ולסדרן באופנים שונים" (כהנא, 2007, עמ' 29).

כדי להבין את החשיבות השיקומית לעיקרון זה עלינו שוב לסגת לשלבים הראשונים בהתפתחות של ילד עם לקות. כשקיימת פגיעה משמעותית בגיל צעיר, המערכת המשפחתית מתגייסת להשקעה אינטנסיבית בכל הרמות. תהליכי השיקום תובעים משמעת עצמית רבה והם מתאפיינים בחזרה על פעולות והרגלים לצורך שיפור תפקודים. בהתנהלות היומיומית נדרשים תכנון, יציבות ויכולת ליצירת התאמות, לצורך התמודדות עם שגרה המורכבת ממכשולים. שינויים רבים לא יאפשרו שליטה והתנהלות בטוחה, עקב מגבלות כמו מכשולי עבירות ונגישות, תנועה איטית במקרה של נכויות מוטוריות או העדר תקשורת. למשל, נדרשת התעקשות עד נוקשות על מיקומם הקבוע של אובייקטים בביתם של אנשים עיוורים ולא העיוור יאבד אוריינטציה מיד בביתו שלו.

מצב זה, שבו האדם עם הלקות מורגל לנוקשות ולקיבעון, מקשה עליו לשנות את דפוס ההתנהגות בעת הצורך. המערכת המנטלית שלעתים עוקבת אחר ההתנהלות והצרכים הפיזיים, מאמצת את דפוסי החשיבה וההתנהלות השמרנים גם כשלא נדרש. מסגרות רבות, כגון מקום עבודה, דורשות מהאדם להיות מסוגל להתמודד עם שינויים ועם גמישות, ולכן רצוי שהתנהלותו לא תהיה חזרתית ומוגנת, אלא מאתגרת בחשיפה לגירויים חדשים. למשל, אדם עיוור שהאובייקטים בביתו יהיו קבועים ולא יתנסה כבר בצעירותו במסלולי תנועה משתנים, לא יפתח גמישות מנטלית להתמצאות במרחב למרות עיוורונו, ויגזר עליו רדיוס תפקודי מצומצם או תלות מוחלטת בליווי בכל שינוי שיווצר.

הפעילות במסגרות בלתי-פורמליות מאופיינת בגמישות רבה. אל מול המערך הפורמלי בבתי הספר על הכיתות הקבועות ומערכי השיעורים והמורים, תנועת נוער

היא כשמה כן היא - בתנועה. לא רק בתנועה פיזית, אלא גם ביכולתה לערוך שינויים מבניים בתכנים ובאנשים בהתאם לצרכים מזדמנים (כהנא, 2007).

בתנועת הנוער ללקויי ראייה ועיוורים "בגובה עיניים", שינוי מקום הפעילות והלינה הוא עיקרון מנחה. בני נוער עם נכויות בסביבה כזאת חייבים להגמיש את נוקשותם ו"לזרום", כפי שבני נוער אומרים, ביתר קלות ומהירות מסיטואציה לסיטואציה. למשל, מחנה צופים ביער מזמן הזדמנויות מגוונות למתיחת גבולות והסתגלות, עקב מצבים חברתיים ופיזיים משתנים.

לא רק תכנון והתארגנות מסודרת דרושים לצורך הסתגלות והתפתחות; דרושות גם מיומנויות כמו יוזמה וספונטניות. למרות הסרבול הפיזי, או בעיית התקשורת במקרה של לקות שמיעה, ספונטניות מתחילה בתחום המנטלי ואינה כרוכה תמיד בשינוי פיזי. היא יכולה להיווצר גם ביוזמה התנהגותית מזווית חדשה ולא צפויה. ספונטניות אינה כרוכה רק בהתחדשות, אלא גם ביצירת פתרונות חדשים.

מסגרות לשיקום בלתי-פורמלי מאפשרות פעילות במודולות משתנות ובדרך זו מאפשרות יצירת גמישות רבה יותר בקרב בני נוער עם לקויות. הם יזדקקו במהלך חייהם להרבה יצירתיות וגמישות כדי ליצור פתרונות לבעיות ייחודיות של התנהלות עצמאית.

5. מרכיב המורטוריום

על-פי אריקסון (בתוך כהנא, 2007), "המורטוריום הוא הסדר המאפשר דחייה לגיטימית של מחויבויות וסטייה זמנית מנורמות מקובלות". כהנא (שם) מוסיף וכותב כי מורטוריום הוא מצב שבו הפעלת דרכי פעולה ולמידה באופני ניסויי וטעייה היא לא רק לגיטימית אלא גם מומלצת לטובת התפתחות תקינה ונורמטיבית.

כאמור, נוער עם לקות צובר פער התפתחותי גדול עקב העדר התנסויות. בגלל רחב האפשרויות וההזדמנויות לחקר עצמי בתחומים שונים בתקופת הנועורים, אתמקד באחד בלבד. אחד הביטויים למורטוריום של צעירים בישראל הוא אופני ההתנסות בשירות הצבאי או הלאומי. בני נוער עם לקויות ונכויות מגיעים אל השירות ללא כל רקע קודם בעבודות כאלו ואחרות שרוב בני גילם כן התנסו בהן. הם מתחילים את דרכם במקומות שירות שונים וצוברים את כישלונותיהם ואת הצלחותיהם במהלך השירות. הסביבה המעסיקה נוטה להיות סלחנית וסבלנית כלפי בני ובנות שירות לאומי באופן יחסי לעובדים, ועל אחת כמה וכמה אם הם נכים. המרחב הזה, ללא אימת הסנקציה מצד אחד והבעת דרישה לתפקוד גבוה יותר, הופך את השירות ל"מעבדה תעסוקתית" (וולף, 2010). החניכים רוכשים מיומנויות תעסוקתיות בעזרת מעסיקים וליווי מקצועי, שעוזר להם בתיווך עם מקום עבודתם ובמהות העבודה עצמה, כל זאת במסגרת התנדבותית בשירות החברה ועדיין לא במרכז לימודי/שיקומי פורמלי.

בפרק זה של החיים מתחוללות שתי מגמות משלימות: מצד אחד אוריינטציה אלטרואיסטית של תרומה לחברה, מצד אחר תהליכים המאפשרים פיתוח יכולות וגילוי נטיות מקצועיות באשר לעתיד. הכלים הפורמליים לאבחון יכולות תעסוקתיות לטובת לימודים מקצועיים, הם אבחונים מטעם אגף השיקום של המוסד לביטוח

הלאומי. אבחון מקצועי בגיל צעיר יחסית, כמו גיל 18, יעלה ממצאים מצומצמים ואולי גם לא תואמים בוודאי על רקע החסך המוקדם בהתנסויות. תקופת השירות בישראל מאפשרת להבשיל מקצועית באופן שיש להשתמש בה בתהליכי טרום-תעסוקה של בני נוער בכלל, ובני נוער עם צרכים מיוחדים בפרט.

במהלך העבודה שלנו במכינת "כנפיים", לא אחת לאור הניסיון בשירות הלאומי של החניכים, נתגלו האבחונים כלא-תואמים את היכולות שפגשנו בפועל באתרי השירות. לדוגמה, צ' היא בוגרת מכינת "כנפיים" צפון, שאבחון מוקדם שלה בגיל 18 שלל יכולות אקדמאיות ויכולות מזכירות. לאחר פרק שירות לאומי בניהול לשכת דיקאן באחת המכללות ולאחר סיום תואר אקדמי ותעסוקה בניהול שני משרדי עמותות, התקבלה לעבודה כעוזרת לשכה במפעל במרכז הארץ. עבודה התרחבה האפשרויות התעסוקתיות באופן דרמטי בתקופת השירות שלה.

נראה שתקופת ההתנסות בשירות במסגרת המורטוריום הישראלי משמשת כלי אבחוני בלתי-פורמלי העשוי להיות חשוב ביותר לתהליכי בחירה וקבלת החלטות באשר לעתיד המקצועי.

לסיכום, המפגש בין הצרכים השיקומיים לבין דינמיקת הניסוי והטעייה המאפיינת את גיל ההתבגרות ברובד הבלתי-פורמלי, מאפשר התנסויות חשובות בהתפתחות ובחינת נטיות וכוחות עוד לפני הבחירות הפורמליות ושלב הלימודים והחיים הבוגרים.

דין

נוער וצעירים עם נכויות היא קבוצה שבאופן מובהק נמצאת בפער התפתחותי יחסית לבני גילם. ממצאי סקר שערכה נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות חושפים פערים בין בוגרים עם מוגבלויות לבוגרים ללא מוגבלויות בכל תחומי החיים (בן משה, רופמן והבר, 2010). העדר בחירה, אפשרויות להתנדבות, חד-ממדיות תפקודית, העדר סימטריה ביחסים, היעדר גמישות בהתנהלות והעדר התנסויות בתקופת המורטוריום - אלה רק תיאורי מגבלות חלקיים שבסופו של דבר יוצרים תשתית התפתחותית מנוונת. הניון מוביל לעתים לסיכון ממשי במצבי בדידות בעת מצוקה או בסיכון לפגיעות למיניהן. במציאות זו ילדים וצעירים עם נכויות נמצאים מבודדים ולא פעילים מבחינה חברתית ואינסטרומנטלית ועל כן גם לא מתפתחים באופן תקין בתחומים שבין שעות הלימודים הפורמליות ואחריהן.

אנשי שיקום ויוצרי תכניות, בעיקר לבעלי מוגבלות בגילאים הצעירים, מחפשים דרכים נוספות וחדשות לצמצם פערים ולאפשר כיווני התפתחות יעילים. כפי שמנסה מאמר זה להראות, התשתיות הקיימות של החינוך הבלתי-פורמלי מהוות אפשרויות לקידום בני נוער בתחומים שיקומיים כבר בגילאים הצעירים.

בשדה המשולב הזה נוצרת שפה מקצועית חדשה הממשיגה תהליכים שיקומיים במסגרות חינוך בלתי-פורמליות בעזרת מושגים, טכניקות ופעילויות. מושגים כגון קבוצת שווים, התנדבות, מטלות מגוונות, תפקידים מגוונים, נוכחות מועטה יחסית של מספר

מבוגרים המפעילים פיקוח רופף יחסית, פיקוח חברי אינטנסיבי ועוד - כל אלו שופכים אור לא רק על תהליכי חינוך אלא גם על תהליכי שיקום.

קבוצת השווים מניעה את חבר הקבוצה לא רק ברמה החינוכית והערכית אלא גם מבחינה תפקודית. למשל, על-ידי נסיעה עצמאית בתחבורה ציבורית, פעילות בישול וניקיון ופעילות ארגונית בהפקה של אירוע. העדר פיקוח מלא של מבוגרים ואווירה של היררכיה נמוכה יותר, מאפשרים לנוער לנסות לתהות ולטעות ובדרך זו לפרוץ גבולות תפקודיים.

ההבנה הכוללת של הדינמיקה הבלתי-פורמלית מאפשרת לכוון את התכנים, הליוויים וההדרכות לכיוונים התואמים והולמים את אופי ההתנהלות בתוכניות אלו. משמעות השדה הבלתי-פורמלי עבור אנשי השיקום הקשורים לתחום, עשויה להתבטא בכמה דרכים:

הפניה - עובדי שיקום עשויים להפנות כבר בגילאים הצעירים לתכניות בעלות אופי בלתי-פורמלי הנגישות לציבור ילדים עם לקויות.

הנחיות צוותים והדרכתם - עובדי שיקום מיומנים עשויים לכוון צוותי הדרכה באשר לידע, למיומנויות ולרגישויות הנדרשים בעבודת הדרכה עם ילדים עם לקויות. צוותי הדרכה אלו בדרך כלל מאופיינים במוטיבציה גבוהה ביותר ובאיכויות אנושיות גבוהות. תמימותם של מדריכים אלו משמשת לפריצות דרך התפתחותיות, אך גם נדרשת הנחיה של אנשי שיקום כדי שלא ימעדו במורכבויות שאינם רואים.

הבשלה וקידום - אנשי שיקום עשויים להמשיך תהליכי שיקום פורמלי בנקודות פתיחה גבוהות יותר בקרב בוגרי תכניות אלו. למשל, אבחון תעסוקתי לאחר פרק בן שנתיים של שירות צבאי או לאומי ירחיב את אפשרויות השיקום התעסוקתי בהשוואה לאבחונים מוקדמים, בגיל 18.

המשך פיתוח שדה השיקום הבלתי-פורמלי - פיתוח הן מבחינת הנגשת תכניות קיימות ויצירת תכניות חדשות, והן מבחינת פיתוח מערכת המושגים הרלוונטיים לתחום, לצורך הבנה ושימוש לטובת תהליכי שיקום והתפתחות נוער וצעירים עם לקויות.

סיכום

במאמר זה ניסיתי לקשור בין שני תחומים המשיקים בעבודתי ובעבודתם של אנשי חינוך ושיקום רבים בארץ ובעולם - חינוך בלתי-פורמלי ושיקום. בעזרת התמקדות בכמה מאפיינים של הקוד הבלתי-פורמלי לשיטתו של ראובן כהנא, תוארה דינמיקה שיקומית היוצרת ומאפשרת שינויים תפקודיים של בני נוער עם לקויות באמצעות דוגמאות מתכניות בעמותת "כוונים".

פרק הנעורים, שהוא כה דרמטי להתפתחות תקינה של האדם, מתחלק למערכות פורמליות ובלתי-פורמליות. בעוד המערכת הפורמלית בעיקרה אמונה על פיתוח מיומנויות אקדמאיות, המערכת החינוכית הבלתי-פורמלית אמונה על מיומנויות חברתיות ותפקודים מגוונים ביותר - מיכולות ניווט ועד בישול, הישרדות בטבע, יכולות הדרכה,

מנהיגות ועוד. כשהחינוך הבלתי-פורמלי פוגש ילדים ובני נוער עם לקויות בעלי חסכים חברתיים ותפקודיים רבים ביותר, יש לו מה להציע להתפתחותם.

על רקע התלות הרבה של צעירים אלה בהורים ובאחרים וחסך בהתנסויות נורמטיביות, מתחוללת אצלם, נוסף על ההנעה העצמית, העברת תלות לקבוצה ולמדריכים. החניכים צוברים הצלחות ואי-הצלחות בתחומים שונים. כל אלו מחזקים את ביטחונם העצמי ואת תהליך ההבשלה הפנימית שיקדם אותם למימוש רב יותר של שאיפותיהם. תקופה זו יכולה להיתפס עבור אנשי שיקום כ"מעבדה" טרום-שיקומית, שבעזרת תשומות מסוימות עשויה להפיק התקדמויות התפתחותיות משמעותיות. שדה זה דורש תשומת לב, מחקר, לימוד נוסף והמשך פיתוח.

ביבליוגרפיה

- אריקסון, א' (1960). ילדות וחברה. תל אביב: ספרית פועלים.
- בן משה, א', רופמן, ל', והבר, י' (2010). אנשים עם מוגבלות בישראל 2010. ירושלים: נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים.
- דרור, י' (2007). החינוך הבלתי פורמלי של הנוער ב"ישוב" ובמדינת ישראל. בתוך: ש' רומי ומ' שמידע (עורכים), החינוך הבלתי פורמלי במציאות משתנה. ירושלים: מאגנס.
- המנחם, א', ורומי, ש' (1997). "חינוך לא פורמלי". בתוך: י' קשתי, מ' אריאלי וש' שלונסקי (עורכים), לקסיקון החינוך וההוראה. תל אביב: רמות.
- וולף, ח', סבו, ב', ומארק, ד' (2010) "כנפיים" - מכינה לחיים. תוכנית שילוב נכים בלימודים ושירות לאומי. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- כהנא, ר' (1974). קיום לניתוח סוציולוגי של ארגוני נוער בלתי-פורמאליים. מגמות כא, 36-46.
- כהנא, ר' (2007). נעורים והקוד הבלתי פורמאלי. ירושלים: מוסד ביאליק.
- לוינגר, מ' (2003). הקשר בין אפיונים אישיותיים, משפחתיים וחברתיים של חירשים בוגרים לבין מידת היפרדותם מההורים ומידת האינטימיות כלפי בני זוגם. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור. החוג לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.
- מרום, מ', ועוזיאל, ל' (2001). סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון - דוח מחקר. ירושלים: מאירס-גוינט-מכון ברוקדייל.
- סטיבן, מ"א (1993). תקווה ופחד בפסיכואנליזה. תל אביב: תולעת ספרים.
- עיריית חיפה, תחומי הפעילות של רשות הנוער והצעירים (א"ת). נדלה ב-25 ביוני 2012 מתוך:
- <http://www.haifa.muni.il/Haifa/municipality/hinuch/Pages/YoungArea.aspx>

פלאוט, א' (2007). מה נשתנה: ההיסטוריה של מסגרות החינוך לתלמידים עם ליקוי בשמיעה בישראל 1932-2005. תל אביב: מכון מופת.

קיפן, ב' (2011). קוד אתי של עובדי הנוער בחינוך הבלתי פורמאלי. ירושלים: מנהל חברה ונוער. נדלה ב-12 ביוני 2012 מתוך:

<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Noar/KatalogPirsumim/TakanonimNehalimUmismacheiEmda/kodeti.html>

רוזמן, מ', קליינמן-זלצמן, נ', וחסון-פרנקל, ר' (1989). זהות אישית: עבודה קבוצתית עם מתבגרים. תל אביב: רמות.

רייטר, ש' (1989). שילוב ילדים חריגים בבתי-ספר רגילים - אתגר לשנות התשעים. סוגיות בחינוך המיוחד ובשיקום 6, 25-38.

רינג, ח', ושילנסקי, ע' (2007). השיקום כתפיסת עולם רב-ממדית: נגישות לשירותי שיקום רפואיים וחברתיים. בתוך: ד' פלדמן, י' דניאלי להב, וש' חיימוביץ' (עורכים), נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21. ירושלים: הוצאת משרד המשפטים.

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and Crisis. New York: Norton.

עולמות נפגשים: המשמעות של התנדבות של נוער וצעירים עם מוגבלות והבטחת הצלחתה

מיכל גולן ורונית בר

מבוא

"ההדרכה בשבילי היא סוג של הגשמת חלום אישי. אמנם המדריכים האמינו בי, נתנו לי מוטיבציה ואמרו לי שאגיע להיות מדריכה, אבל רק היום אני רואה שאני יכולה להצליח בתפקיד ואפילו לתרום" (הילה, מדריכה ב"בית הגלגלים", עמותה הנותנת מענה למחסור בפעילות חוץ בית-ספרית ולהעדר מסגרות חברתיות הולמות לצעירים עם מוגבלויות).

הילה, בחורה בת 23, המרותקת לכיסא גלגלים ובעבר חניכה בעצמה, הצטרפה לצוות של 15 מדריכים ללא מוגבלות באחת הקבוצות של "בית הגלגלים" לפני כשנתיים. צוות המדריכים מלווה מספר דומה של ילדים עם מוגבלות פיזית משמעותית, חלקם מרותקים לכיסא גלגלים וזקוקים לסייע אישי (בשירותים, באכילה ועוד).

"החשש הוא שהתודעה של האדם שכל חייו היה בעמדה של מקבל עזרה תתקבע; חשוב שנחדיר בהם את התודעה שיש להם כוחות גם לתת לאחרים" (גידי צור, מנכ"ל "כוונים" - תכניות צעירים עם נכויות, עמותה המקדמת צעירים עם צרכים מיוחדים תוך עידודם לעצמאות ולמעורבות בקהילה בה הם חיים).

הילה וגידי, כל אחד בדרכו, משקפים את ממצאי הספרות (פישר, 1999; Miller et al., 2002) שלפיהם תחושת הערך העצמי עולה במקביל לפיתוח מיומנויות אישיות בעיקר בקרב מתנדבים צעירים עם מוגבלויות.

מטרת המאמר לדון בחיבור בין העולם של אנשים עם מוגבלות לבין עולם ההתנדבות. תחילה נבחן את משמעות המושג התנדבות, נמשיך ונתייחס לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלויות, ונסקור בקצרה ממצאים עיקריים ממחקרים שבחנו את ההשפעות של התנדבות על נוער וצעירים עם מוגבלות ואת יתרונותיה. בתוך כך נשלב מדבריהם של צעירים עם מוגבלות המתנדבים בפעילויות שונות.¹

רקע

התנדבות היא כל פעילות שבה מושקע חינם זמן כדי להיטיב עם אחר, קבוצה או מטרה. ההתנדבות נגזרת ממקבץ של התנהגויות מסייעות ומתאפיינת יותר במחויבות מאשר בעזרה ספונטנית. הדר ווילסון (הדר, 2010; Wilson, 2000) מחדדים ומוסיפים כי התנדבות היא תהליך מתוכנן ומותווה מראש הנמשך תקופה ארוכה, בניגוד להתנהגות עוזרת, המבוססת בעיקר על ספונטניות. התנדבות נוער

1 המאמר נכתב על בסיס סקירת הספרות שערכה ליאורה ארנון, ג'וינט התנדבות. סקירה זו מובאת בנפרד בגיליון זה.

מוגדרת כפעילות של בני נוער בגילאים 12-19 למען הקהילה ללא תגמול כספי. חלק מהמתנדבים פועלים במסגרת תכניות מובנות לעידוד התנדבות בבתי הספר שבהם הם לומדים, ולעתים מחויבים לפעילות זו כחלק מתכנית הלימודים. סוג פעילות זה מרחיב את המונח "התנדבות" אל מעבר למובנה הצר של המילה, הכולל רק מתנדבים שפועלים מתוך רצון חופשי, ללא גמול כספי ולמען אנשים זרים להם (Haski-Leventhal, Ronel, York, & Ben-David, 2008).

בהתאם לחוק שוויון אנשים עם מוגבלות (התשנ"ח, 1998), אדם עם מוגבלות הוא אדם עם לקות פיזית (כגון אדם מתנייד בכיסא גלגלים), חושית (לקות שמיעה או לקות ראייה) או קוגניטיבית (כגון מוגבלות שכלית התפתחותית) או עם מוגבלות נפשית (כגון מחלת נפש). לבני נוער ולצעירים עם מוגבלות יש מגוון רחב של צרכים מיוחדים בתחומי הבריאות, החינוך והשיקום, ולנכותם השפעה על תפקודם בחיי יומיום, על יכולתם ללמוד, על תפקודם החברתי והנפשי ועל משפחותיהם (נאון, מורגנשטיין, שימעל וריבלס, 2000).

על-פי דוח נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות לשנת 2011, אנשים עם מוגבלות מהווים קרוב ל-22% מהאוכלוסייה. המשמעות היא שכל אדם חמישי הוא אדם עם מוגבלות. האם הדבר כך בסביבתכם? במקום העבודה? במעגלים החברתיים? מדוע אנחנו לא רואים אותם לידינו? התשובה כמובן מורכבת, ויש בה היבטים של מדיניות, של נגישות, של תפיסות חברתיות ועוד. חלקים גדולים מהמרחבים הציבוריים אינם נגישים לאנשים עם מוגבלות (פיזית, אבל לא רק) ועל כן אין הם יכולים להגיע אליהם. כך ההדרה מתרחבת: אנחנו לא פוגשים אותם, על כן לא מודעים לצורכיהם, לא מפתחים להם מענים ובכך מקבעים את ההדרה החברתית. הנתונים המובאים בדוח* מבטאים מגמה זו: 30% מהאנשים עם מוגבלות חמורה מדווחים על העדר חברים, לעומת 8% ביתר האוכלוסייה, 30% מהם מדווחים על תחושת בדידות יומיומית, לעומת 5% ביתר האוכלוסייה.

השינויים הרבים המתרחשים בחברה המערבית במאה ה-21 משפיעים מאוד גם על עולם ההתנדבות. בעבר היה מקובל לראות אנשים עם מוגבלות כמקבלי שירות וכנזקקים לקבלת סיוע ממתנדבים. מתוך ראיית ההשפעות החיוביות שיש להתנדבות על בני נוער, התעוררה התפיסה כי במעשה ההתנדבותי של נוער עם מוגבלות טמון פוטנציאל עצום לשילובם החברתי בקהילה.

ברוח זו אנו עדים לפיתוח תכניות חדשות המשלבות בני נוער עם מוגבלות בפעילות התנדבותית. תכניות אלה שמות דגש על הנגשת ההתנדבות, על תהליכי ליווי ותמיכה למתנדבים עצמם ועל שינוי עמדות בקרב הארגונים הקולטים אותם.

במקביל מתרחשים שינויים בעשורים האחרונים בגישה החברתית כלפי אנשים עם מוגבלות - מגישה הרואה אותם כזקוקים לחסד לגישה הרואה אותם כבעלי זכויות וכחברים רגילים בחברה. שינויים אלה השפיעו בתורם גם על התייחסות האדם עם מוגבלות כלפי יכולותיו שלו להשתתף במסגרות החברתיות בקהילה.

תרומת ההתנדבות לנוער וצעירים עם מוגבלות

ההתנדבות תורמת ליציאתן של אוכלוסיות מוחלשות מהדרה חברתית. בהקשר של אנשים עם מוגבלות המושג "הכלה חברתית" מתייחס ליכולתו של האדם להימצא ביחסי גומלין חיוביים עם אנשים בסביבתו ולהשתתף במסגרות רגילות המתאימות לבני גילו, תוך התאמת התנאים לצרכים המיוחדים הנובעים ממוגבלותו. כל זאת במטרה לסייע לאדם עם מוגבלות להשיג אוטונומיה, עצמאות תפקודית ואיכות חיים לפי צרכיו ורצונותיו האינדיבידואליים (הוצלר, יעקב, אלמוסני וברגמן, 2001, בתוך קמינסקי ושפירא, 2011). אף שרק מעט מחקרים עסקו בנושא, מן המידע הקיים עולה שהיתרונות של ההתנדבות לעוסקים בה מקרב כלל האוכלוסייה, רלוונטיים ואף מועצמים כשמדובר במתנדבים עם מוגבלות. אלה היתרונות העיקריים:

- ◆ **העצמה אישית:** עלייה בתחושת המשמעות והערך העצמי. פישר (1999) סקרה מחקרים המדווחים כי אחד המדדים המשמעותיים להעצמתו ולהתפתחות האישית של המתבגר היא היכולת להקדיש מזמנו הפנוי לצורך פעילות התנדבותית למען עצמו וקהילתו. עוד נמצא כי סביבה חברתית תומכת היא הגורם המשמעותי ביותר למעורבות בקהילה, אף יותר מרמת ההערכה העצמית ותמיכת המשפחה. במחקר שבחן את ההשפעה של השתתפות בפעילות התנדבותית על בני נוער וצעירים עם מוגבלות, נמצא כי ההתנדבות תרמה רבות לתחושת המשמעות של הצעירים, לביטחונם ולערכם העצמי. ההתנדבות חיזקה את תחושתם כי הם מסוגלים להשפיע על סביבתם ועל העולם וכי יש בכוחם לתרום לקהילה שלהם, להשפיע או לייצר שינוי (Roker, Player & Coleman, 1998).
- ◆ **שיפור במיומנויות אישיות, התנהגותיות וחברתיות:** במחקר שהתמקד בבני נוער עם מוגבלות כמתנדבים, נמצא כי ההתנדבות תרמה לפיתוחן של יכולות אישיות וחברתיות. יכולות אלה כללו תחושת ביטחון להתנסות בחוויות חדשות, תחושת מסוגלות להציע רעיונות חדשים בקבוצה, עמידה והצגה מול קהל, שיפור היכולות להתרועע עם אנשים מסוגים שונים, היכרות עם חברים חדשים וחיזוק הרשתות החברתיות (Roker et al., 1998). מחקר נוסף גילה כי ההתנדבות תרמה לשינויים חיוביים בחיברות (סוציאליזציה) של בני נוער עם מוגבלות שהתנדבו. (Miller et al., 2005).
- ◆ **יציאה ממעגל הבדידות - הכלה חברתית:** בסקר שערך מכון ברוקדייל נמצא כי צעירים עם מוגבלות שהשתלבו בחינוך הרגיל, דיווחו על מיעוט קשרים חברתיים מחוץ לשעות בית הספר. משמעות הדבר היא שילדים ובני נוער עם מוגבלות סובלים מבדידות, ובעקבות כך גם כישוריהם החברתיים מצטמצמים (נאון, מרום ומילשטיין, 2010). גורמים רבים יכולים להסביר את בדידותם של אנשים עם מוגבלויות, ביניהם העדר מוביליות, העדר נגישות והעדר עצמאות (מרגלית, 1998). ההתנדבות יכולה להועיל לאנשים עם מוגבלות המתמודדים עם הדרה חברתית בדרכים מגוונות, וביניהן נגישות לרשתות חברתיות, הזדמנויות להעצמה, שיפור הבריאות הפיזית והמנטלית והזדמנות לחוות סיפוק מעצם התרומה וההתחברות לקהילה.

♦ **פיתוח מיומנויות לעתיד:** בכל המחקרים שנסקרו נמצא כי ההתנדבות תרמה לפיתוחן של מיומנויות חדשות הרלוונטיות לתחומי חיים שונים, ביניהם עולם התעסוקה. כך למשל נמצא כי צעירים עם מוגבלות שהתנדבו דיווחו על פיתוח מיומנויות וכישורים אדמיניסטרטיביים, מיומנויות מחשב, שיפור במיומנויות כתיבה וניסוח, מיומנויות כלכליות וניהוליות (Roker et al., 1998). במחקרם של מילר ואחרים (Miller et al., 2002) נמצא כי המתנדבים התנסו במיומנויות מגוונות שלא הייתה להם הזדמנות להתנסות בהן קודם לכן. מיומנויות אלה כללו שימוש במגוון של כלים, תכנון, פתרון בעיות והתנסות עם יישום משימות מורכבות בהצלחה.

התנדבות של אנשים עם מוגבלות בארץ ובעולם

"תקופת ההתנדבות נתנה לי בסיס טוב להצליח מאוחר יותר כאדם עובד, לקבל ביטחון עצמי, לדבר בפני הילדים ולהיות יותר מודע ליכולות שלי, ובאמת היום אני מתקדם יפה מאוד במקום העבודה". כך מתאר אימאד, שהדריך בעבר קבוצה בתכנית "בגובה העיניים" לילדים עם לקות ראייה.

חיזוק לדברים אלה עולה בדבריה של הילה: "כשנכנסתי להדרכה עוד התנהגתי כמו חניכה. היה לי קשה לעזור פיזית וישבתי בצד. עם הזמן ראיתי שאני יכולה ליצור קשר מיוחד עם הילדים והם מקשיבים לי. לאט-לאט חיזקתי את הביטחון ואת האמונה ביכולת שלי להעניק לילדים. באמת לא חשבתי שאצליח לעמוד בלחצים האלה".

דוגמה לשילוב צעירים עם מוגבלות בפעילות התנדבותית אפשר לראות בתכנית "משלבים", שהוקמה בשותפות עם ג'וינט אשלים במטרה להיענות לרצונם של צעירים רבים עם מוגבלות המבקשים להשתתף בהתנדבות שירות לאומי. בכך הם מביעים את רצונם להיות פעילים בחברה הכללית, להרגיש שהם תורמים למדינה ולחוש עצמאיים יותר (גזית וקינג, 2006, בתוך הכהן, וולף, סבו ומארק, 2010). בשנת 2004, אז החל לפעול פרויקט "משלבים", הוקצו 74 תקני שירות לאומי לנוער עם מוגבלות. עם השנים חלה עלייה משמעותית והיום יש 587 תקנים שאושרו בהחלטת הממשלה. הצעירים משתלבים במגוון רחב של מקומות להתנדבות, כגון גני ילדים, בתי חולים ומשרדי ממשלה.

להתנדבות של אנשים עם מוגבלות בקהילה תרומה רבה לכלל הקהילה בהיבטים שונים:

- ♦ **שינוי עמדות כלפי אנשים עם מוגבלות:** נמצא כי ההיכרות עם מתנדבים עם מוגבלות והחשיפה אליהם תורמות לשינוי עמדות בציבור הרחב, לצמצום הדעות הקדומות ולהתייחסות אל אנשים עם מוגבלות כאל אזרחים שווים בקהילה.
- ♦ **פיתוח רגישות חברתית:** נמצא שבפעילויות המשלבות ילדים ללא מוגבלות ועם מוגבלות, הילדים רכשו הרגלי סיוע, פתיחות, סבלנות וסובלנות.
- ♦ **אימוץ תפיסת חיים משלבת:** התנדבות ופעילות משותפת גורמת לאנשים ללא מוגבלות לסגור על זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות, ולאמץ אורח חיים משלב בחייהם גם כבוגרים בעתיד בקרב קהילתם.

◆ **תרומה במקרים שבהם משתתפי התכניות הם ילדים עם מוגבלות:** התנדבות של צעירים עם מוגבלות בקרב אוכלוסייה דומה להם מהווה מודל להצלחה עבורם. מתנדב עם מוגבלות יכול אף לסייע לקבוצת המדריכים ללא מוגבלות בשיקוף הצרכים של צורכי הילדים מתוך חוויותיו האישיות ומתוך הבנה מעמיקה שלהם. חיזוק משמעותי לדברים אלה עולה בדבריה של גילי, חברה בארגון "אופק לילדינו", שותפה עם קבוצת אמנים עם לקות ראייה ועיוורון לתכנית שרובה ככולה פרי יצירתם: "אני חשה סוג של שליחות וסיפוק בתרומה שאני יכולה לתרום לאחרים שיכולים להביט וללמוד מהמודל העתידי שלי. אני חשה סוג של אחווה, תובנה רגשית והסתכלות פנימה, לדעתי יותר מאשר מתנדבים רגילים".

למרות זאת, מחקרים מראים כי הסבירות שאדם עם מוגבלות יתנדב היא נמוכה יחסית לאדם ללא מוגבלות. מדוע כך הם פני הדברים?

בבריטניה בשנת 2008, 32% מהמתנדבים היו מבוגרים עם מוגבלות, זאת לעומת 41% מכלל האוכלוסייה המבוגרת (State of the World's Volunteerism Report, 2011). בארצות הברית, נכון לשנת 2002, 5.4% מכלל המתנדבים היו אנשים עם מוגבלות ו-1.1% מהמתנדבים היו אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, זאת אף שאחוז האנשים עם מוגבלות באוכלוסייה גדול מכך משמעותית (כ-20%) (Miller, Schleien, Rider, Hall, 2002; Roche & Worsley, 2002).

בשנת 1998 חוקקה הכנסת את "חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות תשנ"ח" במטרה לעגן את זכותם של אנשים עם מוגבלות בחברה הישראלית למעורבות שוויונית ופעילה בכל תחומי החיים. בפועל גילו ארטמן-ברגמן ורימרן (2009) תמונה די עגומה בכל הנוגע למעורבותם החברתית של אנשים עם מוגבלות בישראל, אף שאנשים אלו מביעים עניין רב במעורבות במעגלי החברה השונים.

יש להניח כי אף שמדובר במחקרים על בוגרים, התמונה אינה שונה באופן מהותי בקרב ילדים, נוער וצעירים עם מוגבלויות, אם כי אנו מזהים מגמות חיוביות ההולכות ומתפתחות. זאת ועוד, נמצא כי יש חסמים אישיים בהתנדבות של אנשים עם מוגבלות וחסמים ארגונים של הארגון הקולט את המתנדב עם המוגבלות. נציין את העיקריים שבהם:

◆ תפיסות אישיות - ככל שאדם תופס את נכותו כחמורה יותר, כך הוא מעריך את סביבתו כנגישה פחות ונוטה להיות מעורב פחות בחברה. בהקשר לכך, ככל שאדם חש שהוא תלוי בזולת ואיננו עצמאי בחיי היומיום, הוא יחוש שאינו מסוגל לתרום לזולת.

◆ יכולת השפעה - ככל שאדם עם מוגבלות חסר ביטחון עצמי ופחות מאמין ביכולותיו ובכוחו להשפיע על הזולת, כך הוא יימנע יותר מפעילות התנדבותית.

◆ היכרות וחשיפה - ידע לא מספק על מקומות התנדבות, על מהותה ועל מה שהיא מאפשרת למתנדבים עלול להרחיק אנשים עם מוגבלות מהאפשרות להשתתף בפעילות. כמו כן הם חשים שינוצלו כמתנדבים במקום שיגויסו כעובדים בשכר ויושארו כמתנדבים בלבד.

- ◆ תפיסות ארגוניות - תפיסה של המנהיגות הארגונית הגורסת כי הפעלת מתנדבים עם מוגבלות כרוכה בהשקעה ניכרת של משאבי זמן, כוח אדם, הכשרה וכסף.
- ◆ נגישות - העדר גישה למידע על אנשים עם מוגבלות והעדר הזדמנויות למעורבות חברתית של אנשים עם מוגבלות, העדר תנאים של נגישות בארגון וקושי בהגעה פיזית (תחבורה, נגישות) למקומות פעילותו. העדר תפקידים ההולמים את כישוריהם של אנשים עם מוגבלות או תפיסה שלא ניתן ליצור תפקידים הולמים לאוכלוסייה זו.

כיצד משלבים מתנדבים עם מוגבלות?

בספרות המחקרית מתוארים כמה מודלים להפעלת אנשים עם מוגבלות כמתנדבים בקהילה. העיקריים ביניהם הם מודל להפעלה יחידנית של מתנדבים עם מוגבלות במסגרת ארגון המתנדבים, ומודל המציע תכנית מובנית להתנדבות משלבת, במסגרתה מתנדבים יחד אנשים עם מוגבלות וללא מוגבלות.

כמה גורמים יכולים לסייע לשילובם של אנשים עם מוגבלות כמתנדבים:

- ◆ **הכנה תפיסתית אידיאולוגית** - בשלב ההכנה על הארגון לייצר מדיניות ואסטרטגיה המקדמת שוויון ונגישות. עליו להניח את התשתית הערכית הרואה בכל מתנדב (עם מוגבלות וללא מוגבלות) אדם בעל רצון חופשי ובעל צרכים ייחודיים, אילוצים ומוגבלות ובמקביל בעל כוחות ויכולות לתרום ולהיות שותף לשינוי חברתי. יש חשיבות להאמין בצעירים עם מוגבלות וביכולתם לייצר שינוי חברתי אמיתי, ככל צעיר בן גילו.
- ◆ **איש מקצוע מלווה** - תפקיד מרכזי ומשמעותי בתכניות המבקשות לשלב אנשים עם מוגבלות כמתנדבים. על הארגון למנות איש מקצוע מתחומי הטיפול (עו"ס, חינוך וכד') שיזהה ויטפח את הכוחות והיכולות של המתנדבים, יתחבר לאנשי מפתח בקהילה, ינחיל אסטרטגיות התאמה ונגישות, וייצר שיטות ודרכי עבודה לעידוד שילובם החברתי של אנשים עם מוגבלות במסגרות התנדבותיות. לעתים יש צורך גם לאתגר אותם להתנסות בחוויות ובמיומנויות חדשות.

היערכות ארגונית

הנגשה - על הארגון לדאוג להנגשה פיזית של סביבת העבודה, של אמצעים טכנולוגיים, טפסים וחומרי קריאה וכל הנדרש, וכן לתחבורה נאותה ולאמצעי תקשורת מתאימים.

תהליכי קליטה - על כל ארגון להיערך לקראת קליטת מתנדבים עם מוגבלות. קליטת אנשים עם מוגבלות כוללת היכרות מעמיקה אף יותר עם הצרכים של המתנדב. מומלץ לעשות זאת בעזרת המתנדב עצמו, שמיטיב יותר מכולם לדעת מה יסייע לו, באיזו מידה הוא זקוק להתחשבות ולהתאמות ובאילו תחומים הוא אינו מעוניין בהתייחסות מיוחדת. חשוב למצוא תפקידים התואמים הן את היכולות והכישורים של הצעירים המתנדבים והן את תחומי העניין שלהם.

הכשרה - על הארגון לדאוג להכשרה למתנדבים, המותאמת לצרכיהם וליכולותיהם וכן להבטיח ליווי מתמשך במהלך פעילותם ההתנדבותית.

ניהול ההתנדבות - על הארגון לפעול על-פי כללי ניהול מתנדבים רגיל הכוללים הכשרת המתנדב/ת והענקת כלים מקצועיים להיכרות עם מושא ההתנדבות, עם אוכלוסיית היעד להתנדבות ועם מקום ההתנדבות. על מנהל ההתנדבות לערוך משוב מקצועי, לתגמל את המתנדבים ולייצר תהליכי פרידה ראויים למתנדבים.

הבטחת תמיכה מקצועית - יש לדאוג שלרשות הצוות יעמדו אנשי מקצוע מתחום החינוך המיוחד, הרווחה או הבריאות, שבהם יוכלו להיוועץ בעת הצורך.

כשמדובר במודל של תכניות המשלבות נוער וצעירים עם מוגבלות יחד עם צעירים ללא מוגבלות יש צורך לשים דגש על משמעות האינטראקציה הנוצרת בין מתנדבים עם מוגבלות למתנדבים ללא מוגבלות. לגבי מודל זה עלו בספרות כמה גורמים נוספים (לאלה שהוזכרו לעיל) הדרושים להצלחת תכניות משלבות כאלה:

- ◆ להתחיל עם קבוצה קטנה של מתנדבים ולהגדילה בהדרגה, תוך התייחסות למשאבים הארגוניים הקיימים לצורך ליווי תהליך ההתנדבות שלהם.
- ◆ לבחור מתנדבים ללא מוגבלות שהם מעט יותר מבוגרים בגילם מהמתנדבים עם מוגבלות.
- ◆ להכשיר את כל הצוות שיפעיל את התכנית ולהעניק לו את כל הידע והכלים ההכרחיים לעבודה עם צעירים עם מוגבלות וללא מוגבלות.
- ◆ ללוות את הקבוצה לפני כל מפגש ואחריו, במפגשי רפלקציה ועיבוד, הנוגעים גם לפיתוח המיומנויות, להתקדמות הקבוצה, לאינטראקציה שנוצרה בין החברים.

מנהל "בית הגלגלים" מספר: "בהתחלה היו לחגית בעיות בתוך הצוות. היא התנהגה יותר כמו חניכה מאשר מדריכה. היא לא הייתה משמעותית והמדריכים אפילו התלוננו שהיא לא לוקחת אחריות. כתוצאה מכך גם הילדים לא תפסו אותה כמודל. עם הזמן, ובעיקר לאחר הקורס, חל שיפור משמעותי".

שרית, מארגון "אופק לילדינו" השותפה לתכנית "רואים אחרת", קבוצת צעירים עם עיוורון ולקות ראייה המעבירים סדנאות בבתי ספר ובמסגרות של בוגרים, מוסיפה: "את הקבוצה שלנו מלווה עובדת סוציאלית קהילתית. בהתחלה היא גיבשה אותנו והנחתה אותנו יותר צמוד. במהלך הזמן נעשינו יותר עצמאיים אבל אנחנו עדיין זקוקים ליד מכוונת".

מילות סיום

"מה שמחזק אותי הוא המחשבה שאמי הייתה גאה בי שאני יכולה להיות כמו כולם. אני מרגישה המון סיפוק כי הילדים מקשיבים לי ולפעמים מספרים לי דברים מאוד אישיים. ההדרכה עוזרת לי להתפתחות, זה עזר לי להיפתח ולקחת יותר אחריות על עצמי. אני לא אומרת שאין קשיים. לדוגמה, כשאנחנו הולכים לים וכל המדריכים נהנים ונכנסים, אני נשארת עם כמה ילדים לבד על החוף [...] אני לא יכולה לעזור פיזית לחניכים בגלל הקשיים הפיזיים שלי, אבל למדתי לא לרחם על עצמי ולהתמקד במה שאני כן יכולה. אני יכולה לתרום מהניסיון שלי ולהעביר להם מסר חשוב לחיים, שאפשר להתגבר ולהתמודד עם הכול! זה מיוחד רק לי. [...] כשהתחילה ההשתלמות התייחסתי לזה כאל שטויות ובזבז זמן אבל מהר מאוד הבנתי שאני מקבלת כלים כדי להתמודד עם כל מיני בעיות, כמו למשל איך להתמודד עם הורים, עם דרישות של חניך. היום אני חושבת שכל נכה צריך לעבור את הקורס כי הוא מכשיר לחיים. כדי להיות מדריך טוב צריך אוזן קשבת לאורך כל המסע הזה וקודם כול רצון לתרום מעצמך ולהכיל את האחר, לדעת שיש לך אחריות כלפי אחרים ולפעמים לדעת לקבל ביקורת בונה. להיות מדריך זו זכות. 'בית הגלגלים' נתן לי המון ועכשיו תורי להחזיר!" (הילה)

במאמר זה הדגשנו את המפגש בין שני עולמות - ההתנדבות ואנשים עם מוגבלויות. האם החיבור מפתיע? ברור מאליו? אפשרי? באמצעות הדוגמאות האישיות והסקירה הספרותית ניסינו להתמודד עם השאלות הללו תוך שהצבענו על חשיבות החיבור ועל הצורך להסדירו ולאפשר לצעירים עם מוגבלויות הרוצים להתנדב לעשות כן ותוך כך לצמוח ולהתפתח ולהרגיש שייכות לקהילה.

ככלל, בשנים האחרונות צובר תחום ההתנדבות תאוצה בקרב בני נוער וצעירים בכלל ובקרב בני נוער וצעירים עם מוגבלות בפרט. נמצא כי להתנדבות השפעות חיוביות רבות על חייהם של הבוחרים לעסוק בה, כמו גם על הקהילה כולה. התפתחות זו מביאה לידי ביטוי את התפיסה כי במעשה ההתנדבותי טמון פוטנציאל עצום לשילוב חברתי של אנשים עם מוגבלות בקהילה ולהכלתם החברתית כאזרחים שווים זכויות. אנו למדים כי שילוב מוצלח של מתנדבים עם מוגבלות אינו דבר של מה בכך והוא מחייב תהליך מוסדר של חשיבה, תכנון ופעילות מדוקדקת - גיבוש מחודש של תפיסת הארגון, היערכות ארגונית ופיתוח מערך תומך ומלווה למתנדב עם מוגבלות.

היתרונות בשילובם של מתנדבים עם מוגבלות בקהילה מהווה כלי לשינוי תפיסות עולם וההשפעה על הקהילה כולה, הן ברמת התפיסה של אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות את עצמה כמעורבת, תורמת ומשפיעה על החברה ועל עצמה, והן באופן שבו תופסים אנשים ללא מוגבלות את האנשים עם מוגבלות.

אנו מאמינים כי החיבור בין העולמות - עולם ההתנדבות ועולמם של אנשים עם מוגבלות - הוא דרך ראויה ליצירת קהילה מכילה ובריאה.

ביבליוגרפיה

- ארטן-ברגמן, ט', ורימרמן, א' (2009). דפוסי מעורבות חברתית בקרב אנשים עם וללא מוגבלות בישראל, ביטחון סוציאלי 79, 49-84.
- גריפל, א', והבר, ל' (2010). "קהילה תומכת חיים עצמאיים לנכים" - הערכה מחקרית. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי והיחידה לנכויות ושיקום, ג'וינט ישראל.
- גריפל, א', וקטש, ש' (2011). דו"ח מחקר לתכנית "קהילה תומכת חיים עצמאיים לנכים", דפוסי התנדבות ונכונות להתנדב על ידי החברים בקהילה. ירושלים: ג'וינט ישראל, מסד נכויות.
- הדר, ל' (2010). התנדבות ככלי להעצמת בני נוער בסיכון. מניתוק לשלוב: יוזמות ומחשבות, במה לעובדי קידום נוער בישראל 16, 43-60.
- הכהן וולף, ח', סבו, ב', ומארק, ד' (2010). כנפיים - מכינה לחיים, תוכנית שילוב נכים בלימודים ובשירות לאומי. הערכה מחקרית, מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, המוסד לביטוח לאומי.
- חסקי-לוונטל, ד', הנדי, פ', וכנען, ר' (2009). התנדבות סטודנטים בישראל בפרספקטיבה משווה: מנבאים, מניעים, תגמולים והשפעתם על מוסדות החינוך. ביטחון סוציאלי 79, 141-163.
- מרגלית, מ' (1998). בדידות של ילדים בעלי פיגור שכלי: אפיונים יחידניים ומערכתיים וגישות בטיפול. בתוך: דובדבני, א', חובב, מ', רימרמן, א', ורמות, א' (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל. ירושלים: מאגנס.
- נאון, ד', מורגנשטיין, ב'; שימעל, מ', וריבליס, ג' (2000). ילדים עם צרכים מיוחדים: הערכת צרכים וכיסוים על ידי השירותים. דמ-355-00: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- נאון, ד', מרום, מ', ומילשטיין, א' (2010), שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים בבתי ספר יסודיים. מעקב אחר "פרק השילוב" בחוק החינוך המיוחד. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- קמינסקי, ש', ושפירא, מ' (2011). פארק חברים - גן שעשועים נגיש ומשלב בפארק רעננה. רעננה: בית איזי שפירא ועיריית רעננה.

Haski-Leventhal, D., Ronel, N., York, A., and Ben-David, B. (2008). Youth volunteering for youth: Who are they serving, how are they being served. *Children and Youth Services Review*, 30, (7) , 834-846.

Kulik, L. (2007). Predicting responses to volunteering among adolescents in Israel: The contribution of personal and situational variables. *Voluntas*, (18), 35-54.

Lonsdale, S. (1990). *Women and Disability*. London: Macmillan.

Miller, K. D., Schleien, S. J., Brooke, P., Frisoli, A. M., & Brooks III, W. T. (2005). Community for All: The Therapeutic Recreation Practitioner's Role in Inclusive Volunteering. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(1), 18-31.

Miller, K. D., Schleien, S. J., Rider, C., Hall, C., Roche, M., & Worsley, J. (2002). Inclusive Volunteering: Benefits to Participants and the Community. *Therapeutic Recreation Journal* 36, 247-259.

Moore, D., & Fishlock, S. (2006). Can Do! Volunteering: A Guide to Involving Young Disabled People as Volunteers. *Australian Journal on Volunteering* 11(2), 82.

Morrow, V. (2001). Young People's Explanations and Experiences of Social Exclusion: Retrieving Bourdieu's Concept of Social Capital. *International Journal of Sociology and Social Policy* 21(4/5/6), 37-63.

Phoenix, T., Miller, K., & Schleien, S. (2002). Better to Give than Receive. *Parks & Recreation* 10, 26-33.

Roker, D., Player, K., & Coleman, J. (1998). Challenging the Image: The Involvement of Young People with Disabilities in Volunteering and Campaigning. *Disability and Society* 13, 725-741.

State of the World's Volunteerism Report (2011). *Universal Values for Global Well-being*. United Nations Volunteers.

Stroud, S., Miller, K. D., & Schleien, S. J. (2006). A Winning Recipe for Volunteerism. *Parks & Recreation* 1, 51-54.

Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology* 26, 215-240.

טיפול בוידאו: הצצה לנפשם של קבוצת מתבגרים - קבוצת "קולנוע מסייע"

ענבל כהן-רוה

תקציר

המאמר שלפנינו דן במדיה הקולנועית ככלי טיפולי השלכתי המאפשר לגייס מתבגרים להיפגש עם עולמם הפנימי. כיום המדיום הקולנועי מהווה מוקד משיכה גדול עבור בני נוער, ועל כן ההתנגדות שהם מגלים כלפי טיפולים פוחתת כשמוצג בפניהם הטיפול בוידאו. נוסף על כך, הכוח של קבוצה מסייע ותורם לתהליך הטיפול, שכן היא מהווה עבור המתבגרים קבוצת השווים, מוקד משיכה נוסף משמעותי בתקופה זו בחייהם שקיומו מאפיין שלב התפתחותי תקין. המאמר מתאר ומדגים כיצד נוצרת אט-אט דינמיקה קבוצתית על כל מאפייניה ושלביה, ואיך מתגבש סרט קבוצתי הנסוב סביב תכנים המעסיקים את בני הנוער. בתהליך יצירה זה מתואר כיצד עוברת הקבוצה תהליך טיפולי מרתק ומורכב, שבו חבריה מתבוננים בעצמם דרך שיקוף של מסך קולנוע וכן דרך שיקוף של החברים עצמם. מסע זה מסייע להם להתחבר לעולמם הפנימי ולהתמודד עם מרכיבי גיל ההתבגרות.

מבוא

גיל ההתבגרות נחשב לגיל סוער שבו המתבגרים מתמרדים נגד סמכות המבוגרים בכלל ונגד סמכות ההורים בפרט; גיל שבו המתבגרים מנסים לרכוש עצמאות ולהיפרד מהתלות בהורים, וקבוצת השווים הופכת להיות קבוצת ההתייחסות החשובה יותר; גיל שבו יש פער בין ההתפתחות הגופנית להתפתחות הנפשית (פרידמן, 2011).

לדעת אריקסון (1965, בתוך פרידמן 2011), גיל ההתבגרות הוא שלב שבו היחיד חייב לגבש לעצמו זהות אישית. משימתו המרכזית היא היפרדות והתרחקות מן ההורים במטרה להתפתח כאדם בזכות עצמו. השגת האוטונומיה נתפסת כשלב הכרחי בדרך לבגרות. עם זאת, היפרדות זו היא באופן בלתי נמנע קונפליקטואלית ומורכבת עבור המתבגר ועבור הסובבים אותו.

רוב אנשי המקצוע בתחום הטיפול יסכימו עם האמירה כי היכולת להביא מתבגר לחדר הטיפול היא משימה לא קלה. כחלק משלב התפתחותי תקין, יש למתבגר צורך בתחושת עצמאות, לחוש שהוא יודע מה טוב עבורו (לעתים בניגוד לדעתם של הוריו) ולהתמקד בקבלתו לקבוצת השווים. הימצאותו של מתבגר בחדר טיפול עם דמות מבוגרת (המייצגת את חוסר הנפרדות) יכולה לגרום לו תחושת חודרנות ואי-נוחות, וכתוצאה מכך התנגדות חזקה לטיפול פרטני.

לפיכך, טיפול קבוצתי יכול להוות פתרון הולם לקושי זה. הימצאותם של כמה מתבגרים במרחב הטיפולי נותנת להם תחושה נינוחה יותר, ויותר מכך - יוצרת אצלם סקרנות

ומוטיבציה להגיע. כך שלקבוצה יש יתרון חשוב לא פחות מהמטרה הטיפולית המוצהרת שלשמה הגיעו המתבגרים, והיא המיומנות החברתית וסוגי האינטראקציות שכל אחד מהם יוצר במפגש עם קבוצת השווים.

קבוצת "קולנוע מסייע" הוקמה על-ידי "נעורים" - מרכז הורים-מתבגרים במחלקת הרווחה בחולון, בשיתוף עם תכנית "הקולנוע המסייע" השייך למרכז "שרון ישראל".

מרבית הטכניקות בעבודה קבוצתית משתמשות במדיום המילולי. המתבגרים, שלעתים מתקשים בהבעתם המילולית (בשל מחסומים קוגניטיביים, רגשיים, ביצועיים והתפתחותיים), מוצאים את עצמם מתחברים דווקא לאמצעים הבלתי-מילוליים בטיפול, המסייעים בעקיפתם של מחסומים והגנות המצויים בתוכם (שגיא, 1996).

וידאו כהצצה לנפש

טכניקות טיפול יצירתיות אמנותיות הן דרך להתרחק משיממון המציאות ולהשתחרר ממעצורים (אוקלנדר, 1994 מתוך שגיא, 1996). האמנות היא עולם ללא גבולות הבנוי על סימבולים, דימויים ומטפורות והוא ייחודי בכך שהוא מקבל את ביטויו רק במפגש עם עולם המציאות. עולמות אלה נפגשים בחפיפה חלקית ויוצרים אזור משותף שבו מצויים הקסום והאסור יחד עם הרציונלי, המאורגן והמותר. הקסום חפץ להתפרץ ולבוא לידי ביטוי לא פחות מהחלקים הרציונליים. אחת מאיכויותיה של האמנות היא יכולתה להתקשר אל החלק הלא-מודע של נפש האדם (יפתח, 1992).

ההצלחה של טיפול השלכתי באמצעות וידאו עבור מתבגרים היא עצומה: ההתנגדות שהם מגלים כלפי המסגרות הטיפוליות אינה קיימת כלל בטיפול בווידאו; לרוב הם משתפים פעולה לחלוטין (כסלו, 1999).

המדיום הקולנועי מהווה מוקד משיכה עצום בטיפול. הוא עונה לרבים על הצורך להופיע ולהיראות על המסך. בדור המתבגרים כיום המדיום הקולנועי והמדיום של המחשב והפייסבוק תופסים מקום מרכזי בחייהם. תרבות הזוהר, הפרסום וההצלחה הוא המסר העיקרי המועבר להם, ולנו המטפלים נותר לנסות ולהתחבר אליהם דרך עולמם. מדיום זה עונה ונותן ביטוי לצורך המתבגר (כצורך נרקיסיסטי) לגיבוש זהותו כיחיד בתוך קבוצה. הן מסגרת הטיפול בווידאו והן מערכת היחסים הנוצרת בין המטפל למטופל מתאימות לשלב הנפשי המיוחד שבו נמצא המתבגר המצוי בתהליך לקראת היותו מבוגר עצמאי ואוטונומי. בשלב זה מתפתחות האינדיבידואליות ותחושת הערך העצמי לצד תהליך פרידה מההורים (Cramer, 1995, מתוך כסלו, 1999).

הטיפול בווידאו מציע נדבך חשוב מאוד שאינו קיים בתחומים אחרים של תרפיה באמנות - הצפייה של המטופל בעצמו וביצירתו. תוך כדי הצפייה נדרש המטופל להתייחס ישירות לעצמו; אין הוא יכול להתכחש למראה עיניו ולהתעלם ממנו. זוהי נקודה קריטית בתהליך של פיתוח המודעות והקבלה העצמית.

כמו כן, היכולת לשמר את החומר המצולם ולצפות בו שוב ושוב באמצעות קלטת הווידאו האישית שמקבל כל מטופל, תורמת להעמקת תהליכים הנפשיים ולהפנמתם.

הטיפול בווידאו, כשיטת טיפול בתחום האמנות, סובב סביב ביטוי הבעתי יצירתי ואישי מאוד. לכן חשובה, מלכתחילה, ההתחברות לכלי זה.

קבוצת "קולנוע מסייע"

"נעורים" - מרכז טיפולי למתבגרים ולהורים הוקם בסוף שנת 2010. הצוות הטיפולי מורכב מעובדים סוציאליים ומטפלים בהבעה וביצירה לסוגיהם. למרכז מטרת מספר: צמצום מצבי סיכון של מתבגרים, טיפול בבעיות הרגשיות וההתנהגותיות של מתבגרים כדי לאפשר להם התפתחות נורמטיבית והשתלבות תקינה במסגרות השונות, חיזוק היחסים בין המתבגרים להוריהם ושיפור תפקוד ההורים סביב הקשר עם, סיוע בשמירה על שלמות המשפחה בקהילה (מניעת סידור חוץ-ביתי), גיוס שירותים נוספים בקהילה לטיפול במתבגרים ובהורים (חינוך, בריאות, מתנ"ס ועוד), וכן שימוש במשאב מקצועי לאנשי מקצוע בשירותים למתבגרים בסיכון בקהילה.

הטיפול במרכז נעשה בכמה דרכים - טיפול משפחתי, הדרכת הורים, טיפול דיאדי, טיפול פרטני למתבגר/ת (בהתאם לצורך), טיפול קבוצתי למתבגרים/הורים וסדנאות העשרה בתחומים שונים הקשורים לגיל ההתבגרות.

כדי לגייס את המתבגרים למרכז ולעזור להם להפחית את החרדה בכל הקשור להגעתם לטיפול, כחלק מהטיפולים הקבוצתיים הניתנים במרכז הוקמה קבוצה באמצעות וידאו.

אוכלוסיית היעד והמנחות

הקבוצה מיועדת לאוכלוסיית מתבגרים בני 12-15 שהופנו על-ידי העובדת הסוציאלית של המשפחה. המכנה המשותף לחברי הקבוצה הוא קיומם של בעיות רגשיות וחברתיות, קשיי קשב וריכוז וקשיים במערך המשפחתי.

את הקבוצה מנחות עובדת סוציאלית קלינית ממרכז הורים-מתבגרים ומנחה המגיעה מתחום הקולנוע (ממרכז "שרון ישראל").

מיקום הקבוצה

הקבוצה התקיימה במבנה המיועד להתכנסות ולפעילות קבוצתית הנקרא "פינה בקהילה". המבנה כולל חדר גדול, מטבח ושירותים. מסביבו שטח פסטורלי תחום בעצים ובמדשאות.

מיקום המרחב הקבוצתי ועיצובו חשובים כשלעצמם, בהתחשב בעובדה שמדובר באוכלוסיית מתבגרים. כיוון שכאמור קיימת אצל מתבגרים התנגדות לטיפולים, ברור שמקום כמו לשכת הרווחה ירתיע רבים מהם להגיע לטיפול. מקום נעים ומזמין יכול להפחית את ההתנגדויות. אם כן, המטרה הייתה להקנות אווירה חמימה ואינטימית, לנסות להידמות לבית שבתוכו יחידים מנהלים אינטראקציה זה עם זה.

נוסף על כך, המרחבים בתוך המבנה ומסביבו מהווים יתרון עצום לשימוש ב"סט הקולנועי" - השטח המצולם להכנת הסרט. אין ספק שהמתבגרים מעדיפים לצלם סרט במרחב פתוח יותר מאשר במבנה משרדי סגור. באופן סימבולי, המרחב הפוטנציאלי, ובלשונו של ויניקוט "המרחב המשחקי" (ויניקוט, 2004), חשוב כדי לאפשר יצירתיות ויכולת משחקית בקרב ילדים ומתבגרים.

מבנה הקבוצה והתהליך הקבוצתי

הקבוצה התקיימה אחת לשבוע במשך 15 מפגשים, שעתיים וחצי כל מפגש. המפגשים הראשונים התמקדו במשחקי היכרות (משחקי חימום עם כדור) ובגיבוש הקבוצה. גם כאן היה ניסיון לקשר זאת לעולם הקולנועי ולעולם הטיפולי, כך שלאורך כל המפגשים, ריטואל פתיחת הקבוצה היה תיאור מצב רוחם של המשתתפים באותו יום. על המשתתפים, מיד בהגיעם לאזור הנקרא "המרחב הטיפולי" (חדר הטיפול), לכתוב על נייר (שעוצב עבורם בצורת מצלמה) ולהמשיך את המשפט: "אני נכנס לקבוצה בסרט של...". כלומר, כבר בכניסתו המתבגר חש במעבר בין ה"חוץ" - סביבתו הטבעית היומיומית, לבין ה"פנים" - המרחב הטיפולי שיוצר פאזזה; רגע להתכנסות והרהור על היום שחלף. לפעילות זו רווח משני לצד הפן הטיפולי, והוא גיבוש הקבוצה וליכודה. במפגש הראשון ובמפגש השני נטו חברי הקבוצה לתאר את מצב רוחם כ"סבבה", "מעולה", "רגיל", כמתבקש מהזרות שחשו זה כלפי זה, אך במפגש הרביעי העזו להביא תכנים אישיים יותר. לדוגמה, אחת הנערות שיתפה שבאותו יום היה לה מצב רוח "ליצני". כשנשאלה למה כוונתה ענתה שחברתה הטובה עושה עליה חרם ומפיצה שמועות לא נכונות לגביה (בתוספת כינוי גנאי על מוצאה), אך היא עצמה מחייכת, כמו תמיד, כמו ליצן עצוב. סיפור זה גרם לשאר חברי הקבוצה לחוש שאפשר לבטוח בקבוצה, וגם הם החלו לספר על חוויותיהם מהיום שעבר.

נוסף על הניסיון לגיבוש הקבוצה, כבר מתחילת המפגשים מקבל כל מטופל ידע תיאורטי והסבר מפורט בנוגע לעולם הקולנועי. מידע זה כולל את המרכיבים והשלבים השונים ביצירת סרט, כמו: תסריט, בימוי, משחק, תפאורה, צילום, עריכה ועבודת צוות. מידע זה מרגש מאוד את המתבגרים, החשים העצמה ותחושה כי הם וסביבתם מתפעלים מהידע שרכשו.

המתבגרים הבינו את המשימה הקבוצתית שהוטלה עליהם: לייצר "קתרזיס" בסרט סיום קבוצתי. במפגשים הבאים החלה הקבוצה לעבוד על אימפרוביזציות שונות ועל הכנת הסרט.

עולם הקולנוע ככלי טיפולי בקבוצת "קולנוע מסייע"

השתייכות לקבוצת טיפול בווידאו כשלעצמה מעניקה תחושה של אליטיסטיות ונבחרות. ההתעסקות ב"עולם הקולנועי" - מדיום שכבש את העולם ומזוהה יותר מכל מדיום אחר של אמנות עם כוח פרסום והצלחה, מעניקה למטופלים כבר מההתחלה תחושה של "גאווה יחידה" וחשיבות עצמית, מעין כרטיס כניסה לחברה.

השפה הקולנועית נרכשת מהר מאוד. המתבגרים בימינו גדלים על עולם הקולנוע והטלוויזיה, מבינים שפה זו וקולטים אותה במהרה. יש כמה שלבים בסיסיים הכרוכים בהכנה לסרט: הכנת התסריט, בחירת המדיה האמנותית (לדוגמה: משחק ושירה, משחק וריקוד), חלוקה לתפקידים (שחקן, במאי, צלם, עוזר צלם, אחראי סאונד, אחראי ציוד). לכן עולם הקולנוע והצילום מכיל כמה תחומי יצירה: כתיבה אמנותית, צילום ומשחק. עולם עשיר זה מהווה יתרון עצום למתבגרים. הוא מאפשר להם לבחור, להתנסות ולהתפתח בתחומים שונים ולגלות את נטיות לבם ואת כישוריהם. הוא גם מאפשר להם לתרום את חלקם במקומות שבהם הם מרגישים בטוחים (כסלו, 1999). בחירת התפקיד יכול להשתנות במהלך הזמן, לדוגמה: נער מופנם שנראה קטן לגילו, סובל מאנקופרזיס, מערך עצמי נמוך ומדחייה חברתית, סירב בתוקף להצטלם כשחקן בסרט. לעומת זאת, הוא הרגיש חזק בתחום הטכני, לכן העדיף לקחת על עצמו את תפקיד המצלם. במהלך המפגשים קיבל משובים חיוביים מהקבוצה על היותו אינטליגנט ובעל תפיסה מהירה, ולא פעם חיפשו הנערים את קרבתו. ואכן, עם הזמן חש נינוח יותר. באחד המפגשים היה צורך בתפקיד של "אח קטן" בסרט. מיד הקבוצה פנתה אליו בבקשה שישחק, והנער, שחש בטוח במקומו בקבוצה, הסכים מיד. המעניין הוא שאותו נער תיאר כיצד "בחוף" צוחקים על היותו קטן ודחוי, ואילו בקבוצה מתייחסים אליו בחמימות, כמעין אח קטן של כולם שיש לשמור עליו ולדאוג לו. עם זאת, בשל יכולותיו הקוגניטיביות הגבוהות שהביא לקבוצה, חבריה כיבדו את דעותיו ואת קו מחשבתו, ולא פעם הוא קידם מאוד את צילום הסרט ומילא בו תפקיד אחר, בוגר יותר.

הרעיון ליצור סרט התגבש עם התקדמות המפגשים. כדי לעזור לקבוצה במלאכת היצירה, הם התבקשו לעשות אימפרוביזציות שונות ותרגולים שהובאו ממנחות הקבוצה. כאן נעזרו המנחות בטכניקות המגיעות מעולם הביבליותרפיה. לקבוצה הוקראו כמה סיטואציות, ועל המתבגרים היה להמשיך את הסיפור. לדוגמה: סיטואציה שבה נערה רואה את חברותיה משוחחות ומצביעות עליה. מה היא חושבת? חברי הקבוצה, כל אחד בתורו, נתן את פרשנותו. לבסוף החליטו המתבגרים איזה משפט הכי מתאים לצילום הקטע, לאחר מכן חילקו ביניהם תפקידים וצילמו.

בסוף כל מפגש המתבגרים רצו לראות את התוצרים. היכולת של המטופלים לראות עצמם על פני המרקע, במיוחד בתצלום תקריב (קלוז-אפ), נוסכת בהם תחושה של האדרה, כוח ומרכזיות. "אבק הכוכבות" הנלווה מעצים תחושות אלו (כסלו, 1999). כמו כן, חוויית הצפייה של המטופלים בעצמם מעניקה להם "מראה" על ה"אני" שלהם, כשהם מתבוננים בעצמם "מבחוף". כך הם מתוודעים לעצמם וחוויים היכרות מחודשת דרך עיניהם ודרך עינו של האחר. לדוגמה: נערה המשתמשת במראה הייצוני להשגת תשומת לב מהסביבה. דרך הפיתוי היא חשה שרואים אותה ומתייחסים אליה. מובן שזהו שחזור עגום לילדותה, שבה עברה הטרדות מיניות רבות ונחשפה למראות שרוב הילדים בגילה לא נחשפים אליהם. זוהי הדרך שהכירה. לפתע, לאחר התבוננות באימפרוביזציות השונות, הכריזה בקול כי אינה מבינה מדוע היא משחקת בשיערה כל הזמן. נפתח דיון בנושא, ובנות הקבוצה שיקפו לנערה כיצד הן רואות את התנהגותה. כך קיבלה הנערה

משוב כן ואמפתי (לעומת ביקורות קשות מצד נערות בבית הספר, שגרמו לה לחוש מותקפת ודחוייה).

אט-אט התבשל לו התסריט לסרט סיום. בעזרת כלי השלכתי נוסף - קלפים טיפוליים שנפרשו למתבגרים, שיתפו המתבגרים בחייהם ובקשייהם. כך נשזרו להם כמה סיפורים יחדיו, ולכן חברי הקבוצה החליטו לקרוא לסרט הסיום "הסיפורים שהתחברו".

העבודה המשותפת בסרט הסיום העניקה למתבגרים חוויה אדירה של עבודת צוות, קבלת החלטות בשיתוף מלא של כל חברי הקבוצה, העלאת קונפליקטים והצעת פתרונות אפשריים, ובעיקר - העלאת תכנים שמעניינים את חברי הקבוצה ושזורים זה לצד זה בסרט אחד. מפגש הסיום נערך כאירוע חגיגי ורשמי והסרט הוצג בפני הורים וחברים.

תחושת הגאווה וההערכה שבה יוצאים המתבגרים מקבוצה כזו היא עצומה. בסופה קיבל כל אחד מהם דיסק של סרט הסיום ותעודת סיום על השתתפותו בקורס וידאו. סרט הסיום שימש "אובייקט מעבר" המסמל את התהליך הרגשי, את המסע שעברה הקבוצה הן מבחינה רגשית והן מבחינה חברתית, שהוא חשוב לא פחות מהתוצר עצמו.

סיכום

המדיום הקולנועי מסקרן ומעורר עניין בקרב רוב המתבגרים בימינו. השפעות הטלוויזיה ניכרות בתפיסת עולמם, והופכות את המצלמה וההצטלמות לסוג של ערך בפני עצמו. משחק מול מצלמה ופרויקט של סרט בכיכובם העניקו לחברי הקבוצה מעמד יוקרתי בפני משפחותיהם וחבריהם שהגיעו לצפות בסרט סיום. מעמד זה משנה לגמרי את התחושה של היותם "מטופלים". נהפוך הוא, הם חשו זכות להיות חלק מפרויקט שכזה. ההורים הצטערו על סיום הקבוצה, ושיבחו את חשיבותה כמקום שבו ילדיהם התקבלו והשתייכו חברתית אולי בפעם הראשונה.

הסרט עסק בחייהם של המתבגרים וצולם בסביבתם המוכרת. הפרויקט ענה על צורכיהם הרגשיים, אך יותר מכך: המדיום הקולנועי אפשר להם לשנות את העלילה ולחשוב על זוויות ראייה וכיווני התפתחות אחרים, וגרם להם להבין שבכוחם לשנות את העלילה וכך למעשה לשנות את חייהם.

במובן זה אפשר לומר כי שליחותה הטיפולית של קבוצת "קולנוע מסייע" היא להעצים את המתבגרים על-ידי הכוונתם למוקדי הכוח והיצירה שבתוכם. הספונטניות, הדמיון והעושר פנימי שלא קיבלו ביטוי במסגרות השונות בחייהם, זכו לבמה ולהכרה אולי לראשונה (אסלמן, 2002).

ביבליוגרפיה

- אסלמן, ש' (2002). נוער יוצר סרטים. עמותת להב.
- ויניקוט, ד"ר (2004). משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד.
- יפתח, א' (1992). לשרות עם המלאך. תל אביב: רשפים.
- כסלו, ע' (1999). הווידאו - ראי הנפש - טיפול בווידיאו כשיטת טיפול לקבוצות ילדים ונוער. תל אביב: ילדים - המועצה לילד החוסה.
- פרידמן, א' (2011). מחוברות - אמהות ובנות. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- שגיא, א' (1996). שימוש באמצעים בלתי מילוליים בטיפול בנוער מנותק. רמלה: עיריית רמלה, קידום נוער.

with a disability holds tremendous potential for their social inclusion in the community turns the entire equation around - people with disabilities are not only service recipients and needy, but also service providers and volunteers in the community in which they live. In this vein they expose the readers to new plans that include youth with disabilities in volunteer activity. These programs stress making volunteering accessible, support processes for the volunteers themselves and changing attitudes among the organizations that accept them.

The third article, by Inbal Cohen-Revah, a social worker (MSW) and psychotherapist at Ne'urim - Center for Parents of Teens in Holon, discusses the film media as an impactful treatment tool through which teens can be enlisted to meet with their inner world. From her writing, it arises that in addition to the film medium being a center of attraction for the teens, a group's strength contributes to the dynamic process that the young people experience. The article describes how a group dynamic is created with all of its characteristics, alongside the development of a group film that deals with subjects that engage the teens. Moreover, the writer emphasizes the manner in which this journey helps young people connect to their inner world and contend with adolescence.

treatment solutions. In light of the subject's importance, this article is longer and more comprehensive than usual.

The second article, by Dr. Vered Kaufman, deals with promoting health among urban populations through the prism of the ecological model. The researcher notes that in the second half of the 20th century a trend began of transferring responsibility for health to the individual, and the broad space given to theories of personal development was reflected in institutional encouragement of individuals to maintain an active and healthy lifestyle. Later, theories of health began to examine the place of culture and society in maintaining a healthy life, and the ability to develop community strength and the community's responsibility for its life. The researcher chooses to focus on studying a case of obesity in order to explain the development of this theory.

The issue's second section, Field Journal, presents the impressions of professionals. This section comprises three articles - the first deals with the question of combining rehabilitation with informal education; the second lays out the challenge of including young adults with disabilities in the volunteer world; and the third discusses film as a projective treatment tool, through which it can be possible to bring the young adults to connect with their inner world, while grappling with the challenges of adolescence.

The first article, by Gidi Tzur, CEO of Kivunim, deals with moving between education and rehabilitation. The writer shares with the readers as he contends with challenging questions from his experience as a professional who moves between the spheres of education and rehabilitation. What is the significance of both of these work fields and just how interconnected are they? This is itself an interesting discussion, especially in light of the discourse within the context of working with young adults with disabilities. The writer focuses mainly on five aspects of informal work that best underscore the thinking that integrates rehabilitation with informal education.

The second article, by Ronit Bar, Area Head for Volunteer Programs at JDC-Israel and director of the Israeli Volunteerism Initiative, and Michal Golan, Area Head for Children and Youth with Special Needs Programs at JDC-Ashalim, discusses the experience and success of young adults with disabilities in including volunteer activity in their lives. In their article, the writers emphasize the manner in which the many changes taking place in Western society influence the choice to include volunteering in the lives of people with disabilities as well. The understanding that the act of volunteering by youth

Professional Discourse

Challenges in the Development and Work Spaces in the Social World

Dr. Anat Pessate-Schubert, Director Ashalim Knowledge and Learning Center

Ashalim attributes great significance to promoting professional discourse as part of the overall discussion regarding ways to develop learning channels among professionals who work with children, youth and young adults in situations of risk and their families. The 12th issue of Et Hasadeh is unique in that it raises questions that are relevant to developing solutions for populations in situations of risk: How are fringe populations defined; how does health relate to community strength; how can film be used as a treatment tool; how can education and rehabilitation be integrated - if this is indeed even possible; and what added value does volunteering bring to the lives of youth and young adults with disabilities? All of these will be dealt with at length in the current issue.

In the first section, Professional Discourse, we will present knowledge from two spheres that are relevant to the development and work spaces of programs in the social world: out-of-home placement, and health and community.

The issue opens with an article by David Jackson and Professor Shimon Shapiro. The article discusses boundaries between the spheres of responsibility of various services in treating youth with placement difficulties, and the possibility of preventive actions that could reduce the number of those who are defined as being a "fringe population." This writing is based on the result of the work by the Committee for Drafting an Operative Doctrine for Residential Care Facilities that are meant for youth who are defined as being "fringe population." In April 2010 the Ministry of Social Affairs and Social Services' Child and Youth Service appointed a Committee to Draft an Operative Doctrine for Residential Treatment Facilities that are meant for hard-to-place youth. These young people, who are called a "fringe population," present a challenge to the frameworks that treat them, due to a combination of problems in various spheres. They endanger themselves and their environment, and have difficulty maintaining a significant connection with treatment figures. The committee's findings and conclusions are presented in this article, mainly pointing to the necessity of a total, relatively small framework that emphasizes personal attention, creating a structured and organized daily schedule, and a range of

Introduction

Itzik Zehavi, Acting Director, JDC-Ashalim

This issue presents the wealth of professional knowledge and the great importance that JDC-Ashalim ascribes to the connection between development and learning, and between the field and academia, for the purpose of producing new knowledge and creating interfaces between a wide range of disciplines and professional fields. These have the power to ensure relevance and innovation in the complex reality within which professionals who work with populations in situations of risk in various areas operate. At the core of the current issue, the writers grapple with a range of professional questions, while connecting theory with practice.

The articles raise questions regarding definitions of the populations for whom services are developed, about the various spheres of activity, and about the nature of the challenges in interdisciplinary work in finding solutions for diverse populations. Here, we can find questions such as what is a fringe population, who falls under its definition, and what is the connection between an agreed definition and developing suitable solutions? What is promoting health within the context of community? What connects education, informal education and rehabilitation in the lives of young people with disabilities? Is there added value to volunteerism by young people with disabilities, and if so - what is it? What is the connection between film and youth? These questions, and others, are the focus of this issue.

Contents

Introduction

Itzik Zehavi, Acting Director, JDC-Ashalim _____ 8

Professional Discourse

Dr. Anat Pessate-Schubert,
Director - JDC Ashalim knowledge and Learning Center _____ 9

Part I: Colleagues Dialogue

Fringe Populations in Out-of-Home Placements: Characteristics
and Methods of Coping
David Jackson and Professor Shimon Spiro _____ 12

A Healthy Community in a Healthy Environment: Health Promotion among
Urban Populations Viewed Through the Prism of the Ecological Model
Dr. Vered Kaufman - Shriqui _____ 35

Part II: Field Journal

Informal Rehabilitation: Integration between Rehabilitation and Informal
Education. Does it Exist?
Gidi Tzur _____ 42

Volunteerism for Youth and Young Adults with Disabilities:
Significance and success
Ronit Bar and Michal Golan _____ 56

Video Therapy: A Glance into the Soul of a Group of Adolescents
in the Supportive Filmmaking Program
Inbal Cohen-Naveh _____ 66

- ◆ All references in the article should be arranged alphabetically by the authors' names - first in Hebrew and then in a foreign language. Similarly, a complete list of sources should be noted at the end of the draft being submitted (this list will be published in the journal's electronic version, on JDC-Ashalim's website).
- ◆ When there are two authors of an item, both will be mentioned in all references. Four or five authors are all mentioned in a first reference, and from the second reference onward the first author's name will be written, with the addition of "et al."

Please note: The Ashalim Knowledge & Learning Center reserves the right to make editing and style revisions. An article that does not abide by the rules will be returned to the author, who will be asked to adapt it accordingly. Similarly, article authors receive electronic copies of their articles for final approval.

Manner of Listing Sources

Book

Last Name, First Name, and Last Name, First Name. (Year). **Book's Name**. Place of Publication:, Publisher's Name.

Periodical

Last Name, First Name. (Year). Article's Name. Name of Periodical Volume Number (Issue Number), Pages.

Chapter in Edited Book

Last Name, First Name, and Last Name, First Name. (Year). Chapter Name. In: Name of Editor (Series Editor) and Name of Editor (Volume Editor), Series Name: Volume Number. Name of Volume in Series. (Edition, Pages). Place of Publication: Publisher's Name.

Online Source

Last Name, First Name, (Year), Title, [Electronic Version], Website Name, Date, Link.

The Process of Submitting Articles to Et Hasadeh

Background

Et Hasadeh is a journal published by JDC-Ashalim Israel dealing with children and youth in situations of risk and their families. The journal, which appears semi-annually (in March and September), publishes academic articles and studies on a range of professional subjects and areas of focus relating to development, study and research about various situations of risk and exclusion.

The **Et Hasadeh** Editorial Board accepts articles from researchers, professionals and writers from a range of professional fields. We also provide a platform for articles translated into Hebrew that were written by Israeli and international authors and that have been published online or in foreign journals, but have yet to receive exposure in Israel.

The articles submitted undergo a process of evaluation and examination by the professional staff of Ashalim's Mayda Knowledge & Learning Center. This process may take a number of months. At the process's conclusion we announce our decision regarding publishing content in **Et Hasadeh**.

Format Rules

- ◆ When submitting the draft to the Editorial Board:
- ◆ The manuscript may include 15 printed pages at most, and it must be submitted as a Word file.
- ◆ The article must be printed in David 12-pt. font in Hebrew, and in Arial 12-pt. font in English.
- ◆ Line spacing in the article text will be 1.5 lines, justified, with spacing between paragraphs at 6 (before and after).
- ◆ The article should be sent by email to us at: lemida@jdc.org.il, five months prior to the journal's publication (in early April and October, respectively).
- ◆ On a separate page, note the following: author's name, position and place of work, and his or her contact details (telephone numbers and email address).
- ◆ Foreign language authors' names mentioned in the body of the article should be transcribed in Hebrew, followed by the names written in the foreign language and the publication date in parentheses.

Mayda Peer Learning Programs and educational activities are being provided by a generous gift of the **Ken and Erika Witover Family**
Oyster Bay Cove, New York

ET HASADEH

Published by Ashalim - The Association for Planning
& Development of Services for Children,
Youth and Young Adults at Risk & their Families
The Ashalim Knowledge and Learning Center - Mayda
Issue No. 12, December, 2013

The Publication Committee, Ashalim Itzik Zehavi
Ita Shahar
Tuvia Mendelson
Dr. Anat Pessate-Schubert
Oshrit Shabat

Editor-in-Chief Dr. Anat Pessate-Schubert
Language Editor Gilat Iron-Behar
Graphic Design and Production Ayalon Printing
Editorial Secretary Oshrit Shabat
Publication Manager Tuvia Mendelson, JDC Israel - Eshel
Ashalim, JDC Hill, P.O. Box 3489
Jerusalem 91034
oshritg@jdc.org.il



JDC Israel Ashalim
for Children, Youth and Young Adults at Risk & their Families

The Ashalim Knowledge and Learning Center
© All rights reserved

www.ashalim.org.il

ET HASADEH

Ashalim Journal of Children, Youth and
Young Adults at Risk and Their Families

definition and developing suitable solutions? What is promoting health
the context of community? **Who** connects education, informal education
rehabilitation in the **falls under its definition, and** disabilities? Is there added
to volunteer **what is the connection between an agreed** what is it? What
connection **definition and developing suitable solutions?** definition, and v
he connect **What is promoting health within the context** suitable sol
What is promoting health within **of community? What** What connect
education, informal education and **connects education,** lives of young
with disabilities? Is there added value **informal education** young peopl
disabilities, and if so - what is it? What **and rehabilitation** between film and
Who falls under its definition, and **in the lives of** connection between an
definition and developing **young people with** What is promoting health
context of community? **disabilities? Is** education, informal educatio
rehabilitation in the **there added value** disabilities? Is there added v
volunteerism by young **to volunteerism by** and if so - what is it? What
connection between **young people with** falls under its definition, and
is the connection **disabilities, and if** definition and developing s
olutions? What is **so - what is it?** within the context of community
connects education, informal education and rehabilitation in the li
young people with **What is the** there added value to volunteer
is the connection **relation between** what is it? What is the conn
between film and **film and youth?** under its definition, and what
connection between an agreed **definition and developing suitable sol**
What is promoting health within
education, informal education and
with disabilities? Is there added v

ET HASADEH

Quarterly Journal of Children & Youth
In Situations of Risk & Their Families



JDC Israel Ashalim
The Ashalim Knowledge and Learning Center - Mayda

12 issue | November 2013