

**מודל עבודה תיאורטי לטיפול באמצעות אמנות
בבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית**

פרופ' דפנה רגב

בית הספר לטיפול באמצעות אומנויות, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

פרופ' שרון שניר

התוכנית לתואר שני בטיפול באמצעות אומנויות, הפקולטה למדעי החברה והרוח, המכללה האקדמית תל חי

שיר הרפזי

בית הספר לטיפול באמצעות אומנויות, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם

הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2022

הכרת תודה

אנו מודות מקרב לב למשתתפות המחקר על תרומתן החשובה למחקר זה:

אירית בליטי, דבי ג'ואן, ד"ר דן פולק, דנה גאון בן-כליפא, טל גופר, יעל דומני, יעל פז, ניצה לוי, לילך הרצוג, לינדה סלומון, סיוון מור אלול, ענבל ארגמן בן-דוד, רות גבע, רני סרי, שירה גניאל, שירי הדרי, שירי רותם, שירן זוסמנוביץ, תמי אברהם, תמר ארליך.

תוכן עניינים

1. תמצית.....	5
2. תקציר.....	6
3. תקציר מנהלים.....	8
4. רשימת טבלאות.....	11
5. מבוא.....	12
6. סקירת ספרות.....	13
6.1. מאפיינים והגדרת מוגבלות שכלית התפתחותית.....	13
6.2. רווחתם, בריאותם הנפשית ושילובם של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.....	14
6.3. פסיכותרפיה עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.....	16
6.4. טיפול באמצעות אמנות באנשים עם מוגבלות שכלית.....	17
6.5. הרציונל למחקר.....	19
6.6. שאלת המחקר.....	20
7. שיטת המחקר.....	21
7.1. אוכלוסיית המחקר.....	21
7.2. מערך המחקר והליכו.....	22
7.3. שיטת הדגימה.....	23
7.4. המקורות לנתונים והשיטות לאיסופם.....	23
7.5. אופן עיבוד הנתונים הגולמיים.....	24
7.6. כלי המחקר.....	25
8. ממצאים.....	27
8.1. העמדה הטיפולית.....	28
8.1.1. הקשבה לצרכי המטופל.....	28
8.1.2. גמישות תיאורטית ומעשית.....	29
8.1.3. מטרות טיפוליות.....	29
8.2. אתגרים ודילמות בעבודה הטיפולית.....	31
8.2.1. המאפיינים הייחודים של מטופלים עם מש"ה.....	31

32.....	8.2.2. התמודדות עם תחושות המעוררות חוסר נוחות אצל המטפלות.
32.....	8.2.3. אתגרים בעבודה הרגשית בתוך מערכת הציבורית.
33.....	8.3. גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים.
33.....	8.3.1. הדרכה קבועה ומותאמת לסוג האוכלוסייה והמודליטי.
34.....	8.3.2. אסטרטגיות התמודדות פנימיות של המטפלת.
35.....	8.3.3. עבודה בשיתוף פעולה עם הצוות הרב מקצועי.
36.....	8.4. פרקטיקות של עבודה טיפולית.
36.....	8.4.1. דרכי עבודה שונות ומגוונות, מעבודה מובנית אל "מזנון פתוח".
38.....	8.4.2. בין שיח מילולי לפעולת היצירה.
38.....	8.4.3. שיקוף, הדהוד ומודלינג כפרקטיקות התערבות מרכזיות.
39.....	8.4.4. שני רצפים לעבודה טיפולית ביצירה.
41.....	8.4.5. תמות מרכזיות לטיפול בבוגרים עם מש"ה.
42.....	8.5. תהליכי שינוי.
42.....	8.5.1. מאפיינים ייחודיים לתהליכי השינוי.
43.....	8.5.2. כיצד מתבטא שינוי?
44.....	9. דיון וניתוח.
51.....	10. סיכום, המלצות ומסקנות.
54.....	11. ההשלכות היישומיות של המחקר.
55.....	12. אנשי מקצוע העשויים להתעניין במחקר.
56.....	13. המלצות למחקרי המשך.
57.....	14. ביבליוגרפיה.
66.....	15. נספחים.
66.....	15.1. נספח 1 - מדריך הריאיון.
68.....	15.2. נספח 2 - יומן מעקב אחר טיפול.

1. תמצית

סקירת ספרות שערכנו לאחרונה בנושא טיפול באמצעות אמנות עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) מתארת את חשיבותו ותרומתו של הטיפול לאוכלוסייה ייחודית זו, אולם, ניכר בבירור כי קיימת מעט מאוד כתיבה בתחום ורובה ללא ביסוס מחקרי. בהעדר מחקר והמשגה תיאורטית מספיקים, מטפלים באמצעות אמנות, המטפלים באנשים עם מש"ה פועלים פעמים רבות במרחב מבודד, תוך שהם מפתחים ידע, שאינו נצבר לכדי מודלי עבודה ייחודיים לאוכלוסייה. מטרת המחקר הייתה איסוף ותיעוד של שיטות עבודה בטיפול באמצעות אמנות באנשים עם מש"ה והמשגת הגורמים השונים בתהליך הטיפול, לכדי מודל עבודה תיאורטי מגובש, אשר יוכל לשרת הן את השדה ואת המחקר בעתיד.

2. תקציר

היסטורית, אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) נתפסו כלא מתאימים לטיפול פסיכותרפי, המבוסס על יכולות קוגניטיביות ושיח מילולי. אולם, בשנים האחרונות ניתן למצוא עדויות לכך שאנשים עם מש"ה מסוגלים לקחת חלק ולהתמסר לתהליך טיפולי, וכי התפתחותה של הפסיכותרפיה הביאה גישות חדשות, שעשויות להיות מותאמות יותר עבור מטופלים עם מש"ה. כך למשל, טיפול באמצעות אמנות, שייחודיותו היא האופן בו מאפשר למטופלים מרחב ביטוי רגשי, יצירת תקשורת בדרכים שאינן מילוליות, עידוד חשיבה סימבולית ופיתוח מיומנויות חיברות. כיום, כחלק מהטיפול והתמיכה שמקבלים אנשים עם מש"ה במסגרות הבריאות, הרווחה והחינוך הציבוריות, הם מקבלים לעיתים קרובות גם טיפול באמצעות אמנות.

למרות זאת, הספרות האקדמית והמחקרית העוסקת בטיפול באמצעות אמנות באנשים עם מש"ה הינה מועטה ודלה באופן ניכר, ולמטפלים העובדים בשטח עם האוכלוסייה ומתמודדים עם דילמות ואתגרים רבים, לא ניתן מענה מספק בספרות ובמחקר. הטיפול באנשים עם מש"ה מביא עימו מאפיינים ייחודיים, חלקם מאתגרים ומורכבים, לעבודה הטיפולית, וקיים צורך לתעד ולהמשיג את שיטות העבודה ואת הגורמים השונים הלוקחים חלק בתהליך הטיפולי באוכלוסייה זו.

במחקר זה ביקשנו לאסוף את הידע הקיים בשטח, להתבונן לעומק על ייחודיות התהליך והעבודה הטיפוליים עם האוכלוסייה, ולגבש מתוך הידע הקיים מודל עבודה תיאורטי הממשיג את ההיבטים הייחודיים השונים, ושיוכל לתת מענה עבור מטפלים בשטח העובדים עם האוכלוסייה. על כן, מטרת המחקר הייתה להתבונן בתופעה זו ולבחון אותה לעומק בכלים איכותניים מנקודת מבטם של המטפלים העובדים עם האוכלוסייה, תוך אפיון האתגרים והמודלים הייחודיים לעבודה זו, והמשגתם. לצורך כך, שאלת המחקר המרכזית שנבחנה הייתה: מהם המאפיינים הייחודיים של העבודה בטיפול באמצעות אמנות פרטני בבוגרים עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית מנקודת מבטן של המטפלות?

במחקר זה בחרנו להתמקד בטיפול באמנות עבור בוגרים (18-45) עם מש"ה, ומשתתפות המחקר הן מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם מטופלים עם מש"ה בגילאים אלו. בעת בניית מערך המחקר הראשוני, נבחרה שיטת "מחקר מבוסס קונצנזוס" המבוססת על ניתוח תוכן איכותני ומדגישה את מרכיב הקונצנזוס. ככל שהחלו להיאסף הנתונים מתוך התמלולים של הראיונות ובהמשך קבוצות המיקוד, ניתן היה לראות כי הידע המתגבש מבקש להאיר ולהסביר את התהליך הטיפולי על היבטיו השונים, את הגורמים השונים בתהליך והקשרים ביניהם. על כן, בחרנו לעבור לשיטת עבודה על פי התיאוריה המעוגנת בשדה, תוך שמירה על עקרון

1 מאחר ומרבית העוסקות בתחום הן נשים, בחרנו להשתמש במונח "מטפלות באמצעות אמנות"

הקונצנזוס לאורך התהליך. נעשה שימוש בשלושה כלים שונים על מנת לבחון את הנושא לעומקו: (1) ראיונות אישיים חצי מובנים עם 18 מטפלות באמנות, במטרה ללמוד מהן על האתגרים איתם הן מתמודדות, המטרות הטיפוליות בעבודתן, דרכי עבודתן, התערבויות, משמעות עשיית האמנות עבור המטופלים, ההתמודדויות שלהן בעבודה זו, ועל גורמי שינוי והתפתחות בטיפול כזה לתפיסתן. (2) קבוצות מיקוד להמשגת מודל עבודה. (3) יומנים שמטפלות באמצעות אמנות כתבו במהלך טיפול ובהם תיעדו את עבודתן.

ממצאי המחקר העלו חמש קטגוריות מרכזיות אשר כל אחת מהן עוסקת בהיבט מסוים של העבודה הטיפולית, וביחד הן מבטאות את המרכיבים המרכזיים והגורמים המתקיימים יחד ומשפיעים זה על זה בתוך מכלול העבודה הטיפולית באמצעות אמנות עם בוגרים עם מש"ה. חמש הקטגוריות הן (א) העמדה הטיפולית, (ב) האתגרים והדילמות בעבודה הטיפולית, (ג) גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים, (ד) פרקטיקות של עבודה טיפולית ו(ה) תהליכי השינוי. חמש הקטגוריות הללו מרכיבות את המודל התיאורטי שנבנה מתוך ממצאי מחקר זה תוך המשגת התמות המרכזיות שעלו בכל אחת מהקטגוריות. המודל שם דגש על העמדה המרכזית עימה מגיעות מטפלות באמצעות אמנות לעבודה עם בוגרים עם מש"ה, תוך התייחסות לגישות השונות הנובעות מתוכה. בנוסף, ניתן לראות כי ישנם אתגרים ייחודיים העולים בטיפול עם האוכלוסייה ומביאים עימם התמודדויות שונות עבור המטפלת. על מנת להתמודד בהצלחה עם אותם אתגרים מציעות המשתתפות שלוש דרכים מרכזיות הקשורות בהדרכה מותאמת, אסטרטגיות התמודדות פנימיות ושיתוף פעולה עם הצוות והסביבה המלווה של המטופל. בהמשך, נעשתה המשגה של פרקטיקות העבודה המרכזיות המאפיינות את הטיפול באוכלוסייה מתוך ניסיוןן של משתתפות המחקר. לסיום, הקטגוריה האחרונה מתייחסת לתהליכי השינוי המאופיינים בעבודה עם האוכלוסייה באיטיות רבה, במתן משמעות רבה לשינויים קטנים החלים בטיפול וכן להגדרתם של שינויים אותם ניתן לייחס להתקדמות או הצלחה בתהליך הטיפול.

מטרתו של מחקר זה הייתה קידום גוף הידע התיאורטי בנושא של טיפול באמנות בבוגרים עם מש"ה. המודל שנבנה מרחיב ומעמיק את הידע הקיים בשטח, וממשיג אותו לכדי מודל עבודה תיאורטי אותו ניתן יהיה ליישם בשטח ועל בסיסו ניתן יהיה לפתח מחקרי המשך לצורך העמקה בתחום מחקר חשוב זה. על כן, חשיבותו של מחקר זה הינה כפולה, הן עבור אנשי טיפול העובדים בשדה, והן עבור אנשי מחקר, המעוניינים לבחון את האפקטיביות של הטיפול ואת הגורמים המשפיעים על מידת אפקטיביות זו.

מילות מפתח: מוגבלות שכלית התפתחותית, טיפול באמצעות אמנות, ריאיון עומק חצי-מובנה, קבוצות מיקוד, יומני טיפול.

3. תקציר מנהלים

אוכלוסייה עם מש"ה היא אוכלוסייה הסובלת מהדרה חברתית, ובדומה לכך, גם המחקר בתחומי הפסיכותרפיה בעבודה עם אוכלוסייה זו הוא מועט ביחס למחקר באוכלוסיות ייחודיות אחרות (Harpazi et al., submitted). השכיחות לתחלואה כפולה ופיתוח הפרעות נפשיות בקרב אוכלוסיית האנשים עם מש"ה היא גבוהה מזו של כלל האוכלוסייה (Adams & Boyd, 2010; Koslowski et al., 2016; Lewis et al., 2016). בנוסף, ישנם מאפיינים התנהגותיים המופיעים אצל אנשים עם מש"ה הקשורים בקושי בוויסות דחפים, תוקפנות שמופיעה לעיתים כלפי אנשים ורכוש, פעולות חזרתיות וסטראוטיפיות, פגיעה עצמית, התנהגות מינית לא מותאמת ועוד (Campbell et al., 2014). על אף הצורך הניכר של אוכלוסייה זו בטיפול שיסייע להם להתמודד עם האתגרים והקשיים אותם הם חווים יום-יום, מבחינה היסטורית, הפסיכותרפיה ראתה באנשים עם מש"ה כלא מתאימים לטיפול מסוג זה, והתפיסה הרווחת הייתה כי אינם יכולים להיתרם מטיפול פסיכותרפי (Cotter et al., 2017; Lewis et al., 2016). עם זאת, בשנים האחרונות מצטברות עדויות לכך שאנשים עם מש"ה מסוגלים לקחת חלק ולהתמסר לתהליך טיפולי, וכי התפתחות הפסיכותרפיה הביאה לכך שגישות שונות עשויות להועיל עימם (Beail, 2017).

טיפול באמצעות אמנות התפתח בעשורים האחרונים הן קלינית והן מחקרית. כחלק מהטיפול והתמיכה שמקבלים אנשים עם מש"ה במסגרות הבריאות הציבוריות, הם מקבלים פעמים רבות גם טיפול מסוג זה (Gilrane-McGarry & Taggart, 2007; Hackett et al., 2017). בשונה מגישות מסורתיות בפסיכותרפיה, בהן נדרש המטופל למיומנויות קוגניטיביות וליכולת הבעה מילולית, טיפול באמצעות אמנות מאפשר הבעה ותקשורת שאינן מילוליות, כמו גם עיסוק בתכנים נפשיים, מודעים ושאינם מודעים, דרך תהליך היצירה (Hackett & Aafjes-van Doorn, 2019; Trzaska, 2012).

מחקר זה התמקד בטיפול באנשים בוגרים (18-45) עם מש"ה קלה עד בינונית, ומטרתו הייתה התבוננות בתופעה זו ובחינתה לעומק בכלים איכותניים מנקודת מבטן של המטפלות העובדות עם האוכלוסייה, תוך אפיון האתגרים והמודלים הייחודיים לעבודה עם אוכלוסייה זו, והמשגתם. במחקר השתתפו 20 מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם מטופלים בוגרים עם מש"ה. על פי חלוקה זו, קבוצת הגיל המוגדרת במחקר זה כ"מבוגרים", נחלקת לשתי תת קבוצות גיל. קבוצת הגיל 18-21 הינה קבוצה העוסקת ביציאה ממערכת החינוך וכניסה לעולם הבוגרים. קבוצת הגיל 21-45 מאופיינת בהשתלבות בעולם הבוגרים, יציאה לחיים עצמאיים, תהליך יציאה מהבית, זוגיות, נפרדות, תעסוקה ופנאי. מתוך 20 המשתתפות, 18 משתתפות לקחו חלק בריאיון

עומק חצי מובנה, 12 השתתפו בקבוצות המיקוד ושבע מטפלות מילאו יומני מעקב אחרי תשעה מטופלים. באופן זה נאספו 18 ראיונות אישיים, 2 תמלולים מקבוצות מיקוד ותשעה יומני טיפול.

בעת בניית מערך המחקר הראשוני, נבחרה שיטת "מחקר מבוסס קונצנזוס" (Hill et al., 2005), המבוססת על ניתוח תוכן איכותני ומדגישה את מרכיב הקונצנזוס, על פיו לאורך ניתוח התמלולים, ובשלבם שונים של הניתוח נערכים ניתוחים מקבילים ובלתי תלויים על ידי שלוש שופטות, ולאחר מכן מתקיים מפגש קונצנזוס לצורך השוואה בין הניתוחים והגעה להסכמה בין השופטות על התמות הנבחרות (Hill et al., 2005; Hill, 2015). ככל שהחלו להיאסף הנתונים מתוך התמלולים של הראיונות ובהמשך קבוצות המיקוד, ניתן היה לראות כי הידע המתגבש מבקש להאיר ולהסביר את התהליך הטיפולי על היבטיו השונים, את הגורמים השונים בתהליך והקשרים ביניהם. על כן, בחרנו לעבור לשיטת עבודה על פי התיאוריה המעוגנת בשדה (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 2017), תוך שמירה על עקרון הקונצנזוס המרכזי של היל (Hill, 2005).

ממצאי המחקר העלו חמש קטגוריות מרכזיות אשר יחדיו מבטאות את המרכיבים המרכזיים והגורמים המתקיימים יחד ומשפיעים זה על זה בתוך מכלול העבודה הטיפולית באמצעות אמנות עם בוגרים עם מש"ה. חמש הקטגוריות הן (א) העמדה הטיפולית, (ב) האתגרים והדילמות בעבודה הטיפולית, (ג) גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים, (ד) פרקטיקות של עבודה טיפולית ו(ה) תהליכי השינוי. ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות מבטה של המטפלת על המטופל, ויכולתה להתאים את הטיפול אל צרכיו האינדיבידואליים. מתוך עמדה זו מתעצבות גישות שונות המתבטאות בתפיסות ובפרקטיקה הטיפולית של המטפלת. לצד זה, מתמודדות המטפלות עם אתגרים ומורכבויות הייחודיים לעבודה עם אוכלוסייה זו. חלק מאתגרים אלו ניצבים בין העמדה הטיפולית והפער המתקיים בינה לבין עמדותיו של הצוות במסגרת. ישנם אתגרים המתבטאים בדילמות מקצועיות עימם מתמודדת המטפלת, שכן העבודה עם האוכלוסייה עשויה להעלות תחושות המעוררות קושי ולהביא למצבים מורכבים עימם נדרשת להתמודד בתוך השעה הטיפולית. אחד הגורמים המרכזיים שעולה כמסייע בהתמודדות עם אתגרים אלו היא הדרכה מותאמת, הניתנת על ידי מטפלת באמנות העובדת ומכירה את האוכלוסייה הייחודית הזו. הפרקטיקה הטיפולית המתגבשת בשטח מתייחסת לעבודה בחומרים שונים, באופנים שונים של עבודה, שימוש בשיח מילולי, התערבויות המטפלת ותמות מרכזיות הרלוונטיות לעבודה עם האוכלוסייה. לבסוף, הקטגוריה האחרונה מתייחסת לתהליכי השינוי המאופיינים בעבודה עם האוכלוסייה באיטיות רבה, במתן משמעות רבה לשינויים קטנים החלים בטיפול וכן להגדרתם של שינויים אותם ניתן לייחס להתקדמות או הצלחה בתהליך הטיפולי.

ההמלצות העולות ממחקר זה מכוונות בעיקר להטמעת מודל העבודה המוצג ולהרחבת מתן מענה של טיפול באמצעות אמנות בכלל במסגרות דיור, במעונות ובמסגרות חינוכיות וציבוריות נוספות. ניכר כי ישנו צורך להרחיב ולהעמיק במענה הטיפולי באמצעות אמנות הניתן בשטח, להתאים אותו ולדייק אותו כך שיאפשר למטפלות להביא באופן יעיל יותר לשיפור ברווחת המטופלים. זה, עשוי לקרות באמצעות מתן הדרכה מותאמת למטפלות העובדות בשטח, וחשיפתם של הצוותים הרב מקצועיים לתפיסה הטיפולית, מתוך כוונה להביא את ההיבט הטיפולי כחלק מהתפיסה של המסגרת בה הוא מתקיים.

4. רשימת טבלאות

21

טבלה 1 : טבלת משתתפות

27

טבלה 2 : טבלת ממצאים

5. מבוא

טיפול באמצעות אמנות הנו תחום טיפולי הנמצא בראשית דרכו האקדמית. לגופי הידע המתפתחים בתחום זה, חשיבות רבה עבור מטפלים העובדים בשדה, לצורך המשגת מטרות והתאמת התערבויות טיפוליות מתאימות. כיום ישנו פער בין הידע הרב המתפתח אצל כל קלינאי הפועל בשטח בנפרד, לבין הידע המקצועי המשותף הנצבר לאט יחסית בספרות. פער זה גדול במיוחד כאשר מדובר בטיפול באמנות המוצע לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הכתיבה והמחקר בתחום של טיפול באמצעות אמנות במטופלים עם מש"ה הינם מועטים ודלים, וקיים צורך בפיתוח גוף ידע, על בסיס הניסיון והפרקטיקות המתפתחים בשדה, אשר יוכל להוות בסיס תיאורטי לעבודה הטיפולית בשטח, ולתרום לצמיחתו של המחקר בתחום. בנוסף, הרחבת וביסוס גופי הידע העומדים לרשות מטפלים באמצעות אמנות העובדים עם האוכלוסייה יתרמו לשיפור האיכות המקצועית של ההתערבויות הניתנות, ליעילות הטיפול, וכתוצאה מכך לשיפור רווחתם הרגשית ואיכות חייהם של המטופלים.

במחקר זה לקחו חלק 20 משתתפות, כולן מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם מטופלים בוגרים עם מש"ה, שהסכימו לשתף בידע המקצועי שצברו ובשיטות עבודה שפיתחו מתוך ניסיון האישי בעבודה עם האוכלוסייה. על בסיס ידע זה, נבנה המודל התיאורטי אותו מציגות תוצאותיו של מחקר זה.

6. סקירת ספרות

6.1. מאפיינים והגדרת מוגבלות שכלית התפתחותית

המושג "מוגבלות שכלית התפתחותית" (מש"ה) עבר גלגולים רבים עד שנקבע כפי שהוא כיום. ההמשגה העדכנית מכילה בתוכה את ההיבטים ההתפתחותיים ואת התפיסה העכשווית הרואה במוגבלות השכלית מצב הווייתי ולא נכות בלבד, ובכך מדגישה את זכאותם של אנשים אלו לשירותי בריאות, חינוך ורווחה ייחודיים (Patel et al., 2018; Salvador-Carulla et al., 2011). רק באמצע המאה ה-20 החלה להתגבש גישה שמטרתה הייתה קידום ותמיכה באנשים עם מש"ה (Chang & de Corcho, 2020). שינוי זה בא לידי ביטוי באופן בולט, בין השאר, בהפסקת השימוש במונחים קודמים כמו "מפגר" המבטאים את התפיסה הישנה שאינה מקובלת עוד (הולר, 2019).

הגורמים למש"ה קשורים בדרך כלל בפגיעה המתרחשת בתקופת ההיריון או בסמוך ללידה, או מסיבות גנטיות (שלום ועמיתיו, 2017). בנוסף, סביבה שאינה מאפשרת גרייה מספקת, עושר לשוני ואינטראקציה הדדית המקדמת התפתחות רגשית וחברתית בגילאים המוקדמים, עלולה להוביל לעיכוב בהתפתחות הקוגניטיבית ולהתפתחותה של מש"ה (Engle & Black, 2008). ה-DSM-5, וה-ICD-11 מגדירים מש"ה תחת הפרעות נוירו-התפתחותיות, שכן היא מופיעה בשנות ההתפתחות המוקדמות ובכל מקרה לפני גיל 18, ובאה לידי ביטוי בדרך כלל בעיכוב מוטורי, שפתי וחברתי. לצורך האבחון נדרשים להתקיים שלושה קריטריונים: הראשון הוא קושי בתפקוד האינטלקטואלי המתבטא בקושי בהסקת מסקנות, פתרון בעיות, תכנון, חשיבה מופשטת, כושר שיפוט, מיומנויות למידה אקדמיות ולמידה מניסיון. השני הוא קושי בתפקוד ההסתגלותי-התנהגותי המתבטא בקושי במיומנויות מהתחום המושגי, החברתי והמעשי, כגון יכולת לקיים חיים עצמאיים או פעילויות יומיומיות כמו תקשורת ויצירת קשרים חברתיים. השלישי הוא הופעתה בתקופת ההתפתחות (American Psychiatric Association, 2013; Salvador-Carulla et al., 2011). ישנם גם מאפיינים התנהגותיים המופיעים אצל אנשים עם מש"ה הקשורים בקושי בוויסות דחפים, תוקפנות כלפי אנשים ורכוש, פעולות חזרתיות וסטראוטיפיות, פגיעה עצמית, התנהגות מינית לא מותאמת ועוד (כץ, 2007; Campbell et al., 2014).

שכיחותה של מש"ה בממוצע היא כאחוז אחד מכלל האוכלוסייה בעולם (Patel et al., 2018). במדינות בעלות הכנסה בינונית ונמוכה, השכיחות מגיעה לשני אחוזים (קדרי ושירי, 2015), וגברים נוטים להיות מאובחנים יותר מאשר נשים (Patel et al., 2018). בישראל, בשנת 2020 היו כ-31 אלף אנשים עם מש"ה המוכרים על ידי משרד הרווחה והבטחון החברתי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021). אבחון המוגבלות השכלית נחלק לשש רמות: מש"ה קלה, מש"ה קלה-בינונית, מש"ה בינונית, מש"ה ברמה בינונית נמוכה, מש"ה קשה

ומש"ה עמוקה (משרד הרווחה העבודה והשירותים החברתיים, 2020), כאשר הרמות נחלקות על פי רמת הקושי בתפקוד והקושי במיומנויות שונות כמו תקשורת, שפה ועצמאות, לצד הקשיים הקוגניטיביים. האבחנה נעשית בשתי דרכים, הראשונה היא הערכה קלינית והשנייה היא שימוש במבחני אינטליגנציה מתוקנים. לצורך הערכת מדדי ההסתגלות עשויים להיות מעורבים גורמים קליניים מקצועיים לצד גורמים מטפלים כמו הורים, מורים וגננות. על אף שנהוג להתייחס לציון אינטליגנציה הנמוך מ-70 כמעיד על מוגבלות שכלית ולציון הנמוך מ-50 כמעיד על מוגבלות קשה, כיום, שלא כמו בעבר, ניתנת חשיבות רבה להערכת מיומנויות ותפקוד הסתגלותיים שנבדקים קלינית, ושתי דרכי ההערכה נמדדות ביחס לקבוצת השווים. מתוך כלל המאובחנים עם מוגבלות שכלית, כ-75 אחוז מוכרים כבעלי מוגבלות שכלית קלה. ההבחנה בין מוגבלות קשה לעמוקה, ניתנת על בסיס פערים בתפקוד ההסתגלותי ורמת התמיכה הנדרשת בלבד ולא על פי מדדים קוגניטיביים (American Psychiatric Association, 2013; Patel et al., 2018). בישראל, האבחנה, רמת המש"ה ודרכי הטיפול, נקבעות על ידי וועדת אבחון שהינה וועדה סטטורית (מינהל המוגבלויות משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, 2020).

המחקר הנוכחי התמקד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית. ההבדלים בין שתי תת-קבוצות אלו קשורים ברמת התקשורת ורמת היכולת לבצע מיומנויות בסיסיות. למשל, אנשים עם מש"ה קלה יהיו מסוגלים בדרך כלל לבצע פעולות קוגניטיביות פשוטות ואף לכתוב, וכן יגלו רמה בסיסית של עצמאות כמו ביכולת לנהל משק בית, להגיע בזמן, לנסוע בתחבורה ציבורית ולתקשר עם עמיתים בעבודה. אנשים עם מוגבלות שכלית קלה יכולים בדרך כלל לנהל חיים עצמאיים הכוללים תעסוקה בעזרת תמיכה מתאימה. אנשים עם מוגבלות שכלית בינונית לרוב יתקשו יותר בשליטה במיומנויות בסיסיות, אולם חלקם עשויים להצליח ולבצע משימות יומיומיות כגון ניקיון הבית, הכנת ארוחה, ואף ללמוד מיומנויות בסיסיות של קריאה וחשיבה קוגניטיבית בעזרת תמיכה רבה, קבועה ומותאמת (Patel et al., 2018).

6.2. רווחתם, בריאותם הנפשית ושילובם של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

על אף שתוחלת החיים של אנשים עם מש"ה הולכת ומתארכת (Tuffrey-Wijne et al., 2016), הם נמצאים במצב בריאותי פחות טוב מכלל האוכלוסייה, סובלים ממחלות כרוניות רבות יותר וניצבים מול חסמים רבים בדרכם לקבלת שירותים רפואיים. כך למשל מערכות שונות שאמורות לספק להם שירותים רפואיים מגוונים מתאפיינות בחוסר שיתוף פעולה ביניהן, כמו גם בחוסר בשמירה על רצף טיפולי, ידע והכשרה מותאמים לאנשים עם מש"ה, מה שמביא לפער בין אוכלוסייה עם מש"ה לבין האוכלוסייה הכללית ביכולת מימוש הזכות לקבלת מענה רפואי הולם (Ervin et al., 2014). כמו כן, נמצא כי פעמים רבות אנשים עם מש"ה מגיעים

ממשפחות במעמד סוציו אקונומי נמוך ועל כן חשופים למצוקות סביבתיות רבות יותר, המשפיעות על בריאותם ורווחתם הנפשית, כמו חשיפה גבוהה לאלימות, להתעללות או לפשיעה מסוגים שונים (אמרסון, 2014). על פי ארגון הבריאות העולמי, אנשים עם מש"ה הם בעלי סיכוי של פי 4 עד 5 למעורבות בפשיעה ובהתקלויות עם מערכת אכיפת החוק ומהווים את האוכלוסייה שנוטה הכי פחות להשתלב בבתי ספר ומקומות עבודה (World Health Organization, 2011). בישראל, ישנן אפשרויות תעסוקה שונות לאנשים עם מש"ה הכוללות תעסוקה מוגנת במפעלי עבודה שיקומיים ותעסוקה נתמכת בשוק הפתוח המיועדת לאנשים עם מש"ה מגילאי 21, אשר מסוגלים להשתלב בשוק העבודה בעזרת ליווי והכוונה (שלום ועמיתיו, 2016).

השכיחות לתחלואה כפולה ופיתוח הפרעות נפשיות בקרב אוכלוסייה עם מש"ה היא גבוהה מזו של כלל האוכלוסייה (Adams & Boyd, 2010; Koslowski et al., 2016; Lewis et al., 2016). מחקרים שונים מצאו כי אחוזי התחלואה הכפולה להפרעות פסיכיאטריות במבוגרים עם מש"ה עומדים על בין 23.4 (Hughes-McCormack et al, 2017) ל-31.7 אחוזים (Morgan et al, 2008). אנשים עם מש"ה חווים אתגרים רבים המובנים בחייהם, כגון בידוד, תחושת שונות והתמודדות עם סטיגמה, לצד קשיי תקשורת וחוסר מובנות (Power, 2008). כתוצאה מכך, הם חשופים לגורמי סיכון רבים בחיי היומיום, כמו חוויות חוזרות של כישלון, מחסור בתמיכה, קושי במציאת תעסוקה, קושי ביחסים בין אישיים, התמודדות עם תחושה של חוסר אונים ועם אתגרים בתחום הנפשי (Lett, 2005; Trzaska, 2012). כמו כן, אנשים עם מש"ה חווים בשכיחות גבוהה סוגים שונים של התעללות, ביניהם תקיפות, בריונות או התעללות מינית, ובכך חשופים יותר לחוויות של טראומה במהלך חייהם (Stenfert Kroese et al., 2016). בין ההפרעות הנפשיות השכיחות בקרב אוכלוסייה עם מש"ה ניתן למצוא הפרעות מצב רוח, הפרעה דו קוטבית, סכיזופרניה, הפרעות חרדה ואף אובדנות, אולם בעבודה עם אוכלוסייה זו עשוי להיות קושי בזיהוי ההפרעה הנפשית, כך שבאופן מוטעה התסמינים עלולים להיות משויכים למוגבלות השכלית עצמה (כץ, 2007).

מחקרים הראו כי הבידוד הרגשי והחברתי שחווים אנשים עם מש"ה, המחסור ביחסים קרובים ואינטימיים והקושי ביצירת קשרים בין אישיים, עשויים להוביל לתחושת דכאון ולהתפתחותן של מחשבות אבדניות (Eisenman, 2017), וכי רמת אינטליגנציה נמוכה עשויה להיות קשורה לעמידות נמוכה יותר ביכולת התמודדות עם מצוקות אלו ואחרות (אמרסון, 2014). הקושי שבהתמודדות עם מצבים חברתיים ואישיים, מעמיד אותם פעמים רבות במצבי לחץ קשים המובילים לתגובות פסיכו-פיזיולוגיות של חרדה ולחץ (Schrade et al., 2011). חלק מדפוסי ההתנהגות האופייניים מתפתחים כתגובה לקושי זה (כץ, 2007). בנוסף לכך,

אוכלוסייה זו חווה "טראומה כרונית", מה שמוביל לקושי רגשי עמוק ופיתוח מנגנוני הגנה רבים (Cotter et al., 2017).

בעשורים האחרונים, לצד העלייה במודעות לקשר שבין מש"ה ופסיכופתולוגיה, עלתה המודעות לחשיבות איכות החיים של אנשים אלו (Lett, 2005). המושג "איכות החיים" מתייחס לנושאים של זכויות, שוויון והכלה, לצרכים ולרצונות הקיומיים של הפרט ולרמת התמיכה והמעורבות שהוא מקבל מהחברה (רוט והוזמי, 2014; Simões & Santos, 2016). איכות החיים של אנשים עם מש"ה נפגעת בצורה משמעותית מהתפתחותם של דפוסי התנהגות לא מקובלים המביאים לקשיים ביצירת קשרים חברתיים, בהשתלבות הקהילתית ואף בקבלת התמיכה הנדרשת על ידי הסביבה (Campbell et al., 2014).

בדומה למושגים המגדירים את המוגבלות השכלית עצמה, ניתן לראות התפתחות גם במונחים המבטאים את תפיסת הטיפול והשילוב של האוכלוסייה. בולט הוא המונח "הכלה" (inclusion), המגלם בתוכו את השאיפה להתאמת שיטות העבודה, לתיווך והוראה לילדים ובוגרים עם מש"ה, לתמיכה מותאמת בהם ובמשפחותיהם, להרחבת והנגשת המרחב הציבורי ועוד (קופרברג ועמיתותיה, 2017). שינויים אלה נובעים בין השאר מהתפיסה העכשווית שאינה רואה עוד את המוגבלות כמצב סטטי, אלא כמצב דינאמי, שבעזרת תכניות מותאמות אישית ותמיכה מתאימה, יכול להשתנות ולהשתפר (שלום ועמיתיו, 2017).

ניכר כי אנשים עם מש"ה זקוקים למענה טיפולי ורגשי מותאם על מנת לסייע להם להתמודד עם האתגרים השונים המובנים בחייהם. על מנת לזהות ולטפל בהפרעות ובמצבים נפשיים נלווים, יש צורך בהכשרה ובניסיון מתאימים למטפלים (כץ, 2007) ובהיותם בעלי מיומנויות קליניות מותאמות לעבודה עם האוכלוסייה (Adams & Boys, 2010). ארגון הבריאות העולמי מדגיש את חשיבות הטיפול באנשים עם מש"ה, ובתוך כך גם את הטיפול הנפשי, כמסייע לפצות במידה מסוימת על הקושי בתפקוד וכמונע או מאט את התדרדרות המצב (World Health Organization, 2011), אך למרות הצורך החזק של אוכלוסייה זו בטיפול, ישנו מחסור באנשי מקצוע מיומנים וזמינים להם בתחום בריאות הנפש (Adams & Boys, 2010).

6.3. פסיכותרפיה עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

לפסיכותרפיה הגדרות וגישות רבות ומגוונות, אשר כל אחת מהן שמה דגש על גורמים ורכיבים שונים במבנה האישיות ובעולמו הפנימי של האדם. ניתן לומר בהכללה כי פסיכותרפיה היא טיפול נפשי אשר מתקיים בין מטפל למטופל ומטרתו לחתור לגילוי אמת פנימית הקיימת במטופל, שיפור חוויות פנימיות או התנהגויות שנתפסות כשליליות מתוך התבוננות משותפת ומיטיבה בתכנים נפשיים העולים בטיפול (Parker, 1999).

היסטורית, הפסיכותרפיה ראתה באנשים עם מש"ה כלא מתאימים לטיפול מסוג זה, והתפיסה הרווחת הייתה כי אינם יכולים להיתרם מטיפול פסיכותרפי (Cotter et al., 2017; Lewis et al., 2016). ייתכן וזו הסיבה המרכזית לכך שגם תחום המחקר של הפסיכותרפיה עם האוכלוסייה הנו מצומצם ומוגבל מאד (Bhaumik et al., 2013). עם זאת, בשנים האחרונות מצטברות עדויות לכך שאנשים עם מש"ה מסוגלים לקחת חלק ולהתמסר לתהליך טיפולי, וכי התפתחות הפסיכותרפיה הביאה לכך שגישות שונות עשויות להועיל עימם (Beail, 2017). בעבר, על מנת לטפל בקשיים ובהפרעות של אנשים עם מש"ה, הגישה הרווחת הייתה מתן תרופות, כשהדגש היה על הפחתת ההתנהגות הבעייתית, אלא שבשנים האחרונות המגמה היא להשתמש בטיפולים פסיכותרפיים בגישות שונות (Campbell et al., 2014), ובדגש רב יותר על חיזוק העצמי ושיפור איכות החיים (Jackman et al., 2017).

ישנן מספר סקירות מהשנים האחרונות שבחנו את המחקר בתחום הפסיכותרפיה באנשים עם מש"ה (למשל 2013, Vereenooghe & Langdon; 2017, Shepherd & Beail; 2014, Campbell et al.), מהן עולה כי בשונה מהגישה המסורתית שראתה את כלל האוכלוסייה עם מש"ה כמקשה אחת, בעשור האחרון מתחזקת תפיסה הרואה את הצרכים האינדיבידואלים של כל מטופל (Campbell et al., 2014). כמו כן, ישנם מעט מאד תיאורים ומחקרים שבחנו לעומק גישות פסיכואנליטיות ופסיכודינמיות בעבודה הטיפולית עם אוכלוסייה עם מש"ה. ניכר כי תחום המחקר המפותח ביותר הוא זה הבוחן את הגישות הקוגניטיביות וההתנהגותיות לטיפול (2013, Vereenooghe & Langdon; 2017, Shepherd & Beail) וכי אלו הן הגישות על פיהן עובדים רוב המטפלים בפסיכותרפיה עם אוכלוסייה זו (Bhaumik et al., 2011).

סקירה שבחנה מחקרי אפקטיביות של טיפולים דינאמיים עם האוכלוסייה, העלתה כי ישנם מספר מחקרים שבחנו אפקטיביות של טיפולים בגישות פסיכודינמיות עם האוכלוסייה, וכי טיפולים אלו עשויים להיות מועילים בהגברת ההערכה העצמית של המטופל, בשיפור התמודדות עם קשיים בין אישיים ובהפחתת סימפטומים של התנהגות פוגענית. אולם, בבחינת האיכות המתודולוגית מודגש כי מחקרים אלו נערכו בשיטות מוגבלות, ללא קבוצות ביקורת ובמדגמים מצומצמים (2017, Shepherd & Beail). קיימת הכרה בספרות על כך שביצוע מחקרים הבוחנים שינוי באוכלוסייה עם מש"ה מעלה אתגרים מתודולוגיים, יישומיים ואתיים רבים (2011, Bhaumik et al.). יתכן וקושי זה הוא המהווה את המקור לכך שמחקרים רבים שבחנו אפקטיביות התבססו על תיאורי מקרה או שנעשו ללא קבוצת ביקורת (2013, James & Stacey).

6.4. טיפול באמצעות אמנות באנשים עם מוגבלות שכלית

כחלק מהטיפול והתמיכה שמקבלים אנשים עם מש"ה במסגרות הבריאות הציבוריות, הם מקבלים פעמים רבות גם טיפול באמצעות אמנות (Gilrane-McGarry & Taggart, 2007; Hackett et al., 2017). בשונה מגישות מסורתיות בפסיכותרפיה, בהן נדרש המטופל למיומנויות קוגניטיביות וליכולת הבעה מילולית, טיפול באמצעות אמנות מאפשר הבעה ותקשורת שאינן מילוליות, כמו גם עיסוק בתכנים נפשיים, מודעים ושאינם מודעים, דרך תהליך היצירה (Hackett & Aafjes-van Doorn, 2019; Trzaska, 2012). בעבודה עם אוכלוסייה זו ניכר כי אופני ההבעה והתקשורת הייחודיים למרחב היצירתי, מזמנים לאנשים עם מש"ה אפשרות להביא את עצמם לידי ביטוי, להתמסר לתהליך טיפולי (Frankish & Terry, 2003; Hackett et al., 2017; Marshall, 2017), ולייצר קשר משמעותי עם המטפל באופן שאינו מילולי (Furneaux-Blick, 2019).

בדומה למחקר בפסיכותרפיה ואף יותר מכך, המחקר בטיפול באמצעות אמנות במטופלים עם מש"ה מוגבל מאד וקיים מחסור רב במחקר ובכתיבה עדכניים בתחום זה (Harpazi et al., submitted). מרבית הספרות שניתן למצוא מבוססת על תיאורי מקרה (לדוגמה Askew, 2018; Caveney et al., 2018; Furneaux-Blick, 2019; Zamrazil, 2003) וכתיבה תיאורית של מודלים וגישות עבודה (Knukle-Miller, 1978; Marshall, 2017; Schulenberg, 2003) ללא ביסוס מחקרי. למשל, אחד המודלים הבודדים המוצגים בספרות מדגיש את הפן השיקומי של טיפול באמצעות אמנות עם מטופלים עם מש"ה. זוהי גישה הוליסטית המבקשת לראות את המטופל כשלם, תוך התאמת הטיפול באופן ספציפי ביחס למצבו הקוגניטיבי, רגשי, התפתחותי, חברתי, פסיכולוגי והתנהגותי של המטופל, כשמטרתו המרכזית של הטיפול היא סיפוק חוויות חיוביות באמצעות תהליך היצירה עצמו ולא על פי התוצר הסופי (Stamatelos & Mott, 1983). הנלי (Henley, 1986) מדגיש את חשיבות הסובלימציה המתרחשת בתהליך היצירה ועשויה להיות מועילה מאד עבור המטופל, כאשר התכנים הרגשיים עולים במהלך היצירה ומעצם העיסוק בחומר, ותהליך היצירה באמנות כולו מתפקד כאמצעי משקם לבריאות הנפשית. הוא מדגיש כי על המטפל באמנות העובד עם מטופלים עם מש"ה, לסייע למטופל ללמוד טכניקות ולהכיר חומרים חדשים באמנות במטרה לממש את הפוטנציאל שלו להבעה לא מילולית. בנוסף, הוא שם דגש על התאמת הטיפול, הן ברמה הקוגניטיבית והן ברמה ההתפתחותית, עבור המטופל.

בטיפול באמצעות אמנות באוכלוסייה עם מש"ה, מטרות טיפוליות המתוארות לאורך הספרות כוללות שיפור בהיבטים התפתחותיים (Hairston, 1990), שיפור בהבנת והמללת הרגשות (Knukle-Miller, 1978), שיפור בתסמינים התנהגותיים (Goldberg, 1976; Marshall, 2017), הגברת הערך העצמי (Marion & Felix, 1980; Trzaska, 2012), חיזוק הביטחון והחוסן הנפשי (Furnaux-Blick, 2019) ושיפור בתפיסת הגוף (Hiltunen, 1989). בכתיבה אודות עבודתם, קלינאים מתארים את יתרונות הטיפול באמצעות אמנות עבור

אנשים עם מש"ה, כמאפשר חיזוק של הערך העצמי וההערכה העצמית, של תחושת מובנות, של מיומנויות קוגניטיביות וחברתיות, וכן כמביא להפחתה בתסמיני חרדה ולחץ (Lett, 2005; Zamrazil, 2003). בנוסף, טיפול באמצעות אמנות מאפשר חוויות של קתרזיס והעצמה, והאמנות מהווה אמצעי לא מילולי לתקשר את הרגשות של המטופלים במרחב שאינו שיפוטי. בעבודה קבוצתית, מתאפשרות התנסויות באינטראקציות בין אישיות המבוססות על מפגש עם חומרי האמנות וחוויה של הזדהות, הנתפסות כמשמעותיות במיוחד עבור מטופלים עם מש"ה (Trzaska, 2012). העבודה עם סימבולים דרך תמונות, ציור וטכניקות יצירה נוספות, מאפשרת לתכנים פנימיים לעלות מעל פני השטח (Hackett & Aafjes-van Doorn, 2019; Zamrazil, 2003) ולהפיק תחושה של משמעות עבור המטופלים (Schulenberg, 2003).

ישנם מחקרים מבוקרים בודדים אשר בחנו את יעילות הטיפול באמצעות אמנות עבור מטופלים עם מש"ה, מהם עולה למשל כי טיפול באמצעות אמנות עשוי לתרום לעליה ביכולת הביטוי הבלתי מילולית (Lett, 2005), כי ציורי מנדלות תורמים לאיזון מדדים פיזיולוגיים ולהפחתת לחץ (Schrade et al., 2011), וכי עבודה קבוצתית באמנות עשויה להעלות את הערך העצמי ולהביא לשיפור בחוויות חברתיות ותחושת עצמיות (Trzaska, 2012). בספרות הקיימת כמעט ולא נמצאו מחקרים איכותניים שבחנו תפיסות של מטופלים באמצעות אמנות בעבודה עם האוכלוסייה. המחקרים שנמצאו העלו כי למקורות התמיכה או הלחץ האישיים של המטופלים יש השפעה מכריעה על היכולת שלהם להתמודד עם אתגרים בעבודתם (Ashby, 2020). במאמר שבחן תפיסות של מטופלים ביחס לתכנית של טיפול באמנות באמצעות ציור בלבד בשווייץ, תוארה גישה במוסדות הטיפוליים, על פיה הטיפול באמנות מתקיים כחלק בלתי נפרד מהתכנית הטיפולית בקבוצות עבודה בסטודיו והמטופלים נתפסים כאמנים (Carrigan, 1993). מאמר שבחן תפיסות של מטופלים בעבודתם עם האוכלוסייה באופן מקוון בתקופה של מגפה עולמית, מצא שמטופלים תופסים את הטיפול כמיטיב עם המטופלים גם כאשר הוא טיפול מקוון, ואת תפקידם כמשמעותי במערכת התמיכה במטופלים (Power et al., 2021).

בגופי הידע והספרות הקיימים בטיפול באמצעות אמנות עם אוכלוסייה עם מש"ה ניכר כי ישנו מחסור משמעותי במחקר בתחום (Harpazi et al., submitted). מעט המחקרים שנעשו ביקשו לבחון את אפקטיביות הטיפול, אך ללא בחינה לעומק של תהליכי השינוי המתרחשים בטיפול ושל הגורמים המשפיעים על השינוי שחל במהלך הטיפול.

6.5. הרציונל למחקר

מסקירת הספרות עולה כי תחום הכתיבה והמחקר בטיפול באמצעות אמנות במבוגרים עם מש"ה הינו מוגבל וכי היבטים רבים בטיפול טרם נחקרו. בנוסף, לא נמצא מודל תיאורטי מגובש המבוסס על מחקר וניכר

כי יש מקום להרחיב בבחינת הקשר הטיפולי, תפיסות המטפלים ותהליכי השינוי בטיפול, תיאורטית ומחקרית. על כן, המחקר המוצע מבקש להתבונן בתהליך הטיפולי ולבחון אותו לעומק בכלים איכותניים מנקודת מבטן של המטפלות העובדות עם האוכלוסייה, תוך אפיון האתגרים והמודלים הייחודיים לעבודה עם אוכלוסייה זו, והמשגתם.

6.6. שאלת המחקר

במסגרת המחקר נבחנה שאלה המרכזית: מהם המאפיינים הייחודיים של העבודה בטיפול באמצעות אמנות פרטני בבוגרים עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית מנקודת מבטן של המטפלות? לצורך מענה על שאלה זו, נשאלו השאלות:

- מהם האתגרים הייחודיים? מהן המטרות הטיפוליות?
- מהן ההתערבויות ושיטות העבודה המרכזיות בטיפול באמצעות אמנות עם האוכלוסייה?
- כיצד נתפס הקשר הטיפולי על ידי המטפלות באמצעות אמנות העובדת עם מבוגרים עם משי"ה?
- מהי הפונקציה שממלאת האמנות בתהליך הטיפולי?
- כיצד ניכרים שינויים אצל המטופל?
- כיצד מוערכת הצלחה בטיפול באוכלוסייה?

7. שיטת המחקר

7.1. אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מנתה 20 משתתפות (19 נשים וגבר אחד), כולן מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם בוגרים בגילאי 18 עד 45 עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קלה עד בינונית ובמסגרות ציבוריות. מתוך 20 המשתתפות, 18 משתתפות לקחו חלק בראיונות עומק חצי מובנים, 12 משתתפות לקחו חלק בקבוצות המיקוד ושבע משתתפות מילאו יומני טיפול, כאשר מתוכן שתי משתתפות עקבו באמצעות יומן אחרי שני טיפולים שונים. באופן זה נאספו תשעה יומני טיפול. עם היציאה לגיוס המשתתפות, אחד הקריטריונים שהגדרנו היה כי המשתתפות יהיו בעלות חמש שנות ניסיון לפחות בעבודה הטיפולית עם האוכלוסייה, אולם לאור הקושי בגיוס ובמחשבה על מתן קול גם למטפלות בתחילת דרכן, נכנסו למחקר שלוש משתתפות עם פחות שנות ניסיון מההגדרה הראשונית.

הגדרת קריטריונים של רמת המשי"ה וגיל המטופלים של המשתתפות נקבעה לצורך התמקדות המחקר ויצירת מודל רלוונטי הלוקח בחשבון את המצב והמאפיינים הייחודיים של המטופלים בהתאם לרמת המוגבלות ובהתאם לגילם ולשלב בחייהם. הגדרת קריטריון הגיל נקבעה על פי מיפוי מאפייני הגיל של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד העבודה והרווחה (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2020). על פי חלוקה זו, קבוצת הגיל המוגדרת בהצעת מחקר זו כ"מבוגרים", נחלקת לשתי תת קבוצות גיל. קבוצת הגיל 18-21 הינה קבוצה העוסקת ביציאה ממערכת החינוך וכניסה לעולם הבוגרים. בשלב זה הנושאים העיקריים שעשויים להעסיק את המטופלים קשורים בתלות, עצמאות ונפרדות, כניסה לעולם התעסוקה, מחשבה על מגורים עצמיים, מיניות וזוגיות. כמו כן זהו שלב בעל פוטנציאל משברי אצל האדם ומשפחתו בנוגע לעתיד. קבוצת הגיל 21-45 מאופיינת בהשתלבות בעולם הבוגרים, יציאה לחיים עצמאיים, תהליך יציאה מהבית, זוגיות, נפרדות, תעסוקה ופנאי. בתקופה זו לרוב מתמודד האדם עם משי"ה עם תהליכים רגשיים הקשורים באינטימיות לעומת בדידות, מערכות יחסים זוגיות וחברתיות ושקילת החיים בבית המשפחה או דיור במסגרת חוץ ביתית. ראו טבלה 1.

טבלה 1: משתתפות המחקר

מס'	גיל	שנות ניסיון כמטפלת באמנות	שנות ניסיון בעבודה עם האוכלוסייה	רמות תפקוד של המטופלים	גילאי המטופלים	השכלה	מדריכה	מסגרת עבודה	שלבי המחקר בהם לקחה חלק
1	64	15	15	קלה, קלה-בינונית	18-21	M.A., פסיכותרפיה	כן	חינוכית, פרטית	ריאיון, קבוצת מיקוד, יומן טיפולי
2	54	21	6	קלה	18-21	M.A., פסיכותרפיה	כן	חינוכית, פרטית	ריאיון, קבוצת מיקוד, יומן טיפולי
3	67	30	30	קלה, קלה-בינונית	18-21	תעודה	לא	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד

4	47	17	12	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21, 21-45	M.A.	כן	חינוכית, מעון, פרטית	ריאיון
5	49	15	12	בינונית	18-21	M.A.	לא	חינוכית	ריאיון
6	52	21	12	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21, 21-45	M.A., תעודה	כן	דיוור ציבורי, פרטית	ריאיון, קבוצת מיקוד
7	60	18	18	קלה, קלה- בינונית	18-21	M.A., פסיכותרפיה	לא	חינוכית, פרטית	ריאיון, קבוצת מיקוד
8	72	12	9	קלה-בינונית, בינונית	21-45	M.A.	כן	מעון	ריאיון, קבוצת מיקוד
9	34	6	6	בינונית	18-21	M.A.	לא	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד
10	57	26	20	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21	Ph.D	כן	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד
11	40	12	11	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21	M.A.	כן	חינוכית	ריאיון
12	52	9	6	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21	M.A., פסיכותרפיה	לא	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד, יומן טיפולי
13	46	21	16	קלה-בינונית	18-21	תעודה	לא	חינוכית	ריאיון
14	58	13	3	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21	M.A.	לא	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד, יומן טיפולי
15	45	15	11	קלה, קלה- בינונית	18-21	M.A., פסיכותרפיה	כן	חינוכית, פרטית	ריאיון, קבוצת מיקוד
16	45	14	12	קלה, קלה- בינונית	18-21	M.A.	לא	חינוכית	ריאיון
17	37	10	10	קלה-בינונית	18-21	M.A.	לא	חינוכית	ריאיון
18	49	10	10	קלה, קלה- בינונית, בינונית	18-21	M.A.	כן	חינוכית	ריאיון, קבוצת מיקוד, יומן טיפולי
19	32	5	4	קלה	18-21	M.A.	לא	חינוכית	יומן טיפולי
20	41	2	2	בינונית	21-45	M.A.	לא	רווחה	יומן טיפולי

7.2. מערך המחקר והליכו

שלב א': שנה ראשונה למחקר

בשנה הראשונה למחקר נערכו ראיונות עומק חצי מובנים אישיים עם 18 ממשתתפות המחקר, במטרה ללמוד מהן על האתגרים איתם הן מתמודדות, המטרות הטיפוליות בעבודתן, דרכי עבודתן, התערבויות, משמעות עשיית האמנות עבור המטופלים, ההתמודדויות שלהן בעבודה זו, ועל גורמי שינוי והתפתחות בטיפול לתפסתן. הראיונות התקיימו באמצעות תכנת זום בפורמט מקוון, במועדים הנוחים עבורן. לאחר ניתוח איכותני של הממצאים הוזמנו המטפלות לאחת משתי קבוצות דיון בממצאים. מתוך 18 המשתתפות לקחו חלק במפגשים 12 משתתפות. במפגשים הקבוצתיים הוצגו הממצאים למשתתפות ונערך בהם דיון, תוך הגדרה של מטרות טיפול, התערבויות, דילמות, גורמים מעכבי טיפול, גורמים מקדמי טיפול, פונקציות שממלאת האמנות בטיפולים, ומאפייני היחסים הטיפוליים. בנוסף, נערך דיון על מחקרים עתידיים שניתן לערוך בתחום בעקבות החשיבה המשותפת.

שלב ב': שנה שנייה למחקר

בשנה השנייה למחקר התבקשו המטפלות למלא יומני טיפול באמצעותם יקיימו מעקב שבועי על טיפול פרטני אחד לבחירתן. מטרת התיעוד הייתה מעקב שיטתי אחרי מאפיינים בתהליך הטיפול, אשר הוגדרו כבעלי משמעות בשלב הראשון של המחקר. המפגשים שתועדו התקיימו בין ספטמבר 2021 ליולי 2022, כאשר בכל יומן תועדו בין 20 ל-35 מפגשים. בשנה השנייה למחקר, לקחו חלק שבע משתתפות אשר מתוכן שתיים מילאו שני יומנים העוקבים אחר שני טיפולים שונים, ובאופן זה נאספו תשעה יומני מעקב בסך הכל.

7.3. שיטת הדגימה

במטרה לגייס כמות מספקת של משתתפות, נערכה פנייה למטפלות באמצעות אמנות בכל רחבי הארץ על מנת לאתר מטפלות העובדות עם אוכלוסיית מטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הפניות נעשו באמצעות ארגון המטפלים באמצעות אומנויות בישראל (יה"ת), באמצעות מדריכות ומפקחות בחינוך המיוחד והמתי"אות במשרד החינוך וכן נעשו פניות ישירות על ידינו למוסדות רווחה וחינוך שונים על מנת לעניין אותם במחקר. בנוסף, נעשה שימוש בשיטת "כדור שלג", כלומר, באמצעות מטפלות מתאימות ביקשנו לאתר מטפלות נוספות העומדות בקריטריונים. תהליך גיוס המשתתפות העלה אתגרים והתקשנו לגייס משתתפות. בשלב הראשון חשנו קושי לאתר את המקומות בהם מתקיים טיפול באמנות לאוכלוסייה בוגרת עם מש"ה. בבתי ספר לחינוך מיוחד מצאנו כי מעט מטפלות עובדות עם שכבת הבוגרים, הנקראת גם "מסגרת המשך", בגילאי 18-21. במסגרות הרווחה נתקלנו בקושי אף גדול יותר כאשר התקשינו לאתר מסגרות בהן מתקיים טיפול באמנות באופן קבוע. עם זאת, לבסוף אותרו 18 מטפלות באמצעות אמנות, הן ממסגרות חינוך והן ממסגרות רווחה, אשר עבדו בעבר או עובדות בהווה עם מטופלים בוגרים עם מש"ה. לצורך המשך השנה השנייה של המחקר יצאנו לסבב גיוס נוסף גם בו נתקלנו בקשיים רבים, שכן מטפלות רבות אליהן פנינו חשו, בעיקר עקב הקשיים שנלוו למגפת הקורונה, שאין באפשרותן לקחת חלק במחקר מאחר והן חוות עומס רב ואינן מסוגלות להתחייב. את שנת המחקר השנייה התחלנו עם 11 משתתפות, מתוכן ארבע משתתפות פרשו מהמחקר עקב עומס וסיבות אישיות. המשתתפות שנענו להשתתפות ולקחו חלק במחקר עשו זאת מתוך אמונה בחשיבות הגדולה של המחקר ותרומתו האפשרית לתחום עיסוקן. כך, נאספו 18 ראיונות עומק, לאחר מכן התקיימו שני דיונים מעמיקים בקבוצות מיקוד בהן השתתפו 12 מטפלות, ובשנה השנייה מולאו תשעה יומני טיפול על ידי שבע מטפלות שונות.

7.4. המקורות לנתונים והשיטות לאיסופם

הצעת המחקר הוגשה לאישור וועדת האתיקה הפקולטתית של אוניברסיטת חיפה, לוועדת האתיקה של המדען הראשי במשרד החינוך והאגף הבכיר למחקר תכנון והכשרה של משרד הרווחה והשירותים

החברתיים. לאחר קבלת האישור משלושת הגורמים הללו, החל תהליך איתור המשתתפות על פי המתואר בסעיף הקודם. משתתפות אשר הסכימו לקחת חלק במחקר, חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות. לאחר מכן נקבע ריאיון שנערך באמצעות תכנת זום במועדים הנוחים למשתתפות. הראיונות הוקלטו ותומללו. עם סיום ביצוע שלב הראיונות, נערכו שתי קבוצות מיקוד בשני מועדים נפרדים, אליהן הגיעו המשתתפות על פי המועד המתאים להן. קבוצות המיקוד התקיימו גם הן באמצעות תכנת זום, הוקלטו ותומללו. בשנה השנייה למחקר, נאספו תשעה יומני טיפול אשר בכל אחד מהם תיעדה משתתפת מפגשים טיפוליים לאורך כששה חודשים. היומנים נאספו באמצעות תכנת קוואלטריקס, אליה העלו המשתתפות את היומנים הכתובים.

7.5. אופן עיבוד הנתונים הגולמיים

מטרתו של מחקר זה הייתה לתאר, להסביר ולהמשיג את העבודה הטיפולית בטיפול באמצעות אמנות בבוגרים עם מש"ה, ולבחון את התהליך הטיפולי על שלביו וגורמיו השונים מתוך הידע והניסיון הקיים בשטח. בעת בניית מערך המחקר הראשוני, נבחרה שיטת "מחקר מבוסס קונצנזוס" (Hill, 2005), המבוססת על ניתוח תוכן איכותני ומדגישה את מרכיב הקונצנזוס, על פיו לאורך ניתוח התמלולים ובשלבם שונים של הניתוח נערכים ניתוחים מקבילים ובלתי תלויים על ידי שלוש שופטות, ולאחר מכן מתקיים מפגש קונצנזוס לצורך השוואה בין הניתוחים והגעה להסכמה בין השופטות על התמות הנבחרות (Hill, 2005; 2015). ככל שהחלו להיאסף הנתונים מתוך התמלולים של הראיונות ובהמשך קבוצות המיקוד, ניתן היה לראות כי הידע המתגבש מבקש להאיר ולהסביר את התהליך הטיפולי על היבטיו השונים, את הגורמים השונים בתהליך והקשרים ביניהם. במקביל לכך, ערכנו סקירת ספרות (Harpazi et al., submitted) המבקשת לבחון מה ניתן ללמוד מהספרות על טיפול באמצעות אמנות באנשים עם מש"ה, ממנה עלתה המסקנה המרכזית כי בספרות כיום לא ניתן מענה תיאורטי מספק וכי הכתיבה בתחום זה מועטה. על כן, בחרנו לעבור לשיטת עבודה על פי התיאוריה המעוגנת בשדה (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 1976), תוך שמירה על עקרון הקונצנזוס המרכזי של היל (Hill, 2005). התיאוריה המעוגנת בשדה נשענת על התפיסה שהיווצרותו של ידע מדעי אינו רק מכוון מן התאוריה לשדה, אלא שעל מנת לייצר ידע תיאורטי חדש, ממוצב ותלוי הקשר, יש להפיק את הידע מן השדה, לאפשר לתיאוריה להגיח מתוך הנתונים ולהמשיג את חלקיה (שמעוני, 2016). מטרתה של שיטה זו היא לזהות את הגורמים המרכיבים תופעה מסוימת על ידי בחינה חוזרת ונשנית של הנתונים, והיא מבקשת לנסות ולהסביר את הקשרים והאופן בו הגורמים השונים משפיעים זה על זה (Glaser, 1978, 2007).

על כן, ניתוח הנתונים נעשה על פי עקרונות התיאוריה מעוגנת בשדה (Bryant & Charmaz, 2019; Charmaz, 2006). במטרה לחזק את אמינות הנתונים, במהלך הניתוח נערכו שני מפגשי קונצנזוס בין שלוש

השופטות אשר ניתחו את הנתונים בנפרד בהתאמה לשלב הניתוח, והגיעו ביניהן להסכמה על הקטגוריות אשר גובשו בכל אחד מהשלבים (Hill, 2015).

בשלב הראשון של תהליך הניתוח נעשה קידוד פתוח שבו נקראו התמלולים הראשונים שנאספו, וניתנו קודים פשוטים וקצרים לנושאים חוזרים ובולטים, במטרה להישאר בקרבה רבה לנרטיב של המשתתפות. באופן זה גובשו קודים בעלי משמעות דומה לכדי 'קטגוריות ראשוניות'. בשלב הבא נערך קידוד 'צירי' שמטרתו לחדד את הקטגוריות שעלו, ובו התאגדו הקטגוריות הראשוניות סביב ציר נושאי מרכזי, לעיתים תוך ניסוחן מחדש. בשלב זה נערך מפגש הקונצנזוס הראשון בין השופטות בו התקיים דיון וגובשה הסכמה על הקטגוריות והמשגתן. בשלב הבא, נערך הקידוד הסלקטיבי בו קטגוריות שונות נאספו סביב קטגוריית ליבה (core category) אחת. גם בשלב זה, השופטות גיבשו את הקטגוריות באופן נפרד ולאחר מכן התקיים מפגש קונצנזוס נוסף בו נערך דיון על המבנה והנושאים העולים מהקטגוריות, וגובשה הסכמה על המשגתן של קטגוריות הליבה בסיום שלב זה. לאורך ובמהלך התהליך נאספו תמלולים נוספים שעם ניתוחם האירו נושאים מסוימים באור חדש, או הביאו לתנועה במבנה הקטגוריות ובאופן המשגתן. תהליך המשגתן של הקטגוריות התקיים באופן ספירלי הלך ושוב עד לגיבושן לכדי ממצאי מחקר זה.

7.6. כלי המחקר

ראיונות חצי מובנים - מטרת הראיון הייתה לאסוף את תפיסותיהן של המטפלות באמצעות אמנות ביחס לעבודתן עם מטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתחילת הראיון, המטפלות התבקשו למסור פרטים ביחס לרקע האישי והמקצועי שלהן. לאחר מכן נשאלו שאלות פתוחות ביחס לעבודתן ובהמשך הן נשאלו על האתגרים איתם הן מתמודדות, המטרות הטיפוליות בעבודתן, דרכי עבודתן, התערבויות, משמעות עשיית האמנות עבור המטופלים, ההתמודדויות שלהן בעבודה זו, ועל גורמי שינוי והתפתחות בטיפול כזה לתפיסתן (ראו נספח מספר 1).

קבוצות מיקוד – לאחר סיום שלב הראיונות, הוזמנו המטפלות לאחת משתי קבוצות דיון בממצאים. במפגש הקבוצתי דנו בממצאים, ונערכה הגדרה של מטרות טיפול, התערבויות, דילמות, גורמים מעכבי טיפול, גורמים מקדמי טיפול, פונקציות שממלאות האמנות בטיפולים, ומאפייני היחסים הטיפוליים. בנוסף, התקיים דיון על מחקרים עתידיים שניתן לערוך בתחום בעקבות החשיבה המשותפת.

יומן מעקב מובנה - לאור העובדה שמטעמי פרטיות ואתיקה קשה ומורכב לערוך תצפית על הפגישה הטיפולית, הכלי המחקרי לאיסוף הנתונים אודות "המעשה הטיפולי" היה ניתוח איכותני של יומן מעקב מובנה, אותו מילאו המטפלות בסיום כל מפגש (ראו נספח מספר 2) במשך שישה חודשים. השימוש ביומן מטפלים ככלי

מחקרי נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות (Adoni-Kroyanker et al., 2019; Shkarov et al., 2019), והם נמצאו ככלי מחקר יעיל, אשר מאפשר לחוקר הצצה קרובה ומפורטת יחסית למושא ויכולת לעקוב אחר התפתחויות ותהליכים (למשל Woll, 2013).

8. ממצאים

מקריאת התמלולים של ראיונות העומק, קבוצות המיקוד ויומני הטיפול, גובשו חמש קטגוריות מרכזיות המבטאות את הגורמים המרכזיים בעבודה הטיפולית באמצעות אמנות בבוגרים עם מש"ה לתפיסת המטפלות: העמדה הטיפולית, האתגרים והדילמות בעבודה הטיפולית, הגורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים, הפרקטיקה הטיפולית ותהליכי השינוי בטיפול. כל אחת מקטגוריות אלה מורכבת מתתי-קטגוריות ותמות מרכזיות, המתייחסות להיבטים השונים המרכיבים כל קטגוריה. ראו טבלה 2. קטגוריות אלו מציגות את הגורמים המרכזיים בתהליך הטיפולי הקשורים במטפלות, במטופל ובתהליכי היצירה, וביחד שופכות אור על ההיבטים הקליניים הייחודיים לטיפול באמנות בבוגרים עם מש"ה.

טבלה 2: טבלת ממצאים

קטגורית ליבה	תת-קטגוריות	תמות
העמדה הטיפולית	הקשבה לצרכי המטופל	"להיות עם המטופל" Being או Doing
	גמישות תיאורטית ומעשית	גמישות ותנועה בין תיאוריות ותפיסות טיפוליות שונות גמישות ביחס לסטיג הטיפולי ואופן החזקתו גמישות בתפיסת תפקיד המטפלת
	מטרות טיפוליות	היכולת להיות בקשר חיזוק העצמי הרחבת המנעד חיזוק האינטגרציה בין דמיון למציאות מציאת האיזון על רצף של תלות-נפרדות-עצמאות חיזוק מיומנויות תפקודיות
אתגרים ודילמות בעבודה הטיפולית	המאפיינים הייחודיים של מטופלים עם מש"ה	מאפיין המוגבלות הקוגניטיבית חוות החיים של מטופלים עם מש"ה קו-מורבידיות קושי ביכולת הוויסות
	אתגר העבודה הרגשית במערכת ציבורית	פערים בין התפיסה המערכתית לתפיסה הטיפולית קושי בגיוס הצוות והסביבה המלווה חוסר יציבות הסטיג הטיפולי חוסר התאמה בהפניית מטופלים
	התמודדות עם תחושות המעוררות חוסר נוחות אצל המטפלת	תחושות של תקיעות ושעמום תחושות של דחייה ביקורת עצמית של המטפלת
	הדרכה קבועה ומוותאמת לסוג האוכלוסייה והמודלטי	
גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים	אסטרטגיות התמודדות פנימיות של המטפלת	פיתוח אסטרטגיות קוגניטיביות של המטפלת רגשות חיוביים כלפיי מטופלים יכולת לפתח סיבולת והכלה
	עבודה בשיתוף פעולה עם הצוות הרב מקצועי	עבודה משותפת ומתן אמון בצוות הרב מקצועי התערבויות המטפלת בעבודה עם הצוות המקצועי תרומה לרווחתן האישית של המטפלות
	דרכי עבודה שונות ומגוונות החל מעבודה מובנית ועד "מזנון פתוח"	פרקטיקה מתערבת או פתוחה בעבודה עם חומרים עבודה בחומרים ובאופנים שונים שילוב כלים ואמנויות
פרקטיקות של עבודה טיפולית	בין שיח מילולי לפעולת היצירה	רמת השיח משתנה בין מטופלים שונים

השיח מאופיין בחזרתיות ודלות יצירה כמרחב המאפשר שיח מילולי		
פרשנות נתפסת כהתערבות שאינה מותאמת שיקוף, הדהוד ומודלינג כהתערבויות מרכזיות	שיקוף, הדהוד ומודלינג כפרקטיקות התערבות מרכזיות	
עבודה על הרצף שבין פיגורטיבי למופשט עבודה על הרצף שבין קונקרטי לסימבולי	שני רצפים לעבודה טיפולית ביצירה	
עיבוד טראומות נפרדות ועצמאות מיניות וזוגיות התמודדות עם אבדן	תמות מרכזיות לטיפול בבוגרים עם מש"ה	
תהליכי שינוי אורכים זמן רב שינוי קטן נחוץ כמשמעותי מאד שינויי בתוך החדר ומחוצה לו	מאפיינים ייחודיים לתהליכי השינוי	
שינויים משתקפים ביכולת המנטלית שינויים מתבטאים בקשר עם המטפלת שינויים מתבטאים בתהליכי יצירה שינויים המתבטאים בהתנהגות המטופל	כיצד מתבטא שינוי?	תהליכי שינוי

8.1. העמדה הטיפולית

8.1.1. הקשבה לצרכי המטופל

8.1.1.2. "להיות עם המטופל". מקריאת התמלולים עולה כי אחד הדברים הבסיסיים ביותר בעמדה

הטיפולית עמה מגיעות המטפלות, הוא היכולת "להיות עם" המטופל ולראות את הצרכים האינדיבידואליים שלו: "אי אפשר לדבר על האוכלוסייה הזו באופן גורף, כי יש בתוך זה המון המון הבדלים, כמו שביני לביןך יש הבדלים". המשתתפות תיארו את החשיבות שביצירת מרחב בטוח, מכיל, מקבל ומכבד עבור המטופל, מקום שבו רואים אותו כפי שהוא: "פשוט להיות בקבלה, ממש בקבלה מלאה, של כל החלקים שלו כולל החלקים הדחויים, הלא נעימים, כולל החלקים גם המקסימים ומלאי החן, הכל". בנוסף לכך, עולה כי יכולת ההתכוונות של המטפלת עבור המטופל והקשבה לצרכיו האינדיבידואליים, נתפסה כמרכזית בעמדה איתה מגיעות המשתתפות: "להיות דרוכה כלפיו, לבדוק מה הצרכים שלו. אני צריכה לבדוק כל הזמן את הצרכים שלו ברמה הכי בסיסית".

8.1.1.3. Being או Doing. בתוך כך עלו שתי עמדות מרכזיות בקרב המרואיינות בתפיסת הדרך

ליצירת שינוי, האחת, המבקשת "לעשות" (doing), והשנייה המבקשת "להיות" (being). העמדה הראשונה קשורה באפשרות המטפלת להתערב יותר במפגשים, ולכוון את הטיפול באופן אקטיבי: "היום אני יותר בכיוון הזה של יאללה, קדימה, בואו נקדם. לא לשהות עכשיו ביחד עם הזה... הם שהו מספיק". על פי העמדה השנייה, הדרך ליצירת שינוי טמונה ביכולת להיות עם המטופל במקומות שהוא מביא, באופן ובקצב בהם הוא מביא אותם: "יותר להיות בהווה של מה שקורה... יש לי בראש את המטרות ואת התהליך, אבל אני לא נותנת שהם ינהלו אותי".

8.1.2. גמישות תיאורטית ומעשית

מושג הגמישות עלה באופן בולט ומרכזי בתפיסות המשתתפות. היכולת לגלות גמישות, לשנות עמדות, גישות או פרקטיקות, נתפסה כמרכזית בעבודה עם מטופלים עם משי"ה, אשר פעמים רבות דורשת מהמטפלות לבחון דרכים נוספות, להרחיב את נקודת המבט הטיפולית ולהתאים עצמן באופן בלתי פוסק למצב הספציפי ולצרכים של המטופל.

8.1.2.1. גמישות ותנועה בין תיאוריות ותפיסות טיפוליות שונות.

המטפלות לנוע בתוך ובין גישות תיאורטיות שונות ולהרחיב את סל הכלים הטיפוליים שלהן, תוך התאמת התפיסה והפרקטיקה הטיפולית לצרכי המטופל באופן אינדיבידואלי וביחס לשלבים השונים בתהליך הטיפול, ללא היצמדות לגישה או פרקטיקה אחת: "הרחבתי את הלימודים שלי בשנים האחרונות והרגשתי שאני בעצם פחות משויכת לזרם מסוים או תיאוריה מסוימת... אני מאמינה בלמידה לעומק ולקחת משם חומרים, לעשות אינטגרציה שמשרתת את אותו תהליך טיפולי".

8.1.2.2. גמישות ביחס לסטינג הטיפולי ואופן החזקתו.

הקשור לסטינג הטיפולי, גם כאן תוך הקשבה והתאמת הסטינג לצרכיו של המטופל. המשתתפות תיארו מפגשים טיפוליים המתקיימים מחוץ לחדר, הכנה של שתיה חמה ועוגיות, מפגשים ספונטניים מחוץ לחדר ומחוץ לשעה הטיפולית: "התייחסתי לזה כאילו מרחב הביניים יוצא מהחדר, מהבועה הטיפולית, ונהיה מרחב ביניים כזה יצירתי בין הטיפול בין כל הגורמים המערכתיים... הבנתי שהטיפול בחדר לא מספיק. אם אני רוצה לקדם שינויים גדולים, זה לא מספיק".

8.1.2.3. גמישות בתפיסת תפקיד המטפלת.

ההיבט השלישי קשור בגמישות הבאה לידי ביטוי בתפיסת תפקיד המטפלת, שכן המצבים התפקודיים, הפיזיים והקוגניטיביים של המטופלים, דורשים מהמטפלות לעיתים לסייע בשמירה על היגיינה, להעביר למטופלים ידע מתוך היבט חינוכי, ללוות אותם באירועים המתקיימים מחוץ לטיפול ועוד: "הגמישות היא לא רק בסטינג אלא גם בעמדה הפנימית הטיפולית שלי כמטפלת... האם הוא צריך אותי כאמא, האם הוא צריך אותי שם כמדריכה, כמלווה שיקומית".

8.1.3. מטרות טיפוליות

המטרות הטיפוליות, כחלק מהעמדה הטיפולית, נתפסו כגורם משמעותי בתהליך, ועל אף שניתן דגש על כך כי המטרות נקבעות באופן אינדיבידואלי על פי צרכי המטופל, ניתן היה לראות כי ישנן מטרות שבלטו בתמלולים רבים. מתוך כלל המטרות שהוזכרו, שש מטרות חזרו באופן בולט כמשמעותיות בעבודה עם בוגרים עם משי"ה.

8.1.3.1. היכולת להיות בקשר. מטרה זו מהווה את הבסיס לטיפול ומתייחסת לביסוס הקשר הטיפולי,

יצירת אמון ובטחון בין המטופל למטפל, באופן שיהווה מודלינג ויוכל לחזק את היכולת של המטופל להיות בקשרים מחוץ לחדר הטיפול: "הקשר הטיפולי הוא מאד מאד חשוב כשלעצמו... והקשר שנבנה בינינו מטרתו לעזור להם להיות בקשרים טובים יותר עם קבוצת השווים, ההורים והאחים שלהם, גם עם מורים והאנשים האחרים".

8.1.3.2. חיזוק העצמי. מטרה זו באה לידי ביטוי על ידי חיזוק תחושת המסוגלות, תחושת הערך העצמי

והביטחון העצמי: "לאהוב את עצמי, לכבד את עצמי! להכיר בעצמי. להכיר בקיומי בעל התוקף. יש לי זכות ולא רק להתקיים בעולם, יש לי זכות לעמוד על שלי! יש לי זכות לתבוע מהסביבה את המגיע לי ויש לי יכולת להעניק לסביבה".

8.1.3.3. הרחבת המנעד. המטרה השלישית מתייחסת ליכולת המטופלים "להרחיב את המנעד" תוך

התייחסות לשלושה היבטים מרכזיים: הרחבת מנעד החומרים והטכניקות, הרחבת מנעד הרגשות והרחבת מנעד ההתנסויות: "אני חושבת שכמעט אצל כל אחד אנחנו רואים הרחבת טווח הרגשות או מנעד הרגשות... שזה באמת הדבר הזה שבאמת מרחיב, שבאמת קצת מזיז, קצת מוציא מהמקום הנוח הזה".

8.1.3.4. חיזוק האינטגרציה בין זמיון למציאות. מטרה שעלתה כמטרה מרכזית בעבודה עם

האוכלוסייה. מטרה זו מאפיינת במיוחד את העבודה עם מטופלים עם מש"ה ועל פיה חלק ממטרת הטיפול היא לסייע למטופל להכיר ביכולות שלו, בחלקים המציאותיים ובחלקים הפנטזמטיים ולייצר אינטגרציה ביניהם: "לעזור לה להיות מודעת לכוחות שלה ולקשיים שלה ובהתאם לזה לבנות איזושהי תמונת מציאות שהיא קרובה ומגשימה את הכוחות שלה, אבל מתוך מודעות גם לקשיים שלה ולמגבלות".

8.1.3.5. מציאת האיזון על רצף של תלות-נפרדות-עצמאות. המטרה החמישית, מאפיינת את

המטופלים בעיקר סביב ההתבגרות והיציאה לחיים עצמאיים. בשלב זה של חייהם, הבוגרים עסוקים במעברם מילדות לבגרות, חלקם חוששים לעזוב את משפחותיהם, חלק מעוניינים לעזוב אך חווים התנגדות מצד המשפחה, הבחירות שלהם להמשך עשויות להיות מוגבלות ותלויות בגורמים רבים. על כן, העיסוק בנפרדות, בתלות ביחס לעצמאות, מקבל משמעות רבה ובעל השלכות על עתידם: "אני חושבת שזה טיפול שאמור להכין אותם כבר לבגרות, לחיים... הטיפול אמור לעזור להם להעביר אותם לשלב הזה, של העצמאות ומה מחכה להם, איזה אפשרויות יש להם ומה הם היו רוצים".

8.1.3.6. חיזוק המיומנויות התפקודיות. המטרה השישית קשורה לחיזוק המיומנויות התפקודיות,

במיוחד בהקשר של יכולות ויסות ושיפור האינטראקציות החברתיות: "מטרה אחת הייתה לגרום לחיבור יותר

טוב עם כל הסובבים אותה בבית ספר. שתהיה עם יותר סבלנות. היא הייתה מתפרצת באלימות ומתעצבנת, וקצת הפחתה. דבר שני היא דיברה בג'סטות, אז התחלנו אני ועוד סייעת ללמוד את שפת הסימנים וכך דיברנו".

8.2. אתגרים ודילמות בעבודה הטיפולית

8.2.1. המאפיינים הייחודיים של מטופלים עם מש"ה

כל המשתתפות התייחסו לכך שבעבודה עם מטופלים עם מש"ה באים לידי ביטוי מאפיינים מסוימים ייחודיים המשפיעים על אופי הטיפול ומהלכו. בחלקם, מהווים מאפיינים אלה אתגרים עבור המטפלת, שנדרשת להתאים את דרכי ההתערבות והעבודה הטיפולית כך שיתאימו למטופל ויטיבו עימו. מתוך תיאור המאפיינים האינדיבידואליים של כל מטופל, הודגשו ארבעה מאפיינים מרכזיים:

8.2.1.1. מאפיין המוגבלות הקוגניטיבית. המוגבלות הקוגניטיבית באה לידי ביטוי בטיפול, בין השאר,

בקושי בחשיבה סימבולית, בהמשגה וביכולת השימוש בדמיון. לרוב פוגשות המטפלות מטופלים בעלי דפוסי חשיבה קונקרטיים ומקובעים, המאתגרים את התהליך היצירתי והטיפול. בנוסף, ניתן לראות חזרתיות רבה ואף אובססיביות, לצד קושי בהבנה ובפירוש של סיטואציות חברתיות ומערכות יחסים: "לעסוק ברגשות עם אנשים בוגרים עם מוגבלות שכלית זה מאד מאתגר כי הקוגניציה לא מאפשרת, אין שם את הדיבור הזה, זה דיבור עמוק (שנדרש בטיפול) הרבה פעמים".

8.2.1.2. חווית החיים של מטופלים עם מש"ה. פעמים רבות בעבודה עם מטופלים עם מש"ה עולים

תכנים הקשורים בחווית החיים המורכבת שלהם בצל המוגבלות השכלית. המטפלות תיארו כי מטופלים חווים באופן יום-יומי חוויות של דחייה, ניכור וחוסר ערך, כמו גם טראומות רבות שנושאים עימם ולעיתים אף נטישה והזנחה: "החומר הנפשי שמגיע הרבה פעמים הוא נורא נורא כבד, הוא נורא כבד ואז יש נטייה ליפול איתו, לשקוע איתו, וכל הזמן אני צריכה להרים את עצמי מחדש".

8.2.1.3. קו-מורבידיות. מאפיין נוסף הוא קו-מורבידיות המאפיינת מטופלים רבים אשר בנוסף

למוגבלות הקוגניטיבית מתמודדים עם הפרעות נפשיות ותסמונות רפואיות נוספות. לאור כך, העבודה הטיפולית דורשת התאמה ורגישות מצד המטפלות גם בהתייחסות לאבחנות הנוספות השונות: "מה שמאד מאד בולט זה שכולם היו להם אבחנה כפולה... תמיד מוגבלות שכלית עם עוד משהו. מוגבלות שכלית עם הפרעות אכילה, עם סכיזופרניה".

8.2.1.4. קושי ביכולת הוויסות. מטופלים רבים עם מש"ה מאופיינים בקושי ביכולת הוויסות, הן הרגשי

והן ההתנהגותי, היכול לבוא לידי ביטוי באופן של התנהגות מינית לא מותאמת, התפרצויות זעם, תוקפנות ועוד. זה, מתבטא בתוך החדר במהלך הפגישות עצמן, או בסיטואציות המתרחשות מחוץ לטיפול ומובאות כתוכן

לעבודה בתוך הטיפול: "הרגשתי שאני מתקשה להשתלט על התנהגותי. גם בחדר הסתובב כל הזמן וניסה ללא הרף לגעת בי, לחבק, ואף לעשות לי מסאז'".

8.2.2. התמודדות עם תחושות המעוררות חוסר נוחות אצל המטפלות

כל המשתתפות התייחסו לתחושות המאתגרות אותן ומעוררות חוסר נוחות, הקיימות בהן כלפי המטופלים. מהתמלולים עולה כי ההתמודדות עם התחושות שפוגשות המטפלות בעצמן היא חלק בלתי נפרד מהעבודה המקצועית, ודורשת עבודה פנימית יום-יומית של המטפלת לנוכח התחושות שעולות בה.

8.2.2.1. תחושות של תקיעות ושעמום. בין התחושות שתיארו המשתתפות היו תחושות של תקיעות

ושעמום: "הרגשה שמפגשים חוזרים על עצמם, יצירות חוזרות על עצמן, אי אפשר להתפתח, קשה להעמיק. אז גם מבחינה של מה שמדובר במילים וגם מבחינה של מה שנוצר בחומרים, בטכניקות ובתוצרים... אז אני חושבת שהאתגר הכי גדול היה הרגשה של שעמום". חלק מהמשתתפות התייחסו לכך שהשעמום עשוי להוביל למצב של הירדמות: "המון המון פרטים ודיבור אינסופי ותחושה של הירדמות. או לחילופין שתיקה. שתיקה שתיקה שתיקה, כי אין שם מילים".

8.2.2.2. תחושות של דחייה. תחושות של דחייה עלו גם הן באופן בולט ונתפסו בתור אתגר מרכזי, הן

ברמה האישית והן ברמה המקצועית, כאשר מצבים מסוימים עוררו דילמות ביחס להתערבות המתאימה מצד המטפלת. למשל, תוארו אירועים בהם מטופלים עשו על עצמם צרכים במהלך הפגישה, הגיעו במראה מוזנח ולא הגייני, או התנהלו בחדר ועבדו עם חומרים באופן המעורר דחייה: "אז לדוגמא מישו שהיה מגיע תמיד עם מכנסיים מסריחות משתן ועוד כל מיני. מישו שהייתה לו מחלת עור והוא היה נכנס וכל הזבובים אחריו תמיד נדבקו אליו... אז החוויה הייתה, החוויה של הדחייה הייתה בהתחלה לא פשוטה".

8.2.2.3. ביקורת עצמית של המטפלת. בנוסף על התחושות המורכבות שעולות כלפי המטופלים,

לעיתים קיימות גם תחושות של ביקורת פנימית אצל המטפלות, שאלות ביחס ליכולתן להשפיע ולהביא לשינוי, או ביחס לטיב הטיפול ויכולתן להתאים התערבויות. לעיתים תיארו המשתתפות תחושות של כעס עצמי או תסכול על עצם התעוררות התחושות הקשות: "השקט, החוסר פידבק, זה מאוד מערער את האני שלך בתור מטפלת. אני מדברת אישית כאילו. זה מאוד ערער אותי. האם אני מטפלת טובה? וזה לא מתקדם?".

8.2.3. אתגרים בעבודה הרגשית בתוך מערכת הציבורית

כל המשתתפות עובדות, או עבדו בעבר, במסגרות ציבוריות מטעם משרד החינוך או משרד הרווחה עם מטופלים בוגרים עם מש"ה. מקריאת התמלולים עלה כי פעמים רבות העבודה הטיפולית בתוך מסגרת ציבורית מעלה אתגרים שונים עימם מתמודדות המטפלות.

8.2.3.1. פערים בין התפיסה המערכתית לתפיסה הציבורית. אחד האתגרים המרכזיים קשור בפערים

הקיימים בתפיסה בין המסגרת בה מתקיים הטיפול, לבין המטפלת. במסגרות חינוכיות פעמים רבות מצופה מהמטפלות לחבר את מטרות הטיפול למטרות המסגרת, על אף שלעיתים אין ביניהן התאמה: "לפעמים יש גם רצון של המערכת להכתיב את העבודה על הדבר הזה... איזושהי התערבות, חדירה של המערכת לתוך הטיפול, והכתבה של מה יהיו המטרות". כמו כן, גם במסגרות של דיור נתקלות המטפלות בקושי לעבוד על פי תפיסתן, כאשר קיים חוסר הלימה בין התפיסה של המטפלת לזו של הנהלת ההוסטל ביחס לדרכי הפעולה והעבודה עם המטופלים: "כאשר הנשים רצו שתהיה תערוכה מהעבודות שלהן ומנהלת ההוסטל החליטה שלא תהיה כי זה יכמו של ילדות קטנות... זה יכול לגרוע מתחושת הערך העצמי שהלכה והתגברה והתבססה (בטיפול), התשובה של המנהלת שלא תהיה הצגה פומבית של העבודות".

8.2.3.2. קושי בגיוס הצוות והסביבה המלווה. מאחר והפגישה הטיפולית היא פגישה שבועית אחת

ומאחר והמטפלת לא נוכחת במרחב היומיומי של המטופל, עולה הצורך לעבודה רבה עם הצוות וגיוס הסביבה המלווה על מנת לנסות ולייצר רצף של עבודה רגשית במהלך השבוע, גם מחוץ לשעה הטיפולית. גיוס זה בפני עצמו העלה לעיתים קושי אצל המטפלות: "את צריכה לגייס מעטפת, והגיוס הוא קשה לי ממש. שצריך להרים טלפונים, להזיז את כל הסביבה, נגיד אם זה עם ההורים או העובדת הסוציאלית, ליצור מעבר לשעה שלנו, כי השעה שלנו היא טיפה בים".

8.2.3.3. חוסר יציבות הסטינג הטיפולי. עבודה בתוך מסגרת מערכתית מביאה עימה לעיתים חוסר

יציבות והפרעות בסטינג כמו ביטולים או שינויים בשעות הטיפולים, כניסות והפרעות לחדר הטיפול בזמן הפגישה ואילוצים שונים המשפיעים על קביעות הסטינג והשמירה על פרטיות: "אבל תמיד צריך לזכור שבתוך בית ספר, לקחת בערבון מוגבל מה אני יכולה לעשות בפחות משעה ולפעמים גם הפרעות. יש חופש, אחר כך חולים, או אני חולה. צריך להביא את זה בחשבון".

8.2.3.4. חוסר התאמה בהפניית מטופלים. פעמים רבות מטופלים מופנים לטיפול באמצעות אמנות

מתוך אילוצים מערכתיים, ולא דווקא מתוך חשיבה על התאמתם לסוג טיפול זה. כך, מגיעים לטיפול מטופלים שסוג טיפול זה אינו המתאים ביותר עבורם: "לפעמים את מקבלת מטופלים שלא מתאימים לטיפול באמנות. אז את צריכה להמציא".

8.3. גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים

8.3.1. הדרכה קבועה ומותאמת לסוג האוכלוסייה והמודלטי

מקריאת התמלולים עולה כי הדרכה מותאמת תורמת באופן משמעותי ליכולתן של המטפלות להתמודד עם האתגרים העולים בטיפול. חלק מהמשתתפות תיארו כי עם תחילת עבודתן עם האוכלוסייה, לא ניתנה להן הדרכה מותאמת במקום עבודתן. לעיתים ניתנה הדרכה על ידי מטפלת שאינה מטפלת באמנות, לעיתים על ידי מטפלת באמנות שאינה עובדת עם האוכלוסייה, ובמקרים נדירים לא ניתנה הדרכה כלל. מצב זה הביא את המטפלות לכך שחשו שנדרשות "להמציא את עצמן" כל פעם מחדש, ולמצוא את הכלים המתאימים בעצמן מתוך ניסוי וטעיה. המשתתפות סברו כי קיימים פערים בין הנלמד במסגרת הכשרתן לטיפול לבין העבודה בשטח עם האוכלוסייה, וניכר כי מטפלות שלא קיבלו הדרכה מותאמת, הרגישו חוסר משמעותי בה: "קודם כל בלימודים לא מלמדים אותך על פיגור... אז גם ההדרכות שקיבלתי היו הדרכות שהיו נאמנות לשפת האמנות אבל לא היו נאמנות לאוכלוסייה".

משתתפות שצינו כי כן קיבלו הדרכה מותאמת, תיארו עד כמה ההדרכה תרמה להן בעבודתן כמטפלות באוכלוסייה עם מש"ה. המשתתפות תיארו את ההדרכה כמאפשרת להן הן התבוננות בחלקים המאתגרים העולים בטיפול, והן באתגרים הפנימיים האישיים שלהן, כגון הכרה בתחושות המעוררות חוסר נוחות שעולות בטיפול, ויכולת לעבוד על יחסי ההעברה וההעברה נגדית באופן שיטיב עם המטופלים: "כמובן בהדרכה. הדרכה, הרבה עבודה על השלכות, ההשלכות שלהם עליי... העבודה בהדרכה מאד מאד עזרה לי להגיע למקום כמו שאמרתי, שכן רואה את המעבר לדבר הזה".

8.3.2. אסטרטגיות התמודדות פנימיות של המטפלת

כל המשתתפות התייחסו לעבודה פנימית אישית שהן עושות על מנת להתמודד עם האתגרים העולים ומתוך כך לקיים תהליך של התפתחות מקצועית אישית.

8.3.2.1. פיתוח אסטרטגיות קוגניטיביות של המטפלת.

פנימית הקשורה בדפוסי החשיבה, למשל היכולת לשים דגש על המקומות המחזקים והמצמיחים: "להעמיק את היכולת שלי אל"ף לראות שינויים קטנים, ובי"ת להיות שבע רצון מהם... לאחר כמה וכמה שנים של עבודה עם האוכלוסייה הזאת, המשגתי לעצמי את מה שאני רוצה ללמוד מהם וזה היה הכוח לסלוח והכוח לשמוח". דוגמא נוספת שעלתה כאסטרטגיית התמודדות, קשורה בהכרה ובקבלה גם של המקומות המאתגרים יותר ושל הכישלונות: "אני חושבת שזה כבר מתמקם באיזשהו דיאלוג פנימי שבסופו של דבר או שיש השלמה עם זה שיש טיפולים שלא צולחים ובאמת מכל מיני סיבות נכונות כאלה או אחרות אין התקדמות, או שתוך כדי הטיפול אנחנו מצליחים, בהדרכות ובסופרוויז'ן לפתור אותן".

8.3.2.2. רגשות חיוביים כלפי המטופלים. המשתתפות התייחסו לרגשות החיוביים העולים אצל

המטפלות כלפי המטופלים כגורם המסייע להן בהתמודדות עם האתגרים ומורכבות העבודה עימם. המשתתפות תיארו מטופלים רבים כבעלי יכולת להתמסר, לתת את ליבם ולעורר במטפלות רגשות חיוביים. התחושות המרכזיות שעלו כמסייעות ומקדמות עבור המטפלות, היו רגשות של חמלה, אהבה ומסירות: "אני חושבת שמה שאני עושה זה חמלה ועיניים טובות, ואיזושהי עדינות, ושמחה. שמחה שנולדת, שבאת. שאתה מתגשם. יש בי איזה ריכוז, תשומת לב, חום, נדיבות גם. זה בחלק הטוב". לעיתים הרגשות העולים אצל המטפלות תוארו כאימהיים, ומתוך כך כתורמים למטפלת בתחושת המסירות למטופל ולטיפול: "ברוב המקרים מיד נוצר קשר ככה של חום, של אהבה, של חמלה. אני חושבת שזה גם מאד מזכיר רגש אימהי. אני לא 'אמא שלי', אבל כן באיכויות של הקירבה והקשר, והרצון ככה לעטוף ולחמול ולהיות שם ולהתכוון".

8.3.2.3. יכולת לפתח סיבולת והכלה. היכולת לפתח סיבולת והכלה להתנהגויות ולמצבים מורכבים

המתקיימים בחדר הטיפול, מסייעת למטפלות בעבודתן ובהתמודדות עם אתגרים הייחודיים לאוכלוסייה. כל המשתתפות התייחסו לחשיבות היכולת להכיל מצבים מאתגרים כמו מטופלים מוזנחים מאד, מטופלים שעושים צרכים בטיפול, אם מחוסר שליטה ואם מתוך התנהגות מכוונת, התנהגויות מיניות לא מותאמות ועוד. היכולת לפתח סיבולת והכלה למצבים אלו, נתפסה כמועילה עבור המטפלת וכמקדמת את המטופל ואת התהליך הטיפולי: "כל פעם שלא מצא חן בעיניי משהו, דרך המחאה שלה הייתה פשוט להתפשט, והיא הייתה רגילה שזה מבהיל... כשאני טיפה שחררתי, יכולתי לראות בעצם עד כמה היא משוועת לתקשורת, למישהו שיבין אותה, את התסכול שלה".

8.3.3. עבודה בשיתוף פעולה עם הצוות הרב מקצועי

8.3.3.1. עבודה משותפת ומתן אמון בצוות הרב מקצועי. מתוך התמלולים עולה כי אחד הגורמים

המסייעים למטפלות הוא היכולת לעבוד בשיתוף פעולה עם הצוות הרב מקצועי. רוב המשתתפות התייחסו לעבודה בשיתוף פעולה עם הצוות כתורמת לתהליך הטיפולי בהיבטים רבים. השיתוף של המטפלת את הצוות במצבו של המטופל מאפשר חשיבה משותפת תוך התייחסות לכלל מעטפת התמיכות שלו: "יש משמעות מאד גדולה לשיתוף... אם אני אשאיר הכל אצלי, היא תשאיר הכל אצלה, לא יקרה שום דבר. אבל זה תהליך מאד מורכב כי השפה הטיפולית היא אחרת מהשפה החינוכית וצריך ללמוד לעשות את זה אבל זה מאד מאד משמעותי".

8.3.3.2. התערבויות המטפלת בעבודה עם הצוות המקצועי. העבודה הרב מערכתית מאפשרת למטפלת

לקיים התערבויות בתוך הצוות, על מנת לנסות ולסייע לאנשי הצוות להיות מותאמים יותר עבור המטופל ביום-

יום, מחוץ לחדר הטיפול: "ביקשתי ישיבת צוות עליו ולתאר, לעשות תיאור מקרה... והן פשוט סיפרו לי כעבור שנה כמה זה שינה להם את התפיסה וכמה זה כבר לא קורה אותו דבר. הן לא נבהלות מזה כל כך, לא מתעצבנות, לא לוקחות באופן אישי".

8.3.3.3. תרומה לרווחתן האישית של המטפלות. העבודה המשותפת נתפסה כמיטיבה עם המטפלות

באופן אישי, למשל בהפגת תחושת הבדידות הקיימת בעבודתן: "כי אתה לא עובד לבד, יש עם מי לדבר, יש לנו שיחות. יש את המקום הזה שאתה יכול גם להיתמך וגם לתמוך".

8.4. פרקטיקות של עבודה טיפולית

8.4.1. דרכי עבודה שונות ומגוונות, מעבודה מובנית אל "מזנון פתוח"

8.4.1.1. פרקטיקה מתערבת או פתוחה בעבודה עם חומרים. מתוך התמלולים עולה כי מטפלות שונות,

אשר מביאות תפיסות ועמדות שונות, פועלות באופן שונה זו מזו על הרצף שבין הפרקטיקה המובנית והמתערבת לבין הפרקטיקה הפתוחה והמאפשרת. חלק מהמטפלות תיארו שימוש בפרקטיקה מובנית ולעיתים אף מתוכננת מראש מתוך בחירה מכוונת של המטפלת להוביל את המטופל באופן אקטיבי לשינוי, אם באמצעות התערבויות באמנות, הנחיה מובנית ליצירה, הכנסה של תכנים מהחיים שבחוץ לתוך החדר, או מתן פוקוס והתייחסות ישירה לתכנים ותמונות מרכזיים אצל המטופל: "אני לא מתחילה, ולפעמים אפילו לוקח המון זמן עד שאני מגיעה ל'מזנון פתוח'... אם זו תהיה ההזמנה, אז אנחנו נמצא את עצמנו חוזרים שוב ושוב על אותה יצירה, או יצירה מאד דומה, בחומרים מאד דומים וגם עם תוכן מאד דומה". לעומת זאת, רוב המטפלות תיארו כי הפרקטיקה המרכזית בה נוקטות היא כזו המאפשרת למטופל מבחר רחב של חומרים וחופש מלא ביצירה ובבחירה. מטפלות העובדות באופן זה, הדגישו כי יש חשיבות רבה, בדרך לשינוי, במתן בחירה עבור אוכלוסייה ייחודית זו, ויצירת מרחב שבו יוכלו לבטא באופן מלא את עצמם ואת חוויית החיים שלהם, להביא את החזרתיות, האובססיה, השתיקות, המורכבות והפנטזיות בתוך תהליך היצירה והטיפול: "יש בופה עם חומרים. בופה פתוח. יש פינות עם צבעים, יש קירות שאפשר לצייר עליהם, דיקטים... כל החומרים, רכים, צמר, בדים, שאריות בדים, חימר, גבס, הכל.. עיסת נייר, בובות". על הרצף המתואר בין 'עבודה מובנית' לבין 'מזנון פתוח', ניתן לראות כי כל המשתתפות ציינו את חשיבות ההתאמה של הפרקטיקה למטופל הספציפי, וכן כולן ציינו שימוש בסוגים שונים התערבויות, ברמות התערבות שונות, בהתאמה למטופל.

8.4.1.2. עבודה בחומרים שונים ובאופנים שונים. בהתאמה לכך, ניתן לראות את יחסן של המטפלות

לשימוש במגוון של חומרים ואופני עבודה. כל המטפלות נתנו חשיבות רבה לעבודה בחומר, לבחירת החומרים

ולתהליך היצירתי בתוך התהליך הטיפולי. כמו כן, המשתתפות ציינו כי יש חשיבות טיפולית לחשיפה לחומרים חדשים והתנסויות חדשות של המטופלים.

ניתן לראות התייחסות לחומרים רכים שמביאים עימם חוויה תחושתית כחומרים שעשויים להפעיל מטופלים שונים בדרכים שונות. לעיתים, העבודה בחומרים רכים עשויה להציף מורכבויות רגשיות אצל המטופל ולגעת בתכנים של חוסר שליטה, דחייה, צרכים ראשוניים וחוויות חיים מוקדמות: "חומרים רטובים אני קצת אבדוק את השטח לפני שאני אתן, שוב מהמקום שזה מפרק, שזה לוקח למקום ראשוני, מהמקום שזה לוקח לרגרסיה. אני צריכה להכיר את המטופל ולראות אם יש לו כוח לאסוף את עצמו". לצד זה, במקרים מסוימים, תוארה העבודה בחומרים רכים כמאפשרת מקום של שחרור, הירגעות, חופש ומגע הנותן מענה לצרכים פנימיים של המטופל: "פה בחדר דרך מריחות מסוימות, דרך סוגי עבודות מסוימים, ממש הרגשתי שהוא, שיכולת הריכוז שלו למשל נשארת לאורך זמן... הוא לא צועק כמו שהוא צועק במקומות אחרים, במרחבים אחרים".

כל המשתתפות התייחסו לעבודה בחומרים שימושיים, לעבודות מלאכה, או יצירת יצירות שימושיות כמאפשרות למטופלים תחושה של הישג והצלחה. בנוסף, לרוב הודגשו כתיבת מכתבים רשמיים או אישיים, ויצירת מתנות שימושיות לאנשים שונים בחיי המטופלים: "היא הכינה מתנה לאמה: ברכה עם קישוטים בחול צבעוני, וצמיד שעזרתי לה להשחיל. הודיעה לי מראש שרוצה שנכין משהו ליום ההולדת של אמה, וביקשה שאחשוב על רעיונות. כתבה פעמיים את השם שלה. כמה זה חשוב שאמא תדע שזה ממנה". בנוסף, ניתנה התייחסות משמעותית לפעולת היצירה, או המלאכה בחומרים שימושיים יותר, בדגש על תהליכים של סובלימציה, ביטוי והפנמה מתוך הפעולה עצמה: "אני מזכירה לו שיש מערכת חשמל וצעיף שהתחיל לתפור. ההתערבות הזו שלי היא אולי ניסיון להוציא מהחיפוש והמשיכה שלו אחר עוררות מינית. ניסיון להביאו לעסוק ביצירה פרודוקטיבית שתהווה סובלימציה (בתפירת בדים) או התמודדות עם שליטה (כיבוי והפעלה בחשמל)".

8.4.1.3. שילוב כלים ואמנויות. כחלק מהצורך העולה 'להמציא את עצמן מחדש' ומתוך הרצון להעשיר

את הפרקטיקה המקצועית, המשתתפות מביאות עימן את הידע שצברו בתחומי טיפול שונים, עם דגשים והתמחויות שונות, ומשלבות עבודה בכלים שונים לצד העבודה באמנות. המשתתפות תיארו שימוש בטאבלטים, שילוב של מצלמות ואמצעים טכנולוגיים בטיפול, טכניקות של מיינדפולנס ובודהיזם, טיפול מיני, שילוב של עקרונות CBT ושילוב טכניקות מהאמנויות השונות כגון דרמה, מוזיקה, תנועה וכתביבה: "הדבר שעשיתי איתה היה הטיית מחשבות. אני בדיוק למדתי קצת את הטיית המחשבות הבודהיסטית הזאת שאומר כאילו למינד קצת לתקן את עצמו. אז הייתי אומרת לה, ברגע שמגיעה מחשבה שאת רוצה שהיא לא תהיה, בואי נגיד לה עכשיו ללכת".

8.4.2. בן שיח מילולי לפעולת היצירה

8.4.2.1. רמת השיח משתנה בין טיפול לטיפול. מהתמלולים עולה כי השימוש בשיח ובאמנות, גם הוא

משתנה ומותאם עבור כל מטופל. ישנם מטופלים שאינם מעוניינים לעסוק באמנות, אם ביחס לפן התחושתני, לקושי ביכולת להשתמש בדמיון, או מתוך תפיסה שזה "ילדותי". עם מטופלים אלה, אשר רובם מאובחנים ברמת מוגבלות קלה, רוב הטיפול מתקיים ברובד המילולי ובו מתבצעות ההתערבויות: "עם החבר'ה הבוגרים יש פחות יצירה ויותר שיחה. אני חושבת שחלק מהעניין שלהם להרגיש נורמטיביים וגדולים הוא לדבר את עצמם. אז חלק גדול מדבר".

8.4.2.2. שיח המאופיין בחזרתיות ודלות. השיח עצמו פעמים רבות חזרתי, שטחי ודל, לרוב בהתאמה

לרמת המוגבלות של המטופל וליכולת המילולית שלו. עם זאת, ניכר כי המשתתפות ראו חשיבות רבה בקיום שיח מילולי בתוך הטיפול ברמה כזו או אחרת. במקרים מסוימים תיארו המשתתפות את הניסיונות לפתח את השיח הרגשי, ולהעמיק בו, ביחס לעבודת אמנות שיצר המטופל או ביחס לסיפור או אירוע ששיתף בו: "אפשר היה לעשות קצת שיח רגשי, לחבר את זה לעצמו. לא שיחה עמוקה, אבל לשאול אותו מה הוא חושב על הסוס... מה התכונות של הסוס. אז הוא היה אומר דברים מאד לקוניים... ואז יכולתי לשאול, קצת קצת להרחיב".

8.4.2.3. יצירה כמרחב מאפשר לשיח מילולי. במקרים מסוימים, פעולת היצירה עצמה יכולה להוות

את הבסיס ליצירת המרחב המילולי של שיח ושיתוף. כאשר הפעולה האמנותית מאפשרת למטופל מרחב בטוח וביטוי של האובססיות, החרדות והמורכבויות השונות, אז השיח המילולי מתאפשר באופן פתוח ולעיתים מעמיק יותר: "לעשות ככה את המנדלה, זאת אומרת, זה היה סוג של כלי עזר כאילו לשפוך את הרגשות והסיפורים ואת החוויות, וזה היה נגיד איזשהו דף צביעה שהיה על השולחן לידה, והיא הייתה פשוט תוך כדי השיח הוורבלי מוציאה".

8.4.3. שיקוף, הדהוד ומודלינג כפרקטיקות התערבות מרכזיות

8.4.3.1. פרשנות נתפסת לרוב כלא מותאמת. המשתתפות סיפרו שהן מתערבות באופן זהיר בעבודה

עם האוכלוסייה וכי עוצמת ההתערבות צריכה להיות מותאמת למטופל. הן התייחסו לפרשנות כהתערבות שלא תמיד מתאימה בעבודה עם האוכלוסייה וכעשויה להוביל לתסכול של המטופל ושל המטפלת. במקרים של התערבות מסוג זה, נעשתה הפרשנות באופן זהיר ומותאם במיוחד: "בגלל שאין את הדיבור המאד ברור והמאד ישיר, אז אני נזהרת עם החיבורים שלי, עם הפרשנויות שלי. אני משתדלת לא לפרש אלא אם יש כיוון מהם גם לדבר הזה".

8.4.3.2. שיקוף, הדהוד ומודלינג כהתערבויות מרכזיות. ההתערבויות המרכזיות אותן מבצעות

מטפלות העובדות עם האוכלוסייה, ונעשות הן בשיח מילולי והן באמצעות אמנות, הן שיקוף, הדהוד ומודלינג. בהתייחסן לשימוש בשיקוף, תיארו המשתתפות שיקוף מילולי וכן שיקוף באמצעות אמנות. הן התייחסו לשיקוף של התפעלות, לשיקוף הבחירות של המטופל בפעולות או ביצירה, שיקוף של התנהגות או רגשות שהמטפלת מזהה אצל המטופל. בנוסף, שיקוף יכול לבוא לידי ביטוי גם בעבודת יצירה משותפת או כאשר המטפלת והמטופל יוצרים זה לצד זה: "היא תגיד כמה פעמים 'היום יום ראשון', אני אגיד 'נכון, היום יום ראשון'". משקפת. בשלב הבא אני יכולה להגיד לה 'את אמרת את זה כבר... אמרת את זה פעמיים, אמרת את זה שלוש פעמים. וממש מראה לה עם האצבעות". השימוש בהדהוד, תואר באופן דומה לשיקוף, ביחס לפעולות המטופל או לדבריו. ההדהוד נותן תוקף, ולעיתים מכוון להעמקה בשיח. בדרך זו המטפלת מסייעת למטופל להרחיב את התוכן שהוא מביא לטיפול: "אני אומרת, אני מהדהדת חזרה. 'זה עוזר לי להבין שאתה רוצה לעבוד עם החומר הזה'. או 'סיקאלת הצבעים הזאת מעניינת אותך'. או, 'עצרת ונשאר לנו הרבה זמן, זה עוזר לי להבין שזהו, סיימת להיום'". לצד השיקוף וההדהוד בתהליכי יצירה וכחלק מהתהליך הטיפולי, עלה השימוש במודלינג על ידי חלק מהמטפלות, כטכניקת התערבות מרכזית המאפשרת למטופל להתבונן ולמעשה ללמוד ולפתח מיומנויות מתוך העבודה הטיפולית והקשר עם המטפלת. ההתייחסויות שניתנו לשימוש במודלינג כללו מודלינג ביחס לעבודה בחומרים, מודלינג לקשר ואינטראקציה, ומודלינג בניסיון לסייע למטופל בוויסות או ביכולת להירגע: "ואז היא חזרה ליד ולדפוק וככה לאט לאט אני הייתי איתה, אני כאילו גם לקחתי ועשיתי לה מודלינג, כאילו, ממש לקחתי את היד שלה והצלחתי לעשות את זה באופן עדין ועם מוזיקה".

8.4.4. שני רצפים לעבודה טיפולית ביצירה

מתיאור הפרקטיקה הטיפולית בה עובדות המשתתפות, עולה כי העבודה באמנות נעשית על פני שני רצפים המתקיימים במקביל וכן משולבים זה בזה, וכי העבודה עם המטופלים בתוך ולאורך רצפים אלו נתפסת כמשמעותית. הרצף הראשון מתייחס לעבודת היצירה שבין הפיגורטיבי; יצירה המנסה לייצר אשליה של מציאות, לבין המופשט; יצירה המבוססת על אמצעים אמנותיים בלבד ללא יצירת דימויים שניתן לזהות. הרצף השני מתייחס לתהליכי היצירה המתרחשים בין הקונקרטי; יצירת אובייקט לצורך פונקציונלי, שניתן להשתמש בו בעולם המוחשי, לבין הסימבולי; יצירה המסמלת משמעות נוספת, אם כחלק מתהליך היצירה או בתוצר. התהליכים הטיפולים מתרחשים בכל נקודה על כל אחד מן הרצפים. השינוי, או ההתפתחות, נתפסו על ידי המשתתפות כקשורים בתנועה על הרצפים, בהרחבת היכולת לנוע על ובין שני הרצפים הללו.

8.4.4.1. עבודה על הרצף שבין פיגורטיבי למופשט. העבודה הפיגורטיבית מתבטאת בדימויים שניתן

לזהות, המתארים או מתחקים אחר המציאות כגון ציור של בית, דמות אדם או אובייקטים אחרים, עבודה עם מגזינים ותמונות ריאליסטיות. ניכר כי לרוב, המטופלים נמשכו בקלות יותר לעבודה עם ובעזרת אלמנטים ודימויים שניתן לזהות מהמציאות החיצונית: "לצייר שוב את הבית, אבל כשלא מוכרחים שהוא יהיה מלא בצבע. היא קראה לזה דלת אגב, לדבר הבולט הזה החוצה... בהדרגה לוותר על ציור הבית ולעבור בעונג לציור פרח מלא וחשוף לחלוטין, זה תהליך עיבוד הטראומה באופן לא מילולי!". לצד עבודה באמצעות דימויים פיגורטיביים, ניתן לראות גם עבודה מופשטת, שבאמצעותה ניתן לבטא ולבחון היבטים רגשיים על ידי הצורות והצבעים שנוצרים ביצירה: "לאחר מכן המשיכה, אני שופכת חול צבעוני לקערה, בסדר? אמרתי – מה שתרצי. היא שפכה חול לקערה, עוד ועוד, עד שסיימה את כל מה שהיה. ערבבה והוסיפה דבק פלסטי, במידה, ושוב ערבבה. נוצרו מעין גבישי חול יפים".

8.4.4.2. עבודה על הרצף שבין קונקרטי לסימבולי. הרצף השני נמצא בין העיסוק בקונקרטי לעיסוק

בסימבולי, אשר פעמים רבות משולבים זה בזה באופן מודע ולא מודע. מטופלים רבים עם מש"ה עוסקים בטיפול ביצירה של אובייקטים קונקרטיים, כלומר אובייקטים שניתן להשתמש בהם, שיש להם תפקיד או מטרה ושהם מכירים מחיי היום-יום. בין הדוגמאות עלו תפירה של כריות או גרביים, יצירת תכשיטים ויצירה של אובייקטים נוספים בהם ניתן יהיה להשתמש. בנוסף, דוגמא שעלתה רבות היתה קשורה בצורך של מטופלים לעסוק ביחסים עם בני משפחה, הורים, אנשי צוות, חברים מהמסגרת או דמויות משמעותיות אחרות, באמצעות פעולה קונקרטית של כתיבת מכתב, אשר לעיתים אכן הועבר לנמענו, ולעיתים הושאר בחדר הטיפול: "אחר כך ביקש לכתוב מכתב למבקר מלקי"ם, הוציא מן הארון בריסטול בגודל גיליון והניח על השולחן... הוא הגיש לי גיר פחם שחור וביקש ממני לכתוב. ביקשתי שיכתוב בעצמו... והוא גיחך ואמר שהוא יודע רק לקשקש ואינו רוצה להכין קשקוש למבקר". לצד זה, ניתן לראות יצירה, פיגורטיבית או מופשטת אשר מגלמת בתוכה ביטוי של משמעות נוספת, או מסמלת דבר מה אחר מאשר זה הניתן לראות באופן מיידי ביצירה. העבודה הסימבולית בתהליכי היצירה באה לידי ביטוי בדרכים שונות כגון שימוש סימבולי בחומרים בלבד, פעולה סימבולית או משמעות סימבולית לדימוי פיגורטיבי. לדוגמא, עבודה שעיקרה הוא המגע והעיסוק בחומר, ומתוכה עולים תכנים באופן סימבולי, אם על ידי הכנת 'שיקויים', ערבוב או מריחה של חומרים ושפיכתם, או למשל כחלק ממשחק תפקידים: "הוא היה רוקח שיקויים כאלה של גבס וחימר בצבע לבן ואז הוא גילה את התחבושות גבס, הוא היה קורא לשיקויים חלב, מכין חלב. ואז כשהוא גילה את התחבושות גבס אז הוא התחיל לחבוש אותי, לחבוש לי את היד".

8.4.5. תמות מרכזיות לטיפול בבוגרים עם מש"ה

בעבודה עם מטופלים בוגרים עם מש"ה באות לידי ביטוי תמות רבות ומגוונות, אשר ניתן לראות כי חלקן חוזרות ומעסיקות את המטופלים, וקשורות לשלב ההתפתחותי של המטופל, ולחוויות החיים המורכבות והייחודיות איתם מתמודדים מטופלים מאוכלוסייה זו. ניכר כי המשתתפות במחקר ראו חשיבות רבה לעסוק בתוך הטיפול בתכנים אלה, שלרוב אינם מקבלים מענה או התייחסות מותאמת ומספקת מסביבתם של המטופלים. עלו ארבע תמות מרכזיות שחזרו באופן בולט בתמלולים השונים.

8.4.5.1. עיבוד טראומות. כל המשתתפות ציינו שיש להן מטופלים עם מש"ה שחו טראומות, לעיתים

חוזרות או ממושכות, להן לא נעשה עיבוד רגשי ראוי. המטופלים מתמודדים עם הטראומה לעיתים תוך חוסר הבנה או בהירות לגביי מה שקרה להם ופעמים רבות אינם מקבלים את התמיכה הנחוצה מהסביבה: "מטופלים שלי נחשפו לטראומות, עברו פגיעות מיניות, פגיעות רגשיות, פגיעות של אלימות, חשיפה לפורנו או לתכנים לא מותאמים. וזה מהווה חלק מהטיפול. לצערי אני רואה את זה יותר ויותר. עכשיו שוב, המפתח שזה יבוא בטיפול, זה הקשר ביני ובין המטופל".

8.4.5.2. נפרדות ועצמאות. תמה מרכזית נוספת שעלתה באופן בולט וחזק, מתעצמת עם הכניסה

לבגרות וסיום הלימודים בבית הספר ובאה לידי ביטוי גם בגילאים מבוגרים יותר, קשורה בנושא של נפרדות ועצמאות. נושא העצמאות תואר כמרכזי בעבודה הטיפולית במטופלים בוגרים עם מש"ה, והודגשה החשיבות של העיסוק בו בטיפול. העיסוק בנפרדות ובעצמאות פוגש מטופלים שונים בנקודות שונות, אם כאלה החוששים מהחיים העצמאיים, או כאלה המבקשים נפרדות אך לא מקבלים אותה מהסביבה, ופעמים רבות מתמודדים עם הפערים בין החוויה האינדיבידואלית שלהם לבין היחס שמקבלים מהזולת: "מספר שהוא רוצה לעבור לדירת עצמאיים עם חבריו לבית הספר, ואני חושבת על הטלטלה הגדולה שהוא חי בה. בבית לא רוצים שיעבור לדירה ומעודדים אותו לצאת לעבוד... הוא מבקש להישאר בבית ספר עד גיל 21 וחושב על מעבר לדירת עצמאיים".

8.4.5.3. מיניות וזוגיות. כל המשתתפות תיארו עיסוק קונקרטי וסימבולי חוזר במיניות, בעוררות

מינית, ברצון בזוגיות, בתפיסת זוגיות ויחסים רומנטיים, במצבי סיכון רבים אליהם מגיעים המטופלים והמטופלות, והדגישו את החשיבות של יצירת המרחב הטיפולי כמאפשר את העיסוק בתכנים אלה: "קודם כל אני חושבת שעניין של זוגיות... וכל העניין המיני, שהוא עניין, ולכוון אותם לדרך הזאת ומה מותר, ומה אפשר ומה אי אפשר, וזה לא פשוט. גם ככה זה תחום לא פשוט אז כאילו אצלם זה עוד יותר לא פשוט".

8.4.5.4. התמודדות עם אבדן. המשתתפות תיארו כי כאשר המטופלים חווים אבדן בחייהם, הסביבה

הקרובה והמשפחה לא תמיד מתווכות זאת באופן מותאם, לעיתים לא מאפשרים למטופל לקחת חלק במנהגי האבל. פעמים רבות עבור המטופלים לא קיים מרחב אחר בו יכולים לעבד את האבדן, את הגעגוע ואת הרגשות הקשים, ולעיתים נדרשת התערבות ועבודה של המטפלת גם עם סביבתו של המטופל: "הגיע לפתחנו גם אובדן של הורה. ואז נעמדנו כולנו כבר יודעים מה אנחנו רוצים... הוא נכח בשבעה, עבר שבעה, תמכנו בו, עיבדנו את זה בהמשך. הוא השתקם הרבה יותר מהר מאותה דיירת שלא הייתה (בהלוויה ובשבעה) על הסבתא".

8.5. תהליכי שינוי

היכולת ליצור שינוי, תהליכי השינוי והשגת המטרות הטיפוליות עלו כנושאים מרכזיים בתמלולים השונים. תהליכי השינוי בעבודה טיפולית עם אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה מקבלים מאפיינים ייחודיים ומתבטאים באופן ייחודי, ולא תמיד בדומה לכלל האוכלוסייה.

8.5.1. מאפיינים ייחודיים לתהליכי השינוי

8.5.1.1. תהליכי שינוי ארוכים זמן רב. המאפיין הראשון שעלה באופן בולט וחזק מתייחס לכך ששינוי

בעבודה הטיפולית באוכלוסייה אורך זמן רב. המשתתפות התייחסו לקצב האיטי של התהליך הטיפולי, התואם את המורכבות שמביא איתו כל מטופל ועשוי לקחת שנים. הן תיארו כי המגבלה הקוגניטיבית משפיעה על קצב ההתקדמות וכי נדרשת מהן סבלנות רבה בדרך ליצירת שינוי. בהתאמה לכך, המשתתפות ציינו כי ישנה חשיבות לכך שהטיפולים ארוכים, לעיתים מספר שנים, כדי שניתן יהיה להבחין בשינוי: "חלק מתנאי הסף זה סבלנות, כמו רץ למרחקים ארוכים... אז יש שנים מסוימות שאנחנו לא נראה לכאורה התקדמות, אבל האמונה שהחומרים שוקעים ושוקעים בנפש, ואז באמת שנתיים שלוש אחר כך יש פריצת דרך בטיפול".

8.5.1.2. שינוי קטן נחוה כמשמעותי מאד. המאפיין השני שעלה בבירור קשור באופן בו נתפסים

השינויים על ידי המטפלת והסביבה. שינוי שעשוי להראות קטן עבור מטפלת באוכלוסיות אחרות, נחוה כמשמעותי מאד בעבודה עם אוכלוסייה זו. המשתתפות תיארו חזרתיות רבה שמביאים המטופלים, ולעיתים תקיעות, שעשויות ליצור תחושה שהתהליך הטיפולי אינו מתקדם, ועל כן, התזוזה הקטנה ביותר נתפסת כמשמעותית ביותר: "התחושה שתקוע, אני חושבת במיוחד באוכלוסייה הזו, אני חושבת שהשינויים הם נורא נורא קטנים, זאת אומרת, הציפיות צריכות להיות לשינויים מאד קטנים".

8.5.1.3. שינויים בתוך החדר ומחוצה לו. בנוסף, ניתן לראות כי השינויים שתוארו על ידי המשתתפות

מתבטאים על הרצף שבין הטיפול בחדר, לבין המציאות שבחוץ. לעיתים, ניתן לראות שינוי משמעותי בתוך הטיפול, אך מחוץ לחדר אין שינוי הניכר במטופל. במקרים אחרים, לעיתים בתוך החדר קיימת תחושה של

תקיעות או איטיות, ודווקא בחוץ, במסגרת וביום יום, ניכר שינוי אצל המטופל. לעיתים השינוי מתבטא בתוך ומחוץ לחדר במקביל: "יכולת הארגון שלו שפה קרתה דרך הגבול של קופסא, שאפשר לו להמשיך ולשפוך, אבל הכל מוחזק באיזושהו מיכל... זה קרה במקביל ליכולת ההתארגנות שלו והארגון שלו בתוך הכיתה".

8.5.2. כיצד מתבטא שינוי?

8.5.2.1. שינויים המתבטאים ביכולת המנטלית. המשתתפות תיארו רגעים של תובנות חדשות, של יצירת חיבורים והקשרים כרגעים בהם התבטא שינוי. השינוי נתפס כהרחבת היכולת של המטופל להתבונן בעצמו ובאחר באופן שמקדם אותו: "ושלפתי לה הבנה מתוך מה שהיא עשתה ואז היא נעצרה והיא ממש התחילה לעשות חיבורים... היא הצליחה פתאום לחבר שכשהרכז בדירה מדבר חזק, אז היא מסתגרת ואז אין לה מילים לבטא את עצמה".

8.5.2.2. שינויים המתבטאים בקשר עם המטפלת. המשתתפות תיארו שינויים שבאים לידי ביטוי בהרחבת השיתוף והשיח עם המטפלת, בהיווצרות תקשורת ייחודית המבוססת על גיטות ומבטים. אחת הדוגמאות הנפוצות להבחנה בשינוי בתחום זה היא יכולת המטופל לתת תוקף ולהכיר בסובייקטיביות המטפלת: "היא השחילה מחרוזת והיא ענדה לי אותה. באיזה רגע, באיזה אקט אימפולסיבי... והיה שם איזה סימבול של קשר מאוד גדול מבחינתי, פתאום היא רואה, פתאום היא נתנה תוקף להיותי בחדר".

8.5.2.3. שינויים המתבטאים בתהליכי יצירה. המשתתפות תיארו שינויים והתפתחויות שניתן לראות ביחס לחומרים, בהרחבת ההתנסות בחומרים חדשים, בטכניקות ובאופני עבודה חדשים, בהופעה של דימוי חדש בתוך יצירות שחוזרות על עצמן. שינויים מהסוג הזה, נתפסו כמשמעותיים ביותר על ידי המשתתפות וכמתבטאים שינוי פנימי המתרחש אצל המטופל: "דווקא היה שינוי משמעותי ביכולת שלו לעבוד בחומר, מאז שהתחלנו לדבר ככה מאוד נוקב ואמיתי בתוך הטיפול על המשמעות של המגבלה שלו. למשל, אם עד אז הוא מאוד נמנע מעבודה בתלת ממד, מאז היה אפשר להתחיל לעבוד בתלת ממד".

8.5.2.4. שינויים המתבטאים בהתנהגות המטופל. המשתתפות התייחסו להפחתה באגרסיביות, הפחתה בחזרתיות, הגברת היכולת לוויסות העצמי ואיפוק, הרגעות גופנית, יצירת קשר עין ועוד. כאשר ביטויים אלה הופיעו לאורך זמן כמגמה של שינוי, הם נתפסו בעלי משמעות בתהליך הטיפולי: "לא רק הסתכלות. מגע. מגע ישיר בעיניים. הרי מגע מאוד מכאיב לאדם נמנע ולוויסות הפנימי הזה של התקשרות ראשונית. וההתקשרות הזאת שהוא פתאום מסוגל להיות במגע עיניים, להיות במגע ישיר ופתאום הוא יכל לצאת מהבועה".

9. דיון וניתוח

מטרתו של מחקר זה הייתה גיבוש מודל עבודה טיפולי תיאורטי שיוכל לשמש מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם מטופלים בוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. לצורך כך, שאלנו מהם המאפיינים הייחודיים של העבודה בטיפול באמצעות אמנות פרטני בבוגרים עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית מנקודת מבטן של המטפלות?

ממצאי המחקר העלו חמש קטגוריות מרכזיות אשר כל אחת מהן עוסקת בהיבט מסוים של העבודה הטיפולית, וביחד הן מבטאות את המרכיבים המרכזיים והגורמים המתקיימים יחד ומשפיעים זה על זה בתוך מכלול העבודה הטיפולית באמצעות אמנות עם בוגרים עם משי"ה. חמש הקטגוריות הן (1) העמדה הטיפולית, (2) האתגרים והדילמות בעבודה הטיפולית, (3) גורמים המסייעים למטפלות בהתמודדות עם האתגרים, (4) פרקטיקות של עבודה טיפולית ו(5) תהליכי השינוי. חמש הקטגוריות הללו מרכיבות את המודל התיאורטי שנבנה מתוך ממצאי מחקר זה.

במהלך המחקר, הודגשה שוב ושוב על ידי המשתתפות, חשיבות מבטה של המטפלת על המטופל, ויכולתה להתאים את הטיפול אל צרכיו האינדיבידואליים של המטופל. בשנים האחרונות הולכת ומתחזקת הגישה הטיפולית הרואה את צרכיו האינדיבידואליים של המטופל לנגד עיניה של המטפלת ואת התהליך הטיפולי בהתאם לצרכים אלו (Campbell et al., 2014), ונראה כי זו התפיסה המהווה את הבסיס לעבודה עם אוכלוסייה עם משי"ה, בדגש על קבלה והתייחסות לחלקים המשקפים את המוגבלות כחלק מהאדם שהמטופל הוא. מתוך עמדה זו, המבקשת להקשיב לצרכי המטופל, מתעצבות שתי גישות שונות – האחת רואה את תפקיד המטפלת מתוך עמדה של התערבות, "Doing", ומתוך הרצון לסייע למטופל להתקדם באמצעות התערבויות המטפלת, והשנייה, רואה את תפקיד המטפלת מתוך עמדה של שהייה, "Being", ומתוך התפיסה כי ההתקדמות והדרך לשינוי טמונים ביכולתו של המרחב הטיפולי לאפשר למטופל להיות כפי שהוא ולבטא את עצמו באופן האוטנטי ביותר, לחוש מקובל, רצוי ונראה בתוך המפגש הטיפולי. מתוך שתי גישות אלה, ניתן לראות את הפרקטיקות המגוונות על פיהן עובדות המטפלות. טיפול באמצעות אמנות נולד והתפתח מתחומי האמנות, החינוך והפסיכיאטריה, וישנן גישות שונות לעבודה הטיפולית באמנות, חלקן מתערבות יותר וחלקן פחות, ותפקיד המטפלת משתנה בהתאם (למשל: Rubin, 2014; Czamanski-Cohen et al., 2022; Bitan & Regev, 1999). כאשר הגישה היא מתערבת, ננקטת פרקטיקה מובנית, לעיתים מונחית ממש בתוך הטיפול, ואילו הגישה המבקשת לשהות מולידה פרקטיקות פתוחות של הליכה עם המטופל, עם התכנים, החומרים והטכניקות שהוא מביא ומבקש בטיפול. חשוב לציין, כי כפי שמשתתפות רבות הדגישו, חשובה גם התנועה על הציר שבין שהייה

להתערבות, תנועה המותאמת למטופל הספציפי איתו עובדת המטפלת ולצרכים המשתנים עם התקדמות התהליך הטיפולי.

מתוך ולצד עמדתן הטיפולית ותפיסותיהן לגבי הטיפול, ובדרך להשגת המטרות הטיפוליות, ניצבות המטפלות אל מול אתגרים ומורכבויות בעבודה הטיפולית עם האוכלוסייה. שלוש קבוצות מרכזיות של אתגרים עלו במחקר זה. הראשונה קשורה במאפייני המטופלים, שכן מטופלים בוגרים עם מש"ה מביאים עימם לעיתים חלקים התנהגותיים מורכבים, המעוררים דילמות ביחס לפרקטיקה הטיפולית, ולבניית הקשר הטיפולי. כך למשל, מצבים של נוקשות גדולה בחשיבה המלווה בקושי בשימוש בדמיון ובחשיבה הסימבולית, הנתפסים כמהותיים לקיום תהליך פסיכותרפי (Cotter et al., 2017; Lewis et al., 2016), מאתגרים את עבודתה של המטפלת שנדרשת להתאים את עצמה ואת הפרקטיקה למצב, תוך חשיבה והתייחסות לצרכיו של המטופל. בדומה לכך, לרוב, החומרים הנפשיים עימם המטופלים מגיעים, כבדים מאוד לאור חוויית החיים המורכבת שלהם והאתגרים עימם הם מתמודדים בחיי היומיום כחלק ממגבלותם. לאור מאפיינים אלה, פעמים רבות המטפלות נדרשות להתמודד עם תחושות בתוך עצמן המעוררות בהן חוסר נוחות. תחושות אלה עשויות להופיע ביחס למטופלים, למשל תחושות של תקיעות ושעמום עקב החומר הנפשי הכבד והמאפיינים החזרתיים, המתבטאים מילולית וביצירה. חוויה של שעמום אצל המטפל מוכרת בספרות כמשקפת בדרך כלל את המצב הנפשי של המטופל, את המאבקים הפנימיים שלו, את הקושי שלו בחשיבה סימבולית, תקיעות, קיבעון ורגרסיה (Taylor, 1984), מאפיינים הבאים לידי ביטוי אצל מטופלים רבים עם מש"ה. אלוורז (Alvarez, 2013) עוסקת בתחושות של שעמום כמרכיב בהעברה הנגדית אצל מטפלים שעובדים עם מטופלים על הרצף האוטיסטי, ומתייחסת לחשיבות של יכולת המטפלת להתבונן על תחושות אלה העולות בה, ולעבוד איתן. בנוסף, עשויות לעלות תחושות של דחייה לאור התנהגויות מיניות לא מותאמות של מטופלים או מראה לא מטופח. לעיתים, מטפלות חשות קושי פנימי ותחושות של ביקורת עצמית, אם בהטלת ספק על מקצועיותן או יכולתן לחולל שינוי, או אם בתסכול שחשות כלפי עצמן על עצם היותן מרגישות תחושות שכאלה כלפי מטופליהן וביחס לטיפול. תחושות דומות לאלה, של כשלון או ביקורת עצמית בלטו גם אצל מטפלות באמנות העובדות עם ילדים על הרצף האוטיסטי והוריהם (Bitan & Regev, 2022).

אתגר נוסף שעולה מהמצאים קשור בעבודה הטיפולית בתוך מערכת ציבורית. העבודה במערכת הציבורית ידועה כמעלה מורכבויות ודילמות עבור המטפלים, כגון חוסר יציבות הסטינג, דילמות הקשורות בהיבטים אתיים כגון שמירה על סודיות, איזון בין שיתוף פעולה עם צרכי המערכת לבין צרכי המטופל, ועוד (שניר ורגב, 2018; Moriya, 2006; Adoni-Kroyanker et al., 2019). אתגרים והתנגשויות אלו מתרחשים

במיוחד לאור הפערים בין התפיסה החינוכית לבין העמדה עימה מגיעה המטפלת. העמדה הטיפולית מבקשת להקשיב לצרכיו האינדיבידואלים של המטופל, בעוד העמדה המערכתית רואה את צרכי הכלל והמערכת, כך למשל מטפלות נדרשות לפעול בהתאם למטרות החינוכיות והתפקודיות עבור המטופלים כפי שאלו נקבעו על ידי הנהלת המוסד. בנוסף, מצב זה מביא לכך שלעיתים מטופלים מופנים לטיפול באמצעות אמנות על בסיס אילוצים מערכתיים ולא על פי מידת התאמתם ויכולתם להיתרם מטיפול באמנות. כמו כן, העבודה המערכתית מביאה לשינויים והפרעות בסטינג הטיפולי ונדרשת עבודת גיוס רבה של הצוות והסביבה המלווה את המטופל על ידי המטפלת.

ממצאי המחקר עלה כי ישנן מספר דרכים מרכזיות המסייעות למטפלות להתמודד, להתפתח, ללמוד ולהתאים את עבודתן הטיפולית לעבודה עם אוכלוסייה עם מש"ה. הגורם המסייע המרכזי ביותר הוא הדרכה. אחת הבעיות המרכזיות שעלו הייתה חוסר בהדרכה מותאמת, ולעיתים חוסר בהדרכה בכלל, עבור אותן מטפלות שהחלו את עבודתן עם האוכלוסייה ללא ניסיון או עם ניסיון קודם מועט. המשתתפות תיארו את ההדרכה כמאפשרת למטפלת להביא את האתגרים, את המורכבויות, ולדון בהם עם המדריכה. באמצעות ההדרכה יכולה המטפלת להתבונן בעצמה ובמטופל, ולעסוק באופן שוטף בקשיים העולים ובדרכים בהן ניתן לשכלל את העבודה הטיפולית, למצוא התערבויות מותאמות ולהתבונן לעומק בצרכיו של המטופל. חשיבות ההדרכה מוכרת בספרות המחקרית בפסיכותרפיה ובתחומי הטיפול השונים, ותהליך ההדרכה עבור מטפלים נתפס כחלק בלתי נפרד, ומהותי ביותר, מהעבודה המקצועית שלהם (Bernard & Goodyear, 2005; Carroll, 2007; Kapitan, 2012). על כן, ניכר כי להדרכה מותאמת, כזו הניתנת על ידי מטפלת באמצעות אמנות העובדת בעצמה עם אוכלוסייה ייחודית זו, ישנה חשיבות עליונה בהצלחת המטפלת בהתמודדות עם אתגרים מקצועיים. כחלק מהתייחסותן לגורמים המסייעים הדגישו המשתתפות כי עם הזמן והניסיון, הן לומדות כמטפלות להשתמש באסטרטגיות התמודדות פנימיות שהן מפתחות לעצמן. אסטרטגיות פנימיות אלה קשורות בעבודה על דפוסי החשיבה הפנימיים, קבלה של עצמן, של מטופליהן ושל הקשיים בעבודה הטיפולית, כמו גם שימת דגש על הרגשות החיוביים הקיימים בהן כלפי המטופלים והתבוננות במטופליהן דרך רגשות אלו. בנוסף, עולה כי בעבודה עם מטופלים עם מש"ה ישנה חשיבות רבה ליכולת של המטפלת לפתח סיבולת והכלה למצבים שונים המתקיימים בטיפול. מצבים אלו ייחודיים לעבודה עם אוכלוסייה עם מש"ה ומתבטאים בהתנהגויות מיניות, תוקפנות או רמה נמוכה של היגיינה הדורשת את התערבות המטפלת בסיוע בניקיון, סידור השיער והגוף וכד'. לעיתים אף נוצרים מצבים בהם נדרשות המטפלות להתמודד עם עשיית צרכים של המטופלים במהלך הפגישה, גם זה תוך התאמת התגובה וההתערבות לצרכי המטופל.

ביחס להתמודדות עם אתגרים העולים מהעבודה במערכת ציבורית, הדגישו המשתתפות את חשיבות היכולת לשיתוף פעולה וחשיבותו של מתן אמון בצוות הרב מקצועי המלווה את המטופל. המשתתפות העידו כי כאשר מתקיים שיתוף הפעולה הזה בין לבין הצוות הרב מקצועי, יש לכך השפעה מיטיבה על המטופל ועל התהליך הטיפולי כולו. כמו כן, הודגשה האפשרות הניתנת למטפלת לקיים התערבויות בתוך הצוות ובכך לתרום לתהליך הטיפולי גם מחוץ לחדר הטיפול ובין הפגישות. נראה כי כאשר המטפלת מצליחה לייצר שיתופי פעולה והתערבויות משמעותיות בסביבה, היא, המטופל, הצוות וכל הנוגעים בדבר, נתרמים מכך. הספרות מכירה ביתרונות הרבים שיש לשיתוף פעולה בין צוותים רב מקצועיים בכלל, ולעבודה המשותפת בין צוותים טיפוליים לצוותים חינוכיים בבתי הספר בישראל. שיתוף הפעולה נתפס כחיוני לעבודתם ומאפשר מתן מענה רחב ושלים יותר מאשר מצב בו כל גורם עובד בנפרד (כהן-יציב ואחרות, 2021; שניר ורגב, 2018). לצד התרומה הרבה עבור המטופל, מתקבלת גם תרומה אישית, המתבטאת בהפגת תחושת הבדידות, ויכולת להרחיב את נקודת המבט המתקבלת אצל המטפלות מתוך העבודה המשותפת עם גורמים מקצועיים שונים או עם דמויות אחרות המלוות את המטופל.

מקריאת התמלולים וממצאי המחקר נראה כי הפרקטיקה הטיפולית הינה ביטוי של העמדה הטיפולית עימה מגיעות המטפלות, ביחס לאתגרים ולאור הגורמים המסייעים הקיימים בשטח. לצד שיטות עבודה מוכרות בטיפול באמצעות אמנות, בלטו מספר פרקטיקות והמשגות למעשה הטיפולי בעבודה עם בוגרים עם משי"ה. אחד המאפיינים המרכזיים בטיפול בבוגרים עם משי"ה הוא החזרתיות והדלות המתבטאות בשיח המילולי וביצירה באמנות. היבט זה, בא לידי ביטוי בשיח מאד קונקרטי, קושי להעמיק בהתבוננות פנימית או התבוננות על האחר, קושי במנטליזציה ובעבודה סימבולית, יצירה של דימויים זהים באופן חזרתי לאורך פגישות רבות, ונוקשות מחשבתית המאתגרת את היכולת להרחיב את מנעד הרגשות, מנעד החומרים, הדימויים או הטכניקות. לאור זאת, הדגישו המשתתפות כי התערבות מסוג פרשנות נתפסת כלא מותאמת בעבודה עם אוכלוסייה זו. הפרשנות עשויה להתקבל כביקורת, להחוות כלא מובנת, ועל כן, במקרים בהן משתמשת המטפלת בפרשנות, היא עושה זו בזהירות רבה ותוך הקשבה רגישה לצרכי המטופל ומאפייניו האישיים. בהקשר זה, ניתן לבחון את הגישה הפנומנולוגית לטיפול באמצעות אמנות, המבוססת על התערבויות מצומצמות, שמטרתן הרחבת המודעות של המטופל, תוך זהירות ורגישות רבות בשימוש בפרשנויות. המטפלת הפנומנולוגית נמנעת משאלות "למה?", ומבקשת להעמיק את התבוננות המטופל בעצמו, בכאן ועכשיו, באמצעות שאלות של "איך?" ו"מה?", בדגש על מתן אפשרות למטופל לחקירה עצמית במרחב שאינו שיפוטי (Betensky, 1977; Guttman & Regev, 2004; Blomdahl et al., 2018). בעוד רק מעט ממשותפות המחקר ציינו באופן מפורש כי הן עובדות על פי הגישה

הפנומנולוגית, מתוך קריאת התמלולים השונים עלה כי ההתערבויות המרכזיות בהן משתמשות המטפלות, בשיח וביצירה, הן שיקוף, הדהוד ומודלינג, המאפשרות, בהתאמה לגישה הפנומנולוגית, התבוננות רכה על אותם חלקים שמבקשת המטפלת להעלות למודעות המטופל.

באשר לעבודה באמנות, נמצא כי מתקיימים שני רצפים לעבודה הטיפולית באמצעות אמנות וכי ישנה חשיבות לפעולת היצירה לאורכם ולרוחבם של רצפים אלו. העבודה על הרצף שבין הפיגורטיבי למופשט מאפשרת למטופל להתנסות בסוגים שונים של טכניקות עבודה ובכך, סוגים שונים של ביטוי עצמי בטיפול. היכולת לייצר דימויים פיגורטיביים לצד יצירות מופשטות ולנוע ביניהם, נתפסה כחשובה. כמו כן, לצד, בתוך ובמקביל לעבודה על רצף זה, מתקיימת גם העבודה על הרצף שבין הקונקרטי לסימבולי. על רצף זה מתפתחת היכולת של המטופלים להרחיב את החשיבה הסימבולית, להצליח ולבטא תכנים מסוימים באופן סימבולי על מנת שיוכלו לעסוק בהם, תוך התייחסות לקונקרטי המאפשר תחושה של יציבות ובהירות עבור המטופלים. חשוב לציין כי הפיגורטיבי, המופשט, הקונקרטי והסימבולי והתנועה ביניהם, מקיימים היבטים חשובים בעבודה הטיפולית באמנות בכלל (Hinz, 2019), אולם כאשר מדובר באוכלוסייה עם מש"ה, נראה כי היכולת לנוע על רצפים אלה נתפסת כמהותית ותורמת במיוחד להשגת המטרות הטיפוליות.

נושא מרכזי נוסף שעלה מהממצאים, קשור בעיסוק בתמות ספציפיות, העולות באופן בולט בעבודה עם האוכלוסייה ומתוך הצרכים של המטופלים מאוכלוסייה זו. המשתתפות הדגישו את החשיבות של העבודה על עיבוד טראומות, שכן כל המטופלים עם מש"ה, במיוחד בגילאים הבוגרים, מגיעים עם חוויות חיים מורכבות, הנובעות מעצם היותם בעלי מוגבלות. לעיתים קרובות מטופלים אלו נופלים קורבן למעשי בריונות ולעג, לפגיעות מיניות, למערכות יחסים פוגעניות ועוד. לנוכח המגבלה הקוגניטיבית ולעיתים לנוכח חוסר טיפול מצד הסביבה, המטופלים חווים קושי יומיומי ולעיתים חוסר אפשרות לעיבוד הטראומה, מה שמגביר את התסכול, החשש והקושי בחייהם (Stenfert Kroese et al., 2016). על כן, העיסוק בטראומות, הבנתן, התבוננות בהן ועיבוד שלהן, מילולי או שאינו מילולי, נתפס כמהותי עם האוכלוסייה. נושא הנפרדות והעצמאות, שעלה גם כמטרה בפני עצמה, נתפס כמשמעותי מאד בעבודה עם בוגרים עם מש"ה, אשר עסוקים באופן שוטף ביכולתם וברצונם לעצמאות, לצד החששות ותחושת חוסר המסוגלות המלווה רבים מהם (רוט והוזמי, 2014). נראה כי במסגרות החינוך בהן מתקיים הטיפול בשלבי הסיום והיצאה מהמסגרת, נתפסה העבודה על חלקים אלה כמשמעותית במיוחד. אולם, גם בגילאים בוגרים יותר, במסגרות של דיור, מתמודדים המטופלים עם קונפליקטים יומיומיים הקשורים בתחושות אלה. בנוסף, נושאים של מיניות וזוגיות וכן של התמודדות עם אבדן, עלו גם הם כמהותיים בעבודה עם מטופלים עם מש"ה. נושאים אלה, נחווים אצל מטופלים עם מש"ה כמהותיים באופן דומה לשאר

האוכלוסייה, אולם כאשר מדובר בבוגרים עם מש"ה, פעמים רבות הסביבה היא זו שנמנעת ממתן הסבר, תיווך או תמיכה בהתמודדות עם נושאים אלה אם מתוך חשש של הדמויות המלוות או חוסר ידע מקצועי המורה על האופן בו ניתן לדון ולעסוק בתכנים כאלה. ניכר כי האפשרות לעסוק, להעמיק ולהרחיב את ההתבוננות של המטופלים בתכנים אלו עשויה לתרום מאד למטופלים עם מש"ה (נוימן ורייטר, 2017) ונתפסת כהכרחית בעבודה עם בוגרים עם מש"ה, הן בתוך חדר הטיפול, הן באופן כללי במסגרות השונות בהן הם נמצאים, ועל ידי אנשי הצוות המלווים אותם יום יום.

לאורך קריאת התמלולים ניכרת הייתה התמקדות המשתתפות בהיבט השינוי. ההתייחסות לתהליכי השינוי ולדפוסי השינוי שניתן לראות בטיפול, נשזרה בתוך תיאורי הפרקטיקה והתפיסות הטיפוליות כמו גם בתיאורי האתגרים והגורמים המסייעים, כאשר במקרים רבים מהות הסיפור שסופר הייתה השינוי שהתרחש או שלא התרחש אצל המטופל. היבט השינוי עלה בדרישה ובציפייה של המטפלות, ושל סביבתן, להשיג שינוי, ובאופן בו ניתן למדוד שינויים בעבודה עם אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה.

משתתפות המחקר הדגישו כי ישנם שני מאפיינים מהותיים וייחודיים לתהליכי השינוי בעבודה טיפולית באוכלוסייה עם מש"ה. הראשון הוא הזמן הרב שאורכים תהליכי השינוי, והשני הוא האופן בו נחוה שינוי קטן כמשמעותי מאד. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם המסקנות שעלו ממחקרן של פונסט ושמיתותיה (Pounsett, 2006) שבחנו שינויים בטיפול באמנות עם מבוגרים עם מש"ה והתייחסו למרכיבים אלו כמאפיינים מרכזיים בתהליך השינוי. ביחס לזמן, כל משתתפות המחקר הדגישו כי נדרשת סבלנות רבה מאד בעבודה עם האוכלוסייה, כי שינויים לא ניתן לראות באופן תכוף, ולא תמיד ניתן להבין מהמטופלים אם חשים את השינוי בעצמם. המשתתפות תיארו שינויים זעירים שאורכים שבועות, חודשים ולעיתים אף שנים, תוך עבודה איטית, חזרתית ונוקשה, סביב נושאים ותכנים מסוימים המעסיקים את המטופל. עם זאת, כאשר הוא מופיע, שינוי שהיה עשוי להיתפס כקטן או חסר משמעות בעבודה עם אוכלוסייה אחרת, נתפס בעבודה עם מטופלים עם מש"ה כמשמעותי מאד ומכונן. את השינויים המתרחשים בעקבות הטיפול, בדומה לטיפול בכלל האוכלוסייה, ניתן לראות בתוך החדר או מחוצה לו (Burns & Waite, 2019; Hacket et al., 2020; Pounsett et al., 2006), שכן לעיתים השינוי מתבטא בתוך המפגש הטיפולי ולעיתים ניתן לראות את השינוי דווקא בהתנהלות המטופל מחוץ לטיפול.

האופנים השונים באמצעותם באים לידי ביטוי השינויים, גם הם ייחודיים לעבודה עם האוכלוסייה. שינויים ביכולת המנטלית מתבטאים ביכולת של המטופל להתבונן בעצמו, להבין את הסיבות להתנהגותו או להתנהגותם של אחרים ביחס למצבים קונקרטיים או באופן סימבולי. ביטוי נוסף לשינוי שעלה כמרכזי, הוא

מתן תוקף ולגיטימציה לסובייקטיביות של המטפלת. כל המשתתפות התייחסו לרגעים של הכרה בסובייקטיביות שלהן על ידי המטופל כרגעים משמעותיים, המשקפים שינוי בקשר הטיפולי. שינויים עשויים להשתקף גם בתהליכי היצירה. למשל, במקרים של חזרתיות רבה, עצם ההיווצרות של דימוי חדש, התנסות בחומר או טכניקה חדשים, נתפסים כביטוי של שינוי. בנוסף, ישנם שינויים המתבטאים באופן נראה לעין בהתנהגות המטופל, כגון הפחתה באגרסיביות, הפחתה בחזרתיות, יצירת קשר עין עם המטפלת ועוד. ביטויים אלה של שינוי, משקפים את תרומתו של התהליך הטיפולי למטופל, ובהתקיימותם נתפסים כמהווים בסיס לחשיבות הרבה שיש בעבודה הטיפולית הייחודית עם בוגרים עם מש"ה.

10. סיכום, המלצות ומסקנות

במחקר זה נעשתה המשגה לעשייה טיפולית רחבה ועשירה שמתרחשת בשטח ולא זכתה להיאסף ולהיחקר עד כה. הנתונים שנאספו מספרים על היקפה ועומקה של העבודה הטיפולית באמצעות אמנות הנעשית בשדה, ועל הידע הרחב שנצבר אצל מטפלות העובדות עם האוכלוסייה. ממחקר זה ניתן לגבש מסקנות והמלצות פרקטיות ותיאורטיות כאחד. ניתוח ממצאי המחקר מעלה בראש ובראשונה כי על אף שהספרות כיום אינה משקפת זאת באופן הולם, מתקיימת בשטח עבודה טיפולית מעמיקה על ידי מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם בוגרים עם מש"ה ומפתחות את הידע והפרקטיקה שלהן מתוך ניסיון הרב. על סמך ממצאי המחקר ניתן לראות כי ישנם היבטים מרכזיים המקבלים משמעות עיקרית בעבודה עם האוכלוסייה וכי ישנו מקום למודלים תיאורטיים ולמודלים של עבודה לסייע לאותן מטפלות ואנשי מקצוע העובדים בשדה.

ניכר כי העבודה הטיפולית נתפסת על ידי המשתתפות כמשמעותית ביותר וכמאפשרת למטופלים מרחב שאינו מתקיים עבורם בשום צורה אחרת בתוך הסביבות השונות בהן חיים. המטפלות שהשתתפו במחקר תיארו תהליכים נפשיים ומנטליים המתקיימים כחלק מתהליך היצירה באמנות, ואת האמנות כמאפשרת לאותם תהליכים להתרחש במרחב הטיפולי ללא מילים, ולמטופל להביא את עצמו לידי ביטוי באופן אותנטי. השימוש באמנות, העיסוק של המטופל בחומרים ובתכנים, והאופן בו הוא עוסק בהם, מאפשרים למטפלת להתבונן בו מנקודת מבט רחבה, ועבור המטופל מאפשרים מרחב לחקירה עצמית המותאם לאופיו ולמאפייניו.

מחקר זה מדגיש, אם כן, את ייחודיותו וחשיבותו של המרחב הטיפולי בחייהם של בוגרים עם מש"ה שכן הם נדרשים במהלך היום-יום להתמודדויות רבות ונשנות. בחייהם קיימים מצבים רבים שבהם נלקחת מהם האפשרות לבחור ובהם הם נדרשים להתאים עצמם לסביבה ולחברה, ללא מקום אישי בו יוכלו להביא את עצמם כפי שהם, לבטא את רצונותיהם, מחשבותיהם ולקבל סיוע מקצועי שיעזור להם בהתמודדות ובהבנה של תחושות ורגשות אלו. נראה כי אחת התרומות העיקריות של הטיפול באמצעות אמנות עשויה להיות קשורה בעיבוד של החוויות היומיומיות, בעיבוד של טראומות שנחו ולא דוברו מעולם, ובעצם האפשרות לביטוי. על כן, אנו רואות חשיבות מרכזית בהרחבת המענה הטיפולי בטיפול באמצעות אמנות שמקבלת האוכלוסייה במסגרות ציבוריות שונות, תוך התאמת המעטפת הקיימת, ומתן מענה טיפולי מתאים עבור כמה שיותר מטופלים מאוכלוסייה זו.

אחד האתגרים המרכזיים שעלו ממחקר זה, וייתכן וקשורים גם במיעוט יחסי של מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם האוכלוסייה, קשור בחוסר בהדרכה מותאמת. היותה של המטפלת תחת הדרכה הינו חלק בלתי נפרד מהעבודה הטיפולית ומההתפתחות המקצועית של המטפלת. היבט ההדרכה מקבל חשיבות יתרה

כאשר מדובר במטפלות העבודות עם אוכלוסייה עם מש"ה, שכן לימודי ההכשרה למקצוע אינם מתמקדים באוכלוסייה ייחודית זו. בתחילת דרכן רבות מהמשתתפות הרגישו כי אין בידן את הכלים הדרושים לעבודה עם אוכלוסייה זו, וחשו מוצפות לנוכח המפגש הראשוני עם המטופלים. במצב כזה, חסרונה של הדרכה מותאמת משפיע על אופן ההתמודדות של המטפלת, מבודד אותה ומשאיר אותה לבדה במציאת פתרונות לאתגרים שחוזה בטיפול. הדרכה מותאמת היא כזו הניתנת על ידי מטפלת באמנות העובדת ומכירה בעצמה את האוכלוסייה. אל מפגשי ההדרכה יכולה להביא המטפלת שאלות ודילמות שעולות אצלה במהלך הטיפול לחשיבה משותפת, לדיוק את הטיפול ואת ההתערבויות מתוך השיח המקצועי עם המדריכה, לבחון את התחושות העולות בעצמה ולהסתייע במדריכה על מנת לעבד אותן ולעבוד איתן. הדרכה מותאמת הינה הכרחית על מנת לפתח את התחום בשטח, לקדם את המטפלות בעבודתן המקצועית ומתוך כך, לקדם את המטופלים ולסייע להם בשיפור רווחתם האישית. לצד הדרכה מותאמת, ניכר כי ישנו מקום להיווסד של יותר קורסים, השתלמויות או קבוצות הדרכה העוסקות באופן ייעודי בעבודה עם אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה.

אחת הסיבות המרכזיות לכך שמתן טיפול רגשי בתוך מסגרת חינוכית או ציבורית אחרת מלווה באתגרים רבים שחוזה המטפלת, היא הפער בין העמדה הטיפולית לבין התפיסה החינוכית ומטרות המסגרת אליה משתייך המטופל. ניכר כי גם במקומות בהם הוכנס המענה הטיפולי, פעמים רבות לא ניתנת התייחסות מספקת לשילובו של המענה הטיפולי כחלק מהמענים הרחבים שמקבל המטופל. למשל, כאשר מתקיים פער בין מטרות הטיפול שהוצבו על ידי המטפלת לבין המטרות החינוכיות או התפקודיות שבהן מעוניינת המסגרת. במקרים מסוימים, נדרשות המטפלות על ידי מנהלות המסגרות להתאים את המטרות הטיפוליות שלהן לתפיסת המסגרת, מה שמטשטש את יכולתה של המטפלת לפעול מתוך האג'נדה המקצועית שלה ובהתאם לצרכי המטופל כפי שהיא רואה אותם. בנוסף, לעיתים ישנו פער בין המטפלת לבין הצוות באופן בו הם תופסים את הטיפול ואת תפקיד המטפלת. כך, חוות לעיתים מטפלות תחושה של בדידות או חוסר שייכות בתוך צוות המסגרת אליה משתייכות. בהקשר זה, ממצאי המחקר מעלים כי מצבים בהם מטפלות חשו שעבדו בשיתוף פעולה עם הצוות, חוו את עצמן כחלק משמעותי מצוות המסגרת ויכלו לקיים שיח והתערבויות עם הצוות ביחס למטופל, נחו על ידי המטפלות כמסייעים להן להתמודד עם האתגרים העולים מהטיפול ולתרום לרווחתו של המטופל באופן משמעותי יותר גם מעבר לשעה הטיפולית. לצורך כך, נראה כי ישנו צורך בפיתוח מערך מאורגן שמטרתו הטמעת הטיפול באמצעות אמנות, בעיקר במוסדות ומסגרות ציבוריות לבוגרים שסיימו את שנותיהם במסגרות החינוכיות, אולם גם בבתי הספר, באופן שיחבר את הגישות השונות, ירחיב את הבנתם של הגורמים

השונים בכל אחת מהתפיסות ונקודות המבט של הצוות, ויאפשר שיתוף פעולה עמוק, אמיתי ורחב יותר בין הדמויות השונות, בתפקידים השונים, המלוות את המטופל.

לסיכום, ממצאי המחקר מראים את שני הפנים של תחום הטיפול באמצעות אמנות באוכלוסייה של בוגרים עם מש"ה. מצד אחד, העבודה הטיפולית שנעשית בשטח מעמיקה ומתפתחת כל הזמן, והידע הנצבר אצל מטפלות בשדה, הקשור בפרקטיקות העבודה ובגישות הטיפוליות, הוא רב ועשיר. מצד שני, ניכר כי המענה הטיפולי לאוכלוסייה עדיין מועט יחסית ואינו מובן מאליו עבור כל אחד או בכל מסגרת. הרחבת המענה הטיפולי תתרום לצמיחת התחום הטיפולי לצד תרומה אישית עבור בוגרים עם מש"ה ושיפור הרווחה הנפשית שלהם. המרחב הטיפולי מהווה הזדמנות ייחודית לחקירה אישית מיטיבה, לביטוי והתבוננות, באמצעות האמנות והמטפלת. מחקר זה מדגיש את החשיבות שיש לקבלת טיפול זה עבור בוגרים עם מש"ה, אשר לעיתים מוחזקים פחות מאשר שהיו בצעירותם, ומקבלים מעטפת חלקית בסיוע בהתמודדות עם האתגרים וחוויות החיים שלהם לאור מוגבלותם.

11. ההשלכות היישומיות של המחקר

ההשלכות היישומיות של מחקר זה הינן בהיבטים הפרקטיים והתיאורטיים כאחד. מחקר זה מציג מודל עבודה טיפולי בו ניתן להסתייע ועל פיו ניתן לעבוד בטיפול באמצעות אמנות עם אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה. מודל העבודה מתייחס הן לפרקטיקה של הטיפול, לתהליך הטיפולי, והן לגורמים השונים הלוקחים חלק בתהליך, אם מתוכו או מסביבו, ומשפיעים עליו. השלכה עיקרית הנוספת היא יצירת הבסיס למחקרי המשך ופיתוח הידע התיאורטי בתחום של טיפול באמצעות אמנות בבוגרים ובאוכלוסייה עם מש"ה.

12. אנשי מקצוע העשויים להתעניין במחקר

מחקר זה עשוי לעניין את כל הדמויות האחראיות על רווחתם של אנשים עם מש"ה בתחומי החיים השונים. אנו מאמינות כי הבנת חשיבותו ותרומתו של טיפול באמצעות אמנות לאוכלוסייה, תביא לכך שסוג טיפול זה יופץ, יורחב ויקבל אופי מותאם ומדויק יותר עבור אוכלוסייה של בוגרים עם מש"ה. באופן ספציפי, אנו מפנות את ממצאי המחקר לעניינם של:

- מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם אוכלוסייה עם מש"ה, ובוגרים עם מש"ה בפרט.
- מנהלות שירות דיור בקהילה ודיור תומך, ומנהלות התחומים השונים בתחום הדיור.
- המפקחות על החינוך המיוחד במשרד החינוך.
- מנהלות מסגרות דיור, מנהלות מעונות, מנהלות בתי ספר לחינוך מיוחד, יועצות ועובדות סוציאליות במסגרות.

13. המלצות למחקרי המשך

אחת ממטרותיו של מחקר זה הייתה יצירת בסיס תיאורטי ומחקרי עליו ניתן יהיה להמשיך ולבצע מחקרי המשך ובכך להרחיב את תחום המחקר החשוב הזה.

במחקר זה החלו להתגלות מנגנוני שינוי וגורמים בתהליכי השינוי עם האוכלוסייה שיכולים להוות בסיס למחקרים הבוחנים את תהליכי השינוי וכן מחקרי אפקטיביות. על בסיס הממצאים ניתן יהיה לבנות כלים חדשים ולקיים מחקר כמותי שיבחן את אפקטיביות הטיפול. כמו כן, ניתן יהיה לבצע מחקר שיתמקד בכל אחד מהגורמים בתהליכי השינוי ובכך יעמיק את ההבנה ביחס למנגנוני ותהליכי השינוי בעבודה בטיפול באמנות עם בוגרים עם משי"ה.

בנוסף, ניתן יהיה לגבש מחקר הבוחן את המודל התיאורטי המוצג כאן, באמצעים כמותיים או איכותניים, ולבסס על פיו מודלים נוספים לעבודה.

מתוך ממצאי המחקר עולה כי מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם אוכלוסייה עם משי"ה מגבשות זהות מקצועית ייחודית ונראה כי ישנו מקום לבחון את ייחודיותה של זהות מקצועית זו, תפיסתן של המטפלות את תפקידן ואת המקצוע הטיפולי עבור אוכלוסייה זו. בהקשר זה, ממצאי המחקר מציגים חוויות של העברה נגדית שעשויות להיות ייחודיות למטפלות העובדות עם אוכלוסייה עם משי"ה. בחינת היבטים אלה תוכל לסייע למטפלות בהתמודדות ובהתפתחות המקצועית שלהן.

לבסוף, המחקר העלה מורכבות ביחס לתהליכי ההדרכה הקיימים עבור מטפלות באמצעות אמנות העובדות עם האוכלוסייה. מחקר המשך יוכל לחקור כיצד ניתן להיטיב ולדייק תהליכי הדרכה אלו ובאיזה אופן היבט זה יכול להשפיע גם על עבודתן של המטפלות באמצעות אמנות.

14. ביבליוגרפיה

- אמרסון, א' (2014). חשיפה למצוקה סביבתית ורווחתם של אנשים עם מוגבלות שכלית והתפתחותית.
- סחי"ש : סוגיות בחינוך מיוחד ובשילוב, 27(1), 7-21.
- הולר, ר' (2019). בין האישי לחברתי : עבודה סוציאלית ואנשים עם מוגבלויות בעשורים הראשונים לקיומה של מדינת ישראל. בתוך ג' גל ור' הולר (עורכים), *לא צדקה אלא צדק : פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל*. מכון בן גוריון לחקר ישראל והציונות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2021). *נתונים ממרשם אנשים עם מוגבלות לרגל היום הבין לאומי לזכויות אנשים עם מוגבלות*.
- https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2021/405/11_21_405b.pdf
- כהן-יציב, ל', שניר, ש' ורגב, ד'. (2021). השלם שונה מסך חלקיו : שיתוף הפעולה בין מטפלים באמצעות אמוניות לצוות בית הספר במשרד החינוך. *טיפול באמנויות : מחקר ויצירה במעשה הטיפולי*, 10 (3), 1223-1235.
- כץ, נ' (2007). פיגור ותחלואה נפשית. *מדיסין – פסיכיאטריה*, 5, 28-31.
- משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים. (2020). *אודות מוגבלות שכלית התפתחותית*.
- <https://www.gov.il/he/departments/targetaudience/molasa-people-with-disabilities-people-with-developmental-intellectual-disabilities/govil-landing-page>
- נוימן, ר' ורייטר, ש'. (2017). המאפיינים, המשמעויות וההשלכות של זוגיות מנקודת מבטם של אשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתוך ע' קופרברג, ש' רייטר וג' יצחק (עורכות), *סוגיות עכשוויות בשילוב של ילדים ובוגרים עם צרכים מיוחדים בישראל – אסופת מחקרים*. מכון מופ"ת.
- קדרי, ש' ושירי, ש. (2015). *סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית : הגדרה, הליכי אבחון וכלי הערכה פסיכולוגיים, תהליכים וכלים לאבחון הגדרה כפולה*. משרד הרווחה והשירותים החברתיים : אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, אגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- קופרברג, ע', רייטר, ש' ויצחק, ג' (עורכות). (2017). *סוגיות עכשוויות בשילוב של ילדים ובוגרים עם צרכים מיוחדים בישראל – אסופת מחקרים*. מכון מופ"ת.
- רוט, ד' והוזמי, ב'. (2014). איכות חיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יישום גישת "מחקר-פעולה משתף". *סחי"ש : סוגיות בחינוך מיוחד ובשילוב*, 27(1), 22-53.
- שמעוני, ש'. (2016). פרק חמישי : תיאוריה מעוגנת בשדה. בתוך נ' צבר בן-יהושע (עורכת). *מסורות וזרמים*

במחקר האיכותני: תפיסות אסטרטגיות וכלים מתקדמים. הוצאת מכון מופ"ת.

שלום, ג', בן שמחון, מ' וגורן, ה'. (2017). אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתוך י', צבע (עורך). סקירת השירותים החברתיים 2016. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. שניר ש' ורגב, ד'. (2018). כשהטיפול באמצעות אמנויות פוגש את מערכת החינוך בישראל: היבטים יישומיים. מרכז המחקר לטיפול באמצעות אמנויות ע"ש אמילי סגול, בית הספר לטיפול באמצעות אמנויות, אוניברסיטת חיפה.

Adams, Z. W., & Boyd, S. E. (2010). Ethical challenges in the treatment of individuals with intellectual disabilities. *Ethics & Behavior*, 20(6), 407-418.

Adoni-Kroyanker, M., Regev, D., Snir, S., Orkibi, H., & Shakarov, I. (2019). Practices and challenges in implementing art therapy in the school system. *International Journal of Art Therapy*, 24(1), 40-49.

Alvarez, A. (2013). Disorder, deviance and personality: Factors in the persistence and modifiability of autism. In *Autism and personality* (pp. 62-78). Routledge.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Ashby, Elizabeth. "The impact of NHS change processes on art therapists working in LD services." *International Journal of Art Therapy* 25, no. 1 (2020): 19-29.

Askew, C. (2018). 'Who is in the castle?' One man's use of the Frankenstein story in art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 23(2), 53-61.

Beail, N. (2017). Psychological therapies and people who have ID: a report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*.

Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2005). of Clinical Supervision. *Supervision in Counseling: Interdisciplinary Issues and Research*, 24(1-2), 3.

Betensky, M. (1977). The phenomenological approach to art expression and art therapy. *Art Psychotherapy*.

Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremath, A., & Russell, P. S. S. (2011). Psychological treatments

- in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 428-430.
- Bitan, M., & Regev, D. (2022). Clinicians' Perceptions of Parent-Child Arts Therapy with Children with Autism Spectrum Disorders: The Milman Center Experience. *Children*, 9(7), 980.
- Blomdahl, C., Wijk, H., Guregård, S., & Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 17-24.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (Eds.). (2019). *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. Sage.
- Burns, S., & Waite, M. (2019). Building resilience: a pilot study of an art therapy and mindfulness group in a community learning disability team. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 88-96.
- Campbell, M., Robertson, A., & Jahoda, A. (2014). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: comments on a Matrix of evidence for interventions in challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 172-188.
- Carrigan, J. (1993). Painting therapy: a Swiss experience for people with mental retardation. *American journal of art therapy*, 32(2), 53-57.
- Carroll, M. (2007). One more time: What is supervision?. *Psychotherapy in Australia*, 13(3), 34-40.
- Caveney, D., Wassall, S., & Rayner, K. (2018). In search of a family: The contribution of art psychotherapy to a collaborative approach with a man residing in a forensic learning disability setting. *British Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 17-23.
- Chang, M. O., & de Corcho, O. J. P. (2020). Evaluation of intellectual disability in Ecuador: a challenge for psychology. *International research journal of management, IT and social sciences*, 7(2), 21-29.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.
- Cotter, P., Hollwey, S., & Carr, A. (2017). Working with persons with an intellectual disability: the

- transferential process between therapist and client and the systems they inhabit. *Tizard Learning Disability Review*.
- Czamanski-Cohen, J., Sarid, O., Huss, E., Ifergane, A., Niego, L., & Cwikel, J. (2014). CB-ART—The use of a hybrid cognitive behavioral and art based protocol for treating pain and symptoms accompanying coping with chronic illness. *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 320-328.
- Eisenman, L. T., Freedman, B., & Kofke, M. (2017). Focus on friendship: Relationships, inclusion, and social well-being. In *Handbook of positive psychology in intellectual and developmental disabilities* (pp. 127-144). Springer, Cham.
- Engle, P. L., & Black, M. M. (2008). The effect of poverty in child development and educational outcomes. *Annals of the New York Academy of Science*, 1136, 243.
- Ervin, D. A., Hennen, B., Merrick, J., & Morad, M. (2014). Healthcare for persons with intellectual and developmental disability in the community. *Frontiers in public health*, 2, 83.
- Frankish, P., & Terry, S. (2003). Modern therapeutic approaches in learning disability services. *Tizard Learning Disability Review*.
- Furneaux-Blick, S. (2019). Painting together: how joint activity reinforces the therapeutic relationship with a young person with learning disabilities. *International Journal of Art Therapy*, 24(4), 169-180
- Gilrane-McGarry, U., & Taggart, L. (2007). An exploration of the support received by people with intellectual disabilities who have been bereaved. *Journal of Research in Nursing*, 12(2), 129-144.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. University of California.
- Glaser, B. G. (2007). Naturalist inquiry and grounded theory. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung. Supplement*, 114-132.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Goldberg, M. (1976). The relationship of art therapy to the symptoms of echolalia. *Art*

- psychotherapy*, 3(1), 7-10.
- Guttmann, J., & Regev, D. (2004). The phenomenological approach to art therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 34(2), 153-162.
- Hackett, S. S., & Aafjes-van Doorn, K. (2019). Psychodynamic art psychotherapy for the treatment of aggression in an individual with antisocial personality disorder in a secure forensic hospital: A single-case design study. *Psychotherapy*, 56(2), 297.
- Hackett, S. S., Taylor, J. L., Freeston, M., Jahoda, A., McColl, E., Pennington, L., & Kaner, E. (2017). Interpersonal art psychotherapy for the treatment of aggression in people with learning disabilities in secure care: a protocol for a randomised controlled feasibility study. *Pilot and feasibility studies*, 3(1), 42.
- Hackett, S. S., Zubala, A., Aafjes-van Doorn, K., Chadwick, T., Harrison, T. L., Bourne, J., ... & Kaner, E. (2020). A randomised controlled feasibility study of interpersonal art psychotherapy for the treatment of aggression in people with intellectual disabilities in secure care. *Pilot and feasibility studies*, 6(1), 1-14.
- Hairston, M. J. (1990). Analysis of responses of mentally retarded autistic and nonautistic children to art therapy and music therapy. *Journal of music therapy*, 27(3), 137-150.
- Harpazi, S., Regev, D & Snir, S. What does the literature teach us about research, theory, and practice of art therapy for individuals with intellectual developmental disabilities? A scoping review. Submitted in The Arts in Psychotherapy.
- Henley, D. R. (1986). Approaching artistic sublimation in low-functioning individuals. *Art Therapy*, 3(2), 67-73.
- Hill, C. E. (2015). Consensual qualitative research (CQR): Methods for conducting psychotherapy research. In *Psychotherapy research* (pp. 485-499). Springer, Vienna.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 196.

- Hiltunen, S. S. (1989). The effects of art/drama therapy experiences on rigidity, body concept and mental maturity in graphic thinking of adolescents with mental retardation. *Art therapy*, 4(1), 18-25.
- Hinz, L. D. (2019). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. Routledge.
- Hughes-McCormack, L. A., Rydzewska, E., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S. A. (2017). Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. *BJPsych Open*, 3(5), 243-248.
- Jackman, M. M., McPherson, C. L., Manikam, R., & Singh, N. N. (2017). The Mindfulness-Based Individualized Support Plan. In *Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 97-113). Springer, Cham.
- James, C. W., & Stacey, J. M. (2013). The effectiveness of psychodynamic interventions for people with learning disabilities: a systematic review. *Tizard Learning Disability Review*.
- Knukle-Miller, C. (1978). Art therapy with mentally retarded adults. *Art psychotherapy*, 5(3), 123-133.
- Kapitan, L. (2012). Educating the future practitioner of art therapy. *Art Therapy*, 29(4), 148-149.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H. J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Moriya, D. (2006). Ethical issues in school art therapy. *Art Therapy*, 23(2), 59-65.
- Lett, C. (2005). Increasing expression in an adult male with Down Syndrome and moderate mental retardation. Ursuline College.
- Lewis, N., Lewis, K., & Davies, B. (2016). 'I don't feel trapped anymore... I feel like a bird': People with Learning Disabilities' Experience of Psychological Therapy. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(5), 445-454

- Marshall, S. (2017). On measuring the subtleties of change: A reflection on small-scale evaluation in arts therapies work with adults with learning disabilities. *International Journal of Art Therapy*, 22(2), 57-63.
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 364-372.
- Moriya, D. (2006). Ethical issues in school art therapy. *Art Therapy*, 23(2), 59-65.
- Parker, I. (Ed.). (1999). *Deconstructing psychotherapy*. Sage.
- Patel, D. R., Apple, R., Kanungo, S., & Akkal, A. (2018). Intellectual disability: definitions, evaluation and principles of treatment.
- Pounsett, H., Parker, K., Hawtin, A., & Collins, S. (2006). Examination of the changes that take place during an art therapy intervention. *International Journal of Art Therapy*, 11(2), 79-101.
- Power, A. (2008). Caring for independent lives: Geographies of caring for young adults with intellectual disabilities. *Social Science & Medicine*, 67(5), 834-843.
- Rubin, J. A. (1999). *Art therapy: An introduction*. Psychology Press.
- Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Leal, R. M., Bertelli, M., Adnams, C., Cooray, S., Deb, S., Akoury-Dirani, L., Girimaji, S. C., Katz, G., Kwok, H., Luckasson, R., Simeonsson, R., Walsh, C., Munir, K & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180.
- Schrade, C., Tronsky, L., & Kaiser, D. (2011). Physiological effects of mandala making in adults with intellectual disability. *The Arts in Psychotherapy*, 38(2), 109-113.
- Schulenberg, S. E. (2003). Use of Logotherapy’s Mountain Range Exercise with Male Adolescents with Mental Retardation/Developmental Disabilities and Sexual Behavior Problems. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(3), 219-234.

- Shakarov, I., Regev, D., Snir, S., Orkibi, H., & Adoni-Kroyanker, M. (2019). Helpful and hindering events in art therapy as perceived by art therapists in the educational system. *The Arts in Psychotherapy*, *63*, 31-39.
- Shepherd, C., & Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *31*(1), 94-117.
- Simões, C., & Santos, S. (2016). Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *60*(4), 378-388.
- Stamatelos, T., & Mott, D. W. (1983). Learned helplessness in persons with mental retardation: Art as a client-centered treatment modality. *The Arts in Psychotherapy*, *10*(4), 241-249.
- Stenfert Kroese, B., Willott, S., Taylor, F., Smith, P., Graham, R., Rutter, T., ... & Willner, P. (2016). Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with mild intellectual disabilities: Outcomes of a pilot study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, *10*(5), 299-310.
- Taylor, G. J. (1984). Psychotherapy with the boring patient. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *29*(3), 217-222.
- Tuffrey-Wijne, I., McLaughlin, D., Curfs, L., Dusart, A., Hoenger, C., McEnhill, L., ... & Westergård, B. E. (2016). Defining consensus norms for palliative care of people with intellectual disabilities in Europe, using Delphi methods: A White Paper from the European Association of Palliative Care. *Palliative Medicine*, *30*(5), 446-455.
- Trzaska, J. D. (2012). The use of a group mural project to increase self-esteem in high-functioning, cognitively disabled adults. *The Arts in Psychotherapy*, *39*(5), 436-442.
- Vereenooghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, *34*(11), 4085-4102.
- Woll, H. (2013). Process diary as methodological approach in longitudinal phenomenological

- research. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 13(2), 1-11.
- World Health Organization. (2011). World report on disability: World Health Organization.
- Zamrazil, D. J. (2003). Phototherapy life books: Improving self-esteem and psychosocial perceptions for individuals with Prader-Willi syndrome and learning disabilities.

15. נספחים

15.1. נספח 1 - מדריך הריאיון

- כמה שנים את עובדת כמטפל באמנות?
- איפה למדת ומה למדת? (תואר ראשון? שני? פסיכותרפיה?.....)
- באיזה מסגרות את עובדת כיום? האם הסטינג פרטני או קבוצתי? כמה מטופלים בכל מסגרת?
- כמה שנים את עובדת עם מטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית?
- עם אילו מטופלים את עובדת? מוגבלות קלה או מוגבלות בינונית?
- ספרי קצת על המסגרת בה את עובדת עם אוכלוסייה זו?
- ספרי לי על הצעדים הראשונים בעבודתך עם האוכלוסייה – איך זה התחיל? מה היו המניעים לבחירה? איך הרגשת שם? האם יש לך זיקה מסוימת לאוכלוסייה?
- כיצד היית מתארת את המאפיינים המרכזיים של מטופלים עם מוגבלות שכלית?
- כיצד היית מתארת את העבודה עם מטופל עם מוגבלות שכלית התפתחותית?
- מה נדרש ממך כמטפלת בעבודה עם אוכלוסייה זו?
- מהן המטרות שאת מציבה לטיפול?
- עד כמה באים לידי ביטוי כל אחד מהתחומים – הפסיכותרפי, רגשי, התנהגותי, התפתחותי ושיקומי?
- איזה מהתחומים בא לידי ביטוי באופן הבולט ביותר במפגשים?
- אילו אתגרים עומדים בפניך כמטפלת בעבודה עם האוכלוסייה? הן בתוך המפגשים הטיפוליים והן בעבודה המערכתית, אם יש כזו.
- כיצד את מתמודדת עם אתגרים אלו?
- האם ישנה גישה טיפולית מסוימת המובילה אותך בעבודתך? אם כן, תוכלי לפרט?
- מהן דרכי ההתערבות המרכזיות בהן את משתמשת בטיפול?
- אילו התערבויות עובדות בצורה טובה לדעתך בטיפול?
- אילו דרכי עבודה את מוצאת מתאימות עם האוכלוסייה? האם יש חומרים או גישות מסוימים שאת מוצאת אותם מועילים או מקדמים בטיפול?

- כיצד את חווה את כוחה של האמנות בטיפולים? האם וכיצד את מוצאת את האמנות תורמת לתהליך הטיפולי?
- האם יש התערבויות באמנות שחווית כפחות מוצלחות בתוך טיפול? תוכלי לתת דוגמא?
- איך היית מתארת את התקשורת עם המטופלים?
- מה מקום ההבעה המילולית בטיפול?
- האם תוכלי לתת דוגמא לטיפול שבו העבודה המילולית הייתה משמעותית באופן מיוחד?
- במידה ואת עובדת עם מטופלים ברמות שונות של תפקוד, האם את חווה פערים משמעותיים בעבודתך עם הרמות השונות? אם כן, אשמח שתתארי לי אותם.
- אילו גורמים מקדמים את התהליך הטיפולי?
- אילו גורמים מעכבים את התהליך הטיפולי?
- האם תוכלי לפרט כיצד את חווה את הברית הטיפולית עם מטופלים עם מוגבלות שכלית?
- כיצד את רואה את התפתחות הברית הטיפולית במהלך רצף של טיפול?
- מה תורם להתחזקות הברית ומה מעכב אותה?
- האם תוכלי לתאר שינויים שחשו במטופלים לאורך תקופה של טיפול?
- האם את חש שינוי במטופלים מסוימים במהלך הפגישה? אילו גורמים תורמים לכך לדעתך?
- האם תוכלי לתת דוגמא לשינוי שחל במטופל ושאת מייחסת לטיפול? מה תרם לשינוי הזה?
- מה חסר לך בעבודה עם המטופלים מאוכלוסייה זו?
- מה היה יכול לסייע לך לדעתך בעבודה עם מטופלים עם מוגבלות שכלית?
- אילו שאלות מעסיקות אותך במסגרת עבודתך ונראה לך שיכולות לקבל מענה במחקר?

15.2. נספח 2 - יומן מעקב אחר טיפול

כתיבת המפגש הטיפולי - נסי בבקשה לתאר את המפגש הטיפולי בצורה הכי מדויקת שתצליחי – הכנת החדר, התנהלות המפגש, תיאור התערבויות, טון רגשי של המטופל, איכות הקשר, איכות התקשורת, פרידה.

בנוסף – אנא התייחסי לשאלות הבאות:

- מה היו מבחינתך המטרות למפגש הטיפולי?
- מה לדעתך הייתה המשמעות של האמנות במפגש זה?
- האם תוכלי לציין התערבויות מרכזיות שלך במהלך המפגש, מדוע היו משמעותיות בעיניך וכיצד המטופל הגיב אליהן?
- האם תוכלי לציין תימות מרכזיות שעלו בטיפול.
- האם תוכלי להתייחס להתפתחויות בקשר ובברית הטיפולית במהלך המפגש?
- האם ראית שיפור או שינוי כלשהו במהלך המפגש?
- אילו היבטים של העברה והעברה נגדית עלו במסגרת המפגש?
- האם זכורה לך תחושה או מחשבה מסוימת שעלו אצלך במפגש זה? אם כן, תוכלי לתאר מה הוביל אליה?

16. Abstract

Historically, people with Intellectual Developmental Disabilities (IDD) were seen as unsuitable for psychotherapy, which is based on cognitive abilities and verbal discourse. However, in recent years, there is evidence that people with IDD are able to engage in the therapeutic process. New approaches in psychotherapy may be better adapted to clients with IDD. For example, art therapy provides clients with a space for emotional expression, and the opportunity to communicate in non-verbal ways, which encourages symbolic thinking and helps develop social skills. Today, as part of the care and support of people with IDD in the public health, welfare and education frameworks, they often also receive art therapy.

However, there is scant research or publications dealing with art therapy for people with IDD and hence little dissemination to therapists working in the field with this population who would benefit from access to solutions to cope with the many dilemmas and challenges they face. Working with people with IDD involves incorporating specific features to the therapeutic work, some of which are challenging and complex. This underscores the need to document and conceptualize the work methods and the factors that enter into the therapeutic process with this population.

In this study, we sought to gather knowledge in the field, to achieve a more in-depth sense of the specificity of the therapeutic process and work with this population, and then formulate a theoretical working model that conceptualizes these features, and which could provide potential solutions for art therapists working with this population. Therefore, the purpose of the study was to apply qualitative tools to better understand the specific characteristics of individual art therapy for adults with mild to moderate IDD from the point of view of the art therapists working with them.

This study focused on art therapy for adults (18-45) with IDD, and the research participants were art therapists who work with clients with IDD in this age range. We initially applied the "Consensual Qualitative Research" method which is based on qualitative content analysis and emphasizes the consensus component. However, the preliminary data collection from the interview transcripts and later the focus groups revealed that the themes more closely related to aspects of the therapeutic process, the factors involved and the connections between them. For this reason, we switched to "Grounded Theory", while maintaining the principle of consensus throughout the process. Three different procedures were used: (1) Semi-structured one-on-one interviews with 18 art therapists, to find out more about the challenges they face, the therapeutic goals in their work, their ways of working, interventions, the meaning of art-making for the clients, and factors of change and development in treatment; (2) Focus groups to conceptualize the working model; (3) Diaries that the art therapists kept during therapy where they documented their work.

Five main categories emerged, each of which deals with a specific aspect of the therapeutic work, which together express the main components and factors that exist and influence each other within art therapy with adults with IDD. These are (a) The therapeutic position, (b) Challenges and dilemmas in the therapeutic work, (c) Factors that help art therapists deal with these challenges, (d) Therapeutic work practices and (e) The change processes. These five categories make up the theoretical model that was generated from the findings by conceptualizing the main themes in each of the categories. The model emphasizes the central position of art therapists who work with adults with IDD, while also relating to the different approaches that arise from it. The model documents the challenges that arise in treating clients from this population. In order to successfully deal with these challenges, the participants suggested three main directions: tailored supervision, internal coping strategies and cooperation with the team and the client's accompanying environment. The

main practices that characterize the therapeutic work with this population were conceptualized from the experiences of the participants. The final category refers to the change processes, which are characterized by the slow pace of the therapeutic work, learning to ascribe great importance to small changes that take place in the treatment, as well as the definition of changes that can be attributed to progress or success in the treatment process.

Overall, the goal of this study was to promote the dissemination of theoretical knowledge on the subject of art therapy for adults with IDD. The model expands and deepens knowledge in the field, and conceptualizes it into a theoretical working model that can be applied in the field and investigated in follow-up studies to further enrich this important research field. This study should be of value to personnel working in the field, and for researchers who aim to examine the effectiveness of treatment and the factors that influence the degree of effectiveness.

17. Summary

A literature review we recently conducted on the subject of art therapy with people with Intellectual Developmental Disabilities (IDD) describes the importance and contribution of art therapy to this unique population; however, it is clearly evident that there are very few publications in the field and most articles are not empirical. In the absence of sufficient research and theoretical conceptualization, art therapists working with clients with IDD often find themselves isolated while developing a praxis that is not disseminated as models for this population. The purpose of this study was to collect and document methods of working in art therapy with people with IDD and conceptualize the factors in the therapeutic process into a cohesive theoretical working model which can serve both clinic practice and research in the future.

Acknowledgments

We would like to thank the research participants:

Irit Belity, Debbie Jivan, Dr. Dan Polak, Dana Gaon Ben-Kalifa, Tal Goffer, Yael Domany, Yael Paz, Nitza Levi, Lilach Herzog, Linda Salomon, Sivan Mor Elul, Inbal Argaman Ben-David, Ruth Geva, Ronny Seri, Shira Ganiel, Shiri Hadari, Shiri Rotem, Shiran Zusmanovith, Tami (Tamar) Avraham, Tamar Ehrlich.

Theoretical Working Model of Art Therapy for Adults with Intellectual Developmental Disabilities

Prof. Dafna Regev

Faculty of Social Welfare and Health Science, School of Creative Arts Therapies, University of Haifa

Prof. Sharon Snir

Department of Art Therapy, Faculty of Social Science & Humanities, Tel-Hai Academic College

Shir Harpazi

Faculty of Social Welfare and Health Science, School of Creative Arts Therapies, University of Haifa



**This work was supported by a grant from Shalem Found for Developmental of Services for
People with Intellectual Disabilities in the Local Councils in Israel**

2022

קרן שלום/2019-165-890