



התערבות מיטבית במסגרות לנוער קצה סקירת ספרות

בן אלפסי מעיין סרבר טל ארזי

עריכת לשון: ענת פלדמן
עריכה באנגלית (תקציר): סוזן בראון
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

הסקירה הוזמנה על ידי אגף בכיר חוץ ביתי, משפחה, ילד ונוער והשמות מיוחדות
במשרד הרווחה והביטחון החברתי ומומנה בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ד | נובמבר 2023

תקציר

רקע

המונח "נוער קצה" מתייחס לילדים ובני נוער בני 6 עד 18 הנמצאים בסיכון גבוה לגרום נזק לעצמם או לסביבתם. במקרים רבים ילדים ובני נוער אלו סובלים מהפרעות התנהגות קשות, מהפרעות קשר ומהפרעות נפשיות. רמות הסיכון הגבוהות לפגיעה בעצמם או בסביבתם, לצד היעדר היכולת של המסגרת המשפחתית והקהילתית לספק את צורכיהם, עומדות בבסיס ההחלטה על הוצאה חוץ-ביתית למסגרות טיפול ייעודיות. המסגרות הייעודיות הקולטות נוער קצה – פנימיות בפרופיל מעוז – הן באחריות 'האגף הבכיר חוץ ביתי, משפחה, ילד ונוער והשמות מיוחדות' במשרד הרווחה והביטחון החברתי.

מטרה

סקירה זו בוחנת את הידע מן העולם בנושא של התערבות מיטבית לנוער קצה במסגרת פנימיות, ומטרתה לסייע למשרד הרווחה לקדם את הרפורמה באגף החוץ-ביתי, כחלק משיפור השירות והמדיניות בכלל הפנימיות ובפנימיות בפרופיל מעוז בפרט.

שיטה

בעבודה זו נסקרה ספרות מקצועית וגם ספרות "אפורה" שעוסקת בהתערבות המיטבית לנוער קצה הנהוגה במדינות דוברות אנגלית, ובהן מדינות ארצות הברית, אוסטרליה ובריטניה. איתור הספרות נעשה באמצעות חיפוש במאגרי מידע וברשת האינטרנט.

ממצאים

בעולם נהוגות פרקטיקות שונות לטיפול בנוער קצה, הנחלקות לשני סוגים – פרקטיקות טיפול גנריות ופרקטיקות טיפול ייעודיות. פרקטיקות הטיפול הגנריות הן השמה חוץ-ביתית טיפולית (TRC – Therapeutic Residential Care); טיפול מודע טראומה (TIC – Trauma-Informed Care); שיתוף החניך, המשפחה והקהילה בתהליך ההתערבות; הכנה לחיים ושילוב בקהילה. פרקטיקות הטיפול הייעודיות הן טיפול בבני נוער וצעירים נפגעי התמכרויות; טיפול בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית; טיפול בפוגעים מינית; ריסון ובידוד; טיפול פסיכיאטרי תרופתי; טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT - Dialectical Behavior Therapy).

המלצות

מן המידע העולה מן הסקירה התגבשו כמה המלצות:

- עדכון ההגדרה לנוער קצה
- קידום שותפות חניכים ויישום של גישת הכוחות
- העמקת שיתוף המשפחות בתהליכי ההתערבות
- קידום שינויים פיזיים וסביבתיים בפנימיות
- הידוק הקשר בין הפנימיות לשירותי הרווחה בקהילה ולמערכות משיקות בתחומי החינוך והבריאות ומיסוד מנגנונים לשמירה על קשר ורצף טיפולי
- העמקת יישום המדיניות של יצירת מסגרות גמישות תוך התמקדות בתוכניות יציאה מן הפנימייה
- פיתוח והרחבה של הכשרות מקצועיות והדרכה שוטפת לצוותים המקצועיים, לצורך מתן מענה הולם התואם את מאפייניה של אוכלוסיית הקצה
- המשך מיסוד מנגנונים פנימיים וחיצוניים לתלונות וטענות הנוגעות למדיניות המסגרות, התנהלות המדריכים וסביבת המחיה של החניכים

תוכן עניינים

1	1. רקע
2	1.1 התערבות טיפולית מיטבית לנוער קצה במסגרת מיליה טיפולי
4	2. מטרות
4	3. שיטה
5	4. ממצאים
5	4.1 פרקטיקות טיפול גנריות
13	4.2 פרקטיקות טיפול ייעודיות
22	5. סיכום והמלצות
24	עוד פרסומים של המכון בנושא
25	מקורות

1. רקע

פנימיות קצה הן מסגרות ייעודיות עבור בני נוער עם דפוסי התנהגות שמאופיינים ברמה גבוהה של סיכון עצמי וסביבתי ובקשיים בקבלת סמכות ומרות של גורמים אחרים. האחריות על הפנימיות היא של משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה) באמצעות 'האגף הבכיר חוץ ביתי, משפחה, ילד ונוער והשמות מיוחדות' (להלן: האגף החוץ-ביתי)¹; והן מופעלות על ידי עמותת מהמגזר השלישי וחברות פרטיות. פנימיות אלו הוקמו בשל העלייה במורכבות של פרופיל החניכים, אולם לעיתים מתקיימת זיקה בין אוכלוסיית היעד ותחומי האחריות של פנימיות אלו לפנימיות של חסות הנוער (הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיועדות לאוכלוסיית קצה, 2012; רפאלי, 2017). פנימיות לילדים שהוצאו מביתם בגין קושי של הוריהם להתמודד עם הצרכים שלהם או בגלל הזנחה והתעללות השתייכו בעבר לאחד מבין שלושה סוגים: פנימיות שיקומיות לבני נוער שהוצאו מן הבית בעקבות קשיי התפתחות; פנימיות טיפוליות לבני נוער עם ליקויים התנהגותיים ורגשיים; ופנימיות פוסט-אשפוזיות, שעיקרן מתן מענה חלופי לאשפוז או למסגרות פוסט-אשפוזיות. הפנימיות הפוסט-אשפוזיות הן אלו שקלטו בעבר בני נוער שהוגדרו 'נוער קצה' (רפאלי, 2017).

בשנת 2017 פורסם דוח מבקר המדינה שעסק בילדים ונוער בסיכון, ובו פורטו ליקויים בהפעלת הפנימיות של שירות ילד ונוער (מבקר המדינה, 2017). בעקבותיו השיק משרד הרווחה בשנת 2019 רפורמה רחבה, שעיקרה שינוי מדיניות, הטמעת תורות עבודה עדכניות וריענון של הנהלים, עקרונות העבודה ואמצעי הפיקוח. כחלק מתהליך הרפורמה הוקם האגף הבכיר חוץ-ביתי והוגדרה מחדש החלוקה של מערך הפנימיות לשלושה סוגים חדשים: מעוף – עבור בני נוער שהוצאו מביתם עקב אי-סיפוק צרכים בסיסיים או קשיים משפחתיים ו/או חינוכיים; עוגן – עבור בני נוער אחרי אשפוז פסיכיאטרי או כתחליף לו, עם קשיי תפקוד יום-יומיים, קושי בוויסות רגשי ורמת מסוכנות עצמית בינונית; מעוז – עבור בני נוער אחרי אשפוז פסיכיאטרי או כתחליף לו, עם הפרעות נפשיות או הפרעות התנהגות קשות וברמת מסוכנות גבוהה לעצמם ולאחרים.

כיום מופנים לפנימיות מעוז בני נוער שמוגדרים 'נוער קצה' (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת א). בכל פנימייה 24 חניכים וחניכות, המחולקים לשלוש קבוצות על פי מגדר.² בכל קבוצה משובצים עד שמונה חניכים בטווח גילים מקסימלי של שלוש שנים (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018). פנימיות נוער הקצה לא פועלות מתוקף חוק כמו מסגרות חסות הנוער, אלא על פי נוהלי משרד הרווחה המעוגנים בתקנון עבודה סוציאלית (תע"ס) (משרד הרווחה, 2004). חשוב לציין בהקשר זה כי כבר בשנת 2003 המליצה הוועדה לבחינת עקרונות יסוד בתחום הילד והמשפט ויישומם בחקיקה, בראשות השופטת סביונה רוטלוי, על עיגון בחוק של מערך הפנימיות, הפעלתו ועקרונות היסוד שעליהם יהיה מושתת (פלד-אמיר, 2003). לאחרונה פרסם האגף החוץ-ביתי חוברת נהלים להפעלה של כלל הפנימיות שבאחריותו, ובהן פנימיות מעוז המיועדות לנוער הקצה (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2022).

¹ בעבר הייתה מסגרת אחת. בשנים האחרונות הקים האגף מסגרות חדשות והרחיב מסגרות קיימות, וכיום פועלות שבע מסגרות.

² למעט פנימיית 'בני ארזים'.

1.1 התערבות טיפולית מיטבית לנוער קצה במסגרת מיליה טיפולי

נוער קצה הוגדר בעבר כ"בני נוער מגיל שנים עשרה ומעלה, שמשתייכים לאוכלוסיית היעד של השירות לילד ולנוער, ושהמסגרות של השירות³ כולל פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות, אינן מסוגלות להתמודד עם דפוסי ההתנהגות שלהם. בין השאר מדובר בבני נוער שהתנהגותם עבריינית, אך הם לא הואשמו בפלילים. כתוצאה מכך עברם רצוף במעברים בין מסגרות ובהיפלטות ממסגרות קיימות. בני נוער אלה עלולים לסכן את עצמם ואת סביבתם. הגורם לכך עשוי להיות מחלת נפש, הפרעת התנהגות או שילוב של השניים" (הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיועדות לאוכלוסיית קצה, 2012, עמ' 7). כיום ההגדרה של נוער קצה היא "חניכים אשר לא ניתן לספק את כל צורכיהם במסגרת המשפחתית והקהילתית, אשר ועדת תכנון, טיפול והערכה החליטה על הוצאתם לפנימייה, והם בעלי מאפיינים ייחודיים ברמות התפקוד והסיכון שלהם" (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת א). למרות ההגדרה הרחבה, יש לאוכלוסייה זו, שבעבר כונתה בספרות המקצועית hard to place (ג'קסון ושפירו, 2013), כמה סממנים משותפים: ילדים ובני נוער בני 6–18 (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018) אחרי אשפוזים פסיכיאטריים, שסובלים מהפרעות התנהגות קשות, הפרעות תקשורת והפרעות נפשיות אחרות. הם גם בסיכון מוגבר לפגיעה בעצמם או בסביבתם ולעיתים קרובות הם משתמשים בחומרים ממכרים ומבטאים דפוסי התנהגות עבריינית, אלימות, פגיעה עצמית והתנהגות מינית מסוכנת ומסתכנת (ג'קסון ושפירו, 2013).⁴

לצד המאפיינים והצרכים המשותפים של האוכלוסייה, נמצא כי יש הבדלים בין נערים ונערות. לנערים יש היסטוריה של אשפוזים עקב הפרעות נפשיות או הפרעות התנהגות ועבר פלילי של עבירות אלימות, רכוש ותקיפות מיניות; הנערות מאופיינות בשיעורי אובדנות וכגיעה עצמית גבוהים יותר, הן נוטות להפגין התנהגות מינית מסתכנת ורבות מהן הן נכגעות תקיפה מינית (ג'קסון ושפירו, 2013).

כיום פרופיל החניכים בפנימיות מעוז מוגדר לפי שלושה פרמטרים עיקריים (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018, עמ' 52–53):

- רמת תפקוד – הפרעה רחבה בתפקוד היומיומי, לאחר אשפוז פסיכיאטרי ממושך, בעיות רגשיות, נפשיות מורכבות בשילוב עם בעיות התנהגות קשות, סף תסכול נמוך, טריגרים קלים גורמים -להתפרצויות כעס מתמשכות ובעוצמות גבוהות, יכולת נמוכה להסתייע בגורמים מווסתים חיצוניים אינטנסיביים
- רמת מסוכנות לעצמי ולסביבה – מסוכנות גבוהה לעצמו ולאחרים ניסיונות -אובדנות וכגיעה עצמית חוזרים ונשנים, בריחות בתדירות גבוהה, אלימות פיזית ומינית בעוצמה ובתדירות גבוהה
- כללי – נמצאים תחת צו חוק נוער טיפול והשגחה (לנוכח רמת המסוכנות הגבוהה ומורכבות הצרכים), לאחר ניסיון אחד לפחות לקבלת מענה במסגרת עוגן או מעוף או מסגרת חוץ ביתית אחרת

³ טרם שינוי המבנה הארגוני במשרד הרווחה בעת שהיה "שירות ילד ונוער" שכלל הן את המענים בקהילה והן את המסגרות החוץ-ביתיות.

⁴ בימים אלו מנוסחת באגף החוץ-ביתי הגדרה מעודכנת לנוער הקצה כך שתעמוד בהלימה עם מאפייני בני הנוער הנמצאים בפנימיות מעוז, כך שההגדרה תכלול בתוכה ילדים ובני נוער הסובלים ממחלה פסיכיאטרית חריפה וילדים ובני נוער הסובלים מקווים הפרעת אישיות כאשר הרכיב הבולט הוא חוסר ויסות משמעותי של ההתנהגות.

דרכי הטיפול בפנימיות הייעודית לנוער הקצה מוגדרות 'תרפיית מיליה', כלומר מסגרת שבה כל הפעילות היום-יומית מכוונת לטיפול בחניכי הפנימייה ולקידום. הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיועדות לאוכלוסיית הקצה (2012) בראשות פרופ' שפירו הגדירה מסגרות אלו כמסגרות טוטאליות, שיש בהן סדר יום מובנה וידוע. ג'קסון ושפירו (2013) המליצו שצוות הפנימיה יהיה מוכשר ומיומן ויתמקד בחיזוק הכוחות של החניכים וביצירת קשרים בין-אישיים בעזרת מסר ברור ומובחן שהמטרה היא לסייע להם ולא להפקיר אותם לגורלם. בו בזמן יש להעביר מסר ברור לגבי ההתנהגות המצופה מהם. על פי ההמלצות, ההתערבות תיעשה במגוון דרכים המותאמות לחניך ולצרכיו הייחודיים, כדי ליצור מסגרת טיפול ייעודית לכל חניך לפי יכולותיו וצרכיו. נקודה חשובה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא מתן מענה הולם להוריו ולמשפחתו של החניך ולליווי החניך בהשתלבותו בקהילה לאחר סיום שהותו בפנימייה.

כאן יש להדגיש שהתערבות באמצעות מגורים (Residential Intervention) מוגדרת כפרקטיקה טיפולית של ממש בנוער קצה, ולא רק כמקום מגורים חלופי או כהשמה חוץ-ביתית (Blau et al., 2014). בניגוד לבתי כלא לנוער, בתי חולים פסיכיאטריים ומוסדות ייעודיים לגמילה משימוש בחומרים ממכרים, שבהם עצם ההרחקה וההפרדה מהחברה הכללית הם חלק מתהליך הטיפול או השיקום, המסגרת החוץ-ביתית מיועדת עבור אלו שאינם יכולים לחיות עם משפחתם והיא משמשת עבורם מסגרת חלופית עד אשר יוכלו לחזור למשפחתם או לצאת לחיים עצמאיים. משום כך ההתערבויות המיושמות במסגרת החוץ-ביתית הן התערבויות טיפוליות (ולא אמצעים של בידוד או הרחקה), וזאת כדי שבתום התקופה יוכלו בני הנוער להשתלב בהצלחה בקהילה (Galvin et al., 2022; Martone et al., 2017).

2. מטרות

סקירה זו בוחנת את הידע מן העולם בנושא של התערבות מיטבית לנוער קצה במסגרת פנימיות.

מטרות הסקירה הן:

1. לסייע למשרד הרווחה בקידום הרפורמה באגף החוץ-ביתי, כחלק משיפור השירות והמדיניות בפנימיות בכלל ובפנימיות מעוז בפרט

2. לקדם יישום של התערבויות מיטביות בפנימיות נוער הקצה בישראל

יש לציין כי במדינות רבות בעולם, לדוגמה באוסטרליה ובצפון אמריקה, רוב ההשמה החוץ-ביתית נעשית במסגרת של משפחות אומנה ולא במסגרת של פנימיות. עם זאת, הפנימיות במדינות אלו מיועדות לבני נוער שמאפייניהם דומים להגדרה של נוער קצה ובני נוער המשולבים בישראל במסגרות של חסות הנוער. לכן, כחלק מסקירה זו, נסקרו הפרקטיקות במסגרות חוץ-ביתיות לנוער קצה במדינות אלו.

3. שיטה

כדי לשרטט תמונת מצב עדכנית ככל האפשר, נסקרה הספרות המקצועית מן העשור האחרון (2012 והלאה) המפורסמת במאגרי הידע (מפתח חיפה ו-Google Scholar). מילות החיפוש שנעשה בהן שימוש הן: best practices, best intervention, hard to place youth, residential intervention, residential care, out-of-home care, נוער קצה, פנימיות והתערבות מיטבית. כמו כן נסקרה גם "ספרות אפורה" דוגמת מסמכי מדיניות, נהלים ותוכניות הכשרה מקצועיות.

4. ממצאים

ממצאי הסקירה מצביעים על שתי קטגוריות עיקריות של פרקטיקות טיפול עבור נוער קצה בהשמה חוץ-ביתית: (1) פרקטיקות טיפול גנריות: השמה חוץ-ביתית טיפולית (TRC – Therapeutic Residential Care), טיפול מודע טראומה (TIC – Trauma-Informed Care), שיתוף החניך, המשפחה והקהילה בתהליך ההתערבות, הכנה לחיים ושילוב בקהילה; (2) פרקטיקות ייעודיות: טיפול בהתמכרויות ושימוש בחומרים ממכרים, טיפול בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, טיפול בפוגעים מינית, ריסון ובידוד, טיפול פסיכיאטרי תרופתי, טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT – Dialectical Behavior Therapy).

4.1 פרקטיקות טיפול גנריות

4.1.1 השמה חוץ-ביתית טיפולית (TRC – Therapeutic Residential Care)

השמה חוץ-ביתית טיפולית (להלן: TRC) מוגדרת כשיטת התערבות אינטנסיבית לילדים ובני נוער במערך חוץ-בית. השיטה כוללת יצירת סביבת מחיה מאורגנת ומובנית ומיליה טיפולי שמהווה בסיס ליחסים חיוביים, בטוחים ומרפאים. כל אלו יחדיו נועדו לספק מענה לצרכים מורכבים, שמקורם לרוב בהתעללות, הזנחה ומצוקה. TRC מבוססת על תאוריות של טראומה, היקשרות, סוציאליזציה והתפתחות הילד, המתורגמות לפרקטיקה טיפולית ומוטמעות בתוכניות ההתערבות. כמו כן היא מכירה בכך שאין די בהשמה חוץ-ביתית כדי לתת מענה למכלול הצרכים של החניכים, אלא יש לספק להם במסגרת זו מגוון של מענים טיפוליים (McLean, 2018; McPherson et al., 2019). בעבודה לפי גישה זו הדגש הוא בזיהוי והכרה של חוויות עבר טראומתיות של החניך ובוויסות התגובות למצבים שעלולים לגרום ללחץ ולחוויה מחודשת של טראומה; בקידום פיתוח יכולות החניכים, המיומנויות שלהם והכלים להתמודדות, בהתאמה למצבם ההתפתחותי; בקשר ומעורבות של המשפחה והקהילה; ולצד כל אלה – בהכשרה של הצוות המקצועי ויצירת הבנה משותפת ומעמיקה שלו (McLean, 2018).

תהליך ההתערבות וההתנהלות ב-TRC מושתת על כמה דגשים מרכזיים – ברמת החניכים וברמה הארגונית-מערכתית (Daly et al., 2018).

דגשים ברמת החניכים

1. קליטה, הערכת מצב ותכנון תהליך ההתערבות תוך שימת דגש בזיהוי צרכי החניך וכוחותיו ומודעות הצוות המקצועי לחוויות טראומתיות שעבר החניך ולהשפעותיהן
2. שיתוף משפחת החניך בתהליכי ההתערבות, בין היתר בעזרת עידוד אקטיבי של ביקורי משפחות, יציאה לחופשות בבית ויצירת קשרים בקהילה של החניך (להרחבה, ראו סעיף 4.1.3). בקביעת תהליכי ההתערבות יש להתחשב בתרבות של החניך, בדתו ובאמונתו
3. קידום התהליכים החינוכיים וכישורי החיים של החניכים באמצעות למידה של כלים ומיומנויות אישיות וחברתיות
4. תהליך היציאה מן המסגרת מתוכנן באמצעות מערכי ליווי ותמיכה שמותאמים לכל חניך על פי צרכיו ומוערכים באמצעות מדידת הישגים בהיבטים חברתיים, רגשיים והתנהגותיים

דגשים ברמה הארגונית-מערכתית

1. יצירת סביבת מגורים בטוחה ששואפת למינימום של הגבלות ואיסורים
2. פיתוח של צוות מקצועי ומיומן, בעל הכשרה מתאימה, ושימורו לאורך זמן
3. התבססות על התערבות מבוססת/מודעת ראיות (EBP – Evidence-Based Practice / EIP – Evidence-Informed Practice) בתכנון וביישום של ההתערבות הטיפולית
4. ניטור שיטתי של צורכי החניך וכן של ההתערבויות הננקטות ודיווח עליהם. באופן זה אפשר להצביע על קשר בין מתודות הטיפול ותהליכי הלמידה להשגת התוצאות הרצויות בתהליך ההתערבות. כמו כן מושם דגש בניטור שביעות הרצון של החניכים ומשפחותיהם

אף שהשמה חוץ-ביתית טיפולית לבני נוער עם צרכים מועצמים ומורכבים מיושמת באופנים שונים כבר עשרות שנים, TRC היא גישה חדשה יחסית. היא נוסדה לראשונה בשנת 2010 באוסטרליה, ומאז היא תופסת אחיזה ומתבססת באוסטרליה ובצפון אמריקה ומיושמת גם בבריטניה ובמדינות אחרות בצפון אירופה (McLean, 2018). משך התוכנית הוא בדרך כלל שנתיים (McNamara, 2020), ורוב החניכים המטופלים בגישה זו הגיעו למסגרות לאחר שכבר היו בהשמה חוץ-ביתית אחרת (אומנה ופנימיות). המעבר לתוכנית נעשה בדרך כלל לאחר משבר שדורש טיפול בצרכים מורכבים יותר שמקורם בטרואמה, בעיות היקשרות או קונפליקטים משפחתיים. במחקרים שנערכו לבחינת המועילות של תוכניות פיילוט של TRC נמצא כי חל שיפור ניכר אצל ילדים ובני נוער במגוון מדדים: תחושת הערך העצמי, הבריאות הנפשית והפיזית, היחסים עם המשפחה, אורח החיים ומידת ההתנהגות המסכנת והמסתכנת (Downey et al., 2015; Verso Consulting, 2011). אף שיישומה של TRC דורש משאבים רבים יותר מטיפול במסגרות המסורתיות להשמה חוץ-ביתית, נמצא כי תוצאות ההתערבות הן טובות יותר – הן עבור החניכים הן עבור משפחותיהם והקהילה (Downey et al., 2015).

בכל המסגרות הפועלות לפי TRC מודגשת תרבות הטיפול, שעיקרה שפה, תקשורת ויצירת מערכת יחסים חיובית ומבוססת כוחות בין החניכים לצוות המקצועי. כמו כן מודגשת החשיבות של יצירת מרחב מחיה פיזי ופסיכולוגי בטוח עבור החניך, כדי למנוע פגיעות נוספות (Whittaker et al., 2016). עם זאת, אין דרך אחת בלבד ליישומה של TRC. לדוגמה, גודל הקבוצות והרכבן עשויים להשתנות – לעיתים הקבוצה מוגדרת עבור חניכים עם אותם צרכים ולעיתים עבור חניכים עם צרכים שונים. הבדל נוסף הוא אופי המסגרות – לעיתים המסגרות הן נקשות ויש בהן כללים והגבלות רבים (דבר הנוגד את עקרונות TRC כפי שהוגדרה לעיל) ולעיתים המסגרות מבקשות לתת לחניכים מרחב חופשי יותר. גורמים נוספים העשויים להשתנות בין המסגרות הם מקור המימון, הפרופסיה של כוח האדם וההכשרות הניתנות לצוות (McLean, 2018).

דוגמה למודל TRC באוסטרליה הוא מודל שיקום ספירלי (Spiral to Recovery) לטיפול בנערים שמתמודדים עם הפרעות נפשיות והפרעות התנהגות קשות. בני הנוער שעליהם דווח במחקר חוו טראומה עקב הזנחה והתעללות, לרוב כבר משלבי הילדות המוקדמים, וטראומה זו הועצמה בגלל ההפרדה מן המשפחה והמעבר למסגרות חוץ-ביתיות. לרוב, לנערים אלו ביטויי התנהגות של שימוש בחומרים ממכרים, עבריינות וכגיעה עצמית ובאחרים. מודל השיקום הספירלי מגדיר מתווה עבור ההתערבות המיטבית

לחניך. בבסיסו עומדת ההבנה שאפשר להתחיל בהתערבות רק לאחר ביסוס הביטחון הפיזי והרגשי של הנערים, מתוך הכרה שללא ביטחון זה הם לא יוכלו להתפתח ולהתקדם. המודל הספירלי מורכב מארבעה שלבים, שבסיומם מוגדרת מחדש תוכנית ההתערבות (Downey et al., 2015):

1. ביטחון – ביסוס הביטחון הפיזי, הרגשי של החניכים ויודא שאין הם מסכנים אחרים
2. אינטליגנציה רגשית – העלאת המודעות של החניך לרגשותיו ולרגשות אחרים, כדי שיוכל לפתח אמפתיה ומצפן מוסרי ולהתנהג בהתאם לכללי מסגרת ונורמות חברתיות
3. גילוי – השתתפות בתהליכי חינוך, למידה ויציאה לבית ספר, כדי לספק חוויית התפתחות רגילה ככל האפשר ובה בעת לפתח את היחסים הבין-אישיים של החניך עם חניכים אחרים ועם הצוות המקצועי
4. חיבור והעצמה – הגדלת האוטונומיה של החניך, לרבות הזמן הפנוי העומד לרשותו וקבלת אחריות על יחסים עם חניכים אחרים ועל פתרון מחלוקות. סיום מוצלח של שלב זה אמור לתרום לביסוס הביטחון של החניך ולהוביל לשלב מתקדם יותר בתהליך ההתערבות

לסיכום, TRC היא מסגרת טיפול אשר בבסיסה עומדת ההנחה כי אין די ביצירת מסגרת שתהווה בית חלופי, אלא יש להבטיח כי היא נותנת מענה לצרכים הייחודיים של החניכים בעזרת מגוון של מענים טיפוליים. זאת כדי לבסס את הביטחון האישי והעצמי שלהם ולעזור להם לרכוש כישורים ומיומנויות להשתלבות מוצלחת חזרה בבית ובקהילה (McPherson et al., 2019; McLean, 2018).

4.1.2 התערבות מודעת טראומה (TIC – Trauma Informed Care)

אירוע טראומתי הוא אירוע, או סדרה של אירועים, הנתפס על ידי האדם שנחשף לו כמאיים על הגוף והנפש. ההשפעה של הטראומה היא רבת-ממדים, ויש לה ביטוי פיזי, חברתי ורגשי. אשר על כן, טראומה משפיעה על בריאות הנפש והשלמות (well-being) של הפרט, על היחסים הבין-אישיים ועל התפקוד היום-יומי שלו (LeBel & Kelly, 2014; Martone et al., 2017).

בני נוער הנמצאים במסגרות ההשמה החוץ-ביתיות נושאים עימם לרוב טראומה נרחבת, שמקורה בחשיפה לאלימות במשפחה ובקהילה. למעשה, גורמי הטראומה הם סיבה מרכזית בהחלטה להעבירם למסגרות חוץ-ביתיות, אך לא אחת בני הנוער סובלים גם מהפרעות הקשורות בטראומה. זאת ועוד, הטראומה יכולה להיות מועצמת בגלל הלחץ הנפשי שנוצר מעצם ההוצאה מן הבית, מהשמות חוץ-ביתיות חוזרות ונשנות, מחוסר היציבות ביחסים עם אנשי המקצוע ומשינוי תדיר בדרכי ההתערבות (Boel-Studt, 2017; Hodgdon et al., 2013).

בני הנוער מתמודדים לא רק עם הטראומה אלא גם עם קשיים נוספים שיש לטפל בהם, לרבות קשיים לימודיים, בעיות התנהגות, קשיים חברתיים, בעיות היקשרות והתנהגות עבריינית. כשהחניכים חווים מצוקה פסיכו-רגשית, הם עשויים להביע את הכאב באמצעות התפרצויות בכי, בריחות, התקפי זעם ואלימות כלפי אנשי הצוות. בתגובה צוות הטיפול מעניש אותם, לעיתים בלי שהוא מבין שהתנהגויות קיצוניות אלו מקורן במצוקה שנובעת מטראומה וכי העונשים מעצימים אותה. לכן ישנה חשיבות למודעות של הצוות המקצועי לחוויות הטראומטיות של החניכים ולהשפעות שלהן (Hodgdon et al., 2013; Holden & Sellers, 2019).

התערבות מודעת טראומה (להלן: TIC) היא גישה מתפתחת שמושמת בארצות הברית, באוסטרליה ובמדינות נוספות. הגישה מבוססת על זיהוי ההשפעות של טראומה על החניכים ובניית מענה ראוי לצרכים הייחודיים שנוצרים מכך. TIC מדגישה את הצורך ביצירת סביבה בטוחה מבחינה פסיכולוגית, רגשית ופיזית (עיצוב הולם של סביבת המגורים) עבור החניכים והצוות. כך נוצר מרחב מוגן לתמיכה, לחינוך ולהנעת תהליך סוציאליזציה (חברות) לחניכים שלרוב הם בעלי רקע של הפרעות נפשיות והפרעות התנהגות. יתר על כן, מסגרת הטיפול מבקשת לתת לחניכים הזדמנות להחזרתה של תחושת השליטה העצמית שלהם וחיזוקה, תוך חתירה לשותפות עם משפחות החניכים ותמיכה בהן והדגשת השותפות והמעורבות של שירותי הרווחה בקהילה (LeBel & Kelly, 2014; Urban et al., 2019).

המטרות המרכזיות של TIC הן לאתר ולהעצים את הכוחות של החניכים על ידי התמקדות בשותפות ובחופש הבחירה ובסיוע ברכישת מיומנויות ואסטרטגיות התמודדות. הגישה דוגלת בהימנעות מדרכי פעולה אוטומטיות, קרי "ניהול עצמי", שיכולות כשלעצמן לעורר טראומות נוספות. דגשים נוספים נוסף ב-TIC הם למידת האירוע הטראומטי (או האירועים הטראומטיים), החזרת תחושת השליטה לחניכים ובניית החוסן שלהם, מתוך הכרה שאירוע טראומטי מאופיין לרוב בחוויה של אובדן שליטה (Holden & Sellers, 2019).

במרכזה של השיטה עומדת הגברת המודעות, הידע וההבנה של החניכים על אודות ההשפעה של הטראומה ועל הדרכים המיטביות להתמודדות איתה. בהתאם לכך, הצוות המקצועי מוכשר בזיהוי סימנים ותסמיני טראומה אצל החניכים, כדי שיוכל להגיב לצרכים אלו באופן מיטבי ובאמצעות כלים ואסטרטגיות מותאמים. הערכת הטראומה של החניך – וכן של בני המשפחה – נעשית כחלק מתהליך הקליטה. במסגרת תהליך זה גם מוודאים שיש מענה בריאותי מותאם ונעשה תיאום עם גורמי הרווחה בקהילה בנוגע לתוכנית ההתערבות המתוכננת (Holden & Sellers, 2019; LeBel & Kelly, 2014).

חשוב להדגיש, TIC כשלעצמה אינה טיפול ממוקד טראומה, אלא שיטת טיפול החותרת ליצירת תרבות מודעת טראומה במסגרת החוץ-ביתית, מתוך מטרה לעזור לחניכים להתאושש מהשפעות הטראומה ולמנוע חוויה חוזרת של הטראומה בהווה ו/או את הסלמתה (Hodgdon et al., 2013).

יצירת סביבת טיפול מודעת טראומה כוללת חמישה רכיבים (LeBel & Kelly, 2014):

1. יצירת שפה משותפת בין כלל השותפים (צוות, חניכים ומשפחות) והעלאת המודעות לטראומה ולהשפעותיה
2. זיהוי היבטים במסגרת החוץ-ביתית שעלולים לגרום ללחץ או למצוקה
3. שיתוף אקטיבי של החניכים ומשפחותיהם בתהליך הטיפול (להרחבה, ראו פרק 4.1.3)
4. גיבוש דרכי טיפול ברורות לחניך ומשפחתו, ובהתאמה בניית הכשרה ייעודית לצוות המקצועי
5. אחריותיות של הצוות המקצועי, ובכללה פיקוח על יישום ההתערבות וניטור תוצאותיה

בהתאם לרכיבים הללו יש לדאוג להבטחת סביבה ותנאים שיאפשרו יישום מיטבי של TIC (LeBel & Kelly, 2014):

1. סביבה ואווירה נעימה ורגועה – בעזרת עיצוב חדרים, שילוב אומנות, אקוסטיקה טובה ושמירה על הניקיון
2. הפחתת הפרעות חיצוניות כגון שהות של אנשים שאינם חלק ממסגרת הטיפול או רעשים
3. יצירה של מרחבים שונים שיהוו עבור החניכים מקום להירגעות ולמפלט
4. שמירת האיזון בין השגחה על החניכים ובין שמירה על פרטיותם וכבודם
5. פיתוח מגוון פעילויות ודרכי טיפול שיעודדו את החזרת השליטה לידי החניכים

לסיכום, במרכז של TIC נמצאת המודעות לטראומה ויצירת מרחב המתאים להתמודדות עימה בעזרת קיום שיח, דיאלוג ושותפות בין החניכים, משפחותיהם והצוות המקצועי (Lieberman & Dunnen, 2014). כדי ליישם את TIC בהצלחה יש להקנות לכלל הצוות המקצועי הבנה בסיסית של מהי טראומה ומהן ההשפעות שלה ולתת בידיהם כלים לזיהוי הקשר שבין האירוע הטראומתי להתנהגויות שונות של החניך. נוסף על כך, יש לאמץ שפה ותרבות ארגונית של העצמה, בחירה ושיתוף החניכים, כך שתיווצר סביבה מודעת לטראומה שמטפחת את תהליך ההחלמה, מונעת הפרעות ומאפשרת להשגיח על החניכים ובה בעת לשמור על פרטיותם וכבודם (Martone et al., 2017).

4.1.3 שיתוף המשפחה לצד תמיכה וטיפול בקשייה

שיתוף משפחה הוא גישת טיפול הרואה בחניך חלק ממשפחה ובמשפחה שותפה מרכזית בתהליך הטיפול (Hust & Kuppinger, 2014). הקריאה לשותפות עם המשפחה תופסת אחיזה רחבה במערך החוץ-ביתי בישראל (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת א), ובייחוד כשמדובר באוכלוסיית קצה. בבסיס הגישה עומדת ההכרה שכחלק מהתערבות חוץ-ביתית לחניכים יש לתמוך גם במשפחות ולהעניק להן טיפול, וכי רצוי שהדבר ייעשה בשיתוף פעולה של צוות המסגרת החוץ-ביתית עם שירותי הרווחה בקהילה. כדי למקסם את הצלחה של התערבות במסגרות החוץ-ביתיות, יש גם לערב ולשתף את המשפחות בכל היבט של התערבות. דגש נוסף הוא שהצוות המקצועי יכיר את הסביבה שאליה החניך מיועד לחזור (Martone et al., 2017; McNamara, 2020).

חשוב להדגיש, לנוכח השינויים והתמורות במושג המשפחה בעולם המערבי, הורחבה בשנים האחרונות הגדרת המשפחה, וכיום אין היא כבולה להגדרה הקלאסית של משפחה גרעינית או משק בית משותף. בחברה הישראלית הדבר בולט במיוחד, משום שבהיותה חברה רב-תרבותית מושג המשפחה בה בא לידי ביטוי במגוון דרכים (ארזי ואח', 2016). הרחבת מושג המשפחה משמעותית במיוחד בהקשר של נוער קצה במקרים שבהם לחניכים אין כל משפחה או לחלופין כאשר משפחתם לא יכולה להירתם לתהליך ההתערבות או לתרום לתהליך. משום כך הגדרת משפחה עבור החניך היא לא דווקא על בסיס קשרי דם וקרבה ראשונה, אלא משפחה יכולה להיות גם משפחה רחוקה או מי שנתפס על ידי החניך כבן משפחה. לפיכך חשוב שכל תוכנית התערבות ושיתוף עם המשפחה ייעשו באופן אישי ויותאמו לצורכי החניכים ותפיסותיהם (McNamara, 2020).

יציאה של בני נוער מן הבית למסגרת טיפול או למסגרת חוץ-ביתית מערערת לא אחת את הסדר המשפחתי הקיים. הגם שהוצאת הילד עשויה להקל את ההתמודדות עם המצב, היא מעוררת תחושות קשות אצל ההורים: רגשות אשם, תחושת חוסר אונים

היעדר שליטה ופגיעה בביטחון העצמי שלהם וביכולתם לתפקד כהורים. לא אחת ההורים מתקשים לקבל אחריות למצבו של החניך ולחלקם בכך, דבר שגורם להם להתנהג באופן הגנתי. כמו כן האיזון המשפחתי מופר ונוצר בלבול בנוגע לתפקידם ואחריותם של ההורים בעת שהותו של החניך במסגרת הטיפול. על פי שפירא (1995) הורים עשויים לתפוס את מוסדות ההשמה החוץ-ביתית באחד משלושה אופנים:

1. "המוסד כהורה מתחרה" – ההורה מתייחס אל המוסד כאל הורה המחליף אותו ומעניק לחניך את הצרכים שהוא עצמו כשל באספקתם

2. "המוסד כהורה משלים" – ההורה רואה במוסד הורה נוסף ו/או ממלא מקום של הורה שאינו נוכח בחייו של הילד המספק את צרכיו של הילד

3. "המוסד כהורה של ההורה" – ההורה רואה במוסד גוף שמפקח על פעולותיו ומבקר את תפקודו כהורה

התפיסה השגויה של מוסדות ההשמה עלולה להביא לידי כך שהורים (גם אלו שלא פגעו בילדיהם) יפגעו בתהליכי ההתערבות והטיפול, ודווקא משום כך יש ליצור שותפות בין מסגרת הטיפול להורי החניך (נעים-לוי ובנבנישתי, 2019). תנאי ראשון בדרך ליצירת שותפות אמיתית עם הצוות המקצועי הוא בניית אמון עם המשפחה. כדי לעשות זאת, אין להסתפק בהזמנת המשפחה להשתתף בתהליך ההתערבות, אלא יש גם לתמוך בה בפועל, לסייע לה ולעודד אותה להשתתף בפגישות טיפול, תמיכה וייעוץ הניתנות במסגרת הטיפול בקהילה. יצירת קשר עם המשפחות וטיפול בהן מגבירים את הסיכויים לאיחוד מחדש של החניך עם המשפחה ותורמים לאיכות היחסים בין חברי המשפחה, גם אם לא כולם חיים תחת קורת גג אחת (Hust & Kuppinger, 2014; McNamara, 2020).

חשוב להעביר למשפחה את המסר שהיא חלק בלתי נפרד מתהליך ההתערבות וכי עליה להיות מחויבת לכך לכל אורך הדרך. בה בעת הצוות המקצועי חייב להיות מחויב גם הוא לתהליך באופן מלא, ללא קשר למידת המעורבות של המשפחה. על חברי הצוות ליזום שיח עם המשפחה ולבסס את התפיסה שהמשפחה ממלאת תפקיד חשוב בתהליך ההתערבות – בקבלת החלטות, בהגדרת הצרכים, בהגדרת התוצאות הרצויות ובבחירת דרכי ההתערבות (Hust & Kuppinger, 2014).

כדי לחזק את תחושת השייכות והזיקה של המשפחה למסגרת הטיפול, יש להתאים את ההתערבויות לתרבות ולשפה של החניכים ומשפחותיהם. אשר על כן, יש להתאים את המסגרת למגוון התרבותי של החניכים, בהתייחס לגורמים כגון מוצא, מצב חברתי-כלכלי, אוריינטציה מינית, זהות מגדרית, שיוך קהילתי, אמונה דתית, שפה ומנהגים תרבותיים ומשפחתיים ייחודיים. באופן זה חניכים יוכלו לחקור את תרבותם ואת אמונותיהם הדתיות ולבסס את זהותם (Martone et al., 2017).

ישנם כמה עקרונות מנחים לשיתוף המשפחה (Hust & Kuppinger, 2014; McNamara, 2020):

1. החניך ומשפחתו הם שותפים מלאים בקבלת החלטות הקשורות לתהליך ההתערבות, ובכלל זה הם שותפים להגדרת הצרכים של החניך ולהגדרת התוצאות הרצויות של תהליך ההתערבות, ובהתאם לכך – לבחירת דרכי ההתערבות

2. האחריות להשגת תוצאות ההתערבות משותפת לאנשי המקצוע ולמשפחת החניך

3. אם החניך לא יכול לייצג את עצמו, או לא רוצה בכך, ייצג אותו ההורה או האפוטרופוס
4. העברת כל המידע הרלוונטי לחניך ולמשפחתו בנוגע לזכויותיהם והענקת סיוע אקטיבי במיצוין
5. קידום קבלת סיוע למשפחה משירותי הרווחה בקהילה, כדי לתמוך במשפחה, ליצור עבורה קשרים בקהילה ולחזק אותה כתא משפחתי תומך ומסייע
6. קידום מדיניות ופרקטיקה מקצועית השמה את המשפחה במרכז
7. הקצאה של אנשי צוות ומשאבים בשירותי הרווחה בקהילה לתמיכה מתמשכת ורציפה ככל האפשר במשפחות
8. קידום מענה התואם את התרבות של החניכים ומשפחותיהם
9. יצירת מאמצים לשינוי תפיסות קהילתיות הנוגעות לסטיגמות ולדעות קדומות בנוגע למשפחות שבניהן ובנותיהם נמצאים בהשמה חוץ-ביתית והן עצמן מטופלות בשירותי רווחה

יש לציין שהמדיניות הנהוגה כיום באגף החוץ-ביתי קושרת את הצלחתו של החניך גם לטיב הקשר עם משפחתו. משום כך שומה על הפנימיות לסייע בפיתוח קשר זה באמצעות קיום שיחות עדכון, עידוד ביקורים של ההורים בפנימייה, ביקורי בית של הצוות, שיתוף המשפחה בחיי החניך בפנימייה ונוכחות שלהם באירועים שונים. מלבד זאת, עליהן להעניק סיוע למשפחות ולתמוך בהן וליצור לשם כך שיתוף פעולה עם שירותי הרווחה בקהילה (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018).

לסיכום, חניכים במסגרות השמה חוץ-ביתיות לא תמיד זוכים לתמיכה של בני משפחתם, ויש שהקשר עם המשפחות אף פוגע בתהליך ההתערבות. עם זאת, התעלמות מן המשפחה, או התנתקות ממנה, בזמן השהות של החניך במסגרת החוץ-ביתית, עשויה לפגוע בפיתוח הזהות של החניך ולהביא להתרופפות הזיקה שלו לקהילה ולתרבות שממנה בא, עד כדי יצירה של חוויית תלישות וחוסר שייכות בחייו הבוגרים. לכן למרות הקשיים והמורכבות בקיום פרקטיקה שתערב את ההורים בקבלת החלטות ובפעילות יום-יומית במסגרת, יש לפעול לכך ללא לאות. מעורבות המשפחה בתהליך ההתערבות תורמת לשיפור היחסים בין החניך ומשפחתו ולקידום תהליך ההתערבות של החניך. כמו כן שילוב של טיפול משפחתי ממוקד מטרות מגביר את שביעות הרצון של ההורים ומסייע בקידום השגת התוצאות של תהליך ההתערבות (McNamara, 2020).

4.1.4 הכנה לחיים ושילוב הדרגתי בקהילה

גיל ההתבגרות מזמן שפע הזדמנויות להתנסות בחיים עצמאיים, להשתתפות בתהליכי התפתחות ולשהות ב"מורטוריום" (שלב מעבר לחיפוש והגדרת זהות עצמית מתוך התנסות וטעייה). תהליכים אלו מאופיינים במתח שבין תלות לעצמאות. המעבר לבגרות והיציאה מן הבית לחיים עצמאיים הם לרוב הדרגתיים (Kvamme et al., 2021). שלב חשוב בתהליך הסוציאליזציה במשפחה הוא התנסותם של הילדים בתחזוקה שוטפת של משק בית וניהול כלכלי עצמי, לרוב בסיוע המשפחה (Campo & Commerford, 2015; Manful et al., 2016).

בני נוער השוהים במסגרות השמה חוץ-ביתיות נאלצים פעמים רבות להתמודד עם תהליכי ההתנסות והחינוך לבדם ולרכוש באופן עצמאי את המיומנויות והכלים לניהול עצמי, ובשל כך לא תמיד צולחים אותם בהצלחה (Kvamme et al., 2021). מכיוון שתהליך

החברות שלהם שונה וחלק מן המשימות הללו נעשות עבורם במסגרת החוץ-ביתית, הם חסרים ידע ומיומנויות בסיסיות לקיום חיים נורמטיביים (Manful et al., 2015). משום כך החניכים שעוזבים את מסגרות ההשמה החוץ-ביתיות מתמודדים עם אתגרים ייחודיים בעת השתלבותם המחודשת בקהילה.

נוסף על כך, הם מתמודדים עם בעיות רבות, כגון בעיות בריאות נפש, הפרעות התנהגות, עיכובים בהתפתחות ופערים לימודיים, המקשים על השתלבות בשוק העבודה החופשי ומציאת מקום מגורים. זאת ועוד, בני נוער אלה לא תמיד מודעים לזכויותיהם וחובותיהם בחברה כל אלו מביאים לכך שכאשר חניך עוזב את המסגרת החוץ-ביתית הוא עלול להיקלע למצב של בדידות ותלישות, והוא נמצא בסכנה של הידרדרות במצבו הרגשי, מצוקה נפשית, פגיעה עצמית ואובדנות (Campo & Commerford, 2016). יתר על כן, מכיוון שלא לכולם יש משפחה או הורים שתומכים בהם, הם נמצאים בסיכון גבוה יותר להיות דרי רחוב.

ואכן, ממחקר שבדק מגוון תחומי חיים של בוגרי פנימיות חינוכיות ופנימיות רווחה בישראל במשך עשור (בנבנישתי ואח', 2023) עולה שכשליש מבוגרי הפנימיות חווים מצוקה בדרגות שונות לאחר עזיבת הפנימייה, ושכלל בוגרי הפנימיות זקוקים להכנה נאותה לחיים מחוץ לפנימייה, בעיקר בתחומי התעסוקה, ההשכלה, הדיור והחיים הקהילתיים.

נוער הקצה חווה קשיים אלו ביתר שאת משום שהתמיכה הניתנת לו במסגרות הטיפול היא אינטנסיבית יותר. כפועל יוצא מכך, הוא כמעט שלא מתמודד עם אותן התנסויות ההכרחיות לרכישת מיומנויות וכלים לתפקוד בריא בחיים הבוגרים. לכן נדרשת התערבות ייחודית לבוגרי מסגרות ההשמה החוץ-ביתיות בקצה הרצף (Kvamme et al., 2021), והיציאה ממסגרת ההשמה צריכה להיות מתוכננת, הדרגתית וגמישה. על הצוות המטפל לבנות בשיתוף עם בני הנוער ומשפחותיהם תוכנית יציאה מותאמת אישית, על פי צורכי החניך, כך שתיתן לו תמיכה רגשית וכלכלית לאחר עזיבת המסגרת בעזרת סל טיפול גמיש. את תוכנית היציאה יש לתכנן מבעוד מועד, ורצוי שהליווי והתמיכה ימשיכו עד לגיל 25. התמיכה צריכה להיות במגוון היבטים, ובכלל זה מענה לצורכי דיור ומענה לקשיים הרגשיים וסיוע בקידום השכלה והשתלבות בתעסוקה. תמיכה זו מהווה תחליף לתמיכה ולהכוונה שאחרים מקבלים מן המשפחה, מן ההורים ומן הקהילה. התמיכה יכולה להינתן בפנימיות עצמן או במסגרות ייעודיות לבוגרים שמאפשרות גם לחזור למסגרת במקרים שבהם הצעירים לא הצליחו להשתלב בקהילה. בהתאמה, יש להכין את הקהילה ואת המשפחות לתמיכה מתמשכת, שכוללת גם פתרונות דיור עבור הבוגרים. כאמור, כל אלו נכונים לכלל יוצאי הפנימיות והם חשובים ביתר שאת ליוצאי מסגרות הקצה (Campo & Commerford, 2016).

התוכנית "מיומנויות על לחיים" (SSL – Super Skills for Life) שפועלת במאוריציוס היא דוגמה לתוכנית התערבות המיועדת לבני נוער עם בעיות רגשיות השוהים במוסדות השמה חוץ-ביתית. התוכנית מבקשת לתת להם הזדמנות לרכוש כלים ומיומנויות חברתיות לקראת שילובם בקהילה. בבסיסה של ההתערבות עומדים עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT – Cognitive Behavioral Therapy). ההתערבות נפרסת על פני שמונה-תשעה מפגשים שבועיים של 45 דקות, ויש לה חמישה עקרונות ליבה: הערכה רב-ממדית שמזהה את מגבירי הסיכון שנלווים להפרעה הנפשית (הערכה עצמית נמוכה, חוסר במיומנויות חברתיות); שילוב אסטרטגיות מבוססות CBT; שימוש בווידאו לקבלת משוב כדי לחזק ולהגביר את תפיסת העצמי; עידוד יוזמה והגברת האקטיביות של החניך באמצעות שילוב בפעילויות חיוביות; למידת מיומנויות של אינטראקציות חברתיות. הערכת ההתערבות הצביעה על השפעות חיוביות בטווח הקצר והארוך בכל הקשור להפחתת מצוקות רגשיות כמו חרדה ובשיפור יכולת הניהול של אינטראקציות חברתיות (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021).

תוכניות התערבות נוספות להכנה לחיים ולהשתלבות בקהילה מתמקדות בחיזוק יחסים בין-אישיים, בביסוס יחסי אמון ובהגברת הנכונות לפנייה לעזרה. כל אלו נמצאו גם כתורמים לחיזוק בריאות הנפש. לדוגמה, תוכניות חניכה (מנטורינג) שפועלות במסגרות חוץ-ביתיות באוסטרליה נמצאו כבעלות תרומה להשתלבות טובה יותר בקהילה. עם זאת, יש לזכור שייכתנו קשיים ביצירת קשר עם דמות זרה בקרב חניכים עם היסטוריה של קשיי היקשרות, אכזבות, חוויית התעללות ודמויות מתחלפות. לכן ההעדפה היא לאתר "מנטור טבעי" – מבוגר תומך ואכפתי שהחניכים מכירים ושאותו הם בוחרים (Campo & Commerford, 2016).

כדי לתת מענה לצרכים הייחודיים של בוגרי הפנימיות, האגף החוץ-ביתי מוביל כיום מדיניות של הכנת החניכים להשתלבות בקהילה בעודם בפנימייה. לצורך כך, רכז בוגרים בפנימייה מגבש עבור כל חניך תוכנית הכנה לחיים בוגרים ולעזיבת הפנימייה. התוכנית כוללת ממדים של העצמה אישית וחיזוק תחושת המסוגלות, לצד למידה של כישורי חיים וסיוע בהשתלבות בקהילה ובמסגרות המשך (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2022). כמו כן משרד הרווחה מפעיל את תוכנית "גשר לעצמאות", שמטרתה ללוות את בוגרי הפנימיות ובוגרי משפחות האומנה חסרי עורף משפחתי בעת חזרתם לקהילה, ולסייע להם בהשגת דיור זמני, בלמידה של כישורי חיים ובהשתלבות בשירות צבאי/לאומי, לימודים ועבודה (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת ב).

לסיכום, בני נוער שחוזרים לקהילה לאחר ששהו במסגרת חוץ-ביתית מועדים יותר מאחרים לסבול ממצוקה נפשית ולפנות להתנהגות עבריינית, להיות בעלי השכלה נמוכה ולסבול מאבטלה וממחסור בדיור. מאפיינים אלה נוכחים עוד יותר אצל חניכים ממסגרות הקצה, ולכן נדרשת התערבות מכוונת שתתמוך בהשתלבותם המחודשת בקהילה (Kvamme et al., 2021). התערבות זו צריכה לשים דגש ביצירת מסגרת ליווי גמישה, רשת תמיכה ורשתות חברתיות בתוך הקהילה, בפתרונות דיור ובפיתוח המיומנויות האישיות והחברתיות של החניכים עוד במהלך שהותם במסגרת (Campo & Commerford, 2016).

4.2 פרקטיקות טיפול ייעודיות

לצד פרקטיקות הטיפול הגנריות, הספרות מציינת פרקטיקות טיפול ייעודיות עבור אוכלוסיית נוער הקצה. בחלק זה יסקרו שיטות התערבות שנועדו לתת מענה לצרכים הייחודיים של קבוצה זו.

4.2.1 טיפול בהתמכרויות

בני נוער הם אוכלוסייה פגיעה במיוחד לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים – החל בהתנסויות מזדמנות וכלה בשימוש קבוע והתמכרות. החומרים הפסיכו-אקטיביים פוגעים בבריאות הנפשית והפיזית של בני הנוער ולשימוש בהם יש השלכות חברתיות, רגשיות והתנהגותיות קשות (Balkin et al., 2022).

השמה חוץ-ביתית היא סביבת הטיפול הטובה ביותר עבור בני נוער המכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים, בראש ובראשונה משום שבמסגרת זו אפשר להשגיח היטב על החניך, על מצבו ועל סביבתו. נוסף על כך, מהותו של טיפול בהשמה חוץ-ביתית היא האינטראקציה היום-יומית בין החניכים לצוות המטפל ובין לבין עצמם. הודות לכך, המסגרת מאפשרת לטפל באופן מקיף בבעיית ההתמכרות, לצד השגחה צמודה (פסיבית או אקטיבית) (Balkin et al., 2022; Lichvar et al., 2018).

מודל התערבות שנמצא מועיל במיוחד לטיפול בהתמכרויות הוא מודל מינסוטה (The Minnesota Model), הידוע גם כמודל 12 הצעדים. המודל מבוסס על מודל אלכוהוליסטים אנונימיים (AA). על פי מודל מינסוטה התמכרות היא מחלה שמלווה את האדם במשך כל חייו, ובמרכז עומדת הימנעות משימוש בחומרים ממכרים. המודל כולל היבטים של תמיכה חברתית, אמונה בהשגחת "כוחות עליונים", מוטיבציה לבצע שינוי ובחירה באורח חיים בריא. המודל עבר התאמה לטיפול בבני נוער ונמצא יעיל בקרב חניכים בהשמה חוץ-ביתית (Lichvar et al., 2018).

פרקטיקה נוספת הנהוגה בארצות הברית לטיפול בהתמכרות לחומרים ממכרים במסגרות חוץ-ביתיות היא 'סולם ייצוב משבר' (CriSS – Crisis Stabilization Scale). פרקטיקה זו מתמקדת בתהליך הערכה שבעזרתו מגדירים סמנים (אינדיקטורים) מדידים למטרות וליעדי הטיפול בהתערבות. המודל כולל ניטור עצמי של החניכים באמצעות סולם אוהיו (Ohio Scales) המורכב משלוש הערכות מובחנות: מידת החומרה של הבעיות בחייהם, היכולת שלהם לתפקד בפעילויות יום-יומיות ותחושת התקווה והשלמות שלהם. בהתאם להערכת החניכים מוגדרות תוצאות רצויות ונבנית תוכנית טיפול שבמוקדה יצירת שיתוף פעולה ושיח פתוח בין הדמות המקצועית לחניך. התוצאות נמדדות בעיקר לפי מידת ההפחתה בסימפטומים של השימוש בחומרים ממכרים ולפי הסמנים שהוגדרו לרווחה הנפשית הכוללת של החניך (Balkin & Russo, 2021).

פרקטיקה טיפולית חדשה בארצות הברית היא גישת 'שבעת האתגרים' (The Seven Challenges). פרקטיקה זו עושה שימוש בטכניקות המבוססות על הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. הפרקטיקה שמה דגש בהגברת המוטיבציה להפסקת השימוש בחומרים ממכרים ובקבלת "החלטות בריאות", תוך התמקדות באוטונומיה ובמרחב בחירה עצמית של החניך. ההתערבות "פוגשת" את החניך בשלב שבו הוא נמצא, גם אם הוא נמצא בשלב ההכחשה למצבו. הפרקטיקה נקראת שבעת האתגרים משום שההליך מורכב משבעה שלבים – או אתגרים – שנוגעים לשימוש בחומרים: צורת השימוש, התופעות הנלוות לו, הסיבות לשימוש, תפיסת העתיד כנקי משימוש וכן דרכי התמודדות עם הנסיגה לשימוש (Lichvar et al., 2018).

לסיכום, מסגרת של השמה חוץ-ביתית מספקת את הסביבה הטובה ביותר לטיפול בנוער קצה הסובל מבעיה כרונית של שימוש בחומרים ממכרים. במסגרת זו יש אפשרות להשגיח מקרוב על סביבתו של החניך ועל מצבו. כמו כן אפשר לקדם דרכי טיפול והתערבות ייעודיות, למדוד את התקדמותו ולפקח על אופן התקדמות הטיפול, ובכך למקסם את תוצאותיו (Balkin et al., 2022). יש להדגיש שלצד ההתמכרות לחומרים קיימות גם התמכרויות נוספות כגון להימורים ולפורנוגרפיה. עם זאת, ולמרות העיסוק הרב בהתמכרויות אלו בקרב בני נוער בכלל ובקרב בני נוער בסיכון בפרט, לא אותרו מחקרים המתמקדים בטיפול בהן לאוכלוסיית נוער הקצה בפנימיות המיועדות לו.

4.2.2 טיפול בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית

"פגיעה מינית היא ניצול של אדם אחר באמצעות קשת רחבה של התנהגויות שיש בהן פגיעה ישירה בגופו של הקורבן ו/או חשיפה לתכנים מיניים, לצורך מין או הנאה מינית של הפוגע. פגיעה מינית תתרחש כאשר אין או לא יכולה להיות הסכמה מדעת" (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2016, עמ' 18).

בני נוער סובלים ממגוון צורות של פגיעה מינית והשפעותיה הן רב-ממדיות. חלק מן הסימפטומים הבולטים הם חרדה, דיכאון, התנהגות מינית מסתכנת וביטויי הפרעה פוסט-טראומטית. כמו כן הפגיעות מלוות בסטיגמות ובושה ולא אחת ברגשות אשם, ועל רקע זאת רבים מן הנפגעים מסתירים מן הסביבה את הפגיעה. יתרה מכך, פעמים רבות אין הם מודעים לכך שהם קורבנות לתקיפה מינית או שהם תופסים את הפגיעה והניצול ככורח המציאות. החוויה והטראומה של נפגעי ונפגעות תקיפה מינית המגיעים למסגרות חוץ-ביתיות הן מורכבות יותר וצורכיהם הייחודיים דורשים מענה מותאם (Hickie & Roe-Sepowitz, 2018; Van Vugt et al., 2016).

טיפול מבוסס CBT נמצא כדרך טיפול יעילה בנערות שעברו פגיעה מינית. הטיפול ממוקד בהפחתת חרדה על ידי יצירת מודעות של הנערות לרגשות שלהן ולביטויים הנלווים להם, מתוך תפיסה שמודעות זו (לצד עיבוד הטראומה) תוביל להתאוששות ולהחלמה. בטווח הקצר ניכרה בקרב הנערות שטופלו בגישה זו ירידה בתסמיני חרדה והתפרצויות זעם, ובטווח הארוך הייתה הפחתה בהשפעות הנוגעות לפגיעה מינית כגון הידרדרות לזנות. יש לציין כי השפעת הטיפול לא באה לידי ביטוי באופן מיידי, ולרוב היא ניכרת בטווח של חצי שנה עד שנה מסיום הטיפול (Van Vugt et al., 2016). שיטת התערבות שפותחה על בסיס CBT ומבקשת לתת מענה לנפגעי ונפגעות תקיפה מינית במסגרת השמה חוץ-ביתית היא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה (TF-CBT – Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy). לטיפול זה כמה דגשים, ובמרכזם קידום אסטרטגיות להתמודדות עם החרדה והפחתת הלחץ והוויסות הרגשי של הנפגעות והנפגעים. בד בבד מתבצעת חשיפה הדרגתית לטראומה ויצירת נרטיב מחזק שלה בעזרת שפה, אומנות, שירה או ציור (Olafson, 2011).

שיטה נוספת שנמצאה יעילה בהתמודדות עם טראומה שנגרמה מפגיעה מינית היא (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) EMDR. שיטה זו פותחה בשנות השמונים על ידי הפסיכולוגית ד"ר פרנסין שפירו, לאחר שהבחינה שעוצמת התחושות של הפגיעה בקרב נפגעות תקיפה מינית פוחתת כאשר בזמן מחשבה על הפגיעה עיניהן נעות ומייצרות באמצעות כך חיבור עם שתי האונות במוח. במהלך השנים שפירו שיכללה את הטיפול, וכיום הוא כולל כמה שלבים שבהם המטפל בשותפות עם הנפגעת מזהה את האירוע שבגיניו נדרשת התערבות. הנפגעת מתבקשת לזהות תחושות פיזיות ורגשיות שהזיכרון של האירוע מעלה אצלה, ותוך כדי כך המטפל מורה על תנועות עיניים של הנפגעת בעזרת האצבע שלו או באופנים אחרים בתנועות דו-צדדיות. המהירות, הכיוון והמספר של התנועות נקבע על ידי המטפל שהוכשר בשיטה ומותאם לכל נפגעת (Edmond et al., 2004; Molero-Zafra et al., 2022).

לסיכום, פגיעה מינית היא תופעה שכיחה אצל נוער קצה, ויש לה השפעות הרסניות על הגוף והנפש ועל הרווחה הכוללת של הנפגעים. לכן נדרשות תוכניות התערבות מותאמות לטיפול בצרכים הייחודיים של בני נוער אלה (Moynihan et al., 2018). היבטים קריטיים לקביעת דרכי הטיפול ולהצלחתו הם מי ביצע את התקיפה, מתי היא התרחשה והיכן, ולכן יש לזהותם לפני התאמת הטיפול (Hickie & Roe-Sepowitz, 2018). כמו כן מכיוון שהטיפול בנפגעי פגיעות מיניות הוא תחום מתפתח חשוב לפעול ליצירת שיתופי פעולה ושותפות בין חוקרים ואנשי מקצוע בשטח כדי לקדם דרכי התערבות וטיפול מבוססי ראיות (EIP – Evidence-Informed Practice), שייתנו מענה מותאם לצרכים הייחודיים של בני הנוער (Moynihan et al., 2018).

4.2.3 טיפול בפוגעים מינית

התמודדות עם בני נוער פוגעים מינית מציבה בפני אנשי המקצוע וקובעי המדיניות דילמה מהותית. אומנם על רקע ההתנהגות הפוגעת והחשש שימשיכו לכגוע באחרים יש להרחיקם מן החברה, אך מנגד הפגיעה נעשית לרוב מתוך מצוקה, עיוותי חשיבה ותפיסות חינוכיות ותרבותיות שדורשות תהליכי טיפול והתערבות מותאמים. כלומר הטיפול בבני נוער שפוגעים מינית מיועד לא רק למען הגנה על הציבור, אלא גם כדי להחזירם לדרך הישר ולקדם את התפתחותם התקינה והחיובית (טופילסקי ואח', 2017; Walker & McCormick, 2004).

גישות ההערכה והטיפול בבני נוער פוגעים מינית התפתחו סביב התפיסה שזוהי אוכלוסייה ייחודית, שלה מחוללי פגיעה מינית ייחודיים, ולפיכך גם הטיפול בה צריך להיות ייחודי (Fanniff & Becker, 2006).

כדי להגיע לתוצאות מיטביות יש לבצע בתחילת תהליך ההתערבות הערכה ובמסגרתה לאבחן את המניעים של הפוגעים מינית (Fanniff & Becker, 2006). נקודות חשובות נוספות שנמצאו כבעלוות קשר לתוצאות תהליך ההתערבות הן אופי העבירה ועבירות פליליות נוספות שאינן מיניות. לדוגמה, מחקרים בארצות הברית הראו שבני נוער פוגעים מינית ללא התנהגות עבריינית אחרת הגיבו טוב יותר לטיפול מאשר בני נוער שהיה להם גם עבר עברייני אחר. כמו כן שיעור החזרה על פגיעות מיניות היה נמוך יותר אצלם (Dopp et al., 2015). בעת בחירת דרכי ההתערבות יש להביא בחשבון גם מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של בני הנוער, כגון רמת דתיות, שיוך מגזרי, השתתפות במסגרת לימודית או תעסוקתית ומידת התמיכה שמקבלים ממשפחתם (טופילסקי ואח', 2017).

שיטת הטיפול הנפוצה ביותר לטיפול בבני נוער פוגעים מינית בארצות הברית היא CBT בשירותים בקהילה ובהשמה חוץ-ביתית. ההתערבויות מתבצעות בפגישות פרטניות או קבוצתיות ולעיתים מעורבות בהן משפחות הפוגעים (Dopp et al., 2015). התערבות CBT מתמקדת בהגברת המודעות למעגל העבירה, בשינוי עיוותי החשיבה וברכישת אסטרטגיות התמודדות. ההתערבות הקבוצתית על פי הגישה כוללת עימות הפוגעים עם הסיבות שסיפקו לפגיעה, זיהוי עיוותי החשיבה, הבניה קוגניטיבית מחודשת ורכישת אסטרטגיות התמודדות כדי להימנע מחזרה על פגיעה (Fanniff & Becker, 2006). CBT המיועד לפוגעים מינית נבדל מטיפול CBT סטנדרטי ומתמקד בשבע מטרות ליבה (Dopp et al., 2015):

1. קבלת אחריות מלאה של הפוגעים על הפגיעה המינית שביצעו
2. צמצום או שינוי של עיוותי חשיבה בנוגע להתנהגות מינית פוגענית
3. למידה של מיומנויות חברתיות (כמו ניהול כעסים ויחסים בין-אישיים)
4. פיתוח מודעות ואמפתיה כלפי קורבן התקיפה
5. למידת אסטרטגיות שימנעו תקיפות נוספות
6. הגברת התמיכה המשפחתית והחברתית
7. הפחתה, ויסות ושליטה בגירויים מיניים

ב-2017 נערך במסגרת 'מיזם התוצאות'⁵ בישראל פיילוט למדידת תוצאות של טיפול קבוצתי מבוסס CBT לבני נוער פוגעים מינית בשירות המבחן לנוער. בני נוער אלו הופנו לטיפול בצו בית משפט ובמסגרת הפיילוט נבדקו 19 קבוצות (13 קבוצות בקהילה ו-6 קבוצות במעונות סגורים של חסות הנוער). מטרת הפיילוט הייתה לפתח כלי למדידה של השגת התוצאות של תהליך הטיפול. ממצאי הפיילוט עלה שאצל מרבית בני הנוער שהשתתפו בתוכנית היה שיפור בתוצאות הטיפול שנמדדו – הם הכירו בפגיעה שביצעו ובנזק שנגרם לקורבן וכן רכשו מיומנויות למניעת ביצוע פגיעה מינית נוספת (טופילסקי ואח', 2017).

שיטת טיפול נוספת הרווחת בארצות הברית היא טיפול פסיכו-סוציאלי חינוכי (Psychosocial Education Treatments), המיושמת במקביל לטיפול CBT או באופן עצמאי. שיטת הטיפול היא למעשה חינוך מיני שמבקש לספק ידע ומידע על יחסים אינטימיים ומיניות בריאה, לפתח גישה חיובית כלפי יחסי מין, לפתח יכולות של פתרון בעיות וללמד כיצד לבצע שיפוט מוסרי. לימודים אלו נעשים בקבוצה, וגם הם – כמו הטיפול מבוסס CBT – מבקשים לפתח בקרב בני הנוער הפוגעים אמפתיה כלפי הקורבן ומיומנויות של התמודדות, של ניהול כעסים וקבלת אחריות (Fanniff & Becker, 2006).

שיטה אחרת המיושמת בארצות הברית היא שיטת הטיפול הרב-מערכתית (Multisystemic Therapy), המבקשת לתת מענה לכמה היבטים ונעשית כחלק מתהליך התערבות כולל. בבסיסה עומדת התפיסה שלהתנהגות האנטי-חברתית של בני נוער יש כמה ממדים שדורשים מענה. התערבות מסוג זה לפוגעים מינית עיקרה זיהוי של מעגלי התקיפה תוך סיוע הרשת החברתית שעוטפת את הפוגע לצורך מניעת תקיפות נוספות. כמו כן מושם דגש על הכרה של הפוגע בפגיעה, קבלת אחריות עליה וכיחוס תוכנית בטיחות שתמנע עבירות נוספות (Fanniff & Becker, 2006).

לסיכום, טיפול בפוגעים מינית משמש לשמירה על שלומו וביטחונו של הציבור ולקידום התפתחותם התקינה של בני הנוער הפוגעים ושילובם בחברה. שיטת הטיפול צריכה להיות מותאמת למאפייני הפגיעה ולמאפייני הפוגע ומשפחתו, וזאת כדי למקסם את תוצאות תהליך ההתערבות. ליבו של תהליך זה הוא ההכרה של הפוגע בפגיעה שביצע וההבנה של הנזק שגרם לקורבן, לצד למידה ורכישה של מיומנויות וכלים שיעזרו לפוגע להימנע מפגיעות נוספות בעתיד.

4.2.4 ריסון ובידוד

נוער קצה בהשמה חוץ-ביתית טיפולית עלול לבטא מצוקה, כעס ותסכול באמצעות התנהגויות תוקפניות המסכנות את עצמו ואת סביבתו. כדי להתמודד עם התנהגויות אלו נעשה לעיתים שימוש בריסון ובידוד (R&S – Restraint and Seclusion). ריסון מוגדר כהפעלת כוח לצורך הגבלת החופש והתנועה של החניך, ובידוד הוא כליאה של חניך במקום ספציפי למשך זמן מוגדר מראש (Roy et al., 2021).

⁵ "מיזם התוצאות" הוא מהלך אסטרטגי שחתר לפיתוח, למיסוד ולהטמעה של 'החשיבה התוצאתית' בשירותים שבפיקוח משרד הרווחה, במטרה לשפר את איכות הטיפול בהם" (צבע ואח', 2013, עמ' 139). "חשיבה תוצאתית בשירותים חברתיים היא חתירה לשיפור מתמיד של השירותים ושל תוצאותיהם באמצעות תכנון מנומק להשגת תוצאות, ניטור שוטף של מידת השגתן ושימוש מושכל ורגיש בידע ובמידע" (ארזי ונמר-כרוסטנברג, 2020, עמ' 7).

ריסון ובידוד פותחו על ידי אנשי מקצוע מתוך עבודת השטח והצורך להתמודד עם התנהגויות קיצוניות של בני נוער, בעיקר בפנימיות, במסגרות חינוך מיוחד ובבתי חולים פסיכיאטריים (מגד, 2001). הם אינם חלק מתוכנית הטיפול המתוכננת, אלא כלי התערבות שנקטים כמוצא אחרון להתמודדות עם התנהגות קיצונית (Braun et al., 2020). עם זאת בפועל נמצא כי יש להם שבעה שימושים (Roy et al., 2021):

1. למנוע מן הנער לפגוע בעצמו
2. למנוע מן הנער לפגוע באחרים
3. למנוע מן הנער להזיק לרכוש
4. להחזיר תחושת שליטה של אנשי המקצוע והמוסד הטיפולי
5. להגיב להפרה על חוק מוסדי או למעשה של חוסר הסכמה עם גורמי המקצוע
6. לקדם שליטה עצמית והתמודדות של הנער
7. כאשר כלים אחרים לא נמצאו יעילים וזהו המוצא האחרון

אחיזה טיפולית (holding) היא שיטה לריסון של ילדים ובני נוער שמתנהגים באופן חסר שליטה קיצוני. בשיטה זו איש מקצוע אוהז את החניך באופן שאינו מאפשר לו לפגוע בעצמו, באחרים או ברכוש. יש להדגיש שגם התומכים בגישה סוברים שהשימוש בה צריך להיעשות במקרים קיצוניים בלבד ולאחר ששימוש בטכניקות אחרות לא הועיל (מגד, 2001).

חדר "פסק זמן" הוא אמצעי בידוד שמשמש להתמודדות עם התנהגויות קיצוניות של בני נוער. השימוש בו מוכר מאנגליה, ארצות הברית וקנדה במסגרות השמה חוץ-ביתיות. לשימוש בכלי זה יש כמה עקרונות מפתח, ובראשם שימוש המביא בחשבון את עברו של החניך (כדי שלא לעורר טראומה מן העבר). עקרונות נוספים הם הדלת לא נעולה; החניך נמצא בחדר בהשגחה של מבוגר או שמבוגר נמצא במרחק שמיעה סביר כדי לתת מענה לחניך בעת הצורך; זמן השהות מוגבל ולא עולה על שעה; חדר ייעודי שהוא מואר, מאוורר ומרופד; לחניך יש גישה חופשית לשירותים; השימוש בחדר נעשה אך ורק לצורך התמודדות עם התנהגויות קיצוניות ולא כאמצעי למנוע בריחה של החניך (בראון, א"ת).

השימוש באמצעים של ריסון ובידוד שנוי במחלוקת בשל הנזקים הפיזיים והפסיכולוגיים שעלולים להתעורר עבור בני הנוער וכן עבור אנשי המקצוע. כמו כן מועילותם עדיין לא הוכחה אמפירית (Roy et al., 2021). יתר על כן, כאשר אחיזה מתבצעת בברוטליות או כאמצעי ענישה היא עלולה להציף חוויות טראומטיות ולהסב נזקים. איש מקצוע שמבצע אחיזה מתוך כעס או תחושת נקם אינו פנוי להיות קשוב לצרכיו של החניך ולתת להם מענה ראוי. במצב כזה, האחיזה לא רק שאינה משיגה את מטרתה, היא אף עלולה להחריף את מצבו של החניך (מגד, 2001).

לסיכום, אף שריסון ובידוד הם כלים שיעילותם אינה ברורה דייה, לעיתים אין כל מנוס משימוש בהם. לכן יש חשיבות מכרעת להכשרת הצוותים המקצועיים לזיהוי ולמניעה של ההתנהגויות קיצוניות הדורשות שימוש באמצעים קיצוניים, ובה בעת להבטיח שהשימוש בכלים אלו ייעשה בצורה מוגבלת ומבוקרת ולא מתוך תגובה רגשית אימפולסיבית וחוסר אונים של הגורמים המטפלים.

4.2.5 טיפול פסיכיאטרי תרופתי

כיום השמה של נוער קצה בישראל מתבצעת בפנימיות מעוז, המיועדות גם כהמשך טיפול לאשפוז פסיכיאטרי או כחלופה לו. משום כך הטיפול בפנימייה נעשה בליווי של פסיכיאטר, שבמידת הצורך ממליץ על טיפול תרופתי, בעיקר להתמודדות עם הפרעות התנהגות והפרעות נפשיות (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018).

בארצות הברית מערך הפנימיות לטיפול פסיכיאטרי (PRTFs – Psychiatric Residential Treatment Facilities) הוא חלק ממערך כולל של הרווחה והבריאות. מערך הפנימיות לטיפול הפסיכיאטרי אחראי לאספקת טיפול תרופתי פסיכיאטרי לילדים ובני נוער עם הפרעות התנהגות והפרעות נפשיות קשות. הקריטריון העיקרי בקביעת השמה בפנימיות אלו הוא בעיות הקשורות בבריאות נפש. עם זאת, ישנה חפיפה רבה בין מערך זה ובין מערך פנימיות הרווחה לילדים ובני נוער שהוצאו מן הבית בגלל הזנחה והתעללות, בין היתר מכיוון שבני נוער אלו סובלים גם מהפרעות התנהגות, מפוסט-טראומה מורכבת ולעיתים גם מהפרעות נפשיות (Lanier et al., 2020).

מחקרים מארצות הברית מצביעים על שימוש שלא לצורך בתרופות פסיכיאטריות במסגרות חוץ-ביתיות, ובמיוחד כאשר החניך נמצא זמן ממושך במסגרת החוץ-ביתית ו/או שיש לו היסטוריה של מספר השמות במוסדות חוץ-ביתיים. עוד נמצא כי שכיחותן של הפרעות התנהגות (DBD – Disruptive Behavior Disorders), המאופיינות בתוקפנות ובחוסר שליטה, גבוהה במסגרות קצה בארצות הברית, כי הטיפול בהן נעשה בעיקר באמצעות תרופות אנטי-פסיכוטיות וכי שכיחות הטיפול עולה כאשר לאנשי המקצוע יש קושי בהתמודדות עם ההפרעות (Rose et al., 2022). לדעת חוקרים, ממצאים אלה עשויים ללמד שהטיפול התרופתי ניתן לאו דווקא בגלל התאמתו ומועילותו, אלא בגלל הזמינות שלו במוסדות אלו (Bellonci et al., 2013).

בשנים האחרונות הולך וגובר השימוש בתרופות כאמצעי טיפול בהתנהגות אגרסיבית של בני נוער, הגם שאין כל הוכחה שטיפול זה מועיל. אומנם כמה מחקרים שנערכו בארצות הברית מצביעים על מועילותן של תרופות פסיכיאטריות בהפחתה של תסמיני הפרעות נפשיות והפרעות התנהגות, אולם זאת רק כאשר לטיפול הפסיכיאטרי נלווה טיפול פסיכולוגי ורק במקרה של אוכלוסיות מסוימות בעלות צרכים וסימפטומים ספציפיים – במיוחד עבור מקרי אובדנות ובמקרים של הפרעות נפשיות או עיכובים התפתחותיים-קוגניטיביים (Bellonci et al., 2013).

לסיכום, בשל המאפיינים והצרכים הייחודיים של נוער הקצה, ובכלל זה הפרעות נפשיות והפרעות התנהגות, נעשה לעיתים שימוש בטיפול תרופתי. יש מבין בני הנוער הללו שהם בעלי עבר של אשפוז פסיכיאטרי, ולכן כחלק מתוכנית ההתערבות שנקבעת להם נדרש המשך טיפול פסיכיאטרי או יזימה של טיפול תרופתי חדש. עם זאת, נמצא כי הטיפול התרופתי מועיל במקרים של מחלה או הפרעה נפשית ו/או התפתחותית ולא כאשר מבקשים להכחיד התנהגות הנובעת מן המצוקה שחווים בני הנוער.

4.2.6 טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT - Dialectical Behavior Therapy)

טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT – Dialectical Behavior Therapy; להלן DBT) הוא טיפול מודולרי לטיפול בוויסות רגשי, אובדנות ופגיעה עצמית שאינה אובדנית (Espenes et al., 2022). DBT פותח על ידי מרשה לינהאן (Marsha Linehan) כאדפטציה של טיפול קוגניטיבי התנהגותי לטיפול בנשים שאובחנו עם הפרעת אישיות גבולית (BPD – Borderline Personality Disorder)

וקושי בוויסות רגשי במסגרות אשפוז יום. במחקרים שנעשו בתנאי מעבדה DBT נמצא יעיל בטיפול בהפרעת אישיות גבולית, הפרעות אכילה, שימוש בחומרים ממכרים, דיכאון, הפרעה אובססיבית טורדנית, סכיזופרניה והפרעת דחק פוסט-טראומטית (Marceau et al., 2021; McCredie et al., 2017; McIntyre, 2020).

עיקרו של ההליך הטיפולי ב-DBT הוא למידה ותרגול של מיומנויות ויסות רגשי ומיומנויות חברתיות. ההליך מורכב משלושה שלבים: השלב הראשון עוסק בהפחתה של התנהגויות פוגעניות ואובדניות והגברת המוטיבציה של המטופל לקחת חלק פעיל בטיפול. השלב השני מתמקד בזיהוי תסמיני טראומה והפחתתם, והשלב השלישי מתמקד בשיפור התפיסה העצמית של המטופל באמצעות הגברת כבוד עצמי, קבלה עצמית והצבת מטרות אישיות (McCredie et al., 2017; McIntyre, 2020).

במסגרת DBT מיושמות מספר פרקטיקות זו לצד זו ובתיאום ביניהן (Wasser et al., 2008):

- טיפול קבוצתי – פגישות שבועיות שבהן נלמדים כישורים ומיומנויות בארבעה ממדים:
 1. מיינדפולנס (Mindfulness) – מיומנויות להגברת המודעות העצמית ולניהול תהליכים פנימיים ללא שיפוטיות של חוויות העבר ו/או אובססיות לגבי עתיד באמצעות תרגול נשימות ושימוש בטכניקות של הרגעה עצמית
 2. ויסות רגשי (Emotion Regulation) – מיומנויות רפלקציה והתבוננות פנימית לזיהוי רגשות והבעתם באופן לא פוגעני
 3. יעילות בין-אישית (Interpersonal Effectiveness) – מיומנויות ליצירת איזון בין רצונות פנימיים לבין הצורך בשמירה על יחסים תקינים עם אחרים, כך שהמטופל לומד כיצד לבקש דברים ולהגיד "לא" תוך שמירה על כבודו העצמי
 4. עמידה בלחצים (Distress Tolerance) – מיומנויות להתמודדות עם אימפולסיביות והתנהגויות תגובתיות, כך שבמקרי קיצון המטופל ידע כיצד לשלוט בעצמו ולא להחמיר את מצבו (Wolpov et al., 2000; McCredie et al., 2017)
- פגישות טיפול פרטניות – פגישות טיפול אישיות שבהן חוזרים על מיומנויות שנלמדו בקבוצה והמטפל והמטופל מזהים יחד דרכים ליישום המיומנויות שנלמדו
- שיתוף משפחות – הדרכות להורים ואחאים על אודות הטיפול, המיומנויות הנלמדות, הדרכים שבהן הם יכולים לסייע למטופל לחזק התנהגויות רצויות ושימוש בשפה שאינה שיפוטית בתיאור ההתנהגויות, המצב והרגשות של המטופל
- למידה עצמית – המטופל מבצע משימות ("שעורי בית" הניתנים בפגישות הקבוצתיות), לתרגול המיומנויות שנלמדו ומזהה רגשות והתנהגויות רצויות ובלתי רצויות

DBT-A (DBT for Adolescents) הוא טיפול DBT ייעודי לבני נוער עם מגוון צרכים, כולל בעיות בוויסות רגשי, אימפולסיביות, אובדנות וכגיעה עצמית, בעיות בין-אישיות ומתחים במשפחה, משבר זהות וטראומה. גם כאן עיקרו של התהליך הטיפולי הוא למידה ושימוש במיומנויות להתמודדות עם התנהגויות לא רצויות והגברת המוטיבציה של המטופל לקחת חלק פעיל בתהליך הטיפולי (Espenes et al., 2022; Gallone et al., 2018). הטיפול נעשה בפגישות טיפול קבוצתיות, פגישות טיפול פרטניות וייעוץ טלפוני, בהתאם לצורכי המטופל. התהליך הטיפולי מנוהל על ידי "מנהל תיק לקוח" (case manager) אשר אמון על כלל הטיפולים וההתערבויות של המטופל ומשפחתו. שני חברי צוות מובילים את הפגישות הקבוצתיות. בפגישות נלמדות ומתורגלות

מיומנויות התמודדות עם התנהגויות בלתי רצויות, נבדקות משימות ונערכים דיונים קבוצתיים ופעילויות המחשה של המיומנויות (Espenes et al., 2022).

חשוב לציין כי טיפול DBT עבר התאמות עבור מסגרות חוץ-ביתיות ומיליה טיפולי בהן, והוא כולל טיפול קבוצתי (בו נלמדות המיומנויות), שתיים-שלוש פגישות שבועיות של טיפול פרטני, הכשרת משפחות לליווי החניך ודרכי התמודדות לפתרון מחלוקות וחונכות אישית (מנטורינג של איש מקצוע מצוות הפנימייה במקום שיחות ייעוץ טלפוני) לייעוץ פרטני בהתאם לצורכי החניך (Waitz et al., 2021).

5. סיכום והמלצות

בסקירה זו הוצגו פרקטיקות לטיפול מיטבי בנוער קצה. מבין הפרקטיקות שהוצגו יש כאלו שהן גנריות, לדוגמה TRC, שהיא שיטת התערבות המבקשת לבנות מיליה טיפולי וסביבת מחייה שיהוו בסיס לתהליכי ההתערבות וההחלמה לבני נוער עם צרכים מורכבים. שיטת התערבות גנרית אחרת היא TIC, שהיא גישה לשיטות התערבות ומסגרת טיפול לבני נוער שמבקשת להתמקד בטראומה והשפעותיה, ופועלת לגיבוש של מענה טיפולי רחב הכולל עיצוב סביבת המגורים ותמיכה פסיכולוגית ורגשית שבליבם נמצאת המודעות לטראומה. עוד הוצגו תהליכי שיתוף של משפחות החניכים וחיוביות ההכנה לחיים וחזרה לקהילה כתהליכים אינהרנטיים ובעלי משמעות רבה להצלחתו של תהליך ההתערבות והשגת התוצאות. לצד הפרקטיקות הגנריות נסקרו גם פרקטיקות ייעודיות לטיפול בבני נוער וצעירים נפגעי התמכרויות, בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית ובפוגעים מינית וכן שימוש בריסון ובידוד, טיפול תרופתי פסיכיאטרי וטיפול דיאלקטי התנהגותי. אלה נועדו לתת מענה לחלק מן הצרכים המורכבים המאפיינים את נוער הקצה, ובעת שהותם במסגרת פנימיות במיוחד.

חשוב לחזור ולציין כי דפוסי ההשמה בישראל שונים מאלה שבצפון אמריקה ואוסטרליה, שבהן רובה של ההשמה החוץ-ביתית היא באומנה, ואילו מערך הפנימיות מיועד ברובו לאוכלוסייה בעלת מאפיינים וצרכים זהים לנוער הקצה ובני הנוער המושמים במסגרות חסות הנוער בישראל.

מן המידע העולה מן הסקירה התגבשו כמה המלצות:

1. עדכון ההגדרה לנוער הקצה: כיום הגדרתו של נוער הקצה בספרות המקצועית ובמסמכי המדיניות של המשרד היא רחבה ואינה ברורה דיה. לכן מומלץ לגבש הגדרה אחידה, ברורה ומובחנת לנוער הקצה, שתתייחס למאפיינים ולצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו ושתבחין בין נוער הקצה בפנימיות ובין הנוער המושם במסגרות של חסות הנוער. נוסף על כך, מכיוון שההתבוננות של משרד הרווחה על בני הנוער היא התבוננות רחבה דרך שבעה תחומי חיים, חשוב שההגדרה תתייחס גם היא לשבעת תחומי החיים, לסוגי הצרכים בהם ולעוצמתם. באופן זה יתאפשר לקדם ולהתאים טיפול מיטבי לאוכלוסייה זו.
2. יישום המדיניות של שותפות חניכים וקידום של גישת הכוחות: שותפות חניכים והורים היא המדיניות המוצהרת של האגף החוץ-ביתי, ויש לפעול להטמעתה ויישומה בכל הפנימיות, ובחשיבות מכרעת בפנימיות הייעודיות עבור נוער הקצה. רוב פרקטיקות הטיפול שנסקרו תואמות את המאפיינים של שתי תפיסות טיפול המשלימות זו את זו – גישת הכוחות ושותפות חניכים. גישת הכוחות מבקשת לקדם תהליך טיפול שבליבו נמצאים כוחות, יכולות ומיומנויות של החניך. כחלק מהותי מתהליך ההתערבות איש המקצוע והחניך מזהים יחד את הכוחות שיכולים לסייע בהשגת מטרות ההתערבות וכוחות שהעצמתם יכולה להיות תוצאה רצויה בפני עצמה של תהליך ההתערבות. גישת הכוחות מדגישה גם את שותפות החניכים. קרי, כחלק מן המיליה הטיפולית יש לשותף את החניכים ככל האפשר בקבלת החלטות הנוגעות לזיהוי הצרכים, דרכי ההתערבות והתוצאות הרצויות. כך גישת הכוחות ושותפות חניכים מקדמות קבלת אחריות של החניך על תהליך ההתערבות ומעודדות מעורבות אקטיבית בו. במסגרת אותה שותפות, וכחלק בלתי נפרד ממנה, יש לשים דגש בהרחבת אפשרויות הבחירה של החניכים בכל הקשור למרחב הפיזי האישי והציבורי, היבטים חברתיים, תוכניות פנאי וההעשרה וכיו"ב. לקיחת האחריות ויכולת הבחירה מחזירה לחניכים את תחושת השליטה בחייהם, מסייעת להשגת תוצאות ההתערבות ומכינה את החניכים לחיים מחוץ לפנימיה.

3. הרחבה והעמקה של שיתוף משפחות החניכים בתהליכי ההתערבות והטיפול: בהמשך למגמה הנהוגה כיום, יש להעמיק ולהרחיב את השיתוף והשותפות עם משפחות החניכים במערך הפנימיות ולעדכן את דרכי יישומן בכל צומתי ההתערבות: זיהוי הצרכים שבמוקד ההתערבות, איתור הכוחות, הגדרת התוצאות הרצויות ובחירת דרכי ההתערבות להשגתן. כמו כן יש לסייע בתיאום מערכי טיפול למשפחה בקהילה, לתמוך במשפחות בעת ביקורים ושהות בפנימיות ולקדם מנגנוני עדכון שוטף והיוועצות.
4. קידום ביצוע שינויים פיזיים וסביבתיים בפנימיות: יש לקדם את ההתאמה הפיזית והסביבתית בפנימיות בהתאם ל-TIC בהיבטים של המרחב הפרטי, מרחבים פתוחים וגינות, חללים משותפים המאפשרים השגחה פסיבית ומפגשים עם המשפחות. המרחבים צריכים להיות מקום למנוחה בסביבה נעימה, הגישה אליהם חופשית וצריכים להיות בהם אלמנטים שיעסיקו את החניך (מוזיקה, ספרים, משחקי חשיבה וכדומה). מרחבים אלו צריכים להיות מובחנים פיזית מחדרים שנועדו לבידוד במצבי קיצון, ובמקרים מסוימים השהות בהם יכולה להיות תחליף לבידוד. כל אלו נועדו לבסס את הפנימייה לא רק כבית חלופי עבור החניכים, אלא גם כמסגרת טיפול המבקשת לספק הגנה על החניכים ובו בזמן לפתח תהליכי התערבות שבעקבותיהם החניכים יהיו מסוגלים ומוכשרים לחזור לשגרת חיים מיטיבה בקהילה.
5. הידוק הקשר, התיאום ושיתוף הפעולה בין הפנימיות לשירותי הרווחה בקהילה ולמערכות משיקות בתחומי החינוך והבריאות: כדי לשמור על קשר ישיר ורציף בין הגורמים המטפלים בחניך ובמשפחתו בקהילה ובין הגורמים המטפלים בפנימייה, נדרשים מנגנונים ונוהלי עבודה מתאימים. כמו כן החניך ומשפחתו נמצאים בתהליכי התערבות גם במערכות משיקות בתחומי החינוך והבריאות, ואלה משפיעים על תהליכי ההתערבות במסגרת הפנימייה והרווחה בקהילה ומושפעים מהם. לכן יש לפתח גם נהלים ומנגנונים ליצירת קשר, עדכון ותיאום בין כלל המוסדות, המערכות והארגונים המספקים שירות לחניך ומשפחתו.
6. העמקת יישום המדיניות של יצירת מסגרות גמישות תוך התמקדות בתוכניות יציאה מן הפנימייה: כחלק מהותי מתוכניות ההתערבות במסגרת יש לקדם תוכניות יציאה סדורות החל מגיל 15, וזאת כדי לאפשר יציאה והשתלבות מיטבית בקהילה. מומלץ כי תוכניות אלו יכללו סיוע בהשתלבות במסגרות המשך (לימודים תיכוניים, לימודי מקצוע, שירות צבאי או לאומי ולימודים אקדמיים); השתלבות בשוק העבודה; וידוא של המשך טיפול, מעקב וליווי של שירותי הרווחה בקהילה; ויצירת מערך ליווי שיהווה בסיס ללמידה של כישורי חיים וסייע ביצירת מערכות חברתיות תומכות. חשוב לקדם הקמת מסגרות גמישות שיאפשרו כניסה ויציאה של חניכים עד גיל 25, לצד קידום תוכניות דיור לחניכים ללא עורף משפחתי.
7. קידום הכשרות מקצועיות ייעודיות והדרכה שוטפת: מאפייניה וצרכיה הייחודיים של אוכלוסיית הקצה דורשים מענים מותאמים. מלבד ההכשרות הנערכות כיום באמצעות האגף החוץ-ביתי, יש חשיבות מכרעת לקידום של הכשרות מקצועיות מותאמות לכלל אנשי המקצוע בפנימיות (מדריכים, עובדים סוציאליים,רכזי חינוך,רכזי טיפול, מנהלים ומפקחים מחוזיים), אשר יהיו ממוקדות בהתערבות מודעת טראומה, בטיפול בהתמכרויות, בטיפול בכוגעים מינית, בטיפול בנפגעות תקיפה מינית ובשימוש זהיר ומושכל בריסון ובידוד. בשל ההתמודדויות המורכבות של אנשי הצוות עם נוער קצה ופוטנציאל השחיקה, חשוב שיתקיימו הדרכות שוטפות לתמיכה מקצועית ורגשית.
8. המשך מיסוד והנגשה של מנגנונים פנימיים וחיצוניים לתלונות וטענות הנוגעות למדיניות המסגרות, התנהלות הצוות וסביבת המחיה של החניכים.

עוד פרסומים של המכון בנושא

- אלנבוגן-פרנקוביץ', ש., נבות, מ., רזניקובסקי-קוראס, א., גרסימנקו, א., אייזיק, ע. ובן רבי, ד. (2018). מדריכי פנימיות לילדים בסיכון בישראל – תמונת מצב ואסטרטגיות להתמודדות עם אתגרי עבודתם. מ-775-18
- ארזי, ט. וסבג, י. (2020). הגברת מצבי הסיכון של ילדים ובני נוער נוכח משבר הקורונה. מ-171-20
- בן סימון, ב. וכאהן-סטרבצ'ינסקי, פ. (2016). מוסדות החסות לנוער: תפיסת טיפול ודרכי עבודה – סקירת ספרות.
- בן סימון, ב., לוי, ד. וכאהן-סטרבצ'ינסקי, פ. (2015). תובנות מניתוח אינטגרטיבי של מחקרים על שירותים ותכניות לנוער ולצעירים בסיכון גבוה.
- גרסימנקו, א., מורן-גלעד, ל. וארזי, ט. (2020). הנחיות למערכת השמה חוץ-ביתית בעידן הקורונה – סקירת המדיניות בארה"ב ובבריטניה. מ-166-20
- שורק, י., אלמוג-זקן, א., ניג'ם-אכטילאת, פ. וגלעד, ע. (2020). התמודדות עם הגברת מצבי סיכון של ילדים ובני נוער נוכח מגפת הקורונה: סקירה בין-לאומית. מ-176-20

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- ארזי, ט. ונמר-פרוסטנברג, ר. (2020). המדריך האינטגרטיבי לחשיבה תוצאתית. מ-2016. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. https://brookdale.jdc.org.il/publication/outcome_thinking_guide/
- ארזי, ט., שר נ. וויסמן מ. (2016). תכנון התערבות עם משפחות: סקירת ספרות, לקחים ותובנות – מסמך רקע לקראת מיסוד התערבות עם משפחות בשירותי הרווחה. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- בנבנישתי, ר., זעירא, ע. ורפאלי, ת. (2023). מחקר מעקב לאורך עשור על מצבם של בוגרי הפנימיות. האוניברסיטה העברית בירושלים. https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2023/01/Boarding-school-graduates_2023.pdf
- בראון, מ. (א"ת). רוח גבית – מחקר במשפט משווה אודות דרכי הטיפול וניהול התנהגות המקובלים בקטינים בהשמה חוץ-ביתית. מינהל שירותים אישיים וחברתיים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
- ג'קסון, ד. ושפירו ש. (2013). אוכלוסיות קצה בהשמה חוץ-ביתית: מאפיינים ודרכי התמודדות. עט השדה, 12, 12–34.
- הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיעודות לאוכלוסיית קצה. (2012). דין וחשבון. ג'וינט-אשלים ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- טופילסקי, ט., פיליפוב, מ. וארזי, ט. (2017). תוכנית הטיפול הקבוצתי בנערים פוגעים מינית: סיכום ממצאי מדידה בפילוט מיזם תוצאות. דמ-753-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/group-therapy-sexually-abusive-boys-summary-measurement-results-outcomes-initiative-pilot/>
- מבקר המדינה. (2017). משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים – ילדים ובני נוער בסיכון בפנימיות של משרד הרווחה. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2017-67b-212-Sicun.pdf>
- מגד, א. (2001). אחיזה ככלי טיפולי במסגרות חינוכיות ופנימיות. חברה ורווחה, כ"א(1), 69–91.
- משרד הרווחה. (2004). תע"ס – הוראות והודעות – הנהלים הנוגעים לסידור ילדים במעונות לטיפול בהם ולפיקוח עליהם.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2016). נזקקויות ומאפיינים בקובץ נתוני יסוד – רשימה ומקרא. אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה. https://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/ResearchAndEvaluation/tb_ResearchesAndPublications/%D7%A0%D7%96%D7%A7%D7%A7%D7%95%D7%99%D7%95%D7%AA%20%D7%95%D7%9E%D7%A7%D7%A8%D7%90%20-%20%D7%9E%D7%95%D7%A0%D7%92%D7%A9%20-%2023-6-16.pdf

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. (2018). מכרז פומבי עם שלב מיון מוקדם מספר 180/2018 מכח תקנה 17' לתקנות חובת המכרזים. שלב מיון מוקדם להפעלת פנימיות, בפריסה ארצית, המיועדות עבור ילדים ובני נוער, מכל המגזרים, בנים ובנות בגילאי 6–21 שהוצאו מביתם. <https://mr.gov.il/ilgstorefront/he/p/attachment/005056BF4DAB1EDA9692E06C9AFE811B/%D7%9E%D7%A1%D7%9E%D7%9B%D7%99%20%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9A>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2022). קובץ נהלים פנימיות – מעוף, עוגן, מעוז. אגף בכיר חוץ ביתי משפחה ילד נוער והשמות מיוחדות.

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת א). אגף בכיר חוץ ביתי, משפחה, ילד ונוער והשמות מיוחדות. <https://www.gov.il/he/Departments/units/molasa-units-exhousing-family-child-youth-extra-home-assigning>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת ב). "גשר לעצמאות" – לבוגרי פנימיות ואומנה. <https://clickrevaha.molasa.gov.il/product-page/907>

נעים-לוי, נ. ובנבנישתי, ר. (2019). הקשר בין מעורבות הורי חניכים בפנימייה פוסט-אשפוזית ויחסיהם עם ילדם ובין שינויים במצבו. חברה ורווחה: רבעון לעבודה סוציאלית, ל"ט(2), 281–308.

פלד-אמיר, ת. (2003). הוועדה לבחינת עקרונות יסוד בתחום הילד והמשפט ויישומם בחקיקה. משרד המשפטים.

צבע, י., ארזי, ט. וחביב, ג. (2013). "מיזם התוצאות" של משרד הרווחה והשירותים החברתיים סיכום פעילות בין השנים 2007–2012. בתוך אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (מתו"ה) (עורכים), סקירת השירותים החברתיים 2012 (עמ' 139–158). משרד הרווחה והשירותים החברתיים. https://www.gov.il/blobFolder/reports/molasa-social-services-review-2012/he/SocialServicesReview_2012_molasa-chapter1-genetal-data-part7-2012.pdf

רפאלי, ת. (2017). מסגרות לטיפול חוץ ביתי לילדים ברמות סיכון שונות. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מתו"ה – אגף למחקר, תכנון והכשרה, אגף לשירותים חברתיים ואישיים.

שפירא, י. (1995). ילדים בפנימייה טיפולית – נקודת המבט ההורית והשלכותיה על עבודת העובד הסוציאלי. חברה ורווחה: רבעון לעבודה סוציאלית, ט"ו(4), 399–414.

Balkin, R. S., & Russo, G. M. (2021). Evaluating perceptions of working alliance and crisis stabilization for adolescent males in residential treatment for substance abuse: A time-series analysis. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 12(1), 4–15. doi: 10.1080/21501378.2020.1776598

Balkin, R. S., Russo, G. M., & Perryman, M. L. (2022). A comparison of treatment perspectives between adolescent males in residential treatment for substance use and their counselors. *Journal of Counseling & Development*, 100(1), 56–63. doi: 10.1002/jcad.12399

- Bellonci, C., Huefner, J. C., Griffith, A. K., Vogel-Rosen, G., Smith, G. L., & Preston, S. (2013). Concurrent reductions in psychotropic medication, assault, and physical restraint in two residential treatment programs for youth. *Children and Youth Services Review, 35*(10), 1773–1779. doi: 10.1016/j.chilyouth.2013.08.007
- Blau, G. M., Caldwell, B., & Lieberman, R. E.. (2014). Improving out comes in residential. In G.M. Blau, B. Caldwell & R.E. Lieberman (Eds.), *Residential interventions for children, adolescents, and families: A best practice guide* (pp. 1–7). Routledge.
- Boel-Studt, M. (2017). A quasi-experimental study of trauma-informed psychiatric residential treatment for children and adolescents. *Research on Social Work Practice, 27*(3), 273–282. doi: 10.1177/1049731515614401
- Braun, M. T., Adams, N. B., O'Grady, C. E., Miller, D. L., & Bystrynski, J. (2020). An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. *Children and Youth Services Review, 110*, Article 104826. doi: 10.1016/j.chilyouth.2020.104826
- Campo, M., & Commerford, J. (2016). *Supporting young people leaving out-of-home care*. Australian Institute of Family Studies.
- Daly, D. L., Huefner, J. C., Bender, K. R., Davis, J. L., Whittaker, J. K., & Thompson, R. W. (2018). Quality care in therapeutic residential programs: Definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment for Children & Youth, 35*(3), 242–262. doi: 10.1080/0886571X.2018.1478240
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., & Brown, C. E. (2015). Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: Review and recommendations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research, 7*(4), 223–236. doi: 10.1108/JACPR-01-2015-0155
- Downey, L., Jago, J., & Poppi, S. (2015). The spiral to recovery: An Australian model for therapeutic residential care. *Children Australia, 40*(4), 351–360. doi: 10.1017/cha.2015.31
- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on Social Work Practice, 14*(4), 259–272. doi: 10.1177/1049731504265830
- Espenes, K., Waaler, P. M., Keles, S., Helland, S. S., Schmidt III, H., Kjøbli, J., & Tørmoen, A. J. (2022). Implementing a residential dialectical behavior therapy informed treatment model to improve adolescent mental health: Feasibility, fidelity, and acceptability. *Residential Treatment for Children & Youth, 40*(2), 132–155. doi: 10.1080/0886571X.2022.2090481
- Fanniff, A. M., & Becker J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*(3), 265–282. doi: 10.1016/j.avb.2005.08.003

- Gallone, J., Kim, K. L., & Pelletier, A. (2018). How DBT-A in residential treatment facilities may help to overcome caregiver burden. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 34(1), 1–6. doi: 10.1002/cbl.30262
- Galvin, E., O'Donnell, R., Breman, R., Avery, J., Mousa, A., Halfpenny, N., & Skouteris, H. (2022). Interventions and practice models for improving health and psychosocial outcomes for children in residential out-of-home care: Systematic Review. *Australian Social Work*, 75(1), 33–47. doi: 10.1080/0312407X.2020.1856394
- Hickle, K., & Roe-Sepowitz, D. (2018). Adversity and intervention needs among girls in residential care with experiences of commercial sexual exploitation. *Children and Youth Services Review*, 93, 17–23. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.06.043
- Hodgdon, B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, E., & Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679–692. doi: 10.1007/s10896-013-9531-z
- Holden, M., & Sellers, D. (2019). An evidence-based program model for facilitating therapeutic responses to pain-based behavior in residential care. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 10(2–3), 63–80. doi: 10.18357/ijcyfs102-3201918853
- Hust, J. A., & Kuppinger, A. (2014). Moving toward family-driven care in residential. In G. Blue, B. Caldwell, & R. Lieberman (Eds.), *Residential interventions for children, adolescents, and families* (pp. 15–33). Routledge.
- Kvamme, L. S., Waaler, P., Helland, S. S., & Kjøbli, J. (2021). Striving for happily ever after – supportive interventions for youth leaving residential placement – a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(4), 389–398. doi: 10.1111/camh.12507
- Lanier, P., Jensen, T., Bryant, K., Chung, G., Rose, R., Smith, Q., & Lackmann, L. (2020). A systematic review of the effectiveness of children's behavioral health interventions in psychiatric residential treatment facilities. *Children and Youth Services Review*, 113, Article 104951. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.104951
- LeBel, J., & Kelly, N. (2014). Trauma-informed care. In G. Blue, B. Caldwell, & R. Lieberman (Eds.), *Residential interventions for children, adolescents, and families* (pp. 78–95). Routledge.
- Lichvar, E. K., Stilwell, S., Ajmera, T., Alexander, A. L., Plant, R. W., Panzarella, P., & Blau, G. M. (2018). Residential treatment of adolescents with substance use disorders evidence-based. In G. Leukefeld & P. Gullotta (Eds.), *Adolescent substance abuse – evidence-based approaches to prevention and treatment* (2nd ed., pp. 191–214). Springer.

- Lieberman, R., & Dunnen, W. (2014). Residential interventions: A historical perspective. In G. Blue, B. Caldwell, & R. Lieberman (Eds.), *Residential interventions for children, adolescents, and families* (pp. 28–34). Routledge.
- Manful, E., Takyi, H., & Gambrah, E. (2015). Admission to exit: Acquiring life skills whilst in residential care in Ghana. *Social Work & Society, 13*(2), 1–13.
- Marceau, E. M., Holmes, G., Cutts, J., Mullaney, L., Meuldijk, D., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2021). Now and then: A ten-year comparison of young people in residential substance use disorder treatment receiving group dialectical behaviour therapy. *BMC Psychiatry, 21*, Article 362. doi: 10.1186/s12888-021-03372-2
- Martone, W., Caldwell, B., Foltz, R., Levison-Johnson, J., & Sisson, K. (2017). *Best practices for residential interventions for youth and their families a resource guide for judges and legal partners with involvement in the children's dependency court system*. The Association of Children's Residential Centers (ACRC) and the National Building Bridges Initiative (BBI).
- McCredie, M. N., Quinn, C. A., & Covington, M. (2017). Dialectical behavior therapy in adolescent residential treatment: outcomes and effectiveness. *Residential Treatment for Children & Youth, 34*(2), 84–106. doi: 10.1080/0886571X.2016.1271291
- McIntyre, K. (2020). Evaluation of a DBT group within adolescent residential care. *Graham Connelly, 19*(1), 5–27. doi: 10.17868/strath.00084232
- McLean, S. (2018). *Therapeutic residential care: An update on current issues in Australia*. Australian Institute of Family Studies.
- McNamara, M. (2020). Family partnering in Australian therapeutic residential care: A scoping study. *Residential Treatment for Children & Youth, 37*(4), 293–313. doi: 10.1080/0886571X.2020.1786486
- McPherson, L., Gatwiri, K., Cameron, N., & Parmenter, N. (2019). *Research briefing: what is effective therapeutic care?* Australian Childhood Foundation. <https://professionals.childhood.org.au/app/uploads/2019/03/Research-Briefing-Therapeutic-Care-16Feb19-1.pdf>
- Molero-Zafra, M., Mitjans-Lafont, M. T., Hernández-Jiménez, M. J., & Pérez-Marín, M. (2022). Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: An open study—protocol of a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-based cognitive therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(12), Article 7468. doi: 10.3390/ijerph19127468

- Moynihan, M., Pitcher, C., & Saewyc, E. (2018). Interventions that foster healing among sexually exploited children and adolescents: A systematic review. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(4), 403–423. doi.org/10.1080/10538712.2018.1477220
- Olafson, E. (2011). Child sexual abuse: Demography, impact, and interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*(1), 8–21. doi: 10.1080/19361521.2011.545811
- Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low-and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 278*, 327–338. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.053
- Rose, R. A., Lanier, P., & Dosreis, S. (2022). Antipsychotic medications and admission to psychiatric residential treatment facilities among youth in foster care diagnosed with disruptive behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry, 92*(4), 474–482. doi: 10.1037/ort0000624
- Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P., & Geoffrion, S. (2021). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(2), 318–338. doi: 10.1177/1524838019843196
- Urban, T. H., Jordan, N., Kisiel, L., & Fehrenbach, T. (2019). The association between strengths and post-residential treatment needs of youth in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 99*, 226–234. doi: 10.1016/j.chilyouth.2019.02.013
- Van Vugt, E., Lanctot, N., & Lemieux, A. (2016). Can institutionalized adolescent females with a substantiated history of sexual abuse benefit from cognitive behavioral treatment targeting disruptive and delinquent behaviors? *Criminal Justice and Behavior, 43*(7), 937–950. doi: 10.1177/0093854815624513
- Verso Consulting. (2011). *Evaluation of the therapeutic residential care pilot – programs final summary & technical report*. Department of Human Services.
- Waitz, C., Tebbett-Mock, A., D'Angelo, E., & Reynolds, E. K. (2021). Dialectical behavior therapy in inpatient and residential settings for adolescents: A systematic review. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 6*(4), 497–515. doi: 10.1080/23794925.2021.1970052
- Walker, C. E., & McCormick, D. (2004). Current practices in residential treatment for adolescent sex offenders: A survey. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3–4), 245–255. doi: 10.1300/J070v13n03_12

Wasser, T., Tyler, R., McIlhane, K., Taplin, R., & Henderson, L. (2008). Effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) versus standard therapeutic milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health, 4*(2), 114–126.

Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., Bellonci, C., Berridge, D., Bravo, A., Canali, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Gilligan, R., Grietens, H., Harder, A., Holden, M., James, S., Kendrick, A., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children & Youth, 33*(2), 89–106. doi: 10.1080/0886571X.2016.1215755

Wolpow, S., Porter, M., & Hermanos, E. (2000). Adapting a dialectical behavior therapy (DBT) group for use in a residential program. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(2), 135–141. doi: 10.1037/h0095107