חדרי הטיפול באמצעות אמנות בבתי ספר במערכת החינוך בישראל

הגר דורנאי, שרון שניר ודפנה רגב

הגר דורנאי, מרצה בתוכנית לטיפול באמנות, המכללה האקדמית תל חי.

ד״ר שרון שניר, מרצה בכירה, ראש התכנית לטיפול באמנות, המכללה האקדמית תל חי.

ד״ר דפנה רגב, מרצה בכירה בביה״ס לטיפול באמצעות אמנויות וחברה במרכז מחקר ע״ש אמילי סגול, אוניברסיטת חיפה.

מאמר זה פורסם בכתב העת טיפול באומנויות: מחקר ויצירה במעשה הטיפולי (אוניברסיטת חיפה)

חדרי הטיפול באמצעות אמנות בבתי ספר במערכת החינוך בישראל

עם התפתחות תחום הדעת של טיפולים באמצעות אמנויות, יותר ויותר מוסדות חינוכיים, החלו לשלב בצוותי העבודה שלהם מטפלים באמצעות אמנות. אולם, למרות שהחיבור בין בתי ספר לבין מתן טיפול באמצעות אמנות הינו נפוץ ומקובל כיום, נראה כי הוא כרוך בקשיים רבים. אחד מהקשיים המרכזיים הוא הקושי של מוסדות החינוך להקצות חלל המתאים במיוחד לטיפול באמצעות אמנות. המחקר הנוכחי התמקד בבחינת חדרי הטיפול, במטרה ללמוד על מאפייניהם ההכרחיים, לצורך שיפור וייעול העבודה הטיפולית במערכת החינוך בישראל. במסגרת המחקר נבחנו תפיסותיהן של 57 מטפלות באמנות בבתי ספר של משרד החינוך, בנוגע למאפייני החדרים בהם הן עובדות. מטפלות אלו מילאו שאלונים, אשר נכתבו לצורך המחקר הנוכחי. בנוסף, עשר מתוכן רואיינו בריאיון עומק חצי מובנה. עיבוד הנתונים נעשה דרך ניתוח תמתי. ממצאי המחקר מתארים היבטים המתייחסים למבנה חדר הטיפול ומיקומו, היבטים המתייחסים לפנים חדר הטיפול, חומרי היצירה, סוגיות של אחסון עבודות המטופלים, היבטים מערכתיים ותפיסתן של משתתפות המחקר את היתרונות והחסרונות של חדר הטיפול המשמש אותן. לאור הממצאים, גובשו הצעות להעמקת הידע והרחבת ההבנה בקרב המערכת החינוכית, לגבי הצרכים הייחודיים של הטיפול באמנות.

מילות מפתח: טיפול באמצעות אמנות, חדרי טיפול, מערכת החינוך.

Therapy rooms for art therapy in the Israeli educational system

Hagar Dornai, Sharon Snir and Dafna Regev

Hagar Dornai, lecturer in the M.A. Art Therapy Program at Tel Hai College, Israel.

Dr. Sharon Snir, a senior lecturer and the Head of the M.A. Art Therapy Program at Tel Hai College, Israel.

Dr. Dafna Regev, a senior lecturer at the School of Creative Arts Therapies and a member of the Emili Sagol Creative Arts Therapies Research Center at the University of Haifa, Israel.

With the development of the field of art therapy, more and more educational institutions have begun to integrate art therapists into their teams. However, although the connection between schools and art therapy is common and accepted today, it seems to involve many difficulties. One of the main difficulties is the difficulty of educational institutions in allocating a space that is especially suitable for art therapy. The present study focused on the examination of the therapy rooms, with the aim of learning about their essential characteristics, in order to improve the therapeutic work in the Israeli education system. The study examined the perceptions of 57 art therapists working in the schools regarding the characteristics of the rooms in which they work. These art therapists completed questionnaires, which were written for this study. In addition, ten of them were interviewed in a semi-structured, in-depth interview. Data processing was done through thematic analysis. The research findings describe aspects relating to the structure and location of the therapy room, aspects relating to the therapy room's interior space, the art materials, issues of storing the client's work, systemic aspects, and the

participants' perceptions of the advantages and disadvantages of the therapy room. In view of the findings, proposals were formulated to broaden understanding among the educational system regarding the unique needs of art therapy.

Keywords: art therapy, therapy rooms, education system.

החל מסוף שנות השמונים, מתוקף חוק החינוך המיוחד, שילובו של הטיפול באמנות במסגרת בית ספרית ותוכניות נוספות כגון מרח״ב (מענה רווחתי-חינוכי בבית הספר) נתנו תאוצה משמעותית לתחום הטיפולי החדש (Wengrower, 2001). מחקרים שנערכו בנושא מצאו כי טיפול באמנות מסייע בהתמודדות עם קשיים רגשיים, ועשוי לתרום לקידום תהליכי הסתגלות למסגרת הבית-ספרית, לילדים בסיכון ולילדים עם ליקויי למידה (רגב ועמיתותיה, 2016 ; Gersch & Goncalves, 2006 Freilich & Shechtman, 2010). בנוסף, נמצא כי הטיפול תורם לשיפור ההערכה העצמית והביטחון העצמי של התלמידים (Sassen, Spencer & Curtin, 2005), מאפשר ביטוי אוטנטי של רגשות, ובכך תורם להפחתה ברמות של חרדה (Gladding, 2011; Spier, 2010). אולם, לצד תרומתו ויעילותו של הטיפול באמצעות אמנות וההכרה בצורך לשלבו במסגרת בית הספר, נמצא כי שילוב תחום טיפולי זה במערכת חינוכית מעלה קשיים ומורכבויות (קופר-אדר, 2006). המציאות שבה המטפלים מהווים חלק מהצוות החינוכי של בית הספר, יוצרת מפגש בין-תרבותי בין שתי שפות, המקיימות ביניהן דיאלקטיקה מורכבת של ערכים ומטרות טיפוליות וחינוכיות כאחד (קופר-אדר 2006 ; Wengrower, 2001). על רקע זה עולות שאלות הנוגעות בנושאים מהותיים של משמעות הטיפול ומטרותיו, דפוסי העבודה, אתיקה מקצועית והתנאים הפיזיים הקונקרטיים הנחוצים לקיומו (מוריה, 2000). נושא התנאים הפיזיים מהווה גורם משמעותי, במיוחד כאשר מדובר בטיפול באמנות, שבו תפקידו של המרחב הטיפולי הוא לאפשר תהליכי יצירה ספונטאניים, כאשר כאמור חומרי האמנות ואופן הגשתם מהווים את הגשר לעולמו הפנימי של המטופל (אורבך, 2003). במחקר רחב-היקף שבחן את תפיסותיהן של מטפלות, מחנכות, מרכזות תחום, יועצות ומנהלות בתי ספר, בנוגע לקיומו של הטיפול באמצעות אמנות בבתי ספר (רגב ועמיתותיה, 2016), נמצא, כי למרות הדיון המתמשך בנושא, עדיין קיימים לא מעט קשיים הכרוכים בשילוב הטיפול בבתי הספר והקצאת חדר מותאם לטיפול באמנות הינו אחד מהם.

חדר הטיפול בפסיכותרפיה

בראשית ימיה של הפסיכואנליזה, נתפס חדר הטיפול כמקום הנדרש להיות נטרלי, כחלק מהניסיון ליצור סטינג אובייקטיבי (פרויד, 2002). במהלך המפגש הטיפולי הושם דגש על יצירת מרחב שקט, מוגן מרעשים ונטול גירויים חיצוניים, תוך הדגשת נתק חזותי בין המטפל והמטופל, כתנאי וכבסיס חיוני לעבודה פנימית, מעמיקה ומשחררת (וויניקוט, 2009 ; פרויד, 2002).

עם התפתחותן של גישות יחסי אובייקט, השתנתה והתרחבה תפיסת החדר הטיפולי, והושם דגש רב יותר על ההיבט הסובייקטיבי ועל התאמת החדר למטופל (גרין, 2007 ; לוי, 2012). ההתייחסות לחדר הטיפול הייתה כאל 'סביבה מאפשרת' (וויניקוט, 1995), אשר נתפסה כהכרחית להתפתחות נפשית תקינה, וכתורמת לביסוס אבחנה בין פנים לחוץ, לפיתוח של אינטליגנציה ושל תהליכי הסמלה

ולארגון תוך-נפשי (וויניקוט, 1995 ;Edgcumbe, 1988). הדגש בעיצוב חדר הטיפול הושם על ההיענות לצרכי העצמי הסובייקטיבי של המטופל, כחוויה של 'אם סביבה' (וויניקוט, 1995), הן בהיבט הקונקרטי והן בהיבט המטאפורי.

ההיבט הקונקרטי בתפיסת חדר הטיפול בא לידי ביטוי בטיפול בילדים, באמצעות שימת דגש על ההתאמה האישית של המרחב הטיפולי. המשחקים בחדר שימשו כפונקציה פיזית, שמאפשרת לילד להביא את כולו ולתת ביטוי לדחפיו ורגשותיו באופן מלא (דניאל, 2001 ; Joseph, 1998). בטיפול במבוגרים, ניתנה לעיתים אפילו האפשרות שהמטפל יגיע אל ביתו של המטופל, ויארגן את החדר על פי צרכיו האישיים (ליטל, 2005). ההיבט המטאפורי של חדר הטיפול מתבטא בתפיסת החדר ורהיטיו כמייצגים את גוף המטפל (וויניקוט, 2009), וכמיכל, המזוהה עם האם (בנוסף למטפל), לתוכו יכול המטופל להשליך את תחושותיו ורגשותיו, באופן המאפשר לו תהליך עיבוד של הטראומה (פלורסהיים, 2003). היבט מטאפורי נוסף הוא הדמיית החדר הקונקרטי ל'חדר הפנימי', ותפיסתו כגשר בין העולם הפנימי והחיצוני (לוי, 2012). בהמשך לדימוי זה, אלמנטים, כגון חלון או תמונה, נתפסו כמאפשרים פתח יציאה ושחרור לדמיון – חיבור בין פנים לחוץ (פונטאליס, 2000). תהליך זה של התפתחות בתפיסת החדר הטיפולי מקביל להתפתחות ולמעבר מהתיאוריה הפרוידיאנית, העוסקת ביחיד, לתיאוריות יחסי האובייקט ולתיאוריות הבין-סובייקטיביות העכשוויות, העוסקות במהות הקשר בין המטופל למטפל. לצד הגישות המדגישות את החדר הקונקרטי כמייצר מרחב בטוח, התפתחו גישות נוספות אשר הציעו כי המרחב הבטוח מתהווה באמצעות השיח הטיפולי. לפי גישות אלו, המטפל עוזר למטופל לזהות את האופן בו הוא מעצב את הסביבה החיצונית בה הוא ניפגש עם האחר, כיצירה של מקום בטוח עבורו (גרין, 2007).

המחקר הנוכחי בחן את משמעותו של חדר הטיפולים בטיפול באמצעות אמנות. בהשוואה לחדר הטיפול המילולי, המבוסס על הימצאותם של שניים, מטפל ומטופל, כשהתקשורת ביניהם הינה וורבאלית, בטיפול באמנות נוספים מימדים מוחשיים קונקרטיים, בדמותם של חומרי האמנות, המשפיעים על יחסי מטפל מטופל ועל התפתחות התהליך הטיפולי (מרקמן, 2013 ; סיאנו, 2016 ; שבריאן, 1995 ; שניר ורגב, 2013 ; Orbach & Glkin, 2016 ;Moon, 2010).

חדר הטיפול באמצעות אמנות

בשונה מחדר הטיפול בפסיכותרפיה, המהווה כמעיין 'אם סביבה' (וויניקוט, 1995), כאשר הדיאלוג בו מתרחש באופן וורבאלי בין המטפל למטופל, בטיפול באמנות מתרחש בחדר שיח משולש בין המטפל, המטופל והיצירה (גוטליב, 1999; Schaverien, 2000). דיאלוג זה, מדגיש את החשיבות והמשמעות של היבטים קונקרטיים של חדר הטיפול – החומרים, היצירות, וארגון החלל – כתופסים

חלק במערך הטיפולי הייחודי, וכבעלי השפעה על יחסי מטפל מטופל, ועל התפתחות התהליך הטיפולי (מרקמן, 2013 ; Goditsch, Storz & Stegemann, 2017; Fenner, 2011; Schaverien, 2000).

החל מראשית דרכו של הטיפול באמנות בבתי חולים פסיכיאטריים בבריטניה ב-1930, ולאורך ההיסטוריה כולה, הושם דגש רב על יצירת אווירה מתאימה בחדרי הטיפול באמנות, באופנים שונים, כנגזרת של התפיסה כי אווירת החדר, המאפשרת שחרור מכל מחשבה (absent minded) (Champernowne, 1971), ושחרור הצורך בשליטה מוחלטת (Brooker, 2010; Willoughby-Booth, 2006), מהווה גורם משמעותי ביותר בתהליך הריפוי (Adamson,1984; Charlton, 1984; Edwards, 2004; Lydiatt, 1971; Skailles, 1997; Wood, 2000). בנוסף, החדר ניתפס ככלי לביסוס חוויות של אמון, פיתוח תחושה של קומפטנטיות, אפשרות להתנסות בהתנהגויות שונות, ומקום לתרגול של בחירה (Charlton, 1984). מיקום החדר מחוץ למוסד, הרחק מחדרי האשפוז הרועשים (קיליק, 2010), והנוף הנשקף דרך חלונות החדר הגדול והמרווח, נתפסו כתורמים רבות לתהליכים של רפלקציה, חקירה וגילוי (Goldsmith, 2006; Wood, 2000). גם כאשר השתנתה התפיסה שדגלה בהרחקת המוסדות הפסיכיאטריים ובידודם ממקומות יישוב, וחדרי הטיפול הצטמצמו ונכנסו לתוך המחלקות עצמן (Morter, 1997), פעמים רבות העבודה הטיפולית התרחשה מחוץ לכותלי חדר הטיפול, כאשר סביבת הנוף והטבע היוו חלק אינטגראלי מהעבודה, והמטפלים ייחסו לכך ערך טיפולי משמעותי (Jones, 2012).

לצד חשיבות מיקומו של חדר הטיפול, הנוף הנשקף ממנו והאווירה בו, יש המוסיפים כי למשמעויות המטאפוריות של חדר הטיפול יש השפעה על ההתקשרות הראשונית בין המטפל למטופל (Wood, 2000a), וכי הוא ניתפס כסביבה המגלמת בתוכה את פונקציית 'המיכל וההכלה' (Bion, 1967), ממנה ניתן לצאת ואליה להיכנס, להופיע ולהתגלות (Killick, 2000). בנוסף, ניתן לראות בו 'אובייקט בולם' (Bick, 1968, p. 484), שהוא אובייקט חיצוני, שעוזר לגיבוש האני והחזקתו במצבים של 'אי מיזוג' (Killick, 2000), וממחיש באופן קונקרטי את החוויה של ארגון מחדש מתוך הכאוס, כאשר נעשה בו שימוש משוחרר וספונטאני בחומרי היצירה ומותר גם ללכלך, אך בסופו של התהליך מתקיים שלב הניקיון והארגון. באופן זה החדר מציע את המיכל הפיזי והמטפל את המיכל המנטאלי (Case & Dally, 2014).

ארגון חדר הטיפול באמצעות אמנות

ארגון המערך והמרחב של חדר הטיפול מושפע וקשור בדרך כלל לאישיות ולגישתו של המטפל, למומחיותו ולנטיותיו בתחומי האמנות השונים (פיסול, ציור, צילום וכדומה), ובהתאם למסגרת ולמאפייני האוכלוסייה בה הוא פועל – מחלקה פסיכיאטרית, בית ספר, קליניקה פרטית וכדומה (חזות, 1999). ארגון חדר הטיפול באמצעות אמנות צריך להיות נהיר ופשוט, על מנת שיהיה

ברור למטופל, כאשר הוא נכנס אליו לראשונה, כיצד מתנהלת בו העבודה (אורבך, 2003). הארגון הבריטי של המטפלים באמנות (British Association of Art Therapists, 2014), מגדיר מספר מאפיינים חיוניים לחדר הטיפול באמצעות אמנות, לפיהם החדר אמור להיות מואר היטב ומוגן מפני רעשים. בחדר יהיו כיור ומים זורמים, שולחנות וכסאות ומגוון של חומרי יצירה, המותאמים לגילאים שונים ולסוגי אוכלוסיות מגוונות. חשוב מאד שיהיה לחדר גם מחסן מאובטח לשמירת העבודות של המטופלים. בין המטפלים קיימת הסכמה כי על החדר להיות נגיש ופונקציונאלי ולכלול גירויים חושיים ותחושתיים, התורמים להתפתחות הרגשית והקוגניטיבית של המטופל (Henley, 2007). יש המדגישים את החשיבות של חלוקת החדר לאזור של יצירה ואזור אינטימי לשיחה ולעיבוד התכנים הרגשיים (Edwards, 2004). בעבודה עם ילדים והוריהם, יש המדגישים את החשיבות בכך שיהיו בחדר אזור משחק, שטיח, שולחן עבודה גדול דיו, וכסאות המותאמים לגובהו של הילד (Regev & Snir, 2015), ואחרים המדגישים, בנוסף, את הצורך בחלון, בקירות שעליהם ניתן לעבוד ולתלות את היצירות, ומדפים לאחסון עבודות (חזות, 2015 ; Morter, 1997).

למרות הרציונאל הברור וההגדרות האופרציונאליות הברורות בנוגע למאפייניו של חדר הטיפולים באמנות, נראה כי אלו אינם בהכרח מתקיימים בחדרי הטיפולים בבתי ספר של משרד החינוך (בליטי, 2014 ; קינן, 2014 ; Regev, et al., 2015). כחלק ממחקר רחב שבודק את מקומו של הטיפול באמנויות במערכת החינוך, מחקר זה בחן את המאפיינים והבעיות של חדרי הטיפול באמנות בבתי הספר, במטרה להציע הגדרות ברורות ביחס למאפיינים הכרחיים של חדרי הטיפול לצורך שיפור וייעול העבודה הטיפולית.

שיטה

המחקר הנוכחי הינו מחקר איכותני, המתמקד בבחינת חדרי הטיפול באמנות במערכת החינוך בישראל דרך חקר תפיסותיהן של מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך את מאפייני החדר בו הן עובדות והשפעת מבנהו, ארגונו והציוד שבו על איכות הטיפול. המחקר בנוי משני חלקים. בחלקו הראשון נבחנו הפרמטרים המאפיינים את חדרי הטיפול באמנות במערכת החינוך בישראל באמצעות שאלונים שנשלחו ל-57 מטפלות באמנות שעובדות בבתי ספר. בחלק השני נבחנו תפיסותיהן ועמדותיהן של עשר מטפלות, מתוך כלל המטפלות שענו על השאלונים, ביחס להשפעת מאפייני החדר על איכות הטיפול, וזאת באמצעות ראיונות עומק חצי-מובנים.

משתתפים

בחלקו הראשון של המחקר השתתפו 57 מטפלות באמנות. 17 מתוכן השתתפו במחקר רחב יותר שבחן את הגורמים המקדמים והמעכבים אפקטיביות של טיפול באמנות בבתי הספר של משרד החינוך בישראל. 40 המטפלות הנוספות נדגמו במדגם נוחות, מתוכן היו חמישה מרואיינים גברים

(רוב משתתפות המחקר היו נשים ועל כן ההתייחסות למשתתפות נעשתה בלשון נקבה). בחלקו השני של המחקר (ראיון חצי מובנה), השתתפו עשר מטפלות מתוך כלל המשתתפות (ראו טבלה 1). 37 מהמטפלות עובדות בבתי ספר יסודיים השייכים לחינוך הממלכתי הרגיל, שלוש עובדות בבתי ספר יסודיים של החינוך הממלכתי הדתי, שלוש בבתי ספר יסודיים ערביים, שתיים בבתי ספר יסודיים בחינוך המיוחד, שלוש בחטיבה ותיכון ממלכתי, שלוש בחטיבה ותיכון ממלכתי דתי, חמש מטפלות עובדות בתיכון ממלכתי של החינוך המיוחד ולגבי אחת לא ידוע. באשר לגישות התיאורטיות על פיהן עובדות המטפלות: 16 מהן דיווחו כי אינן עובדות על פי גישה טיפולית מסוימת, תשע עובדות בגישה פנומנולוגית, שמונה עובדות בגישה פסיכו-דינמית, שלוש עובדות בגישה קוגניטיבית-התנהגותית, שתיים עובדות בגישה יונגיאנית, שתיים בגישה אינטר-סובייקטיבית ו-17 מטפלות דיווחו כי הן משלבות בין הגישה הדינאמית לגישה הפנומנולוגית ו/או גישות של יחסי אובייקט. טווח הגילאים של משתתפות המחקר נע בין 28-62 שנים והותק בין 1-20 שנים.

טבלה 1

נתונים דמוגרפיים של המרואיינות

מספר	גיל	השכלה	ותק	הגישה הטיפולית של המרואיינות	המסגרת החינוכית עליה בוצע הריאיון	מסגרות העבודה של המרואיינות
1 אשה	34	תואר ראשון- פסיכולוגיה לימודי תעודה בטיפול באמנות	5	אקלקטית	בית ספר יסודי ממלכתי דתי	משרד החינוך מכון פרטי
2 אשה	51	תואר ראשון- חינוך מיוחד ואמנות יצירה תואר שני- טיפול באמנות פסיכותרפיה יונגיאנית	16	יונגיאנית	תיכון דתי ממלכתי	משרד החינוך קליניקה פרטית עמותות
3 אשה	35	תואר ראשון- חינוך לאמנות תואר שני- טיפול באמנות	8	אקלקטית	חטיבת ביניים ותיכון ממלכתי דתי	משרד החינוך מכון פרטי
4 אשה	42	תואר ראשון- חינוך ועיצוב לימודי תעודה בטיפול באמנות	9	קוגניטיבית התנהגותית	בית ספר יסודי מקיף קיבוצי	משרד החינוך
5 גבר	52	תואר ראשון- משפטים תואר שני- טיפול באמנות	3	אינטרסובייקטיבית	תיכון במחלקה פסיכיאטרית	משרד החינוך מרכז למידה
6 גבר	36	תואר ראשון- אדריכלות תואר שני- טיפול באמנות	10	דינאמית	חטיבת ביניים ותיכון בחינוך המיוחד	משרד החינוך קליניקה פרטית
7 אשה	62	תואר ראשון- אמנות יצירה תואר שני- שילוב אמנויות פסיכותרפיה יונגיאנית	20	יונגיאנית	בית ספר יסודי	משרד החינוך קליניקה פרטית
8 גבר	37	תואר ראשון- גאוגרפיה תואר שני- טיפול באמנות	7	אקלקטית	בית ספר יסודי	משרד החינוך
9 אשה	52	תואר ראשון- אמנות יצירה תואר שני- טיפול באמנות	18	אקלקטית	בית ספר יסודי דתי	משרד החינוך
10 אשה	55	תואר ראשון- מדעי החיים לימודי תעודה- טיפול באמנות	1	עדין לא מגובשת	חטיבת ביניים בבית ספר דתי	משרד החינוך

כלי המחקר

שאלון. תפיסותיהן של המטפלות בנוגע למאפייני חדר הטיפולים בו הן עובדות נבחנו בחלקו הראשון של המחקר בעזרת שאלון, שכלל 20 שאלות פתוחות. השאלון כלל שאלות דמוגרפיות מקצועיות, כגון, מקום המגורים ומספר שנות הוותק בעבודה מאז סיום הלימודים. בהמשך השאלון התבקשו המטפלות לתאר את חדרי הטיפול בהם הן עובדות, במטרה לקבל תמונה על מצב חדרי הטיפול הנמצאים כיום במערכת החינוך. השאלון, שנוסח במיוחד לצורך מחקר זה, כלל שאלות לגבי מבנה החדר ומיקומו במרחב הבית-ספרי, למשל: "היכן ממוקם החדר בתוך המוסד", שאלות על אופן השימוש בחדר, לדוגמא: "האם החדר משמש לפונקציות נוספות בנוסף לטיפול באמנות?". כמו כן כלל השאלון שאלות המתייחסות לאפשרויות האחסון ושמירת עבודות המטופלים, כגון: "האם והיכן מאוחסנות יצירות המטופלים בחדר?", ושאלות ביחס לחומרי היצירה ואופן הגשתם למטופלים, למשל שאלה שעסקה במצב התחזוקה של חדר הטיפול: "האם יש לתפיסתך את הציוד והחומרים הנדרשים לטיפול איכותי?".

ראיונות עומק חצי-מובנים. מטרת הראיונות החצי מובנים, הייתה ללמוד על עמדותיהן ותפיסותיהן של עשר מהמטפלות ביחס להשפעתם של מאפייני חדר הטיפול שלהן על איכות הטיפול. הן התבקשו לתת דוגמאות מתוך עבודתן שתמחשנה את הנאמר, במטרה לגבש הצעות לייעול ושיפור העבודה הטיפולית במסגרת בית הספר. למשל, המרואיינות התבקשו לציין כיצד משפיעים לדעתן אפיוני החדר, כגון גודלו, איכות הבידוד שלו והריהוט שנמצא בו על המטופל, על המטפלת ועל איכות הטיפול, ולתת דוגמא מתוך עבודתן.

הליך המחקר

תיאורי החדרים של 17 מטפלות באמנות שעובדות בבתי ספר של משרד החינוך נלקחו מתוך הנתונים שנאספו במחקר הרחב, בתוכנת קואלטריקס לתוכה הוקלדו נתונים על ידי המטפלות. בנוסף, נשלחו באמצעות הדואר האלקטרוני שאלונים למטפלות נוספות, שנבחרו בדגימת נוחות וכדור שלג. לאחר מילוי השאלונים, החוקרת פנתה באופן אישי לעשר מטפלות מתוך ה-40 שנוספו, בבקשה להתראיין למחקר. הראיונות נערכו לרוב בביתן או במקום עבודתן של המרואיינות על פי העדפתן. כל ראיון נמשך כשעתיים. כל הראיונות הוקלטו ותומללו. הריאיון נערך תוך הבטחה של החוקרת לשמירה על פרטיותן וזהותן האנונימית.

עיבוד הנתונים

תהליך ניתוח השאלונים והראיונות התנהל על פי עקרונות הניתוח התמטי (Braun & Clarke, 2006). לאחר היכרות עם השאלונים והראיונות, וקידוד ראשוני, הראיונות חולקו בשלב השני ליחידות התחלתיות של משמעות, בניסיון להבחין בין נושאים שונים. בשלב השלישי, חיפוש

תמות, מושגי מפתח הוגדרו ברוב המקרים על פי הטרמינולוגיה האישית בה השתמשו המרואיינים (Strauss & Corbin, 1990). בשלב הרביעי והחמישי – חזרה על התמות ושיום התמות – הוגדרו הקשרים בין התמות ונוסחו התמות העיקריות והכללים להכללה של כל תמה. בשלב האחרון הופק הדו"ח המובא בפרק הממצאים.

סוגיות אתיות

המחקר אושר על ידי לשכת המדען הראשי במשרד החינוך וועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה. כל המשתתפות במחקר חתמו על טופס הסכמה להשתתפותן. פרטיהן האישיים נשמרו חסויים כדי לשמור על פרטיותן.

ממצאים

היבטים המתייחסים למבנה חדר הטיפול ומיקומו

גודל חדר הטיפול. 33 מטפלות דיווחו שהן עובדות בחדר בגודל של כיתת לימוד (5 על 4 מטרים). חלקן, התייחסו לגודל החדר הזה כיתרון, מכיוון שהוא מאפשר תנועה ומרחב, ואחרות ציינו כי הגודל אינו מאפשר אינטימיות. מתוך שאר המטפלות העובדות בחדרים שאינם כיתות לימוד, שש מטפלות תיארו את חדרן כגדול מאד ו-12 מטפלות סברו שחדר הטיפול שלהן קטן מדי, ואינו מאפשר עבודה מיטבית. הראיונות הצביעו על כך כי לתפיסתן של רוב המרואיינות לגודלו של החדר תפקיד חשוב. הן ציינו והעלו דוגמאות המדגימות כיצד גודלו של חדר הטיפול השפיע על תחושת הביטחון והאינטימיות שלהן ושל מטופליהן וכיצד ניתן להיעזר בחדר ככלי עבודה שעזר להן לפתח הבנות בסיסיות ביחס לעולמם הרגשי של מטופליהן: "גודל החדר אפשר למטופל עם קשיים בוויסות, להסתובב בחדר ולתופף על כל הדברים שהיו בחדר, לי זה שיקף את מצבו הנפשי הסוער, למדתי על הקושי שלו בהתארגנות במרחב, על הפיזור שלו ועל הצורך שלו באיסוף ובהכלה".

איכויות הבידוד של חדר הטיפול. בראיונות עלה כי לתפיסתן של רוב המרואיינות איכות הבידוד של חדר הטיפול, תלויה בשלושה גורמים: ראשית, רמת הבידוד של הקירות. למעלה ממחצית מהמטפלות (37) דיווחו על רמת בידוד לא מספיקה עד נמוכה, וציינו כי מקורות ההפרעה מגיעים מחצר בית הספר ומהחדרים הסמוכים, וכי הדבר הוא פועל יוצא מהיותו של חדר הטיפול ממוקם בתוך המבנה המרכזי של בית הספר. המטפלות תיארו מצבים בהם החדר מוצף ברעש ובריחות שמגיעים מבחוץ, דבר הפוגם במהות החוויה הטיפולית, יוצר קרע בחוויה האינטימית שהתהוותה בחדר, מפריע להעלאת תכנים רגישים באופן ספונטאני וגלוי, מהווה גירוי זר שנחווה כחודרני ולא רצוי, והופך, שלא מבחירה, להיות התוכן העיקרי של המפגש: "הקיר המשותף עשוי מגבס ואינו אוטם. זה גורם לכך שלא תהיה חופשיות, כמו שאנחנו שומעים אותם, כך גם הם שומעים אותנו, וזה מרגיש לא בטוח ולא אינטימי".

שנית, מיקומו של חדר הטיפול במרחב הבית-ספרי. 25 מהמטפלות דיווחו כי חדר הטיפול בו הן עובדות היה בעברו כיתה שהוסבה לחדר טיפולים, ולכן הוא ממוקם בין שאר כיתות בית הספר, בתוך המבנה המרכזי. לעומתן, 22 מטפלות דיווחו שחדרי הטיפול שלהן ממוקמים מחוץ לבניין המרכזי, או במקום צדדי, ובשל כך הן זוכות לשקט יחסי שתורם לאווירה האינטימית. תשע מטפלות סיפרו שחדר הטיפולים בו הן עובדות ממוקם במקלט. כל המרואיינות תפסו את היציאה של המטופלים מההוויה הלימודית למתחם אחר שממוקם מחוץ למבנה המרכזי, ולחדר השונה בצורתו ובאופיו מכיתת לימוד רגילה, כמשפיעה על נכונותם לשיתוף פעולה: "מטופלת סיפרה לי שכשהיא יוצאת ממבנה בית הספר לעבר החדר, היא מתחילה לחשוב על המפגש. המתחם האחר משפיע לטובה ונותן להם חשק להגיע לטיפול ולעבוד ברצינות על הקשיים שלהם". מיעוט המרואיינות שחדר עבודתן ממוקם מחוץ למבנה המרכזי אך בקרבתו, ציינו כי היות החדר מעט מרוחק ובעל איכויות בידוד טובות, מאפשר להן ולמטופלים ליצור 'מרחב אחר', שאינו מושפע מאלמנטים חיצוניים, ובכך מאפשר חווית קירבה ייחודית ומיוחדת. הייתה אף מי שתיארה את החוויה כמקבילה לחוויה רחמית: "החוץ פחות ניכנס פנימה וזה מאפשר היווצרות של בועה אחרת – זמן אחר, מקום בטוח עד כדי לפעמים חוויה של רחם".

שלישית, מידת ההתאמה של גודל החלונות, וכיסויים בווילון. חלונות מותאמים בגודלם ומחופים בווילונות נתפסו על ידי רוב המרואיינות לא רק כבעלי ערך בשמירת הפרטיות ומבססי-ביטחון, אלא גם כווסתים של כמות ואיכות האור שניכנס לחדר ומשפיע על האווירה והאינטימיות שלו: "יש לי בחדר שני חלונות קטנים יחסית ועוד חלון ממוצע על קיר אחר, לכל החלונות יש וילונות שניתן לסגור. זה שומר על פרטיות ואינטימיות וגם עושה בחדר אור נעים ואווירה חמימה". בשאלונים וגם בראיונות היו מעט שסיפרו כי הן עובדות במקלט ללא חלונות כלל: "חדר הטיפול שלי נימצא בתוך מקלט ואין בו חלונות אלא רק פתחי אוורור אליהם מובילים סולמות".

היבטים המתייחסים לפנים חדר הטיפול

ביחס לריהוט הקיים בחדרי הטיפול, כל המטפלות שהשתתפו במחקר (57), דיווחו כי בחדר הטיפול שלהן ישנם שולחנות. 36 מתוכן סברו כי כמות השולחנות ואופיים מותאמים לצורכי הטיפול, בהיותם מאפשרים עבודה בחומרים שונים, עבודה בקבוצות ושיחות עם הורים. לעומת זאת, 18 מתוכן דיווחו כי לרשותן עומד שולחן אחד בלבד, וראו בכך גורם מחבל בהצלחת הטיפול. במהלך הראיונות תיארו חלק מהמטפלות כי כאשר קיימים בחדר שולחנות גדולים, אשר קשה להזיזם במהירות ובקלות, הדבר משפיע מאד על המוטיבציה של המטפלת, עקב המאמץ שנידרש ממנה על מנת לארגן את החדר כל בוקר מחדש. כל המטפלות (57), דיווחו, כי בחדרן ישנם כיסאות פונקציונאליים שניתנים להזזה, דבר המאפשר להן לעבוד בחדר במבנים מגוונים ומשתנים על פי

הצרכים הייחודיים של המטופלים. שש מטפלות דיווחו כי בחדרן מספר רב של כיסאות ושולחנות, שאינם נחוצים לשימושו כחדר טיפולים, דבר הנותן לחדר צביון של מחסן ופוגע באווירה הרצויה. במסגרת הראיונות סיפרה אחת מהן: "בחדר שלי יש הרבה יותר מדי ריהוט שלוקח מחוויית האינטימיות ונותן להרגיש כמו מחסן. אין הרגשה של מקום חם ובטוח, וזה אף פוגע במוטיבציה שלי עקב הצורך לסדר ולארגן כל בוקר מחדש את החדר לקראת יום העבודה".

מתוך השאלונים עולה כי רק ל-13 מטפלות יש כיור בתוך חדר הטיפול. עשר מטפלות סיפרו כי הכיור בו הן משתמשות אינו בתוך החדר, אך נמצא בקרבתו, והעריכו שלמרות שמצב זה אינו אופטימאלי ומהווה קטיעה של הרצף הטיפולי, העובדה כי הכיור נמצא באופן יחסי בקרבת מקום, עדיין מאפשרת להן שימוש בחומרים שמצריכים מים זורמים. 24 מטפלות דיווחו כי בחדרן אין כיור ואף לא בקרבת מקום. הן ציינו כי עובדה זו מאד מגבילה אותן ואת מטופליהן, משפיעה על האפשרות להשתמש בחומרים שדורשים מים זורמים, ופוגמת בערך המוסף של הטיפול באמנות ותרומתו הייחודית למטופל.

15 מטפלות ציינו כי בחדרן קיים לוח סלוטקס, או לחילופין כני ציור, המאפשרים למטופלים לצייר בעמידה. 13 דיווחו כי בחדרן נימצא לוח כיתה רגיל, או לוח מחיק, העשוי לתת מענה חלקי לעבודה בעמידה, ו-27 דיווחו כי בחדרן אין לוח כלל, ולכן אין כל אפשרות לצייר בעמידה. רוב המטפלות (56), דיווחו כי בחדרן יש לפחות ארון אחד, שבו ניתן לאחסן את חומרי היצירה וכלי העבודה, ו/או לשמור את היצירות של המטופלים. 32 מתוכן סיפרו כי בנוסף לארונות יש בחדרן גם מדפים או כוננויות, שעליהם הן יכולות להניח את חומרי האמנות ולהציגם בפני המטופלים. תשע מטפלות ציינו כי כמות הארונות בחדרן עולה על הצורך, וכי השימוש בהם לצורכי אחסון של ציוד בית ספרי מהווה גורם מפריע בטיפול.

45 מטפלות דיווחו כי בחדרן נמצאים פריטים כגון שטיח, מזרון או פופים, המשדרים חום ורכות, התורמים לאינטימיות בחדר ונותנים מענה לצרכים טיפוליים רגרסיביים של חלק מן המטופלים. רובן הדגישו כי פינה זו היא הכרחית, והביעו רצון להוסיף ולהעשיר אותה בפריטים נוספים. בראיונות חלקן השתמשו במילים הלקוחות מעולם החושים והתחושות הגופניות: "חשוב שתהיה בחדר פינה רכה, מלטפת ומפנקת, שתתרום לחוויית האינטימיות והקרבה ולהרגשה שיש משהו שמחזיק ומגן". שאר המטפלות (12), סיפרו כי למרות הכרתן בחשיבותם של פריטים אלו ותרומתם לטיפול, אין באפשרותן ליישם זאת אם מההיבט התקציבי, ואם מבחינת גודל ומבנה החדר. בנוסף, מספר מטפלות ציינו כי קיימים בחדריהן אביזרים נוספים אשר לתפיסתן הם בעלי משמעות בטיפול. 12 מטפלות דיווחו כי בחדרן יש ארגז חול ופריטים עימם ניתן לעבוד בתוכו. חמש ציינו כי בחדרן יש מראה תלויה על הקיר והן משתמשות בה ככלי טיפולי. בהמשך לכך, שמונה

מטפלות דיווחו כי בחדרן נמצאים ריהוט, ציוד או אביזרים שאינם רלוונטיים לחדר הטיפול כגון, ציוד ספורט, ציוד רפואי וספרי לימוד.

רוב המרואיינות דיווחו כיצד, בדומה לסוגיית גודלו של חדר הטיפול, גם אופיו, ארגונו ותכולתו של החדר, השפיעו לטובה על התנהגותו של המטופל ואפשרו לו להעלות תכנים רגשיים מעולמו הפנימי. הן העריכו כי באמצעות התייחסותו של המטופל לארגון החדר, לאלמנטים שונים שנמצאים בו, לחומרים ולאופן הגשתם, הן יכלו ללמוד על רמת הוויסות הרגשי שלו, על יחסי האובייקט שלו, על יכולתו לשאת תסכול ועל יכולתו להתמודד עם גבולות. אחת המרואיינות תיארה: "העובדה שהחדר שלי מאורגן בפינות עם חומרים שונים, אפשר למטופלת עם קשיים בוויסות לעבור כל פעם מפינה לפינה. זה חידד לי את מצבה הנפשי ואת הצרכים שלה וסימן בצורה יותר מובהקת את מטרות הטיפול".

חומרי היצירה

חומרי היצירה ואופן הגשתם, נתפסו על ידי כל משתתפות המחקר כמהווים את הציר המרכזי בתהליך הטיפול באמצעות אמנות. רובן המכריע (47) דיווחו כי חומרי היצירה העומדים לרשותן הינם מגוונים ובכמות מספקת. עשר מטפלות ציינו כי חסרים להן בעיקר ספרים ומשחקים, וכי לרוב הן מביאות פריטים אלו מהאוסף הפרטי שלהן. עשר נוספות דיווחו על דלות ניכרת של חומרים בסיסיים, וציינו כי הן משלימות את החסרים באופן עצמאי. מטפלות אלו סיפרו במסגרת הראיונות כי מצב זה משפיע מאד על המוטיבציה של המטופלים ליצור, מסיט את מרכז הכובד של הטיפול למשחק או שיחה, ומשפיע מאד על הקשר בינן לבין המטופלים: "מיעוט החומרים והקושי בנגישות אליהם מנתב את הטיפול למשחק ושיחה. מיעוט החומרים מכריח אותי לשים גבול. לעיתים הם אומרים לי שאני קמצנית. אין לי ספק שזה משפיע על הקשר והרצון שלהם להגיע לטיפול".

בנוגע לארגון החומרים בחדר הטיפולים, ראוי לציין כי התשובות לשאלונים הראו כי קיימות שתי עמדות מרכזיות. קבוצה גדולה של מטפלות צידדו בחשיפת כל החומרים בפני המטופלים. בראיונות הן ציינו כי להערכתן האפשרות לבחירת חומר מתוך מגוון רחב של חומרים שנמצאים במקום קבוע באופן גלוי וזמין, מעניקה למטפלת ולמטופל חוויה מאפשרת ומדויקת, המבססת ביטחון: "מגוון רחב של חומרים נותנים גם למטפל וגם למטופל חוויה של אפשור דיוק וביטחון, גם המיקום הקבוע של החומרים נותן הרגשה של מוכרות ותורם רבות להרגשת הביטחון של המטופלים שלי". בנוסף על כך, הן אמרו כי הימצאות של מגוון חומרים זמינים ונגישים, משפיעה ומעלה את המוטיבציה של המטופל להגיע לטיפול, מעודדת יצירתיות וחקר פנימי: "המגוון הרחב של החומרים מעולמות שונים וכלי העבודה, אפשרו למטופל להעלות תכנים

ייחודיים וחשובים כמו תוקפנות והרס״. הקבוצה השניה, אשר כללה כשליש מן המרואיינות, דגלו בשילוב בין הסתרה וחשיפה של החומרים לצורכי וויסות, ובהתאם לצרכים הייחודיים של כל מטופל. כ-28 מכלל המטפלות ציינו כי הן נהנות מהאפשרות ליישם את עמדתן המקצועית, ומיעוטן ציינו כי חשיפת החומרים עבורן הוא אילוץ הנוגד את עמדתן המקצועית.

סוגיות של אחסון עבודות המטופלים

שמירת עבודות המטופל באופן חסוי בתוך ארונות סגורים וניתנים לנעילה, עלתה הן בראיונות והן בשאלונים, כמשקפת את עמדתן המקצועית של רוב משתתפות המחקר. 45 מטפלות דיווחו כי הן שומרות את העבודות הדו-מימדיות בתוך תיקיות ייעודיות, או בתוך ארון סגור, וכי העבודות מוגנות מפני חשיפה. 12 מן המטפלות דיווחו כי אין להן כל אפשרות לשמור עבודות במקום סגור ומוגן, והן מונחות על מדפים פתוחים בתוך חדר הטיפול, או מחוצה לו. הן ציינו שמגבלה זו נוגדת את עמדתן המקצועית ופוגמת בתחושת הביטחון שלהן ושל מטופליהן. רוב המטפלות ציינו את הקושי הרב בשמירת עבודות תלת-מימד וסיפרו על דרכים יצירתית להתמודדות עם קושי זה, כדי למנוע חשיפת עבודות של מטופלים בפני מטופלים אחרים. 36 מטפלות דיווחו שעמדתן המקצועית דוגלת בשמירת עבודות המטופל באופן חסוי, אלא אם המטופל ביקש אחרת. כאמור, ניתן לראות כי למרות הקשיים, רובן של המטפלות מוצאות דרכים ליישום עמדה זו. מיעוט מן המטפלות (ארבע), ציין כי למרות העמדה הברורה הדוגלת בשמירת העבודות חסויות, אין להן יכולת לעשות זאת, עקב התנאים בחדר. שבע מטפלות הביעו עמדה אמביוולנטית ביחס לנושא זה, מתוך השקפה שעבודות חשופות עשויות להוות גירוי ולעורר סקרנות ומוטיבציה אצל המטופלים.

בראיונות עלה כי שמירת עבודות המטופלים בארונות נעולים ובאופן חסוי נתפסה על ידי כל המרואיינות כפרמטר רב-חשיבות ובסיסי בטיפול. המרואיינות ציינו כי לתפיסתן של המטופלים, הארונות הנעולים נועדו לשמירה ולהגנה על עבודותיהם, והיוו ביטוי מטאפורי למקום בטוח ומוגן: ״שמירת העבודות משמעותה שמירת התוכן הרגשי של המטופל והגנה עליו. שמירת העבודות באופן ראוי, מבססת ביטחון אצל המטופל״. לתפיסתן של המרואיינות, הארונות נועדו לשמירה על כלי העבודה וחומרי היצירה באופן קונקרטי, ובאופן מטאפורי, לביטחון המטפל ביכולתו לקיים את ההבטחה של שמירה והגנה העומדת בבסיס הטיפול: ״יש לי קושי עם העבודות של התלת-מימד ולעיתים הן נשארות חשופות בגלל חוסר ברירה. לי זה נותן חוויה של חוסר בטחון ושאינני יכולה באמת לשמור ולהגן על המטופלים שלי כפי שהבטחתי להם״.

רק 26 מן המטפלות התייחסו בשאלון אל השאלה בנוגע למדיניות בית הספר בהקשר לסוגיית שמירת עבודות המטופלים. 22 מהמשיבות ציינו כי עמדתן המקצועית היא שיש לשמור את העבודות עד סוף השנה, ואז למסור אותן למטופלים, במידה והם מעוניינים בכך. ארבע מתוכן סיפרו

כי בית הספר אינו מייחס לכך חשיבות, ואינו מקצה מקום למטרה זו, ועל כן אין באפשרותן ליישם את השקפתן בעניין זה, ולכן הן מוסרות את העבודות למטופלים במהלך השנה, ואילו השאר (18), ציינו כי בית הספר לא גיבש מדיניות ברורה בעניין זה, ונותן להן יד חופשית. מתשובותיהן של ארבע המטפלות הנותרות שהשיבו לשאלה זו, לא ניתן היה להבין מהי עמדתן, או עמדתו של בית הספר, ביחס לנושא זה.

היבטים מערכתיים

מכלול המידע שנשאב מהשאלונים והראיונות הצביע על כך כי רוב המטפלות העובדות בבתי ספר (45) חולקות את חדרן עם גורמים נוספים מתוך בית הספר. מתוכן 24 מטפלות חולקות את חדרן עם אנשי מקצוע נוספים שאינם מעולם הטיפול, ואף נערכים בו לעיתים חוגים, שיעורי מוזיקה ופעילויות בית ספריות שונות. הן הביעו את חוסר שביעות רצונן ממצב דברים זה. 21 מטפלות דיווחו כי הן חולקות את חדרן עם מטפלות נוספות באמצעות אמנויות או קלינאיות תקשורת ומרפאות בעיסוק, וכ-11 מטפלות בלבד נהנות מחדר ללא שותפים.

השיתוף של חדר הטיפול עם גורמים נוספים תואר ברוב השאלונים ובמרבית הראיונות כמורכב מאד וכבעל השפעה גדולה על האינטימיות והמוטיבציה של המטופלים והמטפלות. הצורך בסידור החדר כל פעם מחדש על מנת להתאימו לצרכי המטופל המסוים, ניתפס על ידן כמעיק ומעייף, כלא מאפשר למטפלת פניות למטופלים, מחבל באינטימיות ומוריד את המוטיבציה של המטפלת: "השיתוף בחדר עם גורמים נוספים מצריך להזיז כל פעם את הרהיטים על מנת ליצור מקום אינטימי וזה מאד מקשה עלי להיות פנויה למטופלי. אני מוותרת על התערבויות טיפוליות שעלולות ללכלך כדי לא להתעסק עם זה אחר כך". בנוסף, סיפרו כי פעמים רבות הן מוצאות עצמן חרדות וחוששות באיזה מצב ימצאו את חדרן ביום המחרת: "החדר משמש כמעיין כולבוויניק של בית הספר, ומתקיימות בו פעילויות מגוונות ללא השגחת מבוגר. אני מרגישה חסרת אונים בגלל חוסר הידיעה מה אמצא בו מחר". היבט נוסף של הצורך בשיתוף, אותו ציינו רוב המרואיינות, הוא הבלבול של מטופלים שנפגשים עם גורם מקצועי אחר באותו החדר, דבר שגורם לקושי בביסוס קשר טיפולי ייחודי עם המטפלת: "השיתוף עם גורמים נוספים גורם לבלבול ופגיעה באינטימיות. מטופל שמקבל בחדר גם שיעור עם מורת שילוב, הפתיע אותו שגם אני שם. לקח לו זמן ארוך להיכנס להוויה הטיפולית וליצור איתי קירבה". מעט מן המרואיינות הביעו עמדה מעט שונה, והתייחסו לשיתוף באופן אמביוולנטי. הן העריכו כי לצד הקושי והשפעתו המזיקה על האינטימיות והמוטיבציה, הצורך לסדר את החדר כל פעם מחדש לקראת המטופל המסוים, מכריח את המטפלת לחשוב על המטופל ועל צרכיו הייחודיים, וראו בכך גורם שעשוי לתרום לתהליך ההתקשרות ולחוויה האינטימית, כאשר המטופל ניכנס לחדר שנחווה על ידו כתואם ומדויק לצרכיו הרגשיים:

"העובדה שאני נדרשת לארגן את החדר והחומרים כל פעם מחדש גורמת לי לחשוב על כל מטופל ולדייק אותו. אני מרגישה כי זה יוצר אצלי תהליך של התקשרות ותורם לאינטימיות". כמו כן, הן ראו בכך גם יתרון לפיתוח המקצועי שלהן ולחשיפתן לאמצעי טיפול נוספים: "התחלקות עם מטפלים נוספים בחדר, מאד מקשה, אך יש לה גם צדדים חיוביים. זה עשוי לפתוח אופציות להיכרות עם תחומי דעת נוספים ולהגמיש עמדות נוקשות".

אופיו של חדר הטיפול והתאמתו המרבית לתנאי טיפול מיטביים, נמצאו על ידי מרבית המרואיינות כקשורים באופן ישיר לעמדתה והבנתה של המערכת את הצרכים הייחודיים של תחום הטיפול באמנות, ואת המשמעות של אפיוני חדר הטיפול כחלק מהסטינג הטיפולי. מעט מן המרואיינות, שעובדות בחדרים שאינם מותאמים וסובלות מתקציבים דלים ומחוסר בכלי עבודה וחומרים, סיפרו על הרגשות הקשים שלהן כלפי המערכת ועל כוחות ומוטיבציה ירודים: "תנאי העבודה שלי מאד ירודים. אני מרגישה כי המערכת מזלזלת בי ולא מכבדת אותי, אני מרגישה תסכול גדול ואין לי כל תחושה של שייכות". רוב המרואיינות שדיווחו כי הן זוכות לתמיכתה של המערכת, לחדר מותאם ומתוחזק היטב ולתקציבים מספקים לרכישת חומרים, סיפרו כי תנאים אלה נותנים להן הרגשה טובה מאד, הרגשה של שייכות והערכה, ובעיקר נותנים להן כוחות ומוטיבציה להתמודד עם הצורך לטפל במספר גדול של מטופלים ועם העומסים הרגשיים שניצבים בפניהן: "המערכת מבינה את עניין הטיפול, אין לי מגבלה ברכישה של חומרים ויש לי אמונה שאקבל את מה שאני צריכה. אני מרגישה הערכה רבה כלפי, שמשפיעה על המוטיבציה שלי וכפועל יוצא מכך גם על המוטיבציה של המטופלים שלי".

דיון

המחקר עסק בתיאור תפיסותיהן של מטפלות באמצעות אמנות את המאפיינים של חדרי הטיפול באמנות בבתי הספר במערכת החינוך בישראל, ובתפיסותיהן של המטפלות את משמעותו והשפעותיו של חדר הטיפול על איכות הטיפול. מטרת המחקר הייתה לבחון סוגיה זו לצורך שיפור וייעול העבודה הטיפולית במערכת החינוך בישראל.

בהקשר למאפייני חדרי הטיפול באמצעות אמנות בבתי הספר, מהשאלונים עלה כי לתפיסתן של המטפלות, באשר למיקום החדר, גודלו ואיכות הבידוד שלו, ההתאמה של החדרים לנדרש הינה חלקית בלבד. החדרים תוארו על ידי חלק מהמשתתפות כחדרים גדולים או קטנים מידי שאינם מאפשרים אינטימית ובטחון וכבעלי באיכות בידוד ומיקום לא מספקים. מצב זה, לתפיסתן של המרואיינות, מחבל ביכולתן לספק ביטחון וליצור אינטימיות עבור מטופליהן. הן טענו כי פעמים רבות הן נדרשות לעבוד בתנאים בסיסיים שהן אינן מזוהות עימם ואף נוגדים את עמדותיהן הטיפוליות והידע שלהן על תנאי סף לטיפול. בנוסף, הן סיפרו, כי פעמים רבות הן נדרשות

לתת פתרונות שלא תמיד יש ביכולתן לספק, מה שפוגע מאד בתחושת הביטחון שלהן ושל מטופליהן. תפיסתן של המרואיינות את חדר הטיפול ואת מרכיביו השונים כגורם המשפיע על תחושת הביטחון, האינטימיות והקשר בין המטפל למטופל, תואמת לנאמר במחקרים שעסקו בחדר הטיפול ומרכיביו הפיזיים ובהשפעתם על הטיפול. מחקרים אלו מצאו כי הסביבה הפיזית משפיעה מאד על הטיפול ועל האווירה והאינטימיות הנוצרת בו (למשל Goditsch, Storz & Stegemann, 2017) וכי נוצרת התקשרות של המטופלים לחדר הטיפול באמצעות אמנות ולחפצים שבו, המשפיעה רבות על חווית הביטחון ועל התהליך הטיפולי (Fenner, 2011). על בסיס המחקרים הללו ניתן ללמוד כי המענה החלקי בלבד של חלק מחדרי הטיפול במערכת החינוך בישראל, מקשה מאד על התפתחותם של הביטחון והאינטימיות שנתפסים בספרות כהכרחיים למרקם העדין של היחסים בין המטפל למטופל ולהצלחתו של הטיפול (מטרי, 2005 ; פרלוב, 2010 ; Fenner, 2011;Tustin, 1987; Waldburg, 2012).

מכיוון שבטיפול באמנות מתקיים שילוב של שיחה מילולית ועשייה אמנותית, ציינו המרואיינות שעל חדר הטיפול להיות חדר שישמור על האיזון העדין שבין השניים, שיהיה בעל איכויות בידוד גבוהות, שיצטייר בנפשו של המטופל כמעיין מיכל או רחם מיטיב מחד, ויאפשר תהליכי יצירה בחומרים, תנועה וחופשיות מאידך. עמדה זו דומה לעמדה הקיימת בספרות לפיה יחסי המיכל והמוכל המתקיימים בהדדיות מהווים בסיס לצמיחה (אוגדן, 2005). סוטו (2008), התייחסה לחדר הטיפול באמנות, והדגישה את חשיבותו של ההיבט הוויזואלי והשפעתו על הנפש: "חדר הטיפול של מטפלת בחומר וצבע מתבקש ש'ידבר' גם במראהו" (עמ' 205).

מתוך הדווח של חלק מן המטפלות הן בשאלונים והן בראיונות עולה כי האפשרות לעבוד בחדר השומר על האיזון בין השניים במערכת החינוך לעיתים רבות אינה מתאפשרת. המטפלות מדווחות כי במקרה הטוב החדרים בהם הן עובדות הן כיתות שהוסבו לחדרי טיפול שגודלן אינו נתון לבחירה ופעמים רבות איכות הבידוד שלהן ירודה. במקרים פחות טובים אלו הם מקלטים שאינם יכולים לאפשר את התנאים הרצויים. מכיוון שרובן של המטפלות באמצעות אמנות עובדות במשרות חלקיות בלבד ואינן נמצאות בבתי הספר לאורך השבוע כולו, ניתן להבין את הקושי של המערכת להקצות חדר ייעודי המותאם לצורכי הטיפול בלבד. לצד זאת, לאור ההכרה בחשיבות של חדר מותאם וייעודי שיענה על האפיונים שנמצאו במחקר כבעלי השפעה על הטיפול, רצוי כי המערכת תיתן עדיפות לחיפוש פתרונות הולמים.

בהקשר להיבטים של פנים חדר הטיפול, חלק ניכר מהמטפלות דיווח על קיומה של התאמה סבירה לרצוי לתפיסתן. רגב ועמיתותיה (2016) מציינות כי בשנים האחרונות נעשו פעולות לקידום

שילובו של הטיפול באמנות במערכת החינוך בישראל, כגון הוצאת חוברת שנכתבה על ידי המדריכות הארציות לטיפול באמצעות אמנות ובה קווים מנחים לעבודת עובדי הוראה ממקצועות הבריאות (משרד החינוך, תשע״ח). בחוברת מצוי חלק אשר מגדיר מהו חדר המתאים לטיפול באמצעות אמנות וכן חלק המתייחס לחומרי היצירה הנדרשים. נראה כי המשך מעקב על ההתפתחויות החלות בשטח במקביל להמשך חקירת הנושא, יתמוך בשיפורם וייעולם של חדרי הטיפול.

רוב המטפלות שהשתתפו במחקר דווחו כי הן נהנות מחומרים מגוונים ובכמות מספקת מה שלטענתן מאפשר להן לזמן למטופליהם התנסויות מגוונות. דיווח זה עומד בניגוד לדווח שניתן למצוא אצל רגב ועמיתותיה (2016), בו התייחסו המטפלות לחוסר בחומרי האומנות העומדים לרשותן ולתקציבים נמוכים לרכישת ציוד וחומרי יצירה. יתכן כי ממצאים אלו מרמזים על מגמת שיפור הקיימת, לפחות בקרב מרואיינות מחקר זה. לצד זאת, האפשרות להגשת חומרים באופן התואם את עמדתן הטיפולית שמתאפיינת בהגשת חומרים באופן גלוי ומזמין, ורואה בה הזמנה לעצמאות, יצירתיות וחקר פנימי נמצאה כמוגבלת לעיתים. המטפלות טענו כי הסיבות למגבלה זו נעוצות במבנה החדר וגודלו, באביזרי ריהוט חסרים או לחילופין שאינם מתאימים ובצורך שלהן לחלוק את חדרן עם גורמים נוספים בבית הספר. המרואיינות ציינו כי הן רואות בחומרי היצירה, את לב ליבו של הטיפול באמצעות אמנות וכי מגוון החומרים בעלי המרקמים השונים שברשותן מספקים למטופליהן מנעד רחב של ׳טעמים׳ שמהווים גירוי לחוויות סנסוריות שונות, ועוזרים להם להעלאת תכנים רגשיים מעולמם הפנימי. עמדתן זו של המטפלות מדגימה עמדות תיאורטיות הנמצאות בבסיס הטיפול באמנות. חלקן מציעות כי החומרים השונים במרקמם, צורתם, וצבעם מזמנים למטופל מרחב חי, נוכח, מזמין ומפעיל להעלאת חוויות רגשיות, חוויות גופניות ודיאלוג פנימי וחיצוני (סיאנו, 2016 ; שניר ורגב, 2013 ;Moon, 2010; Orbach & Glkin, 2016; Whitaker, 2004), תאוריה אחרת מתארת את המפגש עם החומרים כתורם לגירוי חושי בעל ערך להפעלת המעגלים העצביים העדינים של המוח (פרו, 2007), ויש נוספת המדגישה את האינטראקציה של המטופל עם החומרים ומייחסת לה ערך טיפולי משמעותי (Penzes et al., 2014). בנוסף, התייחסו המרואיינות לחומרים כ״מזון רגשי״ ולאופן הגשתם כמייצג את ההזנה דרכה מתפתח תהליך ההיקשרות בין המטפל למטופל. התייחסות דומה אנו מוצאים אצל שאל-שפילקה (2016). לטענתה, הקשר התחושתי עם חומרי יצירה רכים וקשים בטיפול באמנות מקביל ל״אינטגרציה התחושתית״ של התינוק בראשית ימיו, והוא חלק מחוויית ההכלה בקשר בין האם לילדה, ובאופן מקביל בין המטופל למטפל.

ממצאים אלו מחזקים את ההבנה כי חומרי היצירה אינם עומדים בפני עצמם וכי יש לתת את הדעת על מרחב טיפולי ואביזרי ריהוט שיאפשרו לתווך אותם למטופלים באופן מותאם. בנוסף, יש לבחון את הסוגייה המורכבת של שיתוף חדר הטיפול עם אנשי מקצוע נוספים ולמצוא פתרונות לשיתוף שלא יגביל את המטפלות ויאפשר להן להציע למטופליהן את החומרים באופן מותאם ומיטבי.

ממצאים העולים מתוך השאלונים והראיונות מצביעים כי לרוב קיימת אפשרות נאותה לשמירת עבודות דו-מימד של המטופלים אם בתיקיות ייעודיות או בארון סגור. יחד עם זאת, עלה קושי משמעותי ביכולת השמירה של עבודות תלת ממדיות מעצם היותן דורשות מרחב גדול יותר מעבודות דו ממדיות. משתתפות המחקר ציינו שהקושי נובע בעיקר מפאת חוסר בארונות סגורים שניתן לאחסן בהם את העבודות ופעמים רבות העבודות נשארות חשופות ולא מוגנות. בנוסף, מכיוון שרובן חולקות את החדר עם גורמים נוספים בבית הספר, לעיתים העבודות ניזוקות או נעלמות. המרואיינות ציינו כי למגבלה זו ישנה השפעה משמעותית על תהליכי היצירה של המטופלים, על רמת האמון והיחסים בין המטופלים לבינן וגם על תפיסתן את עצמן כמי שמפרות את כללי היסוד של טיפול רגשי באמצעות אמנות. המרואיינות התייחסו לכך שבשונה מהטיפול הפסיכותרפויטי, בטיפול באמנות, לצד השיתוף המילולי של המטופל, גם תהליכי היצירה והתוצרים מייצגים ומספרים את עולמו הפנימי של המטופל. עמדה זו קיימת בספרות התיאורטית (חזות, 1998 ; סוטו, 2008 ; Moon, 2015), המתארת את התוצרים האמנותיים כמבטאים את תחושותיו, מחשבותיו ומאווייו של המטופל והם ה"מילים" שלא יכולות להיאמר ולהיחשב. מכאן, ששמירת היצירות באופן חסוי ובטוח מבטאת באופן קונקרטי ומטאפורי את קיום החוזה הטיפולי בבסיסו עומדת ההבטחה לשמירה והגנה של המטפל על הפרטיות של המטופל ועל התוכן הרגשי שעולה בטיפול (AATA, 2003; Maat & Espinola, 2015; Moon, 2015; Moriya, 2006). נושא זה שייך לסוגיה רחבה יותר העוסקת בשמירת הסודיות בטיפול ונתפסת בספרות המקצועית כתנאי מוקדם המאפשר למטופל לחשוף את עולמו הפנימי בפני המטפל (פרויד, 2002א ; קלנר, 2000 ; Younggren & Harris, 2008). למרות שקיימת הסכמה בחשיבות שמירת עבודות המטופלים כולן באופן ראוי על פי כללי האתיקה, נראה מתוך ממצאי מחקר זה כי עדיין לא נימצא במערכת החינוך פתרון שייתן מענה מספק לסוגיה זו.

ממצאי המחקר מראים כי בשונה מההסכמות הרחבות שעלו בנושא הביטחון וחשיבות החומרים, לגבי חלק גדול מאפיוני החדר האחרים התגלה שוני ניכר בצרכים ובסדרי העדיפויות של משתתפות המחקר. הן הציגו העדפות שונות ביחס למיקומו של חדר הטיפול במרחב הבית ספרי, באפיוני הריהוט שהעדיפו שיהיה בחדר כגון שולחנות וכיסאות, לוחות סלוטקס ובאביזרי ריהוט

נוספים, בדגש על שימוש מאסיבי יותר של חומרים מסוימים, ביכולתן לוותר על פינה רכה או בחשיבות של הימצאותו של כיור בקרבת החדר ולאו דווקא בתוכו. ניתן להבין פערים אלו כקשורים לפרופיל של אוכלוסיית המטופלים של כל מטפלת, לגישתה מקצועית וכמובן לאישיותה ולעולמה הפנימי. נראה כי הארגון של המערך הטיפולי תלוי רבות באופי ההכשרה של המטפל, במסגרת בה מתבצע הטיפול, בעמדתו וגישתו של המטפל ובנטיותיו האישיות (חזות, 2015). ההכרה בצרכים השונים של המטפלים על רקע סובייקטיבי ומערכתי מחדדת את הצורך בדיאלוג ושיתוף פעולה בין המערכת למטפל על מנת שחדר הטיפול יהיה מותאם לאפיוני אוכלוסיית המטופלים ובמקביל יהווה סביבה המותאמת באופייה ובאווירתה לאישיותו, גישתו ועמדותיו של המטפל.

בהקשר לדיאלוג ולשיתוף הפעולה בין המטפלות למערכת עלה מן המחקר בצורה בולטת מאד, כי בבתי ספר שבו למטפלות היה מקום משמעותי בצוות בית הספר ודעותיהן ועמדותיהן המקצועיות נלקחו בחשבון בשיקולי המערכת, הן הרגישו מוערכות ביותר וראו בכך תרומה משמעותית למוטיבציה שלהן ולהצלחתם של הטיפולים. לעומתן, המטפלות שמקומן במערכת לא היה ברור ושלהרגשתן, דעותיהן ושיקוליהן המקצועיים פחות נלקחו בחשבון על ידי המערכת, הרגישו לא שייכות ולא מוערכות מקצועית ותארו כיצד חוויות אלו חלחלו לתוך חדר הטיפול.

ממצאי המחקר מעידים כי לצד ההתפתחויות שחלו בשנים האחרונות בתנאי עבודתן ובשילובן של מטפלות באמנות בבתי הספר במערכת החינוך, עדיין קיימים פערים בין הרצוי למצוי בהקצאת חדרי טיפול מותאמים. תפיסתן של המרואיינות את אפיוני חדר הטיפול כגורמים בעלי השפעה על איכות הטיפול והצלחתו, מחדדת את הצורך בהקצאת חדר שיוגדר באופן ספציפי כחדר שנועד לטיפול באמצעות אמנות (בדומה לחדר אחות, חדר מחשבים, חדר אמנות ועוד), שתכנונו יעשה בשיתוף פעולה עם המטפלות באמנות העובדות בבית הספר. חשוב כי החדר יענה על שני הפרמטרים ההכרחיים של הקניית ביטחון למטופל ולמטפל וחומרי יצירה מספקים שניתן יהיה להגישם למטופל באופן מותאם לצרכיו. ביחס לאפיוני החדר הנוספים רצוי שיתקיים דיאלוג בין המטפלות לבין המערכת הבית ספרית בו יילקחו בחשבון הן צורכי המטופלים והמטפלות והן האפשרויות התקציביות של בית הספר. שיח זה מחייב פתיחות וגמישות של שני הצדדים על מנת להשיג שיתוף פעולה. האפשרות לדיאלוג פתוח בין המטפלות למערכת עשוי להעמיק את תחושת השייכות של המטפלות ולהעניק להן ולמטופליהן חוויה מיטיבה.

לצד משמעותו של המחקר ותרומתו, חשוב לציין כי הוא מתבסס על מדגם נוחות לא מייצג, שלא ניתן להכליל ממנו על כלל חדרי הטיפול באמנות בארץ. מגבלה נוספת היא שהמחקר מתבסס על דווח עצמי ולא על תצפית ולכן כולל רק את עמדות המטפלות. נקודות מבט נוספות וכן תצפית יכולות להעמיק ולהרחיב את תיאור תמונת המצב המתקבלת. מכיוון שבמחקר הנוכחי לא נעשתה

אבחנה בין בתי ספר מהחינוך הרגיל לבתי ספר מהחינוך המיוחד, מחקר שיבדוק את ההבדלים של אפיוני החדר הנדרשים ביחס לאפיוני אוכלוסיית התלמידים של בית הספר עשוי לתרום להגדרות מדויקות יותר של הצרכים הייחודיים לכל סקטור. כמו כן, המחקר בדק אמנם את תפיסתן של המטפלות ביחס להשפעת מאפייני החדר על איכות הטיפול אך לא בדק האם בפועל איכות הטיפול נפגעת כתוצאה מחדר שאינו מתאים ומה רמת ההשפעה של כל מרכיב ומרכיב מאפיוני החדר השונים. מחקר המשך רחב יותר שיבדוק את הקשר בין מאפייני חדרי הטיפול לבין האפקטיביות הטיפולית עשוי להרחיב ולבסס את ממצאי המחקר הנוכחי.

רשימת המקורות

אוגדן, ת׳ (2005). **על אי היכולת לחלום** (עמ׳ 267–268). תל אביב: עם עובד.

אורבך, נ׳ (2003). **להוציא רוח מהחומר: הערות על טיפול באמנות מתוך התבוננות בפן הרוחני של החומרים** [גרסה אלקטרונית]. נדלה מתוך http://www.nonaorbach.com/masa.pdf

בליטי, א׳ (2014). **תפיסתן של מרכזות תחום (מדריכות) את הטיפול באמצעות אומנות, כפי שהוא מיושם בבתי הספר המערכת החינוך**. עבודת גמר לקבלת תואר ״מוסמך״, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

גוטליב, ת׳ (1999). כמה אספקטים של טיפול באמנות: עבודה עם ילדים ובני נוער. **סוגיות בחינוך המיוחד ובשיקום, 14**(1), 73-65.

גרין, ד׳ (2007). **פסיכותרפיה ממבט אחר**. צפת: ספרים - הוצאה לאור.

דניאל, פ׳ (2001). אנאליזה של ילדים ומושג הפנטזיה הלא מודעת. בתוך ר׳ אנדרסון (עורך), **מאמרים קליניים על קליין וביון** (עמ׳ 40 – 52). בן שמן: מודן.

האס, א׳ (2013). טיפול באמצעות אמנות: תמורות בתהליך הסדרת המקצוע בישראל. **טיפול באמנויות - מחקר ויצירה במעשה הטיפולי, 3**(2), 344–356.

וניקוט ד׳ (1995). **משחק ומציאות**. תל אביב: עם עובד.

וניקוט ד׳ (2009). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**. תל אביב: עם עובד.

חזות, ת׳ (1998). טיפול באמצעות אמנויות בישראל לקראת שנת 2000: דיוקן של מקצוע. **סחי״ש, 3**(2), 7–17.

חזות, ת׳ (1999). אמנות איננה מה שעושים אמנים, אלא מה שאחרים פסקו מעשות: ראיון עם פרץ הסה. **סחי״ש, 14**(1), 7–17.

חזות, ת׳ (2015). גישת חיפה לטיפול באמצעות אומנות חזותית. בתוך ר׳ ברגר (עורך), **היצירה לב הטיפול: תיאוריות ומודלים חדשים בטיפול מבוסס אמנויות** (עמ׳ 192–233). קריית ביאליק: אח.

לוי, א׳ (2012). **הבית והדרך עיונים בדמיון הפסיכואנליטי**. תל אביב: רסלינג.

ליטל, מ׳ (2005). **חרדות פסיכוטיות והכלה: דווח אישי על אנאליזה אצל וניקוט**. תל אביב: תולעת ספרים.

מוריה, ד׳ (2000). **טיפול באמנויות בבתי הספר**. הרצליה: דפוס טורבו.

מטרי, י׳ (2005). **בית לנפש: החיפוש אחר העצמי האמיתי והמרחב הנפשי** (עמ׳ 199–205). בן שמן: מודן.

מרקמן, ד׳ (2013). **כשהחסוי הופך לגלוי**. תל אביב: רסלינג.

סוטו, ל׳ (2008). **לגעת בנפש פסיכותרפיה באמצעות חומרים וצבעים** (עמ׳ 205–209). חיפה: פרדס.

סיאנו, י׳ (2016). **חפצים אבודים, מצויים ודחויים בטיפול באמנות** (עמ׳ 44–45). בהוצאה עצמית.

פונטאליס, ז״ב (2000). **חלונות**. תל אביב: תולעת ספרים.

פלורסהיים, ד׳ (2003). **מרחב מוגן: מטופל ומטפל במציאות של טראומה מתמשכת** [גרסה אלקטרונית]. נדלה מתוך http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3168

פרו, ל׳ (2007). החוויה החושית וההפנמה. בתוך לוסיל פרו (מחבר ועורך), **חיזוק הקשר הרגשי הורה-ילד באמצעות תרפיה באמנות** (עמ׳ 53–67). קריית ביאליק: אח.

פרויד, ז׳ (2002). **הטיפול הפסיכואנליטי**. תל אביב: עם עובד.

פרויד, ז׳ (2002א). **תקציר הפסיכואנאליזה הטכניקה הפסיכואנאליטית (1938) בתוך הטיפול הפסיכואנאליטי** (עמ׳ 236–243). תל אביב: עם עובד.

פרלוב, מ׳ (2010). **״אינטימיות״ בחשיבה הפסיכואנליטית: מבוא קצר** [גרסה אלקטרונית]. נדלה מתוך אתר פסיכולוגיה עברית http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2493

קופר-אדר, ר׳ (2006). מקצוע הטיפול באמנויות בארגונים: ילד אהוב, בן חורג או אחר דחוי. **אנליזה אירגונית, 10**, 55–69.

קיליק, ק׳ (2010). חדר האמנות כמיכל בטיפול נפשי ביקורתי באמנות, בקרב מטופלים במצבים פסיכוטיים. בתוך אנדריאה גילרוי וגרי מקנילי (עורכים), **יישומים מעשיים והיבטים תיאורטיים בטיפול באמנות: יחסי גומלין בין אמנות לטיפול ובין המטפל באמנות למטופל** (עמ׳ 109–124). קריית ביאליק: אח.

קינן, ו׳ (2014). **תפיסתן של מחנכות את הטיפול באמצעות אומנות כפי שהוא מיושם בבתי ספר**. עבודת גמר מחקרית, אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לטיפול באמצעות אמנויות.

קלנר, נ׳ (2000). **״דבשת הגמל״, החוזה הטיפולי בפסיכותרפיה פסיכואנליטית**. בן שמן: מודן.

רגב, ד׳, שניר, ש׳, אלקרא, מ׳, בליטי א׳, גרין- אורלביץ, ע׳, דאוד, ה׳ ... קינן, ו׳ (2016). טיפול באמצעות אמנות במערכת החינוך במדינת ישראל: תמונת מצב . בתוך **טיפול באומנויות: מחקר ויצירה במעשה הטיפולי** (כרך 6, גיליון 1). אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לטיפול באמצעות אמנויות.

שאל-שפילקה, ח׳ (2016). **״זיכרון של הורים״ או היבטים תחושתיים בטיפול באמצעות אמנות** [מאמר שטרם פורסם].

שבריאן, ג׳ (1995). השעיר לעזאזל והטליסמא: העברה בתרפיה באמנות. בתוך טסה דאלי ועמיתים (עורכים), **תרפיה באמנות: התפתחויות חדשות: תיאוריה ומעשה** (עמ׳ 88–127). קריית ביאליק: אח.

שניר, ש׳ ורגב, ד׳ (2013). דיאלוג עם חומרים: יוצרים מספרים על התנסויות בחומרי יצירה. **טיפול באומנויות: מחקר ויצירה במעשה הטיפולי, 3**(1). אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לטיפול באמצעות אמנויות.

Adamson, E. (1984). *Art as healing*. London, UK: Coventure.

American Art Therapy Association. (2003). *Art therapy in the schools resource packet for school art therapists*. Retrieved from http://www.arttherapy.org/resources/arttherapyintheschools.pdf

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis, 49*, 484.

Bion, R.W.K. (1967). *Second thoughts*. London, UK: Heimenan.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.

British Association of Art Therapists. (2014). *Code of ethics and principles of professional practice for Art Therapists*. Retrieved from http://www.baat.org/About-BAAT/BAAT-Council

Brooker, J. (2010). Found objects in art therapy. *International Journal of Art Therapy, 15*(1), 25-35.

Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. London, UK: Routledge.

Champernowne, I. (1971). Art and therapy: An uneasy partnership. *Journal of the British Association of Art Therapists, 3*, 2–14.

Charlton, S. (1984). Art therapy with long-stay residents of psychiatric hospitals. In T. Dally (Ed), *Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique* (pp. 173-190). London, UK: Taavistock.

Edgcumbe, R. (1988). Five lectures on symbolization, thinking and affect. *Bulletin of the Anna Freud Centre, 11*(1), 15-52.

Edwards, D. (2004). *Art therapy (Creative therapies in practice)*. London, UK: Sage Publisher.

Fenner, P. (2011). Place, matter and meaning: Extending the relationship in psychological therapies. *Health & Place, 17*, 851–857.

Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy, 37*, 97–105.

Gersch, I., & Goncalves, S. S. J. (2006). Creative arts therapies and educational psychology: Let's get together. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 11*(1), 22–32.

Gladding, S. T. (2011). *The creative arts in counseling* (4th ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Glassman, E. L., & Prasad, S. (2013). Art therapy in schools: Its variety and benefits. In P. Howie, S. Prasad, & J. Kristel (Eds.), *Using art therapy with diverse populations: Crossing cultures and abilities*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Goditsch, M. J. , Storz, D., & Stegemann, T. (2017). Opening the door: First insights into the music therapy room's design. *Nordic Journal of Music Therapy, 26*(5) 432-452.

Goldsmith, A. (2006). The Art therapy room. In C. Case and T. Dally (Eds.), *Handbook of art therapy* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Henley, D. R. (2007). Art therapy with the multiply handicapped deaf child. In E. G. Jones, V. (Ed.), *Practice definition: Art therapy outdoors* (pp. 14-15). AT News briefing.

Jones, V. (2012). *Practice definition: Art Therapy outdoors*. AT News briefing.

Joseph, B. (1998). Thinking about a playroom. *Journal of Child Psychotherapy, 24*(3), 359-366.

Killick, K. (2000). The art room as container in analytical art psychotherapy with patients in psychotic states. In A. Gilroy and G. McNeilly (Eds.), *The changing shape of art therapy* (p. 99). London, UK: Jessica Kingsley.

Lydiatt, E. M. (1971). *Spontaneous painting and modelling*. London, UK: Constable.

Maat, M. B., & Espinola, M. (2015). Ethics in Art Therapy. In D. E. Gussak and M. L. Rosal (eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 814-821). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Moon, B. L. (2015). *Ethical issues in art therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Moon, C.H. (2010). *Materials and media in art therapy: Critical understanding of diverse artistic vocabularies*. New York & London: Routledge Taylor & Francis Group.

Moriya, D. (2006). Ethical issues in school art therapy. *Art Therapy, 23*(2), 59-65,

Morter, S. (1997). Where words fail: A meeting place. In K. Killick and J. Schaverien (Eds.), *Art psychotherapy and psychosis*. London and New York: Routledge.

Orbach, N., & Galkin, L. (2016). *The spirit of matter: A database handbook for therapists, artists and educators*. Kindle Edition.

Pénzes, I., van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H., & Hutschemaekers, G. (2014). Material interaction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy, 41*, 484–492

Regev, D., & Snir, S. (2015). Objectives, interventions and challenges in parent–child art psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 50-56.

Regev, D., Green-Orlovich, A., & Snir, S. (2015). Art therapy in schools: The therapist's perspective. *The Arts in Psychotherapy, 45*, 47–55.

Sassen,G., Spencer, R., & Curtin, P.C. (2005). Art from the heart: A relational-cultural approach to using art therapy in group for urban middle school girls. *Journal of Creativity in Mental Health, 1*(2), 67-79.

Schaverien, J. (2000). The triangular relationship and the aesthetic countertransference in analytical art psychotherapy. In A. Gilroy and G. McNeilly (Eds.), *The changing shape of art therapy*. London, UK: Jessica Kingsley.

Skailles, C. (1997). The forgotten people. In K.Killick and J. Schaverien (Eds.). *Art psychotherapy and psychosis*. London and New York Routledge.

Spier, E. (2010). Group art therapy with eighth-grade students transitioning to high school. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 27*(2), 75-83.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London, UK: Sage.

Tustin, F. (1987). *Autistic barriers in neurotic patients*. First published by London, UK: H Karnac Books.

Waldburg, C. (2012). *A space for creative learning and support*. London, UK: Hackney.

Wengrower, H. (2001). Arts therapies in educational settings: An intercultural encounter. *The Arts in Psychotherapy, 28*, 109–115.

Whitaker, P. (2004). Art moves: Exploring the implications of the body and movement within art therapy. *The Canadian Art Therapy Association Journal,17*(1), 3-9.

Willoughby-Booth, S. (2006). The art therapy room. In C. Case and T. Dally (Eds.), *Handbook of art therapy* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Wood, C. (2000). The significance of studios. *Inscape. Journal of the British Association of Art Therapists, 5*(2), 40–53.

Wood, C. (2000a). Using art therapy with 'chronic' long-term psychiatric patients. In D. Waller and A. Gilroy (Eds.), *Art therapy: A handbook* (pp. 81-85). Philadelphia, PA: Open University Press.

Younggren, J.N., & Harris, E.A. (2008). Can you keep a secret? Confidentiality in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(5), 589—600.