

משמעות הטיפול במוזיקה לילדים במצבי סיכון בפנימייה: ראייה אקולוגית

מאיה יאיר ודורית אמיר

תקציר

מאמר זה מבוסס על מחקר איכותני שעסק במשמעות הטיפול במוזיקה בפנימיות לילדים במצבי סיכון,¹ מנקודת מבטן של תרפיסטיות במוזיקה. במסגרת המחקר נערכו ראיונות עם תשע תרפיסטיות במוזיקה שעבדו בפנימיות שונות בארץ, ראיונות שבהם הושמעו גם קטעי מוזיקה מהטיפול, ונאספו שירים שבחרו המרואיינות בתום קריאת סיכומי הראיונות, ואשר ייצגו את תחושותיהן בעקבות הקריאה. ניתוח החומרים הניב ארבע קטגוריות-על: המטופלים – חולשות וקשיים מול יכולות וכוחות; הטיפול במוזיקה – בית לנפש; עבודה טיפולית במסגרת הפנימייה – "אין ויש"; המטפלות במוזיקה – גשר בין הפן המקצועי לאישי. ממצאי המחקר מצביעים על הפוטנציאל של הטיפול במוזיקה להאיר ולהרחיב את כוחות המטופלים ולהשפיע על סביבת הפנימייה – להפכה למקום מגורים טוב יותר בעבור המטופלים ולמקום עבודה טוב יותר לצוות ולמטפלות במוזיקה. הדיון מבוסס על המודל האקולוגי של ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1979), המאפשר לראות כיצד למוזיקה יש תפקיד חשוב בקידום יחסי הגומלין בין המערכות השונות בסביבת המטופל.

מילות מפתח: ילדים במצבי סיכון, פנימייה, טיפול במוזיקה, תרפיסטיות במוזיקה, מודל אקולוגי

מבוא

מאמר זה מבוסס על מחקר שנועד לבדוק את משמעות הטיפול במוזיקה בהתמודדות של ילדים החיים בפנימייה.² אני, הכותבת הראשונה, עבדתי כתרפיסטית במוזיקה בפנימייה במשך 12 שנה. בחדר הטיפול נבנו קשרים משמעותיים, ואהבתי מאוד את עבודתי עם הילדים. ניסיוני אֶפְשֵׁר לי להיווכח בכוחה של המוזיקה לסייע להם. לעומת תחושותיי הטובות בחדר הטיפול, התחושות מחוץ לחדר היו שונות. היעדר נוהלי עבודה מסודרים לצוות הוביל פעמים רבות לתחושת בדידות ותסכול. להעסקתי ללא

* מאמר זה מבוסס על עבודת דוקטור שכתבה מאיה יאיר, תרפיסטית במוזיקה, בהנחיית פרופ' דורית אמיר, במסגרת המחלקה למוזיקה של אוניברסיטת בר-אילן (ראו יאיר, 2014).

1 בעבודה המקורית נכתב "ילדים בסיכון". לאחרונה רווח בהקשר של ילדים, נוער וצעירים יותר ויותר השימוש בביטוי "מצבי סיכון", אשר מבטא את הפוטנציאל ההפיק במצב הילדים. מאמר זה כולל הגדרות שניתנו טרם הכנסת השינוי. במקומות אלו, כיון שמדובר בציטוטים, השארנו את הביטוי כפי שנכתב במקור. שינוי זה הוכנס לשימוש על ידי ד"ר רמי סולימני, מנכ"ל אשלים. תודה למרים גילת על שהפנתה את תשומת לבנו לשינוי.

2 המוקד במאמר זה הוא על פנימיות שבפיקוח משרד הרווחה (שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות). לא נכללות בו הפנימיות החינוכיות אשר בפיקוחו של משרד החינוך.

תקן מחייב היו השלכות מבחינת תנאי העבודה ומבחינה פסיכולוגית. היעדר תקנים יצר גם מצב שילדים שהיו זקוקים לסוג טיפול זה, לא יכלו לקבלו. נתונים אלה עוררו אצלי תחושת שליחות, שהתבססה על המחשבה כי מחקר העוסק במשמעות הטיפול במוזיקה בפנימייה והמראה את יעילותו, יכול להוות התחלה לשינוי מדיניות בתחום. הדחף לביצוע המחקר נבע גם מהצורך לקבל תשובות לשאלות אישיות הקשורות למשיכתי החזקה אל ילדים שיצירת קשר עמם דורשת התמודדות עם גילויים של דחייה וחוסר אמון מצדם.

סקירה ספרותית ומסגרת תאורטית

ילדים במצבי סיכון

"ילדים בסיכון חיים במצבים המסכנים אותם במשפחתם ובסביבתם, וכתוצאה ממצבים אלו נפגעת יכולתם לממש את זכויותיהם על פי האמנה לזכויות הילד" (שמיד, 2006, עמ' 67). ילדים אלה סובלים מהתעללות גופנית, מינית ורגשית ומהזנחה גופנית ורגשית (Munro, 2008). להתעללות ולהזנחה עלולות להיות השלכות קשות על בריאותם הפיזית והרגשית של הילדים הנפגעים. הם עלולים להיקלע למצוקות רבות, ורבים מהם עלולים להידרדר לחיי רחוב, להפוך לבני נוער חסרי השכלה ולהיקלע לאירועי חיים שליליים בגיל צעיר (ויסמן ורוזמן, 2005). ההגדרה "ילדים בסיכון" כוללת סיכון של הילדים עצמם, של סביבתם וגם של החברה כולה (לובחינסקי-לביא, 2001).

מרבית הילדים במצבי סיכון מגיעים ממשפחות שבהן תפקוד ההורים לקוי (הורביץ, בן יהודה וחובב, 2007; Dubowitz, 2009). בקרב משפחותיהם של ילדים אלו מופיעים בשכיחות גבוהה המאפיינים הבאים: עלייה, חד-הוריות, עוני, אבטלה כרונית ובעיות הנלוות אליה, כמו בעיות בדיור (בן רבי וחסין, 2005; Evenson & Simon, 2006). פוטנציאל לסיכון קיים גם במצבי מצוקה ומשבר הנובעים מבעיות בריאות, חוסר השכלה, גירושים, יתמות, נטישה, מחלות נפש, הפרעות אישיות, אלימות, זנות, שימוש בסמים ובאלכוהול, נכויות, פיגור והורה אסיר (בן-שלום ובר-צורי, 2004; ובנבנישתי ושיף, 2003). אפיונים נוספים הם נטייה להידחק אל שולי החברה והיעדר תמיכה של המשפחות המורחבות (רוזנפלד וסייקס, 2000). בדרך כלל, ההורים הפוגעים חוו חוויות דומות בילדותם (Medley & Sachs-Ericsson, 2009).

מחקרי אורך מצביעים על קשר בין פגיעה בילדות לבין בעיות בבגרות. ממצאיהם מלמדים כי חלק ניכר מהילדים שחוו פגיעה בילדות סבלו בבגרותם מביטויים של תוקפנות, דיכאון, הפרעות חרדה, הפרעות פוסט-טראומתיות, הפרעות אישיות, הפרעות אכילה, הפרעות דיסוציאציה (Ethier, Lemelin & Lacharite, 2004; Shaffer, Huston & Egeland, 2008), מופנמות או החצנת התנהגויות (Manly, Kim, Rogosch & Cicchetti, 2001) וחוסר גמישות של האגו (Hildyard & Wolfe, 2002). תיתכן נסיגה התפתחותית הכוללת בעיות בשינה, הרטבה ואנקומפרזיס (Richman, 1995). לונג ופוגל (2003) ציינו כי בעיותיהם ההתפתחותיות והרגשיות של ילדים במצבי סיכון

עלוות להוביל להכשלה עצמית ולתפקוד שכלי נמוך מהפוטנציאל. מחקרים מראים בעיות לימודיות בקרב ילדים אלה (שמעוני ובנבנישתי, 2011; Attar-Schwartz, 2009). בין ההפרעות ארוכות הטווח נצפו התנהגות מינית מסוכנת (Wilson & Widom, 2010) וחוסר יציבות בהתקשרות (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002).

ניתן אפוא להבחין בתחומים רבים שבהם צעירים אלו נמצאים במצב טוב פחות מבני גילם באוכלוסייה הכללית. עם זאת, מחקרים מהשנים האחרונות מראים כי בעוד שמצבם התפקודי והרגשי של רבים מילדים אלו הוא בטווח הקליני, ישנם ילדים שמתפקדים בטווח הנורמלי, כשניתנת להם ההזדמנות לחוויה מתקנת במסגרת השמה חוץ-ביתית בפנימייה (אליאל-גב, 2010; אלתרמן-שאשא, 2011; ביבי-גואטה, 2011).

פנימייה – הסביבה האקולוגית שבה החניכים חיים

הפנימייה היא מסגרת כוללנית שבה נמצאים החניכים במשך כל שעות היממה, והיא מהווה מעין תחליף לבית הוריהם. כאשר כל האפשרויות לטיפול במסגרת הבית והקהילה כושלים, ההוצאה מן הבית היא פעולה של העברה למסגרת מגנה, במטרה לאפשר לילדים המשך גדילה והתפתחות תקינים (זעירא, עטר-שוורץ ובנבנישתי, 2012; יוסף, 2011).

המערכת הפנימייתית מורכבת ממנהל, אם בית, עובדי משק, עובדי משרד ומדריכים, המלווים את החניכים בכל שעות היממה. בפנימיות מועסק גם צוות טיפולי רב מקצועי, הכולל פסיכיאטר, פסיכולוג, עובדים סוציאליים ומטפלים בתחומים שונים. תנאי החיים בפנימייה מביאים לכך שכל ילד וכל איש צוות מקיימים מערכות רחבות של קשרים בין-אישיים – חלקן פורמליות, וחלקן בלתי פורמליות (ברונו וגינוסר, 1994).

קיימים מקורות ספרותיים המחזקים את יתרונותיה של המסגרת הפנימייתית. וורד למשל הדגישה את חיוניותה של השגרה במבנה הפנימייה כנגד השרירותיות שחווים הילדים בביתם (Ward, 2004). חוקרים אחרים סברו כי האווירה הטיפולית היציבה והעקיבה בפנימייה מאפשרת לילד להתקשר עם חברי הצוות ולפתח אמון במבוגר (גור, 2005; Brown & Wright, 2001; Fonagy, 1998). וילצ'יק-אביעד (2013) מצאה במחקרה כי הפנימייה משמשת מקום להעשרה, טיפוח וקידום. לעומת מקורות ספרותיים אלו, מקורות אחרים מציינים היבטים שליליים של החיים בפנימייה. מור ומנדלסון (2006) ציינו כי בהיכרות קרובה ומתמשכת עם נוער במצבי סיכון בפנימיות, הם פגשו בני נוער שאינם מוכלים, לא על ידי עצמם ולא על ידי סביבתם. מחקרן של פינצ'ובר ועטר-שוורץ (2012) מצביע על קשר בין מאפיינים בסביבה הפנימייתית, כגון אלימות מילולית ופיזית שחווה החניך מצד חבריו ונוקשות והיעדר תמיכה של הצוות, שעלולים להחריף פגיעות רגשיות והתנהגותיות של הילדים. גרופר (2012) ומייק (2012) דיברו על היעדר הכשרה מספקת של המדריכים ועל שחיקה מהירה שגורמת לתחלופה גבוהה, העומדת בניגוד גמור לצורך בקביעות וביציבות ביחסיהם של הילדים עם המבוגרים המטפלים בהם.

ניתן אפוא לראות כי פגיעות גבוהה של ילדים במצבי סיכון מוסברת לא רק באמצעות הרקע של חוויות חיים כואבות, אלא יכולה להיות קשורה גם לסביבה המוסדית שבה החניכים חיים (עטר, 2006; פינצ'ובר ועטר-שוורץ, 2012; Barter, Renold, Berridge & Cawson, 2004). למסקנה זו ניתן למצוא גם בסיס תאורטי. לפי התאוריה האקולוגית (Bronfenbrenner, 1979), הפרט מושפע מהמערכות הסביבתיות שלו ומיחסי הגומלין ביניהן. פלצ'ר (Fulcher, 2001), עטר (2006) ופינצ'ובר ועטר-שוורץ (2012) הציעו את המודל האקולוגי כמודל מועדף להסתכלות על מצבו של הילד בפנימייה וכבסיס לטיפול בו ולקידום מצבו. גם אנו מצאנו במודל האקולוגי מסגרת תאורטית המתאימה לטיפול במוזיקה בילדים במצבי סיכון בפנימייה, והשתמשנו בו כבסיס לדיון במאמר זה. ניתוח הממצאים הראה שכל המרוויינות, אף שלא נשאלו על כך, תיארו את סביבת הפנימייה כחלק בלתי נפרד מהטיפול – כמשפיעה עליו ומושפעת ממנו.

קיים חיבור טבעי בין התאוריה האקולוגית לתרפיה במוזיקה. בוקסיל טענה שמוזיקה היא אקולוגית בטבעה. המוזיקה עצמה מאורגנת באופן הולרכי – כל שכבה מוזיקלית היא חלק משלם, שהוא חלק מעוד שלם ועוד שלם, וכל החלקים קשורים אחד לשני. נוסף על כך, מוזיקה נמצאת בכל שכבה של הסביבה הפיזית והמערכת הסוציו-תרבותית, ולמעשה משרתת כאמצעי תקשורת מאחד בין השכבות השונות (Boxill, 1977). גם רוד הציע לראות בתרפיה במוזיקה תנועה אקולוגית, ולא רק מודל טיפולי, וזאת בשל הפוטנציאל שיש למוזיקה לרגש ולהסב הנאה בחיים (Ruund, 1998).

הולינג תרם לפרקטיקה של התאוריה האקולוגית את המונח "חוסן" (resilience). המונח מתייחס להסתגלות בריאה של אדם למרות נסיבות של מצוקה ניכרת (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). סטיין עסק רבות במשמעות של חוסן נפשי בהקשר של ילדים בהשמה חוץ-ביתית והגדיר אותו במושגים של "התגברות כנגד כל הסיכויים" (Stein, 2005). מסטן ופול מצאו כי אפילו בקבוצות ילדים במצבי סיכון גבוה היו כאלה שהצליחו להציג תפקוד רגיל, למרות חשיפה למצוקה קיצונית (Masten & Powell, 2003).

התאוריה האקולוגית ומושג החוסן מאפשרים התבוננות לא רק על הקשיים, אלא גם על היכולות של ילדים במצבי סיכון ושל המערכות הסובבות אותם, התבוננות שמאפשרת תפיסה חיובית יותר של טיפול בקשיים אלו. גישה זו מתיישבת עם הטיפול במוזיקה, שבו פונים אל החלק הבריאה של המטופלים. דרך טיפול זו נשענת על הכוחות הקיימים בהם ועל מימוש הפוטנציאל שלהם, שקשה לעתים להבחין בו אצל ילדי הפנימיות, השקועים בקשייהם ומצוקותיהם (ברונו וגינוסר, 1994). נורדוף ורובינס, מחלוצי התרפיה במוזיקה, ראו בחיפוש אחר מקורות החוסן אצל המטופלים אבן יסוד בתרפיה במוזיקה (Nordoff & Robbins, 1977).

טיפול במוזיקה בפנימייה

לפי נוהלי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, כל הפנימיות נושאות תקן להעסקת פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, אך לא כך המצב ביחס למטפלים באמנויות. למרות היעדר תקנים, הטיפול באמנויות מוזכר בשירות זה כאחד

הטיפוליים הרגשיים המקובלים בילדים השוהים בפנימייה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2015, עמ' 112).

ברונו וגינוסר (1994) טענו כי טיפול באמצעים לא-מילוליים מתאים לילדי פנימיות. לדבריהן, האפשרות של המללת רגשות, התבוננות פנימה והרהורים המתעוררים בעקבותיה, זרים לילדים בפנימייה. בתהליכי היצירה יש ארגון סימבולי-אסתטי של עולמם הפנימי של הילדים שאינו מצריך שימוש במילים. למרות הכשרתם שנשענה על מודלים מילוליים, לונג, פסיכולוג חינוכי, ופוגל, פסיכולוג שניהל פנימייה לילדים במצבי סיכון, המליצו להשתמש במוזיקה ככלי המסייע בטיפול בילדים אלו. לטענתם, מילים לא יוכלו לבטא לעולם את עומקם האמתי של הרגשות שילד במצוקה חווה. מלבד הקושי להסביר את אשר הם מרגישים, חלק מהילדים יתקשו להבין את עצם ניסיונו של איש הטיפול לשוחח עמם. המוזיקה יכולה להוות אמצעי מגשר ואטרקטיבי לילדים שמתנגדים לטיפול מילולי. בעקיפין, המוזיקה יכולה לסלול את הדרך "להגיע" אליהם (לונג ופוגל, 2003).

מטפלים במוזיקה באוכלוסייה זו משתמשים במוזיקה להשגת יעדים שונים:

אמצעי ביטוי ופורקן של רגשות קשים. הנגינה מהווה מדיום לגיטימי לביטוי רגשי ולקתרזיס בדרך סובלימטיבית מתחושות שליליות הקשורות בהתעללות (Hong, 1996; Jocims, 2003; Hussey & Heng, 1998). מונטלו טענה כי אלתורים של מטופלים במצבי סיכון מעלים נושאים הקשורים לסביבה הרעילה של הבית ומכילים רגשות ותחושות שליליים, כגון: דיכאון, זעם וכאוס. היא הסבירה כי כשהמוזיקה של מטופל במצב סיכון נשמעת על ידי מטפל במוזיקה, והוא גם מגיב עליה, מתחילה להיווצר אצל המטופל מודעות עצמית (Montello, 1998). המוזיקה כאמצעי תקשורת מהווה אמצעי לביטוי עבור אלו הסובלים מבעיות התפתחותיות שפתיות כתוצאה מהזנחה בילדות (Hong et al., 1998).

אמצעי לחוות חיים מאורגנים ותחושת שליטה כנגד חיי שרירותיות. פלוור, תרפיסטית במוזיקה שעבדה בפנימייה, הייתה ערה לתחושת השרירותיות שמלווה את ילדי הפנימייה ולמספר המצומצם מאוד של אפשרויות הבחירה שיש להם בחייהם. היא טענה כי אלתור יכול לשמש עבורם פעילות למציאת משמעות, חלופה לחיים של שרירותיות וייאוש, בכך שבמעשה האלתור הם מביעים יזמה והתכוונות. כשהם מוזמנים לאלתר, זו הזדמנות עבורם לבחור כלי נגינה ולהחליט באיזה דרך לנגן (Flower, 1993). גם הונג ועמיתיו ציינו כי מטרת הטיפול במוזיקה היא לאפשר למטופלים החיים בפנימייה להשיג תחושה של שליטה על חייהם. בעבודתם כמטפלים במוזיקה הם כיוונו את המטופלים ליצור מוזיקה בעלת מבנה מאורגן, שמאפשר בחירה עצמאית הקשורה לתכנון ולביצוע של מהלכים מוזיקליים. בכך הם יצרו עבור המטופלים אפשרות לחוות חוויה של שליטה ולהגביר את ביטחונם העצמי (Hong et al., 1998).

קשר למקום פנימי בריא. בורקהרדט-מרמור דיברה על תפקידם של תרפיסטים במוזיקה בפנימייה כמשמרי מקום פנימי חיוני ובעל ערך באמצעות המוזיקה

(Burkhardt-Mramor, 1996). פבליציביץ' ציינה כי תרפיה במוזיקה מאפשרת להתייחס לילד כאל "שלם", ולא רק כאל קרבן אלימות וטראומה. היא טענה כי דרך משחק מוזיקלי, ילדים מתוודעים למקורות הבריאים של עצמם ומצליחים ליהנות ולהתגאות בהישגים למרות הטראומה שחוו. פבליציביץ' תיארה את עבודתה עם ילדים שגדלו בסביבה מוכת פשע וחוו אלימות ופירוד ממשפחותיהם. היא עבדה עמם באמצעות משחק, נגינה, שירה וריקוד. פעילויות אלו עוררו בילדים ספונטניות ויצירתיות. באותם רגעים, קרבנות הניצול והאלימות שיתפו פעולה, יצרו קשרים וצחקו כילדים "רגילים", בריאים ושלמים (Pavlicevic, 2002).

חוויה רגשית מתקנת על ידי מתן בסיס בטוח וסביבה מכילה. היות והאינטראקציות הטבעיות הראשונות בין הורים וילדים הן מוזיקליות במהותן (Nakata & Trehub, 2004; Papousek, 1996; Standley, 2001; Trehub & Schellenberg, 1995), הרי שטיפול במוזיקה מאפשר להגיע לאותן חוויות מוקדמות, לשחזר אותן ולעבדן. טיפול במוזיקה מאפשר לשחזר איכויות קדם-מילוליות של קשר אם-תינוק, והפעם בסביבה בטוחה, בהנאה ועם תחושה של חופש לשחק (אמיר, 2005). הטיפול מאפשר יצירת חוויה חדשה של הקשבה והיענות בדרך לא מאיימת, תוך הענקת הבסיס הבטוח שחסר לילד בעברו (Burkhardt-Mramor, 1996; Frank-Schwebel, 2002; Jochim, 2003; Levinge, 1996;) "musical attachment", המתייחס למוזיקה כבסיס בטוח שממנו ניתן לצאת ולהתנסות, בדומה למרחב הנוצר בין אם מקבלת וקשובה לתינוקה (Flower, 1993). הונג ועמיתיו ציינו כי המוזיקה מציעה קבלה ונחמה, וכי חוויית נגינה משותפת של מטפל ומטופל יכולה לגרום לילד הסובל מבעיות בהתקשרות לעבור ממצב של התנגדות להדדיות ביחסים בין-אישיים (Hong et al., 1998).

טיפול במוזיקה בפנימייה קיים מאז שנות השישים (Gaston, 1968), אולם הנושא לא נחקר דיו. רוב המאמרים בנושא טיפול במוזיקה בפנימיות מבוססים על תיעוד קליני, ולא על תיעוד מחקרי (ראו למשל Hong et al., 1998; Flower, 1993; Burkhardt-Mramor, 1996). המחקרים המעטים שהתפרסמו בנושא זה הבליטו היבטים ספציפיים בטיפול במוזיקה בפנימייה, כגון: תפקיד שירי ראפ בטיפול במוזיקה בפנימייה (Tyson, 2002), היבטים טיפוליים של נגינה בקבוצה במרחב הפנימייה (Krüger & Stige, 2014) והפער התרבותי שעולה בטיפול במוזיקה בפנימייה עם מטופלים בני העדה האתיופית (זאבי, 2012). בעוד שלושת המחקרים הללו התמקדו בהיבטים מסוימים, המחקר הנוכחי התמקד במשמעות הכוללת של טיפול במוזיקה בפנימייה מנקודת מבטן של כל המטפלות במוזיקה שעבדו בפנימיות בעת עריכת המחקר. בארץ נעשה מחקר אורך בנושא טיפול באמנויות בפנימייה (גוטמן, 1996), שהוכיח את יעילות הטיפול באמצעים שאינם מילוליים, אולם הוא נערך לפני 14 שנים, ולא כלל בתוכו את תחום הטיפול במוזיקה. המחקר הנוכחי נועד למלא את הפער הקיים בספרות. מטרתו הייתה לגלות ולהבין לעומק את משמעות הטיפול במוזיקה בילדים במצבי סיכון השווים בפנימייה.

שיטה

הבחירה במחקר פנומנולוגי ושאלת המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון את משמעות התרפיה במוזיקה בפנימייה כפי שחוו אותה מטפלות במוזיקה. לצורך כך נבחרה מסגרת מחקר פנומנולוגית שאפשרה להתייחס למכלול הרכיבים שבתופעה הנחקרת – טיפול במוזיקה בפנימייה – בהקשרים רחבים (Forinash & Grocke, 2005). שאלת מחקר אחת עוצבה במתכוון בצורה פתוחה וכללית: מה המשמעות של תרפיה במוזיקה בקרב ילדים במצבי סיכון המתגוררים בפנימייה?

משתתפות המחקר

במחקר השתתפו תשע מטפלות במוזיקה שעבדו במהלך המחקר או לפניו בפנימיות לילדים במצבי סיכון במקומות שונים בארץ.³ בחירתן נעשתה בשיטת "דגימה מכוונת" (purposive sampling), המאפשרת לחוקר לבחור משתתפים אשר יכולים להאיר את שאלות המחקר באופן הטוב ביותר (Kerlinger, 1972). המרואיינות היו בעת המחקר בעלות ותק של 3–19 שנים בעבודה הטיפולית בפנימייה, ניסיון המבטיח התייחסות מעמיקה לנושא הנחקר ומתוך נקודת מבט רחבה, שכן כל מטפלת טיפלה במספר רב של מטופלים והתנסתה במצבי טיפול שונים.

משתתפות המחקר: דינה,⁴ בת 39, נשואה ואם לארבעה,⁵ וזואי, בת 60, אלמנה ואם לשני ילדים בוגרים, עבדו בפנימיות חינוכיות. בתיה, בת 38, נשואה ואם לשניים, עבדה בפנימייה חינוכית שיקומית. אורית, בת 60, נשואה ואם לילד בוגר, הניה, בת 50, נשואה ואם לשלוש, ורד, בת 54, נשואה ואם לשניים, וטליה, בת 33, רווקה, עבדו בבית ספר בפנימיות טיפוליות. גיתית, בת 32, רווקה, וחגית, בת 41, פרודה ואם לילד, עבדו בפנימיות טיפוליות פוסט-אשפוזיות.

כלי המחקר

השתמשנו במחקר בכלים הבאים:

א. **ראיונות עומק** עם תשע מטפלות במוזיקה על עבודתן עם ילדים במצבי סיכון שהתגוררו בפנימיות שונות בארץ. הראיונות לא התמקדו ברצון לקבל תשובות לשאלות או לבחון השערות מסוימות, אלא ברצון להבין את חוויותיהן של המרואיינות ואת המשמעות שהן מייחסות להן (Seidman, 1991). עם זאת, כמסגרת לראיונות, הכנו סדרת שאלות על נושאים שעניינו אותנו (למשל תפקיד המוזיקה בטיפול, מטרות טיפוליות, דרכי התערבות). שאלות אלה או חלק מהן

3 משתתפות המחקר הן כולן נשים מכיוון שבעת עשיית המחקר רק נשים עבדו כמטפלות במוזיקה בפנימיות.

4 שמות המרואיינות במחקר בדויים כדי לשמור על פרטיותן.

5 מצבן המשפחתי של המשתתפות מפורט כאן, מאחר שמשפחה ואימהות הן נושאים מרכזיים במחקר.

הוצגו למרואיינות במקרים שבהם הן ביקשו הכוונה או כאשר נושא מסוים לא עלה באופן ספונטני או לא היה מעמיק דיו.

ב. **דוגמאות מוזיקליות-קליניות** שבחרו המטפלות כדי להציג את עבודתן. שלוש משתתפות הביאו לראיונות הקלטות ובהן אלתורים. שש הנותרות תיארו בתחילת הראיונות עמן דוגמאות מוזיקליות בעל פה. חיפוש הדוגמאות מראש היווה בעבור המרואיינות הכנה לראיונות, תוך התמקדות במוזיקה שבוצעה במהלך הטיפול. פתיחת הראיונות בדוגמאות מוזיקליות נבעה מהרצון להכניס את המרואיינות לעולם הצילילי מיד עם תחילתם. מערך מחקרי המשתמש במוזיקה ממחיש את ייחודה של התרפיה במוזיקה בכך שהוא מתאר את האופן שבו ניתנת למוזיקה המבוצעת בטיפול משמעות (Bruscia, 1989).

ג. **שירים** שבחרו המטפלות משתתפות המחקר לסיכום חוויותיהן אחרי קריאת סיכומי הראיונות. מתוך תשע המרואיינות, חמש בחרו בשירים. השירים ייצגו נושאים שונים, בהתאם לנטיית הלב של המרואיינות שבחרו בהם, ונועדו להוסיף לעיסוק בחומרי הראיונות ממד חווייתי, שיהווה מרכיב משלים למילים (Gardstrom, 2001; Langenberg, Frommer & Langenbach, 1996). לא כל המרואיינות בחרו שירים. כמה מהן הסבירו שלא מצאו שיר שמבטא את הלך רוחן.

ד. **יומן החוקרת**. היומן נכתב על ידי החוקרת הראשית,⁶ וכלל הערות ורשמים אישיים בכל תהליך הראיונות וניתוחם (צבר בן-יהושע, 1990).

הליך המחקר

הליך המחקר כלל פנייה לכל המטפלות במוזיקה שעבדו בפנימיות בארץ.⁷ הוסבר למטפלות הרצון לפתוח את הריאיון עם כל אחת מהן בהאזנה לדוגמה מוזיקלית, שדרכה תוכל לספר על עבודתה. בפועל, בעת הראיונות, רק שלוש מרואיינות הביאו הקלטות של אלתורים. בתחילת הראיונות האזנו לאלתורים והתנהלו שיחות על האופן שבו המרואיינות תפסו ופירשו את האלתורים ואת השפעתם על התהליך הטיפולי. מי שלא הביאה דוגמה מוקלטת, התבקשה לתאר דוגמה מוזיקלית בעל פה. לאחר השיחה על הדוגמה המוזיקלית, כל מרואינת התבקשה לדבר על עבודתה באופן ספונטני (Spradley, 1979). בהתאם לאופיו הפתוח של המחקר, המרואיינות העלו זיכרונות, הביעו רגשות, תיארו מחשבות ותפיסות אישיות והובילו את השיחות למחזות שונים. נעשה מאמץ מודע לכבד את האופן שבו הן דיברו, מבלי להתערב או לכוון אותן (שקדי, 2003).

סיכומי הראיונות, שכללו ניתוח ראשוני, נשלחו למרואיינות כדי שתאשרנה שדבריהן הובנו כהלכה. המשובים שולבו בניתוח. כשהועברו סיכומי הראיונות למרואיינות, כל אחת

6 החוקרת הראשית הייתה מאיה יאיר, אחת מכותבות המאמר.

7 הרשימה נמסרה לנו מידי אחראית תחום הטיפול באמניות בפנימיות בעמותה "לדים בסיכוי".

מהן התבקשה לבחור שיר שמסכם את חווייתה האישית בעקבות העיסוק בחומרי הריאיון, ולתת הסבר לבחירתה. המחקר עוצב תוך ניסיון להבטיח עמידה בסטנדרטים אתיים, והוא קיבל את אישור ועדת האתיקה של המחלקה למוזיקה באוניברסיטת בר-אילן.

שיטת הניתוח

במחקר פנומנולוגי החוויות השונות וההבנה שלהן מאופיינות במונחים תיאוריים של קטגוריות, הקשורות זו לזו באופן הגיוני ויוצרות היררכייה (Marton, 1994). בתהליך הניתוח הכוונה הייתה להגיע בסופו של דבר לתיאור כללי של מהות חוויית הטיפול במוזיקה בפנימייה.

במחקר שילבנו שיטות אחדות לניתוח החומרים, על פי כל כלי בנפרד: ניתוח פנומנולוגי-פרשני של החומרים המילוליים (Smith & Osborn, 2003), ניתוח הרמנויטי של האלתורים על פי לוי (Loewy, 1994) וניתוח מוזיקלי ופסיכולוגי של השירים (וייס, 1999). שלב הניתוח הסופי כלל כינוס של כל החומרים – המילוליים והמוזיקליים – שהתקבלו בשלבי הניתוח הקודמים, לקטגוריות-על, וסידור מחדש של קטגוריות ותת-קטגוריות. סך הכול נוצרו ארבע קטגוריות-על: המטופלים, הטיפול במוזיקה, סביבת הטיפול – הפנימייה, ועולמן של המטפלות. קטגוריות-העל היו את השלב הסופי של הניתוח – ממצאי המחקר, והן תוצגנה להלן.

ממצאים

קטגוריה 1: המטופלים – חולשות וקשיים מול יכולות וכוחות

המצאים בקטגוריה זו מחזקים את התמונה שהייתה ידועה מראש, שכל המטופלים באו מרקע משפחתי של מצוקה וסיכון ושהפרופיל הקליני שלהם כולל חולשות וקשיים רבים.⁸ לדוגמה, תיאוריהן של משתתפות המחקר כללו התעללות פיזית, מינית ומילולית בתוך המשפחה, הורים מכורים לאלכוהול וסמים שהתדרדרו לאלימות, פשע וזנות והורים שגרו בילדותם במוסדות. מתיאוריהן של המרואיינות היה אפשר ללמוד כי מטופליהן סבלו מקשת של קשיים בתחומים שונים – תפקודי, התנהגותי, התפתחותי, לימודי, חברתי ורגשי. כל המרואיינות דיברו על קושי של המטופלים ביצירת קשרים.

השירים שבחרו המרואיינות בתום קריאת סיכומי הראיונות הוסיפו ממד שכלל דימויים ותחושות, אשר אפשרו לחוות לעומק את התחושות שנלוו לקשיי המטופלים. לדוגמה, בשיר "אור הירח"⁹ – "כשאלוהים ברא ת'חושך, הוא ברא לנו ירח, שיראו איך אנחנו בודדים" – עלו בדידות ודחייה עמוקה. עם זאת, התמונה שהתקבלה באמצעות

8 משיקולים של היקף המאמר, נציג סיכום מייצג של דברי המרואיינות, תוך הדגשת הנושאים הנוגעים למאמר זה. לקריאה בהרחבה ולהתרשמות מדברי המרואיינות המצוטטים, יש לפנות לעבודת הדוקטור (יאיר, 2013).

9 מילים ולחן: אביב גפן.

השירים לא הייתה כולה קודרת – מאפייני האוכלוסייה כפי שבאו ליד ביטוי בשירים העידו בו-זמנית גם על כוחות. בכל השירים נמצא עירוב של טקסטים קשים, שחידדו את ההבנה של הקושי והכאב בעולמם של המטופלים, עם מוזיקה שדוחפת קדימה ונותנת כוח. לדוגמה, השיר "הייתי בגן עדן" מתאר חיים אידיליים שנקטעו והותירו פצע וכאב – "החיים זרמו הכול היה רגוע / ועכשיו יש בקולי מיתר קרוע"¹⁰. אף שאין לכך ביטוי במילים, יש במוזיקה כוח. הדינמיקה משתנה ומלאת הבעה (P-MF), בפזמון ישנה עלייה הדרגתית שמגיעה לשיא, המנעד רחב ומלא הבעה וכוח, וכך גם קולה של הזמרת – חזק, יציב ומלא ביטחון.

יכולות וכוחות באו לידי ביטוי גם בראיונות עצמם. כל המרואיינות מנו כישורים ויכולות מוזיקליים של מטופליהן. כישרון מוזיקלי או אהבה למוזיקה באו לידי ביטוי עוד לפני התחלת הטיפול, שכן קריטריון ההפניה לטיפול במוזיקה היה זיקה למוזיקה. חלק מהמטופלים הפגינו ידע במוזיקה ויכולת נגינה. המרואיינות דיברו על רצון עז להצליח בנגינה ועל הבעה ויצירתיות במוזיקה. בנייתו האלתור שהביאה טליה, אחת המטפלות במחקר, נכתב: "המטופלת יוזמת את המילים והמנגינה ויוצרת אורה הומוריסטית. הקוליות שלה משעשעת ולעתים ממש לא שגרתית ומאתגרת לשירה" (האלתורים נותחו על ידי מוזיקאי).

נוסף על הכישורים והיכולות הנוגעים לעולם המוזיקלי, חלק מהמרואיינות ציינו אצל מטופליהן גם כישורים נוספים, כגון: אינטליגנציה גבוהה, חכמה, קליטה מהירה, רגישות, אסרטיביות, יכולת ציור טובה, מצוינות בכדורגל. מהראיונות התקבלה אפוא תמונה קלינית קשה של הרקע והפרופיל של המטופלים, אך בד בבד התקבלה גם תמונה מעודדת של חזקותיהם.

קטגוריה 2: הטיפול במוזיקה – "בית לנפש"¹¹

קטגוריה זו עוסקת במשמעות הטיפול במוזיקה עם המטופלים. הממצאים מצביעים על שלושה שלבים בתהליך הטיפולי: שלב ההיכרות, לב התהליך ושלב הפרידה.

שלב ההיכרות

מניתוח הראיונות עולה כי תחילת הטיפול מאופיינת בקשיים רציניים ביצירת קשר ומתן אמון. כל המרואיינות ציינו כי התנגדות לטיפול היא תופעה שכיחה. שלב ההיכרות מאופיין בהמסת התנגדות, בעיקר באמצעות המוזיקה. הדרבוקה לדוגמה הייתה גורם אטרקטיבי, שדרבן את המטופלים להגיע לחדר הטיפול, בשל ההיכרות המוקדמת שלהם עם הכלי ושיוכו למוזיקה המזרחית, האהובה עליהם. במקרים רבים נדרשו המטפלות למלאכת חיזור אינטנסיבית ולהתגמשות בגבולות מסגרת הטיפול כדי לגרום למטופלים להיכנס לחדר.

¹⁰ מילים: אהוד מנור, לחן: שמעון בוסקילה.

¹¹ בקטגוריה זו ממצאים הנוגעים לטיפול הפרטני, שהוא חלק הארי בעבודת המטפלות במוזיקה בפנימייה.

היעדר מוזיקה והימנעות מנגינה הן תופעות בולטות בתחילת הטיפול. בשלב הראשוני של הטיפול חלק מהמטופלים נרתעים מהמוזיקה ומעדיפים לעסוק במשחק מוכר, כגון קלפים או כדור, בעוד כלי הנגינה נותרים ללא שימוש. תופעה זו הובנה על ידי המטפלות כצורך של המטופל בחיזוק המגננות שלו דרך עשייה מוכרת ולא מאיימת.

המטפלות במחקר ציינו כי חלק מהמטופלים ביקשו ללמוד לנגן בתחילת הטיפול. לדבריהן, גם לימוד נגינה מילא צורך הגנתי, היות ומדובר בפעילות בטוחה, אולם הן ציינו כי הלימוד אפשר יצירת קשר בין המטופלים לבינן וסיפק חוויות של הישג. היו ילדים שהזמינו מדריכים או מורות כדי לנגן בפניהם, להתגאות ולקבל חיזוקים. המחקר מראה שלימוד נגינה בהתחלת הטיפול שימש כלי להערכת יכולות נסתרות. המטופלת של זואי, אף שאובחנה כלקוית למידה, הצליחה במשימת לימוד פסנתר בקלות והפגינה קליטה מהירה. בעקבות זאת העריכה זואי שהאבחנה שניתנה לה והשמתה בכיתת לקויי למידה שגויות, ולמעשה קשייה האקדמיים נובעים ממתחים רגשיים.

היו מטופלים שבתחילת הטיפול לימדו את עצמם לנגן על ידי חיפוש מנגינות משמיעה או באמצעות תוכנות למידה הקיימות באורגן, והיו שאֵלתרו לבד – בעיקר בפסנתר. התמונה השכיחה בשני המקרים היא של מטופלים שניגשו אל כלי הנגינה עם כניסתם לחדר, יצרו לעצמם בועה פרטית – ניגנו עם עצמם, ללא קשר עין עם המטפלות, ובסיום יצאו מהחדר – כך במשך תקופה ארוכה.

חלק מהמרואיניות ציינו שמשמעות האלתורים של המטופלים בפגישות הראשונות היא בכך שהם משקפים את העולם הפנימי שלהם. המטופלים שלהן חוו קשיים רבים, ולכן, המוזיקה של רבים מהם שיקפה ברובה תמונה רגשית של פגיעות וכאב; לדוגמה קטיעות פתאומיות באלתור שיקפו חוסר רציפות והפרעות בחיים, מעברים מהירים מסגנון אחד לאחר שידרו תחושה של היעדר בית וחיפוש. עם זאת, באלתורים היו גם רמזים לכוחות ותקווה: הם הצביעו על יכולות מוזיקליות של המבצעים, ומלודיות שהבליחו באלתורים הכאוטיים העידו על כוחות ורצון לקשר.

בשלב הראשוני של הטיפול, כל המטפלות במחקר ראו צורך רק להתבונן במטופלים המנגנים ולהקשיב להם, תוך יצירת אווירה שהמסר העיקרי בה שהם יכולים "פשוט להיות", ושלא מצופה מהם דבר. ביצירת תנאים למטופלים להיות ולגלות את עצמם השוו המטפלות את עצמן לאמהות העוקבות אחר התפתחות תינוקותיהן בסבלנות ובהתפעלות. דינמיקה מיוחדת זו, שנוצרה בעקבות השוואת היחסים הטיפולים למודל ההתקשרות הראשוני, עמדה פעמים רבות במרכז החוויה הטיפולית. המטפלות במחקר גרסו כי מטרת המפגשים הטיפולים היא לאחות את הקרעים בחוויית העצמי של הילדים, שנבעו מחוסר היענות של הוריהם לצרכיהם ההתפתחותיים.

שמירת מרחק פיזי כביטוי לדחיית הטיפול והמטפלת נצפתה אצל מטופלים, כאמור, בנגינה לבד (חוסר הסכמה לנגן עם המטפלת), אך היא התבטאה גם בדרכים נוספות, כמו: טיול ליד החדר במקום להיכנס אליו, קושי להיות בחדר סגור ואף אי-הגעה

לטיפול. בהנחה שהאינטראקציה בדיאדה הטיפולית בתחילת הטיפול מושתתת על יחסי ההתקשרות המוקדמים של המטופל ומייצגת אותם, המטפלות שיערו כי המרחק הגאוגרפי העיד באופן סמלי על המרחק הרגשי שהתקיים בדיאדה המקורית.

המטופלים ביטאו את התנגדותם לקשר הטיפולי לא רק על ידי התעלמות ויצירת מרחק מהמטפלות, אלא גם על ידי גילויי תוקפנות כלפיהן ודחייה אקטיבית, לדוגמה נגינה תוך כדי דחיפת היד של המטפלת מהאורגן. דוגמה נוספת ניתנה על ידי טליה, אחת המטפלות במחקר, שתיארה כי ניסתה לשיר לאחת המטופלות שלה, וזו בתגובה חנקה אותה.

ניתוח הראיונות מלמד כי כשמטופל מבטא דחייה ותוקפנות כלפי המטפלת, והיא בכל זאת נשארת אתו, הוא חווה חוויה מתקנת של החזקה ואהבה ללא תנאי, שאותה לא קיבל מהוריו. הממצאים מראים כי התנהגויות אלה העלו תחושות קשות בקרב המטפלות והעמידו את יכולת ההכלה שלהן במבחן לא פשוט; אך ברוב המקרים המטפלות הבינו כי עליהן להתגבר על הדחייה והתוקפנות כלפיהן, ולהוכיח למטופליהן כי הן אינן נשברות ואינן נוטשות אותם בשום מקרה. ממצאי המחקר מראים שכדי לעבור בהצלחה את השלב הראשון בטיפול, יש להתמודד צעד אחר צעד עם הקשיים, ובד בבד ליצור חוויה אחרת של הקשבה והכלה, שהיא תשתית הריפוי של הילד.

לב התהליך הטיפולי

הממצאים מראים כי האזנה לשירים קיימים או שירה שלהם היוו את מרבית העשייה המוזיקלית בלב התהליך הטיפולי, והועדפו על פני האלתור. כל המרואיינות דיברו על אותם ארבעה סגנונות עיקריים שהמטופלים בוחרים: מוזיקה שחורה (ראפ), טראנס, מוזיקה מזרחית ושירי דיכאון, בצד בחירות אישיות. המרואיינות תיארו את השימוש בשירים כמסגרת פעילות נוסכת ביטחון. תמות מרכזיות בחיי המטופלים נמצאו בשירים שונים. למשל שיר הנושא מהסרט "טיטניק", המספר על טביעתה של ספינת הנוסעים לאחר שנפגעה מקרחון, נבחר על ידי מטופל של ורד כדי לתאר את חורבן הבית שלו.

השירים היוו בעבור המטופלים כלי שבאמצעותו ביטאו לא רק את המצוי – הכאב והעצב שבעולמם הפנימי, אלא גם את הרצוי – את בקשותיהם ותקוותם לחיים טובים יותר. לדוגמה, גיתית סיפרה על בחירת מטופל בשיר "תנו לגדול בשקט", והוסיפה שזה היה מה שאיחל לעצמו.

השירה אפיינה בעיקר מטופלות – בנות שבחרו לשיר שירים של זמרות האהובות עליהן, כגון: שרית חדד, מירי מסיקה ושירי מימון – שכולן מייצגות בקולן כוח ועצמה נשית. הממצאים מראים כי השירה חיברה מטופלות לעצמן באופן עמוק. היא אפשרה למטופלות לחשוף בטיפול היבטים רגשיים והתנהגותיים שונים מאלה שהן שידרו כלפי חוץ בדרך כלל. וכך, מטופלות ששידרו תוקפנות והתרסה כלפי חוץ, מצאו בתוכן קולות עדינים ורכים. עוד ממצא מעניין חשף ששירה בפני קהל מחוץ לחדר הטיפול גרמה למטופלים לחוש תחושות הישג והעצמה: ורד סיפרה על מטופל שלמד לנגן

גיטרה בטיפול והופיע בשיר שחיבר ובליווי נגינה בגיטרה במסגרת מסיבה שהתקיימה בפנימייה. לדבריה, ההופעה זכתה להדים חיוביים במרחב הפנימייה ולהתבטאות יוצאת דופן של הערכה ואמון כלפי המטופל מצד הוריו, שהיו בקהל. כמו פעילויות אחרות, גם פעילות השירה קיבלה משמעות בהקשר של יחסי אם-תינוק. המרואיינות דיברו על תפקידן כממלאות צרכים התפתחותיים ראשוניים של התבוננות והתפעלות ממטופלים ששרו. חלק מהמרואיינות חשו כי דיסקים עם שירים שהכינו למטופליהן שימשו להם "מזון צלילי", מטפורה לתזונת האם.

המחקר מראה כי אף שהושגו יעדים טיפוליים משמעותיים באמצעות השירים הקיימים והמקוריים, המטפלות בכל זאת קיוו שמטופליהן יאלתרו בטיפול. אלתור מזהה עם חופש לשחק ועם התמסרות לרגע, והמטופלים התקשו בכך מאוד. המטפלות במחקר ראו את עצם הנגינה כהישג ואת הבאת המטופלים לאלתור (בזמן המתאים) כמטרה.

אף על פי שנושא האמון תלוי ועומד אצל אוכלוסיית המטופלים באופן תמידי, רואים בשלב זה של לב התהליך הפחתה בזהירות ובשמירת המרחק שנקטו המטפלות עד אז וריבוי של התערבויות אקטיביות יותר. חלק מהמטפלות כיוונו את מטופליהן למשחק מוזיקלי. הן סברו כי מאחר שהאינטראקציות הטבעיות הראשונות בין הורים לילדים הן מוזיקליות, אפשר לשחזר את ההתקשרות הקדם-מילוליות דרך אותו אמצעי תקשורת בטיפול, והפעם באופן מיטיב. לדוגמה, טליה תיארה אלתור קולי בג'יבריש, ואמרה כי המטופל אלתר "כמו תינוק שמנסה להתחיל לדבר".

מהמחקר עולה כי בשלבים מתקדמים של הטיפול היו מטופלים שחזרו לאלתור, לאחר שנמנעו מלעשות זאת מאז הפגישות הראשונות, והיו מטופלים שאפשרו גם אלתורים משותפים עם המטפלות במוזיקה; זאת בניגוד לאלתורים הראשונים, שהיו לרוב בפסנתר, לבד, כשהגב מופנה למטפלת. כלי הנגינה שבהם בוצעו האלתורים המשותפים היו מגוונים וכללו כלים שאפשרו קשר עין בין המטפלת למטופל, למשל אלתור בשתי גיטרות – בישיבה, מטופל מול המטפלת.

המטפלות במחקר הסבירו שחלק מההתערבויות המוזיקליות-קליניות שלהן באלתורים המשותפים היו אמצעי לשחזר ולעבד חוויות של קשר אם-תינוק. לדבריהן, חיקוי, התאמת סולם וסיפוק בסיס תומך ביטאו, נתינה, הקשבה, הבנה וחום מצדן.

הממצאים מלמדים כי האלתורים המשותפים היו משמעותיים בקשר הטיפולי. לרוב הם באו בהפתעה, לאחר תקופה ארוכה של הימנעות מוחלטת משימוש במוזיקה או הימנעות משימוש במוזיקה חיה, ולכן נחוו כרגעים מכוננים ופורצי דרך בתהליך הטיפולי וסימלו אמון וקרבה.

הממצאים מראים אפוא כי למוזיקה בכלל ולמוזיקה החיה בפרט היה מקום מרכזי בחוויה הטיפולית, וכי אף שבתחילת התהליך הנוכחות המוזיקלית נעדרה או שהייתה דלה ונתפסה כהגנתית ברובה, היא היוותה תנאי מקדים לנגינה משותפת. האינטראקציה של המטפלות עם המטופלים השתפרה – ממקום של מתבוננות או מלמדות נגינה למקום של הדדיות ויחד. הרחבת מקומה התאפשר בזכות נכונותן

לאפשר למטופלים את ה'לבד' שלהם בהתחלה. ואכן, לאט ובהדרגה חלה התקרבות בין המטופלים למטפלות, והיו אפילו רגעים שבהם המטופלים אפשרו לעצמם מנוחה, בעודם מקשיבים לשירי ערש מרגיעים ששרו המטפלות. קולן של המטפלות והאופן שבו ליוו את השירה היו אימהיים באופיים: רכים, מתמשכים, מערסלים.

המחקר מלמד כי בשלב השני של תהליך הטיפול ישנה נכונות מצד מטופלים לשנות דפוסי התנהגות, להיפתח ולשתף את המטפלות בעולמם. אולם יש להזכיר כי שני השלבים הראשונים בטיפול נמשכו זמן רב – תהליכי הטיפול התרחשו באטיות, והאמון הושג בקושי רב.

שלב הפרידה

ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים כי הפרידה היא נושא מרכזי בטיפולים, וכי ההכנה לשלב הפרידה – השלב האחרון בתהליך הטיפולי – נעשית לאורך התהליך כולו, החל מהרגע הראשון שלו. בהניחן שחוויה טיפולית של פרידה מעובדת היטב יכולה לשמש סוכן מבריא גם לפרידות קודמות שחווה המטופל בחייו, שאפו משתתפות המחקר שהתהליך הטיפולי יכלול פרידות "מסוג אחר". לשם כך הן נעזרו במוזיקה, לדוגמה, על ידי יצירת טקס סיום מוזיקלי בכל מפגש.

לפי ממצאי המחקר, השלב האחרון בטיפול הגיע, ברוב המקרים, לאחר שהתבססה חוויה טיפולית יציבה במשך שנים. שלבי סיום הטיפול התאפיינו בחיבור חזק בין המטופל למטפלת, שכלל, בניגוד לתחילת הדרך, יחסי העברה חיוביים וחמים מאוד. חדר הטיפול במוזיקה קיבל בהדרגה משמעות של בית חם ואוהב – "בית לנפש". סיום הטיפול התאפיין בקושי הן מצד המטופל והן מצד המטפלת, בשל יחסי הקרבה החזקים שנרקמו ביניהם. בשונה מהתפיסה המסורתית של מטפלים, המעוגנת בחוקי האתיקה המקצועיים, המטפלות במחקר דיווחו על צורך בשמירה על קשר עם המטופל לאחר גמר הטיפול. הרוב המכריע של הטיפולים שתוארו במחקר הניבו הישגים מהותיים. הישגי הטיפול באו לידי ביטוי בשינויים שחלו במטופלים בתוך חדר הטיפול, כגון מעבר ממקום של "לחוד" למקום של "יחד" וממקום הגנתי למקום שמאפשר חיבור לרגשות. מחוץ לחדר הטיפול השינויים התבטאו בשיפור התפקוד בפנימייה ובכיתה ובשיפור ביכולת ליצור קשרים חברתיים. כל המטפלות ציינו כי חשוב לוודא שהישגי הטיפול מועברים גם אל מחוץ לחדר הטיפול הסגור ונראים בסביבה שבה המטופל נמצא רוב זמנו – סביבת הפנימייה.

קטגוריה 3: עבודה טיפולית במסגרת הפנימייה – "אין ויש"

נוסף על הטיפול במוזיקה עצמו, הפנימייה מהווה מסגרת עבודה ייחודית, המשפיעה על התהליך הטיפולי. אף שלא נשאלו על כך, כל המרואיינות הקדישו זמן בראיונות לתיאור הסביבה שבה התקיים הטיפול. מדבריהן עלה כי סביבת הפנימייה (הכוללת את המערכת המטפלת הרחבה – הנהלה, עובדים סוציאליים בפנימייה ובקהילה,

פסיכולוגים, מטפלים באמנויות, צוות בית הספר, מדריכים וגם הורי הילדים) מהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול, והיא משפיעה עליו ומושפעת ממנו.

המחקר מראה כי מבחינת חלק מהילדים, הפנימייה היא רע הכרחי. הממצאים מדברים על מציאות של חיים בקבוצה עם הרבה "אחים", ללא תשומת לב אישית. תוארו מקרים של ניצול מיני בין הילדים בפנימייה, ויש אף שהשוו את הפנימייה לכלא. הפנימייה הוזכרה כמקום לא בטוח – "לא מחזיקה, לא באמת משגיחה, לא באמת שומרת, לא באמת מטפלת" (דינה). הטיפול במוזיקה, בהקשר זה, היווה מעין בועה בעבור ילדים אלה, בעוד המציאות מחוץ לטיפול תוארה כקשה, ולעתים אפילו כדומה לחוויות שחוו במשפחות הפתולוגיות שלהם.

המרואיינות התייחסו גם לשחיקה ולתחלופה הגבוהה של המדריכים, שאינה מיטיבה עם הילדים. הקשר הלקוי עם המדריכים היה אחד מהנושאים המרכזיים שהועלו על ידי המטופלים במפגשים הטיפוליים. הממצאים מראים שהמרואיינות חשו שגם הצוותים המקצועיים שעובדים בפנימייה חווים קשיים רבים. עבודתם של המדריכים מתנהלת באינטנסיביות, ללא תמיכה מספקת של ההנהלה או הוקרה לעבודתם הקשה. בצוות הטיפולי ניכר קושי לנוכח יחס מזלזל של ההנהלה וחוסר שביעות רצון מתנאי העסקה. המרואיינות, שהיו חלק מהצוות הטיפולי, חוו קשיים אלה על בשרן. הממצאים מדברים על תחושת חוסר יציבות של המטפלות במוזיקה במקום עבודתן. אחד מהממצאים החשובים מדבר על הקלות שבה יכול תחום הטיפול במוזיקה להימחק מסדר היום של הפנימייה. המצב שבו תחום זה אינו מתקצב לפי חוק, והעסקת המטפלות תלויה ביכולת הכלכלית של כל מוסד ובסדרי העדיפויות שהציב לעצמו, הוביל חלק מהמטפלות לחוש חוסר ביטחון בקשר למקומן בפנימייה. מהמחקר עולה כי חוסר שביעות רצון מתנאי העבודה הובילו מטפלות בסופו של דבר לעזיבת הפנימייה, למרות החיבור החזק עם המטופלים והאהבה להם.

כל המטפלות מנו ליקויים בעבודה המערכתית בפנימיות – ברוב הפנימיות הצוות הטיפולי לא נפגש באורח קבוע, ובשום פנימייה לא קיימים עבורו נוהלי עבודה מסודרים עם אנשי מקצוע אחרים בפנימייה ובקהילה. נוסף על העובדה שהתנהלות כגון זו מייצרת ליקויים בהעברת מידע ומחבלת ביעדי הטיפול, היא גם מובילה לתחושת בדידות של המטפלת במוזיקה במקום עבודתה.

המטפלת במוזיקה חווה קשיים נוספים מעצם היותה חלק מצוות רב מקצועי שאינו מלוכד, כגון ביקורת שמופנית כלפיה, הנובעת מהעובדה שעבודתה הייחודית אינה מובנת דייה לאנשי הצוות. לדוגמה, הניה סיפרה על הקושי להצדיק בפני הסביבה את משמעות הטיפול במקרים שבהם אין שימוש במוזיקה. היא שיחקה עם אחד ממטופליה כדורגל כדרך ליצור אתו קשר. המחנכת לא ראתה בזאת התערבות טיפולית והעירה לה על כך.

הממצאים גם מראים שכדי לקדם את העבודה המערכתית ואת מעמד המטפלת במוזיקה בצוות הרב מקצועי, חשוב לבסס נוהלי עבודה מסודרים (הגשת דו"חות,

השתתפות בישיבות הערכה) ולקיים פעילות הסברה לצוותים המקצועיים על הטיפול ועל השימוש במוזיקה ככלי טיפולי – דברים שאינם קורים באופן עקיב ומסודר.

המרוויינות במחקר סבורות כי הקשר עם המדריכים הכרחי לטובת הילדים, מאחר שהם סוכני הטיפול המרכזיים בחייו של הילד ונמצאים אתו בכל שעות היום. אולם קשרי העבודה בין המטפלות למדריכים תוארו במחקר כבעייתיים. הממצאים מראים שבדרך כלל המדריכים מנותקים מהמפגשים הטיפוליים של הילד. מרוויינות שונות דיווחו על כעס של המדריכים על המסגרת הטיפולית וזלזול בה: "יופי, את נמצאת אתו שעה ונהנית, ואנחנו סובלים..." (דינה). למעט מרוויינת אחת, אף אחת מהמטפלות במחקר לא תודרכה לקיים קשר קבוע עם המדריכים. מתוך אחריות אישית והבנת החשיבות של הרצף הטיפולי, המטפלות ניסו ליצור קשר כזה, בדרך כלל על חשבון זמנן הפרטי וללא תגמול כספי. ההצלחה הייתה חלקית ולא מספקת. עם זאת, ממצאי המחקר מראים ששיתוף המדריכים בתהליכים הטיפוליים יכול לסייע להם לראות צדדים שלא הכירו במטופל ולשנות את היחס אליו.

נמצא כי המטפלות במוזיקה יכולות לתרום למדריכים בכיוונים נוספים, למשל באמצעות סדנאות חווייתיות במוזיקה שגרמו למדריכים הנאה ותרמו לתקשורת החברתית שלהם ולגיבושם. כאשר מטפלות במוזיקה הציגו למדריכים את החוויה המוזיקלית, הקשר ביניהן לבין המדריכים השתפר. ממצאים אלה מלמדים כי ראוי להשתמש בכוחה של המוזיקה כאפיק קבוע בעבודה עם המדריכים.

ניתוח הראיונות הראה שנעשית עבודה מועטה מאוד עם הורי המטופלים בטיפול במוזיקה, אף שבעיני המטפלות הקשר עם ההורים חשוב ביותר, והטיפול במוזיקה יכול להועיל בחיזוק הקשר של המטופל עם הוריו.

מכל האמור לעיל ניכר כי קיימים ליקויים חמורים בעבודה המערכתית בפנימיות, דבר המשפיע הן על המטופלים והן על הרגשתן האישית ועל תפקודן של המטפלות. עם זאת, ובצד הקשיים והליקויים בסביבה המערכתית, תוארו גם חוויות אחרות במסגרת עבודה זו. סביבת העבודה הפנימיתית מכירה בצרכים טיפוליים יותר ממקומות עבודה שבהם הסביבה היא "חינוכית", כגון בית ספר. הפנימיה מאפשרת חופש מקצועי, וניתנו למטפלות הזדמנויות ליזום פרויקטים טיפוליים ייחודיים על פי השקפותיהן האישיות. הפנימיה, שהיא סביבת עבודה לא שגרתית מתוקף העובדה שהילדים גרים במקום העבודה, מייצרת הזדמנויות למפגש עם חיי היום-יום של הילדים וליצירת חיבור מיוחד לצוות. רוב המרוויינות ציינו כי הפנימיה אפשרה להן להרגיש "בית" ו"משפחתיות". בתיה הסבירה שאירועים חריגים, כמו חיפוש אמה של מטופלת ברחובות העיר, שם עבדה בזנות, כדי להביאה לחגיגת בת המצווה של בתה בפנימיה, גורמים לחיבור אנושי מיוחד. היתרונות האלה נחשבו משמעותיים ביותר גם בהיעדר תנאי שכר הולמים. כלומר החוויה הכללית של המטפלות במוזיקה בפנימיות כוללת "אין ויש" בעת ובעונה אחת.

כל משתתפות המחקר נשארו לעבוד בפנימיות וצברו ותק משמעותי בעבודה, אולם רבות תיארו מצב שבו הניגודים בתחושות כלפי מסגרת הפנימיה יוצרים דו-ערכיות,

עייפות ושחיקה: "כל שנה אני חושבת לעזוב ולא מצליחה" (גיתית). כך או כך, נראה כי הניגודים בתחושות המטפלות בעבודתן במסגרת זו סייעו להן להבין את חוויות הילדים החיים בה, במיוחד את החלקים הקשים שבהן; לדוגמה, חוסר העקיבות שחשו משתתפות המחקר באשר למקומן בפנימייה דומה לחווייתם של ילדים בפנימייה שענייניהם מתנהלים באופן שרירותי. כלומר בחינה ועיבוד של ה"אין והיש" כתהליך מקביל אפשרו למטפלות להבין את חוויות מטופליהן. נושאים נוספים הקשורים להבנת תהליכים מקבילים בין עולמן האישי ועולמן המקצועי של המטפלות במוזיקה שהתראיינו למחקר יוצגו בקטגוריה הבאה.

קטגוריה 4: המטפלות במוזיקה – גשר בין הפן המקצועי לפן האישי

קטגוריה זו כוללת את הסיבות לבחירת המטפלות במוזיקה לעבוד בפנימייה ותכונות ומאפיינים של מטפלות במוזיקה המשמעותיים לעבודתן בפנימייה. חלק מהמראיינות סיפרו כי סוד המשיכה שלהן לעבוד בפנימייה נובע מחיפוש מזור לפצעים רגשיים אישיים, דרך בחינה ועיבוד של התהליך המקביל בעבודה. משתתפות שונות ציינו כי העבודה במקום שבו חסך אימהי הוא נושא מרכזי מזכירה להן את חוויות הפרידה שלהן מאמותיהן בילדות. לדוגמה, מראיינת שגדלה בקיבוץ השוותה בין הלינה המשותפת בבית הילדים לגדילה בתנאים של פנימייה, הכוללת חוויה של היעדר הגנה, חום ואהבה – חוויה טראומטית שנשארה בלתי פתורה, ואשר מסבירה, לדבריה, את משיכתה לעבוד בפנימייה. מראיינות אחרת הסבירה את יכולתה להכיל גילויי דחייה של מטופליה, מאחר שחוויה בעצמה תחושות דומות של דחייה ביחסיה עם גברים. המחקר מלמד כי תחושות של הזדהות עם המטופלים אפשרו למטפלות לפתח אמפתיה כלפיהם.

שאלות פסיכולוגיות של זהות ושייכות עלו בקרב משתתפות המחקר כשדיברו על המוזיקה המזרחית בראיונות. אחת המראיינות תיארה את המוזיקה המזרחית כמשוחררת ומלאת תשוקה. הרצון להתקרב לעולם התרבותי המזרחי עלה בה כבר בנעוריה, אולם היא קיבלה חינוך מוזיקלי שהיה מזוהה עם אליטיסטיות, ואשר כלל גם גזענות סמויה כלפי העולם המזרחי, שהוצג כנחות לעומת העולם האשכנזי. הוויתור על המוזיקה המזרחית (כסמל) נתפס אצלה כבחירה בחיים מוקפדים, אבל חסרי תשוקה וריגושים. העבודה עם ילדים שבאו מרקע תרבותי שונה הייתה מבחינתה הזדמנות להתקרב לעולם אחר וללמוד ממנו, ליהנות ולפצות על תשוקות ודחפים שנחשבו לא מקובלים בעולמה.

ניתוח הראיונות מלמד עוד כי הבחירה לעבוד בפנימייה קשורה במאפיינים אישיותיים של המטפלות. המראיינות במחקר הצביעו על כמה תכונות אופייניות המייצגות אותן ואשר נחוצות לעבודתן בפנימייה. בעיקר הן ציינו סבלנות ופניות, סובלנות ופתיחות, התייחסות שוויונית "בגובה העיניים", גמישות, אכפתיות ואחריות, דאגה, יכולת הכלה, חום ולבביות. דוגמה קיצונית לדאגה תוארה על ידי ורד, אחת ממשתתפות המחקר, שהחליטה לאמץ מטופל כבן משפחה.

לדברי המראיינות, ילדים שלא קיבלו את התשתית הנחוצה להתפתחותם, כמו ילדי הפנימייה, זקוקים לחוות אדם שיתמסר להם כל כולו, יגלה כלפיהם הבנה מלאה,

יתייחס אליהם ברצינות, יתפעל מהם וייענה להם. הגשר בין הפן האישי לזה המקצועי מצוי אפוא בהתאמת תכונות האופי של המטפלות לצרכים העולים בעבודתן.

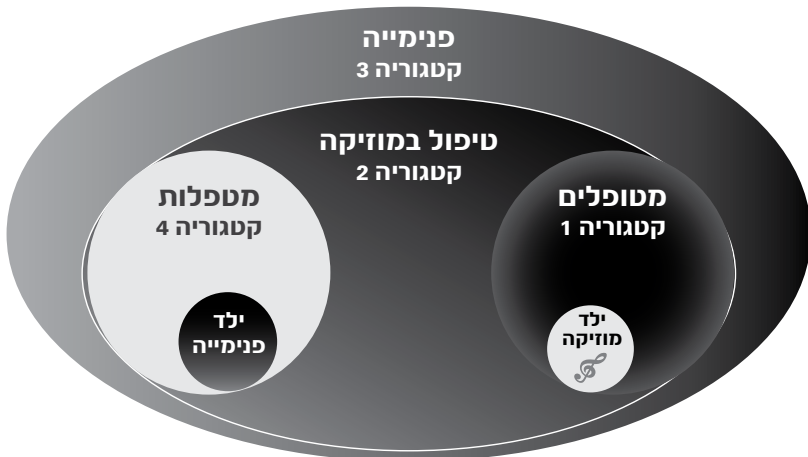
ניתן לסכם ולומר כי ארבע קטגוריות-העל מייצגות ממדים רבים שמעצבים את חוויות הטיפול במוזיקה בפנימייה, וכי המשמעות של תרפיה במוזיקה בפנימייה כוללת לא רק את מה שקורה בתוך חדר הטיפול, אלא גם את המסגרת הפנימייתית שבה מתקיים הטיפול וכן את עולמה האישי של המטפלת במוזיקה עצמה. על מנת להבין את משמעות התרפיה במוזיקה בעבודה עם ילדים במצבי סיכון בפנימייה על כל ממדיה, נבחן את הממצאים בעזרת מודל אקולוגי.

דיון: תרפיה במוזיקה בפנימייה כמודל אקולוגי

המודל האקולוגי לטיפול במוזיקה בפנימייה המובא כאן מבוסס על עקרונות הגישה האקולוגית (Bronfenbrenner, 1986, 1979). ברונפנברנר תיאר את הסביבה של המטופל כמעגלים קונצנטריים שהמטופל עומד במרכזם. המערכות הסביבתיות שעליהן דיבר כוללות סביבות ישירות (למשל משפחה, בית ספר, קבוצת השווים, מערכות המטפלות בילד – מיקרו-מערכת); יחסים והקשרים בין סביבות ישירות (למשל ייתכן שילדים אשר הוריהם דחו אותם יתקשו לפתח מערכת יחסים חיובית עם מוריהם – מזו-מערכת); סביבות חיצוניות שאינן נוגעות לילד במישרין (למשל חוויות הילד עלולות להיות מושפעות מאלה של המורה בעבודתו – אקזו-מערכת); ההקשר הרחב – השפעות תרבותיות, פוליטיות וחברתיות-כלכליות על המערכות שצוינו לעיל (מקרו-מערכת). טענתו העיקרית של ברונפנברנר הייתה שזיהוי והבנה של יחסי הגומלין בין מעגלי הסביבה של המטופל חיוניים כדי להבין את התפתחותו.

שני האיורים המוצגים בהמשך מכילים את ארבע קטגוריות-העל המייצגות את המערכות הסביבתיות של המטופל. איור 1 מציג את מערך הגורמים הנוטלים חלק בטיפול במוזיקה בפנימייה כפי שהם מצויים בהתחלת הטיפול.

איור 1: עיגולים כהים ברובם



באיור ישנם שישה עיגולים – ארבעה מעגלים ושתי אליפסות: המעגל הפנימי של המטופלים (קטגוריית-על 1) כולל את הרקע הקשה שממנו הם באים ואת המצב הקליני הבעייתי שלהם (באיור זהו חלק הארי, הצבוע בגוני שחור-אפור). המטופל מגיע לטיפול עם ההשפעות של הבית הרוס, והתנהלותו בתחילת הטיפול משחזרת את יחסי ההתקשרות הלוקיים הראשונים שספג. בהתאם לתפיסה האקולוגית, מושג החוסן (Holling, 1973) מתאפיין בחיפוש אחר הכוחות של הפרט; אי-לכך, המעגל הפנימי של המטופלים כולל גם את הגרעין הקטן הבריא (מעגל "ילד מוזיקה" בתוך מעגל המטופלים), שבא במחקר זה לידי ביטוי כבר בתחילת הטיפול, בעיקר דרך המוזיקה. אפשר להשוות את הגרעין הבריא ל"ילד המוזיקה" (music child) של נורדוף ורובינס (Nordoff & Robbins, 1977). הכוונה למקור כוח פנימי שנמצא בכל מטופל, פגוע ככל שיהיה, המגיב לחוויה מוזיקלית ומבחין בחשיבותה עבורו. אם כן, מעגל המטופלים כולל את החולשות ואת הקשיים של המטופלים, אך גם את יכולותיהם וכוחותיהם.

גם המטפלות באות לטיפול עם רקע אישי מסוים ועם השפעות האקלים בסביבת העבודה שלהן. מעגל המטפלות (קטגוריית-על 4) מייצג באופן כללי איזון ויציבות (באיור בגוון בהיר), אך המעגל הקטן בתוך מעגל המטפלות (הצבוע בשחור-אפור ונקרא באיור "ילד פנימייה") מראה כי הן חוו חוויות חיים בעלות קווי דמיון לחוויות שחוו המטופלים שלהן (כגון רקע של חסך אימהי, הרגשת דחייה בקשר בין-אישי). מאפיינים אלה מסבירים את המשיכה של המטפלות לאוכלוסיית המטופלים ואת יכולתן לשאת את התכנים הקשים של דחייה והתנגדות שעולים בטיפול.

האליפסה המקיפה את המטופלים ואת המטפלות היא אליפסת הטיפול במוזיקה (קטגוריית-על 2). בהשאלה מהגישה האקולוגית, מדובר במיקרו-מערכת חדשה בעבור המטופל, הכוללת יחסי גומלין בין המטופל למוזיקה ובינו לבין המטפלת במוזיקה. איור העיגולים מראה כי בתחילת הטיפול מעגל המטופלים ומעגל המטפלות רחוקים זה מזה. הקושי ביצירת הקשר נובע מן האכזבה והטראומה שיצרו הקשרים עם הדמויות ההוריות (מזו-מערכת). רוב החלקים באליפסה, ובעיקר סביב המטופל, הם כהים ומלמדים על התחלה קשה, הכוללת התנגדות ודחייה, תוקפנות וחוסר אמון. היכולת של המוזיקה להאיר את החלקים הכהים בתחילת הטיפול היא מוגבלת, בשל הימנעות המטופלים מעשייה מוזיקלית או הגבלתה לעשייה בטוחה, כגון לימוד נגינה, כלומר שימוש במוזיקה באופן קונקרטי (לימוד) למטרות מעשיות (רכישת ידע), ולא לעיבוד מצוקות רגשיות.

מעגל הפנימייה (קטגוריית-על 3) מהווה מיקרו-מערכת נוספת למטופל. במחקר זה המערך הפנימייה מייצג את ה"מערכת" במובן הרחב של המילה וכולל את יחסי הגומלין של המטופל עם עובדים סוציאליים בפנימייה וברוחה ועם צוות בית הספר, קבוצת השווים וגם עם הוריו. מערכת היחסים המשמעותית ביותר היא עם המדריכים, משום שרוב הזמן המטופל נמצא בהשגחתם ובאחריותם. חלק קטן ממעגל הפנימייה מייצג בריאות ואיזון (בגוון בהיר יחסית), ואולם חלק הארי הוא בעייתי ומורכב (בגוון כהה). יש ילדים המוצאים בפנימייה המשך ישיר לביתם הקשה. בעבור ילדים

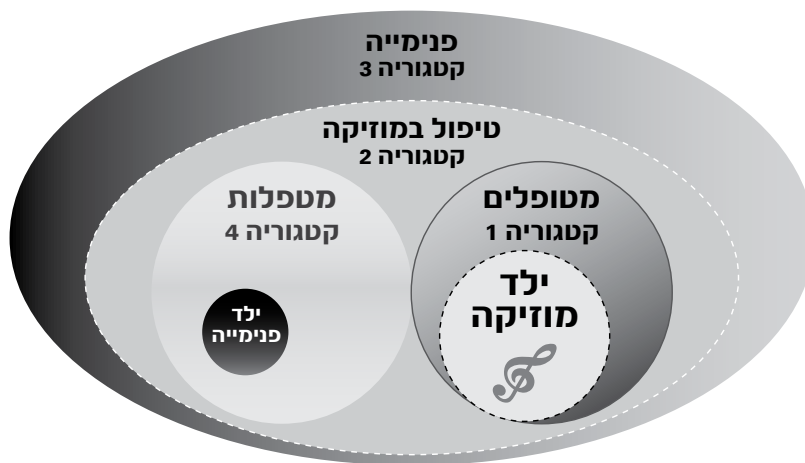
אלה הפנימייה מהווה "בית רעוע". הממצאים מלמדים כי בדומה לחוויית המטופלים בפנימייה, גם המטפלות במוזיקה לא מצאו בפנימייה "בית מקצועי" יציב. חוויית משפחתיות ואהבה לפנימייה מתוארת בכפיפה אחת בצד חוויות של בדידות, תסכול ושרירותיות במקום העבודה. מכאן נובע כי הפנימייה היא מקום הכולל "אין ויש" (גוני הצבע באיור מתחלפים), הן בעבור המטופלים שגרים בה והן בעבור המטפלות במוזיקה שעובדות בה.

לדברי המטפלות, יש חשיבות רבה לכך שכל הגורמים הקשורים למטופל יעבדו בשיתוף פעולה למען קידומו. ואולם המציאות מראה כי קשרי העבודה לקויים ביותר: אין נוהלי עבודה מוגדרים, ומצב זה משפיע על מרקם היחסים בין הצוותים המקצועיים לבין המטפלות במוזיקה ובסופו של דבר גורע מהטיפול במטופלים (אקזו-מערכת).

מהממצאים הנוגעים למעגל המטופלים, מעגל המטפלות, אליפסת הטיפול במוזיקה ואליפסת הפנימייה עולה שמערך הטיפול במוזיקה בפנימייה הוא רב שכבתי ומורכב. החלקים הכהים באיור 1 מייצגים את הקשיים או הבעיות של הגורמים הנוטלים חלק בטיפול במוזיקה בפנימייה, אשר משפיעים אלה על אלה. החלקים הבהירים, לעומת זאת, רומזים על הפוטנציאל לשינוי. ואכן, כפי שיתואר בהמשך, התצורה משתנה באטיות ובהדרגה.

איור 2 מציג את השינויים החלים בארבע קטגוריות-העל בעקבות הטיפול במוזיקה.

איור 2: עיגולים בהירים ברובם



האיור השני מייצג בחלקו את המצב המצוי ובחלקו את המצב הרצוי בתהליכי הטיפול במוזיקה בפנימייה. מוצג בו מערך חדש של הגורמים המשתתפים בטיפול במוזיקה בפנימייה לאחר שינוי שחל בכל אחד מהעיגולים. באיור רואים התקרבות בין מעגל המטופל למעגל המטפלת, התקרבות המייצגת את העובדה שכבר יש ביניהם תקשורת, ולא רק דחייה. החלק הבריא – מעגל "ילד מוזיקה" – גדל ומתרחב על חשבון החלק הלא-בריא (השחור-אפור). החלק של "ילד הפנימייה" אצל המטפלת (שחור-אפור)

קטן בזכות עבודה על פצעים אישיים דרך התהליך המקביל (הגשר בין הפן המקצועי לפן האישי). השינוי במעגל המטפלות נובע גם מהמפגש עם המוזיקה של המטופלים. ממצאי המחקר מראים כי המפגש עם המוזיקה המזרחית אפשר לחלק מהמטפלות להרחיב את הזהות המוזיקלית שלהן.

באליפסת הטיפול במוזיקה התחוללו שינויים רבים המושגתים על חוויה רגשית מתקנת של יחסי הורה-ילד. חדר הטיפול במוזיקה מקבל משמעות של "בית" למטופל, ועם הזמן חלקיו הכהים מתמעטים, וחלקיו הבהירים מתרבים (חלקים בהירים באיור). האקלים החדש מביא לשינוי מהותי בתחושת ההדדיות בטיפול, ובהדרגה – גם לשינוי בתחושות של המטופל מחוץ לטיפול. הבעיה היא שעקב קשיים ושחיקה, המדריכים בפנימיות ועובדים בקהילה אינם מצליחים תמיד לזהות ולהעצים את השינויים שחלו בילד וליצור עבורו רצף טיפולי שיקדם אותו הלאה. לכן המסגרת הטיפולית נחוות לעתים כבועה או מפלט עבור המטופלים. בעוד הטיפול במוזיקה מהווה "בית לנפש" עבורם, הפנימייה – ביתם הממשי – נחוות לעתים כבית רעוע. ואכן, על פי הממצאים, החלק שקשה ביותר לשנותו הוא אליפסת הפנימייה (קטגוריית-על 3).

נמצא כי בפנימייה יש קשיים רבים הן למטופלים והן לצוותים המקצועיים, ובתוכם המטפלות במוזיקה. הדחיקה והתסכול נובעים מאקלים בלתי יציב ובלתי מכיל – אקלים הדורש שינוי. עם זאת, המחקר מצביע על הפוטנציאל של הטיפול במוזיקה להשפיע על המערך הפנימייתי – להפכו למקום מגורים טוב יותר עבור המטופלים ולמקום עבודה טוב יותר עבור המדריכים והמטפלות במוזיקה. לפי הממצאים, פוטנציאל זה ממומש באופן חלקי בלבד (באיור – חלקים שנותרו כהים), אך הניסיון המועט מלמד כי שימוש במוזיקה בעבודה המערכתית יכול להביא לשינוי גדול יותר גם בעיגול החיצוני, המשמעותי כל כך לילדים, בעיקר ביחסים בין המטופל למדריכו, שהם סוכני הטיפול העיקריים שלו, וגם בקרב הצוותים הרב מקצועיים בפנימייה.

בהתאם לתפיסה האקולוגית, הרואה את התפתחות הילד כמושפעת מיחסי הגומלין בינו לבין סביבתו הישירה, תוך שימת דגש על ראיית הכוחות, הטיפול במוזיקה מציע אפשרות לשינוי בדפוסי הקשר שנמצאו במחקר בין המדריכים למטופלים. מכיוון שהטיפול במוזיקה מייצר הזדמנויות רבות להיווכח בכוחות המטופלים, המטפלות במוזיקה יכולות "להעביר הלאה" את מה שנחשף בטיפול. אכן, המחקר מראה כי חשיפת המדריכים ליכולות ולכוחות של המטופלים דרך הזמנתם לחדר הטיפול או להופעות מחוצה לו יכולה להוות הזדמנות לחלוק עמם רגעים של הישג, אינטימיות והשראה. הכוחות יכולים להתחזק בזכות היזון חוזר – היווצרות זווית ראייה חדשה של המדריכים, שתשנה את אופן ההסתכלות שלהם על הילדים – הם אינם רק ילדים "מופרעים" עם בעיות, אלא יש להם גם צדדים חיוביים, מרשימים ומיוחדים. הספרות מראה כי כאשר ילד בעל דימוי שלילי מקבל הזדמנות להוכיח את כישוריו המוזיקליים, הוא זוכה להערכה מחודשת מהסביבה, והדבר משפיע על חייו לטובה (Chess, 1979; Portowitz, Lichtenstein, Egorov & Brand, 2009). תהליך מעגלי זה יכול להוות מפתח לשינוי בתקשורת בין המדריכים למטופלים (מזו-מערכת). כמו כן, המחקר חושף את

הפוטנציאל הבלתי ממומש של המוזיקה לסייע בעבודה עם הורים – עבודה שיכולה להשפיע באופן משמעותי על תפיסת העולם על ידי המטופל. כפי שניתן לתאר את התפתחותו של הילד כמושפעת מיחסי גומלין בינו לבין סביבתו הקרובה, כך ניתן לתאר התפתחות זו כמושפעת גם מיחסי גומלין בין המערכות השונות בסביבתו (אקזו-מערכת). הממצאים הראו כי יש ליקויים בעבודה המערכתית, וכי עשייה מוזיקלית של המטפלת במוזיקה עם הצוותים הרב מקצועיים יכולה לקדם את מעמדה בפנימייה ולשפר את הרגשתה הכללית במקום העבודה – דבר שעל פי התפיסה האקולוגית, עשוי לתרום בעקיפין גם למטופל. עשיית מוזיקה עם המדריכים של המטופלים יכולה להשפיע לטובה על התקשורת בין המטפלת במוזיקה לבין המדריכים. היא אף יכולה להשפיע על יחסי המדריכים בינם לבין עצמם, לאפשר אוורור וגיבוש חברתי של הצוות וליצור מערכת שבה אקלים העבודה נעים, מהנה, בריא ושמח יותר. לדברי ברוננו וג'ונסון (1994), למטפלים באמנויות בפנימייה ישנו תפקיד ייחודי של הפגשת הצוות עם הפוטנציאל הגלום בתהליכים יצירתיים, פוטנציאל לתמוך בצמיחה, לאורור לחצים וליצור קירוב חברתי-חוויתי. סביר להניח כי מדריכים מוכלים יכולו את הילד טוב יותר. ילד מוכל ישפיע באופן חיובי על האקלים הקבוצתי ויתרום לו.

התנסויות חוויתיות במוזיקה והצגת תיאורי מקרה הכוללים השמעת הקלטות של מוזיקה מהטיפול לצוות הטיפולי, יכולות לתרום ליצירת מודעות ועמדות חיוביות כלפי תחום הטיפול במוזיקה, ומתוך כך גם ליצור קשרי עבודה טובים יותר בין המטפלות במוזיקה לבין חברי הצוות הטיפולי המורחב. המחקר של גוטמן (1996) על טיפול באמנויות בפנימייה הוכיח כי כאשר העובדים הסוציאליים היו מעורבים בעבודת המטפלים באמנויות, הוביל הדבר להעצמת מקום המטפלים בפנימייה. מחקרים נוספים מחזקים את הצורך בדיאלוג בין המטפלות במוזיקה לצוותים הרב מקצועיים במקום העבודה ואת תרומת ההסברה של מהות מקצוע הטיפול במוזיקה לצוותים החינוכיים, הן לאנשי הצוות והן למטפלות במוזיקה (אמיתי, 2012; נוימן, 2011; O'Callaghan & Magill, 2009; O'Kelly & Koffman, 2007). מדובר בגורמים שבכוחם להשפיע בסופו של דבר על האקלים הפנימייתי כולו ולתרום רבות לשיפור חיי המטופל במקום שבו הוא גר.

איור 2 מבטא מצב רצוי, שבו העיגול בהיר יותר בזכות העשייה המוזיקלית של המטפלת בעבודתה המערכתית. זהו מצב אידאלי, שבו המטופלים מוכלים הן בעיגול הטיפול במוזיקה והן בעיגול הפנימייה. מחקרים שראו אור לאחרונה רואים באקלים פנימייתי שלילי גורם מטריד המחבל בניסיון ליצור יציבות בחיי הילדים ובעמידות של הצוות המטפל, ובעיקר של המדריכים (דביר וכן דוד, 2012; פינצ'ובר ועטר-שוורץ, 2012). במחקר שהונחה אף על ידי התאוריה האקולוגית נמצא כי ככל שהחניך העריך את האקלים החברתי בפנימייה כחיובי יותר, תפקודו היה טוב יותר, הן מהבחינה ההתנהגותית והן מהבחינה הרגשית (פינצ'ובר ועטר-שוורץ, 2012). דביר וכן דוד (2012) מצאו כי תמיכת עמיתים (באמצעות קבוצות תמיכה והדרכה, פעילויות חברתיות לגיבוש והנאה וכיוצא בזה) מהווה גורם המסייע לצוות הפנימייה להתמודד

עם סביבת העבודה רווית הלחץ והמתחים, ומאפשר לו עמידות ויכולת התמודדות בעבודתו שם. רעיונות אלה מובאים גם בספרות העוסקת בתרפיה במוזיקה קהילתית (Community Music Therapy), הנשענת על התפיסה האקולוגית. למשל התערבות, כגון שיתוף קהילת המטופל בתוצר מוזיקלי שהוא פרי הוראת הנגינה בכלי במהלך טיפול, מומלצת על ידי סטיגה (Stige, 2002). הוא הדגיש את היתרונות ביצירת מפגשים רבים בין המטופלים לבין סביבתם בתיווך המטפלים במוזיקה. הזדמנות טובה למפגשים כאלה יכולה להיות בתקופת ההכנות לאירועים טקסיים-מוזיקליים. אירועים אלה, המאופיינים בתנועה אנושית ערה, בניגוד לתרפיה במוזיקה המתקיימת מאחורי "דלתיים סגורות" ובמרחב אנושי מצומצם, הם הזדמנות למרחב חי של אינטראקציות, שיחות לא רשמיות, קשרים ואף חברויות. המודל של תרפיה במוזיקה קהילתית כמודל אקולוגי מומחש באופני התקשורת של המטפלים במוזיקה עם גורמים שונים בסביבת העבודה סביב ארגון המופעים. בהזדמנות זו אפשר לשתף את הצוות בהיבטים אנושיים ובקשיים של המטופלים ולהזמיןם להכיר את כוחותיהם של המטופלים, כשהשימוש בתוצרים המוזיקליים מהווה גורם מתניע ליצירת האינטראקציות.

נראה אפוא כי משמעות הטיפול במוזיקה בפנימייה טמונה ביכולותיו הבאות:

- ◀ להרחיב את "ילד המוזיקה" במעגל המטופלים
- ◀ להקטין את "ילד הפנימייה" במעגל המטפלות
- ◀ לקרב בין מעגל המטפלת למעגל המטופל
- ◀ להבהיר חלקים כהים באליפסת הפנימייה, הכוללת את כל הגורמים בסביבת הילד, בעיקר את המדריכים, ואת הוריו

השינויים מתחוללים בכל העיגולים ומשפיעים בהיזון חוזר זה על זה. במודל שמוצע במאמר זה, המוזיקה היא שנעה ומחברת בין עיגול אחד למשנהו.

לסיכום, הטיפול במוזיקה בפנימייה מדגיש את הכוחות הבריאים המצויים בכל אחד מהגורמים המשתתפים בו. המחקר הנוכחי מראה כי לתכונות הבריאות והמעצמות של המוזיקה יכול להיות תפקיד חשוב בקידום יחסי הגומלין בין המערכות השונות בסביבת המטופל, כשהוא במרכז.

משמעות המונח אקולוגיה – "לימוד של הבית" (מיוונית: οἶκος – "בית"; λογία – "לימוד של"), מתיישבת עם מוטיב מרכזי המהדהד במחקר הנוכחי – הבית. (המילה "בית" מופיעה בפרק הממצאים בעבודת הדוקטור יותר מ-100 פעמים (יאיר, 2013). המחקר הנוכחי מראה שהטיפול במוזיקה מהווה עבור המטופלים "בית לנפש". יש לו פוטנציאל לשפר את הבית החלופי של הילדים והבית המקצועי של המטפלות – הפנימייה. השינויים המתרחשים בעיגולים יכולים להשפיע לא רק על המטופל וסביבתו המידית בפנימייה, אלא גם על מערכות רחבות יותר (מקרו-מערכת), מכיוון שהסיכון שבו נמצאים הילדים נוגע לא רק להם עצמם, אלא גם לסביבתם ולחברה כולה (לובחנסקי-לביא, 2001).

המלצות פרקטיות למטפלים במוזיקה בפנימייה

המחקר מראה שיש לראות את המטופלים באופן הוליסטי, ולא להתמקד בפתולוגיות. חשוב לזכור כי מתחת לשכבות המצוקה קיים גרעין בריא, ויש לחתור לחשוף ולהאיר אותו למן הרגע הראשון. מומלץ לתת למטופלים חוויה של קביעות ועקיבות בתהליך הטיפול, כמשקל נגד לחייהם הבלתי יציבים ורצופי האכזבות. מן הראוי ליזום סדנאות חווייתיות במוזיקה למדריכים למטרות של שחרור לחצים, קירוב לבבות, הנאה, בילוי וגיבוש.

מומלץ ליצור רצף טיפולי עם המדריכים בפנימייה, כדי שהטיפול לא יתנהל כבתוך בועה. על המטפלים במוזיקה לראות את עצמם חלק מה"אקולוגיה של הפנימייה" ולדעת כי ביכולתם להשפיע עליה. מומלץ לחשוף את הסביבה האנושית של המטופל לצדדים החיוביים שבו, באמצעות הצגת הכוחות והיכולות שלו. אפשר לעשות זאת, בין השאר, על ידי הזמנת הצוות לחדר הטיפול, הופעות מוזיקליות בפני הצוות וילדי הפנימייה או הוצאת תוצרים מוזיקליים מהטיפול. מובן שהמלצה זו צריכה להיעשות תוך הפעלת שיקול דעת.

חוסר סיפוק מהתנאים הפיזיים, הרגשיים והמקצועיים עלול לגרום לשחיקה בעבודה ואפילו לעזיבה של מטפלים במוזיקה. לפיכך, בהיעדר תקנים מחייבים, מומלץ לעגן הבנות ותנאים בחוזה עבודה אישי.

ביקורת מתודולוגית

הטענה המרכזית נגד מחקר איכותני היא שאין הוא מאפשר להגיע להכללות. כנגד טענה זו אפשר לטעון כי המחקר הנוכחי אפשר הסתכלות מעמיקה יותר במציאת משמעות בתופעה שנחקרה. חוקרים איכותניים אוספים חומרים עד שהם מגיעים לנקודת רוויה – כאשר אין הם שומעים או רואים מידע חדש (Simon, 2011). המחקר התבסס על תשעה ראיונות – כמספר המטפלות במוזיקה שעבדו בפנימיות בעת עריכת המחקר. זהו מספר מדגמי מקובל במחקר איכותני. ואמנם החומרים חזרו על עצמם, ולא התקבל מידע חדש. הריאיון, כלי המחקר המרכזי, הוכח כיעיל לאיסוף ממצאים משמעותיים למחקר זה. הראיונות סייעו למטפלות למקד רעיונות ולהגיע לגילויים ולתובנות שתרמו להן מבחינה מקצועית ואישית. עם זאת, יש לציין, כי הראיונות העלו אצל המטפלות גם תחושות קשות, כך למשל עלה עצב נוכח תובנות על קשר בין חוויות אישיות קשות שלהן, כגון חסך ודחייה בילדותן, ובין בחירתן לעבוד כמטפלות במקום שמעורר את החוויות האישיות הקשות מחדש דרך סיפורי המטופלים, והיה צורך להכיל את קשייהן הרגשיים באופן אמפתי.

כדי להבין באופן שלם יותר את משמעות הטיפול היה נכון לראיין את המטופלים עצמם. ברם הסיבה שבמחקר הנוכחי בחרנו שלא לראיין מטופלים נובעת משיקולים אתיים, בעקבות ניסיונו במחקר קודם (יאיר ואמיר, 2012), שבו רואיינו ילדים, אולם נוכחנו לדעת שהם התקשו מאוד לדווח על תחושותיהם, והסיטואציה של הראיונות יצרה

אצלם תחושת תסכול ואכזבה. תימוכין להחלטה זו ניתן למצוא אצל חוקרים מטפלים במוזיקה נוספים, שראיינו מטפלים בלבד על חוויות הטיפול, ולא ראיינו מטופלים (דסה, 2013; Kim, Jeong & Ko, 2013; McCaffrey, 2013).

לפי שקדי (2003), שימוש במגוון של מקורות מידע מסייע בשמירה על מהימנות ומגביר את התוקף של הממצאים. במחקר הנוכחי נעשה שימוש במגוון שיטות (ראיונות, אלתורים, שירים), אשר הגבירו את תוקף הממצאים. השירים ששלחו המרואיינות לאחר שקראו את סיכומי הראיונות חיזקו את הממצאים וגרמו למחקר להיות תוסס ומרגש יותר (כמו שקורה לעתים בטיפול במוזיקה). עם זאת, כפי שצוין בפרק השיטה, לא כל המטפלות הביאו הקלטות, ורק חלק מהמשתתפות בחרו שירים. נאלצנו להסתפק בשלושה אלתורים, בשל היעדר תיעוד או חוסר היענות שנבע מחוסר מוטיבציה לחפש בחומרים ישנים, וגם משיקולים אתיים – תחושת חוסר נוחות למסור חומרים רגישים לידיים אחרות. לפיכך, ועל אף בקשות חוזרות למסור הקלטות (כולל בגמר הראיונות), קיבלנו רק שלושה אלתורים. כמו כן, לא כל המשתתפות בחרו שירים בתום קריאת הראיונות. לכן, ייתכן שמבחינת כלי המחקר המוזיקליים, לא הגענו לנקודת רוויה (Simon, 2011).

סיכום

מחקר זה הוא ראשון מסוגו בכך שהוא מתמקד **בכל ההיבטים** של הטיפול במוזיקה בפנימייה, מנקודת מבטן של **כל** המטפלות במוזיקה שעבדו בפנימיות בארץ בתקופה שבה הוא נערך.

המחקר אפשר התבוננות מעמיקה של טיפול במוזיקה בקרב ילדים במצבי סיכון החיים בפנימיות והבנה מעמיקה יותר של משמעות הטיפול בפנימייה עבורם, עבור המערכת הפנימייתית ועבור המטפלות במוזיקה עצמן.

המחקר הנוכחי תורם לאוכלוסיית הילדים במצבי סיכון שמקבלים טיפול במוזיקה בפנימיות השונות בכך שהוא מציע להדגיש את הכוחות והיכולות שלהם. ממצאי המחקר הביאו לידי הבנה מעמיקה של תהליך הטיפול הפרטני, ובמיוחד של משמעות המוזיקה בתהליך. המחקר הנוכחי אף מאפשר לראות את הפוטנציאל הטמון בטיפול במוזיקה לשיפור איכות העבודה המערכתית בפנימייה, בזכות ראייה רחבה יותר של תחום עיסוקה של המטפלת במוזיקה, דהיינו מעבר מטיפול פרטני בילד לטיפול כוללני יותר והשתלבות במערכת הפנימייתית.

מקורות

אליאל-גב, מ' (2010). **הערכת מוכנותם של מתבגרים בפנימיות וצרכיהם לקראת עזיבת המסגרת והיציאה לחיים עצמאיים**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.

אלתרמן-שאשא, י' (2011). **הקשר בין תפקוד חינוכי והישגים לימודיים של חניכי פנימיות רווחה לבין מאפייניהם ותפקודם הרגשי וההתנהגותי**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.

- אמיתי, י' (2012). **עמדתן של מחנכות וסייעות בבתי ספר לחינוך מיוחד כלפי טיפול במוזיקה**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.
- ביבי-גואטה, ב' (2011). **בני נוער העומדים לסיים שהותם במעונות של חסות הנוער: הקשר בין מאפייני המתבגר ותמיכת הסביבה ומסגרת ההשמה לבין מוכנות לחיים עצמאיים, תפיסת העתיד וצרכים לקראת היציאה מהמסגרת**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.
- בן רבי, ד' וחסיין, ט' (2006). **פנימיות קהילתיות ופנימיות יום: דרכי עבודתן ומצב הילדים וההורים – סיכום שלוש שנות מחקר**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- בן-שלום, י' ובר-צורי, ר' (2004). **מדיניות רווחה לילדים ולנוער**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בנבנישתי, ר' ושיף, מ' (2003). **מחקר מעקב אחר בוגרי "אור שלום" בגילאי 18 ומעלה: דו"ח מחקר**. ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים.
- ברונו, ע' וגינוסר, ר' (1994). **במקום מילים**. תל אביב: המועצה לילד החוסה.
- גוטמן, ע' (1996). **האמנויות בעין בוחנת – פרויקט חינוך וטיפול באמנויות בפנימיות לילדים**. תל אביב: המועצה לילד החוסה.
- גור, א' (2005). **תמורות בהסתגלות ובייצוגי מערכת ההתקשרות של בני נוער במצוקה במהלך שהותם במוסדות טיפוליים – ההשפעה הטרונספורמטיבית של תפקוד דמויות טיפוליות כ"בסיס בטוח"**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת בר-אילן.
- גרופר, ע' (2012). **הדילמה הבלתי פתורה של ההכשרה המקצועית הנדרשת למדריכי הפנימיות החינוכיות, השיקומיות והטיפוליות. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 133–144.
- דביר, א' ובן דוד, ש' (2012). **תחושת לחץ, תמיכת עמיתים ושחיקה בקרב צוותים בפנימיות לילדים ונוער בסיכון. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 111–132.
- דסה, א' (2012). **נרטיב הבחירה של מטפלות במוזיקה לעבוד עם אוכלוסיית חולי אלצהיימר**. בתוך ד' אמיר וכו' אלפנט (עורכות), **התשמע קולי? מחקרים חדשניים בתרפיה במוזיקה** (עמ' 230–256). קריית ביאליק: אח.
- הורביץ, ד', בן יהודה, י' וחובב, מ' (עורכים) (2007). **התעללות והזנחה של ילדים בישראל**. ירושלים: אשלים.
- וייס, ח' (1999). **השימוש בשירים ישראלים בטיפול במוזיקה לשם בניית קשר תוך-אישי ובין-אישי עם שני מתבגרים הסובלים מלקויות שונות**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.
- וילצ'יק-אביעד, י' (2013). **רמת זהות אני ופרופיל זהות אני בקרב מתבגרים הגרים בפנימייה לעומת מתבגרים הגרים עם הוריהם. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 38, 55–78.
- ויסמן, צ' ורוזמן, מ' (2005). **מסיכון גבוה לסיכוי גבוה**. תל אביב-יפו: המחלקה לקידום נוער.
- זאבי, נ' (2012). **התפתחות הקשר בין תרפיסטים במוזיקה (שאנים יוצאי העדה האתיופית) לבין מטופלים בני העדה האתיופית השוהים בפנימייה לנוער בסיכון מנקודת מבטם של התרפיסטים**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.
- זעירא, ע', עטר-שוורץ, ש' ובנבנישתי, ר' (2012). **ילדים ובני נוער בהשמה חוץ-ביתית בישראל: סוגיות ואתגרים. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 9–16.
- יאיר, מ' (2013). **משמעות הטיפול במוזיקה בפנימייה לילדים בסיכון מנקודת מבטן של התרפיסטיות במוזיקה**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת בר-אילן.
- יאיר, מ' ואמיר, ד' (2012). **כשהפסנתר מדבר: מציאת משמעות באלתורי פסנתר שנוצרו ע"י שלושה ילדים בסיכון החיים בפנימייה**. בתוך ד' אמיר וכו' אלפנט (עורכות), **התשמע קולי? מחקרים חדשניים בתרפיה במוזיקה** (עמ' 25–54). קריית ביאליק: אח.
- יוסף, ח' (2011). **עבודה חינוכית-סוציאלית בפנימיות**. בתוך א' אהרוני (עורך), **עבודה חינוכית-סוציאלית בישראל** (עמ' 213–234). ירושלים: אפשר.

- לובחינסקי-לביא, א' (2001). **ילד הולך הביתה**. תל אביב: המועצה לילד החוסה.
- לונג, ר' ופוגל, ג' (2003). **ילדים עם קשיים רגשיים: דרכי התמודדות ויצירת סביבה מסייעת**. קריית ביאליק: אח.
- מור, פ' ומנדלסון, י' (2006). **לדבר עם מתבגרים בסיכון: התפיסה החינוכית הפסיכו-חברתית**. ירושלים: אשלים.
- מייק, ח' (2012). "אני אומרת לעצמי, איזה מזל שהגעתי לפנימייה הזאת": פנימייה טיפולית מנקודת מבטם של בוגריה. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 163–184.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2015). **נוהלי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה: המעון ופעולתו**. נוהל 7.9: תפקיד המטפלת באמנויות. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים. זמין באתר <http://www.molsa.gov.il/Children At Risk>
- נוימן, ע' (2011). **תפיסות ועמדות של מטפלות במוזיקה ומורות כלפי מקצוע הטיפול במוזיקה בבתי הספר של החינוך הרגיל**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן.
- עטר, ש' (2006). **מאפיינים של הילד המשפחה והפנימייה כמנבאים תפקוד פסיכו-חברתי וחינוכי של ילדים ובני נוער בפנימיות שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות**. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- פינצ'ובר, ש' ועטר-שוורץ, ש' (2012). תפקוד התנהגותי ורגשי של ילדים ובני נוער בפנימיות רווחה: תרומתם של מאפיינים אישיים, קרבות לאלומות והערכת האקלים החברתי בפנימייה. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 36, 61–90.
- צבר בן-יהושע, נ' (1990). **המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה**. תל אביב: מודן.
- רוזנפלד, י"מ וסייקס, י' (2000). "והיינו הולמים" – לקראת שירותים טובים דיים בעבור משפחות וילדים. **חברה ורווחה**, כ(4), 421–443.
- שמיד, ה' (2006). **דין וחשבון הועדה הציבורית לבדיקת מצבם של ילדים ובני נוער בסיכון ומצוקה**. ירושלים: משרד ראש הממשלה.
- שמעוני, ע' ובנבנישתי, ר' (2011). **ילדים נפגעי התעללות והזנחה השוהים במסגרות חוץ-ביתיות ומטופלים בקהילה – דו"ח מחקר**. ירושלים: מכון חרוב.
- שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום**. תל אביב: רמות.
- Attar-Schwartz, S. (2009). School functioning of children in residential care: The contributions of multilevel correlates. *Child Abuse & Neglect*, 33, 429–440.
- Barter, C., Renold, E., Berridge, D., & Cawson, P. (2004). *Peer violence in children's residential care*. Basingstoke, UK: Palgrave.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult Attachment Style II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability, social psychiatry and psychiatric epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60–67.
- Boxill, E. H. (1977). *The miracle of music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.
- Brown, L. C., & Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 15–32.
- Bruscia, K. E. (1989). *Defining music therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.
- Burkhardt-Mramor, K. M. (1996). Music therapy and attachment disorder: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 14(2), 77–82.

- Chess, S. (1979). Developmental theory revisited. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 101–112.
- Dubowitz, H. (2009). Tackling child neglect: A role for pediatricians. *Pediatric Clinics of North America*, 56, 363–378.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharite, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265–1278.
- Evenson, R. J., & Simon, R. W. (2005). Clarifying the relationship between parenthood and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 341–358.
- Flower, C. (1993). Control and creativity, music therapy with adolescent in secure care. In M. Heal & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education* (pp. 40–45). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fonagy, P. (1988). An attachment theory approach to treatment of difficult patient. *Bulletin of Menninger Clinic*, 62(2), 147–169.
- Forinash, M., & Grocke, D. (2005). Phenomenological inquiry. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music therapy research* (2nd ed., pp. 321–334). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Frank-Schwebel, A. (2002). Developmental trauma and its relation to sound and music. In J. P. Sutton (Ed.), *Music, music therapy and trauma: International perspectives* (pp. 193–207). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fulcher, L. (2001). Differential assessment of residential group care for children and young people. *British Journal of Social Work*, 31, 417–435.
- Gardstrom, S. C. (2001). Practical techniques for the development of complementary skills in musical improvisation. *Music Therapy Perspectives*, 19, 82–87.
- Gaston, E. T. (1968). *Music in therapy*. New York: Macmillan.
- Hildyard, K., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679–695.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1–23.
- Hong, M., Hussey, D., & Heng, M. (1998). Music therapy with children with severe emotional disturbances in a residential treatment setting. *Music Therapy Perspectives*, 16, 61–66.
- Jochims, S. (2003). Connection between bonding theories & psychodynamic music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1), 100–107.
- Kerlinger, F. M. (1972). *Foundations of behavior research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kim, Y., Jeong, J., & Ko, M. (2013). A qualitative study of Korean music therapist's turnover experiences. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 449–457.
- Krüger, V., & Stige, B. (2014). Between rights and realities – music as a structuring resource in child welfare everyday life: A qualitative study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(2), pp. 99–122. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.890242>
- Langenberg, M., Frommer, J., & Langenbach, M. (1996). Fusion and separation: Experiencing opposites in music, music therapy, and music therapy research. In M.

- Langenberg, K. Aigen & J. Frommer (Eds.), *Qualitative approaches to music therapy research* (131–160). Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.
- Levinge, A. (1996). Permission to play: The search for self through music therapy research with children presenting with communication difficulties. In H. Payne (Ed.), *Handbook of inquiry in the arts therapies: One river, many currents* (pp. 218–228). London and Bristol, PA: Jessica Kingsley Publisher.
- Loewy, J. (1994). *A hermeneutic panel study of music therapy in assessment with an emotionally disturbed boy*. Unpublished Ph.D. Dissertation. New York University.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluations and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759–782.
- Marton, F. (1994). Phenomenography. In T. Husen & T. N. Postelwaite (Eds.), *The international encyclopedia of education* (pp. 4424–4429). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resiliency framework for research, policy and practice. In S. Luthar (ed.), *Resiliency and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversity* (pp. 1–29). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCaffrey, T. (2013). Music therapists' experience of self in clinical improvisation in music therapy: A phenomenological investigation. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 306–311.
- Medley, A., & Sachs-Ericsson, N. (2009). Predictors of parental physical abuse the contribution of internalizing and externalizing disorder childhood experiences of abuse. *Journal of Affective Disorders*, 113, 244–254.
- Montello, L. (1998). Relational issues in psychoanalytic music therapy with traumatized individuals. In K. E. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy* (pp. 300–313). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Munro, E. (2008). *Effective child protection*. London: Sage Publications.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy*. New York: John Day Company.
- O'Callaghan, C., & Magill, L. (2009). Effect of music therapy on oncologic staff bystanders: A substantive grounded theory (Electronic version). *Palliative & Supportive Care*, 7, 219–228.
- O'Kelly, J., & Koffman, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care (Electronic version). *Palliative Medicine*, 21, 235–241.
- Pavlicevic, M. (2002). Fragile rhythms and uncertain listenings: Perspectives from music therapy with South-African children. In J. P. Sutton (Ed.), *Music, music therapy and trauma: International perspective* (pp. 97–118). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Portowitz, A., Lichtenstein, O., Egorov, L., & Brand, E. (2009). Underlying mechanisms linking music education and cognitive modifiability. *Research Studies in Music Education*, 31(2), 107–128.
- Richman, N. (1995). *Communicating with children – helping children in distress*. London: Save the Children.

- Ruud, E. (1998). *Music therapy: Improvisation, communication, and culture*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Seidman, I. E. (1991). *Interviewing as qualitative research*. New York: Teachers College Press.
- Shaffer, A., Huston, L., & Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 32, 682–692.
- Simon, M. (2011). Dissertation and scholarly research: Recipes for success. Available at <http://dissertationrecipes.com/wp-content/uploads/2011/04/Analysis-of-Qualitative-DataXY.pdf>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretive phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Reinhart & Winston.
- Stein, M. (2005). *Resilience and young people leaving care: Overcoming the odds*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Stige, B. (2002). The relentless roots of community music therapy. *Voices: A World forum for Music Therapy*, 2(3). Available at [http://www.voices.no/mainissues/Voices2\(3\)Stige.html](http://www.voices.no/mainissues/Voices2(3)Stige.html).
- Tyson, E. H. (2002). Hip hop therapy: An exploratory study of a rap-music intervention with at-risk and delinquent youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15(3), 131–144.
- Walsh-Stewart, R., & Stewart, D. (2002). See me, hear me, play with me: Working with the trauma of early abandonment and deprivation in psychodynamic music therapy. In J. P. Sutton (Ed.), *Music, music therapy and trauma: International perspective* (pp. 133–152). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ward, A. (2004). Towards a theory of the everyday: The ordinary and the special in daily living in residential care. *Child & Youth Care Forum*, 33(3), 209–225.
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). Predictors of drug-use patterns in maltreated children and matched controls followed up into middle adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 801–809.