

האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי*

ורד סלונימבו ויצחק לנדר

בעשרים השנים האחרונות הפנה מדי שנה השירות לילד ונוער של משרד הרווחה בין 8,000 ל-10,000 ילדים לסידור חוץ-ביתי. קיים מתח תמידי והיסטורי בין הרצון להגן על ילדים, מחד גיסא, לבין זכותם של ילדים לגדול במשפחתם הטבעית, מאידך גיסא. במאמר נבחנת תפיסה ריכוזומית זו ונבדקת האפשרות לקיים את שני העקרונות – ההגנה על שלום הילד וזכות הילד לגדול במשפחתו – זה לצד זה, לנוכח הממצאים המראים כי ניתן למנוע סידור חוץ-ביתי באמצעות טיפול משפחתי וקהילתי הולם. בתחילת המאמר מוצגים הגורמים שעלולים להקטין את הסיכוי להצליח בטיפול בילדים בסיכון במשפחה ובקהילה, לאחר מכן מובאות החלופות הטיפוליות להוצאה מהבית ובסיום נבחנת השאלה אם טובת הילד וטובת משפחתו אכן מנוגדת זו לזו.

מבוא

בעשרים השנים האחרונות הפנה השירות לילד ונוער של משרד הרווחה מדי שנה בין 8,000 ל-10,000 ילדים לסידור חוץ-ביתי. בשנת 2002 שהו בסידור חוץ-ביתי 8,877 ילדים, מרביתם בפנימיות, חלקם במשפחות אומנה ומיעוטם במרכזי חירום (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2002). ההחלטה להוציא ילד לסידור חוץ-ביתי לטווח ארוך מתקבלת בוועדות החלטה הפועלות על פי תקנות התע"ס (8.9) וכוללות צוות רב-מקצועי מכמה שירותים. תפקידן של ועדות ההחלטה הוא לאבחן

* המחברים מבקשים להודות לסטודנטים לתואר שני במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ולד"ר יאיר רוזן מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון על הערותיהם המועילות והחשובות למאמר.

מה מצבו של ילד או נער הנמצא בסיכון, לבחון דרכי טיפול שונות, לקבוע תכנית טיפול ולעקוב אחר ביצוע ההחלטה (דולב, בנבנישתי וטימר, 2001).

מרבית הילדים שעניינם מגיע לווועדות החלטה סובלים מהזנחה ומהיעדר השגחה מתאימה (75%), 15% סובלים מהתעללות פיזית וכ-10% מהתעללות או חשד להתעללות מינית. ביותר ממחצית המקרים שנדונו בוועדות התקבלה החלטה להוציא את הילד מהבית. שלושים ושלושה אחוזים מהילדים בני 0-6 הוצאו לאומנה, למשפחה מורחבת או לאימוץ, ושבעים וחמישה אחוזים מבין הילדים בני 12-18 הוצאו מהבית, מרביתם לפנימיות (דולב ואחרים, 2001).

סידור חוץ-ביתי הוא פתרון נגיש, אך ילדים מוצאים מהבית גם בשל מיעוט החלופות הטיפוליות שמציעה הקהילה (דולב ואחרים, 2001; Corcoran, 2000). הפרדת ילד ממשפחתו עלולה לגרום קשיים חדשים, כגון פירוק המשפחה, תחושת אבדן וערעור נפשי, קונפליקט בין נאמנות למשפחה הביולוגית לבין השתלבות במקום החדש, פגיעה רגשית ונפשית אצל ילדים שהופרדו ממשפחתם, קשיי הסתגלות, אי-יציבות טיפולית במוסד או במשפחה הקולטת, נתק בין הילד למשפחתו שימנע בעתיד את שובו של הילד לביתו, וכמובן הקושי הרב של בני המשפחה שילדה נלקח ממנה (Brown & Hill, 1996; Corcoran, 2000; Haagenstad, 1991; Pelton, 1997; Whitaker, 1994).

מחקרים אחדים מראים שגם ילדים שגדלו במשפחות אומנה ובפנימיות סבלו מהתעללות, מאלימות, מפגיעה ומניצול. במקרים כאלה נוצר מצב שהילדים מופנים למקום שבו הם חווים חוויות קשות, הנגרמות, לעתים, על ידי אנשי הצוות או על ידי חוסים אחרים, בשל הרצון לחלץ אותם מהזנחה קשה (Beker, 2001; Colton, 2001; Vanstone, & Walby, 2002; Horwath, 2000; Pratt & Moreland, 1996). יתר על כן, קשרים בין ילד להוריו אינם בנויים לפי עקרון הלמידה, כלומר התרחקות והימנעות מקשר עם גורם מכאיב, אלא לפי עקרון ההתקשרות, וילדים מחוברים רגשית ומשמעותית גם להורה מזניח או מתעלל. לא תמיד ההתקשרות הזאת טובה ובטוחה, אך היא קיימת תמיד, ופירוד בין ילד להוריו מוביל לתגובות קשות, שעשויות להתבטא בדרכים שונות, כגון מחאה, דיכאון או ניתוק רגשי (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1973, 1979, 1988; Page, 1999).

המתח התמידי וההיסטורי בין הרצון להגן על ילדים לבין זכותם לגדול במשפחתם הטבעית מוכר ונדון בעבר בספרות (Mannes, 1993; Parton, 1999; Stein, 2000). ואולם, ייתכן כי ראוי לבחון מחדש את התפיסה הדיכוטומית הזאת בין שני העקרונות הללו – הרצון להגן על ילדים וזכותם לגדול במשפחתם הטבעית – ולכדוק אם הם אינם יכולים להתקיים זה לצד זה. הבדיקה המחודשת חשובה בייחוד לנוכח הממצאים המראים כי ניתן למנוע סידור חוץ-ביתי באמצעות טיפול משפחתי וקהילתי הולם (Burns & Goldman, 1999; Clark, Lee, Prange, & 2000).

McDonald, 1996; Clark, Schaefer, Burchard, & Welkowitz, 1992; Duchnowski & Johnson, 1993; Rosen, Heckman, Carro, & Burchard, 1994). יתרה מזאת, גם אם הוחלט על סידור חוץ-ביתי, החלטה זו יכולה להיעשות בשיתוף פעולה בין אנשי המקצוע לבין בני המשפחה, מה שיאפשר אולי בעתיד להחזיר את הילד למשפחתו. גם במקרים שבהם לא ניתן יהיה להחזיר את הילד למשפחתו, ילד יכול להיות גם מסידור חוץ-ביתי וגם מהמשך הקשר עם משפחתו. בהמשך המאמר מוצגים הגורמים העלולים להקטין את הסיכוי להצליח בטיפול בילדים בסיכון במשפחה ובקהילה, לאחר מכן מובאות החלופות הטיפוליות להוצאה מהבית ובסיום נבחנת השאלה אם טובת הילד וטובת משפחתו אכן מנוגדות זו לזו.

הגורמים העלולים להקטין את הסיכוי להצליח בטיפול בילדים בסיכון במשפחה ובקהילה

גורמים מערכתיים וטיפוליים אחדים עלולים להקשות על ההתערבות עם משפחות שילדיהן נמצאים בסיכון ולהפחית את הסיכויים שהטיפול יוביל לשינוי משמעותי בחיי המשפחה. לעתים גורמים אלו סמויים, אך השפעתם משמעותית. לכן חשוב להעלותם למודעות ולדון בהם בעת הטיפול בילדים בסיכון. להלן יפורטו הגורמים האלה ויוצעו המלצות לשינוי.

עמדותיהם של ארגוני הרווחה המטפלים בילדים בסיכון

ילדים הנמצאים בסיכון עשויים להיות מטופלים בידי כמה ארגונים ואנשי מקצוע — מחלקת הרווחה המקומית, השירות לילד ונוער, השירות למען הילד, בית המשפט, עמותות ציבוריות המנהלות מרכזי חירום ובתי מעבר, שירות פסיכולוגי חינוכי, טיפת חלב ואנשי בריאות, מפקחים שונים משירותים שונים (מפקחת השמה, מפקחת שירותים קהילתיים לילדים בסיכון) ואחרים (אנשי בריאות הנפש, קציני מבחן, מטפלים משפחתיים וכיו'). לארגונים השונים יש ערכים, מטרות, אינטרסים, מדיניות ותפיסות שונות, שלעתים גלויים ולעתים סמויים מהעין ומהמודעות.

בוועדת ההחלטה יושבים לעתים עד עשרה אנשי מקצוע מארגונים שונים, הדנים בגורל הילדים והמשפחה. כשגורמים שונים מטפלים במקרה אחד, ייתכן מצב שבו כל גורם ינסה להשיג את מטרותיו ולקדם את כוחו ואת השפעתו. לדוגמה, עובדת סוציאלית המטפלת במשפחה עשויה לכוון את הטיפול לקראת שיקום בקהילה בשל

קרבתה למשפחה ובשל מגמת הארגון לנסות לשקם משפחות בקהילה. לעומתה פקידת סעד החוששת שהילד ייפגע מהטיפול בקהילה ואינה רוצה לקחת סיכון יכולה להוביל לכיוון של סידור ארוך-טווח בפנימייה. המאבק הוא לא רק על תפיסות טיפוליות אלא גם על משאבים ותקציבים.

דולב ואחרים (2001) דיווחו כי "דיוני הוועדות מתקיימים באווירה טובה ותוך שיתוף פעולה בין המשתתפים" (שם, ע' 112). ואולם, תפיסותיהם השונות של בעלי מקצוע מארגונים שונים יכולות להיות סמויות ואף לא מודעות. לדוגמה, עובדים במקלט חירום עשויים להוביל לכיוון של שיקום המשפחה וילדיה בקהילה, מכיוון שקו זה מתאים לאידיאולוגיה הטיפולית של הארגון, הדוגלת בשמירת שלמותן של משפחות וצירוף טובת הילד אל טובת המשפחה. הם ינהלו מאבק עם ארגונים אחרים הדוגלים בהוצאת ילדים מהבית כדי להגן עליהם.

כאשר מתגלים פערים בתפיסות ובגישות הטיפוליות, אין מנגנון מסודר שעוזר לפתור קונפליקטים וליישב אי-הסכמות, ואין מנגנון המחייב את המטפלים השונים לשתף פעולה. אי-הסכמות ועימותים גלויים או סמויים גוזלים כוח ומשאבים שהיו יכולים להיות מושקעים בשיקום המשפחה.

יתר על כן לא ברור מה קורה כאשר נערכת הצבעה ומתקבל רוב זעום (לדוגמה, שישה בעד הוצאה מהבית וחמישה נגד). מה אמור המיעוט לעשות? כיצד יבצע את ההחלטה שהתקבלה? קורה שדווקא איש מקצוע שהתנגד להחלטה שהתקבלה, הוא מי שאמור לבצע אותה. האם יוכל לעשות זאת בנאמנות ובהתלהבות טיפולית?

לעתים ניתן לראות כי אי-הסכמות בין ארגונים לבין אנשי מקצוע נמשכות כל זמן שנמשך הקשר עם המשפחה. לדוגמה, פקידת סעד יכולה לבקר את עבודתה של עובדת סוציאלית בקהילה גם לאחר שהתקבלה החלטה בוועדה, והמפקחת על הגיל הרוך יכולה להצטרף אליה בטענה כי הילדים עדיין בסיכון.

המלצה לשינוי – קביעת הרכב ועדות ההחלטה ודרכי עבודתן ועדת גילת שבדקה את דרכי עבודתן של ועדות ההחלטה (דין וחשבון, 2002) המליצה למנות צוות קבוע לדיונים ולקבלת החלטות. אנשי הצוות הקבוע יקבלו הכשרה מתאימה ויעבדו יחד באופן שוטף. נראה כי המלצה זו טובה, הואיל ויש בה ניסיון להגדיר מיהם חברי הוועדה, כמה אנשי מקצוע ישתתפו בדיונים, ואיזו הכשרה יקבלו. ואכן, צוות היישום של המלצות ועדת גילת בראשות מנכ"ל משרד הרווחה, ד"ר גולדברגר, החליט כי ועדות ההחלטה ששמן שונה ל"ועדות לתכנון, טיפול והערכה" יהיו בעלות הרכב קבוע. הרכב זה יכלול אנשי מקצוע בכירים ונציגים של משרדי החינוך והבריאות, ואליהם יצטרפו המטפלים הישירים במשפחה ונציג המשפחה (ועדה לתכנון טיפול והערכה, 2004).

רצוי כי ההרכב הקבוע של הוועדה ייקבע על פי העקרונות האלה: ניסיון בעבודה קבוצתית, אנשי מקצוע בעלי גישה טיפולית המתמקדת בכוחות ולא בפתולוגיה, אנשי מקצוע מומחים ובעלי ניסיון בשיקום משפחתי קהילתי וצוות המוכן להיחשף להערכה ולביקורת חיצונית, כולל המחשבות, הדעות ושביעות הרצון של הלקוחות. ראוי לשקול בחיוב, כפי שטענה הרצוג בדיוני ועדת גילת (דין וחשבון, 2002), גם השתתפות קבועה של נציגי ארגונים חברתיים למימוש זכויות אדם וזכויות חברתיות, כמו "סנגור קהילתי", "הלב במשפט" ואחרים.

זאת ועוד, חשוב שהדיונים של נציגי הארגונים המטפלים בילדים בסיכון יהיו פתוחים וישתתפו בהם גם צוותי הוועדות לתכנון, טיפול והערכה (ועדות ההחלטה). חשוב לדבר על התפיסות והמטרות השונות של נציגי כל ארגון, על ההתלבטויות ועל השאיפות. דיונים כאלה, גם אם לא יובילו בהכרח לתפיסה משותפת, יאפשרו למשתתפים להבין זה את זה ולראות קשר אפשרי בין התפיסות והמטרות של נציגי הארגונים השונים, את דרך פעולתם המקצועית ואת דרך קבלת ההחלטות בוועדות. חשוב שגם הלקוחות יוזמנו לדיונים אלו, כדי שלאנשי המקצוע תהיה הזדמנות לשמוע את דעותיהם ואת תפיסותיהם. עבודה בדרך זו תאפשר למידה משותפת, שינוי עמדות, ואולי אף חשיבה משותפת על פיתוח שירותים חדשים לטיפול בילדים ובמשפחות בקהילה.

עולמם הפנימי של אנשי המקצוע והמפגש ביניהם

אנשי מקצוע אינם רק נציגים של ארגונים אלא גם בני אדם בעלי רקע שונה ותכונות אישיות שונות: יש ביניהם צעירים ומבוגרים; ותיקים ובעלי ניסיון וגם מי שעדיין חדשים במקצוע; הם נושאים מטען חוויתי פרטי ומורכב, שמקורו במשפחת המוצא שלהם ובמשפחתם הנוכחית; הרקע התרבותי והדתי שלהם שונה; יש להם אהבות ושנאות משלהם, וכמובן קונפליקטים פנימיים משלהם. מרכיבים אלו יכולים להשפיע על שיקול דעתם, בדרך כלל באופן לא מודע, ועל ההחלטות על דרך הטיפול במשפחה ובילדים. המטען האישי, התרבותי והמקצועי יכול להשתלב בדיונים ובשיקולים באין ספור דרכים ישירות ועקיפות ולהשפיע על הדיון בגורל הילדים והמשפחה. אלו התרחשויות אוניברסליות בלתי נמנעות, ובדרך כלל האנשים הפועלים אינם מודעים להן. למעשה, מדובר בהעברה הנגדית המתרחשת בעת הטיפול בילדים בסיכון ובמשפחותיהם (Carr, 1989).

קאר (Carr, 1989) תיאר חמישה סוגים של העברה נגדית, השכיחים אצל מטפלים בילדים שחוו התעללות. האחד, הצלת הילד אגב הזדהות רבה עם הילד הסובל. העובדים כועסים מאוד על ההורה המתעלל, ויש להם תחושות אשמה שמקורן

במקרים קודמים שבהם לא הצליחו לעזור לילדים. העברה נגדית זו יכולה לקרות אצל עובדים צעירים (או מבוגרים) שעדיין לא סיימו את תהליך ההיפרדות מהוריהם ומשליכים את הכעס שיש להם כלפי הוריהם על הורי הילד שבטיפולם. השני, הצלת ההורים. ההורים נתפסים כקרבנות של החברה (עוני, אפליה, גזענות) ושל המערכת המקצועית "הכוחנית והשתלטנית". קאר (שם) טען כי העברה נגדית כזו יכולה לקרות אצל עובדים המנסים לחזק ולאשר את תפקידם ההורי כלפי ילדיהם בעזרת המשפחות שבטיפולם. נראה כי העברה כזו יכולה לקרות לאנשי מקצוע שחוו בעצמם דיכוי ושליטה מצד המערכת המקצועית. שלושת סוגי ההעברה האחרים – הצלת האם והילד אגב רדיפת האב המתעלל; הצלת האב המואשם הנתפס כקרבן; ורדיפת המשפחה כולה הנתפסת כפתולוגית – נפוצים פחות.

ביטויי ההעברות הנגדיות האלה מגוונים. העברה נגדית מסוג הצלת הילד מסתמנת בדבריה של עובדת צעירה שאמרה בזעזוע: "איך אפשר לעשות דבר כזה לילד? תארו לכם לגדול עם הורים כאלה. אני רוצה לחזור הביתה ולחבק את הילדים שלי" או "אתם זוכרים מה קרה לחיים? אני לא מוכנה שגם הפעם ניקח סיכון, אני לא אוכל להתמודד עם זה עוד פעם". העברה נגדית מסוג הצלת ההורים משתקפת בדברים האלה: "תנסי את לגדל שלושה ילדים לבד בתור אם חד הורית על קצבה של הממשלה" או "גם אני כעובדת סוציאלית לא פעם הרגשתי מאוימת על ידי המערכת. מה האימא צריכה להרגיש כשהיא מגיעה לבד וכולם מתקיפים אותה?".

קאר (שם) הוסיף כי לעתים קרובות כאשר עובד אחד של הצוות המטפל מבטא העברה נגדית מסוג אחד, עובד אחר נוטה לבטא העברה נגדית מסוג אחר. התנגשות בין העולמות הפנימיים של המטפלים עלולה להחליש את שני הצדדים ולצמצם את האנרגיה והמשאבים המופנים לעזרת המשפחה. לדוגמה, פקידת הסעד יכולה לחוש אמפתיה עמוקה כלפי המשפחה, כי האם מזכירה לה את סבתה המנוחה שאליה הייתה קשורה במיוחד. במקרה זה חוסר הטיפול של האם בילדיה אינו נתפס כהזנחה, אלא כעליזות וכקלילות, בדומה לסבתה. לעומת זאת, המפקחת על הגיל הרך יכולה להרגיש כלפי האם הרגשה הפוכה לחלוטין. לה מזכירה האם את אימה שלה, שחוותה אותה כאם לא אחראית ומזניחה. עובדות מקצועיות אלו יכולות לנהל מלחמה על "האם טובה דיה" (ויניקוט, 1995).

המלצה לשינוי – קיום מפגשי הדרכה

נראה כי ראוי לקיים מפגשים קבוצתיים מונחים שבהם יוכלו העובדים המקצועיים המטפלים במקרים קשים ללבן בחופשיות את רגשותיהם ואת מחשבותיהם. כלומר, לקיים מפגשי הדרכה שיאפשרו לעובדים להתבונן פנימה, ללבן קונפליקטים אישיים ובין־אישיים ולנסות להבין את נקודת ראותו של הזולת. מפגשים אלו יגדילו את

הסיכוי שההחלטה להוציא ילד מביתו ותכנון הטיפול במשפחה יהיו משוחררים, עד כמה שניתן, מהיבטים ומתפיסות אישיות.

יתר על כן, בעזרת הדרכה שיטתית הממוקדת בהעברה נגדית יוכלו עובדים להיות מודעים למקרים המעוררים אצלם תכנים אישיים סוערים ויכלו לשקול להימנע מהשתתפות בדיון המעורר אצלם צורך בעיבוד ובעבודה פנימית.

עומס עבודה ומחסור במשאבים לטיפולים בקהילה

עזרה לילדים בסיכון ולמשפחותיהם בקהילה דורשת משאבים רבים, כגון שעות עבודה, ידע ומיומנויות מקצועיות, משאבים כלכליים למשפחות שמרביתן סובלות גם מעוני, שירותי סיוע למשפחות (חונכים, שיעורי עזר, הכשרה מקצועית) והדרכה והשתלמות מקצועית וזמינה לעובדים. בספרות מתוארות תכניות טיפול המיועדות להגן על ילדים ולטפחם במסגרת המשפחתית כדי למנוע את הוצאתם מהבית. העובדים המקצועיים המפעילים את תכניות הטיפול האלה הם מומחים בטיפול משפחתי, עומדים לרשותם משאבים לטיפול בקשיי המשפחה, והם מטפלים בו בזמן במספר קטן של משפחות (Burns & Goldman, 1999; Feldman, 1991; Nelson, Deutelbaum, & Landsman, 1990; Pecora, Fraser, Bennett, & Haapala, 1991). ואולם, בישראל העובדים הסוציאליים ופקידי הסעד מטפלים באותה עת בעשרות ובמאות משפחות (לעתים, שמונים עד מאתיים משפחות), ואין מדיניות באשר למספר המשפחות המרבי שמותר לעובד סוציאלי או לפקיד סעד לקבל לטיפול בו בזמן. כך קורה שפעמים רבות העובדים הסוציאליים נאלצים "לכבות שריפות" בלבד ולהעניק לנזקקים טיפול ראשוני בעת חירום. בדרך כלל, אין באפשרותם להתפנות לטיפול משפחתי מערכתי מעמיק המתייחס לצרכים הכלכליים של המשפחה, לבעיות החינוך, האבטלה, העוני וההתמכרויות וליחסים הבעייתיים במשפחה בין בני הזוג ובין ההורים לילדיהם.

המחסור הוא לא רק בתקנים לפקידי סעד, אלא גם במטפלים משפחתיים, בעובדים סוציאליים, באנשי חינוך ובריאות, ברכזי תכניות ובמשאבים כלכליים לטיפול במשפחות, כולל דיור ותעסוקה. יש צורך במטפלים משפחתיים שעברו הכשרה מקיפה ורצינית בטיפול משפחתי, בייחוד בטיפול במשפחות במצוקה עמוקה. חשוב שהמטפלים ידעו כיצד לשלב ילדים בטיפול משפחתי ויקבלו באופן קבוע הדרכה מקצועית והשתלמויות.

כדי לנהל טיפול משפחתי מערכתי עם משתתפים רבים צריך גם תנאים פיזיים מתאימים (חדר גדול, ראי חד-כיווני, מצלמת וידאו) ושעות עבודה שיתאימו לילדים ולמשפחות (שעות אחר הצהריים והערב). דרושה גם גמישות ונכונות מצד העובדים לקיים טיפולים בבית, לבקר בסוכנויות השונות (בית הספר, מרפאה, מקום עבודתו

של ההורה) ולהקדיש זמן רב לכל משפחה. אבל, לעתים אין לעובדים מקום מתאים למפגשים, הם אינם עובדים בשעות אחר הצהריים, הטיפוליים אינם מתקיימים, בדרך כלל, בבתי המשפחות ואין לעובדים זמן ומשאבים בעבור כל משפחה ומשפחה. הטיפול במשפחות הוא, למעשה, תוספת לעבודתם הרגילה של העובדים הסוציאליים, וחסרות בו התשתיות המתאימות.

לעיתוי התחלת העבודה עם המשפחות נודעת חשיבות רבה. קורה שתהליך הבירור, החקירה והאבחון אורכים זמן רב, וכך כשהמשפחה והילדים מגיעים לשלב השינוי הם כבר מותשים ואינם פנויים אליו, בייחוד אם הילדים כבר הוצאו מהבית וההורים חווים כעס וחרדה. כדי לרכוש את אמונם בשלב זה דרושה מומחיות רבה, זמן ונכונות להשקיע במשפחה. כניסה של פקידת סעד לחייה של משפחה כזו משנה את היחסים בתוכה. קולפינטו (Colapinto, 1995) טען כי כניסה זו "מדללת" הן את היחסים והן את התהליך הטיפולי, משום שפקידת הסעד משפיעה הן על מערך היחסים האוטנטי בין בני המשפחה והן על אנשי המקצוע האחרים המעורבים בטיפול. לדוגמה, אם המשפחה החוששת מביקורת תימנע מלצעוק על בתה המתבגרת, אבל ייתכן שהצעקות בין האם לבתה הן חלק מתהליך ההיפרדות שלהן זו מזו ולא כדאי להפסיקן. החשש מפני תגובתה של פקידת הסעד עלול גם לגרום לכך שהמטפלת המשפחתית תימנע מהתערבות מסוימת. לכן חשוב שפקידי הסעד ואנשי המקצוע המטפלים במשפחות בסיכון יהיו מומחים ומיומנים בטיפול משפחתי-מערכת-קהילתי מורכב וידעו איך לתמרן ולעזור בסיטואציה כה מורכבת ומסוכנת שמעורבים בה המשפחה, החוק והמערכת הטיפולית של הקהילה.

ואולם, בישראל, לא פעם מוציאים ילדים מהבית בשל היעדר שירותים הולמים בקהילה (דולב ואחרים, 2001), ולמעשה רק מעט ילדים בסיכון (3%) נהנים מהשירותים הייחודיים שפותרו בקהילה (דולב, 2002). בדרך כלל הטיפולים המוצעים למרבית הילדים והמשפחות בסיכון הם מועדוני טיפולית, סומכת או מפגשים עם עובדת סוציאלית בלשכה. בוועדת גילת שבדקה את דרך עבודתן של ועדות ההחלטה (דין וחשבון, 2002) נאמר: "השירות הניתן לאחוז הגבוה ביותר של הילדים הוא מסגרת אחר הצהריים או מסגרת יומית לגיל הרך (מעונות יום או משפחתונים). ידוע, שהמסגרות היומיות אינן כוללות, בדרך כלל, מענים מיוחדים עבור ילדים בסיכון, כלומר, מסגרות אלה מהוות מסגרת שהות לילדים, אך אינן מספקות טיפול לילד או להוריו" (שם, ע' 29).

המלצה לשינוי – הקצאת משאבים

כדי שילדים בסיכון יוכלו להישאר עם משפחותיהם כשהם מוגנים ומטופלים כיאות, מומלץ להפנות לטיפול המשפחתי-מערכתי בקהילה משאבים כלכליים

האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי

ומקצועיים. את הטיפול יתנו אנשי מקצוע בעלי התמחות בטיפול משפחתי, שיקבלו הדרכה שוטפת, ומספר המשפחות שבהן יטפלו בו בזמן יהיה מועט (עד עשר משפחות).

הואיל ומרבית הילדים המוצאים מהבית סובלים מהזנחה עמוקה ומגיעים בדרך כלל ממשפחות עניות, חשוב שהטיפול יכלול התייחסות לשאלות של עוני, אבטלה, התמכרויות, הגירה והדרה חברתית. המטפלים צריכים להיות מצוידים במגוון כלים ומשאבים, כמו, טיפול זוגי, טיפול בילדים, גמילה מהתמכרויות, חונכים, מורי עזר, חוגים, הדרכת הורים, שיקום מקצועי ועזרה בדיוור. את התקציבים לכך ניתן לגייס מהמשאבים הכלכליים והמקצועיים הרבים המופנים כיום לפנימיות, למרכזי חירום ולאומנה.

באחרונה מסתמן שינוי חיובי במשרד הרווחה שבראשו השר אורלב והמנכ"ל גולדברגר. נוסף על הגדרת כללים ברורים באשר לעיתוי, לדרך ולמשך של הוצאת ילד לסידור חוץ-ביתי, הומרו המכסות החוץ-ביתיות לטיפולים בקהילה: "מטרת המרת מכסות שנועדו לסידור חוץ-ביתי הינה לאפשר למחלקות לשירותים חברתיים לפתח תכניות ושירותים בקהילה למענם של ילדים ובני נוער בסיכון, וזאת באמצעות סכומי הכסף שמתפנים" (חזור מנכ"ל מיוחד, 2004, ע' 3). אם תבצע התכנית, ניתן יהיה לפתח תכניות משפחתיות קהילתיות ברמה גבוהה, שיוכלו לא רק למנוע סידור חוץ-ביתי, אלא גם לאפשר איכות חיים טובה יותר לילדים ולמשפחותיהם.

אבחון פתולוגיה לעומת התמקדות בהערכת כוחות

השקעה כלכלית ומקצועית רבה מופנית כיום לאבחונים שונים של הילדים וההורים, כגון כשירות הורית, מבחני אישיות, קשיי למידה ותפקוד לימודי, תפקוד פסיכיאטרי ומצב רפואי. הצורך באבחונים נובע לא רק מהרצון לאתר בעיות ולטפל בהן, אלא גם מהצורך להוכיח ולתעד עמדות מקצועיות בבית המשפט. כך קורה שלעתים משקיעים באבחון זמן ומשאבים כלכליים רבים יותר מאשר בטיפול ובשיקום. ייתכן כי האבחונים משפיעים יותר על ההחלטה על גורל הילדים והמשפחה ופחות על דרך הסיוע. לדוגמה, ממצאים על בעיות פסיכיאטריות או על קשיי למידה יכולים לשמש עדות להזנחה ויכולים להכריע לטובת הוצאת הילד מהבית. ואולם, משהוצא הילד מהבית לא תמיד יש תקציב לתת לו טיפול נפשי מעמיק ולשקם את תפקודו הלימודי, והאבחונים הופכים להיות משניים לתהליך הטיפול. יתר על כן, לעתים ההתייחסות לאבחונים גוזלת את כל תשומת הלב בדיון המקצועי, ותוכני הטיפול נדחקים הצדה.

האבחונים מתמקדים יותר בבדיקת הפתולוגיה והחסכים ופחות בבדיקת הכוחות האישיים והמשפחתיים, יכולת ההשתנות והמשאבים הקיימים במשפחה המורחבת.

במציאות זו התקווה לשינוי פוחתת, והקושי לפעול לשיקום המשפחה לנוכח יכולותיה גדל. מטפל הפועל בניגוד להמלצות האבחון יכול לחשוש שבמקרה של כישלון הטיפול יטילו עליו את האחריות לכישלון. חוקרים אחדים (Cowger, 1992; Goroff, 1983; 1994) טענו כי אבחון והערכה המתמקדים בפתולוגיה לא זו בלבד שהם מכשילים את האפשרות שהפונים ישתמשו בכוחותיהם, אלא הם מעשה פוליטי המשמר את המבנים החברתיים הקיימים ומנציח את יחסי הכוח בחברה שבהם יש לפונים מעמד נחות ואולי אף מעמד של קרבן. לטענתם, אבחון בתנאים אלו אינו אלא "האשמת הקרבן" המוביל למצב של נבואה המגשימה את עצמה.

אבחונים פסיכולוגיים ומבחני כשירות הורית נכתבים בדרך כלל לפי תבנית אחידה. בתחילתם תיאור מקצועי מפורט של המאבחן או המאבחנת אגב ציון הזמן שהוקדש למטופלים לצורך האבחון (בדרך כלל שעות מספר). פתיחה זו נותנת יתר תוקף לממצאים שבעקבותיה. ההמשך מתמקד בממצאים, והוא ארוך, מפורט ונוטה להתמקד בקשיים, בבעיות, בחסכים ובפתולוגיה. השפה מקצועית מרובת מונחים מקצועיים, והתיאור המפורט של הפתולוגיה אינו משאיר, בדרך כלל, מקום רב לתקווה. רק החלק האחרון, שהוא במרבית המקרים קצר, כללי ולא מפורט, מתייחס לטיפול ולשיקום, ואין בו, בדרך כלל, הנחיות טיפוליות ברורות מה ניתן לעשות ואין ניתן לעזור באופן פרקטי לילדים ולמשפחה.

אבחונים עלולים לשמש מחסום לשינוי לא רק בשל תוכנם אלא גם בגלל דרך הצגתם וביצועם. בתחילת ההתערבות הפונים מוזמנים, בדרך כלל, למשרד. ההסבר הניתן להם הוא לעתים מועט ואינו כולל הכנה מתאימה. לעתים קרובות הם מגיעים למפגש מאוימים, מיוחדים וכועסים. למרות ההנחה שהפונים מוכנים לאבחון, סביר להניח כי תוצאות האבחון מושפעות מהחששות, מההתגוננות ומהכעס שהפונים נושאים עמם.

חשוב להדגיש כי שפתם של המאבחנים — שפה מופשטת, גבוהה הדורשת יכולת מילולית והבנה ברמה בינונית עד גבוהה — ודרך מחשבתם שונים, בדרך כלל, מאלו של המשפחה. בשל כך יתקשו הילדים להבין בזמן הדיון בממצאים על מה מדברים. הורים רבים אינם מורגלים בדיונים שכאלה, ובשל חוסר מיומנות בניהול דיון מופשט עלולים להצטייר כדלים וכחסרי יכולת. קורה לעתים שההורים אינם מסוגלים לקרוא את האבחון או להבין אותו, ולא תמיד יש מי שיעבור עמם על הטקסט ויסביר אותו.

אבחונים עולים כסף רב. משפחות אמידות יכולות להיעזר בעורכי דין הדואגים לאבחונים נוספים הפועלים לטובת המשפחה, כי כמעט לכל אבחון של איש מקצוע ניתן להמציא אבחון נגדי. כך קורה שסיכוייהן של משפחות עניות שאינן יכולות לשכור לעצמן עורך דין ו/או מאבחן פרטי להציג את עצמן באור חיובי קטן יותר. במשפחות אלו, האבחון שממומן מכספי הרווחה הופך אפוא לאמת בלעדית, מפני

שאינן באפשרותן להציג ממצאים אחרים שיטילו ספק בממצאי האבחון או יעלו כנגדם שאלות נוספות.

גם שאלת תקפותם ומהימנותם של האבחונים ראויה לבחינה. האם ניתן להעריך כשירות הורית במפגש חד-פעמי או במפגשים מספר המתקיימים בזמן נתון? האם כלי המדידה שהמאבחנים משתמשים בהם עברו תיקוף בעולם או ובישראל? ידוע שכלי מדידה יכול להתאים לאוכלוסייה אחת ולא לאחרת, וכלי אבחון המתאים לאוכלוסייה אמריקאית לא בהכרח יתאים לאוכלוסייה רוסית, ערבית או אתיופית. יתר על כן, לאחר קריאת אבחונים רבים נראה כי מרבית הממצאים אינם מבוססים על בדיקות בעזרת כלי מדידה תקפים ומהימנים ועל כלים רגישי תרבות, אלא על הערכה קלינית וניסיון קליני אישי של המאבחנים. הבעייתיות הטמונה בהכרעת שאלות הרות גורל על סמך הערכות קליניות נדונה בהרחבה בספרות (DePanafilis & Scannapieco, 1994; Doueck & English, 1993; McDonald & Marks, 1991; Sen, 1991; Sharma, 1986).

המלצה לשינוי – פיתוח כלי אבחון דיפרנציאליים
ראוי להבחין בין שני סוגי אבחונים – אבחון פסיכולוגי של הורים ו/או ילדים; אבחון רמת הסיכון של ילד כשהוא נמצא במשפחתו. מרבית האבחונים השכיחים כיום הם אבחונים פסיכולוגיים. רמת תקפותם ומהימנותם של אבחונים אלו נמוכה, ויכולת הניבוי שלהם מוגבלת. חשוב אפוא לפתח כלי אבחון סטנדרטי, שיהיה בעל תוקף בקבוצות אוכלוסייה שונות ויוכל לאמוד את רמת הסיכון של ילד במשפחתו. סביר להניח כי לקבוצות שונות בחברה הישראלית יהיה צורך לפתח כלים שונים שיתייחסו לגורמות ולהרגלים התרבותיים של כל קבוצה. כלי אבחון זה יוכל לעזור לאנשי המקצוע ולאנשי החוק בבואם להחליט אם אין מנוס מהוצאת הילד ממשפחתו או שניתן לבחור בעבורו טיפול משפחתי-קהילתי. כלי מדידה כזה צריך להיות לא רק תקף ומהימן, אלא גם נגיש וקל לשימוש, כדי שאנשי המקצוע בסוכנויות הרווחה יוכלו להשתמש בו ללא צורך לפנות לשירותם היקר של מאבחנים מקצועיים.

במקביל לפיתוח כלי האבחון חשוב לפתח כלי מדידה שבעזרתם ניתן יהיה להעריך את התקדמותם של בני המשפחה, כלומר, את יכולת ההשתנות שלהם. במקום להעריך חסכים כדאי להעריך כוחות, יכולת השתנות ויכולת היעזרות במשאבים משפחתיים ומקצועיים. כשהעדשה מופנית אל הכוחות ולא אל הפתולוגיה, ניתן לראות התקדמות גם במקרים מורכבים וקשים במיוחד, אפילו אם היא איטית ביותר.

קאוג'ר (Cowger, 1994) תיאר תהליך הערכה המתמקד בכוחות וביכולת ההשתנות. הוא הניח כי לא ניתן להפריד בין תכונותיו של הפונה לבין ההקשר

החברתי והפוליטי שהוא חי בו וההזדמנויות האמיתיות העומדות לרשותו, וכי לכל פונה יש כוחות ומשאבים, גם אם הם מעטים, המאפשרים לו לעצב את גורלו ואת גורל משפחתו. העובדים הסוציאליים נדרשים לעודד את השימוש בכוחות אלו מתוך הכרת הכוחות הפוליטיים והחברתיים המצמצמים את יכולת הבחירה של הפונה. מטרת ההערכה של הכוחות ויכולת ההשתנות היא לסייע לפונה להגדיר את מצבו ואת הגורמים שהובילו אותו למצב זה. בייחוד חשוב לעזור לפונה לספר את סיפורו ולהכיר בעובדה שיש לו בעלות על הסיפור הזה. קאוג'ר (שם) הציע לאנשי המקצוע לפעול לפי הנחיותיו מתוך הבנה שישנן דרכים רבות להבניית מציאות, וכי מצב בעייתי נגרם כתוצאה ממגוון גורמים ותמיד יכול להשתנות. ואלו הן ההנחיות: להתייחס בכבוד לדרך שבה מבין הפונה את בעייתו, למחשבותיו ולרגשותיו באשר למצבו; להאמין לפונה ולבטוח בו. אין שום הוכחה שאנשים שזקוקים לעזרה משקרים יותר משאר בני האדם; לחקור ולגלות מה הפונה רוצה, מהו השירות והעזרה שהוא מעוניין בהם וכיצד הוא סבור שיש לפתור את בעייתו; להטות את ההערכה לעבר כוחותיו האישיים והחברתיים של הפונה; להעריך את כוחותיו בכמה ממדים מתוך הכרה שכדי לפתור מצב קשה יש צורך לגייס את המוטיבציה של הפונה, את יכולתו, את מחשבותיו ואת כישוריו הרגשיים; להשתמש בהערכה כדי לגלות את ייחודיותו של הפונה; להשתמש בשפה שתהיה מובנת לפונה; להפוך את תהליך ההערכה לפעילות משותפת של איש המקצוע והפונה, כאשר תפקידו של איש המקצוע הוא להקשיב, להבהיר ולסייע לפונה לחשוף את שאיפותיו; להימנע מהאשמת הפונה במצבו. האשמה אינה תורמת דבר לשיפור המצב; להימנע ממחשבה על סיבה ותוצאה. דרך חשיבה זו היא, לעתים קרובות, פשטנית ואינה מועילה; ולבסוף להעריך אך לא לתת אבחנה. האבחנה אינה עולה בקנה אחד עם גישה המתמקדת בכוחותיו של הפונה ובכישוריו.

פיקוח על הקשר הורה-ילד

הקשר בין ילד שהוצא מהבית לבין הוריו, ולעתים אף הקשר הטלפוני, הוא, בדרך כלל, קשר תחת פיקוח. לדוגמה, במרכזי חירום אנשי הצוות נוכחים במפגשים עם ההורים, והם שוהים ליד הילד גם כשהוא מדבר עם הוריו בטלפון. אנשי הצוות מעריכים בטופס את איכות הביקורים ומציינים כיצד התרשמו מההורה. נתונים אלו נכנסים לתיקו של הילד ויכולים להשפיע על תהליך האבחון ועל ההחלטה באשר לעתידו. עם שובו של ילד מחופשה בביתו עליהם לציין כיצד התרשמו ממצבו, ואם חזר מוטרד או מדוכא. כשילד חוזר מוטרד או מדוכא, נוטים לייחס את תחושותיו לטיפול הבלתי הולם שקיבל בבית ולא לגורמים, כמו קשיי פרידה, תכנים פנימיים ותכנים בין-אישיים שלא בהכרח קשורים להוריו.

במשפחות קלט (משפחות אומנה לעת חירום) אין מדיניות אחידה, אך בדרך כלל לא מעודדים בהן קשר ללא פיקוח בין ההורה לילד. לעתים המשפחה הקולטת מונעת קשר כזה, לעתים מאפשרים לילד מפגשים מבוקרים במרכזי קשר, ולעתים מארגנים לו ביקור בבית המשפחה הביולוגית בליווי סומכת. יוצא שהקשר הורה-ילד תלוי בעמדת המפקחות, המשפחה האומנת, גיל הילד ויכולתו ליזום בעצמו קשר עם משפחתו.

הצפייה במפגשים של ילד עם הוריו מספקת נתונים רבים ומשמעותיים באשר לקשר בנייהם, אולם דרך איסוף הנתונים ופירושם לוקה בכמה חסרונות. אין כללים ברורים לצפייה (במה לצפות, כמה זמן, מתי?), ואין בודקים את מהימנות הצופים (האם צופים שונים מקבלים תמונה דומה מאותו אירוע?). גם התנהגות ההורים והילדים מושפעת מהדיעה שצופים בהם ושתוצאות הצפייה עשויות להשפיע על חייהם (ריאקטיביות של כלי המדידה) (לפירוט בעיות בצפייה וכיצד אפשר להתגבר עליהן ראו סלונים-נבו, בדפוס).

הצפייה כפי שהיא נעשית כיום, ללא הכנה, ללא בדיקת מהימנות וללא קביעת כללים ותנאים לצפייה, אינה מניבה נתונים אובייקטיביים שיכולים לסייע לקבל החלטות נכונות בתכנון הטיפול.

גם ניתוח החומר שהתקבל הוא פרשני ותלוי מנתח. הואיל ואין כללים ברורים לניתוח החומר, סביר להניח כי מפרשים שונים יקבלו תוצאות שונות. לעתים אנקדוטות או אירועים בולטים תופסים את מרכז הבמה, וחומר רגיש וחשוב הופך לרקע, וישנם מקרים שבהם משתמשים בחומר שנצפה, כדי לאשש תאוריה קודמת על המשפחה או עמדה שיש לעובד על טיב הקשר של הילד עם משפחתו. לדוגמה, עובד מקצועי חשד שאמו של ילד אחד מתעללת בו מינית. לא הייתה עדות להשערה זו, אבל אירוע שבו האם הלכה עם הילד לשירותים ועשתה את צרכיה כשדלת השירותים פתוחה נתפס כעדות מרשיעה ולא כנורמה במשפחה (לא לסגור את דלת השירותים). לו אירוע כזה היה קורה במשפחה אחרת או אם הצופה במפגש היה אדם אחר, ייתכן שהפרשנות הייתה שונה והמקרה לא היה מובלט כל כך. לעתים רחוקות מדי מתייחסים בעת הניתוח לסוגיות הקשורות לשוני תרבותי, לערכים ולמנהגים התרבותיים ומתאימים את הצפייה ואת הניתוח להקשר הכלכלי-חברתי-פוליטי של המשפחה.

מתמיה שעל אף שהצפייה נהוגה שנים רבות ומתבצעת במקומות שונים על ידי עובדים מקצועיים רבים, לא נדון בפומבי ולא נכתב רבות בספרות, למיטב ידיעתנו, באשר למהימנות הצפייה ולתקפותה. לעתים קרובות מדי מניחים ללא בדיקה אמפירית כי לאבחון המתבסס על תצפיות יש ערך רב.

סביר להניח כי הצפייה במפגשים מלחיצה את ההורים, מטרידה אותם, ואולי אף משפילה אותם. הם יודעים היטב שכל אירוע המתרחש במפגש יכול להשפיע על

ההחלטה אם יוכלו להמשיך לגדל את ילדיהם. לעתים קרובות, הם אינם יודעים בדיוק מה מחפשים ומה רוצים מהם. הם יודעים שהם בצרות ומנסים לעשות רושם טוב על הצופה, ובתוך כך לנסות וליצור קשר מחודש עם ילדם, מבלי שהם יודעים כיצד יפרשו זאת אנשי המקצוע. טעויות של פרשנות אינן נדירות, ולעתים ההורים יוצרים רושם שלילי דווקא מתוך הניסיון להרשים. הורים יכולים לחשוב, למשל, שאנשי המקצוע מחפשים משפחה שקטה עם ילדים ממושמעים, ויכוונו את האחים להיות שקטים וצייתנים, מבלי לדעת, כי העובד יכול לפרש זאת כציות יתר וכחוסר קשר ספונטני בין ההורים לילדיהם; כשהורה מביא עמו למפגש הרבה ממתקים ניתן לפרש את האקט בדרכים שונות. עובד אחד יכול לפרש זאת כהזנחה תזונתית, כשחוד וכאִי־יכולת ליצור קשר בלתי אמצעי שלא דרך הממתקים. לעומת זאת, צופה אחר עשוי לראות בממתקים מחווה חיובית כלפי הילד.

גם הילדים יכולים לשנות את התנהגותם בשל הצפייה בהם. הם עשויים להתנהג בצייתנית רבה כדי שלא יכעסו על הוריהם או להתפרע ולבטא בכך כעסים ולחצים; הם יכולים להיות אדישים ומנותקים; והם יכולים להתנהג בחופשיות. לצופה קשה לדעת מה בהתנהגותם טבעי ומה קשור לעובדה שצופים בהם.

אנשי מקצוע ממליצים לעתים על מפגשים במרכזי קשר, כדי ללמד את ההורים כיצד ליצור קשר עם ילדם, כיצד לשחק עמו ומתי להעמיד לו גבולות. הורים רבים מצדם רואים בצורך להיפגש עם הילד במרכז הקשר עלבון ועונש. לפעמים הם מסרבים לבוא, ואז סירובם עלול להתפרש כאי־שיתוף פעולה. נשאלת השאלה אם ההורים מסוגלים ללמוד דרכי התקשרות חדשות כשהם מרגישים מאוימים. שינוי והתקדמות יכולים להתרחש באווירה של קבלה ותמיכה, ולא של איום ועלבון.

כאמור, אין כללים ברורים מתי יש לאפשר קשר ספונטני ללא פיקוח בין הילד להוריו. כאשר קיים חשש לשלום הילד, יש הצדקה לפיקוח בעת הביקור. הכוונה למקרים של התעללות קשה בילד, אך לא למקרים שבהם יש חשש להזנחה. במרבית המקרים של הוצאת ילד מהבית, גם במקרים של הזנחה, הקשר עם ההורה מבוקר ואינו משוחרר מפיקוח.

המלצה לשינוי — קביעת קריטריונים ברורים להבחנה בין משפחות חשובות לפתח קריטריונים ברורים וכלי מדידה תקפים שיבחינו בין משפחות המסכנות את ילדיהן לבין משפחות שאינן מסכנות את ילדיהן. (ההנחה היא שמרבית המשפחות אינן מסכנות את ילדיהן, והגורם העיקרי לסידור חוץ־ביתי הוא הזנחה.) למשפחות מסכנות אין לאפשר ביקור ללא פיקוח בשל החשש לשלום הילד, אך למשפחות שאינן מסכנות את ילדיהן יש לאפשר ביקורים ושיחות טלפון ללא פיקוח מקצועי כדי לעודד קשר ספונטני של הילד עם משפחתו. אם רוצים להיעזר בצפייה כדי להעריך את היכולת ההורית או כדי לאסוף נתונים,

האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי

יש לעשות זאת בידיעת ההורים, ובתוך כך לשמור על כללי צפייה מקובלים, כגון הגדרת נושאי הצפייה, משכה, מקומה, מי צופה בה, כיצד נרשמים הממצאים, ובייחוד כיצד מנתחים אותם. אם צופים במפגש צופים אחדים, חשוב לבחון את רמת המהימנות בין הצופים. מכל מקום, יש לבחון בעזרת מחקרים אמפיריים את תקפותם ואת מהימנותם של כלי הצפייה ואת יכולתם להעריך את המסוגלות ההורית ואת רמת המסוכנות לילד.

שיתוף המשפחות בהחלטות

חשוב מאוד שההורים והילדים יהיו ברית של הצוות המטפל כדי שההתערבות תצליח גם אם ילד מוצא מהבית למרכז חירום, לפנימייה או למשפחה אומנת (שפירא, 1995). ואולם קשה מאוד להפוך הורים וילדים שאינם שותפים אמיתיים בתהליך קבלת ההחלטות הנוגעות לחייהם לבני ברית ולשותפים בתהליך השיקום. ההחלטות הנוגעות לחיי הילד ומשפחתו עוסקות בשלושה נושאים משמעותיים: הוצאת הילד מהבית, ניהול חיי הילד ותכנית טיפול ארוכת-טווח.

הוצאת הילד מהבית

ההחלטה הראשונה היא אם להוציא ילד מהבית. הוצאת ילד מהבית יכולה להיעשות בשתי דרכים: דרך אחת היא על סמך צו חירום לשבעה ימים של פקידי סעד. הילד מוצא מהבית, אך עניינו חייב להיות נדון בבית משפט בשבוע הראשון להוצאתו. באחרונה התקבלה הנחיה בנושא זה: "תהיה פנייה לבית המשפט לאישור הצו תוך ארבעה ימים. אלא אם כן התקבל אישור מיוחד מפקיד סעד מחוזי להארכה עד שבעה ימים" (ועדה לתכנון טיפול והערכה, 2004, ע' 13). דרך אחרת היא על סמך קביעה של ועדות החלטה (או ועדות לתכנון טיפול והערכה). ההחלטה של ועדות ההחלטה מתקבלת לאחר פגישות מספר והתהליך אורך זמן. לפי בנבנישתי ושגב (2002), מרבית הילדים מופנים לסידור חוץ-ביתי על סמך קביעה של ועדות ההחלטה.

הטענה העיקרית להוצאת ילד מהבית בצו חירום היא שהילד נמצא בסיכון גבוה ואי אפשר להתממה. כך קורה שילד מוצא מביתו בפתאומיות, לפעמים הוא מובא למקלט החירום מבית הספר או ממקום אחר, ואת ההורים מיידעים על הוצאתו מהבית רק לאחר מעשה. במרבית המקרים שילד מוצא מהבית בצו חירום, אין משתפים את ההורים בהחלטה, אלא מיידעים אותם על כך לאחר מעשה. כשנודע הדבר להורים הם חשים חרדה עמוקה, בלבול, זעם וחוסר ביטחון. למעשה, הם מגלים תסמינים האופייניים לתגובה פוסט-טראומתית, ויש הורים שדיווחו על חרדה שליוותה אותם שנים רבות.

ההשלכות הטיפוליות של החלטה זו, בייחוד הסיכוי ליצור ברית טיפולית, ללא

שיתוף ההורים או בשיתוף חלקי בלבד יכולות להיות קשות וארוכות־טווח. למעשה, מתחילים כאן תהליך שיקום, כשמי שאמורים להיות בעלי הברית מאוימים, נעלבים וחשדנים. במצב כזה קשה לצפות לשיתוף פעולה ולאמון מצדם. ואולם, המערכת מצפה, שההורים יתארגנו, יפתחו דף חדש וישתפו פעולה. יתר על כן, במקרים רבים גם הילדים מגיבים בחרדה, בכלבול, במחאה ובעצב לנוכח הפרידה הפתאומית מדמויות ההתקשרות שלהם.

האמנם הסכנה שהילדים חשופים לה כל כך מיידית שיש להרחיקם מהבית בהליך חירום שאינו מאפשר לשותף את ההורים בהחלטה? העובדות מלמדות כי מרבית הילדים מוצאים מהבית בגלל הזנחה קשה. אם מדובר בהזנחה קשה ולא בסכנה מיידית לשלומם, אפשר לתכנן את ההוצאה מהבית ולנסות לשותף את ההורים בתהליך. יתר על כן, מרבית הילדים המוצאים בצו חירום לשם אבחון והגנה אינם זרים למערכת הרווחה. בדרך כלל משפחותיהם נמצאות בטיפול כלשהו. כשמשפחה מוכרת ויש עמה קשר, ניתן לחשוב על דרך שההוצאה מהבית לא תיעשה בפתאומיות ובדרך שתאיים על ההורים והילדים. ראוי להפריד בין מקרים של התעללות קשה וברורה לבין מקרים של הזנחה מתמשכת, שבה ההוצאה מהבית לשם אבחון והערכה יכולה להיעשות בשיתוף ההורים והמשפחה. שיתוף שכזה יפחית את תסמיני הטראומה ויעודד שיתוף פעולה בעתיד.

אחת הטענות נגד שיתוף ההורים היא כי אם יידעו אותם מראש על הכוונה להוציא את הילד מהבית הם עלולים להשפיע עליו לא לשותף פעולה, ואולי אף לברוח אתו. ייתכן שיש מידה של ממשות בטענה זו כשמדובר בהתעללות מינית או פיזית קשה. אולם במקרים כאלה ההורים ממילא דורשים מהילד סודיות. ידוע כי ילד שחווה התעללות מינית חי עם סודו, ואין בכך חידוש. נאמנותו של ילד להוריו, גם להורה מתעלל, היא תופעה ידועה ומוכרת המבוססת על תהליכים התפתחותיים ארוכי שנים, ויש לצפות שתתקיים גם בהוצאה פתאומית של ילד. יתרה מזאת, אבחון "נקי" ללא הפרעה מצד המשפחה הוא מיתוס. תמיד קיימת השפעה של הסביבה, של ההוצאה מהבית, של המאבחנים ושל אנשי המקצוע ואי אפשר לבטלה לגמרי. ובאשר למקרים של הברחת ילד, מקרים אלו נדירים ביותר, ובמקום קטן כמו ישראל סביר להניח כי הילד וההורה ימצאו.

בהוצאת ילד על פי החלטה של ועדת החלטה מזמינים, בדרך כלל, את ההורים לומר את דברם, אבל במרבית המקרים הם נוכחים רק בחלק מדיוני הוועדה ולא תמיד הם שותפים מלאים לתהליך (דולב ואחרים, 2001). לעתים בשלב קבלת ההחלטות מבקשים מהם לצאת מהחדר ואומרים להם שהעובד יודיע להם מה החלטה. ההורים חשים חרדה וחוסר ביטחון שיודעים שדנים בעתידם אבל אין משתפים אותם באופן מלא בהחלטה ובתוצאותיה. בדרך כלל, ייעוץ וייצוג משפטי או שכירת אנשי מקצוע בכירים בלתי אפשרי בעבור משפחות אלו, אלא אם מדובר במשפחה

אמידה, שיכולה להרשות לעצמה לשכור עורך דין או משפחה שהצליחה לגייס עורך דין מתנדב.

מרבית המקרים המובאים לפני ועדות ההחלטה הם מקרי הזנחה ולא התעללות. לעתים קרובות ההורים אינם מבינים מדוע יש צורך בדיון, במה מאשימים אותם ומדוע רוצים להפסיק את ההורות שלהם. הם אינם מבינים את השפה המקצועית ואת המונחים המקצועיים ומרגישים צורך להתגונן ולהסביר מדוע הם הורים טובים מספיק. לעתים קרובות עליהם לעשות זאת ללא עזרה משפטית וללא הכרת המערכת, כלליה ושפתה. רבים ההורים שיכולתם להסביר את עצמם מוגבלת, והם חשים תסכול, חוסר אונים וערעור הביטחון בעצמם וביכולתם ההורית.

סנא (1994) כתב: "גם לתהליך ההוצאה מהבית שתי פנים: הוא יכול להיעשות כחלק מרצף טיפולי, שבו מתקבלת ההחלטה במשותף על יד הגורם המפנה, בני המשפחה והמוסד הקולט, ולחלופין הוא יכול להיעשות תוך ניתוק מוחלט בין הגורמים השונים. במקרים אלו ניצבת המשפחה מצדו האחד של המתרס, והמעון והגורם המפנה מצדו האחר. בתוך נמצאים הנער או הנערה כשהם אובדי עצות ומבולבלים. במקרים רבים, בשל הנתק בין משפחת הנער לרשויות, מחליט על ההוצאה שופט נוער, והדיון בלשכתו עלול להתפרש על יד המשפחה והנער כשרירותי ועויין" (שם, ע' 5-6).

אם ההורים יהיו שותפים אמיתיים לדיון ובעלי זכות אמירה באשר להחלטה (להוציא מקרים קיצוניים של התעללות קשה וברורה), סביר להניח שהם יתרמו לגיבוש תכנית הטיפול ובעיקר ישתפו פעולה עם ההחלטה המתקבלת. תחושות החרדה הקשות, רגשות האשמה וחוסר האונים, גם אם לא יעלמו לגמרי, יצטמצמו באופן משמעותי, ובניית הברית הטיפולית תתחיל כבר בדיוניהן של ועדות ההחלטה. שיתוף הילדים עצמם בקביעת גורלם נעשה לעתים רחוקות יותר (דולב ואחרים, 2001). לא פעם מניחים כי שיתוף הילדים בתהליך קבלת ההחלטות ובדיונים יכול להזיק להם, ועדיף לחסוך מהם חשיפה לחומרים קשים. על אף שאי אפשר לשלול חשש זה על הסף, ישנן עדויות קליניות ומחקריות המראות כי בני נוער ואף ילדים יכולים להשתתף בדיון הקובע את גורלם ואף לתרום לתהליך קבלת ההחלטות. לדוגמה, המודל של "קדם-קבוצת דיון משפחתית" המופעל עתה בשירות המבחן לנוער ומאפשר למשפחה כולה לתכנן ולהציע טיפול בעת משבר (רונו, 2003; Hassall & Maxwell, 1991).

ניהול חיי הילד

עם הוצאת הילד מהבית מתעוררת סדרת שאלות חשובות. מה יהיה מהלך חייו השגרתי והלא שגרתי (תספורת, ביגוד, חינוך, תזונה, טיפול רפואי)? היכן ישהה (במרכז חירום, בבית מעבר, באומנה, באזור מגוריו, במקום מרוחק)? כמה זמן ישהה

מחוץ לבית? מהן מטרת הטיפול בתקופת האבחון והחירום (נושאים לימודיים, יחסים עם חברים, חינוך לניקיון)? באילו שיטות להשתמש (טיפול באומנות, מפגשים משפחתיים, טיפול פרטני לילד)?

בדרך כלל, ההורים אינם שותפים לקבלת החלטות אלו. אמנם הם מבקרים את הילד ולפעמים משתתפים בטיפול, אולם, בדרך כלל, הם אינם נחשבים לבני ברית בניהול חייו. לא תמיד שואלים את ההורים מה הילד רגיל לאכול, מהם הרגלי השינה שלו ואם מקפידים עמו על שעות צפייה בטלוויזיה. משתדלים לגלות רגישות מסוימת באשר לשאלות דתיות (למשל, לדאוג לאוכל כשר), אך פחות באשר לתרבות, לנורמות ולמנהגים משפחתיים. לדוגמה, ילד שבא מתרבות רוסית צריך להתרגל לאוכל מזרחי; וילד שלא הרשו לו לצפות שעות רבות בטלוויזיה נחשף לצפייה ארוכה. תגובת הילדים לאורח החיים החדש, שעשוי להיות שונה מהחיים שהיו רגילים אליהם, עשויה להיות בלבול, ולפעמים הם יכולים לחוות קונפליקט בין נאמנות למשפחתם לבין נאמנות למטפלים החדשים. ההורים ההופכים להיות אורחים בחיי ילדם יכולים להגיב ככעס, בייאוש ובכניסה. סביר להניח כי לו היו שותפים לניהול חיי ילדם גם בהיותו מחוץ לבית, הם היו חווים הערכה, שותפות והעצמה, תחושות המחזקות את הברית הטיפולית ומעודדות שיחה על הורות, על חינוך ועל יחסים במשפחה. לעומת זאת, הדרת ההורים מחיי ילדיהם גוררת חוסר אונים, אי-תפקוד הורי והתנגדות לטיפול.

תכנית טיפול ארוכת-טווח

ההחלטה השלישית נוגעת לעתיד הילד ומשפחתו. ההחלטות המתקבלות קובעות האם יחזור הביתה ובאילו תנאים? האם ישהה פרק זמן ממושך במשפחה אומנת או בפנימייה? באיזו פנימייה לבחור? האם להעדיף פנימיית יום קהילתית או פנימייה טוטלית? האם לשלוח את הילד לאימוץ? מי תהיה המשפחה האומנת או משפחת האימוץ? האם לשכנו קרוב למגורי ההורים או רחוק מהם? מהן המטרות הטיפוליות בטווח הארוך וכיצד ליישמן? אם ילד נשלח לפנימייה או לסידור באומנה, מהם תנאי החזרה הביתה? מה ההורים צריכים לעשות כדי שילדם יחזור אליהם? החלטות אלו מתקבלות בסוף תקופת החירום בוועדות ההחלטה. במרבית המקרים ההורים מוזמנים לחלק מהדיון, אבל לא פעם אין הם שותפים לקבלת ההחלטה המקצועית ולתכנון הטיפול בטווח הארוך.

הורים שאינם שותפים לקבלת החלטות ולתכנון הטיפול יתקשו לשתף פעולה עם התהליך המוצע. מהספרות המקצועית עולה כי גם כשילד מוצא מהבית הקשר שלו עם משפחתו והקשר של מטפלו עם הוריו חיוני להצלחת הטיפול. "אי אפשר לעקוף את המשפחה ולא ניתן להתעלם ממנה. התעלמות מכוונת תגביר את הלחץ השלילי של המשפחה על המטופל ותיצור אצלו התנגדות קשה ביותר למעון" (טנא, 1994, ע'

10). אם ההורים ייקחו חלק בתהליך קבלת ההחלטות וביישומן ויהיו בני ברית אמיתיים, יצטמצמו תופעות כמו, חבלה בטיפול, כעס ונטישת הילד. לעומת זאת, קשה לצפות לתמיכה, לשיתוף פעולה ולעבודה משותפת מהורים שהם בכחינת זרים להחלטות ולתכנון ההתערבות וביצועה.

מוסק (1992) שעסקה בביקורי הורים ביולוגיים אצל ילדיהם השוהים במשפחות אומנות סיכמה ש"גם כשמדובר באומנה כשירות ארוך טווח, יש צורך לפתח קשרים מתמשכים ומערכת ביקורים מספקים בין הילד והוריו. אומנה אינה תחליף למשפחה הביולוגית, ורק שילוב טוב בין המשפחה האומנת והמשפחה הביולוגית יאפשר לילד לעשות אינטגרציה טובה של מצבו ולהשקיע את משאביו בפוטנציאל ההתפתחותי שלו" (שם, ע' 321). הסיכוי לשילוב כזה יגדל אם ההורים הביולוגיים יהיו שותפים להחלטה על העברת הילד למשפחה אומנת, לבחירתה, למיקומה, לקביעת משך הזמן שהילד ישהה בה, לקביעת המטרות הטיפוליות שיש להשיגן בעת שהות באומנה ולהחלטה כיצד להתקדם בתהליך הטיפול. הדברים אמורים גם כשילד מופנה לפנימייה. טנא (1994) הדגיש: "הוצאת נער מהבית והעברתו למעון יש בה כדי לקדם בצורה משמעותית את הטיפול בו ובמשפחתו. ההוצאה מתפרשת, בצדק, בעינו ובעיני משפחתו כמשבר, וחשוב לנצל מצב זה כדי ליצור שינוי מערכתי כולל. טיפול בנער וקידומו ללא עבודה משותפת ומקבילה עם המשפחה סותר את הגישה המערכתית, הרואה בשלם יותר מאשר סך כל הפרטים המרכיבים אותו" (שם, ע' 9).

המלצה לשינוי – שיתוף אמיתי ומתמשך של ההורים בהחלטות נראה כי ככל שאנשי המקצוע ישתפו את ההורים ואת הילדים באופן ממשי ואמיתי בהחלטות החשובות הנוגעות לחייהם, יגדל הסיכוי שהם יהיו בני ברית לשינוי התפקוד המשפחתי ולשיקומו, וככל שההורים יודרו מחיי ילדם, יגדל הסיכון למאבק, לייאוש ולנתק, והילדים שבתווך יהיו הסובלים העיקריים. חשוב שקובעי המדיניות יעודדו את שיתוף ההורים והילדים בכל השלבים ויקבעו הנחיות וכללים שינוסחו עם אנשי המקצוע ועם נציגי הלקוחות. הכללים צריכים להתייחס לכל שלבי ההתערבות, מהדיון על ההוצאה מהבית ועד תכנון ההתערבות והחזרת הילד הביתה. במקרים של הוצאת ילד מהבית בהליך חירום יש להנחות את אנשי המקצוע מתי אפשר לשתף את ההורים ומתי לא ניתן לעשות זאת. נראה כי במקרים רבים יתברר שניתן ואפשר לשתף הורים גם במצבי חירום. גם הורים מזניחים או מתעללים שיאלצו להיפרד מילדם ירצו להיות שותפים לדיון לאן הילד יועבר, לכמה זמן, מה יקרה לו שם וכו'. הדרת הורים יכולה להיות מוצדקת רק במקרים של סכנה ממשית לשלום הילד, ומקרים אלו מעטים מאוד.

כשההוצאה מהבית נעשית באמצעות ועדות החלטה, יש לקבל את המלצת ועדת גילת (דין וחשבון, 2002) ולשתף את הילד ואת הוריו בכל דיוני הוועדה. ואולם,

נוכחות גרידא אינה מספיקה. יש לדאוג שבני המשפחה יהיו שותפים ממשיים לדיון, יוכלו להציע דרכי טיפול, יוכלו להביא לדיון משתתפים מטעמם, יוכלו להתנגד להצעות של משתתפים אחרים, ושיתחשבו בדעתם בתהליך קבלת ההחלטה ותכנון ההתערבות.

שינוי חיובי ברוח דברים האלה עולה מהנחיות צוות היישום לדור"ח ועדת גילת (ועדה לתכנון טיפול והערכה, 2004). ההנחיות קובעות כי ראשית, יש להזמין את ההורים לכל דיון ולא להוציאם במהלכו; שנית, חייבים לשמוע את דעת הילדים, את רצונותיהם ואת הרגשותיהם באשר לתכנית המוצעת בעבורם; שלישית, חשוב לעודד את ההורים להשתתף באופן פעיל בדיון ולהעלות הצעות לתכנית ההתערבות.

ואולם, תהליך קבלת ההחלטות אינו מסתיים בשלב ההחלטה אם להוציא את הילד מהבית או לעזור לו ולמשפחתו בקהילה. גם אם הילד מוצא מהבית, יש לשתף את ההורים בכל ההחלטות הקשורות לחייו, כגון בריאות, חינוך, חיי חברה, חוגים, טיפול, בילוי שעות פנאי והרגלי ניקיון. משפחות אומנות והצוותים הטיפוליים שבמרכזי החירום ובפנימיות אינם מורגלים לעשות כן, והקשר עם המשפחה, אם הוא קיים, נשאר לטיפול של העובדת הסוציאלית. יש לשנות את המדיניות הקיימת ואת סדרי העבודה של הצוותים השונים, למרות ההכבדה שבדבר, ולראות בהורים שותפים לחיי ילדם. התייעצויות עם ההורים יכולות להיעשות במפגשים קבועים, בשיחות טלפוניות ובעזרת אנשי קשר המקובלים על שני הצדדים. כמודל יכולה לשמש מערכת יחסים של הורים גרושים המצליחים לנהל במשותף את חיי ילדם מתוך הבנה כי הדבר חשוב לטובת הילדים. ההכבדה על אנשי הצוות תשתלם בסופו של דבר, כשיושג השיפור הצפוי במצב הילדים ומשפחתם.

ההורים והילדים חייבים להיות שותפים גם בתכנון תכנית הטיפול ארוכת-הטווח. שותפות זו יכולה להתבצע באמצעות מפגשים קבועים עם אנשי המקצוע, ביקורים בבית המשפחה, דיווח קבוע להורים על מצב ילדם, הכנת הקהילה להחזרת הילד ודיונים על קבלת החלטות בנושא הטיפול בקהילה. ברור כי להורים ולילדיהם יכולות שונות למעורבות ולשיתוף, אך הגישה הכללית צריכה לתמוך ולאפשר שיתוף ממשי שלהם ושל בני משפחה אחרים בכל שלב משלבי תהליך הטיפול. מודל המנסה לשלב הורים ומשפחה לפחות בשלב תכנון הטיפול בעת משבר הוא המודל של "קדם-קבוצת דיון משפחתית" המופעל בשירות המבחן לנוער (רוני, 2003; Hassall & Maxwell, 1991).

מעורבות המשפחה המורחבת

ילד בסיכון יש, בדרך כלל, קשרים משמעותיים עם קרובי משפחתו — אחים

ואחיות, סבא וסבתא, דודים ודודות ובני דודים. המשפחה המורחבת שותפה לגידול הילד ומעורבת באופן אקטיבי בחייו, ובמקרים רבים ניתן להיעזר בה בתהליך קבלת ההחלטות, בעת תכנון ההתערבות ובתהליך השיקום עצמו. ואולם, שיתוף כזה אינו שכיח על אף שידוע היום כי טיפול משפחתי מערכת, הכולל את בני המשפחה הגרעינית ואת בני המשפחה המורחבת, עשוי להצליח יותר מאשר התערבות הכוללת רק את ההורים או את הילד לבדו (Feldman, 1991; Fishman, 1988; Nelson, 1991; Pecora et al., 1991).

ילד הנמצא במקלט חירום או במשפחה אומנת אינו זוכה, בדרך כלל, לביקורים סדירים של קרובי המשפחה, גם אם הוא קשור אליהם מאוד. במרבית המקרים לא מתאמצים במקומות אלו להמשיך ולטפח את הקשר שלו עם משפחתו המורחבת. יתר על כן, במרבית המקרים אין מזמינים את קרובי המשפחה וועדות ההחלטה, אין משתפים אותם באופן פעיל בטיפול עצמו, אלא אם כן סבורים אנשי המקצוע, כי עמדתם של קרובי המשפחה תואמת את מטרות הטיפול כפי שהם תופסים אותן. לדוגמה, אם אנשי המקצוע יחשבו כי טוב שהילד יבקר בחופשות אצל דודתו ולא אצל הוריו, הם ישתפו את הדודה ויגייסו את עזרתה. אבל, אם הדודה תיתפס כמי שאינה תומכת בתכנית הטיפול, סביר להניח כי לא תשותף בתכנית.

לעתים אנשי המקצוע מאמצים את הגישה של "התפוח לא נופל רחוק מהעץ". כלומר, אם ההורים מזניחים או מתעללים, לא ניתן לסמוך גם על שאר בני המשפחה. זוהי הכללה קוגניטיבית מההורים אל שאר המשפחה. חוסר האמון במשפחה המורחבת עשוי, אולי, להגן על הילד מפני פגיעה אפשרית, אך עלול גם לנתק אותו, דווקא בעת משבר, מאנשים במשפחתו שהוא זקוק להם. בנייתוק כזה קיימת סכנה שהקרובים יעלמו מהמערכת הטבעית של הילד ולא יוכלו לסייע בתהליך קבלת ההחלטות ושיקום המשפחה.

המלצה לשינוי – שיתוף המשפחה המורחבת בתהליך קבלת ההחלטות ובתהליך הטיפול

נראה, כי בני המשפחה – אחים, דודים, בני דודים, סבים וסבות, ואפילו חברים ושכנים – הם משאב חשוב שעשוי לעזור ולשקם משפחות המזניחות או מסכנות את ילדיהם. ואולם, לא ניתן להיעזר בנכס יקר זה אם אין מטפחים אותו. חשוב שאנשי המקצוע ידאגו באופן שגרתי כי ילד בסיכון לא ינותק מהאנשים המשמעותיים בחייו, והם ישותפו הן בתהליך קבלת ההחלטות והן בתהליך הטיפול עצמו. לעתים ברור לכולם מיהן הדמויות המשמעותיות בחיי המשפחה, ולעתים יש לאתר אותן. במרבית המקרים ניתן למצוא אנשים היכולים ורוצים לעזור, גם אם הם מעטים.

חלופות לסידור חוץ-ביתי

שירותים ממוקדי משפחה

שירותים ממוקדי משפחה מבוססים על ההנחה כי הדרך הטובה ביותר להבין ולעזור לבני אדם היא להתחשב בהקשר המשפחתי (Pardeck, 1989). הספרות העוסקת בהתעללות בילדים מתייחסת למשפחות על תכונותיהן השונות גם כסיבה לבעיה וגם כדרך לטיפול (Cirillo & DiBlasio, 1989). שירותים ממוקדי משפחה, בייחוד טיפולים בתדירות גבוהה המיועדים למנוע הוצאת ילדים מהבית, התפתחו עקב דאגה גוברת שהשיטות המסורתיות לטיפול בילדים בסיכון ובמשפחותיהם אינן עונות על צורכיהם: ילדים הוצאו מהבית על אף שלא היו ברמת סיכון המצדיקה פרידה, לעתים קרובות מנעו מהורים לבקר את ילדיהם ולהיות מעורבים בחייהם לאחר הפרידה, והפרדת ילדים מהוריהם גררה השפעות שליליות על הילדים (Briar, Broussard, Ronnau, & Sallee, 1995; Stein, 2000; Whitaker, 1994).

כדי להתמודד עם מקרים והשלכות אלו חוקקו במדינות המערב חוקים שחייבו את המדינה לפתח וליישם שירותים שיבטיחו כי לפני ההוצאה מהבית יינקטו כל הצעדים הנדרשים לשיקום המשפחה (לדוגמה, Public Law 96-272 בארצות הברית משנת 1980). ואכן משנות השמונים ואילך פותחו ויושמו בארצות הברית ובמדינות מערביות אחרות תכניות טיפול שונות המתמקדות במשפחה ומבוססות על כמה עקרונות: העצמת המשפחה, התמקדות בכוחות ובמסוגלות המשפחתית, מתן אפשרות למשפחה להגדיר את מטרות הטיפול והכרה בהשפעתם של גורמים חברתיים, כמו עוני ובדידות, על תפקוד המשפחה (Cimmarusti, 1992).

ישנם שלושה סוגים של שירותים ממוקדי משפחה: התערבות בעת משבר (לדוגמה, Homebuilder בטאקומה, וושינגטון); טיפול בבית המשפחה (לדוגמה, תכנית Families Work באיווה); וגישת הטיפול המשפחתי (לדוגמה, תכנית Families Work בניו־יורק) (Nelson et al., 1990). לשלושת סוגי השירותים האלה מאפיינים משותפים: התמקדות במשפחות שילדיהן נמצאים בסיכון גבוה ומועמדים להוצאה מהבית; ביצוע הטיפול בבתי המשפחות ובשעות הנוחות להן; זמינות גבוהה של העובדים, לעתים אף 24 שעות ביממה; התמקדות במשפחה ולא בפרט; הקשבה לצורכי המשפחה; שימוש בטכניקות טיפול מגוונות מגישות טיפול שונות; עידוד הקשר עם סוכנויות רווחה אחרות בקהילה; שילוב בין שיחות טיפוליות לעזרה קונקרטי (Allen, 1993).

מחצית השירותים ממוקדי משפחה פועלים לפי מודל ההתערבות בעת משבר,

שבבסיסו ההנחה כי בעת משבר, כאשר דפוסי ההתמודדות הרגילים נכשלים, המשפחות פתוחות לשינוי. לכן הטיפול מתחיל בתוך עשרים וארבע שעות מרגע ההפניה; אנשי המקצוע פנויים לעזור למשפחה במשך כל שעות היממה, שבעה ימים בשבוע, מפני שהם מטפלים בו בזמן בשלוש משפחות מקסימום; הטיפול קצר ואינטנסיבי, עד חודש וחצי, והוא ניתן בבית המשפחה.

העבודה הטיפולית על פי מודל זה מתמקדת בהקניית מיומנויות הוריות, בהוראת דרכי התמודדות עם בעיות משמעת, בפתרון קונפליקטים, בתקשורת משפחתית ובפתרון בעיות אנג' התבססות על תאוריות וגישות שונות, כגון למידה חברתית, טיפול קוגניטיבי, טיפול התנהגותי וטיפול משפחתי מבני ואסטרטגי. כל התערבות מותאמת למטרות המשפחה ולצרכיה. הטיפול משלב שיחות טיפוליות עם עזרה קונקרטי, כמו הסעות, שירותי ניקיון ועזרה כספית (Nelson et al., 1990). מחקרים משנות השמונים שהעריכו שירותים שהתבססו על מודל זה דיווחו על שיעור הצלחה גבוה במניעת הוצאת ילדים מבתיים בסוף ההתערבות, כעבור שישה חודשים וכעבור שנים-עשר חודשים (Nelson et al., 1990).

מחקרים שהעריכו שירותים שהתבססו על גישת הטיפול המשפחתי (לדוגמה, Family Treatment Model) חשפו גם שיעורי הצלחה גבוהים (75%–90%) במניעת הוצאת ילדים מהבית (Berry, 1992; Nelson et al., 1999), ומחקרים שהעריכו שירותים שהתבססו על טיפול בבית המשפחה חשפו שיעורי הצלחה נמוכים יותר (70%). שיעורים אלו מצדיקים התייחסות רצינית של אנשי המקצוע לשירותים אלו והעדפתם כחלופה להוצאה מהבית.

עם זאת, מחקרים מאוחרים יותר אינם מראים תוצאות חד-משמעיות (שוורץ, Macleod & Nelson, 2002; Fraser, Nelson, & Rivard, 1997). מקלוד ונלסון (Macleod & Nelson, 2000) סקרו 56 תכניות שנועדו למנוע התעללות בילדים ולשמר את המשפחה בעזרת שיטת "ניתוח-על". התוצאות הטובות ביותר היו בתכניות שנמשכו למעלה משישה חודשים וכללו יותר משנים-עשר מפגשים, וכאשר הטיפול התמקד בטיפול משפחתי אינטנסיבי, בגישה טיפולית ממוקדת כוחות, בתמיכה משפחתית, במעורבות הפונים בתכנון הטיפול, וכשהאוכלוסייה הייתה ממעמד סוציו-אקונומי מעורב. בתכניות שלא הדגישו מרכיבים אלו ושטיפלו במשפחות ממעמד כלכלי נמוך בלבד התקבלו שיעורי הצלחה נמוכים יותר. פורד ואוקוזה (Ford & Okojie, 1999) בחנו תכניות לשמירת המשפחה במיסיסיפי. במחקרם לא התגלתה הצלחה משמעותית במניעת הוצאת ילדים מהבית, אולם נמצא שיפור ברמת התפקוד של הילדים ובשביעות הרצון של המשתתפים.

משנתה מתערב המגביל את היכולת לעזור למשפחות בסיכון להצליח בתכניות השיקום השונות הוא העוני. מחקרים מראים כי משפחות החיות במצוקה כלכלית עמוקה מנצלות פחות תכניות קהילתיות משפחתיות, וילדיהן מוצאים מהבית יותר

מאשר ילדיהן של משפחות שאינן במצוקה כלכלית (Dore, 1993; Eamon, 1994). משתנה נוסף שעלול לחבל בהצלחת הטיפול הוא חוסר רגישות תרבותית של המטפלים ואי־הבנת הקודים של המשפחה המטופלת (Carter, 1997; Slonim-Nevo, 1999; Sharaga & Mirsky, 1999).

לאור זאת, אם רוצים להמיר הוצאה מהבית בטיפול קהילתי־משפחתי, יש להקפיד על עקרונות מספר, ואלו הם: שיתוף הפונים, התמקדות בכוחות, רגישות תרבותית, תכנית ארוכת־טווח והתייחסות ממשית לבעיות הכלכליות של המשפחה. תכנית "דרור" המיועדת למשפחות צעירות במצוקה בישראל (ארם, 1999) היא דוגמה לתכנית המשלבת את העקרונות האלה. ואולם, עדיין אין מחקרים המצביעים על יעילותה. לעומת זאת, ההערכות של התכנית "על פי מידה" שתפורט בהמשך מעודדות ומבטיחות.

תכנית "על פי מידה"

תכנית זו מפעילה מערך שירותים שנועד להתמודד עם קשיים עמוקים ומתמשכים של ילדים ומתבגרים, כגון עבריינות, הזנחה, התעללות ובעיות נפשיות מורכבות. ההנחה הבסיסית של התכנית היא כי כדי למנוע הוצאת ילדים ומתבגרים מהבית יש לשלב את הילד ואת משפחתו במערך שירותים המותאמים להם, ובתוך כך להתייחס לשאלות של ביטחון, הגנה, חינוך, בריאות, תעסוקה, דיור, גמילה מהתמכרויות ועבריינות (יזמה בינלאומית, 2000).

כדי להגיע לתוצאות חיוביות נעזרים בעת תכנון ההתערבות במערך השירותים הקהילתיים ובתמיכות טבעיות המותאמות לילד ולמשפחתו, מזהים את הכוחות של הילד ושל משפחתו ומאבחנים את צורכיהם במסגרות ובתחומים שונים, כגון בית, בית הספר, בריאות, כלכלה, תעסוקה, דיור ופנאי.

כדי להפעיל את התכנית ביישוב כלשהו יש להקים ועדת היגוי עירונית עם ייצוג רחב של סוכנויות הרווחה, הנוגעות למקרה, ושל גורמים משמעותיים בקהילה (רווחה, בריאות, בתי־ספר, מנהגי תרבות, מנהגי דת, קהילה עסקית ואחרים). ועדת ההיגוי מרכזת את הפניות ובוחרת את הילדים והמשפחות שייכללו בתכנית. לכל משפחה מוצמד רכז/ת בעל ראייה גמישה ופתוחה לצורכי הילד והמשפחה. הרכז מעריך את הכוחות ואת הצרכים של הילד והמשפחה, מקים צוות פעולה המשמש כמערכת תמיכה למשפחה, וחברים בו, מלבד הילד והמשפחה, אנשים מעטים בלבד. עם חברי הצוות נמנים אנשי מקצוע (לא יותר ממחציתם) ואנשים לא מקצועיים (חברים, קרובי משפחה, שכנים ומי שיכול לתמוך במשפחה), והם בונים יחד תכנית ייחודית, גמישה ויצירתית, שאמורה לענות על צורכיהם הכוללים של הילד ומשפחתו ולהתייחס לשאלות של ביטחון, הגנה ובריאות נפשית. התכנית נבנית מתוך חזון

האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי

משותף באשר לתוצאות הרצויות, והתחשבות בכוחות המשפחה והקהילה. מטרות ההתערבות צריכות להיות מוגדרות היטב, כדי שניתן יהיה למדוד אותן ולהעריך את השגתן (יזמה בינלאומית, 2000).

ממצאי המחקרים שהעריכו את יעילות התכנית מעודדים. מחקר אחד (Rosen et al., 1994) בדק את שביעות הרצון של בני נוער שקיבלו שירותים קהילתיים שהתבססו על תכנית "על פי מידה". המשתתפים הביעו שביעות רצון מכך שיש מעורבות ממשית בחייהם ואכפתיות של נותני השירות. הממצאים הצביעו גם על ירידה במספר ההתנהגויות החריגות אצל המשתתפים. מחקר אחר (Hyde, Burchard, & Woodworth, 1996) השווה בין נערים שהשתתפו בתכנית "על פי מידה" לבין נערים שקיבלו טיפול רגיל. הממצאים הראו כי שיעור הנערים שהמשיכו להתגורר בקהילה לאחר שהסתיים הטיפול וביקרו בבית הספר בתדירות קבועה היה גבוה יותר בקרב מי שהשתתפו בתכנית לעומת מי שלא השתתפו בתכנית. ואכן ברנס וגולדמן (Burns & Goldman, 1999) ציינו כי בעשרים השנים האחרונות נרשמה לתכנית הצלחה מרשימה בסיפוק שירותים לילדים עם צרכים חברתיים ומשפחתיים מאתגרים.

לפיכך תכנית זו היא בעלת סיכוי טוב להועיל לילדים ולנערים הסובלים מבעיות כלכליות, התנהגותיות ונפשיות שונות, וכחלופה להוצאה מהבית ומהקהילה.

מסקנות ועדת גילת ויישומן

בינואר 2002 הוקמה בישראל ועדת גילת, ותפקידה היה לבדוק את דרכי עבודתן של ועדות החלטה ולהמליץ לשר העבודה והרווחה דאז (ח"כ בניזרי) על הדרכים שעליהן לנקוט כדי למזער אפשרות של פגיעה בילדים ובמשפחות. בנובמבר 2002 הגישה הוועדה את מסקנותיה (דין וחשבון, 2002), והמלצותיה התקבלו על ידי השר. ואלו המסקנות העיקריות של הוועדה:

א. יש לחבר "אמנת שירות", שתיצור גשר של אמון בין אנשי המקצוע המטפלים בקטינים בסיכון לבין משפחות הקטינים. אמנה זו תושתת הן על עקרונות טובת הילד וחזיונות הילד והן על הרצון לחזק את התא המשפחתי ברוח "כבוד האדם וחירותו".

ב. יש לשנות את שם הוועדה מוועדת החלטה לוועדה לתכניות טיפול (בקיצור ות"ט) ולעגן את מעמדה ואת מעמד מרכז הוועדה בחקיקה.

ג. לא יתקיים כל דיון בוועדה לתכניות טיפול, גם לא דיון בתכניות טיפול, אלא בנוכחות הקטין ומשפחתו. במקרים שבהם מתנגד מרכז הוועדה להשתתפות

- הקטין או משפחתו בדיון, עליו להודיע על כך למשפחה לפחות 72 שעות לפני הדיון, והמשפחה תוכל לערער על התנגדות זו.
- ד. תוטל חובת רישום על דיוני הוועדה, כולל רישום עיקרי דברי המשתתפים. הרישומים יוצגו למשפחה, והערות ההורים או נציגם יירשמו בפרוטוקול.
- ה. הרכב הוועדה יהיה קבוע ויכלול נציגים של שירותים שונים, כמו בריאות, בריאות הנפש, חינוך ורווחה. המשפחה תוכל לפסול או להחליף את חברי הוועדה, ואם פסילתה לא תתקבל תעמוד לה זכות הערעור.
- ו. לפרוטוקול דיוני הוועדה יהיה מעמד של ראייה משפטית.
- ז. המשפחה, בעצמה או דרך נציגיה, תהיה רשאית להציג לוועדה תכנית טיפול משלה. חברי הוועדה ידונו בתכנית המוצעת, ובמקרה של אי-הסכמה ינמקו בכתב את הסיבות לדחייתה.
- ח. תוקם ועדת ערר על החלטות הוועדה, ובראשה יעמוד משפטן הכשיר להתמנות שופט בבית המשפט המחוזי.
- ט. תכונן מועצה מדעית שתבחן ותחקור גישות שונות לטיפול בילדים בסיכון, תעקוב אחר המתרחש בשטח ותמליץ על כיווני פעולה חדשים ועל דרך הקצאת משאבים לטיפולים בקהילה מול טיפולים חוץ-ביתיים.
- י. ייבדק העומס המוטל על פקידי הסעד, יוגדר תפקידם וייקבעו כללי עבודתם.
- יא. יוקם מטה פעולה לקראת המעבר מסידור חוץ-ביתי לטיפול קהילתי והחזרת ילדים לבתיהם. תיעשה בקרה על איכות השירות ויהיה פיקוח על המסגרות החוץ-ביתיות.
- יב. החינוך וההכשרה בתחום הטיפול בקטין בסיכון ובמשפחתו יאורגנו מחדש, ובתוך כך יתמקדו בשיתוף הלקוחות, ברגישות תרבותית ובזכויות הילד והמשפחה.
- מסקנות אלו מבטאות שמירה על כבוד המשפחות, הגדלת הסיכוי לשיתוף פעולה של אנשי המקצוע עם המשפחות, העצמת המשפחות ושימוש בכוחן ובמשאביהן. ועדת יישום ההמלצות (ועדה לתכנון טיפול והערכה, 2004) התמקדה בבחינת ועדות ההחלטה מתוך דאגה שתכניות לטיפול בילדים במצבי סיכון ייעשו בהתייעצות עם צוות רב-מקצועי. המלצותיה העיקריות של ועדת היישום הן אלו:
- א. ועדות ההחלטה ייקראו מעתה ועדות לתכנון טיפול והערכה.
- ב. תיקבע אמנת שירות ללקוחות שתבטא מחויבות לעבודה ושיתוף הורים וילדים בדיוני הוועדה ויישמרו אמות מידה מקצועיות ושיקופות בדרכי העבודה של המחלקות לשירותים חברתיים מול הלקוחות.
- ג. לוועדות יהיה הרכב קבוע שיכלול אנשי מקצוע ונציגים ממשרדי החינוך והבריאות. נוסף על כך יצטרפו משתתפים לא קבועים – מטפלי המשפחות

במחלקות לשירותים חברתיים ונציגי כל הגורמים המטפלים בילד ובמשפחה. ההורים והילדים יוכלו להזמין לוועדה משתתף מטעמם.

ד. תחול חובה להזמין את ההורים לכל דיוני הוועדה, להוציא מקרים שיו"ר הוועדה שוכנע כי השתתפות ההורים בדיון כולו או בחלקו תפגע בטובת הילד. על העובדת הסוציאלית של המשפחה תוטל החובה להכין את ההורים לדיונים, לעודד אותם להשתתף בהם באופן פעיל ולהעלות הצעות לתכנית הטיפול.

ה. יש לתעד באופן שיטתי את כל הדיון ולמסור את התיעוד בשלמותו להורים. ו. יש לשמוע כל ילד בהתאם לגילו ולכשריו המתפתחים, ולדעת מה דעתו, מה רצונותיו ומה הרגשותיו ביחס לתכנית הטיפול המתוכננת בעבורו. ילדים בני 12 ומעלה יוזמנו להשתתף בדיוני הוועדה, למעט מקרים שיו"ר הוועדה שוכנע כי השתתפות הילד עלולה לפגוע בטובתו.

ז. תכנית טיפול שהתגבשה תשמש הסכם טיפולי בין המטפלים בשירותים השונים ובין ההורים והילד.

ח. במקרים שהורים לא יסכימו לתכנית הטיפול, הכוללת הוצאת הילד מהבית, תהיה להם זכות לערער בפני ועדות מחוזיות לתכנון טיפול. בראשן של ועדות אלו יעמוד נציג ציבור מומחה, ויהיו חברים בהן מפקח מחוזי ופקיד סעד מחוזי. אם יוגש ערעור על התכנית, יידחה ביצוע התכנית הטיפולית עד למיזוי תהליכי הערר, למעט במצבים שבהם קיימת סכנה מיידית לילד.

ט. נוהלי הוועדות לא יפגעו בסמכות פקידי הסעד לפעול על פי חוק, כדי להגן על ילדים במצבי סכנה מידיים.

י. צו חירום יינתן לארבעה ימים, למעט מקרים שבהם פקיד סעד מחוזי נימק ותיעד מדוע יש להוציא צו עד לשבעה ימים הנקובים בחוק.

יא. הוצא צו חירום, יש להפגיש את הילד עם הוריו בתוך 48 שעות, למעט מקרים שהמפגש נוגד את הגנת הילד.

יב. יוגדרו נוהלי הערכה ומעקב אחר ביצוע תכניות הטיפול השונות ותוצאותיהן.

יג. יוקמו מאגרי מידע שימשו בסיס לפיקוח עבודת הוועדות, לשיפורן וללמידה.

בהמלצות אלו יש משום שינוי בכיוון הנכון – שקיפות ותיעוד הדיונים, עידוד שותפות ההורים והילדים בדיונים, אפשרות ערעור וניסיון לבנות עם המשפחה תכנית עבודה ולעקוב אחר הביצוע. עם זאת, יש להגן גם כמה חסרונות. ראשית, מעמדן החוקי של הוועדות ותוקפם של הדיונים אינו מעוגן בחוק. שנית, ההנחיות באשר לכמה היבטים חשובים עמומות ומשאירות את ההחלטה לשיקול דעתו של יו"ר הוועדה (לדוגמה, מתי אין להרשות להורה או לילד להשתתף בדיוני הוועדה). שלישית, אין הנחיות באשר לאכיפת ביצוע ההחלטות של ועדת היישום, והרי ברור

שההצלחה תלויה ביכולתה של כל ועדה וועדה ליישם את הכתוב. רביעית, חבל שההמלצה לכוון מועצה מדעית עצמאית שתחקור ותעבד דרכים לטיפול במשפחות ובילדים בסיכון לא נכללה בהמלצות ועדת היישום.

בוועדת גילת ובוועדת יישום ההמלצות לא נתנו את הדעת לשני נושאים חשובים: האחד, קביעת הנחיות לדרך שיתוף הפעולה בין הצוות המטפל לבין המשפחה הגרעינית והמורחבת במקרים של הוצאת ילד מהבית. כאמור, במצב זה ההחלטות הן החלטות הרות גורל – ניהול חיי הילד, תכניות הטיפול, ביקורים ומפגשים עם המשפחה הגרעינית והמורחבת, תכנון השיבה הביתה וכיו'. חשוב כי נושאים אלו יובהרו ויוסדרו, אם לא על פי חוק, לפחות על פי תקנות והנחיות ברורות של משרד הרווחה.

נושא אחר הוא שינוי המדיניות החברתית והממשלתית כדי שמרבית המשאבים הטיפוליים והכלכליים יופנו לשיקום משפחתי-מערכתי בקהילה. כיום "אמנם, ישנן בנמצא תכניות המתמקדות בשיקום הילד בתוך המשפחה, תכניות המתמקדות בשיפור הכישורים ההוריים ויחסי הורים-ילדים, ותכניות יותר אינטנסיביות המציעות מגוון רחב של מענים, אבל הן ניתנות רק למספר קטן של ילדים ומשפחות ברשויות מקומיות מועטות" (דולב, 2002, ע' 12-13). למעשה, דולב (שם) סברה כי רק 3% מהילדים הנמצאים בסיכון ישיר נהנים מתכניות אלו.

סיכום

דולב (2002) ציינה שלושה מרכיבים המאפיינים את התכניות ואת הגישות המקצועיות החדשניות: תפיסת הילד והמשפחה כמכלול והתייחסות למגוון הצרכים שלהם; יצירת שותפויות עם הורים וילדים לשם תכנון ההתערבות ויישומה ותפיסה קהילתית; עירוב גורמים רשמיים ובלתי רשמיים בקהילה.

נראה שהתכניות האינטנסיביות צריכות להיות הטיפול השגרתי בעבור משפחות שילדיהן בסיכון או בהזנחה רבה, והוצאה מהבית צריכה להפוך חלופה לטיפול זה. על המטפלים ולא על המשפחה מוטלת האחריות להוכיח שהטיפול נכשל על אף שהמשפחה קיבלה טיפול מכיל מקיף ומושקע בתחומים שונים (חינוך, בריאות, רווחה, תעסוקה, גמילה מהתמכרויות).

אין ערובה שכאשר הטיפול לפי עקרונות אלו יתנהל כנוהל שגרתי ולא כמקרה יוצא דופן, לא יהיו טעויות, אי-הבנות או פגיעות בילדים, אך מרבית הקשיים הקיימים כיום עשויים לבוא על פתרונם. ראשית, המשפחות שתהיינה שותפות לתכנון ההתערבות ולקבלת ההחלטות עשויות להיות מאוימות פחות, ירגישו שייכות ויירתמו

לתהליך השינוי. שנית, התייחסות למגוון צורכי הילד ומשפחתו עשויה להקל על בני המשפחה לשנות את דפוסי ההתקשרות, לתמוך בילדים ולהשתנות. התייחסות ממשית לצרכים קונקרטיים גם מסייעת למשפחה להתמודד עם קשיי החיים וגם תורמת לאווירת אמון ושיתוף הפעולה בין הפונים למטפלים. שלישית, מעורבותם של קרובי משפחה, חברים וגורמים לא רשמיים בטיפול עשויה לתרום להצלחת הטיפול ולתחושת שותפות במאמץ לשינוי. רביעית, הצורך לשיתוף פעולה בין כל הגורמים בקהילה המעורבים במקרה הנדון יחייב דיונים משותפים והסכמה במקום מאבק ותחרות. ואחרון, התייחסות לערכי המשפחה ולתרבותה וקבלת המשפחה ללא תנאים הם גורמים מעורדי שינוי ושיתוף פעולה.

תכניות הפועלות לפי עקרונות אלו אינן באות על חשבון הגנת ילדים וביטחונם. להיפך, הזכות לחיים בטוחים ומוגנים לכל בני המשפחה הן מרכז ההתערבות ואין בנושא זה פשרות. בדרך זו גם טובת הילד וגם טובת משפחתו יוכלו להתקיים באותה עת.

אין ספק, כי הצלחת התכניות תלויה בשינוי המדיניות הקיימת ובהקצאת משאבים לכלליים ומקצועיים. שינוי כזה יכול להיעשות בעזרת החוק. לדוגמה, בחוק ייקבע כי סידור חוץ-ביתי יתאפשר רק לאחר שנוסה, שנה לפחות, טיפול משפחתי-קהילתי מקצועי "על פי מידה" ונכשל. דוגמה אחרת, החלטה ציבורית שתקבע כי את הכספים המיועדים כיום לסידורים חוץ-ביתיים יש להעביר לטיפול מקצועי בקהילה. חישוב כלכלי מראה כי ניתן לטפל בילדים ובמשפחות בקהילה בעלות שאינה עולה על זו של סידור חוץ-ביתי ולעתים אף בפחות מכך (אם לוקחים בחשבון כי טיפול קהילתי מתייחס לכל בני המשפחה ולא רק לילד המוצא לסידור חוץ-ביתי).

כאמור, שינוי חיובי ברוח דברים אלו מתרחש באחרונה (חוזר מנכ"ל מיוחד, 2004). שר הרווחה אורלב ומנכ"ל משרדו גולדברגר מובילים תכנית שתאפשר המרת תקציבים שנועדו למכסות חוץ-ביתיות בטיפולים בקהילה. ביצוע התכנית יאפשר לפתח תכניות משפחתיות קהילתיות ברמה גבוהה, שיוכלו לא רק למנוע סידור חוץ-ביתי, אלא גם לאפשר איכות חיים טובה יותר לילדים ולמשפחותיהם. כאשר אנשי המקצוע ישתמשו בידע ובכוח המקצועי שלהם כדי לחולל את השינוי הנדרש במדיניות ובסדר העדיפות הלאומי, ייתכן שעוד בעשור זה נראה מהפך ובמקום ש-3% מהילדים ומהמשפחות בסיכון ישיר ייהנו מתכניות אינטנסיביות קהילתיות, יזכו ליהנות מתכנית זו 97% מאוכלוסייה זו, וניתן יהיה לומר, כי טובת הילד וטובת המשפחה במרבית המקרים חד הם.

- ארם, א. (1999). תכנית "דרור" לשבירת שרשרת המצוקה. חברה ורווחה, י"ט, 521–543.
 בנבנישתי, ר. ושגב, ד. (2002). מאפיינים ומנבאים של משך השהות באומנה. מפגש לעבודה חינוכית סוציאלית. 16, 93–114.
- דולב, ט. (2002). מערכת השירותים לילדים בסיכון בישראל: סקירה. בתוך: ילדים בסיכון: סוגיות וכיוונים בפיתוח שירותי רווחה לילדים בסיכון, חוברת מסכמת ליום עיון לכבוד יוג'ין ריבקוף, נשיא הג'וינט העולמי (ע' 11–14). ירושלים: ג'וינט, אשלים ומשרד העבודה והרווחה.
- דולב, ט., בנבנישתי, ר. וטימר, א. (2001). מחקר ועדות החלטה בישראל: ארגון, תהליכי עבודתן ותוצאותיהן, דו"ח מסכם. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.
- דין וחשבון של ועדת ייעוץ לקביעת סמכות "ועדות החלטה" ודרך התנהלותן מול פקידי הסעד למיניהן (2002). מוגש לרב שלמה בניזרי, ח"כ שר העבודה והרווחה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002). שנתון סטטיסטי לישראל מס' 53. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- ויניקוט, ד. (1995). משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד.
- ועדה לתכנון טיפול והערכה: החלטות צוות היישום (2004). ירושלים, משרד הרווחה, 29 לאפריל 2004.
 חוזר מנכ"ל מיוחד (2004). ירושלים, משרד הרווחה, לשכת המנהל הכללי, 18 בפברואר 2004.
 טנא, ד. (1994). התערבות במשפחות של חוסים במעונות לנוער קשה הסתגלות. חברה ורווחה, י"ד, 5–16.
 יזמה בינלאומית: דרך שונה לעבוד עם ילדים ומשפחות (2000). תכנית על פי מידה, Wraparound.
 העמותה הישראלית ליזמה בינלאומית לעבודה שונה עם ילדים, נער ומשפחות.
- מוסק, ע. (1992). קשר בין ביקורי הורים ורווחתם של ילדים באומנה. חברה ורווחה, י"ב, 312–322.
 סלונים-נבו, ו. (בדפוס). הערכת טיפול: מערכים חד-מקריים ושיטות נוספות. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- רוני, י. (2003). זכות הילד לזהות כזכות להשתייכות. עיוני משפט, כו, 935–984.
- שוורץ, א. (2002). המשבר במערכת הרווחה לילדים בארצות הברית: גישות חדשות במאה ה-21. בתוך: ילדים בסיכון: סוגיות וכיוונים בפיתוח שירותי רווחה לילדים בסיכון, חוברת מסכמת ליום עיון לכבוד יוג'ין ריבקוף, נשיא הג'וינט העולמי (ע' 20–22). ירושלים: ג'וינט, אשלים ומשרד העבודה והרווחה.
 שפירא, י. (1995). ילדים בפנימייה טיפולית נקודת המבט ההורית והשלכותיה על עבודת העובד הסוציאלי. חברה ורווחה, ט"ו, 399–414.
- Ainsworth, M.D. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Allen, M. (1993). Making a difference for families: Family based services in the 1990s. *The Prevention Report of the National Resource Center on Family Based Services*, Spring, 1–3.
- Beker, J. (2001). Back to the future: Effective residential group care and treatment for children and the Fritz Redle legacy. *Child and Youth Care Forum*, 30, 443–455.
- Berry, M. (1992). An evaluation of family preservation services: Fitting agency services to family needs. *Social Work*, 37, 314–321.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock/Routledge.

- Briar, K.H., Broussard, C. A., Ronnau, J., & Sallee, A. L. (1995). Family preservation and support: Past, present, and future. *Family Preservation Journal*, 34, 5–23.
- Brown, R.A., & Hill, B.A. (1996). Opportunity for change: Exploring an alternative to residential treatment. *Child Welfare*, 75, 35–57.
- Burns, B.J., & Goldman, S.K. (Eds.). (1999). *Promising practices in wraparound for children with serious emotional disturbance and their families: Vol. IV. Promising practices in children's mental health, 1998 series*. Washington D.C.: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institute for Research.
- Carr, A. (1989). Countertransference to families where child abuse has occurred. *Journal of Family Therapy*, 11, 87–97.
- Carter, C.S. (1997). Using African-centered principles in family preservation services. *Families in Society*, 78, 531–538.
- Cimmarusti, R. (1992). Family preservation practice based on a multi systems approach. *Child Welfare*, 3, 241–254.
- Cirillo, S., & DiBlasio, P. (1989). *Families that abuse: Diagnosis and therapy*. New York: Norton.
- Clark, H., Lee, B., Prange, M., & McDonald, B. (1996). Children lost within the foster care system: Can Wraparound service strategies improve placement outcomes? *Journal of Child and Family Studies*, 5, 39–54.
- Clark, R.T., Schaefer, M., Burchard, J., & Welkowitz, J. (1992). Community-based mental health services around children with a severe behavior disorder: An evaluation of project wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 241–261.
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34, 59–73.
- Colton, M., Vanstone, M., & Walby, C. (2002). Victimization, care and justice: Reflections on the experiences of victims/survivors involved in large-scale historical investigations of child sexual abuse in residential institutions. *The British Journal of Social Work*, 32, 541–551.
- Corcoran, J. (2000). Crisis intervention with family preservation services. *Crisis Intervention*, 5, 171–178.
- Cowger, C.D. (1992). Assessment of client strengths. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice: Power in the people*. (pp. 139–147). New York: Longman.
- Cowger, C.D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39, 262–268.
- DePanafilis, D., & Scannapieco, M. (1994). Assessing the safety of children at risk of maltreatment: Decision-making models. *Child Welfare*, 53, 229–245.
- Dore, M. M. (1993). Family preservation and poor families: When “homebuilding” is not enough. *Families in Society*, 74, 545–556.
- Doueck, H.J., & English, D. (1993). Decision-making in child protective services: A comparison of selected risk-assessment systems. *Child Welfare*, 72, 441–452.
- Duchnowski, A.J., & Johnson, M.K. (1993). The alternative to residential treatment study: Initial findings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, 17–26.

- Eamon, M. K. (1994). Poverty and placement outcomes of intensive family preservation services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 11, 349–361.
- Feldman, L.H. (1991). *Assessing the effectiveness of family preservation services in New Jersey within an ecological context*. Trenton, NJ: Department of Human Services, Division of Youth and Family Services.
- Fishman, C. (1988). *Treating troubled adolescents: A family therapy approach*, New York: Basic Books.
- Ford, C.A., & Okojie, F.A. (1999). A multi-dimensional approach to evaluating family preservation programs. *Family Preservation Journal*, 4, 31–62.
- Fraser, M. W., Nelson, K. E., & Rivard, J. C. (1997). Effectiveness of family preservation services. *Social Work Research*, 21, 138–153.
- Goroff, N. (1983). Social work within a political and social context: The triumph of the therapeutic approach. In S. Ables (Eds.), *Social work with groups: Proceedings of the 1978 Symposium* (pp. 133–145). Louisville, KY: Committee for the Advancement of Social Work with Groups.
- Haagenstad, S.J. (1991). *Family members' perceptions of separation and placement when a child is placed in residential care*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama.
- Hassall & Maxwell, G. (1991). *The Family Group Conference: A new statutory way of resolving care, protection and justice matters affecting children. An appraisal of the first year of the Children, Young Persons and Their Families Act 1989*. Wellington, New Zealand: Office of the Commissioner for Children.
- Horwath, J. (2000). Childcare with gloves on: Protecting children and young people in residential care. *British Journal of Social Work*, 30, 179–191.
- Hyde, K. L., Burchard, J. D., & Woodworth, K. (1996). Wrapping services in an urban setting. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 67–82.
- Macleod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127–1149.
- Mannes, M. (1993). Seeking the balance between child protection and family preservation in Indian child welfare. *Child Welfare*, 2, 141–152.
- McDonald, T.M., & Marks, J. (1991). A review of risk factors assessed in child protective services. *Social Service Review*, 65, 112–132.
- Nelson, K.E. (1991). Populations and outcomes in five family preservation programs. In K. Wells & D. E. Biegel (Eds.), *Family preservation services* (pp. 76–80). Newbury Park, CA: Sage.
- Nelson, K.E., Deutelbaum, W., & Landsman, M. J. (1990). Three models of family centered placement prevention services. *Child Welfare*, 69, 3–21.
- Page, T. (1999). The attachment partnership as conceptual base for exploring the impact of child maltreatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16, 419–437.
- Pardeck, J. (1989). Family therapy as a treatment approach to child abuse. *Family Therapy*, 16, 113–120.

- Parton, N. (Ed.) (1999). *Child protection and family support: Tensions, contradictions and possibilities*. London: Routledge.
- Pecora, P.J., Fraser, M. W., Bennett, R.B., & Haapala, D.A. (1991). Placement rates of children and families served by the intensive family preservation services programs. In M.W. Fraser, P.J. Pecora, & D.A. Haapala (Eds.), *Families in crisis: The impact of intensive family preservation services* (pp. 159–162). New York: Aldine.
- Pelton, L.H. (1997). Child welfare policy and practice: The myth of family preservation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 545–553.
- Pratt, S. I., & Moreland K.L. (1996). Outcome assessment in residential treatment. In S.I. Pfeiffer (Ed.), *Introduction to treatment outcome: Historical perspective and current issues* (pp. 1–27). New York: Haworth.
- Rosen, L. D., Heckman, M., Carro, M., & Burchard, J. (1994). Satisfaction, involvement, and unconditional care: The perceptions of children and adolescents receiving wraparound services. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 55–67.
- Sen, A. (1991). Alternative to psychological testing. *Psychology and Developing Societies*, 3, 203–220.
- Sharlin, S., & Shamai, M. (2000). *Therapeutic intervention with poor, unorganized families: From distress to hope*. New York: Haworth.
- Sharma, S. (1986). Assessment strategies for minority groups. *Journal of Black Studies*, 17, 111–124.
- Slonim-Nevo, V., Sharaga, Y., & Mirsky, Y. (1999). A culturally sensitive approach to therapy with immigrant families: The case of Jewish immigrants from the former Soviet Union. *Family Process*, 38, 445–461.
- Stein, J.T. (2000). The adoption and safe families act: Creating a false dichotomy between parents' and children's rights. *Families in Society*, 81, 586–592.
- Whitaker, J. (1994). *The child welfare challenge*. New York: Guilford.

