

סגנונות מעורבות של אימהות בטיפול באומנויות של ילדן

במסגרת בית ספר לחינוך מיוחד

גל אברמובסקי

תקציר

לאור מיעוט הראיות ביחס למעורבותן של אימהות בטיפול באומנויות למתבגרים עם לקויות למידה הלומדים בבתי ספר לחינוך מיוחד, המחקר הנוכחי בחן נקודות ייחודיות במעורבותן של אימהות בתהליך הטיפול באומנויות ובקשר שלהן עם המטפל. מדגם המחקר כלל 18 אימהות למתבגרים עם לקויות למידה שנמצאים בתהליך טיפול באומנויות לפחות שנה אחת. הנתונים נאספו באמצעות ריאיון חצי-מובנה. הממצאים הצביעו על כמה סוגיות טיפוליות שהתמקדו במעורבות באינטייק הטיפולי, מעורבות בקביעת המטרות טיפוליות, תפיסת הצורך בליווי והדרכה, התנגדות לטיפול, קונפליקטים עם המטפלים או עם הטיפול וביקורת על המטפלים או על הטיפול. הדיון יציג שלושה סגנונות עיקריים של מעורבות אימהות בטיפול של ילדן על רקע המפגש הייחודי המתרחש בין התחום הטיפולי לתחום החינוכי. הבנה זו יכולה לסייע בגיבוש מודלים של עבודה עם הורים במסגרות חינוכיות.

מילות מפתח: טיפול באומנויות, מעורבות הורים בטיפול, חינוך מיוחד, אימהות, מתבגרים

מבוא

מאמר זה מציג את מעורבותן של אימהות בטיפול באומנויות של ילדן המתקיים במסגרת חינוך מיוחד בישראל. למעורבות ההורה בטיפול בילדו השפעה ניכרת על הצלחת הטיפול ככלל ובתוך המערכת הבית ספרית בפרט. המאמר יתמקד בתפיסותיהן ובציפיותיהן של אימהות לגבי טיפול וכמו כן, בקשר ובתקשורת שלהן עם המטפל. לאורך המאמר הנוכחי יעשה שילוב בין ההתייחסות המגדרית, קרי, האימהית לבין העמדה והתפקיד, קרי, הורים. במאמר יידונו סוגיית המעורבות האימהית בנושאים ובסוגיות מהתחום הטיפולי, כגון האינטייק הטיפולי, קביעת מטרות טיפוליות, הדרכת הורים, התנגדות לטיפול, קונפליקטים עם המטפל סביב המפגש המאתגר כאשר תחום החינוך ותחום הטיפול נפגשים. מטרת המאמר לחדד את הקשר בין מעורבות ההורה בטיפול של ילדו לבין הייחודיות של עבודה טיפולית במסגרת בית הספר וזאת כבסיס לגיבוש מודלים של עבודה עם הורים במסגרות חינוכיות.

רקע תיאורטי

הורות למתבגרים עם לקויות למידה

הורות למתבגר עם לקויות למידה היא אתגר חינוכי וטיפולי מורכב (Dyson, 2003). המחקרים מצביעים על קיומו של קשר בין תפיסות שליליות של הורים לילדים עם לקויות למידה לתחושות שליליות רבות, כגון כעס, צער, חרדות, חוסר אונים ועוד (פלוטניק, 2013; Baker & McCal, 1995). בכל הקשור להתמודדות בתוך המרקם החינוכי-הטיפולי הורים לילדים עם לקויות למידה חשופים לעומסים רגשיים משמעותיים הכוללים שחיקה, עייפות ואובדן שליטה לנוכח עומס ההתמודדויות והמשימות הקשורות בטיפול היומיומי בילדם, בקשר עם גורמים חינוכיים טיפוליים, בתמיכה לימודית, בתמיכה רגשית, בהצבת גבולות ועוד (נוי, 2014). עם זאת, מחקרים שנערכו בשנים האחרונות גורסים שעל אף הקשיים והשחיקה של הורים לילדים עם צרכים מיוחדים ישנה עלייה במעורבות הורים לילדים עם צרכים מיוחדים מתוך ההבנה כי ההורה הוא זה שישמור על האינטרסים של ילדו.

המוטיבציה לדאוג לכל צרכיו של הילד היא זו שמניעה ומגבירה את המעורבות ההורית בעת המגע עם המערכת החינוכית (אללוף, 2021).

מתבגרים עם לקויות למידה לרוב חווים את הלקויות שהם מתמודדים איתן בעוצמות גבוהות יותר. לצד הלקויות הקיימות והשפעתן בתחום הלימודי, המתבגר נאלץ להתמודד עם קשיים וסוגיות שהן חלק בלתי נפרד מגיל ההתבגרות - בניית עצמאות, תחושת מחויבות, בניית זהות, שייכות. כמו כן, מפגש מורכב עם ההורים ובני המשפחה במעגלים השונים המצומצמים והרחבים, והמפגש היומיומי עם דילמות וסוגיות חברתיות משפיעים באופן ניכר על תפקודו של המתבגר במגוון תחומים (עפרים, 2014).

טיפול באומנויות במערכות חינוך

טיפול באומנויות הוא דרך ריפוי הנוגעת לעולמו הנפשי של האדם ולה מטרה מרכזית כפולה, הראשונה היא יישום ישיר של הכלי ההבעתי ככלי מרפא. השנייה היא יישום עקיף בצורת פסיכותרפיה, כאשר מטרתו של הטיפול היא שיפור תפקודו הרגשי והפיזי של המטופל (McNiff, 1992; Rubin, 2016). הטיפול באומנויות מיושם בקשיים רגשיים-נפשיים והן ככלי אבחוני. שיטת טיפול זו נפוצה במגוון רחב של מסגרות חינוך מהגיל הרך, דרך ילדים ומתבגרים, וכלה במרכזים רפואיים ובמרכזי בריאות הנפש (שניר ורגב, 2017; Malchiodi, 2012). ביטוי באמצעות אומנויות הוא כלי לחיבור בין החוויה הפנימית לעולם שבחוץ והוא מהווה דרך להביע רגשות ותחושות שקשה לאדם לבטא במילים (Case & Dalley, 2014). סביבה בית ספרית בטוחה, תומכת ומכילה חיונית לילדים ומתבגרים כדי לסייע להם בהתפתחות ובמימוש הפוטנציאל הגלום בהם (Viner et al., 2012). מספרן של ההתערבויות הטיפוליות שמתרחשות בתוך בית הספר ומטרתן לשפר את איכות החיים של התלמידים ואת רווחתם הנפשית, הולכת וגדלה עם השנים (Fazel et al., 2014). בשנים האחרונות החלו מטפלים באומנויות (אומנות בתנועה, דרמה, פסיכודרמה, ביבוליותרפיה ומוזיקה) להשתלב בתוך מסגרות חינוך כגורם טיפולי ותמיכתי חיצוני למערכת החינוכית. בישראל משרד החינוך אף הגדיל לעשות וקלט את המטפלים באומנויות כחלק בלתי נפרד

מעובדי ההוראה במערכת החינוך (Abramovski & Fogel Simhony, 2019). משרד החינוך בישראל מעסיק את המטפלים באומנויות הן בהעסקה ישירה, הן בהעסקה עקיפה במגוון מסגרות חינוכיות, בתי ספר לחינוך מיוחד, בתי ספר רגילים שיש בהם כיתות חינוך מיוחד, מרכזים טיפוליים יישוביים וכן מרכזים טיפוליים בבתי חולים (מוריה, 2000). המרחב הבית ספרי יכול לשמש פלטפורמה נגישה יותר להתערבויות טיפוליות רגשיות או פיזיות וזאת במטרה לשפר את מצבו הרגשי של התלמיד (Freilich & Shechtman, 2010). בישראל שילובם של המטפלים באומנויות מעניק מענה אך ורק לתלמידים הזכאים לטיפול על פי חוק החינוך המיוחד (חוק החינוך המיוחד, 1988). מטרת הטיפול באומנויות במערכת החינוך היא לאפשר לתלמידים פניות משמעותיות יותר ללמידה ולחיווי מסוגלות, ביטחון עצמי, הצלחה, קבלת עצמית ומשמעות להמשך חייהם הבוגרים (ירום, 2007; חוזר מנכ"ל, 2010; ניסימוב-נחום, 2013).

מעורבות הורים בתהליך הטיפולי

בשנים האחרונות גברה המודעות לשיתוף ההורים בתהליך הטיפולי. ישנה חשיבות רבה לקבלה, להבנה ולזיהוי עמדות ההורים בתהליך הטיפולי בילדם בתוך מסגרות החינוך בכלל ובמערכת החינוך המיוחד בפרט (Abramovski, 2020a). ההתמקדות בנושא מתרחשת על רקע ההבנה הגוברת של התהוות התא המשפחתי, תפקידיו והתפיסה שלפיה לשני ההורים תרומה להתפתחות רגשית-נפשית תקינה של המתבגר, שתלווה אותו במשך שנים רבות (כהן, 2017). עמדות ההורים ביחס לטיפול בילדם קשורות באופן ישיר לעמדה ההורית שלהם, הן בבסיס התפיסה שלהם את עצמם כדמויות משמעותיות ומרכזיות בחיי ילדם, הן בתפיסתם את מעורבותם בהקשר הטיפולי של ילדם (אורן, 2015). היבט נוסף של מעורבות הורית מתייחס לקשר ולתקשורת של ההורה עם המטפל. זהו נדבך משמעותי בחשיבותו להצלחתו של הטיפול ולהבנת העולם הרגשי והסביבתי של המתבגר (גרינבנק, 2016; ישי-קרין, 2004).

במסגרת העבודה בתוך בית הספר, יש משמעות גדולה לאופן שבו ההורים תופסים וחווים את אנשי המקצוע הטיפולי והחינוכי כמקור תומך, מחנך, נוכח ומהימן הנמצא בחייו של המתבגר. נוסף על כך, ההורה יכול לקבל תמיכה וסיוע מהמטפל לאורך התהליך הטיפולי של המתבגר, והדבר בא לידי ביטוי בעיקר ברגעי משבר של המתבגר (כצנלסון, 2014; ישי-קרין, 2004). מבחינתם של הורים רבים מעורבות בשלבים הראשונים של הטיפול, כלומר, זיהוי וגיבוש מטרות הטיפול, הקשר עם המטפל ויצירת פלטפורמה של ברית טיפולית טרם תחילת הטיפול, משפיעה רבות על היכולת של בניית הקשר והחזרה בין ההורה למטפל (Odhammar & Carlberg, 2015). המטפל באומנויות שעובד במערכת החינוך פועל במרחב שבין המטופל (המתבגר), הוריו והמערכת החינוכית, ותפקידו להתנהל עם שלשתם יחד כלקוחות שלו. הדבר מצריך מהמטפל יצירתיות גבוהה ואינטגרציה בין תיאוריות מתחום הפסיכותרפיה לבין תיאוריות מערכתיות. שימת הדגש על החיבורים בין המתבגר להוריו ולמערכת החינוכית מאפשרת למטפל מגוון התערבויות טיפוליות ושותפות בעבודה רב-מערכתית, שמזמינה את ההורה להיות שותף בתהליך. התוצאה היא שההורה יכול לראות את עצמו כחלק פעיל, מעורב ומשמעותי בתהליך הטיפולי של ילדו (שניר ורגב, 2017).

מספר המטפלים ההולך וגדל במערכת החינוך בישראל אילץ את מערכת החינוך להגדיר את הקשר הרצוי של המטפל באומנויות עם ההורה. בחוברת מקצועית שכתב משרד החינוך ניתנה ההגדרה:

קיום קשר רציף עם ההורים הינו חלק מתהליך ההתערבות של המטפל עם התלמיד. על קשר זה להיערך בנקודות זמן מוגדרות במהלך שנת הלימודים: בתחילת שנת הלימודים, באמצע השנה ובסיומה. בנוסף, המטפל יכול להיפגש עם ההורים גם במהלך השנה, בהתאם לצורך מקצועי או על פי בקשת ההורים (משרד החינוך, 2016).

למרות ההבנה שלקיום קשר, מפגשים ותקשורת עם ההורים של המטופלים חשיבות רבה, חשוב לציין שלעיתים קרובות מתגלה קושי ניכר בקיום פגישות אלו. הדבר תלוי באופן משמעותי ביכולת של המטפלים, בגילם, בניסיונם ובתפיסתם את חשיבות יצירת המרקם

ומערכת היחסים והאמון עם ההורים, כך שיתרמו לבניית חוזה טיפולי (שניר ורגב, 2017). אחת המטרות המרכזיות במפגש עם הורים היא בניית קשר של אמון וחוזה טיפולי המביע הסכמה על מסגרת הטיפול, שעת הטיפול, חשיבות הטיפול, מטרות הטיפול, תקשורת עם המטפל וכן הדרכה הורית (ניסימוב-נחום, 2013).

מעט מאוד מחקרים נעשו בנושאים הקשורים למעורבות ההורה בטיפול ובקשר עם המטפל (Edwards et al., 2016). כיום קיימת הבנה ששיתוף ההורים הכרחי למתן טיפול אפקטיבי ומשמעותי לילד. למרות שהמערכת החינוכית היא זו שאחראית לילד בשעות הלימודים, ישנה חשיבות לתקשורת עם ההורים ולשיתופם. ניכר כי גיוס ההורה לתהליך הטיפול יספר את התוצאות של כל הנוגעים בדבר בעיקר לרווחתו ולקידומו של המתבגר (גרינבנק, 2016; ישי-קרין, 2004). חשוב לציין שלרוב ההורים מבקשים להשתתף בתהליך, ורואים חשיבות רבה בקבלת הניסיון והידע שברשותם כמתכון לגיוסם להצלחת הטיפול (De Geeter et al., 2002; Ladarola et al., 2015).

תפיסות ההורים את המערכת החינוכית ואת המערכת הטיפולית

תפיסות הורים את ילדם (ילדים המתמודדים עם קשיים/ילדים ללא קשיים) זוכות להתייחסות הולכת וגוברת במחקר. מחקרים רבים בדקו את תפיסותיהם של הורים לילדים המאובחנים במגוון קשיים (Blackshaw et al., 2001; Marshall, 2017). עם כניסתם של ילדים צעירים למערכת הלימודים אפשר להבחין כי הם מתמודדים עם מגוון קשיים לימודיים. לעיתים הקשיים הלימודיים אינם מאובחנים או שאינם מובהקים והם יכולים לנבוע ממגוון של קשיים - התפתחותיים, נוירולוגיים, פיזיים, רגשיים ועוד. בעקבות הקשיים שעולים מוסד הלימודים ינסה לרוב להעניק ולהתאים תמיכות לימודיות ממוקדות שיתנו מענה לקושי שעולה. לעיתים אף ההורים מתגייסים ומעורבים במגוון דרכים עצמאיות ומנסים לסייע ולקדם את ילדם הן בפן הלימודי, הן בפן הרגשי. עם זאת, ישנם מקרים שבהם כל התמיכות והניסיונות לסייע לילד אינם צולחים ולאחר שנים של התמודדויות מורכבות בבית הספר היסודי, שבמהלכן ההורים נחשפו למערך התמיכה הלימודי ולעיתים אף למערך התמיכה הרגשי, מתחילה

לחלחל אצלם ההכרה בדבר קיומה של לקות למידה מובהקת. לקות כזו אינה מאפשרת לילד להישאר בחינוך הרגיל ומצריכה מענה מקיף יותר בדמות מעבר למסגרת של חינוך מיוחד, שבה הילד יקבל מענה הוליסטי רחב יותר. מעבר כזה משפיע לעיתים על ההורים ברבדים האישיים, הזוגיים והמשפחתיים (Abramovski, 2020c).

המעבר של המתבגר לחינוך המיוחד משפיע על ההורה באופן ישיר וגם על סגנון מעורבותו. הורה למתבגר הלומד בחינוך המיוחד אשר חווה במשך שנים רבות מצבים של שחיקה, חרדה, חוסר אונים והימנעות, בסופו של דבר עלול להיות בעמדה כללית דיכאונית ופסימית יותר. לגורמי ההשפעה של תפיסת הורים את הטיפול נוספים החוויה וניסיון העבר שלו בטיפול רגשי של ילדו, הידע שלו על מהות הטיפול, וההשפעה של המפגש האישי עם דמות המטפל. נקודת המבט של ההורה משמעותית לגיוס כוחות, מעורבות ואמונה בטיפול ובמטפל כגורמים שעשויים לשפר את מצבו של המתבגר (Abramovski, 2020b).

המפגש של ההורה עם המערכת החינוכית ועם המטפל שעובד בה כולל מערכת תפיסות חברתיות רחבה מאוד של ההורה. פעמים רבות עלול ההורה לתפוס בצורה שגויה את התנהגותו של המטפל או את המסר שהמטפל מנסה להעביר. דבר זה עלול לקרות בעיקר כאשר המסר אינו עולה בקנה אחד עם תפיסת עולמו של ההורה ומתורגם באופן מוטעה, שעלול להוביל להתנהגות שלילית של ההורה ולפגיעה בטיפול ובילד. נקודות המבט ההוריות מראות עד כמה שונה המציאות של ההורים מזו של בית הספר. הקושי והמורכבות של המתבגר עם לקות הלמידה בתוך בית הספר הוא המקום שבו חוויות, תפיסות ונקודות מבט שונות של ההורים והצוות נפגשות. החשיבות של הקשבה להורים וגילוי אכפתיות כלפיהם היא אבן יסוד בבניית מערכת היחסים ביניהם ובין המטפל, ויש להן תרומה משמעותית לאופי מעורבותו בטיפול של המתבגר (Connor & Cavendish, 2018).

אומנם נעשו מחקרים רבים על מעורבות הורים במערכת החינוך (אגם-בן-ארצי וגרינבק, 2020), אולם ישנה התייחסות מועטה למעורבות הורים בתהליך הטיפולי (Edwards et al., 2016). באשר למעורבות הורים בתהליך הטיפולי בבית ספר נמצאו התייחסות אחדות בלבד (בליטי, 2018). מאחר שקיימת עלייה בשילוב של טיפול באומנויות במסגרות חינוכיות,

מטרת המאמר הנוכחי להעמיק את תפיסתן של אימהות ביחס למעורבותן בטיפול של ילדן, שבאה לידי ביטוי במגוון סוגיות טיפוליות וכן בקשר עם המטפל. ההבנות הטיפוליות יכולות לסייע לגבש מודלים של עבודה משותפת עם הורים במסגרות חינוכיות.

מתודולוגיה

המחקר נעשה בשיטה האיכותנית ומטרתו להבין את השקפות עולמן, את תפיסותיהן, את ציפיותיהן ואת מחשבותיהן של אימהות לילדים עם ליקויי למידה ביחס למעורבותן בטיפול של ילדיהן ולקשר שלהן עם המטפל. בבסיס התפיסה של המחקר האיכותני עומדת הטענה כי אפשר להבין תופעות רק בהקשר של הזמן והמקום שבהם הן מתרחשות. מחקר מסוג זה מאפשר הבנה ייחודית של התופעה הנחקרת ושל מורכבותה. הנחות היסוד של המחקר האיכותני מובילות למחקר המיישם טכניקות של האזנה פעילה, שיח ונוכחות בסביבה הטבעית שנחקרה (צבר בן-יהושע, 2016).

משתתפות

המדגם כלל 18 אימהות דוברות עברית למתבגרים בגיל 14-18 (כיתות ט-י"ב), שילדיהן מאובחנים בלקויות למידה וקיבלו טיפול באומנויות במשך שנה אחת לפחות. המחקר נערך בבית ספר גדול לחינוך מיוחד במרכז הארץ באזור המאופיין במעמד סוציו-אקונומי בינוני. כל משתתפות המחקר היו אימהות לילד שנמצא בטיפול באומנויות בזמן המחקר וילדן טופל על די אחד מתוך עשרה מטפלים באומנויות אשר עובדים בבית הספר. שיעור הסירוב להשתתף במחקר עמד על 9%.

כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בריאיון עומק חצי-מובנה, שהוא הכלי המעמיק ביותר שבאמצעותו ניתן היה לבצע את המחקר האיכותני (Glaser & Strauss, 2017). מטרת הריאיון הייתה להבין את החוויות הסובייקטיביות של המשתתפות ואת המשמעות שהן מייחסות לחוויות אלו

(שקדי, 2003). מדריך הריאיון התמקד בנושאים הקשורים לתפקוד ההורי, לתפיסות ולציפיות של אימהות למתבגרים הנמצאים בטיפול באומנויות בבית ספר לחינוך מיוחד. הנושאים העיקריים שבהם התמקד הריאיון הם: תפיסות, מעורבות, יחסים עם המטפל, קביעת יעדים טיפוליים, הדרכה ועוד. מדריך הריאיון נבנה על סמך סקירת ספרות הנוגעת לתפיסות ההורים וציפיותיהם מטיפול ומטפלים. שאלות לדוגמה: באיזו מידה תרצי להיות מעורב בטיפול של ילדך? האם ההורה נכלל בקביעת יעדי הטיפול ומטרותיו? האם היו פעמים שבהן ילדך סירב ללכת לטיפול? מהו הקשר והתקשורת שיש לך עם המטפל של ילדך? האם התרחשו אירועים שיצרו קונפליקטים ביחסך לטיפול או למטפל?

איסוף הנתונים וניתוחם

איסוף הנתונים וניתוחם נעשה בין דצמבר 2018 לאפריל 2019. הראיונות בוצעו באופן פרונטלי בביתן של המרואיינות. הראיונות נותחו על בסיס עקרונות התיאוריה המעוגנת בשדה, כדי לזהות ולהגדיר רעיונות, נושאים וקטגוריות עיקריות (Charmaz, 2006). תהליך ניתוח הנתונים התבסס על שלושת השלבים שהציעו שטראוס וקורבין (Strauss & Corbin, 1990). בשלב הראשון תמלילי הראיונות נקראו כמה פעמים לצורך היכרות ראשונית עם הטקסט ולציון נושאים מרכזיים. בשלב השני בוצע ניתוח צירי במטרה לאתר את מרבית הקטגוריות שעלו מהראיונות בכללותם. בשלב השלישי בוצע קידוד סלקטיבי ונבנה סיפור התופעה שנחקר (שקדי, 2011). בהמשך בוצעה קריאה נוספת במטרה לארגן את הנושאים המרכזיים, לקשר ביניהם וליצור מבנה עוקב בין הקטגוריות (צבר בן-יהושע, 2016).
בניתוח הממצאים נעשה שימוש במונחים אחידים: "מרבית האימהות" - מתייחס לרעיונות שנמצאו אצל 14-18 מהמרואיינות. "חלק מהאימהות" - מתייחס לרעיונות שנמצאו אצל 7-13 מהמרואיינות. "אימהות מעטות" - מתייחס לרעיונות שנמצאו אצל 4-6 אימהות. תמות שהועלו אצל פחות משלוש אימהות לא נכללו בממצאים. על אף האמור, במקרים מסוימים נעשה שימוש במונח "אימהות אחדות" לנושא שעלה אצל שלוש אימהות או פחות. זאת מכיוון שעל אף השכיחות הנמוכה נמצאה חשיבות לעצם אמירתן.

אתיקה ותהליך איסוף הנתונים

טרם תחילת המחקר נעשתה פנייה לגורמים הרלוונטיים לבקשת אישור לביצוע המחקר. בהמשך נעשתה פנייה למנהלת בית הספר לקבל אישור לביצוע המחקר. לאחר מכן נעשתה פנייה באמצעות דואר אלקטרוני לאימהות העומדות בקריטריונים של המחקר. לאימהות שהביעו את הסכמתן הראשונית להשתתף במחקר בוצעה פנייה טלפונית שבה הוסברה להן מטרת המחקר וניתנה הבטחה לסודיות מלאה. בשלב הריאיון הפרונטלי האימהות חתמו על טופסי הסכמה מדעת. כמו כן, הובהר לכל אם, שבכל רגע נתון זכותה לפרוש מהמחקר, וכמו כן הובהר לכל משתתפת שפרטיה המזהים לא יוצגו בכל שלב של המחקר ושהם נועדו אך ורק לצורכי מחקר.

ממצאים

ממצאי המחקר יציגו את תפיסתן של האימהות ביחס למעורבותן בטיפול בילדן במגוון היבטים הקשורים לאינטייק הטיפולי, לקביעת מטרות טיפוליות וכן לליווי והדרכה הורית. כמו כן, ממצאי המחקר ידונו בסוגיות הקשורות לתפיסות של מעורבות האימהות בקונפליקטים והתנגדויות של ילדן לטיפול ולמטפל. בסיום הממצאים יוצגו שלושה סגנונות מעורבות של האימהות.

מעורבות באינטייק הטיפולי

מרבית האימהות תופסות את האינטייק כמשמעותי ורואות בו הזדמנות לתת תמונה רחבה עד כמה שניתן של מצב ילדן, הרקע וההתפתחות שלו. כפי שתיארה אחת המשתתפות: "מבחינתי חשוב לשתף בכל מה שרלוונטי, התפקיד של ההורים הוא לשפוך אור ולתת את כל האינפורמציה למטפל, חובה לספר את הסיפור של הילד, את הקשיים שלו, אבל גם את הכוחות שלו". לצד זאת, חלק מהאימהות אינן תופסות את האינטייק כתנאי מקדים לטיפול: "לא תמיד ניתן לפגוש אותנו בתחילת שנה, לא כדאי לחכות ולמנוע את הטיפול". מהממצאים עלה כי מרבית האימהות מעוניינות לתת תמונה רחבה עד כמה שניתן על מצב ילדן, על

הרקע וההתפתחות שלו. דבר זה בא לידי ביטוי בדבריה של אחת האימהות: "המטפלת ביקשה ממני לספר לה הכל, משלב ההיריון שלו ועד היום, שיתפתי בכול, אני חושבת שזה מאוד חשוב".

מעורבות בקביעת המטרות הטיפוליות

אימהות רבות הביעו את רצונן להיות מעורבות בהצעה לקביעת המטרות הטיפוליות וראו בכך תרומה משמעותית לאפקטיביות של הטיפול. האימהות הביעו את אי שביעות רצונן מכך שמטרות הטיפול של ילדן נקבעו ונוסחו ללא שיתופן. אחת מהן אמרה: "הייתי רוצה להיות חלק בקביעת המטרות הטיפוליות, להיות מעורבת בזה, אם אפרוס את תמונת המצב ואשים את המטרות על השולחן ואת הסיפור שלנו אז כל הטיפול יהיה יותר אפקטיבי". עם זאת, חלק קטן מהאימהות שיתפו שאכן היו שותפות לקביעת המטרות הטיפוליות: "שבנו עם המטפלת והגדרנו מטרות, היה שיח הדדי כיצד היא רואה את התמונה וכיצד אנחנו רואים את התמונה עשינו תיאום ציפיות, והגדרנו מטרות". אימהות אחדות ציינו שלא נקבעו מטרות טיפוליות רגשיות, וכל המטרות שנוסחו והוצגו להן היו בעיקר באמצעות התל"א (תוכנית לימודית אישית).

תפיסת הצורך בליווי והדרכה

מרבית האימהות הביעו כמיהה לקבל תמיכה והדרכה מתוך ההכרה בתרומתה של ההדרכה: אני מאוד מאמינה בהדרכת הורים. אני רוצה לקבל כמה שיותר כלים, כל ילד הוא אחרת. גם אחרי שלושה ילדים אני נתקלת במצבים שלא האמנתי שיכולים לקרות, הילד לא חי רק בבית הספר במנותק ממה שקורה בבית. הילד הוא משהו הוליסטי וככל שלנו ההורים יהיו מגוון כלים לעבוד, יוטב לכלל הגורמים.

חלק מהאימהות ציינו את החשיבות של הדרכה הורית, גם אם הדבר כרוך בתשלום. לחילופין, בהעדר הדרכה פרטנית, האימהות העלו את האפשרות להדרכת הורים קבוצתית:

זה מאוד מאוד חסר לי, אפילו אם היו שישה מפגשים בשנה להורים לילדים עם צרכים מיוחדים, כאשר אתה נפגש עם קבוצה של עוד הורים ורואה שלא רק אתה חווה את זה לבד. והורה מעלה נקודה ואז אני רואה כמה דברים קטנים, וטיפים, אני מאמינה שיש הרבה הורים שצריכים את המענה הזה.

ביחס לתדירות מפגשי ההדרכה עלתה שונות בצורך של האימהות, כאשר חלק מהאימהות העלו צורך במפגשים אינטנסיביים אחת לשבוע: "חשוב לקיים הדרכה פעם בשבוע, ברגע שההורים יעברו הדרכה, ההורים ידעו כיצד להתנהל עם ילדם וזה יקרין גם להתנהלות מול בית הספר". חלקן האחר של האימהות העלה צורך במפגשים בתדירות של אחת לכמה שבועות: "בין ארבע לשש פגישות לאורך השנה זה אידאלי, יש איזשהו מעקב, יש תהליך, אני תמיד שואלת מה אני יכולה לעשות בבית עם הילד? איזה טיפ אני יכולה לקבל בהדרכה?" אימהות אחדות ציינו לטובה את בית הספר, שבשעת משבר העמיד לרשותן משאבים טיפוליים והדרכתיים נוספים שבהם הן יכלו להיעזר: "המטפלת של בית הספר עזרה לנו לקבל כלים והכוונה, אבל זה היה לתקופה קצרה והיינו צריכים עוד".

תפיסת ההורה את מעורבותו כאשר עולה התנגדות לטיפול

חלק מהאימהות הביעו הזדהות מלאה עם התנגדותו של ילדם להגיע לטיפול, וביקשו מהמטפל לא לכפות את הטיפול על הילד: "הייתי מכבדת את זה לחלוטין ומבינה שכרגע הוא לא יכול כי אולי זה קשה לו, אולי נוגעים שם בפצע". יש לציין, כי למרות ההתנגדות, הרצון של האימהות שילדם יגיע למפגשי הטיפול לא פחת. לעומת זאת, אימהות מעטות ציינו כי הן מצפות שבמצבים כאלו, המטפל לא יוותר וימשיך לחזר אחרי הילד: "ביקשתי מהמערכת שלא יכריחו אותה להגיע לטיפול. אבל עם זאת לא ויתרתי שהמטפלת תגרום לנסות להניע אותה להגיע לטיפול". אימהות אחדות שיתפו כי ינסו להעמיק בהבנה של מקור ההתנגדות ולמה היא מיוחסת: "הייתי בודקת למה ההתנגדות קשורה, לילד שלי? לטיפול?"

למטפל? כאשר עלתה התנגדות, שוחחתי עם המטפלת שלו ויחד ניסינו להעמיק את ההבנה והסיבות להתנגדות".

קונפליקטים בטיפול וביקורת על המטפלים או על הטיפול

הקונפליקטים של האימהות עם המטפל או ביחס לטיפול נתפסו על ידי האימהות כנושא הקשור אליהן באופן ישיר ושאינו קשור לילדן. חלק מהאימהות הביעו את הבנתן שיש צורך בשמירה על היחסים בין המטפל לבין ילדן, ועל כן ציינו כי אם יתגלעו קונפליקטים הן יפנו בראש ובראשונה למחנכת הכיתה או למנהלת בית הספר כדי לא לפגוע בתהליך הטיפולי: "אם יש לי קושי מול המטפלת או ביקורת על הטיפול הייתי פונה ראשית למחנכת ואולי בהמשך למנהלת כי חשוב לי מאוד לא לפגוע באמון ובקשר של הילדה שלי עם המטפלת". אימהות אחדות ציינו כי אם יעלו קונפליקטים ראוי שהנושא יטופל ישירות עם המטפל או עם המערכת החינוכית. אימהות אלו הביעו את הבנתן ששיתוף של הילד בקונפליקט עלול לפגוע בטיפול היות והוא מושפע מאוד מדעתן וממחשבותיהן: "אם יש קונפליקט, זה ביני לבין המטפלת, שיתוף של הילד יכול בעיניי לפגוע בטיפול, הוא מאוד מושפע מאיתנו וממה שאנחנו חושבים".

סגנונות מעורבות

מניתוח ממצאי המחקר נמצאו שלושה סגנונות מעורבות של אימהות בטיפול: מעורבות מתבוננת ומאפשרת, מעורבות יוזמת, ומעורבות פסיבית-אגרסיבית.

מעורבות מתבוננת ומאפשרת

מעורבות זו מאופיינת בהתעניינות של האימהות בטיפול ובמה שנעשה בו, ברצון לקשר ותקשורת שמאפשר מרחב טיפולי למתבגר המטופל ובהבעת אמון במטפל בכך שיזמין אותן למעורבות רחבה יותר במידת הצורך:

אני סומכת על המטפלת שאם צצים עניינים חשובים היא תשתף אותנו, אני רואה שגם בית הספר וגם המטפלת עם היד על הדופק. אני סומכת על המטפלת שישתפו ויערבו אותי במידת הצורך, אני לא הורה שכופה את עצמו. אני יודעת את מקומי ומאפשרת לילד שלי את המקום שלו. עם זאת, אם אני רואה שיש משבר או קושי עם הילדה שלי אני מתקשרת למטפלת שלה ומדברת איתה.

מעורבות יוזמת

מעורבות זו מאופיינת בעמדה אימהית אקטיבית ביחס למעורבות בטיפול. אימהות אלו יוזמות קשר, מביעות רצון לשיתוף, מעדכנות ואף יוזמות מפגשים ושיחות טלפון עם המטפלת. אצל אימהות אלו קיים קשר רציף כל העת עם המטפלת, הן משתמשות במגוון האפשרויות שעומדות לרשותן כדי להיות משמעותיות בתהליך הטיפולי: "אני יוזמת קשר עם המטפלת של הילד שלי לפי הצורך, מסמסת לה, או מתקשרת, לפי הצורך שעולה. אנחנו לא יחידה נפרדת, לנו ההורים יש הרבה ידע ואנחנו יכולים לתרום".

מעורבות פסיבית-אגרסיבית

מעורבות זו מאופיינת בעמדה אימהית פסיבית-אגרסיבית ביחס למעורבות בטיפול. לפי תפיסתן, חובת המטפל לעדכן ולשתף במתרחש בטיפול. בשיח עימן עלה כעס ותסכול שאינן חלק ממעגל התמיכה והטיפול בילדם. אימהות אחדות דיווחו על ניתוק מוחלט מכל מעורבות בטיפול עד כדי כך שלא ידעו שילדם נמצא בטיפול:

פניתי למחנכת הכיתה כדי להתעדכן בטיפול של ילדי, שאלתי מה קורה בטיפול? המחנכת הזמינה אותי ליצור קשר עם המטפלת, אני לא חושבת שתפקידי לפנות אליה. אני חושבת שזה צריך לבוא מהמטפלת. אם באמת אכפת לה היא צריכה לפנות אליי. המטפלים שמתעסקים בנפש של הבת שלי זה הבטן הכי הרכה שלי כהורה. אני אמורה לדעת מה קורה

ואי אפשר שבסוף השנה אם בכלל, יתקשרו אלי ויגידו לי מה היה בטיפול.
לא יצרו איתי קשר! אין לי מושג מי המטפלת של הילדה שלי. אין לי אפילו
את הטלפון של המטפלת.

דיון

לאור ההבנה ההולכת ומתגבשת כי למעורבות ההורים השפעה דרמטית על הצלחת הטיפול, ניתן לומר שהיא מהווה עוגן ובסיס איתן להצלחתו של הטיפול. הדיון יתמקד בשלושת סגנונות המעורבות דרך מבט ממוקד בכל סגנון על מגוון הממצאים שנמצאו: מעורבות באינטייך הטיפולי, מעורבות בקביעת המטרות הטיפוליות, תפיסת הצורך בליווי והדרכה, התנגדות לטיפול, קונפליקטים וביקורת על המטפלים או על הטיפול. זאת תוך חיבור וזיקה לדפוסי ההתקשרות הראשוניים של האימהות, אופן השפעתן על סגנון ההורות שלהן ואפיוני התקשורת שהן ינהלו עם המטפל (גרינבק, 2016; Holmes, 2014; Bowlby, 1979).

מעורבות מתבוננת ומאפשרת

סגנון זה מתאפיין במעורבות רחבה של ההורה באינטייך ובמטרות הטיפול. מעורבות זו תהפוך את ההורה לגורם משמעותי בעיצוב חיי הנפש של ילדו. עובדת היות ההורה שותף ומעורב בטיפול ובמטרותיו מהווה גם לילד חוויה מיטיבה שתורמת לגיבושו של הייצוג ההורי בעולמו (Glogowska, 2000). כמו כן, היא מעודדת ומעצימה את ההורה ויוצרת מוטיבציה למעורבות ולשותפות מתמשכת. בכך היא מחזקת את הקשר של ההורה עם ילדו. שותפותו הפעילה של ההורה מקנה לו חוויה של נראות ועשויה למתן את מורכבות היחסים שבין ההורה למטפל (Petti, 2003). עם זאת, חשוב לציין שכיוון שהטיפול נעשה בשעות הבוקר כחלק מלוחות הזמנים של בית הספר, קיים קושי בקיומם של המפגשים כיוון שמרבית ההורים עובדים בשעות הללו ומפגשים כאלו מצריכים מההורים היערכות רחבה יותר. כמו כן, אם מתקיים מפגש אינטייך לרוב רק הורה אחד יכול להגיע (בדרך כלל האם). קושי בקיומה של פגישת אינטייך וקביעת מטרות טיפוליות עלולה לפגוע במוטיבציה של ההורים להמשיך

ולקיים קשר רציף עם המטפל ועלולה להחוות כדחייה של המקום ההורי (Tapp et al., 2018). הדבר עלול לשבש את מרקם היחסים של ההורים עם המטפל ובהמשך לכך, לפגוע במוכנות ובמידת ההשקעה שלהם בתהליך הטיפולי של ילדם. אפשר לשער כי הורים הנוקטים סגנון מעורבות זה יענו באופן חיובי לקריאה מצד הגורמים הטיפוליים לקיומו של האינטיימ, כמו גם להזמנה להיות שותפים בקביעת מטרות הטיפול. הורים אלו יראו עצמם שותפים וייטלו גם חלק באחריות על הצלחתו של הטיפול. אחד מתפקידיו של המטפל בשלב הזה הוא לעזור להורה להפוך לשותף ולבסס אצל ההורה את ההבנה כי יש לו תרומה משמעותית להצלחת הטיפול (Abramovski, 2020b).

במצבים של התנגדות של הילד לטיפול, קונפליקטים וביקורת על המטפל או על הטיפול, אפשר להבחין בשני שלבים עיקריים. בשלב הראשון ההורה ינסה יחד עם המטפל והילד להבין את מקור ההתנגדות. בשלב השני יתקיים ניסיון משותף למצוא עם הילד פתרונות מתוך עמדה של שיתוף הדדי. הורה הנוקט סגנון מעורבות זה יהיה ממוקד בצורכי הילד וייתן לו מקום רחב לביטוי. נוסף על כך, בסגנון מעורבות זה נוכל להבחין בהורים היכולים לשאת התנגדות ולשהות בה בלי להגיב באופן מידי (ישי-קרין, 2004). ניתן לשער שבמצבים אלו בעת קיומם של קונפליקטים ומשברים ההורים יוכלו להציע אסטרטגיות להתמודדות ומגוון פתרונות.

ליווי והדרכה – בשנת 2016 פרסם משרד החינוך הנחיה כי במסגרות הטיפוליות בבתי הספר אפשר לערוך כשלושה מפגשים עם ההורים לאורך שנת הלימודים. למרות זאת, עקב מגבלות ואילוצים רבים שלרוב אינם תלויים במטפל זוהי משימה מורכבת לביצוע. מכאן יוצא כי בסגנון מעורבות זה נוכל לשלב בין שני סגנונות הדרכה הוריים עיקריים. הסגנון הראשון הוא ליווי, ייעוץ והדרכת הורים כאשר המיקוד הוא במתבגר (המטופל) וכן באופי התקשורת של ההורים עימו. לעומת זאת, בסגנון ההדרכה השני, המוקד הוא הדרכה פסיכודינמית ממוקדת בהורים (אורן, 2011). ניכר כי סגנון ההדרכה הראשון הוא האפקטיבי ביותר בעבודה בתוך המסגרת הבית ספרית שבה מוגדר הטיפול במתבגר כעיקרי. עם זאת, הבחירה בסגנון הדרכה פסיכודינמית ממוקדת בהורים בתוך כותלי בית הספר נועדה לצמצום

הפער בין החלקים המודעים לחלקים הל-מודעים של ההורים. צמצום הפער בין החלקים המודעים של ההורים, אשר באים לידי ביטוי ברצון של ההורים במעורבות ושותפות בתהליך הטיפול, לבין החלקים הלא-מודעים של ההורים, הבאים לידי ביטוי בבושה, דעות קדומות, חוויות כישלון, תחרותיות, פגיעות נרקסיסטית ונראות, יכול לקדם את הטיפול ואת רווחת ההורים (אורן, 2011, 2015; Baldwin, 2014). אופי ההדרכה והליווי של הורים בסגנון המעורבות המתבוננת והמאפשרת ייבחר מתוך זיהוי סגנון ההתקשרות של ההורה על ידי המטפל והתאמת הליווי המיטבי. ייתכן שיהיו הורים שיזדקקו ליותר כלים ולהיבטים פרקטיים ואילו אחרים שיזדקקו לשימת דגש על היבטים אישיותיים ותפקודיים שלהם.

בסגנון מעורבות זה נוכל לזהות שתי קבוצות הורים עם סגנונות התקשרות שונים. קבוצה אחת שסגנון המעורבות שלה מבוסס על סגנון התקשרות בטוחה, והשנייה המתבססת על סגנון התקשרות נמנעת (Bowlby, 1979). באשר לסגנון הראשון, הורה עם סגנון התקשרות בטוחה, הסומך על העולם ומביע פחות חששות או פחדים, ירגיש בטוח בקשר שלו עם ילדו וכן בקשר של המטפל עם ילדו. הורה עם סגנון התקשרות בטוח יחוש ביטחון למסור את ילדו לטיפול ללא חשש שמא תוכן רגשי שיעלה בטיפול יוכל לפגוע בבסיס ההורי שלו או לאיים על קיומו כהורה (Holmes, 2014). לעומת זאת, התקשרות שאינה בטוחה או התקשרות נמנעת בסגנון המעורבות המתבוננת והמאפשרת עלולה לנבוע מתוך הימנעותו של ההורה לפגוש את הכאב והקושי שלו כאשר ילדו זקוק לטיפול רגשי. הורה זה עלול לפעול בדרכים רבות, הן מודעות, הן לא מודעות כדי לא להתמודד עם רגשות שליליים ומאכזבים ביחס להורותו ולעצמו ובכך להיות בעמדה מתבוננת ומאפשרת, אך זאת, רק למראית עין.

לכן ישנו מקום מרכזי לזיהוי סגנון ההתקשרות של ההורה על ידי המטפל כדי להתאים את אופי ההדרכה והליווי המיטביים. הצלחתו של הטיפול בילד קשורה קשר הדוק להצלחתו של המטפל לשמר את ההורה כשותף בכך שיאפשר לו להביע את מגוון הרגשות ההוריים שלו, החיוביים כמו גם השליליים, באופן חופשי ובטוח (אורן, 2015; Winnicott, 1977). חשוב לציין, שלסגנון המעורבות ההורית יש השפעה על ההתערבויות שבהן משתמש המטפל והוא קשור לא פעם לסוג ההתקשרות של המטפל עצמו (Mahler, 1965). המפגש

בין ההורים וסגנון המעורבות שלהם ובין סגנון ההתקשרות של המטפל הופך פעמים רבות את התהליך למורכב ודורש מהמטפל יכולת התבוננות פנימית כדי לבדוק את מערך היחסים עם המטופל ועם הוריו. מפגש עם ההורים עשוי לעורר אצל המטפל שתי תגובות עיקריות. האחת, אם ההורה סומך על המטפל ומאפשר לו להעמיק בטיפול, המטפל יוכל לבצע מגוון התערבויות טיפוליות ללא כל חשש. השנייה נוגעת לחוויה אחרת שעלולה להופיע אצל המטפל כתגובה לחשדנות, לשיפוטיות ולחודרנות של ההורים. במקרים אלו ייתכן שהמטפל ינהג בזהירות יתר מתוך החשש שמא הוא חשוף להתקפות מצד ההורים, דבר שיגרום לו לצמצם למינימום את ההתערבויות הטיפוליות.

מעורבות יוזמת

הורים הנוקטים מעורבות יוזמת בשלב ה**אינטייק** יהיו מעוניינים להשתתף בתהליך הטיפולי ובכך להיות גורם משמעותי שיעצב את סוג המעורבות ואת אופי שיתוף הפעולה עם המטפל כבר בשלבים הראשונים של הטיפול (De Geeter et al., 2002; Ladarola et al., 2015). בתהליך **קביעת המטרות הטיפוליות**, הורים אלו מבינים כי שיתופם ויוזמתם בקביעת מטרות טיפוליות ובהגדרת ציפיות הדדיות יובילו לתוצאות טובות יותר לילדיהם (Bachner et al., 2006; Edwards et al., 2016). עם זאת, על המטפל להיות ער לכך שייתכן שאופי בחירת המטרות מצידו של ההורה קשור להשלכות הנרקיסטיות שלו על ילדו ועלול להיות קשור לצורך הלא-מודע לתיקונים שההורה כמה לעשות בעולמו הפנימי (מנזנו ואחרים, 2005). בתהליך זה, בדרך של מודעות או חוסר מודעות, ההורה בוחר מטרות טיפוליות הנוגעות לו עצמו, ולא לילדו. דבר אשר יכול להשאיר את הילד בתחושה שההורה אינו רואה ואינו מבין אותו ובכך להשפיע על יעילות הטיפול ועל תוצאותיו.

ביחס לסוגיה הקשורה **להתנגדותו של הילד לטיפול, קונפליקטים וביקורת על הטיפול**, בסגנון מעורבות זה, על אף ההתנגדות של הילד לטיפול, ולמרות קיומם של קונפליקטים עם המטפל, התפיסה באשר לחשיבות הטיפול בבית הספר לא תשתנה. לרוב במצבים כאלו ההורים מצפים שהטיפול בילדם ימשיך למרות קשיים וחסימים (Nock & Kazdin, 2001).

כך שיינתן שבסוג מעורבות זה עמדתו של ההורה תהיה לנסות ולשכנע את ילדו להמשיך את הטיפול על אף התנגדותו והוא יעסוק פחות בניסיון להבין את מקור ההתנגדות. הורה שמשוכנע שהטיפול יהיה אפקטיבי ויעיל לילדו יתגייס לטיפול. אופי העבודה הטיפולית בתוך בית הספר המתאפיינת בעבודה רב-מערכתית שתהווה קרקע פורייה ותשתלב עם הצורך של ההורה להיות אקטיבי.

ניתן לצפות שאם תעלה ביקורת או שיווצר קונפליקט בין ההורה והמטפל וההורה לא יקבל את המענה שציפה לקבל מהמטפל, הוא יוכל ליזום פנייה לדמויות סמכות נוספות בבית הספר (מנהלת, יועצת, מחנכת). ליווי והדרכה בסגנון ההורות הנוכחי יתמקד בליווי וייעוץ הורי במקביל לטיפול בילד, כאשר מוקד השיח הוא המתבגר (אורן, 2011). ייתכן שבסגנון זה תיווצר מצד ההורים תובענות לליווי ולהדרכה שוטפים וייתכן שהיא תהיה קשורה לעיתים יותר לצורך של ההורה מאשר לצורכי הילד. ייתכנו מקרים שבהם הורים יתקשו להתפנות לניסיון להבין טוב יותר את ילדם ויהיו עסוקים יותר בקבלת כלים והדרכה קונקרטיים. בסגנון המעורבות היוזמת, ההורה מבקש פעמים רבות להגיע לתוצאות מהירות, מביע רצון עז לפתור את הקושי באופן מיידי ומצפה לפתרונות ברורים. לכן, בתוך מפגשי ההדרכה עלולים להיווצר יותר קונפליקטים ומתחים סביב הקשר והתקשורת עם המטפל וזאת בעיקר כאשר ההצעה ונקודת המבט של המטפל לא תעלה בקנה אחד עם הכיוון שאליו ההורה שואף להגיע (אורן, 2015, 2011). את אופן המעורבות היוזמת והאקטיבי נוכל לקשור פעמים רבות לקושי של ההורה לשהות במצבים לא ברורים, או להורים שסובלים מרגשי אשמה כבדים שמהם נובעת תחושתם שעליהם לפעול באופן יזום כדי להקל ולכפר על אשמה זו (מנזנו ואחרים, 2005). אפשר לשער שאם הורים אלו לא יקבלו את המענה במערך של ההדרכה בתוך בית הספר הם יפנו לגורמים נוספים מתוך בית הספר (פסיכולוגית בית הספר, יועצת) או לקבלת תמיכה מחוץ לבית הספר.

באשר לדפוסי התקשורת אצל אימהות עם מעורבות יוזמת, ניתן להתייחס לשני דפוסי התקשורת עיקריים. הראשון הוא דפוס ההתקשורת הבטוחה, שבה ההורה מקיים קשר רציף עם המטפל, הוא מאמין בטיפול ובמטפל, והוא יזום ומעורב בטיפול, במטרה לקדם את

הצלחת הטיפול. בדפוס ההתקשרות השני, התקשרות לא בטוחה/חרדתית/מתנגדת, אומנם ההורה יוצר קשר ותקשורת עם המטפל, אך מעמדה שבה ההורה זקוק לעדכונים על המתרחש בטיפול כל העת, ופעמים רבות מתוך מקום של חודרנות וקושי בנפרדות. ייתכן כי ההורה מתקשה לשלוח את ילדו לטיפול בבית הספר ולשחרר אותו ליצירת קשר עם דמות משמעותית אחרת. ייתכן גם שלהורה זה קושי להתמודד עם תחושה של עמימות וחוסר ידיעה מדויק של ההתרחשויות בחדר הטיפול וביחסים שבין המטפל לילדו. פעמים רבות דבר זה יכול לאיים על ההורה ומכאן ניתן להסיק כי מעורבות יוזמת עם סגנון התקשרות לא בטוחה/חרדתית יכולה להזיק לקשר הטיפולי.

מעורבות פסיבית-אגרסיבית

שלב האינטייך אצל הורים עם סגנון מעורבות פסיבית-אגרסיבית עשוי להתאפיין בשתי צורות מרכזיות. האחת, צורה פסיבית שבה ההורה מתקשה ואולי חושש להכיר במשמעות שלו כחלק מתהליך ההתפתחות הנפשית התקינה של ילדו, במיוחד בגיל ההתבגרות המצריך יכולות התבוננות רחבות יותר של ההורה (Oren, 2012). בצורה זו, ההורה אומנם יגיע למפגש האינטייך, אך יש להניח כי הוא יפחית ואולי אף ירוקן לחלוטין את המשמעות היצוקה בכל תוכן שיעלה במפגש. נוסף על כך, ההורה לא ימצא ערך במפגש זה והוא יגיע אליו רק כיוון שהוזמן. יש להניח כי ההורה יחזיק בעמדה שאין לו מה לקבל או לתת מעצם קיומה של הפגישה.

הצורה השנייה היא הצורה האגרסיבית, המאופיינת בכך שההורה ינקוט עמדה אגרסיבית מתנגדת ואולי אף תוקפנית (מיטשל ובלאק, 2006). ניתן לשער כי ההורה ישתלט על מפגש האינטייך, לא יאפשר למטפל להתבטא ויהיה עסוק בתקיפה ובהאשמה. אפשר לשער כי הורה זה יפעל מתוך חוויה של איום, והתוקפנות תהווה מבחינתו הגנה מפני תחושת האיום שבה הוא שרוי (פרויד, 2005). באשר לשותפות בקביעת המטרות הטיפוליות, בצורה הפסיבית של סגנון המעורבות נוכל להבחין בכך שההורה מעביר את כובד המשקל למטפל. ההורה יחשוש ליטול אחריות לעיצובן של המטרות הטיפוליות. ייתכן שבמצבים אלו

מתעוררות ובאות לידי ביטוי אצל ההורה חוויית ערך עצמי נמוכה וכן וקושי בהתמודדות עם דמויות סמכות (Reardon et al., 2017). לעומת זאת, בצורה האגרסיבית ייתכן שההורה יתקש על כך שהוא יהיה זה שיקבע את המטרות הטיפוליות בלי לאפשר מחשבה משותפת עם המטפל או לקיים שיח ודיון. נוסף על כך, עלולות לעלות מצד ההורה דחייה, ביטול, דבולאציה ותוקפנות כלפי כל מטרה שהמטפל יציע.

בכל הקשור **להדרכת הורים** חשוב לציין המטופלים בבית הספר הם בני נוער אשר הם והוריהם מתמודדים עם תהליכי נפרדות וגיבוש זהות. ניתן לראות כי בספרות המקצועית קיימות גישות טיפוליות שונות באשר לשאלה אם כדאי שהמטפל של הילד יהיה הגורם אשר ילווה וידריך את ההורים או שמא עדיף שההדרכה ההורית תינתן על ידי מטפל אחר (כהן, 2017). כך שבצורה של מעורבות פסיבית ייתכן שעל פני השטח נזהה שיתוף פעולה. ההורה יגיע למפגשים וישתף, אך הפסיביות הגלויה של ההורה תחווה בחדר כאגרסיבית. לכאורה תהיה התגייסות להדרכה ולתהליך, אבל נוכל להבחין בהתנהגויות סמויות של התנגדויות, הימנעויות והעברת האחריות למטפל או לסביבה.

התנגדות הילד לטיפול קשורה פעמים רבות ליכולתם של ההורים להתמודד עם קונפליקטים ועימותים בינם לבין ילדם. מקורה של יכולת זו בהיסטוריה של ההורה ובאופי היחסים של ההורה עם הוריו (ברמן וכספי, 1991). יכולת זו קשורה ליכולת העמידות של ההורה להתמודד עם מצבים שקיימים בהם אי-נחת, עמימות ותסכול (כצנלסון, 2014). במצבים כאלה עולה השאלה עד כמה יכול ההורה לשאת כעס, ניגוד דעות ותוקפנות.

היכולת של ההורה להתמודד עם **קונפליקטים והתנגדויות** ביחס לטיפול קשורה למידת חשיפת ההורה לטיפול של ילדו. ייתכן שהורה שמכיר פחות ביתרונות ובחשיבות של הטיפול, יצטרף להתנגדות של ילדו במקום לנסות לעזור לילדו להתמודד עם הקשיים (Tapp et al., 2018). מכאן אנו למדים כי להתערבויות הטיפוליות של המטפל, להקניית ידע ולשיתוף פעולה של ההורה עם המטפל יש השפעה על רמת ההתנגדות אשר עלולה להופיע במהלך הטיפול (אורן, 2011, 2015). ייתכן שכאשר תעלה התנגדות לטיפול מצד הילד, ההורה הפסיבי יאפשר להוציא את הילד מהטיפול, הוא יבחר, פעמים רבות באופן לא-מודע,

להתעלם מהדפוס החוזר של הילד, שמתנגד בכל פעם שעולה קושי. ייתכן שההורה הפסיבי לא יטרח להזמין את הילד לחשיבה משותפת בניסיון להבין מהו מקור ההתנגדות. במופע האגרסיבי של מעורבות הורית מסוג זה נבחין בהורה שמאשים באופן ישיר את המטפל, בלי שיוכל לראות את החלקים שלו או של ילדו בטיפול. דרך ביטוי עקיפה שניתן אולי יהיה להבחין בה היא כאשר ההורה תוקף את הגישה הטיפולית, ולא את המטפל באופן ישיר. עוד חשוב לציין שלנוכח התנגדות כזו תהליך של "חיזור" אחר הילד מצד המטפל יכול להיתפס אצל ההורה האגרסיבי כחודרנות וכפייה של שהמטפל עליו ועל ילדו.

ביחס לקונפליקטים וביקורת על הטיפול אצל הורים בסגנון המעורבות הנוכחי לא יהיו קונפליקטים רגשיים רבים, כיוון שהם אינם תופסים את המעורבות שלהם כבעלת ערך ואולי אף לא רואים ערך בטיפול (Reardon et al., 2017). אצל הורים אלו יהיה פחות מקום להיבטים הרגשיים, מכיוון שהם דורשים אנרגיה ומשאבים נוספים שההורה יימנע מהם. בסגנון מעורבות זה, סגנון ההתקשרות מתבסס בעיקר על התקשרות לא בטוחה אמביוולנטית/מתנגדת. ניכר כי בסגנון מעורבות זה ההורה משחזר דפוסי התקשרות מילדותו המוקדמת (סולן, 2007). דפוס ההתקשרות הנוכחי בא לידי ביטוי מצד אחד בתגובה פסיבית של ההורה, שמרגיש שהוא אינו חלק מהתהליך, דבר המוביל לפגיעות נרקסיסטית של ההורה ולהתבצרותו בעמדת הקורבן והימנעות ממעורבות בטיפול ומקשר עם המטפל. מצד שני, תגובה אחרת עלולה להיות תגובה תוקפנית, כאשר ההורה תופס את המטפל כמי שמדיר אותו מהטיפול של ילדו, דבר המעורר אצלו כעס ותוקפנות כלפי המטפל.

כאשר המטפל נתקל בדפוס המעורבות הפסיבית-אגרסיבית, הדבר יכול להשפיע עליו ועל הטיפול בשני אופנים מרכזיים. האחד, חוויה של פגיעה באגו, בתחושת המסוגלות העצמית שלו ובעצמאותו הטיפולית. במצב זה, המטפל עלול לפתח אנטגוניזם כלפי ההורה ובאופן לא מודע גם כלפי המטפל. כתגובה לתחושות אלו ההתערבויות של המטפל עלולות להיות שטחיות מאוד ולא יקדמו את הטיפול. העמדה האחרת אשר יכולה להתעורר אצל המטפל היא הזדהות עם המטפל. במצב זה, המטפל יתפוס את מקומו של ההורה ויפעל מתוך "פנטזיית ההצלה". כמובן ששתי התגובות הללו של המטפל אינן מטיבות ואינן תורמות

למרקם היחסים שבין המטופל המטפל וההורה.

סיכום

מחקר זה מוסיף לידע הקיים בדבר חשיבות המפגש בין המטפל להורים. למפגש זה חשיבות רבה ולעיתים אף מכרעת. כיום אנחנו יודעים שכאשר המטפל נפגש עם ההורה אפשר לקבל מידע רב על היכולת ההורית להתגייס לטיפול ולהיות מעורב בתהליך הטיפולי (Oren, 2012). המפגש הבין-אישי שמתרחש בין המטפל להורה מאפשר למטפל להעריך את הכוחות של ההורה שיושב מולו, להתרשם מהיכולת שלו למנטליזציה, ולזהות דפוסי תקשורת והתקשרות ראשוניים (Fonagy & Bateman, 2007). כל אלו חיוניים מאוד להצלחת הטיפול בילד ומאפשרים למטפל לקבל תמונה מלאה יותר שלא ניתן לקבלה רק מהתרשמות מהתיק האישי או מדוחות נלווים בבית הספר.

הטיפול בתוך המערכת החינוכית מוגדר כטיפול בילד (חוק החינוך המיוחד, 1988). אולם פעמים רבות אנו רואים שמקור הקושי נמצא אצל ההורה אשר יש לו אזורי נפש חסומים שאינם מאפשרים לו לקיים הורות מיטיבה לילדו (מנזנו ואחרים, 2005). ניתן לשער כי החסימה היא מנגנון הגנה של ההורה, ששומר עליו מהתמודדות עם החלקים הכואבים שלו והיא מופיעה כאשר משהו במפגש שלו עם ילדו מעורר חלקים כואבים אלו. מכאן, שעצם העובדה שהטיפול נעשה בתוך בית ספר, כמעט ללא מעורבות הורים, מגבילה עוד יותר את האפשרות של ההורים להתמודד בעצמם באופן ישיר עם חוויות כואבות מילדותם, ובכך הטיפול משמר את הקשיים. חוסר המעורבות ההורית מונע מהם להתמודד עם אירועי חיים שבהם הם חשו פוגעים, פגועים, מאוכזבים או מאכזבים. עידוד מעורבות הורים באמצעות מפגשים והדרכה מפחית פעמים רבות את תחושת רגשות האשם של ההורה בקשר לשאלת היכולת וטיב ההורות שלו (Oren, 2012). ליווי והדרכה בתוך מסגרת בית הספר מעלה את הסיכוי לשיתוף פעולה של ההורה. נוסף על כך, כאשר ההורה לא נפגש עם המטפל בבית הספר הוא אינו מודע ליתרונות הטיפול ובמקרה של התנגדות הילד לטיפול או כאשר עולה קונפליקט עם המטפל, הדבר עלול להשפיע על ההורה ולהרחיק אותו ממעורבות בטיפול,

לעיתים באופן לא מודע. היעדר תקשורת או קשר שאיננו מיטיב בין ההורה למטפל עלול לגרום להורה להפחית מחשיבותו של הטיפול ולעיתים אף לסתור את דעתו של המטפל, או להביע את דעתו על המטפל בנוכחות הילד. עם זאת, היתרון של עבודה בתוך המערכת הבית ספרית בא לידי ביטוי ביכולת העבודה הרב-מקצועית המערכתית אשר משלבת את כלל הגורמים החינוכיים והטיפולים. במצב כזה ההורים יכולים לקבל תמונה רחבה יותר על הילד ועל תפקודו ולהעלות שאלות וסוגיות כשמתגלים פערים תפקודיים ורגשיים שבאים לידי ביטוי בבית או בבית הספר.

מגבלות המחקר

1. אוכלוסיית המחקר התמקדה באימהות של מתבגרים עם לקויות למידה בלבד (לא נעשתה פנייה לאבות להשתתפות במחקר). ניתן להניח שאם אבות היו משתתפים בראיונות היה שוני בציפיות ובתפיסות כלפי המעורבות בטיפול והקשר עם המטפל.
2. אוכלוסיית המחקר כללה אימהות מבית ספר לחינוך מיוחד למתבגרים עם לקויות למידה. לא נבדקו תפיסות וציפיות של אימהות למתבגרים עם קשיים אחרים שלומדים בחינוך המיוחד, כגון קשיים רגשיים, קוגניטיביים, תקשורתיים ועוד.
3. הנתונים נאספו מהאימהות בלבד. לא נשמע קולם של המטפלים בנוגע למרקם היחסים והתקשורת עם האימהות.

הצעות למחקרים עתידיים

1. ראוי לבדוק את שאלות המחקר בקרב מגוון בתי ספר של אוכלוסיות בחינוך המיוחד כגון קשיים התנהגותיים, רגשיים-נפשיים, תקשורתיים ועוד. כמו כן, ניתן להרחיב את המחקר לגיל מטופלים צעיר יותר.
2. מומלץ לנסות ולגייס אבות למחקרים שעוסקים בתפיסות כלפי הטיפול והמטפל ולהשוות אותן לאוכלוסיית האימהות.

3. מן הראוי לבחון מהן התפיסות והעמדות של הורים אשר ילדם מאובחן ולא משתתף בטיפול שמוצע מטעם בית הספר.
4. יש לבדוק אם מעורבות של הורים מתפתחת ומשתנה לאורך התפתחות ילדיהם, החל מגיל הפעוטות דרך גיל החביון ועד גיל ההתבגרות.

המלצות יישומיות

1. יש להעניק להורים הסבר מקיף לגבי מהותו של טיפול בהבעה ויצירה ותרומתו להם ולילדם. כמו כן, יש לתת להורים רקע על הכשרת המטפלים וניסיונם הקודם.
2. יש לאפשר לקיים בתוך בית הספר הדרכות הורים באופן סדיר (מלבד מפגשי אינטייק ומפגשי עדכון שנתיים) נוסף על הטיפול בילדם. ראשית כפיילוט, ולאחר מכן להציע להורים המעוניינים הדרכה קבועה בתדירות גבוהה. נוסף על כך, במידת הצורך יש לאפשר למטפל להציע לקיים מפגשי אינטייק/הדרכת הורים בשעות הערב (בתשלום). כמו כן, יש חשיבות רבה להתאמת סגנון ההדרכה ההורית לסגנון ההתקשרות ההורית.
3. בסיוע הצוותים החינוכיים, יש לנסות ולעודד הורים להיות מעורבים בתהליך הטיפול של ילדיהם ובקשר עם המטפל. כמו כן, יש להעמיק את שיתוף הפעולה במשולש העבודה הורה, מחנך, מטפל.

רשימת מקורות

- אגם-בן-ארצי, ג' וגרינבנק, א' (2020). "הורים שמתערבים? לא חסרות דוגמאות..." עמדות מורים בחינוך הרגיל ובחינוך המיוחד כלפי מעורבות הורים. *סחיש: סוגיות בחינוך מיוחד ובשילוב*, 30, 48-69.
- אללופ, א' (2021). עמדות מורים כלפי מעורבות הורים לילדים עם צרכים מיוחדים בתהליך קבלת החלטות. *קשת: כתב עת למדעי הרוח והחברה*, 3, 67-92.

אורן, ד' (ינואר, 2011). טיפול בהורות: הבחנה בין סוגי התערבויות טיפוליות עם הורים ומקומו הייחודי של טיפול דינמי בהורות. פסיכואקטואליה, 15-26.

אורן, ד' (2015). הורות במחשבה שנייה: להיות הורה - רגשות, מחשבות ומעשים. פרדס. בליטי, א' (2018). קשר מטפלת באמצעות אמנויות – הורים במסגרת מערכת החינוך. בתוך ש' שניר וד' רגב (עורכות), כשהטיפול באמצעות אומנויות פוגש את מערכת החינוך בישראל: היבטים יישומיים (עמ' 185-210). מרכז מחקר ע"ש אמילי סגול. ברמן, ע' וכספי-יבין, י' (1991). מבוא לפסיכולוגיה (יחידה 10: תיאוריות על האישיות). האוניברסיטה הפתוחה.

גרינבנק, א' (2016). הקשר הייחודי בין צוותים חינוכיים למשפחות מיוחדות - משפחות ילדים עם צרכים מיוחדים. פסיכולוגיה עברית.

<https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3398>

חוזר מנכ"ל משרד החינוך תשע"א 4(א). (2010). מרכז תמיכה יישובי/אזורי ליישום חוק החינוך המיוחד ומת"א"אות מתמחים לליקויי ראייה לתלמידים. משרד החינוך.

<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/1/1-2/HoraotKeva/K-2011-4-1-2-38.html>

חוק החינוך המיוחד (ה'תשמ"ח-1988). חוקי מדינת ישראל. מאגר חקיקה.

http://fs.knesset.gov.il/11/law/11_lsr_211803.PDF

ירום, מ' (2007). תרבות הטיפול תחת קורת גג תרבות החינוך: הזהות המקצועית של מטפלים באומנויות העובדים במערכת החינוך. עבודת גמר, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר אילן.

ישי-קרין, נ' (2004). חשופים בצריח – ההורים בעיני המטפלים. המשא והתקווה בגידול ילדים עם צרכים מיוחדים.

https://www.hebpsy.net/me_article.asp?article=341

כהן, א' (עורכת). (2017). טיפול בהורות: גישה אינטגרטיבית לטיפול בבעיות ילדים באמצעות הורים. אח.

כצנלסון, ע' (אוקטובר, 2014). קשר בין הורים ומערכת החינוך של ילדם. פסיכואקטואליה, 45-40.

מוריה, ד' (2000). טיפול באומנויות בבתי הספר. רמת השרון, דפוס טורבו.
מיטשל, ס"א ובלאק, מ"ג (2006). פרויד ומעבר לו: תולדות החשיבה הפסיכואנליטית המודרנית. תולעת ספרים.

מנזנו, ג', פלצ'ו אספסה, פ' וזילקה, נ' (2005). תסריטים נרקיסטיים של ההורות: הקליניקה של ההתייעצות ההורית. תולעת ספרים.

משרד החינוך (2016). (תשע"ו). קווים מנחים לעבודת עובדי הוראה ממקצועות הבריאות ומטפלים באמצעות אומנויות במערכת החינוך. המינהל הפדגוגי, אגף א, חינוך מיוחד
http://cms.education.gov.il/NR/ronlyres/0945FB48-542C-49DD-A6CE-D2816B4DD80D/207449/resource_1625648987.pdf

נוי, ב' (2014). "של מי הילד הזה?" יחסי הורים עם בתי הספר של ילדיהם. מכון מופ"ת.
ניסימוב-נחום, ע' (2013). כל צבעי הנפש. מכון מופ"ת.
סולן, ר' (2007). הדינמיקה של יחסי אובייקט. בתוך חידת הילדות (עמ' 300-341). מודן.
עפרים, י' (2014). דרכי הקשר האפשריות בין הורים לבית הספר של ילדים והשפעתן על התלמיד המתבגר. סקירה מוזמנת כחומר רקע לעבודת הוועדה "בין בית ספר למשפחה: קשרי מורים-הורים בסביבה משתנה", היוזמה למחקר יישומי בחינוך.
פלוטניק, ר' (2013). משפחה בהפרעת קשב. [גרסה אלקטרונית]. פסיכולוגיה עברית.
<https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2925>

פרויד, ז' (2005). הטיפול הפסיכואנליטי. עם עובד.
צבר בן-יהושע, נ' (2016). אתנוגרפיה בחינוך. בתוך נ' צבר בן-יהושע (עורכת), מסורות וזרמים במחקר האיכותני: תפיסות אסטרטגיות וכלים מתקדמים (עמ' 86-118). מכון מופת.

שניר, ש' ורגב, ד' (עורכים). (2017). כשהטיפול באמצעות אמנויות פוגש את מערכת החינוך בישראל: היבטים יישומיים. אוניברסיטת חיפה, מרכז המחקר לטיפול באמצעות אמנויות ע"ש אמילי סגול.

שקדי, א' (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תאוריה ויישום. רמות.
שקדי, א' (2011). המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני – הלכה למעשה. רמות.

Abramovski, G., & Fogel-Simhony, M. (2019). Integrating art therapy in schools: Systematic literature review. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Psychologia-Paedagogia*, 64(1).

[DOI:10.24193/subbpsyped.2019.1.03](https://doi.org/10.24193/subbpsyped.2019.1.03)

Abramovski, G. (2020a). Mothers' perception of their involvement in expressive and creative therapy provided to their children at a special education school. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 7(3), 162-176.

Abramovski, G. (2020b). Factors affecting mothers' satisfaction with expressive and creative therapy provided to adolescents with learning disabilities: self-efficacy, stress and duration of therapy. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 7(8), 202-217.

Abramovski, G. (2020c). *The perceptions and expectations of mothers of children with learning disabilities regarding expressive and creative therapy*. (Unpublished dissertation). Alexandru Ioan Cuza University of IASI.

Bachner, Y. G., Carmel, S., Lubetzky, H., Heiman, N., & Galil, A. (2006). Parent-therapist communication and satisfaction with the services of a

- child development center: A comparison between Israeli parents - Jews and Bedouins. *Health Communication*, 19(3), 221-229.
- Baker, D. B., & McCal, K. (1995). Parenting stress in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder and parents of children with learning disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 4(1), 57-68.
- Baldwin, E. N. (2014). Recognizing guilt and shame: Therapeutic ruptures with parents of children in psychotherapy. *Psychoanalytic Social Work*, 21(1-2), 2-18.
- Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J., & Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5(2), 147-163.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock.
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Connor, D. J., & Cavendish, W. (2018). Sharing power with parents: Improving educational decision making for students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 41(2), 79-84.
- De Geeter, K. I., Poppes, P., & Vlaskamp, C. (2002). Parents as experts: The position of parents of children with profound multiple disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 28(6), 443-453.
- Dyson, L. L. (2003). Children with learning disabilities within the family context: A comparison with siblings in global self-concept, academic self-perception, and social competence. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(1), 1-9.

- Edwards, A., Brebner, C., McCormack, P. F., & Macdougall, C. (2016). "More than blowing bubbles": What parents want from therapists working with children with autism spectrum disorder. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(5), 493-505.
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377-387.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.
- Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 97-105.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative Research*. Routledge.
- Glogowska, M., & Campbell, R. (2000). Investigating parental views of involvement in pre-school speech and language therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(3), 391-405.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Ladarola, S., Hetherington, S., Clinton, C., Dean, M., Reisinger, E., Huynh, L., & Harwood, R. (2015). Services for children with autism spectrum disorder in three large urban school districts: Perspectives of parents and educators. *Autism*, 19(6), 694-703.
- Mahler, M. S. (1965). On the significance of the normal separation-individuation phase. In M. Schur (Ed.), *Drives, affects and behavior* (Vol. 2, pp. 713-742). International Universities Press.

- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2012). *Art therapy and health care*. Guilford Press.
- Marshall, B. A. (2017). *Causal attributions of mothers with children with disabilities and self-perceptions of well-being*. Doctoral dissertation, University of West Georgia.
- McNiff, S. (1992). *Art as medicine: Creating a therapy of the imagination*. Shambhala Publications.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies, 10*(2), 155-180.
- Odhammar, F., & Carlberg, G. (2015). Parents' and psychotherapists' goals prior to psychodynamic child psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 17*(3), 277-295.
- Oren, D. (2012). Psychodynamic parenthood therapy: A model for therapeutic work with parents and parenthood. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(4), 553-570.
- Petti, V. L., Voelker, S. L., Shore, D. L., & Hayman-Abello, S. E. (2003). Perception of nonverbal emotion cues by children with nonverbal learning disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 15*(1), 23-36.
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and

quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 623-647.

Rubin, J. A. (Ed.) (2016). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. Routledge.

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

Tapp, B., Gandy, M., Fogliati, V. J., Karin, E., Fogliati, R. J., Newall, C., & Dear, B. F. (2018). Psychological distress, help-seeking, and perceived barriers to psychological treatment among Australian parents. *Australian Journal of Psychology*, 70(2), 113-121.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.

Winnicott, D.W. (1977). *The Piggle: An account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. Hogarth.