מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לשירותים אישיים וחברתיים
שירות ילד ונוער
הלב פתוח לרווחה

ג'וינט ישראל אשלים
יחד בעשייה חברתית למען ילדים ונוער

הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיועדות לאוכלוסיית קצה

דין וחשבון

יולי 2012

מנהלת השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה מינתה את הוועדה;
עמותת אשלים ריכזה את פעילותה;
ועמותת "ילדים בסיכוי" ניהלה את הלוגיסטיקה

חברי הוועדה
אפלבאום יואב
ביבי ורד
גולדברג דני
ד"ר גולן מרים
גפני נועה
ד"ר דביר אורלי
הויזליך, צבי
ויזל שרית, רכזת
ליבוביץ שלווה
פולבר ז'ראר
פיינגולד חיים
פרופ' שפירו שמעון, יו"ר
שפריר אוהד

משקיפים
בראנץ בן ציון
ועקנין יוסף
לב-שדה דליה

רכז מקצועי: ג'קסון דוד

מנהלת עיצוב והפקה: פנינה נחמיאס, ג'וינט ישראל
תיאום הפקה: סימונה דוד
מנהל הוצאה לאור: טוביה מנדלסון, ג'וינט ישראל

תוכן העניינים

רשימת חברי הוועדה	2
תקציר	7
הקדמה	9
הקמת הוועדה, מטרותיה ושיטת עבודתה	10
הגדרת האוכלוסייה	10
גבולות בין שירותים	13
החזון של פנימייה לאוכלוסיית קצה	14
סוגיות מבניות	14
צוות הפנימייה	17
מבנה פיזי	19
סדר יום	20
שיטות טיפול	21
אמצעי שליטה	22
מניעה: האם אפשר לצמצם את שיעור אוכלוסיית הקצה?	23
מסגרות המשך	24
סיכום, מסקנות והמלצות	24
מקורות	27

לכבוד

הגב' דליה לב-שדה

מנהלת השירות לילד ולנוער

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

ירושלים

לדליה שלום רב,

הריני מתכבד להגיש לך את דו"ח הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות שמיועדות לאוכלוסיית קצה, בתקווה שהדו"ח יסייע לפיתוח שירותים נאותים לנערים ולנערות שהשירות מתקשה לסייע להם בכלים הקיימים. אודה לך מאוד אם תמצאי דרך ליידע את חברי הוועדה על התקדמותכם ביישום ההמלצות.

היה לי הכבוד והעונג לעמוד בראש ועדה שחבריה מומחים מהשורה הראשונה בתחום החינוך הפנימייתי לילדים ולבני נוער. לכל אחד מחברי הוועדה הייתה תרומה ייחודית וחשובה למוצר הסופי. אני מבקש להודות לכולם על ההתמדה ועל ההשקעה הרבה בעבודת הוועדה.

תודה מיוחדת לדוד ג'קסון, הרכז המקצועי של הוועדה, שסקירות הספרות שלו שימשו תשתית מעולה לדיוני הוועדה, וסיכומי הפגישות והטיוטות שנכתבו על ידו אפשרו בנייה רציפה ושיטתית של הדו"ח המצ"ב.

בשם כל חברי הוועדה אני מבקש לאחל לך ולצוותך הצלחה רבה בפיתוח השירותים לבני הנוער שמצוקתם, ומצוקת הסובבים אותם, היתה המניע למינוי הוועדה.

בברכה,

יו"ר הועדה,

פרופ' שמעון שפירו

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל

אוניברסיטת תל-אביב

תקציר

הוועדה הוקמה כדי להציע לשירות לילד ולנוער תפיסה מקצועית בנושא פנימיות שמיועדות לאוכלוסיית קצה - בני נוער שמשתייכים לאוכלוסיית היעד של השירות, ושהפנימיות הקיימות אינן מצליחות להכילם ולקדמם. בוועדה השתתפו שלושה עשר חברים ושלושה משקיפים, וביניהם מפקחים, אנשי אקדמיה ומנהלי פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות (בעבר ובהווה). הוועדה פעלה קצת למעלה משנה, קיימה שלוש עשרה ישיבות וביקרה בשתי הפנימיות לאוכלוסיית קצה שפועלות היום, ובמסגרות נוספות שפעילותן רלוונטית למנדט הוועדה. הדו"ח מבוסס על סקירה מקיפה של הספרות המקצועית, על מידע שנאסף בביקורים ועל דיוני הוועדה. להלן סיכום קצר של המסקנות וההמלצות העיקריות:

אוכלוסיית היעד: פנימיות הקצה מיועדות לבני נוער מגיל שתים עשרה ומעלה, שמשתייכים לאוכלוסיית היעד של השירות לילד ולנוער, ושהמסגרות של השירות, כולל פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות, אינן מסוגלות להתמודד עם דפוסי ההתנהגות שלהם. בין השאר מדובר בבני נוער שהתנהגותם עבריינית, אך הם לא הואשמו בפלילים. כתוצאה מכך, עברם רצוף במעברים בין מסגרות ובהיפלטות ממסגרות קיימות. בני נוער אלה עלולים לסכן את עצמם ואת סביבתם. הגורם לכך עשוי להיות מחלת נפש, הפרעת התנהגות או שילוב של השניים.

בדיקת המאפיינים של ארבעים בני נוער, ששהו בשתי פנימיות הקצה הקיימות, עשויה ללמד על מאפייני אוכלוסיית הקצה כולה. ברקע של הנערות היה שיעור גבוה של פגיעה עצמית (88%), של ניסיונות אובדניים (66%) ושל התנהגות מינית לא הולמת (42%). מרביתן אושפזו בעבר במסגרות פסיכיאטריות. בעת השהות בפנימייה נפוצות תופעות של אלימות (65%) ושל ניסיונות בריחה (30%). באשר לנערים, ברקע של מקצתם שימוש בחומרים (40%), ולמרביתם (70%) תיק פלילי, לרוב בגלל תקיפה מינית. בהיותם בפנימייה נפוצות תופעות של אלימות (70%) וכן תופעות של אנורסיס ואנקופרסיס (40%). רק למיעוט מבין הנערים (25%) והנערות (30%) יש משפחה מתפקדת.

מניעה עדיפה על טיפול: נערים ונערות הופכים להיות חלק מאוכלוסיית הקצה בין היתר משום שמערכת השירותים בקהילה ובהשמה החוץ-ביתית לא הצליחה להתמודד עמם בשלבים מוקדמים יותר. לדעת חברי הוועדה אפשר וצריך במקרים רבים, למנוע את שרשרת הכישלונות שמובילים בני נוער למצב קיצוני. לשם כך דרוש שיפור בהליכי האבחון בקהילה, כדי לאפשר התערבות מוקדמת ככל האפשר. כמו כן, יש להעמיד לרשות הפנימיות השיקומיות, הטיפוליות והפוסט-אשפוזיות את האמצעים הדרושים להתמודדות עם כלל הילדים ובני הנוער שהושמו בהן, וכן גם אמצעים להתמודדות עם בני נוער בעלי דפוסי התנהגות קשים במיוחד.

גבולות בין שירותים: במהלך העשורים האחרונים נעשו מאמצים רבים להגדיר את הגבולות בין אוכלוסיית הקצה של השירות לילד ולנוער לבין אוכלוסיית היעד של שירותים אחרים - רשות חסות הנוער, שירותי בריאות הנפש ומסגרות אגף השיקום. היווצרות אוכלוסיית קצה קשורה גם לחוסר הבהירות בגבולות בין השירותים השונים ובפרט בעמימות סביב הגדרת גבולות הטיפול של השירות לילד ולנוער. כתוצאה מכך, יש בני נוער המתאימים יותר לשירות אחר ומגיעים בכל זאת לשירות לילד ולנוער. הוועדה ממליצה להמשיך במאמץ להגדיר את הגבולות בין שירותים, ברמה עקרונית ופרטנית, ולמסד את האפשרות לעבור בין שירותים, כגון מעבר בין פנימיות הקצה ופנימיות פוסט-אשפוזיות לבתי חולים, וכן, במצבים קיצוניים, מעבר למעון נעול של רשות חסות הנוער.

החזון: הוועדה הגדירה את המטרה של פנימייה לאוכלוסיית קצה כ"מענה בטוח ומוגן לבני נוער שנתקלו בבעיות בשיבוצם, תוך כדי מתן טיפול מיטיב שיעניק להם משמעות ותקווה לעתיד". המסגרת המוצעת לא אמורה להסתפק בהחזקה, בהכלה ובהגנה, אלא גם להגדיר לכל נער ונערה מטרות התפתחותיות ואופק להמשך על ידי תפירת "חליפת טיפול" אישית, בהתחשב ביכולות ובקשיים אינדיבידואליים. מדובר במסגרת שתשמש כבית לחניכיה לטווח ארוך ותספק מעטפת חינוכית וטיפולית מקיפה ואינטנסיבית.

הפנייה וקבלה: פנימייה שמיועדת לאוכלוסיית קצה, אמורה לקלוט ולהחזיק את כל מי שמופנה אליה. עם זאת, גם בפנימיות אלה יש מקום לתהליכים ולנוהלי הפנייה וקבלה, כמקובל במערכת כולה. הוועדה מדגישה את החשיבות של העברת מידע אמין ושלם על החניכים שמופנים לפנימייה כזאת.

גודל ושייכות: לשם יצירת אווירה ביתית ויחס אישי מרבי, הוועדה ממליצה על הקמת מסגרות קטנות של עשרה עד שנים עשר חניכים. מסגרת כזאת תוכל לתפקד היטב אם היא תהיה צמודה לאחת הפנימיות הקיימות, ותקבל ממנה סיוע לוגיסטי, שימוש במתקנים ותמיכה לצוות. לחלופין, אפשר להקים אשכול של פנימיות כאלה: כל יחידה היא עצמאית, אך כולן נהנות ממתקנים ומשירותים משותפים.

הומוגניות: מומלץ שפנימיית קצה תהיה הומוגנית מבחינת מגדר ומבחינת אפיון הבעיה העיקרית, דהיינו, פנימיות נפרדות לבנים ולבנות, וכן פנימיות נפרדות למי שבעייתו העיקרית היא מחלת נפש, ולמי שבעייתו העיקרית היא הפרעת התנהגות. באשר לגיל, מומלצת הפרדה פנימית לשתי קבוצות גיל חופפות חלקית: גילאי 12–16, ו–14–18.

מסגרת טוטלית: המסגרת המוצעת תהיה טוטלית, כמעט כל הפעילויות יתקיימו בתוך המסגרת. מומלץ שלפנימייה, או לאשכול של פנימיות, יהיה בית ספר שלהן, הממוקם מחוץ לשטח הפנימייה, אך בקרבתה. הוועדה ממליצה על מיעוט יציאות לחופשות גם למי שיכול לצאת, מבלי לוותר על קשר אינטנסיבי עם הורי החניכים. הוועדה ממליצה על סדר יום מובנה, קבוע וחוזר על עצמו, כדרך להתמודד עם הרקע הכאוטי של רבים מהחניכים. יתרה מזאת, דרוש מגוון אפשרויות לניצול שעות הפנאי, כדי להיענות באופן מיטבי לצרכים וליכולות של כל החניכים.

מבנה: מבחינת מבנה הפנימייה, רוב חברי הוועדה מסכימים כי מבנה של קבוצות ולא של משפחתונים, מתאים יותר לבני נוער אלה. קיימת דעת מיעוט הרואה גם במשפחתון טיפולי מחוזק אפשרות למתן מענה הולם לאוכלוסיית קצה. הוועדה בדקה גם את האפשרות של אומנה טיפולית, אך סבורה שהיא לא מתאימה כמענה לאוכלוסייה הזאת.

צוות: הפנימייה המוצעת תהיה זקוקה לצוות גדול יחסית, ביחס של כ-1.5 אנשי צוות לחניך. הצוות אמור לכלול מנהל, רכז, עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני, תשעה מדריכים, אם בית בחצי משרה ותקן אחד לעובדי מִנהל ומשק. כמו כן, יועסקו פסיכיאטר, אחות, ומטפלים שונים במשרה חלקית. אם כמוצע, יהיה לפנימייה בית ספר משלה, דרושים מורים על פי התקן המקובל בחינוך המיוחד. לעומת זאת, אם החניכים יפוזרו בבתי ספר בקהילה (כפי שקורה בפנימיות הקצה הקיימות), יש להוסיף לצוות מורה לחניכים שבתהליכי קליטה ולחניכים המושעים מבית הספר.

הוועדה מייחסת חשיבות רבה לאפיוניהם של המנהל, הרכז, הפסיכולוג והעו"ס, ובמיוחד לאפיוני המדריכים. מומלץ להעסיק סטודנטים ממקצועות רלוונטיים במשך תקופת לימודיהם (שלוש עד ארבע שנים). הוועדה לא מייחסת חשיבות להכשרה לקראת הכניסה לתפקיד או להשתלמויות חיצוניות, למעט השתלמויות שמטרתן היכרות בסיסית עם קשיי האוכלוסייה ועם נושאים כגון הוצאה מהבית, התמודדות עם פוסט-טראומה, מיניות ואמצעי הגבלה. הוועדה רואה חשיבות רבה להדרכה ולהכשרה נמשכת של כל הצוות, מהמנהל ועד לצוות הטכני, ובמיוחד של המדריכים. ההדרכה אמורה להיות גם אישית וגם קבוצתית, היא תשרת את צורכי המערכת ואת צורכי ההתפתחות האישית והמקצועית של אנשי הצוות ותאפשר הכלה במצבים קשים. הוועדה ממליצה על מגורי אנשי צוות במקום, הן כגורם משיכה לאנשי הצוות והן כמענה לצורכי החניכים והמערכת.

מבנה פיזי: המבנה הפיזי אמור להתאים לאפיוני החניכים. מגורים של שניים עד שלושה חניכים בחדר שבו שירותים צמודים; עמדת מדריך שתאפשר פיקוח יעיל; שטח מגורים של שישה עד שמונה מ"ר לחניך; וכמובן שטחים משותפים פתוחים וסגורים, שיאפשרו פעילויות מתוכננות וחופשיות.

דרכי טיפול: שיטת הטיפול בפנימייה המוצעת מוגדרת כ"תרפיית מילייה". דהיינו, מסגרת הממנפת את כל ההתרחשויות שקורות בה לצורכי טיפול והתפתחות. זאת מערכת עתירת סגל מיומן ומחויב, בעלת

סדר יום מובנה וצפוי, שמדגישה בניית קשר אישי עם חניכים, גם אם הם מתקשים ביצירת קשר ופעילויות שמאפשרות לבטא את הכוחות ואת היכולות של החניכים ושמעבירה מסר כללי שאומר: "לא מוותרים לך, ולא מוותרים עליך". הוועדה מייחסת חשיבות רבה לטיפול האישי והקבוצתי. חשוב שלרשות הצוות יעמוד מגוון של שיטות טיפול, כולל שיטות התנהגותיות ודינמיות, טיפול באמנויות, וגם אמצעים לא שגרתיים כמו פעילות בטבע, ספורט אתגרי וכיו"ב. המטרה הסופית היא "תפירת חליפה אישית" של טיפול, המותאמת לצרכיו וליכולותיו של כל חניך. נוסף על כך, הוועדה מדגישה את חשיבות העבודה עם הורי החניכים, על אף הקושי הצפוי בעבודה זאת.

משום שרבים מהחניכים הם בעלי רקע של תקיפות מיניות, אם כתוקפים (בעיקר הנערים) ואם כקורבנות (בעיקר הנערות), יש לשים דגש רב על נושא המיניות בכלל, על טיפוח התנהגות מינית פונקציונלית ונורמטיבית, וטיפול-בפוסט-טראומה על רקע של מיניות.

שליטה: אחד האפיונים של הפנימיות לאוכלוסיית קצה הוא היכולת להכיל גם התנהגויות קיצוניות. לשם כך על הצוות להיות בעל הכשרה באמצעי שליטה, בדגש על הדרכים למנוע התנהגויות קיצוניות ולהתמודד עמן בעודן באִבּן. פנימיות לאוכלוסיות קצה זקוקות לתמיכה רבה של הפיקוח בהתמודדות עם התנהגויות חריגות.

היום שאחרי: כפי שקורה כיום בשתי הפנימיות הקיימות, צפוי שמקצת החניכים יוכלו, סביב גיל 18, להשתלב במסגרות נורמטיביות של שירות צבאי או אזרחי, אולי בשילוב תמיכה של תכנית "גשר לבוגרי פנימיות ואומנה" ודומיה. חניכים אחרים יהיו זקוקים למסגרת המשך מכילה ותומכת. הוועדה ממליצה שלפי הצורך, יתאפשר לחניכים להמשיך ולשהות בפנימיית קצה לאחר גיל 18, אך לא מעבר לגיל 21. הוועדה ממליצה על המשך קשר ומעורבות, בתדירות נמוכה יחסית, של סגל הפנימייה בחיי החניך, גם לאחר שהוא עוזב אותה.

מחקר והערכה: הוועדה ממליצה ליזום מחקרים שיאפשרו הבנה טובה יותר של התהליכים שמביאים נערים ונערות להיות "קשי השמה", ושל הדרכים למנוע מצבים כאלה ולטפל בהם. הוועדה ממליצה על הערכה מלווה ומעצבת לפנימיות ולאוכלוסיות קצה, כדי לסייע בשיפור מתמיד של דרכי התמודדותן עם המשימות הקשות המוטלות עליהן.

דו"ח הוועדה לגיבוש תפיסה מקצועית לפנימיות עם אוכלוסיית קצה

הקדמה

זה כמה שנים מתמודד השירות לילד ולנוער עם השמה של בני נוער שבמשך תקופה ארוכה לא נמצא להם מענה הולם במסגרת חוץ-ביתית. בשל התנהגויות חריגות, בני נוער אלה חווים העדר קבלה ומעבר תכוף בין מסגרות, שמחריפים את מצבם ומובילים להגברת תחושות הייאוש וחוסר האונים, הן בקרב בני הנוער עצמם והן בקרב הרשויות האחראיות להם. בין השאר מתאפיינת אוכלוסייה זאת בקו-מורבידיות של הפרעות נפשיות, בהתנהגויות סיכון קשות כלפי עצמם וכלפי הסביבה, נטייה לא לקבל מרות של גורמי הסמכות במסגרת והעדר כמעט מוחלט של תמיכת משפחה. בשל נטייתה של אוכלוסייה זאת להתנהגויות קיצוניות ובשל התחושה כי היא ממוקמת על קצה הרצף עמו אמור השירות לילד ולנוער להתמודד היא נקראת "אוכלוסיית קצה". הפנימיות הקיימות של השירות לילד ולנוער מתקשות להתמודד עם עצמת התוקפנות הפיזית והמינית של אוכלוסייה זאת וגם "ועדת חריגים" של משרד הרווחה מתקשה למצוא להם מענה.

האחריות לטיפול באוכלוסייה זאת מוטלת על השירות לילד ולנוער, גם אם מבחינת אפיוניה, כפי שנראה להלן, היא חופפת באופן חלקי לתחומי האחריות של רשות חסות הנוער, של שירותי בריאות הנפש ושל אגף השיקום. בדרך כלל, אם אין התאמה מובהקת לאחד השירותים האחרים, האחריות היא של השירות לילד ולנוער. אך כאמור, מרבית מסגרות ההשמה של השירות לילד ולנוער מסרבות או מתקשות לקבל אליהן בני נוער בעלי מאפיינים אלה. כמענה חלקי לקושי זה, נפתחו בשנתיים האחרונות שתי מסגרות הקולטות את המופנים אליהן על ידי הנהלת השירות, לאחר שלא נמצא להם מקום אחר: האחת - פנימיית "גוונים" לעשרים נערים, והשנייה - פנימיית "בית גאיה" לעשרים וחמש נערות. שתי פנימיות אלה עונות עד כה על ציפיות השירות. למעט מקרים בודדים, הן קלטו את כל הנערים והנערות שהופנו אליהן, והצליחו להחזיק אותם במסגרת. אך עדיין, בשל העלייה במספר המתבגרים הנכללים בהגדרת "אוכלוסיית קצה", מסגרות אלה אינן יכולות לספק לבדן מענה לאוכלוסייה כולה, וקיים צורך במסגרות נוספות. יתרה מזאת, מסגרות אלה פועלות לפי תפיסת העולם המקצועית של בעלי המסגרת ולא לפי הנחיות אחידות של השירות לילד ולנוער. הנהלת השירות זיהתה את הצורך לגבש מערכת עקרונות לטיפול באוכלוסיית קצה ולהתמודדות עם האתגרים שהיא מציגה, תורה שתנחה את פעילותן של שתי הפנימיות הקיימות ושל פנימיות נוספות שעשויות להיפתח בהמשך.

הקמת הוועדה, מטרותיה ושיטת עבודתה

כדי לסייע לאוכלוסיית הקצה וכדי להקל על פעילות מערכת ההשמה כולה מונתה ועדה, שתפקידה להמליץ על מודל הפעלה למסגרות המתאימות לאוכלוסיית קצה. על הוועדה הוטל לגבש מודל ולהתוות תכנית הפעלה מפורטת, הנשענת על אפיון ספציפי ככל האפשר של האוכלוסייה, על הבנת הדינמיקה היוצרת את קשייה ועל בחינת דרכים מועדפות להתמודדות ולטיפול. הוסכם כי על מנת לייצר מודל אפקטיבי, יש להבין את הדיאלקטיקה בין מאפייני האוכלוסייה הנכללת בהגדרת אוכלוסיית קצה, לבין מאפיינים של מסגרות ההשמה. המלצות הוועדה אמורות לכלול התייחסות להגדרת המבנה הכללי של המסגרת, בשילוב התייחסות לאופן קבלת החניכים למסגרת, משך שהייתם בה, בניית והחזקת צוות, שיטות טיפול והתמודדות עם מכלול צרכיו של החניך, כולל חשיבה על המשך דרכו לאחר סיום השהות במסגרת.

הוועדה כללה אנשי מקצוע מנוסים מתחום הטיפול החוץ-ביתי, אנשי אקדמיה ואנשי מקצוע בכירים ממשרד הרווחה. הוועדה התבקשה לסיים את עבודתה תוך שנה ולהגיש את המלצותיה להנהלת השירות. לרשות הוועדה הועמדו דו"חות שקבוצות של מפקחי פנימיות הכינו בנושא.

הוועדה קיימה שלוש עשרה ישיבות וכן כמה סיורים. הוועדה ביקרה בפנימיות "גוונים" ו"בית גאיה" כדי ללמוד מהניסיון שנצבר בהן. כמו כן, ביקרה הוועדה בפנימייה טיפולית, במעון של רשות חסות הנוער, במחלקת נוער של בית חולים פסיכיאטרי ובעמותה שמנהלת אומנה טיפולית. בדיוניה הסתמכה הוועדה על ניסיון מארצות אחרות, כפי שהוא משתקף בספרות המקצועית, ועל הניסיון האישי הרב של חבריה, מרביתם מנהלים ומפקחים (בעבר או בהווה) של פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות.

הגדרת האוכלוסייה

אחד ממאפייניה של אוכלוסיית הקצה הוא ההטרוגניות שלה ונטייתה לנוע לעבר הייחודי ולחמוק מהגדרה כוללנית. עם זאת, עלו בדיוני הוועדה כמה מאפיינים רלוונטיים במיוחד לאוכלוסייה זו. הוסכם כי מדובר באוכלוסייה המסכנת עד כדי סכנת חיים את עצמה או אחרים, אך אינה מקבלת מענה קבוע במסגרות בריאות הנפש או ב"חסות הנוער"; כמו כן, האוכלוסייה מתאפיינת בעצמה גבוהה של תוקפנות, במיניות לא מובחנת ובביטוי לא הולם של דחפים אלה; על פי רוב, האוכלוסייה מתאפיינת ברגשות של העדר תקווה בקשר לעתיד, במוטיבציה נמוכה ובחוסר אמונה באשר להשתלבות אפשרית במסגרת כלשהי. מאפיינים אלה משפיעים על קליטתה במסגרות, על פי רוב הקליטה סוערת ומלווה במשברים ובאתגרים. זאת אוכלוסייה שמרביתה נפלטה בעבר ממספר רב של מסגרות, אם כי ייתכן כי בני נוער יגיעו למסגרת קצה גם ללא שהייה קודמת מחוץ לביתם.

נשאלה השאלה: מהו ייחודה של אוכלוסיית קצה הנזקקת למענה נפרד וספציפי, ומה מבחין בינה לבין אוכלוסייה בעלת כמה ממאפייניה של אוכלוסיית קצה, אשר יכולה לקבל מענה הולם גם בתוך מסגרות קיימות, שאינן מסגרות קצה. בהקשר זה עלתה בוועדה הצעה לבדוק אם אפשר ליצור כלי לאבחון מצב תפקודי-רגשי, שיאפשר הבחנה ברורה יותר בין אוכלוסיית קצה לאוכלוסיות היכולות להיקלט במסגרות של השירות לילד ולנוער, שאינן מסגרות קצה. הוצע קריטריון ההתקשרות, העוסק במידת היכולת ליצור קשר בין-אישי ולהיתרם ממנו. באוכלוסיית הקצה מדובר ביכולת התקשרות שנפגעה, ולכן נדרשת מסגרת רצופה, אינטנסיבית ומקיפה לשיפור יכולת זאת. לעומתם, אלה המסוגלים ליצור התקשרות בעלת מאפיינים חיוביים, אינם זקוקים למסגרת קצה נפרדת, אלא אולי ל"יחידת משבר" זמנית בתוך מסגרת קיימת. נראה כי הבחנה זאת יכולה לסייע הן במניעה, על ידי שמירת אלה המסוגלים להיתרם במסגרות הקיימות, והן בקביעת קו גבול ברור יותר בין אוכלוסיית הקצה לאוכלוסייה נורמטיבית יותר בתוך מסגרות השירות לילד ולנוער.

בקרב האוכלוסייה שהשירות לילד ולנוער נדרש לטפל בה יש בודדים שגם מסגרת ייחודית ל"אוכלוסיית קצה" לא תתאים להם. כאשר נער או נערה אינם מוכנים בשום פנים לשהות במסגרת, ומבטאים התנגדות זו בצורה הרסנית וקיצונית המופנית כלפי כל רמות הסמכות, גם המסגרת המוצעת לא תוכל להכיל אותם, כפי שלמדנו מניסיונן של שתי המסגרות הקיימות. על פי הניסיון עד כה, מספרם של אלה מועט מאוד, ומקומם, לפחות בשלב של התארגנות, במעון נעול (כפי שיש לרשות חסות הנוער) ולא בפנימייה של השירות.

מאפייני אוכלוסיית "גוונים" ו"בית גאיה"

כבסיס לדיוני הוועדה, נבדקו מאפייני החניכים בפנימיות הקצה הקיימות כיום, "בית גאיה" ו"גוונים". בדיקה זאת התבססה על עיון בתיקי חניכים וקבלת מידע משלים ממנהלי הפנימיות. על בסיס הממצאים ניתן לחלק את החניכים במסגרות אלה לכמה תתי-קבוצות, וניתן לאפיין בסבירות גבוהה מאפיינים המתאימים

לכל תת-קבוצה, כמו גם מאפיינים המתאימים לאוכלוסיית הקצה כולה. כמו כן, עלו נקודות דמיון ושוני בהשוואה בין נערות לנערים. ממצאים אלה הם בעלי משמעות לצורך תכנון המסגרת ולהבחנה המגדרית בתוכה.

מאפייני נערים: ב"גוונים" הגיל הממוצע הוא חמש עשרה וחצי. מבחינת האינטליגנציה, 65% מהנערים הם בעלי אינטליגנציה ממוצעת ומעלה ו-35% מתפקדים ברמת אינטליגנציה מתחת לממוצע עד גבולית. נושא התקיפות המיניות בלט כמאפיין נפוץ (55%), חלק מתוקפים אלה גם הותקפו מינית בעברם. מאפיין נפוץ אחר הוא ההיסטוריה הפלילית של הנערים, למרביתם (70%) יש תיק פלילי. מרבית התיקים נפתחו סביב עבירות מין ומיעוטם סביב עבירות אלימות ופגיעה ברכוש. נושא העורף המשפחתי בולט אף הוא כמאפיין, רק 25% יכולים להסתמך על עורף משפחתי. הרוב המוחלט של הנערים שהה בעברו במסגרת חוץ-ביתית וכ-60% מהנערים אושפזו בעברם, מחצית מהמאושפזים אושפזו על רקע של סכיזופרניה ומחצית על רקע של בעיות התנהגות קשות. האבחנות הנפוצות באוכלוסייה זאת, לפי הסדר מהנפוץ לפחות נפוץ הן: הפרעות קשב וריכוז, הפרעות התנהגות, דיכאון וסכיזופרניה. בהמשך לכך, הרוב המוחלט של הנערים מקבלים טיפול תרופתי. באוכלוסייה זאת בולטים גם הנושאים של אלימות במסגרת (70%) ושימוש בחומרים (40%) וגם תופעות של אנקופרזיס ואנורזיס (40%), לעומת מיעוט יחסי של ניסיונות לפגיעה עצמית, אובדנות וניסיונות בריחה מהמסגרת.

התפלגות לתת-קבוצות: מבדיקת מאפייני החניכים של "גוונים", מתקבלות שלוש תת-קבוצות: 1) הפוגע המיני - זהו פרופיל של נער ללא עורף משפחתי, בדרך כלל בעל אינטליגנציה נמוכה עד גבולית, שהיה מעורב בתקיפה מינית חמורה אחת לפחות, יש לו תיק פלילי המהווה חלק מעיסוק הצוות בו, לבד מן ההיבט של התוקפנות המינית, הוא אינו מתאפיין באלימות בדרך כלל, אין לו נטייה לפגיעה עצמית או לשימוש בחומרים ונראה כי רק התחום המיני מרחיק אותו ממסגרות ומעורר רתיעה, והוא אף מסוגל לעורר אהדה כלפיו ורצון לחיבור מצד הצוות והחניכים. 2) נער שסובל מסכיזופרניה ואלימות - גם אלה נערים עם עורף משפחתי חלש, הסובלים מסכיזופרניה וייתכן שגם מאבחנות פסיכיאטריות נוספות. נראה כי הקושי העיקרי בהתמודדות אִתם הוא נושא האלימות, המאופיינת בהתפרצויות כלפי חניכים וכלפי הצוות כאחד. קושי אחר בעבודה אִתם הוא אינטליגנציה גבולית, הנפוצה כמאפיין גם בתת-קבוצה זאת. 3) הפרופיל השלישי שייך לקטגוריה של "גם וגם" - אלה נערים המתאפיינים בעיקר בהתנהגות מרדנית ואלימה כלפי הסביבה ומאובחנים בדרך כלל כסובלים מהפרעת קונדקט. אלא שנוסף על. אבחנה זאת הם בדרך כלל גם בעלי הפרעות נוספות כגון חרדה, דיכאון או הפרעת אישיות וגם מעורבים בתחום ההתנהגות המינית שאינה הולמת. מעורבות זאת אינה מגיעה עד כדי פתיחת תיק פלילי אבל היא גבולית. הם בדרך כלל בעלי אינטליגנציה תקינה, מאופיינים בשימוש בחומרים והם אלה שיעסיקו יותר את הצוות סביב נושאים של אובדנות, של פגיעה עצמית או של בריחה מהמקום.

מאפייני נערות: ב"בית גאיה" ממוצע הגיל נע סביב חמש עשרה וחצי, רוב הנערות בעלות אינטליגנציה ממוצעת ומעלה (76.5%), השאר הן בעלות אינטליגנציה מתחת לממוצע עד גבולית. מאפיין מרכזי שלהן הוא מספר גבוה יחסית של נפגעות מינית (29%) ושל הפגנת התנהגויות מיניות לא הולמות (42%). בולט אצלן גם שיעור גבוה של פגיעה עצמית (88%) המלווה בסיכון אובדני רב (ל-65.5% היו ניסיונות אובדניים בעברן). גם אצלן, מספר הנערות הבאות מרקע משפחתי מתפקד הוא נמוך יחסית (30%). רבות מהנערות (89%) אושפזו בעבר בשל אובדנות, סכיזופרניה, דיכאון, הפרעות אישיות והתנהגות. רובן זוכות לטיפול תרופתי מגוון. מרבית הנערות הן ללא עבר פלילי (83%), אולם גם בקרבן יש שיעור גבוה של אלימות במסגרת (65%) וקיימים גם ניסיונות בריחה (30%). מרביתן הגיעו מרקע של השמה חוץ-ביתית (65%), אם כי בשיעור נמוך משל הנערים. אין בולטות של הפרעות אכילה בקרבן, ובניגוד לנערים גם אין עדויות לבעיות אנקופרזיס ואנורזיס.

התפלגות לתת-קבוצות: אוכלוסיית הנערות מתפלגת על פי מאפייניה לשתי תת-קבוצות: 1) נערות בעלות אינטליגנציה נורמטיבית, הסובלות מהפרעות התנהגות ואישיות, רבות מהן הותקפו בעבר על רקע מיני. 2) נערות הסובלות מסכיזופרניה או מאבחנה פסיכיאטרית מז'ורית אחרת, על פי רוב, הן בעלות אינטליגנציה גבולית.

אוכלוסיית קצה בעולם - סקירת ספרות

מאפייני אוכלוסיית הקצה שנמצאו בבדיקה בפנימיות הקיימות, תואמים במידה רבה את המתואר בספרות המקצועית בעולם. על אף מיעוט יחסי של התייחסות לאוכלוסיית קצה, הופיעו לאורך השנים מחקרים הדנים במאפיינים של בני נוער הנפלטים תכופות ממסגרות טיפוליות ומציבים אתגר מיוחד בהשמתם. בראון מצטט את ריי-גרנט משנות השבעים, כדי להראות כי כבר אז עסקו בנושא האוכלוסייה הקשה במיוחד להשמה: "השילוב של התנהגויות המסבירות קשיים בהשמה כולל בריחות תכופות ממסגרות, ניסיונות אובדניים, הצתה והעדר יכולת לקשר" (Brown, 1986). נושא זה נחקר בשנות השמונים והתשעים תחת הכותרת "Hard to place" (Brown, 1986), וגם כחלק מחיפוש אחרי דרכי התמודדות אפקטיביות עם אוכלוסייה מאתגרת במיוחד (Coyler, 1991).

מחקרים אחרים הצביעו על עלייה דרמטית בעשורים האחרונים בכמות האוכלוסייה הקשה להשמה (Armour & Schwab, 2007; Butler, 2007; Hargrave, 1991; Whittaker, 2000; Ziegler, 2001). על אף שההגדרה הפורמלית של מי שמשתייך לאוכלוסייה זו עדיין נעה סביב הדגש הכללי של "סיכון משמעותי לסביבה או לעצמו, וצורך בסביבה מובנית" (Underwood et al, 2004), הרי שכיום המחקר מוקדש לבדיקה יותר ספציפית של מאפיינים הנקשרים לאוכלוסייה זאת. כך לדוגמה, במחקר שנערך בגרמניה באוכלוסייה עם בעיות נפשיות השוהה במסגרות חוץ-ביתיות, עלו ממצאים דומים לאלה שנמצאו בבדיקות ב"גוונים" וב"בית גאיה": מתבגרים נוטים לסבול יותר מבעיות מוחצנות כנגד הסביבה ואילו מתבגרות מפנות יותר את קשייהן פנימה ומהוות יותר סיכון לעצמן (Schmid et al.,2008).

ההבדלה המגדרית נתמכה גם במחקר אחר שמצא כי יותר נערים נכנסים למסגרת בשל בעיות של עבריינות, בעוד יותר נערות מגיעות למסגרת בשל התעללות שעברו בעברן, וכי נערים יפגינו פחות מחשבות אובדניות מנערות (Baker, Archer & curtis, 2007).

בהמשך לכך, המחקר המליץ על בניית מסגרות נפרדות ומתוכננות באופן שונה, בהתבסס על הבדלים מגדריים אלה. מחקר אחר בחן את המאפיינים של קבוצה קטנה שהוגדרה כ"קשה במיוחד להשמה", ומצא נתונים דומים לאלה שנמצאו בבדיקת הוועדה, ואף חמורים יותר סביב הנושאים של שימוש לרעה בחומרים או עבר של התעללות מינית (Armour & Schwab, 2007). נושא משמעותי אחר שהופיע בכמה מחקרים היה נושא הטראומה בעברם של מתבגרים אלה. מחקרים אלה הציעו כי קיימת טראומה משמעותית בבסיס מאפייני אוכלוסיית הקצה, דבר שנתמך בבדיקות שונות שנערכו ביחס לאוכלוסייה (Bloom, 2005; Cohler & Zimmerman, 1998; Levin, 2009).

נוסף על כך, מספר רב של מחקרים מצטרף לתפיסה כי המעברים הרבים בין מסגרות, המאפיינים אוכלוסייה זאת, מחמירים את המצב הנפשי ותורמים להיווצרות "כדור שלג" שלילי ולהידרדרות מתמשכת (בן נתן,Baker, Archer & Curtis, 2007; Daly & Dowd, 1992; Schmid et al, 2008; 2000). באופן כללי, ניתן לומר כי ממצאי המחקרים העוסקים באופן ישיר ומוצהר באוכלוסיית קצה על הגדרותיה ועל אפיוניה, תואמים לממצאים שאליהם הגיעה הוועדה.

גבולות בין שירותים

מערך ההשמה של השירות לילד ולנוער חופף באופן חלקי לכמה שירותים אחרים, ובמיוחד לאלה של רשות חסות הנוער, של בתי חולים לחולי נפש ושל מעונות אגף השיקום. כל ניסיון לבנות מודל של פנימייה לאוכלוסיית קצה חייב להביא בחשבון נתון זה. מעצם הגדרתה של אוכלוסיית קצה כאוכלוסייה המאופיינת בקו-מורבידיות בתחומים של תפקוד רגשי, התנהגותי ומשפחתי, היא מאתגרת את החלוקה המקובלת בין השירותים השונים, הן בתוך משרד הרווחה והן במשרד הבריאות. מבדיקת מאפייני האוכלוסייה בשתי פנימיות הקצה הקיימות עולה שלמרבית הנערים תיק פלילי, דבר האמור למקם אותם לכאורה ברשות חסות הנוער (אלא אם כן מאובחנת

ברקע מחלת נפש), ושחלק ניכר מהנערות מאובחנות, במהלך שהותן בפנימייה, כסובלות מהפרעת אישיות גבולית, דבר שאמור היה להוציא אותן, לפי ההגדרה, מתחום האחריות של השירות.

בעבר נעשו מאמצים להגדיר את הגבולות בין אוכלוסיית היעד של השירות לילד ולנוער לבין אוכלוסיות היעד של השירותים האחרים. באמצע העשור הקודם פעלה "ועדת גבולות" משותפת לשירות לילד ולנוער ולאגף התיקון. הוועדה התייחסה למתבגרים בגילאי 12-18, ולכל טווח הפעילות של שני השירותים, בקהילה ובהשמה חוץ-ביתית. לא ידוע אם הוועדה הגישה דו"ח מסכם, לרשותנו עמדה רק טיוטה משנת 2005, שניסחו חברי הצוות שייצגו את השירות לילד ולנוער. על פי טיוטה זאת השירות לילד ולנוער אמור, בין היתר, לטפל ב"מתבגרים שעברו עבירות פליליות ולא הובאו בפלילים", וכן ב"מתבגרים פגועי נפש ללא עבירות פליליות". כפי שצוין לעיל, למרבית הנערים ולמקצת הנערות יש תיק פלילי, וחלק ניכר מבני נוער אלה סובלים הן מעבריינות והן ממחלות נפש. מסתבר שיש פער בין הנאמר בטיוטת "מסמך ועדת הגבולות" לבין המתרחש בפועל במציאות. מדיוני ועדת הגבולות עולה כי ייתכן ופער זה נובע גם מדיווח חסר של מסגרות השירות לילד ולנוער באשר להתנהגויות פליליות שהתבצעו במסגרות ולא דווחו לגורמים המתאימים. דבר זה עלול לפגוע ביכולת להעניק מענה טיפולי מתאים לחניכים ובעקיפין להגדיל את היקף אוכלוסיית הקצה המופנית להשמה לא מתאימה. הוועדה ממליצה לרענן את הנהלים בדבר דיווח על אירועים פליליים בכל המסגרות.

באשר לגבולות בין השירות לילד ולנוער ושירותי בריאות הנפש, בשעתו, משרד הרווחה קיבל על עצמו לטפל בילדים ובבני נוער חולי נפש שאינם זקוקים לאשפוז בבית חולים. בעקבות זאת נוצרה קטגוריה של פנימיות "פוסט-אשפוזיות". לכאורה, הגדרת הגבולות בין השירותים בתחום זה ברורה. מסגרות משרד הבריאות אמורות לטפל בחולים ולאזן אותם כדי שיוכלו לתפקד במסגרת שאינה רפואית. אך למעשה, נותרו כמה סוגיות לא פתורות. במיוחד קיימת בעיה של בני נוער חולי נפש שהיו באשפוז, אך בעת האשפוז נכשלו הניסיונות לאיזון תרופתי. כמו כן, קיימת אי-בהירות באשר להפרעת אישיות גבולית. לכאורה, מי שסובל הפרעת אישיות מקומו במסגרות של אגף השיקום, אך למעשה, חלק מאוכלוסיית הקצה של השירות לילד ולנוער כוללת בני נוער שזאת האבחנה שלהם.

בשנת 2007 פורסם מכרז להפעלת מסגרת חוץ-ביתית משותפת למשרד הרווחה (השירות לילד ולנוער ורשות חסות הנוער) ולמשרד הבריאות (שירותי בריאות הנפש). המסגרת יועדה לבני נוער הסובלים משילוב של הפרעת התנהגות, עבריינות, קושי בקבלת סמכות ומחלות נפש, הפרעות אישיות, נטייה להרס עצמי ועוד. הגדרה זאת של האוכלוסייה גם היא חופפת בחלקה לאוכלוסיית הקצה של השירות. ההבדל המצטייר בשלב זה בין האוכלוסיות הוא שאלה המיועדים למסגרת המשולבת מתאפיינים הן במחלת נפש עמידה לטיפול תרופתי והן בנסיגה משמעותית ברמת התפקוד. לעומתם, אוכלוסיית הקצה היא בעלת יכולת תפקוד עצמאית יותר וזקוקה פחות לנוכחות מלווה וקבועה של צוות פרה-רפואי.

הוועדה רואה חשיבות רבה בתכנון כולל שיאפשר לבני הנוער למצוא מסגרת המתאימה להם, להקטין ככל האפשר השמות שאינן מתאימות ולאפשר במידת הצורך מעבר בין מסגרות. יתר על כן, הוועדה מדגישה כי יש חשיבות רבה לשיתוף הפעולה בין השירות לילד ולנוער לבין שירותי בריאות הנפש כדי לאפשר הפנייה לאשפוז קצר של בני נוער שזקוקים לכך, כפי שכבר קיים כיום במקצת הפנימיות הפוסט-אשפוזיות ובמחלקות הנוער בבתי החולים הפסיכיאטריים. התמונה העולה מהוועדה בנוגע למצב הנוכחי היא של קשרים בלתי-פורמליים, המתבססים בעיקר על היכרות אישית ועל מסורת של עבודה משותפת. הוועדה רואה חשיבות למיסוד קשרים אלה וליצירת מסגרת מוגדרת ופורמלית של שיתוף פעולה בין כלל הגורמים המסוגלים להתערב בצורה משמעותית לטובת אוכלוסיית הקצה. כמו כן, מומלץ לבדוק אפשרות להפניות קצרות מועד מהשירות לילד ולנוער לרשות חסות הנוער, אם בני נוער עשויים להפיק תועלת משהות מארגנת, קצרת מועד במסגרת נעולה.

החזון של פנימייה לאוכלוסיית קצה

הוסכם כי החזון של מסגרות לאוכלוסיית קצה הוא: **מתן מענה פנימייתי בטוח ומוגן לבני נוער ולילדים שנתקלו בקשיי השמה, תוך כדי מתן טיפול מיטיב שיעניק משמעות, תקווה ועתיד.** כל מסגרת כזאת אמורה למנוע, כתנאי הכרחי, סכנה לחניכים, לצוות ולאחרים, ולספק להם הגנה מקפת. כל מסגרת אמורה להציע מטרות התפתחויות ואופק להמשך. עם זאת, הודגש העיקרון שיש להתייחס באופן אינדיבידואלי הן ליכולות החניכים והן לקצב שבו הם ממשים את הפוטנציאל הגלום בהם, ולהימנע מקביעת יעדים שאינם תואמים לצרכים וליכולות שלהם.

עיקרון יסודי נוסף בתפיסת הוועדה הוא שמדובר במסגרת המבוססת תחושה של קביעות ולא של שהות זמנית. דבר זה אינו מוציא מכלל אפשרות התקדמות של נערים ונערות למסגרות שמיועדות לאוכלוסייה שהיא בעלת אפיונים נורמטיביים יותר, בהתחשב בהתפתחותם האישית בתוך המסגרת, בהערכת הצוות אותם ובהערכתם העצמית לגבי יכולתם להשתלב מחוץ למסגרת הקצה. אפשרות זאת לא משנה את המסר לחניך ולמשפחתו, שהפנימייה תהיה ביתו לטווח ארוך.

סוגיות מבניות

הומוגניות לעומת הטרוגניות: מוסכם כי נחוצות מסגרות נפרדות לבנים ולבנות, הסכמה הנסמכת על הניסיון ועל שיקול הדעת של חברי הוועדה, כמו-גם על מחקרים בספרות המראים מאפיינים שונים בהתמודדות עם נערים או עם נערות בגילאי ההתבגרות ועל צורך במענה ספציפי ונבדל לכל מין (Baker, Archer & Curtis, 2007; Huefner et al, 2010; Rosenker, 2000). במיוחד נערות שהיו בעברן קורבנות לפגיעה מינית, עשויות להגיב טוב יותר למסגרת חד-מינית.

מבחינת הגילאים, הוסכם כי ישנה עדיפות לחלוקה לקבוצות גיל שונות, והוצעה התפיסה של "קשתות חופפות" המחלקות קבוצות לגילאי 12-16 ו-14-18. שתי קבוצות הגיל יכולות להיות במסגרת פנימייה אחת קטנה. בנושא הגיל עלה גם הצורך של מקצת הנערים והנערות למקום שהות מעבר לגיל 18. לעניין זה יוקדש פרק נפרד בהמשך.

עלתה השאלה אם באמת יש צורך במסגרות מיוחדות לאוכלוסיית קצה רק מגיל 12 ומעלה. צוין שיש ילדים צעירים יותר בעלי דפוסי התנהגות עבריינית, כולל ילדים שפוגעים מינית. אולם, לפי הנתונים שהוצגו בוועדה, השירות לילד ולנוער בדרך כלל לא נתקל בקשיי השמה מתחת לגיל 12. בהסתמך על כך, הוסכם כי מסגרות הקצה תיועדנה לגילאי 12 ומעלה. עם זאת, מוסכם על כל חברי הוועדה כי קשייהם של אלה המשתייכים לאוכלוסיית קצה אינם מופיעים לראשונה בגילאי ההתבגרות וכי יש מקום לחשוב על התהליך המוביל להתפתחות התנהגויות חריפות עד כדי כך, שהסובלים מהן אינם מוצאים את מקומם במסגרות הקיימות. בהמשך יוקדש פרק לנושא המניעה.

הניסיון שהצטבר במסגרות הקצה הקיימות מעיד על קשיים משמעותיים בשילובם של אלה הסובלים מהפרעות נפש חמורות ומאינטליגנציה נמוכה מהנורמה יחד עם אלה הסובלים בעיקר מבעיות התנהגות שונות והם על פי רוב בעלי אינטליגנציה בטווח הנורמה. הגם שצוינו יתרונות השילוב בין אוכלוסיות אלה, כגון גיוון והשפעה חיובית בין צעירים הסובלים מקשיים שונים, נראה כי חסרונות השילוב מכריעים לטובת הפרדה בין האוכלוסיות. אי-לזאת, המלצת הוועדה היא להפריד בין המסגרות של אוכלוסיות אלה, כי כל אחת מהן זכאית לטיפול נפרד, שלרוב אינו זהה.

בנוגע ליצירת מסגרות המתמחות בסימפטומים קשים במיוחד להתמודדות, כגון תקיפות מיניות או נטיות קיצוניות לפגיעה עצמית, עלו דעות המצדדות בהקמת מסגרות מתמחות, בשל היתרון הטמון בהיכרות עם הקושי ועם דרכי ההתמודדות עִמו. לעומת דעות אלה עלה חשש מתיוג ומיצירת מסגרות בעלות

מאפיינים ספציפיים, שאינן מאפשרות קבלה ומענה לאלה שאינם עונים למאפיין תחום המומחיות של המסגרת. לאחר דיונים הוחלט כנגד הקמת מסגרות מתמחות על פי סימפטום, למעט ההפרדה בין אלה שבעייתם העיקרית היא מחלת נפש לבין אלה שבעייתם היא הפרעת התנהגות, כנאמר לעיל.

גודל אופטימלי, שייכות ומעטפת: הוסכם כי על היחידה למנות בין 10 ל-12 חניכים או חניכות. מספר זה מבוסס על הקושי של מי שמשתייך לאוכלוסיית קצה להיתרם משהייה במסגרות גדולות וכי השהייה במסגרת קטנה ואינטימית הכרחית בשבילם לשם יצירת אפשרות של רגיעה ולשם העצמת ההתקשרות בינם לבין אנשי הצוות (כוכבי-סמסליק, סמדז'ה ומויאל, 2007).

הוסכם כי כל יחידה כזאת צריכה להשתייך למעטפת רחבה יותר, המסוגלת לענות לצרכיה הפיזיים והמקצועיים. מעטפת זאת צריכה להיות בעל חוסן כלכלי, בעלת מחויבות להשקפת עולם ברורה ומוצהרת ובעלת יכולת לתת מענה מקיף לכל הסקטורים השונים בצוות. בהקשר למעטפת המועדפת למסגרת עלו שתי חלופות אפשריות, והוועדה אינה מעדיפה אחת על פני השנייה. חלופה אחת היא השתייכות למסגרת אם, פנימייה טיפולית או פוסט-אשפוזית קיימת. מסגרת הקצה תהיה נפרדת ממנה מהבחינה הפיזית, אך תשתייך אליה מבחינת משאבים, הדרכה, צוות וכדומה. קליטת החניכים למסגרת הקצה לא תהיה ממסגרת האם בלבד. חלופה שנייה היא של כמה יחידות קטנות המרכיבות בפני עצמן אשכול טיפולי, שבו היחידות חולקות יחד הנהלת-על ומשאבים פיזיים ומקצועיים, וכך גם תורמות תרומה הדדית זו לזו.

פיקוח: מעטפת משמעותית אחרת היא מעטפת הפיקוח של משרד הרווחה. נראה כי במסגרות קצה יש מקום לקשר קרוב במיוחד ולתקשורת קבועה בין הצוות הניהולי לבין הפיקוח.

כדי לאפשר הכלה של התנהגויות קיצוניות, יש לוודא כי צוות המסגרת ירגיש מגובה ומובן על-ידי הפיקוח. יש לטפח את תחושת העבודה והאחריות המשותפת בין הרמות השונות, בדגש על היכרות קרובה של הפיקוח עם קשיי האוכלוסייה ומאפייניה.

משך השהייה: לפי הספרות, מרבית המסגרות כיום בעולם מגבילות את פרק השהייה בהן לחודש עד שנתיים (Underwood et al, 2004), יש חוקרים המציעים פרק זמן קצר במיוחד כדי להשיג אפקטיביות טיפולית (Chamberlain & Reid, 1998; Leichtman & Leichtman, 1996; Leve, Chamberlin & Reid, 2005). הצעות אלה נתמכות במחקרים שאינם מוצאים אפקט משמעותי לזמן השהייה במסגרת (Jones et al, 2010), או בכאלה המצביעים על מגמות בעולם של מעבר למסגרות קצרות וממוקדות יותר (Leichtman, 2006). עדיין, יש גם מחקרים המצביעים על יעילותן של שיטות טיפול ממוקדות ואלה מוצאים צורך בטיפול ארוך יותר משנה במקרה של מתבגרים עם בעיות התנהגות חמורות (Scholte & Van der Ploeg, 2006; Shapiro, Welker & Pierce, 2002).
ממצאים אלה, המצטרפים לאלה המדגישים את החשיבות הטיפולית של תנועה בשלבים במהלך השהות במסגרת (Prescott, 2002), תומכים בגישות מסורתיות יותר, הרואות את האפקט הטיפולי כנבנה לאורך תקופה ממושכת ותוך יצירה של מסגרת מכילה ומאפשרת (לדוגמה: כהן, 1989; כהן, Bloom, 2005; Cohler & Zimmerman, 1997; Freud & Burlingham, 1943; Levin, 2009;;2005 Winnicott, 1958).

בנושא משך השהייה במסגרות עלו אפשרויות שונות בוועדה. ההתלבטות הייתה בין מבנה של "יחידה משברית", המיועדת לקליטה לזמן קצר יחסית והשבה מהירה ליחידת האם ובין מבנה המיועד מלכתחילה לטווח ארוך ליצירת "בית חלופי" לזמן ממושך לבני הנוער הזקוקים לו. בסיום הדיון, ובהתחשב בספרות הקיימת, ועל בסיס תפיסת העולם וניסיונם של חברי הוועדה, הומלץ והוחלט כי כאשר מדובר על אוכלוסיית קצה, בולט הצורך במסגרת ארוכת טווח, שתהיה בית עבור הנקלטים בה ותספק תחושה של ביטחון, של קביעות ושל טיפול כולל ומתמשך ושתעניק הזדמנות לתהליך משמעותי של טיפול בבעיות הקשות המאפיינות אוכלוסייה זאת.

במאמר מוסגר יש לציין כי נוסף על אוכלוסיית הקצה שזקוקה למסגרת לטווח ארוך, יש בני נוער הנמצאים במשבר זמני בתוך המסגרת הנורמטיבית, המסגרת הולמת אותם והם מסוגלים להיתרם ממנה ולהיענות לגבולותיה. בני נוער אלה במהותם אינם שייכים לאוכלוסיית קצה והמעבר למסגרת חדשה לפרק זמן ארוך אינו מומלץ עבורם. הפתרון הנכון בשבילם הוא בתוך המסגרות הקיימות, או בהקמת יחידה קטנה, נפרדת מבחינה פיזית משאר המסגרת, שאליה ניתן לצאת לתקופה מוגבלת לרגיעה ולהתארגנות, והמגמה תהיה לחזור ליחידת האם עם ההתאוששות והחזרה לתפקוד ולמנוע "חציית גבול" לתחומי אוכלוסיית הקצה.

פתיחות או סגירות? התלבטות ליוותה גם את השאלה בנושא השתלבות מרובה ככל הניתן במסגרות בקהילה (למשל בבתי ספר) לעומת אפשרות של מסגרת טוטלית, המכילה בתוכה את כל פעילויות החניך. בהקשר זה הוזכר כי פנימיות השירות לילד ולנוער אינן מסגרות נעולות, וגם פנימייה שמיועדת לאוכלוסיית קצה לא תוכל להתמודד עם בני נוער שאין להם נכונות מינימלית לשהות במסגרת. עם זאת, כחלק מראיית המסגרת כמספקת מענה מקיף המתמקד בתחום הקשר וביסוסו, הוועדה ממליצה כי מרבית הפעילויות במהלך השבוע תתבצענה רק עם אנשי צוות הפנימייה. כפי שנראה להלן, עיקרון זה קשור למיקומו של בית הספר, לתחום הלימודים, לפעילויות פנאי, לטיפולים למיניהם ועוד.

באשר לתדירות היציאה לחופשות מחוץ למסגרת, הוסכם כי בהתאם לתפיסה הטוטלית של המסגרת, יש לצאת מהמסגרת לחופשות במינון נמוך יחסית, כתוצאה מההערכה שיציאות רבות מובילות לקשיי חזרה למסגרת ופוגעות ביכולת של החניכים ליצור קשר עם הצוות. מיעוט יציאות אף עשוי לסייע בהגברת הקשר הטיפולי עם ההורים והגברת מעורבותם בתהליך הטיפולי במסגרת. בשל מיעוט היציאות מחוץ למסגרת, הוועדה רואה חשיבות רבה לחיפוש יצירתי אחר פעילויות המבדילות בין סופי שבוע וחופשות לשגרה השבועית.

לימודים: הוועדה רואה בצמצום פערי הלמידה הקיימים באוכלוסיית הקצה, מטרה בעלת חשיבות עליונה. היא מדגישה את חשיבות הלמידה עבור אוכלוסייה זאת, הן כחלק משמעותי מבניית הערך העצמי, הן להגברת תחושות המסוגלות והנורמטיביות והן כחלק מרכישת כלים המסייעים להתמודדות בהמשך החיים. עם זאת, לא ניתן להתעלם מהקשיים הניכרים העומדים בפני אוכלוסייה זאת, שהיא הטרוגנית מהבחינות הבאות: יכולות לימודיות, ידע מצטבר, יכולת הקשב ופניות רגשית ללמידה פורמלית. כדי להתחשב בהטרוגניות זאת, יש חשיבות רבה בהקמה של "יחידת נחיתה", שתקלוט את החניכים והחניכות החדשים במסגרת החדשה. יחידה זו תאבחן ותעריך את יכולתם הלימודית, ואת יכולתם להשתלב במסגרת למידה. על יחידה זאת להפעיל הערכה פסיכו-דידקטית ופסיכו-דיאגנוסטית כוללת, שתעמוד על נקודות החוזק ועל נקודות הקושי של כל חניך חדש, ותגיע להמלצה איזו תכנית לימודים היא המתאימה לו ביותר. בין השאר, אחת ממטרות הערכה זאת תהיה לקבוע האם הנער או הנערה מתאימים למסגרת של לימודים עיוניים, או שמא יש עדיפות להפנות אותם למסלול המדגיש רכישת מיומנויות מקצועיות.

הוועדה התלבטה לא מעט באשר לשאלה אם למקם את מקום הלימודים בסמוך לפנימייה, כמסגרת ייחודית ונפרדת לחניכים, או אם לשלבו במסגרות הלימודים הזמינות בקהילה. לטובת השילוב בקהילה עמד עקרון השאיפה לנורמטיביות והרצון להיעזר במשאבים המגוונים שקיימים במערכת החינוך. לעומת זאת, תחושתם של מרבית חברי הוועדה הייתה כי עצם הגדרתה של אוכלוסיית הקצה כוללת בתוכה קושי משמעותי בהשתלבות במסגרות רחבות ולא אישיות, וכי ניסיון שכזה צפוי להיכשל ולהוביל להעצמת תחושות כמו: מובסות, העדר ערך והעדר קבלה, המלוות את אוכלוסיית הקצה במעבריה הרבים בין המסגרות הלימודיות השונות. הוועדה גם מייחסת חשיבות רבה לשילוב של צוות היחידה הלימודית בצוות הפנימייה. הדבר יבוא לידי ביטוי בהבטחת זרימת מידע, בקבלת הדרכה ובקיום דיונים משותפים. על סמך ניסיונם של כמה מחברי הוועדה נטען כי המאמץ לשלב את חניכי מסגרות הקצה הקיימות במסגרת לימודית בקהילה אינו עולה יפה ומוביל לתסכול רב של החניכים ושל הצוות. בהקשר זה צוין גם ניסיונם החיובי של כמה מחברי הוועדה בהקמת מסגרת ייחודית לפנימייה, שהוכיחה את עצמה הן מבחינה טיפולית והן מבחינת ההתקדמות הלימודית.

בהתחשב בכך, ובהמשך לקו הכללי של הוועדה, הרואה את אוכלוסיית הקצה כזקוקה בעיקר לתחושות הכלה וקבלה במסגרת קטנה, אישית ואינטימית, ממליצה הוועדה על מסגרת לימודים הצמודה לפנימייה. הקמת מסגרת כזאת לא אמורה למנוע שילוב בבתי ספר בקהילה לחניכים שמוכנים לכך מבחינת יכולתם הלימודית ומבחינת מצבם הרגשי. במקרים אלה הדבר אף מומלץ, לשם הגדלת ההזדמנויות לרכישת כישורי חיים ולהסתגלות למסגרות נורמטיביות. על שילוב כזה לנבוע מתוך התפתחותו האישית של החניך, ומתוך תחושת ביטחון שלו ושל המסגרת כאחד ביכולתו לתפקד ולהיתרם במסגרות חינוך ולהשתלב בקהילה. עדיין, למידה בתוך מסגרת חינוכית, המהווה חלק ממסגרת הפנימייה, היא נקודת פתיחה המחייבת את כל החניכים.

בעבר הוקמו מסגרות ייחודיות לפנימיות קצה, אם כסניף של בית ספר בקהילה ואם כמוסד עצמאי. הוועדה ממליצה שהנושא יגיע לדיון ולהחלטה משותפת בין גופי המטה של משרד הרווחה ומשרד החינוך.

הליכי הפניה וקבלה: ההסדר שבו פנימיות הקצה הקיימות כיום מקבלות כל נערה או נער המופנים אליהם על ידי ועדת חריגים, ללא זכות סירוב, הוא הסדר תקדימי, השונה ממרבית ההסדרים הקיימים בין השירות לילד ולנוער לבין המסגרות הקולטות. מדיוני הוועדה עולה כי בהסדר זה יש תועלת, מעבר למשמעותו הטכנית. מניסיונן של שתי הפנימיות, ניתן ללמוד שיש להליך הקבלה ערך טיפולי. כמו כן, הועלתה סברה שהעובדה שבמסגרת זאת אין אפשרות להוציא חניכים ולהעבירם למסגרת אחרת, גם היא עשויה לסייע בהליך הטיפולי. הסדר זה מסייע למסד תרבות ארגונית-טיפולית שאינה מוותרת על אפשרויות הטיפול ומסוגלת להכיל ביתר שאת את ההתמודדויות הקשות שמזמנת לה אוכלוסיית הקצה. במסגרות קצה, מעצם הגדרתן ככאלה, ישנה קבלה והבנה רבה יותר להתנהגויות קיצוניות וחריגות. כך, עצם הבניית המקום כ"מסגרת קצה", מאפשרת לרכך את רמת הציפיות של המערכת ולהרחיב את יכולת ההכלה שלה.

משפחתונים או קבוצות? מרבית חברי הוועדה סברו שהמסגרת המתאימה לבני נוער, במיוחד לכאלה עם הפרעות התנהגות קשות, היא של קבוצה עם צוות הדרכה. בהקשר זה עלתה התפיסה כי מבחינה התפתחותית, אוכלוסייה בגיל ההתבגרות משתמשת פחות בדמויות הוריות כ"מנוף התפתחותי", ונתרמת יותר מהזדהות עם תפיסת עולם וכריזמה מנהיגותית, דבר המחזק את כדאיות בניית מסגרת קבוצתית לעומת "משפחתית". אך הייתה גם דעת מיעוט, שתמכה במשפחתונים כמסגרת מתאימה גם לאוכלוסיית הקצה. לפי תפיסה זאת, משפחתון הכולל עד עשרה חניכים ומחוזק במדריכים נוספים ובהדרכה אינטנסיבית, יספק מענה מוצלח לאוכלוסיית קצה בזכות יצירת תחושת יציבות משפחתית.

האם אומנה טיפולית עשויה להתאים לאוכלוסיית קצה? מקצת הספרות מדווחת על אפקטיביות של משפחות אומנה טיפולית לאוכלוסייה מורכבת מבחינה נפשית והתנהגותית (Chamberlain, 2003; Chamberlain & Reid, 1998; Chamberlain et al, 2008; Macdonald & William, 2008). אולם מחקרים אחרים הצביעו על הקושי של מסגרת כזאת להתמודד עם בעיות התנהגות קשות (Hussey & Shenyang, 2005), ובמיוחד כאשר מדובר באוכלוסייה בגילאי 12 ומעלה (Cross et al, 2004). דבר זה תואם את התפיסה בארץ, ובדיקה במערכת אחת של אומנה טיפולית העלתה קשיים ניכרים בהתמודדות עם בני נוער בהגיעם לגיל ההתבגרות. תפיסת הרצף העולה מהספרות, ממקמת את הטיפול הקהילתי כאפשרות ה"רכה" על הרצף, המיועדת לאוכלוסייה פחות מורכבת לטיפול, ואת הטיפול הפנימייתי ואת מחלקות האשפוז כאפשרויות הטיפוליות המועדפות לאוכלוסייה המאתגרת יותר (Ainsworth & Hansen, 2005; Frensch, 2002; Foltz, 2004; Huefner et al, 2010; Leichtman, 2006; Underwood et al, 2004). על כן נבחרה האפשרות של מסגרת פנימייתית כמבנה המועדף לקליטת אוכלוסיית קצה.

צוות הפנימייה

בקרב חברי הוועדה יש הסכמה גורפת בנוגע לחשיבות הצוות וההשקעה בו כחלק מבניית מסגרת מקיפה, מכילה ואפקטיבית ככל האפשר. הסכמה זאת תואמת לתפיסה העולה מהספרות, שמדגישה אף היא את חשיבות בניית הצוות וההשקעה בהכשרתו, בהדרכתו ובתנאי עבודתו (ביבי, צ'יפמן ובלנרו-אדיב, בכתובים Braxton, 1995; Daly & Dowd, 1992; Leichtman, 2006; Southwell & Frazer, 2010; Whittaker, 2000). הוועדה רואה בהרכב נכון של הצוות אבן יסוד לפנימייה ומדגישה את החשיבות ביציבות הצוות כולו. דבר זה נכון במיוחד באשר לצוות המדריכים; שמירה על קביעותם הוא נושא שפנימיות רבות מתקשות לא אחת לעמוד בו, על רקע הפער בין מעמד המקצוע לבין ההשקעה הנדרשת בו (Butler, 1999) והשחיקה הרבה שעובר סקטור זה (Coyler, 1991; Henriksen, Degner & Oscarsson, 2008), וכן התהליכים הרגשיים המטלטלים שהוא חווה (Bloom, 2005; Cohler & Zimmerman, 1997). דבר זה נכון במיוחד בצוות המתמודד עם נושאים הנפוצים בקרב אוכלוסיית קצה, כגון נטייה לפגיעה מינית, או תוקפנות וחשיפה מינית ברמות שונות (Green & Masson, 2002; Hargrave, 1991; Nevin, 1993; Steckley, 2010).

בהסתמך על ניסיונן של פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות, מרבית חברי הוועדה רואים בתלמידי תואר ראשון, הן במהלך לימודיהם והן לאחר סיום התואר, ככוח האדם המתאים ביותר לתפקיד ההדרכה. מדובר בעיקר על סטודנטים מהמקצועות הרלוונטיים, כגון פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית וייעוץ חינוכי, שהשתלבותם בעולם המסגרות החוץ-ביתיות נתפסת כחלק מהתפתחותם המקצועית, והם מעוניינים להיתרם מתהליכי ההכשרה והלמידה במסגרת. פרק זמן רצוי לעבודת ההדרכה נע בין שלוש לארבע שנים, לאחר תקופה זאת עשויים מקצת המדריכים להתקדם במסגרת. יציבות כזאת נראית לוועדה מספקת, כי ככל שגיל החניכים עולה ניתן לשים פחות דגש על קביעות הצוות לאורך זמן, ולהסתמך יותר על המסגרת הקבועה כגורם המעניק יציבות בפני עצמו. העסקת סטודנטים לתקופה של שלוש עד ארבע שנים מאפשרת להם התפתחות מקצועית, תגמול הולם ונאות, הזדהות אישית ומקצועית עם דמויות בהנהלה ובנייה יצירתית של משרות ותפקידים. כמו כן, נושא המגורים במתחם הפנימייה יכול לספק תמריץ כלכלי ובו בזמן תורם לנוכחות מוגברת של צוות במקום ולהגברת תחושות ההכלה, השייכות והביתיות של החניכים והצוות כאחד. הוועדה סבורה כי יש להמליץ על עבודה במשרות מלאות, כלומר, נוכחות במסגרת בחלק משמעותי של ימי השבוע, כולל משמרות לילה וסופי שבוע, כחלק מיצירת דמויות התקשרות נוכחות בפנימייה וכך לסייע לתחושת ההכלה הכללית. מומלץ גם שימוש במודל "מדריך מנטור": מדריך ותיק יותר מלווה מדריך צעיר בתחילת עבודתו (Coyler, 1991).

הוועדה סבורה כי יש צורך במעטפת מקיפה ותומכת לאנשי הצוות, הכוללת שעות הדרכה פרטניות וקבוצתיות כדי לסייע לאנשי הצוות "להימנע מנקמנות ולהישאר שפויים". חשיבות ההדרכה בולטת על רקע הממצאים בספרות המדגישים את תכיפות העדר הכשרה נאותה בקרב צוותים בפנימיות (Henriksen, Degner & Oscarsson, 2008; Sedlak & Mcpherson, 2010). הוועדה אינה מייחסת חשיבות רבה להכשרה קודם לכניסה לתפקיד, או ליציאה לתכניות הכשרה מחוץ למסגרת, אלא יותר להדרכה מלווה לאורך שנות העבודה; כל מדריך יקבל שתי שעות הדרכה בשבוע, והמסגרת יכולה להגדיר את תוכן ומבנה ההדרכה לפי תפיסתה וצרכיה. עם זאת, המלצת הוועדה היא כי על כל חבר צוות לעבור, תוך כדי עבודה, הכשרה בכמה תחומים משמעותיים במיוחד בעבודה עם אוכלוסיית קצה:

1. הכשרה בסיסית הנוגעת בשורש הפתולוגי של אוכלוסיית הקצה, ובמשמעות של הוצאה מהבית.
2. למידה של אמצעי השליטה לסוגיהם, המורכבות הטכנית והחוקית בהפעלתם והשיקולים השונים המעורבים בהם.
3. נושא הטראומה הוא תחום הדורש היכרות ולמידה פורמלית בתוך המסגרת, דבר הנתמך הן בספרות המקצועית והן בניסיונם של חברי הוועדה.

4. נושא המיניות נמצא כנושא מאתגר וקשה עבור הצוות, וההמלצה היא להקצות לצוות מרחב ייחודי ללמידה ולהכשרה סביב נושא זה, בלי להתמקד אך ורק באיסורים ובהגבלות אלא לכלול בתוכן גם חלקים נורמטיביים ולגיטימיים של ההתפתחות המינית.

הוועדה מייחסת חשיבות רבה לדמות המנהל במסגרת, לנוכחותו ולהשפעתו על עיצוב האווירה במקום. הספרות אינה מרבה לעסוק בנושא, אם כי היא מדגישה את חשיבות יכולתו של המנהל לחשוב בגמישות ובספונטניות (Evans, 1987). דרישת סף לתפקיד מנהל המסגרת היא תואר ראשון במקצועות הטיפול הרלוונטיים, וניסיון של שלוש שנים לפחות בעבודה עם נוער בסיכון, רצוי במסגרת של פנימיות. יש חשיבות רבה גם לכישוריו וליכולתו להדריך ולייעץ לצוות החינוכי והקליני, ולהיותו בעל כישורי מנהיגות והובלת צוות. המנהל צריך להיות אסרטיבי ובעל שליטה עצמית, בעל יכולת להתמודד עם מצבי משבר, חם, גמיש ואמפתי. מגורי המנהל חייבים להיות בסמוך למסגרת.

המנהל, וכמוהו שאר הצוות הבכיר, זקוקים להדרכה מקצועית מלווה. ניתן לשקול אפשרות להדרכה חיצונית, או דרך "יחידת האם" של המסגרת. עוד מומלץ שהמנהל יערוך ויוביל ישיבה שבועית של הצוות כולו, וישיבה דו-שבועית שתוקדש לדיון בחניכים ובסוגיות עקרוניות. נוסף על כך, יש מקום לישיבה שבועית של הצוות הבכיר. כמו כן מומלץ להקצות זמן ללמידה פורמלית של נושאים הקשורים לתפיסה המקצועית של הפנימייה ושהם רלוונטיים למרבית הצוות. ככלל, מוסכם על הוועדה כי "מוטלת אחריות גדולה על אנשי הצוות התומך להיות קשובים וזמינים, מכילים ומעניקים פשר לעבודת אנשי הצוות הישיר" (ביבי, צ'יפמן ובלנרו-אדיב, בכתובים).

מבחינת כמות והרכב הצוות, מוסכם כי יחס מספרי נכון בין חניכים לצוות הוא נקודת מפתח לשמירה על תפקוד המסגרת ועל אפשרות ליצור אווירה טיפולית במקום (Friman et al, 1996). נוכחות מספקת של אנשי צוות מאפשרת התבוננות פנימה ומגבירה בהרבה את יכולות ההשקעה, ההתמודדות והטיפול של הצוות (Daly & Dowd, 1992). הספרות מציעה בהקשר זה כי ככל שדרגת הקושי שמציבה האוכלוסייה עולה, כך צריך להיות היחס נמוך יותר, דבר המשתקף בתכניות המציעות מודל של מינימום איש צוות לשני חניכים (Out of Home Care Policy, 2010). כמו כן, נמצא כי נוכחותם של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש משפיעה על האפקטיביות של מסגרות (Zakriski, Wright & Parad, 2005). בתפיסת הוועדה, האתגר המיוחד שמציבה אוכלוסיית קצה בשילוב מיעוט יחסי של חופשות, מצדיק עיבוי של הצוות ברמה גבוהה יותר מזו הקיימת כיום במסגרות השונות לסוגיהן, כמפורט בהמשך.

הרכב הצוות: הוועדה הגיעה למסקנה כי מבחינת התקנים, הצוות ליחידה המונה 10-12 חניכים יכלול: מנהל יחידה במשרה מלאה, רכז במשרה מלאה, עו"ס במשרה מלאה, תשעה מדריכים במשרה מלאה, פסיכולוג קליני במשרה מלאה, פסיכיאטר בחלקיות משרה, אחות ברבע משרה, אם בית בחצי משרה, מורה במשרה מלאה ומשרה וחצי למִנהל ולמשק (גינון, אחזקה, בישול, ניקיון, מזכירות ועוד). בסך הכול כ-16.5 תקנים, ביחס של כ-1.5 אנשי צוות לחניך. ההנחה של הוועדה הייתה שבשעות הבוקר נדרשים מדריך ומורה, בשעות אחר הצהריים והערב - שלושה מדריכים, ובלילה - מדריך וכונן. זאת בהנחה שבכל עת יש במקום, בנוסף למדריכים, לפחות איש צוות בכיר אחד. מערך זה מחייב העסקת שישה מדריכים בימי השבוע ושלושה נוספים בסופי שבוע, בחופשות וכיו"ב. החישוב מביא בחשבון זמן שמוקדש לקבלת הדרכה, לישיבות צוות ועוד. מבחינת שעות העבודה במשמרת, הוסכם כי משמרת של מדריך נפרסת על פני שמונה שעות עבודה, מתוכן שש שעות מוקדשות לעבודה ישירה עם החניכים, ושעתיים נשמרות באופן קבוע למטרות שונות כגון ישיבות כלליות, דיונים על אודות חניכים, למידה, בנייה של פעילויות, תכנון היום והדרכות פרטניות וקבוצתיות. תקנים אלה אינם כוללים מתנדבים של שירות לאומי או של שנת שירות; הם יכולים להשתלב ולתרום רבות לפעילות השוטפת של הצוות גם במקרים של אוכלוסיית קצה, אך לא לשמש כתחליף לצוות המדריכים של המסגרת.

נוסף על צוות היחידה, כפי שפורט לעיל, יש להביא בחשבון כוח אדם בחלקיות משרה המשמש להדרכת הצוות הבכיר. זאת בהנחה שהדרכת המדריכים, אם הבית וכדומה תיעשה על ידי הצוות הבכיר (מנהל, רכז, עו"ס ופסיכולוג).

הרכב הצוות הנ"ל, שכולל רק מורה אחד, מבוסס על המצב בשתי הפנימיות הקיימות, שבהן החניכים לומדים בבתי ספר בקהילה, ודרוש מורה אחד לקליטת החניכים החדשים ולעבודה עם מי שמושעה מבית הספר. אם תתקבל ההצעה של בית ספר ייחודי לפנימייה (או לאשכול של פנימיות) יהיה צורך בצוות הוראה כמקובל בחינוך המיוחד.

מבנה פיזי

המבנה הפיזי של המסגרת, האופן שבו הוא מתוכנן ובנוי, החל מהמעטפת הרחבה ועד לפרטים הספציפיים שבו, יש להם השפעה וחשיבות על יכולת ההכלה של אוכלוסיית קצה. אי-לזאת עלו מישיבות הוועדה ההמלצות הבאות:

1. במידת האפשר, על המסגרת להיות ממוקמת באופן נגיש להורי החניכים.
2. המרחב המומלץ למתבגרים במסגרת קצה בחדר המגורים הוא שישה עד שמונה מ"ר, לעומת המרחב המומלץ בפנימיות אחרות, העומד על ארבעה מ"ר.
3. יש צורך במרחבים רב-תכליתיים, היכולים לשרת פונקציות שונות, מבלי לפגוע בהפרדה בין התחום הפרטי לציבורי. על מרחבים אלה לכלול שטח פתוח ונצפה מחוץ לבניין (חצר, שיש בה מספיק מקום לפעילויות); שטח סגור ונצפה (היכול לשמש כמועדון); וחדרי מגורים המיועדים לשניים עד שלושה מתבגרים. על כל חדר מגורים להכיל יחידת מקלחת ושירותים צמודה. על עמדת מדריך הלילה להיות קרובה לחדרים אלה ולאפשר גישה מהירה ופיקוח על המתרחש בהם.
4. יש צורך בחללים ייעודיים לצורכי לוגיסטיקה (מחסן, חלל כביסה וכדומה), לצורכי מפגשים כגון פגישות אישיות, פגישות טיפול, פגישות עם הפסיכיאטר ושעות לימוד. כמו כן, יש צורך בחדר אוכל, המסוגל להכיל עד 15 איש. המסגרת תהיה בנויה בדרך המאפשרת בידוד מהיר מהסביבה ושליטה מלאה על המתרחש בתוכה.
5. יש מקום לבחון בניית מתקנים היכולים לסייע לרווחת החניכים במסגרת, כגון מתקני כושר וכיו"ב.
6. מבחינת מגורי הצוות, יש צורך במגורים בתוך המסגרת או צמוד לה, המאפשרים שהייה נוחה ושינה לשני המינים.
7. בהתייחס לאופציות המסגרת שצוינו למעלה (יחידה הצמודה למסגרת אם לעומת אשכול יחידות), נראה כי מההיבט של המבנה הפיזי, יש יתרון לאופציה של יחידה הסמוכה לפנימיית-אם. עם זאת, גם יחידות אשכול הסמוכות זו לזו עשויות לפתח כמה מתקנים משותפים.

סדר יום

חברי הוועדה מסכימים כי לסדר היום במסגרת יש חשיבות עליונה הן מבחינת הסיוע להתארגנות החניכים והן ליצירת אווירה המעניקה תחושת ביטחון וקביעות. יתר על כן, סדר היום המובנה יוצר אפקט תרפויטי בפני עצמו, בשל היכולת להישען עליו ולהפנים סביבה "שפויה", צפויה ומארגנת. חניכים שמתמודדים עם חרדה יום-יומית בשל העדר יציבות פנימית, זקוקים לשגרה רציפה וידועה כבסיס למכלול התנהלותם. לפי תפיסה זאת, ככל שהחניך צובר חוויות החוזרות על עצמן ומשקפות היגיון פנימי משותף, כך יש

ביכולתו להתחיל לחוש את העולם כמקום ידוע, מוכר וצפוי. המסגרת הפנימיתית עשויה לקיים בתוכה ריבוי רצפים ידועים ומוכרים החוזרים על עצמם. מסגרת מובנית ומאורגנת מהווה מענה טיפולי בעל חשיבות עליונה לאלה המשתייכים לאוכלוסיית הקצה, המוגדרים כך בשל חוויה חוזרת של העדר קביעות ומקום בטוח. (ביבי, צ'יפמן ובלנרו-אדיב, בכתובים).

הוועדה מקבלת את התפיסה המוצגת בבסיס מסמך המפקחים משנת 2009, הרואה חשיבות לפעילות מתמשכת במסגרת; לכל שעה ביום יש להגדיר פעילות וככל שניתן יש להימנע משעות פנאי, שאינן מוגדרות במדויק. הוועדה גם מאמצת את התפיסה הממליצה לארגן את סדר היום סביב טקסים קבועים בשעות קבועות, "טקסים ליחידות זמן קטנות". טקסים אלה מלווים פעילויות שונות לאורך היום, הם קבועים בסדר היום ומופיעים כעוגן מארגן. הוועדה רואה בטקסים אלה חשיבות כי הם מחזקים את תחושת השליטה, הביטחון וכישורי החיים, כמו גם את תחושת ההצלחה: כל טקס שמושלם מעניק תחושה של הצלחה ביחידת הזמן הנתונה ואמונה ביכולת להשלים בהצלחה את המשימות הבאות של היום. הוועדה מדגישה גם את הצורך להקדיש תשומת לב לזמני המעבר בין פעילות לפעילות. אלה זמנים הדורשים פרדה מהמצב הקודם והתארגנות מחודשת לקראת המצב הבא, וכוללים בתוכם תכופות התמודדות רגשית מורכבת (ביבי, צ'יפמן ובלנרו-אדיב, בכתובים). מעברים אלה, שחלקם מקבל ביטוי באמצעות הטקסים השונים, עלולים להוות אבני נגף בסדר יומו של החניך, אך עשויים גם לשמש כמנוף להבנה וליצירת קשר.

מעבר לכך ובהתחשב בהטרוגניות הרבה של אוכלוסיית הקצה, הוועדה מדגישה את חשיבות בניית סדר יום אישי לכל חניך, במקביל לקביעת סדר היום של המסגרת כולה. זאת כדי להימנע מאי-התאמה של החניך לסדר יום נוקשה ובכך להקשות על שהותו במסגרת. דבר זה מחייב התמודדות יצירתית מצד הפנימייה, כדי שהמסגרת תספק מענה גמיש ומותאם לצרכים אינדיבידואליים ותייצר רפרטואר רחב של מענים לחניכים, הן בהיבט של הפעילות היום-יומית והן בהיבט של המענה הטיפולי הפורמלי. אף שהוועדה סבורה כי על כל מסגרת להחליט בעצמה מה התוכן המיועד למלא את סדר היום, היא רואה גם חובה להדגיש את הצורך בהתכוננות מוקדמת לנושא ואת הצורך בהשקעה של משאבים רבים, הן מבחינה כלכלית והן מבחינת חשיבת הצוות המוביל במסגרת, בבניית רפרטואר מתאים, גמיש ומקיף של פעילויות ותכנים שמבוססים לא רק על קשיי החניכים אלא גם על יכולותיהם.

באופן כללי המלצת הוועדה היא כי הצוות הקבוע של המסגרת ילווה את מרבית הפעילויות במהלך היום, ואת מיעוטן ילוו גורמים חיצוניים ודמויות שאינן שייכות באופן מובהק לפנימייה. דבר זה נועד לחזק את הקשר בין הצוות לחניכים ולספק עצמה נוספת להתפתחות הקשר הבין-אישי.

שיטות טיפול

תפיסת העל של הוועדה הייתה כי עצם קיומה של מסגרת טיפולית סדורה, בנויה ומוסכמת על הצוות כולו שמיושמת בעקביות, חשובה יותר מהבחירה בשיטת טיפול ספציפית. חברי הוועדה היו תמימי דעים באשר למודל הנכון והמומלץ לעבודה עם אוכלוסיית קצה, והוא: התייחסות למרכיבי המסגרת כולה כחלק מתהליך הטיפול; "המילייה הטיפולי" המעניק התייחסות טיפולית של כל המבוגרים השוהים במקום לאורך כל שעות היממה. דבר זה תואם את העולה מהספרות, שהצביעה אף היא על האפקטיביות של מודל זה (Knorth et al, 2007; Levin, 2009) וגם תואם את התפיסה כי "מילייה טיפולי" מקובל למעשה כיום כשם נרדף למסגרת של פנימייה טיפולית (Leichtman, 2006). עוד הוועדה רואה חשיבות רבה ב"תפירת חליפת טיפול אישית" לכל השוהים במסגרת. זאת מתוך התחשבות ביכולות ובקשיים הספציפיים של כל החניכים ובכדאיות של שילוב מגוון של שיטות טיפול, כדי להגיע לאפקט הטיפולי המרבי בתהליך של כל נערה ונער במסגרת. מה שנדרש מהצוות הוא אוריינטציה שיקומית בשילוב עם רפרטואר רחב של שיטות טיפול.

בקרב חברי הוועדה ובספרות יש הסכמה רחבה באשר לחשיבות העבודה עם ההורים. מסיבות היסטוריות ורגשיות שונות זהו תחום מוזנח למדי, למרות חשיבותו המוכחת לאורך השנים (Frensch & Cameron, 2002; Hargrave, 1991; Garison & Daigler, 2006; Shapiro, Welker & Pierce, 2002; Wilmshurst, 2002). אמנם עובדה היא כי מדובר באוכלוסייה בעלת עורף משפחתי קשה ולא יציב, אך הודגשה בכל זאת חשיבות הגיוס ויצירת ברית עבודה עם המשפחות, מתוך התפיסה כי עצם החיפוש והאמונה בחשיבות העבודה עם המשפחות והיתכנות העבודה אִתן מגבירים את מספר המשפחות עִמן ניתן ליצור קשר.

מעבר לכך, הוועדה מדגישה גם את חשיבותו של הטיפול הפרטני בכל חניכה וחניך ורואה את חשיבותו הרבה של טיפול זה ביצירת מקום פרטי לכל חניך בתוך מסגרת הפנימייה, וכמקום שניתן בו יחס אישי לצרכיו ולהתפתחותו. נוסף לכך, עלתה לאורך כל ישיבות הוועדה ההכרה בצורך להקדיש עבודה טיפולית ליכולות, לכוחות ולכישורים הייחודיים של כל חניך וחניכה, במקביל לעבודה מתמדת על נושאי משמעות, תקווה ואופק להמשך (וויניקוט, 1961). עוד מוסכם על חברי הוועדה כי בגילאי ההתבגרות ישנה חשיבות רבה לעבודה בתוך המדיום של טיפול קבוצתי, וכי דבר זה לא יבוא על חשבון הטיפול הפרטני.

בהמשך להצעה להקים מסגרות נפרדות לנערים ולנערות, יש להדגיש גישות טיפוליות ייחודיות לשני המינים, כמו למשל טיפול בנערות באוריינטציה פמיניסטית, שמדגישה העצמה על רקע מעמדן של נשים בחברה. נערות עשויות להגיב טוב לסביבה שמאופיינת ברשת קשרים שוויונית, בקבלה ללא תנאים, ובדגש על יחסים יותר מאשר על פעילויות.

טיפול בפוגעים מינית: נושא אחר שעלה בדיוני הוועדה היה ההתמודדות הטיפולית הרצויה עם התנהגויות מיניות החורגות מהנורמה ונעות על הציר בין התנהגות מינית לא הולמת לאלימות מינית. נאמר כי בכל הקשור לתחום המיני, יש מורכבויות חינוכיות ומשפטיות שעל הנהלת הפנימייה להכיר היטב. ידוע שלעתים הצוות מתקשה להתמודד עם נושא זה ויש לתת על כך את הדעת. הודגשה החשיבות של התייחסות נורמטיבית לנושא המיני, בדגש על יצירת אווירה של העדר סובלנות להתנהגות מינית לא הולמת ועל תכנון פיזי של המסגרת במידה כזו שיתאפשר פיקוח מרבי. כמו כן, הודגש הצורך לערב את כל המבוגרים במסגרת בחשיבה על התחום המיני, כדי להגביר את המודעות לקשיים הספציפיים העלולים להתעורר בהקשר של אוכלוסיית קצה.

נקודה זאת, כמו גם הקודמות לה, זכתה לחיזוק רב בספרות המחקרית בנושא (Hargrave, 1991; Nevin, 1993; Walker & McCormick, 2005).

בהתייחס לטיפול הפרטני, אין ספק כי מרבית העדויות המחקריות תומכות ביישום של שיטות טיפול קוגניטיביות והתנהגותיות בתגובה להתנהגות מינית פוגעת (אופק, Green & Masson, 2002; Walker & McCormick, 2005; Shapiro, Welker & Pierce,;2006 2002), ובשילוב טיפול קבוצתי בולט (אופק, Jones et al, 2009; Walker & McCormick, 2005;2006). עם זאת, מחקרים רבים גם מדגישים את הצורך בגישה גמישה ויצירתית לתחום (Robertie et al, 2007), בשילוב התפיסה כי יש מקום להשתמש בשיטות טיפול רחבות יותר, בדגש מיוחד על טיפול בטראומה, המצויה תכופות גם בעברם של התוקפים מינית (Baker, Curtis & Papa-Lentimi, 2006; Hunter, 2010; Prescott, 2002).

אמצעי שליטה

התערבויות פיזיות כלפי התנהגויות תוקפניות המסכנות את הסביבה ואת האדם התוקף עצמו זכו בעשורים האחרונים לדיון ער, ששיקף אי-הסכמות רבות בקשר לשימוש באמצעי התערבות אלה ולהשפעותיהם. נראה כי התגברות העיסוק בדיון זה קשורה לעלייה בהכרה בזכויות הילד

והנוער, בד בבד עם העלייה ברמת האלימות והתוקפנות של האוכלוסייה המושמת במסגרות חוץ-ביתיות. כנגד דעות המזהירות מפני התנהגות לא אתית ולא אפקטיבית מבחינה מקצועית (Goren, 1991; Green, Ablon & Martin, 2006; Holstead et al, 2010; Miller, Hunt & Georges, 2006), שעלולה לעתים להגיע עד רמת סיכון של רה-טראומטיזציה ואף סכנת חיים (Nunno, Marta & Tollar, 2006), עולות גם תפיסות הגורסות כי עמדה הנמנעת מהתערבות פיזית במצבים מסוכנים מזמנת בתורה התנהגות הרסנית נוספת ואף מעודדת אותה (Knorth et al, 2007; Zeigler, 2001; Zeigler, 2004). למרות המחלוקות הנמשכות באשר לשימוש בשיטות אלה, נראה שגם המתנגדים להן מסכימים כי יש קושי רב בוויתור מוחלט על שיטות אלה, המשמשות כסוג של מענה אחרון במקרי חירום קיצוניים (Mohr, Mahon & Noone, 1998; Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2005). חשוב גם לציין כי יש הסכמה רחבה בספרות על הממצא כי הגורמים המשפיעים ביותר על השימוש באמצעים מגבילים אינם נובעים מהחניכים וממאפייניהם, אלא מהיחס המספרי בין הצוות לחניכים ומהאינטראקציות ביניהם (Doreis et al, 2010), דבר המחזיר את המוקד לחשיבות ההשקעה במספר אנשי הצוות ובהכשרה הניתנת להם. מוסכם כי אמצעים אלה מבוססים בעיקר על הסמכות האישית של המשתמש בהם ומכאן הם אכן כרוכים בעיקר בנושאים של בחירת הצוות ובהכשרתו, מעבר לבחירה באמצעי שליטה כזה או אחר.

ההתמודדות עם בני נוער המשתייכים לאוכלוסיית קצה שאפיוניהם תוארו לעיל עלולה לחייב, מדי פעם, שימוש באמצעי שליטה כמו הט"מ (התערבות טיפולית מרסנת) או "פסק זמן" (בחדר פסק זמן או ללא חדר). אמצעים מגבילים קיצוניים יותר, כמו שימוש בתרופות או קשירה, אינם מתאימים למסגרות של השירות לילד ולנוער. יתר על כן, שימוש באמצעים כמו "הולדינג", שעשויים להיות מועילים אצל ילדים, כמעט שאינם בגדר האפשר כשמדובר בבני נוער.

מוסכם על חברי הוועדה שמן הראוי שיעמדו לרשות הצוות אמצעים מתאימים של שליטה, שהנהלים המאפשרים והמגבילים שימוש באמצעים כאלה יהיו ברורים וידועים, ושלצוות תהיה הכשרה מתאימה והרשאה חוקית להשתמש באמצעים אלה. כמו כן, יש חשיבות מכרעת להנהלה שמגבה את אנשי הצוות, ולפיקוח שמגבה את ההנהלה. מבחינת השימוש באמצעי פיקוח כדוגמת מצלמות, הוועדה אינה ממליצה על שימוש בכך, למעט סביב הגדר המקיפה את המקום, בעיקר לצורך של בקרה על הנכנסים למסגרת.

אולם, המסגרת המוצעת תעמוד במבחן אם תזדקק לאמצעים אלה במקרים מעטים ביותר. כאן יש חשיבות רבה לסביבה התרפויטית ולהבנה הדיפרנציאלית של הגורמים ולטריגרים לאלימות אצל כל נערה ונער. מחקרים שונים מראים את האפקטיביות של צוות שמתנהג נכון, כדרך להפחתת התנהגויות אלימות במסגרת (למשל, Allen, 2000; Crosland et al, 2008; Crosland et al, 2008B; Friman et al, 1997; Green, Ablon & Martin, 2006; Masters et al, 2002; Rozalski et al, 2009). מומלץ כי כל צוות הפנימייה על הנהלתו ומדריכיו הישירים יכירו לפחות חלק מהתערבויות אלה וידעו לנצל אותן לתועלת החניכים והמסגרת. ובקצרה: אמצעי שליטה שמיועדים למצבים קיצוניים אמורים להיות זמינים וידועים, והשימוש בהם אמור להיות מועט ביותר. ככל שהם יהיו מוכרים יותר, השימוש בהם יפחת.

מניעה: האם אפשר לצמצם את שיעור אוכלוסיית הקצה?

המנדט של הוועדה, על פי כתב המינוי, הוא להציע מודל לפנימייה שמיועדת לאוכלוסיית קצה, דהיינו, לאותם ילדים שהפנימיות הקיימות, כולל הפנימיות הטיפוליות והפוסט-אשפוזיות, מתקשות להכיל. אולם, חברי הוועדה סברו שהם לא יעשו עבודתם נאמנה אם לא יצביעו על דרכים לצמצם את מספר הילדים שמוגדרים כאוכלוסיית קצה.

מניסיונם של חברי הוועדה, ילדים ובני נוער עלולים להיות חלק מאוכלוסיית הקצה אם לפנימיות הקיימות

חסרים כלים ומשאבים להתמודדות עם בעיות התנהגות בשלבים מוקדמים יותר. הוועדה מייחסת חשיבות רבה במיוחד לצורך בהשקעה נוספת בפנימיות הקיימות, כדי להגביר את יכולת ההכלה שלהן וכדי להפחית את מספר המתבגרים שאינם נקלטים במסגרות אלה ושאינם מחזיקים מעמד בהן וזקוקים למסגרות קצה ייחודיות. הספרות המקצועית וניסיונם של חברי הוועדה מצביעים על החשיבות הקריטית של הצוות החינוכי והטיפולי. מספר אנשי הצוות, הרכבו, רמת הכשרתו, וההדרכה שניתנת לו הם הגורמים שמשפיעים יותר מכול על יכולתה של פנימייה להתמודד עם אוכלוסיות מאתגרות. על סמך הספרות, ובעיקר על סמך ניסיון חבריה, הוועדה מאמינה שהבטחת משאבים נאותים לפנימיות הקיימות תשפר את יכולת ההכלה והטיפול שלהן, תפחית את מספרם של אלה שאינם נקלטים בהן, תקטין את מספר המעברים של ילדים בין מסגרות ותוביל להקטנת הצורך בבניית מסגרות קצה ייעודיות.

יתר על כן, רבות מהפנימיות הקיימות מוכנות ומסוגלות להתמודד גם עם ילדים שמציבים אתגר מיוחד, אם נוסף על התגבור כללי של משאבים, יועמדו לרשותן משאבים ייחודיים להתמודדות עם ילדים אלה. בפני הוועדה הובאו דוגמאות של תכניות ייחודיות שפותחו בתוך פנימיות, כמו למשל תכנית המוגנות של פנימיית "אהבה", או למשל מסגרת לילדים פוגעים מינית לצד פנימיית "רננים". תכניות כאלה מאפשרות לפנימייה להכיל ילדים מאתגרים ולחסוך מהם התנסויות של דחייה ומעברים. הוועדה ממליצה על מדיניות שתעודד פיתוח תכניות כאלה לילדים בגילאים שונים, ומאמינה שכך אפשר למנוע, בחלק מהמקרים, את ההשמה בפנימיות קצה. הוועדה אף מעלה בהקשר זה את הצורך ביצירת יחידות משבר זמניות, המאפשרות התארגנות מהירה יחסית וחזרה למסגרת נורמטיבית. יחידות כאלה מסוגלות להגביר את יכולת ההכלה של מסגרות קיימות ולהפחית את הגדילה באוכלוסיית הקצה.

לדעת חברי הוועדה, יש ילדים שהופכים לאוכלוסיית קצה משום שהם מגיעים למערך ההשמה החוץ-ביתי בשלב מאוחר מדי, לאחר ניסיונות כושלים לסייע להם במסגרת הקהילה, ניסיונות שמעמיקים ומחריפים את קשייהם. יש חשיבות רבה לאיתור מוקדם ולטיפול מותאם באלה אשר המשפחה והקהילה אינן מסוגלות להעניק להם טיפול נאות, ולשקול השמה חוץ-ביתית בשלבים מוקדמים יותר.

הוועדה סבורה גם שהמערכת זקוקה למידע עשיר ומהימן על הדרך שבה ילדים מגיעים למצב שבו פנימיות אינן מסוגלות להכילן, וממליצה על ייזום מחקרים בנושא זה, למשל מחקרים שמבוססים על סיפורי החיים של נערים ונערות שהגיעו לפנימיות הקצה הקיימות.

כל הנאמר לעיל לא בא להמעיט בצורך בפנימיות ייחודיות לאוכלוסיית קצה. מאז ומתמיד היו חניכים וחניכות שהשירותים המטפלים מצאו את עצמם חסרי אונים מולם ומול הקושי למצוא בשבילם פתרון השמהמתאים.עדיין, בשנים האחרונות חל גידול במספר הילדים המשתייכים לאוכלוסיית הקצה ובחומרת מצבם, בישראל כמו גם בארצות רבות אחרות (Baker, Archer & Curtis, 2007; Huefner et al, 2010; Schmid, 2008; Scholte & Van Der Ploeg, 2006; Sigrid et al, 2006). הצורך בהקמת מסגרת בעלת מענים ייחודיים, הפונה באופן ישיר לאתגרים שמעלה אוכלוסיית הקצה, נראה כיום דוחק יותר מתמיד. אולם, גם אם אי-אפשר למנוע לחלוטין את קיומה של אוכלוסיית קצה ואת הצורך במענים ייעודיים עבורה, חשוב לנסות ולתת סיוע למקצת בני הנוער כדי שיישארו במסלול נורמטיבי ולהפחית את הצורך במענה מובדל וייחודי.

מסגרות המשך

מה יעלה בגורלם של חניכי המסגרת המוצעת כשיגיעו לגיל שבו יהיה עליהם להיפרד מהפנימייה? הניסיון של "גוונים" ו"בית גאיה" מלמד שיהיו ביניהם כאלה שיוכלו להשתלב במסגרות נורמטיביות כשירות צבאי או כשירות אזרחי, אולי בליווי תכנית כמו "גשר לבוגרי פנימיות ואומנה". בקצה השני יש מי שזקוק למסגרת מוגנת של אגף השיקום או לשילוב במסגרות מובנות אחרות. בכל מקרה יש לוודא את קיומן של מסגרות

המתאימות להמשך הליווי או הטיפול, ושיש נהלים מתאימים למעבר ממסגרת למסגרת. לפי כמה מחקרים, אחד מהגורמים החזקים ביותר שנקשרו לאפקטיביות של טיפול במסגרת חוץ-ביתית היו תכנית שחרור ברורה ומובנית, ומסגרת המשך מלווה (Hair, 2006; Garrison & Daigler, 2006; Whittaker, 2000; Zakariski, Wright & Parad, 2005). נמצא גם כי קיומה של חשיבה חיובית לעתיד, תקווה להמשך (Zigler, 2007) וזמינות התמיכה לאחר היציאה מהמסגרת לחניך ולמשפחתו (Hair, 2007) מגבירים אף הם את אפקטיביות הטיפול. מכל אלה עולה המסקנה כי המסגרות הטיפוליות המוצלחות ביותר הן אלה העסוקות כבר מרגע הקבלה בתכנון תכנית השחרור של החניך (Magellan Health services, 2008).

בדיוני הוועדה בנושא זה עלתה התלבטות באשר להמשך הליווי לאחר גיל 18, ובאשר לטיבו של ליווי זה. הוסכם כי בדומה למשרד החינוך, הגיל שבו מוגדרת אחריות לאוכלוסיית קצה אינו עד גיל 18, אלא עד גיל 21, וכי במידת הצורך המסגרות יעניקו מענה מלא עד גיל זה. עם זאת, הוועדה ממליצה להיזהר מהנטייה להמשיך ולהעניק מענה לאוכלוסייה עד גילאים מאוחרים יותר, העלול לבוא על חשבון הפניית החניכים למסגרות ולמענים התואמים יותר את גילם. הנחת העבודה היא שמרבית החניכים יסיימו את שהותם במסגרת עד גיל 18, אך תהיה גמישות שתאפשר המשך עד גיל 21. חשיבות מיוחדת יש לעבודה הממוקדת סביב נושאים של פרדה ושל המשך למסגרת אחרת לקראת גיל זה; יש להעניק לנושאים אלה מקום מוגדר ורחב מספיק בתכנית העבודה של כל חניך וחניכה.

הוועדה הבוחנת את נושא המשך הקשר עם אוכלוסיית הקצה, רואה אותו כאמור כתחום בגיל ובמעבר פורמלי ומעובד למסגרת חדשה. אך עדיין יש מקום לשמור על קשר בין-אישי בין צוות המסגרת לבין חניכים וחניכות מהעבר, קשר שהוא טלפוני בעיקרו ומוגדר בתדירות של כמה שיחות בשנה. גם קשר שאינו רציף יוכל לסייע בשימור בסיס הקשר וההפנמה המיטיבה של דמויות אכפתיות וחיוביות ובכך להמשיך ולחזק את החניך בהמשך דרכו ולהגביר את סיכויי השתלבותו בקהילה.

סיכום, מסקנות והמלצות

אוכלוסיית היעד: פנימיות הקצה מיועדות לבני נוער מגיל 12 ומעלה, שמשתייכים לאוכלוסיית היעד של השירות לילד ולנוער, ושהמסגרות של השירות, הכולל פנימיות טיפוליות ופוסט-אשפוזיות, אינן מסוגלות להתמודד עם דפוסי ההתנהגות שלהם. בין השאר מדובר בבני נוער שהתנהגותם עבריינית, אך הם לא הובאו בפלילים. כתוצאה מכך עברם רצוף במעברים ובהוצאות ממסגרות קיימות. נערים ונערות אלה עלולים לסכן את עצמם ואת סביבתם, והגורם לכך עשוי להיות מחלת נפש, הפרעת התנהגות, או שילוב של השניים.

מניעה עדיפה על טיפול: נערים ונערות הופכים להיות חלק מאוכלוסיית הקצה בין היתר משום שמערכת השירותים בקהילה ובהשמה החוץ-ביתית לא הצליחה להתמודד עמם בשלבים מוקדמים יותר. לדעת חברי הוועדה אפשר היה במקרים רבים, למנוע את שרשרת הכישלונות שמביאים בני נוער למצב קיצוני. לשם כך דרוש שיפור בהליכי האבחון בקהילה כדי לאפשר התערבות מוקדמת ככל האפשר. יש להעמיד לרשות הפנימיות השיקומיות, הטיפוליות והפוסט-אשפוזיות את האמצעים הדרושים להתמודדות עם כלל הילדים שהושמו בהן, וכן אמצעים מיוחדים להתמודדות עם ילדים בעלי דפוסי התנהגות קשים במיוחד.

גבולות בין שירותים: במהלך העשורים האחרונים נעשו מאמצים רבים להבהיר את הגבולות בין אוכלוסיית הקצה של השירות לילד ולנוער לבין אוכלוסיית היעד של שירותים אחרים - רשות חסות הנוער, שירותי בריאות הנפש ומסגרות אגף השיקום. היווצרות אוכלוסיית קצה קשורה גם לחוסר הבהירות בגבולות בין השירותים השונים ובפרט בעמימות סביב ההגדרה של גבולות הטיפול של השירות לילד ולנוער. כתוצאה מכך, כמה מבני הנוער המתאימים יותר לשירות אחר, מגיעים בכל זאת לשירות לילד ולנוער. הוועדה ממליצה על המשך המאמץ להגדרת הגבולות בין השירותים, ברמה עקרונית ופרטנית, ועל מיסוד האפשרות למעבר בין שירותים. מדובר במעבר בין פנימיות הקצה וכן פנימיות פוסט-אשפוזיות לבתי חולים, וכן אפשרות, במצבים קיצוניים, להשמה זמנית במעון נעול של רשות חסות הנוער.

החזון: הוועדה הגדירה את המטרה של פנימייה לאוכלוסיית קצה כ"מענה בטוח ומוגן לבני נוער שנתקלו בבעיות השמה, תוך כדי מתן טיפול מיטיב שיעניק להם משמעות ותקווה לעתיד". המסגרת המוצעת לא אמורה להסתפק בהחזקה, בהכלה ובהגנה, אלא להגדיר לכל בני הנוער הללו מטרות התפתחותיות ואופק להמשך. מדובר במסגרת שתשמש כבית לחניכיה לטווח ארוך ותספק מעטפת חינוכית וטיפולית מקיפה ואינטנסיבית.

הפנייה וקבלה: פנימייה שמיועדת לאוכלוסיית קצה אמורה לקלוט ולהחזיק את כל מי שמופנה אליה. אך גם בפנימיות אלה אמורים להתקיים תהליכים ונהלים של הפנייה וקבלה כמקובל במערכת כולה. הוועדה מדגישה את החשיבות של העברת מידע אמין ושלם על החניכים שמופנים לפנימייה זאת.

גודל ושייכות: לשם יצירת אווירה ביתית ויחס אישי מרבי, הוועדה ממליצה על הקמת מסגרות קטנות של 10-12 חניכים. מסגרת כזאת תוכל לתפקד היטב אם היא תהיה צמודה לאחת הפנימיות הקיימות ותקבל ממנה סיוע לוגיסטי, שימוש במתקנים ותמיכה לצוות. לחלופין אפשר להקים אשכול של פנימיות כאלה, שבו כל יחידה עצמאית, אך כולן נהנות ממתקנים ומשירותים משותפים.

הומוגניות: מומלץ שפנימיית קצה תהיה הומוגנית מבחינת מגדר ומבחינת הבעיה העיקרית המאפיינת. דהיינו, פנימיות נפרדות לבנים ולבנות, וכן פנימיות נפרדות למי שבעייתו העיקרית היא מחלת נפש, ולמי שבעייתו העיקרית היא הפרעת התנהגות. באשר לגיל, מומלצת הפרדה פנימית לשתי קבוצות גיל חופפות חלקית, בגילאים: 12-16, 14-18.

מסגרת טוטלית: המסגרת המוצעת תהיה טוטלית, כמעט כל הפעילויות מתקיימות בתוך המסגרת. מומלץ שלפנימייה, או לאשכול של פנימיות, יהיה בית ספר שלהן, שממוקם מחוץ לשטח הפנימייה. הוועדה

ממליצה על מעט יציאות לחופשות גם למי שיכול לצאת, מבלי לוותר על עבודה אינטנסיבית עם הורי החניכים. הוועדה ממליצה על סדר יום מובנה, קבוע וחוזר על עצמו, כדרך להתמודד עם הרקע הכאוטי של רבים מהחניכים. עם זאת דרוש מגוון אפשרויות לניצול שעות הפנאי תוך היענות מיטבית לצרכים וליכולות של כל חניך וחניכה.

מבנה: רוב חברי הוועדה סבורים כי מבנה של קבוצות, בשונה ממשפחתונים, מתאים יותר לבני נוער אלה. קיימת דעת מיעוט הרואה גם במשפחתון טיפולי מחוזק אופציה למתן מענה הולם לאוכלוסיית קצה. הוועדה בדקה גם את האופציה של אומנה טיפולית, והיא סבורה שאומנה אינה מותאמת לתת מענה לאוכלוסייה זאת.

צוות: הפנימייה המוצעת תהיה זקוקה לצוות גדול יחסית, ביחס של כ-1.5 אנשי צוות לחניך. הצוות אמור לכלול מנהל, רכז, עו"ס, פסיכולוג קליני, תשעה מדריכים, אם בית בחצי משרה ותקן אחד לעובדי מִנהל ומשק. כמו כן יועסקו פסיכיאטר, אחות ומטפלים שונים בחלקיות משרה. אם כמוצע, יהיה לפנימייה בית ספר משלה, דרושים מורים על פי התקינה המקובלת בחינוך המיוחד. לעומת זאת, אם החניכים יפוזרו בבתי ספר בקהילה, כפי שקורה בפנימיות הקצה הקיימות, יש להוסיף לרשימה הנ"ל מורה עבור חניכים בתהליכי קליטה וחניכים שהושעו מבית הספר.

הוועדה מייחסת חשיבות רבה לאפיוני הצוות הבכיר: המנהל, הרכז, הפסיכולוג והעו"ס, ובמיוחד לאפיוני המדריכים. מומלץ להעסיק סטודנטים ממקצועות רלוונטיים לתקופת לימודיהם (שלוש עד ארבע שנים). הוועדה לא מייחסת חשיבות להכשרה לקראת הכניסה לתפקיד ולהשתלמויות חיצוניות, אלא להיכרות בסיסית עם קשיי האוכלוסייה ועם נושאים כגון ההוצאה מהבית, התמודדות עם פוסט-טראומה, מיניות ואמצעי הגבלה. הוועדה רואה חשיבות רבה להדרכה ולהכשרה קבועה של כל הצוות, מהמנהל ועד לצוות הטכני, ובמיוחד של המדריכים. ההדרכה אמורה להיות גם אישית וגם קבוצתית. היא תשרת את צורכי המערכת ואת צורכי ההתפתחות האישית והמקצועית של אנשי הצוות, ותאפשר הכלה במצבים קשים. הוועדה ממליצה על מגורי אנשי צוות במקום, הן כגורם משיכה לצוות והן כמענה לצורכי החניכים והמערכת.

מבנה פיזי: המבנה הפיזי אמור להיות מותאם לאפיוני החניכים. מגורים של שניים עד שלושה חניכים בחדר שבו שירותים צמודים, עמדת מדריך שתאפשר פיקוח יעיל, שטח מגורים של שישה עד שמונה מ"ר לחניך, וכמובן שטחים משותפים, פתוחים וסגורים, שיאפשרו פעילויות מתוכננות וחופשיות.

דרכי טיפול: שיטת הטיפול בפנימייה המוצעת מוגדרת כ"תרפיית מילייה", דהיינו מסגרת הממנפת כל התרחשות בה לצורכי טיפול והתפתחות. זו מערכת עתירת סגל מיומן ומחויב, בעלת סדר יום מובנה וצפוי, ששמה דגש על בניית קשר אישי עם חניכים גם אם הם מתקשים ביצירת קשר, על פעילויות שמאפשרות ביטוי לכוחות וליכולות של החניכים ושמעבירה מסר כללי שאומר: "לא מוותרים לך, ולא מוותרים עליך". הוועדה מייחסת חשיבות רבה לטיפול האישי והקבוצתי, בשיטות אקלקטיות ומותאמות לצרכים האישיים של החניכים בזמנים שונים. חשוב שלרשות הצוות יעמוד מגוון של שיטות טיפול, כולל שיטות התנהגותיות ודינמיות, טיפול באמנויות, וגם אמצעים לא שגרתיים כמו פעילות בטבע, ספורט אתגרי וכיו"ב. המטרה הסופית היא תפירת "חליפה אישית" של טיפול, המותאמת לצרכיו וליכולותיו של כל חניך.

משום שרבים מהחניכים הם בעלי רקע של תקיפות מיניות, כתוקפים (בעיקר הנערים) וכקורבנות (בעיקר הנערות) נחוץ לשים דגש רב על נושא המיניות בכלל, לטפח התנהגות מינית פונקציונלית ונורמטיבית, ולטפל בפוסט-טראומה על רקע של מיניות.

שליטה: אחד האפיונים של הפנימיות לאוכלוסיית קצה הוא היכולת להכיל גם התנהגויות קיצוניות. לשם כך, על הצוות לעבור הכשרה לשימוש באמצעי שליטה, בדגש על הדרכים המונעות התנהגויות קיצוניות, ולהתמודד עמן בעודן באֵבֵן. פנימיות לאוכלוסיות קצה זקוקות לתמיכה רבה של הפיקוח בהתמודדות עם התנהגויות חריגות.

היום שאחרי: כפי שקורה כיום בשתי הפנימיות הקיימות, צפוי שמקצת החניכים יוכלו, סביב גיל 18, להשתלב במסגרות נורמטיביות של שירות צבאי או של שירות אזרחי, אולי בתמיכה של תכנית "גשר לבוגרי פנימיות ואומנה" ודומיה. חניכים אחרים יהיו זקוקים להמשך של מסגרת מכילה ותומכת. הוועדה ממליצה על אפשרות שהות, במקרה הצורך, לאחר גיל 18, אך לא מעבר לגיל 21. הוועדה ממליצה על המשך קשר ומעורבות של סגל הפנימייה בחיי החניך גם לאחר שהוא עוזב את הפנימייה, כאשר קשר זה מתנהל בתדירות נמוכה יחסית.

מחקר והערכה: הוועדה ממליצה על ייזום מחקרים שיאפשרו הבנה טובה יותר של התהליכים שמביאים בני נוער להיות "קשי השמה", ושל הדרכים למנוע מצבים כאלה ולטפל בהם. הוועדה ממליצה על הערכה מלווה ומעצבת לפנימיות לאוכלוסיות קצה, כדי לסייע לשיפור מתמיד של דרכי התמודדותן עם המשימות הקשות המוטלות עליהן.

רשימת מקורות

Ainsworth, F.,&Hansen, P.A. (2005). **A Dream Come True – No More Residential Care. A Corrective Note.** In: International Journal of Social Welfare, Vol 14, 195-199.

Allen, J.J. (2000). **Seclusion and restraint of children: A Literature Review.** In: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing,Vol 13 (4), 159-167.

Armour, M.&Schwab, J.(2007). **Characteristics of Difficult-To-Place Youth in State Custody: A Profile of The Exceptional Care Pilot Project Population.** In: Journal od Child Welfare, Vol 86 (3), 71-96.

Baker, A.J,L., Curtis, P.A., & Papa-Lentimi, C. (2006). **Sexual Abuse Histories of Youth in Child Welfare Residential Treatment Centers: Analysis of the Odyssey Project Population.** In: Journal of Child Sexual Abuse, Vol 15(1), 29-49.

Baker, A.J., Archer, M.,&Curtis, P.(2007). **Youth characteristics associated with behavioral and mental health problems during the transition to residential treatment centers: the odyssey project population.** In: Child Welfare Vol 86(6), 5-29

Bloom, S.L(2005). **The Sanctuary Model of Organizational Change for Children's Residential Treatment.** In: Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, Vol 26(1), 65-81.

Braxton, E.T.(1995). **Angry Children, Frightened Staff: Implications for Training and Staff Development.** In: Residential Treatment for Children & Youth, vol 13(1), 13-28.

Brown, R.(1986). **The Concept of "Hard-To-Place": Implications for Children Adolescents and Families.** Retrieved on August 30, 2011, from: https//kb.osu.edu/dspace/bitstream/handle/1811/32423/2_brown_paper.pdf

Butler, M.(1999). **Challenges Facing The Residential Care Services.** In: Journal of Family Studies, Vol 5(1), 116-120.

Chamberlain, P., & Reid, J.(1998). **Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders**. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 6, 624-633.

Chamberlain, P.(2003). **Treating chronic juvenile offenders: Advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model**. Washington, DC: American Psychological Association.

Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B.(2008). **Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects.** In: Prevention Science, Vol 9, 17-27.

Cohler, B. J.&Zimmerman, P(1997). **Youth in Residential Care: From war Nursery to Therapeutic Milieu.** In: The Psychoanalytic Study of The Child, Vol 52, 359-385.

Colyar, D.E.(1991). **Residential Care and Treatment of Youths with Conduct Disorders: Conclusions of a Conference of Child Care Workers.** In: Child&Youth Care Forum, Vol 20(3). 195-204.

Crosland, K.A., Cigales, M., Dunlap, Neff, B., Clark, H.B., Giddings, T.,&Blanco A.(2008). **Using staff training to decrease the use of restrictive procedures at two facilities for foste care children**. In: Research on social work practice, Vol 18, 401-409.

Crosland, K.A., Dunlap, G., Sager, W., Neff, B., Wilcox, C., Blanco, F.&Giddings, T.(2008b). **The**

Effects of Staff Training at the Types of Interactions Observed at Two Group Homes for Foster Care Children. in: Research on Social Work Practice, Vol 18(5), 410-420.

Cross, T.P., Leavey, J., Mosley, P.R., White, A.W.&Andreas, J.B.(2004). **Outcomes of Specialized Foster Care in a Managed Child Welfare Services Network.** In: Child Welfare League of America, Vol LXXXIII (6), 533-564.

Daly, D.L.,&Dowd, T.P.(1992). **Characteristics of Effective, Harm-Free Enviroment for Children in Out-of-Home Care.** In: Child Welfare League of America, 487-496.

Dosreis, S., McCulloch, J.R., Colantuoni, E, Barnett, S.R., Pruitt, D., Zachik, A.&Riddle, M.(2010). **Early identification of seclusion and restraint patterns during adolescent's course of residential treatment.** In: Residential treatment for children&Youth, Vol 23(3), 160-174.

Evans, J(1987). **Residential care of Youth: Convergent Versus Divergent Thinkers.** In: Journal of Adolescence, Vol 10, 255-267.

Foltz, R.(2004).**The Efficacy of Residential Treatment: An Overview of The Evidence.** In: Residential Treatment for Children&Youth, Vol 22(2), 1-19.

Frensch, K.M.,&Cameron, G.(2002). **Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth.** In: Child&Youth Care Forum, Vol 31(5), 307-339.

Freud, A.,&Burlingham, D.(1943). **Infants With-out Families: The Case For and Against Residential Nurseries**. In: The Writing of Anna Freud, Vol 3, 543-664.

Friman, P.C., Toner, C., Soper, S., Sinclair, J.&Shanahaan, D.(1996). **Maintaining Placement for Troubled and Disruptive Adolescents in Voluntary Residential Care: The Role of Reduced Youth-To-Staff Ratio.** In: Journal of Child and Family Studies, Vol 5(3), 337-347.

Friman, P.C., Jones, M., Smith, G., Daly, D.L.,&Larzelere,R.(1997). **Decreasing disruptive behavior by adolescent boys in residential care by increasing their positive to negative interactional ratios.** In: Behavior Modification, Vol 21(4), 470-486.

Garrison, D.&Daigler, G.E.(2006). **Treatment Setting for Adolescent Psychiatric Conditions.** In: Adolescent Medicine Clinics, Vol 17, 233-250.

Goren, S.(1991). **What are the considerations of the use of seclusion and restraint with children and adolescents?** In: Journal of psychological nursing, Vol 29, 32-33.

Green, L.&Masson, H.(2002). **Adolescents Who Sexually Abuse and Residential Accommodation: Issues of Risk and Vulnerability.** In: British Journal of Social Work, Vol 32, 149-168.

Green, R.W., Ablon, J.S&Martin, A.(2006). **Innovations: child and adolescent psychiatry: use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units**. In: Psychiatric Services, Vol 57, 610-612.

Hair, H.J.(2005). **Outcomes for Children and Adolescents After Residential Treatment: A Review of Research from 1993-2003.** In: Journal of Child and Family Studies, Vol 14(4), 551-575.

Hargrave, M.C. (1991). **Sexual Incidents in Residential Treatment.** In: Child&Youth Care Forum, Vol 20(6), 413-419.

Henriksen, A., Degner, J.,&Oscarsson, L.(2008). **Youths in Coercive Residential Care: Attitudes Toward Key Staff Member's Personal Involvement From a Therapeutic Alliance Perspective.** In: European Journal of Social Work, Vol 11(2), 145-159.

Holstead, J., Lamond, D., Dalton, J., Horne, A.,&Crick, R.(2010). **Restraint Reduction in Children's Residential Facilities: Implementation at Damar Services.** In: Residential Treatment for Children & Youth, Vol 27(1), 1-13.

Huefner, J. C., James, S., Ringle, J., Thompson, R.w.,& Daly, D.L.(2010). **Patterns of movement for youth within an integrated continuum of residential services.** In: Children and Youth Sevices Review, Vol 32(6), 857-864.

Hunter, J.A.(2010). **Prolonged Exposure Treatment of Chronic PTSD in Juvenile Sex Offenders: Promising Results from Two Case Studies.** In: Child&Youth Care Forum, Vol 39, 367-384.

Hussey, D.L.,&Shenyang, G.(2005). **Characteristics and Trajectories of Treatment Foster Care Youth.** In: Child Welfare League of America, Vol 84(4), 485-506.

Jones, C.D., Chancey, R., Lowe, L.A.& Risler, E.A.(2010). **Residential Treatment for Sexually Abusive Youth: An Assessment of Treatment Outcomes.** In: Research on Social Work Practice, Vol 20(2), 172-182.

Knorth, E.J., Klomp, M., Van Den Bergh, P.,&Noom, M.j.(2007). **Aggressive adolescents in residential care: a review of treatment requirements and models.** In: Adolescence, Vol 42, 461-485.

Leichtman, M.,&Liechtman, M.L.(1996). **A Model of Short-term Residential Treatment.** In: W.Castro (ed): Contributions to Residential Treatment, (103-109), Alexandria, VA: American Association of Children's Residential Centers.

Leichtman, M.(2006). **Residential Treatment of Children and Adolescents: Past, Present and Future.** In: American Journal of Orthopsychiatry, Vol 76(3), 285-294.

Leve, L.D., Chamberlin, P.,& Reid, J.B.(2005). **Intervention Outcomes for Girls Referred from Juvenile Justice: Effects on Delinquency.** In: Journal of Consulting Clinical Psychology, Vol 73(6), 1181-1185.

Levin, E.C.(2009). **The Challenges of Treating Developmental Trauma Disorder in a Residential Agency for Youth.** In: Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Vol 37(3), 519-538.

Macdonald, G.,&William, T.(2008). **Treatment foster care for improving outcomes in children and young people.** A Campbell Collaboration Systematic Review.

1. Magelen,(2008). **Perspectives on Residential and Community-Based Treatment for Youth and Families.** In: Magelen Health Services – Children Services Task Force. Retrieved on August 30, 2011, from: magellanofpa.com/media/225840/lehigh%20short%20term%20rtf_final.pdf

Masters, K.J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J.,&Benson, R.S. (2002). **Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescents psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint**. In: Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, Vol 41(2), 4s-25s.

Miller, J.A., Hunt, D.P.,&Georges, M.A.(2006). **Reduction of Physical Restraint in Residential Treatment Facilities.** In: Journal of Disability Policy Studies.

Mohr, W.K., Mahon, M.M.,&Noone, M.J.(1998). **A restraint on restraint: the need to consider the use of restrictive interventions**. In: Archives of Psychiatric Nursing, Vol 12, 95-106.

Nevin, D.A.(1993). **Staff Training Needs Around Sex Abuse In Residential Treatment.** In: Residential

Treatment for Children&Youth, Vol 11(1), 63-80.

Nunno, M.A., Marta, J.H.&Tollar, A.(2006). **Learning from tragedy: a survey of child and adolescent restraint fatalities**. In: Child Abuse&Neglect, Vol 30, 1333-1342.

Out of Home Care Policy (2010). **Out of Home Care Service Model : Therapeutic Secure Care Programs.** Retrieved on April, 2011, from: http://www.community.nsw.gov.

.Prescott, D.S.(2002). **Collaborative Treatment for Sexually Behavior Problems in an Adolescent Residential Care**. In: Journal of Psychology&Human Sexuality, Vol 13(3), 43-58.

Robertie, K., Weidenbenner, R., Barrett, L.&Poole. R.(2007). **A Super Milieu: using Superheroes in the Residential Treatment of Adolescents with Sexual Behavior Problems.** In: Using Superheroes in Counsling and Play Therapy, 143-168, New-York, NY, US: Springer Publishing Co.

Rosenker, D.(2000). **Gender Specific Adolescent Treatment. Retrieved on July, 2011, from:** www.ccsme.org

Rozalski, M., Drasgow, E., Drasgow, F.,&Yell, M.(2009). **Assessing the relationships among delinquent male student's disruptive and violent behavior and staff's proactive and reactive behavior in a secure residential treatment center. In:** Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol 17(2), 80-92.

Schmid, M.(2008). **Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions.** A Report in: European Psychiatric Review.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J.,&Fegert, J.M.(2008). **Prevalence of Mental Disorders Among Adolescents in German Youth Welfare Institutions.** In: Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health, Vol 2(2).

Scholte, E.M.,&Van Der Ploeg, J.D.(2006). **Residential treatment of adolescents with severe behavioral problems.** In: Journal of Adolescence, Vol 29(4), 641-654.

Sedlak, A.J.,&McPherson, K.S.(2010). **Youth's Needs and Services: Findings From the Survey of youth In Residential Placement.** In: Juvenile Justice Bulletin, April, 2010, 1-6.

Shapiro, J.P., Welker, .C.J.&Pierce, J.L.(2002). **An Evaluation of Residential Treatment for Sexually aggressive Youth.** In: Journal of Child Sexual Abuse, Vol 10(1), 1-21.

Sigrid, J. et al(2006). **Children in out-of Home-Care: Entry Into Intensive or Restrictive Mental Health and Residential Care Placements.** In: Journal of Emotional and Behavioral Disorders.

Southwell, J.,&Fraser, E.(2010). **Young People's Satisfaction with Residential Care: Identifying Strengths and Weakness in Service Delivery.** In: Child Welfare, Vol 89(2), 209-228.

Steckley, L.,&Kendrick, A.(2005). **Physical Restraint in Residential Child Care: The Experience of Young People and Residential Workers.** In: Children and youth in emerging and transforming Societies – International Conference June 29 – July 3.Steckley, L.(2010). **Containment and holding environments: understanding and reducing physical restraint in residential child care**. In: Children and Youth Services Review, Vol 32, 120-128.

Underwood, L.A., Barretti, L., Storms, T.L.,&Safonte-Strumolo, N.(2004). **A Review of Clinical Characteristics and Residential Treatment for Adolescent Delinquents with Mental Health Disorders.** In: Trauma, Violence&Abuse, Vol 5(3), 199-242.

Walker, E.C.&McCormick, D.(2005). **Current Practices in Residential Treatment for Adolescent Sex Offenders: A Survey.** In: Journal of Child Sexual Abuse, Vol 13(3), 245-255.

Whittaker, J.K.(2000). **Reinventing Residential Childcare: An Agenda for Research and Practice.** In: Residential Treatment for Children&Youth, Vol 17(3), 13-30.

Wilmshurst, L.A.(2002). **Treatment Programs for Youth with Emotional and Behavioral Disorders: An Outcome Study of Two Alternate Approaches.** In: Mental Health Services Research, Vol 4(2), 85-96.

Winnicott, D.W.(1958). **The antisocial Tendency.** In: Collected papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis, London: Tavistock Publications.

Zakriski, A.l., Wright, J.C.,&Parad, H.W.(2005). **Residential Care: From Here to Eternity.** In: International Journal of Social Welfare, Vol 14, 158-162.

Zeigler, D.(2001). **To hold or not to hold…is that the right question?** In: Residential Treatment for Children&Youth, Vol 18(4), 33-45.

Ziegler. D.(2004). **The therapeutic value of using physical interventions to address violent behavior in children**. In: The Child Welfare League of America's Children, Vol 13(4), 1-6.

Ziegler, D.(2007). **Appropriate and Effective Use of Psychiatric Residential Treatment Services. Retrieved on May, 2011, from**: http://scarjaspermountain.wordpress.com

אופק, א'(2006). **מחקר - תכנית הטיפול הקבוצתי בעבריינים מין מתבגרים.** מכון אופק לניהול ומחקר בע"מ.

ביבי, ו'; צ'יפמן, ת'; ובלנרו-אדיב, ר' (בכתובים). **חיבוק חזק ולא כואב - סיפורם של הילדים המוצאים מביתם.**

בן נתן, ש'(2000). **זמן שאול - סוגיות בקבלת החלטות לגבי ילדים בסיכון.** עריכה: בן נתן, ש', הוצאת עמותת "בית לכל ילד".

וויניקוט, ד.ו(1961). **סוגים שונים של פסיכותרפיה.** בתוך: "הכול מתחיל בבית", עריכה: וויניקוט, ק' ושפרד, ר', דביר הוצאה לאור.

כהן, י'(1989). **מן הפנימייה הטיפולית אל הטיפול הפנימייתי, הטיפול הפנימייתי כמרחב פוטנציאלי.** הרצאה במסגרת כנס פנימיות, אוניברסיטת ת"א.

כהן, י'(2005). **עקרונות פסיכואנליטיים בטיפול הפנימייתי בילדים.** בתוך: "הטיפול במרחב החיים", מוסד בני ברית, ירושלים.

כוכבי סמסליק, א'; סמדז'ה, נ'; מויאל, ח'(2007). **מסע החסות אל הנוער: תפיסת ההתערבות של רשות חסות הנוער.** הוצאת עמותת ענ"ב.