

## אפיונים ייחודיים בעבודה טיפולית בחלל פתוח - טיפולים באמנויות בבית חולים בילדי יחידת המודיאליזה

**מאת:** אסנת וינפלד יהודיין- מטפלת באמנות (MA), בית הספר שליד מחלקות הילדים במרכז רפואי שערי צדק ירושלים.

**מילות מפתח:** טיפול באמנויות בבית חולים, יחידת המודיאליזה לילדים, חלל פתוח, סטינג תרפויטי, מודל.

### מבוא

ביחידת המודיאליזה לילדים במחלקה הנפרולוגית שבמרכז הרפואי שערי צדק מטופלים כ-20 ילדים. הם חולים במחלה כרונית המכונה אי ספיקת כליות סופנית (אסכ'ס), שהטיפול בה הוא השתלת כליה. ההמודיאליזה היא שלב מעבר זמני ולא בריא אך מציל ומאריך את חיי הילד בעודו מצפה להשתלת כליה. לצד הטיפול הרפואי, מקבלים הילדים טיפולים באמנויות מטעם בית הספר שליד מחלקות הילדים במרכז הרפואי שערי צדק. היות ויש ילדים ומשפחות המצפים שנים להשתלה, ישנם טיפולים באמנויות הנמשכים שנים. טיפולים באמנויות נעשים בחלל הפתוח של היחידה להמודיאליזה, ללא קירות ובהעדר שקט. יש בכך אתגרים טכניים ורגשיים למטפל באמנויות, לילד המטופל ולצוות הרפואי הסובב אותו. למרות הספרות המחקרית בתחום טיפול באמנויות בילדים מאושפזים (Councill, 1999; Councill, 2012; Heath, 2005; ) (Malchiodi, 1999; Malchiodi, 2013; Rode, 1995 Russell, ) עדיין די מחקרים על טיפול באמנויות בחלל הפתוח (Johnson, 2008; 1999). לאחר שנות עבודה רבות בחלל פתוח בבית חולים, חלל רועש, בלי קירות או דלת, ואשר רוב הציוד בו הוא רפואי, וניסיונות למצוא מסגרת אופטימלית לעבודה, אציג במאמר זה מודל אפשרי לעבודה תרפויטית ולפיו אבחן עקרונות עבודה טיפוליים בחלל פתוח מסוג זה.

מטרת מאמר זה להציג את האתגרים העומדים בפני מטפלים באמנויות בסביבת עבודה טיפולית (סטינג) בחללים פתוחים ביחידה להמודיאליזה במרכז הרפואי שערי צדק ירושלים. ילדים המרותקים למיטות הטיפול הרפואי מקבלים טיפולים באמנויות מטעם מטפלים באמצעות אמנויות מצוות בית הספר שליד מחלקות הילדים במשך האשפוז היומי. במרכז הרפואי ישנם חדרים לטיפול רגשי, אך ילדים המרותקים למיטות אינם יכולים ליהנות מהם, והם צריכים שהמטפל יגיע אליהם ליחידה. החללים הפתוחים ביחידה תוכננו לנגישות הצוות הרפואי, ומטבעם הם רועשים ומלאי גירויים חושיים ממגוון סוגים. תנאים אלו אינטגרליים לעבודת המטפלת באמנויות בחלל פתוח, אך מנוגדים לצורכי הטיפול הרגשי, המטפלת והמטופל.<sup>1</sup> במאמר יוצג הפער שבין העקרונות הטיפוליים, הנתונים במרחב טיפול פרטי אידאלי שבחלל עבודה סגור בקירות ובדלת, לבין עבודה טיפולית בחלל פתוח. תוצע דרך לספק מרחב תרפויטי ובטוח ליצירה באמנויות בסביבת עבודה טיפולית בחלל פתוח בבית חולים. כמו כן, יוצגו דרכים ליישם עקרונות חדשים התואמים עבודה בחלל הפתוח ללא קירות, ללא פרטיות וללא שקט, כמו ביחידת המודיאליזה לילדים במרכז הרפואי שערי צדק ירושלים.

עבודה בחלל פתוח במודל המוצג להלן, יכולה להיות יעילה במיוחד בסביבת עבודה בבית חולים. ברור כי ללא פורמט טיפולי מותאם שכזה, לא יוכלו הילדים ביחידה להמודיאליזה לקבל טיפול רגשי כלל. במקביל, יכולה להיות במודל זה רלוונטיות לעוד מטפלים העוסקים בטיפולים באמנויות במרחבים פתוחים ולא שגרתיים. יחד עם זאת, יש לבחון כל מקרה לגופו ולזכור שמודל זה אינו תחליף לסביבת העבודה הקלאסית, אלא מובא כמודל אפשרי לסביבת עבודה בבית החולים כפי שמוצג במאמר זה. לעבודה רגשית בפורמט המוצע קיימים יתרונות, בעוד שהיצמדות למודל הקלאסי מובילה להתנגשויות בלתי פוסקות בין המטפלת והתפיסה הטיפולית, הארגון הרפואי והילד המטופל.

<sup>1</sup>המאמר כתוב בהתייחסות למטפלת בלשון נקבה, אך מיועד לגברים ולנשים במידה שווה. הילד המטופל כזכר, אך מכון לבנים ובנות במידה שווה.

(Warady, 2004). מצב זה יכול להתרחש כתוצאה מזיהום שנגרם לכליות על ידי חיידק מסוים, בעקבות פגיעה בכליות בתאונה, או בשל מחלות תורשתיות מסוימות.

במסגרת טיפול ההמודיאליזה, הילדים מגיעים לטיפול רפואי 3-4 פעמים בשבוע בממוצע ומחוברים למכונה המנקה את דמם למשך 4-5 שעות. הילדים המטופלים נמצאים במקומותיהם בכורסאות או במיטות, בהשגחתן הצמודה של אחיות היחידה. זהו תהליך קשה ומעייף.

למחלת אסכ"ס השפעה הרסנית על מערכות הגוף השונות (אורן ודרוקר, 1985). חלק בלתי נפרד ממנה הם סיבוכים רפואיים תדירים בשל ריכוז רעלנים, בצקות או לחצי דם משתנים. הילדים אינם מתפתחים בגופם, עצמותיהם פריכות, הם סובלים מבעיות לב, שיניים ועוד (Frishberg, 2006). במהלך התנהלות יומיומית, ילדים החולים באסכ"ס מוגבלים באיכות חייהם. נדרשת הקפדה מרבית בתזונה, בכמות הנוזלים בו ובמלחים (Eiser, 1985). לעיתים בלויים כגון ברכה או ים אינם אפשריים בשל הצורך להשאיר את מקום החיבור למכונה יבש. בית החולים הופך לחלק אימננטי מאורח חיי הילדים.

#### בעיות רגשיות וגופניות הקשורות להתמודדות עם מחלה

ישנם מאפיינים רגשיים שונים לאורך שלוש התקופות המאפיינות את הטיפול בהמודיאליזה. תקופת הכניסה ליחידה במצב של אסכ"ס, תקופת ההמודיאליזה והתקופה שבה נמצאה כליה מתאימה להשתלה (אורן ודרוקר, 1985).

כל התהליך משלב הדיאליזה ועד להשתלה, שהיא למעשה הכנסת איבר זר ומתפקד, אינו ניתן לחיזוי. לעיתים קרובות המשפחות והילדים שומרים על עובדת המחלה בסוד ולפיכך נאסר הדיבור על המחלה. נוסף על הבעיות הקשורות להתמודדות עם המחלה, ישנה ההתמודדות מול הקהילה הכוללת בעיות חברתיות בשל: היעדרות מבית הספר, שינויים במראה החיצוני ורצון לשמור על המחלה בסוד. מצבם הגופני הירוד מעורר אצל הילדים דאגה וחרדה גבוהים.

לאחר ההשתלה, ישנה לעיתים התמודדות הקשורה לכליה החדשה וקבלת איבר חדש של אדם אחר ולעיתים גם זר אל הגוף. כאן מתחילה ראשיתה של התמודדות חדשה עם אופן אחר של המחלה. ילדים מושתלים ממשכים ליטול תרופות לכל ימי חייהם ונשארים במעקב רפואי צמוד גם לאחר ההשתלה. למרות חשיבות הנושא, מיקוד המאמר הזה יהיה בנוגע לבעיות ולרגשות בשני השלבים הקשורים לתהליך ההמודיאליזה ופחות בנוגע לשלב שלאחר ההשתלה.

עקב הבעיות שתוארו להלן העומדות בפני ילדים החולים במחלה כרונית זו, נקבעות מטרות לעבודה הטיפולית של המטפלות באמנויות ביחידה להמודיאליזה ילדים שבבית

סביבת העבודה האידאלית לטיפול באמנות שואפת לתנאים המתאימים ביותר לטיפול רגשי, והם חלל המופרד מהסביבה בקירות ובדלת, המכיל ציוד הדרוש לטיפול, למשל חומרי יצירה או כלי נגינה, ואשר ניתן לשהות בו בשקט ובלא הפרעות מבחוץ. ואולם, בפועל לא תמיד אלה התנאים המצויים, ומטפלים באמנויות רבים מאלתרים ומנסים ללא הרף להתאים את סביבת העבודה לסטינג הרצוי. חוסר התאמה בין הרצוי למצוי יכול מאד לערער את מעמד הטיפול והמטפלות. צפויות להתרחש התנגשויות המסכנות את התהליך הטיפולי, המטפלת והמטופלים. במאמר זה אציע עקרונות טיפוליים חדשים ומאפיינים ייחודיים למסגרת עבודת הטיפול באמנויות המתרחשת בסביבת עבודה הבנויה כחלל פתוח, Open space, במחלקת המודיאליזה שבבית חולים. כמו כן אדגיש את ייחודו של הטיפול באמנויות בסביבת עבודה הבנויה כחלל פתוח.

### 1. המטופלים והתמודדות עם מחלת אי ספיקת כליות

#### סופנית

#### אוכלוסיית המטופלים

במחלקת המודיאליזה מטופלים כ- 20 ילדים, שגילם נע בטווח של 0-20. בית החולים ממוקם בירושלים, עיר בעלת אוכלוסייה מגוונת, והדבר ניכר בהרכב הטרונגי, דמוגרפי וסוציו אקונומי של הילדים המטופלים במחלקה (Oren & Drukker, 1987). ניתן למצוא במחלקה בין היתר ילדים המגיעים ממשפחות יהודיות וערביות (מוסלמיות ונוצריות), חרדיות אורתודוקסיות וחילוניות, וכן ילדים מן הרשות הפלסטינאית. לילדים תיתכן שפת אם עברית, אנגלית, ערבית או יידיש. ישנם ילדים הבאים ממשפחות ברוכות ילדים, ממשפחות נזקקות או ממשפחות אמידות יותר. לכך, השפעה ניכרת על התקשורת בין הילדים ומשפחותיהם ובין אנשי הצוות השונים, כולל המטפלות באמנויות. חלק מהאתגר המוצב בפני המטפלות באמנויות, הינו סביב מגבלות שפה ותרבות שונה, פער בציפיות של הצדדים השונים ורכישת אמון. טיפולים באמנויות מושפעים מן הרקע האישי, התרבותי והאמנותי השונה בתכלית השינוי שבין הילדים. לפיכך, גם ערכים והנחות מבוססי תרבות צריכים להילקח בחשבון בעת התנהלות תרפויטית במפגש בחלל הפתוח (Yehuda, 2002; Wheeler, 2010).

#### טיב המחלה- מחלת אי ספיקת כליות סופנית

אי ספיקת כליות סופנית (אסכ"ס) היא מחלה שמסכנת חיים ויכולה במקרים נדירים לגרום למוות. זהו מצב בלתי הפיך שבו הכליות מפסיקות לתפקד ולא מספיקות לסנן את הדם ולייצר שתן איכותי ובקצב רגיל (Gutch, 1999; Travis, 1976; )

נחיצות המחקר בתחום. לאור חשיבות הטיפול הרגשי לילדים החולים, הוא נערך על אף תנאי הסביבה הציבוריים והלא שגרתיים הללו, שהרי ללא הטיפול במצב הנתון קרוב לוודאי שלא היה מתרחש כלל.

המבנה האדריכלי של מחלקות בית החולים מעוצב כדי להתאים באופן מרבי לצרכים הרפואיים. עבור המטפלות הרגשיות תנאי החלל הרפואי, מנוגדים בתכלית לצרכי הטיפול הרגשי. לרוב, חלל הטיפול הרפואי אינו תחום בגבולות מסוגרים ומתוקף תפקידו מתאים לנגישות גבוהה של הצוות הרפואי. מורים ומחנכים מתאימים עצמם לתנאים הקיימים וכך גם המטפלות באמנויות.

יחידת ההמודיאליזה לאשפוז יום ילדים המתוארת במאמר זה בנוייה במתכונת של חלל פתוח open space. זאת, כדי לאפשר מרחב נגיש, הניתן לצפייה מעמדת האחיות (תמונה 1).



תמונה 1 – מחלקת הדיאליזה – חלל פתוח

בחלל הפתוח של היחידה נמצאים אנשי צוות רבים וביניהם: רופאים, אחיות, צוות כוח עזר, עובדות סוציאליות, דיאטניות, צוות ריפוי בעיסוק, צוות פיזיותרפיה, אנשי ניקיון, טכנאים ועוד. בחלל זה נמצאים גם אנשים נוספים: הורים, צוות בית הספר, ליצנים רפואיים, מתנדבים, ועוד. כפי שנתאר להלן, חלל פתוח זה מציב אתגרים משמעותיים בפני המטפלות באמנויות כדלקמן:

ראשית, הילד חייב להישאר בהשגחתם הצמודה של הצוות הרפואי, כדי שיהיה מעקב אחר התנהלות תקינה של המכונות והחיבור שלהן לגוף הילדים. לכן, מפגשי הטיפול באמנויות מתרחשים בחלל הפתוח שביחידה, בו נמצא הילד ואנשי הצוות השונים.

שנית, טיפול בהמודיאליזה מחייב ילדים בניחות בשיבה ולעיתים אף בשכיבה. לפיכך, מתבקש מן הילדים לשהות שעות

החולים. הצגת מטרות יכולה אולי להסביר עד כמה חשוב הטיפול הרגשי לאור העובדה שהוא איננו מסופק ממקור אחר.

## 2. טיפול באמנויות בבתי חולים

טיפול באמנויות לילדים ניתן בבתי חולים בעולם תחת מסגרות מגוונות ושונות. ישנם טיפולים פרטניים וקבוצתיים בחדרים סגורים ובחללים פתוחים. טיפולים באמנויות מוצעים לילדים באשפוז קצר ולעיתים במתכונת חד פעמית. התערבות מסוג זה היא טיפול רגשי בשעת חרום ויש מקום להרחיב על כך במאמר נפרד. בנוסף, ישנם גם מפגשים טיפוליים ארוכי טווח הנמשכים על פני שנים לילדים החולים במחלות כרוניות – כפי שאבחן להלן בטיפולים באמנויות בילדי יחידת המודיאליזה.

### בתי ספר בתוך בתי חולים

מכיוון שבבתי חולים בהם אוכלוסיית היעד היא ילדים, משרדי החינוך ובתי הספר המקומיים הם אלו שמציעים טיפול רגשי כחלק משרותיהם. משיחות עם מטפלים באמנויות ברחבי העולם עולה כי קיימות מסגרות מטעם משרדי החינוך המקומי המעניקות טיפולים רגשיים לילדים המאושפזים בבתי חולים.<sup>2</sup> לעיתים, אלו הם בתי ספר הממוקמים בחללי בתי החולים. כפי שניתן לראות באוסטרליה, בית הספר בשם Mater Hospital Special School ממוקם בתוך מבנה בית החולים. לעיתים, אלו הם בתי הספר האזוריים שבאחריותם גם הילדים המאושפזים בבית החולים הסמוך. ברומא, לדוגמה, בית הספר האיזורי שליד בית החולים, שולח אנשי צוות לעבוד עם ילדים בבית החולים עצמו.

בישראל, משרד החינוך נותן את שירותיו מתוקף חוק חינוך חינם לילדים חולים, התשס"א – 2001, בזמן אשפוז בבתי החולים בהם ישנן מחלקות לילדים ולנוער. בבתי חולים בארץ פועלות מסגרות חינוכיות בתוך שטחי בתי החולים. במרכז הרפואי שערי צדק ישנו בית ספר, הממוקם פיסית במחלקות הילדים. הצוות, משלים לילדים המאושפזים את חומרי הלימוד הנלמדים בבתי הספר שבקהילה. בית הספר שייך לחינוך המיוחד ונותן גם מפגשי טיפול רגשי לילדים ובכללם טיפולים באמצעות אמנויות.

### סביבת העבודה בסטינג של חלל פתוח - open space

#### ביחידת המודיאליזה

עבודה תרפויטית בחללים פתוחים ובמרחבים ציבוריים נפוצה ברחבי בתי החולים בארץ ובעולם (Luginbuehl-) (oelhafen, 2009; Malchiodi, 1999; Neale, 2010). נושא זה עדיין לא נחקר דיו בספרות המקצועית, ויש הדנים בסוגיות האתיות שמעלה עבודה טיפולית אינטימית במרחב עבודה שאינו פרטי. במאמר זה לא אעסוק בדילמות האתיות, למרות

<sup>2</sup> השיחות התנהלו בפורום של Medical Art Therapy a subgroup of Art Therapy Alliance

טכניות. הזמן של הטיפול התרפויטי גם הוא יכול להיות מאד חמקמק. ייתכן מצב בו לילדים אין יכולת גופנית לשתף פעולה לאורך מפגש קלאסי רגיל שמשכו כ-50 דקות לערך. לכן, מפגש עשוי להתבטל או להשתנות במשכו. **עקרון שלישי הוא שהמטפל מגיע אל המטופל ולא להפך**. מקורו בכך, שהילדים המרותקים למיטות אינם יכולים להגיע לחדר טיפולים מסודר. הצוות הטיפולי הוא שמבקר במקום מושבם. לילד המטופל אין יכולת לבחור אם הוא רוצה להגיע לטיפול והגעתה של המטפלת באמנויות מעמידה אותו במידה רבה בפני עובדה מוגמרת.

### 3. הגדרת המטרות לטיפול באמנויות ביחידת

#### המודיאליזה

ילדים במחלקת ההמודיאליזה חשופים לחדירה לפרטיותם ולגבולות גופם באופן תדיר, אם בטיפולים השבועיים ואם בהשתלת הכלייה המיוחלת. לעיתים ועל אף התנגדותם, הם נאלצים לעבור בדיקות ופרוצדורות רפואיות חודרניות. מעבר לכך, הציפייה היא שגוף זר, השייך לגוף אחר, יוחדר מבעד לשכבת העור המגן לתוך גופם. התייחסות תיאורטית אל הגבול העורי בעלת משמעות כשבאים לדון בחשיבות שמוטלת על הטיפול הרגשי בילדים החולים במחלת אסכי"ס. אוגדן ואנזייה היו בין התיאורטיקנים שהתייחסו להמשגת ההתנסות האנושית ברמה החושית דרך העור. בעמדה האוטוסיסטית-מגעית של אוגדן, ההתנסות התחושתית באמצעות העור היא אמצעי ליצירת משמעות בחוויה האנושית (אוגדן, 2010). במקביל אליו, אנזייה רואה בעור כבסיס ראשוני למערך ההגנה של הפרט (אנזייה, 2004). מצב זה, בו קיימת פריצה פיזית קבועה בגבול העורי של הילדים, מזמין התייחסות רגשית. תפקיד המטפלת באמנויות בבית הספר שבבית החולים הינו להגיע לעולמו הפנימי של המטופל באמצעות טיפול ברגשותיו ובכך להשפיע על מספר תחומים בחייו. התקווה היא שהילדים יבנו לעצמם את המשמעות הפנימית גם בעזרת חווית הטיפול באמנויות בבית החולים. ייחודו של הטיפול באמנויות בהיותו מקום לביטוי יצירתי בתהליך בעל איכויות הוליסטיות. לעיתים, מילים לא נדרשות והדבר מקל בסיטואציה שבה יש אנשים סביב. יצירה יכולה להיות חוויה מעצימה העומדת בניגוד לתחושת חוסר הוודאות שמלווה ילדים החולים באסכי"ס. בעת יצירה אמנותית הילד נדרש לבחור ולהחליט - אלמנטים המעודדים תחושת אוטונומיה וכבוד עצמי. אלו הם מרכיבים חיוניים במיוחד במצבים שבהם נדרש טיפול רפואי חודרני, שיכול לערער ולהטריד ברמה שבה הכל נראה כיוצא מכלל שליטה (Councill, 2012; Malchiodi, 2013).

טיפול באמנויות בבית חולים הוא גורם מוכר ומפתיע בו זמנית. ההפתעה היא בדיסוננס הטמון המתרחש בשימוש

ארוכות ללא תנועה ולעיתים ללא מעש, עובדה המקשה לעיתים על האינטראקציה במהלך הטיפול.

שלישית, היות והחלל הפתוח של היחידה אינו מקום המאפשר פרטיות, העבודה הטיפולית וכל שכן יצירות האמנות אינן אינטימיות או ברות פרטיות. פעמים רבות ישנן התערבויות של הסביבה במתרחש בטיפול או בתוצריו. לעיתים התגובה הסביבתית לתוצרים האמנויותיים היא בלתי נמנעת.

עבודה בחלל פתוח הינה אילוץ ואיננה המטרה כמובן. מאפיינים קלאסיים בטיפול האידיאלי מתנפצים נוכח ההתרחשות סביב. נסיון המטפלות לעמוד בהלך הרוח הקלאסי ועקרונותיו מעוררים התנגשויות חוזרות ונשנות בין המטפלת לסביבה ולמטופליה. יש מקום לדיון מחודש בעקרונות הטיפול הרגשי בחלל הפתוח האופייני לבתי החולים. להלן נעמוד על עקרונות חדשים ואופן העבודה, שמאפשרים למרות הכל את העבודה הטיפולית בחלל הפתוח. בטבלה (טבלה 1) ניתן לראות השוואה בין צרכי הטיפול הקלאסי והטיפול באמנויות במרחב העבודה הפתוח של בית החולים.

#### טבלת השוואת צרכים בין הטיפול הקלאסי ובין הטיפול בחלל פתוח ביחידת המודיאליזה במרכז הרפואי שערי צדק ירושלים

טיפול רגשי בבית חולים	טיפול רגשי אידיאלי
חלל פתוח - Open space	חדר אינטימי השואף לאפס הפרעות
רועש ובו ריבוי של הפרעות	שקט ובו אקוסטיקה מתאימה
המטפל מתאים עצמו לנתוני החדר	חדר מותאם ובו חומרים ושולחנות עבודה
ישנה קדימות לאקוטיות של המצב הגופני	ישנה קדימות לנושא הרגשי
המטפל מגיע למטופל	המטופל מגיע למטפל
זמן ומקום משתנים	זמן ומקום קבועים

טבלה 1

סטיג של חלל פתוח במרחב הרפואי מתאפיין בשלשה עקרונות טיפוליים מרכזיים. **העקרון הראשון הוא: העדר קירות, פרטיות ושקט**. המקום רושע: מכוונת ההמודיאליזה מצפצפות ומתריעות על כל שינוי שקורה. הילדים סביב מדברים, צועקים, לעיתים מתלוננים על כאבים או בוכים. הטלוויזיות דלוקות ולעיתים גם משחקי המחשב. אנשי הצוות מדברים, בוגרים אחראים והורים מסתובבים במקום, משוחחים ועוד. **עקרון שני הוא: זמן, משך ומקום הטיפול משתנים**. למרות ניסיון הצוות הרפואי לשמור על כמות אנשים מינימאלית במקום ומניעת כניסתם של זרים ליחידה, הצוותים בחלל הפתוח משתנים ביניהם תכופות. לעיתים מקום מושבם של הילדים, יום או שעת הטיפול הרפואי משתנים, בשל סיבות רפואיות או

מעולם בית החולים ככאב, תסכול וחוסר וודאות, יכולים לבוא לידי ביטוי, בייחוד כשיש קושי להמליל אותן. כשעלי (שם בדוי) הופך במשחק דמיוני לרופא מטפל, הוא לוקח על עצמו את התפקיד של בעל העמדה והידע. ברגעים אלה הוא זה שמחליט בדבר החלטות הרפואיות שצריך לבצע בבובה שלפניו. בכך מתמודד עלי עם ההכרח שבפעולות החודרניות שביצעו הרופא או האחיות בגופו רגע קודם לכן (תמונה 2).



תמונה 2 – ילד במיטת הטיפולים, בעת קבלת טיפול רפואי בהמודיאליזה

הורדת רמת הלחץ ושיפור התגובות לטיפול הרפואי  
אחת המטרות של טיפול באמנויות במסגרת בית החולים הינה הפחתת גורמי הלחץ שחווה הילד עם האשפוז. מחקרים מעידים כי ללחץ ישנה השפעה מזיקה מבחינה פיזיולוגית ונפשית (Saul, 2005). מנגנוני הגוף כגון דופק, לחץ הדם, קצב הנשימה ואף תפקוד המערכת החיסונית מושפעים מאד מלחץ. כך, ריפוי הגוף בעת לחץ, איטי יותר ואפילו תרופות עשויות להשפיע ברמה נמוכה יותר (Kiecolt-Glaser, 2005).

בספרות המחקרית ניתן לראות כי טיפולים רגשיים מפחיתים את הלחץ ואי הוודאות המתלווים לאשפוז ולמצב הפיזי האקוטי שילדים מצויים בו בהגיעם לבית החולים (Rubin, 1998). מחקרים הוכיחו כי טיפול באמנויות תרם לשיתוף פעולה של ילדים עם צוותים רפואיים המטפלים בהם ולהרגעתם לקראת פרוצדורות רפואיות (אייזן, 2011; Favara-Scacco, 2001). ביחידה ניתן לראות כי בעת עבודה עם ילד משתפרים לעיתים ערכי מדידת לחץ הדם ותוצאות הבדיקה מתייצבות ושלעיתים בדיקת דם מתבצעת ביתר קלות. יש מקום למחקר מאיר עיניים בתחום זה.

טיפול ומניעת טראומה סביב אשפוז בחווית הילד ובני משפחתו

הספרות המחקרית מראה שהעבודה התרפויטית עם ילדים בהתמודדות עם מחלה כרונית, מעודדת את שיתוף הפעולה של הילדים עם הסביבה החדשה ומצמצמת את הטרואומה הקשורה באשפוז לטווח ארוך (Favara-Scacco, 2001). מטרה מרכזית

בחומרים מוכרים שמלכלכים או מרעישים בפוטנציה, דווקא בסביבה שנתפשת כמקום סטרילי ושואף לסדר, ניקיון ושקט. הארוע המזמן חיבור בין המוכר והסביבה הלא צפויה בעיני הילד מעודד לקראת המפגש הטיפולי. ההדגשים בטיפול קשורים הן לארגון הרפואי והן לחינוכי. להלן אתייחס למטרות עיקריות בטיפול באמנויות בילדים החולים באסכ"ס:

#### ביטוי רגשות הקשורים בקבלת עובדת המחלה

מטרה מרכזית ראשונית הינה התמודדות עם אבדן הכליות, אבדן הבריאות ולמעשה אבדן החיים הנורמטיביים, כפי שהיו מוכרים עד כה. זהו שינוי מהותי בחייו של הילד. בשלב הראשוני של המחלה זהו שלב של הלם, בדומה לשלב הראשוני בתהליך עיבוד טראומה, בו המציאות נתפשת ללא הפנמה והתגובות הרגשיות עשויות להיות קיצוניות וספונטניות (גרנות, 2004). במפגשי טיפול באמנויות ניתן ביטוי לרגשות הקשורים בקבלת המחלה הכרונית וסיבות לקיומה. עיבוד התהליך בצורה סובלימטיבית באמנויות מאפשר התייחסות למציאות החדשה.

אתאר שני מקרים בהם קיים ביטוי לתסכול ולכעס באמצעות חומרים ויצירה בתוך התהליך הטיפולי הקשורים בקבלת עובדת המחלה: עם כניסתו של ילד קטן בשם משה (שם בדוי) להמודיאליזה, הוא היה נתון בזעם מתמשך בלתי ניתן לריסון. הוא בכה וצרח שעות ארוכות תוך כדי טיפול ודבר לא הרגיע אותו. עם ההתקדמות של התהליך הטיפולי יכול היה משה להביא עצמו מפעם לפעם לכדי ציור של תסכול ועצב שמילאו אותו והיה ממלא דפים גדולים במשיחות מכחול שחורות בגואש. צילה (שם בדוי) ביטאה את תחושת הביטול העצמי כשציירה דמות של ילדה שאותה חזרה ומחקה שוב ושוב לכדי בלילת צבע מרוחה ומעורבת.

לעיתים, מתעוררות בושה ומבוכה מדבר קבלת המחלה בקרב הילדים והמשפחות. רגשות אלו עלולים לעכב את הלגיטימציה לביטוי רגשי סביב הנושא, לרבות התנגדות למצב הרפואי, כעס על אבדן הבריאות או מרד. אצל ילד החולה באסכ"ס מרד יכול להיות איום ממשי כששתייה בלתי מבוקרת עשויה להיות מקור לבצקות בחלקי גוף חיוניים. כאן העבודה בחלל פתוח הופכת ליתרון. היא מאפשרת לילדים שרק מגיעים למחלקה לחזות ולהתוודע לביטוי רגשי של אחרים. עם הזמן לומדים הילדים לעשות מרחב לעצמי והמשפחות נחשפות ללגיטימציה להבעת רגשות אינטימית של ילדיהן ולביטוי פומבי של רגשותיהם.

#### התמודדות עם כאב פיזי

לעיתים יצירה, פעילות אמנותית ודמיון מודרך מאפשרים הקלה מידית על הילדים בסבלם וכאבם. המרת חוויות חושיות

הגופני (Cameron, 1984; Rode, 1995; Waller & Sibbett, 2005). דימוי הגוף של אלו החיים עם אסכיס הוא נושא רגיש. מלווים בו שינויים דרמטיים המורגשים לכל, במשקל, גובה, במראה העור ובצלקות מפרוצדורות כירורגיות (Fleming, 1998). הילדים רגישים יותר והמראה החיצוני שלהם משתנה. לעיתים נפחות, גוון עור אפור, ומוגבלות בלבוש בשאיפה להסתיר את החיבורים למכשיר שהותקנו בגופם מהווים נקודת התייחסות בטיפול. זהו נושא שכמובן מקרין גם על הדימוי העצמי של הילדים. מרגע ההזדקקות להמודיאליזה, התהליך הרפואי הוא מיידי. אין זמן הסתגלות. בגופם של הילדים חלים שינויים גופניים.

מחקר בנושא שילוב ילדים חולים במחלות כרוניות במערכת החינוך חושף את העובדה כי דימוי גוף שלילי פוגע במרכיבים בסיסיים והכרחיים ללמידה: ערנות, יכולת ריכוז ורמת האנרגיה של הילד, שנדרשות לביצוע משימות או מטלות קוגניטיביות (איזנברג, 2012).

מטרת המטפלות באמנויות היא להתמודד יחד עם הילד עם השינוי ועם המראה החריג של גופו, בעבודה על דימוי גוף שלילי ובסכמות גופניות השונות משל ילד בריא.

#### התמודדות עם דחיית סיפוקים

ילדים החולים במחלות כליה סופניות מתמודדים עם מגבלות ואיסורים רבים. בעזרת האמנות יכולים הילדים להביע את מאוניהם בעשייה והתשוקה למזון ולשתייה עוברת סובלימציה ביצירה. בעזרת טיפולים באמנויות ניתן להתמודד עם השליטה הפיזית הנדרשת בהתמודדות עם דחיית סיפוקים שונים בחיי היומיום במחלה כרונית זו (Constrada, 1999). המקרה הבא מדגים את הנושא: אבי (שם בדוי) מבקש מים מאמו שמסרבת לבקשתו בשל האיסור הרפואי. הוא צועק, זועם ובוכה. כשאני מציעה משחק במים ובצבעים הוא מצליח להמיר את התשוקה למים בחוויה חושית שבה הוא נוגע, מרגיש ומשחק במים, במקום לשתות אותם (תמונה 3).



תמונה 3 – משחק במים במיטת הטיפולים

היא טיפול ומניעת הטראומה עקב אשפוז בבית החולים והמעבר למעמד הילד כחולה כרוני. כיום ידוע כי תמיכת בני המשפחה, הקהילה ומשאבים נפשיים הם שמעודדים את כושר ההתאוששות בקרב ילדים העומדים בפני חוויות טראומטיות (Malchiodi, 1999; Rak & Patterson, 1996).

הבעה באמנות עשויה להחזיר רמה מסוימת של שליטה בעצם הבחירה והיצירה העצמאיים (Malchiodi, 1999), הורדת רמת אי הוודאות והעלאת תחושת הביטחון מתאפשרת באמצעות עיבוד התכנים הפנימיים ולקחת החלטות. בחירת חומרים וכלים מן המגוון המוצע בידי המטפלות באמנויות הוא תהליך יוצא דופן בסביבה הרפואית, בה לרוב אין לילד את הפריבילגיה לבחור. מעצם זכות הבחירה כבר מתרחשת העצמה. הן המשפחות והן הילדים ערים לתשומת לב המוקדשת לחווייתם הרגשית בבית החולים. הם מבקשים אותה ונענים לה.

#### חזרה לתפקוד היומיומי בקהילה

מטרה נוספת של הטיפול באמנויות מתמקדת באספקטים הרגשיים הקשורים להחזרת הילד למצב קרוב ככל האפשר לתקין תוך הוצאתו מן המצב האקוטי בו הגיע לבית החולים. הטיפול מעודד את הילד לקרבה אל חבריו בקהילה ולאירועים המתרחשים בה באופן תדיר.

מצבי לחץ משפיעים על המוח וכתוצאה מכך נפגמות החשיבה הרציונאלית, היכולת האנליטית ותפקודים קוגניטיביים שונים (אייזן, 2011). כאשר פוחתים גורמי הלחץ, הילד מסוגל לפנות את מרצו למטלות קוגניטיביות ולימודיות (איזנברג, 2012). הורדת לחץ נדרשת ביחידת ההמודיאליזה לטובת שיפור התגובות לצורך התנאים הנדרשים ללמידה. שנעשית מטעם בתי הספר של משרד החינוך בבתי החולים. באופן זה, מושגת מטרה חשובה נוספת: שמירה על התנהלות יומיומית נורמטיבית. כך, טיפולים באמנויות תומכים גם בפניות ללמידה בבית הספר בבית החולים ובקהילה.

#### חיזוק הביטחון העצמי

המפגש בין המטפלת באמנויות והילד הופך לאירוע אחר מסוגו במסגרת השהות בבית חולים. עם ההישנות והקביעות של המפגש הטיפולי ובהיותו אירוע יוצא דופן ומאפשר באווירת בית החולים, נבנית תחושת ביטחון בטיפול ובאורחותיו. הם מרוממים את הילד ומחזקים את ביטחונו העצמי. הילד חווה את נוכחות וקשב המטפלת בזמן המפגש התרפויטי. במרחב האינטימי ביניהם הוא מבין כי בקשותיו תענינה והוא יהיה מוכל למרות רגשותיו וכעסיו.

#### התמודדות עם דימוי גוף שלילי

כניסה לאשפוז ביחידה משפיעה על דימוי הגוף ומגדילה באופן מוחלט את תחושות הפגיעות וחוסר השליטה על המראה

שאלות רבות בנוגע לאופן ואופי העבודה. כיצד יוצרים מרחב מוגן שבו יכול להיווצר קשר אינטימי בין מטפל ומטופל ללא קירות וללא שקט? מה עושים כשהיצירה חשופה בפני הסביבה ואין כל פרטיות? כיצד נעשית עבודה יצירתית שאינה על שולחן וכסא, פן ציור או רצפה אלא במיטה? כיצד שומרים על תהליך ואיך מתייחסים לכך שטיפול נערך למרות שהזמן והמשך אינם קבועים, או למרות ההפרעות הרפואיות באמצעו? למרות מגבלות הסטינג והאילווצים בתנאי השטח, אני רוצה להתייחס ולהציע להלן מודל לעבודה תרפויטית. ייחודו בטכניקות ובגישות שיכולות לאפשר שמירה על הגבולות הטיפוליים, יצירת מרחב פוטנציאלי ליצירה, המשכיות התהליך של הטיפול הרגשי בחלל פתוח.

נחלק את חלל היחידה לשני מרחבים מדומים השונים במהותם: המרחב הרפואי של היחידה כולה והמרחב המצומצם בו מתרחש הטיפול באמנויות. מרחב היחידה יקרא לצורך העניין "חיצוני" והמרחב בו מתרחש המפגש ייקרא "פנימי". המרחב הראשון מכיל למעשה את השני. המרחב התרפויטי הפנימי מצטמצם לאזור מיטת הילד ומוגבל בניידות הילד, המטפלת וצידה. במשך הטיפול באמנויות נפרדים שני המרחבים לשתי מציאויות מקבילות. המציאות ה"פנימית" מקבלת טווח הגדרה מדומה שאינו מתבסס על מבנה ארכיטקטוני. האינטימיות בו מושגת על ידי שלושה מרכיבים מרכזיים והם: התנהלות המטפלת, צידה והקשר שבין המטפלת ומטופליה. קודים התנהגותיים המתרחשים במציאות ה"פנימית" מצהירים על זמן בו מתבצעים היתרים ואיסורים שונים. בכך נוצר גבול שאיננו מוחשי המפריד בין מציאות אחת לשנייה. להלן נתייחס לקודים התנהגותיים אחדים:

#### התנהלות המטפלת

יצירת גבול המפריד בין המציאות במפגש למציאות בית החולים חשובה במידה רבה גם בחלל הפתוח, אך השגתו היא בדרכים ייחודיות.

#### *תשומת לב לנכונות ויכולת הילד לקראת המפגש הטיפולי*

חשיבות מרכזית ביצירת המרחב הפוטנציאלי בחלל פתוח טמונה בהתנהלות המטפלת במרחב המחלקה בבית החולים עוד בטרם המפגש הטיפולי. היות והמטפלת היא זו שמגיעה למיטת הילד ולא להפך, עליה מוטלת האחריות בבחינת ההסכמה למפגש ובמידת הצעת שירותיה מבלי שהדבר יחוה כחודרני מדי או אפילו כתוקפני. ברוב המקרים, ברורה הצפייה והרצון לקראת המפגש. אולם לעיתים נתקלים במצבים שבהם הילד אינו מעוניין במפגש והוא מבהיר זאת למטפלת. הסיבות לכך יכולות להיות נעוצות במצב פיזי כאוב או ירוד שאיננו קשור בהכרח ברמת הציפייה שלו למפגש הטיפולי. לכן, במקרה

#### התמודדות עם בעיות חברתיות

הטיפול דורש נוכחות בבית החולים לשעות רבות - לעיתים על חשבון זמן בית ספר. חיסורים אלו משפיעים לרעה על תקשורת הילדים עם בני גילם והיא עשויה להראות להם לא טבעית ומסובכת. בטיפול ניתן לעשות סימולציות של בעיות חברתיות ולפתור חלק מהן.

#### היכרות עם המקום הבריא

מטרה חשובה במעלה היא דווקא היכרות וחיזוק המקום הבריא. בעת עשייה נורמטיבית ביצירה ניתנת לילד האפשרות לעשות החלטות ולבצע אותן, ליצור משהו שלולא ההזדמנות במפגש הטיפולי, לא היה מבצע וליהנות ממוצר מוגמר שעשה בעצמו. מבט שכזה על עצמו מחזק בעיני הילד את היכולות שלו, את הביטחון העצמי ותחושת השליטה העצמית. בעבודת היצירה ישנן שימור והעצמה של היכולות.

#### התמודדות עם השתלה והכליה כאיבר זר ולא מוכר

ההתמודדות הטיפולית באמנויות מתמקדת ברגשות העצמתיים המתרחשים נוכח הציפייה הארוכה לקראת ההשתלה, כשחבריהם ליחידה "זוכים" בכליה תואמת. החששות מפני כשלון הניתוח והשמחה לקראת חיים ללא דיאלוזה, צריכים להיות מדוברים, כמו גם הפחדים מפני הסרת חלקי החיבור שהותקנו בגופם לטובת תהליך ההמודיאליזה ושאין בהם צורך יותר. לאחר ההשתלה מתחילה ההתמודדות עם לקיחת תרופות בקביעות, ובהעדרן מרחפת סכנת דחיית הכליה המושתלת. קיימת גם דאגה שמא הכליה המושתלת תידחה ואז תמשך תקופה בלתי מוגבלת בהמודיאליזה.

מטרות הטיפול בבית חולים בילדי מחלקת המודיאליזה מכתיבות את העמדות והגישות הטיפוליות. נוכח המטרות הללו עומד הטיפול בבית חולים באור השוור את ההתמודדות הרגשית והגופנית של הילדים במארג אחד. דילמות וקשיים התפתחותיים רגילים יכולים להיות מושפעים באופן ישיר מהמחלה. כמו כן, למחלה שלבי התפתחות עצמאית מבחינה רגשית בחיי הילדים. הכוונה היא לכך ששלבי אבדן ואבל: שלב ההלם, השלמה עם האבדן והתארגנות מחדש, קיימים גם בנוגע לאיבר הגוף שחדל לתפקד (גרנות, 2004). במסגרת המגבלות שהצגנו לעיל, עבודה תרפויטית בחלל הפתוח אינה מובנת מאליה. תנאי עבודה בחלל הומה ורועש אינם משנים את המטרות אלא מבהירים את הצורך בהגדרתן.

#### **4. מודל לטכניקות ולגישות בעבודה התרפויטית בחלל**

#### **הפתוח ביחידה להמודיאליזה ילדים**

טיפול באמנויות מתרחשים מכיוון שקיים צורך בטיפול רגשי בקרב ילדים המטופלים ביחידת המודיאליזה. יחד עם זאת, נוכח העבודה הטיפולית המתנהלת בחלל פתוח, עולות

רפואית שהופכת להיות סטודיו נייד לאמנות. המקום שבו מונח הציוד, הופך למרחב יצירתי תרפויטי למרות הימצאותו בחלל פתוח. "חדר היצירה" מובא אל הילד המטופל ולא להפך, כפי שקורה בטיפול הקלאסי. העגלה עמוסה במגוון חומרי יצירה, חומרי מחזור, בובות או כלי נגינה, כלי הקשה, מערכות מוזיקליות חשמליות ועוד (תמונה 4).

רב כוחו של המרחב הנוצר באמצעות קודים התנהגותיים ומרכיבים הנבדלים מהעולם הרפואי שסביב. מיד עם הכניסה של העגלות העמוסות בציוד "אחר" לחלל הפתוח, נוצרת הצהרת כוונות המזכירה את העולם המוכר והידוע לילדים מן החיים הנורמטיביים שמחוץ לכתלי בית החולים והיא מעוררת עניין בילדים.



תמונה 4 – עגלת ציוד של מטפלות באמנויות

בכל מפגש וכמובן בהתאם לרצונו ולרגשותיו, בוחר הילד חומרים מן העגלה שלפניו. הכוח בשליטה ובבחירה באותם הרגעים נמצא ברשותו. לכך יש חשיבות עצומה ביחס לתחושת אי הוודאות שרוחשת סביבו מן העולם הרפואי. ההבנה שהמטפלת היא דמות בעלת תפקיד אחר, שאינו מכאיב או פולשני בצורה פיזית, נעשית במהרה. דמות המטפלת והעגלה המיוחדת שלה יוצאי הדופן, מאפשרים קשר שבו לילד יש לגיטימציה לבחור, להפעיל מניפולציות ולהחליט כרצונו. בתהליך ארוך ניתנת בידי הילד האפשרות לביטוי עצמי ואישי. בנקודה זו ואילך מתאפשרת סובלימציה של התכנים הפנימיים, עיבודם והעלאתם לכדי עבודה יצירתית בקשר מאפשר ובטוח.

*יצירת מרחב ליצירה באמצעות אביזרים המותאמים לבית*

#### חולים

בדומה לטיפול בסטינג הקלאסי, האמון כלפי המטפלת נרכש באמצעים שונים, ביניהם מתן פורמט לביטוי אמנותי כזה, שנעדרות ממנו המילים המדוברות. בטיפול שבו מילים מועתקות לחומרים ולצלילים ככל שהמגוון רחב יותר, כך אוצר המילים גדול יותר. הנגשת חומרים היא גם חלק מבניית יצירת מרחב בטוח ליצירה.

שכזה, על המטפלת לכבד את החלטתו לאותו הרגע ולסגת ממקום מושבו. יכולת שליטה בהחלטה לקבל או לא לקבל טיפול נותנת לילד כוח - כלי שליטה שלו במצב חוסר הוודאות בו הוא נמצא בבית החולים. יחד עם זאת, אסרטיביות עדינה וערנית מצד המטפלת למפגש, יכולה לעודד לעשייה ברוכה במועד אחר במשך היום. המטפלת יכולה להציע את המפגש שוב מאוחר יותר, שכן המצב הפיזי יכול להשתפר.

כבר מן המפגש הראשוני לקראת הטיפול הרגשי נבנית התחושה שבה הילד חווה בטחון ואמון במטפלת, שיתפתח לחוויה אוטונומית עצמאית. תחושה זו נבנית בשל הניסיון הקודם של הילד וזיכרון יכולת הבחירה שחווה או צפה בהם מתרחשים בטיפולי הילדים האחרים שבמחלקה. מעצם הבחירה של הילד במפגש מתחילה הבהרה לא מילולית לגבי המרחב הפוטנציאלי (וויניקוט, 2004) שבין מה שמחוץ אל פנים הטיפול, בין המציאויות השונות המאפיינות אותן והמרחב הפוטנציאלי היצירתי שמחזיק את החלל התרפויטי. כאן, לטענת ביון, טמונה ראשיתה של התפתחות יכולת הכלה רגשית במרחב הנפשי של הילד בין המטפל והמטופל בטיפול, המובילה לגדילתו הרגשית (Connolly, 2006).

#### *ערנות למצב הגופני והבריאותי בזמן מפגש*

על המטפלת באמנויות לגלות ערנות ולהתאים את משך המפגש למצבו הפיזי הרפואי של הילד ברגע הטיפול. משך המפגש חייב להיות פתוח לשינוי, מכיוון שקיימות סיטואציות שונות לפיהן יש להפסיק את המפגש התרפויטי באמצע או לא להתחיל אותו כלל. יוזמה אמפתית זו מצד המטפלת באמנויות מעניקה לגיטימציה לרגשות הילד ונותנת לו את התחושה שרואים ומקבלים את קשייו בהתמודדות עם המחלה.

בשונה מן הטיפול הקלאסי, שבו אין צורך להסיח דעתם של המטופלים, בבית חולים טיפולים באמנויות עוזרים לילדים להסיח את דעתם מהכאב הפיזי, ממתן תרופות או מבדיקה רפואית. הילדים נעזרים בטיפולים הרגשיים כדי להתגבר על תחושות של כאב, בחילות, חוסר סבלנות להמשך הטיפולים הרפואיים ועוד. מתן טיפול רגשי לעיתים בזמנים לא קבועים או מדודים מראש, תורם לילד, לצוות הרפואי, להורים ולתהליך הרפואי.

#### ציוד ויצירה

ברור כי בחדר היצירה הקלאסי יימצא ציוד. בחלל הפתוח יש להתייחס גם לכך בפתרון יצירתי כשמתמודדים עם פתרון המקום, טווח היצירה ושמירת התוצרים האמנותיים.

#### *ניידות הציוד*

נייחות הילדים במחלקה הפתוחה דורשת פתרון יצירתי לכדי יצירת "חדר טיפול באמנויות". במקום ציוד בחדר מיועד, הופך הציוד לנייד. ניתן לעשות זאת באמצעות עגלת ציוד



המוצרים האומנותיים בחלל הפתוח של היחידה – והעדר

#### הפרטיות

היות וכל הטיפולים באמנויות מתרחשים במחלקת ההמודיאלוזה במקביל לטיפול הרפואי ולכן ללא יכולת הסתרה, ההתרחשות היצירתית הופכת לנגישה לכל הסביבה. זהו אתגר למטפלות באמנויות מכיוון שזהו תהליך שבבסיסו אמור להיות אישי וסודי. התהליך כולו ולעיתים גם העבודה היצירתית שאמורה להיות פרטית ומסווגת, מושכת לעיתים תגובות והערות מהסובבים. ריכוז מוחלט ביצירה והתעלמות מכוונת מהערות, מאפשרת ניתוק מהסביבה ומהערותיה. עם הזמן והכרות העבודה התרפויטית במרחב הרפואי, הופכים הצוותים השונים לשותפים פעילים בשמירה על הפרטיות ומתגייסים למענו. עבודת צוות של מטפלות באמנויות עם הצוותים הרפואיים, החינוכיים והסוציאליים, מובילה למענה היקפי מערכתי בילד. בעזרת שיתוף פעולה זה ומאמץ הצוות להענקת הפרטיות למרחב ה"פנימי" בו מצויים המטפלת והמטופל, נולד מרחב פרטי פוטנציאלי.

בהשוואה שנעשתה בעבודתם האמנותית של ילדים החולים במחלת אסכ"ס, מול קבוצת בקרה, בולטת מצוקתם הנפשית הרבה של הילדים החולים באסכ"ס (אורן ודרוקר, 1985). על אף שהמוצר היצירתי איננו בר פרטיות, ניכר בעבודות הילדים כי הם עוברים תהליך אישי, פרטי ונוקב שאינו נופל מיצירה שהיתה נוצרת בחדר סגור. לעיתים קרובות ההבעה העצמית ביצירתם הינה בעצמה רגשית, אינטנסיבית ועמוקה ממש בדומה למראה המטלטל של הטיפול הפיזי, בו דמם זורם בצניורות חיצוניים. הפרשנות והתפיסה הפסיכותרפויטית של המטפלות ביחס לעבודות שנוצרות באמנויות מבדילות את ההתרחשות בטיפול מהסביבה. תשומת הלב מופנית לתהליך הטיפולי, ומתנהל מעקב אחרי הרצף שבו מבהירים את הדילמות, הרגשות והמאווים של הילדים ביחידה.

בדומה לדברי שבריאן (Schavarien, 1999), גם בעבודה התרפויטית בחלל הפתוח הופכת היצירה בטיפול למרחב נפרד, אישי, של המטופל בו הוא יכול לחקור ולפתח את מיומנויות מערכות היחסים בחייו. היצירה, לדבריה, משמשת בטיפול כמרכיב מעצב לכדי מעבר מתכנים לא מודעים לגישה מודעת של הפרט לעצמו.

#### שמירת התוצרים האמנותיים

בדומה לטיפולים הקלאסיים, נשמרים התוצרים האמנותיים ברובם לפרק זמן לאחר המפגש. הם נשמרים במקום מוגן במשרדי בית הספר. במקביל הם מתועדים בצילום ממוחשב. כשהילדים מבקשים לקחת עבודה שנעשתה בטיפול, לעיתים ניתן לכך אישור ולעיתים עליהם להחזירה.

בחלל הפתוח הרפואי ה"חיצוני" יש להתחשב באחרים, לא להרעיש, לא ללכלך מיטה רפואית וכיו"ב. התפקיד מוטל על המטפלת שנדרשת ליצירתיות בהצעת סביבה ליצירה. המרחב ה"פנימי" שאותו הגדרנו קודם לכן בחלל המחלקה, נוצר גם בעזרת מה שמותר ומה שאסור לעשות בו בזמן המפגשים באמנויות לעומת הזמן השוטף של הטיפול הרפואי. השימוש בעזרים מותאמים מספק את המרחב הפוטנציאלי ואת בנייתה של החוויה האוטונומית העצמאית בקרב הילד בטיפול ואת גדילתו הנפשית. לפיכך, כשמטפלת באמנויות מגיעה למיטת הילד, אז לילד מותר לצעוק ברמקול, להרעיש בכלי הקשה או להכות בפטיש, ללכלך בצבעים או בחול וכיו"ב, על אף שהוא למעשה מרותק למיטת טיפול רפואי ומחובר למכונה. למרות שישנן ניסיונות נרמול של הסיטואציה הטיפולית, עדיין במהלך מפגש תרפויטי בחלל פתוח נדרשת לעיתים סובלימציה מאופקת. בטיפול במוזיקה נעשה שימוש באזניות ובטיפול באמנות יצירה על מגשים מיוחדים בעלי דפנות גבוהות, סינרים מלאים ושולחנות מיטה. כך, מותר לעבוד בחומרים מלכלכים או לשחק במים בביטחון מבלי להירטב לגמרי. בהתאמת הסביבה הרפואית למרחב ליצירה, הופכת יצירה טריוויאלית לבעלת משמעות המאפשרת תחושת העצמה וביטחון. ניתן להתמודד גם עם אתגר שבו הילדים מחויבים להישאר בשכיבה ואז, ניתן להשתמש גם במשטח עם אטב המשמש בבית החולים לחיבור גיליון חולה לצד המיטה (תמונה 5).

קשר מטפלת מטופל הופך לכה שאיננו מבוסס על יחסים רפואיים או הוריים, אינו נובע מכאב או מסבל אלא מבוסס על היבטים חיוביים ויכולות של הילד. בעת הטיפול באמנויות, התחושה היא שמתרחש אירוע יוצא דופן המציע חוקים אחרים ונוצר קשר אחר בין הילד למטפלת ובינם לסביבתם.



תמונה 5 – יצירה בשכיבה

בעלת מסר נחוש: "זהו רגע אינטימי, הימנעו מהפרעה". ההקשר הוא בניית מקום מגן או סביבה מכילה, שתוכל לאפשר את העבודה של הנפש בעת הטיפול. בכך, הופך החלל הטיפולי ה"פנימי" ומדומה למקום קדוש המכונה "טמנוס" (באומן, Siegelman, 1990; 2002). באזור המפגש בו מתנהלת העבודה התרפויטית, מתרחשת הטרנספורמציה של תכנים לא מודעים למודעים ולמציאת המוקד האישיותי - הוא העצמי - Self. על פי התפישה היונגיאנית המשווה למעשה אלכימאי, האדם עובר תהליך התפתחות כשהוא מכיל את הניגודים שבין הלא מודע והמודע לכדי אינדיבידואליזציה. חשיבות רבה מונחת בראייה זו, בהכלת החלל הטיפולי, כמו גם באווירה רגשית מתאימה ובקשר שבין המטפל והמטופל. אלו הם אלמנטים מרכזיים המאפשרים את הקשר התרפויטי ואת התנאים האופטימאליים לכדי סימבוליזציה (Abramovitch, 1997).

שמירת המרחב התרפויטי מתייחסת גם לאחזקת הזיכרון של רצף הטיפולים לאורך זמן, מפגישה לפגישה. שמירת תוכן המדובר או הנעשה מובא בידי המטפלת בעת הצורך לטיפול ומאפשר התייחסות לשינויים ולמטרות שהוצבו לטיפול.

#### *הילד שותף בתהליך להשגת פריטות*

בפורמט של הטיפול בחלל הפתוח, מתרחשת סיטואציה שאיננה נפוצה בחלל האופטימלי שבחדר סגור. הניסיון מראה כי לרוב בטיפול שבחלל הפתוח, הילד עצמו לוקח חלק בשמירה על הקירות המדומים של המרחב הטיפולי. הוא מתעלם מהמכשירים שסביבו (כולל מחשבים וטלוויזיות!), מרעשים או מאנשים שאינם הכרחיים לרגע המפגש. לעיתים, הוא אף מבקש מהסביבה במילים שלא להפריע בזמן המפגש. זהו ביטוי יוצא דופן בו המטפלת והילד אחראים יחד ליצירה ולשמירת הסביבה הטיפולית. הם נוכחים יחד בתוך חלל בינאישי משותף ומדומה לכדי שמירה על הקשר התרפויטי שבהמולת המרחב החיצוני הרפואי.

#### *חשיפת הילדים במחלקה לטיפול המתרחש, מניעה אותם*

##### *לבקשו מרצונם*

לחלל הפתוח יש כמה יתרונות. למרות שלא מדובר כאן בטיפולים קבוצתיים, הילדים עדים בכל מפגש מחדש, לחוויות שכניהם ליחידה. הם נעזרים בכך להעצמה אישית בלומדס את חווית הטיפול באמנויות. אולי יש בכך מן הדומה לכוחה של הקבוצה בטיפול קבוצתי. במקום שבו שינוי תנוחה עלול להיות בעייתי, יכול הילד לגלות אפשרויות לביטוי להן ניתנת לגיטימציה בעת טיפול. גזירה, משחק במים, תיפוף או מוזיקה לטעם הילד, מקבלים מקום לביטוי, למרות איסור בעיסוקים אלו בזמנים אחרים במחלקה. הילד לומד מחבריו למחלקה מהו אופיו של מפגש שכזה. לכשיתאים, ייתכן כי יבקש אותו מיוזמתו.

המעקב שנעשה אחר היצירות הינו כלי באחזקת החלל התרפויטי. במקרים בהם מתגלה צורך, מובאות היצירות חזרה ליחידת ההמודיאליזה ויחד עם הילד נעשית אינטרוספקציה תהליכית, למן המפגשים שנערכו חודשים או שנים קודם לכן.

#### קשר שבין המטפלת ומטופליה

אחזקת חלל מדומה לתחליף לקירות ודלת - בידי מטפלת ומטופל. אשל (1998) מתייחסת לשימוש במושג 'אקטינג אווט' בטיפול כאלמנט חיובי בטיפול ומכנה אותו כ'הינכחות' המטפלת. לדבריה 'הינכחות' המטפלת עם המטופל מהווה בפני עצמה פונקציה מחזיקה, מכילה ומגנה. סבלנות, הכלה והחזקה, שמאפשרת למטפלת להיות שם ללא doing, להתבונן, להכיל, ולחכות לצד המטופל בעצמת חוסר המילים. 'הינכחות' זו לדידה היא שתאפשר את הכניסה של החיים והקשר לחיי האדם. בתוך המרחב הפתוח 'הינכחות' המטפלת היא מרכזית. נוכחותה, תשומת ליבה והתנהלותה הגופנית הם העדות לילדים, השמירה על המרחב הטיפולי ואחזקתו. כל זאת מתאפשר בשיתוף הפעולה מצד הילד ובאופן מוערך ביותר גם מצד הצוות הרפואי.

#### *המטפלת כשומרת המרחב הטיפולי*

בעוד שבסטינג הקלאסי הפרת האינטימיות בטיפול וכפי שכונתה בידי ווינקוט - Impingement (Jan, 1996), עשויה להיות קריטית להמשך המפגשים (Moon, 2002), בחלל הפתוח היא עניין שבגרה. היות וההפרעות בחלל הפתוח חודרניות מטבען, תשומת לב רבה צריכה להיות מופנית להקשבת המטפלת כלפי הילד במפגש הטיפולי. בנוסף להקשבה אל הדברים הנאמרים או ליצירות, המטפלת מפנה את תשומת ליבה בגופה ובמבטה אל הילד בעת המפגש ועד כמה שניתן רק אליו. אחת מן הטכניקות למיקוד זה היא, שלמרות מוקדי עניין רבים המתרחשים סביב, הסביבה נשמעת ונחוות בגוף המטפלת, אך ללא התייחסות לאחרים סביב. נוכחות שכזו מחקה עד כמה שניתן, את הגבולות שנמצאים באופן טבעי בטיפול הרגשי כשיש חדר מצויד החוסם את הרעשים, את המראות ואת ההתרחשויות שמחוץ לו. בסיטואציה רגילה יכולה התנהגות שכזו להתפרש כאנטי-סוציאלית, אולם עם השתנות הטיפולים והסבר לצוותים הרפואיים וההורים סביב, הופכת הסביבה לשותפה בשמירה של המרחב הטיפולי, במידת האפשר. כפי שרובינס (Robbins, 1998) גרס, נוכחות ועדות אמפטית מצד המטפלת בחלל הבינאישי הטיפולי, מבססת את הקשר התרפויטי ומתקיימת גם בחלל העבודה הפתוח. בעבודה טיפולית, המתקיימת בחלל פתוח, המיקוד בילד באופן מוחלט שכזה, מאפשר את ההבדלה שבין שני המרחבים שבהם מתרחשים אירועים מקבילים הנבדלים במהותם. בכך, המטפלת בחלל הפתוח משדרת תחושה של "בועה טיפולית"

## סיכום

מספר אבני יסוד מונחות במבנה הטיפול באמנויות כשמדובר במרחב קונבנציונאלי. קיים צורך לבחון אותן לאור עבודת המטפלות באמנויות במלאכתן בחללים פתוחים שבבתי החולים. ציונם של עקרונות טיפוליים בחלל פתוח לא נעשה מספיק בספרות המקצועית, אולם בדיון ראשוני זה, עשוי להיפתח צוהר לבניית מודל עבודה לגיטימי בסביבה שאינה שגרתית ומותאמת לצרכי הטיפול הרגשי.

בעבודה הצגתי חלק מהאתגרים העומדים בפני המטפלות באמצעות אמנויות בחלל הפתוח ביחידת המודיאליזה ילדים במרכז רפואי שערי צדק בירושלים. תיארתי את הסטיגם הטיפולי המתבצע במרחב פתוח, המאופיין בחוסר קביעות של מקום, זמן ובעובדה שהמטפלת היא זו שמגיעה אל המטופל ולא להפך. הצגתי את העבודה בבית החולים ובחלל פתוח בסיטואציה בה קיים צורך בגישות וטכניקות עבודה לא שגרתיות בהן ניתן ליצור מרחב טיפולי בייחוד כשמרכיבים בסיסיים ומרכזיים בטיפול מופיעים בדרכים לא מקובלות. למרות האתגרים שהוצגו להלן, ניכרים תהליכים משמעותיים ועבודה בעלת עצמה, הכרה והישגים אישיים ברמה הרגשית בעבודה תרפויטית בחלל הפתוח.

הטיפוליים בבית הספר לילדים שבמחלקת המודיאליזה הם ייחודיים עקב התמודדות הילד עם המחלה. במהלך המפגש בין המטפלת באמנויות והילד החולה נוצרת דינאמיקה טיפולית התלויה במצבו הפיזי ברגע נתון. מטרות הטיפול באמנויות בבתי חולים כוללות גם התמודדות עם כאב פיזי, הורדת רמת לחץ וחרדה והתמודדות עם דימוי הגוף המשתנה, כמו גם הכרת המקום הבריאי. במקביל לכך, ההתמודדות הטיפולית מתייחסת גם להיבט ההתפתחות הרגשית הנורמטיבית של הילד בהתאם לבני גילו.

על פי מיטב ידיעתי עד כה כמעט ולא נכתבו מאמרים אודות מורכבות הטיפול באומנויות בקרב המתמודדים עם אסכ'ס, וכן לא נכתבו מאמרים רבים המתייחסים לעבודה תרפויטית בחלל פתוח. כדאי יהיה להציג במאמר נפרד בעתיד, תיאורי מקרה מהעבודה הטיפולית במחלקה, ובמקביל לקבל מידע על עבודותיהם של מטפלים מבתי חולים אחרים בתחום זה.

## ביבליוגרפיה

אוגדן, ת. (2010), *הקצה הפרימיטיבי של החוויה*, הוצאת עם עובד, תל-אביב.  
אורן, ע., דרוקר, א. (1985). ילדים בהמודיאליזה, סקירה על מצבם הנפשי בעזרת ציוריהם, *הרפואה*, כרך 309, 9, נוב.

אייון, ד., (2011). *מסע אל ממלכות פנימיות הדרך אל בריאות שיש בה שמחת חיים*, סינפסות קידום בריאות אופטימית, ע"מ 41-57.

איזנברג, י. (2012). *סימני דרך לשילוב בריא של הילד החולה, על שילובם של ילדים חולים במחלות כרוניות קשות במערכת החינוך*, הוצ' מוכן מופ"ת, ע"מ 25.

אנזייה, ד. (2004). *ה"אני העור"*, הוצאת תולעת ספרים, תל-אביב.

אשל, ע. (1998). *acting out ו'הינחות' המטפל*. שיחות, י"ג(1). 4-16.

באומן, א. (2002). *טכסים ליצירת החלל המקודש*. בספר בעריכת אמיליה פירוני, *המשחק, מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר*, ע"מ 152-163 הוצאת ידיעות אחרונות.

גרנות, ת. (2004). *אבדן השפעותיו וההתמודדות עמו*, משרד הביטחון, תל אביב.

דרוקר, א., אורן, ע. (1980). *אי-ספיקת כליות סופנית בגיל הילדות – רשמים מיחידה להמודיאליזה פדיאטרית, הרפואה*, כ"צ, ח' (15 אפריל).

וויניקוט, ד. ו. (2004). *משחק ומציאות*. עם עובד, תל-אביב.

Abramovitch, H. (1997). *Temenos lost: reflections on moving*. *Journal of Analytic Psychology*, 42, 659-584. doi: 10.1111/j.1465-5922.1997.00569.x.

Cameron, C.O., Juszczak, L., & Wallace, N. (1984). *Using Creative Arts to help children cope with altered body image*. *Children's Health Care*, 12 (3), 108-112. doi:10.1207/s15326888chc1203\_1.

Connolly, A. (2006). *Through the iron curtain: analytical space in post-Soviet Russia*. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 173-189. doi: 10.1111/j.0021-8774.2006.00582.x.

Constrada, J., & Ashmore, R.D. (Eds.), (1999). *Self, social identity and physical health*. New York: Oxford University Press.

Councill, T. (1999). *Art therapy with pediatric cancer patients*. In C. Malchiodi, (Ed.), *Medical Art Therapy with Children* (pp. 74-95). London: Jessica Kingsley Publishers.

Councill, T. (2012). *Medical art therapy with children*. In C. Malchiodi, (Ed.), *Handbook of Art Therapy*

- Kiecolt-Glaser J. K., Loving T. J.; Stowell J. R.; Malarkey W. B.; Lemeshow S.; Dickinson S. L.; Glaser R. (2005). *Archives of General Psychiatry, Hospital marital interactions, proinflammatory cytokine production and wound healing*, 65, 1377-1384, doi:10.1001/archpsyc.62.12.1377.
- Luginbuehl-oelhafen R. R. (2009). *Art Therapy with Chronic Physically Ill Adolescents: Exploring the Effectiveness of Medical Art Therapy as a Complementary Treatment*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher LTD .
- Malchiodi, C. A. (1999). *Medical Art Therapy with Children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Art Therapy and Health Care*. New York: The Guilford Press.
- Moon, C. (2002). *Studio Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Neale, L. (2010). Organizational anxiety, envy and defenses: In and out of the Music Therapy room. *British Journal of Music Therapy*, 24, 42-49 .
- Oren, A., & Drukker, A. (1987). Beyond the boundaries of nationalism; Jewish-Arab relations in an Israeli Pediatric Hemodialysis unit. *Humane Medicine*, 3 (1), 32-36.
- Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling and Development*, 74(4), 368-373, doi: 10.1002/j.1556-6676.1996.tb01881.x.
- Robbins, A. (1998). *Therapeutic presence: Bringing expression and form*. Philadelphia, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rode, D. C. (1995). Building bridges within the culture of pediatric medicine: the interface of art therapy and child life programming. *Art Therapy*, 12(2), 104-110 .
- (2<sup>nd</sup> ed. pp. 222-240). New York: The Guilford Press.
- Eiser, C. (1985). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.
- Favara-Scacco, C., Smirne, G., Schilirò, G., Di Cataldo, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology*, 36(4), 474-480. doi: 10.1002/mpo.1112.
- Fleming Courts, N., & Boyette B.G. (1998). Psychosocial adjustment of males on three types of dialysis. *Clinical Nursing Research*, 7, 47-65. doi: 10.1177/105477389800700105.
- Frishberg Y. , Feinstein S., Rinat C., Becker-Cohen R., Lerer Israela, Raas-Rothschild A., Ferber B., & Nir A. (2006). The Heart of Children with Steroid-Resistant Nephrotic Syndrome: Is It All Podocin? *Journal of the American Society of Nephrology*, 17(1), 227-231. doi: 10.1681/ASN.2005060653.
- Gutch, C.F., Stoner, M.H. & Corea, A.L. (1999). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personal*. St. Louis, MI: Mosby.
- Heath, W. (2005). The spark of creativity: expressive arts in a hospital setting. In C. LeNavenec & L. Bridges, (Eds.), *Creating connections between nursing care and the creative arts therapies* (pp. 116-130). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Jan, Abram. (1996). *The language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words*. Karnac Books.
- Johnson, A. (2008). *Art Therapy and Pediatric Hemodialysis: Creating therapeutic space in an open unit medical setting*, Unpublished doctoral dissertation, Concordia University, Montreal, Canada.

- Wheeler B. L., & Baker F. A. (2010). Influences of Music worldviews on work in different countries, *The Arts in Psychotherapy*, 37, 215-227.
- Wright, E. (2004); Assessment and management of the child requiring chronic hemodialysis. *Pediatric Nursing*, 16(7), 37-41.
- Yehuda N. (2002). Multicultural Encounters in Music Therapy - A Qualitative Research Voices. *A World Forum for Music Therapy*, 2(3).

#### תודות

ברצוני להודות לעמיתתי הגב' הלנה בוגופולסקי – מטפלת במוסיקה, השוקדת בימים אלו על סיום עבודת הדוקטורט שלה, על הליווי הצמוד בכתובת המאמר ובפיתוח הרעיוני בו; למנהלת בית הספר שליד מחלקות הילדים במרכז הרפואי שערי צדק – הגב' שרה שושני על העידוד והתמיכה; לצוות בית הספר כולו על הסיוע בהבאת המאמר לגרסתו הסופית; תודה מיוחדת גם לצוות הרפואי ביחידת ההמודיאליזה ובראשם פרופ' פרישברג וגב' ציוני על שיתוף הפעולה בעבודת השטח לגב' ג'ניס שפירא, לד"ר שרון טוקר, דגנית פלפל, דגנית יפה- ארגז ונורית דק; לבסוף גם למשפחתי התומכת לאורך משך הכתיבה.

לפניות בנוגע למאמר זה: אל אסנת וינפלד יהודיין, דוא"ל  
Asnat.weinfeld@gmail.com

- Rubin, J. A. (1998). *Art Therapy: An introduction*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- Russell, J. (1999). Art therapy in a burn unit: a step towards healing and recovery. In C. Malchiodi, (Ed.), *Medical Art Therapy with Children* (pp. 74-95). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Saul, A. N., Oberyszyn, T. M., Daugherty C. (2005). Chronic stress and susceptibility to skin cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 97 (23): 1760-1767, doi: 10.1093/jnci/dji401.
- Schavarien, J. (1999). *The revealing image: analytical art Psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley.
- Siegelman, E. Y. (1990). Metaphors of the therapeutic encounter. *Journal of Analytic Psychology*, 35, 175-191.
- Travis, G. (1976). *Chronic illness in children: its impact on child and family*. Stanford, CA: Stanford University Press .
- Waller, D., & Sibbett, C. (2005). *Art therapy and cancer care*. New York: McGraw-Hill.
- Warady, B.A., Fine, R.N., Schaefer, F.S., & Alexander, S.R. (2004). *Pediatric Dialysis*. Boston: Kluwer Academic Publishers.