

עבודה קבוצתית בטיפול באמנות: קבוצה סגורה לעומת קבוצה פתוחה

מאת: זיוה בראל-שושני ורבקה קורקוס-סטרוגו, בוגרות תואר שני (M.A) בביה"ס לטיפול באמצעות אמנויות, אוניברסיטת חיפה.

במהירות, וכך מסייעים לאבחון וטיפול (פרל-דקל, 1998; Case and Dalley, 1992). עם זאת, הגישה של כל מטפל היא שונה. יש המאמינים שהאומנות היא הטיפול, ולכן מאפשרים למטופל להקדיש את מירב זמנו לאמנות- בגישה זו, מתקיימת הקבוצה הפתוחה בה המשתתפים אינם קבועים והיצירה חופשית באופייה. יש המאמינים שהאומנות משמשת ככלי עזר לתרפיה ועל כן מקדישים זמן מוגדר לעשייה האומנותית בקבוצה במהלך המפגש הטיפולי, בגישה זו פועלות הקבוצות הסגורות בהן המשתתפים קבועים ומהלך המפגש מונחה ומובנה. כפי שסיכמה אחת המטפלות בראיונה:

"יתלוי בגישה שבאים- אמנות כתרפיה ואז ניתן לעבוד מתוך נקודת הנחה שהיצירה מרפאה, או שבאה מתרפיה באומנות ואז האמנות כלי. יכולה להיות קבוצה שרק תעבוד והמטפל יעבור בין חברי הקבוצה, ייתן הכוונה שלו, ויכולה להיות קבוצה שעובדת ותהייה עסוקה בתכנים, קבוצה שבאה לשם משהו מסוים ולא שיש נושא מסוים".

השיטה

נבדקים

ארבעה מטפלים באמנות, שלוש נשים וגבר אחד. שתיים מהן בעלות ניסיון בגישת הטיפול הפתוח, עבדו בסטודיו פתוח עם אוכלוסיה בעלת רקע פסיכיאטרי. אחת מן המרואיינות מאמינה מאוד בגישה הפתוחה והמטפלת השנייה עבדה בשתי הגישות: הגישה הפתוחה והן הגישה המובנת, לפי שיקול דעת וחשיבה מקדימה. השניים הנותרים הכירו את גישת הסטודיו הפתוח אך לא התנסו בה, גישתם הייתה קרובה יותר לגישה המובנת.

פניה, היענות ומקום:

הראיון התקיים במקום שנבחר ע"י כל אחד ואחת מהמרואיינים

תקציר

מטרת מחקר ראשוני זה הייתה להבין, להגדיר, ולהבחין בין טיפול קבוצתי באמנות כאשר הקבוצה סגורה לעומת הקבוצה פתוחה. בקבוצה הסגורה המשתתפים קבועים וידועים מראש ומבנה המפגש קבוע. לעומת זאת, בקבוצה הפתוחה המשתתפים אינם קבועים והפעילות היא חופשית. על מנת להבין את ההבדלים המהותיים בין הטיפול הקבוצתי המובנה לבין הטיפול הקבוצתי הפתוח, בוצעו ראיונות בסגנון פתוח, לארבעה מטפלים באומנות בעלי ניסיון בטיפול קבוצתי. מתוך הראיונות מאד בלט שמדובר בתחום אפור ורבות הגישות כמספר המטפלים. על כן, במאמר זה בוצע חתך מלאכותי המציג את מקרי הקיצון, על מנת ליצור הבחנה בין הקבוצה הסגורה לקבוצה הפתוחה.

מילות מפתח: קבוצה סגורה, קבוצה מובנית, קבוצה פתוחה, סטודיו פתוח.

מבוא

האדם הינו יצור חברתי, מרגע הולדתו ובמשך חייו הוא משתייך לקבוצות שונות וזוהי הפילוסופיה העיקרית העומדת מאחורי הטיפול הקבוצתי לסוגיו השונים. באומנות, הטיפול הקבוצתי שואב ומשלב בין שני גופי ידע עיקריים: טיפול באומנות והטיפול המילולי. שלא כמו הטיפול המילולי, שבו המילים מאבדות מן המידות והחיוניות שלהן, היצירות בטיפול באומנות קיימות במרחב ובזמן ומאפשרות עשייה והתבוננות בזמן היצירה וגם חזרה והתבוננות רטרופקטיבית על תהליך יצירתי מלא. הטיפול הקבוצתי באומנות מיוחד בכך שקיים בו השילוב בין שני ערוצי תקשורת: הערוץ המילולי, שהוא יותר מודע וקוגניטיבי, והערוץ החזותי שהוא הערוץ הרגשי והמודע פחות. מטפלים שונים מוצאים כי ביטויים אומנותיים מסייעים למטופל/נועץ לתקשר נושאים ובעיות

כלי המחקר

ראיון פתוח עם שאלת פתיחה: ספרי לי על הטיפול הקבוצתי באמנות פלסטית כאשר הקבוצה סגורה לעומת קבוצה פתוחה. בנוסף, נשאלו מספר שאלות הבהרה ומיקוד שעזרו להבין ולהבחין בין הגישות השונות, לאורך הראיון. במהלך הראיון, המראיינת רשמה את דברי המרואיינת, בהסכמתה של כל אחת ואחד מהמרואיינות/ים.

אתיקה

התבצעה פניה למרואיינים על ידי מכתב פניה והסכמה, בו הוצגה מטרת המחקר. התבקשה הסכמתם לשימוש במידע שינתן על ידם לצורך המחקר. כמו כן, הודגש שהשתתפותם היא על בסיס התנדבותי ושהם רשאים לפרוש בכל זמן שירצו. בנוסף, שזהותם האישית, וכל פרט אחר מזהה שלהם, מקום הטיפול, או תיאורי המקרה שיציגו ישמר חסוי, ולא יפורסם בכל פרסום כולל בפרסומים מדעיים.

ממצאים על פי הספרות והראיונות: ניתוח נושאי-רוחבי

1. קבוצה סגורה/מובנית

בספרות נמצאו מספר תצורות לקבוצת הטיפול באומנות הסגורה, שבמאמר זה תיקרא גם קבוצה מובנית, העיקריות שבהן: הקבוצה האנליטית והקבוצה המבוססת נושא. קבוצות אלו מתבססות על גישתה של מרגרט נאומברג (Naumburg, 1953, 1966) הרואה בתהליך היצירה ובתוצריו כאמצעי בלבד, אם כי אמצעי יעיל במיוחד, לתהליך הטיפולי "פסיכותרפיה באמצעות אמנות". בכל התצורות המובנות שנמצאו, חברי הקבוצה לוקחים חלק ביצירה באופן אישי או קבוצתי ומשתתפים לאחר מכן בדיון ואיסוף מילולי של המפגש. בדרך זו מתאפשר חופש ביטוי למטופלים שקל להם יותר להשתתף ביצירה לא מילולית ומצד שני, לאלו שהביטוי המילולי יותר טבעי להם. בכל קבוצה ובטיפול קבוצתי בפרט, מתקיים מתח ביחסי הגומלין בין המשתתפים הנעים בין הצורך להתלכד כחברי הקבוצה סביב הזהות הקבוצתית ובין הצורך לשמור על הייחוד וההבעה האינדיבידואלית. זהו יחוד נוסף של הטיפול הקבוצתי באומנות המאפשר מקום וזמן לביטוי וחקירת שני הצרכים (פרל-דקל, 1998; Case and Dalley, 1992).

טיפול באומנות- קבוצה אנליטית:

בטיפול מסוג זה קיימת השפעה ישירה מן הטיפול הקבוצתי המילולי, המשתתפים הינם קבועים ומהלך הטיפול הינו קבוע: הטיפול מתחיל בתקשורת מילולית קבוצתית, פתיחה, עובר ליצירה אומנותית וחוזר לדיון מילולי (סגירה). המטפלת פועלת מתוך מודעות לתהליכים הקבוצתיים ובוחרת אם לעבוד עם האינדיבידואל שבקבוצה, עם האינדיבידואל והקבוצה או עם

תהליכים קבוצתיים בלבד. על המטפלת להתייחס לדינאמיקות הקבוצתיות, כיצד התוצרים מכילים את הדינאמיקות מבחינת האינדיבידואל ומבחינת הקבוצה כולה. **שלב היצירה** עצמו אינו מונחה אך במהלך הדיון תעשה עבודה מול התכנים הלא מודעים העולים בקבוצה מדי שבוע. חברי הקבוצה יכולים לבחור באיזה מחלקי הטיפול יתרמו וישתתפו בצורה יותר אקטיבית, תתכן התמקדות באחד מחברי הקבוצה ועזרה בחקירת התוצר שלו. **בשלב הדיון** כלל התוצרים מוצגים לעיני הקבוצה וכך הם נוכחים ומשפיעים אחד על השני ויזואלית, וגם על חברי הקבוצה אשר יכולים להמשיך או להירתע מתוצרים מסוימים. היצירה בטיפול מספקת תחושה של לבד בתוך היחד, תחושה זו מחזירה תחושות של מערכות יחסים ראשוניות, זיכרונות ילדות של משחק בנוכחות מבוגר (Case and Dalley, 1992).

קבוצה מבוססת נושא:

בקבוצה מבוססת נושא תתקיים יצירה סביב נושא משותף, יתכן והנושא יבחר מראש על ידי המטפלת ויתכן שהנושא יבחר בצורה משותפת על ידי חברי הקבוצה. מטפלים בקבוצות אלו טוענים שהנושאים הם גורמים מאפשרים, אשר מעניקים נקודת התחלה משותפת למטופלים חדשים ומפחיתים מרמת החרדה. בנוסף מהווים הנושאים גורם מגבש, החברים בקבוצה יכולים לעבוד עם הנושא לעומק או באופן שטחי אך עדיין ירגישו כחלק מן התהליך הקבוצתי המשותף. קבוצות מסוג זה מתקיימות בתקופה קצרה יחסית ושמות דגש שווה על גורמים חברתיים ועל התהליך האומנותי.

מהלך הטיפול מחולק לשלושה חלקים באופן קבוע: פתיחה, פעילות חימום שמטרתה לעודד פתיחות, הפתיחה יכולה להיות מורכבת מתרגילי הירגעות, יוגה או מדיטציה, שמיעת מוזיקה וכו'; בשלב השני הקבוצה נפרדת ליצירה בנושא המשותף, המטפלת יכול לבחור האם להצטרף ליצירה, לדבר עם מטופלים מסוימים או לצפות בתהליך היצירה; ושלב הדיון על התוצרים, כאשר תפקיד המטפלת בשלב זה הוא יותר דידקטי שכן היא מובילה את הדיון. בשלב זה נבחנים כול התוצרים בצורה שווה (Case and Dalley, 1992).

המסגרת (Setting):

מתוך תאור שתי התצורות המובנות ניתן לזהות מסגרת קבועה על פיה מתנהל הטיפול, ואכן כל המטפלים שרואיינו, הדגישו בעיקר את חשיבותו של ה- setting הקבוע לפני חשיבותם של הנושאים או הפעילויות המובנות. המובנות מתרחשת בשני מישורים, במישור הפנימי- מבנה המפגש, נושא המפגש וחומרי היצירה, כפי שתארה מרואיינת:

זרים לחלוטין כאשר אנשים מתקבצים לשם מטרה טיפולית מוגדרת:
 "חולי סרטן שמטרתם למצוא קבוצת עמיתים שווים, לחלוק חוויות...קבוצה מובנית על תקיפה מינית של ילדים בני אותו גיל שגרו באותה פנימייה..."

שיטת העבודה:

בקבוצה הסגורה מבנה המפגש מוגדר ומונחה על ידי המטפלת, כפי שהוצג בתיאור שתי התצורות המובנות; הקבוצה האנליטית וקבוצה מבוססת נושא (Case and Dalley, 1992) וכפי שעלה מתוך הראיונות:

"יודעת כל מפגש מה עושה- כל המפגשים מובנים. או שמבנה מפגש ראשון, רואה מה עולה ואז בונה את המפגש השני, אולי המפגש הבא מובנה או פתוח. מובנות מאד מודולאריות, נע, דינמי, יתכן שלא יהיה מובנה".

יתרונות הקבוצה הסגורה/מובנית:

הפעילויות המובנות מאפשרות לכל פרט בקבוצה **לבטא** את עצמו. אנשים המגיעים לקבוצה מוגדרת נושא יודעים שזה המקום בו הם יכולים לדבר באופן חופשי ובטוח על הנושא שמעסיק אותם ושלשמו הגיעו לקבוצה:

"...הפעילויות יכולות להיות מובנות, כדי להביא אנשים לבטא עצמם... ילדים להורים גרושים, הם יודעים שזה המקום לדבר על הנושא..."

המסגרת המובנית והמנחה משרים **תחושת ביטחון**:
 "הקבוצה רוצה שיהיה לה מנחה. חוסר מנחה יכול להשאיר חוסר אונים מאד גדול".

חסרונות הקבוצה הסגורה/מובנית:

יש הרואים בקבוצה הסגורה **איום** על חופש הפעילות:
 "יש שיראה את הקבוצה המובנית כמאיימת, אומרים לו מה לעשות, ולא רוצה. גם אם מטופל בחר לא ליצור, למרות שכולם יצרו, זו אמירה. צריך להתמודד בתוך הקבוצה".

תפקידי המטפלת בקבוצה הסגורה / מובנית:

בקבוצה המובנית המטפלת **מנחה ומכוונת** את המפגש, עם זאת עליה להיות **פתוחה, קשובה וגמישה** לצרכי הקבוצה ולשלב בו נמצאת הקבוצה, ולהתאים את עצמה ואת התוכנית לקבוצה. המטפלת שומרת על רצף בין המפגשים ומחברת את המשתתפים למתרחש בקבוצה על ידי חיבור למפגש הקודם. בונה מקום בטוח של אמון:

"קבוצה שיש מנחה, אבל מתנהלת מתוך עצמה, והמנחה מידי פעם קו מקשר- מכוון את ההגה. יש הנחיה פתוחה לגמרי ויש מאד מובנה. הנחיה לאפשר למשתתפים, ומידי פעם להיות מנחה"

"התכנים אינדיבידואליים לקבוצה, הפעילויות יכולות להיות מובנות, אני יכולה לבוא עם רעיון, אך התכנים שיעלו הם אינדיבידואליים ואיתם אעבוד... קודם צריך לבנות מקום בטוח של אמון. חשובה המובנות של ה setting: פתיחה, סיום, סגירה, שיתוף, ובאמצע התוכן- התהליך. מבנה קבוע מאד שומר על הקבוצה, ומאפשר לכל אחד להביא את עצמו מהמקום שמחבר עם המפגש הקודם...מובנה- בחומר, בסטיג ובנושא".

ובמישור החיצוני, המגדיר את המסגרת בה מתקיימת הקבוצה - מקום, מספר, משך ותדירות המפגשים שנקבעים מראש, כפי שעלה מאחד הראיונות:

"הסטיג מאד משמעותי- שעה, מקום, יום... בקבוצה מובנית מספר המפגשים נע בין שלושה מפגשים מאד ממוקד נושא, ועד 15 מפגשים כאשר תהליכי... תדירות- אחת לשבוע, משך הפגישה בדרך כלל שעה וחצי, כשיש אופציה גם לדבר וגם ליצור".

עם זאת, מתוך הראיונות השונים עלתה ההבנה כי הטיפול המובנה נמצא ברובו בתחום האפור, כפי שסיכמה אחת המרואיינות:

"יש הרבה אפור בתחום, טווחי ביניים התלויים בגישת המטפלת: למובנות יש הרבה וריאציות- סקאלה של אפורים: (1) מובנית מהתחלה ועד הסוף, כל מפגש יודעת מה עושים, לא מתאים לקבוצה טיפולית, כי כל קבוצה מביאה איתה תכנים משלה. זהו מצב מאד קיצוני; (2) מובנית בסטיג- חדר, יום, שעה, אנשים קבועים ויתכן גם מקומות קבועים; (3) מובנה בפעילות- בנושא; (4) שילוב; קבוצה שמתאחדת סביב נושא יודעת שיש X מפגשים, מראש יודעת כל מפגש מה עושה- כל המפגשים מובנים, או שרק הפגישה הראשונה מובנית, רואה מה עולה ואז בונה את המפגש השני ואולי המפגש הבא פתוח".

מאפייני המשתתפים:

המשתתפים הינם קבועים ואינם משתנים לאורך הטיפול (Case and Dalley, 1992), ובעלי מכנה משותף. **מספר המשתתפים** קבוע, ועל מנת שהפעילות תהיה אפקטיבית מספרם מוגבל לעד כ- 10 משתתפים, כפי שהסביר אחד המרואיינים:
 "הקבוצה לרוב ייעודית סביב מכנה משותף...מספר המשתתפים בטיפול באמנות בין 7-10, על מנת שכולם יספיקו ליצור ולשתף".

קשרים מוקדמים - מתוך הראיונות ניתן ללמוד שהקבוצה המובנית יכולה להתקיים במסגרות שונות, ומעצם המסגרת יתכן ויהיו קשרים מוקדמים בין המשתתפים כאשר הקבוצה מתקיימת במקום סגור כמו פנימייה או בית ספר, ויתכן שיהיו

2. קבוצה פתוחה

הקבוצה הפתוחה או הסטודיו הפתוח, מיצגים את הקצה הנגדי לקבוצה המובנית. צורת טיפול זו מבוססת על גישתה של אדית קרמר (Kramer 1958, 1971, 1979) שרואה בתהליך היצירה ובתוצריו את מהות התהליך הטיפולי- "אמנות כתהליך". גישה זו מבוססת על הרעיון שתהליך היצירה באמנות עצמו מהווה מרפא ומקדם, והינו צורה של תקשורת לא מילולית של מחשבות ורגשות. לפיכך, לפי גישה זו אין כל צורך בהנחיה או הכוונה כלשהי. המטרה המרכזית לאפשר למטופל להביע את עצמו באמצעות האמנות. ניסיונו להבין את מבנה הטיפול בגישה זו, להלן חלק מההסברים שקיבלנו:

"בסטודיו פתוח יש רמת מובנות מסוימת, חלל פתוח זורם, אבל לא טיפול קבוצתי, הסטודיו הוא כלי. חלל שבתוכו יכולים להתרחש כל מיני דברים. יתכן שתכנס קבוצה ביום ספציפי, והמטפל יצור דינאמיקה קבוצתית- משהו מובנה, בתוך הסטודיו הפתוח אפשר לעשות מה שרוצים. קבוצה פתוחה- לא יודעים מי יגיע בכל פעם".

"קבוצה פתוחה- גם בתוכה יש בדרך כלל נושא מקשר: המסגרת, האוכלוסייה..."

המסגרת (Setting):

מתוך הראיונות והמתואר בספרות התגבשו מספר קווים מנחים המאפיינים ומייחדים את הטיפול באמנות בקבוצה פתוחה. הנושא העיקרי, שחזרו והדגישו כל המטפלים וכן הודגש בספרות הוא הגדרת המסגרת. כלל המרואיינים דיברו על חשיבות קביעות המסגרת שכוללת את מקום המפגש וסידור המרחב. לעומת זאת החלק שמייחד את הקבוצה הפתוחה לעומת הקבוצה המובנית בתוך הגדרת המסגרת, הוא תדירות המפגשים ומשך המפגש, שמשתנים לפי בחירת המטופל בקבוצה הפתוחה, לעומת מפגשים קבועים הנקבעים על ידי המטפל בקבוצה הסגורה. המטופל יכול לבחור להגיע באופן מזדמן או בצורה קבועה לסטודיו, מפעם אחת לשבוע ועד כל יום במהלך השבוע (Henzell, 1997). המטופל יכול לשהות בחדר בין שלוש דקות לשלוש שעות (Case, & Dalley, 1992). המגבלה היחידה של הסטודיו היא הזמן: שעות הפתיחה, ולוח זמנים שמוכתב מבחוץ- שחרור, סוף שנה, כפי שסיפרו שני מטפלים:

"בשנה שעברה: פתוח כל יום, משעה 00:00-12:00, במתחם בית הספר".

"בקבוצות פתוחות on-going בדרך כלל, מה שעוצר זה השנה הקלנדרית. הזמן הוא המובנה, יש משהו חיצוני שיעצור את קיום הקבוצה, כמו חופש גדול, שחרור וכדומה..."

"כל הזמן קשובה למה שקורה בקבוצה, באיזה שלב נמצאת. שלב ההכרות- לא אביא משהו שמאד יחשוף אותם...אני בודקת איפה הקבוצה נמצאת ולפי זה בונה, אין מובנה מראש, הכוונון שלי לתכנים שאני רוצה לעשות, דרך הדינאמיקה שתעלה והיצירות...שואלת: איך הרגשתם במפגש הקודם, עם מה באים היום?"

"יחייב המון גמישות, כשבאים מקובעים וסגורים מפספסים את המשתתפים, מעלה תוכן אבל המשתתף במקום אחר. הנושא חוט מקשר לפגישה, יתכן שהנושא לא רלוונטי. לדוגמא, היה פיגוע וכל הקבוצה בפיגוע, אפשר לחבר- מה מפגיש פיגוע: חרדה, חוסר אונים, איפה מפגיש כל אחד מאיתנו...אי אפשר לכפות מה שאני רוצה, זו הפתיחות שלנו כמטפלים"

המטפלת **אחראית לקבוצה**, תפקידה לוודא שאין גורמים שעלולים להרוס את הקבוצה. מגדירה גבולות ומשקפת **התנהגות** במקרה הצורך.

"נתקלתי לא מעט, דווקא מבוגרים נורמטיביים שעשו הרבה acting-out, ואז נותן גבול ומשקף התנהגות. אם חושב שעלול לפרק קבוצה, שעשוי להסב נזק בלתי הפיך, אפשר לשחרר אותו מהקבוצה. אחריות שלנו כמטפלים לראות כמה ההרסנות שלו יכולה לקדם או לפרק את הקבוצה"

קיים גבול ברור **והפרדה** בין המנחה והקבוצה.

"הקשר חד צדדי, אני המנחה והם המשתתפים. חייבת להיות הפרדה שאני לא חלק מהקבוצה בשיתוף."

גבולות כללים וחוקים:

אחד המרואיינים התייחס לגבולות ולחוקים בקבוצה הטיפול המובנית:

"החוקים הם: שמירת סודיות, אתיקה, שמירת העבודות, לא הורסים עבודות וכבוד לזולת"

תיאור מקרה מתוך הספרות

במאמרם של שניידר, אוסטרופ ולגאו (Schneider, Ostroff and Legow, 1990) מתואר טיפול מובנה קצר מועד באומנות שהורכב מ-12 פגישות. מטרתו היו העצמת דימוי עצמי ודימוי גוף חיובי ובריא בקרב בני נוער, וחיזוק הכישורים החברתיים. הטיפול היה מובנה מבחינת משתתפיו, ההפעלות ביצירה, והחומרים. החומרים והפעילויות המובנות סיפקו למשתתפים מדיום שבעזרתו יכלה הקבוצה לחקור להתעמת וליצור דימויים של גוף האדם. האיכויות הסימבוליות והמטפוריות של האומנות סיפקו סביבה בטוחה בה יכלו המשתתפים להתמודד, קוגניטיבית ורגשית עם בלבול, חרדות וקונפליקטים הנוגעים לדימוי גופם וזהותם. כל מפגש הסתיים בדיון בו עודדו את המשתתפים לדבר על היצירה שלהם ולהגיב ליצירות של חבריהם לקבוצה.

מאפייני המשתתפים:

נמצא שקבוצות הפועלות בסטודיו פתוח יהיו נפוצות יותר במוסדות כגון, בתי חולים פסיכיאטרים, בתי ספר לתלמידים שלא השתלבו במסגרת רגילה, מרכזי טיפול קהילתיים, מחלקות פסיכוגריאטריות ובתי כלא (Case & Dalley, 1992; Laing, 1984; McNeilly & Gilroy, 2000).

מספר משתתפים משתנה, בחדר יכולים להיות בממוצע בין 6-18 מטופלים ביום, עם תרפיסטית אחת ועד 2-3 תרפיסטיות ומתנדבים (Henzell, 1997; Killick, 1996). לדוגמא תיארו שניים מהמטופלים:

"רוב המטופלים מגיעים בקביעות. 10-18 מטופלים כאשר לכל מטופל מקום סביב השולחן".

"אין הבדל גדול בין האוכלוסיות שמגיעות לקבוצה פתוחה או סגורה.. גם בפתוחה הייתי מגביל עד 10 משתתפים למרות שלא חייבים לדבר, שיהיה מקום לכולם".

קשרים מוקדמים - בשל אופי המוסדות שבהם טיפול בסטודיו פתוח יותר נפוץ, סיכויים רבים שחברי הקבוצה מכירים אחד את השני ונפגשים וחולקים פעילויות משותפות נוספות במהלך היום (Case, & Dalley, 1992).

שיטת העבודה:

בסטודיו הפתוח המשתתפים יכולים לבלות את זמנם בפעילות עצמאית, וליצור קשר עם משתתפים אחרים כרצונם (Killick, 1996). המוקד הוא על כוחה המרפא של האמנות (McNiff, 1992), יותר מאשר על הקשר עם המנחה או חברי הקבוצה. על כן, המטופל בוחר אם וכיצד לתקשר עם שאר המטופלים בחדר ועם המטפל, לשבת יחד עם עוד מטופלים או להתבודד. ליצור קשר עם המטפל באמצעות פניה או באמצעות קליטת רמזים לא מילוליים. העבודה חופשית לפיכך, מטופל יכול להמשיך עבודה שהתחיל במפגש קודם או להתחיל עבודה חדשה, על פי בחירתו, כפי שסיפרה מטפלת:

"יש אפשרות לשמור על רצף עבודה משבוע לשבוע, או בכל פעם להתחיל עבודה חדשה... יש מטופלים שבחרים לשבת יחד ליד השולחן ולדבר, ויש שמעדיפים להתבודד בצד ולא לדבר".

אמנם העבודה חופשית, אך עדיין מדובר בטיפול ולא בשעת יצירה לשם היצירה. המטרה המרכזית הינה לאפשר למטופל לחוות שינוי או גדילה ברמה האישית באמצעות חומרי אמנות ובתוך סביבה מוגנת ומסייעת (The British Association of Art Therapists – BAAT, 2002). לפיכך, כחלק מיצירת תחושת הסביבה המוגנת והמכילה קיימת חשיבות **לשמירת העבודות**. כל מטופל מקבל תיקיה לשמור את הציורים שלו, וקופסא לשמור עבודות תלת ממדיות. המטופל מחליט מה

לשמור, להוציא, או לקחת מהתיקיה מבלי לערב את המטפלת. העבודות לא מועברות לאף אחד ללא הסכמת המטופל (Killick, 1996). עם זאת, חלק מהמטופלים שראינו לא הרשו למטופלים להוציא עבודות עד סוף השנה, או סוף תקופת האשפוז; וזאת, מתוך הרצון לתת תחושת מסגרת למטופל, ואת האפשרות להתבונן על התהליך שעברו במהלך השנה על ידי התבוננות על כל הציורים שיצרו בסטודיו. לדוגמא, הסבירה אחת המטפלות:

"המטרה משתנה כל הזמן, בעיקרון לתת מענה לילדים שיש להם קושי להיות באותו יום בבית הספר...לתת להם סביבה אחרת, לתת להם הזדמנות לעשייה, מפגש עם הרגשות, או לבטא אותן, קצת לעזור להם למקום שהם נמצאים, מאין מיון רגשות".

יתרונות הקבוצה הפתוחה:

העבודה בסטודיו הפתוח מאפשרת **תחושת חופש ושחרור**, במיוחד למטופלים השוהים במסגרת סגורה. לדוגמא, בכלא, הסטודיו הפתוח היווה מקום והזדמנות בו יכלו אסירים בעלי רקע מאד אלים, לבלות את זמנם ביצירה בצורה רגועה, לחוש חופשיים ולנתב תחושות קשות בצורה חדשה וחיונית- דרך האמנות (Laing, 1984). המטפל שנמצא בצד יכול לעזור, מגן, משרה **תחושת מקום בטוח**, ומספק הזדמנות למטופלים מסוימים **ללמוד לשמור על גבולות**. כפי שמתאר קיליק (Killick, 1996), מטופלים יכלו להשתמש בסביבה איך שרצו, בתנאי ששמרו על גבולות חיוניים לשמירה על הסביבה, חפצים ואנשים שבתוכה. בנוסף, המקום נשמר כמקום פרטי למטופל, ולעיתים, בתוך בית החולים זהו המקום היחיד שנותן להם **פרטיות** ומקום אישי (Case & Dalley, 1992; Killick 1996) לחברים חדשים בקהילה שעדיין לא יכולים להביע את רגשותיהם במילים, או לאנשים שנתקפים בהיסטריה ואז מופנים לסטודיו הפתוח, בתקווה שימצאו מנוחה ושחרור ע"י האומנות, הסטודיו משמש מעין **פרוזדור מעבר** (Robinson, 1984). הקבוצות לרוב בנויות מחברים שמאושפזים באופן קבוע לטווח ארוך בבתי חולים פסיכיאטריים. לאנשים אלו, הסטודיו יכול להציע **הזדמנות לקבלת החלטה וליצירה**. המטופל בוחר חומר/ נושא/ לשמור או לזרוק את היצירה. חלק מהמטופלים עובדים כמו אמנים בסטודיו, כאילו שהם בבית ספר לאמנות. בנוסף, הסטודיו מהווה עבורם מקום **מפגש חברתי** במיוחד במקומות שמטופלים לא יכולים לעזוב את המחלקות. מתפתחים הרבה קשרים וחילופי דברים. יש שתמיד יציירו אחד אחד השני, יש שיושפעו מבחירת החומרים על ידי מטופל אחר. לדוגמא, פסיכו-גריאטריים שרוב היום יושבים על הכסא, משתמשים באזור המפגש הרגיל שלהם- שולחנות

הכלה והערכה של התוצרים באופן לא וורבלי (Case & Dalley, 1992). **לאפשר ביטוי חופשי**, על ידי **הימנעות מלהתערב** ולנתח את היצירות, ובכך לאפשר למטופל לשחק עם האמנות בצורה דמיונית (Henzell, 1997; Killick, 1996). האמנות נחשבת כלי הטיפול יותר מאשר הקבוצה. לכן, המטפלת **לא עובדת על העברות**, ולא על מערכת היחסים בין המטפל והקבוצה. יש מעט מאוד דגש על הבנה ורפלקציה בין המטפלת והמטופל, אבל כן מכוונת כיצד להתבטא דרך האמנות (Case & Dalley, 1992). **המטפלת יוצרת אוירה יצירתית** ומזמינה, מכוונת ועוזרת במקרים בהם המטופל זקוק לעזרה **טכנית** על מנת שיוכל להתבטא דרך האמנות. כפי שתיארו שתיים מהמטפלות:

"השנה אני גם יוצרת עם המטופלים שמגיעים, הבדל מאד משמעותי, זה משפיע כשיש אומן שיוצר, מכניס לאווירה".
 "קיבלתי את זה שהם בעולם משלהם... בכדי למנוע לחץ ופחד משיפוט - מתייחסת לתהליך ולא לתוכן או יופי".
 המטפלת נותנת יחס אישי, מתייחסת לכל מטופל בנפרד, לפי תור או לפי הצורך לטווחי זמן שונים (Case & Dalley, 1992) המטפלת משמשת כ"יד השלישית" ומספקת תמיכה שאינה פולשנית (Kramer, 1986). לדוגמא, מקרה שתיארה מטפלת:

"יש מצבים שלמישהו קשה רגשית- עוזרת להם להתחיל... יש שמגיעים כל שבוע ועושים אותו דבר, במקרה כזה מתייחסת לשינויים קטנים. אם רואה משהו נורא קיצוני, מדווחת למדריכה, לדוגמא: אם ילדה מדברת על הפגיעה המינית שלה, לא מתאים לדבר בקבוצה הפתוחה ואז מפנה אותה לדבר על הנושא עם המטפלת הפרטנית"

גבולות כללים וחוקים:

אמנם כמעט הכול חופשי, אבל בתוך מסגרת של גבולות כללים וחוקים, עליהם המטפלות מקפידות ודורשות מהמטופלים המגיעים לסטודיו. דוגמאות לחוקים וכללים מתוך הראיונות:

"המטופלים מתבקשים לשמור על שני חוקים: (1) איסור פגיעה בעבודה של מישהו אחר או של עצמם; (2) איסור השחתת ציוד ושימוש הרסני בחומרים"

"יש כללים בסטודיו: (1) לא שומעים מוזיקה מהפאלפון. (2) אם מישהו מתפרע מעיפים אותו והוא מושעה מהסטודיו לכמה ימים. (3) צריך להגיע לסטודיו עם אישור חתום מהמורה. (4) מאשרים רק למי שמבקש בעצמו שהוא רוצה לבוא, נותן לגיטימציה ל"עצמי" לרצות, לבקש אישור ולהגיע "אסוף".

האוכל, עליהם מניחים ניירות, מכחולים, עפרונות, צבעים. המטופלים עובדים במקום ישיבתם, ובמהלך הציור מפתחים שיחה עם היושבים לידם (Case & Dalley, 1992). כמו כן, ההתנסות האומנותית מאפשרת **חקירה**, נטילת סיכונים ומשחק (Henley, 1995), הזדמנות לחשיבה ופגישה עם העולם הפנימי במהלך היצירה, ובכך מאפשרת השגת תובנה, גילוי מחדש, והתחברות מחדש לעולם החיצוני (Mollov, 1997). המפגש עם הדימוי כתופעה, משפיע יותר מאשר כל ניתוח אנליטי ופרשני (Henzell, 1997), ואילו הבנת הדימוי כתהליך של העמקת התודעה והתקרבות לחברים האחרים מאפשרת לבטא חמלה ואמפטיה (Allen, 1995).

חטרונות הקבוצה הפתוחה:

יחד עם כל היתרונות הרבים שנמנו להלן, צורת עבודה זו טומנת בחובה לא מעט **קשיים וקונפליקטים**. הפעילות החופשית, עלולה לגרום **לשחרור אגרסיות** עד כדי הרס, ואז החלל כבר לא מהווה מקלט, אלא בעל אווירה כעסנית, רעשנית ולא יציבה. החלל מהסוג הנכון אפשרי רק אם הקהילה כולה מתייחסת אליו כאל בעל ערך (Robinson, 1984). המקום מזמין התפרעויות, כפי שסיפרה אחת המטפלות:

"לפעמים מגיעים בחבורות ועושים בלגן- שמים להם גבולות, ואם לא עומדים בזה, מעיפים אותם, ואם לא עפים אזי מזמינים את המדריך שלהם שייקח אותם".

החופש המאפשר אינטימיות לעיתים מלחיץ. החופש המאפשר, עלול להוות עליה וקוץ בה, האדם עשוי להיסחף ולהגיע לרמות אינטימיות גבוהות שיתכן שאינו מעוניין לחשוף בפני הזולת, וכאשר מגיע אליה עלול לחוש חשוף ולא מוגן. לדוגמא, מקרה שקרה באחד המפגשים שתיארה מטפלת:

"מטופל יצר משהו אינטימי, אבל הרגיש חשוף שיוצר ליד עוד אנשים... לפעמים, כשאני עוברת ליד המטופלים מרגישה שלא נעים להם, חוששים שאנתח את הציור שלהם, והאם יפה בעיני".

מעצם העובדה שהעבודה חופשית, וכל אחד יכול לבחור חומר שונה ולעבוד בכל מקום שיבחר, עלול להיווצר מצב בו בחירת חומר על ידי מטופל אחר עלולה להפריע, כפי שתיארה אחת המטפלות:

"מטופלת שבחרה עבודה "נקייה" ואסופה- לצבוע מנדלה, פתאום הגיע מישהו עם חמר, לכלך את הסביבה וזה מאד הפריע לה".

תפקידי המטפלת בקבוצה הפתוחה:

תפקיד המטפלת **ליצור תחושת מקום בטוח** תוך מתן גבולות ברורים שמטרתם שמירה על הסביבה, החפצים והאנשים שבתוכה (Killick, 1996). ליצור **אווירת אמון וקבלה**,

תיאור מקרה מתוך הספרות

במאמרו של מולוב (Mollov, 1997) מתואר מקרה של מטופלת שהגיעה למצב ריקנות פנימית, וסירבה לכל פעילות ולכל עזרה. הטיפול היחידי שהסכימה לקבל לאחר שכנועים רבים היה בסטודיו הפתוח, בו התקיים טיפול באמנות על פי גישת הטיפול הפתוח. במאמר מתואר כיצד המטופלת ביצעה תהליך הדרגתי ומשמעותי לשיקום העולם החיצוני, דרך שיקום היצירות הפנימיות. המטופלת "ציירה" את דרכה החוצה מהמוסד, יצרה קשרים פיזיים וחברתיים כרצונה.

דיון ומסקנות

מאמר זה נכתב על מנת ליצור הבחנה והבנה של הטיפול הקבוצתי באומנות לסוגיו השונים. לצורך זה, נערכו ראיונות פתוחים עם מטפלים בעלי ניסיון בתחום, וסקירה בספרות הכתובה. מאיסוף המידע עלתה ההבנה שמדובר בתחום אפור מאוד, ועל כן הוחלט לערוך חתך ולהתמקד בקצוות: קבוצה מובנית לסוגיה וקבוצה הפועלת בסטודיו הפתוח.

מחקירה של הקבוצה המובנית עלה כי רמת המובנות של הקבוצות השונות משתנה באופי היצירה בקבוצה: יצירה מונחית מבחינת חומרים, יצירה סביב נושא משותף או יצירה חופשית. המשותף בין הקבוצות המובנות הינו מבנה המפגש הכולל פתיחה, יצירה ודיון. כמובן שקבוצות אלו סגורות מבחינת המשתתפים שבהן, זמני ומקום המפגש. בסטודיו הפתוח לעומת זאת, המשתתפים באים והולכים, מגיעים למספר מפגשים ויוצרים כרצונם, אך גם בסטודיו הפתוח קיימים קווים מנחים כמו איסור פגיעה ביצירות של משתתפים אחרים ושמירה על הסטודיו. חוקים אלו נכונים וקיימים כמובן גם בקבוצות המובנות.

נושא עקרוני שעלה באופן גורף בכל הראיונות שבוצעו היה חשיבות ה-setting, כפי שסיכם אחד מן המטפלים בראיונו: "בשתי הקבוצות הסטינג מאד משמעותי... גם בפתוחה וגם במובנית החוקים מתחברים לסטינג- מאפשרים לשמור על הקבוצה. השמירה שלנו כמטפלים על הסטינג מאד חשוב, החלל הוא החשוב. החוקים: שמירת סודיות, אתיקה, שמירת העבודות, כבוד לזולת, לא הורסים עבודות... בסופו של דבר אנשים רוצים להרגיש מוגנים".

בנקודה זו חשוב להוסיף כי הספרות הכתובה נרחבת מאוד, על כן נערך איסוף ומיקוד של החומר הרלוונטי בנושא. אנו מאמינות כי הצלחנו למצות את המיטב מכל מקור ולהביאו במאמר זה בצורה השופכת אור ומוסיפה להבנה של הטיפול הקבוצתי באומנות לסוגיו.

כווני מחקר עתידיים

אנו ממליצות לבנות ראיון חצי מובנה המסתמך על ממצאים ראשוניים אלו, ולהרחיב את המחקר על ידי הגדלת מספר המרואיינים, תוך שימוש בראיון החצי מובנה. זאת, על מנת שניתן יהיה לתקף ולבסס את הקווים שנראו לנו כמבדילים ומאפיינים את הגישות השונות.

מגבלות והישגי העבודה

- המחקר מבוסס על מספר תיאורי מקרה מהספרות וארבעה מרואיינים בלבד.
- היות והראיונות היו פתוחים, היו נושאים שלא עלו בכל הראיונות.
- למרות שהמחקר מבוסס על מעט נחקרים, ומתבסס על שאלה אחת זהה ללא מדריך ראיון, נמצאו מאפיינים ומבחינים, בין הגישה הטיפולית המובנית והגישה הטיפולית הפתוחה.

ביבליוגרפיה

- פרל-דקל, ע. (1998). *השוואת הגורמים התרפויטיים בשתי שיטות התערבות קבוצתית- טיפול מילולי מול טיפול באמצעות יצירה והבעה*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך בחינוך, חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- BAAT- *The British Association of Art Therapists*, (2002). State registered art therapists supervision guidelines. London: British Association of Art Therapists.
- Case, C. & Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. London & New York. Publisher: Routledge.
- Henley, D. (1995). A consideration of the studio as therapeutic intervention. *Art therapy: Journal of the American Art therapy Association*, 12(3), 188-190.
- Henzell, J. (1997). *Art, madness and anti psychiatry: a memoir*. In Killick, K. & Schaverian, J. (editors). *Art psychotherapy and psychosis*. London, England. Publisher: Routledge. Ch. 9. pp. 176-197
- Killick, K. (1996). Unintegration and containment in acute psychosis. *British journal of psychotherapy*, 13(2), 232-242.
- Kramer, E. (1958). *Art therapy in children's community*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. New York: Schocken Books.

- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy: Its principles and practices*. New York: Grune and Stratton.
- Robinson, M. (1984). *A Jungian approach to art therapy based in a residential setting*. In Dalley, T. (editor) *Art as therapy*. New York, U.S.A. Publisher: Tavistock/ Routledge. Ch. 6, pp. 67-77.
- Schneider, S. & Ostroff S. & Legow N. (1990). Enhancement of Body-Image: A Structured Art Therapy Group with Adolescents. *Art Therapy* 7(3), 134-138.
- Kramer, E. (1979). *Childhood and art therapy*. New York: Schocken Books.
- Kramer, E. (1986). The art therapist's third hand: Reflections on an, art therapy and society at large. *The American Journal of Art therapy*, 24(3), 71-86.
- Laing, J. (1984). *Art therapy in prison*. In Dalley, T. (editor) *Art as therapy*. New York, U.S.A. Publisher: Tavistock/ Routledge. Ch. 10, pp. 115-128
- Malchiodi, C. A. (Ed.), (2003). *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.
- McNeilly, G., & Gilroy, A. (2000). *The changing shape of art therapy: new development in theory and practice*. Publisher: Kingsley, j., London, England.
- McNiff, S. (1992). *Art as medicine. Creating a therapy of the imagination*. Boston: Shambhala publication.
- Mollov, T. (1997). *Art psychotherapy and psychiatric rehabilitation*. In Killick, K. & Schaverian, J. (editors). *Art psychotherapy and psychosis*. London, England. Publisher: Routledge. Ch. 12, pp. 237-260
- Naumburg, M. (1953). *Psychoneurotic art: Its function in psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.

לפניות בנוגע למאמר זה: אל זיוה בראל, דוא"ל,
zivabarel@gmail.com