
מרכזים להתערבות במשבר לילדים ונוער: מידול השירות, סוגיות בהפעלה והמלצות מדיניות

הילה רימון-גרינשפן
מריאלה יאבו

עריכת לשון: יונת הורן
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו.

הצעה לציטוט (APA):
רימון-גרינשפן, ה' ויאבו, מ' (2026). מרכזים להתערבות במשבר לילדים ונוער: מידול
השירות, סוגיות בהפעלה והמלצות מדיניות. דמ-092-26. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

מרכזים להתערבות במשבר לילדים ונוער: מידול השירות, סוגיות בהפעלה והמלצות מדיניות

רקע

בשנים האחרונות עלה במידה ניכרת מספר הילדים ובני הנוער המתמודדים עם מצוקות נפשיות בין היתר בעקבות מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל. במקביל, גברו העומס על מערכת בריאות הנפש והמחסור בכוח אדם ובמענים ובשירותים זמינים לילדים ובני נוער אלו. על רקע הנסיבות הללו הוקמו 11 מרכזים להתערבות במשבר. המרכזים נועדו לתת מענה מהיר אינטנסיבי וקצר מועד לילדים ובני נוער במשבר נפשי וזאת כדי למנוע הידרדרות, לשפר את המצב ולמנוע או לדחות, ככל האפשר, אשפוז פסיכיאטרי. המחקר נועד לסייע בגיבוש מודל משותף להפעלתם.

מטרת המחקר

גיבוש מודל עבודה שיהיה בסיס משותף לכל המרכזים להתערבות במשבר לילדים ונוער, לצד גמישות והתאמה למאפייני המרכז, כוח האדם וצורכי האוכלוסייה המקומית. בכלל זה להגדיר את קהל היעד, דרכי ההפניה, עקרונות ההפעלה, אופי הטיפול (כולל התערבויות, משך הטיפול ועוד), הרכב כוח האדם והכשרתו, המשך הטיפול בתום ההתערבות, וכן למפות סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות במרכזים.

שיטת המחקר



סקר מקוון להורים

על הסקר המקוון
השיבו 27 הורים בין
יולי לדצמבר 2025



שאלוני אפיון למרכזים

בכל אחד מ-11 המרכזים
מילאו שאלון אפיון.
את השאלונים מילאו
מנהלי המרכזים בין
מאי לנובמבר 2025



ראיונות חצי מובנים

בוצעו 39 ראיונות
עם 37 מראיינים.
הראיונות בוצעו בין
דצמבר 2024 לאפריל 2025

עיקרי הממצאים

1. מידול השירות במרכזים להתערבות במשבר

הגדרת משבר המיועד לטיפול במרכז

קושי, מצוקה, נקודת שבר, החמרה ניכרת או ירידה חמורה בתפקוד מן הזמן האחרון המצריכים מענה מיידי וש אפשר לטפל בהם בטווח קצר

מטרות השירות

• ברמת הילד

- מתן מענה מהיר וממוקד למשבר
- מתן מענה והמשגה של הקושי
- מניעת אשפוז
- השבה לתפקוד ושיפור באיכות החיים
- ייצוב המשבר והפחתת הסימפטומים
- מתן כלים להתמודדות עם המצוקה הנפשית של הילד

• ברמת המשפחה

- מתן כלים להתמודדות עם המצוקה הנפשית של הילד
- ביסוס תקשורת מיטיבה בין הילד להוריו
- סיוע במציאת מסגרות מתאימות להמשך טיפול

• ברמת מערכת בריאות הנפש

- מניעה או הפחתה של פניות ופניות חוזרות למיון
- מתן מענה למחסור באנשי מקצוע בתחום
- מניעת אשפוזים
- ביסוס טיפול קצר מועד וממוקד במערכת בריאות הנפש
- הפחתת עומס על מרפאות בריאות הנפש

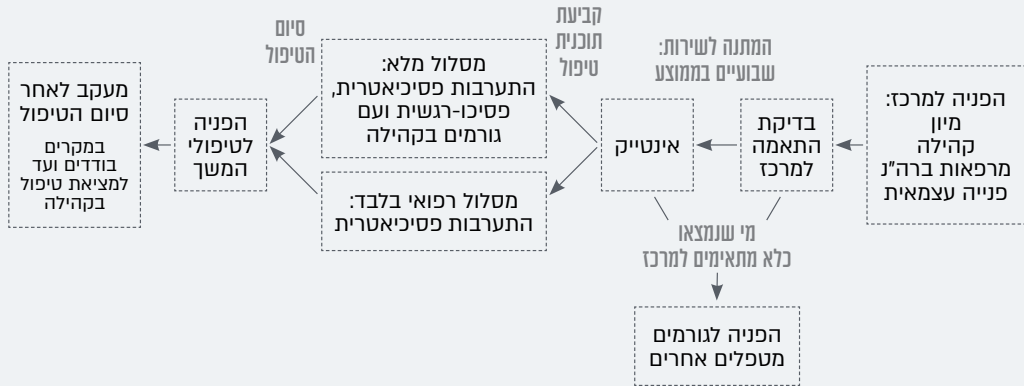
אוכלוסיית היעד

- ✓ מי שמצריך מענה מיידי על רקע משבר נפשי
- ✓ מי שאינו מצריך אשפוז פסיכיאטרי מיידי
- ✓ מי שמוכן ויכול להשתתף בטיפול אינטנסיבי ומחייב

מי אינו מתאים להתערבות במרכז

- ✗ מי שמצריך טיפול במצב כרוני ומתמשך (לא משבר)
- ✗ מי שחווה אובדנות פעילה וסכנה מיידי
- ✗ מי שמצריך אשפוז פסיכיאטרי
- ✗ מי שמצריך מענה ייעודי וארוך טווח: התמכרויות, הפרעות אכילה, פגיעה מינית
- ✗ מי שמקבל טיפול נפשי בקהילה

תהליך קבלת השירות



מאפייני טיפול קצר מועד	טיפול חירום הממוקד במשבר מסוים	טיפול של עד שישה שבועות	טיפול אקטיבי וממוקד מטרות	ניהול מקרה ועבודה עם גורמי טיפול, חינוך ורווחה בקהילה
------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------------	---

צוות המרכזים ותפקידים

« עבודת צוות אינטרדיסציפלינרי

« **צוות ליבה:** פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומנהלי אדמיניסטרציה

« **צוות טיפולי נוסף:** מטפלים באומנות, מרפאים בעיסוק, מטפלים בבעלי חיים, יועצים חינוכיים ועוד

« **הכשרת אנשי מקצוע:** מתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכולוגיה

הגדרת הצלחת הטיפול

- 1 מניעת הידרדרות המשבר ומניעת אשפוז
- 2 הקלה בסימפטומים, בחומרת הבעיה ובתחושת המצוקה
- 3 שיפור בתחושת הרווחה הנפשית (wellbeing) ובאיכות החיים של הילד והמשפחה
- 4 שיפור בתפקוד במשפחה, בבית הספר ובחברה
- 5 מתן אבחון למי שלא אובחן בעבר
- 6 עלייה בתחושת המסוגלות ומתן כלים להורים
- 7 שיפור התקשורת בין ההורים לילדים
- 8 הכוונה להמשך הטיפול הנדרש בחינוך, רווחה או טיפול, וסיוע במציאתו

2. סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות של המרכזים להתערבות במשבר

1 משך הטיפול במרכזים: משך זמן הטיפול שנקבע במרכזים הוא עד שישה שבועות והוא משפיע על הטיפול הניתן בהיבטים רבים: הקשר הטיפולי בין המטפל ובין הילד במשבר; המעקב אחר טיפול תרופתי; ההתמקדות הטיפולית; אי-התאמה לפרוטוקולים קיימים של טיפול ממוקד קצר מועד; תחלופה גבוהה של מטופלים ועומס טיפולי; קושי במציאת המשך טיפול בקהילה.

2 הכשרות והדרכות: רוב המנהלים ואנשי הצוות במרכזים הוכשרו לטיפול ארוך טווח ולא קיבלו הכשרה מקדימה מספקת בטיפול ממוקד וקצר מועד. רבים מהם למדו את אופי העבודה תוך כדי התנסות והדגישו צורך בהכשרה מסודרת בתחום.

3 עומס טיפולי: רוב המרואיינים דיווחו על תחושת עומס בעבודה וחלקם גם על שחיקה מכמה סיבות: הביקוש הגבוה לשירות, מחסור בכוח אדם, יעדי הטיפול, ריבוי המשימות הברוקרטיות, הצורך בקשר עם גורמים בקהילה ואופיו האקטיבי והאינטנסיבי של הטיפול קצר המועד. כדי להתמודד עם העומס והשחיקה נעזרו המרכזים באמצעים האלה: הדרכות, הכשרות, ייעוץ מקצועי, למידת עמיתים, גיוון בסוגי הטיפול ושילוב בין טיפול קצר לארוך טווח; עם זאת, יכולת ההתמודדות עם עומס העבודה השתנתה בין המרכזים בהתאם להיקף כוח האדם הזמין בהם.

4 מקום המרכזים במערכת בריאות הנפש: למרכזים להתערבות במשבר יש תרומה חשובה למערכת בריאות הנפש לילדים ולנוער: הם מסייעים להפחתת העומס על מיון ומרפאות באמצעות אבחון ראשוני, טריאז' והכוונה לטיפול; עובדים בשיתוף עם שירותי הרווחה, החינוך וגורמים נוספים בקהילה; מנגישים טיפול ולעיתים משמשים שער כניסה לשירותי בריאות הנפש ותורמים לגיוס ולהכשרת אנשי מקצוע בשירות הציבורי. לצד זאת, יש להגביר את הרגישות התרבותית והנגישות הלשונית של הצוותים. סוגיה מרכזית נוספת שנתרה ללא פתרון היא המחסור בטיפולי המשך בקהילה לאחר סיום ההתערבות במרכזים. בשל כך נוצר לעיתים פער בין המענה המהיר במרכז לבין המשך הטיפול הנדרש.

”המערכת כל כך צמאה לטיפול שאין לי no show, כאילו, אין לי חורים. כל הזמן, כל הזמן יש מישהו להכניס.” (מנהלת מרכז)

מרכזי ההתערבות במשבר הם שירות חיוני שמאפשר מענה מהיר, רב-מקצועי וממוקד לילדים ולבני נוער במשבר – אך להמשך פיתוחו נדרש לחזק את כוח האדם, ההכשרה והרצף עם השירותים בקהילה.

המלצות עיקריות

« **לשקול הקמת מרכזים נוספים** ולהרחיב את הפריסה הארצית שלהם ובכך להגדיל את מספר הילדים ובני הנוער המקבלים שירות.

« **לבחון דרכים להפחתת העומס והשחיקה** של אנשי הצוות והמנהלים במרכזים בין היתר באמצעות תוספת כוח אדם ותפקיד ייעודי לתיאום טיפול, לטיפול בבירוקרטיה ולקשר עם גורמים בקהילה.

« **לשמור על מגבלת ששת השבועות כעיקרון** של טיפול קצר מועד אך לאפשר הארכה מוגבלת בזמן למטופלים הזקוקים לכך, לפי צורכיהם ושיקול הדעת המקצועי של אנשי הצוות.

« **למסד הכשרה מקדימה לטיפול קצר מועד ממוקד משבר** על בסיס הידע הקיים והניסיון שנצבר במרכזים.

« **לערוך מחקרי המשך** לבחינת המאפיינים של מקבלי השירות, יעילות הטיפול ותרומת המרכזים להפחתת פניות למיון, אשפוזים ואשפוזים חוזרים.

תוכן עניינים

1.	רקע	1
1.1	הקמת מרכזים להתערבות במשבר	2
2.	מטרות המחקר	4
3.	שיטה	5
3.1	כלי המחקר	5
3.2	אתיקה	5
4.	מידול השירות במרכזים להתערבות במשבר	6
4.1	עקרונות הפעולה של המרכזים	6
4.2	תהליך מתן השירות במרכזים	15
4.3	צוות המרכזים להתערבות במשבר	27
4.4	מודל השירות	31
5.	סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות של המרכזים להתערבות במשבר	33
5.1	משך הטיפול במרכזים	33
5.2	הכשרות והדרכות	35
5.3	עומס טיפולי	36
5.4	מקום המרכזים במערכת בריאות הנפש	37
6.	מגבלות המחקר	40
7.	סיכום והמלצות	41
	עוד פרסומים של המכון בנושא	43
	מקורות	44

בריאות הנפש בקרב ילדים ונוער הפכה בשנים האחרונות לאחד האתגרים המרכזיים של מערכות הבריאות ברחבי העולם, שכן לפי ארגון הבריאות העולמי מחלות נפש הן כמחצית מנטל המחלות העולמי בקרב נוער וצעירים. בתוך כך הפרעות דיכאון הן הגורם החמישי השכיח ביותר לנטל המחלות העולמי בקרב בני 10–24 (Kessler et al., 2009; Vos et al., 2020). עוד עולה מנתוני ארגון הבריאות העולמי כי שיעור הילדים ובני הנוער החווים קשיים נפשיים נע בין 10% ל-20% מכלל הילדים בעולם. גילים אלו הם תקופה מכריעה לאבחון ולטיפול לנוכח העובדה שכמחצית ממחלות הנפש מתפתחות עד גיל 14 ו-75% מהן עד גיל 24. כמו כן היעדר קבלת טיפול מתאים לקשיים אלו בגיל צעיר עלול להוביל להשפעות ארוכות טווח ולהפיכתן לכרוניות בבגרות (World Health Organization, 2021).

בעקבות אירועים בין-לאומיים ולאומיים שחלו בשנים האחרונות הוחמר מאוד מצבם הנפשי של ילדים ובני נוער. ראשית, מגפת הקורונה והצעדים שננקטו כדי למנוע את התפשטותה – הסגר והגבלות, ובכלל זה סגירת מסגרות לימוד ותעסוקה והבידוד החברתי – הובילו לעלייה חדה בשיעור הילדים שאובחנו עם קשיים נפשיים, כגון דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה, לחץ והפרעות רגשיות ועוד. כמו כן נצפתה עלייה במספר הילדים ובני הנוער שהתקבלו בחדרי מיון בעקבות ניסיון אובדני (המועצה הלאומית לשלום הילד, 2023; רימון-גרינשפן וברלב, 2023; Howard-Jones et al., 2022; Bilu et al., 2022). יש לציין כי מומחים מעידים שמלבד המצוקות המיידיות שחשו ילדים ובני נוער בעקבות מגפת הקורונה, יש למגפה השפעות שליליות ארוכות טווח על הרווחה הנפשית של ילדים ונוער. השפעות אלו כוללות גם השפעה עקיפה על גורמי סיכון, כגון עלייה במקרים של אלימות במשפחה ועיכוב בקבלת מענה רפואי (Howard-Jones et al., 2022), ואנשי מקצוע צופים שהשפעות אלו יימשכו גם בשנים הקרובות (רימון-גרינשפן וברלב, 2023).

שנית, מלחמת "חרבות ברזל" העלתה את רמות המצוקה בקרב ילדים ובני נוער בישראל. כך למשל נמצא כי ילדים בני 2–12 הראו בשבועות שלאחר תחילת המלחמה (שבוע 5 ושבוע 13) רמות גבוהות של מצוקה רגשית כולל חרדה, פחד והתנהגויות מוחצנות (פינצ'ובר ואחרים, 2024). לפי המועצה לשלום הילד, שיעור בני 12–17 שאובחנו בחרדה בשלושת החודשים הראשונים של המלחמה עלה ב-33% לעומת אותה תקופה בשנה הקודמת. כמו כן ממחקר שנערך באוניברסיטת בר אילן בשיתוף משרד החינוך עולה כי בשנת 2024 53% מן התלמידים בני 14–18 חוו תגובות לחץ ותסמינים גופניים או נפשיים מדי יום לעומת 46% בשנת 2023. עוד נמצא כי מידת החשיפה לאירועי מלחמה וטרור וכן תחושות חרדה בשל המצב הביטחוני ניבאו צריכת חומרים ממכרים והשתתפות בבירונות (הראל-פיש וולש, 2024; וילדר, 2024). מסקר שבוצע שנה לאחר פרוץ המלחמה עולה כי למלחמה יש השפעות ארוכות טווח, ו-41.9% מן

המתבגרים בני 14–18 עמדו בסף האבחנה המשוער לפוסט טראומה (Refaeli et al., 2025). גם להקשר המשפחתי הייתה השפעה, שכן נמצא כי ילדים שיש להם קרובי משפחה שהושפעו ישירות מן המלחמה או הורים ששירתו במילואים הפגינו מצוקה רגשית גבוהה יותר מילדים אחרים. עוד נמצא קשר חיובי מובהק בין רמת המצוקה הרגשית של ההורים (חרדה ודיכאון הורי) ובין רמה זו של ילדיהם (פינצ'ובר ואחרים, 2024).

בעקבות אירועים אלו גבר הצורך של ילדים ושל בני נוער בישראל בשירותים ובמענים של בריאות הנפש, והוחרף המשבר המתמשך בכוח האדם ובזמינות השירותים במערכת הבריאות. כך למשל, עוד בטרם פרצה מלחמת חרבות ברזל זמני ההמתנה לחוות דעת או לטיפול של פסיכיאטר ילדים במגזר הציבורי עלולים היו להימשך כ-8 חודשים, ואף יותר מכך, ובמגזר הפרטי כ-4 חודשים (רימון-גרינשפן וברלב, 2023). נוסף על כך המתנה לפגישה בשירות הפסיכולוגי החינוכי עשויה הייתה להימשך יותר משנה (וילדר, 2024). מערכת בריאות הנפש אינה מצליחה לספק מענה הולם לצרכים הגדלים של ילדים ובני נוער, ויש בה מחסור חמור בשירותים החיוניים לאלו החווים משבר נפשי או קשיים רגשיים ונפשיים בכל רצף הטיפול: בקהילה, במסגרות אשפוז ובמסגרות שיקום (רימון-גרינשפן וברלב, 2023).

1.1 הקמת מרכזים להתערבות במשבר

עוד לפני פרוץ המלחמה, בשנת 2022, פרסם משרד הבריאות – בתמיכה, בעידוד ובשיתוף האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר – מבחן תמיכה לשלוש שנים להקמת מרכזים להתערבות במשבר בתחום בריאות הנפש לילדים ונוער בצמוד לבתי חולים כלליים ופסיכיאטריים. במסגרת מבחן תמיכה זה הוקמו 11 מרכזים ברחבי הארץ. מרכזים אלו הוקמו כדי לתת מענה מהיר ואינטנסיבי למטופלים המצויים במצבי משבר נפשי וזאת כדי למנוע הידרדרות, לשפר את המצב ולמנוע או לדחות, עד כמה שאפשר, הגעה לאשפוז פסיכיאטרי. השירות נועד לילדים ולבני נוער במצבים אקוטיים, ואמור להתאפיין בתחלופה גבוהה של מטופלים שיקבלו מענה קצר מועד בשאיפה שלאחר מכן ימשיכו לקבל טיפול בעצימות שונה לפי הצורך במקומות אחרים, כולל מחוץ למערכת בריאות הנפש.

משרד הבריאות התנה את הקמת השירות לעיל בבתי חולים ובמרכזים רפואיים שיש בהם מיון פסיכיאטרי לילדים ולבני נוער וכן מערך מרפאות לבריאות הנפש לילדים ובני נוער, וזאת כדי שיוכלו לקלוט חלק מן המטופלים לאחר ההתערבות האינטנסיבית במרכז. מלבד זאת, מבחן התמיכה התייחס לכמה פרמטרים נוספים, למשל זהות כוח האדם שאפשר לקלוט במרכזים, מספר המטופלים ומספר המגעים המוצעים לכל מטופל.

מרכזי התערבות במשבר מציעים מודל חדש לשירות נחוץ וחיוני שיכול לתת מענה חלקי גם לנושא של טיפול בטרומה. עם זאת קיימת שונות רבה בין המרכזים בהיבטים שונים, למשל מודל ההפעלה, כוח האדם וההתערבויות המוצעות ופרופיל המטופלים. נוסף על כך במסגרת

הפעלת המרכזים עולות שאלות וסוגיות המצריכות המשגה ומענה. לפיכך מינהל בריאות הנפש (לשעבר אגף בריאות הנפש) שבמשרד הבריאות פנה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבצע מחקר יישומי שיסייע להמשגת מודל לשירות המרכזים שאפשר יהיה להרחיב בעתיד.¹

¹ המכון התבקש גם לסייע ליצירת תשתית לאיסוף נתונים לשם מדידת האימפקט של השירות החדש בפועל על רווחת המטופלים ועל שיעורי מניעת האשכוזים ודחייתם (עבודה זאת תפורסם בהמשך בדוח נפרד).

2. מטרות המחקר

גיבוש מודל העבודה במרכזים השונים להתערבות במשבר בנוגע להיבטים האלה:

- א. קהל היעד של המרכז להתערבות במשבר
 - ב. הפניה לשירות המרכז
 - ג. העקרונות המרכזיים בהפעלת המרכזים השונים
 - ד. אופי הטיפול שניתן: התערבויות, משך הטיפול ועוד
 - ה. היקף כוח האדם במרכזים, הרכבו והכשרתו
 - ו. המשך טיפול בתום ההתערבות במרכז
 - ז. מיפוי סוגיות הקשורות להפעלת מודל העבודה של המרכזים להתערבות במשבר
- המטרה העיקרית היא לגבש מודל עבודה שבסיסו יהיה משותף לכל המרכזים, אך יהיו בו גם גמישות והתאמה לפי מאפייני המרכז, כוח האדם וצורכי האוכלוסייה הייחודיים של כל מרכז. לשם כך יש ליצור תחילה מודל שאפשר יהיה להעתיק למקומות אחרים ולמדוד את היקף השירות ואת תוצאותיו. לאחר מכן יש לאפשר למידה הדדית מעמיקה של המרכזים השונים זה מזה.

3. שיטה

3.1 כלי המחקר

המחקר התמקד ב-11 מרכזים להתערבות במשבר הפעילים כיום בישראל. לצורך איסוף הנתונים התבסס המחקר על שלושה כלי מחקר כמותיים ואיכותניים:

1. **ראיונות חצי מובנים:** בוצעו 39 ראיונות עם 37 מרואיינים (בחלק מן הראיונות השתתפו שני מרואיינים, וחלק מן המרואיינים רואיינו כעמיתים). הראיונות בוצעו בין דצמבר 2024 לאפריל 2025 עם מנהלי 11 מרכזי ההתערבות במשבר, עם מספר חברי צוות במרכזים (2-3 חברי צוות בכל מרכז) וכן עם אנשי מקצוע בכירים בחלק מבתי החולים. הראיונות בוצעו באופן מקוון, הוקלטו באישור המרואיינים ותומללו לצורך ניתוח תמטי בעזרת תוכנת ניתוח תכנים ATLAS.ti 25.

2. **שאלוני אפיון למרכזים:** בכל אחד מ-11 המרכזים מילאו שאלון אפיון בנושאים האלה: היקף השירות הניתן במרכז, מאפייני כוח האדם וסוגי ההתערבויות שמוצעים בו. את השאלונים מילאו מנהלי המרכזים בין מאי לנובמבר 2025.

3. **סקר מקוון להורים:** הופץ סקר מקוון למילוי עצמי בקרב הורים לילדים שהיו מטופלים במרכזי ההתערבות בתקופה הקודמת להפצת הסקר. הסקר הופץ על ידי כמה מרכזים והוא עסק בנושאים האלה: התערבויות שקיבל הילד, שביעות רצון ההורים מהיבטים שונים במרכז, המשך טיפול ועוד. על הסקר המקוון השיבו 27 הורים בין יולי לדצמבר 2025.

הנתונים שנאספו במקורות איסוף המידע השונים נותחו ויוצגו בפרק הממצאים באופן אינטגרטיבי לפי נושאי הדוח.

3.2 אתיקה

המחקר קיבל אישור מטעם ועדת האתיקה של מכון מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל. לאנשי המקצוע שרואיינו למחקר הובטחה אנונימיות. אי לכך הציטוטים מדבריהם מובאים בדוח זה ללא ציון שמם או שם המרכז שבו הם עובדים. כל המשתתפים בראיונות הביעו בעל פה את הסכמתם להשתתפות במחקר ולהקלטת הראיון לצורכי תמלול. ההקלטות והתמלולים נשמרו בתיקיות ממוחשבות מאובטחות על פי נוהלי אבטחת מידע.

טופס שאלון מקוון להורים של ילדים שסיימו התערבות באחד ממרכזי ההתערבות במשבר הופץ ישירות להורים על ידי המרכזים לשם שמירה על פרטיות המטופלים ומשפחותיהם. תשובותיהם הועברו ישירות לצוות המחקר. בתחילת השאלון הובהר להורים שכל התשובות נשמרות בסודיות וכי לא ניתן יהיה לזהות אותם, את ילדם או את המרכז שבו הם קיבלו שירות. השאלון סיפק מידע על גורמי סיוע נפשיים זמינים בקהילה, אם מילוי יעורר מצוקה.

4. מידול השירות במרכזים להתערבות במשבר

4.1 עקרונות הפעולה של המרכזים

בפרק מוצגים עקרונות הפעולה של המרכזים להתערבות במשבר ובכלל זה: מטרות הטיפול; הגדרת משבר המיועד לטיפול במרכזים; אוכלוסיית היעד לטיפול במרכזים; מקומם של ההורים והמשפחה; מאפייני טיפול קצר מועד ומשכו במרכזי המשבר; והגדרה להצלחת הטיפול. להלן פירוט על עקרונות הפעולה.

4.1.1 מטרות הטיפול

מן הראוינות עולה כי למרכזים להתערבות במשבר יש מטרות בשלוש רמות: הילד, המשפחה ומערכת בריאות הנפש. להלן פירוט עליהן.

רמת הילד

המטרות הקליניות והטיפוליות שצוינו עבור המטופלים:

1. **מתן מענה מהיר** למי שנמצא במשבר אקוטי ומתן התערבות **ממוקדת** כדי לסייע לו להתמודד עם המשבר ואף להתגבר עליו, במיוחד (אך לא רק) במצבים אובדניים ובמצבים של כגיעה עצמית.
2. **מניעת אשפוז** – ברוב המקרים שמגיעים למרכז להתערבות המטרה היא למנוע אשפוז פסיכיאטרי.
3. **לייצב את המשבר** – להפחית את הסימפטומים של הילד הנובעים מן המשבר הנוכחי שהוא מצוי בו ולהפחית את עוצמתם; למנוע המשך הידרדרות – "לצאת מהמקום של הסיכון שהגדיר את המשבר" (מנהל/ת מרכז).
4. **מתן אבחנה והמשגה של הקושי** – זיהוי הגורמים למשבר והסבר למטופל ולבני משפחתו על המשבר ועל המצוקה. אשת צוות סיכרה:

בשישה שבועות האלה צריך שגם תגדירי לעצמך מה הגורמים המשפחתיים, מה הגורמים הפסיכולוגיים, מה הגורמים הסוציאליים, איפה יתר הסיפורים פה שהביאו למשבר. סיום המשבר צריך להיות כזה שאת מבינה את גורמי המשבר לעומק.

5. **השבה לתפקוד ושיפור באיכות החיים** – השבה לרמת התפקוד שקדמה למשבר, גם אם היא הייתה רמת תפקוד מופחתת – למשל לחזור לבית ספר, לחזור לנהל חיי חברה, לחזור לתפקוד סביר ברמת ההתנהגות – הפחתת הימנעויות, הפחתת התאמות משפחתיות להימנעויות של הילד, שיפור באיכות החיים של הילד ושל המשפחה כולה.

6. **מתן כלים לילד/נער להתמודדות עם המצוקה הנפשית שלו** – כלים לוויסות עצמי (למשל במצבים של כגיעה עצמית), כלים לזיהוי גורמי לחץ וכלים לפנייה לקבלת עזרה.

במסגרת ההתערבות הקצרה ב"מרכז להתערבות במשבר" אי אפשר לתת מענה לכל הקשיים שהילד מתמודד עימם. לכן מטרת הטיפול צריכה להיות מותאמת לילד ולמשפחתו ולהיות, לדברי אשת צוות, "משמעותית, אבל צנועות וממוקדות".

רמת המשפחה

המטרות העיקריות ברמה זו הן ארגון הטיפול בקשיים של הילד ושיפור באיכות החיים של משפחתו באמצעים להלן:

1. **מתן כלים למשפחה להתמודדות עם המצוקה הנפשית של הילד ולהפחתת המצוקה של ההורים:** לסייע למשפחה להכיר בכוחותיה ובכוחות הילד ולסייע לה להתארגן לטיפול בו, כלומר להגיע למצב שבו המשפחה יודעת מה עליה לעשות לשם כך, לאן לפנות, מה האבחנה, והומלץ לה על תוכנית להמשך טיפול.
2. **ביסוס (מחדש) של תקשורת מיטיבה בין הילד להורים:** תקשורת בין הילד המטופל להורים היא מפתח להמשך ההתמודדות של הילד ושל משפחתו עם הקשיים והמצוקות של הילד ושיפור איכות החיים במשפחה.
3. **סיוע במציאת מסגרות מתאימות להמשך טיפול:** יצירת קשר עם גורמים מטפלים בקהילה, עם גורמים בבית הספר ועם המחלקה לשירותים החברתיים במקרה הצורך. אנשי צוות סיפרו:

המטרה של מרכז המשבר מבחינתי זה מצד אחד לאפשר לצאת מהמשבר ומצד שני להבנות את התוכנית להמשך הטיפול. זאת אומרת, אני חושב שאחת מהמסקנות זה לחשוב שישה שבועות ולא חיים של ילד."

הפניה לאבחון הנכון. הכוונה להמשך טיפול וטיפול נכון בקהילה ויצירת כל הגורמים הרלוונטיים בקהילה כדי להתחיל לייצר מעטפת תומכת ומטפלת בקהילה: בית ספר והרווחה."

4. **הכנה לאשפוז (אם אי אפשר להימנע מכך):** לסייע לילד ולמשפחתו שיהיו מוכנים ומאורגנים לאשפוז.

רמת מערכת בריאות הנפש

תכנון שירות שמצטרף לרצף השירותים בין מתן מענה בקהילה למענה אשפוזי במטרה להקל על עומס הפניות למיון ולאשפוז ולתת מענה מידי כמפורט להלן:

1. **מניעה או הפחתה של פניות למיון ופניות חוזרות למיון** – למשל לייתר את הפנייה החוזרת למיון להערכת סיכון לאובדנות. כך למשל, אם נער הגיע למיון ונעשתה לו הערכת מסוכנות

- לאובדנות המצריכה מעקב אחרי שבוע, במקום לערוך את המעקב במיון העמוס, אפשר לעשות זאת במרכז להתערבות במשבר וגם להעניק לו ולמשפחתו התערבות ראשונה.²
2. **מניעת אשפוז** – הפחתת אשפוזים פסיכיאטריים ראשונים וחוזרים וקיצור משכי אשפוז.
3. **הפחתת עומס על מרפאות בריאות הנפש** – באמצעות צמצום הפניות או צמצום פניות לא מתאימות, למשל מקרים שמצריכים התערבות של המחלקה לשירותים חברתיים או מקרים המצריכים השמה במסגרת חינוכית מתאימה.
4. **מתן מענה למחסור באנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש של ילדים ונוער** – באמצעות הוספת תקנים של מתמחים בפסיכיאטריה של ילדים ונוער והכשרת כוח אדם לשם כך, בייחוד פסיכולוגים.
5. **ביסוס גישה טיפולית חדשה במערכת בריאות הנפש – מתן מענה ממוקד וקצר מועד לטיפול במשבר מסוים**, וזאת לנוכח העלייה בצורכי בריאות הנפש של ילדים ובני נוער; מצוקת המענים במרפאות בריאות הנפש ותורי המתנה ארוכים לקבלת מענה; והצורך במתן מענה למצבי משבר.

4.1.2 הגדרת משבר המיועד לטיפול במרכז

מן הראינות עם אנשי מקצוע בכירים, מנהלי המרכזים וצוות המרכזים עולה ההגדרה להלן למשבר המיועד לטיפול במרכז:

קושי, מצוקה, נקודת שבר, החמרה ניכרת או ירידה חמורה בתפקוד מן הזמן האחרון המצריכים מענה מיידי ואפשר לטפל בהם בטווח קצר.

גם אם הקושי הוא כרוני או התמודדות ארוכת טווח, אבל יש החמרה חדשה, או כאמור נקודת משבר עכשווית, ההתערבות במרכז תתמקד במשבר העכשווי והנקודתי ולא בקושי המתמשך.³

עם זאת הגדרת משבר המיועד לטיפול במרכז היא עדיין אתגר למרכזים, והמרכזים השונים מנסים לתת לו מענה מקומי על בסיס הניסיון הייחודי שהם צוברים בעבודה בהתערבות במשבר. הניסיון והידע המסוימים שהצטברו במרכז המסוים, לצד ההתמחות של צוות המרכז, הם יתרון חשוב למרכזים השונים ומאפשרים להם לגלות גמישות בהפעלת השירות ובקבלה של ילדים לטיפול.

² במרכז אחד הבחינו שאם הם בתקופת עומס, מגיעים אליהם ילדים שהיו כבר מספר פעמים במיון, וכשהם לא בעומס, פוחתים המקרים האלה. במרכז אחר הבחינו כי במקרים שכן צריך אשפוז אחרי הקבלה למרכז להתערבות במשבר, אין צורך לעבור שוב דרך המיון ויש מעבר ישיר מן המרכז לאשפוז. כך נחסכים משאבים וגם מקלים על הילד ועל משפחתו.

³ משבר הוגדר במקרה אחד גם מצב שבו ההורים הם מוקד המשבר, כלומר ההורים הפסיקו להכיל את הילד ואת הקשיים שלו, והילד קרס בעקבותיהם.

יש לציין כי הן המנהלים הן הצוות במרכזים מחזיקים בעמדה כי כל ההתערבות יכולה לסייע לילדים החווים משבר או קושי נפשי משמעותי. כך למשל, גם במקרים שבהם עיקר ההתערבות היה לקשר את המשפחה לגורמי טיפול מתאימים בקהילה, ההתערבות הזאת הייתה יעילה מאוד למטופלים שחוו לראשונה קושי נפשי כזה ומשפחותיהם לא ידעו לאן לפנות כדי לקבל סיוע. דוגמה נוספת היא מקרים שבהם הילד הפונה לא היה מאובחן, ובמסגרת ההתערבות במרכז ניתנה לו אבחנה (לרוב של הפרעת תקשורת או קשב). בשני מקרים אלו ההתערבות במשבר סייעה להורים לארגן את הטיפול בילד או גייסה אותם לחפש מענה מתאים למצוקה שלו, גם אם נמנעו מכך עד לאותו הזמן.

4.1.3 הגדרת אוכלוסיית היעד לטיפול במרכז

על אף השוני בין המרכזים השונים, יש הסכמה בין המרואיינים בנוגע לאוכלוסיית היעד המתאימה ביותר לטיפול במרכזים להתערבות במשבר כמפורט להלן:

1. ילדים או הורים שלא מעוניינים באשפוז או כאלו שהפסיכיאטר המטפל לא חושב שאשפוז הוא המענה הנכון להם, ואפשר לתת לקושי או להתמודדות של הילדים מענה בקהילה.
2. ילדים שזקוקים למענה טיפולי או תרופתי מיידי או לאבחנה מהירה של פסיכיאטר (ילדים שיכולים להמתין כמה שבועות עד לכניסה להתערבות במרכז, אינם אוכלוסיית היעד **המרכזית** לשירות הזה, אם כי במקרים מסוימים הם יכולים להיתרם מן ההתערבות במרכז, ובמקרים אחרים למרכז יש פניות לקבלם לטיפול).
3. ילדים והורים שמוכנים לשתף פעולה עם ההתערבויות במרכז ויכולים לעמוד בדרישות התובעניות של ההתערבות במרכז (הגעה למרכז פעמיים-שלוש בשבוע, שהייה במרכז למשך כמה שעות כל פעם, קיום פגישות עם מטפלים ועוד).

אלו שהגיעו להתערבות במרכז התמודדו עם ההתנהגויות או הקשיים האלה: אובדנות וכגיעה עצמית; ירידה ניכרת בתפקוד או חוסר תפקוד, במיוחד אי-הליכה לבית הספר, הימנעויות והסתגרויות; התפרצויות זעם ואלימות; דיכאון, חרדה והפרעה טורדנית כפייתית (OCD); התנהגויות סיכון, למשל בריחה מן הבית; פסיכოזה, במיוחד פסיכוזה ראשונה. במקרים מסוימים הגיעו אף ילדים שסבלו מהפרעות אכילה.

לעיתים מגיעים למרכזים גם ילדים שנמצאים במשבר ושממודדים עם הפרעות קשב או עם אוטיזם אך לא אובחנו בעבר. במקרים כאלו, לרוב המרכזים מציעים תחילה אבחון מהיר במקום אחד, והוא עשוי לחולל נקודת מפנה במתן מענה לקשיים שהילד חווה. למשפחות שטיפלו בהן גורמי טיפול רבים בניסיון להבין ממה נובע הקושי של הילד ואיך אפשר לטפל בו, מקום אחד שמספק הסתכלות מקיפה ומהירה על הקשיים של הילד מאנשי מקצוע שונים יכול לעזור מאוד ולחולל מפנה בהתמודדות עם המשבר והקשיים שלו. עם זאת יש לציין שהמרכזים אינם מרכזי אבחון וזו אינה מטרתם. מעניקים בהם אבחון ראשוני בלבד במקרה הצורך ומפנים להמשך אבחון ושירותים לפי צרכי הילד.

מי אינו מתאים להתערבות במרכז

כדי להגדיר את אוכלוסיית היעד המתאימה ביותר להתערבות במשבר הדגישו מנהלי המרכזים ואנשי הצוות, ברוב הראיונות שנערכו עימם, גם את המקרים שאינם מתאימים להתערבות במרכזים:

1. מטופלים החווים קשיים שאינם נובעים ממשבר אלא ממצב כרוני – מסגרת הזמן אינה מאפשרת ואינה מיועדת למתן מענה לקשיים מתמשכים. במקרים שבהם ילד מתמודד עם קשיים כרוניים ועם משבר עכשווי, צוות המרכז מתמקד במתן מענה למשבר האקוטי העכשווי ולא במתן מענה כולל לכל ההתמודדויות המתמשכות של הילד.
 2. מטופלים שסובלים מאובדנות פעילה ומצויים בסכנה מיידית – המרכזים אינם מיועדים להתמודדות עם מצבים אלו שבהם הילד מסוכן לעצמו או לאחר.
 3. מי שמצבו הנפשי חמור ומצריך אשפוז פסיכיאטרי מיידי – המרכזים אינם מיועדים להחליף אשפוז במקרים שבהם אשפוז הוא אפשרות הטיפול הנכונה והבטוחה ביותר לדעת הצוות הרפואי המטפל.
 4. ילדים ונוער החווים קשיים וזקוקים למענה ייחודי וארוך טווח: השירות אינו מתאים למטופלים המשתמשים בסמים ממכרים, למטופלים הסובלים מהפרעות אכילה או למטופלים שעברו פגיעה מינית (במקרים שבהם מיקוד ההתערבות הוא הפגיעה המינית). קשיים אלו מצריכים טיפול ארוך טווח, אנשי מקצוע ייעודיים המתמחים בנושא ומשאבי כוח אדם שאין במרכזים. כמו כן ברוב המקרים של המרכזים לצוות המקצועי אין המיומנות וההכשרה לעבוד עם ילדים המתמודדים עם מגבלות שכלית או עם אוטיזם בתפקוד נמוך.⁴
 5. הורים שאינם משתפים פעולה ומשפחות שבהן ההורים נמצאים בסכסוך משפטי פעיל בעצימות גבוהה – במשפחות במצב זה אי אפשר לקיים התערבות אינטנסיבית הדורשת שיתוף פעולה בין ההורים. אף על פי כן יש מרכזים המנסים להעניק טיפול לילדים גם במקרים של סכסוך בין ההורים, למשל באמצעות הדרכות לכל הורה בנפרד.
- במרבית המרכזים ציינו שברוב המקרים הם לא יקבלו להתערבות ילד המטופל בקהילה כדי לא לערב עוד גורמים מטפלים לטווח קצר וכדי לא להפריע לרצף הטיפול עם המטפל בקהילה. עם זאת במקרים שבהם המטפלים בקהילה לא מצליחים לתת לילד מענה מספק בעת המשבר ומכנים אותו למיון או למרכז להתערבות במשבר, יש מרכזים שיקבלו את הילד להתערבות רפואית דחופה בלבד (למשל איזון תרופתי דחוף או התחלה דחופה של טיפול תרופתי) בתיאום עם המטפל בקהילה.

⁴ במרכז אחד ציינו שבמקרה שמקבלים בו ילדים המאובחנים במגבלות שכלית או באוטיזם בתפקוד נמוך, ההתערבות תתמקד בעבודה עם ההורים או עם המסגרת הטיפולית של הילד.

4.1.4 הורים ומשפחה

אופי ההתערבות הקצר והאינטנסיבי במרכז מצריך את שיתוף הפעולה של ההורים ואת מעורבותם. המרכזים להתערבות במשבר מייחסים חשיבות רבה לעבודה עם ההורים ורואים בה התערבות מרכזית, כפי שאמרה אשת מקצוע:

”ההורים מעורבים בכל התהליך. התחלה, אמצע, סוף. כל הזמן.”

תפיסת המרכזים היא כי ההורים הם סוכני השינוי המרכזיים של הילד ומקור התמיכה העיקרי שלו. הדבר נכון במיוחד במקרים האלה: המטופל הוא ילד צעיר; למטופל יש בעיות אמון בגורמים מטפלים, והצוות המטפל חושב שלא נכון יהיה להתחיל קשר טיפולי במסגרת התערבות קצרת מועד; וכשהמטופל מסרב לשתף פעולה אבל עבודה עם ההורים עדיין אפשרית. במקרים מסוימים המרכז משתף בהתערבות מבוגרים משמעותיים אחרים בחיי הילד שאינם ההורים – למשל סבים/ות, אחים/ות, דודים/ות.

אנשי מקצוע שונים ציינו כי לעיתים בעקבות המשבר שחווה הילד או ההתערבות במרכז הצליחו ההורים להירתם לטיפול, גם במקרים שבהם עד לאותו הזמן הם לא הכירו בקשיים של הילד או בחומרתם וסירבו לפנות לסיוע או לטיפול.

מטרות העבודה עם ההורים

העבודה עם ההורים במרכז נועדה לתת להם כלים להתמודדות עם הילד ועם הקשיים שהוא חווה. לפעמים עיקר העבודה עימם היא לסייע להם להכיר בקשיים של הילד ובחומרתם; לבסס (או לבסס מחדש) את התקשורת בין הילד להורים; ולהפחית את חומרת הסימפטומים של הילד ואת השפעתם על המשפחה.

יתרונות העבודה עם ההורים

להדרכת הורים (ההתערבות השכיחה ביותר עם ההורים, ראו פירוט בפרק 4.2.6 'התערבויות במרכז') יש פוטנציאל השפעה רב על הילד ועל המשפחה בכלל, במיוחד כשהיא ניתנת באינטנסיביות – פעמים-שלוש בשבוע במשך תקופה קצובה, כפי שקורה במרכזי ההתערבות. יתרה מזאת, במקרים מסוימים העבודה הצמודה עם ההורים כשלעצמה מגייסת את הילד לשתף פעולה בהתערבות, משום שכך הוא לא נושא לבדו את כל כובד המשקל של הטיפול, אלא גם ההורים שותפים לכך. נוסף על כך, כפי שעלה מן הראיונות, לפעמים מוקד המשבר הוא המשפחה ולא בהכרח הילד, כלומר המשבר או ההתנהגות של הילד הם בתגובה למשברים או לקשיים משפחתיים אחרים. כך אמר איש צוות:

”[לפעמים המשבר של הילד] מספר סיפור של משפחה שדרכו זה מתנקז, הסימפטומים יוצאים דרכו אבל הוא מחזיק דרמות משפחתיות אחרות.”

לבסוף, העבודה עם ההורים במרכז מאפשרת תיווך בין הילד להורים וביסוס (מחדש) של תקשורת מטיבה ביניהם. כך למשל, לפעמים ילדים מתקשים לומר דברים מסוימים ישירות להורים, אבל באמצעות הצוות במרכז הדברים האלה מתווכים להורים.

מגבלות העבודה עם ההורים

ההתערבות במרכזים השונים נערכת פעמיים עד שלוש בשבוע, וההורים צריכים להתחייב לטיפול האינטנסיבי הזה. יש מקרים שבגלל עבודה או מרחק משפחות מתקשות להתחייב מלכתחילה להתערבות במרכז או שבמהלך ההתערבות הן מתקשות ואינן עומדות בעומס ובתדירות ההתערבות.

במקרים שבהם ההורים נמצאים בסכסוך אישי או משפטי בעצימות גבוהה, יש קושי לעבוד איתם בהקשר של הטיפול בילד. כפי שנזכר לעיל, יש מרכזים שיחליטו כי במקרים אלו בלתי אפשרי לטפל בהתערבות במשבר במשפחה או יבחרו לעבוד עם כל הורה בנפרד.

4.1.5 משך הטיפול ומאפייני טיפול קצר מועד

מבחן התמיכה קובע כי משך הטיפול במרכזים להתערבות במשבר יהיה **עד שישה שבועות** בלבד במטרה להתמקד במתן מענה חירום ממוקד וקצר מועד למשבר המסוים. הגבלת משך הטיפול במרכזים לשישה שבועות נועדה גם להפנות את משאבי המרכז למתן מענה למספר רב של מטופלים בשנה (לפי מבחן התמיכה, למשל, כל מרכז צריך לתת מענה ל-250 ילדים לפחות במשך שנה) ולהימנע מרשימות המתנה ארוכות לצורך קבלת טיפול.

נוסף על כך אנשי המקצוע שהשתתפו במחקר ציינו כי טיפול קצר מועד מצריך מהם כמה שינויים: ראשית, שינוי בתפיסה ובאג'נדה הטיפולית. מדובר בטיפול נקודתי במשבר ולא בטיפול בכל האתגרים שהילד מתמודד איתם. עוד ציינו אנשי המקצוע כי הטיפול קצר המועד הוא טיפול אקטיבי מאוד, ועליהם להיות דרוכים, קשובים ואקטיביים ולכוון את הטיפול לקראת המטרות הקונקרטיות שהוצבו בתחילתו (הרחבה על עומס ושחיקה שסוג טיפול זה עלול ליצור ראו פרק 5: סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות של המרכזים להתערבות במשבר). שנית, טיפול קצר מועד מצריך שינוי בתפיסה הארגונית. כבר בתחילת הטיפול אנשי הצוות במרכזים מפנים את ההורים לחפש המשך טיפול בקהילה לאחר ההתערבות במרכז. לכן טיפול קצר מועד במרכזי התערבות במשבר מצריך הכשרה ייעודית, הדרכה צמודה וקרובה, ליווי וייעוץ וכן עבודת צוות צמודה.

לדעת אנשי המקצוע במרכזים טיפולים קצרי מועד אכן מתאימים במיוחד לאוכלוסיית היעד של המרכזים (ילדים ובני נוער) כי יש חשיבות למענה מהיר בתקופת החיים הזאת, שבה משתנים במהירות. סיפרה אשת צוות:

אני חושבת שאפשר לעזור לילדים לא רק בטיפולים של 5 שנים על הספה, זמן ילד זה זמן קצר וחשוב לתת מענה מהיר."



4.1.6 הגדרה להצלחת הטיפול

היות שהטיפול קצר מועד והמטופלים מגיעים למרכזים במצבי משבר חמורים קשה להמשיג ולהגדיר מהי הצלחת הטיפול בהם. עם זאת, המרואיינים העידו שלצד הקושי בהגדרה יש לאנשי מקצוע מדדים ברורים המצביעים על יעילות הטיפול והצלחתו.

לדבריהם, גורמי המפתח להצלחת הטיפול הם העבודה עם הסביבה הקרובה של הילד (ההורים, גורמי טיפול בקהילה כמו המחלקה לשירותים חברתיים והמסגרת החינוכית של הילד) וכן העבודה כצוות רב-תחומי במרכז. היבט חשוב נוסף בהצלחת הטיפול הוא העובדה שהמרכזים נותנים מענה מהיר מאוד המונע את המשך ההידרדרות של המשבר. אחת האימהות סיפרה:

הטיפול היה מאוד מקצועי ומאוד תרם לנו בהתפתחות של הילדה. בדיעבד זה היה מזל גדול שקיבלו אותנו כל כך מהר ונתנו לנו ולה כלים להתמודד. אני לא יודעת איפה היינו היום אם זה לא היה."



כמו כן המרואיינים הסכימו הסכמה רחבה שאם הטיפול במרכזים מצליח, הוא עשוי לחולל שינוי בחיי המטופלים בהיבטים האלה:

1. מניעת הידרדרות המשבר ומניעת אשפוז.
 2. הפחתה והקלה בסימפטומים, בחומרת הבעיה ובתחושת המצוקה של המטופל – למשל הפחתה ברמת האובדנות, ברמת הדיכאון, ברמת החרדה ובפגיעות עצמיות. אמרה אשת מקצוע:
- אני לא מצפה באמת להפסקה של הדברים, אלא רק לאיזושהי תזוזה. אני חושבת שאם יש איזושהי תזוזה בכיוון הנכון, אני אגדיר את זה כהצלחה."
3. עלייה בתחושת הרווחה הנפשית (wellbeing) ושיפור באיכות החיים של הילד ושל משפחתו.
 4. שיפור בתפקוד של הילד – חזרה לתפקוד שקדם למשבר (גם אם התפקוד לא היה מיטבי או חלקי) או לתפקוד ברמה סבירה בתוך המשפחה, מבחינה חברתית ובבית הספר.
 5. מתן אבחון או המלצה לאבחון ספציפי למטופלים שלא אובחנו בעבר (למשל אבחון אוטיזם והפרעות קשב וריכוז) במקרה הצורך. לקבלת אבחנה כזו יש משמעות רבה עבור המטופל ומשפחתו. מנהל/ת מרכז אמרה:

... עזרת להם להבין, אומנם אולי לא עזרת להם להוריד את התסמינים, אבל עזרתם להם להבין מה קורה פה – מה התסמינים משקפים ומה צריך לעשות כדי לעזור לזה. ההבנה עצמה בעיניי זה גם יכול להיות התערבות משמעותית, אבל העיקר, המטרה העיקרית, זה להוציא אותם מהמשבר ולהחזיר אותם לתפקוד הקודם."



6. העצמת הכוחות של ההורים – עלייה בתחושת המסוגלות של ההורים ומתן כלים ומיומנויות נדרשות להתמודדות עם מצבו של הילד וסיוע לו, סיוע להורים להבין עם אילו קשיים הילד מתמודד; זיהוי הבעיה המרכזית שהובילה למשבר הנוכחי, ומה המשמעות של המשבר הזה; לעזור להורים להבין טוב יותר את המצוקה ומתוך כך את המצב של הילד. סיפורה אשת צוות:

”... הרבה פעמים הורים מגיעים אלינו ככה, חסרי כוחות לחלוטין, ומבולבלים ואבודים, ולהחזיר להם קצת תחושה של מסוגלות, ולתת להם קצת כלים, וקצת פשר, ולהחזיר את הילד להיעזר בהורה שלו, במקום שקודם הוא לא מצא איזשהו ערוץ תקשורת פתוח מולו.”

7. שיפור וחיזוק הקשר והתקשורת בין ההורים והילדים (ביסוס דפוסי תקשורת חיוביים), כפי שעלה מדברי אשת צוות:

”באמת מרגישים שמצליחים להזיז שם משהו, שמצליח לקרות שם משהו, שקורה שינוי קטן. לפעמים זה דברים מאוד קטנים, יכולים לגרום לנער לדבר יותר עם ההורים או להצליח להגיד את הקושי שלו או להיות יותר פתוח.”

8. סיוע בהמשך טיפול – ההורים והמטופל מבינים מהו המשך הטיפול הנדרש; הכנה לטיפול המשך או אבחון בקהילה וסיוע במציאתו; סיוע במציאת מסגרת חינוך מתאימה לילד (מעבר לחינוך מיוחד או לפנימייה); קישור לגורמי רווחה למיצוי זכויות ושירותים או הכנת הילד וההורים לאשפוז במקרה הצורך. סיפר איש צוות:

”... נערה אחת שאחרי חודש בהתערבות התאשפזה, ולדעתי זו הצלחה נורא נורא גדולה בפני עצמה גם כי היא פשוט הייתה צריכה להתאשפז. אי אפשר היה אחרת. זה המצב האמיתי שלה, וההורים ניסו להחזיק את זה כמה שהם יכולו, אבל אי אפשר, יש גבול, יש נקודה שבה אי אפשר יותר לשמור על זה... אני חושב שזה ריכך את ההורים כלפי זה, וגם גרם להם להבין כמה פגועה וכמה סובלת היא וכמה העזרה שהיא צריכה היא יותר עמוקה ממה שאפשר לתת לה כרגע בקהילה. ... היא הלכה מרצון לאשפוז ולא בהוראה, ואז אפשר היה לארגן את זה למקום שהוא לא נורא ואיום, אלא רק קצת לא טוב ושגם היה משהו, אני חושב, בהכרה של ההורים שמאוד מאוד הרגיע אותה. אז אני חושב שזאת בעיניי זה הצלחה.”

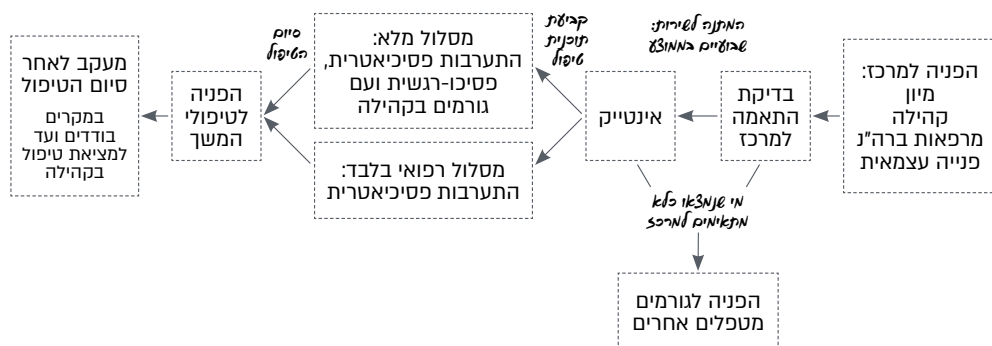
לעיתים ביסוס קשר טיפולי חיובי עם המטפלים במרכז פותח פתח לביסוס קשר טיפולי חיובי עם מטפלים בהמשך. לעיתים גם ההתערבות במרכז היא חוויה טיפולית ראשונה של הילד ומשפחתו או חוויה ראשונה של הצלחה של המטופל ביצירת הקשר הטיפולי, והיא חיונית להמשך טיפול. כך עלה מדברי איש צוות:

” ... ואז הצלחנו, אפילו מבחינה מנהלתית כזה, לעזור להם להבין לאן הכי טוב לגשת (...), להתחיל כאן משהו, להתחיל איזשהו תהליך, לעזור קצת, ואז אחר כך לעזור להם לפנות לאן שהכי יכול לשרת אותם בהמשך.”

4.2 תהליך מתן השירות במרכזים

אף על פי שתהליך מתן השירות, החל מן הקבלה לשירות וכלה בסיומו, לא היה קבוע מראש במבחן התמיכה, כל המרכזים להתערבות במשבר הבנו לעצמם תהליך דומה. בפרק זה יוצג התהליך – החל משלב ההפניה או הפנייה העצמית למרכז ועד לסיום הטיפול. בתוך כך יפורטו בקיצור כל שלבי התהליך (ראו להלן **איור 1**). יש לציין שהשלבים האלה מוצגים בפרק זה בצורה נפרדת ובסדר מסוים, אך יש לתת את הדעת על העובדה שבמקרים מסוימים שלבי התהליך יכולים להתנהל אחרת: במקביל, בסדר שונה או לא לקרות כלל.

איור 1: תהליך מתן שירות במרכז להתערבות במשבר



4.2.1 הפניית מטופלים למרכז

דרך ההפניה השכיחה ביותר של מטופלים למרכזים היא מן המיון הפסיכיאטרי (בעיקר מבית החולים שבו המרכז ממוקם אך לעיתים גם מחדרי מיון בבתי חולים אחרים). יש לכך שתי סיבות: ראשית, בעת משבר הורים פונים או גורמים בקהילה מפנים אותם למיון פסיכיאטרי. שנית, יש קשר הדוק בין המיון למרכזים וחלק מאנשי הצוות במרכזים עובדים גם במיון.

דרך הפניה נפוצה נוספת היא מגורמים מטפלים בקהילה, ובכלל זה (לפי סדר יורד, כפי שהציגו המרכזים וההורים שהשיבו לסקר): רופא ילדים או רופא משפחה בקופות החולים; יועץ או פסיכולוג בית הספר של הילד; גורמים מן המחלקה לשירותים חברתיים המקומית; וגורמים מטפלים בבריאות הנפש בקהילה (במגזר הציבורי ובמגזר הפרטי).

נוסף על כך הוזכרו בסקר פנייה עצמאית של ההורים למרכז; הפניה ממחלקות אשפוז כלליות בבתי חולים (למשל במקרים שבהם האשפוז הוא על רקע של כגיעה עצמית או ניסיון אובדנות)

או הפניה מקב"סים (קציני ביקור סדיר) מטעם הרשויות המקומיות. חלק מן המרכזים פרסמו את שירותי המרכז להתערבות במשבר באופן יזום בקרב גורמי חינוך, רווחה וטיפול שונים בקהילה כדי שידעו להפנות אליהם ילדים מתאימים.

4.2.2 בדיקת התאמה למרכז

הפונים למרכז עוברים בדיקת התאמה ראשונה. במרכזים שונים שלב זה מכונה גם סינון ראשוני, שיחת התאמה או טרום אינטייק (ראו לעיל דיון על אוכלוסיית היעד המתאימה למרכזים), ומבצעים אותו מנהל/ת המרכז או מטפל/ת במרכז בהתייעצות עם המנהל/ת.

בדיקת ההתאמה כוללת בחינה התחלתית של המידע הרלוונטי על המקרה, ובכלל זה דוח מן המיון הפסיכיאטרי, הפניה מפסיכיאטר מטפל ועוד. אחד המרכזים ציין גם דרישה מן ההורים למלא שאלונים ייעודיים. לעיתים קרובות שלב זה כולל גם שיחת טלפון עם ההורים. מדברי אנשי צוות במרכזים עולה כי לשיחה זו מטרות אחדות: קבלת מידע על המשבר שבו נמצא הילד ועל ההקשר החברתי והמשפחתי שלו; בקשה להשלמת מסמכים, אם חסר; הצגת המרכז ואופן הטיפול בו; ובחינה של מידת הנכונות של ההורים לטיפול האינטנסיבי.

בסיום בדיקת ההתאמה מתקבלת ברוב המקרים החלטה האם מדובר במקרה של ילד המתאים לטיפול במרכז ושיש לזמנו לביצוע אינטייק לצורך תחילת הטיפול. במקרה שבדיקת ההתאמה אינה מספיקה כדי להכריע, הילד והוריו מוזמנים לביצוע אינטייק כדי להחליט סופית על התאמה. אם נמצא כי הילד אינו מתאים לטיפול במרכז, הוא יופנה לטיפול בקהילה ובמקרים מסוימים לאשפוז. לצד זאת יכוונו אנשי צוות המרכז את ההורים לאיזה גורם מטפל כדאי להם לפנות. בחלק מן המרכזים בדיקת ההתאמה הראשונה נועדה גם לקבוע מי יהיה איש הצוות שיטפל בהם.

4.2.3 המתנה לשירות

אחת המטרות של המרכזים האלה היא להציע מענה מהיר ככל האפשר לילדים במשבר, לכן משך ההמתנה לקבלה למרכזים אמור להיות קצר. בהתאם לכך, מדיווחי המרכזים ומשאלון ההורים עולה כי זמן ההמתנה הממוצע לקבלה זו היה כשבועיים. עם זאת, נמצאה שונות מסוימת בין המרכזים וכן בין המקרים השונים המגיעים למרכזים באשר לזמן שמן הפנייה הראשונה ועד לתחילת הטיפול במרכז. לפיכך, אפשר להתייחס לשני שלבים של המתנה: הראשון, מרגע הפנייה למרכז ועד לרגע שהורי הילד דואגים להגשת המידע והטפסים הנדרשים לקבלת טיפול במרכז (למשל טופס 17 מקופת החולים, חתימה על הסכמה לקבלת טיפול וכדומה). פרק זמן זה תלוי במידה רבה בהורי הילד, והוא יכול להימשך כמה ימים או כמה שבועות. השלב השני, מרגע קבלת הטפסים ועד לזימון במרכז לביצוע אינטייק.

מאנשי צוות המרכזים וההורים שהשיבו לשאלון עולה כי פרק זמן זה נמשך ברוב המקרים בין שבוע לשבועיים. עם זאת יש מקרי חירום ייחודיים שבהם ילדים מוזמנים לאינטייק במרכז

עוד באותו השבוע שבו הופנו למרכז. מנגד, יכולים להיות מקרים שבהם הילדים ממתינים בין שבועיים לחודש, ובמקרים אחדים אף יותר מחודש. לרוב מצב כזה קורה עקב עומס מרבי במרכזים, וכאשר המצב הנפשי של הילד מאפשר זאת.

ברוב המרכזים אין נוהגים לערוך רשימות המתנה, לכן כאשר אין באפשרות מרכז מסוים לקבל מקרה נוסף בפרק זמן קצר, מנהלי המרכז מסבירים זאת להורים ומציעים להם לפנות למענים חלופיים. חלק מן המרכזים שומרים על רשימת הפניות אליהם, ואם מתכננה להם מקום הם יוצרים קשר עם פונים שנדחו כדי לבחון אפשרות כניסה למרכז.

4.2.4 אינטייק

האינטייק הוא רכיב חשוב ביותר בתהליך קבלת השירות במרכזים, ובכל אחד מהם הוא חלק אינטגרלי מן ההתערבות עצמה. במהלך האינטייק מתבצע בירור מעמיק בנוגע למצב הילד, כולל בחינת המשבר והיבטים נוספים, כגון המסוגלות והמוטיבציה של הילד; התפקוד במישורים שונים: היום-יומי, החברתי והלימודי; וכן בירור תסמינים נפשיים, כגון חרדה, דיכאון ובעיות קשב וריכוז. האינטייק מתבסס על פגישה או על פגישות עם הילד ועם ההורים, ולרוב נכללות בו גם שיחות עם גורמים רלוונטיים בקהילה, כגון צוות בית הספר של הילד, גורמי רווחה המלווים את המשפחה, מטפלים בקהילה וכדומה.

למרות החשיבות הרבה שיש לרכיב זה, יש שונות רבה באופנים שבהם הוא מתבצע במרכזים השונים. ברוב המרכזים נכללות בו שתי פגישות של הגורמים המטפלים, אחת עם הילד ואחת עם ההורים, אך בחלק מן המרכזים הגורמים המטפלים מבקשים לקיים פגישה נוספת עם הילד או עם ההורים, כך שבסופו של דבר האינטייק יכול לזלזל 3–4 פגישות.

גם באשר לאנשי המקצוע המשתתפים באינטייק יש שונות בין המרכזים. ברוב המקרים משתתפים בו רופא פסיכיאטר וגורם מטפל (פסיכולוג או עובד סוציאלי). אולם במרכזים מסוימים משתתפים גורמים נוספים, כגון מרפא בעיסוק, יועץ חינוכי או מתמחים. בכמה מן המרכזים רק הרופא הפסיכיאטר מבצע את האינטייק, ובמעט מרכזים מבצע זאת רק גורם מטפל רגשי, וזאת כאשר הפסיכיאטר מקיים פגישת היכרות והערכה לאחר מכן או בהמשך ההתערבות. יש מרכזים שבהם מפצלים את האינטייק לפגישות נפרדות – פגישה אחת עם הרופא הפסיכיאטר ופגישה נוספת עם מטפל רגשי. במעט מרכזים מקיימים לעיתים, בנפרד לאינטייק, גם הערכה נוספת של עוד גורם מטפל, כגון מרפא בעיסוק או יועץ חינוכי. ברוב המקרים נעשה מאמץ שהגורם המטפל שילווה את הילד וההורים בהמשך יהיה נוכח באינטייק, גם אם הדבר גורם לעיכוב מסוים בביצועו, וזאת משתי סיבות: להקל על הילד וההורים ולייעל את הטיפול עבור המטפל הראשי של הילד במרכז, בפרט לנוכח פרק הזמן הקצר של הטיפול. כאשר יש עומס רב על צוות המרכז, לעיתים רחוקות מבצע את האינטייק מטפל שלא ילווה את המשך הטיפול, וזאת במטרה למנוע מן הילד המצוי במשבר המתנה ארוכה מדי לכניסה למרכז.

נוסף על כך עולה מן הראינות כי בכל המרכזים המטרות של האינטייק זהות: קבלת החלטה סופית על התאמת מקרה המשבר של הילד למענים הניתנים במרכז; היכרות מקיפה ומעמיקה ככל האפשר עם המקרה; קביעת מוקד ההתערבות ומטרתה ובהתאם לכך קביעת סוגי ההתערבות המתאימים למקרה; וכן תיאום ציפיות מול הילד ומול ההורים. לעיתים כבר במסגרת האינטייק מתבצעים מגעים טיפוליים, כגון החלטה על טיפול תרופתי או כתיבת 'חוזה טיפולי' בין הילד למטפל. לעיתים רחוקות עולה לאחר האינטייק כי המקרה אינו מתאים למרכז או דורש התערבות אחרת, כגון אבחון, קביעת התאמות לימודיות או מענה הניתן במרפאה ייעודית. במקרים האלה, שבהם הילד לא ימשיך לקבל טיפול במרכז, המשפחה תקבל לאחר האינטייק סיכום הכולל הנחיות או הפניה לגורם המתאים. לפעמים גורם מן המרכז אף ייצור קשר עם גורם בקהילה, כגון בית הספר או מטפל, לצורך מתן הנחיות להמשך הטיפול בילד.

4.2.5 קביעת תוכנית טיפול

לאחר ביצוע האינטייק – כולל שיחות עם הילד, ההורים וגורמים רלוונטיים מסביבת הילד, קריאת שאלונים וכן כל מידע נוסף על המקרה – נקבעת תוכנית הטיפול המתאימה ביותר לילד – ברוב המרכזים בדיון מקצועי שמשתתפים בו כל אנשי צוות המרכז או רובם. במקרים אחדים הרופא הפסיכיאטר של המרכז הוא זה שקובע לבדו את תוכנית הטיפול.

במסגרת תוכנית הטיפול נקבע מסלול הטיפול. הוא יכול להיות מסלול מלא הכולל התערבות רפואית ורגשית או מסלול רפואי בלבד (ראו הרחבה בסעיף 4.2.6 "התערבויות במרכז"). עוד נקבעים תדירות הטיפול הנדרש (כמה פגישות שבועיות); האם העבודה תבצע מול הילד או מול ההורים; גורמים בקהילה שיש להיות איתם בקשר במסגרת ההתערבות במרכז; אנשי צוות המרכז שיהיו מעורבים בטיפול; וכמובן סוגי ההתערבויות והטיפוליים המתאימים למקרה. יש לציין שהרכיבים האלה בתוכנית עשויים להשתנות במהלך הטיפול במרכז בהתאם למה שעולה ממנו. כך למשל התוכנית יכולה להתחיל בעבודה מול הילד ומול ההורים בנפרד, ובמהלך הטיפול יוחלט על התערבות דיאדית עם הילד וההורים יחד.

ההחלטה על תוכנית הטיפול מתקבלת על בסיס הרכיבים האלה: אופי המשבר, מאפייני הילד וההורים ומידת שיתוף הפעולה שלהם והסוגיות שהוחלט להתמקד בהן בעת הטיפול במרכז. כמו כן נותנים את הדעת על מידת הפניות של המטפלים לקלוט מטופל חדש. מנהל מאחד המרכזים ציין שבשלב זה נוהגים להסתייע במרכז בעקרונות המודל 4P (Macneil et al., 2012; Sampogna et al., 2023; Winters et al., 2007). מודל זה מתמקד בגורמים האלה: גורמים מקדימים למשבר (predisposing factors); גורמים המגבירים את המשבר (precipitating factors); גורמים המשמרים את המשבר (perpetuating factors); ובגורמי חוסן וחוזק של המטופל (protecting factors). באמצעות מיפוי הגורמים האלה מתקבלת החלטה על מוקד הטיפול ועל סוגי ההתערבויות שעשויות לסייע בכל מקרה לגופו.

4.2.6 התערבויות במרכז

מרכזי ההתערבות במשבר ציינו שני מסלולים לקבלת שירות: את המסלול הראשון כינו ברוב המרכזים **המסלול המלא** (או המסלול הטיפולי). במסגרתו כלל ההתערבויות הן רב-מקצועיות ומגוונות לאורך קבלת השירות במרכז, והן מפורטות בהמשך הפרק; את המסלול השני כינו ברוב המרכזים **המסלול הרפואי** (או המסלול הפסיכיאטרי). ההתערבות בו מצומצמת יותר מזו שבמסלול הראשון, ולרוב מתבצעת על ידי הפסיכיאטר בלבד. במסגרתו ניתנים אבחון, טיפול תרופתי ומעקב ללא התערבויות פסיכו-רגשיות נוספות. מדברי הצוות המקצועי במרכזים עולה כי לרוב הם מציעים את המסלול הרפואי לילדים שלהתערבותם עונים לקריטריונים האלה: אינם מסוגלים לשיתוף פעולה בטיפול רגשי; זקוקים לאיזון תרופתי דחוף טרם יהיה אפשר לטפל בהם בדרכים אחרות; זקוקים לאבחנה ממוקדת ולהפניה למענים בהתאם ו/או מקבלים ליווי רגשי בקהילה וזקוקים להתערבות רפואית דחופה בלבד. מסלול זה עשוי להיות קצר יותר משישה שבועות במקרים מסוימים.

המרכזים מציעים גם מגוון טיפולים וסוגי התערבויות שאפשר לחלק אותן בין התערבויות מול הילד, התערבויות מול המשפחה (לפעמים יחד עם הילד ולפעמים בלעדיו) והתערבויות על בסיס קשרים עם גורמים בקהילה. חלק מן ההתערבויות – טיפול פסיכיאטרי, טיפול פסיכותרפי רגשי פרטני והדרכת הורים – קיים בכל המרכזים. התערבויות אחרות, כגון טיפול באמצעות אומנויות (למשל, טיפול בתנועה), ריפוי בעיסוק, טיפול פסיכותרפי קבוצתי, קבוצות הורים ועוד, ניתנות רק בחלק מן המרכזים. המשותף לכל המרכזים הוא הניסיון להציע לרוב התערבויות רב-מקצועיות ועבודה טיפולית המבוססת על טיפולים מובנים ופרוטוקולים פסיכותרפיים מוכרים, ובתוך כך גלגות גמישות רבה ולהתאים את ההתערבויות לצרכים של הילד בהתאם למשבר שהוא מצוי בו ולפרק הזמן הקצר יחסית של הטיפול במרכזים.

להלן פירוט ההתערבויות במרכזים, כפי שעלו ממקורות המידע השונים:

התערבויות לילד במשבר

■ **טיפול פסיכיאטרי:** נוסף על המפגש עם פסיכיאטר המרכז במהלך האינטייך, רוב המטופלים נפגשים איתו שוב במהלך הטיפול בתדירות משתנה או רק בסיום ההתערבות במשבר, זאת בהתאם לצורכי הילד ולאופי המשבר (למשל אם מדובר באובדנות, לרוב המפגש עם הפסיכיאטר יהיה תדיר יותר מבמצב שבו מדובר בחרדה). טיפול הפסיכיאטרים במרכז כולל לרוב את הרכיבים להלן:

▫ אבחון: בחלק מן המקרים יש צורך במתן אבחון, ולעיתים ההתערבות במרכז ממוקדת כולה בכך. תהליך האבחון יכול להתבצע בכמה פגישות ויכולים להיות מעורבים בו כמה אנשי מקצוע מלבד הפסיכיאטר (בדרך כלל פסיכולוג). הוא כולל שיחה או שיחות עם הילד, עם ההורים, עם גורמים בקהילה (כגון בית הספר) ומילוי שאלונים. לרוב, במיוחד במקרים של אבחון אוטיזם או הפרעות קשב וריכוז, ניתנות לאחר סיום האבחון המלצות להמשך טיפול בקהילה, ולא ניתנות התערבויות נוספות במסגרת המרכז.

◦ טיפול תרופתי: בחלק גדול מן המקרים המגיעים למרכז יש צורך בהתחלת טיפול תרופתי (ובכלל זה מעקב ואיזון במידת הצורך) או באיזון מהיר של טיפול תרופתי קיים. במקרים רבים זו תהיה ההתערבות היחידה שתינתן במסגרת המרכז. בכל המקרים, מוטל על הפסיכיאטר לערוך מעקב אחר הטיפול התרופתי של הילד. במקרים שבהם נדרש מעקב אחר מטופל שהתחיל טיפול תרופתי חדש נוסף על מסגרת הטיפול במרכז במשך שישה שבועות ועד למציאת פסיכיאטר בקהילה שיכול לערוך את המעקב – המעקב התרופתי ימשיך להתבצע במרכז עצמו.

■ **טיפול רגשי פרטני:** לצד הטיפול הפסיכיאטרי, הטיפול המרכזי ביותר המוצע בכל המרכזים הוא הטיפול הרגשי. הוא עשוי לכלול טיפול דינמי או שימוש בפרוטוקולים מוכרים לטיפול קצר מועד המותאמים למשך הטיפול במרכז או לצורכי הילד שבמשבר. הפרוטוקול הנפוץ ביותר שלדברי המרואיינים משתמשים בו ובכלים שלו במרכזים הוא CBT (טיפול קוגניטיבי התנהגותי), לדוגמה במקרים של חרדה וקשיי התנהגות. פרוטוקולים נוספים שציינו המרואיינים בכמה מרכזים הם: IPT כגישה המתאימה למקרים של אובדנות ודיכאון; DBT לקשיי ויסות, פגיעה עצמית או הפרעת אישיות גבולית; ו-TF-CBT כטיפול ממוקד טראומה. פרוטוקולים נוספים שהוזכרו פעם אחת במרכזים שונים היו: WET, ASAP, CPP, EMDR, PE. גם במקרים האלה השתמשו בהם בגמישות, בהתאמה לטיפול קצר טווח, להכשרת המטפלים ולצורכי הילד. לעיתים, בעיקר לנוכח המסגרת קצרת הטווח של הטיפול במרכזים, טיפול רגשי פרטני אינו מתאים משום שנדרש לעבור תוך כדי הטיפול תהליכי היקשרות ופרידה במהירות, וילדים שיש להם קשיי ביטוי או בעיות אמון עשויים להתקשות בכך ואף להיפגע מכך. במקרים האלה יוצעו לילדים טיפולים אחרים, כמו קבוצות או טיפול באומנות או שהטיפול יתמקד בהדרכת הורים.

■ **טיפול קבוצתי:** חלק מן המרכזים מציעים טיפול רגשי במסגרת קבוצתית. הקבוצות יכולות להיות ממוקדות משברים מסוג מסוים, כגון אובדנות, חרדה, קשיים חברתיים; ממוקדות אוכלוסייה מסוימת, כגון נערות המתמודדות עם הפרעת אישיות גבולית; או ממוקדות סוג התערבות, כגון טיפול קבוצתי באומנות וטיפול DBT קבוצתי. חלק מן הקבוצות מיועדות רק למשך הטיפול במרכז, חלקן הן קבוצות רכבת, כלומר המשתתפים מצטרפים לקבוצה או עוזבים אותה ללא מועד קבוע מראש, ובמרכז אחד יש קבוצה ייעודית למטופלים שסיימו את הטיפול שלהם במרכז אך טרם נקלטו לטיפול ארוך טווח במסגרת אחרת.

■ **ריפוי בעיסוק:** בכמה מרכזים פועלים מרפאים בעיסוק המתמקדים בצד התפקודי של המשבר ופועלים לצד הטיפול הרגשי. לרוב הטיפול מתאים לילדים המתמודדים עם קשיי תפקוד בחי' היום-יום ובהורים שיש להם קשיי התארגנות והתנהלות בחי' היום-יום. טיפול זה מתמקד לרוב במטרות תפקודיות, כגון שעות שינה ותפקוד עצמאי תואם גיל. הטיפול עשוי להתמקד גם בסביבה הביתית ובהשפעתה על תפקוד הילד (כולל לעיתים ביקור בית של המרפא בעיסוק בבית הילד).

■ **ייעוץ חינוכי:** באחד מן המרכזים יש יועצת חינוכית המתמקדת בהשפעות המשבר על שילוב הילד במסגרת החינוך, למשל אי-הגעה לבית הספר, הגעה לא סדירה וצורך בהתאמות לימודיות. במסגרת התערבות זו היועצת מקיימת פגישות אחדות עם הילד וההורים ולאחר מכן עם צוות בית הספר כדי לקדם שיתוף פעולה בין שלושתם ולגבש התאמת מענים לצורכי הילד. לעיתים ההתערבות כוללת מתן מידע להורים על ועדת שילוב והשמה, על חינוך מיוחד, על התאמות פדגוגיות וכדומה, וכן תיווך בין ההורים לבית הספר (למשל מניעת הסתרת המשבר מצד ההורים). כמו כן היועצת משמשת לאנשי הצוות בבית הספר כתובת למענה על שאלות בנוגע לצורך בהתאמות, אבחונים וכדומה. יש לציין שבכל מקרה צוות המרכז עומד בקשר קרוב עם מסגרת החינוך של המטופל (ראו להלן פירוט בהמשך פרק זה על התערבויות הנוגעות לגורמים בקהילה).

■ **טיפול באומנויות:** טיפול זה יכול להיות פרטני או קבוצתי. הוא מתאים בעיקר לילדים צעירים או לילדים שמתקשים בטיפול בדיבור בלבד. במרכז אחד הוזכר סטודיו פתוח לאומנות כמרחב טיפולי. במרכז אחר הוזכר טיפול בתנועה המתמקד בחיזוק הגוף, בוויסות חושי ובהרגעה של הגוף. הוא מתאים במיוחד לילדים עם קשיים רגשיים שבאים לידי ביטוי בגוף, למשל חרדה, או לילדים שצריכים ורוצים להיות בתנועה. במרכז נוסף יש קבוצה של שיח ותנועה במרחב הפתוח. היא מבוססת על ההנחה שבמהלך תנועה לעיתים אפשר לדבר על קשיים ביתר קלות. מטרות נוספות של קבוצה זו הן שיפור הדימוי והביטחון העצמיים של הילד וחיזוק אינטראקציות קבוצתיות.

■ **טיפולים נוספים:** במרכזים אחדים צוינו טיפול קבוצתי בבעלי חיים וטיפולים מטעם המרפאה לטווח הארוך הצמודה למרכז, למשל טיפול של דיאטנית או של קלינאית תקשורת שאפשר להיעזר בהם בחלק מן המרכזים במקרים ספציפיים.

התערבויות להורים ולמשפחה

■ **הדרכת הורים:** כפי שהוצג לעיל, מעורבות ההורים חיונית להצלחת התהליך במרכזים להתערבות במשבר. במצבים מסוימים – כשהילד צעיר מאוד, נמנע משיתוף פעולה או לא מתאים לטיפולים אחרים המוצעים במרכזים – הדרכת הורים עשויה להיות ההתערבות היחידה או המרכזית ביותר במהלך הטיפול במרכז. הדרכות אלו מבוססות על שיחות עם אחד ההורים או עם שניהם, ובמהלכן אפשר להתמקד במגוון סוגיות, כגון הבנה מעמיקה של המשבר של הילד, התמקמות ההורה בדינמיקה מול הילד, מתן כלים להתמודדות עם המשבר ולמניעתו בעתיד, עבודה על סמכות הורית (חלק מן המרכזים ציינו שימוש בגישה "הסמכות החדשה") והנחיה ליצירת קשר עם גורמים בקהילה.

■ **קבוצות הורים:** כמחצית מן המרכזים מציעים גם הדרכת הורים במתכונת קבוצתית. ברוב המקרים מדובר בקבוצת "רכבת", כלומר הורים מצטרפים לקבוצה עם תחילת הטיפול במרכז ויכולים להישאר בה ככל שהם רוצים, גם לאחר סוף הטיפול. בחלק מן המרכזים יש

קבוצות ייעודיות רק להורים שילדיהם כבר סיימו את הטיפול במרכז. אחת מן המרואיינות כינתה אותן "קבוצת פוסט-משבר". במרכז אחד הוצגה חלוקה לקבוצה לאבות וקבוצה לאימהות.

■ **טיפול משפחתי:** במסגרת ההתערבויות עם ההורים הוצגו גם התערבויות משפחתיות שכוללות פגישות משותפות של הילד וההורים (לעיתים גם עם אחים). לרוב פגישות אלו מתמקדות בטיפול דיאדי שמטרתו לשפר את ההתנהלות הביתית והמשפחתית ואת היחסים במשפחה.

התערבויות הנוגעות לגורמים בקהילה

■ **ניהול מקרה:** לעיתים התערבות זו נקראת גם תיאום טיפול או ניהול התערבות מערכתית. אנשי צוות ומנהלים רבים ציינו כי היא רכיב מרכזי בטיפול בילד המגיע למרכז, שכן לרוב ניהול ותיאום אלו אינם מתבצעים בקהילה. התערבות זו כוללת ריכוז, ניהול ותיאום של הקשר עם כל הגורמים התומכים הרלוונטיים בסביבת הילד בקהילה, וזאת מתוך התפיסה שמשבר משפיע על כל תחומי החיים של הילד. ניהול זה כולל גם מיפוי של הגורמים שנמצאים בקשר עם הילד ומשפחתו וזיהוי גורמים נוספים שעשויים לשמש מסגרות מתאימות לתמיכה בהם במהלך הטיפול במרכז ואחריו. לפעמים נכלל בניהול מקרה סיוע במיצוי זכויות ובהתחלת תהליכים, למשל בתהליך הכרה מול המוסד לביטוח לאומי. במקרים מסוימים המרכזים אף יוזמים פגישות רב-מקצועיות משותפות, פנים אל פנים או מקוונות, עם כל הגורמים הרלוונטיים בקהילה ועם הגורמים המטפלים בילד במרכז במטרה לבנות, בשיתוף פעולה עימם, תוכנית טיפול לילד המצוי במשבר.

■ **קשר עם מסגרת החינוך:** זוהי המסגרת המרכזית בקהילה שעזמה המרכזים נמצאים בקשר במהלך הטיפול בילד. לרוב קשר זה מתבצע עם היועצת החינוכית או עם המחנכת של הילד. לעיתים הוא מתבצע עם מורים נוספים או עם מטפלים מבית הספר. מלבד קבלת מידע על מצב הילד ועל קשיים שלו בבית הספר, קשר זה משמעותי לזיהוי פתרונות ודרכים לשלב (ולעיתים להחזיר) את הילד ללימודים באופן מיטבי, למשל בהדרגה (ימים מסוימים, ימים קצרים או מקצועות מסוימים תחילה), על ידי מתן התאמות בלימודים או לחלופין זיהוי מסגרת חינוך חלופית שתתאים לילד. במקרה שמתעורר צורך בהחלפת מסגרת חינוך, צוות המרכז עשוי לסייע גם בתחילת התהליכים מול ועדות זכאות והשמה. כמו כן קשר זה מאפשר לצוות המרכז להנחות את צוות בית הספר בנוגע למשבר של הילד ולדרכי התמודדות, כפי שהסבירה זאת אחת המטפלות:

”הם [צוות בית הספר] אלה שמטפלים בו. אני נכנסת רק לשישה שבועות, אז אפשר לקבל מהם שיתוף פעולה ולהדריך אותם. נגיד שיידעו מה לעשות בהתקף חרדה, איך להדריך את ההורים, מה אני המלצת, איך להחזיק את הילד.”

■ **קשר עם גורמים בשירותי הרווחה:** במקרים מסוימים צוות המרכז נמצא בקשר גם עם גורמים שונים בשירותים אלו. המקרים האלה מתחלקים לשני סוגים: (1) כאשר המשפחה כבר מוכרת לגורמים בשירותי הרווחה הקשר מתבצע עם עו"ס המלווה את המשפחה, זאת לצורך העמקת ההיכרות עם המקרה ולזיהוי מענים אפשריים שעשויים לסייע לילד במשבר; (2) כאשר המשפחה אינה מוכרת לשירותי הרווחה אך צוות המרכז מזהה צורך לערב אותם, בין שמדובר בתוקף חובת הדיווח על סיכון שבו נמצא הילד, ובין שמדובר בהסכמה ובשיתוף פעולה של ההורים כדי לקבל מענים נוספים לילד ולמשפחתו. כך למשל במקרים שבהם אנשי צוות המרכז מזהים צורך בהעברת הילד למסגרת חוץ-ביתית, הם ישתפו פעולה עם גורמים ברווחה בכל הנוגע לזיהוי של מסגרת מתאימה, מילוי דוחות, מתן חוות דעת מקצועיות ועוד, וזאת במטרה לקדם השמה מיטבית לילד. יש לציין כי מדברי אנשי הצוות במרכזים עלו גם קשיים ביצירת קשר עם גורמים בשירותי הרווחה, מאחר שלא תמיד ברור למי לפנות ולא תמיד מתקבל מענה מגורמים אלו בפרק הזמן של ההתערבות.

■ **קשר עם מטפלים בבריאות הנפש בקהילה:** במקרים שבהם יש לילד המגיע למרכז מטפלים המלווים אותו בקהילה, צוות המרכז ייצור עימם קשר למגוון מטרות: להכיר את העבר הטיפולי של הילד; להנחות את המטפלים בקהילה בנוגע לסוגיות שיש להתמקד בהן בטיפול השוטף או בשיטות טיפול מומלצות לילד, כפי שסיפרה מטפלת באחד המרכזים:

”היו מקרים שפינינו למטפלת הקבועה והצענו להשתמש יותר בטיפול קוגניטיבי התנהגותי ולא רק בטיפולים דינמיים.”

גיבוש טיפול משולב בין צוות המרכז למטפל בקהילה – בדרך כלל המרכז עשוי להציע טיפול פסיכיאטרי או הדרכת הורים בלבד תוך כדי קשר ושיתוף פעולה עם המטפל הפסיכו-רגשי של הילד בקהילה.

■ **קשרים עם גורמים אחרים בקהילה:** במקרים אחדים עלו גורמים נוספים שאנשי צוות במרכזים נמצאים בקשר עימם במהלך התערבויות, למשל רופאי משפחה בקופות חולים, גורמים במשטרה, גורמים בצה"ל (לקראת גיוס) או בתי משפט לנוער. הדגש שעלה מן הראיונות הוא שבמסגרת הטיפול במרכז אנשי הצוות נכונים ליצור קשר עם כל אדם שרלוונטי לחייו ולרווחתו של הילד במשבר, כפי שהדגים זאת מטפל:

”נעזרים בכל מי שרלוונטי בסביבה של הילד, למשל יש ילד שנורא קשור למאמן הכדורסל שלו אז מאוד נעזרים בו.”

4.2.7 סיום הטיפול

היות שהטיפול הניתן במרכזים הוא קצר מועד, חלק ניכר ממנו הוא העיסוק בסיום הטיפול. כמה מן המראיינים ציינו כי כבר מתחילת הטיפול מתחילים לחשוב ולתכנן את סיומו, אך רובם הגדיר טווח של 2–3 שבועות שבהם מתחילים לעסוק בכך במפורש הן עם הילד ומשפחתו

הן עם גורמים מטפלים להמשך טיפול. אשר לסיום עם הילד ומשפחתו, ניכר כי נעשית עבודה טיפולית במטרה לסיים את הטיפול באופן מיטבי. כך למשל, אחת מן המטפלות סיפרה שהיא עוסקת בפגישות האחרונות עם הילד בפרידות דרך משחק או כתיבה; מטפל אחר ציין שבקרב ילדים שהגיעו לטיפול בעקבות פגיעה עצמית או אובדנות, מעדכנים את תוכנית הביטחון של הילד (תוכנית הנקבעת עם משפחת הילד, ומטרתה למנוע אובדנות ופגיעה עצמית) לפני סיום הטיפול, ומטפלת אחרת סיפרה:

” עושים סגירה משותפת עם ההורה ועם הילד, משתפים ושומעים אותם על החוויה שלהם מהתהליך, מה הם לקחו, מה הם הרגישו שפחות לקחו. מנסים גם להגיע לתובנות האלה, ואז אנחנו גם משתפים אותם בהמלצות שלנו לגבי ההמשך.”

בסוף כל טיפול במרכז הצוות המטפל מוסר למשפחה סיכום, ובו סקירה של המשבר שבעקבותיו הגיע הילד לטיפול ושל תהליך הטיפול שעבר במרכז ומה ההמלצות עבורו להמשך. מדברי המרואיינים עולה כי ברוב המקרים יש צורך בהמשך טיפול בילד, ורוב ההמלצות כוללות הערכה והמלצה של הצוות בנוגע לגורם או לגורמי הטיפול המתאימים ביותר לכך, כפי שיורחב בסעיף הבא.

4.2.8 הפניה לטיפול המשך

הרוב המוחלט של הילדים המגיעים לקבל טיפול במרכזי ההתערבות במשבר זקוקים, כאמור, למסגרת להמשך טיפול בסיום ההתערבות שלהם במרכזים. אנשי הצוות ומנהלי המרכזים העידו כי העיסוק בהפניה למסגרת או לגורם מטפל המתאימים לילד הוא חלק מרכזי בטיפול במרכז עוד מתחילתו. אחת הסיבות לכך היא שזמני ההמתנה לקבלת טיפול מחוץ למרכז ארוכים מאוד. לכן חשוב להניע את יצירת הקשר עם הגורמים האלה בהקדם האפשרי כדי לשמור על רצף טיפולי ככל האפשר.

גורמים מטפלים בקהילה שציינו המרואיינים הם: מסגרות של שירותי הרווחה, כגון מרכזי הורה-ילד ומרכזי חוסן; מטפלים דרך קופות החולים, ובהם פסיכיאטרים, מטפלים רגשיים לילדים ונוער, מטפלים משפחתיים, הדרכת הורים ועוד; מטפלים דרך מסגרות חינוך, כגון יועצות בתי הספר או השירות הפסיכולוגי החינוכי; מסגרות של השמה חוץ-ביתית; וכן מטפלים פרטיים. במקרים מסוימים מופנים הילדים למרפאה לבריאות הנפש המשויכת לבית החולים שבו נמצא המרכז, וזאת כדי לזרז את הקבלה שלהם לטיפול ולעיתים גם כדי לאפשר למטפל במרכז להמשיך לטיפול ארוך טווח עם המטופל במרפאה. לבסוף, במקרים מסוימים ובמידת הצורך, המטופלים מופנים לאשפוז פסיכיאטרי.

צוותי המרכזים עוסקים לרוב גם ביצירת קשר עם גורמים לטיפול המשך, והם עושים זאת ברמות שונות בהתאם למורכבות המקרה, לקשרים שיש בין המרכז לגורמים מטפלים אחרים

וכן למידת המסוגלות של ההורים, כפי שהצוות מעריך אותה. לפיכך במקרים רבים הצוות עשוי ליצור קשר בעצמו עם גורמים מטפלים כדי להבטיח את כניסת הילד לטיפול; לקבוע תור בפרק זמן קצר יחסית; ליצור קשר ראשון בין הגורם המתאים ובין ההורים (למשל בשירותי רווחה) ולעיתים אף לנהל שיחה עם המטפל הממשיך ולקבל ממנו תדריך למתן הדגשים טיפוליים. מדברי המרואיינים עולה כי הקשרים האלה אפשריים ביתר שאת כאשר המטופל מופנה למרפאה של בית החולים שבו נמצא המרכז, כפי שהסבירה אחת המטפלות:

”אני לא יכולה לדאוג לכל בני הנוער שיש במדינת ישראל... אני יכולה לדאוג לחלקת האלוהים שלי. אז אם זה טיפול יום או מסגרת אשפוז או מרפאה כללית בתוך [בית החולים], אז יש לי יותר אפשרות לתמרן ולהניע את זה.”

בחלק מן המרכזים דיווחו על שיתופי פעולה ביניהם ובין מסגרות טיפול, כגון תחנות בריאות הנפש בקהילה השייכות לבית החולים או מרפאות מחוזיות שענימן נוצר “מנגנון” המאפשר הפניה מהירה יחסית.

במקרים רבים אחרים מאמצי הצוות מתמקדים בסיוע להורים למצוא מסגרת להמשך טיפול בכוחות עצמם. סיוע זה נעשה למשל באמצעות מתן מכתב הפניה למסגרת המתאימה עוד לפני סיום הטיפול, כדי שהם יפנו לגורמים המומלצים בהקדם האפשרי, או באמצעות יצירת קשר עם קופת החולים בניסיון לקדם קביעת תור לטיפול בפרק זמן קצר ככל האפשר. כמה מן המרואיינים ציינו שעיקר תפקידם במקרים האלה הוא להזכיר להורים ולוודא עימם לאורך ההתערבות במרכז שהם אכן מקדמים את הנושא ופועלים לקביעת תור וטיפול המשך עבור הילד, ובתוך כך הם מדגישים כי האחריות לעשות זאת מוטלת על ההורים. אפשר לציין כי רוב ההורים שהשיבו על השאלון למחקר העידו שקיבלו הסבר מלא וברור על ההמלצות להמשך טיפול. כמחציתם אף דיווחו על קבלת סיוע מצד הצוות במציאת המשך טיפול, והאחרים דיווחו על קבלת סיוע חלקי או שכלל לא קיבלו סיוע.

זמני המתנה ארוכים וקושי במציאת טיפול המשך בפרק זמן קצר לאחר סיום הטיפול במרכז הם אתגרים משמעותיים בכל המרכזים, בפרט כאשר מדובר במעקב פסיכיאטרי (על קושי זה וקשיים נוספים בנוגע להפניה לטיפול המשך מטעם המרכזים ראו הרחבה בפרק 5: סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות של המרכזים להתערבות במשבר). במרכזים אחדים התייחסו לעובדה שאם לא מוצאים מענה מתאים לילד, אזי במקרים חריגים מאריכים את משך הטיפול בילד במרכז. במרכזים נוספים ציינו שהם מקיימים קבוצות טיפוליות לילדים או להורים כדרך לגשר על זמני המתנה עד לקבלת מענה במסגרת טיפול המשך. אחת מן המטפלות סיפרה על קבוצה ייעודית “להורים שסיימו משבר”, ומטפל אחר סיפר:

”כבר יצא שהרבה מאוד מטופלים שהיו לי בהתערבות במשבר הפנית לקבוצה, היו איתי במשך שלושה חודשים בקבוצה ומשם עברו למרפאה. הם היו בינתיים ברשימת המתנה ואז המשיכו לטיפול.”

4.2.9 מעקב לאחר סיום הטיפול במרכז

המרכזים להתערבות במשבר אינם מציעים באופן מובנה מעקב טיפולי לילדים המגיעים אליהם, שכן מדובר בשירות ממוקד וקצר טווח ללא התערבויות או מעקבים ארוכי טווח. עם זאת יש מצבים שבהם אנשי הצוות במרכזים מציעים מעקב מסוים לילדים המסיימים את הטיפול. המקרה השכיח הוא מטופלים שהחלו טיפול תרופתי במרכז וטרם החלו המשך מעקב אצל פסיכיאטר בקהילה. מדברי מנהלי המרכזים עולה כי מעקב זה עשוי להימשך כמה שבועות או חודשים לאחר סיום הטיפול של הילד במרכז ועד לתחילת טיפול של פסיכיאטר בקהילה. מנהלת באחד המרכזים הציגה זאת כך:

” בפועל יש מטופלים שעדיין נמצאים במעקב שנה אחרי, פשוט כי אין מענה פסיכיאטרי בשום מקום אחר, אז לא אומרים להם 'לא' כי עכשיו להצליח למצוא תור לפסיכיאטר במקום אחר יכול לקחת יותר משנה.”

נוסף על כך אומנם המרכזים אינם מציעים מעקב של מטפלים רגשיים או אחרים, אך רבים מן המטפלים שרואיינו ציינו כי הם מאפשרים ליצור קשר עימם גם לאחר סיום הטיפול בילד לצורך התייעצות נקודתית, למשל באשר לטיפול המשך. המנהלים והמטפלים במרכז העידו כי הם זמינים להתייעצות גם עם גורמים שונים בקהילה המעורבים בחיי הילד, כמו גורמי חינוך ורווחה. מטפלים אחדים ציינו כי הם קובעים כגישת מעקב כמה חודשים לאחר סיום הטיפול במרכז, אך טענו שברוב הפעמים ההורים מבטלים כגישה זו ואינם מגיעים.

יש לציין שבעת ביצוע הראיונות עם אנשי הצוות במרכזים, בכמה מרכזים תכננו לערוך שיחות מעקב עם הורים לילדים שסיימו את הטיפול במרכז כמה חודשים קודם לכן, אך רק במרכז אחד ציינו שאכן נערכו שיחות כאלה. במרכזים אחרים הצביעו על המורכבות של פנייה למטופלים לשעבר. מצד אחד לרוב המטפלים מעוניינים לדעת מה שלום הילד לאחר סיום הטיפול והאם טיפול ההמשך מצליח. מצד שני הדבר עשוי להכביד במידה ניכרת על המטפלים וליצור בקרב המטופלים וההורים ציפייה לסיוע שהמטפלים לא יוכלו להעניק. אחת המטפלות סיכמה התלבטות זו בתשובתה לשאלה אם חסר לה הקשר עם המטופלים אחרי שהם מסיימים טיפול:

” כן ולא. אני חושבת שכן, כי הרבה פעמים אנחנו מסיימים מקרים ועדיין מאוד דואגים למטופלים וחושבים עליהם כל הזמן. אני חושבת שבמובן הזה זה חסר לי. לא, כי אנחנו עובדים בקצב מאוד מאוד גבוה, ואני מחליפה מטופלים כל חודש וחצי במסות, אחד אחרי השני במקרים מאוד מאוד קשים שדורשים המון טיפולים, ואני חושבת שלהצליח להחזיק כל כך הרבה אנשים עם סיפורים כל כך קשים וצורך כל כך גבוה לאורך זמן, זה משהו שאנחנו, כאנשי טיפול, פשוט לא נצליח לעמוד בו.”

4.3 צוות המרכזים להתערבות במשבר

בפרק זה יסקרו מגוון היבטים של כוח אדם במרכזים להתערבות במשבר.

4.3.1 צוות המרכזים

מבחן התמיכה להקמת המרכזים כלל דרישה להרכב של אנשי מקצוע ולתקינה ספציפיים בכל מרכז ואלו מטרותיו: ראשית, ליצור מרכז התערבות שהוא אינטר-דיסציפלינרי וכולל מגוון אנשי מקצוע מתאימים; שנית, להכשיר ולהגדיל את מספר הפסיכיאטרים, הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים בתחום בריאות הנפש של ילדים ונוער ובשירות הציבורי. כך למשל, אחת הדרישות במבחן התמיכה הייתה גיוס של שלושה מתמחים בפסיכיאטריה של הילד והנוער לכל מרכז; לבסוף, מתוך הכרה בדרישות האדמיניסטרציה המורכבות של המרכזים להתערבות במשבר נכלל במבחן התמיכה גם תפקיד ייעודי של מנהלי או מנהלות אדמיניסטרציה במרכזים.

בפועל, המרכזים להתערבות במשבר שונים זה מזה במבנה ובאנשי המקצוע הקבועים המעניקים בהם טיפול. עם זאת יש כמה תפקידים ואנשי מקצוע שאפשר למצוא בכולם: פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומנהלי אדמיניסטרציה. בחלק מן המרכזים יש גם אנשי מקצוע בתחומי טיפול אחרים: מטפלים באומנות, מרכזים בעיסוק, מטפלים בבעלי חיים, יועצים חינוכיים ועוד (ראו לעיל פרק 4.2.6, לפירוט על ההתערבויות במרכזים). בכל המרכזים ציינו המרואיינים את העבודה האינטר-דיסציפלינרית והדגישו כי היא חשובה להענקת טיפול מקיף וכוללני וכן יעיל וממוקד לילדים המגיעים למרכזים, כפי שהציגה אחת המטפלות:

יש בעצם עיניים רב-מקצועיות, אז באמת המענה הוא גם יותר רחב וגם אנחנו יכולים באמת בזמן הקצר הזה להפיק תוצאות של התערבות יותר טובות.

גם אחת המנהלות דיברה על היתרון של העבודה האינטר-דיסציפלינרית במרכזים:

יש משהו בעבודה בבריאות הנפש, כשלא עובדים בצוות או בחשיבה מערכתית זה רע מאוד, ולכן הכוח הגדול של ההתערבות במשבר, יושבים שם עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים ולפעמים גם מטפלים אחרים ביחד ורואים את המטופל בעצם.

את רוב המרכזים מנהל פסיכיאטר. תפקידו בא לידי ביטוי הן בארגון הן בתחומי הטיפול: ריכוז וניהול בשלבי הסינון והכניסה למרכז; בחינת התאמת המקרה לשירות המרכז; חלוקת המקרים למטפלים השונים במרכז; מפגש עם כל המטופלים (עם חלקם רק בתחילת הטיפול ועם חלקם לכל אורכו); מעקב רפואי אחר רוב המטופלים; מתן מענה מקצועי והדרכה לאנשי הצוות במרכז ועוד. המרואיינים הדגישו בדבריהם את החשיבות של הפסיכיאטר העומד בראש המרכז ואת הזמינות הגבוהה שלו לאנשי הצוות ולמטופלים, זאת לנוכח סגנון העבודה הדינמי הכרוך בטיפול מהיר במצבי חירום ובמשברים.

בכמה מרכזים הוצג מודל שלפיו פסיכיאטר ופסיכולוג מנהלים את המרכז יחד, בניהול משותף רשמי או בעבודה משותפת בין השניים במידה מוסדרת אך קבועה פחות. במקרים האלה ציינו המרואיינים כי לניהול המשותף הבין-תחומי יש יתרון רב. כמו כן במקרים אלו הפסיכולוגים עסקו גם בריכוז המקרים וגם בסוגיות של הכשרה והדרכה של שאר המטפלים במרכז, חלקם לצד טיפול במטופלים בעצמם וחלקם לאו.

את הטיפול הרגשי במטופלים במרכז מעניקים ברוב המקרים פסיכולוגים במגוון התמחויות (כגון פסיכולוג קליני, פסיכולוג חינוכי ופסיכולוג שיקומי) וכן עובדים סוציאליים שעברו הכשרה בפסיכותרפיה. במרכזים שבהם יש אנשי מקצוע נוספים, כגון מטפלים באומנות, הטיפולים הפרטניים המוצעים לילד או להורים יכולים להיות מגוונים יותר.

נוסף על כך ברוב המרכזים נמצאים גם מתמחים בפסיכולוגיה ומתמחים בפסיכיאטריה ברמות שונות של מעורבות. חלקם עושים עבודה טיפולית ומלווים מקרים וחלקם לא, וזאת בהתאם למדיניות המרכז והמרפאה שהם עוברים בהם את ההתמחות. כמו כן כמה מרואיינים הדגישו שכדי להיות חלק מצוות המרכז חשוב להיות בעל ניסיון בטיפול. כך למשל אמרה בעניין זה מנהלת באחד המרכזים:

”מתמחה בפסיכיאטריה בתחילת דרכו לא יכול לעבוד במרכז התערבות במשבר. לא רלוונטי. אני אומרת לו 'פסיכיאטר צריך לבוא עם ניסיון'. המקרים הם מורכבים. צריך ליווי הדוק.”

לפיכך לעיתים קרובות המתמחים בעלי הניסיון שאכן משתלבים במרכזים מסייעים בהפחתת העומס של שאר המטפלים ושל הפסיכיאטרים.

זאת ועוד בכל המרכזים הפסיכיאטר או הפסיכולוג הבכיר במרכז מעבירים הדרכות, פרטניות או קבוצתיות, לאנשי הצוות המטפלים ולמתמחים. מדברי המרואיינים עולה כי ההדרכות חשובות בעיקר לנוכח האופי הייחודי של הטיפול קצר המועד במרכזים – טיפול שרוב אנשי הצוות לא הוכשרו אליו קודם לכן.

בחלק מן המרכזים הדגישו כי התפקיד של המנהלת האדמיניסטרטיבית מרכזי מאוד למען התפקוד התקין והיעיל של המרכז, ובפרט בסיוע לניהול ולניהול עומס הפניות אליו. כך למשל הציגה אותה מנהלת מרכז:

”אחראית אדמיניסטרציה, בעצם זרוע בתוך הצוות המוביל שבשלבים מסוימים אפשר הרבה מאוד דברים, כמו את הקליטה המאוד מהירה מהמיון למרכז המשבר.”

לבסוף, חלק מן המנהלים התייחסו לתפקידים שהיו רוצים שיהיו במרכז ושבעת ביצוע הריאיון לא היו שם. חלקם ציינו שהיו רוצים להוסיף אנשי מקצוע בתחומים קיימים, למשל פסיכיאטר נוסף או מטפלים רגשיים נוספים, וזאת משתי סיבות: להפחית את העומס שחשים אנשי המקצוע

העובדים במרכז ולרזז את כניסת הילדים הזקוקים לטיפול למרכז ללא צורך בהמתנה. אחדים דיברו על אנשי מקצוע נוספים החסרים במרכזים, למשל מנהלת אחת התייחסה בדבריה למחסור בעובדת סוציאלית שאינה מטפלת:

” בהתחלה הייתה לי עובדת סוציאלית שהייתה מאוד עובדת סוציאלית במהות שלה. היא לא הייתה מטפלת. היא הייתה פשוט מחזיקה את כל המקרים עם כל הצוות החינוכי, אז הייתי שמחה למישהי כזו.”

4.3.2 חלוקת מקרים ושיטת עבודה

חלוקת המקרים לאנשי המקצוע השונים במרכז מתבצעת לרוב בהתאם לגורמים האלה: התמחות איש המקצוע המטפל והניסיון הטיפולי שלו, למשל מטפלת שעובדת בגישת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי תקבל ילדים שכדי לפתור את המשבר שלהם נדרש שינוי התנהגותי, או מטפלת מומחית לייעוץ חינוכי תקבל ילדים החווים קשיים בבית הספר; מאפיינים נוספים של המטופל והמטפל, בפרט שפה (הפניית מטופלים דוברי ערבית למטפלים דוברי ערבית); וזמינות המטפלים במרכז. אומנם בכל המרכזים משקיעים מאמצים להתאים את המטופל לניסיון המטפל ולהעדפות נוספות, אך לעיתים הצורך להתחיל את הטיפול במרכז במהירות חשוב יותר מכך.

חלק מן המרואיינים כינו את שיטת העבודה העיקרית של המרכזים מודל של ניהול מקרה (case management). במודל זה מטפל אחד אחראי לטיפול בילד, ולמעשה הוא זה שנמצא בקשר עם הילד, עם ההורים ועם גורמים נוספים בקהילה במידת הצורך. גם כאשר הילד או ההורים מקבלים טיפול מאיש מקצוע נוסף במרכז, על מנהל המקרה לקבל ממנו את המידע על הטיפול ולרכז את כל מה שקשור למקרה אצלו, לעיתים אף להיות נוכח בטיפול האחר. בשיטה זו המרכזים פועלים על בסיס מידות משתנות של שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע השונים במרכז, בהתאם למקרה ולמגוון השיקולים של חלוקת מקרים לאנשי המקצוע שצוינו לעיל (מומחיות וניסיון אנשי המקצוע, העדפות וזמינות), ובד בבד אחד המטפלים הוא מנהל המקרה. תפקידו יכול להיות ריכוזי יותר או פחות: בחלק מן המרכזים מנהל המקרה הוא גם המטפל הבלעדי בכל רכיבי הטיפול בילד במשבר (כלומר הילד, ההורים והגורמים בקהילה), ובחלק אחר האחראיות לטיפול משותפת עם עוד חברי צוות במרכז. באחד המרכזים עובדים על בסיס מודל של "צוותונים", כלומר תת-צוותים קבועים שבהם שלושה-ארבעה אנשי מקצוע במרכז שמנהלים את המקרה ומחלקים את העבודה ביניהם על בסיס החלטה משותפת.⁵

יש לציין שבכל המרכזים מושם דגש רב על עבודת צוות משותפת ורב-מקצועית בין כל חברי המרכז. כך למשל הסבירה זאת מטפלת באחד המרכזים:

⁵ חלוקה לתת-צוותים קבועים מאפשרת פיתוח התמחויות על בסיס הניסיון הנצבר בכל צוותון ועל בסיס מאפייני המטפלים, למשל צוותון שכל החברים בו דוברי ערבית.

” בשיבות הצוות במחלקה תמיד מדברים על כל המטופלים, אז גם אם אני קיים [הכוונה ל-case manager] לשלוש מטופלות, אז זו ידיעה שתמיד הצוות מכיר, כוגש אותם בעוד היבטים, יש עם מי לחשוב ביחד, להתייעץ. פשוט ההחזקה המשותפת, גם אם בסוף אני הקיים ואני המטפלת, היא מאוד משמעותית, במיוחד כשזה מקרים קשים.”

כך הציגה זאת מרפאה בעיסוק:

” למטופל יש שלוש זרועות שמטפלות בו במקביל [פסיכיאטר, מטפל רגשי ומרפא בעיסוק], ואנחנו צריכים לייצר טיפול אחד ומטרות כן משותפות, ואנחנו כל הזמן בקשר על כל מטופל, ממש בקבוצות וואטסאפ ייעודיות למטופל, בשיבות ייעודיות, בשיחות טלפון. אנחנו ממש משתדלים מאוד להתעדכן כל הזמן מה קורה אצל השני או לייצר חשיבה משותפת כל הזמן.”

עבודת הצוות של המרכזים באה לידי ביטוי בעבודה השוטפת וכן בהיבטים מובנים של העבודה במרכזים, ובהם ישיבות צוות. ישיבות אלו קבועות במרכז, ובהן המטפלים יכולים להעלות לדיון מקרים מסוימים או סוגיות רחבות יותר במטרה להתייעץ ואף לקבל החלטות טיפוליות. בחלק מן המרכזים מקיימים גם פגישות על בסיס מקרה, כלומר עם אנשי הצוות שמטפלים במקרה ספציפי, במטרה להתעדכן בהתקדמות הטיפול ולקבל החלטות כיצד להמשיך אותו.

4.4 מודל השירות

1. מידול השירות במרכזים להתערבות במשבר

הגדרת משבר המיועד לטיפול במרכז

קושי, מצוקה, נקודת שבר, החמרה ניכרת או ירידה חמורה בתפקוד מן הזמן האחרון המצריכים מענה מיידי וש אפשר לטפל בהם בטווח קצר

מטרות השירות

ברמת הילד

- מתן מענה מהיר וממוקד למשבר
- מתן מענה מהיר וממוקד למשבר
- מניעת אשפוז
- ייצוב המשבר והפחתת הסימפטומים
- מתן אבחנה והמשגה של הקושי
- השבה לתפקוד ושיפור באיכות החיים
- מתן כלים להתמודדות עם המצוקה הנפשית של הילד

ברמת המשפחה

- מתן כלים להתמודדות עם המצוקה הנפשית של הילד
- ביסוס תקשורת מיטיבה בין הילד להוריו
- סיוע במציאת מסגרות מתאימות להמשך טיפול

ברמת מערכת בריאות הנפש

- מניעה או הפחתה של פניות ופניות חוזרות למיון
- מתן מענה למחסור באנשי מקצוע בתחום
- מניעת אשפוזים
- הפחתת עומס על מרכז בריאות הנפש
- ביסוס טיפול קצר מועד וממוקד במערכת בריאות הנפש

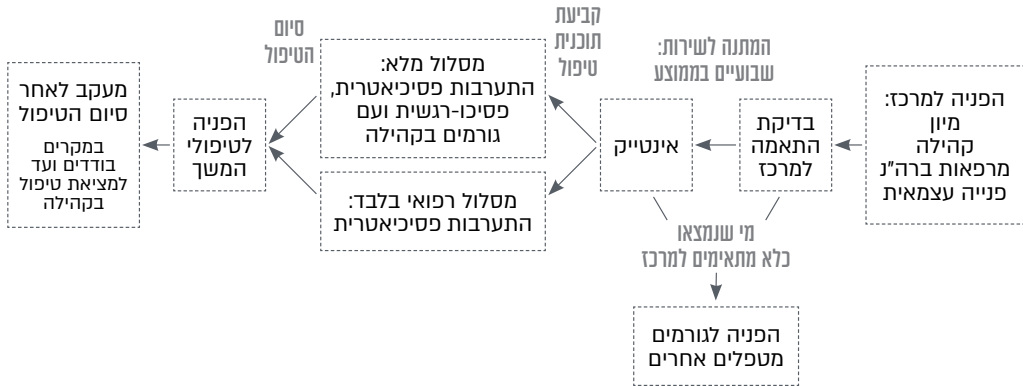
אוכלוסיית היעד

- ✓ מי שמצריך מענה מיידי על רקע משבר נפשי
- ✓ מי שאינו מצריך אשפוז פסיכיאטרי מיידי
- ✓ מי שמוכן ויכול להשתתף בטיפול אינטנסיבי ומחייב

מי אינו מתאים להתערבות במרכז

- ✗ מי שמצריך טיפול במצב כרוני ומתמשך (לא משבר)
- ✗ מי שחווה אובדנות פעילה וסכנה מיידי
- ✗ מי שמצריך אשפוז פסיכיאטרי
- ✗ מי שמצריך מענה ייעודי וארוך טווח: התמכרויות, הפרעות אכילה, פגיעה מינית
- ✗ מי שמקבל טיפול נפשי בקהילה

תהליך קבלת השירות



מאפייני טיפול קצר מועד	טיפול חירום הממוקד במשבר מסוים	טיפול של עד שישה שבועות	טיפול אקטיבי וממוקד מטרות	ניהול מקרה ועבודה עם גורמי טיפול, חינוך ורווחה בקהילה
------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------------	---

צוות המרכזים ותפקידים

» עבודת צוות אינטרדיסציפלינרי

- » **צוות ליבה:** פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומנהלי אדמיניסטרציה
- » **צוות טיפולי נוסף:** מטפלים באומנות, מרפאים בעיסוק, מטפלים בבעלי חיים, יועצים חינוכיים ועוד
- » **הכשרת אנשי מקצוע:** מתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכולוגיה

הגדרת הצלחת הטיפול

- 1 מניעת הידרדרות המשבר ומניעת אשכז
- 2 הקלה בסימפטומים, בחומרת הבעיה ובתחושת המצוקה
- 3 שיפור בתחושת הרווחה הנפשית (wellbeing) ובאיכות החיים של הילד והמשפחה
- 4 שיפור בתפקוד במשפחה, בבית הספר ובחברה
- 5 מתן אבחון למי שלא אובחן בעבר
- 6 עלייה בתחושת המסוגלות ומתן כלים להורים
- 7 שיפור התקשורת בין ההורים לילדים
- 8 הכוונה להמשך הטיפול הנדרש בחינוך, רווחה או טיפול, וסיוע במציאתו

5. סוגיות מרכזיות בהפעלת השירות של המרכזים להתערבות במשבר

המרכזים להתערבות במשבר הם שירות חדש ברצף השירותים הניתנים בבריאות הנפש לילדים ונוער, והוא ממוקם בין האשפוז ובין טיפול ארוך טווח במרפאה בקהילה.

עד לפתיחתם מענה החירום העיקרי לילדים ונוער במשבר נפשי היה המיון הפסיכיאטרי. במסגרת המיון, הפסיכיאטר המקבל את המקרה מפנה לאשפוז במקרה הצורך או בחזרה לטיפול בקהילה. המרכזים הללו מציעים מענה טיפולי ייחודי למצבי משבר, ויש בו פוטנציאל רב שבא לידי ביטוי בכמה היבטים: מניעת הידרדרות, הפחתת אשפוזים, הפחתת הפניות למיון והפניות חוזרות למיון ולאשפוז. כמו כן גורמים בקהילה יכולים להפנות ילדים ונוער למרכזים הללו במקרי חירום הדורשים התערבות מעמיקה יותר מזו המוצעת במיון, אך עדיין מהירה וקצרת טווח, כפי שעולה מן הציטוט להלן:

”אני חושב שמרפאת המשבר היא גם פתח לעבודה יותר נכונה עם הקהילה, שגם לקהילה יש מקום להפנות אליו שהוא יותר דחוף, ושהוא “outlet” טוב. זאת אומרת, אם היועצת בבית ספר איקס יודעת שהיא יכולה לדבר עם מרפאת המשבר ולבדוק אם היא יכולה להפנות ילד, היא לא צריכה את המיון בכלל.” (מנהל/ת מחלקה)

המיקום הייחודי של המרכזים במערכת בריאות הנפש וייחודו של השירות בכלל מעלים כמה סוגיות מרכזיות שיש לתת עליהן את הדעת ולתת להן מענה במסגרת המשך הפעלתו של השירות.

5.1 משך הטיפול במרכזים

משך הזמן הקצר לטיפול במשבר במרכזים הוא סוגיה שממשיכה לאתגר את המרכזים, ומדברי המרואיינים עולה כי היא באה לידי ביטוי בהיבטים להלן:

■ **קצר טיפולי** – הזמן הקצר של הטיפול מצריך יצירת קשר וביסוס אמון מהירים בין מטופל למטפל כדי להירתם לטיפול, אך כרוך בקשיים. במקרה שנוצרים קשר ואמון כאלה בין המטופל למטפל, הם מסתיימים אחרי זמן קצר מאוד. משום כך, אנשי הצוות במרכזים מתלבטים כיצד אפשר ליצור קשר טיפולי משמעותי בזמן קצר בלי להקשות על הפרדה בסוף הטיפול ובלי שהמטופל יימנע מליצור קשר טיפולי משמעותי עם מטפל אחר לטווח ארוך (בהקשר זה יש לציין כי רוב הילדים אכן ממשיכים לקבל טיפול נוסף בקהילה). כך סיפרה אשת צוות:

... וזו דילמה שכל הזמן קיימת – איך את יוצרת עם המטופלים קשר מספיק בשביל להניע לשינוי, אבל נמנעת מזה שתהיה התקשרות עמוקה מדי, שתקשה עליהם אחר כך להיכנס לטיפול אחר. זה, אני חושבת, הרגישות והבעיה של ההתערבויות האלה.”

■ **טיפול תרופתי** – מסגרת הזמן הקצר של הטיפול הזה אמורה לאפשר התחלת טיפול תרופתי, מעקב תרופתי צמוד ואיזון תרופתי במקרה הצורך, ובכך ניכר גם יתרונה הגדול. עם זאת, לרוב רק לאחר ארבעה או חמישה שבועות אפשר לראות את ההשפעה של הטיפול התרופתי על הילד המטופל. משום כך, לרוב לא די בשישה שבועות, אם צריך לתת טיפול תרופתי חדש ולערוך מעקב. נוסף על כך פעמים רבות אין טיפול המשך בקהילה מיד לאחר סיום ההתערבות במרכז, לכן במקרים לא מעטים יש מרכזים הממשיכים לערוך את המעקב התרופתי גם בתום תקופת הטיפול הרשמית במרכז ועד שהמטופל מוצא תור לפסיכיאטר בקהילה למעקב התרופתי.

■ **התמקדות טיפולית** – הטיפול במרכזים, שנעשה בזמן קצר, מתרכז כאמור בסיבה המרכזית למשבר המסוים. לפיכך הוא מצריך התמקדות טיפולית וקביעת מטרות קונקרטיות שאפשר להשיג ולא מאפשר העמקה דינמית והבנה של תהליכים. הוא גם מקשה על המטפלים לבחון את כל הקשיים שהילד מתמודד עימם כמכלול, מה שנהוג לרוב בפסיכיאטריה בכלל ובפסיכיאטריה של הילד בפרט.

■ **אי-התאמה לפרוטוקולים קיימים של טיפול ממוקד קצר מועד** – למשל פרוטוקולים של CBT או טיפול ממוקד בטרואמה. משמעות הדבר בפועל היא שגם אם מטפלים מסוימים עברו הכשרה של טיפול ממוקד כמו CBT, הם לא יכולים להסתייע בפרוטוקול הקיים במלואו בגלל משך הטיפול הקצר יותר במרכז. משמעות נוספת לכך היא שלעיתים צריכים להתאים את הפרוטוקולים למשך הטיפול הקצר יותר, ולא תמיד המטפלים מרגישים שהם מיומנים מספיק לעשות זאת או שהטיפול שנתנו לפי הפרוטוקול המקוצר היה יעיל מספיק. במקרים אחרים, מטפלים בוחרים כלל לא לעבוד עם פרוטוקול כלשהו משום שמשך ההתערבות לא מאפשר זאת. במילים אחרות, משך הטיפול שנקבע יכול גם לפגוע במקצועיות השימוש בכלים מסוימים או להגביל את השימוש בהם.

■ **תחלופה גבוהה של מטופלים ועומס טיפולי** – בשל משך הזמן הקצר של הטיפול יש תחלופה גבוהה מאוד של מטופלים במרכזים. כמו כן בשל העובדה שמצבם של רוב המטופלים במרכזים קשה ומורכב ולרוב תדירות הטיפול גבוהה, פעמיים עד שלוש בשבוע, המטפלים חשים עומס רגשי רב ולעיתים אף חשים שחיקה בעבודה (למשל ביכולת וברצון להיקשר למטופלים). סיפרה מנהלת מרכז:

ואני מרגישה שגם התחלופה קשה לצוות, כאילו מישוהו נכנס ואז נקשרים, ואז ביי. לאט לאט מתחילים לאבד עניין במטופלים חדשים, כאילו כזה המושקעות שלהם עם המקרים הולכת ופוחתת. חלק מתחושת השחיקה כאילו שיש סרט נע.”

מלבד העומס הרגשי חשים המטפלים גם עומס רב בשל הדרישות הבירוקרטיות במסגרת קבלה ושחרור של ילד מטיפול, כגון מילוי דוחות התקדמות טיפול, סיכומי טיפול, הפניות להמשך טיפול וחווות דעת מקצועיות (ראו הרחבה על העומס והשחיקה בקרב המטפלים ועל הדרכים שלהם להתמודד עימם בסעיף 5.3). אף על פי כן ראוי לציין כי יש מרואיינים הרואים בכך דווקא גורם שמקל על המטפלים את העומס הרגשי, זאת משום שגם במקרה של מטופלים שהצרכים שלהם מורכבים ומאתגרים מאוד, זמן הטיפול קצר יחסית וקבוע מראש. נוסף על כך, בעקבות התחלופה הגבוהה של המטופלים יש גיוון בעבודה. כך אמרה בעניין זה אשת צוות באחד המרכזים:

”ונראה לי גם עבור הצוות זה מקרים קשים, זה מקרים מורכבים, אני חושבת שדווקא הידיעה שיש פה תחלופה, וזה לא עכשיו משהו שצריך להחזיק אותו לאורך זמן, זה נראה לי מאפשר כאילו לשמור על איזשהם כוחות וכאילו קצת אולי מונע שחיקה. לא הייתי מאריכה.”

■ **המשך טיפול בקהילה** – משך הזמן הקצר של הטיפול במרכזים מקשה גם על מציאת טיפול המשך בקהילה, מפני שלרוב עד שטיפול זה מתחיל עוברים כמה שבועות או חודשים של המתנה. כמו כן אנשי הטיפול במרכזים מתקשים לסיים את הטיפול כשהם יודעים שאין למטופלים שלהם מענה זמין בקהילה. משום כך יש מרכזים שמאריכים את הטיפול לזמן קצר נוסף כדי לאפשר למשפחות למצוא מענה כזה.

כאמור, מבחן התמיכה קובע כי משך הטיפול במרכזים להתערבות במשבר יהיה **עד שישה שבועות** בלבד במטרה להתמקד במתן מענה חירום ממוקד וקצר מועד למשבר המסוים של המטופל, להגיע להיקף של 250 מטופלים בשנה ולהימנע מתורי המתנה ממושכים. עם זאת, אנשי המקצוע השונים מתלבטים אם די במסגרת זמן של שישה שבועות. מן הראוינות עלה כי אנשי מקצוע בכירים, מנהלי מרכזים ואנשי צוות מודעים לכך שמחד גיסא יש להגביל את משך הטיפול לזמן קצר ומוכתב מראש כדי שהטיפול במרכזים אכן יהיה ממוקד במשבר. מאידך גיסא, רבים מהם מכירים בעובדה שפרק זמן של שישה שבועות, כפי שנקבע במבחן התמיכה, אינו מתאים לכלל המטופלים בהתערבות במשבר, ולחלקם יש להאריכו. אי לכך בפועל יש מקרים רבים שבהם המרכזים מאריכים את הטיפול הניתן בכמה שבועות נוספים.

5.2 הכשרות והדרכות

הרוב המכריע של המנהלים ואנשי הצוות במרכזים הוכשרו לטיפול ארוך טווח והם חסרי הכשרה מקדימה בטיפול ממוקד קצר מועד, אף על פי שטיפול קצר מועד שונה באופיו מטיפול דינמי ארוך טווח. היעדר ההכשרה בטיפול ממוקד וקצר מועד הורגש והודגש בכל המרכזים ובקרב כל המנהלים ואנשי הצוות, זאת אף על פי שבמרכזים שונים העבירו לאנשי הצוות הכשרות על שיטות טיפול רלוונטיות, למשל IPT; Trauma-focused CBT; הדרכה על ביצוע האינטייך

לטיפול קצר טווח; הכשרה על טראומה; הכשרה במניעת אובדנות בטיפול קצר מועד; CBT; CBT-SP; PE - Prolonged Exposure; DBT; CBT] למניעת אובדנות]; הדרכה של 'הסמכות החדשה'; הכשרה על EMDR; והכשרה בבניית תוכנית ביטחון.

עם זאת, כאמור, רוב המרואיינים הרגישו שחסרים להם הכשרה מקדימה וכלים להתמודדות עם טיפול קצר מועד. מדבריהם בראיונות עלה כי הם למדו בעצמם, תוך כדי עבודה, את הטיפול קצר המועד, אבל עדיין הביעו צורך לקבל הכשרה מסודרת שבה יעניקו להם כלים לטיפול קצר מועד, כפי שמוזכר לעיל. נושא חיוני נוסף שעלה בדברי המרואיינים הוא שההכשרה לעיל צריכה להתמקד בדרכים לבצע ולסכם את האינטייק ובהתאמתו לטיפול קצר מועד ממוקד משבר.

מלבד העובדה שההדרכה לצוות, פרטנית או קבוצתית, חיונית מאוד, יש לציין כי ההכשרות וההדרכות וגם ימי ההשתלמות או ימי העיון מאפשרים גיוון בעבודה במרכז, קבלת כלים מעשיים, העשרת הידע המקצועי של הצוות וגם הפחתת עומס ושחיקה.

5.3 עומס טיפולי

רוב המרואיינים בכל המרכזים, החל ממנהליות המרכזים וכלה בשאר אנשי הצוות הטיפולי, דיווחו על תחושת עומס בעבודה. חלקם אף דיווחו על תחושת שחיקה הנובעת מעומס זה, כפי שעולה מדברי אחת המנהלות:

אני כל הזמן באיזה מן מרוץ אין סופי של להספיק את המטופלים בזמן וכל הזמן לא לשמוט שום דבר, וזה מאוד מאוד קשה. זה לא הגיוני שאם אני שלושה ימים הייתי חולה בבית, פתאום נוצר איזשהו משהו שאני לא יכולה להדביק את הקצב. זה לא הגיוני."

לתחושת העומס יש כמה סיבות. אחת מהן היא ביקוש עצום לשירות הניתן במרכזים, כפי שאמרה אחת ממנהלות המרכזים:

המערכת כל כך צמאה לטיפול שאין לי no show, כאילו, אין לי חורים. כל הזמן, כל הזמן יש מישוה להכניס."

בעקבות הקריטריון של מבחן התמיכה נוצר בכל המרכזים לחץ כבד לטפל בכמה שיותר מטופלים בשנה כדי להגיע למספר היעד של המבחן; ברוב המרכזים אין מספיק אנשי צוות כדי לתת מענה לכל הפניות אליו, ובשל כך נוצר עומס על אנשי הצוות המטפל הקיימים; העובדה שהפרוטוקולים קצרי הטווח אינם מתאימים להתערבות במשבר והתחושה של אנשי הצוות שאין להם כלים מקצועיים מספקים והכשרה מקצועית מספקת תורמים לתחושת העומס והשחיקה שלהם. אמרה מנהל/ת מרכז:

השחיקה זה לפעמים התחושה שאין להם כלים, והן לא יודעות מה לעשות."

בעקבות הבירוקרטיה מוטלת על המטפלים עבודה רבה הן בטיפול עצמו הן בקשר עם גורמים בקהילה, ובשל כך נוצר עומס רב שנמשך מעבר לשעות הטיפול. כיוון שמדובר בטיפול קצר ותחלופת המטופלים גבוהה, אנשי הצוות נדרשים לעסוק רבות בבירוקרטיה הזאת; לבסוף, כיוון שבשונה מטיפול ארוך טווח, אופי הטיפול קצר המועד הוא אקטיבי ומכוון על ידי המטפל, נדרשים משאבים טיפוליים רבים.

לצד העיסוק הרב בעומס ובשחיקה של צוות המרכזים, ציינו המרואיינים מגוון דרכים שבהן מרכזים שונים מתמודדים עם העומס הטיפולי ועם תחושות השחיקה שחשים אנשי הצוות. להלן יפורטו המרכזיות שבהן:

- **הדרכות** – למתמחים בפסיכולוגיה בפרט ולאנשי הצוות בכלל; בהדרכות הללו המטפלים זוכים לקבל ליווי מקצועי ומקום שבו הם יכולים לפרוק את העומס הרגשי.
 - **הכשרות** – בפרוטוקולים שונים של טיפולים קצרי מועד (אך ארוכים יותר ממשך זמן הטיפול במרכזים); הכשרות אלו מאפשרות גיוון והפוגה מעבודת הטיפול השוטפת, והמטפלים מקבלים בהן כלים שתורמים למקצועיות ולתחושת המסוגלות שלהם.
 - **ייעוץ** – רוב מנהלי המרכזים הם גם פסיכיאטרים והם משאב חשוב וזמין למטפלים לשם ייעוץ ותמיכה.
 - **התייעצות ולמידת עמיתים** – עבודת הצוות חשובה ביותר להצלחת הטיפול. במרכזים השונים ישיבות הצוות משמשות להתייעצויות, לשיתוף בקשיים וללמידת עמיתים.
 - **משרה נוספת המאפשרת טיפולים ארוכי טווח לצד קצרי הטווח** – במרכזים השונים, ועבור מי שמעוניין ומרגיש שהוא צריך זאת, המנהלים מעודדים את הצוות לעסוק בטיפולים ארוכי טווח לצד הטיפולים קצרי הטווח במרכז. יש לציין שטיפולים ארוכי טווח הם חלק מרכזי מחובות ההתמחות של המתמחים בפסיכולוגיה.
 - **גיוון בטיפול** – חלק מן המרכזים מאפשרים לאנשי צוות להדריך אחרים, להדריך בקבוצות טיפוליות למטופלים או להורים וכן לגוון בסוגי המקרים שהם מקבלים במרכז.
 - **השתתפות בימי עיון, השתלמויות והרצאות לצוות המטפל או ארגונים.**
- לכל מרכז יש יכולת הספק שונה בהתאם לכוח האדם שמועסק בו. בהתאם לכך, מרכזים שונים מנתבים באופן שונה את העומסים ואת הפניות לשירות.

5.4 מקום המרכזים במערכת בריאות הנפש

למרכזים להתערבות במשבר יש תרומה רבה בהקשר הרחב של מערכת שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער. לצד זאת יש בהם כמה סוגיות לא פתורות. להלן הפירוט:

הקלה בעומס הפניות למרפאות בריאות הנפש

המרכזים תורמים להקלה בעומס שמוטל על המרפאות לבריאות הנפש ומקלים על משפחות משום שלעיתים ילדים שעד כה לא אובחנו מקבלים במרכזים אבחון ראשון להפרעות קשב וריכוז או לאוטיזם. במקרים אלו, ברמת הפרט, המרכז מאפשר אבחון מהיר לצד הכוונה לפעולה והמלצות להמשך טיפול במסגרת אחרת, וזאת במקום שהמטופל ומשפחתו יצטרכו לחכות בתור למרפאה פרק זמן ארוך רק בשביל אבחון. ברמת המערכת, התפקיד הזה של המרכז מספק עוד מקום לעשות טריאז' (מיון ראשוני) ולהכווין לטיפול, ובכך מקל את עומס הפניות למיון מחד גיסא, ואת עומס הפניות למרפאות מאידך גיסא.

עבודה ברמה מערכתית

לעובדה שהמרכזים להתערבות במשבר עובדים בשיתוף פעולה עם גורמים נוספים בקהילה יש חשיבות רבה, במיוחד השיתוף עם שירותי הרווחה והחינוך, בעת הקבלה לשירות ובסיום הטיפול במרכז. הדבר משמעותי הן כתפיסה טיפולית לנוכח חשיבות מערכות אלו בחיי הילד והמשפחה, הן לנוכח העובדה שהמענה במרכזים הוא קצר, וההתמודדות ארוכת הטווח של הילדים שזקוקים לכך תמשיך בקהילה, לרוב בסיוע גורמים אלו. איש מקצוע בכיר אמר:

... מישהי שכל הזמן יש בריחות לסמים וחשש של abuse חוזר, אתה אומר, מרכז המשבר לא יכול לעבוד בשדה הטיפולי לבד. הוא יוכל לתת "back up" למרכז חירום של הרווחה, נגיד."

מן ההיבט של המטופל, העובדה שבסוף ההתערבות (גם אם היה בה רק אבחון) המרכזים מכוונים את ההורים למענה המתאים למטופל בקהילה, ולעיתים אף מסייעים להם ביצירת קשר עם גורמים מטפלים בקהילה, יכולה לחסוך למטופלים ולמשפחותיהם זמן רב ויקר בחיפוש אחר המענה שהם זקוקים לו.

הנגשת הטיפול בבריאות הנפש

מטרת המרכז היא, כפי שתיאר זאת אחד ממנהלי המרכזים, "להנגיש שירותים של בריאות הנפש לכלל האוכלוסייה, בעיקר למי שזקוק לזה במצבי משבר". כמו כן המרכזים להתערבות במשבר נועדו להנגיש את השירות שהם מעניקים וליצור שער כניסה או גשר לטיפול בכלל, בייחוד לקבוצות שונות באוכלוסייה אשר לרוב נרתעות מפנייה לשירותי בריאות הנפש, כמו האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה החרדית. אומנם הנתונים מראים כי קבוצות אלו פונות לטיפול נפשי פחות מן האוכלוסייה הכללית, אך בשנים האחרונות, לצד העלייה במצוקות הנפשיות של ילדים ובני נוער בעקבות מגפת הקורונה (רימון-גרינשפן וברלב, 2023) ובעקבות מלחמת חרבות ברזל (פינצ'ובר ואח', 2024), ניכרת גם עלייה בפנייה לטיפול נפשי בכלל וגם בקרב אוכלוסיות אלו. האלימות שמתרחשת בחברה הערבית היא סיבה נוספת שבעטייה גברה בשנים האחרונות המצוקה הנפשית ובעקבותיה הפנייה לטיפול בקרב אוכלוסייה זו (מוניקנדס-גבעון,

2024). עם זאת במרכזים שונים העידו כי הם רואים צורך להגביר את הרגישות התרבותית ואת ההנגשה הלשונית לקבוצות שונות באוכלוסייה. למשל, יש מרכזים שחסרים בהם מטפלים דוברי ערבית, אף על פי שהמרכז נמצא בסביבה גאוגרפית שהאוכלוסייה הערבית בה רבה, כפי שאמרה אחת מנשות המקצוע:

” אני חושבת שאנחנו פחות טובים באזורים שאנחנו לא מספיק רגישים תרבותית בהם... גם ערבים וגם אתיופים, אני חושבת שאנחנו רחוקים מלהיות טובים מספיק בזה. אני חושבת שיש פערים בתפיסות התרבותיות גם כלפי הפרעות נפשיות וגם כלפי טיפול, שאנחנו חייבים ללמוד להיות יותר טובים בהם. אני חושבת ששם אנחנו לא מספיק מצליחים לעזור. אני גם חושבת שזה לא רק של המשבר. אני חושבת שזה בכללי של טיפול, אבל זה מאוד מורגש במשבר, כי אני חושבת שעד שפונים, זו המחויבות שלנו ללמוד להיות מספיק טובים באזורים האלה.”

הגדלת מספר המטפלים בתחום והשאתם בשירות הציבורי

תרומה נוספת של המרכזים להתערבות במשבר להקלה על מערכת בריאות הנפש ניכרת בעובדה שמבחן התמיכה והפעלת המרכזים הובילו לגיוס נרחב של מתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכולוגיה של הילד והנוער ולהצטרפות של עובדים סוציאליים מטפלים לשירות הציבורי.

מחסור בטיפול המשך בקהילה

אחת הסוגיות המרכזיות שאנשי הצוות במרכזים מתמודדים עימה היא היעדר תורים לטיפול בקהילה לאחר סיום הטיפול במרכז, אף על פי שמרבית המטופלים זקוקים לו. אחת מנשות הצוות אמרה כי "זה פער מאוד גדול בין המהירות שאנחנו קולטים והתדירות שאנחנו מטפלים אל מול המעבר החוצה". לכן מנהלים רבים חושבים שהגיוני להפנות מטופלים מן המרכז דווקא למרפאות ארוכות הטווח שהן חלק ממערך השירותים שבו המרכז פועל. יתרה מכך, במקרים מסוימים המנהלים מאפשרים למטפלים להמשיך לטיפול ארוך טווח במרפאה עם המטופל שליוו אותו במרכז. נוסף על כך כאמור במקרים רבים ממשיכים לנהל במרכזים את המעקב התרופתי לאחר סיום הטיפול עד למציאת מטפל בקהילה, במיוחד כשניתן למטופל טיפול תרופתי חדש במרכז. במרכזים מסוימים מפעילים קבוצות הורים המיועדות גם להורים שסיימו את הטיפול.

לבסוף, מלחמת חרבות ברזל השפיעה על פעילות המרכזים להתערבות במשבר. לא רק שמרכזים שונים נתנו מענה לילדים מכוונים מאזור הצפון והדרום, אלא שבעקבות המלחמה חלה עלייה בפניות למיון פסיכיאטרי והמרכזים הפכו לשירות חיוני ביותר בתקופה זו. ראשית, המלחמה העצימה קשיים קודמים עד לכדי מצב משברי וחוסר תפקוד. שנית, בעטיה נוצרו מצוקות חדשות בקרב ילדים ובני נוער רבים (סבג ואחרים, 2024). בעקבות זאת גברו במידה ניכרת הפניות למרכזים להתערבות במשבר, ושם הצליחו לתת מענה קצר מועד למספר גדול של מטופלים.

6. מגבלות המחקר

מחקר זה נערך בתקופת מלחמת חרבות ברזל ובמשך שתי מערכות לחימה עם איראן, לכן חל עיכוב בביצוע חלקים שונים של המחקר.

המחקר לא בחן היבטים הנוגעים לתוצאות הטיפול במרכזים, בין שמדובר בתוצאות אובייקטיביות, כגון מספר המטופלים שעברו במרכזים ובאילו טיפולי המשך הם השתלבו לאחר מכן, ובין שמדובר בתוצאות סובייקטיביות, כגון שביעות רצון המטופלים והוריהם.

מגבלה נוספת של המחקר היא המספר הנמוך של הורים שהשיבו לסקר המקוון המיועד להם. משום כך ניתוח הסקר בוצע בכלים איכותניים ולא כמותיים. כמו כן הסקר הופץ על ידי המרכזים עצמם, כך שאין בידי צוות המחקר דרך לדעת אם כל המרכזים אכן הפיצו את הסקר.

7. סיכום והמלצות

מחקר זה ביקש לגבש את מודל העבודה של השירות החדש הניתן במרכזים להתערבות במשבר. בתוך כך ניתן מענה לסוגיות שלהלן: קהל היעד של המרכזים; דרכי ההפניה למרכזים או הפנייה אליהם; העקרונות המרכזיים בהפעלתם; ההתערבויות הניתנות בהם; ההיקף וההרכב של כוח האדם במרכזים והכשרתו; המשך טיפול בתום ההתערבות במרכז; סוגיות מרכזיות בהפעלת המרכזים.

המחקר הראה שהמרכזים להתערבות במשבר הם שירות חיוני במערכת בריאות הנפש הציבורית הישראלית, ואלפי מטופלים קיבלו בו מענה בשלוש שנות פעולתו. המרכזים מצטרפים למגוון השירותים המאפשרים המשך מתן טיפול בקהילה ללא אשפוז, ומעניקים מענה חירום מידי למצבי משבר בקרב ילדים ובני נוער. כמו כן במקרים מסוימים מתאפשר לקבל בהם את השירותים האלה: אבחון מהיר, טיפול תרופתי מהיר ומעקב צמוד, מעטפת טיפולית רב-מקצועית, הדרכת הורים ממוקדת וקשר עם גורמים מטפלים נוספים בקהילה, בעיקר מערכת החינוך ושירותי הרווחה.

נחיצות השירות בולטת במיוחד נוכח העלייה החדה במצוקות ובצרכים הנפשיים של ילדים ונוער ובעומס הפניות בשנים האחרונות בעקבות מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל. לכן יש לשקול הקמת מרכזים נוספים להתערבות במשבר ולהגדיל בכך את היקף פריסתם הארצי ואת מספר המטופלים המקבלים שירות בהם. בתוך כך יש לתת את הדעת על סוגיות הכרוכות בהפעלת מרכזים אלו, כפי שפורטו בדוח זה, ובמיוחד סוגיות העוסקות בכוח אדם, בעומס ובשחיקה.

להלן המלצות הקשורות להמשך פיתוח השירות וטיובו:

עומס הטיפול במרכזים ומשכו

ככל שהמרכזים פועלים יותר זמן ומוכרים יותר ויותר בסביבת הפעילות שלהם, עומס הפניות אליהם עולה בהתאמה. לכן חשוב להסביר לגורמים מפנים שונים בסביבת המרכזים על מהות השירותים במרכז ומטרתם וכן על אוכלוסיית היעד המתאימה לשירות ועל זו שאינה מתאימה. בכך אפשר יהיה להקל במידה מסוימת את העומס הגדל והולך של פניות למרכזים.

בעקבות העומס הרב וההולך וגובר המוטל על המרכזים, נדרשת בחינה מערכתית כיצד אפשר להפחית את העומס הטיפולי שחשים אנשי הצוות במרכזים השונים וכיצד יש **למנוע את שחיקתם של המטפלים וכן את שחיקתם של מנהלי ומנהלות המרכזים** החשים גם הם עומס ניכר. בכלל זה יש לשקול הפניית כוח אדם נוסף לעבודה במרכזים והעסקת עובד סוציאלי (שאינו מטפל בפסיכותרפיה) שיהיה אמון על הנושאים האלה: תיאום הטיפול; הביורוקרטיה הכרוכה בקבלה לטיפול ושחרור ממנו במרכז (כולה או חלק ממנה); הקשר עם גורמים שונים

בקהילה וההיכרות המעמיקה עם השירותים בקהילה, עם נוהלי המוסד לביטוח לאומי ומיצוי זכויות ועוד; מתן הכשרות, הדרכות, השתלמויות, ליווי יומי עיון לשם המשך ההתמקצעות של הצוות בטיפול קצר מועד, לשם גיוון בעבודה ולשם הפחתת העומס הטיפולי. לבסוף, כדאי לדון בקביעת סף מינימום של מספר טיפולים שנתי לצד גמישות מסוימת לכל מרכז להחליט על היקף הטיפולים שהוא יכול להעניק בהתאם למאפיינים שלו, למצב כוח האדם בו ולמצב העומס והשחיקה של אנשי הצוות.

היבט נוסף שבו יש לתת לכל מרכז גמישות והחלטה מקומית הוא משך הטיפול. יש להשאיר בהגדרה לטיפול קצר מועד במרכזים להתערבות את מגבלת הזמן לשישה שבועות. עם זאת יש לאפשר לכל מרכז לתת טיפול ארוך יותר מכך, אך עדיין מוגבל בזמן, למספר מוגבל של מטופלים שזקוקים לזמן הנוסף לפי צורכיהם ולפי שיקול הדעת המקצועי של הצוות המטפל.

טיפול קצר מועד

רוב אנשי מערכת בריאות הנפש הציבורית הוכשרו והוכונו למתן טיפול ארוך טווח. עם זאת לנוכח העלייה הניכרת בצרכים בקרב ילדים ובני נוער בעקבות מגפת הקורונה ובעקבות מלחמת חרבות ברזל, יש חשיבות למתן מענה נפשי קצר מועד בשירות הציבורי כדי להתמודד עם הצרכים הרבים של המערכת ועם העומס הרב המוטל עליה. **למרכזים להתערבות במשבר יש חשיבות ותרומה רבה למערכת בריאות הנפש הציבורית בכך שהם משמשים מקום להכשרה, לצבירת ניסיון מעשי ולצבירת ידע בטיפול קצר מועד בכלל ובטיפול במשבר בפרט. למעשה, כבר עכשיו, ולאחר מספר שנות פעילות אחדות, המרכזים להתערבות במשבר הכשירו בפועל עשרות מטפלים בטיפול קצר מועד ממוקד משבר.** עם זאת יש למסד הכשרה מקדימה לטיפול קצר מועד ממוקד משבר על בסיס ידע קיים ועל בסיס הניסיון והידע שהצטברו במרכזי המשבר השונים.

מחקרי המשך

כיוון שהמרכזים שתוארו במסמך זה הם שירות חדש הכולל מודל חדשני, יש לערוך מחקרי המשך כדי לבחון את המאפיינים של מקבלי השירות במרכזים ואת היעילות הקלינית של הטיפול במרכזים להתערבות במשבר ברמת הפרט. כמו כן יש לבדוק את תרומת המרכזים למערכת בריאות הנפש בהיבטים האלה: הפחתת פניות למיון ופניות חוזרות למיון, הפחתת אשפוזים פסיכיאטריים ואשפוזים חוזרים, קיצור משכי האשפוז, ולבסוף הגדלת מספר המתמחים בפסיכיאטריה של הילד והנוער ומספר הפסיכולוגים בשירות הציבורי.

עוד פרסומים של המכון בנושא

רימון-גרינשפן, ה. וברלב, ל. (2023). מענים לילדים ונוער עם קשיים נפשיים ורגשיים: מיכוי שירותים וסוגיות מדיניות. דמ-942-23.

רימון-גרינשפן, ה., יאבון, מ. וגדג', נ. (2021). מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים: סקירה בין-לאומית. דמ-878-21.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

המועצה הלאומית לשלום הילד. (2023). השנתון הסטטיסטי, "ילדים בישראל 2022": לקט נתונים. [🔗](#)

הראל-כיש, י. וולש, ס. (2024). סקר "יד על הדופק" 2024: השפעת מלחמת "חרבות ברזל" על בני הנוער. הפקולטה לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן. [🔗](#)

וילדר, נ. (2024). המשבר במערך בריאות הנפש לילדים ונוער והצורך בחיזוק כוח האדם המטפל בהם [נייר עמדה]. המועצה הלאומית לשלום הילד. [🔗](#)

מוניקנדס-גבעון, י. (14 במרץ 2024). שירותי פסיכולוגיה חינוכית במערכת החינוך. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. [🔗](#)

סבג, י., רזניקובסקי-קוראס, א. וארזי, ט. (2024). השפעות מלחמת "חרבות ברזל" על ילדים ובני נוער בישראל. מכון מאיר-סג'ווינט-ברוקדייל. [🔗](#)

פינצ'ובר, ש., חוואשלה, א., גרסי, ח., רודלף, מ. וגרוסמן, צ. (2024). מצבם הרגשי של ילדים, ילדות והורים בזמן מלחמה: סקר אורך: שבוע 5 ושבוע 13 למלחמה. עמותת גושן. [🔗](#)

רימון-גרנישפון, ה. וברלב, ל. (2023). מענים לילדים ונוער עם קשיים נפשיים ורגשיים: מיכוי שירותים וסוגיות מדיניות. דמ-23-942. מכון מאיר-סג'ווינט-ברוקדייל. [🔗](#)

Bilu, Y., Flaks-Manov, N., Bivas-Benita, M., Akiva, P., Kalkstein, N., Yehezkeli, Y., Mizrahi-Reuveni, M., Ekka-Zohar, A., Shapiro Ben-David, S., Lerner, U., Bodenheimer, G., & Greenfeld, S. (2022). Mental health assessment of Israeli adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*. [🔗](#)

Howard-Jones, A. R., Bowen, A. C., Danchin, M., Koirala, A., Sharma, K., Yeoh, D. K., Burgner, D. P., Crawford, N. W., Goeman, E., Gray, P. E., Hsu, P., Kuek, S., McMullan, B. J., Tosif, S., Wurzel, D., & Britton, P. N. (2022). COVID-19 in children: I. Epidemiology, prevention and indirect impacts. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 58(1), 39-45. [🔗](#)

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustun, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33. [🔗](#)

Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10, Article 111. [🔗](#)

Refaeli, T., Sold, A., & Aharonson-Daniel, L. (2025). Post-traumatic stress among adolescents following the October 7th attack in Israel: Implications for mental health policy and planning. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14(1), Article 76. [🔗](#)

Sampogna, G., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2023). The psychiatric formulation. In A. Tasman, M. B. Riba, R. D. Alarcón, C. A. Alfonso, S. Kanba, D. M. Ndeti, C. H. Ng, T. G. Schulze, & D. Lecic-Tosevski (Eds.), *Tasman's psychiatry*. Springer. [🔗](#)

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [🔗](#)

World Health Organization. (2021). *Mental health of adolescents*. Retrieved May 1, 2023, from [🔗](#)

Winters, N. C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111–132. [🔗](#)