

השפעת ההכשרה לייעוץ נישואין ומשפחה באיגוד י.ג.ר על איכות חיי המשפחה של היועץ

**מוגש ע"י מאיר שמעון עשור M.A
לאוניברסיטת יורק
באלבאמה ארה"ב**

עבודת דוקטורט בתחום יעוץ נישואין והמשפחה

5..... **פרק I – מבוא**

5..... **הקדמה:**

5..... **מטרת המחקר:**

5..... **מה נדע בסוף המחקר?**

5..... **ההיפותזה (הנחת היסוד) :**

6..... **שאלה עיקרית למחקר.**

6..... **שאלות משנה.**

6..... **הרקע של החוקר:**

6..... **תעסוקה:**

7..... **פרק II – סקירה ספרותית**

7..... **מבוא:**

7..... **יועצי נישואין ומשפחה – רבניים**

7..... **תאור תפקידם והפונקציות המקצועיות.**

8..... **עיסוקים של יועצי הנישואין הרבניים ימומשו במספר דרכים:**

8..... **ציפיות המטופלים.**

8..... **שאלות הסבר הגדרת המושגים:**

8..... **תשובות להסבר הגדרת המושגים:**

8..... **מבוא**

13..... **התפקיד ופונקציות מקצועיות של: מנחה, יועץ, ומטפל.**

13..... **מנחה נישואין ומשפחה:**

13..... **המנחים יפעלו בעיקר עם זוגות שמאפייניהם הם:**

13..... **המקרים שבהם יוחלט על הפנייתם של יחידים וזוגות למסגרות טיפול מעמיק הם:**

13..... **תפקיד יועץ הנישואין:**

14..... **טיפול בנישואין:**

14..... **מרכיבי צמיחה.**

15..... **מרכיבי סיכון.**

15..... **מתח בין אישי מתמשך המתבטא באווירה שלילית בבית**

..... **השפעת משפחת המקור על עבודת המטפל עם משפחות.** **שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת.**

20..... **עבודה טיפולית עם משפחת המקור של המטפל כהכרחית לטיפול משפחתי מוצלח.**

22..... **השפעת הטיפול על חיי המשפחה של המטפל**

22..... **השלכות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו (לדעתי – זוהי הכותרת הראשית. אחר כך כדאי לחלק כותרות משניות של שליליות וחיוניות)**

23..... **השלכות חיוביות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו.**

25..... **השלכות שליליות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו**

33..... **סיכום תת פרק.**

34..... **תת פרק ב- בחירת קריירה.**

34..... **בחירת קריירה.**

38..... **המניעים לבחירה בפסיכותרפיה כמקצוע.**

29..... **השלכות העיסוק בפסיכותרפיה על התרפיסט (האם לא נכון יותר לכתוב השלכות העיסוק בטיפול המשפחתי על המטפל?)**

39..... **הקריירה של המטפל המשפחתי.**

36..... **המניעים לבחירה בטיפול המשפחתי כמקצוע.**

40..... **החיים האישיים לעומת החיים המקצועיים.**

41..... **השפעת הקריירה על המטפל וחיי המשפחה של המטפל.**

..... **סיכום תת פרק ב- ניתן לראות כי המניע העיקרי לבחירת המטפל בעיסוק בשדה הטיפולי הוא הרצון בגדילה אישית ומציאת פתרונות**

44..... **לבעיותיו האישיות.**

45..... **אישיות המטפל**

| | |
|-----------|--|
| 46 | שימוש של ה"עצמי" בטיפול |
| 48 | השפעת התרפיסט על הטיפול |
| 50 | השפעת חוויות אישיות של המטפל על הטיפול |
| 50 | סיכום תת-פרק |
| 51 | גורמי לחץ |
| 53 | סולם המרה/התאמה (שאלון המאפשר לבדוק התאמה לחיי הנשואים) |
| 54 | גורמי לחץ במשפחות הכמורה |
| 54 | הרהורים אישיים של מטפלים |
| 55 | דעות מומחים (- כותרת לא מובנת) |
| 55 | סיכום התת-פרק |
| 56 | תת פרק – ה, גידול אישי של המטפלים |
| 56 | יסודות תיאורטיים |
| 57 | התיאוריה הבין דורית של בואן (BOWEN) |
| 57 | משולשים |
| 58 | הבחנה/הבדלה |
| 59 | תיאורית ההתנסות וההכשרה - טיפול |
| 60 | סיכום תת פרק - ה |
| 61 | יתרונות וגורמים מתגמלים בעבודה |
| 62 | חסרונות וגורמי לחץ בעבודה הטיפולית |
| 66 | הלחץ בקריירה טיפולית |
| 67 | סיכום תת-פרק |
| 67 | בעיות המטפלים |
| 67 | מטפלים במצוקה |
| | השפעת הקריירה על המטפל וחיי המשפחה של המטפל (עמוד 35)..... שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת. |
| 70 | פגמים |
| 73 | שחיקה |
| 75 | מניעת שחיקה |
| | מדוע מטפלים מסוימים לא מתנסים בשחיקה? (הכותרת לא מובנת – מתנסים בשחיקה אומר כאילו חלק מהמטפלים לא חווים שחיקה וזה לא מה שמוסבר כאן)..... שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת. |
| 77 | סיכום תת-פרק |
| 77 | מניעה וטיפול של בעיות אישיות של המטפל |
| 78 | חינוך לערכים של המקצוע: ערכים, עמדות והגדרת המושגים |
| 78 | סקירת מחקרים על השפעת לימודי העבודה הסוציאלית על שינוי עמדות |
| 81 | פרק – III מתודולוגיה |
| 81 | אוכלוסייה ומדגם |
| 82 | שיטת המחקר ונוהל איסוף הנתונים |
| 84 | נוהל המחקר ואיסוף הנתונים הכמותיים : |
| 84 | השערות כלליות : |
| 84 | המשתנים: |
| 84 | עיבוד וניתוח הנתונים |
| 85 | פרק IV תוצאות |
| 85 | חלק א : תיאור תוצאות ניתוח נתונים דמוגרפים : |
| 85 | מין |
| 85 | מצב משפחתי |
| 86 | רמה דתית : |
| 86 | שנות נישואים : |
| 86 | מספר ילדים : |
| 87 | עיסוק לפני ההכשרה |
| 87 | מקום מגורים |

| | |
|----|---|
| 88 | שקילת גרושים..... |
| 88 | פניה לייעוץ..... |
| 88 | נרשם בהכשרה גם במטרה לשפר את חיי הנישואים ? |
| 88 | השכלה..... |
| 88 | מצב סוציו אקונומי..... |
| 89 | ארץ מוצא..... |
| 89 | ארץ מוצא ההורים : |

89 פרק ב : השפעת ההכשרה על חיי הנישואים.....

| | |
|----|---|
| 89 | שביעות הרצון שלך מחיי הנישואין : |
| 90 | 2. תחושת הביטחון שלך מקשר הנישואין..... |
| 90 | 3. מידה בה חיי הנישואין עונים על ציפיותיך..... |
| 90 | 4. הרגשת השותפות בינך לבין בת זוגך..... |
| 90 | 5. הבעה חופשית של רגשות..... |
| 91 | 6. באופן בו אתם פותרים אי-הסכמות וקונפליקטים..... |
| 91 | 7. איכות התקשורת הבין אישית בינך לבין בת זוגך..... |
| 91 | 8. האווירה הכללית השוררת בבית ובמשפחה (ראה תוצאות)..... |
| 91 | 9. כמות זמן האיכות שאתם מקדישים לזוגיות שלכם..... |
| 92 | 10. במידה בה אתם משתפים זה את זה ברגשות, מחשבות והוויות ביום יום..... |
| 92 | 11. חלוקה הוגנת יותר של מטלות ועול הבית והמשפחה..... |
| 92 | 12. הפחתה בכמות המריבות והוויכוחים בינך לבין בת זוגך..... |
| 92 | 13. קירבה הרגשית בינך לבין בת זוגך..... |
| 93 | 14. הפחתה בהבעת ביקורת פוגענית זה בזו..... |
| 93 | 15. הפחתה בסך כל הבעיות והקשיים בחיי הנישואין..... |

94 חלק ג:.....

| | |
|----|--|
| 94 | 16. באיזה מידה השפיעו לימודי הנישואין והמשפחה על איכות הנישואין שלך ? |
| 94 | 17. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- תורני..... |
| 94 | 18. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- מקצועי..... |
| 94 | 19. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך חלקו הפרקטי (פרקטיקום) של הקורס..... |
| 95 | 20. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים התורניים..... |
| 95 | 21. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים המקצועיים..... |
| 96 | קשר בין התשובות..... |

97 פרק V סיכום , מסקנות והמלצות.....

97 סיכום.....

97 מסקנות.....

98 המלצות.....

| | |
|----|--|
| 98 | לבצע מחקר המשך בקרב כל תלמידי המכון..... |
| 98 | לשכלל את שאלון המחקר..... |

99 ביבליוגרפיה.....

124 נספח ב' שאלון פרטים אישיים.....

126 נספח ג' : שאלון מובנה.....

פרק I – מבוא

הקדמה:

בד בבד עם אחוז הגירושין ההולך וגדל בעולם וככל שהגירושין נעשים לגיטימיים וחלק בלתי נפרד מהחברה הנורמטיבית, כך מתפתחות ומתרבות תוכניות לימוד חדשות בתחום הנישואין והמשפחה אשר עם הזמן נעשות ממוקדות יותר בבעיות השעה. זאת כנראה כחלק חיובי המנסה לתקן או לפחות למתן, את התהליך "המתגלגל" של אובדן ערכים חברתיים בנוגע לתחום המשפחה, ע"י הכשרת אנשי מקצוע ממוקדים ומיומנים יותר המעודכנים בהתפתחויות צורכי החברה וצו השעה.

הדבר מעניין שבעתיים בקרב אנשי מקצוע בתחום הנישואין והמשפחה, כמו: מנחים, יועצים ומטפלים כאשר אנו רואים שחלק מתוכם צמחו מתוך משברי נישואין אישי, או שבזמן ההכשרה שלהם חוו משבר או תהליך פרידה ואפילו גירושין.

לדעתי אין כל ספק שיש השפעה כזאת או אחרת מתהליך הלימודים ו/או הפרקטיקה בתחום הייעוץ הנישואין והמשפחה על הפרט היועץ ו/או בני הזוג ומשפחתו.

מה מידת ההשפעה, מהם הגורמים המשפיעים, על מי בדרך כלל הם משפיעים ועוד הרבה שאלות מעניינות שלעת עתה אין לנו תשובה עליהם, נדע לאחר שאסיים מחקר זה.

הסבר לכותרת:

במחקר זה ברצוני להעמיק חקר סביב סוגיה מעניינת זו שתענה על שאלת ההשפעה מלימודי יעוץ הנישואין והמשפחה והפרקטיקה הטיפולית במכון י.נ.ר, על איכות חיי המשפחה של היועצים. מכון י.נ.ר הינו מכון ללימודי יעוץ נישואין ומשפחה רבניים. המכון קיים כ 10 שנים ומקומו בירושלים בירת ישראל.

מטרת המחקר:

המטרה העיקרית היא לבדוק את ההשפעה של לימודי נישואין והמשפחה, בשיטת הלימוד הנלמדת ב מכון י.נ.ר על חיי הפרט ו/או המשפחה של היועצים.

מה נדע בסוף המחקר?

האם יש השפעה על חיי הנישואין של הלומדים ע"י לימודי יעוץ נישואין ומשפחה במכון י.נ.ר. נדע לזהות ברמת סילום את האלמנטים המשפיעים בתוכניות הלימודים על האלמנטים המושפעים ברמת הסילום בחיי הנישואין של היועץ. נדע לזהות את הגורמים המניעים את התלמידים ללימודי נישואין ומשפחה.

ההיפותזה (הנחת היסוד) :

ההשערה שיש השפעה חיובית על התלמידים הבוגרים בתחום הנישואין והמשפחה על איכות הנישואין והמשפחה שלהם. ההכשרה יכולה לשמש כמקור לידע ולהעצמת מודעות לבני זוג כתוסף ולפעמים כטיפול קוגניטיבי זוגי ומשפחתי. הנחת היסוד מתבססת על סמך ניסיון של עושה המחקר עם תלמידים בתחום, ראיונות קבלה ללימודים, מכתבי אהדה של תלמידים למרצים ולהנהלה, משובים, וברכות בע"פ.

שאלה עיקרית למחקר

א. האם ישנן השפעות מעצם לימודי תחום ייעוץ נישואין ומשפחה על איכות הזוגיות של הלומדים ?

שאלות משנה

א. באיזה תחומים חל השינוי בקרב הזוג, ומה מדרג התחומים שחלו בהם ?

ב. איזה חלק ספציפי בתוכנית הלימודים הוא המשפיע ביותר ?

ג. האם קיים הבדל בנוגע להשפעה בין נשים לגברים ?

ד. כיצד נראה פרופיל קהל היעד הפונה ללימודי נישואין ומשפחה ?

ה. מהם הרווחים וההפסדים שיש ליועץ משפחתי לאחר הכשרתו ביחס למשפחתו ?

הרקע של החוקר:

מוגש ע"י: מאיר שמעון עשור - MEIR SHIMON ASOR
טוען רבני מוסמך עם ניסיון רב למעלה מ 15 שנה פעילים בתחום הגירושין.
מנחה קבוצות בתחום הנישואין והמשפחה מוסמך מטעם משרד החינוך.
יועץ נישואין ומשפחה מוסמך מטעם אוניברסיטת בר-אילן.
בעל השכלה תורנית גבוהה הסמכה מטעם הרבנות הראשית לישראל.

תואר ראשון (B.A) - בייעוץ בתחום הנישואין והמשפחה York University, Alabama
תואר שני (M.A) - בייעוץ בתחום הנישואין והמשפחה York University, Alabama

בוגר המכללה למדעי התזונה ורפואה טבעית בתל אביב.
בעל תואר Ph.D בנטרופתיה ומדעי התזונה מ: Bircham International University
חבר באיגוד הישראלי לבריאות טבעית – נטרופתיה.

תעסוקה:

מנכ"ל: איגוד י.נ.ר – יועצי נישואין רבניים בישראל.

פרק II – סקירה ספרותית

מבוא:

ראשית אציין כי מעטים מאוד המחקרים מתייחסים למטפלים כלליים בתחום הפרט, הנישואין והמשפחה - בהקשר להשפעת תקופת הלימודים וההכשרה בתחום, על עמדותיהם. כמו כן נמצאו מספר בודד של מחקרים המתייחסים להשפעת הפראקטיקה והניסיון הקליני על חיי הנישואים של המטפלים ומשפחתם. לא נמצאו כלל מחקרים המתייחסים ליועצי נישואין ומשפחה – רבניים (שומרי תורה ומצוות). סיבה זו מספיק טובה ועומדת בפני עצמה לגבי הרלוונטיות של מחקר זה.

בפרק זה החוקר יסקור מספרות מחקרית המתייחסת לנושאים ותופעות הקרובות לנושא המחקר. כאמור, לא נמצאו כלל מחקרים העוסקים בחקר יועצי נישואין ומשפחה רבניים, על - כן החוקר יביא סקירה משאר תחומים קרובים ודומים העוסקים ביעוץ וטיפול.

הפרק מכיל בתוכו תופעות והשפעות שונות על המטפלים ועל חייהם המשפחתיים ולהפך - השפעת אופי "האדם שבמטפל" וחי משפחתו על המטופלים, הגורמים להשפעות והשלכות ההשפעות. הפרק מחולק לפי נושאים ראשיים ותתי נושאים וסיכום נושא, כאשר הסדר בתוכם יקבע ע"י רציונל הדרגתי. החוקר ישתדל כי הרציונל יביא את הקורא להבנת נושאי המחקר, הקשר בין הנושאים והקשר למטרת המחקר וסיבת קיומו, להבדיל בין העיקר לטפל ובסיום כל נושא בסיכום, יתייחס החוקר לאוכלוסיה נשואת המחקר.

החוקר כתב בשפה ברורה השווה לכל נפש, פרט לציטוטים אותנטיים המובאים ממקורות אחרים שאין לחוקר כל שיקול דעת בהם מלבד פרשנותם וקישוריהם לשאר נושאים וציטוטים אחרים.

יועצי נישואין ומשפחה – רבניים

המייחד את יועצי הנישואין ומשפחה הרבניים משאר אוכלוסיית בעלי מקצועות דומים המתמחים בתחום הנישואין והמשפחה, הוא אמונתם הדתית וניהול אורח חייהם הדתיים.

אורח החיים הדתי הוא עניין מהותי הצרוב בנפשם וחדור בהכרתם, אמונה שמלווה אותם כמעט בכל דבר ועניין היום יומי ובמעגל החיים והשנה ועל כן מן הסתם גם ביעוץ וטיפול זוגי מונחים או מושפעים הם ע"י השקפת עולמם הדתית, חינוך עליו גדלו, וסגנון אורח חיי החברה בה הם חיים.

בסיס האמונה הדתית מושתת על הרעיון "ואהבת לרעך כמוך" שהינו ערך מוסף עליון ליועצי נישואין ומשפחה החדורים במוטיבציה של נתינה וסיוע לאחר, מתוך אהבה וחובה אלוקית. ההצלחה המקצועית היא שיקול משני לעומת ההצלחה והסיפוק הנפשי בשיקום משפחה בשעת משבר, שכן לפי תפיסה זו הבית היהודי הוא ערך עליון ביותר ביהדות, והמקצוע יעוץ נישואין הוא אחד ממקצועות התורה הקדומים עוד מימיו של אהרון הכהן ע"ה שעסק בתחום זה.

מתוך גישה זו נראה בעליל כי יועצי נישואין ומשפחה רבניים ישקיעו מעצמם מתוך מודעות ואידיאל אנושי ואלוקי יותר מאשר יועצי נישואין שאינם מחויבים אלא לאתיקה מוסרית אנושית.

תאור תפקידם והפונקציות המקצועיות.

הגדרה: יועצים מקצועיים ורוחניים בתחום הנישואין והמשפחה מתוך השקפת היהדות.
תחום העיסוק: ייעוץ נישואין ובמשפחה בגישה יהודית לכלל האוכלוסייה היהודית בעולם.
עיסוק מקצועי: לשיפור חינוך והעשרת חייהם המשפחתיים והרוחניים של הזוג והמשפחה בדרך של ייעוץ, הדרכה והנחייה מקצועיים, הנעשים ע"י אישיות בעלת השכלה תורנית גבוהה.

עיסוקים של יועצי הנישואין הרבניים ימומשו במספר דרכים:

העברת סדנאות וקורסים להכנה לחיי נישואין ומשפחה ברוח היהדות.
מתן ייעוץ, הדרכה והנחייה בחיי הנישואין והמשפחה למשפחות בשעת משבר ברוח היהדות.
הכשרתם המקצועית היא הכשרה על פי תוכניות המקובלות בעולם בתחום הייעוץ והטיפול משפחתי, שעברו התאמה למגזר מיוחד זה.
התוכניות קבלו את אישור משרד החינוך בישראל ופיקוח של מוסדות אקדמיים בישראל ובעולם ובנוסף פיקוח מיוחד למגזר זה ועדה רוחנית בית הדין של שלושה דיינים בנשיאות מר"ן הרה"ג פנחס שינברג .

ציפיות המטופלים

נראה שקיימות יותר ציפיות מצד המטופלים מיועצי נישואין ומשפחה רבניים לעומת מטפלים אחרים. החוקר משער כי מקור הציפיות הוא השענות על מצפונם הדתי של היועצים מתוך ידיעה שהם לא " יפוצצו עניין " אם יחרגו מעט מהסטנדרטים המקובלים.
הציפיות יכולות לנגוע בנושאים כמו: זמנו של היועץ הרבני הוא יותר גמיש, תגמול כספי נמוך יותר, ציפיות מוטעות לגבי יכולות והשפעות רוחניות של היועץ על בני הזוג, פריצת גבולות, על היועץ להיות מוכן "לקריאה" בכל זמן, אין ספק שהציפיות המוגזמות של המטפלים תורמים יותר ומשפיעים משמעותית על חיי הנשואים / משפחה של יועצי הנישואין הרבניים.

שאלות הסבר הגדרת המושגים:

- א. למה אנו מתכוונים שאנו משתמשים במושג הכשרה ללימודי ייעוץ בנישואין ומשפחה, מה מכילה בתוכה תוכנית הלימודים ?
- ב. מה הם ההגדרות הפונקציונאליות המקצועיות המקובלות של מנחים, יועצים, ומה הם שונים ממטפלים ?
- ג. למה אנו מתכוונים כשאנו משתמשים במושג "איכות הנישואין" .

תשובות להסבר הגדרת המושגים:

א. תוכנית הלימודים

תכנית להכשרה מקצועית ל יועצי נישואין רבניים

840 שעות (נכתב ע"י: דר' עמי שקד – מנהל אקדמי, מאיר שמעון עשור – מנכ"ל)

מבוא

החברה בישראל עוברת מזה זמן ממושך תמורות ושינויים שמשפיעים על תא הנישואין ומבנה המשפחה ואפיוניה. נציין כמה מהם:

1. שינויים שחלו במושגי יסוד, תפקידים ופונקציות של המשפחה בת זמננו משפיעים על יחסי גומלין בין בעל לאשתו, חלוקת תפקידים תוך וחץ משפחתיים, קשר עם משפחות המוצא, חינוך ילדים וכדומה.
 2. עליה מסיבית ממדינות רבות הביאה דפוסי תרבות והתנהגות תוך - משפחתיים המחייבים התייחסות מקצועית שונה וייחודית.
 3. עלייה מדאיגה בשיעורי עבריינות נוער, אלימות במשפחה, התמכרות לסמים ותחלואים חברתיים נוספים. אלה מצביעים על התערערות מתמשכת במבנה המשפחה.
- שינויים אלה ואחרים לא פסחו על החברה הדתית – חרדית שלמרות סגירותה הסרגטיבית חשופה אף היא לכרסום במעמדה וחוסנה של המשפחה. בנוסף. החברה הדתית – חרדית, בשונה מהכללית, מושפעת גם מהצטרפותם של **אלפי בעלי תשובה שהחזירו לתוכה דפוסי התנהגות, עמדות ובעיות אופייניות הדורשות התייחסות מקצועית מיוחדת.**

בעיות בחיי נישואין והמשפחה בציבור הדתי – חרדי ובכלל המגזרים המיוחדים כגון בעלי תשובה וכדומה, לא מוצאות במקרים רבים פתרון מקצועי אפקטיבי. זאת בעיקר בגין הימנעות מפנייה לקבלת ייעוץ – טיפול במסגרות הקיימות. קיימת העדפה טבעית ומובנת **לאנשי מקצוע** מתוך הציבור החרדי. אלה למרבית הצער מעטים ביותר כך שאין ביכולתם לענות על הצורך הגובר לקבלת שרותי טיפול וייעוץ בנישואין ומשפחה. **מסיבה זו פונים הזקוקים לשרותים אלה לרבנים, מחנכים, מדריכי חתנים ומשגיחי ישיבות שמרביתם לא רכשו ידע מקצועי, הבנה וכלים מעשיים שיאפשרו להם לעשות התערבות מקצועית הולמת.**

תכנית הכשרה זו ליועצי נישואין רבניים שנועדה לצמצם פער זה, מעמידה את המטרות הבאות:

1. הקניית ידע בסיסי תאורטי להבנת התפתחות תא הנישואין במעגל החיים, מעברים חשובים במעגל זה ובעיות נפוצות בחיי הזוגיות, הנישואין והמשפחה.
2. הקניית כישורים ומיומנויות בסיסיים לעריכת ראיונות לזוגות נשואים במטרה להעריך איכויות ואיפיונים של יחידת הנישואין.
3. פיתוח כישורים ויכולות להתערבות מקצועית יעוצית תוך שימת דגש על דרכים לשיפור חיי הנישואין כמרכיב למניעת בעיות (להבדיל מייעוץ וטיפול הדורשים התערבות מקצועית מעמיקה).
4. העמקת הידע וההבנה בתחום דיני והלכות משפחה, מעמד אישי ופרוצדורות משפטיות - הלכתיות בתחומים אלה.
5. העמקת הידע וההשקפה בתחום הנישואין והמשפחה ברוח ההלכה היהודית כדמו"י.
6. אוריינטציה למערכות טיפול ורווחה בקהילה המקצועית.

יחידת הלימוד והנושאים.

התכנית כוללת שילוב אינטגרטיבי של מרכיבים עיוניים – תאורטיים, חוויות התנסותיות בקבוצה, ועבודה מעשית מודרכת. וכתובת עבודות סמינריוניות.

התכנית כוללת 3 שנות לימוד ומורכבת מ- 4 יחידות לימוד הכוללים את הנושאים הבאים:

יחידה ראשונה: – הנחיית נישואין ומשפחה

א. מרכיב עיוני – תאורטי הכולל 28 מפגשים שבועיים של 6 שעות כל אחד.

1. תאוריות, דפוסי ותהליכים בהתפתחות תא הנישואין והמשפחה במעגל החיים.
2. קשיים ובעיות בחיי הנישואין והמשפחה.
3. מצבי משבר ודחק (STRESS) במשפחה: אפיונים, התמודדיות והסתגלויות.
4. יסודות ההנחיה בנישואין: תאוריות, עקרונות ותהליכים.
5. עקרונות ותהליכים בהנחייה קבוצתית.
6. הכנה לחיי נישואין: תכנים, תהליכים ומרכיבי מניעה ראשונית.

ב.

1. התנסות מודרכת במתן ייעוץ והנחיה ראשוניים במסגרת המוקד לייעוץ נישואין ראשוני (ינ"ר).

2. פראקטיקום בעבודה מעשית בהנחייה הכולל 16 מפגשים בני 4 שעות כ"א (אחת לשבועיים), לפיתוח מיומנויות וכישורים מקצועיים והצגת מקרים לדין וניתוח.

ב. הנחיית זוגות בפועל והכנת תיק מונחים

ג. הגשת עבודה סמינריונית ברמה אקדמית

מספר שעות לימוד ביחידה זו: 420 שעות.

למסיימים יחידה זו במלואה תנתן תעודה של מנחי נישואין ומשפחה מטעם המכון הישראלי ללימודי נישואין ומשפחה. לבוגרים תנתן אפשרות לצבור שעות לימוד והתנסות מעשית נוספת על מנת להגיע לזכאות לתעודה ממשרד החינוך – השלמה ל-620 שעות. (זכאות לתעודה זו נקבעת באופן אינדבדואלי).

יחידה שנייה: – הנחייה והכוונה בפתרון בעיות בחיי אישות ומשפחה.

1. 10 מפגשים שבועיים בני 6 שעות כל אחד העוסקים במתן הדרכה, הנחייה והכוונה בחיי אישות. – 60 שעות

2. הגשת עבודה סמינריונית. – 40 שעות

מספר שעות לימוד ביחידה זו: 100 שעות.

למסיימים תנתן תעודה מטעם המכון הישראלי ללימודי נישואין ומשפחה על השתלמות בתחום זה.

יחידה שלישית: קורס פראקטיקום למתקדמים – "נשמת המטפל"

1. 15 מפגשים בני 4 שעות כ"א + 9 שעות הנחיה קבוצתית, סה"כ: 100 שעות

2. 31 שעות עבודה מעשית בהנחיית זוגות לנישואין ומשפחה

מס' שעות לימוד יחידה זו: 100 שעות.

למסיימים את יחידות הלימוד הקודמות, ויחידת לימודים זו (620 שעות) תוענק תעודה על סיום הקורס וזכאות לקבלת תעודת מנחה מוסמך מטעם משרד החינוך.

תכנית הכשרה ליועצי נישואין ומשפחה

בחסות היחידה ללימודי המשך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן

220 שעות לימוד (נכתב ע"י: דר' עמי שקד – מנהל אקדמי טו"ר מאיר שמעון עשור – מנכ"ל).

מרצים:

הרה"ג אליהו בר שלום, ראש כולל לדיינים "משפטי החיים", מחבר ספר "משפט הכתובה".

עו"ד אשר רוט – יועץ משפטי להנהלת בתי הדין הרבניים לשעבר

עו"ד הרב משה רובינשטיין – עו"ד, יועץ משפטי לאיגוד י.ג.ר

דר' עמי שקד – מנהל אקדמי, מכון ינר ללימודי נישואין ומשפחה

דר' מאיר נעמן, פסיכולוג קליני

דר' דניאל גוטליב, סגן מנהל מכון שינוי.

מר שלמה וינר (M.A) – פסיכולוג קליני

יחידה א': עקרונות הייעוץ הפרטני

התמודדות במצבי לחץ אישי ומשפחתי, אבחון, הערכה ותהליכים.

60 שעות 15 מפגשים בני 4 שעות

מרצים: דר' מאיר נעמן, דר' עמי שקד

1. מבוא: מטרות, מאפיינים וסוגיות אתיות.
2. הערכה ואבחון ראשוני של מצוקה ומשברים נפ
3. כלים וטכניקות בשימוש של היועץ.
4. תקשורת מילולית ולא-מילולית, אפקטיבית ואפקטיבית (!).
5. "הראיון היעוצי":

- השימוש במידע מוקדם ומשתני רקע
- תכנון היעוץ, יצירת רפורט והקשבה פעילה
- סגנונות תשאול והעמקה
- ההתייחסות להתנגדויות והגנות

7. "מצבי לחץ" (אישי ומשפחתי)

- הגדרות ומאפיינים, של מצבי לחץ ומשבר
- הגנות ותגובות התמודדות
- התערבות במצבי משבר (התסלי"ל)

8. טכניקות יעוץ וסיוע ממוקד

יחידה ב': ידע הלכתי משפטי ומקצועי. 40 שעות לימוד

א. אספקט הלכתי:

(16 שעות לימוד. גברים: 4 מפגשים בני 4 שעות, נשים: 3 מפגשים בני 5 שעות)

- הלכות צניעות וייחוד
- הלכות פו"ר
- הלכות כיבוד הורים
- אבן העזר הלכות כתובות, סימן סט, ע, עא עג – חובת הבעל
- סימן עו – חיוב העונה (אגרות קודש מהסטייפלר)
- ס פ – מעשה ידיה של האשה – למי?
- סימן קטו – היוצאת בלא כתובה
- הלכות גיטין, סימן קיט – התנאים למתן גט.
- הלכות עדות

ב. אספקט משפטי:

עו"ד אשר רוט:

(8 שעות לימוד. גברים: 2 מפגשים בני 4 שעות, נשים: מפגש אחד של 5 שעות ועוד חצי מפגש של 3 שעות)

- דיני שידוכין, אירוסין, קידושין, כתובה וגירושין ע"פ החוק הנהוג בישראל והנורמה הקיימת בבתי משפט לענייני משפחה.
- סמכויות בתי הדין הרבניים והרבנות הראשית לישראל .
- הסכמי גירושין והסכמי ממון בין בני זוג
- עדים מומחים – פן מקצועי

הרב משה רובינשטיין, עו"ד:

(8 שעות לימוד. גברים: 2 מפגשים בני 4 שעות, נשים: מפגש אחד של 5 שעות ועוד חצי מפגש של 3 שעות)

- תפקיד יועץ הנישואין והמשפחה – הגדרה
- בית הדין למשמעת
- אתיקה מקצועית וחסיון עדים
- תקנות יועצי הנישואין הרבניים בישראל.
- הצעת חוק דיון קבוצתי.

ג. אספקט מקצועי: הכשרת עדים מומחים, חוות דעת ותסקירים

עו"ס אהרון ענאקי:

(8 שעות לימוד. גברים: 2 מפגשים בני 4 שעות, נשים: שני מפגשים של 5 שעות)

- חשיבות עדותם של אנשי מקצוע
- כיצד כותבים סיכומים ותסקירים לערכאות משפטיות.

יחידה ג': תיאוריות וגישות ביעוץ בנישואין, 20 שעות לימוד

גברים: 5 מפגשים בני 4 שעות כל אחד – שלמה וינר

נשים: 3 מפגשים בני 5 שעות כל אחד – שלמה וינר + מפגש אחד אירית ברזני

יחידה ד': "סדנת מטפלים בכירים" 80 שעות לימוד

20 מפגשים בני 4 שעות כל אחד

במהלך יחידה זו יצפו התלמידים בתהליכי טיפול והנחיה של מומחים בתחום הנישואין והמשפחה בחדר טיפולים תוך קבלת הסברים, דיון בקבוצה ושיפור כלים מעשיים ליעוץ.

מרצים מטפלים:

דר' עמי שקד: טיפול זוגי. (10 מפגשים בני 4 שעות כל אחד)

דר' דניאל גוטליב: טיפול בנישואין (10 מפגשים בני 4 שעות כל אחד)

חובת המשתתפים:

א. השתתפות מלאה בכל השיעורים.

ב. קריאה מודרכת: קריאת ספרות מקצועית, הלכתית ומשפטית, הכנת סיכומי קריאה וכתובת מאמר (1200 מילים) על נושא רלבנטי לנושאי הקורס. (20 שעות)

ג. הכנה תיק ייעוץ. (8 שעות)

ד. מבחן מקיף ומסכם הכולל את כל חלקי הקורס.

מנחי נישואין ומשפחה מוסמכים מטעם משרד החינוך (620 שעות) המסיימים בהצלחה תכנית לימודים להסמכת יועצי נישואין ומשפחה, יקבלו תעודת יועץ/ת נישואין ומשפחה מטעם המכון הישראלי ללימודי נישואין ומשפחה, בחסות היחידה ללימודי המשך, ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוני' בר אילן.

קהל היעד:

- בוגרי ינ"ר, מנחי נישואין ומשפחה מוסמכים, בעלי תעודת מנחה מוסמך מטעם משרד החינוך
- מנחי נישואין שלמדו במסגרות אחרות והמוסמכים על ידי משרד החינוך, יעברו וועדת קבלה לבחינת מועמדותם

תנאי קבלה:

1. ראיון אישי
2. בדיקת מועמדות על ידי וועדת קבלה
3. ועדה רוחנית של י.נ.ר לענייני נישואין ומשפחה.

ב. התפקיד ופונקציות מקצועיות של: מנחה, יועץ, ומטפל.

מנחה נישואין ומשפחה:

הגישה המניעתית {PREVENTION} הינה היסוד הרעיוני העיקרי להגדרת התפקיד והפונקציות המקצועיות של מנחי נישואין ומשפחה. הרעיון המנחה גישה זו הוא שקל יותר להפעיל מערכת פריבנציה {מניעת בעיות} מאשר להזדקק להפעלת מערכת אינטרבנציה {התערבות טיפולית}.

עבודת מניעה עם מערכת הנישואין והמשפחה נעשית באמצעות פעילות פרואקטיבית במטרה לפתח, לטפח ולשמר התנהגות אפקטיבית ותקינה בין בני הזוג. המנחים יפעילו מנגנוני מניעה ראשונית בשלבים שונים של מעגל התפתחות הנישואין והמשפחה:

1. שלב קדם נישואין - הכנה וחינוך לחיי נישואין ומניעת בעיות
2. בהדרכה, הנחייה והכוונה של זוגות עם קשיים בחיי הנישואין.

המנחים יפעלו בעיקר עם זוגות שמאפייניהם הם:

- א. קשיים התחלתיים ונורמלים בחיי הנישואין.
- ב. כשהקשיים ניתנים לפתרון קצר- מועד דרך גישה הדרכתית, פסיכו- חינוכית. עיקר ההתערבות של מנחים תהיה בשני תחומים מרכזיים:

1. שפור מיומנויות תקשורת: הקשבה אקטיבית, אמפטיה והכלה רגשית, הבעה אפקטיבית של רגשות, הימנעות מביקורת פוגענית, וכדומה.
2. הקניית כלים ומיומנויות לפתרון הולם ויעיל של קונפליקטים ואי- הסכמות.

המקרים שבהם יוחלט על הפנייתם של יחידים וזוגות למסגרות טיפול מעמיק הם:

- א. כאשר אחד מבני הזוג סובל מבעיות פסיכיאטריות, שימוש בסמים או באלכוהול וכדומה.
- ב. כשקיימת בעיה של אלימות במשפחה.
- ג. כשקיים חשש להזנחה גופנית- נפשית של ילדים ובני נוער במשפחה.
- ד. זוגות עם סימפטומים קשים המחייבים טפול ממושך.
- ה. כשבני הזוג סובלים מסכסוך עמוק וממושך.

תפקיד יועץ הנישואין:

סוג של יעוץ פסיכולוגי הניתן לבני הזוג הנשואים במטרה לסייע בעדם בפתרון קונפליקטים ובעיות. על פי רוב המגמה תהיה להתמודד עם מציאת פתרונות לקשיים על ידי מיקוד על תהליכים קוגניטיביים והתנהגותיים. מגמת הייעוץ היא קצרת מועד וממוקדת על פתרון בעיות מבלי הצורך בחקירה עמוקה של מניעים ותהליכים בהתפתחות הבעיות.

טיפול בנישואין:

הינו אחד מענפיה המגוונים של הפסיכותרפיה והכולל מגוון רחב של תאוריות וגישות טיפוליות המשולבות על מנת להביא מזור לבעיות מורכבות יותר ומסובכות יותר שמקורן עמוק יותר מזה המתקבל בייעוץ או הנחייה. גם כאן יחידת הטיפול היא הזוג ולא היחיד. התרפיסט בדרך כלל יתמקד על תהליכים בהתפתחותם של בעיות וקשיים בחיי הזוג. זאת על מנת לטפל באופן מעמיק יותר בבעיות המוצגות לפניו.

ג. איכות הזוגיות בנישואין

נישואין איכותיים הינם הרמה המושלמת של קשר זוגי המיוחס לכל התהליכים המתחוללים בין בני הזוג. הם ההתאמה לדרישות, לצרכים ולציפיות העומדות במבחן של כל אחד מבני הזוג.

לנישואין איכותיים יתכנו שתי פרשנויות:

א. סובייקטיבי – התלוי בעיני המתבונן, כתוצאה מתפיסת התהליך הדינאמי בין בני הזוג בתודעתו ממניעים פסיכולוגיים.

ב. אובייקטיבי – נקבע על ידי שיעור העמידה ברמה המושלמת הגבוהה ביותר בנורמות חברתיות, התנהגותיות מקובלות במסגרת הנישואין.

ניתן לחלק זאת לשני מרכיבים יסודיים:

- א. קיומם של מרכיבי צמיחה והתפתחות בקשר הנישואין
- ב. אי קיום, או לפחות הימנעות ממרכיבי סיכון בקשר

מרכיבי צמיחה

איכויות תקשורת בין - אישית
הענקה הדדית, הפקדה מול משיכה רגשית
חלוקת תפקידים במשפחה
תמיכה הדדית

הבעות חיבה, אינטימיות רגשית
סיפוק מיני

מילוי צרכים הדדי

מתייחסים לברית הנישואין כאל מחויבות מקודשת.

בעלי רגישות ומודעות גבוהה לקשר ולמרכיביו.

בבסיס ברית הנישואין קיימת תשתית איתנה של חברות.

בעלי מחויבות גבוהה לקשר ולבן הזוג.

בעלי תפיסה שיוויונית של הקשר "בעל- אישה".

משקיעים דרך קבע בפתוח הקשר ובהזנתו ולא לוקחים אחד את השניה כברור מאליו.

מקיימים חלוקה הוגנת וראויה של עול ומטלות הבית .

מגלים חיבה זה לזו בדרכים שונות, גם בדברים קטנים

נשארים בקשר (connected): קשורים זה לזו גם ממרחק ובדברים קטנים.

בעלי יכולת מובחנות והבדלה בין עיקר לתפל.

מתעלמים מהדברים הקטנים וחסרי החשיבות ובכך נמנעים מחיכוכים מיותרים.

מחפשים ומדגישים את הטוב שיש בכ"א מהם.

לומדים להתנהל ולעבוד כצוות, מתוך שותפות אמיתית. בעלי יכולת לתקשורת ברמה הרגשית: קבלת רגשות האחר ותיקופם, כבוד לרגשות האחר, הכלה רגשית, מסוגלים להביע רגשות באופן גלוי ואמיתי ואסרטיבי. נותנים לגיטימציה להבעה רגשית, לא מדחיקים רגשות, מרגישים נח עם הבעה רגשית ואינטימיות. בעלי יכולת גבוהה להקשבה אקטיבית, לגלות נוכחות גבוהה בשיחה עם בת הזוג. הנישואין מהווים מרחב ובסיס בטוח למימוש צרכים וציפיות, להגשמה עצמית, להתפתחות אישית. הנישואין משמשים "חוף מבטחים" עבור שני בני הזוג. מקבלים השפעה מצד בן- בת הזוג. לשני בני הזוג יש כוח השפעה על חיי המשפחה. מעניקים הרגשת בטחון בסיסי זה לזו, הרגשה של "אתה מקובל" ולא מנסים לעצב ולשנות את השני. מטפחים קשר שיש בו חיבה, הבעות אינטימיות ורגשיות מה שמונע ריחוק ומקרב. מתנהלים היטב עם משפחות המוצא תוך שמירה על גבולות. גם כשמתעוררת בעיה עם משפחת המוצא, הזוגיות ובין הזוג מקבלים גיבוי וקדימות. מרבים בהענקה הדדית, גורמים קורת רוח לאחר ונמנעים מגרימת צער ומורת רוח לאחר. שומרים על איזון ראוי בין "נתינה" ל"קבלה". בעלי נינוחות גבוהה עם קרבה רגשית ואינטימית; לא בורחים מאינטימיות רגשית, לא נמנעים ממנה. לא תופסים קונפליקטים כמסמני קושי בקשר, נותנים להם לגיטימציה, מתגבשים סביב פתרון הקונפליקטים. בעלי כישורים ומיומנויות בפתרון קונפליקטים. פותרים קונפליקטים באופן שיתאיים לשניהם. לא צוברים מתחים, לא מדחיקים רגשות, צרכים ורצונות. תכונה המונעת הצטברות רגשית שלילית והתפרצויות. ממעיטים בביקורת, לא פוגעניים, מתנסחים בדרך של הבעת צרכים, רצונות ורגשות. לא משתמשים בהענשות כלפי בן הזוג כשמתעוררת בעיה, או במצבי תסכול וכעס. כשמתעורר ויכוח לא מעלים בעיות ורגשות מהעבר. מתמקדים בנושא הנוכחי. הסנטימנט (האווירה הרגשית הכללית) השולט בבית הוא חיובי ולכן נוטים להיטיב זה עם זה.

מרכיבי סיכון

מתח בין אישי מתמשך המתבטא באווירה שלילית בבית קיומה של ביקורת פוגענית והאשמות, דבר הגורם להרעלת האווירה ותחושת ריחוק בין בני הזוג. השפלה וביזוי: כאשר אחד מבני הזוג משפיל ומבזה את האחר במילים או במעשים או שקיימת השפלה הדדית. מצב של Stone Walling כלומר התנתקות מבת הזוג בזמן שיחה או ויכוח.

הסקירה הספרותית תציג מחקרים רלבנטיים בתחומים של השפעת ההכשרה והפרקטיקה של הטיפול המשפחתי על חיי הנישואין של התרפיסט (המטפל עצמו) וכמו כן מחקרים מובחרים מתחומים שונים הקשורים לעניין.

יחסי הגומלין בין עבודת המטפל למשפחתו

בתיאור יחסי הגומלין בין "ההיבטים האישיים והמקצועיים של הטיפול המשפחתי" שנחקרו על ידי ג'פרי קוטלר (Kottler 1993) הוא הגיע לכמה מסקנות אודות הקשר הזה:

ראשית, חוויות משפחות המקור "שלנו" משפיעות על העבודה שלנו עם משפחות. קוטלר מזהה זאת כהעברה נגדית. הוא גם מתייחס לכך " שסתירות בהתנהגות מקצועית - אישית הן ביטוי של החשיבות של ההקשר... שאנו בעלי כמה אישיות, כל אחת מהן מתוזמנת במצבים שונים, תלויות הקשר ".

לכן התרפיסט המקצועי שיכול להיות אמפטי במפגש טיפולי, צריך לעיתים להיות בביתו מאוד קריטי {ביקורתי} כלפי ילדיו. ההיבט הזה של מערכות יחסים של התרפיסט עם משפחתו ניתן להרחבה ולבחינת הנושא והשפעתו גם על בן הזוג של התרפיסט. כמו כן, מזהה קוטלר (Kottler, 1993) שההתנסויות המשפחתיות הפרטיות משפיעות על עבודתם של התרפיסטים המשפחתיים ולהיפך.

קוטלר מתאר ומסביר את השקפתו אודות ההשפעות הייחודיות והחיוניות של הפרקטיקה על התרפיסט וכותב: "ניהול של מפגשי טיפול משפחתי משפיע על מערכות היחסים במשפחה של התרפיסט זה גם לא בלתי-שכיח שהמערכות יחסים המשפחתיים שלנו מושפעות בצורה עמוקה ביותר על ידי מה שאנחנו חווים במפגשים הטיפולים שאנו מנהלים".

"אין דרך פשוטה להתמודד עם רגעים אינטנסיביים דרמטיים ואינטימיים של אנשים שסובלים מכאובים גדולים, מבלי להיות מושפעים ע"י חוויות אלו. למעשה זה בלתי - אפשרי להימנע מלהיות מושפע באופן עמוק על ידי מקצת מהשינויים, שאנחנו נעשים חלק מהם".

ישנן דרכים וצורות רבות בהן החיים האישיים והמקצועיים שלנו מתאחדים יחד, כך שלפעמים קשה לקבוע איפה אחד מסתיים והאחר מתחיל. אך יחד עם זאת ביכולתנו לשפר את מערכות היחסים המשפחתיים שלנו כתוצאה ממה שאנחנו לומדים כמטפלים. הסיבות לכך הן שלאף אחד אחר אין גישה יותר גדולה לידע במה שעובד או נכשל במערכת היחסים המשפחתיים. כמו כן, לאף אחד אין ידע כמו שלנו איך לזהות בעיות לפני שהן יוצאות משליטה ולעשות משהו קונסטרוקטיבי כדי לשנות את התבניות של הבינוניות (MEDIocre) אך יחד עם היכולת הגדולה הטמונה בעבודת המטפל לשיפור חייו האישיים מדובר בתהליך שלוקח לעיתים זמן בו על המטפל ללמוד ולהפיק את הלקחים על עצמו ועל משפחתו כך לדברי קוטלר: "עד שאנחנו ניטיב להתחסן מהלחצים שאנו פוגשים כל יום מאחר שאנו "חיים" עם משפחות במשבר, האהובים שלנו יסבלו כתוצאה מכך".

קוטלר מוסיף הערה אישית משלו: "אם אני מזניח את הפיתרון לאיחוד של המימדים המקצועיים והאישיים שלי, המשפחה הבאה שאני פוגש מזכירה לי עד כמה חשוב לעשות את מה שאני מטיף אליו".

קאטרל ופיסוף (Catherall & Pinosof 1987) מצאו מגמה ראשית בספרות של הטיפול האישי שמתמקדת במטפל כבן אדם, אבל

פוקוס קטן על השפעת משפחת המטפל על התהליך הטיפולי שהוא מנהל.

עם זאת קנפילד, הובסטאדט ופנל (Canfield, Hovestadt & Fenell 1992) מציינים שחוויות משפחת המטפל או משפחת המקור שלו, משפיעות יותר מכל התנסות אחרת על הגישות, תפיסות וערכים של האיש. המטפל מביא לתוך החדר הטיפולי את כל ההתנסויות ותובנות העבר שנלמדו במשפחת המקור. התבניות וההתנסויות האלה הם חלק של המטפל כפי שהוא, והן משפיעות על הדרך בה הוא מתקשר עם לקוחותיו..

גם תיאוריטקנים פסיכו-דינאמיים וגם תיאוריטקנים הדוגלים בגישה משפחתית – מערכתית, מכירים בכך שמבוגרים מתקשרים עם אחרים בדרכים שמזכירים את התבניות שבהם התנסו במשפחת המקור שלהם, תבניות אלו מוכללות לכל יתר המצבים (Weinberg & Mauksch 1991).

אריקסון (Erickson 1992) מגדיר את התהליך כ"איזומורפיזם" (סוג של "העתקה" או "חיקוי", אחד על ידי אחר) : **"..נטיית האנשים היא לחזור, בכל מערכת, על תבניות שנלמדו במערכת המקור .."**.

זימרמן וקושרן (Zirnnerman & Cochran 1993) מדברים על איזומורפיזם באור שונה. הם טוענים שאנשים לומדים " מחזות אב-טיפוסיים " בתוך משפחת המקור שלהם, ושמחזות אלו משמשים כלי כדי להפוך מצבים אחרים ל"הגיוניים" ועל ידי כך מחדדים את הדרכים שבהם האנשים פועלים. אנשים יכולים לשחזר מחזות אלו בסביבות אחרות בלי מאמץ מודע. מאחר שמבנה העבודה (היררכיה, גבולות, חוקים, כוח, השפעות וזרימת תקשורת) מקביל תמיד למערכת משפחתית, ווינברג ומאוקש (Weinberg & Mauksch 1991) שיערו שיתכן מאוד שמבנים בעבודה "יקראו" לתגובות משפחתיות "מקובלות" ולמבנים של קשרים בין אישיים ידועים.

דרך מקרים אלו, זימרמן וקושראן (Zirnnerman & Cochran 1993) למדו שאנשים לא רק משכפלים מחזות או תבניות של משפחת המקור במערכות אחרות, אלא הם גם מתקנים את המחזות בדרכים שמאפשרים להם להחזיר דמויות משפחתיות שנאבדו, לרפא התפלגויות, להחליף תפקידים ולחזק נאמנויות תוך ניתוח תכנים של מפגשים טיפוליים.

קוטלר (Kottler 1993) קובע שהמטפלים יתמודדו בתהליך עם נושאים הכי אישיים, הכי מפריעים ובדברים שהם מבינים הכי טוב.

תיאוריטקנים משערים שהתהליך קורה מאחר והחיים האישיים של המטפל והתנסויותיו במשפחת המקור שלו משפיעות על הטיפול ועל התוכן של מפגשים טיפוליים (Kramer 1985 , Kottler 1993 Catherall & Pinsof 1987).

קאטרל ופינסוף (Catherall & Pinsof 1987) רשמו את הדרכים והמשתנים מחיי האישים של המטפל שיכולים להשפיע על התהליך הטיפולי:

- התפקידים האישים של המטפל וגמישותו התפקודית,
- ניהול הרגשות,
- תבניות של טריאנגולציה (שילוש),
- שיטות קבלת החלטות,

- רמות הבדלה,
- הסתגלות,
- סגנון התמודדות במצבי לחץ,
- סכסוכים בלתי פתורים,
- העתקות,
- התפתחות של שלבי החיים.

לפי קרמר (Kramer 1985) מטפלים מביאים לתוך הטיפול את התנסויות עם משפחת המקור אשר עיצבו אותם ושהם מחשיבים כדרכי יחסי גומלין " נורמאליים ". התנסויות אלו כוללות:

- התמודדות עם נושאי מחזור החיים,
- טקטיקות הישרדות,
- נקודות מבט של ההורים,
- טיפול של הסודות,
- ביטויי לחץ,
- חרדה, ודיכאון {דפרסיה},
- גישות מיניות,
- תפיסות ואמונות,
- ערכים,
- נורמות תרבותיות ואמונות,
- מאבקי חיים נוכחיים.

מחשבות והתנהגויות אלו משפיעות על דרכי הפעולה של המטפל בחדר הטיפולי שכן העמדה שהמטפל מחזיק בקשר ללקוחותיו נתפסת כזהה לעמדה שהמטפל מחזיק במשפחת המקור (Zirnnerman & Cochran 1993, Titelman 1987)

וויינברג ומאוקש (Weinberg & Mauksch 1991) מתארים שתי דרכים שבהן תבניות משפחתיות יכולות להופיע בתוך העבודה הטיפולית. מנקודת מבט ליניארית (קווית), המטפל יכול לשמור על מספר בעיות רגשיות בלתי פתורות ביחס להוריו ולהחיות אותם בעבודתו עם אחרים. שנית, מנקודת מבט של סיבתיות עגולה, המטפל, חבריו לעבודה והלקוחות יכולים לשחק את הדינאמיקה של משפחתו כל אחד ואחד מהם, ועל ידי כך ליצור תבניות של אינטראקציה ותפקידים המחזיקה את עצמה לבד.

על אף שאיזומורפיזם יכול להתרחש בכל מצב, אפונטה ווינטר (Winter. & Aponte 1987) מאמינים שחשוב במיוחד עבור המטפלים, לזהות אלו נושאים הם יחדירו ליחסים הטיפולים. מטפלים נדרשים לפתור בעיות אלו או לכל הפחות לנהל

אותם, מבלי לעשות נזק למטופליהם. אף על פי שמשפחת המקור מספקת אוצר של מגוון יצירות דרמטיות שמטפל יכול להשתמש מחדש בעבודתו/ה.

זימרמן וקרושאן (Zirnnerman & Cochran 1993) מדגישים את הנקודה שמטפלים מקימים מחדש רק חלק ממחזות אלו בעבודתם. חוקרים אלו מציעים שעל ידי חקירת התפקידים במשפחת המקור מרוויח המטפל מודעות גדולה יותר על תפקידיו האפשריים בעבודתו.

וואסטהאפ (Westheafe 1990) משער שמטפלים מתפתים להיכנס למערכת המשפחתית של המטופלים כאשר קיים "איזומורפיזם" (סוג של "העתקה" או "חיקוי", אחד על ידי אחר) בין תבניות ההתיישרות במשפחת המטופלים ובמשפחת המקור של המטפל. במילים אחרות, למשפחת המטופלים יש את הכוח לפתות את המטפל להימצא במקום/עמדה המחזקת את איזון הכוחות והומיאוסטזה (מיוזיט: "אותו מצב" תהליך, שמטרתו להחזיר את האורגניזם למצב של איזון, סיפוק הצרכים) הקשורה ישירות למנגנונים שמפתים את המטפל/ת במשפחתם שלהם עצמם.

קאר וובן (Kerr & Bowen 1988) מסכימים עם ההיפותזה הזאת, אבל מציינים שמשפחות המטופלים יהיו יותר נינוחות עם מטפל אשר דוחה את פניותיהם ומחזיק באוטונומיה רגשית, לעומת מטפל שמגיב למאמציהם.

וויינברג ומאוקש (Weinberg & Mauksch 1991) צפו בהפחתת יכולת ביצוע ולפחות יעילות כאשר דינאמיקות משפחת המקור ממוחזרות עם משפחות המטופלות. חוקרים אלו גם טענו שדינאמיקות אלו מקובלות כאשר מטפל מתחיל להגיב בצורה רגשית מוגברת.

וינטר ואפונטה (Winter. & Aponte 1987) דנים ברעיון של מטפלים המתמודדים באופן עקיף עם בעיותיהם המשפחתיות בתוך התהליך הטיפולי דרך הלקוחות. וינטר ואפונטה מאמינים, שכאשר המטפל מוצא את אומץ הלב לחקור את הקשים של עצמו, המטפל מרוויח מודעות גבוהה יותר בבעיותיו, ומזדהה עם הצלחות ו/או כישלונות שלו בפתרון בעיות המטופלים.

אנריגט (Enright. 1971) מסביר את התופעה: "ראשון ומשמעותי בזיהוי מצבים בעייתיים אצל האחר .. היא מודעות אודות מצב דומה או משלים כשלעצמו". אומנם עדיין קיים מחסום דק במונחים של מה שהמטפלים יכולים להשיג במערכות היחסים שלהם ומה שהם יכולים לצפות במערכת היחסים עם הלקוחות שלהם.

למעשה חוויות הזדהות המטפל עם מטופליו והשוואתם למשפחת המוצא שלו היא למעשה חלק מהתהליך הטיפולי, בין אם במודע ובין אם לא. אפונטה ווינטר (Winter. & Aponte 1987). מאמינים שמטפלים צריכים ללמוד איך להתמודד עם מטופלים ביחס לחוויות המשפחתיות שלהם עצמם ואיך להשתמש בהצלחותיהם וכישלונותיהם כדי לסייע למטופלים ובכך להפוך את חוויית ההזדהות ככלי לצמיחה אישית וטיפולית.

במכון המשפחתי של וויריגניה נבנה מודל התרגול האישי. מודל זה הינו תוכנית של מכון משפחתי של וויריגניה השואף לגשר בין מיומנויות האישיות והמעשיות (מקצועיות) של המוכשרים בטיפול משפחתי.

המודל מכוון את המטפל לחקור עם אלו בעיות של המטופלים הוא מזדהה ו/או מתרחק, איך הם קשורים לבעיותיו האישיות הלא

פתורות ואיך לנהל את התנהגותו לטובת המטופלים. המטרות של התוכנית הם להשיג הבנה והמשגה של עניינים אישיים לצורך השגת מומחיות בטיפול בעניינים אישיים, ולצורך למידה איך להשתמש ב"עצמי" בטיפול. (Aponte 1994) על כן הכרחי עבור המטופלים לזהות נושאים המשפיעים על רמת ביצועיהם.

המודל התרגול האישי כולל נושאים בכגון מקרים ואירועים שמאתגרים את הזיכרונות, ונושאים הקשורים ליחסים כמו מאפיינים של לקוחות הדומים לאנשים בחיי הפרטים של המטפל.

למודעות המטפל על התהליכים אותו הוא עובר קיימת חשיבות רבה וערובה להצלחת הטיפול: דרך תצפיות על חניכים, וינטר ואפונטה (Winter & Aponte 1987) מצאו שמטופלים מרוויחים מומחיויות פוטנציאליות חדשות ורמות יעילות וגבוהות יותר על ידי הבנת עברם. מדבריהם ניתן להסיק שכישרון המטפל תלוי בפתרון יעיל של בעיות אישיות, היכולת להשליך מהפתרון להתמודדות עם מטופלים, והיכולת לנהל את המגבלות של עצמו.

מטופלים אינם יכולים לעזור מבלי שהנתונים, ההשקפות האישיות שלהם, ההתנסויות, והרגשות שלהם ישפיעו על דרך התמודדותם עם אחרים, כולל מטופלים לכן, תיאורטיקנים מציעים שכדי להיות יעילים {אפקטיביים} ויותר אובייקטיביים, המטופלים חייבים להיות מודעים עד כמה המבנה הזה משפיע על עבודתם. במקרים מסוימים, פתרון הסכסוכים שלהם הכרחי. אף על פי כן במקרים אחרים, ידע וניהול של רגשות אלו יכולים להיות מספיקים. נראה שיש הסכמה לכך שצעד זה הוא הכרחי עבור המטופלים כדי לעבוד באופן אפקטיבי עם מטופליהם.

עבודה טיפולית עם משפחת המקור של המטפל כהכרחית לטיפול משפחתי מוצלח

על פי המודל של בואן מטופלים חייבים לעבוד עם בני משפחתם כדי להיות מסוגלים להבדיל בעמדותיהם מהמשפחות של לקוחותיהם. (McDaniel & Landau-Stanton 1991) .

".... היכולת להתנגד לנפילה לתוך התנהגות ישנה למרות הנוכחות של חזקה, של כוחות שילוש וכמו כן היכולת לבצע פעולות עצמאיות מבלי להתייחס לתגובות הרגשיות (פנימיות) האורכיות, היא הוכחה ותרומה להתפתחות של פרט איתן/סולידי ומובחן כשלעצמו" (Hawkins & Killorin 1979)

בק (Beck 1982) מאמין שעבודת משפחת המקור היא הטיפול באנשים, שכתמורה עובדים עם המשפחות שלהם, במאמץ לקבל עמדות יותר מובחנות .

במחקר אחר, גלסון, היילברון ופיגלאי (Nelson 1993) מצאו שמאמנים דירגו את הבנת משפחת המקור, הכרה בעניינים האישיים, והיכולת להישאר מחוץ למשולשים במקום השני, הרבעי והשמיני בין המיומנויות החשובות ביותר עבור מטופלים בין דוריים. חוקרים אלו הסיקו שתשומת הלב לעצמי של המטפל ולדינאמיקה של משפחת המקור שלו ואיך שאלו מתייחסים/מתחברים לטיפול

עצמו, הם גורמים מכריעים בהתהוות של מטפל בין דורי .

עבודת המטפל במשפחתו שלו היא חיונית לצורך השימוש בתיאוריה הבין דורית בצורה מתאימה. קאר (Kerr 1984) בואן ממליץ למטפלים על ניתוח אישי וטיפול משפחתי (משפחת המקור), כשיטות הכי טובות כדי להתמודד עם הבעיות של עצמם ולשפר את יעילותם כמטפלים. משפחת המקור, לפי קאר ובואן (Kerr & Bowen 1988), היא המשאב כדי ללמוד על עצמנו.

לכן, כדי להכשיר ולאמן בתיאורית המערכות של וובן, באק (Beck 1982, 1984) מדווח שסטודנטים חייבים לעבוד, בסיוע של טיפול אישי, לקראת פיתוח של קשריהם אחד על אחד עם בני משפחה המשמעותיים, מיקומם מחדש במשפחתם, הגדרה מחדש ביחסיהם ותפקידיהם בתוך משפחתם ולהשיג/לתחזק הבדלה (בידול) במשפחת המקור שלהם. ביסודם, מרוויחים מחדש חוש/טעם של "אני": "ככל שהמטפל מקבל ומעריך את עצמו/מה, הוא/היא יכולים לסייע ללקוחותיהם, בצורה יותר יעילה {אפקטיבית}, להכיר ולהעריך את עצמם" (McConaughy 1987, p. 303).

בוסזורמני-נאגי וקסנר (Boszormenyi-Nagy & Krasne 1986) מאמינים שכדי שלמטפלים יהיו מחשבות בהירות, שהם המפתח להבנת נקודות המבט של אחרים, הם חייבים ראשית כל להשיג עמדה דומה במשפחתם או במערכות יחסים המקוריות שלהם. פרידמן (Friedman 1971) מציין כי "מטפל משפחתי יכול להימצא בקבוצה משפחתית מרובעת תמידיית ככל שהוא מצייר הקבלות ומתייחס לתובנות, הלוך-חזור, בין מערכות יחסים במשפחתו ואלו של המשפחות שעמם הוא עובד"

אריקסון (Erickson 1992) מציין כי "קשה לאנשים להפוך למבוגרים אם הם נשארים בתפקיד של ילד במשפחתם או במשפחת המקור שלהם".

יחד עם זאת ראוי להדגיש כי עבודה עם/בתוך משפחת המקור לא הופכת את המטפל למטפל של משפחתו אלא להבדלתו לצורך שינוי (Kerr 1984).

עבודה עם משפחת המקור של המטפלים היא תהליך ממושך, קאר (Kerr 1984) טוען שהמטפלים חייבים לגשת לעבודה הזו עם גישה שאומרת שיש עוד הרבה מה ללמוד.

שינוי במשפחת המקור, לפי באק (Beck 1982) נמדד במונחים של הקלה בסימפטומים, נוחיות גדולה יותר בקשר הבין-אישי, והתווספות של קשרים אחד על אחד. בעצם ביצוע של עבודת הבדלה, קאר (Kerr 1984) מדווח, שהמטפלים מפתחים יכולת לחשוב בצורה שיטתית, להישאר אובייקטיבי, ולהחזיק בפרספקטיבה רחבה עם המשפחות שבטיפול.

ג'ונסון, קמפל, ומסטרס (Johnson, Campbell & Masters 1992) לאחר שסקרו 127 פסיכולוגים קליניים ומייעצים, מצאו שתפיסות של מטפלים את סביבת משפחת המקור שלהם קשורים באופן משמעותי לתיאורית הבחירה העיקרית שלהם, במיוחד בכל הנוגע לשימוש של הרגשות, הזדהות, ופתיחות לאחרים.

תוך הבנה עצמית וצפייה של חניכים, מספר רב של מטפלים קאר ובואן (Kerr & Bowen 1988) מצאו שהבדלה במשפחת המקור הופך את תפקוד של המטפל ליותר אפקטיבי בעבודתו הקלינית ומשפר את היכולת של המטפל לנטר את השפעת תפקודו הרגשי על עבודתו הקלינית.

קאר ובואן (Kerr. & Bowen 1988) מאמינים ש "ככל שהמטפל עבד על ההבדלה שלו במשפחתו, הוא יהיה מסוגל להיות יותר מעורב מקרוב עם המשפחה הקלינית ועדיין להישאר ' מחוץ ' למערכת".

חשוב לציין שתפקיד ההכשרה והאימון בגישה המערכתית של בואן כוללת מספר רב של מערכות יחסים :

- לקוח /סטודנט,
- לקוח/משפחת המקור,
- משפחת המקור של הסטודנט,
- סטודנט/מנחה,
- מנחה/משפחת המקור שלו וכו'...

לכן, לא רק מטפלים מתחילים מצופים לבצע עבודה (טיפול) במשפחת המקור שלהם, אלא גם המאמנים והמנחים וזאת כדי להחזיק עמדות מובחנות ביחסיהם. לכן, עבודה (טיפול) של משפחת המקור מומלצת לכל המעורבים בתהליך.

לסיכום, התיאוריה של בואן טוענת שמטפלים, בדומה לכל יתר האנשים, שזורים בתבניות, בתהליכי הטריאנגולציה (שילוש), ולמאבקים להבדלה במשפחת מקור שלהם. בקרבת משפחות הלקוחות, צפויות תבניות לא בריאות של המטפל לצוץ וזאת כאשר רמת החרדה גבוהה. לכן, חשוב למטפלים להיות מודעים לתבניות {דגמים} האלה ולפעול בכיוון של הבדלה עצמית. בואן (Bowen1978) ממליץ שהמטפלים ירוויחו את המודעות וייחודיות שלהם על ידי עבודה עם משפחת המקור וטיפול אישי. עדיין נותר הצורך לחקור את תוצאות (ערך) של ה"עבודה" עם משפחת המקור של המטפל בהקשר ליעילות קלינית.

השפעת הטיפול על חיי המשפחה של המטפל

גישות טיפול חדישות נותנות דגש מיוחד ליחסי מטפל- מטופל והבהרת מהות הקשר הטיפולי, הן עבור המטופל והן עבור המטפל (גרין, 2000). הסתכלות בין אישית על התהליך הטיפולי רואה בו מפגש בין שני אנשים שלמים שמביאים את עצמם במלואם לתוך הטיפול (Basescu ,1996) למרות זאת, הספרות העוסקת במשמעות העבודה הטיפולית עבור המטפל והשפעתה עליו היא עדיין מעטה וחלקית (sussman , 1992 ; Lonergan , Ohalloran & Crane ,2004; Guy & Liaboe ,1986).

השלכות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו

העבודה הטיפולית, מעצם עיסוקה בקשרים אינטימיים, משפיעה על קשריו האינטימיים של המטפל עם משפחתו וילדיו (Guy & 1986). הן במשפחה והן בטיפול יש שימוש נרחב במיומנויות של תקשורת והקשבה (Cray & Cray 1977), יש מעורבות בחיי האחר במטרה לעזור לו להתפתח ויש התכוונות למילוי הצרכים של האחר (Basescu, 1996). לדימיון שבין שני התפקידים יכולות להיות השלכות חיוביות והשלכות שליליות על קשריו המשפחתיים של המטפל.

השפעות העבודה הטיפולית על ההורות של המטפל

מחד העבודה הטיפולית תורמת להורות ידע רב, בין היתר על כך שקשיים הם בלתי נמנעים ועל כך שתמיכה זה בזה יכולה לרפא (Scholfield-Macnab 1995). ההורות של מטפלים מרוויחה מהמיומנויות, הרגשות והתובנות שמתפתחים בעבודה לגבי סוגיות של יחסים, רגשות והתפתחות האדם (Basescu, 1996). הכישורים המילוליים, ההקשבה, הפתיחות, הסבלנות, האמפטיה והמודעות העצמית יכולים לעזור למטפלים בקשר עם הילדים שלהם (Guy, 1987). במחקרה של דניאלס (1997) דיווחו יועצות בית ספר כי עבודתן הטיפולית מאפשרת להן לבטא ולשכלל את אמהותן וכי יש להן רווחים משמעותיים מעבודתן בתחום הקשר עם ילדיהן.

מאידך, קיימת סכנה כי עקב העומס הרגשי והקשר האינטימי עם המטופלים יהיו המטפלים פחות פנויים רגשית למשפחתם וילדיהם (Cray & Cray, 1977 ; Guy, 1987)

וכי הם יתקשו ליצור קשרים משמעותיים מחוץ לסיטואציה הטיפולית (Guy & Laiboe, 1986). סכנה נוספת קיימת כאשר המטפל מתייחס אל ילדיו בדרכים הלקוחות מעולם הטיפול. שימוש במיומנות של שיקוף ופירוש כלפי התנהגויות ורגשות של הילדים עלול ליצור אצלם תחושת חשיפה גדולה מידי ולהתרחקות שלהם מהורה (Guy, 1987).

בנוסף, הלחצים והקשיים שנובעים מהעבודה הטיפולית, עלולים ליצור קונפליקטים בתוך המשפחה (Maslach, 1978). דוגמא לכך אפשר למצוא אצל סקולפילד-מקנב (Scholfield-Macnab 1995) שמספרת כי העיסוק הטיפולי בבעיות של אנשים השפיעה על דגש ששמה גם כאם על בעיותיהם של ילדיה ועל גישה לא רגועה שלה בהתמודדות עם קשיים אלו, דבר שגרם לתסכול שלה ושלהם.

השלכות חיוביות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו

הספרות העוסקת בקשר בין הטיפול המשפחתי והמטפל מתייחסת להשלכות החיוביות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו. צ'רני (Charny 1983) סבור כי העיסוק בטיפול משפחתי אמור לגרום למטפל להרגיש טוב יותר עם עצמו בעת עבודתו וביחסים הבינאישיים שלו. לדעתו, הסיטואציה הטיפולית הלא רשמית האופיינית לטיפול משפחתי, מערבת בעיות אוניברסאליות של יחסים ואינטימיות, תוך התייחסות לחוויות יומיומיות וקונפליקטים המוכרים גם למטפל מחי משפחתו. לדעתו, אספקטים חווייתיים אלו הופכים את המטפל לאנושי ואמיתי יותר. יתר על כן, האינטראקציה (יחסי גומלין) האינטנסיבית אליה מורגל המטפל המשפחתי לא מאפשרת לו להישאר מרוחק ומנותק רגשית, מזכירה לו את היותו אדם הזקוק לתשומת לב, כבוד, אינטימיות וקרבה, ועשויה להוביל אותו לחיפוש

ופיתוח אלמנטים אלו במשפחתו (framo 1975,Knutsen 1977,Kramer 1980 ,charny 1983).

Cray & Cray (1977) מוסיפים כי דאגת המטפלים לטובתם של בני המשפחות המטופלות וכן מעורבותם הרגשית עמם עשויה לתרום למטפלים לקבל את עצמם ואת בני משפחתם ביתר סובלנות. בנוסף לכך, העדות התמידית של קשיי המשפחות המטופלות עשויה להאיר למטפל את האספקטים החיוביים במשפחתו (wetchler & piercy 1986).

הקשר עם המשפחות המטופלות והעזרה שהמטפלים מגישים להם בהתמודדות עם בעיות אישיות ומשפחתיות, עשויים לעורר את מודעות המטפלים לתהליך הדיאלקטי (דיאלקטיקה, יישובם של ניגודים באחדות גבוהה יותר) של חוויות אנושיות. כלומר, המטפלים המשפחתיים עשויים לפתח ראייה ותובנה לגבי חוסר האיזון וקוטביות של מצבים, כגון: חוזק- חולשה, אמוציונאלי- אינטלקטואלי. מודעות זו מאפשרת קבלה, תובנה וסובלנות לחולשה ולקשיים המתעוררים במשפחה (kaplan 1987 , charny 1983).

קסלאו (Kaslow1987) מוסיפה כי העיסוק בטיפול משפחתי מאפשר קבלה בסיסית של שוני בין חברי המשפחה. קבלה זו מהווה הוכחה לאינדיבידואליות (באופן אישי, באופן עצמאי, בנפרד) ודיפרנציאציה (הפרדה, הבדלה, בידול, הבחנה, מיון) וכן הכרה בחשיבות מתן כבוד לזכויות הזולת ולחוסר הסכמה בין חברי המשפחה. לדעתה, כל אלו גורמים ליחסים פחות לוחצים. המודעות לשוני ולחשיבותו מובילה לסובלנות בתקופות משבר ומונעת מצבים, שעשויים לגרום אף לפירוק המשפחה. קסלאו מציינת דוגמא ספציפית להשפעת העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל; לדבריה, התמודדות המטפל עם פרידה ממטופליו, מכינה את המטפל לפרידות מיקריו כמו עזיבת ילד את הבית או אובדן אדם קרוב.

יתרה מזאת, עצם חווית הקשר עם המשפחות המטופלות, עשויה לגרום למטפלים להשקיע בקשר עם בני משפחתם ולעודדם לנסות לשפר את הבריאות הנפשית שלהם ושל בני משפחתם. (Kaslow 1987).

ואטש'לר ופרסי (wetchler & piercy 1986) סבורים כי בעקבות הניסיון להתמודד עם בעיות אישיות ומשפחתיות של המטופלים, מפתחים המטפלים המשפחתיים שאיפה גבוהה למנוע צמיחת בעיות במשפחתם ורצון לפתור נושאים אלו כאשר הם קיימים.

קסלאו (Kaslow1987), פליפוט (Philpot 1987) וווטש'לר ופרסי (wetchler & piercy1986) מתייחסים למימד נוסף המשפיע על המטפל ומשפחתו. הם סבורים כי הידע התיאורטי וכן הכלים והטכניקות הטיפוליות, שהם נחלתם של המטפלים המשפחתיים, עוזרים להם לפתח מודעות לגבי דיספונקציות (תופעות לא צפויות) התנהגותיות וכן לגבי משברים נורמטיביים (מקובל, תקני, סטנדרטי, מוסכם, נהוג, קבוע, רגיל, נורמלי). יתר על כן, מיומנותם הטיפולית תורמת להם בפיתוח יחסי נישואין ויחסי הורים- ילדים וכן בפתרון בעיות, תוך יחסי אמפתיה, הבנה וקבלה.

בוסזורמני נגי, ג'וארין ונפייר (Napier, Guerin, boszormenyi-Nagy) משתפים את הקורא (בספרם של ferber ואחרים (1972) "the book of family therapy") בתחושותיהם לגבי הקשר בין עבודתם כמטפלים משפחתיים וחייהם האישיים. רובם מצביעים על אספקטים חיוביים של קשר זה: גדילה אישית ומשפחתית ושיפור ביחסים שלהם עם בני משפחותיהם וסביבתם.

בוסזורמני נגי סבור כי כתוצאה מעבודתו כמטפל משפחתי הוא חש בטוח יותר ביחסים בינאישיים אך גם תובעני יותר. הוא לא יכול להימנע מליישם את למידתו של דפוסי יחסים במשפחתו, ולכן יש לו יותר תסכולים אך גם יותר סיפוק. ג'וארין מתאר כיצד העבודה הטיפולית עם משפחות סייעה לו בשיפור מערכת יחסיו עם אשתו, ומדגיש את היתרון הרב שיש בעבודה זו לגדילה אישית.

נפייר מצביע ביתר בהירות על כך שהעבודה שינתה אותו ואת משפחתו. לדבריו, הוא ניתן פחות לניבוי מראש, הוא מאורגן יותר וכן הוא חד וברור יותר בתגובותיו. הוא מציין גם כי הוא זקוק לשעה של "פסק זמן" כדי לצאת מהמבוך של משפחות שטיפל בהם במשך היום.

פילפוט (philpot 1987) סבורה כי הקומוניקציה (תקשורת) הפתוחה, חוסר השיפוטיות והאווירה המקבלת שהצליחה ליצור בקרב בני משפחתה, מאפשרים לילדיה להתחלק עמה בכל תחום.

גם פרמו (framo 1968) משתף את הקורא בתחושותיו. הוא חש כי בעקבות מעורבות רגשית כה עמוקה עם משפחות שבטיפלו, התייחסותו לבני משפחתו וליחסים במשפחה רצינית יותר.

השלכות חיוביות שעלו במחקרים כללו חיזוק הביטחון העצמי (Guy & Liaboe, 1986), המודעות העצמית, הרגישות לאחרים והאסרטיביות (Farber & Heifatz, 1983). כמו כן העבודה הטיפולית מזכה את המטפל באישור לעצמו וליכולותיו ומגבירה את תחושתו כי הוא בעל משמעות ויכולת השפעה (דניאלס, 1997)

בדיקה אמפירית (נקיזיגית) של השלכות העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו נעשתה במחקרם של ואטשלר ופירסי (1986) (wetchler & piercy). המחקר מתמקד בלחצים ובתרומות של העיסוק בטיפול משפחתי על חיי הנישואין והמשפחה של המטפלים, ותוצאותיו מצביעות על תרומות רבות יותר מאשר על לחצים. התרומות הגבוהות ביותר מתייחסות ליכולתו של המטפל להכיר בחלקו, כאשר מתעוררות בעיות במשפחתו. כן מאפשר העיסוק בטיפול משפחתי לפתח מיומנויות תקשורת במשפחת המטפל. הלחצים הגבוהים ביותר, כתוצאה מהעיסוק בטיפול משפחתי, באים לידי ביטוי בתחושת המטפל כי הזמן והאנרגיה שנותרים לו לקשר עם משפחתו מועטים.

השלכות שליליות של העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו

למרות הדאגה הגוברת בקרב מטפלים משפחתיים לגבי הסכנה האמוציונאלית הטמונה בעבודתם, נכתב מעט על השפעת העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו. יתכן שעובדה זו נובעת מהמיקוד של הפסיכותרפיה באינדיבידואל, או מתוך חששם של המטפלים לחשיפת חייהם המשפחתיים (pierch & wetchler 1987). כמו כן יתכן שקיים טאבו של המטפלים המשפחתיים להודות בבעיות לגבי חיי משפחתם (Dautsch 1985, Kaslow 1984).

כאמור לעבודה הטיפולית יש השלכות חיוביות ושליליות על המטפל. הספרות מתארת השלכות שליליות של העבודה הטיפולית, כמו חרדה ודכאון של מטפלים (Guy & Liaboe 1986). טיפול במטופלים ומשפחות שנמצאים במצוקה קשה יוצר במיוחד מעמסה רגשית כבדה על המטפל ועלול להוביל לתגובות של שחיקה, שמאופיינות בייאוש וקהות רגשית כלפי פונים (Maslach, 1978). כתוצאה מהמפגש של המטפל עם הסבל והמצוקה מתערערות אמונות בסיסיות ומטפלים חווים חוסר אונים, חרדה (Ilfie & Steed 2000), פחד, כעס ותסכול (Maslach, 1978).

לטיפול במטופלים שעברו טראומה יש, בנוסף, השפעות שליליות יחודיות (Cunningham, 1999): המטפל חשוף למצוקה ולתגובות הטרואומטיות של המטופל, הוא חשוף לסיפור הטרואומה שקשה להכילו, וכתוצאה מכך, הוא הופך לנפגע משני של הטרואומה (1995, Figley). טראומטיזציה משנית היא תופעה שבה אנשים הבאים במגע עם נפגע הטרואומה הופכים לנפגעים עקיפים שלה וסובלים ממגוון רחב של סימפטומים פוסט-טראומטיים (Figley, 1985). מושג נוסף, המתאר את חוויותיהם של מטפלים, העסוקים לאורך זמן בחומרים טראומטיים של מטופלים, הוא טראומטיזציה חלופית (vicarious traumatization), שיכולה להתבטא בחרדה, פחד ודכאון ובתגובות פוסט-טראומטיות של חלומות, מחשבות לא נשלטות ואף פלשבקים של חומרים טראומטיים. כמו כן מושפעת מערכת האמונות של המטפל בנושאים של אמון באנשים, הסכנות של תלות ואינטימיות ומשמעותם של כוח וחוסר אונים (McCann & Paerlman, 1990).

מטפלים משפחתיים אינם חסינים בפני לחצים משפחתיים וגירושין למרות ניסיונם לעזור לאחרים לפתור את בעיית הנישואין והמשפחה שלהם (Kaslow & Schulman 1987, Charny 1983, pierch & wetchler 1987). יתר על כן, למטפלים המשפחתיים יש גם סוגיות המיוחדות להם כתוצאה מעבודתם הספציפית (Charny, 1983; Cray & Cray, 1977).

צ'רני פרמו וקסלאו (Kaslow 1984 Farmo 1975, Charny 1983) תומכים בנקודת ראות זו וסבורים כי יש אחוז גבוה של פירוד וגירושין בקרב קהילת המטפלים המשפחתיים. יחד עם זאת, הם מציינים שהמניעים לעסוק בטיפול משפחתי יכולים להיות בין השאר הגורמים למשברים אישיים ומשפחתיים.

קסלאו (Kaslow 1984) טיינטור (Taintor 1983) ואחרים מוסיפים כי הגירושין מציינים לחלק מהמטפלים כשלון בניסיון לבנות חיי אישות מספקים, ולחלקם – צמיחה וגדילה אישית.

פרמו (farmo 1975) מציג היבט נוסף: הוא סבור שמטפלים משפחתיים ממשיכים את מאבקהם במשפחות המוצא שלהם באמצעות המשפחות המטופלות, ולעיתים באמצעות העזרה הטיפולית שהם מגישים למשפחות הם מנסים לפתור את בעיותיהם.

לותרמן וקירשנבאום (Luthman & Kirshenbaum 1974) מדגישים את הקושי שבעבודה עם משפחות ובהקשר זה מציינים שני גורמים הקשורים לחייו האישיים של המטפל ולאישיותו:

1. הכוח של המערכת המשפחתית מעורר אצל המטפל קשיים מוכרים שלא היו עמם במגע ולו גם באמצעות טיפול פרטני שעבר.

2. התהליכים של התמודדות עם אינטימיות ברמה בונה פותחים את הקונפליקטים והצרכים של מטפל בתחום זה ולעיתים גוררים אותו לבחון מחדש את היחסים האינטימיים עם בן זוגו.

וורקנטין (Warkentin 1963) סבור כי לעיתים עלול המטפל המשפחתי להשוות בין התייחסות משפחות מטופלות והתייחסות משפחתו הגרעינית לגבי נושאים אישיים ואינטימיים. השוואה זו עלולה לגרום למטפל לדרוש מבני משפחתו פתיחות ורמת אינטימיות, הנחוצה בטיפול אשר לא תמיד קיימת במשפחתו. הקשר האינטנסיבי עם המטופלים עלול לגרום למטפל לחוש את חיי משפחתו כמשעממים ולא מספקים, ואף ליצור ציפייה של אינטראקציה אינטנסיבית, כמו בתהליך טיפולי גם עם בני המשפחה (Cray & Cray 1977, 1983, Charny 1984, Kaslow).

תהליך זה עלול ליצור אצל המטפל קושי להתמודד עם הצורך של בן הזוג להתייחסות לנושאים קונקרטיים (מעשי, ממשי, מוחשי, גשמי, ריאלי, ענייני) יותר (בית, ילדים, שיקולים פיננסיים) לעיתים הוא מתקשה לקבל את העדיפויות השונות והפוקוס השונה של בני משפחתו לגבי נושאים משפחתיים (Kaslow 1984).

למרות הציפייה והצורך לקרבה רגשית עם בני המשפחה - המעורבות הרגשית של המטפל עם המשפחות המטופלות גורמות לו לעיתים לעייפות רגשית, לחוסר אנרגיה בהתייחסות לבני משפחתו וקושי להקשיב לבעיותיהם (Cray & Cray 1977, 1983, Charny 1987, Kaslow 1984, Philpot). בעיותיהם של בני משפחתו נתפסות על ידיו לעיתים, כנדושות ובנאליות לאחר "הכיסוי" המלא של רגשות שהיה עסוק בהם עם מטופליו (Cray & Cray, 1977).

צ'רני (Charny 1983) סבור כי תופעות דיאלקטיות (ויכוחי, וכחני) אלו הינן "מלכודות" הנובעות מהעיסוק בטיפול משפחתי. לדבריו, מלכודות אלו נובעות מהיות המטפל עסוק במשך היום ביחסים אמוציונאליים אינטנסיביים, הדורשים ממנו מעורבות רגשית גבוהה ומעמידים אותו בעמדת מומחה. הוא עלול למצוא עצמו בביתו עייף מחד, אך מאוד תובעני ומתקשה לאפשר לעצמו יחסים פחות אינטנסיביים מאידך.

לכך נוספת גם מחויבות המטפל כלפי מטופליו, לשמירת חשאיות לגבי הטיפול, לא מאפשרת התחלקות עם בני המשפחה (Kaslow 1987).

הצורך בהתחלקות רגשית ובהמשך גדילה פרופסיונאלית, מוביל את המטפל המשפחתי לשיתוף קולגות בתחושותיו ובהתלבטויותיו. לעיתים החברים למקצוע מבינים את צרכיו הרגשיים של המטפל יותר מאשר בני משפחתו, לכן עלול הקשר עמם לתגמל את המטפל יותר מהקשר עם בני משפחתו (Charny 1983; Rice 1969).

צ'רני (Charny 1983) ופילפוט (Philpot 1987) מבחינים במימד נוסף העלול לגרום ללחצים בחיי המשפחה של המטפלים. הם סבורים שקיים קושי במעבר מתפקיד של מטפל לתפקיד של חבר במשפחה; גם המטפל וגם בני משפחתו עשויים, לדעתם, לחוש בהתפתחות אישית רבה יותר של המטפל כלפי בן זוגו. כלומר, הצמיחה והגדילה האישית הנובעת מעיסוקו תיתפס על ידו כגבוהה יותר מאשר אצל בן זוגו.

לעיתים גם חוסר היכולת להתוות גבולות בין תפקיד המטפל במשפחה ומחוצה לה גורמים למטפל לטפל בבני משפחתו ולא להיות חבר במשפחה כמותם. יתירה מזאת, חלק מהמטפלים עלולים לכעוס ולהיפגע כשאינם סופגים מבני משפחתם את התהילה, הכבוד והערצה להם זוכים מהמטופלים (Charny 1983, Cray & Cray 1977).

הדיון בנושא זה הורחב על ידי זובן ודייטץ' (Zweben & Deitch 1976) ותואר על ידם כ"סינדרום הפרימה-דונה" לדעתם, היחס לו זוכים המטפלים ממטופליהם עלול לגרום להם להרגשה של היותם "גורו" ולתחושה של גדלות העלולה להרחיקם מבני משפחתם (1976 Zweben & Deitch, 1987 Kaslow, 1977 Cray & Cray, 1983 Charny).

התנהגות זו של המטפל עלולה ליצור אצל בני משפחתו נטייה להעלות את הנקודות הרגישות שלו ואת כישלונותיו בתפקודו בקרב משפחתו ולהפכם ללעג ולקלס (1983 Charny, 1986 Wetchler & Piercy).

קושי נוסף, ייחודי למטפלים משפחתיים, נובע מהעובדה שהמשפחה מהווה את היחידה הטיפולית ולא הפרט. במטרה לטפל במשפחה, חייב המטפל המשפחתי להתאים את שעות עבודתו לזמינותם של כלל בני המשפחה המטופלת (אף בשעות המקובלות לשהייה עם בני המשפחה הגרעינית) עובדה שעלולה לגרום לכעס ולרגשות דחייה של בני משפחתו (1986 Wetchler & Piercy, 1980 Kramer, 1987 Kaplan).

גאי (Guy 1987) גיבש רשימה של ההשפעות השליליות אפשריות של הקריירה הטיפולית על נשואים:

- מטפלים כבעלים נוטים להיות יותר מדי אינטרוספקטיביים (מביט פנימה, של התבוננות פנימית, של בחינה עצמית) ופחות מסוגלים לתקשר,
- לעיתים קרובות מתרחקים ומבודדים את עצמם,
- מחפשים בעיות,
- מנתחים את בני זוגם,
- יכולים לדרוש שלמות,
- להיות בעלי תחושה של כול יכול,
- סמכותיים,
- ופחות משתתפי פעולה.

דרישות העבודה מהם יכולות להפוך אותם ל"עייפים לקרבה", או בצורה הפוכה, לצופים לקרבה עמוקה מבני זוגם, ועדיין להשאיר אותם מרוחקים מבחינה רגשית. מטפלים סובלים לעיתים קרובות מאילוץ זמן, הכנסות לא אמינות ומגבלות בחייהם החברתיים.

הסודיות מגבילה את הכמות המידע שהם יכולים לחלוק {לשתף} עם בני זוגם על עבודתם מכל האמור ניתן להסיק שמטפלים עוברים שינויים אישיותיים, בזמן שהם גדלים ולומדים באמצעות הכשרתם ועבודתם.

בהרהורה של קריי (Cray & Cray 1977): על היותה נשואה למטפל, היא דנה בקשיים שהקריירה הטילה על הנשואים שלהם "דרישות של אנשים אחרים היו תמיד ראשונות (בעלי נענה לקריאות החולים, אבל לא קריאות של משפחתו); לאחר שהוא הקשיב ללקוחות כל היום, בעלי לא רצה שום יחסי גומלין או לשוחח בכלל"; המטפל בדרך כלל זוכה לכבוד ויראת כבוד; "בעלי התלונן שהוא מוערך יותר על ידי הלקוחות מאשר על ידי משפחתו, ובהיותו מורגל להמתנה לשינויים ארוכי טווח, בעלי היה חסר סבלנות ועצבני בבית, בהמתנה שהדברים יזוזו יותר מהר".

מטפלים מביאים תכונות ודינאמיקות ייחודיות לתוך משפחתם. אלה יכול להיות מסייעות או מזיקות ליחסי הגומלין והתהליכים במשפחתם.

השפעה על הורות

בבחינת ההשפעות שיש לקריירה הטיפולית על ההורות מציין גאי (Guy 1987) את ה"בעד ונגד" של הורה-מטפל ועמד על הנקודה של מטפלים, כהורים, יש יתרונות וחסרונות. בחינת היתרונות מראה שמטפלים כהורים נוטים להיות:

- אמפטיים, חמים ופתוחים,
- מסוגלים לתקשר טוב,
- מכירים מיומנויות וטכניקות איך להתייחס לאחרים ולפתור בעיות,
- ומאוד משכילים.

השלכות העיסוק בפסיכותרפיה על התרפיסט

הספרות האמפירית העוסקת בהשלכות העיסוק על חיי המשפחה של המטפלים נמצאה דלה (farber 1983 , heifetz & farber1981), (Taintor Morphy Seidan & Val 1983 deutsch 1985).

פרויד (Freud 1964) היה הראשון שהתייחס להשפעת הטיפול על המטפל (farber 1983) רק בשנים מאוחרות יותר התפתחה מודעות בקרב אנשי מקצוע לגבי הנושא.

בבדיקת הספרות נמצאו הוכחות לאחוז גבוה של קשיים ומצוקה של מטפלים (chessick 1978 , Pines, Aaronson, Kafry 1981, deutsch 1985, farber & heifetz 1982, rich & pitts 1980) וכן הוכחות לקשיים בחיי הנישואין והמשפחה שלהם (1985 charny ,deutsch)

דאץ' (Deutsch1985) מצאה כי 85% מהתרפיסטים שחקרה דווחו על קשיים ביחסים בינאישיים כאשר מתוכם פנו 47% לטיפול.

היפטז ופרבר (heifetz & farber 1981) מדווחים כי 75% מהמטפלים הנחקרים דווחו על בעיות במשפחה, הנובעות מעיסוקם בטיפול משפחתי. בעיות אלו קשורות לניתוח יתר של בעיותיהם בבית ומנטייתם לעסוק בפסיכולוגיה. נטייה זו מעכבת את הספונטאניות במצבים בינאישיים. כמו כן מצא פרבר (farber 1983) כי המטפלים התייחסו לבני זוגם כקליינטים.

טיינטור ואחרים (Taintor Morphy Seidan & Val 1983) מצאו ש- 62% דווחו על עליה בבעיות אישיות. 54% מצאו את נישואיהם כתורמים לעיסוקם, 12% הרגישו שנישואיהם מעכבים את התפתחותם המקצועית ו-12% נפרדו או התגרשו במהלך עבודתם כמטפלים.

היחסים המורכבים בין התהליך הטיפולי והשינויים והעסקאות של המשפחות המטופלות נמצאים באינטראקציה תמידית עם החיים האישיים של המטפל והדמויות המשמעותיות בחייו. אי לכך, יכולת העסקאות הלא גמורות עם משפחת המוצא לעלות באינטנסיביות בעקבות טיפול במשפחות (Kaslow & Schulman 1987). יתרה מזאת, טיפול במשפחות לא רק "מקים לתחייה" את רוח משפחת העבר של המטפל, אלא גם בעל השפעה על היחסים במשפחה הנוכחית (framo 1968), היבטים אלו יורחבו בהמשך עבודה זו.

קיימות גם השערות ועדויות לגבי השלכות חיוביות של העיסוק בפסיכותרפיה על המטפל ומשפחתו, כמו: צמיחה אישית וסיפוק נפשי (farber & Heifetz 1981, ferber, Napier mendelson & 1972, Knutsen 1977, Burton 1975, charny 1983) כלומר, קיימים שני היבטים מרכזיים, דיאלקטיים (דיאלקטיקה היא השקפה פילוסופית הרואה את תהליך ההתפתחות בעולם הרוח או החומר בדרך של ניגודים (תיזה ואנטי תיזה), ומאבק בדרך הדרגתית או מהפכנית, עד שנוצרת אחדות הניגודים - סינתזה), המתייחסים להשפעת העיסוק בפסיכותרפיה על התרפיסט.

גרבר (Greiben 1975) מייצג בבירור את האינטגרציה בין שני היבטים: הוא טוען כי פסיכותרפיה נתפסת על ידי העוסקים בה כמציבה שני מצבים פנימיים: סיפוק ולחץ. ולכן הוא סבור כי הסיפוק נובע מהיכולת לעזור לאנשים, הרגשה של תועלת חברתית ובטחון כלכלי, והלחץ נובע מהדרישות האמוציונאליות הגבוהות מהמטפל.

בספרות נתפסת הפסיכותרפיה כפרופסיה קשה (piercy & wetchler 1987) או בלתי אפשרית (greenson 1966). הספרות העוסקת בלחצים הטמונים בעבודה הפסיכו-תרפויטית מבוססת על ההנחה, שמקורות הלחץ נובעים בין השאר מהעיסוק במשך שעות בהאזנה לבעיות הקליינטים תוך מעורבות רגשית גבוהה (piercy & wetchler 1987). המטפלים חווים לחץ של נתינה תמידית תוך בדידות אישית (chessick 1978, fine 1980). הטיפול לעיתים כרוך בעבודת יתר ועומס במספר הפציינטים, תוך ציפיות אישיות וחברתיות גבוהות מצד המטופלים כלפי המטפלים לעומת סטאטוס חברתי נמוך ביחס לקבוצות פרופסיונאליות אחרות (1971, English 1976, greenson 1975, greben 1975, freudenberger, 1974, 1975, wheelis 1966, schlicht 1968).

גורם לחץ נוסף הוא שלתרפיסטים יכולים להיות חששות לגבי אחריותם למצבם של המטופלים ודאגה לגבי תדמיתם החיובית בעיניהם (charny, 1983). קיימים אצלם ספקות לגבי יעילות התהליך הטיפולי וחוסר ודאות לגבי תוצאות הטיפול ועתיד המקצוע (1981) (Cherny 1983, Daniels 1974, farber & heifetz)

קובי (kubie1971) ואנגליש (English 1976) מוסיפים כי הקשיים של העוסקים בפסיכותרפיה רבים יותר מאשר קשייהם של פרופסיונאליים אחרים, וזאת עקב האספקטים האמוציונאליים המעורבים בעבודה. לדבריהם, מטפל הלוקח אחריות על אינטראקציות אנושיות, חווה רגשות אינטנסיביים ועמוקים. ככל שהקשר עם המטופל חזק יותר – רבה יותר השקעתו הרגשית של המטפל והוא עלול לפתח רגשות ריקנות, ייאוש ובדידות (Fine 1980 , Chessick 1978 , 1979 , Freubenberg & Robbins). רגשות אלו נובעים גם מהרגשה של איזולציה וחוסר מערכות תמיכה (kernberg , 1966 , wheelis 1958 , Ross 1973 , Marmor 1953 , 1968).

פרדנברג (Freubenberg 1975) וגרבן (Greben 1975) מציגים מימד נוסף של השפעת הטיפול על המטפל. הם סבורים כי האווירה הפרופסיונאלית (מקצועי, מקצועני) המאדירה את סטאטוס המטפל עלולה לגרום לו לפתח סימפטום של נרקיסיזם (אהבה עצמית מופרזת) ואוטוריטיביות (סמכותי, מסמך, מהימן) המכונה ע"י זובן ודייטש (Zweben & Deitch 1976) "סינדרום הפרימה-דונה".

המחקר המקיף היחידי שבדק את הסיבות לקשיים של המטפלים הוא מחקרו של ברמק (Bermak1977) במחקר זה נמצאו עדויות לאספקטים המרכזיים המצויינים בספרות, לגבי הגורמים למצוקת המטפלים וקשייהם. האספקטים המרכזיים שנמצאו כגורמי קושי הם: נתינה אמוציונאלית תמידית, בדידות וכן חוסר הוודאות לגבי הטיפול.

הספרות המתייחסת לסימפטומים של לחץ ודיכאון בקרב העוסקים בפסיכותרפיה מייחסת אותן בעיקר לתופעת השחיקה, ולכן יש מקום לעמוד על תופעה זו והשלכותיה על המטפלים. רוב ההגדרות של המושג שחיקה מתייחסות לתהליך של אובדן אנרגיה נפשית וירידה בתפקוד כתוצאה מלחצים יומיומיים נמשכים (להבדיל ממאורעות חיים קריטיים וחד פעמיים) מסיבה זו קושרים את מושג השחיקה למושגים כגון: אי שביעות רצון, לחץ תעסוקתי, תסכול, ניכור, דפרסיה ועייפות רגשית. (Maslach & Kahn 1978 , Pines, A.; Aaronson, Kafry, D. 1981 , Cherniss 1980 , Maslach 1976).

מרבית תיאורי השחיקה מתרכזים במקצועות השירות והסעד (Farber 1983) ומעגנים אותה במגע הרצוף והתובעני מבחינה רגשית של נותן השירות עם לקוחותיו. הלחץ הנפשי אליו חשוף איש המקצוע, מוגבר על ידי העובדה שבהכשרתו המקצועית הפנים גישה אידיאולוגית, המתמקדת בבעיותיו ובצרכיו של הלקוח ומזניחה את הדאגה לחידוש משאביו הנפשיים של נותן השירות (עציון 1983). גם אם מקורות הלחץ שונים בכל מקצוע, ביטויי השחיקה דומים. הספרות מתארת את תהליך השחיקה של איש המקצוע כאבדן הדרגתי של העניין בעבודתו: התלהבותו פגה, הוא מפתח עמדה שלילית כלפי עצמו ורגשות טינה ועוינות כלפי חבריו לעבודה ולקוחותיו. את מקום היוזמה, הרצינות והאחריות אשר אפיינו את עבודתו במקצוע תופסים שגרה, זלזול ואדישות. הוא מתנסה יותר ויותר בתחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה. יחסיו עם ידידיו ובני משפחתו עלולים להידרדר והוא נוטה לתשישות נפשית וגופנית.

בבדיקת הספרות העוסקת בנושא השחיקה נמצאו דווחים על השפעת התופעות שאוזכרו לעיל גם על תרפיסטים (Brotsky 1980 & Elelwich , 1984 deutsch , 1979 freubenberg & Robbins , 1981 , farber & heifez , 1978 , 1976 , maslach).

דאוסין' (Deutsch1984), פרבר והיפטז (farber & heifetz 1981, 1982) משייכים את השחיקה והדיכאון לחוסר תגמול על תשומת לב ונתינה, קשיים בהתעסקות עם בעיית המטופל ונטייה להישאר בבידוד ורפיון ידיים הנובעת מהתהליך האיטי והלא יציב של התרפיה.

מסלאח (maslach1976,1978) מוסיף כי המטפל עלול לפתח סינדרום של שחיקה גם כתוצאה מהלחץ האמוציונאלי הנובע מהקשר עם המטופלים. בעטיו של לחץ זה הוא עלול לאבד את ההתעניינות והקשר עם מטופליו. היפטז ופרבר (heifetz & farber1982) תומכים בנקודת ראות זו ומרחיבים אותה. הם מדווחים במחקרם על סימפטומים הנובעים מהרגשה של שחיקה ומתבטאים ברגשות כעס של המטפלים כלפי מטופליהם. ממחקרם עולה כי לעיתים עלולים מטפלים שחוקים לסבול מתופעות פסיכוסומטיות ולגרום לקונפליקטים במשפחתם.

אדלויץ וברודסקי (Edelwich & Brodsky 1980) ופאול (Paul 1987) סבורים כי תרפיסטים "מביאים" את עבודתם הביתה מתוך הזדהות עם המטופלים. העיסוק האינטנסיבי בחייהם של אחרים עלול, לדעתם, לגרום לחוסר סובלנות של התרפיסטים כלפי בני משפחתם, לחוסר אנרגיה ליצירת קשרים חדשים וכן לקונפליקט תפקידים (הורה- תרפיסט- חבר במשפחה). תופעות אלו, בהתייחסות המטפל לבני משפחתו, עלולות להרחיק את בני המשפחה מהמטפל וליצור מעגל קסמים שמחזיר את המטפל לקשר יתר עם המטופלים והקולגות.

מעיון בספרות האמפירית העוסקת בהשלכות העיסוק בפסיכותרפיה על התרפיסט עולה כי מחקרים מדווחים על הפרעות נפשיות רבות בקרב מטפלים (bermak 1977 ,ross 1973 ,mura & levy 1987 ,Knutsen 1977 ,pitts 1968 & taintor 1975 ,Russell , pasnau). ואחוז התאבדויות גבוה (freeman 1967 ,ross 1973 ,Knutsen & Seppacher).

עד כה תוארו ההשלכות השליליות של העיסוק בפסיכותרפיה על המטפל. מעיון בספרות נמצא כי קיימת התייחסות מועטה להשלכות החיוביות של העיסוק בטיפול על המטפל (Burton 1975 Greben 1975):

גרבן (Greben1975) סבור כי הוריאציות (מגוון אפשרויות) הטיפוליות האינסופיות יוצרות עניין של המטפל בעבודתו כאשר כל מטופל מציג נושאים מוכרים אך ייחודיים. כמו כן, לדעתו, אין תפקיד שיכול באופן כה שלם לאחד את הפוטנציאלים האינטלקטואליים והאמוציונאליים של האדם.

בורטון (Burton1975) מציג מספר מימדים של סיפוק התרפיסט הנובעים מעבודת המטפל ובאים לידי ביטוי גם מחוץ לשעות העבודה. הוא סבור כי התרפיסט חווה הרגשה של סיפוק אינטר פסיכי, תחושת, אינטלקטואלי- רציונאלי, יצירתית- מחקרית וכן הסיפוק הנובע מן ההשתייכות לאגודה מקצועית וסטאטוס כלכלי.

מחקריהם של הולט (holt 1959) ושראף ולבינשטיין (sharaf & levinson1964) מצביעים על צמיחה אישית, מחויבות פרופסיונאלית, פיתוח מודעות עצמית ובשלות ביחסים חברתיים של המטפלים בעקבות העיסוק בפסיכותרפיה.

בספרות האמפירית קיימים שני מחקרים בלבד העוסקים בהשלכות החיוביות על המטפל ומדגמם הטרוגני (פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים) (heifetz & farber 1981, 1982, London 1976).

היפטז ופרבר (heifetz & farber 1981, 1982) בדקו דפוסי שביעות רצון ולחץ בעבודה פסיכותרפסטית של ששים מטפלים (פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים). ממצאיהם מצביעים על אספקטים מספקים ואספקטים לוחצים כתוצאה מעיסוק בטיפול. האספקטים המספקים כוללים הרגשה של קידום, גדילה ושינוי אווירה, אינטימיות ומעורבות בחיי הפציינטיים והרגשה של כבוד פרופסיונאלי בקרב המטפלים. האספקטים הלוחצים מתייחסים להרגשה של ריקנות אישית בעקבות העבודה הטיפולית, התמודדות עם לחצים ביחסי מטפל- מטופל והתמודדות עם תנאי עבודה קשים. הממצאים מצביעים על גורם לשחיקה וכוללים אספקטים קיצוניים כחוסר שביעות רצון ותסכול. עבודה טיפולית מופיעה כמספקת במידה הגבוהה ביותר, כאשר המטפלים עצמם יכולים ללמוד, לגדל ולפתח מיומנויות בשעה שמועילים לאחרים.

לונדון (London 1976) השווה את הסיפוק והלחצים של תרפיסטים עם יועצי דת, רופאים ופרקליטים. הוא בדק לחצים וסיפוקים משותפים לכל המקצועות שנבדקו והוציא מהכלל אספקטים של העבודה שעשויים להיות ייחודיים לפסיכותרפיסטים. הגורמים הלוחצים שדווחו ע"י המטפלים הם: רמה גבוהה יותר של איזולציה (בדידות), דרישות תמידיות לתשומת לב והרגשה של חוסר כוח. התגמולים שדווחו עליהם המטפלים, כתוצאה מהעיסוק בטיפול, כללו מספר משתנים: תחושות של צמיחה ושינוי אישיותי, העלמות סימפטומים פתולוגיים, יכולת להתחלקות והנאה מהקשר עם המטופלים, אפשרות להתמודד עם אתגרים אישיים, אפשרות לעסוק מחד בלמידה ומאידך בהוראה והרגשה של כבוד ויוקרה.

סיכום תת פרק

סקירת הספרות התיאורטית והמחקרית מצביעה על קיום יחסי גומלין בין המטפל לטיפול. עבודתנו מבחינה בין עיסוק בפסיכותרפיה ובטיפול משפחתי והשלכות העיסוק בכל אחד מסוגי הטיפול הללו על המטפל ומשפחתו. הספרות מתייחסת בעיקר לקשר בין העיסוק בפסיכותרפיה לתרפיסט וקיימת ספרות מועטה, המתייחסת לקשר בין המטפל המשפחתי והטיפול המשפחתי. הספרות העוסקת בהשפעת העיסוק בפסיכותרפיה על המטפל מציגה בעיקר השלכות שליליות של הטיפול על המטפל ומשפחתו. ההתייחסות, הן התיאורטית והן האמפירית, להשלכות החיוביות של העיסוק בטיפול על המטפל ומשפחתו מעטה. הספרות העוסקת בהשלכות העיסוק בטיפול משפחתי על המטפל ומשפחתו מתייחסת בד בבד להשלכות החיוביות והשליליות של העיסוק. נעשתה רק בדיקה אמפירית אחת של השלכות העיסוק בטיפול משפחתי על חיי המשפחה של המטפל (Wetchler & Piercy, 1986) ותוצאותיה מצביעות על תרומות רבות יותר מאשר לחצים.

המחקר הנוכחי עוסק בהשלכות החיוביות (תרומות) והשליליות (לחצים) של העיסוק בטיפול משפחתי על חיי המשפחה של המטפל, על פי תפיסת המטפל ועל פי הערכתו את תפיסת בן זוגו.

תת פרק - ב

המניעים בבחירת קריירה טיפולית

בתקופה מוקדמת יותר, בשנת 1963 מאמנים גילו ודווחו על גורמים משותפים לבוחרים במקצועות הטיפוליים (Ford 1963) נראה שהיו כמה תכונות אישיות, גורמים משפחתיים ומאפיינים משותפים להרבה מטפלים שנכנסו למקצוע. למעשה, במחקר שבו נחקרו 180 פסיכותרפיסטים, מספר חוקרים (Tremblay, Herro & Schultz 1986) הרגישו שהם זיהו את הקיום של האישיות המרכזית של המטפלים, והפיקו פרופילים אישיותיים נפרדים למטפלים בעלי הכוונת תיאורטית שונה.

גאי (Guy 1987) רשם את הגורמים התפקודיים והתכונות הבאות של אנשים שנמשכו למקצוע טיפולי :

- סקרן חקרני,
- בעל יכולת להקשיב,
- בעל יכולת לפתח שיחה,
- אמפטי ומבין,
- בעל תובנות רגשיות,
- אינטרוספקטיביות, יכולת ניתוח פנימה,
- בעל יכולת התכחות אישית,
- סובלני כלפי משמעות כפולה,
- חם ואיכפת,
- סובלניות מול קירבה,
- מרגיש נינוח עם כוח,
- ומסוגל לצחוק.

אף על פי כן, יש מאפיין אחד אשר שוב ושוב מזוהה עם הסיבה שמביאה אנשים להיכנס לשדה הטיפולי והוא רצונם בגדילה אישית ומציאת פתרון לבעיותיהם האישיות (Ford 1963, Friedman 1971, Keith 1987, Kottler 1993, Racusin Ambramowitz & Titelman 1987, Winter 1981)

בנט וזילבאך (Bennett & Zilbach 1989) תיעדו את החניכים שלהם מתוודים שהתעניינותם בטיפול משפחתי התעוררה מהרצון להתמודד ולרפא את המשפחות שלהם עצמם. כך גם פורד (Ford 1963) אסף רשמים של חניכים משך 15 שנים והסיק שלמטפלים צורך לפתור את הסכסוכים האישיים שלהם. המשיכה היסודית המסתתרת ברצון להפוך להיות פסיכותרפיסט מקצועי לפי קית' (Keith 1987), קשורה להזדמנות של התרחבות מתמשכת של האישיות.

קוטלר (Kottler 1993) כותב, " ברוב מטפלים, נראה שיש רצון צרוב לעבור דרך סכסוכים אישיים, האמונה שעל ידי סיוע לאחרים ניתן לפתור בעיות אישיות, ונטיעה למיזוג של המימדים האישיים והמקצועיים של חיים לתוך תפיסה מאוחדת של

העצמי ושל העולם"

קוטלר (Kottler 1993) מציין שבין אם הייתה מלכתחילה כוונה או לא, ברגע שנעשים מטפלים מתחייבים לגדילה עצמית. בנוסף לגדילה האישית, כמה חוקרים (Titelman 1987, McCarley 1975, Friedman 1971) מסכימים שהמשיכה למקצוע הטיפולי יכולה לנבוע מתפקידיהם והתנסותם של אנשים במשפחותיהם ולרצונם לטפל במשפחתם.

ממצא מעניין בנושא ניתן ללמוד ממחקר של 14 פסיכולוגים קליניים המעורבים בעיקר בעבודה קלינית, 100% של הנשאלים דיווחו על לפחות בן משפחה אחד עם בעיות פיסיות או התנהגותיות הקשורות לגורמים של חיי הנפש. (Racusin, Ambramowitz & Winter 1981)

באותו מחקר, החוקרים מצאו תבנית של ניידות בין דורית כלפי מעלה במשפחות של המטפלים: שנים עשר מתוך ארבעה עשר מהפסיכולוגים בחרו בקריירה בניגוד מוחלט לקריירת הוריהם. חצי מהנשאלים דיווחו שתפקידם הראשי במשפחת המקור היה להיות דמות הורית.

חוקרים אלו מגיעים למסקנה החיובית שעצם המודעות של המטפל אודות המוטיבציות הנסותרות בעת בחירת הקריירה שלהם, מקלה בגדילה מקצועית וממקסמת את יעילות התפקוד התרפויטי. אחרים נוקטים בגישה שלילית שמקצת המטפלים נכנסו למקצוע הטיפולי מסיבות אנוכיות, אנטי-תפקודיות ואפילו סיבות נורוטיביות (יצבות נפשית נמוכה).

בוגנטל (Bugental 1964) רשם את רשימת סיבות הנורוטיביות שגורמות לאנשים להיפך לפסיכותרפיסטים, תוך התבססות בתצפיות על חניכים שלו:

- קירבה חד צדדית (הרצון להכיר את האחרים, ללא חשיפת העצמי),
- התמודדות עם חרדות,
- הרגשת כל יכולת,
- חיים באופן עקיף דרך אחרים,
- חיים עם מקום שבו מקובל לשתף רגשות,
- מרידה נגד סמכות ומסורת.

קוטלר (Kottler 1993) מניח שמקצתם נכנסים למקצוע כדי למלא את הצורך שלהם להיות נדרשים ושהאחרים יהיו תלויים בהם.

סוזמן (Sussman 1995) מניח שחלקם נכנסים לשדה הטיפולי של טיפול באחרים בניסיון להרגיע את פחדיהם ממחלת נפש.

גאי (Guy 1987) ציין את המניעים התפקודיים הלקויים בקריירה הטיפולית של המטפל:

צרה רגשית, רצון לפתור בעיות אישיות, התייחסות לאחרים עם בעיות דומות, או פיתרון בעיות של אחרים כדי למצוא פתרון לבעיות

אישיות, התמודדות עקיפה, בדידות ובידוד, תשוקה לכוח {רצון}, צורך לאהוב אחרים מתוך אמונה שהאהבה זאת בעלת כוחות קסומים, ומרד עקיף.

יחד עם זאת, גאי מצביע על כך שמטפלים שנכנסים למקצוע עם מניעים תפקודיים לקויים יכולים להימנע מלהיות מטפלים בעלי תפקוד לקוי, כאשר: הם מקבלים הנחייה, עוברים הכשרה שמלמדת את המיומנויות ההכרחיות להיות יעיל {אפקטיבי}, משתתפים בטיפול אישי אשר מתמודד עם התפקודים הלקויים שלהם ומנהלים טיפול בצורה שמרפאה בפני עצמה.

בסקירה ספרותית, זוסמן (Sussman 1992) מצא סימוכין לעובדה שאנשים הבוחרים במקצוע טיפולי התנסו ברמות גבוהות של לחץ בין אישי רגשי בחייהם ובמשפחתם. באשר לשאלה האם תפקוד לקוי הכרחי להצלחה בתחום הטיפולי, הוא מרמז לרעיון של "פצע מרפא", "כוהן רוחות" שחייב לסבול כדי להשיג את הכוח לרפא אחרים.

אומנם שוב (Shub 1995) לא מסכים עמו ומציין שמטפלים בעלי מוטיבציות שמקורם בתפקוד לקוי בכניסה למקצוע, או עם פגמים באופיים ובעלי אי סדרים אישיותיים יכולים להטריד, להכאיב או אפילו להפריע למטופליהם.

לכן, הכרחי שהמטפלים יהיו מודעים ותוכניות ההכשרה יותאמו לסיבות שהביאו את הסטודנטים לבחור במקצוע, להיות פרו-אקטיביים (לקיחת יוזמה, בדינו היוזמה והאחריות לגרום לדברים שיתרחשו, התנהגות פרואקטיבית היא פרי של בחירה מודעת, המתבססת על ערכים, אנו אחראים לחיינו). בבקרת בריאות הנפש וביכולות של הסטודנטים כדי שאלו יכלו לספק בעתיד טיפול מסייע, אתי ויעיל ללקוחותיהם.

המניעים לבחירה בטיפול המשפחתי כמקצוע

מטפלים משפחתיים מעלים השערות שונות לגבי מניעי התרפיסטים לבחור לעסוק בטיפול משפחתי. למניעים אלו פן הנובע מהייחודיות והשוני של הטיפול המשפחתי מהטיפול האינדיבידואלי. על מנת שניטיב להבין מניעים אלו, נעמוד בקצרה על מהות התפקוד הטיפולי של המטפל המשפחתי.

המטפל המשפחתי מהווה חלק אינטגרלי של מערכת טיפולית. מערכת זו מאופיינת במורכבות והעצמה רבים יותר מאשר בטיפול האינדיבידואלי. יתרה מזאת, הסיטואציה המשפחתית בחדר הטיפול הינה סיטואציה ראשונית ויומיומית המוכרת לכל אחד מאיתנו – מטפל ומטופל. כלומר עצם עובדת היות כולנו בנים להורים וחברים במשפחות, מגדילה את ההסתברות למעורבות המטפל.

המורכבות המערכתית והאינטנסיביות הרגשית בטיפול המשפחתי, עלולה ליצור מצב של חוסר בטחון ואי בהירות למטפל. בנוסף, המשפחה מגיעה לטיפול עם יותר כוח מאשר יש למטופל; היחסים בין חברי המשפחה עוצבו במשך שנים, הושקע בהם רגש רב ודפוסיהם המערכתיים מוגנים היטב. לעיתים, הכוח שמשדרת המשפחה גורם לחוסר בטחון של המטפל. המטפל חווה מחדש סיטואציות אשר במהותן ראשוניות עבורו; בהיותו בן למשפחה, עליו לקיים את ה-self שלו, לשמור על "מבט על" תוך מרחק מהמערכת, כדי שיוכל לעזור למשפחה לגדול ולהשתנות.

בספרות הבודקת את המניעים לבחירה במקצוע טיפולי (Guy, 1987; Sussman, 1992) יש המדגישים בבחירה המקצועית של עובדים סוציאליים את המניעים האלטרואיסטים (מי שאוהב את זולתו אהבה יתרה) הכוללים רצון לסייע לאוכלוסיה במצוקה ולפעול לשיפור החברה (Timms, 1978). אחרים מצביעים על מניעים אישיים המובילים לבחירה במקצוע טיפולי: רצון להשיג כוח (רוזנהיים 1990);

(Guy, 1987), שאיפה לטפל בקונפליקטים אישיים לא פתורים (Guy, 1987; Sussman, 1992), רצון לזכות בקשר של קרבה משמעותית (רוזנהיים, 1990), חיפוש זהות אישית, שאיפות לתיקון עצמי ופנטזיות של הצלה (Sussman, 1992).

מקצועות טיפול מושכים את מי שגם במשפחתו היה נותן טיפול (Sussman, 1995). מילר (1979) טוענת כי מטפלים רבים מילאו בילדותם תפקיד של ילד הורי, שמפתח יכולת להיענות לצרכים הרגשיים של הוריו ובתמורה לכך מובטחת לו אהבתם. דינמיקה זו פיתחה אצל הילד רגישות מיוחדת לצרכיו הלא מודעים של הזולת והובילה לבחירה במקצוע טיפולי. הזדהות עם האם ואימוץ תכונות אמהיות מוזכרות גם הן כמניע לבחירה בטיפול. (Sussman, 1992). במחקרן של סלומון ופלד (2000) נשים ציינו את האמהות שלהן כמניע להתנדב לתפקיד בעל אופי טיפולי.

בוואן (Ferber, Mendelson, & Napier, 1972, 146p) מוסיף ומבהיר את המורכבות של תפקיד המטפל המשפחתי הקשורה בלהיות בתוך המערכת אך "בשליטה לא על המערכת אלא על עצמך". הוא מסביר כי "זו תגובה שונה אם אתה יכול להיות עם מישהו, אך לא לכוד ברצינות של המצב. יחד עם זאת, יש באותו מצב של חוסר בטחון ואי בהירות משהו מרתק, אשר אם מוותר המטפל על הצורך בשליטה – מסייע לו "בלהיות". כפי שאומר וויטאקר בפנל של מטפלים משפחתיים; **"אם אתה אוהב חוסר בטחון – פנה לעבודה עם משפחות"** (Ferber, Mendelson, & Napier, 1972, 137p).

לוח'מן וקירשנבאום (Luthman & Kirshenbaum 1974) מציינים, כי בטיפול המשפחתי נדרש המטפל להשתמש בעצמו בצורה פעילה ואגרסיבית.

על המטפל לסכן עצמו בחשיפת רגשותיו ונתינת אמון בתפיסתו הפנימית. בלתי אפשרי למטפלים משפחתיים להחזיק עמדה של "מומחה אלוהי יודע כל" ולהצליח בטיפול משפחתי.

עמדנו עד כה על העצמה והמורכבות הרגשית בטיפול משפחתי. נשאלת השאלה: מה מניע תרפיסטים לבחור בעיסוק זה?

פרמו (Framo 1975) סבור שהמטפלים המשפחתיים הם "גזע שונה" משאר התרפיסטים: הם סקרנים ופתוחים יותר, בעלי נטיה לטפל באנשים כ"בני אדם" ולא כ"פציינטים" והמיקוד שלהם בטיפול יותר על הקונטקסט (הקשר, רקע) האנושי מאשר על הפסיכופתולוגיה. הוא מאמין (Framo, 1979) שמטפלים משפחתיים "נולדו לכך ולא נעשו" (born and not made). הם בעלי אינסטינקט לעבודה זו והם "יודעים" דינמיקה משפחתית באמצעות עורם. רוב המטפלים המשפחתיים היו מניפולטורים במשפחות המוצא שלהם ו"מומחים" למאבקים במשפחותיהם. מיומנות זו שלהם ממשיכה ובאה לידי ביטוי בעיסוקם המקצועי.

אחרים סבורים שחלק ניכר מהמטפלים המשפחתיים היו בעלי תפקיד של מצילים (rescuers) או מגשרים במשפחות המוצא שלהם (Bowen 197; Ferber et al., 1972).

לוח'מן וקירשנבאום (Luthman & Kirshenbaum 1974) סבורים כי אנשים הפונים לעסוק בטיפול משפחתי הם אלו שהנם יותר פתוחים, אגרסיביים ו"זורמים". הם מוסיפים, כי אין זה אומר, שאנשים יותר אינטרוברטים (אדם מופנם, מי שמכונס בעצמו) אינם מתאימים לעסוק בטיפול המשפחתי. לדבריהם, מטפלים רבים מחפשים, באמצעות ההכשרה בטיפול המשפחתי, התנסות למען התפתחותם וצמיחתם

האישיית יותר מאשר כלי מקצועי.

נייל וקניסקרן (Neill & Kniskern 1982) מציגים היבט נוסף. לדבריהם, כל הפסיכיאטרים בוחרים את התמחותם, מאחר שהם מפחדים מהשיגעון או מסוכסכים עימו. הם מתפלגים לשתי קבוצות – אלה שנכנעים לתקווה למצוא את השגעון שלהם ואלו שממשיכים לחפש אותו. תרפיסטים בוחרים במקצועם מאחר שהם רוצים ללמוד את "התוך של עצמם" בדרך יותר מציצנית. ואכן, נראה כי מטפלים משפחתיים רבים הגיעו לבחירתם מתוך חייהם האישיים במשפחות המוצא.

צ'רני (Charny 1983) מחזק את הדברים ובהתייחסותו לבחירה בעיסוק בטיפול משפחתי טוען כי תרפיסטים העוסקים בבריאות הנפש עוסקים בכך בין השאר גם כדי לנסות לשפר, באמצעות הטיפול באחרים, את בריאותם הנפשית. מטפלים משפחתיים, כמו תרפיסטים אחרים, מנסים לפתור את בעיותיהם הנפשיות באמצעות העיסוק בטיפול ואף מעבר לכך: באמצעות עבודתם כמטפלים משפחתיים הם מנסים לפתור את הבעיות במשפחתם.

מטפלים משפחתיים מדווחים כי מגיל צעיר חוו דרכי הסתכלות שונות על חיי משפחה, מתוך הסתכלות מנקודות מבט שונות של הוריהם על חייהם המשותפים, חילופים רבים במקומות המגורים אשר חוו כילדים ואשר הביאו למפגש עם חיי משפחה מתרבויות שונות או מתוך חוויות ילדות של ניתוק ממשפחה ומעבר לאחרת (Ferber et al., 1972; Colon, 1973).

מהאמור לעיל נראה כי הבחירה בעיסוק בפסיכותרפיה אינדיבידואלית והבחירה בעיסוק בטיפול משפחתי נעשות מתוך מניעים דומים, אך יש מניעים המייחדים את התרפיסטים הבוחרים לעסוק בטיפול המשפחתי. כפי שנאמר והודגש, הטיפול הפסיכותרפויטי הוא תהליך של אינטרקציה בין המטפל למערכת הקליינט. במערכת יחסי גומלין קיימת השפעה הדדית של המטפל על הטיפול וכן השפעה של הטיפול על המטפל. בהמשך נעמוד על השפעות גומלין אלו.

המניעים לבחירה בפסיכותרפיה כמקצוע

העיסוק בפסיכותרפיה חושף את המטפלים לעוצמה אמוציונלית רבגונית וקיצונית. הקשר של המטפלים עם מטופליהם מאופיין באינטימיות ודורש מהמטפלים השקעת משאבים רגשיים רבים.

אנשי המקצוע מתעניינים בשאלה: מה מניע את התרפיסט לבחור בעיסוק הדורש השקעה רגשית כה רבה? – בספרות המקצועית מציינים מספר מניעים דומיננטיים לסיבות לבחירה במקצוע, הקשורים בעיקר באישיות המטפל:

פינס וארונסון (Pinas & Aronson 1980) סבורים כי הבחירה במקצוע טיפולי נובעת מאישיות בעלת רגישות מיוחדת לזולת ואמפתיה רבה לסבל של אחרים.

רוב הפרופסיונלים במקצועות העזרה (helping professions) הם הומניים, מעדיפים להתעסק עם אנשים מאשר עם מכונות או

מכשירים, בעלי צורך להיות בקשר ובאמפתיה עם סבל וכאב ורצון לעזור לאחרים (Edelwich & Brodsky 1980)

סיבה שכיחה הקשורה לבחירת המקצוע היא כי חלק מהמטפלים בחר במקצוע בנסיון לפתור את בעיותיהם האישיות

(Ferber et al., 1972; Racker, 1982 Bugental, 1964; Burton, 1975; Esman, 1987) ולשפר באמצעות הטיפול באחרים את

בריאותם הנפשית (Charny, 1983; Chessick, 1971, 1978).

היבט נוסף המסביר את בחירת המקצוע הינו האפשרות לגדילה וצמיחה אישית (Edelwich & Brodsky, 1980); באמצעות העזרה לאחרים עובר המטפל תהליכי גדילה אישית, מאפשר לעצמו לבטא את עצמו וכמו כן הוא מרגיש חזק, בריא ובשליטה (Edelwich & Brodsky, 1980).

מסקירת הספרות התברר כי תרפיסטים רבים סבורים, שיחסים של מטפלים אחרים עם הקליינטים שלהם משמשים למטפלים אמצעי להשביע את שאיפותיהם לשליטה ואינטימיות. כלומר, עקב הצורך ב"אינטימיות מבוקרת" אותה הם מקבלים באמצעות הטיפול, נמשכים המטפלים לעיסוקם (Freudenberg & Robbins, 1979; Sharaf & Levinson, 1964; Wheelis, 1958 Bugental, 1964; Dreyfus, 1967; Hammer, 1972, Henry, 1966).

גרבן (Greben 1975) סבור שאנשים הבוחרים לעסוק בתרפיה הם לעיתים קרובות אנשים שיש להם קשיים להתקרב לאנשים אחרים. העיסוק בטיפול נפשי מאפשר להם להישאר בגבולות של עצמם (left alone) ויחד עם זאת מאפשר להם אינטימיות. התנסויות המטפל במשפחת המוצא שלו עשויות להוביל אף הן לבחירה במקצוע בתחום בריאות הנפש (Henry, Sims & Spray, 1971), (1973).

לוח'מן וקירשנבאום (Luthman & Kirshenbaum 1974) טוענים כי על פי התרשמותם, המטפלים ממשיכים באמצעות עבודתם לשמש בתפקיד של "מצילים" (rescuers), תפקיד אותו מלאו במשפחות המוצא שלהם. כלומר, הם היו חברים במשפחות בהן לקחו תפקיד של "פציינט מזוהה" (identified patient) או תפקיד של "הורה". באמצעות תפקידים אלה הם בטאו דאגה לצרכי אחרים במשפחה ולא התמודדו עם הרגשת הכאב או הקיפוח שלהם.

בספרות העיונית קיימים טיעונים לגבי המניעים של תרפיסטים לבחירתם במקצוע, אולם הספרות האמפירית בנושא מועטה. לא נמצאו עדויות היכולות להצביע על סיבות לבחירת המקצוע, מלבד העובדה שאצל מטפלים בלטה מגמה לרדיפה אחר הישגים אינטלקטואליים בילדות (Henry, Sims & Spray, 1973).

ואלדרופ והארסט (Waldroop & Hurst 1982) מאששים את העובדה כי לא נמצאו עדויות המצביעות על הסיבות לבחירת המקצוע. במחקרם נמצא כי מטפלים לא מספקים את צרכיהם הניורטיים באמצעות הפציינטים ולרוב הנחקרים היו חיי משפחה מספקים. כמו כן, לא נמצאה הוכחה לכך, שהצרכים של המטפלים לשליטה ואינטימיות גבוהים מצרכי האוכלוסיה בכללותה.

לסיכום, סקירת הספרות התאורטית מצביעה כי לפסיכותרפיסט מניעים לבחירתו במקצוע הקשורים לאישיותו, אך עד כה לא נמצאו הוכחות אמפיריות להשערות שהועלו.

כאמור, הקשר בין בחירת מקצוע הפסיכותרפיה כעיסוק לבין מרכיבים אישיותיים עדיין לא נחקר במידה מספקת.

הקריירה של המטפל המשפחתי

סוזמן (Sussman 1992) מגדיר את מקצוע הטיפול כמציצני במובן של דיאלוג על מספר נורמות ומוגבלות חברתיות ונחיתה בתוך החיים האישיים והפרטים של אנשים.

גאי ובראון (Guy & Brown 1992) מסכימים, באומנם שהציבור בדרך כלל רואים במטפלים צדיקים/קדושים ושהציבור תלוי בהם כמו ב"מציצנים" שמהם רוצים לברוח.

פארבר (Farber 1983) וידא את קיום רגשות המטפל למטופל שגם הוא מטפל בסקר של ששים פסיכותרפיסטים. בסקר שנערך 64.9% דיווחו שהמטופלים היו יותר פתוחים כאשר הם גילו למטפל שלהם שגם הם מטפלים. באותו סקר, 52.6% של המטופלים דיווחו שהמטפלים נראו מאוימים מנוכחותם. החברה כמעט תמיד מתייחסת למטפלים כעל בעלי כוחות מיוחדים וחלק מהמטפלים יכולים לעבור תקופות משבריות אם לא מאמינים בכך. קריירה של מטפל היא בעלת תפקיד ייחודי בחברה וגוררת/כוללת בתוכה מספר דילמות מעניינות.

החיים האישיים לעומת החיים המקצועיים

הקריירה בתחום הטיפול ייחודית בכך, שלאחר שהתחילה, הצדדים האישיים והצד המקצועי שזורים זה בזה בצורה הדוקה. קוטלר (Kottler 1993) כותב, " הפרקטיקה הטיפולית מאפשרת סגנון חיים ייחודי שבו התפקידים האישיים והמקצועיים משלימים אחד את השני". יש מעט קריירות נוספות שבהן הגבולות בין העבודה וה"משחק" כל כך חדירים.

גאי (Guy 1987) מציין שבעצם הפיכתך למטפל הנך "מערב את הקיום האישי המלא שלך ומשפיע מאוד על האישיות העצמה, ומביאה להתחייבות לסגנון חיים".

ויליאמסון (Williamson 1991) מסכים שהסמכות האישית והסמכות מקצועית הולכות יד ביד, עד שהם מותכות יחד והעבודה הופכת להיות יותר עניין של "להיות" ופחות עניין של "לעשות".

תוצאות ראיונות עם 30 מטפלים בכל ארצות הברית הראתה שכולם, פרט למטפל אחד, ציינו שהחיים האישיים והמקצועיים שזורים זה בזה בצורה מסובכת ולא ניתנים להפרדה לישויות מובחנות (Shadley 1987).

הסיבה לכך היא שמטפלים מעולם לא נמצאים במצב של " לא בתפקיד", והם לא יכולים להפסיק להשתמש במה שהם יודעים ויכולים לעשות.

אף על פי כן קוליאר (Collier 1987) מציין שלמגדר (GENDER) יש השפעה על איך שני המימדים האלה מתאחדים: בזמן שבתהליך החברות של הנשים, אלו מחברות את תפקידן והבנתן את עצמן ורגשותיהן ביחסים בין אישים, החברה מלמדת גברים לחלק את הרגשות ואת המחשבות למחלקות. לכן, חשוב לציין שתהליך המיזוג של החיים האישיים והמקצועיים יכולים להיות שונים לגברים ולנשים. ההבדלים בהשפעה יתכנו בהיתוך של המימדים המקצועיים והאישיים של מטפלים, היציבות הרגשית של המטפל, תפקודו הבין אישי, וערכיו.

לפי קוטלר (Kottler 1993) וגאי (Guy 1987) כיום, יותר מבעבר לא קיימת בושה בוידוי שהמטפלים הם בעלי תגובות רגשיות חזקות כלפי לקוחותיהם, ויש יותר מתן לגיטימציה לכך שמטפלים מושפעים מיחסי הגומלין הטיפולים.

בסקירה מחקרית גאי וליאבוא (Guy & Liaboe 1986) מצאו עדות מצטברת שלפרקטיקה הטיפולית השפעה משמעותית על תפקוד המטפל ביחסים בין אישיים.

קוטלר (Kottler 1993) מציין שסגנונות חיים של המטפלים גם מושפעים על ידי עבודתם ובכל פעם שמטפלים מדברים עם לקוחותיהם, הם מרפאים למעשה את עצמם, "לצורך כך יש שניים בקהל".

מספר חוקרים (Sussman 1995, Roback, Webersinn & Guion 1971) מדגישים את הלחצים שהמטפלים לעיתים קרובות מרגישים מכך שמצפים מהם להיות עמודי הווה בקהילותיהם, כאילו שהם כלילי השלמות בכל הנוגע בבריאות הנפש והיציבות. אומנם, הרבה נכשלים בהבנתם שמטפלים לעיתים קרובות בוחרים בקריירה שלהם בגלל התנסותם עם קושיים רגשיים. לעיתים, מהחשש להתגלות כאנשים ממוצעים עם בעיות אישיות, חלק מהמטפלים מגבילים את פעילותם החברתית ואת הופעותיהם הציבוריות. מאחר שתפקידים האישיים והמקצועיים מתחדדים והמטפלים נמצאים תמיד "בתפקיד" כך מציין גם קוטלר (Kottler 1993) שמטפלים לעיתים קרובות לא מסוגלים ומסרבים לחיות מחוץ למסגרת העבודה, מעבר לתפקידי העזרה.

פיליפים וליי (Phillips & Lee 1986) מצביעים על כך שהחברה מצפה מהמטפלים להיות לעזר בכל מצב ובכל סביבה. לכן, אנשים לעיתים קרובות מצפים מהמטפלים להיות לעזר אפילו במערכות יחסים לא מקצועיות. צפיה זו יכולה להביא ללחץ רב ולהחמיר את אי היכולת של המטפלים להפריד בין חייהם האישיים והמקצועיים ולהגביל את נכונותם להשתתף בפעילויות "חוץ".

הסיבה לכך שמבחינה חברתית, למטפלים קשיים באינטראקציה עם אנשים במסגרת לא מקצועית היא שאנשים כבני אדם מגיעים לקיצוניות בעת פגישתם עם המטפל. (Roback, Webersinn & Guion 1971). המטפלים הם גם עוינים במצב זה, ועל התרפיסט להזכיר להם את כשירותיהם, הלקויים ואת פחדם להיות "נוכחים" או שהם מאוד "אישיים" ואומרים לתרפיסט את ה"כול" על עצמם ועל בעיותיהם. עקב הקושי הזה ביחסים בין אישיים, הרבה מטפלים יכולים לבחור לסגת מפעילויות קהילתיות.

השפעת הקריירה על המטפל וחיי המשפחה של המטפל

יש גם יתרונות וגם חסרונות בקיום של מטפל משפחתי במשפחה. משפחות של מטפלים משפחתיים והמטפלים עצמם ביטאו בעיות הקשורות לקריירה שלהם.

טיפול במשפחות לא רק מחדש את המראות והפחדים מן העבר של חיי המשפחה אצל המטפל, אלא הוא גם בעל השפעות דקות ביחסי המשפחה הנוכחים שלו (פרמו 1982) כך שקיימת השפעה ישירה של קריירת וסגנון החיים של המטפל על משפחתו שכן אף על פי

שעסקיהם הם לסייע לאחרים ולפתור בעיות זוגיות ומשפחתיות, משפחות המטפלים לא מחוסנות מפני לחץ (Wetchler & Piercy 1986).

לעיתים כתוצאה מההשפעות הרבות שנגזרות מהטיפול המשפחתי גוברים הסיכויים לקשיים משפחתיים ולפירוקים בתוך משפחת המטפל. (Charny 1982)

ברמק (Bermak 1977) מסביר את ההשפעה השלילית של קריירת המטפל על חיי משפחתו בכך שמטפלים חווים דוגמאות חיות אודות טבע התמחותם ולכן משפחתם נוטת לצפות ליותר מהם. וושטלר ופירסי (Wetchle & Piercy 1986) מוסיפים ואומרים שמשפחות יכולות להשתמש בקריירת המטפל כנשק, בצפייה שהמטפל יתפקד יותר טוב מהמוצע ויהיה בעל יכולות רבות יותר כבעל וכהורה.

גאי (Guy 1987) מציין את הקושי שיש למטפלים לעבור מתפקידם כצופים ביחס לאחרים להפיכתם למשתתף פעיל וסובייקטיבי במשפחתם, כגורם להשפעה שלילית. כמו כן בהתמקדותם הרצופה בבריאות הנפש בעבודתם היום יומית שלהם, המטפלים יכולים לבחון יתר על המידה ולחפש בעיות בעצמם ומשפחתם.

בדומה לדעה זו צרני (Charny 1982) מתייחס לתופעה כעל " מחלה של המטפל ". מטפלים יכולים להיות רגישים יתר על המידה או היפר רגישים לכל בעיה במשפחתם וביסודו של דבר להפוך את הבעיות ליותר גדולות ממה שהן למעשה (באמת) . לכן, גם לפי גאי ובראון (Guy & Brown 1992) מטפלים חייבים ללמוד "לכבות" את עמידתם האנליטית והמפענחת בכל הנוגע למערכות יחסים אישיות ולהפסיק לעבוד מחוץ למשרד.

הנחות אלה מקבלות אישוש במחקר שערך פארבר (Farber 1983) ובו רואינו ששים (60) פסיכותרפיסטים. בתוצאות המחקר נמצא ש 64.4% מהם הרגישו שהפרקטיקה הטיפולית יכולה להוביל אותם לבחינה מוגזמת של המוטיבציות של עצמם ושל אחרים. 53% הסכימו שההשפעות השליליות המרוקנות בעבודתם, הם ההסבר לדלות הרגשות בביתם באופן שהאנרגיה המושקעת בקריירה הטיפולית יכולה להפוך לסלע מחלוקת במשפחתם. המשפחה יכולה להתרעם על הזמן, האנרגיה, ותשומת הלב שהמטפל מקדיש למטופליו.

לעומת זאת, קאסלאו ושומן (Kaslow & Schulman 1987) טוענים שהמטפל/ת יכול לצפות ממשפחתו/ה לספק קשר אינטנסיבי כפי שיש לו/לה עם מטופליו או שום קשר אינטנסיבי בכלל (לצורך הקלה). עמדה זו מתחזקת לנוכח מחקר של 101 משפחות באינדיאנה על ידי וואטשלר ופרסי (Wetchler & Piercy 1986) במחקר נמצא שמטפלים משפחתיים חווים לחץ הקשור לקריירה שלהם במשפחתם:

ארבעים וחמשה אחוז (45%) מהנישאים דירגו " הזמן המועט הנותר/נשאר לנישואים שלהם ולמשפחתם כגורם לחץ" .
ארבעים וארבעה אחוז (44%) דירגו " האנרגיה המועטה הנותרת/נשארת לנישואים שלהם ולמשפחתם כגורם לחץ" .
שלושים ושבעה אחוז (37%) סימנו "שהיה להם קושי בהחלפת תפקידים ממטפל לבן משפחה".

קוטלר (Kottler 1993) התוודה שלקוחותיו - אנשים המשלמים עבור הזמן שלו, מקבלים 95% מתשומת לבו, בזמן שהאנשים שהוא

הכי אוהב (המשפחה) מקבלים " אדם מדולל, מרוכז בעצמו" כבן משפחה.

הקריירה של המטפל משפיעה על פעולות הגומלין בינו ובין משפחתו עד כדי כך שקאסלאו (Kaslow 1984b) משער שחברים במשפחת המטפל נהפכים לעיתים קרובות לבעלי סימפטומים טיפוליים וזאת כדי להשיג את תשומת לבו של המטפל ולקבל את מה שהלקוחות "המועדפים" מקבלים.

צ'רני (Charny 1982) , מתוך התבססות על שיחות שקיים עם מנהיגים בתחום הטיפול המשפחתי יצר רשימה של מלכודות פוטנציאליות ומכשולים בהם עלולים להיתקל מטפלים משפחתיים:

ברשימה הזאת נכללו :

- "יותר מדי עייף מכדי להקשיב למשפחתי"
- צפייה לתפקוד ברמה גבוה מאוד במשפחתו,
- לפעול ולהרגיש כול יכול,
- לקיחת האחריות להיות המומחה במשפחתו,
- צפייה להתקדמות המשפחה בקצב הדומה לקצב ההתקדמות של משפחות המטופלות, חוסר סובלנות מול נסיגות במשפחתם,
- ופיקוח יתר על בעיות.

מחברים אחרים התייחסו לבעיות המיוחדות של המטפלות שיכולות להתנסות ביותר התנגשויות בתפקידים כאמהות ומטפלות קוץ (1986) מתוך ראייה שנשים יותר מחוברות (SOCIALIZED) מדרג תפקידים, ולכן יכולות להיות בעלות קשיים רבים בעת ניסיונם להפריד בין העבודה וחיי המשפחה.

גאי (Guy 1987) דן בנטייה של המטפל לצאת/לברוח מהבעיות בבית או בהימנעותו להתמודד עם שינוי . בזמן שמטפלים יכולים להיות בעלי העדר מוטיבציה לפתור סכסוכים, הם גם נוטים להתמודד בצורה מגושמת בפסיכופתולוגיה של האחרים ונותנים עצות יותר מדי. הם יכולים להאשים את משפחתם במקום לקבל פגמיהם או בעיות בתפקודם. מטפלים הם בעלי ציפיות גבוהות להיות "בן המשפחה המושלם".

פירסי ווטשלר (Piercy & Wetchler 1987) מציינים שיתכן שכדי לברוח ממשברים משפחתיים, מטפלים בוחרים להשתקע בעבודה. בכל מקרה של בריחה או של אשמה, נראה שהמטפלים עוברים זמנים קשים בהתמודדותם עם הבעיות המשפחתיות שלהם.

ההשפעות החיוביות שיש למטפל מעבודה קלינית, לפי גאי ובראון (Guy & Brown 1992) הן חידוד היכולת של מטפל לזהות ולהימנע ממערכות יחסים חולניות ולחוות התנסויות בין אישיות בריאות עם אחרים.

קררי וקררי (Cray & Cray 1977) מצביעים על כך שהכלים ההכרחיים להיות מטפל טוב הם גם הכלים הכרחיים להיות בן זוג טוב:

חום, תקשורת יעילה {אפקטיבית}, והבנה. אומנם, מטפלים לעיתים קרובות משתמשים בתכונות האלה בעבודה, אך משארים מעט מאוד מהם לבית.

במחקר של שלוש מאות שבעים ותשעה פסיכולוגים (בעיקר פסיכולוגיים קליניים ומייעצים), טורסון, מילר וקראוסקופ (Thoreson, Miller & Krauskopf 1989) מצאו רמות גבוהות של התאמה רגשית ובריאות נפשית. שבעים אחוז דיווחו שהם מסופקים בחיי הנישואים או מערכת היחסים שלהם.

מקנאב דן ב"איך אמא" משחקת" עם תפקידה כמטפלת. הוא מצביע שמטפלים צפויים להשוות את תפקידם כהורה עם תפקידיהם של לקוחותיהם כהורים ולהחליף רעיונות ביניהם. בזמן שפעולה זו יכולה להוסיף רעיונות להורות, היא יכולה גם להוות נקודת השוואה לביקורת.

מצד שני, למטפלים כהורים יכולים להיות חסרונות.

קרובי משפחה של מטפלים נוטים להיות מרוקנים רגשית, להקדיש זמן מועט, ולעשות שימוש בניטרליות בצורה לא הולמת. הם יכולים להיות יותר מדי פרשניים - מחפשים בעיות, בעלי ציפיות גבוהות וחסרי סובלנות לליקויים, ולדחוף באופן מתמיד לגדילה. בנוסף, בגלל סודיות, ילדים של מטפלים לעיתים קרובות יודעים מעט על הקריירות של הוריהם או חייהם בעבודה.

מחקר זה שהתמקד במטפלים זוגיים ומשפחתיים הראה כי לסוג זה של אנשי טיפול אחוז יותר גבוה של בעיות נישואים ומערכת יחסים, ממשותפים במחקרים האחרים שתיארו לפני כן.

השאלה העולה היא האם המטפלים המשפחתיים מגדירים את בעיותיהם אחרת (באופן יחסי יותר), או שלמעשה יש להם יותר בעיות במערכת היחסים שלהם, עקב העבודה שהם עושים. עשרים ותשעה אחוז של המשיבים סימנו את הקריירה/עבודה כבעיה העיקרית בחייהם.

ניתן להסביר את התופעה בכך שמשבר במערכת כלשהי של המטפל: משפחת המטפל או משפחת המטופל, יכול להדהד דרך המערכות האחרות (Wetchler, Flores & Piercy 1988)

קאטראל ופיסוף (Catheral & Pinosof 1987) מציינים כי " העניינים בחיים האישיים של התרפיסט משפיעים על פרספקטיבת התרפיסט ורגישותו לבעיות המוצגות על ידי מטופליהם " לכן, בעיות בחיים של התרפיסט יכולות להשפיע על הטיפול שהוא מנהל ועל הלקוחות שעמם הוא עובד. קשה לחשוב שמטפל שלא מצליח לפתור בעיות אישיות משלו מצופה לפתור בעיות דומות בחיי מטופליו : מאקונאוהי (McConaughy 1987) מציינ " מטפלים אשר מוגבלים, בצורה רצינית, במשאביהם האישיים יהיו בעלי קושיים גדולים לנוכח הצרכים של לקוחותיהם" . (P. 305)

לכן, נראה הכרחי שהמטפלים יכירו שכאשר הם במצוקה, יחפשו עזרה או פתרון למצוקתם, ויתמודדו עם ההשפעות שיש למצוקותיהם על מטופליהם ועל הטיפול שהם מנהלים. זאת למרות הקושי לעשות זאת הנובע מחוסר הרצון להודות בכך שיש לה בעיות: " מוכשרים להיות יצירתיים, תקיפים, עצמאים ותחרותיים, קשה להם [המטפלים] להודות שהם במצוקה או שצריכים עזרה" (Kilburg

(1986

הסיבה לקושי של המטפל לפנות לקבלת סיוע בפתירת בעיותיו האישיות נובעת מכך שההכרזה על ספקות, קשיים אישיים, או הכרה באי יכולת לטפל בבעיות נראת על ידי מטפלים רבים כסימן לכישלון. למרות שמטפלים החווים במשברים אישיים או טראומות יכולים לעבוד ברמה סבירה (Kottler, 1993) לא מומלץ להשאיר את הבעיות האלו ללא מענה ובלתי פתורות.

לפי מאקראדי פרנקנשטיין (McCraedy & Frankenstein 1986) איתור הבעיות של המטפל נעשה לעיתים קרובות על ידי המשפחה והידידים שכן הם הראשונים לראות כל מצוקה של המטפל, והם בעמדה הטובה ביותר לשכנע את המקצוען להכיר/להודות בבעיות ולחפש עזרה.

קילברג (Kilburg 1986) מציין שהמשאבים המופנים לטפל במטפלים במצוקה השתפרו מאוד מ 1976 אבל הבסיס של הידע לתמיכה בשירותים אלו חסר. נדרש יותר מחקר אמפירי כדי לזהות את טבע הבעיות שהמטפלים סובלים מהם, לכוון את ההתמודדות עם בעיות אלו בשלב ההכשרה ובמהלך העבודה, וליצור תוכניות סיוע למטפלים ולשמירה על הלקוחות. אם הבעיות של המטפל מתפתחות והם לא מטופלות, צפויי המטפל ליהפך לבלתי כשיר ולספק טיפול פחות יעיל {אפקטיבי} ללקוחותיו.

סיכום תת פרק -ב

ניתן לראות כי המניע העיקרי לבחירת המטפל בעיסוק בשדה הטיפולי הוא הרצון בגדילה אישית ומציאת פתרונות לבעיותיו האישיות. לעיסוק בתחום הטיפולי קיימת השפעה על אישיות המטפל בעצמו ועל משפחתו. ההשפעות כוללות השפעות חיוביות אך גם השפעות שליליות. המחקרים מראים שלצד ההשפעות החיוביות שכוללות צמיחה אישית, פתיחות, הורות מבינה יותר וכו', קיימות לא מעט השפעות שליליות המביאות לקשיים ביחסים בינאישיים וזאת עקב האספקטים האמוציונליים המעורבים בעבודתם. עם זאת, המחקר האמפירי בנושא זה הוא מעט, על כן ממליצים פרסי וווצלר (Piercy & Wetchler 1987) על כך שחוקרים צריכים לחקור יותר את ההשפעות ההדדיות, על איך חיי משפחה משפיעים על עבודתם ולהיפך. המחקר הנוכחי יבחן את ההשפעות המתוארות מנקודת מבט של לימוד ייעוץ נישואין ומשפחה במטרה להמעיט את ההשפעות השליליות ולחזק את ההשפעות החיוביות.

אישיות המטפל

כל התנסות טיפולית היא בעלת חתימה של המטפל שמשותף בה .

לקוח טיפולי שצוטט במאמר אלמוני (Anonymous 1993) מציין שקשה לחשוב על ההתנסויות הטיפוליות מבלי לחשוב על המטפל שעבדת עמו.

ללא קשר עם הטכניקות או התיאוריה, לפי סאטיר (Satir 1987) המרכיב היסודי של טיפול הוא היחס הבין אישי בין בני אדם ולא

היחס בין הפרט ובעל מקצוע.

חוקרים אחרים (McConaughy 1987 ; Bugental 1964 ; Winter. & Aponte 1987) מסכימים שהמשתנה הראשי, חוץ מהחולה, שמשפיע על הסוג, איכות וכיוון של הטיפול, הוא המטפל. אחרי הכול, ה"בן האדם" שבמטפל הוא מרכיב עיקרי במערכת היחסים שבין מטופל – מטפל (Watson 1993)

הטיפול הינו מערכת יחסים אישית הפועלת בתוך משתנים של מבנה מקצועי.

תיאורתיקנים מתייחסים למפגש בין "מערכת" המטפל ומערכת הלקוח כממשק המרפא (Kramer 1985).

הצד האישי (סגנון חיים, ערכים, אמונות, תכונות אישיות, דעות, התנסויות העבר, גישות, וכו'). של המטפל המקצועי מצוטט בספרות כה "עצמי" של המטפל או ה"אישיות" של המטפל (Winter. & Aponte 1987)

סאטיר (Satir 1987) הפך את התפתחות האישיות של המטפל לנדבך מרכזי בהכשרה. הוא נותן דוגמה שבה שני מטפלים עם אותו גישה טיפולית יכולים להגיע לתוצאות שונות, ושני מטפלים עם גישות שונות יכול להגיע לאותה תוצאה. סאטיר מדגיש שהטיפול כולו מתבסס על אישיות המטפל והערכתו העצמית ללא קשר לתיאוריה או הגישה שהוא נוקט בה.

מספר רב של מטפלים אחרים (Aponte 1992, Winter. & Aponte 1987, Kottler 1993, McConaughy 1987, Shadley, 1987) כתבו עד כה, אודות אישיות המטפל והשפעתה על התהליך הטיפולי.

בתהליך הטיפולי מטפל מוסר/מעביר את אישיותו ואת ערכיו ע"י מילים, מטפורות, הערכות, מטרות, והתערבויותיו בטיפול עד כדי כך שמאקונואוגי (McConaughy 1987) מציג את עמדתו ומציין: "התזה העיקרית שלי היא שהאופי והסגנון הבין אישי של המטפל הוא שקובע את טבע הטיפול... מטפלים בוחרים בטכניקות ובתיאוריות בגלל מי שהם; האסטרטגיות הטיפוליות שלהם הן ביטויים של אישיותם" (פ. 303)

אפונטה ווינטר (Winter. & Aponte 1987) מציינים שבמושבים הטיפולים, המטפלים משתמשים לא רק בידע שלהם ובמומחיותם, אלה גם בהתנסותם ובערכיהם כדי להתקשר עם לקוחות על מנת ליצור שינוי.

קולייר (Collier 1987) מאמינה שכל מעשיה בטיפול כוללים את נוכחותה האישית בתהליך, המודעות שלה לתהליכים הטיפוליים והדרך שבה היא משתמשת בנוכחות שלה. היא מצהירה שהמודעות לשימוש של "עצמי" היא הטכניקה הטיפולית היקרה ביותר. שדלי (Shadley 1987) בחקר 30 פסיכולוגיים, מצא שהמטפלים הסכימו באופן מוחץ, שהמודעות העצמית היא מרכיב חשוב ביעילותם כמטפלים משפחתיים. ההתפתחות ומודעות אלו, לפי ווינטר ואפונטה, מושגים, במאמץ, לאורך כל חיי המטפלים.

שימוש של ה"עצמי" בטיפול

התיאוריה התנסותית- סמלית מדגישה את אישיות המטפל: הצד האישיותי של המטפל הוא הדבר הראשון הבא לידי ביטוי בטיפול והחלק המקצועי הוא הדבר השני ועל כן דורש הטיפול התנסותי את ההשתתפות המלאה של המטפל כבן אדם (Kempler 1981).

כדי שהמטפל יוכל להגיב בדרך ספונטאנית ואינטואיטיבית, קוסטה (Costa 1991) מאמין שהשימוש של ה"עצמי" כבן אדם הכרחי.

שדליי (Shadley 1987) פיתח תיאוריה שהשימוש של העצמיות בתהליך הטיפול היא תופעה מיוחדת רבת פנים הכוללת קבלה של העצמי כבן אנוש, השימוש בה מציע יותר ממומחיות מקצועית, והיא הכרחית בטיפול התנסותי.

סאטיר (Satir 1987) מאמין שהכוח של המטפל מול לקוחותיו הוא פונקציה של ה"עצמי" של המטפל הכולל את הערך העצמי שלו ודרכי הטיפול בצרכיו האישיים.

ווינטר ואפונטה (Winte & Aponte 1987) טוענים כי מטפלים שמשמשים באופן אפקטיבי בעצמי שלהם חייבים קודם כל להבין את משפחתם ולפתור נושאים שמפריעים לתפקידם. העדר פתרון יכול להגביל את יכולת המטפל לחשוב, לפעול ולתקשר בטיפול.

גאץ ופרוטינסקי (Getz & Protinsky 1994) נוקטים עמדה וטוענים שגדילת האישיות היא חלק חיוני בתהליך הכשרת מטפלים, ושידע ומומחיות לא יכולים להיות מופרדים מהדינאמיקה הפנימית והשימוש של עצמי של המטפל.

סאטיר (Satir 1983) מציג מודל בו הוא מצפה מהמטפל להתחייב ולהיות מוכן ופתוח להשתמש באנושיות שבו \ שבה ככלי טיפולי. מטפלים חייבים להסתכן ולגלות את רגשותיהם ולבטוח בתפיסות והתשובות הפנימיות שלהם כדי שהמטופלים יוכלו לעשות את אותו הדבר (Satir 1983). בצורת טיפול כזו מתרחשת פעולת גומלין סיסטמית (שיטתי, באופן מסודר) והעתקה מקבילה. (Boylin Anderson & Bartle 1992)

קית' (Keith 1987) מאמין, שאם המטפל לא יכול לחוות את ה"עצמי", גם לקוחותיו לא יוכלו.

קמפּלר מסכים שהפיכת המטפל לבן אדם שלם ככל האפשר יאפשרו לו, במקום לשחק את תפקיד המטפל, לעודד את מטופליו להשתתף באופן מלא בטיפול כ"בני אדם שלמים".

על אף שהשימוש של העצמי של המטפל יכול להיות מסוכן אם הוא לא מנוטרל, הוא יכול להועיל אם משתמשים בו באופן מתאים וזאת כדי לקדם אחרים.

טיפול בעצמם, באישיותם ובבריאותם הנפשית הוא בסדר עדיפות עליון עבור המטפלים ההיתנסותיים, וזאת כדי להוות מודל עבור לקוחותיהם ולעודד צמיחה. חלק מהבריאות היא התהליך של "להיות" (Whitaker & Keith 1981)

על כן הגישה ההיתנסותית מעודדת גדילה של המטפלים והתפתחותם כחלקים יקרי ערך ומופתים בתהליך הטיפול (Kempler 1981)

קמפּלר (Kempler 1981) מאמין שלמטפלים כוחות פנימיים שיכולים לעכב או לדחוף את הטיפול.

סאטיר (Satir 1983) מרחיב את הטענה, ומכריז שהמטפלים חייבים להיות מודעים לבעיותיהם הבלתי פתורות, שיכולות להפריע ליכולתם להישאר מאוזנים ולהתמקד בטיפול עם לקוחותיהם.

כמו כן מטפלים חייבים להיות מודעים כאשר הם מאבדים את האובייקטיביות או השליטה במושבים הטיפוליים, בגלל הפעלה/הופעה של

בעיותיהם. (Satir 1983).

לכן, כדי לבצע טיפול התנסותי, וויטקאר וקיט' (Whitaker & Keith 1981) הציעו שהמטפלים ינהלו בחינות עצמיות לאורך כל חייהם. הם מאמינים שהטיפול האישי שעוברים מטפלים המשפחתיים מהווה גורם מכריע המסייע להם להיות יותר שלמים, להיבדל, לפי תיאורית וובן, ממשפחת המקור שלהם, לפתח שייכות למשפחתם, וללמד להתגמש במשולשים.

לסיכום, מטפלים התנסותיים מצופים להיות בני אדם " אמיתיים " בסיטואציה הטיפולית. להיות בן אדם קודם לחלק המקצועי של המטפל. כדי להיות נוכחים, אובייקטיביים, להשתמש בעצמי בטיפול, ולהישאר ללא חסימות שמקורן בבעיות אישיות, המטפלים ההתנסותיים חייבים להבדל תוך כדי עבודה במשפחת המקור שלהם עצמם והתנסותם האישית בסיטואציה הטיפולית.

לאחר ששדליי (Shadley 1987) ראיין 30 מטפלים משפחתיים, המליץ שתהליכי ההכשרה של המטפלים המשפחתיים יכללו שיטות שיסייעו למטפלים להיעשות מודעים ולשלב את ה"עצמי" המקצועי הצומח עם העצמי האישי, וזאת כדי שיכלו לעשות שימוש גמיש של העצמי בתהליך הטיפול.

השפעת התרפיסט על הטיפול

התפתחות אישית, סגנון בין אישי וניסיון חיים של התרפיסט יוצרים את האקלים האמוציונאלי, הפרספקטיבה התיאורטית וטכניקות טיפוליות אותן מציע המטפל למטופליו. כל אלו קשורים להצלחת הטיפול (mc connaughy 1987). יתרה מזאת, אישיות המטפל היא משתנה המשפיע במידה רבה על התהליך הטיפולי ותוצאותיו (Knutsen 1977, bugental 1964).

בריאותם האמוציונאלית והמנטאלית של התרפיסטים הם היסודות למיומנותם (Whitfield 1980, Rogers 1957), תפיסה מהירה ותגובות מותאמות מתקשרות עם בריאות מנטאליתם הכלים הטיפוליים של התרפיסט (Deutsch 1985). גם מטפל שטרוד בקונפליקט או לחץ אישי מצופה להיות מודע לתגובותיו ולהתמודד עם בעיותיו מחוץ לטיפול. (Knutsen 1977, Bergin 1966) אחת השאלות המרכזיות הנשאלת על ידי תיאורטיקנים וחוקרים היא: האם המטפל הטרוד בבעיותיו יכול לעזור למטופליו בצורה אפקטיבית? (Bergin & Garfield 1971, Framo 1975, Knutsen 1977, Bergin 1966).

בסקירת הספרות נמצא שהמחקרים שעסקו בנושא זה מועטים, והתשובות בעיקרן מבוטאות במערכת השערות שעדיין לא נבדקו אמפירית.

פרמו (Framo 1975) טוען שיש מטפלים, המסוגלים להיתנתק במהלך הטיפול מבעיותיהם האישיות ולהתייחס לבעיות המטופלים במידה רבה של אובייקטיביות.

נראה כי תופעה נוספת המצטיירת משיחות עם מטופלים היא, כי יש מטפלים המסוגלים אף להגביר את רגישותם לבעיותיהם של אחרים ואת מיומנותיהם הטיפוליות בעקבות מצוקתם הם.

מיכליק (Mihalik 1970) סבור כי קיים קשר חיובי בין הנירוטיות של המטפל והשיפור במצבו של המטופל.

קרס (Krebs 1971) סבור כי מטפלים אבנורמלים עדיפים לסכיזופרנים. למרות שמטפלים רואים בבעיותיהם גורם חיובי בהצלחת הטיפול, לא נמצאו עדויות אמפיריות לקשרים אלו. נהפוך הוא, הטיעון הרווח בספרות הוא, שמטפלים "בריאים" נפשית מביאים לשינוי רב יותר אצל מטופליהם מאשר מטפלים שאינם "בריאים". (Garfield & Bergin 1971)

תיאורטיקנים אף טוענים כי הקשיים האמוציונאליים והמנטאליים של התרפיסט הופכים את הטיפול לפחות אפקטיבי (Bergin 1966, parloff waskow & Wolfe 1978, Bergin & jasper 1969).

קרמר (Kramer 1985) סבור כי בעת שמטפלים מביאים לטיפול בעיות הדומות לנושאים לא פתורים במשפחת המטפל, המטפל אינו יכול לעזור למטופל בצורה יעילה. אחרים מציינים בבירור, שתפקודם כמטפלים נפגם בזמן משברים וקשיים אישיים. (Anonymous 1978, chernin 1976, Cray & Cray 1977, endler 1982, Lewis 1982, abend 1986)

מטפלים אלו מדווחים על מצבים בחייהם האישיים והמשפחתיים ומתארים מצבים ותהליכים טיפוליים, בהם חשו שחוויותיהם האישיות וקשייהם האמוציונאליים פגמו בתהליכים טיפוליים ובאיכות התרפיה במטופליהם.

מאורעות המשפיעים במיוחד על התהליך הטיפולי הם אלו הקשורים למעגל החיים המשפחתי: מאורעות כמו נישואין (Flaherty 1979), (הריון (nadelson et al. 1974) ומוות של חבר במשפחה (Givelber & Simon 1981) עלולים להסיח את הדעת מהמטופלים. האחרונים סבורים כי מטפלים, המתמודדים עם משברים משפחתיים, כמו איבוד אהוב, עלולים "לברוח" מהתמודדות עם משברם האישי על ידי השקעת יתר בעבודה ופיתוח תלות במטופל.

פרמו (framo 1975) מרחיב היבט זה. הוא סבור כי מטפל שאינו מוצא סיפוק לצרכיו הבינאישיים בקרב משפחתו עלול לפתח תלות במטופליו ולפגום בכך בתהליך הטיפולי.

למרות שמטפלים רואים קשר בין קשייהם האישיים והאפקטיביות שלהם כמטפלים, הספרות האמפירית הבודקת קשרים אלו, דלה ביותר.

ווגן (wogan 1970) מצא כי מעצורים והדחקות של מטפלים נמצאים בקורלציה שלילית עם תוצאות חיוביות של טיפול. מחקרם של ונדנבוס וקרונ (vandenbos & karon 1971) אישש את ההשערה בדבר השפעת ה"בריאות" הנפשית של המטפל על תוצאות הטיפול. החוקרים בדקו את הקורלציה (מתאם, התאמה, יחס גומלין) בין הפתוגניות של המטפלים עם התפקוד של פציינטים חולי נפש לאחר ששה חודשי טיפול. נמצא כי בקרב פציינטים של תרפיסטים פחות פתוגניים הופיעו פחות הפרעות חשיבה ותפקוד אינטלקטואלי גבוה. כמו כן, נמצא שפציינטים אלו אושפזו פחות בבית חולים מאשר פציינטים של תרפיסטים שאובחנו כיותר פתוגניים.

מהאמור לעיל נראה כי הקשרים בין חייו האישיים של המטפל ו"בריאותו" הנפשית לבין התהליך הטיפולי אינם חד משמעיים. אך, הדעה הרווחת בקרב המטפלים היא, שככל שהמטפל מתמודד יותר טוב עם בעיותיו האישיות – האפקטיביות שלו כמטפל גבוהה יותר.

השפעת חווית אישיות של המטפל על הטיפול

נישואין, הריון והורות של מטפלים הם חוויות משמעותיות שמשפיעות על הטיפול. הן מעלות בדרך כלל קנאה אצל מטופלים ואשמה אצל מטפלים, הן יכולות גם להכניס לתוך הטיפול סוגיות של אהבה, שמחה ומשמעות החיים (Basescu, 1996). קיים חומר רב בספרות הטיפולית לגבי השפעות ההריון של תרפיסט על הטיפול (Korol, 1996; Tinsley, 2000), אך מעט חומר על הורות של מטפלים (Basescu, 1996; Marlin, 1988). בססקו (Basescu, 1996) טוענת כי החוסר במחקרים מעיד על תפיסה מוטעית שכאשר לילד כבר אין נוכחות פיזית בתוך חדר הטיפול אין לו השפעה על הטיפול.

במחקרה של דארי (Derry, 1997) דיווחו פסיכותרפיסטיות על שינוי בחשיבות התפקיד המקצועי ובגבולות של התפקיד הזה מאז שיש להן ילדים. היא מצאה כי פרט לתפקידן המקצועי יש להן עתה עוד תפקיד חברתי משמעותי, כי התפקיד האימהי נותן להן לגיטימציה לשים גבולות לתפקיד הטיפול ונותן להן לגיטימציה לחשיבות של החוויות האישיות בתוך הטיפול. מתוך ממצאיה דארי טוענת גם כי הגבולות, שהתפקיד האימהי יוצר לתפקיד הטיפולי, מונעים מעורבות יתר של המטפלת בעבודתה, וכך מאפשרים למתן את הקשרים האישיים, שחווים מטפלים כתוצאה מהעבודה הטיפולית.

התמודדויות ושאלות לגבי הורות מעסיקות מטופלים ומטפלים כאחד. כאשר סוגיות עמן מתמודד המטופל רלבנטיות גם מחיי המטפל, המטפל יוכל יותר להבין ולהיות אמפטי, אך גם תגבר עליו המעמסה הרגשית (Maslach, 1978). דמיון בין המטפל למטופל יגביר את האפשרויות להבנת המטופל, אך אם הדמיון רב מדי יש סכנה של טשטוש גבולות ביניהם (רוזנהיים, 1990). כדי להתמודד עם הדמיון עלול המטפל להדגיש את השוני שבינו לבין המטופל באמצעות המעטה בערכו של המטופל וביכולות התפקוד שלו (Maslach, 1978). ביטוי לסוגיה זו אפשר למצוא אצל סקולפילד – מקנב (Scholfield-Macnab 1995). שמתארת מחד את הרצון שלה להבטיח לעצמה שהיא תהיה אם שונה מאלו של מטופליה ואת הקושי לזהות בהתנהגויותיה האמהיות דברים עליהם סיפרו מטופליה. מאידך היא מתארת שאמהותה נתנה לה את היכולת להבין עד כמה מורכב ובלתי אפשרי לשמור ולהגן על הילדים מכל רע ועד כמה קשה כהורה להתמודד עם קשיים של ילדיך. אמהותה אפשרה לה להיות יותר אמפטי ולא מאשימה כלפי הורים בעבודתה הטיפולית.

סוגיות של דמיון ושוני בהורות של מטפלים ומטופלים יקבלו משנה תוקף כאשר מדובר בטיפול בילדים. בססקו (Basescu, 1996) מדגישה כי עבור הורים, שבעבודתם מטפלים בילדים, סוגיות של ההשפעה ההדדית של הטיפול וההורות זה על זה יהיו מורכבות עוד יותר.

סיכום תת-פרק

בהתבסס על תיאוריה הקשורה למבנה האישיות של המטפל, נראה שהכרחי שהמטפל יהיה מודע ליחסי הגומלין המעגלים בין אישיותו והתהליך הטיפולי שהוא מנהל.

בהתאם לתיאוריה שסוקרה בתת פרק זה, ה"בן אדם" שבמטפל הוא אשר משפיע בצורה מובחנת בחדר הטיפול, הוא שמביא את ההתערבות לצורך יצירת שינוי. לכן, זה הכרחי שה"בן האדם" שבמטפל יהיה בריא וללא בעיות אישיות לא פתורות.

טיפול אישי יכול להיות אחת מהדרכים שבהם מטפלים דואגים לעצמם ולפתרון בעיותיהם האישיות. בהתייחס לתיאוריה הנ"ל כל אחד יכול לשאול את עצמו איך מטפל יתנהג כמטופל והאם יכול בן האדם לעזוב את תפקידו כמטפל בצד ולפעול רק כבן אדם וכלקוח.

המחקר הנוכחי יחקור איך מטפלים מתמודדים עם הזהויות הכפולות האלו בחדר הטיפול. במיוחד, נחקר את יכולתו של המטפל להפוך למטופל ואת ההשפעה שיש לתהליך על יכולת הביצוע של המטפל. בהמשך נשאל האם טיפול אישי תורם לאישיות של המטפל.

גורמי לחץ

בחלק הבא נדון בגורמי לחץ הקשורים להכשרה ולטיפול שמבצעים מטפלים משפחתיים מספר גורמי לחץ זוהו עם הפרקטיקה של הטיפול. גורמים אלה כוללים קירבה חד צדדית, מתח שנוצר על ידי איפוק תוך שימוש ב: קירבה, לחצים הקשורים בזמן, העברות/העתקות נגד, פנטזיות, לקוחות הנוטים להתאבדות, התנגדות, שיחות טלפון לבית לא בשעות העבודה, שעמום ושחיקה (קוטלר 1993).

קוטלר מציין שמטפלים צריכים לשמור על עין פקוחה בכשלים האישיים וזאת כדי להגן על משפחתם ועל ילדיהם מפני האינטנסיביות של החיים המקצועיים שלהם.

גאי (Guy, J.D. 1987) כותב שהרווחים של הנישואין של מטפל, מהפרספקטיבה שלו, יכולים לכלול למידה על התהליך הטיפולי, תגמולים כספיים, וגידול אישי ורגשי של שני בני הזוג, התרפיסט והנשוי לו/לה.

מהוני (Mahoney 1997) דיווח, שבעיות אישיות שבהן התנסו מטפלים קשורות לעייפות רגשית. אף על פי כן, במחקרו הוא מצא שפחות ממחצית המדגם של 155 איש דיווחו על יותר מסימפטום אחד.

להתמודדות עם המצב, השתמשו המטפלים בצורות שונות של טיפול - עצמי שכלול: מדיטציה או תפילה, פעילות פיסית שוטפת, קריאה מענגת, חופשות, תחביבים, עבודה התנדבותית, ניהול יומן אישי והנאות אומנותיות. 87.7% ממשותפי המחקר היו במסגרת של טיפול אישי, כאשר כ 38.8% לפי שעה, עדיין רואים את המטפל באופן קבוע.

פרבר (Farber, 1983) חקר את התפיסות של 60 פסיכותרפיסטים אודות החיים האישיים והמקצועיים שלהם. תוך כדי ציטוט של גריין (Green 1968), סאראסון (Sarason 1977), טרקל (Terkel 1972) מחקרו מבוסס על הנחה מוקדמת אחת :

" קיים קשר מכריע בין העבודה של הבן האדם, ההתנהגות שלו/שלה והזהות האישית מחוץ לסביבת העבודה " (P175) .
הוא מצא שהשינויים האישיים שהמטפלים זיהו הם:

חיזוק של האגו (כולל בטחון עצמי, אסרטיביות, גילוי עצמי, והסתמכות על העצמי בלבד)
ומודעות פסיכולוגית מוגברת (שכוללת הסתכלות פנימית, גילוי עצמי, ויכולת חשיבה אנאליטית) .

נתון הראוי לציון במחקר זה: שני שלישים מהנחקרים החזיקו נקודת מבט פסיכואנליטית, ויותר מ-88% של משתתפים נתנו את הדעת לגבי הקשר בין החיים האישיים והחיים המקצועיים לפחות בהזדמנות מקרית אחת (P 176) .

(פסיכואנליזה הינה אסכולה תאורטית וטיפולית חשובה בפסיכולוגיה, הפסיכואנליזה מבוססת על כך שלתודעה האנושית יש חלק לא-מודע. חלק זה כולל את הדחפים הבסיסיים של האדם. אל הלא מודע, האדם מדחיק חומרים שקשה לו להתמודד איתם או שהוא חרד מהם. חומרי הלא מודע אינם "מוקפאים", אלא ממשיכים לחיות ולזלוג לתוך חיייו של האדם, מבלי שתהיה לו שליטה עליהם, וגורמים לו לבעיות נפשיות שונות. מאפיינה של הפסיכואנליזה כשיטת טיפול, היא ההתמקדות בבלתי מודע ובחשיפתו. בפגישות המטופל מתבקש באופן אסוציאטיבי להגיד את כל מה שעולה בדעתו מבלי לצנזר דבר. ובאופן זה יכול הפסיכואנליטיקאי להציץ לעולמו הבלתי מודע של המטופל ולפרשו. דרך נוספת לחדירה אל הלא מודע הייתה באמצעות פרשנות של חלומות, שכן לשיטתו של פרויד חלומות משקפים את הלא מודע של האדם.)

השינויים האישיים האלה, שזוהו על ידי המטפלים, ניתנים להערכה כבעלי השפעה על חיי הנישואין של המטפל שברוב המקרים היא מערכת היחסים המשמעותית ביותר עבורו.

במונחים של השפעה על הפרקטיקה הטיפולית של המערכות יחסים הבין אישיים של המטפל, קיים סיכון של אימוץ גישה חד ממדית של המטפלים אודות מערכות היחסים שלהם.

הגישה הזאת זוהתה על ידי הנרי, סירנס וספראי (Henry, Sims & Spray 1973), ומורכבת מההתרחקות של המטפלים מפעילויות בביתם.

הסכנה של גישה זו יכולה להיות אחת מהסיבות המשמעותיות ביותר לקלקול של מערכות היחסים האישיים של התרפיסט.

ווטשלר ופרסי (Wetchler, J.L. & Piercy, F.P. 1986) ניהלו מחקר אשר מטרתו הייתה לזהות גורמי לחץ וגורמים מתגמלים בחיי המשפחה (כולל חיי הנישואים ומערכות יחסים משפחתיים ביחד) של מטפלים משפחתיים באינדיאנה. הם מצאו שמטפלים משפחתיים נוטים " לזהות יותר גורמים מתגמלים/ מגבירים מאשר גורמי לחץ בחיי משפחתם" (P106) . לעיתים קרובות הם זיהו את ההשקפה הסיסטמית (שיטתית) , שנתנה למטפלים האלו "לקבל" את חלקם בבעיות הזוגיות/משפחתיות שלהם (P 106) ולפתח הזדהות, הערכה, ומומחיות, שבהן השתמשו בחיי הנישואים/משפחתיים שלהם עצמם.

דונקן ודוארדן (Duncan & Duerden 1990) התאימו את מחקרם בהתבסס על מחקר של ווטשלר ופרסי. הם בחנו גורמי לחץ וגורמים מתגמלים בזוגיות ובחיי המשפחה של המטפלים. במחקר זה, המטפלים ובני זוגם נכללו. המטפלים כללו טווח רחב של בעלי מקצוע בתחום בריאות הנפש. החוקרים מצאו " הסכמה רבה בין המטפלים ובני זוגם אודות גורמים המתגמלים וגורמי לחץ מרכזיים, אבל פחות הסכמה שמדובר בגורמים הנתפסים כיותר שוליים" (P 214)

גורמים מתגמלים מרכזיים כללו בין היתר "יכולת גדולה יותר לפתור בעיות נשואים \בעיות משפחתיות" ו"יכולת גדולה יותר לתקשר באופן אפקטיבי" (P 213)

בהגדרת גורמי לחץ מרכזים נכללו " חוסר זמן וחוסר אנרגיה המוקדש למשפחות שלהם, " סטנדרטים לא מציאותיים אודות הנשואים וחיי המשפחה " ו" קושי בהחלפת בין הטיפול המשפחתי והחברות במשפחה " (P 214)

דונקן וגודרד (Duncan & Goddard 1993) למדו איך לזהות גורמים מתגמלים וגורמי לחץ מתואמים עם איכות חיי הנישואין וחיי המשפחה. החוקרים השתמשו בשני שאלונים שאומצו מוושלר ופירסי ושימשו את דונקן ודוארדן (P 436) סולם התאמה דו כותבי (DYADIC) בקיצור DAS (דאס), וסולם שביעות רצון מחיי המשפחה של קאנזס (KANSAS) סופרים אלו מצאו ש " הגורם המתגמל שצוין הכי הרבה הוא "מודעות גדולה יותר לבעיות, כולל במצבי מתח " לאחר מכן, צויינה יכולת גדולה יותר להתקשר באופן אפקטיבי, והערכה גדולה יותר של העוצמות בחיי הנישואין והמשפחה האישיים (P 437). הממצאים אודות גורמי לחץ התאימו לממצאים של דונקן ודוארדן: " זמן פנוי מועט המוקדש (הנותר) לחיי הנישואים/משפחה " ו" אנרגיה מועטה הנותרת לחיי הנישואים וחיי המשפחה האישיים של המטפל" (P 437) עבור המשתתפים ובני זוגם " המספר הכולל של גורמי לחץ תואם באופן משמעותי עם תוצאות של הדאס" (פ 438).

סולם המרה/התאמה (שאלון המאפשר לבדוק התאמה לחיי הנשואים) ואהל, גאי ובראון (Wahl, Guy & Brown 1993) חקרו את השפעת הטיפול על מערכות היחסים של פסיכולוגים. המחקר נעשה תוך שימוש בשאלונים המכילים נתונים דמוגרפים ומידע של גורמי לחץ. שאלון ההתאמה/כוונון לחיי הנישואים של וולאס ולוק, ואל הסולם של אדמונד'ס. (השאלון בודק את ההכונה/מוכנות לחיי נישואין) החוקרים סימנו שהממצאים לא היו משמעותיים, חוץ מהעובדה שהנבדקים ממין זכר מסופקים מחיי הנישואין שלהם באופן משמעותי יותר מהנבדקות, ושכני אדם בקטגוריית גיל 37 או מתחת לזה ובקטגוריית 45-56 היו שמחים באופן משמעותי יותר לעזמת קטגוריית הגילאים 38-44.

במחקר שנעשה לאחרונה על ידי מורסטיין ומינק (Mumstein & Mink 2004) נבדקה התאמת המטפלים לחיי הנישואין באמצעות סולם לוק-וולאס להתאמה לחיי הנישואין (Locke & Wallace 1959). במחקר זה, קבוצת הביקורת הורכבה מ"לא מטפלים" ו"לא בני זוג של מטפלים", בעלי גיל וחינוך משתווה לאלו של קבוצת המטפלים. בנוסף, המשתתפים התבקשו להעריך את יכולתם כמטפלים, ולהעריך את יכולתם כמטפלים משפחתיים (שניהם בסולם בעל 7 דרגות, וכמו כן לזהות את היקף הניסיון הדרוש, היקף ואורך האימונים (הכשרות) הנדרשים עבור מטפל משפחתי ומספר ממוצע של לקוחות לטיפול משפחתי במהלך שבוע עבודה) (P 295)

הממצא העיקרי של המחקר הוא ש"הערכה העצמית של המטפל כמטפל משפחתי מוצלח, קשורה להצלחה בחיי הנישואין הפרטים" (P 300).

ממצא נוסף המנוגד להיפותזות המקוריות שלהם מצא, ש "זוגות שבהם אחד או שניים מבני הזוג הם מטפלים, מראה מעט הבדל מזוגות ללא מטפלים, בכל הנוגע להתאמה לחיי הנישואין" בנוסף, תוצאות התאמה נמוכות נמצאו ב " מקרה של שני מטפלים, ואילו הזוגות הכי מאושרים, כולל גברים ונשים היו אלו שבהם מטפלים זכרים התחתנו עם נשים לא מטפלות " (P. 298). גברים שהתחתנו עם מטפלות זכו בנקודות נמוכות מאלו של גברים שהתחתנו עם נשים "לא מטפלות מקצועיות" 298 P.

גורמי לחץ במשפחות הכמורה

נראה שקיימות מספר הקבלות בין מקצועות הטיפוליות ומקצוע הכמורה. קיימים מספר מחקרים הדנים בהשפעה של גורמי לחץ שמקורם בעבודה הן לכמרים והן לנשותיהם. סקירה ספרותית שנעשתה בנושא ע"י מורי ובלנטון (Morris & Blanton 1994) מציינת ש: זמן, תגמול כספי, (פיצוים כספיים) ציפיות מוטעות, התפרצות של גבולות, העדר תמיכה סוציאלית, ולהיות מוכן "לקריאה", תורמים כולם להשפעה משמעותית על חיי הנישואים / משפחה של הכמרים.

ליי (Lee 1999) מזהה דרישות ספציפיות מהעיסוק בכמורה שתורמות להגברת הלחצים בחיי המשפחה של הכמרים. דרישות אלה דומות לנושאים עימם מתמודד המטפל בחיי היומיום: התמודדות עם משברים, מוות, גסיסה ופירוק של המשפחה. נושאים אלו זוהו כגורמי לחץ עיקריים בחיים של כמרים אנגליקניים, סטומפר ובאנדס (Stumpfer & Bands 1996)

הרהורים אישיים של מטפלים

רוג'רס (Rodgers 1993), בחן האם המומחיות והמקצועיות של המטפלים נותנים להם יתרון במציאת פתרונות בחייהם האישיים. לשאלתו זו ענה מטפל בשם JOSEPH BARBER: " הניסיון שלי בטיפול לימד אותי איך להסתכל על עצמי מבחוץ ולראות באופן אובייקטיבי, מה יכול להיות שתורם לקשיים במצב נתון, ולנסות להישאר שליו מול מבוכות " (Rodgers 1993).

ד"ר גויס ברודרס אמר, " אף על פי שזה נכון שחלק מהאנשים מצטיירים כפונים לטיפול פסיכולוגי כי הייתה או שיש להם בעיות פסיכולוגיות, מרביתם הם אנשים חושבים ובעלי רצון לעזור לאחרים, אשר ותוך כדי הלימוד שלהם על התנהגות אנושית לומדים על התנהגות שלהם עצמם"

" זה בניגוד לשכל הישר לחשוב שפסיכולוגים לא יכולים להתמודד עם מערכות יחסיהם האישיות " (Rodgers 1993 P 50).

המטפל הידוע פלפל שוורץ " תמנע מלשחק את הפסיכולוג עם הבן/בת זוג שלך ". " הוא יאשים אותי שיש לי יתרון לא הוגן ואני מוותר על זה "

"אני נמצא בשדה משחקים מוכר לי, אני מתדיין, תוך כדי שימוש בידע העמוק אודות תהליכים אישיים, ואם השני לא יודע איך לאכול את זה לארוחת בוקר גם, זה באמת לא הוגן" (Rodgers 1993 P 52)

הערות אישיות של המטפל ג'יימס פאנבייקר הידוע ביותר, מדגישות שעבורו, " החיים האישיים והחברתיים נוצקו (התמקדו) בתוך המחקר שלו יותר מאשר בכל תחום אחר " (Rodgers 1993 P 61).

מישל ווינר דייוויס מצאה שהידע שלה לגבי איך אנשים משתנים היו " מתת-אלוהים, שניהם במונחים של התמודדות עם הילדים שלי ועם מערכת יחסים שלי עם בעלי " (Rodgers 1993 P 56)

קוטלר (Kottler 1991) טוען שעל אף שהמקצוע בעל מספר סיכונים, יש בו פוטנציאלי לסיפוק עצום. בספרו על החיים האישיים והמקצועיים של המטפלים, הוא דן בהשפעות האפשריות של " התעלות המסעים" (פ 95). אחרי שסייע לילד קטן במצוקה תאר את הרגשתו: "מעולם לא הרגשתי בחיי יותר מועיל. הילד הזה, המחייך, שוטף אותי, מרגיע אותי. אני מרגיש שאיכשהו שכל עבודתי היום מוצדקת. יכולתי לישון טוב בלילה הזה מאחר ושאני מרגיש שעשיתי משהוא בעל ערך. על אף שזאת פעולה חסרת ערך כל כך אם מישהו זר צופה בה מן הצד, עבורי כוללת בתוכה את כל הנפלא שבפראקטיקת הטיפול/יעוץ".

דעות מומחים על נישואים כתהליך טיפולי

נראה שיש קשר בצורת החשיבה של חלק מהמטפלים על הקשר שבין תהליך הנישואים והתהליך הטיפולי. לפי דוד שנרץ (Schnarch, 1991) "הנישואים הם המורה טוב ביותר של הנישואים" . הוא ממשיך: " הנישואים הם מכונת גדילה עבור האנשים, כפי שטיפול טוב הוא ". " שניהם הנישואים והטיפול יכולים להפעיל על ידי פניה לצדדים הכי טובים באנשים, מה שטוב וסולידי בהם ומדבר ליושר שלהם " (P. 188).

אוגוסטוס נפיאר עם קארל וויטקר (Napier & Whitaker. 1978) ציינו, שהגורם המבלבל הוא שעצם הנישואים מרפאים. תוחלת החיים בקרב אנשים נשואים היא ארוכה יותר מאנשים לא נשואים בממוצע, כנראה כי יש להם עם מי לחלק את העבודה ואת הלחץ של החיים עצמם. כמו כן יש לזכור שמוסד הנישואים גורם לאנשים להשתנות: לגדול להיות יותר רגישים, יותר, אכפתיים /דאגנים לזולת ויותר מודעים לצרכים של האחרים.

"עוזר מאוד לבוא הביתה מיואש מהעבודה ולמצוא בן/בת זוג שאומר כמה מילים מנחמות ונותן לך חיבוק סימפטי. זה עוזר לדבר עם מישהו אחר על הבעיות שלך. אבל, וזאת הערה גדולה, התהליך של חלוקת הפגיעות, הייאוש וכאבי החיים עם בן/בת זוג שלך יכול לפעמים להוביל לבעיות" (פ. 116)

סיכום התת- פרק

הסקירה ספרותית התמקדה במחקר רלבנטי לדעות המתייחסות להשפעות של ההכשרה והפרקטיקה הטיפולית על חיי הנישואים של המטפל. נבחן מבט על הספרות המתייחסת לגורמי לחץ וגורמים מתגמלים הקשורים לפרקטיקה של הטיפול. כפי שנראה קיים מחסור יחסי של ספרות בתחום הזה. לאחרונה מחקרים נוספים התחילו להתייחס למושג של כוונון/ התאמה של חי הנישואים, תוך השוואה בין קבוצות של מטפלים ולא מטפלים והשפעה של גורמי לחץ וגורמים מתגמלים, על תפיסת המטפל ובן/בת הזוג בנושא, על התאמתם לחיי הנישואים.

תת פרק – ה, גידול אישי של המטפלים

ראשית, ידון החוקר בהיבטים התיאורטיים שיישבו לשאלה מדוע מחקר זה חשוב ומדוע גידול אישי של מטפלים מועיל. החוקר ידון בצורה מפורשת ומפורטת בתיאוריות ההתנסות ובין דורית מפורשות, ולאחר מכן יחקור את המבנה של השדה המתויג כ"האישיות של התרפיסט". המחקר יבחן כיצד מטפלים מושפעים במהלך התהליך הטיפולי ומהן ההשפעות ההדדיות של התהליך. כמו כן יחקור החוקר איך העתקות נגד מעכבות טיפול תוך הדגשת חשיבות הדרך איתה המטפלים התמודדו עם הבעיות האישיות שלהם מחוץ לחדר הטיפול. בנוסף ידווח החוקר על התהליכים שעוברים המטפלים מעצם השתייכותם לקריירה הטיפולית.

בחלק זה ידון החוקר על הישויות של המטפלים, הדמיון בין חיהם האישים לחייהם המקצועיים, היתרונות וגורמי לחץ של עבודת הטיפול. זאת במטרה לתמוך ברעיון שהמטפלים כקבוצה, חיים עם בעיות ועניינים אישיים ייחודיים שיכלו להרוויח מהעשרה והתערבות טיפולית.

תוך התמקדות במחקר הנוכחי, מעוניין החוקר לחקור אחר הבעיות המשותפות של המטפלים. החוקר יבחן מחקר של מטפלים בעת לחץ וההשפעות של פגימה ושחיקה על התהליך הטיפול שהם מוליכים/מנהלים. זה יוביל באופן טבעי לדיון על "האיך" מטפלים יוכלו להיעזר על ידי ההכשרה והאימון, המשפחה (מקור), קבוצות T, התנסויות, הכשרה מתמדת (מתמשכת), אסטרטגיות עזרה עצמית, הנחייה אישית (SUPERVISION), וטיפול. לבסוף יסיים החוקר את הפרק הזה עם מבט במחקר קודם אודות מטפלים שטופלו באופן אישי.

יסודות תיאורטיים

בטיפול המשפחתי ישנן שתי גישות בסיסיות להכשרה ואימון :

החיצוניות: טכניקות של הלאי ומנוחין. **והפנימיים:** מודלים של מיומנויות אישיות של יאווון, סטיר וויטקר; אפונטה וווינטר (Winter & Aponte, 1987) וגוארין והוברד (Guerin & Hubbard 1987 ; Patterson & Utesch 1991)

המודלים החיצוניים מתמקדים בהתנהגויות והתערבויות הנוכחיות של המטפל בזמן שהמודלים הפנימיים מתמקדים ב"איך" מטפלים פותרים סכסוכים אישיים שלהם כדי להבין את מטופליהם טוב יותר תוך הקטנת הבעיות האישיות שלהם עצמם, הנקודות העיוורות והעניינים הלא פתורים.

מודלים ממוקדים באישיות תוארו על ידי חוקרים רבים (McDaniel & Landau-Stanton 1991 ; Guerin & Hubbard 1987) כמודלים המדגישים את ה"עצמי" של המטפל, השימוש של העצמי בטיפול; את הבנת התבניות הבין דוריות במשפחת המטפל ומשפחתו בעבר כמגבירות את האפקטיביות שלהם.

לפי חוקרים רבים, המודלים האסטרטגיים והמובנים, או כפי שקרואים "מודלים חיצוניים" של ההכשרה, "מזלזלים" בהתנסויות בינאישיות קודמות של התרפיסט כלא רלבנטיות ליעילות הטיפולית, ומתבססים על צוותים טיפולים, מנחים, ומאמני מיומנויות כדי להשיג מטפל ללא רבב בחדר הטיפוליים. (Guerin & Hubbard 1987) ; (McDaniel & Landau-Stanton 1991 ; Titelman,

(1987) במחקר זה, שמטרתו בחינת השפעת לימודי נישואין ומשפחה על יועץ הנישואין הרבני ועל משפחתו, יחקור החוקר את המודלים הפנימיים של ההכשרה שהן ההשפעות על אישיות המטפל ומשפחתו, לצורך מחקר אודות אישיות המטפל והשימושיות של טיפול אישי עבור המטפלים המשפחתיים. ש

התיאוריה הבין דורית של בואן (BOWEN)

המודל של בואן אודות הטיפול המשפחתי תופס את המערכת המקרו – משפחתית השלמה כמשתנה במשך הזמן (McGoldrick 1982) התיאורטיקנים שמים דגש בתבניות הבין אישיות שעוברות בין הדורות השונים של המשפחה (Kerr & Bowen 1988). לפי קאר קיימות שתי נקודות עיקריות בתיאוריה של בואן המשפיעות על יעילות התהליך הטיפולי:

1. כל תיאוריה היא הבסיס המהותי והנחוץ כדי לנהל ולהוליך תהליך טיפולי.
2. יעילותו של הטיפול תלויה ביכולות המטפל להתבונן ולהיות מודע לרגשותיו ולאופן בו הם משפיעים על המטפל ועל תפקודו. מספר רב של חוקרים מסכימים שתיאוריה זו נמצאה הכי יעילה בקרב סטודנטים; על ידי התייחסות על איך התהליכים הנלמדים פועלים, מתרחשים ומשפיעים על משפחותיהם; במילים אחרות, על ידי פיתוח היכולת לראות את התיאוריה מתייחסת לעצמם (McGoldrick 1982).

מאמנים מעודדים חניכים ליישם ולשייך מושגים מערכתיים בלמידת התבניות של המשפחה שלהם עצמם כדי לפתח המשגה של המבט המערכתי במשפחות. כך משפחת המקור של המטפל יכולה גם לסייע וגם להוות סלע מחלוקת בפרקטיקה של הטיפול. גוארין והאברד (Guerin & Hubbard 1987) מציינים את שלושת ההשפעות הגדולות בשימוש יעיל של המטפלים עצמם ככלי טיפולי בטיפול המשפחתי :

- הרמה הבסיסית של אוטונומיה והעצמאות התפקודית של המטפל (אינדיבידואליזציה –דיפרנציה)
- התנהלות המטפל בכל הקשור לתגובות אישיות וקליניות
- ההעשרה האישית וההשפעה החיובית על חיי משפחת המטפל.

קמפלו (Kempeler 1981) מאמין שהמפגשים שהאנשים מקיימים עם משפחתם (הנוכחית) ועם משפחת המקור שלהם, משמעותיים ביותר ביצירת התהליך הטיפולי ומשפיעים על המיומנויות הטיפוליות. כמו כן קיימים יחסי גומלין בין המערכות.

ויליאמסון (Williamson 1991) טוען שהאופן בו מנוהלת מערכת היחסים של משפחת המקור עם המטפל משפיעה בצורה משמעותית על הדרך בה הוא מנהל מערכות יחסים בין אישיים בחייו. לכן, חשוב למטפלים להבין את היחסים במשפחת המקור ואת התבניות של יחסי גומלין כדי להיות מודע על השפעתן של תבניות אלו על מטופליהם בחדר הטיפוליים.

משולשים

אחד מהמושגים העקרים בתיאוריה של בואן הוא המשולש.

משולשים הם מכשולים ביסודות הבניין במערכות משפחתיות (Kerr. & Bowen 1988, Beck 1982). משולש מתרחש כאשר שני אנשים חווים חרדה, ומושכים בן אדם אחר, נוסף לתוך מערכת היחסים כדי ליצור יציבות ולהקטין את החרדה (Kerr. & Bowen 1988) כאשר קיימת חרדה בין שני אנשים, לפחות אחד מההתנהגויות הבאות צפויה לקרות : תבנית של התרחקות מהרודף, תת-תפקוד ביחסים בין אישים או בתפקוד- יתר ושילוש (Getz & Protinsky 1994). המשולש היא יחידת יחסי גומלין הכי קטנה ויציבה, לכן שני אנשים יזונו לתוך התהליך של הטריאנגולציה (שילוש) כאשר רמת החרדה גבוהה וזאת כדי לייצב את מערכת היחסים ולהקטין את המתח (Keller & Protinsky 1984 Beck 1982) במשפחות המקור, התבניות של טריאנגולציה חוזרים על עצמם ונהפכים לקבועים, ותוך כדי כך מאפשרים לבני המשפחה להתייחס אחד לשני בדפוסים ותפקידים צפויים (Getz & Protinsky 1994). ללא הבנה של תבניות הטריאנגולציה במשפחות המקור שלהם, מטפלים בין-דורים מאמינים שהמונחים שלהם עצמם יותכו בקלות בלקוחותיהם וכך הם מאבדים את אובייקטיביות שלהם בחדר הטיפול. (Keller & Protinsky 1984 Kerr. & Bowen 1988) לכן, חניכים חייבים להשתתף בתהליך של פירוק המשולש בתוך משפחות המקור שלהם כדי להיות מטפלים יעילים. בנוסף מטפלים משפחתיים בין דורים חייבים לזהות את הדרכים הדקים והמובנים מאליהם שבהם הם הופכים להיות חלק מהמשולש על ידי אחרים והם מנסים "לשלוש" אחרים. עצם הבנתם את עצמם מאפשרת למטפל להבין את המשפחות שבטיפולן ולהיות מטפל אובייקטיבי יותר (Kerr. & Bowen 1988), (Keller & Protinsky 1984).

הבחנה/הבדלה

מבנה תיאורטי עיקרי נוסף של בואן עוסק בתהליך של המובחנות:

לפי באק (Beck 1982): "כל המשפחות "תפוסות" בדרגה זאת או אחרת (יותר מדי קרובות לצורך יחסי גומלין בריאים), ובהן חבר מקריב מקצת מהחלקים של אישיותו ו/או זהותו".

קאר (Kerr 1984) מסיק שלכל אדם דרגה כלשהי של "נספחות" רגשית בלתי פתורה בנוגע למשפחת המקור שלו.

בהקשר לתיאוריה של בואן, תהליך המעבר מנספחות לאינדיבידואליות מוגדר כהבחנה.

כתהליך בין אישי, המובחנות מתייחסת ליכולות של הפרט להיות מודע להבדלים שבין התפקודים הרגשיים (אמוציונאליים) והאינטלקטואלים שלו, ולהיות בעל יכולת לשלוט בהתנהגותו במידת מה. במילים אחרות, ההבחנה מתייחסת לרמת האוטונומיה הרגשית של המטפל (Kerr 1984 Getz & Protinsky 1994).

הבחנה/הבדלה היא תהליך ופעילות ולא מוצר או תוצאה, שקיימת ברצף (Titelman 1987).

קאר ובואן (Kerr & Bowen 1988) מתארים שני סוגים שונים של הבחנה : היסודית והתפקודית.

הבחנה היסודית היא לעיתים קרובות מקובעת, בנויה בתוך האדם, ואינה משתנה בקלות ע"י מערכות יחסים ו/או הסביבה.

הבחנה תפקודית משתנה באופן רצוף ויותר מוקרנת ומושלכת על הסביבה.

הרמה היסודית של ההבדלה משפיע על איך הפרט מתנהג, במיוחד במצבים מייצרי חרדה.

תיאורטיקנים מאמינים שאנשים שמובדלים היטב יותר אובייקטיביים כאשר הם מתנסים בחרדה, לעומתם אנשים שמובדלים בצורה דלה, נוטים להתנהג באופנים רגשיים תגובתיים ופחות מסתגלים. (Getz & Protinsky 1994 ; Kerr. & Bowen 1988)

באופן תיאורטי ככל שרמת האוטונומיה הרגשית (הבדלה) של הפרט גבוהה, גדלה היכולת של הפרט להיות בקשר קרוב עם אחרים משמעותיים באופן רגשי מבלי שהמחשבות, הרגשות, וההתנהגות מושפעת ונשלטת על ידי מערכת היחסים. ברמה נמוכה של מובדלות, גדלה האינטנסיביות של הצרכים הרגשיים לחשוב, להרגיש ולפעול עבור אחרים בצורות מסוימות הבטוחות לרווחת המטפל. קאר (Kerr 1984)

ברמות נמוכות של מובדלות רגשית, העצמי נקבע יותר על ידי מערכות היחסים, ואנשים צפויים לחזור על תבניות לא מסייעות, של התייחסות לאחרים כדי להתמודד/לנהל את החרדה (Getz & Protinsky 1994). אנשים לא מובדלים היטב נוטים לחקוק מחדש תבניות של היתוך, שילוש והרחקה בכל המערכות היחסים האחרות שבהם פועלים (Anonymous 1978).

כאשר רמת החרדה גבוהה, יתכן מאוד שבן אדם יפנה לתבניות של אינטראקציה עם האחרים המוכרות לו מתקופות קודמות, תבניות אלו נלמדו ממשפחת המקור (Kerr. & Bowen 1988). מכאן מתחברת החשיבות להתמודדות המטפל עם בעיותיו עם משפחת המקור והצורך בטיפול בבעיות אלו. כך גם מציינים פרויטנסקי וקלר (Keller & Protinsb1984): המובדלות של המטפל מודגמת כאשר מצבים טיפוליים גורמים לחרדה אצל המטפל. במצבים חרדתיים אלו מעורר את התרפיסט להגיב לפי התבניות שלו שמוצאם במשפחת המקור שלו על תבניות של משתתף/משתלב בתהליך השילוש של לקוחותיו לכן, הכרחי שמטפלים יכירו את תבניות היחסים הבין אישים שלהם עצמם ואת רמת המובחנות שלהם כדי להיזהר ולנהל את חרדתם בחדר הטיפול בצורה אפקטיבית שתועיל לתהליך הטיפול של מטופליהם..

תיאורית ההתנסות וההכשרה - טיפול

תיאורית ההתנסות התפתחה מתיאוריות אנושיות והתנסות אודות ההתפתחות האנושית (Vondracek & Corneal 1995). לסאטיר ווויטאקר, שני חלוצים בשדה של טיפול המשפחתי, ניתן האשראי של יסוד הטיפול המשפחתי התנסותי (בישוף 1993, Piercy, (Sprenkle & Associates 1986)

בטיפול ההתנסותי יש עליונות להתנסות, לחיים בהווה ולאיסוף נתונים ממקור ראשון. (בישוף 1993) תיאורתיקנים מאמינים שה"מציאות" של ההתנסות שוכנת בתוך התפיסות של הפרט (Vondracek & Corneal 1995) בתהליך הטיפולי על פי תיאוריית ההתנסות, מטפלים משתמשים בפעילויות ימניות של המוח כדי ליצר ספונטאניות ויצירתיות. המטרות הן גלובליות ומכוונות גידול (Piercy Sprenkle & Associates 1986).

על פי תאוריית ההתנסות המטפל מבטא את השפעתו באופן חופשי ומעודד את מטופליו לעשות כך. התפקיד של המטפל הוא לצפות, להתמקד בהשפעות והתנסויות, ולהקל על תהליך הגדילה על ידי יצירת התנסויות אנטי-תרבותיות ומייצרות חרדה (Neill & Kniskern 1982 ; Kaplan & Kaplan 1978) מטפלים התנסותיים מאמינים שתובנה כשלעצמה אינה מספיקה כדי לגרום לגדילה, התנסויות רגשיות נדרשות כדי לגעת ברמות הכי עמוקות של כל בן אדם (Napier & Whitaker 1978) המטפל יכול להשתמש בטכניקות של אי-הבטחה מחדש, לקיחת צד, עימות, צחוק, ובלבול כדי ליצור מספיק חרדה ולגרום למשפחה להשתנות. (Connell & Russell 1987)

המטפל והמטופל לומדים לחוות אחד את השני כאנשים " אמיתיים " בחדר הטיפולי (Piercy Sprengle & Associates 1986) כשהמטפל ההיתנסותי מצופה להיות יצירתי וספונטני (בישוף 1993/1986 Piercy Sprengle & Associates) מטפלים התנסותיים רואים בתיאוריה כמכשול לשינוי (Vondracek & Corneal 1995) ולדעתם מומחיויות וטכניקות רק מרחיקים מטפלים מלקוחותיהם (Kempler 1981). ייחודיותה של השיטה היא שהמטפל והלקוח משתמשים במושג הטיפולי כמעבדה שבה מתנסים בחוויות והתנסויות חדשות בהן ניכר כי טיפול הוא לא רק דיבורים אלה מעשיים (Kempler. 1981) כשהמטרה הכוללת של הטיפול היא גדילה דרך התנסות.

את הטיפול התנסותי לא ניתן ללמוד בדרך אינטלקטואלית/שכלתנית (Mitten & Piercy 1993) אלא בהכשרה במודל של חניכה, כאשר מוכשר המטפל כשותף עם מטפל התנסותי אחר. החניכים לא לומדים טכניקות, אלא את הגישה של ביצוע טיפול (Neill & Kniskern 1982) בהכשרה, המטפל חייב לא רק ללמוד איך לטפל, אלא איך להיות מטפל ובן אדם בד ובד. (Whitake & Keith 1981) ועל כן חלק מהכשרת המטפל ההתנסותי קשורה להתפתחותו האישית של המטפל.

סיכום תת פרק - ה

מהספרות והתיאוריות שסקרו עד כה ברור, שמטפלים צריכים להתמודד עם בעיותיהם האישיות כדי להיות מטפלים יותר יעילים {אפקטיביים}. אם הם לא פועלים כך, בעיותיהם יכולים להפריע בתהליך הטיפולי ואפילו להזיק למטופליהם. מטפלים צריכים באופן קבוע לשקול את השפעת משפחות המקור שלהם על רמות ההבדלה שלהם ועל תבניות יחסי הגומלין בחייהם. יתרה מכך על מטפלים להיות מודעים איך להשתמש ב"עצמם" בטיפול. גדילה שכזאת יכולה להתרחש בטיפול אישי. מחקר זה יחקור, בין היתר האם "טיפול אישי" בעת תקופת ההכשרה מסייע לתהליכים אלו להתהוות.

יתרונות וגורמים מתגמלים בעבודה

עבודה בקריירה טיפולית יכולה לשפר את חיי המטפל. גאי (Guy 1987) רשם את הסיפוקים הבאים הקשורים להיותנו מטפלים:

- עצמאות (עם סגנון, תיאוריה, ופרקטיקה),
- תגמולים כספיים,
- מיגון,
- הכרה ויוקרה,
- גירוי אינטלקטואלי,
- וגידול רגשי.

בהתבסס על מחקר קודם, גאי ובראון (Guy & Brown 1992) ראו שמטפלים, כתוצאה מהפרקטיקה שלהם, מגבירים את התוכנות הפסיכולוגיות שלהם, משפרים את מערכות היחסים שלהם ומגעים לסיפוק והצלחה. לאור הדברים ניתן לסכם ולומר כי יש מספר יתרונות רב בלהיות מטפל .

גאי (Guy 1987) מרגיש שלמטפלים הזדמנויות רחבות לגידול עצמי. הוא משער שמטפלים מפנימים את " ההדרכה, העזרה, ואת העידוד שהם נותנים ללקוחותיהם" דבר אשר מקל על גדילתם שלהם עצמם .

גאי ובראון (Guy & Brown 1992) דנים בסיכויים של המטפלים להגביר את הגשמתם העצמית, לרבות גידול בפוטנציאל שלהם, דרך הקשר שלהם עם לקוחות "תוך שליטה בבעיות מיוחדות, תוכנות בנושאים, וחקירת רגשות הדומות לרגשותיהם" . יש חופן מחקרים המקשרים בין גורמים מתגמלים ובין הקריירה הטיפולית. בסקר של 165 רופאים פרטיים מתוך הרשם (בסיס הנתונים) הלאומי של ספקים של שרות של הבריאות בפסיכולוגיה מצא טירון (Tryon 1983) ש 52% מהרופאים רשמו יותר "תענוגות" מ"מורות רוח" בקשר לפראקטיקה שלהם, ו39% רשמו בצורה שווה גורמים חיוביים ושליילים.

פארבר ראיין 60 פסיכותרפיסטים אודות ההשלכות העיקריות של העבודה הטיפולית.

התוצאות מראות שלוש ההשלכות עיקריות :

גידול בתוכנות פסיכולוגיות, (60.4%),

העלאת הנושאים אישיים וגירוי הגורם להסתכלות פנימית מרובה (58.5%),

ושיפור בהערכה ואמון עצמי (20.8%).

באותו מחקר, מטפלים רשמו את האספקטים החיוביים הנובעים מהקריירה שלהם. התוצאות מגלות ש 48.3% הרגישו שהם יותר פתוחים, בטוחים בעצמם ומתחשבים ; 43.1% הרגישו שהם יותר רגישים ו39.9% הרגישו בעלי מודעות עצמית יותר גבוהה כתוצאה

של היותם מטפלים.

פרבר (farbe 1985) סקר 314 פסיכולוגים קליניים רשומים. בערך 94% מהפסיכולוגים אלו הסכימו שהסיפוקים מהעבודה מכריעים את הלחצים שבה.

כמעט 88.4% של הנישאלים הרגישו, לפחות בצורה בינונית, שעבודתם סיפקה להם הזדמנויות לגידולם האישי. רוב הנישאלים לא דיווחו על שחיקה ולא הרגישו שעבודתם הטיפולית הפכה אותם ליותר פגיעים או הגבירו את האי-שקט שלהם מחוץ לעבודה.

שווטשלר ופירסי (Wetchle & Piercy 1986) סקרו 101 מטפלים זוגים/משפחתיים במדינת אינדיאנה אודות גורמי לחץ וגורמים מתגמלים בעבודתם. מטפלים משפחתיים נטו יותר לזהות גורמים מתגמלים מאשר גורמי לחץ, בקריירה שלהם.

הגורמים המתוגמלים שצוינו לעתים קרובות, בהקשר של המקצוע כללו :

קבלה של חלקי בעיות בזוגיות/משפחתיות (87%),

פיתוח של מיומנויות תקשורת (85%),

הערכה יותר גדולה של גורמים מחזקים בזוגיות/משפחתם (85%),

וקבלה יותר גדולה של שילוב בן הזוג בפתרון בעיות זוגיות/משפחתיות (85%).

הגורם המתגמל הכי המשמעותי הוא "היכולת להימנע מבעיות משפחתיות אפשריות".

נראה ברור שקריירה בתחום הטיפולי יכולה להיות מספקת ומועילה לחיי הזוגיות/משפחה של המטפל.

חסרונות וגורמי לחץ בעבודה הטיפולית

בו בזמן שהטיפול משפיע באופן חיובי על אישיות המטפל ומביא לסיפוקים רבים, וקיימים יתרונות רבים לעבודה הטיפולית מרפאה, יש גם מספר חסרונות וגורמי לחץ הקשורים לעבודה.

הפראקטיקה הקלינית יכולה להשפיע לרע על המטפלים. חוץ מהלחצים והמגבלות החברתיות ובעיות של סגנון החיים שצוינו קודם לכן (היכן??), מטפלים יכולים גם לסבול מלחץ הנובע מעבודתם באופן כללי.

קוטלר (Kottler 1993) מנה את המצוקות הבאות הקשורות לפראקטיקה הטיפולית:

- פחד מחוסר כשירות,

- לילות שימורים, לילות ללא שינה,

- לחץ,

- קירבה חד צדדית,

- נרקסיזם,

- עייפות,

- התמכרות לעבודה,

- אי יציבות כספית,

- ותשומת לב מתמדת לסכסוכים.

עניין נוסף הוא שמטפלים חייבם לבטל את רגישותם או את רגישותם יתר על המידה לפתולוגיות הקיימות באחרים, כדי לא ליצור חוסר סובלנות או אפאתיה לפתולוגיות בתוך המשפחה, חברים, ומכרים. באותו הזמן, מטפלים נוטים לזהות פתולוגיות בעצמם ולצפות למצב רפואי לא מציאותי (Seligman 1995).

כפי שצוין יותר מוקדם, תיאורטיקנים קראו להתמקדות בפתולוגיה האישית של אחרים " המחלה של הפסיכותרפיסט " (Smith 1995)

קוטלר (Kottler 1993) רואה ארבעה סוגים שונים של לחץ שמטפלים נחשפים להם:

- לחץ הנגרם על ידי המטופלים,
- סביבה של עבודה המדגישה את הלחץ ("סביבת עבודה לוחצת") ,
- לחץ שמקורו פנימי,
- ולחץ המתייחס/קשור לאירוע (לחץ ממקור חיצוני),

לחץ הנגרם על ידי לקוחות כולל את ההתנהגויות הבאות:

- התפרצויות כעוסות,
- האשמות על אי מוכשרות,
- דיכאון {דפרסיה} אינטנסיבי,
- איומים/ניסיונות התאבדות.
- טריאנגולציה בתוך המשפחה,
- סיום מוקדם של טיפול.
- והתדרדרות חמורה.

כמו כן חשופים המטפלים ללחצים שכיחים כגון: לחצים של זמן, פוליטיקה ארגונית, חוקים והגבלות על החופש, עמיתים לא תומכים, אי כשירות הפיקוח, ניהול ניירת מוגזם, ושבירת נאמנויות.

קוטלר מייחס לסביבת העבודה של המטפלים:

- לחץ אישי מתגבר,
- שאיפה לשלמות,
- העלאת גירה של מקרים טיפולים,
- צורך לאישור מתמיד,
- ספקות אישיות,
- עייפות פיזית,

- סגנונות חיים חולניים,
- הרקה רגשית,
- ואחריות מוגזמת לרווחת הלקוחות.

מצבים רבים כגון: פעולות חוקיות, בעיות כספיות, מעברי חיים, שינוי מקום העבודה, וקיצוצים כלכליים, יכולים גם הם לגרום ללחץ – אצל המטפלים. כאשר מצבים אלו למעשה מהווים חלק מחיי העבודה היומיומית של המטפל ומטפלים חייבים להתמודד עמם בכל עת.

מקצת מהחוקרים דנו בלחצים הטבעיים בעצם ההתמודדות עם אנשים ובעיותיהם במשך רוב שעות היום.

וויטפילד (Whitfield 1980) מאמין שהסיבות לכך שהעבודה הטיפולית נחשבת לעבודה קשה הן הבידוד, השעות הארוכות, הצורך להקשיב לבעיות של כל האחד, המשברים, וההתאבדויות. המטפל חייב להיות ערני מבחינה פיסית ויציב מבחינה רגשית, וגם להיות מודע לרגשותיו שלו \ שלה ולרגשות של החולה, כדי להיות יעיל {אפקטיבי}.

אנגליש (English 1976) דן בלחץ הנובע מההתמודדות עם הרגשות השליליים של הלקוח במשך רוב שעות היום: כעס, טינה, אפאתיה, נטייה להתאבדות, דיכאון {דפרסיה}, קנאה, חרדה, עצבות, פסיכוטיות, פרנויה, ובדידות.

דויטש (Deutsch 1984) מאמין שיש רמה מרבית של לחץ כדי שהמטפל יתפוס את עבודתו שלו כתרפיסט מרגשת ומאתגרת ויראה התקדמות בעבודה. אף על פי כן, גורמים אחרים יכולים להפריע ללחץ זה (האופטימאלי) או להחליף אותו.

קאסלו ושולמן (Kaslow & Schulman. 1987) ציינו את הגורמים שהם רואים בהם כגורמי לחץ אצל מטפלים: משברים של הלקוח, האיום של טיפול רשלני, סיום קשר עם הלקוח, תחרות, איפוק וחוסר יכולת לשתף את הסביבה הקרובה אליהם במקרי הטיפול מסיבות אתיות המחייבות שמירה על סודיות.

גאי (Guy 1987) רושם את החסרונות הקשורים לקריירה הטיפולית: הכנסה משתנה, בידוד, עייפות רגשית, תסכול עקב דרישות הלקוחות, מטופלים מופרעים, אחריות מוסרית וחוקית, ביקורת ציבורית והוקעה, וספקות בכל הנוגע ליעילות של המטפל עצמו ואחרים.

ברמק (Bermak 1977) חקר 75 פסיכיאטרים שעסקו בטיפול. שלושים ושמונה נישאלים דיווחו על קשיים הקשורים עם בידוד - בדידות פיסית, הצורך לקרבה, והאי יכולת לדבר עם אחרים על העובדה בגלל סודיות.

עשרים ואחד מטפלים ענו שהצורך לשלוט ברגשותיהם בזמן הטיפול כדי למנוע העתקות נגד מעורר אצלם מודעות עמוקה יותר בנושאים הרגשיים שלהם עצמם, ושעצם החוויה הייתה קשה במיוחד.

שבעה עשר נישאלים ציינו שמשאלות של "כול יכול", תסכול לגבי הנטייה לעזור ולהציל, רגשות של חוסר ישע, סטנדרטים גבוהים, הם קשיים שהם התמודדו עמם. שישה עשר פסיכיאטרים דיווחו שהמשמעות הכפולה של התחום, בהקשר של אי היכולת לאשר את

תוצאות עבודתם היו גם מקור של גורם לחץ.

גורמי לחץ אחרים וקשיים שדווחו כללו : התרוקנות רגשית ביכולת להיות אמפטי, טבע קומפולסיבי- אובססיבי של מטפל, ההתרוקנות הפיסית עקב העדר פעילות וישיבה בחוסר מעש, המאבק עם הזהות המקצועית וקבלה על ידי אחרים, החוסר בתוצאות והנאות מיידיות, דמות המטפלים בעיני החברה, איבה של אחרים, וההשפעות המדכאות של להיות חשוף בצורה מתמדת לדיכאון (דפרסיה).

פארבר וחייפץ (Farber & Heifetz 1982) ראינו 60 פסיכיאטרים, פסיכולוגים, ועובדים סוציאליים לגבי העבודה שלהם. שבעים וחמשה אחוז ציינו שהחובות המקצועיות שלהם ודאגתם נכנסו מופעם לפעם לתוך שעות הפנאי שלהם. הפן הכי מלחיץ בעבודתם הוא " חוסר הצלחה טיפולי " שצוין על ידי 73.7% של הנישאים.

ניתוח גורמים של התוצאות אלו (פארבר וחייפץ, 1987) גרס שהתרוקנות אישית, מערכת היחסים הטיפולית, ותנאי העבודה הם שלושת גורמי לחץ העומדים בראש גורמי הלחץ הנגרמים מהעבודה הטיפולית.

ההתנהגות של החולה הכי מלחיצה, כפי שדווחה על ידי פארבר (Farber 1983) היא הצהרת התאבדות, שלאחריה באים תוקפנות ואיבה, סיום מוקדם, חרדה, אפאתיה, ודיכאון {דפרסיה}.

ניתוח הגורמים של התנהגות מלחיצה של החולים התחלק לשתי קטגוריות : סימפטומים פסיכופתולוגיים והתנגדות. אומנם, בדרך כלל, המטפלים לא תפסו את עצמם כלחוצים באופן חריג.

גם דויטש (Deutsch 1984) הגיע למסקנה דומה בסקר שערך בקרב 264 מטפלים מקצועיים בנוגע לבעיותיהם והלחצים הקשורים לעבודתם. הנישאים ציינו את הנושאים הבאים כגורמי לחץ המשמעותיים בעבודה עם לקוחות : הצהרות התאבדות, אי יכולת לסייע ללקוח בעת צרה להרגיש יותר טוב, לראות יותר לקוחות בשבוע אחד מהכמות הרגילה, וביטוי כעס של הלקוחות כלפי המטפל. תוצאת ניתוח גורמים הביא לזיהוי של שלוש קטגוריות עיקריות הגורמות ללחץ בקרב המטפלים: רגשיות הלקוח, אחריות על הלקוח, ותסכול עם לקוחות.

להלן אמונות לא רציונאליות (בלתי-שכליים) של המטפלים אשר שהחמירו את הלחץ שלהם: מטפלים צריכים תמיד לעבוד ברמה גובה מאוד של התלהבות וכישרון; מטפלים צריכים להיות מסוגלים לטפל בכל מצבי החירום של הלקוח; ומטפלים צריכים להיות מסוגלים לעזור לכל לקוח.

בסקר של 480 פסיכולוגים של אגודת הפסיכולוגים האמריקאים העצמאים, נאש, נורקרוס ופרושקה (Norcross, & Prochaska 1984), מצאו שעיקרי גורמי הלחץ הם: זמן, אי ודאות כלכלית ועומס העבודה לא יציב, עומסי עבודה מוגזמים ובידוד. החוקרים הסיקו שהלחצים שהנישאים שלהם ציינו, הם יותר מכוונים לצדדים העסקיים מאשר לצדדים האישיים, שכן חובות העבודה עצמה הם המקור העיקרי של הלחץ.

הלמן, מוריס ואמברמוביץ (Hellman, Morrison & Amramowitz 1986) ביצעו ניתוח גורמים לסקר, בהקשר של לחצי העבודה הטיפולית, שבו השתתפו 227 פסיכולוגים רשומים בקליפורניה צפונית, זיהו חמשה תחומים המתקשרים עם לחץ רב:

- תחזוקת מערכת היחסים הטיפולית,
- קשיים תיאום לוח זמנים,
- ספקות מקצועיות,
- מעורבות יתר בעבודה,
- והרקה אישית.

ניתוח גורמי הלחץ של המטפלים אודות התנהגות מטופלים גילה את הקטגוריות הבאות: השפעות שליליות, התנגדות, סימפטומים פסיכופתולוגיים, איומי התאבדות, והתנהגות תוקפנית- פסיבית.

בזמן שהפראקטיקה בטיפול יכולה להקנות מומחיות בהתמודדות עם חרדה, שליכט (Schlicht 1968) מאמין שיכולה גם להיוצר חרדה. חוסר ידע על רמת ההצלחה הכוללת של גישת המטפל, שאלות של יכולת, איומים של תביעות משפטיות, אחריות על הלקוחות, משברים עם הלקוח, רגשות המטופלים, ואיזון בין ערכים אישיים והבנות בחדר הטיפולי מזהים בדרך כלל כגורמים לחרדה במטפלים. כל הלחצים וקושיים שצוינו קודם לכן יכולים להתחיל בשנות ההכשרה.

קילבורג (Kilburg 1986) טוען שתקופת ההכשרה היא ההתנסות הראשונה, שבה על המטפל להתמודד עם ציפיות גבוהות, צורך בהישגיות ואילוץ הזמן בעבודה.

באותו הזמן, מטפלים בלתי-מנוסים פחות מכווננים להתמודד עם הלחצים הבלתי-נמנעים מעבודתם (Farber 1990) העבודה מול מטופלים מוחצנים בצורה קיצונית, העתקות נגד ולמידת על הטבע הלא מתגמל של היחסי הבין אישים בטיפול, יכולות להיות היסודות ללחץ בעבודה, מה שמחזיר אותנו לתפקידי ההכשרה במקצוע הטיפולי. הטבע הלא מוגדר של העבודה, העדר תובנות פסיכולוגיות, פסיכופתולוגיה אישית (מחלה של פסיכותרפיסט), שינוי עמדות, ערכים ותפיסות עולם, ושינוי אישיות נרשמו על ידי גאי (Guy 1987) כלחצים שמתחילים בהכשרת האוניברסיטאית וממשיכה לאורך כל הקריירה.

בזמן שסוזמן (Sussman 1995) מאמין שמטפלים לעיתים רחוקות מודעים ללחצים בעבודה טיפולית, יש עדויות רחבות שהעבודה הטיפולית מציבה סכנות משמעותיות לקלינאים.

בסקירה ספרותית, סוזמן (Sussman 1995) מצא שמחלת נפש, התמכרות לסמים ולאכזריות, מוחצנות מינית, התאבדות, מורת רוח מהעבודה, התמכרות לעבודה, ושחיקה נגרמות מלחץ בעבודה הטיפולית. להיות מטפל, כפי שצוין במחקר, יכולה להיות עבודה שמלווה בהרבה לחץ. הטבעי הוא שעבודתם מבודדת מטפלים ולעיתים קרובות משאירה אותם לבד בהתמודדות עם לחצי עבודתם ולחצי הסביבה.

הלחץ בקריירה טיפולית מתגבר כאשר המטפל חווה לחץ בחייו האישיים גם כן. עצם היותו מטפל משאירה אותו חשוף ופגיע לבעיות אישיות מסוימות, לצרות, לפגימות, ולשחיקה. לכן קילבורג (Kilburg 1986) וקאסלוו ושלמן (Kaslow & Schulman 1987) הדגישו את החשיבות של הדיון בסגנונות חיים של

המטפלים בשלב המוקדם של ההכשרה, וזאת כדי להכין את המטפלים לקראת הבעיות הפוטנציאליות שהם צפויים לפגוש בקריירה שלהם.

סיכום תת-פרק

הקריירה הטיפולית טומנת בחובה גם יתרונות וגם גורמי לחץ.

היא משפיעה על החיים האישיים, על חיי המשפחה, ועל הבריאות הפיסית ובריאות נפשית.

באופן יחסי, סוג האנשים שבחרים בקריירה הטיפולית בדרך כלל נוטים להביא לתוכה את בעיותיהם וענייניהם האישיים, וגם מאפייני אישיות מיוחדים. לכן, חשוב להצלחת התחום, להתייחס לצרכי המטפלים ולעשות מאמצים להעשיר את חייהם ולנסות לנטרל את ההשפעות השליליות של הקריירה. המחקר הנוכחי מסייע לבדיקה איך לבצע זאת משלב ההכשרה .

על סמך תיאוריות ומחקרים הנ"ל, נראה הגיוני להניח שהמטפלים, בדרך כלל, הם "גזע" ייחודי. ההנחה הזאת יכולה להוביל אותנו לשאול אם כן, האם קשר ההנחיה-טיפול הוא שונה עם לקוחות שהם מטפלים לעומת הקשר עם הציבור הכללי.

ואם כן, בהמשך, נחקור את הצרכים הספציפיים של המטפל המשפחתי בהקשר זה, מהם סוגי של מערכות היחסים של מטפל-לקוח בקרב מטפלים משפחתיים ומה הם הגורמים הייחודיים בהנחיית קבוצת לקוחות זאת . (האם יש על כך מענה בסוף המחקר?)

בעיות המטפלים

מטפלים במצוקה

מטפלים לא מחוסנים מפני בעיות פיסיות, נפשיות ורגשיות מעצם היותם מטפלים.

למעשה, פרוידנברג (Freudenberge 1986) מאמין שבריאות המטפלים יכולה להיות חשופה לסיכון גבוה יותר בגלל טבע עבודתם.

" מאחר שפסיכותרפיסטים הם בעצמם בני אדם וחשופים להפרעות רוחניות כפי שלקוחותיהם חשופים, קורה לעיתים קרובות שהם צריכים לפנות לטיפול באותה דרך שעושים זאת לקוחותיהם " (Burton 1973)

לעומת זאת, בסקירה הספרותית במחקרם של גאי וליאובה (Guy & Liaboe 1986) נמצאה הצדקה אמפירית מועטה לאמונה

שלפסיכולוגים ולפסיכיאטרים שיעורי בעיות וההתאבדויות גבוהים מהמוצע.

למרות זאת, מספר שנים מאוחר יותר ב-1981 האגודה הפסיכולוגית האמריקאית (APA) הקימה ועדה מתמדת להתמודדות עם

פסיכולוגים בעת צרה (Lalotis & Grayson 1985) ונתנה תשומת לב רבה לבעיות המטפלים בעת צרה ועל הדרכים להתמודד עמם /לטפל בהם.

מטפלים נכנסים לעיתים קרובות למשברים, לפי דויטש (Deutsch 1984) כאשר גידול בלחץ העבודה חופף עם גידול בלחץ בין אישי ולחץ רוחני.

העבודה הטיפולית כרוכה בלחצים רבים כשלעצמה, לכן בשילוב צרות אישיות, המשא יכול להפוך למוחץ.

אף שהצרות יכולות לנבוע מהפרעות אישיות, בעיות קודמות שהמטפלים הביאו לתוך הקריירה, או כוחות אחרים מחוץ לקריירה,

הפראקטיקה הטיפולית יכולה להחמיר, לחשוף, או להקצין את הבעיות האישיות. כך ששינויי חיים, כמו הריון, מקרי מוות, מעברים ומחלות יכולים להשפיע על נקודת המבט של המטפל.

בנוסף, מאקראדי ופרנקנשטיין (McCrary & Frankenstein 1986) כללו בצרות של פסיכותרפיסטים התמכרות לחומרים, אי סדרים רגשיים ונפשיים, לחץ, שחיקה, התמכרות לעבודה וניצול מיני.

נתן (Nathan 1986) מגדיר צרה, כהרגשה סובייקטיבית שמשוהו לא כשורה, שיש קיום של כמה בעיות שמשפיעות על התנהגות. לאחרונה, יותר חוקרים ומחברים התייחסו לבעיה של מטפלים בעת צרה.

חוקרים אחרים בדקו את **השפעת המוות** על היכולות של המטפל (Givelbe & Simon 1981), **השפעת לידה** על תפקודי המטפל (נורקרוש ופרוקשקה (Norcross & Prochaska 1986a) והיאוש וההרקה שבחוויה הטיפולית (Fine. 1980).

תוך התייחסות לחוויותיו של המטפל בהקשר לטיפול במטפלים במצוקה, פרוידנברג (Freudenberge 1986) דן בסימפטומים של מטפלים מקצועיים הזקוקים לטיפול. הרשימה של הסימפטומים כוללת: דיכאון {דפרסיה}, עייפות, חרדה, ציניות, שעמום בנוגע לעיסוק, שאלות של בחירת קריירה, ציווים מוסריים, עבודה מוגזמת, התנגשות תפקידים (במיוחד נשים), בעיות כספיות, מעברים משפחתיים, וסימפטומים פיסיים.

בהתאם לכך חוקרים ניהלו מספר מחקרים אמפיריים במטרה לגלות בדיוק מה הם סוגי הבעיות שהמטפלים מתלוננים עליהם ו\ או מחפשים עזרה עבורם.

פרוקשה ונורקרוס (Prochaska & Norcross 1983) סקרו את חברי קבוצת הפסיכותרפיסטים של APA על התנסותם ב " בעיות נפשיות" - (חרדה, דיכאון {דפרסיה}, תלונות סומאטיות, או ערך עצמי נמוך) בעצמם (N=141) או בעת טיפול בלקוחותיהם (N=158).

בערך שמונים ושני אחוז מהמטפלים דיווחו שהתנסו במצוקה נפשית לפחות פעם בקריירות שלהם. מטפלים אלו ציינו שהם השתמשו בסוגי התערבויות שונות לעזור לעצמם מאלו שמשמשים אותם בטיפול בלקוחות, ולא נראה שהשתמשו בתיאוריות שלהם כדי לעזור לעצמם. אותם נישאים נטו לסמוך פחות על סיוע במערכות היחסים או בתרופות כאשר מדובר היה בעצמם לעומת הלקוחות שלהם.

חוקרים משערים שהמטפלים לא מאמינים שמה שטוב ללקוחות טוב עבורם, מכאן שמטפלים מניחים שהם יותר בריאים מלקוחותיהם ובעלי משאבים נפשיים רבים מהם ו\ או שתהליכים לקראת שינוי שלהם עצמם שונים מאלו של המטופלים. לפי המחקר נראה שמטפלים על אף שצפויים להתנסות בלחצים, כמעט לא מחפשים עזרה בהתמודדותם עמם.

דויטש (Deutsch. 1985) שלח שאלון {דיווח עצמי} ל-264 מטפלים מקצועיים במדינת איווה בהתייחס לבעיות האישיות שלהם. שמונים ושני אחוז של הנישאים דיווחו על קשיים במערכות יחסים. חמישים ושבעה אחוז דיווחו על דיכאון {דפרסיה} בשלב כלשהו בחייהם. מטפלים פרטיים צפויים לדווח על דיכאון {דפרסיה} כבעיה לעומת עובדים שכירים. מטפלים בעלי תואר דוקטור לעומת מטפלים בעלי תואר שני צפויים לפנות יותר לטיפול עקב בעיות דיכאון וקשיים במערכות יחסים בין אישיים.

ארבעים וחמשה אחוז של המטפלים שנסקרו, היו חולים (מבחינה פיסית) בששת החודשים האחרונים מהיום בו ענו על השאלון, עם

היעדרות ממוצעת של 1.77 יום מהעבודה עקב מחלה.

נורקורס ופרוקשקה (Norcross & Prochaska 1986a b) ניהלו מחקר על 285 פסיכולוגיות ויועצות ונשים אחרות. החוקרים מצאו ש-28% מהפסיכותרפיסטיות דווחו על בעיות במערכות יחסים בין אישיים לעומת 40% בקרב הנשים "הלא" מטפלות (האחרות). שישה עשר אחוז של פסיכותרפיסטיות סימנו שבעיות תעסוקתיות גרמו למקרי המצוקה שלהם, לעומת 15% מהנשים האחרות.

טורנסון, מילר וקראוסקוף (Thoreson, Miller & Krauskopf 1989) סקרו 379 פסיכולוגים (בעיקר קליניים ויועצים) מאגודת הפסיכולוגים של מערב התיכון בארה"ב. עשרה אחוז מהנשאים שלהם דיווח על מצוקות, נשים נטו יותר לדיכאון ותחוסר שביעות רצון ממערכות היחסים הבין אישיים והמשפחתיות שלהן. התוצאות הנוספות היו כדלהלן : 11% דיווח על דיכאון {דפרסיה} ; 11% ; 11% מהנשאים דווחו על מורת רוח מנישואיהם או ממערכת היחסים ; 10% דווחו על מחלה (פיסית) חוזרת ; 9% דווחו על התמכרות לאלכוהול.

סקר של 318 מטפלים חברי APA נוהל ב 1989 על ידי גאי , פואלסטה וסטארק (Guy, Poelstra & Stark 1989) . החוקרים שאלו את המטפלים האם סבלו ממצוקות אישיות בשלוש שנים האחרונות. התוצאות היו כדלהלן : 32.9% דווחו שסבלו מלחצים בעבודה, 32.2% דווחו שסבלו ממחלות במשפחתם, 20,4% דווחו על בעיות בנישואיהם 17.9% דווחו על מתח עקב מקרה מוות במשפחתם, 15.9% דווחו על בעיות כספיות, 15.7% דווחו על משברי אמצע החיים, 14.7% דווחו על מחלות (פיזיות) 6.6% דווחו על מצוקות עקב בעיות משפטיות ו-31.1% דווחו על מחלות נפש, 1% דווחו על שימוש בסמים. העובדה המשמעותית ביותר היא שכמעט כל ה 37% של אלו שדיווחו על מצוקה כלשהיא הסכימו שהמצוקה הקטינה את איכות טיפולם. ומכך ניתן להסיק את המסקנה המתבקשת מאליה שמצוקה אישית משפיעה על היכולות של המטפל בחדר הטיפול.

פופ וטאבצניק (Pope & Tabachnick 1994) סקרו ארבע מאות שבעים וששה פסיכולוגים ממחלקות שונות ב-APA. הם שאלו את המטפלים האם הם עברו טיפול ועל מה התמקד הטיפול. הסיבה הכי שכיחה שגרמה לפנייה לטיפול הייתה דיכאון {דפרסיה} שדווחה על ידי 120 נישאים. תשעים וארבעה נישאים נזקקו לטיפול עקב בעיות נשואים או גירושין, 66 נזקקו לטיפול עקב בעיות במערכת היחסים שלהם. שאר התוצאות היו כדלהלן : 57 נישאים דיווחו על בעיות אמון והערכה עצמית ; 55 נזקקו לטיפול עקב חרדה; ל 45 היו בעיות קריירה, עבודה, לימודים; 38 נזקקו לטיפול בהתייחס לבעיות הקשורות למשפחת המקור; ו 21 מטפלים ראו דילמות של העתקות נגד כגורם לפנייתם לטיפול. החוקרים מציינים שקיים מעט מחקר על הבעיות של מטפלים והסיבות {טעמים} שבעטיין הם פונים לטיפול.

דאקון (Deacon 1997) סקר 175 חברי האגודה האמריקאית למטפלים זוגיים ומשפחתיים (AAMFT) על בעיותיהם האישיות והשימוש שלהם בטיפול אישי. עשרת התחומים הראשיים של בעיות אישיות שמשויבים ציינו כמועדי פניה לטיפול אישי היו: **נישואים (60%)** דיכאון {דפרסיה} (45%), גדילה אישית (45%), בעיות משפחה או במשפחת המקור (44%), קשיים במערכות יחסים (40%), צער (37%), מעברים (36%), ילדים (35%), הערכה עצמית (32%), וחרדה (31%) עייפות מהורות (31%).

פגמים

כאשר מטפלים משאירים את מצוקותיהם ללא מענה או ללא טיפול, עבודתם יכולה להפוך לפגומה בגללם. על אף שאנשים לעיתים קרובות משתמשים במונחים של מצוקה ופגם בתור ביטויים חליפיים, נתן (Nathan 1986) מאמין שיש הבדל בניהם. המושג מצוקה מתייחס להרגשה סובייקטיבית, בזמן שפגם מתייחס להפרעה בעבודה המקצועית הקשורה בהתנהגות ובידיעה או הסביבה של המטפל עצמו.

לפי לליוטיס וגראיסון (Lalotiot & Grayson 1985) המונח פגם לא מוגדר היטב בספרות ומציעים להגדיר פגם כ "**התערבות בתפקוד המקצועי הנובע מתלות ברמה הכימית (פיזיולוגית), מחלת נפש, או סכסוך אישי**". (P 85) דוגמאות של גורמים לפגמים כוללים: מחלת נפש, אידיאליזציה של ההתאבדות, נטילת חומרים ממכרים, או התנהגות מינית סוטה. פגם יכול לנבוע מנטיה לבעיה, גורמים קשורים בעבודה (מטופלים, בעיות מיוחדות, לחץ), או אירועים המשנים את החיים. מצוקות ופגמים מתרחשים תמיד במקביל.

לפי קילבורג (Kilburg 1986) החברה בדרך כלל לא מכירה את הבעיות של בעלי המקצוע הנמצאים בחלק העליון של ההירארכיה החברתית והכספית. אנשים מגעים למטפלים עם בעיותיהם, אבל לא מצפים שלמטפלים יהיו בעיות משלהם. גם הוא מסכים כי חלק מבעיות אנשי המקצוע נובעות מעבודתם ותפקידם בחברה.

האגודה הרפואית האמריקאית (AMA) ורופאים שונים הדגישו את בעיית ה"פגמים" במשך שנים (Bermak 1977 קריוקרי 1977 לאוני, הרדינג בלוטקי ובנהרט 1983, Ross 1973, Thoreson, Nathan, Skorina & Kilburg 1983) ובכל זאת רק לאחרונה החלו מטפלים "נפשיים" לראות ולהבחין בבעיה.

הסיבה לכך, לפי לליוטיס וגרייסון (Lalotiot & Grayson 1985) היא שהתחום הטיפולי לא התפנה לטפל בנושא מאחר שהוא היה בהכחשה, מוטרד עם עניינים אחרים (תקנונים, סטנדרטים, ביטוח, וכו'..) עסוק בהגנה על הדימוי העצמי, עם חברים מעטים, וחדש יחסי בתור מקצוע מכדי לזהות את המצוקות והפגמים בקרב המטפלים. בכל מקרה, ווד, קליין קרוס, לרנרס ואליוט טוענים שתשומת הלב הופנתה לנושא בזמן האחרון.

ארגונים חדשים וצוותי משימה, כמו מתנדבים בפסיכולוגיה (VIP), פסיכולוגים לעזרת פסיכולוגים וועדה מתמדת ב APA הוקמו כדי להתמודד עם פגמים בעבודת הפסיכולוגים, על אף שהבעיה עכשיו מוכרת, טרם גובשו חוקים וסטנדרטים איך להתמודד עם הבעיה או איך לסייע לקולגות \ מטפלים עם פגמים.

בסקירות הספרותיות, של נתן (Nathan 1986) ושל לליוטיס (Lalotiot & Grayson. 1985) נמצאו מעט מחקרים הבוחנים את השכיחות של הפגמים. אף על פי כן, הם מצאו שמטפלים מקצועיים (כולל פסיכולוגים) "פגומים" לפחות כמו

האוכלוסייה הלא מקצועית בכללותה.

ווד ואחרים (Wood, Klein, Cross & Lammers 1985) סקרו 167 פסיכולוגים אודות עמדותיהם ומודעותם לפגמים

האישיים שלהם. חמישים ושני אחוז סברו

שצריכת יתר של אלכוהול ו/או השימוש בסמים הם הבעיה העיקרית. חמישים וששה אחוז של נישאים ציינו בעיות מין ו75% ציינו את הדיכאון {דפרסיה} ואת השחיקה כבעיות .

ארבעים אחוז מהפסיכולוגים היו מודעים לעובדה שקולגות שלהם הושפעו מבעיות סמים או מבעיות מין. ששים אחוז הכירו קולגות שסבלו מדיכאון (דפרסיה) או שחיקה שהשפיעה על עבודתם. בערך 32% של הנישאים סימנו את הדיכאון (דפרסיה) ושחיקה שהפריעו לביצוע עבודתם בצורה תקינה. ארבעים ושני אחוז של נישאים הציעו לעזרה או הפנו ממטפל לטיפול, אבל רק 7.9% דיווחו על עמית לסוכנות מפקחת. שבעים וחמשה אחוז מהנישאים התנגדו לפיקוח כתנאי לחידוש של רישיון, וחצי התנגד לבדיקות כללית של בריאות הנפש או טיפול אישי כחלק מההכשרה.

נמצא שבעלי קווים מנחים מוסריים ברורים היו מודעים יותר לקולגות "הפגומים" עקב בעיות סמים, ונטו יותר לחפש עזרה עבורם במידה שהיה להם בעיות סמים, מיניות, או שחיקה, וכמו כן היו צפויים יותר לדווח לסוכנויות הפיקוח, ונטו יותר להציע את עזרתם. נראה כי יש כמה תכונות שכיחות בקרב המטפלים שנפגמו.

מאפייני האישיות של המטפלים ש"נפגמו" נמצאו ונרשמו על ידי פרוידנברגר (Freudenberger 1983, 1990) לאחר טיפול במעל 70 מטפלים "פגומים":

התכונות האלה כוללות :

- תחרותיות גבוהה,
- נטייה להגזמה בעובדת,
- ציפיות גבוהות מעצמו/ה,
- הישגים גבוהים,
- דאגה מוגזמת לפרטים,
- כפייתיות,
- ארגון קיצוני,
- חוסר ביטחון יסודי,
- נטייה לדיכאון {דפרסיה},
- חולשה ללחץ,
- ציניות,
- שאיפה לשלמות ואידיאליזם,
- נטייה לנטילת אשמה,

- אי יכולת להאציל סמכויות לאחרים,
- נטייה להכחיש כל צורך לעזרה,
- קושי לחצי תפקיד (במיוחד נשים)

יחד עם מאפייני האישיות הנ"ל פרוידנברג (Freudenberger 1983, 1990) ריכז רשימה של הסימנים וסימפטומים של הפגימה. ברשימה נכללו הסימפטומים הבאים : דיכאון {דפרסיה}, הרגשות של ריקנות, אבדן חיוניות, הרגשת התרוקנות, תלישות מהעבודה, נדודי שינה, כעס על המטופלים, סימפטומים נפשי- גופניים, נסיגה מחיי המשפחה, כשלון במערכות יחסים, הכחשה של שחיקה, מחשבות שליליות, תחושת קורבן, אכזבה מהעצמי, הרגשה של אבדן שליטה {בקרה}, בדידות, ותסכול.

הסיבות להווצרות הפגמים לפי פרוידנברג (Freudenberger 1986) יכולים להיות לחצי הפראקטיקה הטיפולית, הנרקסיזם של המקצוע, והקריירה כשלעצמה. הפגמים, כשלעצמם, משפיעים על משפחת המטפל, ידידיו, ועל תפקודו בעבודתו. אירועים משמעותיים בחיי המטפלים גם יכולים להשפיע על הסגנון הטיפול שלהם, על התייחסותם ללקוחות, רמות הלחץ שלהם, ומנגנוני ההתמודדות שלהם.

גאי (Guy 1987) מציין את האירועים הבאים שיכולים לגרום לשינויים ברמת התפקוד בעבודה: שינויי בסטאוס האישי, הריון, הורות, מיקום חדש, פרידה מילדים, מחלה פיסית במשפחה, מות, והזדקנות. אולם בסקר של 318 מטפלים חברים ב APA שעברו אירועים אלו בעבר או בהווה בו בתבצע המחקר, היו הנבדקים בטוחים שזה לא השפיע על ביצועם בעבודה (Guy, Poelstra & Stark 1989) מה שמעיד כי מטפלים מהססים להתוודות על פגמים או על מצוקות.

סוזמן (Sussman 1995) מסביר את הסיבה לכך שמטפלים אינם ניגשים לקבלת סיוע עבור בעיותיהם האישיות בכך שמטפלים עם פגמים היו לעיתים קרובות ילדים "אחראים" במשפחות המקור שלהם ולכן מטבעם מכוונים להזניח את הצרכים שלהם עצמם למען אחרים.

סוזמן (Sussman 1995) טוען שהצגת הלחץ האישי או מאבקיו הפנימיים של המטפל יכולים לאיים על פרנסתו ו/או על שמירת הדימוי שלו כבלתי פגיעה.

על כן דנים גילורבר וסימון (1985) ומאון (Munn 1995) בדילמות של מה המטפל ה"פגום" אומר למטופליו, איך להעדר תקופת מה בצורה דיסקרטית, איך לאזן בין הצרכים האישיים שלו ואלו של הלקוחות, והיכולת לשפוט את יכולתו בעצמו.

להתמודדות עם התופעה גאי (Guy 1987), ביחד עם בראון (Guy & Brown 1992) מאמינים שנחוצה התערבות מבחוץ כדי לעזור למטפלים ולהגן על לקוחותיהם : הם מציעים סינון בעת קבלה לבית ספר, חיוב מעבר טיפול אישי בתקופת ההכשרה, סינון במתן רישיון, סינון בקבלה לאיגודים מקצועיים ודרישה להנחיה והתייעצות קבועים. בנוסף הם מדגישים שזה חשוב להעביר את המסר ש " זה בסדר " אם המטפל פונה לעזרה. הכשרה מתמדת, טיפול אישית, הנחיה, ויחסי גומלין עם עמיתים הן השדרות המומלצות על ידי גאי כדי למנוע

פגיעות.

פרוידנברג (Freudenberger 1983) מאמין ש"התחום עצמו" יכול לסייע להקטין את הפגיעות בקרב המטפלים. הוא ממליץ לדרוש הפסקות בתקופות העבודה, יצירת קבוצות מתנדבים של מטפלים שיספקו עזרה לעמיתים, תוכניות הכשרה מתמדת, האנשה של המקצוע הטיפולי, והגברת ההבדלים בין הזהויות המקצועיות והאישיות.

ברמק (Bermak 1977) מציע רמות גבוהות של הכשרה, כולל הנחייה חובה, הכשרה מתמדת, ועידוד למטפלים לחפש טיפול אישי.

בפרט בזמן שקיימות עדויות רבות לכך שפגימה היא בעיה במקצוע הטיפולי, קיים מחקר מועט איך לסייע למטפלים האלה. להשאיר את המטפלים הפגומים להתמודד לבד עם הבעיות שלהם יכול רק לביא להחמרת הבעיה ולהפוך את הטיפול שהם מקנים לפחות יעיל {אפקטיביים}. פגימה ללא מענה מובילה לשחיקה.

שחיקה

בשנים האחרונות, לפי פארבר (Farber 1983) התחדש העניין בתוך הקהילה של בריאות הנפש על הבעיות הייחודיות והלחצים הקשורים לפראקטיקה הטיפולית. עניין השחיקה משכה תשומת לב מקצועית ציבורית. כאשר השימוש במונח "שחיקה" נעשה בצורה מוגזמת ומשבשת כדי לתאר מצב זמני של ניכור בעבודה, בחיים האישיים, ובפעילויות הפנאי. לעומת הגדרה זו פארבר (Farber 1990) מגדיר שחיקה כתופעה יותר רצינית, הכוללת עייפות פיזית, התרוקנות רגשית, חוסר קשב עצבנות, ודחיקת רגשות באחרים (במיוחד במשפחה).

קיימות מספר רב של הגדרות שחיקה. אחרי סקירת הספרות, ווטקינס (Watkins 1983) הגדיר שחיקה כצמצום של משאבים פיסיים ונפשיים, עם ציפיות אישיות יותר מדי גבוהות, ומערכות יחסים עם אחרים המרוקנות את המשאבים האישיים.

פרידמן (Friedman 1985) מגדיר שחיקה כאבדן עניין, מוטיבציה, אנרגיה, סיפוק ויעילות בקשר עם העבודה.

פארבר (Farber 1990) מתאר את השחיקה כמצב שבו קיימת סתירה משמעותית בין המאמצים המושקעים והתוצאות המתגמלות המצופות.

פארבר מגדיר שלושה סוגים ברורים של שחיקה ייחודים למורים, אבל גם רלוונטיים עבור המטפלים: הסוג הראשון של שחיקה הוא תשובה/תגובה לתסכול, הגורם לעבודה יותר קשה כדי להפיק תוצאות טובות המביא להתמכרות לעבודה. הסוג השני של שחיקה כולל תגובה לתסכול על ידי וותרנות.

הסוג האחרון של שחיקה נוצר מתחושת חסינות מפני תסכול, שמביא את האדם לא להבין מתי כדאי לוותר או להשקיע יותר בעבודתו, ולבסוף לחוסר עניין בעבודה ולביצועיים דלים. נראה שיש נטייה לנשחקים להעמיד גבולות ולבקש עזרה.

גאי (Guy 1987) מציין שכנראה קיימת השפעה אינטראקטיבית בין הסיכונים הכרוכים בפראקטיקה הטיפולית והדינאמיקה האישית

של המטפל. מאפייני אישיות מסוימים יכולים להשאיר את המטפל פגיע לשחיקה.

יש מספר גורמים שתורמים ליצירת שחיקה: תכונות אישיות, מאפיינים של החולה, תנאי עבודה ועמדות החברה. חברה, בדרך כלל, היא בעלת ציפיות גבוהות מהמטפלים. עמיתים וצרכנים מצפים להכי טוב, בזמן שידידים והמשפחה דורשים זמן שווה ותשומת לב. המטפלים עצמם רוצים להשיג הרבה ומצפים מעצמם " לעשות את הכול- לעשות את כל העבודה לבד " (Kilburg 1986)

סקורינה (Skorina 1982) מאמין שלפסיכולוגים הילה של אי פגיעות שמביאה לציפיות גבוהות של יעילות אישית המשווה בין קשיים אישיים לאי כשירות, ומובילה לאי נכונות לחפש עזרה מעמיתים. אמונות אלו מונצחות על ידי האי רצון הרווח בתחום לאתגר בעלי מקצוע אחרים והדרישות המועטות בנוגע להנחיה והערכת ביצועים המטפלים הם בעלי אמונות בלתי-שכליות הגורמות ללחצים נוספים, לפי אליס (Ellis 1984).

אמונות אלה כוללות: הצורך להצליח עם כל לקוחות, הצורך להיות תרפיסט מצוין לעומת אחרים, הצורך להיות מוערך ואהוב על ידי כל לקוחות, והאמונה שהמטפל צריך ליהנות מכל מפגש ומשתמש ובידע שמרוויח יכול לפתור את הבעיות שלו.

פארבר וחייפץ (Farber, B.A & Heifetz 1982) ריאיינו ששים מטפלים באזור העירוני הצפון מזרחי. מעל 57% דיווחו שהסיבה הראשית לשחיקה במקצוע היה קשב ומתן לא הדדי, והאחריות שנדרשת מהם במערכת היחסים הטיפולית. סיבות אחרות לשחיקה כללו: עבודת יתר, קשיים בהתמודדות עם בעיות המטופלים, והנטייה של נושאים אישיים לעלות תוך כדי העבודה. הנישאים האלו דיווחו שהם הרגישו נוטים לשחיקה במיוחד כאשר לחצים שמקורם בבית הפריעו לעבודתם.

מאקארלאי (McCarley 1975) מאמין שהשחיקה נובעת מגודל האחריות המונחת על כתפי המטפל " הפסיכותרפיסטים הם בעל נטייה להשקיע יותר ויותר מאמצים כדי להציל את מטופליהם. מטפלים מרגישים אחריות גדולה וחובה לעזור לאחרים, כ"כ שהם נשחקים לפני שמותרים".

חוקרים נוספים (Roback, Webersinn & Guion 1971) טוענים שלהראות כ"מושלם" יכול לגרום למטפל להחזיק בסטנדרטים גבוהים מאוד ולהתאפיין כשואף לשלמות ולהיפך ל" תרפיסט- על" שכן מתחילת ההכשרה המחנכים מצפים מהמטפלים להתחרות, להכחיש את עצמם, ולהיות בעלי סגנונות חיים ממוקדים בהישגים לשלמות. ציפיות אלו מובילות מטפלים לשחיקה. כך גם חשב קוטלר (Kottler 1993) שהתייחס לסיבה העיקרית לשחיקה שהינה העבודה האינטנסיבית וההפיכה ל"מכור לעבודה".

פרסי וואטשלו (Piercy & Wetchler 1987) מאמינים שהשקעת שעות ארוכות בהקשבה לבעיות, עם דרגה גבוהה של מעורבות רגשית, והקרבת אישית יכולות להוביל להתמכרות לעבודה ולשחיקה.

פנצר (Penzer 1984) דן בהתמכרות לעבודה בפראקטיקה הפרטית, איפה שהמטפל נוטה להיות " יותר מדי גמיש בנוגע לכללים,

תשלומים, ומגבלות זמן". מטפלים פרטיים יכולים להיות במרוץ להתאים את עצמם ללקוחות רבים ככל האפשר ולקבל כל אחד –אלו דוגמאות קלאסיות של התמכרות לעבודה ושחיקה.

בעבודת המטפלים קיימת סתירה גדולה בין הנתינה והקבלה. כאשר המטפל משועמם או "שרוף", הוא נעשה במידה רבה פגיע לסיכונים של המקצוע.

בהתבסס על ניסיונם עם עמיתים "שרופים/שנכוו", קאסלאו ושולמן (Kaslow & Schulman 1987) ציינו כזוהרה לשחיקה את הסימני הבאים: חוסר רצון ללכת לעבודה, תלונות תמידיות על הקריירה, תחושת אבדון העומד לקרות, הרגשה שהחיים דהויים או משעממים, עלייה בתגובות שליליות להתקנות נגד, עצבנות, נסיגה, אי סובלנות לבעיות בבית, חולה באופן תדיר, אידיאליזציה של ההתאבדות או פנטזיות של בריחה.

גאי (Guy 1987) וקוטלר (Kottler 1993) מוסיפים לרשימה את הסימפטומים הבאים: התרוקנות רגשית, חרדה, דיכאון {דפרסיה}, גישה שלילית, התמכרות לחומרים, גידול בכמות הסכסוכים הבין אישיים, אי נכונות לדון בנושאי העבודה, התלהבות מביטולים, הזדהות יתר עם הלקוחות, לקוחות מתלוננים על סימפטומים דומים, ירידה בפעילויות חברתית, חולמים בהקיץ במפגשים טיפולים, רדמת, אפאתיה, שעמום, אי זהירות עם חולים, תסכול, אבדן אמון, אי רצון להתוודות לבעיות, ורצון לעזוב את המקצוע. מתסמינים אלו ניתן להסיק כי השחיקה משפיעה על השלמות העצמית של המטפל.

וואטקינס (Watkins 1983) וגאי (Guy 1987) מוסיפים על האמור כי יש שינוי של הסגנון ההכרתי המוביל לשעמום או לתבניות מחשבה קשיחות דווקא למטפלים שנכוו מבעיות עם רגשות וקשיים בשליטה בהם כגון דיכאון {דפרסיה}, בדידות, ותחושת אשמה נפוצים. שינויים בהתנהגות כוללים: הסחת דעת, ירידה בפרודוקטיביות, התמכרות, לקיחת סיכונים, נסיגה, תלונות קבועות ואבדן יעילות. מבחינה פיסית, שחיקה מובילה לעייפות, לאות, חולי ומערכות יחסים שנעשות בדרך כלל דלות ומסוכסכות.

מניעת שחיקה

מאחר ששחיקה יכולה להיות בעלת השפעות כה מזיקות על המטפל והפרקטיקה שלו, הכרחי למקצוע להתמודד עם בעיית השחיקה, לפתח תוכניות תמיכה, ולהמליץ על דרכי טיפול.

מספר חוקרים (Guy & Brown 1992 ; Guy 1987 ; Watkins 1983 ; Whitfield 1980) ציינו אסטרטגיות שונות שעל המטפלים להשתמש למניעה וטיפול בשחיקה שלהם. הרעיונות האלה כוללים: לחנך את עצמם אודות השחיקה, חיפוש הנחייה ו\או התייעצות תוך כדי, מעורבות בין אישית מחוץ למסגרת העבודה, פיתוח תחביבים ובילוי; יציאה לחופשה בצורה סדירה, מעורבות בארגונים מקצועיים, ביצוע תרגילים להפחתת הלחץ, שמירת כשירות פיסית מתאימה, הקדשת זמן פנוי להשתקפות ולהסתכלות פנימית, חיפוש תמיכה מאחרים, וטיפול אישי.

לפי סוזמן (Sussman 1995) לתחום הטיפולי חסרות תוכניות מניעה לחניכים ולמטפלים פעילים כאחת, אודות הסיכונים שבפראקטיקה הטיפולית. התחום צריך לפנות גורמי המצוקה בקרב המטפלים ולסייע להם להתגבר על התנגדותם לקבלת עזרה כאשר הם זקוקים לה.

על ידי פתוח תוכניות סיוע לפי נתן (Nathan 1986), תתאפשר לבעלי מקצוע חזרה לעבודה פורה, מה שיגן על הציבור מניצול, ויגרום להפחתה ומניעת נזקים לתדמית המקצוע הטיפולי.

על מנת למנוע את תופעת השחיקה גרוש ואולסן (Grosch & Olsen 1995) ממליצים להתחיל עוד בשלבים המוקדמים בקריירת המטפל על ידי תשדורת של מסר, שזה בסדר, שלמטפלים מותר להיות בעיות, ובו בזמן להימנע מהנטייה לתת למטופלים " פתרונות פשוטים" להתמודדות עם השחיקה.

לרסון גילברטסון ופאוול (Larson, Gilbertson, & Powell 1978) מסכימים שהגישות חייבות להבנות מחדש כדי לאפשר התייחסות להזנת המטפלים והכרה בלחץ הכרוך בעבודה טיפולית .

לדעתי פסקה זו צריכה לבוא כהמשך ישיר לפסקה הקודמת – המשך לדברי גרוש ואולסן: את הגישה הזו מחזקים פארבר וחייפץ (Farbe & Heifetz 1982) המאמינים שחשוב לעלות את הבעית השחיקה לבמה הציבורית, ולשלוח מסר שמקבל את האפשרות שלמטפלים יהיו בעיות אישיות ושהבעיות האלו לא בהכרח מביאות לאי כשירות ושאינן חזרה מהן. הצעד הראשון, איפה, הוא לשלוח את המסר למטפלים שפגמיהם אנושיים ומותר שיהיה להם בעיות משלהם.

הסביבה הטיפולית תובענית ונדרשת בה השקעה רגשית רבה וסובלנות כלפי גורמי לחץ. כדי להלחם בלחץ הבלתי הנמנע ולרסנו, ממליצים גילברטסון ופאוול (Larson, Gilbertson & Powell 1978) שהמטפלים יגבילו את עומסי העבודה שלהם, יגבילו את כמות הלקוחות הקשים שהם רואים, יצמצמו את הרגשות הכול יכולת שלהם, ויקטינו את בדידותם על ידי חיפוש תמיכת עמיתים ויגבירו את ההתנהגויות הבריאות שלהם. חוקרים אחרים (Guy & Brown 1992 ; Farbe & Heifetz 1982) מדגישים את החשיבות של הפיכת המטפלים להיות מודעים למגבלות של עצמם, הלחץ בעבודה, הבעיות הפוטנציאליות, והאפשרות של שחיקה. וויטפילד (Whitfield 1980) מאמין שכדי להתמודד עם מצבי לחץ, המטפלים חייבים ללמוד לזהות אותם ולהגדיר את מגבלותיהם ואת צרכיהם זאת אומרת לוותר על התפקיד של " מטפל על.. "

פרידמן (Friedman 1985) ממליץ שהמטפלים ילמדו לתת ללקוחות להיות אחראיים לבעיות שלהם, לעבודתם ולשינויים בתהליך הטיפולי; לתת לשתיקה במהלך הטיפול להתקיים; להשתמש בצחוק בטיפול; להיות גמיש; ולבטא את רגשותיהם על הטיפול מול הלקוחות שלהם (רעיונות המתאימים לתיאורית ההתנסות).

פארבר (Farber 1990) ערך מחקר מקיף שהתבסס על שנים של טיפול במטפלים. כגורמים חיוביים למניעת שחיקה הוא רשם את הסיפוק בסיוע לאנשים להשתנות, המעורבות האינטימית בחיי אחרים, ההנאות של העבודה, הערכה הגבוהה, הסטאטוס, והגדילה האישית כתוצאה של העבודה.

על אף שקיימות מספר הצעות מתועדות על איך להתמודד עם שחיקת מצוקות ופגיעת המטפלים בסקירה ספרותית גאי וליאבוא (Guy & Liaboe 1985) מגלים שקיימת הסכמה מועטה אודות מי צריך לספק סיוע למטפלים בעת הצורך, באיזו דרך העזרה צריכה להינתן, מהם סוגי תוכניות מניעה שניתנים להשגה ושיעילים {אפקטיבית}, ואלו צעדים אופרטיביים על התחום לנקוט. עדיין, נראה שקיים קונסנסוס כלשהוא על כיווני פעולה הרצויים כדי להתמודד עם מצוקות המטפלים, פגיעתם, ושחיקתם, וגם על הצורך לסייע למטפלים להתמודד עם מצבי הלחץ הנלווים לקריירה בה הם בחרו. אימון אישיות המטפל, הנחייה, סדנאות חווייתיות בתוכניות ההכשרה והכשרה מתמדת, עבודה עם משפחות מקור, וטיפול אישי יותר נחקרו באופן עקיף וקדמו כאמצעי סיוע למטפלים להצלחתם האישית בקריירה הטיפולית.

סיכום תת-פרק

לפי המחקרים הנ"ל, ברור שמטפלים כקבוצה, נאבקים עם בעיות אישיות בדומה לציבור הכללי ולעיתים אפילו יותר. כאשר מטפלים שרויים במצוקה, זאת יכולה לעכב את עבודתם, מצב אשר כונה "פגימה/פגיעה". אם המטפל נשאר פגום ללא הקלה, או שעובד עד לנקודה שבה הוא מזניח את כל יתר תחומי החיים, הוא נשחק וחדל לתפקד הן בעבודתו הן בחייו.

המחקר יעסוק בין היתר בהבנת התמודדות המטפלים עם מצבים אלו במאמץ לעזור לעמיתיהם ולהגן על הלקוחות. בהמשך, אחת ממטרות המחקר תהיה למצוא דרכים לסייע למטפלים המשפחתיים בין היתר דרך טיפול יעיל {אפקטיבי} שמתאים לאישיותם, תפקידם, ועניינם.

מניעה וטיפול של בעיות אישיות של המטפל

מטפלים צריכים אמצעים כלשהם כדי לזהות את הבעיות שלהם, להיות מודעים לפוטנציאלי השחיקה שלהם, למצוקות, ולפגימה, וללמוד איך לגבור על מכשולים האלה ועדיין להישאר יעילים (אפקטיביים) בחדר הטיפול. הכשרה, הנחייה, פיקוח וטיפול הן כולן דרכים להשגת מטרות אלה ולהפיכת המטפלים ליותר יעילים {אפקטיביים}, ויותר בריאים מבחינה נפשית. למעשה קסלאו ופרידמן (Kaslow & Friedman 1984) מצאו שמה השפיע הכי הרבה על פסיכולוגיים קליניים הייתה: התנסותם הקלינית, התנסותם בטיפול, והנחייה. (בסדר זה)

בהתבסס על תיאוריות שונות, היפותזות של מטפלים, ומחקר תיאורטי, אנו יודעים מעט על בעיות של מטפלים הנובעות כתוצאה מתהליכי טיפול.

אף על פי כן, יש מעט מחקר שבווחן ישירות את הבעיות האישיות וההתנסויות של מטפלים משפחתיים בטיפול. מעט מחקרים חקרו את התהליך הטיפולי הזה, שכן טיפול של מטפלים משפחתיים שונה מהטיפול של לקוחות אחרים (לא מקצועיים), ואת מערכת היחסים הייחודית הקיימת בין מטפל ומטופל שהוא מטפל משפחתי. המחקר הנוכחי מסייע בין היתר במאמץ ליצור תמונה של מה המטפלים מבקשים לשנות כאשר המטופל הוא מטפל משפחתי, שכן אם נוכל להבין את צרכיהם של מטפלים משפחתיים בעת מצוקה ואת הדרכים לטפל בהם בהצלחה, אנו מסוגלים למלא פרצה הקיימת בתחום וכמו כן להוריד את שעורי הפגימה והשחיקה בקרב המטפלים המשפחתיים.

לימודים בתחום הטיפול כמשנים עמדות וערכים

המושגים ערך ועמדה הוגדרו רבות בספרות (Baier & Rescher, 1969; Smith, 1968; Kluckhohn, 1954). למעשה, בספרות המקצועית בנושא שינוי ערכים ועמדות בתחום העבודה הסוציאלית, מרבית החוקרים אינם מפרידים בין שני המושגים.

Pumphrey (In Costin, 1964) מגדירה ערכים כנוסחאות של התנהגות מועדפת של יחידים או קבוצות חברתיות, המבטאות העדפה של מטרות מסויימות המלווים לעתים קרובות ברגשות עמוקים. בו בזמן שהתנהגות אינה חייבת לעלות תמיד בקנה אחד עם הערכים, הערכים עצמם מובילים לבחירה של דרכי התנהגות אלטרנטיביות. ההוכחה של הערך היא בהדגמה של השפעת הערך על ההתנהגות. Baier (1969) מגדיר ערכים כ"דיפוזיציה" להתנהג בדרכים מסויימות שניתנות לבחינה על ידי תצפית בהן, ולהחזיק בערך, פירוש הדבר להיות בעל עמדה מסויימת או "דיפוזיציה התנהגותית".

סיפורין (Siporin 1975) מאחד בהגדרתו ערכים ועמדות. הוא כותב: "ערכים וגישות ערכיות (Value Orientations) מתייחסים לתפיסות של דברים מועדפים או מבוקשים, או לתכונות של אנשים. הם מהווים ראי של העולם כפי שהוא צריך להיות, הם מראים את הדרך שבה אנשים צריכים לפעול. לכן, ערכים מתייחסים לעמדות כלפי מטרות רצויות ולמצב בו הם נחשבים אידיאליים למילוי צרכים אנושיים בסיסיים, וכדי להיטיב עם האנשים כיחידים או כקבוצות". אנשים מפתחים מערכת של ערכים או עמדות כדי לטפל בבעיות חברה. הגישות הערכיות משתנות בין תרבויות שונות וכן תת תרבויות בחברה מסויימת. הן מבטאות בדעות, בעמדות ובציפיות שיש לאנשים ביחס לעצמם ולאחרים, במיוחד כחלק מהתפקיד החברתי שהם ממלאים.

רמה אחת היא של ערכים סופיים ואבסולוטיים (ultimate) כמו כבוד האדם, זכויות שוות. רמה שניה היא של ערכים בינוניים (middle and intermediate), כמו חוסר שיפוטיות ופתיחות. רמה שלישית מורכבת מערכים אינסטרומנטליים או אופרטיביים, המתייחסים למאפיינים התנהגותיים של האדם המקצועי המוצלח. כמו דאגה לילד, המורה על רצון לעזור. במחקר הנוכחי אנו בודקים מספר ערכים – עמדות ברמה השניה והשלישית, שהם מאפיינים את ההתנהגות של האדם המקצועי המוצלח בחברה שלנו.

מטרת החוקר במחקר זה היא להוכיח שלימודי ייעוץ נישואין ומשפחה משפיעים לטובה על עמדות וערכי הלומדים. על שינוי בערכים ועמדות ניתן ללמוד גם מסקירת מחקרים על השפעת לימודי עבודה סוציאלית על שינוי עמדות. הספרות המקצועית העוסקת בפילוסופיה של המקצוע, יוצאת מהשקפה של גרעין משותף של ערכים שמזוהים כערכי העבודה הסוציאלית. ב-1959 קבעה הוועדה להערכת תכניות לימודיות בבתי ספר לעבודה סוציאלית בארה"ב (דוד בר- גל, 1959), כי יש אמנם מן המשותף ביסודות המרכיבים הערכיים הנלמדים בבתי ספר שונים, אך אין מחקר אשר מראה בצורה טובה מהם ערכים אלה ובאיזו מידה הם נקלטים. לאותה מסקנה הגיעו בסמינר שנערך בהוואי, במסגרת בין-לאומית, ב-1970, בדיון של הערכים המשותפים הבסיסיים לעבודה סוציאלית. "ערכים" אלה עדיין אינם מנוסחים, אינם מבוטאים ומבוססים... הם מתעוררים מתוך הבעיות אשר מופיעות

בפרקטיקה... מחקרים אמפיריים אחדים פורסמו בנושא זה, כל המסקנות הן טנטטיביות (נסיוניות – לא מבוססות), מלבד ההמלצה למחקרים נוספים. (Jones, in Kendall, 1970, p. 40).
המחקרים העוסקים בנושא, גילו בחלקם השפעה של הלימודים על עמדות רלבנטיות למקצוע העבודה הסוציאלית, ובחלקם לא גילו השפעה כזאת, או שמצאו השפעה בכיוון המנוגד למצופה.

תחילה יוצגו המחקרים בהם לא אושרה ההשערה שחינוך לעבודה סוציאלית משפיע באופן חיובי על שינוי בעמדות. וארלי (Varley1963) בדקה ארבעה ערכים:

1. זכויות שוות;

2. ערכי שירות (Service Values) (השירות מנותב לטובת האחרים ולא לנותן השירות); חשיבה פסיכודינמית;

4. אוניברסליזם. בערכים אלה לא מצאה ואלרי הבדלים משמעותיים בין סטודנטים מתחילים לבין מסיימים.

בראון (Brown1970) חזר על אותו מחקר עם סטודנטים בזמביה, ותוצאותיו אישרו את תוצאותיה של ואלרי. הוא הסיק, שלחינוך לעבודה סוציאלית יש השפעה קטנה יחסית על הערכים של הסטודנטים לעבודה סוציאלית.

(Varley and Hayes (1965) בדקו שישה ערכים, על פי קוסטין (Costin1964):

1. כלכלי,

2. תיאורטי,

3. דתי,

4. אסתטי'

5. פוליטי.

6. (הערך השישי הושמט בטעות במקור.)

הם מצאו רק הבדלים קטנים בין הערכים של כלל הסטודנטים באוניברסיטה לבין סטודנטים מתחילים בעבודה סוציאלית; ובין סטודנטים מתחילים לעבודה סוציאלית לבין סטודנטים מתקדמים בעבודה סוציאלית.

במחקר רביעי חזרה וארלי (Varley1968) על בדיקת ארבעת הערכים המקוריים שלה, ומצאה שינוי משמעותי בין סטודנטים לעבודה סוציאלית מתחילים לבין סטודנטים מסיימים, בשלושה מתוך ארבעת הערכים שבדקה, אולם השינוי היה בכיוון ההפוך מן המצופה. בארבעת המחקרים הללו אין אישור להשערה שחינוך לעבודה סוציאלית משפיע באופן חיובי על שינוי באותם הערכים.

להלן יוצגו מחקרים המראים תמיכה לשינויים בעמדות ובערכים, כתוצאה מהכשרה וחינוך לעבודה סוציאלית.

Mayer (1967) בדק תשעה ערכים חברתיים, אשר נראו לו כמאפייני הגישה המקצועית בחינוך לעבודה סוציאלית. הערכים הם:

1. תלות הדדית לעומת אוטונומיה אישית;

2. חופש הפרט לעומת פיקוח על החברה;

3. ערך היחיד לעומת מטרות המערכת;

4. דטרמיניזם (נחישות) חברתי לעומת טבע נורש (התכונות הטבעיות והמולדות) של האדם;

5. פלוראליזם(ריבוי דעות) לעומת הומוגניות;(אחידות)

6. שליטה בגורל לעומת פאטאליזם; (אמונה כי לא ניתן לשלוט בגורל)
7. סיפוק צרכים לעומת מאבק וסבל;
8. אחריות הקבוצה לעומת אחריות אישית;
9. חדשנות ושינוי לעומת גישה שמרנית.

תוצאות המחקר תומכות בהשערה, כי עובדים סוציאליים מאופיינים במידה מסויימת על ידי עמדה ערכית מקצועית כלשהי. נמצא שערכי העובדים הסוציאליים שונים מאלה של מורים. כמו כן נמצאו הבדלים מסויימים בין העובדים הסוציאליים בעלי הכשרה פורמלית לבין חברי הכשרה לא פורמלית, אם כי הראו כי הדברים קשורים גם במיון ראשוני מסויים של המועמדים.

בר גל (1972) בדק את אותם תשעה ערכים בארץ. הוא בדק באיזו מידה מחזיקים סטודנטים לעבודה סוציאלית במערכת ערכים ועמדות אלה, ואת השינויים החלים אצלם בשנות הלימוד. הוא בדק זאת על ידי השוואה עם סטודנטים לפסיכולוגיה. תוצאות המחקר מצביעות על הבדל משמעותי בין תלמידי שנה א' לבין תלמידי שנה ג' בעבודה סוציאלית בעוצמת גישתם לערכים חברתיים. כמו כן מצא בר גל הבדלים משמעותיים בין בוגרי עבודה סוציאלית לבין בוגרי פסיכולוגיה לגבי גישתם לכמה מן הערכים, כמו אינדיווידואליזם אצל פסיכולוגיים (ערכים 2,3) לעומת הענקת השירות על ידי החברה אצל עובדים סוציאליים (ערכים 1,4,6,8).

Sharwell (1964) בדק את השפעת הלימודים בעבודה סוציאלית על שינוי הגישה לתלות בציבור אצל סטודנטים בשלבים שונים של לימודיהם האקדמיים, וכן בדק שינוי זה בין סטודנטים בתחילת לימודיהם לבין סטודנטים מסיימים. תוצאות המחקר אישרו שסטודנטים בשלב מתקדם של לימודיהם מראים נטיה מתאימה יותר מאשר סטודנטים בשלב התחלתי. הוא הגיע למסקנה שהחינוך לעבודה סוציאלית משפיע על נטיה זו באופן משמעותי.

ליפשיץ (Lifshitz 1974) בדקה שינוי עמדות אצל סטודנטים לעבודה סוציאלית באמצעות השוואה עם קבוצות מקצועיות שהן שונות בהכשרה ובנסיון. היא בדקה חלק מתכונות האישיות החשובות שהסטודנטים לעבודה סוציאלית משתמשים בהן בעבודתם. כמו כן בדקה הבדל בין תפיסת הסטודנטים לעבודה סוציאלית לבין תפיסתם של עובדים סוציאליים מוסמכים לגבי התכונות החשובות של אישיותם. המחקר מראה שיש ערכים משותפים אבל שונים, בתוך כל קבוצה של סטודנטים ועובדים סוציאליים מוסמכים, ושהם גם שונים באופן משמעותי בשימוש במודלים מקצועיים. תוצאות המחקר תומכות בהשערה שלהכשרה יש השפעה של שינוי עמדות. לפי דיווחה תומכים הממצאים בהנחה, שיש שינוי בגישה לבני אדם כתוצאה מהנסיון וההכשרה המקצועית.

פרק – III מתודולוגיה

אוכלוסייה ומדגם

הדגימה שהתבצעה באוכלוסיית המחקר לא הייתה אקראית (לא הסתברותית). בדגימה שביצע החוקר מונחים שיקולים סובייקטיביים כגון נוחות ושיקולי תכלית.

המחקר מתייחס לאוכלוסיית יועצי נישואין ומשפחה רבניים בישראל, חברי איגוד י.נ.ר.

המדגם כלל 92 נשים וגברים יועצי נישואין ומשפחה.

הנחקרים הינם בגילאים הנעים בין 24 ל- 70.

הנחקרים היו 50% סטודנטים בתהליך ההכשרה ליועצי נישואין ומשפחה ו 50% בוגרי התכנית בטווח של כ 5 שנים מיום סיומם את הלימודים.

מתוך כלל האוכלוסייה הנחקרת היו 50 נשים ו42 גברים. כולם ישראלים, יהודים דתיים, שומרי תורה ומצוות. רמת הדתיות של הנחקרים מתוארת ומדורגת לפי חמש רמות:

• חרדי -52 איש,

• חרד"ל-דתי לאומי חרדי – 20 איש,

• דתי לאומי - 10 איש,

• דתי - 2 אנשים

• ומסורתי 0.

ארץ מוצא:

• 9 מאירופה,

• 5 מאמריקה,

• 66 מאסיה,

• 7 מאפריקה.

מוצא ההורים:

• 33 מאירופה,

- 8 מאמריקה,
- 21 מאסיה,
- 23 איש מאפריקה.

מצב סוציאקונומי:

בדירוג ותיאור המצב הסוציאקונומי כל הנחקרים הגדירו את עצמם כבעלי מעמד סוציו אקונומי טוב ומעלה פרט לשבעה איש שהגדירו עצמם מתחת לזה.

רמת השכלה:

- אדם אחד בעל השכלה עממית
- 21 בעלי השכלה תיכונית – סמינר,
- 33 בעלי השכלה אקדמאית חלקית.
- 23 איש בעלי תואר ראשון,
- 4 בעלי תואר שני,
- ועשרה בעלי תואר שלישי.

כל הנחקרים הם בעלי רקע מקצועי בתחום הייעוץ וההנחיה בנישואין ומשפחה.
כל הנחקרים הם בוגרי לימודים בתחום ועברו 3 שנים של לימודי הכשרה ופרקטיקה.
מצבם האישי של הנחקרים נע בין רווקים, נשואים עם או בלי ילדים, גרושים ואלמנים.
לא נבדק מצבם או שביעות רצונם מחיי הנישואין לפני הלימודים.

שיטת המחקר ונוהל איסוף הנתונים

איסוף הנתונים התבצע באמצעות שאלון עמדות (נספח מס' 1). השאלון נבנה ע"י החוקר שעוסק שנים רבות בתחום הטיפול וההנחיה והותאם למטרת המחקר.

השאלון חולק לשני חלקים:

א. שאלות הקשורות לתחקור השלב הלימודי והשפעות הכלליות של הלימודים על חיי הנישואים/משפחה של הלומדים.

שאלות אלו נמצאות בחלקו הראשון של השאלון (שאלות 1-15). שאלון זה כלל שני ממדים:

1. שאלות עמדות של הנחקר לגבי חיי נישואיו לאחר ההכשרה. (שאלות 1,2,3,4,8,13,15)

2. שאלות הנוגעות בשינוי בחיי הנישואין לאחר ההכשרה. (שאלות 5,6,7,9,10,11,12,14)

ב. שאלות העוסקות בהשפעתם של תחומי הלימוד הספציפיים בקורס ההכשרה ליועץ נישואין ומשפחה על איכות הנישואין של הלומדים (שאלות 16 – 21).

אל השאלון צורף דף פנייה לנחקרים המבקש את שיתוף הפעולה, מסביר את מטרות המחקר ומבטיח אנונימיות למשתתפים.

כמו כן הוסבר לנחקרים שזהו שאלון עמדות ואין תשובות שאינן נכונות.

בהמשך למכתב הפנייה למשתתפי המחקר כלל השאלון דף שבו התבקשו הנחקרים למסור נתונים דמוגרפיים הכוללים את הפרטים הבאים: מין, גיל, מצב משפחתי, מספר שנות נישואין, מספר ילדים, רמה דתית, השכלה, מצב סוציו אקונומי, תעסוקה לפני הלימודים, ארץ מוצא, ארץ מוצא ההורים, מקום מגורים, שקילת גירושין, פנייה ליועץ נישואין, מטרה לשיפור.

השאלון היה שאלון סגור שכלל 15 פריטי עמדות בחלקו הראשון ו- 6 פריטי עמדות בחלקו השני.

לרשות הנחקרים עמדו חמש אפשרויות של מתן עמדות : החל מ- 1 במידה מרובה, 2- עליה מועטה, 3 - ללא שינוי, 4 - ירידה מועטה, ועד 5 - ירידה מרובה.

נוהל המחקר ואיסוף הנתונים הכמותיים :

איסוף הנתונים והכנתם לניתוח התבצע ידנית על ידי החוקר, תוך שמירה על כללי האתיקה המחקרית.

נושא המחקר הוסבר למשתתפים בבהירות בכתב ובעל פה תוך מתן דגש לכך שאין בשאלות שום שיפוט לגביהם וגם לא חובה להשתתף ולענות.

כמו כן המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

חומר המחקר (שאלונים מלאים ומקודדים) מאוחסנים בכספת ממוזרת.

השאלונים בחלקם חולקו פיזית בכיתות לימוד בקרב תלמידי השנה השניה בתהליך ההכשרה וחלקם נשלחו ישירות למטפלים.

השערות כלליות :

השערה א' : ניתן להסביר את שינוי העמדות על בסיס נתונים דמוגרפים.

השערה ב' : ניתן להסביר את שינוי העמדות על בסיס ניסיון של עיסוק בפועל בתחום הנישואין והמשפחה. (עובדים בפועל)

השערה ג' : שינוי יתקיים בעיקר בתחום עמדות הנחקרים ופחות בתחום ההתנהגויות הבין זוגיות.

השערה ד' : שינוי עמדות התחזק על רקע ניסיון חיים שקדם למשך תקופת ההכשרה (לפני הלימודים)

השערה ה' : שינוי העמדות לא יגרום בהכרח לשינויי דפוס התנהגות.

המשתנים:

המשתנים התלויים הם שינוי בעמדות.

המשתנים הבלתי תלויים הם הגורמים הדמוגרפים: המין, הגיל, המקצוע וההשכלה וכו'..

עיבוד וניתוח הנתונים

החוקר עיבד וניתח את תוצאות השאלון לפי גישת הניתוח הדינמי.

פרק IV תוצאות

מטרת הפרק היא לתאר את תוצאות המחקר לצורך התיאור נתמקד תחילה בנתונים הדמוגרפיים (חלק א), לאחר מכן בהשפעת ההכשרה על עמדות ותחושות בנוגע לחיי הנישואים של הנחקרים (חלק ב) ולבסוף בניסיון ללמוד אלו תחומי לימוד בתכנית הכשרתם השפיעו הכי הרבה (חלק ג') לבסוף נתאר בטבלה כללית את הקשר בין הגורמים.

חלק א : תיאור תוצאות ניתוח נתונים דמוגרפיים :

מין

זכר : 43

נקבה : 50

סה"כ : 93

יחס זה בין גברים ונשים דומה ליחס באוכלוסיה במדגם דומה. כמו כן יחס זה דומה לסדרה של מחקרים שבוצעו בארה"ב בקרב מטפלים משפחתיים

מצב משפחתי :

| | |
|-----|--------------|
| 79 | נשוי |
| 16 | נישואים שנים |
| 6 | גרוש |
| 8 | אלמן |
| 10 | רווק |
| 119 | סכום כולל |

כמות המשתתפים הנישואים גבוה מהמוצע הארצי (כלל האוכלוסייה) כמות המשתתפים הנישואים גבוה בהרבה לעומת המחקרים שבוצעו בחו"ל כמות המשתתפים הנישואים במדגם שווה לאוכלוסיית היעד לטיפול (חרדים, מתחרדים וכו'...)

רמה דתית :

| | |
|----|---------------------|
| 59 | חרדי |
| 21 | חרדל-דתי לאומי חרדי |
| 10 | דתי לאומי |
| 2 | דתי מסורתי |
| 92 | סה"כ |

הרמה הדתית של המשתתפים במחקר שונה מהמוצע הארצי שונה במהותה מאוכלוסיות מטפלים שנחקרו בחו"ל מבטא את האוכלוסיות היעד לטיפול ע"י המכון והמגמה של שומרי תורה ומצוות בקרב אוכלוסיות היעד לטיפול

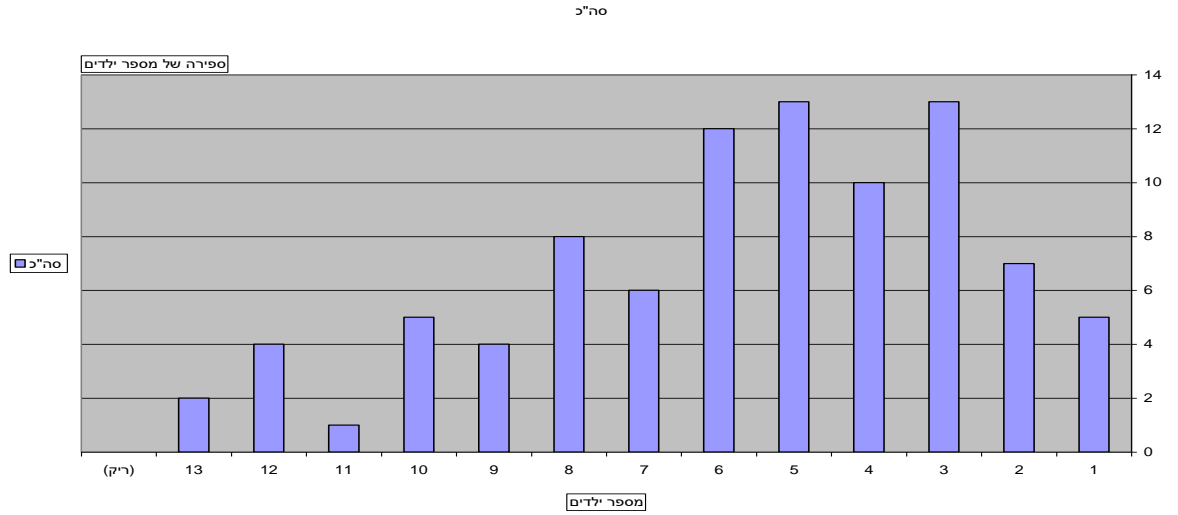
שנות נישואים :

ממוצע 19 שנים. אוכלוסיית המדגם אינה דומה לאוכלוסיות יעד לטיפול, לאוכלוסיה הכללית במדינה ולממוצע שנות נישואים של מטפלים שנסקרו במחקרים שונים בארה"ב

מספר ילדים :

| | |
|----|------|
| 5 | 1 |
| 7 | 2 |
| 13 | 3 |
| 10 | 4 |
| 13 | 5 |
| 12 | 6 |
| 6 | 7 |
| 8 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |
| 1 | 11 |
| 4 | 12 |
| 2 | 13 |
| 90 | סה"כ |

לרב אוכלוסיית המדגם יש בין 3 ל8 ילדים: הרבה יותר ילדים בממוצע מאוכלוסיות היעד, האוכלוסייה הכללית והאוכלוסייה שנסקרה בארה"ב



עיסוק לפני ההכשרה

25 בחינוך
 14 יעוץ נישואים ומשפחה
 10 מכירות
 6 אברים

כמחצית הנחקרים במדגם מועסקים ב 4 מקצועות
 כרבע מהנחקרים עוסקים בחינוך
 שישית מהנחקרים הגדירו את עצמם כמטפלים משפחתיים/זוגיים

מספרים אלו שונים מהמספרים המתקבלים באוכלוסיית היעד, האוכלוסייה הכללית ואוכלוסייה שנחקרה בסקרים
 בארה"ב

מקום מגורים

| | |
|----|-------------|
| 60 | עיר |
| 12 | עירה, מושבה |
| 17 | מושב, כפר |
| 1 | קיבוץ |
| 90 | סה"כ |

שני שליש מהנחקרים גרים בעיר, פחות מאוכלוסיית היעד והאוכלוסייה הכללית

שקילת גרושים :

| | |
|----|------|
| 22 | כן |
| 65 | לא |
| 87 | סה"כ |
| | ..? |

כמות אלו ששקלו גרושים קטנה בהרבה מתוצאות המחקרים בארה"ב

פניה לייעוץ :

| | |
|----|-----------|
| 24 | כן |
| 61 | לא |
| 85 | סכום כולל |

כמות הפונים לייעוץ גבוה לעומת האוכלוסיות היעד , האוכלוסייה הכללית ונמוכה מתוצאת המחקרים בארה"ב

פנה ללימוד ועיסוק בתחום גם במטרה לשפר את חיי הנישואים ?

| | |
|----|----------------|
| 15 | כן במידה מרובה |
| 43 | כן במידה מועטה |
| 29 | לא |
| 87 | סה"כ |

השכלה (ראה תוצאות)

| | |
|-----|---------------------|
| 1 | עממית |
| 42 | תיכונית/סמינר |
| 99 | אקדמאית חלקית/הוראה |
| 92 | תואר ראשון |
| 20 | תואר שני |
| 66 | תואר שלישי |
| 320 | השכלה תורנית גבוהה |
| | סה"כ |

מצב סוציו אקונומי

| | |
|----|----------|
| 9 | מצוין |
| 21 | טוב מאוד |

| | |
|----|--------------|
| 53 | טוב / בינוני |
| 6 | לא טוב |
| 1 | רע מאוד |
| 90 | סה"כ |

מרבית האוכלוסייה במגדם ציינה שמצבם טוב עד מצוין דווח זה גבוה בצורה משמעותית מאוכלוסיות היעד, מדווח של האוכלוסייה הכללית ושונה מדווח של הנחקרים בארה"ב

ארץ מוצא

שני שלישי מהנחקרים נולדו בארץ. 9 נולדו באירופה נתון זה תואם את התפלגות אוכלוסיות היעד, דומה להתפלגות האוכלוסייה הכללית בגילאים הרלוונטיים

ארץ מוצא ההורים :

| | |
|----|----------|
| 2 | אוסטרליה |
| 34 | אירופה |
| 8 | אמריקה |
| 21 | אסיה |
| 24 | אפריקה |

נתון זה דומה לנתון באוכלוסיות היעד, ובאוכלוסיה הכללית

פרק ב : השפעת ההכשרה על חיי הנישואים

באופן כללי האם חל שיפור ב:

הערה : בכל השאלות רק נחקר אחד בצורה שיטתית הצביע על השפעת שלילית של ההכשרה על חיי הנישואים שלו

שביעות הרצון שלך מחיי הנישואין :

| | |
|--------|-------------|
| 1.20% | ירידה מרובה |
| 15.66% | לא שינוי |
| 31.33% | עליה מועטה |
| 51.81% | במידה מרובה |

מעל מחצית האוכלוסייה דווחה על עלייה משמעותית משביעות רצונם מחיי הנישואים

מעל 82% דווחו על עלייה כלשהיא בשביעות הרצון
תוצאה זאת גדולה בצורה משמעותית מתוצאות מחקרים מקבילים בארה"ב

2. תחושת הביטחון שלך מקשר הנישואין

| | |
|--------|-------------|
| 1.20% | ירידת מה |
| 22.89% | ללא שינוי |
| 20.48% | שיפור מועט |
| 55.42% | במידה מרובה |

מעל מחצית האוכלוסייה דווחה על שיפור משמעותי של תחושת הביטחון בנוגע לנישואים שלהם
76% דווחה על עלייה בתחושת הביטחון
תוצאה זאת גדולה בצורה משמעותית מתוצאות מחקרים מקבילים בארה"ב

3. מידה בה חיי הנישואין עונים על ציפיותיך

| | |
|--------|-------------|
| 1.22% | ירידת מה |
| 24.39% | ללא שינוי |
| 39.02% | שיפור מועט |
| 35.37% | במידה מרובה |

75% מאוכלוסיית המדגם ציינו שיפור מה בהתאמת חיי הנישואים לציפיותיהם
כמעט 25% דווחו ציינו שלא היה שינוי בנושא

4. הרגשת השותפות בינך לבין בת זוגך

| | |
|--------|-------------|
| 2.38% | ירידת מה |
| 20.24% | ללא שינוי |
| 28.57% | שיפור מועט |
| 48.81% | במידה מרובה |

כמעט מחצית הנחקרים מדווחים על שיפור רב בהרגשת השותפות שלהם
מעל 77% מדווחים על שיפור מה
רק 20% מדווחים על העדר שיפור

5. הבעה חופשית של רגשות

| | |
|--------|-------------|
| 2.36% | ירידת מה |
| 20.00% | ללא שינוי |
| 35.29% | שיפור מועט |
| 42.35% | במידה מרובה |

גם בנושא זה חל שיפור מה ב-77% מהאוכלוסייה

לעומת הנושא הקודם רק 42% דווחו על שיפור משמעותי (לעומת 48%)

6. באופן בו אתם פותרים אי-הסכמות וקונפליקטים

| | |
|--------|-------------|
| 1.16% | ירידה |
| 13.95% | ללא שינוי |
| 38.37% | שיפור מועט |
| 46.51% | במידה מרובה |

בנושא זה חל שיפור מה בקרב 85% מהנחקרים
אם כי 38% ציינו שיפור מועט בנושא

7. איכות התקשורת הבין אישית בינך לבין בת זוגך

| | |
|--------|-------------|
| 1.19% | ירידה |
| 7.14% | ללא שינוי |
| 45.24% | שיפור מועט |
| 46.43% | במידה מרובה |

בנושא תקשורת בין אישית חל שיפור מה בקרב 92% מהאוכלוסייה.
מקרב 46% חל שיפור ניכר ובקרב 45% חל שיפור מועט. נושא זה של שיפור איכות התקשורת הוא הנושא בו אחוזי השיפור גדולים ביותר במחקר הנוכחי.

8. האווירה הכללית השוררת בבית ובמשפחה (ראה תוצאות)

| | |
|--------|-------------|
| 2.38% | ירידה |
| 19.05% | ללא שינוי |
| 27.38% | שיפור מועט |
| 50.00% | במידה מרובה |

כמצית הנחקרים דווחו על שיפור רב באווירה הכללית השוררת בבית
כ77% דווחו על שיפור
פחות מ 20% דווחו על העדר שינוי

9. כמות זמן האיכות שאתם מקדישים לזוגיות שלכם

| | |
|--------|------------------|
| 2.40% | ירידה/ירידה מעטה |
| 33.73% | ללא שינוי |
| 31.33% | שיפור מועט |
| 32.53% | במידה מרובה |

שליש מהנחקרים דווחו שלאחר ההכשרה השתנה לטובה כמות זמן האיכות שהוקדש לזוגיות

**שליש דווחו על שינוי מה
שליש דווחו שכלל לא היה שינוי**

10. במידה בה אתם משתפים זה את זו ברגשות, מחשבות וחוויות ביום יום

| | |
|--------|------------------|
| 2.40% | ירידה/ירידה מעטה |
| 23.81% | ללא שינוי |
| 33.33% | שיפור מועט |
| 40.48% | במידה מרובה |

**74% מהנחקרים דווחו על שיפור השתתפות בן הזוג ברגשותיהם
41% דווחו על שיפור השיתוף במידה מרובה מן העבר
24% דווחו שלא היה שינוי בשיתוף**

11. חלוקה הוגנת יותר של מטלות ועול הבית והמשפחה

| | |
|--------|-------------|
| 1.20% | ירידה מעטה |
| 49.40% | ללא שינוי |
| 22.89% | שיפור מועט |
| 26.51% | במידה מרובה |

**כמחצית האוכלוסייה דווחה שלא חל שינוי בחלוקת המטלות בבית לאחר ההכשרה
רק רבע ציינו שיפור מה ורבע נוסף שיפור משמעותי**

12. הפחתה בכמות המריבות והוויכוחים בינך לבין בת זוגך

| | |
|--------|-------------|
| 2.44% | ירידה מעטה |
| 30.49% | ללא שינוי |
| 28.05% | שיפור מועט |
| 39.02% | במידה מרובה |

**כשליש דווח שההכשרה סייעה להם להקטין את כמות הוויכוחים
כ 25% דווחו על שיפור קל
39% דווח עש שיפור משמעותי**

13. קירבה הרגשית בינך לבין בת זוגך

| | |
|--------|-------------|
| 1.20% | ירידה מעטה |
| 20.48% | ללא שינוי |
| 31.33% | שיפור מועט |
| 46.99% | במידה מרובה |

כמחצית הנחקרים דווחו על שיפור רב בקרבה הרגשית עם בן הזוג

שיפור דוחה על ידי 78% מהנחקרים
רק 20% דוחו שתחושת הקרבה שלהם לא השתנתה

14. הפחתה בהבעת ביקורת פוגענית זה בזו

| | |
|--------|-------------|
| 23.81% | ללא שינוי |
| 33.33% | שיפור מועט |
| 42.86% | במידה מרובה |

כ 42% דוחו על הפחתת משמעותית בהבעת ביקורת פוגענית
כ 76% דוחו על הפחתה
24% דוחו שהמצב ללא שינוי

15. הפחתה בסך כל הבעיות והקשיים בחיי הנישואין

| | |
|--------|-------------|
| 3.66% | ירידה מעטה |
| 17.07% | ללא שינוי |
| 42.68% | שיפור מועט |
| 36.59% | במידה מרובה |

שאלה זו ניתנה כשאלת סיכום. כ 37% מהנחקרים דוחו על שיפור משמעותי בחיי הנישואים שלהם
43% מדווחים על שיפור מה
רק 17% דוחו על העדר שינוי

חלק ג:

השאלות הבאות עוסקות בהשפעתם של תחומי הלימוד הספציפיים בקורס ההכשרה למנחה ו/או יועץ נישואין ומשפחה על איכות הנישואין של הלומדים.

16. באיזה מידה השפיעו לימודי הנישואין והמשפחה על איכות הנישואין שלך ?

| | |
|--------|-------------|
| 7.41% | ללא שינוי |
| 37.04% | שיפור מועט |
| 55.56% | במידה מרובה |

שאלה זו היא שאלה כללית לגבי כל תכנית ההכשרה כאשר בהמשך מופרטות השאלות לפי תחומי הלימוד. מעל מחצית האוכלוסייה דווחו על השפעה משמעותית ביותר של ההכשרה על איכות נישואיהם רק 7.5% דווחו שהנושא כלל לא השפיע עליהם

17. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- תורני

| | |
|--------|-------------|
| 1.23% | ירידה מעטה |
| 27.16% | ללא שינוי |
| 39.51% | שיפור מועט |
| 32.10% | במידה מרובה |

החלק העיוני תורני השפיע רבות בקרב שלישי מהנחקרים שני שלישי מהנחקרים דווחו על העדר שינוי או שינוי מועט בהשפעת חלק זה

18. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- מקצועי

| | |
|--------|-------------|
| 10.00% | ללא שינוי |
| 30.00% | שיפור מועט |
| 60.00% | במידה מרובה |

90% מהנחקרים דווחו על השפעת החלק המקצועי על חיי הנישואים שלהם 60% דווחו על שיפור רב שחלקזה הביא לחיי הנישואים שלהם

19. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך חלקו הפרקטי (פרקטיקום) של הקורס

| | |
|-------|------------|
| 1.30% | ירידה מעטה |
|-------|------------|

| | |
|--------|-------------|
| 20.78% | ללא שינוי |
| 28.57% | שיפור מועט |
| 49.35% | במידה מרובה |

הפרקטיקום השפיע במידה רבה על כמחצית הנחקרים, השפיע במידת מה על 79% מהנחקרים ולא השפיע כלל על 21% מהנחקרים

20. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים התורניים

| | |
|--------|-------------|
| 1.27% | ירידה מעטה |
| 29.11% | ללא שינוי |
| 39.24% | שיפור מועט |
| 30.38% | במידה מרובה |

המרצים התורניים השפיעו מעט על חיי הנישואים של כ 39% מהנחקרים ובמידה רבה על 30% מהם בהכללה ניתן לומר שהשפעת המרצים התורניים מתחלקת כמעט שווה בין העדר שינוי, שיפור מועט ושיפור מרובה

21. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים המקצועיים

| | |
|--------|-------------|
| 11.25% | ללא שינוי |
| 30.00% | שיפור מועט |
| 58.75% | במידה מרובה |

השפעת המרצים המקצועיים היא רבה מאוד בקרב 59%, 30% דווחו על השפעה מועטה רק 11% דווחו על העדר שינוי לעומת 29% מהנחקרים שציינו העדר שינוי בהשפעת המרצים התורניים.

קשר בין התשובות

רצ"ב טבלה המתארת את המתאם בין התשובות אודות השפעת ההכשרה על חיי הנישואים:

| מס' 1 | מס' 2 | מס' 3 | מס' 4 | מס' 5 | מס' 6 | מס' 7 | מס' 8 | מס' 9 | מס' 10 | מס' 11 | מס' 12 | מס' 13 | מס' 14 | מס' 15 | מס' 16 | מס' 17 | מס' 18 | מס' 19 | מס' 20 | מס' 21 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.00 |

כעקרון יש מתאם בין 15 שאלות הראשונות ובינם ובין עצמם

כמו כן יש מתאם בין השאלות הנוספות לבין עצמם

המתאם הנמצא הוא נמוך יחסית . מתאם זה ניתן להסביר עקב ניסוח השאלות הכללי וכמו כן על שימוש בסולם של 5 אפשרויות שהביא לריכוז כמעט מלא בשלושת קטגוריות עליונות (ללא שינוי , שינוי מועט ושינוי רב)

בפרק 5 דיון ומסקנות לא נתייחס שאלות שבהם ההתפלגות בין תשובה לשלושת השאלות האלו הייתה קרובה /זוהה .

פרק V סיכום , מסקנות והמלצות

סיכום

מחקר זה הינו מחקר כמותי שבוצע על כ 90 בוגרי תוכנית להכשרת יועצי נישואין ומשפחה במטרה לבחון את מידת ההשפעה של למידת הנושא על חיי נישואי התלמידים. כמו כן בדיק המחקר את מידת השפעת העיסוק (הפרקטיקה) על חיי הנישואים שלהם. סקירת הספרות בחנה את השפעות של תהליכי הכשרה על הלומדים והעוסקים בתחום הטיפולי בכלל על מנת להסיק וללמוד ממנו על תחום הנישואין והמשפחה בפרט: יחסי הגומלין בין עבודת המטפל למשפחתו, בחינת תהליכי שינוי וריפוי עצמיים באמצעות הטיפול, ההשפעות החיוביות והשליליות שיש לתחום העיסוק של המטפל על משפחתו, השלכות אישיות וחברתיות עמם מתמודד הפסיכותרפיסט, בחירת המניעים לבחירת קריירה טיפולית וגורמי לחץ האופייניים לעבודת המטפל. כמו כן מחזקת סקירת הספרות את מטרת המחקר בכך שמראה את חשיבות הגידול האישי של המטפל כמועיל לעבודתו הטיפולית ומסייעת לו להתמודד עם פגמים אישיים ושחיקה שנובעת מעבודתו הטיפולית.

המחקר בחן על ידי שני שאלונים את מידת ההשפעה שהייתה לתכנית ההכשרה על חיי הנישואין והמשפחה תוך התייחסות ספציפית להשפעה של תכנית ההכשרה בה עוסק המחקר תוך התייחסות לכל יחידת לימוד בנפרד. תוצאות המחקר מעידות שלרוב הנחקרים חל שיפור משמעותי בתפיסת חיי הנישואים. מתוך כך עולה כי הרווח העיקרי למטפל בהכשרתו כיועץ נישואין ומשפחה הוא במודעות שלו למצבים השונים ובכלים להתמודד עם מצבים אלו. התכנית להכשרת יועצי נישואין ומשפחה משרתת מטרת אלה וענתה על הצרכים הנ"ל בעיקר על ידי החלקים המקצועיים והחוויתיים (פראקטיקום).

מסקנות

להלן התשובות לשאלות ששאלנו

א.איזה תחומים חל השינוי בקרב הזוג, ומה מדרג התחומים שחלו בהם ?

לשליש עד מחצית הנבדקים חל שיפור בתפיסת חיי נישואים , פחות שינוי חל על התנהגויות היום יומיות בחיי הנישואים

ב. איזה חלק ספציפי בתוכנית הלימודים הוא המשפיע ביותר ?

בסדר השפעתם/שביעות רצון מהתלמידים : חומר מקצועי בתחום היעוץ הזוגי והמשפחתי שהועבר על ידי אנשי מקצוע , לאחר מכן הפראקטיקום ולבסוף – התכנים התורניים שהועברו על ידי דמויות רבניות.

ג. האם קיים הבדל בנוגע להשפעה בין נשים לגברים ?
לא נמצא הבדל מעבר להבדל הטבעי

ד. כיצד נראה פרופיל קהל היעד הפונה ללימודי נישואין ומשפחה ?

הפונים ללימודי נישואין ומשפחה הינם משכבת גיל מבוגר יחסית, המחפשים תובנות לאחר התנסות יחסית ארוכה בחיי הנישואים ובהורות.

ה. מהם הרווחים וההפסדים שיש ליועץ משפחתי לאחר הכשרתו ביחס למשפחתו ?

הרווח העיקרי הוא במודעות שלו למצבים השונים ובכלים העומדים לרשותו בכדי להתמודד עם מצבים אלו. ההפסד העיקרי הוא העצם הלמידה על האידיאלי, הנכון והראוי בנישואין ובמשפחה, שלא תמיד עולה בקנה אחד עם המצב המצוי, למידה זו יכולה גרום לפרידה ולבעיות.

חסרון המחקר

המחקר בחן את השפעת לימודי נישואין ומשפחה בקרב בוגרי תכנית ההכשרה במכון י.נ.ר ללימודי נישואין ומשפחה ולא בוגרי תכניות הכשרה אחרות. כמו כן התייחס המחקר לתכנית שפותחה ומועברת במכון. לכן ניתן להסיק מתוצאותיו לתכנית להכשרת יועצי נישואין ומשפחה במכון י.נ.ר ללימודי נישואין ומשפחה ולא על כל הלומדים והעוסקים בתחום.

הצעות למחקרים נוספים

1. הרחבת המחקר הנוכחי בקרב תכניות הכשרה שונות נוספות בתחום הכשרת יועצי נישואין ומשפחה ובוגריהם והשוואה לתוצאות המחקר הנוכחי במגמה לבחון את ההבדלים בין התכניות השונות.
2. המחקר עסק בעיסוק בטיפול זוגי: הן מבחינת ההכשרה והן מבחינת העיסוק. ניתן לערוך מחקר לטיפול קבוצתי. המחקר יבחן תכניות הכשרת מטפלים בקבוצות בתחום הנישואין והמשפחה והשפעת הלימוד והעיסוק בתחום על המטפלים.

המלצות

לבצע מחקר (איכותני) המשך בקרב כל תלמידי המכון

בשלוש שלבים שונים : אמצע הכשרה, סוף הכשרה ולאחר שמטפלים בפועל בשטח

לשכלל את שאלון המחקר

לשכלל את השאלון כך שיוכל להוות בסיס למחקר לכלל הגורמים העוסקים בהכשרה ובפרקטיה.

ביבליוגרפיה

- בר גל, ד., עמדות, ערכים ותפיסת עצמי מקצועית אצל סטודנטיות לעבודה סוציאלית ולפסיכולוגיה, המחלקה לפסיכולוגיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים, מרץ 1972)
- גרין, ד. (2000). מדוע הפסיכולוגים אינם מדברים על הנפש? נפש, 4, 23-28
- דניאלס, ש. (1997). להיות יועצת – רווחים וסיפוקים. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", הפקולטה לחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- מילר, א. (1979). הדרמה של הילד המחונן. תל אביב: דביר, 1992. (תרגום: יהודית גולדברג).
- סלומון, מ. ופלד, ע. (2000). עזרת נשים: משמעות העבודה ההתנדבותית עבור מתנדבות בקו חירום לנשים מוכות. *חברה ורווחה*, כ(2), 193-212.
- עציון, ד. (1987). האם אנחנו "לוקחים" את העבודה הביתה – ולהיפך? *רווחה ועבודה*, 20, 6.
- רוזנהיים, א. (1990). *אדם נפגש עם עצמו*. ירושלים: שוקן.

Abend, S.M. (1986). Countertansference, empathy, and the analytic ideal: the impact of life stresses on analytic capability. *Psychoanalytic Quarterly*, 55(4), 563-575.

Ahrons, C. R. (2004, September). *How therapists' values about divorce influence their practice* [sic]. Paper presented at the annual conference of the American Association for Marriage and Family Therapy, Atlanta, GA.

Amato, P. R., & Booth, A. (1997). *A Generation at Risk: Growing up in an era of family upheaval*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Amato, P. R., & Rogers, S. J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 59(3), 612-624.

American Association for Marriage and Family Therapy [AAMFT]. (2001). *AAMFT Code of Ethics*. Washington, DC: AAMFT.

Anonymous. (1978). The essence of being stuck. *International Journal of Family Counseling*, 6, 36-41.

Anonymous. (1993). Creating a collage: One piece informs the other or multiple perspectives on my therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 12 (2), 20-40.

Aponte, H. J. (1992). Training the person of the therapist in structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (3), 269-281.

Aponte, H. J. (1994). How personal can training get? *Journal of Marital and Family Therapy*, 20 (1), 3-15.

- Axelson, L. L. (1963). The marital adjustment and marital role definitions of working and nonworking wives. *Marriage and Family Living*, 25, 189-195.
- Baier, K. & Rescher, N., Values and the future. N.Y.: *The Free Press*, 1969.
- Barak, A. & Fisher, W. A. (1989). Counselor and therapist gender bias? More questions than answers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(6), 377-383.
- Barger, S. D. (2002). The Marlowe-Crowne affair: Short forms, psychometric structure, and social desirability *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 286-305.
- Basescu, C. (1996). The ongoing, mostly happy "crisis" of parenthood and its effect on the therapist's clinical work. In B. Gerson (Ed.) *The therapist as a person: Life crisis, life choices, life experiences and their effects on treatment* (pp. 101-117). London: The Analytic Press.
- Bassett, L. B., Braaten, E. B., & Rosen, L. A. (1999). Test-retest reliability of the Marital Attitude Scale. *Journal of Divorce & Remarriage*, 32(1/2), 155-158.
- Beck, R. L. (1982). Process and content in the family of origin group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32 (2), 233-244.
- Beck, R. L. (1984). The supervision of family of origin family systems treatment. *The Clinical Supervisor*, 2 (2), 49-60.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bell, R. A., Bennett, M. I., & Zilbach, J. J. (1989). An experiential family therapy training seminar. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 5 (3/4), 145-157.
- Bergin, A. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71a, 235-246.
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 11-13.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change 4th ed* New York: Wiley.
- Bergin, A. & Jasper, L. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: a replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 477-481.
- Bermak, G. (1977). Do psychiatrists have special emotional problems? *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 141-146.
- Bernard, J. (1972). *The future of marriage*. New York: Bantam Books.
- Betz, N. E., & Fitzgerald, L. F. (1987). *The career psychology of women*. New York: Academic Press.

Beth A. Lonergan , M. Sean O'Halloran , and Susan C. M. Crane

The Development of the Trauma Therapist: A Qualitative Study of the Child Therapist's Perspectives and Experiences Brief Treat Crisis Interven 4: 353-366 2004

BISCHOFF RICHARD J &, DOUGLAS H SPRENKLE Dropping Out of Marriage and Family Therapy: A Critical Review of Research Family , Family Process , Volume 32 Issue 3 ,1993 Page 353-375

Black, L. E. & Sprenkle, D. H. (1991). Gender differences in college students' attitudes toward divorce and willingness to marry. *Journal of Divorce and Remarriage, 15*, 47-60.

Bloch, D. A., & LaPerriere, K. (1973). Techniques of family therapy: A conceptual frame. In D. A. Bloch (Ed.), *Techniques of family psychotherapy: A primer*. New York: Grune & Stratton.

Board of Behavioral Sciences (2004). Continuing education. Retrieved July 30, 2004 from <http://www.bbs.ca.gov/Licstat3.htm>.

Boen, D. L. (1985). The relationship between marriage and family therapists' characteristics, values, and selected decisions they make about potential cases. *Dissertation Abstracts International, 46(07)*, 1837B. UMI No. 8519981.

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take*. New York: Brunner/Mazel.

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.

Bowman., L., & Fine, M. (2000). Client perceptions of couples therapy: Helpful and unhelpful aspects. *American Journal of Family Therapy, 28(4)*, 295-310.

Boyer-Pennington, M. E., Pennington, J., & Spink, C. (2001). Students' expectations and optimism toward marriage as a function of parental divorce. *Journal of Divorce & Remarriage, 34(314)*, 71-87.

Boylin, W. M., Anderson, S. A., & Bartle, S. E. (1992). Symbolic- experiential supervision: A model for learning or a h e of mind? *Journal of Familv Psychotherapy. 3 (4)*, 43-59.

Braaten, E. B., & Rosen, L. A. (1998). Development and validation of the Marital Attitude Scale. *Journal of Divorce & Remarriage, 29(314)*, 83-91.

Brinig, M. F., & Allen, D. A. (2000). "These boots are made for walking": Why most divorce filers are women. *American Law and Economics Review 2(1)*, 126-169.

Brock, G. W., & Coufal, J. D. (1994). A national survey of the ethical practices and attitudes of marriage and family therapists. In G. W. Brock (Ed.), *American Association for Marriage and Family Therapy ethics casebook* Washington, DC: AAMFT.

Brown, M.J., Social work values in a developing country, *social work, 1970, 15, 1*, pp. 107-112

Bugental, J.F.T. (1964). The person who is the psychotherapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 28(3)*, 272-277.

- Bumpass, L. L., Sweet, J. A., & Cherlin, A. (1991). The rise of cohabitation in declining rates of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 913-927.
- Burton, A. (1975). Therapist satisfaction. *American Journal of Psychoanalysis*, 35, 115-122.
- Canfield, B. S., Hovestadt, A. J., & Fenell, D. L. (1992). Family of origin influences upon perceptions of current family functioning. *Family Therapy*, .. 19, 55-60.
- Carter, W. Y. (2000). Attitudes toward premarital sex, non-marital childbearing, cohabitation, and marriage among Blacks and Whites. In Miller, R. R., & Browning, S. L. Eds.), *With this Ring: Divorce, intimacy and cohabitation from a multicultural perspective*, pp. 257-286. Stamford, CT: JAI Press.
- Catherall, D.R. & Pinosof, W.M. (1987). The impact of the therapists personal family life on the ability to establish viable therapeutic alliances in family and marital therapy. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3(2), 135-157
- Center for Family and Demographic Research (2002). *Ohio Population News: Marriage in US and Ohio*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
- Centers for Disease Control (2002). United States life tables, 2000. *National Vital Statistics Report*, 51(3), 1-39.
- Charny, I. W. (1982). The personal and family mental health of family therapists. In F. W. Kaslow (Ed.), *The international book of family therapy* (pp. 41- 53). New York: Brunner/Mazel.
- Charny, I.W. (1983). The personal and family mental health of family therapists. In F.W. Kaslow (Ed), The International Book of Family Therapy (pp. 41-53). New York: Brunner / Mazel.
- Cherlin, A. J., Chase-Lansdale, P. L., & McRae, C. (1998). Effects of parental divorce on mental health throughout the life course. *American Sociological Review*, 63, 239-249
- Chernin, P. (1976). Illness in a therapist – loss of omnipotence. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1327-1328.
- Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in Human Service Organizations. New York: Praeger.
- Chessick, R.D. (1971). *Why Psychotherapists Fail*. New York: Science House.
- Chessick, R.D. (1978). Their family / our family: Who wins? Who loses? *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3(2), 61-78.
- Chickering, A. W., & Havighurst, R. J. (1981). The life cycle. In A.W. Havighurst and Associates (Eds.), *The Modern American College*, pp. 16-50. San Francisco: Jossey-Bass.
- Collier, H. V. (1987). The differing self Women as psychotherapists. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 3, 53-60.
- Colon, F. (1973). In search of one's past: an identity trip. *Family Process*, 12, 429-438.
- Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education [COAMFTE]. (2004). *Standards of Accreditation, Version 10.2*. Alexandria, VA: AAMFT.

- Connell, G. M., & Russell, L. A. (1987). Interventions for the trial of labor in symbolic-experiential family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13 (1), 85-94.
- Constantine, M. G., Juby, H. L., & Liang, J. J. (2001). Examining multicultural counseling competence and race-related attitudes among white marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 353-362.
- Costa, L. (1991). Family sculpting in the training of marriage and family counselors. *Counselor Education and Supervision*, 31, 121-131.
- Costin, L.B, Values in Social Work Education; a study, *Social Service Review*, 1964, 38, 3, pp. 271-280.
- Coumarelos, C., & Allen, J. (1998). *Predicting violence against women: The 1996 women's safety survey*. (Brochure) New South Wales, Australia: Bureau of Crime Statistics and Research.
- Cozby, P. W. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79, 7391.
- Craig A.G. & Pitts, F.n. (1968). Suicide by physicians. *Diseases of the Nervous System*, 29, 763-772.
- Craven, D. (1997). *Sex differences in violent victimization, 1994*. Washington, DC: US Dept. of Justice Office of Justice Programs.
- Cray, C. & Cray, M. (1977). Stresses and rewards withing the psychiatrist's family. *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 337-341.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child and Adolescent Social Work*, 16(4), 277-290.
- D. (2002). The Marlowe-Crowne affair: Short forms, psychometric structure, and social desirability. *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 286-305.
- Daniels, A.K. (1974). What troubles the trouble-shooters? In P. Roman & H. Trice (Eds.), *The Sociology of Psychotherapy* (pp. 191-214). New York: Jason Aronson.
- Daly, J. A., & Gonzalez, M. C. (1987). Affinity-maintenance in marriage and its relationship to women's marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 381-390.
- Davidson, B., Balswick, J., & Halverson, C. (1983). The relation between spousal affective self-disclosure and marital adjustment. *Home Economics Research Journal*, 11, 381-389.
- Davis-Coelho, K., Waltz, J., & Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 682-684.

- Deacon, S. A. (1997). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy. Unpublished master's thesis, Purdue University Calumet, Hammond, IN.
- Deacon, S. A., & Kirkpatrick, D. R. (1999). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 73-93.
- DeMaris, A., & Rao, K. V. (1992). Pre-marital cohabitation and marital instability in the United States: A reassessment. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 178-190.
- Denton, W. R, Reynolds, D. L., Burlison, B. R., & Anderson, R. T. (1999). The role of marital status in health services expenditures for psychiatric outpatients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(3), 383-392.
- Derry N and Loughran J Researching teaching for understanding: the students' perspective : International Journal of Science Education, Volume 19, Issue 8, September 1997 , pages 925 - 938 ;
- Deutsch, C. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 883- 845.
- Deutsch, C. (1985). A survey of therapist's personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 305- 315
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development*. Newbury Park, NJ: Sage Publications.
- Deveny, K. (2003, June 30). We're not in the mood. *Newsweek*, 141(26), 40-43.
- Dienhart, A., & Avis, J. M. (1994). Working with men in family therapy: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 397-417.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method, 2nd ed* New York: John Wiley & Sons.
- Doherty, W. J. (1995). *Soul searching: Why psychotherapy must promote moral responsibility*. New York: Basic Books.
- Doherty, W. J., & Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 9-25.
- Dreman, S. (2000). The influence of divorce on children. *Journal of Divorce & Remarriage*, 32(3/4), 41-71.
- Dreyfus, E.A. (1967) / The search for intimacy. *Adolescence*, 2, 25-40.
- Duncan, S.F., & Duerden, D.S. (1990). Stressors and enhancers in the marital/family life of the family professional. *Family Relations*, 39, 211-215.
- Duncan, S.F., & Goddard, H.W. (1993). Stressors and enhancers in the marital/family life of family professionals and their spouses. *Family Relations*, 42, 434-441.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980) *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York Human Sciences Press

- Ellis, A. (1984). How to deal with your most difficult client- you. Psychotherapy in Private Practice, 2 (1), 25-34.
- Endler, N. (1982). *Holiday of Darkness*. New York: Wiley.
- English, O. (1976). The emotional stress of psychotherapeutic practice. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 4, 191-201
- Enright, J. B. (1971). Awareness training in the mental health professions. In J. Fagan, & I. L. Shepherd (Eds.), Gestalt therapy now (pp. 263-273). New York: Harper Colophon Books.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11. Everett, C. A. (Ed.). (1991). *Marital instability and divorce outcomes: Issues for therapists and educators*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Erickson, B. M. (1992). The major surgery of psychotherapy: The extended family of origin session. *Journal of Family Psychotherapy*, 3 (1), 19-43.
- Esman, A.H. (1987). Rescue fantasies. *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 263-270.
1992. *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon.
- Farber, B.A. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 174-182.
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, 38 (1), 10- 13.
- Farber, B.A & Heifetz, L.J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: a factor analytic study. *Professional Psychology*, 12, 621-630.
- Farber, B.A & Heifetz, L.J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13, 293-301.
- Farber, B.A., & Heifetz, L.J. (1983). The satisfaction and stress of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12, 221-230.
- Farber, A., Mendelson, M.& Napier, A. (Eds). (1972). *The Book of Family Therapy*. New York: Science House.
- Feather, N. T. (1975). Values and income level. *Australian Journal of Psychology*, 27(1), 23-29.
- Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for the Status of Women (2002). *Assessing Violence against Women: A Statistical Profile*. Canada: Author.
- Festinger, L., Riecken, H. W., & Schachter, S. (1956). *When prophecy fails*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Figley, C.R. (1985). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R Figley (Ed.), *Trauma and its wake, Vol. 2: Traumatic stress, theory, research and intervention* (pp. 39-54). NY: Brunner/Mazel.

- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (99. 1-20). NY: Brunner/Mazel.
- Fine, H.J. (1980). Despair and depletion in the therapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 392-395.
- Flaherty, J.A. (1979). Self disclosure in therapy: marriage of the therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 442-452.
- Finkel, M. L., & Finkel, S. (1985). Sex education in high school. *Society*, 23(1), 48-53. Fisher, E. H. (1987). Gender bias in therapy: An attributional analysis of patient and therapist causal explanations (doctoral dissertation, Northwestern University, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 2613B.
- Fisher, E. H. (1989). Gender bias in therapy? An analysis of patient and therapist causal explanations. *Psychotherapy*, 26(3), 389-401.
- Flaskerud, J. H. (1991). Effects of an Asian client–therapist language, ethnicity and gender match on utilization and outcome of therapy. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 31-42.
- Ford, E. (1963). Being and becoming a psychotherapist: The search for identity. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 472-482.
- Framo, J. (1968). My families, my family. *Voices: Art and Science of Psychotherapy*, 4, 18-27.
- Framo, J. (1975). Personal reflections of a family therapist. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1, 15-28.
- Framo, J. (1979). A personal viewpoint on training in marital & family therapy. *Professional Psychology*, 10, 868-875.
- Framo, J. L. (1992). *Family-of-origin therapy: An intergenerational approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Franklin, D. L. (1985). Differential clinical assessments: The influence of class and race. *Social Science Review*, 59(1), 44-61.
- Freeman, W.(1967). Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 124, 846-847.
- Friedman, E. IL (1971). The birthday party: An experiment in obtaining change in one's own extended family. *Family Process*, 10, 345-359.
- Friedman, R. (1985). Making family therapy easier for the therapist: Burnout prevention. Family Process, 24.. 549-553.

- Freud, S. (1964) Introduction to psychoanalysis and war neurosis Std Edition Volume 27 London Hogarth Press
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-164.
- Freudenberger, H.J. (1975) the staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-82.
- Freudenberger, H. J. (1983). Hazards of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 1 (1), 83-89.
- Freudenberger, H. J. (1990). Hazards of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 31-34.
- Freudenberger, H.J. & Robbins, A. (1979). The hazards of being a psychoanalyst. *The Psychoanalytic Review*, 66, 275-296.
- Garb, H. N. (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 99-120.
- Garfield, S. & Bergin, A. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 251-253.
- Gartrell, N. (1984). Combating homophobia in psychologists. *Women in Therapy*, 3(1), 13-29.
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Counter-transference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and counter-transference management. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 356-364.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Counter-transference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 861-867.
- Getz, H. G., & Protinsky, H. O. (1994). Training marriage and family counselors: A family of origin approach. *Counselor Education and Supervision*, 33, 183-190.
- Gibaldi, L., & Rosen, L. A. (1992). Intimate relationships: College students from divorced and intact families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 18, 25-26.
- Gilbert, S. J. (1976). Self-disclosure, intimacy and communication in families. *The Family Coordinator*, 25, 221-231.
- Givelber, J. & Simon, B. (1981). A death in the life of therapist and its impact on the therapy. *Psychiatry*, 44, 141-149.
- Glenn, N. D. (1975). The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. *Journal of Marriage and the Family*, 37, 594-600.
- Glenn, N. D. (1997). A critique of twenty marriage and family textbooks. *Family Relations*, 46(3), 197-208.

- Glenn, N. D., & Kramer, K. B. (1987). The marriages and divorces of children of divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 811-825.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1985). *Family therapy: An overview*, 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Goldklank, S. (1986). My family made me do it: The influence of family therapists' families on their occupational choice. *Family Process*, 25, 309-319.
- Goldstein, I R., & Kenney, G. T. (2001). Marriage delayed or marriage foregone? New cohort forecasts of first marriage for U.S. women. *American Sociological Review*, 66, 506-519.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: Norton.
- Gottman, J. M. (2000). *The seven principles for making marriage work* New York: Three Rivers Press.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 5-22.
- Greben, S.E. (1975). Some difficulties and satisfactions inherent in the practice of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 427-434.
- Green, T.F. (1968). *Work Leisure and the American Schools*. New York: Random House.
- Greenson, R. (1966). That "impossible" profession. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 14, 9-27.
- Guanipa, C., & Woolley, S. R. (2000). Gender biases and therapists' conceptualization of couple difficulties. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 181-192.
- Guerin, P. & Fogarty, T (1972). Study your own family. In A. Ferber, M. Mendelson, & A. Napier (Eds.), *The Book of Family Therapy*, 99. 445-467, New York: Science House.
- Guerin, P.J. & Hubbard, I.M. (1987). Impact of therapist's personal family system on clinical work. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3(2), 47-59.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (1981). Family therapy outcome research: knowns and unknowns. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*, pp. 742-775, New York: Brunner/Mazel.
- Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. NY: Wiley & Sons
- Guy, J. D., & Brown, C. K. (1992). How to benefit emotionally from private practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 10 (4), 27-39.
- Guy, J.D., & Liaboe, G.P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(2), 111-114.
- Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Hammer, M. (1972). *The Theory and Practice of Psychotherapy with Specific Disorders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Hansen, J. E., & Schuldt, W. J. (1984). Marital self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 923-926.
- Hare-Mustin, R. T. (1986). The problem of gender in family therapy theory. *Family Process*, 26, 15-27.
- Hawkins, J. L., & Killorin, E. A. (1979). Family of origin: An experiential workshop. *American Journal of Family Therapy*, 7 (4), 5-17.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1993). Male counselors' discomfort with gay and HIV- infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 86-93.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on counter- transference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1041-1051.
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on counter-transference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468-482.
- Hayes, J. A., Riker, J. B., & Ingram, K. M. (1997). Counter-transference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research*, 7, 145-154.
- Henry, W.E. (1966). Some observations on the life of healers. *Human Development*, 9, 47-56.
- Heatherington, L., Stets, J., & Mazzarella, S. (1986). Whither the bias: The female client's "edge" in psychotherapy? *Psychotherapy*, 23, 252-256.
- Heaton, T. B. (1990). Marital stability throughout the child-bearing years. *Demography*, 27, 55-63.
- Hendrick, S. S. (1981). Self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1150-1159.
- Henry, W.E., Sims, J.H. & Spray, S.L. (1971). *The Fifth Profession*. San Francisco: Jossey-bass.
- Henry, W.E., Sims, J.H. & Spray, S.L. (1973) *Public and Private Lives of Psychotherapists*. San Francisco: Jossey-bass.
- Higgins Kessler, M. R., & Werner-Wilson, R. J. (2000). Emotion management of marriage and family therapists: How is it different for women and men? *American Journal of Family Therapy*, 28(3), 243-253.
- Hoffman, L., & Nye, I. (1974). *Working mothers*. San Francisco: Jossey-Bass. Holman, T. B., & Brock, G. W. (1986). Implications for therapy in the study of communication and marital quality. *Family Perspective*, 20, 85-94.
- Holt, R.R. (1959). Personality growth in psychiatric resident. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 81, 203-215.

- Huber, H. (1999). *Ethical, legal and professional issues in the practice of marriage and family therapy* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Iliffe, G., & Steed, L.G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412.
- Inman-Amos, J., Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (1994). Love attitudes: Similarities between parents and between parents and children. *Family Relations*, 43, 456-461.
- Ipsaro, A. J. (1986). Male client – male therapist: Issues in therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 23, 257-266.
- Jennings, A. M., Salts, C. J., & Smith, T. A. (1991). Attitudes toward marriage: Effects of parental conflict, family structure, and gender. *Journal of Divorce & Remarriage*, 17(3/4), 67-79.
- Jerrell, J. M. (1998). Effect of ethnic matching of young clients and mental health staff. *Cultural Diversity and Mental Health*, 4, 297-302.
- Jeynes, W. (2000). A longitudinal analysis on the effects of remarriage following divorce on the academic achievement of adolescents. *Journal of Divorce & Remarriage*, 33(1/2), 131-148.
- Johnson, L. & Thomas, V. (1999). The inclusion of children in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 117-123.
- Johnson, S. M. (2002). Marital problems. In D. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 163-190). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Johnson, M. E., Campbell, J. L., & Masters, M. A. (1992). Relationship between family of origin dynamics and a psychologist's theoretical orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (2), 119-122.
- Jones, R.H., Special values and social work education, in K. A. Kendall (ed.), *Social work values in an age of discontent*. New York: *Council on Social Work Education*, 1970, pp. 35-45.
- Jones, W. H., Rambo, W. W., & Russell, D. W. (1978). The effect of prior information on attitude change. *Journal of Social Psychology*, 106(2), 203-205.
- Jonsson, J. O. & Gahler, M. (1997). Family dissolution, family reconstitution, and children's educational careers: Recent evidence from Sweden. *Demography*, 34, 277-293.
- Jorgensen, S. R., & Gaudy, J. C. (1980). Self-disclosure and satisfaction in marriage: The relation examined. *Family Relations*, 29, 281-287.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7(3), 236-248.
- Kaplan, H. A. (1987). The psychopathology of nostalgia. *Psychoanalytic Review*, 74, 465-496
- Kaplan, M. L., & Kaplan, N. R. (1978). Individual and family growth: A gestalt approach. *Family Process*, 17, 195-205.
- Kaslow, F.W. (1984b) (Ed.) *Psychotherapy with Psychotherapists*. New York: Haworth.
- Kaslow, F. W. (2001). Whither counter-transference in couples and family therapy: A

systemic perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1029-1040.

Kaslow, F.W & Schulman, N. (1987). How to be same and happy as a family therapist or the reciprocal impact of family therapy teaching and practice and therapist's personal lives and mental health. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3(2), 79-96.

Kaslow, N. J., & Friedman, D. (1984). The interface of personal treatment and clinical training for psychotherapist trainees. In F. W. Kaslow (Ed.), Psychotherapy with psychotherapists (pp. 33-57). New York: Haworth Press.

Keith, D. V. (1987). The self in family therapy: A field guide. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3, 61-70.

Kelly, T. A., & Strupp, H. H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 34-40.

Kempler, W. (1981). Experiential psychotherapy with families. New York: Brunner/Mazel

Kernberg, O. (1968). Some effects of social pressures on the psychiatrist as clinician. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, 144-159.

Kerr, D. & Beaujot, R. (2002). Family relations, low income, and child outcomes: A comparison of Canadian children in intact, step-, and lone-parent families. *International Journal of Comparative Sociology*, 43(2), 134-152.

Kerr, M. E. (1984). Theoretical basis for differentiation of self in one's family of origin. The Clinical Supervisor, 2 (2), 3-36.

Kerr, M. & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation*. New York: Norton.

Kiecolt, K. J., & Mock, A. C. (1988). The long-term effects of family structure on gender role attitudes. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 709-717.

Kirk, R. E. (1999). *Statistics: An Introduction (4th ed)*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers.

Kluckhohn, C. et al., Values and value orientation, in T. Parsons and E. Shils (eds.) *Towards a general theory of action*. Cambridge: *Harvard University Press*, 1954.

Knutsen, E. (1977). On the emotional well-being of psychiatrists: overview and rationale. *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 123-129.

Kottler, J. A. (1993). *On being a therapist (rev. ed)*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.

Kramer, C.H. (1980). *Becoming a Family Therapist: Developing an Integrated Approach to Working with Families*. New York: Human Science Press.

Kramer, J.R. (1985). *Family Interfaces: Trans-generational Patterns*. New York: Brunner/Mazel.

- Krebs, R. (1971). You don't have to be crazy, but it may help. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 254.
- Kubie, C.S. (1971). The retreat from patients. *Archives of General Psychiatry*, 24, 98-106.
- Lalotitis, D. A., & Grayson, J. H. (1985). Psychologist heal thyself: What is available for the impaired psychologist? *American Psychologist*, 40 (1), 84-96.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361. Larson, J. H. (1988a). Factors influencing college students' perceived readiness for marriage. *Family Perspective*, 22, 145-157.
- Larson, C. C., Gilbertson, D. L., & Powell, J. A. (1978). Therapist burnout: Perspectives on a critical issue. *Social Casework*, 59., 563-565.
- Larson, J. H. (1988b). The marriage quiz: College students' beliefs in selected myths about marriage. *Family Relations*, 37(1), 3-11.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Counter-transference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 32, 405-415.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lauritsen, J. L. (2001). The social ecology of violent victimization: Individual and contextual effects in the NCVS. *Journal of Quantitative Criminology*, 17(1), 3-32.
- Lazarus, A. A. (1985). *Marital myths*. San Luis Obispo, CA: Impact Publishing. Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Counter-transference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Training, Practice*, 39(1), 2-11.
- Lee, C. (1999). Specifying intrusive demands and their outcomes in congregational ministry: A report on the ministry demands inventory. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38, 477-489.
- Lewis, J. (1982). Dying with friends: implications for the psychotherapist. *American Journal of Psychiatry*, 139, 261-266.
- Lifshitz, M., Quality professionals: does training make a difference ? A personal construct theory study of the issue, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1974, 13, 2, pp 183-189
- Little, T. D., Lindenberger, U., & Nesseiroade, J. R. (1999). On selecting indicators for multivariate measurement and modeling with latent variables: When "good" indicators are bad and "bad" indicators are good. *Psychological Methods*, 4(2), 192-211.

- Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- London, R.W. (1976) The lonely profession: a study of the psychological rewards and negative aspects of the practice of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*, 37(9-b), 4691.
- Lott, B. (1990). Dual natures or learned behaviors: The challenge to feminist psychology. In R. T. Hare-Mustin & J. Marecek (Eds.), *Making a difference: Psychology and the construction of gender* (pp. 65-101). New Haven CT: Yale University Press.
- Luthman, S.G. & Kirshenbaum M.(1974). *The Dynamic Family*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Mackinnon, L.M. (1998). Trust and betrayal in the treatment of child abuse. NY: The Guilford Press.
- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Hitting without a license: Testing explanations for differences in partner abuse between young adult daters and cohabiters. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 41-55.
- Mahoney, M.J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 14-16
- Marmor, J. (1953). The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 110, 370-376.
- Maslach, C. (1976). *Burn-out*. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 11-124.
- Maslach, C. & Kahn, R. (1978). Job burnout: how people cope. *Public Welfare*, 36(2), 53-56.
- Mather, L. (2003). Changing patterns of legal representation in divorce: >From lawyers to pro se. *Journal of Law and Society*, 30(1), 137-155.
- Mauch, P. A. (1982). The effect of training on attitudes of counselors about battered women (Doctoral dissertation, University of Missouri, 1982). *Dissertation Abstracts International*, 43(12-A), 3814.
- Mausner, J. & Steppacher, R. (1973). Suicide in professionals: a study of male and female psychologists. *American journal of Epidemiology*, 98,436-445.
- McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A contextual model for understanding the effects of trauma on helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McDaniel, S. H., & Landau-Stanton, J. (1991). Family of origin work and family therapy skills training: Both-And. *Family Process*, 30, 459-471.
- McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring counter-transference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy*, 24, 325-335.

- McConaughy, E.A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy*, 24(3), 303-314.
- McDermott, D., Tyndall, L., & Lichtenberg, J. W. (1989). Factors related to counselor preference among gays and lesbians. *Journal of Consulting and Development*, 68, 31-35.
- McDonald, A. L. (2001). Young adults' attitudes toward marriage and fear of intimacy in relation to gender, religiosity, and conflict in the family of origin (Doctoral dissertation, Texas A & M University, 2001). *Dissertation Abstracts International*, 61(7-A), 2607.
- McGoldrick, M. (1982). Through the looking glass: Supervision of a trainee's "trigger" family. In R. Whiffen, & J. Byng-Hall (Eds.), *Family therapy supervision* (pp. 17-37). London: Academic Press.
- McLanahan, S., & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McLeod, D. & Mayer, J.H., A study in the values of social workers, in E. Thomas (eds.), *Behavioral science for Social workers*. New York: *Free Press*, 1967, pp. 401-416
- Mindy Korol , Philip A. Saigh , Bonnie L. Green
- The history and prevalence of posttraumatic stress disorder with special reference to children and adolescents *Journal of School Psychology* Volume 34, Issue 2, Summer 1996, Pages 107-131
- Mihalik, R. (1970). Values and psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*, 30(9-B), 4377.
- Mintz, L. B., & O'Neil, J. M. (1990). Gender roles, sex, and the process of psychotherapy: Many questions and few answers. *Journal of Counseling and Development*, 68, 381-387.
- Mitten, T., & Piercy, F. (1993). Learning symbolic-experiential therapy: One approach. *Contemporary Family Therapy*, 15 (2), 149- 168.
- Morgan, S. P., & Waite, L. J. (1987). Parenthood and the attitudes of young adults. *American Sociological Review*, 52, 541-547.
- Morris, M.L. & Blanton, P. W. (1994). The influence of work-related stressors on clergy husbands and their wives. *Family Relations*, 43, 189-195.
- Munn, K. T. (1995). Making room for illness in the practice of psychotherapy. In M. B. Sussman (Ed.), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice* (pp. 100-114). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Mura, E.L.& Levey, D.A. (1987). Dispelling myths: a comparison of personality traits in graduate psychology and business students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(1), 127-133.

- Mumstein, B.I., & Mink, D. (2004). Do psychotherapists have better marriages than non-psychotherapists? Do therapeutic skills and experience related to marriage adjustment? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 292-300.
- Napier, A. & Whitaker, C. (1978). *The Family Crucible*. New York: Harper Row.
- Nathan, P. E. (1986). Unanswered questions about distressed professionals. In R. R. Kilburg, P. E. Nathan, & R. W. Thoreson (Eds.), Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology (pp. 27-16). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nelson, M. L. (1993). A current perspective on gender differences: Implications for research in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 200-209.
- Neill, J. & Kniskern, D. (1982) (Eds). *From Psyche to System*. New York: Guilford Press.
- Northey, W. F. Jr. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 487-494.
- Nutt, R. L. (1992). Feminist family therapy: A review of the literature. *Topics in family psychological counseling*, 1, 13-23.
- Orchin, I. E. (1991). Ethnic bias and assessment of family functioning (family therapy) (Doctoral dissertation, Temple University, 1992). *Dissertation Abstracts International*, 52, 391 IB.
- Papero, D. V. (1990). *Bowen family systems theory*. Boston: Allyn and Bacon.
- Parloff, M., Waskow, I. & Wolfe, B. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd Ed.) pp. 233-282, New York: Wiley.
- Paul, B.B. (1987). Reflections of a therapist/wife of a therapist/husband. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3(2), 7-15.
- Patterson, J. E., & Utesch, W. E. (1991). Personal therapy for family therapy graduate students. *Contemporary Family Therapy*. 13 (4), 333-343.
- Perlick, D., & Atkins, A. (1984). Variations in the reported age of a patient: A source of bias in the diagnosis of depression and dementia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 812-820.
- Peterson, J. A. (1976). *Counseling and values: A philosophical examination*. Cranston, RI: Carroll Press.
- Peterson, R. It (1996). A re-evaluation of the economic consequences of divorce. *American Sociological Review*, 61, 528-536.
- Phillips, C. D., & Lee, S. S. (1986). The psychologist as a friend: The ethics of the psychologist in non-professional relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*. 17, 293-294.

- Philpot, C.L. (1987). When mother is a family therapist (the impact of being a family therapist on one's family of origin and family of creation). *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3(2), 33-45.
- Piercy, F. P., Sprenkle, D. H., & Associates. (1986). *Family therapy sourcebook*. New York: Guilford Press.
- Piercy, F.P. & Wetchler, J.L. (1987). Family-work interfaces of psychotherapists. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3(2), 17-32.
- Pines, A., Aronson, & Kafry, D. (1980). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Pines, A.; Aaronson, E., Y Kafry, D. (1981): *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York, The Free Press
- Pinsof, W. M. (2002). The death of "Til death do us part": The transformation of pair-bonding in the 20th century. *Family Process*, 41(2), 135-157.
- Popenoe, D. (1994). The evolution of marriage and the problem of stepfamilies: A biosocial perspective. In A. Booth & J. Dunn (Eds.) *Stepfamilies: Who benefits? Who does not?* (pp. 55-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Popenoe, D. (2001). *The top ten myths of divorce*. Rutgers, RI: National Marriage Project. Retrieved June 30, 2004 from <http://marriage.rutgers.edu>.
- Popenoe, D. (2002), *The top ten myths of marriage*. Rutgers, RI: National Marriage Project. Retrieved June 30, 2004 from <http://marriagesutgers.edu>
- Pumphrey, M. W., The teaching of values and ethics in social work education, The Social Work graduates toward public dependency, *Journal of Education for social Work*. New York: Spring 1969, 10, 3.
- Racker, H. (1982). *Transference and Counter-transference*. London: Maresfield.
- Racusin, G. R., Ambramowitz, S. I., & Winter, W. D. (1981). Becoming a therapist: Family dynamics and career choice. *Professional Psychology*. 12 (2), 271 -279.
- Ram, B., & Hou, F. (2003). Changes in family structure and child outcomes: Roles of economic and familial resources. *The Policy Studies Journal*, 31(3), 309-330.
- Rampage, C. (2002). Marriage in the 20th century: A feminist perspective. *Family Process*, 41, 261-268.
- Reynolds, A. L. (2001). Multidimensional cultural competence: Providing tools for transforming psychology. *The Counseling Psychologist*, 29, 833-841.
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125.
- Rhoden, J. L., & Pasley, K. (2000). Factors affecting the perceived helpfulness of therapy with stepfamilies: A closer look at gender issues. *Journal of Divorce & Remarriage*, 34(1/2), 77-93.
- Rice, D.G. Patient sex differences and selection for individual psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 148(2):124-133, February 1969.

- Rice, D.G. (1986). Supervision of co-therapy. In F.W. Kaslow (Ed.) *Supervision and Training: Models, Dilemmas and Challenges*, pp. 119-142, New York: Haworth Press.
- Rich, C.L. & Pitts, F.N. (1980). Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,730 consecutive physician death during a five-year period, 1967-1972. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 261-263.
- Riemersma, M. (2000). The typical California MFT. *The California Therapist*, 12(3), 3133,81.
- Riemersma, M. (2004). The typical California MFT: 2004 CAMFT Member Practice and Demographic Survey. *The Therapist*, 16(4), 24-28.
- Ripley, J. S. (2001). The effects of religiosity on preferences and expectations for marital therapy among married Christians. *American Journal of Family Therapy*, 29(1), 39-58.
- Roback, H. B., Webersinn, A., & Guion, H. (1971). Effects of the psychotherapeutic experience on emerging psychotherapists. *Mental Hygiene*, 58 (2), 228-229.
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing counter-transference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 276-282.
- Rodgers, J. E. (1993). Psychologists at home, Part II. *Psychology Today*. Sept/Oct, 5661.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, S. J., & Amato, P. R. (1997). Is marital quality declining: The evidence from two generations. *Social Forces* 75(3), 1089-1100.
- Rogers, S. J., & Amato, P. R. (2000). Have changes in gender relations affected marital quality? *Social Forces* 79(2), 731-753.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical counter-transference literature. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), 264-270.
- Ross, L., & Lepper, M. R. (1980). The perseverance of beliefs: Empirical and normative considerations. In R. A. Shweder & D. Fiske (Eds.), *New directions for methodology of behavioral science: Fallible judgment in behavioral research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ross, M. (1973). Suicide among physicians: a psychological study. *Diseases of the Nervous System*, 34, 145-150.
- Russell, A.J., Pasnau, R.D. & Taintor, Z.C. (1975) Emotional problems of residents in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 132, 263-267.
- Sager, C.J., (1976). *Marriage Contracts and Couple Therapy: Hidden Forces in Intimate Relationship*. New York: Brunner/Mazel.
- Sarason, S.B. (1977). *Work, aging, and social change*. New York: Free Press.
- Sassier, S., & Schoen, R. (1999). Work and family: The effect of attitudes and economic

- activity on marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 147-159.
- Satir, V. (1983). *Conjoint Family Therapy*, 3rd ed Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books.
- Satir, V. (1987). The therapist story. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 3, 17-25.
- Schlicht, W.J. (1968). The anxieties of the psychotherapist. *Mental Hygiene*, 52, 439-444.
- Schnarch, D. (1991). *Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York: Norton.
- Scholfield-Macnab, S. (1995). Listening to your patient, yelling at your kids: The interface between psychotherapy and motherhood. In M.B. Sussman (Ed.), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice* (pp. 37-44). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Schumm, W. R, Barnes, H. L., Bollman, S. R., Jurich, A. P., & Bugaighis, M. A. (1986). Self-disclosure and marital satisfaction revisited. *Family Relations*, 35, 241-248.
- Shaffer, D. R., Reardon, R., Clary, E. G., & Sadowski, C. (1982). The effects of information on perspectives and attitude change. *Journal of Social Psychology* 117(0,125-133).
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadley, M. L. (1987). Are all therapists alike? Use of self in family therapy: A multidimensional perspective. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3, 127-137.
- Sharaf, M.R. & Levinson, D. (1964). The quest for omnipotence in professional training. *Psychiatry*, 27, 135-149.
- Siporin, M., *Introduction to social work practice*. New York: MacMillan, 1975.
- Shub, N. F. (1995). The journey of the characterologic therapist. In M. B. Sussman (Ed.), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice* (pp. 6 1-79). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Smith, B., Attitude change, in D. shils (ed.), *Encyclopedia of the social sciences*. New York: MacMillan, 1968.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents* (pp. 1-52). New York: Guilford.
- Smith, D. (1980). The impact of word views on professional life styling. *Personnel and Guidance Journal*, 58(9), 584-587.
- Snyder, D. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 813-823.
- Spector, R. (2001). Is there a racial bias in clinicians' perceptions of the dangerousness of psychiatric patients? A review of the literature. *Journal of Mental Health (UK)*, 10(0,5-15).

- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96.
- Stabb, S. D., Cox, D. L., Harber, J. L. (1997). Gender-related therapist attributions in couples therapy: A preliminary multiple case study investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(3), 335-346.
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9-month follow-up. *Addiction*, 93, 1043-1050.
- Stets, J. E., & Straus, M. A. (1990). The marriage license as a hitting license: A comparison of assaults in dating, cohabiting, and married couples. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 227-244). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy: Comparison 1. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- Stumpfer, D.J. W. & Bands, J. (1996)
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, 4th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., & Strupp, H. L. (1986). The Vanderbilt process measures :The psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VMS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 285-323). New York: Guilford Press.
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Sussman, M.B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Sussman, M.B. (1995). Introduction. In M.B. Sussman (Ed.), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice* (pp.1-12). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Taintor, Z. Morphy, M., Seidan, A. & Val, E. (1983). Psychiatric residency training: relationships and value development. *American Journal of Psychiatry*, 14, 778-780.
- Taylor, D. A. (1979). Motivational bases. In G. J. Chelue (Ed.), *Self-disclosure*, pp. 110-150. San Francisco: Jossey-Bass.
- Terkel, S. (1972). *Working*. New York: Pantheon Press.
- Thornton, A. (1985). Changing attitudes toward separation and divorce: Causes and consequences. *American Journal of Sociology*, 90, 856-872.

- Thoreson, R. W., Nathan, P. E., Skorina, J. K., & Kilburg, R. R. (1983). The alcoholic psychologist: Issues, problems, and implications for the profession. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 670-684.
- Thornton, A. (1991). Influence of the marital history of parents on the marital and co-habitational experiences of children. *American Journal of Sociology*, 96, 868-894.
- Thornton, A., & Freedman, D. (1982). Changing attitudes toward marriage and single life *Family Planning Perspectives*, 14, 297-303.
- Timms, N. (1978). *Helping in crisis*. *Social Work Today*, 10(4), 11-13.
- Tinsley, E. A. The congruence myth: An analysis of the efficacy of the person-environment fit model. *Journal of Vocational Behavior* 56 (2000), pp. 147–179.
- Titelman, P. (Ed.). (1987). *The therapist's own family: Toward the differentiation of self*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women*. Washington, DC: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention.
- Tremblay, J. M., Herron, W. G., & Schultz, C. L. (1986). Relation between theoretical orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 17 (2), 106-110.
- Trent, K., & South, S. J. (1992). Socio-demographic status, parental background, childhood family structure, and attitudes toward family formation. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 427-439.
- U.S. Census Bureau (2004). California quick facts. Retrieved July 28, 2004 from <http://quickfacts.census.gov/qfdistates/06000.htm>.
- Tryon, G. S. (1983). The pleasures and displeasures of full-time private practice. *The Clinical Psychologist*, 36, 45-48.
- Vandenbos, G.R. & Karon, B.P. (1971). Pathogenesis: a new therapist personality dimension related to therapeutic effectiveness. *Journal of Personality Assessment*, 35(3), 252-260.
- Van Wagoner, S., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. (1991). Counter-transference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28, 411-421.
- Varley, B.K., Socialization in social work education, *Social Work*, July 1963, 8, 3, pp. 102-109
- Varley, B.K., Social work values: changes in value commitments of students from admission to M.S.W. graduation, *Journal of Education for Social Work*, Fall 1968, 4, 2, pp 67-76.
- Vondracek, F. W., & Corneal, S. (1995). Strategies for resolving individual and family problems. CA: Brooks/Cole Publishing Co.

- Wahl, W.K., Guy, J.D., & Brown, C.K. (1993). Conducting psychotherapy: Impact upon the therapist's marital relationship. *Psychotherapy in Private Practice*, 12, 57-65
- Waite, L. J., & Gallagher, M. (2000). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially*. New York: Doubleday.
- Waite, L. J., & Lillard, L. A. (1991). Children and marital disruption. *American Journal of Sociology*, 96, 930-953.
- Waite, L. J., & Joyner, K. (2001). Emotional and physical satisfaction with sex in married, cohabiting, and dating sexual unions: Do men and women differ? In E. O. Laumann and R. T. Michael, (Eds.), *Sex, Love, and Health in America*, p. 239-269. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Waldron, H. B., Turner, C. W., Barton, C., Alexander, J. F., & Cline, V. B. (1997). Therapist defensiveness and marital therapy process and outcome. *American Journal of Family Therapy*, 25(3), 233-243.
- Waldrop, J.A. & Hurst, J.C. (1982). The psychotherapist and one way intimacy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 48-53.
- Wall, J., Needham, T., Browning, D. S., & James, S. (1999). The ethics of relationality: The moral views of therapists engaged in marital and family therapy. *Family Relations*, 48(2), 139-149.
- Warkentin, J. (1963). The therapist's significant other. *Annals of Psychotherapy*, 4(1), 54-59.
- Watson, M. F. (1993). Supervising the person of the therapist: Issues, challenges, and dilemmas. *Contemporary Family Therapy*. 15 (1), 21-31.
- Watt, T. T. (2002). Marital and cohabiting relationships of adult children of alcoholics: Evidence from the National Survey of Families and Households. *Journal of Family Issues*, 23(2), 246-265.
- Webster, P. S., Orbuch, T. L., & House, J. S. (1995). Effects of childhood family background on adult marital quality and perceived stability. *American Journal of Sociology*, 101, 404-432.
- Weigel, R. H. (1983). Environmental attitudes and the prediction of behavior. In N. it Feimer & E. S. Geller (Eds.), *Environmental Psychology: Directions and Perspectives*. New York: Praeger.
- Weinberg, R. B., & Mauksch, L. B. (1991). Examining family of origin influences in life at work. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17 (3), 233-242.
- Werner-Wilson, R. J. (1997). Is therapeutic alliance influenced by gender in marriage and family therapy? *Journal of Feminist Family Therapy*, 9, 3-16.
- Westheaver, C. (1990). Intervening in a rigid supervisory system: A Bowen structural view of neutrality. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 11 (3), 147-153. I

- Wetchler, J.L. & Piercy, F.P. (1986). The marital/family life of the family therapist: stressors and enhancers. *American Journal of Family Therapy*, 14(2) 99-108.
- Wheelis, A. (1958). *The Quest for Identity*. New York: Norton.
- Wheelis, A. (1966). *The Illusional Man*. New York: Norton.
- Whitaker, C. A., & Keith, D. V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In A. S. Gurman, & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 1 87-225). New York: BrunnerMazel.
- Whitehead, B. D., & Popenoe, D. (2001). Who wants to marry a soul mate? In The National Marriage Project (Ed.), *The State of Our Unions 2001: The social health of marriage in America*, pp. 5-11. Rutgers, NJ: Author.
- Whitfield, M. (1980). Emotional stresses on the psychotherapist. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 292-296.
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes vs actions: The relationship between verbal and overt responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25(1), 41-78.
- Winkler, R. C. (1973). Psychology as a social problem: How value-free is "objective psychology?" *Australian Psychologist*, 8, 120-127.
- Williamson, D. S. (1991). *The intimacy paradox: Personal authority in the family system*. New York: Guilford Press.
- Winter, J.E. & Aponte, H.J. (1987). The family life of psychotherapists: treatment and training implications. *Journal of Psychology & The Family*.3(2), 97-132.
- Wisch, A. F., & Mahalik, J. R. (1999). Male therapists' clinical bias: Influence of client gender roles and therapist gender role conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 51-60.
- Wogan, M.(1970). Effect of therapist-patient personality variables on therapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 356-361.
- Wood, B. J., Klein, S., Cross, H. J & Lammers, C. J..(1985). Impaired practitioners: Psychologists' opinions about prevalence, and proposals for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (6), 843-850.
- Woody, R. H., & Weber, G. K. (1983). Training in marriage and family therapy. In B.B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy*, pp.117- 134. New York: Plenum Press.
- Worthington, E. L., Jr., Kurusu, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A ten-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- Young, G. (1998). Educational interventions: The lions roar. In M. L. Hecht (Ed.), *Communicating Prejudice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zirnnerman, J., & Cochran, L. (1993). Alignment of family and work roles. *The Career Development Quarterly*, 41 (4), 344-349.

Zweben, J.E. & Dietch, D.A. (1976). The emergence of primadonnahood in prominent psychotherapists. *Voices*, 12, 75-81.

Zygmund, M. J., & Denton, W. (1988). Gender bias in marital therapy: A multidimensional scaling analysis. *American Journal of Family Therapy*, 16(3), 262-272

נספח ב' שאלון פרטים אישיים

שאלון להערכת איכות הנישואין בקרב בוגרי המכון הישראלי ללימודי נישואין ומשפחה

השאלון מיועד לבוגרי התוכנית להכשרה למנחה/ יועצי נישואין ומשפחה נבחרים וחברי איגוד י.נ.ר.

השאלון משמש למטרת מחקר על מנת לבדוק ואחר"כ בע"ה לשפר את השפעת התוכניות הלימוד על איכות הנישואין של המשתתפים.

המונחים הבאים מתייחסים לאיכות קשר הנישואין בקרב מנחים ויועצי נישואין ומשפחה, שנה לאחר סיום הכשרתם.

חבר יקר כאשר הינך עונה על השאלות המוצגות, אנא השווה את התייחסותך למונחים טרום ההכשרה לעומת הסתכלותך עליהם שנה לאחר סיום הכשרתך.

השאלות נוסחו בלשון זכר אך הם מתייחסים לשני בני הזוג כאחד.

ברצוננו לבדוק מהם השינויים שחלו בחיי הנישואין שלך בעקבות הכשרתך.

השאלון יענה באופן אנונימי לחלוטין וישמש אך ורק לעיבודים סטטיסטיים. לפיכך נבקשך להשיב על השאלות הבאות:

שאלון פרטים אישיים

א. מיך:

1. זכר.

2. נקבה.

ב. מצב משפחתי

1. נשוי, נישואים ראשונים

2. נשוי, נישואים שניים או יותר

3. גרוש או פרוד

4. אלמן

5. רווק

ג. שנת לידה: _____

ד. מספר שנות נישואין: _____

ה. מספר ילדים: _____

ו. רמת הדתיות

1. חרדי

2. חרדל(דתי לאומי חרדי)

3. דתי לאומי

4. דתי

5. מסורתי

ז. השכלה

1. עממית
 2. תיכונית/ סמינר
 3. אקדמאית חלקית/ הוראה
 4. תואר ראשון
 5. תואר שני
 6. תואר שלישי
6. השכלה תורנית גבוהה: א. שנות ישיבה. ב. הסמכה לרבנות. ג. טו"ר. ד. דיינות. ה. מו"צ.

ח. מצב סוציו- אקונומי

1. מצוין
2. טוב מאוד
3. טוב
4. לא טוב
5. רע מאוד

ט. עיסוק עיקרי : _____

י. ארץ מוצא שלך: _____

יא. ארץ מוצא של ההורים: _____

יב. מקום מגורים:

1. עיר
2. עיירה, מושבה
3. מושב, כפר
4. קיבוץ

יג. האם שקלת אי פעם גירושין או פירוד ?

1. כן.
2. לא

טו. האם בת/בן זוגך ואת/ה פניתם לייעוץ נישואין ?

1. כן.
2. לא

טז. האם בפנייתך במקור ללימודי נישואין ומשפחה הייתה גם במטרה לשפר את נישואיך ?

1. כן במידה רבה.
2. כן במידה מסוימת.
3. לא

נספח ג' : שאלון מובנה

חלק ראשון

| 1 ירידה מרובה | 2 ירידה מועטה | 3 ללא שינוי | 4 עליה מועטה | 5 במידה מרובה | באופן כללי האם חל שיפור ב: |
|------------------|------------------|----------------|-----------------|------------------|--|
| | | | | | 1. שביעות הרצון שלך מחיי הנישואין |
| | | | | | 2. תחושת הביטחון שלך מקשר הנישואין |
| | | | | | 3. מידה בה חיי הנישואין עונים על ציפיותיך |
| | | | | | 4. הרגשת השותפות בינך לבין בת זוגך |
| | | | | | 5. הבעה חופשית של רגשות |
| | | | | | 6. באופן בו אתם פותרים אי-הסכמות וקונפליקטים |
| | | | | | 7. איכות התקשורת הבין אישית בינך לבין בת זוגך |
| | | | | | 8. האווירה הכללית השוררת בבית ובמשפחה |
| | | | | | 9. כמות זמן האיכות שאתם מקדישים לזוגיות שלכם |
| | | | | | 10. במידה בה אתם משתפים זה את זה ברגשות, מחשבות וחוויות ביום יום |
| | | | | | 11. חלוקה הוגנת יותר של מטלות ועול הבית והמשפחה |
| | | | | | 12. הפחתה בכמות המריבות והוויכוחים בינך לבין בת זוגך |
| | | | | | 13. קירבה הרגשית בינך לבין בת זוגך |
| | | | | | 14. הפחתה בהבעת ביקורת פוגענית זה בזו |
| | | | | | 15. הפחתה בסך כל הבעיות והקשיים בחיי הנישואין |

חלק שני

השאלות הבאות עוסקות בהשפעתם של תחומי הלימוד הספציפיים בקורס ההכשרה למנחה ו/או יועץ נישואין ומשפחה על איכות הנישואין של הלומדים.

| 1 ירידה מרובה | 2 ירידה מועטה | 3 ללא שינוי | 4 עליה מועטה | 5 במידה מרובה | |
|------------------|------------------|----------------|-----------------|------------------|--|
| | | | | | 16. באיזה מידה השפיעו לימודי הנישואין והמשפחה על איכות הנישואין שלך ? |
| | | | | | 17. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- תורני |
| | | | | | 18. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך הלימוד בחלקו העיוני- מקצועי |
| | | | | | 19. באיזה מידה השפיע על איכות הנישואין שלך חלקו הפרקטי (פרקטיקום) של הקורס |
| | | | | | 20. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים התורניים |
| | | | | | 21. באיזה מידה השפיעו על איכות הנישואין שלך המרצים המקצועיים |