

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

מרים גולדברג, נעמי הדס-לידור, אורית קרניאלי-מילר

בשנים האחרונות גדל מספר המתמודדים עם הפרעת נפש הלומדים במוסדות להשכלה גבוהה בכלל ומקצועות טיפוליים כמו עבודה סוציאלית בפרט. סטודנטים אלו נתקלים במהלך לימודיהם בקשיים ובאתגרים רבים, הנובעים מהמפגש בין הקושי האישי שלהם לבין החומר הנלמד במסגרת הכשרתם המקצועית. מטרת המחקר הנוכחי היא ללמוד, מנקודת מבטם של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש, על תהליך התפתחותם המקצועית ממטופלים למטפלים שהם גם מטופלים. 12 סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעות נפש רואיינו באמצעות ראיונות-עומק מובנים-למחצה. הראיונות נותחו בשיטת היטמעות-התגבשות שפותחה ברפואה. הממצאים מגלים את תהליך ההתפתחות הייחודי שהסטודנטים עוברים, מהיותם מטופלים להיותם מטפלים-מטופלים. בתהליך זה ארבעה שלבים: גישוש ראשוני בעולם הטיפול; תהיות ושאלות על יכולתם כמטופלים להיות מטפלים; הכרה ביכולתם להיות מטפלים; ואינטגרציה בין החלק המטופל לחלק המטפל. הבנת תהליך זה, זיהוי השלבים והקשיים במהלכו, ומציאת דרכים לסייע לסטודנטים להתקדם בו, חשובים לתהליך התפתחות מקצועית טובה של מטפלים-מטופלים.

מילות מפתח: הכשרה מקצועית, הפרעות נפש, התפתחות מקצועית, מוגבלויות, מטפל-מטופל

מספר הסטודנטים המתמודדים עם הפרעות נפשיות עלה בשנים האחרונות בעולם באופן דרמטי (Blanco et al., 2008; Gallagher, 2008). הדבר בא לידי ביטוי גם במספר ההולך וגדל של סטודנטים עם הפרעת נפש הלומדים מקצועות טיפוליים בכלל, ועבודה סוציאלית בפרט (GlenMaye & Bolin, 2007; Manthorpe & Stanley, 1999). נתון זה

המאמר מבוסס על עבודה מוסמך בחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, ועל מאמר באנגלית שהתפרסם ביולי 2015: Goldberg, M., Hadas-Lidor, N., & Karnieli-Miller, O. (2015). From patient to therapist: social work students coping with mental illness. *Qualitative Health Research*, 25(7), 887–898. doi: 10.1177/1049732314553990

אינו מפתיע כיוון שהבחירה ללמוד מקצוע טיפולי, כגון עבודה סוציאלית, מושפעת פעמים רבות ממשברים פסיכולוגיים, מחוויות אובדן ומאירועי חיים קשים (Barnett, 1994; Rompf & Royse, 2005; Farber, Manevich, Metzger, & Saypol, 2007).

מבוא

מעיון בהיסטוריה אפשר לראות כי הרעיון שמתפל יכול להיות גם מטופל אינו רעיון חדש. המושג 'המתפל הפצוע' (wounded healer) בא לתאר אנשי מקצוע המתמודדים בעצמם עם קשיים נפשיים (Zerubavel & Wright, 2012), ומסייעים בתהליך הריפוי של אחרים. למושג 'המתפל הפצוע' שורשים במיתולוגיה ובהיסטוריה של יוון העתיקה. על פי המיתולוגיה, למרפאים באותה התקופה הייתה יכולת בלתי רגילה ועל-טבעית לרפא אחרים, אך הם עצמם סבלו ממכאובים איומים חסרי מרפא (Groesbeck, 1975). את הרעיון שמתפל ישתמש במחלתו ובכאבו האישי לצורך ריפוי אחרים אפשר למצוא גם אצל הוגי הפסיכואנליזה, פרויד ויונג: חלק מהתיאוריות הפסיכואנליטיות שפיתחו התבססו גם על חוויותיהם האישיות ועל התמודדותם עם קשייהם הנפשיים (Jackson, 2001; Sherman, 1996). גם ליטל (2005), פסיכואנליטיקאית בריטית שעברה אנליזה אצל ויניקוט, זכתה להכרה רבה בתחומה אף על פי שאושפזה בעצמה בבית חולים פסיכיאטרי. בעשורים האחרונים אפשר למצוא בעולם עדויות לאנשי מקצוע המתמודדים עם הפרעת נפש (גיימיסון, 1996; Deegan, 1988). עם זאת, טרם נחקר כיצד משפיעות התמודדויות עם קשיים אישיים, ובייחוד ההתמודדות עם הפרעת נפש, על ההתפתחות המקצועית כעובדים סוציאליים. חשוב לחקור נושא זה לאור ההבנה שלימודי העבודה הסוציאלית, שיש בהם חשיפה רבה לתחום בריאות הנפש ופסיכופתולוגיה הן בקורסים התיאורטיים והן במישור המעשי במסגרת ההכשרה המקצועית בשדה (Gillis & Lewis, 2004), עלולים להוביל להתמודדות עם אתגרים שונים. האינטראקציה בין החומר התיאורטי, ההכשרה המקצועית בשדה והתמודדותם האישית של הסטודנטים עם הפרעת הנפש, עלולה לגרום לאתגרים ולקשיים נוספים שיכולים להשפיע על רווחתם האישית ועל התפתחות זהותם המקצועית. כחלק מתהליך ההתפתחות המקצועית, על הסטודנטים לפתח את זהותם המקצועית. זהות מקצועית היא הזהות הייחודית של אנשי מקצוע לעומת קבוצות מקצועיות אחרות (Adams, Hean, Sturgis, & Macleod-Clark, 2006). פיתוח זהות מקצועית דורש זמן וכולל זיהוי ורכישת ערכים, ידע, אמונות ומיומנויות המשותפים לכלל העוסקים במקצוע (Ben-Shlomo, Levy, & Itzhaky, 2012; Beddoe, 2013; Miehl & Moffatt, 2000). זהות מקצועית היא סובייקטיבית מטבעה, כיוון שהיא

קשורה לתפיסת האדם את אופי תפקידו המקצועי ולחיבור בין הערכים המקצועיים לערכיו האישיים (Adams et al., 2006; Carpenter & Platt, 1997).

בשנים האחרונות גובר העניין בבחינת תהליך ההתפתחות המקצועית של סטודנטים למקצועות טיפוליים ושל אנשי מקצוע בתחום (Ronnestad & Orlinsky, 2005; Ronnestad & Skovholt, 2003). במחקר רחב-היקף שבחן את תהליך ההתפתחות המקצועית של מטפלים זוהו שישה שלבים המאפיינים את תהליך ההתפתחות המקצועית של מטפלים (Ronnestad & Skovholt, 2003): שלב העוזר הטבעי, הסטודנט המתחיל, הסטודנט המתקדם, איש המקצוע הטירוני, איש המקצוע המנוסה ואיש המקצוע הבכיר. בתוך השלבים זהו 14 תמות העוסקות ביכולת להימצא בתהליך רפלקטיבי ממושך לאורך זמן לגבי החוויות המקצועיות באופן כללי ולגבי הקשיים והאתגרים, כגון האינטגרציה בין 'העצמי המקצועי' לבין 'העצמי האישי', ותהליך רפלקטיבי מתמשך לכל אורך ההתפתחות המקצועית כאיש טיפול (Ronnestad & Skovholt, 2003).

תהליך רפלקטיבי זה הוא תנאי מוקדם להתפתחות מקצועית אופטימלית. בשלבים ובתמות שנמצאו אצל הסטודנטים למקצועות הטיפוליים, ובהמשך גם אצל אנשי המקצוע, בולט המפגש בין האישי והמקצועי. מפגש זה בא לידי ביטוי תחילה בשאלות ובתהיות על היכולת האישית להיות מטפל כמו שאלה האם יש לאדם מיומנויות וכישורים נדרשים לטיפול (האם אני מסוגל? מתאים? ראוי?); ובהמשך תהליכים המתמקדים בניסיון לבצע אינטגרציה בין האמונות והערכים האישיים של היחיד לבין הערכים הנלמדים במקצוע.

התמודדות עם הפרעת נפש יכולה להעצים שאלות ותהליכים אלו כיוון שלאירועי חיים השפעה על תהליך ההתפתחות וגיבוש הזהות המקצועית (Ronnestad & Skovholt, 2003). אירועי חיים משמעותיים עשויים לשנות את תפיסתו של איש המקצוע את עצמו ואת עבודתו. מכיוון שהתמודדות עם הפרעת נפש היא אירוע חיים משמעותי ומאתגר, חשוב לבחון כיצד התמודדות זו משפיעה על תהליך התפתחות זהות מקצועית.

בשנים האחרונות גוברת ההכרה בחשיבות השתלבותם של אנשים המתמודדים עם הפרעת נפש כעובדים מן המניין במערכת הבריאות בכלל ובמערכת בריאות הנפש בפרט. אנשים אלו משתמשים בידע שצברו מניסיון אישי לאורך שנות ההתמודדות עם הפרעת נפש ועם תהליך החלמתם, ככלים משמעותיים לסיוע, עזרה ותמיכה באחרים (Gillard & Holley, 2014; Repper & Carter, 2011; Solomon, 2004). במערכת בריאות הנפש נהוג לקרוא לבעלי תפקיד זה 'עמיתים מומחים', תוך הכרה במומחיות הבאה מניסיונם האישי בהתמודדות עם הפרעת נפש. עבודתם של עמיתים מומחים מבוססת על העיקרון שהחוויה המשותפת להם ולמטופליהם מאפשרת אמפתיה מיוחדת ונטיעת תקווה, ובעיקר חוויה של שותפות שלא תמיד מתאפשרת עם אנשי מקצוע או עם הסביבה הטבעית (Chinman et al., 2008; Helgesson & Gottlieb).

מעבודתו כעמית מומחה באמצעות קבלת רווחים חברתיים ותעסוקתיים. היכולת להשתמש בניסיון החיים האישי לצורך סיוע ותמיכה בזולת מעניקה סיפוק ומימוש עצמי (Moran, Russinova, Gidugu, Yim, & Sprague, 2012; Moran, Russinova, Yim, & Sprague, 2014).

בהשוואה בין עמיתים מומחים לסטודנטים למקצועות טיפוליים המתמודדים עם הפרעת נפש אפשר לראות כי יש מאפיינים דומים, אך סטודנטים למקצועות טיפוליים נמצאים על קו התפר שבין השימוש בידע מניסיון לשימוש בידע מקצועי (Borkman, 1976, 1990). האינטראקציה בין הידע מניסיון לבין הידע המקצועי עשויה להעלות דילמות וקונפליקטים ייחודיים, ואותם אנו בוחנים במחקר הנוכחי. מטרת המחקר הנוכחי היא ללמוד, מנקודת מבטם של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש, על חוויותיהם ועל תהליך התפתחותם המקצועית ממטופלים למטפלים שהם גם מטופלים. אלה שאלות המחקר המרכזיות:

1. באילו אתגרים נתקלים סטודנטים המתמודדים עם הפרעת נפש בשלבים השונים של לימודיהם במקצוע טיפולי?
2. כיצד סטודנטים המתמודדים עם הפרעת נפש תופסים את המעבר מזהותם כמטופלים לזהות כמטפלים-מטופלים?

המחקר

שיטת המחקר

השתמשנו בשיטת ניתוח איכותנית נרטיבית של היטמעות-התגבשות (immersion-crystallization). הגישה הנרטיבית שמה דגש על שמיעת הסיפורים האישיים של המרואיינים. כוונת המחקר הנוכחי הייתה לשמוע ולהבין את סיפוריהם וחוויותיהם של הסטודנטים במהלך לימודיהם (Crabtree & Miller, 1992; Taylor, Karnieli-Miller, Inui, Ivy, & Frankel, 2011), וכך ללמוד על תחושותיהם, מחשבותיהם וחוויותיהם על הכשרתם ועל תהליך התפתחותם במקצוע העבודה הסוציאלית (Clandinin, 2006; Clandinin & Huber, 2010).

המדגם

המחקר הנוכחי התמקד באוכלוסייה קשה לאיתור לצורכי מחקר, מכיוון שנושא המחקר רגיש ואישי (Abrams, 2010). חלק ניכר מהסטודנטים במקצועות הטיפוליים המתמודדים עם הפרעת נפש חוששים שאם ייחשפו צדדים חלשים ופגיעים שלהם הם

יישפטו כמי שאינם יכולים להתמודד עם הלימודים ועם יישום מקצוע טיפולי. תפיסה זו מעלה את חששם להיחשף כמתמודדים עם הפרעת נפש בכל מרחב, כולל מרחב המחקר. על כן, כדי לגייס מרואיינים למחקר השתמשנו באינטגרציה בין שתי שיטות דגימה: דגימת קריטריון ודגימת כדור שלג (Patton, 2002).

הקריטריון להשתתפות במחקר היה סטודנטים הלומדים עבודה סוציאלית באחד המוסדות המוכרים להשכלה גבוהה בארץ (או למדו בשנתיים האחרונות), המכירים בעצמם כמתמודדים עם מחלת נפש או עם הפרעת נפש (Stanley, Ridley, Harris, & Manthorpe, 2011). פרסמנו בקשות בפורומים ובאתרים רלוונטיים, וכן ברשימות תפוצה הקשורות בשיקום פסיכיאטרי, וגם מודעות בבתי הספר לעבודה סוציאלית ברחבי הארץ. מרבית המרואיינים גויסו בדרך זו ($N=11$) ומרואיין נוסף אחד גויס באמצעות כדור שלג. למשתתפים ניתנה אפשרות לבחור בין ראיונות פנים אל פנים לבין ראיונות בדואר האלקטרוני (Meho, 2006; Stanley et al., 2011). רק משתתפת אחת בחרה באפשרות האלקטרונית. לפני עריכת הראיון קיבלו המשתתפים הסבר על המחקר ומטרותיו ונתבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת.

משתתפי המחקר

מספרם הסופי של המשתתפים במחקר ($N=12$) נקבע כאשר ניכר בעת ניתוח הנתונים שהגענו לרוויה תיאורטית. בשלב זה היה ברור שאין נושאים נוספים ותוכן חדש אינו עולה (Marshall, 1996). נוסף לשאלות הפתוחות, המשתתפים נתבקשו למלא שאלון דמוגרפי ובו פרטים אישיים כגון גיל ומצב משפחתי, ושאלות הנוגעות להפרעת הנפש ואופן הטיפול בה. גיל המרואיינים היה 25–45 ($M=30$, $SD=6$), ומרביתם היו רווקים ($N=9$, 70%). הם הגדירו את עצמם מתמודדים עם הפרעות נפש שונות כדיכאון מזוירי, הפרעות אכילה, הפרעה סכיזואפקטיביות, מניה-דיפרסיה, הפרעה אישיות גבולית, חרדה, ו-OCD. הרוב המוחלט של המרואיינים טופל בתרופות באופן קבוע ($N=11$, 90%), ויותר מ-50% דיווחו על אשפוז פסיכיאטרי אחד לפחות בעברם. מספר האשפוזים של המרואיינים היה 1–5. רוב המרואיינים נמצאו במעקב פסיכיאטרי ($N=11$, 90%), גם בתקופת הלימודים ($N=10$, 80%). כל המרואיינים נמצאו בטיפול פסיכולוגי לסוגיו השונים ($N=12$, 100%), הרוב המוחלט גם בתקופת הלימודים ($N=11$, 90%).

ניתוח הנתונים

לצורך המחקר פיתחנו מדריך ריאיון-עומק מובנה-למחצה ובו נושאים שטרם נחקרו באופן מספק. תכננו את השאלות כך שתאפשרנה למשתתפים לספר את סיפורם בחופשיות ככל האפשר במגוון רחב של היבטים. לדוגמה: "ספר לי בבקשה על מצב

במהלך לימודיך מהפרספקטיבה של סטודנט לעבודה סוציאלית המתמודד עם הפרעת נפש, שבו הרגשת טוב עם מי שאתה ומה שאתה מביא ללימודיך; "ספר לי בבקשה על מצב שבו הרגשת קושי או קונפליקט עם מי שאתה ומה שאתה מביא ללימודי העבודה הסוציאלית".

ניתחנו את הנתונים באמצעות שיטת ההיטמעות-התגבשות. שיטת ניתוח זו כוללת היטמעות והתגבשות בנרטיבים שנאספו, וקריאות מרובות שלהם כדי לזהות ולפרש את הדפוסים המרכזיים העולים בהם וכדי לאפשר היכרות מעמיקה עם כל אחד מסיפוריהם של משתתפי המחקר (Crabtree & Miller, 1992; Meitar, Karnieli-Miller, 2009). בשלב הראשוני של הניתוח חילקה החוקרת הראשונה (מ.ג.) את הנרטיבים לקטגוריות רחבות (Shkedi, 2009). בשלב הבא היא פירקה את הקטגוריות ליחידות משמעות קטנות יותר ובסיועה של הכותבת השנייה (נ.ה.ל.) התמקדה במשמעות היחסים בין הקטגוריות השונות. בשלב זה החוקרת השלישית (א.ק.מ.) המשיגה את הקטגוריות שנמצאו ווידאה את חלוקת הקטגוריות של החוקרת הראשונה. בשלב השלישי והאחרון מיקדו שלוש החוקרות יחד את הקטגוריות השונות שנמצאו סביב התמה מרכזית שעלתה: המעבר ממצב של מטופל למטפל – מטופל, באמצעות מציאת הסבר לתופעה הנחקרת. תמה מרכזית זו משקפת בצורה הטובה ביותר את סיפורי המשתתפים (Shkedi, 2004).

1. בתהליך זה ננקטו כמה צעדים כדי להגביר את אמינות המחקר (trustworthiness) (לויצקי, 2009; צבר – בן-יהושע, 2001; 2001; Guba, 1981) לאחר כל ריאיון אשר ניתחה הכותבת הראשונה (מ.ג.) קראה הכותבת השלישית (א.ק.מ.) הן את הריאיון והן את הניתוח. ההתבוננות בראיונות משתי נקודות מבט מוסיפה לאמינות המחקר (לויצקי, 2009; צבר – בן-יהושע, 2001; 2001; Guba, 1981). לאחר ניתוח הראיונות הגיעו שלוש החוקרות להסכמה לגבי המשגת התמה (התהליך) שנמצאה.

2. הכותבת הראשונה (מ.ג.), היא עובדת סוציאלית המתמודדת עם הפרעת נפש. מכאן שיש לה הבנה ייחודית על התמודדות עם הפרעת נפש במסגרת לימודי העבודה הסוציאלית. מציאות זו וההכרות עם החוויה הובילה אותה לגילוי רגישות מוגברת לסיפורי המרואיינים, ולנגישות לפורומים רלוונטיים. עם זאת, רגישות זו עלולה לגבות מחיר בגלל החשש שמא תשליך את דרך התמודדותה ואת הקשיים והאתגרים שנתקלה בהם על סיפורי המרואיינים.

בתהליך המעבר של הכותבת הראשונה מעובדת סוציאלית מתמודדת, לעובדת סוציאלית חוקרת שגם מתמודדת, ראינה אותה המנחה (א.ק.מ.) של עבודת המוסמך (המחקר הנוכחי) על פי מדריך הריאיון של המחקר עצמו (ריאיון זה עצמו לא נכלל בסופו של דבר במחקר, אלא שימש להגברת האמינות). לאחר הריאיון נפגשו שלוש החוקרות כדי למצוא דרך לשלב את היכולת המחקרית עם הניסיון

האישי. התהליך הרפלקטיבי לווה בהנחיה צמודה כדי לסייע לכותבת הראשונה לתת קול לסיפורי המרואיינים, שהיו לפעמים שונים מסיפורה שלה. השתמשנו בכלי המציע לשים בסוגריים (bracketing) את העמדות האישיות ואת הידע התיאורטי (Husserl, 1970), ובעיקר את החוויות האישיות של הכותבת הראשונה, כדי לאפשר זיהוי חוויות אחרות של המשתתפים והבנתן. הכותבות ניהלו דיאלוגים חוזרים ונשנים על תפקידיהן השונים בעודן מבצעות את המחקר – הראשונה בעבר סטודנטית לעבודה סוציאלית וכיום עובדת סוציאלית המתמודדת עם מחלת נפש, והשלישית – בעבר סטודנטית לעבודה סוציאלית ובהווה חברת סגל באוניברסיטה, בהכשרת אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ורפואה. הדיאלוגים כווננו לפיתוח היכולת להיות קשובים בצורה אמפטיית לחוויותיהם וסיפוריהם של המשתתפים, בלי להצדיק את התנהגותם או את התנהגות אנשי הסגל.

היבטים אתיים

ייחודו של המחקר האיכותי בכלל, והמחקר הנרטיבי בפרט, הוא בהיבטים הבין-אישיים שבו. במחקר כזה החוקר לוקח על עצמו מחויבות להבין ולהציג במחקרו את העולם מנקודת מבטם של המשתתפים במחקר (קרניאלי, 2010). נושא המחקר הנוכחי, משתתפי המחקר והעובדה שהחוקרת הראשונה מתמודדת בעצמה, מובילים לכך שהמחקר עוסק בנושאים רגישים. מחד גיסא, העיסוק בנושאים אלה חשוב ועשוי לסייע למרואיינים להגיע לתובנות חדשות ולהביא למודעות את התהליך שהם עוברים (Campbell, Adams, Wasco, Ahrens, & Sefl, 2010). מאידך גיסא, הריאיון עלול לעורר תכנים לא פשוטים בקרב המרואיינים, ועל כן חשוב מאוד להגן על המשתתפים מפני כל נזק. בכל שלבי המחקר הקפדנו הקפדה יתרה על קיום ריאיון לא שיפוטי ולא מבקר תוך הקשבה אמפטיית לסיפורי המרואיינים (ליבליך וויסמן, 2009; Bourne & Robson, 2015; Clandinin & Huber, 2010). הובהר למשתתפי המחקר שתהיה שמירה מלאה על חסיונם באמצעות טשטוש הפרטים המזהים ושימוש בשמות בדויים. המחקר אושר בוועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה.

ממצאים

העיסוק בשאלת המעבר ממטופל לאיש מקצוע הוא נושא העובר כחוט השני בין הראיונות השונים. נראה כי המעברים בין האישי למקצועי, בין החלש והחזק ובין חולי

לבריאות מעסיקים רבות את הסטודנטים ומשותפים להם, והם חושבים עליהם, מתלבטים בהם ודנים בינם לבין עצמם היכן הם נמצאים במסגרת היחסים בין החלקים השונים.

אני חושבת שכל התואר שלי הייתי בתוך הסיטואציה, המתח הזה, מטפל-מטופל, ומה זה החיה היוצאת דופן הזאת של מטופל שהוא גם מטפל. ואם בכלל אפשר, אם זה פייר נגיד למטופלים שלי, שאני המטפלת שלהם ואני בעצמי מטופלת. וכל הזמן הייתה לי השאלה הזאת בראש כי, כי גם רוב, רוב הזמן הייתי בטיפול כזה או בטיפול אחר, או במסגרת כזאת או אחרת... זאת אומרת, תמיד כשאת יושבת בשיעורים זה נורא ברור באיזה כיסא את, כיסא של המטפל, כיסא של המטופל. יש שני כיסאות, את לא יכולה לשבת בשניהם, תחליטי. ואני ישבתי בשניהם, ואפילו ברוזמנית. כמוכן שלא הייתי מטופלת של המטופלים שלי, אבל, אבל כן, הייתי מטופלת בזמן שטיפלתי... וזאת הייתה חיה יוצאת דופן ואף אחד לא דיבר על זה, לא במעבדה, לא בשיעורים, לא בכלום כאילו...

דנה מספרת, בציטוט אחד קצר, על כל כך הרבה דילמות ואתגרים בכל תקופת הלימודים. היא מתייחסת להתעסקות המתמדת באפשרויות ובהוגנות של המיקום בין מטפל למטופל, או יותר נכון בלהיות מטפל שהוא מטופל. היא מתארת שיה פנימי מתמיד ועשיר הבולט מול השקט, הדברים שלא מדוברים, ואולי בלתי אפשריים. בלימודים המסר ברור: יש מטפל ויש מטופל, כל אחד בכיסא אחר, וזה מעורר שאלה על מקומה כיושבת על שניהם ברוזמנית. ההתייחסות למצבה מוגדרת במילים מנוכרות וקרות: "החיה היוצאת דופן". תחושת השונות, הניכור, אי ההגדרה, ואולי אי ההתאמה, בולטת בין המיקום העצמי למקצועי ובין החלק המטופל והחלק של איש המקצוע.

מצאנו כי כל המרואיינים עוסקים ועסוקים בסוגיה זו, והם עוברים תהליך בהתמודדות עמה. בתהליך זה כמה שלבים:

1. גישוש והתקרבות לעולם הטיפול, מפגש עם מחלות נפש מהצד השני של הגדר ומגע עם אוכלוסיות שונות מהם.
2. תהיות ושאלות על היכולת להיות מטפל. תהייה לגבי הכיסא שעליו הם צריכים לשבת, כיסא המטפל או כיסא המטופל.
3. זיהוי היכולת שלהם להיות מטפלים: הכרה בכך שמטופל יכול להיות גם מטפל.
4. אינטגרציה בין החלק המטופל לחלק המטפל: הכרה ביתרונותיהם כמטפלים שהם גם מטופלים.

1. שלב גישוש והתקרבות לעולם הטיפול: האם מתמודד יכול?

השלב הראשון בתהליך מתרחש עוד לפני תחילת לימודי העבודה הסוציאלית. בשלב זה המרואיינים התחילו להתקרב לעולם הטיפולי באמצעות התנדבות או עבודה בלתי

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

מחייבת, בעולמות תוכן הקשורים לטיפול ולהפרעות נפש. הם עשו זאת כדי 'להרגיש' ולברוק את השטח, ולבחון כיצד הם חווים את המפגש והחוויה. זהו שלב התחלה, מגע עדין עם העבר השני, עדיין ללא רכישת מקצועיות ומחויבות יתרה. נראה כי שלב זה מתרחש לאחר התאוששות ממשבר נפשי:

זה התחיל בעצם מזה שבמשך תקופה ארוכה התנדבתי במועדון. זה היה אחרי האשפוז... והגעתי למסקנה שכדי לצאת ככה מההשתבללות הזאת פנימה אני צריך לגעת באנשים אחרים, לדבר עם אנשים אחרים ואחרי קצת ככה גישושים וזה הגעתי להתנדב במועדון בעיר. זה היה המגע הראשון שלי אי פעם עם אנשים שמאובחנים עם איזושהי בעיה נפשית. עד אז כל העולם הזה היה נעלם. (יריב)

השיח על המגע הראשון עם אנשים עם הפרעת נפש מיד אחרי אשפוז פסיכיאטרי, מייצג את ההתרחקות הראשונה מקבוצת 'החולים' והתבוננות בהם כעל 'הם' ו'אנחנו'. המגע והפנייה לעזור לאותם אנשים באים בשלב זה בעיקר בשביל לעזור לעצמי, לצאת מ'ההשתבללות', ואולי באמצעות אותו מגע להישאר קרובים-רחוקים אל החלקים הפצועים של העצמי. נראה כי בשלב זה הסטודנטים מחפשים ומגששים אחר משהו קטן ולא מחייב שיאפשר להם הצצה לעולם הטיפול ונגיעה בו.

אני רואה את זה כמשהו קצת יותר טבעי... פשוט דברים קרו לי נורא מהר כאילו גם זה שאני הייתי בצד שמקבל את העזרה זה היה כאילו משהו שלא היה לפני זה, ואז, ואז קרה פתאום כזה, ואז כאילו היה איזשהו תהליך של... תהליך טבעי כזה של אוקי, מיציתי את הלהיות רק בצד של לקבל את העזרה, צריך עכשיו כבר לעשות יותר דברים. אז לאט-לאט, בהתחלה אני עושה משהו קטן יותר, הולך להתנדב באיזה משהו, עובד בעבודה עם ילדים, אחרי זה הולך ללמוד. תוך כדי הלימודים עובד, לא יודע, מדריך בהוסטלים וכל מיני דברים כאלה...

הציטוט מייצג את הרצון ואת הצורך להיות לא רק בצד שמקבל עזרה אלא לעבור לצד שגם נותן עזרה. עולה כאן הדיכוטומיה המאפיינת את השלב הזה, יש מי שמקבל עזרה ויש מי שנותן, אני עכשיו 'קיבלתי' ועכשיו אני 'נותן'. לא שניהם ביחד. המעבר בתחילה מאוד עדין, התנדבות, עבודה עם ילדים, עבודה כמדריך שיקום, והוא זה אשר מאפשר בהמשך את הפנייה ללימודי מקצוע טיפולי, כלומר עבודה סוציאלית. בשלב זה מתחילות להתעורר שאלות ראשוניות לגבי הכניסה לעולם התוכן הטיפולי והגישה אליו.

אני זוכר, זה היה בדיוק בשנה, מרחתי קצת בתואר הראשון, זה היה בשנה הרביעית והייתי במשבר מאוד קשה. ואני זוכר שהכול היה מטופל באופן אמבולטורי, עדיין התפקוד לא היה תפקוד אמתי. ואני זוכר שככה אם רציתי,

מרים גולדברג, נעמי הדס-לידור, אורית קרניאלי-מילר

תכלס אמרתי במה אני יעבוד. רגע, ואם אני יעבוד בתור... בתחומים שנושקים לתחום העזרה, כמדריך או כמדריך חינוכי או כחונך, האם זה בסדר? לא ידעתי אז על צרכנים נותני שירות. לא ידעתי בכלל האם זה בסדר. האם מתמודד יכול... (דן)

הציטוט מייצג את החששות, השאלות והתהיות שמלווים את המרואיינים בתחילת דרכם: הרצון להתקרב לתחומים הנושקים לתחומי העזרה מחד גיסא, אך מאידך גיסא החשש שמא זה לא אפשרי לאדם המתמודד בעצמו. מצב שבו המחלה מחריפה או חווים משבר מחזיר לשאלות אלו ולחיפוש אחד דרכים זהירות להתקרב. שאלות אלו מקבלות ביטוי חזק אף יותר בשלב הבא, שבו המרואיינים מתחילים את דרכם בלימודי העבודה הסוציאלית.

שלב 2. האם מטופל יכול להיות מטפל? הכיסא שלא קיים השלב הבא מתקיים במקביל להתחלת לימודי העבודה הסוציאלית וההכשרה המעשית המתלווה לכך. בהכשרה המעשית הסטודנטים אמורים לראשונה לשבת על כיסא המטפל. מצבים אלו מעלים שאלות ותהיות רבות בקרב המרואיינים בנוגע למקומם האישי, בין כיסא המטופל לכיסא המטפל, והם מעלים את השאלה האם אפשר להיות 'גם וגם'.

אז אמרתי, רגע, אני לא מתאים לו [למקצוע] בגלל שכל הגבולות חדירים במקצוע. גבולות מאוד חדירים, מי המטופל, מי המטפל, והאם זה בסדר שמטפל יהיה קצת מטופל, הוא יהיה קצת... נקרא לזה אפילו מופרע, או משהו עם קשיים נקרא לזה. האם זה בסדר שהוא יהיה עם קשיים? האם המטפל המושלם צריך להיות בריא? האם המטפל המושלם צריך להיות נקי מקשיים? מושלם אפילו? זה היה בדימוי המקצועי שלי, האם הוא צריך להיות מושלם. (דן)

המקצוע נחווה כמקצוע חודרני וכחסר גבולות ממשיים. עולות שאלות בסיסיות, מי ראוי להיקרא מטפל — אדם נקי מקשיים ומושלם, או מי שנמצא על רצף — קצת מטופל, מופרע, מתמודד עם קשיים וחולה? שאלות אלו גוררות תהייה אישית על ההתאמה למקצוע:

אני חושבת שהאשפוזים שלי — הם היו אירוע מאוד ככה מטלטל במהלך הלימודים... ואני חושבת שהקטע הזה בין להיות מטופלת, ולא רק מטופלת, מאושפזת עכשיו, לבין להיות סטודנטית למקצוע טיפולי, היה מאוד מאוד קשה. זה מאוד שם אותי בשאלה של מה אני עושה, אם אני בכלל יכולה ללמוד את המקצוע הזה. אם ראוי, זה. הרגשתי מאוד אשמה וגם תלושה ולבד, כי, כי מצד אחד את לא רוצה יותר מדיי לחשוף את זה שאת עכשיו באשפוז או מקבלת עזרה. ומצד שני, זה, זה בא בהתנגשות עם תכנים לפעמים של הלימודים, כל מיני דברים שעולים. ואני חושבת שאני בעיקר הרגשתי במהלך האשפוזים שלי, שאני קצת משחקת, שאני קצת לובשת מן מסכה כזאת של סטודנטית, מקצוע טיפולי. ואני

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

בעצם, על מי אני עובדת? אני המטופל, אני לא המטפל. כאילו, כל פעם עלתה לי השאלה הזאת, באיזה צד אני, על איזה כיסא אני יושבת? והרגשתי ממש אשמה שאני כאילו גם לומדת עבודה סוציאלית, הייתי צריכה, הרגשתי מקום כזה קטן ומתנצל.

המעבר בין הצדדים השונים, מן הצד החלש והפגיע אל הצד החזק והלומד מוביל לפקפוק, לתחושות של זיוף, של משהו שאינו אמתי. החלקים הללו סותרים זה את זה, מתנגשים זה בזה ומותירים תחושת בלבול קשה. לבישת מסיכת המסוגלות על פני הדמות החולה והפצועה נתפסת כלא הוגנת ויוצרת תחושות קשות של שקר, של בושה, אשמה, וצורך להתנצל. נדמה שהיא מייצגת תפיסה שלא ראוי שתלמד מקצוע טיפולי כשהיא בעצמה מטופלת.

בשלב זה, כאשר הסטודנטים מטפלים במטופלים עם סיפור דומה לשלהם, עשוי להתרחש טשטוש גבולות בין העצמי לזולת:

כן. הייתה לי בשנה השנייה שהתחלתי עכשיו והפסקתי אחרי חודשיים... הייתה לי בהכשרה... הייתה לי מלווה, מטופלת, הייתה לי מטופלת שממש בפגישה השנייה סיפרה לי שהיא לא מזמן הלכה לפסיכיאטר וקיבלה כדורים. ובאותו רגע רמת האמפטיה שלי עלתה אל על. ופתאום התחלתי, ברור שלא פיזית, אבל מאותו רגע, המחובקת הראשית של... שמה קרה פתאום, כמה אמפטיה וכמה רצון לעזרה וכמה... אולי אני אעזור לה פה, פתאום רציתי לשבור את הקטינג ורציתי לצאת החוצה ולעזור... וכאילו רציתי פתאום לשבור את הסטינג, נורא בטוב, זאת אומרת באתי מרצון טוב. וזהו, זה אחד הבלבולים שחוויתי. (ירון)

נראה שהחיבור למטופלת שיש לה חוויה דומה מבלבל את ירון וגורם לו לפרוץ את הגבולות והסטינג המקובלים והמוגדרים של טיפול מקצועי. הוא מתאר הושטת ידיים מטפורית ומעין פריצת גבולות אתיים כאשר הוא קורא לה 'המחובקת שלי'. הכוונות הטובות קיימות, אך יוצרות קושי, התקרבות וחציית גבולות. נראה כי בשלב זה הסטודנט עשוי לעיתים להיות שבוי באופן חלקי בסיפור של עצמו, ובכך אינו פנוי לחלוטין לראות את הזולת. למעשה הוא 'כאילו' רואה את האדם השני ואילו בעצם הוא רואה בעיקר את הסיפור של עצמו.

אני הייתי באיזה טיפול שמאוד שם לעצמו להציף את הרגש ואת החוויה הטראומטית. ואני חושבת שבטיפול הזה התפרקתי לגמרי. זאת אומרת, לא הייתי, לא היה לי מספיק כוחות עכשיו כדי לחוות את ההצפה הזאתי. וכשאני הגעתי לעשות איזשהו טיפול, זאת לא הייתה המטרה שלי, בכלל לא, לא רציתי להציף אנשים באיזשהו קושי. מאוד נזהרתי מזה. אולי כי... כי בחוויה שלי ההצפה הזאתי היא משהו מאוד שיכול למוטט... היה לי מישוה עם איזושהי חוויה טראומטית, לא עניין אותי עכשיו כל פעם שיבוא ויחזור וישחזר. ניסיתי להימנע מהמקום הזה מאוד. ושוב, זה, זה בעיקר מהניסיון שלי, שכשניסו

מאוד להציף אותי ולהיות מחוברת ולשחזר, כל מיני שיטות, זה היה לי מאוד קשה... (דנה)

בציטוט מבוטא הקושי להפריד את העצמי מן הזולת. החוויה האישית מבלבלת ומתפרשת כאמת מוחלטת. פרשנות זו והניסיון האישי יצרו מצב שבו צרכי המטופל לא עמדו במרכז. דבר זה מודגש בתנועה הלוח ושוב בין החוויה הקשה של דנה לסיטואציה של המטופל, והדגש מושם על חווייתה האישית כסיבה העיקרית להימנעות מסוג כזה של טיפול. בשלב זה הסטודנטים מתקשים להפריד בין צרכיהם ומטרותיהם לאלו של מטופליהם. השלב מאופיין בהתמקדות אישית בקשייהם וצרכיהם ובאי-יכולת לראות את יכולותיהם האישיות. כדי לעבור לשלב הבא על הסטודנטים להתרחק מסיפורם האישי כאשר הם פוגשים את הסיפור של המטופל שלהם.

שלב 3. מטופל יכול להיות מטפל – שני גמדים קטנים בתוך אדם אחד

השלב השלישי מתחיל בדרך כלל באמצע הלימודים, אך יש שמגיעים אליו רק לקראת סוף הלימודים ואף אחריהם. לא כל הסטודנטים שרואינו הגיעו לשלב זה, וייתכן שחלקם יגיעו אליו בהמשך דרכם המקצועית. בשלב זה המרואיינים מצליחים להתרחק מסיפורם האישי ולהתבונן בו במבט מבחוץ. צעד זה מאפשר להם להיות יותר פנויים לשמוע את הסיפור של המטופל שלהם ובכך להתחיל לקבל את עצמם כמטפלים על אף היותם מטופלים. בהמשך השלב הזה הם מתחילים לזהות בתוך עצמם את כוחותיהם לצד החלקים החלשים והכואבים.

בציטוט הבא מודגם המעבר הראשוני שבו מתחילים הסטודנטים לראות את המטופל, לדאוג לצרכיו, לפחד מפני המשמעויות של היות מטופל-מטפל, ולהתחיל לקחת אחריות על תפקיד איש המקצוע:

חששתי מאם אני באמת כאילו כבר חשבתי רחוק, אז כבר הייתי הולכת קדימה כמה שנים, עכשיו כבר לא, חשבתי על איך אני אשב מול מישהו ולא אתן למה שעובר עליי לעבור אליו... כאילו אני לא רוצה להרוס מישהו. זה משהו שמאוד מפחיד אותי. אם אני יהיה מטפלת של מישהו ואם אני יהרוס אותו כאילו אני יודעת שאני לא יהרוס... כאילו את יודעת אבל מהבחינה של... האם איך שאני יתנהג האם זה ישפיע עליו לרעה בגלל מה שאני מתמודדת אתו? אני לא חושבת שאני אוכל למחוק חלק מהאישיות שלי שזה ההתמודדות עם המחלה הזו. זאת אומרת זה משהו שאני הולכת להתמודד אתו כל הזמן. זה שלפעמים יהיה לי את זה יותר ולפעמים פחות זה בסדר, אבל אני צריכה לדעת, מה זה אני צריכה לדעת, אני לא יודעת, ובגלל זה אני לוקחת את זה בתור בדיקה. אני... אני לא רוצה לדפוק למישהו את החיים בגלל שאני מתמודדת עם המחלה הזו. (טליה)

הפחד להרוס את הזולת בשל החלק המטופל של הסטודנט נוכח, אך אינו משתק

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

אותו. נראה שהסטודנט מכיר בכך שהחלק 'הזה' (המטופל שבו) תמיד יהיה חלק ממנו, וכי אין אפשרות להיפטר ממנו וגם אין צורך להעלים אותו. זוהי אחריות אישית לאחריות מקצועית – מחויבות לאדם, למטופל, וזהירות כדי שלא ייגרם נזק. בשלב זה מתפתחת היכולת לראות ולקבל את הכוחות הקיימים בעצמי לצד החולשות. המרואיינים מכירים וערים למכלול החלקים הקיימים בהם:

כאשר עשיתי הצגת מקרה, והצגתי באופן כנה ואותנטי דילמות וקשיים שהיו לי, כמו גם תכנים אישיים, לא נחשפתי לגבי עברי, אבל לא היה לי צורך גם בכך. חשתי שאני מביאה את כולי, את החלקים החלשים וחסרי האונים שלי, יחד עם החלקים החזקים, ובאופן אינטגרטיבי. הבאתי התלבטויות, משאלות, קשיים וגם יכולות ותשוקה עזה למקצוע באותה הצגת מקרה. וכל זאת, שוב, מבלי בהכרח 'להיחשף'. אני חשה כי אותה דרך שהבאתי את עצמי הייתה משמעותית במיוחד, כיוון שלא היה לי צורך בכותרת של העבר או המחלה על מנת לבטא אותם חלקים קונפליקטואליים שבי.

(יעל)

תחושת השלמות העולה בציטוט התאפשרה בזכות היכולת להביא לידי ביטוי את הצדדים החזקים ואת הכוחות, לצד הצדדים החלשים הפצועים והכואבים. 'היחשפות' במקרה זה פירושה ראייה אינטגרטיבית של שני החלקים הקיימים ושימתם על השולחן, ולא בהכרח בהקזה החוצה של כל תולדות המחלה. תהליך זה הוא חלק ממה שמוביל בסופו של דבר ליכולת להכיל ולקבל את שני החלקים הללו בד בבד, החלק המטופל והחלק המטפל.

הבנה שאני יכול להיות מטפל. שאני גם יכול ליהנות מזה. זאת אומרת החרדה לשבת במשרד ומישהו נכנס לדבר איתי. מי אני מה אני, עד היום הייתי רק מטופל, עד היום כאילו מה הקשר שלי לזה, זאת אומרת זה גם להחליף את הכיסאות, זה נורא קשה. פתאום הבנתי שכן, אני יכול להיות שם בשביל מישהו והעיניים שלי לא רק, לא רק מבקשות עזרה, אלא גם מנחמות ונותנות עזרה.

(ירון)

הציטוט מייצג מעבר בין הכיסאות השונים, כיסא המטפל וכיסא המטופל, וישיבה על שניהם לאחר תקופה של התחבטות. הגילוי קשור ליכולת להימצא ולמצוא את עצמך גם במקום הנזקק, המטופל, המבקש עזרה, וגם במקום המנחם, המטפל, הנותן עזרה. זהו מעבר מזהות בלעדית של מטופל, לזהות רחבה יותר, מעצם הרכישה של מקצוע טיפולי, עבודה סוציאלית, והבנה אישית על היכולת לתת, ולא רק לקבל. במצבים אלו המטופל שבו לא נעלם, אלא יכול להכיל את שני החלקים, של המטפל והמטופל גם יחד.

כדי שהיכולת להכיל את שני החלקים תפתח, על הסטודנטים לקבל ולראות גם את המחיר של היותם מטופלים, אך גם את הרווח שבכך.

לי היה חשוב מאוד ללמוד, וגם היום זה משהו שאני מפתח את היכולת להשתמש בידע, בידע שלי, כדי לעזור לאחרים. בידע שצברתי כמתמודד כדי לעזור לאחרים. אני לא... אני חושב שבלמודים זה פחות קרה, פחות בלט הצד הזה. מה שהתפתח זה לא היה משהו שלא לגמרי אני מבחינת הנרטיב שלי... באיזשהו מקום נראה לי שנוצר יריב המקצועי ליד יריב עם הנרטיב שלו של המי שהפסיד כל כך הרבה בחיים, שני גמדים קטנים בתוך אדם אחד, ואם העבודה שלי הייתה... אם הייתי מאוד מתמקד בנרטיב שלי והייתי משתמש במרכיבים מתוכו כדי לבנות דמות מקצועית – זה היה יכול לפתור את הבעיה, כנראה שמה שעשיתי זה היה מספיק טוב בשביל הלימודים; כאיש מקצוע אני צריך אני אצטרך קצת לעדכן. (יריב)

בציטוט מובעת כמיהה להשתמש בידע ובחוויות האישיים כדי לעזור לזולת, אך גם ההבנה שזו מיומנות שצריך ללמוד אותה (דבר שיקרה בשלב הבא, האחרון). במהלך הלימודים התפתחו שני החלקים, החלק המטפל והחלק המטופל, זה לצד זה, ונראה שיש רצון שהחלקים יתמזגו זה בזה כדי שיהיה אפשר להשתמש באותו הידע. יש הבנה שהחוויות שצמחו מתוך הכאב יכולות לתרום להתפתחות המקצועית בעתיד. תהליך זה תורם ליכולת להכיל ולקבל את שני החלקים, המטופל והמטפל, בד בבד, ואף לראות את היתרונות הגלומים בכך.

שלב 4. להיות מטפל – מטופל – הנה אני יוצא לאור בשלב הרביעי והאחרון הסטודנטים כבר מכירים בשני החלקים הקיימים בהם, ומבינים שהם יכולים לטפל על אף החלק המטופל שבהם. בנוסף, הסטודנטים המגיעים לשלב זה מבינים שלא זו בלבד שאפשר להיות מטופל שהוא גם מטפל, אלא שיש בכך יתרונות. הסטודנטים מרגישים כי הם יכולים ומעוניינים להשתמש בחוויות ובידע הייחודי שצברו כדי להעשיר את הידע המקצועי, והם משתמשים בכך הן בעבור אחרים והן בעבור עצמם. לעיתים הם נחשפים תוך כדי כך, ולעיתים משתמשים בחוויותיהם בעקיפין, מבלי להיחשף.

אז היה פעם אחת שדיברו על גישת הכוחות, אז אמרו כן, וזה, על איך שצריך להראות לבנאדם את הכוחות שלו והכול, ואני בעד גישת הכוחות, כן, אני חושבת שזו גישה מאוד טובה, אבל אני אמרתי סבבה, גישת הכוחות והכול, לפעמים אתה לא רוצה לשמוע על הכוחות שלך. חרא לך. אתה נמצא במקום חרא. אתה לא רוצה להסתכל על הטוב. כאילו... ואם יישב מולך מטפל שלא יבין את זה, ולא יבין שברגע זה הוא לא צריך שאני אגיד לו, כמו שאמרתי לך בהתחלה, "כל הכבוד, יצאת מהמיטה", שאת זה... זה טוב להגיד במצבים מסוימים, אבל אתה תבין ממנו שחרא לי, פשוט חרא לי, חרא לי, ככה תבוא ותגיד: חרא לך, אבל תראה, הגעת לפה, זה יכול להיות... הוא ירצה לתת לך סטירה. (טליה)

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

הציטוט מבטא את הרעיון שהניסיון האישי יכול ללמד מתי התיאוריה מתאימה ומתי לאו דווקא. יש כאן הבנה של חשיבות רכישת הידע המקצועי, כמו גישת הכוחות, אך לא פחות חשוב הידע האישי, המאפשר ומכוון את השימוש בו בצורה מיטיבה. הידע האישי מאפשר גמישות והתאמה, וזיהוי המקרים שבהם הידע המקצועי אינו מתאים.

לעיתים השימוש בידע האישי כרוך בחשיפה אישית.

ואז בשיבת הצוות הראשונה נחשפתי, ובישיבת דיירים ראשונה, וזה היה נורא קשה... סיפרתי את זה ופתאום הבנתי כמה זה חשוב, כי זה התחיל להיות כלי עבודה שלי בעבודה כמדריך... ברגע שבא דייר ואומר לי: "אני בדיכאון". אני יכול להגיד לו: "אני מבין אותך". ו"האני מבין אותך" שלי יש בו יותר ערך מה"אני מבין אותך" של מדריך אחר. (ירון)

דומה כי יש כאן אמונה ביתרון הניכר של ההתנסות האישית ושל השימוש בחשיפה, על אף הקושי הכרוך בו. ההרגשה היא שהאמפתיה אותנטית יותר. עם זאת דומה שיש ביקורת מרומזת כלפי האפשרות שמי שלא התנסה בזה יבין באמת, ושהמטופל יכיר בו כמי שמבין אותו. דומה שהשימוש בניסיון האישי הופך להיות כלי בארגז הכלים שלו כאיש מקצוע.

אני מרגיש גם ויודע כמה הדברים האלה עזרו לי ספציפית מבחינת המקצוע שלי, מבחינת להבין ולראות כל מיני דברים שאני מרגיש את זה בהמון סיטואציות. איך אני יכול להבין כל מיני דברים או לראות דברים מזוויות שפחות באות בטבעיות ל... קודם כול להיות אחד מהם, כאילו להיות מטופל בבית חולים פסיכיאטרי, להיות גם מטופל במחלקות היותר זה, ולהיות אחד מהם, מאוד עזר לי, זאת אומרת הם בני אדם כמונו בסופו של דבר... לראות את הבנאדם ולראות את המצב הרגשי... ולהבין משהו לפחות על מה שהוא עובר נגיד. שלא נדבר על דברים שקשורים כמובן לנושאים שקשורים בדיכאון. אני למדתי הרבה מאוד גם מעצמי, אבל גם בכלל מהטיפול, זאת אומרת, אני יודע הרבה הרבה מאוד על זה, יודע לזהות, יודע להבדיל בין סוגים מסוכנים... וזה גם דברים שאני נתקל בהם, גם עוד בלימודים וגם בעבודה עכשיו, זאת אומרת... ואני מרגיש שבודאי שזה עוזר לי שם. (יואל)

המעברים בציטוט בין הדיבור על המתמודדים, כעל 'הם', ועלינו, אנשי המקצוע, כעל 'אנחנו', מדגישים את ההזדהות עם אוכלוסיית אנשי המקצוע, יחד עם ההכרה באנושיותה של היכולת להיות חלק מאוכלוסיית המתמודדים עם הפרעת נפש. החלק המטופל אמנם לא נעלם, אך ההתבוננות בו ובחוויותיו נעשית מבחוץ, בכובע איש המקצוע. ההבנה וההכרה שלניסיון האישי ולחוויות ההתמודדות האישיות יש יתרון ומשמעות מאפשרות לראות את האדם כשלם ולא כמחלה, וכן מאפשרות שימוש באותן חוויות על מנת להתפתח כאיש מקצוע.

האינטגרציה בין כל החלקים הללו, השימוש בניסיון, וההבנה שיכולים להיות גם כוחות וגם חולשות, מובילה ליכולת להיות איש מקצוע, מטפל שהוא גם מטופל:

התחושה הייתה של – הנה, באיזשהו מקום של הנה אני מתחיל לחיות. הנה אני מתחיל. אני יוצא. אני יוצא לאור באיזשהו אופן כי הייתי במשך תקופה ארוכה... הייתי באיזשהו... באיזשהו הוויה של די חדגוני, די חוזרת על עצמה, ופתאום אני יכול להביא לידי ביטוי עוד צדדים שבי, שהם לא רק המוזרויות לכאורה שיש בי, לא רק הרגעים הקשים אלה, גם יכולות. כלומר להיכנס למסלול הזה זה היה מצד אחד מחויבות... ובאמת כל התואר הייתי באמת עם הגישה הזאת של להשיג... היום כשאני חושב על זה אני יכול גם לראות... היו גם דברים שהשתנו בי תוך כדי התואר. אם פעם היה בי משהו מאוד של הקפדה על פרטים והכול צריך להיות נורא מושלם כזה, הפכתי להרבה יותר גמיש, הרבה יותר קשוב לסביבה שלי, לאנשים שאני עובד איתם, לאנשים שסביבי בכלל. (יריב)

היציאה לעולם מסמלת גם את הכניסה למקצוע, ואת תחילת העבודה המקצועית המשמעותית כמטפל-מטופל. המקצועיות באה לידי ביטוי בגמישות, בהקשבה לזולת, באנושיות וביכולת להביא לידי ביטוי את מכלול החלקים הקיימים בעצמי. כל זה מאפשר אינטגרציה בין המוזרויות, החלקים הקשים והחולים, ובין החוזקות, הכוחות והיכולות. אינטגרציה זו מובילה בסופו של דבר ליכולת של הסטודנטים לקבל את עצמם כמטפלים שהם גם מטופלים ואולי גם לחוות הוויה של שלמות וקבלה של מי שהם, של מה שהם, ושל הכוח והעוצמה במצבם המיוחד (ראו לוח 1).

דיון

המחקר הנוכחי מתמקד בתהליך ההתפתחות המקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש, במעבר ממצב של מטופל למצב של איש מקצוע שהוא גם מטופל. בתהליך זה ארבעה שלבים. לא כל הסטודנטים מגיעים אל השלב האחרון ולא כולם עוברים את כל השלבים; אך היכולת לעבור את התהליך היא חיונית להתפתחות המקצועית כמטפל שהוא גם מטופל. תחילתו של תהליך זה בגימוש ובהתקרבות לעולם הטיפול באופן בלתי מחייב ובמפגש עם הפרעות נפש מהצד השני של הגדר. לאחר מכן, בתחילת לימודי העבודה הסוציאלית מוצאים הסטודנטים את עצמם עוסקים בעיקר בשאלות ובתהיות על יכולתם של מטופלים להיות מטפלים. המעבר לשלב הבא, השלישי, מתרחש לאחר גילוי הכוחות הקיימים בהם לצד החולשות, ועם היכולת להתרחק מהסיפור האישי שלהם וללמוד להתבונן

לוח 1: סיכום השלבים בתהליך ההתפתחות המקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

| שלב | זמן | התנהגות | רגש | קוגניציה | קורבה וריחוק |
|-------------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|--|
| המגע הראשון | לפני תחילת לימודי העבודה | גישו ובריקה והתקרבות לתחומים הנושקים לעולם הטיפול. התנדבות. היסט | ניסיון לצאת מהמשבר | אדם עם הפרעת נפש המציץ על עולם הטיפול | |
| מגע בין השלבים | תקופת משבר | או עבודה ללא מחייבת. התחלה של מעבר מפסיכיות לאקטיביות | כניסה ללימודי עבודה סוציאלית ותחילת הלימודים וההכשרה המעשית | | |
| הכיסא שלא קיים | תקופת הלימודים ותקופות משבר נפשי משמעותי | שאלות ותהיות | בלבול, אמביוולנטיות, תחושת זיזוף | התמקדות בחולשות | מטופל-מטפל ששואל על היתכנות התופעה של מטפל-מטופל |
| מגע בין השלבים | אמצע הלימודים עד אחרי הלימודים | גילוי הכוחות לצד החולשות | הכנה, קבלה | הכנה שיש סיכונים | אפשר להיות מטופל שהוא גם מטפל |
| שני גמדים קטנים בתוך אדם אחד | אמצע הלימודים עד אחרי הלימודים | גילוי הכוחות לצד החולשות | הכנה, קבלה | הכנה שיש סיכונים | אפשר להיות מטופל שהוא גם מטפל |
| הנה אני מתחיל לדלות | אמצע הלימודים עד אחרי הלימודים | הכרות ושימוש בידע שיש לי מתוך ניסיון אישי ומתוך חווייתי האישיות. המחלה וההתמודדות איתה ככלי עבודה | הכרות ושימוש בידע שיש לי מתוך ניסיון אישי ומתוך חווייתי האישיות. המחלה וההתמודדות איתה ככלי עבודה | רצון להתפתח מקצועית | יש יתרונות מסיימים בלחיות מטפל שהוא גם מטופל |

בו מנקודת מבט מרוחקת קמעה, שתאפשר לסיפור של הזולת לבלוט. בשלב זה הסטודנטים מבינים כי אפשר להיות מטפל שהוא גם מטופל. לבסוף, מי שמצליח לזהות את היתרונות הטמונים בהיותו מטפל שהוא גם מטופל, מתקדם אל עבר התייחסות למחלה ולהתמודדות איתה כאל כוח, ומשתמש בידע שיש לו מתוך ניסיון ומתוך החוויות האישיות. פרק הדיון יעסוק בהרחבה בתהליך זה ובהשלכותיו על ההתפתחות המקצועית והאישית של הסטודנטים, תוך התבוננות בתהליכים המקבילים בין תופעה זו להתפתחויות העכשוויות בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

השלב הראשון בתהליך זה הוא שלב מעבר המתרחש על פי רוב עוד לפני תחילת הלימודים. בשלב זה הסטודנטים לעתיד מתחילים לגלות בעצמם דברים שהם מעבר לחלקים הקשורים למחלה. הם מגלים בהדרגה את המשיכה שלהם לעולמות הנושקים לתחומי הטיפול והעזרה ומתחילים לפתח רצון לא רק לקבל עזרה וטיפול אלא גם לעזור ולטפל. אפשר להקביל חלקים משלב זה לתחילתו של תהליך ההחלמה שעובר אדם המתמודד עם מחלת נפש, תהליך שבא לידי ביטוי בתפיסת ההחלמה. את תפיסת ההחלמה בראשיתה פיתחו אנשים המתמודדים בעצמם עם מחלת נפש, וטענו כי אפשר לחיות חיים מלאים ומספקים לצד התמודדות עם תסמיני המחלה (רועה, 2008; Anthony, 1993; Davidson, OConnell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Deegan, 1988). על פי תפיסה זו, מהות ההחלמה אינה רק הקלה סימפטומטית, אלא גם "מסע של שינוי שבאמצעותו אנשים המתמודדים עם מחלת נפש יכולים לשפר את איכות חייהם, לחיות חיים מלאי משמעות ולממש את מלוא הפוטנציאל האנושי שלהם" (SAMHSA, 2012).

על פי תפיסת ההחלמה, השלב הראשון בתהליך ההחלמה הוא הגילוי שיש באדם חלקים נוספים מלבד החלקים הקשורים למחלה (Davidson & Strauss, 1992). דבר זה מאפשר לאדם להתחיל לפתח זהות חדשה שאינה חלק מהמחלה. הסטודנטים במחקר הנוכחי התייחסו לחיבור ולזיהוי של חלקים נוספים הקיימים בתוכם, שאינם רק חלק מהמטופל שבהם, ושהובילו אותם להתעניין, לבחון, להציץ ולעבור "לצד השני של הגדר" אל לימודי עבודה סוציאלית. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים קודמים, אשר מצאו כי ההתקרבות לעולם הטיפול עשויה לבוא לידי ביטוי בהתנדבות, או בעבודה בתחומים הנושקים לעבודה סוציאלית, ואלו עשויים לזרוז את הכניסה ללימודים מקצועיים (Loseke & Cahill, 1986; Wolf, Lawrence, Ryan, & Hoge, 2010).

בשלב הבא, לאחר שהסטודנטים כבר החלו את לימודיהם בעבודה סוציאלית, הם מעלים ספקות לגבי יכולתם להיות מטפלים בגלל היותם מטופלים. הם עסוקים בשאלת היתכנות התופעה הזאת, וחווים תחושות בלבול, פקפוק וזיוף. תחושות אלה אף עשויות להוביל לעיתים לתחושות של אשמה ולאמביוולנטיות ביחס למוכנות לקבל עזרה וליכולת לעזור לזולת. תחושות אלו מתעצמות נוכח התפיסה כי במקצוע העבודה הסוציאלית אנשים עם הפרעת נפש הם מטופלים ולקוחות. על פי רוב, המתמודדים עם

הפרעת נפש נתפסים כפגיעים וכזקוקים לעזרה. התפיסה שאנשים המקבלים עזרה יכולים גם לעזור לא הופנמה לחלוטין הן במקצוע והן בקרב הסטודנטים המתמודדים (DRC, 2007; Stanley et al., 2011).

תחושות הבלבול והפקפוק אינן ייחודיות ומאפיינות גם סטודנטים במקצועות טיפוליים שאינם מתמודדים עם הפרעות נפש, בעיקר בין תחילת הלימודים לאמצעם (Ronnestad & Skovholt, 2003), עם זאת, המקור לאותן תחושות שונה. אצל סטודנטים שאינם מתמודדים עם הפרעות נפש, מקור תחושות הבלבול והפקפוק בהתאמתם למקצוע הוא במקצוע, כלומר הסטודנטים שואלים את עצמם אם עומדים לרשותם המאפיינים האישיים, המיומנויות והכישורים הדרושים לעבודה במקצוע טיפולי (Ronnestad & Skovholt, 2003). לעומתם, הסטודנטים במחקר הנוכחי עוסקים בשאלות המעסיקות רבים זה זמן רב (Reamer, 1992; Sherman, 1996; Tinius, 1988), לגבי יכולתו של אדם מטופל לטפל בזולת. בשלב הזה הם שואלים את עצמם: "האם אני, שאני מטופל, יכול? האם מותר?"

דומה שהעיסוק בשאלת היתכנות מטופל להיות גם מטפל דורשת אנרגיות רבות ואינה משאירה מקום לבחון שאלות אחרות ששואלים סטודנטים שאינם מתמודדים עם הפרעת נפש: שאלות הבוחנות את יכולתם המקצועית גרידא, ושאלות ביחס לכישורים ולהכשרה שהם זקוקים להם. אי העיסוק של סטודנטים עם הפרעת נפש בשאלות אלו מצביע כי ייתכן שבשל היותם שבויים בהתאמתם האישית למקצוע, בשאלת היתכנות מטפל שהוא גם מטופל, הם אינם פנויים לבחון את עצם התאמתם המקצועית והכישורים שעדיין חסרים להם. אפשר לשער כי אחת הסיבות לכך היא הסטיגמה המופנמת בקרבם, הגורמת להם לפקפק בכשירותם ובהתאמתם לעבודה במקצוע העבודה הסוציאלית (DRC, 2007).

במחקר הנוכחי נמצא שסטודנטים שנמצאים או תקועים בשלב השני, מתקשים לעיתים להפריד בין העצמי ובין הזולת. קושי זה עשוי להתבטא בהיותם שבויים בתוך הסיפור של עצמם, דבר העלול להקשות עליהם לראות את הסיפור של היושב מולם. כדי להצליח לראות את הסיפור של המטופל, על הסטודנטים להתרחק מהסיפור האישי שלהם ולהתבונן עליו מפרספקטיבה חיצונית.

תהליך הכרחי זה מתרחש בעת המעבר לשלב השלישי, שבו יש לאפשר קבלה הן של החלק המטפל והן של החלק המטופל ולרכוש זהות חדשה הנפרדת מזהות המחלה (Davidson et al., 2005). ההכרה שיש כוחות לצד החולשות מאפשרת בשלב זה, בין השאר, לאזן בין השניים ולהבין ששניהם יכולים להתקיים יחד. בשלב זה הסטודנטים מודעים להתמודדותם ולהחלמתם, ומודעות זו מאפשרת להם להשתמש בניסיונם האישי כדי לסייע בתהליך ההחלמה של הזולת (Hayes, 2002).

שלא כבשלב הקודם, שבו הסטודנט עוסק בעיקר בעצמי, בשלב זה הוא עוסק יותר בזולת, ומכאן מגיעה גם ההבנה שהרצון לטפל במטופל הוא קודם כול למען המטופל,

ועל כן הדבר לא יכול להיות על חשבון המטופל. בהקשר זה חשוב לציין כי על אף ההכרה של הסטודנטים כי הם צריכים לדאוג לעצמם כדי שיוכלו לדאוג לזולת, בולט בראיונות העדר התייחסותם לטיפול שהם מקבלים כחלק מהתפתחותם האישית והמקצועית.

במעבר לשלב הרביעי מתרחשת קפיצת מדרגה משמעותית ביותר לעומת השלב השלישי. עכשיו לא זו בלבד שיש הבנה וקבלה של החלק המטפל והחלק המטופל, אלא שהסטודנטים יכולים כבר לזהות את היתרונות הייחודיים למטופלים שהם גם מטופלים, וביניהם הבנה ורגישות מוגברת למצוקה ולכאב של אוכלוסיות אחרות שהם נפגשים איתן (Rance, Moller, & Douglas, 2010; Stanley, Ridley, Manthorpe, 2007; Harris, & Hurst, 2007). רגישות זו יכולה לבוא לידי ביטוי באמפתיה כלפי חוויותיהם של מטופלים אחרים, המגיעה מניסיונם האישי ומהיכרותם עם חוויית נזקקות. רגישות זו, אמפתיה מוגברת והחוויה העוצמתית של המפגש האישי בין שני מתמודדים כשאחד מודע ומתאר את תהליך ההחלמה שלו, דומה לתהליך החשוב שמתרחש בעבודתם של עמיתים מומחים. בשלב הזה יכול להיות שימוש מושכל בידע מניסיון באמצעות חשיפה עצמית. השימוש בחשיפה עצמית, כלומר, שיתוף המטופל בסיפור האישי, מאפשר למטפל להוות דמות חיקוי עבור המטופל שלו ולסייע בנטיעת תקווה לגבי היכולת לעבור שינוי (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012). עבור עמיתים מומחים מהווה השימוש בסיפור האישי אמצעי המאפשר לסייע לזולת (Moran et al., 2012), אך לפי ממצאי המחקר הנוכחי אנשי מקצוע שהם גם מטופלים, לאו דווקא משתמשים בחשיפה. חשיפה היא רק כלי אחד בארגז הכלים המקצועיים שהם רכשו. למעשה, הם עשויים למצוא את עצמם מתלבטים האם להיחשף, בפני מי, לטובת מה, כמה וכיצד לחשוף. סטודנטים שהגיעו לשלב הרביעי יכולים ומעוניינים להשתמש במומחיות שרכשו מתוך ניסיונם האישי שלהם כדי להעשיר את הידע המקצועי שלהם. כפי שמגלים ממצאי המחקר הנוכחי, ההכרה בחשיבות הניסיון האישי חשובה, מאפשרת שימוש במגוון דרכים וצורות ביטוי שונות, כגון הבנה יותר רחבה בעבודה עם אוכלוסיות דומות, רגישות למצבם וזיהוי והתאמה של דרכי התערבות. בתהליך זה הם מבינים כי הניסיון האישי משלים את הידע המקצועי שרכשו. לעיתים הניסיון האישי אף תרם לתחושות חיוביות כגון תחושת המסוגלות שלהם כאנשי מקצוע.

מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך

אחד היתרונות, אך גם החסרונות של המחקר הנוכחי הוא היותה של הכותבת הראשונה, המראיינת, עובדת סוציאלית המתמודדת עם הפרעת נפש. כיוון שזוהתה הייתה ידועה לחלק מהמראיינים ייתכן שהדבר השפיע על הסיפורים שבחרו לשתף

אותה בהם. שנית, לא ניסינו להשוות בין תהליך ההתפתחות המקצועית של סטודנטים מתמודדים עם הפרעת נפש לסטודנטים אחרים, ולא ראינו סטודנטים שאינם מתמודדים עם הפרעת נפש. כמו כן, לא בחנו את הדמיון והשוני בין סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש לבין עובדים מתמודדים במערכת השיקום והטיפול, אשר אינם בעלי מקצוע. כדאי שמחקרים עתידיים יבחנו את הדומה והשונה בין שתי האוכלוסיות.

בנוסף, במחקר הנוכחי התמקדנו בסטודנטים לעבודה סוציאלית. מומלץ להמשיך לבחון את התהליך שעוברים סטודנטים משאר המקצועות הטיפוליים כדי לראות את הדומה והשונה והמאפיינים הייחודיים שיש לכל מקצוע בעת המעבר ממצב של מטופל לאיש מקצוע (Quinn, 2013), ולזהות דרכי התמודדות טובות הקיימות במקצועות השונים. בנוסף, חשוב לחקור ולהבין את האתגרים והצרכים של אנשי מקצוע המתמודדים עם הפרעת נפש כדי להבין את המשך תהליך ההתפתחות המקצועית בעבורם ואת הסיוע והתמיכה שהם צריכים.

המלצות לפרקטיקה

ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים את חשיבות הכרת המערכת המקצועית והאקדמאית בקבוצת המטופלים מטופלים ובתהליך שהם צפויים וצריכים לעבור כדי להיות מטופלים כשירים. הממצאים מדגישים גם את הצורך בשירות שיתמוך באותם הסטודנטים בהתפתחותם המקצועית. נראה כי סטודנטים עם הפרעת נפש הלומדים מקצוע טיפולי אינם משתפים את הסגל ואת עמיתיהם הסטודנטים בדילמות הייחודיות להם בגלל חשש מפני סטיגמה מצד הסגל. חשש זה מוצדק בחלקו, היות שבמדינות רבות בעולם נמצאה התמודדות עם הפרעת נפש כאחת הסיבות השכיחות מתוך סיבות לא אקדמיות לאי קבלה למקצוע העבודה הסוציאלית או להפסקת הלימודים (Brear, Dorrian, & Ryan, Habibis, & Craft, 1997; Koerin & Miller, 1995; Luscri, 2008). שיח פתוח במסגרת הלימודים יכול לתרום הן להפחתת הסטיגמה בקרב הסגל והסטודנטים האחרים והן ליצור לגיטימציה הנדרשת לסטודנטים אלו כדי שיפנו לקבלת תמיכה בעת הצורך.

יש צורך בתשומת לב מיוחדת לאותם סטודנטים השבויים בשלב השני, אשר בו הם מרגישים שזה בלתי אפשרי להיות גם מטופל וגם מטפל, כיוון שהם עלולים לא להיות פנויים למטופלים, ומחויבותם למטופל עשויה להיות מוטלת בספק. שלב זה עשוי להוביל לקונפליקטים ולדילמות מורכבות הן אצל הסטודנטים והן במערכת האקדמית, לדוגמה, בקוד האתיקה של העובדים הסוציאליים בארץ (איגוד העובדים הסוציאליים, 1995), מופיעים ערכים כגון אי אפליה, שוויון הזדמנויות ואפשרות לבחירה עצמית של הפרט בכל תחומי חייו, כלומר, זכותו של אדם לבחור את המקצוע שהוא רוצה ללמוד

על אף התמודדותו עם הפרעת נפש. לעומת זאת, אחריותו ומחויבותו העיקרית של העובד הסוציאלי צריכה להיות כלפי מטופליו, וחובת הפרופסיה לדאוג שאנשים שאינם מתאימים לא יעבדו במקצוע (Redmond & Bright, 2007; Tam, 2003; Younes, 1998).

הדילמה העיקרית העולה מסוגיה זו היא השאלה כלפי מי מופנית מחויבותו של מקצוע העבודה הסוציאלית, או במקרה הזה, מערכת הלימודים: כלפי הסטודנט הלומד בה או כלפי מטופליו בהכשרה בשדה? הרי לצד המחויבות לסטודנט והרצון לתמוך בו ולעזור לו, קיימת תמיד המחויבות והאחריות למטופליו בשדה. המתח בין מחויבויות אלו מדגיש את חשיבותה של בניית תוכנית תמיכה לשלב שבו נמצא הסטודנט, תוכנית שתאפשר לו להמשיך להתפתח ולגדול במקצוע שבחר וגם תוודא בכל עת שמצבו מאפשר לו להמשיך לטפל בזולתו. מערכת תמיכה עשויה לעזור לסטודנטים כדי שלא ייפגעו ולא יפגעו במטופליהם. ליווי ותמיכה עשויים להיות לעזר בקידום תפקודם של מטופלים שהם גם מטופלים ולזהות נורות אזהרה כשיש התנגשות בין חלקים אלו, ולמצוא את התמיכות הנדרשות. לבתי הספר לעבודה סוציאלית תפקיד חשוב מאוד בליווי ובתמיכה של אותם הסטודנטים בלימודיהם, בניפוץ הסטיגמה על בריאות הנפש ובניפוץ האידאה של מטפל מושלם חף מבעיות.

אפשר לומר שבתי הספר לעבודה סוציאלית חייבים להכיר בכך שיש מטופלים בין המטופלים, ומתוך כך לסייע להם להתפתח מקצועית, לבחון מתי הם כשירים ומתי הם זקוקים לליווי ותמיכה ולדעת להפנות אותם למקורות סיוע בעת הצורך כדי שיוכלו לעבור באופן מיטבי את המעבר ממצב של מטופל למצב של מטפל-מטופל.

סיכום

התהליך שעוברים הסטודנטים הוא דינמי במהותו. הסטודנטים עשויים לנוע בין השלבים השונים בתהליך בדרכם להתפתחות זהותם המקצועית והאישית ובהתאם למקום שבו הם נמצאים מבחינת התמודדותם עם הפרעת הנפש והחלמתם האישית. ייתכן שבשלבים מאוחרים יותר תהיה נסיגה לשלבים מוקדמים יותר בתהליך עקב התפרצות מחודשת של המחלה. קיום שיח פתוח ומאפשר במסגרת לימודי עבודה סוציאלית עשוי להיות משמעותי ביותר להפחתת הסטיגמה ולשבירת השתיקה. ההכרה בתהליך זה כחלק מההתפתחות המקצועית, יכולה לסייע בהתמודדות עם קונפליקטים, דילמות והתנגשויות אלו, ולאפשר להם 'לצאת מהארון', להיאמר ולהיפתר.

מקורות

- איגוד העובדים הסוציאליים (1995). קוד האתיקה המקצועית של העובדים הסוציאליים בישראל. תל-אביב: איגוד העובדים הסוציאליים בישראל.
- גיימסון, ק. ר. (1996). נפש לא שקטה: זיכרונות על מצב רוח. תל-אביב: מטר.
- לויצקי, נ. (2009). איכותו של המחקר האיכותני: המקרה הנרטיבי. בתוך: ע. ליבליך, א. שחר, מ. קרומר-נבו ומ. לביא-אג'אי (עורכות), סוגיות במחקר הנרטיבי: תבחיני איכות אתיקה. העמותה לחקר האדם הרב-ממדי, איגוד החוקרים האיכותניים, המרכז הישראלי למחקר איכותני של האדם והחברה. עמ' 9–24.
- ליבליך, ע. ווייסמן, ה. (2009). שיקולים אתיים במחקר נרטיבי – סוגיות, מחשבות והרהורים. בתוך: ע. ליבליך, א. שחר, מ. קרומר-נבו ומ. לביא-אג'אי (עורכות), סוגיות במחקר הנרטיבי: תבחיני איכות אתיקה. העמותה לחקר האדם הרב-ממדי, איגוד החוקרים האיכותניים, המרכז הישראלי למחקר איכותני של האדם והחברה. עמ' 45–54.
- ליטל, מ. (2005). חרדות פסיכוטיות והכלה: דיווח אישי על אנליזה אצל ויניקוט (תרגום: ש. בוסקוביץ). תל-אביב: תולעת ספרים.
- צבר-בן-יהושע, נ. (2001). מסורות וזרמים במחקר האיכותני. אור-יהודה: דביר (13–28).
- קרניאלי, מ. (2010). יחסי מספר-חוקר במחקר נרטיבי: למי שייך הסיפור? בתוך: ר. תובל משיח וג. ספקטור-מרזל (עורכות), מחקר נרטיבי: תיאוריה, יצירה ופרשנות (עמ' 177–196). ירושלים: מאגנס.
- רועה, ד. (2008). חזון ההחלמה בבריאות הנפש. בתוך י. טלר (עורך), בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית. חיפה: אחווה.
- Abrams, L. S. (2010). Sampling “hard to reach” populations in qualitative research: The case of incarcerated youth. *Qualitative Social Work*, 9, 536–550. doi: 10.1177/1473325010367821
- Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., & Macleod-Clark, J. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2), 55–68. doi: 10.1111/j.1473-6861.2006.00119.x
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 60, 521–538. doi: 10.1037/h0095655
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice*, 13, 257–274.
- Beddoe, L. (2013). Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12, 24–40. doi: 10.1177/1473325011415455
- Ben Shlomo, S., Levy, D., & Itzhaky, H. (2012). Development of professional identity among social work students: Contributing factors. *The Clinical Supervisor*, 31, 240–255. doi: 10.1080/07325223.2013.733305
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1429–1937. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1429
- Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50, 445–456. doi: 10.1086/643401

- Borkman, T. (1990). Experimental, professional and lay frames of reference. In T. J. Powell (Ed.), *Working with self-help* (pp. 3–30). Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.
- Bourne, A. H., & Robson, M. A. (2015). Participants' reflections on being interviewed about risk and sexual behaviour: Implications for collection of qualitative data on sensitive topics. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, *18*, 105–116. doi: 10.1080/13645579.2013.860747
- Brear, P., Dorrian, J., & Luscri, G. (2008). Preparing our future counselling professionals: Gatekeeping and the implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, *8*(2), 93–101. doi: 10.1080/14733140802007855
- Campbell, R., Adams, A. E., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., & Sefl, T. (2010). “What has it been like for you to talk with me today?”: The impact of participating in interview research on rape survivors. *Violence against Women*, *16*, 60–83. doi: 10.1177/1077801209353576
- Carpenter, M. C., & Platt, S. (1997). Professional identity for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems. *Clinical Social Work Journal*, *25*, 337–350. doi: 10.1023/A:1025790613308
- Chinman, M., Lucksted, A., Gresen, R., Davis, M., Losonczy, M., Sussner, B., & Martone, L. (2008). Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatric Services*, *59*, 1315–1321. doi: 10.1176/ps.2008.59.11.1315
- Clandinin, D. J. (2006). Narrative inquiry: A methodology for studying lived experience. *Research Studies in Music Education*, *27*, 44–54.
- Clandinin, D. J., & Huber, J. (2010). Narrative inquiry. In B. McGaw, E. Baker, & P. P. Peterson (Eds.), *International encyclopedia of education* (3rd ed.). New York, NY: Elsevier.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, *11*, 123–128. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 480–487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal of Medical Psychology*, *65*, 131–145. doi: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *9*(4), 11–19. doi: 10.1037/h0099565
- Disability Rights Commission (DRC) (2007). *Maintaining standards: Promoting equality*. Retrieved from http://www.maintainingstandards.org/files/Full%20report%20_%20final.pdf
- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J., & Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 1009–1031. doi: 10.1002/jclp.20174

- Faulner, A., Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 1–3. doi: 1-.1192/bjp.180.1.1
- Gallagher, R. P. (2008). *National survey of counseling center directors*. Retrieved from [www.iacsinc.org/2008 National Survey of Counseling Center Directors.pdf](http://www.iacsinc.org/2008%20National%20Survey%20of%20Counseling%20Center%20Directors.pdf).
- Gillard, S., & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: Literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20, 286–292. doi: 10.1192/apt.bp.113.011940
- Gillis, H., & Lewis, J. (2004). Addressing the issue of psychiatric disability in social work interns: The need for a problem-solving framework. *Journal of Social Work Education*, 40, 391–402. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/23043990>
- GlenMaye, L., & Bolin, B. (2007). Students with psychiatric disabilities: An exploratory study of program practices. *Journal of Social Work Education*, 43, 117–132. doi: 10.5175/JSWE.2007.200404112
- Groesbeck, C. (1975). The archetypal image of the wounded healer. *Journal of Analytical Psychology*, 20, 122–145. doi: 10.1111/j.1465-5922.1975.00122.x
- Guba, E. G. (1981). Annual review paper: Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology: A Journal of Theory, Research and Development* 29(2), 75–91. doi: 10.1007/BF02766777
- Hayes, J. A. (2002). Playing with fire: Countertransference and clinical epistemology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 93–100. doi: 10.1023/A:1015543531230
- Helgesson, V. S., & Gottlieb, B. (2000). Support groups. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 221–245). Toronto, Canada: Oxford University Press.
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C., White, V. M., & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling*, 70, 315–337. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.016
- Husserl, E. (1970). *Cartesian meditations: An introduction to phenomenology*. The Hague, Netherlands: Martinus Hijhoff.
- Jackson, S. W. (2001). Presidential address on the wounded healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75, 1–36.
- Koerin, B., & Miller, J. (1995). Gatekeeping policies: Terminating students for nonacademic reasons. *Journal of Social Work Education*, 3, 247–260. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/23043000>
- Loseke, R., & Cahill, S. E. (1986). Actors in search of a character: Student social workers' quest for professional identity. *Symbolic Interaction*, 9, 245–258. doi: 10.1525/si.1986.9.2.245
- Manthorpe, J., & Stanley, N. (1999). Dilemmas in professional education: Responding effectively to students with mental health problems. *Journal of Interprofessional Care*, 13, 355–365. doi: 10.3109/13561829909010381
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13, 522–525. doi: 10.1093/fampra/13.6.522
- Meho, L. (2006). Email interviewing in qualitative research: A methodological discussion. *Journal of the American Society for Information*, 57, 1284–1295. doi: 10.1002/asi.20416
- Meitar, D., Karnieli-Miller, O., & Eidelman, S. (2009). The impact of senior medical students'

- personal difficulties on their communication patterns in breaking bad news. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 1582–1594. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181bb2b94
- Miehls, D., & Moffatt, K. (2000). Constructing social work identity based on the reflexive self. *British Journal of Social Work*, 30, 339–348. doi: 10.1093/bjsw/30.3.339
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22, 304–319. doi: 10.1177/1049732311420578
- Moran, G. S., Russinova, Z., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2014). Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: A qualitative study using self-determination theory. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 32–41. doi: 10.1007/s10926-013-9440-2
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1, 261–283.
- Quinn, L. (2013). Take a look at me now. *Journal of the American Medical Association*, 313, 2014–2015. doi: 10.1001/jama.2014.15774
- Rance, N. M., Moller, N. P., & Douglas, B. A. (2010). Eating disorder counsellors with eating disorder histories: A story of being “normal”. *Eating Disorders*, 18, 377–392. doi: 10.1080/10640266.2010.511901
- Reamer, F. G. (1992). The impaired social worker. *Social Work*, 37, 165–170. doi: 10.1093/sw/37.2.165
- Redmond, M., & Bright, E. (2007). Gatekeeping in the academy: Lessons for Canadian social work educators. *Canadian Social Work Review*, 24(2), 167–181. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/41669873>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392–411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947
- Rompf, E. L., & Royse, D. (1994). Choice of social work as a career: Possible influences. *Journal of Social Work Education*, 30, 163–171. doi: 10.1080/10437797.1994.10672227
- Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. E. (2005). Clinical implications: Training, supervision, and practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 181–201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30, 5–44. doi: 10.1023/A:1025173508081
- Ryan, M., Habibis, D., & Craft, C. (1997). Guarding the gates of the profession: Findings of a survey of gatekeeping mechanisms in Australian bachelor of social work programs. *Australian Social Work*, 50(3), 5–12. doi: 10.1080/03124079708414092
- Sherman, M. (1996). Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review*, 16, 299–315. doi: 10.1016/0272-7358(96)00016-5
- Shkedi, A. (2004). Narrative survey: A methodology for studying multiple populations. *Narrative Inquiry*, 14, 87–111. doi: 10.1075/ni.14.1.05shk

התפתחות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית המתמודדים עם הפרעת נפש

- Shkedi, A. (2009). From curriculum guide to classroom practice: Teachers' narratives of curriculum application. *Journal of Curriculum Studies*, 41, 833–854. doi: 10.1080/00220270902927030
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 392–401. doi: 10.2975/27.2004.392.401
- Stanley, N., Ridley, J., Manthorpe, J., Harris, J., & Hurst, A. (2007). *Disclosing disability: Disabled students and practitioners in social work, nursing and teaching*. A research study to inform the Disability Rights Commissions formal investigation into fitness standards. Retrieved from <http://www.maintainingstandards.org/files/Disclosing%20Disability%20Report.pdf>
- Stanley, N., Ridley, J., Harris, J., & Manthorpe, J. (2011). Disclosing disability in the context of professional regulation: A qualitative UK study. *Disability & Society*, 26, 19–32. doi: 10.1080/09687599.2011.529663
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). *SAMHSA Working definition of recovery from mental disorders and/or substance use disorders*. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF>
- Tam, D. M. Y. (2003). Gatekeeping in bachelor of social work field education. *Journal of Women in Welfare Education*, 6, 51–62.
- Taylor, A., Karnieli-Miller, O., Inui, T., Ivy, S., & Frankel, R.M. (2011). Using appreciative inquiry narratives to understand high performing employees' values in a healthcare organization. In C. N. Candlin & S. Sarangi (Eds.), *Handbook of communication in professions and organisations* (pp. 457–479). Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Tinius, T. (1988). Help for impaired psychologists and social workers?: A survey of state psychological associations and state chapters of the National Association of Social Workers. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 2, 25–34.
- Wolf, J., Lawrence, L. H., Ryan, P. M., & Hoge, M. A. (2010). Emerging practices in employment of persons in recovery in the mental health workforce. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(3), 37–41.
- Younes, M. N. (1998). The gatekeeping dilemma in undergraduate social work programs: Collision of ideal and reality. *International Social Work*, 41(2), 145–153. doi: 10.1177/002087289804100203
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 49, 482–491. doi: 10.1037/a0027824

