

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך ולעבודתו השיקומית בבריאות הנפש

עמית ימין, חנוך ירושלמי, דיויד רועה ואוריה תשבי

תרומתם של מאפיינים התייחסותיים בהדרכה לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרכים ולקשרים שהם יוצרים בעבודתם השיקומית נבחנה על בסיס הדמיון בין מאפייני קשר בגישה ההתייחסותית ובגישה ההחלמה בשיקום פסיכיאטרי. נבדקה שכיחותם של ארבעה מאפייני קשר התייחסותיים בדיאדות הדרכתיות: סמכות הדדית, השתתפות המדריך, מיקוד ביחסים בהדרכה, וקיום משא ומתן בין המדריך והמודרך בקשרים השיקומיים שמקיימים המודרכים עם אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ממושכת (SMI). כן נבדקה השאלה האם תפיסת מסוגלות עצמית של המודרך וברית הדרכתית חזקה יתווכו בין שתי שכיחויות אלו.

308 אנשי מקצוע (154 דיאדות מדריך-מודרך), רובם עובדים סוציאליים בתחום השיקום בבריאות הנפש, השתתפו במחקר. הממצאים מצביעים על קשר מובהק בין מידת שכיחותם של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי למידת שכיחותם בעבודה השיקומית. כמו כן נמצא שתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך חשובה ביותר, היות שהיא מתווכת באופן מובהק את העברתם של מאפייני קשר התייחסותיים שמופיעים בהדרכה אל העבודה השיקומית של המודרכים. אמנם נמצא שמאפיינים התייחסותיים בהדרכה מחזקים ברית הדרכתית, אך ברית הדרכתית אינה מתווכת העברתם של מאפיינים התייחסותיים שמופיעים בקשר ההדרכתי אל קשריהם השיקומיים של המודרכים. ממצאים אלו עולה המלצה לשלב בעבודה ובהדרכה שיקומית מרכיבים התייחסותיים, כדי לקדם יישום של ערכי גישה ההחלמה בעבודה המקצועית וכדי להגביר את הביטחון של המטפלים ביכולותיהם המקצועיות.

מילות מפתח: הדרכה בשיקום בבריאות הנפש, קשר הדרכתי, הדרכה התייחסותית, מסוגלות עצמית, ברית הדרכתית

אנו מבקשים להודות לד"ר עדנה גוטמן ולפרופ' אמנון לזר על עזרתם הרבה ועל הערותיהם הבונות.

הדרכה מקצועית היא גורם מרכזי בפיתוח מיומנויות וכישורים מקצועיים של אנשי מקצוע בתחומי הטיפול השונים (Bernard & Goodyear, 2014; Bogo & McKnight, 2005; Watkins, 2012). באמצעותה מפנימים מודרכים דרכי פעולה מקצועיות ומטמיעים אותן בעבודתם, באופן שמקדם את איכות השירות שהם נותנים (ירושלמי, 2014; Shulman, 2006). בין החוויות המרכזיות שמשפיעות על הדרכה נמצאת חוויית הקשר ההדרכתי עצמו, שנוצר בין המדריך למודרך, ומקדם התפתחות וצמיחה מקצועית ואף אישית של המודרך. מאפיינים רצויים של קשר אשר מגולמים בהדרכה מהווים בסיס ללמידה והפנמה עבור המודרך ומועברים מההדרכה אל קשרים טיפוליים-שיקומיים בעבודתו המקצועית (בלוש-קליינמן, 2013; ימין ומתן, 2013; ירושלמי, 2013; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001).

על אף היותה של הדרכה עמוד תווך בהתפתחות המקצועית וברכישת מיומנויות של קשר טיפולי-שיקומי, מעט נכתב ונחקר עד כה על הדרכה בגישת ההחלמה (Hamm, Buck, Vohs, Westerlund, & Lysaker, 2016; Sheff-Eisenberg, 2011; Yerushalmi, 2010). לעומת הידע התיאורטי והפרקטי העשיר המתפתח בעשורים האחרונים בנוגע לתהליכי השיקום, לא נוצרו עדיין מודלים הדרכתיים מתאימים, ככל הנראה בשל היותה של גישת ההחלמה בשיקום בבריאות הנפש דיסציפלינה צעירה ומתפתחת.

המחסור במודלים להדרכה בשיקום בבריאות הנפש, ולצדו הדמיון בין הגישה ההתייחסותית ובין גישת ההחלמה, הובילו לשימוש במודל ההתייחסותי בהדרכה במחקר הנוכחי. שתי גישות אלו דומות בהדגשת החשיבות של טיפוח קשר מקצועי, שיש בו חתירה לשיתופיות ופתיחות, ושמחייב הקשבה אמיתית לקולו של המטופל כשותף מרכזי ומוביל בתהליך. שתי הגישות אף דומות זו לזו ביחסן לאיזון בחלוקת הסמכות וביחסי הכוחות בין המטפל למטופל, וגם לחשיבות קיומו של משא ומתן ודיאלוג מתמשך ביניהם על ערכים ועמדות, וכן על הבנייה משותפת של משמעויות ודרכי פעולה רצויות בטיפול (Yerushalmi, 2010, 2012). לאור דמיון זה נבחנו ארבעה מאפייני קשר התייחסותיים בקשרים הדרכתיים ושיקומיים, שהם: סמכות הדדית, מיקוד ביחסים בהדרכה, השתתפות המדריך וקיום משא ומתן מתמשך בין המדריך למודרך (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001).

במחקר נבדקה תרומתם של מאפיינים התייחסותיים אלו לקשרים ההדרכתיים, לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך, לעוצמת הברית ההדרכתית בין המדריך למודרך ולמידת ההעברה של מאפיינים התייחסותיים מההדרכה אל קשריו השיקומיים של המודרך. ממצאי המחקר מוסיפים נדבך חשוב לידע התיאורטי והמחקרי המתגבש

על הדרכה בשיקום בכריאות הנפש, שנמצא בראשיתו, וזקוק להמשך חקירה והעמקה. הבנת תהליכי הדרכה בשיקום בכריאות הנפש עשויה לסייע בגיבוש הידע על הדרכה בגישת ההחלמה, וכן להעשיר את הידע על הדרכה בתחומי טיפול וסיוע משיקים.

סקירת ספרות

מרכזיות הקשר השיקומי בליווי תהליכי החלמה בכריאות הנפש העשורים האחרונים התאפיינו בשינויים מרחיקי לכת בהתייחסות ובגישות הטיפול והשיקום כלפי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. התפתחות גישת ההחלמה הביאה להכרה ביכולתו של אדם המתמודד עם מחלת נפש קשה* (SMI – severe mental illness) להחלים ולחיות חיים בעלי משמעות בקהילה, תוך התקדמות לעבר מטרות אישיות, על אף השפעותיה הקשות של המחלה, תהליך שמכונה בספרות "החלמה" (Anthony, 1993; Farkas, 2007; Slade, 2009; Slade & Longden, 2015). השפעת גישה זו ניכרת כיום בתחומי חקיקה, מדיניות, שיטות התערבות חדשות והתאמת השירותים לצרכים אינדיבידואליים של אנשים בתהליכי החלמה.

אחת התמורות העיקריות שהתרחשו בעקבות אימוץ ויישום גישת ההחלמה בשירותי שיקום בקהילה בתחום כריאות הנפש, כוללת שינוי מרחיק לכת בתפיסת הקשר השיקומי בין המטפל השיקומי והמתמודד. שלא כמודלים טיפוליים קלאסיים, שאופיינו ביחסים היררכיים ובהסתמכות על מומחיותו של איש המקצוע, מערכת יחסים המבוססת על גישת ההחלמה מכירה במומחיות המתמודד לגבי ניסיון חייו, שאיפותיו והאמצעים לממשן. תפיסה זו מצריכה את איש המקצוע ליצור קשר פחות היררכי עם המתמודד, קשר המבוסס על הכרה בזכות הבחירה וההגדרה העצמית של המתמודד ואשר מאופיין בהדדיות ובשותפות פעילה וכן במעורבות אמיתית של המטפל בקשר (Anthony & Farkas, 2009; Deegan, 2001; Lysaker, Roe, & Buck, 2010; Slade, 2009; Slade & Longden, 2015).

הכרה במרכזיות הקשר השיקומי הובילה לניסיונות תיאורטיים ומחקריים להגדיר מרכיבים חיוניים של קשר שיקומי מקדם החלמה. מרכיבים אלו כוללים אמון, שותפות, אמונה ביכולת המתמודד להחלים, כבוד לבחירותיו ונכונות לאמץ עמדה פגיעה, הכוללת יכולת לשאת מצבי עמימות ואי-ידיעה (Finaret & Shor, 2006; Lysaker & Roe, 2016; McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson, & Priebe, 2007;

* להלן 'מתמודד'.

Russinova, Rogers, & Ellison, 2006; Russinova, Rogers, Ellison, & Lyass, 2011). בעדויות של מתמודדים מודגש תפקידה המכריע של מערכת היחסים עם איש המקצוע, שבכוחה להיות מקור עוצמה והשפעה חיובית בתהליך ההחלמה, ולחילופין, ביכולתה לפגוע קשות בערך העצמי ולגרום לתחושת חוסר אונים, אדישות וייאוש (Allan, 2017; Anthony, Rogers, & Farkas, 2003; Deegan, 1990).

השינויים בפרקטיקה, שנבעו מתפיסה חדשה של האדם המתמודד עם מחלת נפש כשותף פעיל וכמומחה המכוון את תהליך השיקום האישי שלו, הובילו לתפיסה של פיתוח קשר שיקומי מקדם החלמה כמטרה ראשונית בתהליכי הדרכה של מטפלים שיקומיים. תפיסה זו יצרה דרישה בקרב אנשי המקצוע שעוסקים בתחום לפיתוח מיומנויות קשורות שמושתתות על ערכים ועקרונות פעולה של גישה ההחלמה.

חשיבות העברתם של מאפייני קשר רצויים מההדרכה לפרקטיקה המקצועית הדרכה במקצועות סיוע שונים כפסיכותרפיה, עבודה סוציאלית וייעוץ, נתפסת כמרכיב חיוני להשגת טיפול אפקטיבי ואתי ומהווה אבן יסוד בהתפתחות מקצועית (Bernard & Goodyear, 2014; Gazzola & Theriault, 2007; Safran & Muran, 2001; Wheeler & Richards, 2007). המשימה המרכזית בהדרכה היא לעזור למודרך להפוך את הידע התיאורטי שברשותו (declarative knowledge) לידע פרוצדורלי (procedural knowledge), שמשמעו ידע על האופן שבו פעולה טיפולית נעשית, המשולל ללמידה 'איך' לרכב על אופניים, לעומת למידה 'מהי' רכיבה על אופניים (Binder, 1999; Safran & Muran, 2001; Sarnat, 2012).

רכישת מיומנויות לפיתוח קשר שיקומי ושימורו היא מטרה עיקרית בהדרכת אנשי מקצוע העוסקים בליווי תהליכי החלמה, היות שבאמצעותן אפשר להטמיע בעבודה השיקומית ערכים כגון שותפות, הדדיות וכבוד למומחיות ולידע של המתמודד לגבי שאיפותיו והדרכים לממשן. בניגוד למדריך שמלמד ומסביר תיאורטית מהו קשר שיקומי רצוי, מדריך שמדגים ומיישם בקשר ההדרכתי את מרכיבי הקשר שהמודרך מצופה ליישם בעבודתו, מוביל לתהליך למידה משמעותי, כפי שניסח זאת שולמן (Shulman, 2006):

המודרכים שלנו מתבוננים בנו מקרוב. בין אם אנו אוהבים זאת או לא, בין אם אנו מודעים לכך או לא, הם לומדים מאתנו על הפרקטיקה הרבה יותר באמצעות מה שאנחנו עושים איתם, מאשר באמצעות מה שאנחנו אומרים להם לעשות. (p. 24).

התאמתה של הדרכה בגישה ההתייחסותית להדרכה בגישת ההחלמה בבריאות הנפש לצורך פיתוח מודלים של הדרכה בגישת ההחלמה, פונים תיאורטיקנים וחוקרים בתחום לגופי ידע נושקים, כדי לשאול עקרונות פעולה רלוונטיים ולהתאימם לשיקום בבריאות הנפש. הספרות התיאורטית אומנם מצביעה על התאמת הגישה ההתייחסותית

לעבודה סוציאלית (Ganzer & Ornstein, 2004; Tosone, 2004) ולתחום הייעוץ (Gazzola & Theriault, 2007), אך בשל חדשנות החיבור בין הדרכה בגישת ההחלמה והדרכה בגישה ההתייחסותית, אין בספרות חומרים רבים בנושא. הספרות שמתחילה להתגבש מצביעה על התאמת הגישה ההתייחסותית לתחום הצעיר והמתפתח של הדרכה בשיקום בבריאות הנפש (Buck, Buck, Hamm, & Lysaker, 2015; Hamm et al., 2016; Yerushalmi, 2015).

התאמה זו נובעת מכך ששתי הגישות מדגישות את מרכזיותו של הקשר הטיפולי וההדרכתי ואת חשיבות השדה הבין-אישי כחיוניים להתפתחות הטיפול ולקידום מטרות ההדרכה (Aron, 1996; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; Slade, 2009; Yerushalmi, 2012). כמו כן, שתי הגישות חולקות ערכים דומים: (1) שותפות והדדיות בקשר בין המטפל למטופל ובין המדריך למודרך; (2) כבוד לידע ולמומחיות של שני המשתתפים בדיאדה הטיפולית או ההדרכתית; (3) השתתפות ומעורבות של המטפל או המדריך בתהליך הטיפול או ההדרכתי; (4) אחריות משותפת של שני משתתפי הדיאדה לתהליך.

טיפול והדרכה בגישה ההתייחסותית

הגישה ההתייחסותית מניחה שתבניות נפשיות של אדם נוצרות מאינטראקציה עם הזולת, ותופסת את המערכת הנפשית כדיאדת, חברתית, אינטראקטיבית ובין-אישית (Aron, 1996; Benjamin, 1988; Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell, 1988; Mitchell & Aron, 1999). במרכז הגישה עומדים יחסים אנושיים ולא דחפים ביולוגיים, והצורך האנושי להתחבר ולהיקשר לאחרים נתפס כצורך ראשוני. המטפל בגישה זו נתפס כמשתתף פעיל המערב את הסובייקטיביות שלו בסיטואציה הטיפולית, ולפיכך לא רק כמי שמשפיע על המטופל, אלא אף כמי שמושפע ממנו. כתוצאה מכך, מטפל ומטופל נתפסים כיחידה דיאדתית, שהבנת ההשפעה ההדדית בתוכה מהווה את לב הטיפול (Aron, 1996; Benjamin, 1990; Mitchell, 1988). סמכותו של המטפל ההתייחסותי אינה נגזרת מיכולתו להשקיף מהצד על הסיטואציה הטיפולית, אלא דווקא מהשתתפותו בה באופן פעיל, כשהוא גם יוצא ממנה לרגעים לעמדה מתבוננת ומקיים משא ומתן עם המטופל על המשמעויות הסובייקטיביות של הידע המופק במשותף בטיפול (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; Mitchell, 1993).

התפתחות הגישה ההתייחסותית בפסיכותרפיה הביאה לצורך בפיתוח מודלים תואמים של הדרכה שיסייעו בהקניית מיומנויות טיפוליות התואמות את הגישה, שכוללות התבוננות בדינמיקה הבין-אישית המתרחשת ביחסים הטיפוליים וההדרכתיים ולא רק בדינמיקה התוך-אישית של המטופל (Frawley-O'Dea, 2003; Frawley, 2003; O'Dea & Sarnat, 2001; Ganzer & Ornstein, 2004; McKinney, 2000). מבין המודלים להדרכה שפותחו עד כה בגישה זו, המקיף ביותר הוא המודל ההתייחסותי

בהדרכה של פרולי-אודי וסרנט (תשבי, 2011; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001). מודל זה מתבונן בשתי דיאדות, טיפולית והדרכתית, שלוקחים בהן חלק המטופל, המטפל (להלן: 'המודרך') והמדריך. דיאדות אלו מקיימות ביניהן קשר הדדי ומושפעות זו מזו, ורק המודרך משתתף באופן פיזי בשתי הדיאדות, ולפיכך מחשבותיו, תחושותיו ופעולותיו תמיד מתווכות את השפעת המדריך על הדיאדה הטיפולית ואת השפעת המטופל על הדיאדה ההדרכתית (McKinney, 2000). נכונות המדריך לחקור עם המודרך הפעלות הדדיות (mutual enactments) המתרחשות בקשר ההדרכתי נתפסת כחינונית לקידום ההבנה הקלינית של הטיפול המובא להדרכה (Frawley-O'Dea, 2003; Ganzer & Ornstein, 2004; McKinney, 2000; Miehl, 2010; Safran & Muran, 2001; Sarnat, 2012).

מודל ההדרכה של פרולי-אודי וסרנט (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001) מתאר שלושה מאפיינים עיקריים בקשר ההדרכתי: סמכות הדדית, מיקוד ביחסים בהדרכה והשתתפות המדריך בקשר ההדרכתי. סמכות הדדית משמעה תפיסת הסמכות כפחות היררכית מאשר במודלים קלאסיים וכנגזרת מנכונות המדריך לוותר על הפריבילגיה להיות "מומחה" יחיד ובמקום זאת לדון עם המודרך בסוגיות המובאות להדרכה ולהפיק את הידע מתוך השיחה המשותף. אף על פי שסמכות זו הדדית, היא אינה סימטרית, שכן למדריך אחריות רבה יותר הנובעת ממעמדו המקצועי, מתפקידו בארגון שהסמיכו להדריך וממומחיותו כמטפל (תשבי, 2011; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; Sarnat, 2012; Yerushalmi, 2012).

המאפיין של מיקוד ביחסים בהדרכה מתייחס לעיסוק ביחסים ההדרכתיים שבהדרכה, שפחות מודגש במודלים אחרים של הדרכה (תשבי, 2011). ההנחה היא שככל שהמדריך והמודרך יוכלו לבטא באופן מלא וחופשי את המורכבויות שבקשר ההדרכתי, כך ילמד המודרך לדון באופן מלא ועשיר עם המטופל בקשר הטיפולי על האינטראקציה ביניהם. באופן זה, התנסות חווייתית בהדרכה תסייע למודרך לרכוש כישורים בין-אישיים הנחוצים לו כמטפל התייחסותי (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; Ganzer & Ornstein, 2004; Safran & Muran, 2001).

המאפיין השלישי במודל נוגע לאופן שבו המדריך משתתף בקשר ההדרכתי. במודל התייחסותי משתתף המדריך בהדרכה באופן פעיל ופתוח, תוך חשיפה עצמית מותאמת ומבוקרת בתהליך ההדרכה. השתתפות פעילה של המדריך בקשר ההדרכתי כרוכה באימוץ עמדה פתוחה ופגיעה יותר, המאפשרת לו לבחון, לנתח ולעבד גם מצבים גרסיביים של עצמו ולא רק של המודרך ולחקור את השפעתם על הקשר ההדרכתי (Ganzer & Ornstein, 2004).

אופייה ההדדי של ההדרכה ההתייחסותית מחייב קיום משא ומתן מתמשך בין המדריך למודרך בנוגע לסוגיות הקשורות למשמעויות, סמכות, ידע ויחסים. מאפיין מרכזי זה, אף שלא צוין במודל ההדרכה ההתייחסותית כמרכיב נפרד, שימש במחקר

שיתואר להלן מאפיין רביעי של קשר הדרכתי. משא ומתן מתואר בגישה ההתייחסותית כהליך תוך-אישי, בין-אישי ובין-סובייקטיבי (Pizer, 1992) שמתקיים כל העת בהדרכה, בנוגע לתפיסות, ערכים, ידע ותכנים וכן לסיבות למצבי תקיעות ואי-הסכמה בהדרכה. באמצעות נכונות לקיים דיאלוג פתוח וכן באמצעות משא ומתן, מדגים המדריך כיצד אפשר ליישם מיומנויות אלו בקשרים הטיפוליים. הזדהות והפנמה של מודל זה מאפשרות למודרך לזהות קרעים הנוצרים בקשרים הטיפוליים ולפעול לאיחויים (פלד-אברם, 2012; Yerushalmi, 2010; Safran & Muran, 2000). במחקר הנוכחי נבדקה תרומתם של ארבעת המאפיינים ההתייחסותיים שהוצגו לעיל (סמכות הדדית, מיקוד ביחסים בהדרכה, השתתפות המדריך בקשר ההדרכתי וקיום משא ומתן בין המדריך למודרך), לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך, לעוצמת הברית ההדרכתית וכן להעברת מאפייני קשר אלו לקשרים השיקומיים בעבודתו של המודרך. להלן יוסברו בקצרה המשתנים 'מסוגלות עצמית' ו'ברית הדרכתית'.

מסוגלות עצמית

המושג 'מסוגלות עצמית' (self-efficacy) לקוח מתיאוריית הקוגניציה החברתית, שעל פיה למידה והתנהגות הן תוצאה של הפרשנות הקוגניטיבית של האדם את האירועים המתרחשים בינו לבין אחרים (Bandura, 1977, 1982). תפיסת המסוגלות העצמית, קרי הערכת האדם את יכולתו לבצע משימה מסוימת, היא חוליה חיונית בין הידע שיש בידי האדם כיצד לפעול, ליכולתו להוציא לפועל ידע זה (Larson & Daniels, 1998). לתפיסה זו השפעה מכרעת הן על הבחירה של האדם אם לבצע משימה מסוימת והן על מידת המאמץ שיושקע בה באותו רגע ולאורך זמן (Bandura, 1977). תפיסת מסוגלות גבוהה מנבאת הצלחה בביצוע משימות מקצועיות מורכבות, ואילו מסוגלות עצמית נמוכה היא מכשול אפשרי בפני ביצוען (Kozina, Grabovari, Stefano, & Drapeau, 2010; Larson & Daniels, 1998; Larson et al., 1992; Tompkins, 2013). בשל השפעתה המכרעת על הביצוע, יש הטוענים כי חיזוק מסוגלות של מטפלים היא משימה לא פחות חשובה, ואולי אף יותר, מהקניית המיומנויות המקצועיות עצמן (Cashwell & Dooley, 2001; Kozina et al., 2010).

אנשי מקצוע בתחומי טיפול, ייעוץ ושיקום נדרשים לבצע משימות מקצועיות מורכבות בעבודתם עם אנשים המתמודדים עם קשיי חיים מגוונים, סבוכים ולעתים כרוניים. ואולם בשיקום פסיכיאטרי תפיסת המסוגלות העצמית מאתגרת במיוחד על ידי מצבים נפשיים מורכבים הכוללים פסיכוזה, דיכאון, אובדנות וטראומות מתמשכות, הקשורות הן למחלה והן לאשפוזים הפסיכיאטריים הנלווים לה (Cohen, 1994; Morrison, Frame, & Larkin, 2003). כל אלו מעוררים לעתים קרובות תחושת שחיקה, ייאוש וחוסר אונים מתמשך (Yerushalmi, 2010). תפיסת המסוגלות מאתגרת

הן ממייעוט משאבים לביצוע העבודה והן מדרישה הולכת וגוברת ללמידת התערבויות מכוונות החלמה, בקרב אנשי מקצוע שרובם בעלי תואר ראשון בלבד ולעתים קרובות עם ניסיון מועט בעבודה טיפולית-שיקומית קודמת (Drake & Deegan, 2009; Fukui, Rapp, Goscha, Marty, & Ezell, 2014; Hoge, Migdole, Farkas, Ponce, & Hunnicutt, 2011). מעבר לכך, הסטיגמה החברתית החזקה הרווחת כלפי אנשים המתמודדים עם מחלות נפש ממושכות, שנתפסים לעתים כחסרי יכולת וכנעדרי מוטיבציה, "נדבכת" לעתים קרובות במי שעוסק בתחום השיקום בבריאות הנפש ועלולה לערער את מידת הביטחון המקצועי שלו ואת זהותו המקצועית (ימין, רועה, יאנוס וליסאקר, 2012; Yanos, Roe, & Lysaker, 2011).

ממדי הדרכה שונים כגון אווירה, סגנון התקשרות, ברית הדרכתית, שביעות רצון ומידת מיקוד במשימה נמצאו קשורים לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך (Angus & Kagan, 2007; Bernard & Goodyear, 2014; Cashwell & Dooley, 2001; Daniels & Larson, 2001; Kozina et al., 2010; Lorenz, 2009; Marmarosh et al., 2013). עם זאת, ככל הידוע לא נחקר עד כה הקשר בין עבודה טיפולית והדרכתית בעלת אופי התייחסותי לתפיסת המסוגלות של אנשי המקצוע בתחום הטיפול והשיקום. השערת החוקרים הייתה כי להדרכה בעלת מאפיינים התייחסותיים תהיה תרומה לתפיסת המסוגלות העצמית של המודרך, בשל אופייה ההדדי ובשל תפיסת המודרך כמומחה בעל השפעה. לצד בחינת תרומת המסוגלות העצמית, שמהווה משתנה תוך-אישי של המודרך, נבחנה גם תרומתה של הברית ההדרכתית, משתנה בין-אישי של הקשר ההדרכתי, שיתואר להלן.

ברית הדרכתית

ברית הדרכתית (supervisory working alliance) מתוארת בספרות הקלינית כמרכיב חיוני בקשר ההדרכתי, שהכרחי להשגת מטרות ההדרכה. הגדרת הברית ההדרכתית נשענת על הגדרתו הקלסית של בורדין (Bordin, 1979, 1983) הכוללת שלושה מרכיבים: (1) הסכמה על מטרות טיפוליות; (2) הסכמה על משימות הדרושות להשגת מטרות אלו; (3) קשר רגשי חיובי חזק בין המטפל למטופל. בנייה ושימור של הברית נתפסים לא רק כבסיס לטיפול מוצלח, אלא הם לב העבודה הטיפולית ותלויים בשיתוף פעולה של שני משתתפי הדיאדה (Horvath, Del Re, Bordin, 1983; Doran, 2016; Fluckiger, & Symonds, 2011). באחריות המדריך לעקוב אחר התפתחותה ולפעול לאיחוייה כשנוצרים בה סדקים וקרעים, באמצעות דיאלוג פתוח עם המודרך (תשבי, 2011; Bogo & Vayda, 1998; Gray, Ladany, Walker, & Ancis, 2001). ברית הדרכתית חזקה נמצאה קשורה לתהליכי למידה, התפתחות ושינוי בקרב מודרכים וכן לשביעות רצון מההדרכה וליכולתם של מודרכים לבטא עצמם בכנות ופתיחות בהדרכה (Bogo & Vayda, 1998; Ladany, 2004; Ladany, Ellis, & Friedlander, 1999).

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לעבודתו השיקומית של המודרך

(Walker, Ladany, & Pate-Carolan, 2007). לעומת זאת, ברית הדרכה רעועה נמצאה קשורה לקונפליקט בזהות המקצועית של מודרכים, להסתרה בהדרכה ולחוויות שליליות כגון תקיעות ופגיעה בקרב מודרכים (Ladany & Gray et al., 2001; Friedlander, 1995; Ladany, Hill, Corbett, & Nutt, 1996).

אומנם מחקרים רבים עסקו בהשפעת הברית על הדרכה בפסיכותרפיה, אך לא ידוע על מחקרים שבחנו את הברית ההדרכתית בתחום העבודה השיקומית, עם אנשים שמתמודדים עם מחלות נפש ממושכות. אחת ממטרות המחקר הנוכחי הייתה לבחון את תרומתו של קשר הדרכתי בעל מאפיינים התייחסותיים לעוצמת הברית ההדרכתית, וכן לבחון את תרומתה של הברית להעברת מאפייני קשר אלו מההדרכה לעבודה השיקומית.

השערות המחקר

במחקר הנוכחי נבחנו שלוש השערות עיקריות: השערה ראשונה הייתה כי התנסות בקשר הדרכתי בעל מאפיינים התייחסותיים תימצא קשורה ליישום מאפיינים התייחסותיים אלו בקשריו השיקומיים של המודרך. שתי השערות נוספות עסקו באופן ההעברה של מאפיינים התייחסותיים אלו לקשרים השיקומיים בעבודת המודרך. אחת מהשערות אלו הייתה כי תיווך בין הקשר ההדרכתי לקשרים השיקומיים יתקיים באמצעות חיזוק המסוגלות העצמית של המודרך, דהיינו ככל שהמדריך יישם מאפיינים התייחסותיים בהדרכה, הוא יתרום לחיזוק תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך, וככל שתפיסת המסוגלות תתחזק המודרך יישם יותר מאפיינים התייחסותיים בקשריו השיקומיים. ההשערה השנייה הייתה כי תיווך בין הקשר ההדרכתי לקשרים השיקומיים יתקיים באמצעות הברית ההדרכתית, כלומר: ככל שהמדריך יישם מאפיינים התייחסותיים בהדרכה, כך תתחזק הברית ההדרכתית וכתוצאה מכך המודרך יישם מאפיינים התייחסותיים בקשרים השיקומיים בעבודתו המקצועית.

שיטת המחקר

המדגם

המדריכים במחקר היו אנשי מקצוע, כשני שלישים מהם עובדים סוציאליים והשאר ממגוון מקצועות: ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה, טיפול באומנויות, קרימינולוגיה, ובריאות נפש קהילתית. רוב המדריכים היו נשים (88.3%), הגיל הממוצע 41.17 (SD=8.25). לכ-84% מהמדריכים היה תואר שני ולמרבית האחרים תואר ראשון. ותק המדריכים במקצוע האם שלהם היה בממוצע 13 שנים, והוותק בשיקום בבריאות הנפש היה

בממוצע 10 שנים, ומתוכן עסקו גם כמתן הדרכה כ-7 שנים. קרוב לשלושה רבעים מן המדריכים למדו קורס הדרכה, בדרך כלל בבית הספר הארצי לשיקום בבריאות הנפש, באוניברסיטה, או בשניהם. כ-85% מהמדריכים קיבלו הדרכה על ההדרכה, בדרך כלל בתכיפות של אחת לשבועיים (לוחות 1 ו-2).

המודרכים במחקר היו אנשי מקצוע, כשלושה רבעים מהם עובדים סוציאליים, והשאר בעלי מקצועות מגוונים כמו המדריכים. רוב המודרכים היו גם הן נשים (87%), הגיל הממוצע 34.3 (SD = 7.85). לכ-60% מהם היה תואר ראשון ולמרבית האחרים תואר שני. כל המודרכים עסקו במתן שירות ישיר לאנשים המתמודדים עם מחלות נפש ממושכות (SMI) וקיימו עמם קשרים טיפוליים-שיקומיים במסגרות שיקום בקהילה (לוחות 1 ו-2).

הדיאדות ההדרכתיות: השתתפו במחקר 154 דיאדות של מדריכים ומודרכים, כולם אנשי מקצוע שעובדים בשירותי שיקום בקהילה בתחום בריאות הנפש. המדריכים מילאו שאלונים המתייחסים לקשר ההדרכתי בדיאדה הנחקרת, והמודרכים מילאו שאלונים המתייחסים גם לקשר ההדרכתי וגם לקשרים השיקומיים בעבודתם. המחקר נערך בדגימת קריטריון, ולפיכך נכללו בו רק הדרכות שמתקיימות יותר משלושה חודשים, שמפגשיהן אורכים לפחות שעה, בתדירות של אחת לשבועיים לפחות. כשלושה רבעים (74%) מההדרכות התקיימו בשירותי דיור בקהילה, והיתר בשירותי תעסוקה, חברה ופנאי ותיאום טיפול. רוב מפגשי ההדרכה בדיאדות שנחקרו התקיימו אחת לשבועיים (60%) או אחת לשבוע (38%). משך מפגש ההדרכה היה לרוב שעה (47%) או שעה וחצי (48%).

לוח 1: מאפייני רקע של המשתתפים במדגם (N = 308)

מודרך (N=154)		מדריך (N=154)			
%	N	%	N		
87.0	134	88.3	136	אישה	מין
13.0	20	11.7	18	גבר	
1.3	2	—	—	לימודי תעודה	השכלה
62.3	96	14.9	23	תואר ראשון	
36.4	56	83.8	129	תואר שני	
—	—	1.3	2	תואר שלישי	
76.0	117	68.2	105	עבודה סוציאלית	מקצוע
3.9	6	13.0	20	ריפוי בעיסוק	
7.1	11	7.1	11	פסיכולוגיה	
2.6	4	1.9	3	בריאות נפש קהילתית	
10.4	16	9.8	15	אחר	

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לעבודתו השיקומית של המודרך

לוח 2: מאפייני גיל וותק של המדריכים והמודרכים (N = 308)

	מודרך (N=154)			מדריך (N=154)			
	range	SD	M	range	SD	M	
	62-24	7.85	34.30	63-29	8.25	41.7	גיל
ותק במקצוע	3 חו' עד 23 שני'	4.86	5.17	1-39 שנים	7.57	13.38	
ותק בשיקום כבריאות הנפש	3 חו' עד 35 שני'	4.36	4.25	1.5-30 שנים	5.43	10.46	
ותק בהדרכה	—	—	—	6 חו' עד 30 שני'	5.85	8.62	
ותק בהדרכה בשיקום כבריאות הנפש	—	—	—	6 חו' עד 24 שני'	4.52	6.84	

חו' = חודשים; שני' = שנים.

כלי המחקר

שאלון מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי ושאלון מאפיינים התייחסותיים בעבודה שיקומית בגישת ההחלמה

שאלון שפיתחה פלד-אברם (2012) הבוחן את מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי. השאלון כולל גרסת מדריך וגרסת מודרך. ההיגדים בכלי נבנו לפי עולמות התוכן של מודל ההדרכה ההתייחסותית של פרולי-או'די וסרנט (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001): תכני ההדרכה, סמכות והדדיות בהדרכה ועמדת המדריך. שתי הגרסאות כוללות במקור 20 פריטים, בסולם ליקרט של 1-5 (כלל לא — במידה רבה מאוד). תוקף הכלי נבדק בידי 38 מדריכים. מדד עקיבות פנימית אלפא קרונבך 0.87 עבור נוסח מודרך ו-0.88 עבור נוסח מדריך (פלד-אברם, 2012). נמצאו עקיבויות משמעותיות: גרסת מדריך: $\alpha = .83$, גרסת מודרך ביחס להדרכה: $\alpha = .90$, גרסת מודרך ביחס לעבודה השיקומית: $\alpha = .83$. ציון השאלון הורכב מממוצע הפריטים באופן שציון גבוה יותר מייצג יישום רב יותר של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי או בעבודה השיקומית.

השאלון בגרסת המדריך כולל פריטים כגון: "אני נוטה לחלוק עם המודרך רגשות שעולים בי בקשר ליחסים בינינו" ו"אני מתייחס אל המודרך כאל שותף מלא בתהליך הבנת המצב הטיפולי שעליו הוא מקבל הדרכה". בגרסת המודרך מנוסחים פריטים אלו כך: "המדריך נוטה לחלוק עמי רגשות שעולים בו בקשר ליחסים בינינו" ו"המדריך מתייחס אליי כשותף מלא בתהליך הבנת המצב הטיפולי שעליו אני מקבל הדרכה". במחקר הנוכחי המדריך מילא את השאלון ביחס לקשר ההדרכתי והמודרך מילא את השאלון פעמיים, הן ביחס לקשר ההדרכתי והן ביחס לקשרים השיקומיים (בהסכמת מפתחת השאלון הוסב השאלון מהדרכה לטיפול שיקומי). לפיכך, בשאלון על הקשרים השיקומיים הוחלפו המילים "מדריך/מודרך" ל"מטפל שיקומי/מתמודד".

שאלון מסוגלות עצמית של המודרך (CASES – Counselor Activity Self-Efficacy Scales)

כלי שפיתחו לנט ועמיתים (Lent, Hill, & Hoffman, 2003; Lent et al., 2006), הבוחן את תפיסת המסוגלות העצמית ואת מידת הביטחון המקצועי של מטפלים ביחס ליכולותיהם המקצועיות. הכלי מורכב מ-41 פריטים, בסולם ליקרט של 0–9 (לא חש בטוח כלל – חש ביטחון מלא). אלפא קרונבך נמצאה 0.95. הציון הורכב מממוצע הפריטים באופן שציון גבוה יותר מייצג מסוגלות עצמית רבה יותר. המודרך מילא שאלון זה ביחס לעבודתו השיקומית.

השאלון כולל פריטים שבהם נשאל המודרך על מידת הביטחון שחש ביכולתו להשתמש במיומנויות מקצועיות בשלושה תחומים: מיומנויות טיפול, מיומנויות ניהול פגישה ומיומנויות ניהול מצבים מורכבים בטיפול. להלן כמה דוגמאות לפריטים אלו: שיקוף רגשי, מתן מידע ושיתוף ברגשות שעולים בקשר (מיומנויות טיפול), תגובה מתאימה למה שהמתמודד זקוק באותו רגע, עזרה למתמודד לחקור את מחשבותיו, רגשותיו ופעולותיו (מיומנויות ניהול פגישה) והתמודדות עם מתמודד שחווה לאחורונה אירוע טראומטי או שמתמודד עם סוגיות שהמודרך עצמו מתמודד עמן (מיומנויות ניהול מצבים מורכבים).

שאלון הברית ההדרכתית (WAI – Supervisory Working Alliance Inventory)

שאלון שפיתחה בהריק (Bahrack, 1990) ובוחן את עוצמת הברית ההדרכתית בשלושה מרכיבים: הסכמה על מטרות ההדרכה (goals), הסכמה על משימות ההדרכה (tasks) וקשר רגשי בין המדריך למודרך (emotional bond). הכלי נבנה על בסיס שאלון למדידת הברית הטיפולית שפיתחו הורבט וגרינברג (WAI – Horvath & Greenberg, 1986, 1989) וכולל שתי גרסאות: גרסת מדריך (WAI-S) וגרסת מודרך (WAI-T). הכלי מורכב מ-36 פריטים בסולם ליקרט של 1–7 (אף פעם – תמיד). מדד עקיבות פנימית אלפא קרונבך נמצא 0.91 לכל הסולמות (Ladany & Friedlander, 1995). המדריך והמודרך מילאו את השאלון ונמצאו עקיבות פנימיות טובות, מדריך: $\alpha = .92$ ומודרך: $\alpha = .95$. דוגמה לפריטים מתוך גרסת השאלון למדריך: "המודרך ואני עובדים במשותף להשגת מטרות מוסכמות בינינו" ו"כתוצאה ממפגשי ההדרכה, יותר ברור למודרך כיצד לשפר את המיומנויות המקצועיות שלו". אותן שאלות מופיעות באופן הבא בגרסת המודרך: "המדריך ואני עובדים במשותף להשגת מטרות מוסכמות בינינו" ו"כתוצאה ממפגשי ההדרכה, יותר ברור לי כיצד לשפר את המיומנויות המקצועיות שלי".

שאלון מרכיבים טיפוליים בעבודה שיקומית בבריאות הנפש (STAR – Scale of Therapeutic Relationship in Community Psychiatry)

שאלון שפיתחו מקגוויר-סניקוס ועמיתים (McGuire-Snieckus et al., 2007) לבדיקת

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לעבודתו השיקומית של המודרך

מרכיבים טיפוליים בעבודה שיקומית בכריאות הנפש וכו' שלושה סולמות: שיתוף פעולה חיובי (שישה פריטים), קשיים רגשיים (שלושה פריטים) ותשומות חיוביות של המטפל (שלושה פריטים). נמצאה עקיבות פנימית טובה $\alpha = .80$. השאלון כולל פריטים כגון: "למתמודד ולי יש ציפיות דומות לגבי ההתקדמות שלו בתהליך השיקומי" ו"אני מתקשה להרגיש אמפתיה ולהתחבר לבעיות של המתמודד". המודרך מילא את השאלון ביחס לקשריו השיקומיים.

הליך המחקר

המשתתפים גויסו באמצעות פנייה ישירה (של הכותבת הראשונה) למדריכים בשירותי שיקום בכריאות הנפש וכן באמצעות פנייה לפורומים שונים של מדריכים ולבוגרי קורסי הדרכה בבית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בכריאות הנפש, בקריה האקדמית אונו. מדריכים שהביעו הסכמה להשתתף במחקר, נתבקשו לבדוק את הסכמתו של אחד ממודרכיהם למסירת פרטים ליצירת קשר, לצורך בדיקת הסכמתו להשתתף במחקר. דיאדות של מדריכים ומודרכים, ששני המשתתפים בהן הביעו הסכמה להשתתף במחקר, התבקשו למלא טופס הסכמה מדעת שכלל הסבר שהשאלון הוא למטרת מחקר בלבד ושההשתתפות היא רשות בלבד ואפשר להפסיקה בכל שלב. הנתונים נאספו תוך שמירה מרבית על סודיות וכן הוקפד על הפרדה בין המדריך והמודרך, באמצעות פנייה נפרדת ואיסוף שאלונים בנפרד ובאופן ישיר מכל אחד מהם. הודגש לפני המשתתפים בכתב ובעל פה כי לא יימסר מידע לשותף השני בדיאדה ולממונים במקום העבודה. מלבד מודרכת אחת שבחרה שלא להשתתף לאחר הסכמה ראשונית, כל יתר המשתתפים מילאו והחזירו את השאלונים, 308 שאלונים בסך הכול.

עיבוד הנתונים

עיבוד הנתונים נערך באמצעות SPSS גרסה 22. בפתח עיבוד הנתונים תוארו מאפייני הרקע הכלליים והמקצועיים של המדריכים והמודרכים באמצעות שכיחויות ואחוזים, ממוצעים וסטיות תקן. נבדקו עקיבויות פנימיות למשתני המחקר והוגדרו המשתנים מתוך ממוצעי הפריטים. נבחנו ממוצעים וסטיות תקן למשתני המחקר, וחושבו מתאמי פירסון ביניהם. השערות המחקר נבחנו בעזרת רגרסיות היררכיות מרובות, תוך בקרה על ותק המודרך, שנמצא קשור למשתני המחקר התלויים. מובהקויות לקשרי תיווך נבחנו בעזרת פרוצדורות Mediate ו-Bootstrapping (Preacher & Hayes, 2004; Shrout & Bolger, 2002).

ממצאים

המצאים בלוח 3 מלמדים כי מאפיינים התייחסותיים מיושמים באופן בינוני בלבד בשיקום בבריאות הנפש עבור המדריך והמורדך כאחד, בהדרכה ובעבודה השיקומית. הברית ההדרכתית נתפסה כגבוהה בידי המדריך והמורדך כאחד, וכן תפיסת המסוגלות העצמית בידי המורדך. נמצא קשר חיובי מובהק אך בינוני בעוצמתו בין דיווח המדריך לבין דיווח המורדך על יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי. קשר חיובי מובהק וגבוה נמצא עבור דיווח המורדך בין יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לבין יישומם בעבודה השיקומית. יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי, על פי תפיסת המורדך, נמצא בקשר חיובי עם תפיסתו את הברית ההדרכתית, מסוגלות עצמית, והמשתנים התלויים. קשר חיובי אף נמצא בין מסוגלות עצמית ליישום מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית.

לוח 3: ממוצעים, סטיות תקן, ומתאמים בין משתני המחקר (N=154)

	.6	.5	.4	.3	.2	SD	M	
1. מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי (מדריך) (טווח 1-5)	.20*	.08	.15	.39***	.32***	0.48	3.34	
2. מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי (מורדך) (טווח 1-5)	.61***	.30***	.34***	.06	-	0.70	2.84	
3. ברית הדרכתית (מדריך) (טווח 1-7)	-.06	.10	.14	-	-	0.45	6.00	
4. ברית הדרכתית (מורדך) (טווח 1-7)	.11	.22**	-	-	-	0.73	5.81	
5. מסוגלות עצמית (מורדך) (טווח 0-9)	.41***	-	-	-	-	0.92	6.84	
6. מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית (מורדך) (טווח 1-5)	-	-	-	-	-	0.48	3.06	

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לעבודתו השיקומית של המודרך

תיווך – תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך

כדי לבחון אם תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך מתווכת בקשר שבין יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לבין יישומם בעבודה השיקומית, נערכו שני סטים נוספים של רגרסיות היררכיות (לוח 4). בשלב ראשון שימשה תפיסת המסוגלות העצמית (המשתנה המתווך) כמשתנה תלוי ונמצא כי תפיסתה בידי המודרך מוסברת על ידי תפיסתו את מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי. בשלב שני נמצאה תפיסת המסוגלות העצמית קשורה באופן מובהק ליישום מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית. לפיכך, תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך עשויה לתווך בין תפיסתו את מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לבין יישומם בעבודה השיקומית.

קשר תיווך אפשרי זה נבחן בעזרת פרוצדורות Mediate ו-Botstrapping (Preacher & Hayes, 2004; Shrout & Bolger, 2002) ונמצא מובהק: ככל שמידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי נתפסה בידי המודרך כגבוהה יותר, כך הייתה תפיסת המסוגלות העצמית שלו רבה יותר, ואזי מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית גבוהה יותר ($Z = 2.20, p = .03$). מכאן, שכלל שהמודרך תפס את מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים בהדרכה כרבה יותר, כך הייתה תפיסת המסוגלות העצמית שלו גבוהה יותר, ואזי הייתה מידת היישום של מאפיינים התייחסותיים שלו בעבודה השיקומית רבה יותר.

לוח 4: רגרסיות מרובות לבחינת קשר התיווך על ידי תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך (N=154)

מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית	מסוגלות עצמית (מודרך)	
β	β	
.16***	.37***	ותק המודרך בשיקום בבריאות הנפש
.53***	.24**	מאפיינים התייחסותיים – מודרך
-.01	-.03	מאפיינים התייחסותיים – מדריך
.19**	-	מסוגלות עצמית – מודרך
.44***	.20***	ADJ. R^2
$F(4,149) = 31.00$	$F(3,150) = 14.00$	F

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $P < .001$

תיווך – הברית ההדרכתית

כדי לבחון האם תפיסת הברית ההדרכתית מתווכת בקשר שבין יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לבין יישומם בעבודה השיקומית, נערכו שני סטים של

עמית ימין, חנוך ירושלמי, דיוד רועה ואוריה תשבי

רגרסיות היררכיות (לוח 5). בשלב ראשון שימשה הברית ההדרכתית (המשתנה המתווך) כמשתנה תלוי ונמצא כי תפיסתה בידי המודרך או המדריך מוסכרת בתפיסתו (בהתאמה) את יישום המאפיינים ההתייחסותיים בקשר ההדרכתית. אולם בשלב בשני לא נמצאה הברית ההדרכתית קשורה באופן מובהק ליישום מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית. לפיכך, הברית ההדרכתית אינה מתווכת בין יישום מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתית לבין יישום בעבודה השיקומית.

לוח 5: רגרסיות מרובות לבהינתן קשר התיווך על ידי תפיסת הברית ההדרכתית
(N = 154)

מאפיינים התייחסותיים בעבודה השיקומית β	ברית הדרכתית מדריך β	ברית הדרכתית מודרך β	
.24***	.05	.06	ותק המודרך בשיקום בבריאות הנפש
.60***	-.08	.32***	מאפיינים התייחסותיים – מודרך
.04	.41***	.04	מאפיינים התייחסותיים – מדריך
.07	–	–	ברית הדרכתית – מדריך
-.08	–	–	ברית הדרכתית – מודרך
.43***	.14***	.11***	Adj. R ²
F(5,148) = 24.41	F(3,150) = 9.65	F(3,150) = 7.06	F

* p < .05 ** p < .01 ***p < .001

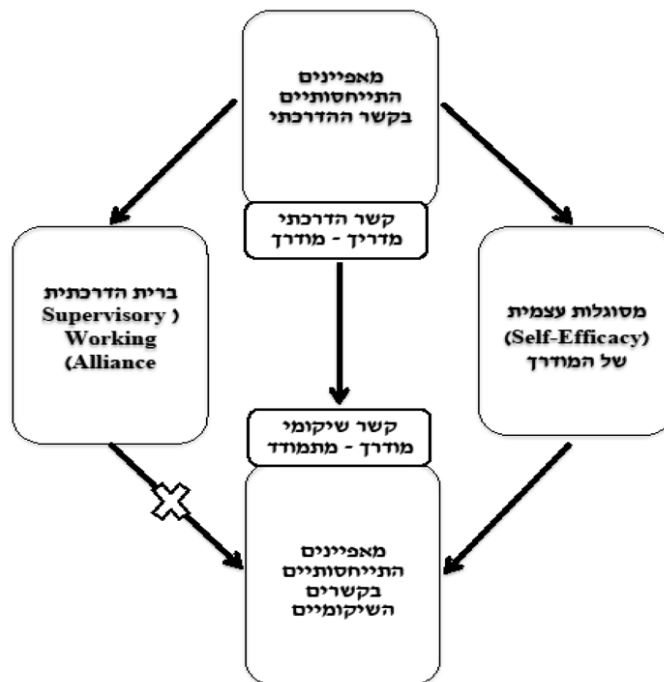
לאור ממצאים אלו גובש המודל המוצג להלן בתרשים 1.

דיון

לאור הדמיון בערכים ובעקרונות הפעולה של גישת ההחלמה והגישה ההתייחסותית, שוער שבקשרי ההדרכה בשיקום בבריאות הנפש, שתפקידם ללמד ולהדגים קשר שמושגת על הדדיות, מעורבות ושותפות, תמצא שכיחות גבוהה של מאפיינים

תרומת מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי לעבודתו השיקומית של המודרך

תרשים 1: מודל המחקר – ממצאים מרכזיים



התייחסותיים. שלא כהשערה זו, נמצא כי שכיחותם של מאפיינים התייחסותיים בקשרים ההדרכתיים שנחקרו היא בינונית בלבד, הן על פי דירוג המדריך והן על פי דירוג המודרך. הסבר אפשרי לכך הוא מיעוט המודלים והכלים המוסכמים הקיימים להדרכה בשיקום בבריאות הנפש, הנובע מ'צעירותו' של התחום. הפער בין התפתחותן המואצת של פרקטיקות מקדמות החלמה להתפתחות ההדרכה בתחום מוכר מתחומי טיפול נוספים שבהם התפתח מודל הדרכה רק כשני עשורים לאחר התפתחות המודל הטיפולי (Frawley-O'Dea & Frawley-O'Dea, 2003; Sarnat, 2001; Stern, 1997). המחסור במודלים של הדרכה בשיקום בבריאות הנפש גורם ככל הנראה לא רק לשונות, להעדר אחידות ולחסר בקווים מנחים, אלא אף להמשך השימוש בדגמי הדרכה ועבודה שיקומית שלעיתים אינם תואמים את ערכי גישת ההחלמה (Hamm et al., 2016; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015; Slade et al., 2014). על פי ממצא זה יש צורך בפיתוחם של דגמי הכשרה והדרכה אשר מלמדים ומדגימים קשר שיקומי המושתת על ערכים אלו, בהיותם מרכיב חיוני בהטמעת פרקטיקות שיקומיות מקצועיות. בהעדר דגש על פיתוח קשר שיקומי מקדם החלמה,

עלולות פרקטיקות אלו להפוך ל'טכניקות' ריקות מתוכן (Buck et al., 2015; Garber- Epstein, Yamin, & Roe, 2013; Mueser, 2012).

השערת המחקר הראשונה אוששה במלואה. נמצא כי ככל ששכיחותם של מאפייני קשר התייחסותיים רבה יותר בקשר ההדרכתי, כך היא רבה יותר בקשרים השיקומיים, בתפיסת המודרך. עם זאת, לא נמצא קשר מובהק בין דיווחי המודרך לדיווחי המדריך. הקשר המובהק שנמצא בין שכיחותם של מאפיינים התייחסותיים בשני המרחבים, הדרכה וטיפול, מבסס את הטענה שפעולות הדרכתיות בעלות אופי התייחסותי, שבהן המדריך מעורב רגשית ומקדם דיאלוג פתוח בינו לבין המודרך, הן מקור עשיר ללמידה וחקי עבור המודרך ומובילות לכך שיעביר וישם אותן בעבודתו הטיפולית.

ממצא זה תומך בהבנות התיאורטיות הקיימות בדבר חשיבותה של הדרכה התייחסותית בלימוד מאפייני קשר רצויים (Berman, 1997; Frawley-O'Dea, 2003; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; McKinney, 2000; Sarnat, 2012; Yerushalmi, 2010). כמו כן, הוא עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שתיארו את השפעתה החיובית של הכשרה המתמקדת במיומנויות קשר על עבודתו של המטפל, דוגמת הכשרת AFT (Alliance Focused Training), שהתמקדה בלימוד והדגמה של מרכיבי קשר התייחסותי בקרב מטפלים שעבדו עם פרוטוקול של CBT (Safran & Kraus, 2014). נמצא שהכשרה במודל AFT שיפרה את יכולתם של מטפלים שהשתתפו בהכשרה לקחת חלק ביחסים הטיפולים בדרך יותר אישית ומעורבת, לעומת אלו שלא עברו הכשרה (Safran & Kraus, 2014). ממצאי המחקר מחזקים את חשיבות המימון בלימוד והדגמה של מיומנויות בין-אישיות מורכבות ותומכים בתפיסה כי אין תחליף להתנסות בקשר הדרכתי שמדגים מיומנויות קשר רצויות, שכן באמצעותו רוכשים מטפלים מומחיות וביטחון בהפעלת מיומנויות קשר אלו בעבודתם המקצועית (Cabaniss, Cherry, Douglas, & Schwartz, 2011; Safran & Muran, 2000, 2001; Sarnat, 2012).

במחקר נבחנו אופני ההעברה של מאפייני קשר רצויים מההדרכה אל העבודה השיקומית, כדי לתרום להבטחת איכות ההדרכה ולהשגת מטרותיה. נמצא שתיווך בין הקשר ההדרכתי לקשרים השיקומיים מתקיים באופן מובהק באמצעות חיזוק המסוגלות העצמית של המודרך, שהוא מרכיב קוגניטיבי תוך-אישי המתגבש אצל המודרך בעזרת ההדרכה. לעומת זאת, לא נמצא שהברית ההדרכתית, שהיא מרכיב רגשי בין-אישי, מתווכת בין הקשר ההדרכתי לקשרים השיקומיים. קשרי תיווך אלו לא נחקרו בעבר, ככל הידוע, הן בהקשר של הדרכה התייחסותית והן בהקשר של הדרכה שיקומית בבריאות הנפש. אישוש קשר התיווך באמצעות חיזוק תפיסת המסוגלות העצמית הוא חידוש תיאורטי חשוב, היות שככל הידוע, לראשונה מתואר מנגנון מרכזי שבאמצעותו מועברים מאפייני קשר רצויים מההדרכה אל עבודתו השיקומית של איש המקצוע. מנגנון העברה זה מצביע על כך שמסוגלות עצמית מהווה מעין "צינור" להעברה

פרקטיקה בין-אישית רצויה מההדרכה לקשר השיקומי: לא זו בלבד שהעלאת מסוגלות עצמית של המודרך מתרחשת באמצעות מאפיינים התייחסותיים, אלא שחיזוקה תורם במישרין להעברת מאפיינים התייחסותיים אלו מההדרכה לעבודה השיקומית. מי שמושפע בפועל ממאפייני הקשר ההתייחסותיים בהדרכה הוא המודרך, אך הוא מעביר השפעה זו אל הקשר השיקומי, ובכך מושפע גם המטופל, מקבל השירות. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים בתחום הפסיכותרפיה המדגישים את השפעתה המכרעת של תפיסת המסוגלות של המודרך על ביצוע משימות מקצועיות מורכבות. לפיכך, מטרה עיקרית בהדרכה בשיקום פסיכיאטרי, כך נראה, צריכה להיות חיזוק תפיסת המסוגלות והביטחון המקצועי של המודרך, לצד מטרות של הקניית ידע ומיומנויות חשובות (Kozina et al., 2010; Larson et al., 1992; Tompkins, 2013).

נציע להלן הסבר לשאלה כיצד מאפיינים התייחסותיים בקשר ההדרכתי תורמים להעלאת המסוגלות של המודרך. הסבר זה מבוסס על מרכיב מרכזי בהדרכה התייחסותית: התייחסות המדריך למודרך כאל בעל ידע ייחודי ונכונותו להכיר בחשיבות ההשפעה ההדדית שמתקיימת בינו לבין המודרך. מדריכים בגישה זו מאמינים שמומחיותו של המדריך אינה נגזרת רק מהידע שברשותו או ממומחיותו בטכניקה מסוימת, אלא אף מנכונותו להעמיד ידע זה לחקירה משותפת עם המודרך, שנתפס כבעל ידע ייחודי הנובע מניסיון חייו ומהתנסויותו הטיפוליות (ימין ומתן, 2013; ירושלמי, 2014; ירושלמי ובלוש-קליינמן, 2013; תשבי, 2011). חקירה משותפת של שני סוגי הידע, זה שבידי המדריך וזה שבידי המודרך, לא רק שמאפשרת המשגה והבניה משותפת של משמעויות המעשה הטיפולי וההדרכתי, אלא אף מסייעת למודרך לחוש שהידע שלו בעל ערך ושדעתו נשמעת ובעלת השפעה.

זאת ועוד, בין המדריך והמודרך מתקיים משא ומתן מתמשך על פרשנויות, קונפליקטים ואי-הסכמות, אשר מאפשר למודרך לראות כיצד המדריך בונה רעיונות משלו, לקבל ביקורת בונה ולשלב רעיונות של שניהם אל תוך תפיסה עצמאית משלו. דיאלוג זה מסייע למודרך לגבש תפיסה עצמית מקצועית ברורה יותר וללמוד עם הזמן לסמוך על עצמו כבעל מקורות ידע פנימיים, שהתגבשו והתבססו באמצעות דיאלוג עם המדריך (Davys & Beddoe, 2009; Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001; McKinney, 2000; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011; Yerushalmi, 2014).

כמו כן, מדריכים בגישה התייחסותית מכירים בהשפעה ההדדית בינם ובין המודרכים שלהם, באופן שתורם לתפיסת המודרכים את עצמם כבעלי יכולת וידע וכמסוגלים לבצע משימות מקצועיות מאתגרות ומורכבות. נכונות המדריך להכיר בהשפעה ההדדית שבקשר מעוגנת בהנחה התיאורטית שכל אדם מרגע לידתו שואף להשפיע על זולתו ולהיות מושפע ממנו, ובהבנה שהשפעה הדדית זו תורמת להתפתחות "מרכז עצמי" (center of self) מובחן ובשל (Benjamin, 1990; Frawley-

1988; Mitchell, 2001; O'Dea & Sarnat, 2001). בהדרכה התייחסותית מוכן המדריך 'להינגע' ולהיות מושפע מהמודרך, והדבר בא לידי ביטוי בדיאלוג פתוח על היחסים ביניהם וכן בהבניה משותפת של משמעויות והתערבויות טיפוליות. מודרך שחש שביכולתו להשפיע על דעותיו של המדריך וכן לעצב רעיונות והמשגות משלו, כאיש מקצוע בעל דעה ולא רק כתלמיד שסופג ומיישם רעיונות של המדריך, מפתח עם הזמן "מרכז עצמי" מקצועי מובחן ותופס עצמו כקומפוטנטי.

לעומת משתנה המסוגלות העצמית של המודרך, שנמצא מתווך בין שכיחותם של מאפיינים התייחסותיים בהדרכה ובעבודה השיקומית, על פי דיווחי מודרכים, משתנה הברית ההדרכתית לא נמצא מתווך בין משתנים אלו. אף שדירוגי הברית ההדרכתית שהתקבלו מהמדריכים והמודרכים היו גבוהים מאוד, ולמרות הקשר המובהק שנמצא בין מאפיינים התייחסותיים וברית חזקה בהדרכה, השערת התיווך על ידי הברית לא אוששה, בניגוד להשערת המחקר. הסבר אפשרי אחד הוא שהציונים הגבוהים שהתקבלו עבור ברית ההדרכה, הן מהמדריכים והן מהמודרכים, הקשו על הערכת תרומתה של הברית למשתני התוצאה. אך מעבר לכך, נראה שיש הסבר נוסף, הקשור ליכולתה המוגבלת של הברית, בהגדרתה הקלסית, לשקף תהליכי הדרכה.

על אף חשיבותה של ברית הדרכתית לביסוס קשר הדרכתי, מתחזקת בשנים האחרונות ההבנה שמדידת הברית בצורה המקובלת (הסכמה על מטרות, משימות וקשר רגשי חם) אינה מספיקה לניטור והבנה של תהליכים שמתרחשים בטיפול ובהדרכה, שכן מדידה זו מניבה תמונה שטחית וסטטית המודדת מרכיבים כלליים בלבד ואינה 'תופסת את התמונה כולה' (Doran, 2016; Muran & Safran, in press; Safran & Kraus, 2014). כך למשל, פריטים המודדים הסכמה בהדרכה, כגון: "אנו מסכימים על מה שחשוב שאעבוד עליו" או "המדריך ואני מסכימים לגבי הדברים שעליי לעשות בהדרכה" (Supervisory Working Alliance Inventory) (Bahrck, 1990), עשויים אומנם להניב תשובה שהמודרך אכן 'מסכים' עם המדריך, אך אינם נותנים שום מידע על האופן שבו הושגה הסכמה זו, כגון: האם התקיים דיאלוג על הגדרת מטרות אלו בטרם הושגה הסכמה? האם המודרך כלל נשאל לדעתו או הוזמן להביעה? ואם כן, האם חש בנוח להביע עמדה שונה או מנוגדת לזו של המדריך? והאם התקיים תהליך כן והדדי של חשיבה בטרם הושגה הסכמה?

התפיסה העדכנית את יכולתה המוגבלת של הברית לשקף ולנטר תהליכים בטיפול והדרכה, מובילה חוקרים למסקנה שיש לזנוח את הגדרתו הישנה של בורדין (Bordin, 1979; 1983), לטובת הגדרה מחודשת, הכוללת מדדי קונפליקט ולא רק מדדי הסכמה, ומאפשרת בחינה של מנגנונים ספציפיים המתקיימים בקשר הטיפולי ומקדמים שינוי והתפתחות (Doran, 2016). מחקרים שנובעים מתפיסה חדשה זו, המכונים מחקרי "דור שני" של הברית הטיפולית, מגדירים את הברית כ"תהליך מתמשך של משא ומתן

אינטר-סובייקטיבי, שהקרעים בו מהווים הזדמנות לשינוי משמעותי" (Muran & Safran, in press, p. 1). על פי הגדרה זו, ברית הדרכתית שיש בה הזמנה של המדריך למשא ומתן מתמשך, לאו דווקא מתוך שאיפה להגיע להסכמה, מהווה הזדמנות לצמיחה והתפתחות, מנבאת תוצאות טיפול טובות יותר ואף מובילה להתפתחות מבנים קוגניטיביים ורגשיים חדשים אצל המודרך (Doran, 2016; Doran, Safran, Waizmann, Bolger, & Muran, 2012; Safran & Kraus, 2014; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2011; Zarbock, Drews, Bodansky, & Dahme, 2009). לסיכום, נמצא ששימוש נרחב במאפייני קשר התייחסותיים בהדרכה, שדומים ומקבילים למאפיינים מרכזיים בגישת ההחלמה בבריאות הנפש, מוביל לשימוש דומה של המודרך בקשריו השיקומיים. נמצא שהעברה זו מתרחשת באמצעות ערוץ מרכזי של חיזוק תפיסת המסוגלות העצמית של המודרך, אך אינה מתרחשת באמצעות חיזוק הברית ההדרכתית. מסקנות אלו מוסיפות נדבך נוסף לידע התיאורטי והמחקרי המתגבש על הדרכה בשיקום בבריאות הנפש, שנמצא בראשיתו וזקוק להמשך חקירה והעמקה. מחקר זה, ששאל ידע מתחום הטיפול ההתייחסותי, מצטרף למחקרים שמציעים לעשות שימוש בידע מתחומים משיקים, כדי לפתח ולגבש את תחום ההדרכה בשיקום בבריאות הנפש. ממצאי המחקר תורמים לגיבוש ידע על הדרכה מקצועית בגישת ההחלמה ואף עשויים להעשיר את הידע על הדרכה בתחומי טיפול וסיוע משיקים.

מגבלות המחקר

אופן גיוס המשתתפים: המודרכים במחקר גויסו בידי מדריכיהם ולא נדגמו באופן אקראי בידי החוקרת, ולפיכך מידת ההכללה של ממצאי המחקר מוגבלת. ייתכן שגיוס המודרכים בידי המדריכים הביא להטיה מסוימת בבחירת דיאדות הדרכה בעלי קשרי הדרכה חזקים, המשקפים רק באופן חלקי את המצב הקיים בשדה.

המשתתפים במחקר: הקשר ההדרכתי נבחן הן מנקודת מבטם של המדריך והן של המודרך, אך הקשר השיקומי נבחן רק מנקודת מבטו של המודרך ולא של המתמודד, דבר שיוצר מגבלה מסוימת בהקבלה של שני סוגי מפגש אלה.

דיווח סובייקטיבי: המחקר נשען על דיווח עצמי של המדריך והמודרך, באמצעות איסוף נתונים הבודקים את תפיסותיהם ותחושותיהם מנקודת ראות סובייקטיבית בלבד. חלק ממשנני המחקר אומנם מחייבים בדיקה סובייקטיבית (כגון תפיסת מסוגלות עצמית), אך ייתכן שאפשר היה לתקף חלק ממשנני המחקר (כגון מאפיינים התייחסותיים)

באמצעות הערכות אובייקטיביות משלימות, כגון תצפית או הקלטה של מפגשי הדרכה ומפגשים שיקומיים וקידודם על פי קריטריונים אובייקטיביים (Watkins, 2012). שימוש באמצעים כגון אלו היה עשוי להניב מידע אובייקטיבי יותר על המתרחש בפועל בהדרכות ובקשרים השיקומיים.

השלכות והמלצות להמשך

ממצאי המחקר עולה כי יש לראות את הקנייתן של מיומנויות קשר כיעד מרכזי וחיוני בהדרכה, שכן הן מהוות את ליבת עבודתו של איש המקצוע. כמו כן, הממצאים מובילים להמלצה להטמיע מאפיינים התייחסותיים בהדרכה, כדי שמודרכים יוכלו לעשות בהם שימוש בעבודתם השיקומית, באמצעות התנסות בהם בקשר עם המדריך. בנוסף, ההבנה שעלתה ממצאי המחקר, שחזיון מסוגלות באמצעות הדרכה בעלת מאפיינים התייחסותיים מהווה מרכיב מפתח ביישום מאפייני קשר אלו בעבודה טיפולית-שיקומית, מצביעה על הצורך להציב את העלאת המסוגלות העצמית של המודרכים בין יעדי ההדרכה המרכזיים. על בסיס ממצאים אלה מומלץ לבנות מודלים ייחודיים, מבוססי מחקר, של הדרכה המדגישה קשרים הדדיים וחלוקה מאוזנת יותר של סמכות. כדי לקדם פיתוח והטמעה של מודלים אלו, חשוב לפתח סולמות הערכה (fidelity scales) שביכולתם למדוד יישומם של מודלים אלו ולסייע בניטור איכות ההדרכה. נוסף על ההמלצות היישומיות, ממצאי המחקר עשויים לסייע בהמשך יצירה וחזיון של חיבורים תיאורטיים, מחקריים ויישומיים נוספים בין הגישה ההתייחסותית וגישת ההחלמה. חיבורים אלו עשויים לצמצם את הפער שבין עקרונות גישת ההחלמה ובין יישומם כיום, הן בהדרכה שאמורה להקנות מיומנויות קשר רצויות והן בעבודה השיקומית. כמו כן, ממצאים אלו עשויים להעשיר את תחום הטיפול וההדרכה ההתייחסותיים וכן תחומי טיפול נושקים. לצורך כך, מומלץ להשוות את ממצאי המחקר, שנערך בתחום ההדרכה בשיקום פסיכיאטרי, להדרכה בתחומי טיפול נוספים. כמו כן, מומלץ להעמיק ולחקור את תרומתה של תפיסת המסוגלות העצמית, לא רק למודרך, אלא אף למטופל, וכן להעמיק את ההבנה כיצד התנסות בקשר שיקומי בעל מאפיינים התייחסותיים יכולה לתרום לחזיון מסוגלות זו ולקידום תהליכי שיקום והחלמה.

- בלוש-קליינמן, ו. (2013). ייחודיות ההדרכה בשיקום מכוון החלמה, בתוך: ח. ירושלמי וו. בלוש-קליינמן (עורכים), *הדרכה בשיקום מכוון החלמה*. קריית אונו: הוצאת הקריה האקדמית אונו, 11–40.
- ימין, ע. ומתן, א. (2013). אבני היסוד בעבודת המדריך ויישומן בהדרכה בשיקום בכריאות הנפש – הלכה ומעשה. בתוך: ח. ירושלמי וו. בלוש-קליינמן (עורכים), *הדרכה בשיקום מכוון החלמה*. קריית-אונו: הוצאת הקריה האקדמית אונו, 83–102.
- ימין, ע., רועה, ד., יאנוס, פ. ט. וליסאקר, פ. ה. (2012). התערבות קבוצתית להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות. *שיחות, כ"ו*(3), 278–290.
- ירושלמי, ח. (2014). מפגשי הדרכה בין סובייקטיביים. *חברה ורווחה, לד*(1), 9–26.
- ירושלמי, ח. ובלוש קליינמן, ו. (2013). *הדרכה בשיקום מכוון החלמה*. קריית-אונו: הוצאת הקריה האקדמית אונו.
- פלד-אברם, מ. (2012). *הדרכה על טיפול בטראומה: תרומתם של מאפייני ההדרכה והמדריך ותפקודם האישי והמקצועי של מודרכים*. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- תשבי, א. (2011). *התפתחות 'עצמי מקצועי' בתוך קשר – המודל ההתייחסותי בהדרכה*. *שיחות, כ"ו*(1), 37–46.
- Allan, S. (2017). Early intervention in first episode psychosis: A service user's experience. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 234–235. doi: 10.1093/schbul/sbv227
- Angus, L., & Kagan, F. (2007). Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: Implications for psychotherapy supervision, practice and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 371–377. doi: 10.1037/0033-3204.44.4.371
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–23. doi: 10.1037/h0095655
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., & Farkas, M. D. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39, 101–114. doi:10.1023/A:1022601619482
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bahrack, A. S. (1990). Role induction for counselor trainees: Effects on the supervisory working alliance. *Dissertation Abstracts International*, 51, 1484B (University Microfilms No. 90-14, 392).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*. New York, NY: Pantheon.
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33–46. doi: 10.1037/h0085258
- Berman, E. (1997). Psychoanalytic supervision: The intersubjective development. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 273–290. doi: 10.1516/0020757001599762

- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Binder, J. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 19*, 705–719. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00078-6
- Bogo, M., & McKnight, K. (2005). Clinical supervision in social work: A review of the research literature. *The Clinical Supervisor, 24*, 49–67. doi: 10.1300/J001v24n01_04
- Bogo, M., & Vayda, E. (1998). *The practice of field instruction in social work* (2nd ed.). Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist, 11*, 35–41. doi: 10.1177/0011000083111007
- Buck, K. D., Buck, B. E., Hamm, J. A., & Lysaker, P. H. (2015). Martin Buber and evidence-based practice: Can the lion really lie down with the lamb? *Psychosis, 8*, 1–10. doi: 10.1080/17522439.2015.1055783
- Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., & Schwartz, A. R. (2011). *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual*. West Sussex, England: Wiley.
- Cashwell, T. H., & Dooley, K. (2001). The impact of supervision on counselors' self-efficacy. *The Clinical Supervisor, 20*, 39–47. doi: 10.1300/J001v20n01_03
- Cohen, L. J. (1994). Psychiatric hospitalization as an experience of trauma. *Archives of Psychiatric Nursing, 8*, 78–81. doi: 10.1016/0883-9417(94)90037-X
- Daniels, J. A., & Larson, L. M. (2001). The impact of performance feedback on counseling self-efficacy and counselor anxiety. *Counselor Education and Supervision, 41*, 120–130. doi: 10.1002/j.1556-6978.2001.tb01276.x
- Davys, A.M., & Beddoe, L. (2009). The reflective learning model: Supervision of social work students. *Social Work Education, 28*, 919–933. doi: 10.1080/02615470902748662
- Deegan, P. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist, 18*, 301–313. doi: 10.1080/08873267.1990.9976897
- Deegan, P. E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health: A Journal of Psychosocial Practice & Research, 17*, 5–21. doi: 10.1300/J004v17n03_02
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research, 26*, 146–163. doi: 10.1080/10503307.2014.954153
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The alliance negotiation scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research, 22*, 710–719. doi: 10.1080/10503307.2012.709326
- Drake, R. E., & Deegan, P. E. (2009). Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services, 60*, 1007. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1007
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry, 6*, 4–10.
- Finaret, A. E., & Shor, R. (2006). Perceptions of professionals about the nature of rehabilitation relationships with persons with mental illness and the dilemmas and conflicts that characterize these relationships. *Qualitative Social Work, 5*, 151–166. doi: 10.1177/1473325006064252

- Frawley-O'Dea, M. G. (2003). Supervision is a relationship too: A contemporary approach to psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 13, 355–366. doi: 10.1080/10481881309348739
- Frawley-O'Dea, M. G., & Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Fukui, S., Rapp, C. A., Goscha, R., Marty, D., & Ezell, M. (2014). The perceptions of supervisory support scale. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 353–359. doi: 10.1007/s10488-013-0470-z
- Ganzer, C., & Ornstein, E. D. (2004). Regression, self-disclosure and the teach or treat dilemma: Implications of a relational approach for social work supervision. *Clinical Social Work Journal*, 32, 431–449. doi: 10.1007/s10615-004-0541-4
- Garber-Epstein, P., Yamin, A., & Roe, D. (2013). Promoting recovery in Israel: A decade of efforts to implement illness management and recovery (IMR). *WAPR Bulletin*, 31, 5–11.
- Gazzola, N., & Theriault, A. (2007). Relational themes in counseling supervision: Broadening and narrowing processes. *Canadian Journal of Counseling*, 41(4), 228–243.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A., & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 371–383. doi: 10.1037//0022-0167.48.4.371
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hamm, J. A., Buck, K. D., Vohs, J., Westerlund, R. J., & Lysaker, P. H. (2016). Interpersonal stance and dialogue in psychotherapy for schizophrenia: A supervisory approach. *The Clinical Supervisor*, 35, 42–62. doi: 10.1080/07325223.2016.1140102
- Hoge, M. A., Migdole, S., Farkas, M. S., Ponce, N. A., & Hunnicutt, C. (2011). Supervision in public sector behavioral health: A review. *The Clinical Supervisor*, 30, 183–203. doi: 10.1080/07325223.2011.604276
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 48, 9–16. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York, NY: Guilford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Kozina, K., Grabovari, N., Stefano, J. D., & Drapeau, M. (2010). Measuring changes in counselor self-efficacy: Further validation and implications for training and supervision. *The Clinical Supervisor*, 29, 117–127. doi: 10.1080/07325223.2010.517483
- Ladany, N. (2004). Psychotherapy supervision: What lies beneath? *Psychotherapy Research*, 14, 1–19. doi: 10.1093/ptr/kph001
- Ladany, N., Ellis, M. V., & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy and satisfaction. *Journal of Counselling and Development*, 77, 447–455. doi: 10.1002/j.1556-6676.1999.tb02472.x
- Ladany, N., & Friedlander, M. (1995). The relationship between the supervisory working

- alliance and supervisee role conflict and role ambiguity. *Counselor Education and Supervision*, 34, 220–231. doi: 10.1002/j.1556-6978.1995.tb00244.x
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M., & Nutt, L. (1996). Nature, extent, and importance of what supervisees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 10–24. doi: 10.1037/0022-0167.43.1.10
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26, 179–218. doi: 10.1177/0011000098262001
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. L. (1992). Development and validation of the counseling self-estimate inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 105–120. doi: 10.1037/0022-0167.39.1.105
- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the counselor activity self-efficacy scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 97–108. doi: 10.1037/0022-0167.50.1.97
- Lent, R. W., Hoffman, M. A., Hill, C. E., Treistman, D., Mount, M., & Singley, D. (2006). Client specific counselor self-efficacy in novice counselors: Relation to perception of session quality. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 453–463. doi: 10.1037/0022-0167.53.4.453
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). Non-helpful relationships with professionals: A literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 1–11. doi: 10.3109/09638237.2015.1101427
- Lorenz, D. C. (2009). *Counseling self efficacy in practicum students*. Unpublished doctoral dissertation, Department of Counselor Education, The Pennsylvania State University.
- Lysaker, P. H., & Roe, D. (2016). Integrative psychotherapy for schizophrenia: Its potential for a central role in recovery oriented treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 117–122. doi: 10.1002/jclp.22246
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Buck, K. D. (2010). Recovery and wellness amidst schizophrenia: Definitions, evidence and the implications for clinical practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16, 36–42. doi: 10.1177/1078390309353943
- Marmarosh, C. L., Nikityn, M., Moehring, J., Ferraioli, J., Kahn, S., Cerkevich, S., Choi, J., & Reisch, E. (2013). Adult attachment, attachment to the supervisor, and the supervisory alliance: How they relate to novice therapists' perceived counseling self-efficacy. *Psychotherapy*, 50, 178–188. doi: 10.1037/a0033028
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37, 85–95. doi: 10.1017/S0033291706009299
- McKinney, M. (2000). Relational perspectives and the supervisory triad. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 565–584. doi: 10.1037/0736-9735.17.3.565
- Miehls, D. (2010). Contemporary trends in supervision: A shift from parallel process to relational and trauma theory. *Clinical Social Work Journal*, 38, 370–378. doi: 10.1007/s10615-009-0247-8
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books.

- Mitchell, S. A., & Aron, L. E. (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 331–353. doi: 10.1348/014466503322528892
- Mueser, K. T. (2012). Evidence-based practices and recovery-oriented services: Is there a relationship? Should there be one? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(4), 287–288. doi: 10.2975/35.4.2012.287.288
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (in press). Therapeutic alliance ruptures. In A. E. Wenzel (Ed.), *Sage encyclopedia of abnormal & clinical psychology*. New York, NY: Sage Publications.
- Pizer, S. A. 1992. The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogue, 2*, 215–240. doi: 10.1080/10481889209538930
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers, 36*, 717–731. doi: 10.3758/BF03206553
- Russinova, Z., Rogers, E. S., & Ellison, M. L. (2006). *Recovery-promoting relationships scale manual*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2011). Recovery-promoting professional competencies: Perspectives of mental health consumers, consumer-providers and providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(3), 177–185. doi: 10.2975/34.3.2011.177.185
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*, 381–387. doi: 10.1037/a0036815
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). A relational approach to training and supervision in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*, 3–15.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 38*, 406–412. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.406
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80–87. doi: 10.1037/a0022140
- Sarnat, J. (2012). Supervising psychoanalytic psychotherapy: Present knowledge, pressing needs, future possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 42*, 151–160. doi: 10.1007/s10879-011-9201-5
- Sheff-Eisenberg, A. (2011). Recovery-oriented supervision in psychosocial rehabilitation (PSR) programs: A summary of the presentation at the Israeli Psychiatric Rehabilitation Association (ISPRA) Conference. *International News of IAPSRs, 4*(5), 10–12.
- Shulman, L. (2006). The clinical supervisor-practitioner working alliance: A parallel process. *The Clinical Supervisor, 24*, 23–47. doi: 10.1300/J001v24n01_03
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*, 422–445. doi: 10.1037/1082-989X.7.4.422

- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepard, G., Tes, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry, 13*, 12–20. doi: 10.1002/wps.20084
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry, 15*, 1–14. doi: 10.1186/s12888-015-0678-4
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tompkins, M. (2013). Enhancing self-efficacy to achieve competence. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*(2), 71–80. doi: 10.1891/0889-8391.27.1.71
- Tosone, C. (2004). Relational social work: Honoring the tradition. *Smith College Studies in Social Work, 74*, 475–487. doi: 10.1080/00377310409517730
- Walker, J. A., Ladany, N., & Pate-Carolan, L. (2007). Gender related events in supervision: Female trainee perspectives. *Counseling and Psychotherapy Research, 7*, 12–18. doi: 10.1080/14733140601140881
- Watkins, C. E. (2012). Psychotherapy supervision in the new millennium: Competency-based, evidence-based, particularized, and energized. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 42*, 193–203. doi: 10.1007/s10879-011-9202-4
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 54–65. doi: 10.1080/14733140601185274
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy, 61*, 576–595. doi: 10.1521/ijgp.2011.61.4.576
- Yerushalmi, H. (2010). Supervision and the process of negotiating recovery. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 47*, 232–238.
- Yerushalmi, H. (2012). Intersubjective supervision of psychotherapy with chronically ill patients. *Psychoanalytic Social Work, 19*, 155–166. doi: 10.1080/15228878.2012.682529
- Yerushalmi, H. (2014). Integrating different types of knowledge in supervision. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 16*, 200–211. doi: 10.1080/13642537.2014.927379
- Yerushalmi, H. (2015). Impasses in the relationship between the psychiatric rehabilitation practitioner and the consumer: A psychodynamic perspective. *Journal of Social Work Practice, 29*, 355–368. doi: 10.1080/02650533.2014.973387
- Zarbock, G., Drews, M., Bodansky, A., & Dahme, B. (2009). The evaluation of supervision: Construction of brief questionnaires for the supervisor and the supervisee. *Psychotherapy Research, 19*, 194–204. doi: 10.1080/10503300802688478