

גישת הכוחות בעבודה סוציאלית*

בן-ציון כהן

גישת הכוחות (The strengths perspective) היא השקפת עולם המתגבשת בתוך העבודה הסוציאלית האמריקנית בשנים האחרונות. הגישה מבוססת על חלק מהעקרונות הקלאסיים של העבודה הסוציאלית, ובמרכזה עומד הרעיון להחליף את ההתמקדות בבעיות, בחולשות ובפתולוגיות שאפיינה את העבודה הסוציאלית עד עתה, בהשקפת עולם המבססת את העבודה הסוציאלית על הכוחות ועל היכולות של המטופל. המאמר מציג את ההבדלים בין גישת הפתולוגיות לבין גישת הכוחות בכמה תחומים: קשר מטפל-מטופל, הערכה והתערבות, ודן בהשלכות המעשיות של השינוי בגישת העבודה הסוציאלית.

מבוא

בעשור האחרון מוצגת בספרות גישה אידאולוגית-פרקטית חדשה לעבודה עם בני אדם – גישת הכוחות (The strengths perspective). הגישה אינה מהפכנית משום ששורשיה מצויים עמוק בתוך העבודה הסוציאלית הקלאסית, ורעיונות דומים עולים בשיקום נפגעי נפש (Anthony, Cohen & Farkas, 1990; Rapp & Chamberlain, 1985), ובגישות טיפוליות ספציפיות, כגון לוגותרפיה (פרנקל, 1970) וטיפול מציאותני (כהן וסורדו, 1983). אולם השאיפה להפוך את הגישה הזאת לאידאולוגיה המרכזית והייחודית של מקצוע העבודה הסוציאלית היא בוודאי מהפכנית.

הנחת היסוד של גישת הכוחות גורסת שבכל אדם יש כוחות, שאיתם צריך לעבוד במפגש המקצועי. כוחותיו של האדם אפשרו לו לשרוד, להתמודד, להגיע עד הלום. הוא הפעיל את כוחותיו בעבר, והוא מפעיל אותם בהווה. ייתכן שהוא אינו ממצה אותם עד הסוף, ייתכן שלא כל ההפעלות משיגות את המטרה, וייתכן שבמצבו היום

* תודה לנאוה אלעד על הערותיה והצעותיה.

קשה לו ולנו להבחין כיצד כוחותיו יעמדו לו מול האתגרים והלחצים של המחר. עם כל זאת כדאי להתמקד בכוחותיו של האדם במהלך ההתערבות. לפי גישת הכוחות על איש המקצוע להתייחס אל האדם דרך כוחותיו ולא דרך בעיותיו (DeJong & Miller, 1995; Saleebey, 1996).

ידוע שתכניות טיפול ושיקום מוצלחות בנויות על כוחות, אך המטפלים לא נמנעו מהעיסוק המופרז בבעיות, בפתולוגיות, במחלות, בחולשות ובמוגבלויות. כתוצאה מכך הם לא השכילו לכוון את הטיפול אל הכוחות, היכולות, ההישגים והשאיפות של המטופלים. גישת הכוחות מלמדת שככל שנמקד את מאמצינו בחלקים הבריאים, נטייע להם לגדול ולשגשג ולגבור על החלקים האחרים, כן תהיינה התערבותינו מועילות יותר.

גישת הכוחות יושמה באוכלוסיות רבות ומגוונות: עבריינים (Clark, 1998), מתמכרים (Rapp, 1997; Miller & Berg, 1995; Delgado, 1997), נפגעי נפש (Rapp, 1998), בעלי מוגבלויות התפתחותיות (Russo, 1999), אימהות חסרות בית וילדיהן (Thrasher & Mowbray, 1995), נשים חולות איידס (Gillman & Newman, 1996), סבים המגדלים את נכדיהם (Whitley, White, Kelley & York, 1999) ועוד. ההטרונגויות של האוכלוסיות שטופלו בגישת הכוחות מעידה על התרומה הפוטנציאלית שלה למקצוע.

בנוסף לדיווחים מן השדה, נערכו גם מחקרים אמפיריים שבחנו את העבודה המקצועית לפי גישת הכוחות ושיכללו אותה. צ'רלס רפ (Rapp, 1998) מסכם בספרו שישה מחקרים בתחום בריאות הנפש. העדות המחקרית מצביעה ברוב המכריע של המקרים על היתרונות של גישת הכוחות במסגרות השונות. עם זאת, יש צורך במחקר מקיף שיכלול את כל ההיבטים של גישת הכוחות בתחומים השונים של העבודה הסוציאלית.

העיסוק המופרז בבעיות ובפתולוגיות הביא לכך שעובדים סוציאליים רבים סיגלו לעצמם השקפת עולם ושפה מקצועית רוויות סטיגמות (Goldstein, 1990). בדברנו על מטופלים (אך לא עם מטופלים) התרגלנו להתייחס אליהם כאל סכיופונים, נרקומנים, אלכוהוליסטים, חירשים-אילמים, מפגרים, נכים, תשושי-נפש, פסיכופטים, גבוליים, קלפטומנים, נימפומניות, מובטלים, חסרי בית ועוד. השימוש במונחים האלה מעלה את החשיבות של הפתולוגיה שבאדם והופך אותה לזהותו הדומיננטית (Becker, 1963). האם אין בעיה אתית להשתמש בתיוגים הללו לאפיין את האדם אחרי גבו, כשאנחנו, הטוענים לכתר של "מכבדי כל אדם" נמנעים מלבטא את הדברים בפניו? אם נחדל לסווג ולתייג מטופלים לפי פתולוגיות נוכל להשתחרר מהדיבור בשתי לשונות. שפה אחת ברורה ונקייה, ללא מינוחים רפואיים ותיוגים, תוכל לשמש אותנו הן כשפה מקצועית והן כשפת דיבור עם המטופלים. כיוון שהשפה היא הכלי העיקרי שבאמצעותו

בני אדם יוצרים מציאות ומשמעות (Goldstein, 1997), שינוי בשפה עשוי להביא לשינויים מרחיקי לכת בתהליך שבו המקצוע יוצר את המציאות שבה הוא פועל.

השוואה בין גישת הכוחות לגישת הפתולוגיות

כדי להמחיש את ההבדלים הבסיסיים בין גישת הכוחות לגישת הפתולוגיות, הציג סלייבי (Saleebey, 1996) את העקרונות של שתי הגישות אלה מול אלה. לוח 1 מציג את תפיסת הפונה, את תפיסת המטפל ואת הפוטנציאל לשינוי בקשר בין המטפל למטופל לפי גישת הפתולוגיות ולפי גישת הכוחות.

לוח 1: הקשר מטפל-מטופל לפי גישת הפתולוגיות וגישת הכוחות

גישת הכוחות	גישת הפתולוגיות	
הפונה נתפס כשותף מלא בתהליך הטיפול. הפוטנציאל לשינוי נקבע לפי הכוחות, המשאבים והתכניות.	הפונה מוגדר "מקרה" או "פציינט". הדיאגנוזה והפרוגנוזה נקבעות לפי הבעיות, הפתולוגיות והחולשות.	תפיסת הפונה
יחידים, משפחות, קהילות הם המומחים. כל תכנון הוא פרי של משא ומתן בין שותפים.	המטפל הוא המומחה ועליו האחריות העיקרית לתכנון ההתערביות.	תפיסת המטפל
הפוטנציאל לשינוי תלוי ביכולת המטופל לגייס את כוחותיו (אלה שאפשרו לו לשרוד עד עתה למרות המצוקות, ואלה שטרם הופעלו).	הפוטנציאל לשינוי תלוי ביכולת המטופל להתעמת עם מקורות מצוקתו.	הפוטנציאל לשינוי

תפיסת הפונה. גישת הפתולוגיות רואה במטופל "מקרה" או "פציינט" שיש "לאבחן" (לימים המונח "הערכה" החליף את המונח "אבחנה", שינוי שאמנם מיתן את הצליל הרפואי אך לא שינה את המהות). לעומת זאת, גישת הכוחות מציעה לפגוש את המטופל כשותף המומחה לענייניו.

בן-ציון כהן

תפיסת המטפל. גישת הפתולוגיות רואה בעובד המקצועי מומחה האחראי על תכנון ההתערבויות. לעומת זאת, לפי גישת הכוחות שני השותפים, המטפל והמטופל, בודקים יחד את המשאבים הפנימיים והחיצוניים של המטופל ואת מה שיש למטפל להציע, ואלה משמשים בסיס לתכנית התערבות. המושג "כוחות" כולל לא רק יכולות התמודדות שהוכחו בשטח, אלא גם כשרונות בכל התחומים, עיסוקים שונים, רצונות, תקוות, תכניות ועוד (כמצבים מסוימים גם היכולות של אדם להשלים עם מצבו הוא "כוח").

הפוטנציאל לשינוי. לפי גישת הפתולוגיות הפוטנציאל לשינוי תלוי ביכולת המטופל להתעמת עם מצוקותיו. לעומת זאת, לפי גישת הכוחות יכולתו של המטופל להשתנות תלויה בעיקר ביכולתו לגייס את כוחותיו, ללא קשר להיקף הבעיות או לאופיין. יש אנשים שמצליחים להתמודד עם בעיות גדולות וחמורות, ואחרים מתמוטטים מול קשיים שנראים קלים ביותר.

לוח 2 מציג את תפיסת מיומנות העובד, סיפור חייו של המטופל, אירועים טראומטיים בילדותו, וכן הערכת המטופל לפי גישת הפתולוגיות ולפי גישת הכוחות.

לוח 2: הערכת הפונה לפי גישת הפתולוגיות ולפי גישת הכוחות

גישת הכוחות.	גישת הפתולוגיות	
המיומנות הדרושה מן העובד היא היכולת לגלות כוחות ומשאבים בבני אדם ובסביבותיהם.	המיומנות הדרושה מן העובד היא היכולת לגלות ולסווג פתולוגיות.	מיומנויות העובד
סיפור החיים משמש בסיס בלתי אמצעי להכרת המשמעות שהאדם נותן לחוויותיו, להצלחותיו ולאתגרים שהוא עומד בפניהם.	סיפור החיים משמש מקור להבנת אישיותו של המטופל באמצעות פירושי המטפל.	סיפור חייו של המטופל
הטראומות של הילדות אינן מנבאות דבר באופן אוטומטי. לעתים הן מקור לתוסן נפשי.	הטראומות של הילדות מנבאות פתולוגיות בגיל הבגרות.	אירועים טראומטיים בילדות
עיקר העבודה ב"הערכת המטופל" היא לבדוק יחד עמו כיצד להתמודד עד עתה ומה הפוטנציאל להמשך ההתמודדות.	עיקר העבודה ב"הערכת המטופל" היא לנתח לעומק את מצוקותיו ואת מקורותיהן.	הערכה

מיומנויות העובד. לפי גישת הפתולוגיות העובד אמור להגיע לשלב ההערכה כשהוא מצויד בידע רב בפסיכופתולוגיה כדי שיוכל לאתר במטופל את התכונות המשותפות לו ולקטגוריות המתוארות בספרים (לרוב, ספרי ה־DSM), וכך לתת שם לבעיה או להפרעה שלו. לעומת זאת, ההערכה לפי גישת הכוחות מתארת את הכוחות ואת המשאבים האינדיבידואליים של המטופל, ללא קשר לספרות.

סיפור חייו של המטופל. בשתי הגישות משוחחים עמו ומעודדים אותו לספר את סיפורו. בגישת הפתולוגיות המטפל מתייחס לסיפור החיים כמקור לרמזים שעשויים להוביל לפירושים ולהארות באשר לחולשות, לבעיות ולהפרעות. לעומת זאת, בגישת הכוחות המטפל מתייחס לסיפור החיים כאל אמצעי להיכרות ישירה (DeJong & Miller, 1995). מקווייד וארנרייך (McQuade & Ehrenreich, 1997) מציינים כי בדרך כלל בתחילת הקשר הפונה מציג את בעיותיו ואת מצוקותיו ולא את כוחותיו. המצוקות הן אמיתיות ועל כן, בשלב זה, יש להתייחס לרגשות ולמחשבות של האדם ביחס לבעיותיו. רק הבנה ואמפתיה יאפשרו למטופל לחלוק עמנו את הלחצים ולהקל על מצוקתו. לאחר שחלה הקלה מסוימת בלחץ, נוכל להתמקד ברגשות ובמחשבות ביחס לכוחות.

בהקשר זה עולה הבדל נוסף בין הגישות: העובד הסוציאלי המסורתי מבקש מהמטופל להרחיב את הדיבור על הבעיה (מתי התחילה, באיזה מצבים היא מחריפה, ועוד). לפי גישת הכוחות המטפל מבקש להרחיב את הדיבור על מצבים שבהם הבעיה איננה מתעוררת, או שהמטופל מצליח להתגבר עליה.

אירועים טראומטיים בילדות (התעללות, הזנחה, אובדן). לפי גישת הפתולוגיות ברוב המקרים אירועים אלו גורמים לפתולוגיה בשלבים מאוחרים יותר של החיים. גישת הכוחות מנסה לבדוק את השפעת האירועים בשני כיוונים: האחד, קשיים בגיל הבגרות בעקבות טראומות בילדות, השני, יצירת כוחות מוגברים וחוסן נפשי (resilience) בעקבות טראומות בילדות (Anthony & Cohler, 1987; Wolin & Wolin, 1993). (בישראל התופעה מוכרת בקרב חלק מניצולי השואה.)

הערכה. גישת הפתולוגיות עוסקת בעיקר בניתוח מצוקות, ואילו גישת הכוחות בודקת, בשיתוף עם המטופל, את יכולות ההתמודדות שלו.

סלייבי (Saleebey, 1997a,b) מציע בתחילה לחפש את הכוחות של המטופל בחמישה תחומים עיקריים, והוא נותן דוגמאות לשאלות שיש לשאול את המטופל. (הדרכה מפורטת לגבי טכניקות חיפוש כוחות אצל מטופל מופיעה במאמר של דה־ג'ונג ומילר [DeJong & Miller, 1995])

(1) הישרדות. כיצד התמודדת עד עתה עם הקשיים שחווית? מה למדת על עצמך ועל עולמך מהתמודדות אלו? האם היו התמודדויות מסוימות שעזרו לך לגלות בעצמך כוחות, ידע או כישורים מיוחדים?

(2) תמיכה. מיהם האנשים שהעניקו לך תמיכה, עצה, הבנה? מיהם האנשים או הקבוצות שאתה יכול לסמוך עליהם? איך הגעת אליהם? מה מיוחד בהם?
(3) חוויות. מה היתה התקופה הטובה של חייך? מה היה מיוחד בתקופה הזאת? מה היית רוצה להחיות מחדש מתקופה זאת? אילו חוויות או תקופות שעברת העניקו לך הבנה מיוחדת, ידע, כישורים, כוחות?
(4) אפשרויות. מה אתה באמת רוצה מהחיים? מהם חלומותיך, שאיפותיך, תקוותיך, ומה סיכוייך להגשימם? אילו כוחות תוכל להפעיל כדי להתקדם לקראת המטרות? אילו אנשים יכולים לעזור לך? איך אני יכול לעזור לך? במצב הנוכחי, מה אתה אוהב לעשות? מה הכישרונות שלך? איך אני יכול לתרום לפיתוח הכישרונות?
(5) דימוי. כשאנשים אומרים עליך דברים חיוביים, מהם הדברים שהם עשויים לומר? במה אתה גאה? כיצד תדע שטוב לך, עם מי תהיה, מה תעשה, מה תחשוב, מה תרגיש? מתי התחלת להאמין שתוכל להגיע לחיים טובים יותר? מה היו הנסיבות ומי היה אתך כשהתחלת להאמין?

לוח 3 מציג את עקרונות ההתערבות המקצועית המעוגנים בשתי הגישות. השפעת הפתולוגיה על אפשרויות האדם לגדול, להתפתח ולשפר את תפקודו. גישת הפתולוגיות רואה קשר ישיר בין חומרת הפתולוגיה לבין חוסר יכולתו של המטופל להתגבר ולהתמודד בכוחות עצמו. לפיכך, מוקד הטיפול המקצועי יהיה הפתולוגיה עצמה. לפי גישת הכוחות העובדים אינם מתעלמים מן הפתולוגיה, אך הם אינם רואים בה את הגורם המכריע בקביעת גורלו של האדם. לשיטתם, למערך הכוחות האישי של כל אדם יש השפעה חזקה יותר.

התחלת ההתערבות. לפי שתי הגישות מתחילים את ההתערבות במקום שבו נמצא המטופל. בגישת הפתולוגיות מאתרים מקום זה לפי הבעיות, ואילו בגישת הכוחות מאתרים אותו לפי הכוחות.

מקורות העבודה הטיפולית. לפי התפיסה הפתולוגית העובד המקצועי צריך ליישם את הידע ואת המומחיות שלו בתחום הפסיכופתולוגיה כדי לעזור למטופל לפתח תובנה מעמיקה ככל האפשר ביחס למקורות בעיותיו. בשלב האבחנה העובד מאתר את המקורות האלה, ובשלב ההתערבות המטופל לומד אותם. גישת הכוחות גורסת שאין תועלת רבה בעיסוקים האלה. המטופל הוא המומחה, והזרקור מופנה פנימה כדי להאיר על ההתמודדות ולא על הסיבות למצוקה.

עזרה. בגישת הפתולוגיות מתרכזים בהקלת הסימפטומים או בפתרון הבעיות. לעומת זאת, גישת הכוחות מחפשת דרכים לאפשר למטופל להפעיל כוחות ומשאבים לשיפור איכות חייו האישיים והחברתיים.

עובדים סוציאליים המאמצים את גישת הכוחות מגלים שהקשר שלהם עם המטופלים נעשה הרבה פחות פטרנליסטי (Cohen, 1999). ההתייחסות אל המטופל כמומחה, שאיש המקצוע צריך ללמוד ממנו, מצמצמת את הפער בין מעמד המטפל

לוח 3: עקרונות ההתערבות לפי גישת הפתולוגיות ולפי גישת הכוחות

גישת הכוחות	גישת הפתולוגיות	
האפשרויות קיימות והגבלות אינם ידועים מראש. הפתולוגיה עושה את העבודה קשה יותר.	אפשרויות הבחירה, הצמיחה, והשליטה תחומות על-ידי הפתולוגיה.	השפעת הפתולוגיה על המטופל
"להתחיל במקום שבו נמצא המטופל" פירושו להתחבר לכוחותיו.	"להתחיל במקום שבו נמצא המטופל" פירושו להתחבר למצוקותיו.	התחלת ההתערבות
המקורות הם יכולות ההתמודדות של היחיד, המשפחה והקהילה. יש לעודד צמיחה בעזרת זיהוי הכוחות והפעלם.	מקורות העבודה הטיפולית הם הידע והמיומנויות של המטפל. הדרך היעילה לעודד צמיחה היא בעזרת תובנה.	מקורות העבודה הטיפולית
העזרה ממוקדת בגילוי כוחות ומשאבים ובפיתוחם לשם שיפור איכות החיים, יצירה או העמקה של חברויות, ערכים ומחויבויות.	העזרה ממוקדת בפתרון הבעיות. אם לא ניתן לפתור אותן, אזי מתמקדים בחיסול סימפטומים או בהפחתת השפעתם על ההתנהגות, על הרגשות, על המחשבות, ועל היחסים עם הזולת.	עזרה
כשהתנאים החברתיים, כגון עוני או אפליה, משפיעים באופן חמור על חיי המטופל, תכנון ההתערבות יכלול זיהוי האמצעים שהפעיל המטופל בעבר כדי להתמודד בתנאים אלו וחיפוש משאבים חדשים להילחם במציאות החברתית המגבילה.	גם כשהתנאים החברתיים, כגון עוני או אפליה, משפיעים באופן חמור על חיי המטופל, הטיפול מתבסס על ראיית הפרט ובעיותיו. אין התייחסות למציאות החברתית הרחבה יותר כגורם שצריך להתחשב בו בהתערבות.	המציאות החברתית שבה חי המטופל

למעמד המטופל ותורמת ליצירת קשר של שותפות. במהלך החתירה לשוויוניות, הגורם הפטרנליסטי נחלש. עם זאת, מטבע הדברים שוויוניות מוחלטת בין מטפל למטופל אינה בת-השגה, אם היא בכלל רצויה.

המציאות החברתית שבה חי המטופל. מטופלים רבים מתמודדים עם תנאים חברתיים קשים – עוני, רדיפה או אפליה בגלל מוצא, מין, גיל, מצב בריאותי, מעמד חברתי ועוד. גישת הפתולוגיות איננה מתייחסת למציאות החברתית הרחבה במהלך ההתערבות אלא מתמקדת בפרט. לעומת זאת, גישת הכוחות מתייחסת למציאות החברתית כחלק מן ההתערבות. המטפל מתעניין הן בהתמודדויות של האדם מול המציאות החברתית המגבילה בעבר, והן ביכולותיו הפוטנציאליות להתמודדות בעתיד (Saleebey, 1994).

מסקנות והשלכות לעתיד

כאשר התקשורת בין המטפל למטופל מתרכזת ביכולות ולא בבעיות עשוי להתפתח "שיח של כוחות" (Wolin & Wolin, 1993). הדבר מתאפשר כאשר העובד נמנע מלהשתמש בשפה סטיגמטית ומקפיד להשתמש באוצר מלים המדגיש כוחות ומשאבים, וכאשר הוא משקף למטופל את יכולת ההתמודדות שלו בכל הזדמנות. תכונה או דפוס התנהגות הנחשב לכוח בהקשר תרבותי אחד יכול להיתפס בצורה הפוכה בהקשר תרבותי אחר. גם יכולתו של אדם להתאים את עצמו לתרבויות שונות שבהן הוא מתפקד היא מקור חשוב של כוחות (Aldwin, 1994; McQuade & Ehrenreich, 1997).

האתגר של הדרכת עובדים או סטודנטים הפועלים לפי גישת הכוחות הביא מדריכים רבים לאמץ סגנון הדרכה המותאם לגישה (Cohen, in press). המאפיין הבולט של סגנון הדרכה כזה הוא ההתמקדות בהצלחות של המודרך (רוזנפלד, 1997). במפגש ההדרכתי המודרך עשוי לשאול את העובד על הצלחותיו, מה תרם להן, מה אפשר ללמוד מהן, וכיצד ניתן להכליל מהצלחות במקרה אחד למקרים אחרים. מטרת הדרכה כזאת איננה "כיבוי שרפות" כי אם פיתוח היכולות המקצועיות של המודרך. על רקע הבלטת ההיבטים החברתיים, ההקפדה לראות בני אדם דרך כוחותיהם והסירוב העקבי להגדירם לפי מצוקותיהם וחולשותיהם, גישת הכוחות נראית כהשקפת עולם התואמת במיוחד את מקצוע העבודה הסוציאלית. (פרופ' דוד גוטמן הביא לתשומת לב המחבר שישנם קווים משותפים בין גישת הכוחות לבין נושאים מרכזיים בתרבויות סין ויפן, במיוחד בהתייחסותם לזיקנה.)

החפיפה בין העקרונות של גישת הכוחות לערכי העבודה הסוציאלית (Weick, Rapp, Sullivan & Kisthardt, 1989) היא תופעה ייחודית שאין דומה לה במקצועות הטיפוליים האחרים. כמו כן בגישת הכוחות מוצאים הדים להשקפות הקיימות בזרמים השונים של המקצוע מאז ומתמיד (במיוחד הזרם הפונקציונלי) (Faatz, 1953; Pray, 1949; Ripple & Alexander, 1964; Robinson, 1930; Smalley, 1967). ייתכן שבמרוצת הזמן הגישה הזאת תהפוך למאפיינת את העבודה הסוציאלית, וכך תיחד את המקצוע מהמקצועות שעיקר עיסוקם בפתולוגיה.

סלייבי (Saleebey, 1997a,b) מזהיר שגישת הכוחות טרם הגיעה למעמד של תיאוריה. היא אמנם מציעה לעובדים הסוציאליים כיוון מחשבתי ביחס לדברים שהם עושים ולאנשים שעמם הם עושים אותם, מעין ערשה שדרכה ניתן להביט על עולם התוכן של הפרקטיקה. אולם, היא אינה מסבירה תופעות אמפיריות, כפי שתיאוריה מדעית אמורה לעשות, ואף איננה מציעה טכניקות טיפוליות ספציפיות, כפי שעושים המודלים התיאורטיים-פרקטיים בעבודה סוציאלית. בגלל היעדר תיעוד של מקרים

אותנטיים בישראל, מאמר זה הציג את גישת הכוחות ללא דוגמאות. בשלב זה קשה להעריך אם יום אחד הגישה תהפוך לתיאוריה או לאידאולוגיה של המטפלים. בכל מקרה, הצלחתה של הגישה תימדד לפי יכולתה לקדם את המקצוע, את העובדים ואת מקבלי השירות, ולהגיע להישגים טובים יותר.

מקורות

- כהן, ב.צ. וטורדו, י. (1983). הטיפול המציאותי: עקרונות, טכניקות וקטעי טיפול ישראליים. חברה ורווחה, ה, 134-141.
- פרנקל, ו. (1970). האדם מחפש משמעות. תל אביב: דביר.
- רוזנפלד, י.מ. (1997). למידה מהצלחות — כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיועדיה. חברה ורווחה, ז, 361-378.
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development*. New York: Guilford.
- Anthony, E.J. & Cohler, B.J. (Eds.) (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford.
- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Clark, M.D. (1998). Strength-based practice: The ABC's of working with adolescents who don't want to work with you. *Federal Probation*, 62(1), 46-53.
- Cohen, B.Z. (1999). *Rejecting paternalism: The strengths perspective in social work practice*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Study of Social Problems. Chicago.
- Cohen, B.Z. (in press). Intervention and supervision in strengths-based social work practice. *Families in Society*.
- DeJong, P. & Miller, S.D. (1995). How to interview for client strengths. *Social Work*, 40, 729-736.
- Delgado, M. (1997). Strengths-based practice with Puerto Rican adolescents: Lessons from a substance abuse prevention project. *Social Work in Education*, 19, 101-112.
- Faatz, A.J. (1953). *The nature of choice in casework process*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Gillman, R. & Newman, B. (1996). Psychosocial concerns and strengths of women with HIV infection. *Families in Society*, 77, 131-141.
- Goldstein, H. (1990). Strength or pathology: Ethical and rhetorical contrasts in approaches in practice. *Families in Society*, 71, 267-275.
- Goldstein, H. (1997). Victors or victims? In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.) (pp. 21-36). New York: Longman.
- McQuade, S. & Ehrenreich, J.H. (1997). Assessing client strengths. *Families in Society*, 78, 201-212.

- Miller, S. & Berg, I. (1995). *The miracle method: A radically new approach in problem drinking*. New York: Norton.
- Pray, K.L.M. (1949). *Social work in a revolutionary age and other papers*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Rapp, C.A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Rapp, C.A. & Chamberlain, R. (1985). Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work, 30*, 417-422.
- Rapp, R. (1997). The strengths perspective and persons with substance abuse problems. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.) (pp. 77-96). New York: Longman.
- Ripple, L. & Alexander, E. (1964). *Motivation, capacity, and opportunity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Robinson, V.P. (1930). *A changing psychology in social casework*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Russo, R.J. (1999). Applying a strengths-based practice approach in working with people with developmental disabilities and their families. *Families in Society, 80*, 25-33.
- Saleebey, D. (1994). Culture, theory, and narrative: The intersection of meanings in practice. *Social Work, 39*, 351-359.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work, 41*, 296-305.
- Saleebey, D. (1997a). Introduction: Power in the people. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.) (pp. 3-19). New York: Longman.
- Saleebey, D. (1997b). The strengths approach to practice. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.) (pp. 49-75). New York: Longman.
- Smalley, R.E. (1967). *Theory for social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Thrasher, P.S. & Mowbray, C.T. (1995). A strengths perspective: An ethnographic study of homeless women with children. *Health & Social Work, 20*, 93-101.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P. & Kisthardt, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social Work, 34*, 350-354.
- Whitley, D.M., White, K.R., Kelley, S.J. & York, B. (1999). Strengths-based case management: The application to grandparents raising grandchildren. *Families in Society, 80*, 110-119.
- Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.