

כשלים אמפטיים בהנחיה קבוצתית והשלכותיהם על תוצאות טיפול: פיתוח שאלון.

הקדמה

במאמר זה מוצג שאלון לאיתור כשלים אמפטיים מצד המנחה כלפי המשתתפים בקבוצה. השאלון נבנה על בסיס ממצאי מחקר קודם, שבו מצאנו ארבע קטגוריות להגדרת כשל אמפטי. כל קטגוריה כללה תשובות של המשתתפים לגבי מהות הכשל. ריכזנו את כל התשובות, ומתוכן בנינו שאלון כשלים אמפטיים. השאלון הראשון כלל 37 פריטים. שלאחר ניתוח סטטיסטי צומצמו ל- 22 פריטים, שמרכיבים את השאלון הסופי. לשאלון הסופי צורפו שאלון אמפטיה ושאלון שביעות רצון שלא נכללו בשאלון הארוך. מטרתו של המחקר הייתה לבחון את הפריטים אשר נוסחו עבור שאלון הכשלים האמפטיים, ולתקף אותו בעזרת שאלון TCS.

כאמור, השאלון נבנה על סמך מחקר קודם שנעשה במסגרת לימודי לתואר דוקטור לפסיכולוגיה, שנועד להגדיר מהו כשל אמפטי ולבחון כשלים אמפטיים ואת השפעתם על תוצאות הטיפול. מחקר זה נתן הגדרה אחידה לכלל הכשלים האמפטיים וקשר ביניהם לבין הצלחת טיפול (1). המחקר הנוכחי נועד לאתר כשלים אמפטיים בקבוצה ביחסי מטפל-מטופל, ולבחון את השפעתם על הצלחת הטיפול. (המחקר הראשון אבחן ארבע קטגוריות להגדרת כשל אמפטי מצד המנחה כלפי המשתתפים בקבוצה: התעלמות רגשית, חוסר הבנה רגשית, התנהגות שלילית אקטיבית או פסיבית ופירוש לא נכון). מצאנו שהממד הרגשי קודם לפרשני, שמרבית המשתתפים (80%) חוו כשל אמפטי לפחות פעם אחת ושמרבית הכשלים היו ברמת חומרה בינונית וטופלו ברמת שביעות רצון בינונית. נמצא קשר בין הכשל לאי-אמפטיה של המנחה: ככל שנרשמו יותר מדדי אי-אמפטיה, כך גבה הסיכוי לנוכחות כשלים אמפטיים, הופיע קשר ברור בין כשלים אמפטיים לשביעות רצון מהטיפול, וכן נמצא שלכשל מתמשך הייתה השפעה שלילית על תוצאות הטיפול.

המחקר מתקף את מה שהספרות המקצועית דגלה בו מתוך הניסיון הקליני, של גישת העצמי של קוהוט והגישות הפוסט מודרניות, שלפיהן החוויה קודמת לפירוש ויחסים חשובים מן הפירוש. חשיבה זאת מגולמת גם בתיאוריית שני השלבים של קוהוט, שלפיה יש להציף תחילה את המטופל באמפטיה. רק כך יתקבל הפירוש העתיד לבוא כאמפטי. פרנצי קרא להוסיף לטיפול דגש רגשי-חוויתי ככוח מאפשר שינוי, בניגוד לדגש האינטלקטואלי-פרשני ששלט בטיפול עד אז.

ככלל, אוכלוסיית המחקר הורכבה מסטודנטים שעברו טיפול בדינמיקה קבוצתית כחלק מתוכנית הלימודים וההכשרה המקצועית בתחום הייעוץ והטיפול, ומקבוצות פרקטיקום בטיפול זוגי ומשפחתי שמורכבות מבעלי תואר שני בתחום הטיפול והייעוץ, הלומדים לקראת הכשרתם כמטפלים זוגיים ומשפחתיים.

מצאנו שמרבית הכשלים היו רגשיים ו/או אישיים ו/או פסיביים, אשר קדמו לכשלים פרשניים, אקטיביים וקבוצתיים, תופעה שאולי מצביעה על כך שכשלים אישיים ורגשיים נעשים דומיננטיים

יותר במסגרת קבוצה ונחווים באופן פוגעני יותר מכשלים פרשניים וקבוצתיים, מפאת הפגיעה הנרקסיסיסטית והדהוד הקבוצתי. זאת לעומת כשל קבוצתי, שנחווה כפחות קשה בחינת "צרת רבים חצי נחמה". אפשר שהיותם של מרבית הכשלים פסיביים מורה על כך שלא נעשו בדדון אלא נוצרו בשל חוסר מודעות ותשומת לב המנחה.

נתון מעניין ומפתיע היה פריט 19, "המנחה נתן עצות". מצאנו שפריט זה קיבל את ממוצע ציונים הגבוה ביותר, ו- 60% מן המשתתפים הגיבו לו בחיוב. אני רואה במתן עצה סיפוק צורך ובהמשך אציין כיצד הגישות התיאורטיות השונות מתייחסות למתן עצה.

פריט 21, "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה", נכלל בשאלון הסופי אף על פי שקיבל ממוצע ציונים נמוך, בשל חשיבותו הטיפולית והתיאורטית, כביטוי לשעירות לעזאזל בקבוצה – תופעה של יחיד שנושא בתפקיד קבוצתי (על כך אפרט בהמשך).

לגבי הקשר בין סוג הקושי לכשלים אמפתיים, משתתפים שדיווחו על מטרות לימודיות מקצועיות והתפתחות מקצועית, הצביעו על שיפור רב יותר מאשר משתתפים שתיארו קושי אישי, בינאישי וקבוצתי.

השאלון הוא אופרטיבי ומצביע באופן נקודתי על סוג הכשל ומאפשר טיפול ממוקד בכל פרט בקבוצה ובקבוצה כשלם. המאמר יציג מחקר וממצאים על אודות שאלון כשלים אמפתיים, ניתוח הממצאים, מגבלות המחקר, המלצות עתידיות וסיכום. חשיבות המחקר נבחנת בתרומתו לקידום הטיפול בכלל והטיפול הקבוצתי בפרט, בקישור בין תיאוריה לקליניקה, בהעלאת מודעותם של מנחי הקבוצות לקיומם ולהשפעתם של כשלים אמפתיים על הטיפול ועל תוצאותיו ושיפור תפקודו של המנחה הקבוצתי.

על האמפתיה וחשיבותה בטיפול - רקע תיאורטי

אין בספרות המקצועית הגדרה אחידה או כוללנית לאמפתיה שאינה תלויה תיאוריה: כל תיאוריה מגדירה אותה באופן שונה, בהתאם להגדרות החולי והבריאות שלה. אולם נמצא שני היבטים מתמידים בהגדרות השונות: הקוגניטיבי והרגשי.

כשל אמפתי

בספרות המקצועית לא קיימת הגדרה לכשל אמפתי. ההבדל בין ההתייחסויות השונות לכשל אמפתי טמון בדגש שהתיאוריות שמות על הממד הפרשני-אינטלקטואלי של הגישה הקלאסית או על ממד היחסים של קוהוט והגישה האינטר-סובייקטיבית.

פרויד סבור שכשל מתרחש כאשר המטפל יציע תרגומים לסימפטומים או למשאלות מוקדם מדי, בטרם עמד המטופל על הפתרון בכוחות עצמו, או אם הוא יקדים עמדה מוסרית לעמדה פירושתית (6)(הדר 2001).

קוהוט (7)(1984), סבור שכשלים אמפתיים יכולים להתגלות בפירושים שגויים של המטפל, בפירושים בלתי-מדויקים שאינם בעתם או בכאלה המנוסחים בחוסר-רגישות, פירוש שהוצע בדרך שטחית מבחינה רגשית, טרודה או בלתי-מתעניינת. בהתאם לגישה האינטר-סובייקטיבית, שלמה מנדלוביץ' (8) סבור שכשל עלול להתרחש כאשר המטפל ממשיג מהר מדי את הדברים שהוא שומע,

שאז הוא עלול לכפות את מושגיו, זיכרונו ורצונו. נטייה לפרשנות מהירה מדי עלולה לחזק את אופיו הנמנע של הדיבור או לגרום לפרץ רגשות שהמטופל לא יכול לעמוד בהם, שיובילו לאטימות, לשקיעה בריק ולקיפאון טיפולי.

על פי ארנסט וולף (9) במצבים שבהם המטפל פחות מכוון לסוגיות המטופל ויותר לדעתו האישית. מרשה ואניסלי (10) סבורה שכשלים אמפתיים מתרחשים כתוצאה מהעברה נגדית של המטפל, מטעויותיו וממחדליו, וכן עקב התפקיד שעליו למלא כלפי המטופל.

אני סבורה גם שכשהמטפל מביע את עצמו באופן לא מובחן, מביא את עצמו פחות מדי או הרבה מדי ובאופן לא מדויק שאינו תואם את צרכי המטופל, ייחשב הדבר לכשל אמפתי. אני מזהה כחלק מהכשל האמפתי את הקושי לראות את האחר כסובייקט נפרד ולהגיב בסובלנות ובאהדה לשונות ולאחרות שבו. כשלים אמפתיים מתרחשים כבר בילדות, במקרים שבהם הורים רואים בילד שלוחה של עצמם ומשליכים עליו את עולמם ורצונותיהם. הם אינם רואים בילד ישות עצמאית, נפרדת ומובחנת, בעלת צרכים ורצונות שונים וייחודיים. כשלים אמפתיים בילדות גורמים לעיוות עצמי, מרחיקים את האדם מעצמו ויוצרים "אני כוזב". הילד לומד להכחיש את צרכיו ורצונותיו כדי להתאים עצמו להוריו, ומאמין שהרצון של האחר המשמעותי הוא רצונו. הילד "יודע" בידיעה פנימית לא מודעת שאם יגלה חשיבה עצמאית או יביע רצון עצמאי הוא יידחה או יינטש.

בהקשר הטיפולי, מקורו של כשל יכול בהחלט להיות טמון בפרשנות לא נכונה או לא מדויקת או פרשנות שלא בְּעֵתָהּ; הוא יכול להופיע גם בשל מחסור בתנאים רגשיים מתאימים, כמו האופן שבו מוגשת הפרשנות או היחס למטופל, בהתנהגות אקטיבית או פסיבית של המטפל וכן בעקבות פרשנות שניתנת באופן רשלני, תוקפני ולא אמפתי, עד כדי חוסר עניין במטופל והתעלמות ממנו. על המטפל, לדעתי, להכיל את התשוקה שבידיעה ולדחות את הפרשנות עד לשלב שבו יהיה המטופל בשל להכילה. "תשוקה" זו מקשה לשמור על מרחק ועמדה אובייקטיבית ויש בה מרכיב סובייקטיבי של העברה נגדית, שנובעת מפנטזיית ההצלה שלנו – כמטפלים הלהוטים להושיע את המטופלים בתבונות ופרשנויות; הרי גם פנטזיה זו נובעת מתוך צרכים נרקיסיסטיים ומהאדרה העצמית. כמטפלים אנחנו חייבים להיות מודעים לנטיות אלה ולווסתן; עלינו להעמיד את עצמנו לרשות המטופל באופן הנכון עבורו, שיגביר את האמפתיה, ימנע כשלים אמפתיים ויקדם את הטיפול (1).

קבוצה וכשלים אמפתיים בקבוצה.

הגדרתו של כשל אמפתי בקבוצה תלויה תיאוריה ומשתנה בהתאם לתיאוריה. כל תיאוריה מגדירה כשל אמפתי בהתאם לאופן שבו היא תופסת פתולוגיה ואת הדרך להשגת שינוי. ככלל, חשוב לציין שהגדרת כשל אמפתי מתוך התיאוריה דומה בטיפול פרטני ובטיפול קבוצתי, אולם ישנו הבדל משמעותי בולט, והוא הקבוצה וכוחה כמשאב מרפא או הרסני (1).

בקבוצה המנחה אינו גורם יחיד ובלעדי בתהליך הריפוי. הקבוצה יוצרת עוצמה ולחץ, מדרבנת ומאיצה תהליכי שינוי וריפוי. הקבוצה היא מראה מגדילה לפרט המשתקף בה, שמעצימה ומקצינה התנהגויות, דפוסים והגנות, והשפעתה חזקה ומהירה. היא מעין היכל מראות והדהודים, עשויה לשמש כזולת עצמי מיטיב ומגדל, לתקן עיוותים בתפיסת האובייקט ובתפיסת העצמי, אך עלולה גם להיות הרסנית ופוגענית (1), וכן עלולה להיות מראה ממאירה (11). כשהפגיעות והחרדה של הפרט

והאיום על שלומו ושלמותו גבוהים, עלול הדבר להיחווה ככשלים אמפתיים מצד המנחה או מצד הקבוצה.

בקבוצה קיימת סבירות גבוהה לכשלים אמפתיים בגלל ריבוי המשתתפים וריבוי האינטראקציות, הטרנזקציות, ההכחשות, הפיצולים וההשלכות. המשתתף בקבוצה חשוף יותר, ונמצא בסיטואציה קרובה ביותר למציאות.¹ הוא פחות מוגן, חשוף לתהליכים קבוצתיים ונדרש למצוא את מקומו ולהתמודד עם מצבים ועם רגשות קשים, להכיל עינות ותוקפנות שלו ושל אחרים, תחרות, קנאה, חלוקה בתשומת הלב, ולא אחת לקבל משובים שעלולים לפגוע בשלמות הדימוי ובהערכה העצמית שלו ולהיחווה ככשלים אמפתיים (1).

(12) סבורים שהקבוצה היא קרקע פורייה לפגיעות נרקיסיסטית, שכן החברים בה מרגישים שמתעלמים מהם, דוחקים ומעליבים אותם. בקבוצה קיימת תחושת ניכור ולכן תקשורת בינאישית בתוכה חשובה שבעתיים. 13 סבור שקבוצה לעולם אינה יכולה להיות אמפתית באופן זהה ומדויק עבור כל הלוקחים בה חלק, ומבחינתו ההתערבות הטיפולית אינה שוות ערך לחוויה ולמשמעות שהמטופל מייחס לה. לכן, מה שנראה כהתערבות נכונה וטובה לאחד, עשוי להיות הרסני עבור האחר. לדעתו, גילוי הדדי או חקירה הדדית של דבר מה שהתרחש ומשמעותיותו עבור המשתתפים, התערבויות מודעות ברוח של חקירה והזמנת החברים לשתף בתחושותיהם ולבדוק שהובנו נכונה הם אבני היסוד של גישת העצמי. יחד עם זאת, הוא סבור שכשלים אמפתיים צפויים ומסייעים לצמיחה, כיוון שהיחיד יפתח רבות מהפונקציות שסופקו לו קודם לכן על ידי זולת העצמי. אך אם הכשלים חמורים מדי או טראומטיים מדי, מתפתחים חסרים בעצמי. כלומר, אמפתיה לקויה אינה מזיקה, אך בסופו של דבר היעדר המאמץ להיות אמפתי הוא המזיק. זיהוי הכשל ופרשנותו יעזרו למטופל לראות את הדברים מנקודת מבט אחרת ולשלוט טוב יותר בפגיעות העצמית. המשתתף יחוש נראה, יזכה להכרה ויקבל תוקף לפגיעה ולבחון המציאות שלו. תחושת הביטחון, הערך והמסוגלות יחזרו אליו והוא יחוש שייך לקבוצה.

המחקר

המחקר הנוכחי הורכב משלושה תתי מחקרים שמטרתם הייתה לבנות ולתקף שאלון המאתר כשלים אמפתיים מצד המנחה בקבוצת-התערבות/קבוצה-טיפולית. המחקר הראשון התבסס על השיטה האיכותנית, והופקו ממנו פריטים המתארים סוגים שונים של כשל אמפתי. פריטים אלו עובדו לשאלון כמותי. במחקר השני הועבר שאלון הכשלים האמפתיים למשתתפים בקבוצות-התערבות ונערך ניתוח שמטרתו לזהות את הפריטים העיקריים המתארים כשלים אמפתיים. בנוסף נבחן תוקף קריטריון השאלון בעזרת שאלון TCS (target complaints). במחקר השלישי הועברה הגרסה המצומצמת של השאלון, המונה 22 פריטים. במחקר זה נערך שוב ניתוח פריטים ונבחן תוקף קריטריון בעזרת שאלון אי-אמפתיה, שאלון הערכת המפגש (SEQ), ושאלון TCS. תוקף מבחן נבדק מתוך התייחסות לקשיים שעימם שאפו המשתתפים להתמודד (שאלון TCS).

¹ Ego training in action - אימון האגו תוך כדי פעולה.

מחקר 1

מטרתו של המחקר הייתה לאתר קטגוריות של כשלים אמפטיים מצד המנחה בקבוצת-התערבות/קבוצה-טיפולית, ולהבנות אותן כשאלון סגור. בנוסף, תוארו מאפיינים שונים של הכשל האמפטי, כגון חומרה ומשך, ונבחנו קשרים לשאלון אמפטיה, הערכת המפגש (SEQ), ו-TCS, כתחילתו של הליך תיקוף.

מחקר 2

מטרתו של מחקר זה הייתה לבחון את הפריטים שנוסחו לשאלון הכשלים האמפטיים, ולתקף את השאלון בעזרת שאלון TCS.

שיטה

משתתפים: סטודנטים לתואר שני ואנשי מקצוע בהכשרה מתחום הטיפול הקבוצתי והמשפחתי (אוניברסיטה, מכללות ופורום אינטרנטי). מדובר באנשי מקצוע, סטודנטים שמתנסים בדינמיקה קבוצתית כחלק מתוכנית הלימודים וההכשרה המקצועית בתחום הייעוץ והטיפול, אנשי שיקום בתחום בריאות נפש המשתתפים בקורס הדרכה, וקבוצות פרקטיקום בטיפול זוגי ומשפחתי שלמשתתפים בהן תואר שני בתחום הטיפול והייעוץ, הלומדים לקראת הכשרתם כמטפלים זוגיים ומשפחתיים.

במחקר השתתפו 87 סטודנטים לתואר שני ואנשי מקצוע בהכשרה. גיל המשתתפים נע בין 26 ל-62 שנים. ותק המשתתפים 2 עד 30 שנים. במסגרת הלימודים הסטודנטים מתנסים בדינמיקה קבוצתית שמטרתה התפתחות וצמיחה אישית.

כלים

1. שאלון כשלים אמפטיים: השאלון כלל 37 פריטים אשר נבנו על סמך תיאורי המקרים והקטגוריות ממחקר 1, בהתבסס על כלי מחקר: (CIQ) (14): הכלי מבוסס על שאלה פתוחה הבודקת אירוע משמעותי במפגש קבוצתי. במחקר הנוכחי השאלה התייחסה לכשל אמפטי משמעותי במפגש, שעליה עונה המשתתף: "ציין מהו כשל אמפטי עבורך. ציין אירועים/בולטים של כשל אמפטי מצד המנחה כלפך. תאר את האירוע: מה התרחש למעשה? מדוע הוא היה משמעותי לך? עד כמה היה חמור (1-5)? האם היה חד-פעמי או מתמשך? האם היה אישי או קבוצתי? האם היה אקטיבי או פסיבי?"

הפריטים נוסחו ככשל אמפטי, למשל "המנחה התעלם ממני"; "המנחה לא התחבר לקושי שלי"; "המנחה נתן עצות". המשתתפים נתבקשו לדרג את תכיפות קיומו של הכשל, ביחס לכל פריט על

גבי סקלת ליקרט בת 5 דרגות: 1 – כלל לא, 2 – לעיתים רחוקות, 3 – לפעמים, 4 – לעיתים קרובות, 5 – כשל בתכיפות גבוהה.

2. שאלון (Target Complaints Scale (TCS) (15) הבודק תוצאות טיפול. לפרטים ראו מחקר 1.

3. תיאוריות פסיכודינמיות אישיות וקבוצתיות: הגישה הקלסית של פרויד, גישת יחסי אובייקט, גישת העצמי של קוהוט והגישה האינטרסובייקטיבית בהקשר אישי וקבוצתי, בהתייחסות לנושא האמפתיה וכשלים אמפתיים. כאמור, אין הגדרה תיאורטית אחידה לאמפתיה, המחקר מתקף את הנחות הספרות המקצועית, המתבססות על ניסיון קליני, שאותן ייצגו גישת העצמי של קוהוט והגישות הפוסט מודרניות, שלפיהן החוויה קודמת לפירוש ויחסים חשובים מן הפירוש.

עיבוד הנתונים

חושבו שכיחויות לפרטים בשאלון הכשלים האמפטיים, ונבחנו מתאמי ספירמן בינם לבין תוצאות הטיפול.

ממצאים

תיאור פריטי הכשלים האמפטיים

בחינה של התפלגות פריטי השאלון (לוח 3) הראתה שכלל הממוצעים נוטה להיות נמוך. הממוצע הגבוה ביותר הוענק ל"המנחה נתן עצות" ונמצא 1.84, בסרגל של 1-5. כמחצית מהמשתתפים השיבו בחיוב לפריט זה. ניתן לראות שחמשת הפריטים הראשונים זכו לתשובות חיוביות מצד כמחצית המשיבים, ואילו חמשת הפריטים הבאים זכו לתשובות חיוביות מצד כ-40% מהמשיבים. 11 פריטים נוספים זכו לתשובות חיוביות מצד לפחות 20% מהמשיבים. שאר הפריטים חסרי שונות; לפחות 83% מן המשתתפים השיבו עליהם בשלילה. הפריט "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה" זכה ל-90% תשובות שליליות, אך בשל חשיבותו התיאורטית הושאר בשאלון.

לפיכך, הוגדר השאלון כמכיל 22 פריטים. חשוב לציין שבשלב זה לא נערך לשאלון ניתוח גורמים וזאת בשל היחס בין ריבוי הפריטים לבין גודל המדגם.

לוח 3: התפלגות הפריטים בשאלון הכשלים האמפטיים, בסדר יורד ($N = 87$)

מס'	פריטים אשר הושארו בשאלון:	% קיום כשל	<i>M</i>	<i>SD</i>
19	המנחה נתן עצות	47.1	1.84	1.04
8	המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי	54.0	1.71	0.79
4	המנחה לא זיהה מצוקה	48.3	1.68	0.86
7	המנחה לא זיהה את הבעיה	48.3	1.67	0.87
1	המנחה לא הבין איך אני מרגיש/ה	49.4	1.66	0.82
12	המנחה לא שם לב לצורך שלי	38.4	1.56	0.88
15	המנחה לא פירש נכון את דבריי	41.4	1.55	0.79
3	המנחה לא התחבר לקושי שלי	41.4	1.52	0.71
5	המנחה גרם לי לחוש תסכול וניכור	37.9	1.51	0.79
2	המנחה לא היה רגיש כלפיי	40.2	1.49	0.70
11	המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני	31.0	1.45	0.79
10	המנחה לא הגיב לדבריי	34.5	1.43	0.66
29	המנחה קטע את דבריי	28.7	1.40	0.80
6	המנחה גרם לי לחוש חוסר אונים	24.1	1.39	0.85
26	המנחה סרב להכיר בכשל ולקחת עליו אחריות	23.0	1.36	0.85
31	המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה	20.7	1.36	0.88
33	המנחה לא יצר תשתית של אמון וביטחון	20.7	1.34	0.83
9	המנחה התעלם ממני	27.6	1.32	0.62
16	המנחה פירש בצורה שיפוטית	21.8	1.32	0.72
14	המנחה גרם לי להרגיש לא חשוב/ה	23.0	1.32	0.72
13	המנחה לא תמך בי	20.7	1.31	0.77
22	המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה	9.2	1.20	0.71

המשך לוח 3: התפלגות הפריטים בשאלון הכשלים האמפטיים, בסדר יורד ($N = 87$)

מס'	% קיום כשל	M	SD
פריטים אשר הוצאו מן השאלון:			
30	14.9	1.28	0.80
27	17.2	1.28	0.76
36	16.1	1.28	0.77
20	17.2	1.25	0.70
17	14.9	1.24	0.73
34	12.6	1.23	0.77
32	11.5	1.23	0.76
37	10.3	1.22	0.78
28	9.2	1.22	0.80
25	11.5	1.22	0.72
18	12.6	1.21	0.67
21	12.6	1.21	0.67
35	8.1	1.20	0.76
23	10.3	1.20	0.71
24	6.9	1.14	0.63

קשרים בין תוצאות הטיפול (TCS) לכשלים אמפטיים

עם סיום הטיפול דיווחו כ-34% מהמטופלים שהבעיה עדיין מפריעה להם לפחות במידה בינונית ($M = 2.31, SD = 0.93$). כ-52% דיווחו שעדיין חשוב להם לפתור את הבעיה לפחות במידה בינונית ($M = 2.69, SD = 1.25$). כ-89% דיווחו שחל שיפור בבעיה לפחות במידה בינונית ($M = 3.74, SD = 1.10$).

מתאמי ספירמן בין מידת הכשל האמפטי, עבור 22 הפריטים, לבין מידת השיפור בבעיה, נמצאו מובהקים בהתייחס ל-11 מהפריטים ($r = -.22, p = .048$ עד $r = -.40, p < .001$). מתאמים אלו מלמדים שכלל שהופעת הכשל הייתה תכופה יותר, כך פחתה מידת שיפור הבעיה. ככלל, המתאמים עבור הפריטים חסרי השונות, שלא נבחרו להמשך הבחינה של השאלון, נמצאו לא מובהקים.

מחקר 3

מטרתו של מחקר זה הייתה לבחון את הפריטים שנכללו בגרסה המקוצרת של השאלון, ולתקף אותו, מבחינה קריטריונית, בעזרת שאלון אי-אמפטיה, שאלון הערכת המפגש (SEQ), ושאלון TCS. תוקף מבחין נבדק בהתייחס לקשיים שעיימם שאפו המשתתפים להתמודד (שאלון TCS).

שיטה

משתתפים

58 משתתפים נוספים שלקחו חלק בטיפול קבוצתי. בסך הכל נכללו 145 משתתפים במחקרים 2 ו-3. מבין המשתתפים במחקר השלישי 93% הן נשים. גיל המשתתפים הממוצע 39.28 שנים ($SD = 9.35$). ל-72% מהם תואר שני, ולאחרים תואר ראשון. ותק המשתתפים הממוצע בעבודה 9.70 שנים ($SD = 7.22$).

כלים

1. 22 הפריטים נוסחו כמקרי כשל אמפתי, למשל "המנחה התעלם ממני"; "המנחה לא התחבר לקושי שלי". המשתתפים נתבקשו לדרג את תכיפות קיומו של הכשל ביחס לכל פריט, על גבי סקלת ליקרט בת 5 דרגות: 1 – כלל לא, 2 – לעיתים רחוקות, 3 – לפעמים, 4 – לעיתים קרובות, 5 – כשל בתכיפות גבוהה.

ניסיונות שונים לניתוחי גורמים של פריטי השאלון לא העלו גורמים מובחנים ועל כן הוגדר ציון כולל. נמצאה עקיבות פנימית גבוהה: $\alpha=0.94$.

2. שאלון אמפתיה *Empathy Scale (S.E)* (16) של המנחה כלפי המשתתפים בקבוצה: נעשה שימוש בחמשת הפריטים המייצגים אי-הבעת אמפתיה. הציון הממוצע נע בין 0 ל-3; ציון גבוה יותר מלמד על היעדר אמפתיה. נמצאה עקיבות פנימית נמוכה: $\alpha=0.54$.

3. שאלון *Session Evaluation (31) SEQ* (17): שאלון זה מכיל 24 פריטים דו-קוטביים ומחולק לשני חלקים. במחקר השלישי נמצאו עקיבויות פנימיות קבילות. הערכת המפגש: עומק: $\alpha=0.86$; זרימה: $\alpha=0.75$; הערכת הרגשות החיוביים: $\alpha=0.80$; ועוררות: $\alpha=0.71$.

4. שאלון *Target Complaints Scale (TCS)* (15) הבודק תוצאות טיפול. לפרטים ראו מחקר 1.

עיבוד הנתונים

חושבו שכיחויות לפריטים בשאלון הכשלים האמפטיים, ונבחנו מתאמי ספירמן בינם לבין אי-אמפתיה, הערכת המפגש הטיפולי ותוצאות הטיפול.

ממצאים

תיאור פריטי הכשלים האמפטיים

בחינה של התפלגות פריטי השאלון (לוח 4) במחקר 3 הראתה שכמו במחקרים הקודמים, כלל הממוצעים נוטים להיות נמוכים. הממוצע הגבוה ביותר התקבל עבור "המנחה נתן עצות" ונמצא 2.07, בסקלה של 1-5. כ-60% מהמשתתפים השיבו בחיוב לפריט זה. שבעת הפריטים הראשונים זכו לתשובות חיוביות מצד כ-60% מהמשיבים, ושני פריטים נוספים זכו לתשובות חיוביות מצד כ-40%. שלושה פריטים נוספים זכו לתשובות חיוביות מצד כשליש מהמשיבים, והשאר נענו לרוב בחיוב בידי 20% - 30%.

בהתייחס למחקרים 2 ו-3, ניתן לראות שהממוצע הגבוה ביותר התקבל עבור "המנחה נתן עצות" ונמצא 1.93, בסקלה של 1-5. כ-52% השיבו לפריט זה בחיוב. הממוצע השני הגבוה באופן יחסי נתקבל עבור "המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי", ונמצא 1.77. פריט זה זכה לתשובות חיוביות מצד כ-59% מהמשיבים. בסך הכול קיבלו חמשת הפריטים הראשונים – "המנחה נתן עצות", "המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי", "המנחה לא זיהה את הבעיה", "המנחה לא זיהה מצוקה", "המנחה לא הבין איך אני מרגיש/ה" – תשובות חיוביות מידי למעלה ממחצית המשתתפים. שני הפריטים "המנחה לא שם לב לצורך שלי" ו"המנחה לא פירש נכון את דבריי" קיבלו תשובות חיוביות מכמחצית המשתתפים. הפריטים "המנחה לא התחבר לקושי שלי", ו"המנחה לא היה רגיש כלפי" נענו בחיוב בידי כ-40% מהמשיבים, ואילו "המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני", "המנחה קטע את דבריי", "המנחה לא הגיב לדבריי" ו"המנחה גרם לי לחוש תסכול וניכור" נענו בחיוב על ידי שלישי. שמונה מתשעת הפריטים הנותרים ("המנחה גרם לי לחוש חוסר אונים", "המנחה לא יצר תשתית של אמון וביטחון", "המנחה סירב להכיר בכשל ולקחת עליו אחריות", "המנחה פירש בצורה שיפוטית", "המנחה התעלם ממני", "המנחה לא תמך בי", "המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה", "המנחה גרם לי להרגיש לא חשוב/ה"), זכו לתשובות חיוביות מצד 20% - 27% מהמשתתפים, ורק "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה" נענה בחיוב על-ידי עשירית בלבד.

המדד הכולל לכשלים אמפטיים נמצא בטווח 1 (ללא כשל) עד 4.29 (מתוך 5 – כשל בתכיפות גבוהה), ועמד על ממוצע 1.48 ($SD = 0.52$). החציון נמצא בערך 1.35, ועבור עשירית מהמשתתפים נתקבל ציון גבוה מהערך 2.00. הממוצע הנמוך לעומת האחוזים שענו בחיוב והצביעו על קיומו של כשל, מלמד שבמרבית המקרים תכיפות התרחשות הכשל הוערכה כ"לעיתים רחוקות".

לא נמצאו קשרים מובהקים בין מדד כשלים אמפטיים לבין גיל המשתתפים או הוותק המקצועי. לא נמצא הבדל מובהק בין רמות ההשכלה.

לוח 4: התפלגות הפריטים בשאלון הכשלים האמפטיים, מחקר 3 ומחקרים 2 ו-3, בסדר יורד (N = 145)

מס'	סה"כ מחקרים 2 ו-3			מחקר 3			
	SD	M	%	SD	M	%	
	קיום כשל			קיום כשל			
19	1.04	1.93	52.4	1.04	2.07	60.3	המנחה נתן עצות
8	0.77	1.77	58.6	0.74	1.84	65.5	המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי
7	0.81	1.69	52.4	0.71	1.71	58.9	המנחה לא זיהה את הבעיה
4	0.78	1.68	51.7	0.66	1.67	56.9	המנחה לא זיהה מצוקה
1	0.75	1.66	52.4	0.64	1.66	56.9	המנחה לא הבין איך אני מרגיש/ה
12	0.81	1.63	47.9	0.69	1.74	62.1	המנחה לא שם לב לצורך שלי
15	0.74	1.61	48.3	0.65	1.69	58.6	המנחה לא פירש נכון את דבריי
3	0.68	1.51	42.1	0.63	1.50	43.1	המנחה לא התחבר לקושי שלי
2	0.72	1.47	37.8	0.80	1.41	31.2	המנחה לא היה רגיש כלפיי
11	0.76	1.44	31.9	0.73	1.42	33.3	המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני
29	0.72	1.43	33.8	0.60	1.47	41.4	המנחה קטע את דבריי
10	0.62	1.41	35.2	0.56	1.40	36.2	המנחה לא הגיב לדבריי
5	0.68	1.40	31.9	0.42	1.23	22.8	המנחה גרם לי לחוש תסכול וניכור
6	0.80	1.39	26.4	0.73	1.39	29.8	המנחה גרם לי לחוש חוסר אונים
33	0.84	1.35	21.4	0.85	1.36	22.4	המנחה לא יצר תשתית של אמן וביטחון
26	0.84	1.35	22.7	0.85	1.36	23.0	המנחה סירב להכיר בכשל ולקחת עליו אחריות
16	0.73	1.33	22.8	0.74	1.34	24.1	המנחה פירש בצורה שיפוטית
9	0.57	1.31	27.6	0.50	1.29	27.6	המנחה התעלם ממני
13	0.73	1.31	22.1	0.68	1.31	24.1	המנחה לא תמך בי
31	0.79	1.31	20.1	0.63	1.25	19.3	המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה
14	0.67	1.30	22.1	0.58	1.26	20.7	המנחה גרם לי להרגיש לא חשוב/ה
22	0.68	1.19	10.3	0.63	1.19	12.1	המנחה הוציא אותי ממעגל

קשרים בין שאלון אי-אמפתיה לבין כשלים אמפתיים

ציון אי-האמפתיה נמצא בין 0 לבין 1.20 (בטווח 0-3), והיה במוצע 0.33 ($SD = 0.29$). מתאם ספירמן בינו לבין מדד הכשלים האמפתיים נמצא חיובי ומובהק: $r = .48$, $p < .001$, $(N = 58)$. כלומר, ככל שהכשלים האמפתיים תוארו כתכופים יותר כך הוערכה רמת אי-האמפתיה של המנחה כגבוהה יותר.

קשרים בין הערכת המפגש (SEQ) לבין כשלים אמפתיים

הערכת המפגש ($N = 57$) נמצאה גבוהה למדי (בטווח 1-7). הערכת 'עומק' נמצאה הגבוהה מבין כלל הממדים $M = 5.81$, $SD = 1.06$; שנייה נמצאה 'זרימה': $M = 5.47$, $SD = 0.96$; אחריה 'חיוביות': $M = 5.18$, $SD = 0.96$ ולבסוף 'עוררות': $M = 4.99$, $SD = 1.06$.

נמצאו מתאמי ספירמן שליליים ומובהקים בין הערכת המפגש לבין מדד הכשלים האמפתיים. עבור 'עומק' $r = -.37$, $p = .005$; 'זרימה' $r = -.38$, $p = .004$; 'חיוביות' $r = -.34$, $p = .011$; ו'עוררות' $r = -.29$, $p = .030$. כלומר, ככל שהכשלים האמפתיים תוארו כתכופים יותר כך הוערך המפגש הקבוצתי כבעל 'עומק', 'זרימה', 'חיוביות', ו'עוררות' נמוכים יותר.

קשרים בין תוצאות הטיפול (TCS) לבין כשלים אמפתיים

כמחצית המשתתפים דיווחו שטרם הטיפול הייתה הבעיה חמורה וחשובה להם במידה רבה ורבה מאוד. כ-30% נוספים דיווחו שהבעיה הייתה חמורה וחשובה להם במידה בינונית (בסה"כ $M = 3.32$, $SD = 1.07$, בטווח 1-5). 64% קיוו לקבל מענה לבעייתם במידה רבה ורבה מאוד, וכ-22% נוספים קיוו לקבל מענה לבעייתם במידה בינונית (בסה"כ $M = 3.68$, $SD = 1.03$, בטווח 1-5). בהתייחס לסיום הטיפול, דיווחו כ- שהבעיה עדיין מפריעה להם במידה רבה או רבה מאוד, וכ-22% נוספים דיווחו שהבעיה מפריעה להם במידה בינונית ($M = 2.31$, $SD = 0.90$, בטווח 1-5). כ-22% ציינו שעדיין חשוב להם לפתור את הבעיה במידה רבה או רבה מאוד, וכ-24% נוספים שעדיין חשוב להם לפתור את הבעיה במידה בינונית ($M = 2.77$, $SD = 1.24$, בטווח 1-5). כ-60% מהמשיבים דיווחו על שיפור שחל בבעיה במידה רבה/רבה מאוד, וכ-30% נוספים שחל שיפור בינוני ($M = 3.75$, $SD = 1.10$, בטווח 1-5).

מתאמי ספירמן בין תוצאות הטיפול לבין מדד הכשלים האמפתיים הצביעו על קשר מובהק בין נוכחות הכשלים למידת השיפור בבעיה $r = -.31$, $p < .001$, $(N = 142)$: ככל שהכשלים האמפתיים תוארו כתכופים יותר, כך הוערכה מידת השיפור בבעיה כמעטה יותר.

לוח 5 מסכם את המתאמים שנמצאו בין אי-אמפתיה, הערכת המפגש ותוצאות הטיפול לבין מדד הכשלים האמפתיים.

לוח 5: מתאמי ספירמן בין אי-אמפתיה, הערכת המפגש ותוצאות הטיפול לבין מדד הכשלים האמפטיים

אי-אמפתיה	עומק	זרימה	חיוביות	עוררות	חומרת הבעיה	חשיבות פתרון	מידת השיפור	מדד כשלים אמפטיים
					לאחר הטיפול	הבעיה לאחר הטיפול	בבעיה בטיפול	
.48***	-.37**	-.38**	-.34*	-.29*	.09	.06	-.31***	

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

לסיכום, נמצאו מתאמים מובהקים בין מדד הכשלים האמפטיים לבין הערכת אי-אמפתיה, הערכת המפגש ותוצאות הטיפול. מתאמים אלה מלמדים על תוקף השאלון. יש להמשיך ולחקור את נושא הכשלים האמפטיים, תוך ניסיון לאתר מדגמים שניבו ממוצעים גבוהים יותר.

קשרים בין תוצאות הטיפול (TCS) לבין הקושי שעמו שאפו המשתתפים להתמודד

המשתתפים במחקר התבקשו לתאר את הקושי שעמו שאפו להתמודד. להלן התפלגות התשובות בקרב 145 המשתתפים:

קשיים אישיים, בין-אישיים וקבוצתיים – דווחו על-ידי 72 משתתפים (49.7%).

קשיים זוגיים, הוריים ומשפחתיים – דווחו על-ידי 18 משתתפים (12.4%).

מטרות לימודיות ומקצועיות, התפתחות מקצועית – דווחו על-ידי 22 משתתפים (15.2%).

33 משתתפים לא דיווחו דבר.

לא נמצאו קשרים או הבדלים מובהקים בין מדד הכשלים האמפטיים, אי-אמפתיה והערכת המפגש לבין הקושי שעמו ביקשו המשתתפים להתמודד. אולם, נמצאו הבדלים מובהקים בתוצאות הטיפול. כזכור, תוצאות הטיפול הוערכו באמצעות חמישה משתנים: הערכת חומרת הבעיה וחשיבותה לפני הטיפול, התקווה לקבל מענה לפני הטיפול, המידה שבה הבעיה מפריעה בסיום הטיפול, המידה שבה עדיין חשוב לפתור את הבעיה והמידה שבה חל שיפור. בכל המקרים התשובות נמדדו בסקלה של 1-5, 1 מציין מידה מעטה מאוד ו-5 מציין מידה רבה מאוד.

לוח 6 מציג את התפלגות המדדים של תוצאות הטיפול לפי הקושי שעמו ביקשו המשתתפים להתמודד. ההבדל בין הקטגוריות חושב בעזרת Kruskal-Wallis test (χ^2).

הממצאים מראים שנמצאו הבדלים מובהקים בתוצאות הטיפול העומדים בקשר ישיר לקושי שעמו ביקשו המשתתפים להתמודד. חומרת הבעיה וחשיבותה נמצאו גבוהות יותר בקרב משתתפים שדווחו על קושי כלשהו מאשר משתתפים שבחרו לא לציין קושי, וכן משתתפים שתיארו קושי זוגי,

הורי, או משפחתי מאשר בקרב משתתפים שתיארו קושי אישי, בין-אישי או קבוצתי. מידת התקווה לקבלת מענה שצוינה לפני הטיפול, הוערכה כרבה יותר בקרב משתתפים שתיארו מטרות לימודיות מקצועיות ו/או מטרות של התפתחות מקצועית מאשר בקרב שאר המשתתפים. עם סיום הטיפול, סווגה הבעיה כמפריעה במידה רבה יותר בקרב משתתפים שדיווחו על קושי מאשר בקרב משתתפים שבחרו לא לציין קושי. בדומה, משתתפים שצינו קושי דיווחו בסיום הטיפול כי עדיין חשוב להם לפתור את הבעיה במידה רבה יותר מאשר משתתפים שבחרו שלא לדווח זאת. לבסוף, משתתפים שדיווחו על מטרות לימודיות מקצועיות ו/או מטרות של התפתחות מקצועית, הודיעו על שיפור רב יותר מאשר משתתפים שתיארו קושי אישי, בין-אישי או קבוצתי.

לוח 6: התפלגות המדדים של תוצאות הטיפול לפי הקושי שעמו ביקשו המשתתפים להתמודד ($N = 142$)

פירוט ההבדל	הבדל $\chi^2 (3)$	3.מטרות לימודיות/מקצועיות/התפתחות מקצועית		2.קושי זוגי, הורי, משפחתי		1.קושי אישי, בין אישי, קבוצתי		0.לא נרשם קושי		
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
1,2,3>0 2>1	14.60**	1.01	3.55	0.87	3.94	0.94	3.35	1.26	2.70	חומרת הבעיה וחשיבותה לפני הטיפול. תקווה לקבל מענה לפני הטיפול.
3>0,1,2	14.83**	0.67	4.41	0.79	3.50	0.97	3.60	1.28	3.47	המידה שבה הבעיה מפריעה בסיום הטיפול.
1,2,3>0	13.17**	1.01	2.55	0.84	2.67	0.89	2.35	0.70	1.83	המידה שבה עדיין חשוב לפתור את הבעיה.
1,2,3>0 3>1	14.78** 9.49*	1.32 0.81	3.27 4.23	1.26 1.17	3.06 3.78	1.21 1.09	2.85 3.50	0.96 1.16	2.03 3.97	המידה שבה חל שיפור.

* $p < .05$, ** $p < .01$

דיון - ניתוח הממצאים וקישור לתיאוריה

המחקר הראשון מגדיר מה הוא כשל אמפתי ומקשר בין כשלים אמפטיים להצלחת הטיפול. השאלון הנוכחי נועד לאתר כשלים אמפטיים בקבוצה וביחסי מטפל/מטופל, ולבחון את השפעתם על שביעות רצון המטופלים והצלחת טיפול.

המחקר הנוכחי מחזק את ממצאי המחקר הקודם בדבר מתאמים מובהקים בין מדד הכשלים האמפטיים לבין הערכת אי-אמפתיה, הערכת המפגש ותוצאות טיפול. מתאמים אלה מתקפים את השאלון.

במחקר הראשון מצאנו שהגדרת כשל אמפתי כוללת ממד רגשי ומנטלי. בממד הרגשי כלולות התעלמות, חוסר הבנה, התנהגות שלילית אקטיבית ופסיבית. הממד המנטלי מוגדר כפירוש שגוי. נמצא שכשל אישי, רגשי, אקטיבי ומתמשך נחוה כחמור יותר מאשר כשל חד-פעמי, פרשני, פסיבי וקבוצתי. 80% מהמשתתפים חוו כשל אמפתי לפחות פעם אחת. מרבית הכשלים נמדדו ברמת חומרה בינונית וטופלו ברמת שביעות רצון בינונית. בנוסף, נמצא קשר בין ממדי הכשל לחוסר שביעות רצון מהטיפול; ורק במקרה של כשל מתמשך הייתה השפעה שלילית על תוצאות הטיפול.

נמצא שהממוצע הגבוה ביותר התקבל עבור "המנחה נתן עצות" - 2.07, בסקלה של 1-5. כ-60% מהמשתתפים השיבו בחיוב לפריט זה. ממוצע גבוה שני באופן יחסי נתקבל עבור "המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי" - 1.77. פריט זה זכה לתשובות חיוביות על-ידי כ-59% מהמשיבים. בסך הכול, על חמשת הפריטים הראשונים – "המנחה נתן עצות", "המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי", "המנחה לא זיהה בעיה", "המנחה לא זיהה מצוקה" ו"המנחה לא הבין איך אני מרגישה" – ענו בחיוב למעלה ממחצית המשתתפים. "המנחה לא התחבר לקושי שלי" ו"המנחה לא היה רגיש כלפיי" נענו בחיוב על-ידי 40% מהמשתתפים. "המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני", "המנחה לא הגיב לדבריי", "המנחה גרם לי לחוש תסכול וניכור" נענו בחיוב על-ידי כשליש מהמשתתפים. הפריטים "המנחה גרם לי לחוש חוסר אונים", "המנחה לא יצר תשתית של אמון וביטחון", "המנחה פירש בצורה שיפוטית", "המנחה לא תמך בי", "המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה" זכו לתשובות חיוביות מידי 20%-27% מהמשתתפים בהתאמה. עשירית ענו בחיוב על "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה". הממד הכולל לכשלים אמפטיים נמצא בטווח שבין 1 (ללא כשל) ו-4.29 (מתוך 5 – כשל בתכיפות גבוהה), והיה בממוצע 1.48 ($SD = 0.52$). החציון נמצא בערך 1.35, ועבור עשירית מהמשתתפים נתקבל ציון גבוה מהערך 2.00. הממוצע הנמוך לעומת אחוזים העונים בחיוב על עצם קיומו של כשל מלמד שבמרבית המקרים קיום הכשל הוערך ב"לעיתים רחוקות".

בכל האמור בקשר שבין שאלון אי-אמפתיה לכשלים אמפטיים, נמצא שככל שהכשלים האמפטיים תוארו כתכופים יותר, כך הוערכה רמת אי-האמפתיה של המנחה כגבוהה יותר. במה שנוגע לקשר בין הערכת המפגש לבין כשלים אמפטיים, נמצא שככל שהכשלים האמפטיים תוארו כתכופים יותר כך הוערך המפגש הקבוצתי כבעל עומק, זרימה, חיוביות ועוררות נמוכים יותר. לגבי הקשר בין סוגי הקושי: 1. אישי, בין-אישי וקבוצתי (72 משתתפים מתוך 145, שהם 49.7%) 2. קשיים זוגיים, הוריים ומשפחתיים, אובדן ואבל (18 משתתפים, 12.4%), מטרות לימודיות והתפתחות מקצועית

(22 משתתפים, 15.2%); לא נמצאו קשרים או הבדלים מובהקים בין מדד הכשלים האמפטיים, אי-אמפתיה והערכת המפגש לפי קושי, אך נמצאו הבדלים מובהקים בתוצאות הטיפול. בקרב משתתפים שדווחו על קושי נמצא שחומרת הבעיה וחשיבותה היו גבוהות יותר מאשר אצל אלה שבחרו לא לציין קושי. משתתפים שדווחו על מטרות לימודיות מקצועיות והתפתחות מקצועית דיווחו גם על שיפור רב יותר מאשר משתתפים שתיארו קושי אישי, בין-אישי וקבוצתי. לא נמצאו קשרים מובהקים בין המדד לכשלים אמפטיים לבין גיל המשתתפים או הוותק המקצועי שלהם או רמת ההשכלה. המחקר מחזק את הקשר בין תוצאות הטיפול לבין כשלים אמפטיים: ככל שהכשל היה תכוף יותר, כך מידת השיפור בבעיה הייתה מועטה יותר.

מרבית הכשלים, לפי תשובות המשתתפים, התרחשו בממדים אישי, רגשי ו/או פסיבי, היו נפוצים יותר ונחוו בתדירות גבוהה יותר מאשר כשלים פרשניים, אקטיביים ו/או קבוצתיים. מכך נובע שחווית כשל אישי, רגשי ו/או פסיבי הייתה דומיננטית במסגרת קבוצה, והכשלים היו ברובם פסיביים, כלומר לא נעשו בזדון אלא כנראה בהיעדר מודעות ותשומת לב מצד המנחה.

20 פריטים היו כשלים רגשיים ושניים פרשניים. כשלים רגשיים היו, למשל "המנחה לא זיהה מצוקה", "המנחה לא התחבר לקושי שלי", "המנחה התעלם ממני", "המנחה לא תמך בי" וכדומה. הכשלים הפרשניים היו, לדוגמה, "המנחה לא פירש נכון את דבריי", "המנחה נתן עצות". יחס כמעט זהה הופיע בשאלון הארוך.

הפריטים "המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני" או "המנחה פירש בצורה שיפוטית" או "המנחה פירש אותי בצורה שלילית", לא מתייחסים לנכונות הפירוש אלא למרכיב הרגשי, כלומר לאופן השלילי שבו ניתן הפירוש, וייתכן אפוא שמדובר בכשלים רגשיים הנובעים מהתנהגות שלילית אקטיבית של המנחה.

נציין שמרבית הכשלים (16 מתוך 22) היו אישיים, כגון "המנחה לא שם לב לצורך שלי" או "המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי". שלושה פריטים התייחסו לכשלים אישיים בהקשר קבוצתי: "המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני", "המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה", "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה", ושלושה פריטים התייחסו לקבוצה כשלים: "המנחה נתן עצות", "המנחה לא יצר תשתית של אמון וביטחון" ו"המנחה סירב להכיר בכשל ולקחת עליו אחריות". כלומר, כשלים רגשיים אישיים נמצאו בשכיחות גבוהה יותר מאשר כשלים רגשיים קבוצתיים.

ניתן לסכם ולומר שהתקיימו יותר כשלים רגשיים מפרשניים, יותר כשלים פסיביים מאקטיביים ויותר כשלים אישיים מקבוצתיים. ומכאן אפשר להסיק שחווית כשל רגשי, אישי ופסיבי דומיננטית יותר מכשל פרשני, קבוצתי ואקטיבי. יש בממצאים כדי לתקף את קדימות היחסים לפירוש: כשל רגשי קודם לפרשני וכשל אישי קודם לקבוצתי, אולי מפאת הפגיעות הנרקיסיסטית של הפרט וההדהוד בתוך הקבוצה.

כפי שצוין, קושי רגשי קיבל ממוצע של 48.3 לעומת קושי פרשני שקיבל 41. מרבית הפריטים (20 במספר) היו רגשיים, לעומת שניים פרשניים בלבד. הסיבה לכך היא שחווית הפגיעה הנרקיסיסטית על רקע פגיעה רגשית קשה יותר מאשר פגיעה מנטלית. הפירוש הוא שכלתני, ולכן, ייתכן כי חוויה

שמקורה בעיבוד קוגניטיבי פוגעת פחות מחוויה רגשית. הפגיעה הרגשית נוגעת ברבדים העמוקים ביותר של הנפש, בליבת העצמי ובנרקיסיזם של המטופל, וקשורה לתחושות של בושה או השפלה, חוסר נראות, חוסר משמעות, תפיסות ערך ומסוגלות. זאת לעומת פרשנות שגויה, הקשורה לממד שכלתני ומנטלי, שאפשר בשל כך נחווית כפחות חמורה. אפשר שפרשנות לא נכונה אינה נחווית כמעשה זדון שנועד מלכתחילה לפגוע במטופל, ומתקבלת כאובייקטיבית וניטרלית יותר, כי המטפל פועל באופן מיטבי, זאת כל עוד לא נלווית לפירוש נימה שלילית ופוגענית (1).

מצאנו שכשל אישי נחוה כחמור יותר מכשל קבוצתי. כך, לדוגמה, שאלה 8: "המנחה לא זיהה מצוקה", קיבלה בממוצע ערך של 1.68, לעומת שאלה 36, "המנחה היה טרוד ולא פנוי לקבוצה", שקיבלה בממוצע ערך של 1.28. כשל אישי בקבוצה מכונן כלפי הפרט ומהדהד חזק יותר בגלל נוכחות האחרים, ולכן הפגיעה הנרקיסיסטית של עלבון, בושה והשפלה קשה יותר. הכשל כמוהו כהפניית אצבע כלפי המשתתף, שעלולה להפוך אותו לשעיר לעזאזל ולגרום לו לתחושת בדידות, בידוד, ניכור וחוסר-מוגנות. מזווית הראייה של המשתתף, קיים החשש שהמנחה יהווה מודל שלילי לחיקוי לשאר המשתתפים ויתיר פגיעה בו, מה שמשקף הפריט "המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה". כשל קבוצתי הוא כעין "צרת רבים" שבידוד הפרט לא מתקיים בו. הקבוצה עשויה ליצור לכידות כנגד "אויב משותף", שהוא המנחה. יש גיבוי ותמיכה של "אחים לצרה", ולכן לקבוצה יש יותר כוח להגן על עצמה מאשר לפרט הבודד.

התנהגות שלילית מצד המנחה, אקטיבית או פסיבית, כוללת התנהגויות שבהן המנחה כושל במחדל כגון אי-תגובה, הימנעות או ריחוק, כמו שמתאר, לדוגמה, סעיף 12 – "המנחה לא הגיב לדבריי"; או כושל במעשה, כמו שמתארים הסעיפים "המנחה הגיב בצורה מעליבה", או "המנחה כעס עליי". מרבית הכשלים שנכללו בשאלון הסופי היו פסיביים וקיבלו ממוצע ציונים גבוה, לעומת כשלים אקטיביים (16 לעומת 4) שקיבלו ממוצע ציונים נמוך ונתרו בשאלון הארוך. אפשר שהבדלים אלו מצביעים על כך שכשלים אינם נגרמים בזדון אלא מתוך היעדר מודעות ותשומת לב מצד המנחה. כשל אקטיבי נחוה כחמור יותר מפסיבי, מכיוון שהתנהגות המנחה בו יזומה ומכוונת לפגוע במטופל, אין לטעות בה ולא ניתן לייחס לה תום לב. כשל פסיבי, בניגוד לזאת, אינו תמיד קל להגדרה, הוא נתון לפרשנויות או מיוחס לאישיות המנחה ולא להתנהגות שלילית שמכוונת לפגוע. בכשל פסיבי המנחה נתפס כנמנע מליזום פעולה חיובית אך בפועל אינו עושה דבר שלילי. ממצא מעניין, שכיח יותר מהבחינה המחקרית, היה "המנחה נתן עצות", שנמצא 2.07 בסקלה של 1-5. 60% מן המשתתפים השיבו בחיוב לפריט זה. והדבר מפתיע. אני רואה במתן עצה סיפוק צורך שהלגיטימציה שלו תלוית תיאוריה. מעבר לכך, בניסיון לשייך לקטגוריה, אפשר לראות במתן עצה פרשנות שגויה של צורך והיעדר סיפוק מענה נכון או היעדר הבנה רגשית ומנטלית, או התנהגות שלילית פסיבית, כי המנחה כביכול נותן מתנה למטופל בצורת עצה ואין בכוונתו לפגוע במטופל, אלא שהמטופל עלול לחוות זאת כפגיעה בכשירותו וככשל אמפתי. לדעת הריסון, (18) התשובות נמצאות אצל המטופל; המטפל רק פותח צוהר, מראה נתיב ומתווה דרך.

פרויד (19) מתנגד לאקטיביות של המטפל ודורש שהטיפול יתנהל מתוך חסך, במצב של התנזרות. על המטפל להישאר עם שפע של משאלות שלא מולאו, ויש למנוע ממנו דווקא את הסיפוקים שהוא מתאוה להם במיוחד, וכך לשמר את החסך לצורכי הטיפול.

הגישה הפסיכודינמית על פי רובינשטיין (20) מניחה קונפליקט פנימי בנפשו של המטפל, קונפליקט בין צד שרוצה לבין צד שאינו רוצה, המשתק את האדם ומונע ממנו לעשות משהו שהוא לכאורה מעוניין בו. ההנחה היא כי לא מדובר במגבלה ביכולת להגיע להחלטה וידיעה מה נכון, אלא בקונפליקט במוטיבציה לממש את מה שנכון ושאי מילוי המשאלה למתן עצה על ידי המטפל גורמת למטפל לפתח מודעות לקונפליקט ולאמביוולנציה שלו ביחס להשגת המטרה שעליה הוא מצהיר (21). גרין מוסיף על כך ואומר שמתן עצות עשוי להיראות כמתנה שהמטפל נותן למטופל, וכן תשובות הנוגעות לעניינים מעשיים מחיי-היומיום; בכך המטפל חורג מן המסגרת הטיפולית ופוגע ביחסי האמון. מה שעל פני השטח עשוי להתקבל בהכרת תודה, יבוא לידי ביטוי בכעס לא מודע על המטפל ובערעור הקשר. הוא מציין שמטופלים נמנעו מלעשות שימוש בעצות טובות שנתן כמטפל ולעיתים אפילו הקדימו את סיום הטיפול.

פרנצי (22) רואה במתן עצה סוג של כפיית רצון המטפל על המטופל. הוא טוען שבמקום מתן צווים יש לעודד דיון שוויוני, שבו המטפל מציע למטופל כיוונים ומנסה להשיג את הסכמתו. זוויט מעניינת מביאה ירום (23), וזו בוחנת את מתן העצות כמקור לכשל אך גם כחויית תיקון. היא מתייחסת לגישה של מיטשל, שעל פיה הטיפול הוא מפגש אינטר-סובייקטיבי בין מטפל ומטופל. היא רואה ביכולתו של המטפל להיות סובייקט באינטראקציה הטיפולית עיקרון משחרר עבור מטפלים. הסובייקט האנליטי הוא מי שיכול לתת עצות מבלי לפחד מן העין הבוחנת של "הפסיכואנליזה", אך יכול להתבונן באקט זה כעוד תפקיד שהוא מגלם עבור המטופל, לפעמים כביטוי של "נותן עצה" מכזיב מעברו של המטופל, ולעיתים כצורך בחויית תיקון.

ניסיוני המקצועי, המטופל מזמין עצה, אך בפועל אינו בטוח שזה הדבר שהוא רוצה וזקוק לו. לרוב, הצרכים הם השלכתיים ומבטאים משאלות ילדיות שהן תוצר של צרכי תלות במטפל כסמכות כל-יודעת. לעתים מתן עצה נובע מתהליכי העברה נגדית וצרכים נרקיסיסטיים של האדרה עצמית של המטפל או חשש להצטייר כלא יודע, קושי להכיל תסכול צרכים, כעס ואכזבה שמופנים כלפיו, קושי להכיל עמימות, אי-ידיעה או אי-הוודאות שבתהליך האנליטי. אלה עשויים ליצור תחושת חוסר אונים במטפל, ומכאן הצורך במתן עצה, כדרך התמודדת עם אי-הנוחות של הסיטואציה הטיפולית וניסיון להציל את עצמו ואת המטופל. אני סבורה שמתן עצה עלול להיחוות כפגיעה נרקיסיסטית ולעורר פגיעות וכעס כי המטופל חש שהמטפל לא ממש רואה אותו, לא מבין אותו ולא מפרשו נכון ולכן גם לא מספק מענה נכון. מתן עצה עלול להיחוות כסוג של כפיית דעה, פטרונות והתנשאות כאילו המטפל יודע טוב יותר מהמטופל מה נכון עבורו. מטבענו איננו אוהבים לקבל עצות כי יש במתן עצה סוג של הקטנה, דוולואציה, הטלת ספק ביכולת השיפוט, בכשירות, בשיקול הדעת ובמסוגלות. עדיף שהמטפל יצטרף אל המטופל, יעזור לו להגדיר מחדש את הקושי ולגבש את עמדתו כמסר של העצמה ומתן אמון בכשירותו. אני סבורה שמתן עצה חוסם את הדרך לעבודה דינמית אינטנסיבית ועמוקה ולתהליכי מודעות וכך העבודה נותרת ברובד עליון. מתן עצה עלול להיחוות כחוסר אמון מצד המטפל ביכולת המטופל ובכשירותו להגיע לפתרונות עצמאיים בכוחותיו הוא. כמו אותה מטופלת שהרבתה לבכות ולהתלונן על אודות אימה, בעקבות ניסיונות שעשתה חדשות לבקרים להשיא לה עצות ולעשות דברים עבורה ובמקומה. מחד גיסא האם הפגינה רצון לגונן עליה מפני אכזבה ותסכול, מאידך גיסא ניסיונותיה ביטאו היעדר אמון במסוגלותה ובכשירותה לעשות דברים בצורה נכונה ובכוחות עצמה, וכן חוסר כבוד לרצון אישי וסגנון אישי. אלה שימרו תלות וחוסר ערך ומסוגלות. בהקשר זה אזכיר מטופלת אחרת שלי, שחשה ותסכול רב ואף הגיבה בכעס ובנימה תוקפנית על שלא נענית לצורך שלה ולא נתתי לה עצות כפי שביקשה. בטוחני שאם הייתי מספקת צורך זה בצורת עצה, היא הייתה דוחה אותה בטענה שאינה הולמת או אינה מתאימה, שלא לכך התכוונה, ואף הייתה מבטאת כעס ישיר על מתן העצות, תוך ביטול וציניות אופייניים. אפשרות אחרת היא שהייתה מטילה ספק בכשירותה. השאלה ששאלתי את עצמי הייתה האם היא באמת התכוונה לעצה או שהדבר ביטא השלכה של יחסי אובייקט מוקדמים, ובחינת כל יכולתי כמטפלת לעמוד בלחצים שהיא מפעילה, להכיל תוקפנות, אכזבה ותסכול צרכים מבלי שאיהרס מתוך חווית ההרסנות שבתוכה; כלומר – שלב בבניית יחסי אמון במטפל. אני האמנתי שתסכול צורך עשוי ללמד אותה לפנות למשאביה הפנימיים ולהגיע לפתרונות משל עצמה כתסכול אופטימלי, ללמוד להכיל את המטפל כטוב ורע בו זמנית, כמספק ומתסכל צרכים, ומתוך כך להכיל את חוסר מושלמותי ומושלמותה, כתיקון ליחסי אובייקט מוקדמים ותהליכי התבגרות ועצמאות.

ניתן את דעתנו לפרט 26, " המנחה סירב להכיר בכשל ולקחת עליו אחריות ", שקיבל 23% תשובות חיוביות בשאלון.

הכרה בכשל ולקחת אחריות הן מרכיב ריפוי משמעותי ורב ערך, המתקף את הפגיעה במשתתף ומחזיר את האמון במטפל. כלומר, נותן תוקף לתחושת המטופל ולקיומו של בסיס אמיתי וממשי

לפגיעה בו, ואיננו פרשנות העברתית ומדומיינת שמחזירה את האחריות למטופל. פרנצי (2 ; 24) סבור שפתיחת השער לביקורת, יכולתו של המטפל להודות בטעויות וניסיונו להימנע מהן בעתיד מעניקים לו (המטפל) את אמון המטופל. אמון זה יוצר ניגוד בין ההווה לבין העבר הטראומטי. בהמשך לכך, על פי תגובות המשתתפים במחקר הראשון, מצאתי שחשוב שכשל יעלה ויידון בקבוצה, שהמטפל יסביר את מניעיו, יהיה אחראי למעשהו ויטפל בו באופן ממשי ולא כהשלכה מדומיינת, מתוך כבוד לסובייקטיביות המטופל והכרה בחשיבות הטיפול בו להצלחת הטיפול. במקביל, חשוב שהמטפל ישנה את התנהגותו בפועל כלפי המשתתף הבודד או הקבוצה (1).

פריט 21, "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה", נכלל בשאלון הסופי למרות ממוצע ציונים נמוך, בשל חשיבותו הטיפולית והתיאורטית כביטוי לשעירות לעזאזל בקבוצה או לחשש מהפיכה לשעיר לעזאזל.

מבחינה סטטיסטית (במדגם של מאה), פריטים חשובים כמו "המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה" או "המנחה הפך אותי שעיר לעזאזל", לא הופיעו מאחר ומיעט מהמשתתפים חוו אותם. עם זאת, מאחר וזהו פריט קריטי מבחינה טיפולית והשפעתו על תוצאות הטיפול רבה, החלטתי להכלילו בשאלון הסופי. שעיר לעזאזל הוא תופעה של יחיד שנושא בתפקיד קבוצתי ומשמעותו קבוצתית. הוא מצביע על תהליכים קבוצתיים, בעיקר על קושי של המנחה ו/או הקבוצה להתעמת ולהכיל תחרות, קנאה ותוקפנות שמושלכים עליהם. זיהוי הכשל והטיפול בו הוא טיפול ברמת הקבוצה כולה, והנו קריטי לשביעות רצון מהטיפול והצלחת הקבוצה (1). חיפוש שעיר לעזאזל היא שיטה שמסייעת לפרוק כעס שמתעורר בקבוצה בתגובה לאיומים על שלמותה ותפקודה. זוהי תופעה שכיחה בקבוצות טיפוליות (25). חברי הקבוצה לא מדברים על בעיותיהם האמיתיות כדי להימנע מאי-נוחות, ומתיקים את יחסם ורגשותיהם אל השעיר לעזאזל (26). התופעה נגרמת כשהקבוצה אינה מסוגלת להתעמת ישירות עם המנחה ומתיקה את הכעס ממנו למישהו אחר, או בגלל "קונפליקט פתרוני" – מצב שבו חבר קבוצה מסרב לקבל פתרון מתגבש או כשאדם חדש נכנס לקבוצה ואינו מסוגל לקבל פתרון קבוצתי שהתגבש (27). קבוצה עלולה להיות הרסנית ופוגענית ואף להפוך למראה ממאירה (11). לפי ניצון (28), קבוצה שנמצאת בעמדה זו נעשית "אנטי גרופ" ומהווה כוחות הרס בקבוצה. אחת מתופעות ה"אנטי גרופ" היא תופעת השעיר לעזאזל. קיומה של שעירות לעזאזל בקבוצה מקורה בכשל אמפתי של המנחה, כתוצאה מהעברה נגדית שלילית. תפקיד השעיר לעזאזל לפי רוטאן וסטון (12) מסוכן ליחיד שעלול להפוך כזה, ולכן למנחה תפקיד משמעותי ביותר בזיהוי התופעה ובטיפול בה ברמה הקבוצתית.

מתוך הנאמר, יש לבחון תחילה את סוג הקבוצה ומטרותיה ובהתאם לכך להחליט באיזה שאלון להשתמש הקצר או הארוך. אם למטרות מחקר ובחינת הקבוצה כשלם, יתכן שהגרסה הקצרה המונה 22 פריטים תיתן מענה, לצורך קבלת משוב כללי עבור תפקוד המנחה וסוג הכשלים. אך כשהמטרה היא קלינית בקבוצות דינמיות ארוכות טווח שהמוקד בהן הוא הפרט בקבוצה ותהליכי עומק, יש להשתמש בשאלון הארוך המונה 37 הפריטים. במקרה כזה כל פריט חשוב גם אם מבחינה סטטיסטית רק מעטים חוו אותו..

נתון מעניין נוסף לגבי הקשר בין הכשל האמפתי לבין הקושי שעמו שאפו המשתתפים להתמודד:

נמצאו שלושה סוגי קשיים: 1. אישיים, בינאישיים וקבוצתיים 2. קשיים זוגיים ומשפחתיים, אובדן אבל 3. התפתחות מקצועית. לא נמצאו קשרים מובהקים בין מדד הכשלים האמפתיים ואי-אמפתיה לבין הערכת מפגש לפי הקושי שעמו ביקשו המשתתפים להתמודד, אולם נמצאו הבדלים מובהקים בתוצאות טיפול. נמצא שמשתתפים שדיווחו על מטרות לימודיות מקצועיות/ התפתחות מקצועית סיווגו שיפור רב יותר מאשר משתתפים אשר תיארו קושי אישי, בינאיש ו/או קבוצתי.

לרוב מדובר בקבוצות פרקטיקום של מטפלים ותיקים ומנוסים הנמצאים בתהליכי הסמכה לטיפול זוגי ומשפחתי, שהתקבלו בתהליכי מיון. מצד אחד קיימת אצלם רגישות ופגיעות לגבי דימוים ומסוגלותם המקצועית, ישנה ציפייה שיהיו מגובשים ונטולי קשיים כדי להיות כשירים וראויים לעזור לאחרים. מן הבחינה הזאת, קיומו של קושי עשוי להצביע מבחינתם על לקות או חיסרון שעושים אותם פגיעים. מתוך כך הם חווים את הבעיה כחמורה וחשיבותה נמצאה גבוהה. מצד שני, מדובר במשתתפים בשלב התפתחותי מתקדם, מגובשים ובוגרים, בעלי ניסיון מקצועי ומודעות ומוטיבציה לחשיפה אישית של קשיים אישיים ומקצועיים ושאיפה להגיע להישגים טובים. בנוסף, ההנחיה בקבוצות הללו ממשיכה יותר, ישירה ותומכת, פחות עמומה, פרשנית והשלכתית, מעוררת חרדה פחותה, ותוכן העבודה הוא חיצוני, ונעשה דרך הצגת מקרה טיפולי או הדרכתו שמובא לקבוצה. קיים שימוש בטכניקות קבוצתיות כמו הדהוד קבוצתי או שימוש בקבוצה כמשפחה, אך אין עיסוק בדינמיקה ובתהליך הקבוצתי בהווה. לעומת זאת, בקבוצות יחסים בינאישיים, הדגש הוא על עבודה פנימית, תוך-אישית, בינאישית וקבוצתית כאן ועכשיו. ההנחיה עמומה, לא אישית ופרשנית, מעוררת חרדה והגנות שיוצרות תהליכי תסוגה, שמהווים חומר לעבודת הקבוצה. הפרט חשוף לתהליכים דינמיים מואצים של פיצולים, השלכות והזדהויות, תהליכי העברה והעברה נגדית, עיסוק בסוגיות של תוקפנות, תחרות, קנאה, עוינות וכעס, ועל הפרט ועל הקבוצה פועלים השפעה ולחץ קבוצתיים חזקים. מאפיינים אלו עלולים ליצור התנהגות הגנתית מצד המשתתפים והמעטה בנטייה להציג קושי ולצפות לשינוי. לגבי המשתתפים שלא הציגו קושי, ייתכן שמדובר בבעלי פגיעות נרקיסיסטית גבוהה ופחד מחשיפה שמוביל לבושה ועלבו. הממצאים הללו מחזקים את חשיבות המודעות של המנחה לכשלים אמפתיים וההכרה בהם, בקבוצות בכלל ובקבוצות דינמיות בפרט, שההנחיה בהן עמומה ובלתי אישית. ישנה חשיבות ליצירת תשתית של אמון וביטחון, זיהוי כשלים והעלאתם, לקיחת אחריות עליהם וטיפול בהם, עקב השפעתם השלילית על שביעות הרצון מהטיפול והצלחתו.

לגבי קשרים בין שאלון אי-אמפתיה לבין כשלים אמפתיים, מצאנו שככל שהכשלים האמפתיים תוארו כתכופים יותר כך הוערכה רמת אי-האמפתיה של המנחה כגבוהה יותר. לגבי הקשר בין ממדי הכשל לשביעות הרצון מהטיפול, מצאנו קשר שלילי מובהק בין ריבוי ממדי הכשל האמפתי לבין שביעות הרצון מהטיפול. ככל שהתרבו ממדי הכשל, כך רמת שביעות הרצון מהטיפול הייתה נמוכה יותר. כלומר, ככל שהכשלים האמפתיים תוארו כתכופים יותר כך הוערך המפגש הקבוצתי כבעל 'עומק', 'זרימה', 'חיוביות', ו'עוררות' נמוכים יותר

לגבי הקשר בין ממדי הכשל לתוצאות טיפול, המחקר הנוכחי מחזק את הקשרים בין תוצאות הטיפול (TCS) לבין כשלים אמפתיים. הממצאים מלמדים כי ככל שהכשל היה תכוף יותר, כך התמעטה

מידת השיפור בבעיה. כלומר, רק לכשל מתמשך הייתה השפעה שלילית על תוצאות הטיפול. במרבית המקרים קיומו של כשל הוערך לעיתים רחוקות.

ככלל, המחקר הנוכחי מחזק את ממצאי המחקר הקודם בדבר מתאמים מובהקים בין מדד הכשלים האמפטיים לבין הערכת אי-אמפתיה, הערכת המפגש ותוצאות הטיפול. מתאמים אלה מצביעים על תוקף השאלון.

חשיבותם של שני המחקרים נתונה בקישור בין התיאוריה לקליניקה ובהעלאת מודעותם של מנחי הקבוצות לקיומם של כשלים אמפטיים ולהשפעתם על הטיפול ועל תוצאותיו, לטובת שיפור תפקודו של המנחה הקבוצתי.

מגבלות המחקר

מצאנו שהשאלון תקף על-פי הכלים שבהם השתמשנו, אך הממוצעים היו נמוכים. רוב האוכלוסייה הייתה שבעת רצון, מרבית המשתתפים דיווחו על מעט כשלים, ואלה שדווחו התרחשו לעיתים רחוקות, ומכאן שעבור רוב המשתתפים הטיפול הצליח. כדי להשיג ממוצעים גבוהים יותר רצוי לדגום משתתפים שחוו אי-הצלחה של הטיפול או נשרו ממנו.

זאת ועוד: האוכלוסייה מורכבת מאנשי מקצוע ולכן קיים ספק לגבי המידה שבה ניתן להכליל את מסקנות המחקר על קבוצות אחרות.

ועוד זאת: השאלון שבחן תוצאות טיפול הועבר למשתתפים רק בסיום מפגשי הקבוצה. המשתתפים נדרשו להגדיר את הבעיה שבה רצו לטפל בדיעבד. יתכן שרצוי היה לבקש מהם למלא את השאלון לפני ההתנסות ולאחריה.

המלצות למחקרים עתידיים

כאמור, כדי להשיג ממוצעים גבוהים יש לחפש משתתפים שחוו אי-הצלחה בטיפול או נשרו ממנו. מבחינה מחקרית, עדיף לתקף שאלון עם ממוצע ציונים בינוניים או גבוהים, כמו משתתפים שנשרו מקבוצות, ולהשוות בין אלה שנשרו עקב חוסר שביעות רצון וסביר שחוו יותר כשלים, לבין אחרים שהיו שבעי רצון. יש לבחון את ההבדלים כדי להשיג ממוצעים גבוהים יותר.

יש להגדיל את כמות הנבדקים ולהרחיב את מגוון המשתתפים כדי למנוע הטיות בתגובות המשתתפים. מעניין יהיה להעביר את השאלון רק למטופלים בקבוצות טיפוליות או בקבוצות טיפוליות קצרות וארוכות טווח ולבחון קשר לגישה הטיפולית.

דבר אחר – במהלך העבודה ביצענו ניתוח גורמים לפריטים, ולא הצלחנו למצוא באופן סטטיסטי מקבצים או קטגוריות של פריטים. כלומר, אין רציונל סטטיסטי לבניית תתי-סקלות וחישוב הממוצעים של המקבצים לפי חלוקה לאקטיבי/ פסיבי, רגשי/פרשני, איש/קבוצתי. במחקר המשך כדאי לבחון את שיוך הפריטים לקבוצות הללו במדגמים גדולים יותר.

כמו כן, יש מקום לבדוק אם הכשל היה חד-פעמי או מתמשך.

סיכום וחשיבות המחקר

המחקר מתקף את מה שהספרות המקצועית דגלה בו מתוך הניסיון הקליני, בהתאם לגישת העצמי של קוהוט והגישות הפוסט מודרניות, שלפיהן החוויה קודמת לפירוש ויחסים חשובים מפירוש. חשיבה זו מיוצגת גם בתיאוריית שני השלבים של קוהוט, לפיה יש להציף בתחילת הטיפול את המטופל באמפתיה. רק כך יתקבל הפירוש שיגיע בהמשך כפירוש אמפתי. פרנצי (2; 24) סבור שרק באמצעות החוויה, הרגש, ההעברה והאהבה יכול המטופל להגיע לידיעה אמיתית של המציאות, ידיעה שמעוררת תחושת שכנוע עמוקה ויכולת לראות באנשים אחרים יצורים אמיתיים שביכולתו להזדהות איתם.

כשלים אמפתיים הם חלק מובנה ובלתי נמנע בתוך יחסים, ונוכחים בכל קליניקה ביחסי מטפל/מטופל בכל סוגי הטיפול: פרטני, זוגי וקבוצתי. זאת מתוך מהות הטיפול והתהליכים המתרחשים בו, שמעריבים את המטפל והמטופל בתהליכים אינטרסובייקטיביים של יחסי העברה, העברה נגדית, הזדהות השלכתית והשפעה הדדית. כשלים אמפתיים שכוחים בקבוצה, וזאת בשל מאפייניה, של ריבוי משתתפים, תהליכי הדהוד, השלכות והזדהויות מועצמים, שיוצרים פגיעות נרקיסיסטית גבוהה וחויית כשל אמפתי. בקבוצה החוויה של האדם הבודד עלולה להיות מנוכרת למדי, ולכן בכוחם של תקשורת בין-אישית ודמיון לאחרים לעודד. המטופלים זקוקים לתחושת ביטחון שכוללת כבוד, עניין ותגובתיות אופטימלית מצד המטפל, כדי לשמוע או להשתמש בפרשנות או להגיע לתובנות (2; 12). לידים מטופלים יפיקו תועלת רבה מהטיפול אם המסגרת הטיפולית תהיה תומכת בִּסְוּדָה, בכל אוריינטציה תיאורטית שהיא.

אני סבורה שחשוב לא ליצור סטריליזציה ביחסים כדי להימנע מכשלים אמפתיים. כשלים אופטימליים עשויים להעמיק אבחון, להצביע על נקודות קושי אצל המטופל, להצביע על תהליכים, להציף סוגיות טיפוליות להוציא טיפול מקיפאון ולמנפו. עם זאת, חשוב שהפירוש יתבסס על מצע של אמפתיה, הבנה, נראות והשתקפות, ושהמטפל יהווה זולת עצמי של האדרה ותאומות.

השאלון הוא כלי משמעותי לזיהוי ואיתור כשלים אמפתיים מצד המנחה כלפי הקבוצה. הוא מעניק משוב ומהווה מראה עבור המנחה לחוויית הפרט בקבוצה והקבוצה כשלם. הוא אופרטיבי ומצביע באופן ספציפי על סוג הכשל ומאפשר טיפול ממוקד בעיה בכל פרט בקבוצה ובקבוצה כשלם. הוא עוזר בזיהוי סגנון ההנחיה, הנטיות האישיותיות והמדדים שבהם המנחה מועד לכשלים אמפתיים. מטרתו היא להעלות את מודעות המנחה לקיומם של כשלים אמפתיים ולשפר את תפקידו, מתוך הכרה בחשיבות האמפתיה בטיפול והשפעת הכשלים האמפתיים על הצלחת הטיפול ותוצאותיו.

דבר אחרון: ברצוני להודות מקרב לב ולהביע הערכה עמוקה לכל משתתפי המחקר: סטודנטים, מנחים ומורים על שיתוף הפעולה, ההיענות, ההתגייסות והנכונות למלא את השאלון ולאפשר את בנייתו, מתוך הכרה בחשיבותו ותרומתו לקידום הטיפול ולשיפור תפקיד המנחה והמטפל הקליני.

1. טייטל, א. (2015), הכשל האמפתי בטיפול קבוצתי, תל אביב: רסלינג.
2. ברמן, ע. (2002), המסע הארוך: דרכו של פרויד אל שיטת הטיפול הפסיכואנליטית, דרכיה של שיטת הטיפול הפסיכואנליטית מאז פרויד, בתוך: פרויד, הטיפול הפסיכואנליטי, ע' ברמן (עורך), תל אביב: עם עובד, 7-47.
3. פרויד, זיגמונד, 1913. "על פתיחת טיפול" _בתוך: ע' ברמן (עורך), פרויד הטיפול הפסיכואנליטי, תל אביב: עם עובד, עמ' 99-113.
4. Rogers, C. R., (1959). "A Theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework", in: Formulations of the person and the social context, eds. S.Koch, *Psychology: A Study Of Science*, Vol. 3. New York: McGraw-Hill. pp. 184-256
- 5מיטשל, ס. (2000). התייחסותיות: מהיקשרות לאינטר סובייקטיביות, תרגום: עמית פכלר, ישראל: תולעת ספרים.
- 6הדר, א. (2001), השיח הטיפולי: פסיכותרפיה אנליטית כתהליך תקשורתי, לוד: דביר.
- 7קוהוט, ה. (1984), כיצד מרפאת האנליזה, תל אביב: עם עובד, 2005.
- 8מנדלוביץ, ש. (2009), על הסדר החברתי של העצמיים המרובים לקראת פסיכואנליזה שלאחר הפוסט מודרניזם, תל אביב: רסלינג.
- 9Wolf, E., 1993. "Disruptions of the therapeutic relationship in psychoanalysis: A view from Self psychology", *Int. Journal of Psycho-Analysis* 74: 675-687
- 10Vannicelli, M., 2001. "Leader dilemmas end counter transference considerations in group psychotherapy with substance abusers", *International Journal of Group Psychotherapy* 51: 43-62
- 11Zinkin, L., 1983. "Malignant mirroring", *Group Analysis* 16(2): 113-126
- 12רוטאן, ס. וסטון, ו. (2004), פסיכותרפיה קבוצתית גישה פסיכו דינמית, תפקידי המטפל הקבוצתי, חולון: אח.
- 13Stone, W. N. (2001). "The role of the therapists affect in the detection of empathic failures, misunderstandings and injury", *Group*, 25,pp. 3-14

- 14Holmes, s.e.,and Kivlighan, d.m. (2000). "Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes", Journal of counselling psychology, 47. pp. 478-484.
- 15Battle, C. C, Imber,S.D, Hoehn- Saric,R.,Stone,A.A., Nasher,& Frank,J.D. (1966). "TCS - Target Complaints Scale", in: Bonds oflove, Benjamin, J., 1988. New York: Pantheon Books.
- 16Persons, J. B. & Burns, D. D. (1985). Mechanism Action of Cognitive Therapy: Relative Contribution of Technical and Interpersonal Intervention Cognitive. Therapy and Research. 9: 539-551.
- 17Stiles et Al, 1996. Session Evaluation Questionnaire, EQ .
- 18הריסון, י. (2013). להכיר במציאות. לדעת שלווה, תרגום: עמית פכלר, נווה ירק: דיאלוג-הפצה.
- 19פרויד, ז. (2002). הטיפול הפסיכואנליטי, תרגום: ערן רולניק, תל אביב: עם עובד .
- 20רובינשטיין, ג. (2005), על מתן עצות בטיפול פסיכולוגי- מאמרים, נדלה ב- 18.3.18
- 21גרין, ד. (2003), טיפול נפשי מדריך למשתמש, רמת יוחנן: קוגיטו וספרים.
- 22פרנצי, ש. (1928) . בלבול השפות בין המבוגרים לילד , תל אביב: עם עובד , 2003
- 23ירום, נ' (2006), "פסיכואנליזה בנפשנו – על פסיכואנליזה וטיפול נפשי", אתר פסיכולוגיה עברית, נדלה ב- 17.1.16
- 24ברמן, ע. (2003), "הקול האחר: שנדור פרנצי ותרומתו לטיפול הפסיכואנליטי", שיחות י"ח (1), 37-8
- 25יאלום, א. ולשץ', מ. (2006), טיפול קבוצתי תיאוריה ומעשה, ירושלים: מגנס וכנרת.
- 26Whitaker, D. S & Liberman, M. A, 1964. *Psychotherapy through the group process*. New- York: Atherton press Inc.
- 27מקנזי, ר"ק וליבסלי, ו"ג, (1983). המודל ההתפתחותי לטיפול קבוצתי קצר מועד, בתוך: נ' רוזנוסר (עורכת), מקראה - הנחיית קבוצות, ירושלים: מרכז קהילתי ע"ש חיים ציפורי, 187-200.

28Nitson, M. & Arroyave, F. (1991). Memorial Prize Essay The Anti Group :
 Destructive Forces In The Group And Their Therapeutic Potential Group
 Analysis, 24, 7

נספח: שאלון כשלים אמפטיים.

	מס'
המנחה נתן עצות	19
המנחה לא הבין בדיוק למה התכוונתי	8
המנחה לא זיהה את הבעיה	7
המנחה לא זיהה מצוקה	4
המנחה לא הבין איך אני מרגיש/ה	1
המנחה לא שם לב לצורך שלי	12
המנחה לא פירש נכון את דברי	15
המנחה לא התחבר לקושי שלי	3
המנחה לא היה רגיש כלפיי	2
המנחה נתן פרשנות קבוצתית והתעלם ממני	11
המנחה קטע את דברי	29
המנחה לא הגיב לדברי	10
המנחה גרם לי לחוש תסכול וניכור	5
המנחה גרם לי לחוש חוסר אונים	6
המנחה לא יצר תשתית של אמון וביטחון	33
המנחה סירב להכיר בכשל	26

ולקחת עליו אחריות	
המנחה פירש בצורה שיפוטית	16
המנחה התעלם ממני	9
המנחה לא תמך בי	13
המנחה לא הגן עליי מפני הקבוצה	31
המנחה גרם לי להרגיש לא חשוב/ה	14
המנחה הוציא אותי ממעגל הקבוצה	22
