

טיפול פסיכוסוציאלי במרחב הביתי: אתגרים ופרקטיקות

טל בר-דוד^{1,2*} ומיכל קרומר-נבו¹

¹ המחלקה לעבודה סוציאלית ע"ש שפיצר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

² התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, ירושלים

תקציר

רקע: כניסתם של עובדים סוציאליים לבתי מטופלים יכולה למלא שלוש פונקציות: ביקור בית, מפגשים לצורך יישוג, וטיפול מתמשך במרחב הביתי. במאמר זה נתמקד בזה האחרון. אף שטיפול במרחב הביתי הוא פרקטיקה מובחנת במקצוע העבודה הסוציאלית, המחקר וההכשרה בתחום עודם מועטים.

מטרת המחקר: לבחון מהם האתגרים הכרוכים בטיפול במרחב הביתי של מטופלים, ומהן הפרקטיקות שעובדים סוציאליים נוקטים במסגרת זו.

שיטת המחקר: מאמר איכותני זה מבוסס על ראיונות עומק חצי-מובנים עם 10 עובדות ועובדים סוציאליים העוסקים בטיפול ארוך-טווח במרחב הביתי. הראיונות נותחו בניתוח תמטי.

ממצאים: נמצאו חוויות של בלבול, דיסאוריינטציה, פחד ומבוכה בקרב עובדות ועובדים סוציאליים המקיימים טיפול במרחב הביתי של מטופלים. אנחנו מבינות זאת כתגובה לערעור על שלוש הזירות המרכזיות אשר מגדירות את הסטינג הטיפולי: (1) הזירה המרחבית, הנוגעת בשאלות כגון כיצד מתמודדים עם דלת סגורה, איפה יושבים ובאילו תנאים מתקיים טיפול; (2) זירת היחסים הבין-אישיים, הנוגעת בשאלות כמו הזמנה לאוכל ולשתייה, התמודדות עם מטופלים המעוררים פחד במטפלת/ת, או נוכחות המטפלת/ת כעד/ה וכדמות למודלינג; ו-(3) זירת הזמן, הנוגעת בשאלות של שמירה על גבולות שעת הטיפול והגדרת תקופת הטיפול. מול אתגרים אלה נקטו המטפלות/ים פרקטיקות שונות המייצגות אחת משתי עמדות: יש המבקשים להחיל על המרחב הביתי את הסטינג הקליני-משרדי, ויש המבקשים להיטמע באופן חדש במרחב זה.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה: הממצאים מציעים ארגון מחדש של שדה הטיפול הפסיכוסוציאלי במרחב הביתי באמצעות התייחסות מובחנת לכל אחת משלוש הזירות. כמו כן הם מחדדים שתי עמדות שנוקטים עובדות ועובדים סוציאליים במרחב זה, המעצבות את אופני הפעולה בהתמודדותם

* טל מבקשת להוסיף תודה – לשחר, האיש שלי.

עם האתגרים. כדי לקדם את מקצועיות הטיפול במרחב הביתי, נדרש המשך פיתוח תאורטי של העמדות שנמצאו, והכללת העמדות והפרקטיקות המתוארות במאמר זה בהכשרה המקצועית לעבודה סוציאלית.

מילות מפתח: מרחב ביתי, עבודה סוציאלית, טיפול פסיכוסוציאלי

מבוא

טיפול במרחב הביתי הוא פרקטיקה מובחנת, בעלת מאפיינים ואתגרים ייחודיים (Knapp & Slattey, 2004). שורשיו של טיפול זה מצויים בהיסטוריה המוקדמת של מקצוע העבודה הסוציאלית מסוף המאה התשע-עשרה: בהיעדר ארגונים ממוסדים לטיפול, ביקורים בבית המשפחות היו האפשרות הנגישה ביותר ליצירת קשר בלתי אמצעי עימן, והם הפכו למרחב מרכזי לפעולה (Leighninger, 2008). אולם עם התבססות המקצוע, בעיקר במהלך המחצית השנייה של המאה העשרים, חל שינוי במהותה של המסגרת שבה ניתנים השירותים הסוציאליים: תהליכי התמקצעות ואקדמיזציה, כמו גם חקיקה שהחלה להסדיר את מעורבותו של המקצוע בחיי הפרט והמשפחה (Leighninger, 2008). הביאו לזניחת הטיפול במרחב הביתי, ולהחלפתו בהזמנת המטופלים מבקשי השירות למבנים ממוסדים (Saltiel & Lakey, 2020).

לאור זאת, בתהליך התמסדות המקצוע, הידע על טיפול במרחב הביתי הפך לשולי. כיום הוא זוכה להתייחסות מעטה בלבד בתהליכי ההכשרה המקצועיים בעבודה סוציאלית, ואף המחקר בתחום חסר (Ferguson, 2018a; Mahajne & Allasad Alhuzail, 2025; Saltiel & Lakey, 2020). עם זאת, פרקטיקה זו נותרה חיונית במקצוע, ועובדים סוציאליים רבים עוסקים בה בצורות שונות. במאמר זה אנחנו מבקשות להבחין בין צורות שונות של טיפול בבית – חד-פעמי, קצר-טווח וארוך-טווח, תוך התמקדות בטיפול פסיכוסוציאלי מתמשך המתקיים בבית. במאמר נציג את האתגרים שטיפול זה מציב בפני אנשי המקצוע, וכן את עמדותיהם ביחס אליו ואת הפרקטיקות הנגזרות מהן. בסקירת הספרות להלן נתאר את ההבחנה בין סוגי הטיפול במרחב הביתי, מאפייניו ויתרונותיו.

סקירת ספרות

סוגי הטיפול במרחב הביתי

מכיוון שגוף הידע המקצועי על טיפול במרחב הביתי הוא מצומצם וחסר המשגות מדויקות, פרקטיקות שונות נופלות תחת הכותרת "ביקור בית". אנחנו מזהות בין הפרקטיקות הללו שלושה סוגים של מפגשים מקצועיים, השונים זה מזה במטרותיהם, באופני הפעולה שלהם ובאתוס המקצועי שהם מיישמים: ביקור בית, שהוא פעמים רבות התערבות חד-פעמית; עבודה בבית לצורך יישוג,

שהיא לרוב התערבות קצרת-טווח שמטרתה להביא את המטופל אל הארגון; וטיפול ארוך-טווח במרחב הביתי (Mahajne & Allasad Alhuzail, 2025). להלן הרחבה על כל אחד מהסוגים הללו.

ביקור בית: מטרתו של ביקור הבית היא הערכה ואבחון. הביקור מתבצע במסגרת של פגישה בודדת אחת או כמה פגישות ספורות, ולרוב הוא נועד להעריך את אמינות המידע שנמסר לגבי המצב הכלכלי של הפונה, או לאתר ולזהות מצבי סיכון בבית. וינטר וקרין (Winter & Cree, 2016) טוענות כי לביקורי בית כאלה יש אופי פיקוחי, אשר בא לידי ביטוי הן במטרת הפגישה, הן בעובדה שלעיתים הביקור איננו מתואם מראש, והן באופי היחסים בין אשת המקצוע לבין המשפחה.

עבודה בבית לצורך יישוג: סוג זה של עבודה בבית שונה מאוד באופיו מביקור הבית, אף כי גם הוא כולל מספר תחום של פגישות. במצב זה, אשת המקצוע מגיעה לבית כדי לבסס יחסים טיפוליים ראשוניים עם הפונה. הגעתה למרחב הביתי נתפסת כהשקעה בהיכרות וכאמצעי לביסוס אמון, שנועדו לאפשר למטופל להתחייב לטיפול במסגרת הארגון. האתוס המכתיב את היחסים בביקור זה הוא אתוס טיפולי ואמפתי (Fallov & Nissen, 2018).

טיפול פסיכוסוציאלי במרחב הביתי: הטיפול הפסיכוסוציאלי במרחב הביתי, אשר עומד במרכזו של מאמר זה, הוא טיפול רגשי מתמשך שכולל מתקיים בתחומי הבית של המטופל, באופן קבוע ולאורך זמן. במסגרת הפגישות אמורים להתקיים ברית טיפולית ויחסים טיפוליים, בדומה לטיפול בארגון נותן השירות (Ferguson et al., 2020). סוג זה של טיפול יכול להישען על גישות טיפוליות פסיכודינמיות או פסיכו-חינוכיות, לדוגמה הדרכת הורים או טיפול קוגניטיבי-התנהגותי.

יתרונות הטיפול במרחב הביתי

הטיפול במרחב הביתי נדרש במיוחד עבור אוכלוסיות מסוימות שלהן הוא מוצע. לרוב זהו פתרון לצורך להעניק טיפול לאוכלוסיות שוליים, שלא יכולות מסיבות שונות להגיע לטיפול במסגרת הפיזית של הארגון – לדוגמה משפחות עם קשיים רב-דוריים שילדיהן מועמדים להוצאה חוץ-ביתית (Forsythe, 1992), ילדים ונוער בסיכון עם קשיים רגשיים (Mattek et al., 2010), קשישים (Moreno et al., 2021), אימהות המתמודדות עם דיכאון אחרי לידה (Ammerman et al., 2007) ואנשים שמתמודדים עם מגבלה נפשית (Mötteli et al., 2018).

ניתן לזהות שלושה סוגים של קשיי גישות לטיפול המאפיינים אוכלוסיות אשר נזקקות לטיפול במרחב הביתי: קשיי גישות פיזית, שרווחים לדוגמה אצל אוכלוסיות מבוגרות שגרות באזורים מרוחקים ממרכזי טיפול ציבוריים, אנשים שסובלים מקשיי ניידות (Maxfield & Segal, 2008) וילדים צעירים, שאינם יכולים להגיע לטיפול באופן עצמאי (Reiter, 2000); קשיי גישות רגשית, שרווחים לדוגמה בקרב אוכלוסיות למודות-אכזבות מן הממסד (Boyd-Franklin & Bry, 2012), שהן בעלות ניסיון טיפולי לא מוצלח או חוויות של פיקוח ומשטור (Ferguson et al., 2021); וקשיי גישות חברתית, הנובעים מתחושת בוש וסטיגמה שלילית לגבי קבלת טיפול בארגון סיוע ציבורי (Ramirez, 2018; Zufferey et al., 2020).

מאפייני הטיפול במרחב הביתי

הספרות המקצועית מדגישה כי המרחב הביתי הוא מרחב תודעתי ייחודי הן עבור המטופל והן עבור אנשי המקצוע, אשר מציב אתגרים ייחודיים ומחייב פרקטיקות ייחודיות (Zufferey et al., 2020). לא ניתן, אם כך, להתייחס אליו כאל העתקה של המודל המקיים בטיפולים ממוסדים בארגונים. פרגסון טוען כי הכניסה לבית המטופל נחוות בקרב אנשי המקצוע כהצפה של כל החושים, אשר מחייבת נוכחות פיזית ורגשית שונה מזו המתקיימת בארגון (Ferguson, 2018a). לדבריו, הפעולות שנדרשות במהלך השהות בבית הן כל כך ייחודיות, עד שהן בגדר יצירה מתמשכת שמעצבת אשת המקצוע בכל מפגש מחדש (Ferguson, 2010, 2018a).

קרני ואברוני (2012) מתארות חוויה של הצפה ואינטנסיביות רגשית בטיפול הביתי, ומתייחסות לצורך של אשת המקצוע למקם את עצמה באופן גמיש במציאות זרה ולעיתים עוינת, תוך שמירה על עבודה מקצועית. הן מצביעות על הצורך בהתמודדות מתמשכת עם גמישות ואלתור לצד שמירה על גבולות ברורים. בהמשך לכך, מוזיקנט ופלד (Muzicant & Peled, 2018) הראו כי המרחב הביתי מנכיח את הגוף וחושיו בעוצמה רבה: כך לדוגמה, בעת הטיפול העובדת הסוציאלית צריכה לעיתים להתמודד עם ריח עז בבית, נוכחות של בעלי חיים, או התנסות בכיבוד שמוגש לה. במרחב הסטרילי של הארגון, המודעות החושית של העובדת הסוציאלית לגופה שלה נעדרת, או לכל הפחות מופיעה בעצימות נמוכה בהרבה.

בספרות המחקר תוארו חמישה מאפיינים של הטיפול במרחב הביתי שמעוררים את חווית ההצפה: ריבוי אינפורמציה, נוכחות בני משפחה, הצורך לנסח גבול, חוויה של איום וחוסר מוגנות, ומפגש עם מצבי קיצון המחייבים את אשת המקצוע לדיווח.

ריבוי אינפורמציה: הכניסה לבתי המטופלים חושפת את אשת המקצוע למידע משמעותי רב על אודות המטופלים ובני משפחתם. לא מדובר בהכרח במידע שהמטופלים היו מעדיפים להסתיר, אלא לעיתים זהו מידע שהם כלל לא ראו בו חשיבות, או שאינו ורכלי (Sternin & Weiss, 2014). לדוגמה, אשת המקצוע יכולה להיחשף במו עיניה לאינטראקציות משפחתיות (בן שלמה, 2010), או לראות נקודות חוזק של המשפחה, כמו עבודות יד של בני הבית; לצד זאת נחשף מידע על אודות חסמים ואתגרים שהמשפחה מתמודדת איתם, לדוגמה צפיפות או טחב (Yang et al., 2009). כמו כן עשויה להתגלות גם אינפורמציה רגשית, לדוגמה בית אפוף ריחות בישול או לחילופין בית סגור ומחניק; וכן אינפורמציה בעלת אופי נרטיבי-משפחתי, שנחשפת לדוגמה מתוך תמונות שתלויות על הקיר (וולק, 2016; 2012; Waisbrod et al.). אף שמידע כזה עשוי להיות בעל ערך בקידום ההבנות הטיפוליות, הוא עלול גם לגרום להסחות דעת ולהיחוות כ"הפרעה" בטיפול (Ferguson, 2018b).

נוכחות בני משפחה: טיפול במרחב הביתי מאפשר לכל בני המשפחה לקחת בו חלק, בין אם בהשתתפות רציפה או חד-פעמית. במובן זה, יש לו יתרון משמעותי ביצירת קשר עימם ובהבנה קרובה של דפוסי היחסים וההתקשרות (וולק, 2016; 2004; Cortes). עם זאת, נוכחותם יכולה גם להפריע ולאיים על פרטיות הטיפול (Yang et al., 2009).

גבולות המסגרת הטיפולית: המרחב הביתי עלול למתוח את סוגיית הגבולות במפגש הטיפול, ולעורר בלבול בקרב נשות המקצוע ובקרב המטופלים כאחד. הדבר עשוי להתבטא לדוגמה בבקשות של מטופלים להיעזר באשת המקצוע לביצוע מטלות שאינן חלק מהקשר הטיפולי, כמו רכישת מוצרים לבית (Maxfield & Segal, 2008; Yang et al., 2009), או בכמיהה לקשר חברי (קרני ואברוני, 2012). הגבולות יכולים להיטשטש גם עבור נשות המקצוע, שמוצאות עצמן ללא קווים מנחים ברורים בעת שהותן במרחב הביתי של המטופלים (Knapp & Slattery, 2004; Ramirez, 2018). נוסף על כך, סוגיית הגבולות בטיפול במרחב הביתי עלולה לעורר ביטויי תוקפנות הדדיים (וולק, 2016): כאשר המפגש מתקיים בתוך מבנה של ארגון, המטופל יכול לבחור שלא להגיע לטיפול, וכך "לקבוע עובדה בשטח"; ואילו במרחב החיים הביתי הוא עלול לחוות את הגעת המטפלת כחודרנית, ולהפוך "שבוי" בביתו.

איום ומוגנות: ההגעה לבתי המטופלים עלולה לעורר אצל אנשי המקצוע תחושות של איום וסכנה, שיגרמו להם לחוסר פניות לתהליך הטיפול. זאת במיוחד כשמדובר בסיטואציות קונפליקטואליות (Hunt et al., 2016; Ramirez, 2018), או באוכלוסיות הנוטות להתנהגות תוקפנית, אלימה או עבריינית (Maxfield & Segal, 2008). תחושת המוגנות קשורה באופן הדוק גם לסוגיות מגדריות ולדומיננטיות של נשים במקצועות הטיפולים (Glebova et al., 2012). כך לדוגמה, ההנחיה הגורפת לגבי ביקורי בית בפרוטוקול של משרד הרווחה בישראל היא לקיימם בזוגות, מתוך דאגה לבטיחות של נשות המקצוע (לוי וקרניאל, 2011). חלק מהמורכבות של הטיפול במרחב הביתי היא שלא קיימות כלל הנחיות פורמליות לגביו ופרוטוקול לביצועו.

התמודדות עם מצבי קיצון המחייבים דיווח: השהות בבתי המטופלים מזמנת מפגש בלתי אמצעי עם אורח החיים היום-יומי שלהם. מפגש כזה עלול לעורר חשיפה גם לאירועי אלימות בין בני המשפחה, וכן חשיפה למצבי חיים שמציבים סיכון לשלומם של חסרי ישע (Maxfield & Segal, 2008). מצבים כאלה מחייבים את אשת המקצוע בדיווח, אשר עלול להפר את יחסי האמון שנרכשו עם המטופל בעצם התרת הכניסה לבית (Winter & Cree, 2016).

כפי שניתן לראות, בספרות תוארו היתרונות לצד האתגרים בטיפול במרחב הביתי; אולם עדיין חסרה המשגה של האתגרים הללו, וכן חסרה התייחסות לפרקטיקות שנוקטים עובדות ועובדים סוציאליים בהתמודדות עימם. במאמר זה אנחנו מבקשות להשלים את החסר, להציע המשגה של האתגרים הללו, ולעמוד על הפרקטיקות שנוקטים עובדים ועובדות סוציאליות המעניקים טיפול פסיכוסוציאלי מתמשך בבתי המטופלים. באופן ספציפי, שאלות המחקר הן:

1. מהם האתגרים שאיתם מתמודדים עובדות ועובדים סוציאליים בעת טיפול המרחב הביתי, וכיצד ניתן להמשיג אותם?

2. מהן הפרקטיקות שנוקטים עובדות ועובדים סוציאליים בעת טיפול במרחב הביתי?

שיטה

שיטת המחקר

המאמר מבוסס על מחקר איכותני, שבמרכזו לימוד הפרקטיקה של עובדים סוציאליים. מכיוון שפעמים רבות הידע של הפרקטיקה הוא ידע סמוי (tacit) ואינטואיטיבי (שושני שניידר, 1992), אנשי המקצוע מתקשים לדווח עליו בצורה ישירה. אחת הדרכים הטובות ביותר לחלץ ידע של הפרקטיקה הוא באמצעות מחקר איכותני המבוסס על נרטיבים של הפרקטיקה.

משתתפים

במחקר השתתפו 10 עובדות ועובדים סוציאליים, אשר עבדו במסגרות ציבוריות והיו בעלי ניסיון של שלוש שנים לפחות בטיפול במרחב הביתי עם ילדים ונוער ובני משפחותיהם. גילם הממוצע היה 39, שישה מהם גברים, שמונה נשואים ושניים רווקים. כולם היו בעלי תואר שני וותק ממוצע של עשר שנים.

כלי המחקר

עבור המחקר נערכו ראיונות עומק חצי-מובנים. הבחירה בריאיון מסוג זה נעוצה באופיו הגמיש והדינמי (Creswell, 2007). המאפשר לעסוק באופן ממוקד בנושא במחקר, ולצד זאת מאפשר למרואיינים לבחור להתייחס אליו על פי דרכם.

הליך המחקר

המרואיינים גויסו בשיטת כדור השלג, באמצעות פנייה ישירה לעובדות ולעובדים במסגרות ציבוריות לטיפול בנוער ובמשפחות. הראיונות ארכו בין שעה ורבע לשלוש שעות, והתקיימו בהתאם לנוחות המרואיינים – בבתיהם, בבית קפה או באמצעות תוכנת שיחות הווידאו זום (Zoom). הראיונות נפתחו בשאלה "ספר/י לי על עבודתך", והמשיכו בשאלות כמו, "תאר/י את הפעם הראשונה שבה פגשת מטופל בבית? כיצד נערכת לפגישה בבית?". בהמשך נשאלו שאלות ספציפיות על היתרונות והאתגרים של טיפול במרחב הביתי, וכן על הפרקטיקות המקצועיות. הראיונות הוקלטו בהסכמת המרואיינים.

שיטת הניתוח

הראיונות תומללו ונותחו על ידי שתי כותבות המאמר בניתוח תמטי בגישה הקטגוריאלית. שיטת ניתוח זו מאפשרת גילוי של חזרתיות שיטתית בתוך עושר המידע הקיים, וגיבוש תובנות לגבי שאלה או תופעה המשותפת לאנשים שונים (ליבליך ואח', 2010). הניתוח כלל ארבעה שלבים: בשלב הראשון נערכה קריאה מקיפה של תמלולי הראיונות ונכתבו הערות ראשוניות, לדוגמה "יתרונות וחסרונות של הטיפול הביתי", "אתגרים", "רגשות ותחושות" ו"פרקטיקה". בשלב השני התחלנו בפירוק הנתונים לקטגוריות, וניתחנו בפירוט שלושה ראיונות שנראו עשירים במיוחד. נוסף על כך

החלטנו להתמקד באתגרי הטיפול הביתי, ובאופן שבו המרואיינים התמודדו איתם. קטגוריות אלו אפשרו בנייה של מפת תמות ראשונית שנוסחה בכותרות קרובות-חווייה, לדוגמה "איפה לשבת", "פחד מכלבים", "סיום של פגישות" ו"התמודדות עם בני משפחה".

בשלב השלישי נותחו ראיונות נוספים, תוך כדי עיצוב מפת התמות עד ליכולת לנסח קטגוריות-על לכל קבוצת מושגים שנמצאה. בשלב זה קובצו הקטגוריות הראשוניות לשלוש תמות מרכזיות: "מרחב", "היחסים הטיפוליים" ו"זמן". הבחנו כי ניתן לקבץ את הפרקטיקות השונות לשתי עמדות: עמדה של השתלבות והתאמה למרחב הביתי, לעומת עמדה של ניסיון לשמר את הכללים של הסטינג הקליני. בשלב הרביעי, שלב הכתיבה, חוּדדו המושגים והכותרות שניתנו להם. לדוגמה, הכותרת "היחסים הטיפוליים" שונתה ל"היחסים הבין-אישיים", כדי לתאר בצורה מדויקת יותר את כל הפנים של היחסים שתוארו; כמו כן הוחלט להשתמש בכינוי "זירות" לתיאור שלושת ההיבטים של התהליך הטיפולי שאליהם התייחסנו. לאורך כל הניתוח קיימו שתי החוקרות שיחות ממושכות, ודנו באפשרויות השונות לניתוח ולהמשגה.

סוגיות אתיות

המחקר אושר בוועדת האתיקה של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. כל המרואיינים חתמו על טופס הסכמה מדעת. שמות ופרטים מזהים שונו כדי להבטיח אנונימיות ופרטיות. מרואיין אחד ביקש לקרוא את חלקי הראיון שבהם נעשה שימוש בפרסום, ואלו הוצגו בפניו.

ממצאים

פרק זה ממשיג את האופן שבו הטיפול במרחב הביתי מאתגר את העובדים והעובדות הסוציאליות בשלוש הזירות המרכזיות אשר מגדירות את הסיטואציה הטיפולית בבית: הזירה המרחבית, זירת היחסים הבין-אישיים וזירת הזמן. בכל אחת מהזירות יוצגו האתגרים המרכזיים והפרקטיקות שנקטו משתתפי/ות המחקר כדי להתמודד עימם. כפי שניתן לראות, הפרקטיקות מייצגות שתי עמדות מרכזיות: העמדה הראשונה היא עמדה של היטמעות במרחב הביתי, וניסיון להתאים את ההתערבות הטיפולית אליו; והעמדה השנייה היא עמדה של הצבת גבולות ושמירה על כללים מסוימים של הסטינג הטיפולי המתקיים במשרד. נופר, לדוגמה, מתארת את המעבר שלה בין שתי העמדות:

כשסיימתי את הלימודים לא הבנתי לעומק את המשמעות של סטינג, יש מצב שקצת זלזלתי בזה. היום אני חושבת שלטפל בבית, עוד יותר הבהיר לי כמה צריך להחזיק בסטינג. בסוף הוא שומר על הטיפול, על המטופל וגם עליי, תוחם משהו בתוך מקום כל כך פרוץ.

הזירה המרחבית

המרחב הפיזי בחדר הטיפול נתון לשליטתו ולעיצובו של המטפל, ומארגן בקפידה כמרחב ניטרלי, מזמין ומאפשר, אשר שומר על פרטיותו. לעומת זאת, בטיפול המתרחש בבית המטופל, המרחב הפיזי נתון לשליטת המטופל, והמטפל הוא בגדר אורח. בהקשר לזירה המרחבית זוהו חמישה אתגרים מרכזיים: מול הדלת הסגורה; איפה לשבת; המטפל החשוף; הבית המצוי; והמרחב החדיר.

מול הדלת הסגורה

אתגרים מרכזיים: הסוגיה הראשונה שהמטפלים נדרשים להכריע בה היא עצם הכניסה לבית. בטיפול בבית, לאחר שהמטפלים הסכימו לראשונה על קיומו, אפשרות אי-ההגעה נלקחת מהם ועל כן הם נוקטים לעיתים טקטיקות הימנעות. מרואיינים תיארו מקרים שבהם הם הגיעו למפגש ונתקלו בדלת סגורה, כך שהמטופל לא נכח, נמנע מלפתוח את הדלת, או שנמצא ישן בחדרו. אלישע סיפר:

זה היה די הלם. יש כאן משפט עם סימן קריאה בסופו וצריך לשמוע את זה. מעורר הרבה תחושות וכעס – על המטופלת, וגם כעס על המערכת. הרגשתי מאוד לבד מחוץ לדלת.

בכל הסיטואציות הללו תיארו המרואיינים חוויות של דחייה, כעס ואף השפלה.

פרקטיקה: מרואיינים תיארו כי הם נתקלו בדלת סגורה בעיקר בתחילת הקשר הטיפולי, והבינו זאת כתגובה לחוויה חודרנית הכרוכה בהגעה לבית לפני שיש היכרות מוקדמת ביניהם לבין המטופלים. כדי למנוע מצב זה, הם שאפו לקיים את הפגישה הראשונה במרחב ניטרלי, במשרד או במשרד הגורם המפנה. ליה תיארה: "אני חושבת שזה too much להגיע בפעם הראשונה לבית, לפני שיש איזושהי הכרות מקדימה מינימלית". עוד הם סיפרו כי הם מספקים הזדמנות נוספת ליצירת קשר לפני הפגישה הראשונה בתוך הבית, לרוב בשיחת טלפון של תזכורת. גלי ציינה שהשיחה הטלפונית המגשרת מספקת לה ביטחון שזוכרים את הגעתה. המרואיינים תיארו כי הם מתקשרים ומזכירים את קיום הפגישה גם במהלך הקשר, כאשר מתעורר אצלם חשש כי המטופל לא יהיה בבית או יימנע מהפגישה. הם תיארו את שיחת הטלפון כהכנה לפגישה עבורם וגם עבור המטופלים, בפרט כאשר המטופלים רגישים לחוויה של חודרנות.

בעבודה עם נערים המחייבת יישוג אקטיבי, או כאשר לא ניתן להיעזר בגורם מפנה, תיארו מרואיינים כי הם מחפשים באופן אקטיבי מרחבים ניטרליים עד לביסוס קשר ראשוני שיאפשר כניסה הביתה – לדוגמה, נפגשים בשכונה מחוץ לבית. כך תיאר מתן מקרה שבו ישב עם אמו של נער, מטופל פוטנציאלי, בכניסה לביתם על המדרגות, כדרך להתמודד עם החשדנות שלה כלפיו:

אחרי תקופה ארוכה האמא הזאת הגיעה ואמרה לי, "אתה בכלל יודע למה אתה כאן? בזכות זה שישבת על המדרגות. [אז] הבנתי שיש לי עם מי לדבר, הבנתי שאפשר לסמוך עליך".

כאשר הסירוב לטיפול או דחייה מתרחשים במהלך הטיפול, לדוגמה כאשר המטופל נמצא ישן בשעת המפגש, המרואיינים העידו כי הם נעזרו בבן משפחה שיעיר אותו, ולאחר שהפגישה החלה הקדישו זמן לבירור, תוך כדי דיבור מחדש על החוזה הטיפולי וגבולותיו. הם התייחסו לשינה או לאי-הימצאות בבית כהתנהגות המשקפת תכנים לא מילוליים, וראו בנכונות שלהם להגיע לבית

או לראות את חדר השינה החשוך הזדמנות לעיבוד של תכנים חשובים שהיה קשה לראות בסטינג אחר. כפי שתיארה נופר: "החדר החשוך שפגשתי היה הדרך שלה להסביר לי שמשוה לא טוב קורה בבית, כמו שגם נפתח בהמשך, אחרי שאפשרתי לעצמי להיות שם".

איפה לשבת?

אתגרים מרכזיים: סוגיה נוספת הקשורה לעיצוב המרחב נוגעת בשאלה באיזה חדר בבית יתקיים המפגש הטיפולי, ואיפה בדיוק ישבו במהלכו. מחד גיסא, הבית מזמן למטפל היכרות קרובה עם מרחב החיים של המטופל: בין השאר הוא זוכה לראות את סידורי השינה והאכילה, מרחב האירוח, ואת הרהיטים והחפצים המקיפים את המטופל. מאידך גיסא, המטופל הוא המארח, ויש לו החופש לבחור איפה בדיוק ישבו. כך לדוגמה, במצבים שונים תיאררו המרואיינים כי שהו בבתים שבהם לא היה כיסא לישיבה, או שהזמינו אותם לשבת על מיטה או ספה שמשמשת לשינה. אביב סיפר על מקרה של טיפול במתבגרת, שבו הישיבה על מיטה בחדרה העלתה אינטימיות פיזית לא מותאמת: "היתה נערה שהייתי יושב איתה גם על המיטה וגם היא ישבה עם פיג'מה וזה היה מאוד אינטימי, way too much". בסיטואציות אחרות תוארה חוויה של גועל, כפי שסיפרה גלי: "הייתה משפחה אחת שהילדה ישנה בספה בסלון והיא הייתה מרטיבה, כל לילה. ידעתי שאני מתיישבת על ספה שהיא עשתה בה פיפי".

פרקטיקה: בסוגיה זו נחלקו המרואיינים בין קבלת המרחב הפיזי כפי שהמטופל מגדיר אותו, ונכונות לשבת על מיטה או על ספה רטובה, לבין ניסיון להגדיר את צורכי הסטינג הטיפולי. כך לדוגמה, מרואיינים תיארו כי בתחילת הקשר הם ביקשו לבחור מקום ישיבה קבוע שישמש עוגן וייתר את הצורך לקבוע אותו מחדש בכל פגישה. ליה תיארה:

אני צריכה כיסא, לא נכנסת למיטה עם מטופלים. לא קונקרטי ולא סימבולי. ופשוט
הבהרתי שחייב להיות כיסא בפעם הבאה שאני אבוא. כשלא התארגנו על זה מראש, פשוט
נעמדתי וחיקיתי עד שזה יובן והם יביאו כיסא.

אביב העיד כי הוא מנסח כלל גמיש יותר, ולפיו הוא מוכן לקיים פגישה כאשר המטופל יושב על המיטה והוא יושב על כסא סמוך. בדומה לליה, גם הוא ציין כי ההתנגדות לישיבה על מיטה היא בעלת ערך סימבולי, שכן היא מייצגת את הנפרדות בינו לבין המטופל.

מרואיינים אחרים הציגו עמדה הפוכה, לפיה הם נמנעים מלבחור בעצמם את מקום הישיבה, אלא יושבים איפה שמציעים להם. אלישע סיפר כי דווקא מכיוון שהוא רואה במרחב הביתי ביטוי קונקרטי של היחסים הבין-אישיים, הוא מבקש לדבר אותו באופן ישיר, ולא להחליט מראש היכן ישב:

אני שאלתי [איפה לשבת], כי אני זוכר שהרגעים הראשונים היו בעמידה של כולנו, והרגשתי
שאני רוצה טיפה כבר לסמן את זה שקורה כאן משהו, כאילו שגם הישיבה על הספה היא
לא ישיבה אקראית, שיש משמעות גם לאיפה אנחנו מתיישבים.

המטפל החשוך

אתגרים מרכזיים: השאלה עד כמה המטפלים נחשפים בעצמם בפני מטופליהם עלתה כקושי מרכזי הקשור גם להתמקמות הפיזית בבית – לדוגמה מיקום התיק האישי, מראהו, גודלו והסוג שלו,

חושפים רכיבים מזהותו של המטפל. ליה מתארת את המשמעות הסימבולית של התיק והסקרנות שהוא מעורר, לצד הצורך הקונקרטי למצוא עבורו מקום בטוח:

פתאום הבנתי שהוא תופס מקום לא פחות ממני, הוא מעניין לא פחות ממני. אף פעם לא הרגשתי בנוח עם שום מקום שהוא נמצא בו, מצד שני, לא הרגשתי בנוח להגיע בלעדיו.

כך גם בנוגע לצורך להשתמש בשירותים בבית המטופל, אשר תואר כדבר מביך, שמאיים על המעמד המקצועי של אנשי המקצוע ועל הקשר הטיפולי.

פרקטיקה: המרואיינים השתדלו להימנע משימוש בשירותים בבית המטופל, ונימקו זאת כניסיון להימנע מאינטימיות שאינה מתאימה ליחסים הטיפוליים. כפי שתיארה ליה: "ללכת לשירותים בבית של מישו זה אינטימי, ואני רוצה קצת למזער אינטימיות מסוג מסוים כדי לאפשר אינטימיות טיפולית". מרואיינים אחרים סיפרו כי הסיבה להימנעות זו היא רצונם להגן על המטופלים, מתוך מודעות לכך שהם עלולים להרגיש חשופים מאוד בעצמם. מתן תיאר: "זה חדרון שיש בו את הדברים הכי אינטימיים של בן אדם. בטיפול אתה נכנס גם ככה פנימה לפנים של האדם, ברמה רגשית נפשית, וזה מפגיש אותך עם עוד פנים אינטימי שהוא גם פיזי".

הבית המציף

אתגרים מרכזיים: המרואיינים תיארו מצבים שבהם הם חוו את הבית כלא מאפשר יצירת מרחב טיפולי – אם מכיוון שהבית הציף את חושיהם, לדוגמה כאשר כל החלונות סגורים והבית מחניק וחם, או כאשר הטלוויזיה בבית פועלת, ואם מכיוון שהמטופלים הציעו מקום ישיבה שלא אפשר פרטיות.

פרקטיקה: המרואיינים נחלקו בתגובותיהם למצבים כאלה: היו מי שהעידו כי הם ביקשו לפתוח חלון, לכבות את הטלוויזיה, או שהציעו מקום ישיבה אחר; ואילו אחרים גרסו שבקשות כאלה עלולות להיתפס כביקורת או כדרישה חינוכית, וגם אם חוויית השהות הייתה קשה עבורם, הם ראו חשיבות בהצטרפות לחוויה הרגשית והפיזית של המטופלים. כך לדוגמה תיאר אביב כי הטלוויזיה הפועלת אפשרה לו לשבת בנוחות גדולה יותר עם נערה שלא רצתה להדליק את האור בחדרה, שכן היא שימשה מקור אור; ואחרים התייחסו לכך שהם השתמשו בטלוויזיה הפועלת כטריגר לשיחה על מקומה ומשמעותה במארג המשפחתי.

המרחב החדיר

אתגרים מרכזיים: מרואיינים תיארו מקרים שבהם הם התקשו לייצר מרחב פיזי תחום השמור מפני חדירת בני משפחה, ולא הצליחו למנוע כניסה ויציאה של בני משפחה מהחדר שבו מתקיים הטיפול.

פרקטיקה: גם כאן, המטפלים נחלקו בין מי שהחילו על המצב את כללי הסטינג הקליני, ומי שהתאימו עצמם לסיטואציה הנתונה. נופר מדגימה את העמדה הראשונה: לדבריה, היא אומרת בצורה ברורה למטופלים כי הם ייפגשו רק בחדר בעל דלת שניתן לסגור; ובמקרים של טיפול בקטינים, היא נעזרת לשם כך בהורים תוך כדי יצירת ברית של אמון איתם. עם זאת, תוארו מצבים שבהם לא התאפשרה החלת כלל קבוע, וההמשגה הדינמית עזרה לשרוד את הקושי ולראות במתרחש לא רק "הפרעה" אלא גם ביטוי משפחתי חשוב. כפי שנופר הבהירה: "זה לא סתם שזה קורה במקומות מסוימים. בבתים שזה קורה בדרך כלל יש עניינים עם נפרדות, עם גבולות".

זירת היחסים הבין-אישיים

היחסים הבין-אישיים הם ליבת הקשר הטיפולי. הם זוכים לתשומת לב רבה של המטפל, ואמורים להיות מנוהלים ברגישות ובהתאמה לצורכי המטופל. המרואיינים תיארו ארבעה אתגרים מרכזיים בהקשר זה: סכנה ופחד; הזמנה לאוכל ולשתייה; המטפל העד; והמטפל כדמות למודלינג.

סכנה ופחד

אתגרים מרכזיים: הדבר המאיים ביותר בסיטואציה של טיפול בבית קשור בעובדה שהמטפל נמצא לבד במרחב לא מוכר, ולעיתים לא בטוח. ואכן, פחד הוא רגש שתלטני אשר צמצם לא פעם את הנוכחות הרגשית של המרואיינים בבתי המטופלים. לעיתים הפחד שחווה המטפל לא נבע ישירות מהיחסים עם המטופל הספציפי – כך לדוגמה, מרואיין אחד סיפר כי הפחד שלו מכלבים מקשה עליו מאוד כאשר הוא מגיע לבתים שבהם יש כלבים. מרואיין אחר סיפר כי מטופל הפחיד אותו באמצעות כלבי תקיפה: "היה שם פיטבול ורוטוויילר ושמה יש כבר קטעים שהרגשתי כבר מסוכן, שהוא משחק עם הפיטבול ואומר לו – 'קפוץ עליו. סתם, סתם'". במקרים אחרים הפחד היה קשור למפגש עם בני משפחה שהתנהלו באופן מאיים, כפי שסיפרה ליה:

טיפלתי בילדה שאבא שלה ישב בכלא על עבירות לא פשוטות, והוא בדיוק השתחרר מהכלא. נכנסתי הביתה וכל הדלת מנעולים. אני נכנסת והוא סוגר אחריי את כל המנעולים ורק אני, האבא והילדה בבית.

פרקטיקה: כדי להתמודד עם סיטואציות מאיימות, תיארו מרואיינים כי הם וידאו שאדם אחר ידע היכן הם נמצאים בכל רגע נתון. במקרים קיצוניים שבהם חשו סכנה ממשית, תיארו כי עזבו את הבית כדרך להגן על עצמם וכדי לסמן גבול. ליה תיארה:

היה איזשהו לעג ודיבור אלים. התחושה שאתה לכוד בבית בתור מטפל, גם אם הדלת פתוחה. זה נורא דרמטי לקום וללכת באמצע, אבל עשיתי את זה אחרי ניסיונות להרגיע, למתן, לתווך. הרגשתי שזה צעד הכרחי, לשים גבול.

גם מתן תיאור כי במפגש עם מטופל שהיה עריק מהצבא ונקלע להתקף זעם, הוא סיים את הפגישה ועזב את הבית, מכיוון שחש כי האלימות עלולה להיות מופנית גם כלפיו. במקרים אחרים, שבהם זיהו מרואיינים כי על אף שחשו פחד לא ארבה להם סכנה ממשית, הם בחרו לעיתים להשתמש בחוויתם הרגשית כדרך להבין טוב יותר את המטופלים. נופר, לדוגמה, תיארה כי העובדה שהיא חוותה פחד בעצמה סייעה לה להבין את חווית החיים של המטופלת ואת תגובותיה למצבים שונים בחייה, וכן לקשר הטיפולי עצמו.

הזמנה לאוכל ולשתייה

אתגרים מרכזיים: במקרים רבים התמודדו מרואיינים עם הרצון של המטופלים להיטיב איתם באמצעות הצעה לאכול ולשתות. לרוב הם תיארו את ההזמנות האלה כביטוי תרבותי להכרת תודה. למרות זאת, המטפלים ראו ביחסי אירוח אלה סתירה ליחסים הטיפוליים, שכן מדובר במצב שבו המטופל עסוק בצרכיו של המטפל. גלי תיארה: "זה לא נכון לשים אותם עכשיו במקום שאולי הם יצטרכו לחשוב מה הם נותנים לי". במקרים אחרים נחוה היפוך התפקידים כאיום של ממש,

בין אם המטופל התכוון ליצור איום ובין אם לא. כך לדוגמה, מרואיינת צמחונית הוזמנה לארוחה בשרית בלי שהמטופל ידע כי היא צמחונית, ובמקרה אחר מטפל הוזמן על ידי מטופל לשתות איתו בירה וחווה זאת כהבעת תוקפנות.

פרקטיקה: כדי להתמודד עם הזמנות כאלה נטו רוב המרואיינים להצהיר בתחילת הקשר כי אינם נוהגים לאכול או לשתות בבתי המטופלים. גלי העידה: "פשוט רציתי לנטרל את הדבר הזה, לגמרי. שזה לא יהיה issue [עניין], האירוח שלי". כדי שהדבר לא ייחווה כדחייה, הם נהגו להסכים לשתות מים בלבד. עם זאת, המטפלים סיפרו כי במצבים מסוימים הם הפרו כלל זה, לדוגמה ביום הולדתו של המטופל או באירוע חשוב אחר בחייו או בטיפול. מרואיינים אחרים ייחסו פחות משקל למשמעות הסימבולית של ההזמנה, ושמוחו על האפשרות לאכול או לשתות במהלך יום עבודה ארוך, גם אם הזמנה זו לא נתפסה כמתאימה לגמרי לקשר הטיפולי.

המטפל העד

אתגרים מרכזיים: הנוכחות בבית כוללת באופן טבעי מפגש עם בני המשפחה. מפגשים אלו יכולים לתבוע את תשומת הלב של המטפלים. מרואיינים תיארו מקרים שבהם חשו חסרי אונים כאשר הורים של מטופלים חשפו בפניהם ביטויי מיניות לא מותאמים. כך לדוגמה תיארה נופר כיצד אבא של נער שבו טיפלה שיתף אותה על שימוש בשירותי מין עבור הבן שלו, המטופל שלה; ומקרה אחר שבו אמא של נערה התערטלה במהלך השיחה בפלג גופה העליון, בתואנה שמגרד לה.

מרואיינים תיארו גם מצבים שבהם מצאו את עצמם עדים למצבים פוגעניים כלפי המטופלים שלהם. אלישע תיארה סיטואציה שבה ההורים דיברו על בנם תוך כדי התעלמות מוחלטת מנוכחותו בטענה שהוא לא שומע, מכיוון שהוא מקשיב למוזיקה באוזניות. במקרים אחרים תיארו מרואיינים כי היו עדים ליחסים אלימים ומסכנים. במצבים כאלה היכולת לחשוב את המטופל ואת התהליך הטיפולי איומו על ידי ההתמודדות עם חרדה לביטחונם של המטופלים, כפי שסיפר אורן: "היו מקרים שבהחלט נתקלתי באלימות פיזית קשה בין הורים למתבגרים, ואני מוצא את עצמי בלב סערה ואני משותק". אורן תיארה את החוויה הרגשית שחש במצבים כאלה: "זה כאילו לראות אינטימיות מפורקת כזאת, או את הקשיים הכל כך קשים בקשר האינטימי בתוך משפחה, זה ממש קשה". קושי נוסף במפגש עם בני משפחה במצבים קונפליקטואליים עלה מהתביעה של כל אחד מהצדדים כי המטפל יתייצב לצידו. במצבים כאלה חוו המטפלים קושי לשמור על הטיפול ועל היחסים הטיפוליים, ובמקביל לשמור על קשרים מיטיבים עם בני המשפחה, שהינם חלק משמעותי ממצוינות חייו של המטופל.

פרקטיקה: מרואיינים שטיפלו בקטינים תיארו כי הם הבהירו כבר בפגישה הראשונה את ההכרח בשמירה על סודיות המידע, ואת המצבים שבהם יוכלו לשתף את ההורים או גורמים חיצוניים במידע מתוך הטיפול. במקרה הספציפי שבו הורים דיברו עם אלישע על בנם המטופל בנוכחותו בטענה שאינו מקשיב, אלישע ביקש מהם להפסיק את השיחה, והעלה את הנושא בשיחה אחרת עימם, כדי להציף בפניהם את הבעייתיות שחווה.

המטפל כדמות מודלינג

אתגרים מרכזיים: המרואיינים תיארו מצבים שונים שבהם הורים ביקשו מהם סיוע קונקרטי במשימות הבית או ההורות. הם תיארו זאת כהזדמנות בעלת ערך רב במקרים שבהם ההורים אינם יכולים להסתייע בתהליך סימבולי, אם כי במקרים מסוימים בקשות כאלה עוררו בקרב המטפלים מבוכה ובלבול. לדוגמה, ליה תיארה מצב שבו מטופלים פנו אליה בבקשה לסייע להם ברחצת ילדיהם הקטנים, והיא הייתה עסוקה בשאלה איך להפוך את הסיטואציה לבעלת ערך טיפולי-חינוכי: "אז באותה סיטואציה אמרתי 'לא היום, אני רוצה לחשוב רגע איך עושים את זה'. הבאתי את זה להתייעצות בהדרכה וגם חשבתי על זה". במקרים אחרים תיארו מטפלים כי הנוכחות האוטנטית והמלאה שלהם בחיי המשפחה יכולה להיחווה כחוויה חזקה של חיבור שמהווה מנוף לשינוי, כפי שסיפרה נופר:

לפעמים את נקלעת לסיטואציה משפחתית כזאת של קצת צחוק ואת הופכת להיות חלק מההווה של הבית, לחלק מהמשפחה. הורים אומרים לי את זה בסיום של טיפולים, ומבחינתי זאת הבעת אמון ברמות מאוד גבוהות. גם בתקופות מאוד קשות של המטופלים עם ההורים, שאפילו להורים יש איזשהו קושי עם מהלך שאני עושה, קיים הבסיס של הקשר והביטחון שיצרתי איתם.

פרקטיקה: במקרים שבהם המרואיינים היו יכולים להשתמש בהשתתפות הקונקרטית שלהם בחיי המשפחה כביטוי של מודלינג, הם ראו בכך חשיבות גדולה ועשו זאת. ליה תיארה כיצד הנוכחות הפיזית שלה בבית אפשרה לה להתייחס למרחב ולצרכים של המטופלים: "האפשרות בבית היא לעשות איתם את השינוי, ולא רק לדבר עליו ממקום מרוחק ונוח. זה אפילו מייצר את השאלות, אני שם ורואה ומצטרפת אליהם לטיפול יום-יומי בתינוק". גלי תיארה כיצד הורים שלא ערכו מעולם ארוחת ערב משפחתית עשו זאת בזכות הצטרפותה. ואילו אלישע תיארה כיצד אפילו ישיבה ספונטנית שלו על מזרן פעילות עם פעוטה פתחה פתח לשיחה משמעותית עם ההורים על חוסר היכולת שלהם לשחק עימה:

ההזמנה שלי לשבת לא רק על הספה אלא גם על המזרון פעילות, אפשר להם לדבר על זה שהם אף פעם לא עושים זאת, והיא הנכיחה בלייב שזה אפשרי וגם היה אפשר לדבר על לשחרר את זה כשאני לא נמצא.

בראיונות אחרים עלה כי ההורות של המטפל לצד מטופלים ברגעי משבר סייעה להנכיח גם עבור ההורים אפשרות לנוכחות הורית מיטיבה. נופר סיפרה על הורים שאיבדו תקווה לאור מצבי משבר מתמשכים של בתם, ותיארה כי הנוכחות שלה בבית הייתה משמעותית הן עבור המטופלת המתבגרת והן עבורם:

הייתי צריכה לעשות את התנועה הזאת של להגיע עד אליה. זאת אומרת, שהיא לא הייתה צריכה לצאת. אני מתאמצת בשבילה, זה היה משהו שהוא גורם מרפא כזה. חלק מלהיות בבית כמטפלת לאורך זמן זה גם מודלינג להורים. מישו כאן לא מוותר על הילדה שלי.

מתן תיאור התערבות שלו במשבר פעיל שבו אב רצה להוציא את בתו מהבית:

בעקבות משבר האבא רצה להעביר אותה מהבית, כי "היא שרמוטה ואיזה גברים יש פה ואיזה זה". אמרתי לו – "זוכר מה היה כשאני הגעתי לכאן פעם ראשונה? נכנסתי בלי שתדעו בכלל מי אני. אם תעביר אותה מהבית אז כנראה שהיא תגיע לגברים שאתה לא רוצה שהיא תגיע אליהם, אז בוא נחשוב שנייה". זה גרם לו לעצור.

גם ליה, שהתלבטה אם ואיך להשתתף ברחצת הילדים בבית מטופליה, החליטה לעשות זאת תוך כדי הגדרת התנאים שבהם הדבר מתקיים – לדוגמה, הגבלת מספר המפגשים שבהם נעשית רחצה משותפת, וסיכום עם ההורים והילדים לגבי גבולות הנוכחות שלה: "בסוף עשינו שלושה מפגשים בשעות האמבטיה, כשהילדים יודעים מראש שאני באה, וזה ברור שאני לא נשארת איתם לבד בשום אופן, אני נכנסת כצופה".

זירת הזמן

אתגרים מרכזיים: העובדה שהטיפול מתקיים במרחב האינטימי של המטופלים יכולה להזמין חוויה של טשטוש גבולות ביחס לזמן. טשטוש הגבולות בא לידי ביטוי בציפייה של מטופלים לפגישות בשעות לא קונבנציונליות, לדוגמה בשעות הערב אחרי העבודה, או בציפייה לזמינות טלפונית של המטפלת בשעות אלו. אתגר נוסף היה הקושי לתחום פגישות שמתקיימות בבית לחמישים דקות, כמו שהתקבע בטיפול המסורתי בארגונים, בשל הדינמיות ואופי הקשר שנוצר. גלי תיארה: "כשאדם בבית שלו אז הוא מחזיק את הזמן אחרת, אולי יש חוויה כזאת שהזמן לא תמיד מספיק".

הטיפול בבית לא מערער רק על זמני הפגישות, אלא גם על משך הטיפול כולו. סיום של תהליך טיפולי שמתרחש בבית תואר כבעל מאפיינים ייחודיים. ליה תהתה: "זאת מושקעות רגשית עצומה. איך עושים תהליך פרידה מקשר כזה?". בסימום של טיפול במרחב הביתי, הפרידה היא לא רק מהמטופל אלא גם מבני המשפחה, ובמקרים מסוימים היא עלולה להיתפס כלא מובנת ולא טבעית. ליה הוסיפה: "איך אני מסבירה לילד בן שלוש שאנחנו נפרדים? הוא מכיר אותי כל חייו, לא הייתה לו נקודת התחלה מבחינתו".

פרקטיקה: המרואיינים תיארו כי הן רואות בשמירה על זמני הפגישות עוגן מרכזי שמגדיר את הקשר כטיפול. אלישע סיפר:

במובן מסוים הזמן נשאר הכלי הכי משמעותי של ייצור סטינג מצדי, של הכנסת ממד טיפולי. קודם כול זה מספר שאני באמת לא בא פה כחבר, וגם זה מחזיק את הוודאות, בעיקר עבורי. (אלישע)

ואכן, לרוב, המרואיינים הקפידו לשמור על זמני התחלת הפגישה וסיומה. אם הגיעו לפני שעת המפגש, הם המתינו בחוץ כדי לא להיכנס לפני השעה שנקבעה. יוסי תיאר כי במקרים שבהם ידע כי יצטרך להשתמש בשירותים אחרי נסיעה ממושכת לבית מטופל מרוחק, הוא הכניס לסטינג הקבוע בסיכום עם המטופל שהוא מגיע מספר דקות לפני שעת הפגישה כדי להתארגן. מרואיינים התייחסו גם להכרח לשאת שעון יד, כדי לעקוב אחרי משך הפגישה בלי להיות תלוי בקיומו של שעון בבית המטופל.

לגבי פרידה וסיום התהליך הטיפולי, המרואיינים תיארו כי הדבר דורש הכנה מיוחדת ובניית הסכם לגבי המשך הקשר, תוך התייחסות למקרים שבהם המטופלים יכולים ליצור עימם קשר בכל זאת. מספר מרואיינים התייחסו לכך שטיפול מתמשך שמתפרס על פני כמה שנים בבית המטופל עלול בסופו של דבר לפגוע בהתפתחותו האישית, ולכן על המטפל ליזום יציאה מהבית למרחבים אחרים כחלק מהתהליך ההתפתחותי. אורן תיאר:

להוציא אותו מהבית ולהיפגש איתו בחוץ היה חשוב. זה בעצם לצאת מהבית המוגן והמוכר ולהיפגש עם העולם, זה בעיניי חלק ממה שאנחנו עושים. ללוות אותו בדרך הזאת, קצת לנער את הקונספציות, לצאת מהמקום המוכר, להתבונן על הבית, להתבונן על המקום שאתה בדרך כלל נמצא בו.

דיון

למחקרנו שלושה ממצאים עיקריים: הממצא הראשון הוא התיאור המפורט של האתגרים הכרוכים בטיפול במרחב הביתי והמשגתם, כערעור על שלוש הזירות המרכזיות המעצבות את הסטינג הטיפולי. הממצא השני הוא תיאור הפרקטיקות השונות שנוקטים העובדים והעובדות הסוציאליות מול האתגרים הללו. הממצא השלישי הוא חשיפת שתי עמדות שהם נוקטים בבחירה בפרקטיקות השונות – עמדה של התאמה והיטמעות במרחב הביתי, לעומת עמדה של החלת כללים מהסטינג הקליני על המרחב הביתי.

הממצא הראשון – תיאור האתגרים – תומך בממצאי מחקרים אחרים, שתיארו גם הם באופן דומה את הקשיים שמעורר טיפול במרחב הביתי. כך לדוגמה, מחקרים תיארו הצעות לאוכל ושתייה למטפלים (Reiter, 2000). חדירה של בני משפחה או שכנים לטיפול (Yang et al., 2009), תחושות גועל של המטפלים מול לכלוך או ריח בבית המטופל (Ferguson, 2011), וחוויות של פחד וחשיפה לאלימות במשפחה (Maxfield & Segal, 2008). אתגרים אחרים, כמו ההחלטה איפה לשים את התיק האיש, פחד מפני כלבים או ניהול זמן הפגישות או משך הטיפול, זכו להתייחסות פחותה במחקרים קודמים. עם זאת, החוויה הכללית של דיסאוריינטציה, בלבול והצפה, אשר עולה ממכלול האתגרים שתוארו, חזרה על עצמה ברבים מהמחקרים העוסקים בתחום (Bowen & Caron, 2016; Ferguson, 2018a; Sternin & Weiss, 2014).

ההמשגה שאנו מציעים, אשר התפתחה במהלך ניתוח הראיונות עם התיאור המפורט וקרוב-החוויה של אתגרי הטיפול במרחב הביתי, מבקשת להסביר את החוויה הכללית של עובדים ועובדות סוציאליות המטפלים במרחב הביתי כנובעת מערעור על הנחות היסוד העמוקות לגבי הסטינג הטיפולי. היעדרם של כללים ברורים המתווים את פעולתם של אנשי המקצוע בזירה המרחבית, בזירת היחסים הבין-אישיים עם המטופל ובזירת זמן הטיפול, מעורר איום ומערער על תחושת המקצועיות. המטפלים צריכים להמציא את כללי ההתנהגות הבסיסיים ביותר. שאלות כמו איפה לשבת או להניח את התיק האיש, איך לנהל את מעורבותם של בני משפחה בטיפול ואיך לסמן את סיום הפגישה אינן שאלות טכניות בלבד, אלא שאלות מהותיות. לא ניתן להפריז

בחשיבותו של הסטינג לבניית תחושת המקצועיות ולביסוס היחסים הטיפולים. המטפל שואב מן הסטינג את מעמדו ואת הכוח להגדיר את היחסים – שכן מלבד היותו המרחב הפיזי שבו מתקיים הטיפול, הסטינג הוא אוסף הכללים והקודים ההתנהגותיים אשר תוחמים, מגדירים ומעצבים את הקשר הטיפולי (אלפנדרי, 2018).

הניטרליות של המשרד בארגון או חדר הטיפולים, הזמן הקבוע והכללים, אשר שומרים על המטפל כדמות ניטרלית יחסית ועל היחסים הבין-אישיים כיחסים טיפוליים, משרתים כולם את החוויה של המטופל כי הטיפול מהווה סביבה מחזיקה (ויניקוט, 2009א), ואת התפתחות יחסי ההעברה (transference). שני אלה – החוויה של סביבה מחזיקה אשר מאפשרת נסיגה לעולם הפנימי, ויחסי העברה אשר מאפשרים שחזור של יחסים מוקדמים, הם קריטיים בהבנה הפסיכודינמית של טיפול ובהנעת תהליכי שינוי (אלפנדרי, 2018). ההמשגה של אתגרי הטיפול במרחב הביתי כערעור על אבני היסוד של הסטינג הטיפולי מאפשרת לנו להבחין במחסור בתאוריה ברורה לגבי טיפול זה במרחב הביתי: מהו האופי הרצוי של היחסים הטיפולים, מהם התהליכים המניעים שינוי ומה תפקידו של המרחב הביתי בהנעת תהליכים אלה. גם אם קיימת הסכמה רווחת כי הטיפול במרחב הביתי אינו, ולא יכול להיות, העתק של הטיפול במסגרת הקלינית בארגון (Ferguson, 2018a; Muzicant & Peled, 2018), אלא יש בו מהות טיפולית ייחודית משל עצמה – הרי שלא התפתח עד כה גוף ידע ברור לגבי אופייה וטיבה של המהות הטיפולית הזו.

ניתן לשער כי המחסור בגוף ידע ברור לגבי הטיפול במרחב הביתי ניזון גם מעירוב הפונקציות של סוגי המפגשים בבית המטופל. ביקור הבית החד-פעמי, שהוא אולי הסוג הנפוץ ביותר של מפגשים בבית המטופל, הוא בעל אופי שונה בתכלית מהטיפול במרחב הביתי, והוא נענה לעמדות אפיסטמולוגיות ואתיות שונות בתכלית. בניגוד להתעלמות מהטיפול במרחב הביתי, דווקא ביקורי בית חד-פעמיים זכו להתייחסות כלשהי של משרד הרווחה, אשר ניסח כללים מסדירים עבורם (לוי וקרניאל, 2011). אולם יש לציון כי הכללים הללו מתמקדים בתיעוד הביקור, וכן בהגנה על העובד/ת הסוציאלי/ת מפני אלימות או סכנה לשלומם בעת הביקור – ואין בהם כל התייחסות לבניית הקשר הטיפולי או היחסים הטיפולים, ליחסי הכוח המופעלים בעת ביקור בית שמטרתו הערכת נזקקות או סיכון (סער-הימן, 2020; Winter & Cree, 2016), ולהתמודדות הרצויה של עובדות סוציאליות עם האתגרים הכרוכים בכך. נדמה שהטשטוש המושגי בין "ביקור בית" לבין "טיפול במרחב הביתי" זולג לתוך גוף הידע המחקרי, ומקשה על זיהוי החוסר בגופי ידע מובחנים לכל אחת מן הפרקטיקות המקצועיות.

הממצאים השני והשלישי של מחקרנו – אוסף הפרקטיקות המתוארות, וניסוח שתי העמדות המעצבות אותן – מתעדים את ניסיונות המטפלים להתמודד עם חוסר זה. בהיעדר המשגות תאורטיות הכרחיות וקווים מנחים, המרואיינים נקטו אחת משתי עמדות מרכזיות, שכל אחת מהן משפיעה על יצירת פרקטיקות שונות. העמדה הראשונה גורסת כי על העובדת הסוציאלית להתאים את עצמה למרחב הביתי ולהיטמע בו ככל האפשר. על פי עמדה זו, עליה לצמצם ככל האפשר את השפעתה על המרחב, ולהשקיע אנרגיה בפיתוח היכולת העצמית שלה להיטמע בבית המטופל ולהרגיש בו בנוח. נראה כי עמדה זו מאפיינת יותר אנשי מקצוע בתחילת דרכם, שנמצאים בתהליך ראשוני של ביסוס הזהות והביטחון המקצועיים שלהם. כפי שהעידה נופר, המצוטטת בפתח פרק

הממצאים, עמדה זו קשורה לחשיבות נמוכה יחסית המוקנית לסטינג, או לתחושה של אנשי המקצוע כי אין ביכולתם לעצב את המציאות. ואכן, הספרות מצביעה על כך שאנשי מקצוע שמעניקים טיפול בבית הם לרוב עובדים צעירים וחסרי ניסיון (Cox, 2022), שלרבים מהם אף חסרה הדרכה מספקת, ולכן הטיפול בבית מעורר בהם חוויות של בלבול וחוסר אונים (Bowen & Caron, 2016; Glebova et al., 2012).

העמדה השנייה גורסת כי גם במרחב הביתי, על המטפל/ת לשאוף לעצב את התנאים הפיזיים כך שהם ישקפו את ההיגיון הטיפולי הפסיכודינמי העומד בבסיס ההחלטה על הסטינג. על פי עמדה זו, על המטפל/ת להיות אקטיבי וישייר במשא ומתן עם המטופלים לגבי עיצוב המרחב. מרבית המטפלים שנקטו עמדה זו תיארו כי עשו זאת לאור ניסיונם המקצועי, וכדי לאפשר עבודה טיפולית משמעותית ומתמשכת. הם תיארו כי עמדה זו מסייעת להם בהתמודדות עם האתגרים שטמונים בטיפול בבית ועם השחיקה המקצועית. חשוב לסייג את האמור לעיל, שכן במקרים מסוימים אותה מרואיינת תיארה כי במקרה אחד היא נקטה עמדה של היטמעות ובמקרה אחר עמדה על הכללים. ניתן לומר כי מלבד ההשפעה של מידת הביטחון והניסיון המקצועי על הבחירה בעמדה זו או אחרת, המרואיינות/ים בחרו בפרקטיקה ובעמדה בהתאם להערכתם את צורכי המטופל והטיפול, ובהתאם ליכולת ההכלה וההחזקה שלהם בסיטואציה הנתונה.

אין ספק כי המטפלים חוו את הסטינג הביתי כבעל אופי מציף ומתקף. למול חוויה זו, האתגר המרכזי שאנו מצביעות עליו הוא הקושי של העובדות והעובדים הסוציאליים להתפנות לתהליך הרפלקטיבי-פרשני הנדרש כדי להקשיב למציאות הרגשית ולמשמעויותיה ביחסים הטיפוליים (Ferguson, 2018b). זאת מכיוון שהם מפנים משאבים רגשיים ניכרים להגנה על עצמם ולהישרדות רגשית. כאשר אינם מצליחים בכך, הם חווים קיפאון וקושי להכיל את הסיטואציה.

נראה כי בעיני אנשי המקצוע, מה שהופך את ההתרחשות בבית לטיפול ותורם לתחושת הקומפלטיות שלהם, הוא הבנה דינמית שמוסיפה עומק ומורכבות לסיטואציה. להבנה כזו תפקיד כפול: היא גם הופכת את המפגש לטיפולי עבור המטופל, וגם מסייעת לאנשי המקצוע לשבת ביתר נוחות במרחב הביתי ולהפנות קשב מקצועי למתרחש סביבם. ואכן, המרואיינות/ים תיארו מקרים שבהם הם הצליחו לפתח תמונה פרשנית על אודות הצרכים שעולים מולם בזכות השהייה במרחב הביתי. כך למשל, נופר הבינה את החדר החשוך שבו נערך הטיפול כאמירה על אודות הבית, אלישע הפיק מהבחירה היכן לשבת מידע מהותי על המטופלים, נופר הבינה את הפחד שחוותה בעצמה כחוויות חיים של המטופלת, וליה הפעילה תהליך רפלקטיבי כאשר הציעה את עצמה כדמות מודלינג להורות עבור מטופליה.

מעניין כי ניתן לנמק את שתי העמדות – זו ששומרת על כללי הסטינג הטיפולי וזו שמגמישה אותם, בהנמקות המבוססות על התאוריה הפסיכודינמית ועל הרצון לייצר סביבה מחזיקה (ויניקוט, 2009ב). תפיסת הטיפול כסביבה מחזיקה משקפת את שאלת פונקציית ההחזקה של האם הטובה דיה, אשר יוצרת עבור התינוק סביבה מותאמת שבה יוכל להתפתח. בשלב הראשון האם מייצרת החזקה באמצעות סביבה מהימנה ואמפתית, המגנה על תחושת ההוויה של התינוק מפני הפרעות חיצוניות אשר עלולות לקטוע את החוויה של המשכיות ההוויה. בשלב מתקדם יותר, ההחזקה מספקת מרחב פסיכולוגי שבו התינוק מרגיש מוכר על ידי האם על חלקיו השונים, וחש

בה בעת נפרד ושייך אליה. החזקה מספקת מאפשרת לתינוק להפנים את פונקציות ההחזקה ההוריות ולבנות את עולמו הפנימי, תוך כדי בניית סביבה מחזיקה פנימית. בדומה לכך, הסטינג הטיפולי הוא רכיב מרכזי ביצירת הסביבה המחזיקה של המטופל (ויניקוט, 1995). המרחב הפיזי הקבוע, הנעים והניטרלי של הטיפול, וכן גבולות השעה הטיפולית והכללים המסדירים את היחסים בין המטפל למטופל, מאפשרים למטפל ליצור את עצמו כדמות מחזיקה, ולמטופל לחוות חוויה של החזקה. כך מאפשר הסטינג הקליני למטופל השתקעות בתהליכים נפשיים פנימיים, שהיא חיונית לתהליך השינוי.

את העמדה הראשונה שנמצאה בקרב המרואיינות/ים במחקר זה ניתן לנמק במונחים דינמיים לפיהם היסמעות במרחב הביתי, אשר מקשה על האפשרות להתפתחות העברה, מאפשרת למטפל להבין התנהגויות של המטופל על רקע הדרמה הנפשית שלו. את העמדה השנייה ניתן לנמק כך ששמירה על רכיבי הסטינג הקליני מאפשרת יצירה של סביבה מחזיקה, שעוזרת למטפלת להתמקם כאשת מקצוע ולא כחברה.

הטיפול במרחב הביתי מעורר את השאלה מה נדרש כדי לייצר סביבה מחזיקה? האם העובד הסוציאלי יכול לשמש דמות מחזיקה גם בסביבה פיזית שאינה מספקת הגנה, כמו שקורה בבתי רבים שבהם קיימו המרואיינים את טיפוליהם? האם בהשפעת נוכחות העובדת הסוציאלית, סביבה ביתית מוכרת יכולה להיחוות כסביבה מחזיקה, גם כאשר באופן רגיל היא לא נחוות ככזו? שאלות אלו קשורות בשאלות מהותיות לגבי מהותו של טיפול ומהות האלמנטים המרפאים בו.

לאורך ההיסטוריה המקצועית קיימות גישות טיפוליות הקוראות לפגוש את המטופלים במרחבי החיים הטבעיים שלהם, לרוב כאשר מדובר באוכלוסיות ספציפיות, לדוגמה בעבודת רחוב עם נוער וצעירים (Hill & Laredo, 2019). בשנים האחרונות הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת-עוני מדגישה את החשיבות של עבודה טיפולית במרחבי החיים הטבעיים, שאינם נעים לכללים המובנים של הסטינג הקליני (סער-הימן ואח', 2018; קרומר-גבו, 2022). עבודה במרחבי החיים הטבעיים לא מבטאת רק שינוי בסטינג הפיזי של המפגש, אלא היא קוראת להתערבות הוליסטית, אשר מביאה בחשבון את מכלול הצרכים החומריים והרגשיים של המטופל (תימור-שליון, 2023; Ferguson et al., 2020). בין השאר היא עשויה לכלול ליווי של מטופלים למוסדות ביורוקרטיים, ליווי במצבי משבר וקשר כמו-חברי בין המטפל למטופל (סער-הימן ואח', 2018). ברוח גישות טיפוליות ביקורתיות, העבודה הסוציאלית מודעת-העוני מציעה מבט אינטגרטיבי, שלפיו הטיפול צריך לכלול התייחסות משולבת לצרכים חומריים ורגשיים (תימור-שליון, 2023).

עם זאת, לטעמנו, גם בגישה זו חסרות המשגות ברורות לגבי תהליך השינוי וההיבטים המרפאים בטיפול. חשוב לשים לב כי המרואיינות/ים במחקרנו לא תיארו התייחסות לצרכים חומריים או קונקרטיים של המטופלים, ולא העידו על עצמם כי הם מכירים גישות המשלבות בין טיפול חומרי ורגשי ופועלים לפיהן. ניתן לשער כי הדבר מעיד על הגישה הטיפולית שבה הם עובדים, המתמקדת בהתייחסות להיבטים תוך-נפשיים או בין-אישיים של המטופלים, ולא רואה כחלק מתפקידה עיסוק בהיבטים החומריים והקונקרטיים שלהם.

מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך

למחקרנו יש ארבע מגבלות מרכזיות: האחת קשורה למספר הקטן של המרואיינים, ולכך שכולם עבדו עם משפחות, ילדים ונוער במסגרות ציבוריות המעניקות טיפול פסיכודינמי. יש מקום להרחיב את המחקר לעובדים סוציאליים העובדים עם מגוון אוכלוסיות בשיטות טיפול שונות, כדי לקבל תמונה רחבה יותר של האתגרים הכרוכים בטיפול במרחב הביתי, ושל הפרקטיקות והעמדות של העובדים והעובדות הסוציאלים.

מגבלה נוספת היא שהראיונות לא כללו התייחסות ישירה לעמדות של המטפלים בבחירת הפרקטיקות השונות שהם תיארו. הם גם לא התבקשו לנמק מדוע בחרו בפרקטיקה זו או אחרת. האופי הנרטיבי של הראיון אפשר גילוי ראשוני של מגוון פרקטיקות גדול, המשגתן וכן ניסוח העמדות הניצבות מאחורי בחירת הפרקטיקות. עם זאת, נדרש מחקר נוסף כדי לחשוף את הגורמים המשפיעים על בחירת עמדה או פרקטיקה ספציפית.

מגבלה שלישית של המחקר היא ההתעלמות מהרכיב הפסיכוסוציאלי של הטיפול. טיפול במרחב הביתי מיועד בעיקר לאוכלוסיות מודרות, ולא להא לה יש לרוב צרכים סוציאליים רבים אשר באים לידי ביטוי בקשר הטיפולי ומבקשים מענה. ההתעלמות של המטפלים במחקר מהצרכים החומריים והקונקרטיים של מטופליהם, והיעדר ההתייחסות לפרקטיקות של סנגור או תיווך, יכולים לנבוע מהעובדה שהם לא נשאלו על כך ישירות, מה שמעלה מגבלה במדריך הראיון.

נוסף על מגבלות אלה, המחקר הנוכחי לא עוסק כלל בביקורי בית חד-פעמיים. מחקר עתידי כזה נחוץ ביותר מכמה סיבות: ראשית, מדובר בפרקטיקה נפוצה ושגורה בעבודה הסוציאלית; שנית, ביקורי הבית כוללים שימוש ישיר בכוח המקצועי לפקח ולאבחן, והם מהווים מקור של מתח ביחסים עם מקבלי שירות; ולבסוף, זוהי טריטוריה משמעותית נוספת בעבודה הסוציאלית בזירה הביתית שלא נחקרה דיה עד כה.

תרומת המחקר

המרחב הביתי הוא אתר מרכזי להבניית הידע המקצועי והזהות המקצועית של עובדות ועובדים סוציאליים (Fallov & Nissen, 2018). עם זאת, מדובר בפעילות מקצועית המתרחשת במרחב פרטי של המטופלים, רחוק מהעין הציבורית, ואשר אינה חשופה למבטם של אנשי מקצוע אחרים (Saltiel & Lakey, 2020). מחקר זה תורם לגוף הידע אשר מתמקד בפעולות היום-יומיות המרכיבות את הפרקטיקה המקצועית, בתחום שנחקר עד כה במידה מצומצמת ביותר.

המחקר מצביע על חוסר תאורטי בולט בתחום זה, ועל צורך בפיתוחו כדי לתת מענה לעובדות ולעובדים הסוציאליים אשר מקיימים טיפול במרחב הביתי. הספרות המקצועית הקיימת פירטה בעיקר על היתרון הברור של הטיפול במרחב הביתי להנגשת טיפול לאוכלוסיות שונות, וכן תיארה את הקשיים שאיתם מתמודדים אנשי מקצוע בטיפול זה; ואילו במאמר הנוכחי אנו פורשות בפני אנשי המקצוע זו לצד זו את הדילמות המרכזיות של ההתנהלות במרחב הטיפול בבית, ואת הדרכים האפשריות להתמודד איתן. התיאור המפורט של הפרקטיקות והעמדות במאמר זה עשוי לשמש עובדות ועובדים סוציאליים בתהליכי הכשרה והדרכה. אנו מקווים כי מאמר זה יהווה אבן דרך בפיתוחו של גוף ידע על טיפול במרחב הביתי, שישמש חוקרות ועובדים סוציאליים כאחד.

נקודות מפתח

- לטיפול במרחב הביתי לא ניתן להתייחס כהעתק של טיפול בארגון או במוסד, שכן הוא בעל מאפיינים ייחודיים.
- טיפול במרחב הביתי מערער על הגדרות היסוד של הסטינג הטיפולי בשלוש זירות – זירת המרחב הפיזי, זירת היחסים הבין-אישיים וזירת הזמן.
- במאמר מתוארות מגוון פרקטיקות שנוקטים עובדות ועובדים סוציאליים כדי להתמודד עם אתגרי הטיפול במרחב הביתי.
- הפרקטיקות המקצועיות המוצגות במאמר משקפות שתי עמדות: היטמעות במרחב הביתי או נקיטת פעולה אקטיבית כדי לשנותו כך שיתאים לכללי הסטינג הקליני.

מקורות

- אלפנדרי, ר. (2018). יצירת המרחב הטיפולי: אספקטים קונקרטיים וסימבוליים. בתוך ר. אלפנדרי (עורך), *למצוא מקום לנפש: אבני יסוד בעבודה סוציאלית פסיכודינמית* (עמ' 27–46). כרמל.
- בן שלמה, ש. (2010). "לשמור על הבית": תיאוריה ופרקטיקה של יצירת ברית טיפולית הורים מתעללים. *חברה ורווחה*, ל(4–3), 519–503.
- ויניקוט, ד. ו. (1995). תפקיד הראי שלל האם והמשפחה בהתפתחותו של הילד. תרגום י. מילוא. בתוך ר. קולקה (עורך), *משחק ומציאות* (עמ' 123–134). עם עובד.
- ויניקוט, ד. ו. (2009א). היבטים מטה-פסיכולוגיים וקליניים של רגרסיה בתוך המערך הפסיכואנליטי. תרגום א. אראל. בתוך ע. ברגמן (עורך), *עצמי אמיתי, עצמי כוזב* (עמ' 264–273). עם עובד.
- ויניקוט, ד. ו. (2009ב). תלות בטיפול בתינוקות, בטיפול בילדים, ובמסגרת הפסיכואנליטית. תרגום א. אראל. בתוך ע. ברגמן (עורך), *עצמי אמיתי, עצמי כוזב* (עמ' 120–138). עם עובד.
- וולק, ע. (2016). טיפול פסיכולוגי משפחתי בבית המשפחה (Home-Based Family Therapy). בטיפולנט, <https://www.betipulnet.co.il/articles/טיפול-פסיכולוגי-משפחתי-בבית-המשפחה>
- לוי, ר. וקרניאל, ש. (2011). ארגון ביקורי בית בטוחים – תדריך למחלקה לשירותים חברתיים. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, https://www.gov.il/BlobFolder/reports/molasa-social-departments-briefing15/ar/Units_SocialDepartmentUnits_molasa-units-social-departments-safe-home-visits.pdf
- ליבליך, ע., תובל-משיח, ר. וזילבר, ת. (2010). בין השלם לחלקיו, ובין תוכן לצורה. בתוך מ. קסן ומ. קרומר-נבו (עורכות), *ניתוח נתונים במחקר איכותני* (עמ' 21–42). אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

סער-הימן, י. (2020). עבודה סוציאלית מודעת-עיוני במערכת הגנת הילד: לתרגם מתחים לפרקטיקה. בתוך מ.קרומר נבו, ר. סטריאר וע. וייס-גל (עורכים), *ביקורת בפעולה: פרקטיקות ביקורתיות בשדה החברתי בישראל* (עמ' 69-104). רסלינג.

סער-הימן, י., קרומר-נבו, מ. ולביא-אג'אי, מ. (2018). התערבות בהקשר החיים הממשי: מסגרת פעולה וחשיבה על אודות המרחב הטיפולי בעבודה סוציאלית מודעת-עיוני. *חברה ורווחה*, ל"ח(3), 657-629.

קרומר-נבו, מ. (2022). *תקווה רדיקלית: פרקטיקה מודעת-עיוני בעבודה סוציאלית*. פרדס.

קרני, נ. ואברוני, י. (2012). פסיכותרפיה בבית המטופל – הצגת מקרה. *שיחות*, כ"ו(3), 295-299.

שושני שניידר, ב. (1992). הערות לעניין הוראה עיונית של פרקטיקה בכיתה. *חברה ורווחה*, י"ג(1), 59-65.

תימור-שליון, ש. (2023). שילוב בין הכרה לחלוקה מחדש בפרקטיקה ביקורתית ישירה בעבודה הסוציאלית. *חברה ורווחה*, מ"ג(3), 441-423.

Ammerman, R. T., Bodley, A. L., Putnam, F. W., Lopez, W. L., Holleb, L. J., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2007). In-home cognitive behavior therapy for a depressed mother in a home visitation program. *Clinical Case Studies*, 6(2), 161-180. <https://doi.org/10.1177/1534650106286533>

Bowen, J. M., & Caron, S. L. (2016). A qualitative analysis of home-based counselors' experiences in a rural setting. *Journal of Counseling & Development*, 94 (2), 129-140. <https://doi.org/10.1002/jcad.12070>

Boyd-Franklin, N., & Bry, B. H. (2012). A framework for home-based family treatment. In N. Boyd-Franklin & B. H. Bry (Eds.), *Reaching out in family therapy: Home-based, school, and community interventions* (pp 37-58). Guilford Press.

Cortes, L. (2004). Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. *The Family Journal*, 12 (2), 184-188. <https://doi.org/10.1177/1066480703261980>

Cox, J. M. (2022). Work patterns, training, and clinical supervision demographics of home-based professional counselors. *The Family Journal*, 30(3), 281-288. <https://doi.org/10.1177/10664807211061856>

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Sage Publications.

Fallov, M. A., & Nissen, M. A. (2018). Social work in and around the home: Using home as a site to promote inclusion. In M. A. Fallov & C. Blad (Eds.), *Social welfare responses in a neoliberal era* (pp. 160-181). Brill. https://doi.org/10.1163/9789004384118_009

Ferguson, H. (2010). Walks, home visits and atmospheres: Risk and the everyday practices and mobilities of social work and child protection. *The British Journal of Social Work*, 40(4), 1100-1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq015>

Ferguson, H. (2018a). Making home visits: Creativity and the embodied practices of home visiting in social work and child protection. *Qualitative Social Work*, 17 (1), 65-80. <https://doi.org/10.1177/1473325016656751>

- Ferguson, H. (2018b). How social workers reflect in action and when and why they don't: The possibilities and limits to reflective practice in social work. *Social Work Education*, 37(4), 415-427. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1413083>
- Ferguson, H., Disney, T., Warwick, L., Leigh, J., Cooner, T. S., & Beddoe, L. (2021). Hostile relationships in social work practice: Anxiety, hate and conflict in long-term work with involuntary service users. *Journal of Social Work Practice*, 35(1), 19-37. <https://doi.org/10.1080/02650533.2020.1834371>
- Ferguson, H., Leigh, J., Cooner, T. S., Beddoe, L., Disney, T., Warwick, L., & Plumridge, G. (2020). From snapshots of practice to a movie: Researching long-term social work and child protection by getting as close as possible to practice and organisational life. *The British Journal of Social Work*, 50(6), 1706-1723. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz119>
- Ferguson, T. H. (2011). *Child protection practice*. Palgrave Macmillan.
- Forsythe, P. (1992). Homebuilders and family preservation. *Children and Youth Services Review*, 14, 37-47. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(92\)90012-K](https://doi.org/10.1016/0190-7409(92)90012-K)
- Glebova, T., Foster, S. L., Cunningham, F. B., Brennan, P. A., & Whitmore, E. (2012). Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: Development and evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy* 49 (1), 52-61. <https://doi.org/10.1037/a0025910>
- Hill, D. J., & Laredo, E. (2019). First and last and always: Streetwork as a methodology for radical community social work practice. *Critical and Radical Social Work*, 7(1), 25-39. <https://doi.org/10.1332/204986019X15491042559682>
- Hunt, S., Goddard, C., Cooper, J., Littlechild, B., and Wild, J. (2016). 'If I feel like this, how does the child feel?' Child protection workers, supervision, management and organisational responses to parental violence. *Journal of Social Work Practice*, 30(1), 5-24. <https://doi.org/10.1080/02650533.2015.1073145>
- Knapp, S., & Slattey, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 553-558. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.553>
- Leighninger, L. (2008). The history of social work and social welfare. In B. W. White (Ed.), *Comprehensive handbook of social work and social welfare: Vol 1. The profession of social work* (pp 1-24). Wiley.
- Mahajne, I., & Allasad Alhuzail, N. (2025). The potential value of home visits as experienced by social workers belonging to the minoritized Arab population in Israel. *International Social Work*. <https://doi.org/10.1177/00208728251323070>
- Mattek, R. J., Jorgenson, E. T., & Fox, R. A. (2010). Home-based therapy for young children in low-income families: A student training program. *The Family Journal*, 18(2), 189-194. <https://doi.org/10.1177/1066480710364316>

- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154-166. <https://doi.org/10.1177/1534650107307477>
- Moreno, G., Mangione, C. M., Tseng, C. H., Weir, M., Loza, R., Desai, L., Grotts, J., & Gelb, E. (2021). Connecting provider to home: A home-based social intervention program for older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1627-1637. <https://doi.org/10.1111/jgs.17071>
- Mötteli, S., Schori, D., Schmidt, H., Seifritz, E., & Jäger, M. (2018). Utilization and effectiveness of home treatment for people with acute severe mental illness: A propensity-score matching analysis of 19 months of observation. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 495. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00495>
- Muzicant, A., & Peled, E. (2018). Home visits in social work: From disembodiment to embodied presence. *The British Journal of Social Work*, 48(3), 826-842. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx033>
- Ramirez, J. A. (2018). *Therapists' comfort level in providing psychotherapy in home-based therapy settings* [Doctoral dissertation, Walden University]. Walden University ScholarWorks. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations>
- Reiter, M. D. (2000). Utilizing the home environment in home-based family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 11(3), 27-39. https://doi.org/10.1300/J085v11n03_03
- Saltiel, D., & Lakey, R. (2020). Analysing invisibility: The decision-making ecology and home visits. *Child & Family Social Work*, 25(1), 37-44. <https://doi.org/10.1111/cfs.12649>
- Sternin, L., & Weiss, A. (2014). Home visiting: Benefits and challenges of working with traumatized young children in the home using the child-parent psychotherapy model. In R. Pat-Horenczyk, D. Brom, & J. M. Vogel (Eds.), *Helping children cope with trauma* (pp. 157-169). Routledge/ Taylor & Francis Group. <https://www.psycnet.org/record/2013-44051-008>
- Waisbrod, N., Buchbinder, E., & Possick, C. (2012). In-home intervention with families in distress: Changing places to promote change. *Social Work*, 57(2), 121-132. <https://doi.org/10.1093/sw/sws020>
- Winter, K., & Cree, V. E. (2016). Social work home visits to children and families in the UK: A Foucauldian perspective. *The British Journal of Social Work*, 46(5), 1175-1190. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv069>
- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346. <https://doi.org/10.1080/07317110902896356>
- Zufferey, C., Yu, N., & Hand, T. (2020). Researching home in social work. *Qualitative Social Work*, 19(5-6), 1095-1110. <https://doi.org/10.1177/1473325019880244>