



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

## הוסטל "מפתחות" לאסירים משוחררים אלימים 2008-2005

ד"ר מיכל שמאי  
ד"ר אלי בוכינדר  
ד"ר גיא אנוש  
גלי דותן  
יעל ברזילי

**מפעלים מיוחדים 135**

ירושלים, תמוז התשס"ט, יולי 2009  
[www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)



## פתח דבר

אנו שמחים להעביר לעיונכם דוח הערכה המסכם את התוכנית הוסטל "מפתחות", לטיפול ושיקום של אסירים משוחררים שנשפטו בגין עברות אלימות במשפחה. התוכנית פעלה כמפעל מיוחד בשנים 2005-2008.

הוסטל "מפתחות" היא תוכנית התערבות שיקומית שנועדה לסייע לגברים אלימים ולמשפחתם לצאת ממעגל האלימות, לרכוש כלי התמודדות חלופיים ולחזק את השתלבותם בתוכניות שיקום בקהילה.

הרשות לשיקום האסיר, שראתה את הגידול במספר האסירים שנשפטים בגין עברות אלימות במשפחה, ביקשה בתוכנית זו לבנות גשר בין שחרורו של הגבר מהכלא לבין חזרתו הביתה, ובכך להקטין את הסיכון כי יחזור להיות אלים.

הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, המסייעת זה עשרות שנים לפתח שירותים למניעת אלימות, ראתה בסיוע לתוכנית זו נדבך נוסף במערך השירותים הקיים. הקרן סייעה בין היתר לפתח הוסטל שיקומי, "בית נועם", שבו טופלו גברים אלימים מרוחקי בית על פי צו, אך לא השתתפו בו אסירים משוחררים ולא ניתן במסגרתו טיפול בבנות הזוג שהאלימות הופנתה נגדן.

בפיתוח השירות היו שותפים, נוסף על הרשות לשיקום האסיר והקרן למפעלים מיוחדים, גם משרד הרווחה והשירותים החברתיים – השירות לפרט ולמשפחה והשירות למבחן למבוגרים, קרן רש"י – מחלקת הרווחה, שירות בתי הסוהר ועמותת בית נועם.

ברצוננו להודות לכל השותפים בפיתוח פרויקט מורכב זה תודה מיוחדת לגבי ציפי נחשון-גליק, שכעובדת לשעבר ברשות לשיקום האסיר הגתה את הרעיון וסייעה בכתיבת התוכנית, ובהמשך, כמפקחת ארצית לתחום אלימות במשפחה במשרד הרווחה, תרמה רבות בהפעלת התוכנית.

תודתנו לוועדת ההיגוי, שכללה את נציגי כל הארגונים השותפים, על תרומתה בהפעלת התוכנית והתגייסותה לפתרון הקשיים והבעיות שבדרך להפעלתה.

אנו מודים גם לצוות המחקר מאוניברסיטת חיפה, על ביצוע ההערכה המחקרית, על תרומתם בעיצוב התוכנית ועל התנדבותם להמשיך ולסייע לצוות הוסטל בתום התקופה הניסיונית: ד"ר מיכל שמאי, ד"ר אלי בוכבינדר, ד"ר גיא אנוש, גבי גלי דותן וגבי יעל ברזילי.

ההקמה של הוסטל "מפתחות" התאפשרה בזכות העמידה האיתנה של הרשות לשיקום האסיר, ברשותו של מר שלמה בקיש, ומסירותו של צוות הוסטל אל מול הקשיים הרבים שבהפעלתו, ועל כך אנו מביעים את הערכתנו. אנו מקווים שיסתייע בידם להמשיך בהפעלתו.

לסיום, אנו תקווה ששירות חשוב זה לא ייפגע מהקיצוצים בשירותי הרווחה.

שרית מוראי

מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

## חברי ועדת ההיגוי

מנכ"ל הרשות לשיקום האסיר	מר שלמה בקיש
מפקח ארצי, הרשות לשיקום האסיר	מר אבי דיאמנט
חשב הרשות לשיקום האסיר	מר מושיק מילר
מנהלת ההוסטל הנוכחית, הרשות לשיקום האסיר	גב' איילת גינדי
לשעבר מנהלת ההוסטל, הרשות לשיקום האסיר	גב' דבורה לוז
לשעבר מנהלת ההוסטל, הרשות לשיקום האסיר	גב' דוריס מור
מפקחת ארצית – אלימות במשפחה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים	גב' ציפי נחשון גליק
ס/מנהלת שרות מבחן מבוגרים, משרד הרווחה והשירותים החברתיים	גב' אסתי שדה
רכזת טיפול בעבירות מין ואלימות במשפחה, שירות בתי הסוהר	גב' טלי גבע
לשעבר ראש ענף עו"ס ושיקום, שירות בתי הסוהר	גב' עפרה לוי
מנכ"לית עמותת בית נועם	גב' אהובה טלמון
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	גב' שרית מוראי
רכזת פרויקטים, הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	גב' דבורה-חיה יוסף
מבצע המחקר, אוניברסיטת חיפה	ד"ר גיא אנוש
מבצע המחקר, אוניברסיטת חיפה	ד"ר אלי בוכבינדר
מבצע המחקר, אוניברסיטת חיפה	ד"ר מיכל שמאי
עוזרת מחקר, אוניברסיטת חיפה	גב' גלי דותן
עוזרת מחקר, אוניברסיטת חיפה	גב' יעל ברזילי



## תקציר

הוסטל "מפתחות" הינו מפעל ייחודי בעולם, שנועד לתת מענה לגברים אלימים שריצו תקופת מאסר בגין אלימות כלפי בנות זוגם, במעבר מהכלא בחזרה לחופש, שבמקרים רבים הוא גם חזרה לביתם ומשפחתם שם התרחשה האלימות.

הרעיון להקמת ההוסטל הועלה על ידי המפקחת הארצית לטיפול באלימות במשפחה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים – הגב' ציפי נחשון גליק, אשר הייתה שותפה להקמה, במטרה להרחיב את סל השירותים לטיפול בגברים אלימים. הרעיון התקבל בברכה ברשות לשיקום האסיר, שהייתה אחראית על הפעלתו. הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי וקרן סקטא-רש"י מימנו והתוו את פעילות ההוסטל בשלוש השנים הראשונות לקיומו. בנוסף על ארגונים אלה, גם, שירות בתי הסוהר, שירות המבחן למבוגרים ועמותת 'בית נועם' היו מעורבים בהתוויית דרך העבודה של ההוסטל.

הוסטל "מפתחות" מציע לדיירים מסגרת כוללת שבין מרכיביה יש אספקטים הקשורים להתמודדות עם חיי היום-יום בעבודה ובבית וכן מערכת של טיפולים קבוצתיים, טיפול פרטני וטיפול זוגי/משפחתי, במטרה לאפשר לגברים לפתח מערכת חיים ללא אלימות. ההוסטל פתח את שעריו לדיירים בנובמבר 2005 לאחר תקופת התארגנות של כחצי שנה.

כנהוג בתוכניות שנעשות על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, לוותה גם תכנית זו במחקר שמטרתו הייתה להעריך ולעצב את התכנית המופעלת בהוסטל. למחקר היו שלושה מוקדים: האחד התמקד בזיהוי פרופיל הדיירים שהגיעו להוסטל וסיימו את תהליך הטיפול. המוקד השני היה הערכת תוצאות הטיפול, שנעשתה במתודה כמותנית ואיכותנית וכללה הערכות של הדיירים, בנות זוגם ואנשי הצוות. המוקד השלישי ניסה לזהות את תהליכי הגיבוש וההתארגנות של פרויקט ייחודי זה.

תוצאות המחקר המרכזיות מצביעות על כך שאותם אסירים אשר חוו חוויה טיפולית חיובית בכלא או אפילו לפני המאסר, הם סוג האוכלוסייה שרואה בתכנית הוסטל "מפתחות" הזדמנות להתמודדות נוספת עם האלימות ולשיפור באיכות חייהם. למרות שהדיירים ציינו שלניכוי שליש מתקופת המאסר יש השפעה על ההחלטה לפנות לטיפול בהוסטל, משמעות זו לא הייתה מספקת לולא ראו סיכוי לשינוי במסגרת ההוסטל. בניגוד לדיירים, הצוות ראה בתקופת ה"שליש" תנאי הכרחי להתמדה ומחויבות לטיפול.

המוקד העיקרי של מחקר זה היה הערכת הטיפול בהוסטל שנעשתה תוך שימוש בשתי מתודות מחקריות: כמותנית ואיכותנית. באופן כללי ניתן לראות בשתי המתודות דיווחים שניתנו על ידי כל הגורמים הנחקרים (הדיירים, בנות זוגם והצוות המטפל), המצביעים על ירידה משמעותית ברמת האלימות כתוצאה מהטיפול בהוסטל. ההוסטל נחווה כמקום שמאפשר לגברים לעשות את המעבר

מהכלא חזרה לבית בצורה מדורגת תוך עיבוד וטיפול בגורמים להתנהגות אלימה. ניתן לראות כי הגברים העריכו את הצלחת הטיפול בהוסטל ברמה גבוהה יותר מהערכת בנות הזוג והמטפלים. מתוך הנתונים שנאספו קשה היה להגיע לממצא חד משמעי המגדיר את המשתנים בתכנית ההוסטל שגורמים לשינוי. בחוויית הגברים לא היה לטיפול הזוגי/משפחתי מקום מרכזי בשינוי למרות שזה היה אחד מהמוקדים הייחודיים של הוסטל מפתחות.

המוקד השלישי של המחקר מתייחס לתהליכי הגיבוש וההתארגנות של הצוות וההנהלה, ותהליך חיפוש והגדרת המודל הטיפולי של ההוסטל. לאורך תקופת המחקר התחלפו שלוש מנהלות בהוסטל, כשתקופות הניהול אופיינו בהבדלי תפישות מקצועיות וניהוליות. התקופה הראשונה אופיינה בחיפוש דרך מקצועית וניהולית, שכללה דגש חזק על כללי עבודה, היררכיית תפקידים ועמידה בתוקף על קיום כללי ההתנהגות מצד הדיירים. התקופה השנייה אופיינה גם היא בחיפוש דרך מקצועית וניהולית, אך תוך התבססות על לקחי העבר, גמישות רבה יותר בחיפוש דרכים טיפוליות, מתן מענה לצרכים אינדיווידואליים, ומתן מרחב לאנשי הצוות בהפעלת שיקול דעת ובחירת דרכים מקצועיות. תקופה זו אופיינה גם ביותר גמישות ואינדיבידואליות ביחסים עם הדיירים. גורם נוסף שבלט בתקופה הראשונה היה המערכת המורכבת של יחסי הגומלין בין ההוסטל לבין הרשות לשיקום האסיר. בעוד הרשות מתמחה בטיפול במסגרת הוסטלים באסירים בעלי רקע של סמים והתמכרויות, ההוסטל הנוכחי נועד לאסירים לשעבר שבהגדרה אינם מכורים, ובעיותיהם שונות באופן מהותי. הבדל זה יצר ניגוד בין קריטריונים של שוויוניות בין ההוסטלים השונים, לבין הצורך בתנאים מיוחדים העונים על צרכיהם השונים של אוכלוסיית הגברים האלימים.

בהסתמך על תוצאות המחקר נראה שיש חשיבות רבה להמשך קיומו של הוסטל שייתן מענה לאסירים משוחררים שהוענשו בגין אלימות במשפחה. וכן הודגשו בהמלצות הנושאים הבאים: חשיבות הכשרת המנהלת והצוות בתחום אלימות במשפחה, קבלת הדרכה אינטנסיבית ממומחה בתחום האלימות במשפחה, חשיבה מחודשת על אופן הטיפול הזוגי/משפחתי שניתן בהוסטל שתתן מענה לקשיים הלוגיסטיים הנובעים מהפרישה הגיאוגרפית של הדיירים ובנות זוגם, הגברת הקשר עם הקהילה שיאפשר טיפול במשפחה בעת שהות הגבר בהוסטל וכן המשך טיפול פרטני וזוגי/משפחתי עם סיום השהות בהוסטל.



## תוכן עניינים

### עמוד

<b>1</b>	<b>מבוא</b>
1	רקע כללי
2	תיאור ההוסטל
<b>4</b>	<b>סקירת ספרות</b>
4	טיפול בגברים אלימים
4	טיפול קבוצתי בגברים אלימים
<b>13</b>	<b>הליך המחקר</b>
13	האוכלוסייה
13	איסוף הנתונים
13	כלי המדידה – שאלונים וראיונות
<b>15</b>	<b>תוצאות המחקר</b>
15	פרופיל הדיירים בהוסטל
16	מאפייני בנות הזוג של הגברים שסיימו טיפול
17	הערכת הטיפול בהוסטל
<b>39</b>	<b>סיכום, דיון והמלצות</b>
<b>44</b>	<b>רשימת מקורות</b>
<b>49</b>	<b>נספחים</b>
51	נספח 1: כלי מדידה
70	נספח 2: לוחות ממצאים



## מבוא

### רקע כללי

הרעיון לפתח הוסטל, שיהווה תחנת מעבר מהכלא לבית בעבור גברים שהיו במאסר בגין אלימות במשפחה, נהגה לפני מספר שנים על ידי המפקחת הארצית לטיפול באלימות במשפחה במשרד הרווחה במטרה לסייע לאסירים השפוטים בגין אלימות במשפחה, לפני חזרתם הביתה. הרשות לשיקום האסיר אימצה את הרעיון כדרך לשיקומם של אסירים אלה. הרציונל שעמד מאחרי הרעיון היה, לאפשר לגברים הסתגלות איטית לחיים במסגרת המשפחה, כשתהליך ההסתגלות מלווה בטיפול אינטנסיבי בגבר במקביל לטיפול זוגי ומשפחתי. זה היה רעיון יצירתי וייחודי מאחר ולא קיים בעולם הוסטל המתמקד במטרה שיקומית זו. הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי וקרן סקטא-רש"י לקחו על עצמם את האתגר לסייע בהקמת הוסטל כחלק מפעילות הרשות לשיקום האסיר ותמיכת משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

הפרויקט הייחודי יצא לדרך במרץ 2005. לאחר תקופה מקדימה של בניית התשתיות הנדרשות כגון מציאת מקום דיור, גיוס מנהלת, צוות ודיירים. בשלב התארגנות הצוות נבחר להוסטל השם "מפתחות". הוסטל פתח את שעריו לקליטת דיירים ב-6 בנובמבר, 2005.

במשך שלוש שנות פעילות הוסטל נעשה ניסיון לפתח מודל ייחודי המתאים לאוכלוסיית הדיירים וכיום ניתן לראות בסיס ראשוני למודל ייחודי. יצוין שבמשך שלוש השנים התחלפו בהוסטל שלוש מנהלות, דבר שגרם להאטה בפיתוח המודל. סגנון הניהול השונה, או אולי ייצובו של הוסטל, יצרו שתי תקופות שונות באיכות וההתנהלות של הוסטל. התקופה הראשונה אופיינה על ידי נוקשות וצנטרליסטיות ואילו התקופה השנייה אופיינה על ידי פיזור סמכויות והאצלת כוח לחברי הצוות תוך בחינת חוקי הוסטל בהתאם לתרחישים השונים שקרו בו.

במשך שלוש שנות פעילותו של הוסטל היו שני אירועים משמעותיים בפעילותו של הוסטל. האחד הוא המעבר לבית אחר כתוצאה מהתנכלויות של השכנים ולחץ שהופעל על ידי בעל הבית לא לחדש את חוזה השכירות. השני הוא שינוי בקריטריונים לקבלת דיירים. הוסטל נועד בתחילה אך ורק לגברים שהיו בהווה בקשר עם בנות זוג, וזאת על מנת להעריך את האפקט של טיפול זוגי ומשפחתי כחלק מתהליך השיקום של הגברים. רק לאחר תקופת פעילות של שנה וחצי הוחלט לקבל גם אנשים גרושים עם ילדים, שיש להם קשר עם האישה סביב הילדים ו/או כאלה שיש להם בת זוג חדשה. בתחילה לא התקבלו דיירים שהיו בעבר עם תחלואה כפולה (התמכרויות) לאחר שנה וחצי התקבלו להוסטל גם דיירים שהם מכורים נקיים. שינוי זה פתר את בעיית מיעוט הדיירים בתקופת הפעילות הראשונה.

המחקר המעצב החל באוגוסט 2005. בדצמבר 2006 הוגש דו"ח ביניים בו נעשה ניסיון להצביע על ההישגים של הוסטל ועל הדברים אותם יש לשפר. כיום אנו מגישים את הדו"ח הסופי המסכם את שלוש השנים הראשונות לפעילות הוסטל. הדו"ח יתמקד בנושאים הבאים: א) אוכלוסיית הדיירים – מיהם אותם אסירים שנענים לאתגר ופונים לטיפול בהוסטל; ב) הערכת הטיפול – הצלחות מול

כישלונות, מה תורם להצלחות, תפיסת תוצאות הטיפול על ידי הגברים, בנות זוגם והצוות המטפל. לאורך הדו"ח יועלו היבטים ארגוניים.

חשוב לציין שהיה קושי רב בעשיית מחקר זה. חלק מהגברים והרבה מבנות הזוג התקשו לשתף פעולה. בתקופה מסוימת, בעיקר בשנה הראשונה לקיום ההוסטל, לא זכינו לשיתוף פעולה והמחקר נתפס כגורם מאיים למרות מאמצים רבים שעשינו להוריד את תחושת האיום. אנו מקוים שההערכה שנעשתה תאפשר את המשך פעילותו של ההוסטל ותתווה דרך לשיפור הטיפול הניתן בו.

### **תיאור ההוסטל**

הוסטל מפתחות הוקם לצורך טיפול ושיקום באסירים משוחררים שנענשו בגין אלימות במשפחה. ההוסטל ממוקם בשכונה שקטה בבית מרווח ונאה באחת הערים במרכז הארץ. ההוסטל הינו מוסד טוטאלי בו מסופקים לגברים צרכים אינסטרומנטאליים בסיסיים: בית, ריהוט ומזון. יש התייחסות לבעיות הרגשיות **איתם מגיעים הגברים**, וניתנים להם טיפולים אינדיבידואליים וקבוצתיים. פעילותו של ההוסטל כמוסד טוטאלי יוצר מערכת מגנה לגבר, גם אם היא עלולה להיתפס כמערכת מגבילה. האווירה בהוסטל חמה ואכפתית אך מתבססת על מערכת חוקים ברורה שהמעבר עליה גורר תגובה. השהות בהוסטל נקבעה לתקופה של שישה חודשים, כשמצל רוב הגברים חלק גדול מהזמן הוא ה"שליש" שנוכה מתקופת המאסר.

הקשר בין הגברים המיועדים להשתתף בתכנית השיקומית בהוסטל מתחיל עוד בזמן השהות בכלא. תכנית ההוסטל מוצגת לדיירים הפוטנציאליים על ידי העובדים הסוציאליים בכלא, על ידי נציגי רש"א או על ידי נציג ההוסטל. אם הגבר מביע את הסכמתו להשתתף בתכנית נערך לו ראיון על ידי מנהלת ההוסטל ואחת העובדות הסוציאליות. בחודשים האחרונים נבדקת גם האפשרות להיפגש עם בת הזוג, כבר בשלב זה, על מנת לערב אותה בתכנית הטיפולית של ההוסטל.

בכל זמן נתון אמורים להיות בהוסטל 12 גברים, כשכל שני גברים חולקים ביניהם חדר ומספר גברים חולקים ביניהם שירותים ומקלחת. המטבח והבישול בו נעשים באופן משותף. הגברים הם הדואגים לניקוי הבית, לקניות, בישולים וכביסה. אחת לשבועיים נבחר אחד הדיירים כאחראי לתכנון התורנויות בהוסטל. תהליך התכנון שיכול להראות פשוט הוא בעצם מורכב למדי. על האחראי לקחת בחשבון את כל משימות הבית, כולל העובדה שחלק מהדיירים לא יכולים לבצע תורנות בימים מסוימים מאחר ובשעות אלה הם מקבלים טיפול פרטני (לפחות אחת לשבוע) וטיפול זוגי/משפחתי (החל מהחודש הרביעי). לתורן האחראי ניתן סכום כסף לעריכת הקניות הנדרשות לקיום בהוסטל ועליו לתכנן את התקציב בצורה כזאת שיספיק לסיפוק הצרכים בהוסטל למשך כל תקופת התורנות. ההתנסות בתפקיד זה, במקביל לביצוע ניקיונות ובישול, מפגישה חלק גדול מהדיירים עם סוג של אחריות בה כמעט לא הייתה להם התנסות בעבר.

סדר היום בהוסטל מובנה. בבוקר יוצאים הגברים לעבודה. חלקם מוצאים את העבודה בכוחות עצמם וחלקם נעזרים באנשי רש"א. עם סיום יום העבודה עליהם להגיע מיד להוסטל, להתארגן לניקיון הבית ולהכנת ארוחת ערב. במקביל לפעילויות אלו ניתנים טיפולים פרטניים וזוגיים/משפחתיים לגברים לפי לוח זמנים קבוע. לאחר ארוחת הערב מתקיימים הטיפולים

הקבוצתיים, כשכל יום יש דגש על מיקוד קבוצתי-טיפולי שונה. לקראת ההליכה לישון מתקיימת שיחה עם המדריך, המסכמת את היום ולאחריה כיבוי אורות.

בין הטיפולים הקבוצתיים הניתנים בהוסטל מתקיימות הקבוצות הבאות:

- קבוצת נושא המתמקדת בהיבטים שונים של האלימות (מהי התנהגות אלימה, כיצד מגיעים לביצוע התנהגות אלימה, כיצד שולטים ומתעלים כעסים, עמדות כלפי נשים וילדים, איתור מוקדם של מצבים שעלולים להביא לידי אלימות ועוד).
- קבוצת ילדות – בגרות המתמקדת בחוויות וטראומות מהילדות ומהבגרות המוקדמת שהיו בסיס לפיתוח ההתנהגות האלימה. בשלב מסוים הוחלט לשלב את הנושאים של קבוצה זו עם קבוצת הנושא על מנת לאפשר את קיום קבוצת מעגל האלימות.
- קבוצת מעגל האלימות – בקבוצה זו מתמקדים הגברים באירועים אלימים שבצעו בחייהם ומתוך אירועים אלו הם לומדים להכיר נקודות חולשה שגורמות להם להגיב באלימות.
- קבוצת פתוחה בה עולים נושאים באופן חופשי הקשורים לתהליכים שעוברים על הגברים בהוסטל.
- קבוצת גוף-נפש בה עובדים על שליטה על הגוף (בעבר הייתה זו קבוצת תנועה, לאחר טאי-צ'י וכיום ביו-אנרגיה – עבודה על הרפיות).
- קבוצת פסיכודרמה.
- קבוצת מדריך המסכמת פעילויות בהוסטל.

בטיפולים הקבוצתיים והפרטניים עולים נושאים הקשורים להתרחשויות בהוסטל. בתהליך עיבוד הנושאים הללו קושרים המטפלים את האירוע בהווה עם אירועים ותגובות בעבר. הטיפול זוגי אמור להתחיל מהחודש הרביעי לשהות בהוסטל כשבתכנון הייתה ציפייה שיימשך גם תקופה מסוימת לאחר סיום השהות בהוסטל. במציאות נראה שיש קושי רב לבצע את הטיפול הזוגי/משפחתי כפי שתוכנן בשלב הראשוני. רבות מבנות הזוג מתקשות להגיע אחת לשבוע או שבועיים לטיפול בהוסטל. לעיתים על האישה להשקיע יום שלם בנוסף על דמי הנסיעה כדי להגיע לטיפול של שעה. במקרים אחרים הנשים מסרבות לשתף פעולה וכן לחלק מהדיירים אין בנות זוג בהווה.

באמצע השהות בהוסטל נעשית ההערכה שהיא מעין טכס בו משתתפים כל חברי הצוות בהוסטל ונותנים לגבר משוב על תפקודו בהוסטל. במקביל הגבר עצמו מעריך את התקדמותו ואת התכנית של ההוסטל. עם סיום השהות בהוסטל מתקיימת מסיבה אליה מוזמנים גם בני משפחתו של הגבר.

צוות ההוסטל כיום כולל: 1 משרה מנהלת, 1/2 משרה מזכירה, 1.5 משרות של עובדים סוציאליים כשבפועל יש 3 עובדים בחצי משרה כל אחד, 1 משרה הדרכה המחולקת בין ארבעה מדריכים. וכן עובדים בהוסטל מטפלת זוגית/משפחתית ומטפל בפסיכודרמה. במשך שלוש השנים לפעילות ההוסטל הייתה בו תחלופה רבה של מנהלות ואנשי צוות.

## סקירת ספרות

### טיפול בגברים אלימים

בספרות מציינים ארבע מטרות מרכזיות בטיפול בגברים אלימים (e.g. Bannett & Williams, 2001; ) :  
(Dobash, Dobash, Cavangh & Lewis, 2000; Edelson & Tolman, 1992; Gondolf, 1997

1. שינוי גישה ביחס לאלימות ולאחריות האישית – כדי להשתנות הגברים חייבים להכיר בהתנהגותם כהתנהגות אלימה ובהשפעת אלימותם על בנות זוגם, על המשפחה ועל עצמם. הגברים חייבים להכיר בסוגי אלימות שונים לא רק הפיזית אלא גם בהתעללות נפשית וצורך בשליטה.
2. הגברת המודעות להתפתחות האלימות – זיהוי שרשרת האירועים המובילה לאלימות, מודעות לסימנים רגשיים, קוגניטיביים ומצביים, היכולים להזהיר את הגברים מפני ההתנהגות האלימה. הבנת התפתחות ההתנהגות האלימה ובמיוחד הגברת המודעות לעמדות ולתהליכים רגשיים המובילים לאלימות מסייעים להשגת שליטה עצמית.
3. מודעות הגברים לעמדות מחזקות אלימות – במיוחד עמדות הנובעות מסוציאליזציה מגדרית גברית. הגברים נדרשים לבחון ולשנות עמדות, אשר משפיעות על אלימות וטיב יחסיהם עם בנות זוגם ומשפחתם.
4. למידת מגוון רחב של התנהגויות לא אלימות – החלפת התנהגויות אלימות בהתנהגויות המעודדות קשר בונה. במיוחד יכולת לניתוק מאירוע בעל פוטנציאל לעימות, הרגעה עצמית ולמידת תקשורת שוויונית ואסרטיבית יותר.

בטיפול בגברים אלימים חשובה ההכרה שמחד, הם אלימים ופוגעים, וכך מטרות ההתערבות לגרום להם להכיר באלימותם ולמצוא אלטרנטיבות התנהגותיות. מאידך, יש לזהות בגברים אלו כמוצפים ברגשות שליליים הנובעים מדימוי וערך עצמי שלילי, פחדים וחוויות במשפחת המוצא, כמו גם תחושת כישלון ברמה המגדרית והחברתית-תרבותית (Hamel, 2007). לאור זאת, התפיסה הטיפולית מנסה לשלב בין ראיית האלימות של הגברים כמכוננת, כרצונית, וכמייצגת אסטרטגיה מודעת של שליטה כמו גם כנובעת מרגשות שליליים וכואבים שנובעים מאובדן שליטה (Dutton, 2007). לפיכך, בטיפול בגברים אלימים חשוב למצוא את האיזון שבין עימות ותמיכה, בין עבר להווה, ובין טיפול העוסק בעצמי לבין טיפול המכוון בבת הזוג ובמשפחה.

### טיפול קבוצתי בגברים אלימים

הטיפול בגברים אלימים המתואר בספרות הוא ברובו המוחלט טיפול קבוצתי (Gondolf, 2002). יצוין שגם בהוסטל "מפתחות" הושם דגש רב על המתודה הקבוצתית כדרך להתערבות טיפולית. וכן החיים בהוסטל התרחשו כולם במסגרת קבוצתית גם מעבר לשעות הטיפול הפורמלי. לעבודה בקבוצות שתי סיבות עיקריות: האחת, תיאורטית, הקבוצות הן "מעבדה" ללמידה ולשינוי התנהגות הנובע ממגוון המשתתפים, מהאינטראקציות הרבות ביניהם ומהכוח הטמון בתהליכים הקבוצתיים. כל אלו מאפשרים בו זמנית מימדים שונים של התערבות. הסיבה האחרת – כלכלית, טיפול קבוצתי זול יותר. לאור יתרונות אלה הטיפול הקבוצתי הוא הטיפול המועדף כיום בגברים אלימים

(Bannett & Williams, 2001; Dobash et al., 2000). ביחס להיבט התיאורטי, הספרות מתארת את הקבוצה כמאפשרת מפגש לגברים אלימים לפגוש גברים אחרים אשר מתמודדים עם בעיות דומות, מעודדת למידה של מודלים שונים להתמודדות, במיוחד של כישורים בין-אישיים. הקבוצה מציעה עזרה הדדית והזדהות באווירה תומכת בכך שהקבוצה מאפשרת אוירה בטוחה להעלאת רגשות קשים, שהגברים נהגו להסתיר ולהדחיק עד להתפרצות אלימה. בדרך זו נלמדת תקשורת רגשית חיובית ומלאה יותר במקום הבעת כעס בלבד ומפתחת יכולת לאלטרואיזם במקום נטיית הגברים להתרכז בכאב של עצמם (Morran & Wilson, 1997; Schwartz & Waldo, 2004). מגוון המודלים והתהליכים מאפשר לגברים לפתח יכולת התבוננות עצמית, לשנות דפוסי חשיבה וללמוד דרכי תקשורת אחרות. השייכות לקבוצת השווים מפחיתה אצל הגברים האלימים תחושות בידוד, שונות ובושה חברתית ובכך מעודדת חשיפה. הקבוצה מאפשרת לגברים הזדמנות לעזור ולתמוך באחרים בדרך זו הם לא רק עוזרים לגברים אחרים, אלא גם מחזקים את הלמידה שלהם עצמם (Edleson & Tolman, 1992; Pence & Paymar, 1993). בכיוון אחר, הקבוצה מעצימה עימותים ביחס להכחשה ולהתנהגויות שליליות במקרים בהם הגברים אינם מזהים את אחריותם על התנהגותם האלימה גם במקומות בהם עימות על ידי מנחה הקבוצה אינו מספיק (Tutty, Bidgood, Rothery & Bidgood, 2001). התוצאה היא שהקבוצה מקדמת פיתוח נורמות לשינוי אישי וחברתי ומעצימה את הגמול על שינוי חיובי (Bannett & Williams, 2001). בכך הקבוצה מקדמת את התקווה לעתיד חיובי יותר, דבר הנובע מהתמיכה ומהעזרה שהם צריכים כמו גם מצפייה בהתקדמות ובשיפור אצל גברים אחרים בקבוצה.

למרות ההיבטים החיוביים ביחס לקבוצה, צוינו גם היבטים שליליים. גברים אלימים עלולים למצוא עצמם נרגזים בשל תכנים הנידונים בקבוצה. לפעמים חברי הקבוצה תואלימים האחד בשני בעמדות שליליות למשל מגדריות, או תומכים באופן מרומז או מפורש בשימוש באלימות כדרך להתמודד עם תסכולים ביחסים הזוגיים (Bannett & Williams, 2001). במחקר של טולמן (Tolman, 1990) נמצאו דיווחים של נשים על השפעות שליליות של הקבוצה, כגון גברים המפחיתים בחומרת אלימותם בטענה שהם אלימים באופן חמור פחות מחבריהם לקבוצה. הפוטנציאל להשפעות שליליות של החיבור בין הגברים בקבוצות, מצריך השגחה זהירה של מנחה הקבוצה, ונכונות להתעמת עם תהליכים אלו כאשר הם עולים.

#### תיאוריות מרכזיות בטיפול קבוצתי בגברים אלימים

טיפולים קבוצתיים לגברים אלימים מבוססים בעיקר על שלוש תיאוריות עיקריות:

**התיאוריה הפמיניסטית** לפיה אלימותם של גברים היא תוצאה של חברה פטריארכאלית שבאופן ישיר או עקיף מאפשרת לגברים לשלוט בנשים ע"י נורמות תרבותיות התומכות באמונות שאלימות היא דרך מקובלת לפתירת קונפליקטים (Dobash et al., 2000; Scott, 2004). תוכניות טיפול מתמקדות בשינוי עמדות הגברים ביחס לתפקידים המסורתיים של האישה והגבר ומעודדות את הגברים לאתגר את אמונותיהם הפטריארכאליות תוך יצירת מודעות גדולה יותר להשפעתן על

היחסים הזוגיים במטרה לשנות את התנהגותם (Bowen & Babcock, Green & Robie, 2004; Gilchrist, 2004; McGuire, 2002; Scott, 2004).

**תיאוריה קוגניטיבית התנהגותית / תיאורית למידה חברתית** – לפיה אלימות היא התנהגות נלמדת אשר ניתן להבינה ולצפותה, כמו למידה של התנהגויות אחרות. התיאוריה נתמכת במחקרים המראים שגברים אלימים נכשלו בפיתוח מיומנויות למשא ומתן, לפתירת קונפליקטים בין-אישיים בדרכים שאינן אלימות (לחלקם יש מיומנויות, אך אינם משתמשים בהם ביחסים אינטימיים) (Morran & Wilson, 1997; Pence & Paymar, 1993; Scott, 2004). לפי גישה זו האלימות משתמרת כיוון שהיא פונקציונאלית לתוקף בכך שמפחיתה מתח גופני, משיגה את ציות הקורבן ומסיימת סיטואציות הגורמות למתח ומעניקה תחושת שליטה וכוח. הטיפול מתמקד בלמידה של התנהגויות שאינן אלימות (Babcock et al, 2004).

**תיאוריה אישיותית** רואה את הגבר האלים כשונה מגבר שאינו אלים במאפיינים אינדיבידואליים כגון מיומנויות, אגרסיביות, סף תסכול והתפתחות רגשית (Hamberger, Lohr, Bonge & Tolin, 1996; Scott, 2004). תוכניות טיפול קבוצתיות בעלות אוריינטציה פסיכו-דינאמית מתמקדות ביצירת אורה טיפולית תומכת המאפשרת לגברים לעבד ולהתמודד עם טראומות ילדות, חשיפה או התנסות לאלימות בילדות, במטרה לעזור להם לקשור בין רגשות שליליים (כדחייה וכנחיתות) לבין חוויותיהם במשפחת המוצא ובעקבות כך לוותר על הצורך בשליטה על האחר, להגביר את הביטוי הרגשי ביחסים עם אחרים ולשנות את סגנונות ההתקשרות שלהם (Schwartz & Waldo, 2004).

בספרות מתוארות קבוצות השונות אחת מהאחרת במבנה הקבוצה ובגישה התיאורטית המנחה אותה. הקבוצות נעות על הטווח שבין פסיכו-חינוכי לתרפיה מונחות-תהליך, כאשר רוב הקבוצות משלבות בין חינוך לתרפיה מונחית תהליך. קיימות קבוצות פתוחות, שבהן נכנסים ויוצאים משתתפים במהלך הפגישות, וקבוצות סגורות, שבהן כולם מתחילים ומסיימים יחד את ההתנסות הקבוצתית, כמו גם קבוצות מובנות ולא-מובנות. הקבוצות הנפוצות הן מובנות חלקית ומוגבלות בזמן (Bannett & Williams, 2001; Edleson & Tolman, 1992). קיים שוני בתפיסת תופעת האלימות במשפחה, שגורר אחריו שוני בדרגה שבה מאופיינות תוכניות הטיפול כטיפוליות או כחינוכיות. התוכניות מוגדרות כטיפוליות מסתמכות על ההנחה, שלגברים יש בעיה פסיכולוגית שחייבת להיפתר באמצעות טיפול. תוכניות המוגדרות חינוכיות מקדמות את רעיון הלמידה – כשם שהגברים האלימים למדו להתנהג בצורה אלימה כלפי בנות זוגם, כך יוכלו ללמוד להתנהג אחרת (Bannett & Williams, 2001).

כיום הטיפול הקבוצתי לגברים אלימים הוא ברובו פסיכו-חינוכי מבוסס על אוריינטציה קוגניטיבית – התנהגותית המשלבת אוריינטציה פמיניסטית של כוח ושליטה גברית. אופי הקבוצה הוא חינוכי ולרוב מוגבל בזמן. המיקוד הוא על נושאים כגון שליטה בכעסים, כולל מודעות ושליטה על פירושים שליליים פנימיים של דיאלוג במצבי קונפליקט, זיהוי סימנים המנבאים אירועי אלימות, עמדות מגדריות, למידת מיומנויות תקשורת ואימון באסרטיביות (Babcock, Candy, Graham & Schart, 2007; Bannett & Williams, 2001; Bowen & Gilchrist, 2004; Buttell & Pike, 2003;



Dobash & Dobash, 2001; Edleson & Tolman, 1992; Gondolf, 1997; Hanson, 2002; Scott, 2004). התערבות ממוקדת לשליטה על כעסים, תיעול מתחים ושיפור מיומנויות תקשורת, נמצא כמודל הנפוץ והמתאים ביותר לטיפול בגברים אלימים ( Babcock, et al, 2007; Tower, 2003). במחקרים מדווח שפעילויות אלו, שהן בעלות אופי קוגניטיבי התנהגותי, השפיעו מאד על תהליך השינוי אצל הגברים ( Silvergleid & Mankowski, 2004; Brownlee & Chlebovec, 2006). ההסבר הוא שהפעילויות התמקדו בתכנים קונקרטיים שקל ליישם ובכך הגבירו את המוטיבציה של הגברים לשינוי (Silvergleid & Mankowski, 2006). דבר זה תואם לממצא שגברים חשים נוח יותר בקורסים של לימוד כשהדגש הוא על עשייה, או לימוד מיומנויות מאשר בטיפולים מסורתיים (Brownlee & Chlebovec, 2004).

#### הערכת טיפול קבוצתי בגברים אלימים במחקרים כמותיים

גברים אלימים נמצאו כמי שנמנעים מטיפול, נושרים בתחילתו ובמהלך הטיפול אף מתנגדים לשינוי ( Babcock et al., 2004; Davis & Taylor, 1999; Gondolf, 2002; Dobash & Dobash, 1992; Jukes, 1999). כך למשל שיעור הנשירה הממוצע של גברים אלו הוא 59% לאחר שיחת אינטייק ו-39% מאלו מהמתחילים נושרים לאחר תחילת הקבוצה ( Babcock et al., 2007; Gondolf, 2002). הסברים לשיעור נשירה זה מתמקדים במנגנוני ההגנה של הגבר האלים, שהמרכזיים בהם הנם מינימיזציה, הכחשה והשלכה הן מפני תוצאות משפטיות והן מחוויה של רגשות שליליים ופגיעים כמו בושה אישית וחברתית (Sonkin, Martin & Walker, 1985; Jukes, 1999). הסבר נוסף מגדרי מתייחס לסוציאליזציה גברית המכחישה מודעות לרגשות במיוחד אלו המעמידים את הגברים בעמדה של פגיעות המודגשים בטיפול. גברים אלימים חשים לא מובנים, מואשמים ומנוכרים על ידי אנשי מקצוע ממערכות עזרה שונות (Eisikovits & Buchbinder, 2000).

מחקרי הערכה מתמקדים ברובם המוחלט ביעילות הטיפול המוגדרת כהפסקת האלימות הפיזית. הערכות אמפיריות לקבוצות טיפוליות לגברים אלימים מראות כי טיפול בקבוצות יעילות בהפחתה של רמת האלימות הפיזית כלפי בת הזוג כמו גם בשיעור מעצרים נוספים, בעיקר אצל גברים אשר מגיעים לקבוצה באופן עקבי ומסיימים את תוכנית הטיפול ( Buttell & Carney, 2004; Buttell & Carney, 2004; Pike, 2003; Gondolf, 2002; Palmer, Brown & Barrera, 1992; Tower, 2003). על כך כי בין 50% ל-80% מבין משלימי הטיפול אינם אלימים לאחר תקופה שבין חצי שנה לשנה, כפי שאימתו בנות זוגם (Edleson, 1996; Gondolf, 1997). בעבר חלק מהגברים מתחולל שינוי עמוק יותר. כך במחקר על דפוסי התקשרות של גברים אלימים לפני ואחרי טיפול קבוצתי קוגניטיבי ופסיכו-דינאמי נמצא שמתוך 33 נבדקים, 13 מהגברים שינו את דפוס ההתקשרות שלהם מלא-בטוח לבטוח בעקבות הטיפול (Lawson, Barnes, Madkins & Francios-Lamonte, 2006).

למרות ההצלחה הכללית, בספרות מצוינים מספר קשיים לגבי הטיפול הקבוצתי לגברים אלימים: ראשית, מחקרי ההערכה חושפים הבדלים ניכרים בתוצאות הטיפול ( Babcock et al., 2007; Gondolf, 2002). כך נמצא שבין 10%-47% מהגברים אשר נוכחים בטיפול הקבוצתי עלולים לחזור

על אלימותם ( Babcock et al., 2007; Edelson & Tolman, 1992; Palmer et al., 1992; Rosenfeld, 1992). שנית, מחקרים שונים ביחס לתוכניות טיפול לגברים אלימים מצאו שהן לא אפקטיביות או שהשפעתן החיובית היא מעטה ( Babcock et al., 2004; Babcock & LaTaillade, 2000; Davis & Taylor, 1999; Dutton & Corvo, 2006; Gondolf, 2002). כך יש מחקרים המדווחים על הבדלים קטנים ביעילות תוכניות טיפול גם של גברים שסיימו תוכנית טיפולית בהשוואה לגברים שלא טופלו או שנשרו מטיפול ( Babcock & LaTaillade, 2000; Babcock, Green & Robie, 2004; Davis & Taylor, 1999). ביחס לשינויים מעבר לאלימות הפיזית נמצא כי למרות שקבוצות טיפוליות מפחיתות את האלימות הפיזית, הן משפיעות באופן מועט יחסית על אלימות נפשית או אף נוטות להגביר את השימוש של הגברים באלימות נפשית ( Edelson & Tolman, 1992; Gondolf, 2002; Van Wormer & Bednar, 2002). כך למשל, נמצא שרק כ-40% עד 50% מבין בנות זוגם של המשתתפים לא סבלו מאיומים בתקופת מעקב של כשישה חודשים לאחר סיום הטיפול ( Edelson & Syers, 1990). הספרות ברובה המוחלט מתמקדת בהתערבויות המעוצבות לגברים אלימים בקהילה וניתן למצוא רק מעט מחקרים לגבי יעילותן של התערבויות לגברים אלימים בכלל. מחקר אחד אשר בדק את השפעת התערבות לגברים אלימים בכלל על שיעור העבירות החוזרות לאחר שחרורם נמצאה ירידה משמעותית בעבירות החוזרות לעומת אסירים אשר לא טופלו (Ley, 2005).

לאור האמור לעיל, לשאלה מהו טיפול מוצלח בגברים אלימים יכולות להיות תשובות רבות. התשובה המצומצמת ביותר היא: הפסקת האלימות הפיזית. תשובה זו מעלה מספר שאלות: האם יתכן שבמקום האלימות הפיזית מופיעה או מתחזקת אלימות רגשית או מילולית? האם הגבר מצליח לשנות את עולם הרגשות והעמדות בצורה שתגדל תחושת האוטונומיה והביטחון העצמי שלו – גורמים שחסרונם מוביל להתנהגות אלימה? האם הפחתת אלימות ולא הפסקה טוטלית שלה תיחשב כהצלחה? כמה זמן לאחר סיום ההתערבות נעשתה המדידה? שאלות אלו הן שאלות מורכבות שכפי שניתן לראות מרבית המחקרים לא הצליחו להקיפם. להמחשת מורכבות הנושא מובאים בנספח מס' 1 מחקרים מרכזיים שנעשו מאמצע שנות ה-80 ועד שנת 2001. הקורא יכול להבחין כי לא כל האינפורמציה הרצויה מדווחת לגבי כל אחד מן המחקרים, ולכן קשה ביותר ליצור הערכה משווה ביניהם. בנושאים המתודולוגיים הראויים לציון הם הבדלים בהגדרת אלימות, מקורות המידע ותקופות המעקב. כך גם תוכניות התערבות שונות נבדלות בהגדרת תוצאות מוצלחות לטיפול. אחדים מגדירים הצלחה כירידה במספר האירועים האלימים, בעוד אחרים מגדירים אותה כהפסקה מוחלטת של האלימות. מחקרים מסוימים מתבססים על דיווחי הגברים עצמם, ואחרים מאמתים דיווחים אלה עם בנות הזוג. בבואנו להעריך בהמשך את הטיפול בהוסטל מפתחות המודדים תוצאות טיפול, יש לתת את המשקל הראוי לגורמים אלה.

#### הערכת שינויים טיפול קבוצתי בגברים אלימים במחקרים איכותניים

כפי שצוין מרבית גוף הידע שנאסף בנוגע להערכת הטיפול מתמקד בניסיון לכמת את יעילות הטיפול, בעוד הערכתם הסובייקטיבית של המשתתפים את התהליכים הטיפולים נחקרה מעט יחסית (Gondolf, 2000). בהקשר זה בולט מחקרם של דובאש, דובאש, קוונה ולואיס (Dobash et al., 2000), אשר גורסים כי אם האלימות היא חלק מהמערך, אזי שינויים בהתנהגות האלימה אמורים

## מבוא

### רקע כללי

הרעיון לפתח הוסטל, שיהווה תחנת מעבר מהכלא לבית בעבור גברים שהיו במאסר בגין אלימות במשפחה, נהגה לפני מספר שנים על ידי המפקחת הארצית לטיפול באלימות במשפחה במשרד הרווחה במטרה לסייע לאסירים השפוטים בגין אלימות במשפחה, לפני חזרתם הביתה. הרשות לשיקום האסיר אימצה את הרעיון כדרך לשיקומם של אסירים אלה. הרציונל שעמד מאחרי הרעיון היה, לאפשר לגברים הסתגלות איטית לחיים במסגרת המשפחה, כשתהליך ההסתגלות מלווה בטיפול אינטנסיבי בגבר במקביל לטיפול זוגי ומשפחתי. זה היה רעיון יצירתי וייחודי מאחר ולא קיים בעולם הוסטל המתמקד במטרה שיקומית זו. הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי וקרן סקטא-רש"י לקחו על עצמם את האתגר לסייע בהקמת הוסטל כחלק מפעילות הרשות לשיקום האסיר ותמיכת משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

הפרויקט הייחודי יצא לדרך במרץ 2005. לאחר תקופה מקדימה של בניית התשתיות הנדרשות כגון מציאת מקום דיור, גיוס מנהלת, צוות ודיירים. בשלב התארגנות הצוות נבחר להוסטל השם "מפתחות". הוסטל פתח את שעריו לקליטת דיירים ב-6 בנובמבר, 2005.

במשך שלוש שנות פעילות הוסטל נעשה ניסיון לפתח מודל ייחודי המתאים לאוכלוסיית הדיירים וכיום ניתן לראות בסיס ראשוני למודל ייחודי. יצוין שבמשך שלוש השנים התחלפו בהוסטל שלוש מנהלות, דבר שגרם להאטה בפיתוח המודל. סגנון הניהול השונה, או אולי ייצובו של הוסטל, יצרו שתי תקופות שונות באיכות וההתנהלות של הוסטל. התקופה הראשונה אופיינה על ידי נוקשות וצנטרליסטיות ואילו התקופה השנייה אופיינה על ידי פיזור סמכויות והאצלת כוח לחברי הצוות תוך בחינת חוקי הוסטל בהתאם לתרחישים השונים שקרו בו.

במשך שלוש שנות פעילותו של הוסטל היו שני אירועים משמעותיים בפעילותו של הוסטל. האחד הוא המעבר לבית אחר כתוצאה מהתנכלויות של השכנים ולחץ שהופעל על ידי בעל הבית לא לחדש את חוזה השכירות. השני הוא שינוי בקריטריונים לקבלת דיירים. הוסטל נועד בתחילה אך ורק לגברים שהיו בהווה בקשר עם בנות זוג, וזאת על מנת להעריך את האפקט של טיפול זוגי ומשפחתי כחלק מתהליך השיקום של הגברים. רק לאחר תקופת פעילות של שנה וחצי הוחלט לקבל גם אנשים גרושים עם ילדים, שיש להם קשר עם האישה סביב הילדים ו/או כאלה שיש להם בת זוג חדשה. בתחילה לא התקבלו דיירים שהיו בעבר עם תחלואה כפולה (התמכרויות) לאחר שנה וחצי התקבלו להוסטל גם דיירים שהם מכורים נקיים. שינוי זה פתר את בעיית מיעוט הדיירים בתקופת הפעילות הראשונה.

המחקר המעצב החל באוגוסט 2005. בדצמבר 2006 הוגש דו"ח ביניים בו נעשה ניסיון להצביע על ההישגים של הוסטל ועל הדברים אותם יש לשפר. כיום אנו מגישים את הדו"ח הסופי המסכם את שלוש השנים הראשונות לפעילות הוסטל. הדו"ח יתמקד בנושאים הבאים: א) אוכלוסיית הדיירים – מיהם אותם אסירים שנענים לאתגר ופונים לטיפול בהוסטל; ב) הערכת הטיפול – הצלחות מול

כישלונות, מה תורם להצלחות, תפיסת תוצאות הטיפול על ידי הגברים, בנות זוגם והצוות המטפל. לאורך הדו"ח יועלו היבטים ארגוניים.

חשוב לציין שהיה קושי רב בעשיית מחקר זה. חלק מהגברים והרבה מבנות הזוג התקשו לשתף פעולה. בתקופה מסוימת, בעיקר בשנה הראשונה לקיום ההוסטל, לא זכינו לשיתוף פעולה והמחקר נתפס כגורם מאיים למרות מאמצים רבים שעשינו להוריד את תחושת האיום. אנו מקוים שההערכה שנעשתה תאפשר את המשך פעילותו של ההוסטל ותתווה דרך לשיפור הטיפול הניתן בו.

### **תיאור ההוסטל**

הוסטל מפתחות הוקם לצורך טיפול ושיקום באסירים משוחררים שנענשו בגין אלימות במשפחה. ההוסטל ממוקם בשכונה שקטה בבית מרווח ונאה באחת הערים במרכז הארץ. ההוסטל הינו מוסד טוטאלי בו מסופקים לגברים צרכים אינסטרומנטאליים בסיסיים: בית, ריהוט ומזון. יש התייחסות לבעיות הרגשיות **איתם מגיעים הגברים**, וניתנים להם טיפולים אינדיבידואליים וקבוצתיים. פעילותו של ההוסטל כמוסד טוטאלי יוצר מערכת מגנה לגבר, גם אם היא עלולה להיתפס כמערכת מגבילה. האווירה בהוסטל חמה ואכפתית אך מתבססת על מערכת חוקים ברורה שהמעבר עליה גורר תגובה. השהות בהוסטל נקבעה לתקופה של שישה חודשים, כשאצל רוב הגברים חלק גדול מהזמן הוא ה"שליש" שנוכה מתקופת המאסר.

הקשר בין הגברים המיועדים להשתתף בתכנית השיקומית בהוסטל מתחיל עוד בזמן השהות בכלא. תכנית ההוסטל מוצגת לדיירים הפוטנציאליים על ידי העובדים הסוציאליים בכלא, על ידי נציגי רש"א או על ידי נציג ההוסטל. אם הגבר מביע את הסכמתו להשתתף בתכנית נערך לו ראיון על ידי מנהלת ההוסטל ואחת העובדות הסוציאליות. בחודשים האחרונים נבדקת גם האפשרות להיפגש עם בת הזוג, כבר בשלב זה, על מנת לערב אותה בתכנית הטיפולית של ההוסטל.

בכל זמן נתון אמורים להיות בהוסטל 12 גברים, כשכל שני גברים חולקים ביניהם חדר ומספר גברים חולקים ביניהם שירותים ומקלחת. המטבח והבישול בו נעשים באופן משותף. הגברים הם הדואגים לניקוי הבית, לקניות, בישולים וכביסה. אחת לשבועיים נבחר אחד הדיירים כאחראי לתכנון התורנויות בהוסטל. תהליך התכנון שיכול להראות פשוט הוא בעצם מורכב למדי. על האחראי לקחת בחשבון את כל משימות הבית, כולל העובדה שחלק מהדיירים לא יכולים לבצע תורנות בימים מסוימים מאחר ובשעות אלה הם מקבלים טיפול פרטני (לפחות אחת לשבוע) וטיפול זוגי/משפחתי (החל מהחודש הרביעי). לתורן האחראי ניתן סכום כסף לעריכת הקניות הנדרשות לקיום בהוסטל ועליו לתכנן את התקציב בצורה כזאת שיספיק לסיפוק הצרכים בהוסטל למשך כל תקופת התורנות. ההתנסות בתפקיד זה, במקביל לביצוע ניקיונות ובישול, מפגישה חלק גדול מהדיירים עם סוג של אחריות בה כמעט לא הייתה להם התנסות בעבר.

סדר היום בהוסטל מובנה. בבוקר יוצאים הגברים לעבודה. חלקם מוצאים את העבודה בכוחות עצמם וחלקם נעזרים באנשי רש"א. עם סיום יום העבודה עליהם להגיע מיד להוסטל, להתארגן לניקיון הבית ולהכנת ארוחת ערב. במקביל לפעילויות אלו ניתנים טיפולים פרטניים וזוגיים/משפחתיים לגברים לפי לוח זמנים קבוע. לאחר ארוחת הערב מתקיימים הטיפולים

הקבוצתיים, כשכל יום יש דגש על מיקוד קבוצתי-טיפולי שונה. לקראת ההליכה לישון מתקיימת שיחה עם המדריך, המסכמת את היום ולאחריה כיבוי אורות.

בין הטיפולים הקבוצתיים הניתנים בהוסטל מתקיימות הקבוצות הבאות:

- קבוצת נושא המתמקדת בהיבטים שונים של האלימות (מהי התנהגות אלימה, כיצד מגיעים לביצוע התנהגות אלימה, כיצד שולטים ומתעלים כעסים, עמדות כלפי נשים וילדים, איתור מוקדם של מצבים שעלולים להביא לידי אלימות ועוד).
- קבוצת ילדות – בגרות המתמקדת בחוויות וטראומות מהילדות ומהבגרות המוקדמת שהיו בסיס לפיתוח ההתנהגות האלימה. בשלב מסוים הוחלט לשלב את הנושאים של קבוצה זו עם קבוצת הנושא על מנת לאפשר את קיום קבוצת מעגל האלימות.
- קבוצת מעגל האלימות – בקבוצה זו מתמקדים הגברים באירועים אלימים שבצעו בחייהם ומתוך אירועים אלו הם לומדים להכיר נקודות חולשה שגורמות להם להגיב באלימות.
- קבוצת פתוחה בה עולים נושאים באופן חופשי הקשורים לתהליכים שעוברים על הגברים בהוסטל.
- קבוצת גוף-נפש בה עובדים על שליטה על הגוף (בעבר הייתה זו קבוצת תנועה, לאחר טאי-צ'י וכיום ביו-אנרגיה – עבודה על הרפיות).
- קבוצת פסיכודרמה.
- קבוצת מדריך המסכמת פעילויות בהוסטל.

בטיפולים הקבוצתיים והפרטניים עולים נושאים הקשורים להתרחשויות בהוסטל. בתהליך עיבוד הנושאים הללו קושרים המטפלים את האירוע בהווה עם אירועים ותגובות בעבר. הטיפול זוגי אמור להתחיל מהחודש הרביעי לשהות בהוסטל כשבתכנון הייתה ציפייה שיימשך גם תקופה מסוימת לאחר סיום השהות בהוסטל. במציאות נראה שיש קושי רב לבצע את הטיפול הזוגי/משפחתי כפי שתוכנן בשלב הראשוני. רבות מבנות הזוג מתקשות להגיע אחת לשבוע או שבועיים לטיפול בהוסטל. לעיתים על האישה להשקיע יום שלם בנוסף על דמי הנסיעה כדי להגיע לטיפול של שעה. במקרים אחרים הנשים מסרבות לשתף פעולה וכן לחלק מהדיירים אין בנות זוג בהווה.

באמצע השהות בהוסטל נעשית ההערכה שהיא מעין טכס בו משתתפים כל חברי הצוות בהוסטל ונותנים לגבר משוב על תפקודו בהוסטל. במקביל הגבר עצמו מעריך את התקדמותו ואת התכנית של ההוסטל. עם סיום השהות בהוסטל מתקיימת מסיבה אליה מוזמנים גם בני משפחתו של הגבר.

צוות ההוסטל כיום כולל: 1 משרה מנהלת, 1/2 משרה מזכירה, 1.5 משרות של עובדים סוציאליים כשבפועל יש 3 עובדים בחצי משרה כל אחד, 1 משרה הדרכה המחולקת בין ארבעה מדריכים. וכן עובדים בהוסטל מטפלת זוגית/משפחתית ומטפל בפסיכודרמה. במשך שלוש השנים לפעילות ההוסטל הייתה בו תחלופה רבה של מנהלות ואנשי צוות.

## סקירת ספרות

### טיפול בגברים אלימים

בספרות מציינים ארבע מטרות מרכזיות בטיפול בגברים אלימים (e.g. Bannett & Williams, 2001; ) :  
(Dobash, Dobash, Cavangh & Lewis, 2000; Edelson & Tolman, 1992; Gondolf, 1997 :

1. שינוי גישה ביחס לאלימות ולאחריות האישית – כדי להשתנות הגברים חייבים להכיר בהתנהגותם כהתנהגות אלימה ובהשפעת אלימותם על בנות זוגם, על המשפחה ועל עצמם. הגברים חייבים להכיר בסוגי אלימות שונים לא רק הפיזית אלא גם בהתעללות נפשית וצורך בשליטה.
2. הגברת המודעות להתפתחות האלימות – זיהוי שרשרת האירועים המובילה לאלימות, מודעות לסימנים רגשיים, קוגניטיביים ומצביים, היכולים להזהיר את הגברים מפני ההתנהגות האלימה. הבנת התפתחות ההתנהגות האלימה ובמיוחד הגברת המודעות לעמדות ולתהליכים רגשיים המובילים לאלימות מסייעים להשגת שליטה עצמית.
3. מודעות הגברים לעמדות מחזקות אלימות – במיוחד עמדות הנובעות מסוציאליזציה מגדרית גברית. הגברים נדרשים לבחון ולשנות עמדות, אשר משפיעות על אלימות וטיב יחסיהם עם בנות זוגם ומשפחתם.
4. למידת מגוון רחב של התנהגויות לא אלימות – החלפת התנהגויות אלימות בהתנהגויות המעודדות קשר בונה. במיוחד יכולת לניתוק מאירוע בעל פוטנציאל לעימות, הרגעה עצמית ולמידת תקשורת שוויונית ואסרטיבית יותר.

בטיפול בגברים אלימים חשובה ההכרה שמחד, הם אלימים ופוגעים, וכך מטרות ההתערבות לגרום להם להכיר באלימותם ולמצוא אלטרנטיבות התנהגותיות. מאידך, יש לזהות בגברים אלו כמוצפים ברגשות שליליים הנובעים מדימוי וערך עצמי שלילי, פחדים וחוויות במשפחת המוצא, כמו גם תחושת כישלון ברמה המגדרית והחברתית-תרבותית (Hamel, 2007). לאור זאת, התפיסה הטיפולית מנסה לשלב בין ראיית האלימות של הגברים כמכוננת, כרצונית, וכמייצגת אסטרטגיה מודעת של שליטה כמו גם כנובעת מרגשות שליליים וכואבים שנובעים מאובדן שליטה (Dutton, 2007). לפיכך, בטיפול בגברים אלימים חשוב למצוא את האיזון שבין עימות ותמיכה, בין עבר להווה, ובין טיפול העוסק בעצמי לבין טיפול המכוון בבת הזוג ובמשפחה.

### טיפול קבוצתי בגברים אלימים

הטיפול בגברים אלימים המתואר בספרות הוא ברובו המוחלט טיפול קבוצתי (Gondolf, 2002). יצוין שגם בהוסטל "מפתחות" הושם דגש רב על המתודה הקבוצתית כדרך להתערבות טיפולית. וכן החיים בהוסטל התרחשו כולם במסגרת קבוצתית גם מעבר לשעות הטיפול הפורמלי. לעבודה בקבוצות שתי סיבות עיקריות: האחת, תיאורטית, הקבוצות הן "מעבדה" ללמידה ולשינוי התנהגות הנובע ממגוון המשתתפים, מהאינטראקציות הרבות ביניהם ומהכוח הטמון בתהליכים הקבוצתיים. כל אלו מאפשרים בו זמנית מימדים שונים של התערבות. הסיבה האחרת – כלכלית, טיפול קבוצתי זול יותר. לאור יתרונות אלה הטיפול הקבוצתי הוא הטיפול המועדף כיום בגברים אלימים

(Bannett & Williams, 2001; Dobash et al., 2000). ביחס להיבט התיאורטי, הספרות מתארת את הקבוצה כמאפשרת מפגש לגברים אלימים לפגוש גברים אחרים אשר מתמודדים עם בעיות דומות, מעודדת למידה של מודלים שונים להתמודדות, במיוחד של כישורים בין-אישיים. הקבוצה מציעה עזרה הדדית והזדהות באווירה תומכת בכך שהקבוצה מאפשרת אוירה בטוחה להעלאת רגשות קשים, שהגברים נהגו להסתיר ולהדחיק עד להתפרצות אלימה. בדרך זו נלמדת תקשורת רגשית חיובית ומלאה יותר במקום הבעת כעס בלבד ומפתחת יכולת לאלטרואיזם במקום נטיית הגברים להתרכז בכאב של עצמם (Morran & Wilson, 1997; Schwartz & Waldo, 2004). מגוון המודלים והתהליכים מאפשר לגברים לפתח יכולת התבוננות עצמית, לשנות דפוסי חשיבה וללמוד דרכי תקשורת אחרות. השייכות לקבוצת השווים מפחיתה אצל הגברים האלימים תחושות בידוד, שונות ובושה חברתית ובכך מעודדת חשיפה. הקבוצה מאפשרת לגברים הזדמנות לעזור ולתמוך באחרים בדרך זו הם לא רק עוזרים לגברים אחרים, אלא גם מחזקים את הלמידה שלהם עצמם (Edleson & Tolman, 1992; Pence & Paymar, 1993). בכיוון אחר, הקבוצה מעצימה עימותים ביחס להכחשה ולהתנהגויות שליליות במקרים בהם הגברים אינם מזהים את אחריותם על התנהגותם האלימה גם במקומות בהם עימות על ידי מנחה הקבוצה אינו מספיק (Tutty, Bidgood, Rothery & Bidgood, 2001). התוצאה היא שהקבוצה מקדמת פיתוח נורמות לשינוי אישי וחברתי ומעצימה את הגמול על שינוי חיובי (Bannett & Williams, 2001). בכך הקבוצה מקדמת את התקווה לעתיד חיובי יותר, דבר הנובע מהתמיכה ומהעזרה שהם צריכים כמו גם מצפייה בהתקדמות ובשיפור אצל גברים אחרים בקבוצה.

למרות ההיבטים החיוביים ביחס לקבוצה, צוינו גם היבטים שליליים. גברים אלימים עלולים למצוא עצמם נרגזים בשל תכנים הנידונים בקבוצה. לפעמים חברי הקבוצה תואלימים האחד בשני בעמדות שליליות למשל מגדריות, או תומכים באופן מרומז או מפורש בשימוש באלימות כדרך להתמודד עם תסכולים ביחסים הזוגיים (Bannett & Williams, 2001). במחקר של טולמן (Tolman, 1990) נמצאו דיווחים של נשים על השפעות שליליות של הקבוצה, כגון גברים המפחיתים בחומרת אלימותם בטענה שהם אלימים באופן חמור פחות מחבריהם לקבוצה. הפוטנציאל להשפעות שליליות של החיבור בין הגברים בקבוצות, מצריך השגחה זהירה של מנחה הקבוצה, ונכונות להתעמת עם תהליכים אלו כאשר הם עולים.

#### תיאוריות מרכזיות בטיפול קבוצתי בגברים אלימים

טיפולים קבוצתיים לגברים אלימים מבוססים בעיקר על שלוש תיאוריות עיקריות:

**התיאוריה הפמיניסטית** לפיה אלימותם של גברים היא תוצאה של חברה פטריארכאלית שבאופן ישיר או עקיף מאפשרת לגברים לשלוט בנשים ע"י נורמות תרבותיות התומכות באמונות שאלימות היא דרך מקובלת לפתירת קונפליקטים (Dobash et al., 2000; Scott, 2004). תוכניות טיפול מתמקדות בשינוי עמדות הגברים ביחס לתפקידים המסורתיים של האישה והגבר ומעודדות את הגברים לאתגר את אמונותיהם הפטריארכאליות תוך יצירת מודעות גדולה יותר להשפעתן על

היחסים הזוגיים במטרה לשנות את התנהגותם ( Babcock, Green & Robie, 2004; Bowen & Gilchrist, 2004; McGuire, 2002; Scott, 2004).

**תיאוריה קוגניטיבית התנהגותית / תיאורית למידה חברתית** – לפיה אלימות היא התנהגות נלמדת אשר ניתן להבינה ולצפותה, כמו למידה של התנהגויות אחרות. התיאוריה נתמכת במחקרים המראים שגברים אלימים נכשלו בפיתוח מיומנויות למשא ומתן, לפתירת קונפליקטים בין-אישיים בדרכים שאינן אלימות (לחלקם יש מיומנויות, אך אינם משתמשים בהם ביחסים אינטימיים) (Morran & Wilson, 1997; Pence & Paymar, 1993; Scott, 2004). לפי גישה זו האלימות משתמרת כיוון שהיא פונקציונאלית לתוקף בכך שמפחיתה מתח גופני, משיגה את ציות הקורבן ומסיימת סיטואציות הגורמות למתח ומעניקה תחושת שליטה וכוח. הטיפול מתמקד בלמידה של התנהגויות שאינן אלימות (Babcock et al, 2004).

**תיאוריה אישיותית** רואה את הגבר האלים כשונה מגבר שאינו אלים במאפיינים אינדיבידואליים כגון מיומנויות, אגרסיביות, סף תסכול והתפתחות רגשית ( Hamberger, Lohr, Bonge & Tolin, 1996; Scott, 2004). תוכניות טיפול קבוצתיות בעלות אוריינטציה פסיכו-דינאמית מתמקדות ביצירת אוירה טיפולית תומכת המאפשרת לגברים לעבד ולהתמודד עם טראומות ילדות, חשיפה או התנסות לאלימות בילדות, במטרה לעזור להם לקשור בין רגשות שליליים (כדחייה וכנחיתות) לבין חוויותיהם במשפחת המוצא ובעקבות כך לוותר על הצורך בשליטה על האחר, להגביר את הביטוי הרגשי ביחסים עם אחרים ולשנות את סגנונות ההתקשרות שלהם (Schwartz & Waldo, 2004).

בספרות מתוארות קבוצות השונות אחת מהאחרת במבנה הקבוצה ובגישה התיאורטית המנחה אותה. הקבוצות נעות על הטווח שבין פסיכו-חינוכי לתרפיה מונחות-תהליך, כאשר רוב הקבוצות משלבות בין חינוך לתרפיה מונחית תהליך. קיימות קבוצות פתוחות, שבהן נכנסים ויוצאים משתתפים במהלך הפגישות, וקבוצות סגורות, שבהן כולם מתחילים ומסיימים יחד את ההתנסות הקבוצתית, כמו גם קבוצות מובנות ולא-מובנות. הקבוצות הנפוצות הן מובנות חלקית ומוגבלות בזמן (Bannett & Williams, 2001; Edleson & Tolman, 1992). קיים שוני בתפיסת תופעת האלימות במשפחה, שגורר אחריו שוני בדרגה שבה מאופיינות תוכניות הטיפול כטיפוליות או כחינוכיות. התוכניות מוגדרות כטיפוליות מסתמכות על ההנחה, שלגברים יש בעיה פסיכולוגית שחייבת להיפתר באמצעות טיפול. תוכניות המוגדרות חינוכיות מקדמות את רעיון הלמידה – כשם שהגברים האלימים למדו להתנהג בצורה אלימה כלפי בנות זוגם, כך יוכלו ללמוד להתנהג אחרת (Bannett & Williams, 2001).

כיום הטיפול הקבוצתי לגברים אלימים הוא ברובו פסיכו-חינוכי מבוסס על אוריינטציה קוגניטיבית – התנהגותית המשלבת אוריינטציה פמיניסטית של כוח ושליטה גברית. אופי הקבוצה הוא חינוכי ולרוב מוגבל בזמן. המיקוד הוא על נושאים כגון שליטה בכעסים, כולל מודעות ושליטה על פירושים שליליים פנימיים של דיאלוג במצבי קונפליקט, זיהוי סימנים המנבאים אירועי אלימות, עמדות מגדריות, למידת מיומנויות תקשורת ואימון באסרטיביות ( Babcock, Candy, Graham & Schart, 2007; Bannett & Williams, 2001; Bowen & Gilchrist, 2004; Buttell & Pike, 2003;



Dobash & Dobash, 2001; Edleson & Tolman, 1992; Gondolf, 1997; Hanson, 2002; Scott, 2004). התערבות ממוקדת לשליטה על כעסים, תיעול מתחים ושיפור מיומנויות תקשורת, נמצא כמודל הנפוץ והמתאים ביותר לטיפול בגברים אלימים ( Babcock, et al, 2007; Tower, 2003). במחקרים מדווח שפעילויות אלו, שהן בעלות אופי קוגניטיבי התנהגותי, השפיעו מאד על תהליך השינוי אצל הגברים ( Silvergleid & Mankowski, 2004; Brownlee & Chlebovec, 2006). ההסבר הוא שהפעילויות התמקדו בתכנים קונקרטיים שקל ליישם ובכך הגבירו את המוטיבציה של הגברים לשינוי (Silvergleid & Mankowski, 2006). דבר זה תואם לממצא שגברים חשים נוח יותר בקורסים של לימוד כשהדגש הוא על עשייה, או לימוד מיומנויות מאשר בטיפולים מסורתיים (Brownlee & Chlebovec, 2004).

#### הערכת טיפול קבוצתי בגברים אלימים במחקרים כמותיים

גברים אלימים נמצאו כמי שנמנעים מטיפול, נושרים בתחילתו ובמהלך הטיפול אף מתנגדים לשינוי ( Babcock et al., 2004; Davis & Taylor, 1999; Gondolf, 2002; Dobash & Dobash, 1992; Jukes, 1999). כך למשל שיעור הנשירה הממוצע של גברים אלו הוא 59% לאחר שיחת אינטייק ו-39% מאלו מהמתחילים נושרים לאחר תחילת הקבוצה ( Babcock et al., 2007; Gondolf, 2002). הסברים לשיעור נשירה זה מתמקדים במנגנוני ההגנה של הגבר האלים, שהמרכזיים בהם הנם מינימיזציה, הכחשה והשלכה הן מפני תוצאות משפטיות והן מחוויה של רגשות שליליים ופגיעים כמו בושה אישית וחברתית (Sonkin, Martin & Walker, 1985; Jukes, 1999). הסבר נוסף מגדרי מתייחס לסוציאליזציה גברית המכחישה מודעות לרגשות במיוחד אלו המעמידים את הגברים בעמדה של פגיעות המודגשים בטיפול. גברים אלימים חשים לא מובנים, מואשמים ומנוכרים על ידי אנשי מקצוע ממערכות עזרה שונות (Eisikovits & Buchbinder, 2000).

מחקרי הערכה מתמקדים ברובם המוחלט ביעילות הטיפול המוגדרת כהפסקת האלימות הפיזית. הערכות אמפיריות לקבוצות טיפוליות לגברים אלימים מראות כי טיפול בקבוצות יעילות בהפחתה של רמת האלימות הפיזית כלפי בת הזוג כמו גם בשיעור מעצרים נוספים, בעיקר אצל גברים אשר מגיעים לקבוצה באופן עקבי ומסיימים את תוכנית הטיפול ( Buttell & Carney, 2004; Buttell & 2003; Pike, 2003; Gondolf, 2002; Palmer, Brown & Barrera, 1992; Tower, 2003). על כך כי בין 50% ל-80% מבין משלימי הטיפול אינם אלימים לאחר תקופה שבין חצי שנה לשנה, כפי שאימתו בנות זוגם (Edleson, 1996; Gondolf, 1997). בעבר חלק מהגברים מתחולל שינוי עמוק יותר. כך במחקר על דפוסי התקשרות של גברים אלימים לפני ואחרי טיפול קבוצתי קוגניטיבי ופסיכו-דינאמי נמצא שמתוך 33 נבדקים, 13 מהגברים שינו את דפוס ההתקשרות שלהם מלא-בטוח לבטוח בעקבות הטיפול (Lawson, Barnes, Madkins & Francios-Lamonte, 2006).

למרות ההצלחה הכללית, בספרות מצוינים מספר קשיים לגבי הטיפול הקבוצתי לגברים אלימים: ראשית, מחקרי ההערכה חושפים הבדלים ניכרים בתוצאות הטיפול ( Babcock et al., 2007; Gondolf, 2002). כך נמצא שבין 10%-47% מהגברים אשר נוכחים בטיפול הקבוצתי עלולים לחזור

על אלימותם ( Babcock et al., 2007; Edelson & Tolman, 1992; Palmer et al., 1992; Rosenfeld, 1992). שנית, מחקרים שונים ביחס לתוכניות טיפול לגברים אלימים מצאו שהן לא אפקטיביות או שהשפעתן החיובית היא מעטה ( Babcock et al., 2004; Babcock & LaTaillade, 2000; Davis & Taylor, 1999; Dutton & Corvo, 2006; Gondolf, 2002). כך יש מחקרים המדווחים על הבדלים קטנים ביעילות תוכניות טיפול גם של גברים שסיימו תוכנית טיפולית בהשוואה לגברים שלא טופלו או שנשרו מטיפול ( Babcock & LaTaillade, 2000; Babcock, Green & Robie, 2004; Davis & Taylor, 1999). ביחס לשינויים מעבר לאלימות הפיזית נמצא כי למרות שקבוצות טיפוליות מפחיתות את האלימות הפיזית, הן משפיעות באופן מועט יחסית על אלימות נפשית או אף נוטות להגביר את השימוש של הגברים באלימות נפשית ( Edelson & Tolman, 1992; Gondolf, 2002; Van Wormer & Bednar, 2002). כך למשל, נמצא שרק כ-40% עד 50% מבין בנות זוגם של המשתתפים לא סבלו מאיומים בתקופת מעקב של כשישה חודשים לאחר סיום הטיפול ( Edelson & Syers, 1990). הספרות ברובה המוחלט מתמקדת בהתערבויות המעוצבות לגברים אלימים בקהילה וניתן למצוא רק מעט מחקרים לגבי יעילותן של התערבויות לגברים אלימים בכלל. מחקר אחד אשר בדק את השפעת התערבות לגברים אלימים בכלל על שיעור העבירות החוזרות לאחר שחרורם נמצאה ירידה משמעותית בעבירות החוזרות לעומת אסירים אשר לא טופלו (Ley, 2005).

לאור האמור לעיל, לשאלה מהו טיפול מוצלח בגברים אלימים יכולות להיות תשובות רבות. התשובה המצומצמת ביותר היא: הפסקת האלימות הפיזית. תשובה זו מעלה מספר שאלות: האם יתכן שבמקום האלימות הפיזית מופיעה או מתחזקת אלימות רגשית או מילולית? האם הגבר מצליח לשנות את עולם הרגשות והעמדות בצורה שתגדל תחושת האוטונומיה והביטחון העצמי שלו – גורמים שחסרונם מוביל להתנהגות אלימה? האם הפחתת אלימות ולא הפסקה טוטלית שלה תיחשב כהצלחה? כמה זמן לאחר סיום ההתערבות נעשתה המדידה? שאלות אלו הן שאלות מורכבות שכפי שניתן לראות מרבית המחקרים לא הצליחו להקיפם. להמחשת מורכבות הנושא מובאים בנספח מס' 1 מחקרים מרכזיים שנעשו מאמצע שנות ה-80 ועד שנת 2001. הקורא יכול להבחין כי לא כל האינפורמציה הרצויה מדווחת לגבי כל אחד מן המחקרים, ולכן קשה ביותר ליצור הערכה משווה ביניהם. בנושאים המתודולוגיים הראויים לציון הם הבדלים בהגדרת אלימות, מקורות המידע ותקופות המעקב. כך גם תוכניות התערבות שונות נבדלות בהגדרת תוצאות מוצלחות לטיפול. אחדים מגדירים הצלחה כירידה במספר האירועים האלימים, בעוד אחרים מגדירים אותה כהפסקה מוחלטת של האלימות. מחקרים מסוימים מתבססים על דיווחי הגברים עצמם, ואחרים מאמתים דיווחים אלה עם בנות הזוג. בבואנו להעריך בהמשך את הטיפול בהוסטל מפתחות המודדים תוצאות טיפול, יש לתת את המשקל הראוי לגורמים אלה.

#### הערכת שינויים טיפול קבוצתי בגברים אלימים במחקרים איכותניים

כפי שצוין מרבית גוף הידע שנאסף בנוגע להערכת הטיפול מתמקד בניסיון לכמת את יעילות הטיפול, בעוד הערכתם הסובייקטיבית של המשתתפים את התהליכים הטיפוליים נחקרה מעט יחסית (Gondolf, 2000). בהקשר זה בולט מחקרם של דובאש, דובאש, קוונה ולואיס (Dobash et al., 2000), אשר גורסים כי אם האלימות היא חלק מהמערך, אזי שינויים בהתנהגות האלימה אמורים

להיות מלווים בשינוי בכל מערך העמדות, האוריינטציות ודפוסי התקשורת של הגבר ובת זוגו. במחקר מדווחים גברים אלימים, שסיימו תוכניות טיפול קבוצתיות על שינויים שחלו בהם. הגברים ברובם האמינו שהם יתמידו בשינויים שהושגו, ותיארו שהשינויים החיוביים נובעים ממה שהם למדו בתוכניות והיישום בפועל ולא מענישה או פחד מענישה. בדבריהם, הגברים מתארים תקווה תוך תפיסה שהשינויים אפשריים, והם נעשו לא רק ברמת ההתנהגות, אלא גם בהערכה מחדש ועמדות חדשות ביחס לבת הזוג, לילדים ולחיי משפחה, כמו גם הערכה מחדש של הרווחים וההפסדים כתוצאה מהשימוש באלימות. הגברים מדווחים גם על מעבר מראייה עצמית כאובייקט הנתון למרות כוחות חיצוניים ועל ידי אחרים, לראייה העצמי כסובייקט, הבוחר המחליט והאחראי למעשיו, כולל לגבי אלימות. הגברים מדווחים, שהאמצעים שחוללו את השינוי היו בעיקר תרגול דיבור והקשבה, אשר עודדו חשיבה ולמידה, כמו גם הרחיבו את המודעות העצמית למעשים אשר נעשו מובנים מאליהם, שגרתיים, פשוטים וחסרי חשיבות.

העימות עם האלימות, מודעות עצמית ומכוונות לאחר (בת הזוג ואחרים) נמצאו כמרכיבים חשובים גם במחקרים אחרים. במחקר מוקדם יותר על גברים אלימים לשעבר, תיארו גונדולף והנקן (Gondolf & Hanneken, 1987) את תהליך השינוי כמורכב משלושה שלבים. בשלב ראשון יש מעבר מהכחשת אלימותם למוכנות להשתנות. שינוי זה נובע כתוצאה מעימות או כפיה וקבלת האחריות על האלימות הפיזית והמילולית. בשלב שני יש פיתוח מודעות לרגשותיהם ואמפתיה כלפי בת הזוג ואחרים. בשלב שלישי יש הגדרה מחדש של הגבריות והתנגדות ללחץ להתאים עצמם לציפיות הסביבה. גם במחקרים של סילברגלייד ומנקווסקי (Silvergleid & Mankowski, 2006) ושל סקוט וולף (Scott & Wolfe, 2000) עלה מראיונות עם גברים אלימים שמודעות עצמית להתנהגות אלימה וההחלטה להשתנות יחד עם למידת כישורים חדשים כגון "פסק זמן", זיהוי רגשות ואימוץ דיבור פנימי חיובי, היו מרכיב מרכזי בתהליך השינוי המרכזי ביותר – השגת שליטה בכעס.

ככלל יש מגוון של סיבות לשינוי התנהגות ואמונות בקרב גברים אלימים: משום שסנקציה כלשהי שהופעלה נגדם החדירה בהם חשש מסנקציות חמורות יותר והסלמת המחירים שיהיה עליהם לשלם אם ימשיכו לנהוג באלימות; משום שסוג התערבות מסוים סיפק את האפשרות לשיקוף אישי, שיכול להוביל לשינוי אישיותי; או משום שהוצעה להם סביבה הממוקדת ומובילה לשינוי (Dobash et al., 2000).

#### משתנים המשפיעים על שינויים

המרוואיינים במחקרו של וונגסגארד (Wangsgaard, 2001), ציינו כמרכיב המרכזי ביותר לשינוי, מעבר למרכיבים הקודמים שצוינו, את חשיבות הטיפול כסביבה בטוחה רגשית, או "מקלט", שנוצר מתוך כבוד הדדי. דיוטון (Dutton, 2007) טוען כי קיימת הסכמה גורפת על כך שחייב להיות קשר טיפולי בין המטפל למטופל. כלומר, חייב להיות קשר, שבו המטפלת/חשה כי הוא/היא יכולה להתייחס אל המטופל ברמה רגשית ואנושית, למרות התנהגותו הבעייתית. כתוצאה מקשר זה נוצרים התנאים שבהם המטופל יכול לחוש בטוח בטיפול. היעדר הקשר הטיפולי הוא בעייתי מאד, שכן הוא תורם גם למידת התמדתו של המטופל ולהצלחת הטיפול (Dutton, 2007). הקשר החדש שהגברים בונים בטיפול, מהווה עבורם למידה לדרך אחרת להתנהל בתוך קשר, תוך שיפור כישורי

התקשורת שלהם והבעת רגשותיהם. יחד עם זאת נראה כי קשר זה מהווה לעיתים גם מעין תיקון להתקשרות מוקדמת, שיצרה אצל גברים אלה סגנון התקשרות לא בטוח. הקשר הטוב והמתקן, מאפשר להם לשפר את סגנון התקשרות שלהם, לבטוח יותר (Lawson et al., 2006).

הקבוצה ומשמעותה היא מרכזית להבנת תהליכי השינוי אצל גברים אלימים. במחקר שנערך על ידי טולמן (Tolman, 1990) דיווחו הגברים שתמיכת הקבוצה עצמה הייתה אלמנט חשוב ביותר שעזר להם לחדול מהתנהגות אלימה. לתחושת הלכידות הקבוצתית במיוחד רגשות של קבלה ושייכות בתוך הקבוצה, יש השפעה רבה. תחושת שייכות מובילה לחשיפה עצמית של המשתתפים, לאתגור העמדות וההתנהגות, ומגבירה את המחויבות של המשתתפים ואת המוטיבציה לשינוי. בבדיקת הקשר בין תחושת שייכות קבוצתית, השלמת טיפול ותוצאות הטיפול (חזרה על העבירה) נמצא כי קבוצות שבהן תחושת השייכות הייתה ברמה נמוכה, אחוזי סיום טיפול היו נמוכים וכן דווח על רמות גבוהות של חזרה על האלימות אחרי סיום הטיפול (Bowen & Gilchrist, 2004). במחקר נוסף על תהליך השינוי בקבוצת גברים אלימים, דיווחו המשתתפים כי התהליך הקבוצתי ותמיכת הקבוצה היו משמעותיים ביותר בתהליך השינוי שעברו. הם ציינו שהקבוצה נותנת הזדמנות לקבלת פידבק מחברי הקבוצה, ללמידה מדוגמאות של אחרים, ולהפקת תחושת מסוגלות ויכולת מנתינת פידבק לאחרים. התמיכה בקבוצה אפשרה לגברים לשבור מוסכמות כהכרה בחולשות ואתגור אמונות מסורתיות לגבי גבריות. לכידות קבוצתית נמצאה כמשמעותית לתהליך של עימות אמונות לגבי אלימות וקבלת אמונות מכבדות יותר (McGuire, 2002). חשיבות היחסים בקבוצה נמצאה גם בהערכת תוכנית קבוצתית שכללה מודל פסיכו-חינוכי, מודל קוגניטיבי התנהגותי ומודל קבוצתי (פסיכו-תרפויטי). המחקר זיהה שלושה תהליכים מרכזיים בטיפול הקבוצתי: 1) איזון בקבלת עימות ותמיכה מחברים בקבוצה – משום שחשו תמיכה מהגברים האחרים הם קיבלו גם עימותים מצדם ללא התנגדות. יצירת אווירה שאינה שיפוטית מחד וקבלת עימותים מחבריהם מאידך אפשרה חשיפה של כישלונות והצלחות ולקיחת אחריות רבה יותר על מעשיהם; 2) הקשבה ושיתוף בסיפורים – שיתוף בסיפורים אישיים הגבירה את תחושת הקהילתיות בקבוצה והפחיתה תחושות בדידות ופחד ויצרה תחושת מחויבות גדולה יותר לשינוי; 3) התחלקות בסיפורי כישלונות והצלחות בחיי היום יום סייעה לגברים להבין וללמוד דרכי פעולה אלטרנטיביות (Silvergleid & Mankowski, 2006). בדומה לכך מצא טולמן (Tolman, 1990) שגברים אלימים ציינו כי הקבוצה עזרה להם לחוש פחות בודדים, וכי שמיעת סיפוריהם של אחרים סייעה להם ללמוד להתמודד בדרך אפקטיבית יותר, ובכך חשו כי הקבוצה תמכה בשינוי התנהגותם.

תהליך נוסף שנמצא כמקדם את תהליך השינוי הוא אופי ההנחיה. המנחה המנווט את הדינאמיקות בקבוצה יוצר אוירה של שייכות (Bowen & Gilchrist, 2004). קו-הנחיה של גבר ואישה נחשב כרצוי. נוכחות מנחה אישה מדגימה אמונות בתוך גבולות הקבוצה הבאות לידי ביטוי בהתעלמות והמעטה בערכה. ללא נוכחות אמונות אילו אינן באות לידי עובדה שניתן לעמתה. נוכחותה של מנחה אישה מאפשרת לגברים להבין טוב יותר את השלכות התנהגותם על בת זוגם ועל נשים בכלל, נותנת להם ההזדמנות לעסוק בתקשורת שווה עם אישה ולקבל על כך חיזוקים ועידוד לנהוג כך גם עם בת זוגם (McGuire, 2002).

יחד עם משתנים תוך קבוצתיים חשוב להכיר בהשפעת מרכיבים חברתיים. במחקר השוואתי נרחב בין ארבע תכניות קהילתיות לטיפול ומניעת אלימות במשפחה בארצות-הברית החוקרים התמקדו בתקיפה חוזרת כמדד לתוצאות תכנית ההתערבות נמצא ששילוב בין התערבות קוגניטיבית-התנהגותית ברמה פרטנית-קבוצתית, ותגובה קהילתית מתואמת ומשולבת, כמו שיתוף פעולה בין בתי-המשפט ושירותי המבחן עם אנשי המקצוע המטפלים בגברים באמצעות מעקבים תקופתיים מכוח החוק, יש את ההשפעה הרבה ביותר על הצלחת הטיפול (Gondolf, 2002).

טיפול פרטני – באמצע שנות ה-70 פורסמו דיווחים מועטים על טיפולים פרטניים לגברים, שהיום יכולים להיות מזהים כגברים אלימים (e.g. Bass, 1973; Foy, Eisler & Pinkston, 1975). דיווחים אלה משקפים התערבויות קוגניטיביות-התנהגויות מוקדמות, שמטרתן הייתה להפסיק את ההתנהגות האלימה, תוך קידום כישורי תקשורת אלטרנטיביים (Eisikovits & Edleson, 1989). מאז פרסום מחקרים אלה, נכתב מעט על טיפול פרטני כהתערבות עיקרית לגברים אלימים (Edleson & Tolman, 1992; Hamby, 1998). אין ספק שהטיפול הפרטני נמצא בצל הטיפול הקבוצתי. עם זאת, רוב תוכניות ההתערבות לגברים אלימים מאפשרות טיפול פרטני במקביל לטיפול הקבוצתי (Gondolf, 1998). תוכן השיחות האישיות מתמקד ברוב המקרים באותם החומרים המוצגים בטיפול הקבוצתי, אך הטיפול הפרטני מאפשר יותר תשומת לב אישית, מזו המתאפשרת ליחיד בקבוצה (Edleson & Tolman, 1992). במקרים אחרים, יוצא הטיפול הפרטני מנקודת הנחה, כי האלימות נובעת מהפרעת אישיות או מתוך חווית טראומה מוקדמת, המהווים פרה-דיספוזיציה להתנהגות אלימה. על פי הנחה זו, הדרך היחידה להפסיק את האלימות, היא לזהות את שורש הבעיה ואת המניע הלא-מודע לאגרסיביות ולטפל בהם. כל דרך אחרת תביא רק להדחקה זמנית (Hanson, 2002). החיסרון העיקרי בטיפול הפרטני הוא המחסור בסביבה החברתית שבקבוצה, מגוון של תמיכה חברתית, מודל ופידבק לשינוי, ועימות בין חברי הקבוצה אשר לרוב נעדר בטיפול פרטני. חשוב גם לציין שקל יותר לגבר לשמר את הכחשת האחריות לתוצאות האלימות, כאשר המטפל הוא היחיד שמתעמת עמו, מאשר בקבוצה של גברים הנמצאים במצב דומה, הרואים בו אחראי להצהרותיו (Edleson & Tolman, 1992).

טיפול זוגי – תוכניות לטיפול זוגי הוצעו גם הן כאלטרנטיבה לטיפול בגברים אלימים (Gelles & Weidman, 1986; Maynard, 1987; Geffner & Mantooth, 2000). מספר מודלים מכוונים לקבוצות של זוגות (Neidig, 1986; Deschner & McNeil, 1986), ובאים כהשלמה לטיפולים נפרדים קודמים, פרטניים או קבוצתיים (גברים לחוד ונשים לחוד), אחרים מתארים טיפולים זוגיים (Margolin, 1979; Taylor, 1984). תיאורית המערכות המשפחתית ותיאורית הלמידה החברתית הן המסגרות המרכזיות לטיפולים הזוגיים. בדגמי התערבות אלה נתפסת האלימות כתהליך מעגלי וכתוצאה של חסר במיומנויות תקשורת והיעדר בקרת כעס (Eisikovits & Edleson, 1989).

יתרון יחסי של הטיפול הזוגי הוא בכך, שיתכן כי עדיף ללמוד ולתרגל טכניקות וכישורים למניעת אלימות, תחת פיקוח ועם בת הזוג. טיפול זוגי גם מידע מיד את בת הזוג מה בן זוגה לומד, או אינו לומד, בעוד גברים בקבוצות קונבנציונאליות יכולים להטעות את בנות זוגם בנוגע למה שנלמד ומה שנדרש מחברי הקבוצה (גולדבלט ושמאי, 1994; Gondolf, 2002). עם זאת, קיימות מספר התנגדויות אתיות ופרקטיות לגישה זו. מנקודת המבט האתית, עלול להיות לא הולם ואף מסוכן לטפל בנשים נפגעות אלימות יחד עם הגברים האלימים כלפיהן. נשים נפגעות אלימות לא תרצנה להתעמת עם בני זוגם או להיות איתם בטיפול מפחד מפני פעולת תגמול. לגברים עם היסטוריה של אלימות סבירות גבוהה לתקיפת בת זוגם, אם זו תעלה נושאים רגישים או אם לא תסכים עמם במהלך טיפול. השתתפות בטיפול זוגי עלול להביא נשים נפגעות אלימות לקחת עליהן את האשמה לאלימות, ובכך לסייע בהכחשה ובהשלכת האשמה של בני זוגם (Edleson & Tolman, 1992; Gondolf, 1998; Gondolf, 2002). שתי בעיות נוספות, הנוגעות למבנה הטיפול הזוגי, עולות בטיפול באלימות בין בני הזוג. ראשית, רוב המטפלים הזוגיים לומדים כי עליהם להישאר ניטראליים, בנוגע למחלוקות שמעלים בפניהם בני הזוג שבטיפולם, על מנת ליצור ברית טיפולית עם שני בני הזוג. ניטראליות זו עלולה להעביר מסר של אחריות שווה הן של הגבר והן של האישה לאלימות, והיא אינה יכולה להיות אופציה כאשר המשך האלימות הוא תוצאה אפשרית בטיפול. שנית, בבסיס הטיפול הזוגי עומדת ההשקפה כי על המטפל לעבוד עם בן הזוג הפתוח ביותר לשינוי. כתוצאה מכך עלול להיווצר מצב בו המטפל יעבוד באינטנסיביות רבה יותר עם האישה, המשתוקקת לשינוי, מאשר עם הגבר, שאינו מעוניין בשינוי (Edleson & Tolman, 1992). קשה מאד לשכנע נשים נפגעות אלימות להשתתף מרצון בטיפול זוגי. מחקרים מצאו שזוגות מעטים מאד מגיעים לטיפול זוגי, וגם אלה המגיעים שורדים בו רק מספר פגישות (Gondolf, 1998; Gondolf, 2002).

לאור הבעייתיות העולה בנוגע לטיפול הזוגי, נכון להתחיל טיפול זה אם וכאשר הגבר האלים השתתף כבר, במשך תקופה של מספר חודשים לפחות, בקבוצת טיפול לגברים אלימים, הפסיק את התנהגותו האלימה ושינה את דעותיו ואמונותיו, וכאשר בת הזוג אינה מאשימה עצמה באלימותו של בן זוגה, ומרגישה כי יש ביכולתה לדאוג לביטחונה ולביטחון ילדיה במקרה הצורך, וכאשר שני בני הזוג מעוניינים לשקם את מערכת היחסים שלהם (גולדבלט ושמאי, 1994; Edleson & Tolman, 1992).

## הליך המחקר

### האוכלוסייה

**הדיירים:** במהלך כשלושת השנים לפעילותו קלט ההוסטל 41 גברים (מתוך 72 גברים בם אמור היה ההוסטל לטפל על פי התוכנית המקורית). 6 גברים נשרו מרצונם, במהלך השנות בהוסטל, ועוד 9 גברים הונשרו ע"י ההוסטל עקב הפרת תנאי ההוסטל. עד לסיום תהליך איסוף הנתונים (מרץ 2008) סיימו 16 גברים את הטיפול ו-10 גברים נמצאים עדיין בטיפול בהוסטל.

**הצוות:** הצוות הפנימי בהוסטל כולל את המנהלת, ארבעה מדריכים, ו-3 עובדים סוציאליים. הצוות החיצוני כלל מדריכה מקצועית למנהלת (רק בתקופת הניהול הראשונה שאז הייתה זו מנהלת בית נועם), מטפלת בתנועה, מטפלת משפחתית, ויועץ ארגוני (שניתן כתרומת קרן מנדל לליווי המנהלת הראשונה). במשך הזמן, המטפלת הזוגית והמשפחתית הוחלפה, הדרכות חיצוניות והייעוץ הארגוני פסקו.

### איסוף הנתונים

הנתונים נאספו החל מתחילת פעילותו של ההוסטל ועד מרץ 2008.

### כלי המדידה – שאלונים וראיונות

**שאלוני התחלה:** על פי רוב, כל גבר שנקלט בהוסטל מילא "שאלון התחלה". (למעט שני גברים שנעלמו מיד לאחר שנקלטו בהוסטל ועל כן לא מילאו שאלוני כניסה). סה"כ 39 שאלוני כניסה. **שאלוני סיום:** גברים – 15 הגברים מתוך 16 שסיימו את התוכנית מלאו שאלון. בנות זוג – 10 בנות זוג מילאו שאלוני "סיום טיפול" (מתוכם מולא אחד באופן חלקי בשל סירוב בן הזוג). **שאלוני צוות:** מערך המחקר כולל שאלונים לצוות. 4 אנשי צוות אמורים למלא שאלון בנושא כל מטופל שעוזב (מנהלת, מטפל אישי ושני מדריכים). בפועל, מולאו 76 שאלונים לגבי 16 מטופלים שסיימו טיפול.

**ראיונות מסיימים:** התקיימו 16 ראיונות סיום עם הגברים. ראיונות אלו התקיימו עד כחודש לאחר סיום הטיפול בהוסטל. וכן נערכו 11 ראיונות מעקב לאחר חצי שנה מסיום השנות בהוסטל (היה מועמד נוסף לראיונות מעקב שסרב להתראיין) נערכו 6 ראיונות עם בוגרים לאחר שנה מסיום השנות בהוסטל (היה מועמד אחד שסרב להתראיין).

**ראיונות נושרים:** ראיונות טלפונים התקיימו עם ששת הנושרים. לגבי הגברים שהונשרו, לא ניתן היה לקיים עימם ראיונות מאחר והם הוחזרו לכלא להמשך ריצוי המאסר. נוסף על כך התקבלה התייחסות מצד הצוות לגבי הנשירה של כל אחד מהם, בראיון טלפוני או פרונטלי. לגבי נושרים שהונשרו עקב הפרת תנאי ההוסטל, התקבלה התייחסות מצד הצוות ובפרט מהמנהלת, לגבי הסיבה להפסקת הטיפול בהם. כל הגברים שהונשרו, חזרו לרצות מאסר בכלא.

**ראיונות עם בנות הזוג:** סה"כ התקיימו 11 ראיונות עם בנות זוג. אחד עם בת זוג מיד לאחר סיום השנות בהוסטל. 6 ראיונות לאחר חצי שנה מתום השנות בהוסטל ו-4 ראיונות לאחר שנה מתום

השהות בהוסטל.

**ראיונות/שיחות עם גורמים נוספים:** נוסף על מקורות המידע שצוינו לעיל, רואיינו נציגי הגורמים הבאים הקשורים בהוסטל: הרשות לשיקום האסיר; המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים ונערכה שיחת הכרות עם היועץ הארגוני. וכן נציגים של צוות המחקר השתתפו באופן סדיר בישיבות של ועדת ההיגוי והועדה המקצועית. צוות המחקר ערך ישיבות ממוקדות עם צוות העובדים וכן ראיונות עם מנהלות ההוסטל ורואיינו המטפלת הזוגית והמשפחתית בדבר הטיפולים שנעשו עם הזוגות.



## תוצאות המחקר

בפרק זה יוצג בתחילה הפרופיל של הדיירים בהוסטל וכן הפרופיל של בנות זוגם. פרופיל הדיירים ובנות זוגם יכלול: מאפיינים דמוגרפים, הערכת איכות הנישואין, אלימות ההורים במשפחת המוצא והסיבות להגעה להוסטל. בהמשך יוצגו תוצאות הטיפול כפי שדווחו על ידי הגברים, בנות זוגם והצוות המטפל. הדיווח יכלול נתונים שנאספו במתודה כמותנית ואיכותנית. לבסוף, יוצגו הערכות חברי הצוות על תפקוד ההוסטל ותהליך גיבוש הפרויקט.

### פרופיל הדיירים בהוסטל

החל מתאריך ה-6 בנובמבר 2005 ועד סוף אפריל 2008 הגיעו להוסטל 41 גברים. מתוכם 16 גברים סיימו את תקופת המגורים בהוסטל, ו-15 גברים נשרו. בתיאור הגברים תהיה התייחסות לשתי קבוצות, האחת זו שסיימה את המגורים בהוסטל והשנייה קבוצת הנושרים. ניתן היה להניח כי מתוך השוואת המסיימים עם שאר הגברים ניתן יהיה למצוא אולי מאפיינים ייחודיים של המסיימים המבדילים בינם לבין הנושרים, ועשויים לכוון בהמשך את החלטות הקבלה, או אופני הטיפול. אולם, כפי שנראה בהמשך, לא נמצאו כל הבדלים מהותיים או מובהקים בין המסיימים לנושרים, לכן יש לחפש את הסיבות לנשירה ולסיום מוצלח בהקשרים אחרים ולא במאפייני הרקע או המאפיינים המשפחתיים של הגברים.

### מאפיינים דמוגרפים של הגברים בהגיעם להוסטל ובסיומו

מרבית הגברים המגיעים להוסטל הם בטווח הגילים שבין 30-50 (ממוצע: 40.3, ס"ת 9.2) רובם המכריע יהודים (75.6%) ילידי הארץ (63.4%), ברמת השכלה נמוכה (ממוצע שנות לימוד: 10.6, ס"ת: 2.4). רק כרבע היו נשואים (10%), והשאר רווקים (5%), גרושים (21%), או פרודים (2). בממוצע היו להם כשלושה ילדים לכל אחד (ממוצע=2.47, ס"ת: 1.25). כרבע (11) מהם המשיכו להתגורר עם אותה בת זוג אשר בשל האלימות כלפיה הגיעו לכלא, ועוד כמחצית (22) לא חיו עם בת זוג בזמן היציאה מהכלא. רובם לא התקיימו מקצבאות, אלא לפני מאסרם עבדו כשכירים או עצמאיים.

בחינה משפחתית, לא ניכר הבדל משמעותי בין המסיימים לבין כלל המגיעים להוסטל. מבין 16 המסיימים מחציתם היו גרושים (8) וקצת פחות ממחציתם נשואים (6). מתוכם, כמחצית (7) מתעתדים לגור עם אותה בת זוג כלפיה היו אלימים בעבר, רבע (4) יגורו עם בת זוג אחרת, והיתר (5) לא מתעתדים לגור עם בת זוג בעתיד הקרוב (ראה טבלאות 1, 2, 3).

### איכות הנישואין בהגעה להוסטל ובסיומו

איכות הנישואין נבדקה באמצעות הנוסח המקוצר של "סולם לאיכות נישואין" (I-MQS) (לביא, 1995), המבוסס על הכלי האמריקאי ENRICH (Olson, Fournier & Druckman, 1982). בסך הכול, רמת איכות הנישואין כפי שהוערכה על ידי הגברים בכניסתם להוסטל הייתה ממוצעת (3.51) בממוצע, מתוך טווח אפשרי המגיע עד 7). בסיום הטיפול, ממוצע 16 הגברים המסיימים היה 2.67

(עם ס"ת: 3.78). היותו של הממוצע הזה נמוך יותר מאשר בעת הכניסה לטיפול, והשונוות כפי שמתבטאת בסטיית התקן כה גבוהה, מעידה כנראה על כך שכמה מן הגברים המסיימים למדו להעריך בצורה אובייקטיבית יותר את חיי הנישואין שלהם (ראה טבלאות 4, 5, 6).

#### אלימות בין ההורים במשפחה המוצא

בסך הכול, הגברים אינם מדווחים על אלימות רבה במשפחת המוצא. קצת יותר ממחציתם (26) מדווחים על אלימות מילולית בין ההורים שהתרחשה לפעמים, לעיתים קרובות או לעיתים קרובות מאד, השאר דיווחו כי התרחשה לעיתים רחוקות מאד (7) או כלל לא (6). באופן דומה, יותר ממחציתם דיווחו כי לא התקיימה אלימות פיזית כלל בין ההורים (17) או כי התרחשה לעיתים רחוקות (6), רק רבע דיווחו כי התרחשה אלימות פיזית בין ההורים לעיתים קרובות או קרובות מאד. בכל הנוגע לאלימות מינית, רק 2 דיווחו על קיומה בין הוריהם. בהשוואה לקבוצת המסיימים, לא נמצא הבדל משמעותי בין המסיימים לבין שאר הגברים בכל הקשור אלימות במשפחת המוצא (ראה טבלאות 7, 8, 9).

#### סיבות מוצהרות להגעה להוסטל

מבין הגברים שהתחילו טיפול בהוסטל, רובם (30) דיווחו כי ההגעה להוסטל היא מתוך רצון עצמאי. עם זאת, רובם מציינים גורמים נוספים להגעה להוסטל, ואינם חווים זאת כסתירה לרצונם העצמאי. כך, 5 מהגברים מדווחים כי חוו לחץ מבת הזוג להגיע להוסטל. יחד עם זאת, כשלושה רבעים מן הגברים (31) מתוך 36 הגברים שענו על השאלה דיווחו כי קבלו יעוץ בכלא להמשיך טיפול. מעט יותר מרבע (13) מהם מדווחים כי ניכוי שליש הווה סיבה להגעתם להוסטל, בעוד שכמחציתם (21) מדווחים כי ניכוי שליש היא אינה סיבה להגעה להוסטל. מתוך נתונים אלו חשוב לבדוק בעתיד מה היה מקומו של הייעוץ בכלא לפנייה להוסטל. אם לייעוץ זה הייתה משמעות בקבלת ההחלטה לפנות להוסטל אולי ניתן יהיה להשתמש באמצעי זה בגיוס דיירים בעתיד. בהשוואה לגברים הנושרים, לא נמצא הבדל משמעותי או מובהק סטטיסטית בין קבוצת המסיימים לבין הנושרים באף אחד מן הפרמטרים שנמדדו. עם זאת, יש לקחת בחשבון את המדגמים הקטנים, ולנסות לבצע השוואות נוספות בשנים הקרובות, כאשר יהיו מספר גבוה יותר של מסיימים ונושרים, יתכן ואז ניתן יהיה להצביע על דפוסי הבדל (ראה טבלאות 10, 11, 12).

#### מאפייני בנות הזוג של הגברים שסיימו טיפול

במקביל לאיסוף הנתונים מהגברים, נעשה ניסיון ליצור קשר ולקבל נתונים מבנות זוגם בשלב בו החלו בתהליך הטיפול הזוגי. כפי שצוין לעיל, רק כמחציתם של הגברים היו בקשר זוגי עם בת הזוג שלפני הכליאה. מטבע הדברים, בנות זוג שלא היו בקשר עם הגבר המכה לא ששו לשתף פעולה במחקר שחשו כי אינו נוגע להן. כך, מתוך 16 הגברים המסיימים, רק שמונה מבנות זוגם מלאו שאלונים בהתחלת הטיפול הזוגי/משפחתי. כשמתוכן אחת מלאה רק חלק מהשאלון.

#### מאפיינים דמוגרפים של בנות הזוג

מרבית הנשים הצהירו שהן נשואות לגבר (5) ורק שלש מהן היו גרושות. טווח הגילאים שלהן נע בין 21-44 שנים. שש מהן נולדו בישראל, ו-2 נולדו במדינות חבר העמים. שלש היו יהודיות, שלש מוסלמיות, אחת נוצרייה, ואחת בת דת אחרת. הן היו משכילות יותר מן הגברים (שנות לימוד נעו

בין 11 ל-16). ארבע מהן עובדות במשרה מלאה, אחת במשרה חלקית, ושתיים מובטלות. כל העובדות שכירות. שלש מהן התקיימו על קצבאות שונות. שבע מבנות הזוג מדווחות הן כי מתכוונות לחזור לחיים משותפים עם בן הזוג לאחר סיום השהות בהוסטל. אף שאין להסיק מסקנות סטטיסטיות ממספר כה נמוך של מקרים – יתכן כי אחד הגורמים המשמעותיים בסיום טיפול ואי נשירה מההוסטל של הגברים, הוא מידת הסיכוי לחזור לקשר זוגי וחיים משותפים עם בת הזוג.

#### איכות הנישואין

כמו הגברים, גם הנשים התבקשו למלא את שאלון איכות חיי הנישואין. אולם, מתוך שמונה בנות הזוג שמילאו שאלונים, רק שבע מלאו שאלון זה. הציון ממוצע בשאלון איכות הנישואין של בנות הזוג עמד על 3.64, (ס"ת: 0.50) הטווח נע בין 2.88-4.30. כאשר משווים את הציון הכללי של איכות הנישואין בקרב בנות הזוג לזה של בני זוגם בעת כניסתם לטיפול (3.59) או בעת סיום הטיפול (3.48), הוא קרוב ואין כל הבדל מובהק. העדר הבדל זה מעיד על סבירותה של קרבה ומעלה את תוקף המדד בהערכת איכות הנישואין של הגברים והנשים. בהתחשב בכך שהמדד נמצא במרכז הסקאלה ולא בחלקה הגבוה, מעיד הדבר על תפישת קשר סבירה, ולא אופטימית מדי.

#### **הערכת הטיפול בהוסטל**

הערכת הטיפול נעשתה על ידי שלושה גורמים: הגברים המסיימים, הצוות המטפל ועל ידי חלק מבנות הזוג. כפי שנאמר בפרק המתאר את הליך המחקר ההערכה נעשתה בשתי מתודות כמותנית (באמצעות שאלונים ואיכותנית (באמצעות ראיון עומק שנערך עם הגברים עד חודש מיום סיום המגורים בהוסטל). בעוד שבתהליך ההערכה שנעשה על ידי המטפלים וחלק מבנות הזוג, המיקוד היה רק על הערכת התוצאות (היה או לא היה שינוי בהתנהגות הגבר), בתהליך הערכה שנעשה עם הגברים התמקדנו בשני נושאים עיקריים: האחד התייחס לתוצאות הטיפול והשני לאלמנטים שונים בתהליך שנתפסו על ידי הגברים כמשמעותיים ביצירת השינוי. נציג בתחילה את הערכת הטיפול כפי שנעשתה על ידי הגברים המסיימים.

#### הערכת הטיפול בהוסטל על ידי הגברים המסיימים

יצוין כי חלק מהשאלונים מולאו באופן חלקי בלבד. בתקופה הראשונה השאלונים מולאו בנוכחות עובד או מנהלת ההוסטל דבר שיכול לעורר שאלות לגבי השפעת הרציה חברתית. בעייתיות זו נפתרה לקראת אמצע השנה השנייה לעשיית המחקר ומאז מולאו רוב השאלונים בנוכחות מתאמת המחקר ללא נוכחות איש מצוות ההוסטל.

בפרק זה תהיה התייחסות לתוצאות הטיפול (ברמה האישית והזוגית) ובהמשך לגורמים שיצרו שינוי זה. רוב הניתוחים בפרק זה מתבססים על שאלונים שנבנו במיוחד לצורך מחקר זה פרט לבדיקת איכות הנישואין שנעשתה באמצעות מכשיר קיים (Enrich). השאלונים נבנו על פי סולם ליקרט 5<sup>1</sup>. בהמשך הפרק נביא את הערכת הגברים באמצעות ראיונות העומק.

תוצאות הטיפול – נבדקו השינויים שהתרחשו בעקבות הטיפול הן ברמה האישית והן ברמה הזוגית. בהתייחסות לתוצאות ברמה האישית נשאלו שבעה שאלות. השאלות מתייחסות לדברים אותם גילו

הגברים על עצמם תוך השהות בהוסטל. מתוך דיווחי הגברים ניתן לראות כי הגברים מצהירים כי למדו להתנהג בצורה לא אלימה (4.5 מתוך 5, ס. ת. 1.16), לשלוט בכעסים (1.15, ס. ת. 4.12), להיות יותר בטוחים בעצמם (0.63, ס. ת. 4.81). הגברים ציינו שבעקבות הטיפולים השונים בהוסטל הכירו ברגשות שלא היו מוכרים להם בעבר (0.58, ס. ת. 4.75), כולל הכרה בחלקים חלשים (4.75) (ראה טבלה 13).

הערכת תוצאות הטיפול ברמה הזוגית מתמקדת בדברים שהגבר למד על התנהגותו ורגשותיו בתוך המערכת הזוגית ועל חלוקת התפקידים בבית. יש לציין שמתוך ששה עשר הגברים שסיימו טיפול שניים לא ענו על רוב השאלות. מתוך דיווחי הגברים ניתן לראות כי הגברים מצהירים כי למדו דרכים אחרות בהתייחסות לבת הזוג. הם מציינים שלמדו להסתכל בצורה שונה על מערכת היחסים הזוגית (4.93 מתוך סולם של 5 ס.ת. 0.25), הם ערים לצורך בתקשורת, תמיכה ושיתוף פעולה. הגברים מדווחים שלמדו להסתכל בצורה שונה הן על תפקיד הגבר בבית (4.67 ס.ת. 1.05) על תפקיד האישה בבית (4.44 ס.ת. 1.36) ההסתכלות השונה על התפקידים בבית מאופיינת בתפישה יותר שוויונית של הזוגיות. יש מעבר מראית עולם שבה האישה היא זו האחראית על עבודות הבית והטיפול בילדים אל ראייה שבה יש לתת כבוד לאישה ולצרכיה (מנוחה) ולהשתתף איתה במטלות. ממצאים אלו מעידים על שינוי בתפישות המגדריות הנוטות לאפיין גברים אלימים. שלוש שאלות התייחסו לתלות של הגברים בבנות זוגם, דבר שמהווה לא פעם בסיס לדימוי עצמי נמוך שמוביל להתנהגות אלימה על מנת לאזן את המעמד מול האישה. הגברים מציינים על תלות נמוכה בבת זוגם דבר שהחל עוד בתקופת השהייה בכלא (בשאלה כשיצאתי מהכלא והייתי בהוסטל הרגשתי שאני לא כל כך תלוי באשתי כמו שחשבתי קודם הייתה התוצאה 3.78 ס.ת. 1.62, ובשאלה בהוסטל גיליתי שאני בעצם די תלוי בבת זוגי הייתה התוצאה 2.8 ס.ת. 1.70, וגם אצל הגברים שגילו עובדה זו בכלא נראה שהדבר לא גרם לחוסר נוחות מרובה, 2.52 ס.ת. 1.60). ייתכן שהנכונות לגעת בנושא זה הייתה עדיין מוקדמת לגברים (ראה טבלה 14).

במקביל להערכת הדברים שנלמדו בהוסטל לגבי זוגיות ניתן לגברים לחזור ולמלא כלי הבודק איכות חיי נישואין (Enrich). מדידת איכות הנישואין נעשתה כחלק מהשאלון הראשוני שניתן לגברים עם בואם להוסטל. בעת סיום הטיפול הציון הממוצע של איכות הנישואין ( $n=11$ ) עמד על 3.50, עם סטיית תקן של 0.65, כשטווח איכות הנישואין נע בין 3-4. ניתן לראות כי הציון הכללי של איכות הנישואין ירד מעט בסיום ששת החודשים בהוסטל. אולם, בבדיקת  $t$  להבדלי ממוצעים למדגמים מזווגים, וכן בבדיקת וילקוקסון, המותאמת למדגמים קטנים, לא נמצא כל הבדל מובהק בציון הממוצע בין הכניסה ליציאה מההוסטל. תמונה כי לא היה שום שינוי בציון זה, שהרי ההוסטל אמור לטפל במערכת המשפחתית. טיפול זה יכול לגרום לשני כיוונים בדיווח על איכות הנישואין האחד, להעלות את הציון של איכות הנישואין כתוצאה משיפור במערכת הזוגית והמשפחתית, השני, להוריד את הציון כתוצאה מהעלאת המודעות לקשיים במערכת הזוגית והמשפחתית. כפי שדווח בשאלות שחוברו לצורך מחקר זה הגברים מצביעים על שינויים משמעותיים שעשו או למדו על מערכת הנישואין. חוסר השינוי המשמעותי בציון איכות הנישואין יכול להצביע על הצורך בעבודה זוגית מתמשכת יותר. הטיפול הזוגי/משפחתי מתחיל בשלב מאוחר מאוד ולכן לא ניתן לצפות לשינוי משמעותי בתפיסת איכות הנישואין (ראה טבלה 15).

הגורמים לשינוי – בבדיקת הגורמים לשינוי תהיה התייחסות למסגרת ההוסטל, באופן כללי, תוך השוואתה למסגרת בכלא ולעצם הניתוק מהבית. בהמשך תהיה התייחסות למתודות הטיפוליות השונות (טיפול פרטני, קבוצתי, סוגי קבוצות וכו') ולהשפעתם על השינוי.

על פי דיווחי הגברים ניתן לראות התייחסות מורכבת להשפעת ההוסטל. מחד גיסא, הגברים טוענים כי שהשהות בהוסטל, על כל המשתמע מכך, היא שגרמה להם להפסיק את התנהגות האלימה (4.37 מתוך סולם של 5, ס.ת. 0.81). אך מאידך גיסא, בשאלות הביקורת הגברים מתייחסים לפחד לחזור לכלא (3.87, ס.ת. 1.80) ולניתוק מהבית (4.12, ס.ת. 1.59) כבעלי השפעה רבה על השינוי שעברו. סביר להניח שבתהליך השינוי כל המרכיבים הנ"ל יוצרים את השינוי. הגברים מציינים גם שללא ניתוק מהבית לא היו עושים את השינוי. יחד עם זאת, הכלא כשלעצמו גם לא היה גורם לשינוי. חלק מהגברים רואים בכלא כעין גורם מתווך שהביא אותם להכרה בצורך בטיפול שבעקבותיו התרחש השינוי. החשש שבת הזוג תעזוב לא הווה גורם משמעותי על השינוי. תוצאה זו לא נמצאת בהלימה עם מחקרים שנעשו לגבי גברים אלימים ומצאו שחרדת הנטישה של גורמים משמעותיים כמו האישה, מהווים בסיס להתנהגות האלימה. ייתכן שהניתוק מבת הזוג בעקבות המאסר גרם לגברים להתמודד עם חרדת הנטישה ובכך להפחית את עוצמתה (ראה טבלה 16).

בהמשך ההתייחסות לגורמים היוצרים את השינוי נתבקשו הגברים להעריך את המתודות הטיפוליות השונות והשפעתן על יצירת השינוי. על פי דיווחי הגברים ניתן לראות כי באופן כללי הם מייחסים הן לטיפול הפרטני (4.81 מתוך 5 ס.ת. 0.40) והן לטיפול הקבוצתי (4.75 ס.ת. 0.45) שניתנו בהוסטל השפעה רבה ושווה על השינוי שעברו. הדיווח מצביע על כך שקבוצת הנושא שמעבירה המנהלת נתפסת כמשפיעה ביותר על השינוי שעברו (4.88 ס.ת. 0.34).

הקבוצה הפתוחה נחוותה כבעלת השפעה נמוכה יותר. ייתכן שהקבוצה הפתוחה מעוררת חרדות מאחר ואיננה יוצרת גבולות ומאפשרת להעלות אסוציאציות וחומרים רגשיים לא מעובדים. סביר להניח שדבר זה משקף אפיונים מגדריים של גברים שנוטים להתייחס באופן קונקרטי ומשימתי לדברים, כפי שמועלים בקבוצת הנושא. אך יתכן שדווקא צורה זו של טיפול עשויה לגעת במקומות כואבים שבהם יעשה שינוי לעומק. קבוצת המדריך וקבוצת התנועה נחוותה כבעלת השפעה נמוכה ביותר על השינוי. יש להתייחס בזהירות להערכת הגברים את הקבוצות השונות בגלל מספר סיבות. האחת, במשך שלוש שנות פעילות ההוסטל השתנו מנחי הקבוצות ויתכן שאישיותו של מנחה הקבוצה ולא דווקא המטרה של הקבוצה והתוכן שעלה בה הם אלה שהשפיעו על הערכת הגברים את חשיבותה. וכן חלק מהקבוצות שונו תוך כדי פעילות ההוסטל (ראה בפרק המתאר את ההוסטל) (ראה טבלה 17).

בבדיקה של הגורמים המשפיעים על שינוי נשאלו הגברים לגבי המטלות של עבודות הבית (ניקיונות, קניות ובישול). מתוך דיווחי הגברים ניתן לראות כי לעשיית עבודות הבית הייתה השפעה בינונית (3.75 מתוך 5, סטיית תקן 1.73, טווח 1-5) על השינוי שעברו בהוסטל.

נבדקו שני גורמים נוספים כמשפיעים על השינוי. האחד ממוקד והוא הערכת האמצע והערכת סיום הטיפול הנעשית על ידי כל צוות ההוסטל יחד עם הדייר, והשני מתייחס ל"משתנים בלתי ספציפיים" כמו תמיכה ואכפתיות של הצוות ושאר הדיירים.

על פי דיווחי הגברים ניתן לראות כי הם תופסים הן את הערכת האמצע והן את הערכת הסיום כבעלות תרומה נמוכה ביותר למודעות לגבי מצבם (1.79 מתוך 5 ס.ת. 1.31 לגבי הערכת האמצע ו-1.43 ס.ת. 1.31 לגבי הערכת הסיום). הם מדווחים על העדר תחושה של אכפתיות ותמיכה מצד הצוות. מאידך, הם גם לא מדווחים על תחושת ביקורת מצד הצוות. יחד עם זאת הגברים לא מציינים שינויים שהיו רוצים לעשות בהערכות האמצע והסיום. יש ניגוד משמעותי לתוצאות אלה בהשוואה לחומר שעלה בראיונות, שם הערכת האמצע נתפסה כאירוע משמעותי ומכונן לשינוי. הערכת הסיום לא הועלתה על ידי הגברים כמשמעותית גם בראיונות העומק. גם בראיונות העומק לא ציינו הגברים את הערכת הסיום (ראה טבלאות 18-19).

על פי דיווחי הגברים ניתן לראות כי ההוסטל מהווה עבורם מקום בו הם מרגישים שאכפת לאחרים, הן לצוות והן לדיירים האחרים, מכל הקורה להם. הגברים גם מציינים שאווירת התמיכה והאכפתיות מצד כל הגורמים בהוסטל מהווים גורמים משמעותיים לשינוי שעברו. דבר זה מאושש מחקרי הערכה רבים. אכפתיות ותמיכה נמצאו כגורמים משמעותיים ביצירת שינוי בכל טיפול פסיכוסוציאלי (ראה טבלה 20).

#### הערכת הטיפול בהוסטל על ידי הגברים המסיימים באמצעות הראיונות הפתוחים

בתהליך הערכה נערכו 33 ראיונות עומק עם גברים אשר סיימו את הטיפול בהוסטל. מתוכם, 15 ראיונות נערכו עם סיום השהייה בהוסטל. 11 ראיונות נערכו לאחר חצי שנה מתום סיום השהייה בהוסטל ו-6 ראיונות לאחר שנה מתום השהייה בהוסטל.

מתוך הראיונות שנערכו עם הגברים שסיימו את הטיפול בהוסטל ניתן להתמקד בשני נושאים מרכזיים: (1) מניעי הגברים ודרך הגעתם להוסטל; (2) תוצאות הטיפול בהוסטל. בנייתו ובהערכת הנושאים השונים נשתמש בציטוטים מתוך הראיונות.

למה ואיך הגיעו הגברים להוסטל? – המניע הראשוני המצוין על ידי רוב הגברים שרואיינו להגעה להוסטל הוא העברת ה"שליש" של תקופת המאסר במקום פתוח ומגביל פחות מאשר הכלא. יחד עם זאת רוב המרואיינים הדגישו שהניסיון להקל את העונש שקבלו אינו המניע הבלעדי, אלא מצטרף לכך רצון להפיק ערך נוסף עבורם מהתקופה שנותרה לריצוי העונש.

"...לא היה לי רצון להישאר שם בכלא ולבזבז את הזמן שלי בלי לטפל בעצמי. לצאת... ר' נכנס ככה, ר' יוצא ככה. אותו דבר. רציתי לעשות שינוי, ברור".

בחלק מהמקרים ההליך הבירוקראטי של קבלת ה"שליש" התארך כך שלגבי חלק מהגברים בהגעתם להוסטל הזמן שהם לכאורה הרוויחו היה מועט. למרות זאת מרואיינים שונים תארו את החלטתם להמשיך בטיפול בהוסטל כבחירה. כפי שאומר המרואיין הבא:

"אני בכלל לא הגעתי להוסטל בגלל ה"שלישי" להיפך, אני עוד נתתי זמן מעצמי. אני רציתי לעבור טיפול רציני. אני ידעתי שאם אני לא עושה את זה... לא יודע איפה הייתי היום..."

לאור הראיונות ניתן להסיק שהעברת חלק מתקופת המאסר במסגרת פתוחה יותר, כמו ההוסטל מהווה נימוק מרכזי להגיע להוסטל. יחד עם זאת, הגברים מבטאים נכונות להישאר בהוסטל גם לאחר סיום קצבת זמן המאסר אם הם מרגישים שהם נתרמים מכך. לפיכך, לא ניתן לראות את ה"שלישי" כגורם היחידי והמכריע לנכונות להגיע להוסטל. אך זהו הדבר אשר מהווה גורם ראשוני לו השפעה ניכרת על ההסכמה הראשונית להגיע לטיפול בהוסטל.

רק מרואיין אחד ציין באופן ישיר ובלעדי שהסיבה שהגיע להוסטל הייתה האפשרות להקדים את השחרור ולהיות קרוב לבית:

"היות ובאיזשהו שלב נשבר לי מהם אז הכנסתי את העו"ד. העו"ד בא וטיפל בעניינים. ובאיזשהו שלב הם העלו שיש אפשרות ללכת להוסטל... קודם כל זה קרוב לי, אני ליד הבית, אז אני פה, להוסטל עם הרכב זה בדיוק רבע שעה... אני מסביר לך מה השיקולים שלי, מה השיקולים שלי שזה ליד הבית...אני יכול ללכת ברחוב ואני יכול להיתקל בהם, זה עשה לי שירות טוב".

בראיון תיאר הגבר שגם בטיפול בכלא הוא "שיחק" אותה, עשה מה שציפו ממנו בקבוצה אבל לא חש עצמו מחובר או התייחס ברצינות לנושאים ולתהליכים בקבוצה. מכלל הגברים המרואיינים הוא היחיד שתיאר את ההוסטל כאמצעי בלבד.

מרואיין אחד דיווח שהנימוק המרכזי לנכונותו להגיע להוסטל הייתה האפשרות לקבל טיפול זוגי ופרטני. חשוב לציין שמרואיין זה ישב שנים רבות בכלא (12 שנה) ועבר בכלא טיפול אינטנסיבי לגמילה מאלכוהול ומאלימות והוא חש, שהוא ברמת מודעות גבוהה לגבי מצבו וחושש ממעידה אשר תגרום לחזרתו לכלא.

רוב הגברים שסיימו את השהייה בכלא ואשר הגיעו להוסטל "מפתחות", מתארים התנסויות טיפוליות קודמות שנחו כחיוביים וככך השפיעו על המוטיבציה שלהם הגיע להוסטל:

"...את התחלת הספיגה ספגתי מודעות מאד גדולה, בכלא חרמון"  
"...בבית סוהר מעשיהו הגעתי לשיקום. שיקום קבוצתי, שיקום פרטני, הוכחתי את עצמי. האמינו בי, סמכו עליי, וככה בעצם גם הייתי עובד בחוץ תקופה של שנתיים... עברתי טיפול אינטנסיבי, בקטע של הסמים, ודרך המטפלת שלי הבנתי שיש לי המון חלקים לטפל בקשר לזוגיות ובקשר לאלימות שלי. כי לא יכול להיות שאם הייתי במגרש של העבריינים, לא היה את הקטע של האלימות. כשלא הייתי מתחבר לעצמי הייתי מרביץ, שובר, מכה".  
"עשיתי סדנת אלימות בכלא, עשיתי סדנת שליטה בכעסים. הכול את יודעת, בכלא. זה נוגע בכל מיני דברים ככה את יודעת, בכעסים".

כמעט כל הגברים בהוסטל השתתפו בכלא בקבוצות טיפוליות שהתייחסו לנושא האלימות, כמו: שליטה בכעסים, נושאים הקשורים למשפחה ולהורות או לתהליכי גמילה מאלכוהול וסמים. בהשוואה עושים חלק ניכר מהגברים בין הטיפול בכלא לבין הטיפול בהוסטל הם מציינים, שהטיפול

בהוסטל היה משמעותי יותר עבורם, אך היסוד החיובי עם נושא הטיפול הגיע עוד מתקופת השהות בכלא. בחלק מההשוואות מציינים המרואיינים שהמציאות של הכלא, שניתקה אותם ממשפחותיהם, לא אפשרה להם להתנסות באופן ממשי בדברים שהם למדו ביחס לשליטה בכעסים ותקשורת, מאחר ובקושי היה להם מפגש עם המשפחה. לעומת זאת, השהות בהוסטל, זימנה יותר אפשרויות להתנסות בדברים שעלו בקבוצות הטיפוליות ובמערכות הקשרים האינטימיים והמשמעותיים שלהם. כפי שהתייחס לכך מרואיין:

"אם לא הייתי בהוסטל, היום אולי הייתי במקום גרוע יותר. ההוסטל נתן לי מענה מציאותי. למדתי התמודדות עם החוץ, עם החיים מחוץ לכלא, עם חיי היומיום..."

בהתייחסות לדרך הגעת הגברים להוסטל עולה מהראיונות שהמנגנון המרכזי מורכב מעובדת סוציאלית בכלא, אשר המליצה על ההוסטל ומאנשי השירות לשיקום האסיר (רש"א). רק גבר אחד ציין ששמע על ההוסטל מחברים בכלא. נראה שהעמקת והרחבת הקשר בין עו"סים בבתי הכלא השונים ו/או אנשי רש"א משמעותי לגיוס דיירים נוספים להוסטל. חלק מהגברים מציינים שלאחר הפנייה של העו"ס בכלא ו/או איש רש"א הם התייעצו עם בני המשפחה וקיבלו תמיכה. כפי שתיאר הגבר הבא:

"ובסוף כאילו, היה לי שיחה עם ההורים, שיחה עם אשתי, והם שכנעו אותי כאילו ללכת..."

לאור זאת, יש מקום לבדוק באיזו מידה עבודה עם בני המשפחה עשויה להוות גורם הנעה נוסף בגיוס אסירים לטיפול בהוסטל. בדיקה זו גם יכולה להוות בסיס להערכת הנכונות של בני המשפחה לקבל טיפול משפחתי כחלק ממכלול הטיפול שמציע ההוסטל.

תוצאות הטיפול בהוסטל – מדברי הגברים ניתן לראות שהשינויים שהתרחשו בעקבות הטיפול בהוסטל היו בשלוש רמות: ברמה ההתנהגותית, התפיסתית והרגשית. ברמה ההתנהגותית, מציינים רוב הגברים את הלמידה לשלוט בכעסים ואת היכולת ליצור תקשורת טובה יותר עם הסובבים אותם. ברמה התפיסתית הם מציינים את יכולתם לזהות רגשות, לזהות התנהגויות הרסניות וחלקם מדברים על יכולת מוגברת לקחת אחריות על התנהגותם. ברמה הרגשית מדברים רוב הגברים על היכולת להכיל כעסים ופחדים.

באופן ספציפי יותר מדברים הגברים על ארבעה שינויים מרכזיים שהתרחשו בעקבות השהייה בהוסטל: א. העלאת רמת המודעות לגבי האלימות; ב. היכולת לזהות את הסיבות להתנהגות אלימה; ג. היכולת לשלוט בכעסים; ד. שינוי בתקשורת עם בני משפחה.

רמת המודעות לגבי האלימות – רוב הגברים מציינים שהיו מודעים לעצם היותם אלימים כבר עם הכניסה לכלא:

"הגעתי לכלא בגלל אלימות במשפחה, כלפי האישה. קיימתי איתה יחסים בכוח, אנסתי אותה ב... זה ה... האמת... בטח שהבנתי שזה אלימות, מה זה? אני הבנתי... מהרגע הראשון שזה... שזה אלימות. זה לא... גם כשעשיתי את האירוע אני הבנתי שזה אלימות אבל... אני לא הייתי בסדר... ידעתי שיש לי בעיה, ואני חייב לטפל בה ולא יעזור כלום."

"הרגשתי לא טוב עם כל האלימות שלי. אני חושב שאיבדתי ממש שליטה, לא ידעתי מה... מה קורה איתי, מה הולך איתי..."



רוב הגברים ציינו שהטיפול בהוסטל הגביר את רמת המודעות שלהם לגבי האלימות, כפי שמדגימות שתי הציטטות הבאות:

"ההוסטל עזר לי מאוד – בצורת החשיבה, בשינויים שעברתי, זה הכול מההוסטל. היום אני מבין נקודות שליליות שבי ואני בקטע של תיקון. אם לא היה לי את ההוסטל הייתי מבין פחות אבל הייתי מצליח להגיע לתיקון. גם הישיבה בכלא עושה את שלה. ההוסטל רק חיזק את זה".

"אם הילדה נודניקית, אז אני לא אכה אותה או משהו, גם אז אני לא הייתי... ולאשה... זה תלוי... בתפיסה שלי. וכן לאשה זה יותר פשוט... אני מעמיד אותה ישר במקום. כאילו: אם תעשי את זה עוד פעם, את תחטפי. וזהו, ולא יותר מזה. זה לא מתקרב למה שהייתי קודם בכלל. **קודם הייתי ישר מחטיף.** היום אני יותר שולט על הידיים שלי".

באופן כללי רוב הגברים מצביעים על כך שעצם המודעות על היותם אלימים הייתה קיימת עוד לפני הכניסה להוסטל, אך ההוסטל תרם באופן משמעותי להגברת המודעות לקיומה של ההתנהגות האלימה. מתוך דברים אלה ניתן להניח שההוסטל משמעותי במיוחד בעבור גברים בעלי מודעות מסוימת לגבי היותם אלימים וכאלה שהיו בטיפול בעבר, שהשאיר חוויה חיובית. בכל מקרה המודעות לגבי עצם היותם של הגברים אלימים לא נרכשה לראשונה בהוסטל אלא הועצמה שם.

היכולת לראות את הגורמים להתנהגות אלימה – הדבר המרכזי שצינו הגברים כנלמד בהוסטל הוא היכולת לראות מה מביא אותם להתנהגות אלימה. הגברים מציינים שלמדו בהוסטל להבין את התפתחות האלימות, כשהם מדגישים שהמודעות שלהם היא שאין "דחוס" (מונח שחלק מהמוראיינים חוזרים ומשתמשים בו) רגשות, מחשבות, אלא יש חשיבות למודעות העצמית וחשיבות לתקשר על תחושות אלו. כפי שמתאר את השינוי המרואיין הבא:

"תראי, בהתחלה יש את הקטע של קצת כעס, יש. אני לא הולך לספר לך שלא. יש כעס. יש כעס. יש גם דחיסה, אבל זה חולף. זה גם מה שהשינוי שהגעתי אליו. כי לפני כן לא היה לי את הדבר הזה. לפני כן הייתי כועס, הייתי דוחס, הייתי דוחס, דוחס, דוחס. עצבני כל הזמן. איך זה היה נפתר? בתמיד הייתי בכעסים ובדחיסות – זה לא היה נפתר. אבל היום זה אחרת, היום זה השינוי שלי. גם היום שאני מרגיש שאני פחות דוחס כעסים – כל יום אני כועס. אין יום כזה שאני לא כועס, תלוי על מה ולמה, ושזה באיזשהו גבול מסוים. אני צריך את הגבולות לשים לזה".

מרואיין נוסף מתאר כיצד הדחיסה התרחשה בעבר, תוך שהוא משווה למצבו לאחר שהות בהוסטל לאופן שבו הוא מדבר ישירות על רגשות ובודק את תפיסותיו עם בת זוגו:

"היו מצבים: למה איחרת? ואני כבר לפני השאלה שלי – למה איחרת? אני כבר בניתי לעצמי תסריט, ודחיתי דברים, והאלימות שלי עומדת בצד, מחכה לאיזה תגובה לא מקום כדי לתקוף. ואם היא הייתה עונה לי לא במקום, היא הייתה חוטפת סטירה או צעקות, חבל על הזמן. אבל היא סך הכול באמת הייתה הולכת לסופרמרקט ליד העבודה שלה, והיא הייתה קונה דברים שהיא הייתה צריכה להכין בבוקר לילדים בבית ספר... במקום להתחבר לזה, התחברתי לזה שהיא בוגדת בי. לא הייתי מסוגל להגיד לה: מה, את בוגדת בי? כי הרגש שלי לא נתן לי. אז זה היה דחיסה ודחיסה. הייתי דוחס את מה שהייתי חושב ומרגיש אמיתי כיוון שהייתי... כי הייתי מרגיש שכאילו היא בוגדת, הייתי הולך עם זה במקום לשאול אותה. אחרי

הקבוצות פה, אני זוכר חזרתי הבית אמרתי לה: 'וי, כל הזמן הלכתי עם תחושה שבגדת ביי'. היא דפקה לי, דפקה לי צחוק בפנים: 'מה, לא יכולת להגיד לי אז? איך הגעת למחשבה כזאת?'"

הציטוט מבטא את השינוי בסכמות של המרואייין. בעוד בעבר עיבוד המידע התבסס על הנחות מוטעות שעוררו רגשות של כעס, פגיעות וקנאה שאותם הוא דיכא בעוצמה רבה. בהווה הוא מודע לאופן המוטעה בו הוא תופס אירועים, ולכך שתפיסה זו מעצבת רגשות שהמתורגמים ללחצים. כיום הוא מודע לשרשרת שצוינה והוא נכון לבדוק אותם בתקשורת ישירה עם בת זוגו ובכך למנוע את התפרצותם באלימות ובכעסים.

הציטוט הבא ממחיש שינוי שאף כי אינו נוגע ישירות לאלימות אינטימית, יש לו בעבור הגבר משמעות רבה בהבנת הנסיבות להתנהגויות שליליות בחייו, לקיחת אחריות ושליטה על התנהגויותיו ובכך נמנעת הילכדות במצבים שליליים.

"היום אני מתרחק מצרות, אני דואג לעצמי. אם אני פוגש אנשים מהעבר, קרימינאלים, שפעם הייתי מסתובב איתם, למרות שהם מציעים לי עזרה, אני לא לוקח כי אני יודע שזה יכול להחזיר אותי אחורה. וכל זה בזכות ההוסטל".

שליטה בכעסים – היכולת לשלוט בכעסים הוא נושא נוסף בעל חשיבות שהתהליכים בהוסטל חיזקו את ההכרה בחשיבות הנושא ובצורך לחולל שינוי. כך תיארו זאת מרואיינים שונים:

"למדתי לברוח בשעת כעס, להיכנס לראש, לשלוט במחשבה, לשלוט בכעסים, להתחמק ממצב של ראש בראש והיו מצבים בחוץ שיישמת את זה..."

כחלק מהשליטה בכעסים מציינים הגברים את השימוש ב"פסק זמן" ככלי יעיל ליישום השליטה בכעסים.

"ההוסטל עזר. היום אני הרבה יותר רגוע. מה שההוסטל נתן לי זה את הידיעה שאפשר לקחת פסק זמן ואז אין את המשהו הזה שגורם לי להמשיך הלאה".

"כשאני מרגיש שאני הולך לאבד שליטה, או שאני פגוע, או שאני מרגיש שזה עולה לי, אני יוצא מהבית לחצי שעה – שעה ונרגע, מתקרר... כי אני לא במצב לדבר. אני חייב להירגע. והאישה מקבלת את זה ומאפשרת לי את זה. יש לי סדר יום, תוכנית..."

שליטה בכעסים ושימוש בפסקי זמן אשר צוינו על ידי הגברים ככלים משמעותיים לשינוי התנהגותי, נלמדו כנושא וטכניקה בטיפול במסגרות שונות. יחד עם זאת ההוסטל מעצים את המשמעות לצורך בשימוש בדרכים אלו בחיים שמחוץ לכלא. הגברים מציינים בראיונות את המערכות בהן מתרחש השינוי העיקרי: מערכת המשפחה וחלקם בקשרים באופן כללי עם בני אדם.

שינוי בתקשורת עם בני משפחה – הישג נוסף המוערך על ידי מרבית המרואיינים, וניתן לראותו כנובע מיכולתם לבטא את עצמם, הוא שיפור בתקשורת הן בתוך המשפחה והן עם אנשים איתם הם נפגשים באינטראקציות שונות. הגברים מתארים שיפור משמעותי בקשר עם בני המשפחה, חלקם מדגישים את השיפור המשמעותי בקשר עם משפחת המוצא ואחרים שמים דגש על השיפור בקשר עם האישה והילדים. בחרנו להביא בסעיף זה מספר רב יותר של ציטוטים מתוך דברי המרואיינים,

מאחר, שהבעיה עמה הגברים הגיעו לכלא ואחר כך להוסטל נבעה מתקשורת אלימה במשפחה ומטרת התערבות מרכזית היא לשנות את דרך התקשורת לתקשורת לא-אלימה:

"מה שנתן לי להבין, שוב פעם, זה על מה שמדובר פה, העיקר להגיע לשורש הבעיה ולהבין שחשוב מאוד להקשיב גם לצד השני, ולהבין גם את הצד השני, וזה כמו שאני רב בבית, עם האישה. אז אין מה לעשות, צריך להקשיב לה ולהבין אותה לפעמים לא ישר לכעוס, וישר ל... אני לא יודע מה. לדבר, לפגוע, אותו דבר, צריך קודם כל, להקשיב. אולי היא צודקת, אז מה נתן לי... הכיוון הזה נתן לי פשוט להבין את עצמי שאני צריך קודם כל להקשיב. נכון שאני כועס, נכון שזה כואב, אבל אולי זה בצדק, אולי זה בשבילי. אולי היא צודקת ואני לא צודק. אז צריך... לדבר, להוציא ולהקשיב ואז להגיע למסקנה הזאת."

"...איכות החיים שלי עלתה בעיקר עם הילדים התקשורת שלי איתם הרבה יותר טובה... אני עוד יכול לתקן ולהשפיע. היום אני מבין שכשהייתי, כמו שהייתי זה גם מה שיצר בעיות אצל הבן שלי... ופתאום היום כשאני יותר רגוע ושולט בעצמי גם הילד שלי נהיה יותר בסדר... זה משפיע מאוד... הוא כאילו חיקה אותי כל הזמן הזה. עם האישה זה הולך יותר לאט, אבל לאט, לאט, אני מקווה שיהיה יותר טוב בתקשורת."

תחום נוסף הוא תקשורת עם אנשים אחרים. שיפור במיומנויות התקשורת עם אנשים באופן כללי מתואר בציטוט הבא:

"התקשורת חשובה מאוד, וזה דבר שלא היה לי... הייתי חלש בזה גם לפני כן. אז... למדתי גם. למדתי את הדבר הזה גם, והשגתי אותו. השגתי חלקית. תשמעי, אין פה, אין משהו של מאה אחוז."

הגברים מדווחים על דברים נוספים שנלמדו בהוסטל כמו: לקבל ביקורת, לעשות דברים לבד ללא תלות כולל דברים מהם נמנעו בעבר כמו לבשל.

לסיכום ניתן לראות מתוך דברי המרואיינים שהטיפול בהוסטל יצר בעבור חלק מהם שינוי בדפוס ההתנהגות האלימה ובצורת התקשורת ובעבור חלק אחר העמיק דפוסי שינוי שהחלו עוד קודם לכן במסגרות הכלא בהם היו. יחד עם זאת, בניתוח הרבדים העמוקים יותר, ניכר שעדיין קיימים אצל הגברים מאבקים לגבי רגשות, התמודדות עם לחצים וביטוי עצמי. כל אלו יכולים להתפס עדיין כאלמנטים שיש בהם פוטנציאל לאלימות. להערכתנו, זה יהיה יומרני לצפות לשינוי אישיותי עמוק בטיפול שנמשך חצי שנה בלבד. חשוב לציין שראיונות המעקב שנערכו עם הגברים חצי שנה ושנה לאחר תום השהות בהוסטל מצביעים על כך שהשינויים נשמרים ואף מתחזקים. אין אנו ידועים את מצבם של שני גברים אשר סירבו להתראיין: האחד לאחר חצי שנה והשני לאחר שנה.

הגורמים לשינוי – ניתוח הראיונות מאפשר לסווג מספר גורמים הנתפסים כמעצבי השינוי המשויכים להוסטל "מפתחות". יחד עם זאת ראוי לציין שבדברי הגברים בלטה תחושה שהדברים נתפסים כמכלול והם אינם מבודדים את הגורמים לשינוי. הגורמים לשינוי הם: (א) הבית החם; (ב) אינטנסיביות הטיפול; (ג) הטיפול הפרטני; (ד) הטיפול הקבוצתי; (ה) הטיפול הזוגי; (ו) דברים מחוץ להוסטל.

הבית החם – רבים מהגברים מציינים שהאווירה בהוסטל, האכפתיות והחמימות הם שהיוו את הבסיס ליצירת השינוי. הגברים ציינו את האווירה החמה והאכפתית בה ניתן היה לסמוך על המטפלים בהוסטל. דברי המרואיין הבא מייצגים תפיסה זו:

”אחד הדברים הכי חשובים שקיבלתי בהוסטל זה את החום והאהבה, שאף פעם לא קיבלתי. זה כמו משפחה. יש לי פינה חמה בלב להוסטל. אפילו שאנחנו אסירים משוחררים, היה תמיד חשק לחזור להוסטל אחרי ביקור בבית. זה היה הבית!”.

כמו כן, הייתה התייחסות לעובדה שהשהייה עם אנשים שיש להם בעיה דומה מחברת בין האנשים, עוזרת ומאפשרת תמיכה. לעומת תיאורים של חמימות ואכפתיות ציין אחד הגברים את ההוסטל כמקום קר ומדכא:

”כשאת נכנסת לשמה, זה מקום שאמור להיות בית, כשאתה נכנס לשמה אחרי שסיימת שמה, אתה מרגיש מין קרירות כזו, בית קר מנוכר”. מרואיין זה תיאר אווירה של הלשנה, נקמנות וחוסר יכולת לסמוך על החברים. כפי שצוין זוהי התייחסות בודדה ואינה מייצגת, אך בהתבסס על עקרונות המחקר האיכותני חשוב לתת קול גם לחוויה המתוארת על ידי מיעוט.

אינטנסיביות הטיפול – גברים רבים מציינים שאינטנסיביות הטיפול (מספר הטיפולים בשבוע, ריבוי הקבוצות, סדר יום מחייב ועמוס, שהייה במסגרת קבוצה כמעט כל שעות היום והיכולת לפנות לגורם מטפל כל פעם שמתעורר קושי) היה אחד הדברים המשמעותיים שגרמו לשינוי.

טיפול פרטני – מרואיינים שונים ציינו את חשיבות הטיפול הפרטני כגורם לשינוי. התחושה שיש קשר אחד אישי, אינטימי, משמעותי שבו ניתן מרחב לרגשות, למחשבות, להתלבטויות מהווה כוח מניע מרכזי בחוויה של הגברים את השינוי. הציטוטים הבאים מבטאים זאת:

”מכל הדברים, הטיפול הפרטני עם (שם העובדת הסוציאלית) זה היה הדבר הכי חשוב בשבילי. זה היה הכי טוב בשבילי. לקחתי את זה ברצינות, פתחתי...”.

”הכי עוזר לי זה השיחות הפרטניות עם (שם עובדת סוציאלית). שם אני מקבל את רוב ההכוונה והכוח. זה כמו דלק בשבילי... רק ככה אני מקבל את הכוח ויכול להמשיך הלאה”.

ניתן לראות בשינוי שחל בהוסטל במעבר מסגנון ניהול אחד (צנטרליסטי) לסגנון ניהול אחר (ביזור סמכויות), שיצר שינוי במקום ובמשמעות שנתנו הגברים לטיפול הפרטני ולמטפלות הפרטניות. מאחר ומחקרים קליניים רבים מצאו שלמטפלים יש מקום מרכזי בתהליכי השינוי, העובדה שהגברים יכלו להתייחס בצורה משמעותית למטפלות הפרטניות השונות מצביעה כנראה על שינוי עמוק יותר. נראה שהקשר הפרטני משלים את ההתייחסות לצוות ולהוסטל כאל אובייקט שלם שניתן לסמוך עליו. ראייה כוללנית חיובית כזו מצביעה אמנם על אווירת בטחון בהוסטל אך במקביל על חוסר יכולת של הגברים לעשות אבחנה בין הדמויות השונות בו. לדבר זה יכולות להיות לו השלכות על איכות יצירת קשרים עם אנשים קרובים משמעותיים, במיוחד אצל גברים אלימים שנוטים לעשות הכללות בין דמויות והתנהגויות. כפי שצוין הקשר הפרטני תורם בכך שמאפשר לגברים לבצע הבחנה והעמקה של קשר אחד מרכזי תוך מחויבות לקשר.

טיפול קבוצתי – בהוסטל פועלות מספר קבוצות המתמקדות בנושאים שונים. כל קבוצה מתקיימת אחת לשבוע ומונחת על ידי אחד מחברי הצוות בהוסטל. בין הקבוצות המתקיימות ישנן: קבוצת נושא, קבוצת ילדות – בגרות, קבוצת תנועה, קבוצה פתוחה וקבוצת מדריך. אשר להבדלים בין שיטות הטיפול השונות בטיפולים הקבוצתיים, אי אפשר היה לקבל תשובה חד משמעית לגבי סוג הטיפול שהווה גורם משמעותי בשינוי. הרבה מהמרואיינים ציינו במיוחד את קבוצת הנושא כקבוצה

שהייתה משמעותית ביותר עבורם. הקבוצה נתפסה כמקום למידה. שניים מהגברים ציינו את חשיבות קבוצת התנועה ואחד את קבוצת הילדות-בגרות.

מהראיונות נראה שגברים שונים לוקחים מהקבוצה מוטיבים המשמעותיים להם, חלקם קשורים לתכנים שנלמדו ואשר סייעו לגברים להבין את חוויותיהם, כפי המרואיין מביע בציטוט הבא והקשור להבנת דפוסי כעס:

"ד. מעבירה את זה בצורה כזאתי. בשפה הכי פשוטה ואת מיישמת את זה... זה הגרף כעסים – היא ציירה לנו גרף איפה אנחנו כועסים, איפה אנחנו אגרסיביים, איפה פאסיביים... ואיפה אתה הופך להיות סרדין, ואיפה אתה הופך להיות הכריש ומתי אתה כריש והיא מעבירה את זה בצורה כזאתי – בציר, בכתיבה... והיא נותנת דוגמאות על כל אחד בבית: מי חושב שהוא כריש? היא בודקת אחד אחד, בזה שהיא שואלת: איפה היית כריש, אולי בבית? איפה היית סרדין? פה בתוך הבית או בקשר שלך? והיא גורמת לך לזהות איפה היית בבית כריש, רגע, אם היית בבית כריש, פה אתה לא כריש? היא רוצה לראות... היא מעמתת אותך, ופה זה הניסיון, ופה היא נותנת לך להבין – באמת, ככה הייתי בבית. ופה יש חלקים של שליטה והיא נותנת לך לזהות את זה, ואת מזהה את זה. אין מה לעשות, את מזהה את זה. זה מנהל אותך אחרי זה שהיא משקפת לך, זה מנער אותך. אבל אני חושב שבסופו של דבר, את באה ולוקחת אחריות".

מוטיב אחר נוגע לתהליכים קבוצתיים. בציטוט הבא המרואיין מתייחס לאווירה של גילוי עצמי ושותפות עם אחרים שמאפיינת את הקבוצה אשר עזרה לו להכיר ולהשתחרר מהכאב שלו שהיה לתפיסתו ביסוד האלימות. כך התבטא המרואיין:

"הקבוצה הכי משמעותית עבורי הייתה הקבוצה של המודעות לאלימות. היינו משתפים וכל אחד היה מספר את הכאב שלו ואת מה שהוא עבר: באיזה מצב הוא הגיע, באיזה מצב השתחרר. מזה קיבלתי אומץ לשתף ולספר. אני מרגיש שככה השתחררתי מהכאב שלי".

באופן כללי ציינו רוב הגברים את קבוצת הנושא וקבוצת ילדות – בגרות כקבוצות שתרמו להם במיוחד. קשה להעריך מה השפעתן של הקבוצות האחרות אך ניתן לראות שבחוויה של הגברים אין להן מקום משמעותי בשינוי שהתרחש. אופיו של תהליך טיפולי הוא כזה שאיננו יכולים תמיד להגדיר מה גרם לשינוי וקיימים.

טיפול זוגי – הוזכר במספר מקרים, אך לא כגורם לשינוי. באופן כללי נראה שלמרות שהגברים סיימו טיפול עדיין לא נוצרה מסגרת קבועה לטיפול המשפחתי, בחלק מהמקרים הוא כלל לא ניתן (לגרושים), חלק אחר בכלל התפלאו שבנות זוגם הסכימו לבוא, במקרה אחד האישה לא שתפה פעולה, לגבי גבר אחד הטיפול הזוגי היה הדבר המשמעותי ביותר. חשוב לציין את המקום המצומצם שניתן לטיפול המשפחתי, צורת התערבות שההוסטל ראה כמאפיין ייחודי להוסטל. נמצא, שחלק מהגברים כלל לא התחילו טיפול משפחתי למרות שהיו כבר שהו בהוסטל מספר חודשים, אצל חלק אחר הטיפול הופסק בגלל סיבות לוגיסטיות, בעקב קושי של הנשים להגיע לטיפול ממרחק.

דברים שמחוץ להוסטל שגרמו לשינוי – הגורם המרכזי שעלה בראיונות שנערכו לקראת דו"ח הביניים ולא עלה בהמשך, הוא הפחד שעלה מהמשטרה ומאפשרות חזרה לכלא. במקרה אחד דמות

משמעותית מחוץ להוסטל השפיעה על עשיית השינוי – שכן שאמר לגבר שאם הוא רוצה לחזור לביתו עליו להתחיל לעשות משהו עם עצמו.

לסיכום: הראיונות מצביעים על כך שההוסטל נתפס על ידי הגברים כמקום שלמרות שהוא דורשני אך מצד שני זהו גם מקום שבו הם מרגישים אכפתיות רבה מצד חברי הצוות, דבר שנתפס כמשמעותי בתהליך השינוי. לרוב הגברים היה קשה לעשות אבחנה בהשפעה של דרכי הטיפול השונות הניתנות בהוסטל על יצירת השינוי והם התייחסו לכל הפעילויות והאנשים בהוסטל כאובייקט אחד. לא ברור אם הזמן הקצר שעבר מאז סיימו את הטיפול אינו מאפשר להם לעשות אבחנה בין הטיפולים השונים שנתנו או שקיים כאן משהו עמוק יותר. כשהמראיינות חזרו מספר פעמים על בקשתן לאתר את הגורמים לשינוי נמצא שיש הבדל בין התקופה הראשונה לקיום ההוסטל, בו היה סגנון ניהול צנטרליסטי לבין התקופה השנייה בה היה ביזור סמכויות רב יותר. בתקופה הראשונה דיווחו הגברים על קבוצת הנושא שהם קוראים לה הקבוצה של "ד" כגורם המשמעותי ביותר לשינוי. אצל חלק מהם המנהלת תפסה מקום של אמא כשהם הילדים. ממצא זה יכול להיות מפורש לשני כיוונים. כיוון אחד מתייחס למשמעות הרבה שיש למנהלת אצל הדיירים, להשפעתה עליהם, לביטחון ולחום שהיא מקנה להם. כיוון אחר יכול להעלות שאלות לגבי רמת התלות בדמות אישה המאפיינת גברים אלימים ולא פעם היא עומדת בבסיס האלימות. מעבר לכך, המקום שקבלו שאר המטפלים, כולל המטפלים הפרטניים והמטפלת הזוגית היה באופן יחסי מזערי למיקומה של המנהלת. בתקופת הניהול השנייה ציינו הגברים מספר תחומים שגרמו לשינוי: הטיפול הפרטני, קבוצת הנושא וקבוצת ילדות-בגרות. בתקופה זו ניתן לראות שיש איזון רב יותר בין התרומה של המטפלים השונים פרט למנהלת.

#### הערכה של נושרים

בין הנושרים ניתן למצוא שתי קבוצות כאלה שבחרו לנשור מההוסטל (4) וכאלה שהונשרו בגלל אי התאמה (11).

מתוך אלה שנשרו מרצונם הצלחנו לראיין רק שניים. הם נשרו בתקופת ניהולה של המנהלת הראשונה. גברים אלו הגיעו להוסטל לאחר תקופה שבה היו כבר מחוץ לכלא ולמעשה איום החזרה לכלא לא חל עליהם. שניהם בוגרי בית התקווה. נושרים אלה מדברים על נוקשות וחוסר גמישות הקיימים בהוסטל ומשווים את הטיפול בהוסטל לשהות בכלא:

"החוקים והכללים בהוסטל מתאימים לאוכלוסיה של מכורים לסמים ולא לכוהול, ולא מתאים לגברים שבאים עם רקע של אלימות במשפחה".

"גורמים לך לנשור.... אי אפשר לגזול לנו את החופש. לא היה לנו בכלל חופש, לי ולישראל, אבל אני מדבר בשם עצמי, הצוות מעולה. צוות מעולה של מטפלות ו... אבל הם הולכים לכוון אחר בכלל. לכוון מכורים. אין להם אמונה בנו".

עם הנושרים בתקופתה של המנהלת השנייה לא ניתן ליצור קשר מאחר ואחד מהם ברח חזר לשוטט וכעת מוגדר כאסיר מבוקש לכשימצא יעזוב את ההוסטל ויחזור לרצות מאסר בכלא והאחר הוחזר לכלא. עם השני לא נוצר קשר. היה ניסיון ליצור קשר ולראיין את המשפחה אך דבר זה לא צלח.

לגבי אלו שהונשרו לאור החלטת הצוות בהוסטל נמצא שלא עמדו בתנאי ההוסטל. מתוך קבוצה זו הצלחנו לראיין רק שני נושרים (בתקופת הניהול הראשונה) בתקופת הניהול השנייה אלה שהונשרו חזרו לכלא. הגברים שהונשרו בתקופת המנהלת הראשונה התגלו כבעלי תחלואה כפולה: בין אם קושי נפשי ובין אם תלות או התמכרות בסמים או באלכוהול. למרות שהונשרו הביעו הערכה לצוות, שביעות רצון והערכה להוסטל ולכוונותיו הטובות, רצונו לעזור להם. בתיאורם בולט מוטיב אחד שנתפס על ידם כקריטי ואשר מונע מהם לחוות את ההוסטל כמקום העזרה הרצוי. לדוגמא: נושר אחד הדגיש את התפיסה העצמית שלו כמכור. הוא רואה את בעייתו העיקרית בהתמכרות בעוד האלימות נתפסת כתוצאת לוואי. לתיאורו, כבר מההתחלה תפס את ההוסטל כבלתי מתאים מכיוון שאין טיפול בהתמכרות. דינאמיקה זו לא הובנה על ידי אנשי הצוות. מרואיין זה מדגיש את חולשותיו, חוסר אמון בכוחותיו וחייב מסגרת אשר תטפל ישירות ובאופן נמרץ בהתמכרות שלו. לדבריו הגיע להוסטל "כי חשבתי אולי אני אנסה שוב ויהיה טיפול יותר ארוך כי אתחיל מההתחלה". הוא מעריך את השקעת הצוות אך כאמור חש פער בתפיסה בינו לבין הצוות וכן בינו לדיירים האחרים. ביחסים החברתיים חש שלא הובן כראוי על ידי הגברים האחרים.

לגבי אלה שהונשרו בתקופת המנהלת השנייה, חלקם היה מעורב בגניבות, הבאת זונה להוסטל ועבירות אחרות שגרמו לחזרתם לכלא. כפי שנאמר לא הצלחנו לראיין גברים אלה מאחר שהוחזרו לכלא. באופן כללי ניתן לסכם שהרוב המכריע של הנושרים מההוסטל היו כאלה שהונשרו על פי החלטת הצוות בגלל התנהגויות שחרגו מחוקי ההוסטל וחלקם גם מהחוקים הקיימים במדינת ישראל. ניתן לראות שגברים שהתחילו את השהות בהוסטל לאחר שהיו משוחררים תקופה מסוימת ולאחר ה"שליש" התקשו לעמוד במסגרת ההוסטל. רוב אלה שהונשרו היו בתקופת המנהלת השנייה, בתקופה שבה עלתה תפוסת הדיירים בהוסטל. נשאלת השאלה אם לעלייה במספר הגברים בהוסטל יש קשר מסוים עם הנכונות למצות את הדין עם אלה שחורגים מחוקי ההוסטל. או לחילופין, אם הקלה מסוימת בקריטריונים לקבלה גרמה לעלייה בקבלת דיירים פחות מתאימים עם קשיי הסתגלות גבוהים יותר.

#### הערכת בנות הזוג

הערכת בנות הזוג נעשתה בחלקה באמצעות שאלונים ובחלקה באמצעות ראיונות. במילוי השאלונים התייחסו הנשים לתקופת שהות הגבר בכלא ולתקופת שהותו בהוסטל.

#### הערכה כמותנית –

##### התייחסות לתקופה בה שהה הגבר בכלא

כשנשאלו על מידת השינוי שחל בעקבות השהיה של הגבר בכלא, בסולם של 0-5, כש-0 מסמל שאין שינוי, ו-5 מסמל שינוי משמעותי ביותר, כל עשר הנשים מדווחות על שינוי לטובה בעקבות השהות בכלא (ממוצע: 4.30, סטיית תקן: 1.05, טווח: 52). רק אחת מהנשים מדווחת על שינוי לרעה בעקבות השהות בכלא. כשנשאלו הנשים במה מתבטאים השינויים לטובה או לרעה, לא ציינו בנות הזוג שום שינוי לרעה אלא רק לטובה. בנות הזוג מציינות עזרה רבה יותר עם הילדים ובמילוי מטלות הבית, שיפור ביחס של כבוד כלפיהן. הגורמים לשינוי לטובה/לרעה בכלא: בנות הזוג מציינות את המחיר של הריחוק בכלא, במהלך תקופה זו בת הזוג הסתדרה בעצמה. אחת מהן ציינה את הקושי סביב הקשר עם הילדים בעת השהות בכלא וכן הבנה של הגבר את הסיבות להתנהגותו

האלימה. מידת המעורבות בטיפול בכלא: הנשים נשאלו על מידת מעורבותן בטיפול בכלא (בסולם של 0-5, כש-0 מסמל שלא הייתה מעורבת בכלל, ו-5 מסמל מעורבות גבוהה מאוד). בסך הכול הן מדווחות על מעורבות נמוכה (ממוצע: 1.60, סטיית תקן: 2.1, טווח: 0-5). צורות המעורבות: צורת המעורבות העיקרית הייתה באמצעות ביקורים ושיחות טלפון.

#### התייחסות לשהות של הגבר בהוסטל

ציפיות של בת הזוג מהטיפול שעובר בן הזוג בהוסטל: כשנשאלו על ציפיותיהן מן ההוסטל, עסקו התשובות בעיקר בשיפור ביכולת ההתמודדות עם בעיות, שיפור התקשורת והיכולת למצוא פתרון לבעיות; שיפור באבהות; ובת זוג אחת ציינה שהיא מצפה כי האלימות תיפסק. הערכות להשפעות של הטיפול שעובר בן הזוג בהוסטל על מערכת היחסים: כשנשאלו כיצד הן נערכות להשפעות הטיפול שעובר בן הזוג בהוסטל, ציינו כי הן מצפות להתקרבות ושיפור התקשורת. בת זוג אחת מציינת כי היא מבינה שהשיפור ביחסים ייקח זמן. מידת השיתוף בחוויות מההוסטל: כשנשאלו באיזו מידה בן הזוג משתף במה שקורה לו ועובר עליו בהוסטל (סולם של 0-5, כש-0 מסמל שהגבר לא משתף בכלל, ו-5 מסמל שיתוף באופן מלא): עלה כי בעבור רובן, רמת השיתוף היא גבוהה (ממוצע: 4.4, סטיית תקן: 1.26, טווח: 1-5). התחומים בהם בן הזוג משתף במה שקורה לו ועובר עליו בהוסטל: בנות הזוג מציינות כי הגבר שתף אותן בתכני הקבוצות וההרצאות. בת זוג אחת מציינת כי בן זוגה שיתף אותה בכללי המשמעת. בת זוג אחת בלבד מציינת שיתוף בתכני הטיפול הפרטני. ניתן לראות שהנשים רואות בשהייה בהוסטל בסיס לשיפור בתקשורת הזוגית, דבר שיכול להצביע על הצורך והחשיבות של הטיפול המשפחתי.

ראיונות עם בנות הזוג – במסגרת המחקר נעשו סך הכול 11 ראיונות עם נשים. ראיון אחד עם סיום השהות בהוסטל, שישה ראיונות לאחר חצי שנה וארבעה ראיונות לאחר שנה. באופן כללי ההגעה לנשים הייתה לא קלה. ראשית, היו נשים שלא דברו עברית דבר שהיקשה מאוד את היכולת שלהן לענות על השאלות. שנית, במספר מקרים מנעו הגברים את הגישה לנשים, שלישית, לאחר תקופה מסוימת של פעילות ההוסטל, הוחלט כי שעל מנת לגייס גברים להוסטל (עקב מחסור בדיירים) קריטריון "בת הזוג" אינו מהווה קריטריון חובה לכניסה לטיפול בהוסטל. במקרים של בת זוג גרושה או ניתוק מוחלט של יחסים, היה קושי להגיע אליה עקב החלפת מספרי טלפון.

נראה שישנה בעייתיות רבה באמינות החומר שמסרו הנשים וזאת בגלל הסיבות הבאות: א. להערכתנו, לחלק מהנשים היה קשה ביותר בתקופה שבן הזוג לא היה בבית, למרות שהיו מוגנות מפני אלימות. נשים אלה חוששות שדבריהן עלולות לגרום לניתוק נוסף מבני זוגם דבר שאינן מעוניינות בו; ב. חלק מהנשים עדיין חוששות מבני-זוגם ולא יעזו לאמור את האמת. יצוין שהגברים ידעו שבת זוגם עומדת להיות מרואיינת ויתכן שהכינו אותה לכך; ג. אין לנשים יכולת לזהות מה גרם לשינוי (עצם הישיבה בכלא, תהליכים שהתרחשו בטיפול בכלא או תהליכים שקרו בהוסטל).

בקריאת החומר חשוב לקחת בחשבון עובדות אלו. יחד עם זאת חשוב לציין שנראה, שנשים ששיתפו פעולה, לרוב, דיברו בגילוי לב תוך מסירת אינפורמציה אמיתית וכנה.



תפיסת הנשים את השהות בהוסטל – הנשים מתארות את השהות של בני זוגם בהוסטל כחיונית ומהותית וכחלק משמעותי בתהליך השינוי:

"ההוסטל מאוד עזר לי להתמודד. זה כמו הבית השני שלי. זה נתן לי כוח ואמונה בעצמי. כוח שלא יעשה לי משהו. זה עזר לי לחשוב מה טוב לי. מה לא טוב לי. יש כוח למילה שלי. יש לי שליטה במה שקורה לי".

"...בטח שההוסטל עזר לי להתמודדות עם האלימות. זה היום משהו אחר לגמרי... קיבלתי בן אדם אחר. הוא שנתיים לא היה בבית, והיום אין מה להשוות. אדם אחר. לטובה... תראי, אני לא מדברת איתו על מה שהיה. אני לא רוצה להזכיר את זה... אבל הוא למד הרבה דברים. היום הוא יודע להתמודד. לפני זה, הוא לא חשב, ישר הגיב. היום הוא יותר יודע להתמודד עם הדברים. גם כשקשה. הוא יודע עוד דברים חוץ מלצעוק או להגיב באלימות..."

"השיפור הוא בהתנהגות לילדים ואלי מתנהג בצורה רגועה ונינוחה. זה לא היה בעבר, ואולי קשור לזה שאנחנו לא חיים יחד. כלפי הילדים הוא מעולם לא היה אגרסיבי, לא הייתה התנהגות חריגה. זה היה רק כלפי. הוא ממשיך לדאוג לילדים ומוכן לעזור. אני מניחה שיש השפעה להוסטל – הגישה, הדרך להתנהג, גם שיהיו לו קצת כלים בחיי היומיום שלו. עוזר לו להתמודד במצבים מסוימים. השיחות והמסגרת שהיה מצוי בה שיפרו את ההתנהגות והדיבור כלפי. הקשר בינינו יותר רגוע ונינוח".

"מה שאני רואה... זה שקודם לא היה לו בכלל אכפת מכלום. גם לא מהילדים. פשוט כלום. היום, יותר אכפת לו. הוא דואג, מדבר עם הילדים, שואל, מתקשר לבית הספר שלהם. היום הוא בן אדם אחר. קודם הוא היה איש סגור. לא דיבר כלום... עכשיו, יותר מדבר, מספר לנו מה שבפנים. היום אני יודעת מה קורה איתו. זה משהו שעוזר לי ולו."

מול תפיסה זו עולים גם קולות אחרים המתארים אכזבה מסוימת מתוצאות הטיפול בעיקר בחוסר המוכנות של הגברים לעזור בנטל הבית:

"הוא לא מדבר על ההוסטל אבל זה עזר לנו להתמודדות. היום הוא לא מרים את הקול ולא צועק. הוא מחזיק את עצמו. תראי, החיים לא השתפרו עדיין, הבית – הכול עלי. הוא לא עובד, הכול עלי, הוא לא לוקח אחריות. אין לו עבודה מסודרת, הוא מחליף עבודות זמניות. אני כל היום לא בבית והוא כל הזמן חושב ובודק איפה אני. אני היום כבר לא נותנת לו דין וחשבון. אני הולכת כשאני צריכה ועובדת קשה. הוא צריך היום משהו חשוב, מעניין, משהו שנותן לו כבוד וכסף וקשה לו למצוא. לא עבודה של שעתיים-שלוש וללכת לישון. כי ככה כל הבית עלי, הוא צריך למצוא עבודה נורמלית. הוא צריך לדעת שהוא אחראי על עצמו והוא צריך מקצוע. כשהוא איתנו, מצד אחד זה טוב ומצד שני קשה כי הנטל עלי כי אין לו עבודה, הוא מתעצבן, אין לי גב. נגיד עכשיו, כמעט חודש לא עבדתי ואני מרגישה שהוא לא עוזר לי ושהכול עלי. אין לו סבלנות לעבודה, קשה לו להתמיד. הוא רב עם אנשים ואז לא חוזר לעבודה".

"יש לי הרבה בעיות עם הבנים. חשבתני שהוא יוכל לטפל בהם יותר... כשהוא היה בכלא, כל הנטל היה עלי. ציפיתי שהיום הסיוע יהיה יותר גדול. קשה לי מאוד עם הילדים. הוא מעורב, אבל זה לא משפיע... הוא מדבר, הוא איתם אבל זה לא עוזר... הם לא בשגרה נורמטיבית".

"ציפיתי שינהל את חייו באופן עצמאי... אני יותר מרגישה את הנטל. לא סיימתי את הבעיות שלי... אין לי טענות כלפי ההוסטל... רק שאני לא מקבלת מספיק סיוע ממנו".

הבדלים בין מעקבי חצי שנה לשנה – לא נמצא הבדל בין קולות בנות הזוג לאחר חצי שנה ושנה, להיפך במספר מקרים הן מציינות שהשינוי לטובה התחזק והשתרש:  
"אני חושבת שמקום כזה יכול לעזור לאנשים, בזוגיות, מול הילדים, זה הפתרון!"  
"אני חושבת שזה גם מפחית את האלימות. במקום לטאטא את הבעיות מתחת לשטיח, מדברים על הדברים. זה חשוב! ח' לא אהב לשתף, לא לדבר, וזה שינה אותו.  
הוא היום מבין שאם רוצים להמשיך לחיות יחד צריך לקבל עזרה ולהתמודד..."

הטיפול הזוגי – באופן כללי הטיפול הזוגי/משפחתי היה קצר מהנחוץ לגבי הבעיות שחוו המשפחות של הגברים שהיו בהוסטל. נושא הטיפול הזוגי/משפחתי לא הובא על ידי הנשים באופן ספונטני בראיונות אך כשנשאלו על כך רובן ציינו שהיה חשוב. יחד עם זאת מספר נשים ציינו שבמסגרת הטיפול הזוגי הן הרגישו "שפתאום הן הבעיה ולא הבעל האלים", דבר שיצר התנגדות מסוימת לטיפול הזוגי. חלק מהנשים הדגישו את הקושי הלוגיסטי להגיע לטיפול (מרחק גיאוגרפי – זמן וכסף). לגבי הכסף זה מאוד חורה לי כי בתוכנית יש סעיף ברור של מימון הוצאות נסיעה של האישה והילדים לטיפול המשפחתי. האם לא הציעו להן תשלום? לא ברור לי למה הן בכל זאת ציינו זאת כבעיה. במספר מקרים הנשים לא דיברו עברית ונוצר מצב אבסורדי שהבעל היה גם המתרגם, דבר שכנראה השפיע גם הוא על התהליך הטיפולי.

לסיכום: מתוך דברי חלק גדול מהנשים ניתן לראות שרמת האלימות של הבעל ירדה. במקרים מסוימים הן מתארות שינוי משמעותי ביותר באווירה התקשורתית בבית. יחד עם זאת אצל חלק מהנשים קיימת אכזבה מרמת ואיכות השינוי, כשהן טוענות שהגבר לא שותף ועוזר בחיי היום-יום. להערכתנו, יש להגדיר מחדש מהי מטרת הטיפול בהוסטל והאם יש כוונה לשנות את מכלול היחסים בבית או רק את השימוש באלימות כחלק מהתקשורת. נראה שבמקרים שבהן קיימת בת זוג או משפחה יש מקום למפגש זוגי או משפחתי עם הכניסה להוסטל שמטרתו הבהרת הציפיות של הגבר מחד גיסא ובני המשפחה מאידך גיסא. וכן על מנת לקבל תמונה תקפה יותר לגבי המצב בבית לא מספיק לראיין את הנשים (ראה סיבות לכך בתחילת הפרק) אלא לבדוק גורמים בקהילה שיהיו בקשר קבוע עם המשפחה מרגע כניסת הגבר לטיפול בהוסטל. מאחר שקשר כזה כמעט לא נעשה עד היום יש להתייחס להערכה החיובית של הנשים את השינוי שעברו הגברים בזהירות רבה.

#### הערכת הצוות המטפל את הצלחת הטיפול בגברים בהוסטל

הערכת הצלחת הטיפול נמדדה על פי שלש שאלות: (1) על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה חושב שהטיפול עזר למטופל? (2) על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה מעריך את המסוכנות של הגבר לבת הזוג לפני הטיפול? (3) על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה מעריך את המסוכנות של הגבר לבת הזוג לאחר הטיפול? (4) כן, יש לציין כי לצורך הערכת הטיפול, חושב מדד נוסף: "מדד הפחתת המסוכנות בעקבות הטיפול". המדד חושב כהבדל בין המסוכנות לאחר הטיפול, לבין המסוכנות לפני הטיפול.

תוכנית המחקר כללה הערכה של כל מטופל שמסיים על ידי 4 אנשי צוות: המנהלת, העו"ס המטפל האישי, ושני מדריכים. חישובי ההערכה המובאים להלן מבטאים את ממוצע ההערכות של

המעריכים לגבי כל דייר. לא תמיד הוערך כל מטופל על ידי ארבעת אנשי הצוות המיועדים, כך שהיו מטופלים שהוערכו על ידי פחות אנשי צוות, בעוד אחרים הוערכו על ידי שבעה אנשי צוות.

באופן כללי הערכת הצוות את הצלחת הטיפול הייתה בינונית (ממוצע 6.65 בסקאלה שנעה בין 1 ל-10). הערכת המסוכנות לפני הטיפול הייתה בממוצע 6.22, וירדה ל-4.55, בהערכת המסוכנות לאחר הטיפול. ירידה זו אינה גבוהה במיוחד, בהתחשב ברמת הערכת הצלחת הטיפול שהוזכרה לעיל. אכן, ממצא זה נעשה בעיני אף יותר, כאשר מתבוננים בממוצע הפחתת המסוכנות שחל במטופלים (1.67), כאשר ישנם מטופלים אשר למעשה מוערכים כאילו רמת מסוכנותם עלתה.

מעבר לכך, כאשר אנו בוחנים את המתאם בין הערכת הצלחת הטיפול לבין מדד הפחתת המסוכנות, אנו מוצאים מתאם נמוך ביותר, לא-מובהק, ושליילי ( $r=-0.159$ , ns), בעוד שהיינו מצפים למצוא מתאם חיובי, גבוה ומובהק סטטיסטית. במילים אחרות, להערכת אנשי הצוות, כנראה אין קשר מובהק סטטיסטית בין הצלחת הטיפול לבין הפחתת מסוכנות, ואם בכל זאת יש קשר – הוא שלילי. כלומר, ככל שהמסוכנות עולה יותר, הטיפול נחשב מוצלח יותר (ראה טבלה 21).

הערכת הטיפול על ידי המטפלות הזוגיות והמשפחתית – הכללת הטיפול המשפחתי כחלק ממכלול הטיפולים הוגדרה כאחת המטרות המרכזיות והייחודיות של ההוסטל. סה"כ היה טיפול משפחתי וזוגי עם 9 זוגות מתוך כלל הבוגרים. מספר המפגשים נע בין 6 ל-18 מפגשים (שלושה זוגות היו ב-6 מפגשים, זוג אחד ב-10 מפגשים, אחד ב-13 מפגשים, אחד ב-15 מפגשים, אחד ב-16 מפגשים, אחד ב-17 מפגשים ואחד ב-18 מפגשים) כשמוצע הפגישות לכל זוג היה 12 מפגשים. זהו תהליך שאינו מספיק למשפחות עם בעיות כל כך קשות ועמוקות. ברוב המקרים, הטיפול הזוגי והמשפחתי הופסק אך לא הסתיים. הדבר נבע מהקושי להגיע אחת לשבוע לטיפול בהוסטל.

בניגוד להערכת המטפלים הפרטניים והקבוצתיים שם ניתן היה לקבל תמונה דומה לגבי רוב המטופלים, שאופיינה בירידה ברמת האלימות, בדיווח על הטיפול הזוגי ניכרה שונות בהערכת המטפלת את הזוגות השונים: "באופן עקרוני ישנה תרומה להפחתת רמת המסוכנות של בן הזוג, אך זה משתנה בין זוג לזוג." בדברי המטפלות הזוגיות נושא הצלחת הטיפול הזוגי כמעט לא עלה. גם אם הן דברו על שינויים שהתרחשו בטיפול הן ראו זאת רק כמשהו התחלתי שעדיין לא התבסס בדינמיקה המשפחתית.

מתוך דברי המטפלת הזוגית/משפחתית בתהליך הטיפול היה מיקוד על שני רבדים עיקריים: הרובד הזוגי והרובד ההורי. ברובד הזוגי עולה תמונה די דומה במרבית הטיפולים. התמונה מאופיינת בבעיות קשות של אמון וחשדנות. במספר מקרים ראו הנשים את השינוי שחל בגבר אך בטאו חוסר אמון ששינוי זה ימשך. הנשים היו רגישות לזיהוי התנהגות של רציה חברתית אצל בני זוגם והעלו זאת בטיפול בדרכים שונות. כמו כן, עלו בטיפול נושאים הקשורים לאופי הקשר הזוגי שאופיינו בדינמיקה של מוביל-מובל, מנצל-מנוצל, קורבנות כחלק מההליך הטיפולי. המפגשים הראשונים עסקו ביצירת שיח, בבניית אמון ובתחילת עבודה של יצירת קשר ושיתוף. בהמשך, ניכר כי מרבית הזוגות מתחילים לחשוף ולעסוק בקשיים יומיומיים סביב האלימות והאמון. עולות סוגיות של

בגידות, קורבנות וחולשה. הזוגות מתארים קושי רב ואמיתי בהתמודדות עם הטיפול אך גם מציינים שקורה בו שיח שמעולם לא היה בניהם.

הרובד השני בטיפול מיוחס להדרכה הורית. כחלק מהטיפול, בני הזוג עוסקים בקשיים שלהם מול הילדים, בניית גבולות ושיקום התא המשפחתי. בני הזוג מעידים על הליך טוב אך מורכב שמפגיש אותם לראשונה עם קשיי ההורות ומציאת פתרונות לגיטימיים לרווחת המשפחה. במהלך הטיפול, ל-2 מתוך הזוגות המטופלים נולדו ילד/ה. נושא זה תופס מקום רחב בטיפול תוך התייחסות אמיתית וכנה אל החששות והפחדים בערעור וזעזוע המערכת המשפחתית. המטפלות הזוגיות מציינות שעל אף הקושי הנפשי והלוגיסטי בהישארות בטיפול, כמעט כל הזוגות הדגישו בפניה את החשיבות של הטיפול הזוגי בשיקום הקשר, וכן את התרומה הנרחבת לזוגיות ולמשפחה כולה. עניין הקושי הגיאוגרפי אף הוא עלה בהתייחסות הזוגות. חלקם היו מעדיפים שהטיפול ימשך בקרבת מקום המגורים.

מתוך ההתייחסות של המטפלת הזוגית נראה שהטיפול מהווה אפשרות כמעט ראשונית ליצירת שיח פתוח ומוגן בין בני הזוג. התכנים העולים בטיפול הזוגי מצביעים על כך שהשינוי שהגברים עברו בהוסטל אינו מספק לשיפור מערכת הקשרים במשפחה, שם קיים חוסר אמון בסיסי שנרכש לאורך השנים של חיים משותפים בצל האלימות. דבר זה דורש עבודה אינטנסיבית וממושכת שיש לה חשיבות מרובה דווקא בעת חזרת הגבר לביתו שמהווה בעצם "מבחן המציאות". החזרה לבית משמעותה מעבר לחיים משותפים וצפופים עם בת הזוג והילדים ב"סיר הלחץ" המשפחתי גם הסתגלות מחודשת של המשפחה לשובו של הגבר, לאחר שהייתה כבר התארגנות מסוימת לחיים בלעדי.

להערכתנו, יש הגיון רב בדברי המטפלת הזוגית ויש לעשות חשיבה מחודשת לגבי אופי הטיפול הזוגי/משפחתי (מתי להתחיל בטיפול? באיזו אינטנסיביות? איזו שיטה טיפולית? וכיצד להמשיכו בקהילה ברגע שהשהות בהוסטל מסתיימת?). לא נראה שהיה תהליך של בדיקה כזה במשך שלוש השנים של הקמת וביסוס ההוסטל, למרות הדגש הרב שהושם על הטיפול המשפחתי בהגדרת המטרות והייחודיות של ההוסטל.

הגברים נחשפו לטיפול המשפחתי בשלב מאוחר של שהותם בהוסטל. הרציונל לכך התבסס על קונטקסט טיפולי אחר לחלוטין- תחנות קהילתיות לטיפול באלימות במשפחה- שם קיים חשש לשלומה של האישה במצבים שהגבר עדיין לא לוקח אחריות על התנהגותו האלימה. חשש זה לא רלוונטי למציאות בהוסטל מאחר והגבר לא חוזר לאחר הפגישה הטיפולית המשפחתית לביתו במשותף עם אשתו. כלומר, לא נשקפת סכנה לשלומה של האישה לאחר המפגש הטיפולי.

גם המטפלת המשפחתית לא הייתה חלק אינטגרלי מצוות ההוסטל אלא איש צוות חיצוני שעבדה כ'פריילנס'. יש מקום לדון באופן מעמיק על מקומו ואופיו של הטיפול המשפחתי הניתן בהוסטל.

הערכת תוצאות הטיפול בהוסטל – סיכום – תהליך הערכת הטיפול בהוסטל איפשר הסתכלות רב ממדית על הטיפול. ראשית, ניתן היה להשוות בין הערכת הגברים לבין הערכת הצוות המטפל ובנות הזוג. כפי שנמצא ברוב מחקרי ההערכה שנעשו בעולם המטופלים מדווחים על הצלחה הגבוהה ביותר בהשוואה למטופלים ולסביבה (במקרה זה בנות הזוג). ברוב מחקרי ההערכה נמצא שהמטופלים מדווחים על הצלחה גדולה יותר של הטיפול בהשוואה לגורמים בסביבת המטופל. במחקר הנוכחי לא נמצא פער בין הערכת המטופלים והערכת בנות הזוג. יתכן שדבר זה נובע מהחשש של בנות הזוג לדווח על התנהגות אלימה או מזלזלת של בני זוגם (ראה סעיף הערכת הטיפול על ידי בנות הזוג).

הערכה נעשתה תוך שימוש בשתי מתודות מחקריות: כמותנית ואיכותנית. באופן כללי ניתן לראות בשתי המתודות דיווחים, שניתנו על ידי כל הגורמים הנחקרים, שמצביעים על ירידה משמעותית ברמת האלימות כתוצאה מהטיפול בהוסטל. ההוסטל נחוה כמקום שמאפשר לגברים לעשות את המעבר מהכלא חזרה לבית בצורה מדורגת תוך עיבוד וטיפול בגורמים להתנהגות אלימה. מתוך הנתונים שנאספו קשה היה להגיע לממצא חד משמעי המגדיר את המשתנים הרבים בתכנית ההוסטל שגורמים לשינוי ונראה שמבנה התכנית בכללותה הכוללת חיים יומיומיים במסגרת ההוסטל, האווירה החמה והאכפתית במקביל לסוגי הטיפולים השונים כל אלה יחד יוצרים את השינוי. לא ניתן להתעלם מהעובדה שבחויית הגברים לא היה לטיפול הזוג/משפחתי מקום מרכזי בשינוי למרות שזה היה אחד מהמוקדים הייחודיים של הוסטל מפתחות, דבר המצריך חשיבה מחודשת על אופן ומיקום טיפול זה.

#### הערכת הצוות את תפקוד ההוסטל ואת תהליך גיבוש הפרויקט

מצבת צוות העובדים בהוסטל כוללת: מנהלת, אם בית, שלושה עובדים סוציאליים, מטפלת בתנועה ו-4 מדריכים (בתקופות מסוימות לאורך המחקר מצבת העו"סים לא הייתה מלאה). לאורך תקופת המחקר התחלפו שלש מנהלות בהוסטל, כשתקופות הניהול אופיינו בהבדלים בתפישות מקצועיות וניהוליות. להלן נתייחס לתקופת המנהלת הראשונה כתקופה הראשונה, ולתקופת המנהלת השנייה, וראשית תקופת עבודת השלישית כתקופה השנייה.

#### התפתחויות בתפישת הניהול וסוגיות מרכזיות בתקופות הניהול השונות –

**התקופה הראשונה** אופיינה בחיפוש דרך מקצועית וניהולית, שכללה דגש חזק על כללי עבודה, היררכיה תפקידית ועמידה בתוקף על קיום כללי ההתנהגות מצד הדיירים. ההנחה הייתה שבהעדר הבנייה ברורה, עלולים להיפרץ גבולות מצד הדיירים שעלול לפגוע באיכות הטיפול ובאשיות קיומו של ההוסטל הנמצא עדיין בשלבי גיבוש והקמה. בתקופה זו הצוות חש שמחד יש בהירות גבוהה בציפיות ובכללים אך מאידך ישנה נוקשות ודגש רב על נהלים הבאים על חשבון חיפוש דרכים חדשות וגמישות בעבודה המותאמת לצרכי המקרה. במהלך תקופה זו, חלה הגמשה מסוימת בכללים מתוך ניסיון לאזן יותר בין החלק הסמכותי לחלק הטיפולי המשותף לכל הצוות. להלן מספר סוגיות נוספות שעלו במסגרת תקופה זו.

**יחסי הגומלין בין ההוסטל לבין רש"א:** גורם נוסף שבלט בתקופה הראשונה היה המערכת המורכבת של יחסי הגומלין בין ההוסטל לבין הרשות לשיקום האסיר. ההוסטל היה ייחודי בתוך

הרשות כיון שהוקם מתוך מטרה לשרת סוג שונה של אוכלוסיה מזו המטופלת בדרך כלל על ידי הרשות. בעוד הרשות מתמחה בטיפול במסגרת הוסטלים באסירים בעלי רקע של סמים והתמכרויות, ההוסטל הנוכחי נועד לאסירים לשעבר שבהגדרה אינם מכורים, ובעיותיהם שונות באופן מהותי. הבדל זה יצר פערים וצורך בניהול משא ומתן על מקומו הייחודי של ההוסטל. משא ומתן זה נראה שעורר ניגוד בין קריטריונים של שוויוניות בין ההוסטלים השונים, לבין הצורך בתנאים מיוחדים העונים על צרכים שונים של אוכלוסיית הגברים האלימים. עוד עלתה הסוגיה של תחלואה כפולה, המאפיינת חלק מאוכלוסיית הגברים האלימים שבכלא, ומנוגדת לקריטריונים הרשמיים של ההוסטל, ויצרה צורך לגבש מדיניות ברורה.

**הומוגניות מול רב-תרבותיות:** סוגיה נוספת ביחס לדיירים נובעת מכך שההוסטל אמור להיות רב-תרבותי ויש הפניות רבות משירות בתי הסוהר של מועמדים מהחברה הערבית. מעבר על המסה הקריטית של איזון בין אוכלוסיה ערבית ויהודית עלול לשנות את אופיו של ההוסטל, להוריד את מספר הגברים היהודים שפונים לטיפול בהוסטל ולהגביר את הקשיים הקהילתיים הקיימים כבר היום.

**התקופה השנייה** אופיינה גם היא בחיפוש דרך מקצועית וניהולית, אך תוך התבססות על לקחי העבר, גמישות רבה יותר בחיפוש דרכים טיפוליות ומתן מענה לצרכים אינדיבידואליים, ומתן מרחב לאנשי הצוות בהפעלת שיקול דעת ובחירת דרכים מקצועיות. תקופה זו אופיינה ביותר גמישות ואינדיבידואליות ביחסים עם הדיירים, ופחות עמידה נוקשה על כללים. לאווירה הייתה השפעה חיובית על העבודה המקצועית: הושם דגש על עצמאות העובדים, על בניית יחסי אמון בצוות, וכן, על עיבוי ההדרכות. בתקופה זו גם נעשה מעבר מתפיסה קונפליקטואלית לתפיסה משתפת פעולה ביחסים עם רש"א. נראה כי המקום הייחודי של ההוסטל בתוך רש"א נעשה מקובל יותר ומוכן יותר, דבר שהשפיע אף על תהליכי הגיוס של הגברים האלימים. אחד המחסומים לגיוס היו בתפיסה לא ברורה של קריטריונים לקבלת גברים להוסטל. כך נמנעו בהוסטל מלקבל גברים אלימים עם תחלואה כפולה או גברים ללא בת זוג נוכחית. הצורך בחשיבות הגדרה גמישה יותר של האוכלוסיה להוסטל עלה כמשימה חשובה בתקופה השנייה. בשלב זה הושם גם דגש על גיוס גברים כך שתקופת השליש תהווה מוטיבציה חיצונית אך משמעותית והכרחית להגעה ולהתמדה בתוכנית הטיפולית בהוסטל. בעקבות איתור שני המחסומים לעיל והצורך שזיהתה המנהלת בהנגשה של ההוסטל למועמדים פוטנציאליים, נעשו מאמצים גדולים לגיוס גברים אלימים. לשם כך הייתה הגעה רציפה יותר לכלא כדי לראיין גברים פוטנציאליים, כמו כן הוזמנו גברים פוטנציאליים להוסטל להתרשמות הדדית. ככלל נושא הנהלים ושיתוף הפעולה לשם גיוס גברים אלימים להוסטל קיבל עדיפות במגעים של המנהלת עם גורמי השב"ס וגורמי רש"א. סוגיה נוספת שהודגשה ופותחה במהלך התקופה השנייה היא בניית מודל ביחס לבוגרים לשנת המעקב. הקשיים בהפיכת ההוסטל למרכז הטיפול בעבור הגברים נובע מהמרחק הגיאוגרפי (הגברים מגיעים מפרישה ארצית) המקשה, ותחלופה בצוות אשר גורם להיעדר דמויות מוכרות. הכיוון היה בבניית שנת המעקב בצורה יותר "מודולרית ואישית" ובניית חוזה ברור עם כל בוגר.

תפיסתם של אנשי הצוות את ההוסטל – במהלך המחקר נערכו ארבע קבוצות המיקוד שנערכו עם כלל העובדים, ללא נוכחות המנהלות. השתיים הראשונות נערכו במהלך התקופה הראשונה, והשלישית והרביעית בראשית ואמצע התקופה השנייה. בתיאור להלן נציג סוגיות מרכזיות שעלו

במסגרת הראיונות הקבוצתיים, ובהתאם לצורך, נזכיר גם הבדלים הקשורים בתקופות הניהול השונות.

**הצורך בגיבוש מודל טיפולי ייחודי:** הצורך בגיבוש מודל טיפולי ייחודי להוסטל עלה בשתי קבוצות המיקוד הראשונות ובקבוצת המיקוד הרביעית. בקבוצת המיקוד הראשונה הועלה שהוסטל "מפתחות" מונחה על ידי מודלים מיובאים. המודלים הדומיננטיים שהתחרו על הבכורה היו: מודל הוסטלים של הרשות לשיקום האסיר, מודל "בית נועם" ומודל המרכזים למניעת אלימות. מודלים אלו נתפסו כלא מתאימים לעבודה בהוסטל הן בגלל הבדלים במאפייני המטופלים (אינם מכורים) והן בהקשר שלהם. מודל הטיפול תואר כ"מונחת מלמעלה", וכדברי אחד מאנשי הצוות הוא "כמו קורס באוניברסיטה" ופחות מחובר ל"כאן ועכשיו". הסתמכות על מודלים אחרים ומצב של מעין תחרות בין המודלים מביא לצמצום מרחב לבחינה עצמית, כשהתוצאה היא קיומם של כיווני טיפול רבים אך בסופו של דבר היעדר כיוון מגובש. חוסר גיבוש תואר גם כפוגע בגיבוש הצוות וכמשפיע על חיפוש דרך ייחודית. נושא העדר מודל מגובש שויך גם לתחלופה של מנהלות ולשינויים בתפיסת עולם שהשפיעו באופן מכריע. נוסף לכך, עלה הצורך לכלול במודל הטיפול את תהליך ההתמודדות עם משברים החלים בהוסטל, ונובעים מהפרה חמורה של כללי ההתנהגות והמוסר. עלתה ההכרה כי משברים מעין אלו מהווים חלק אינטגרלי מעצם העבודה בהוסטל ואינם תופעות חד פעמיות. משברים הם חלק מהדינאמיקה של ההוסטל ונובעים מהרכב אוכלוסיית המטופלים אשר הגיעו מבתי סוהר ואשר חוו משברים מבית. לפיכך יש להבנות את הידע של התמודדות עם משברים הצפויים בהוסטל.

**הצורך בהכשרה הממוקדת בטיפול באלימות:** העובדים ברובם היו ללא ניסיון קודם בעבודה עם גברים אלימים ובעלי הניסיון עבדו במסגרות בקהילה שאינן מסגרות פנימייתיות. בקבוצות הדיון בלטה ההיעדרות של הכשרה שיטתית לאלימות. רוב המשתתפים חשו שהם עובדים ללא בסיס תיאורטי ופרקטי וללא הכנה מתאימה לטיפול בתחום. לא נעשתה תוכנית הכשרה ואלו מאנשי הצוות שהצליחו לרכוש ידע עשו זאת מתוך יוזמה שלהם.

לחברי הצוות ציפייה להעשרה תקופתית בתחום אלימות שתינתן על ידי מומחים בתחום שאינם בהכרח קשורים לתפקוד של ההוסטל. בין התחומים הנראים לצוות כחשובים הודגשו פיתוח מיומנויות של פסיכותרפיה באופן כללי ומיומנויות בתחום הספציפי של אלימות במשפחה בואריאציות כאלה או אחרות, נושא הצורך בהכשרה מקצועית נוספת והגברת ההתמחות בתחום האלימות הווה סוגיה מרכזית בכל קבוצות הדיון.

**הצורך בהדרכה מסודרת, עקבית ומגוונת:** במקביל לצורך בהכשרה, נושא ההדרכה עלה כנושא מהותי וכצורך קריטי בעבודה בקבוצות המיקוד הראשונה והשנייה. הציפייה הייתה להדרכה מסודרת וקבועה. החוויה המרכזית מההדרכה שהתקיימה באותה עת הייתה שיש מקום רב מדי בעיסוק בחוקים ובכללים, בלי מתן ביטוי ל"עולם הפנימי" (כלשון אחד מאנשי הצוות), המייצג התלבטויות מקצועיות ואישיות הנובעות מהחוויות שבעבודה עם הגברים שבהוסטל. היעדר קביעות ורציפות בהדרכה לא אפשרו תהליכים בין-אישיים ובכך נמנעת חווית אינטימיות בצוות, ביטוי ישיר וגלוי לפני השטח של דברים סמויים אשר יכולים לקדם את העבודה, אפשרות להתחלק וקבלת תמיכה.

בעת ביצוע קבוצת המיקוד הרביעית התגבשה הדרכה שבועית למדריכים דבר שנתפס כתורם ליציבות. יחד עם זה עלה רצון להדרכה אישית קבועה ומסודרת מעבר להדרכה הקבוצתית.

**הצורך בהבהרת תפקידים, גבולות ותקשורת בתוך הצוות:** בקבוצת המיקוד הראשונה בלט נושא אי הבהירות ביחס לתכולתם של התפקידים השונים כמו גם גבולות בין תפקידים ותקשורת בין הצוות. הבהרת הגבולות שבין אנשי הצוות צוינה כחשובה גם לשימוש הטיפולי בגבולות שמציב הצוות למטופלים. בקבוצת המיקוד השלישית העלו המדריכים שחל שינוי לטובה. הם הדגישו שהם חשים יותר תקשורת, יותר עדכונים הדדיים ו"יישור קו". יחד עם זאת, המנגנונים להסדרת המפגשים ודרכי תקשורת אינם רציפים ואחידים. הצורך שהועלה הוא ל"פורום" של מדריכים שיוכל להתקדם מעבר לרמה של דיבור על בעיות שוטפות לכיוון של מחשבה מעמיקה על העשייה. בקבוצת המיקוד הרביעית עלה באופן חוזר הצורך בבנייה נכונה ומאורגנת יותר של ישיבות צוות כדי שיהיה ניתן להפיק מהם את המרב.

המדריכים ביטאו באופן בולט צורך לעבוד במשותף. במצב הנוכחי אין חפיפה בשעות עבודה כך שנוצר מצב בו אין התנסויות משותפות המעצבות דרכי עבודה ותגובה תואמות. לאור זאת, ביטאו המדריכים בקבוצת המיקוד השנייה והרביעית רצון שפעם בחודש יעבדו שני מדריכים במשותף. לדעת המדריכים למרות העלות הנוספת הכרוכה לרש"א יהיה רווח משמעותי באיכות העבודה של המדריכים, ביכולת הלמידה ההדדית, באיכות היחס המקצועי כלפי דיירים, במיוחד ימנע פיצול בהתנהגות המדריכים הנובעת ממניפולציות של גברים שונים.



## סיכום, דיון והמלצות

דו"ח מחקר זה מסכם שלוש שנים של פעילות ההוסטל. באופן כללי ניתן לאמור שהגברים שסיימו את הטיפול בהוסטל מדווחים על כך שהטיפול היה משמעותי להם ושתוצאותיו נמשכות לאורך זמן של שנה לפחות. הגברים מדווחים שלמדו דרכים להתמודד עם ההתנהגות האלימה ולהבין מה גורם להתנהגות זו. לא ניתן על פי הנתונים שנאספו במחקר זה לדעת בוודאות אם דיווחי הגברים נכונים או אם קיים ניסיון ליפות את המציאות. סביר להניח שגברים שהשקיעו מאמץ וזמן בתהליך הטיפול בהוסטל יטו לתאר אותו כתהליך משמעותי. גם בחקר הנשים ניתן לראות שיש הערכה לטיפול שעברו הגברים בהוסטל, אם כי העלנו מספר שאלות לגבי אמינות הדיווח שנתקבל. להערכתנו על מנת לאמת את הנתונים יש צורך לשמוע מגופים שונים בקהילה. מאחר שבשלוש שנות פעילות ההוסטל כמעט לא היה קשר עם גורמים טיפוליים בקהילה לא יכולנו לבצע אימות זה.

נראה שבשנות פעילות ההוסטל נעשתה עבודה משמעותית בבניית היסודות של ההוסטל (מציאת בית ובית חלופי, בניית תכנית טיפולית ובניית צוות). נראה שהושגה המטרה של בניית מערך טיפול כוללני, המקיף לתחומי חיים שונים, שעשויים להשפיע על התנהגות אלימה במשפחה כמו: עצמאות, עבודה קבועה, וידע בביצוע מטלות הבית. בשלב של סיום מחקר זה התורה הטיפולית הייחודית להוסטל עדיין נמצאת בשלבים התחלתיים. בחלקו הגדול מבוסס הטיפול על תכנית העבודה של הוסטל "בית נועם". יחד עם זאת נראה שמתחילים להתפתח אספקטים ייחודיים להוסטל "מפתחות", כמו למשל יצירת קשר עם המועמד כבר בעת שהותו בכלא, ראיון קבלה מובנה עם ניסיון לראיין גם את בת הזוג במידה ויש למועמד קשר זוגי וביקור בית על ידי העובדת הפרטנית מההוסטל? הטיפול המשפחתי שהיה אמור להיות בין הדברים המייחדים את ההוסטל לא קיבל מקום מרכזי ומשמעותי בחוויה של הבוגרים ושל בנות זוגם, למרות שצינו את חשיבותו. גם כאן לא נוצר מודל לטיפול משפחתי שיתאים למציאות ההוסטל (מקום מגורים מרוחק) ולא נעשה קשר עם הקהילה שיאפשר המשך טיפול. אנו מעריכים שהיו שני גורמים מרכזיים שעיקבו פיתוח מודל ייחודי וחוסר פיתוח קשרים עם הקהילה: (1) האחד נעוץ בעובדה שבמשך שלוש שנים הייתה תחלופה רבה בצוות; (2) והשני קשור לכך שלאף אחת מהמנהלות ולרוב העובדים הסוציאליים לא הייתה הכשרה בטיפול באלימות במשפחה, ותוך כדי העבודה בהוסטל, היה עליהם ללמוד את בסיס הידע בנושא ולכן עדיין לא היו פנויים לפתח תובנות המותאמות לסיטואציה הייחודית של ההוסטל.

גורם נוסף ומשמעותי הוא חוסר בדיירים במשך תקופה ארוכה בהוסטל המתבטא במספר הנמוך של בוגרים. בניתוח עבודת ההוסטל נראה שלא הייתה עבודת שיווק אינטנסיבית ומתמשכת עם בתי הכלא. בתקופת הראשונה לא נוצרו קשרי עבודה תקינים עם גורמי הרשות לשיקום האסיר בבתי הכלא השונים. דבר זה השתנה לטובה בתקופה השנייה ובחצי השנה האחרונה לאיסוף הנתונים ההוסטל היה רוב הזמן בתפוסה מלאה. יש להמשיך ולפתח פעילות מובנית ומתמשכת לשיווק ההוסטל.

אשר לצוות, במשך שלוש השנים התחלפו שלוש מנהלות וכמעט כל חברי הצוות. במבט ארוך על פני שלוש השנים ניכר שהיה קשר בין סגנון הניהול לבין רמת התפקוד ושביעות הרצון של הצוות.

בתקופה בה הסגנון היה יותר ריכוזי נוצרו מתחים בתוך הצוות ובין הצוות לבין הגורמים החיצוניים האחראים לקיום ההוסטל. בתקופה בה הניהול היה קשוב יותר, האווירה בצוות נעשתה נינוחה יותר מבלי שרמת הדרישות מהגברים ירדה. בתקופה זו ניתן מקום רב יותר לשיקול המקצועי של חברי הצוות והדבר בא לידי ביטוי ביכולתם של הגברים להפיק דברים משמעותיים גם מהטיפולים שניתנו על ידי כלל חברי הצוות ולא רק על ידי המנהלת.

## המלצות

### - חשיבותו של ההוסטל

נראה לנו שיש חשיבות רבה להמשך קיומו של הוסטל שייתן מענה לאסירים משוחררים שהוענשו בגין אלימות במשפחה. עם זאת, נראה שהתכנית הטיפולית בהוסטל דומה מאוד לזאת שבהוסטל "בית נועם". לכן, אם מספר המועמדים להוסטל יהיה נמוך והרשות לשיקום האסיר לא תוכל בגלל סיבות שונות לתפעל את ההוסטל, יש מקום לשקול הקמת אגף ב"בית נועם" שיקלוט גם אסירים משוחררים, תוך הרחבת התכנית והתאמתה לאוכלוסייה שהשתחררה מהכלא.

### - המלצות לתחום הטיפולי

- במידה ולמנהלת ההוסטל אין ניסיון טיפולי בתחום האלימות במשפחה, חשוב שיהיה אדם עם **מומחיות בנושא** שירכז את הטיפול וההדרכה בהוסטל.
- יש לוודא שתינתנה הדרכות אינדבידואליות **קבועות** לעובדים הסוציאליים, הדרכות **קבועות** למדריכים והדרכה **קבועה** לצוות, על ההדרכה להתמקד גם בתהליכים העוברים על הצוות כקבוצה ותהליכים מקבילים (תהליכים המתרחשים בין חברי הצוות ודומים לאלו שמתרחשים בין הגברים). המודעות לתהליכים אלו מהווה בסיס לעבודה טיפולית, במיוחד במסגרת אינטנסיבית כמו ההוסטל.
- אנו ממליצים **שתהיה חשיבה מחודשת על הטיפול המשפחתי בהוסטל מאחר וזהו הייחוד של הוסטל 'מפתחות'**.
  - א. אנו ממליצים שהטיפול הזוגי/משפחתי יתחיל בשלב מוקדם יותר. מאחר והגבר שוהה בהוסטל במנותק מאשתו, אין חשש שיפגע בה לאחר פגישה טיפולית משותפת בעקבות חומר שיעלה במפגש הטיפולי (זו אחת הסיבות שטיפול משפחתי לא ניתן ברוב המקרים שבהם יש פנייה לטיפול בגין אלימות כלפי האישה מצד בן-זוגה).
  - ב. חשוב לדאוג לכיסוי כספי של נסיעות בת הזוג והילדים למפגשים הטיפוליים (סעיף זה היה בתכנית התקציבית של ההוסטל אך חלק מהנשים ציינו שההוצאה הכספית של הנסיעה הייתה אחת הסיבות שמנעו מהם להגיע למפגשים הטיפוליים).
  - ג. מאחר ונושא הטיפול המשפחתי הוא ממאפייניו הייחודיים של ההוסטל **חשוב שהמטפל המשפחתי יהיה יותר מעורב במכלול הטיפולים בהוסטל**. כמו כן, מרגע שמתחיל הטיפול המשפחתי חשוב שכל החלטה לגבי הגבר שבטיפול תתקבל במשותף עם המטפל המשפחתי.
  - ד. חשוב להתאים את שיטת הטיפול המשפחתי למציאות המשפחות (לדוגמא: שימוש בטכניקות מתוך גישת מילאנו המאפשרים מפגש אחת לשלושה שבועות, טיפולים ממוקדים יותר- טיפול מבני, אסטרטגי, נאראטיבי).

ה. רצוי לתת לעובדי ההוסטל יום עיון שבו תינתן אינפורמציה לגבי הטיפול המשפחתי (מטרות טיפוליות, פילוסופיה, כיוונים טיפוליים, שילוב של טיפול משפחתי עם טיפולים אחרים).

ו. יש מקום להעניק לצוות ייעוץ של מומחה בתחום הטיפול זוגי/משפחתי לצורך פיתוח ח מודל שיתאים למציאות של משפחות הגברים שבהוסטל.

- רצוי לבדוק את הצורך בקיומן של קבוצות טיפוליות שלא היו משמעותיות לגברים (ראה פרק על ניתוח הנתונים לגבי הטיפול הקבוצתי).

- **עד היום, כמעט לא נעשה קשר עם הקהילה של הגברים שטופלו בהוסטל.** לפיכך רובם הגדול עזבו את ההוסטל במצב שבו אין המשך טיפול בקהילה. **הקשר עם הקהילה חייב להתחיל עם כניסתו של הגבר להוסטל. על העו"ס בקהילה להיות מעורב ומיוזע הן על הטיפול בגבר וכן ליצור קשרים עם המשפחה ולהכינה לחזרת הגבר לביתו או לקהילה. חשוב שהמטפל האינדיבידואלי יהיה אחראי לקשר עם הקהילה של האדם שבטיפולו.**

#### - המלצות לגיוס דיירים

- מתוך דברי הגברים הייתה זו העובדת הסוציאלית בכלא שהמליצה להם על ההוסטל. כדאי ליצור קשר קבוע עם העובדות הסוציאליות בכלא כדי שההוסטל יהיה כל הזמן ב'מפה' הקוגניטיבית שלהם. ניתן לעשות זאת על ידי 'ידיעון' שיגיע אליהן אחת למספר חודשים ובו דיווחים על ההוסטל, מפגש עם המנהלת או עם אחד העובדים בו יינתן דיווח על ההוסטל.

מאחר שישנם כבר בוגרים להוסטל ניתן להפגיש אותם במסגרת הרצאה עם עוס"ים, נציגי רש"א ואסירים לצורך שיווק ההוסטל.

- חשוב שכל אחד מאנשי הצוות יהיו ממונה על מספר בתי כלא ויגיע לכל אחד מהם, לפחות אחת לחודש.

מתוך הראיונות עם המסיימים ועם הנושרים **ניתן לזהות מספר משתנים שעשויים לנבא את התאמת האדם להוסטל:**

גבר שעדיין בתקופת ה"שליש" יהיה בעל מוטיבציה גבוהה יותר להתמודד עם דרישות ההוסטל מאשר גבר ששוחרר;

אנשים עם תחלואה כפולה מתקשים לקבל מענה לצרכיהם בהוסטל ומועדים לנשור, במידה ומקבלים גבר עם תחלואה כפולה חשוב לספק לו את הצרכים הטיפוליים הנדרשים;

א. גברים עם מודעות בסיסית להיותם אלימים (אחרים לא יבינו 'מה יש להם לחפש שם'); גברים עם איזשהו ניסיון טיפולי חיובי קודם (לאו דווקא טיפול באלימות). זה יכול להיות גם קבוצת הורות וכו' בכלא.

#### - המלצות לגיוס אנשי צוות

בגיוס אנשי צוות רצוי לקלוט עובדים עם הכשרה וניסיון בתחום האלימות במשפחה.

- במידה ולא מוצאים עובדים עם הכשרה מסוג זה רצוי לקחת אנשים עם ניסיון ורקע טיפולי ולהכשירם בתחום הטיפול באלימות.

רצוי לוודא שהעובד אינו חושש לטפל באוכלוסייה עם רקע של אלימות במשפחה. חשש מסוג זה יכול לפגוע בטיפול בשני אופנים:

- א. העובד יפחד להציב גבולות ברורים.
- ב. העובד עלול לגלות נוקשות ותוקפנות פסיכולוגית כלפי המטופל.
- ניתן לוודא דבר זה הן על ידי שאלות ישירות והן על ידי הצגת סיטואציות מדמות בתהליך הראיון (במידה ולמגייס את אנשי הצוות אין ניסיון בטיפול באלימות במשפחה כדאי לצרף גורם מומחה לתהליך ראיון הקבלה).

#### - המלצות לתחום הארגוני

- בתהליך בניית ההוסטל חשוב שתהיה מעורבות רבה יותר של הגופים השותפים להפעלת ההוסטל מעבר לפגישות של וועדת היגוי. פעמים רבות, כמו גם במקרה של הוסטל "מפתחות", האחריות לתפעול ההוסטל היה כמעט באופן בלעדי על הרשות לשיקום האסיר. בשיחות שערכנו עם חברי הגופים השונים נוכחנו לדעת שהם מכירים בבעיות שהיו קיימות בהוסטל אך במסגרת הדיונים בוועדת היגוי כמעט לא נאמרו דברים ישירים. ייתכן שיותר מעורבות של השותפים היה יוצר סיעור מוחות שהיה משפר את תפקודו של ההוסטל (לדוגמא נושא הקריטריונים לקבלה שנידון מספר פעמים ובסופו של דבר שונו הקריטריונים והדבר אפשר העלאה במספר המועמדים להוסטל). לא פעם מוצאים אנשי מקצוע "בחינם" לשירות ההוסטל. למרות הפיתוי לנצל שירותים אלה חשוב לבדוק ולהעריך מהי מטרתם וכיצד פועלים (כמו כל גורם בהוסטל). במקרה זה הוצע בתקופה הראשונה יועץ ארגוני שלא ברור אם ומה הייתה מחויבותו ותרומתו להוסטל.
- בפיתוח תכנית חדשה, חשוב לשתף את העובדים בארגון שנבחר לתפעל את התכנית (במקרה זה הרשות לשיקום האסיר). דבר זה ימנע התנגדויות וחוסר שיתוף פעולה כפי שקרה בתקופה הראשונה וגרם לאי הפניית מועמדים להוסטל.
- בנייתו הפרוטוקולים של הוועדה המקצועית נראה שהיו יחסית מעט מאוד ישיבות וחלקן לא עסקו בנושאים בגינן הוקמה הוועדה. לא פעם חסרו חברים רבים בישיבות. אולי כדאי להרכיב וועדה מצומצמת יותר, שתכלול ברובה אנשים עם ניסיון טיפולי ותיתן מענה לצרכים דחופים העולים בהוסטל. כדאי לחשוב על מפגשים תכופים יותר (לא רק אחת לשלושה חודשים).
- יש לבדוק את הגדרת התפקיד של העובדים הסוציאליים. נראה לנו שלא נעשה ניצול ראוי של הזמן. חשוב לדאוג שכל עובד יהיה ה-case management של האנשים שבטיפולו (כלומר, מלבד הטיפול הפרטני עליו להיות בקשר עם גורמים בקהילה של הגבר, גם אם משמעות הדבר לנסוע פעם או פעמיים, במשך השעות של האסיר בהוסטל, לביקור בקהילה וליצירת קשר עם הגורמים המקצועיים שם). רצוי שכל עובד יהיה בקשר עם מספר בתי כלא לצורך גיוס גברים.
- חשוב שאחד מחברי הצוות יהיה אחראי על המחקר, ולא המנהלת, כפי שהיה בחלק מהתקופה הראשונה של ההוסטל. למנהלת עיסוקים רבים ולא נראה שעליה להעמיס על עצמה דברים נוספים. נראה שמלוי השאלונים בנוכחות המנהלת מעלה את הצורך במתן תשובות מתוך רצייה חברתית. חלק מהמלצות אלה נתנו גם בדו"ח הראשון אך כמעט לא נעשה דבר בנדון. אחת הסיבות לכך היא תחלופת המנהלות שנעשתה זמן קצר לאחר נתינת הדו"ח. המנהלת השנייה נאלצה תוך זמן קצר לדאוג לקבלת גברים להוסטל וללמוד את נושא האלימות במשפחה, כל זאת תוך ניהול הוסטל נוסף בעיר אחרת. למרות שניתן לראות שינוי משמעותי לטובה בתקופתה (מספר הקונפליקטים בין ההנהלה לצוות ירד, ניתן מקום לביטוי מקצועי עצמאי יותר של העובדים, האווירה בהוסטל נעשתה

פחות נוקשה) לא ניתן לצפות שבתקופת כהונה כה קצרה תצליח להתמודד עם הנושאים הדורשים שיפור.

## רשימת מקורות

- גולדבלט, ה', ושמאי, מ' (1994). טיפול זוגי. בתוך ה. גולדבלט וצ. איזיקוביץ (עורכים), *אלימות במשפחה – לקראת התערבות רב-תחומית* (עמ' 61-67). חיפה: ליגת נשים למען ישראל.
- Babcock, J.C. & La Taillande, J. (2000). Evaluating interventions for men who batter. In J. Vincent, E. Jouriles (Eds.), *Domestic violence: Guidelines for research- informed practice* (pp. 37-77). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Babcock, J., Green, C. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analysis review of domestic violence treatment. *Clinical Psychological Review*, 23, 1023-1053.
- Babcock, J.C., Candy, B. E., Graham, K. & Schart, L. (2007). The evolution of battering interventions: From the dark ages into the scientific age. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence: A handbook of gender-inclusive theory and treatment* (pp. 215-244). New York: Springer.
- Bannett, L.W. & Williams. O. J. (2001). Intervention programs for men who batter. In C. M. Renzetti, J. E. Edleson & R.K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against woman*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bass, B. (1973). An unusual behavioral technique for treating obsessive ruminations. *Psychotherapy*, 10, 191-192.
- Bowen, E. & Gilchrist, E. (2004). Comprehensive evaluation: A holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 215-23.
- Brownlee, K. & Chlebovec, L. (2004). A group for men who abuse their partner: Participant perceptions of what was helpful. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 209-213.
- Buttall, F. & Pike, C. (2003). Investigating the differential effectiveness of a batterer treatment program on outcomes for African American and Caucasian batterers. *Research on Social Work Practice*, 13, 675-692.
- Buttall, F.P. & Carney, M.M. (2004). A multidimensional assessment of a batterer treatment program: An alert to a problem? *Research on Social Work Research*, 14, 93-101.
- Davis, R. & Taylor, B. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women and Criminal Justice*, 10, 69-93.

- Deschner, J.P. & McNeil, J.S. (1986). Results of anger control training for battering couples, *Journal of Family Violence, 1*, 111-121.
- Dobash, R.E., Dobash, R.P. (1992). Women, violence and social change. London: Routledge & Kegan Paul.
- Dobash, R.E., Dobash, R.P., Cavanagh, K. & Lewis, R. (2000). *Changing violent men*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dobash, R.P. & Dobash, R.E. (2001). Criminal justice programmes for men who assault their partners. In C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 379-389). Chichester: John Wiley & Sons.
- Dutton, D.G. (2007). *The Abusive Personality: Violence and control in intimate relationships*. (pp. 234-235). New York: The Guilford Press.
- Dutton, D.G. & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 457-483.
- Edleson, J. (1996). Controversy and change in batterers' programs. In J. Edleson & Z. Eisikovits (Eds.) *Future interventions with battered women and their families* (pp.154-169). Thousand Oaks, California: Sage.
- Edleson, J. & Syers, M. (1990). The relative effectiveness of group treatment for men who batter. *Social Work Research and Abstracts, 26*,10-17.
- Edleson, J.L. & Tolman, R.M. (1992) *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, CA: Sage.
- Eisikovits, Z. & Buchbinder, E. (2000). *Locked in a violent embrace: Understanding and intervening in domestic violence*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eizikovits, Z. & Edleson, J.L. (1989) Men who batter: A critical review of the literature. *Social Service Review, 55*, 384-414.
- Foy, D.W., Eisler, R.M. & Pinkston, S. (1975). Modeled assertion in a case of explosive rage. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6*, 135-137.
- Gelles, R.J. & Maynard, P.E. (1987). A Structural family systems approach to intervention in cases of family violence. *Family Relations, 36*, 270-275.
- Geffner, R. & Mantooth, C., (2000). *Ending spouse/partner abuse: A psychoeducational approach for individuals and couples*. New York: Springer.

- Gondolf, E.W. (1997). Expending batterer program evaluations. In G. Kaufman & J. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary research perspectives on family violence* (pp. 208-218). Thousand Oaks, California: Sage.
- Gondolf, E.W. (1997). Batterer programs: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 83-98.
- Gondolf, E.W. (1998). *Assessing women battering in mental health services*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gondolf, E.W. (2000). Result at 30-months after batterer programs intake. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 44*, 111-128.
- Gondolf, E.W. (2002). *Batterer intervention systems: Issues, outcomes and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gondolf, E.W. & Hanneken, J. (1987). The gender warrior: Reformed batterers on abuse, treatment, and change. *Journal of Family Violence, 2*, 177-191.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., Bonge, D. & Tolin, D. F. (1996). A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims, 11*, 277-292.
- Hamby, S.L. (1998). Partner violence: Prevention and intervention. In J.L. Jasinski & L.M. Williams (Eds.) *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hamel, J. (2007). Domestic violence: A gender-inclusive conception. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family intervention in domestic violence* (pp. 3-26). New York: Springer.
- Hanson, B. (2002). Interventions for batterers: Program approaches, program tensions. In A.R. Roberts (Eds.), *Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, programs, and legal remedies* (pp. 419-448). Oxford: Oxford University Press.
- Jukes, A.E. (1999). *Men Who Batter Women*. London: Routledge.
- Lawson, D.M., Barnes, S.D., Madkins, J.P. & Francios-Lamonte, B.M. (2006). Changes in male partner abuse attachment styles in group treatment. *Psychotherapy, 43*, 232-237.
- Ley, L.F. (2005). *A study of domestic violence recidivism following treatment among incarnated men who batter*. Submitted to Faculty of the University of Miami in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Miami.



- McGuire, J. (2002). *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies reduce re-offending*. University of Liverpool: John Wiley & Sons.
- Margolin, G. (1979). Conjoint marital therapy to enhance anger management and reduce spouse abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 7(2), 13-24.
- Morran, D. & Wilson, M. (1997). *Men who are violent to women: A groupwork practical manual*. Lyme Regis, UK: Russell House.
- Neidig, P.H. (1986). The development and evaluation of spouse abuse Treatment program in a military setting. *Evaluation and Program Planning*, 9, 275-280.
- Palmer, S.E., Brown, R.A & Barrera, M.E. (1992). Group treatment programs for abusive husbands: Long term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter*. New York: Springer.
- Rosenfeld, B. (1992). Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.
- Schwartz, J.P. & Waldo, M. (2004). Group work with men who have committed partner abuse. In J.L. Delucia- Waack, D.A. Gerrity, C.R. Kalodner & M.T. Riva (Eds), *Group counseling and psychotherapy*, London: Sage.
- Scott, K.L. & Wolfe, D.A., (2000). Change among batterers: Examining men's success stories. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(8), 827-842.
- Scott, K.L., (2004). Predictors of change among male batterers: Applications of theories and review of empirical findings. *Trauma, violence & abuse*, 5, 260-284.
- Silvergleid, C.S. & Mankowski, E.S. (2006). How batterers intervention programs work: Participant and facilitator accounts of processes of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 139-159.
- Sonkin, D.J., Martin D. & Walker, L. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.
- Taylor, J.W. (1984). Structured conjoint family therapy for spouse abuse cases. *Social Casework*, 65, 11-18.
- Tolman, R.M. (1990, September). *The impact of group process on outcome of groups for men who batter*. Paper presented at the European Congress on the Advancement of Behavior Therapy, Paris.

- Tower, L.E. (2003). Attendance and absenteeism: Key variables in predicting re-arrest in batterers rehabilitation. *FVSAB*, 19(3), 6-14.
- Tutty, L.M., Bidgood, B.A., Rothery, M.A. & Bidgood, P. (2001). An evaluation of men's batterer treatment groups. *Research on Social work Practice*, 11(6), 645-670.
- Van Wormer, K. & Bednar, S. (2002). Working with male batterers: A restorative-strengths perspective. *Families in Society*, 83, 557-565.
- Wangsgaard, S. M. (2001). The participants' perspectives: Factors of batterer group treatment that facilitate. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences & Engineering*, 61(11-B), 6153. (UMI No. 2001-95010-071).
- Weidman, A. (1986). Family therapy with violent couples. *Social Casework*, 67, 211-218.

# נספחים



## נספח 1: כלי מדידה

### שאלון לגבר – בעת כניסה לטיפול

שלום רב!  
אנו מעריכים את נכונותך למלא שאלון זה.  
המידע שתמסור בשאלון ישמש לצורך המחקר בלבד ולא ימסר לשום גורם אחר.  
על מנת לשמור במידה המרבית על סודיות נשתמש במילוי השאלון במספר קוד.

קוד מרואיין \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

### חלק א'

לפניך מספר שאלות כלליות, רשום את התשובה הנכונה עבורך:

1. שנת לידה שלך: \_\_\_\_\_
2. מקום הלידה שלך:
  1. ישראל
  2. אירופה המערבית/אמריקה/קנדה/דרום אפריקה/דרום אמריקה
  3. מזרח תיכון/צפון אפריקה
  4. מזרח אירופה/מדינות חבר העמים
  5. אתיופיה
  6. אחר
3. שנת עליה (מלא רק אם נולדת בחו"ל) \_\_\_\_\_
4. דת:
  1. יהודי
  2. מוסלמי
  3. דרוזי
  4. נוצרי
  5. אחר

- | במידה רבה מאוד | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה | במידה מועטה מאוד | בכלל לא |
|----------------|-----------|---------------|-------------|------------------|---------|
| 6              | 5         | 4             | 3           | 2                | 1       |
5. באופן כללי, באיזה מידה אתה מגדיר את עצמך כדתי?
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - 5
    - 6
  6. מספר שנות הלימוד שלך (כולל ביה"ס, אוניברסיטה, ישיבה) \_\_\_\_\_
  7. מהו מקצועך? \_\_\_\_\_
  8. איזה קצבאות אתה מקבל? \_\_\_\_\_
  9. כשאתה יוצא לחופש, לאיזה בית אתה יוצא?
    1. של הוריה
    2. של בת זוגך
    3. למשהו אחר במשפחה המורחבת (מי? \_\_\_\_\_)
    4. למלון/אכסניה
    5. אחר \_\_\_\_\_
  10. כמה אנשים גרים בבית אליו אתה יוצא כולל אותך? (אם סמנת בתשובה הקודמת מלון/אכסניה, בבקשה עבור לשאלה הבאה) \_\_\_\_\_
  11. כמה חדרים יש בבית אליו אתה יוצא? \_\_\_\_\_
  12. איפה התגוררת לפני שנכנסת לכלא?
    1. בעיר יהודית
    2. בעיר ערבית
    3. בעיר מעורבת
    4. בכפר
    5. בעיירת פיתוח
    6. בקיבוץ
    7. במושב
    8. ביישוב קהילתי

13. מה מצבך המשפחתי כיום :  
 1. רווק 2. נשוי 3. גרוש 4. פרוד 5. אלמן 6. אחר : \_\_\_\_\_
14. מספר שנות נישואים או חיים במשותף עם בת הזוג הנוכחית : \_\_\_\_\_
15. אם היית נשוי בעבר – כמה פעמים היית נשוי? \_\_\_\_\_
16. כמה ילדים יש לך? \_\_\_\_\_
17. כמה מהם משותפים לך ולבת זוגך הנוכחית? \_\_\_\_\_
18. אם לבת זוגך יש ילדים מקשרים קודמים, כמה ילדים יש לה? \_\_\_\_\_
19. כמה ילדים חיים אתכם בבית? \_\_\_\_\_
20. האם מתגוררים עמכם בבית עוד אנשים (חוץ מהילדים ובת הזוג)?  
 1. לא 2. כן – מי? \_\_\_\_\_
21. מה גרם לכניסתך להוסטל?  
 1. זהו רצון עצמאי שלי לפנות לטיפול בהוסטל  
 2. בת הזוג לחצה שאפנה לטיפול בהוסטל  
 3. מישוהו מהמשפחה או מהחברים לחץ שאפנה לטיפול בהוסטל  
 4. יעצו לי בכלא להמשיך טיפול  
 5. ניקוי שלישי  
 6. אחר \_\_\_\_\_
22. האם אתה עדיין גר עם אותה בת הזוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגעת לכלא?  
 1. כן 2. גרים ביחד אך בתהליכי 3. אני לא גר עם אף בת 4. אני גר כרגע עם בת זוג אחרת  
 פרידה/גירושין זוג כרגע
23. אם אינך גר עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגעת לכלא האם אתם?  
 1. גרושים 2. פרודים בתהליך גירושין 3. פרודים לא בתהליך גירושין
24. ביחסים בין ההורים שלך, כאשר גרת יחד אתם, סמן האם קרה אחד או יותר מן הדברים הבאים :  

קרה לעיתים קרובות מאוד	קרה לעיתים קרובות	קרה לפעמים	קרה לעיתים רחוקות	לא ידוע
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
1. אחד ההורים צעק או קלל או העליב את השני  
 2. אחד ההורים הכה או השתמש בחפץ כדי להכות את השני  
 3. אחד ההורים השתמש בכוח כדי לקיים יחסי מין עם השני
25. האם בת זוגתך עובדת כיום? 1. לא 2. כן
26. האם יציאתה לעבודה נעשה בתמיכתך? 1. לא 2. כן
27. האם ידוע לך מהו גובה משכורתה? 1. לא 2. כן
28. האם משכורתה כיום גבוהה ממשכורתך כשעבדת? 1. לא 2. כן

## חלק ב'

השאלון הבא מתייחס למערכת היחסים הקיימת בינך ובין בת זוגך הנוכחית, אנא ציין מה טיב הקשר ביניכם:

1. נשואים, מלפני תקופת המאסר
2. גרושים, אך נמצאים בקשר זוגי
3. גרושים, לא נמצאים בקשר זוגי
4. קשר זוגי, אך לא נשואים. גרים ביחד (בתקופת החופשות ומתכוונים לגור יחד אחרי סיום השהות בהוסטל)
5. קשר זוגי, אך לא גרים יחד. במקרה זה, כמה זמן נמשך הקשר? \_\_\_\_\_

לפניך משפטים בהם אנשים משתמשים לעיתים כדי לתאר את בן/בת זוגם או את נישואיהם. לכל שאלה קיימות שבע אפשרויות תשובה. אנא סמני את המספר המבטא ביותר את הרגשתך. השאלון אינו מבחן, לכן אין בו תשובות נכונות או בלתי נכונות. אנא הקפדי/י לענות על כל השאלות.

1. עד כמה את/ה מקבל את תכונות האופי וההתנהגות של בן/בת זוגך?

	7	6	5	4	3	2	1
	7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא מרוצה							מאוד מרוצה
ממרבית התכונות							ממרבית התכונות

2. עד כמה את/ה ובן זוגך יכולים לשוחח ביניכם על רגשותיכם וחוויותיכם?

	7	6	5	4	3	2	1
	7	6	5	4	3	2	1
משתפים זה את זה בכל דבר							לא מדברים בינינו על חוויות ורגשות

3. כאשר יש בעיות או כשצריך לקבל החלטות...

	7	6	5	4	3	2	1
	7	6	5	4	3	2	1
אנו לא מצליחים לגשר על חילוקי הדעות							אנו תמיד מגיעים להחלטה משותפת

4. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה?

	7	6	5	4	3	2	1
	7	6	5	4	3	2	1
קיימת הסכמה מלאה							אין הסכמה חילוקי הדעות מרובים

5. באיזו מידה אתם נהנים מסוגי פעילויות או בילויים משותפים?

	7	6	5	4	3	2	1
	7	6	5	4	3	2	1
אנו נהנים מאותן פעילויות ובילויים							לכל אחד מאיתנו פעילויות ובילויים שונים

6. באיזו מידה קיימת ביניכם התאמה מינית?

7	6	5	4	3	2	1
אין בינינו התאמה מינית						התאמה מינית מלאה

7. באיזו מידה יש לכם השקפות דומות ביחס לטיפול בילדים ולחינוכם?

7	6	5	4	3	2	1
יש השקפות דומות ביחס לטיפול וגידול ילדים						יש לנו השקפות שונות מאוד

8. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על מידת הקשר עם משפחותיכם (הורים, אחים וכו') ועל צורת הקשר עימם?

7	6	5	4	3	2	1
אין בכלל הסכמה						הסכמה מלאה

9. עד כמה אתם מרוצה מחלוקת התפקידים ביניכם ומה כל אחד צריך לעשות?

7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא שבעת רצון						מאוד שבעת רצון

10. באיזו מידה אתם יכולים לסמוך אחד על השני ולתת אמון זה בזו?

7	6	5	4	3	2	1
לא סומכים אחד על השני, אין אמון						יכולים לסמוך אחד על השני ויש אמון מלא



## שאלון לגבר – בעת סיום הטיפול

שלום רב!

אנו מעריכים את נכונותך למלא שאלון זה.

המידע שתמסור בשאלון ישמש לצורך המחקר בלבד ולא ימסר לשום גורם אחר.

על מנת לשמור במידה המרבית על סודיות נשתמש במילוי השאלון במספר קוד.

קוד מרואיין \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### חלק א'

לפניך מספר שאלות כלליות, רשום את התשובה הנכונה עבורך:

1. מהו מקצועך? \_\_\_\_\_
2. איזה קצבאות אתה מקבל? \_\_\_\_\_
3. כעת כשאתה מסים את הטיפול בהוסטל, לאיזה בית אתה יוצא?
  6. של הוריד
  7. של בת זוגך
  8. למישהו אחר במשפחה המורחבת (מי? \_\_\_\_\_)
  9. למלון/אכסניה
  10. אחר \_\_\_\_\_
4. כמה אנשים גרים בבית אליו אתה יוצא כולל אותך? (אם סימנת בתשובה הקודמת מלון/אכסניה, בבקשה עבור לשאלה הבאה) \_\_\_\_\_
5. כמה חדרים יש בבית אליו אתה יוצא? \_\_\_\_\_
6. מה מצבך המשפחתי כיום:
  1. רווק
  2. נשוי
  3. גרוש
  4. פרוד
  5. אלמן
  6. אחר: \_\_\_\_\_
7. מספר שנות נישואים או חיים במשותף עם בת הזוג הנוכחית: \_\_\_\_\_
8. האם תגור עם אותה בת הזוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגעת לכלא?
  1. כן
  2. נגור ביחד אך בתהליכי פרידה/גירושין
  3. לא אגור עם אף בת זוג
  4. אגור עם בת זוג אחרת כרגע
9. אם אינך מתכנן לגור עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגעת לכלא האם אתם?
  1. גרושים
  2. פרודים בתהליך גירושין
  3. פרודים לא בתהליך גירושין
10. האם בת זוגך עובדת כיום?
  1. לא
  2. כן
11. האם יציאתה לעבודה נעשה בתמיכתך?
  1. לא
  2. כן
12. האם ידוע לך מהו גובה משכורתה?
  1. לא
  2. כן
13. האם משכורתה כיום גבוהה ממשכורתך כשעבדת?
  1. לא
  2. כן

## חלק ב'

השאלון הבא מתייחס למערכת היחסים הקיימת בינך ובין בת זוגך הנוכחית, אנא ציין מה טיב הקשר ביניכם:

1. נשואים, מלפני תקופת המאסר
2. גרושים, אך נמצאים בקשר זוגי ונמצאים ביחד בטיפול הזוגי
3. גרושים, לא נמצאים בקשר זוגי אך נמצאים ביחד בטיפול הזוגי
4. קשר זוגי, אך לא נשואים. גרים ביחד (בתקופת החופשות ומתכוונים לגור יחד אחרי סיום השהות בהוסטל)
5. קשר זוגי, אך לא גרים יחד. במקרה זה, כמה זמן נמשך הקשר? \_\_\_\_\_

לפניך משפטים בהם אנשים משתמשים לעיתים כדי לתאר את בן/בת זוגם או את נישואיהם. לכל שאלה קיימות שבע אפשרויות תשובה. אנא סמני את המספר המבטא ביותר את הרגשתך. השאלון אינו מבחן, לכן אין בו תשובות נכונות או בלתי נכונות. אנא הקפדי/י לענות על כל השאלות.

1. עד כמה את/ה מקבל את תכונות האופי וההתנהגות של בן/בת זוגך?

7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא מרוצה ממרבית התכונות						מאוד מרוצה ממרבית התכונות

2. עד כמה את/ה ובת זוגך יכולים לשוחח ביניכם על רגשותיכם וחוויותיכם?

7	6	5	4	3	2	1
משתפים זה את זה בכל דבר						לא מדברים בינינו על חוויות ורגשות

3. כאשר יש בעיות או כשצריך לקבל החלטות...

7	6	5	4	3	2	1
אנו לא מצליחים לגשר על חילוקי הדעות						אנו תמיד מגיעים להחלטה משותפת

4. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה?

7	6	5	4	3	2	1
קיימת הסכמה מלאה						אין הסכמה חילוקי הדעות מרובים

5. באיזו מידה אתם נהנים מסוגי פעילויות או בילויים משותפים?

7	6	5	4	3	2	1
אנו נהנים מאותן פעילויות ובילויים						לכל אחד מאיתנו פעילויות ובילויים שונים

6. באיזו מידה קיימת ביניכם התאמה מינית?

7	6	5	4	3	2	1
אין בינינו התאמה מינית						התאמה מינית מלאה

7. באיזו מידה יש לכם השקפות דומות ביחס לטיפול בילדים ולחינוכם?

7	6	5	4	3	2	1
יש השקפות דומות ביחס לטיפול וגידול ילדים						יש לנו השקפות שונות מאוד

8. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על מידת הקשר עם משפחותיכם (הורים, אחים וכו') ועל צורת הקשר עימם?

7	6	5	4	3	2	1
אין בכלל הסכמה						הסכמה מלאה

9. עד כמה אתה מרוצה מחלוקת התפקידים ביניכם ומה כל אחד צריך לעשות?

7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא שבעת רצון						מאוד שבעת רצון

10. באיזו מידה אתם יכולים לסמוך אחד על השני ולתת אמון זה בזו?

7	6	5	4	3	2	1
לא סומכים אחד על השני, אין אמון						יכולים לסמוך אחד על השני ויש אמון מלא

## חלק ג'

חלק זה של השאלון מתייחס להערכתך את התכנית בהוסטל.

1. השוהות בהוסטל, על כל המשתמע מכך, היא שגרמה לי להפסיק את התנהגות האלימה

לא מסכים בכלל	0	1	2	3	4	מסכים מאוד	5
1	2	3	4	5	קבוצת נושא	2.1	
לא עזר				עזר מאוד			
1	2	3	4	5	קבוצת ילדות	2.2	
לא עזר				עזר מאוד			
1	2	3	4	5	קבוצת תנועה	2.3	
לא עזר				עזר מאוד			
1	2	3	4	5	קבוצת בגרות	2.4	
לא עזר				עזר מאוד			
1	2	3	4	5	קבוצה פתוחה	2.5	
לא עזר				עזר מאוד			
1	2	3	4	5	קבוצת מדריך	2.6	
לא עזר				עזר מאוד			

3. השאלות הבאות מתייחסות לתהליך הערכה שנעשה בהוסטל.

אנא התייחס לתהליך הערכת **האמצע** :

1	2	3	4	5	האם הערכה תרמה לך למודעות לגבי מצבך?	3.1	
כן תרמה מאוד				לא תרמה כלל			
1	2	3	4	5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה אכפתיות מצד הצוות	3.2	
מסכים מאוד				לא מסכים בכלל			
1	2	3	4	5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה תמיכה מצד הצוות	3.3	
מסכים מאוד				לא מסכים בכלל			
1	2	3	4	5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה ביקורתיות מצד הצוות	3.4	
מסכים מאוד				לא מסכים בכלל			

אנא התייחס לתהליך הערכת הסיים :

1 כן תרמה מאד	2	3	4	5 לא תרמה כלל	3.5 האם הערכה תרמה לך למודעות לגבי מצבך?
1 מסכים מאד	2	3	4	5 לא מסכים בכלל	3.6 בהערכת הסיים הרגשתי הרבה אכפתיות מצד הצוות
1 מסכים מאד	2	3	4	5 לא מסכים בכלל	3.7 בהערכת הסיים הרגשתי הרבה תמיכה מצד הצוות
1 מסכים מאד	2	3	4	5 לא מסכים בכלל	3.8 בהערכת הסיים הרגשתי הרבה ביקורתיות מצד הצוות

3.9 איך היית רוצה לשנות את הערכת האמצע?

---



---

3.10 איך היית רוצה לשנות את הערכת הסיים?

---



---

1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	4. כשהייתי בהוסטל הרגשתי שלאנשים באמת אכפת ממני
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	5. כשיצאתי מהכלא והייתי בהוסטל הרגשתי שאני לא כל כך תלוי באשתי כמו שחשבתי קודם
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	6. בעצם, כל השהות בהוסטל חסרת משמעות, עברתי אותה כדי לא לשבת בכלא
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	7. כששלחו אותי להוסטל חשבתי שזה פתרון טוב כדי לא לשבת בכלא, אבל גילית שקבלתי מהשהות שם הרבה מאוד דברים לעצמי ציין מה?

---



---



---



---

1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	8. בעקבות השהייה בהוסטל למדתי לא להיות אלים
------------------	---	---	---	---------------------	---

1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	9. השהייה בהוסטל גרמה לי להרגיש הרבה יותר בטוח בעצמי
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	10. בעקבות השהייה והטיפול בהוסטל גיליתי אצלי רגשות שלא הכרתי קודם
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	11. בהוסטל גיליתי שכלפי חוץ אני אולי "חזק" אבל בתוך תוכי הרגשתי די חלש
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	12. בהוסטל גיליתי שאני בעצם די בודד בעולם
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	13. זה היה מפחיד לגלות על עצמי דברים שגיליתי במשך הטיפול בהוסטל
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	14. בהוסטל למדתי שהכעס שלי יוצא מרגשות אחרים, כמו: פחד, עצב ובדידות
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	15. שליטה בכעסים היה הדבר החשוב ביותר שלמדתי בהוסטל
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	16. בהוסטל גיליתי שאני בעצם די תלוי בבת זוגי
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	17. הגילוי שאני תלוי בבת זוגי גרם לי להרגיש לא נוח
1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	18. בהוסטל למדתי להסתכל בצורה שונה על תפקיד הגבר בבית. במה?

---



---



---



---

1 לא מסכים	2	3	4	5 מסכים בהחלט	19. בהוסטל למדתי להסתכל בצורה שונה על תפקיד האישה בבית. במה?
------------------	---	---	---	---------------------	--

---



---



---



---



1 2 3 4 5  
לא מסכים  
מסכים בהחלט

31. הפחד שבת זוגי תעזוב אותי השפיע על השינוי שעברתי

1 2 3 4 5  
לא מסכים  
מסכים בהחלט

32. אני עדיין חושב ומרגיש שלעתים מגיע לבת זוגי שאגיב להתנהגותה בתוקפנות, אבל לא אתנהג כך

1 2 3 4 5  
לא מסכים  
מסכים בהחלט

33. לא עולים אצלי בכלל רגשות שעשויים להיות אלימים, כמו: כעס, עלבון, תסכול

1 2 3 4 5  
לא מסכים  
מסכים בהחלט

34. לומר את האמת, הוסטל מפתחות הוא כמו בית הבראה, כשיוצאים שוכחים הכול

35. האם היית מוכן לתאר באופן כללי מה קבלת מהשהות בהוסטל?

---

---

---

---

35. לאלו שעברו תכנית לטיפול באלימות בכלא: מה היה השוני בין התוכניות?

---

---

---

---



## שאלון לבת הזוג – בעת כניסה לטיפול

שלום רב!

אנו מעריכים את נכונותך למלא שאלון זה. המידע שתמסרי בשאלון זה ישמש לצורך המחקר בלבד ולא ימסר לשום גורם אחר. על מנת לשמור במידה המרבית על סודיות נשתמש במילוי השאלון במספר קוד.

קוד מרואיינת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### חלק א'

לפניך מספר שאלות כלליות, רשמי את התשובה הנכונה עבורך:

1. שנת לידה שלך: \_\_\_\_\_

2. מקום הלידה שלך: \_\_\_\_\_

1. ישראל

2. אירופה המערבית/אמריקה/קנדה/דרום אפריקה/דרום אמריקה

3. מזרח תיכון/צפון אפריקה

4. מזרח אירופה/מדינות חבר העמים

5. אתיופיה

6. אחר

3. שנת עליה (מלאי רק אם נולדת בחו"ל) \_\_\_\_\_

4. דת: \_\_\_\_\_

1. יהודיה (2 מוסלמית (3 דרוזית (4 נוצריה (5 אחר \_\_\_\_\_

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	במידה מועטה מאוד	בכלל לא	5. באופן כללי, באיזה מידה את מגדירה את עצמך כדתיה?
6	5	4	3	2	1	

6. מספר שנות הלימוד שלך (כולל ביה"ס, \_\_\_\_\_

אוניברסיטה, אולפנה) \_\_\_\_\_

7. מהו מקצועך? \_\_\_\_\_

8. האם את עובדת כיום?

1. עובדת בהיקף מלא

2. עובדת בהיקף חלקי

3. עובדת בעבודות מזדמנות

4. מובטלת

5. בהכשרה מקצועית

6. פנסיונרית

9. אם את עובדת, האם את?

1. עובדת כשכירה

2. עובדת כעצמאית

3. לא רלבנטי (לא עובדת)

10. אם את עובדת, מה תפקידך בעבודה? \_\_\_\_\_

11. כמה זמן את עובדת במקום העבודה בו את עובדת היום: \_\_\_\_\_ שנים \_\_\_\_\_ חודשים

12. מהו גובה השכר נטו אשר את מקבלת עבור עבודתך?

1. פחות מ-2,000 ₪ בחודש
2. 2,001-4,000 ₪ בחודש
3. 4,001-6,000 ₪ בחודש
4. 6,001-8,000 ₪ בחודש
5. 8,001-10,000 ₪ בחודש
6. 10,001-12,000 ₪ בחודש
7. 12,001-14,000 ₪ בחודש
8. יותר מ-14,001 ₪ בחודש

13. אילו קצבאות את מקבלת? \_\_\_\_\_

14. כמה אנשים גרים בבית בו את גרה, כולל אותך? \_\_\_\_\_

15. כמה חדרים יש בבית בו את גרה? \_\_\_\_\_

16. איפה את גרה?

- |                 |               |                |                  |
|-----------------|---------------|----------------|------------------|
| 1. בעיר יהודית  | 2. בעיר ערבית | 3. בעיר מעורבת | 4. בכפר          |
| 5. בעיירת פיתוח | 6. בקיבוץ     | 7. במושב       | 8. ביישוב קהילתי |

17. מה מצבך המשפחתי כיום:

1. רווקה 2. נשואה 3. גרושה 4. פרודה 5. אלמנה 6. אחר: \_\_\_\_\_

18. עם מי את מתגוררת כיום? (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

1. מתגוררת לבד 2. מתגוררת עם בן זוג (אחר, לא אותו בן זוג שושה בהוסטל)
3. מתגוררת עם ההורים 4. מתגוררת עם ילדי 5. אחר: \_\_\_\_\_

19. מספר שנות נישואים או חיים במשותף עם בן הזוג הנוכחי: \_\_\_\_\_

20. אם היית נשואה בעבר – כמה פעמים היית נשואה? \_\_\_\_\_

21. כמה ילדים יש לך? \_\_\_\_\_

22. כמה מהם משותפים לך ולבן זוגך הנוכחי? \_\_\_\_\_

23. אם לבן זוגך יש ילדים מקשרים קודמים, כמה ילדים יש לו? \_\_\_\_\_

24. כמה ילדים חיים אתכם בבית? \_\_\_\_\_

25. האם מתגוררים עמכם בבית עוד אנשים (חוץ מהילדים ובן הזוג)?  
1. לא 2. כן – מי?

26. מה גרם לכניסתו של בן זוגך להוסטל?

1. זהו רצון עצמאי שלו לפנות לטיפול בהוסטל      1. לא      2. כן  
2. אני (בת הזוג) לחצתי עליו שיפנה לטיפול בהוסטל      1. לא      2. כן  
3. מישהו מהמשפחה או מהחברים לחץ שיפנה לטיפול בהוסטל      1. לא      2. כן  
4. יעצו לו בכלא להמשיך טיפול      1. לא      2. כן  
5. ניכוי שליש      1. לא      2. כן  
6. אחר \_\_\_\_\_

27. האם את ובן הזוג (אשר בגלל האלימות כלפיך הוא הגיע לכלא)?  
1. נשואים      2. גרושים      3. פרודים בתהליך גירושין      4. פרודים לא בתהליך גירושין

28. באיזו מידה את מתכוונת לחזור לגור עם בן זוגך לאחר סיום הטיפול בהוסטל?

בהחלט כן מתכוונת	5	4	3	2	1	בכלל לא מתכוונת	0

### השאלות הבאות מתייחסות לשהות של בן זוגך בכלא:

29. באיזו מידה חל שינוי לטובה בהתנהגות בן זוגך בעקבות השהות בכלא?

שינוי משמעותי ביותר	5	4	3	2	1	אין שינוי	0

30. באיזו מידה חל שינוי לרעה בהתנהגות בן זוגך בעקבות השהות בכלא?

שינוי משמעותי ביותר	5	4	3	2	1	אין שינוי	0

31. פרטי את השינויים לטובה ולרעה:

---

---

---

---

32. מה לדעתך גרם לשינוי לטובה בכלא ומה גרם לשינוי לרעה בכלא?

---

---

---

---

33. באיזו מידה היית מעורבת בטיפול בכלא?

לא מעורבת בכלל					מעורבת מאד
0	1	2	3	4	5

34. פרטי את צורות המעורבות (לדוגמא, הגעה לפגישות עם גורמים טיפוליים בכלא, בן הזוג שתף אותך במה שעבר עליו במהלך השנות בכלא)

---

---

---

---

**השאלות הבאות מתייחסות לשהות של בן זוגך בהוסטל:**

35. מהן הציפיות שלך מהטיפול שעובר בן זוגך בהוסטל?

---

---

---

---

36. איך להערכתך ישפיע הטיפול שעובר בן זוגך בהוסטל על מערכת היחסים ביניכם?

---

---

---

---

37. באיזו מידה בן זוגך משתף אותך במה שקורה לו ועובר עליו בהוסטל?

לא משתף באופן מלא					משתף באופן מלא
0	1	2	3	4	5

38. פרטי באילו תחומים בן זוגך משתף אותך במה שקורה לו ועובר עליו בהוסטל (לדוגמא, צורת העבודה היומיומית, אירועים משמעותיים, מטפלים משמעותיים)

---

---

---

---

## חלק ב'

השאלון הבא מתייחס למערכת היחסים הקיימת בינך ובין בן זוגך הנוכחי, אלא צייני מה טיב הקשר ביניכם :

1. נשואים, מלפני תקופת המאסר
2. גרושים, אך נמצאים בקשר זוגי ונמצאים ביחד בטיפול הזוגי
3. גרושים, לא נמצאים בקשר זוגי אך נמצאים ביחד בטיפול הזוגי
4. קשר זוגי, אך לא נשואים. גרים ביחד (בתקופת החופשות ומתכוונים לגור יחד אחרי סיום השהות בהוסטל)
5. קשר זוגי, אך לא גרים יחד. במקרה זה, כמה זמן נמשך הקשר? \_\_\_\_\_

לפניך משפטים בהם אנשים משתמשים לעיתים כדי לתאר את בן/בת זוגתם או את נישואיהם. לכל שאלה קיימות שבע אפשרויות תשובה. אלא סמני את המספר המבטא ביותר את הרגשתך. השאלון אינו מבחן, לכן אין בו תשובות נכונות או בלתי נכונות. אלא הקפדי לענות על כל השאלות. 1. עד כמה את מקבלת את תכונות האופי וההתנהגות של בן זוגך?

7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא מרוצה ממרבית התכונות						מאוד מרוצה ממרבית התכונות

2. עד כמה את ובן זוגך יכולים לשוחח ביניכם על רגשותיכם וחוויותיכם?

7	6	5	4	3	2	1
משתפים זה את זה בכל דבר						לא מדברים בינינו על חוויות ורגשות

3. כאשר יש בעיות או כשצריך לקבל החלטות...

7	6	5	4	3	2	1
אנו לא מצליחים לגשר על חילוקי הדעות						אנו תמיד מגיעים להחלטה משותפת

4. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה?

7	6	5	4	3	2	1
קיימת הסכמה מלאה						אין הסכמה, חילוקי הדעות מרובים

5. באיזו מידה אתם נהנים מסוגי פעילויות או בילויים משותפים?

7	6	5	4	3	2	1
אנו נהנים מאותן פעילויות ובילויים						לכל אחד מאיתנו פעילויות ובילויים שונים

6. באיזו מידה קיימת ביניכם התאמה מינית?

7	6	5	4	3	2	1
אין בינינו התאמה מינית						התאמה מינית מלאה

7. באיזו מידה יש לכם השקפות דומות ביחס לטיפול בילדים ולחינוכם?

7	6	5	4	3	2	1
יש השקפות דומות ביחס לטיפול וגידול ילדים						יש לנו השקפות שונות מאוד

8. באיזו מידה יש ביניכם הסכמה על מידת הקשר עם משפחותיכם (הורים, אחים וכו') ועל צורת הקשר עימם?

7	6	5	4	3	2	1
אין בכלל הסכמה						הסכמה מלאה

9. עד כמה את מרוצה מחלוקת התפקידים ביניכם ומה כל אחד צריך לעשות?

7	6	5	4	3	2	1
מאוד לא שבעת רצון						מאוד שבעת רצון

10. באיזו מידה אתם יכולים לסמוך אחד על השני ולתת אמון זה בזה?

7	6	5	4	3	2	1
לא סומכים אחד על השני, אין אמון						יכולים לסמוך אחד על השני ויש אמון מלא

## שאלון לאיש צוות

השאלות הבאות מתייחסות לששת חודשי הטיפול בהוסטל שעבר \_\_\_\_\_

1. על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה חושב שהטיפול עזר למטופל?
2. על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה מעריך את המסוכנות של הגבר לבת הזוג לפני הטיפול?
3. על סקאלה של 1 עד 10, עד כמה אתה מעריך את המסוכנות של הגבר לבת הזוג לאחר הטיפול?
4. סכם כיצד אתה רואה את האדם היום מבחינת היכולת שלו להתמודד עם מצבים שמובילים לאלימות. כמו כן תאר את הנקודות בהן הבחנת בטיפול שהיו הכי משמעותיות

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## נספח 2: לוחות ממצאים

טבלה 1: מאפייני הגברים על פי שאלון כניסה לטיפול

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 40.3 חציון: 42.0 סטיית תקן: 9.2 טווח: 19-57	<b>גיל</b> (n=39)
26 – ישראל 12 – עולים (6 מז' אירופה; 1 מע' אירופה; 3 מז' התיכון; 1 אתיופיה; 1 אחר).	<b>מקום לידה</b> (n=38)
31 יהודים 6 מוסלמים 1 נוצרי 1 אחר	<b>דת</b> (39n=)
12 בכלל לא 4 במידה מועטה מאד 9 במידה מועטה 10 במידה בינונית 4 במידה רבה	<b>מידת דתיות</b> (n=39)
ממוצע: 10.6 סטיית תקן: 2.4 טווח: 5-18 שנות לימוד	<b>שנות לימוד</b> (n=39)
23 לא מקבלים קצבה 1 קצבת נכות ביטוח לאומי 4 קצבת ביטוח לאומי 2 קצבת אבטחת הכנסה 1 קצבת תגמולים משהב"ט	<b>קבלת קצבאות</b> (n=31)
5 רווקים 10 נשואים 21 גרושים 2 פרודים 1 חי עם בת זוג	<b>מצב משפחתי</b> (n=39)
ממוצע: 10.33 חציון: 9.75 שכיח: 0.0 סטיית תקן: 7.56 טווח: 0-23 שנים	<b>מספר שנות נישואין עם בת הזוג הנוכחי</b> (n=12)
ממוצע: 0.89 חציון: 1 שכיח: 1 סטיית תקן: 0.68 טווח: 0-3	<b>מספר הפעמים שהיה נשוי בעבר</b> (n=11)



<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 2.47 חציון: 2 שכיח: 1 סטיית תקן: 1.48 טווח: 0-5	<b>מספר ילדים</b> (n=36)
ממוצע: 2.04 חציון: 2 שכיח: 1 סטיית תקן: 1.57 טווח: 0-5	<b>מספר הילדים המשותפים עם בת הזוג הנוכחית</b> (n=24)
ממוצע: 0.67 חציון: 0 שכיח: 0 סטיית תקן: 1.05 טווח: 0-4	<b>מספר הילדים של בת הזוג מקשרים קודמים</b> (n=22)
ממוצע: 1.87 חציון: 2 שכיח: 0 סטיית תקן: 1.75 טווח: 0-5	<b>מספר הילדים שחיים בבית</b> (n=23)
11 גרים עם אותה בת הזוג 22 לא גרים כרגע עם בת הזוג 6 גרים עם בת הזוג אחרת	<b>מגורים עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגיע להוסטל</b> (n=39)
2 – הורים 8 – בת זוג 1 – מישהו אחר במשפחה המורחבת 3 – בשכירות לעצמו 2 – אחר	<b>היעד בזמן יציאה לחופשה</b> (n=16)
ממוצע: 3.33 חציון: 3 שכיח: 2 סטיית תקן: 2.16 טווח: 0-7 איש	<b>מספר האנשים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=15)
ממוצע: 3.0 חציון: 3 שכיח: 2 סטיית תקן: 1.16 טווח: 1-5 איש	<b>מספר החדרים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=16)

טבלה 2: מאפייני הגברים המסיימים שהות של שישה חודשים בהוסטל על פי שאלון כניסה לטיפול

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 40.62 סטיית תקן: 8.99 טווח: 19-57	<b>גיל</b> (n=16)
11 – ישראל 4 – עולים (2 מז' אירופה; 1 מז' התיכון; 1 אתיופיה).	<b>מקום לידה</b> (15=n)
11 יהודים 4 מוסלמים 1 אחר	<b>דת</b> (n=16)
5 בכלל לא 1 במידה מועטה מאד 4 במידה מועטה 5 במידה בינונית 1 במידה רבה 0 במידה רבה מאד	<b>מידת דתיות</b> (n=16)
ממוצע: 10.53 סטיית תקן: 2.78 טווח: 5-16 שנות לימוד	<b>שנות לימוד</b> (n=16)
6 לא מקבלים קצבה 1 קצבת ביטוח לאומי 1 סיוע בשכ"ד משרד השיכון (השאר התעלמו מן השאלה, יש להניח שלא מקבלים קצבה)	<b>קבלת קצבאות</b> (n=8)
1 רווקים 6 נשואים 8 גרושים 1 פרודים	<b>מצב משפחתי</b> (n=16)
ממוצע: 10.33 חציון: 9.75 שכיח: 0.0 סטיית תקן: 7.56 טווח: 0-23 שנים	<b>מספר שנות נישואין עם בת הזוג הנוכחי</b> (n=12)
ממוצע: 0.89 סטיית תקן: 0.68 טווח: 0-3	<b>מספר הפעמים שהיה נשוי בעבר</b> (n=11)
ממוצע: 2.40 סטיית תקן: 1.76 טווח: 0-5	<b>מספר ילדים</b> (n=16)
ממוצע: 2.45 סטיית תקן: 1.81 טווח: 0-5	<b>מספר הילדים המשותפים עם בת הזוג הנוכחית</b> (n=11)

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע : 0.33 סטיית תקן : 0.52 טווח : 0-1	<b>מספר הילדים של בת הזוג מקשרים קודמים</b> (n=6)
ממוצע : 2.25 סטיית תקן : 1.98 טווח : 0-5	<b>מספר הילדים שחיים בבית</b> (n=8)
6 גרים עם אותה בת הזוג 7 לא גרים כרגע עם בת זוג 3 גרים עם בת זוג אחרת	<b>מגורים עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגיע להוסטל</b> (n=16)
2 – הורים 8 – בת זוג 1 – מישהו אחר במשפחה המורחבת 3 – בשכירות לעצמו 2 – אחר	<b>היעד בזמן יציאה לחופשה</b> (n=16)
ממוצע : 3.33 חציון : 3 שכיח : 2 סטיית תקן : 2.16 טווח : 0-7 איש	<b>מספר האנשים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=15)
ממוצע : 3.0 חציון : 3 שכיח : 2 סטיית תקן : 1.16 טווח : 1-5 איש	<b>מספר החדרים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=16)

טבלה 3: מאפייני הגברים הנושרים מההוסטל על פי שאלון כניסה לטיפול

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 40.26 סטיית תקן: 9.02 טווח: 19-57	<b>גיל</b> (n=15)
8 נולדו בישראל 1 נולד באירופה המערבית 2 נולד במזרח התיכון 3 נולדו במז' אירופה 1 נולד במקום אחר (לא צוין בשאלון)	<b>מקום לידה</b> (n=15)
14 יהודים 1 נוצרי	<b>דת</b> (n=15)
4 בכלל לא 1 במידה מועטה מאד 4 במידה מועטה 3 במידה בינונית 3 במידה רבה 0 במידה רבה מאד	<b>מידת דתיות</b> (n=15)
ממוצע: 10.47 סטיית תקן: 1.5 טווח: 8-12 שנות לימוד	<b>שנות לימוד</b> (n=15)
2 מדווחים על קבלת קצבת ביטוח לאומי 1 מדווח על קבלת קצבת נכות	<b>קבלת קצבאות</b> (n=15)
3 רווקים 2 נשואים 9 גרושים 1 חי עם בת זוג	<b>מצב משפחתי</b> (n=15)
ממוצע: 9.0 סטיית תקן: 7.3 טווח: 0-20	<b>מספר שנות נישואין עם בת הזוג הנוכחית</b> (n=10)
ממוצע: 1.0 סטיית תקן: 0.83 טווח: 1-3	<b>מספר הפעמים שהיה נשוי בעבר</b> (n=11)
ממוצע: 2.69 סטיית תקן: 1.44 טווח: 1-5	<b>מספר ילדים</b> (n=13)
ממוצע: 2.0 סטיית תקן: 1.63 טווח: 0-5	<b>מספר הילדים המשותפים עם בת הזוג הנוכחית</b> (n=7)
ממוצע: 0.9 סטיית תקן: 1.37 טווח: 0-4	<b>מספר הילדים של בת הזוג מקשרים קודמים</b> (n=10)

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 1.70 סטיית תקן: 1.83 טווח: 0-5	<b>מספר הילדים שחיים בבית</b> (n=10)
3 גרים עם אותה בת הזוג 10 לא גרים כרגע עם בת זוג 2 גרים עם בת זוג אחרת	<b>מגורים עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגיע להוסטל</b> (n=15)
6 גרושים 5 פרודים לא בתהליך גירושין	<b>במידה ואינו מתגורר עם אותה בת זוג אשר בגלל האלימות כלפיה הגיע להוסטל, הם היעד בזמן יציאה לחופשה</b> (n=11)
5 – הורים 4 – בת זוג 4 – משהו אחר במשפחה המורחבת 1 – חברים 1 – אחר	<b>היעד בזמן יציאה לחופשה</b> (n=15)
ממוצע: 3.40 סטיית תקן: 2.16 טווח: 1-7 איש	<b>מספר האנשים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=15)
ממוצע: 3.53 סטיית תקן: 1.06 טווח: 2-5 חדרים	<b>מספר החדרים בבית אליו יוצא בעת החופשה</b> (n=15)

טבלה 4: דיווח של הגברים על איכות נישואין בעת הכניסה לטיפול

משתנה	מאפיינים
קבלת תכונות אופי והתנהגות של בת הזוג (n=33)	ממוצע: 3.18 סטיית תקן: 1.86 טווח: 1-7
יכולת לשוחח על רגשות וחוויות עם בת הזוג (n=33)	ממוצע: 4.21 סטיית תקן: 2.12 טווח: 1-7
פתרון בעיות וקבלת החלטות משותפת (n=32)	ממוצע: 3.75 סטיית תקן: 2.0 טווח: 1-7
מידת הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה (n=30)	ממוצע: 4.8 סטיית תקן: 2.0 טווח: 1-7
הנאה מפעילויות ובילויים משותפים (n=32)	ממוצע: 4.6 סטיית תקן: 2.06 טווח: 1-7
מידת התאמה מינית (n=33)	ממוצע: 2.9 סטיית תקן: 2.2 טווח: 1-7
דמיון בהשקפות ביחס לטיפול וחינוך הילדים (n=26)	ממוצע: 5.06 סטיית תקן: 1.67 טווח: 1-7
הסכמה על מידה וצורת הקשר עם משפחות המוצא (n=31)	ממוצע: 3.23 סטיית תקן: 1.98 טווח: 1-7
שביעות רצון מחלוקת התפקידים בין בני הזוג (n=31)	ממוצע: 3.23 סטיית תקן: 2.14 טווח: 1-7
נתינת אמון בין בני הזוג (n=33)	ממוצע: 3.48 סטיית תקן: 2.34 טווח: 1-7

טבלה 5: דיווח של הגברים המסיימים על איכות נישואין בעת הכניסה לטיפול

משתנה	מאפיינים
קבלת תכונות אופי והתנהגות של בת הזוג (n=14)	ממוצע: 3.36 סטיית תקן: 1.86 טווח: 1-7
יכולת לשוחח על רגשות וחוויות עם בת הזוג (n=14)	ממוצע: 4.0 סטיית תקן: 2.01 טווח: 1-7
פתרון בעיות וקבלת החלטות משותפת (n=14)	ממוצע: 3.86 סטיית תקן: 2.01 טווח: 1-7
מידת הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה (n=14)	ממוצע: 5.0 סטיית תקן: 2.14 טווח: 1-7
הנאה מפעילויות ובילויים משותפים (n=14)	ממוצע: 4.21 סטיית תקן: 2.19 טווח: 1-7
מידת התאמה מינית (n=14)	ממוצע: 2.64 סטיית תקן: 2.19 טווח: 1-7
דימיון בהשקפות ביחס לטיפול וחינוך הילדים (n=14)	ממוצע: 5.09 סטיית תקן: 1.76 טווח: 1-7
הסכמה על מידה וצורת הקשר עם משפחות המוצא (n=14)	ממוצע: 3.29 סטיית תקן: 1.76 טווח: 1-7
שביעות רצון מחלוקת התפקידים בין בני הזוג (n=14)	ממוצע: 2.78 סטיית תקן: 1.76 טווח: 1-7
נתינת אמון בין בני הזוג (n=14)	ממוצע: 4.07 סטיית תקן: 2.4 טווח: 1-7

טבלה 6: דיווח של הגברים הנושרים על איכות נישואין בעת הכניסה לטיפול

משתנה	מאפיינים
קבלת תכונות אופי והתנהגות של בת הזוג (n=14)	ממוצע: 3.356 סטיית תקן: 2.0 טווח: 1-7
יכולת לשוחח על רגשות וחוויות עם בת הזוג (n=14)	ממוצע: 4.28 סטיית תקן: 2.43 טווח: 1-7
פתרון בעיות וקבלת החלטות משותפת (n=13)	ממוצע: 4.23 סטיית תקן: 1.88 טווח: 1-7
מידת הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה (n=12)	ממוצע: 4.42 סטיית תקן: 2.0 טווח: 1-7
הנאה מפעילויות ובילויים משותפים (n=13)	ממוצע: 4.92 סטיית תקן: 2.14 טווח: 1-7
מידת התאמה מינית (n=14)	ממוצע: 3.29 סטיית תקן: 2.40 טווח: 1-7
דימיון בהשקפות ביחס לטיפול וחינוך הילדים (n=10)	ממוצע: 5.0 סטיית תקן: 1.94 טווח: 3-7
הסכמה על מידה וצורת הקשר עם משפחות המוצא (n=14)	ממוצע: 3.15 סטיית תקן: 2.23 טווח: 4-7
שביעות רצון מחלוקת התפקידים בין בני הזוג (n=14)	ממוצע: 3.67 סטיית תקן: 2.31 טווח: 1-7
נתינת אמון בין בני הזוג (n=15)	ממוצע: 3.2 סטיית תקן: 2.48 טווח: 1-7



טבלה 7: דיווח על אלימות בין ההורים במשפחת המוצא בעת הכניסה לטיפול

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
6 – לא ידוע להם שהתרחשה 7 – התרחשה לעיתים רחוקות 6 – התרחשה לפעמים 6 – התרחשה לעיתים קרובות 10 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	אלימות מילולית בין הורית (n=35)
17 – לא ידוע להם שהתרחשה 6 – התרחשה לעיתים רחוקות 0 – התרחשה לפעמים 2 – התרחשה לעיתים קרובות 8 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	אלימות פיזית בין הורית (n=33)
32 – לא ידוע להם שהתרחשה 0 – התרחשה לעיתים רחוקות 0 – התרחשה לפעמים 0 – התרחשה לעיתים קרובות 2 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	אלימות מינית בין הורית (n=34)

טבלה 8: דיווח על אלימות בין ההורים במשפחת המוצא בעת סיום הטיפול

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
3 – לא ידוע להם שהתרחשה	אלימות מיולולית בין הורית (n=16)
5 – התרחשה לעיתים רחוקות	
3 – התרחשה לפעמים	
2 – התרחשה לעיתים קרובות	
3 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	
0 – לא ידוע להם שהתרחשה	אלימות פיזית בין הורית (n=15)
3 – התרחשה לעיתים רחוקות	
0 – התרחשה לפעמים	
1 – התרחשה לעיתים קרובות	
2 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	
15 – לא ידוע להם שהתרחשה	אלימות מינית בין הורית (n=15)
0 – התרחשה לעיתים רחוקות	
0 – התרחשה לפעמים	
0 – התרחשה לעיתים קרובות	
0 – התרחשה לעיתים קרובות מאד	

טבלה 9: דיווח על אלימות בין ההורים במשפחת המוצא בקרב הנושאים

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
2 - לא ידוע 1 - לעיתים רחוקות 3 - לפעמים 2 - לעיתים קרובות 3 - לעיתים קרובות מאד	אלימות מילולית בין הורית (n=11)
5 - לא ידוע 2 - לפעמים 1 - לעיתים קרובות 3 - לעיתים קרובות מאד	אלימות פיזית בין הורית (n=11)
11 - לא ידוע 2 - לעיתים קרובות מאד	אלימות מינית בין הורית (n=11)

טבלה 10: סיבות מוצהרות לכניסה להוסטל

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
30 מדווחים על רצון עצמאי 6 מדווחים כי לא רצון עצמאי	זהו רצון עצמאי שלי לפנות לטיפול בהוסטל (n=36)
5 מדווחים כי מדובר בלחץ של בת הזוג 29 מדווחים כי מדובר בלחץ של בת הזוג רק 1 מדווח על לחץ משפחתי כסיבה להיכנס לטיפול	בת הזוג לחצה שאפנה לטיפול בהוסטל (n=34) מישהו מהמשפחה או מהחברים לחץ שאפנה לטיפול בהוסטל (n=34)
31 קבלו יעוץ בכלא להמשיך בטיפול 5 לא קבל יעוץ בכלא להמשיך בטיפול	יעצו לי בכלא להמשיך טיפול (n=36)
13 מדווחים כי ניקוי שלישי הוא סיבה לכניסה להוסטל 21 מדווחים כי ניקוי שלישי הוא לא סיבה לכניסה להוסטל	ניקוי שלישי (n=34)

טבלה 11: סיבות מוצהרות לכניסה להוסטל

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
13 מדווחים על רצון עצמאי 2 מדווחים כי לא רצון עצמאי	זהו רצון עצמאי שלי לפנות לטיפול בהוסטל (n=15)
2 מדווחים כי מדובר בלחץ של בת הזוג 11 מדווחים כי לא מדובר בלחץ של בת הזוג	בת הזוג לחצה שאפנה לטיפול בהוסטל (n=13)
אף אחד מהגברים לא מדווח על לחץ משפחתי כסיבה להיכנס לטיפול	מישהו מהמשפחה או מהחברים לחץ שאפנה לטיפול בהוסטל (n=13)
13 קבלו יעוץ בכלא להמשיך בטיפול 1 לא קבל יעוץ בכלא להמשיך בטיפול	יעצו לי בכלא להמשיך טיפול (n=14)
7 מדווחים כי ניכוי שליש הוא סיבה לכניסה להוסטל	ניקוי שליש (n=34)
6 מדווחים כי ניקוי שליש הוא לא סיבה לכניסה להוסטל	

**טבלה 12: סיבות מוצהרות להגעה להוסטל של הנושרים**

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
13 מדווחים על רצון עצמאי 2 מדווחים כי לא רצון עצמאי	זהו <b>רצון עצמאי</b> שלי לפנות לטיפול בהוסטל (n=15)
12 מדווחים כי לא מדובר בלחץ של בת הזוג 3 מדווחים כי מדובר בלחץ של בת הזוג	<b>בת הזוג לחצה</b> שאפנה לטיפול בהוסטל (n=15)
14 מדווחים כי לא מדובר בלחץ של קרוב משפחה או חבר 1 היה לחץ של קרוב או חבר	<b>מישהו מהמשפחה</b> או מהחברים <b>לחץ</b> שאפנה לטיפול בהוסטל (n=15)
3 מדווחים כי לא קבלו יעוץ בכלא להמשיך בטיפול 12 מדווחים כי קבלו יעוץ בכלא להמשיך בטיפול	<b>יעצו לי בכלא</b> להמשיך טיפול (n=15)
11 מדווחים כי ניקוי שלישי היא לא הסיבה לכניסה להוסטל 4 מדווחים כי ניקוי שלישי היא סיבה לכניסה להוסטל	<b>ניכוי שלישי</b> (n=15)

טבלה 13: תוצאות הטיפול ברמה האיטית

מאפיינים	משתנה
<p>ממוצע: 4.5                      סטיית תקן: 0.63                      טווח: 3-5</p>	<p>בעקבות השהייה בהוסטל למדתי לא להיות אלים (n=15)                      מסכים בהחלט                      לא מסכים</p> <p>1      2      3      4      5</p>
<p>ממוצע: 4.81                      סטיית תקן: 0.63                      טווח: 4-5</p>	<p>השהייה בהוסטל גרמה לי להרגיש הרבה יותר בטוח בעצמי (n=16)</p>
<p>ממוצע: 4.75                      סטיית תקן: 0.58                      טווח: 4-5</p>	<p>בעקבות השהייה והטיפול בהוסטל גיליתי אצלי רגשות שלא הכרתי קודם (n=16)</p>
<p>ממוצע: 4.75                      סטיית תקן: 0.58                      טווח: 3-5</p>	<p>בהוסטל גיליתי שכלפי חוץ אני אולי "חזק" אבל בתוך תוכי הרגשתי די חלש (16n=)</p>
<p>ממוצע: 3.81                      סטיית תקן: 1.16                      טווח: 1-5</p>	<p>זה היה מפחיד לגלות על עצמי דברים שגיליתי במשך הטיפול בהוסטל (n=16)</p>
<p>ממוצע: 4.06                      סטיית תקן: 1.44                      טווח: 1-5</p>	<p>בהוסטל למדתי שהכעס שלי יוצא מרגשות אחרים, כמו: פחד, עצב ובדידות (n=16)</p>
<p>ממוצע: 4.12                      סטיית תקן: 1.15                      טווח: 1-5</p>	<p>שליטה בכעסים היה הדבר החשוב ביותר שלמדתי בהוסטל (n=16)</p>

טבלה 14: תוצאות הטיפול ברמה הזוגית

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 3.78 סטיית תקן: 1.62 טווח: 1-5	כשיצאתי מהכלא והייתי בהוסטל הרגשתי שאני לא כל כך תלוי באשתי כמו שחשבתי קודם (n=14)
ממוצע: 2.8 סטיית תקן: 1.70 טווח: 1-5	בהוסטל גיליתי שאני בעצם די תלוי בבת זוגי (n=15) מסכים בהחלט לא מסכים
ממוצע: 2.52 סטיית תקן: 1.60 טווח: 1-5	הגילוי שאני תלוי בבת זוגי גרם לי להרגיש לא נוח (n=14)
ממוצע: 4.67 סטיית תקן: 1.05 טווח: 1-5	בהוסטל למדתי להסתכל בצורה שונה על תפקיד הגבר בבית. (n=15)
מעבר אל ראית עולם שוויונית יותר בחלוקה במטלות הטיפול בבית ובילדים.	במה? (n=15)
ממוצע: 4.44 סטיית תקן: 1.36 טווח: 1-5	בהוסטל למדתי להסתכל בצורה שונה על תפקיד האישה בבית. (n=16)
מעבר מראית עולם שבה האישה היא זו האחראית על עבודות הבית והטיפול בילדים אל ראייה שבה יש לתת כבוד לאישה ולצרכיה (מנוחה) ולהשתתף איתה במטלות.	במה? (n=16)
ממוצע: 4.93 סטיית תקן: 0.25 טווח: 1-5	בהוסטל למדתי להסתכל בצורה שונה על מערכת יחסים בין בני זוג. (n=16)
ראייה של צורך, בתקשורת, תמיכה, שיתוף פעולה בתוך מערכת היחסים.	במה? (n=15)



**טבלה 15: דיווח של הגברים המסיימים על איכות נישואין  
על פי שאלון סיום ששת חודשי טיפול בהוסטל**

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 2.63 סטיית תקן: 1.4 טווח: 1-5	קבלת תכונות אופי והתנהגות של בת הזוג (n=11)
ממוצע: 5.4 סטיית תקן: 1.75 טווח: 2-7	יכולת לשוחח על רגשות וחוויות עם בת הזוג (n=11)
ממוצע: 2.36 סטיית תקן: 1.36 טווח: 1-5	פתרון בעיות וקבלת החלטות משותפת (n=11)
ממוצע: 5.45 סטיית תקן: 1.44 טווח: 3-7	מידת הסכמה על הוצאות כספיות וניהול העניינים הכלכליים של המשפחה (n=11)
ממוצע: 5.4 סטיית תקן: 1.21 טווח: 3-76	הנאה מפעילויות ובילויים משותפים (n=11)
ממוצע: 1.54 סטיית תקן: 0.82 טווח: 3-7	מידת התאמה מינית (n=11)
ממוצע: 5.12 סטיית תקן: 1.46 טווח: 3-7	דמיון בהשקפות ביחס לטיפול וחינוך הילדים (n=8)
ממוצע: 2.81 סטיית תקן: 2.0 טווח: 1-7	הסכמה על מידה וצורת הקשר עם משפחות המוצא (n=11)
ממוצע: 2.1 סטיית תקן: 1.1 טווח: 1-4	שביעות רצון מחלוקת התפקידים בין בני הזוג (n=10)
ממוצע: 2.36 סטיית תקן: 1.57 טווח: 1-5	נתינת אמון בין בני הזוג (n=5)

**טבלה 16 : הערכת הטיפול על פי שאלוני הסיום**

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 4.37 סטיית תקן: 0.81 טווח: 3-5	השהות בהוסטל, על כל המשתמע מכך, היא שגרמה לי להפסיק את התנהגות האלימה מסכים מאד לא מסכים בכלל 1 2 3 4 5 (n=16)
ממוצע: 2.51 סטיית תקן: 1 טווח: 1-5	בעצם, כל השהות בהוסטל חסרת משמעות, עברתי אותה כדי לא לשבת בכלא (n=16)
ממוצע: 3.87 סטיית תקן: 1.80 טווח: 1-5	כששלחו אותי להוסטל חשבתי שזה פתרון טוב כדי לא לשבת בכלא, אבל גילית שקבלתי מהשהות שם הרבה מאוד דברים לעצמי (n=15)
מתוך דברי הגברים ניתן להבין כי קבלו הבנה לגבי דפוסי ההתנהגות שלהם, כמו גם מודעות עצמית.	מה? (n=15)
ממוצע: 1.31 סטיית תקן: 1.0 טווח: 1-5	לומר את האמת, הוסטל מפתחות הוא כמו בית הבראה, כשיוצאים שוכחים הכול (n=16)
ממוצע: 2.31 סטיית תקן: 1.3 טווח: 1-5	בעצם, גם אם לא היו מנתקים אותי מהבית ולא הייתי יושב בכלא או משתתף בטיפול בהוסטל, והייתי משתתף בקבוצת גברים באחד מהמרכזים למניעת אלימות, התנהגותי הייתה משתנה (n=16)
ממוצע: 2.37 סטיית תקן: 1.5 טווח: 1-5	ישיבתי בכלא שינתה את התנהגותי ולא דווקא הטיפול בהוסטל. (n=16)
הכלא מתואר כעונש, שלילת החופש וריחוק מהילדים, המשפחה והחברים. יחד עם זאת השהיה במאסר מעודדת להמשך טיפול.	מדוע? (n=15)
ממוצע: 4.12 סטיית תקן: 1.59 טווח: 1-5	הניתוק מהבית השפיע על השינוי שעברתי (n=16)
ממוצע: 4.37 סטיית תקן: 0.41 טווח: 1-5	הפחד לחזור לכלא השפיע על השינוי שעברתי (n=16)
ממוצע: 2.71 סטיית תקן: 1.59 טווח: 1-5	הפחד שבת זוגי תעזוב אותי השפיע על השינוי שעברתי (n=16)

טבלה 17: הערכת השפעת הטיפול הקבוצתי והטיפול הפרטני על השינוי

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 4.75 סטיית תקן: 0.45 טווח: 4-5	השיחות הטיפוליות הקבוצתיות בהוסטל השפיעו על השינוי שעברתי (n=6) עזר מאוד לא עזר 1 2 3 4 5
ממוצע: 4.88 סטיית תקן: 0.34 טווח: 4-5	אנא ציין באלו סוגים של שיחות קבוצתיות השתתפת. ולגבי כל סוג שיחות הגדר עד כמה נראה לך שעזר: קבוצת נושא (n=16)
ממוצע: 4.56 סטיית תקן: 0.63 טווח: 3-5	קבוצת ילדות (n=16)
ממוצע: 3.75 סטיית תקן: 1.48 טווח: 1-5	קבוצת תנועה (n=16)
ממוצע: 4.63 סטיית תקן: 0.50 טווח: 4-5	קבוצת בטרות (n=16)
ממוצע: 4.19 סטיית תקן: 0.91 טווח: 2-5	קבוצה פתוחה (n=16)
ממוצע: 4.14 סטיית תקן: 1.1 טווח: 2-5	קבוצת מדריך (n=14)
ממוצע: 4.81 סטיית תקן: 0.40 טווח: 4-5	השיחה האינדיבידואלית הטיפולית שהייתה לי בהוסטל אחת לשבוע השפיעה על השינוי שעברתי (n=16)

טבלה 18: הערכת האמצע

מאפיינים	משתנה
	השאלות הבאות מתייחסות לתהליך הערכה שנעשה בהוסטל.
	אנא התייחס לתהליך הערכת האמצע
ממוצע: 1.79 סטיית תקן: 1.31 טווח: 1-5	האם הערכה תרמה לך למודעות לגבי מצבך?  (n=14) כן תרמה מאד לא תרמה כלל 1 2 3 4 5
ממוצע: 1.79 סטיית תקן: 1.48 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה אכפתיות מצד הצוות  (n=14) מסכים מאד לא מסכים כלל 1 2 3 4 5
ממוצע: 1.64 סטיית תקן: 1.45 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה תמיכה מצד הצוות  (n=14)
ממוצע: 1.64 סטיית תקן: 1.39 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה ביקורתיות מצד הצוות  (n=14)
מתוך דברי הגברים ניתן להבין כי להערכת האמצע תרומה לטיפול, הגברים מציינים כי הם מצליחים לקבל את השיקופים של הצוות.	איך היית רוצה לשנות את הערכת האמצע?  (n=3)

טבלה 19: הערכת הסיום

מאפיינים	משתנה
	השאלות הבאות מתייחסות לתהליך הערכה שנעשה בהוסטל.
	<b>אנא התייחס לתהליך הערכת הסיום</b>
ממוצע: 1.43 סטיית תקן: 1.31 טווח: 1-4	האם הערכה תרמה לך למודעות לגבי מצבך? (n=7) כן תרמה מאד לא תרמה כלל 1 2 3 4 5
ממוצע: 1.57 סטיית תקן: 1.51 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה אכפתיות מצד הצוות (n=7) מסכים מאד לא מסכים כלל 1 2 3 4 5
ממוצע: 1.57 סטיית תקן: 1.51 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה תמיכה מצד הצוות (n=14)
ממוצע: 2.57 סטיית תקן: 1.62 טווח: 1-5	בהערכת האמצע הרגשתי הרבה ביקורתיות מצד הצוות (n=7)

טבלה 20: תחושת אכפתיות, משמעות כגורמים לשינוי

<u>מאפיינים</u>	<u>משתנה</u>
ממוצע: 694. סטיית תקן: 0.70 טווח: 3-5	כשהייתי בהוסטל הרגשתי שלאנשים באמת אכפת ממני  (n=16) מסכים בהחלט לא מסכים
	1      2      3      4      5
ממוצע: 4.56 סטיית תקן: 0.73 טווח: 3-5	התמיכה שקבלתי מהגברים בקבוצה בהוסטל השפיעה על השינוי שעברתי  (n=16)
ממוצע: 4.88 סטיית תקן: 0.34 טווח: 4-5	התמיכה שקבלתי מהצוות בהוסטל השפיעה על השינוי שעברתי  (n=16)

**טבלה 21: הערכת הצלחת הטיפול, מסוכנות, ושינוי ברמת מסוכנות על ידי אנשי הצוות**

מסוכנות הפחתת המסוכנות	מסוכנות אחרי טיפול	מסוכנות לפני טיפול	הצלחת הטיפול	
76	76	76	76	<b>מספר משיבים</b>
1.67	4.55	6.22	6.65	<b>ממוצע</b>
3.28	2.18	2.14	1.82	<b>סטית תקן</b>
-6.00 <sup>1</sup>	1.00	2.00	1.00	<b>מינימום</b>
7.00	9.00	10.00	10.00	<b>מקסימום</b>

<sup>1</sup> המשמעות של ציון שלילי ב"מדד הפחתת המסוכנות" הנו שהמסוכנות של המטופל עלתה בעקבות הטיפול.

characterized by significant differences in professional and managerial approaches. The first period was characterized by a search for managerial and professional method, with a strong emphasis on rules of operation, hierarchy of roles within the staff, and insistence on adherence to strict rules of conduct by the residents. The second period too was characterized by a process of search for the right managerial and professional way to run the program; however, by learning from past experiences in the program, it was much more flexible and individualistic in adhering to differing needs of the residents, while allowing the staff more judgment and choice of professional ways. Another factor that characterized the first period of management was the complex relationship with the Prisoners Rehabilitation Authority (PRA). The differences between the new hostel and the type of hostels usually operated by the PRA created differences in expectations and disagreements. Whereas the previous types of hostels operated by PRA were mainly serving ex-prisoners with addiction problems, the current one had non-addiction or being “cleaned-up” as a pre-condition of acceptance. This difference created a conflict between the criterion of equality and egalitarianism among the various hostels operated by the PRA, and the unique and different conditions needed for the treatment of male-batterers.

The study indicated the importance of the continuation of the hostel in order to offer an answer to the needs of released male-batterers. The study report offered recommendation regarding the following issues: the importance of having staff and management with proper training in the field of domestic violence; the ongoing supervision and training by an expert in domestic violence interventions; reexamination of the format and type of couple and family therapy offered (e.g., to consider implementing a Milano type kind of work), in order to work with the logistic problems related to the geographic distance of the hostel from the regular place of residence of most wives; the need for more intensive and ongoing connection with the welfare and domestic violence intervention units in the local communities from which the men come, in order to facilitate treatment of the family while the men are still in the program, and a continuation of the individual and family therapy following release from the hostel.



The main results indicate that ex-prisoners who experienced a positive therapeutic experience at the prison or prior to imprisonment are the kind of population that sees the Maftehot hostel as an opportunity for a second chance of coping with their violence and improving their lives. Although the residents noted that the reduced sentence that was offered them played a major role in their decision to come to the hostel, this in itself was not a sufficient condition for making a meaningful change. Only by seeing a chance for change, based on prior positive experience, could they benefit from the comprehensive program of the hostel.

Unlike the residents, the staff viewed the reduced term offered to the prisoners as a necessary condition for stamina and commitment to the treatment program.

The study was conducted using a mixed methods approach, combining both qualitative and quantitative methods of research. The combination of research methods and multiple sources of information (including residents, wives/partners, and program staff) enabled triangulation and verification of results. Overall, all sources indicated a reduction in violence following the treatment program. The hostel was experienced as a place that facilitated a gradual transfer from the prison setting to the home setting, while enabling the processing and treatment of the sources of the violent behavior. Overall, the men assessed the success of the treatment more than did the wives or the program staff. Whereas the overall outcome indicated an improvement and reduction in violence, it was not possible to definitely separate and indicate which of the therapeutic processes contributed more to the change. While the couple therapy process was originally defined by the program-plan as a unique intervention method, it was not experienced as especially influential by the men.

The third focus of the study was the organizational processes and crystallization of the program staff and management, as well as the process of defining the unique intervention model of the hostel. Throughout the study, which followed the first three years of the project, there were three different managers, and their periods as managers were

## **Abstract**

The “Keys” hostel is a unique and unprecedented enterprise that was constituted in order to offer a therapeutic setup for male batterers who have served time in prison for wife abuse. It was constructed in order to facilitate the process of return to their families and in many cases – to the same wives towards whom they were violent. The idea of establishing the unique hostel for male-batterers was first raised by the National Supervisor for Family Violence Interventions in the Ministry of Welfare, Ms. Tzipi Nahch'shon-Glick, who saw it as an opportunity to expand the range of services offered for the treatment of male-batterers. Ms. Glick also took part in supervising the process of the hostel construction. The idea of constructing the hostel was warmly accepted by the Prisoner Rehabilitation Authority (PRA), which was also responsible for its operation. The Demonstration Projects Fund of the National Insurance Institute of Israel and the Sakta-Rashi Fund financed and delineated the hostel’s operations for the first three years. In addition to those organizations, the Ministry of Welfare, the Prison Authority and the Bet-Noam non-profit organization were also involved in delineating the hostel’s methods of operation.

The Maftehot hostel offers its residents a comprehensive framework including aspects related to daily coping at home and at work, a set of individual and group-therapeutic meetings, as well as couple and family therapy. The goal is to enable the men to develop a non-violent ways of living. Following a half-year set-up period, the hostel was opened for operation in November 2005.

As customary with start-up social programs supported by the Demonstration Projects Fund, this program too was followed by a process and outcome evaluation study, meant to evaluate and inform the process of constructing the hostel. The study had three foci: the first was identifying the profile of resident’s who have started and finished the treatment; the second was outcome evaluation, conducted through both qualitative and quantitative assessments of the residents, their wives/partners, and staff; and the third focus was to follow the organizational processes of setting up this unique program.



**NATIONAL INSURANCE INSTITUTE**  
**Research & Planning Administration**                      **Division for Service Development**

**The Maftehot (“Keys”) Hostel  
for Released Male-Batterers Prisoners  
2005-2008**

by  
**Dr. Michal Shamai**  
**Dr. Eli Buchbinder**  
**Dr. Guy Enosh**  
**Gali Dotan**  
**Yael Barzilay**

**Jerusalem, July 2009**