

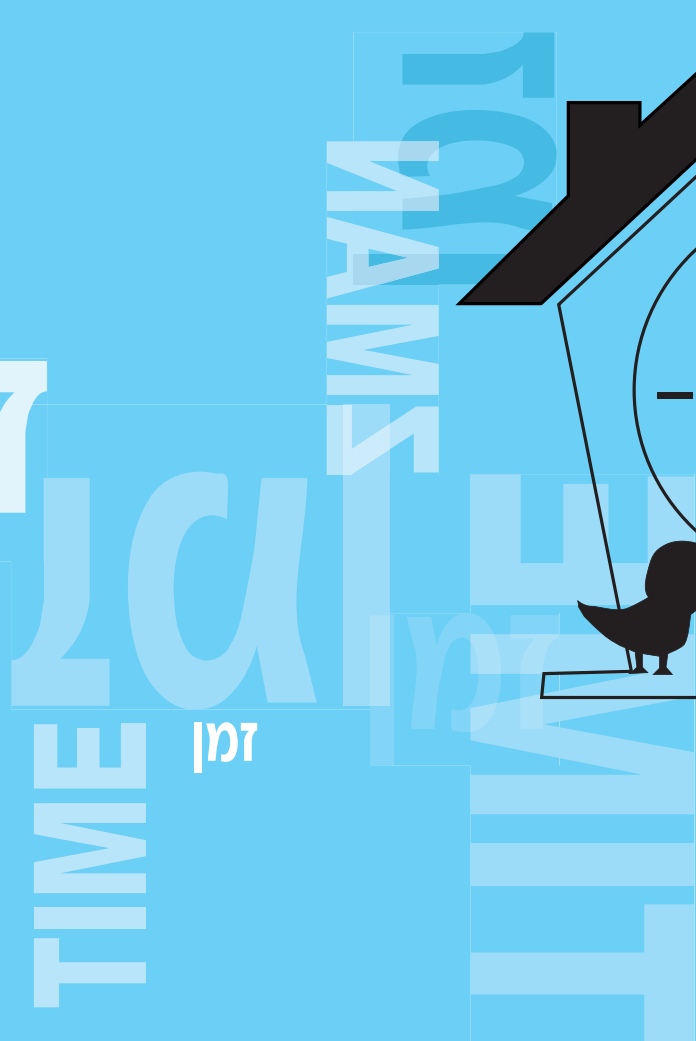
פסיכואקטואליה

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

אוקטובר
2012

ZMAN

זמן



זמן

10 "זהזמן עמד מלכת": נוכחות
הטראומה בתפיסת הזמן
אורטל סלובודין

16 שפינוזה והמחקר המודרני: מקומם של הדמיון והזיכרון
כמייצגי חלל זמן בהטיות שיפוט וקבלת החלטות
אברהם מוניץ

תוכן עניינים

3	דבר המערכת יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, שרית ארנון-לרנר
4	חדשות הפ"י והחטיבות
5	משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך חווה פרידמן
9	משולחנו של יו"ר מועצת הפסיכולוגים יואל אליצור
10	"הזמן עמד מלכת": נוכחות הטראומה בתפיסת הזמן אורטל סלובודין
16	שפינוזה והמחקר המודרני: מקומם של הדמיון והזיכרון כמייצגי חלל זמן בהטיות שיפוט וקבלת החלטות אברהם מוניץ
28	ייעוץ למשפחות של מתבגרים שסובלים מהפרעות קשב וריכוז, לקראת הצו הראשון, יום המא"ה והגיוס לצה"ל דבורה שני
32	פסיכודיאגנוסטיקה משפט ואתיקה: גישות ושיטות להערכה פסיכולוגית של הכשירות הקוגניטיבית והאישיותית לחתום על הסכם, לערוך צוואה ולמסור עדות בבית משפט משה זכי
36	סיוע טיפולי לאנשים הנעזרים גם בחיים דתיים בהתמודדות עם מצוקות יששכר עשת
42	"אבל שקוף" בבית הספר: הדרת תלמידים שחוו אובדן אישי סמדר בן-אשר ופז ארבל-ברוך
46	התאבדות, ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית בזדון: כמה נפשות מתאבדות לאחר ששרדו ניסיון התאבדות ישראל אורון (אוסטריי)
50	פסיכולוגים יוצרים: ראיון עם אורלי צדוק ואורית דהן עם צאת ספרן - מלקות לחירות צילה טנא
54	ספרים, רבותי, ספרים יוכי בן-נון
57	משולחנה של ועדת האתיקה: הצגה עצמית מקצועית כזבת - עבירה על כללי החוק, וכללי האתיקה כאחד
58	פינת הייעוץ המשפטי: שירותים פסיכולוגיים ללא תשלום של המטופל לנפגעי תאונות דרכים ותאונות עבודה עו"ד ברוך אברהמי, משרד עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י
60	הפינה שלנו לענייני הורות: הורים לחולי סרטן מבוגרים מירי נהרי, בעריכת איריס ברנט
64	פינת הפרופיל האישי: ימימה גולדברג שרית ארנון-לרנר

חברות המערכת

יוכי בן-נון:
טלפון: 054-4807441
jbennun@netvision.net.il



צילה טנא:
טלפון: 054-7933195
טלפקס: 09-9566711
tene_a@macam.ac.il



נחמה רפאלי:
טלפון: 054-3976394
nechamaraph@gmail.com



איריס ברנט:
טלפון נייד: 054-6876801
berenti@012.net.il



שרית ארנון-לרנר:
טלפון נייד: 050-7446484
sarit.arnon@gmail.com



יו"ר הפ"י - ד"ר יוכי בן-נון
מנכ"ל הפ"י - מר דני כפרי

טל: 03-5239393
פקס: 03-5230763
ת"ד: 3361 רמת-גן 52136
דוא"ל: psycho@zahav.net.il

קוראינו המעוניינים להגיש מאמר, להגיב, או
לספר על חוויותיהם המקצועיות, מוזמנים
לפנות למערכת או לעורכות.

דבר המערכת

שלום חברים,

החגים עברו ביעף ושנת העבודה נפתחה, תוך חזרה
לפעילות אינטנסיבית של הפ"י. החוברת שלפניכם,
הפותחת את השנה, מאופיינת בקובץ מאמרים מגוונים,
חלקם מהווים אתגר אינטלקטואלי ממש, כמו מאמרו
של פרופ' אברהם מוניץ, או מאמרו של פרופ' זכי. אנו
חאות במגוון זה את עושר פניה של הפסיכולוגיה, והעשייה
הפסיכולוגית בארץ. ובנוסף, כרגיל, הפינות הקבועות,
ודיווחי המידע משולחנם של "קודקודי" עולם הפסיכולוגיה
בארצנו.

אנו מקווה שתהנו ותתעדכנו.
איחולינו לכל הקוראים, שתהא זו שנת ברכה, שנת
בריאות ועבודה פורייה!

נשמח לשמוע מכם,

המערכת.

הכנס השנתי

סיכום הכנס השנתי של הארגון האירופאי לפסיכולוגיה רפואית (EHPS) בפראג, אוגוסט 2012

הרבים כי לרזיליינס תפקיד חשוב ביכולת להתמודד עם מצבי חיים רבים. לדבריה אפשר ואף רצוי לחקור ולפתח דרכים וטכניקות התערבות לעידוד יכולת לרזיליינס בחיי היום-יום. פרופ' ריף הזכירה את ספרו של ויקטור פרנקל – **האדם מחפש משמעות**, כמי שגם במצבים האנושיים הקשים ביותר, מצא בעצמו כוחות להתמודד ולשמור על תקווה (דמיין את עצמו מרצה על התקופה הנוראה בה הוא מצוי). הרצאות שונות הציגו תכנים מגוונים של – התמודדות עם מחלה כרונית, תוכניות התערבות העושות שימוש במחשב (Tailored web-based interventions) שאותי עניינו במיוחד ונראה שיותר ויותר חוקרים עוסקים בתחום זה מסיבות של עלות-תועלת, אך ממשיכים לבחון את היעילות של התערבויות מעין אלה (למשל תוכניות לעידוד פעילות גופנית, הפסקת עישון, היענות לטיפול רפואי ועוד). נושאים נוספים שבהם עסקו הרצאות רבות: social support, מניעה, well-being, וויסות (self regulation), היענות לטיפול רפואי (Adherence to medical regime), תפיסת מחלה ותפיסת סימפטומים, stress (דחק) והשפעתו על אספקטים גופניים כמו מחלה ופציעה באמצעות מנגנונים פיזיולוגיים כמו המערכת החיסונית ומערכת העצבים האוטונומית (הרצאת keynote מרתקת בשם The many faces of stress של פרופ' Kavita Vedhara).

לכנס הגיעו ואף הרצו בו חוקרים ישראלים ממוסדות אקדמאים שונים, העוסקים במחקר בשדה הרחב של פסיכולוגיה רפואית (למשל פרופ' שילה, פרופ' יעקובי, ד"ר רייכר-עטיר, פרופ' בנימיני, ד"ר נטר, פרופ' זוהר ואחרים). לטעמי הכנס היה מוצלח מכמה סיבות - הרצאות קצרות וממוקדות בנות 15 דקות כל אחת ובסופן חמש דקות לשאלות ותשובות מצד המרצה. הכנס אפשר הצצה קצרה למגוון רחב ועשיר של נושאים בפסיכולוגיה רפואית. כמו כן, אפשר הכנס תנועה בין למידה לבין בילוי וטיוול בעיר העתיקה של פראג (שכלל כמובן בירה צ'כית, איך לא...). אני ממליץ בחום לעוסקים בפסיכולוגיה רפואית במחקר ובטיפול, לפקוד לעתים כנסים מעין אלה, על-מנת להתעדכן בנעשה בתחום וכדי לקבל פרספקטיבה רחבה יותר של העוסקים בתחום גם ממדינות שונות. לי למשל יצא לדבר ולהחליף רשמים עם רופא הולנדי שהציג מחקר על התערבות בקהילה (Primary care setting) – מחקר שבדק את יעילותה של התערבות באמצעות מחשב (a computer tailored program), שנועדה לשפר היענות לטיפול במחלת COPD.

אורן להק
(Lahakoren@gmail.com)



בית הכנסת הישן בפראג: www.synagogue.cz/jewish-monuments/synagogues

מאת אורן להק,

חבר הוועד לפסיכולוגיה רפואית בהפ"י

הכנס השנתי של הארגון האירופאי לפסיכולוגיה רפואית התקיים השנה בפראג. פראג, שלי זו הפעם הראשונה לבקר בה, היא עיר יפה ונעימה. השעון האסטרונומי הידוע של פראג, הרובע היהודי על בתי הכנסת שלו – פינקס, סטרנובה (בית הכנסת הישן ביותר באירופה שעדיין פעיל) ומיילובה. בית הקברות היהודי הידוע של פראג. וכמובן גשר קארל (Karlův Most), המחבר בין העיר העתיקה לרובע מאלה סטרנה, על הפסלים המרשימים לאורכו והטירה הנשקפת ממנו.

בפעם האחרונה השתתפתי בכנס במאסטריוכט, הולנד בשנת 2007, לאחר שסיימתי את לימודי ה-M.A והצגתי פוסטר ובו סיכום מחקר בנושא: אספקטים פסיכולוגיים בקרב ילדים ונוער המתמודדים עם השמנת יתר. השנה באתי ללמוד ולהתעדכן בתחומי מחקר מובילים בתחום הפסיכולוגיה הרפואית. בפסיכולוגיה רפואית יש כידוע נושאים רבים ומגוונים, אך הנושא המרכזי של הכנס הוגדר השנה כ- Resilience and Health.

התרשמתי בעיקר מהרצאתה של פרופ' ריף, אמריקאית החוקרת את נושא הרזיליינס שנים רבות. לדברי פרופ' ריף נושא הרזיליינס מקפל בתוכו את החיובי והשלילי: החיים מאלצים אותנו להתמודד עם מצבים קשים (מחלה, גירושין וכיו"ב) ואז מתגלים באדם יכולות וכוחות העוזרים לו להתמודד (נפשית ופסיכולוגית) עם האתגר. פרופ' ריף הזכירה לנוכחים את חשיבותו של חקר החיובי ולא רק הפתולוגי, כפי שנהגו שנים רבות בפסיכולוגיה. פרופ' ריף מצליחה להוכיח במחקריה

החטיבה ההתפתחותית

לחברי החטיבה ההתפתחותית שלום רב,

הקיץ וגם חגי תשרי עברו ביעף, ואנו עסוקים בארגון הכנס שיתקיים בתאריכים 29-31 לינואר 2013, במלון "ניר עציון". הכנס יעסוק בנושא "ההורות האחרת" והוא יכלול תכנים שונים ומגוונים של נושא ההורות.

הורות במאה ה-21 היא אתגר הקשור בחלקו לשונות בקרב משפחות מסוגים שונים, ובחלקו לשונות רב תרבותית ומגדרית. אנו חיים בעידן פוסט-מודרני שבו אין יותר אמת אחת או שיטת חינוך אחת. זאת ועוד, היום מתהווים מודלים הוריים שונים ומגוונים. מכיון שכך, על הפסיכולוגים ההתפתחותיים להרחיב את ידיעותיהם התיאורטיות ואת תפיסותיהם, ובהתאם לכך לפתח כלים טיפוליים ודרכי טיפול חדשות, על-מנת לכוונם ולהתאימם בצורה הטובה ביותר לצרכים השונים של הילדים ושל הוריהם.

**אנו מאחלים לכולנו שנה של עשייה וצמיחה
שנה של עבודה פורייה,
המשך לימוד והתמקצעות,
ובעיקר שנת שלווה ושלו.**

בברכה,

**תמי מאיר,
יו"ר ועד החטיבה
וועד החטיבה ההתפתחותית**

החטיבה השיקומית

לחברי החטיבה שלום,

הנה החלה שנת תשע"ג ועמה ברכות חדשות ואתגרים חדשים. לאחר שנים של פעילות מתונה בוועד החטיבה, נתברכנו בצוות חברים פעיל ותוסס - שאינו חושש לגעת בנושאים שבהם טרם עסקנו ולהתמודד עם אתגרים חדשים.

הכניסה לפנקסי המטפלים של קופות החולים

כחלק מדרישתנו להיכנס לפנקסי המטפלים בקופות החולים במסגרת הביטוחים המשלימים, החלה הפ"י, ביוזמתנו, ועל ידי עו"ד אברהמי, בתהליך של בירור, ובו בין השאר, סקירה משפטית של זכויות החולה ושלנו כנותני שירותים. אנו רואים בכך שלב ראשון לקראת שינוי משמעותי במדיניות קופות החולים, שלמעט "קופת חולים מאוחדת", טרם הפנימו לצערנו את משמעות תיקון לסעיף 9ב' בחוק הפסיכולוגים, וממשיכות להדיר פסיכולוגים שיקומיים ממאגר המטפלים שהן מציעות למבוטחיהן במסגרת הביטוח המשלים.

למרבה האירוניה, דווקא אנו, שהוכשרנו לתת מענה פסיכולוגי לסובלים מנכות או מחולי כרוני, איננו נגישים לאנשים, שהם לפי נתוני משרד הבריאות, רוב הנזקקים לטיפול נפשי במדינת ישראל.

אנחנו עובדים עם האוכלוסיות בעלות הפגיעות הקשות ביותר; אנשים שחווים פירוק של גופם הפיזי ובעקבות כך פירוק של נפשם וזהותם; התאונה או המחלה שפקדה אותה מכה גלים בכל אשר להם ופוגעת בערכם ובתפיסתם העצמית, ביחסיהם הזוגיים, המשפחתיים, החברתיים, ביכולתם להתפרנס, ובביטחונם האישי והכלכלי. דווקא בעת צרה זו, כאשר הם זקוקים לכל אגורה שבכיסם על-מנת להמשיך ולהתקיים בכבוד, לעתים קרובות הם אינם מסוגלים לממן מכיסם טיפול פסיכולוגי. הם מקצצים בהוצאות כשהם יוצאים מהמסגרת השיקומית משום שהם תופסים את הטיפול כ"מותרות", וסבורים שיצליחו להסתדר עם התמיכה שיקבלו בבית, למרות שאינו מקצועי. אנו מודעים לכך, כי ברשימת העדיפויות של מטופלינו, נמצא הטיפול הפסיכולוגי

הרבה אחרי הוצאות למימון תרופות ולטיפולים משלימים. צחוק הגורל הוא, שדווקא אוכלוסייה זו היא שזקוקה ביותר לטיפול פסיכולוגי שיקומי, ובשל מדיניות קופות חולים, אינה יכולה לקבל אותו באופן נגיש או זמין (ראו בהמשך).

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו קובע, כי כל פסיכולוג מומחה יכול לעסוק בטיפול "בהתאם לייחוד הפעולה שלו או בהתאם לאוכלוסיית היעד הרלבנטית המייחדת את תחום מומחיותו" (חוזר מס' 14/11, מאי 2011). קביעה זו מבטאת את התפיסה כי בתחום הפסיכולוגיה יש היבטים ייחודיים בהכשרה של תחומים שונים. לאור זאת, נראה לגמרי לא הגיוני כי, היחודיות של הפסיכולוגיה השיקומית, בהיותה תחום מומחיות מוביל בטיפול הנפשי של אנשים המתמודדים עם מחלות כרוניות ונכויות, אינה מוכרת על-ידי קופות החולים למתן שירותים משלימים.

אם בוחנים את המצב לאשורו, אין הסבר רציונאלי או לוגי שבעטיו צריכה להסגר דלת זו בפנינו, לא זו בלבד שהשכל הישר מחייב נגישות לטיפול ולאבחון שיקומי ונירו-פסיכולוגי, אלא גם חוק הבריאות הממלכתי מחייב זאת (התשנ"ד 1994, סעיף 22, ד', 5). למרבה הצער – קופות החולים דוחות פעם אחר פעם את הבקשות של בוגרינו להימנות עם צוות המטפלים של הקופות (כפי שראינו לאחרונה בעקבות פנייתנו למאות מבוגרי התחום בהתכתביות פנימיות). ייתכן שגורמים מוטים שולטים עדיין בחלק מהנהלות הביטוחים המשלימים בקופות, והגיע הזמן לשקיפות, ולבחינה של הנושא מחדש ובאופן צודק, ההולם הן את מדיניות הבריאות של מדינת ישראל בשנת 2012 והן את תועלתם של המבוטחים. אנחנו חיים בתקופה של רגישות לצדק חברתי, ויציאה מפטרונזם ומונופולזם חברתי. גם כאן, כמו במקומות שונים בארץ ובעולם, נחוץ שינוי.

למרפאות של קופות החולים, שבראשן יעמדו כפי הנראה פסיכיאטרים, ומן הסתם פסיכולוגים קליניים, הם שיבצעו את ההערכות הראשוניות וישפיעו על תוכניות הטיפול. אנחנו רוצים להיות שם, למיין את המועמדים אלינו לטיפול בעצמנו, לתכנן תכניות טיפול, ולתת את הטיפול שאנו אמונים עליו, בין אם מדובר בליווי תהליכי הסתגלות לנכות, לחולי כרוני או לשיקום פסיכיאטרי. זאת ועוד, אנחנו רוצים שגם רופאים שאינם פסיכיאטרים יוכלו להפנות אלינו לטיפול פסיכולוגי את מטופליהם כחלק מהטיפול הכולל הנדרש לחולה. כך למשל יוכלו גסטרו-אנטרולוגים להפנות מטופלים עם מעי רגיז ללימוד פרטוקול הרפיה והפחתת לחץ, רופאי כאב יוכלו להפנות חולים בתסמונות כאב לטיפול קוגניטיבי התנהגותי, אורטופדים ואונקולוגים יפנו את מטופליהם לטיפול פסיכולוגי תומך לאחר ניתוחים ועוד כהנה וכהנה.

כל עוד התרומה המקצועית שלנו אינה ברורה די הצורך למקבלי ההחלטות במדיניות הבריאות המתהווה לאור הרפורמה, לא יהיה מובן מאליו, שאנחנו, כדיסציפלינה, נתקבל עם תקנים למסגרות החדשות של קופות החולים לקהילה. כפי שכתבנו לעיל, יש חוסר הלימה בין ההתנהלות של קופות החולים בכך שהן מעסיקות פסיכולוגים שיקומיים בבתי החולים, לבין העובדה שאינן מאפשרות לפסיכולוגים שיקומיים להימנות עם נותני השירותים לקהילה במסגרת הביטוחים המשלימים. מצב זה דורש התגייסות מהירה של החטיבה שלנו לטובת העניין בהסברה, ביחצנות ובסינוגר מאסיביים, על-מנת להבטיח את עתיד הפרקטיקה ועתידה של החטיבה הזו למען השנים שיבואו. אנו קוראים לעמיתינו הרפואיים לשלב עמנו ידיים במאבק זה בשל האינטרסים המשותפים שלנו. שמחנו לקבל תמיכה של פסיכולוגים שיקומיים בכירים בנושא ממוסדות שונים בכל רחבי הארץ, וכן שיתוף פעולה מלא של הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית במשרד הבריאות.

פתיחת בתי הספר לפסיכותרפיה באוניברסיטאות לפסיכולוגים שיקומיים

הקריטריונים לקבלה לתוכניות ללימודי המשך תלת-שנתיות בפסיכותרפיה כוללים אנשי-מקצוע מתחום הפסיכולוגיה הקלינית, הפסיכיאטריה והעבודה הסוציאלית. עד לפני כשנתיים הסיבה הרשמית לכך, שפסיכולוגים שאינם קליניים לא היו רשאים להירשם לתוכניות אלו הייתה, שהחוק מתיר רק לפסיכולוגים קליניים לעסוק בפסיכותרפיה. לאחר שינוי החוק (סעיף 9 ב') סיבה זו כבר אינה עומדת במבחן המציאות.

העיסוק המרכזי של פסיכולוגים שיקומיים הוא מתן טיפול פסיכולוגי (פסיכותרפיה) לאוכלוסייה של אנשים המתמודדים עם משברים מסוגים שונים, מחלות ונכויות נפשיות, פיזיות, התפתחותיות וחברתיות. העובדה שפסיכולוגים שיקומיים אינם יכולים להמשיך ולהתמקצע בתחום עיסוקם המרכזי (דהיינו, בתוכנית ההמשך בפסיכותרפיה) פוגעת בראש ובראשונה באוכלוסייה השיקומית בארץ. אשר על כן, אנו פועלים כיום בתקיפות במטרה לפתוח את בתי הספר לפסיכותרפיה גם לפסיכולוגים שיקומיים, כדי לאפשר להם להמשיך להתמקצע ולרכוש ידע נוסף. כל זאת במטרה לשפר את איכות השירות הניתן למטופלים השייכים לאוכלוסייה השיקומית.

מעמדה של הפסיכולוגיה השיקומית לאור הרפורמה בבריאות הנפש

הרפורמה, שנקבעה בצו ממשלתי ב-7.5.2012, אמורה להיכנס לתוקף מלא בתחילת יולי 2015 ועד אז, באופן הדרגתי. הרפורמה קובעת שמערך בריאות הנפש על צוותי המטפלים, קביעת נהלים, וכן האחריות הביטוחית והמימונית, יעברו במלואם מהממשלה אל קופות החולים. התקציב שמוקצה לרפורמה יעמוד על 1.7 מיליארד שקל בשנה, כדי לאפשר לקופות החולים לפתח את שירותי בריאות הנפש שסובלים מהזנחה של שנים, להכשיר מטפלים, לפתוח מרפאות חדשות ולהיערך לקליטה של פונים רבים בהרבה ממספר הפונים לשירות כיום. לדברי יחיאל שרשבסקי, פסיכולוג קליני ולשעבר הממונה על השיקום במערכת בריאות הנפש במשרד הבריאות, "אם קופות החולים ינהגו בתבונה, הן יוכלו להשפיע על אבחון וטיפול בבעיות גופניות הגורמות לבעיות נפשיות; על מניעה וטיפול בבעיות גופניות הנגרמות מתרופות פסיכיאטריות; על הפחתת הסטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלת נפש; על התחלואה הנפשית בפריפריה; על הפניית אנשים לשיקום במערכת בריאות הנפש והקטנת מספר האשפוזים הפסיכיאטריים; ואלו רק חלק מהאפשרויות" (הארץ, 6.5.2012).

לדברי ד"ר גדי לובין, ראש מערך שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, "הרפורמה נועדה לשנות את הזמינות והנגישות וכן לשפר את איכות המבנים של מרפאות הנפש". כמו כן, ציין לובין, כי "ההסכם החדש יאפשר למבוטחים שהקופה לא תייצר עבורם מענה ברמת זמינות נאותה, כמו למשל בישוים מרוחקים ובפריפריה, לקבל טיפול במרפאות פרטיות בעלות של תשלום רבעוני". (רויטל בלומנפלד, "הארץ", 7.5.2012). במסגרת הרפורמה החדשה, יוכלו המבוטחים לקבל טיפולים פסיכותרפיים, אצל פסיכולוגים ואצל פסיכיאטרים במרפאות הקהילתיות בעלות של תשלום רבעוני, 22 שקלים נכון להיום - כפי שגובות המרפאות בכל ביקור אצל רופא מקצועי. נוסף על כך תישאר בתוקף האפשרות הקיימת היום בקופות, שבמסגרתה יוכלו מבוטחים לפנות למטפלים עצמאיים בקליניקות פרטיות, בתעריפים מסובסדים של 50 שקלים עבור הטיפול הראשון, 120 שקלים לטיפול השני ואילך, וכן 55 שקלים עבור טיפול קבוצתי.

זהו שיפור משמעותי בהשוואה לעלויות שגובות הקופות כיום: ב"שירותי בריאות כללית" לדוגמא, עלות טיפול פסיכולוגי מסובסד במסגרת הביטוחים המשלימים, עומדת כיום על 160 שקלים, ב"מכבי" גובים 59 שקלים עבור הטיפול הראשון, 119 שקל מהטיפול השני, ו-169 שקלים מהטיפול ה-15. רויטל טופר, מנהלת פיקוח הגבייה של קופות החולים במשרד הבריאות, הבהירה כי "בנוסף לתמחור האחיד, כמות הטיפולים לא תהיה מוגבלת ל-30 טיפולים כבעבר" (רויטל בלומנפלד, "הארץ", 7.5.2012).

חברים יקרים, אין ספק שרפורמה זו, שייעודה המרכזי הוא להעביר את הטיפול בנפגע הנפש מהממשלה לאחריות הקופות, נוגע לפסיכולוגים השיקומיים העוסקים בעיקר בשיקום הפסיכיאטרי ובמסגרות הפסיכיאטריות, אלה הם רק חלק מהפסיכולוגים השיקומיים בשירות הציבורי. כל הפונים לשירותי בריאות הנפש בקהילה, אשר סובלים מבעיה נפשית על רקע קיומה של בעיה גופנית - עיקר האוכלוסייה השיקומית שבה אנו מטפלים, עשויים לפנות

בברכת שנה של עשייה פוריה, דר' עומר פורת, יו"ר דר' אילנית חסון-אוחיון דוריה כהן-לנגבן שני אורנו

חברי החטיבה המעוניינים לדון בסוגיות אלו באופן פעיל מוזמנים ליצור אתנו קשר. אנחנו מצפים להתפתחויות חיוביות נוספות בשנה הקרובה בתחום זה, התפתחויות שיאפשרו הן נגישות רבה יותר של שירותינו לציבור והן חופש עיסוק שהולם את הכשרתנו.

החטיבה הקלינית

לפסיכולוגים הקליניים שלום רב.

ממש בימים אלו אתם אמורים לקבל לכתובת המייל שלכם משוב של החטיבה הקלינית עליו כתבתי בגיליון הקודם. אנו בחטיבה נשמח שתשיבו עליו כדי שנוכל ללמוד על רחשי ליבכם, בסוגיות מרכזיות המעסיקות את החטיבה בשנתיים האחרונות. נשמח גם לקבל הערות, שאלות והבהרות בכתובת המייל שלנו המצורפת למשוב. תוצאות המשוב יופיעו בגיליון הבא של פסיכואקטואליה.

בימים אלו יושבות שתי תתי-ועדות העוסקות בתהליך ההכשרה של הפסיכולוג הקליני. אלו ועדות משותפות לאקדמיה ולשדה ובהתאם יושבים בה נציגים מהאקדמיה והשדה. הראשונה עוסקת בתחילת תהליך ההכשרה, קרי בשלב הלימודים לתואר השני והשנייה בסוף תהליך ההתמחות, קרי במבחן ההתמחות והערכות המדריכים. בעיני, כך צריך לקדם שינויים בתהליך ההכשרה-תוך שיתוף פעולה של נציגים מהאקדמיה והשדה, המייצגים את שני הפרקים המשמעותיים במסלול הארוך של הפסיכולוג אל עבר עצמאותו המקצועית. לכן תמוה בעיני שישנה עוד ועדה – ועדת הניק, שגם עוסקת בהכשרה של הפסיכולוג, אך משום מה, אין בה נציגות נאותה לשדה. מתוך 6 חברי ועדה, 5 הם ראשי המגמות של האקדמיה ונציגה אחת היא ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית, שמייצגת את משרד הבריאות, ובתוקף תפקידה מייצגת הן את השדה והן את האקדמיה.

"המטה המשותף" לפסיכולוגים הראשיים במוסדות בריאות הנפש ולגופים בפסיכולוגיה הקלינית, תמיד שלח נציגים לכל ועדה ותתי-ועדה שהתבקש לשלוח אליה נציגים של השדה. אנו בעד שיתוף פעולה ודיאלוג על תהליך ההכשרה. למרות שהאקדמיה עצמאית והשדה עצמאי ובאופן תיאורטי, כל צד יכול לפתח מערכת דרישות נפרדת מהמתמחה הצעיר – הרי תהליך ההכשרה כולל את שני השלבים ומישהו צריך לדאוג שיהיה קו הגיוני רציף בין שני השלבים.

משרד הבריאות הוא הרגולטור של תהליך זה. מועצת הפסיכולוגים ויו"ר המועצה, המייצעים לשר הבריאות אמורים לדאוג לכך שהפסיכולוג הצעיר יקבל הכשרה אינטגרטיבית אחת. מכאן ששיתוף הפעולה בין האקדמיה לשדה איננה צריכה להיות שאלה של בחירה, או של רצון טוב מצד אדם זה או אחר, אלא מחויבות של שני הגופים המרכזיים, לדאוג לכך שההכשרה תהיה רציפה, הגיונית ובנויה על הבנה הדדית. לכן אני מופתע שקמה ועדה העוסקת בהכשרה, אך אינה רואה צורך לשתף באופן רציף את השדה. המלצותיה של ועדת הניק בחלקן מעוררות הסתייגויות מצד המטה המשותף. טבעי הוא הדבר שיהיו הסתייגויות ולא אדון בהמלצות עכשיו. הבעיה אינה שיש חילוקי דעות בין האקדמיה לשדה, אלא שבעוד שבזירה אחת יש שיתוף פעולה, בזירה אחרת אין. הערך של המסקנות וההמלצות של כל ועדה אינו נעוץ רק בתוכן שלהן אלא בתהליך שהביא להולדתן.

**שנה טובה!
עמוס ספיבק**

החטיבה החברתית-ארגונית-תעסוקתית

שלום רב,

עיקר פעילות הוועד בחדשים האחרונים התמקדה בנושאי השתלמויות:

✿ בימים אלה מסתיימת השתלמות מוצלחת שקיימה רבקה הראל בנושא כלים בודהיסטים ביעוץ. התקיימו שבעה מפגשים שבהם השתתפו 18 פסיכולוגיות ותיקות ומדריכות מהחטיבה. מתוכננת פעילות המשך.

✿ יצאה לדרך השתלמות בת חמישה מפגשים בנושא העשרת ידע למדריכים בנושא ליקויי קשב. ההשתלמות, פרי יוזמתה של הוועדה המקצועית ובריכוזה של בלה גילוי, מיועדת לתת מענה לשינוי הדרישות להתמחות והדרישה להציג ארבעה מקרים של לקויות קשב. בהשתלמות משתתפים 32 מדריכים ופסיכולוגים ותיקים מהחטיבה.

✿ בקרוב תתפרסם חוברת הכנס החטיבתי השנתי שיתקיים ב-12-15 לפברואר 2013 בניר עציון.

נושא הכנס – גבולות המקצוע. הנושא מתקשר לריבוי פניות שאנו מקבלים בדבר דחיקת רגליהם של פסיכולוגים תעסוקתיים. לאחרונה קיבלנו פניות המביעות חשש ששירות התעסוקה ישנה את תנאי המרכז ליעוץ כך שפסיכולוגים עצמאים לא יוכלו להשתתף בו. אנו מנסים למצוא דרך לסייע לקבוצה זו באמצעות פעילותה של הפ"י ולהגן על זכויותיהם ומרחב התעסוקה שלהם.

**בברכה,
ועד החטיבה**

למי שייכת ההתמחות?

כידוע ההתמחות בפסיכולוגיה היא שלב בתהליך ההתפתחות המקצועית של הפסיכולוג. למי היא שייכת?

חיה פרידמן



תמונה ועיבוד תמונה:

סטודיו מסטרו:

אם הייתה השאלה: מי אחראי על ההתמחות? הייתה התשובה ברורה ותכליתית ויש להניח שהגורמים האלה היו נזכרים כאחרים, כל אחד בתחומו ובהתאם לתפקידו: האנדיבידואל המתמחה, מדריכים, מנהלי גופים ציבוריים ומוסדות מוכרים להתמחות, משרד הבריאות, הוועדה המקצועית של ענף הפסיכולוגיה הרלבנטי, ועד המתמחים... המעבר משאלת האחריות לשאלת השייכות מסיט את השיח מהיבטי המדיניות והיישום אל עתיד הפרופסיה ומכניס שחקנים נוספים לזירה, כדוגמת: הציבור הרחב, כיצד קשורה ההתמחות לשירות המתקבל במשך שנות עבודה רבות על-ידי קבוצות גדולות של פסיכולוגים מתמחים?

הנה דוגמאות אחדות לסוגיות שנדונו:

1. הדגשת תפקידו של הפסיכולוג החינוכי כמתערב בתהליכים מערכתיים-דינאמיים במסגרת החינוכית (גן, בית-ספר) ומתן ביטוי הן כמותי והן איכותי לכך בהתמחות.
2. בהנחה שההתפתחות המקצועית מתחילה בשלב ההכשרה האקדמית ונמשכת עוד זמן רב לאחר סיום ההתמחות, מה צריך לאפיין באופן מובהק את ההתמחות במובחן מהשלבים שלפניה ולאחריה? כיצד מפתחים את רצף ההכשרה והחיבורים בין העוסקים בהכשרה בשלבים השונים (קשרי אקדמיה שדה הכשרות המשך)?
3. כיצד יש לבנות את מרכיבי "פאזל ההתמחות" באופן שיבטיח איכויות מקצועיות גבוהות ויבחן מחדש את הדרישות בהיבט הכמותי? כיצד ניתן לתאר פאזל המאזן נכונה בעת הזו בין מרכיבים כמותיים לבין רכיבים איכותיים?

מדובר אם כן, ברצף דיונים שיניב כמתבקש החלטות ארוכות טווח והחלטות קצרות טווח גם יחד. כאמור, אנו מצויים בתוך תהליך של דיונים ועבודה במטרה לשלב כוחות ומוחות שיאפשרו לנו לעצב את ההתמחות לתועלת הפסיכולוגים המתמחים ולא פחות מכך לתועלת הציבור. נמשיך לשתף ולעדכן עם התפתחות התהליך. המבקשים להעיר ולהאיר מוזמנים לפנות לנציג כל אחד מהגופים השותפים בתהליך לפי בחירתם.

בברכה
חיה פרידמן

השאלה למי שייכת ההתמחות מחדדת בעיני את הצורך להציף דילמות וניגודי עניינים העולים כשפותחים מרחב לדיון בנושא. את התווית – התמחות קובעים גופים פורמאליים מוכרים העושים מלאכתם נאמנה. ראוי שעיצוב ההתמחות יהיה פתוח להשפעות של ניסיון שדה, ידע אקדמי מתפתח, תמורות חברתיות, צרכי ציבור וצרכי המתמחים עצמם. הגיעה העת לדיון בדבר מהות ההתמחות בפסיכולוגיה בכלל, ובכל ענף בפרט ולשתף בו את הגורמים השונים. הגיעה העת לדיון בנוגע לתפקידה של ההתמחות בפיתוח הרצוף והמתמשך של **דור עתיד של פסיכולוגים ערכיים, מקצועיים ומשרתי ציבור**. אבקש להתרכז בדלת אמותיה של הפסיכולוגיה החינוכית.

בראשית חודש יולי התכנסו נציגי מספר גופים: הנהגת אגף פסיכולוגיה בשפ"ע עם ייצוג מלא של הפסיכולוגים המחוזיים, הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה חינוכית במשרד הבריאות, מנהלת המדרשה לפסיכולוגיה חינוכית (לימודי ההמשך), נציגי פורום ההכשרה לפסיכולוגיה חינוכית באגף פסיכולוגיה, יו"ר איגוד מנהלי שירותים פסיכולוגים חינוכיים ונציגי ועד המתמחים. המפגש היה מפגש פתיחה למהלך רצוף של דיונים. במסגרת הדיון הראשון עמדנו תחילה על הקשרים בין שלושה מרכיבים:

- א. קווים לזהותו של הפסיכולוג החינוכי בהווה ובעתיד.
- ב. מקומה של ההתמחות ברצף ההתפתחות המקצועית מהכשרה אקדמית ועד הכשרות מומחים ומדריכים.
- ג. סוגיות המצריכות שינוי בדרישות ההתמחות.

ברכות לשנה החדשה וסיכום השנה החולפת:

תיקון סעיף 15 בחוק הפסיכולוגים, נייר עמדה ולימודי ליבה בתואר שני בפסיכולוגיה

פרופ' יואל אליצור

3. המועצה החליטה, בשיתוף פעולה עם המנכ"ל על הצעת תיקון ממוקדת יותר של סעיף 15 לחוק הפסיכולוגים שיהיה בה פיתרון לסוגיית הכינוי של פסיכולוגים שאינם רשומים בפנקס. הוגדר "עיסוק מקצועי בפסיכולוגיה"

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/29464112.pdf

4. המועצה דנה בהסדרת גבולות העיסוק בפסיכולוגיה. בעקבות הדיון הוקמה ועדה שניסחה נייר עמדה בנושא. המועצה אשרה את נייר העמדה בהצבעה מיוחדת.

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/35686712.pdf

חודש לאחר מכן החליטה המועצה להשכלה גבוהה לאמץ את הצעת הוועדה המשותפת של המל"ג ומשרד הבריאות לקיום לימודי ליבה בתואר השני בפסיכולוגיה. זוהי החלטה היסטורית לענף הפסיכולוגיה והיא מסכמת שנתיים של עבודה שנעשתה בשיתוף פעולה בין כל הגורמים המעורבים: המועצה, שש הוועדות המקצועיות בפסיכולוגיה, הוועדה המשותפת של המל"ג ומשרד הבריאות, ראשי החוגים בפסיכולוגיה וראשי המגמות בפסיכולוגיה מקצועית. כמו כן הוחלט על הקמת מנגנון משותף לשם תיאום והעברת מידע באופן קבוע בין הגופים השונים. מנגנון זה מאפשר לוועדה הקלינית שתמכה במסגרת לימודי הליבה, אך לא קיימה עדיין דיון מסכם בנושא להמשיך את העבודה בשיתוף פעולה עם הגורמים השונים ולהביא לשינוי ולעדכון לימודי הליבה.

לדוח הוועדה המשותפת והחלטת המל"ג ראו:

http://che.org.il/?page_id=8443

עם סיום שנת תשע"ב ותחילתה של שנה חדשה, ברצוני להודות לכל החברים שתרמו לעשייה. אנשים רבים תרמו בנדיבות לב מזמנם, מכישורונותיהם ומכוחותיהם היצירתיים כדי לקדם את ענף הפסיכולוגיה. תרמו גם חברים נוספים בקהילת הפסיכולוגים שחלקו על דרכה של המועצה ומצאו את הדרך לבטא את דעתם השונה תוך שמירה על מסגרת של דיון ענייני ודמוקרטי. אני מאחל לכולכם שנה של המשך עשייה חיובית, שנה של עבודה משותפת שתחזק את תהליכי הגישור והפיוס בתוכנו. שנה שתעניק למקצוע היקר לליבנו את ההזדמנויות הטובות ביותר להמשיך להתפתח באופן שמאפשר לתרום את המיטב שבנו לטובת הקהל שאנו משרתים ולטובת החברה שאנו חלק ממנה.

שלכם,
פרופ' יואל אליצור
יו"ר מועצת הפסיכולוגים

מועצת הפסיכולוגים היא גוף סטטוטורי המייעץ לשר הבריאות ופועל מכוח החוק, למען ענף הפסיכולוגיה ולמען הציבור שמסתייע בשירותיו. מאז תחילת פעילותה בשנת 2010 עשתה מועצת הפסיכולוגים החדשה עבודה רבה ומשמעותית בשיתוף פעולה הדוק עם שש הוועדות המקצועיות בפסיכולוגיה קלינית, חינוכית, התפתחותית, שיקומית, רפואית וחברתית-תעסוקתית-ארגונית. כדי להנגיש את המידע סיכמתי עבור קהילת הפסיכולוגים את תחומי העבודה שעשתה המועצה החדשה עד עתה. נעזרתי באתר החדש של המועצה – גם הוא חלק מהחידושים של השנה האחרונה – להצגת הנושאים השונים יחד עם מסמכים רלבנטיים שניתן להורידם דרך האתר:

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Pages/about.aspx

הקישוריות המופיעות באתר יאפשרו לכם להוריד את המסמכים הרלבנטיים. אנו מעלים לאתר באופן שוטף גם סיכומים של ישיבות והחלטות מועצה.

לדיווחים ומסמכים שהעברתי לקהילת הפסיכולוגים לפני הקמת האתר הנוכחי באמצעות האתר "משולחן יו"ר מועצת הפסיכולוגים", ראו:

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Pages/about.aspx

הישיבה האחרונה של מועצת הפסיכולוגים התקיימה בתאריך 17.6.2012. סיכום הישיבה מופיע באתר המועצה.

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/p17062012.pdf

להלן הנושאים המרכזיים שנידונו בישיבה וההחלטות שהתקבלו:

1. בהוראת מנכ"ל משרד הבריאות ניתנת אפשרות לקבל מילגת התמחות לפסיכולוגים בעלי מומחיות אם עשו את התמחותם ללא מילגה בתחום השונה מהמבוקש:

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/H11062012.pdf

2. נערך דיון מסכם בפילוט שעשינו עם הנהלים לבחירת חברים לוועדות מקצועיות. יו"ר הוועדות המקצועיות ביטאו שביעות רצון גבוהה בנוגע לנהלים החדשים והציעו לגבש ביניהם נוהל לדיון על המועמדים ולסיכום ההמלצות המוגשות למועצה לקראת הבחירות. המועצה אישרה בתיקון קל את הנהלים החדשים:

http://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/41900612.pdf



עודד לוי

תמונה ועיבוד תמונה:

מאת: אורטל סלובודין

"והזמן עמד מלכת"

נוכחות הטראומה בתפיסת הזמן

תמצית

אירועים טראומטיים מחוללים שבר עמוק בחייו של האדם. אחת הדרכים המהותיות, אך הסמויות יותר, שבהן שבר זה בא לידי ביטוי, היא שיבושים בתפיסת הזמן. מאמר זה מציג היבטים תיאורטיים ומחקריים של התפתחות תפיסת הזמן ושל השיבושים שנגרמים לה, בעקבות טראומה. הטענה המרכזית היא, כי בעבודה עם מטופלים בעלי היסטוריה טראומטית, חשוב שהמטפל יכיר במשאלה העמוקה של המטופל לחיות בזמן פנימי, שאינו דורש התאמה לדרישות המציאות החיצונית. בהמשך המאמר, מובאת דוגמא קלינית של מטופלת שהמאפיינים הטראומטיים בחייה השתקפו בחוויותיה את מימד הזמן.

אירועים טראומטיים מובילים לשינויים עזים בחייו של הנפגע. החוויה האנושית הבסיסית, שכל המעשים והאירועים מתרחשים על-פי חוקיות מסוימת קורסת. העולם נעשה חסר פשר וחסר היגיון. אין זה מפתיע, שכחלק מהתמוטטות סדרי העולם, מתערערת גם תפיסת הזמן. עדות לשבר בחוויית העצמי אפשר למצוא בחלוקה דיכוטומית של מימד הזמן אצל נפגעי טראומה ל'חיים שלפני האירוע' ול'חיים שאחריו'.

הזמן הוא מימד חמקמק. אף שהוא אובייקטיבי ואמפירי, אנחנו מודעים בעיקר לסובייקטיביות שלו. פעמים רבות, תחושת הזמן משתנה בהתאם לחוויה הרגשית: "הזמן רץ כשנהנים", אבל במקרים מהנים פחות – "הזמן לא עובר", "ספרתי את השניות" וכן הלאה.

הרעיון שטראומה משבשת את תפיסת הזמן של האדם, אינו חדש. בהגדרה הפסיכיאטרית של ההפרעה הפוסט-טראומטית (APA, 2000), מופיעה "תחושה של עתיד מקוצר או מוגבל", כאחד התסמינים באשכול ההימנעות. פירושה של חוויה זו, הוא שהאדם חש כי זמנו קצוב ומתקשה להאמין כי יזכה להגיע בחייו לנקודות ציון חשובות, למשל הקמת משפחה. הספרות ממעטת מאוד לעסוק בשאלה באילו אופנים מערערת הטראומה את תפיסת הזמן של הנפגע וכיצד באות השפעות אלו לידי ביטוי בחייו של האדם ובשדה הטיפולי. המאמר הנוכחי מבקש לבחון את השפעות הטראומה על תפיסת הזמן של האדם, תוך דיון בדוגמאות קליניות שבהן הזמן היה מוקד מרכזי של הבנה טיפולית.

ד"ר אורטל סלובודין

מרכז אקדמי חפ"ן,
מרכז אקדמי פרס
ortalslobodin@gmail.com

זמן וטראומה

פריד (Freud, 1920;1924) התרשם מאוד מאופן הפעולה הבלתי רציף של ההתקיימות, הבא לידי ביטוי, בין השאר, בקיפאון וברגרסיה. הוא הציע שהפרעות לרצף הקיום נועדו להגן על האדם, מפני מצבים של גריית יתר חיצונית (כמו למשל, טראומה). פריד לא הרחיב את הנושא ולא הציע מנגנונים ברורים לאופן שבו משמש הזמן בתפקיד הגנתי. רמזים לתפיסתו את הקשר בין זמן וטראומה אפשר למצוא במאמו "משה ומונותיזם" (Freud, 1939). כאן מציע פריד כי הטראומה מחוללת שני תהליכים נפשיים בלתי נפרדים. התהליך הראשון הוא הקהיה ואלחוש של הרגשות, הזיכרונות והתחושות הקשורים בטראומה, במטרה לעמעם את ההשפעות הבלתי נסבלות של האירוע ולאפשר לאורגניזם לשרוד אותו. לדעת פריד, לא ניתן לפגוש את הטראומה במלוא עוצמתה כאשר היא מתרחשת ולכן מופעל מנגנון השהייה (belatedness), הדוחה את המפגש עם התכנים הטראומטיים. מדובר במנגנון הישרדותי הכרחי כמעין גלד לפצע. בתהליך השני, המקביל לראשון, הטראומה נותרת קרובה ובאה לידי ביטוי בעיקר בסימפטומים של חזרתיות-כפייתית. כך מובטח כי הטראומה לא תיעלם מהזירה הנפשית, אלא תמתין עד שהאדם יוכל לחוות אותה ולעבד אותה. כלומר, רק על-ידי דחיית השפעתה המלאה של הטראומה, אפשר יהיה לחוות אותה במלואה.

פריד מניח כי השהייה המפגש עם התכנים הטראומטיים משמשת מנגנון הגנה החוצץ בין האדם לאירוע הטראומטי וכך מאפשרת את המשך קיומו הנפשי. את פרק הזמן שבין ההתרחשות הטראומטית המקורית ובין הופעתה המחודשת של הטראומה בצורת סימפטומים מכנה פריד 'תקופה לטנטית' (תקופת הביון). זוהי תקופה 'מתה', שאינה מאפשרת לשום דבר חדש להתרחש, שכן הטראומה ממשיכה לארום לאדם וממתינה לרגע המתאים כדי להופיע.

סיבורגר (Seeburger, 2011) מרחיב את דבריו של פריד ומוסיף כי למעשה מדובר בזמן מת' במשמעות כפולה. זמן של מוות נפשי, אך גם זמן שיש 'להרוג' (בעברית מתאים יותר הביטוי 'לשרוף זמן'). בזמן זה לא יכולה להתרחש כל התפתחות נפשית אמיתית, יכולות להתרחש רק פעולות חזרתיות, שתפקידן להסיח את הדעת מהכאב האמיתי. הפעילות הקדחתנית והעקרה תוכל להיפסק כשהטראומה תעובד ואת מקומו של הזמן המת יתפוס זמן חי וחיוני יותר. ביטוי לקיפאון הקיים במימד הזמן הטראומטי, אפשר למצוא גם אצל וויניקוט. במאמו הפחד מהתמוטטות (Winnicott, 1974), הוא מציע שמצבים של היעדר החזקה אימהית, מעוררים בתינוק חרדה בלתי נסבלת. בעקבותיה, כושלות ההגנות והתינוק עובר התמוטטות נפשית. מכיוון שההתמוטטות התרחשה מוקדם מדי ולא הייתה מוכלת בזמן, החוויה נשמרת כשהיא מפוצלת מן העצמי אך רשומה כזיכרון ראשוני גופני רגשי. בהמשך חייו, האדם יהיה לכוד בין שתי תנועות מנוגדות: הפחד להתמוטט והצורך להתמוטט. מחד-גיסא, האימה ממפגש עם הטראומה תרחיק את האדם מכל אפשרות לחוות אותה. מאידך גיסא, הצורך של הנפש לרפוי מושך את האדם אל ההתמוטטות. כך, הפחד מאירועי העבר הופך לפחד מן העתיד. על-פי וויניקוט, תפקידו של הטיפול הוא להוות רחם בה יוכל המטופל להתקרב להתמוטטות, לזכור אותה ולעבד אותה.

במילים אחרות, וויניקוט מציע כי דחיית המפגש עם הטראומה

שהתרחשה בעבר, והצבתה בעתיד כאירוע שעוד לא התרחש, מאפשרת לאדם לשרוד את החוויה הבלתי נסבלת. זאת, עד שיכוננו התנאים המתאימים, שבהם יוכל לפגוש אותה מבלי להסתכן במוות נפשי או פיזי.

תמיכה אמפירית ברעיונותיהם התיאורטיים של פריד וויניקוט, לפיהם הזמן מסייע לאדם לשמור על מעטפת ה'אני' שנסדקה כתוצאה מהטראומה, ניתן למצוא בעבודותיה של ליאונור טר (Terr, 1983; 1984).

מחקרים אלה הם מן הבודדים שבדקו באופן אמפירי את השפעות הטראומה על תפיסת הזמן של נפגעים, ולכן חשיבותם רבה. טר הבחינה כי הנרטיב הטראומטי מכיל שיבושים קיצוניים בתפיסת הזמן. היא טוענת כי מימד הזמן הוא רגיש במיוחד למצבי דחק, ולכן שיבושים בתפיסת הזמן הם אינדיקטורים אמינים של טראומה נפשית. במחקרה על ילדים ומבוגרים ששרדו טראומה (Terr, 1979; 1983; 1984), זיהתה טר כמה דפוסים אופייניים של שיבושים בתפיסת הזמן. לדעתה, העיוותים הללו מתרחשים במטרה לשקם את תחושות השליטה והאוטונומיה שהטראומה ערערה.

אחד המנגנונים שמטרתם לבנות מחדש את תחושת השליטה הוא חיפוש אחר רמזים מקדימים (Omen formation). בדפוס זה, האדם מחפש בעברו רגשות ומחשבות שיסמנו לו שהאירוע עומד להתרחש, או שיש לו סיבה להתרחש. מנגנון זה משקם את תחושת השליטה משום שהוא נוטע בנפגע אמונה כי ידע מה הולך לקרות. זהו מנגנון שכיח המופיע כבר בגיל צעיר. טר (Terr, 1984) מספרת על ניקי, מטופל צעיר מאוד, שבגיל 21 חודשים, היה על מטוס שהתרסק ללא נפגעים. סבו וסבתו של ניקי הם שהסיעו אותו לשדה התעופה (בדרך למטוס שהתרסק) ודודתו נתנה לו במתנה מזוודה עם תמונת מיקי-מאוס. כשחזר לביתו לאחר הטיסה הפגין ניקי זעם ואלימות כלפי סבו וסבתו. כשהגיע לטיפול וטר שואלת אותו מדוע הוא כועס עליהם, הוא עונה בפשטות "סבא'לה וסבתא'לה הביאו אותי למטוס רע. הוא בלע את המזוודה שלי ואת הבגדים. הם ידעו שהוא יתרסק. הדודה שלי הביאה לי מזוודה בשביל ההתרסקות!"

היכולת לאתר בדיעבד אותות מבשרי אסון, תלויה בלוגיקה הפרימיטיבית ובסיביות מאגית. היא דורשת השהיה של זמן וארגון מחדש של האירועים שהתרחשו, כדי לצקת בהם משמעות חדשה, הפעם כזו שיש לה פשר. אנו עדים למנגנון זה בהיאחזות של אבלים באינטראקציה האחרונה שהייתה להם עם המת. אנשים שאיבדו אדם יקר להם, מחפשים בדיעבד עדויות לכך שהמפגש האחרון שלהם עם הנפטר נשא מסר מיוחד, כמו למשל, הוראות בדבר העתיד, מסר של אהבה וכו'. שיבושים נוספים בתפיסת הזמן, המעניקים לנפגע תחושת שליטה, הם תפיסה של אירועים ארוכים מאוד כקצרים ולהפך (Terr, 1984). כך למשל, אנשים שחוו אירועים של בידוד מתמשך (כמו קבורה מתחת לאדמה), מתארים את פרקי הזמן הללו כקצרים יותר. ככל הנראה, ההתקצרות הסובייקטיבית נועדה למנוע ייאוש, קריסה בטרם עת ואף מוות. מנגד, קיימת גם חוויה שאירועים קצרים מאוד נמשכו פרקי זמן ארוכים. כך למשל, סיפורה נוסעת במטוס שהתרסק: "זה נמשך 48 שניות אבל הרגיש כמו 48 ימים... הכול היה כמו בהילוך איטי" (Terr, 1984). מנגנון זה עשוי לספק תחושת שליטה משום שהוא יוצר אשליה כביכול

חווית 'הזמן ביחד' של האם והתינוק מתאפיינת בזמן מעגלי, חוזר על עצמו, אין סופי. ניתן לחשוב שכך גם מתרחש באהבה, כפי שכותב יהודה עמיחי (1982): "האהבה היא עירוי זמן: כששניים שוכבים יחדיו בלילה, הם מתמלאים זמן שאבד להם ביום". באהבה, על-פי עמיחי, הזמן אינו הולך לאיבוד. אלא שבאינטימיות בין האוהבים, כמו בין האם לתינוק, הזמן יכול פשוט לפעפעע לו באוסמוזה בתוך הצמד. כך, הם אינם צריכים לפגוש את האובדן הכרוך בחיים במציאות.

במצבים אוטיסטיים, הזמן המעגלי מספק הגנה נפשית ראשונית מפני חרדת נטישה ומבטא פנטזיה אומניפוטנטית של חזרה ללא קץ על אירועים זהים במחזור אינסופי (מאיילו, 2004). במצבים אלה, התפתחות נפשית אמיתית איננה יכולה להתרחש כלל, משום שכול התחלה פירושה סוף ונפרדות. תפיסה זו של האוטזים עולה בקנה אחד עם הרעיון שהקפאת הזמן היא במהותה עמדה הגנתית מפני חדרות טראומטיות של הסביבה.

בסיפור הקצר "שיר ערש לזמן" מציג אתגר קרת (1992) בצורה חדה ומזוקקת כיצד מעכלת האם ומרככת עבור ילדיה את השלכותיו המכאיבות של הזמן. בסיפור, האם מרדימה את הזמן עבור ילדיה הישנים.

"כל ערב היינו נכנסים למיטות...אימא הייתה מתחילה להמהם נעימה מוזרה ואיטית. מחזורה המונוטוני אשר התמזג עם זה של שעון המטוטלת, נמשך לאורך הזמן. לאט-לאט הייתה מאיטה אימא את קצב שירתה, מותחת את מילותיה ומשהה את הצלילים ועם השיר הייתה מואטת גם תנועת המטוטלת... היינו מביטים מוקסמים במחוג השניות ההולך ומשתנה ובמטוטלת המאטה את תנועתה עד לעצירתה המוחלטת. אין מקום להסברים בעולם נטול זמן אבל זה היה כאילו לרגע, היינו מסוגלים לראות את החיים כמו שהם, זכים וצלולים ולא מהולים בשאיפות וברצונות מעכירים. הרגשתי שהשיר של אימא מעניק לי מין אתנחתא של שפיות, חסרת חשאיות ופחד...". בהמשך הסיפור, כשהאם מתה, הזמן חוזר לחלוף על פני ילדיה במהירות מדהימה והילדים נותרים לנסות ולהרדים את הזמן בכוחות עצמם.

בהתפתחות נורמאלית, ההתאמה המוחלטת של העולם לתינוק הולכת ופוחתת בהדרגה. העיתוי שבו האם נענית

"העמדה המפותחת ביותר ביחס לזמן היא 'ניצול (use) הזמן' על משקל (use of the object). זוהי עמדה השייכת לבגרות, יש בה ויתור על השליטה האומניפוטנטית בזמן וקבלת אי ההפיכות שלו, כלומר הכרת היותו בני-תמותה "לא הזמן הוא שחולף, אלא אנו הם שחולפים"

לצרכיו המשתנים של התינוק הוא הזדמנות חשובה להתפתחות תפיסת הזמן שלו. כשהתינוק מתחיל להבחין בהיעדרה של האם הוא לומד להבחין בין 'עצמי' ל'אחר'. הוא לומד להשתהות, להמתין לאם ובינתיים לדמיין ולחשוב אותה. כך, הזיכרון והציפייה לאם מאפשרים לו ללמוד לשאת תסכול וחרדה. עמדה זו כלפי הזמן נקראת 'זמן הפירוד', בה הזמן מהווה מיכל מנטאלי של היעדר וחסר.

הייתה לנפגע שהות ממושכת להתגייס לפעולה בשעה שעמד לרשותו פרק זמן קצר ביותר.

דפוס אחר של שימוש בזמן כמנגנון הגנה, הוא ההישענות על מקצבים פנימיים וחיצוניים (Terr, 1984). נפגעי טראומה רבים, מדווחים כי במהלך האירוע הטראומטי גילו עירנות רבה למקצב הפנימי של גופם (דופק, קצב הנשימה וכן הלאה). נראה כי במצבים של חסך חושי, המקצבים הפנימיים מציעים עידוד ונחמה שהחיים נמשכים עדיין.

במחקרה על קבוצת ילדים שנחטפו ושהו 27 שעות בעיניים מכוסות וללא מים ומזון (Terr, 1979), מצאה טר כי ילדים רבים דיוחו על כך שהיו מודעים לצרכיהם הגופניים: עייפות, רעב וצמא. לדעתה, הידיעה הזו הגנה עליהם מפני בידוד קיצוני ומתמשך. בשלב מסוים במהלך החטיפה, הילדים שנסעו במשך שעות ארוכות ללא עזרה, התחילו לזמזם לעצמם את השיר "מי שטוב לו ושמה כף ימחא". בכל פעם שהגיע הזמן למחוא כף עצרו וספרו בליבם שתי מחיאות. כלומר הם יצרו קצב מונוטוני מרגיע, בדומה להמהום של תינוק לעצמו לפני השינה או חריקות של כסא נדנדה.

מטופל אחר של טר סיפר כי לאחר שעבר תאונת דרכים קשה בה שותק מהמוותניים ומטה מצא את עצמו שרוע על ראש גבעה ומנסה להבין מה קרה. הוא סיפר כי באותו רגע התחיל לספור לעצמו, כי לא הצליח לחשוב על שום דבר אחר. לדעתה של טר, הספירה אפשרה למטופל ליצור מרחק בינו ובין החוויה המחרידה שזה עתה עבר. הספירה העידה גם שהזמן חולף, כך הציעה תקווה לעתיד טוב יותר.

לסיכום, טר מציעה כי מצבי חירום יוצרים שיבושים קצרי טווח וארוכי טווח בתפיסת הזמן והם העדות הטובה ביותר לכך שמעטפת הנפש נסדקה. במובנים אלה, מחקרית תומכים בהנחה כי תפיסת הזמן ממלאת תפקיד הגנתי במצבים טראומטיים.

התפתחות תפיסת הזמן

מנקודת המבט האינטר-סובייקטיבית, המודעות לזמן ותפיסת הזמן נוצרות בקשר הראשוני שבין התינוק לאימו. לכן, מושגים של זמן 'נושאים תמיד את חותמו של האחר' (פריאל, 2002). רמזים לכך שתפיסת הזמן של האם משפיעה על התינוק ניתן למצוא כבר בחיים העובריים. מאילו (Maiello, 1995) משערת כי הפעילות הנפשית הראשונית פירושה פענוח של גירויים קצביים וקבועים, שהעובר מקבל מהאם. כאשר העובר קולט את פעימות הלב של האם, את זרם הדם ואת קצב הנשימה, הוא נחשף למקצב קבוע של חיים. המרכיבים הצליליים הללו הם המסד לאמון הבסיסי בין האם לתינוק. מחקר מוקדם של גיפורד (Gifford, 1960) בתינוקות בני 3-26 שבועות, הצביע על קשר בין הופעתם של דפוסי שינה מווסתים והתפתחותם של כוחות אגו. הממצא המעניין היה שהתפתחות זו הייתה מתווכת באמצעות היחסים עם האם.

במאמרה "האחר והזמן" מתארת פריאל (2002) כיצד חווית הזמן נוצרת בתוך הקשר שבין התינוק לאמו. תחילת החיים, מתאפיינת בחוויה של 'הזמן ביחד'. בתקופה זו בולטת מעטפת הטיפול המותאם מאוד, שמבודדת את התינוק מהפרעות ממקור פנימי וחיצוני. בולאס (Bollas, 1989) מכנה את התקופה הזו 'הזמן האימהי', בניגוד ל'זמן האבהי', המסמל את הזמן האובייקטיבי: זמן של שעונים ומחוגים, של יום ולילה, שעות העבודה של ההורים וכו'.

כי הפרעות חוזרות לרציפות הזמן האימהי (או 'הזמן ביחד') מאלצות את האדם להכיר, בטרם עת, בקיומו של הזמן החיצוני ולהתאים את עצמו לסביבה. הפרעות אלו חוזרות את מעטפת המגן של האימהי ולכן הן טראומטיות במהותן. ביטוי לנוכחות הטראומטית אצל מטופלים, שחוו כשל בהחזקה האימהית, ניתן יהיה למצוא בהפרעות שונות בתפיסת הזמן. לעיתים יהיה מדובר במטופלים המתפקדים היטב, אך מציגים חוסר התמצאות, או בלבול בולטים ביחס לזמן. הם מסוגלים לשכוח מה התאריך, איזה יום היום, מתי התרחש אירוע מסוים וכן הלאה. פעמים אחרות, הדבר יתגלם כקושי להתארגן מול דרישות הזמן וכחוויה שהזמן הוא אויב. בהקשר זה ניתן לחשוב על המונח **dead-line**, כדרישה אולטימטיבית, אך גם מחסלת, של הזמן החיצוני. במקביל למאבקו מול תביעות הזמן של המציאות, המטופל מבטא כמיהה עמוקה לשקוע בסביבה עוטפת, המותאמת אליו, ולא להפך.

אילנה

אילנה היא אישה בסוף שנות הארבעים לחייה, נשואה ואם לשלושה ילדים. בהיותה בת שלוש, נולדה לאילנה אחות עם מום נירולוגי קשה, שהצריך אשפוזים ממושכים והיעדרות של שני ההורים מהבית. במרבית שנות ילדותה, הדמות המרכזית בחייה הייתה דודתה, שגם עברה לגור בביתם לתקופות ארוכות. בטון אגבי היא מספרת שעד מהרה החלה לקרוא לדודתה "אימא". כשאני מציינת כי המינוי של דודתה לתפקיד אימא, אפשר לה כנראה, להתמודד כילדה, עם הנטישה בלתי צפויה של אמה, היא מבטלת את משמעות העניין ואומרת שכל ילד היה מתנהג כך במצבה. אילנה מתארת את עצמה כילדה אחראית וחרוצה, אולם מתארת גם זיכרונות שבהם היא מכה את אחותה ומבהלת עד אימה על שפגעה בה באופן בלתי-הפיך.

אילנה פנתה לטיפול פסיכותרפי בעקבות דכדוך מתמשך, שהיא התקשתה לזהות את סיבתו. בתחומים רבים מדובר באישה מתפקדת היטב. היא מוערכת מאד בעבודתה כמנהלת מחלקת משאבי-אנוש ומסורה למשפחתה. עם זאת, בעולמה הפנימי היא עייפה ובודדה ומבטאת כמיהה עמוקה שמישהו יוכל לראות אותה סוף-סוף כמות שהיא ולהתאים את עצמו אליה. כך למשל, היא מספרת כי ביקשה מבתה המתבגרת שתסייע לה לכתוב מסמך במחשב. בתה, העסוקה בענייניה החברתיים, מתעלמת מבקשתה ודוחה אותה בתואנות שונות. אילנה פגועה מאוד ומגיבה כלפי בתה בזעם ובניכור "אני כל הזמן נותנת להם ונותנת, אז עד שאני מבקשת משהו לעצמי, איך הם מעיזים לסרב! אני רק מחכה שהיא תרצה משהו ממני". אציג דוגמה שמתמקדת בחוויית הזמן ומתרחשת לאחר חצי שנה של טיפול. בתקופה זו, אילנה מתקרבת לעצמה. הפערים בין העולם הפנימי והחיצוני מצטמצמים, היא נעשית מודעת יותר ויותר לדחפים, לרגשות וליצרים המתעוררים בתוכה. מצד אחד היא מספרת שהיא פוחדת לאבד שליטה על מה שקורה לה, אבל מצד אחר היא רוצה פשוט להתרסק. כשאני שואלת מהי התרסקות בשבילה. היא עונה "אני רוצה להתאשפז. שמישהו יחליט עבורי מה לעשות, מתי לעשות. שישמרו עלי וישגוהו עלי". בתגובה, שיקפתי לאילנה את העומס שבו היא נתונה, במטרה לתת הכרה לתשישותה ולרצונה להפקיד את עצמה סוף-סוף בידי אדם אחר: "זה חלק בתוכך שדורש התייחסות. את לא יכולה לבד".

את חשיבותה של עמדה זו אדגים דרך הטיפול במיכל.

מיכל היא אישה צעירה אשר נולדה בשבוע ה-28 להיריון, לאחר כמה הפלות ספונטניות של האם. הוריה של מיכל הפגינו כלפיה חרדה עזה וניסו לגונן עליה בדרכים רבות. כתוצאה מכך, היא גדלה בבית מפנק מאוד, עד כדי חוסר גבולות ופיתחה סימפטומים של התמכרות וקלפטומניה. כך מתארת מיכל: "גידלו אותי בצמר גפן... הורי מעולם לא סירבו לי, אף פעם לא שמעתי את המילה 'לא'. רק בחיי הבוגרים נתקלתי בדרישות המציאות". לבוב (2004) מכנה את העמדה ההורית הזו 'היריון אינסופי'. עמדה זו משמעה הורות ללא גבולות העוטפת את הילד ומבקשת להשאיר אותו בתוך גבולות ההורה. כתוצאה מהקושי של ההורים לשאת נפרדות ואחרות בינם לבין הילד (והרי הזמן הוא 'האחר'), הם נמנעים מלתת ביטוי לנוכחות הזמן בשדה הקשר עם הילד לדוגמא, אם המתקשה לעמוד באכזבתו הבלתי נמנעת של בנה המתבגר, אשר לא התכוון בזמן לבחינה ומאשרת לו להיעדר מבית הספר.

לבוב מדגיש כי ההכרה בקיומו של הזמן החולף היא תנאי להתהווה נפרדות. אין פרידה ללא ייצוג של זמן. לכן, התנהגות כזו של האם, מבטאת את חוסר היכולת שלה לוותר על הורות ללא גבולות. במהלך הטיפול במיכל, היא נהגה פעמים רבות ליצור עמי קשר טלפוני. בפעמים שבהן לא הצלחתי לענות התקשרתי אליה מאוחר יותר. במצבים כאלה, מיכל לא זכרה מדוע התקשרה, ויתרה מכך – פעמים רבות כלל לא זכרה את עצם העובדה שהתקשרה. יום אחד מיכל איחרה להגיע לטיפול וציפתה כי אאריך לה את הפגישה, כך שתקבל את מלוא הזמן המגיע לה. כשהסברתי שלא אוכל לעשות זאת, הגיבה בזעם רב ואמרה "את ממילא לא עושה כלום אחר כך. אז מה מפריע לך להמשיך?".

זוהי דוגמא למצב שבו הקושי של ההורים לוותר על השליטה במיכל, שיבשו את התפתחותן של קביעות האובייקט והיכולת לסימבוליזציה. עבור מיכל, הזמן אינו מצליח לסמן ולשאת את החוסר (במקרה זה של נוכחותי), אלא בעיקר מגביר חרדה, משום שמשמעו אובדן מוחלט של האובייקט. לכן, היא נוטה למחוק את מימד הזמן ולשלוט בו באופן מאגי ואומניפוטנטי, מבלי להכיר באי-הפיכותו ובאובייקטיביות שלו.

העמדה המפותחת ביותר ביחס לזמן היא 'ניצול' (use) הזמן' על משקל (use of the object). זוהי עמדה השייכת לבגרות, יש בה ויתור על השליטה האומניפוטנטית בזמן וקבלת אי ההפיכות שלו, כלומר הכרת היותנו בני-תמותה "לא הזמן הוא שחולף, אלא אנו הם שחולפים". במונחיה של מלאני קליין, זוהי עמדה דפרסיבית כלפי הזמן. עמדה המבטאת יכולת להתאבל על דברים מסוימים שכבר התרחשו ועל דברים אחרים שאנו מבינים שכבר לא יתממשו. לאה גולדברג (1992) מבטאת את העמדה הזו בפשטות "אחרי מותי עוד יהיה משהו בעולם. מישהו יאהב מישהו, מישהו ישנא". העמדה הזו היא מורכבת משום שהיא כרוכה בכאב נפשי שלא כולם יכולים לשאתו. פרויד (1916) מציע כי קבלת הסופיות שלנו היא במהותה פגיעה נרקסיסטית אבסולוטית. בדומה, טוען ברגמן (Bergmann, 1978) כי ההכרה בריבונות הזמן על חיינו היא קשה משום שהיא כרוכה במפגש מחודש עם חוויות טראומטיות מוקדמות. מנקודת מבט זו, ההכרה באובייקטיביות של הזמן יכולה להתרחש רק לאחר שהתחוללה הכחשה מאסיבית של חלקים מן העבר. אני מבקשת להציע

מתוך ההבנה כי היא מבקשת שהטיפול יהיה עבורה מצע נפשי שעליו היא יכולה 'להתרסק', הצעתי לה להעלות את תדירות הפגישות לפעמיים בשבוע. אילנה נענית להצעה מיד. היא אומרת שתמיד חשה בוז וסלידה כלפי אנשים שפונים לאנליזה, כי היא "מיועדת לאנשים משועממים ומפונקים". כעת, היא חושבת שאולי היא גם קצת מקנאה בהם על כך שהם יכולים לגעת בעומק עולמם הפנימי. אולם לאחר ההחלטה לעבור לשתי פגישות שבועיות, אילנה מתחילה לבטל את הפגישות. היא מסבירה שהיא עמוסה מאוד בעבודה ובצרכי המשפחה וכי ההחלטה לעבור לפעמיים בשבוע הייתה פזיזה. עם זאת, היא דורשת שאמצא לה זמן חלופי באותו שבוע לפגישה שביטלה. אני מקשיבה לדבריה ומופתעת מעוצמת הבקשה, הנחוות בעיני כתובענית ודורשנית, ספוגה בנימה של 'מגיע לי'. אני נמנעת מלהיענות מיד לבקשתה של אילנה ומזמינה אותה לבחון את ההתרחשות בינינו, היא מגיבה בשתיקה. מכיוון שמדובר בסוף הפגישה, אנו נפרדות כך. לפגישה שלאחר מכן אילנה מגיעה מסויגת ומרוחקת. היא מספרת שיצאה מן הפגישה בהרגשה של עלבון ונטישה. היא חזרה לביתה והרגישה חלשה וחולה: "לא היה לי כוח לכלום". היא מספרת: "הרגשתי שגם את לא מבינה אותי... אני מבינה שיש לך גבולות ויש לך זמן פרטי. אבל נמאס לי להבין כבר! אני רוצה להיות הילדה הקטנה, שדברים יקרו בזמן שלי". בהמשך אותה פגישה שאלה אותי אם אוכל לפגוש אותה בדיוק באותה שעה, שבה נפגשנו בעבר, וכעת לאחר שביקשה להזיז אותה, הייתה שמורה למטופל אחר.

התלבטתי איך להתייחס לדבריה של אילנה. רציתי לגעת במשאלה שלה שאהיה זמינה עבורה תמיד, אך באופן כזה שלא יעצים את עוצמת ההזדקקות שלה שבאותו רגע נחוותה עבורה כמשפילה. לבסוף אמרתי: "אני יודעת לכמה אנרגיה וכוח את זקוקה כדי להיפרד ממני ולתפקד בכוחות עצמך ועד כמה את עייפה מהצורך לעשות זאת שוב ושוב". בתגובה אילנה אמרה: "הכי הייתי רוצה לבוא מתי שמתאים לי ושלא נצטרך לקבוע זמן קבוע. כך, כשהטיפול ייגמר לא ייווצר חור בלוח הזמנים שלי".

בדוגמא הזו ניתן לראות כיצד אילנה, מבקשת בעצם שאצור עבורה עולם שיש בו זמן המותאם לריתמוס הנפשי והפיזי שלה. למעשה היא מבקשת לחיות בטיפול בזמן הפיזי, סובייקטיבי שבו למרות הופעתה של 'אחות' חדשה, יש עדיין אפשרות להחזיר את הגלגל לאחור ולהיות שוב בת יחידה המקבלת את מלוא תשומת הלב והזמן האימהיים. עבור אילנה, הצורך להתחשב בדרישות הזמן המציאותי, יצר למעשה שחזור טראומטי של הסביבה הראשונית התובעת ממנה להתאים את עצמה בטרם עת לתביעות החוץ.

ההתערבות שלי נועדה להכיר בכאב הבלתי נסבל של מגבלות הזמן החיצוני תוך הכרה במאמצים שלה להתארגן בשעה שהסביבה כושלת.

על תפקיד המטפל במצבים אלה ניתן ללמוד מאוגדן. במאמרו *Holding & Containing* טוען אוגדן (Ogden, 1994) שתפקיד האם בשלב ההחזקה הראשוני הוא "לספוג" עבור התינוק את כל השפעות הזמן החיצוני, דרך ההתפנות המוחלטת לצרכים שלו. בתקופה זו, הזמן של התינוק הוא פנימי ולא חיצוני. בשלב הראשון של החיים, ההכרה בקיומו של הזמן הזה היא בלתי נסבלת ומפריעה להמשכיות הקיום של התינוק. תפקידם של האם, או של

במהלך כל אותה תקופה, בעלה של אילנה תומך בה ומעניק לה את החופש הפנימי שהיא זקוקה לו. אך זמן מה לאחר מכן מתגלה אצל אימו מחלה קשה והוא זקוק כעת לתמיכתה הפיזית והרגשית של אילנה. אילנה מתקשה מאוד להתמודד עם חילופי התפקידים ביניהם. בתוכה, היא כועסת על ההזדקקות של בעלה ובה בעת מרגישה על כך אשמה עמוקה. באחת הפגישות אילנה נכנסת לחדר צולעת ומספרת כי בדרך לבית החולים שבו מאושפזת חמותה, מעדה ונפצעה ברגלה. תוך כדי הדיווח על הפציעה היא פורצת בבכי ומספרת כי לאורך כל סוף השבוע, היה עליה להקדיש לבעלה תשומת לב רבה, שגזלה ממנה את השקט שהיא כה זקוקה לו כעת. בעלה אף ציין בפניה כי הוא זקוק לתמיכתה וכי הוא חש שהיא נענית לו באי רצון. אילנה אומרת: "הוא כל כך מכעיס! עד שאני כבר זקוקה למישהו! ...חשבתי שסוף סוף מותר לי להפסיק לחשוב על אחרים ופשוט לעשות כל מה שבא לי, כי עכשיו אני זו שצריכה תמיכה... והנה פתאום הוא בא ואומר לי, שגם הוא צריך אותי לפעמים ושאלו עכשיו

סיכום

בעבודה זו הוצגו כמה רעיונות תיאורטיים ואמפיריים, שמצביעים על קשר בין התרחשויות טראומטיות ושיבושים בתפיסת הזמן. ההנחה המשותפת לכולם היא שהפרעות אלו לתפיסת הזמן נועדו להגן על הנפש מפני האימה הבלתי נסבלת הכרוכה במפגש עם הטראומה. במאמרי הצעתי כי שיבושים בתפיסת הזמן הם אינדיקטורים חשובים לכך שבעברו של המטופל התרחשה טראומה. אצל מטופלים כאלה יכולים להופיע בלבול וחוסר התמצאות במימד הזמן. פעמים אחרות, החוויה של הזמן כאויב, הקוטע את ההתקיימות המשותפת עם האם (Schiffer, 1978), תשוחזר בקשר הטיפולי באמצעות מאבקו של המטופל מול ה- setting שמייצג המטפל. למטופלים כאלה נחוץ שהמטפל "יספוג" עבורם את כל השפעות הזמן החיצוני ויספק להם מצע מותאם ומדויק. מעטפת זו יכולה להיווצר, אם המטפל יכיר בצורך של המטופל להיות מוחזק באופן מלא (כמו משאלתה של אילנה להתאשפז) כמו גם במאמציו הממושכים להגן על עצמו במצבים שבהם הסביבה נכשלת.

כוח אלו. כאילו הייתי כבר צריכה לדעת שהזמן שלי נגמר לפני חודש ומעכשיו כללי המשחק השתנו ואני צריכה להיות שם בשבילו. זה לא הוגן שגם אני צריכה לעזור לו!"

כאשר הקשבתי לדבריה של אילנה מתוך הפרספקטיבה של הזמן האימהי, חשבתי שהיא מספרת על איך נגזלה ממנה בטרם עת האפשרות להיות בתוך קשר שאין בו זמן. חשבתי עד כמה היא כואבת וכועסת על כך שהיא צריכה לגדול מהר מדי ולפנות את הבמה לצרכים של אחרים. מתוך הבנה זו, אמרתי:

"הדרישה שהקשר יהיה הדדי מכעיסה, כי התחושה היא שמנסים מהר מדי, מוקדם מדי לדרוש ממך לתפקד לבד, לעמוד לצד אחרים ולהיות בכוחות עצמך. אני חושבת שאת אומרת כל הזמן עד כמה זה מוקדם לך מדי, עד כמה את עוד לא עומדת על הרגליים, עד כמה את צריכה עוד לקבל מאחרים."

אילנה אמרה: "אני באמת מרגישה שהבקשות של אחרים לוקחות ממני משהו חשוב לי, אני אפילו לא יודעת מה זה, אבל זה משהו ממש חשוב."

ביבליוגרפיה:

Gifford, S. (1960). Sleep, time, and the early ego. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, 5-42.

Maiello, S. (1995). The sound object: a hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Child Psychotherapy*, 21, 23-41.

Ogden, T.H. (1994). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1349-1364.

Seeburger, F.F. (2011). Trauma Time #4: Dead Time (finished off). Retrieved May 20, 2011 from <http://traumaandphilosophy.wordpress.com/2011/03/28/trauma-time-4-dead-time-finished-off>.

Schiffer, I. (1978). *The trauma of time. A Psychoanalytic Investigation*. New York: International Universities Press.

Terr, L.C. (1979). The children of Chowchilla. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-623.

Terr, L.C. (1983). Time sense following psychic trauma. A Clinical Study of Ten Adults and Twenty Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 244-26.

Terr, L.C. (1984). Time and Trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 633-665.

Winnicott, D.W. (1968). Playing: Its theoretical status in the clinical situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 591-599.

Winnicott, D.W. (1974). The fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.

גולדברג, ל. (1982). זה מכבר, **זוטא**. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

לבוב, א'. (2004). שלילת הזמן והמציאות: מחשבות על הורות ללא גבולות. אצל א' פרוני (עורכת). **מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר**. ירושלים: הקיבוץ המאוחד. 51-39

מאייילו, ס'. (2004). היעדר חווית הזמן והקצב במצבים אוטיסטיים. אצל א' פרוני (עורכת). **מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר**. ירושלים: הקיבוץ המאוחד. 71-52

עמיחי, י'. (1982). **טכניקה של אהבה – vi – שעת החסד**, ירושלים: שוקן.

פריאל, ב'. (2002). האחר והזמן. **שיחות**, ט"ז, 172-166.

קרת, א'. (1992). **שיר ערש לזמן. צינורות**. הוצאת עם עובד.

American Psychiatric Association. (2000). **DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Text revision** (Fourth ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Bergmann, M.S. (1978). *The Trauma of time. A Psychoanalytic Investigation*. In I. Schiffer (Ed.). New York: International Universities Press.

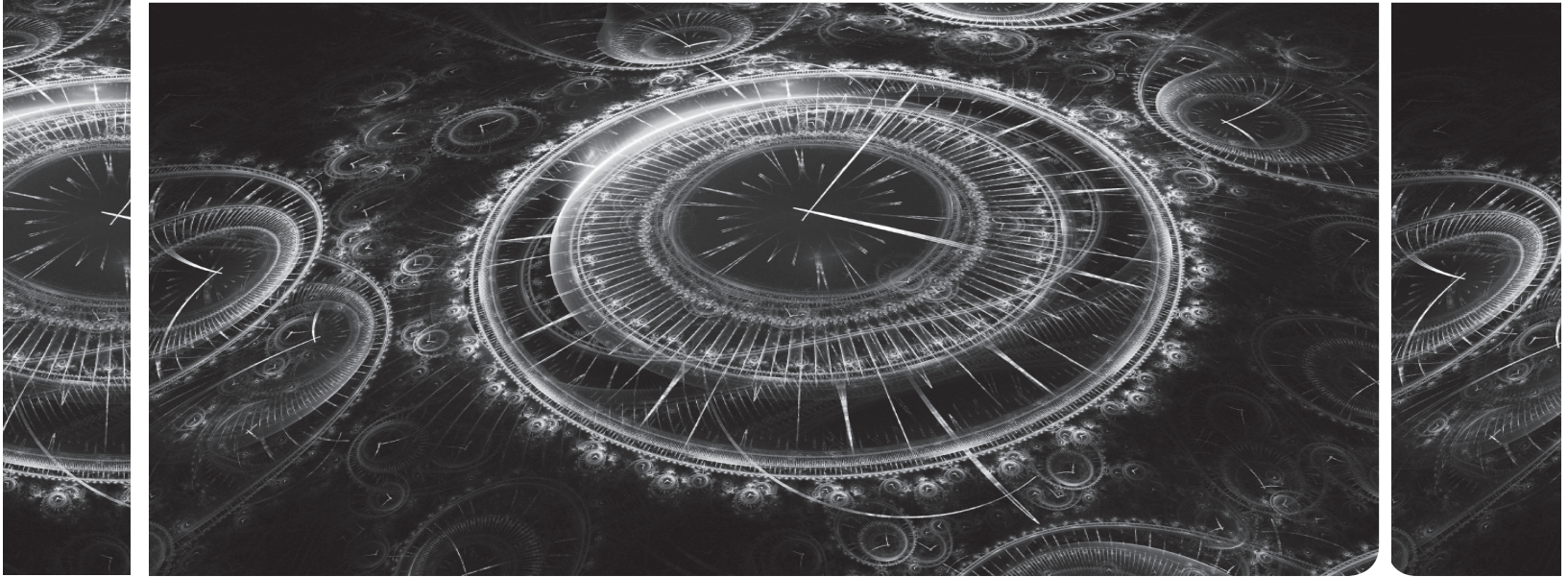
Bollas, C. (1989). *Forces of destiny: Psychoanalysis and human idiom*. London: Free Association Books.

Freud, S. (1916). On transience. *S.E*, 14, 305-307.

Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *S.E*, 18, 7-64.

Freud, S. (1924). A note upon the mystic writing-pad. *S.E*, 19, 225-232.

Freud, S. (1939). Moses and monotheism: Three essays. *SE*, 23, 7-137.



עודד לוי

תמונה ועיבוד תמונה:

שפינוזה והמחקר המודרני

מקומם של הדמיון והזיכרון כמייצגי חלל וזמן בהטיות שיפוט וקבלת החלטות

מאת: אברהם מוניץ

תקציר

המאמר מבקש להראות כיצד מאשש המחקר המודרני את קביעותיו של שפינוזה בנושא עיוותי תפיסה בשיפוט וקבלת החלטות. נציגי המחקר המודרני במאמר הם טברסקי וכהנמן חתני פרס נובל לשנת 2002. מאז כתב שפינוזה את ה'אתיקה' עברו כ-350 שנה ואף שבבסיס התנהגות האנושית לא השתנה דבר, לבשה הטרימינולוגיה לבוש מושגי חדש. שפינוזה לא ערך מחקרי שטח אמפיריים כפי שנהוג כיום אלא קבע את מסקנותיו מכוח תצפיות בהתנהגותם של בני-אדם וממבט רפלקסיבי על עצמו.

שפינוזה ראה בפעילותם הבלתי מבוקרת של ה"דמיון" וה"זיכרון" את הגורם להטיה ולטעות. המחקר העכשווי משתמש במושגים "יציגות" ו"זמינות" כדי לבטא מניעים להטיה וטעות. המחקר הנוכחי מציע זיהוי בין היציגות והזמינות של טברסקי וכהנמן לבין הדמיון והזיכרון של שפינוזה. זיהוי זה אפשרי בתיווכו של הרקע הקוגניטיבי המשותף להם ומאפשר להבין את דרכי פעולתם: החלל כרקע לדמיון וליציגות, הזמן כרקע לזיכרון ולזמינות.

מושג היציגות כמו גם מושג הזמינות מקפלים בתוכם משפחה של הטיות משנה שכל אחת מהן ממוקדת בהטיה מוגדרת של טעות בשיפוט ומתייחסת לדמיון ולזיכרון.

התוצאות שהעלו טברסקי וכהנמן בחקר היוריסטיקות האלה תואמות את קביעותיו של שפינוזה בכל הנוגע לתפקודם של הדמיון ושל הזיכרון כגורמי טעות. שפינוזה קושר ליוריסטיקות אלו את הנטייה להסתמך על מה שהוא מכנה סברה או דימוי, מקרי ואפשרי, נוכחות של מה שאיננו במציאות, הטעות היא בהיעדר, אם הופעל גוף האדם פעם אחת על ידי שני גופים ... הרי שהנפש מדמה אחד מהם, מיד היא נזכרת בשני ומתבוננת בשניהם כנוכחים לפניה, מי שנזכר בדבר שגרם לו עוגג ישאף שהדבר ברשותו וכד'. חשיבותו של נושא הדיון גדולה במיוחד בימים אלו, שבהם אנו עדים מדי יום לקבלת החלטות שגויות שנוגעות לגורלם של רבים, להיעדר יכולת חיזוי ולאזלת יד בבחירת חלופות פעולה. מקבלי ההחלטות רדופים על-ידי ועדות חקירה ואמצעי תקשורת.

ד"ר אברהם מוניץ

ד"ר לפילוסופיה, מרצה במכללה האקדמית צפת, פילוסופיה של החינוך, של הפוליטיקה, של המדע וקבלת החלטות.



שפינוזה מציע בשיטתו דרכי תיקון ברמות שונות למניעת הטעות. גם המחקר בן-זמננו, ככל שנוגע למיצגיו במאמר זה, מציעים מערכת קוגניטיבית מתקנת.

מסקנת המאמר היא שבמישור העקרוני לא נקבעו חידושים – קביעותיו של שפינוזה מלפני 350 שנה רלבנטיות גם כיום ומאוששות על-ידי המחקר האמפירי. הדמיון והזיכרון הבלתי מבוקרים הם הגורם העיקרי לפער שבין הסביבה הפסיכולוגית לסביבה האופרטיבית – בשיפוט וקבלת החלטות האדם נוטה להתאים את המציאות למערך תפיסותיו, אמונותיו והשקפת עולמו.

פתח דבר

במאמר זה אני מבקש להציג מבט על מחקרם של טברסקי וכהנמן בנושא יוריסטיקות והטיות בקבלת החלטות,¹ מזווית ראייה אקטואלית של משנת שפינוזה. דיון מזווית ראייה זו יפנה מבט אל החלל והזמן כגורמי הטיות ועיוותי תפיסה (*misperception*) בבחינת "היו דברים מעולם".

חקר קבלת החלטות הוא כיום מן הנושאים האקטואליים במדעי הרוח והחברה. בהיבט של הפרט מדובר בעניין שנוגע לכל אדם כאורגניזם השואף להתקיים. במישור החברתי, כל פרט מקבל מדי יום ביומו, הן כבעל תפקיד בארגון, הן כאזרח, שעה-שעה, וכמעט כל רגע החלטות רבות. האדם מחליט במודע ושלא במודע אם ומתי לחצות את הכביש, לעקוף רכב, להתחתן, להתגרש, לאיזה מוסד חינוכי לשלוח את ילדיו, הוא הדבר גם ברכישת מוצר, או בהעדפת מאכל כלשהו על אחר. כבעלי תפקידים אנו חורצים לא פעם דינו של הזולת בהחלטותינו למשל, בחקר המדע, הרפואה, ביטחון ופוליטיקה. אף במסגרת המשפחתית גורלם של אחרים מופקד לא פעם בידינו של מקבל החלטות. למעשה מי שאינו מחליט ללא הרף, לא רק שאינו משפיע אלא אינו קיים כלל, בבחינת "אני מחליט אני קיים".² הערכות ושיפוטיות לחיוב או לשלילה הם לב ליבו של הליך קבלת החלטות ברמות הפרט, הארגון, החברה והמדינה. לכן, לאחר קבלת ההחלטה וביצועה, ניתן לבחון את דרכי התגבשותה ולעמוד על ערכה, אם נתקבלה מתוך בקרה וראייה ריאלית של המציאות, או באינטואיציה התואמת את המבנה האישי של המחליט. האם ובאיזו מידה השפיע הראשון על האחרונה? לשון אחרת: האם הפועל התאים את תפיסותיו ואת השקפת עולמו למציאות האובייקטיבית, או שהטה את המציאות בהתאם להשקפת עולמו ולאמונותיו?³ לפי רמת ההטיות או עיוותי תפיסת המציאות בקבלת החלטות נשפוט את הפועל, הארגון או המדינה לחיוב או לשלילה.

חקר התודעה האנושית מנקודת ראות של גורמי הזמן והמרחב אינו נחלת המחקר המודרני. כבר באמצע המאה ה-17 ניתח שפינוזה את פעילותם של הדמיון והזיכרון כמייצגים אותנטיים של חלל וזמן.⁴ ב'מאמר על תיקון השכל' מדבר שפינוזה על "חלל מדומה – חלל שאין בו שום גופים".⁵ הגם שבמציאות חלל שאין בו גופים הוא בדייה, מכל מקום בדמיון ניתן לציירו ככזה. באותה מידה ניתן להעלות בזיכרון דברים שהתרחשו במציאות או שהועלו בדמיון על קו הזמן שהוא עצמו תוצר של האדם ואמצעי-עזר של הדמיון.⁶

להבהרת הקשר בין דמיון וזיכרון לחלל וזמן, אני מציע כאן בזהירות רבה את גישתו של קאנט שראה בחלל ובזמן יסודות אפריוריים שבהם מופיעה תמונת העולם שהאדם קולט מן החוץ (מהעולם כפי שהוא לעצמו).⁷ אקדים לציין שהגדרותיו של קאנט את החלל והזמן מתיישבות עם גישתו של שפינוזה רק כנוגעות לתפקודם של הדמיון והזיכרון, ובתנאי שמושגים אלה משמשים כרקע לדיון שעניינו בתפיסות, שיפוטיות. קאנט ראה בניתוח תיאורטי של החלל והזמן בספרו 'ביקורת התבונה הטהורה' בקטגוריות אלו צורות הסתכלות טרום-ניסיוניות דרכן מביט האדם על עולמו.

קאנט רואה בהן "צורות הסתכלות" אפריוריות כלומר, הן מעין עדשות שקיומן קודם, מתודולוגית, למה שמופיע ונתפס למסתכל דרכן אל החלל שמחוצה לו ולזמן כלפי עצמו פנימה. לדידו, אנו יכולים לחשוב אותם בבחינת קודמים לכל דבר, את החלל כדבר ריק מעצמים ואת הזמן כדבר נטול אירועים. אין אנו זקוקים לניסיון חושי כלשהו כדי לדמותם, ניתן לתפוש אותם אפריורי – בלא להתבונן במושאים שבתוכם. החלל מהותי והכרחי למציאותם של מושאי החושים שהם קונטינגנטיים, באותה מידה הזמן מהותי והכרחי לקליטת התרחשותם של אירועים לפי סדר מסוים. יש רק חלל אחד והוא תלת-מימדי ואין-סופי ועל משקל דומה, הזמן, גם הוא אין-סופי אך חד-מימדי וחד-כיווני. משהכרנו אותם כצורות הסתכלות שדרכם או באמצעותם אנו תופסים את העולם החיצוני, נוכל לדון בשאלה, כיצד הם משתלבים בחקר התחום הקוגניטיבי, במיוחד בכל הנוגע לייצוג מושגים בחלל ולתזמון אירועים בזמן ומה מקומם של הדמיון כאקט תלוי-הקשר לחלל והזיכרון כתלוי-הקשר לזמן בתהליכים של שיפוט וקבלת החלטות.

קאנט מאפשר דימוי חלל ריק ולצרכים מתודולוגיים בדמיון. מבחינה זו, כל עוד המסגרת היא דימויית שפינוזה היה סומך את ידיו על אפשרות זו.⁸ אמנם שפינוזה לא מפתח דיון בחלל ובזמן כאפריוריים, אבל הוא רואה בזמן יש מופשט שמשמש כלי-עזר לכוח המדמה. לזמן אין מציאות משלו, דימויו

1. שיפוט בתנאי אי-ודאות, יוריסטיקות והטיות" בתוך: עורכת מ. בר-הלל, כהנמן דניאל ואחרים רציונליות, הוגנות, אושר, 2005, אוניברסיטת חיפה וכתר, עמ' 45-63.
 2. מטפורית, בהשאלה מדקארט "אני חושב לכן [משמע] אני קיים" (ר. דקארט, מאמר על המיתודה, תרגום: י. אור, ירושלים, מאגנס, תשכ"ד, עמ' 39). שפינוזה מביא את דוגמת חמורו של בורדיאן שבהגיעו רעב וצמא למקור מזון ומים לא החליט אם לאכול קודם לשתיה או לשתות קודם לאכילה ובהיעדר כושר החלטה גווע ומת. שפינוזה, ברוך. אתיקה, תרגום: ירמיהו יובל, תל-אביב, הקיבוץ המאוחד, 2003, עמ' 185 ו' 188.
 3. המושג "אגידה" תפס לאחרונה מקום מרכזי בדיון הציבורי. למעשה מדובר ברדוקציה של המושג "אמונה" או "השקפת עולם". שימוש רדוקטיבי מפורסם בן זמננו עשה נשיא בית המשפט העליון הקודם, אהרון ברק, כדי לחייב או לשלול מועמדים לבית המשפט העליון לפי המתאם שבין ה"אגידה" של המועמד לזו הרווחת במחוזותיו. היום מקובל אגידה במשמעות של סדר יום [במיוחד חברתי], השקפת עולם
 4. מדובר בחלל ובזמן היחסי. שפינוזה הדגיש את ההבדל בין תפיסת הדברים בזמן, במשך או בהתמדה בלתי מסוימת לבין תפישתם "בבחינת נצח". אין מדובר בזמן אובייקטיבי כפי שאפיון אותו איינשטיין בתורת היחסות, זמן שאינו מבחין בין עבר, הווה ועתיד. הזמן היחסי שאליו מתכוון שפינוזה הוא ההתנסות שבהווה ושונותה מהעבר והעתיד (ראו להלן הערה 32). על הזמן האובייקטיבי ראו למשל: ר. גולדשטיין, ההוכחה והפרדוקס, משפטי אי השלמות של קורט גדל, תרגום ע. לוטם, ירושלים: כתר, 2006, עמ' 194-199. כן ראו להלן הערה 34.
 5. שפינוזה מאמר על תיקון השכל, תרגום נ. שפיגל, עריכה והערות י. בן שלמה, ירושלים:תשל"ז, מאגנס (57). [להלן, "מת"ש].
 6. שפינוזה, איגרות, תרגום: א. שמואלי, ירושלים, מוסד ביאליק, 1963. אגרת 12.
 7. ראו, ע. קאנט, הקדמות, תרגום: א. יערי, ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית סעיפים 10-13, וכן, ע. קאנט, ביקורת התבונה הטהורה, תרגום: ש. ה. ברגמן ונ. רוטנשטיין, ירושלים: מוסד ביאליק, 1982, עמ' 43-61.
 8. ראו לעיל הע' 6,5,4.

דעת זה תופש בעשורים האחרונים מקום מרכזי בכל הנוגע לשיפוט, להערכה, לבדיקת השערות ולקבלת החלטות, במיוחד בתנאים של אי-ודאות ובסיבות לעיוותי תפיסה של המציאות. תחום ידע זה מנסה למצוא את המשותף לחשיבה האנושית במצבים מוגדרים.

בחרתי את שיטת שפינוזה משלוש סיבות: הראשונה מפני שהיה חלוץ בניתוח מתודולוגי של שיפוט והטיות בקבלת החלטות, השנייה בשל המגמה המעשית של גישתו שעניינה בשכלול יכולותיו של הפרט והשלישית בשל הרלבנטיות של קביעותיו בנושא זה כיום. אמנם בקביעותיו הוא לא התבסס על שיטות מחקר בנות-זמננו, אך באמצעות התבוננות בהתנהגותם של בני האדם בשילוב רפלקסיה עצמית, הציע שיטה שהמחקר המודרני הולך בעקבותיה ומאשש את קביעותיו בנושא, כפי שנראה להלן.¹⁴

מטרת המאמר היא להציג את הרלבנטיות של חטיבת הדיון ההכרתית במשנת שפינוזה לתחום קבלת החלטות כיום וזאת מכוח האישוש שהיא מקבלת מן המחקר בן-זמננו. המחקר בנושא זה מיוצג היטב בעבודתם של טברסקי וכהנמן חתני פרס נובל בכלכלה לשנת 2002, שיפוט בתנאי אי-ודאות: יוריסטיקות והטיות¹⁵ והם נציגו במאמר הנוכחי.

מבנה המאמר כמארג שתי וערב, גישתם של טברסקי וכהנמן תוצג כמטווה אורך וגישת שפינוזה תחדור דרכה לרוחב. הדיון יתמקד בנקודות המפגש שביניהם. שפינוזה קבע שלאופן החשיבה של כל בני האדם יש מאפיינים משותפים. יש שבני-אדם חושבים אמיתות ויש שהם טועים. הוא ביקש לעמוד על הסיבות לטעות ולהציע תרופות שבעזרתן ימנע הפועל מהטעות שאת מקורה הוא רואה ב: 1. היעדר ידיעה או ידע חלקי (מצבים של אי-ודאות). 2. היעדר בקרה על דומיננטיות היתר של הדמיון והזיכרון, דומיננטיות שמתעצמת במצבים שתוארו ב- 1.¹⁶

כאמצעי הכרתי לקביעת מיקומם של אירועים לפי סדר (רצף ומשך) מותנה בהקשרו לתנועה של גוף כלשהו (או אירוע) למשל, גרמי שמיים או שעון שכוון ונע בהתאם לתנועתם,⁹ מדובר ברצף אירועים שהזמן כדמיון אנושי מקשר ביניהם. על בסיס עקרוני זה ניתן שפינוזה, באמצעות הדמיון והזיכרון, את ההיבטים השונים של הטעות כפי שבאה לביטוי בהליכותיו של האדם בחיי היום-יום בכלל ובקבלת ההחלטות בפרט. הוא התייחס לחלל ולזמן כגורם-רקע פנים-הכרתי לדיון בגורמי ההטיה והטעות.

גם שפינוזה, בדומה לחוקרים מן האסכולה הקוגניטיבית בת-זמננו, לא ראה טעם להעמיק חקר בגורמים הפסיכו-פיזיים שעליהן מושתתת המבנה האישיותי. הוא רואה בהם בגדר ה"הכרחי" כלומר, הם קיימים כתוצאה משרשר סביתי, שמותנה בהתנהלות הדטרמיניסטית של העולם ואין לנו יכולת מוחלטת לחקור את פרטי השתלשלות מהלכי הטבע לדורותיו, למשל ההשתלשלות הגנטית עד למקור, אם כסיבה קרובה או רחוקה עד לאב קדמון, בצורה שתסביר את הסיבות להתנהגותו של הפרט מקבל החלטה. את הדיון בהתנהגות הפרט ותיקונה יש להתחיל מנקודת מוצא קוגניטיבית בהווה.¹⁰ בעקבות מגמתו **'במאמר על תיקון השכל ו-בי'אתיקה'** הוא ממקד את הדיון במימד הנפשי כפן שמשקף את מצב הגוף, שבו לא העמיק חקר והותיר למדעי החיים.¹¹ יודגש כי שפינוזה רואה בפעולות אלה פעילות קוגניטיבית מובהקת הן לחיוב הן לשלילה. הפעילות השלילית (המטעה) של ההכרה, כמוה כאינטלקטואלית, היא פעילות הכרחית לקידום עקרון הישרדות האדם בשיטתו (הקונאטוס).¹² הפסיכולוגיה הקוגניטיבית עוסקת בחקר תהליכי עיבוד מידע בתודעה האנושית. גישה זו, בדומה לשפינוזה, אינה מתמקדת בהיבטים הפיזיו-נוירולוגיים גם לא בפריודיאניים שעניינם בשכבות תודעתיות מתקופת הילדות המוקדמות.¹³ עניינה של הפסיכולוגיה הקוגניטיבית הוא בתפיסה, בזיכרון, בדמיון, בלמידה, בשפה ובחשיבה. תחום

9. מת"ש, הערות 333, 336.
10. מבחינה מתודולוגית כל מה שקדם למבנה האישיותי שייך למישור הדיון המטאפיזי, במסגרתו קבע שפינוזה שהפן הנפשי והפן הפיזי הם שני פנים של אותה המציאות, אשר פעם משתקפים מצד זה ופעם מהאחר. גישה זו נובעת מתורת התארים שלו שלפיה בשל מוגבלותו אנו מכירים מתוך אינסוף התארים של הטבע רק מחשבות (נפש) וחומרים "התפשטות" (גופים). אתיקה, חלק א. הגדה 2' משפט נסמך 2 למשפט 14. היות ומאמר זה מתמקד במישור הדיון ההתנהגותי של ה'אתיקה' עלה כאן נושא זה כבדרך אגב ולא זכה לדיון הראוי לו. להרחבה ראו למשל: ע. גלעד, דרכה של תורת שפינוזה לשיטה פילוסופית, ירושלים, מוסד ביאליק, 1986, עמ' 38-45, 52-65.
J.Bennet, "Spinoza's Metaphysics." In The British Companion to Spinoza, D. Garret, ed.(Cambridge University Press, 1996). PP 85-86., The Cambridge J.Bennet, A Study of Spinoza's Ethics, Cambridge: Cambridge University Press, 1984. pp.60-66., E. Curley, Spinoza's Metaphysics: an Essay in Interpretation.(Cambridge, Mass: Harvard University Press 1969), p.21., E. Curley, Behind The Geometrical Method, New Jersey: Princeton University Press 1984. pp.62-74.
11. הגישה הקוגניטיבית קובעת כי "הרישום החושי הוא מעבר קבוע והדדי בין המוח הפסיכולוגי למוח הפיזיולוגי" (קניאל ש. הפסיכולוגיה של השליטה על התודעה, רמת-גן: הוצאת אוניברסיטת בר-אילן, 2003, עמ' 44). לאור המידע שהצטבר בחקר המוח, היה שפינוזה שלם עם האמירה שהזיכרון כתמונה תודעתית משקף את המתרחש במעגל אלקטרו-כימי מסוים במוח.
12. השו, 1-23, 2008(1)16 "Spinoza's Philosophy", British Journal for The History of Marshall, E. "Cognitive Affects and There Feel" דעתו עולה בקנה אחד עם דלה-רוסה ועם ג'ון גארט (שם עמ' 2).
13. הכוונה לפסיכואנליטיקה של פרויד.
14. הפסיכולוגיה הקוגניטיבית בת זמננו מכנה רפלקסיה מסוג זה "מטה-קוגניציה" (ראו למשל, קניאל, 220). כהנמן ואחרים הרחיבו את מודל ההטיה האינטואיטיבית לשתי מערכות. הם הוסיפו מערכת חשיבתית שאמורה לתקן את כשלי המערכת האינטואיטיבית ולמעשה ההטיה והטעות משקפת כשל דו-מערכתי. "נקודת מבט על שיפוט ובחירה: מיפוי הרציונליות החסומה", 147-188.
15. בתוך, דניאל כהנמן ואח', רציונליות, הוגנות, אושר, עורך, מיה בר-הלל, חיפה: הוצאת אוניברסיטת חיפה וכתר 2005. עמ' 45-63.
המושג "יוריסטיקה" יוני במקורו והוא בעל טווח משמעויות רחב למדי. למשל, אסטרטגיית שיפוט, מציאת דרך להשגת מטרה, חשיבה לפתרון בעיה. בתוך הטווח הרחב אני סבור שניתן להתייחס למושג זה כמתכוון לפתרון קצר-דרך שעוקף הליך שיפוט סבוך, או הברקה שנובעת מאינטואיציה ו-או מניסיון קודם. בעשור האחרון הגדיר כהנמן את המושג מחדש: "שם העצם מתייחס לתהליך הקוגניטיבי ושם התואר בצירוף תכונה יוריסטית [למשל, יציגות] מתאר את התכונה המומרת בשיפוט מסוים" כלומר, "המרה של תכונות מטרה שנגישותה נמוכה בתכונה יוריסטית נגישה יותר" שעולה בדעתו ביתר קלות (כהנמן, "נקודת מבט על שיפוט ובחירה" בתוך, כהנמן 2005, עמ' 169, 185).
16. על אמצעי התיקון שמציע שפינוזה ראו, מת"ש 84-110.

כהליך דימויי מאפשרת לנו לשייך אובייקט (או אירוע) x לקטגוריה A ואובייקט (או אירוע) B לקטגוריה Y. שיוך זה נקבע בהתאם לקרבת הדמיון שבין האובייקט לקטגוריה, כך גם בין סדרת אובייקטים (או אירועים) ביחס לקטגוריה אחרת. כלומר, היציגות היא תהליך קוגניטיבי שמייחס מידה של דמיון בין האובייקט לאב-טיפוס של הקטגוריה והוא שמכוון את הקשר שביניהם לכלל מסקנה. הסתמכות על עקרון היציגות מטעה, משום שתמונת הקשר בדמיון היא כה נגישה עד שהיא מאפילה על קיומם של גורמים אחרים שעשויים להצביע דווקא על היעדר זיקה בין X ל-A או בין Y ל-B.

ההסתמכות על יוריסטיקת היציגות נובעת מכך שמעריכים ההסתברויות לפי המידה שבה X יציג ביחס ל-A, כלומר עד כמה הוא דומה ל-A. לדוגמה, אם X יציג מאוד ביחס ל-A, ההסתברות שהוא נובע ממנו נחשבת לגבוהה בעוד שאם X אינו דומה ל-A, ההסתברות ש-X נובע מ-A נמוכה (כהנמן, 2005, 46). אחת ההטיות הנובעות מעקרון היציגות היא "ייחוס רגישות להסתברות מלכתחילה [אפריורי] של תוצאות" (שם). ניסוי בעניין זה שערכו החוקרים הנ"ל העלה כי היעדר מודעות להסתברות אפריורית גורם לפועל לטעות וכי הטעות נובעת מכך שדימוי ההתאמה בין האובייקט לקטגוריה הוא מצג כה דומיננטי ולכן הוא גורם לתודעה להתעלם מקיומו של נתון שעשוי לסתור שיוך זה. לדוגמה: על-פי הדימוי קיימת התאמה בין האדם המועמד למשרה (האובייקט) לבין המקצוע שאליו הוא אמור להשתייך ולא למקצוע האחר, אבל לפי הנתונים הסטטיסטיים בעולם (המצב האפריורי) מספר המקומות במקצוע זה הוא מצומצם ביחס למקצוע האחר. עובדה זו לא הובאה בחשבון בשל הדומיננטיות של היציגות – הדימוי של התאמתו למשרה, שהאפילה על המציאות העובדתית והיוותה בכך מכשול בקביעת המסקנה ההולמת (46-47). מהמחקר האמפירי שביצעו החוקרים עולה כי, דמיון נגיש יותר מהסתברות ריאלית, שינויים נגישים יותר מערכים מוחלטים, ממוצעים נגישים יותר מסכומים וניתן להגדיל זמנית את הנגישות של כלל לוגי או סטטיסטי בעזרת תזכורת. הטעות נובעת מהשימוש הבלתי מבוקר במנגנון היציגות – מהדימוי שמאורע יציג יותר הוא גם סביר יותר.

במסגרת היציגות מונים טברסקי וכהנמן כמה גורמים שמטים את האדם לטעות. מדובר במשפחת הטיות שקרבתן העקרונית נובעת מתלותן בדומיננטיות של הדמיון כגורם להטיית המודעות מקיומם של גורמים רלבנטיים אחרים. לדעתם:

"הפסיכולוגיה של השיפוט והפסיכולוגיה של הבחירה חולקות ביניהן את העקרונות הבסיסיים ונבדלות זו מזו רק בתוכן. יוריסטיקות אב-טיפוס פותרות בעיות בעלות מבנה דומה בתחומים מגוונים, שבהם הן מפיקות דפוסים דומים של תוצאות. יתירה מכך העקרונות הפסיכולוגיים שהועלו [במחקר ובניסויים] אינם ייחודיים לתחום המסוים שבו השיפוט או קבלת ההחלטות נעשים".²¹

בניתוח מפורט של הליכי שיפוט והערכה בתנאי אי-ודאות קבעו טברסקי וכהנמן במחקרם את ה"יציגות", ה"זמינות" ו"העיון" כמושגי יסוד שמהם נובעות כתריסר הטיות שיפוט.¹⁷ כבר מפני שכבת הדיון החיצונית נראה כי קביעה זו קושרת את גישתם למושגי החלל והזמן כרכיבים קוגניטיביים בבחינת שני גורמים בעלי השפעה מעשית על השיפוט וקבלת ההחלטות. היציגות מדברת על פעולת השליפה מהדמיון, והזמינות על אחזור מן הזיכרון (retrieval), שני תהליכים פנימיים המשפיעים על תפיסתיו של האדם את תמונת החלל ואירועים החיצוניים בזמן.¹⁸ כעת נבחן כיצד ניתן לעמוד על זהות משמעויות עם ההטיות של שפינוזה בניתוחו את הדמיון והזיכרון כגורמים לעיוות תמונת המציאות, כאשר שני החוקרים מדברים על משפחות היציגות.

טברסקי וכהנמן

טברסקי וכהנמן מתארים במושגים "יציגות" ו"זמינות" את תהליכי השיפוט ככלים תודעתיים של האדם. תפקודם החיובי של הדמיון והזיכרון כמייצגים פנים תודעתיים של חלל זמן בא לביטוי בתועלת שניתן להפיק מהם בתחומי המדע, האמנות וחיי היום-יום. כהנמן דוחה את הביקורות ומדגיש שמעולם לא התכוונו במחקרם לעסוק בסכלותו של האדם, גם לא בניסיון לתקוף את מודל הסוכן הרציונאלי וכי התועלת של כלים אלה היא מן המפורסמות (כהנמן, 2005, 25). לדבריו עניינם של החוקרים בבדיקת ההיבט השלילי של הקוגניציה נועד דווקא לעורר מודעות, בקרה ושיפור ההחלטה. נושא התיקון מתבקש בהכרח מנגישותן של מחשבות מתקנות באמצעות מה שהם מכנים "מערכת 2" ומהדיון המשלים דרך זוית הראיה הודו-מערכתית (188-147).

ענייננו בכך שטברסקי וכהנמן מרחיבים את הדיון בכל הנוגע לדרכי הפעולה שבהן היציגות והזמינות גורמות לכשלים בבחירה, בשיפוט וקבלת החלטות. במחקרם הם מנסים לענות על השאלה הכפולה, מתי ומדוע האדם (הנבדק, בניסויים שלהם) מגיב כך ומדוע אין הוא מגיב אחרת בעיצומו של ההליך. הכול תמימי דעים כי אירועים דרמטיים או טראומטיים בעלי משמעות ברמות שונות נחרטים בזיכרונו עמוק יותר מאירועים שאינם כאלה, וכתוצאה מכך אנו נוטים להעריך את האירוע הדרמטי כשכיח יותר. כאמור, החוקרים הנ"ל מתייחסים לתופעה מההיבט התודעתי הכפול, היציגות בדמיון והזמינות בזיכרון.

א. יציגות (Representativeness)

פעילותו של הדמיון תלויה בקיומו של החלל כצורת הכרה בסיסית שמשמשת רקע למצג של אובייקטים.¹⁹ אפשר לדמיון חלל שבו מצויים אובייקטים גם כאשר אינם נוכחים לפנינו בפועל. למשל, תכונות האב-טיפוס הן בעלות נגישות גבוהה בדמיון ולכן הן מועמדות טבעיות להשפעה על יוריסטיקת היציגות.²⁰ על בסיס קביעה זו נראה כי היציגות

17. יוריסטיקת העיון נוגעת להערכה או נבויים כמותיים-מספריים. היא תלויה-הקשר לערך מרוזם במקודה התחלתית של השיפוט וכזו מטווה [לדעתי הכוונה מתווה ולא ביט-] את המשך התהליך. נקודות מוצא שונות מניבות הערכות שונות (כמותיות). הואיל ויוריסטיקה זו מעוגנת ברושם של מצג כמותי ראשוני זיקתו לחלל ולזמן היא עקיפה ומובלעת קטגורית, לעניות דעתי, במופע החללי' לכן לא דרון בה במאמר זה.

18. כהנמן מגדיר את הזמינות "שיפוטם שלא בזמן-אמת אשר תלויים באחזור מן הזיכרון" "שיפוט וקבלת החלטות: השקפה אישית" בתוך, כהנמן, 2005 עמ' 85 וכן לעיל הע' 13. יש להבחין בין המושגים יציגות וייצוג. בעוד שהייצוג הוא אפקט שנגרם ממופע חיצוני, היציגות נובעת מהדמיון (ד. כהנמן, "נקודת מבט על שיפוט ובחירה: מיפוי הרציונאליות החסומה", בתוך, כהנמן, 2005, עמ' 147-188).

19. לעיל שפינוזה הערות, 6,5,4, והגדרתו של קאנט.

20. D. Kahneman & S. Frederick, (2002). "Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment, in T Gilovich, 20 D.Griffin & RD Kahneman (eds.), Heuristics and biases, New York: Cambridge University Press, pp. 49-81.

21. ד. כהנמן, "נקודת מבט על שיפוט ובחירה" בתוך, "מיפוי הרציונאליות הטהורה". כהנמן, 2005, עמ' 188.

כלומר, התוצאות שהעלו טברסקי וכהנמן במסגרות המחקריות המסוימות, רלבנטיות לכל תחום שבו נדון נושא ההטיות בקבלת החלטות.

שפינוזה והיציגות

הדיון על פעולת הדמיון ב'אתיקה' של שפינוזה צומח מהמשפטים 16 ו' 17 חלק ב. במשפט 17 מציב שפינוזה את נושא הדמיון במוקד הדיון ומסביר באריכות את הסיבות להתאמה או לפער שבינו לבין המציאות. לדבריו, "אם גוף האדם מופעל באופן הכולל בתוכו את טבעו של גוף חיצוני כלשהו, נפש האדם תתבונן [תתפוש בתור או תחוה אותו כך ממש]²² בגוף החיצוני הזה כקיים בפועל, או כנוכח בהווה, עד שהגוף יופעל על-ידי הפעלה המסלקת את קיומו או נוכחותו של הגוף [החיצוני] ה"ל". (שם). כבר מפני שכבת הדיון הגלויה מסתמן תאור הליך קוגניטיבי שמורכב ממספר אקטים שיש ביניהם קשר ולפיכך ניתנים להסבר. את הקשר המוטעה בין אובייקט או אירוע לקטגוריה מסוימת הוא מנהיר בנסמך למשפט 17 כך, "גופים חיצוניים שגוף האדם הופעל על-ידם פעם אחת, הנפש יכולה להתבונן בהם כאילו הם נוכחים, אף-על-פי שאינם קיימים ואינם נוכחים". בעיון למשפט נסמך זה אומר שפינוזה, "בזאת ראינו איך אפשר שנתבונן בדברים שאינם כאילו הם נוכחים, מה שקורה לעיתים קרובות". בהערה לאמירה זו של שפינוזה קובע ירמיהו יובל ש"זוהי בדרך כלל הגדרת הדמיון: ובכך נתן שפינוזה הסבר פיסיוולוגי לדמיון (ולכושר הדימוי בכלל)" (עמ' 151). לידו של שפינוזה המציאות האובייקטיבית אחת היא ונבחרת על-ידי האדם בשני פנים, הפיסיוולוגי והפסיכולוגי בבחינת שני צדדים של אותו מטבע.²³ אם מדובר בגוף, הכוונה לחושים ולמה שמוכר לנו כיום כפעילות הניורולוגית, האלקטרו-כימית של המוח.²⁴ שפינוזה מדגים את ההבדל בין האידיאה ה"כוללת" של ראובן שמבטאת את מהותו העצמית-נפשית לבין האידיאה שיש לראובן על שמעון כמייצגת את מציאותו של שמעון. ההבדל הוא שבראשון באה לידי ביטוי מהותו הפיסית של ראובן כמציאות קיימת וכל עוד הוא קיים אין בה דבר מן הדמיון, מדובר באידיאה של מציאות העצמי והיא חזקה מכל דמיון, בעוד שהשנייה מלמדת על קיומו של שמעון יותר מאשר על קיומו של ראובן שמתבונן בה והיא אפשרית גם כדימוי, כלומר תמשך להתקיים בדמיונו של ראובן גם כאשר שמעון אינו נוכח ואולי אף לא קיים. שפינוזה מכנה התבוננות מסוג זה "דימוי הדברים" (שם) והיא המפתח להבנת הגורמים לבדיה ולטעות.

שפינוזה מסביר את מקור הטעות בהיעדר מודעות למופע היציגות של הדמיון. כלומר, היציגות של שמעון (כדימוי של דבר) קשורה בהכרח למציאותו בפועל. בלשונו, "דימוי הנפש

טברסקי וכהנמן: "חוסר רגישות לגודל המדגם" (47)

מדובר ביוריסטיקה ייצוגית שמבטאת היקש מוטעה שמקורו בהסתמכות על תוצאה חד-משמעית שהתקבלה ממדגם קטן ובלתי מייצג. ניסוי שערכו החוקרים ב-1972 העלה כי הטיה זו נובעת מנוכחותו של נתון עובדתי כלשהו (תוצאות המדגם) בדמיון. למרות היותו נתון עובדתי, התודעה מתעלמת מהיותו מידע חלקי ופעמים אף זניח, שהרי אף שמדובר במדגם קטן היציגות החד-משמעית שלו כה מרשימה, שהפועל נוטה להתעלם מעקרון "חוק המספרים הגדולים" הקובע שככל

22. ע"פ המתרגם. שם, עמ' 150 הע' 1.

23. ראו לעיל הערה 11. גלעד ברעלי מנהיר היטב את המשמעות הכפולה של האידיאה במשנת שפינוזה. אידיאת הגוף כפן המנטאלי שלו היא אידיאה "מבטאת" את הגוף וכל המתרחש בו כמושאה, לעומת זאת האידיאה של אובייקט חיצוני היא אידיאה, שגם היא של המתבונן באובייקט, אבל היא אידיאה "כוללת" את טבעו של האובייקט שהיא מייצגת. אידיאה אובייקטיבית היציגת של האובייקט. "אמת, טעות ובידה אצל שפינוזה, עיון 56 אפריל 2007, עמ' 159. ברעלי משכלל את האבחנה שערך וולפסון בין שתי האידיאות, האידיאה הפנימית המושתתת על עקבות, ודאות, שהן מזוהות עם ברירות ומובחנות ואידיאת ההתאמה עם הדברים שבעולם (155). לפי ברעלי תוכן התפיסה הריאליסטית-התאמתית של שפינוזה מתבטא בסגולות הפנימיות של האמת שהן, בהירות, מובחנות וקוהרנטיות לוגית של מערכת אידיאות בעלת עושר מקסימאלי ורווית קשרי נביעה. לדעת ברעלי הטעות היא בכך שבאידיאה מדומה אין כל ממשות, כלומר היא אינה אידיאה אלא מה שהיא דמיון אידיאה, מעין משחק דימויים, תמונות מילים ובידות (180-181). עניינו [עניינו של ברעלי] או עניינו שלנו במאמר? בתפקיד המרכזי שממלא הדמיון בעיצובה של הטעות. מבחינתו של המאמר הנוכחי יש לראות בסגולות הפנימיות של האמת את היכולת לקביעת אמיתותה של האידיאה הולמת המציאות האמיתית.

24. הבהרה: נושא זה, כמו אחרים במשנת שפינוזה מקיים זיקה לפן המטאפיזי של שיטתו.

25. במובן הצר של המושג, שיטת שפינוזה מכלילה בפעולת הדימוי (היציגות) גם את התפיסה או התחושה, הזיכרון והדמיון (אתיקה, עמ' 291 הערה 1). זה בדיוק תפקידה של מערך 2 תפקיד החשיבה שעליה מדבר כהנמן, לעיל הערה 18.

26. אתיקה 186. הסוגריים של המתרגם.

27. שפינוזה, מאמר קצר על אלוהים האדם ואושרו, ערך, פירש, והוסיף הערות יוסף בן שלמה, ירושלים תשל"ח הוצאת מאגנס. עמ' 162. בן שלמה מפרש כי "זוהי הגדרת האמת לפי התאמה בין האידיאה למושג...]. האידיאה האמיתית היא המייצגת את הדבר כפי שהוא בעצמו; ושיקירת היא האידיאה שאינה מייצגת כך את המושג שלה. שם, הערה 301 עמ' 307.

כאן מדגימים טברסקי וכהנמן את ההטיה לאור תוצאות ניסוי מתחום הפסיכולוגיה. פסיכולוגים המראיינים מועמדים למקצועות שונים מנבאים את הצלחתם במקצוע המבוקש בהסתמך על ההתנהגות בראיון, זאת למרות היותם מודעים לעובדת המתאם הרופף שבין ראיונות ראשוניים להצלחה בפועל. בראיונות אלה המראיינים אינם מביאים בחשבון משתנים רבים שעשויים להשפיע על ההצלחה בעתיד. למשל, בראיון ראשון משתדלים המראיינים להרשים את המראיין ומתנהגים בדרך כלל שלא על-פי טבעם. גם כאן מסתמנת הטיה שנובעת מדומיננטיות של היציגות באשר היא משקפת התאמה בין הרושם שיוצר האובייקט הנבדק לבין התוצאה הנבחרת (המקצוע), תוך התחשבות מינורית בגורמים שעשויים להגביל את דיוק הניבוי ואף להפריכו. למעשה הטיה זו היא דימוי של מתאם בין המראיין לבין אב הטיפוס של המקצוע.²⁸

"תפיסות מוטעות ביחס לתסוגה" (51-52).

בדומה להטיות הקודמות שעניין ברושם הכמותי, הערכי והמזדמן (מקרי) כגורמי ההטיה גם כאן מדובר בתופעה של ניבוי מוטעה מכוח יציגות הרושם הראשוני, אך כאן מתווסף גורם עובדתי (סטטיסטי) שממנו מתעלם הפועל. למשל: בהינתן דירוג הישגי גבוה במבחן הראשון, ינחה דירוג זה את השיפוט גם בנוגע לציפויים הבאים. הבעייתיות נובעת מכך שהציון הראשון משקף בדרך כלל מאמץ רב יותר של הנבחן מאשר במבחנים שבאים אחריו. בדומה להטיית "אשליית התוקף" שהיא התרשמות בלתי אמצעית, כאן הרושם (הבלתי אמצעי) הראשוני הוא כה דומיננטי, עד שהוא מטה את הפועל לנבא את התוצאה הסופית מבלי להביא בחשבון את עקרון הרגרסיה אל הממוצע. למשל, שאיפתו של נבחן להצליח במבחן (או בראיון) הראשון, כדי להרשים גדולה יותר, לכן תוצאות המבחן לא ייצגו תוצאות של סדרת מבחנים (או ראיונות). האדם המתבונן בתוצאות המבחן הראשון יצפה לתוצאה גבוהה גם במבחן השני והשלישי בלא להביא בחשבון את עקרון התסוגה אל הממוצע. הטיה זו מוסברת באמצעות נוסחאות סטטיסטיות וניתוחי אינטואיציות לפיהם היציגות של הציון הגבוה בדמיון היא כה מרשימה שהיא גורמת להתעלם מקיומו של עקרון הרגרסיה אל הממוצע הגורס כי, ביצוע טוב בראשונה מייצג נתון קיצוני. הציפייה שמדידה חוזרת תהיה דומה לראשונה היא הגורם לטעות. שפינוזה מתייחס להטיה זו ולקודמותיה בבחינת "סברה או דמיון" באשר הן נגרמות בגלל "הכרה מתוך ניסיון מזדמן"²⁹ (40, ח"ב) ועל כך להלן.²⁹

במילות סיכום ניתן לומר כי משפחת היוריסטיקה היציגותית נוגעת לאומדן הסובייקטיבי של ההסתברות ולאומדן הסובייקטיבי של מרחק או גודל. העיקרון המניע את השיפוט המוטעה נובע תמיד מהתבססות על נתונים בעלי תוקף מוגבל המעובדים באמצעות כללים מוטים. השיפוט המוטעה בגודל המדגם, בתפיסות מוטעות ביחס לתסוגה, בתפיסות

שהמדגם גדול יותר ההסתברות לייצוג אובייקטיבי גדולה יותר, כדי-כך שתוצאת המדגם הגדול עשויה להיות הפוכה מתוצאת המדגם המקומי והמצומצם. השיפוט המוטעה במקרה זה נובע מהרושם הלכאורי שיוצר המתאם בין המשתנים הנבדקים. רושם זה חזק דיו כדי שהנבחן יתעלם מעובדת קוטן המדגם ויטה להסתמך בלעדית על התוצאה המצויה בידו. למשל, בני-אדם אינם מבחינים ששורות עוקבות בטקסטים נבדלות זו מזו באורך המילים הממוצע יותר מאשר עמודים עוקבים, מכיוון שהם נוטים להתעלם מאורך המילה הממוצעת בשורות או בעמודים. לפיכך אינם מודעים לקשר בין גודל המדגם לבין שונות הדגימה למרות שפע הנתונים המאפשרים ללמוד זאת (61).

ההטיה היא בכך שבני אדם שסופרים מילים בשורות בודדות נוטים להתעלם מכך ששורה היא דגם קטן ובלתי מייצג של הספר. לעומת זאת העמוד או מספר עמודים מהווים דגם גדול שמייצג טוב יותר את הממוצע.

"תפיסות מוטעות של מקריות" (49)

הטיה זו דומה במהותה לקודמת, אלא שמקורה בדימוי שאין בו נוכחות של נתון עובדתי. מחקר שערכו טברסקי וכהנמן בשנת 1971 באוכלוסייה של חוקרים מנוסים מתחום הפסיכולוגיה התמקד בנטייה להחליט בהסתמך על אינטואיציה סטטיסטית. הניסוי העלה כי בני-אדם סבורים שתדירותם של אירועים מקריים תתחלף בתדירות מסוימת. שני החוקרים מביאים כדוגמה את "כשל המהמר הידוע" לפיו רוב האנשים שצפו ברצף ארוך של הכדור האדום במשחק הרולטה, האמינו שעתה יגיע תורו של הכדור השחור. הסיבה לטעות נובעת מהסברה שהופעת השחור תיצור רצף מאוזן יותר מאשר עוד עצירה על האדום. הדימוי לפיו סטייה בכיוון אחד מניבה בהכרח סטייה בכיוון המנוגד כדי להחזיר את שיווי המשקל היא פרי יציגות מוטעית של מקריות (שם). כך גם בהטלת מטבע, הערכת המהמר ביחס להסתברות של תוצאת עץ תגדל ככל שרצף המופע של פלי יגדל קודם להערכה. את ההסבר להטיה זו תולים שני החוקרים בשיפוט ההסתברותי של המהמר המתעלם מהעובדה שלמטבע אין זיכרון וכל הטלה היא אירוע נפרד שאינו מאפשר תלות סדרתית (62). המהמר סבור כי כל הטלה היא חלק מהליך מתמשך שמתקן שגיאות. מדובר בדומיננטיות של היציגות כהליך שמציב בחזית התודעה מודל של מקריות שאמורה לאזן את עצמה במקדם או במאחר. ממודל זה מתחייב שאירועים מקריים יתחלפו בתדירות מסוימת. הכשל הוא בתפיסת תלות-גומלין בין אירועים מקריים או בקשירת קשר סיבתי בין אירועים נפרדים. מדובר בהשלכה רציונאלית רציונליזציה או קישור בין מקרים שאין ביניהם כל קשר.

"אשליית התוקף" (51)

גם כאן מופיע שיפוט שנובע מנטייה לבסס ניבויים על יציגות הקשר שבין הנתון המצוי בדימויו של הפועל לבין התוצאה המבוקשת על ידו, בלא לוודא את אמיתותו של הנתון. גם

28. A. Tversky & Kahnman, D. "The belief in the law of small numbers." Psychological Bulletin, 76, 1971, 105-110.
29. A. Tversky & Kahneman D. Availability: "A heuristic for judging frequency and probability." Cognitive Psychology, 5, 1973, 207-232
30. קיימת הטיה דומה מאד לזו אותה מכנים טברסקי וכהנמן "אי רגישות למידות הניתנות לניבוי" (50). בשל הקרבה העקרונית ביניהן לא נדון בה כאן.
31. כהנמן, 2005 עמ' 45, 167.
32. לפי תרגומו של יובל "מעצבת" "באידיאה אני מבין מושג של הנפש, שהנפש מעצבת מכיוון שהיא דבר חושב" (ח"ב, הגדרה 3). קלצ'קין תרגם את המושג "אידיאה"

מוטעות של מקריות ותלות סדרתית וכד', נובע מאותו עיקרון של אומדנים סובייקטיביים ביחס למרחק ולגודל. החוקרים מדגימים זאת בניסוי של תצפית על הרים שתוצאותיו העלו אומדן יתר של המרחק במזג אויר ערפילי ואומדן חסר ביום בהיר. ניסוי זה דומה לדוגמה שהציע שפינוזה בעניין אומדן המרחק מהשמש. בשני המקרים התוצאה תלוית-הקשר בדימוי המתקבל מהייצוג החושי.³⁰

שפינוזה

התייחסות ישירה של שפינוזה למשפחת ההטיות הזו מצויה במשפט 35 ח"ב האומר כי "השקרות יסודה בהיעדר הכרה הכלול באידיאות בלתי הולמות או קטועות ומבולבלות". הנפש היא מעין מפעל שמעצב אידיאות³¹ – מטבעה (מנטאלית) שטובעת אידיאות (מושגים), בין אמיתיות ובין שגויות – דמויות אמת. נקודת המוצא של הטעות היא בהיעדר אידיאה שהולמת את מושאה שבמצאיאות או באידיאה נעדרת שלמות פנימית. על האידיאה המבוקשת להיות תואמת מצאיאות ובמקביל, כמוצר פנים הכרתי של הנפש, עליה להיות שלמה, ברורה ולכידה.³² את הפער בין אידיאה הולמת לבדיה מתאר שפינוזה כך: "שהם [בני האדם] מודעים לפעולותיהם ואינם יודעים את הסיבות הקובעות אותם" (35, ח"ב). הכרה עקרונית של הגורם הסיבתי לתחושות ולדימויים ומודעות לקיומן היא תנאי הכרחי למניעת הטעות.³³ כדוגמה מביא שפינוזה את התחושה כי השמש קרובה אלינו אם כי אנו יודעים שהמרחק האמיתי שלה מאתנו רב לאין שיעור מרישומה של תחושה זו.

ברוח דוגמה זו קובעים טברסקי וכהנמן את ההערכה ההסתברותית-סובייקטיבית של גדלים פיזיקליים כמרחק או גודל. שיפוטיות שתקפותם מוגבלת משום שמעובדים בהתאם לכללי יוריסטיקה למשל, המרחק של עצם נקבע לפי החדות שלו או לפי מצב הראות: בהירה – קרוב, משובשת – רחוק (כהנמן, 2005, 45 וכן 167).

שפינוזה תולה את הטעות בדימוי שנובע מהרושם שלה על גופנו, כלומר, ההטיה משקפת את מצבו של הגוף (חושים ותחושות) ולא את טבעה או מיקומה של השמש. תחושת האור והחום כה דומיננטית שיציגותה וזמינותה דוחקת מן התודעה כל התייחסות למרחק האמיתי שלה מאתנו (עיון ל-35 ח"ב). שפינוזה מציג את התרופה להטיה זו במשפט 39 ח"ב ובנסמך, "שהנפש מוכשרת יותר לתפוס הרבה דברים באופן הולם, ככל שרבים יותר הדברים המשותפים לגופה ולגופים חיצוניים". במשפט שלאחריו "כל האידיאות, הנובעות בנפש מאידיאות הולמות גם הן הולמות" (40, ח"ב). בעיון למשפט זה מבחין שפינוזה בין מושגים משותפים או כוללים שמועילים לחשיבה האדוקוטיית, לבין אלה שגורמים לטעות. הוא מונה מושגים משותפים כגון, ישות, דבר, משהו, הללו מבטאים את מוגבלותו של האדם ביצירת אינסוף דימויים

מוטעות של מקריות ותלות סדרתית וכד', נובע מאותו עיקרון של אומדנים סובייקטיביים ביחס למרחק ולגודל. החוקרים מדגימים זאת בניסוי של תצפית על הרים שתוצאותיו העלו אומדן יתר של המרחק במזג אויר ערפילי ואומדן חסר ביום בהיר. ניסוי זה דומה לדוגמה שהציע שפינוזה בעניין אומדן המרחק מהשמש. בשני המקרים התוצאה תלוית-הקשר בדימוי המתקבל מהייצוג החושי.³⁰

דברים אלה שנכתבו באמצע המאה השבע-עשרה, כאילו נאמרו בימים אלה בנוגע להטיות היציגות שאותן מכנים טברסקי וכהנמן "תפיסות מוטות של מקריות", ו"אשליית התוקף". כאמור, הטיות אלו באו לביטוי אצל שפינוזה במה שהוא מכנה: "ההכרה מתוך ניסיון מזדמן". שפינוזה התכוון לשיפוט מוטעה הנובע ממקריותו וחד פעמיותו של הרושם שיצר האובייקט על מעצבת האידיאות (מטבעת המושכלים) של הפועל, רושם זה מקפל בתוכו גם התייחסות להטיות המכונות "חוסר רגישות לגודל המדגם" ו"תפיסות מוטעות ביחס לתסוגה". הטיות אלו בהתנהגותם של בני אדם כפי שנצפו על-ידי שפינוזה מקבלות אישוש במחקרם האמפירי של טברסקי וכהנמן. תוצאת הניסיון המזדמן של מדגם נקודתי ובלתי מייצג, וכן תוצאותיו של מופע הציון הראשון הפותח שרשרת ציונים היא כה יציגה שהיא גורמת להתעלמות מקיומם של העקרונות המתמטיים והסטטיסטיים.

על בסיס החלל הפנים-תודעתי כקטגוריה שמשותפת למושגים 'דמיון' ו'יציגות' ומהשוואת שפינוזה במשפט 17 ח"ב את הדמיון עם המצג השגוי, שעליו מדברים טברסקי וכהנמן ביציגות, ניתן לקבוע זיהוי בין המושגים 'יציגות' ו'דמיון' כך:

- (1) כל הליך של דימוי בחלל התודעתי הוא דמיון.
- (2) היציגות היא הליך של דימויים בחלל התודעתי.
- (3) היציגות = דמיון.

30. "מושכל", בהגדרה ג' ח"ב "בשם מושכל הרני מבחין מושג בנפש, שהיא טובעת אותו [את המושכל] באשר היא דבר חושבי". שפינוזה, תורת המדות, תרגם י. קלצקין, 1967, מסדה, עמ' ע"ז. מבחינתנו בין אידיאה או מושכל מדובר במושג מטבע מנטאלי בעל מטען אמיתי או דימוי שגוי (שקר).

32. בעיון למשפט זה מפנה שפינוזה למשפט 17 ח"ב שנדון לעיל. ברעלי רואה את האידיאה האדוקוטיית ככוללת את היסודות, "לכידות, עושר לוגי-נביעתי, שלמות ואוודנטיות הכרתית". ברעלי, עמ' 156.

33. נושא הסיביות קשור להיבט המטאפיזי של שיטת שפינוזה בשל קוצר היעריה הוא רק נזכר כאן ואינו זוכה לדיון הראוי לו.

34. "לא ערוך לא מבוקר" שם, הערת המתרגם, עמ' 172.

35. מת"ש 55 והערה 182.

36. השו, שי פרוגל (2009), אתיקה: שפינוזה וניטשה, ירושלים: כרמל. עמ' 151.

חוזרת (recall) של מצב מוכר מן העבר. לכן, בהיות השיפוט תלוי באחזור מזכרון העבר הוא פגיע להטיית הזמניות, לעומת זאת שיפוט תקין הוא תלוי-הקשר לזמן האמת של הסיטואציה הנדונה.

ראוי לציין גם את ההיבט החיובי של הזמניות המבוקרת; במצב של מודעות ובקרה, הזמניות דוחקת הצידה את השכיחות הלכאורית ומעמידה בקדמת קו הזמן, יחס ריאלי בין האירוע לסכימה הרלבנטית המצויה במאגר הזיכרון, ככזו היא עשויה להועיל. לעומת זאת, כהטיה, הליך הזמניות נתון להשפעה של גורמי הזיכרון שאינם קשורים עובדתית לסבירות הגבוהה של התרחשות האירוע (או שכיחות האובייקט) אלא מזמנים את מופעו כשכיח (על קו הזמן) ורלבנטי כביכול להתרחשות העומדת על הפרק.³⁹

טברסקי וכהנמן ניתחו הטיות של שיפוט בתנאי אי-ודאות במקביל ליציגות גם בהקשר לזמניות לדידם "יש מצבים שבהם [בני-אדם] מעריכים שכיחות של קבוצה או הסתברות של מאורע, לפי הקלות שבה דוגמאות או התרחשויות עולות בדעתם"⁵³), ומדובר בדומיננטיות של הזיכרון או מה שמכונה "הזיכרון הער".⁴⁰ הם מציגים דוגמא, "אדם עשוי לאמוד את הסיכון להתקף לב בקרב בני גיל העמידה, על-ידי שיעלה בזיכרונו מקרים שכאלה בקרב מכריו". בהמשך, "זמניות מהווה [כלי] שימושי להערכת שכיחות או הסתברות, מכיוון שדוגמאות של קבוצות גדולות עולות בדרך כלל על הדעת במהירות ובקלות רבה יותר, מאשר דוגמאות של סוגים שכיחים פחות"⁵³ (הדגשה שלי). אני מבקש להדגיש את הדומיננטיות של הזיכרון, שהרי בקבלת החלטות אנו נעזרים במידע האגור בזיכרונו והלמידה מניסיון העבר מסתמכת על מאגרי הזיכרון. לפיכך, יש שאנו משתמשים במידע זה ביעילות ויש שהוא הסיבה להטיה. כדי לעמוד על הסתברותה של תופעה או אירוע מסוים נוטה האדם, לפי טבעו, לסרוק את החומר האגור בזיכרון. ככל שהמידע האגור בזיכרון יראה כקשור יותר למקרה או לאובייקט העומד על הפרק, כך תגבר הנטייה להסיק בהסתברות גבוהה יותר את התרחשותו. הנגישות הבלתי מבוקרת שמציע הזיכרון (הזיכרון הער) כשלעצמה, היא שתגרום להטיה בשיפוט. ברם אם תבוקר הדומיננטיות של הזיכרון ניתן יהיה ליחסו באופן הולם לנתונים הבאים מן החוץ ולהפיק ממנו תועלת מרבית.

שפינוזה והזמניות

הזמן היחסי שאליו קושר שפינוזה את הזיכרון מקיים זיקה הדוקה לדמיון. שפינוזה רואה בתחושת ההתמדה בזמן (duration) מכשיר עזר של הדמיון שמסייע לאדם בקיום. שפינוזה מסביר את הזמן כמשך בלתי מסוים הנובע מכוח הדימוי: "שאנו יכולים לקבוע את ההתמדה ואת הכמות לפי רצוננו, [...] נוצרים הזמן והמידה. הזמן בא לקבוע את ההתמדה, והמידה – את הכמות, כפי שתאפשר לנו לדמותם בקלות יתירה".⁴¹ הזמן כשלעצמו אינו דבר מוחשי אלא מעין כלי-עבודה מנטאלי שמשמש לאדם "אמצעי-עזר לכוח המדמה". לדידו של שפינוזה, הזמן (כאמצעי עזר של הדמיון)

נקל להבחין שהצידוק לשקילות זו נובע מההקשר של כל אחד מהמושגים האלה לשני המרכיבים "הליך" ו"חלל". התוקף של ההיסק מתקבל מהזהות שבין האמור במשפט 17 ח"ב של ה'אתיקה', 'במאמר על תיקון השכל' 57 וב'איגרות' 37,¹² עם מסקנותיהם של טברסקי וכהנמן בדבר האומדנים הסובייקטיביים של יוריסטיקת היציגות כפי שהוצגה לעיל. כלומר, היציגות כפן החללי של היוריסטיקה, משמשת כלי לשיוך מאורע או אובייקט לקטגוריה מסוימת בהסתמך על הדמיון. או, הדמיון כפן החללי של השיפוט המוטעה, משמש כלי לשיוך מאורע או אובייקט לקטגוריה מסוימת בהסתמך על היציגות. עם הופעת האובייקט או התרחשות האירוע, מציג הדמיון את האב-טיפוס או האומדן של הקטגוריה בחזית החלל המנטאלי ונוטה להתעלם מנתונים אובייקטיביים. שפינוזה כינה זאת "מושגים כוללים" (ח"ב 40, עיונים 1,2, ועיון 48-49). אם מדובר באב-טיפוס או באומדן סובייקטיבי, גם הרושם הראשוני (למשל, מאמציו של הנבחן בריאיון או במבחן הראשון) יוצר בתודעת הבוחן, המראיין או המחליט רושם הדומה לרישומו של אב-טיפוס (או האומדן הסובייקטיבי) ומתעלם מהעובדות הבלתי מרשימות של המציאות. ככל שעוצמתו של הדמיון גדולה יותר כך משקלו של האב-טיפוס (או האומדן הסובייקטיבי) גדול יותר בהטיית השיפוט. ניתן להמחיש זאת באמצעות מושגים על דברים שמופיעים בחלל הדמיון: נוכחותו של אב-טיפוס (או האומדן הסובייקטיבי) בחלל הפנים-תודעתי ורישומו על המודעות, גורמת לאדם להתעלם מסוגים אחרים של ידע או מידע רלבנטי ומונעת חשיבה הולמת (תואמת) מציאות. מה שמופיע כהעתק של המצוי בחלל האמיתי (המציאות) מוסט באמצעות הדמיון אל נוכחותו של הרושם הראשוני, העכשווי, האב-טיפוס והאומדן הסובייקטיבי. אקט זה הביא להתעלמות מגורמים אחרים שעשויים להיות רלבנטיים להליך של שיפוט הולם. יודגש שלא מדובר בהכרה מבוקרת של האדם אלא בהיתר בלתי מבוקר שהוא עצמו נותן לעצמו להיענות למאפייניו האישיים. שני ההוגים כמו שפינוזה מדברים על פעולה בעלת מאפיינים כפייתיים כלשהם.

ב. זמניות (availability)

את הזמניות כאחד ממושגי היסוד בחקר אסטרטגיית שיפוט וקבלת החלטות קושרים טברסקי וכהנמן לזיכרון. "זמניות מהווה רמז רב-שימושי להערכת שכיחות או הסתברות"⁵³). זיכרון סלקטיבי של אירוע דרמטי, או אירוע שזכה לפרסום רב עשוי להטות את סדר העדיפויות. יש פעילות גומלין בין הדמיון לבין הזיכרון, אלא שבזיכרון מדובר בתהליך שמאחזר דבר-מה שמצוי בנקודת עבר מסוימת של התודעה. ממחקרם עולה כי כאשר בני-אדם אומדים הסתברות מאורעות או שכיחות אובייקטים מסוימים לפי הקלות שבה דוגמות או התרחשויות עולות בדעתם, הם מושפעים מהזמניות של האירועים בזיכרון.³⁸ הטיה זו נובעת ממוכרתו (recognition) של אירוע והיא תלויה-הקשר לעוצמת הרושם שחרט האירוע בזיכרון או מסמיכותו (בזמן) לסיטואציה העומדת על הפרק. כלומר, בהינתן גירוי חדש מן החוץ הוא נתפס כתופעה

37. לעיל, הע' 4,5,6.

38. כל אירוע מורכב ממכלול של יחסים בין אובייקטים שונים. לכן כאשר ננים ברישומם של אירועים בזיכרון, כולל רישום זה גם אובייקטים שנטלו חלק באירוע ועוצמת רישומם בזיכרון תואמת לעוצמת הרושם שהטביע האירוע בזיכרון, תדירותו וקרבתו להווה.

39. על בקרת חשיבתית את השיפוט האינטואיטיבי ראו, כהנמן, 2005, 148, וכן "נגישותן של מחשבות מתקנות" 1.

40. יש המכנים תופעה זו "הזיכרון הער". ראו למשל, רוברט גריביס, "עיוותי תפיסה" בתוך, איתן גלובע, יחסים בין-לאומיים, עם עובד, עמ' 147-168. יש ומכנים זאת "סכמה השלטת" "לא גמישה" ו-או "בלתי מבוקרת" (למשל, קניאל 2003, 121-128). למה בסוגרים קניאל?

41. אגרות, 12.

טברסקי וכהנמן מגדירים את הזמניות, "מצבים שבהם אנשים מעריכים שכיחות של קבוצה או הסתברות של מאורע לפי הקלות שבה דוגמות או התרחשויות עולות בדעתם" (עמ' 53). על בסיס הזמן כקטגוריה תודעתית המשותפת להליכי זיכרון וזמניות ומהתאמה שבין הגדרתם של טברסקי וכהנמן לאמור במשפט 44 ח"ב של ה'איתיקה' נקבע בהמשך את הזיהוי שבין זמניות לזיכרון.

"הטיות הנובעות מקלות האחזור של דוגמות" (53).

הטיה זו מסבירה את תופעת הזמניות כקלות הזיכרון בשל שכיחות התופעה הקשורה בה. קלות השליפה ממאגר הזיכרון נובעת מהיות התופעה זמינה בשל מוכרות או ייחודיות. לשכיחות זו השפעת יתר בהטיית האומדן הריאלי. מידע זמין על אירוע או אובייקט מוכר ייצור בתודעת הפועל רושם ערכי, כמותי או איכותי חזק יותר מאשר זה הלא מוכר והלא ייחודי.⁴⁶ "קבוצה שדוגמאותיה עולות בקלות בזיכרון תיראה כאילו היא גדולה יותר מאשר קבוצה בעלת שכיחות שווה שדוגמאותיה קלות פחות לאחזור" (53). באותה מידה רישומיהן של התרחשויות מן העבר הקרוב יהיו זמניות יותר מאלו שאירעו בעבר הרחוק (54).⁴⁷ כאשר אנו נזקקים לקבל החלטה תהיה הנטייה האנושית לקיצורי דרך, בין היתר מפאת עצלות הרוח או רפיון המחשבה, נטייה זו תגבר במצבים של אי-ודאות ותתעצם יותר במצבי לחץ. הנטייה לפתרון קל מפנה את המבט אל הדימוי הזמין לנו. קל יותר לקשור את המציאות למוכר מאשר את ההכרה למציאות הרלבנטית.

"הטיות בשל מידת יעילותה של מתכונת החיפוש" (54).

בדרך כלל הדברים מונחים בזיכרון לא כשהם בפני עצמם אלא מאורגנים בסכמות בהתאם להקשרם הרלבנטי למשל, שמות חברים ובני-משפחה בהקשר של קירבה, שמות של נשיאים ומדינאים מפורסמים בהקשר הפוליטי, חברים מתקופת השרות הצבאי, חברים מילדות וכד', לטענת טברסקי וכהנמן משימות שונות מניבות מתכונות חיפוש שונות. בניסוי שערכו התבקשו הנבדקים לדרג את שכיחותן של מילים מופשטות (מחשבה, אהבה) ביחס לשכיחותן של מילים גשמיות (דלת, מים) בטקסטים כתובים. מתוצאות ניסוי זה התברר שקל לחשוב על הקשרים כאשר הם מתייחסים למושגים מופשטים שמזכר בהם המושג "אהבה" בסיפורי אהבה, לעומת זאת קשה יותר בסיפורי אהבה לחשוב על הקשרים שבהם מופיעה מילה גשמית. כלומר, שכיחותן של מילים נקבעת לפי זמניותן ההקשרית ובמקרה זה מילים מופשטות ייחשבו לנפוצות יותר ממילים גשמיות.

הוא גורם שקוטע את הרצף הסיבתי של הדברים, בעוד שהמציאות כהווייתה היא רצף אין-סופי שאפשר לתפוס אותו באמצעות שרשרת סיבות ותולדות עד לאין סוף.⁴² "ההיזכרות היא התעוררות מחודשת [זמניות באמצעות אחזור] של זיכרון שנשכח, כלומר, הרציפות של נוכחותו [...] נפסקה והנפש מודעת ממעבר 'הזמן' מאז היה נוכח הדבר שאנו נזכרים בו".⁴³ בדומה לדמיון גם לזיכרון תפקיד מועיל למשל, "איננו מסוגלים לומר מילה אלא אם אנו זוכרים אותה ואת הקשרה. איננו מסוגלים לעשות דבר [...] אלא אם אנו זוכרים אותו תחילה" (עיון למשפט 2 ח"ג).⁴⁴

במשפט 18 ח"ב, הוכחה ועיון מסביר שפינוזה כיצד הזיכרון יכול לגרום להטיית התודעה ממסלולה הרצוי ובמה הוא נבדל מראיה שכלית שרואה לפי סדר סיבתי ולא לפי המצב הנפשי שמשקף את מצבו של הגוף ביחס למציאות שבפועל. בעיון למשפט זה הוא מגדיר את הזיכרון כך: "מיקשר מסויים של אידיאות הכוללות את טבע הדברים שמחוץ לגוף האדם". כלומר, "טבע הדברים" כפי שרישומם הוטבע בנפשו כאידיאה על-פי סדר כרונולוגי. שפינוזה קובע כי תרומת הזיכרון לטעות נובעת מקישורו את האידיאות לפי סדרן (הופעתן) במאגר הזיכרון ולא לפי סיבותיהן האמיתיות. זמניות לפי סדר זה היא שמטה את הדעת מהמציאות כפי שהיא, אל הטעות. למשל, בתנאים שווים אירוע מהעבר הקרוב או אירוע טראומטי מהעבר הרחוק זמין יותר מאירוע שגרתי שארע זה לא כבר. לעומת זאת, בהיבט החיובי תרומתו של הזיכרון לאמת באה לידי ביטוי כאשר "מיקשר האידיאות [מתקיים] לפי הסדר שבשכל שבאמצעותו הנפש תופסת את הדברים מתוך סיבותיהן הראשונות" (שם). כלומר, מודעות להקשר הסיבתי מעמידה את הזמניות בפרופורציה הנכונה ובקשר ריאלי עם נתוני המציאות האחרים. במשפט הזה מתאר שפינוזה את מהלך הזמניות כך, "אם גוף האדם הופעל פעם אחת על ידי שני גופים או יותר בבת אחת, הרי לאחר מכן שהנפש מדמה אחד מהם היא נזכרת גם באחרים" (שם). "כלומר היא מתבוננת בשניהם כנוכחים לפנייה" (עיון ל 44 ח"ב). את הדומיננטיות של הזיכרון כגורם להטיית הדעת מסביר שפינוזה כך, "ככל שזיכרונו של האדם מאותו הדבר עז יותר, כך הוא נקבע להתבונן בו [ביתר] עצב" (עיון ל- 47 ח"ג, וכן על מקור הריגשות ל"ב). למקומו של הרושם העז בזיכרון קושר שפינוזה את הזמן כגורם בהטיית הדעת, "גם זיכרון של דבר שאנו מדמים כי חלף לפני זמן קצר, מפעיל אותנו ביתר עוז מכפי שהיה מפעיל אותנו לו דימינו שהדבר חלף לפני זמן רב (10 ח"ד). בדומה לדמיון גם כאן מדובר בהבחנה שבין דימוי בלתי מבוקר ששולט, ובין ארגון החומר המאוכסן להיזכרות, להיכר ולמציאות".⁴⁵

42. השוו: גלעד עמ' 188-205. גלעד מתאר את יחסיותו של הזמן כיציר של האדם כך: "במושג זמן מופשט זה קושר כל אחד מעמנו אסוציאציות אישיות, כי אין הזמן נוקף באותו שיעור עצמו לגבי כולנו, הכל לפי האדם ולפי מצב גופו-נפשו במצב עניינים מסויים: אותו זמן מדיד עצמו, שדומה שהוא 'זוחל' בשעת שעמום, מתח או כאב, נראה כחומק במהירות בשעת עניין והנאה. הכל תופסים אותו אינדיבידואלית כדרך שתופסים כל כולל מופשט, שכלליותו מדומה ושעליו עומד סדר-הטבע הכללי" (193). יצוין שוב שאין עניינו של המאמר בהיבטים המטאפיזיים של הזמן אלא במקומו כרקע להטיה ולטעות שבאמצעות הזיכרון והדמיון. לסקירת היבטים המטאפיזיים של הזמן ובבליוגרפיה מקפת ראו: Iyyun, 41, (1992), pp.319-334; Lee C. Rice, 'Mind Eternity in Spinoza', in: Iyyun, 50 (2001), pp.285-294. על גישתו המקורית של Antony Dugdale ר' במאמרו: 'Pieces of Time and Regions of Eternity', Iyyun, 50 (2001), pp.285-294.

43. מת"ש, הערה 333 של בן-שלמה ל-83. כן ראו, עמ' 232-207, שם.

44. המחקר כיום מבחין בין זיכרון אפיזודי וזיכרון סמנטי, ראו למשל, קניאל 122.

45. הסבר מעניין לאשליית מהלך הזמן אצל שפינוזה מציע ג'יסון ואלר שמבחיין בשתי אשליות, אשליית הקירבה ואשליית הקוטע. לדעתו תחושת מעבר הזמן אצל שפינוזה היא תולדה של האופן בו אנו תופשים את עצמנו ביחס לגופים שמחוצה לנו. אשלייה זו דומה לאשליית חופש הרצון וקירבת השמש. Waller, J. Spinoza, on The Illusion of Temporal Passage, Iyyun, Jan. 2010 pp.47-62.

46. ראו לעיל הע' 38 ו' 40.

47. להמחשת תופעת הזיכרון הער ניתן לתאר אדם שמהלך בסמטה אפלה לאחר שצפה בסרט קולנוע. לאחר שצפה בסרט אימה יראה בדמיונו את הרחוב האפל באופן מאיים הרבה יותר ממהלכו בו לאחר שצפה בקומדיה.

בזמן משפיעים על התודעה בהתאם לקרבתם או לריחוקם מההווה.⁴⁸ לפי שפינוזה מדובר בבדיות או באידיאות מורכבות שמתגבשות מתוך ערבוביה של מושגים מוטעים או בלתי שלמים אשר מסתמכות על קשר אסוציאטיבי בינם לבין דימויים.⁴⁹ הטיות אלו, אינן אלא ניסיון בלתי מבוקר להסיק מסקנות מכוח ההרגל ומהנטייה האנושית לקיצור דרך. שפינוזה תולה את ההטיות הללו בשני הרגלים: 1. ההרגל שנובע מתפיסת החושים, מיוצג באופן מקוטע ומבולבל ומכונה "הכרה מתוך ניסיון מזדמן". 2. הזכרות בדברים שהוטבעו בזיכרוננו כאידיאות מתוך שמיעה או קריאה.⁵⁰ עוצמת הריגשה (ההטיה) כעוצמת הדימוי הזמין ובלתי קשר הכרחי למציאות.⁵¹

בעיון לנסמך של משפט 44 ח"ב מסביר שפינוזה את הסיבה לזמינותה של אידאה בזיכרון כך: "שם גוף האדם הופעל פעם אחת על ידי שני גופים חיצוניים יחד, הרי מאוחר יותר, כאשר הנפש מדמה אחד מהם, מיד היא מזכרת במשנהו, כלומר היא מתבוננת בשניהם כנוכחים לפניה" (ח"ב, 44). עיון לנסמך.⁵² ההקשר המוטעה בין אובייקטים (גופים בלשוננו) ואירועים נובע מכך שכאשר אובייקט הטביע את רישומו על האדם ונחרט בזיכרונו בהקשר לאירוע כלשהו, יהיה זמין כאשר הנפש תדמה אחד מהם; עם הופעתו של A במציאות מיד תיזכר הנפש ב-B. בכך מסביר שפינוזה את התהליך שיוצר את מה שמכנה המחקר המודרני "זמינות". במשל עקבות הסוס הוא מדגים כיצד מחשבה של דבר אחד עוברת אסוציאטיבית מיד לדבר אחר אף שאין ביניהם כל קשר, כל אדם יעבור ממחשבה למחשבה כפי שההרגל סידר את דימויי הדברים בגופו, למשל, חייל הרואה עקבות סוס בחול יעבור ממחשבה של סוס מיידי למחשבה של פרש ומכאן למחשבה על מלחמה. ואילו איכר יעבור מן המחשבה על סוס למחשבה על מחרשה, על שדה וכיו"ב. וכך כל אדם יעבור ממחשבה למחשבה כפי שההרגל לקשור ולצרף את דימויי הדברים באופן זה או אחר. (עיון למשפט 18 ח"ב).⁵³ את הדומיננטיות של הזמינות וזיקתה לדימויי הזמן מביא שפינוזה לידי ביטוי במשפט 18 ח"ג: "דימוי של דבר בעבר או בעתיד מעורר באדם אותה ריגשה של שמחה או עצב כמו דימוי של דבר בהווה."

במשפט 36 ח"ג הוא אומר, "מי שמעלה בזכרונו דבר שגרם לו פעם אחת עונג, ישתוקק שדבר זה יהיה ברשותו, באותן נסיבות שבהן התענג עליו בראשונה." אמירה זו מקפלת בתוכה ביקורת על נטיית האדם להחליט בהנחיית הזיכרון. "השתוקקות" זו אינה אלא גירוי של הזמין, היא הרושם של מה שהוא מכנה 'סברה' או 'דימוי' או של היתקלות מקרית, במשהו שגורם לאחזור מן הזיכרון לפי מאפייניו של המוכר. במשפט זה מסביר שפינוזה שהעונג למשל, הוא מניע מקרי לפעולה ובהיותו מנותק מהיסוד התבוני (ביקורתי) אנו נמשכים אחרי הרע והמזיק רק בשל האסוציאציה של התענוג החרוט בזיכרונו. תפיסה אמיתית של המציאות

כאן ניתן ללמוד על הנטייה האנושית לחפש את הדרך המהירה והנוחה, במיוחד במצבי לחץ, למצוא מתאם כלשהו בין החומר הזמין בזיכרון לבין הסיטואציה העומדת על הפרק

"הטיות של קלות דמיון" (54-55).

בהטיה זו מציגים טברסקי וכהנמן את יחסי-הגומלין שבין זיכרון ודמיון. כאשר אין בזיכרון הקשר רלבנטי לאירוע או לאובייקט שעומד על הפרק, נוטה האדם לייצר בדמיונו דוגמאות אפשריות שיתאימו לנושא. כלומר, כאשר בהיעדר זמינות לא ניתן לפעול בהכוונת הזיכרון הער, ימלא הדמיון את החסר. ככל שיהיה קל יותר לדמיון לייצר דוגמאות בחלל התודעתי, כך התופעה תצטייר בזיכרון כשכיחה יותר על קו הזמן. הטיה זו מתרחשת מכוח שיתוף בין הליכי היציגות והזמינות בכך שהיא מעלה ציורי דימויים של מוכרות וייחודיות שאינם בהכרח בעלי קשר ריאלי בין המצג הדימויי לבין הריאליה של התופעה. ככל שקל יותר לדמיון התרחשותו של אירוע, למשל סכנה, כך נוטים להפריז בהסתברות להתרחשותו, וככל שקשה לדמיון אירוע, למשל סכנה אפשרית, כך נוטים להתעלם מן הסיכון הכרוך בה.

"מתאם מדומה" (55-56).

מדובר בשיפוט מוטעה ביחס לתדירות התרחשותם של שני אירועים יחד או זה לאחר זה. הקישור המוטעה נובע מעצמת הקשר האסוציאטיבי שביניהם, "כאשר האמוציה חזקה יש סיכוי גדול להגיע למסקנה שהאירועים יופיעו יחד לעיתים קרובות" (56). הקשר המדומה בין שני אירועים נוצר כאשר עיקרון הזמינות מעצים את האמונה בקיומו. ככל שתתעצם האמונה ששני אירועים מתרחשים יחד או בסמיכות כך תגבר הנטייה להסיק את התרחשותם, למרות האפשרות לקשרים של אחד מאירועים אלה דווקא עם אירועים אחרים ולא בזיקה לאלה שאנו מאמינים בקישורם.

הטיה זו היא מעין הטיה מסכמת של הזמינות. ברמה העקרונית היא מקפלת את שלוש ההטיות שהוצגו לפניה. השיפוט המונחה מרישומה האסוציאטיבי של קירבה בין שני אירועים הוא ה"מתאם המדומה", מתאם שמעוות את תמונת המציאות בכך שקושר את השכיחות, המוכרות או הייחודיות הנתונות בזיכרון ובדמיון להתרחשות שעבורה יש לקבל את ההחלטה.

שפינוזה

במבט דרך משקפיו של שפינוזה על "הטיות הנובעות מקלות האחזור של דוגמאות" כהטיות שמהן נובעות "הטיות בשל מידת יעילותה של מתכונת החיפוש" ו"מתאם מדומה", נקל לראות את הקרבה של משפחת הטיות הזמינות לקביעותיו של שפינוזה בדבר דרכי פעולתו של הזיכרון. בהגדרה 6 ח"ב מתאר שפינוזה את יחס הריגשה למרחק בזמן. הוא קובע כי בדומה לדימוי החללי הבלתי מבוקר של קרבת השמש, מכוח השפעתה באור ובחום על החושים, גם אירועים

48. דיון בעוצמת ההשפעה של קטגוריית המקרי, האפשר, וההכרחי ראו גם, ח"ד משפטים 9-13 עיון ונסמך ל-9.
49. מת"ש 64 והערה 226. גם כאן רלבנטי הסברו של ואלר, בהיותו כפופים לשני סוגי אשליה, אשליית הבלבול שדומה לאשליית קירבת השמש ואשליית מעבר הזמן – תנועת ההווה לעבר, הדומה לאשליית חופש הרצון (ראו, קניאל, הערה 44 לעיל).
50. 40 ח"ב, עיונים 1,2. עוד על הקשר בין זיכרון להרגל ראו: עיון ל 18 ח"ב וכן, הגדרות הריגשות ח"ב הסבר לכ"ז.
51. השו, פרולג, 157.
52. ראו גם משפט 18 ח"ב.
53. כן ראו, עיון למשפט 44 ח"ב, משפט 14 והוכחה 16 והוכחה ח"ג. דוגמא ברוח זו מביא קניאל על המושג של העץ (קניאל 113).

אינה אקראית ואינה מושתתת על אחזור של המקרי שאוחסן בזיכרון מכוח דימוי ענוג.⁵⁴

זה הולך ונחלש, ומאבד מהשפעתו ככל שאנו מתבוננים בדברים אחרים, הנכחים לנו בדמיון או במציאות. מכאן מסיק שפינוזה שדבר הנכח בהווה רישומו עלינו גדול יותר מרישומם של דברים שאנו מייחסים לעבר או לעתיד (נסמך ל 9 ח"ד). על עקרון זמיונותי זה קובע שפינוזה גם כי מושא או אירוע שאנו סבורים שצפוי להתרחש בעתיד הקרוב משפיע יותר מדבר הצפוי לעתיד רחוק. הדבר נכון גם בקשר לעבר, הזיכרון הקצר (הער) נוכח "ביתר עוז מכפי שהיה מפעיל אותנו לוא דימינו שהדבר חלף מדבר שחל לפני זמן רב" (10 ח"ד). קביעה זו של שפינוזה מקבלת את אישושה מ"תפיסות מוטעות של מקריות" מהנטייה ל"קלות" ומ"יעילות" של הזמין של טברסקי וכהנמן (49-55).

על בסיס הזמן כרקע משותף להליכי הזמיונות והזיכרון אפשר לקבוע את הזיהוי כך:

1) הזיכרון הוא הליך דימוי תודעתי של היזכרות באירועים (או באובייקטים) על קו הזמן.

2) הליך של היזכרות באירועים (או באובייקטים) על קו הזמן כדימוי תודעתי מכונה "זמיונות".

לכן (3) זמיונות = דמיון.

היסק זה מקבל משנה תוקף מהשוואת דברי שפינוזה על הזיכרון (אגרת 12 בה הוא דן בנושא הזמן, וכן מה 'אתיקה' ח"ב, 18, 44, ח"ג, 36, ח"ד, 9, 10) עם תיאורם של טברסקי וכהנמן את ה"הטיות הנובעות מקלות האחזור של דוגמות", "הטיות בשל יעילותה של מתכונת החיפוש" ו"מתאם מדומה" שנדונו לעיל. ניתן להבחין שהצידוק לשקילות זו מושתת על הקשר של כל אחד מהמושגים ל"זמן" (קו המשך עד לרגע הנוכחי) ולהיותו משקף "הליך" ולא מצג חד פעמי.

אישוש לזיהוי זה מתקבל ממשפטים 9-13 ומעיון למשפט 60 ח"ד. בהם דן שפינוזה ברמות ההשפעה של המקרי, האפשרי וההכרחי על התודעה.⁵⁵ בנסמך למשפט 12 ח"ד הוא קובע, "ריגשה המתייחסת לדבר שאנו יודעים שאינו קיים בהווה ומדמים אותו כמקרי הנה קלושה יותר מכפי שהייתה לוא דימינו שהדבר נוכח בהווה."⁵⁶ דבר שאנו מדמים כקיים בהווה מטביע בנו רושם גדול יותר מאשר היינו מדמים אותו כאפשרי – כעתידי להתרחש. כך גם ריגשה הנוגעת לדבר הכרחי עזה יותר מזו הנוגעת לדבר אפשרי ופחות מכך למקרי.⁶⁰

המקבילה של טברסקי וכהנמן לגישת שפינוזה למקרי, לאפשרי ולהכרחי באה לביטוי טוב מכל בניסוי הטלת המטבע שהוצג לעיל. ניסוי זה מורה על המעבר של המהמר מרישומו של המקרי אל האפשרי. המהמר שצפה במופע רצוף ומתמשך של צד ה"עץ" דימה כי קיים קשר הסתברותי ו-או סטטיסטי בין הטלות המטבע וכי הרצף של מופע העץ הוא מקרי. עתה, על-פי סברתו, מופע צד ה"פלי" עובר ממעמד של מקרי לאפשרי ואף מלווה בדימוי הכרחי. מקור הטעות כפי שהסבירו טברסקי וכהנמן נובע מהדימוי המוטעה

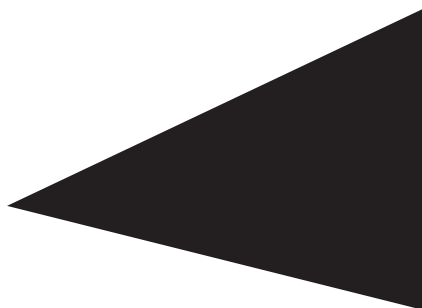
בהקדמה לח"ד של ה'אתיקה' סוקר שפינוזה באופן כללי את הסיבות להשפעת הדעות הקדומות על קביעותיו של האדם. בני-אדם נוטים ליצור לעצמם דגמים, מעין אבות-טיפוס, לאידיאות השונות שיש להם מהדברים שבמציאות ובהידרש אקט של שיפוט הם יעדיפו דגמים מאלה המאוכסנים בזיכרוןם על פני אחרים. הטיה זו מקבילה ל"הטיות הנובעות מקלות האחזור של דוגמות" ולהטיית "אשליית התוקף" של טברסקי וכהנמן. שהרי האידיאות הבדויות והשקריות שעליהן מדבר שפינוזה מקורן בסברות ובתחושות מקריות שהטילו רישומן על הדמיון ואוכסנו במאגר הזיכרון.

לפי שפינוזה האדם מתבונן במציאות ומסיק עליה מסקנות בהתאם לדגם המושגי שיש לו על הדברים המסוימים.⁵⁵ בעיון ל- 62 ח"ד קובע שפינוזה כי היעדר ידיעה הולמת של התמדת הדברים היא סיבה לטעות. ככל שהדבר נוגע לקבלת החלטות, ידיעת הטוב והרע היא ידיעה מופשטת וכללית משום שאת זמני קיומם של הדברים אנו קובעים רק מכוח שאיפתנו לשימור העצמי (קונאטוס) ושאיפה זו חזקה ביותר בהווה. לכן אנו מדמים שאנו פועלים מתוך חופש-רצון שבו מופעו של ההווה מטה להכריע. הדמיון הבלתי מבוקר אינו מבחין בין תשוקה לדברים נעימים בהווה שמכילים אי נעימות או נזק בעתיד, לבין ריסון התשוקה בשל צפי לנזק או אי נעימות בעתיד (עיון ל-44 ח"ב).⁵⁶

בעניין זה איני מוצא מחלוקת בין טברסקי וכהנמן לשפינוזה. שלושתם מבקשים להראות כי תפיסה מפוקחת של המציאות שמלווה במוודעות מפקחת על התודעה, עשויה לשפר את מצבו של האדם ואף לקדמו לאושר.⁵⁷ האישוש לקביעותיו של שפינוזה על פעולות הזיכרון מתקבל מתוצאות מחקרם של טברסקי וכהנמן, על הנוחות של הזמין והנטייה אל המוכר כפי שבאה לביטוי בהטיות של זמיונות. בכל הטיה של הזמיונות שיבצו החוקרים מילים כגון "קלות" או "יעילות". הנטייה אל המוכר שאותה מדגים שפינוזה בהיגדים שנדונו כאן אוששה בתוצאות הניסויים של "הקלות" ו"היעילות".

במשפט 9 ח"ד אומר שפינוזה, "ריגשה, שאנו מדמים את סיבתה כנוכחת לנו **בהווה**, חזקה יותר מכפי שהייתה לו דימינו את סיבתה כלא נוכחת" (הדגשה שלי). ברוח זו קושר שפינוזה בהוכחה לעיון של משפט 17 ח"ב את פעולת הדימוי למימד הזמן כאידאה שבאמצעותה מתבוננת הנפש בדבר כנוכח בהווה. רישומה של פעולת זמיונות זו הוא כה חזק שכל עוד איננו מדמים דבר-מה שמסלק את דימויו של הדבר, הוא מטביע רישומו עלינו כקיים וכנוכח למעשה. דימוי

54. ראו למשל, מת"ש 108 ואגרת 37.
55. בהקדמה זו דן שפינוזה בדעות הקדומות שמעצבות את השקפת עולמו של האדם באשר הן מדריכות אותו להאמין שהטבע מכוון כל דבר לתכלית מסוימת. הטעות של האדם נובעת מייחוס תמידי של תכליתיות למציאותם של כל האובייקטים וכל ההתרחשויות שבמציאות (280-279).
56. דיון נרחב בנושא הטוב והרע או העונג והכאב ראו: F.Lucash, "False Pleasures in Spinoza", Iyyun. The Jerusalem Philosophical Quarterly Vol. 265-282 (July 2008), 185-133.
57. הנושא האתי-התנהגותי כמקדם לאושר אינו שייך לדיון של המאמר הנוכחי ולכן אין מקום להרחיב בו.
58. לנושא זה זיקה לפן המטאפיזי ב'אתיקה', שאינו בתחום הדיון של המאמר הנוכחי.
59. י. יובל מסביר את המקרי: "מדובר בדבר שאינו קיים בהווה ואין לנו כל ידיעה על שרשרת סיבות העשויה ליצור אותו. זוהי אפוא האפשרות הלוגית הקלושה ביותר." 'אתיקה' עמ' 294 הע' 1. ברוח זו על הדומיננטיות של הזיכרון שמטה את הדעת מרצף השרשרת הסיבתי, כפו ההכרחי של התופעה, אל דימוי הדבר כמקרי. ראו גם נסמך והוכחה ל-12 ח"ד.
60. דיון בזיקה שבין אפשרי, הכרחי והנמנע לטעות ראו גם: מת"ש 52, 53.



התרחש מעולם ולכן רישומו אינו קיים בזיכרון. לפיכך, בהיעדר רישום של אירוע אנו נוטים אל המצאי הקיים – ה"מוכר" המאפיל על התודעה ומסיט את המבט מן הסיבות שבגינן האירוע אמור להתרחש. מסקנותיהם של טברסקי וכהנמן בהקשר זה, בדבר "תפיסות מוטעות של מקריות" (49) ו"הטיות בשל קלות דמיון" (54,55) שנדונו כאן מאששות גם הן את קביעותיו של שפינוזה בדבר מדרג רישום של המקרי, האפשרי והכרחי על התודעה האנושית.⁶²

אחרית דבר

יכולת הניבוי של מאורע עתידי בהסתמך על ניסיון העבר היא תכונה טבעית ורצויה רק כאשר הנתונים הנדלים מן הזיכרון רלבנטיים להתרחשות העומדת על הפרק או לנתונים אחרים שקשורים למקרה. היא אינה רצויה כזמינות שנובעת ממתאם מדומה בין שכיחותו של האירוע בעבר למקרה הרלבנטי שבהווה. כך גם קישור לאירוע אחר הקשור בזיכרון כמתרחש איתו, בסמיכות אליו לפניו או אחריו. כול השלושה תמימי דעים כי אין לקבוע התרחשות אירוע, או שכיחותו מכוח רושם שהוטבע בזיכרונו. בכך שהזיכרון הער חותר להעצים את זמינותו הוא מטה את תמונת המציאות מהקשרה הרלבנטי ומכופף אותה לפרמטרים הבלתי מבוקרים של הזמינות והיציגות כאמור, בשל השכיחות, המוכרות, הקלות והיעילות של הזמין.

ראינו כיצד הנטייה לקלות האחזור בשל יעילות, חסכוניות והעדפת המוכר דוחפת לטעות בשיפוט וקבלת החלטות. אני סבור כי האישוש העולה ממחקריהם של טברסקי וכהנמן לקביעותיו של שפינוזה מעמיד את משנתו בחינת נכס צאן ברזל, בכל הנוגע לשיפוט אובייקטיבי ולבקרה עצמית בתהליך קבלת החלטות. כהנמן מפנה למחקרים שעניינם גורמים המשבשים את פעילותה של המערכת שנועדה לתקן את ההטיות, למשל, לחץ-זמן, מעורבות בו-זמנית במשימה קוגניטיבית נוספת, ביצוע המשימה בשעות הערב כאשר מדובר באנשים שמתפקדים טוב יותר בשעות הבוקר ולהיפך, מצבי-רוח ועוד. לעומת זאת הראו כי שטף של פעולות המערכת הקוגניטיבית הביקורתית עומד במתאם חיובי עם אינטליגנציה. ברוח זו, גם משימתו של שפינוזה "באתיקה" להכשיר באדם כלים קוגניטיביים למניעת הטיות ועיוותי תפיסה לא רק במצבי לחץ ואי-ודאות, אלא ובעיקר בקידום האדם לאושר שהרי הוא ייעד את משנתו להיות מורה דרך לשכלול הליכותיו של האדם בעולם, הלכה למעשה.



שיש קשר סטטיסטי בין ההטלות. דימוי זמינותי זה מרשים במידה כזו, שהוא מאפיל על העובדה שכל הטלה היא אירוע בפני עצמו ואין כל קשר בין אחד למשנהו. שפינוזה מביא לביטוי הטיה זו במשפט 11 ח"ד כדלקמן: "בתנאים שווים, ריגשה המתייחסת לדבר שאנו מדמים כהכרחי היא עזה יותר מריגשה המתייחסת לדבר אפשרי או מקרי, או לא הכרחי". כלומר, כאשר אנו מדמים מעבר ממקריות לאפשריות, אמונתנו בניבוי הולכת וגוברת משום שאנו מניחים את מציאותו. לפי שפינוזה התיקון להטיה זו מצוי באידאה ההולמת את העובדות שאמיתותה בכך שאין בה סיבות שיחוללו את ציפיותינו המופרכות. המודעות לעובדה שאין כל קשר בין ההטלות וכי כל הטלה היא אירוע בפני עצמו תהלום את האידיאה שמשקפת הסבר סיבתי למופע הרציף של "עץ" למשל, פגם במטבע, מאפיינים קבועים של היד המטילה ועוד, ולא סברה סטטיסטית שמשקפת אידאה מבולבלת או היעדר ידיעה.⁶¹

במשפט 13 ח"ד והוכחה אומר שפינוזה שדבר שאירע בעבר רישומו חזק יותר מדבר מקרי, וזאת משום שכאשר אנו מדמים משהו שכבר התרחש מתעורר הדבר בזיכרון ואנו מדמים אותו כנוכח. דימוי זה חזק יותר מאירוע שלא

61. ראו גם הוכחה למשפט 12 וכן הערה 1 של יובל בעמ' 295. תנועת היד של מטיל הקובייה, מזג האוויר (טמפרטורה, לחץ, לחות וכיו"ב), מבנה המשטח, מבנה המטבע ועיוותים באיזונו כל אלה שייכים להיבט הסיבתי והוא שגורם לתוצאה.

62. עוד על הדומיננטיות של הזיכרון הבלתי מבוקר ראו: מת"ש 82,83. על דרכה של החלטה נכונה שבעקבות ידיעה הולמת של הדברים בזמן ראו, ח"ד 62 הוכחה ועיון.

חייל הקשב!

ייעוץ למשפחות של מתבגרים שסובלים מהפרעות קשב וריכוז לקראת הצו הראשון, יום המא"ה והגיוס לצה"ל

מאת: ד"ר (סא"ל מיל') דבורה שני

יום הגיוס לצה"ל, הסירונות ומהלך השירות הצבאי הם בשביל רובנו תקופה בלתי נשכחת. בתקופה זו התבגרנו, למדנו להסתגל לחוקים ולאורח חיים חדש, רכשנו חברים חדשים, גילינו בעצמנו יכולות שלא הכרנו קודם לכן. המעבר למסגרת הצבאית הנוקשה וחסרת הפשרות אינו קל לצעירים שעתה זה עזבו את ביתם, על אחת כמה וכמה קשים הדברים כשמדובר בצעירים עם ADHD, שכל יציאה משגרה קשה להם. כיצד ניתן לסייע למתגייסים עם ADHD לעבור את תקופת השירות הצבאי בהצלחה? תהליך הייעוץ למשפחות עם מתבגרים שסובלים מהפרעת קשב וריכוז יומחש באמצעות תיאור מקרים אמיתיים של מתגייסים, המאפיינים ומייצגים מאות מקרים המגיעים לייעוץ לקראת המפגש הראשוני והמכריע בלשכת הגיוס.

תיאור מתגייס א – אלון

אלון הוא נער בן 17 תלמיד כיתה יא המאובחן עם הפרעת קשב וריכוז עוד מגיל הגן. הקשיים שלו מורכבים, לאורך השנים הוא מתקשה לשבת זמן ממושך וללמוד תחום שאינו מוצא בו עניין, הוא מתקשה להתמיד בדברים ובמהלך הזמן החליף כמה חוגים ותחומי עיסוק. הוא קופצני, מתקשה להירדם עד השעות המאוחרות, לאחר מכן מתקשה להתעורר ולהגיע בזמן לבית-הספר. נוסף על כך, לאלון יש 'פתיל קצר', הוא מתרגז בקלות, כועס על חלק מהמורים ומתעמת איתם, חש תמיד שנעשה לו עוול, קשה לו להסתגל למסגרת הלימודית ולקבל את הדרישות ממנו גם בבית. בשנים האחרונות התרחקו ממנו חלק מחבריו לאחר שהתפרץ ואמר דברים שפגעו בהם אף שלא התכוון לכך.

ד"ר דבורה שני

פסיכולוגית חברתית-תעסוקתית, מומחית בהפרעות קשב וריכוז והפרעת לקות למידה. שירתה כ-20 שנה כפסיכולוגית בצבא ושימשה ראש ענף המיון במח' מדעי ההתנהגות. כיום היא הבעלים והמנהלת של 'המרכז ללקויי למידה מתבגרים ומבוגרים' בכפר-סבא.
09-7420303
054-2020129
Shany.debby@gmail.com
www.drdebby.co.il



www.armyimages/soldiers/new

תמונה:

חשיבות הייעוץ המוקדם לקראת צו ראשון

בצו הראשון שאותו מקבלים צעירים בני 17, תלמידי כיתה י"א בדרך כלל, נקבעים נתוני הבסיס הצבאיים – הקב"א (קבוצת האיכות), הדפ"ר (דרגה פסיכו-טכנית ראשונית) המורכב ממבחנים פסיכו-טכניים ממוחשבים ומוגבלים בזמן, ציון הריאיון האישי (לבנים בלבד), ציון הפרופיל הרפואי ועוד. מתגייסות בנות ומתגייסים בנים שאינם מיועדים לשיבוץ קרבי, מוזמנים ליום מיונים נוסף הנקרא יום המא"ה (מיון, איתור והשמה). מתגייסים בעלי קשיים הסתגלותיים, רגשיים וכדומה מוזמנים למדור בריאות הנפש על-מנת לבחון את התאמתם לסוגי השירות השונים. תוצאות כל נתוני המיון הללו הם שיקבעו בסופו של דבר את התפקיד הצבאי שאליו ישובצו המתגייסים.

חשוב מאוד להתחיל את תהליך הייעוץ עוד לפני שהתקבל הצו הראשון, ולפני שנקבעו הנתונים האישיים.

שלבי הייעוץ מקבלת הצו הראשון ועד הטיירות

א. התרשמות מהנערה/ה – יכולת תקשורת, יכולת להתאים את עצמם לסיטואציה חדשה, יכולת להקשיב ולהפנים, תכונות אישיות בולטות, קשיים לשמור על קשב וריכוז במהלך השיחה, נטייה לאימפולסיביות, עקשנות לעומת גמישות, תקשורת עם ההורים, רקע של הסתגלות למסגרת בית-ספרית, יכולת לקבל סמכות, מידת העצמאות והבגרות על-פי סטנדרטים של בני 16-17 ועוד מדדים.

ב. בדיקת האבחון – בדיקת תקינות האבחון בהשוואה לדרישות לשכת הגיוס. בדיקה אילו התאמות אפשר לבקש על-פי האבחון במבחני הדפ"ר (ללשכת יש הגיוס התאמות שונות מאשר לאלה של משרד החינוך), בדיקת מסמכים רפואיים, פסיכולוגיים ופסיכיאטרים שונים שהמשפחה המתיעצת מביאה עימה.

ג. הסבר מקיף בדבר כל שלבי המיון בצבא עד למועד הגיוס, מהי המטרה בכל שלב, מה נדרש מהמתגייס וכיצד ניתן להתכונן למיון.

ההורים פנו יחד עם אלון לייעוץ, לאחר שקיבל את הזימון לצו הראשון. הם שידרו חשש כבוד מהשאלה, כיצד יוכל להסתגל למסגרת הצבאית ולא יזיז תחום יוכל להתאים ולהצליח? אלון עצמו הביע עמדה נחרצת בנושא השירות הצבאי ואמר שהוא מוכן לשרת רק ביחידה לוחמת ואם לא אז אינו רוצה להתגייס כלל. בבירור עימו עלה כי אין לו מספיק מידע בדבר שירות צבאי כלוחם ובעצם הוא מצהיר על כך שהוא רוצה לשרת שירות קרבי, אך אינו מבין במה הדבר כרוך ואילו השלכות יכולות להיות לשירות כזה. ההורים העלו ספקות בדבר מידת ההתאמה שלו לייעוד קרבי – חששות שבשל האופי המתנגח שלו והקושי שלו לקבל מרות ולהתאים את עצמו למסגרות הוא עלול להסתבך בעבירות משמעת. האם אף הוסיפה ואמרה שלדעתה עלול להיגרם אסון אם יהיה לוחם.

תיאור מתגייסת ב' – אורלי

אורלי היא נערה עם הפרעת קשב וריכוז בת 16 וחצי, נערה רגישה ומופנמת מאוד, סובלת מהקושי שלה להגיע להישגים משביעי רצון בבית-הספר. היא פיתחה במהלך השנים חרדות שונות ואינה נוהגת לישון מחוץ לבית, אינה יוצאת לטיולים השנתיים של בית-הספר, תלויה בהוריה וחוששת להתרחק מהסביבה הביתית המגינה והתומכת.

אורלי אמנם לא קיבלה עדיין את הצו הראשון, אך היא כבר חרדה מאד מהשלב הזה. חלק מהבנות בכיתה מספרות שכבר קיבלו צו ראשון והן מתרגשות ושמחות, אחרות כבר היו בלשכת הגיוס וסיפרו שבמשך יום שלם נשאלו שאלות רבות ועברו במבחנים פסיכו-טכניים קשים ומתישים על גבי מחשב. אורלי הגיעה לפגישת ייעוץ עם הוריה. היא העלתה חששות מפני הגיוס והסבירה שאינה חושבת שתוכל להתגייס, בשל הקשיים הרגשיים והנפשיים שלה אשר התווספו במהלך השנים על הפרעת הקשב והריכוז שלה. היא מטופלת שנים אצל פסיכולוגית וגם מקבלת תרופות אנטי-חרדתיות, בשלב זה אינה מרגישה מספיק חזקה כדי להתמודד עם צו ראשון ולאחר מכן עם הגיוס.

הוריה אינם רוצים להפעיל עליה לחץ והם מבקשים לקבל הכוונה כיצד לנהוג בנושא חובת השירות.



אלון עבר גם תהליך שיחות בעניין המערכת הצבאית, כך הוא למד להבין ולהפנים שיש תפקידים רבים שיוכל למלא בהצלחה, אך השיבוץ נקבע לפי שיקולי המערכת וצרכיה. הוא הבין ששירות בצבא אינו 'תוכנית כבקשתך' ועליו לתרום ולתת מעצמו בכל יעד שיקבעו עבורו. בשיחות אלו, הודגש כי השירות הצבאי יכול להיות עבורו חוויה חיובית בהשוואה לתחושות הקשות שמלוות אותו בבית-הספר. כך למעשה שינה אלון בהדרגה, את העמדה הקיצונית שבה החזיק בתחילת התהליך הייעוצי והיה בשל יותר לקראת שלב הגיוס.

בסופו של דבר, אלון קיבל קב"א 53 (מעל לממוצע) ונקבע לו פרופיל 64 (לא קרבי) עם סעיף ליקוי רפואי של הפרעת קשב וריכוז. הוא שובץ למערך הטכני של חיל האוויר, ועבר ללא קושי קורס מקצועי שהכשיר אותו לתפקיד (מכיוון שהגיע ללא כל ידע טכני ולמד בתיכון במגמה עיונית). כיום הוא משרת באחת מהטייסות המובחרות בצוות הטכני. דווקא הפרעת הקשב שלו מסייעת לו להצליח בתפקיד מכיוון שהעבודה נעשית במתחם חיצוני ולא בחדר סגור, המזג שלו והמרץ שלו הופכים אותו לחייל אקטיבי וזריז מאוד ובתפקיד עצמו יש צורך בתנועה מתמדת, מה שמתאים לו מאוד. אלון מצליח וזוכה לחוות-דעת טובה ממפקדיו, הוא רכש לעצמו חברים רבים בבסיס ומרגיש סיפוק רב.

ייעוץ למתגייס ב – אורלי

בתהליך הייעוץ שעברה אורלי הושקע מאמץ רב בחיזוק החוסן הנפשי שלה ובשיפור תחושת הערך העצמי, על-מנת שתחוש שהיא מסוגלת להתגייס ולהתמודד עם כל שלב ושלב בצבא. בהמשך, כשמועד הצו הראשון התקרב, עברה אורלי הכנה אינטנסיבית של פגישות אחדות לקראת מבחני הדפ"ר ולקראת יום המא"ה. הוסבר לה בפרוטרוט מה צפוי לה בכל שלב מיוני ובאופן זה פחתה תחושת החרדה מפני חוסר הוודאות והיא הגיעה ונבחנה בתחושה פנימית חיובית. אורלי הצליחה להגיע להישגים טובים בתחנות המיוניות והקב"א שלה נקבע על 52 (מעל לממוצע).

ד. הכוונה של ההורים אילו מסמכים לשלוח ולאיזה גורם בלשכת הגיוס. במקרה הצורך, גם הכנה של מכתב מלווה למסמכים מקצועיים על-מנת למקד את הפנייה.

ה. תיאום ציפיות – בדיקת הציפיות של המתגייס ושל הוריו בדבר השירות הצבאי, הסבר על האופן שבו הצבא קובע מה יהיה השיבוץ הסופי על-פי הנתונים האישיים המשקפים יכולת קוגניטיבית, יכולת רגשית והסתגלותית, רמת השכלה, כושר גופני ועוד.

ו. הנחיה ספציפית על כל אחת מתחנות המיון: אימון אישי של המתגייס לקראת המבחנים, הריאיון, יום המא"ה, הקב"ן ועוד.

ז. הכנה לגיוס – ליווי תהליכי של המתגייס והוריו בכל התהליכים עד לגיוס עצמו. קיום פגישות מעקב תקופתיות כדי לבחון נושאים שונים שבהם המתגייס מתחבט, הדרכה מקיפה בדבר הטירונות וההכשרות המקצועיות, חיזוק המיומנויות החברתיות, תיאום ציפיות בעניין המערכת הצבאית, הסברים מקיפים בנושא חוקי המערכת, משמעת וענישה בצבא, חיזוק החוסן הנפשי ויכולת ההתמודדות עם מצבי תסכול וקושי.

ייעוץ למתגייס א – אלון

אלון עבר תהליך ייעוץ שכלל כמה נושאים. ראשית, אלון קיבל אימון והכנה של מפגשים אחדים לקראת הצו הראשון. הוסברו לו כל תחנות המיון והוא ידע לקראת מה הוא הולך ומה צפוי לו בלשכת הגיוס. אלון התאמן לקראת מבחני הדפ"ר ואימץ אסטרטגיות שמתאימות לו כדי שיוכל להגיע להישגים גבוהים בסוג זה של מבחנים. נוסף לכך, אלון הבין מה מטרת הריאיון האישי וכיצד הוא יכול להביא לידי ביטוי את צדדי החוזק שלו ולהעביר מסר ברור של מוטיבציה, ערכים ורצינות.

בנושא הפרופיל הרפואי, קיבלו הוריו של אלון הנחיות מפורשות אילו מסמכים רפואיים יש לשלוח ללשכת הגיוס בנושא הפרעת הקשב והריכוז שלו, על-מנת שהרופאים יוכלו לקבוע את הפרופיל הרפואי המתאים לו וכך ייקבע השיבוץ שלו לתפקיד בהתאם ליכולת ולמגבלות שלו.

בקרו באתר של הפ"י (

היטב את סימון התפקידים ולקחת בחשבון את מכלול המאפיינים של המתגייס. לא כדאי לבחור תפקיד שנחשב 'יוקרתי' אבל אינו מתאים כלל למתגייס עם ADHD.

7. סמוך למועד הגיוס, מומלץ למתגייס עם ADHD הסובל מתופעת 'שעון ביולוגי הפוך' להתחיל ולהפוך את השעון חזרה. לרוב ניתן לעשות זאת באמצעות הימנעות משינה במהלך היום. במקרים מסוימים כדאי לשקול לבקר במרפאת שינה ולהצטייד בתרופה מתאימה על-מנת להקל על הירדמות בלילה ויקיצה בבוקר.

8. לקראת הגיוס חשוב לקבל ייעוץ אישי וללבן את כל הנושאים המטרידים או מדאיגים את המתגייס. מומלץ להגיע ליום הגיוס ללא חרדות מיותרות, עם חוסן נפשי גבוה, עם ביטחון עצמי, עם מוטיבציה חיובית ואופטימיות. חשוב להגיע לגיוס עם ציפיות ריאליות מהמערכת הצבאית על-מנת שלא להתאכזב ולהידרדר למצב משברי.

9. מומלץ להצטייד במכתב מפסיכולוג או מרופא המסביר את הקשיים הנובעים מהפרעת הקשב אצל המתגייס. מכתב זה יהיה שימושי בטירונות וניתן יהיה למסרו למפקד אם וכאשר יעלו קשיים בתפקוד השוטף (עמידה בזמנים, התארגנות וכדומה). רוב המפקדים ישתדלו להתחשב במתגייס שמסביר את קשייו ומציג מסמך פורמלי.

10. למתגייס עם ADHD הסובל מקשיי התארגנות מומלץ בזמן הטירונות להתעורר לפני יתר הטירונים, ולהתארגן בקצב המתאים לו על-מנת שיוכל להיות מוכן בזמן לפעילות הראשונה בבוקר.

11. אם המתגייס משתתף בקורסים במהלך שירותו, אפשר להגיש אבחון פורמאלי ולקבל התאמות בבחינות.

12. במהלך השירות, אם המתגייס יהיה מעוניין בכך, אפשר לפנות למרפאת קשב וריכוז בצבא ולקבל טיפול תרופתי (כגון ריטלין וקונצרטא).

13. חשוב לזכור – חיילים עם ADHD שהגיעו לתפקידים המתאימים לכישוריהם, הצליחו בשירות וחוו תקופה מחזקת וחיובית.

מכיוון שלאורלי קשיים רגשיים והיא נערה חרדתית ותלותית, הכנו עבורה בתהליך הייעוץ חוות-דעת פסיכולוגית המפרטת את הקשיים והמאפיינים האישיותיים שלה. חוות הדעת הועברה למדור בריאות הנפש בלשכת הגיוס, ובעקבותיה נקבע לאורלי ציון קושי הסתגלות (קה"ס) ובסופו של דבר שובצה לשירות בבסיס הקרוב למקום מגוריה.

כיום היא משרתת בתפקיד משמעותי ומעניין במשרד העוסק בניהול כוח-אדם היא מגיעה מדי יום למשרד וחוזרת לביתה בסוף יום העבודה. הביטחון העצמי שלה עולה בהדרגה, היא זוכה למשובים חיוביים על השקעתה ומסירותה.

הצלחנו לסייע לאורלי למצוא את השירות הצבאי המתאים לה על-מנת שתחווה תקופה חיובית ומחזקת.

לסיכום – טיפים חשובים למתגייסים עם הפרעת קשב וריכוז

1. חשוב להעביר כחודש לפני מועד הצו הראשון (באמצעות פקס) את האבחון העדכני ביותר ללשכת הגיוס, לידי החוליה הפסיכו-טכנית בצירוף בקשה לקבל התאמות במבחני הדפ"ר.

2. חשוב להעביר מידע מפורט בדבר הפרעת הקשב והטיפול שהמתגייס קיבל לאורך השנים, סוגי תרופות, מינון וכדומה. מידע זה יש להעביר בפקס ללשכת הגיוס, לידי המדור הרפואי.

3. חשוב להתכונן לצו הראשון על כל שלבי המיון שבו, לאחר מכן לא ניתן לתקן את הציונים אלא במקרים חריגים ביותר.

4. מי שנוטל תרופות בימי לימודים, חשוב ליטול את התרופה גם ביום ההתייצבות בלשכת הגיוס.

5. במהלך יום ההתייצבות שהוא יום ארוך ומעייף, אם המתגייס חש שכבר אינו מרוכז ומתקשה להיבחן במבחנים הפסיכו-טכניים, אפשר לפנות במקום לגורם האחראי ולבקש להיבחן במועד אחר.

6. לאחר שכבר נקבעו הנתונים האישיים ומוצעים תפקידים שונים על גבי שאלון העדפות, חשוב מאד לשקול

WWW.PSYCHOLOGY.ORG.IL

פסיכודיאגנוסטיקה, משפט ואתיקה

**גישות ושיטות להערכה פסיכולוגית
של הכשירות הקוגניטיבית והאישיותית
לחתום על הסכם, לערוך צוואה ולמסור
עדות בבית המשפט**

מאת: פרופ' משה זכי

מבוא

בהיעדר מבחנים פסיכולוגיים סטנדרטיים לבדיקת תסמונות מתחומי בריאות הנפש העולות במשפט, הציעו המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה (זכי, 2003) והסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית (Craig, 2005) כמה מודלים להערכה פסיכולוגית של תסמונות שעולות בבית המשפט ושאינן מסווגות ב- DSM-IV, כמו למשל אי-מסוגלות הורית (זכי, 2004). באותו אופן, אנו פועלים גם ביחס לכשירות קוגניטיבית ואישיותית לחתום על הסכם גירושין, לערוך שינויים בצוואה, או למסור עדות בבית המשפט – מצבים נפשיים שהם נחלתם של הפסיכיאטר המשפטי, הנוירו-פסיכולוג המשפטי והפסיכולוג המומחה המשפטי. לשלוש דיסציפלינות אלה גישות ושיטות הערכה משלהן שאותן ניתן לחלק לשתיים: הגישה הביולוגית של ה"חומרה" והגישה הפסיכולוגית של ה"תוכנה". המונח "חומרה" שעניינו בחומרים ובתפקודים של המוח – נמצא למעשה באחריותם האבחונית של הפסיכיאטר ושל הנוירו-פסיכולוג (לוי, 1987), המונח "תוכנה" שעניינו בחוויות שעבר הנבדק בחייו – נמצא באחריות האבחונית של הפסיכולוג המומחה.

במאמר זה, יוצגו נושאים שבהם יידרשו הערכות פסיכיאטריות ונוירו-פסיכולוגיות, לצד מקרים שבהם נדרשות הערכות פסיכולוגיות, לצד מקרים בהן נזדקק לשתי הגישות גם יחד. כדי להמחיש את הדבר נציג דוגמאות ממקרים שנידונו בבית המשפט.

מודל להערכה פסיכולוגית של ה"חומרה"

כפי שהובהר לעיל, המונח "חומרה" מתייחס לתהליכים ביולוגיים בסיסיים של ההפרעה הנפשית, למשל, בתחום הרפואי-פסיכיאטרי, רמה גבוהה של דופמין (נוירו-טרנסמיטור מרכזי וחשוב הקשור להפרעות פסיכוטיות כדוגמת סכיזופרניה), או סרוטונין (נוירו-טרנסמיטור חשוב אחר, שמחסור בו בגזע המוח קשור לדיכאון) – נושאים מעין אלה הנידונים בבית המשפט הם באחריות הפסיכיאטר המומחה.

יש תסמונות נפשיות פסיכו-אורגניות, כמו למשל דמנציה (מצב ירידה באינטלקט, בזיכרון ובאישיות – אך ללא הפרעה במודע), או למשל DAI (Diffused Axonal Injury) כתוצאה מחבטה

פרופ' משה זכי

ראש המחלקה
לפסיכולוגיה, משפט
ואתיקה
המרכז הבינלאומי
לבריאות, משפט ואתיקה,
הפקולטה למשפטים,
אוניברסיטת חיפה.

אשתו (אביה ואחיה) – במצב זה, מבחינה משפטית היה ראוי שיזום הפנייתה לבדיקה פסיכיאטרית בטרם תחתום על ההסכם.

אם כי בבדיקה פסיכולוגית לא נמצאה התובעת כלוקה הקוגניטיבית וללא קווים פסיכויים – עדיין מחלתה, מאניה-דפרסיה, הייתה בהחרפה סימפטומטולוגית (עם דיכאון מג'ורי חריף, בהתאם לאבחון מתאריך 24.6.10 של הרופאה הפסיכיאטרית). ועל כן, במצב זה נדרש הבעל מבחינה משפטית ואתית לדאוג לאבחון הנפשי שלה בטרם החתימה על סעיפי ההסכם.

אנו רואים בדוגמא זו שגם במקרים משפטיים הקשורים לתחומים ביולוגיים של המוח ה"חומרה" של הפרעה נפשית (מאניה-דפרסיה): הפסיכולוג כמומחה נדרש לסייע בהכרעת בית הדין רבני חיפה באמצעות הערכה פסיכו-דיאגנוסטית שתאמוד את כשירותה של התובעת, הקוגניטיבית והאישיותית, לחתום כשירותה על הסכם גירושין.

מודל להערכה פסיכולוגית של ה"תוכנה"

במקרים אחרים בהם לא מדובר בהפרעה נפשית עם בסיס ביולוגי, אלא הפרעה הסתגלותית תגובתית לסטרסורים, נדרש הפסיכולוג המומחה, לא פעם, למסור חוות-דעת מקצועית לבית המשפט ביחס למצבו הנפשי של הנבדק: שהוא שפוי על-פי חוק, אך המערך הנפשי שלו, הקוגניטיבי והרגשי, דל ביותר, למשל כדי למסור עדות בבית המשפט. דוגמא לכך אנו רואים במקרה שנדון בבית המשפט המחוזי:

תפ"ח (מחוזי חיפה) 1355/09 מ"י נ' ר.ז.נ. (לא פורסם)

ר.ז. אשה בגיל 37 נאשמת כשותפה עם בן-זוגה לרצח של קשישה עבור חוב של בן הזוג שלא שולם לקשישה. הסנגוריה הציבורית פנתה לקבל חוות-דעת פסיכולוגית ביחס למגבלות הקוגניטיבית והרגשית של הנאשמת למסור עדות בבית המשפט. נמסרו לעיונו של הפסיכולוג המומחה הבדוק, דו"ח מחלקת השיקום של אגף הרווחה של עיריית חיפה (14.11.91) ש.ר.ז. כבר בילדותה מגיל 6-14 שנים, למדה בפנימייה טיפולית "דגנים" וחזרה בגיל 14 לבית הוריה החולניים והמנהלים אורח חיים פרימיטיבי. בגיל 19 באבחון פסיכולוגי של מרכז השיקום "מגדל אור" בקרית חיים, היא מדווחת בפיגור ביכולת הכללית, בתחום המילולי ובתחום הביצועי – כולל בעיות בריכוז ובעיות רגשיות: קושי בוויסות אימפולסים ובוויסות רגשות: היא הומלצה לפנימייה שיקומית, אך היא המשיכה להתגורר בבית הוריה ולעבוד בניקיון.

דו"ח פסיכיאטרי של ר.ז. מבית-חולים רמב"ם (15.3.09) מדווח: "לא נמצאה פסיכופתולוגיה ברורה ב-Axis-I". על כן אין בעיה ב"חומרה".

בראש הגורמת לירידה בזיכרון ולדיכאון. בתסמונות מעין אלה המובאות לדיון בבית המשפט, האחריות האבחונית היא ביד הנזיר-פסיכולוג.

במקרים של פגיעה ב"חומרה" תיתכן פנייה מטעם בית המשפט להערכה פסיכו-דיאגנוסטית של ההפרעה הנפשית – במטרה לאמוד את רמת הרמיסיה ודרגת חריפותה של ההפרעה הנפשית (קלה, בינונית, חריפה). דוגמא לכך נציג במקרה הבא:

בת"ע (הרבני האזורי חיפה) 547676/12 ב.ש.נ' ב.ג.ק. (לא פורסם)

בית הדין הרבני האזורי בחיפה פנה בבקשה להערכה פסיכולוגית בדבר כשירותה הקוגניטיבית והאישיותית של התובעת ב.ש. לחתום על הסכם גירושין. לדבריה של הנבדקת, בתקופה הסמוכה לגירושין בעלה נהג לגדף אותה ולצעוק עליה והפעיל עליה לחץ בכיוון של גירושין, בתאריך 28.4.10 החתים אותה על הסכם גירושין, שכלל תנאים שהוכנו מראש לטובתו. לדבריה, הייתה במצב נפשי ירוד ולכן חתמה על ההסכם מתוך רצון לשים קץ ללחצים שהפעיל עליה.

לאחר החתימה על ההסכם בתאריך 24.6.10, קבעה רופאה פסיכיאטרית מומחית שהיא סובלת מדיכאון חריף של מאניה-דפרסיה ונתנה לה טיפול תרופתי.

במסמכים רפואיים אנמנסטיים מצוין שכבר בשנת 2009 הפנה אותה רופא משפחה מקופ"ח כללית לפסיכיאטרית של הקופה, אשר אבחנה אותה במצב של דיכאון ורשמה לה תרופות; שנה קודם לכן, בשנת 2008, היא פונתה לחדר מיון בבית-חולים הגליל המערבי בנהריה בגלל קשיי נשימה וירידה בתפקוד, אך היא סירבה להתאשפז לצורך הסתכלות.

בסיכום ההערכה הפסיכולוגית שנערכה לתובעת על-פי בקשת בית הדין הרבני האזורי, נאמר:

- "במצב של כיסוי רפואי ומעקב פסיכיאטרי עדיין נצפים אצל התובעת (מתוך מבחני האישיות) קווים דיכאוניים, כוחות נפש חלשים, ולא השיגה רמיסיה מלאה: ויש עדיין מקום להוסיף לטיפול התרופתי, פסיכותרפיה ושיקום תעסוקתי.

- אם נחזור לכשירותה הקוגניטיבית והאישיותית לחתום על הסכם הגירושין (בתאריך 28.4.2010) בטרם אובחנה וטופלה פסיכיאטרית ע"י תרופות: קשה לדעת היום באופן אובייקטיבי מה היה מצבה הנפשי אז. להוסיף עוד, שהיום גם עדיין לא הגיעה לרמיסיה כללית.

- וגם אם היא הבינה שהיא מוותרת על זכויותיה – היא הייתה בתקופה של לחצים נפשיים מבפנים ומבחוץ – בעלה, וכפי שדיווחה לי בראיון הקליני: היא רצתה לחתום ולגמור עם כל הסיוט.

- וביחס לבעל – הוא ידע שאשתו לוקה נפשית ולא מתפקדת כרעיה וכאם (עובדה שביקש משמורת על 2 בנותיו); הוא גם ידע שישנה תורשה של מאניה-דפרסיה במשפחת

אשר מסכם את חוות-דעתו (1.11.09) וטוען: "אמנם הצוואה שהעתקה הוצג בפני מורכבת וכוללת שינויים המצריכים ריכוז וזיכרון לטווח קצר תקינים, אולם מתוך המידע הרפואי שהוצג לפני אינני רואה כל מניעה שלמנוחה היה כושר להבנה טובה של הצוואה, להבין את מהותה של הצוואה, קרי התמצאות של הכתיבה, שידעה למי היא מורשה ושידעה את היקף רכושה. גם מבחינה פסיכיאטרית אין לנו עדות למצב דיכאוני חמור, מצב פסיכטי או מצב מאני שיכולים היו לפגוע בשיפוט בגלל מחלתה".

מאידך, פרופסור בנירופסכולוגיה, אשר מסכם את חוות-דעתו (22.12.11) וטוען:

"היכולת האינטלקטואלית הכללית איננה נפגעת במצבי חרדה, אם בכלל, כך שבהליך האבחון הנוירו-פסיכולוגי של פציינטים ניתן לאמוד שיכולתם האינטלקטואלית הפרה-מורבידית על ידי מבחנים שאינם תלויים במהירות התגובה של הנבדקים. אי לכך החרדה המתוארת של המנוחה אינה סותרת הבנה טובה של הצוואה. ומהחומר בידי אפשר להסיק שחלוקת הרכוש נעשתה בקונטקסט משפחתה של המנוחה ונטייתה הדתית, ללא השפעה בלתי הוגנת".

- הגישה הפסיכולוגית של ה"תוכנה" מתוארת בחוות הדעת הפסיכולוגית (17.1.11) של פרופסור לפסיכולוגיה משפטית, כמפורט:

חשוב לציין שבפסיכולוגיה גוף ונפש (למפרט, 1999), מצוקה נשימתית קשה תשמש "סטרוור" ותיצור דחק נפשי. ככול שהמצוקה הגופנית תלך ותגבר, כך ימשך הדחק הנפשי. להלן מספר ממצאים התומכים בכך:

לצ.ה. היו אירועים רבים של קוצר נשימה מלווה בהזעה ובדופק מהיר עם ירידה ברמת החמצן בדם (ריווי החמצן). בתאריך 20.9.04 בדק אותה פסיכיאטר מומחה, שהתרשם מתמונה של חרדה ממושטת הקשורה להנשמה. בתקופת אשפוז בבית החולים "שיבא" החלה לקבל טיפול אנטי-דיכאוני. כמו כן, נזקקה לתרופות הרגעה שאותן קיבלה לפי הצורך. במשך אשפוזו הופיעו אצל החולה סימנים של דיכאון וחרדה, והייתה חסרת מנוחה ובאי-שקט.

עוד חשוב לציין, שנוסף לדחק הנפשי, מתגלה נסיגותיות תעסוקתית וחברתית בחיי היום-יום. עובדת הסוציאלית מלשכת הרווחה מדווחת לפקידת הסעד (בתאריך 7.11.04), למעשה על נסיגה במסוגלותה לתפקד בכל נושא אשר איננו בעיותיה שלה, דבר הבא לידי ביטוי, למשל, באי-יכולת לתפקד אפילו בענייניו של בנה – אני מצטט: "גב' צ.ה. משוללת אנרגיות ונראה שמסוגרת ועסוקה בבעיותיה שלה. מתקשה להתייחס היום לבעיותיו של בנה והתקשורת עימה בלתי אפשרית. מעבר לעובדה שמתקשה לגלות היום אמפטיה לבנה, הרי שהיכולת לתקשר ולברר את הנושא באופן ברור ורציני לקויה מאוד. הוצע לגב' צ.ה. לכתוב את דעתה בנושאים השונים הקשורים לבנה וגם לבקשה זו נענית בחוסר רצון. נראה שגב' ה., שלגבי מצבה הרפואי הקשה אין לנו ספק, מכונסת בעצמה ואינה מסוגלת להתייחס אל בעיות מעבר לבעיותיה היא. בשלב זה אינני יכולה לתרום אינפורמציה לקידום מצבו של הבן."

חוות הדעת הפסיכולוגית שנערכה לבית המשפט המחוזי חיפה (13.11.09) מסכמת:

- "הממצאים מצביעים על תיפקוד קוגניטיבי ברמת פיגור בינוני ואישיות לא בשלה, דלה ותלותית. לציין, שגם הפרופיל הקוגניטיבי והמערך הרגשי – אופייניים לילדים רגילים גילאי 8-9 שנים (גילה 37 שנים).
- בגין הלכות השכלית והמגבלות הרגשיות של עמידה בלחצים נפשיים, מוגבלת יכולתה של הנבדקת למסור עדות. לציין שנמצאו רמות קוגניטיביות נמוכות ביותר בזיכרון לטווח קצר, בזיכרון חזותי ובכושר ריכוז; יתירה מכך, כוחות "אני" חלשים המתבטאים בחוסר יציבות רגשית לעמוד בתנאי לחץ מוגברים".

בניגוד למקרה הקודם שבו נערכה בדיקה פסיכו-דיאגנוסטית לצורך אומדן רמת רמיסיה של הנבדקת עם הפרעה נפשית של מאניה-דפרסיה ודרגת החריפות של ההפרעה הנפשית – כאן נערכה חוות-דעת לאומדן הכשירות הקוגניטיבית והרגשית למסור עדות בבית משפט לצורך בדיקת ה"תוכנה" של הנתבעת שהיא למעשה ללא הפרעה נפשית, כלומר ללא פגיעה ב"חומרה".

מודל משולב להערכה מקצועית של ה"חומרה" ושל ה"תוכנה"

יש מקרים שבהם נדרשת גישה מקצועית מקיפה של פסיכיאטר ונוירו-פסיכולוג לאבחון פגיעה ב"חומרה" (הפרעה נפשית או נזק נוירו-אורגני) והערכה פסיכולוגית של ה"תוכנה" (המצב הקוגניטיבי והרגשי שבו נתון הנבדק). שתי הגישות יחד, מאפשרות לבחון מצב נפשי של נבדק שאינו עוד בחיים. דוגמא לכך ניתן למצוא במקרה שנדון בבית משפט לענייני משפחה בת"א-יפו שדן במצבה הנפשי של פלונית לאחר מותה, בעת שערכה צוואה מורכבת, כמו כן, נידונה יכולתה הקוגניטיבית והרגשית להפעיל שיקול דעת עצמאי.

להלן תאור המקרה:

בת"ע (לענייני משפחה ת"א-יפו) 101620/06 עזבון המנוחה צ.ה. ז"ל (לא פורסם)

במקרה זה, ההערכות של הגישה הביולוגית ה"חומרה" ושל הגישה הפסיכולוגית "תוכנה", התבססו על מסמכים רפואיים של המנוחה בעודה בחיים.

המנוחה ילידת 1953, סבלה מ-Bronchiectases קשה משנת 1980. בשנת 1996 עברה כריתה חלקית של הריאה השמאלית. מחלתה הלכה והחמירה במשך השנים:

ב-25.7.04 אושפזה בבית-חולים "תל השומר" במצב קשה ביותר ובתאריך 17.10.04 הועברה למרכז הרפואי גריאטרי "בית רבקה".

לגב' צ.ה. ז"ל בן מאומץ אשר אביו נפטר בשנת 2003.

בתאריך 25.11.04 כחודש לאחר אשפוז ב"בית רבקה" כתבה המנוחה צוואה בה צוותה את מרבית רכושה לאנשים אחרים. היא נפטרה ביום 20.9.2005.

- הגישה הביולוגית של ה"חומרה" עולה מחוות הדעת של פרופסור לפסיכיאטריה, מומחה מטעם בית המשפט

של המנוחה – גישה ששוללת את האפשרות שגב' ה. ז"ל הייתה צלולה קוגניטיבית ועצמאית, בעניין פרטי מורכבות הצוואה.

סיכום

השירות הפסיכו-דיאגנוסטי הניתן לבתי המשפט חסר במבחינים פסיכולוגיים סטנדרטיים, לאבחון של תסמונות בריאות הנפש הבאות לדיון בבית המשפט. בארצות הברית, התמקדו במשך שנים בניסיונות למציאת פתרונות מקצועיים לסוגיה זו. אחדים חיפשו מענה בשיטות הערכה המתבססות על מחקר מדעי (Melton, 1997), אחרים חיפשו מתאמים בין ממצאי מבחני אישיות קיימים, לבין סוגים של הפרעות נפשיות והפרעות אישיות המובאים לדיון במשפט הפלילי ובמשפט האזרחי (Roesch, 1999).

בישראל, מציעה המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה פתרונות פסיכו-דיאגנוסטיים לפסיכולוגים מומחים המגישים חוות-דעת מומחה לבית המשפט בצורת מודלים של הערכת מסוגלות הורית (זכי, 2008), של האחריות הפלילית של הלוקה בשכלו (זכי, 2011), ובמאמר זה, של הכשירות הקוגניטיבית והאישיותית לחתום על הסכם, לערוך צוואה ולמסור עדות בבית המשפט – אלה מתבססות על אבחנה מבדלת בין פסיכו-דיאגנוסטיקה של ה"חומרה" לבין הפסיכו-דיאגנוסטיקה של ה"תוכנה".

חשוב לציין כי מאחר שלא נבדקו המודלים המוצעים: הפסיכולוג המומחה המשפטי יתייחס לממצאי ההערכה בפסיכולוגיית כאל "השערה דיאגנוסטית"; ואל המודלים של ההערכה כאל הנחייה ל"אוריינטציה מקצועית", ועליו לציין זאת בחוות הדעת המוגשת לבית המשפט.

הממצאים מצביעים על תסמונות של קשיי הסתגלות, כתוצאה מסטרסור של מחלה נשימתית קשה ואלה מתבטאים בדחק פסיכו-סוציאלי מתמשך: ההפרעות מתגלות ביכולת התפקוד היום-יומי (למעשה גב' ה. ז"ל נעשת סיעודית) וביכולתה לתפקד בכל עניין אחר זולת בעיותיה שלה, כדוגמת אי היכולת לטפל בענייני בנה, כמתואר במסמך הסוציאלי של עו"ס (7.11.4): ללא מסוגלות הורית.

נוימן (1987) מתייחס לתסמונת של קשיי הסתגלות: "סימפטומים נוספים שמופיעים הם מצב רוח ירוד, מצבים של מתח, דאגה וחרדה, הפרעות ביכולת הריכוז והלמידה..." (עמ' 208).

ידוע, שבתסמונת זו הדחק הנפשי מלווה בירידה בכישורים קוגניטיביים: בטווח הקשב והריכוז, בזיכרון לטווח קצר וביכולת הלמידה בכלל: מכאן, שעולה שאלה ביחס ליכולתה הקוגניטיבית של המנוחה לערוך מסמך צוואה מפורט ומורכב מתוך חשיבה צלולה עצמאית.

סוגיה שנייה עולה בנוגע למצב הרפואי והנפשי הירוד של גב' ה. ז"ל בסמוך לחתימה על הצוואה (25.11.04): מצבים אלה מאופיינים בשתי תופעות פסיכולוגיות: "רגרסיה רגשית" עם צורך בסיסי לתמיכה רגשית-חברתית של בני המשפחה; ו"סוגסטיה" – נטייה להיות מושפע מהם. שתי תופעות אלו עשויות להעלות גם סוגיות אתיות ביחס למניע האמיתי של המנוחה לערוך הצוואה ולחלק רכושה לאנשים אחרים.

בדוגמא זו, אפשר לראות ששני אנשי מקצוע בכירים שוללים אצל המנוחה בעיה פסיכיאטרית או נירו-פסיכולוגית אשר עלולה לפגוע ביכולתה ובשיקול דעתה לערוך צוואה מורכבת. בו בזמן, פסיכולוג מומחה משפטי תומך בראיה פסיכו-פיזית של מצבה

ביבליוגרפיה:

לוי, ר' (1987), **מבוא לנוירופסיכולוגיה קלינית**. תל-אביב: דיונון.

למפרט, ע' (1999). **פסיכולוגיה של גוף ונפש**. רמת-גן: פרולוג.

נוימן, מ' (1987). קשיי הסתגלות. בתוך ח' מוניץ (עורכים), **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה** (עמ' 208), תל-אביב: פפירוס.

Craig, R.J. (2005). *Personality-Guided Forensic Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Melton, G.B. et al. (1997). *Psychological Evaluations for the Courts*. New York: The Guilford Press.

Roesch, R. (1999). *Psychology and Law*. New York: Plenum Publishers.

זכי, מ' (2003). **אשנב לפסיכולוגיה משפטית**, בני-ברק: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

זכי, מ' (2004). הערכה פסיכולוגית של המסוגלות ההורית בתיק משמורת לעומת הערכה פסיכולוגית של מסוגלות ההורית בתיק אימוץ: הדומה והשונה, **רפואה ומשפט**, 31, עמ' 101-105.

זכי, מ' (2008). פסיכו-דיאגנוסטיקה, משפט ואתיקה: סוגיות מקצועיות ואתיות. בתוך ד' יגיל (עורך), **סוגיות יישומיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל: אבחון, טיפול שיפוט** (עמ' 43-51). תל-אביב: דיונון.

זכי, מ' (2012). מודל להערכה פסיכולוגית של האחריות הפלילית של הלוקה בשכלו. בתוך ד' יגיל (עורך), **סוגיות יישומיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל: אבחון, טיפול שיפוט** (עמ' 124-127). תל-אביב: דיונון.

אמונה נגד מצוקה

סיוע טיפולי לאנשים הנעזרים
גם בחיים דתיים בהתמודדות
עם מצוקות



מאת יששכר עשת

מבוא

שבעה מתוך עשרה אנשים נעזרים באורח חיים דתי בהתמודדות עם מצוקות. מעל 75% מהיהודים הישראליים מנהלים אורח חיים דתי בצורות שונות, מאמינים שיש אלוהים או כוח עליון שיכול לעזור בעת צרה ושיש גמול על מעשים טובים ועונש על מעשים רעים. (אשר וקיסר, 2009). מכאן שקרוב לוודאי שגם שבעה מתוך עשרה מטופלים בחדר הטיפול מנהלים אורח חיים דתי במידה כזו או אחרת ונעזרים בכוחות דתיים בעת צרה ומצוקה. ממצא זה מלמד שיש מקום להביא את נושא הדתיות לחדר הטיפול אם אדם נעזר בו כמשאב טיפולי ברגעי מצוקה ושיש מקום לבחון כיצד יכול מטפל לתרום לדרך זו.

במאמר סקירה מקיף מצטט (Wendel, 2003) מחקרים רבים בנוגע לחשיבות הרוחניות והחיים הדתיים כחלק מתהליך הטיפול. לדבריו אמונה ורוחניות נעשו בעשר השנים האחרונות נושא חם בפסיכותרפיה. אבל ממחקרים הסוקרים השפעת חיים דתיים ורוחניות על חיי המאמין, מתברר שהתוצאות אינן חד-משמעיות. מתברר שחיים דתיים עלולים גם לגרום לנזקים נפשיים וגופניים (George, et al, 2000).

מאמר זה דן בשאלה, מה יכולה להיות תרומת המטפל, לחיזוק החיים הדתיים והרוחניות אשר תורמים להתמודדות עם מצוקות? ומה יכולה להיות תרומתו במניעת נזקים אפשריים של חיים דתיים ורוחניות. מתברר שקיימים שלושה מכשולים עיקריים בדרך להכנסת תכנים אלו לתהליך הטיפול. לכן **בחלק הראשון** של המאמר מוצגים מחקרים הדנים במכשולים הללו ובדרכים לעקוף אותם.

בחלק השני מובאים ממצאי מחקרים אודות הקשר בין מצוקות לבין מימדים שונים של חיים דתיים ורוחניות וכפי שיתברר הממצאים אינם חד משמעיים. **החלק השלישי** דן במושג "מצוקה רוחנית" (Anandarajah & Hight, 2001) המפריעה ליהנות מהברכה שיש באורח החיים הדתי. **בחלק הרביעי** מוצגות דרכי טיפול אחדות מגובות מחקר במצוקות רוחניות. ביסוד התערבויות אלו עומדת ההנחה שפתרון למצוקה רוחנית יחזיר את הברכה שיש באורח חיים זה. **בחלק החמישי** מודגמות ההתערבויות הטיפוליות באמצעות תיאור מקרה דמיוני המבוסס על מקרים אמיתיים מחדר הטיפול. **החלק השישי** מקיים דיון קצר בנושא.

יששכר עשת

פסיכולוג קליני מדרוך
בטיפול קוגניטיבי
התנהגותי.
המחלקה לרפואת
משפחה, חיפה.
מחבר הספר "פתח לנו
שער, סיפורים קצרים על
פסיכותרפיה בימי חורבן,
גלות, נחמה וגאולה".
באתר שלי "לרפא את
יצירי כפיך".
isas.eshet@gmail.com

א. מכשולים שכיחים בהכנסת החיים הדתיים לתהליך הטיפול

יש שלושה מכשולים שכיחים שהם אתגר מדעי וקליני בדרך להכנסת החיים הדתיים לתהליך הטיפול.

1. קושי רגשי למטפלים: במאמר סקירה היסטורי, תיאורטי וקליני מספר (Dein, 2010) על הקשר שהיה בין הפסיכיאטריה לבין אורח החיים הדתי עד סוף המאה העשרים. כאשר שרקו ופרויד הניחו שהמאמין הדתי סובל מנורוזה או היסטריה, נותק הקשר בין הדת והפסיכיאטריה. החלו לחשוב על החיים הדתיים כבלתי-רציונאליים ועל האדם המאמין כתלותי ובלתי-יציב בנפשו. אליס ראה בדת מכשיר המונע התמודדות משמעותית מול קשיים. המחבר ממשיך ומדווח כי משנות התשעים של המאה שעברה, חל מפנה משמעותי ביחס הפסיכיאטריה לחיים דתיים. מחקרים שהקיפו אוכלוסיות נרחבות מצאו קשרים חיוביים בין מעורבות בחיים דתיים מסוגים שונים ובריאות נפשית וגופנית. נמצא גם שבמצבים מסוימים אנשים נעזרים בהצלחה בפעילות דתית בהתמודדות עם מצוקות. (Dein, 2010) מצטט את ארגון הפסיכיאטריה האמריקאי הממליץ לפסיכיאטרים להכיר בערך החיים הדתיים וללמוד לתת להם מקום בחדר הטיפול.

2. חוסר אחידות בהגדרת דתיות: חוסר האחידות הקיים בספרות בין מושגי רוחניות ודתיות מקשה על חקר ויישום התחום. מרגולין (2010) עושה אבחנה בין חיים רוחניים ללא מסגרת הלכתית מחייבת, לבין חיים דתיים. במהלך השנים לא זה היה המהלך שהחוקרים כיוונו אליו. Wendel (2003) הגדיר מושג של "חיים דתיים" הכוללים השתייכות למסגרת דתית הלכתית במשולב עם רוחניות. גם (Williams & Sternthal, 2007) מכלילים בחיים הדתיים את הרוחניות.

במאמר זה נלך בעקבות הארגון הלאומי האמריקאי למחקר בריאותי (NIHR) National Institute of Healthcare Research אשר זיהה עשרה מימדים של "חיים דתיים": חברות בקהילה דתית או רוחנית, משך השייכות וצורת ההשתייכות, השתתפות בטקסים, תרגול פרטני, תמיכה רוחנית, אמונות וערכים דתיים, מחויבות דתית-רוחנית, מוכנות לסלוח, להתפייס ולהכיר באשמה, חוויות רוחניות והתגלות (George et al, 2000). כל אדם המקיים חלק ממרכיבים אלו מוגדר כעוסק בפעילות דתית, כך שגם אדם העוסק בחוויות רוחניות נחשב כזה שיש מרכיב של חיים דתיים בחייו.

3. פערים אמונתיים בין דתות שונות: הפער שקיים בין הדתות השונות מקשה על הכללה של מחקרים מדת לדת. Williams (2007) בחן מחקרים שעסקו בקשר שבין אורח-חיים דתי ובריאות הגוף והנפש. הוא מצא שמחקרים על השפעת הדת על חיי האדם נעשו בעיקר באוכלוסיות נוצריות ומעט באוכלוסיות יהודיות ומוסלמיות. הוא גם הצביע על כך שבשנים האחרונות יש מחקר רב על השפעות חיוביות של טכניקות הלקוחות מדתות המזרח, שלא בהכרח דומות לדתות המוכרות בעולם המערבי. מכאן אנו למדים שיש לנקוט משנה זהירות בכל הכללה של מסקנות במעבר מדת לדת.

בעבודה הטיפולית המתוארת במאמר זה נלקחים בחשבון המכשולים האלה: א. הכרה בהשפעת החיים הדתיים על בריאות הגוף ונפש. ב. הגדרה אחידה: אדם המקיים "חיים דתיים" יוגדר כאדם המקיים גם חלק ממימדי הפעילות הדתית שהגדיר ה- (NIHR). ג. התייחסות מסויגת למסקנות המובאות במאמר זה בהקשר לממצאי מחקרים המציעים הכללה מעבר לדתות, בשילוב התבססות על מחקרים המצביעים על עניין ייחודי שנחקר ושניתן לזהות את קיומו בדת אחרת למשל.

ב. השפעות חיוביות ושליליות של חיים דתיים על הגוף והנפש

במאמר סקירה גדול מפרט Dein (2010) השפעות חיוביות ושליליות של חיים דתיים על הפרעות נפשיות שונות.

דיכאון: חיים דתיים מסייעים להתמודדות עם דיכאון, אבל יש חשיבות רבה לדרך שבה נעזר המאמין במרכיבים השונים של החיים הדתיים כדי להתמודד עם הדיכאון. יש מרכיבים בחיים הדתיים שעלולים לעודד או להחמיר דיכאון, למשל חשיבה רוחנית עלולה להוביל לייאוש קיומי.

חרדה: אין מחקרים טובים על הקשר בין חרדה וחיים דתיים והתוצאות סותרות. מחקרים מראים שבאוכלוסיות דתיות יש פחות הפרעה כפייתית מאשר באוכלוסיות לא דתיות, אבל באוכלוסייה דתית יש יותר אנשים עם קווי אישיות כפייתיים.

הפרעה פוסט-טראומטית: חיים דתיים מסייעים באופן קל ביותר אם בכלל במצבים פוסט-טראומטיים.

סכיזופרניה: תמיכה חברתית ותקווה באוכלוסייה דתית מסייעים מאוד לחולי סכיזופרניה. אבל התוצאות אינן חד-משמעיות.

שימוש בחומרים ממכרים: אנשים החיים אורח חיים דתי נוטים להשתמש פחות בחומרים ממכרים. באוכלוסייה זו נמצא פחות שימוש בסמים מאשר באוכלוסייה לא דתית.

באופן כללי: דתיות מעודדת תמיכה חברתית, פחות שימוש בסמים, אלטרואיזם, הכרת תודה וסליחה, תפיסת עולם המקדמת משמעות בחיים ותומכת בהתמודדות, בתמיכה ובסיוע לנזקקים.

George et al (2000) טוענים שנמצאו שלושה משתנים החוזרים על עצמם בהקשר להשפעה חיובית שיש לאורח חיים דתי: (א) התנהגות אחראית יותר בשמירה על הבריאות. (ב) תמיכה חברתית. (ג) ידיעה שלאדם יש תפקיד בעולם.

Dein (2010) טוען שאורח חיים דתי עלול גם לגרום לנזקים. על-פי מחקרים שונים הוא מציג כמה נזקים אפשריים: א. במצבי משבר משפחתי, פנייה לפעילות דתית מוגברת עלולה לבוא על חשבון פתרון הקושי המשפחתי. ב. פער בין דתיות בני הזוג עלול להפרי איוון קיים בזוגית. ג. דתיות עלולה לעודד חשיבה נוקשה. ד. דתיות עלולה לעודד תלותיות יתר. ה. גישות דתיות מסוימות עלולות לעורר תחושת אשמה והרגשת חטא מוגזמים. ו. עלולה לחול הקטנת ערך עצמי ומעט מדי עיסוק בעצמי. ז. עיסוק רב בטקסים ותפילות עלול למנוע פנייה לעזרה נפשית מקצועית. ח. קשר עמוק מדי לאידיאולוגיה של התנועה הדתית מעודד התאבדות ברגעי משבר.

מחקרים מתארים גם את הקשר בין דתיות לבין דעות קדומות וחוסר סובלנות, ואת הקשר בין חוסר סובלנות ודעות קדומות ופגיעה בבריאות נפשית ופיזית. Whitley & Kite (2010) מצביעים בספרם על מחקרים אודות הקשר הפרדוקסלי שבין דת וגזענות. לדבריהם דת משדרת שני מסרים סותרים: דעות קדומות וסובלנות. כך ניתן למצוא מאמינים המפתחים גישות סובלניות ומאמינים המפתחים גישות המכילות דעות קדומות וחוסר סובלנות. Stuber et al (2006) הראו בעבודותיהם כיצד דעות קדומות פוגעות בבריאות הפיזית והנפשית כתוצאה מעלייה ברמת המתח האישי של המאמינים.

החלמה ממחלות גופניות: מחקרים רבים עוסקים בקשר בין אורח חיים דתי ובריאות. בסקירת ספרות מסכם Williams (2007) את הנושא ואומר שיותר ויותר מחקרים מצביעים על הקשר החיובי בדרך כלל, בין חיים דתיים לבין בריאות ואריכות ימים. אבל גם הוא מציין שחיים דתיים עלולים להשפיע לרעה על בריאות במצבים מסוימים. הדוגמאות הבאות מדגימות כיצד מתבצעים מחקרים אלה.

2. התקשרות לא בטוחה לאלוהים: Beck & Mcdonald (2004) הראו שיש שתי צורות לראות את הקשר בין אדם לבין אלוהים: 1. האלוהים הוא דמות התקשרות חלופית המפצה על התקשרות לא מספקת עם דמויות משמעותיות: "אל תסתר פניך ממני... כי אבי ואמי עזבוני וה' יאספני." (תהילים כז ט'). 2. ההתקשרות לאלוהים משקפת את הדרך שבה האדם מתקשר לדמויות חשובות לו: "כבד את אביך ואת אימך... למען יארכיך ימך ולמען ייטב לך על האדמה..." (דברים ה' טז).

מחקרים חדשים בתיאוריות התקשרות מצביעים על הקשר בין דרכי התקשרות שונות לבין בריאות נפשית ופיזית. (Feeny, 2000) למשל מצביע על קשרים חיוביים בין התקשרות בטוחה לבין ויסות רגשי ומנגנוני התמודדות והתנהגות בזמן חולי. Kirkpatrick (1998) הראה בעבודותיו שהתקשרות בטוחה לאלוהים אפשרית כפיצוי להתקשרות לא בטוחה בחיים.

מנתונים אלה נראה שמאמין החווה התקשרות בטוחה לאלוהים במסגרת חייו הדתיים, יסבול פחות ממצוקה רוחנית. מאמין זה ינהל את חייו הדתיים ללא פחד אבל עם יראת כבוד לאלוהים הטוב. מאמין זה ייטה בתקופות קשות, לראות ברע אתגר המאפשר צמיחה אישית (צמיחה פוסט-טראומתית). גם התקשרות הנמנעת מקשר עם אלוהים, ללא חרדה כשהוא דן בקשר בין האדם לאלוהים, היא התקשרות שאינה יוצרת מצוקה רוחנית. אצל אדם כזה אין מקום לאלוהות בחייו. שני סוגי ההתקשרות הנוספים יוצרים חרדות ופחדים מטיב הקשר או מחוסר הקשר והם עלולים להוביל למצוקה רוחנית.

3. דתיות לא בשלה: Allport (1950, 1966) זיהה שני סוגי דתיות. דתיות בוגרת ודתיות לא בוגרת. דתיות בוגרת או דתיות מופנמת מציפה את כל החיים במשמעות ופעולות הנובעות מהדתיות. Batson et al. (1993), הדגישו נוסף על כך גם את היכולת של המאמין להטיל ספק, Quest. המאמין מעז לשאול שאלות קיומיות מורכבות והספק שלו חיובי ומפרה את אמונתו. לעומתו, הדתיות שאינה בוגרת או זו המוחצנת היא אמצעי להשגת שייכות חברתית, ביטחון וריפוי. זוהי דתיות המבוססת על עיסוק מעשי בקשר עם אלוהים ומביאה לא אחת למצוקות רוחניות אם האדם הדתי אינו מקבל את המענה הרצוי מאלוהים או מהחיים הדתיים.

ד. מודלים טיפוליים למצוקות רוחניות

טיפול במצוקות רוחניות פירושו הכרה ותגובה למרכיבי "החיים הדתיים" של המטופל ומשפחתו. אין מדובר בהחזרה בתשובה. הטיפול הבסיסי כולל חמלה, נוכחות, הקשבה ועידוד לתקווה ריאלית. Anandarajah & Hight (2001) מציעים למטפלים אחרי שלב ההערכה והתמיכה, לכוון את המטופל לטיפול אצל אנשי דת המתמחים בטיפול רוחני Pastoral Therapy ומשאירים בידי המטפל רק את ההערכה והתמיכה הראשונית.

1. תמיכה על-פי מודל H.O.P.E: ראשי התיבות של המודל הם שלבי הערכת מצוקה רוחנית אפשרית, מתן תמיכה ראשונית והפניה למקורות דתיים שמסייעים: (H) המטפל בוחן עם המטופל אם יש מקורות רוחניים שבהם הוא נעזר בהתמודדות עם המצוקה. האם המקורות הרוחניים מקנים שלווה, תקווה, משמעות, כוחות, אהבה, שייכות? המטפל מזדהה ונותן לגיטימציה לפעילות דתית. אם המטופל נעזר בחיים דתיים, ממשיכים לשלבי הריאיון הבאים. (O) המטפל מברר את רמת שייכות המטופל לדת מאורגנת ואת האפשרות להיעזר בדמויות מהארגון הדתי. (P) המטפל מברר את הפעילות האישית הדתית שבה משתתף המטופל. (E) המטפל מברר את השפעת החיים הדתיים על המצב הרגשי והגופני של המטופל.

1. Seeman et al (2003) מצאו שחיים דתיים יהודים ונוצרים תורמים להורדת לחץ-דם, לפרופיל ליפידים תקין וכן התגלה שהמערכת החיסונית פועלת ביתר יעילות.

2. Ironson et al (2006) עקבו אחרי כ- 50 חולים אחרי שאובחנו ב-HIV. נמצא שהייתה עלייה בשכיחות של חיים דתיים. להפתעתם התגלה שאצל החולים הדתיים יותר נמצאה האטה בהתפתחות מחלת האיידס. היו אפילו נשאים מאמינים שהפסיקו לקחת תרופות מעכבי הופעת איידס, והמחלה עדיין לא פרצה.

3. במחקר אחר שעשו על כ- 200 מושתלי כבד הראו, Kiat & Bonaguidi (2012) שסיכויי הישרדות של אלה החיים חיים דתיים נוצרים, יהודים או מוסלמים, גבוהים פי שלושה משל אלה הלא מאמינים. החוקרים טענו שהקשר לאלוהים היה המרכיב המשמעותי יותר מאשר פעילות דתית קהילתית.

4. (בלייך, 2002) מדווח על ניסיון קליני שנעשה על חולי-לב. נמצאו תוצאות טיפול טובות יותר אצל חולים שהתפללו עבורם מתפללים מדתות שונות, מרחוק ומבלי שהם ידעו שמתפללים עבורם. תפילה מרחוק מסייעת גם להרות (Janton et al, 2007). מחקר שנעשה בסיאול על כ- 220 נשים שעברו טיפולי פוריות הראה, שנשים שהתפללו עבורן, נכנסו פי שתיים יותר להיריון מנשים שלא התפללו עבורן. גם כאן התגלו תוצאות סותרות ולא נמצאה אפשרות להמליץ או לשלול שימוש בתפילות כדרך לסייע לריפוי.

5. במעקב שנעשה על 90000 נשים, התברר שאצל נשים דתיות יש ירידה משמעותית במדדים שונים של סיכון למות (Schnall, 2010).

6. סקר גדול שעשו Underwood-Gordon et al (1997) הראה שחיים דתיים משפיעים באופן חיובי על שיקום רפואי ועל איכות החיים של נכים.

סיכום המחקרים מראה שהתייחסות רק לפעילות הדתית ולקשר בינה לבין בריאות גוף ונפש אינה מביאה נתונים אחידים. בחלקים הבאים במאמר מובאים ממצאי מחקרים המציעים להבין, מתוך עולמו הפנימי של המאמין, את השפעת אורח החיים הדתי על התמודדות עם מצוקות נפשיות וגופניות. תוגדר מצוקה רוחנית ויובאו שלוש דרכים לטיפול במצוקה רוחנית.

ג. מהי מצוקה רוחנית

מצוקה רוחנית מתרחשת על-פי Anandarajah & Hight (2001), כאשר אדם המקיים אורח חיים דתי אינו יכול למצוא מקור למשמעות, לכוח, לאהבה, לשלווה, לנחמה, או כשיש סתירה בין האמונות לבין המתחולל בחיי האדם. למצוקה זו יש השפעה על בריאות הגוף והנפש. מצוקה זו יכולה לנבוע גם ממחלה או מאיום קיומי על החיים. הפגיעה יכולה להיות בכל אחד ממימדי "החיים הדתיים" שהגדיר ארגון הלאומי האמריקאי למחקר בריאותי (NIHR). בספרות המחקרית מתוארים בעיקר שלושה סוגי מצוקות רוחניות.

1. הפרעה דתית כפויה (Scrupulosity disorder):

Miller & Hedges (2008) מתארים במאמרם את ההפרעה כייחודית לאנשים חיים דתיים גם אם באופן חלקי. ההפרעה בהקשר הרחב שלה שייכת למשפחת ה-OCD. אנשים אלה סובלים ממצוקה הנובעת ממשחשבות שליליות ורגשות אשמה. הם מפחדים מעונש עכשווי או מעונש עתידי שיקבלו מידי האל, על חטא שחטאו בעבר או שהם חוטאים בו עכשיו. במצב זה החיים הדתיים מוגבלים. הגבול הדק בין ספק אמוני, לבין הפרעה בא לידי ביטוי באופי הכפיייתי והחרתי של ההפרעה בחשיבה ובהתנהגות, בחרדות, באי שקט ובירידה בתפקוד כללי ותפקוד דתי.

ה. התערבויות טיפוליות הנגזרות מהמחקר

על-פי הקווים ששורטטו נראה דוגמאות למספר התערבויות טיפוליות אפשריות לחיזוק התמודדות עם מצוקות באמצעות חיים דתיים.

1. באופן כללי יעסוק המטפל על-פי הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי בשינויים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים ביחסים בין האדם לאלוהים במסגרת החיים הדתיים. חלק מהתהליך יהיה רכישת כלי ויסות רגשי (Souza & Rodrigo, 2004).
2. המטפל יעודד את המטופל לראות במצוקה רוחנית תהייה בדבר דרכו הדתית והתאמות שעליו לעשות. הספק האמוני הוא מחזק אמונה (Batson et al 1993).
3. המטפל יסייע למטופל להפריד במידת הצורך בין הפרעות קליניות לבין החיים הדתיים (Miller & Hedges, 2008).
4. המטפל יחתור להגיע עם המטופל לאיזון בין אחריות אישית ואחריות אלוהים ברגעי קושי אישי והדגשת אפשרות לסליחה, כפרה ותיקון, כולל טענת האפשרות לצמיחה פוסט-טראומטית (Pargament, 2001).
5. המטפל יציע לראות את המצוקה הקיומית שבה מצוי האדם כאתגר או בשפה הדתית כניסיון מצד אלוהים כדי להכשיר את המטופל ליעודו. כך שיש משמעות לסבל ולהתמודדות המוצלחת איתו (Kirkpatrick, 1998).
6. המטפל יחתור להרחבת החיים הדתיים באמצעות הצגת הקדמה והמדע בעולם כחלק מחסדו של אלוהים תוך שימוש מושכל בתרונות הקדמה וזיהוי סכנותיה (Anandarajah & Hight, 2001).
7. המטפל יעודד את המטופל לפעילות של גמילות חסד ועשיית טוב בעולם שברא אלוהים (Dein, 2010).
8. המטפל יעודד את המטופל לקבל עזרה לפי הצורך מאנשים טובים שהם שליחיו של אלוהים (George et al, 2000).
9. המטפל יעודד את המטופל לזהות רצונות אישיים ולממש אותם, כחלק מהתוכנית האלוהית ולא לבטל רצונות וצרכים אישיים. מימוש רצונות וצרכים אישיים נעשה במסגרת מגבלות הדת (Wei, 2008).

ו. קבלת שבת

יאיר, נשוי ואב לשלושה בנים ערניים בני עשר, ארבע עשרה ושש עשרה. יאיר כמעט כבה תוך שהוא מנסה מרכיב הקטן שנמערך עליו על-ידי משאית שחורה. כמה קרובי משפחה לחצו עליו לברך ברכת הגומל. בדרך מבית הכנסת, מלווה בידידים עטופי טליתות, הוא החליט לשלב אל מארג חייו כמה מאורחות החיים הדתיים. הוא החל לשמור שבת, לשמור כשרות אם כי באופן חלקי ביותר, לצום ביום כיפור, ולקיים את הפסח כהלכתו. הוא גם החל לדרוש מכוכבה אשתו לשמור נדה.

אשתו כוכבה כמו גם הילדים, מתקשה לקבל את השינויים המגבילים, אבל הפחד ממותו האפשרי של בעלה מכריע אותה. היא נכנעת באי-נחת ואף מאיימת על הילדים בשמו של אלוהים. מאז אין שקט במשפחה ועימותים רבים מתלקחים סביב פעולה דתית זו או אחרת.

יאיר חושש מאוד מפירוק המשפחה אבל עוד יותר הוא מפחד שלא למלא אחר המחויבויות הדתיות שנטל על עצמו. מאז התאונה מסע חייו מלווה בפחד כפול ומתמיד, גם מפירוק המשפחה וגם מהיותו חוטא שבודאי אלוהים יעניש אותו. כל פסיכולוג מתחיל היה מעריך נכונה שמדובר בהפרעה של מועקה קשה שאחרי התאונה גם של יאיר וגם של כוכבה. הרי מלאך המוות העדין כמעט הוציא ברכות את נשמתו של יאיר מגופו ההרוס והיה מותיר את נשמת כוכבה האלמנה בודדה.

2. טיפול בהפרעה דתית כפויה (Scrupulosity)

(disorder): לפי Miller & Hedges (2008) המטפל מעריך אם המטופל שייך לקטגוריה של הפרעה דתית כפויה. המטפל שואל על מחשבות בקשר לפחדים מחטא, אשמה, עונש מאלוהים בקשר למצבו ולדתיותו. המטפל שואל על הסיפוק או הספק של המטופל בקשר לחייו הדתיים: האם החיים נעצרו? האם הם מוגבלים? אם המטפל מעריך שמדובר בהפרעה דתית כפויה, הוא יציע למטופל שחלק מהתופעות המתוארות אין מקורן בדת אלא להיפך, הן מפריעות למימוש הפוטנציאל הגלום בחיים הדתיים. המטפל יציע הערכה שמדובר בהפרעת חרדה כזו או אחרת ויציע טיפול מותאם. לפי הצורך המטפל יערב איש דת שיסייע בהפרדה בין חיים דתיים להפרעת החרדה. במהלך הברור שואל המטפל שאלות כגון: האם כל חיך תפחד? האם תחפש את עזרת אלוהים והמסגרת הדתית? במהלך הטיפול מציע המטפל לראות בפחדים אתגר דתי שהוא בעצם חשיפה ומניעת תגובות הימנעות. Huppert & Siev (2012) מוסיפים שאלות אודות מטרת החיים הדתיים, כדי לסייע למאמין לבסס חיי משמעות על אף המצוקה הרוחנית.

3. טיפול בהתקשות לא בטוחה לאלוהים: חוקרים

אחדים הציעו דרכי טיפול לסוגי התקשות לא בטוחה או נמנעת. מההמלצות שיובאו ניתן לגזור המלצות לטיפול בהתקשות לא בטוחה לאלוהים. גזירה זו מתבססת על שלושה מקורות: 1. המחקר של Feeny (2000) המצביע על קשרים חיוביים בין התקשות בטוחה לבין ויסות רגשי ומנגנוני התמודדות בזמן חולי. 2. על עבודותיו של Kirkpatrick (1988) שהראה כי התקשות בטוחה לאלוהים אפשרית גם כפיצוי להתקשות לא בטוחה עם אנשים. לכן ניתן לסייע להתקשות בטוחה יותר עם אלוהים ללא קשר לסגנון ההתקשות של המטופל. 3. על עבודות של Beck & McDonald (2004) שהראו כי אם נצליח לסייע להתקשות בטוחה לאלוהים, יסבול המאמין פחות ממצוקה רוחנית. 4. על עבודות רבות של Pargament (2001) אשר הראה שלושה סוגי התמודדות של האדם הדתי עם מצוקות. (א) שיתוף פעולה עם אלוהים שהוא האפשרות המבטאת התקשות בטוחה: "הכל צפוי והרשות נתונה" (אבות ג, טו. ב) המשאירים את ההתמודדות בידי אלוהים וחווים עצמם בהתקשות נמנעת אך בטוחה עם אלוהים: "לה' הישועה." (תהילים ג, ט. ג). אלה שאינם סומכים על אלוהים ומנסים לפתור את הבעיות בכוחות עצמם וחווים התקשות לא בטוחה ונמנעת: "אם אין אני לי מי לי." (אבות א, יג). 5. לדברי Wei (2008) הטיפול בהתקשות עוסק בהתמודדות עם קשיים בין אישיים, בוויסות רגשות ובדרכים להגדיל ביטחון בקשר באמצעות אמפטיה, מניעת הימנעות, תמיכה עצמית, הכרה בצרכי וברצונות הפרט ומציאת דרכים יעילות לטיפולם. Wallin & Sternthal (2007) מוסיפים גם את החשיבות של יצירת יחסי התקשות בטוחה עם המטפל ואת השימוש ב-Mindfulness ככלי לוויסות רגשי.

4. טיפול קוגניטיבי התנהגותי שכולל התייחסות

לרוחניות: Souza & Rodrigo (2004) חקרו את השפעת הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי כאשר מוסיפים לו מרכיבים דתיים. הם הראו שטיפול זה מסייע בהורדת חוסר התקווה והיאוש, משפר שיתוף פעולה טיפולי, מונע הישנות ההפרעה ומעודד החלמה מעשית.

חברתית חשובה המאפשרת לחיות חיים הגונים, מתחשבים, מוסריים, חיים של עזרה הדדית ושותפות גורל. הדת מאפשרת לאדם להכיר בכך שיש לו ייעוד ותפקיד בעולם שאלוהים ייעד לו. כל זה נותן הרבה ביטחון אבל לא מלא.

יאיר נראה קשוב עד עמקי נשמתו המעונה ומעט יותר נינוח. כוכבה נראית מתעניינת כאילו עוד רגע היא תפעיל את המרץ הרב שלה ותחזור בתשובה.

"אז איך אני מרגיע את הפחדים שלי?" שואל יאיר.
"את זה אני אלמד אותך. את זה המחקר הרפואי לימד אותנו לעשות. אבל קודם כל חשוב שתעשה הפרדה בין הדת לבין הפחדים. בקבלת שבת אם הילדים מפריעים ואתה נכנס לפחדים שאלוהים יעניש אותם, תפריד. נהל את קבלת השבת בנחת ובשמחה כמה שתוכל קרוב למה שאתה מאמין שצריך להיות. אני אלמד אותך איך לטפל בפחד שתוקף אותך, קבלת שבת מושלמת אינה תרופת הרגעה לפחדים והיא גם לא תעודת ביטוח. קבלת שבת נעימה ונינוחה מרככת את הנשמה ומקרבת אותנו אל הנשגב."

"אז בשביל מה אני צריך בכלל את הדת?" מתעורר יאיר.
"אל תתחיל להתפקד לי עכשיו." אני עונה לו בחיוך ציני קליל.
"אני שואל ברצינות רבה." מתעקש יאיר.
כוכבה עונה. "יש בדת הרבה דברים יפים... נכונים... למשל הנידה." אומרת וקורצת לבעלה.
יאיר מופתע ומסמיק מאחורי השיזוף. אני מופתע, אלוהים אינו מופתע, פיית האהבה שמחה והשטן מאוכזב. ממעמקי התבל האין סופי מגיע אור כוכבים של ליל קיץ ומציף את החדר, מקל מעט על עומס החום. ממעמקים קראתיך יה. אנא אלי, הב לי אות וסימן! אחרי כל קריאה כזו אני נותר באי הוודאות בעניין דרכי, דרכנו וממשיך בכל זאת בתקווה שהרחמן מרחם וסולח.

ז. דיון

נוסף על הצורך בהערכה, אם מדובר בהפרעה פוסט-טראומטית, המטפל העריך כי קרוב לוודאי שמדובר גם בהפרעה הדתית הכפויה, (Miller & Hedges, 2008). הוא החל בצעדים ראשונים של הפרדה בין האמונה לבין הפחדים תוך שהוא מכוון לאמונה בשלה שיש בה מקום לספקות ואי-ודאות. ההכוונה מבטאת את רצונו של המטופל. המשך הטיפול יוכל להיעשות על ידי טיפול קוגניטיבי התנהגותי כפי שהציעו Souza & Rodrigo (2004). האפשרות למתן אמונות דתיות קיצוניות קיימת כאשר המטופל בוטח במטפל שאין כוונה לשנות את דרכו האמונית, אלא לאפשר חיים אמוניים משמעותיים. יש למשל מצבים שבהם יציע המטפל למטופל את האפשרות לקיים את קבלת השבת כהלכתה בעצמו ויוסיף שבכך הוא מזכה את ילדיו ואשתו ומגן עליהם. לפעמים החיבור בין המצוות לבין חיי המשפחה אפשרי ולפעמים אינו מתאפשר. קבלת שבת כפויה לא תוכל להיות משמעותית לא עבור המטופל ולא עבור בני משפחתו. הזוג הגיע לטיפול כארבעה חודשים אחרי התאונה. בדרך כלל מקובל לראות את המטופלים עוברים משלב של תגובה טראומטית הנמשך כחודש, לשלב של הפרעת הסתגלות לקראת החלמה. אם מתברר שמדובר בהפרעה פוסט-טראומטית ולא רק בהפרעת הסתגלות, יהיה צורך להפעיל גם פרוטוקול טיפולי מקובל בהפרעה זו, למשל את הפרוטוקול של חשיפה מתמשכת של פואה ושותפיו (2006). בהמשך הטיפול יתכן שיתברר שמדובר באדם שחווה התקשרות לא בטוחה באלוהים שבאה לידי ביטוי באמונה באלוהים מעניש שאוהב על תנאי. יתכן שחלק מהטיפול יפנה לכיוון ההתקשרות אם בטיפול לא תהיה התקדמות. התשובה לשאלה אם להיכנס לנושא זה תלויה בהערכת המטפל את עומק ההפרעה.

כוכבה אישה מלאה, קשוחה ולבושה גברי, רוכנת מולי בחדר הטיפול. אגרופיה ודיבורה מלאים זעם כבוש: "אני לא יכולה יותר עם ההתפרצויות שלו. כל יום שיש אתו דבר. הילדים קצת מדברים בזמן הקידוש והוא מתפוצץ, צורח על הילדים, מקלל אותם שאלוהים יעניש אותם, זורק את הכיסא, בועט בשולחן השבת ובורח."

"והילדים?" אני שואל ברכות תוך שאני מתמלא כעס על הדתיים הלא רגישים הללו.

"ערן, הבן הצעיר שלנו סובל כבר כמה זמן מפחדים." "שאלתם אותו במה מדובר?" אני שואל מתוך ניסיון להציע התחלת הדרכה לסיוע שהורים יכולים לתת לילדים הסובלים מפחדים. עזרה משמעותית של הורים לילד מתחילה בדרך כלל בחיבוק ובהמשך בשיח קשוב לילד, בניסיון לאפשר לו לשתף אותם במחשבות וברגשות שיש לו בעניין המצוקה שבה הוא נתון. "הוא אמר שאלוהים יעניש אותו כי הוא ילד לא טוב!"

אני שותק את נוכחות אשמת האב המבוהל והאם הנכנעת. אני מתפלל בליבי שהרחמן מרחם וסולח, כי הרי שניהם קנו ביושר את הזכות להיות סובלים מהטראומה המתמשכת.

"בעלי אומר שהוא לא יכול יותר, שאלתי אותו למה הוא מתכוון והוא אמר שהוא לא יודע מה לעשות וכולם מלחיצים אותו." כוכבה נאנחת בכבדות ומוסיפה, "וגם אני לא יכולה יותר."

בפגישה הבאה מגיעים שניהם. יאיר, גבר בן ארבעים, איש רציני, מוצק, בעל כפות ידיים גדולות. שניהם ממלאים את החדר ואת העולם בנוכחות בעלת משקל וכוח.

"במה אתה עוסק?" אני שואל כדי לקשור קשר. אני אוהב לשאול על עיסוקי אנשים ולשוחח איתם מתוך עולמם.

"אני עוסק בכל ענייני הביוב. פותח סתימות, מחליף אסלות, מונע הצפות. עבודה מעל לראש, עבודה מסריחה." גאוה נשמעת בקולו, "כולם צריכים אותי ודחוף."

"אנחנו די דומים," אני מחייך אליו. "גם אני פותח סתימות, עוסק בביוב וכל מיני מסריחים כאלה."

הם מחייכים בהקלה של יש כאן הבנה. "אשתי אמרה לי שאתה מבין בזה... אתה דתי?"

"אני מאמין שיש אלוהים שנתן לנו תורת חיים... אני עונה לו ולאחרים על אותם החלקים באמונתי שנראה שיתאימו לשיח המתנהל." "...אבל כאן אנחנו צריכים לבדוק אם בכלל יש כאן עניין של דת, או שזו סתימה שחוסמת את הנשמה שלך לעבור חפשי בצינורות ולהגיע אל העולם הדתי הטוב והמיטיב."

שניהם מביטים בי בתקווה. הוא שנראה כמיחל לגאולה והיא הרוצה שקט מהתפרצויות.

יאיר מסביר לי: "אני מודה לאלוהים שהציל אותי ועכשיו אני בטוח שיש אלוהים. אני חייב לו את החיים שלי. אלוהים נתן לי הרבה ביטחון. רק מי שמאמין יכול להבין את זה. אני בטוח שאלוהים יכול להעניש את אשתי והילדים אם לא נעשה מה שהוא אומר." אני תוהה ביני לביני על הביטחון המלווה בפחדים הקשים שהוא מתאר. איך להציג לו סתירה זו? הרהור פורח ממני לחלל החדר: "אז מה... ככה אמורים להתנהל החיים הדתיים שלך... בפחד מתמיד?"

"אני לא יודע מה לעשות. בהתחלה היה לי הרבה ביטחון ועכשיו יש בי הרבה פחד."

אני ממנה לדבר בשם שותפות הגורל של מאמינים רבים: "יפה אמרת. גם אני חשבת ככה. אתה בחברה טובה. יש פה ושם אנשים דתיים טובים שהסתבכו עם חרדה ופחדים. גם לי זה קורה מדי פעם. במשך השנים הבנתי שהביטחון שלנו לא יבנה רק על-ידי אמונה באלוהים. אתה כבר גילית שגם אם אתה מאמין, אי הוודאות והספקות נשארים. אנחנו אמורים למצוא דרכים לחיות במידת מה של חוסר וודאות, ביחד עם האמונה בטוב האלוהי. הדת אינה טיפול פסיכולוגי. הדת היא מסגרת

מדיטציה, אנשים רוחניים, אנשים המוכנים להכיר באשמה לסלוח ולהתפייס, אנשים החיים במסגרת חברתית ערכית כגון חברי קיבוץ ועוד. גם אנשים אלה עלולים לחוות "מצוקה רוחנית". לא אחת ניתן היה לראות חברי קיבוץ נאמנים שהגיעו למצוקה רוחנית קשה ופעלו בדרכים קיצוניות כגון התאבדות או עזיבת הקיבוץ כדי לפתור מצוקה זו (צור, 1988). אל לנו לשכוח גם את האפשרות להתמודד עם מצוקות הקיום גם ללא חיים דתיים. במלים אחרות, בגרות נפשית ואחריות אישית, בצד האפשרות לראות עצמי כחלק מהכלל לעזור ולהיעזר לפי הצורך, הם גורמים חשובים בהתמודדות עם מצוקות הקיום גם של דתיים וגם של אלה שאינם דתיים.

אצל המטופל בולטת דתיות לא בשלה. ניתן לראות בבירור כי עבודה טיפולית לקראת דתיות בשלה מחזקת את ההתקשרות הבטוחה לאלוהים ומקדמת את המאמין לאפשרות שהדתיות תסייע לו ברגעי מצוקה. כך הגענו לגילוי שהתקשרות ובשלות דתית הן משתנים מרכזיים המשפיעים על יכולת המאמין להיעזר בדת ברגעי מצוקה קיומית. אך עוד רבה הדרך לחשוף בפני האנשים הדתיים והלא דתיים את תרומת החיים הדתיים להתמודדות עם מצוקות הקיום. חיים דתיים על-פי ההגדרה שהובאה במאמר זה הם חיים שיש בהם מרכיבים שונים שאינם "נראים כמו חיים דתיים", כפי שאני מכירים. כך ניתן להגדיר כחיים דתיים אנשים המתרגלים

ביבליוגרפיה:

and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med.* 21(5): 62-68.

Jantos, M. Kiat, H., (2007), Prayer as medicine: how much have we learned? *the medial journal of Australia.* 186: 51-53

Kirkpatrick, L.A., (1998), God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college student. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 24 (9): 961-973.

Miller, C. H. Hedges, D. W., (2008), Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *J Anxiety Disord.* 22(6):1042 1058

Pargament I.K., (2001) **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice.** Guilford Press.

Schnall, E. Wassertheil-Smoller, S. Swencionis, C. Zemon, V. Tinker, L. O'Sullivan, M. J. Van Horn, L. Goodwin, M., (2010), The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the women's health initiative observational study. *Psychol Health.* 25(2):249-263.

Seeman, T. Dubin, L. Seeman, M., (2003), Religiosity/Spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American psychologist.* 58 (1): 53-63

Stuber, J. Meyer, I. Link, B., (2008) Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine.* 67(3): 351-357.

Souza, R. F. Rodrigo, a., (2004), Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry.* 12: 148-152.

Underwood-Gordon, L. Peters, D. J. Bijur, P. Fuhrer, M., (1997) Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities: A commentary. *Am J Phys Med Rehabil.* 76 (3) 255-257.

Sobelman S., (2008), Wei, M., The implications of attachment theory in counseling and psychotherapy. American Psychological Association division 29. October www.divisionofpsychotherapy.org/wei-2008

Wendel, R., (2003), Lived religion and family therapy: What does spirituality have to do with it? *Family Process.* 42 (1): 165-179.

Whitley, B. E. Kite, M. E. (2010), **The psychology of prejudice and discrimination.** Belmont, CA. Wadsworth.

Wallin, D. J., (2007), **Attachment in Psychotherapy.** The Guilford Press.

Williams, D. R. Sternthal, M. J., (2007), Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Med J Aust.* 86 (10): 47-50

אשר, א. קיסר שוגרמן א., **יהודים וישראלים דיוקן אמונות, שמירת מסורת וערכים של יהודים בישראל.** ת"א: פרסומי מרכז גוטמן.

בליך, א., (2002), תפילה מרחוק: עניין של אמונה, מדע או שניהם. **הרפואה,** 141 (6): עמ' 523-522.

מרגולין, ר., (2010), הכמיהה לרוח, דתיות ישראלית בלי מחויבות הלכתית, דעות, 40: נדלה ב-7 ביולי 2012 מ: www.toravoda.org.il/node/945

פואה, ע. דורון, מ. ידון, א., (2006), **חשיפה ממושכת-המדריך לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית.** הוצאת המרכז לשעת חירום.

צור, מ., מבואות והארות (1988), **קהילתנו, הגות לבטים ומאוי חלוצים.** ירושלים, יד בן צבי.

Allport, G. W., (1950), **The individual and his religion.** New York: Macmillan.

Allport, G. W., (1966), The religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion.* 5(3): 447 457.

Anandarajah, G. Hight, E., (2001), Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 1 63(1):81-89.

Batson, C. Daniel, Patricia Schoenrade, D.P. W. Larry Ventis W.V., (1993), **Religion and the individual: A social-psychological perspective.** New York: Oxford University Press

Beck, R. McDonald, A., (2004), Attachment to God: The attachment to God inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith, group differences. *Journal of Psychology and Theology.* 32 (2): 92-103.

Bonaguidi, F. Michelassi, C. Filipponi, F. Rovai, D., (2010), Religiosity associated with prolonged survival in liver transplant recipients. *Liver Transplantation.* 16 (10): 1158-1163, October 2010.

Dein F., (2010), Religion, spirituality, and mental health. Theoretical and clinical perspectives. *Psychiatric Times.* 27

Feeney, J. A., (2000), Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child Care Health.* 26(4): 277-288.

George L.K. Larson D. B. Koenig, H. G. McCullough, M. E., (2000), Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 19 (1): 102-116.

Huppert, J. D. Siev, J., (2010) When religion and obsessive compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews. *Cognitive and Behavioral Practice.* 17: 382-392.

Ironson, G. Stuetzel, R. Fletcher, M.A., (2006), An increase in Religiousness/Spirituality occurs After HIV diagnosis

"אבל שקוף" בבית הספר: הדרת תלמידים שחוו אובדן אישי

"כשהייתי בת 17, תלמידת תיכון, נהרג אחי – סגן שי ארכלי באימונים בבקעת הירדן. בזמן משמעותי כל כך בבניית הזהות האישית נותרתי מיוזמת מאח, מבולבלת ועצובה. באותה עת, מתוך האתגרים הגדולים שעמדו בפניי שלוו בכאב ובצער ובשאלות רבות, לא נכח איש חינוך אחד מתוך צוות בית הספר שלמדתי בו" (פז ארכלי-ברוך).

ד"ר סמדר בן-אשר, פז ארכלי-ברוך

מבוא

(דיכטרמן, 1989). התאבלות היא פעילות שהאדם עושה, ולא משהו שנעשה לו, במהותה היא אישור או הבנייה מחודשת של משמעות העולם הפנימי של הפרט, שנפגע בעקבות האבדה. אובדן משנה את עולמו של השכול באופן בלתי הפיך, הן בכל הנוגע לתחושת העצמי והן בתפיסת רצף החיים. האגודה האמריקנית של מנהלי החינוך היסודי קבעה שעד גיל שמונה-עשרה, חמישה מתוך מאה תלמידים יתנסו באובדן של אחד או יותר – הורה, אח או קרוב משפחה אחר (Gliko-Braden, 2004). אף שהמוות הוא בלתי נמנע, ובמוקדם או מאוחר ייגע בחיי כולנו, התרבות המערבית מנסה למנוע מילדים לראות אותו, לשמוע, או לדבר עליו כדי שלא לפגוע בנפשם העדינה והמתעצבת. התייחסויותיהם של המבוגרים הסובבים את הילד משקפות במידה רבה את הקושי האישי שלהם להתמודד עם הסופיות וכן את מוכנותם החברתית או התרבותית לעיסוק זה.

בלק וקור (Balk & Corr, 2001) מצאו שאבל של ילדים שכולים בלתי מוגבל מבחינת זמן, והילדים ממשיכים בעקביות את קשריהם עם המת. מתבגרים שחווים אבל חשים רגשות הדומים לאלה של מבוגרים, אף שאבל בגיל ההתבגרות שונה מאבל בתקופות חיים מאוחרות יותר. ילדים ומתבגרים אבלים, עוסקים נוסף על עיבוד האבל, גם בעיבוד משתנים המאפיינים את שלב ההתפתחות שהם נמצאים בו, והאבל יוצר עומס נוסף על המשימות ההתפתחותיות העומדות בפניהם (איצקוביץ וגלובמן, 1992, גרנות, 2000, סולברג, 1995). מכיוון שתלמידים מבלים זמן ניכר מחייהם בבית הספר, בעת משבר כגון אבל, למורה תפקיד חשוב בסיוע לתלמיד.

מאז קום המדינה ליווה שכול על רקע לאומי את החברה הישראלית ונקשר למאבק הציוני-יהודי. ככזה שירת השכול את יצירת הנרטיב הישראלי ואת תחושת הסולידריות החברתית (Malkinson & Witztum, 2000, Rubin). השכול בישראל מחולק לשכול פרטי-אישי, ולשכול לאומי-קולקטיבי. השכול הלאומי הנוגע בחברה כולה מוזכר בהקשר של שואת יהודי אירופה, מלחמות ישראל, פעילות של כוחות הביטחון, נפגעי יישובי ספר ונפגעי פעולות הטרור. שכול זה מקבל ביטוי רשמי בימי זיכרון ובתמיכתה של המדינה במשפחות שאיבדו את יקיריהן. באמצעות מערכת החינוך,

מחקר זה עוסק בתלמידים שחוזרים לבית הספר לאחר שחוו אובדן אישי, למציאות שבה מערכת החינוך פוטרת עצמה מעזרה ומתמיכה בתהליך עיבוד האבל וההסתגלות לחיים שאחריו. אף שאבל הוא מטבעו תהליך ארוך, עולה מהמחקר כי קיימת התעלמות מתמשכת של הצוות החינוכי בבית הספר מקבוצת ילדים זו ומצרכיה הרגשיים. המחקר בוחן את התופעה, חוקר את הגורמים העומדים בבסיסה ומציג מתווה להתערבות מערכתית חינוכית, במטרה להציע דרכים לשינוי. מטרת ההתערבות המוצעת היא להאיר על הקבוצה המודרת ולסייע לחבריה להתמודד עם הכאב, ומכאן לצמוח ולהתפתח למרות האירוע הקשה שעברו חבריה.

אובדן אישי מייצר תחושת כאב שלא ניתן לתיאור במילים: חוויית "אין", עצבות, בדידות, חשש לאיבוד משמעות החיים. מישהו שהיה חלק מסדר יומנו, מסביבתנו הקרובה, חלק מאתנו, איננו עוד. אובדן הוא חלק ממעגל החיים, אבל ההתמודדות עימו היא תהליך ארוך וקשה.

אף שבעבר תואר האבל כתהליך המתקדם בשלבים (Bowlby, 1982), גישות חדשות מתארות אותו באמצעות מודל דו-מסלולי (Rubin, 1981, 1992, 1999, 2000). מודל זה מאפשר לבחון את תהליך האובדן בשני מסלולים מקבילים: (א) מסלול התפקוד, המתאר את ההתנהלות בטווח רחב של היבטים: רגשיים, בין-אישיים, גופניים ופסיכיאטריים, מתוך נגיעה ליכולתו של אדם להשקיע אנרגיה נפשית בחייו נוסף על ההשקעה הרגשית באובדן; (ב) מסלול הקשר עם הנפטר, המשקף את מערכת היחסים הפנימית עם דמות האדם האהוב, את טיב הקשר, את עוצמת העיסוק בו וכן את התגובות החיוביות והשליליות הקשורות לזיכרונות שלו ולגעגועים אליו (Malkinson & Rubin, 2007).

כל אדם מגיב לשכול באופן ייחודי לו, והמתאבל בטוח שאין אדם יכול להבין את אבלו, עד שיגיע למקומו. על התגובה לאובדן משפיעים משתנים רבים: מידת הקרבה לנפטר, טיב הקשר, מבנה האישיות, התרבות, השלב בחיים, אירועי חיים קודמים, מערכות התמיכה החברתיות והמצב הפיזי והנפשי של המתאבל

* המאמר מתבסס על עבודת הגמר של פז ארכלי-ברוך שהוגשה לסיום תואר שני בתוכנית ללימודי חינוך M.Ed. במכללת קיי בהדרתה של ד"ר סמדר בן אשר

המחקר

המחקר נערך בבית-ספר יסודי-ממלכתי בבאר-שבע, שאוכלוסייתו הטרוגנית וכוללת שכבות חברתיות-כלכליות נמוכות ומבוססות. בית הספר מקיים פעילות חברתית מגוונת, ויש בו מסורת של דאגה והכלה של הפרט וניסיון לתת תחושת רווחה נפשית לתלמידים, להורים ולצוות.

הפנייה לטפל בנושא האבל בבית הספר נתקלה אמנם בקשיים מצד הצוות הטיפולי, שחש מהתוצאות של הטיפול "בנושא עדין וכואב" זה, אבל מנהלת בית הספר ראתה במהלך אתגר והזדמנות ותמכה בו.

בשלב הראשון נתבקשו תלמידי כיתות ד, ה, ו (180 תלמידים) לכתוב, ללא פרטים אישיים מזהים, על אירוע עצוב בחייהם. 50% מן התלמידים ציינו **מוות** במשפחה ו- 30% ציינו את הנפטר כאדם במעגל הראשון או השני במשפחתם (בכלל זה סבא, סבתא, דוד וכדומה). בשיחה מקדימה עם יועצת בית הספר סיפרה היועצת כי בין שמונה לעשרה ילדים בשכבות ד' עד ו' חוו אובדן אישי. לאמיתו של דבר היה מספרם פי חמישה מהערכה זו.

בשלב השני הוקמה קבוצת מיקוד של תלמידים שחוו אובדן במעגל המשפחה הקרוב, ונערכו ראיונות אישיים עם יועצת בית הספר, עם תלמידים ועם מורים במטרה להסביר את "עיוורון" המערכת לקבוצה גדולה כל-כך של תלמידים ולהדרתם ממענים חינוכיים רגשים מותאמים.

בשלב השלישי הועבר למורים שאלון ניתוח מקרה (ויניאטיים) לבחינת עמדות, אמונות ופעולות במפגש עם ילדים שחוו אובדן. **בשלב הרביעי** נעשתה עם המורים תוכנית התערבות בנושא אובדן ואובדן של ילדים, ולאחריה הועבר פעם נוספת שאלון ההתייחסות לסיפורי המקרה.

ממצאים

הצוות החינוכי בכלל, והיועצת בפרט, נמנעו מלעסוק בנושא האובדן, שכן ראו בו אירוע פרטי "מחוץ לתחום" אחריותם בבית הספר. ייתכן שהבחירה הבלתי מודעת של המערכת, שלא לעסוק בתחום, מקורה בתפיסה שנושא המוות או האבל שבעקבותיו אינו מתאים לדיון עם ילדים. ייתכן שקיימת הנחה סמויה ש"אם לא דבר עליו הוא לא יהיה נוכח". אפשר לשער שהקושי הרגשי המלווה את המבוגרים בנוגע לסוגיית המוות, מונע ומרתיע אותם מלסייע בשיטתיות לתלמידים השרויים בעיצומו של תהליך עיבוד האבל – קושי שאינו מאפשר להם לעמוד לרשותו של התלמיד ולהיות גורם מנחם בשיאה של החוויה ובמהלכה. שיערנו גם שבקרב המבוגרים יש הדחקה מודעת לנושא והדבר מונע מהם מלרכז את המשאבים הרגשיים הדרושים לתמיכה בתלמיד ולקידום רווחתו הנפשית.

ההיענות הרבה של התלמידים שחוו אובדן לעבוד כקבוצת מיקוד ותביעתם לייצר מרחב שיח שיתן מקום לנוכחות האבל בחייהם, להכרה בו ולהזדמנות לשתף ולשמוע, הצביעו על הצורך שלהם לעסוק בנושא וחידדו אותו.

הנחנו שגם תחושת המחסור בכלים יישומיים לניהול שיח ולנקיטת פעולה במצבים שכאלה, משפיעה על הנטייה שתיארו המורים, להימנע מלעסוק בנושא בתחומי בית הספר. כדי לשנות את המצב נדרשות, הגברה של המודעות ובנייה של תכניות חינוכיות רלבנטיות. תוכניות אלה יאפשרו להכשיר צוותי הוראה לעסוק בנושא "חוויות האובדן" לאחר עיבוד רגשי אישי של נושא המוות והאובדן אצל המורים עצמם, ומתן כלים ומיומנויות לעבודה חינוכית עם תלמידים, לאחר מכן. מחנך או מורה המסוגל להתמודד טוב יותר עם אובדן אישי שלו עצמו, יוכל ליצור מרחב שבו אפשר לדבר על תכנים מסוג זה

הקהילה והבית, הילדים שותפים לטקסי יום הזיכרון ויום השואה, ואלה לכאורה חושפים אותם, מגיל צעיר מאוד, לשכול, חשיפה שאמורה לייצר מעין מוכנות ומאפשרת גם שיח על הנושא (Ben-Asher & Lebel, 2010).

במקרים של "אסונות לאומיים" מספקת המערכת תמיכה ועזרה של עובדים סוציאליים ופסיכולוגים, הקשורים בדרך כלל למשרד הביטחון, אולם מסתבר שגם במקרים של שכול לאומי הסביבה נוטה לחזור עד מהרה לשגרה ולהשאיר את הזיכרון לימים המיועדים לכך בלוח השנה הרשמי. כך למשל סיפרה אישה צעירה על זיכרון שיש לה מגן הילדים לאחר שאיבדה את אביה בפעילות צבאית. הגננת ערכה סבב ובו שאלה כל ילד במה עובד אביו. כשהגיע תורה של הילדה שאביה נפל בצבא, פסחה עליה הגננת ועברה לילד שישב לצדה. הילדה חזרה בוכה מהגן וסיפרה על התעלמותה של הגננת לאמה. "ומה היית עונה?" שאלה האם. "שאבא עבד בצבא", השיבה הילדה בפשטות.

התעלמות הסביבה מהאובדן שחווה הילד, בולטת הרבה יותר אצל ילדים שהאבל שלהם פרטי ונובע ממחלה, מתאונת דרכים או מזקנה. כאשר נפטר הורה, אחות, סב או אדם אחר שקרוב לילד ושאינו דמות ציבורית, החברה אינה מקצה לו יום זיכרון בלוח השנה והילד חוזר לבית הספר מאירוע משברי לשגרה שקשה לקבל אותה כמוננת מאליה. חוקרים רבים מציינים שהחברה הסובבת נוטה לשדר לילדים שחוו אובדן, ציפייה שעליהם לחזור למסלול החיים. אם מתרחשים אצל הילד שינויים בהרגלי למידה, חוסר יכולת להתרכז וצורך בתשומת לב – מגיבה הסביבה בכעס ובהאשמה על סטייה מההתנהגות המצופה. הילדים עצמם מתארים מין מטוטלת הנעה בין הרצון "לשכוח", לבין הצורך לתת מקום לאבל ולשהות בו (Balk & Corr, 2001).

אחד ממאפייני האבל הוא חוויית הבדידות: האדם שאהב אותי איננו עוד. ממצאיהם של הוגאן ודסנטיס תומכים בתחושת הפגיעות של ילדים שחוו אובדן (Hogan & Desantis, 1992). הם הראו שילדים שחוו אובדן חשים פגיעים מאוד, ותחושה זו מועצמת גם עקב דיכאון, חוסר שינה, סיוטי לילה ועצב עמוק. הילדים דיווחו גם על אפתיה, על אדישות לחיים ועל תחושת בידוד. החיים תוארו כחסרי תקווה וחסרי משמעות, והילדים סיפרו שאיש אינו יכול להבין את עומק אבלם. היו ילדים שדיווחו על רצון למות במטרה להתאחד עם המת, ואת הסביבה חוו כמזניחה וכמגבירה את רגשות הבדידות. יש ילדים שתחושת הבדידות שלהם מחריפה שכן הם חווים לא רק אובדן אדם קרוב, אלא גם ירידה חדה ביותר בתפקוד הכללי של המשפחה.

כשלעצמו שכול הוא אירוע שאינו ניתן לבחירה, אך האדם יכול לבחור את דרך ההתמודדות עמו (Neimeyer, 1998, 2011). חוקרים העוסקים בתחום מתייחסים לעיבוד האבל כאל דרך שתוביל את האדם השכול לארגון נכון של חייו ולהסתגלות לסביבה. בהתארגנות זו לדעתם, אפשר לראות מעין החלמה או התאמה (accommodation) למצב החדש, או התאוששות ממנו (קלינגמן, 1998). מנקודת ראותה של מערכת החינוך בכלל ועבודת היועץ בפרט, אחת מנקודות החולשה של תיאוריות האבל, היא העובדה שהן מבודדות את האדם השכול, מתמקדות אך ורק בפרט הסובל ומתעלמות מקשריו עם "האחרים המשמעותיים".

מחקר זה עסק בזיהוי תופעת ההדרה של התלמידים שחוו אבל, הבנת הגורמים שהביאו לידי כך ובחינת הדרכים להתערבות ולשינוי המצב.

מעדיפה שלא להתעסק אתו. זה מחזיר אותנו למקומות שלנו קשה אתם, אבל היום הבנתי עד כמה יש לי משמעות בתור מחנכת לעבד עם הילד את החוויה הזו ולא לשכוח להתייחס לנושא גם אם עברו הרבה שנים.

* אני לא חושבת שהייתי קוראת על הנושא הזה באופן עצמאי כי זה תמיד הפחיד אותי. היום אני מבינה עד כמה הילדים חווים את האובדן באופן שייחודי להם ועד כמה אנחנו כמבוגרים עושים הרבה פעמים טעויות בגלל הפחד שלנו. התקבלו גם תגובות רפלקטיביות של תובנות חדשות בנוגע לאופן ההתנהלות בעבר:

* יש לי בכיתה ילדה שאיבדה את אמה. אני לא ידעתי מה בדיוק צריך לעשות עם זה. עכשיו אני מבינה יותר לעומק עם מה הילדה מתמודדת, ואני יכולה להסביר לעצמי הרבה דברים שלא יכולתי קודם או שהשלכתי אותם על גורמים אחרים כמו למשל התנתקויות בקשב במהלך השיעור. אני לוקחת מהסדנה את הצורך לשמש אוזן קשבת ולהראות שזה בסדר לדבר על זה.

המידה שבה עורר התהליך רגשות אמביוולנטיים, דו-ערכיים, עלה מאחת התגובות בסיום הסדנה. המורה דיווחה על מודעות עמוקה למצב שנחשפה אליו ולצורך לטפל בקבוצת הילדים שעברו אובדן. אולם בה בעת, עדיין התקשתה לטפל במצב באופן עצמאי. פיתרון למצב מורכב זה עולה מההצעה שהיא מעלה: **"בית הספר יעסיק יועצת מיוחדת לטיפול באבל..."**. דוגמא זו ממחישה שגם אחרי הסדנה, לאחר עליית המודעות ותוספת הידע, הנטייה הראשונה היא בכל זאת שמישהו אחר, מקצועי, יטפל בילד. נראה שכדי להשיג שינוי דרושה עבודה מעמיקה, רצופה ועקיבה עם הצוות, תוך עידוד מתמיד לראות באבל חלק מהחיים ולסייע לילד ממקום מעצים של חוויית מסוגלות בקרב המורים עצמם.

דין מסכם והמלצות

עבודה זו יוצאת מתוך ההכרה בתשומת הלב המעטה שמערכת החינוך מעניקה לתלמידים שחוו אובדן אישי. ממצאי המחקר מצביעים על פער גדול בין מספרם של הילדים שחוו אובדן בפועל, לבין אלה המוכרים לצוות החינוכי-טיפולי. נראה כי קבוצת ילדים, גדולה יחסית, מקרב כלל תלמידי בית הספר, נמצאים בתוך תהליך של אבל, אך זו היא קבוצה סמויה מן העין, קבוצה מודרת, ולכן גם "אין צורך" להתייחס אליה באופן מיוחד ומותאם.

במציאות, ביום-יום, בשגרת העבודה החינוכית הנעשית בבית הספר, ילדים שחוו אובדן או שרויים אבל מתמשך אינם מקבלים את העזרה שהם זקוקים לה. ברוב מוסדות החינוך יש "נקודה עיוורת" בכל הנוגע לילדים האבלים, ואלה צריכים לזעוק את מצוקתם כדי שהסביבה תכיר בה ותפעל (אביעד, 2001). ניתן לשער שכל עוד אנשי החינוך רואים ילדים מתפקדים בבית הספר ו"מסתדרים" עם השכול, הם יגדירו אותם כ"לא זקוקים לעזרה" ויימנעו מלהציע להם עזרה. תפיסה זו מקורה לא פעם בקושי הרגשי המלווה את המבוגרים בהתייחסם לסוגיית המוות והוא המונע מהם מלראות את הילדים כפי שהם באמת ומרתיע אותם מלפעול ולסייע בשיטתיות.

מצב זה, כפי שתואר במחקר שדה שהובא במאמר, מתרחש על רקע ידיעה תיאורטית מבוססת מחקר, על הצורך הרב בטיפול בילדים שחוו אובדן, שיבטיח את רווחתם הנפשית ויאפשר להם להתפתח ולצמוח לישות בוגרת, עצמאית ובריאה, על אף חוויית האבל. רוב הילדים שחוו אובדן זקוקים לסייע רגשי ומעשי בשלב מסוים בחייהם, ובדרך כלל הם זקוקים לקשר עם מבוגר תומך כדי לעבור את תהליך האבל בהצלחה ולהמשיך

בחלל הכיתה, באופן ספונטני ובאופן מובנה, כאשר הוא פנוי לאמפתיה והכלה של הכאב שיעלה אצל חלק מהתלמידים המתמודדים עם תהליך של אבל. מטרתו של שיח קבוצתי או כיתתי גלוי ולגיטימי היא לתת מקום למידע קוגניטיבי, להתייחסות לתחום הרגשי וליצירת נורמה מקצועית חינוכית חדשה תוך התגברות על המחסום הקיים כיום.

כדי לתת מענה לצרכים אלה תוכננו לכלל מורי בית הספר שלושה מפגשים שנבנו כסדנה הכוללת ידע והתנסות חווייתית בנושא אובדן בכלל ואבל של ילדים בפרט. הסדנה הבלויה והעלתה על פני השטח תכנים מודחקים ש"המבוגרים" אינם נוטים לעסוק בהם ואפשרה לעסוק בנושא הן ברמה האישית "החושפת" והן ברמה הכוללת המקצועית והפרקטית. המטרה הייתה שהמורים יוכלו להביט בתלמידים שחוו אובדן אישי ממקום אמפתי מכיל ומסייע.

ההחלטה לפעול ברמת המערכת ולתת בידי צוות החינוך כלים באה כדי לתת מענה רחב יותר ובעל היבט מתמשך כך שהוא יפתח מסוגלות חינוכית כוללת בנוגע לתלמידים נוספים שיתמודדו עם אובדן אדם קרוב בעתיד.

בחינת יעילות התהליך

לפני הסדנה קיבלו המורים שאלון ובו שני סיפורי מקרה. הם נתבקשו להתייחס לתיאור אבל של תלמידה ולכתוב מה לדעתם יש לעשות במצב זה. בסיום הסדנה נתבקש צוות המורים למלא שאלון זה פעם נוספת, ההוראות היו זהות. ההשוואה בין התייחסות המורים לסיפורי המקרה לפני הסדנה ולאחריה היוו אינדיקטורים לאפקטיביות של הסדנה ולהשפעתה עליהם.

הממצא העיקרי נוגע לאחריות האישית שקיבלו עליהם המורים לאחר הסדנה בנוגע לסייע לילדים שהתנסו בחוויית אבל ואובדן, לעומת הרצון "להזיז הצידה" את הטיפול בנושא קודם לכן.

לפני הסדנה נטו המורים להאשים את המשפחה במצבה של הילדה: **"זה לא בסדר שמעמיסים עליה בבית"**, או להפנות את הטיפול בה לגורמים מקצועיים: **"צריך לערב את פסיכולוגית בית הספר, היא יודעת מה צריך לעשות"**. ההתערבות שהמורים קיבלו על עצמם התאפיינה בדרך כלל בהרחקת נושא האבל והכחשתו: **"קודם כול חשוב שאני אטפל בבעיות החברתיות שלו כדי שהוא לא יבנה לעצמו שם..."**

לעומת זה לאחר הסדנה ניכרה מוכנות להתייחס לילד ולקשייו. וכך למשל כתבו המורים:

* אני חושבת שהמורה יכולה ליצור מסגרת של שיחות אישיות במטרה לשוחח על הנושא.

* צריך לשלב את התלמידה אחת לשבוע בשעת דיאלוג ולאפשר לה לדבר על מה שהיא חוותה, אולי גם עם תלמידים אחרים בקבוצה, אולי גם הם מתחברים לנושא.

* אני חושבת שצריך לשים לב לסימני המצוקה ולא לראות אותם כעוד קושי בלימודים או בעיית התנהגות. המחנכת צריכה לתת מקום לפרוק רגשות וגם להראות שזה בסדר להיות עצובים ולדבר על זה.

* חשוב להיות מאוד ערניים לקושי של רינת אפילו אם האירוע התרחש מזמן... יכול להיות שאף אחד לא דיבר אתה על זה וזה ודאי מעסיק אותה. כדאי גם לחשוב ביחד עם היועצת והפסיכולוגית ולבנות תכנית רגשית.

* אני מאמינה שמחנכת הכיתה יכולה לעשות הרבה. תגובות אחרות לסדנה נגעו לקושי של המורים עצמם ולתהליך שעברו:

* בהתחלה היה לי קשה עם הנושא. זה נושא כבד שהייתי

במעגל האישי" במרחב העבודה הכולל של המורים בכלל ושל היועצים בבתי הספר בפרט. נראה כי בהקשר זה הפסיכולוג החינוכי העובד עם בית הספר יכול לתרום תרומה חשובה לתהליך. כמו בכל עבודה, גם במחקר זה עלו מגבלות מתודולוגיות: שאלון איתור חוויית האובדן שניתן לתלמידים לא הבחין בין אבל קרוב לרחוק, ובמהלך המחקר לא נבחנו מענים ספונטניים לא ממוקדים שניתנו במשך השנים לתלמידים שחוו אובדן אישי. תהליך ההתערבות שתואר היה קצר, ויש לבחון את משמעותו ואת השפעתו לאורך זמן. רצוי להרחיב את החקר של צורכי התלמידים שחווים אובדן אישי ואת המענים הניתנים להם במערכת החינוך ולבחון אותם בהתאם למשתנה של הגיל וההתפתחות.

לבסוף, מוות הוא בדרך כלל מצב שאינו בשליטתנו, ואנו עומדים מולו חסרי יכולת לשנות ולהשפיע. לעומת זאת, הדרה של קבוצה חברתית איננה גזרה משמים. גם אם זו הדרה בלתי מודעת או בלתי מכוונת, היא עדיין בחזקת מעשה חברתי שאינו עולה בקנה אחד עם ערכים של ערבות הדדית, שייכות ותמיכה. לפיכך, אנו סבורות שיש לעשות הכול כדי לבטלה. למרות הקשיים הרגשיים העולים בקרב הצוות החינוכי, יש להאיר על קבוצת התלמידים הזקוקה להכלה, לקשב ולאמפתיה, ולתת לה את המענים הנדרשים כדי שתוכל להתמודד עם התהליך הרגשי והחברתי שהאבל מזמן.

לחיות עם האובדן בתנאים המתאימים לגילם (אילון, 2000). שכטמן (2010) התייחסה למגוון המטלות שילדים שחוו אובדן מתמודדים עמו, ובכלל זה ציינה את הכרה במציאות, התגברות על האובדן, חזרה לשגרה, התגברות על זעם ועל האשמה עצמית וקבלת הדבר כתופעה מתמדת. טיפול במשתנים אלה יכול להקל את התמודדותו ואת הסתגלותו של הילד. השפעותיו של השכול על הילדים נמשכות כל החיים בעוצמות משתנות, ובוודאי בשנה השנייה והשלישית לאבל, מכאן שיש מקום לתמיכה ולערנות לאיתותים של התלמיד גם לאחר זמן. את התמיכה הדרושה יכולות לא פעם לספק קבוצות טיפוליות לילדים, להורים וכן הדרכה לצוות החינוכי, הנותן להם מענה. נראה שבעולם כולו הולכת ומתפתחת מודעות ליצירת אווירה פתוחה ומקבלת סביב חוויית האובדן, ובכלל זה מודעות לרגישות המורים ולחוויית האבל שעברו הם עצמם. ההקשבה, העידוד של ביטויי האבל, העיסוק בנושא באופן פתוח והבחירה לעסוק בו מתוך התייחסות לכלל באי בית הספר (תלמידים, הורים ומורים) יש בה כדי להביא את נושא "האובדן האישי" לקדמת הבמה ולקרב את הצוות החינוכי אל התכנים הללו ולעבר תהליך טיפולי חינוכי (Gliko-Braden, 2004). את התפיסה הזאת יש לאמץ גם בישראל מתוך היכרות עם הקשיים של המורים וסיוע להם. מומלץ להקים בשפ"י צוות מקצועי, חינוכי טיפולי, שיחקור את הנושא וכן לבנות כלים ולתת מענה מקצועי לתלמידים ולצוותים החינוכיים. עוד מומלץ לשלב את נושא "האובדן

ביבליוגרפיה:

Hogan, N., Desantis, L. (1992). Adolescent sibling bereavement: An ongoing attachment. *Qualitative Health Research* 2, 159-177.

Malkinson, R., & Rubin, S. (2007). The Two-Track Model of Bereavement: A balanced model. In: R. Malkinson (Ed.), *Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life Following Loss*. New York: Norton.

Rubin, S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2000). An Overview of the Field of Loss. In: S. Rubin, R. Malkinson & E. Witztum (Eds.). *Traumatic and Non traumatic Loss and Bereavement*. Conn: Psychosocial/International Universities.

Neimeyer, R.A. (1998). *Lessons of Loss: A Guide to Coping* (pp. 81-99). New York: Book Mart Press.

Neimeyer, R.A. (2011). *Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging Research and Practice*. New York: Routledge.

Rubin, S. (1981). A two-track model of bereavement: Theory and research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 101-109.

Rubin, S. (1992). Adult child loss and the two-track model of bereavement. *Omega*, 24(3), 183-202

Rubin, S.S. (1999). The "Two-track model of bereavement" *Overview, Retrospect and Death Studies*, 23(8), 681-714

Rubin, S.S. (2000). Psychodynamic perspectives on treatments with the bereaved: Modifications of the therapeutic-transference paradigm. In: R. Malkinson, S.S. Rubin & E. Witztum, (Eds.). *Traumatic and Non traumatic Loss and Bereavement*. Conn: Psychosocial International Universities

אביעד, י' (2001). **תפיסת תיאורי ילדים לאובדן הורה: השפעת המודל הו-מסלולי לשכול והקשר עם ההורה שנותר**. עבודת מוסמך, אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי החברה, החוג לפסיכולוגיה.

אילון, ע' (2000). המוות בעיני ילדים. **ילדים: ביטאון בנושאי חינוך** בריאות ובטיחות, 3. 66-63

איצקוביץ, ר', גלובמן, ח' (1992). **אחים שכולים**, רשפים, תל אביב.

גרנות, ת' (2000). **בלעדך: השפעות אובדן על ילדים ונוער**. ירושלים: משרד הביטחון, ההוצאה לאור.

דיכטרמן, ד' (1989). **הורים שכולים: הסתגלויות ארוכות טווח לאובדן על רקע מאפייני אישיות, דפוסי התקשרות ויחסי אובייקט**. עבודת מוסמך, אוניברסיטת חיפה.

סולברג, ש' (1995). **פסיכולוגיה של הילד והמתבגר: מבוא לפסיכולוגיה התפתחותית** (עמ' 286-254). ירושלים: מאגנס.

קלינגמן, א' (1998). **מוות ושכול במשפחה: סקירת ספרות מקצועית**. ירושלים: מכון הנרייטה סולד.

שכטמן, צ' (2010). **ייעוץ וטיפול קבוצתי בילדים ומתבגרים: תיאוריה, מחקר וטיפול**. עפולה: הוצאת ספרים אקדמית יזרעאל.

Balk, D.E. & Corr, C.A. (2001). Bereavement during adolescence: A review of research. In: M. S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, H. Stroebe & H. Schut (Eds.). *Handbook of Bereavement Research* (pp. 199-218).

Ben-Asher, S. & Lebel, U. (2010). Social structure Vs. self-rehabilitation: IDF widows forming an intimate relationship in the sociopolitical discourse. *Journal of Comparative Research in Anthropology & Sociology* 1(2), 17-38.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Vol.3), New York: Basic Books.

Gliko-Braden M. (2004). *Grief Comes to Class: An Educator's Guide*. Omaha: Centering crop.

התאבדות, נסיון התאבדות, פגיעה-עצמית בזדון

כמה נפשות מתאבדות לאחר ששרדו נסיון התאבדות?

מאת: ד"ר ישראל אורון (אוסטריי)

גורלם של אלה שמכונסים בקטגוריית "נסיונות התאבדות", על-פי פרסומי משרד-הבריאות, הוא שעומד במרכזו של המאמר. נמצא, שבודדים מאלה שניסו לראשונה לשים קץ לחייהם ושרדו, המשיכו בניסיונותיהם עד שמימשו את רצונם למות. כן נדונה במאמר שאלת מניעיהם של אותם רבים הממשיכים בחייהם, ומטרתה של ההתערבות המקצועית הנגזרת מכך.

א. מבוא

עיון בנתוני משרד הבריאות מלמד, כי בראשית שנות האלפיים נרשמו בישראל, במוצע מעל ל-5000 ניסיונות התאבדות בשנה (חקלאי, 2011). לכאורה, אלפי אנשים בכל שנה מואסים בחייהם ומבקשים לשים להם קץ. האמנם?

כמה עובדות מלמדות שאיננו עומדים בפני נחשול של מתאבדים, ולמטרת מאמר זה די להצטמצם באחת מהן, והיא – שקיים פער שכיחות רחב וקבוע בין קטגוריית הסינוג "נסיונות התאבדות" לבין "התאבדויות". בשנות האלפיים התאבדו במוצע פחות מ-400 נפשות בשנה, אף שיותר מפי עשרה ניסו להתאבד. פער דומה נשמר במהלך כל שנות קיומה של המדינה, ושכיחות ההתאבדויות במדינה לא חרגה אף פעם מטווח ממוצע הנע בין 100-400 מתאבדים בשנה (Oron, 2011), על-אף שמספר המנסים רב לאין שיעור. מתוך נתונים אלה, ניתן היה לשער שלפחות באחת מעשרות השנים לקיום המדינה, יהיה מספר המתאבדים (כלומר: ה"מצליחים" בניסיונם) בן ארבע ספרות, אך הדבר לא התרחש.

פער עקבי ובלתי משתנה זה, בעיתות שלום ומלחמה כאחת (Oron, 2012a), מרמז כי בשתי הקטגוריות מכונסים אנשים שמניעיהם שונים, ומצביע על הצורך לבדוק מה עומד ביסוד התנהגותם של המכונסים תחת קטגוריית המנסים. הצורך נובע מכך, שיש לדעת מה מניע אותם, על-מנת להיערך כראוי להתערבות מקצועית נאותה.

ב. רצון למות?

1. מה היא התאבדות?

לשם בדיקת התנהגותן של הנפשות שסווגו לקטגוריית המנסים, יש לבאר תחילה מה פירוש הדבר לנסות להתאבד, או בצורה יסודית יותר – מה היא התאבדות? במקרי התאבדות אדם מואס בחייו ועל כן הוא מבקש את מותו במפורש ובמודע. כדי להוציא אל הפועל

ד"ר ישראל אורון
(אוסטריי)

אוניברסיטת חיפה, המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה תוכנית לאומית למניעת אובדנות, משרד-הבריאות והג'וינט

(רובם גברים-מבוגרים) מתמידים בניסיונותיהם להתאבד עד למימוש כוונתם (וזאת גם כשהחוקרים החמירו וכללו מקרי התאבדות בספק).

3. ובישראל?

בישראל טרם נערך מחקר דומה. אולם, מנתונים שנאספו למטרות מחקר שעסק בשאלות אחרות (כך-שיבאן, 1992), ניתן להקיש לשאלה שכאן*. באותו מחקר, אחת הקבוצות שבהן התמקדה החוקרת כללה אנשים שניסו להתאבד בפעם הראשונה במהלך השנים 1972-1976. החוקרת עקבה אחריהם עד שנת 1983 (טווח של 7-11 שנים) ומצאה ש-405 מתוכם (6% בקירוב מכלל המנסים) ניסו להתאבד שוב (מכיוון שרק חמישה נוספים היו מן המגזר הערבי, הם לא נכללו במחקר), וש-72 מתוך אלו (רובם גברים בני שלושים ומעלה), אכן הצליחו. חישוב פשוט מעלה, כי בקרב האוכלוסייה היהודית, מכול 6843 המקרים שסווגו בקטגורית המתאבדים התאבדות, בחמש השנים הרלבנטיות למחקר, מהווה תת הקבוצה של מתאבדים בניסיון שני (או יותר) 1.05 אחוז, בטווח של 0.9%-1.2% לאותן שנים (על יסוד נתוני משרד-הבריאות והלמ"ס, 1978).

4. השורדים את הניסיונות החוזרים

מתוך הנתונים שהוצגו עולה, שרק כאחוז מהמקרים שהוגדרו בישראל כניסיונות התאבדות, כללו באמת כוונה אובדנית אשר מומשה במהלך השנים. ממצא זה מעלה שאלה נוספת – מה מניע את התנהגותם של הרבים הכלולים בקטגוריה זו, שאינם שמים קץ לחייהם?

ניתן לחלק מקרים אלה לשתי קבוצות. האחת כוללת את אותם פרטים שהכוונה להמית את עצמם עדיין מקננת בנפשם, אך מסיבות שאינן נהירות דיין אינם מוציאים אותה לפועל גם בחלוף הזמן. הקבוצה השנייה של מי שנכשלו בניסיון ההתאבדות הראשון, כוללת אנשים שכלל לא ניסו להתאבד מתחילה, אלא ביקשו לפגוע בגופם בזדון מתוך כוונה לגרום לו נזק, אך ללא כוונה להמית את עצמם (Babiker et al, 1997). לעיתים הם נוטים לחזור על מעשה הפגיעה. מאמר זה אינו דן באמצעים השונים שבהם נוקטים אנשים אלה לשם פגיעה בגופם ובמטרות הנפשיות שהם מבקשים להשיג באמצעותם, אך חשוב להדגיש שמעשיהם נעדרת כוונה אובדנית (Klonsky 2007 ; Simeon et al, 2001).

האם ניתן לאמוד את משקלן היחסי של כול אחת מהקבוצות?

דרך אחת לאמוד את הקבוצה הראשונה היא באמצעות מחקרים, שדירגו את הנמצאים בקטגוריית המנסים, בהתאם למידת הסיכון של השיטה שבה השתמשו כדי לפגוע בגופם. הנחת המוצא היא

את שאיפתו הוא מתכנן איך להרוג את עצמו, ולבסוף אף מבצע זאת. אף שבני-אדם שמים קץ לחייהם בנסיבות שונות (אכזבה רומנטית, שירות צבאי, מחלה, זקנה), בכול המקרים, מה שיניע אותם יהיה המאיסה בחיים ומטרתם תהא להביא על עצמם את מותם (אורון, 2008).

המניע האובדני כולל כמה מרכיבים נפשיים, וההתכוונות למוות היא הממזגת ומתיכה את כולם יחד למעשה האובדני (Maris et al, 2000). בפשטות, **באין כוונה אובדנית אין התאבדות**. כך, לדוגמא, נעדרת הכוונה האובדנית ממעשיו של מי שנהרג מפליטת כדור עת ניקה את נשקו, או אפילו ממעשים מודעים שבהם אדם מסכן את חייו מרצונו, כמו למשל טייסי ה"קאמיקזה" היפאנים בזמן מלחמת העולם השנייה, או מחבלים המפוצצים עצמם (אורון, 2003, Oron, 2012b).

נובע מאלו שמשמעותו של ניסיון להתאבד היא היעדר הצלחה במימושה של הכוונה למוות. כאשר אדם, שרצה לשים קץ לחייו, ביצע את כול הפעולות באמצעותן תכנן להביא קץ לחייו, אך פרט מקרי כלשהו מנע ממנו להוציא לפועל את כוונתו עד תומה (לדוגמא, טען בנשק כדור עקר).

2. על המנסים להתאבד

אנשי-מקצוע מתמקדים במי שניסו להתאבד, בניסיון להעריך אם הם ינסו לעשות זאת שוב – עד שיקפדו את חייהם. חשוב מאוד שנהיה מסוגלים להעריך, את שיעור האנשים אשר ימשיכו לנסות ולממש את כוונתם האובדנית אחרי הכישלון הראשון. זאת, כדי שנוכל להיערך בהתאם לכך מבחינה מקצועית. לשם כך, יש לברר מה עלה בגורלם של מי שנכשלו בניסיונם הראשון, במהלך השנים שחלפו מאז ניסיון ההתאבדות.

במחקר שנעשה בבריטניה נמצא, כי 0.75% מתוך אלו שנכשלו בניסיונם הראשון להתאבד, הצליחו בסופו של דבר, לאבד את חייהם במהלך ארבע שנים מהניסיון הראשון, אם כי, 40% מהמקרים הוגדרו התאבדויות בספק (Cooper et al, 2005). מחקר אחר שנערך אף הוא בבריטניה התמקד באנשים שניסו להתאבד במהלך השנים 1978-1997, ועקב אחריהם עד שנת 2000 (Hawton et al, 2003). המחקר הראה שרק 2.6% אכן שמו קץ לחייהם, כאשר יותר משליש היו מקרי התאבדות בספק. מסיכום שמונה מחקרים מקיפים שנערכו במהלך שני עשורים עולה, שאחוז ההתאבדויות הממוצע בקרב מי שניסו כבר להתאבד, היה 2.3% לכל שנה, בטווח של 0.8%-3.8% (Pierce, 1981).

Maris (1992), סיכם כמה וכמה מחקרים שנעשו בעולם, ומצא, שמכל שנתון, רק אחוז אחד בממוצע מבין מי שניסו להתאבד, אכן יממש את כוונתו בחלוף השנים. אנשים ספורים

*תודתי לד"ר ברכה כץ-שיבאן, מרצה במכללה האקדמית גליל מערבי, שהתירה לי להשתמש בנתונים שאספה.

ג. סיכום

המסקנה העיקרית העולה מהנתונים היא, שבישראל, בכל שנה, כאחוז אחד בלבד נמצא בסכנה של ממש לקפד את חייו בהתאבדות, מתוך אלפים הכלולים בקטגוריית המנסים. במלים אחרות, מתוך הרבים המכונים בקטגוריה זו אחוז בלבד נתון בסכנה גבוהה, ואף מיידית, להתאבד. האם אומדן זה, המבוסס על נתונים משנות ה-70 של המאה שעברה, הוא אומדן סביר גם כיום? לשם קבלת תשובה בדוקה יש כמובן, לערוך מחקר מתאים, אך להערכת התשובה חיובית. רמז לכך אני מוצא בעובדה, כי בשנות ה-2000 פחת ב-8% לערך שיעור המתאבדים (כלומר, שכיחותם ביחס לגודל האוכלוסייה) בהשוואה לשנים 1972-76 (Oron, 2011). יהיה הגיוני להניח (לשער) מראש, שהפחתה זו לא פרצה את האומדן בן האחוז של המתאבדים מקטגוריית המנסים.

בארץ אין מחקרים העוסקים בשאלת שכיחותם של מי שרוצים למות ושאינם מממשים את רצונם לאחר הניסיון הראשון, אולם בגזירה שווה ממחקרים בחו"ל ניתן להעריך, שגבול בן 20% הוא אומדן ראשוני (crude estimate) סביר לחלקם בקטגוריית המנסים. הסכנה שמא החברים בתת-קבוצה זו עומדים לממש את רצונם איננה גבוהה. מכאן נובע, שחלק הארי בקטגוריה זו (80-90%) פוגע בעצמו שלא מתוך כוונה או בדינית, אלא מתוך רצון להזיק לגופו בלבד. קטגוריית המנסים מקיפה אם כן, שלוש תתי-קבוצות: המעטים המממשים לבסוף את רצונם למות, הבלתי מממשים, ואלה הפוגעים בגופם בזדון ללא כל רצון למות. מצב זה מחייב את אנשי המקצוע לאמוד בכל מקרה של אדם הפוגע בעצמו – האם כוונה או בדינית עומדת ביסוד התנהגותו, או שמא נזק גופני בלבד? ולתכנן תוכניות התערבות נבדלות לשתי האפשרויות.

אל לה להתערבות המקצועית הזו להצטמצם רק בקשר הישיר עם הנפגע עצמו, בעיקר אם הוא מקבוצת הגיל הצעיר (מעל 40% בקטגוריית המנסים הם בני 24 ומטה). יש לשקול לערב את ההורים כסוכני-שני, לאחר שיעברו הדרכה מתאימה. ככלל, דרך זו נקוטה מזה שנים בילדים עם בעיות התנהגות שונות (Ginsberg, 1976), ונמצאה מתאימה גם לכאן (Byrne et al, 2008). אף יש מקום לשקול הקמה של קבוצות תמיכה ועזרה עצמית להורים אלה. קבוצות תמיכה להורים שילדיהם התאבדו מוכרות בעולם מזה שנים ארוכות, ובישראל ממחצית שנות ה-90 (אורון, 2000), שבהן ההורים תומכים זה בזה ומסוגלים, בהדרגה, לחזור ולהשתלב במהלך החיים השגרתי. בדומה לכך, הורים שילדיהם פגעו בעצמם, או ניסו להתאבד, לא רק יחלקו צער עם חברי הקבוצה, אלא גם ילמדו מדברי אחים לצרה ומפי אנשי-מקצוע כיצד להתמודד עם מצוקות הצאצא.

למותר לציין, שהמסקנות העולות במאמר זה יפות גם לתוכניות לאומיות, או רחבות היקף אחרות, שמטרתן לצמצם את שכיחותם של המתאבדים והמנסים להתאבד מזה, ואת שכיחות הפוגעים בעצמם מזה.

שככול שאמצעי הפגיעה מסוכן יותר, יש בסיס להניח שהאדם אכן ניסה לאבד עצמו לדעת. (לדוגמה, שריטה שטחית באמת היד בהשוואה לקפיצה ממקום גבוה). בסקירת מקרים שנערכה בסקוטלנד לשנים 1980-84 (Hawton et al, 1987), נמצא, ש-11% מכלל מי שהתאבדו, השתמשו באמצעים מסוכנים יותר בצורה משמעותית יחסית לשאר הפוגעים. החוקרים הסיקו כי במעשיהם היה טמון הרצון למות.

ככלל נמצא, שקבוצת הגיל הצעירה ביותר משתמשת באמצעים שיש בהם פוטנציאל המתה נמוך, בהשוואה לקבוצות הגיל המבוגרות (McIntosh, 1992). ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאים שונים בעולם, המראים ששיעור המתאבדים בקבוצת הגיל הצעירה הוא הנמוך ביותר מכל קבוצות הגיל, והסיכון להתאבד עולה עם הגיל. כך גם בישראל (Oron, 2011).

דרך נוספת לביסוס של אומדן היא באמצעות איתורה של כוונה או בדינית בנפשו של הפוגע בעצמו, ודירוג עוצמתה. במחקר מעמיק שערכו Dorpat et al (1963) השתמשו החוקרים במספר רב של מדדים לשם הערכה נפשית של אנשים שבעברם ניסיון התאבדות, בהם גם מידתה של הכוונה

“מחקרים שנעשו בעולם, מראים, שמכל שנתון, רק אחוז אחד בממוצע מבין מי שניסו להתאבד, אכן יממש את כוונתו בחלוף השנים. אנשים ספורים בלבד, מתמידים בניסיונותיהם להתאבד עד למימוש כוונתם”

האובדנית, שהשוותה לקבוצה של אנשים שבאמת שמו קץ לחייהם. המידה הגבוהה ביותר של 'כוונה' נמצאה ב-19.8% מבין המנסים, ועוצמתה תאמה לזו שבקבוצת המתאבדים. במחקר אחר נמצא, שעוצמת הלטאליות שבמעשה הצביעה על הכוונה למות (Haw et al, 2003). לטאליות פירושה מידת הביטחון של מי שמתכוון לבצע התאבדות, שהאמצעי שבו הוא עומד להשתמש אכן יביא עליו את מותו, וציפייתו שאמנם הדבר יתרחש. העוצמה הגבוהה ביותר נמצאה בקרב 18% מהפוגעים בעצמם שהשתתפו במחקר.

המחקרים מצביעים, על כך שבקרב 11%-20% מהאנשים הכלולים בקטגוריית המנסים, מקננת כוונה או בדינית במידה המצביעה על סכנה מסוימת למימושה. ממילא מסתבר, כי שכיחותם של הפוגעים בעצמם ללא כוונה או בדינית היא בת 80%-90%.

ביבליוגרפיה:

Hawton, K., Zahl, D. & Weatherall, R. (2003), Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital, **The British J. of Psychiatr.** 182, pp. 537-542

Klonsky, ED (2007), The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence, **Clinical Psychology Review**, 27, 226-239

Maris, RW (1992), The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicides, In: Maris, RW, Berman, AL, Maltzberger, JT & Yufit, R(Eds), **Assessment and prediction of suicide**, The Guilford Press. Pp. 362-380

Maris, R.W., Berman, A.L., Silverman, M.M. (2000), **Comprehensive textbook of suicidology**, The Guilford Press, New York. Ch. 2

McIntosh, JL (1992), Methods of suicide, In: Maris, RW, Berman, AL, Maltzberger, JT & Yufit, R(Eds), **Assessment and prediction of suicide**, The Guilford Press. Pp. 381-397

Oron (Ostre), I. (2011), **The epidemiology of suicide in Israel, 1948-2006**. Univ. of Haifa/Department of Psychology, Law and Ethics (Central Bureau of Statistics, Israel, Issue No. 154)

Oron (Ostre), I. (2012a), Wars and suicides in Israel, 1948-2006, **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 9(5), 1927-1938

Oron (Ostre), I. (2012b), Do "suicide bombers" really commit suicide?, **International Bulletin of Political Psychology**, 18(5)

Pierce, DW (1981), The predictive validation of a Suicide Intent Scale: A five year follow-up, **The British J. of Psychiatr.** 139, 391-396

Simeon, D. & Favazza, AR (2001), Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment, in: Simeon, D. & Hollander, E. (Eds), Self-injurious behaviors: Assessment and treatment, **American Psychiatric Publishing, Inc.** Pp. 1-28

אורון י. (2000), קבוצת תמיכה להורים שילדיהם התאבדו – מהנחיה מקצועית לעזרה עצמית, **חברה ורווחה**, כ(3), 383-361

אורון, י' (2002), **ההתאבדות על פני יובל שנים למדינה – מבט אפידמיולוגי**, (דו"ח מחקר), האוניברסיטה העברית, המכון לקרימינולוגיה

אורון, י' (2003), טייסי ה"קאמיקזה" היפנים כמודל-פסיכולוגי לניתוח "פיגועי-התאבדות" באזורנו, (דו"ח מחקר), האוניברסיטה העברית, המכון לקרימינולוגיה

אורון, י' (2008), **שלום לחיים! בחרתי במוות – מכתבי פרידה מאת ישראלים שהתאבדו**, הוצאת אח

חקלאי, צ' (2011), **אובדנות בישראל**, משרד-הבריאות/תחום מידע

כץ-שיבאן, ב' (1992), **המנסה להתאבד החוזר והמערכת הרפואית: נסיונות חוזרים להתאבדות בישראל**, עבודת דוקטורט, האוניברסיטה העברית

משרד הבריאות והלמ"ס (1978), **התאבדויות ונסיונות התאבדות בישראל, 1976-1972**. הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

Babiker, G. & Arnold, L. (1997), **The language of injury: Comprehending self-mutilation**, British Psychological Society. Ch.1

Byrne I S., Morgan S., Fitzpatrick C.,Boylan C., Crowley S., Gahan H.,Howley J., Staunton D. &Guerin S. (2008), Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs of parents and carers, **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 13, 493-504

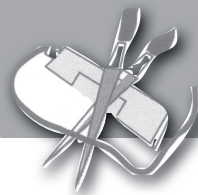
Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. & Appleby, L. (2005), Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-year cohort study, **Am J Psychiatry**, 162, pp. 297-303

Dorpat, TL & Boswell, JW (1963), An evaluation of suicidal Intent in suicide attempts. **Comprehensive Psychiatry**, 4(2) 117-125

Ginsberg BG (1976), Parents as therapeutic agents: The usefulness of filial therapy in a community health center, **American Journal of Community Psychology**, 4(1), 47-54

Haw C., Hawton K. & Townsend E. (2003), Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients, **Suicide and Life-Threatening Behavior**, 33(4), 353-364

Hawton, K. & Catalan, J. (1987), **Attempted suicide**, Oxford Medical Pub., ch. 8



ראיון

עם אורלי צדוק ואורית דהן עם צאת ספרן מלקות לחרות – מבט אישי ומקצועי על לקויי-למידה והפרעות קשב-וריוח

בהוצאת הספרים של הקיבוץ המאוחד ומכון "מופ"ת", 2012

ראיינה וכתבה: צילה טנא

הספר בנוי מחמישה פרקים מרכזיים. בכל אחד מהפרקים שני חלקים המשלימים זה את זה: החלק הראשון הוא דיאלוג אמיץ וכן בין הכותבות אודות חוויותיהן-שלהן ודרכי ההתמודדות עם הקשיים שבהם נתקלו, החלק השני מביא ניתוח תיאורטי של לקות-הלמידה והמלצות מעשיות להתמודדות עימה.

שאלתי את אורלי ואורית על החיבור המיוחד הזה ביניהן אשר הצליח להבשיל לכדי הוצאת ספר משותף – כיצד נוצר? כיצד גמלה ההחלטה לכתוב? איך נבנה הפורמט הכל-כך ייחודי לספר וכיצד התבצע בפועל תהליך הכתיבה?

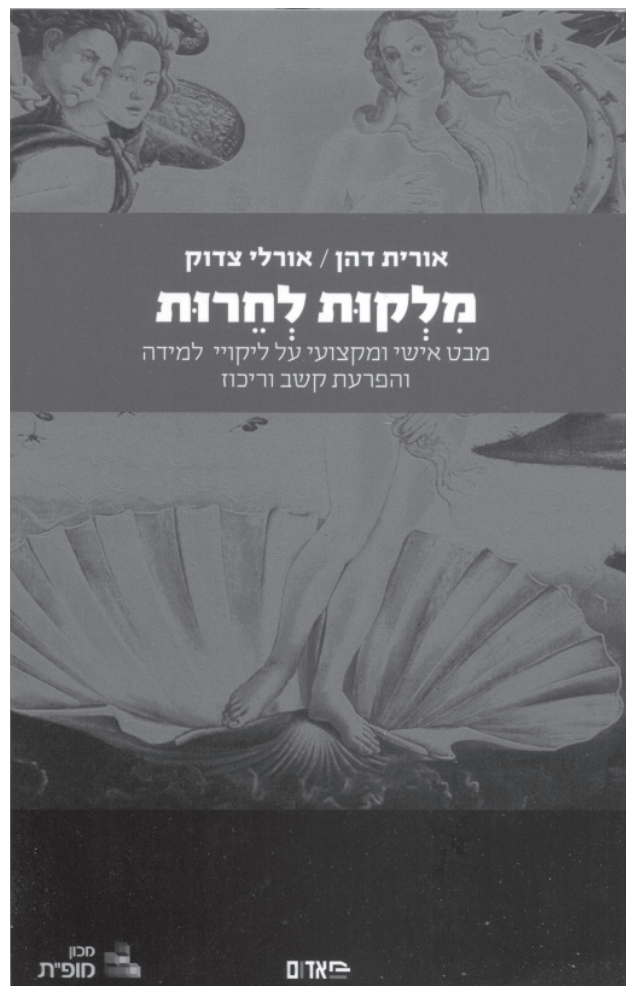
אורלי סיפרה: "נפגשנו בהנהלת 'לשם' והיה תהליך מעניין: באותו שבוע ממש דיברתי עם חברות ואמרת שאני מבקשת לעשות משהו חדש, אולי לכתוב משהו, ובדיוק אז פנתה אלי אורית עם הצעה דומה מצידה. התחלנו להיפגש, להכיר זו את זו ולשתף אחת את השנייה בסיפור האישי והמקצועי. בהתחלה זה זרם ללא ארגון והבנייה כלשהי, ואחר-כך התחלנו להקליט ולתמלל, לכתוב בכתב-יד ולהעביר לדפוס. לבסוף נוצר נוהל עבודה קבוע בו אנו נפגשות אחת לשבוע בשש בבוקר לאורך כחמש שנים, כשאחת מדברת והשנייה כותבת את דבריה. לזה הוספנו ידע עיוני וידע מהחיים המקצועיים שלנו ואחרי הרבה עיבודים ושינויים בשיתוף העורכים שלנו – ד"ר אריאלה גדרון ממופ"ת, העורכת הראשית ד"ר יהודית שטיימן מ'מופ"ת' והעורך גיורא רוזן, מ'הקיבוץ המאוחד' שלמעשה פתח לנו את הדלת, הגענו לפורמט זה, שהוא פרקים לפי מעגלי החיים: ילדות, צבא, לימודים, עבודה, זוגיות והורות כשבכל פרק מופיעים - החוויות האישיות, מידע אקדמי עדכני ו'טיפים' אישיים."

אורית הוסיפה מילים היוצאות מן הלב וחודרות אל הלב: "הכתיבה הייתה צורך, היא נגעה בפחד ובהכרח, היא הייתה ריפוי, היא הייתה מפגש של האחת עם השנייה ושל כל אחת עם עצמה. הכתיבה התפתחה בהדהוד הכפול של הקשר שלנו ושל הקשר עם עצמנו, היא הזינה חוויה של ניצחון,

אורלי צדוק היא פסיכולוגית תעסוקתית מומחית ומדריכה. בעלת מכון לתכנון ולייעוץ קריירה המתמחה בייעוץ לימודים וקריירה למבוגרים עם ליקויי-למידה והפרעות קשב. מנהלת תוכנית הגשטאלט באוניברסיטת תל-אביב. מרצה ביחידה ללימודי חוץ בבית-הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב ובתוכנית לתואר שני בפסיכולוגיה תעסוקתית במכללת תל-אביב יפו. שותפה לייזום ואחראית מקצועית של התוכנית "מאקדמיה לקאריירה" במרכז התמיכה "חממה" במכללה האקדמית תל-חי. חברה בוועדה המקצועית לפסיכולוגיה תעסוקתית במשרד הבריאות. חברה לשעבר בהנהלה בעמותת "לשם" – עמותה לקידום סטודנטים עם ליקויי-למידה וחברת צוות חשיבה במכון "מופ"ת" "ללמוד מהצלחות: מרכזי התמיכה לסטודנטים עם ליקויי-למידה".

ד"ר אורית דהן הקימה וניהלה את מרכז התמיכה לסטודנטים עם ליקויי-למידה במכללה האקדמית בית-ברל. חברה בצוות הניהול, מרצה ומקשרת במסלול העל-יסודי במכללה. יועצת בנושא ליקויי-למידה באגף להכשרה במשרד-התעשייה, המסחר והתעסוקה. ראש פורום מנהלי מרכזי תמיכה לסטודנטים עם ליקויי-למידה וראש צוות החשיבה "ללמוד מהצלחות: מרכזי התמיכה לסטודנטים עם ליקויי-למידה" במכון "מופ"ת". חברה ב"לשם" – עמותה לקידום סטודנטים עם ליקויי-למידה. פיתחה תוכניות לימודים במרכז התמיכה "חממה" במכללה האקדמית תל-חי.

אורלי ואורית חברו יחד לכתיבת ספר בעל ייחוד רב, בהיותן שילוב מעניין בין תפיסותיהן המקצועיות בנושא ליקויי-הלמידה ובין זיכרונותיהן וחוויותיהן האישיות לאורך כל מעגלי החיים שלהן: ילדות, צבא, לימודים באקדמיה, תעסוקה, זוגיות והורות, בהיותן בעצמן לקויות-למידה.



מההסתרה ומהאכזבה. פרידה זאת שחררה חיות פנימית וכוח להמשיך הלאה. פתאום הצלחנו לראות את העוצמה, את הכוח ביכולת שלנו לתפקד כאימהות, כבנות-זוג, כמומחיות, על-אף ולמרות הלקות. תחושת האשמה ירדה פלאים, הבושה הלכה ופחתה, ואת מקומן של תחושות אלה תפסו הקבלה, הביטחון, השלווה והאמונה שאנו יכולות. תחושות אלה הקרינו החוצה ומצאנו שעם הקבלה שלנו את עצמנו נבנה תהליך מקביל של קבלת החברה אותנו."

כיוון שהספר מלווה אתכן לאורך כל מסלול חייכן, מעניין אותי לדעת מתי נחשפתן לראשונה לעובדה שיש לכן לקות ספציפית ובאיזה שלב בחייכן היה קשה במיוחד להתמודד עם הלקות הזאת?

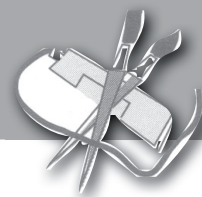
לדברי אורלי, ההבנה שיש לה לקות הייתה בשנות השלושים שלה לאחר לימודי תואר ראשון ושני לימודי תואר שני בפסיכולוגיה קלינית של הילד ובפסיכולוגיה תעסוקתית, ועבודה כפסיכולוגית. "זה לא שקודם לא היו לי קשיים, בהחלט היו, אך לא ידעתי למה לייחס אותם. רק כשהתבקשתי להתאים את השירותים לאוכלוסייה לקויית-למידה באוניברסיטת ת"א במסגרת שירותי היחידה ליעוץ לימודי תעסוקתי בה עבדתי, עלה בי החשד שאני סובלת מהפרעות קשב ולקויית-למידה. התחלתי לקרוא חומר מקצועי בעניין והרגשתי שמדברים עליי. זו הייתה חוויה מאד מרגשת, מטלטלת, ומכאיבה ומקלה כאחד. התקופות הקשות ביותר היו קודם כל תקופת הילדות שבה הייתה חוויה בולטת של חוסר-אונים ואי-הבנה למה בעצם הדברים לא מסתדרים. תקופה קשה נוספת הייתה כאשר היה עליי להגיש את עבודת התזה לקראת סיום לימודי הפסיכולוגיה, דבר שהצריך ניהול עצמי, שימת לב לפרטים והרבה כתיבה. ככלל - כל תקופת מעבר הינה תקופה מאתגרת שלשמחתי אני מוצאת את עצמי בכל פעם מוכנה אליה קצת יותר."

אורית ציינה כי תמיד ידעה שיש לה קשיים עצומים – אך לא ידעה לתת להם שם. "נלחמתי כל חיי בשיניים והגעתי לאן שהגעתי. נחשפתי לראשונה לכך בצורה חד-משמעית שיש שם לקשיים העצומים שלי בהיותי מרצה במכללה. ריכזתי קורס להכשרת מנהלי מרכזי תמיכה באקדמיה וישבתי בכל ההרצאות בקורס. פרופסור סוזן ווגל מומחית לסטודנטים עם ליקויי-למידה תיארה את ההגדרות החדשות בנושא וחשפה את המאפיינים של אנשים אלה. ההרצאות היו מוחשיות ומלאות בדוגמאות. רק מומחית זו שבאה מחו"ל גרמה לי להבין – האסימון נפל ותפסתי שיש מובן לכל הסבל שלי

שנבע מהיכולת להגדיר את החוויות במילים ולבטא אותן. הכתיבה עשתה טרנספורמציה לחוויה שהלקות הינה בלתי נתפסת לא על-ידינו ולא על-ידי הסובבים אותנו והפכה את חוויית הלקות לנראית ונתפסת...

בניסיוננו לעשות אינטגרציה בין המובנה לבין הספונטאני, בין האישי לבין המקצועי החלטנו אחרי התלבטויות לא קלות לפתוח ולסיים כל פרק בחלק המקצועי הכולל סקירה של התחום, מסקנות והמלצות ובליבו של כל פרק השארנו את החומר האוטנטי של השיח בינו. על-אף החלוקה של הפרקים, נשאר בכל אחד מהפרקים עירוב מסוים של כל התחומים כמו בחיים האמיתיים שלנו.

ברמה האישית הספר היה בשבילנו מסע מופלא. חיינו מחדש את סיפור חיינו כדי לספר אותו לאחרים. הוא שינה אותנו ויצר אצלנו סיפור חדש של הלקות שלנו, מעודן יותר, שלם יותר ומפויס יותר. נוסף על כך – תהליך הכתיבה הביא אותנו להבנה שיש כאן תופעה משותפת לכלל האנשים עם הלקות. הבנה זאת שהולידה שייכות, נתנה לנו כוח. ההסתכלות על עצמנו בעבר ובהווה לא הייתה שוב כאנשים חלשים, מבודדים, שהחברה וגם הם עצמם אינם מבינים אותם. הלקות שלנו התחילה לחיות בתוכנו קצת אחרת – יותר חיה, יותר גלויה ומתוקשרת, יותר ברורה ואפילו לעיתים מעט מצחיקה. הלקות קצת התגמדה, קיבלה פרופורציות, התמתנה. הסוד התגלה ובעקבות זאת נוצרה פרידה מהכעסים, מהבושה,



אורית ואורלי ציינו שתיהן כי לצערן, אינן יכולות להגיד שמורים ידעו משהו על ההפרעה. "בתקופה בה אני למדתי בבית-ספר", הוסיפה אורלי, "לא הייתה מודעות לבעיה. היו בהחלט מורות שהראו אכפתיות וניסו לעזור. עד היום אני זוכרת את המורה בכיתה ג' שניסתה לברר מה קורה איתי והצמידה אותי לילדה החרוצה בכיתה כדי שתעביר לי באופן פרטני את החומר ותעבוד איתי על שיעורי הבית, דבר שהיה הקלה מבחינתי הן מבחינה לימודית והן מבחינה חברתית. היו מורים שלא הבינו והתמודדו דרך עונשים. בואו נסכם שהרבה פעמים צפיתי בשיעור מהפינה של החדר... היום יש הרבה יותר מודעות, אך גם, לא תמיד אני רואה שיש למורים כלים ויכולת להתייחס לצרכים האישיים של ילד לקוי בכיתה של 30 או 40 תלמידים, ובהחלט אני חושבת שעדיין יש דרך משמעותית לעשות לקידום הנושא בבית-הספר. קודם כול – להבין שלילדים האלה קשה להתמודד עם המבנה הקיים ולחשוב כיצד אפשר לעזור להם מבלי לגרום להם לנשור מהמסגרת הקיימת. אני חושבת שחשוב להביא למודעות התלמידים את הקשיים ולגבש איתם ובשיתופם דרכי פעולה."

לא פחות מעוררת עניין היא שאלת מקומם של ההורים במשימה המורכבת כל-כך של בניית חוויה של ערך עצמי למרות ועל-אף הלקות, ובתרומתם האפשרית ליכולת של ילדים להכיר בכוחותיהם ולתת אמון בעצמם ובסיכוייהם האקדמיים, ולכן ביקשתי את התייחסותן של הכותבות לשאלה זאת.

אורלי התייחסה לשאלה באופן מקצועי והשיבה: "אין ספק שלהורים זו משימה מורכבת ביותר. הם צריכים להתמודד גם עם הצרכים המרובים של הילדים, גם עם האכזבה בשל אי-הצלחתו האקדמית של הילד וגם עם הצורך לייצג אותו מול המערכת. לפעמים מדובר במשרה מלאה נוספת. מצד שני, הורים שאינם עושים זאת משאירים את ילדיהם חסרי-אונים ועלולים לגרום להם לאבד את מקומם בעקבות תחושות רגשיות קשות. המשימה המרכזית של ההורים היא הבנה ותיווך קודם כל של הילד בינו לבין עצמו, ואחר-כך – בינו לבין המערכת: חברים, לימודים, הורים ומורים. ברור שקל להגיד וקשה מאוד לעשות ולכן אני חושבת שיש מקום לקבוצות תמיכה להורים ולליווי מקצועי בנושא."

אורית בחרה להביא כאן את הפן האישי וסיפרה: "הוריי, שניהם אנשי חינוך מנוסים וותיקים, היו בעלי תפיסות הומניות ושוויוניות. עם-זאת - גם הם כמו המורים לא ידעו לתת מענים. גם הם חשבו שאני חסרת יכולת ולא לחצו לא על ציונים ולא על הכנת שיעורים אין סופית. כל פעם איזה יום-יומיים לא רציתי ללכת לבית-הספר, רציתי לנוח מהעומס הנפשי והם הבינו. אבי היה הגשר שלי לנעשה בכיתה – הוא היה קורא ועוזר לי לענות על השאלות – פעמים רבות מכתוב לי ומנסה בצורה נואשת שוב ושוב להסביר. פניי החתומות רוב הזמן העידו שאני לא מבינה את רוב הנלמד. היו לי תחומים שהייתי חזקה בהם והוריי עודדו אותי לקחת חלק בהם: תפירה, ריקוד, מקהלה. לא

במהלך השנים. בשלב מאוחר יותר עשיתי אבחון כדי לעמת את מה שכבר ידעתי."

אורית כיוונה אותי לספר עצמו, לפרק שבו היא מספרת על חייה בבית-הספר:

"בבית-הספר לא יכולתי להפסיק את הרעשים שליוו אותי כל הזמן, לא הצלחתי להעביר חלק מן הרעשים לקדמת הבמה וחלק מהם להשאיר כרקע. הכול נראה לי חשוב וגם חוסר ההפרדה בין הרעשים קרה ללא שליטה. הדבר פגע בי קריטית בעיקר בתחום הלימודי. בבית-הספר התלמידים צריכים מיד עם היכנסם לכיתה א' להבין שהדובר המרכזי הוא המורה וכל שאר הדוברים, אם הם מדברים ביחד עם המורה, ללא קבלת רשות, הם מפריענים. הם מסיחים מהמשימה העיקרית שהיא – ליצור מיקוד קשב רק לכיוון אחד – המורה. את זה לא הצלחתי לעשות וכל מסיח היה לו מקום מרכזי כמו למורה. לא יכולתי לבטל את רעשי הסביבה ולהתרכז רק בדברי המורה וגם אם בהמשך נהיה שקט, לא הצלחתי לחזור לעניין המרכזי. המצב הזה גרם לכך שלא אבין את רוב הנלמד, שארגיש שאני מחוץ לסיפור, שאני במקרה פה ואינני קשורה למתרחש סביבי. אני זוכרת ניתוקים. אני זוכרת שמורים הסבירו והסבירו ואני הייתי כמו שוטה, אני לא הייתי שם. רשמתי פה-ושם, רשמתי קטעים שקלטתי, אבל באמת לא הבנתי כלום. פחדתי כל הזמן שאני לא בסדר, שהתפקוד שלי אינו תקין, שאני לא מבינה את הסיטואציה ולכן מפרשת אותה בצורה שגויה כתוצאה מהניתוק."

היה לי פחד לתת תשובה, גם אם חשבתי שאני יודעת אותה, אז פשוט שתקתי. עדיף היה כך. יכולתי לנהוג אחרת, אך זו האופציה שכנראה התאימה לי באותה תקופה. לא הבנתי מה יש לי, חשבתי שאני תלמידה בינונית, והגרוע מכול – גם הסביבה לא הייתה מודעת למצבי, לא הייתה מספיק מקצועית כדי להבין, לדעת ולעזור לי.

היום כשאני חושבת על זה כאשת חינוך, אני שואלת את עצמי, איך יכול להיות שאף אחד לא הרגיש לא נוח לאורך כל שנות לימודי, שאף אחד לא שאל, פנה אליי, הבין את המצוקה, ניסה לעזור.

ביסודי הרגשתי שאני כל הזמן חיה בבונקר, הרגשתי שאני נמצאת במלחמת הישרדות. פחדתי לצאת, לענות, להשתתף, ליזום, שלא ירגישו שאני כלל לא בעניינים, שאני כלל לא שם בתוכי. הנוכחות הפיזית מטעה. זה מוזר אך זה אפשרי להיות פיזית במקום, אך כלל לא להיות בו נפשית. וכמו במלחמה – לא בחרתי להיות בבונקר – חוסר הנוכחות הנפשית בבית הספר לא הייתה מבחירה – היא הייתה נתון שלא יכולתי לשלוט בו. לא הייתי נוכחת נפשית וניסיתי כמיטב יכולתי גם לא להיות נוכחת פיזית."

כפסיכולוגית חינוכית אשר עובדת עם הגורמים החינוכיים בבית-הספר שאלתי אודות התפקיד שמילאו המורים בהתמודדות עם לקויות הלמידה שלהן – האם הבחינו, סייעו, קידמו וריכזו את הקושי או אולי התעלמו ולא הבינו ושמה אף ביקרו והקשו על ההתמודדות?

לגבי ההשתלבות של אוכלוסייה זו בתעסוקה – לאחר סיום הלימודים, בפעם הראשונה עומדים הצעירים מול הדרישות החיצוניות כאשר הם ללא מערכת תמיכה או הקלות. עליהם להתמודד עם ראיונות שבהם הם מתלבטים אם לספר על הלקות או להסתירה, ובהמשך הם נדרשים להשתלב במהירות במקום חדש, לקלוט נורמות ולשמור על הכללים ולעמוד בזמנים כמו כולם.

קשה לעבור את השלב הזה ללא הכוונה ותמיכה, והרבה פעמים כפי שמדווח בספרות, אוכלוסיית לקויי-הלמידה מפוטרת יותר, מתקדמת פחות ומתקשה לנצל את הפוטנציאל שלה.

חשוב להבין שמודעות למגבלות ולכוחות, יצירת תקשורת טובה עם הממונים והתאמת סביבת העבודה והמשימות, מהווים גורם מרכזי בהצלחה.

ומה יכול לתת ייעוץ מקצועי בנושא?

הייעוץ יכול לעזור קודם כל בהתמודדות העצמית עם הנושא. אפשר להכיר לעומק גם דרך האבחונים וגם דרך מבחנים תעסוקתיים את היכולות והמגבלות ולדון באופציות התעסוקתיות המתאימות, כיוון שסביבת העבודה במקרה של ליקויים היא קריטית. הייעוץ מאפשר לדון בהתאמות הפורמליות והלא פורמליות הנדרשות ואיך לתקשר אותם בתוך העבודה. לדוגמה: פעם פנה אלי אדם שעבד בחברת סקרים גדולה ולמרות שהיה סוקר מוערך לא הצליח להתמודד עם מילוי הטפסים בכל חודש, דבר שהכעיס את הבוס שלו, עד לכדי כמעט פיטורים. ניתחנו יחד את הקשיים ואת הצורך לשתף את הממונה בהם. למרות החשש – בסופו של דבר לאחר השיתוף הייתה הקלה. הממונה הבין את הקושי ולא ייחס אותו כמו בעבר לזלזול בו ובמסגרת. השניים קבעו לשבת אחת לחודש ולמלא ביחד את הטפסים ואף ניצלו ישיבה זאת להערכת מצב.

כדי להשתלב היטב בעולם העבודה חייב, אם-כן, האדם להכיר את עצמו על מגבלותיו ויכולותיו ואת סביבת העבודה על האפשרויות הטמונות בה והדרישות שהיא מציבה וללמוד כיצד לגשר ביניהם.

לסיכום

הדגישו אורית ואורלי שהן מקוות שהחשיפה שלהן ונסיון המקצועי יעזרו לאנשים רבים להבין את התופעה וליצור קשר בין אנשים המאותרים עם לקויות לבין סביבתם האישית והמקצועית.

אני מודה לאורלי ולאורית על ההזדמנות שנתנו לי ולקוראים רבים אחרים להיכנס לעולמם של הילדים והמבוגרים הסובלים מלקויות-למידה ויכולים להן ועל אומץ הלב העומד מאחורי חשיפתן האישית, אשר תורם לניפוץ סטיגמות אודות הלקות ולחיזוק התקווה של הורים ושל ילדים רבים שוודאי יזהו את עצמם בין הדמויות המתוארות בספר.

התפתחה אצלי מומחיות, אך פעילויות אלה, ריפאו במשהו את הפצע העמוק שלא הגליד.

ביקשתי גם הארה קצרה על חוויית הזוגיות, כאשר אחד מבני הזוג הוא בעל לקות-למידה או הפרעת קשב-וריוז.

”כמו שכתוב בספר” אומרת אורלי, ”מדובר במשולש רומנטי – אני, אתה והלקות. הלקות נוכחת בכל ההיבטים הזוגיים, האינטימיים, הארגוניים, ההוריים. כדאי מאוד שמי שנשוי לאדם עם הפרעות קשב או לקויות-למידה יהיה בעל אוריינטציה טיפולית, יבין שהרבה פעמים בן הזוג זקוק לתמיכה ועזרה, וכמו בכל אפיון אחר בזוגיות, יגבש דרכי התמודדות מכילות. הומור אינו מזיק, כמובן – כדאי לדעת גם לצחוק על זה. בספר מובאות דוגמאות אישיות הממחישות את שיתוף-הפעולה הזוגי בתנאים שעליהם שאלת. ” ואורית משתפת: ”אצלי שנינו עם לקות-למידה. זה לא פשוט להתנהל כך בבית. יש הרבה בעיות ארגון בבית, הרבה שכחה, איטיות בביצוע מטלות בבית. פעמים רבות נערמות ערמות על ערמות שאינן נגמרות: של בגדים, של מכתבים, של צילומים. לשינוי קשה ולכן אנו בדרך כלל מבינים, מקבלים ופעמים רבות מוותרים ומרפים. אין מלחמות בדרך כלל סביב התנהלותנו בבית כי אנו מבינים שזה לא בא ממקום של חוסר אכפתיות.”

אין ספק שהאתגר האמיתי של ילדים לקויי-למידה הוא להגיע ללימודים אקדמיים, לעמוד בדרישות למרות הלקויות ולהיקלט בהמשך בהצלחה בשוק העבודה. ביקשתי מאורלי שעיסוקה העיקרי במשך כל השנים היה בסיוע לסטודנטים לקויי-למידה להיקלט באקדמיה לספר על תהליך הייעוץ והסיוע.

”אני מבקשת להתייחס בראש וראשונה לגורמים המאפשרים לילדים אלה בכלל להמשיך באקדמיה. משתנה מרכזי הוא – תחושת המסוגלות העצמית, כלומר, אם הילד יוצא ממערכת החינוך כשהוא מרגיש שהוא מסוגל להתמודד עם לימודים ולהצליח למרות הקשיים או שהוא מאמין שאין לו סיכוי. משתנה חשוב נוסף הוא – הערכים של הסביבה. האם הוא מגיע ממקום בו יש ערך למימוש עצמי, להתקדמות וללימודים. אם כן – סביר שערך זה יופנם. דווקא עקב הכשלונות חשובה האמונה של הדמויות המשמעותיות ביכולתו של התלמיד למרות הקשיים.

בהרבה ראיונות וייעוצים שאני עורכת, סטודנטים מספרים שמה שהחזיק אותם זה האמונה של מישהו מבוגר בהם. בדרך-כלל מספיק שזה יהיה אדם אחד וברוב המקרים זאת הייתה אימא. הרבה פעמים אנו פוגשים את הצעירים בראשית הלימודים פוחדים מכניסה מחודשת למערכת, אך מרגישים שאין להם ברירה ושזו דרכם להיכנס לחיים הבוגרים בצורה הטובה ביותר על-מנת להבטיח את עתידם. באקדמיה יש היום מרכזי תמיכה המאפשרים בנוסף להתאמות בבחינות גם תמיכה לימודית באמצעות לימוד אסטרטגיות, כגון ניהול זמן. בחלק ממרכזי התמיכה ניתנים ליווי אישי ותמיכה רגשית (כולל – חונכות) וכן עזרה בלמידה על-ידי עזרים טכנולוגיים ההופכים לחלק מרכזי יותר ויותר בלמידתם.



ספרים מומלצים בעריכת יוכי בן-נון

חום הקיץ וחופשות החגים זימנו לי שעות קריאה רבות יחסית, ואכן נהייתי ממגוון ספרים, שונים מאוד בתכנים ובסגנון, שבהם אשתף אתכם הפעם. אלך מן הכבד אל הקל, ואתחיל בספר מונומנטאלי:

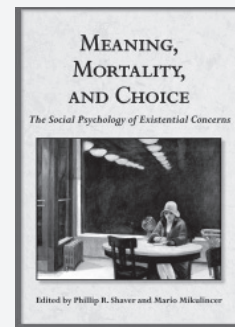
MEANING, MORTALITY, and CHOICE. The Social Psychology of Existential Concerns

P.S. Shaver and M. Mikulincer, (Eds)

American Psychological Association, 2012

זהו ספר בפורמט דף A4, המכיל כ-450 עמודים, 22 פרקים, הדנים בהיבטים שונים של "תורת האימה" (TMT), שכתבו 41 חוקרים. חלקם, שמות ידועים מאוד בתחום זה, כגון ג'ף גרינברג, ג'יימי ארנדט, שלדון סולומון, מיקולינסר ושייבר, וחלקם ישראלים צעירים יותר, כמו יפתח יובל, גלעד הירשברג, אורית טאובמן, ואחרים. אין כמו התמודדות עם נושא המוות, למיצינו נושאי תמצית החיים. הכותבים דנים בכל היבט אפשרי של משמעות החיים וראיית המוות: היבטים אישיים, ערך-עצמי, יחסים בין-אישיים, תהליכי התקשרות, דת ואמונה, רקע תרבותי. נסקרות שאלות של פתולוגיה: חרדת-מוות, אובדנות. וכן יש נגיעה בגישות טיפוליות אחדות. היריעה רחבה ועשירה מאוד, מצריכה קריאה איטית ומתמשכת, לאורך זמן. ודרוש "עיכול" הדרגתי של החומר. החומר שופך אור אחר על היבטים רבים בפסיכולוגיה: הורות, התפתחות לאורך מעגל החיים, תופעות חריגות והטיפול בהן, האידיאולוגיה והפילוסופיה שמאחורי הפסיכולוגיה. חשתי, כי עיקרו הוא לאו דווקא במידע הענייני שהוא מספק, אלא בהצגת תשתית ומסגרת למבט על אתגרי הנפש האנושית במהלך החיים, הן במובן המקצועי, והן במובן האישי.

ספר שערכו לא יסולא בפז. חובה!



חולף עם הרוח

טיפול לפי תכנית 12 הצעדים, נתי חונאל (עורך)

הוצ' אונ' בר-אילן, 2012

תוכנית 12 הצעדים היא שיטת טיפול קבוצתית ידועה, המיושמת בעיקר באוכלוסיות המגיעות לגמילה מהתמכרויות: סמים, אלכוהול, אכילת-יתר, אלימות. התכנית משלבת עקרונות קוגניטיביים-התנהגותיים, עם היבטים רוחניים-אמוניים, בדרך ייחודית. את הספר כתבו מטפלים וחוקרים, רובם אנשי המחלקה לקרימינולוגיה באוניברסיטת בר-אילן. פרקי הספר מתארים את העבודה הטיפולית עם אוכלוסיות מתמכרים שונות, במסגרות-טיפול שונות, מבחינת התהליכים הטיפולים העוברים הן על המטופלים, והן על המטפלים.

הספר קריא מאד, עתיר בתיאורי-מקרה, עשיר בביבליוגרפיה. מעניין.



הלוגיקה של החלום

אסנת הלוי בלבן

הוצ' מוסד ביאליק, 2012

המחברת, ד"ר הלוי בלבן, איננה פסיכולוגית, אלא עמית מחקר בחוג לפילוסופיה באוניברסיטת חיפה. בספרה, היא מעמידה בספק את טיעוניה הידועים של פרויד על החלום. במיוחד היא בוחנת שתי הנחות יסוד: כי בעת החלימה, החלום **מודע** לחלום, והחלום **מוכן** לחלום. עוד נשאלת השאלה אם הגיון החלום, זהה להגיון החשיבה בהקיץ: במילים אחרות, האם החלום הוא אכן הסוואה למחשבה או לרעיון מסוים, כפי שטען פרויד? הלוי בלבן מעמתת את טענות פרויד עם גישות אחרות, של יונג, ושל קאסירר, כמו גם עם ממצאי מחקרים אחרים שנעשו, במיוחד

מלאחר תקופתו של פרויד ועד ימינו, כולל ניסיונות מחקר נירו-פסיכולוגיים, כדי להציג גישה אחרת. טיעוניה מוצגים בבהירות בפרק הסיכום, נקודה לנקודה, במיוחד בהדגשת המבנה הלוגי השולט בתהליך החלימה, והמצביע על סוג חשיבה שונה מזה המוכר לנו בערות.

הספר ארכי קמעא, מייגע, אולי יעניין את מי שעוסק בעומקו של עולם החלום, ולו כאתגר פרובוקטיבי לתיאוריה מקובלת והמושרשת כל כך בעולם הפסיכולוגיה.

אינטליגנציה רגשית, מתיאוריה למעשה

מ. זיידנר, ג'. מאתיס ו-ר.ד. רוברטס
הוצ' ספרים אקדמית יזרעאל, 2012

פרופ' משה זיידנר, מאוני' חיפה, כבר מוכר לנו מפרסומיו בנושא האינטליגנציה הרגשית (ספרו הקודם, יחד עם ר.ד. רוברטס, Emotional Intelligence, נסקר גם הוא בפניה זו). גם הפעם מדובר בספר עב-כרס, בן כ-500 עמודים, עדכני ומקיף ביותר: פרקיו השונים מתארים את המשגה, ההתפתחות לאורך מעגל החיים, ביטויי האינטליגנציה הרגשית בתחומי התפקוד השונים: בלמידה, בעבודה, במערכות-יחסים, בחדר-הטיפולים.

הספר מציג מודלים שונים, יישומיים של שימוש במושג, להבנה טובה יותר של ההתנהגות, וליצירת שינוי מיטיב מבחינה טיפולית. כמו כן, הוא מציע כלים שונים לבדיקה ולמדידה של המושג הנדון. זאת ועוד: מוצגים רעיונות למחקרים שונים, לחקירת היבטים נוספים לשם קידום הנושא.

ספר עשיר מאוד, הן במידע תיאורטי והן במידע יישומי וזמין לשימוש, כתוב ברהיטות. **מעניין מאוד!**

השאלה האינוסופית

כריסטופר בולס

הוצ' מאגנס, 2012 (עריכה מדעית: פרופ' ג. שפיר)

במוקד הספר, מעמיד בולס את שאלת הביטוי האסוציאטיבי של הלא-מודע, המתקיים בתהליך הפסיכואנליטי. זאת, כדי "להחיות את העניין בשיטה הפרוידיאנית, ובמיוחד בשיטת האסוציאציות החפשיות". (בהקדמה, עמ' י"ג). בולס מסב את תשומת-הלב ל"סוגים" שונים של לא-מודע, כגון לא-מודע מודחק, לעומת לא-מודע שאינו מודחק. לטענתו, יש הבדל בין לא-מודע הקרוב למודע, או עתיד להפוך למודע, לבין לא-מודע שהוא "עמוק". נוסף על כך, מצביע בולס גם על עקרונות, או "הגיונות" שונים המתגלים בחומר הלא-מודע, האסוציאטיבי: למשל, עקרון הדמיון הפונטי, פונמי, מול עקרון הרצף. בספר מוצגים שלושה מקרים קליניים, שבאמצעותם דן בולס בשאלות שהוא מעלה.

בולס מאתגר, בעצם שאילת השאלות. האם הוא מקדם פתרון? לעניות דעתי, לאו דווקא. ככל הנראה, זו אכן שאלה אין-סופית..

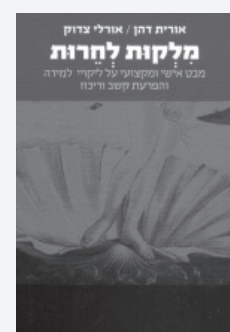
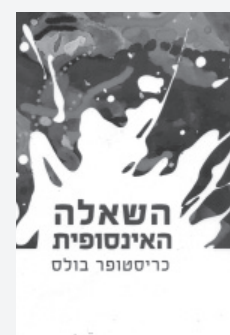
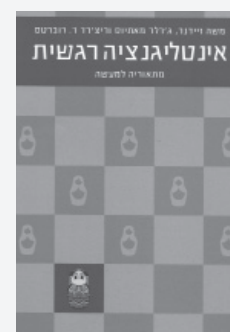
מלקות לחרות, מבט אישי ומקצועי על ליקויי-למידה

והפרעת קשב וריכוז

אורית דהן, אורלי צדוק

הוצ' מכון מופ"ת, קו אדום, 2012

אורית דהן היא יועצת חינוכית, ואורלי צדוק היא פסיכולוגית ארגונית-תעסוקתית. שתיהן אובחנו כלקויות-למידה. כיום שתיהן מומחיות בתחום לקויות-הלמידה. בספר, שנכתב כדו-שיח בין שתיהן, הן מציירות את מסלול חייהן עד כה בצל לקות-הלמידה שלהן. בצד העלאת נושאים מוכרים הרלבנטיים ללקות: הפן הרגשי, ההיבטים החברתיים, יחס ההורים, וכו', הן מתמקדות בעיקר בחוויה האישית שעברו, בקשיים, במשברים, במכשולים שנדרשו לעבור או לעקוף, כדי להגיע להישגים ולמעמד שרכשו עד כה.





ייחודו של הספר הוא לא בדיון המקצועי, אלא בסיפור-החיים הרציף, מן הילדות, דרך מערכת החינוך, הצבא, האקדמיה, העבודה, בעיקר מבחינת החשיפה האישית והעדות מכלי ראשון: עדות להצלחה כנגד הסיכויים. ראוי ללמוד מהן.

זרימה, הפסיכולוגיה של החוויה המיטבית

מיהי צ'יקסנטמיה
הוצ' אופוס ופקר, 2012

צ'יקסנטמיה כבר מוכר לנו מפרסומיו הרבים בתחום הפסיכולוגיה החיובית וחקר האושר. הוא פסיכולוג ופרופסור למנהל עסקים, ומנהל מרכז לחקר איכות-חיים באוניברסיטת קלרמונט. כותרת הספר, "זרימה" (Flow) משקפת מושג שצ'יקסנטמיה טבע בתחום הפסיכולוגיה החיובית, והוא חיוני בעיניו לביטוי מצב של Well-being. הזרימה היא מצב, שבו אנשים שקועים בפעילות באופן אינטנסיבי, תוך שהם נהנים מן העשייה, וכל המודעות שלהם – מחשבותיהם ורגשותיהם, מרוכזים בה. מצב זה יוצר חוויה מיטבית, המעניקה לנו, בנוסף להנאה, סיפוק, ומוטיבציה להמשיך הלאה והלאה. זהו, בעצם, תרגומו של מושג ה"אושר", ברגע נתון של הפרט, בחיי היום-יום. השגת מצב זה אינה אוטומטית ואינה מובנת מאליה. היא דורשת תהליך של תיאום-ציפיות, של קבלה והשלמה עם תנאי-המציאות, של פירוש המציאות באופן חיובי.

הספר מנתח את הגורמים המעורבים בתהליך ההגעה לחוויה המיטבית ומראה כיצד ניתן לשפרם, לשנותם, למקסם אותם, כדי לעשות את החוויה המיטבית נוכחת תדירה בחיי הפרט. כמו רוב הספרים מסוג זה, יש גם בספר זה הרבה הנחיות, מצוות "עשה", וטכניקות מומלצות.

כדאי לקרוא. האם קל ליישם? אשמח לשמוע!

אסיים בספר מאותה קטגוריה, אך בהדגש אחר ומאיכות שונה: מי שהמושג "רוחניות" מרתיע אותו, מוזמן לסיים את קריאתו כאן.



פתרונות רוחניים

תשובות לאתגרים הגדולים של החיים
דיפאק צ'ופרה, הוצ' מודן, 2012

גם ד"ר דיפאק צ'ופרה, רופא, העוסק רבות בתחום הרוחני, מוכר לרובנו. גם הוא משתדל מאוד לסייע לנו לפתח דרכים לשיפור מצבנו הקיומי, להתקרבות לרוגע ולאושר בתחומי-החיים השונים.

בספר זה, מציג המחבר מודל מעניין, של שלוש רמות מודעות הקיימות בנו: **מודעות מצומצמת** שעיקרה רגשות שליליים, ואינה יעילה לפתרון בעיות. **מודעות מורחבת**, שבה הרגש שוכך, החרדה מתחילה להתפוגג, ופתרונות יכולים להתחיל להופיע. **מודעות טהורה** היא הרמה השלישית, שבה הפתיחות והגמישות החשיבתית הן בשיאן, להגדרת צ'ופרה, "זו הארה, מצב של אחדות עם כל דבר קיים". (עמ' 17).

רמת המודעות מושפעת מחמישה מרכיבים: תפישה, אמונה, הנחות, ציפיות, רגשות. יש לשנות את המרכיבים, כדי להגיע לרמת המודעות הגבוהה ביותר.

קראו את הספר, תלמדו איך לעשות זאת

בהצלחה!





הצגה עצמית מקצועית כוזבת עבירה על כללי החוק, וכללי האתיקה כאחד

הגוף המקצועי המייצג את הפסיכולוגים שבחרו להשתייך אליו, ולפיכך ההחלטות המתקבלות בו חלות רק על פסיכולוגים חברי הפ"י. כל זאת נכון כשלא מדובר בקוד האתיקה. מאז שקוד האתיקה אומץ על-ידי מועצת הפסיכולוגים הוא חל, על כלל הפסיכולוגים בישראל, גם אלו שלא חברי הפ"י, כפי שתקנות ההתמחות והחוק החלים עליהם.

מועצת הפסיכולוגים היא גוף סטטורי הפועל מכוח חוק הפסיכולוגים, ומנוהל על-ידי מועצה נבחרת שחבריה גם הם פועלים בהתנדבות. (היו"ר – פרופ' יואל אליצור). מינויים מחייב את אישור שר הבריאות שמשרדו מופקד על יישום חוק הפסיכולוגים. האחריות על הרישוי בפסיכולוגיה והרישום בפנקס הפסיכולוגים הוא כמוזכר אחד מתפקידי הפסיכולוגים הארציים וזהו תפקיד מתוקנן. פעילות ועדות התלונות והמשמעת מתנהלת במסגרת זו של משרד הבריאות ואלו בין השאר שוקדים על יישום חוק הפסיכולוגים.

מן הנאמר עולה שבשני הגופים: הפ"י ומשרד הבריאות שוקדים על אורחות ההתנהלות וההתנהגות המקצועיים הראויים של הפסיכולוגים. עוד עולה כי כל הקשור בחוק הפסיכולוגים וקוד האתיקה של הפסיכולוגים חל על כל הפסיכולוגים בישראל הרשומים בפנקס כחוק וכן על כל אלה שבהכשרה להיות פסיכולוגים.

במקרה הנדון כאן הוזכרה הוועדה המקצועית שבסמכותה בכפוף לפסיכולוגים הארציים, לאשר את התארים, (מתמחה, מומחה, מדריך בתחום ההתמחות המסויים). זו עוד הזדמנות לנסות להסיר עירפול הנוגע להבחנה שבין החטיבות המקצועיות הפועלות במסגרת הפ"י לבין הוועדות המקצועיות הפועלות במסגרת משרד הבריאות.

ברשימה זו אסתפק רק בהערה זו אך יתכן שיש מקום לחשוב לעומק על ההבחנות וזאת רק כדי ליצור סינרגיה טובה יותר של הגופים השונים הפועלים בהפ"י ובמשרד הבריאות.

ולבסוף, ועדת המשמעת המליצה לפרסם בפומבי את המקרה של השימוש בתואר מקצועי כוזב אך ללא פירסום שם הפסיכולוגית. ועדת האתיקה תוהה אם כך היה נכון לפעול. ייתכן שמאחר שמדובר בהתליית רישיון מוגבלת בזמן, יש להימנע מפירסום השם המלא של הפסיכולוגית למען הקל עליה לחזור למוטב. וגם כאן יש ספק. זאת מאחר שבכל התקופה בה השתמשה בתואר כוזב יש גם ספק רב ביחס לתקינות האתית של פעולותיה המקצועיות. האם אין זה מזכותם של לקוחותיה, גם אלו שלא התלוננו, לדעת זאת?

כשמדובר בהתלייה קבועה של רישיון מקצועי אין ספק שיש לפרסם ברבים את שם הפסיכולוג שנגשלל רישיונו. ביעור של עשבים מקצועיים שוטים טוב שיעשה בשקיפות לא רק למען יראו ויראו אלא בראש וראשונה כדי להגן על לקוחותינו ולמען שמירתה המתמדת של איכות עבודתנו המקצועית והוגנותה.

ד"ר רבקה רייכר-עתי, יו"ר הוועדה

חנה האושנר-פורת

יונת בורנשטיין בר-יוסף

נאוה גרינפילד

נוגה קופלביץ

הצגה עצמית מקצועית כוזבת מהווה היא על כללי החוק והכללים המנוסחים בקוד האתיקה של הפסיכולוגים. עבירה כזו נידונה בוועדת התלונות ובהמשך בוועדת המשמעת בהקשר לשימוש בתואר מומחה שעשתה פסיכולוגית שאינה מומחית.

העבירה נידונה בתחילה בוועדת התלונות אשר מצאה לנכון להסתפק באזהרת הפסיכולוגית. עמדתה המקלה של ועדת התלונות גובשה לנוכח הודאתה של הפסיכולוגית וכדי לתת לה הזדמנות לתקן דרכיה. זאת לאחר שהתחייבה שלא תחזור ותעשה שימוש בתואר מקצועי שהוועדה המקצועית לא אישרה. חרף זאת היא פעלה בניגוד להתחייבותה ולפיכך נתבעה שנית אלא שהפעם בוועדת המשמעת. זו פסקה על התליית הרישיון למשך שישה חודשים. כמו-כן הוחלט לפרסם בפומבי מקרה זה. וועדת האתיקה נענתה לבקשתה של הפסיכולוגית הארצית, והממונה על רישוי הפסיכולוגים, גב' ימימה גולדברג, לסייע במתן פירסום פומבי להתליית הרישיון, ללא איזכור שם הפסיכולוגית.

קצרה היריעה מלהביא את הפירסום כולו מעל דפי פסיכואקטואליה, ולפיכך הסתפקנו בתקציר ההתרחשות שהובא לעיל. הפירסום הפומבי נמצא למשל באתר פסיכולוגיה עברית, ונושא את הכותרת: "מתמחה אשר חתמה על דוחות פסיכודידקטיים כמומחית בפסיכולוגיה חינוכית". הוועדה ממליצה לקרוא בו. זהו שיעור מאלף הנוגע להצגה מקצועית וחבל שהפעם הייתה לא אמינה ושלא בהתאם לכללים המקצועיים.

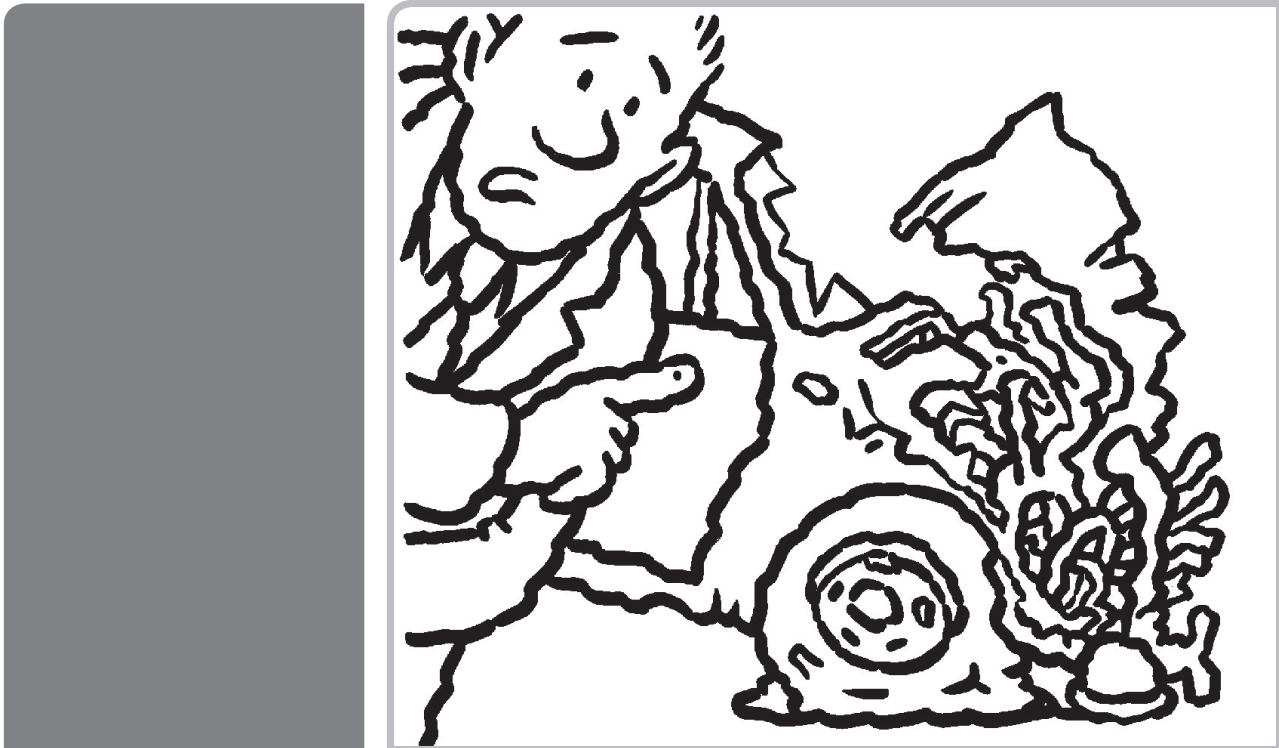
העלאת סוגיית ההצגה המקצועית הכוזבת המונחת לשולחנה של ועדת האתיקה חדשות לבקרים, היא הזדמנות להבהיר את ההשקפה שקיימת בין התקנות, כללי החוק וכללי האתיקה, וכן את ההשקפה בין המערכות האמונות על יישומם. אך לפני-כן יש להדגיש ולהבהיר שמתוקף תפקידי הפסיכולוגים הארציים פניות שיש בהן חשש להצגה מקצועית כוזבת עוברות לטיפול.

ולעניין התקנות, כללי החוק וכללי האתיקה. אלה אינם זהים בהכרח, אך כולם מושתתים על תימת-על הנוגעת להקפדה על מקצועיות במיטבה. פסיכולוגים הלוקים באורחותיהם ועוברים על הכללים באשר הם לוקים במקצועיותם הראויה. יש לציין שלא כל עבירה אתית היא עבירה על החוק אך בהחלט כל עבירה על החוק היא גם עבירה אתית. כאמור עבירת התחזות או הצגה כוזבת של התואר המקצועי נוגדת את הכללים המנוסחים בחוק ובקוד האתיקה ולכן אם הוכחה הרי שהיא חמורה ואינה משתמעת לפנים אחרות מלבד עבירה.

הגופים האמורים לפעול ליישום כללי החוק והאתיקה ואשר מוזכרים בהקשר לדיון על הצגה מקצועית כוזבת, הם בין השאר ועדת האתיקה שלנו, ועדת התלונות ווועדת המשמעת. גופים אלה אינם זהים. הראשונה פועלת במסגרת הפ"י והשניים האחרות במסגרת משרד הבריאות.

ועדת האתיקה השוקדת על נחלת כללי האתיקה והטמעתם, פועלת כאמור כמו ועדות הפ"י אחרות במסגרת הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. כל פעילי הפ"י פועלים בהתנדבות. היו"ר, (ד"ר יוכי בן-נון), הוועד המרכזי, והוועדות פועלות מתוקף בחירות שנערכות באסיפה כללית של הפ"י. בפועל הפ"י הוא

פסיכולוגיה בחינם



<http://download.cartoonstock.com/123545123024211210/ena0153h.jpg>

איור: נדלר אליס (Nadler Ellis) מתוך:

ניסיוננו מלמד כי בציבור אין מודעות לזכויות לקבל שירותים פסיכולוגיים בכיסוי ובמימון של גורמים אחרים. המדינה ובתי המשפט הכירו בזכויות אלה, אך רבים אינם מודעים לכך ואינם יודעים להשתמש בזכויות אלה לצורך טיפול פסיכולוגי. פסיכולוגים יכולים לשמש מורי דרך ומורי נבוכים בכול הנוגע לזכויות המטופלים ולמימושן, כך שיוכלו הם לתת שירותים שאדם זכאי להם וראוי להם ואגב כך גם לעשות לפרנסתם. הדבר הוא בטובת היחיד ובטובת החברה ומסייע לבריאות הציבור ולאיכות חייו.

ניתן לדרוש לא מעט שירותים פסיכולוגיים מקופות החולים. קופות החולים הן מוסד רפואי שחייב לספק שירותים פסיכולוגיים לנפגעי תאונות דרכים. מחובתן אמנם לספק את השירותים המפורטים בסל שלפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולא מעבר לכך. אך הדבר אינו מונע זכות לקבל פיצוי ושיפוי וכיסוי בעבור שירותים פסיכולוגיים מגורמים אחרים כפי שנבחר להלן.

שירותים פסיכולוגיים ללא תשלום של המטופל לנפגעי תאונות דרכים ותאונות עבודה

מאת: עו"ד ברוך אברהמי

משרד עו"ד אברהמי, היועץ המשפטי להפ"י

לעבודה שלפני התאונה וכן אובדן חדות העבודה והקלות שבה הייתה נעשית. זאת כאמור, גם כאשר הפגיעה הגופנית הייתה קלה יחסית. גם אובדן ההנאה בעבודה, פגיעה בחדוות המין וביכולת ליהנות בהנאות החיים הוכרו בפסיקה כמזכים בטיפול ובפיצוי. בדומה לכך גם פגיעה בדימוי הגוף עקב מום שהוטל בנפגע התאונה, או אובדן הבטחון העצמי. רוחו של אדם אינה דבר של מה בכך שאפשר להותירו ללא טיפול. חברות הביטוח של הרכב נושאות באחריות לכך ועליהן לממן טיפול שהתאונה גרמה לצורך בו.

בתי המשפט נתנו מענה גם "לתהליכים נפשיים תת-הכרתיים ובלתי מודעים" או "לנוירוזה פוסט-טראומטית". בבתי המשפט קיבלו גם כי אי-שיתוף פעולה עם רופאים, נבע ממצב נפשי של אדם שנגרם על-ידי התאונה ושחברת הביטוח נושאת בחבות לפיצוי ולטיפול. הזעזוע הנפשי והפגיעה בנפשו של אדם עלולים לגרום לנזקים גופניים ולהגדילם. זעזוע נפשי ונזקים נפשיים ייתכנו אפילו אם המטופל לא נפגע בכלל בתאונה בגופו ולא היה מעורב בה בעצמו. עד ראייה לתאונה יכול גם הוא לסבול מטראומה ומנזקים נפשיים המזכים בפיצוי.

הציבור הרחב שמודע לזכותו לתבוע את חברת הביטוח בשל כל שריטה קלה בצבע הרכב לא מודע לזכותו ככל שמדובר בדבר חשוב לאין שיעור-בנפשו שלו.

בטוחני כי פערים של ידע ומידע מביאים למצב זה. אלמלא כן לא ברור מדוע לזנח זכויות שיש מאחוריהן כסף רב ושמירה על איכות חיים ויכולת תפקוד.

טעות רווחת היא לחשוב כי אין כיסוי למה שקופות החולים אינן מכסות. נפגעי תאונות דרכים ונפגעי תאונות עבודה זכאים לשירותים הפסיכולוגיים גם מעבר לאלה שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובנוסף להם, זכאים הם לתקן את נזקי הגוף והנפש שנגרמו להם עקב התאונה ולהשיב מצבם לקדמותו. ניתן להפנות את הדרישה לחברות הביטוח המסחריות המבטחות את הרכב והנהג שגרם לנזק בתאונות דרכים. אם המדובר בתאונת עבודה יש לפנות למוסד לביטוח הלאומי. אמנם המוסד לביטוח הלאומי הסמיך את קופות החולים, להיות המוסד הרפואי המוכר לצורך טיפול בדרישות ובתביעות, אך אין להסיק מכך שאין זכות לקבל שירותים פסיכולוגיים להטבת נזקי תאונות העבודה מעבר לחבות קופות החולים עצמן. אם המטופל הוא נפגע תאונה, כל ההתייחסות לנושא צריכה להיות לפי דיני הנזיקין. הפגיעה בנפש היא תוצאה נלווית לפגיעה בגוף. גם היא ראויה לפיצוי מלא ולכיסוי מלא. מבחינה משפטית ניתן להכיר בכך שהסבל הנפשי המזכה בפיצוי ובכיסוי הוא אף גדול מהנזק הפיזי שנגרם לגוף.

פסיקת בתי המשפט הכירה בחבות חברת הביטוח של הרכב לטיפול בפסיכוזות שהתאונה גרמה להתפרצותן. כך, אפילו אם הנפגע היה חולה קודם לכן במחלות נפש קונסטיוציוניות רדומות. על אחת כמה וכמה אם לא סבל מפסיכוזות בעבר. גם נוירוזות הוכרו כמזכות בכיסוי על הטיפול ובפיצוי בשל כאב וסבל שנגרמו. הדבר אמור גם בהפרעות נפשיות ותגובות נפשיות קלות יותר ששיבשו את אורח חייו ואיכות חייו של הפגיע בתאונה בטרם קרתה.

עיון בפסיקת בתי המשפט מלמד כי הוכר הצורך לטפל בדיכאון שלאחר התאונה. הוכרו עצבנות ורגזנות שנגרמו ממום גופני בתאונה. הוכרו קשיי ריכוז, הפרעות בשינה והתעייפות מהירה בעבודה. הוכרו רתיעה וחשש לחזור

לפי סעיף 22 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נותן שירותים שנתן שירותי בריאות למי שחלה או נפגע ממזיק, זכאי לפרוע את הטבת הנזק מהמזיק, ממבטחו או מכל אדם אחר, בשל חבותם לפי כל דין או לפי חוזה ביטוח. שירותים פסיכולוגיים הם בגדר שירותים רפואיים ויש כאלה שנזכרו במפורש בסל לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אותם חובה על קופות החולים עצמן לספק. גם שירותים אלה אינם מוכרים די הצורך בקרב מטפלים ומטופלים. כך, למשל, נקבעו בסל מספר שירותים פסיכולוגיים ונגדיר אותם כאן, כפי שהוגדרו שם: שירותי אבחון והערכה פסיכולוגיים, יעוץ פסיכולוגי במרפאות ראשוניות, בבתי-חולים כלליים, במכונים ובגנים טיפוליים, טיפול פרטני, זוגי, משפחתי, קבוצתי, התערבות פסיכולוגית בזמן משבר, טיפול פסיכולוגי שיקומי ונויר-פסיכולוגי, טיפול פסיכותרפויטי פעיל וממושך לא יותר משנתיים, במידה שקיימת אינדיקציה למתן טיפולים מעבר לכך ניתן לקבל גם אותם על-פי המלצת הגורם המטפל הבכיר.

כמו כן, נקבעו בחוק שירותים בתחום "התפתחות הילד", אבחון וטיפול על-ידי צוות רב-מקצועי בילדים עד גיל תשע שנים. צוות רב-מקצועי כולל בין היתר גם פסיכולוג. בשירותי האבחון והטיפול נכללו שירותים אלה: אבחון וריפוי בהפרעות דיבור לילדים עד גיל תשע שנים, טיפול צוות רב-מקצועי בילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18, אבחון רפואי לילדים עד גיל 18, טיפול רב-מקצועי בדיספונקציה מוחית מזערית, למעט הפרעות ריכוז וקשב או ליקוי-למידה, ליקוי שפה ודיבור, הפרעות בתקשורת או סרבול מוטורי לילדים עד גיל תשע (לילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18), טיפול רב-מקצועי בילדים עד גיל שש עם הפרעות ריכוז וקשב או ליקוי-למידה, טיפול צוות רב-מקצועי בילדים עד גיל 18 שאובחנו כמצויים בספקטרום האוטיסטי לפי הגדרות מדרוך הסיווג.

הורים לחולי סרטן מבוגרים

מאת: ד"ר מירי נהרי

מבוא

וסופה, במקרים רבים, כשההורה תלוי באופן מוחלט בצאצא – להישרדותו שלו.

כאשר אדם מאובחן כחולה סרטן, הוא ומשפחתו עוברים טלטלה רגשית קשה והתנהלות החיים משתנה לחלוטין. המשפחה נכנסת למצב משברי חדש שיש ללמוד כיצד להתמודד עמו, לנהל אותו ולהתנהל בו. מקומם של ההורים שבנם, או בתם המבוגרים אובחנו כחולי סרטן, במארג המשפחתי של המשפחה המורחבת, אינו ברור. אמנם הם יכולים להיות שותפים, לפעמים פעילים מאוד, הן לפחדים ולחרדות והן להתנהלות הבית החדשה, אך תפקידם אינו לגמרי ברור בדינאמיקה המשפחתית. אין דפוס חברתי מוכר ומוגדר בדבר הציפיות מהם וגם לא בדבר ההתנהלות של החולה ובן הזוג שלו כלפיהם.

במאמר זה אני מבקשת להאיר נקודות מורכבות אחדות במרחב הפסיכולוגי-סוציולוגי של היחסים בין ההורים לבין בנם המבוגר החולה בסרטן, ובני-משפחתו. אני רוצה להתמקד בהורים וטענתי היא כי אירוע משברי כזה משפיע באופן משמעותי על יחסי הורים-בנים ומשפחתם. התייחסות למורכבויות שבקשר בין ההורה לצאצאיו המבוגרים חשובה על-מנת שהמשפחה תוכל להתגייס נכון יותר לשם התחזקותה כמערכת ולשם הטיפול בחולה והתמיכה הרגשית בו. ההשפעות וההשלכות של מחלת הבן על קבוצת ההורים ועל מערכת היחסים ביניהם לא נחקרו מספיק ואינן מוכרות די הצורך.

מרחב הקשר הורים-בנים

אמרה אמה של חולת סרטן – "עסקתי הרבה בשאלה איפה אני בתמונה, איפה

הורים לבנים* מבוגרים, שעזבו את הבית ומנהלים חיים עצמאיים ולעתים כבר הקימו משפחה, הם קבוצה ייחודית במארג החברתי המודרני. קבוצה שבקצה האחד יש בה אנשים בשנות החמישים לחייהם שעדיין עובדים, מנהלים קריירה וחייהם עמוסים, נוסף לכך שהם הורים, הם לעתים סבים לנכדים. בקצה האחר יש הורים בשנות השמונים והתשעים לחייהם שזקוקים לרוב לסיוע ולעתים אף לטיפול סיעודי. קבוצה זו, מקומה, תפקידה והקשרים המשפחתיים שלה מצויים עדיין בחלקם בתהליך של הבנייה חברתית ופסיכולוגית, עקב העלייה בתוחלת החיים חסרות נורמות התנהגות וציפיות ברורות מצד אחד, וחסר ידע על עולמם הרגשי מן הצד האחר. כך למשל, איך מתפקדים סבים בתקופתנו: דוגמא אחת למקומם הלא ברור של הורים לבנים מבוגרים במרחב החברתי היא מקומם במשפחת השכול של נכדיהם. למשל כאשר נכד מת, לסבים אין זכויות רשמיות כמו חופשה מהעבודה לתקופת "השבעה". אין להם אזכור בטקסים דתיים – מצוות ה"שבעה" לא חלה עליהם ואין עבורם גם גורמי תמיכה ציבוריים רשמיים.

הקשר של הורים ובנים הוא קשר מורכב, טעון רגשית וברוב המקרים הוא נחקר מהצד של הילדים. אחד האפיונים החשובים של קשר זה הוא ההשתנות והדינאמיקה של מערך היחסים לאורך תקופת החיים. מערכת יחסים זו תחילתה במצב של תלות מוחלטת של הילד בהורה – היא נחוצה להישרדותו. היא נמשכת בהדרגה ביצירת מערכת של קשר בין מבוגרים

*אנו משתמשים בלשון זכר לצורך נוחיות בלבד. כל האמור בלשון זכר כוחו יפה לשני המינים

ד"ר מירי נהרי

פסיכולוגית חינוכית
וקלינית בכירה
מתמחה בטיפול פרטני
משפחתי וזוגי
ובפסיכואנאלוגיה
עובדת בקליניקה פרטית
ובעמותת אחת מתשע

עורכת: איריס ברנט

הבת, לדברי האם, כל כך כועסת על ההתערבות שלה, שהיא לא רק ממדרת אותה מהנושא הרפואי, אלא בקושי מקיימת איתה קשר וכמעט ניתקה אותו לגמרי. ברור כי למצב זה יש רקע קודם של יחסי אם-בת מורכבים, אינטנסיביים, קונפליקטואליים לא פתורים. אך ברור גם שהמחלה של הבת גרמה להעצמה של הקושי בקשר ביניהן והאיזון השברירי שהן הגיעו אליו הופר. במצב זה האם אומללה, חרדה וכועסת והבת איננה מקבלת סיוע שהיא בוודאי זקוקה לו. שתי הנשים שכה קשורות זו לזו אינן מצליחות ליצור שינוי נכון שיעזור להן במצב קשה זה.

יש משפחות שבהן ההורים רוצים ויכולים להיכנס למשפחת הבן, זו מזמינה אותם להיכנס והמשפחה המורחבת מוצאת את הדינאמיקה המתאימה להם ומתנהלת באופן יעיל שעונה גם על הצרכים של הבן החולה ומשפחתו וגם על אלה של ההורים. יש משפחות שבהן אפילו לא מספרים להורים מה בדיוק מצב המחלה או על הטיפולים בה. כך נוצר סוד במשפחה שבדרך כלל מעיק על כולם ופוגע בתקשורת ובתחושת הקרבה ביניהם. ויש גם מקרים שבהם ההורים אינם מבינים לעומק את חומרת מחלת בנם, או אינם רוצים להבינה, ואינם מתגייסים לעזרה די הצורך.

חולת סרטן גרושה שחיה לבדה אמרה: **"שניהם (ההורים שהם גרושים) לא טורחים בכלל להבין מה קורה לי. בגלל הטיפולים אני לא יכולה להמשיך לעבוד ומשכורת פשוט לא נכנסת לבנק. מה הם חושבים, איך הם חושבים שאני אשלם שכר דירה? אני ממש כבר לא מדברת על בגדים חדשים. איך אני אקנה חזיות חדשות?"** (היא חולת סרטן השד ועברה ניתוח כריתה).

יש משפחות שחוסר היכולת למצוא דינאמיקה חדשה מתאימה למצב החדש שנוצר גורם לקונפליקט גלוי וקשה בין ההורים לבין בנם ומשפחתו ואף לקרע ביניהם.

הורה חוזר, לפחות בתפיסתו את עצמו, לתפקיד של ההורה שהיה לו כשהילד היה קטן. הורה דואג, מטפל, יודע, מייעץ, שמסתיר את התחושות הקשות מפני ילדו. לא תמיד ההורה יכול בתפקיד למלא תפקיד זה בשלב החיים הנוכחי שלו. לא תמיד הבן או בת-זוגו מוכנים לקבלו בתפקיד חדש-ישן זה.

"פתאום הייתי בצד. היא ובעלה מחליטים, הם יודעים מה צריך לעשות, לא צריך את הייעוץ שלי. הייתי צריכה לשנות עמדה – מלהיות אימא שמחליטה ויודעת הכול, לאימא שמקשיבה ומשתדלת לא להביע דעה. להיות מעורבת ולא מתערבת. לא לתת עצות, רק להקשיב ולתמוך. אחד הדברים הקשים הוא – פתאום לא להגיד כל מה שאני חושבת, לזוז הצידה ולתת לאחרים לנהל את העניינים."

למעשה האם לא לגמרי באופן מודע רצתה למצוא את עצמה בתפקיד של אימא לילדה קטנה שזקוקה לטיפול, אך בני הזוג הבהירו לה שאינם רוצים שמערכת היחסים תשתנה מיחסי אנשים בוגרים ליחסי הורה-ילד. האם הייתה צריכה לחזור לתפקיד של אם מול בת בוגרת ולפתח דינאמיקה חדשה ליחסיה עם בתה ובן-זוגה.

מקרה קיצוני הוא המקרה הזה: הגיעה לייעוץ אם שבתה, חולת הסרטן, ממדרת אותה לגמרי מתהליך הטיפול שהיא עוברת. האם אלמנה, כיום בגמלאות, עבדה בתפקיד בכיר במשרד הבריאות. לדבריה היא "מכירה את כולם", וסבורה שהיא יודעת לבטח מי צריך להיות הרופא המטפל בבתה, מי צריך להיות הרופא המנתח ואיך צריך הטיפול להתנהל. האם הייתה מוצפת בכעס על הבת, שמסרבת לקבל אותה כמנהלת תהליך הטיפול במחלה. הדאגה הגדולה לחייה של בתה יחד עם הוודאות שלה, שבתה טועה ומקבלת החלטות לא נכונות, הכניסו את האם למצב של חוסר-אונים, כעס וחרדה קשים, שפגעו בתפקודה היום-יומי.

המקום שלי ביחס לבן הזוג שלה. הוא לא רצה שאגיע לבית החולים. הייתי צריכה להתחשב גם בו. מצד שני אני שמחה ביחסו החם, האהב והמסור כלפיה וכלפי כל המשפחה".

כאמור, מבחינת ההתנהלות המעשית החיים במשפחה משתנים: צריך לתאם ולתזמן בדיקות, יש ללוות את החולה לטיפולים הקשים, יש להיות איתו בזמן הניתוחים ולאחריהם יש למלא את תפקידיו במשפחה כשהוא לא יכול להמשיך לתפקד באופן שבו תיפקד לפני המחלה. במקרים רבים ההורים מתגייסים לעזור למשפחת בנם, אולי אף יחליטו לקחת חופשה ממקום עבודתם, כדי להקל על משפחת החולה. נוסף על הטיפול בחולה צריך לטפל בילדים-הנכדים, לעזור להם בחוויה המורכבת שהם עוברים. צריך לנהל משק בית: לקנות מצרכי מזון, לנקות, לבשל, לכבס. ההורה 'נכנס' באופן אינטנסיבי למשפחה של בנו בתפקיד שונה מזה שהיה לו לפני המחלה. לעתים ההורים עצמם מבוגרים מאוד, חולים במחלות שונות ואינם יכולים לעזור לבנם ולמשפחתו באופן ממש. זאת ועוד, הידיעה על המחלה עלולה לפגוע בבריאותם עוד יותר.

במצב המורכב של מחלה ארוכה וקשה ומסכנת חיים, מערך היחסים בין ההורה והבן הבוגר משתנה.

מחקרים על תגובות פסיכולוגיות של בני משפחה שאחד מהם חולה בסרטן הניבו מידע רב על אופן ההתמודדות של בני המשפחה עם המחלה: עם הפחדים, החרדות, הכאבים, השינויים בהתנהלות התפקוד המשפחתי ועוד. אנו יודעים על תגובות של בני-זוג ועל הזוגיות, על תגובות של הורים לילדים חולי סרטן ושל ילדים להורים חולי סרטן. אנו יודעים אף על תגובות של אחים לילדים חולי סרטן.

אך יש קבוצה שעל תגובותיה ועל דרך ההתמודדות שלה אנו יודעים מעט מאד, קבוצת ההורים לבנים מבוגרים. אנו יודעים מעט על הדינאמיקה של הקשר הורים-בנים מבוגרים במצבי משבר כגון זה.

או למורה של ילדו. הוא יכול לפנות ליועצת ביה"ס, לשירות הפסיכולוגי ואף לבי"ס להורים. התרבות מספקת לו מרחבים שבהם הוא יכול לבטא תחושות קשות בנושאים אלה. יש גם נורמות התנהגות מוכרות בשאלות עם מי ומתי אפשר להתייעץ לבטא דאגה, ייאוש, כעס, מצוקה, חוסר-אונים ועוד. לעומת כל אלה, להורה שילדו המבוגר חולה אין, כאמור, מרחב ברור לבטא את המצוקה הרגשית הכבדה.

"חברה אמרה לי שלא רואים עלי שהבת שלי חולה ועניתי לה – היא חולה, אני בריאה".

אינני מכירה ולא ידוע לי על מסגרת מסודרת, מאורגנת ורשמית שנותנת תמיכה להורים לבנים מבוגרים חולי סרטן, או מחלה מסכנת חיים אחרת. יש קבוצות תמיכה לחולי סרטן, לבני הזוג שלהם, להורים לילדים חולי סרטן, לאחאים של ילדים חולי סרטן. להורים לחולים בוגרים אין. אף שבמקרים רבים ההורים מעורבים בתהליך, הם עוזרים ככל הנדרש, מטפלים בילדים הקטנים-הנכדים, מלווים את החולה לטיפולים ועוד. את מצוקתם האישית הם מסתירים. חלקם משלמים אולי מחיר יקר, שנגבה אחרי שילדם מסיים את הטיפולים. המחיר יכול להיות ריקון רגשי והוא יכול להיות גם פגיעה בבריאותם.

מרחב מתן מידע להורה

אין נורמות מקובלות מבחינה חברתית בדבר מתן מידע להורים על מחלת הסרטן של בניהם המבוגרים. אין גם כללי התנהגות לגבי בקשת מידע מהבן או מבני-זוגם.

זוג שבא ליעוץ עם קבלת האבחון על הסרטן אמר – **"בשביל מה לספר להורים, זה סתם ידאיג אותם, הם כבר מבוגרים"**. עיקר זמן הייעוץ הוקדש אז לשאלה מה ואיך לספר

מרחב לביטוי רגשות ההורים

אם אחת סיפרה על הרגע שהבת התקשרה לספר לה שהביופסיה חזרה חיובית: **"דבר ראשון שהרגשתי היה הלם. חשבתי לעצמי מה יהיה איתי? מה אני עושה? איך אני מתמודדת? הייתי לבד בבית, בכיתי וצרחתי"**.

אחרת סיפרה – **"בזמן המחלה הייתי צריכה לחייך לפני הילדים, לא להראות פחד ודאגה, לשרר שהכל בסדר. רק כשהייתי חוזרת בערב הביתה הייתי מתפרקת, קורסת חסרת כוח"**.

אם שני ההורים חיים יחד ושניהם בריאים, הם נעזרים זה בזה לתמיכה וכך קל להם יותר. אבל בשלב זה של החיים קורה לא פעם שהורה נשאר לבד, גרוש, אלמן, או שכן הזוג חולה במחלה קשה ואין לו עם מי לחלוק את רגשותיו. פעמים רבות הורים לבנים מבוגרים, שפיתחו קשר שוויוני של בוגרים עם בנם, אפשרו לעצמם לשתף את בנם בהתלבטויות, בדאגות, במצוקות שלהם, למשל בנוגע לבריאותם שלהם. כעת, כשהבן חולה, אי אפשר להישען עוד על מקור זה של נחמה, הכלה, היועצות.

סיפר אב שאשתו נפטרה מסרטן השד ועכשיו חלתה גם בתו המבוגרת באותה מחלה: **"אני משתגע, אין לי עם מי לדבר, אני אפילו לא יכול לשאול אותה על הטיפולים שהיא עוברת. אבא לא יכול "להתעסק" בשדיים של הבת שלו. אני חושב שאולי היא חושבת שלא מספיק איכפת לי ממנה, אבל זה לא נכון. אני לא יכול לספר לה על הדאגות שלי"**.

הורה לילדים צעירים, אפילו מתבגרים, אמור מעצם תפקידו הסוציולוגי, להכיל את תחושותיו הקשות בנוגע לילדיו. הוא אמור להיות שקול, בטוח בעצמו, אוהב וענייני. את הקשיים שיש לו עם ילדיו הוא יכול לחלוק עם הורים אחרים, שבדרך כלל יהיו שותפים לחוויות ויסיפו משלהם. הוא יכול לפנות לגנת

הגיע ליעוץ זוג שהבקשה בפניה הייתה לסייע להם בשאלה, איך לספר לילדים על המחלה של האם. בפגישה עלה באופן דרמטי קונפליקט קשה, על סף קרע, בין הבעל לבין הורי אשתו חולת סרטן השד.

"אני לא אתן להם (הורי האשה) לנהל את המשפחה שלי. אני אחליט מה עושים ומה אוכלים. אני ראש המשפחה ולא יעליבו אותי בביתי". אמה של האישה הייתה בעבר חולה אף היא בסרטן השד. נראה שדאגתה לבתה החולה, יחד אולי עם רגשי אשמה שמסבכים את התמונה, הובילו אותה ל"לקחת פיקוד" על התנהלות התהליך. והבת, החולה, במצוקה קשה. היא זקוקה גם לבעלה וגם להוריה.

גבולות המרחב של עצמאות, של זכות להתערבות בחיי של הבן, של ניהול חיי, ובוודאי של משפחתו משתנים כשהבן נעשה אדם בוגר ומשתנים שוב כשהוא מאובחן כחולה במחלה קשה, מסכנת חיים. מה הם בדיוק הגבולות? ואיך בונים אותם מחדש? ומה יעשו ההורים עם החרדות והפחדים שלהם, לפעמים כשהמוות תופס חלק גדול במחשבות? יותר מכך, עצם זה ש"הילד" חלה, עלול לגרום להורה לתפוס את עצמו כמי שלא הגן על ילדו, לא שמר עליו מפני מחלה כה קשה ואולי אפילו מפני מוות.

לפעמים משמש ההורה מעין "ספוג" של הכעס של בנו החולה, שאינו יכול לכעוס על המחלה, או על העולם הבריא שממשיך להתקיים, בעת שהוא חולה. ההורה מאפשר לבנו ולבת-זוגו להשתמש בו ככתובת שמוכנה להכיל את הכעס שלהם. למרות זאת, ייתכן שמנגנון זה איננו יעיל מאחר שבכעסם הם עלולים לפגוע במקור אפשרי של תמיכה.

קבוצת ההורים אינה רואה עצמה כזכאית לסיוע, לתמיכה, לעזרה או להדרכה מכל סוג שהוא וגם החברה אינה תופסת אותם ככאלה. במובן זה ההורים הם קבוצה שקופה, שצרכיה אינם נראים ולכן הם בודדים בהתמודדות עם מצוקתם.

התרבות לא הספיקה עדיין להגדיר את מקומם במארג המשפחתי המורחב במצבים אלה. תפקידים הסוציולוגי לא הוגדר ולא נוצרו המכאניזמים המתאימים לתמוך בהם ולעזור להם במצב שאליו נקלעו בעל-כורחם ושלא לרצונם.

מה אם כן אפשר לעשות? אפשר וצריך לערוך מחקרים מסודרים על נושא זה וללמוד, להכיר ולהבין יותר את עולמם הרגשי והנפשי של ההורים ואת הדרמה של שינוי הדינאמיקה של יחסי הורים-בנים בוגרים במצבי משבר. אפשר ליצור מסגרות של שיח חברתי-תרבותי שיהיה מסד לפיתוח נורמות, ציפיות וגבולות ברורים יותר של התנהלות המשפחה המורחבת. אפשר אולי ליצור מסגרות של שיח משפחתי שתאפשרנה לקבל ולתת תמיכה, ועם זאת לשמור על יחס לבן כאל מבוגר אוטונומי. אפשר, למשל, לבנות פורום אינטרנטי להורים – והבנים יוכלו לעזור להורים להיכנס לפורום לתפקד בו אם יש צורך. הורים יוכלו אז להיעזר אלה באלה, להתייעץ, לשתף במצוקות, להרגיש שאינם לבד במצב הקשה והחדש שאליו נקלעו. אפשר לפתוח ולמסד מסגרות של מתן סיוע להורים ולאפשר להם לקבל יעוץ ותמיכה. ניתן לעשות זאת, למשל, בעמותות שנותנות סיוע לחולי סרטן ולמשפחותיהם. כך יכללו גם ההורים "במשפחה".

תהליכים אלה יסייעו הן להורים והן לבנים הבוגרים ולבנות זוגם להבין, להכיר אלה את עולמם של אלה ולהתנהל בדרכים סלולות יותר.

אותו לכך. הוא מוזמן לשוחח עם הגננת, עם המורה, בוודאי עם רופא הילדים, אפילו המפקד בצבא זמין. כשהילד בוגר אין להורה עם מי לשוחח כדי לקבל מידע על מחלת בנו. עם הרופא או האחות בבית החולים הוא בוודאי אינו יכול לשוחח. הבן ולפעמים בת הזוג הם המקור הלגיטימי היחיד. מערכת היחסים במשפחה המורחבת והתקשורת המשפחתית הופכים במצב זה למרחב שיש לפתח בו נורמות למתן מידע וערוצי תקשורת שכיום אין מספיק שיח תרבותי-חברתי לגביהם.

דיון וסיכום

במאמר זה ביקשתי להאיר במעט את הנושא של הורים לבנים מבוגרים ולהסב תשומת לב לקבוצה זו שמבחינת המרחב התרבותי-פסיכולוגי היא למעשה במקרים רבים קבוצה שקופה, למרות היותה כה חשובה לטיפול בחולה ובמשפחתו. התרבות שלנו לא הגדירה ולא סימנה "מרחב" סוציולוגי מתאים למצבם. ברוב המקרים, גם אם לא תמיד, ההורים מעורבים ונדרשים למלא תפקידים רגשיים, לוגיסטיים ולפעמים כלכליים לא מעטים, בהתנהלות המשפחתית של בנם החולה, זאת מבלי שיש נגיעה למצבם ולמיצובם כאשר נודע להם על דבר המחלה. בשל המחלה של בנו הבוגר חוזר ההורה לפעמים לתפקיד של הורה לילד קטן, שצריך לטפל בו, לנהל אותו לשמור עליו. לעתים הבן המבוגר ובת זוגו אינם רוצים לחזור למערכת יחסים של הורה לילד קטן. לעתים ייתכן שההורה המבוגר אינו יכול למלא את התפקיד הזה. יש לזכור כמובן כי, המצב שבו מדובר הוא לא רק קשה ולוגיסטית מבחינה נפשית ומעשית, אלא גם ארוך טווח ויכול להמשך חודשים ושנים.

לילדיהם של בני הזוג. במובן מסוים ההורים לא נכללו בתמונה.

אם לבת חולה בסרטן השד, שבעצמה הייתה חולה בסרטן השד, אמרה:

"אני לא שואלת כלום, לא מה הרופאים אומרים, ואפילו לא איך היא מרגישה. אני רק שואלת מה נשמע ואם יש משהו שאני יכולה לעשות. היא כבר תספר לי מה שהיא חושבת שנכון לספר".

פעמים רבות מידע מקל, נותן הרגשה של שליטה במצב. מתן מידע גם מונע את הצורך לשמור סוד.

סוד הוא לרוב עניין מעיק, דורש משאבי נפש, מזמין לחשוב על הרע מכל ויותר מכך יש לסוד נטייה להתגלות, במוקדם או במאוחר. עם זאת, במצבים מסוימים כשאין למקבל המידע אפשרות לעשות משהו מועיל עם המידע שקיבל ושכוחות ההתמודדות שלו דלים, מידע קשה עלול לדרוש מחיר כבד מאוד. הבנים רוצים להגן על ההורים ואינם מספרים להם וההורים אינם יודעים מה מותר להם לשאול ומה אסור. התקשורת המשפחתית מסורבלת ועלולה להעיק. לפעמים ההורים שקועים כל כך בפחדים ובחרדות של עצמם, עד שהם מכבידים על המשפחה של בנם החולה ובהדרגה הבן מאבד אותם.

בפן אחר, מידע נותן שליטה, נותן אפשרות להתערבות. פעמים רבות החולה ובת-זוגו זקוקים למרחב המשפחתי שלהם, שאותו אינם רוצים לשנות. הורים מתערבים, או הורים שנתפסים כמתערבים, גם אם אינם כאלה, עלולים להוות איום על משפחת החולה. המשפחה מנסה לשמור על גבולותיה גם במחיר ויתור אפשרי על עזרה שהיא כל-כך נחוצה, וממעטת למסור מידע. כשהורה לילד קטן רוצה לקבל מידע על ילדו התרבות מאפשרת ואף מזמינה

* חלק מהציטוטים של דברי האמהות נלקחו ממאמרה של אשכנזי-ברנדט ק. (2012) על ההתמודדות של אימהות לבנות שחלו בסרטן השד. "אמא של...". אחת מתשע. 5-6 * * תודות לד"ר עמיר נהרי על הערות חכמות וחשובות.

ימימה גולדברג

הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות לרגל קבלת אות מפעל חיים בתחום מניעת אובדנות בישראל

בעריכת שרית ארנון לרנר

רקע-

נולדתי וגדלתי בת"א וכל חיי אני גרה בת"א. בהיותי בת 12, תלמידה בכיתה ו' בביה"ס היסודי תל-חי, פנתה אלי המחנכת ושאלה אם הייתי רוצה לחנוך ולסייע לילד לקוי-למידה בכתה ג'. לאחר שהבעתי את הסכמתי היא מסרה שעלי להיפגש עם פסיכולוגית מהשפ"ח על-מנת שתדריך אותי, ואמנם אחת לכמה זמן נפגשנו. הייתי מספרת לה על הילד והיא הדריכה אותי מה עלי לעשות. היא הסבירה לי מה זו לקות-למידה, מהם הקשיים בפניהם ניצב הילד, ומהן הדרכים לעזור לו ללמוד. בזכותה למדתי כמה חשוב להתעניין בחייו של הילד ובאינטראקציה שלו עם אמו. היא לימדה אותי להכיר את הילד מעבר למטלות הלמידה, להיות רגישה למרחב החיים שלו ולקשר שלי עם הילד. אלו היו שעות מיוחדות במינן. העובדה שהפסיכולוגית נפגשת אתי, ילדה בת 12, ומשוחחת אתי כשווה ריגשה אותי מאד, נתנה לי תחושת ערך במה שאני עושה וביטחון בעצמי, וכמובן, שדרכי סייעה לילד לשפר את הישגיו הלימודיים ואת יחסיו עם המשפחה והחברה. אז גמלה בי ההחלטה שכשאיהיה גדולה אהיה פסיכולוגית. עד היום אינני מתחרטת על ההחלטה ההיא ואני מודה לאותה פסיכולוגית על שהאירה את עיני בדרכי המקצוע.

למדתי בבי"ס תיכון עירוני ה' ושרתתי בצבא בלשכת השליש הראשי. שם הייתי מקבלת דיווחים יום-יומיים על חללים ופצועים במלחמת ההתשה. זו הייתה חוויה לא קלה לבחורה צעירה. הדבר הקשה ביותר היה שקיבלתי הודעה על נפילתו של החבר שלי ששירת בתעלה וזאת ללא כל הכנה מוקדמת. זה היה המפגש הראשון שלי עם המוות.

מצבי המשפחתי-

לפני 10 שנים התאלמנתי. זה נחת עלי כרעם ביום בהיר. הייתי אז בת 52 שנים בלבד. לקח לי הרבה שנים להתאושש מהטראומה הקשה. לשמחתי, הייתי מוקפת משפחה חמה וחברים קרובים ומסורים, שעזרו לי להתמודד עם החור שנפער בחיי. למזלי, אני חיה היום עם בן-זוג שאני יכולה לומר עליו רק מלים טובות. בן-זוגי הוא מהנדס בניין, מומחה בתחומי.

יש לי שני ילדים מקסימים, חכמים, רגישים, אוהבים, תומכים ומפרגנים. הם המשמעות האמיתית של חיי. בני הבכור בן 33. הוא חי עם אשתו, שעושה את הדוקטוראט שלה בניו-יורק ועובד בחברת ייעוץ. בתי בת 30 ועובדת בתפקיד בכיר ביותר בבנק.

זמן פנוי ותחביבים-

אני "חולה" על הצגות ומבקרתי בשתי הצגות בשבוע לפחות. נהנית גם מבלט ואופרה. כמו כן אני אוהבת לקרוא

וקוראת הרבה. אוהבת לטייל בארץ ובחו"ל וחברה בחוג טיולים בארץ.

לימודים וניסיון מקצועי-

ב-1971 התקבלתי ללימודי תואר ראשון בפסיכולוגיה ופילוסופיה באוניברסיטת ת"א. עם סיום התואר הראשון התחלתי לעבוד בבי"ח לחולי-נפש, כפר גנים בפתח תקווה. המפגש עם הפתולוגיות הקשות והתנאים הבלתי-אפשריים בבית-חולים זה, הדירו שינה מעיני. זה היה בית-חולים פרטי ושהו בו חולים כרוניים, חלקם חולים אפילו ממלחמת השחרור. סיפורי חיים מצמררים, הזנחה ועליבות נוראים. אינני יודעת איך שרדתי את זה, אולי בזכות אותם המקרים בהם יכולתי לסייע ולו במעט, בקשר עם החולים ועם בני-משפחותיהם. בהמשך סיימתי תואר שני בפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטת ת"א ואז המשכתי ללמוד עוד כמה קורסים לאחר התואר. עם סיום לימודי אלו, התחלתי ללמוד בביה"ס לפסיכותרפיה בת"א במסגרת לימודי המשך ברפואה וקבלתי דיפלומה כפסיכותרפיסטית.

בשלב הבא התחלתי התמחות במרכז לבריאות הנפש בפתח תקווה ועם סיום תקופת ההתמחות הוצע לי להישאר שם כעובדת מן המניין. עבדתי בפתח-תקווה במשך 15 שנים ושם התעצבתי מבחינה מקצועית. אהבתי את העבודה, את הצוות, את ישיבות הצוות ואת הפעילות הקהילתית הרבה שהתקיימה



בתמונה: ימימה גולדברג בכנס בנושא מניעת התאבדות, בו הוענק לה אות מפעל חיים.

המקצועית לפסיכולוגיה קלינית. הדבר המרכזי שהייתי רוצה לציין בהקשר זה הוא החוברת הראשונה שפרסמנו בנושא האתיקה בחסות הועדה המקצועית. ב-2004 התחלתי את עבודתי כפסיכולוגית ארצית. תפקידי נחלק לשלושה:

הראשון – יו"ר ועדת הרישום ומנהלת פנקס הפסיכולוגים. בתוקף זה אני אחראית לרישום של פסיכולוגים בפנקס ומעקב אחר הרישום בפנקס.

השני – מנהלת תקנות אשור תואר מומחה. בתוקף זה אני אחראית באופן מנהלי על משרד מועצת הפסיכולוגים ועובדיו ולכל תהליכי העבודה שם וכן מאשרת או לא את המלצות הוועדות המקצועיות לגבי הענקת תואר מומחה, תואר מדריך, הכרה במוסדות להתמחות, פטור מהתמחות או בחינות לקבלת תואר מומחה, ומלגות.

השלישי – ראש סקטור במשרד ואחראית מקצועית על כלל עובדי המשרד ועובדי מערכת הבריאות, עיסוק בתחומי תוכן שונים, חלקם הוזכרו כבר.

ב-1990 נתבקשתי לעבור ולנהל את התחנה לילד, לנוער ולמשפחה בת"א. זו הייתה בהחלט קפיצת מדרגה רצינית. היה לי חשוב ביותר ליישם בתחנה כל מה שלמדתי בנושא בריאות נפש קהילתית. פיתחנו ויזמנו עשרות פרויקטים בקהילה. פיתחנו קשרי עבודה מצויינים עם השפ"ח בת"א ועם לשכות הרווחה בת"א וברמת גן. פיתחתי את מודל הרשת, דהיינו, ככל שנדאג לרשת ביטחון צפופה יותר עבור ילדים בסכנה וסיכון, הם לא יפלו והרשת תצליח לחסום את נפילתם. בנוגע לילדים אלה היינו מקיימים ישיבות עבודה עם כל הגורמים הרלבנטיים בקהילה.

עבדנו בשיתוף רב עם רופאים ראשוניים בקופות החולים, פיתחנו מודל עבודה לילדים שסבלו מתסמונת ההורה המנכר, פיתחנו את העבודה בדבר ילדים נפגעי תקיפה מינית וכן הכנסתי לעבודה בתחנה את העבודה עם הביופידבק.

במקביל לכניסתי לתפקיד מנהלת התחנה הפכתי להיות יו"ר הוועדה

במרכז. הפעילות בפתח-תקווה התקיימה גם בפן האבחוני והטיפול, אבל לא פחות גם בפן המניעתי. יזמנו פעילויות רבות בקהילה. למדתי מה חשיבותה של בריאות-נפש קהילתית ועד כמה מפגשים עם גננות, מורות, אחיות טיפת חלב, רופאים ראשוניים וכיוצא בזאת, מאפשרים למנוע או לאתר מוקדם יותר, מקרים ולטפל בהם טרם שהבעיה מחריפה.

אחד הפרויקטים הכי משמעותיים שעסקתי בהם הייתה המעורבות שלי בבו"ס מקצועי לנערות בשם 'קופל קורן'. נכנסתי למערכת, נפגשתי עם המנהלת, צוות המורים והתלמידות ופיתחנו תוכניות רבות ומגוונות. בעיה אקוטית הייתה ניסיונות התאבדות רבים. הבנות קראו לזה אז "לפצח גרעינים". מדי פעם המנהלת הייתה מתקשרת ואומרת "עוד אחת פיצחה גרעינים". אני חושבת ששם נזרע הזרע של המעורבות הרבה שלי בנושא מניעת התאבדות.

בתקופה זו התחלתי גם בכל הפעילויות הציבוריות שלי בתחום הפסיכולוגיה.

יום עבודה טיפוס-י

סדר יומי מתחיל בסביבות 08:00 בבוקר במשרד ומסתיים בסביבות 18:00 ולעתים קרובות גם אחרי.

אין פעילות אחידה בסדר היום שלי מאחר שהדברים דינאמיים מאוד. יש דואר רב, פניות של פסיכולוגים בכירים ופסיכולוגים מן השורה ופניות רבות של אזרחים. כמו כן יש פניות מגורמי המשרד השונים בכל מיני תחומים, ישיבות, השתתפות בישיבות בכנסת, במשרדים שונים, טלפונים, כתיבת נירות עמדה בתחומים שונים, טיפול בנושאי הרישום בפנקס, בקרות, ייזום תוכניות השתלמות, קשר עם האקדמיה, עם מועצת הפסיכולוגים, עם ועדות מקצועיות ועם הפ"י.

חזון מקצועי-

החזון שלי לטווח הקצר הוא לחזות בהולדתה של תוכנית לאומית למניעת התאבדות על-מנת שנהיה כמרבית ארצות העולם. לטווח הרחוק, החזון הוא לחזק את מעמדה של הפסיכולוגיה בארץ כדי שהמקצוע לא יהיה רק לצורך טיפול, אלא שהפסיכולוגיה תהיה חלק בלתי נפרד מכל תחומי חיינו. לפסיכולוגיה יש ערך מוסף, ונכון יהיה שכל אזרחי המדינה וכלו ליהנות מהמקצוע שלנו.

**המלצות על פסיכולוגים מעניינים/
ואו בעלי תפקיד מעניין ניתן להעביר
בדוא"ל:**

sarit.arnon@gmail.com

10. פיתוח ממשקים בין-משרדיים לצורך תפעול התוכנית.

11. העלאת הנושא לסדר היום הציבורי בתקשורת.

12. העלאת הנושא בפני כל המשרדים והגופים הרלבנטיים.

13. מאבק אינטנסיבי כדי שהתוכנית תופעל החל מ-2013.1.1.

אות מפעל חיים בתחום מניעת התאבדויות בישראל-

במסגרת הכנס הבין-לאומי בנושא מניעת התאבדות, שנערך בספטמבר 2012, ארגן משרד הבריאות כנס מקדים לאנשי-מקצוע ישראלים מתחום הרפואה, הפסיכולוגיה, החינוך והמחקר. במסגרת זו הוצגה התכנית הלאומית למניעת התאבדות שהגתה ועדה בין-משרדית ונבחנה בפילוט שהוכיח את יעילות התכנית. במסגרת הכנס הוענק אות מפעל חיים בתחום מניעת אובדנות בישראל לפסיכולוגית הארצית של המשרד גב' ימימה גולדברג.

מדברי המארגנים – "האות הוענק לגב' ימימה גולדברג לאור הובלתה רבת השנים את הנושא, כיו"ר הוועדה הבין-משרדית למניעת אובדנות, תרומתה לקידום ופיתוח התוכנית הלאומית תוך הגדלת כוחה הביצועי והמקצועי והעמקת המודעות לאובדנות בקרב מקבלי החלטות והציבור הרחב, תוך שיתוף הגורמים המקצועיים בכלל זה משפחות השורדים".

עם כניסתי לתפקיד לקחתי על עצמי להמשיך בנושא מניעת אובדנות שהחלה בו קודמתי לתפקיד ד"ר דליה גלבו.

אמנה להלן את עיקרי הדברים שעשיתי בנושא כדי להפוך את החזון למציאות:

1. הרחבת מנדט הוועדה שהייתה מצומצמת לילדים ולנוער לוועדה של כלל האוכלוסייה.

2. הוספת נציגים חדשים ממשרדים וארגונים שלא היו שותפים עד כה, בכך הורחב באופן משמעותי בסיס הפעילות של הוועדה.

3. קיום כנסים רבים לצורך מתן הד ציבורי נרחב לנושא.

4. דחיפת הנושא במשרד והפיכתו לאחד מיעדי המשרד.

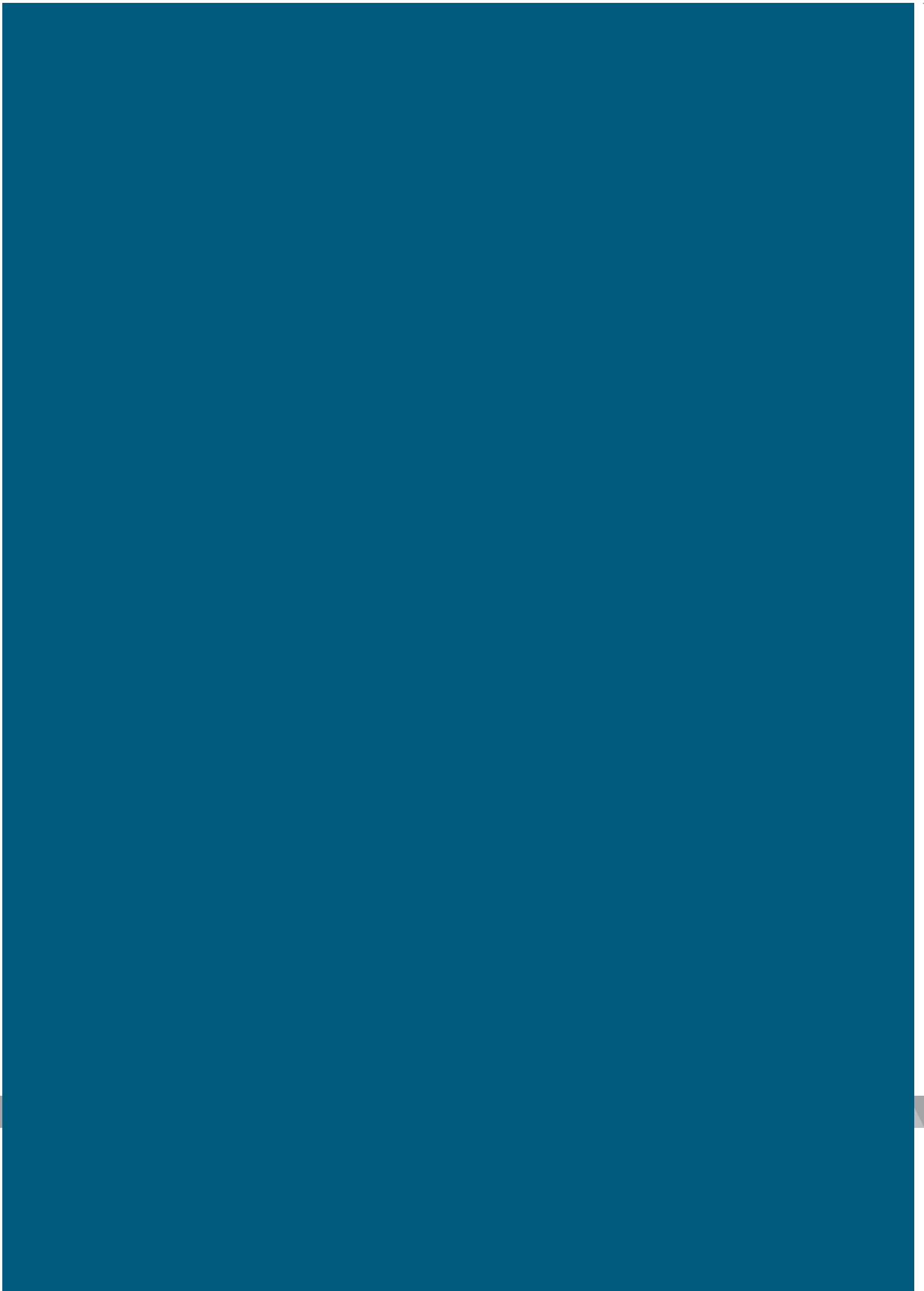
5. הכנת מסמך עבודה בן שבע אסטרטגיות שאומץ על-ידי המשרד.

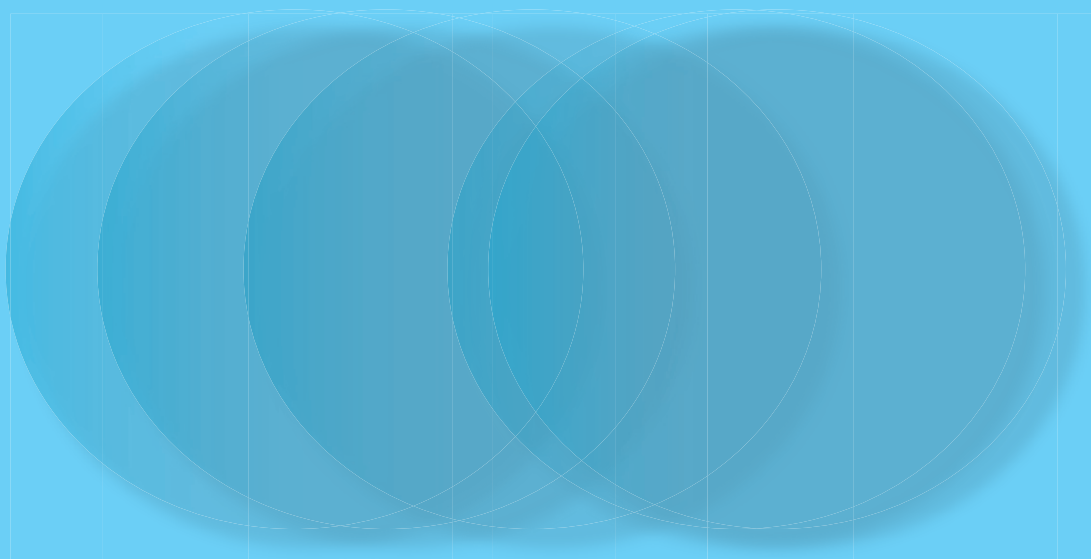
6. ארגון יום בכנסת שבו הנושא הועלה ב-45 ועדות, כולל ועדת הכספים שהקצתה לנושא לראשונה 1.5 מ' ש"ח.

7. יציאה לפיילוט כדי לבדוק את ישימותה של תוכנית כזו בארץ.

8. השתתפות בוועדות ההיגוי של הפיילוט, מעורבות בתפעול הפיילוט ופיקוח על התנהלותו.

9. טיוב מסד נתונים בשיתוף עם המרכז הישראלי לבקרת מחלות, בנוגע לנתוני אובדנות ובמקביל טיוב מסד נתונים לגבי ניסיונות התאבדות שאינם מגיעים לחדרי מיון. נראה שהנתונים עולים בהרבה על הידוע עד כה.





הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

רח' פרישמן 74 א' תל-אביב 64375 טל: 03-5239884, 03-5239393, פקס: 03-5230763

מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114

E-mail: psycho@zahav.net.il

*עמותה רשומה