

מחיר חוברת 50 ש"ח | מופץ חינם לחברי הפ"י



פסיכואקטואליה

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

ינואר
2013

חורף
2013

12

כשעמוד ענן חודר לחדר הטיפול
משה לכיש ושני ליאור-אבין

16

התמודדות ילדים עם לחץ בעת מלחמה
עדנה כצנלסון

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ■ חברה באיגוד הבין-לאומי למדע הפסיכולוגיה

תוכן עניינים

3 דבר המערכת

יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, שרית ארנון-לרנר

4 חדשות החטיבות

10 משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

חווה פרידמן

12 משולחנו של יו"ר מועצת הפסיכולוגים

יואל אליצור

13 לזכרם של חברים: נילי זלצמן

חווה פרידמן, מירי זולברג, מרב טמיר

14 כשעמוד ענן חודר לחדר הטיפול

משה לכיש ושני ליאור-אבין

18 התמודדות ילדים עם לחץ בעת מלחמה

עדנה כצנלסון

26 מבט ביקורתי על פסיכו-פרמקותרפיה: יעילות הטיפול

התרופתי בהפרעות פסיכוטיות

צבי גיל

32 פסיכולוגיה משפט ואתיקה: סוגיות מקצועיות ואתיות בדבר

הוצאת ילדים ממשפחת המוצא למסגרות חוץ ביתיות

משה זכי

36 התערבויות בפסיכולוגיה חיובית

טליה לוי-טיטון

40 הילד חולה הסרטן ובית הספר

מירי נהרי ועמוס תורן

46 מחוננים ואחיהם: על מחקרים, דעות, אמונות ועובדות

חנה דויד

52 פסיכולוגים יוצרים: ריאיון עם אסתר פלד עם צאת ספרה

'לאורה הצח של המציאות'

עורכת: צילה טנא

55 משולחנה של ועדת האתיקה: חובת תשלום של מטופלים

למטפליהם

56 פינת ייעוץ מס

רו"ח אריה דן, משרד רואי חשבון סנדק, דן ושות'

57 ספרים, רבותי, ספרים

יוכי בן-נון

60 הפינה שלנו לענייני הורות: מהי הדרכת הורים ובאילו מקרים

היא אינה מספקת?

איריס ברנט

64 פינת הפרופיל האישי: ד"ר בני בנימין – פסיכולוג ראשי

של שירות התעסוקה

שרית ארנון-לרנר

חברות המערכת

יוכי בן-נון:

טלפון: 054-4807441

דוא"ל: jbenun@netvision.net.il



צילה טנא:

טלפון: 054-7933195

טלפקס: 09-9566711

דוא"ל: tene_a@macam.ac.il



נחמה רפאלי:

טלפון: 054-3976394

דוא"ל: nechamaraph@gmail.com



איריס ברנט:

טלפון: 054-6876801

דוא"ל: berenti@012.net.il



שרית ארנון-לרנר:

טלפון: 050-7446484

דוא"ל: 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.

Patrick Feller

תמונת השער:

דבר המערכת

שלום חברים,

בחוברת הראשונה של שנת 2013 מאמרים בנושאים שונים. בתוכם שני מאמרים המביאים קולות ממבצע "עמוד ענן", ומשקפים את החוויה הפסיכולוגית והעשייה הפסיכולוגית-קהילתית בתקופה קשה כגון זו.

אנו מבקשים להפנות את תשומת לבכם לנושא נוסף שמעלים בחוברת כמה כותבים: סקר שערך ועד החטיבה הקלינית, כדי לבחון עמדות של פסיכולוגים קליניים כלפי נושאים שדונו במועצת הפסיכולוגים. הסקר נעשה שלא על דעת הוועד המרכזי של הפ"י, והתייחס רק לחברי החטיבה הקלינית. עקב תכניו, הוא עורר כעס רב בין חברים בתוך החטיבה, אשר ראו בו סקר לא ראוי. כחלק מהדיווחים על המתרחש בהפ"י, מצאנו לנכון להביא לידיעת כל חברי הפ"י את תוצאות הסקר, כפי שהם מדווחים ע"י יו"ר החטיבה הקלינית, עמוס ספיבק, וכן מכתב תגובה של שלושה מחברי החטיבה. גם פרופ' יואל אליצור, בפינתו, מתייחס לסקר זה.

כרגיל, אנו מאחלים לכם קריאה מהנה, לכם ומזמינים אתכם לשלוח אלינו מאמרים פרי עבודתכם, וכל חומר אחר העשוי לעניין את כלל קהילתנו.

המערכת

חדשות החטיבות



החטיבה ההתפתחותית

לחברי החטיבה שלום רב

לא מזמן עברנו את מבצע "עמוד ענן". במבצע השתתפו פסיכולוגים התפתחותיים רבים, שסייעו למשפחות באזור הדרום בהתמודדות, בטיפול בילדים והוריהם, בהפגת חרדה ובמתן כלים להתמודדות עם מצבי לחץ. על כך יישר כוח.

ועד החטיבה, ובמיוחד יו"ר ועד המתמחים, התחילו בפעילות בהפ"י בנושאים שונים לרווחת כל הפסיכולוגים של החטיבה, בהם קידום נושא קבלת פסיכולוגים לבתי-ספר לפסיכותרפיה ועוד. צוות החשיבה שידון בנושאים הקשורים להסכמי שכר ותנאי עבודה של הפסיכולוגים מתחיל לפעול, ואנו מבקשים לבוא ולהצטרף לעבודה חשובה זו. אנו זקוקים לאנשים שילמדו את הנושא ויתנו כתף לעשייה בתחום זה.

אנו מקווים להמשיך שיתוף פעולה פורה עם הוועדה המקצועית בנושאים שונים ומגוונים הקשורים לעתיד הפסיכולוגיה ההתפתחותית. משולחן הוועדה המקצועית עולים שני נושאים חשובים: **א.** מחסור חמור בפסיכולוגים התפתחותיים בשל הצמצום במקומות

ההכשרה, המוציאים מתוכם מספר מצומצם של בוגרים מדי שנה, לעומת הביקוש ההולך וגדל לפסיכולוגים התפתחותיים. זאת משום שיש כיום מודעות גבוהה יותר לשירותים ההתפתחותיים ומשום שנפתחים יותר מכונים, יחידות התפתחותיות ויחידות לגיל הרך בכל רחבי הארץ לרבות הפריפריה. כיום, חסרה עתודה של פסיכולוגים התפתחותיים. הוועדה המקצועית עסוקה בפעילות של חיבור בין האקדמיה לשדה.

ב. יש כיום מספר הולך וגדל של מקומות שמתחילים להכיר בהם להתמחות התפתחותית, בשל מוטיבציה גדלה והולכת של מוסדות להפוך למוכרים. הוועדה המקצועית מברכת על כך ופועלת בנודון, תוך הקפדה על רמת הכשרה הדורשת שילוב ברמה גבוהה של ידע אבחוני, כולל ידע חדשני והתמקצעות בתחום הקליני טיפולי.

אנחנו מקווים לשיתוף פעולה, ורוצים לשמוע רעיונות ומחשבות של חברי החטיבה בערב החטיבה בכנס.

בברכה

תמי - יו"ר הוועד וחברי הוועד: אירית, דנה, יעל, עידן, פז ורית

החטיבה הקלינית

לחברים שלום

1) ב- 5 לדצמבר קיימה הפ"י יום עיון בנושא: "רשומה רפואית ותרשומת אישית" - קרי הרישומים שעלינו לקיים במהלך טיפול. יום העיון שהנהלת הפ"י ארגנה (וראויה לשבח על הרעיון והביצוע) היה מעניין וגם חשוב. יש הרבה נקודות שעלו מההרצאות, שנראה לנו, שכדאי לכם לדעת ולהתעניין בהן. לא נוכל להזכיר כאן את כולן, אך נציג חלק מהנושאים באמצעות שאלות אליכם. כמה מכם מנהלים באופן שוטף רשומה של כל פגישה טיפולית? כמה מכם מפרידים בין רישום "רפואי" המתאר את הנושאים שעלו בפגישה, מתייחס למצבו הנפשי של המטופל, ומתעד את תגובותיכם אליו, לבין רישום אישי שייטכן שתרשמו בו הערות, אסוציאציות, רגשות ומחשבות שלא הייתם מרגישים נוח שייחשפו? חוק זכויות החולה מאפשר למטופלים לדרוש את הרשומה הרפואית של הטיפול. כאשר שאלתי מספר חברים כיצד הם מנהלים את הרשומות, הודו חלקם, שאינם מקפידים לתעד את פגישותיהם ומסתפקים מדי פעם ברישום פגישות שנראות להם חשובות, פגישות המובאות להדרכה, או פגישות שבמקרה היה להם זמן לרשום אותן. בין אלה שמקפידים לרשום כל פגישה, טענו הרוב שאינם מפרידים בין הרשומה הרפואית לתרשומת האישית. החוק מכיר בתרשומת האישית כאישית ואינו דורש לפרסמה, אך דורש קיומה של רשומה רפואית. לכן, במקרה שנידרש להעביר רשומות טיפוליות, ולא יהיו לנו רשומות מכל סוג - החוק מתייחס לכך כחוסר מקצועיות ומוריד מטענות המטפל, במקרה של קונפליקט עם המטופל. במקרה שהרשומות הרפואיות והאישיות מעורבות - מתעוררת בעיה כיצד

www.psychology.org.il

היכנסו עכשיו לאתר הבית שלנו
לגלות מה חדש בשדה הפסיכולוגי



להפריד ביניהן. במקרה שהוצג ביום העיון, בו תבע מטופל את המטפל, הייתה למטפל רשומה אחת שבה תיאור הטיפול היה מעורב עם רשמיו האישיים, הוא נאלץ להעביר את החומר כולו לעיונו של השופט. אין ספק שכדאי לנו להתעניין ולהתעמק בנושא זה כיוון שהמודעות ומספר המקרים בהם נדרשות הרשומות, כנראה שילך ויגדל עם השנים. ד"ר רבקה רייכר עתיר – יו"ר ועדת האתיקה של הפ"י, הציגה רעיון או גישה משלה, היא רושמת יחד עם המטופל לקראת סוף כל פגישה, משפטים מסכמים אחדים, וכך מגיעה להבנה והסכמה בדבר הרשומה הרפואית של הטיפול. חומר למחשבה.

(2) משוב החטיבה הקלינית הסתיים! קיבלנו תגובות רבות שלימדו אותנו על הלכי הרוח בקרבכם, חברי הפ"י הקליניים. במשוב הוצגו נושאים שעמדו במחלוקת. אפשר היה להתייחס אליהם בצורה מקוצרת, בתשובות הסגורות, וכן, בצורה מורחבת, ישירות לדואר האלקטרוני שלנו (חלקכם התייחסו לכך בתשובה לשאלה 4). התייחסות לממצאים של המשוב בהמשך.

כל מכתב שהגיע אלינו באופן אישי נענה בהרחבה ואפשר לנו להכיר מקרוב את דעתכם, לשמוע התייחסויות מורכבות לנושאים שהצגנו ולנהל סוג של דיאלוג אתכם. זו הייתה מטרתו המרכזית של המשוב, לעורר אתכם לתגובות, לחשיבה, ולפתוח ערוץ קשר נוסף אתכם.

קיבלנו תגובות תומכות ושמחות על עצם קיום המשוב וההתעניינות בדעתכם. קיבלנו גם תגובות נסערות וביקורתיות על אופן הצגת השאלות. התרשמנו שהיו חברים שחששו שמטרת המשוב הייתה להתנגח עם

המועצה ויו"ר המועצה. משום מה, אנשים אלה היו בטוחים כנראה שנקבל תמיכה לדעתנו (דבר שאנו כלל לא היינו בטוחים בו) ושנעשה בו שימוש פוליטי על-מנת לפגוע בסמכותה ובמאמציה של המועצה לקדם שינויים. לצערנו, החשדנות והפחד עוררו פרשנות מוטעית בנוגע למניעים שלנו לערוך את המשוב. אפשר להבין את החשדנים, שכן אנו בתקופה של שינויים, והחטיבה הקלינית אכן הביעה הסתייגויות בדבר היקף השינויים והתהליכים שבאמצעותם מתרחשים שינויים אלו.

חשוב לנו להדגיש, שדווקא המשוב היה צעד שנועד לצאת מהפעילות הפוליטית, לעצור לרגע, ולבדוק את מי אנו מייצגים ומה אתם חושבים.

מבחינתנו, העמדנו את עצמנו למבחן. ניסינו להציג שאלות ענייניות, קוטביות, המאפשרות לכם לומר לנו אם במהלך השנים האחרונות, ייצגנו את עצמנו ואת דעתנו האישית, או את דעת רובכם. לאור המחלוקת, רצינו גם להגיע ולהקשיב לחברים שסבורים אחרת מדעתנו ולאפשר להם להביע את דעתם.

אף שהערוצים שלנו תמיד פתוחים, הרגשנו שעד כה, אנו מקבלים הרבה תמיכה ושאלות חברים בחטיבה שאינם חושבים כמונו, נמנעים מלכתוב לנו. ואכן, לראשונה, קיבלנו גם דעות של אנשים שחושבים אחרת.

אם יש אמירה פוליטית במשוב, הרי היא, שאנו, בתור מי שנבחרו לתפקיד על-ידי ציבור הפסיכולוגים הקליניים בהפ"י, נשמח שבעלי תפקידים וסמכויות אחרים, ינסו כמונו, להגיע לציבור שעליו הם משפיעים, ולברר מה דעתו.

אנו מודעים לכך שזו משימה קשה. הפסיכולוגים פזורים ואינם מאורגנים בארגון גג אחד שהיה מאפשר לערוך "משאל עם" בנוגע לשינויים המהותיים שמקדמת המועצה. יש ייצוגים רבים ושונים לעניינים הארגוניים של

פסיכולוגים בארץ, ואנו רק ייצוג אחד מיני רבים. המנדט שלנו להתייחס לנושאים הקשורים לעתיד הפסיכולוגיה בארץ נובע מכך שנבחרנו לתפקידנו. למרות הקושי, אנו מאמינים שאפשר לנסות להגיע לציבור הרחב. לפנות דרך מכתבים, משוברים וסקרים שאולי הפעם ייכתבו על-ידי "מיטב המומחים". אנו מציעים, במיוחד לגופים שקובעים מדיניות, לראות בניסיון להגיע לציבור, ניסיון מבורך, ולא מטרה ל"סיכול ממוקד".

המשוב עורר סערה גם בישיבת הוועד המרכזי של הפ"י. הנהלת הפ"י עומדת נבוכה מול הביקורת על המתודולוגיה והתעורר דיון חשוב על היחסים בין החטיבות להנהלה. "הכול פוליטי" העירו את עיני חברי לוועד המרכזי בדיון על המשוב, "המתודולוגיה היא הכול", "לגנוז את המשוב", "הוא יוצר פיצול".

החלטנו לא לגנוז את המשוב, אלא להציג אותו עם כל הבעיות, הביקורת וההסתייגויות ששמענו בדרך הפרסומו. חשבנו שאין זה ראוי, למנוע מאלה שענו על המשוב לקבל את הממצאים שלו. לא הסתרנו דבר ואנו מאמינים שהציבור מספיק אינטליגנטי ובעל כלים לבחון מה אפשר להסיק מהם ומה אי אפשר. הטענה שהמשוב עצמו יוצר פיצול איננה מקובלת עלינו. אנו מרגישים שאנו משקפים פיצול ולא יוצרים אותו. אנו מקווים שדרך דיאלוג הפיצול יקטן, ילובן, יובן, ויאפשר התקדמות תוך הסכמה ופשרה.

ממצאי המשוב:

המשוב נשלח בדואר האלקטרוני ל-1063 חברי הפ"י הקליניים. מתוכם התייחסו למשוב 279, שהם למעלה מרבע; אך ענו לשאלותיו רק 178 מהם, שמהווים כ-17% מכלל חברי החטיבה הקלינית. במשובים מהסוג הזה,

חדשות החטיבות



החטיבה הקלינית

כדאי בשלב מסוים (במהלך התואר השני או בהתמחות) להפריד בין הגישות ושההכשרה תהיה שונה ואחר כך ניתן יהיה לעבוד במה שלמדת, כל אחד על-פי תחומי ועל-פי תחומי בלבד. כך, מי שלומד ומתמחה בפסיכולוגיה קוגניטיבית-התנהגותית אולי לא יצטרך ללמוד ולהתמחות בדיאגנוסטיקה דינמית, ויבחן בהתאם בבחינת ההתמחות, אך לא יוכל לעסוק בטיפול דינמי בהמשך. אולי לכל תחום מתאימה תקופת הכשרה אחרת. כבר היום ההתמחויות שונות, והבחינה שונה, אז אולי כדאי שיהיה רשום "פסיכולוג דינמי שעבר הכשרה דינמית"..." נדמה לי שזה כך בארה"ב.

- הבסיס הדינמי שלדעתי חייב להיות בליבם של הלימודים וההתמחות בפסיכולוגיה קלינית, אינו מונע מהפסיכולוג – אם מתמחה או מומחה – להמשיך ולהרחיב את הידע שלו בכל תחום שירצה.

השאלה על הרפורמה עוררה בקרב חלק מהחברים רצון לדעת פרטים נוספים לפני שיענו. נראה שהרפורמה אינה נהירה לכולם, במיוחד לאלה שאינם עובדים במגזר הציבורי, ואנו למדים מכך שיש צורך לעדכן ולהסביר בצורה ברורה יותר, מהי הרפורמה, מה כללה בעבר (כשהתנגדנו לה) ולהתעדכן מה היא כוללת היום.

בהתייחס לשאלה הרביעית בה אפשרנו להביע כל שאלה או אמירה או בקשה שלכם מאתנו עלו כמה נושאים:

- חלק מהעונים הביעו מורת-רוח מחילוקי הדעות שקיימים בתחום הפסיכולוגיה והביעו משאלה לדיאלוג, להתרה ולאיינטגרציה של הדעות השונות. הובע חשש שהמשך הפיצול והמאבקים יפגע בתחום כולו ובעמידה שלנו כקבוצה מאוחדת מול מקצועות אחרים.

"הגישה הדינמית חייבת להיות חלק מלימודי הליבה וכמוה הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והגישה המערכתית".

"לא נראה לי אפשרי או רצוי לפגוע בחופש האקדמי. מצד שני, רצוי לעבוד בשיתוף פעולה עם האוניברסיטאות כדי שאמנם ילמדו גישה דינמית כחלק מתוכנית הליבה, לצד גישות נוספות".

"הגישה האינטגרטיבית המשלבת גישות דינמיות קוגניטיביות ומערכתיות נמצאת היום בקדמת הבמה במקצוע הפסיכולוגיה הקלינית. אני מציע שכל תהליך הכשרה יכלול גישה זו".

"רצוי להכניס תכנים ונושאים חדשים בלי לשפוך את התינוק עם המים. כניסת אופניוויט טיפול שונות – מבורכת. כמו ששמירה ופיתוח הטיפול הדינמי הקלאסי – הכרחיים ומבורכים".

הגישה הדינמית (מדובר למעשה במנעד רחב ומתפתח כל העת של גישות וזרמים) היא הבסיס להבנה מעמיקה של המטופל ושל המטפל בתהליך הטיפול.

אני בעד חופש לאקדמיה, זהו ערך חשוב בעבורי. אני חושב שככל שהגישה הדינמית רלוונטית ומבוקשת (ואני בהחלט חושב כך), יהיה לה את המקום לו היא ראויה.

"אני פסיכולוגית שעובדת בשיטה דינמית אבל לחייב את האוניברסיטאות ללמד את הגישה הדינמית ולמשל לא ללמד את הגישה הקוגניטיבית זה לשים את הגישה הדינמית לפני כולם. ניסוח תכנית הליבה הוא הנכון, שיש ללמד את הגישות המרכזיות".

נראה לי שחשוב שכולם ילמדו באופן בסיסי את 3 הגישות, וכמובן את הגישה הדינמית שאני מאמינה בה ורואה בה אבן יסוד בתחום, אבל אני גם מתלבטת האם לא

- ובהשוואה למשובים שהפ"י העבירה בעבר, רמת היענות של 17% נחשבת גבוהה. אנחנו רוצים לשבח את החברים של החטיבה שנענו לפרויקט המשוב. עם זאת, מבחינה מתודולוגית, אפשר להטיל ספק אם העונים מייצגים את כלל חברי החטיבה. לא מדובר במדגם מייצג, והתשובות מייצגות את העונים בלבד. לכן, מבחינת הרצון שלנו לקבל תשובה, אם העמדות שייצגו לאורך השנים אכן מייצגות את רוב החברים בחטיבה הקלינית, לא קיבלנו תשובה מספקת. קיבלנו תשובה חלקית, שבקרב אלה שהיו מוכנים לענות על השאלון, יש תמיכה גורפת וחד-משמעית בעמדות שביטאנו בשלוש הסוגיות.
- מתוך אלה שכן ענו – 79% (139 מתוך 175 שענו על שאלה זו) סברו שהגישה הדינמית חייבת להיות חלק מלימודי הליבה של סטודנטים לפסיכולוגיה. 85% (144 מתוך 169 שענו על שאלה זו) סברו שלועדה המקצועית צריכה להיות אוטונומיה בנוגע לאופי ולהיקף של ההכשרה בתחום ההתמחות שלו היא אחראית. ו-83% (130 מתוך 157 שענו על שאלה זו) הביעו התנגדות לרפורמה בבריאות הנפש כפי שהיא במתכונתה הנוכחית.

היו שהתייחסו לשאלות גם בחלק הפתוח. בחרנו להביא מגוון של תגובות, תומכות וביקורתיות. חשוב לנו להשמיע את קולם של המבקרים הגם שהם מייצגים מיעוט בקרב העונים למשוב.

השאלה שזכתה לרוב ההתייחסויות הפתוחות היא השאלה הראשונה שעסקה במקומה של הגישה הדינמית בלימודים. כאמור, 79% ציינו בשאלה הסגורה שהגישה הדינמית חייבת להיות חלק מלימודי הליבה של סטודנטים לפסיכולוגיה קלינית. מההתייחסויות הפתוחות שקיבלנו קשה ליצור פרופיל ברור, אך הנה מדגם איכותני של התייחסויות לשאלה זו:

תלונה ומחאה על המשוב שנשלח לחברי החטיבה הקלינית מוועד החטיבה ב 3.12.12

ב- 3.12.12 שלח ועד החטיבה הקלינית, באמצעות הדואר האלקטרוני, בקשה למשוב מטעם חברי החטיבה הקלינית, משוב שזכה לתפוצה רחבה ברשתות מקצועיות. אמנם הרעיון של משוב לחברי החטיבה הוא חשוב, אך נפגענו והזדעזענו עמוקות מתוכנו.

לצערנו הרב, המשוב מנוסח בצורה מגמתית, מציג מידע מטעה, או חלקי בסוגיות השונות, מטיל דופי בגופים כגון מועצת הפסיכולוגים ללא ביסוס, מעודד עמדה מפצלת בין החטיבה הקלינית לבין מועצת הפסיכולוגים, על משקל אבחנה בין טוב לבין רע, מציג עמדות של החטיבה הקלינית ללא פירוט, מתי ואיך קיבלה החטיבה את ההחלטות הרלוונטיות ועוד (נוכל לפרט, להדגים ולהוכיח בהרחבה לפי הצורך). לאחר הצגת המידע הנ"ל מתבקשים חברי החטיבה לנקוט עמדה בעד או נגד.

לאור האמור לעיל, פנינו ליו"ר הפ"י – ד"ר יוכי בן נון, למנכ"ל הפ"י – מר דני כפרי וליו"ר החטיבה הקלינית, בבקשה לגנוז את המשוב ולהוציא מכתב מתקן לחברי החטיבה בדבר אי הדיוקים שבו.

הבענו נכונות להיות שותפים יחד עם ועד החטיבה לניסוח משוב פתוח ומאוזן שיאפשר ללמוד על דעותיהם של הפסיכולוגים הקליניים בנושאים שונים המצויים על סדר יומה של הפסיכולוגיה הקלינית, כמו גם על ציפיותיהם מהחטיבה ומהפ"י, ועל שביעות רצונם מהפעילות באופן שאינו מוטה ומטעה.

אנו מבקשים להביע מחאתנו על מצב עניינים זה ומקווים כי ינקטו צעדים לתיקונו.

בכבוד רב,

פרופ' רבקה יעקובי

פסיכולוגית קלינית ורפואית

פרופ' גולן שחר

פסיכולוג קליני ורפואי

ד"ר שרון זיו ביימן

פסיכולוגית קלינית

- היו תגובות מעטות שראו בעמדות החטיבה הקלינית עמדות מיושנות, ובולמות, והיו תגובות רבות שתמכו ועודדו אותנו להמשיך להביע עמדות אלו.
- היו התייחסויות לנושאים של שכר הפסיכולוגים, התנאים במגזר הציבורי והתעריפים שהם עתידים לקבל מקופות החולים. שאלות לגבי תפקידה של הפ"י בייצוג הפסיכולוגים בשאלות של שכר.
- היו שהתייחסו למעמד המתמחים ותנאיהם. הן ברמת השכר והן ברמת היכולת לבחור מדריכים.
- היו שביטאו משאלה שמשוב מסוג זה יתבצע לאוכלוסייה רחבה יותר של פסיכולוגים קליניים ופסיכולוגים בכלל.

אנו בחטיבה ננסה להתייחס לרוב השאלות והאמירות במסגרת הזמן שנותר לנו עד סוף הקדנציה – בקיץ הקרוב. נשמח לארגן יום-עיון שבו נתייחס לשאלות שהצגתם לנו, ולקיים קבוצות דיון על נושאים מרכזיים הקשורים לעתיד הפסיכולוגיה. אנו שואפים לעורר התעניינות ובחירות לוועד חטיבה שייצג מגוון דעות ויהיה קשוב לבוחריו.

עמוס ספיבק

יו"ר החטיבה הקלינית

צבי גיל

חבר הוועד המרכזי מטעם

החטיבה הקלינית



חדשות החטיבות



החטיבה החינוכית

December 17th, 2012

To our fellow school psychologists in NASP

The tragic event in the Newtown, Connecticut elementary school this last Friday sent shockwaves throughout the world. As fellow school psychologists from Israel, we join you in your grief over the senseless loss of children's lives, and on the loss of the school psychologist who was killed on the job.

Being school psychologists in a country constantly faced with the challenges of crises that place children in harm's way, we know all too well the importance of helping even under the threat of personal harm, during crisis situation. At times like these, having a professional network through organizations like NASP is so important.

We join you in your time of sadness and wish you continued strength in all your work to support those affected by the tragedy.

Sincerely,
Tzipi Chaikin,

Head of the Educational Psychology
Division
Israel Psychological Association

21/12/12
Dear Tzipi,

On behalf of all members of NASP, thank you very much (todah rabah) for your lovely letter of support. Our NASP members appreciate your effort to reach out and wish you the best.

Sincerely,
Susan Gorin

אנו מטפלים במרץ בנושא גמול ההשתלמות. וכרגע אין על שולחן הוועדה פניות שלא טופלו.
אני מאחלת לכולם שנה אזרחית טובה, שמחה ומלאת הצלחות, סיפוק והנאה.

ציפי חייקין, יו"ר ועד החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית

שלום לחברינו הפסיכולוגים החינוכיים,

לפי התכנית המקורית הייתי אמורה כעת לדווח כיצד התנהל הסמינר הארצי השנתי. עקב מבצע "עמוד ענן", שבמהלכו ולאחריו, היו חברינו הפסיכולוגים החינוכיים בדרום מעורבים מאוד בפעילות ההתמודדות עם מצבי הדחק והלחץ של התושבים, עמיתים ממחוז מרכז התארגנו לעזרה ולתמיכה ובעליהן של פסיכולוגיות ברחבי הארץ היו מגויסים, דבר שימנע מהם להשתתף בסמינר, חשבנו שכן הוא לדחות אותו. ההחלטה לא הייתה פשוטה והייתה כרוכה במשא ומתן מורכב עם המלון ועם נותני שירותים אחרים. כאן המקום להודות לגל דורון שניהל את המו"מ ולהנהלת המלון ורשת המלונות על נכונותם ללכת לקראתנו ללא דרישת דמי ביטול ופיצוי. הסמינר נדחה לאמצע ינואר, מועד שיצר בעיה קשה מכיוון שלא כל המנחים הצליחו להתארגן למועד החדש עקב אילוצי לו"ז שלהם. עם זאת, ברצוני לציין בהערכה את מאמציהם הרבים לשנות את מחויבויותיהם מתוך רצון להשתתף בסמינר. שבעה מנחים לא הצליחו להגיע, מה שהיה עלול להשאיר כמאה נרשמים מחוץ לסמינר. כדי לא לגרום להם עגמת נפש התחלנו בחיפוש קדחתני של חלופות ולאחר מאמצים ובעזרה עמיתים נמצאו פתרונות ונקיים את הסמינר עם אותו מספר נרשמים שהיה גבוה מאוד השנה. ונקווה לסמינר מוצלח ומהנה.

אבל כבד ועצב עמוק אפפו אותנו עם מותה של חברתנו נילי זלצמן, פסיכולוגית בכירה בשפ"ח פתח תקווה, יו"ר פורום החינוך המיוחד של שפ"י ודמות בולטת, מובילה ומשפיעה בשדה הפסיכולוגיה החינוכית והחינוך המיוחד שהובילה וקידמה את מדיניות הפסיכולוגיה בח"מ בשפ"י בתבונה רבה, בידע רב, בהשקעה גדולה ובנחישות. נילי הייתה אישה מלאת הומור מושחז, פסיכולוגית מצוינת, אכפתית ומעורבת. היא עוד הספיקה לארגן תוכנית לתפארת לקדם הסמינר השנה שמוקדש לח"מ וגילתה התעניינות בהתקדמותו עד לימיה האחרונים. מותה הוא אבדה גדולה לכל מכריה ומוקירה. יהי זכרה ברוך.

החטיבה שלחה לארגון הפסיכולוגים בארה"ב מכתב תנחומים והשתתפות בצער לאחר הרצח הנורא של הילדים, המורות והפסיכולוגית. בעיירה ניו טאון.

שלום לכל החברים,

בתקופה האחרונה רשם הוועד כמה הישגים, בראשם גיוס הפ"י כולה למאבק על זכותם של פסיכולוגים שיקומיים להימנות עם צוות המטפלים הרשומים בפנקסי קופות החולים. כחלק מהמהלך, הצלחנו לצרף את תמיכתן של כל החטיבות לפנייה למנכ"ל קופות החולים לצורך בירור הנושא.

לאחר תלאות רבות יצא מכתב ראשון לדרכו. על המכתב חתומה יו"ר הפ"י דר' יוכי בן נון והוא מופנה למנכ"ל קופות וגם לגורמים המפקחים.

ידוע לנו כבר כי התקבלו בקשות ראשוניות מטעם חלק מקופות החולים להיפגש עם נציגי הפ"י, נמשך ליידע אתכם על התפתחות העניינים.

בעניין אחר, אנחנו שמחים להודיע כי בתאריך 19-20 במאי יתקיים הכנס השנתי של החטיבה השיקומית בהפ"י, בשיתוף הקליניקה של המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן, בנושא "היבטים פסיכולוגיים של כאב כרוני: מהמחקר לקליניקה". בכנס ישתתפו חוקרים וקלינאים העוסקים בחקר הכאב הכרוני, ובטיפול באנשים עם כאב

כרוני, המוגדר כאחת המגפות הגדולות של המאה ה-21. הכנס הוא דו יומי, ומורכב מיום עיון באוניברסיטת בר אילן בתאריך ה-19 למאי, למחרת, ב-20 למאי תתקיים במרכז הרפואי 'רעות' ביד אליהו, סדנה קלינית להכרת טכניקות התנהגותיות וקוגניטיביות לטיפול בכאב כרוני. הכנס יהיה פתוח לפסיכולוגים שיקומיים ובהתאם למקומות הפנויים גם לדיסציפלינות אחרות. אנא רשמו ביומנים!

לבסוף, אנו שמחים לבשר שיואל לוצאטו משיקום ילדים בבית החולים שיבא, תל השומר, הצטרף לשורות הוועד השיקומי של החטיבה. נאחל לו בהצלחה!

כמו תמיד, אנו שמחים מאוד על פניות שלכם בשאלות, הצעות וביירוים. תוכלו ליצור קשר עמנו באמצעות אתר הפ"י המתחדש.

בברכת שנה אזרחית מוצלחת ופורייה לכולנו,

**עומר פורת, יו"ר
אילנית חסון-אוחיון
דוריה לנגבן-כהן
שני אורנו
יואל לוצאטו**

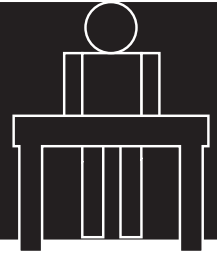
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



להיות חלק מארגון המייצג את ציבור הפסיכולוגים בישראל | להיות מעודכן בכל הנעשה בתחום הפסיכולוגיה בישראל | להיות מנוי על פסיכואקטואליה כתב-עת ישראלי לפסיכולוגיה

טופס רישום לחברות בהסתדרות הפסיכולוגים מצורף לגיליון זה

www.psychology.org.il



חווה פרידמן

“עמוד ענן”, דילמות ב“יום שאחרי”...

**שני מבטים על דילמות בעבודתם של
שירותים פסיכולוגיים חינוכיים בעת חירום:**

נוכחות פיזית לעומת עבודה מרחוק

השירות הפסיכולוגי חינוכי כשירות עירוני מוגדר מבחינת המועצה או העירייה כשירות או כמפעל חינוכי. לכך שהפסיכולוגים נוכחים פיזית ברשות יש כמה השלכות: ברמת ההתערבות הישירה, הפסיכולוגים מספקים מענה נגיש לצרכים נפשיים מרובים המתעוררים במצב חירום. לזמינותם של הפסיכולוגים ערך רב נוכח המדרון הפוטנציאלי החלקלק שבין ASR להתפתחות של PTSD.

ברמה המערכתית: הפסיכולוגים הם מומחי בריאות נפש מוכרים וזמינים. הם יכולים להשפיע על שיקולים מערכתיים ועירוניים הקשורים בהכוונה ובמענים לאוכלוסייה. מומחיותם מאפשרת להפעיל שיקול-דעת במיקוד התייחסותי לילדים בכל טווח הגילים. נוכחותם של מתעוררים מיומנים בחירום בתחום בריאות-נפש המוכרים לעובדי הרשות משרה ביטחון, מספקת תחושה של שותפות ומעצימה. זאת ועוד, לעתים היכולת של עובדים מתחומים אחרים לראות פסיכולוג בפעולה, כמו למשל במתן מענה פסיכולוגי בקו חם, ממחישה לגורמי הרשות השונים את מהותה של ההתערבות הפסיכולוגית ומהווה מודל להתערבות מיטיבה ומצמיחה. מצד אחר מתעוררות דילמות מורכבות מאוד מנקודת המבט של מנהל שפ"ח, הנושא באחריות לאופנות ההפעלה של השירות הפסיכולוגי-חינוכי כשירות חינוכי:

מרבית הפסיכולוגים עובדים ומתגוררים באזורי חירום. בשפ"ח שדרות למשל, מתגוררים כל תשעת הפסיכולוגים ברשויות אחרות, ורובם אף במחוזות אחרים. הדרך בין מקום המגורים למקום העבודה וחזרה – מסוכנת! אחת הפסיכולוגיות סיפרה שבדרכה מהשפ"ח אל מקום מגוריה בעיר אחרת, שגם היא בטווח הירי, היה עליה לעצור את המכונית, לצאת ממנה ולהשתטח על הקרקע חמש פעמים. אחד הפסיכולוגים עצר את רכבו, השתטח על הקרקע, כשרקטה התפוצצה במרחק 300 מ' ממנו. אחד המנהלים אומר: “פסיכולוג מוגן יכול לתת שירות טוב יותר”, ולעומתו אומר מנהל אחר: “לעבודתו של פסיכולוג נוכח (ברשות) יש השפעה ישירה והשפעת מעטפת מאוד חשובות”. מצד אחד: סיכון ממשי, סוגיות אישיות והוריות, שחיקה רגשית ומצד אחר תרומה סגולית משמעותית ביותר לאוכלוסייה ברשות המקומית ולכלל השותפים לעבודת החירום.

כיצד, אם כן, מפעילים צוות פסיכולוגי במפעל החינוכי שיהיה נוכח, זמין וגם מוגן? אפשר למצוא פתרונות טכנולוגיים לעבודה מרחוק כך שתחושת המרחק מצטמצמת, בכל זאת אין חלופה למפגש הבין-אישי ולתהודה הרגשית והתחושתית

מהי תחושת הבטן שלך למקרא הכותרת: “עמוד ענן” – דילמות ב“יום שאחרי”...? נדמה שרובנו מבקשים להניח מאחורינו את מבצע “עמוד ענן”, ולהתמסר לשגרה בטוחה ומגוננת. מה משמעותו של “היום שאחרי”? הניסיון מעיד על חשיבות גדולה ללמידה מקצועית ארגונית בעקבות מצבי חירום, למידה שתתייחס לרובדי העבודה הפסיכולוגית השונים: המערכתית, הקהילתית, המוסדית (בחינוך), המשפחתית והפרטנית. לאחר מלחמת לבנון השנייה ולאחר מבצע “עופרת יצוקה” קיימנו בשפ"ח תהליכים של למידה ארגונית, שהתבססו על מחקר ועל ראיונות עם פסיכולוגים מחוזיים, מנהלי שפ"חים וצוותיהם. הפקנו מכך ידע רב הן במישור המקצועי והן בנוגע להפעלה של צוותי פסיכולוגים בעתות חירום.

הדברים שיובאו כאן מתמקדים במקצת מקולותיהם של מנהלי שירותים פסיכולוגיים חינוכיים ומתייחסים להפעלה של הפסיכולוגים החינוכיים בשירות הציבורי בשעת חירום. מבצע “עמוד ענן” התרחש בין ה-14.11.2012 ל-21.11.2012. במהלכו נורו לעבר ישראל כ-1500 רקטות. כ-30 שירותים פסיכולוגיים חינוכיים פעלו במהלך המבצע, בשירותים אלה עובדים כ-300 פסיכולוגים, מרביתם במחוז דרום ומיעוטם במחוזות מרכז, תל אביב וירושלים (טווח 40 ק"מ). אזכיר שהשירותים הפסיכולוגיים החינוכיים פועלים כשירותים עירוניים של הרשויות המקומיות. בשעת חירום הם מוגדרים כשירות חינוכי לכל דבר וכפופים להנחיות משק לשעת חירום, הנחיות פיקוד העורף להתנהגות אוכלוסייה, והנחיות מקצועיות של שפ"ח בחירום (השירות הפסיכולוגי ייעוצי במשרד החינוך).

השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים פעלו בכמה זירות עבודה בזמן המבצע: ייעוץ להנהגה מקומית ולמקבלי החלטות ברשות המקומית, השתתפות בחמ"ל יישובי או רשותי באשר לשירותים שתקבל האוכלוסייה, מענה לקווים חמים של הרשות המקומית, יציאה אל משפחות והתערבות ישירה בבתיים ובמקלטים נוכח מצבי דחק אקוטיים, קבלת קריאות להתערבות פסיכולוגית מרחוק באמצעות קווי טלפון ובאמצעות האינטרנט, הדרכת צוותים חינוכיים, התערבויות מקדמות חוסן נפשי במקלטים. פעולות אלה התקיימו ביישובים שבהם מסגרות החינוך לא תפקדו. ביישובים שבהם מסגרות היו פעילות נעשו התערבויות פסיכולוגיות במצבי דחק עם ילדים והדרכת צוותים חינוכיים. כמו כן, יש להזכיר את איוש אתרי הדחק על-ידי פסיכולוגים חינוכיים בתצורות שונות בחלק מהמקומות גם בתרונות לילה.

במהלך המבצע במחוז דרום בלבד, התקבל דיווח על 789 התערבויות פסיכולוגיות ישירות שביצעו פסיכולוגים מ-22 שפ"חים, לא כולל מענה טלפוני.

המנהל, במהלך שבועיים לאחר מבצע "עמוד ענן", כ- 500 מפגשים עם ילדים, בני-נוער, הורים, מורים וגננות, בדרך כלל על בסיס קבוצתי, לצורך עיבוד רגשי.

הן בדרום והן במרכז הארץ התעוררה בעיה קשה בבתי הספר של המגזר הערבי ושל המגזר הבדואי. מנהלי שפ"ח תיארו את הקושי של בתי-ספר בשני המגזרים להיענות להצעות של השפ"ח לעבוד עם צוותים חינוכיים או ישירות עם ילדים בנוגע לרגשותיהם לנוכח איום הרקטות. אפשר בהחלט להבין את המורכבות העצומה המקופלת בשיח כזה.

היזמה האקטיבית של הפסיכולוגים החינוכיים בחלופי הסערה, נחוצה מאוד כדי לתת לגיטימציה לחשיפה ולעיבוד של רגשות, לאיתור ילדים בסיכון לפוסט-טראומה, וליצירה של סביבה מגוננת באמצעות הכלה של קשת צרכים נפשיים לאורך זמן. מה משמעותו של "היום שאחרי" בעבודת שירותים פסיכולוגיים אם כן? תם אין פירושו: נשלם!

אני מבקשת לציין בהוקרה עמוקה את עבודתם של מנהלי השירותים הפסיכולוגים חינוכיים והפסיכולוגים העובדים בשפ"ח על שליחותם המקצועית-חברתית.

חזה פרידמן

שמתקבלת במפגש כזה בעיקר בשעת דחק. השאלה נותרת בעינה. שני מנגנוני התמודדות מספקים לה מענה מסוים: שיח גלוי המאפשר להציף את הדילמות ולעסוק בהן, ומתן אמון בשיקולי הדעת של מנהל השפ"ח שלנגד עיניו תמונה רחבה של שיקולים מקצועיים, אנושיים, ציבוריים ומקומיים.

שירות פסיכולוגי ב"יום שאחרי" – יוזם או נענה?

המשאלה לחזור לשגרה היא נחלתם של התושבים שנמצאו בטווח הירי, וגם משאלתם של אנשי המקצוע. השגרה מספקת כאמור ביטחון, שליטה וודאות. מדובר בהתחברות טבעית לצורך האנושי ברציפות. אחד ממנהלי השירותים הפסיכולוגיים תיאר את חווייתו של פסיכולוג שמבקש לשאול גננת לשלומה ומה מצבם הרגשי של ילדים בגן לאחר המבצע, והיא משיבה לו: "היום אי אפשר לדבר, צריך להספיק את הקישוטים של חנוכה". מענה זה מסמל את המשאלה הטבעית לחזור לשגרה, אך גם את המאמץ הנדרש מהפסיכולוגים עצמם להתעקש ולברר מה שלומם של הילדים, של ההורים ושל הצוותים החינוכיים ב"יום שאחרי". בירור זה שנעשה בימים שלאחר המבצע, הביא לאיתור מספר רב של ילדים הזקוקים להתערבות פסיכולוגית. בשפ"ח מ.א. אשכול שבו עובדים תשעה פסיכולוגים, התקיימו על-פי דיווח



אוניברסיטת תל-אביב
הפקולטה למדעי החברה ע"ש גרשון גורדון • בית הספר למדעי הפסיכולוגיה

תכנית ההשלמה לפסיכולוגיה קלינית

נפתחת ההרשמה למחזור יא', ב-14 במרץ 2013

תנאי הקבלה והליך המיון:
יתקבלו רק פסיכולוגים בעלי תואר שני שרשומים בפנקס הפסיכולוגים (ברישום קבוע או זמני).
המיון ייעשה על פי הקריטריונים המקובלים במגמות הקליניות. התשלום עבור תהליך הקבלה והמיון הינו 500 ש"ח
לתשומת לבכם: ההרשמה לתכנית תסתיים ב-30 במאי 2013

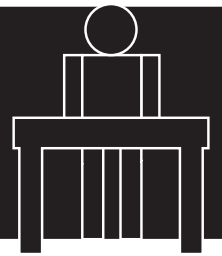
התכנית הקלינית כוללת הכשרה בתחומי פסיכותרפיה, ראיון קליני, פסיכופתולוגיה ופסיכודיאגנוסטיקה,
בהתאם להנחיות הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית במשרד הבריאות.
משך התכנית: שנתיים אקדמיות
בשנה הראשונה: יום לימודים אחד בשבוע.
בשנה השנייה: יום אחד באוניברסיטה
ועוד שני ימי פרקטיקום במסגרות קליניות חיצוניות.
המסיימים רשאים להתחיל בתהליך התמחות קלינית*

השלמה לפסיכולוגיה קלינית

פרטים וטפסי הרשמה בכתובת: <http://freud.tau.ac.il/hashlama>
לבירורים נוספים ניתן לפנות לגל גורן, רכזת אדמיניסטרטיבית, טל: 03-6407353, פקס: 03-6409547
דוא"ל: hashlama@freud.tau.ac.il
*פסיכולוגים מומחים ופסיכולוגים שהתחילו התמחות בתחומי פסיכולוגיה אחרים צריכים לבדוק זכאותם לקבלת מלגת התמחות במשרד הבריאות.

סמנו לאן תרצו להגיע 

לאתר ההרשמה: go.tau.ac.il



משולחנו של יו"ר מועצת הפסיכולוגים

פרופ' יואל אליצור

התמחות, שיתוף פעולה עם המל"ג ומשרד הבריאות, דוקטורט בפסיכולוגיה ו"סקר"

מסכם, להגיע לנוסח סופי בשיתוף פעולה עם האקדמיה. המועצה אישרה ברוב קולות נוהל שמחזק את שיתוף פעולה בין הוועדה המקצועית, האקדמיה ומועצת הפסיכולוגים.

לימודי דוקטורט המשלבים את תחומי המדע והיישום בפסיכולוגיה

את הנושא העלה יו"ר המועצה שהתייחס לשיפור בשיתוף הפעולה של המועצה עם המל"ג ומשרד הבריאות. היחסים הטובים מאפשרים לנו לקדם יזמות חדשות לטובת ענף הפסיכולוגיה. הדיון נגע לפער בין המספר הקטן של תלמידי פסיכולוגיה שמתקבלים ללימודי תואר שלישי במוסדות האקדמיים, לבין המספר הגדול של פסיכולוגים המעוניינים ומסוגלים לעשות דוקטורט בפסיכולוגיה. לימודי התואר השלישי בארץ מכשירים חוקרים, אך פסיכולוגיה כוללת גם את התחום היישומי. כתוצאה מכך, פסיכולוגים שרוצים לשלב את ההיבטים המדעיים עם ההיבטים היישומיים בפסיכולוגיה אינם מוצאים מסגרת נאותה באקדמיה הישראלית. יש מודלים שונים לשילוב מסוג זה וההצעה היא לבחון את הנושא בכוחות משותפים במטרה לגשר על הפער בין תחומי המחקר והיישום. מועצת הפסיכולוגים קיבלה החלטה ללא מתנגדים ונמנעים, התומכת בפנייה של יו"ר המועצה למל"ג ולמשרד הבריאות כדי לבדוק את הנושא.

"סקר" של יו"ר החטיבה הקלינית בהפי"ע ועמיתיו

לאחרונה הופץ "סקר" שמתיימר להציג את עמדותיה של המועצה ומבקש לבחור ביניהן לבין העמדות של החטיבה הקלינית. ידע כל מי שקיבל את הסקר שלא נעשתה בדיקה מוקדמת אתי או עם כל נציג מורשה אחר מטעם המועצה בנוגע לעמדות המיוחסות למועצה. אני מבקש למחות על האופן שבו מוצגת המועצה בשאלון זה, אופן שלהרגשתי מטעה את הציבור ופוגע בכבוד המועצה. מועצת הפסיכולוגים היא גוף ציבורי שפועל מטעם החוק למען קהילת הפסיכולוגים בישראל, ומייצג אותנו מול גופי הממשל. ראוי שכל חברי הקהילה, על אחת כמה וכמה בעלי תפקיד ציבורי, ישמרו על כבודו ומעמדו של גוף זה, גם אם יש בקרבנו חילוקי-דעות. צר לי על השימוש שנעשה במנגנון של הפ"ע כדי להפיץ בקרב חברי ההסתדרות טקסט זה.

בברכה,

פרופ' יואל אליצור

יו"ר מועצת הפסיכולוגים

תחילה אציג בקצרה את ההחלטות שקיבלה מועצת הפסיכולוגים בתאריך 28.10.2012. לאחר מכן אדון ב"סקר" שהופץ לאחרונה, סקר שעוסק במועצה ומתיימר להציג את עמדותיה.

סיכום הישיבה מופיע באתר המועצה בתיקיית "פרוטוקולים והחלטות":

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

התמחות בפסיכולוגיה

התקיים דיון עם פרופ' גמזו מנכ"ל משרד הבריאות, על ההתמחות בפסיכולוגיה, דיון שנמשך גם כדיון פנימי. פרופ' גמזו דן בבעיה הנובעת מכך שכ- 50% מבוגרי תואר שני במגמות של הפסיכולוגיה המקצועית, אינם עושים התמחות או שאינם מסיימים אותה. בכוונתנו לעסוק בנושא וגם לפעול להעלאת תקציב המלגות. לדעתו, ראוי גם לאפשר למתמחים לעשות התמחות בהיקף של משרה מלאה. בדבריו עמד על כך שהפיצול בין פסיכולוגים העובדים בשדה, לבין הפסיכולוגים באקדמיה פוגע בענף הפסיכולוגיה, גורם לכך שהפסיכולוגים מאבדים אוזן קשבת במשרד הבריאות ואינם מקדמים את הענף שלהם כראוי.

לאחר הדיון במועצה זימן פרופ' גמזו בשיתוף יו"ר המועצה, חמישה מפגשים עם נציגי המגזרים השונים בפסיכולוגיה בנוגע להתמחות: יו"ר הוועדות המקצועיות, פסיכולוגים המייצגים את האקדמיה, פסיכולוגים מהשטח, פסיכולוגים ראשיים ומנהלים של שירותי בריאות הנפש, ונציגי המתמחים. יש לקוות שהיזמה תביא להעלאה משמעותית בתקציב המלגות ולשיפור תהליכי ההתמחות.

מנגנון משותף למועצה, למל"ג ולמשרד הבריאות

בעקבות החלטת המל"ג לאמץ את הצעות הוועדה המשותפת של המל"ג ומשרד הבריאות (הדו"ח והחלטת המל"ג מופיעים באתר המועצה), החליטה המועצה להקים מנגנון משותף לטובת תיאום והעברת מידע באופן קבוע בין הגופים השונים. המנגנון יהיה מורכב מנציגים בכירים בשלושת הגופים: ראש מחלקה לפסיכולוגיה, יו"ר ועדת הרישום ומנהלת פנקס הפסיכולוגים ותקנות ההתמחות, ויו"ר מועצת הפסיכולוגים, התקיים דיון גם בפנייתו של ד"ר קורניצר, יו"ר הוועדה הקלינית, בנוגע לנוהל פנייה של ועדה מקצועית למנגנון המשותף. נוהל שיאפשר לוועדה הקלינית שתמכה במסגרת לימודי הליבה אך לא קיימה עדיין דיון



לזכרם של חברים

נילי זלצמן ד"ל

נילי יקרה

האבדן שלך לא נקלט וקשה מנשוא. נפטרת טרם זמנך, צעירה מדי ובאמצע עשייה מדהימה. התחלת לעבוד כפסיכולוגית חינוכית מתמחה ב- 1976. נשאת בתפקידים רבים בתוך הארגון, תפקידי הדרכה, ריכוז וניהול. ניהלת את מכון שניאורסון בשפ"ח תל-אביב, ואת שפ"ח נהריה בתקופה בה עברת לגור בצפון.

עם חזרתך לאזור המרכז עבדת בשפ"ח פתח-תקוה כפסיכולוגית בכירה ומנהלת מחלקת חינוך מיוחד בשפ"ח. כ- 15 שנה עבדת כפסיכולוגית בכירה במחוז תל-אביב וגם כאן היית אחראית על החינוך המיוחד, ועדות ערר ויו"ר פורום חינוך מיוחד ארצי ומחוזי.

קשה לתת ביטוי במשפטים ספורים לעשייתך המקצועית הענפה. היית פסיכולוגית חינוכית בכל רמ"ח אבריך, עם הסתכלות מערכתית על הסביבה בה הילד חי, על משפחתו ובעיקר עליו. ראית את הילד עם הצרכים המיוחדים כפי שהוא, ראית אותו כאדם שלם וראית את זכויותיו לקבל את המיטב מכולנו.

הייתה לך תפיסה מקצועית מגובשת וברורה אך תמיד היית נכונה לבדוק שוב, ללמוד ולחדש. הובלת תפיסות חדשות, שהובילו לשינויי פרדיגמות בעבודה עם ילדים עם צרכים מיוחדים. את התחלת לדבר על הכלה ועל תגובה להתערבות (RTI) טרם הפכו מושגים אלה לשפה הדבורה במסדרונות משרד החינוך.

נראית כמי שנמצאת תמיד בחיפוש אחר ידע חדש ועדכני, בחינה מחדש של פרדיגמות מקצועיות מקובלות. היית עבורנו מנהיגה מקצועית. זו שלא נחה לרגע בניסיון להיטיב את הקיים, לחפש דרך, להסכים לשאת התנגדויות אל מול הקושי של אנשים לשנות תפיסות. בתוך המכלול העשיר והעמוס של עבודתך תמיד היית שם לרשות האחר. היו שם הרבה אחרים: פסיכולוגים בצוות, מורים, מפקחים, פסיכולוגים מודרכים, פסיכולוגים בכירים, חברי הפורומים המקצועיים ועוד ועוד, לכולם הבאת בשורה מקצועית.

והיית גם חברה אמיתית. כסגנית הפסיכולוגית המחוזית במחוז תל אביב, תמיד נתת אוזן קשבת, עם נכונות לחשיבה משותפת, נכונות לקבל משוב ובעיקר לתת משוב אמיתי מלווה בהרבה הערכה ואהבה.

כיו"ר פורום החינוך המיוחד הארצי הפכת לעוגן מאד משמעותי בעיצוב מדיניות אגף פסיכולוגיה בשפ"ח. ידע המומחה שהבאת בפנינו, ההתעקשות שלך ליצור שינוי, החוכמה, ההתמדה, הסבלנות, הקול התקיף המשולב ברוך שבלב, כל אלה הפכו את עבודתנו עמך לחוויה של שליחות מקצועית, ותמיד תמיד... יחד.

אם היית רואה את כל האנשים שהגיעו ללוייה שלך ושומעת את דבריהם, היית מאוד נבוכה. לא היה לך קל לקבל הערכה. עשית הכל כאילו זה מובן מאליו. מספר האנשים שאהבו אותך, שהעריכו אותך מקצועית והגיעו מקצווי ארץ ללוות אותך בדרכך האחרונה, הם העדות לנוכחותך האישית והמקצועית בינינו.

תחסרי לנו מאוד.

חתומות:

חיה פרידמן, פסיכולוגית ראשית, מנהלת אגף פסיכולוגיה, משרד החינוך
מירי זולברג, פסיכולוגית מחוזית, שפ"ח, מחוז תל-אביב
מרב טמיר, מנהלת שפ"ח פתח-תקוה



כשעמוד ענן חודר לחדר הטיפול

מאת: משה לכיש ושני ליאור-אבין

"ויסע עמוד הענן, מפניהם, ויעמד, מאחריהם. ויבא בין מחנה מצרים, ובין מחנה ישראל, ויהי הענן והחשך, ויאר את-הלילה; ולא-קרב זה אל-זה, כל-הלילה."

(שמות יד, יט)

מבצע "עמוד ענן" ברצועת עזה יצא לדרך ב-14.11.12 בסמוך לחיסולו של אחמד ג'עברי, מפקד הזרוע הצבאית של החמאס. כעבור שבוע הסתיים המבצע, בקול ענות חלושה, בהכרזה על הפסקת אש ב-21.11.12. במשך המבצע נערכו אלפי תקיפות על יעדים ברצועת עזה, ומרצועת עזה נורו אלפי מטחי רקטות לעבר יישובים בישראל. כידוע, המבצע לא כלל כניסה קרקעית לרצועה.

אפשר היה לכתוב על ימי העבודה שלנו במהלך המבצע בצורת אסופה אקדמית מרוחקת חוויה. אפשר לכתוב על – אפשר לכתוב את – אבל מכיוון שבחרנו לעסוק בכניסתו של "עמוד הענן" לחדר הטיפול, הרי שכמו ענן המקיף את כל הנוכחים, ומונח במרכז החדר כמו עמוד, חשנו שאי אפשר שלא להביא את החוויה המיוחדת של האדם המטפל במצב כזה. מטעמים ספרותיים הכתוב כאן מובא בגוף ראשון נקבה. כל הפרטים נכונים.

יום רביעי 14.11.12. 15:00. הפגישה עם פ' עומדת להסתיים. פ' היא נערה בת 13 המתגוררת עם משפחתה בבאר-שבע. היא הופנתה למרפאתנו בשל חרדות בעצמה גבוהה מלוות בפגיעה תפקודית משמעותית, חרדות שתחילתן בימי מבצע "עופרת יצוקה". היא עומדת בקריטריונים האבחנתיים של הפרעת דחק בטר חבלתית (posttraumatic stress disorder, PTSD) אך האם נכון לדבר במונחי "פוסט-טראומה" כשמצב הדחק מתמשך וכל סבב הסלמה במצב הביטחוני מחמיר את התסמינים ומפחית תקווה לשיפור?

בפגישה הנוכחית פ' סיפרה כי גם היום לא הלכה לבית הספר משום שחששה שתהיה אזעקה. נראה שהפתרונות הקוגניטיביים שאני מציעה אינם מצליחים לגבור בהגיונם על הפחדים הלימביים שלה. אני מנסה קו התנהגותי יותר – מציעה שתמדוד עד לפגישתנו הבאה את הזמן שלוקח לה להגיע מהכיתה למרחב מוגן. לפתע נשמעים מבחוץ קולות מסוק נוחת במנחת בית החולים. פ' נדרכת מיד ומביטה בי בחשש: "קרה משהו רע". אני מחייכת ומנצלת ההזדמנות להצביע על אופן החשיבה הקטסטרופלי שמאפיין אותה. אולי זה תרגיל? אולי בכלל אח"מ שבא לביקור? כלל לא עולה בדעתי שבעוד ימים אחדים אתקשר לשאול לשלומה במקלט ואז היא תהיה זו שתחייך בשיחת הטלפון ותגיד לי: "אמרתי לך".

ב-16:00 אני יוצאת מהמרפאה הביתה, במכונית אני מקבלת הודעת טקסט בטלפון "עקב המצב כל החוגים במועצה מבוטלים היום". "אוף! אני חושבת לעצמי. מה שוב קרה? למה לא נותנים לנו שקט?" אני מדליקה רדיו ובזמן הנסיעה בת השעה הביתה מתחוויר לי "המצב". כבר נתנו לו שם, וסיווג. מבצע "עמוד ענן". הדריכות והמתח מתגברים תוך כדי נסיעה. אני מוצאת שמבטי מופנה אל השמים יותר מאשר אל הכביש. תרה אחר איומים. הבייביסיטר של הילדים מודיעה לי שהם לא יצאו כלל מגן הילדים הממוגן, ממתנים לי שם. אני מתנחמת במיגון אך כואבת את

ד"ר משה לכיש,

פסיכיאטר ילדים ונוער

ד"ר שני ליאור-אבין,

פסיכולוגית שיקומית מרכז מילשטיין לטיפול בטראומה בילדים ונוער, היחידה לפסיכיאטריה ילדים ונוער, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה

לבית הורי. למחרת נרעדנו
כולנו למשמע האזעקה
בגוש דן, מול מבטם המופתע
והמבוהל של ילדי טולטלתי
למחשבה שגם כאן, אין מנוח
ואין מפלט.

בבקרים הגעתי לעבודה בבאר-
שבע. הדרך הייתה ארוכה, מתישה.
המבט בכביש, בשמיים, מחשב איפה
מסוכן יותר היום? בדרך, כמו גם בבית,
רצים בראשי שמות ילדים. הילדים
המטופלים כעת במרפאה, ילדים
שסיימו טיפול, ילדים שפנו לא
מזמן וממתינים לטיפול. לבי
לבי להם, לבי גם לעצמי
ולמשפחתי. בבית החולים
העשייה תופסת מקום מרכזי
ועוזרת להשכיח לפרק זמן. כובע
המטפל מחייב, אבל מתחת לכובע,
הראש כמו פצע פתוח, והמחשבות
מתפזרות למקומות רבים.
אני חושבת על החוויה
הפרטית שלי, על
החשיפה המתמשכת
לטראומה של הילדים
המטופלים במרפאה,
החשיפה המתמשכת
בבית, המציאות שהופכת
ברגע את הטיפולים על
פיהם. מריצה בראשי שוב
רשימה ארוכה של מטופלים
שפנו למרפאה וטופלו על רקע
אירועים ביטחוניים. מטופלים שפנו
רק עכשיו על רקע קשיים תפקודיים
שתחילתם עוד בזמן מבצע "עופרת
יצוקה". מטופלים שרק עתה התחילו
סוף סוף להרגיש טוב יותר. הכול שביר כל

כך. אזעקה ברקע, הגוף מגיב מיד, אחריו באה גם ההבנה.
במקלט אני שומעת את הדי הפיצוצים. אני לא מבחינה אבל
פסיכולוג ילדי אומר שכבר יכול לזהות כאלה ששירטו, כאלה
שהתפוצצו בקרבת מקום, אפילו יודע להבדיל על סמך הרעש
בין נפילה בשטח בנוי לשטח פתוח. הדי הפיצוצים מרעידים
את קירות המקלט. אני תוהה אם יעמדו בהדף. המחשבות
נבלעות בקולות ילדי העובדים ששוהים במקלט כדי לאפשר
להוריהם לבוא לעבודה. האם הידיעה שהם קרובים מאפשרת
להוריהם מעט יותר נוכחות? מפנה חלקה קטנה בשטחים
הגדולים של המתח וחוסר הוודאות? עשר דקות עברו. אני
חוזרת למרפאה.

חוסר יכולתי להיות אתם
כנוכחות שומרת,
נותנת ביטחון. כשאני
מגיעה, הם רצים אלי
בהתרגשות, חיוורים,
ומספרים לי על ה"בומים"
החזקים שנשמעו. כעת
שקט, אנחנו ממהרים הביתה,
במסלול מחושב שעובר בין
מיגוניות ואזורי מחסה.

כבר תקופה ממושכת שהמלחמה
שלי מתנהלת. בקו ראשון
מתחוללת מלחמה עזה. מזה
שנים אחדות שמשליכים על ביתי
פצצות מרגמה, יורים טילים תלולי
מסלול, וחודרים ומתקיפים מבעד
לגדר העוטפת. עולם הצבעים
קיבל משמעויות חדשות, עולם
האסוציאציות נעשה לעתים מורבידי.
אפילו המושגים "מקום בטוח", ו"ביתי"
הוא מבצרי" התרוקנו מתוכן בחלוף
הזמן. דווקא מקום עבודתי בבאר-
שבע היה רוב הזמן מקום בטוח
עבורי ועבור המטופלים. המרפאה
לטיפול בטראומה בילדים ונוער
שבה אני עובדת, היא פינה קטנה
ושקטה בבית החולים, שם אני מוצאת

שהחדר שלי שקט ונינוח לעתים יותר
מהחדר שבו נמצאים ילדי. המלחמה הזו ממושכת,
אך לכאורה אינה אינטנסיבית, אלא היא כמעין כאב
ראש ארוך, שקט צורם. דריכות בלתי פוסקת למעבר
שיגיע בין שגרה לחירום. הדרך היחידה להצליח להתמודד
עם המצב היא לחבר את השניים ל"שגרת חירום". הרדיו
מודיע לי לעשות את המעבר בפתאומיות, בן-רגע. בעוד
שבוע, עם ההודעה על הפסקת האש, יצפו ממני לעשות את
המעבר בחזרה. לחזור לשגרה. גם כאן בפתאומיות, בן-רגע.
אבל לגוף קצב משלו. גם לנפש.

המבצע הזה תפס אותי, כמו תמיד, בלתי מוכנה. בהבזק
אחד של הודעת טקסט הייתי נצורה בביתי, לעתים מרחק
15 שניות מהממ"ד, רוב הזמן כלואה בו, כשהסוהר העיקרי,
החרדה לשלום משפחתי וילדי, משמיע את יללותיו כהדי
פיצוץ, כמערכת כריזה אובססיבית. לא נעשיתי מחוסנת
יותר, מחושלת יותר, גם לאחר שצברתי ניסיון רב שנים
של אירועים חוזרים ונשנים. לא הסכנתי לרעיון שירורים עלי,
לעברי. לא הצלחתי להתרגל לרעיון שסכנה מרחפת ממעל,
שאין דבר-מה שאני יכולה לעשות כדי שלא לחוש בה. את
השעות הראשונות, אלו שבהן התכוננו שני הצדדים לקראת
הבאות, ניצלנו גם אנחנו. נסעתי עם משפחתי לתל-אביב,

פנימה כשבחוץ רעם תותחים ושריקות טילים? אני חושבת על אחת הילדות המטופלות שלי, על המשחק המוגבל והמצומצם שלה בחדר. מילים עולות בראשי, "ויניקוט", "מרחב מעברי", אבל המרחב היחיד שעולה בטיפול הוא היעדר המרחב המוגן בדירתה. המציאות האובייקטיבית דורסת כל דמיון, ממזערת את היכולות.

ומה יקרה אם תהיה אזעקה בדיוק בזמן הטיפול? איך ארגיש עם המטופלים הקבועים שלי במקלט כשאני חשופה כולי. תוהה עד כמה אני שקופה, האם רואים את מחשבותיי? חלומות ההצלה נאבקים ברצון המציאותי לדאוג לעצמי ולמשפחתי. האם אהיה עבורם עמוד להיאחז בו, ללכת אחריו? או אולי אהיה ענן סמיך ומסמא? אני מזכירה לעצמי שכבר חוויתי אירועים דומים כשעבדתי במרפאה בשדרות, קוטעת טיפולים למשמע "צבע אדום" והולכת עם המטופלים לפינה מוגנת מול שירותי המרפאה בקומה השנייה. דומה שברגעים כאלה, כשהמציאות האובייקטיבית מנתצת את מסגרת הטיפול, דמות המטפל עצמו היא שמחזיקה את המסגרת, ללא זמן או מקום. אולי אני שוגה? האם אני, כמו "כיפת ברזל", יכולה לספק הגנה מהפגיעות והתביעות הסביבתיות או שזוהי מחשבה אומניפוטנטית המתעלמת מהמציאות שבחוץ ומהמציאות הפנימית שלי גם יחד?

אולי באזעקה הבאה יגיע מספר רב מאוד של אנשים לחדר המיון? האם יקראו לי כדי לטפל בנפגעי חרדה? האם אדע לתת מענה מתאים לכל אחד ואחת? וכשיגמר הכול, איך אתמווד עם הטפטוף הממושך של פונים לא מאמינים, פונים שחייהם נעצרו ברגע זה או אחר? כשאין מטופלים השקט מאפשר לקולות הפנימיים להישמע. הקולות מלווים מתח, דריכות. אינני נותנת לרעשים שבשקט להציף. יושבת עם רשימות המטופלים ומתקשרת לשאול לשלומם. להזכיר להם את המשאבים ודרכי התמודדות. "איפה את גרה?" הם שואלים ואני תוהה מה הם רוצים לשמוע? שאני מוגנת? שאני מפחדת כמוהם? שגם אני לא ישנתי בלילה כי כל שעה הייתה אזעקה? שזה בסדר לנסוע אל מחוץ לאזור הסכנה, אם יש בכלל דבר כזה במדינתנו?

ובהכרזה קצרה מסתיים המבצע. הדרך לעבודה מלווה ערפילים הממתינים לאור השמש כדי להתפוגג. אני עדיין מחלקת את הקשב בין הכביש לשמיים. "הנה, כאן עצרתי בדרך הפעם הקודמת בזמן האזעקה". מטוס סילון משאיר שובל לבן דק, שוב עולות בי תמונות היירוטים שציירו את השמיים הכחולים בפסים לבנים, מה יותר ישראלי מזה? אני יודעת שאגיע למרפאה ושם כבר ימתינו לי המטופלים שבחרו להאמין שהמבצע הסתיים ואפשר לבוא ללא חשש. אחרים זקוקים לזמן נוסף כדי לומר שאינם מצליחים לחזור לעצמם, כדי לראות אותי מביטה פנימה, מתלבטת עד כמה לשתף, ואומרת להם ולעצמי: "זה נורמלי. זה נורמלי".

באחד מימי המבצע קוראים לי לייעוץ באחת ממחלקות הילדים בבית החולים. נערה צעירה שהגיעה עקב תלונות גופניות ובהן כאב בטן ובחילות. הצוות הרפואי המטפל התרשם מרמת חרדה גבוהה. אני מוצאת אותה שוכבת על המיטה באחד החדרים באזור הממוגן של המחלקה. לצדה הוריה וחבר. בפרוזדור עוברת קבוצת נערות חרדיות לבושות חיוך שמחלקות שקיות ממתקים לילדים המאושפזים והחבר יוצא מהחדר בזמן זה. לאחר דקות אחדות של שיחה עמה מתברר עד כמה המצב הביטחוני טורד את מנוחתה. אני מתחילה להסביר שכעת היא נמצאת במקום בטוח, אך לחדר מתפרצת בבהילות אזעקה דרך החלון הסגור. הנערה קמה מהמיטה, רצה למסדרון בצרחות ודוחפת את הנערות המבוהלות לצדדים. אני יוצאת אחריה, מנסה לקרוא לה, לאחר שניות מחזיר אותה החבר למרחב הממוגן המחלקתי. רועדת, היא עומדת כשכולנו ממתינים לקולות הפיצוץ שממאן להגיע. הנערות המבוהלות מתנשפות במהירות, ובמקום מצטופפים חולים נוספים, חלקם רגועים, אחרים דרוכים. חלקם מביטים על אנשי הצוות כמחפשים הרגעה או כלומדים את תגובתם, אחרים מכונסים בעצמם. נראה שהבהלה התווספה לרשימת המחלות המידבקות במחלקה. יש שעומדים ומבקשים שקט, ויש המתמודדים בפטפטת מסיחת-דעת. עברו עשר דקות. אנו חוזרות לחדר והנערה אומרת שוב ושוב ששמעה שני פיצוצים. בטלוויזיה שאינה מסכימה לכבות, מדווחים על אזעקת שווא, אך היא אינה משתכנעת. אני זונחת התערבות שמכוונת לחשיבה כמו מתן מידע פסיכו-חינוכי על תגובות לטראומה ומנסה עשייה הרגעתית. מתן כלים לארגז שאני מקווה שיהיה בכוחה לפתוח בעת הצורך. לאחר ההבנה המשותפת שהגוף מדבר את הנפש ויש מקום לדבר אליה ממנו חזרה, אני עוזבת את המקום, מחשבת את דרכי חזרה למרפאה, מתכננת היכן להשתטח, ואיך לרוץ למרחב מוגן.

מעטים מגיעים למרפאה ביום כזה. מי בוחר לבוא? מה זה אומר עליו, על מצבו? אולי יש כאן רמז על המקום שמקבל בטיפול? על ההרגשה המתלווה למקום הטיפולי? אולי זו דווקא השבירות האופפת אותנו בכל מקום? חוסר אונים מוחלט? ומה זה אומר עלי? האם שמרתי עליו די הצורך? אולי היה עלי להגיד לו לא לבוא, להישמע להוראות פיקוד העורף ולהישאר בבית. היש בי מקום ופניות להכיל עוד חרדות של אחרים כשאני מיכל גדוש משל עצמי? בין השווה בין העמדה של האנליסט בחדר הטיפול לזו של החייל בשדה הקרב שצריך לשמר את היכולת לחשוב "תחת אש". הוא המשיג את חדר הטיפול לשדה קרב פוטנציאלי שבו על האנליסט לנסות לצפות את תגובות והתקפות המטופל. אך כאן חדר הטיפול הוא חלק משדה קרב ממשי. העורף הוא החזית. עד כמה ניתן להקשיב

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



להיות חלק מארגון המייצג את ציבור הפסיכולוגים בישראל
להיות מעודכן בכל הנעשה בתחום הפסיכולוגיה בישראל
להיות מנוי על פסיכואקטואליה כתב-עת ישראלי לפסיכולוגיה

טופס רישום לחברות בהסתדרות הפסיכולוגים מצורף לגיליון זה

www.psychology.org.il



רשת ארצית לטיפול פסיכולוגי, ייעוץ, איבחון והכשרה

לפרטים והרשמה

074-7292700

hishtalmut@telem.org.il

המנחים - ד"ר עומר לנס, מר דוד בנאי וד"ר דניאל בקר
יום העיון יעסוק בהתבוננות על התסביך האדיפלי, שמהווה קונספט מרכזי ומעורר מחלוקת בתיאוריות הפסיכואנליטיות. דרך שאלת הרלוונטיות: האם למושג זה יש מה להציע בהבנה של תהליכים פסיכולוגיים ולחדר הטיפול במאה ה-21

המנחה - דוד בנאי
בהשתלמות נתמקד בהבנה מעמיקה של הגישה האינטרסובייקטיבית שתופסת מקום מרכזי בעשרים השנים האחרונות בשיח הפסיכואנליטי. תהיה התייחסות למקומה של גישה זו במרחב התיאורטי הפסיכו-דינמי הקלאסי תוך התייחסות להיבטים פילוסופיים תרבותיים נוספים.

המנחה - ד"ר ענת ברוגשטיין-קלומק
תוצג הפסיכותרפיה הבין-אישית - התערבות ממוקדת ומונבלת בזמן שנמצאה אפקטיבית בטיפול בדיכאון בקרב מתבגרים. ההשתלמות תכלול הקניית רקע תיאורטי, לימוד מהלך הטיפול, שלבי הטיפול וכן הטכניקות הטיפוליות המרכזיות. כולל ביצוע של מעגלי קרבה ותחקור בין-איש.

המנחה - איציק שמילוביץ
מסע אל עומק המטפורה, שבו נלמד תנועה דינמית בין מטפורות, שיח יצירתי בין עולם התמונות והמילים הפנימי, לבין החיצוני ונבנה גשר של יצירה ביניהם באמצעות שילוב טכניקות בקלפים. התחומים בהם ניגע הם: המשפחה, הורים, ילדים זוגיות ועוד.

המנחה - ד"ר שלי גולדברג
במפגשים נתבונן באיכויות הגנוחות באדם, ובכלים שהעמיד לרשותנו המדע. נתחקה אחר ההקבלות המרתקות בין עולם המחקר של הרפואה, חקר המוח, הפסיכולוגיה והאתיקה לבין מחשבת ישראל, שיצרה כלים מעשיים לחשיפת כישורים אלו. נכיר את סגולות השתיקה, הדיבור, הסיפור, הגיון והלימוד.

3.2.13 יום עיון - התסביך האדיפלי של הנזאה ה-21 האם לבידם או אולי לארגז הכלים הקליני?
בין השעות 09:30-15:00

13.2.13 השתלמות - הגישה האינטרסובייקטיבית במרחב הפסיכו-דינמי הקלאסי
בין השעות 09:00-15:00

27.2.13 השתלמות - פסיכותרפיה בין-אישית במתבגרים דיכאוניים
בין השעות 09:00-14:00

3.3.13 סדנא - קלפים טיפוליים: גישה חדשנית
בין השעות 09:00-14:00

3.3.13 סדרת הרצאות - פסיכולוגיה קבלה וחסידות
7 מפגשים אחת לשבוע
מחזוריך 14.3.13 ועד לתאריך 9.5.13

במכון ת.ל.מ. ברח' אחוזה 301, רעננה (מול הפארק)



התמודדות ילדים עם לחץ בעת מלחמה

מאת: עדנה כצנלסון



http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/07/Barrage_balloons_over_London_during_World_War_II.jpg

אילוסטרציה:

מדינת ישראל היא שדה התרחשות ומחקר אינטנסיביים בנושא התמודדות של ילדים ומבוגרים עם מצב איום על החיים. נוסף לתקופות לחימה מוצהרות ו'מצבי החירום', יש פעילות מלחמתית בחלק מהגבולות, וגם ביישובים מרכזיים יש תקופות ארוכות של 'שגרת חירום'. נציג בקצרה מידע עדכני שהצטבר בישראל ובעולם, בנושא דרכי התמודדות עם מצבי לחץ מתמשכים או אקוטיים, כתוצאה ממתח ביטחוני שפוגע במעגלי אוכלוסייה רחבים, תוך מתן מקום לקולם של ילדים במבצע 'עמוד ענן'. הסקירה תציג רק אפס קצהו של שפע המחקר והעשייה, כולל המחקר הישראלי העצום, בתחום התמודדות בריאות הנפש עם ילדים שחווים מתח ביטחוני ומלחמה. הסקירה תקיף את גורמי הלחץ, מגוון תגובות הילדים ללחץ, והשינויים במאפייני לחץ, בהתייחסות אליו ובדרכי ההתמודדות בשנים האחרונות. הסקירה לא תפרט את שיטות המניעה ודרכי הטיפול.

ד"ר עדנה כצנלסון

פסיכולוגית קלינית, חינוכית, התפתחותית אוניברסיטת תל אביב

הגורמים לתגובות לחץ בילדות כתוצאה ממתח ביטחוני

תגובות ילדים למצב חירום הן בדרך כלל תגובות נורמליות למצב שאינו נורמלי. בעקבות החוויה הקשה נהרסים האמון בבני-אדם, התחושה של עולם מובן וצפוי, ותחושת העצמי נפגעת. מצב לחץ ביטחוני, עלול להציף את הילדים בתחושת פחד, (שאם אינו קיצוני ומתמשך, נחשב ל'פחד בריא' – תגובה מסתגלת לאיום), חרדה ודאגה לעצמם ולקרובים להם. לחץ כתוצאה מתוקפנות אנושית, גורם לתגובות קשות יותר מאשר לחץ שנגזר מאינתי הטבע צונאמי, רעידת אדמה, או התפרצות הר געש.

מצב לחץ הוא מצב שבו נקטע הרצף השגרתני של הקיום. השפעותיו השליליות של שינוי משמעותי בחיים, אפילו חיובי ביסודו, תועדו במחקרם הקלאסי של Holmes & Rahe (1967). רצף השגרה, החשיבה, הפעילות החברתית והרגשות המוכרים, נקטע. הורה יוצא למילואים, חוזרים ומשננים ירידה למקלט או מעבר למתחם מוגן וכן הוראות תגובה למצב של אזעקה, מבטלים טיול, במקרים קיצוניים נפסקים הלימודים, וילדים נשארים בבית, המשפחה, או אחדים מחבריה, עוזבים את מקום המגורים ועוברים לאזור אחר, לעתים זר וחדש לפרק זמן. קטיעת הרצף מערערת את הביטחון שמעניקה השגרה ויוצרת מצב של אי-ודאות. עם סיום מבצע עמוד ענן והחזרה לעבודה הציבו באמדוקס בפארק ספירים (סמוך לשדרות) שלט "שיגרה זה טוב!" (טוביה-טולדנו, ש. 2012). **האירועים הלא צפויים והיעדר כיוון**, שומטים את הקרקע מתחת לחוקי המציאות, ומערערים את הביטחון שבמסלול החיים המוכר (עומר ח., אלון נ. 1994). ככל שמשתדלים לשמור גם בזמן חירום על שגרה בהתאם לנסיבות, וככל שחוזרים בהדרגה עם תום המתח לשגרה מלאה, כך עוזרים לילדים להתמודד עם התגובה הרגשית שנגרמה כתוצאה מקטיעת הרצף.

הגדרה אינטראקציונית של לחץ (Lazarus & Folkman, 1984) היא מצב של חוסר במשאבים ביחס לדרישות המצב. מלחמה גורמת לחרדה מפני **אבדן משאבים** (Hobfoll, 1989) איום (או חלילה פגיעה) ברכוש, במשאבים חברתיים ומשפחתיים, במורל ובכל משאב יקר לילד ולמבוגר. כלומר, אפשר לחוות אותו מצב כמלחץ יותר או מלחץ פחות בהתחשב בתלות במשאבים שיש לפרט כדי להתמודד עמו. מכאן שהתנהגויות המבטיחות ביטחון המוכרות לילד, אינן אפקטיביות יותר. "עכשיו קיץ, והבת שלי לא מוכנה לצאת לגינה בלי מטרייה. כששאלתי אותה למה, היא אמרה שהמטרייה תגן עליה מהטילים שנופלים מהשמיים." (ישראל, נ. 2011)

מלחמה מעצימה רגשות של חוסר-אונים. במצב של אי-ודאות ילדים מרגישים שאינם יכולים לשלוט בחייהם, ואפילו לא להחליט על התנהגויות שגרתיות: "מה יהיה אם תהיה אזעקה כשאהיה במקלחת או בשירותים..." (רותם, ת. 2012) 'לחפוף או לא לחפוף'... זוהי השאלה 'כלומר, יש זמן עד האזעקה הבאה?' שקד, ר. (2012)

במצב לחץ גם התנהגות המבוגרים בראש וראשונה ההורים, בני-משפחה גרעינית ומורחבת, וכן אנשי הוראה, גננות

ומורים, ודמויות מבוגרים אחרות, משתנה. ככל שהילד צעיר יותר, תלותו במבוגרים גדולה יותר, ותחושותיו מושפעות יותר מאלו שהם מבטאים. ככל שתגובת המבוגרים תהיה לחוצה יותר, ושונה מאשר בחיי שגרה – כן יחווה הילד לחץ גדול יותר. יש מתאם גבוה בין מצוקה של הורים ומצוקתם של ילדיהם, כאשר אלה ואלה נחשפו לאירוע הטראומתי (Pynoos et al., 1996). ילדים הם ברומטר של המשפחה במצב לחץ.

Norris F. H. & al (2002) סיכמו 19 עבודות בנושא קשר בין תפקוד ילדים לתפקוד הוריהם בעקבות טראומה ומצאו קשר ברור בין הגורמים. Walsh (2003) מצא שחוסנה של משפחה הוא שילוב בין אמונותיה, דרך הארגון שלה, אופי התקשורת ודרך פתרון הבעיות.

אמצעי התקשורת גם הם גורם שמעצים חרדה. גל פתוח שמדווח ללא הפסקה על מצב מתח, תמונות קשות משדות קרב, צילומי חיילים ואזרחים פגועים, וכן שידורים שמתמקדים בהערכת על העתיד לבוא, מלבים את התחושות הקשות. (למיש, ד. 2009). מחקר בנושא השפעות של חשיפה טלוויזיונית לאירועים מלחיצים על ילדים, מראים קשר חזק בין התגובות הרגשיות והעמדות של ילדים הולנדים, בריטים ואמריקאים בעקבות שידורי הטלוויזיה על מלחמת המפרץ לבין עמדות שביטאו הוריהם כלפי המלחמה (Greenberg 1993).

במחקר שנערך בישראל ובדק השפעות פסיכולוגיות של חשיפה לאירועי טרור על ילדים בגיל הרך (בני 0-4), נמצא כי חשיפה לאירועי טרור בטלוויזיה במשך יותר מחמש דקות על בסיס יומי מגדילה את הסיכוי לבעיות שינה (קפלן, מ. ואחרים, 2012).

יכולתם הקוגניטיבית הלא בשלה והיעדר ניסיון חיים, מקשים על ילדים להתמודד עם מצבי לחץ. הם מתקשים להפריד בין מציאות ודמיון, ותחושות לא מציאותיות משתלטות על עולמם. כתוצאה מאי הבשלות הקוגניטיבית עלולים ילדים צעירים לאמץ השקפה חד-ממדית, לראות בכוחות האויב מפלצות, דבר שמעצים את החרדה, ואינו מאפשר לה להיעלם גם בשוך האש. הבנה חלקית של יחסי סיבה תוצאה, עלולה להוביל את הילד למחשבה שהוא אשם באירועים, ואולי הוא נענש על מחשבות או התנהגות רעות. מושגי הזמן והמרחב הלא בשלים, גורמים להערכה לא מציאותית של הסכנה, כאילו היא בהכרח מתדפקת מעבר לדלת ברגע זה ממש, ואי-אפשר לראות את קו הסיום. כך כתבה לאה גולדברג (1973) על ילדים בזמן סערה: "אך בעיני הילדים היום רק בבואת ברוקים והד הרעם".

ילדים עלולים להשתמש במנגנוני הגנה יעילים פחות מאלה שבהם משתמשים מבוגרים, כמו הכחשת המציאות ונתק ממנה. ילדים רבים מסתירים את הפחד והחרדה והופכים את המאיים לנעים במסווה של אמירות כגון: "איזה כיף לא ללמוד" "נהנינו להישאר בבית". הם מתעלמים מהמתחולל מסביב, אך מועדים למצב שמנגנוני הגנה אלה יקרסו ככל שהזמן יחלוף והחרדה תתגבר, או כאשר המציאות הקשה תתקרב אליהם. גם **אידיאליזציה** של הכוחות המגנים ו**דבולאציה** של האויב, היא דרך שבה משתמשים ילדים ובני-נוער (ולעתים גם מבוגרים) במצב מלחמה. מתבגרים

“מושג החוסן ‘עמידות בפני לחץ’ שנטבע בשנות השבעים הוא משתנה מתווך חשוב בניבוי יכולת עמידה והתמודדות של ילדים. יש בו מרכיב תודעתי-פסיכולוגי ומרכיב התנהגותי. חוסן נפשי מבוסס על גורמי אישיות הילד, על ההיסטוריה ההתפתחותית שלו ועל רשת התמיכה המשפחתית החינוכית והחברתית שהם ‘חוסן קהילתי’. חוסן קהילתי כולל יכולת של קהילה לעמוד בפני לחץ ואבדן ולהתאושש מהם. החוסן הקהילתי מתבסס על ה’הון האנושי’ של הקהילה”

היא גורם חוסן למבוגרים וילידים. באוכלוסייה הדתית, מרכיב האמונה הוא גורם מנ. בנושא מידת השפעת המתח הביטחוני על ילדים בישראל, אין הסכמה בין חוקרים. יש הסבורים שרמת החרדה אצל הילדים גבוהה יותר כתוצאה מהלחץ המתמשך, ואחרים כמו שגיא (2010), סבורים שגורמי החוסן מונעים רמת חרדה גבוהה יותר לאחר חזרה לשגרה. סקר של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) מ-2009 מדווח ש-90% מבני הנוער הישראליים הגדירו עצמם מאושרים. במגוון המחקרים העוסקים בתגובות מצוקה של ילדים ובני-נוער בישראל, נמצא כי הם סובלים מתסמינים פוסט-טראומטיים פחות מבני-נוער באזורי קונפליקט אחרים. פחות מ-4% סבלו מתסמינים פוסט-טראומטיים ברמה חמורה בתקופת האינתיפאדה השנייה ולאחר מלחמת לבנון השנייה. בסדרת מחקרים שערכה שגיא עם שותפים (2010) בקרב נוער ישראלי במצבי לחץ שונים (מלחמת לבנון, קסאמים בשדרות, מלחמת עזה, ההתנתקות מגוש קטיף ועוד), נמצאו רמות מתונות של חרדות ומצוקות פסיכולוגיות בהשוואה לנורמות המצויות באזורי מתח בעולם. (Sagy, 2002 ; Sagy & Lewensohn, 2009). רמת התגובות השתנתה אמנם בהתאם למצב, אך בבדיקה לאורך זמן חזרה תמיד לרמות המתונות (שגיא, 2005).

ההבדל הגדול בתגובות ילדים הוא תוצאה ממשנתנים רבים ומהשפעות הגומלין ביניהם. עצמת האיום הנתפס, סוג האיום ומשך הזמן, תגובות ההורים ומבוגרים משמעותיים

מאמצים גם תגובות ציניות ותגובות של ‘הומור שחור’ כמו ברכת ‘לילה טיל’ (במקום לילה טוב) שהם מסמסים זה לזה לפני השינה (שקד, ה. 2012).

הבדלים אינדיבידואלים בין ילדים בתגובה למצבי לחץ בכלל, ולחץ ביטחוני בפרט

אין יחס ישר בהכרח, בין עצמת החשיפה והפגיעה של אירוע מלחיצ לבין עצמת וחמרת החוויה של ילדים. משתני גיל, אישיות, ביוגרפיה, הורות וחברה משפיעים לא פחות ממאפיינים אובייקטיביים של המצב. אין אירוע שהוא בהכרח טראומטי, יש אירועים שהם בעלי פוטנציאל טראומטי עבור חלק מהילדים.

מושג החוסן ‘עמידות בפני לחץ’ שנטבע בשנות השבעים (Resiliency או Hardiness) הוא משתנה מתווך חשוב בניבוי יכולת עמידה והתמודדות של ילדים. יש בו מרכיב תודעתי-פסיכולוגי ומרכיב התנהגותי. חוסן נפשי מבוסס על גורמי אישיות הילד, על ההיסטוריה ההתפתחותית שלו ועל רשת התמיכה המשפחתית החינוכית והחברתית שהם ‘חוסן קהילתי’. חוסן קהילתי כולל יכולת של קהילה לעמוד בפני לחץ ואבדן ולהתאושש מהם. החוסן הקהילתי מתבסס על ה’הון האנושי’ של הקהילה (Social Capital). חוסן נפשי כולל ‘גורמים מגנים’ (protective factors) שונים, שממתנים את השפעת האירועים שעוררו לחץ, ומאפשרים הסתגלות חיובית של הילד והמבוגר Anderson et al (2003) מדגישים שני גורמי חוסן שמתווכים בין בריאות להתמודדות עם מצבי לחץ מגוונים במעגל החיים: **המרכיב האופטימי באישיות, ומאפייני מערכת היחסים עם הדמויות המשמעותיות.** אחרים מפרטים יותר ומוסיפים יכולת לוויסות רגשי, מזג נוח, תחושת שליטה (מותאמת לגיל הילד), אמונה, אופטימיות, גמישות, התקשרות בטוחה להורים ולדמויות המטפלות האחרות, לכידות משפחתית, מערכת משפחתית מתפקדת ומערכת תמיכה חברתית. Gelkopf et al (2012) מדווחים על השוואת מספר אוכלוסיות באזור עוטף עזה, לצורך בחינת הגורמים המגנים מפני תסמינים פוסט-טראומטיים. נמצא שסולידריות חברתית ואמון בהנהגה, קשורים לירידה בסיכון לאירועים פוסט-טראומטיים.

גורמים מגנים על ילדים בישראל הם משפחתיות, שהיא חזקה יותר בישראל לעומת חלק מארצות העולם המערבי, מערכת חינוכית שמקדישה משאבים להכנה ולעזרה במצבי לחץ, (Wolmer et al 2011) ואידאולוגיה חברתית בדבר צדקת המאבק לקיום מדינת ישראל שמלכדת חלקים נרחבים באוכלוסייה. בזמני משבר, ה’יחד’ הקבוצתי מהווה גורם חוסן משמעותי לילדים ולמבוגרים. יוסי גמזו, משורר, כתב במהלך מבצע ‘עמוד ענן’ בבלוג שפרסם ‘על גבורת תושבי הדרום: (21.11.2012) ‘...פְּתָאם בְּעֶרְךָ קִשָּׁה-הָעֶרְךָ הָזֶה יֵשׁ / כְּמוֹ אִיזָה [דִּיקָא] עַד מְכַל צְפִירַת סִינְנוֹת, / אִיזוֹ אֶלְכִימְיָה, גַּם פְּלָאִי, מְטֻמֹּרְפוֹזָה / בָּה עִם שְׁלֵם הוֹפֵךְ לְמִשְׁפָּחָה אַחַת....’ גם רשת התמיכה החברתית החזקה בחלק מיישובי ישראל,

תגובות ילדים למצב חירום

ילדים שמתמודדים באופן יעיל עם המתח משתמשים במנגנוני התמודדות: מתנהגים באופן פעיל, מחפשים מידע ופתרונות לבעיות, מבטאים רגשות ומנהלים דיאלוג עם בני-משפחה, חברים ואנשים משמעותיים אחרים בעולמם. נוסף על כך הם מפעילים גם מנגנוני הגנה: הדחקה, רציונליזציה ועידון. חלק מהילדים מגיב למצב לחץ ניכר באמצעות שינוי התנהגות והופעת סימפטומים, ביניהם התנהגויות סיכון, תגובות הימנעות, ("בשוק שלנו צועקים 'אבטיח אדום על הסכין, אבטיח אדום'. פעם הבן שלי אהב ללכת איתי לשוק. היום הוא מפחד. זה מזכיר לו את האזעקה של צבע אדום", (ישראל, נ. 2011) עוררות מוגברת והפרעה פוסט-טראומטית. ילדים מגיבים בהתנהגות יותר מאשר בדיבור. מופיעים רגשות של פחד וחרדה, והתנהגויות של כעס ותוקפנות. עלולות להופיע התנהגויות אובססיביות כגון חזרתיות, ניקיון, סדר מסוים וכדומה. יש ילדים שביקשו חברת אחרים יותר מאשר הרווח, ואחרים – יהיו פסיביים, יסתגרו ויתבודדו. לעתים מופיעות גם תגובות סומטיות: רעד, שלשול, הליכה מרובה לשירותים, כאבי ראש ונדודי שינה. תופעות פסיכו-סומטיות קודמות עלולות להתחדש או להקצין. מצב הלחץ פוגע ביכולת השכלית וגורם לקשיי ריכוז וקשב, קושי להתמודד עם מצבי קונפליקט ומתח. ילדים עלולים לסגת לשלב התפתחותי קודם, להיות תלותיים יותר, לאבד שליטה בסוגרים. ילדים צעירים חווים פחד, הרטבה, תלות, ובוגרים יותר דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה. תגובות ילדים באות לידי ביטוי בהתנהגות גלויה, ברמת תפקוד, וכן במשחק ובציור.

אצל רוב הילדים התגובות או הסימפטומים שמתעוררים בעקבות מתח בטחוני, נחלשים ונעלמים בהדרגה עם הזמן. הספרות המתארת השפעת טראומה על ילדים מאופיינת בשונות רחבה של ההערכות בדבר שיעורי ההפרעה הנפשית הנגרמת לילדים. הילדים בסיכון מוגבר להפרעה הם אלה שסובלים מתגובת דחק חריפה (ASR - Acute Stress Reaction) שמופיעה ביומיים הראשונים של הלחץ, ומתבטאת בתחומי הרגש, התודעה וההתנהגות הפסיכומטורית. בסיכון גבוה יותר להפרעה קשה נמצאים ילדים שסובלים מהפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder – ASD) שנמשכת מיומיים עד חודש לאחר מפגש עם האירוע המלחיץ, והפגיעה החריפה ביותר היא בילדים שסובלים מתגובת דחק בתר-חבלתית (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) שנמשכת מעל חודש אחרי הפגיעה, ומוגדרת כרונית אם היא נמשכת יותר משלושה חודשים. אצל ילדים צעירים יופיעו בעיקר קשיי הירדמות ושינה, חרדת פרידה והתנהגות גרסביית. בגיל בית הספר מופיעים שיבושי זמן, עמידה מתוחה על המשמר ושחזור החוויה במלים, בציור ובמשחק. אצל מתבגרים מופיעות התנהגויות אימפולסיביות ותוקפניות. גם תגובה פוסט-טראומטית של הורים עלולה להיות גורם לטראומה אצל ילדים. פגיעה מתמשכת וחוזרת של לחץ קשה עלולה לגרום לטראומה מורכבת (complex trauma), או

נוספים, התמיכה החברתית שהילד מקבל, הביוגרפיה של הילד ואירועי לחץ מעברו, גילו של הילד ורמת התפתחותו, וכמובן מאפייני האישיות ומנגנוני ההגנה שפיתח. אצל ילדים שחוו טראומה בעברם, מצב הלחץ מעורר זיכרונות מודעים ולא מודעים קשים, "אני חושבת על דברים מפחידים כל הזמן. על טיל שיפגע בי, על זה שהבית יישרף". אומרת נועם מבר-שבע שסבא שלה נהרג במלחמת ההתשה, ודודה נפל במלחמת לבנון (אופיר רונאל, א. 2012).

ילדים שיפתחו תגובה טראומטית הם אלה שמסיקים ממצב מלחמה, פיגוע או מתח ביטחוני **תרחיש של העולם העוין**, (Hostile-World Scenario – HWS), מכלול של אמונות עצמיות בדבר האיומים הקיימים האפשריים והעתידיים על חייהם ועל השלמות הפיזית והנפשית שלהם.

ילדים שעלולים להגיב קשה הם **ילדי עולים** שהם והוריהם מתמודדים עם קשיי קליטה וחסרה להם רשת חברתית רחבה ותומכת. עלולים להגיב קשה גם **ילדים בעלי צרכים מיוחדים**: אוטיסטים, ילדים לקויים קוגניטיבית, לקויי-למידה, ילדים עם ליקוי חושי, וילדים עם הפרעה רגשית או התנהגותית. ילדי אוכלוסיות מיוחדות עלולים להגיב קשה בגלל תגובת-יתר שלהם לכל שינוי שגרה, רגישותם לרמזים לא מילוליים יותר מאשר לילדים שהתקשורת אתם בעיקר מילולית, הקושי שלהם בקליטת מידע ובעיבודו, היכולת המופחתת שלהם לוויסות עצמי, הנטייה הגדולה שלהם להצפה בגירויים לא רלוונטיים או להעצם גירויים רלוונטיים, ותלותם הרבה יותר במבוגרים, הלחוצים בעצמם, שאינם יכולים להיות זמינים תמיד. גם ילדים מהמגזר הערבי והבדווי, עלולים למצוא עצמם לחוצים בשל הקושי החברתי והמשפחתי לתת אמון מלא במדינה ובמנהיגיה, ורגשות הדו-ערכיות שהם חווים.

בין תגובות ילדים למתח בטחוני נמצא ילדים שמגיבים בעיקר '**תגובה אינסטרומנטלית**' – מדגישים את השינוי בשגרת החיים: 'באמצע הארוחה הייתה אזעקה', ילדים שמגיבים בעיקר '**תגובה אמוציונלית**' – מדווחים על תחושת חרדה, חוסר-אונים, מתח פיזי: 'כל פעם שמישהו מזיז כיסא בבית, זה מקפיץ אותך' (שקד, ר. 2012) ויש כאלה, בעיקר ילדים גדולים יותר, שמגיבים '**תגובה רציונלית**' – כיצד צריך לנהוג, מהי ההסתברות להיפגע, ומה הם לומדים מכך על טבע האדם. (סגל, מ. 2008). 'אנחנו יודעים להגיד אם זה קסאם, הפגזה של צהל', יירוט או סתם בום של משאית זבל' (שקד, ר. 2012).

שוני אינדיבידואלי בין ילדים מתבטא גם בתגובה שמרגיעה אותם. מבין הילדים שהתפנו מביתם במבצע 'עמוד ענן', היו כאלה שההתרחקות מטווח האש הרגיעה אותם ונתנה להם אפשרות להתאושש, ואחרים שביקשו לשוב הביתה, כיוון שהניתוק מהבית פגע ברצף הקיום, והזיק יותר. "מאוד התגעגעתי לחברים שלי ולמשחקים שלי", אומר נער שפונה עם משפחתו מטווח הטילים במבצע 'עמוד ענן', "לא היה אכפת לי לשבת בממ"ד כל היום, העיקר להיות בבית" (אופיר רונאל, א. 2012).

**“עד לתקופה האחרונה, עסקו
בעיקר בפתולוגיה שנגרמת כתוצאה
מטראומה, והתמקדו בנזקים
שנגרמים (‘מודל הנזקים’). כיום
מדגישים יותר את גורמי החוסן
שעוזרים לילדים ולמבוגרים להתמודד
עם מציאות קשה. נקודת המוצא
היא, שחשוב לזהות גורמים אלה
ולהתחבר אליהם ולא רק להתבונן
בחולשות ובנזק שנגרם”**

פוסט-טראומטית (PTG - Post-Traumatic Growth) שיכולה להתפתח על רקע חוויה טראומטית: התחזקות על רקע משבר (Tedeschi, R G. & al 2004). תפיסה שמציגה אופק של צמיחה, גם כתוצאה מחוויות קשות. גם ההתעניינות בשונות הבין-אישית, בגורמים האינדיבידואלים של החוסן התעצמה. בולט ביניהם ‘מודל החוסן הרב-ממדי’ (BASIC Ph) של הפסיכולוג פרופ’ מולי להד, מהאנשים המרכזיים בתחום כיום בעולם. המודל מאתר גורמי חוסן שונים שמתאימים לילדים ולמבוגרים: BELIEF – פילוסופית חיים, אמונות וערכים, (נאמין, נקווה נתפלל שיהיה טוב) AFFECT – רגש, (ביטוי רגשות באמצעים מגוונים) SOCIAL – חברה, (הסתייעות ברשת חברתית), IMAGINATION – יצירתיות, דמיון, (חיפוש פתרונות באמצעות דמיון) COGNITION – הכרה, מציאות, מחשבה, (הערכת סיכונים, ניתוח בעיות) PHYSIOLOGY – גוף (ספורט, טיולים, הרפיה) (אילון, ע. ולהד, מ. 1990) בניגוד לעבר, אז המוטיב המרכזי היה ‘השכחה’, או ‘טאטוא מתחת לשטיח’ של אירועים קשים, היום יש מודעות שלא לעודד מנגנוני הכחשה – ‘כלום לא קרה’, או הדחקה – ‘תשמור בסוד’, ‘אל תזכיר את זה’. היום מכירים בכך שוונטילציה היא תהליך חשוב בהתמודדות עם חוויה קשה. יש הסכמה שחשוב לאפשר לילדים להביע רגשות מבלי להסתיר, לשפוט או לצנזר. יש ילדים שנכון לאפשר להם ונטילציה ממושכת, לאפשר להם לספר שוב ושוב את מה שחוו, ויש ילדים שרוצים לגעת בחוויה שעברו כמה שפחות (ברגע מסוים, או גם לאורך זמן). כמו-כן למדו מניסיון טיפולי, (בין השאר מטיפול בניצולי שואה), שיש ילדים, בדומה למבוגרים, שמוטב להם להדחיק את החוויה ולא לחזור ולעבד אותה. נוספה לכך ההבנה, שבמצבי טראומה מורכבים אין לעסוק בשלב טיפולי ראשון בזיכרונות הטראומטיים, אלא רק לאחר שמקנים מחדש ביטחון בסיסי.

לטראומה מצטברת (cumulative trauma) שתהפוך לטראומה כרונית, אם לא תטופל. טיפול ממושך ללא דיחוי בתגובות טראומה, מגדיל את הסיכוי להחלמת הילד.

ממחקרים שנעשו בארץ נמצא שילדים ומתבגרים, במיוחד אלה הגרים באזורי טרור ומתח ביטחוני מתמשך, מדווחים על רמות חרדה גבוהות. פרופ’ זהבה סולומון, מעמודי התווך בנושא חקר הטראומה, וד”ר תמר לביא (Solomon et al, 2005) שחקרו מתבגרים בהתנחלויות בזמן האינתיפאדה השנייה מצאו אצל 27.6% מהם סימפטומים פוסט-טראומטיים.

2,314 תלמידי כיתות ז-ח מהצפון השתתפו במחקר (של גרין, א. ואחרים 2010) ומילאו שאלונים שהעריכו את חשיפתם למלחמת לבנון השנייה ואת הסתגלותם הנפשית. תוצאות המחקר הראו, כי כ- 14% סבלו ממצוקה פוסט-טראומטית מתונה עד חמורה.

תגובות שאינן חולפות אחרי שבועות מספר, וכמובן, אם הן מחמירות, מדאיגות. כ- 70% מהילדים שחוו טראומה בתגובה לאירוע טראומטי מחלימים, 20% סובלים מהפרעה בינונית ו- 10% עלולים להישאר פגועים אם לא יטפלו בהם. קריטריונים להערכת תגובות הילדים הם עצמת התגובה, השוני בין התנהלות הילד לפני החוויה המלחיצה ולאחריה, משך התגובה ומידת ההפרעה לתפקוד היומיומי ולרווחת הילד.

שוני עכשווי בתיאוריה ובפרקטיקה של תגובה והתמודדות ילדים במצבי לחץ

בשנים האחרונות חלה התפתחות מואצת של מחקרים בנושא לחץ. התיאוריה והפרקטיקה של התמודדות במצבי לחץ בכלל, ולחץ בטחוני בפרט, עברו שינוי בשנים האחרונות. נציג מדגם מהשינויים בתיאוריה ובקליניקה.

עד לתקופה האחרונה, עסקו בעיקר בפתולוגיה שנגרמת כתוצאה מטראומה, והתמקדו בנזקים שנגרמים, ‘מודל הנזקים’ (Wolin S&Wolin S 1993). כיום מדגישים יותר את גורמי החוסן שעוזרים לילדים ולמבוגרים להתמודד עם מציאות קשה. חשוב לזהות גורמים אלה ולהתחבר אליהם ולא רק להתבונן בחולשות ובנזק שנגרם (Werner, E. E. 1993). המודלים העכשוויים הם מודלים של אתגר שמשמשים בכוחות אני כמו יזמה, עצמאות, הומור, וגיבוי חברתי. גם ‘הפסיכולוגיה החיובית’, שהופיעה בסוף המאה העשרים, תורמת להסתכלות חדשה על דרך ההתמודדות במצב לחץ. היא מתבססת על אופטימיות ותקווה. לא חוקרים רק את הילדים עם קשיים, אלא גם את הילדים שמתמודדים. גם הטיפול אינו מתמקד רק בנקודות חולשה, בפחדים ובהימנעות, אלא גם בנקודות החוזקות של הילד, בהתאם לאוריינטציה הסלוטוגנית (Salutogenic Orientation) אנטונובסקי (1998) ‘הדרך להתמודד עם הפחד, היא לחיות עם תקווה אמיתית...’ אמר דר’ אלברטו איטורה, הפסיכולוג שעזר במשך חודשיים בשנת 2010 ל- 33 הכורים הלכודים בצ’ילה. כתוצאה מ’מודלים של חוסן’ נולדה התפיסה של ‘צמיחה

'טראומה מורכבת' (complex trauma), שתוצאותיה מסוכנות יותר. בשנים האחרונות, לאור המציאות הביטחונית הישראלית, התווסף ניסיון קליני ומחקרי בדבר ההשפעות של חשיפה כרונית, ממושכת, על ילדים ובני-נוער (Henrich & Shahar, 2008), שלחלקם יש תופעות של טראומה מורכבת עקב חשיפה ממושכת למלחמה או לטרור. בתחום הטיפול התרחב הטיפול בטרואומה והוא כולל טכניקות חדשות כולל קצרות מועד, כמו 'טיפול קצר מועד משפחתי': Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) (Berkowitz, S.J & al. 2011) וכן טיפולים כמו EMDR, המבוסס על תהליך עיבוד מידע (Adaptive Information Processing System) חשיפה מחודשת בעזרת תנועות עיניים מהירות המצמצמת את המחשבות החודרניות המראות, הקולות, והתחושות שעולות עם הטרואומה. בעבר הטיפול יועד רק למבוגרים, כיום, גם לילדים. כמו כן פותחו גם כלי מדידה להערכת עצמת הלחץ כמו (ASR) – Visual Analogue Scale – שמקלים על האבחון.

לאחרונה נוספו **הרשתות החברתיות** גורם שיש לו אפקט כפול במצבי חירום בהיותו מלחיץ ומרגיע כאחד. ההיבט המלחיץ הוא שהרשתות מדווחות על האירועים עוד לפני שהתקשורת דיווחה עליהם, והחיפוש בהן יוצר מרוץ תזזיתי אחרי מידע נוסף, שלעתים אינו אמין ומוסיף על הלחץ. "כשאני מדברת עם החברות שלי בטלפון אנחנו מספרות דברים שלא אומרים בחדשות", אומרת נועם. "אם נפל טיל באשדוד לא אומרים בחדשות איפה בדיוק, אז חברה מודיעה לי" (אופיר רונאל, א. 2012). אולם, תמיכה ברשתות חברתיות היא גם יתרון: התקשורת עם חברי הקהילה החברתית היא רציפה גם בממ"ד ולעתים במקלט, וודאי בבית. (אלא אם כן הרשת קורסת....) התקשורת המהירה שמאפשרת לקבל תמיכה מיידית ואיתות על כך שחלפה הסכנה. הפלטפורמות החברתיות הבולטות, פייסבוק (Facebook) או טוויטר (Twitter) בלוגים ופורומים משמשות במה לדין בחוויות המאיימות, עדכון והחלפת דעות על דרכי התמודדות, שיש להם, לעתים אפקט של טיפול קבוצתי. אפשר גם לתת ולקבל ייעוץ ותמיכה נפשיים באינטרנט, בטלפון (על-ידי 'ער"ן') באופן מידי, למי שאינו יכול לצאת מהמרחב המוגן.

אחרית דבר: התמודדות ילדים עם מתח בטחוני היא אחד הנושאים הנחקרים היום באינטנסיביות בישראל ובעולם. הידע העכשווי מתמקד בהכנת ילדים למצבי דחק בהם מצבי חירום, עזרה לילדים להורים ולקהילה בהתמודדות עם נזקי הלחץ, והגשת סיוע טיפולי לילדים שלא התאוששו לאחר זמן סביר מהחוויה הקשה. ככל שדרכי העבודה משתכללות, כך מתעצמים אמצעי האלימות, ובמרוץ שבין התוקפנות לטיפול בתוצאותיה – לא תמיד מצליחים גורמי בריאות הנפש להתמודד ולתת מענה.

הניסיון לימד שגם ילדים ממעגלים רחוקים ממוקד אירוע אלים, עלולים להיפגע. מדברים על 'מעגלי פגיעות' שהם בבחינת חשיפה עקיפה גם מחוץ לטווח האש והסכנה המיידית. (קלינגמן, ואחרים 2000) מתוך קבוצת מתבגרים בירושלים שלא נחשפו ישירות או בעקיפין לאירוע טרור, נמצאו 22 ילדים (2.4%) שענו על כל הקריטריונים להפרעה פוסט-טראומטית. (פת-הורנצ'יק, ר. ואחרים 2004) רצח 20 ילדי כיתה א על-ידי אדם לא־נָה, בעירה ניוטון בקונטיקט בארה"ב עורר גלי חרדה בקרב ילדים רבים (והוריהם) גם במקומות רחוקים מהיבשת האמריקאית.

היום יש מודעות רבה **לעובדה שאי אפשר להסתיר מידע גם מילדים צעירים**, וצריך לספק להם הסבר בהתאם לגילם, למידת הבנתם ולמה שמעסיק אותם. פתרון כמו של רוברטו בניני בסרט 'החיים יפים' (La Vita è bella), שבו האב אומר לבנו במחנה הריכוז שזה רק משחק – לא יתקבל היום (Katzenelson E, 2012).

חשיבות רבה נודעת **לתמיכה בילדים שחוו מצב לחץ מלחמתי במסגרת חינוכית**. בשנים האחרונות התפרסמה בארץ ובעולם ספרות רבה בנושא הגן ובית הספר כגורמים מקדמי עמידות, המסוגלים לטפל בעת מצוקה. התבססה 'תרבות של מוכנות' שפועלת על בסיס **מודל המניעה של קפלן** (Caplan, G. 1964) בשלוש רמות: **ברמת המניעה הראשונית**, על-ידי הכנה מוקדמת, (Slone, M & al. 2008) ברמת הטיפול בהווה (**מניעה שניונית**) על-ידי הגשת עזרה בזמן מתח, ו**מניעה שלישונית** של מצוקה – על-ידי טיפול בילדים שלא מצליחים להתאושש מטיפול מידי שניתן להם (רביב ואחרים 2003). דוגמה למודל כזה היא **Crisis Management in Schools**, שמופעלת בבתי-ספר בישראל (ניב, ש. ואחרים 2000). בישראל הילדים מוכנים למצב-חירום כמו ילדים יפנים וילדים בסן פרנסיסקו שמוכנים לרעידות אדמה. התחזקה ההבנה שחלק מן הילדים אינם פונים לקבל עזרה, וקיים '**פער השירות**' Service Gap – פער בין מי שמטופל לבין מי שזקוק לטיפול אך אינו מטופל, ולכן צוותים חינוכיים לומדים לאתר ילדים שמתקשים להתאושש. קיימת בעיה בבתי הספר התיכוניים, שבהם אין פסיכולוג צמוד לבתי הספר.

הפרעת לחץ פוסט-טראומטי הוגדרה בשנת 1980 בעיקר אצל מבוגרים. עד השנים האחרונות מיעטו לחקור פוסט-טראומה אצל ילדים. ייחסו את התופעה בעיקר למבוגרים. בשנים האחרונות הורחב המושג וכולל גם ילדים ולאחרונה אפילו פעוטות. במהדורה החדשה של DSM-5 ספר האבחנות הפסיכיאטריות שיופיע במאי 2013, **צפויים שינויים באבחנת פוסט-טראומה (PTSD), שיובילו להקלת תהליך האבחון של ילדים ומתבגרים** המפתחים את ההפרעה, שעד כה מאובחנת בעיקר בקרב מבוגרים.

בניסיון קליני ומחקרי בנושא טראומה בילדות עשו אבחנה בין **טראומה חד-פעמית לטראומה מתמשכת** שהיא

Anderson N B and Anderson. P. E (2003) **Emotional longevity what really determines how long you live.** New York : Viking

Berkowitz, S.J., Stover, C.S. & Marans, S.R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk for developing PTSD. **J of Child Psychology and Psy**, Jun;52(6):676-85

Caplan, G. (1964). **Principles of preventive psychiatry.** New York: Basic Books Psychiatry.

Gelkopf M, Berger R, Bleich A, Silver RC (2012) Protective factors and predictors of vulnerability to chronic stress: a comparative study of 4 communities after 7 years of continuous rocket fire. **Soc Sci Med.** 2012 Mr;74(5):757-66

Greenberg, B.S. (1993). Summary and commentary. In B.S. Greenberg & W Gantz (Eds.), **Desert Storm in the Mass Media** (pp. 397-436). Cheshire, NJ: Hampton Press.

Katzenelson E (2012) Should pre-adolescent children be given full information regarding possible dangers in a state of emergency. 26th European Conference on philosophy of medicine and health care in Nazareth, Worst Case Bioethics. **Israel**, 21-24 August

Henrich, C.C., & Shahar, G. (2008). Social support buffers the effects of terrorism on early adolescent depression: Findings from Sderot, Israel. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 47(9), 1073-1076.

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. **American Psychologist**, 44, 513-524.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, 11, 213-218

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping.** New York: Springer-Verlog.

Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. **Psychiatry** 2002, 65:207-239

Pynoos RS, Ritzmann RF, Steinberg AM, Goenjian A, Priscearu I, (1996). A behavioral animal model of PTSD featuring repeated exposure to situational reminders. **Biol Psychiatry**

אופיר- רונאל, א. (2012) **קץ לילדות**, www.mako.co.il

אילון, ע. ולהד, מ (1990). **כל החיים לפניך**, נורד, חיפה

אנטונובסקי (1998) המודל הסלוגנטי כתאוריה מכוונת בקידום הבריאות. **מגמות** לט 4-2 עמ' 170-189

גולדברג, ל. (1973) שברי סערה. **כתבים ב** עמ' 274

גרין, א. לביא, ת. דקל, ר. (2010) להתבגר ולהתגבר – הקשר בין מאפייני החשיפה של בני נוער לאירועי מלחמת לבנון השנייה לתגובות המצוקה שלהם שנה לאחר סיומה. **מפגש** 31 יוני 2010. עמ' 35-59.

טובה- טולדנו, ש. (2012) **אמדוקס נגב במהלך מבצע עמוד ענן**, www.hrus.co.il

ישראל, נ. (2011) בצילו של הצבע האדום. **גלילאו**. 159, עמ' 42-48.

למיש, ד. (2009) **התמודדות חינוכית עם סיקור תקשורתי במצבי משבר**. משרד החינוך. אתר זכויות הילד

ניב, ש., להד, מ., פרחי, מ. (2000). התערבות מניעתית בעקבות אירועי אסון עוקבים בתוך קלינגמן, א רביב ע שטיין ב (עורכים) **ילדים במצבי חירום ולחץ**. ירושלים; משרד החינוך

סגל, מ. (2008) **מה הסיפור**. מכון מופת. תל אביב

עומר ח., אלון נ. (1994) עקרון הרציפות: גישה מאוחדת לאסון ולטראומה, **פסיכולוגיה**, כרך ד' 2-1. עמ' 20-28

פת-הורצ'יק, ר. דופלט, א. (2004) **איתור מצוקה פוסטראומטית בקרב מתבגרים ישראלים החשופים לטרור מתמשך**. בית החולים הרצוג, ירושלים.

קלינגמן, א. רביב, ע., שטיין (2000) **מעגלי פגיעות**. שפי משרד החינוך. ירושלים.

קפלן, מ. שדה, א. (2012) **חלמתי חלום על צבע אדום - מצבי חירום ושינה אצל ילדים בגיל הרך**. אתר הגיל הרך. דצמבר 2012

רביב, ע. כצנלסון, ע. (2003) **משבר ושינוי בחיי הילד ומשפחתו**. עמיחי, תל- אביב

רותם, ת. (2012) חורף, קיץ ומלחמה. **הארץ** 25.11.2012

שגיא, ש. (2005). בין התמודדות להתנתקות: בני-נוער מתמודדים עם מציאות פוליטית משתנה. **אקדמיה: כתב העת של ראשי האוניברסיטאות**, 16, עמ' 17-25.

שגיא ש. (2010) ילדים ונוער מתמודדים עם לחץ במציאות הישראלית: גישה סלוטוגנית במחקר ובמעשה. **מפגש** 31 יוני 2010

שקד, ר. (2012) **מוסף השבת של ידיעות** 23.11.2012

Walsh F (2003) Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. **Family Process**, Vol 42, Issue 1, pages 1-18

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recover: Perspectives from the Kauai longitudinal study. **Development and Psychopathology**, 5, 503-515.

Wolin, S., & Wolin, S. (1993). **The Resilient Self**. New York: Villard

Wolmer, L., Hamiel, D. and Laor, N. (2011). Preventing children's posttraumatic stress after disaster with teacher-based intervention: a controlled study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 50(4), pp. 340-348. Books.

World Health Organization (WHO) (2009). **Health behavior in school-aged children** (HBSC). Available at www.euro.who.int

Salmon, K., & Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. **Clinical Psychology Review**, 22, 163-188.

Sagy, S. (2002). Moderating factors explaining stress reactions: Comparing chronic-without-acute-stress and chronic- with-acute-stress situations. **Journal of Psychology**, 136(4), 407-419.

Sagy, S., & Braun-Lewensohn, O. (2009). Adolescents under rocket fire: When are coping resources significant in reducing emotional distress? **Global Health Promotion**, 16(4), 1-11.

Show, J.A. (2003). Children exposed to war/terrorism. **Clinical Child and Family Psychology**

Slone, M. & Shoshani, A. (2008). Efficacy of a school-based primary prevention program for coping with exposure to political violence. **International Journal of Behavior Development**, 32(4),

Solomon, Z., & Lavi, T. (2005). Israeli Youth in the Second Intifada: PTSD and Future Orientation. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 44 (11), 1167-1175. 348-358.

Tedeschi, R G. & Calhoun, L. G. (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. **Psychological Inquiry**, 15, pp, 1-18.

www.psychology.org.il

היכנסו עכשיו לאתר הבית שלנו
לגלות מה חדש בשדה הפסיכולוגי





<http://crashpolitics.blogspot.co.il/2011/02/psychiatry-industry-of-death.html>

מבט ביקורתי על פסיכו-פרמקותרפיה יעילות הטיפול התרופתי בהפרעות פסיכוטיות

מאת: צבי גיל

תקציר

מאז הגילוי והפיתוח של תרופות פסיכיאטריות באמצע המאה העשרים, נכנסה הפסיכיאטריה לעידן ביולוגי, שבו סבורים כי תהליכים פתולוגיים בפיזיולוגיה של המוח הם הגורמים לרוב התסמונות הנפשיות, ומציעים להן טיפול תרופתי. מחקר רב מספק מידע על הפתו-פיזיולוגיה של התסמונות הנפשיות, ותומך ביעילות של התרופות הפסיכיאטריות. אך מחקר אחר מערער על תקפות ההנחות של הפסיכיאטריה הביולוגית, על המודלים הביולוגיים של פסיכו-פתולוגיה, ועל היעילות של התרופות הפסיכיאטריות. טיעונים מרכזיים של הגישה הביקורתית הם: (1) אין ראיות תקפות בנוגע למקור פתו-פיזיולוגי לתסמונות הפסיכיאטריות. המחקר כפי שנעשה מנסה בעיקר להסביר את הפעילות של התרופות הפסיכיאטריות, במקום לפתח תרופות הניתנות בהתאמה למודל פתו-פיזיולוגי של מחלה. (2) המתודולוגיה והתקפות של המחקרים התומכים ביעילות של התרופות הפסיכיאטריות מוטלות בספק. (3) ייתכן שתרופות פסיכיאטריות עוזרות במידה מסוימת לטווח הקצר, אך נחיצותן לטווח הארוך מוטלת בספק ככל הנראה והנזק שהן גורמות גדול מהתועלת. (4) למרות פיתוחן של תרופות פסיכיאטריות המוצגות כיעילות, מתברר שבתחילת המאה העשרים ואחת במדינות מפותחות סובלים יותר, ולא פחות, מתחלואה נפשית. לעומת זאת יש מחקרים על החלמה ספונטנית (ללא טיפול תרופתי) מתחלואה נפשית, בשיעור שהוא גבוה ממה שמקובל לחשוב. (5) יש ביקורת רבה על התפקיד של חברות התרופות והממסד הפסיכיאטרי בקידום מגמתי של מידע התומך בפסיכיאטריה הביולוגית והצנעה של מידע סותר.

צבי גיל

מרפאות לבריאות הנפש גליל מערבי, בי"ח פסיכיאטרי ע"ש פליגלמן ('מזרע'), עכו; מרפאה קהילתית לטיפול בילד ובנוער 'לטיף', אום-אל-פחם; מכון עמית, חדרה; מכון אנפה לפסיכותרפיה, חיפה

“נראה שבטווח הארוך שיעור גבוה יחסית (40%) של סכיזופרנים שאינם מטופלים תרופתית מחלימים, לעומת שיעור נמוך יותר (5%-17%) של מחלימים מקרב אלה שכן התמידו ליטול את התרופות”

שנצפה כהישנות הן תופעות הגמילה של מוח שהתרגל לתרופות הניורולפטיות, ומכאן מסיקים בטעות שתרופות אלה נחוצות כדי למנוע התקף פסיכוטי נוסף (Moncrieff, 2006). ייתכן שלטווח ארוך אין צורך בטיפול תרופתי, וההתמדה בו גורמת למוח להפסיק את הפעילות הניורו-פיזיולוגית הטבעית שלו, לדוגמה, בתגובה לטיפול ניורולפטי המוח מגדיל את צפיפות הקולטנים לדופאמין D₂, וכך נעשה רגיש ביותר לדופאמין: אם מפסיקים את הטיפול התרופתי בבת-אחת הפסיכוזא הנצפית היא בעצם חוסר האפשרות של המוח, שהתרגל לתרופות, לחזור לפעילותו הטבעית (Chouinard, 1980). מחקרים המצביעים על כך שגמילה אטית מאוד מתרופות כרוכה בהרבה פחות הישנות מאשר גמילה מהירה, תומכים בטענה זו. זאת ועוד, ככל שהמינון ההתחלתי (שממנו צריך להיגמל) גבוה יותר, כך שיעור ההישנות גבוה יותר (Priem, 1971). במחקר זה 45% מחולי סכיזופרניה שהטיפול התרופתי בהם הופסק, הראו הישנות של המחלה, לעומת שיעור הישנות של 7% אצל סכיזופרנים שלא קיבלו מלכתחילה תרופות. מחקר שנערך בקליפורניה, למשל, מצא ש"חולים שטופלו תרופתית אושפזו לתקופות ארוכות יותר... בתי-חולים שבהם חולים סכיזופרנים באשפוז ראשון טופלו בתרופות אלה אופיינו בתקופות אשפוז ארוכות יותר" (Epstein, 1962). אפשר כמובן, לפרש ממצאים אלה בכך שחולים קשים יותר קיבלו יותר תרופות וגם אושפזו לתקופות ממושכות יותר. מכל מקום, אין בהם תמיכה לכך שתרופות מקצרות את תקופת האשפוז. נראה שבטווח הארוך שיעור גבוה יחסית (40%) של סכיזופרנים שאינם מטופלים תרופתית מחלימים, לעומת שיעור נמוך יותר (5%-17%) של מחלימים מקרב אלה שכן התמידו ליטול את התרופות (Harrow, Grissman & Herbener, 2005). יש לציין שממצאים אלה נשנים גם כאשר המשתנה התלוי אינו רק הישנות אלא גם הסתגלות חברתית, מצב בריאותי כללי, ושעורי תמותה. מובן שממצאים אלה אינם חד-משמעיים: ייתכן שאלה שהפסיקו את נטילת התרופות היו הבריאים והחזקים יותר מקרב החולים, ואילו החולים יותר זכו ליותר טיפול פסיכיאטרי (כולל טיפול בכפייה). מחקר שערך המוסד האמריקאי לבריאות הנפש (NIMH) הראה כי במחצית הראשונה של המאה העשרים שיעור

מבוא: המהפכה הביולוגית בפסיכיאטריה

המהפכה הביולוגית בפסיכיאטריה החלה עם גילוי ההשפעות של תרופות ממשפחת הפנותיאזינים (כלורפרומזין) והבוטירופנונים (הלופרידול) על פסיכוזא, וההשפעות של תרופות ממשפחת הטריציקלים על דיכאון. למהפכה זו יש השלכות נרחבות, שקשה להגזים בהיקפן ובחשיבותן על תחום בריאות הנפש. אלה כוללות: (א) תפיסה בנוגע לדרכי הטיפול בבעיות נפשיות (מתן תרופות), (ב) תיאוריות בנוגע לאטיולוגיה ולפתו-פיזיולוגיה של בעיות נפשיות (גורמים גנטיים המשפיעים על מטבוליזם של נורו-טרנסמיטורים במוח), (ג) השפעות על הכשרתם של פסיכיאטרים ועובדים אחרים של תחום בריאות הנפש, ועל המדיניות והתקצוב של בריאות הנפש. ספרות מחקרית וקלינית בהיקף עצום עוסקת בנושאים אלה. ובמשך השנים נוצרה גם ביקורת על ההתקפות של מהפכה זו ועל ההשלכות הנגזרות ממנה.

ההשפעות ארוכות הטווח של תרופות נוגדות-פסיכוזא:

בניגוד לרוב המחקרים המצביעים על השפעתן העדיפה לטווח קצר, של תרופות ניורולפטיות, בהשוואה לתרופות דמה (placebo), מעט מאוד מחקרים בודקים השפעה של תרופות אלו בטווח הארוך יותר. המוסד הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב (NIMH) ערך מחקר שעקב במשך שנה אחרי חולי סכיזופרניה שהוקצו באופן אקראי לקבוצות המחקר, ומצא שחולים שקיבלו תרופות לא היו במצב טוב יותר, מחולים שלא קיבלו תרופות (Schooler, Goldberg, Boothe & Cole, 1967). ממצאים אלה אושרו גם במעקבים ארוכים יותר של שלוש ו-חמש שנים (May, Tuma, Dixon et al, 1981). נראה שסכיזופרנים רבים אינם מגיבים לתרופות אלה כלל, מגיבים מעט מדי, או מגיבים באופן שלילי (החמרה). כמו-כן נראה שהאפקט של תרופות ניורולפטיות, אם הוא מושג, אינו גדול באופן משמעותי מאשר זה המושג באמצעות תרופות אחרות שנועדו להרגעה, בעיקר בנזודיאזפינים (Wolkowitz, & Pickar, 1991). בטווח הארוך, מטופלים רבים שנמצאים ב"מעקב" אינם נוטלים את תרופותיהם, ועבור חלק גדול מהם לא נצפית הישנות. המחקרים המצביעים על הישנות אצל מטופלים כרונים שהפסיקו ליטול את תרופותיהם הם לקויים מבחינה מתודולוגית, משום שהנבדקים הם בדרך-כלל מטופלים כרונים שמצבם עם התרופות יציב, ותרופותיהם מופסקות בפתאומיות למטרות המחקר (Moncrieff, 1990 עמ' 80). רוב ההישנויות במחקרים אלה אירעו זמן קצר לאחר הפסקת הטיפול התרופתי, בעוד שבטווח הארוך שיעור ההישנויות אצל אלה שהפסיקו ליטול את התרופות (ולא חלו מייד לאחר מכן) היה דומה לשיעור ההישנויות אצל חולי סכיזופרניה שהמשיכו בטיפול. הטענה היא שמה

כרגיל. מעקב של שנה הראה שמצב החולים עם טיפול תרופתי מינימלי היה טוב יותר, ביניהם, מצבם של אלה שלא קיבלו תרופות כלל היה דומה למצבם של אלה שקיבלו מעט תרופות. לאור זאת תוהים המחברים בדבר "האפשרות של טיפול בחולי סכיזופרניה עם שימוש מינימלי בתרופות" (Carpenter, McGlashan & Straus, 1977).

מחקרים אלה מיושנים למדי, ויש מקום לתהות אם פיתוח הידע הפסיכיאטרי מאז, בכלל, ופיתוח תרופות חדישות, בפרט, הפכו סוג כזה של מחקר ללא רלוונטי, או שהממסד הפסיכיאטרי הפסיק לבצע מחקרים כאלה?

לוח מושר היה פסיכיאטר, פרופסור באוניברסיטת ייל, ומנהל המרכז לחקר הסכיזופרניה במוסד הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב (NIMH). מתוך תפיסה שונה מעט הוא הקים את סוטריה (SOTERIA), מרכז לטיפול בסכיזופרנים, שבו הייתה השקעה רבה בטיפולים לא תרופתיים, שלוו במחקר הולם בנוגע לתוצאותיהם. בעוד טיפול נויורלפטי מביא בדרך-כלל לשיפור מהיר יחסית במצב הקליני (הפסיכוט) של מטופלים במצב פסיכוט אקוטי, מושר יכול היה להראות שבתוך שישה שבועות סכיזופרנים אקוטים ללא טיפול תרופתי הגיעו למצב קליני דומה לזה של סכיזופרנים שטופלו בנוירולפטים. השיפור במצבם נשאר יציב, ושיעור ההישנות היה נמוך מזה שדווח עבור סכיזופרנים מטופלים. (Bola & Mosher, 2003). וויטקר (Whitaker, 2010 עמ' 222-223) מדווח כי בעקבות מחקרים אלה הודח מושר מתפקידו בממסד הפסיכיאטרי האמריקאי ומענקי המחקר שלו קוצצו. לאור ממצאים אלה יש מקום לשאול: האם ייתכן שטיפול נויורלפטי מוצע דרך שגרה מהר מדי ובמינון גבוה מדי למטופלים פסיכוט? האם ייתכן שהמתנה סבלנית ויחס הולם מצד הצוות יביאו לשיפור דומה ללא טיפול תרופתי? ואמנם, סקר ממשלתי בריטי הצביע על כך שכשליש מהמטופלים הפסיכיאטרים מקבלים תרופות פסיכיאטריות רבות מדי (Commission for Health care, Audit and inspection, London, 2007).

התקפות של מחקרים בפסיכו-פרמקולוגיה

יש ביקורת רבה על תפקודן של חברות התרופות, בעיקר, ועל הממסד הפסיכיאטרי, בכלל, בקידום עניינין של התרופות הפסיכיאטריות. ספרות לא מעטה עוסקת בדרכים שבהן מנהלות חברות תרופות אסטרטגיה שנועדה לא רק לקדם את השיווק של תרופותיהן, אלא גם, ובעיקר, ליצור 'תרבות' שבה בעיות נפשיות ייחשבו לבעיות פסיכיאטריות כאלה שהטיפול בהן הוא תרופתי בעיקרו (Bustfield, 2007). חלק מ'תרבות' זו הוא גם יצירה של מדרוך דיאגנוסטי שבו 297 אבחנות (DSM-IV) אשר אינן נשענות על אטיולוגיות משוערות או מנגנונים פתו-פיזיולוגיים, אלא רק על תסמינים קליניים, ובכך משרתות את האינטרסים של חברות התרופות (Cosgrove, Krinsky, Vijayraghavan & Schnider, 2006 ; Turner, Matthews, Linardatos et al, 2008). טקטיקות של חברות התרופות כוללות, בין השאר, מתן שמות המבטיחים ריפוי לתרופות, תשלום לעיתונאים, הטבות לרופאים, פרסומות סמויות בכתבות בעיתונות ובטלוויזיה, וכן הלאה. חמורה יותר היא התופעה שבה חברות התרופות

"יש ביקורת רבה על תפקודן של חברות התרופות, בעיקר, ועל הממסד הפסיכיאטרי, בכלל, בקידום עניינין של התרופות הפסיכיאטריות. ספרות לא מעטה עוסקת בדרכים שבהן מנהלות חברות תרופות אסטרטגיה שנועדה לא רק לקדם את השיווק של תרופותיהן, אלא גם, ובעיקר, ליצור 'תרבות' שבה בעיות נפשיות ייחשבו לבעיות פסיכיאטריות כאלה שהטיפול בהן הוא תרופתי בעיקרו"

השחרור מאשפוז פסיכיאטרי הלך ועלה וזאת עוד לפני בואן של התרופות הפסיכיאטריות לעולם, לעומת זאת לאחר בואן של התרופות הפסיכיאטריות לעולם פחת קצב השחרור (Gronfein, 1985). סקירה של מאה שנות טיפול בסכיזופרניה הצביעה על כך שבסוף המאה העשרים תוצאות הטיפול היו דומות לאלה של תחילתה (Hegarty, Tohen et al, 1994). ממצא אחר, אקוטי קמעא, שהושג במחקר של ארגון הבריאות העולמי (WHO) הראה כי בארצות לא מפותחות, שבהן הסיכוי לקבל טיפול תרופתי נכון ועקבי הוא נמוך, שיעורי ההחלמה של חולי סכיזופרניה גבוהים יותר מאשר בארצות הברית! (Jablensky, Sartorius, Ernberg, 1992). מחקר אמריקאי אחר הראה שמאז שנות החמישים עלה מספר המקבלים קצבת נכות נפשית בארה"ב מאחד מתוך כל 486 אמריקאים לאחד מתוך 184, שלושים שנים לאחר מכן. בעשרים השנים הבאות – שנות פיתוחן של תרופות 'אטיפיות' הן בתחום הפסיכוזזה והן בתחום הדיכאון, עלה שיעור זה לאחד מתוך 76 אמריקאים בשנת 2007 (Whitaker, 2010 עמ' 6-7). מובן שיש לשער שגורמים שונים משפיעים על שיעור זה, וביניהם מודעות חברתית, מדיניות ממשלתית ועוד. עם זאת נראה שמספר זה מצביע על כך, שבמקום שמספרם של חולי הנפש יפחת בעקבות פיתוח של תרופות חדשות ויעילות, מספרם עולה! מחקרים רטרוספקטיביים שנערכו גילו כי בעידן שלפני הופעת התרופות הפסיכיאטריות שיעור ההישנות היה נמוך יותר מאשר לאחר שהחלו להשתמש בתרופות פסיכיאטריות. מחקר אחד הראה, למשל, כי מקרב מטופלים שטופלו בבית-חולים בבוסטון בשנת 1947 45% נשאר ללא הישנות בתקופת מעקב של חמש שנים, ובסך הכול 76% חיו בקהילה בתום תקופת המעקב. מחקר מקביל על המטופלים שהגיעו לבית החולים הזה עשרים שנים מאוחר יותר – ואשר הוצע להם טיפול נויורלפטי – מצא שרק 31% לא הראו הישנות במשך חמש שנים, ומצבם החברתי היה פחות טוב בהשוואה לזה של קודמיהם בעידן הקדם-תרופתי (Bockoven & Solomon, 1992). במחקר שמימן המוסד הלאומי לבריאות הנפש (NIMH) השוו 49 חולים אקוטיים בסכיזופרניה שקיבלו טיפול פסיכו-סוציאלי לצד טיפול תרופתי מינימלי ל- 73 חולי סכיזופרניה שקיבלו טיפול

מחקר (Freemantle, Harrison & Bebbington, 2000). שערך ה-FDA האמריקאי הסיק שריספרדל היה אמנם יעיל לעומת פלצבו אך אינו עולה על הלופרידול, והיה הרבה פחות בטוח מכפי שהוצג. ה-FDA הגיע למסקנות דומות גם בדבר תרופות אחרות מהקבוצה ה'אטיפית', כמו אולנזפין וקוואטיאפין (סרוקל) והדרכים שבהן תומרן והוצג המחקר בנוגע אליו (Whitaker, 2010, עמ. 280 ואילך). ההישענות הכמעט בלעדית על תרופות אלה מאפשרת למדינה לקצץ בתקציבים של בריאות הנפש בהסתמכות על ההשפעה המרפאת של התרופות, ולהפחית מחשיבותם של טיפולים פסיכו-סוציאליים, מאותו נימוק. מונקריף (Moncrief, 2009) טוענת שהשכנוע שתופעות נפשיות הן כימיות ושנחוצות תרופות כדי לטפל בהן בא לא מתוך הידע שהצטבר, אלא משום ש"התשוקה שזה יהיה נכון עיצבה את הנתונים שהופקו ואיך שהם הוצגו... התועלת שבתרופות השתלטה על החשיבה הפסיכיאטרית ובמהירות הסיקו שהכרחי להמשיך בהן לבלי סוף... העובדה שמצבים נפשיים יכולים להשתפר באופן ספונטני נשכחה, ודרכים אחרות לעזור לאנשים נעשו משניות... הידע המקורי על השפעותיהן של התרופות נשכח, והרעילות הניורולוגית שלהן עוצבה מחדש כתופעת לוואי אקראית שאין לה קשר למנגנון של פעילות התרופוטיית" (עמ. 239).

בעייתיות במודלים פתו-פיזיולוגיים להפרעות הנפשיות:

בשונה ממחלות רבות, אין מודלים טובים, מוכחים ומקובלים למחלות הפסיכיאטריות, לכן אין נותנים תרופות כניסיון לטפל במנגנון פתו-פיזיולוגי מוכר או משוער, אלא לפי ערכן הסימפטומטי בלבד. יתר על כן, אותם מודלים שקיימים ביחס לפתו-פיזיולוגיה של מחלות נפשיות נגזרו מתוך המנגנונים שהתגלו ביחס לפעולתן של תרופות אלה. כלומר, הכיוון הוא הפוך – במקום לפתח תרופה שתפעל על מנגנון המחלה, משערים מהו מנגנון המחלה מתוך הבנת פעולתה של תרופה שנתגלתה במקרה. כך למשל, את ההשערה שדופאמין מעורב בפתו-פיזיולוגיה של סכיזופרניה, למשל, העלה פרמקולוג שוודי שמצא שפנותיאזינים מעכבים פעילותו של נורטרנסמיטור זה במוח, אך לא נמצאו ראיות ישירות להיפותזת הדופאמין כמרכיב אטיולוגי בסכיזופרניה (Moncrief, 2009, עמ' 89 ואילך). הבדלים בפעילות דופאמינרגית הנמצאים בין חולים פסיכוסים ל'נורמאליים' עשויים לשקף מצב כללי של עוררות ועקה, ולא בהכרח מצב שהוא פתוגנומי למחלה (Moncrief, 2009, עמ' 94). צפיפות מוגברת של קולטנים לדופאמין שנמצאה אצל חולים סכיזופרניים עשויה להיות תוצאה של טיפול ממושך בתרופות נורולפטיות (Moncrief, 2009, עמ' 91). הסברה הייתה ששינויים מוחיים בסכיזופרניה הם תוצאה של המחלה הממושכת, אבל מחקרים מהשנים האחרונות מצביעים על כך שתופעות אנט-פסיכוטיות, הן מהדור הישן והן מהדור החדש ("א-טיפיות"), גורמות לירידה בחומר האפור במוח (Dazzan, Morgan, Orr, et al. 2005; Lieberman, Tollefson, Charles et al, 2005). ננסי אנדרסן, פסיכיאטרית אמריקאית בכירה, שהייתה העורכת של

"מונקריף טוענת שהשכנוע שתופעות נפשיות הן כימיות ושנחוצות תרופות כדי לטפל בהן בא לא מתוך הידע שהצטבר, אלא משום ש"התשוקה שזה יהיה נכון עיצבה את הנתונים שהופקו ואיך שהם הוצגו... התועלת שבתרופות השתלטה על החשיבה הפסיכיאטרית ובמהירות הסיקו שהכרחי להמשיך בהן לבלי סוף... העובדה שמצבים נפשיים יכולים להשתפר באופן ספונטני נשכחה, ודרכים אחרות לעזור לאנשים נעשו משניות... הידע המקורי על השפעותיהן של התרופות נשכח, והרעילות הניורולוגית שלהן עוצבה מחדש כתופעת לוואי אקראית שאין לה קשר למנגנון של פעילות התרופוטיית"

ממנות מחקרים התומכים בתרופותיהן ומדרבנות לפרסם אותם בעיתונות מקצועית וכללית, אך מצניעות מחקרים שאינם תומכים ביעילות של תרופותיהן, או מצביעים על תופעות לוואי מזיקות, וכן לוחצות לעכב פרסום מאמרי ביקורת. כשליש מהמחקרים בתחום אינם מתפרסמים, אבל בצורה לא מקרית, כמעט כל המחקרים התומכים ביעילות של התרופות מתפרסמים, אך רק כשליש מהמחקרים שאינם תומכים ביעילות כזו מתפרסמים (Turner, Matthews, Linardatos et al, 2008). לאו (Leo, 2006) מציג כי רשות התרופות האמריקאית (FDA) מאשרת שימוש בתרופה אם נמצאו לפחות שני מחקרים שתומכים ביעילותה. חברות התרופות מגישות שני מחקרים כאלה, אך מעלימות מספר אחר של מחקרים – אפילו עשרה – שהשיגו תוצאות אחרות ואף סותרות. יש פער בין רישום המקרים שנשמר על-ידי ה-FDA לבין מה שפורסם בעיתונות מקצועית (שנגישה לציבור הרופאים). במחקרים שמתפרסמים יש הדגשת יתר על יעילות התרופות והצנעה של תופעות הלוואי והסיכונים. הבדלים קטנים בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת מוצגים כהבדלים רבי משמעות. וויטאקר (Whitaker, 2010) פרק 11 מציג בביקורתיות את הראיות ליעילותן ובטיחותן של התרופות החדשות ה'אטיפיות' יותר, שהוצגו מסוף שנות השמונים ואילך ככאלה שעולות על התרופות שקדמו להן, ומראה את המניפולציות המחקריות שנעשו כדי להציג אותן כך. מחקרים עצמאיים שנעשו בשלב מאוחר יחסית – לאחר שחברות התרופות פרסמו ושיווקו את התרופות הללו ומעמדן התקבע בדעת הקהל – הראו שספק אם תרופות אלה עולות על התרופות הישנות, הן מבחינת יעילותן והן מבחינת תופעות הלוואי שהן גורמות (Geddes,

מסקנות: כן טיפול פסיכיאטרי, אבל במתינות

המסקנה העיקרית היא שיש לתת טיפול תרופתי במשורה, במנות הקטנות ביותר שנחוצות להשגת אפקט, ולפרקי זמן קצרים הדרושים בעיקר בשלב האקוטי של המחלה. נוסף על כך צריך לשקול טיפולים נוספים (פסיכותרפיה, קהילה טיפולית, טיפול תמיכתי, וכיו"ב) כאפשרויות שוות ערך לטיפול התרופתי. יש דוגמאות לגישות אחרות שאינן אנטי-פסיכיאטריות. אחת הבולטות שבהן היא גישתו של הפסיכיאטר הפיני אלאן (Yrjo Alanen) המכונה 'טיפול מותאם צורך' (Needed Adapted). גישה זו אינה שוללת טיפול תרופתי, אך משלבת אותו בטיפול פסיכותרפויטי ובסביבה טיפולית, חברתית, ושיקומית הולמת. מחקר שליווה טיפול בגישה כזו הראה שהתוצאות היו טובות לא פחות מאשר במקומות שבהם הטיפול העיקרי היה בתרופות אנטי-פסיכוטיות. גם ננסי אנדריסן, אמרה בריאיון שצוטט לעיל כי בעוד "הפחד הגדול שלי הוא שאנשים שצריכים תרופות יפסיקו ליטול אותן" הרי "יש להשתמש בתרופות אלה במינון המינימלי האפשרי, מה שלא תמיד קורה. יש לחץ כלכלי גדול לתת במהירות תרופות למטופלים כך שהם ישתחררו מבית החולים בהקדם" (Dreifus, 2008).

ה'עיתון האמריקאי לפסיכיאטריה' רב היוקרה אמרה בריאיון עיתונאי כי: "The more drugs you've been given, the more brain tissue you lose" (Dreifus, 2008). אם תרופות אנטי-פסיכוטיות אינן יעילות באופן סגולי לטיפול בפסיכוזה, מה אם כן היא השפעתן? הוצע שבעצם יש להן השפעה סדטיבית (מרגיעה) ולכן פעילותן תהיה דומה לזו של סמי הרגעה אחרים, כמו בנזודיאזפינים, שאינם נחשבים לתרופות אנטי-פסיכוטיות סגוליות (Keck, Cohen, Baldessarini & McElroy, 1980). לדעתה של מונקריף (Moncrief, 2009) עמ' 114 ואילך) השפעתן הידועה של תרופות נויורולפטיות על חולים במצב פסיכטי אינה ריפויית, מאחר שאין לה קשר למנגנון העלום שגורם למחלה – אלא נובעת מזה שהן מפחיתות באופן כללי פעילות מנטאלית ומוטורית, כולל הפעילות הפסיכוטית (דלוזיות והלוצינציות, למשל). בחווייה של המטופלים, התרופות אינן מסלקות את החשיבה הפסיכוטית, אלא עושות אותם שווים נפש כלפיה (Mizrahi, Bagby & Zipursky, 2005).

ביבליוגרפיה:

Carpenter WT., McGlashan Th H, & Straus JS6 (1977) The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am J Psychiat* 1977; 134: 14-20.

Chouinard G, Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics. *Am J Psychiat* 1980; 137: 16-20.

Cosgrove L, Krinsky Sh, Vijayaraghavan M & Schneider L, Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 154-160.

Bockoven JS & Solomon HC (1975) Comparison of two five-year follow-up studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972. *Am J Psychiat* 1975; 132: 796-801.

Bola JR & Mosher L, Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 219-229.

Bustfield J, Pills, power, people: sociological understandings of the pharmaceutical industry. *Sociology* 2006; 40: 297-314.

Leo J, The SSRI trials in children: disturbing implications for academic medicine. **Ethical Human Psychology and Psychiatry** 2006; 8: 29-41.

Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C et al, Antipsychotic drug effects on brain morphology in first episode psychosis. **Arch Gen Psychiat** 2005; 62: 361-370.

May P R, Tuma AH, Dixon WJ et al, Schizophrenia: a follow-up study of the results of five forms of treatment. **Arch Gen Psychiat** 1981; 38: 776-784.

Mizrahi R, Bagby RM, Zipursky RB, How antipsychotics work: the patient's perspective. **Progress in Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry** 2005; 29: 859-864.

Moncrieff J, **The myth of The Chemical Cure**. London: Palgrave/MacMilan, revised edition, 2009.

Moncrieff J, Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. **Acta Psychiatrica Scandinavia** 2006; 114: 3-13.

Prien R (1971) Discontinuation of chemotherapy for chronic schizophrenics. **Hosp Comm Psychiat** 1971; 22: 20-23.

Sharfstein SS, Big pharma and American Psychiatry: The good, the bad, and the ugly. **Psychiatric News** 2005; 40(16)

Schooler NR, Goldberg SC, Boothe H & Cole JO, One year after discharge: community adjustment of schizophrenic patients. **Am J Psychiat**, 1967; 123: 986-995.

Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al, Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. **N Eng J Med** 2008; 358:252-60.

Whitaker R, **Anatomy of an Epidemic**. New-York, Crown, 2010.

Whitaker R. **Mad in America**. New-York, Basic Books, revised edition, 2010.

Wolkowitz OM. & Pickar P, Benzodiazepines in the treatment of schizophrenia: a review and reappraisal. **Am J Psychiat** 1991; 148: 714-726

Dazzan P, Morgan KD, Orr K et al, Different effects of typical and atypical antipsychotics on grey matter in first episode psychosis: the AESOP study. **Neuropsychopharmacology** 2005; 30: 765-774.

Dreifus C, Using Imaging to Look at Changes in the Brain: A conversation with Nancy C. Andreasen. **New-York Times**, September 15th, 2008.

Epstein L, An approach to the effect of ataraxic drugs on hospital release rates. **Am J Psychiat** 1962; 119: 36-47.

Geddes J, Freemantle N, Harrison P & Bebbington P, Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. **Brit Med J** 2000; 321: 1371-1376.

Gronfein W, Psychotropic drugs and the origins of deinstitutionalization. **Social Problems** 1985; 32: 437-454.

Harrow M, Grissman LS, Jobe TH & Herbener ES, Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study. **Schiz Bul** 2005; 31: 723-734.

Hegarty JD, Baldessariny RJ, Tohen M et al, (1994) One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. **Am J Psychiat** 1994; 151: 1409-1416.

Healthcare Commission, Talking about medicines: The management of medicines in trusts providing mental health services. Commission for Health care, Audit and Inspection, London, 2007.

Jablensky A, Sartorius G, Ernberg, M et al, (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures, a World Health Organization ten country study. **Psychol Med supp**. 1992; 20: 1-95.

Jones PB, Barnes TR, Davies L et al, Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second vs first generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUTLASS 1). **Arch Gen Psychiat** 2006; 63: 1079-1087.

Keck PE, Cohen BM, Baldessarini RJ & McElroy SL, Time course of antipsychotic effects of neuroleptic drugs. **Am J Psychiat** 1989; 146: 1289-1292.

פסיכולוגיה, משפט ואתיקה



<http://www.shutterstock.com>

תמונת אילוסטרציה:

סוגיות מקצועיות ואתיות בדבר הוצאת ילדים ממשפחת המוצא למסגרות חוץ ביתיות

מאת: משה זכי

מבוא

בשנים האחרונות, מדווחת המועצה הלאומית לשלום הילד על הוצאתם של כ- 2000 קטינים נזקקים למסגרות חוץ-ביתיות: אלה מתוכם המוגדרים בסיכון, מופנים לאלתר למרכז חירום על-פי התהליך הבא: דיון הוועדה לתכנון, טיפול והערכה של מחלקת הרווחה, תסקירי עובד סוציאלי לחוק הנוער או לסדרי דין, והחלטת בית המשפט השלום, או בית המשפט לענייני משפחה. במרכז חירום שוהים הילדים בסיכון פרק זמן קצוב שנועד לאבחון ולטיפול עד ליציאה למסגרת החוץ-ביתית (פנימייה או אומנה); במקרים קיצוניים של חוסר מסוגלות הורית כרונית יוכרז הקטין כבר-אימוץ.

העיקרון מאחורי כל השיקולים והחזקות בבית המשפט, הוא עקרון טובת הילד וזכותו: הורים יכולים לתבוע החזקת ילדם לא מכוח עצמם אלא מכוח הילד, שזכותו כי יוחזק אצל ההורה המתאים ביותר שיבטיח את טובתו (בלנק ואליצור, 1999). למרות כל השיקולים המתקבלים בבית המשפט והמתבססים על מסמכים מקצועיים (חוות-דעת פסיכולוגית בנוגע למסוגלות ההורית, תסקירים של עובד סוציאלי לחוק הנוער ולסדרי דין), העיקרון של טובת הילד וזכותו מהווה מתווה לתהליך המשפטי. מכאן עולה השאלה: האם באמצעות הוצאת הקטין למסגרת חוץ-ביתית, מושגת טובתו של הילד בטווח המיידי ובטווח הארוך?

כמו-כן עולות סוגיות מקצועיות ואתיות:

1. סוגיות מקצועיות ומשפטיות מעצם הוצאת ילדים מבית הוריהם.
2. סוגיות המתייחסות לפסיכו-דיאגנוסטיקה של המסוגלות ההורית, מהימנותה ותקפותה.
3. סוגיות של מחסור במרכזים לשיקום הורות בקהילה (מרכז ילדים-הורים) ברוב היישובים בארץ.
4. סוגיות אתיות הגורמות להטיה (BIAS). כדי להמחיש סוגיות אלה, נציג מקרה שנדון בבית המשפט.

פרופ' משה זכי

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

“בדיקת מסוגלות הורית איננה מבחן פסיכומטרי למיון הורים כדי לשלול מהם את “הרישיון ההורי”. היא אמורה להוות הערכה פסיכולוגית לבניית תכנית טיפולית-שיקומית להורים ולילדיהם”

בקבוצות הסיווג של בריאות הנפש: DSM-IV, ICD-10; שנית, אין מבחן פסיכולוגי מוסכם לבדיקת מסוגלות הורית; שלישית, המבחנים הקוגניטיביים והאישיותיים שבשימוש הפסיכולוג הפורנזי בישראל לוקים בהיעדר נורמות מקומיות עבור אוכלוסייה רב-תרבותית.

כדי למנוע שונות וסתירות בין חוות הדעת ביחס לאותו אדם, הציעה המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה מודל בשלבים להערכת המסוגלות ההורית: בדיקה פסיכו-דיאגנוסטית של ההורים, בדיקה פסיכו-דיאגנוסטית של הילדים, ואינטראקציה הורה-ילד. זאת ועוד, הודגשו הדומה והשונה בין בדיקת המסוגלות ההורית בתיקי משמורת ונזקקות לבין בדיקת מסוגלות הורית בתיקי אימוץ (זכי, 2004).

כמו-כן, ועדה ממלכתית המורכבת מנציגות משרד הבריאות, הסתדרות הפסיכולוגים בישראל והמחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה, נתנה הנחיות לפסיכולוגים הפורנזים ואלה מהוות מתווה להגשת חוות-דעת פסיכולוגית לבית המשפט (וייל, יגיל ווייס, 2009).

מבחינה מתודולוגית הדגישה המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה, שמודל השלבים להערכת המסוגלות ההורית, שבשימוש הפסיכולוגים הפורנזים, עדיין חסר בידע מדעי לאומדן תקפותו; על כן, הפסיכולוג הבוזק יתייחס לממצאי בדיקתו כאל “השערה דיאגנוסטית” ואל המסקנות הנגזרות ממנה כאל “אוריינטציה מקצועית” (זכי, 2008).

בדיקת מסוגלות הורית איננה מבחן פסיכומטרי למיון הורים כדי לשלול מהם את “הרישיון ההורי”. היא אמורה להוות הערכה פסיכולוגית לבניית תכנית טיפולית-שיקומית להורים ולילדיהם.

סוגיית המחסור במרכזים לשיקום הורות בקהילה

כדי לצמצם את שיעור הקטינים הנזקקים המוצאים ממשפחת המוצא למסגרות חוץ-ביתיות, הקימו כמה יישובים בארץ מרכזי ילדים-הורים בקהילה, במימון הג'וינט. מרכז ילדים-הורים מספק שירות טיפולי רב-מקצועי בקהילה, לילדים בסיכון ולהוריהם. לכל משפחה מגבשים תכנית טיפול לפי צרכיה תוך שימוש במגוון שיטות התערבות טיפולית אישית וקבוצתית לילדים ולהוריהם. במרכז מטופלים כ- 100 ילדים והורים, ומשך הטיפול כשנה. בטיפול מעורבים עובד סוציאלי של המשפחה ממחלקת הרווחה, ושירותים אחרים בקהילה (פסיכולוגים, מטפלים משפחתיים ופסיכיאטרים). המשפחה והגורמים המטפלים שותפים לבניית תכנית הטיפול, להערכת ההתקדמות ולגיבוש תכנית המשך בסיום הטיפול במרכז.

סוגיות ביחס לטובת הילד

מה המחיר הפסיכולוגי שמשלם הילד בעוזבו את בית הוריו (שנמצאו לא מותאמים לסיפוק צרכיו), לטובת מסגרת חוץ-ביתית?

בנאי (2008) טוען שהמעבר בגיל הרך, מלווה ב“חרדת זרים” וב“חרדת נטישה” שנגזרות מחרדת כליון (חרדה אניהילטיבית). הוא מוסיף, שבתקופה המאוחרת, בזמן שהייתו של הילד מחוץ למשפחת המוצא שלו בתקופה הפוסט-התבגרותית, הוא מפתח קשיים אינטרה-פסיכיים ואקסטרה-פסיכיים, והליקוי הפסיכולוגי העיקרי מתבטא בקשיי הסתגלות למצבים חדשים, לצמיחה ולגמישות אישיותית וזאת עד כדי קשיי הסתגלות מן הסוג הפסיכו-פתולוגי (Adjustment Disorders). כדי למנוע את הקשיים הללו, בנאי מציע התערבות פסיכו-תרפויטית, מן הרגע שהילד נאלץ לעזוב את בית הוריו ולהיקלט במסגרת חלופית (אומנה, פנימייה); כמו-כן הוא מציע התערבות טיפולית-שיקומית לילדים אלה בקבוצת הגיל הפוסט-התבגרותית.

מהרצאתה של השופטת דורנר בכנס ארצי באוניברסיטת חיפה (2002) עולה סוגיה משפטית. ראשית נאמר: “לדעתי המונח ‘טובת הילד’ הוא עמום ויש בו מימד פטרנליסטי. ראוי להשתמש במונח ‘זכויות הילד’, המשקף את האינטרסים של הילד כלפי הוריו וכלפי העולם. המונח ‘זכויות הילד’ כולל בחובו מימד אובייקטיבי, ופותח להתערבות החברה במקרים של פגיעה בזכויות” (עמ' 6).

עוד עולה מדבריה של השופטת דורנר: “בעיקרון, החברה מתערבת באמצעות רשויות הרווחה, עד כדי הוצאת הילד מרשות הוריו במקרים קשים, כאשר ההורה אינו עומד בחובותיו כלפי הילד, על אף עזרת הרשויות” (עמ' 6).

כאן מושם דגש על “מקרים קשים” המסכנים את הילד, כמו למשל הפרעה פסיכו-פתולוגית כרונית וחריפה, פיגור שכלי... אף “עזרת הרשויות” (הרווחה) מתבקשת במתן הדרכה הורית וטיפול לשיקום ההורות.

והסוגיה השלישית, העולה מדבריה של השופטת דורנר: “זכות ההורים הטבעיים באה לביטוי בחוק האימוץ בשניים: ראשית, בחזקה כי טובתו של הילד היא כי יגדל אצל הוריו הטבעיים. לחזקה זו בסיס במציאות החיים אך יסודה הוא גם ערכי, והיא נובעת מזכות-היסוד של ההורה הטבעי. שנית, טובתו של הילד אינה נשקלת כלל, אלא אם התקיימה עילת אימוץ. כלומר, אין עילת אימוץ, עקרון טובת הילד מוגשם על-ידי החזקה שטובתו לגדול אצל הוריו” (עמ' 7).

סוגיות בפסיכו-דיאגנוסטיקה להערכת מסוגלות הורית

השופטים בבית-משפט לנוער ובבית משפט לענייני משפחה נעזרים בחוות-דעת פסיכולוגית של המסוגלות ההורית בבואם לחרוץ דיני משמורת, נזקקות ואימוץ. אבחון פסיכולוגי מעין זה הוא קשה מבחינה מתודולוגית מהסיבות האלה: ראשית, תסמונת אי-מסוגלות הורית אינה מופיעה כהפרעה

ענ"א (מחוזי חיפה) 32481-07/12 ב.ז. נ' ס. ואח' (לא פורסם).

סיבת הפניה

עורך דין הפנה לעיוני מסמכים לצורך מתן חוות-דעת קונסולטטיבית למקרה של שני קטינים (בני חמש ותשע) – הנידון בבית המשפט המחוזי בחיפה. הפניה אלי לצורך התייעצות נבעה מגישתי המקצועית התומכת בשיקום הורים וילדים בקהילה כפי שהיא מנוסחת בפרסומים מדעיים שלי (זכי, 2013).

תיאור המקרה

מדובר בשני אחים (ילד בן תשע וילדה בת חמש), ילדים להורים פרודים: האם חד-הורית ומשמורנית של הקטינים, עובדת כמזכירה במשרד עורך-דין; האב מרצה באקדמיה, נשוי בשנית, והזוג מגדל שני ילדיו מנישואיו הראשונים (לאחר מות אמם).

הקטינים שעומדים בפני דיון בבית המשפט המחוזי, שוהים במרכזי חירום על רקע נזקקות. פסיכולוגית בכירה ערכה להוריהם בדיקת מסוגלות הורית: האם הוערכה עם מסוגלות הורית חלקית והאב עם הורות לקויה – שניהם על רקע הפרעה אישיותית. הקטינים אובחנו במרכזי השירות כמבטאים בעיות רגשיות. ועל כן, המליצו רשויות הרווחה של מקום מגוריהם להעבירם למסגרות חוץ-ביתיות לאחר השחרור ממרכזי החירום.

מודל הוליסטי מוצע להערכת המסוגלות ההורית המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה הציעה מודל הערכה לבדיקת המסוגלות ההורית, במטרה שישימש כמתווה לתכנון טיפול ולא כמבחן מיון פסיכומטרי לשלילת "הרישיון" ההורי, וזאת מאחר שתקפותו של המודל לא נבדקה. מתוך מכלול הממצאים, הנה תרשים של הערכת המסוגלות ההורית של ההורים שבדקה הפסיכולוגית הבכירה.

ההורים	סגנון הורי	הקטינים
האם:	הורות חלקית (חסרה)	בעיות רגשיות לבת: הגנות לא יעילות להתמודדות, ולקיום קשר בין-אישי
האב:	הורות לקויה	בעיות רגשיות לבן: חדות, לחצים פנימיים עם הצפה רגשית ונמנעות
יריבות בין ההורים	תגובות של	עצב וריחוק רגשי של הילדים מההורים

מודל הוליסטי מוצע להתערבות שיקומית

מתוך הידע המדעי שהצטבר בנוגע לחשיבות דמות ההורים הביולוגיים בשנים הראשונות של הילד ביחס לגיבוש הזהות העצמית וההסתגלות בגילים מאוחרים של ההתבגרות (סולברג, תשנ"ז) – רצוי ליישם תכנית לשיקום הורות של ההורים הביולוגיים במסגרת הקהילה, על פני הוצאת הילדים למסגרות חוץ-ביתיות.

בהיעדר מרכז ילדים-הורים, מציעים לעתים יישובים שלא אימצו גישה שיקומית בקהילה, מתווה טיפולי צר או כזה שיש ליישמו באופן פרטי. במקרה הנידון כאן, בהיעדר

ניהול הטיפול מגובש כמשימה רב-מערכתית, עובדת סוציאלית משתתפת בפעילויות המרכז: טיפול משפחתי, הדרכת הורים, קשר שוטף עם אנשי-מקצוע במרכז, והיא אחראית גם על הקשר עם כל המסגרות בקהילה.

הערכה משמשת כלי לבחינת ערכו של השינוי, היא תהליך תמידי בתוך הטיפול. ועדות ההערכה מזמנות התבוננות ממוקדת בתהליך ומאפשרות לנתח את ההישגים ולצידם לראות את הקשיים. "התבוננות-על" זו מעצימה כוחות, מאפשרת לצאת מהסיטואציה המיידית ולראות את פרטי השינויים הקטנים מצטרפים אל השלם. זו הזדמנות לחזק, לתמוך ולעודד את המטופלים תוך הדגשת עוצמותיהם. הדבר מאפשר למטופל לקבל זווית ראייה חדשה על השינוי שחל בו.

מאז הקמת המרכז לשיקום הורות בטירת-כרמל בשנת 2002 (בית יה"ל) – יישוב שבו שימשי מנהל התחנה הפסיכולוגית הקהילתית, כמעט שלא נפתחו תיקי אימוץ, ושיעור הילדים המוצאים למסגרות חוץ-ביתיות (פנימיות ומשפחות אומנה) הצטמצם מאוד (זכי, 2010).

בהיעדר מרכזים מעין אלה במרבית היישובים בישראל, (למשל: במחוז חיפה רבתי, יש רק שלושה מרכזי ילדים-הורים: "בית מיה" בחיפה, "בית בועז" בקריית-חיים ו"בית יה"ל" בטירת-הכרמל), ובהיעדר מענה טיפולי-שיקומי להורים וילדים, עולה שיעור הוצאת הילדים למסגרות חוץ-ביתיות. פקיד הסעד הקהילתי נתפס יותר כגורם מקצועי ממיין מאשר כסוכן טיפול ושינוי. בדיקת המסוגלות ההורית נתפסת יותר כמסמך מקצועי המשרת את רשויות הרווחה ולא כמתווה מקצועי לבניית תכנית טיפולית לילדים ולהוריהם.

סוגיית אתיות הגורמות להטיה (BIAS)

התקשרות מקצועית מתמשכת ורציפה של פסיכולוגים לרשויות הרווחה (השירות לילד ולנוער, השירות למען הילד) גורמת לכך שבפועל הם עלולים להיות מוטים, שלא במודע, למדיניות הרשויות מזמינות השירות (זכי, 2011).

תהליך ההטיה מקבל צורות שונות:

יש רשויות רווחה בעלות אידיאולוגיה מקצועית בנוגע לפתרון חוץ-ביתי לקטין נזקק, בהשוואה ליישוב אחר שבו האידיאולוגיה היא בכיוון של שיקום ההורות ושל הילדים בצורה אינטגרטיבית בתוך הקהילה: באופן טבעי, ההתקשרות בין הפסיכולוג הבודק לבין הצרכן מזמין השירות תהיה בהתאמה לאידיאולוגיית "אינטגרציה" בקהילה לבין "סגרגציה" מחוץ לקהילה – תפיסות אלה קובעות למעשה את החיבור הרציף בין צרכנים לבין המומחים הבודקים, עם הדעות הזרות (Gottesman, 1981). מצב מעין זה מוביל למעשה להטיה המכונה "השפעת ציפות הבוחן" (Orne, 1962).

ייתכן מצב שבו הבוחן יפרש את ממצאי בדיקתו בהתאם לחומר האמנטי שנמסר לעיונו: פרוטוקול ישיבת הוועדה לתכנון טיפול והערכה, דוחות סוציאליים, תסקיר פקיד סעד לחוק הנוער וכו'. הטיה מעין זו מכונה "הנבואה המתגשמת מאליה" (Rosenthal and Jacobson, 1968).

אם כן, מערכת יחסים רציפה בין הפסיכולוג ללקוח עלולה להשפיע על האובייקטיביות של פעילותו המקצועית מבלי שיהיה מודע לכך. כדי להמחיש הסוגיות שתוארו עד כה, נציג תיאור מקרה שמשקף את מורכבות הנושא.

מזה מספר שנים מיושמות המלצות ועדת שמיד ביישובים, שבהם שיעור ילדים בסיכון גבוה באופן יחסי. ביישובים אלה, מתכנסים כיום נציגי השירותים המקצועיים (חינוך, רווחה, בריאות ופסיכולוגיה) לצורך איתור הילדים בסיכון מהגיל הרך ועד לגיל הנעורים והם פועלים בשיתוף פעולה לתכנון, ליישום ולהערכה של תכניות טיפוליות לילדים בשיתוף ההורים. יישובים שאינם נכללים בפרויקט שמיד ולחלופין, לא הקימו מרכז ילדים-הורים במימון הג'וינט, חשופים יותר לבעיה כאן יימצא שיעור גבוה יחסית של המלצות מקצועיות להוצאת ילדים מבית הוריהם בגין חוסר מענה והיעדרו של פתרון מקצועי אינטגרטיבי בקהילה.

ביבליוגרפיה:

בלנק, ש' ואליצור, א' (1999). ילדים בין כיסאות החוק. **רפואה ומשפט**, 4, 25-21.

בנאי, ד' (2008). שמונה עשרה ופלוס: צעירים נודדים בחיפוש אחר גורלם. **מפגש**, 28, 12-16.

דורנר, ד' (2002). **טובת הילד וזכויות הורים**. כנס ארצי בנושא: היחסים המשפטיים בין הורים לילדים. המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה.

וייל, ג', יגיל, ד' ווייס, י' (2009). סטנדרטים לכתיבת חוות דעת פסיכולוגית לבית המשפט. **פסיכואקטואליה**, 4, 6-10.

זכי, מ' (2004). הערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית בתיק משמורת לעומת הערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית בתיק אימוץ: הדומה והשונה. **רפואה ומשפט**, 31, עמ' 100-105.

זכי, מ' (2008). פסיכודיאגנוסטיקה, משפט ואתיקה, סוגיות מקצועיות ואתיות. בתוך: ד' יגיל, א' כרמי, מ' זכי וע' לבני עורכים), **סוגיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל – אבחון, טיפול ושיפוט**, תל-אביב: דיונון, 43-51.

זכי, מ' (2010). מודל לשיקום אי-מסוגלות הורית בתיק משמורת ובתיק אימוץ. **רפואה ומשפט**, 42, עמ' 66-71.

זכי, מ' (2011). נאמנותו של הפסיכולוג הבדוק למזמין השירות – גורם הטיה בהערכות פסיכולוגיות משפטיות. **רפואה ומשפט**, 44, עמ' 78-83.

זכי, מ' (2013). **ילד וקהילה – מדריך לפסיכולוגיה חינוכית וקהילתית**. יהוד: הוצאת אופיר ביכורים (בדפוס).

סולברג, ש' (תשנ"ז). **פסיכולוגיה של הילד והמתבגר – מבוא לפסיכולוגיה התפתחותית**. ירושלים: מאגנס.

Aiken, L. R. (1997). **Psychological Testing and Assessment**. Boston MS: Allyn and Bacon.

Gottesman, R. (1982). **The Child and the Law**. St. Paul, Minn.: West Publishing Co.

Orne, M.T. (1962). On the Social Psychology of the Psychological Experiment: With particular reference to demand characteristics and their application. **American Psychologist**, 17, 776-783.

Rosenthal, R. and Jacobson, I. (1968). **Pygmalion in the Classroom**. New York: Holt Rinechart and Winston.

שירותים ציבוריים לשיקום הורות ביישוב שבו מתגוררת המשפחה, כנראה שיהיה צורך להשתמש בפתרון הפרטי או באופן חלקי (בתנאי כמובן, שבית המשפט המחוזי בחיפה יקבל את ההצעה המקצועית).

הנה תרשים מודל ההוליסטי המוצע להתערבות טיפולית

הקטינים	קשר הורה-ילד	ברמת ההורים
עבור הילדים:	הדרכת הורים של כל הורה בנפרד, עם כל ילד בנפרד	עבור ההורים יש לשקול:
טיפול רגשי אינדיבידואלי (לכל ילד בנפרד)	גישות אפשריות: אדלריאנית או באמצעות אומנות או משחק... וכו'	סביב ההפרעה האישיותית: פסיכותרפיה דינמית ממוקדת קצרת מועד (גישה של מאלאן)
הטכניקה תותאם לכל ילד בהתאם לרמת ההתפתחות שלו	הטיפול יכול להתמקד בילד, בהורה או בשניהם יחד	עבור קושי לויסות רגשי (האם), וקושי לויסות אימפולסים (האב): מומלץ אבחון פסיכיאטרי ובמידת הצורך לשלב טיפול תרופתי
		ביחס ליריבות בין ההורים: גישה אקלקטית של המטפלים בהורים, להדרכה זוגית

היות שמדובר, במודל זה, בהתערבות רב-מקצועית ברמת ההורים, הילדים וטיב הקשר הורה-ילד: יש למנות Case Manager לקיום קשר עם המטפלים, לאיסוף נתונים, לחיבור בין המטפלים ולישיבות קונסיליום.

סיכום חוות הדעת הקונסולטטיבית:

- הגופים המקצועיים בקהילה בה פעלתי כבר טיפלו בעבר מקרים מעין אלה ואף קשים מהם כך הצליחו למנוע פתרונות חוץ-ביתיים שגם להם עלולות להיות השלכות שליליות מאוחרות על הקטינים בגיל מבוגר יותר.
- הצעתי המקצועית מהווה תכנית ניסיונית שנעה בין שישה חודשים לשנה: את טווח הזמן יקבעו המטפלים בהורים וילדים: ה- Case Manager יצטרך לאסוף מידע בנושא, בעיקר אחרי ה- Intake.
- בנוגע לסוג המשמורת ולסדרי הראייה – ההחלטות האלה תתבהרנה בתהליך הטיפול בהורים וילדים.
- לבסוף, הצעתי זו מתבססת על העיקרון של טובת הילד, לא רק בטווח הקרוב, אלא גם לשלבים מאוחרים יותר בחייו: גיל ההתבגרות וגיל הנעורים.

סיכום

במאמר זה הוצגו סוגיות מקצועיות ואתיות בנוגע להוצאת קטינים נזקקים ממשפחת המוצא שלהם למסגרות חוץ-ביתיות. המעורבים מקצועית עלולים למצוא עצמם, מתוך חוסר הקפדה על כללי האתיקה ועל הנחיות מקצועיות, חשופים לתביעה על רשלנות מקצועית ולתביעות מזיקין בגין נזק שנגרם לקטין או להורה על פי "הלכת הגולגולת הדקה": הוצאת הקטין מהווה "זרז" לבעיה נפשית לא צפויה של הילד או של ההורה, או להחמרה של בעיה קיימת. חשוב לציין עוד שכיום, שופטים בבית משפט לנוער ובבית משפט לענייני משפחה, מודעים לסוגיות הקשורות בפתרון ולתוצאות של הפרדה בין הקטין לבין הוריו בשנים המכריעות של חייו ועל כן, הם נוטים לפסוק לטובת יישומה של תכנית ניסיונית טיפולית-שיקומית לקטין לפני שיחרצו פתרון חוץ-ביתי.

התערבויות בפסיכולוגיה חיובית

מאת: טליה לוי-טיטיון



שיטות ההתערבות של הפסיכולוגיה החיובית נועדו לקדם תפקוד אופטימאלי ואושר באמצעות העלאת רגש חיובי, מעורבות ומשמעות, זהו אחד ההבדלים העיקריים בין לבין שיטות התערבות מסורתיות של הפסיכותרפיה, שהתערבויות שלהן נועדו לתקן פצעים וטראומות ומטרתן הייתה להגיע למצב של היעדר סימפטומים (Seligman, 2002; Seligman, 2005). במסגרת הפסיכולוגיה החיובית פותחו שיטות התערבות רבות ומגוונות, למשל, אופטימיות נרכשת "learned optimism" (זליגמן 2002), תרפיית תקווה "hope therapy" (Lopez et al, 2004 בתוך: Snyder & Lopez, 2007), תרפיית הכרת תודה – "gratitude therapy" (Emmons & McCullough, 2003), כתיבה, דיבור וחשיבה על אירועי חיים משמעותיים (Lyubomirsky & al 2006) ועוד.

מאחר שלא ניתן להרחיב כאן על כולן, בחרתי להתמקד בפסיכותרפיה החיובית Positive Psychotherapy - PPT) Seligman et al (2006). שיטה זו משלבת כמה סוגי התערבויות, ומציעה שניתן לטפל בדיכאון, למשל, ביעילות, לא רק על-ידי הפחתת סימפטומים שליליים אלא גם על-ידי בנייה ישירה של רגשות חיוביים, חזקות אישיות ומשמעות, וכי דבר זה יכול להפחית את הסימפטומים השליליים ולגונן (buffer) כנגד חזרתם.

אתאר בקצרה את שיטות ההתערבות שבהן השתמשו Seligman et al (2006): זליגמן החל לפתח התערבויות מקדמיות (pilot) שהניבו עדויות משכנעות ובעקבותיהן נבנו התערבויות במערכים מדעיים. נבנו הנחיות לחמישה תרגולים וכן משימת דמה (placebo) והועברו ברשת האינטרנט באופן אקראי ל-600 נבדקים. הנבדקים ביצעו תרגיל אחד מדי שבוע. אתאר בקצרה שניים מהתרגילים, שהשפעותיהם נמשכו במשך שישה חודשים: 1) **תרגיל שלוש הברכות**: תרגיל שבו נתבקשו הנבדקים לכתוב שלושה דברים שהלכו טוב היום ולפרט מדוע. 2) **תרגיל השימוש בחזקות**. במהלך התרגיל מילאו הנבדקים שאלון חזקות VIA-IS על-מנת להעריך את חמש החזקות שלהם, לאחר מכן נתבקשו לחשוב על דרכים להשתמש יותר בחזקותיהם בחיי היום-יום. בעקבות הממצאים המרשימים נפתח אתר שבו בכל חודש יש תרגיל PPT חדש, על בסיס 12 התרגילים הטובים ביותר נבנו הנחיות להעברתם הן בקבוצות והן בטיפול PPT אינדיבידואלי.

במחקר הראשון, נערכה תרפיה קבוצתית בקרב מטופלים עם דיכאון בינוני. קבוצת ה-PPT קיבלה כמה תרגילים וביניהם תרגיל שלוש הברכות, תרגיל החזקות, תרגיל הכרת תודה. בכל שבוע היה מפגש קבוצתי שבו דיברו על תרגילי השבוע שעבר, ניתנה הרצאה לתרגיל השבוע הנוכחי והנחיות ביצוע לשבוע הקרוב, בניגוד ל-PPT אינדיבידואלי, התרגולים לא הותאמו אישית למשתתפים וכולם קיבלו אותם תרגילים במערך קבוע. השתמשו בשני מדדים (לדיכאון ולשביעות רצון בחיים) שהועברו ברשת לפני ששת השבועות של האימון ומיד בתום התקופה ואחר כך שוב אחרי שלושה, שישה ו-12 חודשים. **במחקר השני** עם מטופלים בעלי דיכאון כבד שטופלו ב-PPT אינדיבידואלי, התמקדו המפגשים בסימפטומים החיוביים ולא השליליים של הדיכאון. ביקשו מהמטופלים לספר סיפור חיים המראה על חזקותיהם, לזהות חזקות ולקבל מהמטפל הדרכה כיצד להשתמש בהן לעתים קרובות יותר בחייהם. המטרה העיקרית הייתה להציב את ההיבטים החיוביים של חיי המטופל בקדמת הבמה, ללמד צורות התנהגות שיובילו למשוב חיובי מאנשים אחרים, ה-PPT נתפרה כדי להתאים לצורכי המטופל, כך גם המטלות נתפרו והותאמו לו באופן אישי (Seligman 2006).

אפשר אם כן, לראות כאן דוגמה לשילוב בין התערבויות שונות (שלוש הברכות, חזקות וטכניקות נוספות) וכך נוצר ארגז כלים שמתוכו האדם יכול לבחור, ואפשר גם באמצעות השילוב להגביר את היעילות. יש גם אפשרות להעביר את השיטות לקבוצה או באופן אישי למטופל (Seligman 2006). אפשר אף לשלב יישום התערבויות ייחודיות לפסיכולוגיה חיובית עם פסיכותרפיה רגילה. נמצא, למשל, שכאשר לפני הפסיכותרפיה רגילה קיבלו המטופלים עקרונות של תרפיית התקווה, הניב הטיפול תוצאות יעילות יותר בהשוואה לקבוצה שקיבלה פסיכותרפיה רגילה בלבד (Irving et al 2004 בתוך Snyder & Lopez). השילוב של PPT עם פסיכותרפיה רגילה יכול להועיל אף בהפחתת הסטיגמה המיוחסת לתרפיה רגילה ולהפוך את הטיפול לקל ולנגיש יותר.

טליה לוי-טיטיון

פסיכולוגית קלינית
מומחית

“חלק מן המנגנונים הפסיכולוגיים המתווכים, באמצעותם פועלות שיטות התערבות של הפסיכולוגיה החיובית הם פנימיים יותר: שינוי הקשב, הזיכרון והציפיות והעתקתם מההרסני אל הבונה וחלק הוא חיצוני-התנהגותי, למשל בניית יכולות התמודדות על-ידי זיהוי חזקות (כמו אופטימיות, תקווה וכו') והפעלתן המאפשרת למנוע פתולוגיות, והגעה להגשמה, מעורבות ואושר”

משתנים ממתנים ומתערבים

בבואנו לבחון את האופן שבו יכולות להשפיע שיטות ההתערבות על אנשים שונים ואת השאלה לאילו אנשים הן מתאימות, יש לזכור כי קיימים גורמים ממתנים רבים שאותם צריך לקחת בחשבון. למשל השאלה האם יש לקחת בחשבון את **סוג הבעיה**: דיכאון, חרדה, אובססיה ולגזור את הטיפול המתאים לה? זליגמן (Seligman, 2006) מצוין שבנה את ה-PPT בעיקר לדיכאון אך המודל יכול להתאים לבעיות אחרות כגון חרדה. משתנה נוסף יכול להיות **עצמת הבעיה** ממנה סובל המטופל. ייתכן ש-PPT מתאים לבעלי דיכאון מתון עד בינוני ומתאים פחות לבעלי דיכאון גבוה. משתנה נוסף, הוא אוכלוסיות בעלות **מוגבלות פיזית**, למשל Emmons (2003) במחקרו על השפעת תרפיית הכרת תודה השווה בין קבוצת אנשים בריאים ואנשים חולים במחלה נירו-מסקולרית ומצא הבדלים בהשפעת ההתערבות בקרב האוכלוסיות השונות. יכולה להיות גם השפעה של **דיספוזיציה גנטית**, למשל אנשים שיש להם הכרת תודה דיספוזיציונלית או יותר PA כממתני התערבות. יכולה להיות השפעה **למין** המטופל, ייתכן שגברים ונשים יפרשו הכרת תודה באופן אחר. יש להתייחס גם **לגיל** כממתן. יש הבדל בין הפעלת תרפיה כזו אצל ילדים, מבוגרים וקשישים. אצל ילדים בעת הפעלת ההתערבות יש להדגיש את המניעתיות וכן יש לקחת בחשבון את השלב ההתפתחותי שבו מצוי הילד וליצור שילוב של שיטות התערבות של PPT, עם שיטות טיפול התפתחותיות המתאימות לשלב זה ועם שיטות התערבות ברמת המשפחה. אצל קשישים, למשל, ייתכן שהתערבות באמצעות האינטרנט תתאים פחות. כאן צריך להתאים את התרפיה למגבלות פיזיות, קוגניטיביות, לקצב, ויש לשקול אם מתאים להעביר תרפיה זו באופן אישי או בקבוצה. ניתן לחשוב גם על **הקשר תרבותי** כממתן. בתרבויות קולקטיביות, למשל, יש תפיסה שונה של הערכה עצמית, אקטיביות ופסיביות והגדרה שונה של אושר ו-SWB. עמידות מתפרשת באופן אחר בחברות שונות. בכל תרבות אפשר לתפוס חזקות באופן אחר. כך גם בנוגע

משתנים מתווכים

מבחינה פסיכולוגית, אפשר להבחין במנגנונים ותהליכים מתווכים רבים באמצעותם פועלות שיטות התערבות אלו. בחרתי לתאר כאן את שלושת המנגנונים באמצעותם פועלות התערבויות ה-PPT שתיאר זליגמן (Seligman, 2006): רגשות חיוביים ונעימים, מעורבות ומשמעות.

1. חיים נעימים – (The Pleasant Life) – בהתאם לתיאוריות הדוניות של אושר (ראו למשל Kahneman et al, 1999 בתוך Ryen & Deci, 2001) כולל רגש חיובי לגבי ההווה, העבר והעתיד ולימוד כישורי העצמה והמשכיות של רגשות אלה. Fredrickson (1998, 2001) במודל הרחב שבנה, הציע שרגש חיובי והרחבת החשיבה מעצימים זה את זה ומובילים לספיראלה של רווחה העולה כלפי מעלה – דבר התומך בהנחה שבניית רגשות חיוביים חוצצת נגד דיכאון (הרחבה בנוגע למודל להלן סעיף 1).

2. מעורבות (The Engaged Life) – חיים המשלבים מעורבות והתעמקות בעבודה, יחסים בין-אישיים והנאות. Csikszentmihaly טבע את המונח **זרימה** – Flow, זהו מצב פסיכולוגי המלווה פעילויות שבהן יש רמת מעורבות גבוהה, הזמן עובר מהר, הקשב ממוקד בפעילות ותחושת העצמי-הולכת לאיבוד. Seligman (2002) הציע שכידי להעצים מעורבות וזרימה יש לזהות כישורים וחזקות אצל אנשים ולסייע להם למצוא דרכים להשתמש בהם יותר. **החזקות** הגבוהות ביותר נקראות **signature strength** (Peterson & Seligman, 2004). הצעה זו תואמת הנחות על האדם המתפקד במלואו, ועל הגשמה עצמית (Maslow, 1971; Rogers & Seligman, 2006) ו-Self-Determination Theory של (Ryan & Deci, 2000). זליגמן סבור שלא רק שדיכאון קשור להיעדר מעורבות אלא שהיעדר מעורבות עלול לגרום לדיכאון, וכי זיהוי החזקות אצל הפונים ומציאת דרכים יישומיות שאפשר יהיה לעשות בהן שימוש יפחית סימנים דיכאוניים.

3. משמעות (The Meaningful Life) – שימוש בחזקות ובכישורים, השתייכות ותרומה למשהו גדול יותר מהעצמי (דת, חברה, משפחה, ארגון) יוצר תחושת סיפוק ומשמעות בחיים. זליגמן מציע שהיעדר משמעות אינו רק סימן אלא גם גורם לדיכאון והתערבויות בונות משמעות יקלו על דיכאון.

אנו רואים אם כן, שחלק מן המנגנונים הפסיכולוגיים המתווכים, באמצעותם פועלות שיטות התערבות אלה הם פנימיים יותר: שינוי הקשב, הזיכרון והעתקתם מההרסני אל הבונה (כמו למשל בתרגיל שלושת הדברים החיוביים) וחלק הוא חיצוני-התנהגותי, למשל בניית יכולות התמודדות על-ידי זיהוי חזקות (כמו אופטימיות, תקווה וכו') והפעלתן המאפשרת למנוע פתולוגיות והגעה להגשמה, מעורבות ואושר (Snyder & Lopez 2002). שוב מופיע התפקיד שמיוחס למתווכים שמציעה תיאוריית הרחב ובנה (Fredrickson, 2001).

האפקט בשני המחקרים היו בין ממוצעים לגדולים. זליגמן (Seligman, 2006) מציין כי בהתאם לניסיונו, נדיר ששיפור נשמר אחרי תרפיה במשך שנה ללא מפגשי חיזוק. לפיכך, הניח שבטיפול ה- PPT יש גורמים של שימור עצמי.

אם כן, נוכחנו בקיומן של עדויות מרשימות בדבר יעילות שיטות ההתערבות הללו, שהן גם מהירות, קצרות וזולות יותר משיטות התערבות אחרות. אולם בבואנו לבחון תוצאות אלו יש לשאול מהן תוצאות מוצלחות של טיפול PPT יעיל נחשב לא רק כהקלת סימפטומים אלא גם תפקוד משופר בתחומי החיים השונים, עלייה ברמת ה- WB ומניעת סימפטומים פסיכו-פתולוגיים. השאלה מה מצליח בפסיכותרפיה הייתה תמיד קשה לפענוח: אך PPT מתחילה לשפוך אור על הצדדים האקטיביים של הפוטנציאל האנושי ולהישען יותר על המשאבים של המטופל כ'מרפא עצמי', לכן אפשר גם למצוא בעקבות התערבויות אלה פחות רמיסיות והאפקט נמשך זמן רב יותר בהשוואה להתערבויות אחרות. בנוגע לביקורת בדבר התמיכה המחקרית שהפסיכולוגיה החיובית קיבלה, אסתייע בחלק מהביקורת המתודולוגית-מושגית של Lazarus (2003) ואוסיף עליה:

1. שיטת המחקר: ראשית טוען Lazarus כי העובדה שהפסיכולוגיה החיובית נשענת על מחקר שהוא ברובו חתך (Cross Sectional) ובין-נבדקים, (Interindividual) במקום מחקר ארוך טווח, תוך-נבדקים (Intraindividual) מעלה שני קשיים עיקריים: הראשון, הוא חוסר היכולת לבסס סיבתיות ולקבוע מה גרם למה, והשני הוא חוסר האפשרות לקבוע אם מדובר בממצאים יציבים וקבועים אצל הנבדקים או שיש בהם תנדודיות ולפיכך, קשה לדעת אם מדובר במצב או בתכונה.

2. ערכיות רגשית – לאזארוס מתנגד לערכיות המיוחסת לרגשות (שמחה-חיובית, כעס-שלילי וכו'). ראשית, הוא מנסה להסביר כי הקביעה אם רגש הוא שלילי או חיובי היא סובייקטיבית ויכולה להיות תלויה הקשר ותרבות. שנית, לאזארוס מתנגד לקיבוץ כל הרגשות לשתי קבוצות (הגישה המימדית: NA-I PA) וטוען כי הדבר פשטני וגורם לאיבוד אינפורמציה, הוא תומך בגישת הרגשות הנבדלים.

3. שונות בין-אישית – לאזארוס טוען כי יש נטיית יתר לחלוקה לקבוצות (cohort) ולהתעלמות משונות בין-אישית מאחר שהיא מפריעה לחוקרים להכליל את הממצאים. גם כשיש הבדלים סטטיסטיים מובהקים בין הקבוצות במחקרים על רגשות, הם צנועים בהשוואה להבדלים המשמעותיים בין אינדיבידואלים בתוך כל קבוצה.

4. מדידת רגשות – כאן מעלה לאזארוס בעיה מתודולוגית הנוגעת למדידת רגשות, וטוען כי רגשות נמדדים בדרך כלל על-פי תשובה חד-פעמית לשאלון יחיד בזמן נתון.

נוסף על נקודות אלו Seligman (2006) מציין שיש לראות תוצאות התערבויות אלו כראשוניות, מכיוון שגודל המדגמים קטן, ורבים מהם נערכו על אוכלוסיות של סטודנטים, מה שמקשה על יכולת ההכללה. סביר להניח שהעלאת רגש חיובי, מעורבות ומשמעות תשפיע על סימפטומים נוספים

לדברים הנותנים משמעות לחיים (Gelfand & al, 2007). מיעוטים ככלל, נוטים פחות לפנות לטיפול ולפסיכותרפיה ועל המטפלים להגיע אליהם. גם התיאוריה של פדריקסון (Fredrickson, 2001) מתייחסת להבדלים אינדיבידואליים, למשל, עמידות פסיכולוגית. סינדר ולופז (Synder & Lopez, 2007) סבורים כי המטופלים המתאימים יותר לסוג זה של התערבות הם מחפשים אקטיביים של בריאות המכוונים לריפוי עצמי – client as self healer במקום מגיבים פסיביים לטיפול.

התערבויות בפסיכולוגיה חיובית: תמיכה מחקרית ועדויות בדבר מידת האפקטיביות

למרות גילה הצעיר יש עדויות מחקריות רבות המצביעות על יעילותן של שיטות ההתערבות של הפסיכולוגיה החיובית (Fredrickson & Losanda, 2005, Seligman 2002, Seligman et al, 2005 בתוך Seligman, 2006) בחרתי לדון כאן בקצרה, בשתיים מהן:

1. Lyubomirski & al (2006) שבדקו השפעת כתיבה, דיבור וחשיבה על אירועי חיים חשובים מצאו שנבדקים שעידו חוויה שלילית באמצעות כתיבה או דיבור דיווחו על שיפור בשביעות רצון מהחיים ועל בריאות נפשית וגופנית משופרת, בהשוואה לאלה שרק חשבו עליה. במחקר נוסף, שהתמקד בחוויות חיוביות, התקבל רושם הפוך, סטודנטים שכתבו על הרגעים המאושרים בחייהם, בייחוד כשניתחו אותם, חוו פחות רווחה נפשית ובריאות גופנית בהשוואה לאלה ששחזרו אותם בחשיבה רפטיבית. אצל הסטודנטים ששחזרו את הרגעים הללו, היה שיפור בשביעות רצון מהחיים, אך לא היה שיפור דומה בבריאות הגופנית. בבדיקה של ארבעה שבועות מתום ההתערבות נשמרו רוב התוצאות, למעט השפעה על רגשות שהם יותר בני חלוף.

2. Seligman (2006) בעקבות שימוש בתרגילי ה-PPT שהוצגו באתר, מצא שיפור ניכר ברמות דיכאון (שנמדד בשאלון CES-D; Rad-loff, 1977) בהשוואה לטיפול פסיכולוגי ותרופות, אף שזה היה מחקר לא מבוקר, לא ניתן להתעלם מהממצאים המשמעותיים שנמצאו גם ברפליקציות שנערכו לאחר מכן (הקלה של פי שתיים במצב הדיכאון במוצע אצל 94% מהנבדקים). Seligman (2006) בדק 327 סטודנטים ומצא שחיפוש אחר משמעות ומעורבות היה בהתאמה גבוהה עם שביעות רצון בחיים ופחות דיכאון, בעוד שחיפוש אחר הנאה היה בהתאמה נמוכה בלבד עם שביעות רצון בחיים ודיכאון נמוך. האפקט הסיבתי של הגברת רגש חיובי, ומעורבות נבחן גם במחקרי תרפיה של פנים אל פנים.

Seligman (2006) מצא ש-PPT אינדיבידואלי עם מטופלים בעלי דיכאון כבד הוביל ליותר שיפור סימפטומטי ורמיסיה בהשוואה לטיפול רגיל או טיפול רגיל בליווי תרופות וכן הגביר אושר. בקבוצת ה-PPT שכללה מטופלים בעלי דיכאון קל-בינוני הייתה הפחתה משמעותית של סימפטומים והגברה משמעותית של אושר בהשוואה לקבוצה ללא טיפול ותוצאות אלו נמשכו שנה. גודלי

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and other side of coping. **American psychologist**, 55, 647-654

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. **American Psychologist**, 56, 218-226.

Gelfand, M. J., Erez, M., & Aycan, Z. (2007). Cross-Cultural Organizational Behavior. **Annual Review of Psychology**, 58, 479-514.

Ilies, R., Schwind, K., & Heller, D. (2007). Employee Well-being: A Multi-Level Model Linking Work and Non-Work Domains. **European Journal of Work and Organizational Psychology**

Kabat-Zinn J. (1990). **Full catastrophe living**. New York: Delacorte Press.

Lazarus, R.S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? **Psychological Inquiry**, 14 (2), 93-110.

Lazarus, R.S., & Cohen-Charash, Y. (2001). Discrete emotions in organizational life. In R.L. Payne & G.L. Cooper (Eds.), **Emotions at work: Theory, research and applications for management** (pp. 45-81). Chichester, England: John Wiley & Sons.

Lyubomirsky, S., Sousa, L., Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. **Journal of Personality and Social Psychology**, 90, 692-708..

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001) On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. **Annual Review of Psychology**, 52, 141-166.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive Psychology: An Introduction. **American Psychologist** 55,(1) 5-14.

Seligman, M.E.P., Tayyab, R., & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. **American Psychologist**, 61, 774-788.

Snyder, C.R. & Shane, J. Lopez. (Eds.), (2002). **Handbook of Positive Psychology**. Oxford University Press

Snyder, C.R. & Shane, J. Lopez. (Eds.), (2007). **Positive Psychology; The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths**. Sage Publications

פרט לדיכאון ויש לבדוק גם זאת. כמו-כן, לא נערך במחקר איזון נגדי (counterbalance) של תרפיות, כך שאין לדעת אם האפקט מיוחס לכישורי התרפיסט. מאחר שאין עדיין די מחקרים ומעקבים לאורך זמן, הרי שהמנגנונים באמצעותם עובדת ה- PPT, כולל התפקיד הממתן של התרפיסט והדברים המשותפים (commonalities) ל- PPT ולגישות טיפוליות אחרות, נשארים עדיין בגדר נושא להמשך מחקר. יש לזכור עוד, שהרבה ממחקרי הפסיכולוגיה החיובית מבוססים על דיווחים עצמיים וחשופים להטיות כמו היזכרות, הלך-רוח ועוד (למשל, אדם במצב רוח טוב, ידרג הכול כחיובי), לכן יש להשתמש במדדים נוספים כמדדים פיזיולוגיים, מדדי ביצוע, דיווח על-ידי אחרים ועוד. (ראה, Lyubomirsky & Diener, 2005, Illies et al, 2007).

ניתן למצוא עוד נקודות ביקורת רבות (את חלקן אפשר להחיל לא רק על הפסיכולוגיה החיובית). עם זאת אי אפשר להישאר שווי נפש, נוכח ההשפעה המרשימה של תרגילים שהועברו באמצעות האינטרנט, מהידידותיות והגישות של השיטות, מגודלם המשמעותי של האפקטים ביחס להתערבויות אחרות ומהשפעתם המתמשכת גם לאחר שהסתיימה ההתערבות.

ביבליוגרפיה:

Buckingham & Clifton. (2001). **Now Discover Your Strength**.

C.R. Synder & Shane J. Lopez (2007). **Positive Psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths**. Sage Publications

Diener E. What is positive about positive psychology: The Curmudgeon and Pollyanna. **Psychological Inquiry** 2003;14(2):115-20.

Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revisions to the adaptation theory of well-being. **American Psychologist**, 61, 305-314.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of Progress. **Psychological Bulletin**, 125, 276-302.

Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. **Journal of Personality and Social Psychology**, 84, 377-389.

הילד חולה הסרטן ובית הספר

מאת: מירי נהרי ועמוס תורן



<http://www.shutterstock.com>

תמונת אילוסטרציה:

חייה של משפחה המקבלת אבחנה שילדה חולה במחלת הסרטן משתנים ברגע אחד מהקצה אל הקצה. הילד והמשפחה מתחילים מסע ארוך הנמשך כשנה ולעתים אף יותר. מסע של פחד, כאב, ייאוש, כעס ותקווה. המחלה והטיפולים בה משפיעים על הילד ועל המשפחה כולה: הורים, אחאים, משפחה מורחבת. אורח החיים משתנה: אשפוזים חוזרים ונשנים, ארוכים או קצרים; טיפולי יום; בדיקות; לפעמים הקרנות ולפעמים ניתוחים. נוסף להשפעה על הרגשתו של הילד, תחושותיו ומראהו החיצוני, המחלה משפיעה על היחסים בתוך המשפחה, על חלוקת התפקידים בה, על המצב הרגשי שלה ולעתים אף על המצב הכלכלי.

המחלה מסכנת החיים והכאבים הקשים גורמים לפחדים, לחרדות ולתחושות של חוסר אמון וחוסר שליטה. הטיפולים גורמים לילד לשינוי משמעותי בדימוי הגוף שלו ומכאן לשינויים בדימוי העצמי ובערך העצמי שלו. תקופת הטיפולים הארוכה גורמת לניתוק מ"זרם החיים" הבריאים, להפסקת רוב הפעילויות היום-יומיות הרגילות ולתחושות של בידוד וניתוק.

במסע קשה וארוך זה היכולת של הילד ושל משפחתו להתמודד עם הקשיים תלויה במעגלי תמיכה, ליווי, סיוע ועידוד, המתקיימים סביבם. מעגלי התמיכה יכולים להיות של המשפחה הרחבה, של חברי משפחה, של בית הספר ושל חבריו של הילד.

בתרבות שלנו היות ילד פירושו גם היות תלמיד וחייהם של תלמידים מתנהלים על-ידי מערכת החינוך. לעומת זאת, חייו של הילד חולה סרטן מתנהלים על-ידי הרופאים על-פי התכנית הטיפולית, כלומר על-ידי מערכת הבריאות. במאמר זה אנחנו מבקשים לטעון שהתלמיד החולה "שייך" לשתי המערכות – הרפואית והחינוכית. המערכת הרפואית אחראית על המאבק במחלה ועל התנהלות הטיפוליים. המערכת החינוכית צריכה לקחת על עצמה את האחריות לתמיכה בילד, לשמירת מעגלי הקשרים שלו עם חברים, עם הלימודים, ועם זרם החיים "הנורמאליים". הקשר בין שתי המערכות האלה חשוב ביותר להתמודדות של הילד ומשפחתו עם המחלה (Vance, & Eisar, 2002).

במהלך השנים האחרונות חלה התקדמות רפואית משמעותית בטיפול בילדים חולי סרטן. כתוצאה מכך, נתפס כיום סרטן אצל ילדים כמחלה כרונית מסכנת חיים ולא כמחלה סופנית, וכמעט 70% מהילדים שאובחנו כחולי סרטן יחלימו מהמחלה. בהתאם לתפיסה זו ההתערבויות הפסיכולוגיות והמחקר בתחום זה מתמקדים לא רק בנושאים של התמודדות עם כאב, דיכאון, חרדה, וליווי לקראת המוות, אלא גם בנושאים של שיפור ההתמודדות בזמן

דר' מירי נהרי

פסיכולוגית קלינית בכירה
במערך ההמטו-אונקולוגי.

דר' עמוס תורן

מנהל המערך
ההמטו-אונקולוגי
בית החולים לילדים ספרא,
מרכז רפואי שיבא, תל השומר

“ילדים שדורשים מהם להשקיע, ולו במעט, בלימודים מבינים מכך שיש להם סיכויים להחלים. לימודים נוגעים לעתיד, והעתיד מבשר סוג של תקווה. ילדים דיווחו גם שהתמקדות בלימודים סייעה להם להעביר את תשומת הלב מעיסוק במחלה, בכאב ובבדידות לעיסוק נורמאלי בדבר-מה שגרתני, מוכר, רגיל, חיובי וחשוב”

מדי, חלש מדי, מאושפז לעתים תכופות, וקשה לו להתפנות ללימודים. לפעמים המצב שונה והתייחסות ללימודים וההשקעה בהם, גם כשהילד אינו רוצה, הן חשובות. ההתייחסות ללימודים צריכה, אפוא, להיות מותאמת למצב הרפואי של הילד, ולטיפולים שהוא עובר בכל שלב, לאישיותו, להתנהלותו בבית הספר לפני המחלה, ולשלב ההתפתחות שלו.

המחקר (Bassel, 2001) מראה שיש חשיבות פסיכולוגית גדולה לעידוד ולדברון ילדים חולים לעסוק בלימודים באופן מותאם למצבם הפיזי. הילדים שדורשים מהם להשקיע, ולו במעט, בלימודים מבינים מכך שיש להם סיכויים להחלים. לימודים נוגעים לעתיד, והעתיד מבשר תקווה. ילדים דיווחו גם שהתמקדות בלימודים סייעה להם להעביר את תשומת הלב מעיסוק במחלה, בכאב ובבדידות לעיסוק נורמאלי בדבר-מה שגרתני, מוכר, רגיל, חיובי וחשוב. ילדים חולים רבים מביעים חשש שעקב הפער הלימודי שנוצר בגין מחלתם יהיה עליהם להישאר כיתה, והם פוחדים מכך. נושא אחר שמטריד ילדים חולים רבים הוא נושא התעודה – הם חושבים שאם הם אינם מקבלים תעודה, הם אינם שייכים לבית הספר.

התמודדות בית הספר עם צרכיו של הילד חולה הסרטן עולה בחשיבותה לקראת סיום תקופת הטיפולים והחזרה של הילד לבית הספר. מעטים הילדים המצליחים לעבור תקופת טיפולים ארוכה מבלי שיווצר פער לימודי כלשהו. לעתים חוששים הילדים לחזור ללימודים בגלל הפער הזה, ולעתים הם חוזרים אך מרגישים חסרי-אונים ולא מצליחים להשתלב. לכן, לקראת חזרתו של התלמיד לבית הספר יש חשיבות להכנת תכנית, שתעזור לו בתהליך השלמת הפערים הלימודיים, תוך שיתוף כל המורים הנוגעים בדבר. חשוב לעקוב אחרי התקדמות התלמיד בלימודים והשתלבותו בהם לאורך זמן, זאת משום שהמחקר מראה כי הקשיים של הילדים עלולים לצוף ולהתגלות אף כשלוש שנים אחרי תחילת הטיפולים במחלה (Brown, Madan-Swain, Walco et al, 1998).

הטיפולים, וההסתגלות לבית הספר ולבריאות עם סיומם הגורמים המשמעותיים בתמיכה בהתמודדות הילד בזמן הטיפולים, ותפקידו חשוב עוד יותר בקליטת הילדים השורדים ובהסתגלותם בחזרה למסגרת הלימודית (Colegrove, Kats, Rubinstein, Hubert, & Belew, 1985; 1994). רוב הילדים יחלימו אמנם ממחלתם ויחזרו לבית הספר, אך חלקם לא יצליחו במאבק נגד המחלה. על בית הספר יהיה לעזור לילדים בכיתתו של הילד החולה בהתמודדות עם הליווי לקראת המוות ועם המוות עצמו. אנשי חינוך צריכים לפתח דרכים להתמודד עם התחום הרגשי, החברתי והלימודי של הילד חולה הסרטן בזמן הטיפולים ולאחר סיומם. לצורך כך חשוב להבין את הבעיות והקשיים שעמם מתמודדים הילד ובני משפחתו (Bassel, 2001). מטרת מאמר זה היא לסקור קשיים עיקריים אלה.

התחום הלימודי-אקדמי

כשמאבחנים ילד כחולה סרטן לעתים ההורים המוטרידים מנושא הלימודים לוחצים על בית הספר ועל הילד להתמקד בלימודים, בבחינות ובציונים. יש הורים שכלל אינם פנויים לנושא בית הספר והלימודים. לפעמים הם אף רוצים לשמור את עניין המחלה בסוד ואינם מרשים למנהלת בית הספר לשתף איש במידע.

הגישה המקובלת בקרב הורים ואנשי חינוך, בכל הנוגע לנושא בית הספר היא, שאין להתעמק בנושא הלימודים של הילד החולה, מאחר שחשיבותם של בית הספר והלימודים מתגמדת מול ההתמודדות עם הטיפולים, הכאבים והפחד מהמוות. התומכים בגישה זו מצביעים על כך שהילדים לא תמיד חזקים מספיק מבחינת פיזית, או פנויים מבחינה נפשית לעסוק בלימודים ומאמינים שניתן להשלים חומר לימודי כשהילד יבוא. סיבה נוספת לא ללכת לביה"ס מנוסחת במילותיו של ילד חולה: “אני פוחד ללכת לבית הספר. לא רוצה שירחמו עלי, שיתייחסו אלי כאל שונה ושיצחקו עלי”

גישה אחרת מקנה חשיבות להתמדה בביקורים בבית הספר ובלמודים ככל שניתן גם במהלך הטיפולים. הדוגלים בשיטה זו סבורים שילד צריך ללמוד כדי שלא ייווצר פער לימודי כשיחזור לבית הספר, וחשוב לא לוותר בעניין זה. פעילות הכרוכה בלימודים והקשר עם בית הספר מקלה במידה מסוימת על ההורים, הן בשל עצם העשייה (doing) למען הילד, והן משום שזה עיסוק בנושא שהם מכירים ויודעים, נושא ששייך לחיים רגילים ובריאים.

ההתנהלות הנכונה לדעתנו היא דרך האמצע, בין עידוד הילד ללימודים ולקשר עם בית הספר, לבין ויתור עליהם. בשלבים מסוימים הילד אכן איננו יכול לעסוק בנושא הלימודים. הוא כאוב

התחום החברתי

בית הספר והכיתה הם מרכזי חיי החברה וגורם חשוב בהתפתחות החברתית של ילדים. כמובן יש חוגים ותנועות נוער, אך עיקר החיים החברתיים של רוב הילדים מתנהל בבית הספר, עם ילדים מהכיתה או מהשכבה: "בית הספר זה המקום שבו מתנהלים החיים שלי, שם אני נפגש עם חברים ושם אני נמצא רוב הזמן שאני לא בבית".

בתקופת הטיפול במחלת הסרטן מאפיין עיקרי הוא הבדידות של החולה ולפעמים גם של המשפחה. הקשר עם בני הגיל חשוב לילד החולה מכמה סיבות: הסיבה הראשונה היא הצורך החברתי הבסיסי. ילדים זקוקים לקשר עם בני גיל למשחק, ולשיחה. הם זקוקים גם לתחושה של היות חלק מקבוצה שחבריה רוצים בהם, לחוויה של שייכות, לתחושת היות ביחד. לניתוק קשר עם הילד החולה יש השלכות חמורות. כאשר קשרים חברתיים, עמוקים פחות או יותר, שהיו קיימים לפני המחלה נפסקים עם אבחונה, אפשר לפרש את המצב כך: "שכחו אותי, עזבו ונטשו אותי, אני לא מספיק חשוב להם, ויתרו עליי". הפגיעה האפשרית בתקווה, במצב הרוח, ובמוטיבציה להלחם במחלה ברורה.

הסיבה השנייה שבגינה אנו רואים חשיבות רבה לקשר חברתי היא ההתפתחותית. התרועעות עם ילדים אחרים בני הגיל חיונית להתפתחות החברתית ולהתפתחות של תהליכי חברות. לילדים הצעירים יותר – גן חובה וכיתות נמוכות – הקשר עם ילדים אחרים תורם לפיתוח כישורים חברתיים ובכלל זה היכולת לשיתוף פעולה, לתחרות, לניהול כעסים, לניהול עימותים ולניהול קשר חברי קרוב. אצל מתבגרים הקשרים עם בני הגיל חשובים בתהליך התפתחות הזהות האישית והזהות המינית, כקבוצת תמיכה בתהליך האינדיבידואליזציה מול ההורים, כקבוצת השייכות בתהליך החברות ועוד.

יש בתי-ספר שבהם המחנכת, היועצת או המנהלת מכירות בחשיבות שמירת הקשר החברתי עם התלמיד החולה ומקפידות בעצמן לשמור על קשר עם הילד ומשפחתו. עם זאת לא מעט פעמים, הסגל החינוכי אינו מצליח לדאוג לכך שגם החברים ישמרו על קשר עם הילד, דווקא הקשר עם הילדים חשוב יותר מהקשר עם המורים. משך זמן הטיפולים הוא ארוך, וילדים קל מאוד "לשכוח" את התלמיד הנעדר, בחינת "רחוק מן העין רחוק מן הלב". זאת ועוד, עקב המצב הרפואי, לפעמים אפשר לבקר את התלמיד החולה ולפעמים אי אפשר, למשל כאשר רמת החיסון שלו יורדת או כאשר הוא כאוב, עצוב או כעוס. לפעמים אין לו כוח פיזי או נפשי אפילו לענות לשיחות טלפון. בכל זאת חשוב לחפש דרכים לעודד את הילדים בכיתה לשמור על קשר עם הילד החולה בסבלנות, בנחישות, ובאורך רוח. כמעט תמיד הילד החולה משתנה מאוד מבחינה חיצונית עקב תופעות הלוואי של הטיפולים. שערו נושר, צבע עורו משתנה, הוא רזה מאוד,

או שמן ומנופח מתרופות וילידים קשה לראותו. הילדים עצמם זקוקים לתמיכה ולליווי במפגש עם החבר החולה (Pendley, Dahlquist & Dreyer, 1997).

יש ילדים שלרפואה עדיין אין מענה למחלתם, וברור שהם עתידים למות אך לא ידוע מתי. מתעוררת השאלה אם נכון יהיה לבקש או לעודד חברים ללוותם בדרך שעלולה להיות ארוכה. מנגד, יש לשאול אם נכון והוגן להשאיר ילדים כאלה ללא קשר חברתי? (Davis, 1989).

נוסף על הקשר האישי הבלתי אמצעי אפשר היום לשמור על קשר חברתי בעזרת אמצעים טכנולוגיים שונים: לצלצל, לשלוח דואר אלקטרוני או SMS. היום גם יש בתי-ספר שבהם אפשר להזמין את הילד להשתתף בשיעורים בכיתה באופן וירטואלי בעזרת תקשורת אלקטרונית או 'לוח חכם'.

לאחר סיום הטיפולים הילד אמור לחזור לכיתה. הוא עדיין קירח, חלש מבחינה גופנית, חושש מדחייה חברתית, מטיל ספק בעצמו וביכולותיו. במקרים רבים הוא פוחד שהילדים ידחו אותו או ירחמו עליו. כעת נחוצה הכנה מעמיקה של הכיתה לקליטה החברתית המחודשת של הילד ולליווי התהליך.

התחום הרגשי

מגוון הרגשות הקשים שמאפיינים את הילד החולה ואת בני משפחתו הוא רחב ועמוק. העומס הרגשי נמשך גם אחרי סיום הטיפולים, בתקופת המעקב הארוכה הנמשכת כחמש שנים. הפרופיל הרגשי משתנה הן מילד לילד והן לאורך הזמן – החל מבלבול, אבדן עשתונות ואימה בזמן אבחון המחלה, והמשך בכעס, עצב, כאב, אשמה, בושה, חרדות קשות, תחושת בדידות ופחד מפני המוות. בפרק זה נתמקד ברגשות הנוגעים לקשר בין הילד והמשפחה לבין בית הספר.

כל דבר שמשמח את הילד ומקל על מצוקתו הרגשית, עוזר לו להסיח דעתו מהמחלה ומהטיפול, ולהתמקד במה שאינו קשור לבית החולים, מבורך. לקשר חברתי יש פוטנציאל גם לשמח ילד וגם להסיח דעתו מהמחלה, מבית החולים ומן הטיפולים. לכן הוא חשוב ביותר.

חוסר שליטה וחוסר אונים הם חוויות חזקות במהלך הטיפולים במחלה, הן בנוגע להתנהלות במציאות והן בנוגע לחוויה הפנימית. תחומי חיים רבים שהיו בשליטה של הילד ונתונים לבחירה ולהחלטה שלו שוב אינם בשליטתו. הטיפול קובע מה הילד יכול לעשות ומה מותר לו, מה הוא יכול לאכול, מתי ועם מי הוא יכול להיפגש, אם ישהה בבית או בבית-חולים, אם מותר לו לצאת מן הבית לרחוב או לסרט או שעליו להיות בבידוד. זאת ועוד, גופו שוב אינו ברשות

סיום הטיפולים – החזרה לבית הספר

לכאורה, עם סיום הטיפולים, החזרה לחיים של בריאות, לנורמאליות ולבית הספר אמורה להיות קלה, שמחה ופשוטה, לא כך הדבר. לעתים תכופות הסיום קשה לילד ולמשפחה. במשך תקופת טיפולים ארוכה המחלקה והצוות הרפואי גוננו על הילד והמשפחה. הקשר עם הצוות המטפל נתן תחושה של ביטחון ונבנתה שגרת התנהלות חיים סביב בית החולים. עם החזרה ל"בריאות" חלה התרחקות הדרגתית מהמחלקה התומכת, ומרכז הכובד עובר לבית הספר, לחברים. המעבר אינו פשוט כלל (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994). נוסף על כך, בדרך כלל נושא עמו הניתוק בגין המחלה, פער לימודי, מטען רגשי קשה וחששות חברתיים.

לשתי קבוצות תלמידים התמודדות עם החזרה לבית הספר בדרך כלל קשה במיוחד:

הקבוצה הראשונה מורכבת מילדים שחלו בגיל צעיר, לפני הכניסה לבית הספר או לגן החובה. לאחר ההחלמה, קשה לילדים אלה, לפעמים להשתלב במסגרת לימודית מאחר שלא הייתה להם התנסות קודמת בכך, והם לא חוו את החוויה של יצירת קשר ראשוני עם ילדים אחרים בני-גילם. במקרים רבים לא הצליחו לרכוש מיומנויות חברתיות בסיסיות או מיומנויות הקשורות למוכנות ולבשלות לכניסה למסגרת חינוכית.

אם המסגרת הלימודית לא מסייעת באופן אינטנסיבי ומתוכנן לא קל לסגור פער כזה. במקרים רבים מביעים הילדים חשש מהכניסה למסגרת של גן או כיתה א, השהות בקבוצת ילדים גדולה מפחידה אותם (Heffer & Lowe, 2000).

הקבוצה השנייה שיש לה קשיים מיוחדים, היא קבוצת הילדים הבוגרים שעוברים את הטיפולים ומסיימים אותם בשנות הלימוד של הכיתות הגבוהות בבית הספר התיכון – כתות י, יא, יב, או בשנה שלאחר מכן. הקושי שלהם להשלים את הפער הלימודי גדול במיוחד. אמנם משרד החינוך וגם האגודה למלחמה בסרטן מעניקים סיוע לימודי והקלות בבחינות הבגרות, אך לא קל להם לחזור ללימודים ולעבור את הבחינות. כשהם מסיימים טיפולים עם תום הלימודים הפורמאליים, בסוף כיתה יב, אין למתבגרים אלה מסגרת מסודרת לחזור אליה. חברים, שעמם הצליחו יותר או פחות לשמור על קשר במהלך הזמן שבו היו בטיפולים, מתגייסים לצבא והם נשארים שוב לבד, "שונים" מבני-גילם, בלי מסגרת. חלקם מתנדבים לשירות בצבא, מיעוטם ממשיכים ללימודים גבוהים ואז הם מוצאים מסגרת. רבים אינם בשלים להמשיך ללימודים גבוהים, אינם מוכנים לכך רגשית או אקדמית (חוסר בתעודת בגרות), חסרה להם מסגרת, ומצבם מורכב מבחינת השתלבות בעולם העבודה ובעולם המבוגרים.

עצמו והוא נתון לבדיקות, לדקירות, להחדרת תרופות, לניתוחים, להקרנות, והוא חסר אונים ואינו יכול לשלוט על כך. בילוי זמן עם חברים הוא עיסוק מוכר שבו הילד קובע ומחליט, והוא מקושר אל הבריאות והנורמאליות. החוויות של אין אונים וחוסר שליטה אינן מרכזיות ודומיננטיות בקשר עם החברים וההתנהלות תואמת יותר את הנינוחות הרגילה, הקודמת, הבריאה.

בגלל תופעות הלוואי הקשות של הטיפולים גוף הילדים משתנה מאוד. רוב השינויים הגופניים ייעלמו כאשר יסתיימו הטיפולים, אבל עבור ילדים, וגם עבור מתבגרים, לזמן אין כאן משמעות. "זה שאני יודע שהשיער יצמח לי בעתיד ממש לא מרגיע, היום קשה לי כל כך...". החוויה של השינוי הגופני וחוסר היכולת לסמוך על הגוף וצורתו המשתנה, גוררת בעקבותיה התמודדות קשה עם נושא דימוי הגוף, הדימוי העצמי והערך העצמי. במצב זה של חשש ובושה שמא הילדים לא ירצו להיות חברים שלו, שייבהלו מהמראה שלו וידחו אותו, גילויי חיבה ואהבה מצד הילדים בכיתה ומן המורים עבור הילד החולה לא יסולאו בפז.

ילדים שלקו בגידולים סרטניים במוח

הטיפול בגידולים במוח, ניתוח או הקרנות, עלול לגרום לקשיים קוגניטיביים, התנהגותיים או לפגיעות פיזיות שונות כגון בשמיעה, בראייה או לפגיעות נוירולוגיות. התוצאה המשולבת של הגידול והטיפולים בו היא האפשרות שהילדים יסבלו מקשיים פיזיים ארוכי טווח ומבעיות פסיכולוגיות (Packar & Reddy, 2004). סיכויי ההישרדות של ילדים אלה נמוכים בהשוואה לילדים החולים בסוגי סרטן אחרים (Mulhern, Merchant, Gajyer et al, 2004).

ילדים שלקו בגידולי ראש, קשה במיוחד לחזור לשגרת חיים רגילה אחרי הטיפולים. עם זאת רופאים מעודדים אותם לחזור לבית הספר מוקדם ככל האפשר, כדי להקנות חוויה של חזרה לנורמאליות, שתאפשר לילד ולמשפחה להתנהל בחיי היום-יום "כרגיל", ותיתן הזדמנויות לילדים להיות במסגרת חברתית לימודית בריאה. הקושי הוא בכך שילדים אלה נעדרים בדרך כלל הרבה מהלימודים, ובגלל אופי המחלה והשלכות הטיפולים, רבים מהם סובלים מהפרעות למידה שונות כמו גם מהפרעות התנהגות (Carpentieri, Meyer, Delaney et al, 2003).

במקרים רבים יש צורך באבחון נוירופסיכולוגי יסודי כדי לאתר את קשיי התפקוד ולהתאים לילדים תכניות לימודים מתאימות. לפעמים יש למצוא מסגרת מתאימה, כשהמסגרת הלימודית הרגילה כבר אינה מתאימה להם (Upton & Eiser, 2006). תפקיד המערכת החינוכית בנוגע לילדים עם גידולי ראש הוא מרכזי וחשוב במיוחד.

קשר בין בית הספר לבין בית החולים

Ongoing communication and collaboration among medical professionals, educational professionals, and families should be a matter of policy (Bessel, 2001 ; p-5).

אין כמעט מאמר או מחקר שעוסק בנושא זה שאינו מדגיש את חשיבות הקשר בין בית הספר של הילד חולה הסרטן לבין הצוות הטיפולי בבית החולים. מרכזים רבים לטיפול בילדים חולי סרטן בעולם מפעילים תכניות שעיקרן יצירת קשר בין המחלקה הרפואית לבין בית הספר (Heffer & Lowe, 2000). מדן-סאבין (Madan-Swain, Brown, Walco et al, 1998) ושותפיה טוענים כי להתנהלות המורים משקל מכריע בקידום ההמשכיות החינוכית של הילד החולה במחלה קשה או בפגיעה בה (Rynard, Chambers, Klinck & Gray, 1998). לדעתם, רוב אנשי החינוך לא קיבלו הדרכה ולא הוכשרו להתמודד ברמה הרגשית או האקדמית עם הבעיות של הילד חולה הסרטן.

במחלקה ההמטו-אונקולוגית בבית החולים ספרא לילדים, במרכז הרפואי שיבא אנו מקפידים לקיים קשר מסודר עם בית הספר שבו לומד הילד חולה הסרטן. במהלך החודש הראשון לטיפולם, ולאחר שההורים נותנים הסכמתם למפגש, מוזמן צוות בית הספר לפגישה עם הצוות המטפל בילד בבית החולים. את הקשר מתאמת ומנהלת מורה בבית הספר של בית החולים לילדים, העובדת במערך ההמטו-אונקולוגי. מצד המערך משתתפים במפגש, בדרך כלל, נוסף על המורה: רופא/ה, אח/ות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ת, מטפל/ת באמנות. בית הספר מחליט מי ישתתף בפגישה מטעמו, אך בדרך כלל משתתפים מנהל/ת בית-ספר, היועצת, רכז/ת שכבה, פסיכולוגית חינוכית, אחות בית הספר (אם יש כזו) והמחנכת של הילד. אם באותו בית ספר לומדים אח או אחות של הילד החולה אנו מזמנים גם את המחנכת שלהם למפגש. המפגש נמשך כשעתיים ותפקידו להתוות בסיס לתכנית פעולה חינוכית לליווי התלמיד. תכנית המותאמת לו לפי גילו, סוג מחלתו, הטיפולים שיעבור, ותפקודו כתלמיד לפני אבחון המחלה. זאת, כמובן, בהתאם למשאבים שיש לבית הספר.

מטרות המפגשים הן אלה:

1. לתת לצוות בית הספר מידע רפואי רלוונטי על מחלות סרטן בילדים בכלל, ועל מחלתו של התלמיד בפרט. לתת להם מידע רפואי על הטיפולים שיעבור, תופעות הלוואי הצפויות וההשלכות של אלה על חיי היום-יום שלו. למשל, אם יש סבירות שיוכל לבקר בבית הספר במהלך הטיפולים, אם מתוכנן פרוטוקול טיפולי הכולל אשפוזים רבים או בעיקר טיפולי יום אמבולטוריים, אם מתוכננים ניתוחים והשלכותיהם, אם מתוכננת השתלת מח עצם והשלכותיה;

2. לקבל מצוות בית הספר מידע על הילד, אופיו, אופני תפקודו הלימודי והחברתי כדי לעזור לנו למצוא את הדרכים המתאימות ביותר לתמוך בו.

3. לתת לצוות בית הספר מידע פסיכולוגי בדבר המשמעויות הנפשיות וההשלכות הרגשיות של אבחון המחלה והטיפול בה על התלמיד ועל בני משפחתו. למשל: הפחדים, הכעס, הדאגה, תחושת חוסר השליטה וחוסר האונים, הכאב והבדידות, הפחד מהמוות או על הדינמיקה המשפחתית שמתפתחת לעתים קרובות, כגון התהדקות הקשר בין הילד להורים, רגרסיה התנהגותית ורגשית, פחדים, דאגות וחרדות של ההורים, הגנתיות יתר ופינוק, חוסר פניות למצב של האחאים של הילד החולה ועוד;

4. לעזור לצוות בית הספר לפתח ולתכנן דרכים ואמצעים לגיוס משאבים לתמוך בילד חולה הסרטן, ולפי הצורך והמשאבים לתמוך במשפחה במהלך הטיפולים. למצוא יחד דרכים יצירתיות ויעילות לשמור על הקשר של בית הספר, הצוות וילדי הכיתה עם הילד החולה, וזאת לאורך זמן. בוודאי לדאוג שהילדים בכיתה לא יציקו לילד החולה בשל מחלתו או בשל השפעות הלוואי של הטיפול על גופו.

5. לתת לצוות החינוכי תחושת ביטחון, קווים מנחים ומשאבים לתכנן את אופן מסירת המידע על מחלת הילד לילדי הכיתה, ולהתמודד עם ההשלכות הרגשיות והחברתיות שעלולות להתעורר אצל הילדים. יש מקרים שבהם ההורים של הילד או אפילו הילד עצמו אינם רוצים כי בכיתה ידעו על המחלה, לפעמים מחשש שירחמו על הילד או שיתייחסו אליו כשונה. אך ללא הסבר לכיתה מדוע הילד נעדר מהלימודים, אי אפשר לגייס את עזרת הילדים לתמיכה ולליווי של הילד החולה. נושא נוסף שעמו על הצוות החינוכי להתמודד הוא תגובת ההורים של ילדי הכיתה. לפעמים ההורים מתגייסים אף הם לסייע למשפחה, לפעמים הם נבהלים וחוששים מן המפגש של ילדם עם ילד חולה סרטן;

6. ליצור בסיס לקשר מתמשך, לרוב טלפוני אך לא באופן בלעדי, בין נציג צוות בית החולים, בדרך כלל המורה או הפסיכולוגית לבין נציג צוות בית הספר, בדרך כלל המחנכת או היועצת. יש ילדים שהקשר בין בית החולים לבין בית הספר בנוגע אליהם חשוב ונחוץ יותר, ויש ילדים שזקוקים לכך פחות. הדבר תלוי בשיתוף הפעולה בין ההורים לבין בית הספר ובתפקודו של הילד בבית הספר לפני מחלתו. למשל המצב של ילד שהוא תלמיד טוב או ילד חברתי מאוד שונה ממצבו של ילד שהוא תלמיד פחות טוב או שחסרה לו רשת חברתית מבוססת בכיתה.

תחום בעל חשיבות רבה, שאנו מפתחים אותו כעת, הוא מפגשים בין צוות בית הספר לבין צוות בית החולים, עם סיום הטיפול האקטיבי במחלה ולקראת חזרתו של הילד לבית הספר. חזרה מסודרת עם סיום הטיפולים, היא עניין מורכב ויש חשיבות לפגישה שבה יפתח הצוות המשותף תכנית של חזרה לבית הספר מבחינה לימודית וחברתית תוך הדגשת הפערים הלימודיים, הפחדים, והדימוי העצמי הגופני והחברתי. על התכנית להיות מותאמת לתלמיד ולצרכיו. חשוב להבין כי מדובר כאן בתהליך של שיקום הדרגתי, ולכן יש צורך במעקב צמוד של בית הספר אחר התקדמות הילד, בוודאי בשלבים הראשונים של חזרתו.

סיכום

להם מאוד. שמירה על קשר עמו אינה פשוטה ודורשת הבנה, יצירתיות וחברות. כל זאת על רקע של תהליך שדורש נשימה ארוכה, הרבה נחישות ומודעות. "אני חושבת לעבור לבית ספר אחר" אמרה נערה שעומדת לסיים את הטיפולים, "החברות לא שמרו על קשר, אפילו לא מטלפנות."

פיתוח מודעות, הבנה, משאבים וכלים בנייהול תהליך מורכב וארוך זה, בזמן הטיפולים, ולא פחות עם חזרתם לבית הספר, הוא סם חיים עבור הילדים החולים.

המאמר המוצג כאן ביקש לתאר את חשיבותה של המערכת החינוכית בליווי של ילד חולה סרטן במהלך הטיפולים הארוכים שהוא עובר. המאמר סוקר את הבעיות העיקריות של הילדים החולים שיש להן נגיעה או משמעות בהקשר של המערכת החינוכית. אחד האפיונים החשובים של מחלת הסרטן הוא התנהלות לא מסודרת ולא בהתאם לתכנית הגנטית. גם ההתנהלות של הילד במהלך המחלה אינה מסודרת, ולכן גם התנהלות הליווי של הילד צריכה להיות דינמית וגמישה. לפעמים הילד לא יכול או לא רוצה לפגוש חברים, אפילו לא לדבר אתם בטלפון. לפעמים הוא זקוק

ביבליוגרפיה:

Madan-Swain, A., Brown, R. T., Welco, G. A. et al. (1998). Cognitive, academic, and psychosocial late effects among children previously treated for acute lymphocytic leukemia receiving chemotherapy as CNS prophylaxis. **J. of Pediatric Psychology**, 23, 333-340.

Mulhern, R. K., Merchant, T. E., Gajyer, A. et al. (2004). Late Neurocognitive Sequelae in Survives of Brain Tumor in Childhood. **Lancet, Oncology** 5, 399-408

Packar, R. J. & Reddy, A. (2004). New treatments in pediatric brain tumors. **Treatments Options in Neurology** 6, 377-389.

Pendley, Y. S., Dahlquist, L. M. & Dreyer, Z. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. **J. of Pediatric psychology** 22, 29-43.

Rynard, D. W., Chambers, A., Klinck, A. M. & Gray, J. D. (1998). School support programs for chronically ill children: Evaluating the adjustment of children with cancer at school. **Children's Health Care**, 27, 31-46.

Upton, P. & Eiser, C. (2006). School experiences after treatment for a brain tumor. **Care, Health and Development**, 32, 1, 9-17.

Vance, Y. H. & Eiser, C. (2002). The school experience of a child with cancer. **Child: Care, Health and Development**. 28, 1, 5-19.

Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R. & Dolgin, M. (1994). Perceived social support and adjustment of children newly diagnosed with cancer. **J. of Developmental and Behavioral Pediatrics**, 15, 20-26.

Bessel, A. G. (2001). Children surviving cancer: psychosocial adjustment, quality of life and school experiences. **Exceptional Children** 67, 3, 345-359.

Brown, R. & Madan-Swain, A. (1993). Cognitive neurological and academic sequelae in children with leukemia. **J. of Learning Disability** 26, 74-90.

Brown, R., Madan-Swain, A., Walco, G. A., et al. (1998). Cognitive and academic late effects among children previously treated for acute lymphocyte leukemia receiving chemotherapy as CNS prophylaxis. **J. of Pediatric psychology** 23, 330-340.

Carpentieri, S. C., Meyer, E. A., Delaney, B. L. Et al. (2003). Psychosocial and behavioral functioning among pediatric brain tumor survivors. **J. of Neuro-oncology**, 63, 279-287.

Colegrove, R. W. (1994). Best practices in school reintegration. In Thomas, A. & Grimes, Y. eds. **Best practices in school psychology II**, 665-672. Silver Spring: National association of school psychologists.

Davis, K. (1989). Educational needs of terminally ill students. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing** 12, 235-245.

Heffer, R.W. & Lowe, P. A., (2000). A review of school reintegration program for children with cancer. **J. of School Psychol.** 38, 5, 447-467

Kats, E. R., Rubinstein, C.L., Hubert, N. C. & Blew, A. (1988). School and social reintegration of children with cancer. **J. of Psychosocial Oncology** 6, 123-140.

מחוננים ואחיהם:

על מחקרים, דעות, אמונות ועובדות

מאת: חנה דויד

בתגובה למאמרה של עדנה כצנלסון שהתפרסם בגיליון יולי 2012 של "פסיכואקטואליה", "אחים לילדים מחוננים".



<http://www.shutterstock.com>

תמונת אילוסטרציה:

בגיליון יולי 2012 של "פסיכואקטואליה", שהוקדש למחוננות, התפרסם מאמרה של ד"ר עדנה כצנלסון, "אחים לילדים מחוננים". ואלה חלקי המאמר:
א. מניית האפשרויות שבהן ליחסי מחוננים והוריהם יהיה פוטנציאל להשפיע על האחיות בין ילד מחונן וילד שלא אותר כמחונן. חלק זה כולל את סקירת הספרות העוסקת בשאלה: "האם זה טוב או רע לילד שאחיו או אחותו הוגדרו כמחוננים?"
ב. יחסי אחים מחוננים ואחים "רגילים" – חלק זה סוקר חלק קטן מהמחקרים שנעשו בעולם בנושא זה, וכמו כן את שני המחקרים שנעשו בארץ: המחקר של לפידות-ברמן ואשרת (לא ברור מתי נערך, הוצג לראשונה ב-2006, התפרסם ב-2009) ומחקרי שנעשה בשנה האקדמית 2008/9 ופורסם לראשונה ב-2009 (David et al., 2009). מסקנותיהם של שני המחקרים סותרות זו את זו באשר להשפעת מחוננותו של ילד על אחיו.

לו השאלה "האם יש השפעה שלילית על יחסי האחאים במשפחה כאשר אח אחד מאותר כמחונן והאחר לא" הייתה תיאורטית גרידא, אפשר היה להתייחס למאמר של כצנלסון כסיכום של דעות קיימות – שרובן המכריע – כפי שיובהר במשך – אינן מסתמכות על מחקרים כמותיים שנעשו כהלכה. אולם, נושא היחסים בין ילדים מחוננים ואחיהם הוא אחד החשובים המעסיקים הורים לילדים מחוננים, כפי שנוכחתי לדעת בעשרות שנות עבודתי עם משפחות שלהן ילדים מחוננים. הנה, לדוגמה, החלטות אחדות שמשפחות מקבלות בהסתמך על הדעה הקדומה הרווחת, לפיה אם ילד אחד מאותר כמחונן ואחיו או אחותו אינם מאותרים ככאלה עלול הדבר להשפיע לרעה על היחסים בין האחאים.

מאמר זה יעסוק בסוגיות הבאות:

1. מה בין הבעת דעה לבין מחקר ומדוע אין לקחת בחשבון את הבעת הדעות של הכותבים ולצטטן כמחקרים;
2. ההבדלים המהותיים בין המדגמים של שני המחקרים שנעשו בארץ לבין כל מדגמי המחקרים שנעשו בחו"ל;
3. ההבדלים בין מחקר כמותי למחקר איכותני;
4. הבדלים בין המחקרים במסקנות;
5. הסבר טנטטיבי של ההבדלים בין המסקנות השונות: הצעה למחקר.

1. מה בין הבעת דעה לבין מחקר

העבודה: "יחסים בין אחאים במשפחה המוחוננת" (דויד, 2011; David et al., 2009) היא מחקר כמותי. עבודה זו בודקת שתי נקודות מבט שבאמצעותן ניתן לבחון את היחסים בין הילד המוחון לאחיו או אחותו שאינם מוחוננים: 1. לילד המוחון במשפחה המעורבת יש קשיים בשל יחסם השלילי של האחאים הלא-מוחוננים כלפיו. לדעתם של שור וקנבסקי (Shore & Kanevsky, 1993) יכולותיו הקוגניטיביות הגבוהות של הילד המוחון עלולות ליצור מתח ביחסים עם האחאים הלא-מוחוננים. קורנל וגרוסברג (Cornell & Grossberg, 1986) סוברים, שהמעמד הגבוה אותו רכש הילד המוחון הוא בעל פוטנציאל לגרום קנאה, תחרות וכעס בקרב האחאים חסרי תווית המוחון. טאטל וקורנל (Tuttle & Cornel, 1993) אף מניחים, שאחאים מוחוננים הם בעלי השפעה שלילית על היחסים בין כלל האחאים במשפחה, ביחס להשפעה של אחאים שאינם מוחוננים. באנק וקאן (Bank & Kahn, 1982) מצאו, שאחאים לא מוחוננים עלולים לסבול מההשוואה עם אחיהם המוחוננים, בעלי היכולות הגבוהות יותר. לדעת קיירוז (Keirouz, 1990), משאבי המשפחה עלולים להיות מושקעים בעיקר בילד בעל היכולות הגבוהות. אולם, יש גם אפשרויות אחרות. למשל: כאשר להורים יש תפיסה מוטעית בנוגע ליכולות של הילד שלא הוגדר כמוחון, תהיה להם, לא אחת, נטייה להניח שהאח או האחיות ללא תווית המוחון הם בעלי יכולות נמוכות מאשר במציאות. כמו כן, יש הורים שהציפיות שיפתחו לגבי ילדם הלא-מוחון יהיו גבוהות מדי ליכולותיו, וזאת בשל רצון "לפצות" על איתור האח או האחיות כמוחוננים. הורים אחרים יצפו מהילד ה"רגיל" לרמות הישג נמוכות מאלו שהוא יכול להשיג, וזאת בשל הדיכוטומיה הקיימת מבחינתם בין "מוחון" לבין "רגיל".

2. לילד המוחון יש יחסים טובים עם האחאים הלא-מוחוננים במשפחה, שכן, הוא משתמש ביכולותיו הקוגניטיביות הגבוהות לאינטראקציות חיוביות, להבנה, ולעזרה. צ'אמרד ועמיתיה (Chamrad et al., 1995) אכן מצאו, שמחוננות הייתה קשורה ברוב המקרים ליחסים טובים יותר בין האימהות והילדים מאשר בקרב ילדים רגילים. היכולות הקוגניטיביות הגבוהות של המוחוננים, עוזרות להם הן במשימות החברתיות והן ביחסים עם האחאים, וכתוצאה מכך האח או האחיות שאינם מוחוננים רואים את קשריהם עם האחאים המוחוננים כטובים יותר. ממצא

א. הוריו של אבנר החליטו שלא לשלוח אותו למבדקי מחוננות לאחר שאחיו הגדול לא נמצא מתאים לתכנית המוחוננים המקומית;

ב. הוריה של אפרת אמרו לה, שהיא לא התקבלה לתכנית המוחוננים, אף-על-פי שהדבר לא היה נכון, מכיוון שבנם הבכור לא התקבל לתכנית זו;

ג. הוריה של אביגיל אסרו עליה לשוחח על חוויותיה מיום העשרה למחוננים בנוכחות אחותה הצעירה שלא התקבלה לתכנית;

ד. הוריו של אורי סירבו לאפשר לו להירשם לתכנית ההאצה במתמטיקה של אוניברסיטת תל-אביב (David, 2008a, b) בטענה: "כבר עכשיו אתה מקבל הרבה יותר מאחיר";

ה. הוריה של עדנה לא הסכימו שהיא תפסיק את לימודי הפסנתר שלה, על אף בקשותיה החוזרות ונשנות, היות ו"לא יתכן שאחותך גם תלמד בכיתת מוחוננים וגם תנגן ואת אפילו לא תנגני".

בנוגע לנקודה זו קיימת תמימות דעים ביני ובין כצנלסון (2012). כצנלסון מביאה, להדגמת טיעונה, את סיפורה של שולי גלנץ (גלנץ, 2010); הוריה של שולי גלנץ אמרו לה, על-פי עדותה, שהיא התקבלה לתכנית המוחוננים, דבר שהיה שקר. הסיבה לכך הייתה שאחיה התאום התקבל לתכנית. ההורים "פתרו את הבעיה" בכך שאמרו לה שלא ניתן היה למצוא מסגרות נפרדות לשני האחאים, כמקובל לגבי תאומים, ולכן היא עצמה לא נשלחה ללמוד במסגרת הקיימת. השקר מקורו היה כמובן בדעה הקדומה, שהאמת – דהיינו – שהיא לא התקבלה לתכנית בעוד שאחיה התאום התקבל – עלול לגרום להרעת היחסים בין התאומים, ולכן מוטב כך.

אכן, הדעות הקדומות הרווחות בנושא זה רבות עד מאוד, והשפעתן עלולה להיות הרסנית, שכן, הן מהוות בסיס להחלטות רבות. מאמר זה ינסה, ככל האפשר להעמיד דברים על דיוקם.

המחקרים שנעשו בארץ בנושא היחסים בין האחאים במשפחה המוחוננת

בארץ נעשו שני מחקרים בלבד בנושא היחסים בין האחאים במשפחה שבה אחד הילדים אחר כמוחון ואחיו או אחותו לא אותרו ככאלה. המחקר הראשון שנסקר בהרחבה במאמר של כצנלסון הוא זה של לפידות-ברמן ואשרת, והוא מצוטט במאמרה של כצנלסון כאילו היה שני מחקרים: "מחקרן של אושרת ולפידות-ברמן (2007) וכן במחקר שערכו Lapidot Berman et al. (2009) (כצנלסון, 2012, עמ' 13). למעשה, מחקרן של שתי החוקרות, מנהלת מכללת גורדון, ציפי אשרת, וסגניתה יהודית לפידות-ברמן, מופיע בארבעה מקורות שונים, החל משנת 2006: אשרת ולפידות-ברמן (2006, 2007, א, 2007 ב; Lapidot-Berman & Oshrat, 2009), אבל הוא מחקר אחד שאין פירוט בדבר הזמן בו נערך. המחקר השני הוא שלי (David, et al., 2009).

צ'אמרד ועמיתיה (Chamrad et al., 1995) מצאו, שמחוננות הייתה קשורה ברוב המקרים ליחסים טובים יותר בין האמהות והילדים מאשר בקרב ילדים רגילים. היכולות הקוגניטיביות הגבוהות של המחוננים עוזרות להם הן במשימות החברתיות והן ביחסים עם האחים, וכתוצאה מכך האח או האחות שאינם מחוננים רואים את קשריהם עם האחים המחוננים כטובים יותר. ממצא זה תואם את ממצאיו של טרמן ועמיתיו (Terman, 1925, 1959; Terman & Oden, 1947) לפיהם בריאותו הפיזית והנפשית של המחונן טובה מזו הממוצעת, ולפיכך הסתגלותו הנפשית-חברתית בבית הספר היסודי ובבית הילד התיכון טובה יותר מזו של הילד הרגיל.

גרוס (Gross, 2003), שתחום התמחותה הוא "מחונני-על", חקרה במרוצת השנים עשרות רבות של מחוננים בעלי IQ הגבוה מ-160 (Gross, 2004). אפשר היה להניח, שההבדלים בין האחים המחוננים לבין אחיהם במשפחות שגרוס (שם) חקרה יהיו גדולים מאלה שקיימים בחלק גדול מהמחקרים האחרים, כמו כן, דרגת המחוננות של הילדים במחקרה גבוהה עד מאוד. אולם, מסקנותיה באשר ליחסים בין האחים במשפחות כאלה שונות מאלו של לפידות-ברמן ואשרת, שחקרו, כפי שהבהרתי, משפחות שבהן האח שהוגדר כמחונן לא הגיע, על פי נורמות מקומיות, אפילו לסף המחוננות של אחוזון 98.5, קל וחומר לא לדרגת המחוננות של "ילדי גרוס", הממקם אותם מעבר לאחוזון 99.9. על פי גרוס:

כאשר ילד מאותר כמחונן אינטלקטואלי, הוריו מודאגים, פעמים רבות, בשל האפקט (הפוטנציאלי) על ההערכה העצמית של אחיו. כאשר עורכים השוואה כזאת יש לקחת בחשבון טווח של משתנים, כמו סדר הלידה, גילי הילדים והפרשי הגילים ביניהם, מין הילדים, דרגת היכולות הקוגניטיביות, כמו גם הערכים של ההורים, רמת השכלתם והיחסים במשפחה. ילדים בכורים או יחידים מאותרים כמחוננים לעתים קרובות יותר, כמו גם ילדים להורים שמעודדים למידה בקרב ילדיהם (Pfouts, 1980; VanTassel-Baska 1983). אולם, מחקרים מראים, שהערכה העצמית של ילדים שלפחות אח אחד שלהם אותר כמחונן תלויה יותר ביחסים הקיימים במשפחה וביחסים בין בני המשפחה מאשר בעובדה שילד מסוים מקבל יחס מיוחד בבית הספר או התקבל לתכנית למחוננים (Cornell & Grossberg 1986) (שם).

2. המדגם

בשני המחקרים שנעשו בישראל המדגמים דומים למדי, כפי שנראה להלן, ושונים משמעותית מכל מדגם עליו נעשה כל אחד מהמחקרים האחרים שצוטטו.

א. המדגם של לפידות-ברמן ואשרת

על-פי מאמרן של לפידות-ברמן ואשרת (Lapidot- & Oshrat, 2009):

החלק הראשון של המחקר התמקד ב-10 משפחות

זה תואם את ממצאיו של טרמן ועמיתיו (Terman, 1925, 1959; Terman & Oden, 1947) לפיהם בריאותו הפיזית והנפשית של המחונן טובה מזו הממוצעת, ולפיכך הסתגלותו הנפשית-חברתית בבית הספר היסודי ובבית הספר התיכון טובה יותר מזו של הילד הרגיל.

המאמר של טאטל וקורנל (Tuttle & Cornell, 1993) מתבסס אכן על מחקר כמותי שנערך בקרב 144 זוגות של אחאים המתחלקים לארבע קטגוריות: שני אחאים מחוננים, הבכור מחונן והצעיר אינו מחונן, הבכור אינו מחונן והצעיר מחונן, שני אחאים אינם מחוננים. גודל המדגם דומה לזה שבשני המחקרים שנעשו בארץ. אולם, המאמר אינו עוסק כלל בסוגיית מדידת המחוננות, שכן הוא דן אך ורק בילדים שהוגדרו כמחוננים או כ"רגילים" על-פי תפיסת ההורים. לכן לא ניתן להסיק ממנו ולא כלום על מדגם שבו הילדים המחוננים אכן אותרו ככאלה על-פי קריטריון זה או אחר. לפיכך, טענתם, כאילו תפיסותיהם של האחים הלא-מחוננים לגבי היחסים עם אחיהם לא היו שליליות יותר מאלו של המחוננים, כמו גם הצהרתם, שכאשר במשפחה יש ילד מחונן אין הדבר גורם למתח רב יותר יחסית למשפחות שבהן אין מחוננים – אין בהן ממש.

מרבית המאמרים שמצטטות לפידות-ברמן ואשרת (Lapidot-Berman & Oshrat, 2009) אינם מחקרים כמותיים (Kearney, 1992). כמו כן, כמעט כולם נעשו בארה"ב, בשנות ה-70, ה-80 וה-90 של המאה הקודמת. נתעלם מעובדה זו, ונתרכז במספר המועט של המחקרים הכמותיים. מסקירתם מתברר, שנושאם היה היחסים בין האחים בשני מחקרים בלבד. כל המאמרים האחרים עסקו בנושאים הקשורים להבדלים בין ילדים מחוננים ושאינם מחוננים במשפחה, ומהבדלים אלו הוסקו מסקנות על יחסי האחים במשפחה המחוננת. כך, לדוגמה, המחקר של קיירוז (Keirouz, 1990) בדק את רמת התפיסה העצמית והחרדה בקרב אחאים מחוננים ושאינם מחוננים, ומצא הבדלים במאפיינים אלה. אבל כמובן שמהבדלים הללו לא ניתן להסיק, כפי שנעשה, על יחסי האחים במשפחה המחוננת. מחקרה של פפוטס (Pfouts, 1980), המצוטט במאמרן של לפידות-ברמן ואשרת כנוסחו בהרצאה (Pfouts, 1978), עוסק בהישגים לימודיים והשוואות ביניהם על-פי רמת המחוננות הנמדדת אצל האחים, ולא בשאלות הנוגעות ישירות ליחסים ביניהם.

המחקר היחיד המצוטט אצל לפידות-ברמן ואשרת (2009), שמתבסס על מדגם אמיתי של ילדים שאותרו כמחוננים על-פי קני-מידה אובייקטיביים, הוא זה של צ'אמרד ואחרים (Chamrad et al., 1995). במחקר זה הוכח, שהאמונה שמחוננות גורמת להרעה ביחסים בין האחים, היא בבחינת דעה קדומה שאין לה אחיזה במציאות. כפי שסיכמו דויד ועמיתותיה (2009).

שבהן לפחות ילד אחד מחונן ואחד לא-מחונן ("משפחות מעורבות").

בחלק השני השתפו 162 ילדים בגילים 8-16. בקבוצת הניסוי נכללו 48 זוגות של אחאים ממשפחות "מעורבות" וקבוצת הביקורת כללה שלושה זוגות של אחאים לא מחוננים ("משפחות רגילות").

המדגם הוגדר כ"מדגם נוחות של ילדים" (convenience sampling of children) שעברו את מבחני איתור המחוננים של המחלקה למחוננים של משרד החינוך (3% מהאוכלוסייה). הפרשי הגילים בין האחאים היו עד ארבע שנים (עמ' 30. כל התרגומים שלי – ח.ד.).

שני כשלים עיקריים ב"מדגם" זה:

1. **מדגם נוחות אינו מדגם מייצג.** מדגם נוחות פירושו שהמשתתפים בו אינם נלקחים באופן מקרי מתוך האוכלוסייה, כמקובל במדגמים שניתן להסיק מהם מסקנות סטטיסטיות, אלא כאלה שמסיבה כלשהי נוח לכלול אותם – ייתכן שהם התנדבו לכך מסיבות שונות, ייתכן שהתגוררו בסמוך למקום שבו נערך המדגם, ייתכן שהיו להם בעיות מיוחדות והם רצו להשתתף במדגם בהנחה שיקבלו מענה לבעיותיהם, ועוד.

2. **הילדים המשתתפים ב"חוגורדון"**, תכנית ההעשרה שמתקיימת במכללת גורדון בחיפה, שמהם נלקח "מדגם הנוחות" לצורך המחקר הם, כמעט כולם, **ילדים שבין אחוזון 97 לאחוזון 98.5**, שלא נמצאו "מחוננים-דיים" כדי ללמוד בכיתת המחוננים בחיפה הפועלת שישה ימים בשבוע בבית הספר היסודי "דוד ילין" ובבית הספר התיכון "ליאו בק". פרט לעובדה, שלא מדובר על "האוכלוסייה" אלא על אוכלוסייה מסוימת, זו של אזור חיפה, ואשר לפי הצהרות "חוגורדון" כוללת גם ילדים שאינם יהודים¹, יש לציין שעל פי ההגדרות הנהוגות בחיפה הילדים שבמדגם מכונים מחוננים, אבל לו היו מתגוררים בתל אביב, למשל, לא היו זוכים ל"תווית המחוננות" שכן בתל אביב יש רק תכנית לילדים מאחוזון 98.5 מטעם משרד החינוך.

ב. **המדגם של דויד ועמיתותיה**

I. המחקר של דויד ועמיתותיה (David et al., 2009) הוא מחקר כמותי שנעשה על 64 "משפחות מחוננות" באילת בשנת 2008, שכלל את המשפחות שהיה להן ילד אחד לפחות שהשתתף בתכנית ההעשרה למחוננים בעיר באותה שנה ומספר משפחות שהיה להן ילד אחד לפחות שהיה בוגר אותה תכנית. לא זו בלבד שהמחקר לא נעשה על "מדגם נוחות" הוא נעשה על **כל אוכלוסיית המשפחות עם ילד מחונן אחד לפחות בשנת 2008**.

II. השונות בין הילדים שהשתתפו בתכנית ההעשרה למחוננים באילת הייתה גדולה במידה ניכרת מזו שבין הילדים שהשתתפו ב"חוגורדון". כפי שהסברתי (דויד, 2011): על-פי אמות המידה של משרד החינוך בישראל, רק ילדים השייכים לאחוזון 98.5 זכאים לחינוך למחוננות (וורגן, 2006).

עם זאת, כאשר נערכים מבדקי המחוננות, בכיתות ב או ג – על פי החלטת הרשות המקומית, מחולקים הילדים שאותרו כמחוננים לשתי קבוצות: כאלה ששייכים לאחוזון 97 וכאלה השייכים לאחוזון 98.5 (שם). באילת, שהיא עיר לא גדולה, ללא פריפריה קרובה, לא ניתן לפתוח כיתות מחוננים לילדים מאחוזון 98.5 ואף לא מאחוזון 97. היות וחלק גדול מהילדים שמאותרים כמחוננים באילת מתגוררים ביישובי הערבה, ובית ספרם הרגיל נמצא במרחק של כשעה נסיעה מהעיר, יש לקחת בחשבון גם את שיעור הנשירה הגבוה, שהסיבה לו הוא המרחק הרב שעל הילדים לנסוע לתכנית ההעשרה. אי לכך הילדים המאותרים באילת כמחוננים שזכאים ליום העשרה שבועי הם 4% ואולי אף 5% בעלי ההישגים הגבוהים ביותר במבדקי המחוננות, שלא כמקובל בשאר אזורי הארץ (דויד, 2011, עמ' 77).

מכאן נראה, שנוסף לעובדה שבארץ הגדרת המחוננות היא גיאוגרפית, ולכן לא ניתן להשוות ילדים שאותרו כמחוננים באזור אחד לילדים שאותרו ככאלה באזור אחר, הרי בעוד שב"חוגורדון" השתתפו ילדים שאותרו כ"מחוננים, אבל לא הכי מחוננים בעיר" הרי באילת, אף על פי שהפילוח היה יותר "עבה", הילדים שאותרו כמחוננים הם הקבוצה היחידה שאותרה ככזו ולכן כללה גם את בעלי ההישגים הגבוהים ביותר וגם כאלה שברוב אזורי הארץ האחרים קרוב לוודאי לא היו מוגדרים כמחוננים.

3. **הבדלים בין מחקר כמותי למחקר איכותני**

מחקרן של לפידות-ברמן ואשרת הוא בחלקו כמותי ובחלקו איכותני. חלקו הראשון הוא איכותני. לפידות-ברמן ואשרת (Lapidot-Berman, & Oshrat, 2009) ראינו עשר אימהות של ילדים מחוננים ולא-מחוננים. על פי מסקנתן יש לאיתור המחוננות השפעה שלילית על הלא-מחוננים. לדבריהן:

"אחת האמהות ביקשה ממני לא לראיין את הילדה הלא-מחוננת "היות והיא עדיין לא התאוששה מהעובדה שאחותה תוגיה כמחוננת". אם אחרת תיארה את קבלת הבשורה שאחד מילדיה מחונן כהרסנית עבור הילד הלא מחונן, ואף השתמשה במלה "טראומטי" ו"הלם" לתאר את תחושותיו" (שם).

אין לנו מידע מפורש על התוכן של ראיונות אלה, המתכונת הפיזית והסביבתית שבה נערכו, ואמצעי הזהירות שנקטו כמקובל בעריכת ראיונות בכלל ועל אחת כמה וכמה – כאשר מראיינים ילדים. לדוגמה: היכן התקיימו הראיונות? מתי התקיימו? האם אשרת-לפידות וברמן ראינו יחד את 10 האמהות וגם את כל 20 ילדיהן שהשתתפו במחקר? האם חילקו ביניהן את הראיונות? אם כן – כיצד נעשה הדבר? האם כל מראיינת ראינה חמש אימהות וילדיהן, או אולי – אחת המראיינות ראינה את כל האימהות והאחרת – את כל הילדים? לכל השאלות הללו, ולשאלות נוספות אין תשובה במאמרו של החוקרות. אבל – הנושא החשוב ביותר שלא קיבל כלל מענה הוא: כיצד נבחרו 10 משפחות אלה? כאמור, החלק הכמותי של המחקר כלל 48 קבוצות

¹ בשנת הלימודים תשס"ו/תשס"ז פניתי שלוש פעמים לחיית שחם, אז מרכזת חוגורדון, מ-20.2.2007 ועד ה-20.3.2007 בשאלה מה מספר התלמידים הערבים הלומדים ב"חוגורדון" – בפילוח לפי מגדר ולפי דת. הגב' שחם לא נענתה לפנייתי ולכן עלי להסתפק במצגת שהכינו לפידות-ברמן ואשרת לרגל ההצגה הראשונה של עבודתן (אשרת ולפידות-ברמן, 2006), שם נאמר, שבחוגורדון השתתפו בשנת תשס"ד 40 ילדים משלושה בתי-ספר של המגזר הערבי.

את הכשרת המראיינים והתאמתם המקצועית למשימה, מי היו המרואיינים, למה נבחרו, מה היו מניעי המרואיינים שבחרו להתראיין, מה הייתה המתכונת שבה נערכו הראיונות, ועוד. המחקר של לפידות-ברמן אשרת אינו עונה ולו על דרישה אחת מאלה.

אין משמעות למסקנות של מחקר כמותי שמתבסס על "מדגם נוחות", כפי שהגדירו לפידות-ברמן ואשרת (שם) את מחקרן. לפיכך יש להימנע ככל האפשר מלצטט מסקנות כאלה, ובפרט להציגן כעובדות בפני קהל יעד של אנשי מקצוע, שדעותיהם עלולות להשפיע על דרך הטיפול בפונים אליהם.

5. הסבר סטטיבי של ההבדלים בין המסקנות השונות הצעה למחקר

כפי שראינו, אי אפשר "להוכיח" שמחוננות של אח אחד מובילה ליחסים גרועים עם אח או אחות שאינם מחוננים, או את ההיפך מכך. אפשר לומר, בדרגה גבוהה של ודאות, שאין לסמוך על אמונות ודעות בנושא זה, כפי שאין לסמוך על אמונות ודעות בכל הנושאים האחרים הקשורים למחוננות. יתר על כן: הניסיונות לערוך מחקרים כמותיים שנעשו כדי לבדוק נושא זה לא עלו יפה, שכן, כמעט בלתי אפשרי למצוא מדגמים טובים שאותם יהיה ניתן להשוות למדגמים אחרים. בארץ זה בלתי אפשרי לחלוטין, שכן תפיסת המחוננות על-ידי משרד החינוך הישראלי היא גיאוגרפית, כלומר, ילד שיוגדר כמחונן ביישוב מסוים לא בהכרח יוגדר ככזה ביישוב אחר, דהיינו, הגדרת המחוננות בארץ היא מקומית. נערכים בה מבדקי מחוננות בכל אזור גיאוגרפי בנפרד, הקריטריונים לקבלה לתכניות מחוננים הם מקומיים, ויש העדפה של ילדים שמתגוררים ביישובים בעלי רקע סוציו-אקונומי נמוך. ילדים אלה אינם מקבלים את תויות ה"מחונן" על סמך מבדקי אינטליגנציה שבהם יש "ציון סף", אלא נבחרים בשל היותם בעלי הישגים הטובים ביותר במבדקים בקרב בני גילם ביישוב מגוריהם, או באזור הגיאוגרפי אליו שייך יישוב זה. ההבדלים עשויים להיות עצומים. לדוגמה: בראשון לציון נפתחות מדי שנה תשע כיתות ג בתכנית ההעשרה למחוננים; בתל אביב, הגדולה ממנה, נפתחת רק כיתת מחוננים אחת, בבית הספר "גרץ", ובנוסף ילדים דתיים אחדים מצטרפים לתכנית ההעשרה במכללת תלפיות יחד עם ילדי החינוך הדתי מהערים הסמוכות (דויד, 2012)³.

של אימהות ושניים מילדיהן, ולפיכך חשוב לדעת האם היו קריטריונים כלשהם לבחירה של אותן 10 משפחות, או אולי אותן 10 משפחות "מתנדבות" חוו קשיים חמורים במיוחד ביחסים בין האחאים, ולפיכך הסכימו להתראיין על-ידי שתי נשים שמבחינתם היו מומחיות בתחום, מתוך תקווה שתוצע להם עזרה שתשפר את היחסים התוך-משפחתיים?

סוגיית המהימנות של מחקר זה נותרה בעינה, היות והמראיינות היו ראש מכללת גורדון בחיפה וסגניתה, והמתראיינים – האימהות והילדים המחוננים שהשתתפו ביום ההעשרה לילדים מחוננים של מכללת גורדון. נוכל לפיכך לסכם, שמידע אנקדוטאלי שמסרו אימהות אחדות אינו יכול להיות הבסיס היחיד למסקנות מדעיות. לכל היותר אפשר להכליל ממחקרן של אשרת-לפידות וברמן (שם) שיש אימהות שעשויות לחשוב שהעובדה שיש להן ילד מחונן עלולה להיות טראומטית עבור האח הלא מחונן. בנוגע לחלק הכמותי – חסר התיאור של הליך הכנת השאלונים, הפנייה למשפחות, איסוף השאלונים, מידע על "מי עשה מה", וכמובן על שמירת הסודיות.

המחקר של דויד ועמיתותיה (2009) הוא כולו כמותי. מאחר שהמחקר נערך על-ידי ועל-ידי שתי נשות חינוך בעיר אילת, אף-על-פי שלא היה להן כלל קשר למחוננים², נקטנו משנה זהירות במהלך המחקר. אני כתבתי את המכתב הנלווה לשאלונים, עמיתותי למחקר תרגמו את השאלונים מאנגלית לעברית ואני תרגמתי אותם שוב לאנגלית והשוויתי עם המקור, עד לקבלת התוצאה שהשיגה את הרמה הנדרשת. השאלונים מולאו, אנונימית, והוחזרו לנו באופן אנונימי. כדי למנוע כל אפשרות של זיהוי המשפחות, נתוני המשפחות שהשתתפו במחקר נאספו בידי עמיתותי, ואני ערכתי את כל העיבודים הסטטיסטיים מבלי שפגשתי את המשפחות. את כל המסקנות הסקתי מהנתונים שקיבלתי מהטפסים שהוחזרו לשתי עמיתותי.

4. הבדלים בין המחקרים במסקנות

אין כל משמעות חינוכית או פסיכולוגית לדעות שמופיעות כאילו היו מחקרים, כפי שהדבר נעשה בחלק גדול מהעבודות המצוטטות במאמרו של לפידות-ברמן ואשרת (2009), כמו גם בעבודות אחרות שלא הופיעו במאמר זה. למחקר איכותני כללים וחוקים משלו. על מחקר איכותני לפרט

² מלי גיל, מנהלת בית הספר "אורים" לחינוך מיוחד באילת, שימשה בשנת הלימודים 2008 מורה לחינוך מיוחד באותו בית-ספר. עידית רביב ניהלה בשנת הלימודים את מרכז "פסגה" בעיר.

³ מצב זה קיים רק במגזר היהודי. במגזר הבדואי, למשל, הדבר שונה. לדוגמה: כפי שאמר לי ד"ר מוחמד אבו-נג'א (בשיחת טלפון מיום 12.11.2011): "המרכז היחיד לבדואים מחוננים התחיל לפעול בח'ורה בשנת 2012. בשנת הלימודים 2011/2 השתתפו ביום ההעשרה למחוננים 60 ילדים, מספר שווה, פחות או יותר, של בנים ובנות, בכיתת ד-ז. התקבלו לתכנית כל הילדים שה-IQ להם היה גבוה מ-125".

David, H., Gil, M. & Raviv, I. (2009). Sibling relationships among Eilat families with at least one gifted child. **Gifted and Talented International**, 24(2), 71-88.

Gross, M.U.M. (2003). **Gifted And Talented Children**. Retrieved November 14, 2012 from International Encyclopedia of Marriage and Family Encyclopedia.com: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G21-3406900192.html>

Gross, M.U.M. (2004). **Exceptionally Gifted Children**. Routledge: Abingdon Oxon, UK.

Keirouz, K. S. (1990). Concerns of parents of gifted children: A research review. **Gifted Child Quarterly**, 34(2), 56-62.

Lapidot-Berman, J., & Oshtat, Z. (2009). Sibling Relationships in Families with Gifted Children. **Gifted Education International**, 25(1), 36-47.

Pfouts, J. H. (1978). Birth Order, Sibling IQ Differences, and Family Relations. The Annual Meeting of the **National Council on Family Relations**, October 19-22, 1978.

Pfouts, J. H. (1980). Birth Order, Sibling IQ Differences, and Family Relations. **Journal of Marriage and the Family**, 42, 517-521.

VanTassel-Baska, J. (1983). Profiles of Precocity: The 1982 Midwest Talent Search Finalists. **Gifted Child Quarterly**, 27(3), 139-144.

Shore, B.M. & Kanevsky, L.S. (1993). Thinking processes: Being and becoming gifted. In K.A. Heller, F.J. Munks & A.H. Passow (Eds.). **International handbook of research and development of giftedness and talent** (pp. 133-147). Oxford: Pergamon Press.

Silverman, L.K. (October 1988). **The second child syndrome**. Mensa Bulletin, 18-20.

Terman, L.M. (1925). Mental and physical traits of a thousand gifted children. **Genetic studies of genius, vols. 1 & 2**. Stanford: Stanford UP.

Terman, L.M. (1959). The gifted group at mid-life. **Genetic studies of genius, vol. 5**, Stanford: Stanford UP.

Terman, L.M. & Oden, M.H. (1947). **Genetic studies of genius, vol. 4: The Gifted Child Grows Up**: Twenty-five years' follow-up of a superior group. Stanford UP, Stanford CA.

Tuttle, D. H. & Cornell, D. G. (1993). Maternal labeling of gifted children: Effects on the sibling relationship. **The Council for Exceptional Children**, 59(5), 402-410.

אשרת, צ., ולפידות-ברמן, י. (2006). **מערכת היחסים בין אחים במשפחות של ילדים מחוננים**. תקציר ההרצאה מהכנס ה-37 של האגודה הסוציולוגית הישראלית. סוציולוגיה, אתיקה, פוליטיקה. אוניברסיטת בר אילן, 22-23 פברואר 2006.

אשרת, צ., ולפידות-ברמן, י. (2007). **מערכת היחסים בין אחים במשפחות של ילדים מחוננים**. כנס הכשרת מורים על פרתש דרכים 2007

אשרת, צ., ולפידות-ברמן, י. (2007). **מערכת היחסים בין אחים במשפחות של ילדים מחוננים**. מכללה אקדמית גורדון חיפה.

דויד, חנה (2011). **קשרים בין האחאים במשפחות אילתיות עם ילד מחונן אחד לפחות. בתוך: מחוננים בפריפריה: הוראה, מחקר וטיפול** (פרק 4: עמ' 104-68). נדלה ביום 16 בנובמבר 2012 מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?t=0&id=2616>

דויד, ח. (2012). **הכנה למבחן לאיתור מחוננים כן או לא? נדלה** 8-בנובמבר 2012 מהאתר: <http://www.beok.co.il/Category/Article/13020>

וורגן, י. (2006). **טיפול תלמידים מחוננים במערכת החינוך**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע [גירסה אלקטרונית]. נדלה ב-20 בנובמבר 2012 מאתר הכנסת: <http://www.knesset.gov.il/MMM/data/pdf/m01671.pdf>

כצנלסון, ע. (2012). אחים לילדים מחוננים. **פסיכואקטואליה**, יוני 2012, 15-12.

גלנץ, ש. (27.10.2010). עניין שולי: הבלוג של שולי גלנץ. נדלה ביום שישי 16 בנובמבר 2012 מהאתר http://rega-im.blogspot.co.il/2010_12_01_archive.html

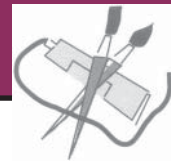
Bank, S.P. & Kahn, M.D. (1982). **The sibling bond**. New York, NY: Basic Books.

Chamrad, D.L., Robinson, N.M., & Janos, P.M. (1995). Consequences of having a gifted sibling: Myths and realities. **Gifted Child Quarterly**, 39(3), 135-145.

Cornell, D. G., & Grossberg, I. N. (1986). "Siblings of children in gifted programs. **Journal for the Education of the Gifted**, 9, 253-254.

David, H. (2008a). Mathematical giftedness: The mathematics acceleration program at the Tel Aviv University (1970-1999). In R. Leikin (ed.), **Proceedings of the 5th International Conference in Mathematics and Education of Gifted Students** (pp. 429-430). Haifa: Israel, February 24-28, 2008.

David, H. (2008b). Mathematical Giftedness: The Mathematics Acceleration Program at the Tel Aviv University. **Gifted Education Press**, 22(3), 4-9



ריאיון עם אסתר פלד עם צאת ספרה 'לאורה הצח של המציאות' בהוצאת הספרייה של בבל, 2012

ראיינה וכתבה: צילה טנא

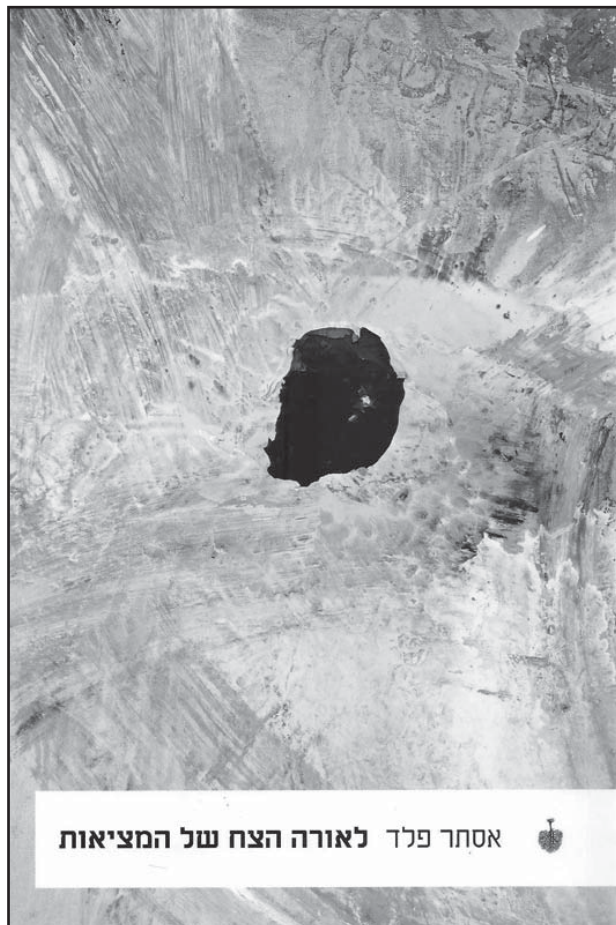
קראתי בשקיקה את סיפוריך הקצרים ותמהתי לגבי חלקם האומנם פרוזה ספרותית או שמא מסה פילוסופית שעניינה משמעות החיים והרצון החופשי, מהות האהבה, הזוגיות, היחסים והקשר והשפעות הפסיכולוגיה על התרבות. האם תוכלי להתייחס לסגנון כתיבתך ולקהל הקוראים הפוטנציאלי שעימו את מנהלת דיאלוג דרך סיפוריך?

קהל הקוראים הפוטנציאלי שלי הוא מי שעניינים אלה שאת מפרטת בשאלתך מעסיקים אותי, כלומר, מי שאין לו מנוח בתוך תבניות פשוטות של מחשבה ורגש. ומכאן גם משתמעת התשובה לשאלתך הראשונה, "סגנון כתיבתי" אינו ממשמע את עצמו בנקל לתוך תבנית אחת. ועם זאת, הוא בראש ובראשונה פרוזה, מפני שמדובר בספר סיפורים ומה שיש בו זה סיפורים. הסיפורים אמנם אינם מסתפקים בעצמם ושואלים שאלות, אבל איני סבורה ששאלות הן לאו-דווקא עדות למה שמכונה 'פילוסופיה', אלא למה שמכונה 'היות אדם'.

בספרך את עסוקה בחקירה מתמשכת של יחסים וקשר, וחקר האהבה אף מקבל סיפור משלו ("מחקר קצר על אהבה"). פעמים רבות נימת הדברים היא צינית וסרקסטית וקשה לדעת האם את בעצם ספקנית לגבי קיומה של אהבה בזוגיות, או שבשל איכויותיה המעודנות את מאמינה שהיא אפשרית בקיומים מאוד שונים מאלה של התרבות המערבית המודרנית. או כדבריך – "בכל מקרה אני מוציאה מן הכלל כל דיון על אהבה; הכול הופך למין תעשייה כזאת של הזדווגויות נפשיות, של התאמה בין צרכים של האחד לבין היכולת של האחר לספק אותם... איך אפשר לזווג אהבה עם צרכים נפשיים וגופניים? איך אפשר להניח משהו עוטה אור, נוהר, שמח באמת, אם הכול זה רק ההתאמה הזאת?"

ועם כל זאת – ציניות את מכנה זאת, אפילו סרקסטיות, מצטערת, לא היה בכוונתי. היה בכוונתי לשאול שאלות ולהתבונן בכמה דברים כפי שהם. אבל הביטי נא אל המשפט המסיים את הסיפור הזה, אותו מחקר שלא בא על סיומו. הסיפור הזה העשוי סעיפים-סעיפים ומדאיג את עצמו יותר ויותר, הוא בא אל סיומו במילים:

אסתר פלד היא פסיכולוגית ודוקטור לפילוסופיה. "לאורה הצח של המציאות" הוא ספר הפרוזה הראשון מפרי עטה. הספרים האחרים שקדמו לו הם "פסיכואנליזה ובודהיזם: על היכולת האנושית לדעת" ו"להרבות טוב בעולם", שניהם – בהוצאת רסלינג.



"ובאשר לאהבה. מה באשר לאהבה."

ובכן, מה באשר לאהבה? את שואלת אותי. ובכן מה באשר לאהבה? אני היא השואלת אותך.

מעניין אותי, אבל אין בו כדי להפוך מישהו אחר לחלש וחיוור, אלא לעומד יותר מרחוק, בצלו של הנושא המרכזי.

קונפליקט חזק בין הדחף לבין הסופר-אגו נוכח בעצמה בסיפוריך, בעיקר אצל הנשים גיבורות הסיפור והוא מטה פעמים רבות את בחירותיהן האישיות מן הטוב והמועיל עבורן לצודק ולנכון מבחינה ערכית-מוסרית. מגדילה לעשות גיבורת הסיפור המדהים "מורל אינדיגניישן" המסרבת לקבל את עצתו של הפסיכולוג הנערץ אפרים, דוחה במיאוס את עמדתו הפרגמטית-תועלתנית ואינה מוכרת את עקרונותיה המוסריים תמורת נזיד עדשים (מסרבת לקבל כירושה את דירת האב והמאהבת שלו שכמוהו כהבעת הסכמה לבגידתו ושיתוף-פעולה סמוי עמו כנגד אמה).

שאלתי היא – עד כמה הנוכחות האינטנסיבית של הקונפליקט משקפת, להערכתך, מגזרים אחדים של האוכלוסייה יותר מאחרים ומהי עמדתך בשאלה זאת?

הסיפור הזה נוגע ישירות לשאלת הפסיכותרפיה – שתעסיק עוד יותר את הסיפור הבא אחריו "שפת המגפה". הפסיכותרפיה כקונספט תרבותי ששאב את התרבות הרחוק מאמירות מוסריות ברורות, לעבר מוסר רלטיבי ולגינני של שיפוט ערכי. הסיפור הזה אכן נוגע לאיזו דילמה שיש לי באשר לחשיבה פסיכותרפיוטית פסיכואנליטית, איזה ספק שיש לי באשר ליכולת של השפה הזאת למלא את החוסר שיש בתרבות אחרי מות האלוהים. הסיפור הזה מייצג את הדילמה הזאת, והוא בא לעורר את הקונפליקט שאת מצביעה עליו, מפני שנוח, נוח מדי, לחיות בלעדיו בתוך חברה שהיא כביכול הוגנת ופולרליסטית, אבל מבולבלת ונבוכה מול הכרעה מוסרית אמיתית.

ומכאן – לאחד הנושאים היותר מרתקים בספרך והוא "אשמת הפסיכולוגיה" – רבים מגיבוריך (וכאן דווקא, ואולי לא באופן מקרי, מככבים הגברים יותר מאשר הנשים) מדברים בגנות הנטייה של הפסיכולוגיה לזנוח את העובדות כפי שהן, לטובת הנבירה במניעים הסמויים ומביעים מורת-רוח מן הלחץ התרבותי העכשווי להתחבר לרגשות העמוקים והרכים ולהגיע לטיפול אנאליטי ארוך-טווח כמעט בכל קושי תפקודי זה או אחר.

אביא להלן ציטוטים אחדים מתוך ספרך המאירים ומעוררים את הדיון בעניינה של הפסיכולוגיה העכשווית:

כך, למשל, בסיפורך "להיצמד לעובדות או: מסה על אודות הרצון החופשי" מאשים גיבור הסיפור את הפסיכולוגית בטשטוש הרצון החופשי והבחירה האישית על-ידי חקר אובססיבי של מניעים ועל-ידי החלפת המושג "לא רוצה" ב"לא יכול" או כדבריו: "בדרך מעודנת, לכאורה, זו המכונה 'אמפאטיה', הדרך שבה עושים את המעשה הנורא הזה הפסיכולוגים שבגללם נעשה העולם מבולבל. את אומרת לי 'אולי הוא רוצה אבל הוא לא יכול...' ומפילה אותנו לתוך מלכודת סלחנית, נדיבת לב."

מול הקושי והמורכבות של הזוגיות ה"נכונה" ניצבת לאורך מרבית סיפוריך הבחירה ב"לבד", והלבד שאותו את מציגה אינו מקבילה של בדידות, אלא נושא בתוכו פעמים רבות דווקא תחושה של מלאות והסתפקות ב"יש". האומנם ה"לבד", היות האדם עם עצמו, הינו אלטרנטיבה קיומית לזוגיות, על-פי תפיסת עולמך?

אדם הכותב ספר פרזזה אינו ממליץ לאחרים כיצד לחיות, ואם יעשה כן יחטא ביהירות ובסכלות. הלבד שאני מציגה הוא כמו היחוד – לעתים בודד מאוד, לעתים מלא ושמוח. על כל פנים, היות לבד הוא עניין המרתיע רבים, אלא שהתבוננות שקטה ופילוסופית בחיים, אותה יעשה האדם לבדו, כפי שאמרו רבים מן ההוגים, אינה בהכרח קיום חסר משמעות.

מוטיב החיפוש אחר "בית" מופיע ברבים מסיפוריך – כביכול בית קונקרטי למגורים על כל ההיבטים הפרגמאטיים-פרקטיים של מחיר, מיקום, נוף, הרכב אוכלוסיית השכנים, קרבה או מרחק למקום העבודה ועוד כיו"ב – אך בעצם "בית" במובן מטפורי מאוד הנוגע במשמעות החיים וסגנונם, בנוף התרבותי והאסתטי, בחוויית השייכות או ההתרחקות ובהיבטים סימבוליים חשובים נוספים. אשמח אם תוכלי להרחיב עבורנו בנושא זה.

כן, זה נכון, וזה נוגע לשאלות של שייכות ובדידות לא פחות מאשר המוטיבים האחרים בספר, ועל כן מתקשר לשאלה הקודמת שלך. הדיאלקטיקה של השייכות, המחירים שלה, האלמנט השקרי, או למצער האשלייתי שלה, מעסיק אותי. בית הוא מקום שבו אתה מרגיש פחות או יותר בנוח, לא כן? תחושה שהיא נדירה יחסית, לא כן? נוח באמת, אני מתכוונת.

אני תמחה האם הדרך שבה מצטיירים לי בספרך ההבדלים המגדריים בין נשים לגברים היא בגדר פרשנות סובייקטיבית שלי או שניתן אמנם לשזור לכל הדמויות הנשיות חוט מקשר המתאפיין בלא מעט צורכי שליטה וכוח, בהחלטיות, אסרטיביות, אותנטיות, אי ויתור על האני האמיתי ונכונות להתרסה גם במחיר של אבדנים ופרידות. זאת בעוד שהדמויות הגבריות מצטיירות כהרבה פחות נחושות ונחרצות, פחות מסובכות ומורכבות ואפילו יותר נוחות לאחר ונינוחות או שמא חלשות וחיוורות?

נשים יש להן איזה מאבק שהן עושות אותו עכשיו, שהוא חשוב. וירג'יניה וולף כתבה ספר [אפרופו שאלת הבית, השאלה הקודמת] ששמו "חדר משלך" לפני כמאה שנים בלבד. הספר הזה עוסק בשאלה האם האישה, שבספר בראשית נאמר עליה "ואל אישך תשוקתך", יכולה לכונן חדר משלה בתוך עצמה, בית משלה בתוך חייה. המאבק הזה



אנשים עוסקים, כך נדמה, ללא הרף, בפירוש מניעיהם ובהסברה מקיפה של רגשותיהם. הוא אומר זאת משום שהוא חש מותקף; 'היה לו אב נוקשה, לכן אינו יכול לשאת את השתלטנות של הבוס שלו'; 'היא מרגישה דחויה' – משפטים מסוג זה הם אבטיפוס של השיח בעולם הנחשב נאור. לא נותר אלא להוסיף לאותו מילון צדקני תואר חדש, המיועד לאדם הסולד מחיי הרגש המפותחים של הטיפוס העירוני המודרני. להלן: 'פסיכופוב' (ע"ע 200-201).

בעקבות קריאת הדברים הללו קשה שלא להיזכר בדין ודברים שהתקיים לא מזמן בתגובה לדבריה המאתגרים של הסוציולוגית הידועה ד"ר אווה אילוז אודות ההשפעות של הפסיכולוגיה על התרבות העכשווית. הפסיכולוגים הגיבו, לכל הדעות, במגננה התקפית במקום להתמודד עם השאלות המהותיות המרתקות שהעלתה החוקרת מתחום הסוציולוגיה שהוא נושק לפסיכולוגיה, אך שלא כמוה שם פחות דגש על הסובייקט ויותר על ההקשר החברתי, תרבותי ומעמדי שבו הוא מתקיים.

אמנם עמדתך שלך ככותבת וכפסיכולוגית נשאר חבויה, אבל אין ספק – את היא זאת ששמה את המילים בפיהם של הגיבורים והמילים הן חריפות, עוקצניות ומעוררות חשיבה. אשמח, לפיכך, לשמוע בהזדמנות זאת את עמדתך לגבי דבריה של ד"ר אילוז, בעיקר נוכח דבריו של גיבור סיפורך "שפת המגפה".

אכן, הסיפור הזה נכתב לאחר שקראתי אחד מספריה של אילוז "אינטימיות קרה". למען העניין שבדבר, הוא נכתב לפני צאת ספרה האחרון לאור, והוא נושא בתוכו מוטיבים המופיעים בספר החדש במישרין. כך שלאילו יש השפעה ישירה על כתיבתי, יחד עם סופר אחר שהוא פרזואיקן דגול שאף כתיבתו שלו אינה בדיוק פרזה – מישל וולבק. השפעה אחרת שישנה אצלי היא של ג'ורג' אליוט, שהרומנים הנפלאים שלה עוסקים בביקורת חברתית. מה שנכתב כאן בגנות הפסיכותרפיה נכתב בגנות המערכת השקרית שקמה סביבה, בגנות הקלות הבלתי נסבלת של העמדה הערכית שלה, בגנות היהירות הלא מודעת שלה. עמדתי הכללית היא שעליך להיות ביקורתי אפילו כלפי מה שהוא 'הבית' שלך, נאור וחסר אשליות אפילו כלפי ה'אמת' שלך, וספקני כלפי עצמך. פירושו של זה להיות אדם חושב, ולהיות פסיכולוג אין פירושו להפסיק לחשוב, אלא להיפך: כל העת להתבונן על עצמך בעיניים מנוכרות וספקניות.

נהנית מאוד מקריאת הספר. אהבתי את תיאור הדמויות וההתרחשויות המשלבות הומור וכאב בסיפורים הפיוטיים יותר ועקבתי בעניין אחרי הדברים שהופיעו בסיפורים המזכירים יותר מסות פילוסופיות. אחכה בסקרנות לספרייך הבאים.

רוב תודות, יש ספר בבישול.

או במקום אחר באותו סיפור אומר הגיבור: "מה שנדרש הוא להשתמש בשכל הישר, הטרם פסיכולוגי שאולי התנוון כבר אצל אנשים מעודנים כמוך..." ההאשמה של זניחת המציאות החיצונית לטובת הבנת העולם הפנימי של הסובייקט, מניעיו ורגשותיו מופיעה ביתר עצמה בסיפור שלפני האחרון שהוא בעצם מונולוג מתמשך של גיבור הסיפור – מעין מסה כביכול רגשית אך בעצם מאוד שכלתנית בגנות הפסיכולוגיה. זה מתחיל בכותרת הסיפור "שפת המגפה" (שהיא שפת הפסיכולוגיה), ממשיך בהצגת הפסיכולוגיה כזאת שיצרה "צו תרבותי" אולטימטיבי המחייב כמעט כל אחד מאתנו לתהליכים תיראפויטיים-אנליטיים מתמשכים בצורה שהיא כמעט "רודפנית" וכופה, ומסתיים בהדגשת ההתנשאות של האסכולה הפסיכואנליטית על כל הדיסציפלינות האחרות המציעות טיפולים קצרי מועד, קוגניטיביים והתנהגותיים או בוודאי על המאמנים למיניהם שצמחו כמו פטריות לאחר הגשם בשנים האחרונות. כמה ציטוטים מן המונולוג הנוקב כדי לסבר את אוזנם של הקוראים:

"הרגש העמוק היחיד שאני חש בימים אלה הוא מיאוס. מיאוס כלפי הערך התרבותי החדש, זה המתבטא באמצעות הטיותיו השונות של הפועל ר.ג.ש. הערך העליון של התרבות הוא רגישות, ורגישות קשורה, כך סבורים מרבית דוברי השפה, בהרגשת רגשות. לאוצר המילים הבסיסי של שפת המגפה יש להוסיף גם את השורש ע.מ.ק. השימוש בהטיית השורשים הללו, הן כפעלים והן כשמות-עצם, מבטיח לך כרטיס כניסה אל המעמדות הבינוני-ומעלה של התרבות הפוסט-מונותאיסטית בארצות המערב, כולל הארץ הקטנה שבה אנו חיים, המסמנת את גבולו המזרחי, המסוכסך תדיר, של העולם הנאור." (עמ' 193)

"הדבר הזה הפך למגפה. המגפה הזאת היא קטלנית. זה מה שאני רוצה לומר. איני יכול לקרוא עיתון, איני יכול לצפות בטלוויזיה. כאן ושם אני נאלץ לצפות ללא הרף בכתבות ובסדרות העוסקות בטיפול. אנשים, בדרך-כלל יפים, עוברים 'חשיפה'. הם מספרים על המשבר שעברו (דיכאון; התמכרות לסמים, לאלכוהול; משבר זהות), על הטיפול שסייע להם להבין מי הם באמת, ובעיקר על הספר החדש שכתבו בעקבות חוויות מכוונות אלה." (עמ' 192)

"אני אומר זאת כי העובדות מצביעות על כך שהפסיכולוגים זכו לכבוש מקום של כבוד בחברה הפוסט-מונותאיסטית, ובה בלבד. החברה הנקראת חילונית-מודרנית, ורואה עצמה נאורה, היא שהכתירה את האל החדש, זה המכונה הסובייקט, ואת הפסיכולוגים מינתה לכוהני הדת החדשה." (עמ' 195)

ובנימה סרקסטית משהו את שמה בפיו של הגיבור את המשפטים הבאים: "פסיכולוגיית המעמקים תרמה, איפוא, לעולם משהו שספק אם התכוונה לתרום: איזו אידאליזציה של הסנטימנט, יחס שכולו הדרת כבוד כלפי מה שמכונה 'הצרכים הרגשיים' של הסובייקט.



חובות תשלום של מטופלים למטפליהם שיח משפטי ושיח טיפולי

נבהיר: למטפל שמורה הזכות לגבות חוב ממטופליו תוך פנייה לערכאות משפטיות. הדבר מחייב לחשוף את זהות המטופל אך האיסור בדבר חשיפת תוכני הטיפול עומד בעינו. המלצה זו של היועץ עולה בקנה אחד עם כללי קוד האתיקה (ראו קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל – 2004, פרק 4, 4.4.4).

הדיון בוועדת האתיקה הורחב למשמעות השיח הטיפולי הנוגע לחוב וזאת נוסף על השיח המשפטי. סברנו שצבירת חוב על-ידי מטופלים היא סוגיה הנתונה לאחריות המטפל כחלק מאחריותו לדאוג שהחזרה הטיפול יישמר לאורך כל הטיפול. ואכן בקוד האתיקה בפרק הבניית הקשר המקצועי יוחד סעיף לסוגיית ההסדרים הכספיים. מסעיף זה עולה בבירור שסוגיית התשלום היא חלק מהחזרה ומבוארת כאחריות המטפל: "כשמתעוררים אילוצים כספיים העלולים להשפיע על המשך ביצוע ההתערבות הפסיכולוגית, על הפסיכולוג לדון על כך עם הלקוח בהקדם האפשרי, וכמו-כן עליו לדון עם הלקוח על פתרונות אפשריים לבעיה." (שם פרק 4, 4.4.4).

לכן, לצד חוות הדעת המשפטית הוספנו את השגותינו לפסיכולוגים הפונים בלשון זו: "סביר שבינך לבין מטופליך ידוע מתוך החזרה מה גובה התשלום ומה הם המועדים לפירעון. כשמטופל אינו משלם לאורך זמן ייתכן שלא הייתה הקפדה על גביית התשלום. גבייה זו היא כאמור באחריותך וכמובן שעל המטופל להיענות לכך. אם לאורך זמן לא נענה עומדת בפניך האפשרות להפסיק את הטיפול. זאת גם מתוך התפיסה שטיפול שלא נערך על-פי החזרה אינו יכול להיות הטיפול המיטבי." כמו כן הוספנו: "שמן הראוי לא להגיע למצבים בהם נדרש לעבור משיח טיפולי לשיח משפטי. אנו מאמינות שאם הייתה מוקפדת הגבייה כחלק מהחזרה הרי שהיה ניתן להימנע מכך".

לסיכום: ועדת האתיקה סבורה שמטפלים רשאים לגבות חובות מטופליהם. אך מעל הכול עליהם לעשות הכול על-מנת שלא יצטברו חובות כאלה. כמוזכר, צבירת החוב היא חריגה מהחזרה מהטיפול ויש לתעדה ברשומה הפסיכולוגית. תיעוד זה יסייע אם יתעורר צורך בגביית החוב, ולחלופין יאפשר להפסיק את הטיפול באופן מנומק בשל אי-היענות המטופל לחזרה. מובן שהתיעוד הזה הוא גם חלק מחובת הרשומה הפסיכולוגית החקוקה בחוק ובכללי האתיקה.

**ד"ר רבקה רייכר-עתיור יו"ר הוועדה
חנה האושנר-פורת
יונת בורנשטיין בר-יוסף
נאוה גרינפילד
נוגה קופלביץ**

לאחרונה הונחו על שולחנה של ועדת האתיקה כמה פניות של פסיכולוגים בעניין צבירת חובות של מטופלים. חלק מהפניות הגיעו גם ליועץ המשפטי של הפ"י. הפסיכולוגים ביקשו לדעת אם נכון יהיה לפנות לערכאות משפטיות כדי לגבות חוב המטופל למטפל. בחלק מהפניות מדובר בתשלום עבור המטופל באמצעות גורם שלישי – בדרך כלל הוריו, חלקן על-ידי המטופל עצמו. הפניות מדברות על סכומים נכבדים, לעתים אלפי שקלים וניכר שדאגת המטפלים, פרט לרצון לגבות את החוב, התמקדה בשאלת הסודיות והחיסיון.

רוב הפסיכולוגים הפונים אלינו מודעים לכך שסוגיית הסודיות וסוגיית התשלום הן חלק מהחזרה הטיפול וטוענים שאי-עמידה בתשלומים היא הפרה של החזרה מצד המטופל. היועץ המשפטי שהשיב על פנייה בנושא חוב מטופל לפסיכולוג, השיב, שחלה על המטופל חובה לפרוע חוב כפי שהוסכם עמו מלכתחילה. היועץ מבהיר כי החיסיון חל על תוכני הטיפול ועל התהליך הטיפולי אך אינו מהווה מכשלה בנוגע לתביעת חוב. כמו-כן עולה מדברי היועץ שלתיעוד בכתב של ההסדרים הכספיים חשיבות הקשורה לדרכי הוכחה ותביעת החוב בהליך משפטי בסדר דין מקוצר.



תמונת אילוסטראציה:

<http://www.shutterstock.com>



עדכונים במיסוי ובדיני עבודה לשנת המס 2013

2. רישום שעות עבודה ע"י המעביד

החוק מחייב את המעביד לנהל רישום באופן שוטף של שעות העבודה של עובדיו. בפס"ד שניתן ב- 20.6.2012 הורשע בעל פיצויה מאשקלון בפלילים, על כך שעבר על החוק ולא ניהל רישום של שעות העבודה.

אנו חוזרים ומדגישים כי בהתאם לחוק, במקרה של חילוקי דעות עם העובד בדבר שעות עבודתו וזכאותו לגמול שעות נוספות, חובת ההוכחה חלה על המעביד. המעביד יוכל להסתמך רק על רישום שעות העבודה כפי שהתבצע על ידו.

3. ביטוח פנסיוני

כזכור החל מ- 1.1.2008 חובה לבטח את כל העובדים בביטוח פנסיוני באמצעות חברת ביטוח או קרן פנסיה.

אחוז ההפרשה גדל בכל שנה ומה- 1.1.2013 הינו בשיעור של 15% מהשכר, מתוך זה 5% על חשבון העובד.

ב- 28.7.2011 ניתן פס"ד ע"י בית הדין האזורי לעבודה. באותו המקרה לא העבירה המעבידה תשלומים לקרן הפנסיה. לאחר זמן לא רב חלה העובד בסרטן ונפטר. בית הדין קבע כי אילו הייתה המעבידה מעבירה את דמי הגמלאות לקרן הפנסיה הוא היה מבוטח. מאחר שהיא לא העבירה את התשלומים היא מחויבת לשלם לירשיו סכום מהוון של כל סכומי פנסיות הנכות והשארים שהיו צריכים לקבל מקרן הפנסיה!

במסגרת החוק לצמצום הגירעון ולשינוי נטל המס, הועלו משנת 2013 המיסים על הכנסתנו החייבת, כך ששכר הנטו שנקבל החל מחודש ינואר 2013 יהיה נמוך בהשוואה לשכר השנה הקודמת.

עדכונים במיסים:

1. העלאת המס על הכנסה חייבת של יחידים – החל משנת המס 2013 ישונו סכומי מדרגות המס (החל מהמדרגה השלישית) וכן יגדלו שיעורי המס השולי ליחידים בשיעור של 1%.
העלאת מס ההכנסה ליחיד נוגעת רק למי שהכנסתו עולה על 14,000 ש"ח.
כמו כן הוטל מס מיוחד בשיעור 2% נוספים על בעלי הכנסות גבוהות – כך שבעלי הכנסות שמעל 800 אלף ש"ח בשנה ישלמו שיעורי מס שולי של 50%.

2. במסגרת התיקון לחוק הביטוח הלאומי הועלה שיעור דמי הביטוח הלאומי על חלק ההכנסה העולה על 60% מהשכר הממוצע (8,935 ₪ לחודש). העלאה תבוצע באופן הדרגתי בין השנים 2013-2015.

חידושים בדיני עבודה שהתפרסמו לאחרונה:

1. העלאת שכר המינימום

שכר המינימום במשק הועלה החל מ- 1 באוקטובר 2012 ל-4,300 ש"ח (ברוטו) לחודש שהם 23.12 ש"ח (ברוטו) לשעת עבודה.



הכלים

פ. סטאטס וב. מייקלס / הוצ' מטר, 2012

ה"כלים" הם כוחות נפש, שיש להפעילם לשם פתרון-בעיות, ויצירת שינוי חיובי בחיינו. אלה הן יכולות, אשר מתבססות על "כוחות גבוהים" שאותם אנו מסוגלים, או לומדים, להפעיל. כל יכולת מבוססת על "כוח גבוה" ייחודי. בסיס כל הכוחות הוא האמונה. בסך הכל יש חמישה כוחות: כלי ראשון: היפוך הרצון, הכוח הגבוה: תנועה קדימה. כלי שני: אהבה פעילה. הכוח הגבוה: זרימה. כלי שלישי: סמכות פנימית. הכוח הגבוה: כוח הביטוי העצמי. כלי רביעי: זרימת הודיה. הכוח הגבוה: הכרת תודה. כלי חמישי: סכנה. הכוח הגבוה: כוח רצון. לכל כלי פרוטוקולים המלמדים את הקניית השימוש בכלי, לפי קווים הדומים מאד לעקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, תוך שימוש בדמיון-מודרך, שינוי מחשבות, התמקדות ברגש. מעל, או בבסיס כל זה – אמונה בכוחות הטמונים בנפשנו ובצורך וביכולת להפעילם כדי ליצור את השינוי. הספר כתוב בבהירות ובהבניה, לשם תרגול להמונים. שני הכותבים הם מטפלים ותיקים: ד"ר סטאטס הוא פסיכיאטר, מייקלס הוא עו"ס ופסיכותרפיסט. הספר מוגדר כרב-מכר שתורגם ל-35 שפות. התרשמותי: מוזר, בעיקר השילוב או הניגוד, בין הבסיס הרוחני לטכניקה, אך אולי לא. בימינו, הרי הכול אפשרי.



אופקים חדשים, טיפול בתסמונת פוסט-טראומטית בעזרת עיבוד קוגניטיבי. פרוטוקול מורחב לטיפול בתסמונת פוסט-טראומטית

פ. ריסיק וד. דרבי / דפוס הגליל, 2012

ידידנו ד"ר דני דרבי חבר לפרופ' פטרישיה ריסיק, לשם פרסום ספר זה, המציג גישה מעמיקה ומפורטת לרקע התיאורטי של תסמונת PTSD ולטיפול בה. בספר מבוא תיאורטי המגדיר את התסמונת כמו-גם תופעות קו-מורבידיות שלה. כמו-כן, יש תיאור של הבסיס האמפירי לטיפול הקוגניטיבי, עקרונות הטיפול וארגונו. **חלק ב**, מפרט פגישה אחר פגישה את פרוטוקול הטיפול ותכניו, כולל שאלונים או יומנים הנדרשים לצורך כך. **חלק ג** מציג פרוטוקול לטיפול קבוצתי, גם הוא מפורט מאד. **חלק ד** עוסק בנוסח נוסף של הטיפול: CPT-C. **חלק ה** כולל ריכוז של הנספחים הנדרשים לטיפול, בהם החוזה הטיפולי, דפי הרישום של מטלות הבית, וכו'. אכן, ספר המרכז עבור המטפל את כל המידע הנדרש לטיפול ב-PTSD, בסגנון בהיר, מובנה ושימושי, ליישום מייד מול המטופל. מומלץ!





הבית והדרך, עיונים בדמיון הפסיכואנליטי איתמר לוי / הוצ' רסלינג, 2012

כמבקר אמנות נוסף על היותו פסיכואנליטיקאי, בחר איתמר לוי להתבונן בספר זה בפן החזותי של חיי הנפש: באמצעות הדמיון, מראות החלום, הדימויים המשמשים את האנליטיקנים והציור. פן זה מוצנע תמיד, ואפילו נעלם מאתנו, בעיסוקנו בדרך-כלל בעולם השפה והדיבור. לוי משתמש בחומרים שונים, שאובים מכתבי פסיכואנליטיקאים רבים ומכובדים, כפרויד, פרנצי, באלנט ואחרים, תוך התמקדות בתיאורים חזותיים שהם מביאים, לרוב כדרך אגב, של חלומות, סיפורי-מקרה, או תיאורי מקומות. הוא מראה, שהתייחסות מדוקדקת לתיאור החזותי-ממשי, עשויה להאיר את התוכן, הפשר המבוקש כל-כך במחזורינו, באור אחר ולתת לו משמעות שונה. הספר מלווה בתמונות, בציורים ובקריקטורות רלוונטיות, להמחשת טיעונו של לוי, בצורה מעניינת ומשכנעת. נהנית.



פסיכותרפיה ויהדות ש. הופמן ול. רוסמן (עורכים) / הוצ' Golden sky, 2012

על רקע העיסוק המתגבר בנושא "הרגישות התרבותית" וחשיבותו בטיפול הנפשי, עניינו של ספר זה בטיפול במגזר הדתי כפלח אוכלוסייה אשר הטיפול בו מציג אתגרים מיוחדים למטפל, שאלות ובעיות, המחייבות התייחסות ומענים ייחודיים. הספר מתאר מקרים הממחישים ייחודיות זו: הבנת אופי החיים בקהילה חרדית ובמשפחה חרדית, קוד ההתנהגות המצופה, כמו איסור ההתייחסות של גבר ואישה, אם מין המטפל שונה ממין המטופל, טיפול בנושאים הסותרים את המצוות (כגון: ניתוח אשמת ההורים, מול מצוות "כבד את אביך ואת אמך", מהות הטיפול בהומו-סקסואליות מול האיסור ההלכתי), הצורך בשיתוף פעולה עם הרבנים, שהם ברי-הסמך בקהילה, ועוד. ספר קטן, הפותח צוהר לעולם גדול, מורכב ומרתק. מעניין!



Case studies of unorthodox therapy of orthodox patients

S Hoffman & B. Feldman (Eds) / Golden sky, 2012

לפנינו מקבץ תיאורי מקרים בגרסה אנגלית של טיפול באוכלוסייה חרדית, המציגים גם הם, בדומה לספר שנסקר לעיל, את הייחודיות שבתהליך הטיפולי באוכלוסייה זו. למטפלים בחוגים אלה, שני הספרים מאפשרים הבנה טובה יותר של התכונות, הידע, ודרכי ההתנהלות הנדרשות מן המטפל, כדי להביא את הטיפול לסיום מוצלח.

ועוד קצת על הספר, מאת: חווה בן שלום, פסיכולוגית קלינית מתמחה M.A. הספר הוא אסופת מאמרים המתארים התערבויות מותאמות ומקוריות במטופלים דתיים וחרדיים הסובלים ממגוון הפרעות. המטרה המרכזית של פרסום הספר היא "לסלול את הדרך אצל רבנים חרדים, ראשי סמינרים ופוסקים, להערכה רבה יותר כלפי הטיפול הפסיכולוגי ויתרונותיו עבור אנשים הסובלים מהפרעות ומקשיים רגשיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים". נוסף על אוכלוסיית היעד, גם פסיכותרפיסטים, דתיים וחילונים, הבאים מדיסציפלינות ומאוריינטציות שונות יפיקו תועלת מקריאת ספר זה כיוון שהוא מעודד את הקורא לחשיבה מקורית ופורצת גבולות המקדמת את יעדי הטיפול.



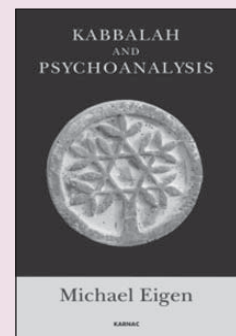
Kabbalah and Psychoanalysis

Michael Eigen / Karnac, 2012

אייגן יוצא מתוך עניינו של ווילפרד ביון בקבלה, כדי להרחיב את היריעה והעיון בדמיון שבין שני עולמות אלה. אייגן מצהיר במבוא, כי איננו חסיד של הקבלה, אך הוא נשבה, בעקבות ביון, בדמיון המפתיע שקיים בין מושגים מסוימים, הן בקבלה, כתורה מיסטית, והן בפסיכואנליזה, אשר כולנו היינו רוצים לראותה, ולהגדירה כתורת-נפש, ואולי אף מדע.

כך, בוחן אייגן מושגים למשל: "אין-סוף" מושג שבקבלה מציין את האלוהות, מול האדם-הפרט, אל מול תפיסת הרוחב של המטפל היושב מול המטופל, ונדרש "לפנות לו מקום כדי להכילו". מושג נוסף שהוא בוחן הוא מודל "עשר הספירות", שבקבלה מסמלות את כוחות הנפש, לעומת תפיסת הפסיכואנליזה את מבנה נפש האדם. אייגן מצביע על אלמנטים בתורת החסידות, במיוחד גישתו של ר' נחמן, הנראית כמהדהדת לעתים ברעיונות מקובלים בפסיכואנליזה: הסבל האנושי, אי-ידיעה וספקות, הקונפליקט האנושי המתמיד, ועוד.

ספר מעורר מחשבה, מסקרן. כמעט שאמרת: מפתה להעמקה בתורת החסידות כמקור לא-אכזב ולא נופל בחשיבותו ללימוד הפסיכולוגיה.



Wisdom and compassion in Psychotherapy

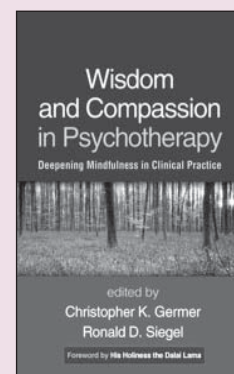
C.K. Germer & R.D. Siegel / The Guilford press

ברוח הגישה הבודהיסטית, בדגש על Mindfulness, מתמקדים המחברים בשני מושגים חשובים: תבונה וחמלה.

בספר חמישה חלקים, הסוקרים את חשיבות שני המושגים האלה בטיפול, "כשתי כנפיים", כהצגתם, שעליהן צריך הטיפול להתבסס. בהמשך, נדונה המשמעות של כל אחד מהמושגים, הן החמלה והן התבונה, שאינם חד-משמעיים. נסקרת התרומה הקלינית של כל מושג לתהליך הטיפולי ולבסוף – חשיבות הטיפול של תבונה וחמלה בהקשרים שמחוץ לחדר-הטיפול: בהורות, בגישה לחיים, באמונות ודעות.

הספר נפתח במבוא של הדלאי למה, המציג את הרקע הרוחני של הגישה הבודהיסטית, שהיא המקור למושגים אלה. כמו-כן, הוא כולל תיאור תרגולים רבים לפיתוח מיינדפולנס, כדרך לביסוס התבונה והחמלה. שפע של מקורות משלים את הספר.

גם ספר זה, כמו קודמיו שנסקרו פה, הוא מיוחד, מרתק, מעורר למחשבה "מחוץ לקופסה".





מורה נבוכים מהי הדרכת הורים ובאילו מקרים היא אינה מספקת?



http://image.shutterstock.com/display_pic_with_logo/559519/125564084/stock-photo-happy-family-is-playing-together-in-a-green-meadow-125564084.jpg

'הדרכת הורים' נעשתה פופולארית ומבוקשת מאוד בישראל בעשורים האחרונים. פסיכולוגים ומנחי הורים מציעים להשתמש בה, וגם הרבה אנשי-מקצוע המטפלים בילדים ממליצים להורים לקבל הדרכה כזו. רק לעתים רחוקות קיבלתי דוחות מאנשי-מקצוע מתחום הרפואה, העבודה הסוציאלית והפארא-רפואית שבהם המליצו על טיפול משפחתי או על טיפול פסיכולוגי להורים. בדרך כלל ממליצים על טיפול בילד ולצדו הדרכת הורים.

בהדרכת הורים משתתפים המטפל וההורים – לעתים רק הורה אחד. פעמים רבות מקבלים ההורים הנחיה, בלא שאיש המקצוע יכיר את הילדים שבהם מדובר. לעתים יש הפרדה גמורה – הילד מקבל מטפל אחד, ההורים מטפל אחר. בפועל, במיוחד בארץ, זהו סטינג טיפולי מעורפל עד כדי כך, שגם השאלה עד כמה הסטינג עצמו הוא טיפולי, רלוונטית כאן.

המונח התואם באנגלית להדרכת הורים הוא- Parental guidance או Psychological education כלומר, ייעוץ והכוונה להורים. אפשר לומר בהכללה, שהמשותף מבחינה תיאורטית לכל הדרכות ההורים, הוא הקניית ידע והנחיות התנהגות להורים. בארץ, הסטינג הזה, אינו ברור מבחינת מהות המטרות, גבולות ההתערבות, המטופלים והחווה הטיפולי. שימוש מוטעה בסטינג הזה עלול לקצר, או אפילו לפסוח על תהליכים טיפוליים, ובנוסף גם לחזק את השיח הבעייתי הרווח כיום, שמתוכו משתמע שהאחריות הבלעדית על הילדים מוטלת על ההורים.

יש הורים שמבקשים לעתים עזרה אך אינם מעוניינים בטיפול, או אינם רוצים להיות המטופלים, אלא הילד אמור להיות המטופל, הורים כאלה פונים לבקש הדרכת הורים. לעתים משמשת הדרכת ההורים דלת אחורית של המטפלים לתת טיפול להורים אף שלא הוסכם על כך ואין להם חוזה טיפולי. לעתים מבקשים ההורים לקצר תהליך טיפולי כדי להגיע להמלצות טכניות ברורות של התנהגות, או רצון של המטפל להציע מסלול של טיפול מהיר והמלצות בנוסח "עשה ואל תעשה".

למרות רוחב השימוש בסטינג הזה, קיימת מעט מאוד ספרות מחקרית הדנה בו ברמה התיאורטית. מאחר שמהות ההדרכה תלויה במשתנים רבים שאינם נכללים בטיפול רגיל, ובהם אישיותו וגישתו של המטפל, הסטינג, ההסכמה בין הצדדים וכו'. לכן יש לברר את מטרות הסטינג, מגבלותיו, למי הוא מתאים, למי אינו מתאים.

הדרכת הורים – סקירה תיאורטית:

ההיסטוריה של המחקר המונח בבסיס תחום הדרכת ההורים נמשכת והולכת עוד לפני ההתחלה הממוסדת של מדע הפסיכולוגיה. למן תחילת העיסוק המקצועי של אנשי רוח ופסיכולוגים בהורות, הצטבר גוף ידע גדול מאוד על הורות, גידול ילדים, משפחה. בראשית חקירה זו, תיארו חוקרים מתחומי הביולוגיה, החינוך והפילוסופיה תצפיות על תינוקותיהם. הידועים מביניהם היו דארווין בסוף המאה ה-19 (1877) ופיאז'ה במחצית המאה הקודמת (1952). התצפיות האלה עוררו ועודדו מחקרים שבדקו כיצד ניתן להדריך וללוות את התפתחות הילד. מחקרים אלה ענו על הצורך של הורים בידע על התפתחות הילד כדי להתמודד עם קשיי היום-יום בגידול ילדים. מה אפשר לצפות מילדיהם בגיל מסוים? אילו פתרונות אפשר להציע למצבי משבר שונים? איך מתמודדים עם קשיים בגידול הילדים? ספרי ההדרכה השונים להורות של ימינו, החל מספרו הקלאסי של ד"ר ספוק וכלה בספרים הצצים חדשות לבקרים, הם ביטוי לצורך של הורים מחד גיסא ולידע המצטבר מאידך גיסא. נושא למחקר מעניין בפני עצמו הוא סקירת ספרות הדרכת ההורים העכשווית ובחינה כיצד ספרות זו מעצימה את חרדות ההורים, כדי לעודד אותם לצרוך יותר מידע וכך כמובן לרכוש ספרים נוספים בתחום ההורות. כך למשל, הספרות על גיל ההתבגרות מציירת תמונה כאילו כל המתבגרים מורדים, מסתכנים וכו', זאת ועוד, אם הילד לא מורד, כנראה משהו פגום במבנה האישיות שלו. בשנות השישים של המאה העשרים, תיארו תיאורטיקנים כמו פרויד, אריקסון, אינסורט ובולבי קווי המשך מינקות לבגרות ובתוך כך תיארו גם את הסביבה ההורית שבה מתרחשת ההתפתחות. Baumreid (1967) ו-Schaefer (1965) החלו בשנות השישים במחקר אמפירי שהתמקד במכוון בהורים הם בחנו סגנונות שונים של הורות. המהדורה הראשונה של ה- Handbook of parenting בעריכת Mark Borenstein (1995) שכוללת ארבעה כרכים אודות הורות, מאגדת את העושר של הידע שהצטבר ואת החשיבה המוסדרת על הורות כפי שנתפסה עד אז. האנציקלופדיה השימושית הזו מתבססת על ידע שצברו תיאורטיקנים שחקרו את המערכת של המשפחה כמו התיאוריה של Minuchin (1974), התיאוריות הפסיכואנליטיות מבית מדרשו של פרויד וממשיכיו לזרמיהם השונים, ותיאוריות אקולוגיות על התפתחות האדם כמו זו של Bronfenbrenner (1986). גישות אלו מוצגות שם,

תוך התמקדות בהתנהגויות הוריות, אמונות, ציפיות, גורמים המשפיעים על הורות כמו תרבות וסביבה, תעסוקה, מעמד חברתי, קשיי הורים הנובעים מקשיים בנישואין, מחלות ועוד. המהדורה השנייה מרחיבה בנוגע לסוגי משפחות חדשות שהולכות ונוצרות לקראת האלף השלישי.

התיאוריה של הדרכת הורים

אמנם הספרות שמתמקדת ברציונל ובתיאוריה של הדרכת הורים היא מועטה אך אפשר למצוא בכל זאת כמה אזכורים לנושא זה. אתחיל דווקא בוויניקוט שעסק בעיקר בטיפול פסיכואנליטי ארוך ומעמיק. וויניקוט, הגיש כ- 50 תוכניות רדיו להורים בין השנים 1939 ל- 1962. בספר שפרסם בעקבות תוכניות אלה, הוא דן בצורך של הורים לקבל ידע התפתחותי והורי. וויניקוט סבר שאם מדברים עם הורים על הורות, על סוגיות בגידול ילדים, ומקנים להם ידע הורי הם יהיו מפוחדים פחות ובטוחים יותר בתפקידם, ביטחון זה יביא אותם לחפש עוד מידע, עם זאת הוא חשב שהמערך הזה מציב כמה אתגרים:

Any kind of telling people what to do, is to be deplored. It is an insult to indoctrinate people, even for their own good, unless they have the chance by being present to react, to express disapproval, and to contribute (עמ' 2)

הסטינג הזה מתואר בספרות כמרחב שבו יכולים ההורים לעסוק בסוגיות המציאות (מאירס, 2007). ההתערבות ממוקדת ונעשית לרוב תוך התייחסויות התפתחותיות ופסיכולוגיות. המרחב מתאים להורים הזקוקים להיוועצות, לידע התפתחותי, למחשבות על דפוסי הורותם, לדיון ביצירת מסגרת הורית בבית. מסגרת כזו יכולה להתקיים באופן פרטני או קבוצתי. רינה כהן (לשעבר ראש אגף חינוך מבוגרים, המחלקה להורים משפחה וקהילה, משרד החינוך) פיתחה בארץ את תחום הכשרת מנחי הורים. היא מציעה לכלול בהדרכת הורים:

א. הזדמנות להתבוננות פנימית ולבחינה עצמית בתחומי: הרגשות, האמונות, העמדות ותפיסות העולם, המחשבות וההתנהגויות בתפקידים משפחתיים ברמה אישית, משפחתית, קהילתית.



שאמורות להביא את התוצאה הרצויה להורה, בהתנהגות הילד. נשאלת אם כן השאלה האם יש מקום לידע ההורי? לייחודיות של ההורה, לערכיו, לשאיפותיו, לשפתו? ומה מקומה של כל משפחה ספציפית? האם הוא חשוב? האם צריך להשמיע את הקול הפרטי של כל אחד מאנשי המשפחה או שמספיק להנגיש את הידע באופן חד-כיווני? האם ההורה פסיבי בתהליך? השם שנבחר לשיטה זו – "הדרכה" מרמז מראש להנחת עבודה שלפיה המטפל הוא המומחה שיודע מה צריך הילד ומה על ההורים לעשות. לכן הדרכת הורים בלבד אינה יכולה להיות מספיקה ומתאימה, אם נדרש תהליך של שינוי במקרה הפרטי של המשפחה. האם חקרו את תחושות המסוגלות של ההורה כתוצאה מהדרכת הורים מתמשכת? האם גישה זו מגבירה או מקטינה את תחושת הסוכנות האישית של ההורים? לעתים רבות בהדרכות הורים עלול להיווצר מצב מתסכל הנובע מאי הבנות בין המטפל וההורה. הדרכת הורים אמורה לכוון את ההורה לעשות את הדבר הנכון ולעודד את הפעולה, אולם פעמים היא מחטיאה את הפער שהורים חווים בין מה שידוע להם כנכון, קרי הרצוי, לבין המתרחש בפועל, קרי המצוי (אורן, 2011). במקרים שבהם הדרכת ההורים מתקיימת ללא כל היכרות עם הילד עולה השאלה מה המשמעות של אילמות הילד? האם אנו כמטפלים סבורים שהילד כחלש מתווקף מעמדו הוא חלש גם כאדם בזכות עצמו? האם שקיפות ביחסים היא ערך בפני עצמו עבורנו? איזה מסר אנו מעבירים להורים כך? אחת ההשפעות של החוסר בקולו של הילד היא שהשיחות הופכות לטיפול בהורים או באחד מהם, בין אם החוזה עם ההורים משתנה באופן מוסכם ופתוח, בין אם לאו.

כמה מחשבות על ידע ואמיתות בנוגע לגידול ילדים:

התפיסה המשפחתית הנרטיבית רואה באדם מושפע ומשפיע על המערכת המשפחתית שבתוכה הוא נמצא. החברה הסובבת משקיפה על המשפחה וצופה בה. ההבניה החברתית מתרחשת בתוך המשפחה וביחס לתצפית של החברה על המשפחה. ההורים אינם רק משפיעים ומעצבים את הילדים, גם הילדים מעצבים ומשפיעים על הוריהם. בהדרכת ההורים עם הראיה המשפחתית התיאורית שמנחה אינה ליניארית, אלא קיברנטית שניונית. (דאלוס ודרייפר, 2004)

הגישה המשפחתית רואה באדם חלק ממערכת, תכונותיו האישיות משפיעות על מאפייני המערכת והמערכת משפיעה על תכונותיו האישיות. התפיסה המשפחתית הייתה ועודנה מנוגדת לתפיסה הפסיכולוגית הקלאסית הדטרמיניסטית והליניארית הסבורה שלאדם מערכת סגורה ומוגדרת של תכונות וקווי אופי.

הרעיונות הנרטיביים הפוסט-מודרניים שפירקו את המושגים של זהות ואישיות כקבועים, בלתי משתנים או אחידים, מניחים שאין גם זהות אחת. שהאדם הוא

ב. גישות וזמינות לרכישת ידע בנושאי משפחה, ושכלול מיומנויות-תפקודיות במשפחה.

ג. אפשרות לבדיקה ובחינה של תוצאות משפחתיות-חינוכיות ביחס למטרות משפחתיות ואפשרות לבחירת אלטרנטיבות.

ד. מסגרות ואמצעים לפיתוח שיח לימודי, אישי, משפחתי, קבוצתי, קהילתי ובין-מערכתי, בנושאי משפחה, הורות, חינוך, ערכים ותרבות והזיקות שביניהם.

הדרכת הורים שמתקיימת במסגרת של טיפול בילד נושאת אופי שונה. כאן היא נתפשת כהזדמנות למסור להורים ידע רלוונטי על צרכיו הייחודיים של הילד, (Aleksandrowicz & Osofsky & Danzger 1974 ; Aleksandrowicz 2011) ולתת להם תמיכה רגשית. המטרה של הדרכת ההורים, אם כחלק מטיפול בילד אם כמטרה בפני עצמה, היא, חיזוק ההורות בלמידה, בכלים, בניסיון ובידע התפתחותי. אלכסנדרוביץ' ואלכסנדרוביץ' מציינים כמה מטרות בהקשר של הדרכת הורים כאשר הילד מתמודד עם פגיעה התפתחותית: לבסס הערכה דיאגנוסטית של הקשיים של הילד והיכולות שלו, לעזור להורים לבנות שיטות טיפוליות או גישה הורית שתתאים לצרכים הייחודיים של הילד, לשפר תפקודים מאחרים או פגועים של הילד, לעזור להורים לקבל את הייחודיות של ילדם.

מתי הדרכת הורים אינה מספקת?

הדרכת הורים שגולשת מעבר להנחיות האלה, ללא שינוי החוזה הטיפולי וללא היכרות עם הילד המדובר, עלולה להזיק. הדרכת הורים שמבקשת ליצור תהליכי שינוי ממדרגה שנייה, יוצאת מגבולותיה, אינה מעשה אחראי ואינה מעשה שקוף מבחינה אתית. אם לא לוקחים בחשבון בתהליך ההדרכה את המקרה הייחודי של המשפחה, עלול להיגרם נזק. הדרכת הורים מתמשכת, כפי שקורה פעמים רבות בהדרכות הורים שניתנות במקביל לטיפול בילד, הופכת בפועל לטיפול בהורים (אורן, 2011). מכיוון שהדרכת הורים מוגבלת מאוד בחוזה ההתערבותי שלה ומכיוון שהיא דרקטיבית במהותה, כאשר היא ניתנת באופן מתמשך, כמו למשל באופן רציף לאורך הטיפול של הילד, עלולות לצוץ שאלות בנוגע למטרות הטיפוליות ולחוזה הטיפולי. כך למשל, מי בוחר את המטרות הטיפוליות? המטפל או ההורים? האם המטרות שנבחרו מותרות מקום והזדמנות לדיאלוג, לבחירה, לתצפית משותפת או להמשך דיון? אנו המטפלים עלולים למצוא את עצמנו בסופו של דבר, בניגוד לתכנון הראשוני, מחזקים סטריאוטיפים שלא נבדקו די הצורך, סטריאוטיפים שתומכים בנרטיב ומחזקים את הפתולוגיה (Freeman, Epston, Labovits. 1997).

הדרכת הורים היא חד-כיוונית בהגדרתה – יש ידע "נכון", "מדעי" ו"אובייקטיבי", שממנו נגזרות הכוונות מדויקות

במהלך הטיפול המשפחתי ההורים מתקשים לעתים להפריד את הילד מן הבעיה וזו מסתירה מהם היבטים אחרים של הילד. לכן עולה צורך לשוחח עמם בנפרד על-מנת לעזור להם להבחין ולהפריד בין השניים. לעתים מקשים חרדה רבה או כעס עז על ההתמודדות, גם עם הרגשות הללו יש ללמוד כיצד להתמודד בנפרד מהילד שהוא מושא הטיפול.

סיכום

אני סבורה שלהדרכת הורים מקום חשוב בתיווך הידע של התפתחות הילד להורים, למען הורותם, אך זו צריכה להישאר תחומה ומוגדרת. מומלץ תמיד לחזור לחוזה הטיפול ולבדוק אם יש מקום לשנותו, על רקע הציפיות של ההורים מהמפגשים. לדעתי אין קיצורי דרך בטיפול בילדים. כל טיפול בילד צריך לכלול היכרות מעמיקה עם הילד, והיכרות של הילד עם ההורים, כדי שאפשר יהיה לראות את ההדדיות בין ההורים והילדים, לבסס אווירה של שיתוף פעולה ועבודת צוות של המטפל והמטופלים גם יחד. אין טוב ממראה עיניים, הכול שקוף וקולם של כל המעורבים נשמע.

רב-זהויות, במערכת מסוימת הזהות שלו יכולה להיות אחת ובמערכת אחרת נוספת, הזהות תשתנה בהתאם לתנאי המערכת.

אני סבורה שאנו, כאנשי-מקצוע צריכים להיות מודעים לחוסר הידע של עצמנו במקומות מסוימים. וכך כתב וויניקוט:

I would think that there is a very great deal to be done in this matter of thinking what people feel and think and do and building upon this foundation discussion or teaching which makes for a better understanding. In this way information can be passed on without there being an undermining of the self-confidence of the listener. The difficulty is for those who do the teaching in this way to know enough and to know when they themselves are ignorant (עמ 5)

עלינו לזכור כי ידע הוא דינמי וזמני, הנחשב לנכון היום, עשוי להיחשב מוטעה בעתיד הלא-רחוק. התאמות שמתגלות במחקרים קשורות לאופרציונליזציות שאנשי המחקר עושים, אלה ואלה קשורות לתרבות ולאפנה המחשבתית והמחקרית של רוח הזמן. זאת ועוד, לא פעם אנו נוטים לקבל את המילים התיאורטיות כביכול היו מושגים אובייקטיביים – "גבולות", "סמכות", "הורים מספיק טובים" ועוד, אך אלה הן רק דוגמאות למונחים מקצועיים שנעשו מילים מובנות מאלהן, חסרות פניות לכאורה. למעשה, אלה מבנים מנטאליים שמקפלים בתוכם משמעות שונה ונפרדת עבור כל אחד ואחת, לכן, כאשר אומרים להורים: "חשוב שתשימו לילד גבולות", כל הורה מפרש את הנאמר בצורה שונה. מכאן שגם בהדרכת הורים יש להקפיד ולהיצמד לשפתם של המטופלים, להבין אותה, ולעשות דקונסטרוקציה של המושגים שהוא משתמש בהם כדי להגיע להבנה ולהסכמה הדדית

מתי נבחר בשיחות שאינן הדרכתיות רק עם ההורים?

לעתים עולה הצורך, לקיים שיחות טיפוליות עם הורים, שיחות אלה אינן הדרכות הורים ואותן מנהל המטפל בהתאמה לגישתו הטיפולית. הצורך בשיחות נפרדות עם הורים יכול לצוץ במסגרת של טיפול משפחתי מסיבות כגון אלה: סיבות סובייקטיביות של המטופלים (בושה, חוסר אמון, כעס), סיבות שהמציאות מכתיבה, סיבות מקצועיות (יש גם שיחות שבהן על האדם לחשוב באופן עצמאי כיצד משפיעה הבעיה על זהותו וחיוו)

ביבליוגרפיה:

אורן ד. טיפול בהורות: הבחנה בין סוגי התערבויות טיפוליות עם הורים ומקומו הייחודי של טיפול דינאמי בהורות. **פסיכואקטואליה**, ינואר 2011,

דאלוס ר. ודרייפר ר. מבוא לטיפול משפחתי. **תיאוריה ושיטות עבודה מערכתיות**. הוצאת אח. 2004

כהן ר. (2007). **תפקיד ומקצוע הכשרה מקצועית בתחום הנחיית הורים ומשפחה**. משרד החינוך, האגף לחינוך מבוגרים. המחלקה להורים משפחה וקהילה

Marc h. borenstein ed (2002). **handbook of parenting. Vol.1 children and parenting**. Second edition Psychology press 2002

Alexsandrowicz D.R and Aleksandrowicz M.K. **The injured self. The psychopathology and psychotherapy of Developmental Deviations**. Karnac 2011

Jennifer Freeman, David Epston, Dean Lobovits (1997), **Playful Approaches to Serious Problems**. Norton Books Spock B. Parenting. Penguin Books 1988

Winnicott D.W. **Talking to Parents**. Merloyd Lawrence Book. 1993



ד"ר בני בנימין

הפסיכולוג הראשי של שירות התעסוקה לרגל פרישתו

שיחות צבאי

התגייסתי לטירונות מקוצרת מפאת גילי ב-1982, סיימתי שבוע לפני מבצע שלום הגליל, שכנראה התעכב עד שרפול וידא שאפשר לבנות עלי. טירונות וחודשיים בלבנון היוו תהליך סוציאליזציה אינטנסיבית ואפקטיבית. כאשר חזרתי משליחות בארה"ב כשליח עליה ב-1986, כבר לא יכולתי להצטרף לחברי לנשק, לכן ביקשתי להצטרף ליחידה מקצועית. שובצתי כפסיכולוג חטיבתי (במהלך מלחמת המפרץ) ואחר כך בממד"ה במדור מרכזי הערכה ומיון עד פרישתי, שם הרחבתי את היכרותי עם הברנג'ה של הקהילה הפסיכולוגית בארץ.

התחביבים שלי

- צילום דיגיטלי: הפקות אחרונות – ספר צילומים מקייטנת סבא וסבתא מהקיץ שעבר, והדפסת הגדלות על קנבס מטיול בגינות הנימפאות של הצייר מונה בג'יברני, ליד פריז מלפני שנה.
- ניגון בקלרינט – השתתפות בהרכב קבוע (לא קלאסי), והופעות סדורות בבתי-אבות ירושלמיים, דבר שגורם לשמחה מסחררת בקרב קהל המשתתפים. ניגוני כליזמר עדיין עושים לי את זה.
- התנדבויות במסגרת בית הכנסת השכונתי, ואני בודק חלופות נוספות עכשיו כשהתפנה לי זמן.

תיאור יום עבודה טיפוסי

מה שאפשר לי לעבוד 33 שנים במקום אחד הוא, שהיה הרבה גיוון בעבודה ורק מעט ימים "טיפוסיים". בין הפעילויות השכיחות שלי (כולן כמובן בשיתוף צוותי עבודה מוערכים): בקרה על דוחות סיכום ייעוץ של פסיכולוגים ומנחים פרילנסרים, תכנון סדנאות במחוז ירושלים, ועיון במשובים של מנחים ומשתתפים בסדנאות והפקת לקחים לעתיד; כינוס פורום פסיכולוגים מחוזיים לצורך ליבון מדיניות ודרכי פעולה בסוגיות מקצועיות שונות; הדרכת מתמחים באופן פרטני וקבוצתי; איתור ועיבוד חומרים מקצועיים מהספרות הבינלאומית והצעות להתאימם למציאות ולצרכים המקומיים. בזמן האחרון יש עיסוק רב יחסית בתפעול מערכות מיון כחלק מקידום עובדים וקליטת עובדים חדשים בשיירות התעסוקה.

רקע אישי

נולדתי בת"א ב-1948, גרנו בחיפה (רח' הרצליה 14) שלוש שנים, עד ש"ירדנו" לארה"ב, בימי הצנע. גדלתי בקנזס סיטי מיזורי, במערב התיכון בארה"ב. למה דווקא שם? כי לאמי הייתה אחות שגרה שם עם בעלה האופטומטריסט, שבמקרה היה לו רשיון לעסוק בתחומי דווקא במדינת מיזורי. חיו שם כ-18,000 יהודים. עיר נחמדה, אך לא הייתה לי תחושה שזה מקומי ושם אני אמור לנטוע את שורשיי. למדתי בבתי-ספר ציבוריים. ישראל ושפת העברית כמובן לא היו זרות לנו, ובקיץ אחרי כיתה י"א בשנת 1965, הצטרפתי לקבוצת תלמידים מבית הכנסת לסיור בארץ, ואז פשוט הרגשתי בבית. התחלתי את לימודי ה-B.A. באוניברסיטת ושינגטון בסט. לואיס, שם פגשתי את אשתי לעתיד. למדתי באוניברסיטה העברית בשנה ג' ונשארתי לשנה נוספת כדי להשלים את התואר בירושלים (1968-70), בתקופת מלחמת ההתשה). חזרתי לארה"ב לעשות את התארים המתקדמים בפסיכולוגיה קלינית ובפסיכולוגיה ייעוצית ובשנה שסיימתי את ה-Ph.D. עלינו ארצה (אף שנולדתי בארץ, מעמדי היה עולה חדש לכל דבר כי עזבנו בטרם חוקקו את חוק האזרחות, התשי"ב, 1952). עלינו ארצה עם שני ילדים קטנים ב-1977, ומיד לאחר העלייה חגגנו את יום ההולדת של הבכור, 19.11.77 במעון עולים בית ברודצקי בת"א, עם בואו של אנוואר סדאת לירושלים. ב-1981 נולדו לנו תאומים, בן (שמעון) ובת (שירה), שהצטרפו לבן (אריה) ולבת (עליזה) שעמם עלינו. אני נשוי לננסי 41 שנה, ואנו הורים לארבעה וסבים לתשעה, בלי עין הרע. כיום, אריה עורך-דין, עליזה דוברת עמותת "יד לאישה" ושירה גנת טיפולית. שמעון התאום של שירה, סיים לימודי תואר שני בביולוגיה, לומד משפטים ומחפש עבודה בעריכת פטנטים במדעים. ננסי אשתי יצאה לפנסיה לא מזמן ממשרד החינוך ושמשה כמורה ומדריכה בינאות קדומים' השמורה הלאומית לטבע הארץ ומורשת ישראל.



– המכללה האקדמית ת"א יפו, המרכז האוניברסיטאי אריאל, אוניברסיטת בר אילן ואוניברסיטת חיפה.

אבני דרך בקריירה המקצועית

1. עבודתי כסטודנט לתואר ראשון באוניברסיטת וושינגטון בסט. לואיס, במעבדה טיפולית של ילדים אוטיסטים לפי שיטה התנהגותית עם כלכלת אסימונים ואוכל עפ"י שיטת Ivar Lovaas. חשיפה זו שכנעה אותי (אז) שאפשר לגרום לשינויי התנהגות בשיטות אלה. זה עזר לי לבחור בפסיכולוגיה כתחום העיקרי בלימודי.
2. בלימודי ה-B.A. באוניברסיטה העברית, זכיתי ללמוד אצל גינה אורטר, יעל פלום, עמוס טברסקי ז"ל, ודני כהנמן, מינה צמח, ושלמה ברזניץ, שייבדלו לחיים ארוכים. כמו כן היו שם קורסים ביהדות, כולל לימוד תורה אצל נחמה לייבוביץ. עבדתי כעוזר מחקר לקלמן בנימיני, עמו חקרנו עמדות יהודים-ערבים במתכונת semantic differential (דיפרנציאל סמנטי).
3. במהלך לימודי תואר שני ושלישי, באוניברסיטת מיזורי עשיתי פרקטיקום והתמחות בעבודה אבחונית בבי"ח לחולי נפש, ייעוץ אישי במרכז ייעוץ אוניברסיטאי, וכן בייעוץ שיקומי ב-Jewish Vocational Service. כל ההתנסויות תרמו לי לגיבוש ולמיקוד התחום שבו רציתי להתמחות. הבנתי שכנראה עלי לעבוד במקומות שניתן לראות תוצאות משמעותיות בקרב מטופלים או נועצים ששותפים לתהליך שינוי.

רקע מקצועי

ד"ר בפסיכולוגיה ייעוצית ובעל תואר שני בפסיכולוגיה קלינית מאוניברסיטת מיזורי בארה"ב. בעל תואר ראשון בפסיכולוגיה ולימודים בין-חוגיים במדעי החברה והרוח מהאוניברסיטה העברית ובוגר קורס אימון בביה"ס לעבודה סוציאלית מאוניברסיטת בר-אילן.

למדתי בתואר השני פסיכולוגיה קלינית, אך העדפתי לעבוד עם אוכלוסייה נורמטיבית, עיסוק שאפיין טוב יותר את הפסיכולוגיה הייעוצית. בחו"ל תחום זה הינו מגוון ולא דווקא מתמקד בייעוץ תעסוקתי. הוא כלל ייעוץ זוגי, משפחתי, לימודי, שיקומי וכו', כפי שניסו להקים באוניברסיטת תל-אביב לפני שנים רבות.

בעבר הרציתי במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת מיזורי ועסקתי בניהול תכנית התמחות בפסיכולוגיה קלינית. כמו כן, הרציתי בייעוץ חינוכי בלימודי תואר שני, באוניברסיטת תל-אביב ובאוניברסיטת בר-אילן.

שימשתי פסיכולוג ראשי בשירות התעסוקה בשנים 1999-2012. בשירות התעסוקה התחלתי לעבוד כפסיכולוג יועץ לתקופה קצרה בתחנת ירושלים, אחר כך מספר שנים כמנהל תחנת ירושלים עם צוות של כשישה פסיכולוגים, ואחר כך כפסיכולוג ראשי, עם 70 עובדים וארבעה מדורים, כמנהל המקצועי של היחידה. חשוב לציין שהפונים לייעוץ (פעם באופן עצמאי וכעת רק באמצעות הפנייה של יועצי השמה בלשכות) מהווים אוכלוסייה הטרוגנית ביותר, תופעה שהיא יתרון עצום לכל השוקל להתמחות בשירות. הפניות עוסקות בייעוץ בבחירת מקצוע, בהסבה מקצועית, בייעוץ למוטבטלים ללא היסטוריה תעסוקתית, לאלה שמתקבלים אך לא מתמידים בעבודה, וכו'. אחוז גבוה יחסית של פונים נמצאים בקטגוריה של בני 40+, שעליהם להתמודד עם שוק עבודה עיון. בין הפרויקטים שלהם הייתי שותף: ריכוז תכנית ההתמחות (ייעוץ ומיון), הכנת השתלמויות וימי עיון לכלל עובדי המרכז לייעוץ, הכנת כלים ייעוציים לבני 40+, פיתוח מודל לייעוץ תעסוקתי עם בני זוג, מיני סדנאות הכנה לחיפוש עבודה, וכו'. בין הפרויקטים הבולטים במרכז לייעוץ הייתה קליטת עולים מרוסיה ומאתיופיה, כולל הדרכת קבוצה גדולה של פסיכולוגים מתמחים בקרב עולי רוסיה.

פעילויות מקצועיות נוספות: חברות במועצת הפסיכולוגים ליד שר הבריאות מ-2010, כנציג שר התמ"ת, חבר לשעבר בוועדה המקצועית של החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית, יו"ר של האיגוד הישראלי לייעוץ תעסוקתי בעבר, וחבר מערכת של כתב העת המקצועי 'אדם ועבודה' של האיגוד. חבר הנהלה ומדריך בעמותה התנדבותית לייעוץ טלפוני לעת משבר, בשפה האנגלית.

כיום מומחה מדריך בפסיכולוגיה חברתית-תעסוקתית-ארגונית בענף ייעוץ בבחירת מקצוע ומרצה בתכנית הייעוץ החינוכי לתואר שני במכללה החרדית בירושלים, בחסות אוניברסיטת בר-אילן.

לאחרונה גם טיפלתי בפרויקטים במרכז הייעוץ –"קו קריירה" וכן בשנתיים האחרונות היוו שיתופי פעולה אקדמיים של מחקרים בענף הייעוץ התעסוקתי עם מספר מוסדות אקדמיים



המובילים בתחום, מכון הדסה והמרכז לייעוץ פסיכולוגי תעסוקתי. אני מרגיש שהמקצוע עדיין בתהליך התארגנות בעקבות התפתחויות אלה. ברור לכל העוסקים בשוק העבודה ומשאבי אנוש, שהדבר היציב ביותר הוא השינוי, דבר שדורש מכולנו יכולת הסתגלות וקידום יעדים מקצועיים במתכונות עבודה משתנות ובחשיבה יצירתית מחוץ לקופסה.

7. חשוב לי לציין את ההשפעה עלי וכנראה גם על המקצוע של ייעוץ לקריירה של הפסיכולוגיה החיובית. אומרים שדווקא הפסיכולוגיה התעסוקתית מתמקדת בחיפוש אחרי חוזקות של הפונה, אך, על אף ההזדהות העקרונית עם תחום מתפתח זה, נדמה שטרם יישמו את הנקודות המרכזיות באופן שיטתי כפי שניתן היה לצפות.

תכניות לפרישה

אני ממשיך בהוראת קורסים בתוכנית הייעוץ החינוכי לתואר שני במכללה החרדית בירושלים, בחסות אוניברסיטת בר-אילן, וכן לימוד (כסטודנט) בלימודי המשך במכללת דוד ילין בעריכה לשונית באנגלית. מלבד אלה, על-פי שיטת 'סופר' של שלבי פיתוח הקריירה אני כעת עובר משלב ה-Decline – "הירידה", שהוא סוף מחזור הקריירה, לשלב ה-Acquisitiveness – "הקריירה החדשה", חקר אופציות להמשך, שמאפיין תחילת מחזור קריירה חדש. אני בודק כעת אופציות בתחומים מקצועיים, התנדבות, לימוד תורה, כושר גופני, מוזיקה, וכמובן משפחה. זכינו לתשעה נכדים מיוחדים, כן ירבו, שלמזלנו גרים במרחק סביר מאתנו. וכמובן רק לשמור על בריאות תקינה.

חזון להמשך הדרך לשירות התעסוקה

בשנת 2006 לאחר פירוק המרכז לייעוץ בשירות התעסוקה, הועסקו פסיכולוגים פרילנסרים לייעוץ תעסוקתי ומנחי קבוצות פרילנסרים להנחיית סדנאות תעסוקתיות מסוגים שונים. החל מ-2013 העסקת אנשי-מקצוע אלה תבצע באמצעות מכונים, והעבודה עצמה תמשיך להתבצע בלשכות התעסוקה ברחבי הארץ, כולל בפריפריה. חידוש מסוים בשנה זו הוא הרחבת השירותים שיעמדו לרשות הלשכות, כאשר עובדים סוציאליים ישתלבו בעבודה, בנוסף לפסיכולוגים, דבר שידרוש אבחון צרכים מדויק יותר, כדי להפנות את המובטל לאיש-מקצוע המתאים.

שנת 2013 תסמל שנת רפורמה בשירות התעסוקה. בהנהגת המנכ"ל החדש מר בועז הירש, מדובר בהשקעה בכלים מקצועיים (תכניות העצמת מובטלים, הכנסת טכנולוגיות חדשות, וקליטת דור חדש של אנשי מקצוע). התוכניות ניזונות חלקית מתקדימים ולקחים ממדינות ה-OECD ומטרתו להתאים את השירות לאתגרים המאפיינים את המאה ה-21. אני צופה, כפוף כמובן להמשך הזרמת משאבים מהאוצר, שנראה את השירות תופס את מקומו הראוי כשחקן מרכזי בשוק העבודה הישראלי.

4. בתחילת הדרך נמשכתי לאקדמיה ולימדתי שלוש שנים בארה"ב - Central Missouri State University - במחלקה לפסיכולוגיה, שם ריכזתי את שנת ההתמחות של הסטודנטים שפוזרו למדינות אחדות באזור, כן לימדתי שלוש שנים באוניברסיטת תל-אביב במחלקה לייעוץ חינוכי, לאחר עלייתי. אפשר להגיד שלא פרסמתי מחקרים בתדירות הדרושה, וכתוצאה מכך פניתי לתחום הטיפול המוכר לי: עבודה במרכז ייעוץ אוניברסיטאי. כבר עברנו מתל אביב לירושלים ופניתי למנהל היחידה באוניברסיטה העברית, ד"ר ביל סיגל ז"ל. כמובן הרגיע אותי שניתן לדבר "מאמעלושן" (שפת אם) עמו. לא היה לו מה להציע אז בהר הצופים, אך "במקרה" הוא עבד גם כפסיכולוג הראשי ב"זרוע הכוון למקצוע" בשירות התעסוקה וחיפשו פסיכולוגים, ולגבי, השאר היסטוריה. המהלך האחרון הוא כמובן העדות לחשיבות של 'נטוורקינג', ו"מקרויות" במעברים תעסוקתיים.

5. שני אירועים בולטים בעבורי כרגע במהלך הקריירה היו: א. השנתיים שכיחנתי כשליח עליה של ההסתדרות הציונית העולמית, בצפון מערב ארה"ב (86-1984), אז הדגשתי את הפן התעסוקתי בשיווק קהילתי ובייעוץ פרטני ומשפחתי. זה נתן לי הזדמנות לסגור מעגל משמעותי בשבילי כדי לסייע למתלבטים בעלייה. חשבתי, שלאחר מספר שנים בארץ, היה לי מה לתרום לאמריקאים שמתלבטים, להראות דוגמה של עולה וכו'. חשבתי שאוכל לבצע את התפקיד טוב יותר ממי שלווח אותי בתהליך העלייה שלי. התפקיד דרש לשווק ולתמוך באידיאלים שאני מאמין בהם. מיקום העבודה, בצפון קליפורניה וקהילות יהודיות בצפון מערב ארה"ב הוסיף רבות לעניין. באותה תקופה, אמצע שנות ה-80, בתעשייה האווירית ביקשו לגייס מאות מהנדסים לפרויקט בניית מטוס ה"לביא", וחשבו שישראלים ואמריקאים בעמק הסיליקון יהיו הכי מתאימים. כעבור שנה, החליטו לנטוש את בניית המטוס הישראלי, וחזרו לרכוש מטוסים מחו"ל. אני התבקשתי לשכנע את כל הישראלים והאמריקאים בעמק הסיליקון שהעתיד הוא בניית מטוס "הלביא". למזלי לא כולם השתכנעו ממני ונשאר שם.

ב. האירוע הנוסף הוא שותפות פעילה בארגון כנס בין-לאומי במעלה החמישה (1998), בחסות האיגוד הישראלי לייעוץ תעסוקתי (א.י.ל.ת.) ומשרד העבודה. התאפשר לנו לבנות תכנית מקצועית מרשימה עם אורחים מכובדים מחו"ל, וחשתי שבעקבות חשיפה זו למרצים ואורחים בין-לאומיים שודרג המקצוע הייעוץ התעסוקתי מספר מונים.

6. אבן דרך חשובה למקצוע של ייעוץ פסיכולוגי תעסוקתי וגם לי, הייתה שבמהלך שנת 2006 נסגרו שני המוסדות

המלצות על פסיכולוגים מעניינים/ואו בעלי תפקיד מעניין ניתן להעביר במייל
לשרית ארנון לרנר: sarit.arnon@gmail.com

אוניברסיטת תל – אביב



הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר ביה"ס ללימודי המשך ברפואה התכנית לפסיכותרפיה נפתחת בהרשמה

לשנת הלימודים תשע"ד 2013/2014
לשתי תכניות תעודה דו-שנתיות

גישות פסיכודינמיות בעבודה עם מבוגרים מרכזת: גב' שרון שטרסבורג

התכנית מקנה העשרה של ידע תיאורטי בגישות פסיכודינמיות ויישומן הפרקטי במקצועותיהם השונים של הלימודים מיועדים לרופאים (M.D.), עו"ס, מטפלים משפחתיים, עו"ס רפואיים ושיקומיים, פסיכולוגים חינוכיים, שיקומיים, רפואיים, חברתיים ותעסוקתיים, מטפלים בהבעה ויצירה, יועצים חינוכיים ואירגוניים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק ונציגי מקצועות בריאות נוספים.
דרישות: בעלי תואר ראשון לפחות באחד מהתחומים הנ"ל, העוסקים 3 שנים ומעלה בטיפול, ייעוץ או הדרכת מבוגרים במסגרות מוכרות. על המועמדים להגיש 2 המלצות ולעבור ראיון קבלה.
הלימודים מתקיימים בימי א' בין השעות 15:00-20:30.
משך הלימודים: ארבעה סמסטרים, סה"כ 400 שעות.
שכ"ל: 8,000 ₪ לשנה

גישות פסיכודינמיות בעבודה עם ילדים ונוער מרכזת: גב' איריס מילר

התכנית מקנה ידע בתאוריות הפסיכודינמיות והתאמתן לעבודה הטיפולית, תוך שמירה על הייחודיות של המקצועות השונים. הלימודים מיועדים למטפלים בילדים ונוער: רופאים (M.D.), פסיכולוגים חינוכיים, התפתחותיים ושיקומיים, עובדות סוציאליות, מטפלים בהבעה ויצירה, יועצות חינוכיות מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ונציגי מקצועות בריאות נוספים.
דרישות: בעלי תואר ראשון לפחות באחד מהתחומים הנ"ל העוסקים 3 שנים ומעלה בתחום של טיפול בילדים.
על המועמדים להגיש 2 המלצות ולעבור ראיון קבלה.
הלימודים מתקיימים בימי ה' בין השעות 09:00-14:30.
משך הלימודים: ארבעה סמסטרים, סה"כ כ-400 שעות.
שכ"ל: 8,000 ₪ לשנה

ההרשמה לתכנית תתקיים בין התאריכים: 03.02.2013 – 30.04.2013



המועמדים המתאימים יזמנו לראיון קבלה
למידע נוסף ולטופסי הרשמה ניתן לפנות למזכירות התכנית לפסיכותרפיה:
טלפונים: 03-6406853 / 03-6409902 פקס 03-6306387

Galitb@post.tau.ac.il

או באתר התוכנית: <http://www.medicine.tau.ac.il/psychotherapy>

למה חשוב? להיות חבר בהפ"י



הסתדרות הפסיכולוגים בישראל
Israel Psychological Association

- להיות חלק מארגון המייצג את ציבור הפסיכולוגים בישראל ומקדם את הפסיכולוגיה כמדע.
- להפ"י אתר אינטרנט ובו מידע לקהל הרחב ולציבור הפסיכולוגים: מאמרים מקצועיים, קוד אתי, מידע על החטיבות, לוח אירועים שבו מפורסמים כנסים וימי-עיון, קישורים לאתרים בפסיכולוגיה ועוד.
- להשתתף בפורומים מקצועיים, לקיים דיאלוג מקצועי ולתרום להרחבת הידע המקצועי.
- ועדת האתיקה אמונה על האתיקה המקצועית והקוד האתי, נותנת ייעוץ בסוגיות אתיות ומטפלת בתלונות.

כחבר הפ"י אני מקבל/ת:

- גישה חינם למאגרי מידע מקצועיים.
- רבעון "פסיכואקטואליה", הכולל מידע שוטף ועדכני מהשדה המקצועי ועדכון בנושאים שהם רלבנטיים לפסיכולוגים.
- ייעוץ משפטי ראשוני בחינם.
- הנחות לכנסים מקצועיים וימי-עיון שמארגנת הפ"י.
- מידע שוטף ועדכונים על הפעילות הציבורית והמקצועית של הפ"י וכן מידעון אלקטרוני חודשי.
- הופעה באלפון הפסיכולוגים החברים בהפ"י.
- השתתפות בהנחה משמעותית בכנסים השנתיים של החטיבות.
- יומן עבודה שנתי לפסיכולוג.
- הנחות והטבות ייחודיות ושיתופי פעולה שהפ"י יוזמת, כמו ביטוח רפואי משלים ועוד.
- חברות במועדון צרכנות "יחד" הייחודי לרופאים ופסיכולוגים.

דרך מנחם בגין 42 רמת-גן ■ 52136 טל: 03-5239884, 03-5239393 ■ פקס: 03-5230763
מען למכתבים: ת.ד. 3361 רמת-גן 52136 ■ www.psychology.org.il ■ psycho@zahav.net.il

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

מנחם בגין 42 (מתחם הבורסה) רמת גן ת"ד 3361, רמת גן 52136
טלפון: 03-5239393, 03-5239884 פקס: 03-5230763 דוא"ל: psycho@zahav.net.il
*עמותה רשומה