



# פסיכואקטואליה

ינואר  
2012

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

## מגדר והקהילה ההומו-לסבית

**סוגיות בטיפול בילדי להט"בים ובהדרכת  
הורים להט"בים**  
12 שמאי כרכום

**חולי בגווני לבנדר: זוגות חד-מיניים  
בהתמודדות עם מחלה קשה**  
18 שירלי אלון ויעקב בכנר

**קרעים ואיחוי בתהליך ה"ציאה מהארון":  
פרספקטיבה של תיאוריית התקשרות**  
26 אלינער פרדס שירלי קובלסקי ואילה כץ

## What's on a businessman's mind?



### המסלול האקדמי המכללה למינהל

תואר M.B.A. עם התמחות בפסיכולוגיה עסקית  
 תכנית לימודים הכוללת מגוון קורסים וסדנאות מעשיות,  
 המאפשרת לך להבין את הפסיכולוגיה שמאחורי הניהול.

**בואו להכיר אותנו מקרוב ביום הפתוח 17.2.12 בשעה 9:00**



המסלול האקדמי  
 המכללה למינהל  
 אל תשתלב, תוביל.

לפרטים נוספים:

\* 5 0 2 5  
[academy.colman.ac.il](http://academy.colman.ac.il)

# תוכן עניינים

## דבר המערכת

### שלום חברים,

בחוברת הקודמת, קידמנו את פני השנה העברית החדשה ובנוכחית אנו מקדמים בשלום, את פני השנה האזרחית: שנת העבודה והתקציב הרשמית, תחילתו של מעגל השעון המסמן לנו את הצורך בהתארגנות בתוך פרק זמן קצוב, קביעת יעדים ומטרות, השעון מתחיל להתקתק.... גם הפ"י מתארגנת לקדם את יעדיה, במסלולי הפעילות השונים: בתחום התחיקתי (על הפרק: תיקון סעיף 15), בתחום ההשתלמויות – תכנון ימי-העיון הקרובים, ובמקום היום-יומי הגדלת מספר החברים, קידום רווחת החבר ועוד. "פסיכואקטואליה" היא חלק מכך, ועל חלק מפעילויות אלה אתם מדווחים בחוברת, בפניות המקצועיות השונות. הנושא המרכזי שלנו הפעם, "מגדר והקהילה ההומו-לסבית", מוצג מכמה היבטים, המשקפים את אפיונה הייחודיים של קהילה זו ואת ההשלכות שיש לארגון החברתי והמשפחתי ההומו-לסבי על תהליכים מוכרים לנו, שהשתנו. בנוסף, מגוון מאמרים בנושאים נוספים ושונים. קריאה מהנה ומפרה!

וכרגיל, אנו מזמינים אתכם לשלוח אלינו את פיות כתיבתכם בכל נושא שייראה לכם, אשר עשוי לעניין את קהילתנו.

### המערכת

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

## פסיכואקטואליה

### רבעון הסתדרות הפסיכולוגים

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

### חברי המערכת:

יוכי בן-נון:  
טלפון עבודה: 09-7472745  
דוא"ל: jbenun@netvision.net.il

צילה טנא:  
טלפון נייד: 054-7933195, טלפקס: 09-9566711  
דוא"ל: tene\_a@macam.ac.il

נחמה רפאלי: טלפון נייד: 054-3976394  
דוא"ל: nechamaraph@gmail.com

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

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

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

4 חדשות הפ"י והחטיבות

8 משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך  
חוה פרידמן

9 משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים  
יואל אליצור

10 משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות  
ימימה גולדברג

11 הודעה מטעם הקרן ע"ש חנה גולדמן

12 סוגיות בטיפול בילדי להט"בים ובהדרכת הורים להט"בים  
שמאי כרכום

18 חולי בגווני לבנדר: זוגות חד-מיניים בהתמודדות עם מחלה קשה  
שירלי אלון ויעקב בכנר

26 קרעים ואיחוי בתהליך ה"ציאה מהארון": פרספקטיבה של תיאורית התקשורת  
אלינער פרדס שירלי קובלסקי ואילה כץ

הורות, כמשאב בהתפתחות בריאה וכגורם מכן ובונה חוסן בקרב ילדים ובני-נוער: סקירת ספרות מחקר – חלק ב'  
תמר ארז

אנורקסיה-נרבוזה: מאפיינים אובססיביים-קומפולסיביים בחקר האטיולוגיה של המחלה  
אילן הלפרין

54 משולחנה של ועדת האתיקה: נייר עמדה בנושא טיפולי המרה

56 נייר עמדה בנושא טיפולי המרה  
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

57 פינת ייעוץ מס: שינוי חקיקה במיסים בעקבות המלצות ועדת טרכטנברג  
רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י

58 ספרים, רבותי, ספרים  
יוכי בן-נון

פינת הייעוץ המשפטי: הצעת חוק הפסיכולוגים: מי יהיה זכאי להירשם בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בפסיכולוגיה  
עו"ד ברוך אברהמי, משרד עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י

61 פינת המתמחה  
אלי חוה

62 הפינה שלנו לענייני הורות: הורות לנסיך ולנסיכה המודרניים  
איריס ברנט

64 פינת הפרופיל האישי: דני כפרי – מנכ"ל הפ"י  
שרית ארנון-לרנר





# חדשות הפ"י והחטיבות

בשם הפ"י כנגד דיווח מפורט. בנוסף, התקיים דיון ציבורי פתוח עם משתתפי האסיפה, בין הנושאים שעלו: התארגנות הפ"י לקראת דיונים על הסכמי השכר, הרפורמה בבריאות הנפש, צורך בעריכת סקר לבדיקת צרכי חברים כאמצעי לבחינת דרכים לגיוס חברים להפ"י.

## שניים פרסונאליים במשרד הפ"י

אנו נפרדים מנילי יוהן, מזכירת הפ"י ומזכירת ועדת האתיקה, אשר ששירתה אותנו במסירות ובנאמנות מזה אחת עשרה שנה ויוצאת לגמלאות בימים אלה. אנו מודים לנילי מכל הלב על המסירות, הנאמנות, האכפתיות וה"ראש הגדול", ומאחלים לה כל טוב והצלחה בכל מעשה ידיה.

במקומה נכנסת לתפקיד נחמה בלפר אנו מקדמים את פניה בברכה ומאחלים לה הצלחה רבה.

## ימי עיון וכנסים עתידיים

- ❖ ב- 23 לאפריל 2012 יתקיים יום-עיון בנושא **היפנוזה בפסיכולוגיה קלינית, רפואית ושיקומית**, במרכז הרפואי 'מאיר' בכפר-סבא. הזמנה מצורפת לגיליון זה.
- ❖ אוניברסיטת בן-גוריון, הקליניקה לשירות הקהילה באוניברסיטת בר-אילן והמרכז ללימודים אקדמיים באור-יהודה, בחסות הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, מזמינים אתכם לכנס בנושא **פסיכותרפיה אינטגרטיבית – סיכויים וסיכונים** בהשתתפות פרופ' פול ווקטל מ- City College ו- City University בניו-יורק, ממובילי התנועה לאינטגרציה של הפסיכותרפיה בעולם בתאריכים 11 – 13 ביוני 2012. תכנית מלאה ופרטים יפורסמו בהמשך.

## תכנית עבודה

הוועד המרכזי של הפ"י גיבש בימים אלה תכנית עבודה ותקציב לשנה הקרובה.

## יום העיון בנושא ADHD לאורך מעגל החיים והאספה הכללית השנתית של הפ"י – 30/11/11

יום העיון שהתקיים במכללה האקדמית תל-אביב יפו, זכה למשתתפים רבים. כידוע, לקות קשב וריכוז מהווה כ- 5% – 10% מהבעיות המגיעות לטיפולם של פסיכולוגים לילדים, והיא מצריכה אבחון וטיפול רב-מקצועי מורכב. הרצאות שניתנו סקרו את המצב העדכני של הידע בתחומי האבחון והטיפול – הן הפסיכולוגי והן התרופתי, בתקופות החיים השונות. כמה חדשות עלו מיום זה: ראשית, לקות-למידה אינה חולפת, כפי שחשבו בעבר, ולכן כיום היא מאובחנת ומטופלת גם אצל מבוגרים, ואף בגילאים מתקדמים. פעמים רבות הלקות משנה את פניה בגיל המבוגר. שנית, הטיפולים הם מורכבים ורב-מקצועיים: הטיפול הפסיכולוגי מתמקד ברב-מערכתיות, בעוד שהטיפול התרופתי הפך גם הוא ל"עשיר" יותר באפשרויות, תוך דגש על התאמה אישית. שלישית קיימת מודעות רבה יותר לתחלואה הנלווית, כגון: דיכאון וחרדה, אשר גם היא מקבלת מענה רגיש יותר באבחון והטיפול.

לאחר יום העיון התקיימה האספה הכללית השנתית של הפ"י. יו"ר הפ"י, ד"ר יוכי בן-נון, סקרה את פעילות הוועד המרכזי ואת התוכניות לשנה הבאה. הדו"ח הכספי והדו"ח המילולי לשנת 2010 הוצגו לאספה וכן דו"ח ועדת הביקורת והמלצותיה. האסיפה אישרה את הדו"ח הכספי ואת הדו"ח המילולי לשנת 2010. כמו-כן, אושרה הצעה על החזר הוצאות נסיעה לחברי הוועד המרכזי ולחברי ועדת הביקורת (1 ש"ש לקילומטר), לכיסוי הוצאות בפועל לצורך השתתפות בישיבות הוועד המרכזי, או ועדת הביקורת, או לשליחות בתפקיד

## תזכיר חוק הפסיכולוגים (תיקון רישום בפנקס), התשע"ב - 2011

בימים אלה מתגבשת הצעה לשינוי סעיף 15 בחוק הפסיכולוגים, הקובע מי רשאי להירשם כפסיכולוג במשרד הבריאות. הצעה זו עמדה לעלות להצבעה בכנסת בימים הקרובים, אך נדחתה ב- 30 יום, על-מנת לאפשר לציבור הפסיכולוגים להגיב.

תזכיר החוק מבקש לשנות את העיקרון הקיים היום בחוק, לפיו כל מי שסיים תואר מוסמך או גבוה ממנו בפסיכולוגיה, במוסד להשכלה גבוהה בארץ, גם אם מדובר בתואר מחקרי מובהק, רשאי להירשם בפנקס הפסיכולוגים, ולעסוק בטיפול פסיכולוגי. על-פי המוצע, **רק**

## תארים בפסיכולוגיה הכוללים מספר רכיבים מהותיים, ובכלל פרקטיקום (התנסות מעשית כחלק מהלימודים), יקנו ללומדים זכות להירשם בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בטיפול פסיכולוגי.

אין ספק כי לשינוי זה השפעה מרחיקת לכת על מקצוע הפסיכולוגיה, על הלומדים והמתמחים בפסיכולוגיה כעת, וכמובן על כל מי ששוקל ללמוד פסיכולוגיה בעתיד (על-פי המוצע, לא יחולו התקנות על מי שכבר נרשם כפסיכולוג).

אנו בהסתדרות הפסיכולוגים סברנו כי מן הראוי שהצעת תיקון זו, תובא לידיעת כל הפסיכולוגים ויתאפשר להם להביע את דעתם בטרם תישם הצעת התיקון. שלחנו אליכם קישור להצעת תיקון החוק וביקשנו את תגובותיכם בדחיפות. קיבלנו תגובות רבות, חלקן בעד הצעת השינוי ורובן – נגד. התגובות עובדו למסמך המסכם את עמדת הפ"י.

נציין כי לאור הצעות התיקון לחוק, הוחלט במועצת הפסיכולוגים למשוך את בקשת התיקון של סעיף 15 ולדון בשינוי כלל חוק הפסיכולוגים על כל סעיפיו.





## החטיבה ההתפתחותית

### שלום חברים,

אנו שמחים להזמינכם לכנס החטיבה ההתפתחותית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל – חורף 2012, בנושא: **יוסי, ילד שלי מוצלח...** הילד מאחורי הפרעת הקשב והריכוז. הכנס יתקיים בימים שלישי – חמישי 14-16 בפברואר, 2012 במלון "גולדן קראון", נצרת.

### מצפים לראותכם!

### בברכה

### ועד החטיבה ההתפתחותית

### החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

בימים אלה אנו נמצאים בעיצומה של ההרשמה לכנס השנתי שלנו בניר עזיון. נושא הכנס הוא, יחסי פנים חוץ בחדר הפסיכולוג, לאור המחאה החברתית שהשפיעה על כולנו, כפסיכולוגים וכאזרחי המדינה. הכנס כולל סדנאות מוכרות, לצד סדנאות חדשות ואנו מצפים לחוויה טובה ומרתקת. יפתח את הכנס פרופ' מולי להד ואנו נארח לשיחה גם את הסופר אשכול נבו.

במקביל עסקנו בתקופה האחרונה גם בנושאים רגולטורים שיש להם השפעה על חברי החטיבה. ראשית, הרשות למידע ניסחה הצעה לתקנה, לפיה נבחנים יהיו זכאים לקבל לידיהם את הדוח הנכתב עליהם במכוני המיון. ראשי המכונים התארגנו למאבק בתקנה זו.

כנציגת החטיבה השתתפתי בפגישה עם נציגי משרד המשפטים. הבהרנו את עמדתנו, כי מתן גורף של דוחות אבחון, עלול לגרום נזק לחלק מהנבחנים וסותר את דרישות כללי האתיקה של הפסיכולוגים.

## החטיבה הרפואית

### לחברי החטיבה הרפואית שלום רב,

אנו עומדים בפתחה של שנה אזרחית חדשה, מלאה בהזדמנויות מקצועיות לכל אחת ואחד מאיתנו באופן אישי ולכולנו כחטיבה הרפואית כתחום עיסוק חדש (יחסית), רענן וצעיר. אנו נמצאים בעיצומו של תהליך הכרה בפסיכולוגיה רפואית, כתחום עיסוק ייחודי, המציע לצוותים הרפואיים ולחולים שמתמודדים עם כאב ומחלות גופניות בפרט, מענה שהיה חסר עד כה.

לטעמנו כוועד החטיבה הרפואית, האתגר העומד לפתחנו השנה הינו הכרה בפעילותנו על-ידי קופות החולים, אשר יכירו בפסיכולוגיה הרפואית ויאפשרו לפסיכולוגים רפואיים לעבוד בצוות עם רופאי משפחה ולתת מענה למטופלים בהתאם למודל הביו-פסיכו-סוציאלי.

אתגר נוסף העומד לפתחנו השנה, יהיה להרחיב את תוכניות הלימוד למוסמכי המגמה הרפואית (post graduate). עם חלוף השנים, יותר מוסמכים בפסיכולוגיה רפואית, ממשיכים ללמוד ולהתפתח בתחומים שונים, כגון: לימודי הנחיית קבוצות, השתלבות בתוכניות ללימודי המשך בפסיכותרפיה לילדים ולמבוגרים, לימודים בטיפול זוגי-משפחתי ועוד. מגמה זו, במידה ותמשיך ותתרחב, עשויה להרחיב את תחומי העיסוק של פסיכולוגים רפואיים, המתמודדים עם שאלות טיפוליות מורכבות במסגרת עבודתם, גם מעבר לסיבה המיידית עמה מגיע המטופל (התמודדות עם כאב, מחלה, פציעה ועוד). אנו מאמינים שראוי וחשוב שלפסיכולוג הרפואי יהיו כלים רבים ומגוונים בעבודתו עם מטופלים.

אנו גם מברכים את בוגרי המגמה הרפואית הממשיכים במחקר בתחום במסגרת לימודי דוקטורט. כפי שידוע לכולנו, ישנו מחסור באנשי סגל

נושא שני הוא הצעת תיקון לסעיף 15 בחוק הפסיכולוגים שהגישה הפסיכולוגית הראשית במשרד הבריאות, לפיה מי שסיימו תואר שני בפסיכולוגיה במגמה שאין בה פרקטיקום והיא למעשה מגמה מחקרית, לא יוכלו להירשם כפסיכולוגים בפנקס הפסיכולוגים ולא יוכלו להיקרא פסיכולוגים. הנושא נידון בישיבת הוועד המרכזי של הפ"י ולאור בקשתנו נדחה הדיון בנושא בחודש, במהלכו הפ"י תגבש עמדה בנושא. התיקון נוגע לחברינו החברתיים, שאינם עושים פרקטיקום, ולפסיכולוגים המחקריים והקוגניטיביים. הבעתי את עמדתי לפיה מומלץ שבוגרים אלה ירשמו בפנקס כפסיכולוגים מחקריים, להבדיל מאלה העוסקים בייעוץ או בטיפול.

נושא נוסף שאנו עוסקים בו, נובע מהוספת הדרישה בהתמחות, לייעוץ לארבעה מקרים של הפרעות קשב וריכוז. לאור דרישה זו התעורר צורך בהכשרת המדריכים בחטיבה בנושא זה ומתקיימת עתה עבודה של בניית קורס הכשרה למדריכים, בנושא אבחון הפרעות קשב וריכוז והשלכותיהן על עולם הלימודים והתעסוקה. הקורס יתקיים בחסות הפ"י ועמלים עליו בהתנדבות ובחריצות בלה גילוף, ענת קדם, מיכל פלג, זאב אטרה ואורלי צדוק, שפועלים באמצעות תפקידיהם השונים לטובת ענייני החטיבה. זה המקום גם להודות להם על פעילותם המבורכת.

### בברכת שנה אזרחית טובה ובתקווה לפגוש כמה שיותר חברים בכנס,

### אורית בן שאול – יו"ר החטיבה





## חדשות הפ"י והחטיבות

חדשות הפ"י והחטיבות דבר החטיבה הרפואית <<<

אקדמי העוסקים בתחומי הפסיכולוגיה הרפואית ואשר עשויים להיות אלו שיכשירו אחרים בהמשך הדרך.

בימים אלו אנו עסוקים במחשבות על כנס בפסיכולוגיה רפואית, שבו נציג את תחומי העיסוק ואף נתגבש. ניסיון שכזה נעשה כבר לפני מספר חודשים, אולם לא הצליח להתגבש בשל מיעוט משתתפים. אנו מזמינים את חברי החטיבה לפנות אלינו במייל ולהציע רעיונות לגיבוש כנס בפסיכולוגיה רפואית, כפי שעושות שאר החטיבות בהפ"י.

ניתן לפנות ברעיונות לאורן להק בדוא"ל: lahakoren@gmail.com

**ברכת שנה אזרחית טובה, נועה ברק, עירית חרותי ואורן להק חברי ועד החטיבה הרפואית**

### החטיבה הקלינית

#### שלום לפסיכולוגים הקליניים.

כמה עדכונים על המתרחש בהסתדרות הפסיכולוגים מאז הגיליון הקודם.

1) פורום ראשי חטיבות-מזה שנתיים שהחטיבה הקלינית מנסה להציע שראשי החטיבות יניעו תהליך של דיאלוג פנימי על המשותף והייחודי לכל חטיבה בתחום הרחב שנקרא טיפול נפשי. בפגישה הראשונה שהייתה ב 15 לדצמבר 2011 במשרדי הפי החדשים, התחלנו סבב של היכרות בו כל ראש חטיבה פרס/ה את העיסוקים, הצרכים, והקשיים איתם מתמודדת החטיבה. הפגישה הייתה באווירה טובה עם מטרה להגיע לשיתוף פעולה ועזרה הדדית בהתמודדות של כל חטיבה מול העולם החיצוני בו היא פועלת. בשלב הראשון החלטנו ללמוד היטב מה לומד כל סטודנט לפסיכולוגיה מהשלב בו מתחילה החלוקה לחטיבות-קרי משלב הלימודים לתואר שני ועד שלב ההתמחות. היכרות זו עם ההכשרה של כל חטיבה נשמעת כדבר מובן מאילו, אך מסתבר שאין היא מובנת מאליה. שנים שכל חטיבה הייתה עסוקה בענייניה,

4) תיקון לסעיף 15 בחוק הפסיכולוגים- הובא להפ"י יוזמה לתקן את סעיף 15 בחוק הפסיכולוגים. אנו לומדים את ההצעה לתיקון שבאופן כללי נועד להבחין בין פסיכולוג מטפל לפסיכולוג שאינו עוסק בטיפול. החטיבה הקלינית הביעה את דעתה שיש מקום לאבחנה בין פסיכולוג חוקר לפסיכולוג מטפל, אך בד בבד יש למצוא דרך לשמור על התואר פסיכולוג לכל מי שעוסק בהתנהגות אנושית בין אם בטיפול או במחקר.

5) יום עיון על תוכנית ההכשרה של פסיכולוגים קליניים- לנוכח המגמה של מועצת הפסיכולוגים לשנות את תוכנית ההכשרה של כל הפסיכולוגים על ידי מה שמכונה "תוכנית הליבה"- יזם המטה המשותף לנציגי השדה, יום עיון שהתקיים בתל השומר ב 11 לדצמבר. יום העיון עסק בתוכנית ההכשרה של פסיכולוגים קליניים בישראל והזמין דוברים שייצגו קשת רחבה של פסיכולוגים קליניים ועבודה קלינית. ליום העיון הוזמנו מנהלי תחנות לבריאות נפש, פסיכולוגים ראשיים בצבא, פסיכולוגים בבתי חולים, ראשי המגמות הקליניות באקדמיה, נציגים מהוועדה המקצועית, נציגי המתמחים ועוד. יצאתי בתחושה טובה שהמטה הצליח לארגן יום עיון שנתן ביטוי לקולות שונים ומגוונים שחלקם מנוגדים לעמדות המטה. הדוברים של השדה הביאו לא רק את עמדתם אלא הצעה לתוך השדה וכיצד הם נעזרים במיגון כלים טיפוליים מתיאוריות שונות. באופן טבעי- ובשל הגיון של הנוכחים עלו קולות של תמיכה וקולות של הסתייגות מתוכנית הליבה. הנקודה המרכזית שעלתה מיום העיון היא שישנו פער בין העמדה של נציגי השדה שחושבים שהתיאוריה הדינמית היא בסיסית להכשרה של פסיכולוג קליני ולכן צריכה להיות חלק מלימודי החובה של פסיכולוג הן בשלב הלימודים בתואר השני והן בשלב ההתמחות,

תוכניות משתנות ומתעדכנות עם הזמן ונראה שיש צורך בהיכרות יותר מבוססת ומעמיקה של כל חטיבה עם החטיבות האחרות. כל זאת כרקע לחשיבה על הזהות של כל חטיבה. מעבר לכך דנו בהתארגנות של כל חטיבה מול בוחריה, בקשר עם חברי ההסתדרות ובפתיחת ערוצי תקשורת על מנת לקבל יותר מידע ומשוב מציבור הפסיכולוגים על נושאים העומדים על הפרק.

2) פגישה עם נציגי המאבק למען פסיכולוגיה ציבורית-בגיליון האחרון הזכרתי את פעילותם של פסיכולוגים צעירים, רובם בשלב ההתמחות, שבקיץ האחרון התגבשו במסגרת המחאה החברתית בשדרות רוטשילד. פסיכולוגים צעירים אלו עזרו להעלות לתודעה את מצבה העגום של הפסיכולוגיה הציבורית ורצונם להביא לשיפור בשלל נושאים הקשורים לטיפול נפשי לציבור. הם העלו בפני וועדת טרכטנברג רעיונות ובקשות הנוגעים הן לנגישות של הטיפול הנפשי לציבור, הן לתנאי השכר של פסיכולוגים בשירות הציבורי והן להיצע של טיפולים לציבור. המאבק עבר משלב ההפגנות הגדולות ופעילות ענפה בתחום השדרה לשלב של פעילות פוליטית, ארגונית, חקיקתית של אותם פעילים שהניעו את המחאה. עתה הם מחפשים בית. בפגישה הם התעניינו באפשרות להשתלב בתוך הסתדרות הפסיכולוגים מול מחשבה להקים עמותה משל עצמם.

3) ימי עיון-החטיבה הקלינית פועלת עד כה מתוך הזדהות וקשר עם איגוד הפסיכולוגים הקליניים שמארגן ימי עיון וכנסים שנתיים בגינוסר לפסיכולוגים הקליניים. יחד עם זאת, החטיבה הקלינית בהפי מתכוונת לייזם מספר ימי עיון שחלקם משותפים לנו ולחטיבות אחרות וחלקם מיועדים לפסיכולוגים הקליניים. בקרוב נצא עם הודעות והזמנות לימי עיון אלו.





לבין נציגים של האקדמיה שהביעו עמדה שהתיאוריה הדינמית היא אחת מבין שלוש תיאוריות מרכזיות ואין לה מעמד מיוחד ולכן אין לחייב אוניברסיטאות ללמד אותה בתואר השני, אלא לתת להן בחירה. יום העיון הוא לא מקום של קבלת החלטות, אך הוא בהחלט במה לביטוי של רחשי ציבור הפסיכולוגים על גוונים ועיסוקיו השונים. אני מקווה שהוא יתרום לעניין של מועצת הפסיכולוגים והוועדה המקצועית שבעיני אמורים בעצמם לייזום ימי עיון כאלו כדי לשמוע את רחשי הציבור בטרם יחליטו על צעד כזה או אחר.

בגיליון הקודם הייתה שנה עברית חדשה ובגיליון זה אחל שנה אזרחית טובה.

## עמוס ספיבק יו"ר החטיבה הקלינית

### החטיבה השיקומית

#### לחברי החטיבה שלום,

בסימן טוב ובמזל טוב נולד סוף-סוף ועד חטיבה מייצג בהפ"ו, וזאת תודות למי שעמלו על יום עיון לחברי החטיבה השיקומית שאפשר את הבחירות לוועד. כל ההערכה למי שעסקו במלאכה, ובראשם דוריה כהן, ונקווה שתהא זו מסורת של כנס שנתי קבוע שסייע בחיזוק הקשר בין חברי החטיבה השיקומית בהפ"ו ובין הוועד.

#### לוועד נבחרו הנציגים הבאים:

**עומר פורת**, דלת פתוחה – מרכז רפואי רעות, – נבחר כיו"ר החטיבה (מחליף את ניצן מור ששימשה בתפקיד מזה כעשר שנים).

**איל חלד**, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר

**ד"ר אילנית חסון אוהיון**, אוניברסיטת בר-אילן

**שני אור-נוי**, מרפאת החרדה ב"ח שניידר  
**דוריה כהן**, ממשיכה לכהן כמזכירת הפ"ו וכנציגת החטיבה השיקומית

בוועד המרכזי של הפ"ו.

הוועד כולו מעודד את כל הפסיכולוגים השיקומיים בישראל, סטודנטים, מתמחים ומומחים, להצטרף כחברים בהפ"ו, על-מנת לקדם את המטרות שלנו כאנשי-מקצוע בעלי התמחות ייחודית. אנו מקווים כי מתוך קשר ישיר שלנו עם השטח, בקרוב נוכל לשתף אתכם במטרות לשנה הקרובה ולקבל את התמיכה הדרושה על מנת לקדמן בפועל. ברור לנו שהמלאכה רבה, ושהרבה מאוד מונח לפנינו בעידן של התחדשות מקצועית והתעוררות חברתית.

הפסיכולוגיה השיקומית נולדה מתוך המלחמות הגדולות שבעולם, בטיפול בפצועים ובנפגעי הקרב. כיום, היסודות המקצועיים הללו עדיין רלבנטיים ונמצאים בבסיס הכשרתנו, ולצערנו, אנו עשויים למצוא עצמנו שוב בעת מלחמה, עומדים בחזית הטיפול הפסיכולוגי בבתי החולים והמרכזים הרפואיים. אך עם זאת, הפסיכולוגיה השיקומית צמחה והתפתחה מאז אל שדות נוספים, הכוללים את השיקום של אנשים עם נכויות מולדות או מחלות כרוניות, שיקום של אוכלוסיות מיוחדות כגון: נפגעי נפש, נוער בסיכון ואף שיקום של עבריינים. פסיכולוגים שיקומיים מתמקצעים היום בטיפול פסיכו-תרפויטי שיקומי בילדים ובטיפול פסיכו-תרפויטי באוכלוסיות הגיל השלישי. למעשה, לא קיימת היום אוכלוסייה הדורשת שיקום פסיכולוגי, שלדיספלינה שלנו אין מה להציע לה. בהדרגה קיימת גם יותר ויותר הכרה במגוון הכישורים העומדים לרשותנו כאנשי מקצוע, ולתועלת שאנו מסוגלים להביא איתנו למרכזים טיפוליים שונים ולאוכלוסיות יעד שונות.

#### מטחת הוועד לשנה הקרובה

מבין היעדים שהוועד כבר קיבל על עצמו לקדם בשנת 2012, נכללת הפעולה מול בתי הספר לפסיכותרפיה, שחלקם עדיין אינם מקבלים פסיכולוגים שיקומיים לשורותיהם. אנו מצפים לראות בעתיד שילוב של הפסיכולוגיה השיקומית בבתי

הספר לפסיכותרפיה הן בקבלה רחבה יותר של פסיכולוגים שיקומיים כתלמידים מלאים בבתי הספר והן בקרב סגל המרצים. נראה הכרחי לשלב בהכשרה פסיכו-תרפויטית גם את ההתייחסות לעבודה עם אנשים ובני משפחה שמתמודדים עם מחלות כרוניות או נכויות שונות.

בעידן של כלכלת בריאות חסרת פשרות וכמי שמועסקים בעיקר במסגרות של רפואה ציבורית, אנו מעוניינים להוביל את הפרקטיקה הפסיכולוגית נתמכת הראויות בדומה לקריטריונים אשר שמים על עצמם עמיתנו במקצועות הבריאות המקבילים.

אנו מעוניינים לפעול לשילוב של יותר פסיכולוגים שיקומיים בקרב נותני הטיפול הנפשי, בפנקסים של קופות החולים, על-מנת שאנשים במצבי בריאות, כרוניים וכלו להיעזר בידע ובמומחיות שלנו בהתמודדות עם מצבים אלה.

אנו מקווים, שבשנים הבאות, נצליח לרתום פסיכולוגים שיקומיים מכלל בתי הספר לפסיכולוגיה, להצטרף כחברים בהפ"ו ולתרום ביחד לקידום המקצוע ולמטופלים שלנו.

לסיום, מילה לעמיתנו, הפסיכולוגים מהסקציות האחרות. אנו רואים בכך כשותפים מלאים לעשייה המקצועית שלנו, ולא כמתחרים. נשמח לשיתוף פעולה פורה ומפרה, בידיעה מלאה, כי ביחד אנו נוכל לתרום יותר למטופלים שלנו ולמקצועיותנו, וכי רב המשותף בינינו על המפריד.

נשמח מאוד לפנייה ישירה של כל סטודנט, מתמחה, או מומחה בפסיכולוגיה שיקומית לוועד, בהצעות לייעול, וביוזמות חדשות.

#### בברכה

#### חברי הוועד השיקומי

**עומר, איל, אילנית, דוריה ושני**





# משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

חנה פרידמן

## גיל רך – תחילה!

הגננת ושירות פסיכולוגי זמין להורים. מצב זה יוצר קרקע פורה לאיתור ילדים עם קשיים/עיוותים התפתחותיים, ילדים במצבי מצוקה וסיכון וילדים במשברי חיים. הוא מאפשר קיומו של רצף מניעה-איתור התערבות. זוהי הזדמנות משמעותית להקניית כלים לגננת, להתמודדות עם צרכי ילדים ומשפחות בגיל הרך, בתוך רקמת החיים הדינאמית והטבעית של גן הילדים. הפסיכולוג בגן מהווה משאב חיוני לגננת, שעל כתפיה מוטלת האחריות להיות פעמים רבות, הגורם המאתר הראשון במערכת החינוך לקשיים תפקודיים כלשהם: אקדמיים/רגשיים/התנהגותיים/חברתיים. במקרים אלה עליה להיות הראשונה ש"סודקת" את הדימוי שיש לילד בעיני הוריו וזוהי רק ראשית ההתמודדות בגן. תפקידה לא פשוט. יש חשיבות רבה לעבודה פסיכולוגית אקטיבית בגני הילדים. זהו מנגנון תמיכה רב השפעה על איתור מוקדם, ליווי התפתחותי של ילדים עם קשיים, טיפול פסיכולוגי, סיוע לגננות בתהליכי איתור והתמודדות פסיכו-פדגוגית, והדרכה וטיפול להורים לילדים צעירים.

עבודה פסיכולוגית חינוכית בגיל הרך קבלה מאז ומתמיד תשומת לב מרכזית בעבודתו של אגף פסיכולוגיה בשפ"י. עם זאת מלאכה רבה עוד ניצבת לפתחנו. בשנה האחרונה קיימנו ימי-עיון ארציים ומחוזיים (יום-עיון למנהלי שירותים פסיכולוגיים ומדריכים בנושא: ויסות רגשי בגיל הרך, וקדם הכנס החטיבתי של הפ"י שתוכנן על-ידי אגף פסיכולוגיה ופורום הגיל הרך ועוד).

בימים הקרובים יופץ לשפ"חים מודל עבודת שירות פסיכולוגי חינוכי בגני הילדים: "שירות פסיכולוגי חינוכי בגני הילדים – תפיסה תיאורטית וקווים מנחים לעבודה". המודל מציג תפיסות תיאורטיות ויישומיות וכוללת מספר היבטים: מניעה והתערבות בעבודת השפ"ח, הגישה האקולוגית מערכתית, ליווי התפתחותי ברמת הפרט, הגן והמשפחה, עבודה עם שותפי תפקיד (יועצים חינוכיים, בעלי תפקידים ברשות המקומית), איתור, הערכה והתערבות.

משרד החינוך הגיש תוכנית עבודה לאור המלצות ועדת טרכטנברג באשר ליישום חוק חינוך חובה (גילאי 3-4 שנים). בתוכנית זו כלולה התייחסות לשפ"י ולעבודת השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים.

אני מקווה שעם כניסתה של שנה אזרחית חדשה נתבשר על הזדמנויות חדשות בקידום עבודה פסיכולוגית בגיל הרך. מי ייתן וזו תהייה שנה בה תינתן עדיפות להשקעה חברתית וחינוכית בגיל הרך ובכלל זה לעבודתם של הפסיכולוגים על חטיבותיהם השונות להתפתחותם המיטבית של ילדים צעירים במישרין או באמצעות המבוגרים המשמעותיים בחייהם.

בברכה

חנה פרידמן

בימים אלה דנה ממשלת ישראל ביישום המלצות דו"ח ועדת טרכטנברג. בפרק השירותים החברתיים מופיעה התייחסותה של הוועדה לחינוך בגיל הרך. לא בכדי מופיע החינוך לגיל הרך בפרק הדין בשירותים חברתיים. הגיל הרך איננו רק שלב חינוך, הוא היסוד לכל אחד משלבי החינוך ומהווה תשתית התפתחותית, לקיומה של חברה המשפיעה על נקודת הזינוק של ילדיה.

ועדת טרכטנברג מקדישה פרק לחינוך בגיל הרך: "קידום החינוך בגיל הרך ובגילאים הצעירים:

**"מחקרים בין-לאומיים רבים בנושא החינוך בגיל הרך, מצביעים על כך שחסכים חינוכיים בגיל צעיר ואפילו בגיל מאוד רך, פוגעים באופן משמעותי, בהתפתחותו של הילד וביכולתו להתקדם בגיל מבוגר יותר. פערים חינוכיים אשר ניתן לתקנם בקלות יחסים בגיל צעיר, הופכים למשימה קשה מאד בהמשך הדרך. היעדים הפדגוגיים והחברתיים מכתובים את הצורך בחיזוק מיוחד של שלבי החינוך המוקדמים. חיזוק החינוך בשלבים אלה חיוני להבטחת שוויון הזדמנויות, לקידום הצלחתם של כלל הילדים ולצמצום הפערים בחברה. חינוך איכותי בגילאים צעירים יקנה לילדים כלים יסודיים ומקיפים ללמידה ולחשיבה ויעצים את כישוריהם האישיים והחברתיים."**

בהתאם לקביעה זו, ממליצה הוועדה מספר המלצות באשר לחינוך בגיל הרך. אחת מהמלצותיה:

**"במסגרת זו יומלץ על יישום מלא של חוק חינוך חובה לגילאי 3-4 עד שנת תשע"ה באופן מדורג."**

עבורנו כפסיכולוגים, ההכרה בקריטיות של ההתפתחות בגיל הרך בהיבטים נוספים פסיכולוגיים, אקולוגיים-התפתחותיים ובמובני ההתקשרות האינטראקטיבית, היא בבחינת עיסוק באבני היסוד של בניין ההתפתחות האנושית.

השירות הפסיכולוגי חינוכי שואף לספק שירות פסיכולוגי למערך גני הילדים, החל מגיל שלוש שנים. בפועל השירות ניתן בכל מגזרי האוכלוסייה ובכל הרשויות, בהתאם לאחוז הכיסוי התקני. פירוש הדבר שבחלק מהרשויות ניתן שירות פסיכולוגי חינוכי (רמה א) בגני חובה בלבד ובחלקן (ברמה א) בגני טרום-חובה וחובה. על רקע זה אנו עדים להבדלים המהותיים בין קיומו של שירות פסיכולוגי נוכח ואקטיבי בגן הילדים לבין מצב ששירות מסוג זה חסר.

אעיד באופן אישי, כמי שעבדה כפסיכולוגית במשך שנים רבות בגני טרום חובה וחובה וניהלה שירות פסיכולוגי-חינוכי, בתנאים של כיסוי מלא ובתנאים של חסר בכיסוי – שההבדל בין שני המצבים משמעותי ומשפיע באופן ישיר על איתור מוקדם. נוכחותו של הפסיכולוג בגן הילדים פירושה שלגן כלנית או לולב יש פסיכולוג. פירוש הדבר עבודה רציפה בסביבתם החינוכית-חברתית של הילדים, במפגש שוטף ונורמטיבי עם





# משולחנו של יו"ר מועצת הפסיכולוגים פרופ' יואל אליצור

## סיכום עבודת צוות בדיקת נוסחת הקצאת מלגות ההתמחות בפסיכולוגיה, דצמבר 2011

הפסיכולוגים במשרד הבריאות, ד"ר יוכי בן נון – יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים ופרופ' יואל אליצור – יו"ר מועצת הפסיכולוגים.

חשוב להבהיר שהצוות התבקש להתמקד בנושא זה ולא לעסוק בבעיות אחרות הקשורות להתמחות בפסיכולוגיה, כמו תנאי העסקת המתמחים, הצורך בתוספת מלגות והמחסור בתקנים של פסיכולוגים במערכת הציבורית.

מאז הקמתו, נגש הצוות שמונה פעמים ואסף באופן מסודר חומר מגורמים שונים, על-מנת להגדיר את נקודות הקושי ולגבש את ההמלצות. הגורמים שהצוות היה בקשר איתם כללו את יו"רי הוועדות המקצועיות במועצת הפסיכולוגים ויו"ר ועדי המתמחים בפסיכולוגיה. נערך מיפוי של התקנים הקיימים במערכת הציבורית, תהליך בחירת המתמחים ע"י המוסדות, ניתוח הקצאת המלגות לתחומים השונים בחמש השנים האחרונות, מספר בוגרי המגמות השונות באקדמיה ומספר מקבלי תואר מומחה בתחומים השונים בשנת 2010. פירוט נוסף של עבודת הצוות מופיע בסיכום.

ההשקעה הרבה והליך העבודה המסודר בנושא כה חשוב לקהילת הפסיכולוגים הם לכשעצמם הישג. מעבר לכך, הסיכום משקף התקדמות בתחומים הבאים:

1. עדכון המפתח של חלוקת המלגות בהתאם להתפתחויות שהתרחשו בעשור האחרון בשדה הפסיכולוגיה (במוסדות ההתמחות ובאקדמיה), לשינויים באוכלוסייה ולצרכים של המערכת הציבורית.
2. שקיפות ציבורית: פרסום מפתח החלוקה בין תחומי ההתמחות השונים, מפתח שמוצג ומוסבר בדו"ח פתוח לציבור.
3. חלוקת המלגות למתמחים ובמקביל הקצאה גדולה יותר של מכסות מלגים למוסדות (110%): המטרה היא לעודד תחרות בין המוסדות בתהליך קבלת המתמחים בלי לפגוע ביכולתם של המוסדות לתכנן את העסקת סגל ההדרכה וקליטת המתמחים.
4. הגדרת נוהל לבחירת מתמחים בכל מוסד באמצעות ועדת מכרזים פנימית כדי לוודא שמתקיים הליך המבטיח פיקוח ובקרה על תהליך הבחירה.
5. הקצאת המלגות למתמחים בתוך כל התמחות בהתאם לקריטריונים ברורים ושקופים ובהליך שמאשש את האוטונומיה של הוועדות: ההקצאה תיקבע על-ידי כל ועדה מקצועית לאחר שתעניין בחוות דעתה של הפסיכולוגית הארצית.
6. יצירת תמריץ למוסדות להשגת תקציב matching במטרה להעלות את מספר המלגות הקיימות.

זה עתה התפרסם סיכום של עבודת צוות, שבדקה את נוסחת הקצאת מלגות ההתמחות. העבודה נמשכה שמונה חודשים והסיכום אושר על-ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הסיכום יהיה פתוח לציבור, אך מאחר והקישוריות אליו עדיין לא קיימת, במועד בו הטקסט הנוכחי מועבר למערכת פסיכואקטואליה, תוכלו למצוא אותה בפוסט שיתפרסם בכתובת הבאה:

<http://www.hebpsy.net/blog.asp?id=20>

אסכם בקצרה את נושא הקמת הצוות ודרכי עבודתו לצד הנקודות המהותיות שטופלו בוועדה:

לפני שנה הקים מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, צוות שימליץ על נוסחת הקצאה חדשה למלגות ההתמחות בפסיכולוגיה. הצוות הוקם בעקבות פניה מיו"ר ועדי הסטודנטים והמתמחים לפסיכולוגיה רפואית ושיקומית למנכ"ל, שהתווספה לפניות נוספות שהגיעו אליו. הועלתה טענה ביחס להיעדר השקיפות של נוסחת ההקצאה לצד טענה שנוסחה זו אינה משקפת בצורה הוגנת, את ההתפתחויות שהתרחשו בשנים האחרונות בענף הפסיכולוגיה. בנוסף, סקר מתמחים שנעשה על-ידי ועד המתמחים הקליניים, הביא את הוועד למסקנה שחשוב להעלות את רמת השקיפות והפיקוח החיצוני על מקומות ההתמחות, כאשר אחת הטענות המרכזיות התמקדה בתהליך הקבלה להתמחות. המנכ"ל התבקש להיכנס לעובי הקורה ולפסוק בנושא.

היוזמה של ועדי הסטודנטים והמתמחים, היא תקדים חשוב. זו הזדמנות טובה לבטא הערכה לקבוצה הצעירה שמייצגת את עתיד הענף שלנו. התארגנתם היטב כדי שהקול שלכם ישמע בדרג הגבוה ביותר, השמעתם את קולכם בדרך נחושה ויחד עם זאת מכבדת, והייתם טריגר שהצית מהלך חשוב שישפיע על הדורות הבאים.

זו גם הזדמנות לבטא הערכה לפרופ' גמזו, מנכ"ל המשרד, אשר בהחלטתו יצר תקדים חשוב של טיפול בעדכון נוסחת ההקצאה ונושאים אחרים הקשורים למלגות באמצעות ועדה המורכבת מעובדי משרד הבריאות ואנשי ציבור. תקדים אשר מקדם את הדיון בנושאים החשובים לקהילת הפסיכולוגים בדרך המאופיינת במנהל תקין, שקיפות והוגנות.

חברי הצוות: **מר דב פסט** – סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד הבריאות, **מר עמית בן צור** – יועץ בכיר למנכ"ל לענייני מדיניות בריאות במשרד הבריאות, **גב' ימימה גולדברג** – פסיכולוגית ארצית ראשית במשרד הבריאות וממונה על רישוי פסיכולוגים, **גב' איריס פרחי** – מנהלת ענף מועצת



השינוי שמוצג בסיכום עבודת הצוות בנושא נוסחת הקצאת מלגות ההתמחות מדגים כיצד ניתן לפעול בשיתוף פעולה בין גורמים שונים בתוך הענף שלנו. שיתוף פעולה שהוביל לתרומה בעלת ערך לענף הפסיכולוגיה בכל הנוגע לניסוח נהלים כתובים שמקדמים מנהל תקין, הוגן ושקוף בטיפול במלגות ההתמחות. תקוותי שנצליח להמשיך ליצור הליכים נוספים של שיתוף פעולה שיקדמו את ענף הפסיכולוגיה, יוסיפו לאווירה הטובה בין עמיתים, ויתרמו לשירות שאנו מעניקים לציבור.

כאמור, סיכום זה אינו מתמודד עם בעיות עמוקות נוספות שקיימות במערכת הציבורית ובתהליך ההתמחות, כך שיש צורך להמשיך לפעול כדי להגדיל את תקציב המלגות, להוסיף תקנים בשירות הציבורי ועוד. אפשר לפעול בצורות מגוונות. טוב שאפשר לקדם נושאים חשובים בתהליכים פנימיים בשיתוף פעולה טוב עם בעלי תפקיד מכהנים. וטוב גם שיש אפשרות להשפיע כפי שראינו בקיץ האחרון באמצעות מחאה ופעילות חברתית.

## משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות

ימימה גולדברג

אני מבקשת מכם בהזדמנות זו, להתבונן בתהליכים המתרחשים בשדה ולתהות.

3. אני שמחה לבשר שמנכ"ל משרד הבריאות אישר עבודת ועדה שעסקה בנושא הקצאת המלגות.

המסמך הועבר לידיעת יו"ר הוועדות המקצועיות, יו"ר ועדי המתמחים והוא מפורסם באתר של משרד הבריאות. הנוסחה החדשה תיושם החל משנת 2013 ואני תקווה כי היא תיתן מענה שונה ומעודכן למצוקות בשטח. אולם יש לזכור, כי עד אשר לא יגדל תקציב המלגות באופן משמעותי – נשאר בחסר.

מזה מספר שנים שאני חוזרת ומבקשת מהנהלת המשרד להגדיל את התקציב ולא נענית. מי ייתן ושנת 2012 תהיה שנת מפנה, גם בנושא זה.

4. אני שמחה לבשר שההשתלמויות של המתמחים במערכת הבריאות התחילו בסוף נובמבר וכי ההדים, כמדי שנה, הינם חיוביים ביותר.

להזכירכם, ההשתלמות השנה תוקדש לנושא ADHD לאחר שמנכ"ל המשרד אישר לפסיכולוגים המומחים לערוך אבחונים בתחום הזה ולא רק לרופאים. חשוב שגם המתמחים יחשפו ויוכשרו לנושא זה.

בהזדמנות זו אני רוצה לחזור ולהודות לכל המרצים אשר באים בהתנדבות, מתוך ההכרה בחשיבות של הכשרת הדור הצעיר ותורמים מזמנם ומידיע שלהם להעשיר את המתמחים.

אני חוזרת על תקוותי שהשנה הבאה תהיה שנת עבודה פורייה, שנת התפתות מבחינה מקצועית ובעיקר שנשכיל לשתף פעולה.

### ב ב ר כ ה

ימימה גולדברג

פסיכולוגית ארצית

וממונה על רישוי פסיכולוגים

### לציבור הפסיכולוגים השלום והברכה,

אנו נמצאים בפתחה של שנה אזרחית חדשה וכתמיד, כול התחלה חדשה מביאה עמה תקווה שהפעם זה יהיה שונה, שהפעם זה יהיה אחרת. אני באמת מקווה שזאת אכן יקרה ואני מאחלת לכולנו שנה אזרחית חדשה ופורייה. אשמח להציג לכם מספר נושאים העומדים על סדר יומי:

1. נושא מניעת אבדנות עלה ב- 6.12.11 בכנסת ב-4 ועדות:

ועדת העבודה, הרווחה והבריאות

ועדת חינוך

ועדת קליטה ועליה

ובועדת הכספים.

כנסת ישראל על ועדותיה סבורה שהגיעה העת לפתח במדינה תוכנית לאומית למניעת התאבדות ודרשה ממשרדי הממשלה השונים ברשות משרד הבריאות להפוך את הפיילוט, שעומד להסתיים, לתוכנית לאומית. אנו נערכים עתה במשנה מרץ לכך.

יש לציין שבתוכנית הזו שותפים פסיכולוגים רבים מתחומים שונים וחברים יחד להצלחת התוכנית. דומני, שזו אחת התוכניות הלאומיות היחידות הנותנות בימה מקצועית כה רחבה ומכבדת לפסיכולוגים.

בהזדמנות זו אני מבקשת להזכיר את פרופ' ישראל אורבך ז"ל, ששנה מלאה לפטירתו, והוא היה אחד מהוגי וממובילי הנושא הזה בארץ. ב- 22.12.11 קיימנו כנס לזכרו ובו נאמר שחזונו קורם עור וגידים. יהי זכרו ברוך.

2. לצערי, אני נדרשת לחזור לתקון סעיף 15 בחוק הפסיכולוגים. לאחר שמועצת הפסיכולוגים חזרה ואישרה אותו ברוב קולות – נשמעו קולות המתנגדים להצעה שאושרה והנושא יועלה שוב לדיון בישיבת חירום שתתקיים ב- 8.1.12.

אינני נכנסת לתוכן שכן הבעתי כבר את עמדותי המקצועיות מספר רב של פעמים, אך אני תוהה כיצד הפ"י, שיש לה 8 נציגים במועצה, שהשתתפו בהצבעה, מבקשת לעצור תהליך שאושר וכיצד יו"ר מועצת הפסיכולוגים "תופס טרמפ" על הבקשה ויזום דיון חוזר בנושא, שכאמור, המועצה חזרה ודנה בו מספר רב של פעמים ואישרה אותו ברוב קולות.



## הודעה

# הקרן על שם חנה גולדמן לסיוע בשירותים קהילתיים לפסיכולוגיה קלינית של הילד והנוער בישראל

חברי ועדת הקרן על שם חנה גולדמן מזמינים בזאת יחידים ו/או צוותים הפועלים במסגרת של שירות קהילתי לפסיכולוגיה קלינית של הילד והנוער, להגיש פניות לקבלת מענק מכספי הקרן.

מטרת הקרן היא לסייע, לעודד ולתמוך בפרויקטים ו/או פעילויות חדשניות בתחום הפסיכולוגיה הקלינית בתחנות ובמרפאות לילדים ולנוער (לא במסגרת אשפוזית), וזאת על ידי השתתפות בחלק מהמימון של פעילויות ו/או רכישת ציוד וחומרים במסגרות אלו. כספי הקרן לא יינתנו לצורך תשלום משכורות.

הקרן תעניק בשנת תשע"ב מענק לאחד עד שלושה פרויקטים. את ההצעות יש לשלוח למשרדי הפ"י עד 31 במאי 2012. בהצעה יש לכלול: תיאור מפורט של הפרויקט, מהלך (כולל לוח זמנים), הערכה תקציבית והצעות מחיר. הוועדה תדון רק בהצעות של יחידים או של צוותים שהנם פסיכולוגים קליניים חברי הפ"י. ועדת הקרן תדון בהצעות שיוגשו ותפרסם החלטותיה עד סוף חודש יולי 2012. המענקים יחולקו באספה השנתית של הפ"י.

### כתובת לפניות:

הסתדרות הפסיכולוגים  
הקרן על שם חנה גולדמן  
ת.ד. 3361 רמת גן 52136

בברכה  
חברי ועדת הקרן

אירית רוה-ברזל

אביבה קפלונסקי

עמוס ספיבק - יו"ר

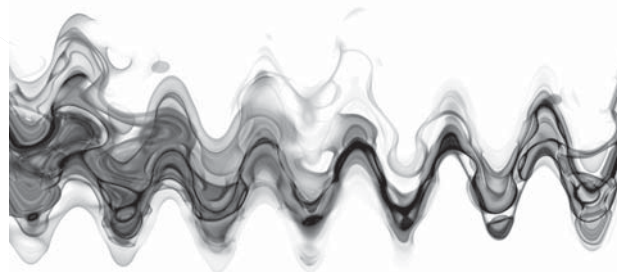


הסדנאות יוצגו על ידי  
Prof. Paul Salkovskis  
University of Bath, UK

**22 במאי 2012**  
טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מבוסס ראיות  
בהפרעות חרדה: שילוב בין אמנות קלינית  
למדע קליני כדי לסייע לאדם לבחור  
להשתנות

**23 במאי 2012**  
טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בחרדת בריאות  
(היפוכונדריה) ובתופעות דומות

[www.isas.co.il/salkovskis](http://www.isas.co.il/salkovskis)



**שתי סדנאות CBT  
להפרעות חרדה ולחרדת בריאות**

**22-23 במאי, 2012**

מרכז הכנסים יפה-לי

פארק הירקון, גני יהושע, תל-אביב



# סוגיות בטיפול בילדי להט"בים<sup>1</sup>

## ובהדרכת הורים להט"בים<sup>23</sup>

**שמאי כרוכום : מאת : שמאי כרוכום**

הטענה המרכזית המוצגת במאמר היא כי שהיחודיות הקיימת בטיפול בילדי להט"בים ובהדרכת ההורים הלהט"בים, קשורה להשפעת תהליך גיבוש הזהות הלהט"בית ולמידת התמיכה והגיבוי של הרשתות החברתיות בהורות זו. באמצעות תיאורי מקרה תוארנה מספר סוגיות הקשורות להדרכת הורים להט"בים ולטיפול הפסיכולוגי בילדים של הורים אלו. לצד תיאורי מקרה והתערבויות טיפוליות יוצגו מושגים הלקוחים מן הטיפול המשפחתי ומן העבודה עם ילדים מאומצים, כאשר נקודות המוצא התיאורטיות המשמשות את הכותב תהיינה גישת יחסי-אובייקט וגישת העצמי. לבסוף יוזכרו חלק מן הסוגיות הקשורות לעמדות של המטפל/ת כלפי הקהילה הלהט"בית.

המונח הורות, מתאר את הפעילות בתוך המשפחה הכרוכה בגידולו של ילד, עד הפיכתו לאדם עצמאי. בעידן הפוסט-מודרני ניתן לפגוש ריבוי צורות של הורות ומגוון רחב של משפחות, שאינן תואמות את 'המודל הקלאסי', בו זוג הורים משני המינים, מגדלים את ילדיהם הביולוגיים (גודקאר א, 2009; ב. לדוגמא, הורות במשפחות הטרו-סקסואליות גרושות, הורות במשפחות 'פרק ב' (לאחר גירושין), חד-הורות-טרו-סקסואלית, חד-הורות-הומו-סקסואלית, זוגיות הורית-הומו-סקסואלית, זוגיות הורית-הומו-סקסואלית – פרק ב' זוגיות הורית-הומו-סקסואלית משולשת או מרובעת<sup>4</sup>. השינויים המהירים במבנה המשפחה ומגוון אופניויות ההורות המוכרות כיום יוצרים לא פעם קשיים הן בקרב ההורים, הן בקרב מעגלי התמיכה החברתית (למשל, המשפחה הרחבה) והן בקרב אנשי הטיפול.

בכל הורות ניתן להבחין בגורמי חוסן ובגורמי שחיקה, שהאיזונים ביניהם, באינטראקציה עם גורמים אישיותיים מביא לתוצאה ייחודית לנוכח שינויים התפתחותיים או משברים במשפחה. בעבודה עם הורות להט"בית ניתן להבחין בגורמי חוסן ובגורמי שחיקה קונבנציונאליים לצד גורמים אחרים בעלי גוון ייחודי יותר. אנסה להדגים זאת באמצעות מספר תיאורי מקרה קצרים.

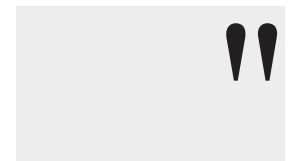
### תיאור מקרה ראשון:

**'לא ידעתי שאנחנו זוג הורים...', סוגיות של הכרה עצמית כמשפחה.**

אביו של א' (בן 15) פנה לטיפול בשל ביקור לא סדיר של בנו הבכור בבית הספר. בשיחת הטלפון סיפר האב על גירושיו לפני כ- 7 שנים ועל כך שמונה כאפוטרופוס לשני ילדיו. מדבריו עלה, כי בנו הבכור בעל נטייה מרדנית וסרבנית ואינו מגיע לבית הספר באופן סדיר. במהלך הפגישה הראשונה תיאר האב את מהלך ההשכמה הטיפוסית ובל' משים הזכיר את בן-זוגו וכיצד הם נקלעים לוויכוחים בנוכחות הנער. בירור קצר העלה שהאב ובן-זוגו חיים יחד כשש שנים. לאורך שלוש השנים האחרונות בהן החריף אי-התפקוד הלימודי של א', זוג הגברים לא הצליח להגיע לשיתוף פעולה הורי, האב לא שקל לבוא עם בן-זוגו לפגישות בבית הספר ובית הספר מעולם לא הזמין את הזוג ביחד.

בוגר המגמה הקלינית חינוכית אוניברסיטת חיפה. פסיכולוג חינוכי מומחה, מתמחה קליני 'עמך' ת"א. רכז נושא הקהילה הלהט"בית בשפ"ח ת"א-יפו<sup>4</sup>.

**ברצוני להביע הכרת תודה לצילה טנא, יעל שפירא ולדר' עופר מאור על הקריאה הביקורתית ההערות וההארות שנתנו לי על טיוטות המאמר הראשוניות.**



**בעוד שבעבר הורות להט"בית הייתה ברובה תוצאה של יציאתו מן הארון של אחד ההורים בתוך תא-משפחתי 'קלאסי' של זוג הטרו-סקסואלי, הרי שלאחרונה התווספו נתיבים חלופיים להורות להט"בית. אימוץ או פונדקאות בחו"ל ויצירת זוגיות-הורית בין גבר/ים הומו-סקסואלים, לבין אישה (הטרו-סקסואלית או לסבית), הם רק חלק מן האפשרויות הקיימות כיום"**

<sup>1</sup> להט"ב – לסביות, הומואים, טרנס-ג'נדרים ובי-סקסואליים.

<sup>2</sup> כול הזכויות שמורות.

<sup>3</sup> לתכתובת: crshamai@gmail.com

<sup>4</sup> למשל, גבר חד-מיני המביא ילד/ה עם אישה הגרה בזוגיות עם אישה אחרת; או זוג-גברים המביא ילדים עם זוג-נשים.





ולהתנהגויות מגדריות. אחרות זו כלל אינה קשורה למיניות. לאחריו, על-פי-רוב במהלך גיל ההתבגרות, ישנו שלב של **בלבול בזהות**, הכולל התערערות של החוויה הפנימית ההטרו-סקסואלית – לנוכח מחשבות, התנהגויות ותחושות המזוהים עם הומו-סקסואליות. בשלב זה יש חרדה רבה, העשויה להביא להכחשה ו/או לחיקוי מוגזם של תפקידים מגדריים. תחילת ההכרה האישית מלווה לרוב בהסתרה וברגישות גבוהה לתגובות הסביבה כלפי הומו-סקסואליות. במקביל לכך, ישנו תהליך אבל על ההטרו-סקסואליות. תחושות הבדידות והניכור המאפיינות שלב זה עשויות לגרום לדיכאון ואף לאובדנות. השלב הבא מכונה **קבלת הזהות**. שלב זה מתחיל כאשר ישנו חיפוש, מפגש ואף קשר עם אנשים דומים באופן המקטין את הבדידות ויוצר תחושת שייכות לקהילה. לעיתים ההומו-סקסואליות נתפסת בשלב זה, כקשורה בעיקר להתנהגות מינית או למראה חיצוני. ישנה תנועה בין הסתרה לבין שיתוף של אחרים משמעותיים בנטייה המינית. החששות השונים מאופן התגובה המשפחתית והחברתית מועמדים למבחן המציאות וככל שמקורות התמיכה רחבים יותר, כך ההתמודדות עם תהליך היציאה מן הארון טובה יותר. לבסוף ישנו שלב של **מחויבות וגאווה בזהות**, כאשר הלהט"ביות נתפסת כחלק מהותי בזהות העצמית. לעיתים העולם ההטרו-סקסואלי נתפס בשלב זה כמפלה ומתפתחת כלפיו דיוולואציה. בהמשך, הנטייה המינית הופכת לפחות מרכזית בהווה והסינתזה בין חלקי זהות שונים ובין העולמות החברתיים מאפשרת לחיות חיים שלמים ומספקים, לקיים קשרים זוגיים משמעותיים, לבחור האם להקים תא-משפחתי ולהיות גלויים לגבי הנטייה המינית בהקשרים חברתיים שונים. לא ניתן לנתק תהליך זה מגורמים חברתיים וסביבתיים המשפיעים על גיבוש הזהות הלהט"בית. **המודל האקולוגי** לגיבוש הזהות הלהט"בית טוען, שממוש העצמי מתרחש, כשיש התאמה טובה-דיה, בין הסביבה לבין העצמי. לטענת אלדירסון (2003) קיימים ארבעה גורמים סביבתיים וחברתיים המשפיעים על גיבוש הזהות הלהט"בית. ראשית, העמדות והגישות המשפחתיות וההורית כלפי ההומו-סקסואליות משפיעות על האופן בו הנער/ה הלהט"בית יתפסו את עצמם ואת התנהגותם. גם לערכי תרבות ודת יש השפעה משמעותית. שמרנות דתית או קיצוניות דתית (למשל, לנוכח איום במוות), מקשות ביותר על גיבוש הזהות הלהט"בית ולעיתים אף יוצרות תחושה כי יש צורך לבחור בין האמונה הדתית לבין הזהות האישית ושהן אינן יכולות להתקיים בכפיפה אחת. שלישית, חוקים (למשל, חוקי תעסוקה, חוקי גיוס לצבא, או חוקי הטרדה מינית) מנסחים את העמדות החברתיות ומעבירים מסר חברתית שוויוני או מפלה כלפי הקהילה הלהט"בית. לבסוף, ישנו המערך של הקשרים החברתיים אשר מבנה תחושת שייכות וקבלה, או שיוצר תחושת ניכור ובדידות. בגיל ההתבגרות חשיבותו גוברת במידה ניכרת על רקע תהליך הנפרדות והעצמאות מן ההורים.

ההתערבות הטיפולית הראשונה שנעשתה הייתה עצירת הפגישה ובידור אמפאתי כיצד קרה, שהאב לא הציג בפני את בן-זוגו, כבר בטלפון. תשובתו לכך הייתה: "לא ידעתי שאנחנו זוג הורים...". בעקבות זאת הוצע לתאם את הפגישה הבאה יחד עם שניהם. לפגישה זו הגיעו שני ההורים וניכר היה כי הם מתרגשים ונבוכים בו-זמנית, לנוכח ההכרה בזוגיותם. במהלך הפגישה התברר כי קיימת אצלם הפרדה חדה בין הזוגיות, לבין הפונקציה ההורית. לבן הזוג לא היה מקום כהורה, אך היה מצופה ממנו לתמוך באב, לנוכח אירועי ההסלמה השונים המתרחשים בתוך הבית, או מחוצה לו. להזכרת ההורים שניתנה במקרה זה היו שתי מטרות: הראשונה – חיזוק הזוגיות ההורית בין שני הגברים, באמצעות חיזוק ההכרה בהורות-הסוציולוגית של בן הזוג. המטרה השנייה הייתה התנהלות על פי עקרונות העבודה מול נער מקצין ומסלים. בהתאם לכך, נבחנו ונבדקו דרכי התגובה ההורית להתנהגות המרדנית והמסלימה של א', תוך הבנייה ברורה יותר של ציפיות ממנו ומתן תמיכה וסיוע לנער לעמוד בציפיות אלו<sup>5</sup>. הניסיונות להיפגש עם הצוות החינוכי בבית הספר (יועצת, קב"סית ומחנכת) בשיתוף עם שני האבות לא הצליחו. בית הספר, בטקטיקות שונות, דחה וביטל את הפגישות שנקבעו ולא שיתף פעולה עם הטיפול בנער ובמשפחתו.

במקרה שהוצג לעיל ניתן לראות, כיצד בנוסף לקשיים של ההורים עצמם, לזהות עצמם כתא משפחתי ולתפקד ככזה, התא המשפחתי הותקף מבפנים ומבחוץ, דבר שהחריף את הקושי שקיים בהתאמת ההורות לצרכי ההתפתחותיים המשתנים של א', כנער מתבגר התובע נפרדות-ונבדלות. באופן כללי ניתן למנות חמישה גורמי שחיקה הורית במקרה זה: סוגיית 'ההורה-הביולוגי', אופן התקשורת הזוגי, גמישות התפקידים המשפחתית, התסריט הנרקסיסטי של ההורות ולבסוף – ההכרה בהורות מצד מעגלי התמיכה. חלק מן הגורמים כאמור, אינם ייחודיים להורות להט"בית<sup>6</sup>, אך כפי שניתן היה לראות במקרה שתואר לעיל, הגורמים הללו נוטים להיות שזורים בתהליך רכישת הזהות הלהט"בית של זוג הגברים ביחד ובנפרד, כל אחד מהם לכשעצמו.

קודם שאנסה להתייחס אל סוגיית ההורה-הביולוגי וההורה הסוציולוגי ואל התסריט הנרקסיסטי של ההורות במקרה המתואר, אציג בקצרה את מודל גיבוש הזהות הלהט"בית. לצורך הדיון הנוכחי מוצגת תמצית וסינתזה של המודל שהוצע על ידי טרוידן (1993) ושל המודל שהוצע על ידי קאס (1996). חשוב לציין כי שני המודלים מבוססים על ראיונות, מחקרים וניסיון קליני, שנצבר במהלך שנות השבעים של המאה הקודמת. כיום מקובל לחשוב גם כי תהליך גיבוש הזהות מתחיל מוקדם יותר מבעבר וגם כי כלי התקשורת והייצוג ההומו-לסבי העכשוויים מקטינים את תחושת הניכור והבדידות (Maguen, Folyd, Bakeman, & Armistead, 2002).

מקובל להגדיר את השלב הראשוני, בגיל החביון, כשלב בו קיימת **תחושת 'אחרות' מוקדמת** בנוגע לתחומי העניין

<sup>5</sup> להרחבה על גישה טיפולית זו ראה ספריו של חיים עומר (למשל, 'המאבק הלא אליים באלימות ילדים') וספרה של עירית חגי ('ילד שלי מיוחד').  
<sup>6</sup> רבים מהיבטים אילו עולים בעבודה למשל עם משפחות של נישואין שניים.





בחזרה לתיאור המקרה, ניתן לראות כי תהליך רכישת הזהות-הלהט"בית של האב היה חלקי ולא הושלם. בהתנהלותו מול בנו ומול בן-זוגו היו 'איים' של קבלת זהות (הגירושין מאשתו, החיפוש אחר בן-זוג וגם המעבר לחיים משותפים), לצד 'איים' של בלבול-זהות (למשל, התפיסה כי הומו-סקסואלית היא פגימות, התפיסה כי לנער לא יכול להיות יותר מאבא אחד, הניסיון לחקות דמות-גברית מאצ'ואיסטית חזקה שהנער יפחד ממנה וכבד אותה, או אפילו תחושת הניכור והבדידות ששוחזרו שוב ושוב). 'איים' אלו הפריעו לו לחוש מחויבות וגאווה בזהות ולפתח תא-משפחתי חד-מיני הדדי, בעל תפקידים זוגיים, אינטימיים והוריים גמישים. ה-'איים' של הבלבול בזהות, חוזקו על-ידי צרכיו האישיים של האב אליהם היה פחות מודע, אך גם על-ידי הסביבה החברתית. **ההתקפה והשחיקה מבחון** על התא-המשפחתי נובעים מתיוגו 'כלא-משפחה' על-ידי המשפחה המורחבת של כל אחד מבני-הזוג ועל ידי מערכת החינוך בה הנער למד. אף שהזוגיות האינטימית של זוג הגברים זכתה להכרה חלקית, מעגלי תמיכה אלו לא הכירו, מסיבות שונות, בזוגיות-ההורית ובעצם לא הכירו ביחידה, כיחידה משפחתית. היבט זה ניכר במיוחד בעת חיפוש אחר מגשרים ותומכים להורים בהתמודדות עם התנהגויותיו השונות של הנער. באופן דומה, ההתעלמות מצד מערכת החינוך היוותה גורם סביבתי נוסף שהחליש ואף ביטל את הסמכות ההורית. לאורך העבודה עם זוג הגברים, בלטה תחושתם, כי היעדר האישור החברתי נובע מסטיגמות שונות (נידון בהמשך), וגורם להם 'להסתיר' את מורכבות התא-המשפחתי שהם מקיימים. מיותר לציין כי התקפות אלו העצימו את תחושת הבדידות ואת חוסר האונים ההוריים.

הזכרתי קודם לכן את סוגיית 'ההורה-הביולוגי וההורה-הסוציולוגי' המשתמעת בתיאור המקרה. בתרבות המערבית ניתן להורות-הביולוגית משקל רב, אף שגוף הידע ההתפתחותי שנצבר לאורך השנים מצביע על כך שפונקציות ההורות (איכות וזמינות הטיפול ההורי, למשל), היא בעלת משקל פסיכולוגי גדול ומורכב יותר, מן המרכיב הגנטי הבינארי. בהקשר זה ההורות-הסוציולוגית (המחנכת) של בן הזוג שווה המין, הותקפה על ידי אביו-הגנטי של הנער ועל-ידי סביבתם הקרובה והרחוקה. אחת מתלונותיו העיקריות של בן הזוג, הייתה על כך שבכל פעם שהוא מתייצב באופן אסרטיבי מול איומיו ודרישותיו של הנער, האב מיד יוצא להגנת בנו ומצהיר 'אתה לא אבא שלו!'. בהדרכת ההורים נבחנה הפגיעה הקשה של משפט זה, הן בסמכות ההורית של בן הזוג והן בסמכות ההורית של האב עצמו ובנוסף, גם בזוגיות-ההורית ובזוגיות-האינטימית שלהם. שזורים בתוך היבט זה נושאי התקשורת הזוגיים, אופי קבלת ההחלטות ומידת הגמישות, שכל אחד מהגברים החזיק והציג כלפי בן-זוגו וכלפי הנער עצמו. נושאי תקשורת וגמישות-תפקידים מוארים באופן מהותי בכל טיפול משפחתי ואינם ייחודיים בעבודה עם הורים להט"ביים. הפן המעניין במקרה זה היה להבחין כי גם בקרב תא-משפחתי חד-מיני יכולה להיות חלוקת תפקידים הוריים נוקשה ובעלת גוון מגדרי. ייתכן כי דבר זה מאפיין מעט יותר זוגות של גברים ופחות זוגות של נשים (ראה למשל, Koepe L., Hare, J., & Moran, P.B., 1992; Patterson, C.J., 1995a).

אולם המחקר בתחום זה אינו רב.

בהקשבה אל יחסי האובייקט המשוחזרים, ניתן היה להבחין בתסריט הנרקיסטי של האב הביולוגי ובצורך שלו לשחזר סיפור של מאבק-בהכרה על צרכים ובייחודיות בין אב לבין בנו, תוך ניסיונות לתקן את העבר. תסריט נרקיסטי נוסף שעלה היה קשור למשאלה שלו לתיקון-עצמי באמצעות יצירת 'ילד-לא-פגום'. בספרם "תסריטים נרקיסטיים של ההורות" מכנים מנו, פלצ'יו-אספסה וזילקה (2003), היבט זה 'צל עצמי' של ההורים. לטענתם במקרים אלו, ההורה מאציל על צאצאו את הפגיעה הנרקיסטית הילדית שלו, כאשר הדימוי של האובייקט מן העבר נחוזה כפגום או שלילי. ההזמנה החוזרת והנשנית מן האב, לבחון את תגובותיו הרגשיות כלפי בנו ואת התנהגויותיו כלפי 'הקלקולים' בנער, יצרו את התשתית והמצע להעלאה של זיכרון מערכת היחסים עם אביו-שלו. ההצבעה על ההעברה הבין-דורית ועל הפיכת הסביל לפעיל, אפשרו בהמשך בחינה ובדיקה של חלופות מציאותיות יותר, הכוללות הכרה בייחודיות ובצרכים של הנער לצד הצבת גבולות עקבית ויעילה יותר, ובעיקר הפחיתו חלק מן ההסלמה ומהיכוך בתוך המשפחה. הבחינה של תמת 'הקלקול-העצמי' ושל הומו-סקסואליות כקלקול או כמהות הפוגעת במסוגלות ההורית אפשרה תנועה והתפתחות של הזהות-הלהט"בית בהורה וחיזקה בחלקה גם את הסמכות ההורית.



**בתרבות המערבית ניתן להורות-הביולוגית משקל רב, אף שגוף הידע ההתפתחותי שנצבר לאורך השנים מצביע על כך שפונקציות ההורות (איכות וזמינות הטיפול ההורי, למשל), היא בעלת משקל פסיכולוגי גדול ומורכב יותר, מן המרכיב הגנטי הבינארי"**







## תיאור מקרה שני:

### ‘הבן שלי מרביץ לי כי אני לסבית’, פרשנות הומופובית של הורה להט"בי.

אימו של ב' פנתה לבקש טיפול בבנה בן הארבע. היא ציינה בשיחת הטלפון את התנהגותיו האלימות כלפיה וכי הוא חזר להרטיב. לקראת סוף השיחה ציינה כי התגרשה ועברה לגור עם בת-זוגתה לפני כשלושה חודשים. הצעתי פגישת היכרות עם בת הזוג. האב, שהסכים לטיפול בבנו, סירב להצעת ההדרכה. בפגישה הראשונה עם בנות הזוג הועלה חשש גדול מצד שתיהן כי התנהגויות הילד נובעות מהקושי שלו לקבל את הזוגיות שלהן ובעיקר את היותן לסביות. במהלך ההערכה הדיאדית (אם-ילד, אם-ילד), עלתה תמונה שבה מצד הילד ישנו קושי נורמטיבי, בהסתגלות למסגרת המשפחתית החדשה, בעוד שזוג הנשים מפרשות קושי זה, כהתנגדות של 'גבר' לזוגיות-נשית. במקביל לכך ניתן היה להתרשם מקשיים של הזוג להציב גבולות באופן אמפאתי ולשמר נוכחות הורית עקבית. חלק מכך נבע מהתלבטותה של בת הזוג בנוגע לקבלת התפקיד ההורי בנוסף לתפקיד הזוגי בו הייתה מעוניינת.

בהדרכת ההורים המסכמת את שלב ההערכה, הוצעה לזוג פרשנות של 'פרק ב' במשפחה גרושה והועלתה השערה כי קצב האירועים במציאות (פרידה הורית, גירושין ומעבר לחיים משותפים עם בת-זוג) היה מהיר מדי ולא אפשר לכל המעורבים הסתגלות הדרגתית ותהליכית, הנדרשת בכדי להתאים את עצמם למערך התפקידים החדש. דבר זה בלט במיוחד אצל בת הזוג, אשר יחד עם הכניסה לזוגיות נדרשה לבצע מעבר חד ומהיר להורות. בטיפול הדיאדי הוארו והודגשו הרגעים בהם פנה הילד לבת הזוג, בבקשה שתאמץ אותו כאם ובהדרכת ההורים ניתן מקום לגיטימי לאמביוולנטיות שלה, בנוגע לכניסתה להורות, באופן שאינו פוגע אלא מעצים את האינטימיות הזוגית של שתי הנשים.

מתוך מקרה זה ברצוני להדגיש את העבודה, מול הפרשנות של שתי הנשים להתנהגות התוקפנית של הילד ב'. שתיהן החזיקו בדעה כי התוקפנות היא תוקפנות 'גברית', כנגד היותן 'לסביות'. ניתן לחשוב על מספר דרכים להבין פרשנות זו. על פי מודל התסריטים הנרקסיסטיים להורות שהוזכר קודם לכן (מנו, פלצ'יו-אספסה וזילקה, 2003), ניתן להבין את ההשלכה של תוקפנות גברית על הילד, כרצון לתקן ולשקם מערכת יחסים מן העבר של כל אחת מן האימהות – ניסיון תיקון שנכשל, ההופך לשחזור.

נקודת מבט מקבילה לכך מתייחסת אל השלב בגיבוש הזהות הלהט"בית של ההורה ואל מידת ההורות הטוטאלית, או הפטאלית שלו. במאמר על חוויות ההורות הטוטאלית או הפטאלית אצל הורים-מאמצים, מבחינים פרלמוטר וברמן (2005), בין הורים המפתחים עמדה של 'הורות-טוטאלית'

ומחויבות כלפי הילד המאומץ, לבין הורים מאמצים הנוטים לפרשנויות של 'חור-שחור', על פיהן קשייו ו/או לקויותיו של הילד מפורשים על סמך הגנטיקה הלא ברורה, או האירועים העלומים של שנות חייו הראשונות של הילד-המאומץ. בתיאור המקרה הנוכחי ניתן להבחין גם בתופעת 'החור-השחור-ההומופובי' בקרב זוג הנשים וגם להבחין אצל בת-הזוג, בקושי לפתח הורות טוטאלית-הומו-סקסואלית. ייתכן כי עקב הבקיעים בתהליך גיבוש הזהות הלהט"בית אצל שתי הנשים (היותן בשלב של מחויבות וגאווה, הכולל רגישות כלפי ביטויי אפליה המעוררים תגובה דוואלואטיבית), תוקפנותו של הילד לנוכח מצבו קרסה ונשאבה אל מרכז הכובד של פרשנויות הומופוביות. בנוסף, פרט לסיבות אישיות של בת הזוג, ייתכן שעל רקע ההדגשה החברתית של ההורות הביולוגית, על-פני הורות-סוציולוגית, התקשתה בת הזוג לאמץ באופן טוטאלי את הילד של בת-זוגה. כלומר, ייתכן כי הורה בעל זהות להט"בית רעועה, או כזה החסר רשת תמיכה חברתית ותרבותית, יטה לפרש צרכים התפתחותיים תקינים, או התנהגויות נורמטיביות לסיטואציה טעונה, מול וכנגד זהותו הלהט"בית, דבר שיקשה עליו לפתח הורות טוטאלית עבור ילדו.

תופעת החור-השחור-ההומופובי, מתייחסת אל הדעות הקדומות בנוגע להומו-סקסואליות, שיכולות להיות מודעות או בלתי-מודעות, ישירות, או מעודנות. דעות-קדומות אלו עשויות להיות מחזקות על-ידי הסביבה וגם על-ידי ההורה הלהט"בי עצמו. בין הסטיגמות כלולות – התהייה בנוגע למסוגלות ההורית של להט"בים, החשש כי צאצאי הורים להט"בים יהיו להט"בים בעצמם, ההנחה כי בריאותם הנפשית של ילדי להט"בים מוטלת בספק וכי הם עשויים להציג יותר בעיות התנהגות ויותר קשיים הסתגלותיים, או קשיים ביחסים חברתיים. בעבודתי נתקלתי גם באמונה של מטופלים להט"בים וגם אחרים, כי צאצאי הורים להט"בים חשופים יותר לניצול מיני של הוריהם, או של מכרי ההורים. דעתי האישית היא כי חששות/סטיגמות אלה, הם ביטויים של ההנחה כי הומו-סקסואליות הינה מחלה נפשית. יש להזכיר בהקשר זה את תוצאות המחקר של אבלין הוקר (1957), שהביאו לביטול סיווג הומו-סקסואליות כמחלת נפש. מאז, ההומו-סקסואליות לכשעצמה, אינה מעידה על ליקויים בשיקול הדעת, ביציבות, באמינות, או ביכולת החברתית והמקצועית הכללית של הפרט. יתרה מכך, מאמרי סקירה בנוגע להורות להט"בית, מצביעים על התפלגות נורמאלית ודומה לזו של הורות הטר-סקסואלית בנוגע לכל הסוגיות הללו (ראה למשל את הסקירה של Patterson, C.J. 1992; Tasker, F. 2000).

## תיאור מקרה אחרון:

### ‘בן-זוגי לקח את אם-ילדו, ולא אותי, להכיר את הוריו...’, משולש קנאה הומו-לסבי

ג', גבר בן 28 עובד במקצוע חופשי חי שלוש שנים בזוגיות עם גבר המבוגר ממנו בחמש שנים, פנה לטיפול לאחר שבן-זוגו החליט להוליד ילד מבלי להיוועץ איתו.



וחלקיים מסיבות שונות והזנת האחד באה על חשבון השני. במצב זה חווית הפגיעה הנרקסיסטית היא ממשית ועשויה להוביל לנסיגה מבושית או לזעם (קוהוט, 1972). הבנת פגיעה זו סייעה לי להבין את ג' כאדם הנאבק על מילוי צרכי-העצמי שלו והמשתמש במנגנונים המוכרים לו בכדי לשרוד פגיעה כואבת. גישה ופרשנות אלו אפשרו את חידוש אספקת תגובות המראה (mirror transference) המאשרות מן הסביבה (המטפל) להן הוא נזקק כעת. מענה זה אפשר לכידות-עצמי מחודשת (אצל המטופל), אשר מיתנה בתורה את ביטויי צרות-העין ובהמשך אף הביאה לחמלה מסוימת כלפי בן הזוג בעת הפרידה ממנו.

לבסוף, מתוך תיאור המקרה השלישי ברצוני להאיר את נושא העמדות והגישות שמחזיקים אנשי-הטיפול, בשעה שהם עובדים עם הקהילה הלהט"בית. המטופל ג', סיפר בעצב רווי בכעס על תחושותיו כלפי המטפלת הקודמת, אשר סייעה לו בתהליך היציאה מן הארון ולנוכח קשיים שונים ביצירת הזוגיות, אך התקשתה להתייבץ לצידו באופן אמפאתי דיו, מול ביטויי הקנאה והתוקפנות שלו, לנוכח ההיריון המתהווה. מודל גיבוש הזהות הלהט"בית מזכיר בשלב המחייבות לזהות את העצב החשוף שקיים אצל הלהט"בים, בכול הנוגע לביטויים של קבלה, דחייה או אפליה מצד הסביבה. כאשר סביבה זו היא איש-טיפול – הדחייה והאפליה מועצמים, מאחר ומדובר בפנייה לעזרה ובאיש-מקצוע. לכל מטפל יש עמדה אישית בנוגע להורות-בילולגית ולהורות-סוציולוגית, או בנוגע לשאלת החזקה כאשר זוג-להט"בי 'מתגרש' – עד כמה יכולים אנשי הטיפול, להבין ולהחזיק במורכבות של תא-משפחתי משולש? כיצד נגיב לביטויי קנאה בקרב אחד משלושת קודקודים של משולש כזה? ולבסוף, כיצד נאפשר בטיפול חקירה פתוחה וכנה של פנטזיות-תיקון הומוסקסואליות המבוטאות באמצעות המוטיבציה להורות אצל ההורה הלהט"בי עצמו או בקרב בני המשפחה המורחבת?

נראה לי כי השלב הראשון בעבודה עם הלהט"בים ועם הורות-להט"בים הוא של נכונות לבדיקה עצמית מתמדת בנוגע לעמדות ולאפקט הקיימים אצלנו המטפלים, בהתייחס למגוון צורות ההורות וריבוי דגמי המשפחות בעידן הפוסט-מודרני. זאת בכדי שנוכל לסייע למטופלנו לבחון את עצמם, עמדותיהם צרכיהם ומשאלותיהם מבלי להיות חשופים לחוויות דחייה ולתיג נוספים. כלומר, כדי לאפשר חקירה אותנטית של המטופל את עצמו ללא משוא פנים או סילופי העצמי. חלק מהבדיקה העצמית של המטפל יכול להיעשות בכוחות עצמו, אך ראוי שחלקו יתבצע עם עמית הבקיא בעבודה עם הקהילה הלהט"בית ושחלקו ייעשה באמצעות לימוד של הנושאים באופן פורמאלי<sup>7</sup>.

לסיכום, בעבודה עם הקהילה הלהט"בית בטיפול פרטני, משפחתי, או בהדרכת-הורים פגשתי בעיקר בדמיון רב,

בזמן הפנייה לטיפול, לבן הזוג הייתה בת-זוג-להורות, שכבר הייתה בהיריון בחודש רביעי. ג' ראה בה 'לסבית, רווקה כרונית ואישה כוחנית'. לדבריו בן-זוגו והיא 'חוגגים את הסטרייטיות שלהם, הוא אפילו לקח אותה להיפגש עם הוריו, דבר שאני טרם זכיתי לו...'. לדברי ג', הוא עצמו מעוניין להיות הורה שותף ופעיל, אולם בן-זוגו לא הזמין אותו לכך. בטיפול, ג' מצא מקום בו הוא יכול לבטא את תחושת הבגידה, הקנאה וגם את צרות-העין, שלא זכו ללגיטימיות בתוך התא המשולש, או בתא הזוגי וגם לא אצל המטפלת הקודמת שלוותה אותו בתהליך היציאה מן הארון, אך לתחושתו התקשתה לסייע לו כעת.

אף שבן הזוג לא היה המטופל הישיר, ניתן להעלות באמצעות את אחד ההיבטים של המוטיבציה להורות בקרב הלהט"בים. המוטיבציות להורות רבות ובכל כניסה להורות קיימת, במידה כזו או אחרת, המוטיבציה לתיקון של העבר (ראה למשל, פרידלנדר, 2000). היבט אחד של הדינאמיקה (שיחזור הדחייה ואי-הקבלה), הועלה דרך תיאורי המקרה הקודמים. היבט אחר הוא שתיתקן העבר עשוי לקבל צורה של **פנטזיית-תיקון-ההומו-סקסואליות**. כלומר, שהבאת ילד לעולם תרפא, או תפצה, על היות ההורה הומו-סקסואל. מבחינת המודל לפיתוח זהות הלהט"בית, ניתן לראות בכך אי של בלבול בזהות, הכולל הכחשה, או הגזמה של תפקידים מגדריים. לדעתי, כאשר הוא קיים אצל הורה הלהט"בי, יש להציע בדיקה וחקירה מעמיקה של אי זה, בכדי שלא ישפיע ויאיים באופן לא מודע על המסוגלות ההורית לנוכח משברים או שינויים טבעיים במשפחה או משברים התפתחותיים של הילד.

בעוד שבעבר הורות הלהט"בית הייתה ברובה תוצאה של יציאתו מן הארון של אחד ההורים בתוך תא-משפחתי 'קלאסי' של זוג הטרנס-סקסואלי, הרי שלאחרונה התווספו נתיבים חלופיים להורות הלהט"בית. אימוץ או פונדקאות בחו"ל ויצירת זוגיות-הורית בין גבר/ים הומו-סקסואלים, לבין אישה (הטרנס-סקסואלית או לסבית), הם רק חלק מן האפשרויות הקיימות כיום. מתוך המקרה המוצג, ניתן לראות כי יצירת משולש-הורות מזמנת בחובה קנאה ולעיתים גם צרות-עין, לפחות בחלק מן המקרים<sup>7</sup>. התסכול של המטופל ג' לנוכח חוסר התקשורת המתמשך עם בן-זוגו, תחושת הבגידה וקנאתו באישה עמה יצר אהובו קשר-זוגי-הורי הרמטי ומדיר, הובילו אותו לצרות-עין, שבוטאה בחלומות, בהם הוא ייחל למות העובר, או למותה של האישה. פרשנות אנליטית 'קלאסית', הייתה עוסקת בצורה זו או אחרת במשולש-אדיפאלי, המשוחזר כעת, או בקנאה ובצרות-העין בפוריות של גוף האישה. פרשנויות אלו היו משחזרות את חווית השיפוטיות וחוסר הקבלה מצד המטפל כלפי המטופל. לעומת זאת, הגישה הקוהוטיבית ממשיגה את התוקפנות ואת הקנאה כתוצר מצער, ובמידה מסוימת הכרחי אצל חלק מן המטופלים, בשל אי-איזון במטרציה הנרקסיסטית. למשל, כאשר משאביו של מושאעצמי (selfobject) מצומצמים

<sup>7</sup> למיטב ידיעתי משולש-הורות שכאלה אינם קיימים במגזר הטרנססקסואלי ואני חייב לציין שבנקודה זו מצאתי את עצמי בודק את גבולותי שלי עצמי. עד כמה אני נכון להיות פתוח ולקבל אפשרות זו כאופציה טובה דיה לכל הצדדים ובעיקר עבור הילד. עלי עוד לעבור דרך מסוימת בנושא זה ואני מקווה שהצלחתי להחזיק את צרכיהם והתלבטותיהם של המטופלים שפנו אלי בהקשר זה לנגד עיני ולהניח את לבטי האישיים בצד.

<sup>8</sup> ישנם מגוון ימי עיון מטעם חושן בנושאים להט"ביים (ראה אתר הבית של ארגון זה), ומזה שנתיים ישנו 'כנס משפחות הקשת', שמתקיים במרכז הגאה בגן מאיר בת"א-יפו.



לאורך מאמר זה הזכרתי גישות מן הטיפול המשפחתי ומן הידע ההתפתחותי, לצד הניסיון שנצבר בטיפול במשפחות גרושות, בטיפול במשפחות מאמצות ובטיפול פרטני בגישה דינאמית. בעבודתי עם הורים להטב"ים מצאתי את עצמי מבצע התאמות קלות למושגים שכבר קיימים, שאותם פרסתי במאמר זה. בטיפולים בלהט"בים נעזרתי בעקרונות ובהתוויות של גישת יחסי האובייקט ושל פסיכולוגית העצמי ככלים באמצעותם אפשר לתהות על חווית המטופל ולהקטין את השיפוטיות והמוסרנות שקיימים בו. לבסוף טענתי, שאין בה כל חידוש, כי על איש בריאות-הנפש העובד עם מגזר מסוים ללמוד אותו ולהבין את צרכיו הייחודיים ואת ההקשר התרבותי בו הוא מתקיים, תוך בחינה מתמדת של העמדות האישיות ושל התגובות הרגשיות שלו עצמו כלפי השונות התרבותית אליה הוא נחשף.

בהשוואה לקהילות ולמגזרים שונים עמם אני עובד, לצד ייחוד ושונויות מסוימת. ייחודיות זו קשורה להשפעה שיש לתהליך גיבוש הזהות הלהט"בית ולמידת התמיכה והגיבוי של הרשתות-החברתיות עבור האדם הלהט"בי כאדם באופן כללי וכהורה באופן ספציפי. איני חש שייחודיות זו מצריכה יצירה או גילוי של גוף תיאורטי חדש, כפי שאני שומע לעיתים מצד חלק מעמיתי. לאורך המאמר הצעתי כי גופי הידע הרלוונטיים קיימים, ועלינו כמטפלים להכירם ולעיתים אף לחבר ביניהם. לעיתים אני מתרשם כי האמירה בדבר היעדר גוף ידע זה של אנשי המקצוע אינה מבטאת את ההבדלים לכאורה ב-פסיכולוגיה של קהילת הלהט"בים, אלא עשויה יותר לבטא את הקושי של חלק מן המטפלים לנוכח השונות והייחודיות הלהט"בית או אף לשקף את הסטיגמות המעודנות שעדיין קיימות כלפי ציבור זה.

## ביבליוגרפיה:

Troiden, R., (1993). The formation of homosexual identities. In L.D. Garnets & D.C. Kimmel (Eds.) **Psychological perspectives on lesbian and gay male experience** (pp. 191-217). Ney-York: Columbia University Press.

גודקאר, א. (2009). 'משפחות חדשות בפרספקטיבה פסיכולוגית חלק א': מתוך: פסיכולוגיה עברית ברשת. כתבות ומאמרי פסיכולוגיה

<http://www.hebpsy.net/articles.asp?t=0&id=2101>

גודקאר, א. (2009). 'משפחות חדשות בפרספקטיבה פסיכולוגית חלק ב': מתוך: פסיכולוגיה עברית ברשת. כתבות ומאמרי פסיכולוגיה

<http://www.hebpsy.net/articles.asp?t=0&id=2101>

מנזנו, ג., פלתי"ו אספסה, פ. וזילקה, נ. (2001). **תסריטים נרקיסיסטיים של ההורות: הקליניקה של ההתייעצות הטיפולית**. תרגום מצרפתית (2005) רמה איילון. תולעת ספרים.

פרידלנדר, ד. (2000). **מוטיבציות לאבהות בקרב גברים הומוסקסואלים והטרנסקסואלים**. עבודה לקבלת תואר מאסטר. חיפה: אוניברסיטת חיפה.

פרלמוט, י. וברמן, צ. (2005). הורות מאמצת – חוויה טוטאלית או פטאלית. **פסיכו-אקטואליה**, עמ' 24-28.

קוהוט, ה. (1972). **הרהורים על נרקיסיזם וזעם נרקיסיסטי. בתוך: פסיכולוגיית-העצמי וחקר רוח אדם: הרהורים בגישה פסיכואנליטית חדשה**. תרגום מאנגלית (2007) זוננס, צ., ואידן, א. תולעת ספרים.

Alderson, K.G., (2003). The ecological model of gay male identity. **The Canadian Journal of Human sexuality**, 12 (2), 75-86.

Cass, V.C., (1996). Sexual orientation identity formation: A western phenomenon. In R.P. Cabaj & T.S. Stein (Eds.), **Textbook of homosexuality and mental health** (pp. 227-251). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Evelyn Hooker, (1957). The adjustment of the overt homosexual. **Journal of projective techniques**, xxi, pp. 18-31.

Koepe L., Hare, J., & Moran, P.B., (1992). Relationship quality in a sample of lesbian couples with children and childfree lesbian couples. **Family Relations**, 41, pp. 224-229.

Maguen, S., Folyd, F., Bakeman, R., & Armistead, L. (2002). Developmental Milestones and Disclosure of Sexual Orientation among Gay, Lesbian and Bisexual Youth, **Journal of Applied Developmental Psychology**, 23(2), 219-233

Patterson, C.J. (1992). Children of lesbian and gay parents. **Child development**, 63, pp. 1025-1043.

Patterson, C.J., (1995a). families of the lesbian baby boom: Parents' division of labor and children's adjustment. **Developmental Psychology**, 31, pp. 115-123.

Tasker, F. (2005). Lesbian Mothers, Gay Fathers, and Their Children: A Review. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**. 26, 3. pp 224-240.





# חולי בגווני לבנדר

## זוגות חד-מיניים בהתמודדות עם מחלה קשה

מאת: שירלי אלון ויעקב בכנר

שירלי אלון:

פסיכולוגית רפואית,  
ביה"ח 'מאיר', כפר-סבא  
המחלקה לסוציולוגיה של  
הבריאות,  
אוניברסיטת בן-גוריון

יעקב בכנר:

המחלקה לסוציולוגיה של  
הבריאות, אוניברסיטת בן-  
גוריון

### רציונל

מאמר סקירה זה דן בזוגות חד-מיניים המתמודדים עם מחלה קשה של אחד מהם, כתת אוכלוסייה, הנדחקת שלא מרצונה הרחק מאור הזרקורים. זאת על-אף נוכחותה ההולכת ומתבלטת בחברה. זוגות אלו מאולצים להתעמת עם קשיים, לפחות בשלושה מישורים מקבילים: זוגיות חד-מינית הנתפסת כבלתי קונבנציונלית, מחלה מאיימת על חיי אחד מהם ובמקרים רבים, גם ההזדקנות. מטרת הסקירה היא לספק לאנשי מקצועות הטיפול, הבנה ומודעות למאפייניהם הייחודיים של החולים ובני-זוגם וצרכיהם הנגזרים מכך. היכרות זו עשויה לשמש בסיס לשימוש בגישות להתערבויות תואמות וכן כיוונים לפיתוח מערכות תמיכה הולמות בתחום הבריאות, הבריאות הנפשית, החברה, הרווחה והחוק.

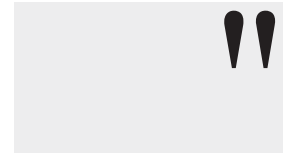
### מבוא

העניין הקליני והמחקרי בעולם החוויות של האדם המתמודד עם מחלה קשה, עבר בעשורים האחרונים הרחבה, לעיסוק במערכות התמיכה הראשוניות סביבו, כשברובן מדובר בבני-זוג, המשמשים גם כמטפלים עיקריים. גוף הידע שהתגבש הביא להבנה, שלא רק האדם החולה נוטה לסבול מתסמיני מצוקה נפשית, אלא שגם בני הזוג מועדים לתגובות דחק, בשכיחות גבוהה וברמות דומות, לעיתים אף גבוהות משל החולה עצמו (Baider et al., 1996; Langer et al., 2003). ממצאים אלה מסמנים את בני הזוג המטפלים, כמי שנמצאים ברמת סיכון גבוה לתחלואה גופנית ונפשית, כאשר תגובות דחק ודיכאון כרוניים בראשה (Stets & Brown, 2004; McMullan, 1996). היבטים פסיכו-סוציאליים מרכזיים אשר נחקרו היו: עומסים, אחריות ושינויים בחלוקת התפקידים בתא המשפחתי (Wight et al., 1998); השפעת המחלה על מערכת היחסים הזוגית (Cicirelli, 1995) ושינויים בתחום החברתי והכלכלי (Stommel, Given & Given, 1993). הללו תוארו ונדונו במספר סוגי מחלות כרוניות קשות, כגון אלצהיימר, מחלות נפש, איידס וסרטן (למשל: Stetz & Brown, 2004; Turner-Cobb, 2002). מהממצאים עלה, כי לצד שונות וייחודים, הנובעים מאופי וסוג המחלות השונות, עדיין קיים בסיס משותף לחוויות ולקשיים, שעיקרו נעוץ בטלטול התא הזוגי תחושת איום משותפת, הן על החולים והן על בני-זוגם.

הדמיון והשוני בין הצרכים והקשיים העומדים בפני חולים ובני-זוגם מתעצב לא רק על-פי סוג המחלה, אלא גם בהתאם למשתנים סוציו-דמוגרפיים, תרבותיים ופסיכולוגיים, אשר להם השפעה קרדינאלית על איכות ואף משך החיים. לפיכך, התמקדות ספציפית בתתי-קבוצות עשויה לשפוך אור על מאפייניהם, צרכיהם הייחודיים ובהמשך לפיתוח תוכניות תמיכה וסיוע מתאימים (Vrabec, 1997). אחת מאותן תתי-קבוצות מורכבת מאנשים הבוחרים לחיות בזוגיות חד-מינית. ניתוח מאפייניהם הביו-פסיכו-סוציאליים הייחודיים, עשוי לשפוך מעט אור על חוויות התמודדותם עם מחלות קשות.

### אפידמיולוגיה של בריאות וחולי בקרב להט"בים:

שיעור הלהט"בים מוערך כיום בכ- 10% מן האוכלוסייה הכללית – נתח שכלל אינו זניח (Lee, 2000). אולם, ההתייחסות אליהם כאוכלוסיה בעלת מאפיינים בריאותיים ייחודיים יחסית צעירה בשנים. מלבד מחלות מין מידבקות או התנהגויות אשר הוגדרו בעבר כסטיות, קידום בריאותם הגופנית והנפשית של הלהט"בים היה זניח (Boehmer, 2002). באמצע שנות ה-80 של המאה הקודמת, עלתה באחת המודעות להתנהגויות בריאותיות וגורמי סיכון לתחלואה בקרב להט"בים. תמורה זו נבעה מהשינוי בהגדרה הפסיכיאטרית – מסטייה מינית להתנהגות נורמטיבית (APA,



אפליה על רקע הומופוביה הינה מצב קיצוני יחסית, בעוד שקיימות צורות אחרות, מתונות יותר של עמדות מפלות, ששכיחותן גבוהה בהרבה; הטרוסקסיזם, הינו תפיסה, הרואה בהטרו-סקסואליות כמודל התקין היחידי למערכת יחסים. להבדיל מההומופוביה, המתנגדת או סולדת מנטייה מינית כלפי בן אותו המין, עמדה הטרו-סקסיסטית, מקבלת, במידה זו או אחרת, נטיות מיניות הומו-סקסואליות, או לסביות, אך אינה סובלנית כלפי ניהול אורח חיים זוגי חד-מיני, משפחה אלטרנטיבית מסוגים שונים, וכיוב'. הטרוסקסיזם, הוא אשר ברובו מונע מתן שוויון זכויות והזדמנויות של להט"בים החיים בזוגיות חד-מינית"





עיקרי הקשיים והאתגרים שסקרו להלן יתמקדו במספר היבטים, הנובעים בעיקר כתוצאה מהימנעות מחשיפה אישית בפני מערכת הבריאות, מאפליות, הנחות מוצא שגויות, מגבלות משפטיות וסוציאליות וכן היעדר לגיטימציה ותמיכה חברתית בעיקר כלפי בן הזוג השורד, אשר ברוב המקרים משמש כמטפל העיקרי בחולה (Smolinsky & Colo, 2006). כשנוסף על כך גיל מתקדם, כל הקשיים הללו נוטים להתעצם אף יותר.

### 1. מחסומי חשיפה אישית בפני המערכת הרפואית:

לתגובות הגורמים המטפלים תיתכן שונות עצומה, החל מקבלה גורפת של בחירת זוגיות חד-מינית ועד כדי התנכרות מוחלטת לצרכים הכלליים והייחודיים כאחד. תגובה זו נתפסת בעיני מרבית החולים ובני-זוגם כגורם קריטי ובעל השפעה מכרעת על טיב הטיפול, בין אם בהיבט האינטרומנטאלי ובין אם בהיבט התקשורת הבין-אישית (Price, 2010). אם כן, הגוונים בהם נצבעות חוויות ההתמודדות והטיפול של החולה ובן-זוגו מושפעים באופן ניכר מהאינטראקציה עם הסביבה הטיפולית, שהיא ברוב המקרים הטרנס-סקסואלית. להט"בים מונים סיבות רבות להימנעותם מחשיפת בחירתם המינית-זוגית בפני המטפלים הרפואיים. ההימנעות עשויה להתקיים גם במצבי מחלה מתקדמים, והשלכותיה במקרים אלו כבדות במיוחד, כגון שיעורי הישרדות נמוכים יותר ממחלות סרטן, ביחס לאוכלוסייה הכללית (Dibble et al., 2008). סיבות שונות עשויות להסביר תופעה זו, אולם המשקל המכריע והמדאיג ביותר מוטל על אבחון מאוחר של מחלות והיעדר קבלת טיפול מיטבי בשל הימנעות המטופל ובן-זוגו. לראייה, קיים תיעוד לכך ששיעור הלהט"בים המגיעים לשרותי הבריאות לצרכים שגרתיים הינו יחסית נמוך, בשל החשש מפני חשיפת בחירתם המינית, הכרוכה בקבלת שירותים רפואיים מסוימים (Eliason & Schope, 2001). אחת המשמעויות הטראגיות שנגזרות מכך, היא היעדר פעולות מנע (לדוגמה, טיפול מונע נגד הידבקות בנגיף ה-HIV אשר ניתן מיידית לאחר קיום יחסים בלתי מוגנים, ושכיחות קבלתו גבוהה בעיקר בקרב הומו-סקסואלים) ומועדות לגילוי מאוחר יותר של מחלות.

כמוכן שמחסומי החשיפה עשויים להיות בהחלט פועל יוצא של אווירה ותשדורות (ברורות או מוסוות) מצד השירות הרפואי או התבטאויות חסרות רגישות, אשר מותרות אנשים אלו עם תחושות של אי-נוחות, בושה ועד כדי פחדים – רציונאליים בחלקם. לפיכך, מוצאים עצמם המטופלים "מהלכים בין הטיפות", ובכל סיטואציה רפואית מבצעים הערכה מדוקדקת, עד כמה (אם בכלל) קיים צורך בחשיפת נטייתם המינית (Eliason & Schope, 2001). לא פלא הוא, שהם בוחרים בקפידה סביבה טיפולית הידועה להם כ"ידידותית לקהילה" (gay friendly), ואף ישנם המעידים כי בוחרים רופא, לא רק בשל מקצועיותו, אלא בשל ידע מוקדם על בחירתו המינית הדומה. לאי החשיפה תיתכנה השלכות טראגיות גם על נוכחותו של בן הזוג בסטינג הרפואי; כל עוד לא מובהר טיב קירבתו לחולה, לא ייחשב בן הזוג בגיליון הרפואי, או בפני הצוות כראוי לשיתוף במידע אישי אודות החולה, הטיפול, לא כל שכן לסייע בקבלת החלטות כבדות משקל.

לצד מגיפת ה-HIV/AIDS ושכיחותה הגבוהה יחסית בקרב הומו-סקסואלים. אלא שהתייחסות לאוכלוסייה זו כבעלת מאפיינים גורפים מוטעית, שכן קיימת שונות נרחבת, התלויה בהתנהגויות והרגלים, מוצא אתני, מצב סוציו-אקונומי ואף הנטייה המינית (לדוגמה, טרנס-ג'נדרים לעומת הומו-סקסואלים).

מקצת מן הנתונים האפידמיולוגיים אודות גורמי סיכון לתחלואה קשה באוכלוסיות להט"בים, מראים כי שיעור השימוש בחומרים ממכרים (טבק, אלכוהול, סמים) בקרב אוכלוסיות אלו, גבוה משמעותית מהשיעור באוכלוסייה הכללית (Lee, 2000). המשמעות הנלווית לכך, כמובן, הינה שיעור גבוה יותר של מחלות הקשורות לשימוש בחומרים אלו. נשים לסביות מצויות בקבוצת סיכון גבוהה יותר לחלות בסרטן השד וסרטן ריאת הרחם, בעיקר בשל סגנון חיים, המאופיין בשכיחות גבוהה יחסית של השמנת יתר, צריכת אלכוהול ועישון, היעדר הריונות או הריונות מאוחרים, שיעורים נמוכים של שימוש באמצעי מניעה והיענות נמוכה יותר לבדיקות סקר שגרתיות (Rankow, 1995). יחסי-מין אנאליים, השכיחים בעיקר בקרב הומו-סקסואלים, מעלים שכיחות לסרטן פי הטבעת, כמו גם סיכון גבוה להידבקות במחלות נגיפיות כגון הפטיסיס B, הרפס ו-HIV. לפני עידן הטיפולים האנטי-רטרו-ויראליים, שיעורי הסרטן מסוג Kaposi's Sarcoma, השכיחים בנשאי וחולי איידס, היו גבוהים לעין שיעור מהאוכלוסייה הכללית. גם כיום, שיעור קיום יחסי-מין מוגנים נותר נמוך למדי, ולא בשל היעדר מודעות. בתחום בריאות הנפש, שיעור הגברים הומו-סקסואלים הסובלים מדיכאון, חרדה, הפרעות אכילה ואובדנות, גבוה משמעותית מגברים באוכלוסייה הכללית (Lee, 2000).

### קשיים ואתגרים בזוגות חד-מיניים המתמודדים עם מחלה קשה

מלבד התיעוד שנצבר אודות זוגות הומו-סקסואלים המתמודדים עם מחלת האיידס של אחד מהם, מעט ידוע על חוויות התמודדותם עם מחלות אחרות המאיימות על החיים. למעשה, הודות לשיעורים ההולכים ופוחתים של תמותה מאיידס בשנים האחרונות, אימת המחלה פחתה. לעומת זאת, שיעורי התחלואה והתמותה מסרטן וממחלות נלוות לזקנה, עדיין גבוהים ועימם הולכת וגוברת תופעת הלהט"בים המזדקנים.

צרכיהם של זוגות חד-מיניים אינם שונים מהותית משל זוגות אחרים, שמתמודדים עם מחלה מאיימת על חי אחד מהם. אולם, בכל זאת יתכנו מספר צרכים ייחודיים, אשר מקורם אינו כתוצאה מעצם בחירתם המינית, אלא בשל התהוות גורמים סביבתיים – מעבר למחלה עצמה – העלולים להשפיע לרעה על חוויותיו ותחושותיו של החולה ובן-זוגו. במילים אחרות, להט"בים, בניגוד להטרו-סקסואלים, נוטים לסבול מתת-התייחסות לצרכיהם ומאפייניהם הייחודיים, ובשל כך לחוות התמודדות שונה מהותית עם מחלה קשה.







## 2. הנחות מוצא שגויות של הצוות, בורות ואפליות:

אפליה על רקע הומופוביה הינה מצב קיצוני יחסית, בעוד שקיימות צורות אחרות, מתונות יותר של עמדות מפלות, ששכיחותן גבוהה בהרבה; **הטרוסקסיזם (Heterosexism)**, הינו תפיסה, הרואה בהטרו-סקסואליות כמודל התקין היחיד למערכת יחסים. להבדיל מההומופוביה, המתנגדת, או סולדת מנטייה מינית כלפי בן אותו המין, עמדה הטרו-סקסיסטית, מקבלת, במידה זו או אחרת, נטיות מיניות הומו-סקסואליות, או לסביות, אך אינה סובלנית כלפי ניהול אורח חיים זוגי חד-מיני, משפחה אלטרנטיבית מסוגים שונים, וכיוב'. הטרוסקסיזם, הוא אשר ברובו מונע מתן שוויון זכויות והזדמנויות של להט"בים החיים בזוגיות חד-מינית (Brotman et al., 2007).

גם כיום, ברירת המחדל של אנשי הטיפול הינה שהמטופל שלמולם הינו הטרו-סקסואל (Lee, 2000). לכן, מפגש עם אדם המלווה בבן-מינו המזוהה כבן-זוגו עשוי ליצור אווירה רגעית של הפתעה ואף מבוכה, גם כשהמטופל אינו הומופוב, או הטרוסקסיסט. הזוג המטופל חש מיד באווירת אי הנוחות ונוצר מעגל קסמים של הימנעות הדדית.

הנחות יסוד המבוססות על בורות, או סטיגמות קיימות גם כיום, ואף להן תיתכן השפעה על אופן ההתייחסות לחולה ומשפחתו, לעיתים עד-כדי איכות טיפול מקצועי שונה (Klitzman & Greenberg, 2002). למשל, הנחת מוצא שגויה אשר אינה נדירה בקרב אנשים ממקצועות הבריאות, הינה שעצם הנטייה המינית עלולה להוות סיבה לתחלואות שונות (Dibble et al., 2008). תחלואות מסוימות אמנם שכיחות יותר בקרב להט"בים, אולם אינן נובעות מהנטייה המינית, אלא מתולדות של סגנון חיים, המקובל באוכלוסייה זו (כמתואר). יתרה מכך, סטיגמות והכללות כגון ריבוי פרטנרים מיניים ושימוש בסמים הינן הכללות, שלעיתים רחוקות לחלוטין מעולמם של זוגות חד-מיניים, המנהלים תא משפחתי לכל דבר. למרות זאת, הם נוטים לספוג ביקורתיות סמויה או גלויה על סגנון חיים היפותטי.

השלכה קשה נוספת של תפיסה הטרוסקסיסטית כלפי החולה, תהיה דחיקת בן הזוג הצידה. כלומר, בשל היותו בן-זוג "לא קונבנציונלי", תפקידו כמטפל העיקרי באדם החולה אינו מתקבל בטבעיות בעיני אחרים, גם כשמדובר בקשר זוגי יציב וממושך. ראייה זו תבטא, בין היתר, באי-נוחות נוכח שותפותו הפעילה של בן הזוג בקבלת החלטות רפואיות (מצב שאינו נתפס כבעייתי במקרים של זוגות הטרו-סקסואלים). תופעת דחיית בן-זוגו של חולה הצידה, אינה ייחודית לסצנה הרפואית ופעמים רבות מתקיימת גם מצד משפחת החולה; במקרים של היסטוריית יחסים מרוחקים עם משפחת המוצא של החולה, עשויה המשפחה ליזום התקרבות מיוחדת עם היוודעה על המחלה. בעטיים של קונפליקטים קודמים הקשורים רבות לבחירתו הזוגית של החולה, ימצא עצמו בן הזוג נדחק הצידה. במקרים חריפים, יתכנו אף ביטויי כעס והאשמה כלפי בן הזוג הבריא, על שלכאורה אחראי למחלת בן-זוגו, או שאינו מטפל בו כראוי, לטעמם. בן הזוג הבריא, לא רק שאינו זוכה להכרה כמטפל ותומך העיקרי בחולה, אלא אף נתפס כגורם שלילי ופוגעני. עוצמת הדחייה והניכור תעלה ככל שמחמירה המחלה, ועלולה להגיע לשיאה במקרים של מוות החולה.

## 3. מגבלות משפטיות וסוציאליות:

בישראל נישואים חד-מיניים אינם מקובלים, אך עם זאת, זוגות חד-מיניים פועלים לעתים כדי למסד את הקשר ביניהם לכדי מעמד של ידועים בציבור. בהיעדר הנחיות מקדימות שמותיר כל אדם חולה, לבן הזוג החוקי ("שאר בשר"), קיימת זכות חוקית לקבל החלטה רפואית בעבורו. בקרב זוגות שאינם חוקיים, זכות זו אינה מובנת מאליה כלל. במקרים בהם קיימות דעות מנוגדות בין בני משפחת המוצא, לבין בן-זוגו של החולה, יתכן אף צורך בפנייה לערכאות משפטיות על מנת לממש את החלטת בן הזוג (Smolinsky & Colo`n, 2006). מסיבה זו, העלאת מודעותם של חולים אלו, באשר לחשיבות מתן הנחיות מוקדמות מפורשות (כגון צוואה בחיים ויפויי כוח) מומלצת, במידה ויחפצו להעביר את סמכויות ההחלטה לבן/בת הזוג (Dibble et al., 2008). ואכן, להט"בים החולים במחלות קשות מודעים ברוב המקרים למעמדם המשפטי וזכויותיהם ואף נוהגים להצהיר ולתעד את העדפותיהם בתכנון הטיפול הרפואי בהם, בפרט הנחיות מקדימות לטיפול בסוף החיים (Stein & Bonuck, 2001).

## 4. היעדר לגיטימציה ותמיכה חברתית לביטוי קשיים, מצוקות ואבל:

קיומה של זוגיות יציבה משרתת כפונקציה מגנה מפני מחלות כרוניות רבות (Turner-Cobb et al., 2002) ובמקרים של מחלה קיימת, משפרת היענות לטיפול (DiMatteo, 2004). אולם, תמיכה ממקורות נוספים, תקל משמעותית ממצוקת הזוג ותפחית משמעותית



זוגות חד-מיניים נוטים לזכות לפחות תמיכה מאת משפחת מוצאם, יחסית לזוגות הטרו-סקסואלים. לכן, תפקידו של בן הזוג כתומך וחבר חיים מרכזי במיוחד, לצד גרעין חברתי – קהילתי קרוב אשר מתגבש לאורך החיים הבוגרים ומשמש כאלטרנטיבה מפצה למשפחת המוצא. "משפחת הבחירה", אם כן, תפקידו של עמוד תווך בהתמודדות מי מבני הזוג"







אשר נפער עם סיום תפקידו של בן הזוג כמטפל עיקרי, צד מיעוט במקורות תמיכה מספקים מלבד קהילת השווים (Hash, 2001) ובעיקר, לצד שכיחות גבוהה יחסית של **אבל אצור (disenfranchised grief)** (Doka, 1989), טבע מושג זה, כביטוי לאבל ממשי ועמוק שחווה האדם, אך אינו יכול לבטאו כהלכה כלפי חוץ, בשל תפיסת הסביבה אותו כבלתי משמעותי או לגיטימי. כתוצאה, נאלץ האדם להפנים את אבלו וסובל מתחושת בידוד מסביבתו. המשמעות הטראגית של אבל אצור הינה היעדר קבלת תמיכה המקובלת ונהוגה מצד הסביבה במקרים של כל אבל אחר, שידועה כשלב חיוני ואדפטיבי לעיבוד תקין של אבל. בהיעדר הזדמנות לבטא את האבל ולהיעזר במנהגי אבלות, חשים המתאבלים מבודדים מסביבתם וקיים סיכון גבוה יותר לתגובת אבל מורכבת וכרונית.

אבל אצור מתקיים גם במקרים אחרים, בהם מערכת היחסים עם המת לא נתפסת כמשמעותית, או לגיטימית בעיני החברה ולפיכך האובדן אינו נחשב "חמור", לדוגמא, אובדן עובר, או מות מאהב כשהיחסים מוסתרים (Shernoff, 1997).

כמובן שביטויי האבל שחווים בני-זוג להט"בים, תלויים רבות במידת פתיחותם כלפי חוץ בנוגע לזוגיותם; בן-זוג בקשר חד-מיני עלול לסבול מאבל אצור בחומרתו הרבה ביותר, כאשר הזוגיות מוסתרת ("בארון"). אך גם כשהזוגיות פומבית, נוטה הסביבה להקל ראש בתגובת האבל והצער שחווה המתאבל, כאילו שזוגיות חד-מינית אינה שוות ערך לזוגיות הטרו-סקסואלית, על אחת כמה וכמה כשזו אינה מקודשת על-פי מנהגי הדת, או רשמית על-פי חוק. בעיני הסביבה, אבלם של בני משפחת המוצא (הביולוגית) מקובל ולגיטימי, בעוד שאבלו של בן הזוג הרבה פחות. כשהמשפחה התנגדה או התביישה בקשר החד-מיני, בן הזוג האבל עשוי שלא להיכלל בטקסי האבלות המשפחתיים.

גם המשפחה עצמה עלולה לעיתים להימצא בתת-תמיכה סביבתית ומידה מסוימת של אבל אצור, במיוחד בקהילות בהן קיימת התנגדות וסלידה מ"סגנון חיים" הומו-סקסואלי. בן הזוג שנותר מהווה תזכורת לבחירה "שגויה" או "מבישה" שעשה הנפטר, ובכך נתון לכעס והאשמה מצד המשפחה (Shernoff, 1997).

### המלצות להתערבות פסיכו-סוציאלית:

לזוגות חד-מיניים המתמודדים עם מצבי חולי קשה משימות מורכבות, אשר נובעות מסינרגיזם שבין המחלה והשלכותיה, בשילוב עם צרכים בלתי מטופלים, תת-תמיכה ותקשורת בלתי מאפשרת מצד הסביבה המטפלת. ייעודו של איש הצוות הפסיכו-סוציאלי, אם כן, לשמש גורם מווסת ומגונן מפני מצבור הקשיים. עליו לספק תמיכה רגשית מותאמת לצרכים ולוודא קיומה של רשת חברתית בסיסית, שמטרתה לתמוך לא פחות בבן הזוג המטפל. הוא אשר אמון על זיהוי ואיתור אנשים אלו כאוכלוסייה בסיכון להעניק טיפול, והתייחסות הולמת לצרכיהם ולתת תמיכה חברתית לשיעורים גבוהים במיוחד של מצוקה נפשית.

תהליכי שחיקה בקרב המטפל העיקרי (Weston, 1992). תופעה של היעדר תמיכה סביבתית מספקת בקרב זוגות חד-מיניים, מדווחת בשכיחות גבוהה למדי בספרות (Hash, 2006; Smolinsky & Colo'n, 2001) ושכיחותה גוברת עם העלייה בגיל. ולדמן, באום וסוסקולני (2011), ראינו קשישים הומו-סקסואליים, ומצאו שכיחות בתלונות על תחושת ניכור וחוסר שייכות, לקשישים הטרו-סקסואליים. למרות שעם קשישים הומו-סקסואליים תוארו יחסים קרובים, הרי ששיעור חשיפת בחירתם המינית של הומו-סקסואליים קשישים נמוכה למדי ולכן נמנע מהם הקשר עם הקהילה ההומו-לסבית, אשר יכולה הייתה לספק להם תמיכה עצומה, בעיקר כאשר הקשישים אינם נשואים, או בעלי ילדים בוגרים. גם בהיעדר אפליה כלשהי, אי חשיפת הזוגיות החד-מינית עלולה לספק בסביבה רושם שגוי, כי החולה ובן-זוגו הינם "חברים קרובים" ולכן יזכו לתמיכה רגשית בהתאם, ולא לזו הראויה לזוג אוהב המתמודד עם איום ואובדן.

זוגות חד-מיניים נוטים לזכות לפחות תמיכה מאת משפחת מוצאם, יחסית לזוגות הטרו-סקסואליים. לכן, תפקידו של בן הזוג כתומך וחבר לחיים מרכזי במיוחד, לצד גרעין חברתי – קהילתי קרוב אשר מתגבש לאורך החיים הבוגרים ומשמש כאלטרנטיבה מפצה למשפחת המוצא. ל"משפחת הבחירה", אם כן, תפקיד של עמוד תווך בהתמודדות מי מבני הזוג (Weston, 1992).

במערכת הטיפולית יזכו בני הזוג למידע, תמיכה, ליווי והפנייה לגורמים מקצועיים, המשרתים את כלל האוכלוסייה ובמרבית המקרים ייתרמו מהם למדי. אך בהיעדר תקשורת פתוחה וגלויה בין הזוג לצוות המטפלים, לא יוכל להינתן מענה ראוי במידה ומופיעים קשיים רגשיים, זוגיים או מיניים, שמן הראוי שיינתנו על-ידי מטפלים מיומנים בטיפול באוכלוסייה להט"בית (gay friendly). כלומר, ההשלכות השליליות שבאי החשיפה אינן מסתיימות רק בתחום הטיפול הרפואי ומיצוי הזכויות, אלא גולשות גם לטיפול התומך, שבהיעדרו פוגע באיכות חיי החולה ובן-זוגו (Dibble et al., 2008).

### 5. חוויות בן/בת הזוג במהלך המחלה ולאחר תום הטיפול (post-caregiving):

אבחנת מחלה קשה מוגדרת כאירוע טראומטי, הן עבור החולה והן עבור בן הזוג. בעקבותיו, נזקקת עבור שניהם התמודדות מתמשכת עם השלכות פיזיות ורגשיות של איום על החיים. כמו באוכלוסייה הכללית, גם בקרב הלהט"בים משמשים בני הזוג ברוב המקרים כמטפלים העיקריים בחולה. כשהמחלה מתקדמת, תפקידי המטפל העיקרי הולכים ומתעצמים, בדרישה לתהליכי הסתגלות מהירים של הידרדרות (Stetz & Brown, 2004) ועומסים מצטברים בשל קשיים במתן תמיכה רגשית לבן הזוג החולה (Kelly et al., 1996; Clipp, 1989; Oberst et al., 1995; et al.). לחוויית תום הטיפול (post caregiving) אשר נחקרה בקרב להט"בים מזדקנים אשר שכלו בן-זוג, מתלווה מצוקה נפשית בשכיחות גבוהה במיוחד. ההסבר אשר ניתן לממצאים אלו, נעוץ בחלל הגדול





## התערבויות בצוות:

מרבית ההתערבויות הפסיכו-סוציאליות מכוונות כלפי המטופל שבמוקד, אולם במקרים אלו, דווקא להתערבות מערכתית חשיבות במעלה ראשונה. התערבויות פסיכו-חינוכיות לצוות יתמקדו בהקניית מיומנויות תקשורתיות, כגון שימוש בשפה מעודדת פתיחות ובלתי פוגענית ושפת גוף מזמינה ונינוחה (Smolinsky & Colo`n, 2006). יישום של הללו, יאפשר פוטנציאל לאינטראקציה פתוחה ורגישה, לא פחות לצוות המטפל מאשר לחולה ובן-זוגו. הכנת הצוות לקראת המטופל החדש, תמנע תגובות הפתעה או מבוכה בלתי רצויים, שהם הגורם העיקרי לקשיי התקשורת עם המטופלים, ולא דווקא הטרנסקסיוזם או הומופוביה.

## עידוד הזוג לפתיחות בפני הצוות המטפל:

Smolinsky & Colo`n (2006) תיארו מספר דרגות של חשיפת חייו הזוגיים של המטופל בפני המערכת המטפלת: 1. הצוות הרפואי "חושד", אך אינו פותח את הנושא; 2. איש הצוות שואל את המטופל אודות טיב הקשר עם האדם המלווה אותו, אך המטופל מכחיש או נמנע; 3. איש הצוות שואל באופן מאפשר, והמטופל חש הקלה נוכח ההזמנה להיפתח ולדון בטיב היחסים עם מלווהו; ולבסוף - 4. המטופל ובן-זוגו חושפים בפני הצוות את טיב יחסיהם בגלוי וביזומתם. התעלמות מתחושות או מידע עמומים, דינם כדין התעלמות ממידע רפואי, אשר גם אם אינו חיוני בהכרח לאנשי הרפואה, הוא עשוי להיות רלוונטי ביותר לצוות הפסיכו-סוציאלי.

אם כן, במקרה של רושם כי ייתכן ומדובר בזוג חד-מיני שאינו נחשף בפומבי, זהו תפקידו של נציג הצוות הפסיכו-סוציאלי לאפשר לגיטימציה לפתיחת הנושא במידה ויחפצו ולהבטיח כי השותפים יזכו להתייחסות וטיפול כזוג לכל דבר. חשיבות ראשונה במעלה הינה היכולת לשאול בנוחות האם טיב היחסים הינו יותר מאשר "חברי" ולהיות ערוך לכל תשובה אפשרית, כולל הכחשה. על המטפל להיות אמון על הידע והיכולת לבצע הערכה מקיפה באשר לטיב היחסים, צרכי בני הזוג בנפרד וביחד ולאפשר ביטוי חופשי ופתוח של זוג אוהב, כאמצעי רב חשיבות להתמודדות ופרידה. לעיתים, המטפל הינו האדם היחיד שירגיש בנוח לשאול את המטופל במישור האם האדם אשר מלווה אותו הינו בן-זוגו לחיים. שאלה מסוג זה ביכולתה להפשיר מיידית את הקרח ולספק תחושת נוחות ואמון במטפל מצד המטופל ובן זוגו. בכל אופן, על המטפל לאמץ שפה מזמינה ופוחתת ("כיצד תרצה שיצוין בגיליון הרפואי הקשר שלך עם האדם שמלווה אותך?"). במקרה של חשש מצד המטופל להשתמש בתיאור מפורש מידי, יוכל המטפל להציע אפשרויות תיאור ("פרטנר", "בן/בת זוג", "שותף לחיים", או פשוט "מטפל עיקרי"). בשיחות כגון אלה, מספק המטפל הרגעה ולגיטימציה לקשר ולהפגת החששות מפני חשיפתו בפני גורמים שאינו מעוניין לשתפם.

## יצירת ברית טיפולית כתשתית להתערבות נפשית:

במדגם נרחב של אחיות אונקולוגיות אשר סקרו Dibble et al (2008) נמצא, כי שיעור לא מבוטל מהן, דיווח על

תחושות של חוסר מסוגלות, להעניק טיפול מיטבי בשל היעדר היכרות וידע באשר לעולמם, סגנון חייהם ותרבותם של חולים להט"בים. מתוך מטרה לענות על הקשיים שעלו מן השטח, הציגו המחברות מודל עבודה בן 3 פרמטרים בסיסיים ("ASK"). דווקא בשל היותו כה פשוט, מתאים מודל זה לשמש כאבן דרך, לכל מטפל הבא במגע ראשוני עם עולמם של להט"בים, ובפרט למטפל הנפשי:

**Awareness** – על המטפל להיות מודע לאמונותיו, תפיסותיו ולמחסומיו האישיים באשר לאוכלוסייה הלהט"בית בכלל ולסגנון החיים של זוגיות חד-מינית בפרט. בהמשך, לנהוג ביושרה עצמית במידה ותיתכן השפעה האפשרית של דעותיו על תפקודו המקצועי, ולהיעזר בעמיתים או מדריכים לפי הצורך.

**Sensitivity** – על המטפל לנהוג ברגישות רבה בעת יצירת קשר ומגע עם מטופלים אלו, היות ולרוב מגיעים כבר מלכתחילה עם חששות מרובים, לא כל שכן ניסיונות קשים קודמים. יחד עם זאת, להט"בים חווים כדרך שבשגרה התבטאויות מאופקות יתר על המידה, אשר בולמות תקשורת כשלעצמן. הרגישות המצופה מן המטפל, לפיכך, תתבטא בלגיטימציה ועידוד לפתיחות ללא תנאים ובדגש על כבודו האישי של המטופל, בין היתר על בחירתו המינית זוגית.

**Knowledge** – על איש הצוות להצטייד במידע אודות אוכלוסייה זו, צרכיה ומנהגיה, בדיוק כשם שמגיעים לתרבות חדשה. מידע זה חיוני על מנת שיוכל לספק להם טיפול מיטבי והתערבות הולמת.

## תמיכה לזוג ובמטפל העיקרי:

כמו בכל התערבויות טיפוליות, גם הפעם חשובה ההתייחסות לתא הזוגי. כך, למשל, יוכל איש הטיפול להתייחס להיבטים של מיניות ואינטימיות בקשר הזוגי, אשר כמו כל קשר זוגי עלול להתמסס בשל התפקיד הטיפולי שנוטל על עצמו בן הזוג הבריא ובכך מזניח את תפקידו כחבר לחיים או בן-זוג.

במקרים בהם בן הזוג אינו משמש כמטפל העיקרי (אלא, למשל, בן משפחת המקור), יתכן בלבול מצד מספקי השירות הרפואי באשר לזהותו של איש הקשר הבלתי פורמאלי. שאלות בסגנון: "את מי ברצונך לשתף באשר למצבך או צרכי הטיפוליים?" או "מי האדם אשר עליו תוכל להסתמך באשר לטיפול ועזרה בך בזמן המחלה והטיפוליים?" יאפשרו הבנה ברורה יותר של משאבי התמיכה והטיפול בחולה, כמו גם את מידת העומק ומחויבות הקשר בין החולה ובן-זוגו. הערכת בן הזוג המטפל כמצוי בסיכון לדחק כרוני, שחיקה ואף תגובות אבל אצורה, עשויה להעלות שאלה בדבר התערבות מניעתית במידת הניתן.

ולבסוף, על כל הנוגע בדבר לזכור, כי בחירתו המינית והזוגית של החולה הינה אחת מתוך שלל מאפיינים ותכונות, ולא כנושא היחיד המצריך התייחסות ועניין. למעשה, היבט זה בחייו עשוי גם שלא להיות רלוונטי כלל, נוכח האיום הממשי על המשכיות החיים, בצלה של מחלה קשה.



- Eliason M.J. & Schope R. (2001): Does "Don't ask, don't tell" apply to health care? Lesbian, Gay and Bisexual couple's disclosure to health care providers. **Journal of the Gay and Lesbian Medical Association**, 5(4): 125-134.
- Gamets L., Hancock K.A., Cochran S.D., Goodchilds J. & Peplau L.A. (2011): Issues in Psychotherapy with Lesbian and Gay Men: A Survey of Psychologists. **American Psychological Association** (website).
- Hash K.M. (2001): Preliminary study of caregiving and post caregiving experience of older agy men and lesbians. **Journal of Gay and Lesbian Social Services**, 13(4): 87-94.
- Kelly B., Raphael B., Statham D., Ross M., Eastwood H., McLea S. et al. (1996): A comparison of the psychosocial aspect of AIDS and cancer related bereavement. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 26(1): 35-49.
- Klitzman R.L. & Greenberg J.D. (2002): Patterns of Communication between Gay and Lesbian Patients and their Healthcare Providers. **Journal of Homosexuality**; 42(4): 65-75.
- Langer S., Abrams J. & Syrjala k. (2003). In Trewin B. H. (2008): Psychological distress in **coples coping with cancer: the influence of social support and attachment**. University of Canterbury.
- Lee R. (2000): Health care problems of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. **West Journal of Medicine**, 172(6): 403-408.
- McMillan S.C. (1996): Quality of life of primary caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer Practice*, 4(4): 191-198. In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers. **Public health nursing**, 21(6): 533-540.
- National Coalition for LGBT Health (2004): Cancer and the LGBT Community. Retrieved from: [www.lgbthealth.net](http://www.lgbthealth.net)
- ולדמן ע., באום נ. וסוס קולני ו (2011): "לא הכול רוד": קשרים בין-אישיים ומשמעותם בקרב קשישים הומוסקסואלים. **גרונטולוגיה**, לח(1): 53-69.
- Baider L., Kaufman B., Peretz T., Manor O., Ever-Hadani P. & Kaplan De-Nour A. (1996). In Trewin B. H. (2008): **Psychological distress in coples coping with cancer: the influence of social support and attachment**. University of Canterbury.
- Boehmer U. (2002): Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual and transgender populations. **American Journal of Public Health**, 92(7): 1125-1130.
- Brotman S., Ryan B., Collins S., Chamberland L., Cormier R., Julien D., Meyer E., Peterkin A. & Richard B. (2007): Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada. **The Gerontologist**, 47(4): 490-503.
- Cicirelli (1995): A Measure of caregiving daughters' attachment to elderly mothers. *Journal of family psychology*, 9(1): 89-94. In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): **Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers**. *Public health nursing*, 21(6): 533-540.
- Clipp E.C., Adinolfi A.J., Forrest L. & Bennet C.L. (1995). In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): **Physical and psychological health in family caregiving: A comparison of AIDS and cancer caregivers**. *Public Health Nursing*, 21(6): 533-540.
- Dibble S., Eliason M.J., DeJoseph J.F. & Chinn P. (2008): Sexual Issues in Special Populations: Lesbian and Gay Individuals. **Seminars in Oncology Nursing**, 24 (2): 127-130.
- DiMatteo, M.R., (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Medicine Care**, 42(3):200-209.
- Doka K. (1989): **Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow**. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.



Stommel M., Given C. & Given B. (1993): The cost of cancer home care to families. *Cancer*, 71(5): 1867-1874. In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers. **Public health nursing**, 21(6): 533-540.

Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D. & Spiegel, D. (2002). Coping, social support and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. **Journal of Behavioral Medicine**, 25(4): 337-353.

Vrabec N. (1997): Literature review of social support and caregiver burden, 1980-95. **Image: the journal of nursing scholarship**, 29(4): 383-388.

Weston K. (1992): **Families we choose**. New-York: Columbia University Press.

Wight R.G., LeBlanc A.J. & Aneshensel C.S. (1998): AIDS caregiving and health among midlife and older women. *Health Psychology*, 17(2): 130-137. In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers. **Public health nursing**, 21(6): 533-540.

APA (2010): Retrieved from:[www.apa.org/pi/lgbcp/publications/justthefacts.html](http://www.apa.org/pi/lgbcp/publications/justthefacts.html)

Oberst M.T., Thomas S.E., Gass K.A. & Ward S.E. (1989). In Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): Physical and psychological health in family caregiving: A comparison of AIDS and cancer caregivers. **Public Health Nursing**, 21(6): 533-540.

Price E. (2010): Coming out to care: gay and lesbian carers' experience of dementia services. **Health and Social Care Community**, 18(2): 160-168.

Rankow E.J. (1995): Breast and Cervical Cancer among Lesbians. **Women Health Issues**; 5: 123-129.

Shernoff M. (1997): **Gay Widowers: Life after the Death of a Partner**. Binghamton, NY: Harrington Park Press.

Smolinski K.M. & Colo`n Y. (2006): Silent voices and Invisible Walls: Exploring End of Life Care with Lesbian and Gay Men. **Journal of Psychosocial Oncology**, 24(1): 51-64.

Stein G.L. & Bonuck K.A. (2001): Attitudes on End-of-life care and Advance care Planning in the Lesbian and Gay Community. **Journal of Palliative Medicine**, 4(2): 173-190.

Stetz K.M. & Brown M.A. (2004): Physical and psychological health in family caregiving: A comparison of AIDS and cancer caregivers. **Public Health Nursing**, 21(6): 533-540.



האגודה הישראלית לתכנון המשפחה א.י.ת.כ.ם - "דלת פתוחה"  
www.opendoor.org.il / ipf@netvision.net.il 65601 תל-אביב



## תעודת הסמכה כמנחה קבוצות במיניות האדם

### גמול השתלמות:

התוכנית מוכרת לקבלת גמול השתלמות למורים ליועצים  
חינוכיים, לאחיות ולעובדים סוציאליים.

### הזדמנות לשדרוג מקצועי ומקור פרנסה נוסף!

חברת המפרטת את התוכנית תישלח לכל דורש.

התוכנית תתקיים בתל-אביב, חיפה,  
נצרת ובאר שבע בשעות אחר הצהריים.

### חטיבה עיונית:

לימודים תיאורטיים הניתנים ב- 3 תחומים:  
היבטים ביולוגיים פיזיולוגיים של המיניות 55 שעות.  
היבטים פסיכולוגיים חברתיים של המיניות 56 שעות.  
הכשרת מנחי קבוצות בחינוך מיני 112 שעות.

### חטיבה מעשית:

סופרוויז'ן ופרקטיקום.  
תעודה: בסיום התוכנית תוענק תעודת הסמכה "מחנך למיניות"  
למשתתף שעמד בדרישות התוכנית.

להרשמה ולפרטים נוספים: טל. 03-5101511 / פקס. 03-5102589 / [kiram1@013net.net](mailto:kiram1@013net.net)





# חוות המרחב הפתוח



חוות "המרחב הפתוח" הינה חווה השוכנת במושב כפר שמואל ומנוהלת ע"י ד"ר עופר קומורובסקי. החווה מקדמת שינוי תפיסתי לפיו "המגבלה" של המטופל היא למעשה מקור העוצמה שלו. החווה מטפלת באוכלוסיות שונות ומגוונות ומתמחה בעבודה עם ילדים הסובלים מהפרעות התפתחות הקשורות לאוטיזם. בקרב העוסקים בתחום מקובל להשתמש בצורה אחידה במונח "ילדים הלוקים בסידרום הרצף האוטיסטי" (Autistic spectrum disorder), או בקיצור ילדים הלוקים ב-ASD, מטרת הפעילויות הנערכות ב"חוות המרחב הפתוח", היא לתת מענה כולל ומשולב לצרכים השונים של הילד הלוקה ב-ASD, בהתאם לרמת הפרעה בה הוא לוקה ולרמת התפקוד שלו. הפעילות מכוונת לטיפול בליקוי התחושי והתנועתי וכן בהתנהלות הבין-אישית ובמשמעות הרגשית והסימבוליות שבעלי-החיים והמקום מעוררים.

באמצעות מגוון ההתנסויות המוצעות במרחב מרובה הגירויים של "חוות המרחב הפתוח", אנו שואפים ליצור תחושה של "מרחב פוטנציאלי", כפי שהגדיר אותו ויניקוט (1971). מרחב פוטנציאלי הינו "השטח הנפשי, שבו מתרחשות התנסויות חיוביות ומספקות. במרחב הפוטנציאלי באה לידי ביטוי היצירתיות של האדם, הפעולה הספונטאנית שלו ותרומתו להעשרת החברה" (ויניקוט, 1971).

אדם הלוקה באוטיזם מאופיין בליקויים ממושכים ביכולת לקיים יחסי גומלין חברתיים, בתקשורת חריגה או מוגבלת, בדפוסי התנהגות סטריאוטיפיים ובעיכוב בביטוי מגוון יכולות רגשיות, קוגניטיביות, מוטוריות וחושיות. ב"חוות המרחב הפתוח" מוצעת מסגרת טיפולית לילדים בגיל הגן הלוקים ב-ASD. המסגרת כוללת מגוון פעילויות שיתרון בקידום הלוקים ב-ASD הוכח זה מכבר: רכיבה על גב סוסים, פעילות קבוצתית, טיפול הנערך במרחב הטבעי הסובב את החווה (כולל מפגש עם בעלי החיים המצויים בחווה) וטיפול רגשי פרטני. מטרת הפעילות הינה לסייע לילדים הלוקים ב-ASD ברכישת מיומנויות תפקודיות ותקשורתיות החיוניות לתפקוד היומיומי.

ייחודה של המסגרת הטיפולית המתקיימת ב"חוות המרחב הפתוח" נובע משילובם של מספר כלים טיפוליים מוכרים במסגרת טיפולית אחת קבועה. אופן טיפול זה מאפשר לילד הלוקה ב-ASD להתמודד עם בעיות רגשיות, תקשורתיות, חברתיות ופיזיות גם יחד, כאשר התקדמות באחד התחומים עשויה להשפיע לטובה גם על תחומים נוספים. ההשפעה הטיפולית המתקבלת כתוצאה משילוב הכלים במסגרת טיפולית אחת גדולה יותר מהשפעת מרכיבי הטיפול השונים, לו ניתנו בנפרד זה מזה.

שילובו של הנוף הטבעי הסובב את החווה בתהליך הטיפול מאפשר לילד להסתגל לשינויים (יומיים/עונתיים) המתרחשים במרחב סביבו בעזרת ליווי צמוד של הגורם המטפל. בנוסף, ההתמודדות הממשית עם חוויות המעוררות תחושת פחד מאפשרת לילדים לשתף את המטפל בתכנים שייתכן ולא היו עולים כלל במסגרת טיפול הנערך בחדר סגור. מטרת הטיפול הניתן ב"חוות המרחב הפתוח" היא להקנות לילד הלוקה ב-ASD כלים שיאפשרו לו לתפקד ברמה גבוהה ככל הניתן במציאות היומיומית. כמו כן המסגרת הטיפולית המוצעת בחוות המרחב הפתוח מטרתה לסייע לילדים הלוקים באוטיזם בוויסות לקוי של חושים וביצירת קשר עם בעלי חיים ואנשים. הרכיבה על גב סוסים מהווה מרכיב מרכזי בטיפול בילדים אלו. הקשר החזק הנרקם בעת מפגש בין הלוקים באוטיזם לבין סוסים עשוי לתרום להתפתחות היכולות התפקודיות והרגשיות של הילדים. בנוסף, המרחב הטבעי ב"חוות המרחב הפתוח" והפעילות הקבוצתית הנערכת במקום תורמים גם הם לטיפול בלוקים באוטיזם. לסיכום, באמצעות שילוב מושכל של כלים שונים, שיעילותם הטיפולית הוכחה באופן בלתי תלוי, ניתן מענה כולל לצרכים השונים של ילדים הלוקים ב-ASD, בהתאם לרמת התפקוד וסוג הלקות ממנה הם סובלים. ההשפעה הטיפולית המתקבלת ב"חוות המרחב הפתוח" כתוצאה משילוב הכלים במסגרת טיפולית אחת גדולה יותר מהשפעת מרכיבי הטיפול השונים, לו ניתנו בנפרד זה מזה.

**בית הספר המוביל  
לרכיבה ספורטיבית לכל הרמות**

**מומחים לרכיבה טיפולית  
בתחום הריגשי ובתחום המוטורי**



בהנהלת ד"ר עופר קומורובסקי בהסדר עם קופות החולים

כפר שמואל 13 תל 08-9211506 • שרון כי-שרון 054-2072555 • [www.open-space.co.il](http://www.open-space.co.il) [openspace@013.net.il](mailto:openspace@013.net.il)







# קרעים ואיחוי בתהליך ה"יציאה מהארון"

## פרספקטיבה של תיאוריית ההתקשרות

אלינער פרדס, שירלי קובלסקי ואילה כץ

במאמר זה נבקש לתאר היבטים של המפגש שבין תהליכים תוך-אישיים ובין-אישיים במשפחה, אשר מתחוללים סביב ה"יציאה מהארון" ולבחון גורמי פגיעות וחוסן, המנבאים את השונות בתגובות, דרך ה"עדשה" של תיאוריית ההתקשרות. נתייחס, תחילה, לתפקיד ההורים כ"בסיס בטוח" ולמחקרים על חשיבות התמיכה ההורית, במיתון השלכות השליליות של חשיפת מתבגרים ובוגרים להט"בים (לסביות, הומו-סקסואלים, ביו-סקסואלים וטרנס-ג'נדרים) לדחק. ננסה לשרטט "מפה" של מקורות הדחק, שמגבירים את הסיכון להיווצרות קרעים בהתקשרות (Attachment Ruptures), נתייחס לחשיבות ההקשר החברתי-תרבותי ונדון במשאבים שניתן לגייס, לטובת תהליכי איחוי קרעים ושיקום ההתקשרות.

### חשיבות התמיכה ההורית

מחקרים רבים מצביעים על החשיבות המכרעת של התמיכה ההורית בניבוי יכולת הויסות הרגשי והדימוי העצמי של מתבגרים, בכללם מתבגרים להט"בים (Savin-Williams, 1994), תמיכה הורית מפחיתה משמעותית את ההשלכות הנפשיות השליליות של חשיפה לדחק על רקע גילויים של תיוג שלילי, סטיגמה ואפליה (סקירה בפרדס, כץ וקובלסקי, 2011). בקרב נוער להט"ב הסובל מדחייה וניכור מצד ההורים, נמצאו רמות גבוהות יותר של בדידות, דיכאון ושימוש בסמים. זאת בנוסף לשיעור גבוה יותר של קיום יחסי-מין לא מוגנים (Ryan et al, 2009; Savin-Williams, 1994). לתמיכה ההורית יש גם השלכות משמעותיות על תפיסת המתבגר את עתידו. במחקר שנערך בארה"ב נמצא כי מעל ל-90% מהלהט"בים במשפחות תומכות, הפגינו אופטימיות לגבי היכולת לחיות חיים מספקים בעתיד, לעומת 35% בלבד מהלהט"בים, ממשפחות בהם חווה המתבגר יחס של דחייה (Ryan et al, 2009). 69% מקרב הלהט"בים שזכו בתמיכה משפחתית הביעו עניין בהורות, לעומת 10% בלבד מקרב מי שחוו דחייה (שם). בנוסף נמצא, שככל שההורה מקבל את הבן או הבת מלכתחילה, רב הסיכוי שהילד/ה יקבל את נטייתו המינית בהשלמה רבה יותר (Savin-Williams, 2000).

עם השנים עולה מגמה של שינוי, הן מבחינת גיל היציאה מהארון והן בכיוון של יתר קבלה מצד ההורים. ברם, הניסיון הקליני מלמד כי, במיוחד בשלבים הראשונים, מתעוררים לא אחת רגשות עזים וקיים סיכון מוגבר להיווצרות קרעים במערכת היחסים במשפחה (לא רק בין ההורים לילד, כי אם גם בין ההורים לבין עצמם ועם אחרים במשפחה המורחבת). סקירה מורחבת של המחקר ומודל המבוסס על תיאוריית ההתקשרות, ניתן למצוא במאמר קודם שפרסמנו ושבו התמקדנו בספרות בתחום ה-caregiving ועל חשיבות האמפתיה, הויסות הרגשי ותחושת הקומפטנטיות של ההורה בניבוי תגובותיו לגילוי הנטייה המינית (פרדס ושות', 2011).

### היווצרות קרעים בהתקשרות

קיימת שונות רבה בתגובות של משפחה, לנוכח יציאה מהארון וקצרה היריעה לדון במסגרת זאת, בריבוי הגורמים לשונות זאת. ננסה בכל זאת, למפות חלק מהקונפליקטים המגבירים את הסיכון ליצירת קרעים ביחסים, תוך התייחסות לתהליכים מודעים ולא מודעים ולמשחק הגומלין המורכב של גורמים אישיים, משפחתיים וחברתיים-תרבותיים, המנבאים את השונות הרבה בתגובות (במישור של המתבגר, ההורים, המשפחה והמשפחה המורחבת).

ד"ר אלינער פרדס:

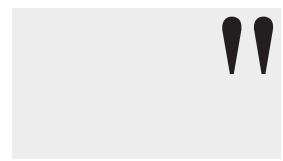
פסיכולוגית קלינית,  
מרצה מן החוץ  
באוני' ת"א ועמיתת מחקר  
בבי"ס בפסיכולוגיה במרכז  
הבינתחומי בהרצליה

שירלי קובלסקי:

M.A. מטפלת במוסיקה, משרד  
החינוך, העמותה לילדים  
בסיכון, היחידה לגיל הרך ברה"ן  
רמת חן

אילה כץ

M.A. הנחיית קבוצות



**מצוקתו של מתבגר המתמודד עם לבטים סביב נטייה מינית ו/או זהות מגדרית, בנוסף למשימות ההתפתחותיות אחרות האופייניות לגיל, עלולה להתעצם בשל בדידות והיעדר מודלים לחיקוי בסביבתו. הנוער/ה עלול לחשוש לאכזב את ההורים, להכאיב להם או לפגוע בהם. הוא יכול להריץ במוחו תסריטים קטסטרופאליים המתארים "מה יקרה אם יגלו", הכוללים תגובות של דחייה והתנכרות מצד סביבתו"**







הרצון לקרב את ההורים וליצור איתם תקשורת פתוחה יותר (Savin-Williams, 2001). הישארות בארון על-מנת "להגן" על היחסים עלולה לגבות מחיר מהילד, מההורים ובמערכת היחסים המשפחתית (Savin-Williams, 2001).

### מקורות הדחק עימם מתמודדים ההורים

סלצבורג (Salzburg, 2009), מדווחת על קשת רחבה של תגובות מצד הורים – מהבעת תמיכה חד משמעית ועד דחייה, אלימות וניתוק היחסים. נמצא שגם הורים המביעים תמיכה גלויה בפועל, יכולים לחוות מבוכה, דאגה עמוקה, עצב והאשמה עצמית. הורים רבים, כולל אלו שמדווחים שהרגישו מזה שנים כי נטיית ילדם חד-מינית, מתארים את נקודת ה"חשיפה" כרגע מכונן בהתנסותם כהורים (Salzburg, 2004).

חרדות עלולות להתעורר, ביניהן חרדות לשלום הילד וחרדות של ההורה לגבי הצפוי לו עצמו, בתוך ומחוץ למשפחה. בדמיונם של הורים יכולים "להתרוצץ" תסריטים קטסטרופאליים על כך שילדם יהיה בודד, יסבול ממצוקה מתמשכת, מגישה עוינת, מנידיו חברתי, יסולק מהמסגרת שאליה הוא משתייך, או לא יוכל למצוא עבודה. חשש נוסף שהורים מבטאים נוגע לפחד ממחלת האיידס (Beeler & DiProva 1999). חוקרים אחרים תיארו את תחושת ההורים שפתאום הילד נתפס כזר להם, מ"זן אחר" ובעל צרכים לא מוכרים ובלתי ניתנים להבנה. יש הורים המגיבים בכעס, אליו יכולה להתלוות האמונה שהילד "בוחר" להיות הומו-סקסואל ו"לא עושה מספיק" כדי לנסות לפתח יחסי זוגיות הטרו-סקסואליים. הכעס יכול להיות קשור לתסכול, לאכזבה בכיוון של "לא לילד הזה פיללתי" ו/או לתפיסה לפיה הילד מתמרד בהוריו, ועושה להם "דווקא". מוקד טעון נוסף הוא רגשי האשמה ההוריים וסימני השאלה לגבי חלקם ב"גרימת" ההומו-סקסואליות (LaSala, 2000, 2007). הורים יכולים לחוות קושי בניסיון לגשר בין הדימויים השליליים אליהם נחשפו לגבי להט"בים, לבין המחשבות האוהבות והעמוקות שלהם לבנם/בתם (Salzburg, 2009).

### קונפליקטים בין ההורים

יש הורים שיכולים להעניק תמיכה אחד לשני בתהליך גילוי הנטייה המינית של ילדם ולשמש בסיס בטוח זה לזה, בהתמודדות עם לחצים שונים בתוך ומחוץ למשפחה. עם זאת, יכולים להיווצר בין ההורים חיכוכים, הנובעים מהבדלי גישות ותפיסות, קצב וסגנון התמודדות שונה, ו"מדיניות" אחרת לגבי החשיפה לסביבה. לעיתים אחד ההורים הוא שותף לסוד, ומתבקש לא לספר להורה האחר. לעיתים ההורה שמגלה ראשון חושש בעצמו מתגובת בן הזוג, ואינו מעוניין שהילד יספר לו. הסוד לכשעצמו יכול לגרום ריחוק בין בני-זוג. עם גילוי הסוד, ההורה שלא היה שותף לו עלול להרגיש דחוי, נטוש ונבגד על-ידי ילדו ועל ידי ההורה השני גם יחד (מזרחי, 2001). בהתאם לתובנות הנגזרות מתיאורית ההתקשרות, נסיבות המאיימות על קשריו של ההורה עם דמויות ההתקשרות המשמעותיות עבורו עלולות להקשות על הפניית משאבים לתמיכה באחרים ולפגוע ביכולת לאמפתיה (פרדס ושות', 2011).

### מקורות הדחק עימם מתמודד המתבגר

מצוקתו של מתבגר המתמודד עם לבטים סביב נטייה מינית ו/או זהות מגדרית, בנוסף למשימות ההתפתחותיות אחרות האופיינית לגיל, עלולה להתעצם בשל בדידות והיעדר מודלים לחיקוי בסביבתו. הנערה/ה עלול לחשוש לאכזב את ההורים, להכאיב להם או לפגוע בהם. הוא יכול להריץ במוחו תסריטים קטסטרופאליים המתארים "מה יקרה אם יגלו", הכוללים תגובות של דחייה והתנכרות מצד סביבתו. תסריטים אלה, בהם המתבגר מדמיון עצמו מסולק מהבית, מנודה, או מנותק מיתר בני המשפחה, יכולים לכשעצמם להיות מקור לטראומטיזציה. במושגים של תיאוריית ההתקשרות, ההורה, שאמור לעזור בוויסות הפחדים, להרגיע ולנחם בעתות מצוקה, הופך להיות הדמות המפחידה (Mohr, 2008). מתבגרים שחווים דחייה בפועל מצד הוריהם, יכולים להרגיש כאילו משהו משך את שטיח ההתקשרות מתחת לרגליהם (Tharinger & Wells, 2000).

בסיס איתן קודם, של התקשרות בטוחה, עשוי אמנם לספק מקור של חוסן, לתפקד כ"בולם זעזועים" ולמתן את התגובות ההרסניות של החשיפה לדחייה, לתיגו שלילי וסטיגמה, בפרט כשליחיד יחסים תומכים עם חברים ועם דמויות התקשרות משמעותיות אחרות (פרדס ושות', 2011). עם זאת, גם במצבים אלה קיים סיכון להתערערות ייצוגים פנימיים קודמים של ביטחון בהתקשרות באופן שעלול ליצור אצל היחיד פגיעות מוגברת בהתייחסותו כלפי עצמו וביחסיו עם אחרים בהמשך הדרך.

החשיפה לסטיגמות וסטריאוטיפים, ולביטויים אחרים של הומופוביה בסביבה הקרובה ובתקשורת, עלולה לגרום להפגמת תחושת בושה, אשמה ושנאה עצמית בקרב להט"בים (Mohr, 2008). קיים קשר מובהק בין הומופוביה מופגמת (עמדות שליליות כלפי הומוסקסואליות המופגמת כלפי העצמי), לבין התקשרות לא בטוחה (Sherry, 2007). להומופוביה מופגמת, בתורה, יש גם השלכות על מערכת היחסים במשפחה, שכן ביכולתה לגרום לפגיעות מוגברת, הגנתיות, הסתגרות והימנעות משיתוף רגשי, כפי שנפרט בהמשך.

### מחיר ה"סוד"

במושגי תיאוריית ההתקשרות, ילדים מארגנים את התנהגותם, על-מנת לשמר את יחסי ההתקשרות שלהם (Mikulincer & Shaver, 2007). השמירה על ה"סוד" יכולה להיות דרך להגן על הקשר עם ההורים. מתבגרים יכולים להימנע מלספר להוריהם על נטייתם המינית, הן משום הפחד מהתגובה, והן משום שאינם רוצים להעציבם, להכאיב להם ולאכזב אותם. אחד ממחירי ההסתרה הוא בדידות, ריחוק וחוסר יכולת לשתף במחשבות, רגשות וחוויות יום-יומיות. חשוב לזכור שגם החשיפה יכולה לבטא רצון בקרבה ובשמירה על הקשר. מחקרים מראים שמרבית המתבגרים הלהט"בים מעוניינים בקשרים חמים וחזקים עם משפחותיהם (Goldfried & Goldfried, 2001); אחת המוטיבציות ליציאה מהארון, היא





## מקורות דחק במשפחה המורחבת

היציאה מן הארון מתרחשת לרוב באופן הדרגתי, גם מול המשפחה הגרעינית. ישנם בני-נוער ש"בוחנים" את הקבלה המשפחתית דרך אחים. סודות במשפחה יוצרים 'משולשים' במערכת היחסים ופוגמים ביכולת לקיים יחסי-גומלין אותנטיים עם אחרים (Imber-Black, 1998). כך בנקודת זמן נתונה, יכול כל אחד מבני המשפחה להיות בשלב שונה מבחינת החשיפה, מה שעלול להעמיק את הנתקים בתקשורת. הורים מתמודדים עם שאלות רבות: "האם לשתף בני משפחה אחרים ואיך?"; "האם לשתף גם אחים צעירים, מאיזה גיל?"; "איך זה ישפיע על האחים?". גם כשהמטרה היא להגן על בני המשפחה שאינו יודע, יש מחיר מבחינת תשתית התקשורת והאמון. משפחות המוצא של ההורים עלולות להתקשות לקבל את הילד/ה בשל נורמות משפחתיות, תרבותיות, אמונות דתיות או סטריאוטיפים שליליים. יש הורים הבוחרים שלא לשתף את הוריהם או את אחיהם גם במצוקות וגם בשמחות, מתוך חשש להסגיר את הסוד (Saltzburg, 2009). לעומת זאת, יש מצבים בהם דווקא הסבים/סבתות הם המעניקים תמיכה, מרגיעים את ההורים או אף מהווים גורם מתווך בין הצדדים.

## חשיבות הבנת ההקשר החברתי-תרבותי

הבנת ההקשר החברתי-תרבותי משמעותי ביותר להבנת התהליכים המתרחשים במשפחות שונות. הומופוביה אינה חושפת את עצמה בהכרח כהומופוביה. יכולים להיות לה ביטויים שאינם בהכרח גלויים לעין, אליהם חשופים גם הפרט וגם בני המשפחה, כגון התעלמות, הימנעות והתרחקות מצד חברים ואחרים בסביבה. מסרים גלויים וסמויים המועברים כלפי ההורים מצד הסביבה עלולים להזין רגשות של בושה ואשמה. מוקד אחר של שיפוטיות מצד הסביבה, יכול להתרכז בחוסר קבלה הורית מספקת של ההומו-סקסואליות, מבלי לקחת בחשבון את "קצב העיכול" השונה מהורה להורה. כידוע מהספרות המקצועית על חוויות הורות (כהן, 2007), שיפוטיות, הפנית אצבע מאשימה והתעלמות מההורה כסובייקט, עלולים להחליש את ההורים ולפגוע בדרכים רבות באמונתם ביכולתם להיות עוגן לילדם.

## קרעים בהתקשרות מפגש בין דינאמיקה תוך אישית ובין-אישית

מערכת ההתקשרות, שיעודה הפסיכו-אבולוציוני להתמודד עם איומים וסכנות על-ידי חיפוש קרבה ותמיכה מדמויות ההורים (Mikulincer & Shaver, 2007), יכולה להיות דרוכה במיוחד אצל מתבגר הנמצא בתהליך גילוי הנטייה המינית. במצב כזה מתעוררים צרכים סותרים: הצורך להתגונן מפני ההורים והצורך להגן עליהם ועל הקשר איתם. המקור שאמור לספק הרגעה והגנה הופך להיות מקור לאיום (Mohr, 2008).

התקשרות לא בטוחה אישיותית של ההורה ו/או קונפליקטים בלתי פתורים, סביב נושאים של מיניות וזהות מגדרית, הופכים, הן את ההורים (כמו גם את המתבגרים) לפגיעים יותר. הורים המרגישים שהם אינם "מגיעים" לילד, יכולים למצוא עצמם נתונים במערבולת רגשית של תסכול, כעס, פחד וחוסר-אונים. מתוך המערבולת, הם יכולים להתקשות להפריד בין צרכיו לצרכיהם. חלקם עלולים לנתק מגע רגשי ואף לצמצם מגע פיזי עם ילדם, ולו זמנית, כדי להימנע מתחושת הכישלון, הכאב ורגשי האשם שהמפגש מעורר.

התנהגויות מרחיקות של ילדים יכולות להיות ביטוי לרצון בקרבה וקבלה. בדומה, גם התנהגויות מרחיקות מצד הורים יכולות לשקף באופן פרדוקסאלי את רצונם לקרב את ילדיהם או להגן עליהם. הספרות על מערכת ה-Caregiving, יכולה לתרום רבות להבנת הדרכים בהן חוסר האונים עלול "לדחוף" הורים לתגובות קיצוניות, במצבים בהם הם מרגישים כי אינם יכולים להגן על ילדיהם (פרדס, כץ וקובלסקי, 2011).

אם עד כה עשוי היה להתקבל הרושם, שגילוי הנטייה המינית מתרחש תמיד כרעם ביום בהיר, ובגיל ההתבגרות, חשוב שנבין כי קרעים בהתקשרות יכולים להתרחש בשלבים קודמים יותר, בין היתר סביב מפגשים עם היבטים שונים של נטייה מינית וזהות מגדרית, כפי שגם אפשר ללמוד מתיאוריות פסיכו-אנליטיות עדכניות.

המחקרים מעידים כי גם הורים המגיבים ברתיעה או דחייה, יכולים עם הזמן לעבור תהליך בכיוון של גישה תומכת ומבינה יותר. חסר מחקר בנושא זה בארץ, אך מחקרים שנערכו בארה"ב מצביעים על כך, שכמחצית ההורים מקבלים עם הזמן את הנטייה המינית של בנם/בתם (Green, 2011).



**מתבגרים יכולים להימנע מלספר להוריהם על נטייתם המינית, הן משום הפחד מהתגובה, והן משום שאינם רוצים להעציבם, להכאיב להם ולאכזב אותם. אחד ממחירי ההסתרה הוא בדידות, ריחוק וחוסר יכולת לשתף במחשבות, רגשות וחוויות יום-יומיות"**



**חשוב שמטפלים המלווים מתבגרים/בוגרים המתלבטים בשאלות הנוגעות לנטייה מינית, או זהות מגדרית ו/או בני משפחה, יכירו את מקורות המידע והתמיכה הקיימים בקהילה, את הסוגיות הייחודיות בפסיכותרפיה של להט"בים ובני משפחותיהם ואת הקודים האתיים הרלבנטיים"**





הממצאים עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרה של שמחה מזרחי (2001), שערכה ראיונות עומק עם הורים וילדיהם בנקודות שונות על ציר הזמן מבחינת תהליך החשיפה. מזרחי מדגישה שתהליך האינטגרציה במשפחה אינו תהליך ליניארי, הנע על פי שלבים מוגדרים מראש עד להשגת המטרה שהיא ה"קבלה", אלא מתפרס על פני מרחב של זמן, מבלי שיש לו בהכרח נקודת סיום ספציפית.

ברמה המשפחתית, כל שלב במחזור חיי היחיד והמשפחה מוביל לשינוי בהומיאוסטזיס ומחייב התארגנות מחדש מבחינת התפקידים והחוקים בבית. נקודות מעבר בחיי המשפחה יכולות להיות טעונות רגשית, ובהן יש סיכון מוגבר להתעוררות קונפליקטים קודמים ופתיחת פצעי התקשורת ישנים (Dankowski, 2001). גם מניסיונו, נקודות מעבר ואירועים, כמו חתונה, או לידה במשפחה, יכולים לעורר רגשות עזים הנוגעים לצרכי התקשורת לא מסופקים ולשאלות לא פתורות של זהות ושייכות.

כשלי התקשורת הם לא בהכרח קיצוניים ודרמטיים, כגון אלה המתוארים בשיר של פוליקר "נמס בגשם". כשלי התקשורת יכולים גם לקרות בחיי השגרה היום-יומית, כגון ארוחות אליהן בן/בת הזוג אינו מוזמן, בזמן שבני-זוג של אחים אחרים במשפחה מוזמנים, או הערות עוקצניות ו/או התעלמות. לאורה בראון (2008) במאמר על טראומה ונטייה מינית, מציעה לבחון את הטראומטיזציה המצטברת ומתמשכת באמצעות מונחים כגון *Insidious trauma* (Brown, 2008). גישה זו יכולה לתרום להבנת ההקשר החברתי-תרבותי בה נוצרים קרעי התקשורת. מודל רלבנטי נוסף, שלקוח מתחום הטראומה ואשר יכול לסייע להבנת המפגש בין דינאמיקה תוך-אישית ובין-אישית בהיווצרות קרעים בהתקשורת ולשפוך אור על הקשר בין טראומה ואוריינטציה מינית, הוא המודל של – *Betrayal Trauma* (Brown, 2008).

## הצורך בהתעדכנות ופיתוח מודלים חדשים

חשוב שמטפלים המלווים מתבגרים/בוגרים המתלבטים בשאלות הנוגעות לנטייה מינית, או זהות מגדרית ו/או בני משפחה, יכירו את מקורות המידע והתמיכה הקיימים בקהילה, את הסוגיות הייחודיות בפסיכותרפיה של להט"בים ובני משפחותיהם ואת הקודים האתיים הרלבנטיים. קיים צורך בפיתוח דפוסי חשיבה חדשים ושיטות טיפול ובהתאמת המודלים הקיימים, לאפיונים הייחודיים של אוכלוסיות ספציפיות של להט"בים. עולה הצורך בהעמקת ההבנה לגבי סוגיות הנוגעות לפסיכותרפיה, לדינאמיקה הייחודית במשפחות של בי-סקסואליים וטרנסג'נדרים, נושאים בהם לא עסקנו במסגרת המאמר הנוכחי, בשל מיעוט המחקר בתחום. בנוסף, יש צורך להעמיק את הידע לגבי הדינאמיקה הייחודית של קשרים של בנות-אבות בנות-אמהות וזו של בנים אבות ובנים-אמהות (Savin-William, 2001).

חשוב שנגביר את המודעות להכללות יתר, סטריאוטיפים ולביטויים של מה שמכונה בספרות – "מיקרו-אגרסיה" (micro-aggressions) – גם ביחסי מטפל מטופל. הטרוסקסיזם והומופוביה, יכולים לבוא לביטוי במגוון צורות גלויות וסמויות ולפגוע גם במרחב הטיפולי (Kimber, S. & Delgado-Romero, 2011). גם הטיה בכיוון של "תקינות פוליטית" עלולה, להערכתנו, לצמצם את המרחב הטיפולי. התעלמות, זהירות יתר, והימנעות מהעלאת נושאים משמעותיים הם חלק מהדוגמאות להטיות שיכולים להוביל לכשלים באמפתיה ולפגוע בטיפול.

הממצאים עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרה של שמחה מזרחי (2001), שערכה ראיונות עומק עם הורים וילדיהם בנקודות שונות על ציר הזמן מבחינת תהליך החשיפה. מזרחי מדגישה שתהליך האינטגרציה במשפחה אינו תהליך ליניארי, הנע על פי שלבים מוגדרים מראש עד להשגת המטרה שהיא ה"קבלה", אלא מתפרס על פני מרחב של זמן, מבלי שיש לו בהכרח נקודת סיום ספציפית.

ברמה המשפחתית, כל שלב במחזור חיי היחיד והמשפחה מוביל לשינוי בהומיאוסטזיס ומחייב התארגנות מחדש מבחינת התפקידים והחוקים בבית. נקודות מעבר בחיי המשפחה יכולות להיות טעונות רגשית, ובהן יש סיכון מוגבר להתעוררות קונפליקטים קודמים ופתיחת פצעי התקשורת ישנים (Dankowski, 2001). גם מניסיונו, נקודות מעבר ואירועים, כמו חתונה, או לידה במשפחה, יכולים לעורר רגשות עזים הנוגעים לצרכי התקשורת לא מסופקים ולשאלות לא פתורות של זהות ושייכות.

כשלי התקשורת הם לא בהכרח קיצוניים ודרמטיים, כגון אלה המתוארים בשיר של פוליקר "נמס בגשם". כשלי התקשורת יכולים גם לקרות בחיי השגרה היום-יומית, כגון ארוחות אליהן בן/בת הזוג אינו מוזמן, בזמן שבני-זוג של אחים אחרים במשפחה מוזמנים, או הערות עוקצניות ו/או התעלמות. לאורה בראון (2008) במאמר על טראומה ונטייה מינית, מציעה לבחון את הטראומטיזציה המצטברת ומתמשכת באמצעות מונחים כגון *Insidious trauma* (Brown, 2008). גישה זו יכולה לתרום להבנת ההקשר החברתי-תרבותי בה נוצרים קרעי התקשורת. מודל רלבנטי נוסף, שלקוח מתחום הטראומה ואשר יכול לסייע להבנת המפגש בין דינאמיקה תוך-אישית ובין-אישית בהיווצרות קרעים בהתקשורת ולשפוך אור על הקשר בין טראומה ואוריינטציה מינית, הוא המודל של – *Betrayal Trauma* (Brown, 2008).

## שיקום התקשורת – השלכות טיפוליות

בשנים האחרונות גובשו מספר מודלים המבקשים לתרגם את תיאורית ההתקשורת לשיטות התערבות בטיפול פרטני, זוגי ומשפחתי. אחת הגישות המוכרות יותר המבוססות על תיאורית ההתקשורת היא ה-*EFT* (Emotion Focused Therapy) (Greenberg 2011). גישה זו, המדגישה את החשיבות של ויסות רגשות, פותחת, בין היתר, אפשרויות חדשות לטיפול ב"פצעי התקשורת" (*Attachment injuries*). בטיפול יכול להיווצר מרחב להעלאה ועיבוד של רגשות, כגון בושה ואשמה הקשורים בחוויות של דיכוי והשפלה, כעס על הפרת גבולות ולחצים שהופעלו, או עצב על התמיכה שלא ניתנה בעת מצוקה.

מודל נוסף שחשוב להערכתנו להכיר, מכונה טיפול משפחתי מבוסס-התקשורת (*Attachment Based Family Therapy*). מודל זה פותח במקורו לטיפול משפחתי במתבגרים דיכאוניים על-ידי דיימונד ודיימונד





## לסיכום

עיונות או דחייה קשה. המשבר של יציאה מהארון נושא בתוכו סיכון ליצירת קרעים בהתקשרות, ואף לפתיחה של פצעי התקשרות קודמים, אך גם הזדמנות לפריצת המעגל של בדידות והסתרה, וסיכוי להתקרבות מחודשת. הבנה של השפעת ההומופוביה על מערכת היחסים, זיהוי של הלחצים השונים שתרמו לקרעים בהתקשרות, והכרה ברגשות העזים החבויים לעיתים מתחת לפני השטח, יכולים לתרום לאיחוי קרעים, ולסלול את הדרך, עם הזמן, לתקשורת פתוחה יותר, לאמפתיה ולהכרה הדדית.

בנימה אישית, אנו רואות חשיבות בהעלאת מודעות המטפלים לתהליכים אלה, יחד עם המלצה לבחינה חוזרת ונשנית של רגשותינו, עמדותינו והנחות היסוד שלנו ולהתעדכנות מתמדת.

ממצאי המחקרים שסקרנו במאמר זה מצביעים על התפקיד החשוב של מערכת ההתקשרות כמקור חוסן בהתמודדות עם לחצים היכולים להתעורר סביב ה"יציאה מהארון". המחקר מראה שבני-נוער ובוגרים להט"בים הזוכים לקבלה ותמיכה מצד הוריהם מסתגלים נפשית טוב יותר ותופסים בצורה חיובית יותר את עתידם, בהשוואה לאלו החווים דחייה. ישנה שונות רבה בתגובות ובדינאמיקה, לה תורמים שלל גורמים תוך-אישיים, בין-אישיים וגורמים הקשורים, חברתיים-תרבותיים. קצב ה"עיכול" שונה מהורה להורה ולא מדובר בהכרח בתהליך שלבי או ליניארי. חשוב שאנשי-מקצוע יקחו בחשבון את הפרספקטיבה של הזמן ולא יותרו בנקל, למשל, על הניסיון לגייס את ההורים כשותפים גם כשאלה מפגינים

## ביבליוגרפיה:

Goldfried, M. R., & Goldfried, A. P. (2001). The importance of parental support in the lives of gay, lesbian, and bisexual individuals. **Journal of Clinical Psychology**, 57, 683-693.

Green, R.-J. (2011). Gay and lesbian family life: Risk, resilience, and rising expectations. In F. Walsh (Editor). **Normal family processes: Diversity and complexity** (4<sup>th</sup> Edition).

Greenberg, L. (2011). **Emotion-Focused Therapy**. Washington D.C. APA,

Imber-Black, E. (1998). **The secret life of families**. New York: Bantam Books.

Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. **Journal of Marital and Family Therapy**, 27, 145-155.

Kimber, S. & Delgado-Romero, E.A. (2011) Sexual Orientation Microaggressions: The Experience of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Clients in Psychotherapy. **Journal of Counseling Psychology** 58 (2) 210-221

LaSala, M. C. (2007). Parental influence, gay youth, and safer sex. **Health and Social Work**, 32, 49-55

LaSala, M. C. (2010). **Coming out, coming home: Helping families adjust to a gay or lesbian child**. New York: Colombia University Press

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). Attachment

כהן, א. (2007). **חווית ההורות: יחסים התמודדויות והתפתחות**. הוצאת אח, קרית ביאליק.

מזרחי, ש. (2001). **משפחתו העצובה של העלזי**, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור בפילוסופיה, אוניברסיטת תל אביב

פרדס, כץ וקובלסקי (2011). ההורים כבסיס בטוח למתבגר בתהליך ה"יציאה מהארון" בראי תיאוריית ההתקשרות. **מפגש**, גיליון 3, 17-38

Beeler, J., & DiProva, V. (1999). Family adjustment following disclosure of homosexuality by a member: Themes discerned in narrative accounts. **Journal of Marital & Family Therapy**, 25, 443-459.

Brown, L.S. (2008) Cultural competence in **trauma therapy: Beyond the flashback**. American Psychological Association.

D'Augelli, A.R., Rendina, H.J., Sinclair, K.O., & Grossman, A.H. (2007). Lesbian and gay youth's aspirations for marriage and raising children. **Journal of LGBT Issues in Counseling**, 1, 77-98.

Dankoski, M. E. (2001). Pulling on the heart strings: An emotionally focused approach to family life cycle transitions, **Journal of Marital and Family Therapy**, 27(2), 177-187.

Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., Isaacs, L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. **Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 41(10) . 2002:1190-1196





Savin-Williams, R. C (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, suicide. **Journal of Consulting and Clinical Practice**, 62, 261-269.

Savin-Williams, R.C. (2001). **Mom, dad. I'm gay: How families negotiate coming out.** Washington, DC: American Psychological Association.

Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and adult attachment: Implications for clinical practice. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training**, 44, 219-225.

Tharinger, D & Wells, G. (2000). An attachment perspective on the challenges of gay and lesbian adolescents: The need for continuity from family and schools. **School Psychology Review**, 29 (2), 152-172

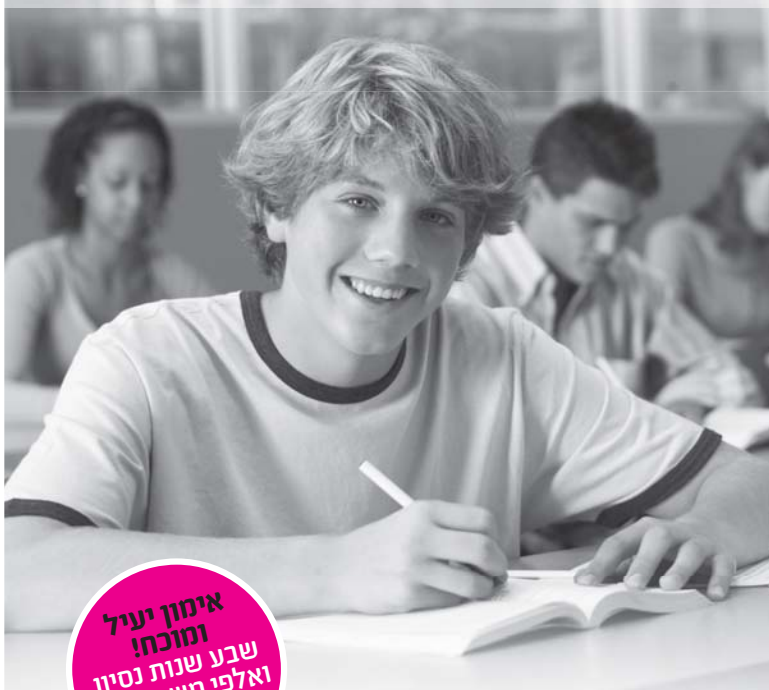
in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: The Guilford Press.

Mohr, J. J. (2008). Same-sex romantic attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications** (pp. 378-394). New York: Guilford Press.

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, 123, 346-352.

Saltzburg, S. (2007). Narrative Therapy Pathways for Re-authoring with Parents of Adolescents Coming-out as Lesbian, Gay, and Bisexual. **Contemporary Family Therapy**. 29: 57-69

## ל-ADD, ADHD יש מענה נורו-קוגניטיבי!



אימון יעיל  
ומוכח!  
שבע שנות נסיון  
ואלפי משתמשים  
מרוצים

**AttenGo**

אימון אונליין לשיפור קשב, בריכוז וזיכרון

מעבד כדלמה!

לפרטים ניתן להתקשר לטל:

09-9511515

'אטנגו' - מערכת אונליין חדשנית לטיפול בהפרעות קשב וריכוז מבוססת אימון מוחי, קלה לשימוש וידידותית.

שיפור מהיר ומשמעותי ב:

- קשב וריכוז
- ארגון ושליטה עצמית (Executive Functions)
- הפחתת אימפולסיביות (Inhibition)
- זיכרון עבודה
- מהירות תגובה

תוכניות אימון מותאמות ע"פ מבדק מקדים ומיועדות לילדים (מגיל 6), נוער ומבוגרים. השיטה, פרי פיתוח מעבדת ACE הקנדית מהווה פריצת דרך ומומלצת כדרך טיפול.

התוצאות מורגשות תוך כמה שבועות עם אפקט ארוך טווח.







# הורות כמשאב בהתפתחות בריאה, וכגורם מגן ובונה חוסן בקרב ילדים ובני-נוער

## סקירת ספרות מחקר \*

חלק ב' \*\*

תמר ארז

דר' תמר ארז

פסיכולוגית חינוכית  
והתפתחותית בכירה,  
בעבר, מנהלת מכון שניאורסון  
בשפ"ח תל-אביב יפו,  
יועצת באגף תכניות סיוע  
ומניעה בשפ"י  
ומרכזת פורום הפסיכולוגים  
לגיל הרך בשפ"י

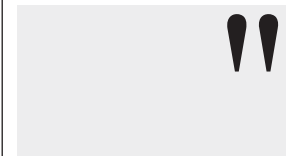
ה. השתמעויות הידע ההתפתחותי העכשווי על דרכים לקידום הוחת מיטבית

### 1. השפעת האיכות של טיפול הורי מוקדם מאד

לדפוסי טיפול הוריים יש השפעה רבה על ההתפתחות המוחית המוקדמת, על היכולת לוויסות רגשי ועל התגובה ללחץ. כפי שכבר הזכרנו בחלקו הראשון של המאמר (פסיכו אקטואליה, אוקטובר 2011), בולבי הניח כי הקשרים האינטימיים שנוצרים בין התינוק למטפל העיקרי שלו – בעיקר האם, עונים על צורך ביולוגי ומהווים מנגנון התנהגותי, המבטיח (באמצעות הקרבה למבוגר המווסת את רמת העוררות) שמירה על רמת עוררות אופטימאלית של האורגניזם. כתוצאה של כך, מתפתח אצל הילד הביטחון במטפל והוא מפתח ייצוגים של המטפל כאמין ושל עצמו כראוי לאהבה. בהדרגה, עובר הוויסות בסיועו של המבוגר אל הילד. הייצוגים הפנימיים הם נשאי ההתנסות הקונקרטיים לאורך הזמן, והם המכוונים את ציפיותיו של הפרט מעצמו ומזולתו בעתיד.

המחקר האמפירי בנושא השפעת האיכות של טיפול הורי מוקדם, היה בראשית דרכו – בעיקר פסיכולוגי וכלל תצפית על התנהגויות התקשורת ודפוסי התקשורת, תוך ניסיון לקשור תיאוריה מסבירה. בעקבות מחקרים אלו, בוצעו גם מחקרי אורך, שבדקו ניבויים – כפי שהוצעו על-פי התיאוריה. מאוחר יותר, החל מחקר שעסק גם בהתפתחות הניויר-התנהגותית והחברתית-רגשית של תינוקות וילדים. טרוניק (Tronick, 2007) הציע שהוויסות ההדדי של התינוק והמטפל, תורם להופעתם של ניצני המודעות בתוך הדיאדות המוקדמות של הורה-ילד, באמצעות התקשורת שלהם אודות כוונותיהם ותגובותיהם אליה. על-פי המודל של הוויסות ההדדי, "לתינוקות יש יכולות ארגון עצמי ניויר-התנהגותי, שפועל לארגן מצבים התנהגותיים, משינה לערנות, ותהליכים ביו-פסיכולוגיים, כמו: וויסות עצמי של עוררות, קשב, למידה וזיכרון, מעורבות חברתית ותקשורת, תפיסה ופעולה מכוונת מטרה בעולם – בהם הם משתמשים ליצירת משמעות של עצמם ומקומם בעולם" (Tronick, 2007, עמ' 8). המחקר הראה כי האינטראקציות של הדיאדה, מאופיינות בהפרות של ההתאמה של ההתכונות ההדדיות, כשלאחריהן מבוצע תיקון על-ידי השתדלות של השניים. הוויסות העצמי, בין אם ברמה של חילופי הדברים הרגשיים-חברתיים, ובין אם ברמה של המודעות והאינטר-סובייקטיביות, קובע הרבה מן המהלך הרגשי, החברתי והייצוגי של התינוק, כולל יצירת המוח של התינוק. (שם, עמ' 292). כישלון בתהליך הוויסות פוגע בתהליך ההתפתחות – ואף שהכישלון הוא משותף, כשהוא כרוני, הרי שתוצאותיו הן הפרעות רגשיות ופתולוגיה (Tronick, 2007 ; Gerhardt, 2004). בשני העשורים האחרונים נערכו מחקרי אורך רבים שעסקו בהשפעות של תנאי חסך קיצוניים, על ההתפתחות, ושבהם השתמשו במתודות רב ממדיות: הערכות פסיכולוגיות, התנהגותיות וביולוגיות. כך למשל מחקר על התפתחותם של ילדים שהתנסו בהתעללות במשפחה לסוגיה השונים בגיל הרך (Cicchetti & Valentino, 2006). כמו כן נערכו מחקרים כאלה אודות ילדים שגדלו במוסדות ילדים בגיל הרך באירופה המזרחית.

במחקר שנערך על ילדים שגדלו בגיל הרך במוסדות ברומניה ועברו לאימוץ בין-לאומי באנגליה ושנמשך עד להתבגרותם של ילדים אלו, נמצאו ארבעה דפוסים מובחנים וספציפיים של התפתחות פתולוגית – דפוס דמויי אוטיזם, התקשורת חסרת עכבה, פעילות יתר/ היעדר קשב ופגיעה קוגניטיבית (Rutter et al., 2010).



**המונח של אשדות  
בהתפתחות, מתאר  
תהליכים בהם פונקציה  
ברמה אחת, או במישור  
אחד של התנהגות,  
משפיעים על פונקציה  
ברמה גבוהה יותר, או  
על הארגון של היכולת,  
בתחומים של הסתגלות  
כללית אשר מתפתחים  
מאוחר יותר. תהליכים  
אלו תוארו במונחים של  
השפעות טרנס-אקציוניות  
ומתקדמות של הגברה,  
של כדורי שלג. המשגה  
מעין זאת עשויה להסביר  
כיצד תחום מסוים של  
כשירות, שנרכשה בגיל  
בית הספר היסודי (יחסים  
עם בני הגיל למשל), יכולה  
להשפיע באופן תהליכי,  
על ההסתגלות בהקשרים  
רבים ומאוחרים יותר"**

\* תודתי נתונה לדר' רננה לוקס ודר' מירי נהרי על הערותיהן המועילות והממקדות.  
\*\* המשך לחלק א' שפורסם בגיליון הקודם של פסיכו אקטואליה.







בייצוג מטפורי – השבילים ההתפתחותיים המתפצלים (דומה לנתיבים המתפצלים בתחנת הרכבת). באמצעות ייצוג זה, אנו חושבים על פתולוגיה, כעל רצף של הסתעפויות שמרחיקות את הילד מהנתיבים המובילים לתפקוד כשיר. סרוף ורט (Sroufe & Rutter, 1984) סבורים כי למודל זה מספר משמעויות:

1. **הפרעה הינה סטייה/חריגה התפתחותית לאורך זמן.** חיוני להבין את הסוגיות ההתפתחותיות המרכזיות (כגון התקשרות בטוחה, וויסות דחפים גמיש, כניסה יעילה לקבוצת בני הגיל) ודפוסים שונים של הסתגלות חיובית אליהן. סטייה משמעותית מהם, מגבירה את הסתברות לבעיות, בהתמודדות עם הסוגיות ההתפתחותיות הבאות.
2. **קיימות דרכים רבות ובו זמניות לתוצאה פנומנולוגית אחת (Equifinality).**
3. **להליכה באותו שביל יכולות להיות תוצאות שונות (Multifinality).**
4. **שינוי אפשרי בנקודות רבות.** על-אף חריגה מוקדמת, שינויים באתגרים התפתחותיים, או בהיבטים אחרים של הקונטקסט עשויים להחזיר את הפרט לנתיב שישיר אותו טוב יותר. ועם זאת:
5. **השנוי מוגבל על-ידי התאמה קודמת.** ככל שהפרט שהיה יותר זמן על המסלול הבלתי מסתגל, והכוונה ליותר שלבים התפתחותיים (בסוף ההתבגרות מסתמנת ירידה בגמישות), פחות סביר שהפרט ישיג הסתגלות חיובית. (Sroufe & Rutter, 1984)

קיצ'טי ורוגוש (Cicchetti & Rogosh, 1996), טוענים שיתכן, שלמרות שפנומנולוגיה של התוצאות ההתפתחותיות של פרטים אלו הינן שונות זו מזו, הן תייצגנה משהו משותף את הגישה לקלאסיפיקציה של הפרעות, כך שתתבסס על המסלול ולא כל התוצאה הסופית הגלויה בלבד.

דוגמא לתחומה שעשויה לנבוע מאימוץ מודל הנתיבים ההתפתחותיים היא יכולתנו להעריך, שילדים ובני-נוער המגלים התנהגות אנטי-סוציאלית ונמנים על הקבוצה שמופית זיהתה כמסלול מתמשך *life course persistent (LCP)* (Moffitt, 1993), חייבים גם הם בהתייחסות טיפולית, בהתאם לפרופיל ההסתגלות שלהם. אלה מביניהם שמגלים בעיות התנהגות מוקדם בחייהם, הם בסיכון גבוה לצבירה של קשיים חברתיים ולימודיים שיעלו אותם על מסלול של בעיות מצטברות ומחמירות: מה שמתחיל כהיעדר ציות אצל הפעוט, ונראה כבעיית קשב וריכוז בגיל ארבע – אצל ילד הגן, עם או בלי בעיות התנהגות, עלול להפוך לבעיית התנהגות מתמשכת, ירידה בתפקוד קוגניטיבי, וכתוצאה גם כישלון לימודי ודחייה חברתית בבית הספר היסודי. מה שהחל כקשיים בקבלת מסגרת ובעיות התנהגות, עלול להתפתח בגיל ההתבגרות לנשירה ממסגרת נורמטיבית, להתחברות לחברה בעייתית המלווה באלימות ולעבריינות. ההתנהגויות האנטי-סוציאליות בתקופה זאת מופיעות בדרך כלל כקשת של התנהגויות סיכון (בעיות התנהגות, מין לא אחראי, סמים, הסתבכות עם החוק וכד'). כיום, נהוג לכנות תהליך זה – "אפקט אשד".

במחקר שבו בוצעה בנוסף להערכות ההתפתחות, גם התערבות, נמצא, כי בעקבות התנסויות קיצוניות של חסך בטיפול הורי הולם בגיל הרך ( גם בהיעדר תת-תזונה, או תנאים בריאותיים לקויים אחרים), נפגעת ההתפתחות הגופנית: משקל, גובה, היקף ראש, התפתחות המוח וכמו כן, נפגע התפקוד הפסיכולוגי וההתנהגותי. אף שהתערבויות משפרות את המצב הפיזי ואת התפקוד הרגשי-חברתי, אין בהן כדי לבטל כליל את התוצאות שנגרמות במהלך חסך, שנמשך מעל למחצית השנה. נוסף על כך, ישנם תסמונות קליניות שמתפתחות רק בגיל מאוחר יותר, התבגרות מינית מוקדמת למשל. (The St Petersburg Orphanage Research Team, 2008 USA). לא נרחיב בסוגיות ההתפתחות הפתולוגיות שכן הן חורגות ממסגרת מאמר זה.

מחקרים עדכניים, מנסים לתאר את המנגנונים הגורמים לאותם נזקים שזוהו ותוארו בעבר. כך למשל נבדקו ילדים שאומצו, לאחר ששהו במוסדות במזרח אירופה קודם שמלאו להם 15 חדשים, ילדים שאומצו לאחר ששהו במוסדות למעלה מ-15 חדשים וקבוצת ביקורת. בהדמיה באמצעות תהודה מגנטית (MRI) נבדקו נפח המוח כולו וכן הנפח של המבנים הלימביים (האמיגדלה וההיפוקמפוס). נמצא כי לילדים ששהו תקופה ממושכת כתינוקות ופעוטות במוסדות, נפח אמיגדלה גדול מהרגיל. לא נמצא הבדל בין הילדים שאומצו בגיל צעיר ובין ילדי קבוצת הביקורת. כמו כן, נמצאו אצלם קושי במשימות של וויסות רגשי ורמת חרדה גבוהה. השינויים במבנה המוח ובתפקודו, הם העומדים לדעת המחקרים בבסיס הבעיות הרגשיות והחברתיות של ילדים שעברו אימוץ בין-לאומי מאוחר (Nim et al, 2010)

מאמר עכשווי של גרג (Gregg, 2010) פותח במילים "הורים משפיעים על התפתחות מוחנו והתנהגותנו באופן כה ניכר, עד שהם עשויים לקבוע את מסלול חייו". הוא דן בממצאים על השפעות גנטיות של הורים: כרומוסומים של אבות, לעומת כרומוסומים של האמהות וכיצד השפעות אלו מושפעות מתהליכים אפי גנטיים (Gregg, 2010).

בהרצאה שנשא מיני (Meanny, 2010), בנושא טיפול אימהי והאינטראקציות גנטיות-סביבתיות המגדירות את ההתפתחות, הוא הסביר את ההשפעות המיידיות וארוכות הטווח של הטיפול ההורי המוקדם, באמצעות מנגנונים אפיגנטיים. אלו הן השפעות סביבתיות היוצרות שינויים בגנום (ביטוי של הגנים), מבלי להשפיע על רצף ה-DNA (Meanny, 2010). לגרסתו, עוני וניסיון קשה מוקדם (כגון: קשיים במשפחה, הזנחה רגשית, משמעת נוקשה, התעללות), עלולים להוביל להיווצרות של הבדלים אינדיבידואליים בתגובות העצביות והאנדוקריניות ללחץ. אלו מצידן, גורמות לסיכונים בריאותיים (כמו דיכאון, שימוש לרעה בסמים, חרדה, סכרת, מחלות לב ואכילת יתר). ההשפעות של העוני על ההתפתחות הרגשית והקוגניטיבית מתווכת על-ידי הטיפול ההורי.

## 2. נתיבים התפתחותיים ואשדות התפתחותיים

השימוש במונחים של נתיבים ואשדות התפתחותיים (pathways & cascades), יסייע לנו להתייחס לרציפות ושינוי גם יחד, בהתפתחות לאורך טווחי זמן ממושכים. הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית משתמשת, בעקבות בולבי,





המונח של אשדות בהתפתחות, מתאר תהליכים בהם פונקציה ברמה אחת, או במישור אחד של התנהגות, משפיעים על פונקציה ברמה גבוהה יותר, או על הארגון של היכולת, בתחומים של הסתגלות כללית אשר מתפתחים מאוחר יותר. כפי שהתרשמה אן מסטן (Masten et al, 2005), תהליכים אלו תוארו במונחים של השפעות טרנס-אקציוניות ומתקדמות של הגברה, של כדורי שלג. המשגה מעין זאת עשויה להסביר כיצד תחום מסוים של כשירות, שנרכשה בגיל בית הספר היסודי (יחסים עם בני הגיל למשל), יכולה להשפיע באופן תהליכי, על ההסתגלות בהקשרים רבים ומאוחרים יותר, עד להסתגלות במקום העבודה בבגרות (Masten et al, 2010).

במאמר העוסק בתיאורית מערכות ואשדות בפסיכופתולוגיה התפתחותית, סוקרים קוקס וחבריה (Cox et al, 2010), ראיות אמפיריות, המצביעות על כך שהרכישה של יכולות וויסות רגשיות על-ידי ילדים צעירים, יכולה להיות מובנת, כאשר של שינויים, על-פי פרמטרים של שליטה, המושרים על-ידי אינטגרציה גוברת במהלך ההתפתחות של מערכות ביולוגיות, טרנס-אקציונליות ורגשיות-חברתיות. הם קובעים שה"מערכת" שבתוכה מתפתח הפרט, איננה פשוט משהו שנמצא מתחת לעור. המונח "ארגון" מתרחב, מוצע אם כן, בכדי לכלול משוב מאורגניזמים אחרים ומן הרשת החברתית שבה מתרחשת ההתפתחות (Cox et al, 2010).

## הורות כגורם מגן ותורם לחוסנם של ילדים

### רקע עיוני

**מושג החוסן (Resilience)**, מוגדר כיום, כעמידות היחסית של הפרט בפני נסיבות חיים קשות / גורמי סיכון סביבתיים, עמידה בפני לחצים אלו וההתאוששות מהם. ילדים בעלי כשירות גבוהה, גם שהם גדלים בנסיבות של סיכון פסיכו-סוציאלי, מכונים ילדים חסונים.

הראשון לעסוק בחקר הכשירות אצל פרטים שהם בסיכון בלפתח פסיכופתולוגיה מוגדרת היה גרמזי (Garmezy, 1971), שמצא כי מרבית הילדים להורים עם סכיזופרניה, הם בריאים (Garmezy, 1971). בעקבותיו הוחל בהתחקות לאורך זמן אחרי התפתחותם של ילדים בתנאי חיים קשים והתעניינות מיוחדת באלו מהם, שכנגד כל הסיכויים גדלים למבוגרים מתפקדים היטב ובריאים יחסית (Werner, 1983). בצד התעניינות במה שתואר כפגיעות (Vulnerability) של הפרט, הפרה-דיספוזיציה של פרטים לפתח קשיי תפקוד והפרעות, הוחל בחקר המקורות לעמידותם של פרטים אחרים בפני לחץ (מה שכונה *resistance Stress*, או *Invulnerability*).

די במהרה התברר, שחוסן איננו זהה לחוסר פגיעות, אלא נכון יותר לתארו כגורם שנמצא בקצה הנמוך של רצף שבקצהו הגבוה נמצאת הפגיעות, וכי חוסן עשוי לבוא לידי ביטוי גם ביכולת ההתאוששות המהירה יחסית מפגיעה (Garmezy, 1993). גרמזי הצביע על כך, שחשוב מאוד ללמוד על מהלך התפתחותם המוצלחת של ילדים בסיכון, על-מנת שניתן יהיה לזהות גורמים ותהליכים שיש לכלול בהתערבויות מניעה.

במקביל רטר (Rutter, 1979) החל בהכוונת הזרקור מגורמי סיכון לגורמי הגנה (Rutter, 1979). הוא גרס כי פרטים נבדלים אלו מאלו במידת התגובה שלהם לסיכון נתון וכי התנגדותם לגורם לחץ הינה יחסית ולא מוחלטת, והינה תוצאה של גורמים סביבתיים ואינדיבידואליים גם יחד, איננה קבועה ברמתה והיא תלויה בקונטקסט (Rutter, 1987). מחקרי החוסן בקרב ילדים מתייחסים לשלושה סוגי תופעות (וורנר, 2000, אצל ארז, 2004, עמ' 51):

- א. תוצאות התפתחותיות טובות אצל ילדים מרקע של סיכון גבוה, כשעל גורמי הסיכון שנחקרו לאורך זמן נמנים: קשיים כלכליים, מחלות נפש ו/ או התמכרות אצל ההורים, ניצול והזנחה מצד הורים, סיבוכים פרינטאליים והורות.
- ב. כשירות תחת תנאי לחץ כגון גירושי הורים, ולאחרונה גם נחקרים לחצים הקשורים לסביבת הטיפול, במעון היום למשל.
- ג. התאוששות מוצלחת של ילדים מטראומות ילדות ( מלחמה, אלימות וכו' ).

במחקרים אודות ילדים בסיכון, שגדלו להיות מבוגרים כשירים, זהו גורמים הן אצל הילד והן בתוך המשפחה ובסביבה, שהיוו גורמים מגנים ועל בסיס הידע שנצבר גם גובשו המלצות להתערבויות מונעות (ארז, 2004). הגל השני של המחקר בנושא, עסק בהתבוננות בחוסן בהקשר של ראייה התפתחותית-מערכתית, תוך דגש על תהליכים ומנגנונים המסבירים את התפתחותו. השלב השלישי בתחום כלל מחקרי ההתערבות ( O'Dugherty Wright & Masten, 2005 )



**ראיות אמפיריות, מצביעות על כך שרכישה של יכולות וויסות רגשיות על-ידי ילדים צעירים, יכולה להיות מובנת כאשר של שינויים, על-פי פרמטרים של שליטה, המושרים על-ידי אינטגרציה גוברת במהלך ההתפתחות של מערכות ביולוגיות, טרנס-אקציונליות ורגשיות-חברתיות"**



**חוסן איננו זהה לחוסר פגיעות, אלא נכון יותר לתארו כגורם שנמצא בקצה הנמוך של רצף שבקצהו הגבוה נמצאת הפגיעות, וכי חוסן עשוי לבוא לידי ביטוי גם ביכולת ההתאוששות המהירה יחסית מפגיעה"**





גם התעללות במשפחה, היעדר שירותים למשפחות וכיו"ב. לפיכך, מציעים המחברים קווים מנחים לבחירת תהליכי פגיעות והגנה על בסיס ארבעה קריטריונים: ראשית, לכוון את תשומת הלב לגורמים מרכזיים בקונטקסט חיים מוגדר. שנית, לכאלו **שניתנים לשינוי**. שלישית, לכאלו שהם בעלי **נוכחות מתמשכת** בחיי הילד. ולבסוף, לשים לב לאותם מדדים **שיוצרים משאבים נוספים** – כאלו המתניעים "אשדות" ושפועלים תהליכי הגנה נוספים. וכך קבוצתה מכוונת למסקנה כי **בתום עשרות שנים של מחקר אודות חוסן בילדות, לנוכח טווח רחב של סיכונים הורות טובה עונה על כל הקריטריונים שהוצעו לעיל, ובכך נעסוק להלן.**

## מחקר אמפירי העוסק בהורים כגורם מגן ובונה חוסן

"התשתית לבריאות הנפש הנוחה אקטיבית בתקופת הינקות, כאשר האם הטובה דיה במילוי תפקידיה, ובמהלך הילדות של הילד במשפחה המתפקדת כראוי" (וויניקוט, 1986, 1995)

המחקר הפסיכואנליטי תמך בכך לדבריו, כשם ש"הוא תמך בשיתוף פעולה בין ההורים... ובמשפחה כמסגרת פעילה ויציבה, בעיקר בשני צמתיים התפתחותיים חשובים: בתקופת הילדות המוקדמת ובתקופת ההתבגרות. המחקר הפסיכואנליטי תמך גם בשיתוף פעולה חיוני בין הורים ומורים, המאפיין את הצדדים הטובים ביותר של הלימוד ובית הספר בתקופת החביון" (שם, עמ' 147).

שורות ידועות אלו מתוך הספר **הכול מתחיל בבית**, מציגות את הטיפול ההורי המוקדם כמניח את היסודות להתפתחות התקינה, לבריאות ולהסתגלות. אכן, בתנאי חיים רגילים, ללא אירועי חיים מלחיצים, די ב"אם טובה דיה", או ב- "אם" "מן השורה", על-מנת לגדל ילד בעל כשירות. אנו גם יודעים שקידום חוסן בקרב ילדים צעירים על-ידי מבוגרים דואגים, איננו נסמך על סילוק כל גורמי המצוקה מחייהם, אלא על כך, שכאשר הם ממלאים באופן נאות את הפונקציות ההוריות, הם מסייעים לילדים להתמודד בהדרגה עם קשיים ואתגרים. אתגרים אלו יעילים כשהסביבה היא מאורגנת וצפויה, כשיש בה צירוף של דאגה וחום, ביחד עם מבנה ברור וגבולות מוגדרים היטב (Werner, 2000).

משמע, בסביבות סבירות יכולים ילדים עם נתונים מולדים טובים, להתפתח היטב ולפתח כשירות, גם כשיחסי ההתקשרות שלהם אינם בטוחים. דפוסי התקשרות לא אופטימאליים, אינם קשורים אצלם בהסתגלות שלילית, כל עוד יש בהם ארגון. רק דפוס ההתקשרות בלתי מאורגן, ס, שיוחס לילדים שחוו קשרים טראומטיים מוקדמים, נמצא קשור להפרעה בעתיד.

## אינטראקציות איכותיות והתקשרות בטוחה, כמתנת השפעת סיכון פסיכו-סוציאלי, על התפתחות הוויסות העצמי וההסתגלות

מחקר המעקב של מינסוטה שסוקר בהרחבה בחלק הראשון של מאמר זה (פסיכואקטואליה, אוקטובר 2011) הראה, שילדים שהייתה להם התקשרות בטוחה, הראו התאמה טובה וכשירות, למרות תנאי הסביבה הלא אופטימאליים. זאת הסיבה לכך שהתקשרות בטוחה נחשבת גורם מגן, דהיינו גורם הממתן את השפעת הסיכון על ילדים שנחשפים אליו.

(Rutter, 2006). ולבסוף, מסטן מאפיינת את השלב הרביעי של המחקר כגל האינטגרטיבי – מחקר שעוסק ברמות שונות של ניתוח, והוא גם השוואתי (בין מינים) (Masten & Obradovic, 2006).

הטרמינולוגיה העכשווית, מבחינה בין גורמי הגנה, קידום ופגיעות. בהתבוננות בהתפלגות רמות החוסן, נראה כי יש ילדים שמגיבים לאותה רמת סיכון, באופן גרוע במיוחד ואילו בקצה האחר נגלה את אלו שתפקודם גבוהה מן המצופה. עיקר ההתעניינות היא בתהליכים שבבסיס השפעתם של הגורמים הממתנים (גורמי ההגנה), או גורמי הסיכון (גורמי הפגיעות) וכן גם על הבנת התהליכים שגורמים לסיכון עצמו.

לותר וחב' (Luthar et al., 2006), מפנים את תשומת הלב למספר סוגיות המצריכות מן החוקרים חשיבה ביקורתית. כך למשל בהתייחסם לגורם האחרון של הבנת תהליכי סיכון, הם גורסים כי יש לה השתמעות למדיניות: אמהות מכורות לסמים מקבלות התייחסות מאשימה, מצד החברה שגם נוטה להענישן ולפגוע בזכויותיהן ההוריות, בעוד שאמהות עם דיכאון, נתפסות כקרבנות של נטייה גנטית, או של נסיבות חיים. זאת מבלי לשקול, האם צריכת סם פוגעת קשה יותר מדיכאון ביכולת ההורית, או שבשני המקרים מדובר במצבים פסיכיאטריים, שנובעים מריבוי פגיעויות וניתנים לטיפול בהינתן תשומת לב טיפולית (Luthar et al., 2006).

בדומה לכך מדגישים לותר וחב', שעל החוקרים לתת את דעתם להטיות האפשריות שלהם, ביחס למה שהם סבורים שמהווה סיכון גבוה, כאשר מדובר בילדים מן הקצוות של המיצב הסוציו-אקונומי: בעוד שנוער משכבות עוני עירוניות נחשב, ובצדק, כנתון בסיכון, מחקרים שנעשו בפרברים עשירים ומאוחר יותר בבית-ספר פרטי בעיר גדולה, הראו כי נערים ונערות עשירים, גילו רמות גבוהות מהמוצע וגם מאלו של נוער מאזורי עוני קשה, של שימוש לרעה בטבק, סמים ואלכוהול. בנים ובנות עשירים היו מעורבים בהתנהגויות סיכון, ובנות במיוחד גילו רמות מוגבהות של דיכאון וחרדה. דהיינו, אף שאין ספק ביחס לכך, שנוער משכבות עוני נמצא בסיכון בכול הנוגע לרווחתו ותחושת המיטביות שלו, הנוער משכבות הנחשבות "נמוכות" בסיכון, איננו חי בהכרח בנסיבות חיים בריאות, ואף לא בכאלו שהינן נטולות לחץ (שם, עמ' 108).

ברצוני להביא מפרק חשוב זה הערה נוספת, הבאה מפרספקטיבה של יישום ואשר מתייחסת להתמקדות הרבה של מחקרי החוסן בגורמים התנהגותיים וגנטיים. מנקודת המבט של ההתערבות – מחקר זה חשוב, שכן הוא מאפשר להבין מהן המגבלות הביולוגיות, אשר מגדירות את הטווח השינוי האפשרי, בביטוי התנהגותי של נטיות ההתנהגות, אודות להשפעות הסביבה. עם זאת, חשובים יותר מחקרים שמדגימים, כי התערבויות מוקדמות, עשויות להוביל לתוצאות הנמדדות במדדים ביולוגיים כדוגמת: מסת המוח, צפיפות הרשתות העצביות, רמות הורמוני הלחץ וכיו"ב. מאחר ועדיין איננו יכולים לשנות בהתערבויות את המרקרים הגנטיים של הסיכון, עדיף להשקיע במה שאנו יודעים ויכולים לשנות – בהתערבויות יעילות בתחומים עוני, אלימות בקהילה, אך





בולבי (Bowlby 1982, Bowlby, 1988) גרס שיחסי ההתקשרות המוקדמים, הם מכניזם של וויסות חברתי של לחץ ושהם משמשים כ"מארגן הפסיכי" של היכולת להתמודד עם וויסות של דרישות חיצוניות ופנימיות. התפתחות יחסי התקשרות בטוחים מסמנת את המעבר משליטה חיצונית (הורות), לשליטה דיאדית (יחסי ההתקשרות המנצים) ומשפיעה על הופעת היכולת לוויסות עצמי (Bowlby 1982, Bowlby, 1988).

### **אינטראקציות איכותיות והתקשרות בטוחה, כמתנות השפעת סיכון גנטי על התפתחות הוויסות העצמי וההסתגלות**

אף שרוב הידע המחקרי אודות השפעות סביבתיות, לא נצבר במדגמים מושווים ברמת הסיכון הגנטי שלהם, בשנים האחרונות התחילו להתפרסם עבודות מחקר, שעושות זאת בתחום של התנהגויות מוחצנות בבעלי חיים וגם בילדים.

סואומי (Suomi, 2005), הדגים באמצעות מחקרי אורך, כי קופיפים שנשאו אללים, המגבירים את הסיכון שלהם לתוצאות התפתחותיות גרועות, נוטים יותר מקופיפים שאינם נושאים אללים אלה, להראות התנהגויות של תוקפנות ושל סיכון עצמי בגיל ההתבגרות. ואולם, כאשר נבדקה גם איכות הטיפול ההורי, הוא קבע, התקשרות בטוחה מעבירה באופן כלשהו, חוסן לפרטים הנושאים אללים, שאחרת היו מגבירים את הסיכון שלהם לתוצאות התפתחותיות גרועות. ההתנהגויות אלו לא הופיעו בקרב קופיפים נושאי אללי הסיכון הללו אם בילדותם המוקדמת זכו לאיכות טיפול אימהי טוב (Suomi, 2005).

אוארבך וחב' (Auerbach et al, 2005) ערכו מחקר על תינוקות שנשאו אללים של סיכון ל-ADHD. כבר מגיל 7 חודשים גילו תינוקות אלו, יותר התנהגויות שמנבאות קשיי קשב, בהשוואה לקבוצת ביקורת שאינה נושאת אללים אלו. תינוקות אלו מאתגרים יותר את ההורים ובגיל מאוחר יותר, אכן היה הבדל בין איכות הטיפול ההורי בהם, בהשוואה להורי ילדי קבוצת הביקורת (Auerbach et al, 2005).

מחקר של קושנסקה וחב' (אצל קוקס וחב', 2010) מדגים, כיצד התקשרות בטוחה, ממתנת את הסיכון להתפתחותן של התנהגויות אנטי-סוציאליות. היא מצאה שהתקשרות בטוחה מיתנה את הקשר בין מעגל התנהגות בלתי מסתגל, בין הורה והילד ובין התנהגות אנטי-סוציאלית בעתיד (קושנסקה, 2009). התקשרות מוקדמת בטוחה שימשה, אם כן, כגורם מגן, כנגד תוצאות כאלו, על-ידי כך שגרמה להסתברות פחותה של הופעת הנתיב הידוע, כמוביל להתפתחות התנהגות אנטי-סוציאלית (דהיינו, הפעלת כוח הורי, התנגדות הילד, תוצאות אנטי-סוציאליות). תינוקות עם אלל 5-HTTLPR קצר (ss/sl), שהיו בעלי התקשרות לא בטוחה עם אמהותיהם, פחות נטו לפתח יכולות וויסות כפעוטות ובגיל הגן. זאת בהשוואה לילדים עם אלל 5-HTTLPR קצר, שהיו בעלי התקשרות בטוחה עם אמם, או ילדים שהיו בעלי האלל הארוך. יש בממצאים, כדי להאיר את תפקיד יחסי ההתקשרות המוקדמים, בהתפתחות של יכולות וויסות עצמי יעילות ומסתגלות וזה תקף במיוחד לגבי ילדים עם רמה מוגברת של סיכון להתפתחות בלתי מסתגלת.

בקונטקסט של יחסי התקשרות מוקדמים, התנהגויות הוריות הן המשפיעות על האינטרפרטציות של התינוק וממתנות רגשות שלילים, הן מחזקות רגשות והתנסויות חיוביים ומבנות את הסביבה עבור חוויות אלה. לא זו בלבד שאיכות ההתקשרות ממתנת אפקטים גנטיים על ההתפתחות, אלא, שיש לה גם פוטנציאל, למתן את ההשפעות של בעיות הקשורות להורים (לדוגמא: הורים המתמודדים עם בעיות קשות, אך מקיימים עם ילדיהם אינטראקציות נענות ברגישות) על התוצאות ההתפתחותיות.

### **הורים כסוכני שינוי בטיפול בילדים ובני-נוער בסיכון**

כאן נביא דוגמאות של מחקרים המצביעים על יעילות הטיפול בבעיות של ילדים ובני-נוער באמצעות התערבויות טיפוליות עם הוריהם, או התערבות באינטראקציות של ההורים וילדיהם. לדיון יסודי אודות שיקולי הדעת ביחס לטיב ההתערבות הפסיכולוגית עם ההורים, שאיננה במקביל לטיפול בילד, דהיינו הדרכת הורים, או טיפול בהורות החורג ממסגרת זאת נמליץ על מאמרו של אורן (אורן, 2011).

### **ילדים עם קשיים בוויסות חושי**

יגרמן (2005), ערכה מחקר התערבות, בקרב אימהות לפעוטות, שזוהו במהלך ביקוריהם בטיפת-חלב, כבעלי קשיים בוויסות חושי. ממצאי מחקרה מראים, כי בעזרת תכנית התערבות קצרה, שממוקדת בהדרכת האם ובשיפור איכות האינטראקציה שבינה לבין ילדה, המתקשה



**בקונטקסט של יחסי התקשרות מוקדמים, התנהגויות הוריות הן המשפיעות על האינטרפרטציות של התינוק וממתנות רגשות שלילים, הן מחזקות רגשות והתנסויות חיוביים ומבנות את הסביבה עבור חוויות אלה. לא זו בלבד שאיכות ההתקשרות ממתנת אפקטים גנטיים על ההתפתחות, אלא, שיש לה גם פוטנציאל, למתן את ההשפעות של בעיות הקשורות להורים"**





בטיפול הפרטני בילדים צעירים ראוי לציין כי נראה שהשילוב של עקרונות הלקוחים מתיאורית ההתקשרות וטכניקות הנגזרות מתיאוריות הלמידה יעילים ביותר (ראה גם Speltz, Matthew L., 1990).

גם בשיטת "מעגל הביטחון" (Cooper et al., 2005), המספקת **טיפול קבוצתי** להורי ילדים בסיכון שיעילותה מבוססת מחקר (ובאוניברסיטת חיפה עובדה לה גרסא עברית), יש שילוב מיוחד של התייחסות לתהליכים וייצוגים פנימיים ולהתנהגויות הוריות.

באורגון פותח מודל אימון הורים לילדים גדולים יותר, ולאחרונה פורסם מחקר מעקב על סדרת התערבויות בהורים לילדים מזמן שהיו בגיל גן ועד לכיתה ג'. המעקב נמשך **תשע שנים** והוא מצביע על מה שנראה כ- "**אפקט אשד בעקבות התערבות**", אם קודם לכן תואר המהלך ההתפתחות של ילדים בסיכון לפיתוח הפרעות התנהגות, ללא התערבות, כמדגים אפקט אשד, הרי שמחקר זה מעיד שהתערבות בתחום זה עם הורים עשויה להיות יעילה לא רק בטווח הקצר, אלא שהיעילות שלה ממשיכה לגדול עם השנים, במקרה זה עד להתבגרות. חשוב מאוד לערוך מחקרים נוספים מסוג זה.

#### ילדים עם הפרעות חרדה

כמו בקבוצת ההפרעות הקודמת, גם כאן המחקר מצביע על כך, שהטיפול היעיל בהפרעות אלו הוא בשיטות שבמרכזן אימון הורים. הפורמט דומה למתואר לעיל (ראה גם עומר וליבוויץ, 2007).

ברצוני להתייחס לשאלה שנשאלת לעתים – כיצד לגשר על הפער בין גישה תיאורית דינאמית ובין פרקטיקת טיפול שעושה שימוש באימון ובטכניקות שמקורן נראה רחוק ממנה – כגון בתיאוריות קוגניטיביות, תיאוריות למידה או למידה חברתית? דומני שזהו פער לכאורה, זאת משום שתיאוריה מערכתית דינאמית, כוללת התייחסות לכל הרמות של ההסתגלות – החל מתהליכים ביולוגיים-גנטיים, נירוביולוגיים, אנדוקריניים ואחרים, דרך תהליכים קוגניטיביים ואפקטיביים – והמנגנונים הפועלים בכל אחד מהם וביניהם. ההנגדה היא מלאכותית. כך למשל נבחר השם "התקשרות" כשם הגרסה הישראלית לתכנית "השנים המופלאות", מתוך ההבנה שאף אם ננקטות בה פרקטיקות אימון, שעושות במוצהר שימוש בידע לשינוי התנהגות מתחום הלמידה החברתית, הרי שראשית לכל, מובלעים בה תהליכים הבאים ליצור תיקון במערכת היחסים הפגועה, שבין ההורה לילדו המאגגר, שעשוי להתאפשר עם השינוי בהתנהגויות. השינוי דינאמיקת היחסים יכול להביא בתורו גם שינוי בייצוגים, ולשמש מנוף לשינויים נוספים בהמשך תהליך ההתערבות. כשמדובר בטיפולים בגילאים צעירים, לפחות, למדנו מעבודתו של סטן על ה- *eqifnality*, דמיון בתוצאות של התערבויות שבאות מגישות עיוניות שונות- ומשתמשות ב- *ports of entry* / דרכי כניסה שונות לכאורה לתהליך הטיפול.

**החשוב הוא לבחור בדרך היעילה והנגישה ובמועד המוקדם ביותר האפשרי**, שכן התערבות טיפולית מוקדמת היא, כדברי גרמזי, מעצם טיבעה גם פעילות מונעת.

בעיבוד החושי ובויסות העצמי, ניתן לשפר טווח רחב של התנהגויות הוריות. שיפור זה הביא בעקבותיו לשיפור גם בהיבטים שונים, בתפקודם של הפעוטות, הנראים מרכזיים לקידום המשך התפתחותם האופטימאלית (יגרמן, 2005). נראה כי אינטראקציה איכותית עם האימהות, היוותה גורם מגן, אשר מיתן את ההשפעות קשיים מוקדמים בעיבוד חושי ובויסות חושי, על התפתחותם של הפעוטות (Yaegerman, N. and Klein Pnina S., 2011).

#### ילדים עם קשיים בויסות קשב והתנהגות

המחקר מצביע על כך שהטיפול היעיל ביותר בהפרעות אלו, מתחת לגיל בית הספר, הוא בשיטות שבמרכזן אימון הורים. קמפבל, קזדין ווייז, ווייז ופונגי (Weisz et al, 2005 Kazdin & Weisz, 2003, Campbell, 2002 Fonagy, 2002), סוקרים ארבעה דגמים של תכניות, הממוקדות בילדים בגילאים 3-8 שנים. המשותף לכולן הוא קיומו של מדריך מפורט. מרביתן שילבו יסודות של אימון הורים, עם עקרונות עבודה משפחתית, עיצוב התנהגות ופתרון בעיות.

הדגם שזכה לתיקוף רב ולאפליקציות בארצות רבות הוא זה המכונה בשם *The Incredible Years, program modeling video Group discussion (GDVM)* של וובסטר- סטרטון. גרסה ישראלית שפותחה על-פי תכנית זאת הינה תכנית התקשרות ( הורות תומכת קשר ותקווה). היא עושה שימוש במשחקי תפקיד במקום בצפייה בווידיאו, והוכנסו בה סוגיות נוספות, כגון הורות כצוות. היא נוסתה בשנים האחרונות והתוצאות הן חיוביות (אליצור וחב' 2010).

לאחרונה התפרסם מחקר ייחודי על השפעת תכנית התערבות *Fast Track* לבעיות התנהגות מוחצנות, שנערכה לאורך 10 שנים במהלך הילדות (מגיל 10). המחקר בחן כיצד התוכנית משפיעה על המהלך הנורמאלי של התפתחות אנטי-סוציאלית.

ההתערבות התייחסה לניהול ההתנהגות מצד ההורים, המיומנויות הקוגניטיביות-חברתיות של הילדים, קריאה, ביקורי בית, חונכות ותכנית לימודים כיתתית. התוצאות כללו הערכה פסיכיאטרית לאחר כותות ג', ו', ט' ו"ב, בהתייחס להפרעות התנהגות, הפרעה מתנגדת, הפרעת ADHD וכל הפרעה מוחצנת.

אינטראקציה מובהקת בין ההתערבות ורמת הסיכון ההתחלתי, מראה כי ההתערבות מנעה התמדה לאורך החיים של כל הדיאגנוזות, אך זאת רק אצל אלו שהיו ברמת הסיכון הגבוהה ביותר בהתחלה. מכאן, שהתערבות ממוקדת, יכולה למנוע הפרעות מוחצנות ולקדם התפתחות ילדים בריאים. כמו-כן נמצא כי להתערבות זאת יש תוצאות מצטברות על הפרעה במהלך שנות היישום. (Prevention Research Group, 2001).

גם בארץ פותחו דרכי התערבות הממוקדות בשיפור ההורות בילדים המגלים קשיים מוחצנים (עומר, 2002, פוקס- שבתאי ובלנק, 2005).







## הורים בטיפול דיאדי

### (מודל טיפולי המושתת על גישה דינאמית-התייחסותית לטיפול בהפרעות יחסים)

שיטה ייחודית לטיפול בילדים צעירים עם הפרעות רגשיות התנהגותיות באמצעות טיפול אם-ילד, אב-ילד, פותחה בחיפה על-ידי מרים בן-אהרון וממשיכותיה (קפלן ו'חב', 2010). היא מתמקדת ביחסים ילד צעיר-הורה ומדגימה יישום של חשיבה פסיכואנליטית עדכנית. שיטה דינאמית זאת, איננה עוסקת בעולם פנימי של ייצוגים, או בהתנהגויות הגלויות: המטפל עוסק בחדר הטיפולים בשניהם בו-זמנית.

המטפל בגישה זאת רואה בהורה שותף פעיל, הוא מסייע לו לפתח יכולת רפלקטיבית בהקשר של הפעילות המשחקית עם ילדו. במודל זה מזדמן להורה המתנסה ביחסים מיטיבים עם המטפל, לעדכן את ייצוגיו שלו ולהפכם לחיוביים יותר, ולאפשר לילדו התנסות עם הורה שמספק אינטראקציות בעלות איכות טובה יותר, המכוונות על-ידי יכולות המנטאליזציה המתפתחות של ההורה, ואלו בתורן תאפשרנה גם לילד לשנות את ייצוגיו שלו ואת התנהגותו.

נסתפק בדוגמאות אלו שנועדו להדגים את השיתוף של ההורים, ובמיוחד כשמדובר בילדים צעירים, בטיפול בילדים, כאשר הן מאפשרות להורה, כדמות המשמעותית ביותר והמשפיעה ביותר עבור ילדו לשמש גם הגורם המיטיב והמסייע.

מובן שככל שהילד, בכל גיל, מאתגר יותר בקשייו – זקוק ההורה לתמיכה, אמפטיה והנחייה מותאמים ורבים יותר, על-מנת למלא את תפקידיו ההוריים ( ולעתים הוא גם זקוק במקביל להסתייע בפסיכותראפיה עבור עצמו).

ומה באשר לילדים כאשר אין בנמצא עבורם הורה המסוגל לספק את צרכיהם בטיפול הורי נאות?

### מבוגרים דואגים (מטפלים) שאינם הורים, כגורם מגן ומקדם חוסן

כאשר רטר (Rutter, 1979), כתב על גורמי הגנה, שעשויים למתן תוצאות סיכון, שבו מצויים ילדים, הוא קבע כי מה שקריטי הוא קשר חזק, של יחסים מתמשכים, עם לפחות מבוגר דואג אחד, שאפשר שלא יהיה ההורה הביולוגי (Rutter, 1979). בכך הוא מכוון אותנו להתערבויות שמנסות לרתום למענו משאבים של יחסים קיימים בחייו של הילד, ולחיזוק שיטתי של יחסים חזקים ותומכים. וכך, במקביל להתערבויות שפותחו עבור הורים, פותחו התערבויות שמכוונות להורים אומנים.

### התערבות עם הורים אומנים של ילדים צעירים שעברו טראומות מוקדמות

פישר ו'חב' מדווחים על התערבות עם הורים אומנים של תינוקות, פעוטות וילדי גן, שהתנסו במצוקה מוקדמת קשה, בעיקר הזנחה, במשפחתם והורחקו מבתם. ככל שההשמה באומנה התבצעה בגיל מוקדם יותר, וככל שהיו יותר מעברים בין מטפלים אומנים לאחר מכן, כך ניכרה פגיעה חמורה יותר במערכת התגובה הביולוגית ללחץ. עם זאת, החוקרים ראו בהעברה לאומנה הזדמנות לבניית יחסים, שיספקו לילדים מערכת ילד-מבוגר מווסתת, שתגן על הילד בפני התוצאות של המצוקה ותאפשר לו לבנות מערכת וויסות פנימית משלו לאמוציות וללחץ. אכן, התוצאות מעידות על התאוששות די טובה, בתחומים רבים שנפגעו מן הלחץ המוקדם ובכלל זה התגובות ללחץ (רמות נמדדות של קורטיזול), ולאחר מכן כן גם התנהגות וההתקשרות עם המטפלים.

מחקר התערבות נוסף, שהוזכר לעיל, נעשה בשלושה מוסדות רוסיים שבהם טופלו ילדים מלידתם ועד לגיל ארבע. קודם להתערבות, כלל הטיפול מילוי מקצועי של חובות שיגרה מדויקות בתחום הבריאות, התזונה, הסביבה הפיזית ואף ציוד וצעצועים, אך הוא לא כלל בניית יחסים והתייחסות לתחום הרגשי-חברתי. כך קרה שלילדים היו בין 9-12 מטפלים במהלך השבוע, ובין 60 ל-100 מטפלים שונים במהלך השנתיים הראשונות לחייהם.

ההתערבות כללה חינוך, הדרכה ואימון של הצוות בכל הנוגע להתפתחות מוקדמת ובריאות נפש, והדגישה תגובתיות חמה, אמפאטית ורגישה, ללא כל תכנית פעילות עם הילדים וכן היא כללה שינויים מבניים שהתייחסו לארגון הקבוצות, בניית הרכב נכון של קבוצות ילדים, והקטנת יחס המבוגרים המטפלים בכל קבוצת ילדים, באופן שיאפשר היווצרותם של יחסי ילד-מבוגר. התוצאות היו ניכרות אצל הילדים הרגילים ואצל הילדים בעלי המגבלות שבתוכם, והיו טובות יותר ככל שמשך ההתנסות הרגשית-חברתית נמשכה זמן רב יותר. (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team 2008).



**הורים לילדים שהם בסיכון, מתקשים לספק להם את ההורות שלהם זקוקים. זאת משום שאם הסיכון קשור בילד, הרי שההורה זקוק לתמיכה ולהדרכה, בין אם בהבנת האיתותים של הילד ובין אם בהתמודדות עם הרגשות הקשים שהוא מעורר"**







לא נרחיב בנושא חשוב זה, ונביא רק לשם המחשת חשיבותו דוגמא אחת מגילאי בית הספר היסודי ומהתחלת החטיבה האמצעית (המתחילה בכתה ו', לעומת חטיבת הביניים המתחילה הכתה ז').

דוגמא להתערבות מניעתית עם הורים לילדי **בית-ספר יסודי** ה- APA (ארגון הפסיכולוגים האמריקאי) בשיתוף ארגון ה- NAEYC (National Association for the Education of Young Children Adults and Children) ACT, מפעילים משנת אלפיים תכנית בשם (Together Against Violence), שמטרתה להפחית אלימות כלפי ילדים, באמצעות חינוך הורים וקהילה. זאת במסגרת סדנא מהנה ולא מאשימה, להקניית כישורי הורות חיובית להורים ולמבוגרים /מטפלים במסגרת שמונה מפגשים בני שעתיים לקבוצות הורים המונות 8-12 הורים כל אחת. הנשירה מן התכנית הייתה נמוכה והתוצאות מעודדות. (Novotney, 2010).

ביחס **להורים למתבגרים**, במחקר רחב היקף של פארל וחב' (Farrell et al., 2011), נבדקו משתנים הוריים, כגורמי הגנה בהפחתת השפעת נורמות בית-ספריות ובני-גיל על תוקפנות מתבגרים. במהלך שלוש שנים נאספו נתונים אודות 5581 תלמידים מ-37 בתי-ספר שהחלו כיתה ו' בשנים 2001 או 2002. רמת כתיבה ונורמות נתפסות של בית הספר כתומכות בתוקפנות, קשרים עם בני-גיל עבריינים, תמיכת הורים בלחימה ותמיכה באי-אלימות, ומעורבות הורית, היו קשורים בתוקפנות פיזית. כל משתנה הורות מיתן גורם סיכון אחד או יותר, כשגודל האפקטים משתנה על-פי המין ויורד עם הזמן. המחקר הזה מציע לספק התערבויות להורים בשלב תחילת ביה"ס, במהלכו גוברת השפעת גורמי הסיכון להתנהגות תוקפנית. ההורים עשויים להפיק תועלת מהתערבויות שתסייענה להם בבלימת השפעות שליליות של בני-גיל באמצעות הצעות, הדגמות התנהגות של התמודדות, ואיכות יחסיהם עם ילדיהם. התערבויות כאלו יכולות לסייע להורים להתמיד במאמציהם ולבלום את המגמה ההתפתחותית המטרידה הזאת.

במסמך של האקדמיה הלאומית האמריקאית שפורסם לא מכבר, נכללת המלצה לאמץ את הגישה של הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית בנושא הפרעות רגשיות/התנהגותיות של ילדים ובני-נוער להלן מוצג תרשים ובו המלצות הועדה למניעת הפרעות נפשיות בקרב ילדים, בני-נוער ומבוגרים צעירים להתערבויות על-פי שלבי ההתפתחות.

התבוננות בתרשים המובא להלן (ע"מ 40) מראה, שבכל קבוצות הגיל של ילדים ונוער, יש המלצה להדרכת הורים ולאיומן במיומנויות הוריות. בנוסף יש המלצות המתייחסות לתכניות לפיתוח מיומנויות חברתיות והתנהגותיות לילדים עצמם ותכניות למניעת דיכאון וסכיזופרניה לנוער. בנוסף הם ממליצים על התערבויות קהילתיות ומדיניות הולמת בנושאי רווחה נפשית, נושא שנחזור אליו בהמשך.

## התערבויות מונעות להורי ילדים בסיכון

כפי שראינו, הורות מותאמת ברגישות לצרכי הילד והמתבגר חיונית להתפתחות הבריאה של ילדים בכלל, ובוודאי שהיא נחוצה לילדים בסיכון על-מנת לפתח חוסן. הורים לילדים שהם בסיכון, מתקשים לספק להם את ההורות שלה הם זקוקים. זאת משום שאם הסיכון קשור בילד, הרי שההורה זקוק לתמיכה ולהדרכה, בין אם בהבנת האיתותים של הילד ובין אם בהתמודדות עם הרגשות הקשים שהוא מעורר. כאשר הסיכון הינו על רקע חברתי, בדרך כלל מדובר במצבי לחץ המשפיעים על התפקוד ההורי. לאור החשיבות הגדולה של יחסי ההתקשרות המוקדמים, פותחו בעשורים האחרונים מודלים רבים ומגוונים של תכניות לקידום התקשרויות מוקדמות, שרובם שמים דגש על שיפור הרגישות והיענות של האם, ולוו במחקר המעיד על יעילות רבה (Berlin, 2005, Berlin et al, 2005, Sameroff et al, 2004, Amanitti, 2006, Barlow & Svanberg, 2009, Farrell et al, 2011 Femmie et al, 2008, 2007, Oppenheim et al, Van Den Boom D, 1995).

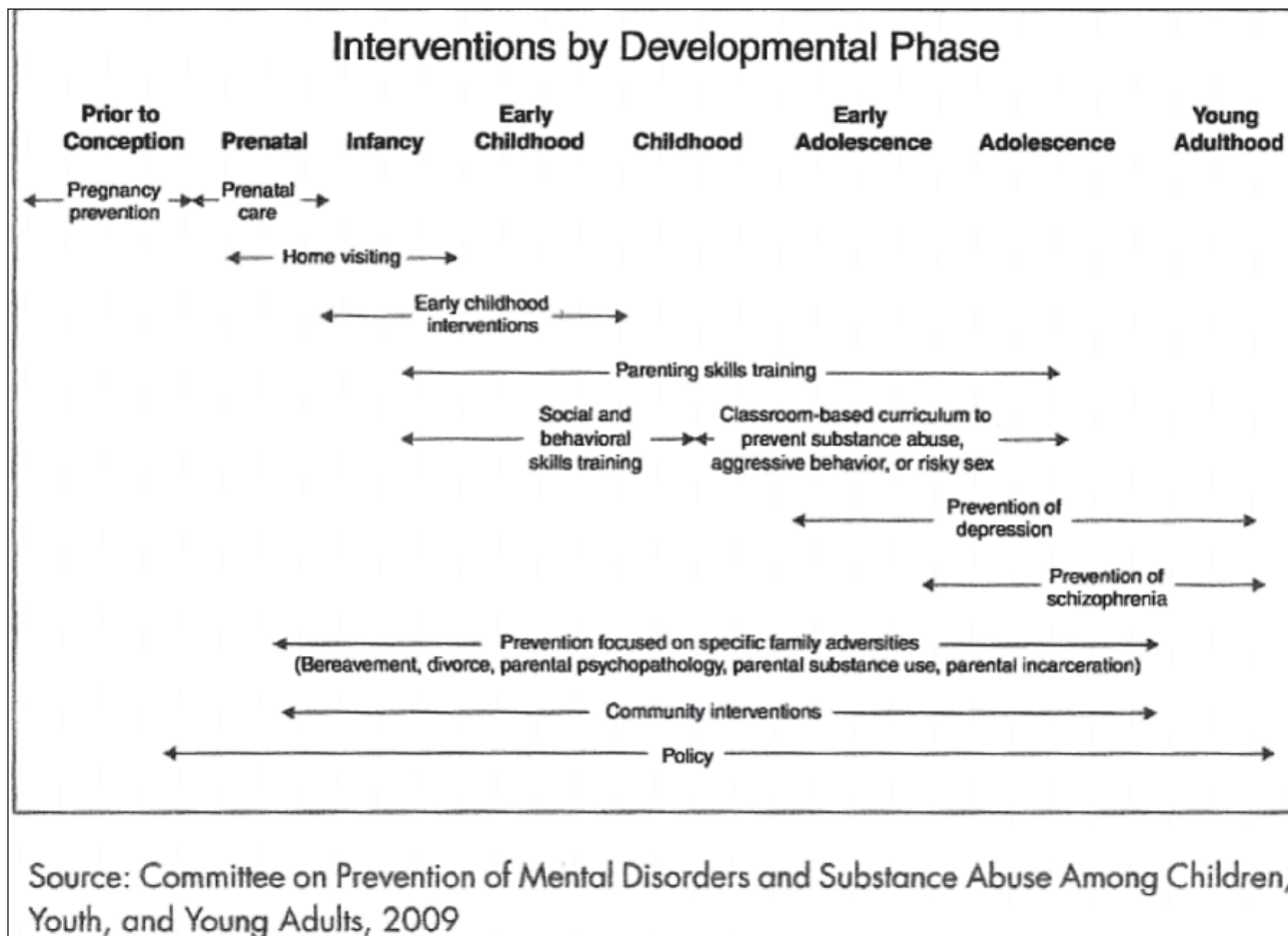
## התערבות מונעת להגנת ילדים מתוצאות גירושין

ולז וחב' (V'elez et al, 2011) ערכו מחקר אורך ניסיוני, שעסק בהשפעה של הורות, על תהליכי ההתמודדות של ילדיהם. נבדקו תוצאות התערבות מונעת ממוקדת בהורים, שנועדה לשפר את ההסתגלות של ילדים לאחר גירושין. נמצא כי שינויים באיכות יחסי א-מ-ילד ובדרכי הקניית משמעת – שהופיעו כתוצאה מן ההתערבות – הביאו לשינויים קצרי טווח (6 חדשים) וארוכי טווח (6 שנים) ביכולת ההתמודדות הפעילה של ילדיהן, שהיו בגיל 9-12 שנים, בעת ההערכה הראשונה, וביעילות ההתמודדות שלהם.

עד כה דיברנו על תכניות התערבות להורי ילדים בסיכון. **ומה על קידום בריאות נפשית ומניעת הפרעות רגשיות התנהגותיות בילדים ובני-נוער באוכלוסיה הכללית?** והאם בחברה כה מרובת שינויים, אין זה חיוני להתייחס לכל הנושאים באחריות הגדולה של הורות על-מנת להבטיח את רווחתם?

המחקר על התערבויות אוניברסאליות להורים לילדים בגיל הרך הוא רב. יחד עם זאת הוא נערך בדרך כלל בקרב קהילות עם מאפיינים של סיכון סוציו-תרבותי (Klein, P. S. & Alony, 1993; Olds, 2005). הקדימות במתן התייחסות מניעתית לאוכלוסיות אלו ברורה, בהתחשב במגבלות תקציב, ובכך שאוכלוסיות אלו הן המפיקות תועלת רבה יותר, מה גם שהורים משכבות חזקות יותר, צורכים שירותים כאלו ביזמתם ומשלמים עבורם. יחד עם זאת, בהתחשב ביעילותן המוכחת ובחשיבותן, יש לשקול אימוץ מודלים אוניברסאליים של שירותים להורים לילדים בגיל הרך, על-ידי אימוץ תפיסתו של סוונברג, להרחבת שירותי טיפות החלב לכלל המשפחות כש"מטרות השירותים לקדם את התפתחותו הרגשית והחברתית (בנוסף להתפתחות הגופנית) של התינוק, מתבססות על ההיבטים המרכזיים בשלבי ההתפתחות השונים בגיל הרך." (Barlow & Svanberg 2009).





7. **ניהול התנהגות** – ההורה משתמש בדרכים חיוביות לטיפול בהתנהגות הילד ורק לעתים נדירות משתמש בעונש.
8. **בריאות** – ההורה מספק מודל של אורח חיים והרגלים בריאים, דואג לתזונה ואימון גופני לילד.
9. **דת** – ההורה תומך בהתפתחות דתית או רוחנית ומשתף בפעילויות בתחומים אלו.
10. **בטיחות** – ההורה נוקט באמצעי להגן על הילד ומוודע לפעילויות הילד ולחבריו.

חלק מן התוצאות היה מפתיע: ניהול מתחים ויחסים טובים עם ההורה השני היו מועילים יותר מאשר התנהגויות מסוימות הממוקדות בילד. כמו כן, לא נמצאו הבדלים ביכולות ההוריות על-פי גיל, מין, ניסיון בהורות וכד', אנשים שונים יכלו להיות הורים טובים, ולימודי הורות נמצאו על ידיהם מסייעים.

אלו בהחלט חדשות טובות: הורים משכילים יחסית נטו יותר להשתתף בקבוצות הנחיית הורים, והם גם מעריכים כי אלו שיפרו את יכולותיהם.

### סיכום ומסקנות

הורות טובה היא דרך המלך לבריאות והתפתחות מיטבית, ואבן הפינה לפיתוח חוסן. הורות רגישה ונענית היטב לילד היא חיונית במיוחד בנסיבות של סיכון וליולדים בעלי קשיי דיספוזיציה ואלו בדיוק המצבים שלהורים קשה

הורות היא, אם כן, חיונית להתפתחותם הבריאה של ילדים והורות טובה, חיונית במיוחד לפיתוח חוסן בנסיבות חיים קשות. ברוקס מסכם פרק בשם " כוחה של הורות" באמרו שהורים יכולים לשמש מבוגרים כריסמטיים לילדיהם, לחזק בילדיהם תפיסה של עצמם כחסונים, על-ידי כך שיאמינו בהם, יתנו להם אהבה בלתי מותנית, ועל-ידי כך שיספקו להם הזדמנויות לחזק את תחומי היכולות שלהם ואת הרגשת הערך והכבוד שלהם (Brooks, 2005). אפשטיין (Epstein, 2010), ערך מחקר בקרב 2000 הורים, במטרה לזהות את המיומנויות ההוריות המובילות לגידול ילדים מאושרים, בריאים ומתפקדים יותר. ההורים מסרו פרטים אישיים, דרגו עצמם על רשימה של 100 פריטים שתארו התנהגויות הוריות, ותארו את תפקוד ילדיהם בתחומים שונים. במקביל ביקש המחבר מ-11 עמיתים שלו העוסקים בחקר הורות לדרג את המיומנויות ההוריות על-פי חשיבותן. עשרת המיומנויות ההוריות שדורגו בראש היו:

1. **אהבה** לילד ותמיכה בו.
2. **ניהול לחצים** יעיל.
3. **מיומנויות יחסים טובות** עם בן הזוג או שותף אחר להורות.
4. **עידוד אוטונומיה ועצמאות**.
5. **חינוך ולמידה**, מעודדים הזדמנויות למידה ומשמשים מודל לכך.
6. **מיומנויות חיים** – הורה מספק פרנסה יציבה ומתכנן לקראת העתיד.





★ במסגרות חינוך חשוב לחנך את הצוותים ולהכשירם לתקשורת ויחסים משתפים עם ההורים, דבר שתורם להתפתחות, להסתגלות ולהישגים טובים יותר (Commer et al, 1996).

★ רצוי כי השירותים להורים יינתנו בהקשר של התערבויות קהילתיות מקיפות (Barbain 2010, Sesmaet, 1995, Prilietensky, 20005) המתייחסות למגוון צרכי ההורים והמשפחה.

★ חשוב שתכניות לקידום הורות תכלולנה גם מיומנויות לוויסות עצמי של לחצים, ותתייחסנה לזוגיות ושותפות בהורות (Cowan and Cowan 1994, Cowan and Schultz et.al, 2010, 2010).

לספק. נמצא כי חל שיפור בפרמטרים התפתחותיים שונים בקרב ילדים שהוריהם זכו לקבל שרותי תמיכה והדרכה מתאימים (Brotman et al . 2011, Coduct, Problem Prevention Research Group, 2011).

★ עולה מכך שחיוני ביותר לספק שרותי תמיכה, הנחייה וטיפול להורים. ההמלצות העיקריות ליישום הן:

★ אימוץ תפיסה כוללת לקידום רווחה נפשית ובריאות עליה המליץ בשעתו קוואן ואשר הולמת את המשגות וההמלצות של הפסיכולוגיה הקהילתית העכשווית ושל WHO - ארגון הבריאות העולמית (Prilietensky, Cowen , 2005).

★ לאמץ מודל בריאות כוללני ובו שירותים אוניברסאליים לקידום הורות, ולצידם שירותים ממוקדים וטיפולים.

ביבליוגרפיה מלאה למאמר, ניתן למצוא באתר הפ"י: [www.psychology.org.il/article/350](http://www.psychology.org.il/article/350)

## סדנת MMPI-2 למתחילים

**ד"ר משה אלמגור**

בסדנה יילמד הכלי ואופן השימוש בו (הסולמות השונים, ניתוחם והשימוש בדו"ח הפרשני).

הסדנה תימשך יומיים.

הסדנה תתקיים בבית ציוני אמריקה, רח' אבן-גבירול 26, ת"א, בתאריכים 18-19 למרץ, 2012.

מחיר הסדנה 700 ₪.

**להרשמה:**

**טלפון: 04-8344321 פקס: 04-8344323**

**דוא"ל: moshe.almagor@gmail.com**





# אנורקסיה-נרבוזה:

## מאפיינים אובססיביים-קומפולסיביים בחקר האטיולוגיה של המחלה

מאת: ד"ר אילן הלפרין

אילן הלפרין:  
דוקטור בחקר המוח,  
פסיכולוג מחקר  
ומתמחה בפסיכולוגיה חינוכית

### א. תקציר

אנורקסיה-נרבוזה (AN - Anorexia-Nervosa) הינה הפרעת אכילה בעלת מאפייני בולט של רתיעה משמירה על משקל גוף נורמאלי ופחד מתמיד מעלייה במשקל. ההפרעה הינה קשה, בד"כ כרונית, בעלת אטיולוגיה לא ידועה ובעלת פרוגנוזה גרועה. ל-AN חפיפה עם מספר מאפיינים של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית (OCD-Obsessive-Compulsive Disorder). בשתי ההפרעות קיים יסוד תורשתי וסימפטומים משותפים כגון פחד מוגזם מהיפגעות, פרפקציוניזם, ואובססיביות. בשל נקודת דמיון אלו הציעו חוקרים כי ל-AN ול-OCD יש אטיולוגיה, יסודות ביולוגיים, גנטיים ופסיכולוגיים משותפים.

במאמר זה אסקור עבודות מחקר שנעשו במטרה להבין את המנגנונים המשותפים לשתי ההפרעות ודרכם להגיע למשטרי טיפול יעילים. הממצאים הרבים שהצטברו בשנים האחרונות נראים כמצביעים על קשר אמיתי בין AN ל-OCD אולם בשלב זה עדיין לא ניתן להגיע מסקנה מוגדרת לגבי מנגנון הקשר ואופיו.

### ב. מה היא אנורקסיה-נרבוזה

אנורקסיה-נרבוזה, או בשמה האחר הרעבה עצמית היא הפרעת אכילה המאופיינת על-ידי רדיפה נמרצת אחר רזון, ופחד בלתי רציונאלי מפני השמנה. משמעות הביטוי אנורקסיה-נרבוזה, הוא חוסר תיאבון, או סלידה מאוכל (אנורקסיה), כתוצאה ממצב נפשי, או עצבי (נרבוזה). שם המחלה אינו מייצג תיאור מדויק של התסמונת, שכן ההימנעות מהאכילה לפחות בתחילתה היא רצונית ואינה תוצאה של חוסר תיאבון. להבדיל מאדם טיפוסי השומר על דיאטה, לחולה האנורקטי יש דימוי גוף פגוע והוא אינו מרוצה מחזות גופו, גם בהגיעו למשקל היעד שהציב לעצמו. במקום זאת החולה האנורקטי ממשיך להציב לעצמו יעדים חדשים, הנמוכים יותר ויותר של משקל גופו, זאת עד כדי סיכון בריאותו (Garfinkel, 1995).

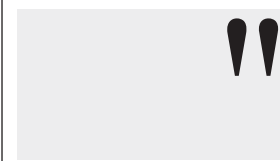
הרעבה עצמית היא הבעיה העיקרית ב-AN ולה מספר מאפיינים בולטים: צום למשך שעות עד ימים, צריכת קלוריות יומית דלה ומגוון מצומצם של מוצרי מזון. AN מלווה גם בשינויי התנהגות, כגון פעילות גופנית יתירה והתעסקות מופרזת בנושא הכנת אוכל. שינויים בחשיבה ובמצב נפשי אצל חולי AN כוללים חישוב כפייתי של קלוריות, הקפדה כפייתית על סדר והופעת דיכאון.

AN שכיחה בנערות ובנשים צעירות מאשר בנערים וגברים ושיעור התחלואה בעולם המערבי של AN בקרב נערות מתבגרות הוא כחצי אחוז.

גילוייה המודרני של AN היה בשנות השבעים של המאה העשרים. לאחר עשור תוארה AN באופן נרחב בפרסומים פסיכיאטרים כהפרעה פסיכיאטרית שכיחה.

על פי ה-DSM-IV הקריטריונים הדיאגנוסטיים<sup>1</sup> לאנורקסיה כוללים:

1. סירוב לשמור על משקל גוף נורמאלי וירידה מתחת ל-85% ממשקל הגוף המתאים לגובה ולגיל.
2. פחד מוגבר מפני עלייה במשקל והשמנה למרות היות החולה בתת-משקל.
3. הפרעה בתפיסת המשקל והכחשת חומרת המצב.
4. אל-וסת בנשים עם מחזור לפחות בשלושה מחזורים, וקבלת מחזור רק לאחר טיפול הורמונאלי.



**להבדיל מאדם טיפוסי, השומר על דיאטה, לחולה האנורקטי יש דימוי גוף פגוע והוא אינו מרוצה מחזות גופו, גם בהגיעו למשקל היעד שהציב לעצמו. במקום זאת החולה האנורקטי ממשיך להציב לעצמו יעדים חדשים, הנמוכים יותר ויותר של משקל גופו, זאת עד כדי סיכון בריאותו"**

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV, American Psychiatric Association. 1994)





בשנים האחרונות התפתחה והועמקה גישה נוספת להבנת האטיולוגיה, המגשרת אולי על הפער שבין הגישות הביולוגיות והפסיכולוגיות. גישה זו מתבססת על חקר ההיבטים הגנטיים, הפסיכו-פיסיולוגיים והניו-פיסיולוגיים של המחלה. הגישה התפתחה מתוך חקר הקשר בין AN ל- OCD.

שינויי התנהגות כפייתיים טיפוסיים היכולים להופיע בתסמונת ה- AN, העלו את השאלה, האם מדובר בחפיפה בין סימפטומים של AN ל- OCD, או שמא הפרעות אלה מייצגות תת-סוגים של הפרעה בסיסית זהה. שאלה זו עדיין נותרה ללא מענה ומסקנה מוגדרים, אך היא תרמה רבות להעמקת ההבנה המנגנונית של שתי התסמונות.

במאמר זה יוצגו ממצאים קליניים, פסיכולוגיים, אפידמיולוגיים, ניו-ביולוגיים ומחקרי הדמיה המתייחסים לקשר שבין AN ל- OCD. הסקירה תבחן גם את המשמעויות של המידע שהצטבר עד כה, את הרלבנטיות למודלים שונים המתייחסים לקשר שבין שתי התסמונות והבנת המנגנון האטיולוגי של AN.

## ג. התבטאות הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית באנורקסיה-נרבוזה

### א. מאפייני הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית

הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית שייכת לתחום הפרעות החרדה והיא מאופיינת במחשבות טורדניות והתנהגויות כפייתיות-קומפולסיביות חוזרות, שגורמות לאדם הסובל מהפרעה זאת מצוקה רבה, בשל הפרעה בשגרת החיים בעבודה וביחסים עם קרוביו ובני משפחתו. אדם הסובל מ- OCD יכול לחוות מספר רב, או מצומצם, של מחשבות טורדניות ולבצע מספר רב, או מצומצם של התנהגויות קומפולסיביות. סוגי המחשבות וההתנהגויות הכפייתיות יכולים גם להשתנות במשך הזמן וחומרת ההפרעה.

מחשבות טורדניות נמצאות בבסיס החשיבה האובססיבית ומתאפיינות ברעיונות, דחפים, או דימויים מטרידים, שפולשים למודעותו של האדם באופן בלתי רצוני. תוכן מחשבות אלה קשור לרוב בפחדים חסרי בסיס מציאותי. כפי הנראה לפחות בשלבים הראשונים של הפרעה, מחשבות אלו נחוות על-ידי האדם כבלתי גיוניות. האדם מכיר בכך שמקור המחשבות האלה הוא בעצמו וינסה להתעלם מהן, להדחיקן, או לנטרל אותן, בעזרת מחשבות, או פעולות אחרות. זאת ללא הצלחה ולעיתים אף במחיר הגברה של המחשבות הטורדניות.

הסוגים השכיחים של מחשבות טורדניות אובססיביות כוללים מחשבות חוזרות על פחד מלכלוך וזהום, פחד לפעול מתוך אלימות, דאגה מוגזמת מהאפשרות שמעשה מסוים לא בוצע כהלכה, דאגה מוגזמת לשלומם של אחרים, פחד לאבד חפץ חשוב, צורך כפייתי בסדר מסוים וחרדה ממילים, צלילים, או דימויים, שאין להם משמעות מיוחדת בעיני אנשים אחרים.

5. סימנים פיזיולוגיים נוספים כמו: תת-לחץ דם, עייפות כרונית, עצירות, תחושת מעיים של נפיחות ו/או התרוקנות איטית, התקרחות, שבירת ציפורניים והתפתחות שיער פלומתי על הפנים, הזרוע או הגב.

DSM-IV מבחין בין שני תת-סוגים של התסמונת האנורקטית:

א. הסוג המגביל – Restricting Type: ירידה במשקל, באמצעות שמירת משקל הדוקה, צום ופעילות ספורטיבית מוגזמת.

ב. הסוג הכרוך בהתקפי זלילה/ריקון מעיים – Binge Eating Purging Type: החולה עסוק באחת מפעילויות אלו, או שתיהן יחד.

קיימת הסכמה של העוסקים בתחום על כך שב- AN מתקיימים יחסי-גומלין מתמידים, בין מרכיב הנפשי לגופני. יחסי-גומלין אלו יוצרים מעגל סגור של היזון חוזר, דרך הרעבה לבין חולי גופני ונפשי, אולם האטיולוגיה הפותחת מעגל זה אינה ידועה.

קיימות שתי עמדות באשר לאטיולוגיה המובילה ל- AN: העמדה הביולוגית והעמדה הפסיכולוגית.

העמדה הביולוגית גורסת ש- AN היא מחלה לכול דבר ולכן גם הסימפטומים הנפשיים של החולים קשורים לביטוי המחלה. לגישה הביולוגית שני היבטים עיקריים: האחד טוען שאנורקסיה היא תוצר של מחלה כגון דיכאון, והאחר טוען שנזקי ההרעבה שמקורם בהיעדר הספקת חומרים חיוניים לגוף הם האחראיים להתפתחות השינויים הגופניים והנפשיים (כגון דיכאון).

בעמדה הפסיכולוגית קיימות שלוש גישות מקובלות להבנת האטיולוגיה של AN. גישות אלו מתייחסות כל אחת באופן שונה, למשפחת החולה וליחסים ששררו ושוררים בה.

הגישה הדינאמית מדגישה קונפליקטים אדיפאליים בלתי פתורים, או שאיפה אובססיבית, להתקרב לדמות שאותה ביקשו ההורים לעצב, אפילו במחיר הרס עצמי.

הגישה ההתנהגותית מייחסת את התסמונת להתניה ומערכי חיזוקים לא תקינים, שלוו מצבי לחץ בינקות ובילדות.

הגישה המשפחתית מדברת על ארגון משפחתי לא דמוקרטי, המונע פתרון בעיות וכרוך בדומיננטיות ובהגבלת האוטונומיה של בני המשפחה. AN משמשת אמצעי נגד בידי החולה, המוביל לשעבוד פתולוגי של ההורים אליו.

ריבוי העמדות באשר לאטיולוגיה של AN, תרם להנחה שיתכן ואין ליחס את המחלה לסיבה מסוימת אחת וכי המודל הרפואי הצר, לפיו מחפשים גורם אחד למחלה אינו מתאים לתסמונת זו. במקום זאת, מן הראוי להתייחס למחלת-AN על-פי מודל רב-גורמי, הכולל גורמי סיכון מרובים ולא ספציפיים אשר גורמים להתהוות המחלה ויש לנסות לזהות אצל כל חולה, את המצוקות המסוימות ולטפל בהן באופן פרטני (רוט, 2000).





התנהגותיות כפייתיות הן התנהגויות דרכן אדם מבטא בפועל, את המחשבות הטורדניות-אובססיביות העולות בו באופן חוזר נשנה. מטרתן של ההתנהגויות הכפייתיות היא לנטרל, או למנוע אי-נוחות, או חרדה שגורמות מחשבות טורדניות.

התנהגויות כפייתיות אלו מבוצעות על-פי כללים מוגדרים ובצורה סטריאוטיפית, מתוך תחושה של כוח פנימי, שלפחות בתחילה מלווה בהתנגדות לדחף לבצען. אדם הסובל מהפרעה הכפייתית, ער לכך שאין בסיס הגיוני להתנהגויותיו, או לאינטנסיביות בה הן מבוצעות (לפחות בשלבים הראשונים של המחלה), אך יחד עם זאת, ניסיון להימנע מהן גורם למתח הולך וגובר המשתחרר מיידית עם ביצוע ההתנהגות הכפייתית, אך זאת לזמן קצר בלבד. הסוגים השכיחים ביותר של התנהגות כפייתית כוללים רחצה חוזרת ונשנית של הידיים, או של הגוף, ספירה חוזרת, בדיקה ונגיעה חוזרת במקומות מסוימים, סידור וארגון חוזר של חפצים ללא צורך הנראה לעין (Stein, 2002).

### ב. חפיפה בין תסמונת AN לבין OCD.

כבר בתיאורים הראשונים של אנורקסיה-נרבוזה אובחנו במחלה סימפטומים אובססיביים קומפולסיביים (Kaye, 1995). זאת ועוד, ההערכה המופרזת של רזון, מופיעה כאחד הסימנים הדיאגנוסטיים של AN בספר ההנחיות DSM-IV, ניתנת אף היא לפרוש כאובססיה הקשורה למשקל. אובססיה זו, בהיותה מצומדת להתנהגות ריטואלית השכיחה ב-AN סביב נושא האוכל והאכילה, מרמזת על חפיפה עם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית. מעבר לכך, ניתן ליחס תכונות אישיות רבות הקשורות בדרך כלל עם אנורקסיה כגון: פרפקציוניזם, קשיחות וביקורתיות, כתכונות הקשורות להפרעה קרובה ל-OCD, היינו הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית OCD – Obsessive Compulsive Personality Disorder (Stein, 2002). עולה לכן השאלה, היא האם הסימפטומים האובססיביים כפייתיים הנצפים בחולי אנורקסיה, הינם דמויי OCD, או שמא מדובר בתחלואה מאוגדת (co-morbidity), דהיינו צירוף של OCD ואנורקסיה. אחת המשמעויות הסבירות של תחלואה מאוגדת, היא שמדובר בתת-קבוצות של אותה הפרעה בסיסית – משמעות שיש לה השלכות קליניות, דיאגנוסטיות וטיפוליות חשובות. שאלה חשובה זו קשורה גם בהבנת האטיולוגיה של הפרעות ונבחנה במספר מישורים הכוללים מחקרי תחלואה מאוגדת, חקר המאפיינים של סימני OCD בחולים האנורקטיים, מחקרים נזיר-ביולוגיים, ונזיר-פיזיולוגיים ומחקרים משפחתיים/גנטיים.

## ד. גישות מחקריות בבחינת הקשר בין אנורקסיה-נרבוזה והפרעה אובססיבית-קומפולסיבית

### א. מחקרי תחלואה מאוגדת – co-morbidity studies

תחלואה מאוגדת (co-morbidity) בין שתי הפרעות, מרמזת לבסיס מנגוני משותף לשתייהן, ומהווה נדבך חשוב בהבנת המנגון והאטיולוגיה של שתי הפרעות המאוגדות. שאלת האימות של תחלואה מאוגדת בין AN לבין OCD, הייתה לפיכך שאלה מרכזית בחקר ה-AN והובילה לשורת עבודות שמטרתן הייתה לאמוד את שיעור החולים האנורקטיים, המדגימים גם סימני OCD. הצירוף האמור נבחן בשתי רמות: א. שיעור החולים האנורקטיים המדגימים תכונות של אובססיה, או כפייתיות בעת ההגעה לטיפול ואשר עשוי להצביע על הופעה בו-זמנית של שתי הפרעות, ו-ב. מחקרי אורך שבהם נבחנת תדירות ההופעה של הפרעה אחת, במהלך החיים של חולים שסובלים כבר מההפרעה האחרת. בשתי הרמות דווח על שיעור גבוה של הצירוף בין AN לבין OCD. נמצא ששיעור האנורקטיים המדגימים תכונות של אובססיה, או כפייתיות בעת ההגעה לטיפול, נע בין שלושים לארבעים אחוזים (Matsunaga et al., 1999 Rabe-Jablonska, 1996). במחקר אורך דווח כי שלושים ושבעה אחוזים מקבוצת חולים אנורקטיים, ענו בשלב זה או אחר של חייהם על הקריטריונים ההבחנתיים של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית (Thiel, 1998). כאשר הושווה טווח התחלואה המאוגדת של AN ו-OCD עם תחלואה מאוגדת של AN והפרעות פסיכיאטריות אחרות, כגון דיכאון או חרדה, נמצא שהתחלואה המאוגדת OCD-AN ממוקמת במקום השלישי, מבין אלו שמופיעות בתחלואה מאוגדת עם ההגעה לטיפול, ובמקום הרביעי בין הפרעות שמאובחנות בחולי אנורקסיה במהלך חייהם. ההפרעה המאוגדת הנפוצה ביותר הייתה הפרעת הדיכאון ולכן נעשה ניסיון להשתמש בה, כבסיס ייחוס להשוואת היחס בין תדירות סימני ה-OCD לתדירות מצבי הדיכאון, בקרב חולים אנורקטיים ובקרב אוכלוסייה נורמאלית. מתוך השוואה זו נמצא שתדירות ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית בחולי אנורקסיה, גבוהה פי 15 בהשוואה לאוכלוסייה הנורמאלית (Halmi et al, 1991).



**מחשבות טורדניות נמצאות בבסיס החשיבה האובססיבית ומתאפיינות ברעיונות, דחפים, או דימויים מטרידים, שפולשים למודעותו של האדם באופן בלתי רצוני. תוכן מחשבות אלה קשור לרוב בפחדים חסרי בסיס מציאותי. כפי הנראה לפחות בשלבים הראשונים של הפרעה, מחשבות אלו נחזות על-ידי האדם כבלתי הגיוניות. האדם מכיר בכך שמקור המחשבות האלה הוא הוא בעצמו וינסה להתעלם מהן, להדחיקן, או לנטרל אותן, בעזרת מחשבות, או פעולות אחרות. זאת ללא הצלחה ולעיתים אף במחיר הגברה של המחשבות הטורדניות"**







להיות לא מהימנה, עקב סלקציה חיובית לחולי תחלואה מאוגדת באוכלוסייה הקלינית. ההסתברות שחולי תחלואה מאוגדת יגיעו לטיפול אצל רופאים מומחים, היא גבוהה יותר משום שצרוף ההפרעות מוערך כמצב קליני קשה יותר הן בעיני החולים והן בעיני הקלינאים.

ה. מחקרים רבים התבצעו על מדגמים קטנים של נבדקים. ו. חשוב לציין שקיימים הבדלים ניכרים בין AN לבין OCD, למרות נקודות הדמיון ביניהם. הבדלים אלה כוללים את אי-יכולתם של חולי AN להגיב לטיפולים המבוססים על טיפול התנהגותי בלבד, בניגוד לרמת ההצלחה הגבוהה של תוכניות טיפוליות אלו בחולי OCD. הסיבה להבדלים אלה עשויה בחלקה לנבוע מהאופי האגו-סינטוני של הסימפטומים ב-AN, בניגוד לאופי האגו-דיסטוני החזק הקיים בדרך-כלל ב- OCD. הבדל בולט נוסף טמון במאזן הבין-מיני בשתי הפרעות אלו. AN נצפית באופן עקבי בנשים בתדירות הגבוהה בערך פי 10 מאשר בגברים.

### ה. חקר מאפייני סימפטומים של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית בחולי AN

ההנחה הבסיסית במחקרי תחלואה מאוגדת OCD-AN, הינה שסימני ה-OC בחולי AN אכן מייצגים הפרעת OCD ומצדיקים את חקר מנגנון הצירוף בין שתי הפרעות. הנחה זו מחייבת הוכחה מדעית, שכן ייתכן וסימני ה-OC בחולי AN הינם דמויי OCD, היינו, שהקשר OCD-AN הינו ברמה הסימפטומטית וללא קשר מנגנוני אמיתי בין שתי הפרעות. יתר על כן, קיימת גם האפשרות שהוצגה לעיל על-ידי Serpell et al. (2002), כי התנהגויות דמויות OCD בחולי AN, עשויות להתגלות כהתנהגויות המשקפות הפרעת אכילה (ED) ולא הפרעות OC. שאלת מהותם של סימני ה-OC בחולי AN, הובילה לפיכך למספר עבודות שנעשו במטרה להבהיר שאלת מחקר עקרונית זו.

אחת השאלות הבסיסיות שנחקרו בתחום זה הייתה השאלה, האם סימנים של OCD מייצגים חלק אמיתי של ההפרעה האנורקטית, או שמדובר בסימנים משניים הנובעים מאיבוד משקל ותזונה לקויה, או בקומבינציה של שתי האפשרויות. שאלות אלה צצו על רקע ממצאים שגם בוגרים שהם נורמאליים מבחינה פסיכולוגית, עשויים לפתח טווח של תכונות אובססיביות וקומפולסיביות במצבי הרעה, במיוחד אלו הקשורות בהכנת וצריכת מזון (נראה שתופעה זו התפתחה מתהליך אבולוציוני שמטרתו להמריץ את תהליך חיפוש המזון במצבי הרעה). במחקר כזה נמצאה גם הוכחה לכך שסימני ה-OC בחולי AN, נובעים לפחות בחלקם מהתזונה הלקויה ואינם מהווים ראיה להפרעת OC אמיתית. בהקשר זה יצוין שבמחקרים שכללו חולי AN במצב תזונתי ירוד מאד, נמצאה תחלואה מאוגדת עם OCD, בעוד שזו לא נמצאה במחקרים שבהם המצב התזונתי של חולי AN לא היה כה ירוד (Fahy, 1991).

לאור זאת בוצעו מחקרים שבהם נבדק התפקוד הפסיכולוגי של החולים, לפני ולאחר האפיזודה של AN. מחקרים כאלה יכולים בפוטנציה לספק תשובה, לשאלת ההשפעה של מצב ההרעה על סימני OCD, שכן הם מתבצעים בשלב

(Serpell et al. 2002), מעלים את ההסתיוגות שהתנהגויות דמויות OCD בחולי AN, עשויות בבחינה מעמיקה יותר להתגלות כקשורות להפרעת האכילה (ED) ולא להפרעות OC. לדוגמא, המניע של חולה אשר חוזרת שוב ושוב, על רחיצת ידיה לפני הארוחה, עשוי להיות הימנעות מאכילה (ED) ולא חשש מזיהום (OCD). לפיכך, מחקרים מוקדמים אחדים אשר דווחו על תדירות גבוהה במיוחד של תכונות אובססיביות-קומפולסיביות בחולי AN, כוללים כמעט לבטח תכונות הקשורות באוכל ומשקל, וגורמים למעשה להערכה מוגזמת של שכיחות סימני OCD. עם זאת מציינים גם Serpell et al. (2002) כי במחקרים שבהם נפו סימני OC "אנורקטיים" כאלה, אכן דווח במקרים רבים על קיום סימני OC אמיתיים בפרופורציה מובהקת של חולי AN.

גישה רציפוקלית לבחינת הקשר בין AN לבין OCD התבססה על אבחון הפרעות אכילה בקרב חולים באובססיה-קומפולסיה. בסדרת מחקרים בתחום זה דיווחו Rasmussen and Eisen (1989) על כך, ששיעור התחלואה המאוגדת בין הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ובין הפרעות אכילה הוא 8%. Pigott et al. (1994), מציינים שבקרב 13% מהגברים ו-6.5% מהנשים בעלי הפרעת OCD, אובחנה מחלת האנורקסיה. זאת ועוד 11%-13% מהחולים באובססיה-קומפולסיה נמצא שפיתחו הפרעת אכילה במהלך חייהם (Thiel et al., 1998).

בצד מחקרי תחלואה מאוגדת, היו גם מחקרים שבחנו, האם חולים המדגימים סימפטומים השייכים ל"ספקטרום האובססיבי-קומפולסיבי", מדגימים גם סימפטומים של הפרעות אכילה בכללותם (ED). מחקרים אלה התבססו על מבחנים כגון EDI – Eating Disorders Inventory) ו-Eating Attitudes Test. המחקרים הצביעו על כך שמתוך המכלול של סימני ה"ספקטרום האובססיבי-קומפולסיבי", אותם הפרטים שהדגישו את מאפייני הבסיס של OCD, הדגישו גם ניקוד גבוה ומובהק במבחן EDI בהשוואה לקבוצת הביקורת (Grabe et al., 2000; Pigott et al., 1991).

לכאורה עבודות אלה אכן מצביעות על תחלואה מאוגדת של AN ו-OCD. אולם Serpell et al. (2002) מצביעים על מספר מגבלות של עבודות אלה המשליכות על מסקנותיהם:

א. קיים שוני במבדקים שבהם אובחנו הפרעות האכילה ואובססיה-קומפולסיה במחקרים השונים. בהקשר זה צוין שמבחני שאלון דוגמת EDI אינם כלים דיאגנוסטיים ולכן אין זה ברור, באיזו מידה הפרעות האכילה שאובחנו אצל חולים באובססיה-קומפולסיה ממוקמות ברמה קלינית ממשית.

ב. המחקרים בחלקם אינם מבחינים בין תת הסוגים של האנורקסיה-נרבוזה וכוללים אותם כקבוצה אחת של הפרעות אכילה.

ג. חלק מהמחקרים אינם כוללים קבוצת ביקורת מתאימה ולכן קשה להעריך אם תדירות ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית בחולי אנורקסיה גבוהה מזו שבחולים אחרים.

ד. חלקם של מחקרי התחלואה המאוגדת התבצעו בקרב אוכלוסייה קלינית, שהופנתה לטיפול מומחים, בהשוואה לאוכלוסייה המוגדרת מתוך הקהילה. התדירות המוגברת של מקרי תחלואה מאוגדת באוכלוסייה קלינית יכולה





ההפרדה בין סימנים אלה לבין מצב ההרעבה. מחקרים רטרוספקטיביים אכן מצביעים על כך שפרופורציה משמעותית של חולי AN מדגימים סימני OC קדם תחלואתיים (Shafraan et al., 1995; Thornton and Russel, 1997). יחד עם זאת, מחקרים רטרו-ספקטיביים אלה קשורים בקשיים מתודולוגיים ניכרים בהיותם תלויים בזיכרון החולים, הוריהם, או תיעוד קליני, שאינם בעלי אמינות מוכחת (Serpell et al., 2002). אסטרטגיה טובה יותר לתקיפת השאלה, הייתה דרך ביצוע מעקב אחר חולי AN שחזרו למשקלם. מחקרים אלה אכן הראו באופן כללי, שלמרות ירידה בדרגת החומרה של סימני ה- OCD בעקבות החזרה למשקל, עשויות התכונות האובססיביות קומפולסיביות להיוותר לאורך תקופה מסוימת לאחר ההחלמה. במחקר אחד נמצא שבחולים שהחלימו לגמרי מ- AN נותרה רמת סימני ה- OCD גבוהה, בהשוואה לביקורות נורמאליות, לתקופה של 4-7 שנים. מחקר אחר הראה גם הוא, שסימני OCD הנפוצים במיוחד בחולי AN כגון הצורך לסימטריה ודיוק, נמשכים תקופה ארוכה לאחר החלמה מן המחלה (Stonehill and Crisp, 1977; Casper, 1990; Srinivasagam et al., 1995).

העבודות שהוצגו לעיל מצביעות כך שסימני ה- OC, אכן מהווים חלק מנגנוני של מחלת AN, שאינו תוצר לוואי של מצב ההרעבה, אולם עדיין אינם מספקים תשובה באשר למהותם כמייצגי הפרעת OCD אמיתית. אחת הגישות בחקר שאלת מחקר זו, הייתה לבצע לחולי AN מבדקים המשמשים באבחון חולי OCD. Kaye et al. (1992) ו- Bastiani et al. (1996), ביצעו את מבחן ה- Y-BOCS – (Brown Obsessive Compulsive Scale) לחולי אנורקסיה ולחולי OCD. בשני המחקרים נמצא דמיון בציון שהושג על-ידי שתי הקבוצות. אולם, למרות שרמת החומרה של סימני OCD בחולי AN נמצאה ברת-השוואה לזו של חולי OCD, מצביעים מחקרים מאוחרים על כך, שתבנית האובססיות והקומפולסיות, השכיחה בקרב חולי AN, עשויה להיות שונה מזו הנצפית ב- OCD. בעבודות אלה נמצא שבניגוד לדרגת החומרה הדומה, טווח הסימפטומים היה הרבה יותר ספציפי. הציונים לחולי AN התרכזו בעיקר בתחום של סימטריה, דיוק, סדר וארגון, בעוד בחולי OCD הייתה התרכזות ציונים גבוהה יותר בסימפטומים שונים כולל מין, אלימות, וסומאטיות (Bastiani et al., 1996). הטווחים הספציפיים של כל אחת מן ההפרעות תומכים דווקא באפשרות החפיפה הסימפטומטית ביניהן, יותר מאשר בהנחת המנגנון המשותף.

#### א. מחקרים משפחתיים / גנטיים

מחקרים בתחום זה התבססו על חקר תדירות ההופעה של OCD בקרובי משפחה של חולי אנורקסיה, ועל חקר מנגנון העברה גנטי.

Lilnfeld et al (1998), ערכו מחקר משפחתי שמטרתו הייתה לאתר את הפיזור המשפחתי של הפרעות כגון דיכאון, הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית (OCD), והפרעת אישיות מסוג אובססיה-קומפולסיה (OCPD), בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה של חולים בהפרעות אכילה. בקרובי משפחה של חולי אנורקסיה נמצאה עליה בתדירות אובססיה-קומפולסיה, ועליה זו הייתה אף מודגשת יותר אצל קרובי משפחה של חולים אנורקטיים, שהדגימו הפרעה מאוגדת AN-OCD. יחד עם זאת, למרות ההופעה המשותפת, לא נתגלו במחקר ראיות להעברה משפחתית של המצב המאוגד של אנורקסיה והפרעה אובססיבית-קומפולסיבית.

Bellodi et al (2001) ערכו מחקר דומה, בקרב קרובים מדרגה ראשונה של חולות בהפרעות אכילה. גם בו, לא נמצאו ראיות להעברה משפחתית של התחלואה המאוגדת. חוקרים אלה מצאו שסיכון לתחלואה בספקטרום הפרעות אובססיביות-קומפולסיביות, היה גבוה במידה משמעותית, בקרב קרובי המשפחה של החולות בהפרעות אכילה (אנורקסיה, בולימיה), בהשוואה לכאלו של חולות במחלות אחרות. אולם זאת, ללא תלות אם לחולה האנורקטית הייתה בנוסף גם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית.

קבוצה נוספת של חוקרים (Pasquale et al., 1994) לא הצליחה אף היא לתמוך במודל של העברה משותפת. המחקר שלהם נבדקים עם OCD, AN והפרעות מצב-רוח, הראה שרק נבדקים עם OCD אפשר היה למצוא עלייה בתדירות OCD בקרובי משפחתם.

למסקנה שונה הגיעו Cavallini et al (2000). הם ניסו לבדוק באמצעות בדיקת מנגנון ההעברה, את ההנחה שלאנורקסיה-נרבוזה ולהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית יש רקע ביולוגי משותף, שיתכן ומקורו בגן יחיד. תוך שימוש באנליזת תפוצה מורכבת במשפחות של פרטים עם הפרעות אכילה (אנורקסיה ובולימיה), מצאו החוקרים שבמשפחות של חולים בהפרעות אכילה, תאמה תפוצת האובססיה-קומפולסיה והאנורקסיה את המודל המנדליאני של העברה גנטית. כאשר חולקו הנבדקים בהתאם לאבחנה המשותפת עם אובססיה-קומפולסיה, נמצא שבת-קבוצה שכללה משפחות נבדקים ללא הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ההתאמה



**כבר בתיאורים הראשונים של אנורקסיה-נרבוזה אובחנו סימפטומים אובססיביים קומפולסיביים (Kaye, 1995). זאת ועוד, ההערכה המופרזת של רזון, מופיעה כאחד הסימנים הדיאגנוסטיים של AN בספר ההנחיות DSM-IV, ניתנת אף היא לפירוש כאובססיה הקשורה למשקל. אובססיה זו, בהיותה מצומדת להתנהגות ריטואלית השכיחה ב- AN סביב נושא האוכל והאכילה, מרמזת על חפיפה עם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית"**





בין מחלת האנורקסיה ובין תכונות OCPD ומספקים עדות לתאחיזה בין שתי הפרעות אלו (Matsunaga et al., 1999; Cassidy et al., 1999; Toro et al., 1995).

Matsunaga et al (2000) ו-Matsunaga et al (1999), דיווחו ש-15% מהפרטים שהחלימו מאנורקסיה למשך שנה לפחות, הדגימו הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית על-פי הקריטריונים של ה-DSM IV.

במחקר גדול שערכו Herzog et al (1992), נמצא ש-10% מהחולים באנורקסיה, הראו הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית. מחקרים אחרים הדגימו ערכים הנעים בין 3% ובין 60%. מקובל היום להניח שהווריאביליות בערכים אלו נובעת מההבדלים בגודל המדגמים, בקשיים באבחון הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית ובשוני במבחנים לאבחון הפרעה (Arntz, 1999).

מחקרי משפחה המעידים על קיום תכונות אישיות אובססיבית-קומפולסיבית, במשפחות של פרטים המדגימים אנורקסיה, תומכים אף הם בתאחיזה בין שתי הפרעות.

Lilenfeld et al (1998) מדדו את שיעור ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית והפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית במשפחות של חולים אנורקטיים. הם מצאו עליה בשכיחות שיעור הפרעת האישיות האובססיבית-קומפולסיבית, כמו גם ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית בקרב הקרובים של החולים האנורקטיים. זאת, ללא קשר אם החולים עצמם הדגימו אישיות אובססיבית-קומפולסיבית. חוקרים אלה מעלים את ההנחה שתכונות אישיות של אובססיה-קומפולסיבית, מהוות גורם סיכון משותף להתפתחות אנורקסיה-נרבוזה והפרעת אישיות מסוג אובססיה-קומפולסיבית וכי מצב זה תומך ברקע גנטי משותף של הפרעות האמורות.

הקשר שנצפה בין AN לבין OCD ולבין OCPD, תומך בהנחה שלמחלת האנורקסיה ולהפרעות השייכות לספקטרום זה של הפרעות אובססיביות-קומפולסיביות ישנו מנגנון ביולוגי/גנטי משותף.

#### ד. מחקרים ניויר-ביולוגיים בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ובאנורקסיה-נרבוזה

המחקרים הניויר-ביולוגיים התמקדו בחקר המערכת הסרטונוגרית ותפקודה בחולי AN ו-OCD. הסרטונין מייצג את אחד הניויר-טרנסמיטורים העתיקים מבחינה פילוגנטית, וניתן לגלותו כבר באורגניזמים פשוטים כגון מדוזות. במוח האדם, הניוירונים הפועלים בתיווך סרטונין מקובצים באתרים ספציפיים בגזע המוח ובחוט השדרה. מאתרים אלה שולחים התאים אקסונים המעצבבים אזורים נרחבים במוח. הסרטונין מופרש מקצות האקסון הפרסינפטים למרווח הסינפטי ומתקשר לרצפטור פוסטסינפטי המוגדר כ-5HT<sub>2A</sub>. רצפטור זה מצומד לחלבון מסוג חלבוני G (G-protein) ומבקר את המשך העברת הסיגנל העצבי, על-ידי אקטיבציה של האנזים פוספוליפאז-C. הפסקת העברת הסיגנל במערכת הסרטונין מתבססת על מנגנון כפול של פירוק הסרטונין ל-5-HIAA (5-hydroxyindol acetic acid) מחד, ומאיךר קליטה סלקטיבית חוזרת (selective serotonin reuptake) של סרטונין חופשי מהמרווח הסינפטי, על-ידי

הטובה ביותר הייתה למודל העברה המנדליאני דומיננטי. אולם בתת-קבוצה שכללה משפחות של חולים גם עם אובססיה-קומפולסיה, נמצא שההתאמה הטובה ביותר הייתה למודל מנדליאני אדיטיבי. קיום המודל המנדליאני של העברה גנטית במשפחות של חולים בהפרעות אכילה תומך לדעת החוקרים בהנחה ששתי ההפרעות נובעות ממנגנון גנטי משותף. לסיכום ניתן לומר שמרבית המחקרים בתחום זה מראים עליה בתדירות הופעת ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית בקרובי משפחה של חולים באנורקסיה, אולם לגבי צורת העברה הגנטית עדין לא ניתן לגבש מסקנה כללית.

#### ב. פסיכופתולוגיה משותפת בין אנורקסיה-נרבוזה והפרעה אובססיבית-קומפולסיבית

מודל פסיכו-פתולוגי מעניין המקשר בין הפרעת AN לבין OCD הוצע על-ידי Shafran et al (1999) אשר בדקו הפרעות קוגניטיביות נפוצות במצבי הפרעות אכילה פסיכו-פתולוגיות. החוקרים הניחו שבחולי AN עשויה להתקיים צורת הפרעה קוגניטיבית הדומה ל- "Thought Action Fusion" (TAF) – סוג של חשיבה מיקסמית הקיים ב-OCD. דוגמא ל-TAF היא למשל האמונה, שחשיבה שלילית על רצח אימו של מאן-דהו, תגדיל את ההסתברות להתרחשות אירוע זה במציאות, או שחשיבה כזו מהווה את המקבילה המוסרית לביצוע המעשה בפועל. החוקרים העלו את הנחת קיומה של "Thought Shape Fusion" (TSF) שבה אנשים עם הפרעות אכילה מאמינים שחשיבה על אוכל אסור, הינה שלילית באותה מידה כמו אכילתו, וכי ה-TSF עשוי להסביר את התמשכות ההפרעה ב-AN. יתרה מזאת; החוקרים מנבאים שטיפול המיועד לחולי AN החווים TSF, עשוי להקטין את הפסיכו-פתולוגיה האנורקסית. זיהוי חולים החווים הפרעה קוגניטיבית כזו עשוי לפיכך להיות בעל משמעות קלינית ותרפויטית.

#### ג. אנורקסיה-נרבוזה והפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית

בצד הפרעת OCD, ידועה גם הפרעה קרובה – היינו הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית (OCPD). הפרעה זו מאופיינת בנוקשות, עיקשות פרפקציוניזם, דבקות יתר לעבודה, הערכה נמוכה לפעילויות המסבות הנאה, או לפעילויות יצירתיות, והערכה עצמית המבוססת על תוצרת מוגדרת – על-פי אמות המידה החברתיות. הפרט בעל אישיות אובססיבית-קומפולסיבית מבוקר על-ידי חוקים וכללים ברורים ועל-ידי דמויות אוטוריטטיביות. אנשים אלה נתפשים כשקדנים, כבעלי משמעת-עצמית חזקה וכאחראיים. לרוע המזל, בשאיפתם לארגון, יעילות ושלמות, הם מוסחים באופן טיפוסי על-ידי פרטים טריוויאליים, אינם יעילים בניהול לוחות-זמנים, ומועדים לדחיות. לעיתים קרובות הם מופיעים כלא גמישים, קמצנים, יתר-מצפוניים, מוסריים ומקפידים על זכויותיהם. יחסי האנוש שלהם נשלטים על-ידי לוגיקה ומוסכמות ונעדרי חום ואמפטיה.

פועל יוצא מן הקרבה בין OCD ו-OCPD, הייתה שאלת התאחיזה בין האנורקסיה ל-OCPD. מחקרי תחלואה ומחקרים משפחתיים של השנים האחרונות, מצביעים על קשר משמעותי





“משאבת” סרטונין ספציפית הממוקמת בקצוות האקסון הפרסינפטיים. עקב התפוצה הנרחבת של המערכת הסרטונוגרית במוח, נמצא שמערכת זו מעורבת בשורה רחבה של מחלות פסיכופתולוגיות, ובכלל זאת דיכאון וחרדות (Enoch et al., 1998; Vaswani et al., 2003).

מידע עקיף על מעורבות המערכת הסרטונוגרית ב-AN התקבל ממחקרי בדיקת הפעילות של מערכת זו במוח. כאשר נמדדו בחולים אלה כמויות הטריפטופן (פרקורסור של סרטונין) בפלסמה, או כמויות ה-5-HIAA בנוזל חוט השדרה (CSF), נמצאו הפרעות בוויסות של סרטונין. הערכים חזרו לנורמה באותם החולים שהחלימו מן המחלה (Audenaert et al., 2003). יתר על כן, Kaye (1997) אף מצוין, שבחולי AN שהחלימו, נצפתה עדיין רמה מעל הנורמה של HIAA בנוזל חוט השדרה, וכי רמה זו עשויה להיות קשורה עם הישארותן של תכונות כגון עכבות התנהגותיות, אובססיה לסימטריות, דייקנות ופרפקציוניזם המלוות את ה-AN. על רקע זה, מצביע אותו חוקר על האפשרות, שהפרעת הוויסות של מערכת הסרטונין, הייתה קיימת לפני המחלה ותרמה להיווצרותה. בהמשך המחקרים על תפקוד המערכת הסרטונוגרית, נמצא דמיון בין הממצאים הנורו-ביולוגיים ב-AN וב-OCD. רמות מוגברות של 5-HIAA נמצאו בחולי OCD, עם נטייה להתנהגות המנועותית ובהפרעות אכילה, הכוללות הימנעות מאוכל כפי שנצפית בסוג הרסטרקטיבי של AN. מאידך, נמצאו רמות נמוכות מהנורמה של 5-HIAA בחולי OCD שבהם לא נצפתה התנהגות המנועותית, כגון מחשבות קבועות, וכן בהפרעות אכילה הקשורות באפיזודות של התנהגות אימפולסיבית וחסרת עכבות, כמו ב-BN (Serpell et al., 2002). ראיות נוספות התומכות בהפרעות ויסות דומות בחולי AN ו-OCD, עלו ממחקרי תגובה לתרופות. ממצאים מתחום הטיפול התרופתי מצביעים על כך, שחומרים סרטונורגיים היעילים בטיפול ב-OCD, עשויים להועיל גם בטיפול בהפרעות אכילה. מחקרי תרופות הצביעו על תוצאות חיוביות, בטיפול בחולי OCD, בעזרת מעכבים סלקטיביים של קליטה חוזרת של סרטונין – SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) כדוגמת פלואוקסטיין. בחולי AN בוצעו רק מחקרים מועטים עם SSRIs והתוצאות היו מעורבות. (Kaye et al., 1993) הראו שבקרב חולים שחזרו למשקלם, 29 מתוך 31 חולים שטופלו בפלואוקסטיין, המשיכו לשמור על המשקל וכי חולים עם restrictive type of AN, הגיבו טוב יותר מאשר חולים בולימיים, או חולי purging type of AN. יחד עם זאת, לא מדובר במקרה זה על מחקר מבוקר שבו מחלקים את החולים ואת מינוני הפלואוקסטיין באופן אקראי לקבוצות השונות. מאידך, במחקר דומה אחר לא נמצאה השפעה של טיפול בפלואוקסטיין על התוצאה הקלינית (Serpell et al., 2002).

כיוון נוסף של מחקרי תפקוד המערכת הסרטונוגרית בחולי OCD ו-AN, התבסס על חקר הקישור לרצפטור הפוסטסינפטי -  $5-HT_{2A}$  וחקר הגנוטיפ של הגן המקודד לו. (Audenaert et al., 2003), בדקו בהדמיית SPECT את הקישור של אנטגוניסט לסרטונין שסומן ב- $I^{23}$  במוח חולי AN, בהשוואה לביקורות נורמאליות (אנטגוניסט זה נקשר גם הוא לרצפטור  $5-HT_{2A}$ ) ומצאו ירידה משמעותית ברמת הקישור לאזורי מוח שונים של החולים (בקורטקס הפרונטאלי השמאלי, בקורטקס הפריטאלי הימני והשמאלי ובקורטקס האוקציפיטלי הימני והשמאלי). Collier et al (1997), מצאו קשר בין סוג האלל של הפרומטר לגן המקודד ל- $5-HT_{2A}$  לבין AN. הפרומטר יכול להופיע בשני אללים המוגדרים כאלל A ואלל G, ובהתאם לכך קיים פולימורפיזם באנשים היכולים להיות נשאים של אחת משלוש קומבינציות שונות – היינו A/A, G/G, ו-A/G. במספר עבודות השוותה תדירות האלל A (בקומבינציות A/A ו-A/G) לתדירות האלל G (בקומבינציות G/G ו-A/G) בחולי AN מהטיפוסים השונים, OCD ובאנשים נורמאליים. בשתי עבודות (Enoch et al., 1998; Sorbi et al., 1998), נמצא שתדירות האלל A, הייתה גבוהה משמעותית מהביקורות הנורמאליות בחולי AN מהטיפוס הרסטרקטיבי ובחולי OCD. בחולי בולימיה, או אנורקסיה מטיפוס ה-purging, לא נבדלה תדירות אלל זה מהביקורות. כמו כן, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הקבוצות השונות בתדירות האלל G. ממצאים אלה רמזו על כך שאלל A עשוי כנראה לתרום לתכונות התנהגותיות כגון אובססיביות ופרפקציוניזם הנפוצות ב-OCD וב-AN ולא קיימות בבולימיה או בצורות האחרות של AN. יחד עם זאת יש לזכור שמדובר בפרומטר ולא בגן הסטרוקטורלי, כך שמעורבותו האפשרית בתכונות אלה עשויה להתבסס על שונות כמותית של הרצפטור בתאים (Enoch et al., 1998). חשוב עם זאת לציין שההבדלים המתוארים בתדירות אלל A לא נמצאו בשני מחקרים דומים אחרים (Kipman et al., 1998; Campbell et al., 1997; Hinney et al., 2002), נמצא שנוכחות האלל A, משפיעה על דחייה משמעותית בגיל ההתפרצות של המחלה. על בסיס ממצא זה הם גם מציעים, שההסבר לתוצאות הסותרות שתוארו לעיל, נעוץ בהבדלי גיל הנבדקים שנבדקו במחקרים הקודמים.



**נראה שהפרעות ביסות המערכת הסרטונוגרית, כקשורות ל-AN ו-OCD. ירידה בקישור לרצפטור הפוסטסינפטי  $5-HT_{2A}$ , מלווה AN מהטיפוס הרסטרקטיבי ו-OCD מהטיפוס ההימנעותי. ירידה זו נראית כנובעת ממיעות יחסי של מולקולות הרצפטור בחלק הפוסט-סינפטי, אשר מביאה מחד, להפרעה בהמשך העברת הסיגנל העצבי ומאידך להצטברות סרטונין במרווח הסינפטי ובעקבותיו לעלייה ברמות תוצר פירוקו של ה-5-HIAA**



MRI, שהראו כי בקרב חולי OCD נצפית דווקא ירידה נפחית באזורים אלה. Kim et al. (2001), הסבירו את הפער הזה בטכניקת הסריקה והשתמשו בטכניקת סריקת MRI, שבה אכן זיהו עלייה נפחית באזורים אלה. לאור ממצא זה מעלים החוקרים את האפשרות, שהעלייה בצפיפות החומר האפור, בצד העלייה בפעילות המטבולית באזורים אלה, עשויה אולי לנבוע מליקוי בהתפתחות המערכת העצבית בתקופה העוברית. ליקוי כזה הוא שמכשיר את הקרקע להתפתחות OCD ומהווה אולי אטיולוגיה ספציפית למחלה זו.

בחולי AN נמצאה עלייה בנפח הנוזל הצרברו-ספּינלי וירידה בחומר האפור והלבן, אשר הייתה הפיכה באופן חלקי, עם החזרה למשקל הנורמאלי (Seeger et al., 2002). תצפית משותפת לחולי OCD, הייתה הגברה של פעילות בגרעינים הקאודטיים בתקופת המחלה – שינויים שנמצאו הפיכים עם העלייה במשקל. שינויים הפיכים כאלה לגבי הגרעינים הקאודטיים דווחו על-ידי מספר קבוצות חוקרים (Serpell et al., 2002; Seeger et al., 2002).

קיים מאידך ריבוי מחקרים סותרים אשר מקשה ביותר על הסקת מסקנה מוגדרת. Serpell et al. (2002), מסכמים את הממצאים בכך שהדמיה מבנית מראה דמיון מועט בין AN לבין OCD, כאשר השינויים שנצפו ב-AN נראים כנובעים בעיקרם מהרעבה. בניגוד לכך, הדמיה פונקציונאלית מרמזת על חפיפה בממצאים אבנורמאליים שעליהם דווח במבנים הלימביים והפרלימביים בשני המצבים.

## 1. סיכום

הסקירה שלעיל מציגה עבודות מחקר בשורת תחומים, אשר נעשה בהם ניסיון להבין את המנגנון האטיולוגי של מחלת ה-AN, דרך חקר האפשרות למנגנון משותף עם הפרעת OCD. זאת לאור העובדה שבשתי הפרעות אלה ישנה חפיפה בסימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים, אשר עוררה את שאלת המחקר לגבי אטיולוגיה משותפת או אף זהה. אנסה לסכם את הממצאים הקשורים בקשר אפשרי בין שתי הפרעות, על בסיס קביעת רמות סיווג לקשר מנגנוני בין מחלות או הפרעות המראות שיתוף סימפטומטי:

1. קשר ראשוני: שתי המחלות קשורות מבחינה אטיולוגית ומנגנונית מהוות למעשה צורות סימפטומטיות שונות של אותה המחלה הבסיסית – דהיינו כלולות בספקטרום הסימפטומטי של אותה פגיעה בסיסית. בגלל הקשר הראשוני תיצפה תחלואה מאוגדת, או העברה משפחתית של תחלואה כזו, באם ההפרעה היא תורשתית.
  2. קשר שניוני: נוצר כאשר לשני מנגנונים מטבוליים/פיסיוולוגיים שונים ובעלי יעוד ותפקוד שונים, ישנם תחומי השקה מנגנוניים. במקרה כזה, כשל באחד מהם עשוי לגרום בנסיבות מסוימות, גם כשל במנגנון השני, ואז יאובחן כשל משותף. זאת למרות שגורמי הכשל האטיולוגיים בכל אחד מהמנגנונים בנפרד, עשויים להיות שונים.
- אם אחת ההפרעות היא תורשתית, תיצפה גם העברה משפחתית של תחלואה מאוגדת, שבסיסה במעבר תורשתי של הפרעה אחת והתפתחות שניונית של כשל במנגנון האחר.

התמונה המצטיירת בכללותה מן הממצאים שלעיל, הינה שהפרעות בויסות המערכת הסרוטונורגית, נראות כקשורות ל-AN ו-OCD. ירידה בקישור הסרוטונין לרצפטור הפוסטסינפטי  $5-HT_{2A}$ , מלווה AN מהטיפוס הרסטרקטיבי ו-OCD מהטיפוס ההימנעוטי. ירידה זו נראית כנובעת ממיעוט יחסי של מולקולות הרצפטור בחלק הפוסט-סינפטי, אשר מביאה מחד, להפרעה בהמשך העברת הסיגנל העצבי ומאידך להצטברות סרוטונין במרווח הסינפטי ובעקבותיו לעלייה ברמות תוצר פירוקו של ה-5-HIAA. יתכן גם שמיעוט יחסי זה של מולקולות הרצפטור, קשור באלל A של הפרומטר לגן המקודד לרצפטור. מאידך ראוי להזכיר את הממצא, שרמות 5-HIAA עשויות להיוותר גבוהות גם בחולי AN שהחלימו, ביחד עם הישארות סימנים התנהגותיים טיפוסיים. ממצא זה עשוי להצביע על כך, שההפרעה בתפקוד המערכת הסרוטונורגית, קשורה לחלק מסימני המחלה ואולי מהווה גם נסיבות המקלות על התפרצות המחלה, אולם אינה מהווה את הגורם האטיולוגי. אפשרות זו עשויה להתקיים באותה מידה לא רק לגבי OCD, אלא גם לגבי שורה רחבה של מחלות פסיכו-פתולוגיות, ואכן מעורבותה של המערכת הסרוטונורגית במחלות אלה צוינה לעיל. כאנלוגיה לקו מחשבתי זה ניתן להצביע על פגיעה בתפקוד המערכת החיסונית, אשר תיצור נסיבות מקלות, להתפרצות מחלות זיהומיות. מחלות אלו ילוו גם בסימפטומים משותפים האופייניים לפגיעה בתפקוד המערכת החיסונית לכשעצמה, אף שהינן נגרמות על-ידי גורמים שאין ביניהם קשר אטיולוגי ומנגנוני. בתמיכה לקו-מחשבה זה, מציינים גם Serpell et al. (2002), שגם אם יתמכו מחקרים עתידיים ביעילות הטיפול עם SSRIs בחולי AN, קיימת עדיין האפשרות, שיעילות זו נובעת מהשפעה כללית על מצבים פסיכו-פתולוגיים, או עקב הורדת דיכאון. ככאלה תרופות מסוג זה מספקות רק ראיות עקיפות לקשר בין AN לבין OCD.

אפשרויות פתוחות אלה מצביעות על כך, שלמרות ההישגים הראשוניים בהבנת הבסיס המוליקולרי והנוירוביולוגי של AN ו-OCD עדיין לא ניתן להסיק מתוכם על מנגנון אטיולוגי זהה.

## ה.מחקרי הדמיה מוחית מבנית ופונקציונאלית בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ובאנורקסיה-נרבוזה

שורה ארוכה של מחקרי הדמיה מוחית מבנית ופונקציונאלית שנעשו בחולי AN ו-OCD מעלה ממצאים סותרים, ביחס לאפשרות הדמיון והמשותף בין שתי המחלות. Hendren et al. (2000), מציגים טבלאות משוות, אשר מצביעות לכאורה על הבדלים בשינויים מוחיים מבניים בשני סוגי התסמונות, אולם עדיין קיים ריבוי ממצאים סותרים. במחקרי הדמיה פונקציונאלית במערכת PET נמצאה אצל חולי OCD עליה מטבולית, בהשוואה לאנשים נורמאליים, בקורטקס האורביטו-פרונטאלי ובאזורים תת-קורטיקליים כגון בגרעינים הקאודטיים (Kim et al., 2001). עלייה זו נמצאה מודגשת, בעת שהסימפטומים היו במלוא עוצמתם והוחלשה בעת טיפול יעיל (Serpell et al., 2002). ממצאים אלה עומדים בניגוד לתוצאות בדיקות מבניות ב-





להיות לא ריאלית ולא אפקטיבית. הבחנות נוספות כאלה עשויות להוביל לעמידות של פרטים עם AN כלפי טיפולים קובנציונאליים, וקבעון גישתי עשוי להתגלות אף כמזיק לקבוצה זו של חולים.

למרות ש- Serpell et al (2002), מפרשים את הממצאים כמרמזים על קשר ראשוני, האפשרויות לקשר אמיתי אך ברמות נמוכות יותר (שניוני או שלישוני) עדיין נראות פתוחות. כפי שצוין לעיל, גם ברמות קשר אלה צפויה לא רק תחלואה מאוגדת, אלא גם העברה משפחתית של תחלואה כזו, אף כאשר רק אחת ההפרעות הינה תורשתית. בפרק הסקירה הדין בחקר מאפייני סימני ה- OCD בחולי AN, הוצג הממצא שתבנית האובססיות והקומפולסיות השכיחה בקרב חולי AN, עשויה להיות שונה מזו הנצפית ב- OCD. במחקרים אלה נמצא שטווח סימני ה- OC של חולי AN מתרכז בעיקרו בתחום שונה מזה שנצפה בחולי OCD. הטווחים הספציפיים של כל אחת מן ההפרעות, נראים כתומכים דווקא בהנחה של קשר שניוני או שלישוני דהיינו, מנגנוני הפרעה שונים היכולים לבטא גם סימנים משותפים. נראה שתמיכה ברמות קשר אלה באה גם ממחקרים בתחום ההדמיה המוחית ובתחום הנירו-ביולוגיה של חולי AN ו- OCD. מחקרי הדמיה מבנית נראים כמצביעים על הבדלים בשינויים המוחיים בשתי ההפרעות, בעוד הדמיה פונקציונאלית מצביעה יותר על ממצאים משותפים. מצב כזה צפוי ברמות קשר שניוני או שלישוני, שכן קשר ראשוני צפוי להתבטא יותר דווקא במצב ההפוך, שבו פגיעה בסיסית (מבנית) משותפת תתבטא בספקטרום שונה של סימפטומים. נראה שמסקנה דומה מצטיירת גם מן הממצאים הנירו-ביולוגיים. גם ב- AN וגם ב- OCD מתגלית הפרעה משותפת בפעילות המערכת הסרטונוגרית – ירידה ברמת הקישור של סרטונין לרצפטור הפוסט-סינפטי. עם זאת, הפרעה זו לא נראית כאטיולוגיה ישירה של AN, לאור הממצא של אפשרות קיומה גם לאחר ההחלמה מן המחלה. יתרה מכך, הפרעה זו קשורה גם במצבים פסיכו-פתולוגיים אחרים כגון הפרעות חרדה ודיכאון, ועל כן הינה מצטיירת יותר כהפרעת בקרה כללית המתיישבת עם מודל הקשר השניוני. נראה לפיכך שלמרות היקף המאמץ, לא הושגה עדיין הוכחה ניסיונית לקשר ראשוני בין AN לבין OCD. הממצאים עד כה נראים כתומכים יותר ברמות קשר נמוכות יותר, היינו, קשר שניוני או שלישוני. במצב דברים זה האטיולוגיה של AN עדיין אינה ברורה ואכן גם Serpell et al (2002), מדגישים שבחינת הקשר בין OCD לבין AN, והקשר בין OCD לבין OPCD, מחייבת עדיין מחקרי משפחה בתחומי תחלואה מאוגדת, תדירות והתרחשות הפרעות אלו, ותוך שימוש במדגמים גדולים יותר וכלים ואמצעים אנליטיים חזקים ואמינים יותר.



אפשרות דומה, אך אחרת, היא כשל בתחום ההשקה של שני המנגנונים, למשל כאשר התחום המשיק הוא מערכת בקרה משותפת. כשל כזה יכשיר את הקרקע לכשל באחד או בשני המנגנונים המבוקרים. גם במקרה זה, העברה תורשתית של כשל במנגנון ההשקה תתבטא, בין היתר, בהעברה משפחתית של תחלואה מאוגדת.

3. קשר שלישוני: לשני מנגנונים שונים ישנם בצד אתרי מטרה ספציפיים, גם אתרי מטרה משותפים (דהיינו, ההשקה בין שני המנגנונים היא באתרי מטרה סופיים). לכן פגיעה באחד המנגנונים, שמקורה האטיולוגי שונה, תתבטא גם בסימפטומים משותפים. זאת למרות שמעבר לקשר סימפטומטי, לא מתקיים כל קשר מנגנוני: היינו, כשל במנגנון אחד אינו קשור ולא יוביל לכשל גם בשני. ביחד עם זאת, העובדה שלשני המנגנונים ישנם אתרי מטרה חופפים, תתבטא תמיד בשיתוף סימפטומטי שיראה גם כהעברה משפחתית של תחלואה מאוגדת, אם אחת ההפרעות הינה תורשתית.

4. קשר מדומה: מתבסס על חפיפה סימפטומטית שאינה מנגנונית. חלק מהסימפטומים שמקורם בצירוף תוצאות מורכב הנובע מפגיעה במנגנון נתון, מדמה סימפטומים הנובעים מפגיעה במנגנון אחר. ברור שגם במקרה זה, אם אחת ההפרעות הינה תורשתית, יצביעו הממצאים על העברה לכאורה של תחלואה מאוגדת במשפחות החולים.

מידת הקשרים שבין AN לבין OCD ובין AN לבין OCD, עוררה בשנים האחרונות מחלוקות ניכרות שנסבו סביב השאלה האם מדובר בקשר אמיתי או מדומה. ראוי בהקשר זה להתייחס למודל הפסיכו-פתולוגי שהוצג בסקירה והמציג אפשרות מעניינת לקשר מדומה בין AN לבין OCD. על-פי המודל, קשר מדומה זה נובע מהתפתחות שניונית של הפרעה קוגניטיבית בחולי AN (TSF), המדמה הפרעה קוגניטיבית (TAF) בחולי OCD. אם זאת מן הראוי לציין שמודל זה לא נסמך על ממצאים ניסיוניים.

מנקודת מבט עובדתית, נראים הממצאים שנסקרו בסקירה הנוכחית כתומכים בהנחה שהקשר בין AN לבין OCD הינו אמיתי. מחקרי תחלואה מאוגדת ומחקרי אורך של שכיחויות בתקופת החיים, מצביעים על כך שפרטים עם AN מדגימים גם תכונות של OCD, בעת ההגעה לטיפול, וכי במהלך חייהם עולה הפרופורציה של פרטים עם AN אשר נראה שעונים לקריטריונים של OCD. יתר על כן, נמצא שסימני ה- OCD המתגלים בחולים האנורקטיים, אינם מהווים פועל יוצא של מצב ההרעבה ויכולים להופיע לפני האפיזודה האנורקטית, או להימשך לאחריה. קיימת גם הצטברות עובדות התומכות ביחסים שבין AN לבין OPCD ו/או מאפייני אישיות אובססיבית-קומפולסיבית. גם כאן נמצא שמאפייני OCD הינם שכיחים בפרטים עם AN, ובבני משפחתם. Serpell et al (2002), מעריכים שהוכח קשר ברור בין ההפרעות האמורות ועתה הוא השלב המתאים למחקרים שיבחנו את משמעותו. יתרה מכך, החוקרים מעריכים שגילוי העובדות התומכות בהבחנה של תחלואה מאוגדת ב- OCD או OPCD בפרטים עם AN, תומך באפשרות שחבילה טיפולית אחידה ל- AN, עשויה





- Collier, D. A., Arranz, M. J., Li, T., Mupita, D., Brown, N. and Treasure, J. "Association between the 5-HT<sub>2A</sub> gene promoter polymorphism and anorexia nervosa". **Lancet**, 350, 412, 1997.
- Enoch, M-A., Kaye, W. H., Rotondo, A., Greenberg, B. D., Murphy, D. L. and Goldman, D. "5-HT<sub>2A</sub> promoter polymorphism -1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive - compulsive disorder" **Lancet**, 35, 1785 - 1786, 1998.
- Faty, T. A. "Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders". **Behav. Res. Ther.**, 29, 113-116, 1991.
- Garfinkel, P. E. Classification and diagnosis of eating disorders, in Brownell, K. D., and Fairburn, C. G. (eds) **Eating disorder and obesity. A comprehensive handbook**. Ch. 23, The Guilford Press. NY. 1995.
- Grabe, H. J., Thiel, A. and freyberger, H. J. "Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder" **Acta Psychiatr. Scand.**, 102, 449-453, 2000.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. and Cohen, J. " Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa" **Arch. General psychiatr.**, 48, 712-718, 1991.
- Hendren, R. L., De Backer, D. O. I. and Pandina, G. J. "Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years". **J. Am. Acad. Child Adolesc. Pschia.**, 39, 815 - 828, 2000.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. and Sacks, N. R. "The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders". **J. Clin. Psychia.**, 53, 147-152, 1992.
- Hinney, A., Zigler, A., Nothen, M. A., Remschmidt, H. and Hebebrand, J. "5-HT<sub>2A</sub> receptor gene polymorphism, anorexia nervosa and obesity". **Lancet**, 350, 1324-1325, 1997.
- Kaye, W.H. "Persistent perfectionism, symmetry and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery". **Am. J. Psych.**, 152, 1630-1634, 1995.
- Arntz, A. "Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioural formulation and treatment". **Behav. Res. Ther.**, 37, s97-s134, 1999.
- Audenhaert, K., Van Laer, K., Dumont, F., Vervaet, M., Goethals, I., Slegers, G., Mertens, J., Van Heeringen, C. and Dierckx, R. A. "Decreased 5-HT<sub>2a</sub> receptor binding in patients with anorexia nervosa". **J. Nucl. Med.**, 44, 163 - 169, 2003.
- Bastini, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E. and Kaye, W. H. "Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder". **Biol. Psychiatr.**, 39, 966-969, 1996.
- Bellodini, L., Cavallini, M. C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, C. and Smeraldi, E. "Morbidity risk for obsessive-compulsive disorders in first-degree relative of patients with eating disorders". **Am. J. Psych.**, 158, 563-569, 2001.
- Campbell, D. A., Sundaramurthy, D., Markham, A. F. and Pieri, L. F. "Lack of association between 5-HT<sub>2A</sub> gene promoter polymorphism and susceptibility to anorexia nervosa". **Lancet**, 351, 499, 1998.
- Casper, R. C. " Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa". **Psychosomatic Med.**, 52, 156-170, 1990.
- Cassidy, E., Allsopp, M. and Williams, T. "Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders". **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.**, 8, 193-199, 1999.
- Cavallini, M. C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, S. and Bellodi, L. " Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder". **Am. J. Med. Genet.**, 96, 384-391, 2000.



patients with obsessive-compulsive disorder". **Am. J. Psychiatr.**, 148, 1552-1557, 1991.

Pigott, T., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S. and Murphy, D. "Obsessive-compulsive disorder comorbid conditions". **J. Clin. Psychia.**, 55 (Suppl 10), 15-27, 1994.

Rabe-Jablonska, J. "Obsessive-compulsive disorder in girls with eating disorders". **Psychiatr. Pol.**, 30, 187-200, 1996.

Rasmussen, S. A. and Eisen, J. L. "Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder". **Psychia. Ann.**, 19, 67-73, 1989.

Seeger, G., Braus, D. F., Ruf, M., Goldberger, U. and Schmidt, M. H. "Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa - a functional magnetic resonance imaging study". **Neurosci. Lett.**, 326, 25 - 28, 2002.

Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M. and Lask, B. "Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?". **Clin. Psychol. Rev.**, 22, 647-669, 2002.

Shafran, R., Bryant-Waugh, R., Lask, B. and Arscott, K. "Obsessive-compulsive symptoms in children with eating disorders: a preliminary investigation". **Eat. Disord. : J. Treatment and prevention**, 3, 304-310, 1995.

Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S. and Rachman, S. "A cognitive distortion associated with eating disorders: thought-shape fusion". **British J. Clin. Psychol.**, 38, 167-179, 1999.

Sorbi, S., Nacmias, B., Tedde, A., Ricca, V., Mezzani, B. and Rotella, C. M. "5-HT<sub>2A</sub> promoter polymorphism in anorexia nervosa". **Lancet**, 351, 1785, 1998.

Srinivasagam, N. M., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Weltzin, J. E. and Rao, R. "Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long term recovery from anorexia nervosa". **Am. J. Psychia.**, 152, 1630-1635, 1995.

Stein, D. J. "Obsessive-compulsive disorder". **Lancet**, 360, 397-404, 2002.

Kaye, W. H. "Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin". **Psychopharmacol. Bull.**, 33, 335 - 344, 1997.

Kaye, W. H., Weltzin, T. and Hsu, L. K. G. "Relationship between anorexia nervosa and obsessive-compulsive behaviors". **Psychia. Ann.**, 23, 365 - 373, 1993.

Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. G., Bulik, C., McConaha, C. and Sobkiewicz, T. "Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale". **Int. J. Eat. Disord.**, 12, 57-62, 1992.

Kim, J. J., Lee, M. C., Kim, J., Kim, I. Y., Kim, S. I., Han, M. H., Chang, K. H. and Kwon, J. S. "Gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder". **Brit. J. Psychia.**, 179, 330 - 334, 2001.

Kipman, A., Bruins-Slot, L., Boni, C., Hanoun, N., Ades, J., Blot, P., Hamon, M., Moure, G., Simeoni, M. and Gorwood, P. "5-HT<sub>2A</sub> gene promoter polymorphism as a modifying rather than a vulnerability factor in anorexia nervosa". **Eur. Psychia.**, 17, 227-229, 2002.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Poltnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M. and Nagy, L. A. "A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa". **Arch. General Psychia.**, 55, 603-610, 1998.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S. and Kaye, H. H. "Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder". **Psychol. Med.**, 29, 407-414, 1999.

Matsunaga, H. "Personality disorders among subjects recovered from eating disorders". **Int. J. Eat. Disord.**, 27, 353-357, 2000.

Pasquale, L., Sciuto, G., Cocchi, S., Cocchi, S., Ronchi, P. and Bellodi, L. "A family study of obsessive compulsive, eating and mood disorders". **Europ. Psychia.**, 9, 33-38, 1994.

Pigott, T. A., Altemus, M., Rubenstrin, C. S., Hill, J. L., Bihari, K., L'Heureux, F., Bernstein, S. and Murphy, D. L. "Symptoms of eating disorders in





Vaswani, M., Linda, F. K. and Ramesh, S. "Role of selective serotonin uptake inhibitors in psychiatric disorders: A comprehensive review". *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychia.*, 27, 85-102, 2003.

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M, Kaplan, A., Berrettini, W, H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K. and Kaye, W.H. "Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders". *Int. J. Eat. Disord.*, 31, 290-299, 2002.

רוט, דינה. **הטיפול באנורקסיה נרבוזה**, "האוניברסיטה העברית בירושלים-המרכז להוראת המדעים", ירושלים, 1998.

Stonehill, E. and Crisp, A. H. " Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later". *J. Psychosomatic Res.*, 21, 187-192, 1997.

Thiel, A., Zuegar, M., Jacoby, G. E. and Schuessler, G. " Thirty- month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive- compulsive disorder". *Am. J. Psychiatr.*, 155, 244-249, 1998.

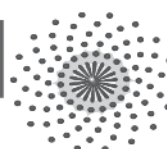
Thornton, C. and Russell, J. " Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders". *Int. J. Eat. Disord.*, 21, 83-87, 1997.

Toro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Castro, J., Blecua, M. J., Zaragoza, M. and Toro, A. "A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa". *Eur Child. Adolesc. Psychiatry*, 4, 165-174, 1995.



התוכנית הישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי בע"מ

[www.cbtyakovsinai.com](http://www.cbtyakovsinai.com)



שמחים להזמינכם לכנס של 3 ימים:

סכמה תרפיה ע"פ ג'פרי יאנג  
Schema Therapy Workshops

סדנא בסכמה תרפיה לטיפול בהפרעת אישיות נרקסיסטית (30 באפריל)  
Schema Therapy for Narcissistic Personality Disorder (April 30)

סדנא בסכמה תרפיה בטיפול זוגי (1-2 במאי)  
Schema Therapy for Couples (May 1-2)

בהנחיית **וונדי בהרי** נשיאת החברה הבינלאומית לסכמה תרפיה

By **Wendy Behary** president of ISST - The International Society of Schema Therapy

30.4.2012 - 2.5.2012 - בית סוראסקי תל השומר - בין השעות 09:00 - 15:00

הסדנאות יתקיימו באנגלית ללא תרגום

עופר פלד - מנהל המרכז לסכמה תרפיה רעננה, ישראל  
יעקב סיני - מנהל התוכנית הישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי  
יעוץ אקדמי - פרופ' אשכול רפאלי, ראש המגמה לפסיכולוגיה קלינית של המבוגר אוניברסיטת בר-אילן והמכון הישראלי לסכמה תרפיה

לפרטים ולהרשמה אנא פנו אל:

טלפון 052-2224959, 03-7314415  
טלפון 050-5207050, 02-6731471

[sini5@netvision.net.il](mailto:sini5@netvision.net.il)  
[i-doron@zahav.net.il](mailto:i-doron@zahav.net.il)

יעקב סיני  
גל כנסים בע"מ

[www.cbtyakovsinai.com](http://www.cbtyakovsinai.com)



## נייר עמדה בנושא טיפולי המרה

מקצועי ואמפירי קלוש; התייחסות רצינית לזהותו האוטנטית של המטופל והגברת מודעותו העצמית למרכיביה; חשיבות ההערכה הפסיכולוגית ואבחון הזהות והנטייה המינית; ויחוד הטיפול כשמדובר במתבגרים. יש להדגיש שהוועדה רשמה שחור על גבי לבן, כי טכניקות טיפוליות התנהגותיות אברסיביות מזיקות הן פסולות לחלוטין.

ועדת האתיקה סבורה שרוב המסקנות הנוגעות לטיפול ההמרה מתרחבות מעבר לטיפולים אלו. לפיכך הן יכולות לשמש את כלל הפסיכולוגים בעבודתם ולא רק את אלו להם נוגעים טיפולי ההמרה.

להלן נייר העמדה שפורסם כבר במידעון שקישורו:

<http://www.psychology.org.il/section/353>

### ועדת האתיקה

ד"ר רבקה רייכר-עתיר - יו"ר

גב' יונת בורנשטיין בר-יוסף

גב' נאוה גרינפילד

גב' חנה האושנר-פורת

גב' נגה קופלביץ



בתחילתה של שנה אזרחית אין משמח מלהביא פירות עבודה הנעשית בתוך קהילתנו המקצועית.

הפעם אנו מתייחסות לנייר העמדה שעניינו טיפולי המרה. המסמך גובש על-ידי ועדה שחבריה (לפי סדר א-ב) ד"ר רועי אלדור, ד"ר גבי גולן, ד"ר דליה גלבוש, ד"ר גבריאל וייל (יו"ר), פרופ' גבי שפיר.

הוועדה הוקמה ביוזמת ועדת האתיקה ומונתה על-ידי הוועד המרכזי של הפ"י וזאת לאחר שהונחו על שולחנה של ועדת האתיקה מספר פניות, ביחס למעמד האתי של טיפולי ההמרה לאנשים עם העדפה הומו-סקסואלית.

עם סיום עבודת הוועדה שניסחה את נייר העמדה סמכה ועדת האתיקה את ידיה על נוסח המסמך. עתה זו הזדמנות נוספת לברך את חברי הוועדה שהתגייסו ושקדו במסירות כדי לגבש את נייר העמדה. עבודתם שכולה נעשתה בהתנדבות ורצון טוב הביאה לידי גמר תהליך שיכול להוות מופת לשיקול-דעת מקצועי מבורך וראוי. בתהליך זה הוצפה סוגיה עקרונית בפני ועדת האתיקה ומכאן הועברה לדיון מקצועי במסגרת ועדה שהתמקדה בסוגיה והעמיקה בהרבה מעבר למה שפנויה ועדת האתיקה.

כפי שמעידים חברי הוועדה שעסקה בנושא טיפולי ההמרה, במסגרת דיוניהם נסקרה ספרות מקצועית רלבנטית, רואינו מטפלים העוסקים בטיפול המרה ומטפלים המתנגדים להם. בנוסף, הופיעו בפני הוועדה מטופלים שהתנסו בטיפול המרה, כאלו שנהנו מהצלחת הטיפולים, וכאלה שלטענתם נפגעו מהם. חברי הוועדה נפגשו עם דמויות מארגונים שונים ובכך הרחיבו גם לעבר הפן החברתי-תרבותי הנוגע לעבודתנו.

מתוך עבודה זו נולד מסמך שבראשיתו מובאים עקרונות וכללי האתיקה המקצועית שלנו ובהמשכו המסקנות העולות מכללים אלו ביחס לטיפול ההמרה.

בנייר העמדה אין הבעת עמדה נחרצת הפוסלת טיפולי המרה וזאת בעיקר לנוכח הקשור בפניית מטופלים לטיפולים אלו ולנוכח הקשרם ההדוק להיבטים חברתיים-תרבותיים. בחוגים מסוימים בעלי נטיות חד-מיניות, עלולים לסבול מסטיגמה ודחייה קשה, או שערכיהם הדתיים פוסלים נטיות אלה ועל-מנת להתמודד עם סבלם, הם מעוניינים לפנות לטיפול המרה. בנוסף ההנחה היא שפנייתם הנעשית בשל מצוקתם נעשית מתוך עמדתם האוטונומית ורצונם החופשי. לנוכח אלו מנסחי המסמך מפנים את תשומת לב אנשי המקצוע לסוגיות חשובות: חשיפת העובדה שלטיפול המרה בסיס



## <<< נייר עמדה בנושא טיפולי המרה

כדי לשמור על רמה מקצועית נאותה, יקפידו הפסיכולוגים על התעדכנות ועל השתכללות מקצועית ומדעית מתמדת, שרלוואנטיות לשירות שאותו הם מעניקים, תוך שימוש במשאבים מדעיים ומקצועיים עדכניים. בתחומים בהם טרם גובשו סטנדרטים מקצועיים מוכרים, יפעילו הפסיכולוגים שיקול דעת המבוסס על ידע מדעי ומקצועי וינקטו אמצעי זהירות הולמים.

### עקרון ג' – יושרה

פסיכולוגים יפעלו מתוך יושרה במדע, בהוראה ובעיסוק בפסיכולוגיה. בפעילויות אלה הם נוהגים ביושר ובכנות, בהגנות ובכיבוד הזולת. פסיכולוגים ידווחו אמת ויימנעו מהולכת שולל ומהטעיה בכל הצגת מידע הנוגע לעבודתם.

### עקרון ד' – אחריות חברתית

פסיכולוגים יכבדו בני אדם באשר הם, ויהיו מודעים להבדלים אישיים ותרבותיים-חברתיים בין בני-אדם. בעבודתם עם לקוחות מרקעים שונים יתאימו ככל האפשר את שיטות עבודתם לאפיונים ולצרכים המיוחדים של כל מטופל ושל כל מי שמבקש התערבות פסיכולוגית.

### כללים להתנהגות אתית-מקצועית של פסיכולוגים:

#### 2. מקצועיות

##### 2.1 פסיכולוגיה מקצועית

א. פסיכולוגים ינקטו בעבודתם המקצועית רק שיטות ואמצעים פסיכולוגיים המבוססים על ידע ושיקול דעת מדעי ומקצועי.

ב. פסיכולוגים המשלבים בעבודתם המקצועית גם טכניקות ניסיוניות או כאלה שלא מתחום פסיכולוגיה וכן גישות ושיטות לא קונבנציונאליות המבוססות על אמונה או על השפעות תרבותיות, חובתם ליידע את הלקוח על כך ולנקוט את כל האמצעים הראויים על-מנת להגן על טובת לקוחותיהם וכדי להימנע מגרימת נזק להם.

##### 2.2 דרישת מיומנות מקצועית

ד. בתחומים מקצועיים שבהם אין סטנדרטים מוכרים להכשרה, ינקטו הפסיכולוגים צעדים אחראיים על-מנת להבטיח את מיומנות עבודתם וכדי להגן על לקוחותם. מפני כל נזק אפשרי.

**הגדרה:** טיפולי המרה (reparative therapies) מבוססים על גישות אשר מגייסות טכניקות מטיפולים פסיכולוגים שונים במאמץ מכוון לשנות אוריינטציה מינית ובעיקר הפיכת בעלי זהות/נטייה מינית הומו-סקסואלית לבעלי זהות/נטייה מינית הטרו-סקסואלית.

ברקע הדברים נזכיר את החלטת עורכי ה-DSM ב-1987 למחוק את ההומו-סקסואליות כמציינת הפרעה נפשית.

לאחרונה, התפרסם נייר עמדה של קבוצת משימה מטעם ארגון הפסיכולוגים האמריקאים:

APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Washington, DC: American Psychological Association.

בהמלצותיה, קבוצת המשימה של ה-APA דוחה כל טיפול המרה אשר מבוסס על ההנחה שהומו-סקסואליות הינה מחלה נפשית הדורשת טיפול ומזהירה, כי אין הוכחות מדעיות לאפקטיביות של טיפול שכזה מחד גיסא, ובצידו סיכונים הכוללים: דיכאון, חרדה ואובדנות, מאידך גיסא.

כחומר רקע נוסף, נציין את הסעיפים הרלוונטיים מקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל – 2004:

### העקרונות המנחים:

#### עקרון א' – קידום טובתם ורווחתם הנפשית של הלקוחות

בעבודתם המקצועית פועלים פסיכולוגים לקידום רווחתו הנפשית של הלקוח, למניעת סבלו ולהקטנתו וכן לקידום התפתחותו. זאת על-פי שיקולים מקצועיים ומתוך הכבוד הראוי לאדם, לערכיו, לזכויותיו, להגדרתו העצמית ולאוטונומיה שלו, כל עוד אלה אינם פוגעים באלו של האחר.

#### עקרון ב' – מקצועיות

פסיכולוגים יפעלו בעבודתם על פי סטנדרטים גבוהים של ידע ושל מיומנות מקצועית, מתוך הכרה ברב-גונית המקצוע ובמגבלות הידע, מתוך הכרה בגבולות יכולותיהם הספציפיות וניסיונם המקצועי ומתוך הבנת המשמעות של פעולותיהם ולקיחת אחריות אישית לעשייתם המקצועית.

\* נייר עמדה זה גובש על ידי ועדה אשר מונתה על ידי הוועד המרכזי של הסתדרות הפסיכולוגים ואשר כללה (לפי סדר א-ב) ד"ר חוסי אלדור, ד"ר גבי גולן, ד"ר דליה גלבע, ד"ר גבריאל וייל (יו"ר), פרופ' גבי שפלה.





#### 4. הבניית הקשר המקצועי

##### 4.1 מתן מידע ללקוח

בהתערבות פסיכולוגית מכל סוג – לפרט, לקבוצה או לארגון – יתנו הפסיכולוגים מראש ככל שאפשר מידע הולם על אופייה של ההתערבות, על מסלולה הצפוי ועל הנהלים הקשורים בה כגון: שכר, שמירה על סודיות, מקום וזמן תוך שימוש בשפה מובנת ללקוח. כך ייתן הפסיכולוג הסבר גם לגבי התוצאות והמסקנות האפשריות של ההתערבות עם סיומה ומידע על חלופות התערבות נוספות.

##### 5. יחסי פסיכולוג - לקוח

##### 5.1 יחסים מקצועיים ויחסים מדעיים

ג. בפעילויות הקשורות לעבודתם, הפסיכולוגים יכבדו את זכות הזולת להחזיק בערכים, בגישות ובדעות השונים משלהם ולכבד ערכים וגישות אלה.

##### מסקנות:

1. הבסיס המקצועי והעדיפות האמפיריות להצלחתם של טיפולי

המרה הוא קלוש למדי. מרבית המחקרים מצביעים על כך שאין תמיכה ליעילות טיפולי ההמרה, בעוד שרק מיעוטם טוען להצלחה. הועדה ערה לכך שבמחקרים רבים בתחום קיימות בעיות מתודולוגיות לא פשוטות. יש להניח, כי סיבות של "תקינות פוליטית" מקשות על האפשרויות למימון ופרסום של מחקרים בדבר יעילותם האפשרית של טיפולי המרה. עם זאת, הפסיכולוג הסביר איננו יכול להתעלם מגוף הידע המצטבר הקיים, המורה שטיפולי ההמרה אינם יעילים.

2. מהות הטיפול הפסיכולוגי הוא בסיוע למטופל לחפש את

זהותו, לעשות את בחירותיו תוך מודעות עצמית לצרכיו, משאלותיו וחרדותיו במקום מכיל ומקבל. טיפול המרה יוצר 'סדר יום' טיפולי מוכתב מראש, לכן עלול לחטוא למהות הטיפול הפסיכולוגי, כמקובל בכללי האתיקה המקצועית. חובתו של הפסיכולוג המטפל (ובפרט כשמדובר בגבר) להכיר ולהיות מודע לעמדותיו, ערכיו ונטיותיו באופן כללי ובמיוחד בתחום עדין זה של האוריינטציה המינית. לא נכון מקצועית, שעמדותיו, ערכיו ונטיותיו של המטפל ישפיעו על התייחסותו למטופל ובוודאי שלא על הכיוון הטיפולי. אם הוא איננו יכול לקבל את המטופל על בסיס עמדה לא שיפוטית, מקבלת ואמפאטית, עליו לפסול את עצמו מלטפל באותו מטופל.

3. מדינת ישראל הינה חברה רב-תרבותית, בה קיימות

קבוצות דתיות ותרבותיות שונות אשר מבחינתן הזוהר ההומו-סקסואלית הינה סטיגמטית וקיימת אצלן דחייה חברתית קשה כלפי האדם בעל זהות מינית ו/או ההתנהגות הומו-סקסואלית. על הפסיכולוג לעזור לפתח אווירה של סובלנות וקבלה, להפיץ מידע ולהגן על מיעוט נרדף בכלל ועל הפונים לטיפולו בפרט. עליו להימנע מלשמש שליח של קבוצה דתית או חברתית-תרבותית כלשהי, המבקשת למנוע מן האדם לחיות בדרך ההולמת את זהותו/ נטייתו.

4. פסיכולוג המקבל לטיפול מטופל החש שנטייתו או התנהגותו המינית ההומו-סקסואלית עומדות בסתירה לאמונתו הדתית או עלולות לגרום לניתוקו מסביבתו החברתית או התרבותית, חייב לכבד את ערכיו ואמונתו של המטופל ולנסות לעזור לו בהתאם. כמו כן, עליו לוודא שהמטופל מבקש טיפול מרצונו החופשי ומתוך מוטיבציה פנימית ולא כתוצאה מהפעלת לחצים משפחתיים, חברתיים או דתיים. ראשית, על המטפל לבצע הערכה פסיכולוגית כוללת ואבחנה מובדלת, על-מנת לברר האם מדובר באדם שגיבש זהות מינית הומו-סקסואלית או במי שטרם הגיע לכלל גיבוש זהות מינית, או האם מדובר באדם שהינו בי-סקסואל. במקביל, עליו להעריך את סביבת החיים החברתית-תרבותית של המטופל ואת יחסי הגומלין שבינו לבינה ומידת מצוקתו בהתאם. ממצאי ההערכות השונות יהיו התשתית לקביעת תוכנית הטיפול. בכל מקרה, יש צורך בקבלה מצד המטפל, תמיכה, הבנת העולם של המטופל ועזרה בהתמודדות פעילה שלו, גיוס תמיכה חברתית וחיפוש פנימיים בהתפתחות הזהות העצמית שלו-ללא כפייה. שימוש בטכניקות טיפוליות התנהגותיות אוורסיביות אשר עלולות להזיק למטופל הינו פסול לחלוטין.

בהמשך לאמור בסעיף 4, כשמטופל פונה ביוזמתו ומבחרתו החופשית בבקשה לטיפול, שנועד לשינוי האוריינטציה המינית שלו, על המטפל לידע אותו אודות גוף הידע המקצועי הקיים. אל לו, למטפל, להבטיח הצלחות שאינן מצויאותיות. עליו אף להזהיר את המטופל מפני קשיים ובמידת הצורך אף מקיום סכנות שישנן בתהליך טיפולי שכזה. זאת, על-מנת שהמטופל יוכל להחליט בצורה מיטבית וחופשית אם הוא מעוניין לעבור טיפול אשר מטרתו להשפיע על זהותו המינית ההומו-סקסואלית.

5. באשר למתבגרים, על המטפל לוודא שאינם מגיעים לטיפול

בכפיית הסביבה שלהם (לדוגמא הורים או רבנים). יש להבטיח ביתר שאת את שמירת הסודיות של הטיפול במתבגר מול ההורים ודמויות סמכות חינוכיות ודתיות ולהתנות אותה בחוזה הטיפולי עם המתבגר וההורים. הנחיה זו עולה בקנה אחד עם המלצות הדו"ח המסכם של ועדה מטעם המועצה הלאומית לפדיאטריה לנושא טיפול רפואי בקטינים, גיל ההסכמה וסוגיות משיקות (2010-10-18). הפסיכולוג חייב להביא בחשבון את מאפייני גיל ההתבגרות, כגיל של חיפוש זהות ונטיות. עליו לטפל במתבגר מבלי לקבע אותו בהגדרה של זהות מינית מגובשת וחד משמעית, אלא אם יש לכך הוכחות ברורות בהתנהגותו ובעולמו הפנימי.

6. ההתרשמות היא שרוב העוסקים בתחום של טיפולי

המרה אינם נמנים על מקצועות בריאות הנפש המוכרים: פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים. הגם שנייר עמדה זה חל רק על פסיכולוגים, מומלץ שגופים מקצועיים דומים ינקטו בעמדה דומה.

בהיעדר חוק פסיכותרפיה, העיסוק בתחום כה מורכב ורגיש על ידי "מטפלים" לא מוסמכים, אינו ראוי מבחינה אתית ומקצועית ויש להזהיר את הציבור בפני הסכנות הצפויות לציבור מפני מצד "מטפלים" כאלה.







## שינוי חקיקה במיסים בעקבות המלצות ועדת טרכטנברג

**שינוי באופן הדיווח למע"מ החל מ- 1/2012**  
החל מחודש 1/2012 חייבים בשיטת הדיווח החדשה למע"מ (הדיווח המקוון) כל העוסקים אשר מחזור המכירות השנתי שלהן עלה על 2.5 מיליון ש"ח או החייבים בניהול מערכת חשבונאות בשיטה הכפולה לפי הוראות ניהול פנקסים (ללא תלות בגובה מחזור עסקאותיהם).

### עיקרי השינוי

עד עתה הוגש דו"ח ידני שכלל את סה"כ מחזור ההכנסות שלכם בתקופת הדיווח, המע"מ החל על סה"כ ההכנסות וסה"כ מע"מ התשומות הכלול בחשבוניות הספקים שקיבלתם.

בדרך הדיווח החדשה יועבר למע"מ קובץ דיגיטלי (ממוחשב) של כל החשבוניות שהוצאו על ידכם ושל כל החשבוניות שקיבלתם מספקים ונותני שירותים. בדו"ח **תפורט בנפרד** כל חשבונית שהוצאה ללקוח עסקי (ל-עוסק מורשה) מעל 5,000 ₪ וכן כל חשבונית ספק שהתקבלה ויש בה מע"מ תשומות של 300 ₪ ומעלה.

### שינויים באופן הוצאת החשבוניות ללקוחות

החל מחודש 1/2012 כל חשבונית מעל 5,000 ₪ (לפני מע"מ) שתוצא ללקוח עסקי חייבת לכלול את מס' העוסק מורשה שלו. היה והחשבונית לא תכלול את מספר העוסק מורשה של הלקוח, היא לא תדווח בנפרד והלקוח לא יוכל להתקזז במע"מ הגלום בה!

### עוסקים המדווחים למע"מ בעצמם

יש לוודא שתכנת המחשב בה נרשמת הנהלת החשבונות, מאפשרת את הכנת הקובץ לשידור הדו"ח. הדו"ח ישודר באמצעות האינטרנט ויהיה חתום "בחתימה אלקטרונית". לשם כך על המדווח להצטייד בכרטיס חכם אותו מספקות (תמורת תשלום) חב' COMSIGN (טלפון 03-6443620) וחב' פרסונל איי די בע"מ (טלפון 073-290047).

ברצוננו להביא לידיעתכם את עיקרי השינויים שאושרו לאחרונה בעיקר עקב המלצות ועדת טרכטנברג ועיקר המלצותינו לגביהן:

1. הגדלת שיעור המס השולי של יחידים בשל הכנסה חודשית הגבוהה מ- 40,231 ש"ח מ- 44% ל- 48%.
2. הגדלת שיעור מס החברות מ- 24% בשנת 2011 ל- 25% בשנת 2012 ואילך.
3. יוענקו 2 נקודות זיכוי לאב לילד עד גיל שלוש.
4. תוקטן תקרת ההכנסה המרבית החודשית החייבת בביטוח לאומי ומס בריאות ל- 40,790 ש"ח.
5. העלאת שיעור המס של יחידים על הכנסותיהם מריבית, דיבידנד ורווח הון כדלקמן:
  - שיעור המס על ריבית ודיבידנד שיתקבלו החל מ- 1.1.2012 יועלו ל- 25% במקום 20% (לגבי בעל מניות מהותי 30% במקום 25%).
  - רווח הון ושבח מקרקעין – רווח הון הריאלי שנצבר מ- 1.1.2012 יהיה חייב בשיעור המס החדשים: 25% במקום 20% ובעל מניות מהותי 30% במקום 25%.
  - המס על ריבית מנכסים שאינם צמודים למדד (כמו פק"מ) יישאר 15% כמו שהיה.

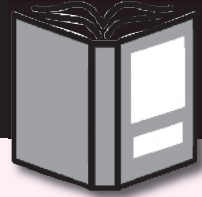
### המלצות

1. יש לשקול לחלק דיבידנד בשנת 2011 בסכום גבוה, לאור העלייה במס על דיבידנד לבעל מניות מהותי מ- 25% ב- 2011 ל- 30% ב- 2012. המלצה זו חשובה במיוחד לבעלי מניות החייבים כסף לחברה שבבעלותם.
2. כדאי לתת הוראה לבנק לבצע "מכירה רעיונית" ב- 31.12.2011 של ניירות ערך בהם נצבר רווח עד לאותו המועד, על מנת לשלם את המס המופחת על רווח זה.
3. אין צורך בביצוע מכירה של ניירות ערך מפסידים כי את ההפסד ניתן לממש החל משנת 2012 ולקזזו מול רווח שיהיה חייב בשיעור מס גבוה יותר.
4. לבעל מניות שקיבל דיבידנד בשנת 2011 מהחברה שבבעלותו, כדאי לשקול אם לבצע מכירה של ניירות ערך עם הפסד על מנת לקזז את ההפסד מול הדיבידנד.

[WWW.PSYCHOLOGY.ORG.IL](http://WWW.PSYCHOLOGY.ORG.IL)  
**דרך הבית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל**



# ספרים רבותי ספרים



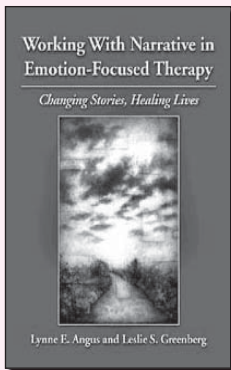
(NHS), אך רבים מן המושגים שהם מציגים, תואמים את הנעשה בארץ ורלבנטיים לנו. כך, עולות שאלות בסיס של יחסי מדריך-מודרך, קשיים ומגבלות של ההדרכה במסגרת העבודה בשרות הציבורי, הבניית ההדרכה, ועוד. מומלץ לכל הנמצאים במערך הדרכה, משני צידי המתנס.

## Working with Narratives in Emotion-Focused-Therapy

Lynne E. Angus and Leslie S. Greenberg

APA, 2011

גישת ה"טיפול ממוקד רגש" (EFT) הולכת ותופסת מקום לא חרוני. גישת הטיפול באמצעות סיפורים, ותיקה יותר. (Michael White) שתי הגישות מדגישות את חשיבות הרגש, כגורם מרכזי בהשפעתו על תפישת המטופל את המציאות, ועל-כן, מציבות את הרגש במרכז המעשה הטיפולי, במרכז תהליך החתירה לשינוי. עם זאת, עד כה, לא היה שילוב מושכל ומובנה בין שתי הגישות, וכל אחת התנהלה לה בדרכה.



בספר זה, לזלי גרינברג, אבי גישת ה-EFT, מבנה פרוטוקול לשילוב שתי הגישות, באופן המעשיר את הטכניקה הטיפולית, מרחיב אותה, ועשוי לשפרה במידה רבה.

הספר כתוב בבהירות ובפשטות, באופן המאפשר את יישום השיטה בקלות לכל מטפל. כדאי להוסיף לספריה, ומשמם לארגז הכלים שלנו.

## Why Are You So Scared? A Child's Book about Parents with PTSD

Beth Andrews, Eurospan  
Magination Press, 2011

כפסיכולוגית התפתחותית, חלק מחומרי הקריאה שלי מכוונים במקורם לילדים, ומסרתם לעזור לילד במצבי חיים קשים, שלו, או של משפחתו. סדרת

אוגדן גם קושר לחלימה את רעיון המיכל-מוכל של ביון, תוך שהוא נותן לו פירוש שונה מן המקובל: "המיכל-מוכל של ביון מתייחס בעיקר לעיבוד (חלימה) של מחשבות הנובעות מההתנסות הרגשית שאנו חיים. רעיון המיכל-מוכל נוגע לאינטראקציה הדינאמית של מחשבות שהן בעיקרן לא-מודעות (המוכל) ושל היכולת לחלום ולחשוב מחשבות אלה (המיכל)". (עמ' 257).

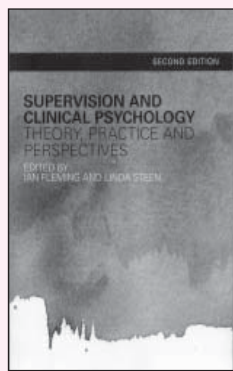
## אוגדן, כתמיד, מאתגר וראוי.

בנוסף נפלא לספר הוא המבוא של אוגדן למהדורה העברית, תוך שהוא מציג את ה"אני מאמין" שלו ליסודות ולערכי הגישה הפסיכואנליטית: התנהגות אנושית של המטפל, מאמץ של המטפל והמטופל להיות ישרים עם עצמם ועם זולתם, אחריות אישית – הן מצד המטפל והן מצד המטופל, אחריות חברתית של המטפל, ומסירות לטיפול. ואחרון המאמץ המתמיד של האנליטיקאי להכיר באי-יכולתו לדעת. להיות צנוע! ובנוסף נוסף הוא המבוא של שמשון יגודר, הסוקר את עבודתו של אוגדן "מהמפגש האינטר-סובייקטיבי אל עבודת החלום", בפרק ארוך ומפורט של התפתחות התיאוריה והתגלגלות המושגים והרעיונות, החל מפריוד. כדאי.

## Supervision and Clinical Psychology, Theory, Practice and Perspectives

Ian Fleming and Linda Steen (Eds)  
Routledge, 2012, 2<sup>nd</sup>. Edition

ההדרכה האישית היא חלק מרכזי בתהליך ההתמקצעות של פסיכולוגים, אך כה מעט נכתב עליה. זו תורה שבעל-פה בעיקרה, שעל-כן טוב למצוא ולקרוא את הספרים הבודדים שהוקדשו לנושא.



בספר מקובצים מאמרים, שנכתבו על-ידי כותבים שונים, רובם ככולם פסיכולוגים בריטים. הם מתייחסים בעיקר לגישות העבודה הנהוגות בשרות הציבורי הבריטי

## ספרים מומלצים



## בעריכת ד"ר יוכי בן-נון

## על אי היכולת לחלום

תומס ה' אוגדן

עם עובד, סדרת פסיכואנליזה, 2011  
עורכים: עמנואל ברמן ושמשון יגודר

לפנינו אסופת מאמרים, שנכתבו על-ידי אוגדן בין השנים 1994 ל-2005, על מספר מושגים מרכזיים בעבודתו: השלישי האנליטי, הפעולה המפרשת ה-Reverie, והחלום.



החלום הוא מושאם של מספר מאמרים, ועל כן הוא זוכה לניתוח ממספר היבטים שונים ומורכבים. אחד מהם הוא על אי היכולת לחלום, כמו גם על החלום שנחלם אך לא נזכר.

אוגדן מפתח כאן את רעיונותיו של ביון, פונקצית "אלפא" ופונקצית "ביתא" למערך הפעולות המנטאליות, המתרגמות רשמים חושיים גולמיים ליסודות של חוויה, אותם ניתן לאחסן בזיכרון, ברובד הלא-מודע, ולעבדם לאחר מכן ברובד המודע. להגדרתו: "חלימה היא תהליך מתמשך, המתרחש הן בשינה והן בחיי הערות הלא-מודעים. אם אדם אינו מסוגל להמיר רשמי חושים גולמיים לרכיבים לא-מודעים של חוויה שאפשר לחברם, אין הוא מסוגל ליצור מחשבות חלום לא מודעות, ולכן אין ביכולתו לחלום..." (עמ' 237).



כלי אבחון וטיפול למקצועות בריאות הנפש

## יצא הקטלוג החדש

התקשרו אלינו ואנו נשלח אותו אליכם

הקטלוג החדש הכולל:

**כלים לתחומים קליניים, חינוכיים, רפואיים,  
תעסוקתיים וניויר-פסיכולוגיים**

**מגוון הולך וגדל של כלי אבחון בעברית  
מתוקפים או מנורמלים בישראל!**

התקשרו עוד היום לקבלת קטלוג ללא תשלום

**02-6435360**

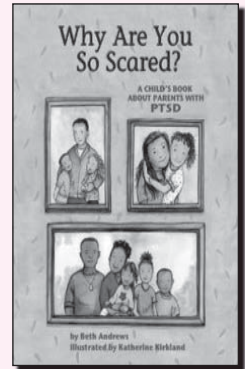
**או בקרו באתר שלנו:**

**www.psychtech.co.il**

ת"ד 10672 ירושלים 91104  
טל: 02-6435360 | פקס: 02-6435060  
דוא"ל: custserv@psychtech.co.il

Magination Press מוקדשת כולה, לספרי-עזר מסוג זה. הספרים נכתבים על-ידי אנשי-מקצוע: פסיכולוגים או מורים, הבקיאים בנושא המוצג, ובדרך הנכונה להציגו בפני הילד.

ספר זה, עוסק בילד, שאחד מהוריו לקה ב- PTSD, מצב שעלול לעורר בילד בלבול, פחד וחוסר-אונים. הספר מתאר את סימני ההפרעה בשפה פשוטה ותואמת. הוא בנוי משאלות ותשובות, אשר יכוונו את הילד וההורים לדו-שיח פתוח, תוך עידוד הילד לשאול, לספר, לצייר או לכתוב את רגשותיו וחוויותיו. כך מתאפשר לילד לעבד את מצוקותיו, ולהבין טוב יותר את ההורה החולה.



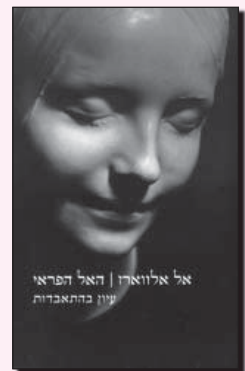
**מומלץ בחום.**

## האל הפראי, עיון בהתאבדות אל אלואארז

הוצאת כרמל, ירושלים (מרכז הספר והספריות, בסיוע  
משרד התרבות והספורט), 2011

וברוח קצת אחרת, אך בנושא כאוב ואתגרי לכולנו: האובדנות. בסוף דצמבר, מלאה שנה להסתלקותו של פרופ' ישראל אור-בר, מי שנשא את הדגל במאבק כנגד האובדנות בארץ, חקר את הנושא, פרסם, וקידם גישות טיפוליות.

לאירוע חברה הוצאתו של הספר שלפנינו. זה איננו ספר "מקצועי". הוא נכתב על-ידי סופר/משורר/מבקר-ספרות, אל אלואארז. כתביו של אלואארז, משקפים יריעה רחבה של



ידע ועומקים בתחומים שונים, כגון פילוסופיה, פסיכולוגיה, סוציולוגיה וספרות. הוא היה ידידה הקרוב של המשוררת סילביה פלאת, שהתאבדה. בספרו זה, מציג אלואארז את זיכרונותיו, מן השבועות האחרונים של חייה של פלאת, תוך שהיא מביא קטעים מיצירתה באותם ימים, המשקפים את סערות נפשה. הוא בוחן יצירות של סופרים ומשוררים נוספים שהתאבדו: דנטה, ג'ון דאן, וכן הוא חושף את ניסיון ההתאבדות שלו עצמו.

באמצעות חקירה זו הוא בוחן היבטים שונים של מעשה ההתאבדות, המאירים אותו ועשויים לסייע בהבנתו ובמניעתו: תכונות אישיות של יוצרים, היבטים תרבותיים התורמים למשבר, עמדתן של דיסציפלינות מדעיות שונות להתאבדות.

"סוף דבר" לספר, נכתב על-ידי ישראל אור-בר, זמן קצר לפני מותו-שלו ובו תמצית תורתו על המעשה האובדני. שיאו וסיומו של פרק זה נוגע במאבק האין-סופי שבין החיים והמוות, הדחף לחיים והדחף לברוח מהם, מן הסבל הכרוך בהם.

**מרגש מאד, משמעותי מאד.**



## הצעת חוק הפסיכולוגים

### מי יהיה זכאי להירשם בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בפסיכולוגיה?

#### מי יהיה זכאי על פי הצעת החוק להיקרא פסיכולוג ולעסוק בפסיכולוגיה?

הצעת החוק מבקשת לקבוע מחדש מי אלה שיהיו זכאים לרישום בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בפסיכולוגיה. על פי הצעת החוק, מי שזכאי להירשם בפנקס הפסיכולוגים הוא אזרח, או תושב ישראל, בעל תואר "מוסמך" בפסיכולוגיה, או גבוה ממנו, שהוענק במוסד להשכלה גבוהה מוכר ובתנאי שהתמלאו כל התנאים המצטברים שלהלן:

1. מבקש הרישום הינו בעל תואר ראשון בפסיכולוגיה, או השלים את לימודי היסוד בפסיכולוגי, או במדעי ההתנהגות לפני תחילת לימודי תואר שני או הגבוהה ממנו.
2. במסגרת לימודי תואר "המוסך" נכתבה עבודת תזה, או עבודת גמר שוות ערך לעבודת תזה.
3. קיימת חובת נוכחות בלימודים.
4. מבקש הרישום עמד בדרישות והשלים התנסות מעשית בטיפול ואבחון (פרקטיקום) כחלק מלימודי התואר.

#### עיקרי נימוקי הצעת החוק

לדעת מחברי הצעת החוק במשרד הבריאות, בשנים האחרונות חלו התפתחויות רבות ומגוונות במערכת ההשכלה הגבוהה בארץ, שכוללת פיתוח מבורך של מסלולי לימוד שונים בכל התחומים ובכלל זה מסלולי לימוד חדשים בפסיכולוגיה. כבר כיום ישנם מסלולים שאינם עומדים בכל התנאים המפורטים לעיל. על-מנת להבטיח שגם בעתיד הנרשמים בפנקס הפסיכולוגים מקבלים במסגרת הלימודים האקדמיים את ההכשרה הדרושה על מנת להכיר בהם כפסיכולוגים הרשאים לתת טיפול פסיכולוגי הוגשת הצעת חוק זו. מגישי הצעת החוק מבקשים לפרט ולעגן את דרישות המינימום מלימודי המבקש להירשם בפנקס הפסיכולוגים על מנת שימשיכו לעמוד ברמה כפי שהייתה בעבר וכפי שעדיין קיימת ברוב מסלולי הלימוד. דרישת חובת הנוכחות נודעה להסיר כל ספק כי לימודים בהתכתבות אינם מוכרים.

#### דין הלומדים פסיכולוגיה בחו"ל

כפי שהוסבר, הצעת החוק מבקשת גם להחיל את אותם ההוראות כפי שנדרשות ממי שלמד בארץ ומבקש להירשם בפנקס הפסיכולוגים, גם על אלה שלמדו במוסדות בחו"ל שהוכרו.

כמו כן, לפי הצעת החוק על המבקש להירשם בפנקס הפסיכולוגים להגיש בקשה לרישום בפנקס לא יאוחר משלוש שנים מתום לימודי התואר וזאת בשל הצורך בשמירה על כשירות מקצועית ורצף.

בימים אלה הפיץ משרד הבריאות הצעת חוק חדשה הנקראת הצעה לתיקון חוק הפסיכולוגים – רישום בפנקס הפסיכולוגים. נבקש להציג בפניכם את עיקרי הדברים שהצעת חוק המבקשת לתקן בכל הנוגע לרישום בפנקס הפסיכולוגים ובעיסוק בפסיכולוגיה.

#### עיקר מטרת הצעת החוק

הצעת חוק זו היא משמעותית ביותר, שכן היא יוצרת ריביזיה בזכאות להירשם כפסיכולוג ולעסוק בפסיכולוגיה. מכיוון שכך, היא ראויה לתשומת לב ולמחשבה מעמיקה. שינויים כגון אלה נעשים בחקיקה אחת למשך שנות דור. כוונתם להפיק לקחים מכל שנלמד עד כה ולהסדיר את מקצוע ואת העיסוק במקצוע בעתיד.

מטרתה של הצעת החוק, כפי שנכתב בה, היא לשנות את העיקרון הקיים כיום בחוק, לפיו כל מי שסיים תואר מוסמך, או גבוה ממנו בפסיכולוגיה במוסד להשכלה גבוהה בארץ, רשאי להירשם בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בפסיכולוגיה. הצעת החוק מבקשת לתקן מצב זה ולקבוע כי רק תארים בפסיכולוגיה, הכוללים מספר רכיבים מהותיים, ובכללם "פרקטיקום", יקנו ללומדים זכות להירשם בפנקס הפסיכולוגים ולעסוק בפסיכולוגיה.

#### עיקרי השינוי המשפטי בהשוואה למצב כיום

כיום קיים סעיף בחוק הפסיכולוגים בעניין ייחוד התואר "פסיכולוג" הקובע, כי לא ישתמש אדם בתואר "פסיכולוג", או בביטוי או קיצור המרמזים על היותו מוסמך, מסוגל או מוכן לעסוק בפסיכולוגיה, אלא אם הוא פסיכולוג ובהתאם לרישום בפנקס. כלומר, רק פסיכולוגים הרשומים בפנקס הפסיכולוגים רשאים לעסוק בפסיכולוגיה.

הצעת החוק מבקשת לשנות המצב כיום. על פי דברי המציעים יש להביא לכך שבעלי תואר מוסמך בפסיכולוגיה, לא יכלו להירשם בפנקס הפסיכולוגים, אם בהכשרתם לא מתקיימים בהם המרכיבים המהותיים הנדרשים לצורך הרישום, כפי שמבקשת לקבוע הצעת החוק. וכתוצאה מכך לא יוכלו לעסוק בפסיכולוגיה.

הצעת החוק מאפשרת לבעלי תארים בפסיכולוגיה שלא יעמדו בדרישות החוק החדש, לציין במסגרת עיסוקם המקצועי כי הינם בעלי תואר בפסיכולוגיה. ואולם זאת רק כל עוד ציון עובדה זו לא נעשה אגב עיסוק בפסיכולוגיה, או בצורה שעשויה להטעות כי מדובר במי שרשום בפנקס הפסיכולוגים ורשאי לעסוק בפסיכולוגיה.



# פינית והיתלחיים מאת: אלי חוה

## שלום מתמחים וקוראים יקרים,

בגיליון פסיכואקטואליה האחרון דווחנו על "יום המתמחה הראשון של הפ"י" שנערך בספטמבר. כפי שנטען, יום זה היווה ציון דרך בתהליך חשוב ומשמעותי, של שינוי מעמדו ותפקודו של המתמחה בפסיכולוגיה, כחלק משינוי וקידום הפסיכולוגיה ככלל. הפעילות בקרב המתמחים צוברת תאוצה והעשייה מתרחבת, מתעמקת ותוצריה הראשונים כבר באים לידי ביטוי מוחשי. ראינו חשיבות להביא לקוראינו סקירה ועדכון על הנעשה.

ועד המתמחים המשותף הינו הגוף המרכזי העוסק בנושאים העומדים בליבת העבודה וההכשרה של המתמחה. בוועד חברים נציגים של ועדי המתמחים מתחומי ההתמחות השונים. הוועד נפגש אחת לשלושה שבועות לטובת עבודה משותפת של המתמחים, כגוף מאוחד, שהוא בלתי מפולג לפי חטיבות, תחומי התמחות, דאגה לזכויות המתמחים, לאיכות ההכשרה, הסכמי שכר וכחוצא באלו. זאת, בנוסף לפעילותם של ועדי המתמחים הנפרדים שעניינם טיפול בנושאים הייחודיים לכל סקטור.

הילה ארג'נטר, חברה בוועד המתמחים המשותף, מדגישה כי האמירה המשמעותית בקיומו ובפעולה של הוועד, היא "ליצור שינוי בנרטיב של הפסיכולוגיה עליו גדלנו", שמורכב מפיצול וניגודי אינטרסים בין תחומי ההתמחות השונים. על-פי תפיסת הוועד המשותף, כבוד הדדי, תפיסת שוויון, שיתוף פעולה והכרה משותפת באינטרס הכולל, הן של ההתמחויות והן בין מתמחה ומומחה, הוא הבסיס הקריטי לשמירה על המתמחה, ליצירת שינוי משמעותי והכרחי לקידום הפסיכולוגיה בישראל.

בנושא זה, מוסיפה הילה, נעשה כבר שינוי כאשר הוועד תמך בעבודתו של הצוות, לבחינת נוסחת הקצאת המלגות והציג עמדה אחידה בעד חלוקה שוויונית יותר ותהליך קבלה מסודר למקומות ההתמחות. הוועד פנה כגוף משותף אל מועצת הפסיכולוגים, כמו גם אל נציגי משרד הבריאות בנושאים נוספים, הנוגעים לזכויות והגינות ביחס למתמחים מכל הסקטורים. במקביל וועד המתמחים המשותף מאחד כוחות על-מנת להגדיל את סך המלגות אשר מפונות למתמחים.

עוד, הועברו מכתבים למועצת הפסיכולוגים ולמשרד הבריאות בנוגע לזכויות המתמחה במקומות ההתמחות, כשביניהם בלטה תביעה לשמירה על זכויות המתמחה בחופשת לידה. בנוסף, הועברו לידיעה ולטיפול נושאים כפגיעה בשכר ואי-תשלום עבור שעות נוספות וחוסר הלימה בין שעות העבודה ושעות העבודה בשכר.

הוועד עוסק באיסוף נתונים, מיפוי והבנה של הסכמי השכר. הילה מוסיפה שגם בהתייחסות להסכמי השכר עומד עיקרון השיתוף והאיחוד בין תחומי ההתמחות מתוך ההבנה שעבודה על האינטרס המשותף הינה קריטית להצלחה ולהמשכיות. להלן כתובות לפניות:

ועד המתמחים המשותף:

[mitmachim.psy@gmail.com](mailto:mitmachim.psy@gmail.com)

ועד המתמחים החינוכי:

[edupsyintern@gmail.com](mailto:edupsyintern@gmail.com)

ועד המתמחים הקליני:

[stpsymail@gmail.com](mailto:stpsymail@gmail.com)

## מה יהיה דינו של מי שלא עסק בפסיכולוגיה לאחר לימודיו?

הצעת החוק מתייחסת גם למצב שבו אדם סיים לימודיו וכעבור פער זמנים גדול מבקש להירשם בפנקס. כפי שנכתב בדברי ההסבר להצעת החוק, מצב זה מעורר חשש כי המבקש אינו מעודכן כראוי בנושאי הלימוד עקב נתק מהתחום, או כי עבד תוך הפרת החוק. מוצע לתת לוועדת הרישום שיקול דעת, שלא לרשום במקרים הללו את המבקשים בפנקס, תוך שמירת האפשרות לחריגים. החריג העיקרי מתייחס למצבים בהם בפעור הזמנים עסק המבקש כדון בפסיכולוגיה, בין מאחר שהיה רשום ברישום זמני להתמחות ובין מאחר שמדובר בעולה חדש שבפער הזמנים עבד בפועל כפסיכולוג בחו"ל. חריג נוסף מוצע הוא חריג כללי שמאפשר לוועדת הרישום להפעיל שיקול דעת ולהכיר בבסיבות חריגות שמצדיקות רישום חרף חלוף הזמן, כגון מקרה בו לאחר סיום הלימודים יצא המבקש לשליחות בחו"ל.

## הוראות מעבר לאלה שהם כבר בעלי תואר מוסמך בפסיכולוגיה או שהתקבלו ללימודי תואר מוסמך

כפי שנאמר בדברי ההסבר, מאחר שהחוק המוצע יוצר שינוי במצב הקיים ופגיעה באינטרס של מי שכבר בעל תואר מוסמך בפסיכולוגיה או מי שהוא כבר התקבל ללימודי תואר כאמור, מוצעות הוראות מיוחדות שתאפשרנה רישום בפנקס הפסיכולוגים בכל זאת לאלה:

1. כל מי שבמועד כניסתו לתוקף של חוק היה בעל תואר בעל תואר "מוסמך" או גבוה ממנו בפסיכולוגיה, שניתנו מאת מוסד שהוכר כמוסד להשכלה גבוהה מוכר, אך טרם נרשם בפנקס – ובלבד שהגיש בקשה להירשם בפנקס לכל המאוחר תוך חמש שנים מיום תחילת חוק.
2. כל מי שביום תחילת חוק זה התקבל ללימודי תואר מוסמך או גבוה ממנו במוסד להשכלה גבוהה, ובתנאי שהגיש בקשה להירשם בפנקס לכל המאוחר תוך 5 שנים מיום תחילת חוק.

## המשך הליכי חקיקה

הליכי החקיקה עדיין בפנינו. אנו בהסתדרות הפסיכולוגים מגבשים דעתנו ועמדתנו כיצד להגיב ואיזה תיקונים בהצעת החוק לדרוש. אין אנו רואים בנוסח זה כנוסח סופי. נשמח לשמוע הערות ודעות של חברי הפ"י ונוסיף ונעדכן אתכם בעתיד.







“הפינה שלנו לעיניי הורות”  
סוגיות פסיכולוגיות אקטואליות בנושאי הורות

## הורות לנסיך והנסיכה המודרניים

אחד המרכיבים בהתפתחות העצמי המיני של ילדים וחשוב לתת להם את המרחב לעשות זאת. לפי הגישה הפסיכואנליטית, שמדגישה שינוי התפתחות ביחסים בין ההורים, הילדה רוצה לדמות לאימה ולכן תאמץ התנהגויות של אותו הורה, את גישתה ואת ערכיה. הילדה עושה הפשטה קוגניטיבית של המאפיינים היסודיים המגדירים את אימה כאישה. זהו חלק מתהליכי ההזדהות שהילדה עושה עם אימה והילד עושה עם אביו.

בגילאי הגן ילדים מראים הרבה התנהגויות טיפוסיות למינם – הבנים משחקים יותר מבנות במשחקי השתוללות, הילדות מתעניינות בתינוקות. בנות מעדיפות לשחק עם ילדה אחת בכל פעם ובנים נוטים יותר לשחק בקבוצה. מחקרים הראו שכאשר אמהות רואות הפרות של התנהגויות כ”לא יאות למיין”, הן הרבה יותר מקבלות את חציית הגבולות הזאת מאבות, במיוחד כאשר אבות רואים את בניהם משחקים בצעצועים “נשיים”. לכן, כאשר אמהות שומעות את בנותיהן, מדברות בלשון זכר עם חברותיהן הן נוטות יותר להתעלם ולא להעיר על כך. ההתפתחות של הזהות המינית נעשית, בנוסף, גם בשני רבדים נוספים. אחד מהם הוא אימוץ של התנהגות טיפוסית למיין.

אצל בנות בגיל הגן רואים כבר התנהגויות טיפוסיות למיין למכביר: השימוש בלשון נקבה לגבי עצמן ובנות אחרות הוא אחד מהדוגמאות הרבות, העדפת פינת הבובות, העדפה לשחק עם ילדה אחת או שתיים במשחקי הדמיון, התקשטויות, הקפדה על הסתרקויות וקוקיות ושמלות וכן הלאה, התנהגות עדינה, מודעת לרגשות הזולת. הסטריאוטיפים של בת וכן מוגשים לילדים מכיוון רבים – בגיל שנתיים-שלוש ההבנה של זכר ונקבה כבר קיימת במונח הפיזי, השיומי, דרך ההיכרות עם שיום אברי המין ושימת לב להבדלים בינם לבין המין השני. הסביבה מרעיפה עליהם סטריאוטיפים המועברים בצעצועים המוגשים להם, בצבעים של פרטי הלבוש, הסדין וכן הלאה. הסביבה מחזקת התנהגויות מגדריות התואמות את המיין. ייחוס וחיזוק של עדינות, טיפוליות, דאגנות, ויפוי אצל הבנות וחיזוק תכונות “בניות” של חוזק, הצלה, ספורט, חוכמה.

העלייה הניכרת בהבנה שמתרחשת בגיל הגן באשר להבדלי המין ניכרת בעובדה שברוב משחקיהם, הילדים משחקים עם בני מינם, וזה אינו מקרי. ילדים יודעים שהם בנים או

עליו לגבי כיצד הורים עוזרים לילדיהם לפתח את זהותם המינית, עדיין בתוקף? מה הם האתגרים שעומדים כיום בפני ההורים, כאשר הם מגדלים בן או בת?

בפולמוס הנציח – גנטיקה מול סביבה, חוקרים נתונים עדיין במחלוקת, סביב השאלה, עד כמה ההבדלים בין בנים לבנות הם מולדים, או מהווים תוצאה של ציפיות של הסביבה? ד”ר גון גרי מתאר את ההבדלים המוחיים בין גברים לנשים ומסביר כיצד הם משפיעים על התנהגויותיהם בזוגיות. על בסיס תיאוריות אלה הוא נתן את הדימוי של גברים ממאדים ונשים מנוגה. מחקר דרמטי שנעשה בילדים קטנים, מדגים את ההבדל בין בנים לבנות. בניסוי נתבקשו אימהות להיכנס לחדר, בו ישב כבר בנם הקטן, כקיר זכוכית הפריד ביניהם. הנסיינים הורו לאימהות לעמוד בהבעת פנים ניטראלית. תוצאות הניסוי הראו שבנים הראו דכוך והתחילו לזחול לעבר אימותיהם ולנסות להפיל או לטפס על הקיר. בנות לעומת זאת, הראו דכוך, אך במקום לזחול, יצרו קשר עין עם אימותיהן וקראו להן. כלומר, הבנים הביעו את רגשותיהם באמצעות פעולה והבנות בצורה מילולית.

אמיליה פרוני סוקרת את הידוע לנו על התפתחות הזהות המינית מצד הספרות הקלאסית. התוקפנות בספרות הקלאסית, תמיד מתוארת מצד הגבר ובמיוחד ביחסי אב-בן. למשל, במיתוס של דדלוס, המיתוס של אדיפוס, הספור התנכי על עקדת יצחק. בספרות הפסיכואנליטית, ראו למשל אצל וויניקוט, מלאני קליין ואחרים, התוקפנות נחקרת כחלק מיחסים כלליים בין התינוק לאימו. עבור חוקרים פסיכואנליטיים מודרניים, כמו Samuels (1993) למשל, התוקפנות – החלק הגברי, נחקרה לא רק אצל האב והבן, אלא גם כמרכיב גברי אצל הבת ולהפך.

בסביבה שעוברת שינויים של הגדרות מגדריות, גם המישור התיאורטי משתנה. אם בשנות השישים אריקסון דיבר על יוזמה גברית (עשייה) לעומת יוזמה נשית (קליטה), כיום ההסתכלות התיאורטית שלנו הרבה יותר גמישה. מכיוון שקצרה היריעה מלהביא את כל הידע הקיים, סיכמתי כמה הבנות מרכזיות.

### ניצני הזהות המינית בגילאי 2-5:

המיין הוא נושא מרכזי בהתפתחות של ילדים והוא ממלא תפקיד מפתח, באופן בו מאורגנת האישיות והעולם שבו הילד מתנסה. בניית המחויבות הרגשית של הילד והילדה כלפי זהותן המינית, היא

כתבה וערכה איריס ברנט



פסיכולוגית התפתחותית ומטפלת משפחתית, קליניקה לטיפול בילד ובמשפחה – מרכזת צוות הפי” לנושא הורים. הצוות מייצג את הפי” במועצה הציבורית הורים בישראל, הפועל לקידום מדיניות בנושא הורים ולהעלאת המודעות של נושא ההורות.

החברה המודרנית עוברת שינויים ונתונה במצב מעבר, שבין המסורתי לפוסט-מודרני. נורמות לגבי גבריות ונשיות שהיו מקובלות בשנות החמישים, כבר לא תקפות להיום. כתוצאה מכך, בימינו החינוך הוא כביכול “ניטראלי מבחינה מגדרית”, אך הורים בחברה הישראלית נעים על הרצף באופן לא אחיד, גם בהורותם כלפי אותו הילד. אפשר לראות שנורמות ברורות שהנחו פעם את ההורים כיצד להתייחס לילדיהם במצבים שונים, כוחן היריסטי פג. כאשר שואלים הורים, האם יש להם יחס שונה כלפי בנותיהם לעומת כלפי בניהם, לוקח להם זמן להשיב על כך. ישנם הורים שבאופן מוצהר רוצים חינוך אנטי-מגדרי, כאלה שרוצים חינוך ניטראלי וכאלה שמאד חשובה להם הבהירות המגדרית. ישנם הורים שמשתדלים לא להכניס משחקי אלימות כמו אקדחים וחרבות לביתם. ישנם הורים שלא מעודדים עדינות יתר אצל בנותיהם. לעומת זאת, יש הורים שדווקא מקצינים את הסטריאוטיפים הנשיים והגבריים, למשל בהלבשת בנות בגיל הגן בבגדים יותר מידי נשיים.

בתחום המגדרי עברה החברה שינויים רבים, המהפכה הפמיניסטית ויצאת הנשים לעבודה עדכנו שוב ושוב את הנושא המגדרי. תכונות גבריות כביכול, כדוגמת אסרטיביות, כבר לא נתפסות כשייכות לבנים בלבד. ולהפך, תכונות “נשיות” כמו ביטוי רגשות, כבר הוכללו גם לבנים. איך הדברים באים לידי ביטוי בהורות המודרנית? האם הידע שחונכנו





בנות, הם יודעים שאלה קטגוריות של בני-אדם והם רואים עצמם כשייכים לקטגוריה זו ולא לאחרת. התנהגות זו מכשירה את ההבחנה הנוקשה יותר, האופיינית לגיל בית הספר בין בנים לבנות. יותר מכך, ממחקרים אנו יודעים שבגיל הגן, קיימת כבר תחושה עמוקה של קביעות המין, כלומר הילדה יודעת שמינה לא ישתנה, גם אם היא תסתפר קצר, או תדבר בלשון זכר וכן הלאה. יחד עם זאת, יש לציון כי DC-0-3RD, שמופיע אחרי DC-0-3, החליטו להוציא את הקטגוריה של Gender Identity Disorders, מאחר ולא מצאו הוכחות מוצקות להבחנה משמעותית בשנים הראשונות.

הגדרת קטגוריה של הפרעה בזהות מינית התבצעה כנראה כעניין פוליטי, מאחר והייתה קשורה להסתכלות על הומו-סקסואליות כהפרעה ולא כבחירה לגיטימית. לגבי היכולת לנבא הומו-סקסואליות, אנה פרויד, בשנות ה-70 כתבה בספרה "תקינות ופתולוגיה בילדות" שלא ניתן לנבא הומו-סקסואליות מתוך התנהגויות בגיל הילדות. בכלל, ההנחה בתורת הפסיכואנליזה היא שבמיניות ינקותית, ילדים מתקשרים התקשרות של ליבדו עם שני המינים. עם זאת, אנה פרויד כן סברה שניתן לראות קווי אורך מהמבוגר לינקות כאשר בודקים זאת בדיעבד. היא ציינה כמה מאפיינים כאלה של קווי התפתחות – אחד מהם הוא כאשר יש יחסי שגאה קיצוניים עם בן אותו המין, למשל, הבן ואביו. במקרה כזה חרדת הסירוס גדלה עוד יותר ונפגעת יכולת ההזדהות של הבן עם אביו. גם הפרזה באהבה ובתלות לגבי האם או האב או עוינות קיצונית לאחד מהם.

## התפתחות הזהות המינית בגילאי

5-12

מחקרים מראים כי במשחקי העמדת הפנים, בנים נוטים לבחור בתפקיד של גיבור ולהמציא מצבים דמיוניים, שבהם הם מעורבים במאבק צודק כלשהו או שבו הם נתונים בסכנה. כמעט בכל תרבות שנחקרה, בנים תוקפניים יותר מבנות במגרש המשחקים. בנים נוטים למשחק גופני ותחרותי. בנות לעומת זה, מראות התפתחות מוקדמת יותר של השפה ואיתה גם יכולות רגשיות להבעה.

## החלק של הסביבה:

כאשר החינוך הוא מגדרי, מאפשרים לבנים לעמוד על שלהם, להיות בוטים וקולניים ופוטרים זאת באמירות "ככה זה אצל בנים". כאשר החינוך אינו מגדרי יש שתי אפשרויות – או שמצפים גם מהבנים לפתור בעיות בדרך לא אלימה, או שמאפשרים גם לבנות להיות בוטות ואסרטיביות ותוקפניות.

## הבעה רגשית:

מחקרים מראים שבנות מפותחות יותר רגשית מבנים. הן גם חשופות יותר ללחצים בנושא הדימוי הגופני. הן נוטות יותר לדיאטות בגיל היסודי ובגיל ההתבגרות הן נוטות יותר לפתח הפרעות אכילה.

## החלק של הסביבה:

הן בנים והן בנות יכולים לקבל מסר שחשוב שיביעו את רגשותיהם והסביבה מכבדת ומעוניינת לדעת מה הם חשים. ונהפוך הוא, הן בנים והן בנות יכולים לקבל מסר שעליהם לדכא את רגשותיהם. כאשר בנים ובנות לומדים מהסביבה לדכא את רגשותיהם ו"להיות קשוחים", הם נוטים להתבטא יותר בצורה גופנית. בעבר, זו הייתה הבחנה מגדרית, אך כיום זו הבחנה של סגנון ההורים.

## פעילות גופנית:

בניגוד לעבר, כיום גם בנים וגם בנות מקבלים עידוד לעסוק בפעילות גופנית. עדיין, בנים מכוונים לענפי ספורט מסורתיים של כדורגל, כדורסל ואומנויות לחימה והם עוסקים בכך שעות רבות יותר גם בצפייה וגם במשחק פעיל.

## משחקים:

אבות, יותר מאמהות, פחות סובלניים למשחקים של בנים ב"משחקי בנות". כאשר אב רואה את בנו בגיל הגן או התחלת היסודי משחק בבובות, מעדיף "צבעי בנות" הוא הרבה יותר נלחץ מהאימא וזו גם סיבה שהורים פונים בגללה ליעוץ.

## הצלחה בלימודים:

מחקרים מראים שמורים מעודדים יותר בנים להצלחה בלימודים. כאשר בן מצליח, הדבר מיוחס לכישרונו. כאשר בת מצליחה, הדבר מיוחס לשקדנותה. כאשר בן נכשל, הדבר מיוחס לדברים שאינם תלויים בו וכאשר בת נכשלת הדבר מיוחס לה. בנים יותר מצליחים במתמטיקה, זאת למרות שגם בנות שיכולות להצליח באותה המידה. ההסבר לכך הוא העידוד והצפיפות של הסביבה.

## הבחירה בחינוך לא מגדרי:

יש משפחות שמשתדלות להתייחס לבנות ובנים באופן דומה, ללא קשר למינם, אך סוג כזה לא יכול להתכחש להבדלים מולדים בין הילדים. בכך, קיים החשש שלא לתת הכרה לטווח רגשות שהוא חלק מהצורך של הילד. השלכה נוספת של עמדה זו מתבטאת באופני המשחק של אב עם בנו. בשנות ה-80 חקר רוס את הנושא של תפקיד האב (Ross, 1986) ומצא שאבות מעורבים באופני אינטראקציה יותר חודרניים, בעיקר מוטוריים. Samuels (1993), שחקר את

התוקפנות במשחקי אב ובן, הראה כיצד המשחק לרוחב הספקטרום האגרסיבי, עוזר לבן ללמוד את היכולת להמיר תוקפנות, לתוקפנות לא הרסנית. במובן זה חשוב, שהורה גם אם אינו מעריך משחקי "בנים", ישחק בכל משחק אחר עם בנו. לעיתים קורה שהורה שמחזיק בעמדה אנטי-מגדרית כזו, לא מפתח משחק משותף עם בנו. היתרון הוא, שזה עוזר להורים ולילדים לזהות תכונות אנושיות וערכים רצויים מבחינה אוניברסאלית, שאותם ירצו לקדם. כמו כן, זה מאפשר לכל אחד מהמינים לקחת חלק במלוא טווח החוויות האנושיות.

הורה שבוחר בדרך לא מגדרית צריך גם לזכור שעדיין הסביבה – חברים ומשפחה מתייחסת באופן שונה לבנים ובנות. כמו כן, דרך המדיה – תוכניות טלביזיה, מגזינים, ספרים וצעצועים, הילדים מקבלים מסרים סטריאוטיפיים כיצד בנים ובנות אמורים להראות, להתלבש, להתנהג. כל הדברים הללו בונים את עיצוב הילד כאדם בוגר ואת ציפיותיו מעצמו. לכן רצוי שהורים יהיו מודעים לסוגיות האלה ולהשפעות השונות על התפתחות זהותם המינית של ילדיהם.

## ביבליוגרפיה:

אנה פרויד (1992) תקינות ופתולוגיה בילדות. הערכות על ההתפתחות. הוצאה לאור דביר

אמיליה פרוני (2002) המשחק, מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר. פרק 7: משחק בין אב לבן. הוצאת ידיעות אחרונות.

ג'ון גריי (1999) מאדים ונוגה יחדיו לנצח. כישורי זוגיות לאהבה ארוכת ימים. הוצאת אור-עם.

אלן סרוף (2004) רוברט קופר וגאני דהארט. התפתחות הילד טבעה ומהלכה. כך א. הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

Ross, J.M (1986) Beyond the Phallic illusion. In: G.I. Fogel, F.M Lane & R.S Liebert (Eds). The Psychological of men, Psychoanalytic perspective. New-York. Yale Univ Press & Basic Books INC.

Samuels, A., (1993) The political psyche. London & New-York Routledge

<http://www.zerotothree.org/child-development/early-childhood-mental-health/dc-o-3revision.html>



## דני כפרי – מנכ"ל הפ"י

## פסיכולוג מומחה בפסיכולוגיה חברתית תעסוקתית

## התנדבות

\* ועד החטיבה – במקומות בהם אני נמצא אני משתדל להיות במקום של השפעה ושיפור. לוועד החטיבה החברתית תעסוקתית הגעתי בשלב הראשון מתוך רצון לשפר את רמת הכנסים שנעשו עד אז על-ידי גורם חיצוני. התחושה של הוועד הייתה שניתן לקבל יותר בעבור אותה תמורה.

ועד החטיבה, תוך מאמץ משותף ושיתוף פעולה הדוק, ארגן בעצמו כנס חטיבה למופת, עשיר מכל בחינה ובעלות נמוכה יותר. זה נתן תחושת סיפוק רבה, וכמו כן ניסיון רב בתחום של ארגון והפקת כנסים, ניסיון מועיל ביותר בתפקידי כמנכ"ל, זאת בהתייחס להבנה הארגונית בהפקת כנסים ובארגון ימי-עיון. החברות בוועד נמשכה מס' שנים. בשל מגבלות זמן, עיקר העיסוק בוועד היה בהפקת הכנסים השנתיים, ארגון יום עיון, ועוד. חשוב לי לציין כי לכנס השנתי יש משקל רב באינטגרציה המקצועית בין חברי החטיבה ושמירה על הקשר עם הפ"י.

\* במסגרת לימודי בבית ספר לפסיכותרפיה, נדרשנו לפרקטיקום. נפל בחלקי לעבוד **בתחנה לבריאות הנפש במרפאות החוץ בבית חולים רמב"ם בחיפה**. הפרקטיקום שהיה אמור להימשך שנה, נמשך בהתנדבות כחמש שנים. טיפולתי במספר מטופלים מורכבים במשך מספר שנים רצופות, טיפול ארוך מהמקובל בתחנות אלה. התנסות זו הייתה מרתקת מבחינת ההבנה של תחום הטיפול הנפשי. אין ספק גם שניסיון זה נמצא כמשמעותי ביותר עבורי בהבנת מכלול התחומים בפסיכולוגיה, ובעבודה המקצועית בכלל.

\* מקום נוסף בו התנדבתי במשך מס' שנים היה **ער"ן**. במסגרת זו הנחתי קבוצת מתנדבים שנפגשה אחת לחודש.

מחפש בצילום את הקומפוזיציה הייחודית, האסתטיקה, נקודת המבט והסיפור האישי. לאחרונה מתפתח תחום הפוטותרפיה – טיפול באמצעות צילום, תחום מרתק לדעתי, מקווה שאוכל להשתלב בו בעתיד.

\* שיט יאכטות – הוצאתי רישיון משיט (סקיפר) בין-לאומי לפני מס' שנים. הכיף הגדול הוא לשכור יאכטה בחו"ל, להפליג בין האיים ולתור את המקומות דרך עגינה בנמלים ובמפרצים השונים, לחזות בים המשתנה ללא הרף או לשכב על הסיפון בלילה, עוגן במפרץ קסום, פנים לשמיים זרועי כוכבים, מעורסל בתנודות הים. אם יש דבר הנקרא גן עדן, בחוויה שלי, זה הדבר הקרוב ביותר לכך.

\* ציור – לפני מספר חודשים, ומבלי שעסקתי בכך קודם, התחלתי ללמוד בקורס לציור, דבר שאני מוצא בו עניין רב. יש משהו ממכר בהשתקעות הטוטאלית בציור ובחוויה התרפויטית המלווה אותו. אבי ז"ל עסק בציור, ועם פטירתה של אימי השנה, כנראה שהשתחרר דבר מה שאיפשר וציווה משהו בנוגע לעיסוק זה. יש גם משהו מרגש לצייר בצבעים ובמכחולים שהשאיר אבי. משפחתי מופתעת כל פעם מחדש מהתוצאות, לא מבינה היכן הסתתר כל השנים זה שלפעמים מצייר עכשיו, מהיכן באה היכולת. האמת שגם לי זה לא מובן.

\* קריאה – עד כמה שאפשר. אני סקרן לדעת ולהבין בתחומים רבים, ומבחינה זו, זה אף פעם לא מספיק.

\* בישול – לפעמים, ובעיקר פירות ים, בלי מרשמים, כמו ביצירה, לנסות ליצור ולגלות את התבשיל הנכון, ועם קצת יין לבן וחברה טובה...



עורכת: שרית ארנון-לרנר

## רקע אישי

בן 58, גר בחיפה, נשוי לאביבה, נטורופתית בהכשרתה ובעיסוקה + שלושה: הבת הגדולה – טל, עו"ד + תואר שני במינהל עסקים, נשואה ואם למאיה בת שנתיים-ילדה מדהימה!, עופרי- לומדת חינוך יצירתי לגיל הרך בסמינר הקיבוצים ועמית – הנמצא בתחילת מסלול ביחידה מובחרת בצבא.

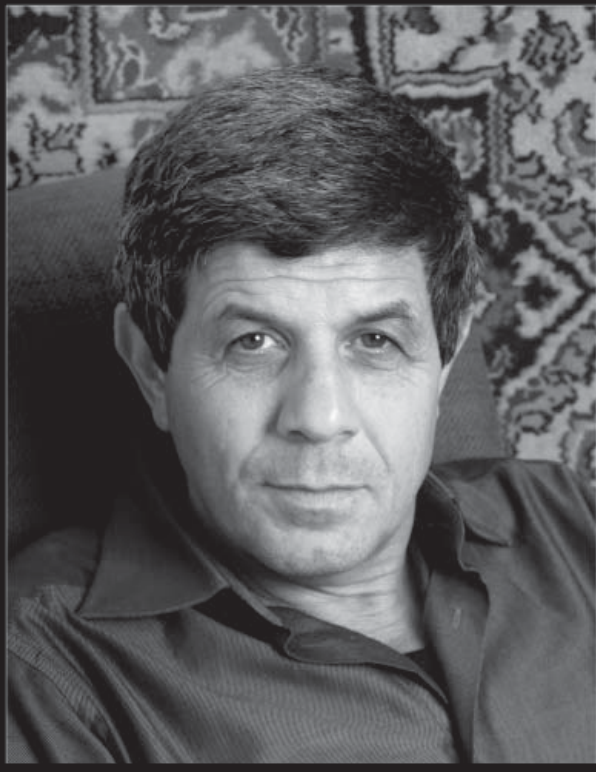
גדל בחולון, בית ספר תיכון "קוגל" במגמה ריאלית, חניך תנועת השומר הצעיר משך מספר שנים.

שירות צבאי בהנדסה קרבית/ימית, יחידה שעסקה בגישור על מכשולים ימיים, כולל התעלה במלחמת יום כיפור. תפקיד אחרון במילואים – סמג"ד. בנוסף, פסיכולוג ביח' פסיכולוגיה אוגדתית.

דובר ארבע שפות – עברית, אנגלית, צרפתית ויוונית.

## התחביבים שלי

\* צילום – עוסק בכך עוד מילדות, וברמות שונות של אינטנסיביות, בהתאם לתקופות ולזמן הפנוי. מצלם בעיקר נופים, טבע, אנשים ואת בני המשפחה. אין ספק שכיום הנכדה זוכה להעדפה בולטת. מצלם גם במסגרת קבוצת צלמים היוצאים למפגשי צילום באתרים שונים.



### נקודות ציון בקריירה המקצועית

הייתי רוצה לציין מספר תחנות בדרך: כמה שנים לאחר התואר הראשון, ומתוך רצון למצות במידה גדולה יותר את החלק ההרפתקני, יצאתי לשליחות במשך 3 שנים **כקב"ט ספנות ביוון**. המפגש הבלתי אמצעי עם תרבות אחרת, האחריות והמעמד כנציג רשמי של מדינת ישראל, ההתחככות עם שולי העולם הגדול – כל אלה היו חוויה והתנסות לחיים.

**מעבר משכיר לעצמאי** – עבדתי בחברת צים במשך 17 שנה. מקום עבודה טוב והגון. אני חייב לו רבות. בשלב מסוים הרגשתי כי האפשרות להתפתחות מקצועית כפסיכולוג ארגוני, מוגבלת. בסיטואציה המתאימה עזבתי והתחלתי לעבוד כיועץ ארגוני עצמאי, בדרך כלל משלב בין עבודה חלקית, אך קבועה יחסית במקום אחד, לבין עבודות משתנות בארגונים שונים. שילוב זה, מלבד ביטחון כלכלי מסוים, אפשר לי גם להתנסות בעצמי בתחומים בהם שמשתי גם כיועץ. בכלל, אני אוהב מאד לעסוק בעבודת שטח, להיות במקום שפועל, אך מתוך תפיסת עולם מקצועית ובדרך כלל אנושית ותומכת יותר.

במהלך השנים בהם עבדתי כיועץ עצמאי, מצאתי עצמי עובד הרבה **בחברה הקיבוצית**, הן כמנהל משאבי אנוש בקיבוצים, והן כמלווה תהליכי משכור, שינוי והפרטה. זוהי עבודה מרתקת. לתהליכי השינוי שעוברים על החברה הקיבוצית אין דומה בארגונים אחרים. כאשר ארגון מסחרי רגיל עובר שינוי, הדבר נוגע בדרך-כלל רק לחלק מהעובדים ומשפיע על חלק מחייהם. השינוי בקיבוצים משפיע על מכלול החיים מהבחינה החברתית, הכלכלית ועוד. ליכולת הפסיכולוגית להיות אמפאטי לקשיים העוברים על הקיבוץ וחבריו, יחד עם מקצועיות ורגישות, יש יתרון גדול. כאן, כמו במקומות רבים נוספים מצאתי את

מטרת המפגשים הייתה לסייע למתנדבים בהתמודדותם המורכבת בעבודת ההתנדבות בער"ן. פעמים רבות חווים מתנדבים אלה תחושות של ניצול מצד הפונים, תסכול, עצב ועוד. ההנחיה הקבוצתית באה לסייע להם בהתמודדות זו, יחד עם יצירת תהליכי תמיכה וחשיפה בקבוצה עצמה גם כן. מסיבות ארגוניות הסתיימה התנדבות זו לפני זמן קצר.

### רקע מקצועי

בעל תואר שני בפסיכולוגיה תעסוקתית תעשייתית, אוניברסיטת חיפה משנת '89 ותואר ראשון בפסיכולוגיה וסוציולוגיה משנת '79. בנוסף בעל הכשרות בהנחיית קבוצות, במסגרת לימודי המשך של החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה משנת '91, וכן לימודי פסיכותרפיה במסגרת הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה משנת 2001. את ההתמחות עשה בתחום של פסיכולוגיה חברתית-תעסוקתית.

עבודת התיזה עסקה בקשר בין דפוסי התקשרות לבין עבודה, המאופיינת בהיעדרויות רבות מן הבית. המחקר נערך על ימאים בציי הסוחר הישראלי, נבדקים בוגרים, בסביבת עבודה לא שגרתית, תוך התייחסות להלימה מקצועית ומאפייני אישיות. כל אלו הפכו את המחקר לעבודה ייחודית שנלמדה שנים רבות במגמה התעסוקתית באוניברסיטת חיפה.

דני הוא בעל ניסיון ניהולי מגוון כמנהל משאבי אנוש וכיועץ ארגוני, תוך התנסות בעבודה בארגונים וביצוע פרויקטים מורכבים. את דרכו המקצועית החל בשנת '85 בחברת צים במחלקת ארגון ושיטות ומשאבי אנוש, ומשנת '89, כממונה כ"א ימי, תוך ניהול כ"א ימי של שתי יחידות ספנות ברמה פרטנית, צוותית ומערכתית כולל פיתוח, הכשרה הדרכה, ושיפור תהליכים. תפקיד זה ביצע כ-7 שנים. לאחר סיום העבודה בחברת צים, התוודע לחברה הקיבוצית, בד-בבד עם עבודה עצמאית כיועץ ארגוני בחברות ומפעלים.

ב-12 השנים הבאות שימש במשרה חלקית מנהל משאבי-אנוש במספר קיבוצים ובמפעל בצפון, תוך אחריות על העסקת עובדים, קביעת תקנים, ביצוע מהלכי ייעול וארגון, פיתוח ארגוני, גיוס, מיון וקליטת עובדים, ייעוץ למנהלים, וביצוע תהליכי שינוי. במקביל עבד כיועץ עצמאי בייעוץ ארגוני במפעלים, חברות וארגונים שונים, ניהול וביצוע תהליכי מיון ואבחון, ייעוץ והכוון תעסוקתי.

בתפקידו האחרון שימש כשנתיים מנהל משאבי אנוש במספנות ישראל ובתוך כך שימש חבר הנהלה, עם אחריות על טיפול בהסכמי שכר, הסכמים קיבוציים, עבודה מול ועד עובדים, אחריות על גיוס ומיון, הדרכה, תגמול עובדים, תהליכי ייעול ושינוי ארגוני, תהליכי הערכה ומשוב, ייעוץ וליווי מנהלים בארגון, התווית מדיניות וביצוע פרויקטים בתחום הרווחה, אחריות על משק, תחבורה וביטחון.

החל מ-1.8.11 מכהן בחצי משרה בתפקיד החדש מנכ"ל הפי"ן, במקביל עובד כמנהל משאבי אנוש במפעל וכיועץ ארגוני עצמאי.





קטנים כגדולים הנארגים יחד לתוצר משמעותי כולל. מבחינה זו לגודל הארגון יש משמעות קריטית בהתייחס ליכולת השגת היעדים ומכאן הקריאה להצטרף להפ"י ולשכנע פסיכולוגים נוספים להצטרף גם הם.

אני שומע פסיכולוגים האומרים – קודם תעשו ותוכיחו ואחר כך נצטרף. מצד שני, אם לא יצטרפו לא נוכל להוכיח. לתפיסתי, צריך להתקדם במקביל, גם לעשות ומהר, וגם להאמין ולתרום.

כמשל למצב, אני אוהב את הקטע מהספר "עליסה מבעד למראה". בשלב מסוים, עליסה רצה עם המלכה האדומה, מהר ככל שיכלו, אבל שמה לב שהן למעשה עומדות במקום. אומרת עליסה: "בארצנו, היית מגיעה, בדרך כלל, למקום אחר לו רצת מהר מאד והרבה זמן כמו שרצנו". "איזו ארץ איטית" ענתה המלכה, "כאן לעומת זאת, עליך לרוץ הכי מהר שאת יכולה, כדי להישאר באותו המקום. אם את רוצה להגיע למקום אחר, את צריכה לרוץ לפחות פי שניים יותר מהר". "... זהו משל מדהים בעוצמתו, מתאים למצבים רבים ובהחלט משקף גם העשייה הנדרשת בהתייחס למצבה של הפ"י.

#### יום עבודה טיפוסי

קשה לתאר יום עבודה טיפוסי כי אין באמת כזה. התפקיד חדש והוא ביצירה. יש לו פן אדמיניסטרטיבי – ניהול המשד, ניהול כספי העמותה, פיקוח ושיפור הגביה ועוד. אבל ברובו משתנה בהתאם ליעדים ולתוכנית העבודה: פיתוח והפקה של ימי-עיון על-חטיבתיים, סיוע בהשתלמויות חטיבתיות, מפגשים עם פסיכולוגים, על-מנת להבין מה ניתן לשפר בהתמודדות של הפ"י, הערכות לקראת פתיחת הסכמי השכר בסוף שנת 2012, ועוד ועוד. קיים צד ריאקטיבי, מתן תשובה לשינויים ולצרכים המשתנים, וצד פרואקטיבי, יוזמה לפעולה חדשה ושונה.

אני מוצא בתפקיד עניין רב וגם סוג מסוים של שליחות. החלק הקשה הוא ההתמודדות באדישות, בסקפטיות ובמלחמות הפנימיות שבין הפסיכולוגים. אבל אני מאמין שאפשר. יש התחלה של תוצאות כבר עכשיו וזה ילך ויגבר בעתיד.

התועלת הרבה בלימודי הפסיכותרפיה. כל אלה עושים את העבודה למורכבת, בעלת אתגר ומספקת מאד.

החברה הקיבוצית עדיין שוויונית במידה רבה, פערי השכר מתונים ואינם 'חזיריים' כפי שהדבר קורה בחברות רבות במשק הישראלי. עדין אפשר להיתקל שם במנהלים המבקשים שלא לעלות את שכרם. זה יפה, זה תואם לתפיסתי החברתית, ויש לנו הרבה מה ללמוד.

#### תפקיד מנכ"ל הפ"י:

המטרה בתפקיד זה היא לחזק את מעמדה של הפ"י כארגון מוביל בייצוג ציבור הפסיכולוגים בישראל בכל הבחינות הרלוונטיות: חקיקה מתאימה, תנאי העסקה, השתלמות והעשרה מקצועית, ייצוג הפסיכולוגיה והפסיכולוגים בציבור ועוד. יש להגיע לכך שהחברות בהפ"י תהיה מובנת מאליה לכל פסיכולוג, כמו חברות של עורכי הדין בלשכת עורכי הדין או של הרופאים בהר"י.

על-מנת להגיע לכך נכונה לנו עבודה רבה. בראש ובראשונה עלינו לאחד שורות ולהקטין את הפיצולים והסכסוכים הפנימיים, המחלישים את כוחם של הפסיכולוגים. יש להגדיל את מספר החברים בהפ"י על מנת להגדיל את כוח הייצוג ואפשרויות הפעולה.

יש צורך להשקיע עבודה רבה בשיפור תנאי עבודתם והתמחותם של הפסיכולוגים במקומות העבודה השונים אם באמצעות הסתדרות המח"ר ואם בדרכים אחרות.

יש צורך להיות עם יד על הדופק, בכל נושאי הרפורמה בבריאות הנפש ולוודא שלא תיפגע רמת הטיפול ולא יפגעו זכויות המטופלים והמטפלים. לסייע בכל דרך ראויה למתמחים הנאבקים לתנאי הכשרה ראויים, להגדיל את מספר ימי העיון וההכשרות העל-חטיבתיות והחטיבתיות. להגביר את הקשר עם כלל הפסיכולוגים ולהיות תמיד עם אצבע על הדופק מבחינת הבנת הצורך הנדרש לפעולה. יש להשקיע מאמץ בייצוג הולם של הפסיכולוגיה והפסיכולוגים בתהליכי החקיקה השונים, בתקשורת ובציבור בכלל.

אני סבור שכל פסיכולוג אמור להיות גם שגריר לפסיכולוגיה ולציבור הפסיכולוגים. התוצר הסופי מורכב מהרבה הישגים,

**המלצות על פסיכולוגים מעניינים/ואו בעלי תפקיד מעניין  
ניתן להעביר במייל**

**לשרית ארנון לרנר**

**sarit.arnon@gmail.com**







## תכנית ההשלמה לפסיכולוגיה קלינית

נפתחת ההרשמה למחזור י', ב-15 במרץ 2012

**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-31 במאי 2012**

השלמה לפסיכולוגיה קלינית

התוכנית 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\*

פרטים וטפסי הרשמה בכתובת: <http://freud.tau.ac.il/hashlama>  
 לברורים נוספים ניתן לפנות לגל גורן, רכזת אדמיניסטרטיבית, טל: 03-6407353, פקס: 03-6409547  
 דוא"ל: [hashlama@freud.tau.ac.il](mailto: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](http://go.tau.ac.il)

**מכון אדלר**

המכון ע"ש אלפרד אדלר בישראל  
 במחוז הירושלמי, יפו, רח' הירוקה 10, תל אביב 6101

**יום חמישי, 1.3 בשעה 19:00**

במכון אדלר, רח' הר סיני 15, הרצליה.

### בתכנית

- הרצאה: "אבני דרך - לחיים עם ערך" מיכאלה צמח
- הכרות עם תכניות הלימוד וייעוץ אישי למתעניינים
- הקפה עלינו...

ההרשמה מראש, הכניסה חינם

להרשמה: מעיין 09-9511160

[maayan@m-adler.com](mailto:maayan@m-adler.com)

פטור מדמי הרישום לנרשמים במפגש!!

## מכון אדלר שמח להזמין אותך לערב הכרות עם תכניות הלימודים

### המדרשה למקצועות ההנחייה:

- הנחיית קבוצות - הורים, זוגיות, הגיל השלישי
- מנחה משפחה - הדרכת הורים פרטנית
- ייעוץ ארגוני אדלריאני

### המדרשה למקצועות הטיפול:

- המסלול לטיפול משפחתי חוגי
- התוכנית להסמכה בהדרכת הורים לאנשי טיפול

[www.facebook.com/adlerins](http://www.facebook.com/adlerins)

[www.machon-adler.co.il](http://www.machon-adler.co.il)





# הבנק של עובדי המדינה עם הטבות לכל המדינה!

## רק בבנק יהב:

מצטרפים עכשיו, מפקידים משכורת  
חודשית של 5,000 ₪ ומעלה ומקבלים:

- חשבון ללא עמלות עו"ש!
- הלוואה של עד 80,000 ₪ לשמונה שנים!
- מענק של עד 3,500 ₪ למקבלי ההלוואה!

פתוח  
לכולם

**בנק יהב**   
הכי משתלם בשבילך

להצטרפות: \*2617  
[www.bank-yahav.co.il](http://www.bank-yahav.co.il) 

ההלוואה בריבית "פריים" + 2.7%. במידה שהלווה לא יעמוד בתנאי ההלוואה, יידרש החזר יחסי של המענק. כל האמור בפרסום זה, לרבות מתן האשראי, הביטחונות, ודמי הטיפול נכון למועד הפרסום, וכפוף להוראות הדין, לנהלי ולתנאי הבנק ולאישורו. הבנק רשאי לשנות את התנאים בכל עת.