

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

# פסיכואקטואליה

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



פברואר  
2014



מיון עובדים בעלי לקות:

10 האם הנטל על המעסיק הפך כבד מדי? עדנה רבנו

22 'הטיפול המנוהל' והרפורמה בבריאות הנפש  
גיל צבי

39 הכל או לא כלום: שתיקה אל מול משחקי מילים  
יוחאי עתריה

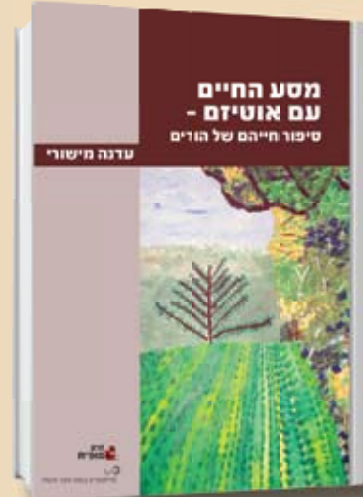
47 על הבדידות: סקירת ממצאים מחקריים  
ליטל גליק, שרון זיו ביימן

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל | חברה באיגוד הבינלאומי למדע הפסיכולוגיה

# ממדף הספרים של מכון מופ"ת:



**"רק באינטרנט אני יכולה לשתף במה שעובר עלי"**  
סיוע נפשי בסביבה מקוונת | יצחק גילת



**מסע החיים עם אוטיזם - סיפור חייהם של הורים**  
עדנה מישורי



**סימני דרך לשילוב בריא של הילד החולה**  
על שילובם של ילדים חולים במחלות כרוניות קשות במערכת החינוך | יוספה איזנברג



**כל צבעי הנפש**  
טיפול באמנות בילדים המתנהגים בתוקפנות | עדנה ניסימוב-נחום

את הספרים ניתן לרכוש בטלפון: 03-6901428  
או בכתובת האתר:  
[www.mofet.macam.ac.il/catalog](http://www.mofet.macam.ac.il/catalog)



בית ספר לחינוך ולפיתוח חכמות  
באמצעות ענפי חינוך וחינוך בסכנות

## חברות המערכת

יוכי בן-נון



טלפון: 054-4807441

דוא"ל: jnennun@netvision.net.il

צילה טנא



טלפון: 054-7933195, טלפקס: 09-9566711

דוא"ל: tene\_a@macam.ac.il

נחמה רפאלי



טלפון: 054-3976394

דוא"ל: nechamaraph@gmail.com

איריס ברנט



טלפון: 054-6876801

דוא"ל: berenti@012.net.il

שרית ארנון-לרנר



טלפון: 050-7446484

דוא"ל: sarit.arnon@gmail.com

יו"ר הפ"י - ד"ר יוכי בן-נון

מנכ"ל הפ"י - מר דני כפרי

טל' 03-5239393 פקס: 03-5230763

ת.ד. 3361 רמת גן, מיקוד 5213601

דוא"ל: psycho@zahav.net.il

עריכה לשונית: אסתי אשכול

עיצוב ועריכה גרפית: 'יעלצ'יק', לינוי יורק, ניו יורק

פרסום והפקה: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ

רחוב יהודה לוי 92, תל-אביב 6527510

newyork@bezeqint.net www.newyork-newyork.co.il

## דבר המערכת

שלום חברים,

שנה אזרחית חדשה והנה עוד חוברת של 'פסיכואקטואליה' מונחת על שולחנכם. רצף הפעילות של הפ"י ממשיך, אך זו הזדמנות לעצור לרגע ולאחל לכם, לכולנו, שנה נוספת של פעילות אישית וארגונית ענפה, שנה של בריאות, הנאה ועשייה מקצועית פורייה, שנה של גשש, המשך צמיחה בארגון והרחבת התרומה למען רווחת החברים.

הפ"י עסוק לאחרונה בכמה נושאים מרכזיים: הקשר עם המח"ר, לקראת פתיחת הסכמי השכר בסוף השנה; תקנון אבחון לקווים למידה שעומד להיכנס לתוקף וכרגע, בניסוחו הנוכחי, פוגע בעמדה המקצועית של הפסיכולוגים. בעזרת עו"ד אברהמי, היועץ המשפטי של הפ"י, אנו נאבקים בכל אשר לנו לשינוי המצב; וכמובן ישנה הרפורמה בבריאות הנפש והשלכותיה על הפסיכולוגים במערכת הבריאות, כולל הפסיכולוגים השיקומיים והרפואיים.

והעיקר, בקרוב מאד תסתיים הקדנציה של כהונת יו"ר הפ"י והוועד המרכזי. אנו תקווה שההשתתפות בבחירות תהיה ערה וכי ייבחר יו"ר חדש וועד ראוי, שיזרימו דם צעיר וחם בעורקי הארגון ויצעידו אותו קדימה. לשם כך חשובה מעורבותו של כל חבר בארגון, בעשייה של כל אחד במקומו, בתגובות ובהצעות לייעול ושיפור. אם לא תשמיעו קולכם, לא תהיו.

קריאה מעניינת ומועילה,

המערכת

## תוכן עניינים

דבר המערכת

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

3

חדשות החטיבות

4

משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך  
חוה פרידמן

7

משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך  
ימימה גולדברג

9

מיון עובדים בעלי לקות:

האם הנטל על המעסיק הפך כבד מדי? עדנה רבנו

10

התערבות קבוצתית בחולות בתסמונת פיברומיאלגיה  
במכון לרפואת כאב

ארי פופלינגר, ציקי אדלר, סיימון וולפסון, ליאת אריאל

14

DSM והמחלוקת: מדריך לפסיכולוג הנבון  
גיל צבי

18

'הטיפול המנוהל' והרפורמה בבריאות הנפש  
גיל צבי

22

מודל 'הראי הכפול': טיפול על פי האתיקה  
היהודית-חסידית קארן לרנר

29

פסיכולוגיה משפטית בישראל: מגמות התפתחות  
משה זכי

36

הכל או לא כלום: שתיקה אל מול משחקי מילים  
יוחאי עתריה

39

על הבדידות: סקירת ממצאים מחקריים  
ליטל גליק, שרון זיו ביימן

47

עיונים בפסיכולוגיה משפטית: ביטול חזקת הגיל הרך  
והמגמה לשינוי החוק הנוכחי של טובת הילד  
משה זכי

52

על הורות לילדים לקויי למידה וקשיי קשב וריכוז  
מינקות ועד בגרות צילה טנא

56

ייעוץ משפטי: טיפול פסיכולוגי בקטין לשם  
שמירה על שלומו הגופני והנפשי  
ראובן בבד'לנוב

58

פינת ההורות: קול קורא: נציגות הפ"י  
במועצה הציבורית להורים בישראל  
איריס ברנט

60

ספרים רבותיי, ספרים  
יוכי בן-נון

62

פרופיל אישי: נעמי פיטליק  
שרית ארנון-לרנר

64

ייעוץ מס: המלצות והבהרות לקראת  
תום שנת המס 2013  
אריה דן, רו"ח הפ"י

66

המודעות המתפרסמות בעיתון 'פסיכואקטואליה' הן באחריות המפרסמים בלבד. מערכת העיתון אינה אחראית בכל צורה שהיא לתכנים המפורסמים. קוראינו המעוניינים להגיש מאמר, להגיב או לספר על חוויותיהם המקצועיות, מוזמנים לפנות למערכת או לערוכת.



## דבר החטיבה החינוכית

הפיגור בהקדם. מתנהלים דיונים עם קרן שתכיר בסמינר ותשתתף בהחזרים. כרגע אין עדיין החלטה. נעדכן ברגע שנדע. אני פונה אליכם שוב בקריאה להתנדב ולהציע מועמדות לוועד החטיבה ולוועד המרכזי של הפ"י. הנציגות שלנו חשובה. שתהיה לכולנו שנה חדשה מעניינת ומספקת,

בברכה,

ציפי חייקין, יו"ר

החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית

בסמינר עצמו התקיימו 40 סדנאות מרתקות, מהן יצאו המנחים והמשתתפים בעיניים נוצצות של התאהבות הדדית, מה שניכר אחר כך גם במשובים שהתקבלו. ריגשה מאד את החברים להקת נערים אוטיסטים מקרית ביאליק שהופיעה בערב בשירה מדהימה. לא נשארה עין יבשה. מה ששימח מאד הייתה ההשתתפות הערה של פסיכולוגים צעירים, סקרנים ומאתגרים שהדגימו את יכולותיהם גם ברחבת הדיסקו... אנו מסכמים את הסמינר בסופוק וכבר חושבים על השנה הבאה.

● **גמול השתלמות:** בנושא זה יש עיכוב, כי נציגת המעסיקים בוועד פרשה ועדיין לא נבחר נציג אחר. מקווה שנדביק את

## שלום חברים,

הסערה הגדולה של תחילת דצמבר לא דחקה את מקומו של הסמינר השנתי שלנו, שהתנהל ללא שום תקלות. כל המנחים והמשתתפים הצליחו לפרוץ את כל המחסומים ולהגיע לטבריה, שקיבלה את פנינו עם שמים כחולים ושמש זורחת, מה שהשפיע מאד על מצב הרוח הטוב. קדם הסמינר, שעסק בנושא העבודה הפסיכולוגית במגזר החרדי ואורגן מטעם הפורום בשפ"י בניהולה של נעמי ספיר, היה מעניין ומלמד ונרשמו לו מספר המשתתפים הרב מכל הקדמים עד כה, ובערב צחקנו יחד עם קובי אריאלי, בעיקר על עצמנו.

## דבר החטיבה הקלינית

ויצא ממנה. היתרונות של יחידה נפרדת, קטנה יותר, עם צוות מיומן ומכוון לבעיה הספציפית שלהן הוא ברור, אך אין לי ספק שמטופלים אחרים היו יכולים ליהנות מאותה היערכות לבעיות ספציפיות שלהם. ניכר היה שהמסר של הנפגעות ושל מרכזי הסיוע הוא שנפגעת מינית אינה שייכת לאוכלוסיה הפסיכיאטרית גם כשהיא חווה משברים מתמשכים המצריכים אשפוז. התחושה הלא נוחה שלי התעוררה בעקבות הלחץ להבחין קלינית, פיזית ומגדרית בין נפגעות מינית לבין שאר בני האדם שסובלים מבעיה נפשית. הרי זה מורכב. מה יעשו עם מי שסבלה מהתעללות מינית מתמשכת בילדות שיצרה טראומה מורכבת ובינתיים התפתחה גם הפרעת אישיות קשה, או הפרעת אכילה, או דיכאון מג'ורי? באיזה מחלקה יאשפוז אותה? הכללית או המגדרית? מה עוד, שחלק מהנשים שפיתחו "קריירה פסיכיאטרית" מגלות בשלבים מתקדמים בחייהם שהן סבלו בילדותן מהתעללות מינית שככל הנראה השפיעה על התפרצות המחלה או ההפרעה הנפשית שהן פיתחו במהלך חייהן. האם אותן נשים יוכלו לעבור ממחלקה אחת לשנייה? ובתקציב דל זו שאלה של עדיפויות, שאלה של כוח פוליטי להשפיע

חוויה קשה בפני עצמה, הפוגעת בטיפול, בתחושת הביטחון ובאמון של הנפגעת במערכת הטיפולית.

דיונים בכנסת אינם נוטים להיות מעמיקים. הוועדות נוטות להזמין כל ארגון הקשור לנושא מתוך ידיעה ברורה שקוצר הזמן לא יאפשר לכולם להתבטא. נכחתי כבר בכמה דיונים בכנסת ותמיד ראיתי את המלחמה של המשתתפים על תשומת לב היו"ר. האפשרות שיתנהל דיאלוג בין הקולות השונים בדיון הוא קלוש ביותר. במקום דיאלוג בין הדוברים יש הצהרות, עמדות, תלונות והתגוננות, מה שגורם לדיון להיות שטחי. לא פעם אני שואל את עצמי לשם מה מזמינים את הסתדרות הפסיכולוגים אם ממילא אין זמן לחשוב במהלך הדיון.

בכל זאת, בדחק, הבעתי עמדה תומכת בדרישתן של הנפגעות ומרכזי הסיוע. אולם בתוכי חשבתי לעצמי שהנושא לא כל כך פשוט. התמונה שהציגו הדוברות השונות על מחלקות פסיכיאטריות קשה לא רק עבור נפגעות תקיפה מינית. ההלם שבמפגש עם אנשים הסובלים מבעיות נפשיות ומתאשפים בגלל התפרצות של סימפטומים יכול לחוות גם אדם דיכאוני וגם אדם שעבר התפרצות פסיכוטית

## שלום לפסיכולוגים הקליניים,

לפנינו כמה נושאים:

● **דיון בוועדה לקידום מעמד האשה בכנסת:** בסוף אקטובר נכחתי בדיון שהתקיים בוועדה לקידום מעמד האשה בכנסת, שעסק בהקמת יחידות ייעודיות לאשפוז פסיכיאטרי לנפגעות תקיפה מינית. בין הדוברות היו כמה נשים אמיצות שבאו להעיד על חוויות מזעזעות שעברו במחלקות פסיכיאטריות, בעת אשפוזן שם בעבר. העדות הקשה והקיצונית שבהן הייתה על אונס נוסף שהתרחש בין כתלי המחלקה הפסיכיאטרית, אך גם תיאורים יותר "מינוריים", כמו חשיפה לצוררות מינית של מטופלים גברים, הערות סקסיסטיות של פסיכיאטרים ועוד, שהותירו את הרושם שהאשפוז עצמו יכול להיות טראומטי ולהעצים תחושות קשות הנובעות מטראומה מינית.

בצד החוויות הקשות הן סיפרו גם על תהליך ארוך וקשה של שיקום נפשי המצריך פסיכותרפיה ארוכת טווח, ועל אנשי צוות במחלקות הפסיכיאטריות שהצילו את נפשן השבירה. אולם טענתן המרכזית נותרה שעצם האשפוז של נפגעות מינית יחד עם כלל המטופלים הפסיכיאטרים, ובמיוחד עם מטופלים גברים, יכולה להיות

מכאן, ששילוב של מנחים מגישות שונות בכנס אחד נועד גם לשדר ניסיון לראות מה קורה כשמדברים בשפות שונות למטרות משותפות.

החטיבה הקלינית נקטה עמדה במאבק הציבורי שהתחולל בשנים האחרונות ברמה הפוליטית ונאבקת שהתשתית הפסיכודינמית תהיה בסיס לפסיכולוג הקליני, ולא בחירה מבין הגישות השונות. חלק מהמנחים מתנגדים לעמדה זו של החטיבה הקלינית ברמה הציבורית, אך מוכנים לשתף פעולה ברמה המקצועית. ייתכן שחלוקה זו בין הפוליטי למקצועי אינה ממש ברורה ומוחלטת, אך אנו מנסים ליצור דיאלוג בכל מיני זירות מתוך הבנה שזהות הפסיכולוג הקליני וזהות המרכיבים של הפסיכותרפיה בארץ עוברים בתקופה זו שינויים.

אני מקווה שכנס זה יעורר ניסיונות נוספים להפגיש אנשי מקצוע מגישות שונות, ולבדוק ביתר שאת את היכולת לעשות אינטגרציה בין הגישות השונות על פני פיצול.

● **בחירות לועד החטיבה ולועד המרכזי:** ההרשמה לבחירות של ועד החטיבה הקלינית ושל נציגי הקליניים בוועד המרכזי של הפ"י עדיין פתוחה, ואני מבקש לעודד את מי שמהסס להציג עצמו לתפקיד. אצל רבים בוודאי חולפת מחשבה שלפעול במסגרת החטיבה יכול להיות חוויה מעניינת ומספקת, אך בצד מחשבה זו קיים החשש שמא התנדבות זו תיקח מכס זמן רב שאין לכם. לא אכחד, עבודה זו דורשת זמן, אך אפשר להקדיש לה זמן מוקצב שאינו פוגע בפרנסה ובמשפחה ועדיין לעשות הרבה. אנו זקוקים לאנשים חושבים, יצירתיים, בעלי יוזמה ורצון לתרום לכלל.

**עמוס ספיבק,**

יו"ר החטיבה הקלינית

בפסיכותרפיה. בעינינו הפיתוחים של מושגים אלה והמשגות נוספות שנוצרו במהלך השנים לא שינו באופן מהותי את הכלי הטיפולי, אך בהחלט השפיעו בצורה חדשנית ומתמשכת על החשיבה של המטפל ובכך שינו את אופי הטיפול.

המטרה של כנס זה אינה ליצור תחרות בין גישות שונות באופיין וגם לא ליצור אינטגרציה ביניהן. המטרה היא לאפשר לבאי הכנס לחוות חוויות שונות שיש בהן הסתכלות רחבה על מה שקורה בזירה הטיפולית כיום. גם בכנס הפסיכולוגים הקליניים בגינוסר, שהחטיבה הקלינית שותפה לו, יש מגוון רחב של גישות וזרמים המיוצגים בקבוצות עבודה שונות, אולם המשתתף בוחר אחת מהן ונמצא בה לאורך כל ימי הכנס. בכנס זה יש אפשרות למשתתפים לחוות תנועה בין גישות השונות בהמשגות, תפיסת האדם ושיטת הטיפול שלהן. ייתכן שתנועה זו תהיה חוויה מלמדת וייתכן שתהיה מבלבלת... נחכה ונראה. החשיבה על תנועה בין גישות נבעה בין השאר משיחות שקיימתי עם הרבה פסיכולוגים קליניים שקיבלו תשתית פסיכודינמית במהלך ההתמחות שלהם בארץ, ועכשיו מנסים לשלב על תשתית זו ידע וכלים מגישות שמחוץ לזרם הפסיכואנאליטי.

כמו כן, בעוד שבזירה הפוליטית, קרי הזירה של קביעת תכני הלימודים ואופי ההכשרה של הפסיכולוג הקליני העתידי, עדיין מתרחש מאבק על תכני הלימוד, על הנפח שתתפוס הגישה הפסיכודינמית מול גישות אחרות, וקיים פיצול מסוים בין תומכי הגישות השונות, הרי שבזירה המקצועית, בשירות הציבורי ובבתי ספר לפסיכותרפיה מתחילים להיווצר ניצוצות של שיתופי פעולה וניסיונות לשלב היצע של גישות שונות וכלים שונים לטיפול.

ושאלה על חשבון מי השינוי יתרחש. אם יש תוספת תקציב, ניחא, אך אם השינוי הוא במסגרת התקציב, אז מה ההשלכות של מהלך כזה על שאר המאושפזים?

● **יום עיון בנושא התקשרות:** בנובמבר האחרון התקיים יום העיון השני של החטיבה הקלינית. פרופ' חיים עומר, שפיתח ב-15 השנים האחרונות גישה לבניית הסמכות ההורית, תיאר בהרצאה מרתקת כיצד מושגים מסוימים מתיאוריית ההתקשרות, כגון הצורך בחום, אמפתיה, הכלה וחופש, טופחו במהלך שנות השישים של המאה הקודמת, בעוד שמושגים אחרים, כגון "חוף מבטחים", "עוגן הורי" או "חוסן הורי" נזנחו ופגעו בסמכות ההורית. הרצאתו הייתה פתיח לשאר ההרצאות, שהראו את ההשפעה הרבה של תיאוריית ההתקשרות על מגוון רחב של יישומיים ישראלים: במחקר (הרצאתו של פרופ' מריו מיקולינסר), בטיפול דיאדי (הרצאתו של ד"ר חנה קמינר), בהכשרה של גננות לזיהוי מוקדם של ילדים המועדים לפתח בעיות התנהגותיות (הרצאתו של פרופ' יואל אליצור) ובהדרכת הורים (הרצאתו של פרופ' חיים עומר).

שוב אני מודה לכל המרצים שתרמו מהידע והזמן שלהם ללא תמורה כספית, לפרופ' גילי גולדצוויג ממכללת תל אביב על תרומת האולם בפעם השנייה, ליוכי בן נון ודני כפרי מהנהלת הפ"י על הגיבוי והתמיכה ליוזמה זו של החטיבה הקלינית, ולהילה ונחמה, מזכירות הפ"י, על העזרה בארגון.

● **כנס מגמות חדשניות בפסיכותרפיה:** בקרוב נפרסם כנס בן יומיים של החטיבה הקלינית בשיתוף בית הספר החדש לפסיכותרפיה. הכנס יפתח בהרצאה וייסגר בהצגת מקרה, אולם החלק הארי שלו יורכב מסדנאות, בהן יציגו מנחים מגישות שונות שיטות, מושגים ופיתוחים של זרמים שונים בפסיכותרפיה. רוב המנחים יציגו שיטות טיפול שהתפתחו מהזרם הקוגניטיבי-התנהגותי או הזרם האינטגרטיבי. קיימות שלל שיטות חדשות שהתפתחו בעולם והגיעו לארץ דרך ישראלים שלמדו בחול וחזרו ארצה. היה חשוב לנו בחטיבה הקלינית לתת להם ביטוי, אך גם לנסות ולשלב בכנס זה מנחים מהזרם הפסיכואנאליטי. העובדה שזרם זה נשאר עם אותו שם ועוסק במושגים שפותחו בראשית המאה הקודמת עדיין לא אומרת שאין לפסיכואנאליזה מה לתרום בכנס שעוסק במגמות חדשניות





## דבר החטיבה ההתפתחותית

בוועד החטיבה מעניינת ומאתגרת, נותנת הזדמנות, כר לחשיבה ולקשר עם אנשי מקצוע רבים ומהווה גשר וקשר אל הוועדה המקצועית. אני רואה קשר זה כחשוב ביותר, היות שהוא מהווה חיבור בלתי אמצעי בינינו, בין השטח למשרד הבריאות ובין השטח לאינסטנציה הקובעת את הסטנדרטים המקצועיים שלנו. כולנו - חברי הוועד, נציגינו בוועד המרכזי של הפ"י ובוועדה המקצועית וכן נציגינו במועצת הפסיכולוגים, עושים עבודתם בהתנדבות ומקדישים ממרצם וזמנם, אולם אין ערוך לחשיבות עבודתו של ועד החטיבה. בואו, הצטרפו וקחו חלק בעשייה, בחשיבה ובתרומה.

**בברכה,**

**תמי מאיר, יו"ר,**

**חויית שליטר, עידן וייסמן, יעל מולכו-דורות, דורית חכם ואירית קלינגר**

עם אנשי צוות אחרים העובדים לצדנו ולוקחים חלק בטיפול המערכתי והכולל בילד ומשפחתו.

עבודת צוות היא נר לרגלי הפסיכולוג ההתפתחותי. העבודה הטיפולית לוקחת בחשבון את מכלול הקשיים של הילד ודורשת מלבד יצירתיות, מקצועיות וידע גם רמת גמישות גבוהה וקשיבות, תוך התאמה של תכנית הטיפול לקשייו ההתפתחותיים הספציפיים של כל ילד המגיע לפתחנו והתאמה למשפחתו המיוחדת, למשאביה וכוחותיה.

הנני קוראת לכם להירשם בהמוניכם לכנס ומצפה יחד עם כל חברי הוועד לראותכם. דבר חשוב נוסף: על מנת להמשיך את העשייה ואף להרחיבה לתחומים נוספים, ועד החטיבה זקוק לחברים שיבואו ויצטרפו ויתנו כתף, כדי שהחטיבה שלנו תמשיך ותוכל להיות משמעותית הן בתוך עצמה והן כלפי הפ"י ושאר החטיבות. הפעילות

## לחברי החטיבה שלום רב,

הכנס שלנו ממשמש ובא ואנו מצפים לו בהתרגשות רבה. הנושא המרכזי בכנס, "ילדים מורכבים", עלה מתוך בקשות וצורך של רבים מחברי החטיבה וכן מתוך שאלוני המשלב של הכנס הקודם, לשוב ל"מקורותינו" בעבודה במכונים וביחידות ההתפתחותיות. אנו, כפסיכולוגים התפתחותיים, מתמודדים עם מורכבות המעגנת בתוכה תשלובת של קשיים התפתחותיים משמעותיים על כל גוניהם, קשיים רגשיים ומשפחתיים והתמודדות עם הסביבה, מערכת החינוך והקהילה. עלינו לטפל בילדים המאתגרים אותנו ומאלצים אותנו להיות יצירתיים, ולהשתמש בארגז כלים רב-גוני המכיל אפשרויות טיפול רבות ושונות, לפתוח את עצמנו לאפשרויות תרופוטיות מאסכולות שונות, לנסות למצוא פתרונות טיפוליים לא שגרתיים וכן להכיר, לעבוד ולשתף פעולה

## דבר החטיבה הרפואית

תחום הפסיכולוגיה הרפואית בארץ. אנו תקווה כי עם כניסתנו לתפקיד נצליח להמשיך במינוף האינטרסים הציבוריים והמקצועיים של החטיבה הרפואית בתוך הפ"י ושל הפסיכולוגיה הרפואית בארץ בכלל. חשוב לנו להיות בקשר אישי ורציף עם כל אחד ואחת מכם, ולצורך כך יצרנו רשימת כתובות דוא"ל של אנשי החטיבה, דרכה נעביר דיווח על פועלנו ונוכל לקבל את פניותיכם בכל הנוגע לקידום העיסוק המתפתח שלנו. הנה הכתובת:

baraksl@bezeqint.net

נשמח אם תפנו אלינו בכל עניין, שאלה ובקשה בתחום.

פרופ' תלמה קושניר, נציגת הפסיכולוגיה הרפואית בוועד המרכזי של הפ"י, מסיימת החודש את תפקידה. אנו מברכים אותה על פועלה, בתקווה כי נושא הלפיד שאחריה ימשיך לייצג את החטיבה הרפואית ולקדם את תחום עיסוקנו בפורום החלטות חשוב זה. בתקווה לשיתוף פעולה ועבודה פורייה,

**חברי הוועד לפסיכולוגיה רפואית**

**ברק סלוצקר (יו"ר), רותי יבור,**

**נטלי מלמד-שמעון, פטריסיה מן-בוטבול**

הפ"י מהחטיבות השונות עם הפסיכיאטר הראשי של קופ"ח מכבי ועם קופ"ח כללית, לדיון בכניסה של מקצועות בריאות הנפש לרפואה הראשונית.

הוועד היוצא ניסה ליזום כנס ראשון בפסיכולוגיה רפואית, כפי שנהוג בשאר החטיבות, אך לצערנו נראה שאין אנו בשלים עדיין למהלך מעין זה. גייסנו מרצים, תיאמנו מקום לכנס, אך בשל מיעוט נרשמים התוכנית לא יצאה לפועל.

אנו תקווה כי רותי, פטי, נטלי וברק, חברי הוועד הנכנסים, ימשיכו ואף יקדמו פרויקטים שהתחלנו בהם, ואף יזמו פרויקטים חדשים שיקדמו את התחום למען כולנו.

יישר כוח לוועד החדש, ואנו מודים לכל חברי הוועד היוצא על שלוש שנים של פעילות ציבורית מהנה ומתגמלת.

**ד"ר עירית חרותי, אורן להק**

**וד"ר נועה ברק, יו"ר הוועד היוצא**

## לחברי החטיבה הרפואית שלום,

לאחרונה נבחרנו לשמש כחברים בוועד החטיבה הרפואית בהפ"י וברצוננו להודות תחילה לחברי הוועד היוצא - ד"ר נועה ברק, עירית חרותי ואורן להק, שבמשך ארבע השנים האחרונות פעלו למען קידום

## שלום חברים,

בימים אלה אנו מסיימים קדנציה של שלוש שנים בוועד החטיבה הרפואית בהפ"י. במהלך תקופה זו נפגשנו באופן סדיר, שוחחנו והעלינו רעיונות לקידום התחום הצעיר שלנו ובין השאר הצלחנו לצרף אנשי אקדמיה בכירים שנמנע מהם עד כה להצטרף להפ"י ולחטיבה הרפואית. לאחר מהלך מול הפ"י נקבע כי אנשי אקדמיה יוכלו להצטרף במעמד של חבר שאינו מומחה. בעקבות זאת הצטרפו אלינו פרופ' שושי שילה, ד"ר אפרת נטר ופרופ' יעל בנימיני, ואנו מקווים שרבים וטובים ילכו בעקבותיהן ויצטרפו להפ"י ולחטיבה הרפואית.

כמוכן, הוועד היוצא יזם יום עיון בנושא אבחון והערכה בתחום הפסיכולוגיה הרפואית. יום עיון זה היה מוצלח והואולם היה מלא במתמחים, מומחים ומדריכים שיחד ניסו להגדיר מהו תהליך האבחון הראוי לתחום, ומהם כלי האבחון שיש לעשות בהם שימוש בסטיגה הרפואי הייחודי לעבודתנו.

בין שאר פעילויותינו נפגשנו עם הנהלות קופות החולים השונות במטרה לקדם את הפסיכולוגיה הרפואית ברפואה הראשונית. יש עוד הרבה מה לעשות בתחום זה. במהלך דצמבר נפגשו נציגי



# השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי



## הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך, חוה פרידמן

בישראל נהוגה רגולציה של שידורי הטלוויזיה באמצעות שלושה גורמים: רשות השידור, הממונה על שידורי הטלוויזיה בערוץ הראשון; הרשות השנייה, הקובעת כללים החלים על שידורי ערוץ 2 וערוץ 10; מועצת הכבלים והלוויין במשרד התקשורת, שהחלטותיה חלות על שידורי ערוצי הכבלים והלוויין. כיום ההוראות והכללים שקבעו גופים אלה אינם עוסקים בהשתתפות של ילדים בתוכניות טלוויזיה בכלל ובתוכניות ריאליטי בפרט. לקראת הדיון ערך מרכז המחקר והמידע של הכנסת סקר לבחינת עמדות הציבור בנושא השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי. הסקר בוצע מטעם מכון 'מאגר מוחות' ב-25-27 לאוקטובר 2010, בקרב 517 משיבים המייצגים את האוכלוסיה הבורגית בישראל. הסקר מצא כי 35% ממשיבים צפו בתוכנית ריאליטי בהשתתפות ילדים ב-12 החודשים שקדמו לעריכת הסקר. לפי ממצאי הסקר, 48% מהמשיבים מתנגדים להשתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי ו-21% תומכים בהשתתפות ילדים בתוכניות אלו. מבין ההורים 51% מתנגדים להשתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי ו-21% תומכים בכך (1). בשאלה זאת נתבקשו המשיבים להגדיר את עמדתם כלפי השתתפות ילדים

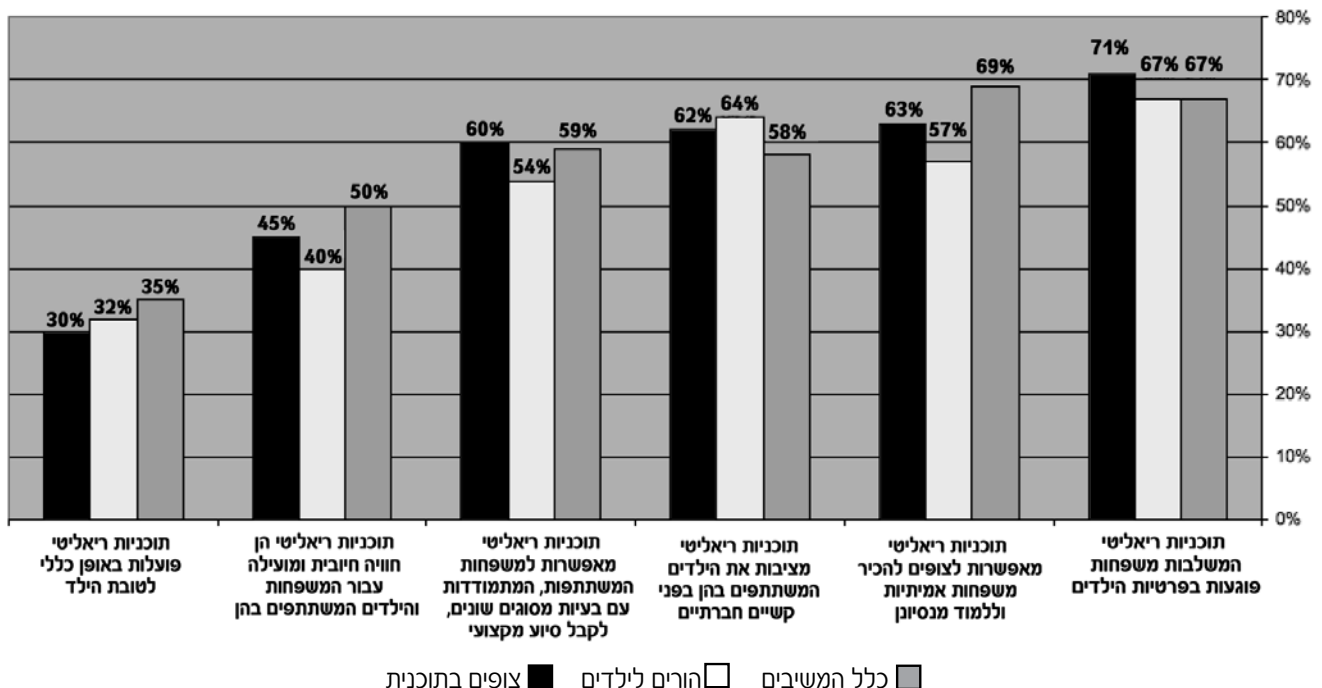
צפויים להשתתף. טיוטת האמנה המסדירה את השתתפותם של ילדים עד גיל 16 בתוכניות טלוויזיה, באמצעות כללים מקיפים הנוגעים לכל שלבי ההפקה ומגינה על ילדים מפני כל פגיעה פיזית או רגשית, טרם הובאה לשימוע ציבורי. בבדיקה שערך מרכז המחקר והמידע בנוגע ל-11 מדינות, בהן אוסטרליה, ארה"ב, בלגיה, בריטניה, גרמניה, הונגריה, ניו-זילנד, צרפת, קנדה, קרואטיה ורומניה, נמצא כי יש בהן הגנה כלשהי על ילדים המשתתפים בתוכניות ריאליטי. במרבית המדינות הגנה זו ניתנת באמצעות הגופים המסדירים את שידורי הטלוויזיה במדינה, הקובעים כללים להגנה על משתתפים בתוכניות ריאליטי או בתוכניות טלוויזיה בכלל. בכמה מדינות זכויותיהם של ילדים מוגנות באמצעות החוקים הנוגעים לעבודת ילדים ובני נוער בתעשיית הבידור. כמו כן נמצא, כי במדינות אחדות, דוגמת פנסיילבניה שבארה"ב, בולגריה והודו, התנהל בעת האחרונה דיון ציבורי על השתתפותם של ילדים בתוכניות ריאליטי, נדונו הצעות חוק המגבילות את השתתפותם ויש המלצות של גופים ממשלתיים להרחיב את ההגנה על זכויותיהם של ילדים מבחינה זו.

הוועדה לזכויות הילד קיימה בדצמבר האחרון ישיבה בנושא השתתפות ילדים ובני נוער בתוכניות ריאליטי. מדובר בנושא רגיש ורלוונטי, הראוי לקולה של הפסיכולוגיה של הילד. להלן מקצת מהדברים המופיעים בדו"ח מרכז המחקר והמידע של הכנסת, שנכתב בנובמבר 2010 והוצג בפני הוועדה:

### הגנה על ילדים המשתתפים בתוכניות ריאליטי: סקירה משווה וסקר עמדות הציבור

בישראל כיום אין הגנה על ילדים המשתתפים בתוכניות ריאליטי. לדבריהם של נציגי משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, לא ברור אם תקנות עבודת הנוער (העבדת ילד בהופעה או בפרסומת), התשנ"ט-1999, חלות על ילדים המשתתפים בתוכניות ריאליטי, והמשרד מעולם לא נדרש לנושא זה. הרשות השנייה מקדמת גיבוש עקרונות אתיים שיתנו הגנה כלשהי למשתתפים בתוכניות ריאליטי, ובהם ילדים, וכן אמנה המסדירה השתתפות ילדים בתוכניות טלוויזיה, ובכלל זה בתוכניות ריאליטי. יש לציין כי שלבי גיבוש העקרונות האתיים נמשכים כבר זמן רב ולא ברור מתי הם

שיעור המסכימים עם היגדים בנושא השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי



## אלה עיקרי הדברים מתוך דו"ח מרכז המחקר והמידע של הכנסת המופיע באתר הכנסת\*:

לבד מהטיעונים המוצגים בדו"ח בנוגע לפגיעה אפשרית בילדים ובמשפחות בעקבות השתתפות בתוכניות ריאליטי, הועלו בדיון בוועדת זכויות הילד טיעונים נוספים שחשבתו להביא פה בפני ציבור הפסיכולוגים:

- ההפרדה בין מציאות לבין תוכנית ריאליטי אינה ברורה בהכרח לרבים מהילדים ובני הנוער. השתתפות בתוכנית ריאליטי היא עבורם המציאות.
- ילדים ומשפחות אינם רשאים לסגת מההחלטה בדבר השתתפותם בתוכנית מרגע שהסתיימו הצילומים.
- משמעותה של ההשתתפות בתוכנית ריאליטי מתחזרת לא אחת לילדים רק לאחר שהם מתמודדים עם התגובות של הסביבה להשתתפותם. דוגמה לכך הובאה בוועדה על ידי נציגת מועצת תלמידים, שהדגישה את המשמעות שיש להשתתפות זו עבור בני נוער ותיארה את החוויה הקשה של חברתה שהשתתפה בתוכנית כשרונות תחרותיות. התגובות שקיבלה אותה נערה לאחר התוכנית בעקבות ההשתתפות זימנו לה חוויה רגשית קשה ומטלטלת.

• הפיתוי להשתתף בתוכניות ריאליטי עבור ילדים ובני נוער, עצום. נראה כי האקספוזיציה של הקיום האישי באמצעים וירטואליים רווחת: פייסבוק, טוויטר, וואטס-אפ והופעה טלוויזיונית. ילדים מזהים את החשיפה התקשורתית עם הנכחה והאדרה של הזהות שהם מייחלים ללבוש - להיות סלב.

- כפי שניתן ללמוד מהסקר שהוצג בדו"ח, 21% מההורים תופסים באופן חיובי את השתתפות ילדיהם בתוכניות ריאליטי. חלק מההורים מתקשים להבין את הנזקים הפוטנציאליים של השתתפות ילדים בתוכניות מסוג זה ויש בהם החווים האדרה אישית לנוכח השתתפות ילדם בתוכנית. מצב זה מקשה על הורים להגן על ילדיהם מפני נזקים אפשריים שנמנו קודם מכן.

עתה יש להתייחס לדימוי המרומז של הפסיכולוגיה, כפי שעולה מן האמנה המוצעת בנוגע להשתתפות ילדים בתוכניות טלוויזיה:

כי ההשתתפות עלולה לפגוע בילדים, בין השאר מהבחינות הבאות (2):

1. פגיעה בפרטיות הילדים וחשיפה של פרטים ומצבים אינטימיים בפני ציבור גדול, ובהם בני סביבתם הקרובה של המשתתפים, חברים לבית הספר וכו'.
2. הצגת הילדים בתוכניות ריאליטי במצבים קשים, רגשיים, מביכים ומשפילים. תוכנית כאלו נוטות להקציין מצבים של קונפליקט ולהציגן מחוץ להקשר שוב ושוב, והדבר עלול להעצים את הפגיעה הנגרמת לילדים המשתתפים בהן.
3. התרחשותן של סיטואציות קריטיות בחיי המשפחה אל מול מצלמות הטלוויזיה ומתוך מעורבות של צוות תוכנית ריאליטי עלולה לפגוע בשלבים חשובים בהתפתחותם של הילדים וביחסים בתוך המשפחה.



4. במקרים שבהם צוות תוכנית ריאליטי נותן ייעוץ למשפחה בהתמודדות עם מצבים, הייעוץ עלול שלא להתאים לבעיות שעמן המשפחה מתמודדת ולא לשמש פתרון מלא לטווח ארוך. כמו כן ייתכן כי שיקולים הקשורים בהפקת התוכנית יהיו כרוכים בייעוץ. הפופולריות של תוכניות מסוג זה עלולה להביא לכך שהורים יישמו עצות שניתנו בהן במקום לפנות לטיפול מקצועי.
5. לילדים אין יכולת לשקול את הסיכונים הכרוכים בהופעה בתוכניות ריאליטי כשהם מתבקשים לתת את הסכמתם להופיע. ההורים עלולים להציב שיקולים זרים לפני טובת ילדיהם.

עם זאת, עד כה לא נערך מחקר שבדק את ההשפעה בפועל של ההשתתפות בתוכניות מציאות על ילדים ומשפחות.

בתוכניות ריאליטי באמצעות סולם מ-1 עד 10. חלק מהמשיבים הביעו עמדות ביניים ולא סווגו כתומכים או כמתנגדים.

71% מסכימים כי השתתפות משפחות בתוכניות ריאליטי פוגעת בפרטיותם של ילדים: 62% סבורים כי השתתפות ילדים מציבה אותם בפני קשיים חברתיים ו-59% סבורים כי הדבר מזיק ליחסים בתוך המשפחה. 69% מסכימים כי הילדים המשתתפים נהנים מהפרסום הנלווה לכך; 63% סבורים כי השתתפות ילדים ומשפחות בתוכניות ריאליטי מאפשרת לצופים להכיר משפחות אמיתיות וללמוד מניסיוןן; 60% אומרים כי הדבר מאפשר למשפחות המשתתפות התמודדות עם בעיות מסוגים שונים וקבלת סיוע מקצועי; 45% סבורים כי השתתפות בתוכנית ריאליטי היא חוויה חיובית ומועילה עבור המשפחות והילדים המשתתפים בה ו-30% סבורים כי תוכניות אלו פועלות באופן כללי למען טובת הילד. שיעור ההסכמה עם היגדים אלה בקרב הורים מעיד כי הם חוששים יותר לפגיעה חברתית בילד ולפגיעה ביחסים בתוך המשפחה כתוצאה מההשתתפות בתוכנית, ושיעור נמוך מתוכם, יחסית לכלל הנסקרים, רואים בה חוויה חיובית ומהנה המועילה הן למשפחות והן לקהל הצופים.

בגרף שבעמוד הקודם מוצגות עמדות כלל המשיבים, ובהן מי שראו תוכניות ריאליטי בהשתתפות ילדים ומי שלא, עמדות מי שצפו בתוכניות

ריאליטי בהשתתפות ילדים בשנה האחרונה ועמדות הורים, בהם כאלה שראו תוכניות ריאליטי בהשתתפות ילדים וכאלה שלא.

מהגרף עולות התובנות הבאות:

81% מהמשיבים סבורים כי יש צורך להטיל מגבלות על השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי. הנשאלים ביקשו להביע את עמדתם ביחס למספר הגבלות אפשריות הקיימות במדינות שונות בעולם או מוצעות בהן. 66% מביניהם תומכים באיסור מוחלט על השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי. בנתון זה לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הורים לבין מי שאינם הורים. להלן פירוט מידת ההסכמה של המשיבים עם הגבלות מסוגים שונים:

- המבקרים את השתתפותם של ילדים ובני נוער בתוכניות ריאליטי מעלים חשש



"האמנה דורשת מצוות ההפקה להיעזר בליווי של פסיכולוגים במהלך ההפקה, בעת שידור התוכנית ועד שלושה חודשים לאחר השידור".

### שתי הטיות מרכזיות בנוגע להגנה על

**הילד עולות בנוגע למקומו של הפסיכולוג:**  
1. הראשונה היא, שנכוחותו של פסיכולוג במיין ילדים ובני נוער לתוכניות היא בבחינת מטריית הגנה אולטימטיבית. הציבור עלול לחשוב לאור עמדה זו, שמתקיים הליך מיון שמאתר ילדים חסינים מפני חוויות חיים שטרם התרחשו, שמי שעבר את המיון הפסיכולוגי חסין לכאורה מפני חוויות המציאות שתבוא לאחר החשיפה התקשורתית. המפגש בין השתתפות בתוכנית ריאליטי לבין מציאות החיים מתרחש עם החשיפה של הילד על גבי מסך הטלוויזיה בפני משפחתו,

חבריו, הילדים בבית הספר, הילדים בשכונה וכל סביבה אנושית אליה הוא משתייך. זהו השלב בו הילד או הנער מופיעים בדמות או תפקיד שהופקו עבורם. ליווי פסיכולוגי בכל שלב קודם אינו נושא פוטנציאל הגנה ממשי בפני קשיים או פגיעות רגשיות שעלולים להתרחש בשלב זה. יתרה מזאת, הילד עצמו אינו מסוגל במקרים רבים לדמות את השינויים שיתרחשו במציאות החדשה שלו ואת אופן ההתמודדות שלו עמם.  
2. הטיה שנייה בדימוי הפסיכולוגיה היא שמדובר במנגנון אינסטנט לתיקון נזקים נפשיים בקרב ילדים. כל צורך נפשי שיתעורר לכאורה בעקבות השתתפות בתוכנית ריאליטי יתוקן באמצעות טיפול פסיכולוגי קצר (עד שלושה חודשים) שיוקצה לילד או לנער. מקומה של המשפחה נפקד מדיון זה לחלוטין, בעוד שיש לה תפקיד קריטי בהקשר של סיכון ובהקשר של חוסן.

זה המקום לטעון, שאם ישנה הכרה בנזק הנפשי הפוטנציאלי, מדוע מתאפשרת חשיפת ילדים למצבים אלה. צודק מי שיטען שקיים קושי להרחיק ילדים ובני נוער מהמדיה התקשורתית עקב שינויים המתרחשים מזה מספר שנים במקומה החברתי. אלא שמדינות שונות בעולם נתנו דעתן לרגולציה הנדרשת לצורך הגנה על ילדים. עמדת משרד החינוך, כפי שהוצגה בוועדה, הייתה שיש למנוע השתתפות ילדים בתוכניות ריאליטי. עמדה זו הוצגה במצב העניינים הנוכחי, בו ההגנה מופקדת בשלב זה בידי רשות תקשורת.  
נראה כי דרוש דיון ציבורי משמעותי בהשתתפות גורמי בריאות נפש, נציגות של הורים, ילדים ושל התקשורת בכל הנוגע להגנה על ילדים ובני נוער באשר להשתתפות בתוכניות ריאליטי. הפסיכולוגיה של הילד מהווה גורם מרכזי וחשוב בדיון זה.

## על הפרק: תמונת מצב

משולחנה של

### הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך, ימימה גולדברג

בממשלה חוק זכויות תלמידים עם לקויות למידה במוסדות על תכנונים. החוק אושר בוועדת השרים לענייני חקיקה ב-18.11.13, ובמקביל להעברת החקיקה לאישור הכנסת נכתבות התקנות מכוח החוק. הצעת התקנות הועברה על ידי ליו"ר מועצת הפסיכולוגים וליו"ר הפ"י, בבקשה לשמוע את עמדותיהם והשגותיהם, שכן התקנות והחוק אינם עושים חסד, בלשון המעטה, עם המקצוע שלנו. זה הזמן להגיב ולהיאבק על מעמדנו המקצועי בתחום אבחון לקויות הלמידה.

- **מפגש פסגה ושיתוף פעולה:** לאחרונה התקיימה פגישה בין ליו"ר מועצת הפסיכולוגים, ליו"ר הפ"י, ובניו, בה נדונו נושאים העומדים על סדר יומם של הפסיכולוגים. אני רואה במפגש משולש זה חשיבות רבה, ומקווה שנמשיך לעבוד בשיתוף פעולה למען קידום המקצוע על הצד הטוב ביותר.

**בברכה ובתודה,  
ימימה גולדברג  
פסיכולוגית ארצית  
וממונה על רישוי פסיכולוגים**

2015, עושות קופות החולים כל מאמץ לפתוח מסגרות ומפראות חדשות באזורים בהם אין הן קיימות. קצב הפיתוח בתחום נמצא ראוי וטוב.

- **אבחון לצורך נשיאת נשק:** בהובלתה המבורכת של פרופ' רחל לוי שיף, ליו"ר מועצת הפסיכולוגים, אנו מקדמים מהלך של אבחון על ידי פסיכולוגים לצורך קבלת רשיון לנשיאת נשק. עניין זה מתבצע בתיאום בין משרד הבריאות והמשרד לבטחון פנים ויהווה חלק מהצעת חוק בנושא וחלק מהפחתת יכולת הנגישות לאמצעים קטלניים, המהווה גורם משמעותי במניעת התאבדות. מהלך זה מיחד את מקצוע הפסיכולוגיה כמוכשר לערוך אבחון מסוכנות - הישג מרשים לכולנו - לפרופ' רחל לוי שיף, למועצת הפסיכולוגים ולכל מי שסייע בידה.
- **התוכנית למניעת התאבדות:** זה המקום לידע ששרת הבריאות החליטה לקדם את התוכנית למניעת התאבדות, להפוך אותה לתוכנית לאומית ולהעלותה לדיון אל שולחן הממשלה. גם תוכנית זו ממצבת את מקצוע הפסיכולוגיה כבעל תרומה לחברה בכלל ולפרטים בסיכון בפרט.
- **אבחון לקויות למידה:** לדאבוננו אושר

### לציבור הפסיכולוגים שלום,

ראשית, עם כניסתה של 2014 אני מבקשת לאחל לכולנו שנת עבודה פורייה, מהנה מאתגרת.

ברצוני להביא לידיעתכם כמה נושאים:

- **מלגות התמחות:** מנכ"ל המשרד החליט כי משנת 2014 יוקצו למוסדות המוכרים מלגות התמחות על פי נוסחת הקצאה חדשה, שלוקחת בחשבון בראש ובראשונה את כוחות ההדרכה הקיימים בכל מוסד. ככל שיש יותר כוח הדרכה כך יזכה המוסד ביותר מילגאים. לצורך זה בוצע מיפוי של המוסדות המוכרים ונבדק פוטנציאל ההדרכה שלהם.
- במקביל, על כל מתמחה הזכאי למילגה יהיה להשיב על שאלון שיקנה לו ניקוד על פי פרמטרים מסוימים, כגון עבודה עם ילדים, עבודה בפריפריה, במגזר הערבי או החרדי, פרק הזמן שהוא ממתין לקבלת המילגה, הזמן שנותר לו לסיום ההתמחות וכו'. השיבוץ ומיקומו בתור ייעשה על פי הניקוד שייצבור. החלת הנוסחה: ינואר 2014.
- **הרפורמה בבריאות הנפש:** לקראת החלת הרפורמה, שתיכנס לתוקף ביולי



# מיון עובדים בעלי לקות: האם הנטל על המעסיק הפך כבד מדי?

עדנה רבנו, אהרון צינר\*

## הקדמה

הפרעת קשב והיפראקטיביות (Attention - Deficit - ADHD) ו-Hyperactivity Disorder) ולקויות למידה (Learning disorders) נמצאות במרכז השיח הציבורי מזה זמן, בעיקר בכל הקשור בהשתלבות המיטבית של ילדים הסובלים מהן במערכת החינוך. ADHD מוגדרת ב-DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual,) כהפרעה בעלת מאפיינים של חוסר קשב, פעלתנות יתר ואימפולסיביות. חשוב שבקביעת האבחנה תהיינה הוכחות

שהסימפטומים גורמים מאיכות חייו של המאובחן בתחומים שונים ביניהם תפקוד מקצועי. ההפרעה תורשתית במידה רבה, מאפיינת 10%-5 מאוכלוסיית ילדי בית הספר ואינה חולפת בבגרות.

לקויות הלמידה הן תבניות ספציפיות של חוזקות וחולשות קוגניטיביות, שבאופן מובחן משפיעות על התפתחות תחומי הישגים מסוימים (Kavale, Kauffman, Bachmeier & Lefever, 2008). בקרב בעלי לקויות אלו, מספר אופרציות קוגניטיביות עשויות להיות פגועות, כמו הבחנה בפרטים, אנליזה וסינתזה, זכירה וחשיבה לוגית; הן בתחום קלט חזותי ושמיעתי והן בתחום פלט של כתיבה, דיבור או שרטוט. בתקופות חיים שונות עשויים להתווסף

להפרעה הבסיסית תוצרי לוואי המתבטאים בקשיים רגשיים, חברתיים ואישיותיים שונים וכמו כן נרכשות אסטרטגיות למידה וטכניקות פיצוי מגוונות (שני ונבו, 2006). גם לקויות אלו הינן בעלות מרכיב תורשתי וממשיכות בבגרות ושכיחותן 15%-10 מהאוכלוסייה. עדיין אין שיטה אחידה סטנדרטית לאבחון לקויות למידה המקובלת על כל אנשי המקצוע העוסקים בתחום זה. בין התחומים המרכזיים הקשורים לתחום אבחון הפרעת לקות למידה ניתן למנות את הסוגיות הבאות: הגורמים להפרעה, סוגי לקויות הלמידה, ההגדרה של ההפרעה, מטרת האבחון ותכולת האבחון (שני ונבו, 2006).

## לקות למידה, ADHD והשתלבות בעולם העבודה

• **מצד המועסק:** לקויי הלמידה מקבלים שכר נמוך יותר (Doren, Lindstrom, Zane & Johnson, 2007) וסובלים משיעורי אבטלה גבוהים יותר לעומת מבוגרים ללא לקות זו (Doren et al, 2007; Vogel, Vogel, Sharoni & Dahan, 2003). לקויי למידה

נמצאים בסיכון יותר מאוכלוסייה רגילה מבחינת קשיי ההסתגלות שלהם (Sellars, 2002).

מבוגרים עם ליקויי למידה בכתיבה עלולים להתקשות במקום עבודה שבו נחוצה העברה רבה של מידע (Gerber, Price, Mulligan, Shessel, 2004).

תחומי עיסוק רבים מצריכים ביצוע פעילויות שגרתיות החוזרות על עצמן. אנשים עם הפרעת קשב וריכוז מתקשים לעתים לשמור על רציפות לאורך זמן ונוטים להשתעמם ולחפש אחר גירויים חדשים.

קושי נוסף הוא הנטייה לדחות משימות, שמקורה בקשיי הארגון והקשיים הרגשיים. בעיה זו היא לא פעם הנושא העיקרי המביא בסופו של דבר לידי פיטורין (דהן וצדוק, 2012). לקויות מסוימות מביאות לקשיים בתחום הבין-אישי המוביל לקשיים בעבודת צוות ועם עמיתים (Gerber et al., 2004).

יחד עם זאת, לבעלי הפרעת קשב והיפראקטיביות וללקויי למידה אחרים יש תכונות חיוביות שלא יסולאו בפז עבור מעסיק פוטנציאלי. לדוגמה יצירתיות ויזמות (דהן וצדוק, 2012). Hartmann (2000) רואה בעיסוק "צייד" אבטיפוס של בעלי הפרעות קשב והיפראקטיביות - היכולת להיות בתנועה, בערנות, בעמימות גבוהה ולהשיג תוצאות מהירות וברורות. מאפיינים אלה עשויים להיות בעלי ערך בעיסוקים רבים.

למרות זאת, באופן שכיח הסובלים מלקויות למידה והפרעת קשב מגיעים לבגרות עם מטען של כישלונות, תחושה של אי-התאמה ומבט לא אמפתי של הסביבה שהופנם ונעשה חלק מהם. עם נתונים אלה קשה מאוד לצאת לדרך ולהשתלב בעולם העבודה (דהן וצדוק, 2012).

בנוסף, הסביבה התעסוקתית מדגישה לא פעם את החולשה ואת הקושי על אף ריבוי היכולות הקיימות בסובל מהלקות. גם כשהסביבה מכירה ביכולות הקיימות, הימצאותן לצד חוסר היכולות יוצרת לא פעם חוסר אמון של בעל הלקות בעצמו ולעתים גם של הסביבה ביכולתו (דהן וצדוק, 2012).

• **מצד המעסיק:** לפי סקר של משרד התמ"ת, מעסיקים חושבים שאנשים עם מוגבלויות הינם יעילים פחות, מתאימים פחות לעבודה עם קהל, יוצרים השפעות שליליות על יתר העובדים וזוכים ב"הגנות"



\* ד"ר עדנה רבנו ופרופ' אהרון צינר, בית הספר למדעי ההתנהגות, המכללה האקדמית נתניה



יתר" מפני פיטורים. ככלל, מעסיקים חשים כי מוקד העסקתם של אנשים עם מוגבלויות נעוץ בחסד ולא בשיקול כלכלי, וחלקם גם מאמינים כי שילובם של אנשים עם מוגבלויות באוכלוסיית המועסקים אינו תפקידו של השוק החופשי, אלא של המדינה (טל, 2013).

עקב קשייהם, בעלי הלקות זוכים להגנה חוקית. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשמ"ח (1988) אוסר אפליה של אנשים בעלי לקויות למידה. על פי חוק השוויון, סעיף 5, אדם עם מוגבלות הוא "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים". כלומר מדובר באדם שמתקיימים בו שני תנאים: תנאי ראשון הוא שיש לו לקות, קבועה או זמנית, לרבות ליקוי למידה (מוגבלות קוגניטיבית). תנאי שני הוא שאותה לקות מגבילה באופן מהותי את תפקודו באחד מתחומי החיים העיקריים, למשל, לקות הלמידה שיש לו גורמת לקשיים בריכוז ולהספק לימודים נמוך (ליבוביץ, 2001). מאחר שכך, פועל מערך של ביצוע התאמות על-ידי מעביד במקום עבודה.

### לקות למידה, ADHD ומיון עובדים

נמצא שאנשים עם ליקוי למידה מתקשים לעבור בהצלחה את תהליך המיון לתפקידים, שכן מבחן עלול להכשיל אותם בשל קצב עבודתם האיטי ובשל קשייהם בקריאה, בכתיבה, בהבנה בשליטה, זיכרון, בקשב או בתקשורת בין-אישית. הקשיים הרגשיים והאקדמיים אשר נלווים פעמים רבות להפרעת קשב עלולים להסתיר את היכולות המקצועיות הפוטנציאליות של האדם במהלך תהליך המיון. מצב זה עלול לדחות את המועמד, או להוביל לשיבוץ בתפקיד שאינו הולם את כישוריו (דהן וצדוק, 2012).

לאחר תביעות משפטיות של ליקוי למידה בארה"ב, לקות זו נקבעה כ"מוגבלות" המחייבת התאמות במבחני רישוי מקצועיים באותו אופן בו הן ניתנות באוניברסיטאות. בהתאמה, על פי חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, מעסיקים בישראל מחויבים בהתאמת מבחני קבלה לאנשים עם מוגבלות (כגון עבור אנשים עם ליקוי למידה) (ליבוביץ, 2001). החוק מסביר כי התאמה כוללת את "התאמת ... מבדקי קבלה לעבודה... והכל מבלי שהדבר יטיל על המעביד נטל כבד מדי" (מור, 2012, עמ' 121).

בשלב איתור ההתאמות, שקילתן ויישומן המועמד שנחזה כבלתי-מתאים לתפקיד נעשה מתאים, ואילו מקום העבודה ודרישות התפקיד, שנתפסו כנתונים וכמובנים מאליהם, מוטלים בספק ונהפכים למותנים, קרי, לתלוי-היסטוריה ולתלוי-הקשר (מור, 2012). אנו נתמקד במאמר זה רק בהתאמות הקשורות למיון. רוב המאמרים שמצאנו מפרטים את אתגרי בעל הלקות במיון לעבודה. אנו ניקח על עצמנו את האתגר להאיר את קשיי המעסיק.

### האם הנטל על המעסיק הפך כבד מדי?

לעניות דעתנו, החוק שפורט מעלה הכרחי וחשוב בכך שמסייע לבעלי המגבלות להשתלב ולתרום בעבודה ובחברה. יחד עם זאת לעתים מזומנות יישומו עלול להטיל נטל כבד על המעסיק שמקורו בחוסר הוגנות פוטנציאלי כלפיו. נפרט את הרציונל מאחורי טענתנו:

ראשית, ראינו בספרות כי אין הסכמה לגבי ההגדרות והאבחון של ליקוי הלמידה. יתכן שהמצב הקיים, שבו האבחון אינו די מהימן ותקף, מאפשר השגת התאמות והקלות למיניהן עד כדי הורדת סטנדרטים בקבלה לעבודה או ללימודים גבוהים (Ballard, 2002). מבחינת מיון, מוסדות ההשכלה הגבוהה ומקומות העבודה קשורים זה לזה בכך שהישגים באקדמיה אמורים להוות מנבא עבור שוק העבודה לגבי איכות המועמדים. הקריטריון יימדד מאוחר יותר על ידי הערכות

התפקוד לכשיתלבו המועמדים בתפקידים שונים בארגון. מוסדות להשכלה גבוהה מאפשרים הקלות לסטודנטים על פי חוק. כתוצאה מכך סטודנטים רבים, למרות הקשיים, מסיימים את התואר בהצלחה. המעסיק משתמש בקורות החיים ככלי למיון מועמדים (מסיק מהם לגבי ידע, מיומנויות, יכולות ואף אישיות המועמד). בעבורו מידע באשר להישגיו האקדמיים של האחרון הוא אבן בוחן לתפקודו הפוטנציאלי לכשיועסק. לעתים ההסתמכות על הישגים אקדמיים היא מוחלטת בקבלה לראיון העבודה. המעסיקים לא חשופים לתנאים המקלים בהן נבחן המועמד בעת לימודיו. סיכומו של עניין שהמועמד מתקבל לעבודה אך מהר מאוד מסתבר כי ביצועי אינם עומדים בציפיות. יתר על כן, המועמד בעל הלקות עלול להפגין בעיות ארגון, קצב עבודה איטי, פיזור תשומת לב לפרטים ושאר מאפיינים שהמעסיק לא לוקח בחשבון שהופגנו בלימודי המועמד שכן צלח בהם. תעודות ההשכלה הגבוהה מאבדות ממהימנותן שכן הן הופכות חסרות עקביות ויציבות (בתלות בהקלות שניתנו, תרופות שניטלו בעת הלימודים אך לא בשוטף וכו') ולכן גם תוקפן נפגע. במילים אחרות, הישגים לימודיים הופכים כלי מיון בעל יכולת ניבוי נמוכה של תפקוד עתידי. באופן דומה, מועמד שעובר אבחון מקצועי (מבחני כישורים וכו') לתפקיד מסוים, זכאי, אם ימציא אישורים מתאימים, להקלות במבחנים אלה (בדרך כלל תוספת זמן). המנהל המגייס מהארגון מזמין את האבחון ואף משלם עבורו מתוך מטרה לקבל חוות דעת מקיפה על המועמד אשר תאפשר לו קבלת החלטה מושכלת באשר להתאמתו לתפקיד. המנהל המגייס מקבל את תוצאות האבחון מבלי שיקבל דיווח רשמי בכתב כי המועמד נבחן עם הקלות (בפועל לעתים המידע נמסר לו בעל פה ולעתים לא). בעולם העבודה ה"אמיתי" אותם מועמדים יפעלו ללא ההקלות ולכן תוקף כלי המיון עלול להיפגע. ברצוננו להדגיש כי פסיכולוג המבצע את עבודתו נאמנה יכול לפרש את התוצאות באופן שתוקפן לא ייפגע, גם אם לא דיווח ישירות למעסיק על הקלות שקיבל המועמד. אולם אי קיומה של הנחיה ברורה ואחידה בעניין זה מגלגלת את ההחלטה לפתחו של הפסיכולוג על פי ראות עיניו ויוצרת פרצה המאיימת על תוקף מבחני המיון במקרים רבים.

### הסביבה התעסוקתית מדגישה לא פעם את החולשה ואת

הקושי על אף ריבוי היכולות הקיימות בסובלים מהלקות.

גם כשהסביבה מכירה ביכולות הקיימות, הימצאותן לצד

חוסר היכולות יוצרת לא פעם חוסר אמון של בעל הלקות

בעצמו וביכולתו ולעתים גם של הסביבה

עניין נוסף המכביד על המעסיק הוא הפרת אמון ופגיעה בחוזה הפסיכולוגי שנוצר בין הצדדים. באופן שכיח המועמד לא יגלה למעסיק על לקותו על מנת לא לפגוע בסיכוי קבלתו. מאחר שמדובר בלקות למידה או קשב והיפראקטיביות שהן נירולוגיות-קוגניטיביות בעיקרן, אין כאן אפיון חיצוני המסגיר את הקשיים מהם סובל המועמד. בניגוד לבעל מבטא כבד, גיבנת או נכות פיזית שמיד רואים, הגילוי למעסיק ייעשה פעמים רבות לאחר שהעובד כבר התקבל ואולי חשוף לטענות או ביקורת באשר לתפקודו. יש פה התנהגות שאינה בתום לב, שכן לקויות למידה והפרעות קשב והיפראקטיביות הן בעלות משמעויות בתפקידים רבים. למותר לציין כי המעסיק נדרש להצגה מציאותית של התפקיד (Realistic Job Preview) ומצפה בהתאמה מהמועמד להצגה מציאותית של כישוריו והישגיו.

לעניין האמון מצטרפת גם תחושת חוסר הצדק שעלולים לחוש מועמדים אחרים הסובלים מקשיים אמיתיים שאינם זכאים להקלות

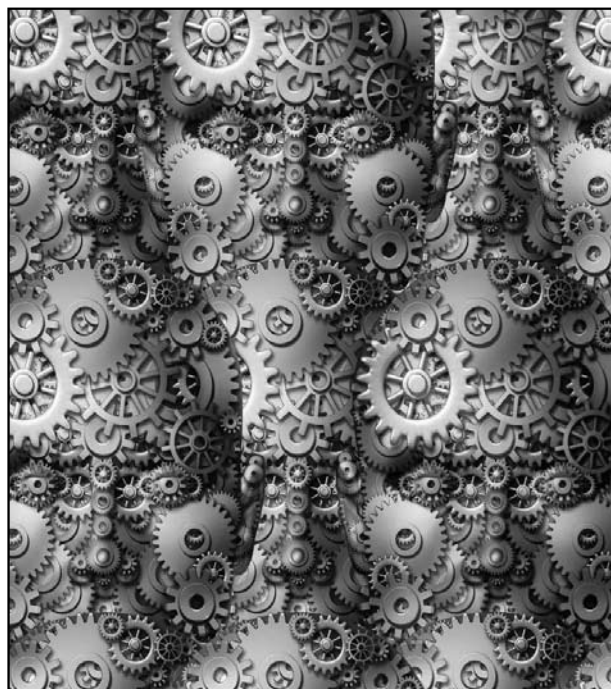


ויוכל לקבל החלטה מושכלת ומפוכחת לגביו. אם בתפקיד המדובר לא נדרשות מיומנויות אקדמיות גבוהות בתחום הליקה אצל המועמד, או אם מצא המועמד פתרונות כדי לגבור על הקושי (למשל סריקת חומר כתוב ושמיעתו במקום קריאתו) ובטח אם הוא מוכשר במיוחד ביכולת מהותית לתפקיד, אין בהצגת ההקלות כדי לפגום בהעסקתו. יתרה מכך, מועמדים שלקוים גבולית ביותר אשר השיגו את ההקלות כדי לשפר את יכולת התחרות שלהם, יחליטו להימנע משימוש בהקלות. כך תימנע אינפלציה באבחונים (ראה סעיף 4). בכל מקרה מוטב למעסיק לדעת את האמת על הנבדק. כך יתבסס אמן במערכת יחסי העבודה בין השניים.

**2. מתן מקום של כבוד לניתוח עיסוק או חקר תפקיד** (Job analysis) שאינו תלוי הקשר ואדם (חקר תפקיד מפרט את הנדרש כדי להצליח בו מבחינת ידע, מיומנויות, יכולות ואישיות). בהתאמה, בחירת כלי המיון תוך פיתוח כלים שמייתרים אבחונים אקדמיים בתפקידים שאינם מצריכים זאת. חשוב בעיקר לפתח כלי מיון נוספים לבחינת יכולת למידה כללית שכן זו נדרשת ביותר בעולמנו הדינמי. כמובן שיש לשקול עלות אל מול תועלת בהתאם למורכבות התפקיד וחשיבותו. כמין כן יש להשתמש במדגם התנהגויות מצומצם (אך מספק) על מנת לא להלאות את המועמד. להבנתנו יש לשקול מחדש שימוש נרחב יותר בתקופת ניסיון תוך שמספקים תקופת זמן סבירה לכך. העומס הלימודי והחומר הרב שיש לקרוא עם כניסה לתפקיד מרובים ועלולים להקשות מאוד על בעל לקות הלמידה או הפרעת הקשב.

**3. ייעוץ תעסוקתי:** סיוע לבעלי הלוקיות למצוא לעצמם עיסוק שימקסם את יתרונותיהם הרבים. ללא הכוונה תעסוקתית נכונה וללא מודעות לקשיים האופייניים ללקותם, חוים בעלי לקות תסכול תמידי בעבודתם. מנגד, המעסיקים סובלים שכן הם מקבלים בקשות מועמדות רבות ממועמדים בעלי לקות שאינן מתאימים בצורה אופטימלית לתפקידים מסוימים. אכן, בכל עיסוק כיום חייבים מיומנויות אקדמיות בסיסיות (קריאה, כתיבה, חשבון בסיסי) אך ישנם עיסוקים שמיומנויות אלו אינן ליבת התפקיד. למשל, יתרונות כגון אנרגטיות ויצירתיות שיש לבעלי הפרעת קשב והיפראקטיביות עשויים להוות חוזק חשוב של בעלי הלקות במילוי תפקידי לחימה, ביזמות של עסק עצמאי, בתחום הספורט וכו'.

**4. העלאת מיהינות ותוקף אבחון לקיות למידה ופיקוח** קפדני על תקנונם, ימנעו אינפלציה של אבחון ושמירה על



טסנדרטים גבוהים בהשכלה ובעבודה.

**5. העלאת המודעות ללקיות** בקרב מבוגרים לא מאובחנים על מנת שיטפלו בעצמם. לדוגמה, בקרב עובדים שהם חורים, העלאת המודעות יכולה להיעשות על ידי נירולוג ילדים, שכן בהסתברות גבוהה, לפחות אחד מההורים שילדם מאובחן כבעל לקות כלשהי, סובל ממנה בעצמו.

בלימודים האקדמיים או במבחני המיון. לפי מודלים להגברת הצדק החברתי בפרוצדורות מיוניות (Gilliland, 1993) יש לנקוט, בין היתר, מאפיינים פורמליים של מערכת המיון כגון לתת למועמד אפשרות להפגין את תפקודו באופן מיטבי ושמירה על הליך עקבי כלפי כולם. ההתאמות עלולות ליצור תחושה של איפה ואיפה לא מוצדקת. לדוגמה, האם מועמדים מגמגמים אשר חייבים להתייבב לראיון עבודה ולא מקבלים על כך התאמות (שכן אף מעסיק בר דעת לא יכניס לארגון אדם למשרה בלי שמישהו מהארגון או נציגיו ראה אותו) לא מופלים לעומת בעלי הקלות בזמני בחינות המיון מבחינת יכולתם להציג את תפקודם באופן מיטבי במיון לתפקיד? מועמדים רבים סובלים מקשיים כאלה ואחרים (פחד קהל, שפה דלה, מופנמות, מראה חריג וכו'). הניסיון להביא את כל המועמדים לשוויון בנקודת הפתיחה של מבחני המיון לא תמיד מצליח כי שוויון מוחלט הוא בתיאוריה בלבד. המעסיק אינו יכול להיות "בוחר כליות ולב" ולדעת על מצוקותיו של כל מועמד אם לא אובחנו, או אם אובחנו אך לא דווחו. החוק "כופה" הגנה על המוגבל אך בכך עלול לגרום למועמדים אחרים ולמעסיק עצמו תחושה של חוסר צדק תהליכי בעבור קבוצות אחרות שאינן מוגנות על ידי החוק.

עלינו לזכור כי למעסיק מטרות רווח. עיקר עניינו הוא מבחן התוצאה - עלות לעומת תועלת צפויה מהמועמד, בהשוואה למועמדים אחרים. פגיעה ביכולת המעסיק לקבל החלטה מיונית מפוכחת על סמך מידע שלם על הישגי המועמד הרלוונטיים לתפקיד, תוביל במהרה לאי עמידתו של האחרון וצפיפות ולתפקוד ירוד שלו עד כדי פיטוריו. כך נגרם נזק לשני הצדדים ושכרו של החוק יוצא בהפסדו.

## מה אפשר לעשות כדי להפחית את הנטל מהמעסיקים?

אנו מציעים כמה דרכים ליצירת תרבות מיונית הוגנת ושקופה שתיטיב עם כל הנוגעים בדבר - מועמדים בעלי לקות ומעסיקים כאחד:

**1. גילוי נאות:** מציאת דרכים למתן מידע מהימן ותקף על יכולות והישגי המועמדים. בצד התעודה האקדמית או חוות הדעת האבחונית בעקבות מיון לתפקיד, יצוין באילו תנאים נבחן הסטודנט או המועמד וקיבל את הציון המדווח (תוספת זמן? הקראה? הפסקות מרובות וכו'). ברצוננו להדגיש כי לא תצוין הלקות (מידע רפואי חסוי) אלא רק סוג ההקלה שהתקבלה בעת הבחינה. מאחר שמדובר בהפרעות תורשתיות נירולוגיות, לא יעלה על הדעת לא לאפשר הקלות מתאימות (כפי שלא יעלה על הדעת לא לתת אינסולין לחולי סוכרת). כפי שהתיק הרפואי של חולה הסוכרת עובר לרופאים אחרים

(גם אלה שאינם מתמחים בלבלב), עקב ההשלכות הבריאותיות, כך הגיוני כי סוג ההקלה הנובעת ממגבלת תפקוד קוגניטיבית תועבר למעסיק. לראייתו, אינך יכול לממש זכויות שמגיעות לך מעצם הלקות (הקלות בלימודים ובמבחני מיון) מבלי שיחולו עליך החובות של הוגנות כלפי המעסיק הפוטנציאלי. המעסיק יוכל להתרשם ממועמד בעל הישגים גבוהים גם אם נבחן עם הקלות





נמצא שאנשים עם ליקויי למידה מתקשים לעבור בהצלחה את תהליך המיון לתפקידים, שכן מבחן עלול להכשיל אותם בשל קצב עבודתם האיטי ובשל קשייהם בקריאה, כתיבה, הבנה, שליטה, זיכרון, קשב או בתקשורת בינאישית

### סיכום

במאמר זה ניסו לייצג את עמדת המעסיק באשר לקשיים בהם הוא נתקל בבואו למיין בעלי לקות למידה והפרעת קשב והיפר אקטיביות. בעוד שבספרות יש ייצוג לקשיים שחווים בעלי הלקות בעולם העבודה, לתחושתנו, קולו של המעסיק לא נשמע דיו. החוק "מפקיר" באופן מסוים את המעסיק בכך שאינו דורש גילוי נאות מצד המועמד לגביי ההקלות שסייעו לו בהישגיו בלימודים ובמבחני המיון. מכאן, נפגעת יכולתו של המעסיק לקבל החלטה מיונית מושכלת ומפוכחת ומנגד יוצרת אצל המועמד פוטנציאל גבוה לכישלון בתפקיד. כדי להבטיח כי בעלי הלקויות מצליחים בתפקידים לשיעור רצון המעסיק גם לאחר שהתקבלו לעבודה, עלינו לוודא שבתהליך מיונם לארגון נשמרת ההוגנות והשקיפות כלפי כל הצדדים.

### מקורות

1. דהן א., צדוק א. (2012): מלקות לחרות - מבט אישי מקצועי על ליקויי למידה והפרעות קשה וריכוז. הקיבוץ המאוחד ומכון מופת.
2. טל א. (2013): סטיגמה בקרב מעסיקים כלפי אנשים עם מוגבלות בכלל ומוגבלות פסיכיאטרית בפרט: סקירה ודיון בהקשר לחקיקה הקיימת. משרד התמ"ת: מחקר וכלכלה.
3. ליבוביץ ת. (2001): חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. מדריך לחוק. בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות: ירושלים.
4. מור ש. (2012): שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה-מתיקון הפקט לתיקון החברה. עיוני משפט, לה, 150-97.
5. שני ד., נבו ב. (2006): סוגיות מרכזיות באבחון פסיכולוגי של לקויי למידה. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, 24: 87-59.
6. APA (2013): DSM V – A Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
7. Ballard R.S. (2002): A psychological analysis of accommodating learning disabilities in professional education and licensing under the Americans with Disabilities Act. The Sciences and Engineering, 62: 11-B.
8. Doren B., Lindstrom L., Zane C. & Johnson P. (2007): Post-school employment outcomes: The role of program and alterable personal factors. Career Development for Exceptional Individuals, 30: 171-183.
9. Gerber P.J., Price L.A., Mulligan R., Shessel I. (2004): Beyond transition: A comparison of the employment experiences of American and Canadian adults with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 37: 283-292.
10. Gilliland S.W. (1993): The perceived fairness of selection systems: An organizational justice perspective. Academy of Management Review, 18: 694-734.
11. Hartmann T. (2000): Thom Hartmann's Complete Guide to ADHD: Help for Your Family at Home, School and Work. Underwood Books
12. Kavale K.A., Kauffman J.M., Bachmeier R.J. & Lefever G.B. (2008): Response-to-intervention: Separating the rhetoric of self-congratulation from the reality of specific learning disability identification. Learning Disability Quarterly, 31: 135-150.
13. Sellars C. (2002): Risk Assessment in People with Learning Disabilities. Oxford: Blackwell.
14. Vogel S.A., Vogel G., Sharoni V., & Dahan O. (2003): Adults with learning disabilities in higher education and beyond: An international perspective. Baltimore, MD: York Press.





# התערבות קבוצתית בחולות בתסמונת פיברומיאלגיה במכון לרפואת כאב

ארי פופלינגר<sup>1</sup>, ציקי אדלר<sup>2</sup>, סיימון וולפסון<sup>3</sup>, ליאת אריאל<sup>4</sup>

## מבוא

כאב כרוני הינו אחד התחומים ברפואה המקושרים לתהליכים נפשיים, על אף העובדה שלרוב הוא אינו זוכה לחשיפה מרובה במחקר הפסיכולוגי. נמצא, כי ב-88% מפניות החולים למרפאות כאב ישנה התייחסות לגורמים פסיכולוגיים המעורבים בהפרעת הכאב (1). יחסי הגומלין בין גוף ונפש הם מאבני היסוד עליהן מושתתים עקרונות הפסיכולוגיה הרפואית, כאשר תחום הכאב צופן בחובו היבטים רבים של ההדדיות בין פתולוגיה פיזית ונפש האדם.

מחקרים קודמים מצאו שהסובלים מכאב כרוני נמצאים בסיכון גבוה למחלות נלוות, כדוגמת הפרעות דיכאון (2) וחרדה (3). מהניסיון

הקליני בעבודה עם חולים עם תסמונת כאב מתוארת חוויה קשה של בדידות, שעל פי רוב קשורה לתפיסת מסוגלות נמוכה, דימוי עצמי ירוד ותפיסת החולה את הסביבה ככזו שאינה מסוגלת להבין את מה שעובר עליו. מכאן, רבים מבין החולים מחפשים אחר מקורות תמיכה שייצו להם בהתמודדות.

במכון לרפואת כאב ברמב"ם עקרונות הטיפול מושתתים על המודל הביו-פסיכו-סוציאלי ומשלבים גישה הוליסטית בה האדם הינו במרכז, עם פחות דגש על הסימפטום הפיזי ממנו הוא סובל. חלק ניכר ממשפולי המכון (כ-13,000 ביקורים בשנה) אובחנו כסובלים מפברומיאלגיה. תסמונת זו מתאפיינת

בכאב כרוני בכל חלקי הגוף מלווה בהפרעות שינה משמעותיות, בתשישות ובתסמינים נוספים כגון מעי רגיז, הפרעות בריכוז ובזיכרון ואף היבטים נפשיים כדוגמת דיכאון וחרדה (4). פיברומיאלגיה היא למעשה רגישות יתר של מערכת העצבים המרכזית להולכה ועיבוד של כאב, הגורמת לתגובה מוגברת לגירויים שונים כמו רעש, אור חזק וריחות עזים. ההערכה היא שבישראל שכיחותה של תסמונת זו פוגעת בכ-2.5% מכלל האוכלוסיה והיא שכיחה יותר בקרב נשים בכל גיל, עם עלייה בשכיחות לקראת גיל המעבר.

יאלום (5) מתייחס לטיפול הקבוצתי הממוקד באוכלוסיה חולה, לפיו, חולי מצוי את האדם כנגד פגיעותו הבסיסית ומגבלותיו,

מביא לאובדן תחושת שליטה ומציף מחשבות אקזיסטנציאליות. המתח הרציף בהתמודדות עם מחלה כרונית יוצר מעמסה רגשית כבדה שלרוב תבוא לביטוי בצורת דיכאון וחרדה, אך תשפיע גם על משפחתו של החולה ותגרום ללחץ ודיספוריה. שכיח לראות כי הלחץ הסביבתי "לחשוב חיובי" מביא באופן פרדוקסלי לתוצאות הפוכות, כאשר התקשורת נעשית רדודה ובכך תפיסת העצמי כבודד מקבלת חיזוק. קבוצה עשויה לשמש לרוב תפקיד מרכזי בתמיכה: מצב בריאותי משותף מפיח תקווה, החברים בקבוצה לומדים לחקות כישורי התמודדות יעילים מעמיתיהם ומתקיימת הפריה הדדית של מידע אודות המחלה ודרכי טיפול. אלטרואיזם בקרב המשתתפים אינו נדיר, שכן הוא תורם לרווחה נפשית של הפרט מתוך תחושת חיוניות עבור האחר. ככלל, הקבוצה מסייעת לחבריה להתמודד עם פחדים, חששות ומחשבות דיס-פונקציונליות.

בעבודת הצוות הרב-תחומי החלו להצטרף עדויות רבות להשלכות הפסיכו-סוציאליות הנרחבות של התסמונת הגורמות לפגיעה משמעותית באיכות החיים, במצב הרוח וברמת התפקוד היומיומי. המסקנה שהתגבשה היא, כי מלבד הטיפול הרפואי נדרשת התערבות מסוג אחר, והוחלט על הקמת קבוצת תמיכה למטופלות פיברומיאלגיה.



## תהליך הקמתה של קבוצת התמיכה

המטופלות הופנו לקבוצה בהמלצת הרופאים המטפלים, כאשר המטרה העיקרית הייתה לספק להן סביבה מכילה לעיבוד חוויותיהן הרגשיות. נקבע כי ההנחיה תהיה משותפת (הנחיה ב-Co) ותתבצע על ידי פסיכולוג המכון והאחות האחראית, תחת הדרכה מקצועית רציפה. עבודת ההכנה המודרכת לקבוצה ארכה עשרה שבועות, במהלכם חולקה רשימת המועמדות בין המנחים, שקיימו עמן כ-20 ראיונות אישיים. מטרת הראיונות הייתה היכרות ויצירת ברית טיפולית ראשונית עם המועמדות לקבוצה, בדיקת התאמתן ואבחון צרכיהן הייחודיים, וזאת כדי להיות קשובים לכך במהלך התנהלות הקבוצה.

<sup>1</sup> ארי פופלינגר, פסיכולוג M.A. ומתמחה בפסיכולוגיה רפואית, המכון לרפואת כאב, מרכז לבריאות האדם רמב"ם, חיפה.

<sup>2</sup> ציקי אדלר, אחות B.A., מתאמת טיפול בכאב הכרוני ואחות אחראית, המכון לרפואת כאב, מרכז לבריאות האדם רמב"ם, חיפה.

<sup>3</sup> ד"ר סיימון וולפסון, M.D., מומחה ברפואה פנימית ורפואת כאב, מנהל המכון לרפואת כאב, מרכז לבריאות האדם רמב"ם, חיפה.

<sup>4</sup> ליאת אריאל, פסיכולוגית קלינית M.A., פסיכולוגית אחראית במחלקה הפסיכיאטרית-אשפוזית, המרכז לבריאות האדם רמב"ם, חיפה. בהכשרת המכון לאנליזה קבוצתית.



## תהליך הטיפול הקבוצתי

כאמור לעיל, במרבית הפגישות התכנים שהוצעו לדיון על ידי המנחים מוצו מתוך השיח שהתפתח בין המשתתפות. התמות והתכנים המרכזיים שעלו בקבוצה שפכו אור על חייהן של הסובלות ממחלה כרונית: חשש מתיוג וסטיגמות, קונפליקטים בהיחשפות מול הסביבה, חוסר בהירות בנוגע לאבחנה הרפואית של התסמונת, תלותיות בצוותים רפואיים וציפייה גבוהה מהמטפלים לעזרה והקלה, כעס ואכזבה שהופנו גם כלפי צוות ההנחיה, נתינה לעזמת קבלה, תחושת זרות במרחב החברתי, תסכול, תחושה של חוסר מסוגלות ומגוון הרגשות הקשים הנלווים לכך, ולבסוף כמובן גם תכני פרידה וסיום.

**בעבודת הצוות הרב-תחומי החלו להצטרב עדויות רבות להשלכות הפסיכו-סוציאליות הנרחבות של התסמונת הגורמות לפגיעה משמעותית באיכות החיים, במצב הרוח וברמת התפקוד היומיומי. המסקנה שהתגבשה היא, כי מלבד הטיפול הרפואי נדרשת התערבות מסוג אחר, והוחלט על הקמת קבוצת תמיכה למטופלות פיברומיאלגיה**

ההיכרות המוקדמת עם המשתתפות, כמו גם השמירה על מידה של הומוגניות ביניהן בתוך הקבוצה, הוכיחו עצמן ויצרו מארג אנושי מרתק. הן הנשים היהודיות והן הערביות שלטו היטב בשפה העברית. רובן היו נשואות ואימהות לילדים, הראו בעקבות מחלתן ירידה ברמת התפקוד התעסוקתי ואף נאלצו להפסיק את עבודתן. לחלקן תואר אקדמי. כל 13 הנשים אופיינו במצב כלכלי ממוצע.

## תאור מקרה א'

'י, יהודייה בת 51, גרושה שחיה בזוגיות ארוכת שנים, אם לבן, סטודנט. לפני שאובחנה אצלה תסמונת פיברומיאלגיה היא עבדה במשרה מלאה בחברה גדולה, זכתה להערכה מקצועית רבה, הקפידה מאוד על הופעתה החיצונית, עסקה בפעילות גופנית וחיה חיי חברה מלאים. לאחר שלקתה בתסמונת נאלצה, עקב כאבים עזים, להיעדר רבות ממקום העבודה, דבר שהביא לפיטוריה. אורח החיים הפעלתני והמספק פינו מקום להסתגרות וריחוק סביבתי, ירידה בפעילויות הפנאי בעיקר עקב תופעות קוגניטיביות כגון חוסר ריכוז ומיקוד (Fibro Fog), דיכאון, ירידה בחשק המיני תוך פגיעה במערכת היחסים הזוגית ("אני לא מבינה מה הוא עושה איתי בכלל") וכן תחושות אנהדוניה. במפגשים הראשונים של הקבוצה הרבתה 'י לבכות ותיארה בשפה בהירה את הקשיים היומיומיים עמם היא מתמודדת. הופעתה הייתה פשוטה, היא נהגה ללבוש טרנינג, ישיבתה כפופה והתנהגותה הכאב התאפיינה בגניחות, אנחות ועיוותי פנים. צמד המנחים פיתח אהדה כלפיה, ולמרות שנתפסה כסובלת ואומללה ניתן היה להתרשם מכוחות שהסתתרו מתחת למעטה הכאב. בתחילת המפגשים גילמה 'י את דמות ה"מטופל" בקבוצה וגייסה משאבים רבים. נדמה שחברות הקבוצה ראו בתוכן את הפן הנזקק, החלש והלא מתפקד שלה. מהתנהגותה ניתן היה להתרשם כי היא מבקשת את עזרת הסביבה בצורה ברורה ומזמינה תוך הושטת יד. בחלוף הזמן ניתן היה להבחין בשינוי שחל בה: בזכות התמסרותה לטיפול ולתחושה העוספת שקיבלה מהמשתתפות בקבוצה, העידוד הבלתי פוסק, ההזמנות לאינטראקציה חברתית גם מחוץ למסגרת מפגשי הקבוצה וחוסר

במסגרת ראיון נבדקה המוטיבציה והאפשרות של המועמדת להגיע מדי שבוע לפגישת הקבוצה ולהתחייב להשתתף בתהליך. הושם דגש על יכולתה ליצור קשר עם המראיין. בשלב זה לא התקבלו לקבוצה מועמדות שהוערכו כנוטות לתפיסה עוינת או ביקורתית במיוחד של עצמן או של אחרים, או כאלו שנראו מנותקות רגשית באופן בולט. במקביל נוסח שאלון שכלל פרטים דמוגרפיים ומידע אודות רמת התפקוד של כל אחת מהמועמדות בהיבטים תעסוקתיים, חברתיים ומשפחתיים. בנוסף חולק להן עלון אודות מאפייני הקבוצה שעתידה להיפתח, ויועדו חדרים לקיום המפגשים. בעקבות ההיכרות עם המועמדות ועיבוד החומר שעלה בשאלונים, החלה להיקמם המסגרת ותכנית ההתערבות.

## הרכב הקבוצה, המסגרת ותוכנית הטיפול הקבוצתי

כפי שניתן למצוא בקבוצות של אנשים הסובלים ממחלות גופניות, הנשים שהתקבלו לקבוצה היו הומוגניות מבחינת אבחנתן הרפואית, אך נבדלו בפרטיותן הדמוגרפיים והאישיים. במועד פתיחת הקבוצה הרכב המשתתפות כלל 13 נשים בגיל ממוצע 54.5 (בין 44 ל-67). שתיים מהמשתתפות היו גרושות, אחת אלמנה ואחת רווקה. עשר מהן היו יהודיות, אחת נוצרייה, אחת מוסלמית ואחת דרוזית. נקבע כי יתקיימו 12 מפגשים שבועיים עוקבים, להוציא מועדים וחופשות חג. כל מפגש קבוצתי חולק לשלוש יחידות טיפול: החלק הראשון, בן 40 דקות, יוחד לתרגול טאי-צ'י המותאם לאוכלוסיית הקבוצה, בהנחיית מורה ומדריך טאי-צ'י מקצועי הנמנה על צוות המכון. הבחירה בפרק זה בראשית כל מפגש נתמכה בספרות המחקרית העדכנית, המלמדת על יתרונותיו הרבים של תרגול טאי-צ'י בפיברומיאלגיה, המשפר את איכות החיים ומסייע בהפחתת רמות הכאב (7).

בשלושת המפגשים האחרונים הוקדש החלק הראשון להרצאות מומחים מטעם המכון לרפואת כאב, אותן העבירו עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק ורופא מומחה בשיכוך כאב. המטרה הייתה לספק מידע למשתתפות ולאפשר פאנל פתוח בתחומים אלה, להעלאת שאלות המעסיקות אותן. לאחר הפסקה של כ-15 דקות, בה הוגש כיבוד קל, התכנסה הקבוצה לשני מפגשים נוספים בני 50 דקות כל אחד, עם הפסקה קצרה נוספת ביניהם.

המפגש הראשון הוקדש להצגת צוות ההנחיה והיכרות בין המשתתפות. הוצגה מסגרת הקבוצה וגובש חוזה טיפולי להמשך ההתערבות עם דגש על שמירת סודיות בין חברות הקבוצה. בכל שבוע פתחו המנחים בתזכורת קצרה של עיקרי המפגש הקודם והציעו נושא לדיון שזוהה כפוטנציאלי לשיח משמעותי במפגש זה. בין המשתתפות התפתחה שיחה פתוחה, וצמד המנחים היה קשוב לרובד הרגשי של הדברים, שיקף, הביע אמפתיה ואיפשר הבעה עצמית נטולת שיפוט. כל מפגש סיימו המנחים בהתייחסות לתכנים שעלו, דברי סיכום קצרים ופרידה.

מדי שבוע, לאחר שהמפגש הקבוצתי הסתיים, התקיימה פגישה של המנחים, בה התאפשר דיבור פתוח על התנהלות הקבוצה באותו יום, כולל אורור רגשות קשים ובחינה משותפת של ההשפעות השונות שהיו לתכנים שעלו ויחסי הגומלין עם המטופלות בקבוצה ובתוך יחידת ההנחיה. בנוסף, במפגשים אלה התאפשרה בין המנחים חלוקה משותפת של המטלות השונות בניהול הקבוצה. כמו כן, בין מפגשי הקבוצה התקיימה בכל שבוע הדרכה משותפת של צוות המנחים לצורך הכשרה של אנליזה קבוצתית, וזאת על ידי פסיכולוגית קלינית שאינה מצוות המכון.

במפגש הסיום של הקבוצה, בטקס קצר, הוענקו למשתתפות תעודות השתתפות אישיות וחולקו שאלוני שביעות רצון אנונימיים למילוי עצמי.



שהיא מתגוררת כמה קילומטרים ממקום הפגישות היא מגיעה לכאן ברגל. דומה כי הדינמיקה של הקבוצה ותרגול הטא-צ'י חיזקו גם את יכולתה הפיזית. ניתן היה להתרשם כי היא צברה ביטחון: קומתה נראתה זקופה יותר ומבטה חודר. היא החלה לתפוס מקום בולט יותר בקבוצה, והחלה להביא עמה כיבוד, מטעמים מסורתיים מעשה ידיה. ניתן היה להתרשם כי היא ביקשה לחלוק עם המנחים והמשתתפות בקבוצה את דעותיה, הביעה ביקורת והציגה את דעתה העצמאית בצורה ברורה יותר. הרשימה במיוחד ההכרזה שלה להעז ולנהוג בכוחות עצמה כבעבר למרות התנגדות בעלה, לרכוש בגדים חדשים שיהלמו את השינוי בגזרתה ולשוב למסורת הטיולים בחיק הטבע. קולה של ג' נשמע בבירור לא רק במעגל הקבוצתי, אלא גם בין כתלי ביתה, כאשר נטלה את המושכות ומיקמה את עצמה מחדש במערך המשפחתי.

## מהלך המפגשים

למן המפגש הראשון נחשפו המנחים לקושי שבשמירת הגבולות והמסגרת הקבוצתית. ניכר היה כי המשתתפות כמהות לשתף ולדבר, אך מתקשות להקשיב אחת לשנייה. בהיר היה כי הדבר נובע מתחושות בדידות ורצון "לתפוס מקום", כמו גם מהתעוררות של חרדה עקב ההתחייבות לתהליך הקבוצתי.

כבר במהלך המפגשים הראשונים נשמעו התייחסויות שונות של הומור, ציניות, ספקנות וביקורת לגבי המנחים ובמיוחד כלפי הצלע הגברית. הובן כי בקרב המשתתפות קיימת ציפייה לקבלת עזרה והכוונה, סיוע, הכלה והצלה, וכי הדבר מכוון למעשה כלפי כלל מערכת הבריאות. דברי הביקורת כלפי צוות המנחים פורשה כמנגנון השלכה של המשתתפות, והמנחים לקחו על עצמם להכיל את הכעס מבלי להתגונן. ההבנה כי מדובר בצרכי תלות שלא ניתן לספק בקבוצה ומעוררים רגשות קשים, הביאה את המנחים לשקף חזרה לחברות הקבוצה את תחושותיהן מתוך מטרה לתרום בכך לחיזוק כוחותיהן וביסוס בטחונן העצמי.

כמו כן, במהלך המפגשים קשה היה להתעלם מהיעדרויות: בממוצע נעדרו שלוש משתתפות מכל פגישה. ניתן להבין כי היעדרויות הללו מסמלות את חוסר היכולת שלהן לקחת חלק בפעילויות החיים כפי שהיו רוצות והן מייצגות את קשיי התפקוד שלהן, ומאידך התגבש הרשם שישנם רבדים אחרים בחייהן מלבד חולי וכאב (היעדרויות לטובת אירועים משפחתיים, נסיעות וכדומה), וצוות המנחים דאג לשקף זאת.

אם במפגשים הראשונים ניתן היה להבחין בקווים תלתיים של המשתתפות (רגריסיות), החל מהמפגש השמיני נושא הכעס היה בולט יותר, כשרמות התוקפנות שלהן עלו וביקורת תכופה יותר הופנתה כלפי צוות המנחים לגבי אופן בניית הקבוצה. הדבר היווה אישור לכך שהקבוצה עוברת תהליך שינוי: כבר מותר לכעוס ומותר גם להביע רצונות. בשלב זה ניכרו ניצני מרד בקרב המשתתפות, מרד שהתבטא כאמור בגילויי תוקפנות כלפי המנחים, אך גם בין המשתתפות לבין עצמן. ההבנה וההכלה שניתנו לכך בצמוד לשמירת המסקנות והגבולות העצימה את כוחן הנתפס בעיני עצמן ואיפשרה להן לחתור לשינוי ו"למרוד" גם בחייהן הפרטיים. ככלל, זהו תהליך מוכר בעבודה הקבוצתית כאשר מתבססת התפתחות של מעבר מעמדה תוקפנית יותר, שבראשיתה היא פסיבית אולם בהמשך אקטיבית. האכזבה מכך שצרכי התלות לא מתקבלים מיוצגת כתוקפנות ומפורשת ומושוקפת כחלק מתהליך של צמיחה והתפתחות.

חלק מהנשים בקבוצה התוודו על סודות כמוסים שנשמרו לעתים אף עשרות שנים: שלוש משתתפות נעזרו בכוח הקבוצה וחשפו טראומות כגון הטרדות מיניות בעברן ואף אונס. הנשים הדכאוניות

השיפוטיות מצד המנחים, החלה י' להיות נוכח יותר בדיונים הקבוצתיים, להקפיד על הופעה חיצונית מטופחת (איפור מוקפד, בישום עדין, ביגוד אופנתי ומחמיא) והחלה להתבלט באינטראקציות החברתיות בין המפגשים הקבוצתיים ויחידות הטיפול השבועיות. שפת גופה שידרה ביטחון, היא החלה להרחיב את רמת הפעילות החברתית שלה ומצב רוחה השתפר. ניתן היה להתרשם כי י' כמו נזכרה בכוחות שאיפיינו אותה טרם גילוי התסמונת, וכי היא השיבה לעצמה מדמותה הקומפלטנטית. דומה היה כי שאבה כוחות רבים מתמיכת החברות בקבוצה והקבלה שלהן, כאשר בד בבד איפשרה להן למצוא עצמן כמטפלות ומעניקות כוחות שיכולים לחולל שינוי בתפיסתן העצמית. דרך י' ניתן היה לזהות גם בקבוצה מעבר מעמדת "מטופלת" לעמדה מתפתחת ופחות חד ממדית. נראה שהיא הפנימה את הטיפול שניתן לה ולקחה יותר אחריות כלפי עצמה.

## תאור מקרה ב'

ג', נוצרייה בת 55, נשואה ואם לשניים. הופעתה מטופחת ומוקפדת. בעברה עבדה שש שנים כסניעת בתחום החינוך המיוחד, ולפני שאובחנה בה תסמונת הפיברומיאלגיה ניהלה את משק ביתה והייתה עצמאית לחלוטין. נהגה להיפגש ולבלות עם חברות וקיימה מערכת יחסים קרובה עם בני משפחתה. הטיפול התרופתי והסימפטומים הקוגניטיביים הביאו את בעלה לאסור עליה לנהוג לבדה ברכב, וכך למעשה הצטמצם משמעותית התפקוד החברתי של ג'. מכאוביה גרמו לריחוק מצד רוב חברותיה, הופיעו סימנים דיספוריים בהתנהגותה, בני המשפחה החלו לפקפק במידת הקומפלטנטיות שלה ולהקניט אותה על עלייתה במשקל, היא התקשתה לעמוד במטלות הבית השונות ומצב רוחה היה ירוד.

**השפעות הקבוצה ניכרו על כל אחת מהחברות בה גם במראה החיצוני, כשהן הקפידו יותר על הופעתן החיצונית והאסתטית. הדבר עשוי להעיד על עלייה בביטחון העצמי, שיפור בדימוי הגוף, ירידה בתסמיני דיכאון ותפיסת מסוגלות עצמית גבוהה יותר. רובן דיווחו שההשתתפות בקבוצה גרמה להן, לראשונה מזה שנים, להיפתח לסביבתן, לפתח תחביבים, ליצור חברויות אמיצות בתוך הקבוצה, לשפר את רמת התפקוד החברתי ואת הדינמיקה בתוך המשפחה**

לפגישה הראשונה של קבוצת התמיכה הגיעה ג' באיחור קל והפסידה את תרגול הטא-צ'י. היא ישבה בגפה על ספסל סמוך לגרם מדרגות קצר המוביל לקומה למטה, לחדר בו התקיים המפגש, נאנקת מכאבים ומבקשת לוותר על השתתפותה בקבוצה עקב חוסר יכולתה לרדת במדרגות. רק לאחר הפצרות המנחים היא קמה וירדה באיטיות לחדר. כבר בהתחלה הותירה רשם של אשה בוגרת בעלת יכולת אמפתית (הגישה כוסות מים וממחטות נייר לנשים שבכו). לאורך מרבית הפגישות הקבוצתיות ג' הייתה שקטה, מתבוננת ומקשיבה. לעתים, כאשר לא הקפידו על תרבות דיון, היא נראתה כעוסה וכשדיברה ביטאה תסכול רב על כך שחשה לא מובנת בסביבתה, במיוחד בבית. התחושה של המנחים הייתה כי ג' מעוניינת בקבוצה ש'תפורה למידותיה', וכי היא מחפשת ליצור מרחב בו היא מרגישה בטוחה ומסוגלת. את השינוי שחל בג' ניתן היה לראות בשליש האחרון של סדרת המפגשים: לדבריה, למרות



תהליכי הקבוצה הביאו למאבקים בין אלו שביקשו יותר לשתף לאלו שהעדיפו להקשיב. הקונפליקט שהלך ונגלה ביטא בעצם את הדיכטומיות של בידוד אל מול צרכי תלות, שהיה אחד הנושאים הקרדינליים בהתערבות הקבוצתית. עד מהרה התברר כי נדרשת גמישות מסוימת עם המשתתפות והחלטת כי לא תהיה תכנית מובנית של נושאים המובאים לדיון, אלא שהרעיונות לדיון יועלו מתוך תמות מרכזיות שיוצגו מפי המשתתפות במהלך המפגשים. בקרב המשתתפות בקבוצה בלט השימוש במנגנוני הגנה כגון הכחשה והשלכה. במפגשים ניתן היה לזהות הכחות מרובות בעיקר סביב קשיים או תוקפנות, שהתבטאו בנטייה להימנע מהתייחסויות לנושאים רגישים כמו מיניות, זוגיות או דימוי עצמי. השימוש בהשלכה ניכר היה בגילוי תוקפנות והבעת ביקורת כלפי צוות המנחים, אך ההישג התרפויטי היה בכך שביטויי הכעס והתסכול לא נהדפו, ניתן להם מקום ובדרך זו הועבר מסר למשתתפות כי הן חזקות, בעלות יכולת לחולל שינוי ואינן חייבות להיות תלותיות. מה שהובן כביטוי למרד קבוצתי קיבל חיזוק מצוות המנחים, שכן התפיסה הייתה כי מדובר בביטוי עצמי אותנטי וחיוני של המשתתפות וכמעבר מתוך מיקוד שליטה חיצוני למיקוד שליטה פנימי. ואכן, אצל רובן ניתן היה לראות מעבר בין תפקידים: דמות ה"מטופלת" שעברה שינוי לדמות "מטפלת" בקבוצה. אצל חלק מהמשתתפות ההישג המשמעותי היה עצם ההתמדה בהשתתפות מדי שבוע, המאמץ הנדרש בהגעה לפגישות לאור קשיי תפקוד ותפיסת מסוגלות נמוכה. גם המשתתפות הפחות דומיננטיות הפיקו למעשה מההקשבה לחברותיהן ועיקר העבודה שלהן הייתה בעיבוד פנימי של החוויות אליהן נחשפו בקבוצה. בטווח הקצר ניכרת הייתה יכולת המטופלות לסייע זו לזו. בתהליך הקבוצתי ניתן היה להתרשם מביקורת שהופנתה כלפי המערכת הרפואית והחברתית, אולם בד בבד מיכולת הקבוצה לפתור את הבעיות ככל שמאיתרים אותן. המשתתפות הגיעו עם דפוסים של מיקוד שליטה חיצוני, אך ההכרה בקשייהן וקבלת הביקורת שהופנתה החוצה היוו למעשה החזרה של הכוחות אל תוך הקבוצה, והמשתתפות עברו לדפוס מיקוד שליטה פנימי. התוצאות היו חיזוק הקשר בין המטופלות לבין עצמן, בין לבין המנחים וצוות המכון כמו גם הגברת הידע שאפשר לנצל לטובת מטרות טיפוליות.

עד כתיבת שורות אלו ממשיכות חברות הקבוצה להיפגש באופן עצמאי, בהרכב משתנה מדי שבוע, תוך רצון לשחזר את מתן הביטוי לכל אחת ואחת מהן. בנוסף מתקיים עבורן שיעור טאי-צ'י שבועי חנים בבית החולים.

הפנו לאורך השנים את כעסיהן פנימה כלפי עצמן, אך במסגרת הקבוצתית התאפשר להן לשחרר את מצבורן השלילי. במקרה או במקוון, הפתיחות וההחלטה האמיצה לספר את סודן הגיעה בשלב האמצע של מפגשי הקבוצה, באחת הפגישות בהן הצלע הגברית בצוות ההנחה לא הייתה נוכחת. יתכן שתרמה לכך גם ההכשרה המוקדמת והניסיון בטיפול בנפגעות תקיפה מינית של המנחה, האחות. במפגשים הבאים שיתפו אותן נשים כי הן חשות הקלה, ש"אבן ירדה להן מהלב" עתה, משנגלה הסוד שהכביד עליהן. בפגישות הבאות ניכר היה שהן פנויות יותר לאינטראקציות בקבוצה וחיוניות יותר במראה החיצוני שלהן ובהתנהגות. ההתערבות הקבוצתית הגיעה לקצה כעבור 12 שבועות. ה"אירוע" נחוג ביוזמה של חברות הקבוצה בארוחה משותפת, בה כל אחת הביאה כיבוד, וכן בתערוכת אומנות בה הוצגו יצירות מעשה ידיהן - סריגה, ציור, תכשיטנות, חריזה וכו'. שלב הפרידה איפשר בחינה מדוקדקת של התהליך אותו עברו המשתתפות: מניתוח הנתונים של שאלוני שביעות רצון עלה כי הציון הממוצע עמד על 4.37 מתוך 5. השפעות הקבוצה ניכרו על כל אחת מהחברות בה גם במראה החיצוני, כשהנשים הקפידו יותר על הופעתן החיצונית והאסתטית. הדבר עשוי להעיד על עלייה בביטחון העצמי, שיפור בדימוי הגוף, ירידה בתסמיני דיכאון ותפיסת מסוגלות עצמית גבוהה יותר. רובן דיווחו שההשתתפות בקבוצה גרמה להן, לראשונה מזה שנים, להיפתח לסביבתן, לפתח תחביבים, ליצור חברויות אמיצות בתוך הקבוצה, לשפר את רמת התפקוד החברתי ואת הדינמיקה בתוך המשפחה.

## דיון

במשך 12 שבועות התקיימה קבוצת תמיכה לחולות פיברומיאלגיה במכון לרפואת כאב במרכז הרפואי רמב"ם. הקבוצה הונחתה על ידי פסיכולוג המכון והאחות האחראית, בליווי הדרכה מקצועית שוטפת של פסיכולוגית קלינית המתמחה באנליזה קבוצתית. ייחודיות הקבוצה, ששילבה תרגול טאי-צ'י למשתתפות, ניכרת גם בעבודת ההכנה האינטנסיבית והמקיפה שנעשתה טרם פתיחת התהליך הטיפולי, ההדרכה הרציפה והשינוי שחל בקרב משתתפות הקבוצה הן בפן האישי והן בפן הבינאישי.

ניתן לומר כי ההתערבות הקבוצתית ביססה את השימוש המרפא בבית החולים כמערכת חברתית, הפעילה את יכולת המטופלות לתרום לטיפול בהן, הגבירה את הידע בדבר יחסי הגומלין בין עולמן הפנימי והסכסוכים המובנים בסביבתן ואיפשרה חוויות רגשיות מתקנות המסופקות על ידי חברות הקבוצה. ניסיונות השתלטות רגרסיביות ותוקפניות מצד המטופלות על

## מקורות

1. Anooshian J., Streltzer J., Goebert D. (1999): Effectiveness of a psychiatric pain clinic. *Psychosomatics*, 40, 226-232.
2. Eccelston C. (2001): Role of psychology in pain management. *British Journal of Anesthesia*, 87: 1, 144-152.
3. Hansen J.R., Streltzer J. (2005): The psychology of pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, 339-348.
4. Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M.A., Goldenberg D.L., Katz R.S., Mease P., Russell A.S., Russell I.J., Winfield J.B., Yunus M.B. (2010): The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care and Research*, 62: 600-610.
5. יאלום א., לשץ' מ. (2007): טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה. ארווין יאלום עם מולין לשץ'. הוצאת מאגנס.
6. Adler A. (1938): *Social Interest: A challenge to mankind*. Faber & Faber, London. *Challenge to Mankind*, trans. J. Linton and R. Vaughan (London: Faber and Faber, Ltd., 1938; repr. Mansfield Centre, CT: Martino Publishing, 2011), 42.
7. Jones D.K., Sherman A.C., Mist D.S., Carson W.J., Bennett M.R., Li F. (2012): A randomized controlled trial of 8-form Tai chi improves symptoms and functional mobility in fibromyalgia patients. *Clinical Rheumatology*, 31: 1205-1214.





# DSM והמחלוקת: מדריך לפסיכולוג הנבון

צבי גיל\*

## מבוא

של ה-DSM, "כתבת העיתונאית כרמית ספיר-וייץ (2), "בהם בתי משפט, חברות ביטוח ולוביסטים שמנפנים בהגדרות המופיעות בו לקידום עניינים שונים. במדריך, המוגדר כמדריך אבחוני, אין המלצות לטיפול. מה יש? תסמינים, שכיחות בגילאים שונים ובהתאם למגדר, שאלון התייחסות להבדלים בין תרבויות, תחזית לעתיד וסיבוכים פוטנציאליים".

במהדורה השלישית מספר האבחנות תפח ל-230, ואנשים החלו לתהות האם באמת כל עשר שנים אנו מגלים 70 או 90 אבחנות חדשות. האם יתכן שאבחנות אלו היו כאן קודם אך לא שמנו לב אליהן? האם יתכן שמספר האבחנות הוא תוצר של שיטת האבחון,

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, הוא מדריך דיאגנוסטי בתחום הפסיכיאטריה היוצא לאור מטעם ההסתדרות הפסיכיאטרית האמריקנית. יצוין כי מדובר במדריך אמריקני שאינו מחייב למעשה איש. ישראל, כמדינה החברה בארגון הבריאות העולמי WHO, מחויבת להשתמש במדריך דיאגנוסטי של ארגון זה, ICD - International Classification of Diseases, אך בשל ההשפעה הרבה של ה-DSM ושל הפסיכיאטריה האמריקנית יש קשר רב בין שני המדריכים. כמו כן, קיים המדריך לאבחון דינמי PDM - Psychodynamic Manual שנסקר בנפרד.

## ארבעה מדריכים - מורה נבוכים

מדריך ה-DSM יצא לראשונה בשנת 1952 ונכללו בו אז 60 אבחנות. ב-1968 יצאה המהדורה השנייה ומספר האבחנות בה צמח ל-145. במעבר למהדורה השלישית, ב-1980, חל שינוי חשוב: ה-DSM השתחרר מההשפעות הפסיכואנליטיות והפך למדריך "א-תיאורטי". שינוי זה היה הן למקור עוצמה והן מוקד לביקורת.

מצד העוצמה, ה-DSM יכול היה לשרת מספר רב של קלינאים וחוקרים, ללא קשר לנטייה התיאורטית שלהם. האבחון נעשה על פי קריטריונים אובייקטיביים, סימפטומים ותצפיות ועל כן היה מהימן יותר. הפסיכולוג הישראלי יששכר עשת, אמר כי מדריך זה מספק כיום את דרך האבחון המדויקת והמחוברת למציאות היחידה שבנמצא. "הוא אינו בנוי על תיאוריה", הוסיף, "אלא על תצפית מציאותית, וכך הסיכוי לטעות קטן... בקמצנות התיאורטית

של מדריך זה טמונה גדולתו: הוא אינו מתיימר להבין את האדם, אלא להתחבר לחוויה האנושית הקיומית שלו".

מצד הביקורת, בגלל ההתעלמות שלו מתיאוריה, לא הציע מדריך זה כל הסברים למקור או לסיבה לאבחנותיו. עורך האתר (4) צור ארליך, הביא מדבריהם של הפסיכיאטרים פול מק'יו ופיליפ סלבני, כפי שנכתב במאמר באחד הגיליונות האחרונים של כתב העת המדעי היוקרתי 'ניו-אינגלנד ג'ורנל אוף מדיסין': "זו שיטת אבחון של סימון v ליד פריטים ברשימת קניות... ה-DSM אינו אלא 'מגדיר שדה', שהפך, למרבה המבוכה, לעמוד התווך של הפסיכיאטריה. הגישה אותה הוא נוקט אמנם חוסכת זמן וכסף ומשמחת את משווקי התרופות הפסיכיאטריות ושאר בעלי עניין, אך יוצרת תרבות של כללי אצבע, שבה המאבחן אינו מכיר את החולה שלו לעומק". "פרט לאנשי המקצוע, ישנם עוד רבים אחרים הסמוכים על שולחנו

או שאולי יש אינטרסנטים המבקשים להפוך יותר ויותר מצבים לאבחנות פסיכיאטריות?

שבע שנים לאחר מכן הוציאה החברה הפסיכיאטרית האמריקנית מהדורת תיקון ועדכון שנקראה R-III-DSM, וב-1994 יצאה המהדורה הרביעית של המדריך ומספר האבחנות בה הגיע ל-298. כלומר, המגמה בגידול מספר האבחנות נמשכה.

יש לציין כאן תופעה שבלשון הפסיכיאטרית הרשמית נקראת Comorbidity, דהיינו, היארעותן של שתי אבחנות בו בזמן אצל אותו אדם. כמו שברפואה הכללית אדם החולה בשפעת יכול ללקות גם בגרדת ומקבל את שתי האבחנות, כך קורה גם בתחום הפסיכיאטריה. אולם האם באמת מדובר בשתי תסמונות שאותו אדם לוקה בהן במקרה, או שמדובר בשני אספקטים של אותו מצב נפשי, ששיטת המיון של ה-DSM רואה אותם כשתי תסמונות

\*צבי גיל, פסיכולוג קליני ורפואי, מרפאה קהילתית לבריאות הנפש, עכו, בית חולים פסיכיאטרי ע"ש פליגלמן (מזרע); מרפאת 'לטיף', אום אל-פאחם; מכון עמית, חדרה; מכון אנאפה, חיפה [www.annafa-psychotherapy.co.il](http://www.annafa-psychotherapy.co.il) [tsvigil@bezeqint.net](mailto:tsvigil@bezeqint.net)





נפרדות. למשל, אדם שמאובחן כסובל מהפרעת אישיות וכסובל מדיכאון האם אין זה סביר שהדיכאון הוא חלק, או ביטוי, של הפרעת האישיות שלו?

---

**עריכת המהדורה החמישית של ה-DSM בוצעה בהליך 'שקוף', שבו פורסמה טיוטה שלו באינטרנט והציבור הוזמן להתייחס אליה. 13 אלף הערות התקבלו. המהדורה הסופית, המודפסת, שיצאה לאחרונה בדפוס, כוללת את השינויים שהעורכים הכניסו בעקבות ההערות שקיבלו. למי שממש צריך את זה, ניתן לרכשו בארץ בכריכה רכה במחיר שווה לכל נפש...**

---

### המהדורה החמישית השנויה במחלוקת

מדריך ה-DSM נערך על ידי 'צוות משימה' גדול שהקימה ההסתדרות הפסיכיאטרית האמריקנית ונחלק לצוותי משנה לפי תחומים: תחום התמכרויות, תחום חרדות, תחום פסיכוזות וכן הלאה. כל צוות סוקר את הספרות המחקרית העדכנית בתחומו, ועל סמך ממצאיו מציב את האבחנות ואת הקריטריונים להן.

עריכת המהדורה החמישית של ה-DSM בוצעה בהליך 'שקוף', שבו פורסמה טיוטה שלו באינטרנט והציבור הוזמן להתייחס אליה. 13 אלף הערות התקבלו. המהדורה הסופית, המודפסת, שיצאה לאחרונה בדפוס, כוללת את השינויים שהעורכים הכניסו בעקבות ההערות שקיבלו. למי שממש צריך את זה, ניתן לרכשו בארץ בכריכה רכה במחיר שווה לכל נפש... של 640 ש"ח.

● **ביקורת מבית:** אך דווקא תהליך שקוף זה גרר ביקורת רבה. אחד המבקרים הנועזים היה לא פחות מאשר אלן פרנסס (Allen Frances), פסיכיאטר חשוב המחזיק בקריירה באוניברסיטת קורנל ובאוניברסיטת דיוק בארה"ב והיה עורכה של המהדורה הרביעית של ה-DSM. פרנסס נתפס כאחד האחראים הראשיים לדרך החשיבה של מדריך זה, על חולשותיו, אבל דווקא הוא הפך למבקר תקיף שלו. במקביל לעריכה של ה-DSM-5 פתח פרנסס בלוג שבו ביקר את התהליך, וממש בעת יציאתו לאור של המדריך הוא הוציא לאור ספר המבקר את אותו, בשם *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-V, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* - כותרת הרבה יותר ארוכה ופחות קונפוקטית מאשר זו של ה-DSM, אך גם פחות יקרה: ניתן להשיגו ב-20 דולר מ'אמזון'. חלק מהביקורת שלהלן מקורה בפרנסס.

פרנסס קורא למועד הוצאתו לאור של ה-DSM "הרגע העצוב בקריירה שלי" (ראיון בבלוג הפופולרי *Huffington Post*). הוא טוען בראיון זה שה-DSM-5 פגום, וכי השינויים שהוכנסו בו אינם מבוססים ואף מסוכנים. ההחלטות של עורכי ה-DSM, טוען פרנסס, הן לא רק לא מדעיות, אלא לעתים גם מנוגדות לשכל הישר. פרנסס מציב לרופאים לא לרכוש את ה-DSM-5, לא להשתמש בו ולא ללמוד אותו (4). לצרכים פורמליים של מתן קודים לאבחנות ניתן, הוא אומר, להשתמש ב-DSM-4, שהוא לא רק ישן ומוקר, אלא גם נמצא באינטרנט בחינם (5).

● **אינפלציה באבחון המהיר:** בראיון למייקל מקאניק בעיתון 'מאדר ג'ונס' (תורגם ופורסם ב'הארץ' ב-22.5.13) אומר פרנסס כך: "ב-35 השנים האחרונות חלה אינפלציה באבחון המהיר, בעיות של חיי היומיום הפכו להפרעות נפשיות והתוצאה היא טיפול תרופתי

מופרז. עוד מעט יהיו לכל אדם שתיים או שלוש הפרעות נפשיות, והגיע הזמן שנסקול מחדש כיצד אנו מעוניינים שההגדרות יתבצעו והאם עליהן להישאר בידיהן של יצרניות התרופות, מה שלמעשה קרה בשנים האחרונות". המראיין תהה בעדינות אם לפרנסס עצמו, עורכה של המדורה הרביעית, יש רגל בדבר, ופרנסס ענה לו: "נהגנו בשמרנות רבה מאוד כשערכנו את ה-DSM-4. למרות מאמציו לרסן את האינפלציה באבחון גדלו שיעורי האבחון של הפרעות קשב וריכוז והיפראקטיביות פי 3, שיעור האוטיות גדל כמעט פי 4, שיעור ההפרעה הדוקטובית אצל ילדים גדל פי 40 ושיעור אצל בוגרים גדל פי 2. חלק ניכר מזה נגרם על ידי יצרניות התרופות. היו להן פטנטים למוצרים חדשים, יקרים מאוד, מה שאיפשר להן להפיץ בקרב רופאים ומטופלים את המסר לפיו הפרעות נפשיות ניתנות לאבחון בקלות, שהאבחנה נעלמת לעתים קרובות מהעין, שהן נגרמות מחוסר איזון כימי ושניתן לטפל בהן בגלולה יקרה. איני סבור שה-DSM מושלם. למעשה אני כלל לא גאה בו. בזמנו סברנו שהצלחנו לרסן את אינפלציית האבחון, אבל מה שקרה לאחר מכן הוכיח שנכשלנו".

עם זאת, פרנסס שולל השפעה ישירה של חברות התרופות על עורכי ה-DSM: "הן לא משפיעות כלל על גיבוש המדריך, אין להן קשר עם איש מהצוות, אך הן ממתנות בצד, ואם אפשר שבתהליך זה ייעשה שימוש לרעה ב-DSM, אז ייעשה בו שימוש לרעה... יצרניות התרופות משווקות בעיקר, ובכמויות גדולות, לרופאים המספקים טיפול ראשוני (בין השאר רופאי המשפחה. המתרגמת), שכיום רושמים 80% מהתרופות הפסיכיאטריות. רוב האבחונים הפסיכיאטריים מתבצעים בפגישה שנמשכת שבע דקות, עם רופא שלא מתעניין במיוחד בפסיכיאטריה או שלא התמחה בה". על החוקרים שחיברו את המדריך החמישי במספר אומר פרנסס בראיון זה: "חלק גדול מהאחריות נופל על מומחים שקיבלו יותר מדי חופש פעולה להרחבת האבחונים ושטחי העניין החביבים עליהם. אני עובד בתחום זה 45 שנה ומעולם לא נתקלתי במומחה שאמר 'בואו נצמצם את התחום שלי'. הם תמיד מבקשים להרחיב, תמיד חוששים שמא פיספסו מטופלים. הם לא מביאים בחשבון מה יהיו הסיכונים למטופלים שמתווגים בצורה שגויה, סבורים שההצעות שהם מעלים יבוצעו בצורה הטובה ביותר במעבדות המחקר שלהם עצמם. אין הם מבינים שיעיקר האבחנה הפסיכיאטרית מבוצעת בטיפול הראשוני. הכוונות שלהם טהורות, אך הם תמימים בצורה מדהימה".

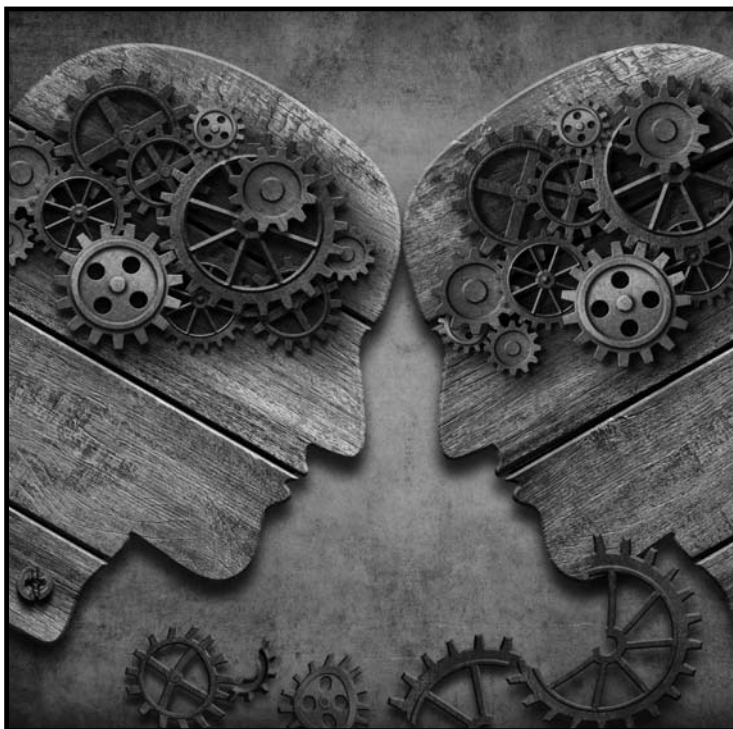
● **אצבע קלה על ההדק:** ד"ר ירחמיאל ברבר, פסיכיאטר ישראלי ויו"ר החברה הישראלית לפסיכיאטריה של הזקנה, אמר דברים דומים. לדבריו, ההתנגדות למדריך החדש נובעת מכך שהוא מגדיר מחדש תופעות ותגובות נורמליות. למשל, ב-DSM-5 מצב של אבל נכנס לקטגוריית דיכאון, והתמכרות לאינטרנט או להימורים מוגדרת כהפרעה, מה שלא היה בספרי האבחון הקודמים (6). פסיכיאטר ישראלי אחר, פרופ' חגי חרמש, אמר בראיון לעיתונאית אלה הר-נוי ב'הארץ' (15.4.12): "מחקרים שפורסמו בשנתיים האחרונות לא מצדיקים את האצבע הקלה כל כך על הדק התרופות ב-DSM-5".

אחת הביקורות על תקפותו של המדריך החמישי היא שהוא בעצם משרת את האינטרסים של חברות התרופות: יותר אבחנות, יותר מאובחנים, יותר תרופות. עבור הפסיכיאטרים יותר מצבים בחיים נכנסים לתחום שלהם באמצעות אבחנה פסיכיאטרית. העיתון *NewsScientist* טוען ש"לרבים מעורכי ה-DSM האחרון יש קשרים בתעשיית התרופות" (7) ומביא לכך ראיות. ההסתדרות הפסיכיאטרית האמריקנית, שהיא כזכור המוציאה לאור של המדריך, הגיבה כצפוי בהכחשה של טענות אלו, אך בניסוח שאיני יכול לתרגם אלא להביאו כלשונו:



קלה או 'נורמלית'. כל העולם, כך נראה, מדבר על ה-DSM-5, ובדרך כלל שלא לזכות. החברה הגרמנית לפסיכיאטריה, פסיכותרפיה, פסיכוסומטיקה ונירולוגיה DGPPN, הזהירה מאבחון יתר שבשימוש ה-DSM-5, ובלשונה: "קיימת בו סכנת פתולוגיזציה של מצבי מצוקה רגילים, של תהליכי הסתגלות טבעית ושל זקנה" (8).

**עוד מסמר בארון הקבורה:** המכון הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב, National Institute of Mental Health - NIMH, תקע עוד מסמר בארון הקבורה של ה-DSM-5 בטענה שהוא חסר תוקף: "בניגוד לאבחנות מתחום הרפואה, אין האבחנות של ה-DSM-5 מבוססות על מדדי מעבדה אובייקטיביים. זוהי ביולוגיזציה קיצונית של תחום בריאות הנפש, שקשה למצוא לה הסכמה". לביקורת של מכון NIMH השלכות פרקטיות: זהו המקור העיקרי למימון מחקרים בפסיכיאטריה, והוא הודיע שלא יממן יותר הצעות מחקר שמבוססות על ה-DSM-5. מאידך, החברה הפסיכולוגית הבריטית BPS, מתחה ביקורת על הביולוגיזציה של ה-DSM-5 והציעה לחזור לאבחנות שמבוססות על תיאוריה פסיכוסוציאלית. אל הביקורת הצטרפו החברה לפסיכולוגיה הומניסטית (חטיבה 32 בהסתדרות הפסיכולוגית האמריקנית), החברה הבינלאומית לאתיקה בפסיכולוגיה ובפסיכיאטריה ISEPP, התאחדות הפסיכולוגים השחורים, The Association of Black Psychologists - ABPsi ועוד. גם אצלנו בארץ ניתן למצוא התייחסות וביקורת ל-DSM-5, המכונה כאן "התנ"ך של הפסיכיאטרים". "לאבחנות הנכללות בספר", כותב



העיתונאי דן אבן ב'הארץ', "משמעויות פוליטיות וחברתיות בכך שהוא מגדיר מה נורמלי ומה חריג, משמעויות רפואיות, משפטיות וכלכליות בין השאר במתן טיפולים והכרה בפגיעות נפשיות לצורך פיצויים ולמטרות הגנה משפטית" ('הארץ', 14.2.10). הפסיכיאטר צבי זמישלני, יו"ר החברה הפסיכיאטרית הישראלית, אמר לעיתונאי זה כי "מבחינה קלינית מדובר במראה מקום לקריטריונים לאבחון הפרעה בנפגע נפש המשפיע אפילו על החשיבה הפסיכיאטרית. למשל, הפרעות אישיות מקוטלגות במדריך זה בציר נפרד, לא כמחלה המוגבלת בזמן אלא כהפרעה הנמשכת לכל החיים, ולקטלוג השפעה על ההתייחסות והטיפול בהפרעות אלו. הוועדות

"There is, in fact, no outside organization that has the capacity to replicate the range of expertise that DSM-5 has assembled over the past decade to review diagnostic criteria".

## אחת הביקורות על תקפותו של המדריך החמישי היא שהוא בעצם משרת את האינטרסים של חברות התרופות: יותר אבחנות, יותר מאובחנים, יותר תרופות. עבור הפסיכיאטרים יותר מצבים בחיים נכנסים לתחום שלהם באמצעות אבחנה פסיכיאטרית

**קונפליקט אינטלקטואלי:** פרנסס טוען שלא זו הייתה כוונתם של עורכי ה-DSM-5, לא שלו בעריכת המדריך הרביעי במספר ולא אצל עורכי המדריך החמישי, אבל זו התוצאה. הדבר קרה לדבריו, לא בגלל קונפליקט אינטרסים אלא בגלל קונפליקט אינטלקטואלי: מומחים נוטים לראות בתחום הצר יחסית של התמחותם את חזות הכל, ולהתעלם מהמשמעויות של תרומתו של תחום זה למציאות החיים.

אחד השינויים החשובים, אך התמוהים, ב-DSM החדש הוא ביטול תת הסוגים של הסכיזופרניה (פרנואידית, קטטונית, לא מאורגנת וכו'), בניגוד למה שהיה מקובל מאז תחילת המאה העשרים. שינוי חשוב אחר הוא איחוד ההפרעות מה'ספקטרום האוטיסטי', תחת אבחנה אחת: Autistic Spectrum Disorders - ASD. הפרעות כפייתיות, Obsessive Compulsive Disorder - OCD הופרדו משאר הפרעות החרדה, מאחר שנראה שטבען שונה וקיימים מחקרי הדמיות מוח המצביעים על ממצאים ייחודיים להפרעות אלו.

פרנסס מונה עשרה פגמים עיקריים ב-DSM החמישי:

1. התקפי זעם, Disruptive Mood Dysregulation Disorder, הופכים להפרעה פסיכיאטרית;
2. מצב נורמלי של אבל מאובחן כדיכאון;
3. שכחה שמאפיינת קשישים (לא דמנציה או אלצהיימר) מאובחנת מעתה כהפרעה נירוקוגניטיבית מינורית, Minor Neurocognitive Disorder;
4. קריטריונים גמישים מדי להפרעת קשב אצל מבוגרים, שיובילו לאבחון יתר של תופעה זו;
5. לעומת זאת, שינוי בקריטריונים לאבחון אוטיזם יוביל לאבחון חסר של תסמונת זו. בארצנו יש לכך משמעות מאחר שלמאובחנים באוטיזם מוקנות זכויות רבות מטעם הביטוח הלאומי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כעת קיים חשש שחלק מהסובלים מתסמונת זו לא יקבלו זכויות אלו;
6. המדריך החדש מתקשה להבחין בין אנשים שרק התנסו בשימוש בסמים לבין מכורים כבדים;
7. המדריך הכניס מושג חדש: "התמכרות התנהגותית". כל שותי הקפה, הישמרו לכם!

8. מיטשטשים ההבדלים בין הפרעת חרדה מוכללת, Generalized Anxiety Disorder - GAD לדאגות יום-יום, שהינן יותר שכיחות; ויותר נורמליות.

9. המדריך החדש מתקשה לאבחן נכון הפרעת דחק בתר חבלתית (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD) בהקשרים שיש להם השלכות משפטיות.

10. כללית, עם היוצא מהכלל של הספקטרום האוטיסטי, ה-DSM החמישי במספר מקל על קבלת אבחנות. במילים אחרות: קל בו יותר מאי פעם לקבל אבחנה פסיכיאטרית, גם לאנשים שבעייתם יחסית



מקופות חולים, ומאידך תורם למדיקליזציה של מצבי חיים נורמליים. האבחון על פי סימפטומים ולא על פי תיאוריות תומך בכיוון של מתן תרופות (המותאמות לסימפטומים), ולא לטיפול פסיכו-סוציאלי, הקשור לרוב לתיאוריה שמאחורי התסמונת ולנסיבות האישיות של המטופל. גישה זו מתאימה לאינטרסים של חברות התרופות ואולי גם לאלה של גורמים מבטחים, שמעדיפים לתת תרופות זולות מאשר טיפולי פסיכותרפיה ושיקום יקרים. קיימת ביקורת על כך שה-DSM נשען על תיאורים של תופעות ולא על הבסיס הביולוגי שלהן.

---

**כל העולם, כך נראה, מדבר על ה-DSM-5, ובדרך כלל שלא לזכות. החברה הגרמנית לפסיכיאטריה, פסיכותרפיה, פסיכוסומטיקה וניורולוגיה DGPPN, הזהירה מאבחון יתר שבשימוש ה-DSM-5, ובלשונוה: "קיימת בו סכנת פתולוגיזציה של מצבי מצוקה רגילים, של תהליכי הסתגלות טבעית ושל זקנה"**

---

### ומה הלאה?

נראה שבשלב זה אננו, כמו מטפלים בארה"ב ובעולם כולו, ממתנים לראות איך יפול דבר. מטפלים בישראל יכולים ואף מוזמנים להשתמש ב-ICD, המדריך הדיאגנוסטי של ארגון הבריאות העולמי WHO, שדומה באופיו ואף מותאם למהדורה הרביעית של ה-DSM, אך "רך" יותר, מאחר שהאבחנות נעשות בו על פי תיאורים יותר מאשר על פי קריטריונים. מדריך זה, בדומה לקודים של ה-DSM הרביעי, יכול לענות לצרכים הפורמליים של השימוש במדריך אבחנותי - החלפת מידע בין מטפלים, רישום סטטיסטי, אבחונים לצרכים משפטיים וכדומה, אך ספק אם יעמוד בצורך של חוקרים לאבחון מהימן.

המשתתפות בקביעת האבחנות נתונות לעתים רבות להשפעה וללחץ פוליטיים... יש הטוענים כי גם חברות התרופות מפעילות לחצים על האיגוד האמריקני, כדי ליצור אבחנות חדשות שניתן יהיה לטפל בהן תרופתית".

ג'ונתן שדלר, פרופ' לפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטת קולורדו, ארה"ב, ומי שכתב מאמר מצוטט על היעילות של טיפול דינמי (9), כתב לאחרונה (10) מאמר סרקסטי על ה-DSM-5 ויצא חוצץ נגד הנטייה לאגד יחד את כל סוגי הדיכאון, החרדה וכו', שהופכת את המחקר עבורם לחסר משמעות. האבחנות של ה-DSM אינן מתארות בצורה נאמנה את המצבים שבעטיים אנשים פונים לטיפול, ולכן יש רק ערך מועט למחקר העוסק בטיפול שנעשה לפי אבחנות אלו. שדלר מצטט את מנהל המכון הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב, שאמר: "Mental disorders are biological disorders involving brain circuits", ובתרגום חופשי: "הפרעות מנטליות הינן הפרעות ביולוגיות שנובעות משיבושים במעגלים מוחיים". שדלר כותב שבקליניקה הוא פוגש אנשים עם בעיות ביחסים ובאינטימיות, שמתקשים לבטא את צרכיהם הרגשיים, שמשבשים לעצמם את החיים, חשים ריקנות או משחזרים דפוסים מכאיבים. כל אלה אינם מאובחנים ככאלה ב-DSM, ומחקר ביולוגי על מה שקורה במוח יעזור אך מעט כדי לטפל בבעיות מסוג זה. והוא מסיים בציטוט מליאון אייזנברג, מחלוצי המחקר הפסיכופרמקולוגי: "במחצית הראשונה של המאה העשרים הפסיכיאטריה הייתה ללא מוח, ואילו במחצית השנייה היא הפכה לחסרת נפש".

### לסיכום

מדריך ה-DSM החדש הינו ספר עב כרס המצליח שלא להשביע רצון של אף אחד, ועדיין לא ידוע באיזה מידה ישתמשו בו ומה תהיה השפעתו. הוא מייצג את ההשפעה ההולכת וגדלה של הפסיכיאטריה הביולוגית, שמאבחנת תסמונות לפי סימפטומים ולא לפי תיאוריות ומנסה ליחד תרופות למגוון גדול מאד של מצבים שיש בהם סימפטומים או מצוקות. בגישה זו יותר ויותר אנשים מאובחנים כסובלים מתסמונות פסיכיאטריות. אבחון זה מקל עליהם לקבל טיפול ובעקבות זאת זכאות מחברות ביטוח או

### מקורות

1. tsurehrlich.blogspot.co.il
2. www.nrg.co.il/online/29/ART2/477/374.htm
3. www.probook.co.il
4. www.haaretz.co.il/premium-1.2027208
5. behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr
6. www.nrg.co.il/online/29/ART2/477/374.html
7. www.newscientist.com/article/dn21580-many-authors-of-psychiatry-bible-have-industry-ties.html#.Uc798dhgpnE
8. www.sueddeutsche.de/gesundheit/neue-diagnosekriterien-in-der-psychiatrie-wenn-trauer-zur-krankheit-wird-1.1649873
9. Shedler J. (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist 65: 98-109.
10. Shdeler J. (2013): s NIMH Brilliant, Stupid, or Both? (or, How I Learned to Stop Worrying and Love Voles).

\*תודתי לד"ר יוכי בן-נון על שהביאה לתשומת לבי מאמר זה.



# 'הטיפול המנוהל'

## והרפורמה בבריאות הנפש

צבי גיל\*

### מבוא

לפני מספר שנים, באחד הדיונים הסוערים בכנסת בעניין הרפורמה, הצהיר אחד מאוהדיה שאחרי הרפורמה אנשים לא יצטרכו לשלם 400 ש"ח לפסיכולוג פרטי עבור טיפול.

עכשיו, בואו נבצע תרגיל דמיוני: הממשלה מחליטה שממחר כל תעריפי הטיפול הפסיכולוגי ייחתכו בחצי. הפסיכולוגים מוחים כמובן, אך מציינים (פסיכולוגים הם בדרך כלל די מרובעים). מה קורה? מי שנמצא כבר בטיפול פסיכולוגי שמח מאד על שטיפולו הזול, הוא אולי מרשה לעצמו טיפול ממושך יותר משתיכנן, או להגביר את קצב פגישותיו לפעמיים בשבוע. אנשים שקודם לכן לא הרשו לעצמם לפנות לטיפול פסיכולוגי, פונים כעת. הפסיכולוגים כמובן מרוויחים פחות לשעת עבודה, אך מאחר שיותר אנשים פונים אליהם סך רווחיהם אינו יורד בהרבה, גם אם עליהם לעבוד יותר לשם כך. ומי שלא רוצה לעבוד הרבה מסתפק בהכנסה צנועה יותר. האם במצב כזה הושגו יעדי הרפורמה?

התשובה היא כן - ולא. החלק של ה"כן" נוגע לכך שיותר אנשים ירשו לעצמם טיפול נפשי כאשר הוא זול, וזו מטרה מוצהרת של הרפורמה. החלק של ה"לא" הוא שהמטרה האמיתית של הרפורמה היא לחסוך בהוצאות הציבוריות לבריאות הנפש באמצעות צמצום הצריכה - והעברה מקסימלית של ההוצאה לכיס הפרטי של האזרח. והתרגיל שהוצג לעיל אינו משנה לא את רמת ההוצאה ולא את החלק הציבורי שבה. ולכן הרפורמה לא תסתפק בכך.

ועכשיו משהו על סמנטיקה: חובבי התחום מתרגמים Managed care ל"טיפול מבוקר". כנראה שמבוקר נשמע אם לא יותר סקסי, אז לפחות יותר חיובי. התרגום עצמו מנסה איפוא להשפיע על תפיסת הנושא בכיוון חיובי, בדומה להשוואה של שטחים "כבושים" לשטחים "משוחררים", "עקורים" ל"מפונים", "קפיטליזם חזירי" ל"שווק חופשי" וכן הלאה. אם Managed care הוא חיובי או לא ישפוט הקורא. מבחינתי, "טיפול מנוהל" הוא תרגום מילולי וחסר פניות ל-Managed care. אם Manager פירושו מנהל,



Management הוא ניהול ובמקצוע שלנו Case Management הוא ניהול טיפול (ולא בקרת טיפול), אזי Managed care יתורגם לטיפול מנוהל.

הטיפול המנוהל הוא חלק מהגישה הניאו-ליברלית, שרואה את צורכי האדם ואספקתם דרך החור שבשקל. אספקה של בריאות נפשית עולה כסף, ויש לפקח על ולווסת את ההוצאה של כסף זה. ככל שאנשים יוציאו יותר מכיסם, כך הם יחשבו פעמיים לפני שיבזבוז את הכסף. האם ההוצאה הזו באמת חיונית להם? וזאת בניגוד להוצאה המשולמת מראש על ידי המדינה, שהיא כמעט תמיד בזבזנית יותר. את הכסף שהמדינה תחסוך בתחום זה היא תוכל להוציא על נושאים פרודוקטיביים יותר, או שישאר בידי האזרחים, שיוכלו להוציאו על מוצרי צריכה או לחסוך אותו. יותר כסף בידי האזרחים הוא יותר

שמן בגלגלי הכלכלה, בניגוד לכסף המוצא על ידי המדינה (1). בתיאוריה, הטיפול המנוהל מיועד לחסוך בהוצאות וליעל את הוצאתן באמצעות פיקוח מסודר על השירותים הניתנים. אך בפועל, בשיטה שבה מועבר תשלום אחד עבור כל מבטח או מטופל הפיתוי לחסוך באמצעות צמצום הטיפול למינימום הוא בלתי נמנע. במילים של אלישע וגרינשפון (2), מדובר ב"גישה המשלבת הפעלת תמריצי ספקים יחד

עם הפעלת מערכת טמב"ן (טמב"ן - טיפול מבוקר בבריאות הנפש), שהוכחה את יעילותה בבלימת עלויות מבלי לפגוע בזכויות הביטוח או באיכות הטיפול". בעוד ש"בלימת עלויות" נחשבת למטרה חיונית בגישת הטיפול המבוקר, ספק אם היא מושגת מבלי לפגוע בזכויות הביטוח או באיכות טיפול. סיסמאות לחוד ומציאות לחוד.

פורמן ולנגר מציינים (3) כי גישת הטיפול המנוהל הופיעה כריאקציה לנטייה לצריכה בלתי מבוקרת ואף בזבזנית של בריאות הנפש. אך כפי שקורה לעתים, תנועת המטוטלת המשיכה לצד השני, לכיוון של חיסכון קיצוני ובלתי מוצדק בהוצאות אלו. זאת כמובן, לאחר

\*צבי גיל, פסיכולוג קליני ורפואי, מרפאה קהילתית לבריאות הנפש, עכו, בית חולים פסיכיאטרי ע"ש פליגלמן (מרזע); מרפאת 'לטיף',

אום-אל-פאחם; מכון עמית, חדרה; מכון אנאפה, חיפה tsvigil@bezeqint.net, www.annafa-psychotherapy.co.il





שהאפשרות של צמצום הוצאות מצאה חן בעיני המבטחים ובעיני המדינה; וכי מי יסכים מרצונו להפסיק לחסוך ולאפשר הוצאה מוגברת של משאבים? אך בדרך נסחפו המבטחים לתמרונים לא מוצדקים. ההוצאה העיקרית בתחום בריאות הנפש היא על אשפוז ויש לחסוך בו במידת האפשר (מה שכבר נעשה בישראל במסגרת מה שמכונה ה"פרומה המבנית בבריאות הנפש", הווי אומר קיצוץ במספר המיטות האשפוזיות וקיצוץ במספר ימי האשפוז הממוצעים למטופל; אך המבטחים המשיכו לחסוך גם בהוצאות על טיפול אמבולטורי, בטענה שטיפול זה אינו יעיל, שהמטופלים יכולים להסתפק בתרופות ושבתמקום שבו מתקיים שיקום אין צורך גם בטיפול נפשי. באופן אירוני מטופלים יכולים להיות בריאים מדי או חולים מדי עבור טיפול נפשי. סכיזופרניה למשל, נחשבת למחלה ביולוגית, ואם כך אפשר להסתפק בתרופות ואין צורך בפסיכותרפיה. לעומתה, הפרעות רבות שנקראו פעם ניוורטיות קלות מלהצדיק שימוש במשאב יקר כמו פסיכותרפיה (מובן שאשפוז אינו בא בחשבון עבור הפרעות כאלו), ואם כן, פסיכותרפיה קצרה צריכה להספיק. כמו כן, מצבים רבים אינם מגיעים לסף של אבחנה פסיכיאטרית ולכן אינם מצדיקים פסיכותרפיה. למשל, אונס הוא אירוע נורא, אך נשים רבות מתגברות עליו בכוחותיהן הנפשיים הטבעיים, ועל כן אין צורך להציע להן טיפול נפשי. אשה כזו, אם בכל זאת תפנה לטיפול נפשי תיחקר לגבי האפשרות של סימפטומים נפשיים; האונס עצמו אינו הצדקה לטיפול נפשי, אלא רק הסימפטומים שבאים בעקבותיו, אם יש כאלה. בפועל, ארגונים שמחפז למערכת הבריאות לוקחים על עצמם את הטיפול במקרי אונס, אך ארועים רבים אחרים שגורמים למצוקה נפשית, כמו אלימות פיזית, פשיטת רגל, פיטורים וכיו"ב, אינם זוכים לכך.

---

### **קושמן וגילפורד כותבים: "מי ששולט בדרך בה טיפול נפשי ניתן, באמצעות ההגדרה של הפרעה נפשית, הקריטריונים לטיפול, טבעו ואורכו של הטיפול המומלץ, שולט באורח טבעי ובלתי נמנע בהבנה החברתית, במובן הרחב של המילה, של בריאות ושל חולי, של נורמליות ושל ריפוי, באפשרויות ובמגבלות של הטבע האנושי"**

---

בעידן הטיפול המנוהל הגישה הישירה לפסיכותרפיסט נעשית לנדירה, אם לא לבלתי אפשרית. המבוטח נדרש קודם כל לפנות לרופא המשפחה שלו, או לפסיכיאטר, הקרויים לעתים 'שומרי הסף' (Gatekeeper). הללו צריכים לאבחן את המבוטח אבחון פסיכיאטרי, ואם אין בידו אישור לכך אין הוא זכאי לטיפול. מצוקה סוביקטיבית, ארוצי חיים מצערים וחלק נכבד ממכלול החיים אינו נכלל בתוך ספר האבחנות הפסיכיאטריות. לאחר קביעת אבחנה (ורישומה הממוחשב, הבלתי ניתן למחיקה), שומר הסף משתדל לשכנע את המבוטח שמה שהוא צריך זו תרופה, בדרך כלל נגד דיכאון או חרדה. אם בכל זאת עולה צורך או דרישה לטיפול פסיכוסוציאלי, ההעדפה של המבוטח היא למטפל הזול ביותר, לטיפול הקצר ביותר. מטפל זה צריך לבצע הערכה, להציע תוכנית טיפול ולדווח (בדרך כלל באותה מערכת ממוחשבת) על הטיפול, מהלכו ותוצאותיו. גישה זו נקראת "ניהול השימוש" (Utilization management), שהוא "קבוצה של טכניקות הננקטות על ידי המבוטח או מטעמו כדי לנהל את ההוצאות על הטיפול הנפשי באמצעות השפעה על ההחלטות שמתקבלות בתחילת הטיפול ובמהלכו לפני הוצאתן

אל הפועל" (1989us, תרגום חופשי). לעתים קרובות האישור ניתן למנה קטנה של טיפול, מספר פגישות, וכדי להמשיך את הטיפול צריך לעבור לשלב נוסף של ניהול השימוש, כלומר המטפל מסכם מה שעשה, מראה מצד אחד שהטיפול מצליח (כי אם שום דבר בעל משמעות לא התרחש בפגישות אלו אולי אין טעם להמשיך אותו), ומצד שני מצביע בצורה משכנעת על הצורך להמשיך את הטיפול, משום שמטרתו הראשונית עדיין לא הושגה (כלומר, לא הושג ריפוי או שיפור של ממש בתלונה, בסימפטום או באבחנה שבגללן פנה המבוטח לטיפול). הופעתן של בעיות נוספות במהלך שיחות אלו אינה מהווה בדרך כלל צידוק להמשכו של הטיפול ומצביעה, מנקודת ראות הרגולטורים, על כך שהמטופל והמטפל "הרחיבו חזית" במקום לטפל בצורה יעילה בבעיה המקורית. טיפול נפשי נתפס אם לא כמותרות אזי כמצרך שניתן להשתמש בו בבזבזנות, אם לא יוגבל ויפוקח, כמו כירורגיה פלסטית של הנפש (4). ישנה מעין הנחה סמויה שהמטופל ישתמש בטיפול הנפשי כמה שרק יתנו לו, ואם לא יגבילו אותו - לבלי סוף. הנחה זו לא נבדקה ואין סיבה להניח שהיא נכונה יותר מאשר ההנחה ההפוכה, דהיינו שמטופלים ישתדלו לסיים את טיפולם מהר ככל האפשר, ברגע שלא ירגישו צורך בו. אך זו ראייה צרה, קצרת טווח, של קופאי השומר שהכסף לא ידלוף מקופתו. מחקר רב מצביע על כך שפסיכותרפיה משפרת איכות חיים, מורידה תחלואה נפשית וגופנית, מפחיתה מאובדן ימי עבודה ומעלה פרויקט בעבודה (5). אך בביטוח רפואי מטעם קופות חולים ימי עבודה אינם יוצאים מאותה קופה של הביטוח, ואילו הקשר בין מצב נפשי למקורות אחרים להוצאות רפואיות נראה רחוק ומופשט.

קושמן וגילפורד כותבים (6): "מי ששולט בדרך בה טיפול נפשי ניתן, באמצעות ההגדרה של הפרעה נפשית, הקריטריונים לטיפול, טבעו ואורכו של הטיפול המומלץ, שולט באורח טבעי ובלתי נמנע בהבנה החברתית, במובן הרחב של המילה, של בריאות ושל חולי, של נורמליות ושל ריפוי, באפשרויות ובמגבלות של הטבע האנושי". מטפלים נדרשים לראיין, לאבחן ולנסח תוכנית טיפול בזמן הקצר ביותר, ובמילים אחרות: לעשות יותר (פעולות) בפחות (זמן, משאבים). הטיפול המנוהל הגדיר מחדש מה זה טיפול נפשי ומה זו פסיכותרפיה. ממה מטופלים סובלים, מה מטפלים אמורים לעשות ואת האופי ומשך הטיפולים שאמורים להינתן. התמונה המצטיירת של טיפול נפשי לפי גישת הטיפול המנוהל הינה פשטנית ומונוליתית: המטפלים הופכים לטכנאים, שמיומנים בהעברה של פרוטוקול טיפולי, שנמצא מתאים לאבחנה של המטופל, שניתנת לפי מדרג פסיכיאטרי, שאמור להגדיר את תלונותיו ומצבו לפי קריטריונים. מטפלים שהם טכנאים צריכים פחות למידה ופחות הכשרה ביחס למקובל, הטיפולים כמובן קצרים כי הם נועדו רק להגיע להקלה בסימפטומים או בתלונות, והיחסים הטיפוליים נתפסים רק דרך המשקפיים של 'שיתוף פעולה' של המטופל עם מה שמוצע לו. כבר ב-1994 הכריז הניו-יורק טיימס על כך ש"הטיפול המנוהל משנה את הפרקטיקה של הפסיכותרפיה" (7). מטפלים אחדים דיווחו שהם מבזבזים כרבע מזמן העבודה שלהם על ביורוקרטיה מול הגורמים המבטחים. חלק מהם מודיעים מראש למטופלים שאין הם יכולים לערוב לסודיות הרפואית בגלל הסדרי הדיווח לקופות החולים, וכי הם מנהלים רישום מינימלי של הפגישות מחשש שיידרשו להעביר את רישומיהם לקופה. המטופלים, מצדם, מתלוננים שהם מתקשים למצוא מטפל מתאים מתוך רשימה מוגבלת שניתנת לבחירתם. סקרים ומחקרים שנעשו מאז מצביעים על כך שהמעבר לטיפול המנוהל שינה באופן רדיקלי את חייהם של מטפלים ומטופלים גם יחד. לא רק זמן הטיפול התקצר, אלא גם תכנונו השתנה. כמעט מחציתם דיווחו שהטיפולים מסתיימים טרם זמנם, ויש מקום





קוגניטיביים-התנהגותיים, בהבנה שזה מה שיידרש מבוגרין על ידי קופות החולים. אך לעתים נדירות יש בדיקה בתוכניות אלו לצידוק שבטיפול המנוהל. המסר לתלמידים הוא שאם הם רוצים להצליח בעידן הטיפול המנוהל עליהם להתאים את עצמם אליו. סוגיות אתיות נידונות בהקשר של יישום הטיפול המנוהל, ולא לגבי הטיפול המנוהל עצמו. התאמה לטיפול המנוהל מדריכה תוכניות אלו יותר מאשר שיקולים תיאורטיים או מחקרניים, אף כי אלה ניתנים לעתים קרובות כרציונליזציות: למשל, שטיפול קצר עדיף על טיפול ממושך, או שהמחקר מציע טיפול קצר מסוים כטיפול היעיל ביותר. התפתחותו האישית של המטפל והתעמקות בנושאים כמו העברה והעברה נגדית, השפעות של חוויות ילדות של המטופל על אישיותו וגורמים אישיותיים עצמם במה שנוגע לתסמונות שאינן



הפרעות אישיות, זוכים לפחות ופחות התייחסות. ביחסים הטיפולים יש הדגשה על Setting, גבולות והיעילות שבה ההתערבות מועברת למטופל. כל אלה יכולים להיות חשובים בתחום הטיפול, אך מודגשים על חשבון היכולת לפתח יחסים טיפוליים, רגישות, חמימות, אמפתיה וגמישות, כמו גם היכולת להאזין למטופל ב'אוזן השלישית', כלומר לראות בהקשר רחב יותר ועמוק יותר את תלונותיו ובעיותיו. גרייבאר וליאונרד סבורים (12) שהפרדיגמה של טיפולים קצרים על פי מדריך (Manual) משקפת את אופיים של האנשים שפיתחו אותם, שחוקרים אותם ושל אלה שמאמצים אותם כשיטת טיפול, ואת החברה המערבית המודרנית בה הם נעשים, חברה המדגישה תוצרים יותר מאשר תהליכים, חיסכון על חשבון רווחה, יעילות על חשבון יחסים, אינטלקטואליזציה על חשבון רגשות. הטיפול, לפי גישה זו, אינו סוביקטיבי

ואינו מותאם למטופל, אלא אוביקטיבי ומותאם לבעיה. המטופל אמור לקבל את הטיפול שנמצא נכון לבעייתו, ללא קשר לאישיותו, למצבו הרגשי או לנסיבות חייו.

בעוד שבמקרים מסוימים יש מודלים של טיפולים קצרים יעילים, הרי שהטיפול המנוהל דורש בדרך כלל שכל הטיפולים יהיו כאלה. שאלות אתיות מרחיקות לכת עולות כאשר טיפול קצר מוצג כטיפול הבחירה או כשווה ערך לטיפול ממושך, בעוד שהמטופל לעתים קרובות אינו מודע לכך שבעצם מה שקורה הוא שהוקצבה לו מנה מוגבלת של טיפול (13). הפרקטיקה של מטפלים רבים היא פשוט לקצר מה שהם יודעים לעשות - התערבויות קצרות יותר במספר, מצמצמים יותר של פגישות. כתוצאה ברורה נפגעות הן ההשקעה ביחסים הטיפולים והן היעילות של הטיפולים עצמם.

אין ספק שיש טיפולים קצרים רבים שיעילותם הוכחה, אך לדעת גרייבארד וליאונרד (12) טיפולים אלה מייצגים את עולמם של פסיכולוגים אקדמיים שמעדיפים פעולה, חסכנות, חינוך. ההתערבויות שמאפיינות מדריכי טיפול (Manuals) בדרך כלל מכוונות פעולה, קצרות ואינטלקטואליות (קוגניטיביות). טיפולים כאלה בדרך כלל עוסקים בחינוך, הסברה, ייעוץ, פיתוח מיומנויות ותרגול בבית. הם מדגישים תכנים יותר מאשר תהליכים, ואת מה שהמטפל אמור לעשות יותר מאשר מה קורה אצל המטופל.

להתפלא על כך שלמעלה ממחצית המטפלים סבורים שהטיפול הסתיימו בזמן הנכון... כמחצית מהמטפלים סיפרו שהם מתאימים את האבחנות שהם נותנים לתוכניות הטיפול שהם מצפים לקבל. במילים אחרות: קובעים אבחנות לא מדויקות על מנת שיאשרו להם טיפול. ושוב יש להתפלא שפרקטיקה כזו קורית בפחות ממחצית מהטיפולים. חלק גדול מהמטפלים דיווחו על פרקטיקה שכיחה, לפיה הטיפול הקצר הסתיים, חברת הביטוח מסרבת להמשיך לממן אותו ואז המטופל ממשיך על חשבון, או שהמטפל מאפשר לו המשך הטיפול בתעריף מופחת. חלק מהמטפלים מפנה את המטופל למטפל אחר, זול יותר, אך מעניין שרק כ-10% מפסיקים את הטיפול עם תום המימון של הביטוח בלי שידונו עם המטופל באופציות העומדות לרשותו. במילים אחרות: רק עשירית מהמטפלים מרגישים 'שלמים', או מתנהגים כאילו הם מרגישים שלמים עם סיומו השירותי של הטיפול בתקופה שהוקצבה לו מטעם המבטח (8).

### סקרים ומחקרים מצביעים על כך שהמעבר לטיפול המנוהל שינה באופן רדיקלי את חייהם של מטפלים ומטופלים גם יחד. לא רק זמן הטיפול התקצר, אלא גם תכנונו השתנה. כמעט מחצית מהמטפלים דיווחו שהטיפול מסתיים טרם זמנם, וכי הם מתאימים את האבחנות שהם נותנים לתוכנית הטיפול שהם מצפים לקבל...

בסקר שנערך בארה"ב דיווחו ארבעה מתוך חמישה פסיכולוגים שהמעבר לטיפול המנוהל השפיע עליהם לרעה (9). הטיפול המנוהל השפיע לרעה על המוראל שלהם, על זהותם המקצועית, על גישתם למקצוע ועל הכנסותיהם (10).

לטיפול המנוהל השפעה על בריאות הנפש יותר מאשר על תחומים אחרים של הרפואה (11). פסיכיאטרים מיועדים בעיקר לאבחן, לרשום תרופות ולהנהיג את צוותי בריאות הנפש. הפסיכיאטר, המומחה יותר בתחום זה, הוא משאב יקר. הוא נדרש לאבחן ולהציע טיפול תרופתי במהירות המקסימלית. יחסים טיפוליים אינם נכללים בפעילותו, אלא במידה הנדרשת כדי להבין את בעייתו של המטופל ולשכנע אותו ליטול את הטיפול המוצע לו. אם בכל זאת נדרשת פסיכותרפיה, היא מועברת למטפל הזול ביותר, לטיפול הקצר ביותר, למשל לעובדים סוציאליים בעלי תואר ראשון, למטפלי CBT, למטפלים בהבעה וביצירה, למטפלים באמצעות בעלי חיים וכדומה. בארה"ב פסיכולוגים קליניים הם בדרך כלל בעלי תואר דוקטור, ושם מדובר על כן בהפניה למטפלים בעלי תואר שני. יש העדפה רבה לטיפול קבוצתי וזאת מטעמים של חיסכון. פסיכולוגים קליניים נחשבים למשאב יקר ובזבזני, הן בגלל הכשרתם הממושכת והן בשל נטייתם לטיפולים ארוכים ומעמיקים. על כן הם בסיכוי גבוה להישאר מחוץ למערכת הטיפול המנוהל. אם הם כן מוכנסים אליו, הם מתבקשים להנמיך ציפיות, כלומר לבצע טיפולים קצרים ושטחיים ולקבל תשלומים ברמה של מטפלים זוטרים. כפי שנראה להלן, המשך המגמה היא להשטיח את הכשרתם של פסיכולוגים קליניים, כך שתהיה דומה יותר לזו של מקצועות אחרים, תובעניים פחות.

יש ראיות לכך שעידן הטיפול המנוהל משנה גם את דרכי ההכשרה של מטפלים (3). גם בארצנו יש כבר קולות הקוראים לקיצור ההכשרה של פסיכותרפיסטים, בטענה שאין פרופורציה בין ההכשרה הממושכת לבין מה שנדרש מהם לאחר מכן. תוכניות הכשרה כוללות היום יותר לימודים של טיפולים קצרים וטיפולים



הם מעריכים יעילות יותר מאשר אמפתיה, דבקות במשימה יותר מאשר גמישות. עם זאת, המחקר בכללו מצביע על כך שהיחסים הטיפולים שנוצרים תורמים לתוצאות הטיפול יותר מאשר הדבקות בטכניקה הטיפולית (14).

הטיפול המנוהל, עם הדגשתו על טיפולים קצרים, ממוקדים ודירקטיביים, פגע בשני ערכים מרכזיים של הפסיכותרפיה: היכולת והנכונות להקשיב ולהבין (12). גרייבארד וליאונרד חוששים שמטפל העובד לפי שיטת הטיפול המנוהל והטיפול הקצר מחפש מה שהוא צריך כדי לבצע את הטיפול הנחוץ, ומפספס מה שבאמת קורה למוטפל.

עד היום אין כמעט ראיות לכך שטיפול מנוהל שיפר במשהו את הטיפול הנפשי. מחקר שנעשה בתחום מצא שטיפול מנוהל לא שיפר את הטיפול הנפשי, לא שיפר גישה לטיפול נפשי ולא חסך בהוצאות עליו (15). מה שהוא כנראה כן עשה זה להפחית מההוצאות של חברות הביטוח (קופות החולים) עליו (16), שזו כנראה הסיבה האמיתית לתמיכתן בו, מעבר לכל המילים היפות על "בקרה תקציבית, הפחתת שיעור האשפוז, שיפור הזמינות והרחבת מעגל הפונים הזוכים לטיפול" (2). לדעת גרייבארד וליאונרד (12), הטיפול המנוהל לא המציא את הטיפולים הקצרים, שהיו קיימים עוד לפניו, אלא עושה בהם שימוש לרעה (Abuse). הטיפול הקצר, לפי גישת הטיפול המנוהל, הוא קריקטורה של הטיפול קצר המועד כפי שמטפלים מכירים אותו: התערבויות מעשיות של 'פתרון בעיות', טיפול שבו יחסים טיפוליים אינם דרך להבין אלא אמצעי לשינוי, מנגנון שנועד להשיג שיתוף פעולה. "אנו מאמינים", כותבים גרייבארד וליאונרד, "שגישות אלו מעוותות את ההקשבה ואת היחסים הטיפוליים. הן מביאות את המטפלים לפעול במים רדודים. במקום להקשיב



בצורה פעילה וליצור ביחד פתרונות מחויבים המטפלים לדגום את פני השטח ולצוד חומר שיתאים למגבלות המודל הטיפולי בו הם מחויבים לעבוד. בעשותם זאת הם מתעלמים או מצמצמים למינימום חומר טיפולי משמעותי יותר (שאמנם ההגעה אליו צורכת יותר השקעה ויותר זמן) ומשדרים מסר בוגדני למטופליהם, שלפיו בעיותיהם אינן רציניות, משמעותיות או מורכבות ביותר, אינן מסובכות להבנה ואין קושי רב בפתרון. מסר כזה מפורר את התיקוף של חוויותיהם היותר משמעותיות של המטופלים (תרגום חופשי - a.g.). היעדר התיקוף ממשיך לתוך הטיפול: המטופלים נדרשים לבצע שעורי בית, להישמע לעצות, לקבל הנחיות לפעולה - לעתים קרובות כאלו שהם אינם מבינים, אינם מסוגלים לעשות או שאינן רלוונטיות עבורם, אבל הם צריכים לשתף איתם פעולה במין 'עצמי מזויף' של הריקוד אותו הם מבצעים עם מטפליהם, לצלילי החליל של המבטח הרפואי. מטופלים בדרך כלל מגיעים לטיפול עם אמביוולנציה או היסוס לגבי המהות של בעייתם והצורך בטיפול. לעתים קרובות הם "שוכחים", עם או בלי מרכאות, את מה שהיו צריכים לבצע, וזוכים לכותרת של "מתנגדים" או חסרי מוטיבציה לטיפול. המשוואה היא, שאם הם אינם עושים מה שנאמר להם כנראה בעייתם אינה כה רצינית. למטפלים, לעומת זאת, ברור כי לצד מצוקה רבה, מטופלים רבים מגיעים ללא הכלים המנטליים

הדרושים לביצועה של פסיכותרפיה מוצלחת. הרבה פעמים הם צריכים קודם ליצור יחסים טיפוליים משמעותיים, שיאפשרו להם לעשות שינויים נחוצים בחייהם.

הטיפול המנוהל מעודד ביולוגיזציה של בריאות הנפש, שמשמעה נתינת תרופות לאחר בדיקה קצרה ככל האפשר על ידי איש המקצוע הזול ביותר האפשרי. המסורת הפסיכיאטרית פותחה על ידי מטפלים שהיו רופאים שרצו להקשיב למטופליהם, להבין אותם ולעזור להם. מסורת זו צומצמה כעת לקלינאי שמראין על מנת לקבוע אבחנה. אם קלינאי זה הוא רופא משפחה, קרוב לוודאי שהוא מקדיש לראיון זה שבע דקות בממוצע (17), ובארה"ב רוב המרשמים הפסיכיאטרים נרשמים על ידי רופאים שאינם פסיכיאטרים (18). המאמץ הגדול, שנעשה על ידי הרופא הבודד אך בעיקר על ידי החברה שהוא חלק ממנה - הממסד הרפואי, חברות התרופות, חברות הביטוח, ארגונים של משפחות החולים, הוא לשכנע את המטופל שהבעיה שלו קשורה לחוסר איזון כימי במוח ולכן מה שנחוץ לו זה לקבל את התרופה המתאימה. בעוד שלעתים תרופה אמנם יכולה לעזור, הרי יש כאן הפחתה מערכו של הסבל האנושי, מהצורך של אנשים שיקשיבו להם, יבינו אותם, ירגישו אותם, מהצורך שלהם להתמודד עם קשיי החיים, לעתים בסיועו של מטפל. המטופלים, ולמרבת הצער לעתים קרובות גם מטפליהם, אינם ערים לכך שדווקא הראיות המדעיות היותר מוצקות אינן תומכות בפרדיגמה של "חוסר איזון כימי במוח" (19), וכן שככל שנוגע לתרופות שאינן נוגדות-פסיכוזו, פסיכותרפיה בדרך כלל יעילה יותר מתרופות (20). לגבי היעילות של תרופות נוגדות פסיכוזו, הרי שזו הוכחה כל צרכה לטווח הקצר, אך יש ספק לגבי ערכה בטווח הארוך, ויתכן שגם כאן פסיכותרפיה עוזרת יותר (24).

### **הטיפול המנוהל, עם הדגשתו על טיפולים קצרים, ממוקדים ודירקטיביים, פגע בשני ערכים מרכזיים של הפסיכותרפיה: היכולת והנכונות להקשיב ולהבין. גרייבארד וליאונרד חוששים שמטפל העובד לפי שיטת הטיפול המנוהל והטיפול הקצר מחפש מה שהוא צריך כדי לבצע את הטיפול הנחוץ, ומפספס מה שבאמת קורה למוטפל**

לא רק בתחום הפסיכותרפיה. "גם העבודה הסוציאלית הקלינית", כותבים פורמן ולנגר (3), "בעידן הטיפול המנוהל היא בסיכון של איבוד ההתמקדות שלה בנפש האדם (Human Spirit and Soul), ולמעשה ספק אם עבודה סוציאלית קלינית יכולה בכלל לשרוד בסביבה של טיפול מנוהל... בהתמקדות בהפחתה של סימפטומים בעייתיים מטפלים מזניחים את הבעיות המהותיות של הקיום שנמצאות מתחת לסימפטומים, או מרכיבות חלק גדול מההפרעות הרגשיות והפסיכוסוציאליות". למעשה, טוענים פורמן ולנגר, הטיפול המנוהל דורש החלפתו של מודל ביו-פסיכו-סוציאלי במודל רפואי שבו עבודה פסיכוסוציאלית הינה משנית (Adjuvant) לטיפול הרפואי.

### **ומה בישראל?**

מסמך מחקר של הכנסת בנושא זה סיכם, כי "ההשפעה הברורה ביותר של גישת הטיפול המנוהל בארה"ב היא שהטיפול נעשה בשיטה זו משיקולים של חיסכון כלכלי יותר מאשר של יעילות הטיפול. טיפולים ממושכים, גם כאשר הם נחוצים, מוחלפים בטיפולים קצרים, על פי רוב התנהגותיים, שנועדו לפתור משברים יותר מאשר מלטפל בסיבותיהם או באישיות המטופל. הטיפולים



## וייל מצביע על כך ש"מתוך חיסכון במשאבים יש סכנה שהקריטריון העיקרי להעסקת עובדי בריאות הנפש לא יהיה איכות הכשרתם ושליטתם במיומנויות מקצועיות נדרשות, אלא עלות נמוכה של שכרם, דבר הנובע בדרך כלל ממקצועיות מוגבלת"

לטיפול במבוגר ו-13 פגישות לטיפול בילד, כאשר מספרים אלה כוללים ככל הנראה גם את פגישות ההערכה (Intake), ובנוגע לילדים גם את פגישות ההדרכה עם הוריהם. מנקודת הראות של מקבלי החלטות בגישת הטיפול המנוהל, זהו הטיפול הנכון. וייל מצביע על כך, ש"מתוך חיסכון במשאבים יש סכנה שהקריטריון העיקרי להעסקת עובדי בריאות הנפש לא יהיה איכות הכשרתם ושליטתם במיומנויות מקצועיות נדרשות, אלא עלות נמוכה של שכרם, דבר הנובע בדרך כלל ממקצועיות מוגבלת". וייל מצביע על קונפליקט נאמנויות שצפוי בין נאמנות המטפל למטופל לבין נאמנותו למעסיק או למממן. האתיקה מחייבת את המטפל להציג למטופל את האופציות הטיפוליות, גם אם אינן זמינות בסל השירותים, אך המעסיק עלול לראות איש מקצוע שעושה זאת כ"גורם לתסכול המטופל, או אף כמסית את המטופל נגד המערכת". אולי כאן המקום להזכיר כי בכללי האתיקה של הרופאים מופיע הציווי "בהוראותיו ובפעולותיו הרפואיות לא תהיה על הרופא מרות זולת מצפנו המקצועי". באורח מפליא אין נוסח מקביל בקוד האתיקה של הפסיכולוגים. האם משמעות הדבר היא שפסיכולוגים אמורים לקבל מרות של גורמים אדמיניסטרטיביים בבואם לבצע פעולות פסיכולוגיות? לפי גישת הטיפול המנוהל, כנראה שכן.

מחקר שנעשה לאחרונה מטעם מכון ברוקדייל (24) מציג את גישת הטיפול המנוהל במילים הכי חיוביות שיש: "יעדה של הרפורמה הוא שיפור בריאותם ורווחתם של המבוטחים באמצעות הבהרה ופירוט של הזכות החוקית לקבלת טיפול בתחום בריאות הנפש, הגדלת רמת המימון הממשלתי לשירותי בריאות הנפש ושיפור נגישותם, זמינותם ויעילותם. הציפיות לשיפור השירותים נובעות משני מרכיבי מפתח של הרפורמה: יישומם של יסודות טיפול מבוקר (Managed care) בתחום בריאות הנפש, ושילוב של הטיפול הנפשי והגופני.

היעדים העיקריים של טיפול מבוקר הם ריסון עלויות תוך הבטחת איכות הטיפול. זאת, תוך בקרה ופיקוח אחר תוצאות הטיפול והבטחת איכות המושתתת על בקרה ופיקוח על עבודת המטפלים כדי לעמוד על המידה שבה היא עונה על סטנדרטים שנקבעו". נראה שמשרד הבריאות עצמו לא היה יכול לכתוב זאת טוב יותר. אך במשפט הבא מודות הכתובות כי "לכל אלה יכולות להיות השלכות משמעותיות על עבודת אנשי המקצוע בבריאות הנפש". המממ, מעניין... מה יכולות להיות ההשלכות המשמעותיות הללו? נבדקי המחקר היו פסיכיאטרים, פסיכולוגים (קלינים ורפואיים שנכרכו יחדיו) ועובדים סוציאליים שעובדים בתחום בריאות הנפש (לא דווח אם מדובר בכאלה שסיימו תואר שני בעבודה סוציאלית קלינית או אחרת). אחד הממצאים המעניינים היה, ש"בעוד שרבים מהפסיכיאטרים מעידים כי יש להם ידע עדכני בטיפול מבוסס ראיות וכי הוא מהווה שיקול בבחירת הטיפול (65% ו-57%, בהתאמה),

ניתנים לפי תוכנית טיפולים סטנדרטית המבוססת על אבחון, ואת שיקול הדעת של המטפל מגבילה הדרישה לשימוש ב"טיפול לפי מדריך" (Manual). כמו כן ניכרת מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש... במסגרת זו התחזקה השפעתם של הפסיכיאטרים ושל הטיפול התרופתי על חשבון הפסיכולוגים והפסיכותרפיה. הוכח במחקר שמספר הזכאים לטיפול נפשי הצטמצם במעבר לשיטה הקובעת את הזכאות לטיפול לפי אבחנה... דירוג השירות מבחינת יעילות ושיעור רצון היה נמוך. למעשה, שיטה זו משמעה שהיסכון הכספי מועבר לגורם המבטח, וזה מקבל תמריץ ברור וחד משמעי לספק כמה שפחות שירותים. שיטה זו הובילה גם להיעלמותם של שירותי מניעה ושל

התערבויות מוקדמות" (22). במאמר שעניינו 'אספקטים אתיים של קיצוב בבריאות הנפש', מצביע ד"ר גבי וייל (23) על כך שהחלת גישה של טיפול מנוהל בתחום בריאות הנפש פוגעת במקצועיות ובאתיקה של המטפלים. בנושא המקצועיות, אין הסכמה חד משמעית על מהו הטיפול ה"נכון", ועל כן כפייה של מודל טיפולי מסוים על כלל המטפלים אינה מקצועית. ובלשונו של וייל, "קיימת סכנה שראיות שנלקחו ממחקרים ישמשו 'הוכחות' לרציונליזציה בתמיכה וקבלת החלטות שביסודן נובעות מאילוצים כלכליים". ניתן לראות זאת

כבר היום כאשר טיפולים בגישת ה-CBT מוצגים כטיפולים ה"נכונים", ואילו טיפולים דינמיים מוצגים כנובעים רק מתוך מסורות טיפוליות ונוחות המטפל. בהפרעת דחק בתר חבלתית (Ptsd) למשל, מוצגים טיפול החשיפה הממושכת (Prolonged exposure pe) או טיפול Emdr כטיפול הבחירה, ואז כל טיפול אחר נפסל או אינו זוכה לאישור הגורם המממן. וייל כותב, ש"יש עדויות כי גישה זאת (פסיכותרפיה קצרת מועד) אפשרית ומועילה לקבוצות מסוימות של מטופלים, אך אין היא מענה טיפולי אוניברסלי... יש המתעלמים מן העובדה כי טיפולים קצרי מועד נוחים למערכת. הם חסכוניים יותר במונחי משאבי בריאות ועל כן מתאימים לתהליכי השינוי המוצעים... יש סכנה שמעצבי מדיניות הקיצוב ישתמשו במידע סלקטיבי המתאים למטרותיהם כדי לקבוע ולבסס את מדיניותם". יש מן הנובאה בדבריו של ד"ר וייל, שפורסמו בשנת 2007, כאשר כיום, ב-2013, הרפורמה בבריאות הנפש מקצה תשע פגישות



שיש לתאם את הטיפול בה עם רופא המשפחה שלהם והם קנאים בשמירה על סודיות הטיפול. פסיכולוגים כאלה יתקשו להסתגל לעידן הטיפול המנוהל.

## המטפלים יידרשו לדווח לעתים קרובות על מה שקורה בטיפול, להראות שהם מטפלים רק בבעיה, בסימפטום או בתסמונת שבגללה הופנה המטופל לטיפול, שהם משתמשים בפרוטוקול המתאים ושהטיפול מתקדם כצפוי. מטפלים שיעזו לעסוק בהעברה או העברה נגדית, באישיותו או בילדותו של המטופל או בנושאים אחרים בחייו שמציקים לו יזוהרו בתוקף לחזור למקומם בשורה

### ולסיכום

מתוך הלאו אפשר ללמוד על הכן: איך כן נראה בעיניי המחברות הטיפול הנפשי בעידן הרפורמה, אליו יתקשו הפסיכולוגים להסתגל. זהו טיפול רפואי במהותו, ועל כן יש לתאמו עם רופאי משפחה. זה כנראה מה שהמחברות מכנות "שילוב של הטיפול הנפשי והרפואי". זהו טיפול חסכוני, מה שהמחברות מכנות "ריסון עליונות" (הדי הניסוחים של אלישע וגרינשפון, שצוטטו לעיל, עולים כאן מהאוב: אלה אמנם הניסוחים של מובילי הרפורמה, שבאורח פלא השתרבו למחקר אוביקטיבי זה). המחברות מביטחות, או צופות, ל"הבטחת איכות הטיפול", אך איך יושג הדבר? האם בהעמקת ההכשרה של המטפלים? האם במיון קפדני יותר שלהם? האם בטיפולים מעמיקים, ממושכים ומתוחכמים? לאו דווקא. המחברות מציעות "בקרה ופיקוח אחר תוצאות הטיפול והבטחת איכות המושתתת על בקרה ופיקוח על עבודת המטפלים, כדי לעמוד על המידה שבה היא עונה על סטנדרטים שנקבעו". כלומר, המטפלים יידרשו לדווח לעתים קרובות על מה שקורה בטיפול, להראות שהם מטפלים רק בבעיה, בסימפטום או בתסמונת שבגללה הופנה המטופל לטיפול, שהם משתמשים בפרוטוקול המתאים ושהטיפול מתקדם כצפוי. מטפלים שיעזו לעסוק בהעברה או העברה נגדית, באישיותו או בילדותו של המטופל או בנושאים אחרים בחייו שמציקים לו, יזוהרו בתוקף לחזור למקומם בשורה. מטפלים שיגלו התנגדות (מושג עתיק ומרכזי בטיפול הדינמי) או יתקשו לשתף פעולה עם הטיפול יזוהרו שטיפולם יופסק, והם יפנו את מקומם למטופל צייתן יותר. במקום העמקה של המיומנויות הטיפוליות מציעות המחברות ש"תהליכי הסוציאליזציה לעבודה במסגרות של טיפול מבוקר (קופות החולים) יחלו כבר בתקופות ההכשרה וההתמחות". קרי, המטפלים ילמדו כבר בשלבים ראשוניים של הכשרתם להסתפק בטיפולים קצרים ממוקדי סימפטומים, וכן לדווח ולקבל אישור על כל החלטה שלהם מפקיד ממונה. ולבסוף, המחברות צופות, אולי בדאגה מסוימת, לאפשרות שקופות החולים יעסיקו רק "מומחים צעירים ולא מיומנים", ולכן מציעות מסלולים שיאפשרו "גיוס של אנשי מקצוע מנוסים ומיומנים", אבל זאת כמובן, רק תוך "הכשרה לדרישות שקופות החולים מעלות, כגון נגנוני הבקרה והפיקוח הנדרשים ושיטות הטיפול המועדפות על ידי הקופות". כלומר, התאמה של המטפלים למה שקופות החולים יעשו במסגרת הטיפול המנוהל.

האם נשאר עוד מקום להתפלא שרוב המטפלים בתחום הנפשי מסתייגים מהרפורמה?

רק מעטים מהם מעידים כך (20% ו-13%, בהתאמה). עכשיו ברור לכל כי המונח "טיפול מבוסס ראיות" הוא שם קוד ל"טיפול קוגניטיבי התנהגותי" קצר הממוקד בתסמונת או בסימפטומים, וזאת בניגוד לכל מידע סותר אחר, שמצביע על שלוש אלה:

1. שטיפולים פסיכודינמיים יעילים בדרך כלל לא פחות מאשר טיפולים אחרים;
  2. פעמים רבות הטיפולים הנחקרים קצרים מדי, וטיפול ממושך יותר היה מביא לתוצאות טובות ויציבות יותר לאורך זמן;
  3. קיימת ביקורת רבה על המתודולוגיה של המחקר "טיפול נתמך ראיות", ובהתאם על תקפות הממצאים של מחקר זה (25). יתכן אם כן, שפסיכולוגים שאינם ששים לקבל את ה"ידע העדכני" בטיפול מבוסס ראיות דווקא צודקים... ממצאים מעניינים אחרים של מחקר זה העלו ש"רק כשליש מכלל אנשי המקצוע מתחשבים במידה רבה בשיקולים כלכליים" ודאגתם של עורכי המחקר מובנת: ברפורמה שיקולים כלכליים יהיו במרכז, ומי שלא יסכים לחסוך, יעוף. ובהמשך, רק 40% מהפסיכולוגים וכמחצית מהעובדים הסוציאליים השיבו כי הם מקיימים קשר מקצועי עם רופא המשפחה, לעומת 85% מהפסיכיאטרים. הידד למדיקליזציה! משתמע שעורכי המחקר מודאגים מכך שפסיכותרפיסטים - וכאן אין הבדל בין פסיכולוגים לעובדים סוציאליים, לא יתנהגו כמו רופאים ולא יקיימו קשר עם רופאי המשפחה, וזאת ככל הנראה תוך התעלמות מכך שחלק גדול מהבעיות המובאות לפסיכותרפיסט אינן רפואיות, וכן מהצורך הברור של המטופל שפונה לטיפול פסיכולוגי בסודיות ביחס לתכנים שהוא מביא וביחס לעצם פנייתו.
- למעשה, ברור ממחקר זה שאנשי המקצוע בתחום מודאגים מהרפורמה, והמחברות מדווחות כי "רק כשליש מאנשי המקצוע חשבו שהרפורמה תביא לשיפור בזמינות ונגישות הטיפול". האם יש משמעות כלשהי לממצא ששני שלישים מאנשי המקצוע סבורים שהרפורמה תוריד מהזמינות והנגישות לטיפול?

עורכות המחקר מסכמות את ממצאיו ואת מסקנותיו: "מן הממצאים ניתן ללמוד, כי אלה מאנשי המקצוע שיש להם כבר ניסיון עם היבטים של טיפול מבוקר, כגון טיפול קצר טווח ומחויבות לנהלי בקרה ופיקוח, ומי שכבר עובדים במגזר הציבורי בעבודתם העיקרית, ובהם שיעור גבוה מן הפסיכיאטרים ורוב העובדים הסוציאליים שבמחקר, צופים במידה מעטה יותר שינויים במתן הטיפול ואיכות לאחר הרפורמה. לכן נראה שיזדקקו פחות לתהליכי הסתגלות לעבודה מול קופות החולים. לעומתם, לשיעור גבוה מן הפסיכולוגים, שיותר ממחציתם עובדים במגזר הפרטי בעבודתם העיקרית, אין ידע בתחום טיפול מבוסס ראיות, הוא אינו מהווה שיקול בבחירת תכנית הטיפול, אין להם קשר עם הרופא הראשוני של מטופליהם והם אינם צופים שיפור באיכות הטיפול ובנגישות וזמינות השירותים בעקבות הרפורמה. נראה שאת המאמצים להטמיע שיטות עבודה וגישות המתאימות לטיפול בעידן של טיפול מבוקר יש למקד בקבוצה מקצועית זו".

הבה נקרא שורות אלו בראי הידע שכבר יש לנו בתחום הטיפול המנוהל: אלה שכבר עובדים תחת הלחצים של גורמים מבטחים ושל גורמי בקרה ציבוריים, רגילים לגזירות של גישה זו ולכן חייהם ישתנו פחות במעבר לטיפול המנוהל. פסיכולוגים שעובדים לפי הסטנדרטים והאתיקה המקצועית שלהם, שגובשו במשך למעלה ממאה שנות פסיכותרפיה, עובדים בגישות שונות ממה שמתואר בלשון התקינות כ"טיפול מבוסס ראיות", שהוא שם קוד ל"טיפול קוגניטיבי התנהגותי" קצר הממוקד בתסמונת או בסימפטומים, ומעדיפים לטפל באדם השלם, באישיותו, במצוקתו ולהתייחס לצרכיו, תוך השקעה בקשר הטיפולי וביחסים שנוצרים בו. פסיכולוגים אינם עובדים בדרך כלל לפי מודל רפואי, הם אינם רואים את מטופליהם כאנשים עם מחלה





1. Walton M. (2004): Neoliberalism in Latin America: Good, bad, or incomplete? *Latin American Research Review*, 39(3): 165-183.
2. אלישע ד., גרינשפון א. (2007): הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש - כיצד ניתן להגדיל את הסיכויים ולצמצם את הסיכונים הרפואיים. כרך 146, חוברת ד', 291-296.
3. Furman R., Langer C.L. (2006): Managed care and the care of the soul. *Journal of Social Work Values and Ethics*, Volume 3, Number 2.
4. Metz J.M. (1998): Psychotherapy, managed care, and the economy of interaction. [proquest.umi.com/pqdweb?RQT=318&pmid=12495&TS=106288579&clientId=56318&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD](http://proquest.umi.com/pqdweb?RQT=318&pmid=12495&TS=106288579&clientId=56318&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD)"*American Journal of Psychotherapy*. 52: 332-452.s
5. Reiner J.P. (1996): The pragmatic relevance and methodological concerns of psychotherapy outcome research related to cost effectiveness and cost-offset in the emerging health care environment. *Psychotherapy* 33: 216-224.
6. Cushman P. & Gilford P. (2001): From emptiness to multiplicity: The self at the year 2000. *Psychohistory Review*, 27: 15-31.
7. Jones L.K. (2008): When managed care coverage runs out - effective, ethical solutions. *Social Work Today* 8L 22-23.
8. Danzinger P.R. & Welfel E.R. (2001): The impact of managed care on mental health counselors: A survey of perceptions, practices, and compliance with ethical standards. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(2): 137-150.
9. Phelps R., Eisman E. & Kohout J. (1998): Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29: 31-36.
10. Rothbaum P., Bernstein D., Haller O., Phelps R. & Kohout J. (1998): New Jersey psychologist's report on managed mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29: 37-42.
11. Guze S.B. (1998): Psychotherapy and managed care. *Archives of General Psychiatry* 55: 561-562.
12. Graybar S.R. & Leonard L.M. (2005): In defense of listening. *American Journal of Psychotherapy* 59: 1-18.
13. Miller I.J. (1996): Time-limited brief therapy has gone too far: The result is invisible rationing. *Professional Psychology: Research & Practice*, 27(6): 567-576.
14. Lambert M.J. & Barley D.E. (2001): Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4): 357-361.
15. Oberlander J. (2002): The U.S. health care system: On a road to nowhere? *Canadian Medical Association Journal*, 167(2): 163-168.
16. Houghton A.M. & Houghton W. (2002): Going crazy. *Commonweal*, 129(4): 17-18.
17. פרנסס א. (2013): ראיון למייקל מקאניק בעיתון מאדר ג'ונס, פורסם בתרגום ב'הארץ' ב-22.5.13.
18. McManus P., Mant A., Mitchell P., Britt H. & Dudley J. (2003): Use of antidepressants by general practitioners and psychiatrists in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 37(2): 184-189.
19. Valenstein E.S. (2002): *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. New York: Free Press.
20. Antonuccio D.O., Danton W.G., DeNelsky G.Y., Greenberg R.P. & Gordon J.S. (1999): Raising questions about antidepressants. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 68(1): 3-14.
21. Bola J.R. & Mosher L. (2003): Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 219-229.
22. כנסת (2007): הרפורמה בבריאות הנפש, סוגיות מרכזיות לדיון. מרכז המחקר של הכנסת.
23. וייל ג. (2007): אספקטים אתיים של קיצוב בבריאות הנפש. רפואה ומשפט 36: 143-150.
24. ניראל נ., סמואל-מאירס ה. (2013): לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי העבודה, מתן הטיפול ועמדות לרפורמה - פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות.
25. גיל צ. (2011): ראיות לייעילותם של טיפולים פסיכודינמיים - סקירה. מרחבים, כתב עת אינטראקטיבי למחשבה פסיכואנליטית.
26. Henneberger M. (1994): Managed care changing practice of psychotherapy, *New York Times* 9.10.1994
27. Miller I. (1998): Eleven unethical managed care practices every patient should know about. *The National Coalition of Mental Health Professionals and Consumers*,
28. U.S. Institute of Medicine Committee on Utilization Management by Third Parties (1989): Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management. Washington, DC: National Academy Press, p.17.





# מודל 'הראי הכפול': טיפול על פי האתיקה היהודית-חסידיית

קארן לרנר<sup>1</sup>

מורי ומנחה הדוקטורט שלי, פרופ' רוטנברג, בספרו 'Dialogue with Deviance' (2). מה שהפעים אותי במודל זה של תיקון דרך השתקפות היה הפיכת הבסיס המוכר של הטיפול בבבואה

המושלכת על פיו. לא עוד פיענוח לאחר מעשה של ההעברה וההעברה הנגדית וכל שלל תהליכי ההשלכה של המטופל, אלא חיפוש אקטיבי מודע מראש מצד המטפל, במקרה זה הצדיק החסידי, אחר 'התנהגותו הפסולה' או חסרונותיו שלו במראת הזולת, המטופל. בגישה מהפכנית זו יוזם המטפל ומחולל באופן אקטיבי תהליך תיקון הדדי שראשיתו בזיהוי חסרונותיו שלו במראת האחר, המטופל.

לשם המחשת מודל 'הראי הכפול' בחרתי להתחיל בסיפור החסידי הבא: "פעם אחת בא רבי זוסיא מאניפולי וראה על מצחו של פונדקאי את עבירותיו של שנים רבות. שעה קלה עמד דומם בלי זיע. אבל כשהיה יחידי בחדר שהקצו לו נפלה עליו, בתוך זמרת מזמורי תהילים, חרדת שיתוף החיים וצעק: 'זושא, זושא, רשע מרושע, מה עשית? הרי אין שקר שלא משך אותך ואין עוולה שלא טעמת. זושא, סכל מטורף, מה יהא עליך?' והנה קרא את חטאיו של הפונדקאי, כל אחד בצירוף מקומו וזמנו, כאילו הם חטאיו שלו, וגעה בבכי. הפונדקאי, שהלך בחשאי אחרי האיש המופלא, עמד לפני הדלת ושמע את דבריו. מתחילה תקפה עליו בהלה עמומה, אבל אחר כך התלקחו בלבו החרטה והחסד ונפשו ניצורה לקראת אלוהים"<sup>(3)</sup>.

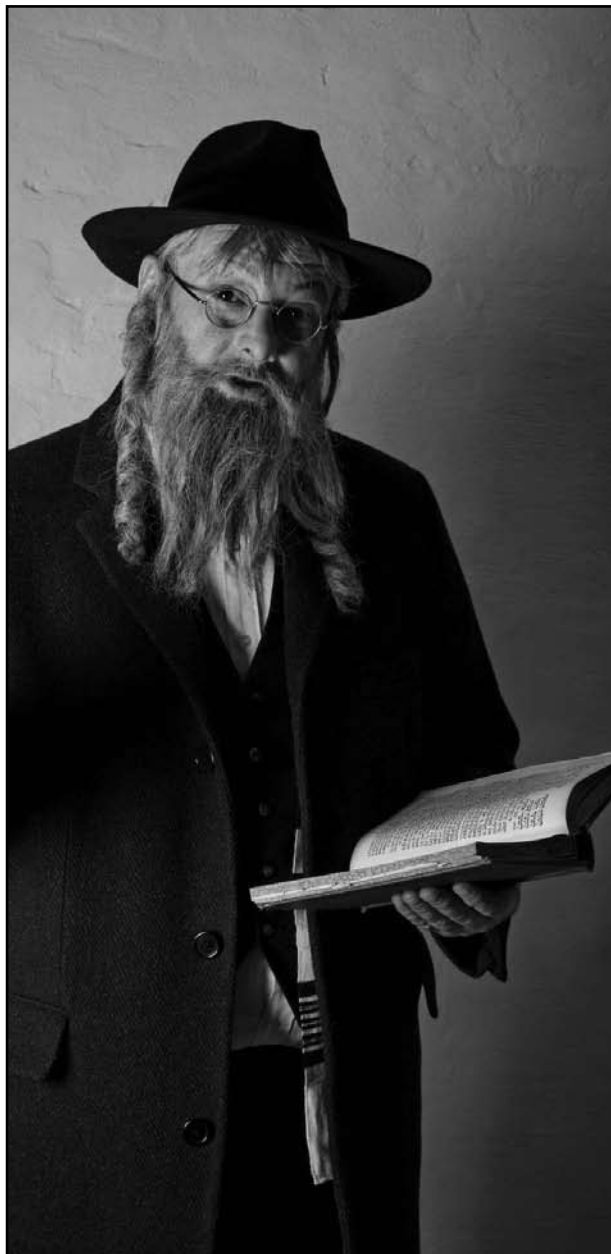
בסיפור חסידי זה טמונה תאוריה

אנו העוסקים בפסיכותרפיה מערבית, שיסודותיה נטועים בחשיבה האנגלית והדינמית הפרוידיאנית, מורגלים לתאר את היחסים בין המטפל למטופל באמצעות ההעברה וההעברה נגדית. בהבנת

תהליכים בינאישיים, כמו גם תהליכי תרפיה, אנו חושבים בהעברה ובהעברה נגדית, בין אם ההתייחסות הינה ליחיד, למשפחה, לקבוצת מטופלים או מודרכים ובין אם הטיפול מתנהל בשיטה זו או אחרת. על פי רוב התהליך מתחיל במטופל המחולל, דרך 'חסרונותיו', תהליך של העברה, שהמטפל מגיב אליו בהעברה נגדית.

בבסיס תהליכים אלה מצויה ההשלכה כלפי האחר, שהינה תוצאה של סילוף ראיית האחר והיחסים עמו. בתהליך זה אנו נוטים להטיל את בבואת 'חסרונותינו' על המסך של האחר שממול. אנו מורגלים להילכד בראייה מסולפת זו, ואולי אף לזהות את ההעברה וההעברה הנגדית רק לאחר שהללו התרחשו. בסיטואציה הטיפולית המטופל נעזר לשם כך במטפל, ובסיטואציה ההדרכה המטופל נעזר במדריך. פיענוח זה של השלכה, העברה, העברה נגדית ועוד תהליכים השלכתיים הוא בלב לבה של העשייה הפסיכו-תרפויטית המערבית. אם אזהה את סילופי ראיית המציאות שלי תתיישר ראיית, אוכל לראות את העולם בכוחו ואולי בדרך זו יפחת סבלי.

על רקע מורגלות חשיבתית זו זכורה לי ההפתעה שחווייתי כשהתוודעתי בראשונה, ב-1983, באמצעות מודל 'הראי הכפול', לתרפיה החסידיית עליה כתב



1. ד"ר קארן לרנר, פסיכולוגית קלינית, Ph.D. בפסיכולוגיה מהאוניברסיטה העברית ירושלים, מרצה במרכז רוטנברג לפסיכולוגיה יהודית, מטפלת בשיטות ממוקדות גוף בכל ספקטרום הטראומה.

הרע והטוב והן בהנחילו דרך מעשית של תיקון באמצעות צמצום עצמי. המונח החסידי "צמצום" מנוסח תמיד כיחס אל הזולת. בחסידות "טבועה אפוא מלכתחילה תלות גומלין בין שני ציוויים פעילים: הדרישה להתבטלות המצמצמת את העצמי ולהתכללות (צו חברתי של השבת החריג לקהילה) חברתית מזה, והעיקרון של הידמות האדם לקב"ה מזה" (10).

לפי רוטנברג, מתאפשר מימושו העצמי האינדיבידואלי של האדם רק דרך יחס המעמיד את האחר במרכז, מתוך דרישה להידמות להתנהגות המצמצמת של האל. הוא מכנה אותו יחס אלטר-צנטרי, העמדת האחר (אלטר) במרכז (צנטר), זאת תוך ביטול עצמי, שאין בו מחיקה של העצמיות אלא עוצמה מתקנת. אלטר-צנטריות כלולה ביחסי 'אני ואתה', בניגוד לגישות מערביות, שבהן מושם ה'אני' במרכז תהליך התיקון בלא צורך ב'אתה'. שם נדרש האדם לתקן את עצמו דרך חיקוי דגם של אל סטטי וסביל, תוך מימוש עצמי אגוצנטרי ובלתי הדדי.

### השפעתן של 'תפיסות ישועה' דתיות על גישות פסיכותרפיות ותהליך 'הידמות ההדדית'

הרעיון שפסיכותרפיות קיימות עוצבו בהשפעת תפיסות ישועה של דתות שונות הינו מרכזי בתיאוריה של רוטנברג (11). כך, האתיקה הפרוטסטנטית-קלוויניסטית תרמה לפיתוח שיטות התרפיה המערביות. בבסיסה מצויה תפיסה דואלית ביחס לטוב ולרע, המפרידה בין הרע לטוב בתוך האדם ומדגישה את התוהו הפעורה בין אנשים 'טובים' ל'רעים' (ה'נבחרים' וה'מקוללים' בדוקטרינה הקלוויניסטית). לפי רוטנברג, אתיקה זו השפיעה על גישות תרפיה פסיכו-דינמית או פרוידיאנית-מסורתית (12) ופגעה בעילותן. זו לדעתו הגישה העומדת מאחורי תפיסה המפרידה בין מטופלים הניתנים לטיפול לבין אלה שאינם ניתנים לטיפול (13), ומתמקדת בסבלו של האדם בעבר וברגשות האשמה שלו כדרך למימוש עצמי.

### עיקרון הצמצום ההדדי הוא צבת בצבת עשויה: ככל ששאיפת הידמות להתנהגות הצמצום של מושא החיקוי גדולה יותר, כן מחויב מושא החיקוי להיות חנון ורחום יותר...

כאמור, מיתוס הצמצום הקבלי גורס כי הרע לכאורה, בא לעולם כתוצאה משבירת הכלים. בהתאם לכך, ישועתו ותיקונו של האדם תלויים בחובתו ובמאמציו לתקן את סדר העולמות שהשתבש. בשונה מן הדרך הפרוטסטנטית, ממוקדת הגישה החסידית לישועה בעתידו של האדם, פוסלת את התמקדותו בעיניו עצמי ובהדחקה של מחשבות רעות ומתבססת על יצירת חוויות שמחה כדי להגיע לשינוי יעיל (14).

התפיסה הנוצרית המוניסטית מסתמכת על הרעיון שהרע הוא היעדר טוב. בהתאם לכך, פעולת הישועה מתאימה לדמותו של אל המשפיע על האדם באופן חד סטרי, והאדם מצווה לחקות את דמותו בלא אפשרות להשפיע עליו הדדית. לעומת זאת, התפיסה המוניסטית היהודית-חסידית (15) יצרה מודל פעיל ודינמי של תיקון, בהיות האדם שותף אקטיבי בתהליך תיקון העולם שסדרו השתבש. בכוחו של האדם לתקן את הרע ולהפכו לטוב, והוא מצווה לעשות זאת באמצעות פעולות תיקון הקרויות "העלאת ניצוצות".

בגישה זו יש עיקרון מנחה, לפיו יש בכוחם של מעשי האדם לתקן את הסדר האלוהי המקורי שהשתבש. כשם שהאדם משפיע על

טיפולית שלמה היונקת מן הקבלה והחסידות. בבסיס הדברים עומדת התפיסה המובעת בספרו של רוטנברג 'קיום בסוד הצמצום' (4), שלמרות שלאתיקה היהודית יש רב להציע לשדה הסוציאליזציה והתרפיה, היא הוזנחה, בעוד שהעיסוק באתיקות הנוצרית והמזרחית רווח כל כך. חסר זה מפתיע במיוחד, משום שאתיקת הגאולה היהודית מעמידה את ה'אתה' במרכז, בשונה מן הגישות האחרות.

### בגישה זו יש עיקרון מנחה, לפיו יש בכוחם של מעשי האדם לתקן את הסדר האלוהי המקורי שהשתבש. כשם שהאדם משפיע על אלוהיו, כך משפיע בן על אביו ותלמיד על רבו. השותף משמש דגם להידמות או להשתנות "מכוח יחסי ההדדיות שביניהם"

בעבודת דוקטורט שנכתבה בהנחייתו (5) ביקשתי לענות על קריאת תיגר זו ולבחון את הדדיות היחסים בין המטפל למטופל במפגש הפסיכותרפי, תוך בחינת השימוש במטאפורת המראה ויישומה בהשתקפות. כך ביקשתי לבדוק את לב לבה של השאלה הפסיכותרפית: היחס האגוצנטרי הכוחני מול היחס ההדדי הדיאלוגי.

התמקדתי במודל 'הראי הכפול', הוא דגם 'הראי המשתקף בראי', שמקורו בבעל שם טוב, מייסד החסידות במאה השמונה עשרה וב'תרפיית הידמות הדיאלוגית' שפיתח רוטנברג (6). תרפיית הידמות היא חלק מתפיסתו, הנגזרת מן האתיקה החסידית וממשיכה את הפילוסופיה הדיאלוגית של מרטין בובר ואת יחסי 'אני ואתה' שבבסיסה.

### הדרישה להידמות להתנהגותו המצמצמת של האל ו'תרפיית הידמות ההדדית' לפי האתיקה החסידית

שני המושגים המכריעים להבנת התורה הבינאישית של החסידות הם 'צמצום' ו'התפשטות': "זהו תהליך אינסופי של נסיגת אלוהים אל תוך עצמו, שנועד להפריד בין קודש לחול. תהליך אינסופי שבאמצעותו מוחזר האור הגנוז אל תוך האלוהות וממנה הוא חוזר ומוקרן אל העולם" (7).

מיתוס הצמצום הקבלי גורס כי הרע לכאורה, בא לעולם כתוצאה מהתהליך האלוהי-קוסמולוגי של שבירת הכלים. בהתאם לרעיון זה, "ישועתו ותיקונו של האדם תלויים בחובתו ובמאמציו להחזיר ולתקן את סדר העולמות שהשתבש (שבירת הכלים) על ידי... העלאת ניצוצות" - חילוץ הניצוצות הקדושים הפזורים בעולם כדי להחזירם למקורם העליון" (8). במונחי יחסו של אלוהים לאדם "הצמצום האל מרצונו כדי לפנות מקום לעולם וכדי לאפשר לאדם לפעול כשותף למעשה בראשית, על ידי כוח תיקון השבירה הקוסמית המופקד בידיו" (9).

הצמצום וההתפשטות הם ביטויים של מכלול תהליכי דינמי אחד המשול לפעולתו של קפיץ. לתהליך הקוסמי של צמצום יש בבואה אנושית, הבאה לביטוי בנורמות החברתיות שפותחו בחסידות: ביטול העצמי, ביטול האני; איון, ענוה, כילול או אחדות. קיימת זיקת גומלין בין האדם והשמים, ומתוכה מחויב האדם לתקן את הרע בעולם, שנוצר מחמת שבירת הכלים. לשם כך עליו להצטמצם, ובמלים אחרות: עליו להידמות להתנהגות המצמצמת של האל ביחסו אל הבריות.

הבעל שם טוב תירגם את הקבלה לשפה עממית וסלל בכך את הדרך המעשית לתיקון הרע בעולם, הן בהגדירו מחדש את מושגי



**תרפיית ההידמות ההדדית מבוססת על רעיון השתקפותם ההדדית של השותפים זה בזה. בתהליך השתקפותי כפול זה "שני הצדדים מביאים זה את זה לידי שינוי" ושניהם משמשים מראות זה לזה. מושא החיקוי רואה את חטאיו משתקפים בחטאי הזולת ובכך הוא מצטמצם אליו. בה בעת הוא משמש לו מראה על מנת להעלותו, ובאופן זה הוא מביא לתיקון הדדי של שניהם**

### מודל 'הראי הכפול'

תרפיית ההידמות ההדדית מבוססת על רעיון השתקפותם ההדדית של השותפים זה בזה. בתהליך השתקפותי כפול זה "שני הצדדים מביאים זה את זה לידי שינוי" (20) ושניהם משמשים מראות זה לזה. מושא החיקוי רואה את חטאיו משתקפים בחטאי הזולת ובכך הוא מצטמצם אליו. בה בעת הוא משמש לו מראה על מנת להעלותו, ובאופן זה הוא מביא לתיקון הדדי של שניהם. זהו תהליך ההידמות ההדדית המבוסס על דגם 'הראי הכפול', או דגם

'הראי המשתקף בראי' של הבעש"ט: "...שם נדמן לאדם שראה דבר עבירה או שמע על א' יבחין שיש בו (בעצמו) שמץ עבירה זו ושירגיש לתקן את עצמו... ואז הרשע יחזיר בתשובה אחר שיכלול עמו על ידי אחדות שכולם אדם א', ואז תגרום שיהיה מכלל ועשה טוב שתעשה את הרע טוב" (בעש"ט א' 1975, ע' כ"א).

מודל 'הראי הכפול' שונה ממודלים מערביים של אינטראקציה חברתית, הכוללים השתקפות, כמו מודל 'העצמי המשתקף' של קולי (21) (Cooley) ומודל 'העצמי החברתי הרפלקטיבי' בגישת מיד (22) (Mead), שם מתוארת ההשתקפות באחר "בצורה פסיבית גרידא". אין בהן התייחסות לאפשרות שהדמות המשמשת דגם תושפע מן הדמות "המסגלת

תפקיד או המחקה התנהגות הדגם" (23). בתארו תהליך השתקפותי דינמי ודו-סטרי, מסתמך רוטנברג גם על 'משל המראה' של ר' יעקב יוסף, כותב תולדות החסידות הראשון, איש המאה השמונה-עשרה. הנה כך מפרש ר' יעקב יוסף את המאמר 'איזהו חכם הלומד מכל אדם (אבות פ"ד)': "חכם הוא הלומד מכל אדם, כמו המסתכל במראה יודע חסרונו על ידי שרואה חסרון זולתו" (24).

נשוב אל הדוגמה של רבי זוסיא והחוטא, כפי שהובאה בראשית דברינו. בסיפור מדהים זה מומחשת עוצמתו של תהליך התיקון והשתנותו של המתקן עצמו. השתנות המתקן אינה מתחוללת כשלצמח והיא תלויה בהשתנות הזולת כהיבט הכרחי של התהליך.

אלוהיו, כך משפיע בן על אביו ותלמיד על רבו. השותף משמש דגם להידמות או להשתנות "מכוח יחסי ההדדיות שביניהם" (16). רוטנברג מסתמך על דברי הבעל שם טוב, המציין כי מקור הצמצום הוא הרחמים כלפי הזולת. כשהאדם רחום, הוא גורם גם לקדוש ברוך הוא להצטמצם ולנהוג עמו באופן רחום. תהליך זה מכונה על ידי רוטנברג "אמולציה", או "הידמות". השפעת הלומד על השותף המשמש דגם נותנת לתהליך ההידמות מובן של התעלות מעל השותף, השונה מן החיקוי של דגם סטטי חד סטרי ובלתי ניתן להשפעה. הנה, כך מתאר רוטנברג את תהליך ההידמות ההדדית, מתוך השוואה לגישות אינטראקציה חד סטריות:

...תהליך הצמצום הוא תהליך גומלין, המעלה ומפתח בהדרגה את שני הצדדים הנוטלים בו חלק. האדם מכונן לשאוף להידמות לקב"ה, לשאוף שהתנהגותו תהיה דומה להתנהגות האלוהית כפי שהוא מדמה אותה; וכך, בכוח התיקון הנתון בצו, הוא כביכול מכריח את הקב"ה להתאים את עצמו לציפיותיו. בין שמדובר באמולציה (הידמות) של ההתנהגות המצופה מהקב"ה, ובין שמדובר בהידמות של התנהגותו החנונה של אדם בשר ודם המשמש דגם. עיקרון הצמצום ההדדי הוא צבת בצבת עשויה: ככל ששאיפת ההידמות להתנהגות הצמצום של מושא החיקוי גדולה יותר, כן מחויב מושא החיקוי להיות חנון ורחום יותר... (17).

השפעה זו של הלומד על דמות הדגם באמצעות יצירת הידמות אליו, היא גם משמעותו המקורית של המונח חוצפה, שבחסידות יש לו מובן חיובי. לפי רוטנברג, חוצפה כמזה כשאיפה מעלה בטרם יודעים לטפס, או כציפייה בתקווה לפני שרואים עתיד. החוצפה היא חלק ממאפייני דגם היחסים החסידי בין אב לבן.

רוטנברג משווה דגם זה לדגם יחסי אב-בן המתואר בפירוש הפרוידיאני למיתוס האדיפלי. בעוד שבדגם הפרוידיאני רק הבן משתנה כשהוא מבטל את עצמיותו בפני אביו, בתהליך ההידמות ההדדית מנסה הבן להשתוות בהתנהגותו להתנהגות האב ואף להתעלות על רוטנברג מתווה מהשוואה זו שתי פרדיגמות של יחסי תרפיה: הדיאלוגית

והדיאלקטית. אלו נבדלות זו מזו בדרך שבה הן תופסות את היחסים הבינאישיים בין המטפל למטופל, וכן בדרך ההתייחסות הפרשנית לאירועי חייו של המטופל. בדגם הדיאלוגי של יחסי 'אני ואתה', "האני נשאר אני והאתה נשאר אתה, ואין הם נבלעים בתהליך דיאלקטי של 'אני או אתה' לישות סינתטית חדשה" (18). זאת, בשונה מיחסי תרפיה לפי הפירוש הפרוידיאני-אדיפלי המבוססים על יחסי 'אני או אתה' ומושגים על דיאלקטיקה הגליאנית-מרקסיסטית. בהתאם לתפיסה זו, "הקונפליקט הדיאלקטי המתבטא במאבק הבינמעמדי חייב להסתיים בסיתוזה של א-א, ומעמד אחד חייב להיעלם" (19).



תפיסה דואלית מפרידה ועל יחס בלתי זולתי. אהבת הגיבור מופנית אל עצמו, וכמיהתו הנואשת אל בבואתו אינה מתכלה בהיעלם בבואתו, אלא בהיעלמו אל מותו, באין זולת.

המיתוס היווני הידוע של נרקיס על גירסאותיו הרומנטיות (37) הוא מטאפורת השתקפות ארכי-טיפוסית לדואליזם שברקע גישות תרפיה מערביות מודרניות, בה במידה ש"כמים הפנים לפני כן לב האדם לאדם" היא מטאפורת השתקפות ארכי-טיפוסית לתרבות החשיבה היהודית-חסידיית. זאת, למרות הדמיון ביניהן בכך שהן כוללות שימוש בהשתקפות בתוך מים.

המטאפורה שהופיעה באירופה של המאה השבע-עשרה, על ה-mind כמראה של הטבע (38), והמיתוס של נרקיס, שניהם שימושים מטאפוריים המבוססים על תיאור נוכחות יחידה של אדם במציאות יחסים של כאן ועכשיו נעדרת זולת. בגירסאות השונות של מיתוס נרקיס מצוי אדם לבדי המתמודד עם גורל איסור המבט בהשתקפות עצמו, הנכפה עליו מלידתו משום שהוא מכיל איום במותו.

על פי המטאפורה הארכי-טיפוסית הדואלית-קרטזיאנית, נמלט האדם המודרני אל ה-mind שבתוכו, על מנת להתמודד עם חרדת אי הוודאות של הקיום, "ניצחון החיפוש אחר ודאות על פני החיפוש אחר חכמה" (39). בעזרת ה-mind כמראה הוא לומד להסתמך על אמת פנימית ודאית לכאורה ובלתי משתנה, הכוללת ייצוגים של העולם הנשקף בה. ההשתקפויות מתוארות, בהתאם לעיקרון הדואליזם, על פי שני קטבים. האחד מטעה, מסלף, שקרי ופתולוגי והשני שווה, צלול, מדויק ובלתי משתנה. קטבים אלה מושלכים לחלופין, באופן סביל, על העצמי או על האחר.

כל יישומי המראה וההשתקפות הובעו בגישות פסיכולוגיות, חברתיות ופסיכו-תרפויטיות במחצית הראשונה של המאה העשרים: פרויד (40), שפיתח את תיאוריית הנרקיסים (1914) ורנק (Rank), שהציג את פסיכולוגיית הנרקיסים והכפיל כעצמי המשתקף וכאגו המשתקף (1971), שאבו ממסורת חשיבה המסתמכת על התפיסה שה-mind של האדם הינו מראה של הטבע ומבטא את ההפרדה בין הנפש לגוף. רעיון זה הוא שהביא אל תחום הפסיכותרפיה את הדימוי הרוח של המטפל המשמש "מראה צלולה ושווה", ואת הדימויים ומושגי ההשתקפות השונים למטפל ולמטופל.

רק בשליש האחרון של המאה העשרים, בהמשך לתיאוריה של וויניקוט (Winnicott) בדבר חשיבות פניה של אם כמראה לתינוק (41), נפתח פתח להתנתקות מן המראה האטומה ולהכרה בפני המטפל כחלק חשוב של ההשתקפות (40). אולם הן סירלס (Searles) (42), הן וויניקוט והן קוהוט (Kohut), שנתן לגיטימציה לנרקיסים של המטפל כנורמה ולא כפתולוגיה (43), לא הרחיקו לכת עד כדי ליחס הדדיות לשיקוף המראה בין המטפל למטופל, כפי שהיא מובנית בתרפיית 'ההידמות ההדדית'.

השימוש המטאפורי בהשתקפות בחשיבה היהודית-חסידיית מפרץ את הטענה בדבר קשר הכרחי לכאורה בין השתקפות ומראה לבין עיקרון הדואליזם בחשיבה המערבית המודרנית, כטענת הפילוסוף האנליטי רורטי (44). בחשיבה היהודית חסידיית, המראה וההשתקפות הן דימויים הממחישים את הרעיון האחדותי של יחסים בינאנושיים ושל יחסים בין אדם לאלוהיו. השתקפות כפולת ראי בתרפיית ההידמות היא אפוא יסוד תרפי מפגיש ומאחד מטפל ומטופל כשוויים המתקנים זה את זה.

העובדה שכבר לפני כ-300 שנה התפתחה גישה המבוססת על רעיון של תיקון הדמות המשמשת כמופת (המטפל) דרך השתקפות במראת 'השותף החלש' (המטופל), מעוררת פליאה. לא קל לעולם הפסיכותרפיה המערבי לאמץ את הערכים היהודיים-חסידיים של תרפיית ההידמות הדיאלוגית ההדדית מבית מדרשו של רוטנברג. התרומה הייחודית של גישתו היא מיקודה בתיקון

רוטנברג מדגיש זאת באומרו: "האלטרזים (תיקון דרך האחר) אף אינו מוכן להכיר באפשרות של מימוש עצמי אשר אינו נעשה דרך עיצובו של הזולת" (25). אפשר לתאר את השתנות המתקן המשמש דמות מופת, כמזדגם בסיפור זה, כירידה או כנפילה אל מדרגת הסוטה, שמכוונת להעלאת עצמו וזולתו למדרגה גבוהה יותר. השתנות זו קשורה לרעיון ה'ירידה צורך עלייה', והיא מתאפשרת רק דרך הזולת, באמצעות תהליך ההידמות וההשתקפות הכפולה. התיקון לפי העיקרון של ירידה צורך עלייה קשור להנחה שהקהילה החסידיית משולה לגוף אורגני אחד, וחבריה הסוטים כמוהם כאברים חולים שיש לטפל בהם. הן הצדיק והן חסידיו נוטלים חלק בריפוי האברים החולים. לפי, המימוש העצמי של היחיד מתרחש כירידה 'לכיוון הקפיץ' לשם המראה למדרגה גבוהה יותר, ומתאפשר דרך הזולת המצוי במדרגה נמוכה (26). "רעיון ה'ירידה צורך העלאה' מניח שכדי להעלות את הסוטה משפל מדרגתו על ה'קונפורמיסטים' לחוות בעצמם משהו מחטא, ממצוקת נפשו ומן הפיתויים הרובצים לפתחו" (27).

זה שמשתנה במכוון הוא הצדיק החסידי, ש"תפקידו לחולל בקהילה תהליך של פינוי מקום לסוטה הפוטנציאלי לשם קליטתו מחדש, בלי שהדבר יהא כרוך בכפייה..." (28). ירידתו או נפילתו של הצדיק הכרחית לשמירת אחדותה של העדה החסידיית, או לבנינה, כפי שמציין גרשם שלום (29). לשם כך הוא עובר תהליך של צמצום עצמי, ביטול עצמי, השפלת קומה וירידה אל הסוטה: "לא מושיע, העושה במקום אחרים, אלא זה המראה ליחיד כיצד הוא עצמו יכול להיושע רוחנית וחומרית ממחלה, מאסון..." (30). הצדיק מצטייר פה כמי שמדגים תיקון עצמי בפני זולתו באותו תחום חסרון שהזולת עצמו מצוי בו. הוא אינו מנהיג סמכותי, אלא מעין כלי או צינור שצריך לשמש דוגמה חיה ולתווך בין האדם לבין סביבתו והעולם המטפיסי (31).

## רעיון ההשתקפות:

### "כמים הפנים לפני" מול מיתוס נרקיס

דימויי מראה והשתקפות הם חלק בלתי נפרד של תיאור מיתוס הצמצום הקבלי (32). רוטנברג מתאר כיצד בקהילה החסידיית "כל חסיד רואה בזולתו ראי להווייתו, ואת עצמו הוא תופס בבחינת ראי לזולתו" (33). רעיון זה הועלה לידי נורמה התנהגותית על ידי ר' יעקב יוסף, לפיו החכם הוא זה הלומד מכל אדם. עוד עולה מדבריו התיאור המכיל בסמוי דימוי השתקפותי לתיאור כילול חברתי: "שהחסיד כשרואה כישלון מעשה הדור יתלה בעצמו... ובני העולם כשרואו כישלון מעשה הצדיק וחסידו הדור יתלו בעצמם ויתנו לב לשוב..." (34).

דוגמה נוספת לחיבור בין השתקפות לכלול חברתי ואחדות לקוחה מתיאוריו של בובר. בספרו 'בפרדס החסידות' מביא בובר פירוש של הבעל שם טוב לפסוק התנכי: "כמים הפנים לפני כן לב האדם לאדם" (משלי, 27:19); משל לאדם שרוצה להתקרב לבבואתו שבמים: הוא מרכין עצמו לקראתה ואף היא באה לקראתו, עד שהוא נוגע בראשו במים. אותה שעה נעלמת הבבואה, כי שניהם היו לאחדות כפי שהם באמת. כך מתקרב לב האדם לאדם, ולא לב אחד זה לאותו אחד בלבד, אלא הכל אל הכל. כן הרכין עצמו משה העניו עד פני האדמה, ובלבותיהם של כל ישראל נכנסה אהבה זה לזה (35).

ההשתקפות בתפיסה הבובריאנית, שהיא ביטוי ליחסי אהבה ואחדות דיאלוגית, שונה מן ההשתקפות במראה של אהבה עצמית, זו הנגלית ב"אספקלריה המתענה של האנוכיות" (36). היא נבדלת ברקע החשיבתי שלה ממיתוס ההשתקפות היווני של נרקיסוס, העורג באהבה נואשת אל בבואתו שבמים, מיתוס המושחת על



# ACT

## Acceptance and Commitment Therapy

בהנחיית: מרן אלמוג\*

הקורס יעסוק בגישה טיפולית חדשה אשר נקראת Acceptance and Commitment Therapy. גישה זו צמחה במסגרת עולם ה-CBT, אולם בד בבד מאתגרת רבות מהנחותיו המוקדמות. הגישה מדגישה קבלה של תכנים מנטאליים שונים (מחשבות, זיכרונות ורגשות) על פני מאבק בהם ועושה שימוש בין השאר בטכניקות של קשיבות (mindfulness). אלמנטים אלה זוכים כעת לנוכחות גוברת והולכת בעולם ה-CBT והגישות אשר עושות בהם שימוש (ובניהן DBT, MBCT, MBSR) אף זכו לכינוי "הגל השלישי" של הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי. ACT מציעה את המודל העשיר והמורכב ביותר בין גישות אלה ונוקטת עמדה טראנס דיאגנוסטית - זאת בשונה מגישות אחרות - אשר נוטות להיות מכוונות להפרעה ספציפית. ACT - זכתה לתימוכין מחקריים רחבים בשנים האחרונות וזוכה לתהודה רבה בתוך עולם ה-CBT. בקורס נעסוק הן ב-ACT כמודל טיפולי על התהליכים הטיפולים המרכזיים בו והן בבסיס הפילוסופי והתיאורטי של הגישה. לאורך הקורס יעברו חומר תיאורטי, אשר ילווה בצפייה בסרטונים המדגימים התערבויות טיפוליות שונות ותערך התנסות בתרגילים חווייתיים.

\*פסיכולוג קליני מומחה, עובד כיום בעיקר עם מבוגרים. במהלך התמחותו הוכשר בטיפול דינמי וב-CBT "קלאסי" ועבד הן עם מבוגרים והן עם נוער וילדים. כמו כן, בעל הכשרה בהנחיית קבוצות, היפנוזה, ביופידבק ובשיטת EMDR. כיום זהותו המקצועית ועבודתו נסובות סביב גישת ACT. עבורו גישה זו היא מסגרת לחשיבה פילוסופית, תיאורטית וטיפולית ועקרונות הגישה מלווים אותו הן בטיפול והן בחיי האישיים.

הקורס יתקיים במכון ת.ל.מ.  
רח' אחוזה 301, רעננה (מול הפארק)  
בימי חמישי, בין התאריכים:  
27.02.14, 20.02.14, 13.02.14  
בין השעות: 09:00 - 13:00  
עלות הקורס: 500 ₪  
לפרטים נוספים והרשמה: 074-7292703  
Campus@telem.org.il

מכון ת.ל.מ. (מקבוצת עמל)

"קמפוס פארק", רחוב אחוזה 301, רעננה  
טל' 074-7292700, פקס' 09-9580974  
www.telem.org.il

המטפל דרך השתקפותו במטופל, בשונה מן המיקוד שמתמקדת הספרות הפסיכו-תרפויטית הדינמית בהשתנות המטופל דרך השתקפותו במטפל.

## האם וכיצד מטפלים משתנים בעזרת מטופליהם דרך השתקפות

במהלך עבודת המחקר לדוקטורט ערכתי תצפית משתתפת, כשתרפיית ההידמות הדיאלוגית ההדדית משמשת לי מעין 'עדשה' לבחינת השאלה, האם מטפלים מזהים השתקפות של התנהגויותיהם ה'לקויות', או של חסרונותיהם ב'מראת' המטופלים, או שהם מתמקדים בתיקון חסרונות המטופל, והאם מטפלים משתנים בעזרת מטופליהם דרך השתקפות.

לשם כך התמקדתי בסיטואציות של הדרכה חיה בטיפול משפחתי מערכתי, זאת בשל האפשרות לתצפית משתתפת, מעמדת חוקרת, בהשתנות המטפל בתהליך הטיפול. בסיטואציות של הדרכה חיה המטפל מודרך תוך כדי תהליך הטיפול שלו במשפחה. בין חדר הטיפול לחדר ההדרכה ממוקמת מראה חד סטרית המבדילה אותו מהחדר בו יושבת קבוצת המודרכים, שהמטפל המודרך חבר בה. בחינת ההשתקפות התבססה על זיהוי של דמויות בין מאפייני התנהגות וחוויה של המטפל לאלו של המטופלים. אירוע השתקפות נחשב ככזה כאשר לפחות אחד משתפתי ההדרכה, מדרך או מודרכים, תיאר חוויה והתנהגות דומות של המטפל והמטופל. נעשתה אבחנה בין שתי קטגוריות של גישות הדרכה, בהתאם ליסוד התיקון העצמי של תרפיית ההידמות:

1. שימוש הדדי בהשתקפות: קטגוריה זו כללה דוגמאות שבהן התהליך הטיפולי היה מעוגן בתיקונו העצמי של המטפל דרך השתקפותו העצמית במטופל, בין בעזרת זיהוי עצמי ובין בעזרת זיהוי מסייע (בהדרכה);
2. שימוש בלתי הדדי בהשתקפות: קטגוריה זו כללה דוגמאות שבהן מעוגן התהליך הטיפולי בתיקונו של המטופל, תוך שימוש מובלע, מועט או נעדר, בזיהוי עצמי של השתקפות המטפל במטופל.

## מבט מסכם

השימוש ביסוד התיקון העצמי דרך השתקפות התברר כמפתח חשוב לתיקון, שיישומו תלווה באדם האינדיבידואלי - המטפל, המטופל והמדרך. נצפה מספר לא מבוטל של דוגמאות לזיהוי עצמי של השתקפות התנהגות 'לקויה' או של 'חסרון' של מטפל במטופלים. עם זאת, בכולן תואר המטופל כמי שמייצר התנהגות זו של 'חסרון' וגורר איתו את המטפל לשתף עמו פעולה ולהתנהג באופן דומה לו. 'חולשתו' או 'חסרונו' של המטפל המערבי הוסטו אל שולי העשייה הטיפולית במרבית הסיטואציות, ולא נעשה שימוש הדדי בהשתקפות לשם תיקון. מול דוגמאות אלו עומדת תפיסתו בת ה-300 של הבעל שם טוב, לפיה "הרואה שמץ עבירה בחברו ילך ויתקן עצמו". כלומר, גישה המתבססת על צדיק-מטפל, שהוא חזק דיו כדי "להיות חלש".





1. ד"ר קארן לרנר, פסיכולוגית קלינית, Ph.D. בפסיכולוגיה מהאוניברסיטה העברית ירושלים, מרצה במרכז רוטנברג לפסיכולוגיה יהודית, מטפלת בשיטות ממוקדות גוף בכל ספקטרום הטראומה.
2. Rotenberg M. (1983): Dialogue with Deviance, Philadelphia: ISHI Publications.
3. בובר מ. (1979): סיפורי חסידיים, ירושלים: שוקן, ע' 224.
4. רוטנברג מ. (1990): קיום בסוד הצמצום, ירושלים: מוסד ביאליק.
5. לרנר ק. (אוגוסט 2001): 'השתקפויות' כממד של משמעות בתהליכים של השתנות אנושית, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
6. Rotenberg M. (1983): Dialogue with Deviance, Philadelphia: ISHI Publications.
7. רוטנברג מ. (1990): קיום בסוד הצמצום, ירושלים: מוסד ביאליק, ע' 110.
8. שם, ע' 39.
9. שם, ע' 40.
10. שם, ע' 112.
11. Rotenberg M. (1978): Damnation and Deviance, New York: The Free Press.
12. Rotenberg M. (1983): Dialogue with Deviance, Philadelphia: ISHI Publications, p. 172.
13. שם, ע' 17.
14. שם, ע' 186.
15. רוטנברג מ. (1990): קיום בסוד הצמצום, ירושלים: מוסד ביאליק, ע' 40.
16. שם, ע' 114.
17. שם, ע' 115.
18. שם, ע' 20.
19. שם, ע' 23-24.
20. שם, ע' 118.
21. Cooley C.H. (1902): Human Nature and the Social Order. New York: Scribner (Also In: C. Gordon & K.J. Gergen, (Eds.), The self in social interaction. New York: Wiley, (chap. 8, chap. 12), 1968.
22. Mead H. (1934): Mind, Self and Society. Chicago: University of Chicago Press.
23. רוטנברג מ. (1990): קיום בסוד הצמצום, ירושלים: מוסד ביאליק, ע' 118.
24. יעקב יוסף הכהן (1963): תולדות יעקב יוסף, ירושלים, ע' רנ"ט.
25. רוטנברג מ. (1990): קיום בסוד הצמצום, ירושלים: מוסד ביאליק, ע' 119.
26. רוטנברג מ. (1990): ע' 222.
27. שם, ע' 179.
28. שם, ע' 170.
29. שלום ג. (1980): פרקי יסוד בהבנת הקבלה וסמליה, ירושלים, מוסד ביאליק, עמ' 246.
30. רוטנברג מ. (1990): ע' 169.
31. שם, ע' 168.
32. שלום ג. (1980): פרקי יסוד בהבנת הקבלה וסמליה, ירושלים, מוסד ביאליק, עמ' 109.
33. רוטנברג מ. (1990): ע' 178.
34. שם, ע' 178.
35. בובר מ. (תשל"ט): בפרדס החסידות: עיונים במחשבתה ובהוייתה, מוסד ביאליק ע"י דביר, ע' קי"ט.
36. שם, ע' קי"ז.
37. Rank O. (1971): The Double: A Psychoanalytic Study. Translated and edited by H. Tucker, The University of North Carolina Press (based on several publications, first one published as 'Der Doppelganger', Imago. Sigmund Freud (Ed.), Leipzig, Viena and Zurich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1914, Vol. 3, pp. 67-68.
38. Rorty R. (1979): Philosophy and the Mirror of Nature. Princeton. New Jersey: Princeton university press.
39. שם, ע' 61. 40.
40. Freud S. (1914): On narcissism: an introduction. S.E., 14: 67-102.
41. Winnicott D.W. (1971): Playing and Reality. London: Tavistock publications. (1991 reprint).
42. Searles H.F. (1963): The place of neutral therapist-responses in psychotherapy with the schizophrenic patient. In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (pp. 626-653). New York: International Universities Press, 1965.
43. Kohout H. (1966): Forms and transformations of narcissism. In: P.H. Orenstein, (Ed.), The Search for the Self :Selected Writings of Heinz Kohout: 1950-1978: 427-460. New York: International Universities Press. 1978.
44. Rorty R. (1979): Philosophy and the Mirror of Nature. Princeton. New Jersey: Princeton university press.



# בית הספר לפסיכותרפיה של מכון מגיד מבית האוניברסיטה העברית

## החלה ההרשמה ללימודים המתחילים באוקטובר 2014 התכנית התלת שנתית לפסיכותרפיה בגישה דינאמית

הלימודים בירושלים מתקיימים בימי ראשון בבוקר | הלימודים בתל אביב מתקיימים בימי שישי בבוקר

### קהל היעד וקריטריונים לקבלה

#### רקע מקצועי

פסיכיאטרים (מומחים ומתמחים), פסיכולוגים קליניים (מומחים ומתמחים), עובדים סוציאליים קליניים בעלי תואר שני ומטפלים בהבעה ויצירה בעלי תואר שני.

#### התנסות כמטפלים

ניסיון בעבודה טיפולית בתחום בריאות הנפש.

#### התנסות בטיפול אישי

טיפול נפשי אישי בן שנה לפחות בגישה דינאמית.

רישום לתכנית מתבצע בין ה-2 בפברואר 2014 ל-30 באפריל 2014.  
רישום מאוחר מתבצע גם לאחר מועד זה על בסיס מקום פנוי.

## סמינרים בהנחיית מר נוויל סימינגטון מאי - יוני 2014 / קמפוס מגיד, נאות אפקה תל אביב

### מהי מחלת נפש והאם ניתן להחלים ממנה?

ימי שלישי בין 16:00-20:30

במסגרת הסמינר הנוכחי נעשה ניסיון להבחין ולבדל בין הטרורף או מחלת הנפש משפיות ואז נבחן בזהירות רבה כיצד יש לוודא שהתהליך הטיפולי מעודד את השפיות ולא את טירוף הדעת. המשתתפים בסמינר יתבקשו להביא דוגמאות קליניות ונבחן יחדיו האם יש הכוונה ועידוד לכיוון הבריאות הנפשית.

### על התהוות הפסיכותרפיסט

ימי רביעי בין 16:00-20:30

בסמינר זה נפתח בהתייחסות לסיבות בגללן אנשים פונים לטיפול נפשי. מה הבעיה הבסיסית שמעיקה על האדם (מטופל או לקוח)? אני מתייחס בכוונה למילה 'בסיס' כי לעיתים נדירות אנשים מצייגים/מתייחסים לבעיה זו כשהם פונים לטיפול. לכן, אנחנו צריכים לאתר תפקודי בסיס שהם פחות מפותחים ואז להעריך מה צריך לעשות הפסיכותרפיסט, מה הוא או היא צריכים להפוך להיות או למלא על מנת לעמוד בציפיות המטופלים.

### פסיכותרפיה עם מטופלים פסיכויים

ימי חמישי בין 16:00-20:30

רבים בשדה הפסיכותרפיה גורסים שאין אפשרות לקיים טיפול פסיכותרפויטי עם מטופלים פסיכויים. אני מאמין שהנחה זו שגויה. במהלך הסמינר יוצגו טיפולים של מטופלים מופרעים מאד ונבחן בעקרונות המנחים עבודה טיפולית עם מטופלים כאלה. המשתתפים בסמינר נדרשים לטפל בפועל בחולים פסיכויים ויתבקשו להציגם להתבוננות ולהדרכה במסגרת הסמינר.

\* כל הסמינרים בהנחייתו של מר סימינגטון יתקיימו בשפה האנגלית

# פסיכולוגיה משפטית בישראל: מגמות התפתחות

משה זכי\*

## מבוא

המפגש בין פסיכולוגיה ומשפט החל בשנות השבעים של המאה העשרים, כאשר פסיכולוגים נתבקשו להיעזר בבית המשפט אודות נבדקים ומטופלים שלהם שהיו מושא לדיון משפטי. הזיקה המקצועית שבין פסיכולוגיה למערכת המשפטית נמשכת עד היום. למעשה, בסוף שנות השמונים צומחת בארה"ב הפסיכולוגיה המשפטית-פורנזית - מהמילה פורום, שפירושה בלטינית כיכר העיר, ה"פורום רומנו" ברומא, שם התנהלו המשפטים לנוכח הציבור. בארה"ב הזמינו בתי המשפט כמות גדולה של הערכות פסיכולוגיות שסייעו להכרעת הדיון, תופעה ש-Grisso כינה "תעשייה" (1987, עמ' 831).

בישראל החלה הפסיכולוגיה המשפטית להתמסד בשנת 2004, עם הקמתה של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה במסגרת המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה בפקולטה למשפטים של אוניברסיטת חיפה. המחלקה גייסה סגל אקדמי (פסיכולוגים בכירים בפרקטיקה ובמחקר) והיא פועלת בשיתוף פעולה עם הפסיכולוגיה הארצית במשרד הבריאות וז"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, שבה הוקם החוג העל חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה. מטרת המחלקה היא קידום הפסיכולוגיה המשפטית בישראל במחקר ובפרקטיקה.



## תחום עיסוקה של הדיסציפלינה

בדומה לשאר ענפי הפסיכולוגיה (הקליני, החינוכי, ההתפתחותי, השיקומי, הרפואי והארגוני), הפסיכולוגיה המשפטית כוללת שני תחומים: התחום המדעי, העוסק במחקר במטרה להרחיב את הידע הקשור להתנהגות האנושית בתוך המערכת המשפטית, והתחום המקצועי, היישומי, המתבטא במתן שירותים פסיכולוגיים פורנזיים לבתי המשפט (1).

• **התחום המדעי:** המחקר בפסיכולוגיה משפטית מקיף מגוון תחומים מענפי הפסיכולוגיה השונים (2):  
- מן הפסיכולוגיה הקוגניטיבית: מחקרים על עדות המתבססת על ראייה, שמיעה וזיכרון;

- מן הפסיכולוגיה החברתית: מחקרים על ההיבט הפסיכו-חברתי של ההליך המשפטי: הדינמיקה החברתית באולם בית המשפט המהווה גורם הטיה להליך המשפטי; רקע דתי ואתני של שופטים המשפיע על סגנון השיפוט וחומרת הענישה;  
- מן הפסיכולוגיה ההתפתחותית: צרכים התפתחותיים של קטינים ונזקקות, גיל ההתבגרות וסטייה חברתית;  
- מן הפסיכולוגיה הקלינית: מחקרים על מסוכנות באלימות ובפגיעה מינית, פסיכופתולוגיה ואחריות פלילית.

כמו כן קיימים מחקרים המסייעים בפיתוח ההיבט היישומי של הפסיכולוגיה המשפטית: המודל להערכה פסיכולוגית של המסוגלות ההורית (2), המודל להערכה פסיכולוגית של הלוקה השכלי (3), מודל לשיקום אי-מסוגלות הורית (4).

### • התחום המקצועי: השירותים

הפסיכולוגיים לבתי המשפט מהווים את האספקט המקצועי של הפסיכולוגיה המשפטית. שירותים אלה ניתנים באמצעות חוות דעת של מומחה לבקשת אחד הצדדים, התובע או הנתבע, או לבקשת בית המשפט לצד מומחה מטעמו. הפסיכולוג המומחה משמש כמייצג (קונסולטנט), כמאבחן או כמטפל.

- הייעוץ הפסיכולוגי נדרש לבית משפט בסוגיות מקצועיות בהן מתלבט הדיון המשפטי, כמו למשל ידע מדעי בדבר משמורת של

הורה יחיד לצומת משמורת משותפת; ידע המתייחס למסוכנות בתחומי אלימות במשפחה ופגיעה מינית. במקרים אחרים משמש הפסיכולוג יועץ לאיש מקצוע אחר, למשל לפסיכיאטר או לניורולוג בתביעות נזיקין על פי הלכת "הגולגולת הצרה". במתן ייעוץ לבית המשפט או לאחד הצדדים המעורבים בהליך המשפטי נדרש הפסיכולוג לפעול בהתאם לעקרונות האתיקה (5), המחייבים אותו להיות מעודכן במחקר המדעי הקשור לתחום עדותו. עליו לסקור ספרות מקצועית מדעית מקיפה ועדכנית, שתשמש בסיס רחב לחוות הדעת הפסיכולוגית.

- האבחון הפסיכולוגי הוא השירות השכיח שמגיש הפסיכולוג לבית המשפט. הערכה פסיכולוגית מתגבשת באמצעות סוללה

\*פרופ' משה זכי, ראש המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה; המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה.



משותפים, כמו למשל פסיכודיאגנוסטיקה, משפט ואתיקה; פסיכותרפיה, משפט ואתיקה; פסיכולוגיה של המשפחה, משפט ואתיקה; משפחה בחברה רבת-תרבותית, משפט ואתיקה ועוד.

---

## האבחון הפסיכולוגי הוא השירות השייך שמגיש הפסיכולוג לבית המשפט. הערכה פסיכולוגית מתגבשת באמצעות סוללה של מבחנים קוגניטיביים ומבחני אישיות. מבחנים פסיכולוגיים בישראל חסרים נורמות מקומיות ייצוגיות לחברה רבת תרבותיות. למשל, למבחן אישיות MMPI-2 אין נורמות מקומיות למיעוט הערבי, במבחן WAIS-III אין נורמות מקומיות

---

• **מחקר ופרסום מדעי:** במחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה קיים סגל חוקרים, כאשר כל אחד בתחום מחקרו עוסק בנושאים הקשורים לפסיכולוגיה משפטית: הערכה, טיפול ואתיקה, כולל סוגיות מקצועיות העולות לדיון אקדמי כמו למשל ועדת שניט לגבי סמכות הורית משותפת, מסוכנות בתחום האלימות והפגיעה המינית, רשלנות מקצועית והלכת "הגולגולת הצרה", פסיכולוגיה חברתית של אולם בית המשפט.

המחקר מתמקד גם בנושאים פורנזיים יישומיים, כמו למשל מודל להערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית, שיטות טיפול לשיקום אי-מסוגלות הורית, מודל להערכה פסיכולוגית של האחריות הפלילית, שיטות של טיפול פורנזי בעברייני מין ועוד. ממצאי מחקרים אלה מסייעים לשיפור תקפותן של שיטות להערכה פסיכולוגית משפטית ולקידום יעילותו של הטיפול הפורנזי בעבריינים.

התפתחותו של המחקר בפסיכולוגיה משפטית מוצא ביטוי בספרות המדעית שיצאה לאור מטעם המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה: הספר 'אשנב לפסיכולוגיה משפטית' (1), הספר 'סוגיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל - אבחון, טיפול ושיפוט' (6), הספר 'סוגיות יישומיות בפסיכולוגיה משפטית' (5) וספר העוסק בתחום המניעתי לנזקים של ילד בקהילה (7).

הספרות המקצועית בפסיכולוגיה פורנזית הולכת וגדלה בכתיב העת המדעיים בישראל: כתיב עת מקומיים - 'פסיכואקטואליה' ו'שיחות' של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל; 'רפואה ומשפט' של המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה בשיתוף האגודה לרפואה ולמשפט בישראל; כתב העת 'Medicine and Law' של המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה.

### מגמות של התפתחות יישומית

ההתפתחות המדעית של הפסיכולוגיה המשפטית באמצעות המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה הביאה לקידום האספקט היישומי של המקצוע. ההתפתחות המקצועית באה לביטוי בהקמתם של ארגונים מקצועיים, הנחיות למתווה מקצועי והסמכה.

• **ארגונים מקצועיים:** בשנת 2006 נענתה הסתדרות הפסיכולוגים בישראל לפניית המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה והקימה את החוג העל-חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה המשותף לכלל החטיבות שבה. החוג פועל בכיוון של קידום התמחות הפסיכולוגיה המשפטית בקרב החברים מכלל החטיבות: הקלינית, החינוכית, ההתפתחותית, השיקומית, הרפואית והחברתית-תעסוקתית. הקידום המקצועי מתבצע באמצעות פרסום מאמרים בפסיכולוגיה משפטית בכתיב העת של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ובאמצעות השתלמויות וקונסולטציה מקצועית.

של מבחנים קוגניטיביים ומבחני אישיות. שוב נזכיר שמבחנים פסיכולוגיים בישראל חסרים נורמות מקומיות ייצוגיות לחברה רבת תרבותיות. למשל, למבחן אישיות MMPI-2 אין נורמות מקומיות למיעוט הערבי, במבחן WAIS-III אין נורמות מקומיות.

יש להוסיף, שבבדיקת המסוגלות ההורית לא נבדקה תקפותה ומהימנותה ולכן, לאור האמור לא מן הנמנע שיתקבלו תוצאות סותרות בין שתי חוות דעת שונות ביחס לאותו נבדק. באבחון הפסיכולוגי עולות סוגיות אתיות שונות, כמו למשל נאמנותו של הפסיכולוג הבודק למזמין השירות (3), והתקשרות מתמשכת של גוף ממלכתי למכון פסיכולוגי, לדוגמה משרד הרווחה או משרד הרישוי, המקושרים לגוף מקצועי קבוע.

- הטיפול הפסיכולוגי משמש בעיקר המלצה לחוות דעת פסיכולוגית, אך גם מהווה פעילות מקצועית מתבקשת בהתאם להחלטתו של שופט. יש לציין שקיים מגוון רחב של שיטות טיפול, כאשר כל שיטה מותאמת לסוג הבעיה ולאפיוני המטופל. יש להוסיף שהשיטות נבדלות זו מזו במשך הטיפול (טיפול ארוך טווח, טיפול קצר מועד). בתחום הטיפול הפורנזי נדרש לא פעם טיפול רב-תחומי (פרטני ומשפחתי), או טיפול רב-מקצועי (פסיכותרפיה בשילוב טיפול תקופתי פסיכיאטרי). דוגמה לכך היא הטיפול לשיקום אי-מסוגלות הורית (4).

---

### הפסיכולוגיה המשפטית כוללת שני תחומים:

**התחום המדעי, העוסק במחקר במטרה להרחיב את הידע הקשור להתנהגות האנושית בתוך המערכת המשפטית, והתחום המקצועי, היישומי, המתבטא במתן שירותים פסיכולוגיים פורנזיים לבתי המשפט**

---

### מגמות של התפתחות מדעית

הפסיכולוגיה המשפטית בישראל התקדמה בתחום המדעי בצורה משמעותית בעשר השנים האחרונות, מאז הקמתה של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה. ההתקדמות באה לביטוי בתחום ההוראה האקדמית והמחקר:

• **ההוראה האקדמית:** במהלך עשר השנים האחרונות אנו עדים לתמורות בתחום ההוראה האקדמית וההכשרה המעשית של פסיכולוגים ומשפטנים: מאז הקמתה של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה מתקיימים באוניברסיטת חיפה שני קורסים אקדמיים בפסיכולוגיה משפטית ברמת תואר B.A. ו-M.A. (קורסים משותפים לסטודנטים לפסיכולוגיה ומשפטנים). קורס אקדמי נוסף נפתח ביחידה ללימודי המשך באוניברסיטת חיפה, המיועד לפסיכולוגים מתמחים ומומחים. הקורס כולל היבטים תיאורטיים ויישומיים בתחום הפסיכולוגיה המשפטית.

עוד יש לציין השתלמויות המיועדות למשפטנים ולפסיכולוגים מקצועיים בתחום, השתלמות לשופטים במכון להשתלמות שופטים של בית המשפט העליון בירושלים והשתלמות עורכי דין בלשכת עורכי הדין בחיפה. קורסים אלה באים לפתור סוגיות מקצועיות ואתיות העולות במפגש הבינמקצועי בין שתי הדיסציפלינות: במשפט האזרחי ובמשפט הפלילי. השתלמות בפסיכולוגיה משפטית לפסיכולוגים בכירים ולפסיכיאטרים פורנזיים התקיימה במשך שלוש שנים בחוג העל-חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. ההשתלמות התמקדה בסוגיות המקצועיות והאתיות של ההערכה והטיפול הפורנזי.

ימי עיון לצוותות בינמקצועיים (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, עורכי דין) מתקיימים בממוצע אחת לשנה וכוללים נושאים פורנזיים





## ההתפתחות המדעית של הפסיכולוגיה המשפטית באמצעות המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה הביאה לקידום האספקט היישומי של המקצוע. ההתפתחות המקצועית באה לביטוי בהקמתם של ארגונים מקצועיים, הנחיות למתווה מקצועי והסמכה

• **הסמכה לצעוק בפסיכולוגיה משפטית:** פסיכולוגים מומחים שמחזיקים בתעודה אקדמית המעידה על השתתפות בקורס בפסיכולוגיה משפטית או בהשתלמות מתמשכת בתחום, יצינו זאת בדף הראשון בחוות הדעת של מומחה תחת הכותרת "אלה פרטי השכלתי". השכלה מעין זו מתירה להם להגיש שירות פסיכולוגי לבית המשפט. עם זאת, מומלץ בתקופת הפרקטיקה הראשונה בתחום לקבל הדרכה מקצועית מפסיכולוג בכיר ובעל ניסיון. הדבר נחוץ בעיקר בעמידתו של עד מומחה לחקירה נגדית בבית המשפט (9).

### סיכום

מאז הקמתה של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה חלו תמורות משמעותיות בדיסציפלינה של הפסיכולוגיה המשפטית בישראל: התפתחות מדעית בהשכלה אקדמית בפסיכולוגיה משפטית לסטודנטים, מתמחים ומומחים בפסיכולוגיה, כולל משפטנים, וכן במחקר המתפרסם בספרות המדעית בהוצאת המחלקה ובכתבי העת.

ההתפתחות המקצועית באה לביטוי בארגונים המקצועיים שהוקמו; קיים שיתוף פעולה של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה עם הפסיכולוגים הארצית של משרד הבריאות ויו"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י); הוקם החוג העל-חטיבתי בהפ"י והוקמה הוועדה של נציגות הגופים השונים לצורך קביעת סטנדרטים לכתיבה של חוות דעת פסיכולוגיות לבית המשפט.

היום אנו עדים לדיסציפלינה מקצועית בין מדענים ואנשי מקצוע בכירים בישראל ובעולם, וזאת במסגרת כנסים מקומיים ובינלאומיים וקשרים מקצועיים אישיים.

בשנת 2007 הוקמה ועדה ממלכתית המורכבת מנציגות מועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות, נציגות הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ונציגות המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה. הוועדה



קבעה סטנדרטים לכתיבה של חוות דעת פסיכולוגיות לבית המשפט (8). מטרת הנחיות יצירת אחידות בין הפסיכולוגים באמצעות הנחיות וכללים מקצועיים ואתיים מחייבים. מאחר שחלק מהמבחנים הפסיכולוגיים אינם עדכניים ולא סטנדרטיים עבור כלל האוכלוסיה בישראל, קיימת הנחיה לגבי התייחסות לתוצאות חוות הדעת הפסיכולוגיות לבית המשפט כאל "השערה דיאגנוסטית", המהווה אוריינטציה מקצועית מתבקשת. עוד יצוין, שהוועדה עדיין לא קבעה סטנדרטים וכללים למודלים של הערכה, כמו למשל

למסוגלות הורית. בתחום זה ניתן מתווה מקצועי בספרות המדעית של המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה (1, 2).

### מקורות

1. זכי מ. (2003): אשנב לפסיכולוגיה משפטית. בני ברק, הקיבוץ המאוחד.
2. זכי מ. (2008): הערכה פסיכולוגית של המסוגלות ההורית בתיק משמורת לעומת הערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית בתיק אימוץ: הדומה והשונה. רפואה ומשפט, 105-100.
3. זכי מ. (2011): תרומתה המדעית של הפסיכולוגיה לבתי המשפט. בתוך: ד. יגיל, א. כרמי, מ. זכי, ע. ליבנה (עורכים): סוגיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל - אבחון, טיפול ושיפוט, תל אביב: דיונון, 41-31.
4. זכי מ. (2010): נאמנותו של הפסיכולוג הבודק למזמין השירות - גורם הטיה בהערכות פסיכולוגיות משפטיות. רפואה ומשפט, 44, עמ' 78-83.
5. APA Ethical Code (1997): Forensic Activities. Washington D.C.: American Psychological Association: 18.
6. יגיל ד., כרמי א., זכי מ., ליבנה ע. (עורכים) (2008): סוגיות יישומיות בפסיכולוגיה משפטית. תל אביב, דיונון, 117-124.
7. זכי מ. (2013): ילד וקהילה - מדרוך לפסיכולוגיה חינוכית וקהילתית. יהוד מונסון, הוצאת אופיר ביכורים.
8. וייל ג., יגיל ד., וויס י. (2009): סטנדרטים לכתיבת חוות דעת פסיכולוגיות לבית המשפט. פסיכואקטואליה 4: 6-10.
9. Brodsky S.L. (1995): Testifying in Court: Guidelines and Maxims for Expert Witness. Washington, D.C.: American Psychological Association.



# הכל או לא כלום: שתיקה אל מול משחקי מילים

יוחאי עתריה\*

## תקציר

במאמר זה אציג מושגי יסוד בהגותו של לה קפרה, בהם יתר, כפיית החזרה, הפגן, עיבוד, טראומה היסטורית, טראומה מבנית ואובדן היעדר. אנסה להציע, תוך התעמקות במאפיינים הדיסוציאטיביים שמופיעים בזמן טראומה, מספר הבחנות באשר להיעדר האפשרות ללכת בדרך האמצע, אותה מציע לה קפרה במקרה של הסוביקט הפוסט-טראומטי.

**בשל העובדה שכ-90% מנפגעי טראומה אינם מפתחים פוסט-טראומה, יש חשיבות רבה מאוד לגורמים המרכזיים להתפתחות פוסט-טראומה ולהפרדה שבין טראומה לפוסט-טראומה, הן ברמה האישי והן ברמה החברתית-תרבותית**

## דיסוציאציה: העולם שמעבר

ככל שמתקדמים בחקר החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה, הקושי להגדירה כך נראה, גדל, כאילו החוויה שבמהותה נובעת מאי יכולת הסוביקט להגדיר או להבין ולהכיל, מתנגדת לתיחומה במילים. מכאן, המאפיין המרכזי של החוויה הדיסוציאטיבית הוא חוסר היכולת לתאר אותה, או לעשות לה רדוקציה באופן מילולי שמעצים עוד את הקושי הוא העובדה שדיסוציאציה מתארת, הלכה למעשה, הן את המנגנון (תהליך) והן את התוצאה.

במאמר זה אאמץ אפוא הגדרה זהירה, מצומצמת ושמרנית יחסית, אך כזו המאפשרת בה בעת דיון בהקשרים הרחבים יותר, התרבותיים. ברובד הבסיסי ביותר, במצב הדיסוציאטיבי, אירועים הקשורים בדרך כלל זה בזה נעשים מנותקים, וגם חלקים מודעים ב'עצמי' מתנתקים זה מזה. זאת ועוד, מצבים דיסוציאטיביים מאופיינים לעתים בנימול רגשי (קהות רגשית), ובמקרים חמורים יכול אדם לחוש כאילו הוא נשלט בידי כוחות חיצוניים והסוביקט מוצא עצמו פועל באופן שכלל אינו מתאים לו, מבלי יכולת להתנגד לכך (Cardena, 1994; 1997; Dell & O'Neil, 2009; Foa & Hearst- lked, 1996; Spiegel, 1996; Spiegel, Trauma, Dissociation, and Memory 1997). חוקרים סבורים כי דיסוציאציה היא מכניזם הגנתי בזמן טראומה המאפשר לאורגניזם לשרוד. במצב שבו לסוביקט אין אפשרות להילחם או לברוח (fight/flight) נותרת בפניו האפשרות היחידה: להתנתק מהמציאות ומגופו הסובל (Janet, 1904; 1925; Van der Kolk & Van der Hart, 1989) אחת הבעיות המרכזיות בכל הנוגע להבנת החוויה הדיסוציאטיבית

בזמן טראומה קשורה לשאלה הבאה: איך, אם בכלל, זוכר הסוביקט את החוויה הדיסוציאטיבית (Allen, Console & Lewis, 1999; Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; McNally, 2003a; Nadel & Jacobs, 1998; Porter & Peace, 2007; Schachtel, 1947; Shobe & Kihlstrom 1997; Williams & Banyard, 1999). שאלה זו אינהרנטית להבנת החוויה הדיסוציאטיבית עצמה. הזיכרון המפורק והחוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה הם שני צדדים של אותו מטבע. יש אמנם מחקרים המראים כי הזיכרון הדיסוציאטיבי-הטראומטי מפורק ואף בלתי אמין לעתים קרובות, אולם הדעות לגבי הסיבות לכך, חלוקות (Ehlers, Hackmann & Michael, 2004; Spiegel, 1997). יש גישה, על פיה בשל החוויה הדיסוציאטיבית בזמן הטראומה החוויה לא קודדה כלל, כך שמבחינת הסוביקט אין היא קיימת. היא נעדרת. על פי סברה אחרת, האירוע עצמו קודד אך אין לסוביקט גישה לזיכרון בהווה; הזיכרון הטראומטי מנותק מהנרטיב. לכל אפשרות השלכות אחרות ומרחיקות לכת יש לומר, הנוגעות להבנתנו את החוויה הדיסוציאטיבית ואת האופן שאנו זוכרים אותה, אם בכלל. גישה שלישית ממוזגת בין שתי הגישות הקודמות, על פיה יש חלקים מהאירוע שלא קודדו ולכן הם נעדרים, ואילו חלקים אחרים של החוויה קודדו, אינם נגישים אך ניתנים לשחזור (Spiegel, 1997). זאת ועוד: מחקרים מראים כי ירידה בעוצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים באה יחד עם זיכרון מפורק פחות של החוויה הטראומטית, ובמילים אחרות, "החלמה" מטראומה באה לביטוי בזיכרון נרטיבי סדור יותר (ולאו דווקא אמיתי יותר) של האירוע הטראומטי (Foa, Molnar & Cashman, 1995; Kindt, Van den Hout & Buck, 2005).

מאפיין נוסף וחשוב, במקרה שהזיכרון אינו נעדר, הוא אי יכולתו של הסוביקט להעלות באופן רצוני ומכוון את הזיכרון של החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, 2004). ניתן להסיק מהחוויה הדיסוציאטיבית נותרת מנותקת מתחושת העצמי האוטוביוגרפי/נרטיבי (van der Kolk & Fisler, 1995), ויש חוקרים הטוענים כי מדובר, שוב, בסוג של מכניזם הגנתי (Sutherland & Bryant, 2008). מאפיין מרכזי של החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה הוא היעדר זיכרון נרטיבי, ומאידך זיכרון גופני-פולשני-בלתי נשלט של האירוע. קשה להפריז בחשיבות תופעה זו העומדת בבסיס הסימפטומטולוגיה הפוסט-טראומטית-חורבנית-כאוטית: זיכרון נרטיבי חסר, נעדר או בלתי נגיש כנגד זיכרון גופני חזק ובלתי נשלט (Van der Kolk, 1987; 1994). בהמשך לתופעה זו, ובקשר ישיר, נראה כי החוויה הדיסוציאטיבית בזמן הטראומה יכולה להתפתח לכדי דיסוציאציה מבנית (Janet, 1889; Myers, 1940), מצב שבו לאדם יש שתי דמויות שונות ומנוגדות שאינן מודעות זו לזו: האחת "נורמלית לכאורה"

\*יוחאי עתריה, האוניברסיטה העברית, התוכנית לפילוסופיה של המדע (מלגאי הנשיא).



(The "apparently normal" part of the personality) ואילו השנייה "רגשית" (The "emotional" part of the personality Nijenhuis, Van der Hart & Steele 2010; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005; Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). בתנאים הללו הסוביקט מרגיש מצד אחד מנותק לחלוטין מהאירוע הטראומטי עד שאינו זוכר אותו, ומצד שני יכול לחוות את הטראומה מחדש כאן ועכשיו, לרוב כתוצאה מגירויים סביבתיים שאין הוא מודע להם כלל (Ehlers, Hackmann & Michael, 2004). הדבר בא לידי ביטוי בסיוטים, פלשבקים, קיפאון ועוד (Van der Kolk, 1994).

## יתר (Excess)

היתר הוא מושג יסוד בהגותו של לה קפרה (2006). הוא המשהו הזה בחוויה הטראומטית החורג מכול ייצוג סימבולי או מילולי. יתר יוצר ריק בלתי ניתן למילוי בסמלים ובייצוגים גם כשהנפגע מתאר את האירוע הטראומטי בפרטי פרטים. וכך, בנסותו למלא את הריק, מתפתחת בקרב הסוביקט הפוסט-טראומטי "כפיית החזרה" (Repetition compulsion): פלשבקים, סיוטים ועוד.

## הפגן או עיבוד

לה קפרה מצביע על שתי דרכי התמודדות מרכזיות של פרט או חברה מסיימת עם האירוע הטראומטי, או מדויק יותר, עם היתר שבחוויה הטראומטית:

**1. הפגן (Acting out):** תהליך של חזרה בלתי נשלטת ולא מודעת של הסוביקט הפוסט-טראומטי ה"נרדף בידי העבר או מודבק בו ונתפס באופן פרפורמטיבי לחזרה כפייתית על סצינות טראומטיות - סצינות שבהן העבר חוזר והעתיד נחסם או נידון לכליאה בלולה מלנכולית". במצב זה קורס ממד הזמן "והאדם כאילו חוזר לעבר וחי מחדש את הסצינה הטראומטית" (עמ' 49).

**2. עיבוד (Working through):** תהליך שיכול להתרחש ברמת הפרט וגם "במסגרת מוסדות" (עמ' 30). בתהליך זה האירוע הטראומטי נשלט במידת מה ומוכל ואף מיוצג, גם אם באופן חלקי. תהליך זה עשוי "לפעול לצמצום כוחם של ההפגן ושל כפיית החזרה" (עמ' 49), שכן נוצרת בו הבחנה והפרדה בין הרגע הנוכחי לאירוע הטראומטי: "אדם חוזר לשם (לאירוע הטראומטי) ונמצא כאן בעת ובעונה אחת, וגם מסוגל להבחין בין השניים" (עמ' 118).

למרות ההפרדה בין שני התהליכים "ההפגן עשוי בהחלט להיות מצב נחוץ של עיבוד" (עמ' 89) ו"ההפגן והעיבוד קשורים זה בזה הדקות, אך מבחינה אנליטית הם תהליכים מובחנים" (עמ' 90). לה קפרה מתנגד אפוא למודל "הכל או לא כלום", על פיו השורד מוגבל לשני קצוות, "שליטה מלאה או כפיית חזרה נצחית והרסנית" (עמ' 90). בתהליך ההחלמה וההתמודדות אמור העיבוד לאזן את ההפגן.

## טראומה היסטורית או טראומה מבנית

רעיון מרכזי נוסף בהגותו של לה קפרה נוגע בפער שאינו ניתן לגישור בין טראומה היסטורית לטראומה מבנית. הטראומה ההיסטורית קשורה באירוע ידוע וקונקרטי, הטראומה המבנית לעומת זאת, תיאורטית יותר ומתארת מצב אקסיסטנציאלי של האדם בעולם. הטראומה היסטורית קשורה לרעיון האובדן (Loss): "מות יקרים למשל, ברמה הפרטית או בהקשר רחב יותר, אובדן חיים ותרבויות כתוצאה מן האפרטהייד או השואה" (עמ' 78). הטראומה המבנית עוסקת בהיעדר (Absence), אימה קמאית בלתי ניתנת לייצוג, צמצום או מיקום על הציר ההיסטורי. מדובר אפוא בתופעה טרנס-היסטורית: "האובדן, בניגוד להיעדר, ממוקם ברמה ההיסטורית והוא תוצאתם של אירועים מסוימים" (עמ' 86).

חשוב להדגיש כי לה קפרה סבור שכל ניסיון לעשות רדוקציה של הטראומה ההיסטורית לטראומה מבנית, או לטעון שהטראומה ההיסטורית אינה אלא ייצוג של טראומה מבנית כלשהי, של היעדר, שגוי מיסודו ומייצר תמונה מעוותת ושטחית שאינה מאפשרת עיבוד אלא מובילה "למלנכוליה נצחית" (עמ' 77). המרתו של ההיעדר באובדן, על פי לה קפרה, מסוכנת ברמה החברתית שכן היא עלולה להוביל למצב שבו יש רצון "להיפטר בדרך כלשהי מאותם אחרים או לחסלם, או אולי לחסל את האחר - חוטא שבעצמך" (עמ' 82).

## רעיון מרכזי בהגותו של לה קפרה נוגע בפער שאינו ניתן לגישור בין טראומה היסטורית לטראומה מבנית. הטראומה ההיסטורית קשורה באירוע ידוע וקונקרטי, הטראומה המבנית לעומת זאת, תיאורטית יותר ומתארת מצב אקסיסטנציאלי של האדם בעולם

נראה אפוא שלחוויה הדיסוציאטיבית השפעות מרחיקות לכת על הסוביקט ואכן, מחקרים שונים (Ozer, Best, 2007; Breh & Seidler, 2007; Lipsey & Weiss, 2008) מראים שדיסוציאציה בזמן טראומה היא גורם הסיכון הראשון במעלה להתפתחות פוסט-טראומה (Bryant, 2007; Marshall & Schell, 2002; Candel & Merckelbach, 2004; Merckelbach & Muris, 2001).

אני סבור כי לקשר בין ניתוק בזמן הטראומה להתפתחות פוסט-טראומה השפעות מרחיקות לכת על השיח הפורה והמעשיר שמוביל לה קפרה (2006) סביב האופן שבו כותבים על ומתייחסים לטראומה. מכל מקום, לעניות דעתי לה קפרה אינו נותן דעתו על הגורמים המרכזיים ביותר להתפתחות פוסט-טראומה. אדגיש ואומר: דווקא בשל העובדה שכ-90% מנפגעי טראומה אינם מפתחים פוסט-טראומה, יש חשיבות רבה מאוד לגורמים המרכזיים להתפתחות פוסט-טראומה ולהפרדה שבין טראומה לפוסט-טראומה, הן ברמה האישית והן ברמה החברתית-תרבותית. אני סבור אפוא כי הארת המצב הפוסט-טראומטי תוך קשירתו לחוויית הניתוק בזמן טראומה תועיל ליצירת דיון פורה, בעיקר נוכח העובדה שמאפייני הזיכרון של החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה ייחודיים - חסרים, נעדרים או מפורקים. יש לתת את הדעת על תופעה זו במיוחד אם מאמצים את הרעיון על פיו "זיכרון מדויק בנוגע לאירועים הממלאים תפקיד מרכזי בעבר הקולקטיבי הוא מרכיב חשוב בלגיטימציה של החברה האזרחית" (לה קפרה, 2006, עמ' 122).

## טראומה במישור התרבותי

על פי לה קפרה, הטראומה "מועתקת" מהמישור הפרטי אל המישור התרבותי דרך סוכני טראומה כמו ניצולים, היסטוריונים, עדים ואחרים. וכפי שמדגיש גולדברג בהקדמה המצינית לגרסה העברית של הספר 'לכתוב טראומה לכתוב היסטוריה', עמדתו של לה קפרה היא "שמושגי הטראומה של פריד רלוונטיים ביחס לחברות לא פחות, ואולי אף יותר, משם רלוונטיים לאינדיבידואל" (2006, עמ' 14). המעבר מן הפרט אל הכלל נעשה תוך שימוש במושגים, רעיונות או עקרונות המאפיינים את הפרט הפוסט-טראומטי. בפרק זה אציג בקצרה מספר מושגי יסוד הרלוונטיים לדיון כפי שהם מבוטאים בהגותו של לה קפרה.



## הטראומה המכוננת

הרעיון על פיו "ההיסטוריה כולה היא טראומטית ביסודה; או שבהקשר הפוסט-שוואתי כולם ניצולים" (עמ' 30) אמנם שגוי, אך עם זאת, קובע לה קפרה, "ישנן סיבות לראות את ההיסטוריה, או לפחות את התרבות המודרנית, ועוד יותר מכך את התרבות הפוסט מודרנית, כטראומטית. במיוחד ישנן סיבות לראותה כתגובה של התעסקות מורגשת ביתר (Excess)" (עמ' 30). זאת ועוד, לה קפרה מקבל את הרעיון של "טראומה מכוננת" (שואה, אפרטהייד, עבדות, פצצת אטום), שנעשית "בסיס לזהות קיבוצית או אישית (או שתיהן)" (לה קפרה, 2006, עמ' 94).

מאחר שלה-קפרה מנתח את הטראומה במישור הלאומי-תרבותי במונחים הלוקחים מעולמו של הפרט, ומאחר שברמת הניתוח אין הוא מבדיל ממש בין המישור הפרטי למישור החברתי, אני סבור כי יש להעמיק את ההבנה של החוויה הטראומטית ברמת הפרט, וכך לדייק יותר בניתוח ההשלכות שיש לה על המישור החברתי-תרבותי-לאומי.

---

**מתי אדם שותק שתיקה אמיתית? מדובר, להבנתי, בסוג מאוד מיוחד של שתיקה: בחירה אותנטית בעולם נטול כל אפשרויות. שתיקה היא בחירה בעולם בלתי אפשרי, וזו אולי האפשרות היחידה מלבד התאבדות**

---

## החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה: השלכות על מבנה התרבות

• **האפשרות לעבד את מה שאיננו:** כפי שראינו, החוויה הדיסוציאטיבית בזמן טראומה וזיכרון מפורק הם שני צדדים של אותו מטבע. עם זאת יש להבחין באופן ברור בין שני מצבים: מצב שבו אירועים לא קודדו בנסיבות האירוע והוא מצב של היעדר, ומצב שהזיכרון קודד אך אינו נגיש והוא מצב של אובדן. במקרה של היעדר (לא קודד), ניסיון לייצר תהליך של עיבוד יכול להוביל למשל, למצב מסוכן של השתלת זיכרונות: בחלל שנוצר, בהיעדר, מושתלים זיכרונות אוטוביוגרפיים חדשים (Laney & Loftus, 2005; Loftus, 2003; 1993). כאמור, ישנם מצבים שזיכרון של אירוע אינו קיים. במצבים אלה כלל לא ברור שניתן למצוא דרך להתמודד עם מצב זה באמצעות עיבוד. נראה כי נכון יהיה להשלים עם העובדה שאין חומרים מהאירוע עצמו הניתנים לעיבוד. כל ניסיון להשלים את התמונה, ולו באמצעים טכניים כגון תמונות או סרטים (במקרה שנתונים אלה קיימים), אינו אלא ניסיון להסב נקודת מבט של גוף שלישי לזיכרון של גוף ראשון ולמיטב הבנתי זהו מהלך שגוי מיסודו. אסביר: החוויה שלנו בעולם נעוצה בגוף שלנו (Husserl, 1956; Sartre, 2002; Merleau-Ponty, 1989; ניסיון להשלים חסר בעזרת תמונות מבחוץ, יוצר זיכרון בגוף שלישי המוותר על הגוף ונעשה חלק מהנרטיב, וההשלכות הנובעות מכך קיצוניות: השתלת זיכרון "בגוף שלישי" מעודדת נרטיב מפורק של מבט מהצד, זיכרון נטול מימד גופני, זיכרון נטול תחושת "שליחות", מפוצל ודיסוציאטיבי הנובע מהיעדר נקודת מבט גופנית על העולם.

זאת ועוד, ייתכן כי ביצירת נרטיב טראומטי במהותו אנו מקבעים טראומה שלא הייתה שם מלכתחילה, משתילים טראומה ויוצרים פוסט-טראומה (Ehlers & Clark, 2000). רק כדי להבהיר את הנקודה, ידועים מקרים שחיילים ממלחמת וייטנאם אינם זוכרים תקופות ארוכות מאוד של לחימה. שבועות. אין מדובר באירוע

נקודתי שניתן להשלים איתו, אלא בפרק חיים שלם שנמחק מהזיכרון. זהו היעדר, ריק. אין זה ברור איך אפשר לעבד היעדר עמוק כל כך. לא מדובר כאן באובדן וגם לא בטראומה היסטורית, זהו קץ ההיסטוריה והתחלה מחדש ממקום של ריק, זוהי טראומה מבנית הנוצרת ברמה האישית ואף ברמה הלאומית.

אם נישאר עם הדוגמה האחרונה, נוכל לומר כי קרוב לוודאי שבמהלך השבועות שהחיל היה "מנותק" ישנם אירועים שקודדו ואינם נגישים בהווה (Spiegel, 1997), אולם אין ודאות שדווקא חשיפתם היא התהליך הנכון. מחקרים מצביעים כי במקרים של שורדים המעדיפים להתעלם ממאורעות העבר יש בחשיפה סכנה בפגיעה במנגנוני הגנה אלה (Krohne, 1993). נראה שלה קפרה סבור כי כל חשיפה ל"אירוע הממשי" נכונה וחיונית לתהליך ההחלמה (Laub, 1995). ברוב המקרים הסוביקט הטראומטי, ואיני מתכוון לסוביקט פוסט-טראומטי, לומד לחיות עם העבר, יוצר סיפור שהוא לאו דווקא אמיתי ומדויק אבל איתו הוא יכול לחיות. להבנתי מדובר בעיקרון-על להבנת ההתמודדות של אדם עם זכרונותיו (Conway & Pleydell-Pearce, 2000) והוא כאמור שונה בתכלית ממה שלה קפרה מציג. היסטוריונים זקוקים לעובדות, אדם בחייו זקוק לסיפור מנחם. זוהי דרך האמצע האמיתית איתה ההיסטוריון לא יכול לחיות. אמנם בין תהליך החלמה לבין תהליך זיכרון טראומטי מפורק יותר ויציב יותר יש קשר הדוק, אולם אין להסיק מכך שמדובר בזיכרון אמיתי. כך גם בהקשר הלאומי: חיי אומה מבוססים על זיכרון שניתן לחיות איתו, ולא דווקא על זיכרון מדויק (Ataria, In press).

אני סבור אם כן, שבמקרה של הקורבן הפוסט-טראומטי וגם במקרה של אומה, או "קהילת טראומה" (קהילה שמגובשת סביב נרטיב טראומטי), מה שחשוב הוא היכולת לשכוח את מה שצריך לשכוח. חוצה לומר: אנו חייבים ללמוד לזכור מה שצריך לזכור ולשכוח (אך לא להכחיש) את מה שצריך לשכוח כדי לחיות (Yovell, Bennett & Shalev, 2003).

• **טראומה ופוסט-טראומה:** בעיה נוספת, ואקוטית, היא השימוש במושג טראומה ביחס לשימש במושג פוסט-טראומה. רבים יחוו במהלך חייהם אירוע טראומטי קשה ומזעזע (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998), אולם הרוב יתמודדו איתו היטב ולא יפתחו פוסט-טראומה; וגם, טראומה של אומה אינה הופכת אותה לאומה פוסט-טראומטית בהכרח. טראומה, כך מראים מחקרים רבים, יכולה להיות גם חוויה בונה המביאה אפילו לצמיחה רחנית (Tedeschi & Calhoun, 2004; 1995). רוצה לומר: יש להבדיל באופן חד בין טראומה לבין פוסט-טראומה. נראה שהשיח של לה קפרה, אף על פי שהוא מדבר במונחים של טראומה, נטוע בחוויה הפוסט-טראומטית ולא בחוויה הטראומטית.

בהקשר זה יש לציין כי מחקרי רוחב הראו שאפילו במדינת ישראל, שכולנו נהנים להגדירה כמעבדת טראומה (Breznitz, 1983) והיא אמורה ליצג באופן המובהק ביותר מדינה פוסט-טראומטית, שיעור הסובלים מפוסט-טראומה בשיא תקופת הפיגועים של אינתיפאדת אל אקצה (2000-2003) היה נמוך מ-10% בהערכה גמישה וקרוב יותר ל-5% על פי המדדים החמורים (תובל-משיח & שלו, 2005). זו כאמור רק דוגמה לקפיצה, לא מבוקרת ולא אחראית, שכה רבים מאיתנו אוהבים לעשות מהחוויה הטראומטית לעולם הפוסט-טראומטי. קפיצה שלעניות דעתי יש לעשות בהירות יתר.

## דיסוציאציה מבנית

במאמרי 'משבר הגבריות' (2013b) אני משווה על פי דוגמאות מסרטי קולנוע, בין דמויות מפוצלות: קורץ (מרלון ברנדו) ווילארד (מרטין שיון) בסרט 'אפוקליפסה עכשיו' (Conrad, 1979), מייק (רוברט





כאשר הדמות השפויה לכאורה (נורטון) מתעוררת (למעשה היא לא ישנה) היא אינה מצליחה לייצר באמת דיאלוג עם הדמות הגופנית (פיט) שיצאה מדעתה. הפתרון במקרה זה הוא אחד: ירייה בעצמך (ואכן, בסצינת הסיום אדוארד נורטון יורה בעצמו).



**תמונה 2:** אדוארד נורטון יורה בעצמו בסצינת הסיום של הסרט 'מועדון קרב'. אין שום אפשרות לדיאלוג אמיתי בין הדמויות המפוצלות. השמדה היא האופציה היחידה. זו גם הסיבה להשמדה הנאצית: במצב של קירבה כה עמוקה הדרך היחידה היא השמדה עצמית. היהודי הוא האחר בתוך הגרמני. לא אחר חיצוני, אלא הוא ממש מתוך: [www.thundercatseductionlair.com/images/Fight\\_Club\\_05a.jpg](http://www.thundercatseductionlair.com/images/Fight_Club_05a.jpg)

גם בסרט 'אפוקליפסה עכשיו', למרות הדיאלוג המוקדם בין קורץ (ברנדו) לוילארד (שיון) גם כאן מדובר כאמור באותה דמות עצמה והרצח הוא בלתי נמנע. מטרת מסעו של וילארד היא להשמיד את החלק שהוא אינו יכול להכיל בתוכו. את הזיכרון הבלתי אפשרי. המקרה הקיצוני ביותר מוצג בסרט 'צייד הצבאים': מייק (דה-נירו) וניק (ווקן) הם אותה דמות ממש (אולי אין שתיהן אלא דמויות בראשו של סטיבי, החבר השלישי שהשתגע במשחק הרולטה הרוסית (ערתיה, 2013b). בסיום הסרט מייק חוזר לווייטנאם כדי להציל את ניק, אך בעצם הוא חוזר כדי לשחק משחק אחרון, להשמיד את האחר שבתוכו, את הגוף שזוכר את הטראומה. האלימות הסובבת את הדמויות בכל הסרטים היא תפאורה שמייצגת את פנים עולמו של האדם הפוסט-טראומטי, המפוצל (ערתיה, 2013c).

דיסוציאציה חמורה בזמן הטראומה יכולה לבוא לביטוי בזהות מפוצלת לחלוטין שאינה יכולה לנהל דיאלוג עם עצמה ולכן כל ניסיון של תהליכי עיבוד אינו אפשרי. במקרי קיצון מסוג זה הדרך היחידה להתמודד עם היתר שעליו מדבר לה קפרה היא דרך השמדת האחר שבתוכך.

לה קפרה מדגיש את הקול האמצעי, את הדיאלוג שבין הפגן לעיבוד. יכול להיות שהדבר אפשרי במקרים שהטראומה לא לוותה בדיסוציאציה חמורה, אולם דיאלוג כזה אינו אפשרי כאשר החוויה הטראומטית מאופיינת בניתוק. נקודה זו מאירה טעות מרכזית של לה קפרה - אין טראומה אחת בלבד. קיימים סוגים רבים של טראומות ומשום כך אין לדבר במושגים של טראומה מכוננת כאילו מדובר בטראומה בודדת ולא בסוגים שונים של טראומות (למשל, לפער המגדרי תפקיד חשוב). בהתאם, כך נראה, גם הסימפטומים הפוסט-טראומטיים מגוונים. זאת ועוד, נראה שכדי להבין לעומק מהי תרבות פוסט-טראומטית יש להבין לעומק את הפער ואת הדיאלוג (למעשה היעדר דיאלוג) שבין זיכרון נרטיבי נעדר לבין זיכרון גופני נוכח. פער זה מייצר פילוסופיות מהסוג של דואליזם רדיקלי ושוללני, לאמור, נפש שמנותקת מהגוף ורוצה להשמיד את הגוף התוצאה היא שיח דו-קוטבי קיצוני ותשוקה להשמדה עצמית.

אני סבור שההבחנה שלה קפרה מציג בין תהליכי הפגן לעיבוד נכונה

דה-נירו) וניק (כריסטופר ווקן) בסרט 'צייד הצבאים' (Cimino, 1978), הגיבור ללא שם (אדוארד נורטון) וטיילר דרדן (ברד פיט) בסרט 'מועדון קרב' (Fincher, 1999). הטענה המרכזית במאמר היא ששתי הדמויות אינן אלא שני צדדים של אדם מפוצל ואין הן יכולות לדור בכפיפה אחת, בגוף אחד, ומשום כך הן מנסות להשמיד זו את זו (Ataria & Somer, 2013)



**תמונה 1:** מייק (משמאל) וניק במשחק האחרון ב'צייד הצבאים'. אלמנטים של חזרה אובססיבית תוך כדי ניסיון לגאולה באמצעות השמדה של האחר בתוך, האחר שהוא אתה. זהו הניסיון להיפטר מהזיכרון הטראומטי, ולמעשה מהמימד הגופני של הזיכרון, להיוותר רק נפש ללא גוף

## טראומה הוא מצב בלתי אפשרי לחלוטין. מצב לימינאלי, בין סיוט להזיה. מצב שבו מערכות החוקים, האמונות, הציפיות והתקוות קרסו. אין הסברים, רק זוועה מוחלטת. האדם הפוסט-טראומטי מציג אפוא מצב שבו באמת נגמרו המילים. המילים לא חודרות את המעטפת, הן מערכת של סימנים המנותקת לחלוטין מהחוויה

אני סבור שמדובר במנגנון הבעייתי ביותר של הסוביקט הפוסט-טראומטי והוא נובע מדיסוציאציה בזמן טראומה. התוצאה היא חזרה כפייתית שהסיום האפשרי היחיד שלה הוא קץ היסטוריה. רוצה לומר: מדובר בתהליך שבו אומה מקדמת את הגאולה של עצמה בכך שהיא משמידה את עצמה, אך לא מתוך רצון להעיר את אלוהים מתרדמתו, כמו למשל במקרה של הסיקריקים (לא בכדי כאשר תייר מגיע לישראל שני המקומות הראשונים שלוקחים אותו אליהם הם יד-ושם ומצדה, ולרוב באותו יום ממש), אלא מתוך תובנת עומק באשר לטבעו של האדם. הגורם המרכזי לכך הוא חוויה טראומטית קיצונית שנותרת לא רק בלתי מעובדת, אלא בלתי ניתנת לתיאור כלשהו, יתר שנמצא מעבר לגבולות האפשרי (ולכן הטקסים והקרנבלים המגוחכים והשמות המוזרים כגון "אנדרטת השלום" בהירושימה).

הטראומה צרובה בגוף במובן העמוק ביותר: הגוף אינו רק נשא הטראומה, הוא הטראומה, הוא הממשי הבלתי אפשרי. הזיכרון הגופני בלתי מיוצג וגם בלתי נשלט לחלוטין וכפועל יוצא הוא מתפרץ בממד הגופני בעוצמה רבה, מה שגורם לסוביקט הפוסט-טראומטי לחוש ששוב הוא נוכח ברגע הטראומה. הטראומה אינה זיכרון אלא כאן ועכשיו, ובמצב זה הפיצול בין הדמויות טוטאלי ודיאלוג ביניהן אינו אפשרי, שכן מצד אחד נמצא עולם שכל כולו שפה, מילים וסמלים, ומנגד ניצב עולם שבהגדרתו דוחה שפה. אין להתפלל אפוא שבסרט 'מועדון קרב' הדמויות כלל אינן מכירות זו את זו. גם

ומדויקת. עם זאת, במודל שהוא מציג תהליכי הפגן ועיבוד מתמזגים זה בזה. בסעיף הבא ארצה להראות שישנם לא מעט מצבי קיצון שבהם כמעט בלתי אפשרי לייצר תהליכי עיבוד, בין היתר בגלל מחסום השפה והחובה לשתוק. בנוסף אטען שלתהליכי העיבוד יש מחיר גבוה ביותר של שלילת הייחודיות שבאירוע הטראומטי והפיכתו ל"עוד סיפור". במובן הזה כל תהליך של עיבוד למעשה מכסה ומסתיר את הטראומה והופך אותה מפגישה עם הממשי לסיפור שניתן לחיות איתו. במובן הזה האדם הפוסט-טראומטי עומד מול אפשרות של הכל או לא כלום, או להישאר נאמן לאירוע הטראומטי הבלתי ניתן לייצוג או "למכור" אותו לטובת החלמה.

**השימוש במילה מנסה לייצר עולם של סיבות ותוצאות, אך עולם הטראומה שונה במהותו, עולם שנמצא מעבר לשפה ולהגדרות. האדם הפוסט-טראומטי מבין זאת היטב, הוא יודע שהמילים הן רק בגדר כיסוי, שכן מתוך שאנו מגדירים אנו מכסים ומסתירים. ואת רגע הטראומה הטהור לא ניתן, ואף אסור, להכניס לתוך תבנית ומסגרת**

### שתיקה כאפשרות יחידה

מתי אדם שותק שתיקה אמיתית? מדובר, להבנתי, בסוג מאוד מיוחד של שתיקה: בחירה אותנטית בעולם נטול כל אפשרויות. שתיקה היא בחירה בעולם בלתי אפשרי, וזו אולי האפשרות היחידה מלבד התאבדות: "העמדה העקיבה היחידה שישודה בחוסר משמעות עשויה להיות השתיקה, אילו נעדרה גם השתיקה משמעות. האבסורדיות המושלמת מנסה להיות אילמת" (קאמי, 1976, עמ' 11).

טראומה הוא מצב בלתי אפשרי לחלוטין. מצב לימינאלי, בין סיוט להזיה. מצב שבו מערכות החוקים, האמונות, הציפיות והתקוות קרסו. אין הסברים, רק זוועה מוחלטת. האדם הפוסט-טראומטי מייצג אפוא מצב שבו באמת נגמרו המילים. המילים לא חודרות את המעטפת, הן מערכת של סימנים המנותקת לחלוטין מהחוויה. בזמן הטראומה המילה הופכת להיות זרה, ולכן במצב הפוסט-טראומטי אין עוד אפשרות להשתמש בשפה היומיומית כדי לתאר את העולם שמאחורי המסך. המילים לא מתארות, לא מסבירות המילים חוסמות. כל עדות שהיא, כל דיבור, היא פגיעה באותנטיות ובאמת של החוויה המקורית. הדיבור הופך את הבלתי אפשרי לעוד סיפור. המילה היא רק שלב בדרך ל"סרט תיעודי" וכפועל יוצא להפסקת פרסומות. המילה היא אם כן הצעד הראשון בדרך לשיתוף פעולה עם המודל הפשטני והמסוכן: אשמה-כפרה-גאולה. המילה הופכת את הטראומה לסיפור, להיסטוריה. אלא שמבחינתו של האדם הפוסט-טראומטי המילה לעולם תהיה שקר, לעולם תסתיר ותשווק יותר מאשר תגלה. המילה תהיה תמיד בגדר בגידה בעצמי. כל מילה היא מיתוג עצמי שקרי. כל דיבור שהוא, אפילו דיבור פנימי, הוא בגדר מוכנות לעמוד למשפט כמקרבן או כקורבן. כל דיבור הוא הודאה וקבלת גזר הדין, שהרי בסופו של דבר, במציאות הקפקאית, האשמה כולה מתנקזת למילה אחת שנחרטת על הגוף - ממש כמו בסיפורו של קפקא 'במושבת העונשין' (1977). זה אולי נכון שהמילה היא במצבים רבים תנאי להחלמה (Laub, 1995), אך במובן הזה החלמה אינה אלא יצירת סיפור שלא היה, סיפור שאפשר לחיות איתו, שבינו לבין הממשי אין דבר וחצי דבר. שכן הטראומה, לפחות במקרים מסוימים, היא לא עוד סיפור שאפשר לחיות איתו. הטראומה מייצגת ריקות מוחלטת שנמצאת מעבר למילים ומעבר לאפשרות לייצר סיפור.

שתיקה היא המרד האפשרי היחיד בעולם שבו המילים מסדרות הכל, שבו הזוועה מכובסת והופכת להיות "טוב למות בעד". אבל מסביבך דם. הכל שחור. הזמן חדל מלהתקיים. תחושת העצמי קורסת. אתה מנותק. אתה לא שם אבל ממשיך לראות הכל. צרחות. בכי. דם. תפילות. ואתה, אתה עוצר את זעקתך מתוך הבנה שזעקה משולה להודאה שיש אלוהים, שיש סדר, שיש משמעות. אם אתה זועק אתה עוד מצפה ואז עוד אפשר לפגוע בך. ולכן בשלב הראשון אתה חדל מלזעוק את הזעקה המתבקשת. הקורבן לא מוכן לשתף פעולה עם העולם. אתה מכריז שהגעת למקום הנמוך ביותר האפשרי. אתה מואר, אתה מהלך מת בין החיים (מצב תודעה של מוזלמן), או נכון יותר חי בין המתים. האם מישהו באמת סבור שיש תהליך כלשהו שבו המוזלמן יחזור לעולם המילים? הרי זה פשוט בלתי אפשרי. ישנם מצבים בלתי הפיכים וצריך ללמוד לחיות איתם, ללמוד להשלים עם זה.

בשתיקה אתה חוזר למצב הקדם רפלקטיבי, קדם שיפוטי, קדם אנושי. אתה חוזר לגוף שלך ולקשר הראשוני עם העולם; זו הסיבה שטרוויס ('נהג מונית') צובע את עצמו לפני שהוא יוצא למסע ההרג. בצביעת הפנים יש אמירה של חזרה למצב הפראי, האותנטי. האדם הפוסט-טראומטי צובע את פניו לא כדי להסתיר מישהו, אלא כדי לחשוף את מי שהוא באמת. מאותה סיבה בדיוק קפטן וילארד ('אפוקליפסה עכשיו') צובע את עצמו לפני שהוא יוצא לרצוח את אביו ממש, את קורץ (ערתיה, 2013b). חוסר המוכנות לדבר היא הבחירה שלא להשתתף עוד במשחק. השתיקה היא אמירת לא אחד ברור ומתמשך וכאמור "אין לך גורל שאי אפשר להתגבר עליו על ידי הבודד" (קאמי, 1978, עמ' 125). זו אפוא הסיבה שמרסו של קאמי בספר 'הזר' (1985) בוחר לשתוק במשפטו. עצם הדיבור הוא הודאה, הוא שיתוף פעולה, הוא מוכנות להיות חלק מהמשחק הבלתי אפשרי שבו שוללים מאסד את הרשות לרצוח בנשק כימי ובכך בעצם מאשרים לו לרצוח בגרזנים (אחרי היטלר העניין הוא לא המספרים, אלא השיטות). אם אלה הם כללי המשחק, או אז, כפי שאיוון קרמזוב (דוסטויבסקי, 2011) מבין באחד המונולוגים המצמררים, עדיף פשוט להזדכות על הכרטיס.



**תמונה 3:** וילארד מימין וקורץ משמאל. וילארד רוצח את קורץ שהוא בה בעת עולמו הפנימי, אחיו לנשק ואביו שלו

להשתמש במילים זה לייצר משמעות, לייצר סיפור, לבנות התחלה, אמצע וסוף. אך המילה לעולם תמצע ואף תבטל, שהרי כמו שביאליק הדגיש במסה 'גילוי וכיסוי בלשון' (תשל"ח), המילה היא לא יותר מ-X אחד אטום שלא חושף דבר (ערתיה, 2011). השימוש במילה מנסה לייצר עולם של סיבות ותוצאות, אך עולם הטראומה שונה במהותו,



עולם שנמצא מעבר לשפה ולהגדרות. האדם הפוסט-טראומטי מבין זאת היטב, הוא יודע שהמילים הם רק בגדר כיסוי, שכן מתוך שאנו מגדירים אנו מכסים ומסתירים. ואת רגע הטראומה הטהור לא ניתן, ואף אסור, להכניס לתוך תבנית ומסגרת.

---

**רק כאשר מפנימים עד כמה השפה שלעצמה זרה לאדם הפוסט-טראומטי ניתן להתחיל לחשוב על שפה חדשה, על עולם מושגים חדש, על תהליכי עיבוד. צליל אותנטי, אפשרות לזעוק, לבכות, לשחרר, להתפלש בבוץ. לבנות מחדש. אבל כל עוד העולם נותר כפי שהוא, רועש, לאדם הפוסט-טראומטי אין ברירה אלא לשתוק, שכן שתיקה היא האמירה היחידה בעולם שהמילים מסתירות אותו, שהמילים הן תמיד בגדר שיווק ומיתוג**

---

החוויה הטראומטית היא מפגש חד פעמי עם העולם כפי שהוא בזרותו ואדישותו, מפגש עם הממשי באמת. לכן פרידלנדר (2009) בוחר, במודע או שלא במודע, לפתוח את ספרו המונומנטלי 'שנות ההשמדה' בציטוט הבא מיומנו של סטפן ארנסט: "אפילו הסופר האדיר ביותר לא יוכל לתאר את האמת כולה, את האמת הממשית, שאין מנוס ממנה". במובן מסוים הטראומה היא סוג של חוויה מיסטית, מפגש עם הקדושה אך מהצד האפל של הירח (Fodor, 2006). המילה תזהם את הרגע המזוקק הזה של המפגש הטוטלי בין האדם לעולם כפי שהוא באמת: חסר כל מעצורים, מדהים ביופיו, מזעזע באכזריותו.

מבחינת האדם הפוסט-טראומטי המילה, שלעצמה, בעירומה, מחייבת אותו לבחור בחיים או במוות, שכן המילה לא קיימת במצב הלימינאלי. זו הסיבה שניק (כריסטופר ווקן) בסרט 'צ'ייד הצבאים' חייב להרוג את עצמו ברגע שהוא מצליח לראשונה לשמוע מילה, לשמוע את מייקל (דה-נירו). מייקל הוא לכאורה האדם שמנסה להמשיך. מייקל הוא האדם שבחוץ, נורמלי לכאורה (Apparently normal). נראה שמייקל נמשך לעולמו הפנימי, לניק, שכן לאמיתו של דבר מייקל, כמייצג עידן פוסט-טראומטי, לא מוצא את עצמו בעולם שבחוץ. אכן, גם למייקל אין שום יכולת לחוש בית. ניק מייצג את עולמו הפנימי של מייקל, ומתוך מצב של טהרה אינו מוכן או אינו מסוגל לדבר עם עצמו. לכן, כאשר האני האחר (מייקל) מתעקש לפנות אליו הוא מסיים את חייו. זו הסיבה שבסצינת הסיום נראה כאילו מייקל יורה בניק (מור, 2011). ההתעקשות לפנות במילים אל העולם הפנימי של האדם הפוסט-טראומטי משולה לרצח, שכן מהרגע שנכנסו מילים לתוך עולמו של האדם הפוסט-טראומטי החוויה שלו הופכת מחוויה חסרת כל משמעות, מחוויה אותנטית וחד פעמית, לעוד סיפור, חלק מהסטטיסטיקה. האדם הפוסט-טראומטי, שנתר נאמן לעצמו ולחוויה הראשונית של המפגש עם הרוע הטוטאלי, לא יכול לעבור מעולם השתיקה לעולם המילים, שכן המעבר הזה, מתוך הגדרה, מחייב אותו לוותר על האמת. לכן לק. צטניק לא הייתה ברירה אלא להתעלף משנשאל שאלה ישירה על ידי השופט באשר ל"מה היה שם" במשפט אייכמן (פלמן & לאוב, 2008). במובן הזה המושג המיופייף "החלמה" נוסח הרמן (Herman, 1992) אינו אלא אתנתחת קומית מהדבר האמיתי; כל ניסיון לדבר אל האדם הפוסט-טראומטי, בכל שפה שהיא, מייצרת תגובה אלימה כלפי פנים או חוץ. האדם הפוסט-טראומטי יעדיף לרצוח אנשים שמדברים אליו מאשר לשוחח איתם. כך גם במקרה שזה הוא עצמו שמנסה לדבר איתו (דיבור עצמי-פנימי). ואכן יש בכך היגיון צרוף. האדם

הפוסט-טראומטי ממשיך לתקשר אלא בדרך ישירה וברורה הרבה יותר, בשפה של הדם. האדם הפוסט-טראומטי מבקש לו רק את השתיקה, אך אם לא מאפשרים לו את השתיקה הוא עומד מול שתי אפשרויות. או-או: או הוא או אני. או להרוג את האדם שפונה אליו או להרוג את עצמו. על כל פנים, מבחינת האדם הפוסט-טראומטי אין הבדל ממשי. לכן קאמי בספרו 'האדם המורד' מתאר את ההתאבדות והרצח כמצבים כה דומים. בעולם של אדישות טוטאלית אין לכך משמעות ממשית.

חשוב להדגיש ולהבהיר: גם כאשר האדם הפוסט-טראומטי מדבר הוא עדיין שותק. הדיבור הוא מתוך שתיקה (פלמן & לאוב, 2008). כאשר קורץ ('אפוקליפסה עכשווית') מדבר זה לא הוא. הדיבור מאבד את הקשר האינטימי אליו. מדובר בדיבור ללא סוביקט, דיבור ללא מקום, ללא זמן, ממש כמו זה של האדם המפוצל, המפורק. דיבור משום מקום. המילים שנאמרות הן לא הוא, הן לא שלו, הן לא מסמלות דבר. המילים אמנם נאמרות אבל אין מי שאומר אותן. המילים לא מתארות עוד חוויה סוביקטיבית אלא מצב בעולם. קורץ מתאר את הזוועות שהוא עצמו מייצר בדיוק כפי שהוא מתאר אבן שנופלת למים. באותה אדישות, באותו דיוק, באותה חוסר משמעות קיצונית. זה הרעיון מאחורי הרעיון על פיו "השתיקה היא לב לבה של העדות" (גולדברג, 2012, עמ' 140). הדיבור של קורץ הוא תוצאה של קשר חדש בין האדם לעולם ואין להשוות אותו לדיבור היומיומי הרגיל. מדובר בדיבור ללא נקודת מבט. מצב של אחרות טוטאלית. האדם הפוסט-טראומטי שומע את מילותיו שלו, מבחוץ, כאילו זה משהו אחר שדיבר. הוא בשל, ממשיך לשתוק. המילים כבר אינן מוכרות לו, הן חסרות משמעות בדיוק כמו שפצצות האטום על הירושימה ונגסאקי חסרות משמעות: "ולאחר שנבצח, מי ישאל אותנו על השיטות" (היטלר לגבלס בתוך: פרידלנדר, 2009, עמ' 144).

רק כאשר מפנימים עד כמה השפה שלעצמה זרה לאדם הפוסט-טראומטי ניתן להתחיל לחשוב על שפה חדשה, על עולם מושגים חדש, על תהליכי עיבוד. צליל אותנטי, אפשרות לזעוק, לבכות, לשחרר, להתפלש בבוץ. לבנות מחדש. אבל כל עוד העולם נותר כפי שהוא, רועש, לאדם הפוסט-טראומטי אין ברירה אלא לשתוק, שכן שתיקה היא האמירה היחידה בעולם שהמילים מסתירות אותו, שהמילים הן תמיד בגדר שיווק ומיתוג. במובן הזה תהליך העיבוד שלה קפרה מציע הם לא יותר מסלוגן שיווקי. מדובר במשחקי מילים.

## סיכום

בחוויה הטראומטית ישנו תמיד יתר, שאינו ניתן להמשגה, סימול או ייצוג. לה קפרה מנתח באופן מבריק ומעורר השראה את ההתמודדות עם היתר בדרכים של הפגן ועיבוד. במאמר זה הצעתי הבחנות בכל הקשור למאפיינים הדיסוציאטיביים בזמן החוויה הטראומטית המאפשרים, להבנתי, חידוד תובנות שלה קפרה מציע בעיקר בנוגע לאפשרות והיא האפשרות להתמודד עם מצב של היעדר מובנה. טענתי המרכזית היא שישנם מקרים שאינם ניתנים לעיבוד, ויתרה מכך, במקרים רבים תהליך של עיבוד הוא למעשה תהליך של ויתור על הייחודיות שבאירוע הטראומטי והפיכתו למקרה סטטיסטי. במצבים אלה שתיקה היא אפשרות היחידה של האדם הפוסט-טראומטי שנתר נאמן לייחודיותה של החוויה הטראומטית עצמה. כמובן שלאמירה זו השלכות ברובד האישי והתרבותי: אם חוזרים לרעיון של טראומה כאירוע מכונן ברמה הלאומית נראה שהדרישה ל"זיכרון מדויק" (לה קפרה) היא בבחינת הבלתי אפשרי. כשזה מגיע לאירוע טראומטי שמוגדר כ"אירוע קצה", מה שנתר הוא הבזקים של שתיקה וייצוגים של שתיקה שמסיעים את המבנה היציב כביכול של התרבות והופכים אותה ל"תרבות לכאורה", בחינת שום דבר אינו בטוח עוד.



- Allen J.G., Console D.A. & Lewis L. (1999): Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40(2): 160-171.
- Ataria Y. (In press); Traumatic memories as black holes. *Memoey* .
- Ataria Y. & Somer E. (2013): Total Otherness in Dissociative Identity Disorder. *Journal for Otherness*, 4(1): 1-25.
- Bedard-Gilligan M. & Zoellner L.A. (2012): Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: an evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*, 20(3): 277-299.
- Breh D.C. & Seidler G.H. (2007): Is Peritraumatic Dissociation a Risk Factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1): 53-69.
- Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C. & Andreski P. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55(7): 626-632.
- Breznitz S. (1983): *Stress in Israel*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bryant R. (2007): Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 183-191.
- Candel I. & Merckelbach H. (2004): Peritraumatic Dissociation as a Predictor of Post-traumatic Stress Disorder: A Critical Review. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1): 44-50.
- Cardeña E. (1994): The domain of dissociation. In S. Lynn & J. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: The Guilford Press.
- Cardeña E. (1997): The etiologies of dissociation. In S. Krippner & S.M. Powers (Eds.), *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice* (pp. 61-87). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Cimino M. (Director) (1978): *The Deer Hunter* (Motion Picture).
- Coppola F.F. (Producer), Conrad J. (Writer) & Coppola F.F. (Director) (1979): *Apocalypse Now* (Motion Picture).
- Conway M.A. & Pleydell-Pearce C.W. (2000): The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2); 261-288.
- Dell P.F. & O'Neil J.A. (Eds.) (2009): *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.
- Ehlers A. & Clark D. (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 319-345.
- Ehlers A., Hackmann A. & Michael T. (2004): Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: phenomenology, theory and therapy. *Memory*, 12(4): 403-415.
- Linson A., Chaffin C., Bell R.G. (Producers) & Fincher D. (Director) (1999): *Fight Club* (Motion Picture).
- Foa E.B. & Hearst-Ikeda D. (1996): Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 207-224). New York: Plenum Press.
- Foa E.B., Molnar C. & Cashman L. (1995): Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4): 675-690.
- Fodor L. (2006): *The Reality of the Unmediated: Traumatic and Mystical Experience*. *Esharp*, 7(Faith, Belief and Community): 1-16.
- Herman J.L. (1992): *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Husserl E. (1989): *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy - Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution* (R. Rojcewicz & A. Schuwer, Trans.) Dordrecht: Kluwer.
- Janet P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet P. (1904): *L'arnesie et la dissociation dessouvenirs par l'emotion*. *Journal de Psychologie*, 1: 417-453.
- Janet P. (1925); *Psychological healing; a historical and clinical study*. (E. Paul & C. Paul, Trans.) New York: Macmillan.
- Kindta M., Van den Hout M. & Buck N. (2005): Dissociation related to subjective memory fragmentation and intrusions but not to objective memory disturbances. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 43-59.
- Krohne H.W. (Ed.) (1993): *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.
- Laney C. & Loftus E.F. (2005): Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13): 823-828.
- Laub D. (1995): *Truth and Testimony: The Process and the Struggle*. In C. Caruth (Ed.), *Trauma: Explorations in Memory* (pp. 61-45). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Loftus E. (2003): *Make-Believe Memories*. *The American psychologist*, 58(11): 867-873.
- Loftus E. (1993): *The reality of repressed memories*. *American Psychologist*, 48: 560-572.
- Marshall G.N. & Schell T.L. (2002): Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 626-636.
- McNally R. (2003a): *Remembering Trauma*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.





- Merckelbach H. & Muris P. (2001): The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 31: 245-254.
- Merleau-Ponty M. (2002): *Phenomenology of perception*. (C. Smith, Trans.) London: Routledge and Kegan Paul.
- Myers C. (1940): *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nadel L. & Jacobs W.J. (1998): Traumatic memory is special. *Current Directions in Psychological Science*, 7: 154-157.
- Nijenhuis E., van der Hart O. & Steele K. (2010): Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1): 1-23.
- Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L. & Weiss D.S. (2008): Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1): 3-36.
- Porter S. & Peace K.A. (2007): The Scars of Memory. *Psychological Science*, 18(5): 435-441.
- Sartre J.P. (1956): *Being and Nothingness*. (H. Barnes, Trans) New York: Philosophical Library.
- Schachtel E.G. (1947): On Memory and Childhood Amnesia. *Psychiatry*, 10: 1-26.
- Shobe K.K. & Kihlstrom J.F. (1997): Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6: 70-74.
- Spiegel D. (1996): Dissociative disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Synopsis of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel D. (1997): Trauma, Dissociation and Memory. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, 821: 225-237.
- Sutherland K. & Bryant R.A. (2008): Autobiographical memory and the self-memory system in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 555-560.
- Tedeschi R.G. & Calhoun L.G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1): 1-18.
- Tedeschi R.G. & Calhoun L.G. (1995): *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- van der Hart O., Nijenhuis E. & Steele K. (2005): Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5): 413-423.
- van der Hart O., van Dijke A., van Son M. & Steele K. (2000): Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4): 33-66.
- van der Kolk B.A. (1987): *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- van der Kolk B.A. (1994): The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5): 253-265.
- van der Kolk B.A. & Fisler R. (1995): Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. Retrieved Jan 11: 2011, from David Baldwins Trauma Pages: <http://www.trauma-pages.com/a/vanderk2.php>
- van der Kolk B.A. & van der Hart O. (1989): Pierre Janet & the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146(12): 1530-1540.
- Williams L. & Banyard V. (Eds.) (1999): *Trauma and Memory*. Sage: Thousand Oaks, Calif.
- Yovell Y., Bennett Y. & Shalev A. (2003): Amnesia for traumatic events among recent survivors: a pilot study. *CNS Spectrums*, 9: 676-680.

- ביאליק ח.ב. (תשל"ח): ח.ב. ביאליק, דברי ספרות. גילוי וכיסוי בלשון, הוצאת דביר.
- גולדברג ע. (2012): השואה וההיסטוריה: נתקים בעידן פוסטמודרני. תיאוריה וביקורת, 121-155.
- דוסטויבסקי פ. (2011): האחים קרמזוב (ב. מירסקי, מתרגמים). תל אביב: עם עובד.
- לה קפרה ד. (2006): לכתוב היסטוריה, לכתוב טראומה (ע. עריכה גולדברג, עורך & י. פרקש, מתרגמים). תל אביב, רסלינג.
- מורג ר. (2011): הגבר המובס. תל אביב, רסלינג.
- עתריה י. (2011): ביאליק, מאזנים, פ"ה (5), 44-49.
- עתריה י. (2013b): משבר הגבריות. סליל, 7: 57-81.
- עתריה י. (2013c): קפקא: הוויה פוסט טראומטית. ב-ז. שמיר, י. עתריה & ח. נגיד (עורכים), קפקא: פרשות ישנות - פירושים חדשים (עמ' 304-321). תל אביב, ספרא.
- פלמן ש., לאוב ד. (2008): עדות: משבר העדים בספרות, בפסיכואנליזה ובהיסטוריה (ד. רז, מתרגמים). תל אביב, רסלינג.
- פרידלנדר ש. (2009): שנות ההשמדה, 1939-1945. ירושלים, עם עובד.
- קאמי א. (1976): האדם המורד (צ. ארד, מתרגמים). תל אביב, עם עובד.
- קאמי א. (1985): הזר (א. המרמן, מתרגמים). תל אביב, עם עובד.
- קאמי א. (1978): המיתוס של סזיפוס: מסה על האבסורד (צ. ארד, מתרגמים). תל אביב, עם עובד.
- קפקא פ. (1977): במושבת העונשין. בפ' קפקא, סיפורים ופרקי התבוננות (עמ' 151-183). ירושלים ותל אביב, שוקן.
- תובל-משיח ר. & שלו א. (2005): אפידמיולוגיה של תגובות נפשיות לטרור מתמשך בקרב מבוגרים בישראל. בא. זומר & א. בלייך (עורכים): בריאות הנפש בצל הטרור. תל אביב, הוצאת רמות, אוניברסיטת תל אביב.



# על הבדידות

## סקירת ממצאים מחקריים

ליטל גליק\*, שרון זיו ביימן\*\*

שרעב גורם לנו לחפש אחר מזון וכאב גורם לנו להימנע מהגריו המכאיב, תחושת הבדידות מכוונת אותנו לחפש אחר אינטראקציות חברתיות חיוניות ולהימנע מאינטראקציות בלתי מספקות (3).

### שכיחות הבדידות

בדידות היא תופעה שכיחה בקרב כלל שכבות הגיל, מילדות ועד לזקנה. Hawkley et al. מצאו (4) כי 80% מהצעירים עד גיל 18 ו-40% מהמבוגרים מעל גיל 65 חווים בדידות מדי פעם. Masi et al. מצייגים (3) את תוצאותיהם של מספר מחקרים שבחנו את שכיחות הבדידות בשכבות גיל שונות, לפיהן 12% מילדי כיתות א' חשו בודדים בבית הספר, 8.4% מילדים בכיתות ג' ו-1' דיווחו על תחושת בדידות, 5-7% מהמבוגרים חשים בדידות חריפה או קבועה ו-32% מהמבוגרים מעל גיל 55 חוו בדידות. Victor et Yang תיארו (5) עקומת U הממחישה את התפלגות הבדידות באוכלוסיה, כך שחויית הבדידות שכיחה במיוחד בקרב צעירים מתחת לגיל 25 ומבוגרים מעל גיל 65.

### השפעות פיסיות ונפשיות של בדידות

מחקרים מצביעים על כך שבדידות אינה מהווה רק רגש מכאיב, אלא גורם המשפיע על היבטים פסיכולוגיים ופסיכופיזיולוגיים.

• **ההשפעות הבריאותיות של בדידות:** כיום, כאשר הקשר בין היבטים נפשיים להיבטים גופניים ובריאותיים הולך ומתבהר, לא מפתיע למצוא קשר הדוק בין בדידות לבין בעיות בריאותיות. Jaremka et al. הצביעו (6) על כך שאנשים בודדים סבלו יותר מציפיות, איכות ירודה של שינה וכאבים כרוניים.

Hawkley et al. סקרו (4) מגוון מחקרים שנערכו בתחום והצביעו על קשר בין חוויה של בדידות לבין עלייה בלחץ הדם הסיסטולי, פגיעה באיכות השינה,

פגיעה באיזון ההורמונלי, ירידה ביעילות המערכת החיסונית ועוד. כמו כן נמצא, כי מבוגרים שחוו בידוד חברתי בילדותם היו פגיעים יותר למחלות לב, השמנת יתר, לחץ דם גבוה, כולסטרול גבוה ועוד, וכי אנשים בודדים היו בסיכון גבוה יותר להידרדרות קוגניטיבית,

**"פעם חשבתי שאפשר לפתור כך: כמו אנשים שמתאספים בחצות בתחנה לאוטובוס האחרון שלא יבוא, בתחילה מעטים, אחר כך עוד ועוד. זו הייתה הזדמנות להיות קרובים זה לזה ולשנות הכל ולהתחיל יחדיו עולם חדש. אך הם מתפזרים (שעת החסד עברה ולא תשוב) כל אחד ילך לדרך, כל אחד יהיה שוב אבן דומינו עם צד אחד פתוח למצוא לו תואם חדש במשחקים שאין להם סוף" (1).**

בדידות, כחוויה אנושית עמוקה ומוכרת הטומנת בחובה כאב רב, העסיקה כותבים מדיסציפלינות שונות ובהן פילוסופיה, ספרות ופסיכולוגיה. בעשורים האחרונים מעסיק נושא זה גם חוקרים בתחום הפסיכולוגיה שביקשו לרדת לעומקה של חויית הבדידות האנושית, על גורמיה, מהותה והשלכותיה הנפשיות והפיסיולוגיות.

כמו כן, לאור שכיחות הבדידות באוכלוסיה, התרחב הצורך בבחינת יעילותן של התערבויות טיפוליות המתמקדות בהתמודדות עם הבעיה. במאמר זה נסקור נושאים אלה ואת ממצאי המחקרים שנאספו בשנים האחרונות בנוגע לחוויות של בדידות והטיפול בה.

### מהי בדידות

ההגדרה הרווחת לבדידות היא "פער בין רצונו של האדם למערכות יחסים חברתיות לבין קשריו החברתיים בפועל" (2). חשוב להבחין בין בדידות לבין בידוד חברתי: בידוד חברתי מתייחס לכמות האובייקטיבית של קשרים חברתיים בהם האדם מעורב, בעוד שבדידות משקפת את הבידוד החברתי הנתפס על ידי האדם עצמו (3). כלומר, אדם יכול לחוש בודד גם

אם על פניו נראה כי הוא מוקף אנשים, או לחוש מסופק חברתית על אף שהוא מעורב במספר קטן של קשרים חברתיים. כיום בדידות נחשבת למבנה ביולוגי שבדומה לתחושות רעב, צמא וכאב מהווה רמז פנימי המפעיל התנהגות שתמנע פגיעה באדם: כשם



\* ליטל גליק, פסיכולוגית, מתמחה בפסיכולוגיה קלינית. קליניקה פרטית בת"א, המרפאה להפרעות אכילה ב"ח שניידר.  
\*\* ד"ר שרון זיו ביימן, פסיכולוגית קלינית, המרכז ללימודים אקדמיים אור יהודה, "קבוצת שיח - מכון לפסיכותרפיה התייחסותית", יו"ר הפורום הישראלי לפסיכואנליזה ופסיכותרפיה התייחסותית.

דמנטיה ואלצהיימר בגילאים המבוגרים. על רקע הקשר בין בדידות לבין בעיות בריאותיות אלו ואחרות לא מפתיע כי כמה מחקרים מצאו כי בדידות מהווה גורם סיכון לתמותה (7).

---

## מחקרים שנערכו בתנאי מעבדה וגרמו לחלק מהנבדקים להאמין כי יהיו בודדים בעתיד, הצביעו על פגיעה בתפקודי המוח, הביצועיים הקשורים בצריכת מזון והתנהגות חברתית. הנבדקים שהאמינו כי יהיו בודדים בעתיד צרכו יותר מזונות טעימים ולא בריאים והתנהגו באופן תוקפני יותר ביחס לנבדקים שלא "תוכנתו" להאמין כי יהיו בודדים בעתיד

---

בדידות נמצאה קשורה גם לפגיעה בתפקודים קוגניטיביים והתנהגותיים יומיומיים הקשורים בהיבטים פסיכולוגיים. כך לדוגמה, מחקרים שנערכו בתנאי מעבדה וגרמו לחלק מהנבדקים להאמין כי יהיו בודדים בעתיד, הצביעו על פגיעה בתפקודי המוח, הביצועיים הקשורים בצריכת מזון והתנהגות חברתית. הנבדקים שהאמינו כי יהיו בודדים בעתיד צרכו יותר מזונות טעימים ולא בריאים והתנהגו באופן תוקפני יותר ביחס לנבדקים שלא "תוכנתו" להאמין כי יהיו בודדים בעתיד (8, 9). על סמך מחקרים נוספים בתחום מציעים Hawley et al. כי ירידה בהתנהגויות בריאותיות כאכילה מאוזנת והקפדה על פעילות גופנית קשורה בקשיים בוויסות הרגשי העצמי, קשיים הנובעים ממצב הדריכות התמידי בו מצוי האדם הבודד (4), כפי שיתואר בהמשך.

● **ההשפעות הנפשיות של בדידות:** באופן צפוי, מחקרים מצביעים על כך שבדידות משפיעה גם על היבטים נפשיים, ולא רק על היבטים פסיכולוגיים. בין היתר בדידות נמצאה קשורה לפגיעות קוגניטיביות, תחושת מצוקה, סימפטומים דיכאוניים, מחשבות והתנהגויות אובדניות (4). הקשר בין דיכאון לבין בדידות העסיק חוקרים רבים, שטענו כי קיים קשר הדדי בין שני אלה והם מזינים זה את זה. לטענתם, בדידות מתמשכת מייצרת סימפטומים דיכאוניים המקשים על יצירה ושימור אינטראקציות בין אישיות באופן שמגביר את הבדידות, וחוזר חלילה, כאשר לא ברור האם הבדידות קודמת לדיכאון או להיפך. על אף ההנחה בדבר ההשפעות ההדדיות, אנליזות שנערכו בשנים האחרונות הצביעו על כך שבדידות ניבאה החמרה בסימפטומים הדיכאוניים, אך לא להיפך (4). כמו כן, מחקר בו יוצרו רגשות בדידות מלאכותיים באמצעות הפינזה הצביע על כך שתחושת בדידות העלתה לא רק סימפטומים דיכאוניים אלא גם תחושות לחץ, פחד מהערכות שליליות, חרדה וכעס, ואף הביאה לירידה באופטימיות ובהערכה העצמית (10).

## הגורמים לבדידות

מחקרים מצביעים על כך ששורשי הבדידות הם תורשתיים וסביבתיים במידה שווה. מאז ומתמיד היה האדם יצור חברתי שהישרדותו תלויה באחרים, וחוקרים מציעים כי הורים מוכוונים גנטית לחוש בדידות כאשר ילדיהם מופרדים מהם. כך נשמרת הנטייה שלהם להגן על ילדם ולחלוק איתו את משאביהם, לפעמים גם על חשבון צרכיהם. עם זאת, נטייה גנטית לבדידות אינה מסבירה באופן מלא את חוויית הבדידות.

Hawley et al. זיהו (11) כי בקרב מבוגרים בגילאי 50-68 קיים קשר בין קיומם של מספר סימפטומים פסיים כרוניים, לחץ תעסוקתי כרוני ולחץ כרוני סביב אינטראקציות חברתיות לבין בדידות.

לעומת זאת, גורמים כגודל הרשת החברתית, סיפוק חברתי וקשר זוגי קרוב נמצאו בקשר שלילי עם בדידות. מחקרים אחרים הצביעו על גורמים אישיותיים הקשורים בבדידות. כך למשל, נמצא כי אנשים בודדים ניגשו לאינטראקציות חברתיות מתוך עמדה צינית ובלתי בוטחת, ראו את עצמם ואת האחרים באופן שלילי יותר ונטו יותר לצפות לדחייה מצד אחרים (12). כן נמצא כי אנשים בודדים נטו יותר מאנשים שאינם בודדים להאשים את עצמם בכישלונות חברתיים ולאמץ התנהגויות שיגבירו את הסיכון לדחייה חברתית. הדחייה החברתית מגבירה את הבדידות וחוזר חלילה, כך שנוצר מעגל שלילי בו בדידות ודחייה חברתית מזינות זו את זו.

Hawley et al. הציגו (4) 'מודל' בדידות' המדגיש כי חוויה של בדידות נחוות כאיום לאדם ועל כן אנשים בודדים דרוכים ורגישים מאוד לאיומים סביבתיים-חברתיים נוספים. דריכות זו מביאה להטיות קוגניטיביות המתבטאות בנטייה לתפיסת העולם כמקום מאיים יותר ולציפייה וזכירה של יותר אינטראקציות שליליות. עמדה זו מביאה פעמים רבות ל'נבואה שמגשימה את עצמה', כך שהאדם הבודד אכן חווה יותר אינטראקציות חברתיות שליליות וחש בודד יותר. כמו כן, לעמדה זו נלווים רגשות של עיונות, פסימיות, לחץ, חרדה ופגיעה בערך העצמי.

---

## אנשים שאינם בודדים נוטים לחוש בודדים יותר כאשר הם נמצאים זמן מה בחברת אנשים בודדים. הוצע כי המכניזם העומד בבסיס ה"הדבקה" בבדידות נובע מהעמדה השלילית אותה מביא האדם הבודד לאינטראקציה החברתית. התקשורת השלילית מייצרת תגובות שליליות, מגבירה את הבדידות ומחלחלת גם אל האדם הלא בודד, שהאינטראקציות שלו הולכות ו"נדבקות" באופי השלילי, באופן שמגביר לבסוף גם את בדידותו

---

היבט נוסף ומפתיע המסביר את הבדידות הוא הדבקה חברתית. Cacioppo et al. מציינים במחקרם (13) כי אנשים בודדים נוטים להתחבר עם אנשים בודדים אחרים וכי אנשים שאינם בודדים נוטים לחוש בודדים יותר כאשר הם נמצאים זמן מה בחברת אנשים בודדים. הוצע כי המכניזם העומד בבסיס ה"הדבקה" בבדידות נובע מהעמדה השלילית אותה מביא האדם הבודד לאינטראקציה החברתית. התקשורת השלילית מייצרת תגובות שליליות, מגבירה את הבדידות ומחלחלת גם אל האדם הלא בודד, שהאינטראקציות שלו הולכות ו"נדבקות" באופי השלילי, באופן שמגביר לבסוף גם את בדידותו.

## התערבויות טיפוליות להפחתת בדידות

כבר בשנות השישים של המאה הקודמת התפרסמו מספר מאמרים שעסקו בבדידות כסימפטום נפשי, כגורם למצוקה נפשית וכאחד האתגרים הניצבים בפני הפסיכותרפיה (14). בתקופה זו הפסיכותרפיה הציעה התמודדות עם חוויית הבדידות מזווית ראייה אינטר-פסיכית שהתמקדה בחקר הקונפליקטים התוך נפשיים שעמדו בבסיס חוויית הבדידות של המטופל. עם השנים והשינויים שחלו בהנחות היסוד הפסיכואנליטיות, גדל הדגש על חוויית בינאישיות ממשיות כמשפיעות על ההתפתחות



העומדות בפנינו. על פי הגישה האקזיסטנציאליסטית, המפגש עם חוויית הבדידות הקיומית וההתמודדות עמה דרך יצירת משמעות אישית ולקחת אחריות, מהווים חלק משמעותי מתהליך ההתפתחות הנפשית והעומדים במרכז הטיפול הנפשי.

## התערבויות טיפוליות מבוססות מחקר

משנות השלושים של המאה הקודמת התפרסמו מחקרים שהתמקדו ביעילותן של התערבויות טיפוליות להפחתת מצבי בדידות. מחקרים אלה הניבו תוצאות מעורבות, שלא סיפקו תשובה ברורה לשאלה עד כמה התערבויות טיפוליות להפחתת בדידות אכן יעילות. ב-1984 פורסמה מטא-אנליזה ראשונה שניסתה לבחון סוגיה זו, ומאז פורסמו עוד חמש מטא-אנליזות שהניבו גם הן תוצאות מעורבות והעלו ספק לגבי מידת יעילותן של התערבויות להפחתת בדידות (4). עם זאת, מטא-אנליזות אלו הסיקו כי התערבויות טיפוליות ספציפיות אכן תורמות במידה מסוימת להפחתת הבדידות. Masi et al. (4) כתבים כי התערבויות טיפוליות אלו מתמקדות בדרך כלל באחד מארבעה היבטים מרכזיים: שיפור מיומנויות חברתיות, הרחבת התמיכה החברתית, הרחבת ההזדמנויות לקיום אינטראקציות חברתיות והתייחסות לקוגניציות חברתיות לקיומן. הם מוסיפים וטוענים, כי הרחבת התמיכה החברתית ואפשרויות האינטראקציה החברתית עשויות לסייע במצבים של בידוד חברתי, אך לא במצבים של בדידות, המתבטאים בפער בין רצונו של האדם למערכות יחסים חברתיות לבין קשריו החברתיים בפועל, ולא דווקא במספר האינטראקציות החברתיות הממשיות. שיפור המיומנויות החברתיות והקוגניציות החברתיות הלקויות, לעומת זאת, מהווה לטענתם התערבויות רלוונטיות יותר. כדי לבחון הנחה זו ערכו Masi et al. (4) מטא-אנליזה מקיפה (4) שעוצבה באופן שיסייע בהתמודדות עם בעיות מתודולוגיות של מטא-אנליזות קודמות ועם השונות הרבה בין ההתערבויות הטיפוליות להפחתת הבדידות שנכללו במחקרים. תוצאות המטא-אנליזה שערך הצביעו על כך שהתערבויות



שהתמקדו בהתמודדות עם קוגניציות חברתיות לקויות של המטופל היו יעילות יותר ביחס להתערבויות שהתמקדו בהרחבת התמיכה, האינטראקציות החברתיות והמיומנויות החברתיות. ממצאים אלה תומכים בטענתם של כתבים נוספים (22), לפיה יש לשלב בין טכניקות שונות להשגת הפחתה ממשית בתחושה של בדידות.

להלן סקירה של התערבויות טיפוליות להפחתת בדידות שהמחקר מצא כיעילות במידה מסוימת:

• **טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות להפחתת בדידות:** טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות להפחתת בדידות מבוססות על ההנחה כי תפיסות חברתיות שליליות ועיוותי חשיבה קוגניטיביים בתחום הבינאישי משפיעים על האופן בו האדם הבודד חווה את

התקינה והפסיכופתולוגיה של הפרט. בהתאם, גדל גם הדגש על החוויה הממשית והעכשווית בקשר הטיפולי כגורם מרכזי המניע שינויים נפשיים. כיום, גישות טיפוליות שונות באוריינטציה פסיכודינמית מדגישות את תפקידה הייחודי של ההתנסות בקשר בינאישי ואת האופן בו דפוסי יחסים משתחזרים ביחסים הטיפוליים. בהתאם, מטפלים החלו לזהות את האופן בו חוויות של בדידות נפשית משתחזרות ביחסים הטיפוליים וכך הופכות נגישות לעיבוד, ובהמשך גם לשינוי (15).

## המרחב הבינאישי האינטרסוביקטיבי הייחודי הנוצר בין המטפל למטופל, והמידה בה מתאפשרות מתוכו הכרה הדדית והשפעה הדדית תוך מעורבות הדדית, חיונית להפגת חוויות של בדידות, המלוות בתחושות של ניכור, שונות, חסר, היעדר מקום, כאב נפשי ועוד

דוגמה לגישה טיפולית שמעמידה את הקשר הטיפולי במרכזה ולפיכך מייצרת הזדמנות ייחודית להתמודדות עם חוויות נפשיות של בדידות, היא הגישה ההתייחסותית. הגישה ההתייחסותית, זרם פסיכואנליטי בן זמננו, מתמקדת בסוביקטיביות של חיי הנפש. כלומר, ביכולת לבעלות על ולפתוח והרחבה של חוויות העצמי, חוויות הזולת וחוויות הקשר והעולם. הגישה מציעה כי העצמי הינו מרובה פנים (16, 17) ונוצר באופן מתמשך מלידה ועד מוות מתוך אינטראקציות בינאישיות תלויות הקשר ותרבות (18), (19). התהליך הטיפולי מתמקד בהרחבת חוויות העצמי, תוך החיאת אזורים נפשיים שעברו דיסוציאציה בעקבות טראומה (17). ההרחבה וההחיא של חוויות העצמי כסוביקט תלויות ביכולת להימצא במרחבים אינטר-סוביקטיביים של השפעה הדדית עם סוביקטים אחרים. בהתאם לכך, גם התהליך הטיפולי מומשג

כמבוסס על הכרה הדדית בין המטפל למטופל לצד יצירת נרטיבים אנליטיים (18, 20). אי לכך, התפיסה היא כי המרחב הבינאישי האינטרסוביקטיבי הייחודי הנוצר בין המטפל למטופל, והמידה בה מתאפשרות מתוכו הכרה הדדית והשפעה הדדית תוך מעורבות הדדית, חיונית להפגת חוויות של בדידות, המלוות בתחושות של ניכור, שונות, חסר, היעדר מקום, כאב נפשי ועוד.

לצד גישות טיפוליות אלו בולטת הגישה האקזיסטנציאליסטית, המעמידה במרכזה את חוויית הבדידות כמהותית לטבע האנושי. הגישה האקזיסטנציאליסטית (21) רואה בחוויית הבדידות היבט טבעי ובלתי נמנע של התהליך האנושי, של קבלת סופיות החיים וההתמודדות עמה. זאת, לצד הצורך לייצר משמעות ולקבל אחריות על בחירות שאנו עושים במהלך החיים במסגרת האפשרויות



תמיכה חוו שיפור בתחושת הסיפוק מהתמיכה החברתית לה זכו, הפחתה בצורך בתמיכה חיכונית, עלייה בתחושה החיובית הכללית, ירידה בבידוד החברתי וירידה בחוויה של בדידות רגשית. המחקרים הציעו כי שינויים אלה היו קשורים בין היתר בעלייה בתקווה ובשיפור במיומנויות החברתיות ובמיומנויות ההתמודדות, שהתבססו בתהליך הקבוצתי. Pitkala et al. אף מצאו (25), כי השתתפות בקבוצה טיפולית הביאה לירידה בתמותה ובשיעורי הפנייה לקבלת שירותים רפואיים בקרב קשישים. מחקרים נוספים תמכו בהפחתת התחושה הסוביקטיבית של בדידות בקרב קבוצות אוכלוסיה ספציפיות כסכיזופרנים, מהגרות ועוד. שינויים אלה קשורים ככל הנראה בעלייה בתחושת הלכידות והשייכות, בחשיפה ובהתנסות באינטראקציות חברתיות ובשיפור המיומנויות החברתיות והבינאישיות.

למרות זאת, יש לפרש בזהירות את הממצאים התומכים בתרומת ההשתתפות בקבוצות תמיכה להפחתת בדידות: Routasalo et al. למשל, מצאו (26) כי השתתפות בקבוצה טיפולית הביאה לעלייה בתחושת הרווחה הנפשית ולמצאת חברים חדשים, אך לא שיפרה את התחושה הסוביקטיבית של בדידות.

● **הפחתת בדידות באמצעות טכניקות קשיבות ומדיטציה:** ממצאים ראשוניים מצביעים גם על יעילות היישום של טכניקות מדיטציה וקשיבות בהתערבויות להפחתת בדידות. Weissenburger & Duncan מצאו (27) כי תרגול מדיטציה הביא להפחתה של תחושת בדידות בקרב סטודנטים ביחס לסטודנטים שלא תירגלו מדיטציה Creswell et al., שמתייחסים אל בדידות כאל מצב לחץ בעל השפעות רגשיות ופיסיות, הצביעו (28) על יעילותה של התערבות קצרת מועד בה המטופלים רוכשים מיומנות בשימוש בטכניקות קשיבות מפחיתות לחץ (Mindfulness-based stress reduction training) להפחתת בדידות. טכניקה זו, המבוססת על תרגול מדיטציית מודעות, הן באופן עצמאי והן במסגרת טיפולית, נמצאה במספר מחקרים כתורמת לרווחה נפשית, לירידה במצוקה רגשית ולשינויים ביולוגיים הקשורים במניעת דלקות. בהתאם להשערת המחקר, Creswell et al. מצאו (28) כי קשישים שטופלו בטכניקה זו דיווחו על פחות בדידות מנבדקי קבוצת הביקורת, וחוו מספר שינויים ביולוגיים-גנטיים שהפחיתו את הסיכון לדלקות. על אף התוצאות המעודדות של מחקרים אלה, האופן בו טכניקות המדיטציה תורמות להפחתת הבדידות עדיין אינו מובן במלואו, והמחקרים שנערכו בתחום הם מעטים ומבוססים על מדגמים קטנים יחסית.



## סיכום

ממצאי המחקרים שנאספו בעשורים האחרונים מעידים על שכוחות חוויית הבדידות ועל השלכותיה הפיסיולוגיות והפסיכולוגיות מרחיקות הלכת. תחת הנתונים הסטטיסטיים חיים מיליוני בני אדם הכמהים לקשר ולמגע, ובהתאם מבקש תחום הפסיכולוגיה להרחיב את מיומנויות הסייע וההתמודדות עם חוויה נפשית מייסרת זו. מעבר לטכניקות ולמודלים הטיפולים המוכרים לנו כיום, ברור כי על המסגרת והקשר הטיפולי להזמין חקירה רגישה של חוויית הבדידות הסוביקטיבית, על גוניה ופניה האישיים בחיי ובנפשו של כל מטופל.

האינטראקציות החברתיות ובהתאם כאמור, גם על האופן בו הוא מתנהל בהן. טכניקות אלו יוצאות מהנחה ששינוי הקוגניציות החברתיות השליליות והלקויות יביא גם לשיפור בחוויית הבדידות ולאופן בו האדם מתנהל בסיטואציות בינאישיות. בהתאם, McWhirter מתאר (22) כיצד במסגרת התערבויות אלו המטופל לומד לאתגר תפיסות אוטומטיות ולא רציונליות הנוגעות לעצמו ולאחרים, להפחית את תחושת האשמה על בדידותו ולחזק את תחושת השליטה בחייו.

## מעבר לטכניקות ולמודלים הטיפולים המוכרים לנו כיום, ברור כי על המסגרת והקשר הטיפולי להזמין חקירה רגישה של חוויית הבדידות הסוביקטיבית, על גוניה ופניה האישיים בחיי ובנפשו של כל מטופל

● **שיפור מיומנויות חברתיות להפחתת בדידות:** מיומנויות חברתיות חסרות ולקויות נחשבות לאחד הגורמים התורמים לתחושה של בדידות, למרות שיש המדגישים כי תחושת בדידות מתקיימת לעתים גם במצבים בהם האדם אינו מבודד חברתית מבחינה אוביקטיבית (4).

טכניקות המתמקדות בשיפור מיומנויות חברתיות מכוונות להפחתת התנהגויות מבודדות (למשל, סימפטומים התנהגותיים של ביישנות וחרדה חברתית) ולחיזוק התנהגויות המקדמות יחסים בינאישיים חיוביים כלקייחת יוזמה, שימור מערכות יחסים וסיום מערכות יחסים לא רצויות (22). טכניקות אלו כוללות גם שינוי וחיזוק היבטים התנהגותיים ספציפיים התורמים להפחתת בדידות, בהם שיפור מיומנויות של ניהול שיחה, נשיאת מצבי שתיקה, מתן וקבלת מחמאות, הבנת תקשורת לא מילולית ושימוש בה, הגברת תשומת הלב הבינאישית, שיפור האטרקטיביות החיצונית והתמודדות עם אינטימיות גופנית (4, 22). McWhirter מדגיש (22) את חשיבות השילוב בין טכניקות אלו לבין טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות, במטרה ליצור שינוי מקיף של החוויה הבינאישית ולא רק של ההיבט ההתנהגותי.

● **התערבויות להרחבת התמיכה החברתית:** על אף שחלק מהאנשים החווים בדידות חווים אותה גם כאשר הם מצויים באינטראקציות חברתיות, הרחבת הרשת החברתית

והאפשרויות לקבלת תמיכה חברתית מהוות היבט משמעותי בחלק מההתערבויות המכוונות להפחתת בדידות. זאת, במיוחד כאשר העידוד להרחבת ההזדמנויות החברתיות מתקיים לצד טיפול המתמקד בהשגת שינוי קוגניטיבי התנהגותי בתחום החברתי. בהתאם, מספר כותבים טענו כי יש לשלב בהתערבויות להפחתת בדידות עידוד אקטיבי והכוונה של המטופל להשתלבות בארגונים חברתיים, חוגים, מקומות התנדבות וכן הלאה (22, 23).

● **קבוצות תמיכה וטיפול קבוצתי להפחתת בדידות:** באופן טבעי, כמה עשרות מחקרים בחנו את השפעת ההשתתפות בטיפול קבוצתי או בקבוצת תמיכה על תחושת של בדידות ובידוד חברתי. Stewart et al. למשל, מצאו (24) כי אלמנות שהשתתפו בקבוצת



1. עמית י. (1985): שעת החסד, מאדם אתה ואל אדם תשוב. הוצאת שוקן, ירושלים ותל אביב.
2. Russell D., Peplau L.A., Cutrona C.E. (1980): The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3): 472-480.
3. Masi C.M., Chen H.Y., Hawley L.C., Cacioppo J.T. (2011): A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3): 219-266.
4. Hawley L.C., Cacioppo J. (2010): Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2): 218-227.
5. Victor C.R., Yang K. (2012): The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2): 85-104.
6. Jaremka L.M., Andridge R.R., Fagundes C.P., Alfano C.M., Povoski S.P., Lipari A.M., Agnese D.M., Arnold M.W., Farrar W.B., Yee L.D., Carson III, William E., Bekaii-Saab T., Martin Jr., Edward W., Schmidt C.R., Kiecolt-Glaser J.K. (2013): Pain, Depression and Fatigue: Loneliness as a Longitudinal Risk Factor. *Health Psychology* (19): No Pagination Specified.
7. Newall N.E.G., Chipperfield J.G., Bailis D.S., Stewart T.L. (2013): Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, 32(8): 921-924.
8. Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J., Twenge J.M. (2015): Social Exclusion Impairs Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4): 589-604.
9. Twenge J.M., Baumeister R.F., Tice D.M., Stucke T.S. (2001): If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6): 1058-1069.
10. Cacioppo J.T., Fowler J.H., Christakis N.A. (2009): Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6): 977-991.
11. Hawley L.C., Hughes M.E., Waite L.J., Masi C.M., Thisted R.A., Cacioppo J.T. (2008): From Social Structural Factors to Perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(6): S375-S384.
12. Jones W.H., Freeman J.E., Goswick R. (1981): The persistence of loneliness: Self and other determinants. *A. Journal of Personality*, 49(1): 27-48.
13. Cacioppo J.T., Hawley L.C. (2009): Trends in Cognitive Sciences Perceived social isolation and cognition, 13(10): 447-454.
14. Fromm F. (1959): Loneliness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, (22): 1-15.
15. Greene M., Kaplan B.L. (1978): Aspects of Loneliness in the Therapeutic Situation. *Int. R. Psycho-Anal.*, (5): 532-330.
16. Mitchell S.A. (1993): Hope and dread in psychoanalysis. New York: Basic Books.
17. Bromberg P.M. (1998): Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation. Mahwah, NJ: Analytic Press.
18. Aron L. (1996): A Meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. London: Analytic Press.
19. בנג'מין ג. (2005): כבלי האהבה: פסיכואנליזה, פמיניזם ובעיית השליטה. אור יהודה, דביר.
20. Benjamin J. (2004): Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, (73): 5-46.
21. יאלום א. (1991): תללין האהבה וסיפורי פסיכותרפיה אחרים. הוצאת כנרת, תל אביב.
22. McWhirter B.T. (1990): Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling & Development*, 68(4): 417-422.
23. Rook K.S. (1984): Research on social support, loneliness, and social isolation: Toward an integration. *Review of Personality & Social Psychology*, (5): 239-264.
24. Stewart M., Craig D., MacPherson K., Alexander S. (2001): Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18(1): 54-63.
25. Pitkala K.H., Routasalo P., Kautiainen H., Tilvis R.S. (2009): Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(7): 792-800.
26. Routasalo P.E., Tilvis R.S., Kautiainen H., Pitkala K.H. (2009): Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2): 297-305.
27. Duncan L., Weissenburger D. (2003): Effects of a Brief Meditation Program on Well-being and Loneliness. *TCA Journal*, 31(1): 4-14.
28. Creswell J.D., Irwin M.R., Burklund L.J., Lieberman M.D., Arevalo J.M.G., Ma J., Breen E.C., Cole S.W. (2012): Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 26(7): 1095-1101.



# עיונים בפסיכולוגיה משפטית: ביטול חזקת הגיל הרך והמגמה לשינויי החוק הנוכחי של טובת הילד

משה זכי\*

## מבוא

במהלך המאה העשרים החלו תיאוריות וגישות בפסיכולוגיה להתייחס לחשיבות האב בקשר הראשוני עם הילד. תאוריות אלו משפיעות היום על תפיסות מקצועיות ביחס לעיקרון של טובת הילד, מצב המעורר דילמות ביחס לסעיף 25 בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות הידוע בשם "חזקת הגיל הרך". חוק זה קובע, כי באין הסכמה בין הורים החיים בנפרד או מתגרשים, החזקה בפועל על הקטינים עד גיל שש תהיה בידי אמם.

בעולם המערבי ראו את חזקת הגיל הרך כתלוי תרבות, עולם של ערכים ותפיסות מסורתיות ועל כן ביטלו סעיף זה. במציאות

הישראלית הוקמה ועדת שניט, שנתבקשה מטעם המדינה להגיש את מסקנותיה והמלצותיה ביחס לחזקת הגיל הרך ועיקרון טובת הילד. המסקנות הוגשו עם המלצה לביטול חזקת הגיל הרך, לפיו כאמור, האם הייתה משמורן לילד עד גיל שש. ועדת שניט תמכה באחריות הורית משותפת בגיל הרך, המהווה תקופה משמעותית בהתפתחות הכללית של הילד בתהליך של גיבוש זהות עצמית. המלצות הועדה הוגשו לשולחנה של שרת המשפטים ציפי ליבני, שהנחתה את ועדות הכנסת לפעול לביטול סעיף 25 בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות. בעקבות מחאות מצד שדולות נשים ועמותות גברים קיימת היום בוועדות הכנסת מגמת פשרה: טובת הילד היא שיהגדל אצל אמו עד

גיל שנתיים ולאחר מכן, עד גיל שש, המשמורת תהיה משותפת. ואולם, האם מגמת הפשרה הפוליטית של שינוי חוקת הגיל הרך הולמת, ועד כמה תומכות בכך התיאוריות והגישות בתורת הפסיכולוגיה ההתפתחותית? במאמר זה ננסה לתת הבהרות ותשובות לסוגיות אלו.

## שינויים פסיכו-סוציולוגיים במשפחה בישראל

במשפחה המסורתית שאיפיינה את החברה בישראל בשנותיה הראשונות הייתה בין ההורים חלוקת תפקידים: האם ממונה הייתה על משק הבית וגידול הילדים והאב על הפרנסה. בשנות החמישים של המאה העשרים רוב התאוריות הפסיכולוגיות (בולבי, מלוני קליין, וויניקוט...) התמקדו בקשר אם-ילד וראו בו גורם מרכזי וחשוב בהתפתחות האישיות. למעשה הן הושפעו מהגישה הפסיכואנליטית המדגישה את מרכזיותה של דמות האם בשלב האדיפלי. מאז ההתפתחות במבנה המשפחה המודרנית מייחסים החוקרים חשיבות לדמות האב ולתרומה שלו להתפתחות הכללית של הילד. יתרה

מכך, מודגש משקלם של האב והאם יחד בתהליך התפתחות זו (Wallerstein and Kelly, 1976).

במחצית השנייה של המאה העשרים הצטרפו נשים לשוק העבודה בשכר, מה שהביא במרוצת השנים לשינויים בחלוקת התפקידים בין ההורים במשפחה. היום גברים נוטלים חלק פעיל יותר בטיפול בילדיהם ובחינוכם. בימינו האבות בישראל, בדומה לנעשה בעולם המערבי, מכונים "אבות חדשים" (בנוזיו, 1994), המעוניינים לטפל בילדיהם ולגדלם (שגיא וקורן-קריא, 1988).

במישור המקצועי, רוב המחקרים מראים כי מעורבות האב בגידול ילדיו משפיעה על בטחון העצמי של הילד. מחקרים השוואתיים מראים כי ילדים שאבותיהם מעורבים בגידולם הישגיים

בלימודים ומסתגלים טוב יותר רגשית וחברתית מאשר ילדים הגדלים ללא מעורבות אב (Block, 1973).

חוקרים חקרו במקרי גירושין השפעה של זמינות אב על הסתגלות החינוכית של ילדיהם בבית הספר. הממצאים מראים כי הסתגלותה של קבוצת הילדים עם "זמינות אב גבוהה" - יותר משעתיים ביום,



\*פרופ' משה זכי, ראש המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה; המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה.

טובה מזו של הקבוצה עם "זמינות אב נמוכה" - פחות משש שעות שבועיות (Blanchard and Biller, 1971). מחקר שנערך בישראל על ידי לוי-שיף (1986) בדק את התקשרות הילד לאב ומצא, שילדים בגיל הרך יוצרים התקשרות עם האב במקביל להתקשרות עם אמם. יתרה מכך, מחקרו של Rutter (1974) מגלה שלמשפחה המורחבת (הורים, אחים, סבים) השפעה חשובה ביצירת "זיקות מרובות", המהוות דגם משפחתי לחיקוי שהילד מפנים בגיל הרך לצורך יישומו בבגרות, בשלב של הקמת משפחה משלו (Bandura, 1986). למעשה, כיום רווחת בישראל הגישה הפסיכולוגית המצדדת ביחסי התקשרות בטוחים עם שני ההורים, האם והאב, כאשר שניהם נכללים בתוך אינטראקציה משפחתית רב-מימדית (סולברג, תשנ"ז). השפעה זו ניכרת על בתי המשפט בישראל בקביעת משמורת משותפת עוד בטרם הוגשו מסקנות והמלצות ועדת שניט לממשלה לצורך שינוי בחקיקה: תמ"ש (לענייני משפחה בטבריה) 10-23494-01 ק' נ' ש'.

## העיקרון של טובת הילד

העיקרון המדריך את בית המשפט בקביעת הזכות למשמורת הוא עיקרון טובת הילד: במאבקי משמורת בית המשפט קובע שקטין יגדל אצל ההורה המתאים ביותר מבין השניים לספק את צרכיו ההתפתחותיים הייחודיים, ועל כן מסוגלות הורית בתיק משמורת מוערכת פסיכולוגית כהתאמה הורית לילד ספציפי: היתרון הפסיכולוגי של הורה אחד על פני ההורה השני. המושגים "מסוגלות הורית" ו"טובת הילד" מורכבים מאוד. הסיבה לכך היא שונות הנורמות בחברה בישראל, שהיא הטרוגנית וכוללת 102 קבוצות אתניות, קיימים בה פערים חברתיים-כלכליים, ריבוי משפחות חד-הוריות ושונות אתנית, חילוניים ודתיים. עד לא מזמן קבעו בתי משפט בישראל שהחזקה על קטין עד גיל שש תהיה בידי אימו גם אם טובתו הצביעה אחרת. היום יותר ויותר שופטים משתחררים מ"חזקת הגיל הרך" במקרים בהם טובת הילד היא אחרת, כמו למשל במקרים בהם טובת הילד היא שיגדל אצל שני הוריו, המסוגלים לספק יחד את צרכיו ההתפתחותיים (זכי, 2012). לאור השינויים המבניים והערכיים בחברה הישראלית, ועל בסיס מחקרים פסיכולוגיים עדכניים, מתעוררת תמיכה בהורות משותפת. אחת ההצעות המבטיחות היא חוק ההורות המשותפת, המתבסס על שני עקרונות: עיקרון האחריות ההורית, כפי שנבדק והומלץ על ידי ועדת רוטלי (משרד המשפטים, 2003), ועיקרון ההורות המשותפת, שהותאם למציאות הישראלית. החוק יקבע במקרי גירושין חלוקת אחריות בין ההורים הפרודים. למעשה, במוקד התפיסה של החוק המוצע עומד העיקרון של טובת הילד וזכויותיו, שהוא מעל לכל. המשמורת המשותפת, שחלק מהשופטים תומך בה היום בבתי המשפט לענייני משפחה, מאפשרת גם בתהליך של פירוד וגירושין רצף הורי כפי שהיה בתוך המשפחה השלמה. למעשה האחריות ההורית המשותפת מהווה את העיקרון הבסיסי של ועדת שניט בהמלצתה לביטול חזקת הגיל הרך בישראל. הפשרה הפוליטית אליה הגיעו בממשלה, לפיה טובת הילד היא להיות אצל אמו עד גיל שנתיים, מעלה סוגייה מקצועית: האם למגמה זו יש תמיכה בתיאוריה ובמחקר של הפסיכולוגיה ההתפתחותית? תשובה לכך נמצא בפרק הבא.

## חשיבות תפקידה של האם לילד עד גיל שנתיים בפסיכולוגיה התפתחותית

התיאוריה הפסיכודינמית-חברתית של אריקסון רואה את התפתחות הנפשית של הילד בשילוב בין כוחות היצר שבו להשפעות הסביבה החברתית והתרבותית. על פי אריקסון, בתקופת הניקות הילד

נמצא במצב של תלות בסביבתו ועל כן נטייתו המרכזית היא להגיע לתחושה של אמון וביטחון בסיסי בתוך סביבה שפועלת בכיוון טיפולי לסיפוק צרכיו: אם הוא זוכה בטיפול אימהי מקיף ומסור בתוך אווירה רגשית תומכת ונינוחה, הוא יגיע לתחושה של ביטחון בסביבה, תחושה שתלווה אותו אף בתהליך התפתחותו המאוחרת. עם זאת, בתנאים של טיפול חלקי וחסר הוא יפתח חוסר ביטחון שיתבטא גם בהתפתחותו המאוחרת. אנו רואים את כן, שהתיאוריה ההתפתחותית של אריקסון מייחסת חשיבות מרכזית לאינטראקציה בין הילד ובין האם בשלבים המוקדמים של הגיל הרך.

ויניקוט מחלק את התפתחות הקשר אב-ילד לשלושה שלבים:

1. שלב ראשון - עד גיל חמישה חודשים, שלב התלות המוחלטת: והילד בהטמעה מלאה עם אמו.
2. שלב שני - מגיל חמישה חודשים עד שנה, שלב התלות היחסית: הילד נפרד בהדרגה מאמו ומסוגל ליחסי אוביקט עמה, כאשר היעדרותה לזמן קצר יוצרת הבחנה בינו לבניה. יצוין, כי ללא הפרדה הדרגתית זו יישאר הילד במצב הטמעה עם אמו. סימביוזה. בשלב זה הילד מתחיל להיות מודע לתלותיות, וזאת על רקע תחילת ההבנה השכלית והיכולת לבטא שפה.
3. שלב שלישי - השנה השנייה: הילד מתפתח בכיוון של עצמאות והתמודדות עם תחילת ההתפתחות של המשמעות החברתית שבסביבתו הטבעית.

## מתוך התיאוריה והמחקר בפסיכולוגיה התפתחותית

- אנו מגלים שמלידתו ועד הגיעו לגיל שנתיים מהווה האם דמות מרכזית בחייו של הילד והיא גורם משמעותי ביחסי הגומלין שלו וביצירת אינטראקציה עם הסביבה.
- אם כן, המגמה הפוליטית, לפיה "טובת הילד היא שיגדל אצל אמו עד גיל שנתיים", מוצאת תמיכה מדעית ומקצועית בתורת הפסיכולוגיה התפתחותית

- הקשר בין האם לילד בשנתיים הראשונות לחייו עולה ביתר פירוט בספרות המדעית ההתפתחותית (Sander, 1975; Sroufe, 1979), להלן:
- בשלושת החודשים הראשונים הקשר של האם עם הילד מתמקד בסיפוק צרכיו הבסיסיים (הנקה, ניקיון, הגנה).
- בגיל שלושה עד שישה חודשים התינוק מתחיל לקחת חלק פעיל במפגש עם אמו בזכות התפתחות פעילותו המוטורית, והוא משמיע קולות דיבור המעוררים תגובה בסביבתו. האם, מתוך תגובותיו, מתחילה לגלות הבנה לרצונותיו.
- בגיל שישה עד תשעה חודשים מתחילה פעילות משותפת בין הילד לאם. לדוגמה, הוא מרים יד כדי שהיא תרים אותו.
- בגיל תשעה עד 13 חודשים הדמות האימהית הופכת למוקד התקשרות מרכזי מצד התינוק והוא מתחיל לבחון בהתמדה את נכונותה לסור אליו ולהיענות לציפיותיו כשהוא זקוק לה.
- בגיל 13 עד 18 חודשים התינוק מנצל את התפתחותו המוטורית והקוגניטיבית כדי לשפר את שליטתו בסביבה. על פי מושגיו של Spitz, התינוק מתחיל להיות מודע ל"אני" שלו (Spitz, 1957).
- גיל 18 עד 20 חודשים הוא ראשיתה של ההכרה העצמית (Self Recognition). בשלב זה מתחיל התינוק לתת ביטוי מילולי לדברים ולשתף אחרים בציפיותיו. כך נפתח לתינוק אפיק חדש לתקשורת עם האם.



האירוע החשוב שקורה לילד בתקופה זו הוא המעבר מהבית למסגרת גן ו, מעבר הדרגתי שבעקבותיו הוא רוכש כלים להתנהגות חברתית עם בני גילו. עולמו החברתי מתרחב: הוא קשור להוריו, ובד בבד מרחיב את יחסיו עם המבוגרים בגן ועם ילדים בני גילו. להתפתחותו הרגשית-חברתית משקל רב בתקופה זו, כאשר להורים השפעה ותרומה חשובות להתפתחות זו.

---

**מתוך הספרות המדעית עולה, שתקופת הילדות המוקדמת מהווה פרק חשוב בהתפתחותו של הילד מבחינת הסתגלות רגשית-חברתית וסגנון התנהגות. המחקרים מדגישים את חשיבות ההורים בתקופה זו כדמויות להזדהות ולחיקוי - סוכני חיברות מרכזיים בעיצוב התנהגותו של הילד**

---

סולברג מתאר את מהותו של תהליך הסוציאליזציה על רקע יחסי הגומלין בין הילד להוריו: במהלך השנה השנייה ולקראת גיל הגן ההורים מתחילים לראשונה להציב דרישות מסוימות הקשורות בתהליך הסוציאליזציה (Socialization), ובעברית חיברות. הכוונה

• בגיל 20 עד 24 חודשים ניתן להבחין בביטויים של עצמאות אצל הילד לצד ביטויי נגטיביזם. הוא מבין שכאשר הוא מתנגד לרצון האם עדיין הוא שומר על דימוי חיובי בעיניי הסביבה. בשלב זה הוא משיג עצמאות עצמית בד בבד עם שמירה על מערכת יחסים טובה עם הסביבה.

מתוך התיאוריה והמחקר בפסיכולוגיה התפתחותית אנו מגלים שמלידתו ועד הגיעו לגיל שנתיים מהווה האם דמות מרכזית בחייו של הילד והיא גורם משמעותי ביחסי הגומלין שלו וביצירת אינטראקציה עם הסביבה. אם כן, המגמה הפוליטית, לפיה "טובת הילד היא שידגל אצל אמו עד גיל שנתיים", מוצאת תמיכה מדעית ומקצועית בתורת הפסיכולוגיה התפתחותית.

ומה בדבר טובת הילד שידגל במשמורת משותפת מגיל שנתיים עד שש? התשובה המקצועית לכך תובא לדיון בפרק הבא.

### **תפקיד ההורים בהתפתחותו של הילד מגיל שנתיים עד שש**

סולברג (תשנ"ז) מגדיר את גיל שנתיים עד שש כ"ילדות מוקדמת". הוא רואה בהתפתחותו המוטורית של הילד בתקופה זו כמאפשרת ניידות בתוך מרחב החיים שלו, ואת כושר הדיבור כיכולת הבעה ותקשורת בתוך סביבתו הטבעית.





הורים. במחקרים שונים בספרות נמצאו שני משתנים מרכזיים בתחום זה: קבלת הילד (Acceptance) על ידי ההורים לעומת דחייתו (Rejection), וכן שליטה או הטלת מגבלות (Control) על התנהגות הילד מצד ההורים לעומת נטייה מצדם להעניק לו חופש פעולה ועצמאות (Autonomy).

אם כן, מתוך הספרות המדעית עולה, שתקופת הילדות המוקדמת מהווה פרק חשוב בהתפתחותו של הילד מבחינת הסתגלות רגשית- חברתית וסגנון התנהגות. המחקרים מדגישים את חשיבות ההורים בתקופה זו כדמויות להזדהות ולחיקוי - סוכני חיברות מרכזיים בעיצוב התנהגותו של הילד.

## סיכום

במשפחה המודרנית בישראל מתרחשים שינויים פסיכו-סוציולוגיים, וכיום האב משתתף יותר בגידול הילדים, בטיפול בהם ובחינוכם. מצב דומה בעולם המערבי הביא לביטול חזקת הגיל הרך, כאשר בישראל הסמיכה הממשלה את ועדת שניט לבחון את הנושא ולהגיש מסקנות והמלצות. ואולם, הממשלה לא אימצה את המלצות הוועדה לביטול חזקת גיל הרך ואת תמיכתה במשמורת משותפת של שני ההורים. שדולות נשים ועמותות גברים מביעות מחאה ומתנגדות לפשרה הפוליטית, לפיה טובת הילד היא שיגדל אצל אמו עד גיל שנתיים ובהמשך, מגיל שנתיים ועד שש, יגדל במשמורת משותפת.

ניתוח סוגיית הפשרה המתגבשת בוועדות הכנסת, המובא במאמר זה, מגלה שהתיאוריות והמחקר המדעי בפסיכולוגיה התפתחותית תומכים בפשרה המוצעת. ממצאים מעין אלה אמורים לשמש מתווה מקצועי למקבלי החלטות וקובעי המדיניות בממשלה לכך שטובת הילד אכן תושג, וזאת כנגד טיעונים אינטרסנטיים שיש בהם רווח משני, כמו למשל עניין המזונות לקטינים המועלה מצד שדולות נשים ועמותות גברים, ואלה מהווים סוגיות אתיות וגורמי הטיה בדיון הציבורי.

כאן לתהליך התפתחותי מרכזי מאוד בחיי הילד, שנועד ללמד אותו צורות התנהגות שונות וערכים מסוימים הנראים רצויים בעיני החברה שהוא חי בה. על פי המודל האקולוגי, הן הילד והן ההורים והמשפחה מהווים חלק ממערכת חברתית-תרבותית רחבה יותר הבנויה על מסגרת אופיינית של ציפיות, אמונות וערכים המתבטאים בתחומים שונים בחיים. מערכת ערכים זו מועברת לילד באמצעות סוכני חיברות שונים בחברה הסובבת אותו, שבהם יש מקום חשוב מאוד להורים. ההורים והסביבה מוכנים בדרך כלל להשקיע מאמצים מיוחדים כדי ללמד את הילד את ההרגלים, אם כי בתחילה הוא בוודאי יתקשה להבין את הסיבה לכך. מה מביא את הילד לקבל את דרישות ההורים? התשובה היא שהוא זקוק לאהבתם, ולכן קשה לו מאוד לעמוד במצב בו הם רואים בו "ילד רע", שאינו ראוי לה.

במהלך החיברות פועלים כמה תהליכים נפשיים, כמו הזדהות של הילד עם הוריו, השפעת ההורים כדמויות לחיקוי וערכים נוספות שבהן ההורים משפיעים על התנהגות הילד:

• **הזדהות כגורם בתהליך החיברות:** הזדהותו של הילד עם דמויות הוריו, היינו הנטייה הידועה של הילד לנסות להיות כמו ההורים, ממלאת תפקיד מרכזי מאוד בתהליך.

• **השפעת ההורים על החיברות:** זו מבוססת בין השאר על חיזוקים מצד ההורים. למשל, כדי שהילד ילמד התנהגות מסוימת, כגון אכילה בכפית או שימוש במילים חדשות, ההורים נוהגים לתגמל אותו. בנוסף, ההורים מופיעים לעתים בעיני הילד כדמויות לחיקוי (imitation), ולנושא זה נועד מקום מרכזי בתורת הלמידה. לעתים החיקוי נושא אופי מכוון מצד ההורים, כאשר הם אומרים לו "תעשה כך" או "תסתכל עלי ותעשה כמו שאני עושה", ולעתים החיקוי נובע מתוך יוזמה והתבוננות של הילד עצמו. ברור שהילד נוטל חלק חשוב מאוד בתהליך החיברות, ולכן עלינו לראות את הדברים גם על רקע האינטראקציה שבין הילד והסביבה.

• **דפוסי התנהגות של ההורים:** כדי שנוכל להתייחס לדברים מתוך פרספקטיבה רחבה יותר נדון כעת בכמה היבטים של התנהגות

## מקורות

1. בנוזיו מ. (1994): האבא הישראלי החדש. נעמ"ת 161: 61-65.
2. צבי מ. (2012): מחשבות על משמורת משותפת. רפואה ומשפט 46: 218-222.
3. לוי-שיף ר. (1986): אבהות בגיל הרך. הרבעון הישראלי לפסיכולוגיה 4: 14-17.
4. סולברג ש. (תשנ"ז): פסיכולוגיה של הילד והמתבגר - מבוא לפסיכולוגיה התפתחותית. ירושלים, הוצאת מגנס, האוניברסיטה העברית.
5. משרד המשפטים (2003): הוועדה לבחינת עקרונות יסוד בתחום הילד והמשפט ויישומם בחקיקה; דוח ועדת המשנה בנושא הילד ומשפחות. תל אביב, משרד המשפטים.
6. שגיא א'. קורן-קריא נ. (1988): אבהות בשנות השמונים ובעתיד, התפתחויות חדשות ומגמות עולות. חברה ורווחה ח', 344-350.
7. Bandura A. (1986): Social foundations of thought and action. Englewood cliffs, N.J. Prentice Hall.
8. Blanchard R.W., Biller H.B. (1971): Father availability and academic performance among third grade boys. Developmental Psychology, 4: 301-305.
9. Block J.H. (1973): Conceptions of sex-roles: Some cross-cultural and longitudinal perspectives. American Psychologist, 28: 512-526.
10. Rutter M. (1974): The Quality of mothering: Maternal deprivation reassessed. England.
11. Sander L.W. (1975): Infant and Care Taking Environment: Investigation and Conceptualization of Adaptive Behavior in a System of Increasing Complexity. In J. Anthon (ed.), Exploration of Child Psychiatry, 129-165.
12. Spitz R. (1957): No and Yes – On the Genesis of Human Communication. New York: International University Press.
13. Sroufe L.A. (1979): The Coherence of Individual Development: Early Care, Attachment, and Subsequent and Developmental Issues. American Psychologist, 34: 834-841.
14. Wallerstein J.S. & Kelly J. (1976): The effect of parental divorce: Experience of the child in later latency. American Journal of Orthopsychiatry, 46: 256-269.





# על הורות לילדים לקויי למידה וקשיי קשב וריכוז מינקות ועד בגרות

עם עירית\* ויהודה חגי\*\*

עם צאת ספרם 'יש לי ילד אחר'

צילה טנא\*\*\*

**יהודה:** תמיד חשבתי שכדאי שנעשה דברים יחד בתחום המקצועי והרבה זמן אני מדבר על כך עם עירית. כשזה קרה נפתחה הדלת לדברים נוספים. פירסמנו מאמר שכתבנו יחד ואנחנו כבר חושבים על המאמר הבא ועל הספר הבא.

נכון, היו בספר הזה מקומות שהיה לי קשה בהם. כשעירית תיארה באחד הסיפורים את הלידה זה החזיר אותי ללידה הקשה של הבן שלנו והקשה עליי להמשיך בכתיבה. אבל בסך הכל הסיפורים מאוד חיים והיה מרתק לנתח אותם במושגים של פסיכולוגיית העצמי.

**הספר כתוב בשני פונטים שונים, המייצגים גם אופני כתיבה שונים. האחד מתאר בצורה ספרותית סיפורי חיים של הורים לילדים**

**מיוחדים והאחר, אותו מקדים תמיד המשפט "דברים שרצינו לומר", כתוב בשפה מקצועית ומציג תיאוריות פסיכולוגיות המסבירות את מערכות היחסים המיוחדות. בחלקים אלה נעשה בעיקר שימוש בתיאוריית העצמי של קוהוט. נוכח הבדלים אלה באופן הכתיבה אני תוהה לגבי קהל הקוראים לו אתם מיעדים את ספרכם.**

**עירית:** הספר שלנו מיועד לשני קהלים, להורים ולאנשי מקצוע. הורים שיקראו את הספר לא יהיו חייבים לקרוא את כל החלקים התיאורטיים כדי להבין. אפשר בהחלט להסתפק בסיפורים. לדעתי, יש לסיפורים האפקט שלהם. הם יוצרים הזדהות רבה והורה יכול למצוא שם את עצמו ללא כל קושי. לעצם החשיפה לקשיים דומים ולתהליכים נפשיים משותפים שהורים עוברים יש השפעה תרפויטית בעיניי.

ואשר לחלק התיאורטי, הוא יעניין בהחלט גם הורים המגלים עניין בתחום והוא כתוב בשפה שלדעתי שווה לכל נפש, אך ברור שהוא פונה יותר לאנשי המקצוע.

**יהודה:** אני חושב שחשוב שהורים יקראו גם את החלק התיאורטי. כתבתי אותו בצורה הבהירה ביותר שיכולתי ועירית הפכה אותו לנגיש אף יותר להורים. ההמשגה הזאת מאוד חשובה. הסיפורים חשובים, אך התבונה של פסיכולוגיית העצמי יכולה מאוד לעזור.

**לפני שנתחיל לעסוק בנושא הספר ובתכניו, אני סקרנית לשמוע את סיפור הכתיבה המשותפת שלכם. כיצד גמלה בלבכם ההחלטה על כתיבת הספר? איך התנהל תהליך הכתיבה ומה היו השלכותיו על חייכם העמוסים במילא באלף ואחת פעילויות? ואם אני מרחיקה לכת, האם שילבתם בתיאור המקרים בספר משהו מהקורות אתכם עם ילדיכם האישיים?**

**עירית:** ההחלטה על כתיבת הספר הייתה תהליך ארוך. בין הספר הראשון שלי לספר זה עברו כמעט עשר שנים שבהן ניסיתי פעמים אחדות להתחיל לכתוב, אך משהו בהצלחה של הספר הראשון ובאפקט שיצר גרם לי לחסימה יצירתית. בין השאר ניסיתי גם לכתוב ספר ילדים טיפולי, אך דבר מה בקונספט לא עבד. לאחר נסיונות אחדים שוחחתי על כך עם יהודה.

בשנים האחרונות התקרבו זה לזה מבחינה מקצועית, וזאת לאחר שבתחילת הדרך כל אחד מאיתנו הלך לכיוון שונה. יהודה החל להתעניין בתחומים שבהם אני עוסקת, בילדים בעלי צרכים מיוחדים ובבעיות תקשורת והרחיב את הידע שלו בתחומים אלה. אני מבחינתי התחלתי כבר לפני שנים לקרוא על פסיכולוגיית העצמי שבה יהודה מתמחה. גילינו שאנו מדברים באותה שפה ויכולים לתרום זה לזה. נוסף על כך, הבנתי שחסר ספר שידבר על ילדים בעלי צרכים מיוחדים פחות חמורים מאלה שנסקרו בספר הקודם. רציתי לכתוב ספר על מקרים שכחים יותר, שבכל זאת מקשים על ההורות. בחרנו לכתוב ספר על הורות לילדים בעלי לקויי למידה וקשיי קשב וריכוז וחשבנו שגם כאן נכון יהיה פורמט של סיפורים. החלטנו לשלב בחלק המקצועי את פסיכולוגיית העצמי ששינו מאוד מזדהים איתה. כך הבשיל הרעיון של הספר.

בפועל אני כתבתי את הסיפורים, יהודה קרא אותם וכתב את התגובה שלו מהכיוון של פסיכולוגיית העצמי. אני קראתי את התגובה שלו והגבתי וכך התכתבנו זמן מה עד שהגענו לתוצר שסיפק את שנינו. שילבנו בספר זה הרבה סיפורים של הילדים הפרטיים שלנו. זה היה כמעט בלתי נמנע. יש לנו שני ילדים בעלי הפרעות קשב וליקויי למידה ואני עצמי סובלת מבעיות אלו. כאשר יהודה קרא את הסיפורים היה לו קשה לעתים לשמור על המרחק הנדרש על מנת לכתוב עליהם, כי הוא מצא בהם את עצמו ואת הילדים שלנו. זה מה שעושה את ספרנו לאמיתי כל כך.



מוזן הוצאה לאור, 2014

\* עירית חגי, פסיכולוגית חינוכית והתפתחותית, מרצה ומדריכת פסיכולוגים שנים רבות ובעלת ניסיון מעשי באבחון ובטיפול בילדים בעלי צרכים מיוחדים. ספרה הראשון 'ילד שלי מיוחד' ראה אור בהוצאת 'מוזן' וזכה לתגובות נלהבות של הורים ושל אנשי מקצוע שנעזרים בו כדי להבין טוב יותר ילדים מיוחדים.

\*\* יהודה חגי, פסיכולוג קליני וחינוכי בכיר, בעל ניסיון עשיר בטיפול קליני בילדים, בבני נוער ובמבוגרים וכן בהדרכת פסיכולוגים. מנהל שירות פסיכולוגי המתמחה בטיפול על פי דם פסיכולוגיית העצמי. בעל ניסיון רב בתחום החינוך וההוראה.

\*\*\* צילה טנא, פסיכולוגית חינוכית, מדריכה ומטפלת משפחתית מוסמכת, בעבר סגנית מנהל שפ"ח תל-אביב-יפו.



**עירית, בעבר הוצאת ספר באותו נושא עצמו, 'ילד שלי מיוחד', שזכה לתהודה רבה ושימש פסיכולוגים רבים בעבודתם עם ילדים והורים, בעיקר בגיל הרך. שאלתי היא, ממה נובע הצורך הזה לחזור ולכתוב על ילדים מיוחדים, בעיקר נוכח הספרים הרבים שיצאו לאחרונה לשוק באותו נושא עצמו.**

שני הספרים עוסקים אמנם בילדים בעלי צרכים מיוחדים, אך הם שונים מאוד. בספרנו החדש המטרה הייתה לכתוב על מקרים פחות חמורים והרבה יותר שכיחים. יש בו התייחסות למצבים מוכרים מאוד, אפילו להורים לילדים 'רגילים' כביכול ושאלות המאפיינות הורות בכלל, ולא רק הורות מיוחדת. נוסף על כך, בניגוד לספר הקודם, שהתמקד ב'מקרים', כלומר בסוגים שונים של בעיות, בספר זה אנו מלווים את הילדים לאורך החיים, מינקות ועד צבא. הדגש הוא על שלבים שונים בחיים ועל המשימות ההתפתחותיות והאתגרים המלווים כל שלב. זהו קונספט שונה מאוד.

ספרים רבים עוסקים בתחום זה, אך בספרנו ניסינו לעשות משהו שונה. אין זה ספר עיון רגיל, הוא אינו מגדיר את הבעיה, מתאר אותה ונותן עצות להורים. הוא מציע חוויה שונה לגמרי. אפשר להזדהות עם הסיפורים המופיעים בו. אלה הם סיפורים שכל הורה יכול למצוא בהם את עצמו. הספר אינו משאיר אותם אדישים. אין מדובר בחוויה אינטלקטואלית, בהרחבת ההבנה והידע, אלא בעיקר בחוויה רגשית, בנושא הקרוב מאוד ללבם של הורים עם קשיים דומים. יש משהו בסיפור שלוקח אותך למקומות אחרים. גם הכתיבה של הסיפורים שונה מאוד מזו של ספר עיון. אתה מתחבר הרבה יותר לעצמך ולמקומות שאתה אינך פוגש אצל עצמך כל יום בצמתים של חיך - לילדות שלך, לחוויית הלידה, לינקות של הילדים, להורות המאוחרת של ההורים שלך. יש משהו מאוד תרפויטי כבר בעצם חוויית הקריאה.

**יהודה:** לעניות דעתי, הספר אינו דומה לספרים אחרים בשוק. אין זה ספר עיון וגם לא ספרות יפה, הוא משלב את שניהם והוא כתוב בגובה העיניים. אוכלוסיה רחבה מאוד יכולה למצוא את עצמה בו. גם הורים לילדים שאין להם צרכים מיוחדים.

**בספרך הקודם ציינת שתיאורי המקרה מבוססים על מקרים אמיתיים. האם הדבר נכון גם לגבי ספרכם זה, ואם כן, כיצד אתם מתמודדים עם שאלות מקצועיות ואתיות של חיסיון ופרטיות?**

**עירית:** כמו שאמרתי, בספר זה אין מדובר בסיפורים אמיתיים, אך הוא מבוסס על הרבה מקרים אמיתיים. לקחתי קצת מכל דבר: מהילדות שלי ושל הילדים, מההורות שלנו ושל ההורים שלי ומהסיפורים של אינסוף מטופלים לאורך השנים. מכל אלה רקחתי סיפורים. תמיד חשבתי על זוג מסוים או על ילד מסוים, גם אם הם לא היו בדיוק אותו זוג או ילד שהופיעו בספר. בספר הקודם ביקשתי אישור של כל הורה לפני שפירסמתי את הסיפור שלו. הספר פורסם רק לאחר שההורים נתנו אישור למה שנכתב עליהם. פה לא היה בכך צורך.

**סיפורי הילדים מוצגים כולם לאחר תיאור מפורט של היסטוריית החיים של הוריהם, כולל אירועים משמעותיים שחוו ועיצבו את אישיותם ואת תפיסת החיים שלהם. שאלתי היא, עד כמה רלוונטי סיפור החיים של ההורים לדרכי ההתמודדות עם ילדים מקשים, והאם אין אנו מוצאים במרבית המקרים שהמשותף עולה על השוני, וכי אימהות ואבות מרקעים שונים ייתקלו בעצם באותן בעיות עצמן ויצטרכו לנהוג בילדיהם על פי אותם עקרונות בסיסיים המפורטים במרבית ספרי ההדרכה להורים.**

**עירית:** אני חושבת שהיסטוריית החיים של ההורים רלוונטית מאוד. זה מה שניסיתי להראות, שקשיים כאלה קיימים בכל שכבות האוכלוסיה, אצל ותיקים ואצל עולים, אצל אשכנזים וגם אצל מזרחים, אצל משכילים ואצל משכילים פחות. לכן בחרתי במודע בדמויות מכלל החברה הישראלית ולא התמקדתי בשכבה מסוימת.

ואשר לשאלתך, הרבה משותף לכולם, אבל יש הרבה שוני. היסטוריית החיים של כל הורה, כפי שניסיתי להראות בספר, גורמת לו להתחבר אל הילד בכל פעם באופן אחר. אין ספק שהורות מיוחדת כזאת מעלה מחדש קונפליקטים לא פתורים וחרדות הקשורות להיסטוריה הפרטית של כל הורה והורה. לאם שהיו לה בעברה קשיים חברתיים יהיה קשה יותר ורגיש יותר להתמודד עם בעיות חברתיות של ילדה בספר, ויעלה יותר שאלות וחרדות. אמא שיש לה תחושת ערך עצמי נמוכה וחוטר ביטחון תתקשה להתמודד עם תגובות הסביבה לילד בעל צרכים מיוחדים יותר מאשר אמא שמאמינה בעצמה. הורה שהגיע מבית שהייתה בו תוקפנות ואלימות יתקשה לגלות סמכותיות מול התפרצות זעם של ילד יותר מאשר הורה שעניין התוקפנות אינו 'אישיו' אצלו. הורה שלא גילה קושי בלימודים יתמודד אחרת מהורה שהיה בעצמו לקוי למידה וניצב עכשיו בפני ילד עם לקוי למידה. אחד הדברים שניסיתי להראות בסיפורי הוא כיצד אירועים משמעותיים מהעבר של ההורים משפיעים על התפקוד שלהם כהורים בהווה, ועד כמה הדבר מסתבר כשזה מגיע לילדים בעלי צרכים מיוחדים.

**ייחדתם את אחד הפרקים לסיפור השירות הצבאי של ילדים בעלי לקויות למידה והפרעות קשב וריכוז. אשמח לשמוע מה למדתם מנסיונכם על ההשתלבות של ילדים אלה בצה"ל ועל הדרך בה מטופלים שם צורכיהם המיוחדים. הדבר חשוב לי בעיקר נוכח השאלה החוזרת ונשנית של הורים שעמם אני עובדת, האם יש צורך או כדאי לדווח לצבא על קשיי המיוחדים של ילדנו, או שעדיף שיתמודד כמו כולם, ללא סטיגמה ואפילו ללא הקלות מיוחדות.**

**עירית:** הניסיון שלי מלמד שלא כדאי להסתיר. היום הצבא פתוח הרבה יותר, מתייחסים להבדלים אינדיבידואליים, לוקחים אותם בחשבון ומנסים לתת להם מענים ספציפיים. גם אם נסתיר את הדברים הם יתגלו מהר מאוד. גם בכיתה, כשלא רוצים לספר למחנכת את ההיסטוריה האישית, הדברים צפים ועולים מאוד מהר. אני חושבת שצריך להגיע לצבא כמה שיותר שקוף. להביא את המסמכים הקיימים ולדבר בצורה גלויה על הדברים. לילדים אלה קשה מאוד בצבא. הבעיות לא נעלמות. לפעמים הן מתעצמות ולפעמים, כמו במקרה של דנה, הצבא דווקא תורם ומשפר.

**יהודה:** הייתי קב"ן בצבא ונתקלתי בהרבה ילדים כאלה. ראיתי מקרים שדווקא הצבא, עם המשמעת הברורה והגבולות הברורים, עם הדרישות החד משמעיות והסנקציות, סייע לילדים לארגן את העולם הפנימי שלהם ולתפקד הרבה יותר טוב מאשר בבית הספר. הצבא יכול להוות הזדמנות נוספת לילדים כאלה. הרבה כאלה שלא הצליחו בבית הספר דווקא הצליחו בצבא.

**נושא לקויות הלמידה והפרעות הקשב מן הסתם פחות מוכר למרבית הסבים והסבתות של הילדים המתוארים בספר. כיוון שהסבים והסבתות מוזכרים לא מעט לאורך ספרכם אודה לכם אם תגעו בנקודות המיוחדות את התייחסותם לבעיות המופיעות בגידול נכדיהם והמידה בה הם מסייעים (ואולי מפריעים) לילדיהם בהתמודדות היום יומית.**

**עירית:** אין כמו סבתא טובה במקרה של ילדים בעלי צרכים מיוחדים. בסיפור האחרון אני מביאה את הקול של הסבתא שמצליחה הרבה יותר מההורים להכיל את הילדים. אני גדלתי בדור שלא היו בו הרבה סבים וסבתות בסביבה. תמיד קינאתי בילדים שהיו להם. יש משהו בסבא וסבתא שמקבל בלי תנאים שילדים הם בעלי צרכים מיוחדים. סבא וסבתא עשויים להיות זולת עצמי אולטימטיבי. הם עשויים לראות את הנכדים בעין שונה מההורים: להתפעל ולאהוב למרות הקשיים והכשלונות ולהוות אי של קבלה בעולם ביקורתי ולא מקבל, כפי שהראיתי בסיפורים אחרים.

## המשך בעמוד 61



# טיפול פסיכולוגי בקטין לשם שמירה על שלומו הגופני והנפשי



## ראובן בבד'נוב\*

כי הוא דרוש לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין. בית המשפט העליון עסק בשאלה האם התועלת שתיגרם לקטינה אם יסתבר שהיא אינו אביה עולה על הנזק שייגרם לה אם יסתבר שהיא אינו אביה. רק אם יסתבר ברמה

להתיר טיפול רפואי בילדם כשהדבר מתבקש להגנת שלומו הנפשי והגופני, זאת כאשר אין גוף מוסמך אחר לפסוק את המילה האחרונה. עם זאת, חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות מורה כי אם בית המשפט

כזכור, בגיליון קודם של 'פסיכואקטואליה' עסקה רשימתנו בשאלה מדוע מוסמך מי שמוסמך להחליט על טיפול פסיכולוגי בקטין. באותה רשימה הבאנו בין השאר את המסגרת החוקית הנורמטיבית והאתית לטיפול רפואי או פסיכולוגי שכזה. הפעם אנו מביאים פרק המשך לרשימה הקודמת, בו יוצגו החלטות מפסקי דין מרכזיים שדנו בשאלת הסמכות להחליט על טיפול רפואי ופסיכולוגי בקטין. נציג כאן את הגישה והשיקולים שנקטו בתי המשפט לשם שמירת שלומו הגופני והנפשי של הקטין. נציין כי הדוגמאות המובאות מתוך הפסיקות מתייחסות לטיפולים במובן הרפואי המובהק, אך ניתן לעשות אנלוגיה ולהשתמש בגישה ובכללים אלה גם כאשר מדובר בטיפול נפשי פסיכולוגי בקטינים.



### סמכותו של בית המשפט

בעיקרו של דבר הוריי הקטין נושאים באחריות הישירה כלפיו, והנחת היסוד היא שהם יקבלו את ההחלטה הטובה ביותר עבור ילדם. במקרה הרגיל הסכמת ההורים לטיפול רפואי או פסיכולוגי כמזה כהסכמת הקטין עצמו, אם הם קיימו את חובתם כאפוטרופוסים לנהוג לטובתו כהורים מסורים. במקרים בהם לכל אחד מההורים דעה שונה ונדרשת הכרעה של רשויות המדינה, רשויות הרווחה ורשויות הסעד, חובה על אלה לפעול. הכרעה זו נדרשת גם כאשר עמדת הורה אחד או אפילו שני ההורים אינה מתיישבת עם מה שהרשויות רואות כטובת הקטין, או עם האינטרס החברתי והציבורי שלא לחשוף את הילד לנזק בשל עמדת הוריו. פרופ' דן שניט, בר סמכא בתחום העבודה הסוציאלית והמשפט, נתן ביטוי לדעה זו, לפיה מעל לכל עומדת סמכותו של בית המשפט לפסוק בין עמדות לטובת הילד. בית המשפט אינו תמיד הגוף המתאים ביותר לפקח על החלטות הנוגעות ליחסי הורים-קטינים, אך לעתים אין מנוס מכך. בית המשפט יתערב בהחלטת הורים שלא

נבקש להורות על נקיטת אמצעים רפואיים, הוא לא יורה על כך אלא אם שוכנע כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין. ניתן ללמוד רבות ממקרה שנדון בבית המשפט העליון, בו דובר בהתנגדות לביצוע בקטינה בדיקת רקמות שמטרתה הייתה זיהוי אבהות. נטען כי הסירוב נובע משמירה על טובת הקטינה, שלא תיפגע אם ייודע כי היא אינו אביה. קבע בית המשפט כי ההוראה על נקיטת אמצעים רפואיים כוללת בתוכה את הסמכת בית המשפט להורות על נקיטת אמצעי רפואי גם במקרים בהם אין בכך משום ריפוי הגופני הישיר של הקטין. בית המשפט מוסמך לאשר כל אמצעי רפואי ששוכנע

נבקש להורות על נקיטת אמצעים רפואיים, הוא לא יורה על כך אלא אם שוכנע כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין.

נבקש להורות על נקיטת אמצעים רפואיים, הוא לא יורה על כך אלא אם שוכנע כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין. ניתן ללמוד רבות ממקרה שנדון בבית המשפט העליון, בו דובר בהתנגדות לביצוע בקטינה בדיקת רקמות שמטרתה הייתה זיהוי אבהות. נטען כי הסירוב נובע משמירה על טובת הקטינה, שלא תיפגע אם ייודע כי היא אינו אביה. קבע בית המשפט כי ההוראה על נקיטת אמצעים רפואיים כוללת בתוכה את הסמכת בית המשפט להורות על נקיטת אמצעי רפואי גם במקרים בהם אין בכך משום ריפוי הגופני הישיר של הקטין. בית המשפט מוסמך לאשר כל אמצעי רפואי ששוכנע

\*עו"ד ראובן בבד'נוב, משרד עורכי דין ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"ו



במחלה גנטית קשה וחשוכת מרפא. הוריה פנו לבית המשפט וביקשו שאם וכאשר יוחמר מצב בריאותה היא תהיה זכאית, באמצעות אימה, לסרב לקבלת טיפול רפואי המכוון להאריך את חייה. בית המשפט דחה את בקשת ההורים וציין, כי נדרשת זהירות כפולה ומכופלת בעניינם של קטינים ופסולי דין הנתונים בעמדת חולשה ותלות ולעתים קרובות מהווים מעמסה על הסביבה הקרובה להם. קיים חשש כי "רצונם" של הקטינים ופסולי הדין ייקבע בהתאם לרצון סביבתם ולא בהתאם לרצונם שלהם, ומכאן אך מעט מזער לסכנת ההידרדרות ב"מדרון החלקלק".

דעתו או עמדתו של הילד הנוגע בדבר עלולה להיות מעוותת מסיבות פסיכולוגיות. לא כל הסכמה של קטין היא אכן הסכמה שלו, ויש לבדוק שמא בקשתו מושפעת מדעתם של אחרים מתוקף חסותם, כבודם או יראתו מפניהם (לרבות הוריו והאפוטרופוס שלו), ושמא בקשה והסכמה זו אינן בבחינת בקשה או הסכמה של הקטין. בוודאי יש לבדוק את פניית ההורים או האפוטרופוס ואת כנות בקשתם, עם כל הכבוד והמשקל שיש לתת להם, אך יש לראות דרך זו לא רק כפתוחה וכאפשרית, אלא אף כמחויבת, בשם הקטין ובעבורו. חובתם המשפטית של ההורים היא לעשות כל שביכולתם לשמירת חייו של ילדם. חובת ההורים לנהוג לטובת הקטין כדרך שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות העניין. אמת המידה היא כללית ואובייקטיבית: לא במה שטוב לקטין, לפי ראות עיניו שלו, יוצא הורה ידי חובתו לנהוג לטובתו, אלא במה שעל פי הקונצנזוס החברתי הכללי הינו לטובת הקטין בנסיבות העניין.

## בין חיים למוות

בית המשפט העליון אישר דחיית תביעתם של קטינה והוריה לפיצויים בגין נזק שנגרם לקטינה עקב קטיעת רגלה בנייתוח. הניתוח שבוצע היה הכרחי להצלת חייה של הקטינה, אך הוריה סירבו לדרישת הרופאים להסכים מראש לביצועו בשל הידיעה שהניתוח יהפוך את בתם לנכה. בית המשפט העליון קבע כי במקרה כמו זה, שבו הברירה היא בין חשיפת הקטין לגורל מוות לבין הצלת חייו באמצעות ניתוח שישאיר בו מום, מהווה סירוב ההורים להסכים לניתוח משום הפרת חובתם בתור האפוטרופסים על גופן, לנהוג לפי מה שדורשת טובתו. לא זו בלבד, אלא אם בהשפעת סירובם האמור היה נמנע הרופא מלעשות את הפעולה הכירורגית הנדונה ועקב כך היה הקטין מקפח את

חייו, כי אז היו נושאים ההורים הסרבנים באחריות פלילית בגין תוצאה זו.

## וכאשר הקטין לוקה בנפשו או בשכלו?

מורכבים יותר המקרים בהם הקטין לוקה בנפשו או בשכלו. במקרה שנדון בבית המשפט העליון דובר בקטין שסבל מפגיעה שכלית בה לקה כשחלה במחלת כליות קשה, והוריו סירבו לתת את הסכמתם לטיפול דיאליזה שהיה נחוץ לשם הצלת חייו. בית המשפט העליון קבע במקרה זה כי בפעולותיהם כאפוטרופסים של הקטין על ההורים לנהוג לטובתו כדרך שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות העניין. הם אינם רשאים לסרב לטיפול שהוא לטובת הילד. בית המשפט רשאי לנקוט אמצעים זמניים או קבועים הנראים לו לשמירת ענייני הקטין. המבחן להתערבות בית המשפט בודק אם הטיפול הוא "מידתי", היינו אם יש בו כדי להיטיב את מצבו של המטופל במידה מספקת כדי להצדיק את נקיטתו, במיוחד על רקע כל נזק או הכבדה אפשריים שהוא עלול לגרום, ואם הוא עולה על החלופות האחרות שעומדות על הפרק.

יש לזכור כי אין מדובר כאן באדם בגיר, הכשר מבחינה נפשית ורגשית להביע את עמדתו בדבר הטיפול שיבוצע בו. במקרה בו על בית המשפט להכריע בשאלת הטיפול בילד רך בשנים, שמחמת גילו ומצבו הגופני והנפשי לא ניתן וגם לא ינתן ביטוי לרצונותיו הסובייקטיביים, מתבקשת גישה זהירה במיוחד. ההתחשבות בשיקולים הנוגעים לאיכות חייו של החולה, כפי שהחברה רואה אותם, עלולה ליצור סיכון בלתי נסבל לחייהם של אותם בני אדם חסרי הגנה הסובלים מנכויות קשות או מלקיים נפשיים או פיזיים חמורים.

## אוטונומיית ההורים חשובה, אך אינה מוחלטת

להורים נתונה זכות יסודית לאוטונומיה בהחלטות הנוגעות לגידול ילדיהם, והיא בבחינת ביטוי לקשר הטבעי שביניהם. ההורים נושאים באחריות ישירה לגידוליהם מתוקף מעמדם כאפוטרופסים הטבעיים שלהם. עיקרון זה של אוטונומיית ההורים מעוגן בשורה של שיקולים, המתווספים לשיקול היסודי בדבר הקשר הטבעי שבין הורה לבין ילדו. ככלל, יש לקשור בין הכוח והאחריות, וליתן את הכוח להכריע להורים, הצפויים לשאת, באופן אישי, בתוצאות ההכרעה. עם זאת, קיימת הבנה כי האוטונומיה של

ההורים אינה מוחלטת. לבית המשפט סמכות, כאשר רוחתו של הילד מחייבת זאת, להתערב בהחלטותיהם של הוריו. ההנחה היא כי השמירה על האוטונומיה של ההורים פועלת בדרך כלל לטובת הילד, ואולם במצבים מסוימים צומחות מן החובה לפעול לטובת הילד ולהגנת שלומו הגופני והנפשי זכותה וחובתה של המדינה לפעול באופן שיש בו התערבות ופגיעה באוטונומיה של ההורים.

## גילוי דעתו של קטין על סף בגרות

בתי המשפט הגיעו למסקנה כי כאשר קטין הגיע לגיל ולרמת הבגרות הראויה, יש להתחשב בהשקפותיו. מפסקי דין ניתן להסיק שהיחס לקטין על סף בגרות צריך להיות כמו היחס לבגיר המסרב לקבל טיפול רפואי, ויש לכבד את רצונו. זכויותיו של קטין שהגיע לבגרות, כאדם נפרד ועצמאי, כוללת את הזכות להליך ראוי ואת הזכות להישמע. במקרים כאלה בתי המשפט רואים את זכותו של הקטין שהתבגר להליך ראוי טרם החלטה בעניינו כחלק מזכותו לכיבוד זכות המעוגנת בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו. הליך ראוי הוא שבית המשפט, בהתאם לסמכותו, יתערב בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות באוטונומיה של ההורים לסרב להעניק לילדם טיפול רפואי.

## וכאן נכנסת חוות דעתו של הפסיכולוג

חוות דעת של פסיכולוג יכולה להיות רלוונטית ובעלת ערך ראייתי בעיני בית המשפט. חוות הדעת יכולה ללמד כיצד יש לבחון את עמדת הקטין ואת עמדת הוריו. במקרה שנדון בבג"צ דובר בקטין מתבגר המצוי על סף בגרות אך טרם מלאו לו 18, שסירב לקבל טיפולים כימותרפיים מחשש שיגרמו לו לסבל רב. בג"צ אומנם לא נדרש לדון בשאלה האם רצון הקטין גובר על רצון הוריו, אך קבע כי העותר אכן קטין ורק סמוך לבגרותו, אך מבחינת הופעתו, הוצאת דבריו וכנותו בוגר הוא. דהיינו, בית המשפט בחן את בגרותו של הקטין על פי שיחה עמו והתרשמות אישית ממנו, למרות שאינו בגיר לפי החוק. מכאן עולה מסקנה, כי קיימים מקרים בהם אין ספק שיש להתחשב ברצון הממשי של הקטין ולנסות, בעזרת פסיכולוג או גורם אחר, ללמוד על רצונו האמיתי. חוות דעת של פסיכולוג יכולה ללמד גם על שיקולים דרים ואפילו פסולים הנובעים מאישיות הקטין או הוריו, או מהפרעות אישיות.



# קול קורא: נציגות הפ"י במועצה הציבורית להורים בישראל

פינת  
ההורות

## איריס ברנט, מרכזת נציגות הפ"י

נדהמתי מהעולם החדש שנגלה לעיניי. היו שם המונים. ד"ר רינה כהן, ששימשה אז כראש המדור לחינוך מבוגרים במשרד החינוך, הייתה היוזמת והמקימה של המועצה הזאת ואחריה נהרו רבים. כל משרדי הממשלה שקשורים במישורין או בעקיפין להורים - משרד הפנים, משטרה, רווחה ועוד ועוד ארגונים רבים אחרים שעוסקים בהורות, חלקם עמותות שונות של ילדים וארגונים שעוסקים בהנחיית הורים. איך הפסיכולוגים משתבצים בתוך המערך הזה? ויותר מכך, איפה הפסיכולוגים בתוך הנושא של הורות בישראל?

נאמר לנו שזקוקים לידע הפסיכולוגי שלנו לגבי הורות וילדים: מהי הורות מיטיבה, מה הצרכים של הילד מהוריו, מה הצרכים של ההורה עבור עצמו על מנת לקיים ולממש את

הרעיון של מועצה להורים נראה מוזר ולא מובן. המחשבה הראשונה שחלפה במוחי הייתה למה דווקא מועצה להורים? למה לא מועצה למשפחה, או מועצה לילדים והורים? הרי אין הורה ללא ילד, בעוד שיש ילד ללא הורה.

מאז עשיתי דרך אישית ומקצועית מאופן חשיבה אחד, לפיו ההורה הוא אך ורק הכלי, הסוכן, האמצעי דרכו מועברים לילדים המסרים הרגשיים



פרופ' דן זכאי, יו"ר הפ"י בעבר, יזם ב-2009 הקמת נציגות על חטיבתית של פסיכולוגים שתייצג את תחום ההורים במועצה הציבורית להורים בישראל. ד"ר יוכי בן-נון, שהחליפה את דן בתפקידו, המשיכה להעצים ולאפשר את פעולתה של נציגות זו, הכוללת כמה פסיכולוגים: ד"ר תמר ארז, ד"ר מירי נהרי ואנוכי, איריס ברנט, כמרכזת. עד 2010 לקחו חלק בנציגות גם ד"ר רננה לוקס וגב' אורנה נוימן.

מדובר היה בגוף חדש שאנו יצקנו לתוכו תוכן, הגדרות וגבולות תפקוד, לפי הבנתנו, כאשר ב'קול קורא' הנוכחי כבר ניתן להגדיר יותר בבירור מה הן הציפיות ומה הוא התפקיד ועדיין כמובן המרחב הוא עצום. אני מקווה שהדברים שתקראו יעבירו אליכם את התלהבותי ואת הפוטנציאל המדהים לצמיחה אישית שטמון

בפעילותה של נציגות זו. לאחר כחמש שנות כהונה הצוות הנוכחי מתחלף ואנו מזמינות אתכם להחליפנו.

### איך כל זה התחיל?

המועצה הציבורית להורים בישראל הוקמה באפריל 2008 על ידי ד"ר רינה כהן, אז ראש מדור לחינוך מבוגרים במשרד החינוך, בשיתוף עם משרדי ממשלה רבים וארגונים אחרים שעוסקים בהורות. המשימה הראשונה שקיבלנו מטעם הפ"י הייתה להגיע לטקס ההכרזה על הקמת המועצה הציבורית להורים בישראל, שהתקיים בכנסת בראשות שרת החינוך יולי תמיר, ולהחליט האם כדאי להסתדרות הפסיכולוגים לחבור אליה.

באותה עת הידע שלי לגבי המענה המדיני בנושא הורות כלל את הידיעה שיש אמנה לזכויות הילד, ועדה לזכויות הילד, מועצה לשלום הילד וכן חוקים המחייבים הורים. זכור לי שבתחילה

והחינוכיים - תפיסה לינארית שיכולה להזמין להאשמת הורים, לאופן חשיבה אחר, לפיו ההורה הוא ישות עצמאית, נפרדת, רב ממדית יותר, מושפעת ומשפיעה, ישות הקשורה ועטופה בחברה בה היא מתקיימת, בקשרי גומלין הדדיים. ועם זאת הבנתי מה שכבר ידעתי: שאין להורה קיום הורי ללא ילדו. ילדינו עושים אותנו להורים. אך כמו שאמרת, ההורה הוא גם דברים נוספים. לקח לי זמן לעכל ולהבין את הגם הזה, שההורה הוא קודם כל בן אדם. שההורות הינה תפקיד שמתפתח עם השנים, היא פן אחד של זהותו, יש לו בחייו חלקים אחרים מלבד היותו הורה ועליו לשלב את כל החלקים הללו יחד לכדי תפקודו השלם. אני בטוחה שגם ההתייחסות הטוטאלית שלי לתפקידי כאם תרמה לתפיסה הראשונית שלי.

וכך, בשלבים הראשונים של הצטרפותנו למועצה הציבורית להורים בישראל

הורותו, מדוע חשוב למדינה להשקיע משאבים בהורים, אילו סוגי מענה יש לתת להורים ומה צריך לתת להם על מנת שיוכלו לעשות את תפקידם כראוי.

במהלך חמש השנים מאז הוכרזה המועצה אנו, כפסיכולוגים, היוונו עמוד יציב, התמנינו להיות חלק מהוועד המנהל של המועצה וכיום אנו נמצאים לקראת הכרזה על שדולה עבור הורים ובאמתחתנו פירות החשיבה המשותפת. גיבשנו אותם לכלל נייר העמדה הבא:

### שדולה למען הורים בכנסת ישראל: נייר עמדה

המועצה הציבורית להורים בישראל פונה אל חברי הכנסת בבקשה להקמת שדולה למען ההורים בישראל.

הנימוקים לבקשה:

1. הורים והורות מהווים את התשתית הקריטית לחברה בישראל, וזאת כמי





שהאחריות הראשונה והטבעית לחינוך ולגידול הילדים מוטלת עליו וכמי שמספקים את המצע החינוכי לבריאותם ולהתפתחותם המיטיבה. למרות היות ההורים תשתית קריטית הם נעדרים מעמד במערכות החינוך, הכלכלה והחברה ועל כן יש חשיבות בחקיקה ראשית לחיזוקם ולציגון מעמדם.

2. זכותם של ילדים לגדול ולהתחנך בסביבה הורית טובה ומיטיבה.

3. זכותם של הורים לממש את אחריותם ההורית לטובת ילדם ולפעול מתוך מודעות הורית ואוריינות הורית על בסיס דמוקרטיזציה של הידע.

4. ההורות בעידן המודרני מורכבת מאוד ומאתגרת; הורים רבים תוהים לא פעם לגבי דרכם ההורית הראויה לגידול ילדם.

5. תיאוריות פסיכולוגיות, סוציולוגיות וחינוכיות וידע מחקרי מצטבר מצביעים בוודאות על חיוניותם של הורים להתפתחות בריאה ותקינה של ילדים ועל חשיבותם לחוסן החברתי.

6. יותר ויותר נחשפת מצוקת ההורים וההורות ואף נשמעת זעקת ההורות לכבוד ולטיפול.

7. משרדי ממשלה רבים עוסקים בנושא ההורים ולצדם פועלים ארגונים חברתיים מגוונים. הפעילות אינה מתואמת, ואף סובלת מהיעדר משאבים ההולמים את גודל המשימה.

8. הורים לא מעטים חשים בדידות רבה בהתלבטויותיהם ההוריות ואין להם כתובת מוסמכת נגישה וזמינה להיוועצות ולשיתוף.

9. יש צורך וחשיבות, במסגרת חברה אזרחית פעילה ואחראית, במתן הכרה רב מערכתית ברמה לאומית בארגוני הורים

המנכחים את הקול ההורי בחברה.

10. יש מקום, חשיבות ונחיצות לפעול למען חיזוק ההורים וההורות באמצעים העומדים לרשות המחוקקים בבית המחוקקים.

11. יש מקום וחשיבות לקיום חשיבה ודיונים של חברי הכנסת, אנשי אקדמיה וארגונים חברתיים על האמצעים אותם ראוי להפעיל להשגת מטרה זו.

## עוד על פעילותנו

• ראיתי לנכון להוסיף לתפקיד זה את ההשתתפות בוועדה לזכויות הילד ולהציג גם שם את קולם של ההורים ואת הידע הפסיכולוגי בנושאים רלוונטיים. עשיתי זאת תמיד כאשר המסר הברור שלי הוא שבמקום לזרוק את תפוח האדמה הלוהט, קרי את מצבם של ילדי ישראל על ההורים, על המדינה להבין שגם לה תפקיד משפיע, מעצב ומכלכל בכל הקשור ליכולת ההורים למלא את תפקידם ההורי.

ראינו חשיבות גם לקיים ימי עיון שיקיפו היבטים שונים של התחום. כך למשל קיימנו יום עיון שהוקדש כולו לנושא ההורות, שם הצגנו פאנל שלם עם קולם של הורים שאינם פסיכולוגים, ואלה שיתפו אותנו בקשיים להגיע באופן ציבורי ויעיל להתייעצות עם פסיכולוגים.

• ד"ר תמר ארז הכינה, לבקשת חברי המועצה להורות, מודל מקיף לתמיכה בגיל הרך; ד"ר מירי נהרי כתבה על מעורבות של מערכות חינוך עם הורים במקרה של התמודדות עם סרטן. המאמרים פורסמו ב'פסיכואקטואליה'.

• בשיתוף ד"ר יוכי בן-נון קיימנו פגישה עם הפסיכולוגית הראשית של משרד

הבריאות, ד"ר ימימה גולדברג, ובעקבותיה נתבקשנו להציע מספר אופנים להדרכת צוותי עבודה עם הורים, כדי לעבוד על הקשר שבין ההורה לצוות הרפואי. אנו מקווים שיהיה לכך המשך.

• ולבסוף קיימת הפינה החמה שלנו ב'פסיכואקטואליה', 'הפינה להורות', שבה ניתנת לכולנו ההזדמנות להתחלק ולשתף בהתפתחויות, מחשבות, שיטות עבודה ושיתוף בדיעות בנושא הורים והורות.

## ומה עוד לפנינו

ביקשנו לפעול בכמה מישורים נוספים, אך ברור לכולנו שהתוכניות רבות והזמן העומד לרשותנו קצר מדי. ביקשנו להפוך את הכנסים בנושא הורות למסורת, ביקשנו להעלות אתר עם מידע להורים בתוך אתר הפ"י, להיפגש עם קופות החולים הגדולות ולראות איך אפשר ליעל את הנגישות של הורים לטיפולים ולהתייעצויות...

אני חייבת את תודתי לחברותי לצוות על כך שהקדישו מזמנם, מהידע והניסיון הקליני של כל אחת מהן לטובת העניין; תודה על עבודה משותפת מופלאה שהייתה לנו, שמעבר ליחסי החברות היפים שנוצרו בינינו גם איפשרה לנו לצמוח מקצועית ואישית. תודה מיוחדת ליו"ר ההסתדרות בשנתיים האחרונות ד"ר יוכי בן-נון, שתמכה בכל מובן ותמיד הייתה לנו אוזן קשבת ומלאה ברעיונות טובים שלצערי את מרביתם עדיין לא הספקנו לממש, אבל בהחלט מוכנים לשיגור.

**אם כן, לכל מי שמעוניין לקחת תפקיד בצוות בנושא הורים, ניתן לפנות אלי בטל' 054-6876801.**

## בהצלחה!

**עירית:** כן, זהו פרק מאוד מיוחד וקרוב ללב. כתבתי אותו מנקודת ראות של ילדה. הספר כבר היה מוכן כאשר העורכת, שולה מודן, אמרה לי שחסר לה משהו. מניסיון נוכחתי ששולה תמיד יודעת... גם בספר הקודם היו לה הערות מאוד חשובות ששינו את כל הספר. ובאמת, כשכתבתי את הפרק הזה הבנתי כמה הוא חשוב. לא תיכננתי לכתוב אותו אחרת מהפרקים האחרים. הוא נכתב כמעט לבד, במכה אחת. חזרתי לרגע להיות ילדה שיש לה אח מיוחד. זה לא החיים שלי אחד לאחד, אבל זאת הייתה חוויה דומה... רק אחר כך הבנתי כמה הפרק הזה חשוב וכמה אנחנו שוכחים את האחים של. פרק זה מאוד חשוב כי הוא מזכיר לכולנו שילדים בעלי צרכים מיוחדים יש לפעמים אחים עם צרכים אולי פחות מיוחדים, אך עם עולם משלהם שמושפע מאוד מהחיים לצד ילד בעל צרכים מיוחדים. פרק זה שונה כי הוא מביא קול של ילדה. הוא כתוב כמעט בלשונה וחשוב מאוד שישמעו את הקול הזה.

תודה לעירית וליהודה על התשובות הכנות ומאירות העיניים, ואני מקווה שיהיה בהן כדי לעורר עניין בקוראים לקרוא בספר עצמו.

## על הורות לילדים לקוי למידה (המשך מעמוד 57)

זאת כמובן, כאשר הם מתפקדים כסבא וסבתא ולא כתחליף הורים. גם מבחינת ההורים היכולת להיעזר בסבא וסבתא חשובה מאוד, בעיקר בשל העומס הרגשי והפיזי המוטל עליהם בהתמודדות עם ילדים בעלי צרכים מיוחדים. היכולת להשאיר אותם אצל סבא וסבתא, להיות רגועים ולמלא מצברים היא הישרדותית ממש במקרים כאלה.

**יהודה:** לפעמים, כמו שאני כותב בספר, דווקא הקשר עם סבא וסבתא מאפשר תיקון לקשר עם ההורה. האהבה הרבה לנכד עוברת לעתים גם להורה, ובמקומות שהיו כעסים ותלונות נוצר קשר אחר, שותפות חדשה והכרת תודה.

**בסוף ספרכם מופיע פרק מיוחד על אחים לילדים מיוחדים עם שם ייחודי, נוצת הקסם של דמבו', בעוד שלשאר הפרקים יש שמות מאוד פרגמטיים, כגון 'ילדים בינקות, בבית ספר, בצבא' וכיו"ב. האומנם היה בכוונתכם לייחד פרק זה מן האחרים ואם כן, מדוע ומה הייחוד שלו?**

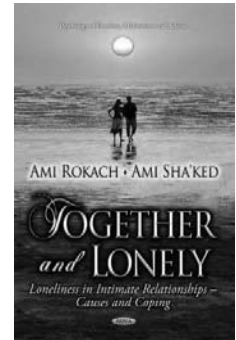


## בעריכת ד"ר יוכי בן-נון

### 'Together and Lonely, Loneliness in Intimate Relationships; causes and coping'. Ami Rokach and Ami Shaked, Nova Science Publishers, 2013

תופעת הניכור החברתי, כמו בקבוצות שוליים או בעת מחלה, במיוחד מחלות בעלות תיוג שלילי כמו סרטן או איידס. תופעה זו שונה ונפרדת מבידודות, אך מתבטאת לעתים בתחושות ורגשות דומים. הספר סוקר את התופעות גם על ציר הזמן, תוך בחינתן במעגל החיים, מילדות לזיקנה: באיזה שלב צפויה תופעת הבידודות להחמיר, מה הסיבות המשתנות הגורמות לה בכל שלב בהתפתחות ומהן דרכי ההתמודדות. הספר יסודי, מקיף, מובנה, כתוב היטב ובשפה בהירה. התיאורים נוגעים ומרגשים וקל להזדהות עמם. ספר מצוין. כדאי.

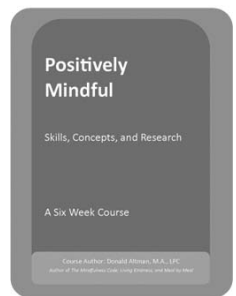
שני ישראלים חברו לפרסום ספר זה, הבוחן בעיקר את תופעת הבידודות בתוך מערכות יחסים קרובות כגון נישואים ומשפחה. מדובר בתופעה מוכרת ומדוברת, אך כזו שלא נחקרה עד כה לעומק מבחינת סיבותיה, השפעותיה על הפרט החש בודד ודרכי ההתמודדות שלו. יש אומרים כי זו "המחלה החברתית" של המאה העשרים ואחת, והיא הולכת ומתפשטת כתופעה. שעל כן, חשוב ללמוד אותה ולטפל בה. בצד תופעה זו מתיחס הספר גם לתחושות הבידודות של פרטים בתוך הקשרים שונים אחרים בחייו: לבידודות של הפרט שאינו בתוך מערכת יחסים אלא לבד, כגון מצב אלמנות או עריריות;



### 'Positively Mindful, Skills, Concepts and Research'; Donald Altman, Positive Acorn Publication, 2011

כדי להטמיעה בשגרת ימינו. החוברת בנויה כיומן תרגולים קונקרטי, פרקטי, לשימוש של האדם הלא מקצועי, וניתן לצייד בה כל מטופל בפוטנציה. בצד זה קיימת רשימת מקורות עשירה, המאפשרת למטפל בשיטה זו להעמיק בה מבחינה תיאורטית. שווה בדיקה.

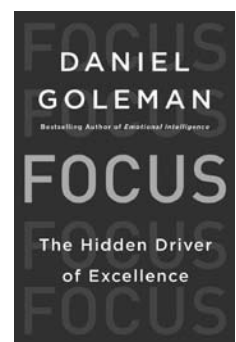
ומתופעת הבידודות המעציבה לחשיבה חיובית: ספרון זה הוא למעשה חוברת תרגול, המוגדרת כ"קורס לשישה שבועות", במהלכו ניתן ללמוד את תרומתה של החשיבה החיובית לחייו, את עקרונותיה ויתרונותיה (למשל, חשיבה חיובית משפרת יצירתיות) וכן לתרגל אותה בחיי היום-יום



### 'Focus, The Hidden Driver of Excellence'; Daniel Goleman, HarperCollins Publishers, 2013

נדידת מחשבות, שגם לה חשיבות בתפקוד, מעין אתנחתא מרגיעה. בהמשך מתוארת יכולת מיקוד הקשב בתהליך ההגעה למודעת עצמית שבתהליך הבנת האחר ופיתוח רגישות חברתית. בהמשך ובסיום מתוארת חשיבותה של יכולת זו להשגת מציאות בתפקודים קוגניטיביים בעבודה, ביצירתיות ובהקשרים חברתיים, כגון פיתוח מנהיגות. מומלץ.

פרופ' דניאל גולמן, מחברו הידוע של הספר 'Emotional intelligence', מציג לפנינו בספר זה חקירה מעמיקה של יכולת ההתמקדות, מיקוד קשב או תשומת לב כתכונה מרכזית לתפקודו. הספר מציג את יכולת מיקוד הקשב כתהליך קוגניטיבי מרכזי. קיימים תהליכי סריקה של רצף קלט המידע האנושי: מימין לשמאל בשדה הראייה, מלמעלה למטה ומלמטה למעלה. פיתוח מידע ועובדות. מאידך, קיימת תופעת נדידת קשב, או



### 'רצון, חירות והכרח';

### אליעזר מלכיאל, הוצאת אונ' בר אילן, סדרת פרשנות ותרבות, 2013

ואת אישיותו תוך חופש ובחירה. התשובה כמובן, גם היא מורכבת ואינה שלמה. החופש אינו חופש מלא ולעתים הוא אשליה, בצד העובדה שהחופש חיוני לאדם בהיותו יצור טבעי ובעל צרכים טבעיים בסיסיים. ספר כבד, קשה לעיכול, אך מאתגר ומעניין דווקא משום היותו בשולי מקצוענו אך כה משמעותי לו.

ד"ר אליעזר מלכיאל הוא מרצה לפילוסופיה באוניברסיטת בן גוריון, שגם ספריו הקודמים משיקים לתחום הפסיכולוגיה (לכונה, תחושה, רגש', 2001, 'חוכמה ותמימות', 2005). מלכיאל רואה את האדם כפרט החי במערך סביבה, הקשרים ונסיונות מורכבים מאד. לאור זאת הוא בוחן את אפשרותו של האדם לעצב את עצמו



## 'הקוד האנושי SILVER ACE' - מיפוי מקדמי ההצלחה למאה ה-21; ד"ר דב ינאי, אוריון הוצאת ספרים, 2013

וארגון, אינטליגנציה רגשית מול אינטליגנציה ערכית ותכונה אחרונה: אנרגיה וחוסן. שמונה יכולות אלו פועלות כמתומן בו קיימת השפעה הדדית של כל יכולת על חברותיה. יחד הן יוצרות את מאגר הכוחות המובילים את הפרט להצלחה. לאחר ההצגה התיאורטית מציג המחבר גם יישומים פרקטיים: מודל לראיון אבחון, מודל לאפיון המרכיבים בארגון ופיתוח ארגוני וכן מספר תרגילים לתרגול אישי. ושנהיה כולנו "אסים". ספר מעניין ומעורר מחשבה.

ד"ר דב ינאי, מומחה לאבחון והשמה בתחום משאבי אנוש, מציג לנו בספר זה מודל של גורמי ההצלחה הנדרשים לנו. ינאי מנתח בסקירתו הן את מערכת התפקוד בה פועל היחיד, כגון אישיות הפרט, התפקיד שהוא ממלא בארגון, העיסוק, הצוות בו משולב הפרט ומהות הארגון או החברה. מבחינת תכונות הפרט הנדרשות מציין המחבר שמונה יכולות: שאיפות וחזון, אינטליגנציה ימנית (מרחבית, חזותית, הוליסטית), אינטליגנציה שמאלית (מילולית, אנליטית), שינוי וכאוס מול סדר



## 'שפות הגוף' - להאיר תופעות נפשיות המבוטאות בגוף; ניצה ירום, הוצאת הספרים של אונ' חיפה ופרדס הוצאה לאור, 2013

הייצרי בדגש על מיניות ומנגנון המרה; שפת הגוף הדיאדי, בעקבות גישתם של וויניקוט וביון; שפת הגוף הבינסוביקטיבי, בעקבות הגישה האינטר-סוביקטיבית; ולבסוף הגוף במטריצת ההיסטוריה, בדיון המתמקד בשאלות מגדריות. החשיבה שמציגה המחברת מעניינת, ומאתגרת להערכה מחודשת של תיאוריות שנחשבו עד כה נכסי צאן ברזל. גם האומץ לבחון מחדש תיאוריות אלו, לנסות לחדשן ולהתאימן לזמננו, ראוי להערכה. עם זאת, נראה לי כי בתחום זה גוף הידע שהתפתח בענף הפסיכולוגיה הרפואית, שעיקרה ראיית המטופל מתוך מצוקות הגוף, הייתה יכולה לתרום להבנה טובה יותר של קשרי גוף-נפש.

ד"ר ניצה ירום, פסיכולוגית קלינית ופסיכואנליטיקאית, מנסה בספרה זה לקדם, לחדש ולעדכן את הגישה הפסיכואנליטית הקלאסית באמצעות הכללת הגוף בחדר הטיפולים: שילוב ההתייחסות לגוף, הן גופו של המטופל והן גופו של המטפל, כישויות הקיימות במרחב הטיפולי, משפיעות זו על זו ועל הקשר הטיפולי ומהלכו. גישתה מנוגדת לגישתו של פרויד, שדרשה להתעלם מן הגוף ואף עיצבה עבור המטפלים Setting שבו אין המטפל והמטופל מסתכלים זה בזה או רואים זה את זה עין בעין. יתר על כן, רוב מטופליו הראשונים והמפורסמים של פרויד, כגון אנה או, הופיעו לטיפול בשל תלונות ותסמינים גופניים... כתיקון מציגה ד"ר ירום את שפת הגוף, אותה היא מחלקת לארבע שפות משנה: שפת הגוף



## 'בעקבות הפסיכואנליזה' - ביקורת מגדרית פוסט מודרנית על משנתו של פרויד; הוצאת אונ' בר אילן, סדרת פרשנות ותרבות, 2013

הכולל את הדחפים הלא מודעים, אותם ינסה הטיפול לשנות. הביקורת על פרויד נתמכת על ידי חוקרות ופסיכואנליטיקאיות של העת הזו, ג'וליה קריסטיבה וג'וליה בנג'מין, בנוסף לסימון דה-בובואר, ג'ולייט מיטשל וג'ודית באטלר. כמו כל אמירה הנוגעת לפסיכואנליזה, מן הסתם יהיו גם לספר זה תומכים ומתנגדים, אוהבים ושונאים.

ד"ר ליאת פרידמן, מרצה בכירה בתכנית ללימודי מגדר ובמחלקה לפילוסופיה באוניברסיטת בר אילן, מנסה 'לחזור בשאלה' ולהעמיד לבחינה כמה מהנחות היסוד של תורתו של פרויד, שלדעתה אין עומדות במבחן, בוודאי כיום, בעידן שלנו. הספר מתמקד בשתי הנחות מרכזיות: ראשית, התסביך האדיפלי כתהליך מכונן בחייו של המטופל וכמנוע לתהליכים נפשיים מתמשכים בחיים. שנית, עומד למבחן מושג מנגנון ההתנגדות, באמצעותו מזהה פרויד את המבנה הנפשי של המטופל,



# נעמי פיטליק

## פסיכולוגית קלינית, מנהלת 'מכון מודע'

פרופיל  
אישי

### בעריכת שרית ארנון לרנר\*



גם הם נכנסו לרשימה וכד'. היום אני רוקדת זומבה כחלק מפעילות גופנית שאני אוהבת לעשות. אני משתדלת להקדיש לתחביבים שלי זמן ולא מוותרת על אף אחד מהם.

#### סדר יום טיפוס

בדרך כלל אני ערה מחמש בבוקר. עוברת על אימיילים, הודעות, מתכתבת, קוראת עיתון עם הקפה. בין 7:30 לשעה 8:00 מגיעה למכון. למרות שניהול המכון מרתק, אני מגדירה את עצמי קודם כל כאשת טיפול ועל כן לעולם לא הפסקתי לטפל. במהלך יום עבודה אני רואה בין חמישה לשמונה מטופלים. כיוון שחלק מאוד חשוב בעבודה במכון הוא תהליכים מקבילים (מקרה המורכב מטיפול פרטני, זוגי או משפחתי במקביל, מטופל זו זמנית על ידי מטפלים שונים), אני נפגשת להדרכה ודיון על מקרים עם כל איש צוות בתדירות של פעם בשבוע, מתכננת איתם תהליכים, תוכניות טיפול או שיקום ומתעדכנת לגבי כל אחד ואחד מהמטופלים של המכון. למכון הכרה כמוסד להתמחות בפסיכולוגיה שיקומית ומדי שבוע אני נפגשת לפגישה קצרה עם כל מתמחה. לרוב יש מספר ממוצע של חמש-שש שיחות טלפון ליום עם מטופלים. כיוון שאחד העקרונות של המכון הוא שהמנהלת הינה אחראית אולטימטיבית, אני נפגשת לפגישת היכרות עם כל מטופל חדש ועושה screening, שאחריו אני מפנה למטפל. הרבה מאוד כתיבה כרוכה בתפקידי: דוחות, מכתבים, סיכומים, מיילים וכו'. יחד עם המנהלת האדמיניסטרטיבית של המכון אני

חלקם לפני קום המדינה. לפני נישואי הגעתי לארץ לביקור ראשון והוקסמתי מעצמתה, ראשוניותה, נפיה, ובעיקר מריחות הפריחה של הפרדסים...

שנתיים לאחר שנישאתי, בשנת 1977, עלינו לארץ. נותרו מאחור הורים ואח, דודים ובני דודים, חברים, שפה ותרבות מוכרות. עלינו יחד עם שאר בני משפחתו של בן זוגי אשר השתקפו בפתח תקווה, בה התגוררו כבר אחיו הבכור ומשפחתו. שהינו מספר חודשים במעון עולים ולעומת בן זוגי, שהיה מורה לעברית ומתורגמן עוד בארגנטינה, נזקקתי ללימודים באולפן. התאהבתי בשפה משמיעה ראשונה אודות למורה זהבה, שהייתה "מורה בישראל" בחסד וגאה בתפקידה עם עולים. את יתרת השפה למדתי לאחר מכן מהמטופלים אשר שמחו ללמדני. לאחר מספר חודשים עברנו גם אנחנו להתגורר בפתח תקווה ובבית חולים בילינסון נולדו שתי בנותינו. לאחר 13 שנה עברנו לעיר כפר סבא, בה אנו גרים עד היום. בתי הבכורה, בת 35, עוסקת בתכנות מחשבים. בתי הצעירה, בת 29, לומדת תואר בספרות וקולנוע והינה מורה מוסמכת לריקוד אירי (קיבלה תעודת הסמכה של 'הקונגרס לריקוד אירי' באירלנד). עובדת כמורה לריקוד אירי עם ילדים, נוער ומבוגרים. בן זוגי ואני חולקים אותו גיל: 64. בן זוגי למד תואר שני בלימודי עבודה באוניברסיטת תל אביב וכיום הוא מדרך ראשי בחברה ציבורית גדולה. הוא עוסק במתודולוגיה של ההדרכה/הוראה ומדרך מדריכים מקצועיים (מהנדסים, אנשי מחשבים וכד') בדרכי ההדרכה הנכונה. בתור מדרך ראשי הוא אחראי אקדמי של מספר בתי ספר מקצועיים בחברת החשמל.

#### התחביבים שלי

ספרים ועוד ספרים (ספרות מדע בדיוני, ספרות היסטוריה בכלל ושל מלחמת העולם השנייה בפרט, ביוגרפיות, ספרים דרום אמריקנים וישראלים, ספרות מקצועית), מוזיקה מכל הסוגים, תיאטרון, קולנוע, טיולים בארץ כולל הרצאות בנושאים רלוונטיים. אוהבת בעיקר לטייל בירושלים הקסומה, ספורט, וריקודים. מבחינת העדפה לריקודים אין אצלי התייחסות מפלה בנוגע לאף ריקוד. בארגנטינה רקדתי ריקודי פולק ארגנטיניים, טנגו וריקודי עם ישראלים. מאז שבתי רוקדת ריקודים איריים

#### רקע אישי

נולדתי בבואנוס איירס, עיר הבירה של ארגנטינה, להורים שנולדו בה אף הם. הוריהם ברחו מפרעות שבוצעו נגד יהודים באוקראינה בתחילת המאה הקודמת. שתי הסבתות היו חברות עוד באוקראינה וכך הורי הכירו ונישאו. כיוון שהסבים הגיעו לארגנטינה בלא רכוש בכלל, כולם עבדו קשה לפרנסתם כולל הילדים, וכך נבצר מהם לרכוש השכלה מלאה. הורי היו אוטו-דידקטיים וזכורים לי כאנשי ספר. הם נתנו לאחי ולי את ההזדמנות שלא נפלה בחלקם לרכוש השכלה אקדמית.

באותם זמנים של אחרי השואה היה נהוג אצל משפחות יהודיות בגולה לתת לילדיהם חינוך מגוון ומסיבי, מעבר ללימודים בבתי הספר, על מנת להקנות להם חופש פעולה וביטחון בעולם הגדול. תחת הלחץ הזה התחלתי את לימודי באוניברסיטה בגיל 16, לא מבלי להתלבט לפני כן בין לימודי פסיכולוגיה, עריכת דין וחינוך גופני. את בית הספר התיכון סיימתי במגמת הוראה. על כן, כאשר קיבלתי תעודת בגרות הייתי יכולה לעבוד כמורה. בגיל 16 סיימתי לימודי בלט שהתחלתי בגיל 4, כולל תעודת הוראה, לימודי מוזיקה (אני מסוגלת לנגן על פסנתר וגיטרה ולקרוא תווים), למדתי שפות והייתי חלק מקבוצת ספורט ייצוגית של בית הספר התיכון בו למדתי.

התחלתי את הלימודים באוניברסיטה במקביל לכתה י"ב. בבוקר למדתי בבית הספר התיכון ובערב למדתי באוניברסיטה. הלימודים באוניברסיטה ארכו שש שנים. בנעוריי פרחה האנטישמיות בארגנטינה ולכן הייתי מעורבת בקבוצות נוער יהודי בלבד. את הרגשות שלי כלפי ישראל גיליתי לראשונה במהלך מלחמת ששת הימים. בימים ההם ניסיתי להגיע לארץ בתור מתנדבת אך לא הספקתי. הסתפקתי בפעילות למען ישראל כמתנדבת בקהילה היהודית בבואנוס איירס, שהייתה אז קהילה חזקה והתגייסה באופן מלא למען ישראל.

נישאתי בגיל 25 לפעיל קהילתי שהיה חלק ממשפחה מעניינת - אביו הגיע לארגנטינה מפולין בתור נער ושכל את כל משפחתו בשואה. אמו, ילידת ארגנטינה, השתייכה למשפחה דתית שמקורה ברוסיה. כל משפחת המקור והמורחבת של בן זוגי הייתה ציונית, ובזמן שהכרתי אחיו כבר התגורר בישראל ומספר רב של דודים ובני דודים הגיעו לארץ,

\* שרית ארנון לרנר, פסיכולוגית תעסוקתית מומחית;

ניתן להעביר לשרית ארנון לרנר המלצות על פסיכולוגים מעניינים או בעלי תפקיד מעניין, במייל sarit.arnon@gmail.com



פותרת בעיות אדמיניסטרטיביות. ואז, לרוב, אני עושה הפסקה של שעה וחצי בצהריים על מנת לחזור שוב למכון ולפגוש את אותה שגרה ואותו סדר דברים. כיוון שהרבה מהעיסוק של המכון הנו בפתולוגיות מז'וריות, ניהול המכון כולל case management - קשר עם מוסדות, הופעות בוועדות בכלל ובוועדות רפואיות בפרט, טלפונים ו/או מפגשים עם רופאים, בתי חולים, בתי ספר, משרד הרווחה, ביטוח לאומי וכד'. אני משתדלת לחזור הביתה עד 21:00 ופעמיים בשבוע אני משתדלת לחזור עד שעה 17:00 על מנת להיות עם המשפחה ולעסוק בעניינים פרטיים. לפעמים אני מצליחה...

## רקע מקצועי

בתקופה שהתחלתי את לימודי האקדמיים, השלטון בארגונינו היה טוטליטרי, סגר את האוניברסיטאות ולא נותרו מוסדות ציבוריים בהם היה ניתן ללמוד. על כן למדתי באוניברסיטה פרטית בבואנוס איירס שמאוד נחשבה, בשם 'מוזיאון סוציאלי ארגנטיני'. התואר בפסיכופדגוגיה (בפסיכולוגיה חינוכית היום) היה אז תואר הראשון. הלימודים לתואר ראשון ארכו ארבע שנים והמסלול לתואר שני שנתיים (מסלול עם תזה). התואר השני שלי הינו תואר בפסיכולוגיה קלינית ולא הייתה קיימת התמחות קלינית.

סיימתי לימודים אקדמיים עם שני תארים, בפסיכופדגוגיה ובפסיכולוגיה קלינית. במהלך שנתיים הייתי מתרגלת במקצוע פסיכופדגוגיה - באותם זמנים בארגונינו שיטות כגון ההתנהגותית זכתה להתייחסות שולית בלבד. מקבלת התואר ועד לעלייה לארץ עבדתי במקביל בבית החולים, במועדון מכבי ובקליניקה פרטית. לאחר סיום הלימודים עבדתי בבית חולים ממשלתי ככלי במחלקת אונקולוגיה נשים. למרות התנאים הקשים בהם עבדו פסיכולוגים בבתי חולים, ניסיתי לתת התייחסות מלאה לחולות ליד מיטתן ולעיתים, בלית ברירה, בישיבה על המדרגות. במקביל התקבלתי לעבודה במועדון מכבי בואנוס איירס כפסיכולוגית של קבוצת נוער ופתחתי קליניקה פרטית. עד לעלייתי ארצה עבדתי עם ילדים ונוער בלבד. במועדון מכבי הייתי פסיכולוגית של קבוצות בני נוער שהיו מיועדים לתפקידי הדרכה של ילדים במסגרת פעילות חברתית/ציונית של המועדון.

באולפן עולים בארץ למדתי את ההיגיון הצרף שבשפה העברית, הגיון אשר שימשו יעזור לי בטיפולים מורכבים מאוד. לאחר סיום הפרק של מעון עולים ואולפן, קיבלתי מלגה לששה חודשים, מיועדת לאקדמאים, מהסוכנות היהודית לעבודה במוסד ציבורי. התקבלתי למרכז לבריאות הנפש בפתח תקוה ולאחר סיום המלגה המשכתי לעבוד על פי חוזה. הקליטה במדינה כפסיכולוגית לא הייתה פשוטה. נאלצתי ללמוד את "התרבות

המקצועית" הנהוגה בארץ, שהתגלתה כשונה לחלוטין הן בקרב בעלי המקצוע והן בקרב הציבור הצר, ולהסתגל אליה. כאשר מתחילים לעבוד בארץ מוצא יש קשרים ואנשים שאיתם אתה חולק שנים של היכרות. אני חשתי חוסר מאוד גדול ברשת ביטחון מסוג זה.

בתחילת עבודתי בארץ, במרכז לבריאות הנפש בפתח תקוה, דווקא החוסרים בשפה עזרו לי לטפל 'א-לה-לאקא' עוד לפני שהכרנו את שיטותיו. בכל משפט נאלצתי לבקש הסבר למילה או מילים מסוימות והמטופל נאלץ למצוא את משמעות המילה הזו עבורו. החינוך הפסיכואנליטי איתו הגעתי לארץ היה לעזר רב כרקע תיאורטי מוצק והיווה תרומה משמעותית ליכולת ניתוח והבנה מעמיקה של מקרים. אך לצומת התיאוריה, הטכניקה הפסיכואנליטית לא שמשה אותי בבואי לטפל והעדפתי טכניקות דינמיות, אליהן נחשפתי עוד בבואנוס איירס. בארץ לא הוכר עדיין השימוש ביעוץ וטיפול פסיכולוגי שוטף, לכן המקרים הראשוניים שטיפלתי בהם היו מקרים אקוטיים עם מאפיינים קיצוניים. לדוגמה: אשה שראתה את אביה רוצח את אימה, או אדם בעל התנהגות קיצונית עם אישיות שאז עדיין לא אובחנה כגבולית, או איש צעיר, בוגר מלחמת ששת הימים, עם סימפטומים חריפים שאז עדיין לא אובחנה כהפרעת דחק בתר חבלתית. כמו כן נחשפתי לטיפול באנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות. חברה לעבודה, עובדת סוציאלית מנוסה מאוד, עזרה לי להכיר ולהבין מה זה שיקום ולהכיר בקיום צורך בשיקום חולים אלה.

כאשר נפתח, כעבור כמה שנים, מעון יום לשיקום במרכז לבריאות הנפש, התמנית לנהל חלק ממנו שקראנו לו בשם 'Drop in Center'. עיסוקי היה קבלתם של המתמודדים ושיבוצם בטיפולים ובחוגים השונים. מתוקף התפקיד, בין היתר, ניהלתי קבוצה טיפולית רבת משתתפים והדרכתית קבוצה של מתנדבות שעשתה עבודת קודש.

במקביל, במשך עשר שנים ובאופן אינטנסיבי, העמקתי בלימודי התיאוריה הפסיכואנליטית - בתחילה פרויד ולאחר מכן לאקאן.

מהוויכוח הנקב שהתחולל בי עם דעותיו של פרויד בכל הנוגע לפסיכולוגיה של האישה (כפי שבאות לידי ביטוי בספרו "על היסטריה"), נוצר מאמר שהתפרסם בחוברת 'שיחות' בשם: "הצעה תיאורטית להבנת הנשיות". המאמר הינו הצעה תיאורטית להבנת הנשיות במסגרת התיאוריה הפסיכואנליטית. הנחת היסוד היא שחווית הוודאות התוך-נפשית של הטופוגרפיה הגניטלית הינה בעלת משקל רב בתהליכים הפסיכולוגיים המגדירים את הנשיות והזכריות. המאמר מציע מונחים תחליפיים למושגים של פרויד, מתוארים יחסי הגומלין הקונפליקטואליים בין האימגו הנשית לבין האימגו הזכרית ותהליך ההתפתחות הפסיכוסקסואלית של הנשיות.

במהלך עבודתי במרכז סיימתי את חובות הטיפול האמבולטורי עבור ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית. נפרדתי מהמרכז לטובת בית חולים גהה והמשך ההתמחות במסגרת אשפוז. מונית לפסיכולוגית בכירה במחלקה פתוחה תוך כדי תהליך ההתמחות - הייתי כבר פסיכולוגית מנוסה, בעלת עשר שנות ניסיון במקצוע ושלוש שנים בתפקיד ניהולי. בבית חולים גהה עבדתי ארבע שנים, במהלכן סיימתי פרק ב' של ההתמחות. במחלקה נמשכתי לשיקום המקרים הקשים והצלחנו לשקם מספר לא מבוטל של מטופלים, שעד אז היו לכודים בדינאמיקה של revolving door עם אשפוזים חוזרים כאלטרנטיבה לשיקום.

את התפקיד בבית חולים גהה עזבתי על מנת לפתוח את המכון הראשון שפתחתי עם פסיכולוגית שיקומית שהייתה לשותפת.

במהלך השנים הללו ניהלתי במקביל קליניקה פרטית, וכשנפרדתי מתפקידי בבית חולים גהה, הרחבתי את הפעילות לתחום השיקום ויצקתי את יסודותיו של 'מכון מודע' של היום. יחד עם פסיכולוגית שיקומית, יצרנו שיטות טיפול ושיקום וליוונו מטופלים בעלי קשיי תפקוד בתהליך שיקום תפקודם. באופן טבעי הלך והעמיק הקשר עם אגף השיקום של משרד הביטחון ושל הביטוח הלאומי. טיפלנו במקרים של PTSD, מחלות פסיכיאטריות, פגיעות ראש, פגיעות גופניות, נפגעי טרור ומשפחות שכולות.

יצרנו בין היתר תוכנית יום לטיפול ושיקום שפעל בשעות הבוקר. בהדרגה נוצרה תוכנית שגילמה בתוכה מרכיבים של טיפול ושיקום ונתנה תשובה לאנשים הנמצאים במקום שבין מצב אקוטי כלשהו לבין חזרה והשתלבות בקהילה. התוכנית כללה מגוון של טיפולים החל מטיפול תמיכתי, דינמי מעמיק, CBT וכלה בטיפול באמצעות חיות ואמנות במקביל לטיפול שיקומי של פונקציות קוגניטיביות, מיומנויות חברתיות והקניית כלים להתמודדות עם עולם העבודה.

לאחר מספר שנים העברתי את פעילות המכון לכפר סבא וכך נולד 'מכון מודע'. השם 'מכון מודע' נולד באמונה שכל שינוי מתחיל במודעות. מודעות לצרכים, רצונות, קשיים, מטרות, גבולות, כלים, מגבלות וכד'. אדם אינו מסוגל לגרום לשינוי כאשר אינו יודע מה נחוץ לו לשנות.

המכון התפתח מהקליניקה הפרטית בדרך מאוד טבעית: תמיד טיפלתי במטופליי במרחב שבין טיפול ושיקום. ככל שהעמקתי לטפל באנשים הסובלים מפסיכופתולוגיות מז'וריות, הבנתי את חוסר ההיצע במוסדות טיפוליים/שיקומיים הקיימת בעיקר בזמן שבין סוף מצב אקוטי לבין חזרה לקהילה, לשגרה ולפעילות.





# המלצות והבהרות לקראת תום שנת המס 2013

ייעוץ  
מס

אריה דן\*

## לקראת סיום שנת המס, מצורף חוזר משרדנו לגבי פעולות אותן אנו ממליצים לבצע עוד לפני תום 2013:

מנת להתחיל לצבור את התקופה של שש שנים שלאחריה ניתן למשוך את הסכומים שהופקדו.

### תשלומי ביטוח לאומי לעצמאים

אנו ממליצים להקדים ולשלם לפני תום שנת המס את מקדמת דצמבר 2013 וסכומים אחרים אם נדרשו, מכיוון ש-52% מהתשלום מוכרים כהוצאה (ניכוי).

### ביטוח אובדן כושר עבודה

שעור הניכוי הניתן בגין ביטוח זה הינו 3.5% מההכנסה החייבת, אך לא יותר מתשלום של 14,831 בשנה.

### הפקדה בקופת פיצויים מרכזית

משנת 2011 לא ניתן יותר להפקיד לקופת פיצויים מרכזית שבבעלות המעביד. ניתן להפקיד הפקדות חד פעמיות למרכיב הפיצויים בפוליסה לביטוח מנהלים של העובד.

### תרומות

תרומות לגופים ציבוריים שאושרו מטעם מס הכנסה בסכום שנתי העולה על 180 ש"ח מקנות זיכוי ממס בשיעור של 35%.

### מס בגין הכנסה

#### משכר דירה למגורים

סכום תקרת ההכנסה הפטורה ממס מהשכרה למגורים הינו 4,980 ש"ח לחודש. אם ההכנסה עולה על הסכום הנ"ל אנו ממליצים לבדוק את האפשרות לשלם מס בשיעור 10% על הכנסות מהשכרה עד ליום 30.1.2014. אם המס לא ישולם, יחויב המשכיר במס מלא (בהתאם לשיעור המס השולי) על ההכנסות הנ"ל.

### הפקדה בקופת גמל

#### קן פנסיה, ביטוח מנהלים

בעקבות שינוי החקיקה מינואר 2008, סכומים שיופקדו בקן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים מיועדים לקבלת קצבה חודשית בגיל פרישה בלבד. כספים אלה ניתנים למשיכה בסכום חד פעמי רק אם לחוסך יש חיסכון פנסיוני המבטיח לו קצבה חודשית של כ-4,300 ש"ח.

עם זאת, מאחר שקיימת הטבת מס משמעותית בהפקדה שכזאת, אנו ממליצים להמשיך ולהפקיד בגבולות הסכומים הבאים:

• **לשכיר** - על אותו חלק מהשכר שעבורו לא הופקדו סכומים ולא יותר מ-12,384 ש"ח לשנה.

• **לעצמאי** - עד 17,424 ש"ח לשנה, אך אם ההפקדה היא על סך 23,232 ש"ח יקבל המפקיד ניכוי מוגדל.

משנת 2012 יכול בעל שליטה בחברה להפקיד הן לפיצויים והן לתגמולים (פנסיה). ההוצאה המותרת בגין ההפקדה לתגמולים הינה עד 7.5% משכר של עד 35,312 ש"ח לחודש. ההוצאה המותרת בגין הפקדה לפיצויים הינה עד 12,120 ש"ח לשנה.

### הפקדה בקן השתלמות

מאחר שניתן למשוך את הסכומים שהופקדו כבר לאחר שש שנים, מומלץ ליהנות מהטבת המס הגלומה בהפקדה, כדלקמן:

• **עצמאי** - 7% מההכנסה החייבת ולא יותר מ-18,130 ש"ח בשנה.

• **שכיר בעל שליטה** - 6% מהשכר ולא יותר מ-11,313 ש"ח בשנה.

למי שאין קרן השתלמות מומלץ לפתוח, ולו בהפקדה של סכום מזער, וזאת על

התפתח צוות שכולל פסיכולוגים שיקומיים, נויר-פסיכולוגיים, פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים. בשנה האחרונה קיבלנו הכרה של מועצת הפסיכולוגים להתמחות בפסיכולוגיה שיקומית ושני מתמחים ראשונים כבר מתקדמים בתהליך. לפני ארבע שנים פתחנו שלוחה ראשונה בעיר נתניה ובשנים האחרונות הובלנו תוכנית פיילוט של משרד הביטחון לבדיקת יעילות של שיטות טיפול ושיקום במטופלים עם צרכי טיפול מתמשכים. המכון עוסק גם בטיפול במבוגרים, זוגות, משפחות, טיפול בילדים ונוער בכלל ובילדים בסיכון בפרט בשיטות פעולה עם משרד הרווחה.

### החזון

למרות היותי פסיכולוגית קלינית, פסיכואנליטיקאית בהשכלתי ובנשמת, אני חשה שמדינת ישראל לימדה אותי 'לחשוב שיקום' ולהרגיש עבודה סוציאלית וקהילתית. קודם כל התנערתי מהמילה 'כרונות' בהיותה סופנית, חסרת חזון ולא מציאותית. במהלך 40 שנות מקצוע הוכחתי לא פעם כי גם מקרים הנראים על פניו 'אבודים', אינם כאלה כלל וכלל. בן אדם מסוגל תמיד, אם רצונו בכך, להתקדם עוד צעד, אפילו קטן, ולשנות עוד משהו בחייו, והמטפל יכול לעזור לו לנווט את דרכו.

אני מאמינה שכאשר נאמרת המילה טיפול אין אפשרות להפריד את מטען משמעותייה מהמטען הטעון במילה שיקום, ללא קשר לשיטת הטיפול שניתנת או למטרות שנקבעו לטיפול מסוים. אני מאמינה בהתייחסות טיפולית/שיקומית תלת-ממדית - מתן מזון בסימפטומים המעיקים על האדם הסובל, מתן מידע וכלים להבנה ותובנת מצבו, מתן כלים להכרה ובהשמעת הפגיעה/מחלה בזהותו ובחייו, כלים לשיקום התפקודים שנפגעו וכאלה שיאפשרו לו חיים פעילים ואיכותיים. האדם הסובל הינו חלק מסביבה משפחתית, חברתית וקהילתית איתה הוא חי ביחסי גומלין - מושפע ומשפיע - ואליה הוא צריך לחזור, להשתלב ווא להסתגל. על כן רצויה התייחסות לסביבה הזו באמצעות מתן מידע, הדרכה או טיפול.

אני מאמינה שמקומו כמטפלים הינו מקום של 'מאפשר' למטופל לממש את מטרותיו באמצעות מתן עזרה בגיוס כוחות התמודדות, הארת הדרך הקצרה והיעילה להשגתן, הארת הזוויות הנסתרות מעיניו, לעודד אותו לחשוב ולהתנהג מעבר למגבלות המוכרות לו ולהעזר לשנות. כמו כן לאחוז בידו ולעשות את כל הדרך, צעד אחרי צעד, לצדו.

\*אריה דן, רו"ח הפ"י, משרד רואי חשבון סנדק, דן ושות'.





## ביה"ס לפסיכותרפיה הרשמה מוקדמת לשנת תשע"ה -2014 לפסיכולוגים קליניים, שיקומיים, חינוכיים והתפתחותיים

- טיפול משפחתי וזוגי אינטגרטיבי וממוקד התוכנית המלאה לקראת הסמכה
- התוכנית המתקדמת ב"פסיכותרפיה ממוקדת שינוי"™
- קורס קצר מיוחד לפסיכולוגים בהתערבויות משפחתיות וזוגיות ממוקדות, בטיפול במבוגרים, ילדים ונוער
- מגוון סדנאות בנושאים של התערבויות טיפוליות

כל התוכניות והקורסים מוכרים כתוכניות ו/או שעות להסמכה ע"י האגודה לטיפול משפחתי והאגודה לפסיכותרפיה ממוקדת. כל הקורסים מוכרים לצורך גמול השתלמות.

התקשרו עכשיו לראיון לימודים והבטיחו את מקומכם 09-9551973

בקררו באתר המכון [www.machonshinui.co.il](http://www.machonshinui.co.il) פייסבוק   
**בואו ללמוד ברמה גבוהה ובאווירה ירוקה**

אוניברסיטת תל-אביב



הפקולטה למדעי החברה ע"ש גרשון גורדון • בית הספר למדעי הפסיכולוגיה

## תכנית ההשלמה לפסיכולוגיה קלינית

נפתחת ההרשמה למחזור יב', ב-13 במרץ 2014

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-29 במאי 2014

השלמה  
לפסיכולוגיה  
קלינית

התכנית הקלינית כוללת הכשרה בתחומי פסיכותרפיה, ראיון קליני, פסיכופתולוגיה ופסיכודיאגנוסטיקה, בהתאם להנחיות הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית במשרד הבריאות.

משך התכנית: שנתיים אקדמיות  
בשנה הראשונה: יום לימודים אחד בשבוע.  
בשנה השנייה: יום אחד באוניברסיטה  
ועוד שני ימי פרקטיקום במסגרות קליניות חיצוניות.  
המסיימים רשאים להתחיל בתהליך התמחות קלינית\*

פרטים וטפסי הרשמה בכתובת: <http://freud.tau.ac.il/hashlama>

לבירורים נוספים ניתן לפנות לגל גורן, רכזת אדמיניסטרטיבית, טל: 03-6407353, פקס: 03-6409547  
דוא"ל: [hashlama@freud.tau.ac.il](mailto:hashlama@freud.tau.ac.il)

\*פסיכולוגים מומחים ופסיכולוגים שהתחילו התמחות בתחומי פסיכולוגיה אחרים צריכים לבדוק זכאותם לקבלת מלגת התמחות במשרד הבריאות.





פסיכותרפיה  
פסיכודינמית

הרשמה מוקדמת לשנה"ל תשע"ה \*

## 5 עובדות על התכנית לפסיכותרפיה פסיכודינמית

- ◀ התכנית מותאמת לצרכיהם הייחודיים של עו"ס במוסדות ציבוריים ובקליניקות הפרטיות.
- ◀ סגל אקדמי איכותי מתחומים מגוונים, שנבחר בקפידה כדי להתאים לדרישות התכנית.
- ◀ התכנית מכוונת ליצירת הבנה מעמיקה באשר להתפתחות נפש האדם החל מהינקות.
- ◀ התכנית מציגה את תהליך ההתפתחות של הפסיכואנליזה והפסיכותרפיה הפסיכודינמית.
- ◀ בתכנית טכניקות התערבות פסיכודינמיות תוך התאמה לניסיון והידע של תלמידי התכנית.



## איכות אקדמית חסרת פשרות

### מטרת התכנית לפסיכותרפיה פסיכודינמית

הקניית כלים בתחום האבחון והטיפול הפסיכודינמי בדגש על תהליך התפתחות הטיפול הפסיכואנליטי מגישות פסיכודינמיות קלאסיות ועד לגישות פסיכודינמיות המקובלות כיום.

### היקף התכנית

מסלול תלת שנתי. הלימודים יתקיימו בימי חמישי בין השעות 13:00-20:00.

### תנאי קבלה

1. עובדים סוציאליים בעלי תואר שני ובעלי לפחות שלוש שנות ניסיון בפסיכותרפיה.
2. פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים.

התכנית מוכרת ע"י האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה.

### ניהול אקדמי: ד"ר יחזקאל כהן וד"ר אופיר לוי



\* לנרשמים בהרשמה מוקדמת לשנה"ל תשע"ה תינתן הנחה בדמי הרישום

לפרטים נוספים חייגו עכשיו 03-6409559 או סרקו את הברקוד