



# פסי

## זרקור על פסיכולוגיה רפואית

**דברים שהלב מרגיש וזוכר - שילוב גישת EMDR באוכלוסיית החולים בשיקום הלב: תאוריה, ניסיון קליני ותיאור מקרה** טל בר-נוי רפפורט

10

**אובדן שד בעקבות סרטן: תהליכי אבל וייחוס משמעות - מחקר איכותני** אביטל גרשפלד-ליטוין

14

**אני אתה והוא - אי פריון ושימוש בתרומות של זרע או ביצית רעות בן קמחי ויעל סיון**

19

**אובדן הריון - אם בידיים ריקות רעות בן קמחי**

24

**מקומה של הפסיכולוגיה הרפואית ביחידה לניתוחי עמוד שדרה** לינור שושן-אמיר

29

## הוצאת הספרים של מכון מופ"ת



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



**ייעוץ חינוכי מקצוע מחפש זהות רחל ארהוד**



**אתיקה בחינוך מיוחד**  
סוגיות ועקרונות התמודדות | ג'ודי גולדנברג | דבורה ורדיגו | מרים לרנר | עידית פסטרנק



**חינוך ושיקום ילדים ומתבגרים כבדי שמיעה וחירשים היבטים תאורטיים ויישומיים חלק א וחלק ב**  
עורכות: טובה מוסט ודליה רינגוולד-פרימרמן



## 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 מאיר נעמן

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: יעל שלמון ברנע

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

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

## דבר המערכת

שלום חברים,

הקיצוץ כבר כאן, עם החום המתיש, המגרה אותנו לבטלה מתוקה, אולי לחופשה בארץ רחוקה. טוב לשים את ענייני הקליניקה בצד, ולנוח.

לטעון את מצברי הגוף והנפש באנרגיות חדשות להמשך.

ובהקשר לגוף-נפש, הזרקור בחוברת זו מופנה לפסיכולוגיה רפואית, ומאיר פינות חדשות, פחות ידועות ומוכרות, אליהן נכנסים פסיכולוגים בשנים האחרונות: ענף רפואת נשים, בעיקר תחום הפרייון והריון בסיכון, תחום ניתוחי עמוד-שדרה, תת-מומחיות של אורתופדיה ועוד.

תהליך התרחבותה של הפסיכולוגיה הרפואית כענף משמעותי בפסיכולוגיה, בעל גוף ידע אקדמי ומעשי עצמאי השתלבותה ברפואה הכללית בעולם ובארץ וכניסתם של פסיכולוגים כחלק אינטגרלי מן הצוותים הרפואיים, הוא תהליך איטי לא פשוט, אך מרתק ומוצלח מאוד. הצורך והעניין בפסיכולוג הרפואי עולה ומתחזק בכל מוסד הפותח שערו לשירות זה.

אנו מאחלים לכם קריאה מהנה, ופונים אליכם שוב, כדרכנו, בהזמנה למאמרים, לדיווח על תחומים נוספים שיחשפו בפני הקוראים את מגוון פניו העשיר של מקצוענו.

בברכה,

המערכת

## תוכן עניינים

דבר המערכת

יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט,

שרית ארנון-לרנר **3**

דבר היו"ר, ד"ר מאיר נעמן

חדשות החטיבות **4**

משולחנה של הפסיכולוגיה הראשית במשרד החינוך

חנה פרידמן **7**

משולחנה של ועדת האתיקה **8**

דברים שהלב מרגיש וזוכר - שילוב גישת EMDR באוכלוסיית החולים בשיקום הלב: תאוריה, ניסיון קליני

ותיאור מקרה טל בר-נוי רפפורט **10**

אובדן שד בעקבות סרטן:

תהליכי אבל וייחוס משמעות - מחקר איכותני

אביטל גרשפלד-ליטוין **14**

אני אתה והוא - אי פרייון ושימוש בתרומות

של זרע או ביצית רעות בן קמחי ויעל סיון **19**

אובדן הריון - אָם בידיים ריקות

רעות בן קמחי **24**

מקומה של הפסיכולוגיה הרפואית ביחידה לניתוחי

עמוד שדרה לינור שושן-אמיר **29**

חזקת הגיל הרך - פרשנות בית המשפט העליון

סותרת את טובת הילד אבי שגיא-שורץ, דן שניט **35**

שיקום תחושת הפוטנטיות - מטרה מרכזית בטיפול

הדסה לכמן **44**

פינת ההורות:

עקרונות הגישה המערכתית לעבודה עם משפחה

בתהליך גירושין איריס ברנט **48**

ד"ר עמוס ניר ד"ל

2014-1922 **52**

ייעוץ משפטי: הפסיכולוגים ואבחון לקוי למידה

ברוך אברהמי **54**

ספרים רבותיי, ספרים

יוכי בן-נון **58**

פרופיל אישי:

ד"ר יוכי בן-נון שרית ארנון-לרנר **60**

ייעוץ מס:

ביקורת ניהול ספרים אריה דן **62**

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 לעורכות.



## דבר היו"ר

לגיבושנו כ"ועד לעניין".

בהקשר זה אני מבקש אף לתת ביטוי לאמונתי המקצועית שעלינו לפעול, ביתר שאת, לשילוב מערכתי ואינטגרטיבי של הפיתוחים בתחום הטלפונייה, האלקטרוניקה, האינטרנט וכדומה, יחד עם גורמי עזר פרה-מקצועיים, בפיקוח והכוונה שלנו - הפסיכולוגים המקצועיים. זה עשוי ואמור להיות מתווה מעצים ומקדם זמינות, נגישות ומיצוי מרבי יותר של שירותים הפסיכולוגיים, לטובת "הרוב הדומם" והעצום של הנזקקים לסייע פסיכולוגי מקצועי שאינם מצליחים לקבלו.

בצל החדשות הכואבות על מחיר הדמים שאנו נאלצים לשלם במאבק להגן על עצמנו, אני מאחל לכולנו, לחיילנו, לתושבי ארצנו ואף לשכנותינו, שנגיע ליחסים ולמצאיות של שלווה ורוגע ושלא נדדקק לשום "מוקד".

**ד"ר מאיר נעמן**  
יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

מכאן, אפשר להבין את מסקנתו הדרמטית משהו, כי: "The telephone has revolutionized the health care".

עם תחילת מבצע "צוק איתן", שהעמיק והתרחב, נוצרה הגרייה האסוציאטיבית-רעיונית ליזום ולפעול להקמת "מוקד לסייע טלפוני של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל". התקשיתי לעמוד בפני האתגר שבהקמתו. כך שלמרות הקשיים הידועים והצפויים, ראיתי בהקמת המוקד, במתכונתו "המתגלגלת", הזדמנות למימוש ולראשוני וסמלי של ציפיתי החוזרת ונשנית של "Giving psychology away and a way". היינו, הן להיטיב עם הנמצאים במצוקה, במתן שירות נגיש וזמין, והן כדי לשים את הפ"י, במקום הראוי והנשאר "על המפה". לשמחתי ולהערכת הרבה, חברי הוועד המרכזי של הפ"י נרתמו והתנדבו בנפש הפצה "להרים את הכפפה" ולשמש ככוננים ותורני משמרת של המוקד, בכל שעותיו, ללא כל סיוע חיצוני. אני חש ומאמין שבצד הסיפוק שבהתנדבות לשמה, היה בזה גם כדי לתרום משמעותית

## הגולו של מוקד

לפני שנות דור, לפני נסיעתי ללימודי הדוקטורט בארצות הברית, המלצתי על הקמת ער"ן צבאי. העניין נדון ב"חלונות הגבוהים" בצבא ונדחה בשל מה שהוגדר כבעיה של בטחון שדה. לימים, נדמה לי שזה הוקם, אם כי במתכונת שונה.

בנסיבות אקראיות (או לא), יצא שבחלק ניכר מתקופת לימודי בארצות הברית, הועסקתי כמנהל Hot Line של האוניברסיטה שבה למדתי ואשר שירת את כל הסביבה העירונית. אחת מהעבודות הסמינריוניות שכתבתי עסקה באפשרויות השילוב של "מוקד טלפוני" בפעילות של "מרכז ייעוץ/טיפול פסיכולוגי". בהכנתה הסתייעתי בסקירה מקיפה של התפתחות מוקדי סיוע טלפוני שנכתבה על ידי Grument (1979). נהניתי מהאנקדוטה שציטט באשר לכך שפנייתו ומילותיו הראשונות והמפורסמות של ממציא הטלפון אלכסנדר גרהם בל (1876), לעוזרו ווטסון, היו בעצם בקשה שיבוא אליו, כיוון שנדקק לעזרה רפואית.

## דבר החטיבה השיקומית

למשרה (מלאה) כאשר מתמחה ברפואה בפריפריה, מרוויח 22,000 ש"ח ברוטו (התלושים המדוברים נמצאים בידי הוועד). כרגע ד"ר עומר פורת מרכז את הנושא של המח"ר, אך אנחנו זקוקים לעוד ידיים עובדות וראשים חושבים על מנת לפצח את האגוז הקשה הזה שנקרא שר הפסיכולוגים בשדה הציבורי.

בנוסף חברו אלינו קובי טיברג, ד"ר עינת יהנה ועירא ענר לצוות הכנס השנתי, ועל שולחנו כבר הונחה **התוכנית הראשונית לכנס השיקומי השנתי 2014, שיתקיים ב-10-11 בדצמבר במלון בניר עציון שבכרמל. רשמנו בימנים!**

לסיים, נעדכן כי חברי הוועד נפגשו עם ד"ר מאיר נעמן ומר דני כפרי, ראשי הפ"י, למפגש היכרות ראשוני לצורך תיאום עמדות וגיבוש דרכי פעולה. היה מפגש מעניין, חשוב ופורח. אנו מאחלים לשניהם בהצלחה בקדנציה הנוכחית ומצפים לשיתוף פעולה חיובי ביותר. לקראת הקיץ שכבר כאן, נאחל לכלל חברנו, חופשה מהנה (למי שיש כזו - ולמי שאין - שיצא!) קיץ שמשי ונעים, ולהתראות בחגים...

שלכם,  
**חברי הוועד ופעיליו,**  
**עומר, אילנית, דוריה, עידו, מורן, קובי, עינת, עירא, טל, אורן, שני**

גם במאבק להכנסתנו לבתי הספר לפסיכותרפיה יש התקדמויות משמעותיות, ותודות לעבודתה הסבלנית של שני אורנו, תוכניות נוספות כעת מפרסמות את אפשרות קבלתנו כסטודנטים מן המניין. מכון מגיד, למשל, פתח עבורנו את שעריו כבר לשנת הלימודים הקרובה.

כיום הפ"י מתארגנת לקראת פתיחת הסכמי השכר במשק. כפסיכולוגים, אנו ללא יכולת להפעיל לחץ ממשי על המערכת, איננו יכולים להשביח נמל או שדה תעופה, מקסימום לעכב כמה ועדות של משרד החינוך (אם החינוכים ירצו לשתף פעולה בנושא). אם לא נעבוד חודש חודשיים, אנשים יהיו מדוכאים יותר, חרדים יותר, חולים יותר, בריאותם, הנפשית והפיזית, תיפגע משמעותית. אבל לא רואים את זה, ולכן זה לא עושה רושם על אף אחד. עד כה הסתדרות המח"ר, אשר אמורה לייצג אותנו, לא נוקטת צעדים משמעותיים בנידון (נכון ליוני 2014), חלק מהמצב הנו באשמתנו הפסיכולוגים: אנחנו מחויבים לייצא נציגים משלנו לחטיבת פסיכולוגים במח"ר, ואנחנו לא עושים את זה ומשאירים את הטיפול בשכר שלנו לאחרים. וככה זה גם נראה... אנחנו בוועד החטיבה וגם בהפ"י עצמה בוחנים כל הזמן דרכים לחשוב מחדש על המצב ולנסות לשפר אותו. רק לשם השוואה, אנו כמתמחים מרוויחים 2,500 ש"ח ברוטו לחצי משרה (5,000 ש"ח

## שלוש חברים

בקיץ הזה נהנינו מתנופה נוספת בפעילות שלנו בוועד החטיבה. מאז מפגש האקדמיה והשטח שנערך במרץ האחרון, נוספו לוועד פעילים נוספים, ואנו כעת פועלים בכמה תחומים במקביל בכוחות משותפים.

כך, למשל, אורן סגל לקח על עצמו לרכז את פעילות הרפורמה בבריאות הנפש (ומקומנו בתוכה). נזכיר שעד כה, בזכות פעילות הוועד הפ"י צורפה למנהלת הרפורמה בברה"ג, וכעת אנו עמלים על הכנסת נציגות של הפ"י לפורום החשוב הזה, שיקבע כל כך הרבה בעתיד הקרוב לגבי מתמחים ומומחים.

מורן ולידד לקחה על עצמה את ריכוז נושא המלגות והלימוד המורכב של אופן החלוקה, והיא עוקבת מקרוב אחר היישום של השיטה החדשה ואיך היא באה לידי ביטוי בשטח. אנו מזמינים מתמחים או מועמדים להתמחות ומנהלי מרכזים מוכרים להתמחות להיות עם מורן בקשר בעניין הזה ולעדכן או להתייעץ באשר לקורה בשטח. מורן תרכז את הדברים ותביא אותם לטיפולנו.

מורן ועידו מי רז - נציגינו בוועד המרכזי של הפ"י, הרימו ערב לסטודנטים לתואר שני לקראת התמחות, בסיועה המדהים של ד"ר אודליה אלקנה מהאקדמיה. הערב היה הצלחה מסחררת, נכחו בו 70 סטודנטים מכל תוכניות הלימוד, ובסיומו הצטרפו להפ"י 25 חברים נוספים במעמד סטודנט.





## דבר החטיבה הרפואית

לפני המחלה, במהלכה ולאחריה וחיבורה לכדי תמונה כוללת בהיבט הרחב של כל התחומים הנבדקים. המחלים המגיעים למרכז פוגש ביום מרוכז אחד חמישה אנשי מקצוע, למפגש של כשעה עם כל דיסציפלינה. בנוסף, המרכז מהווה גורם מקצועי המגשר בין הטיפול בבית החולים ובין הטיפול בקהילה ומסייע בייצוץ ובהכוונה למחלים מסרטן, ובמידת הצורך גם למטפלי.

יום הייצוץ ניתן עבור כל מחלים פעם בשנה באמצעות טופס 17 מקופות החולים וללא תשלום. בנוסף, במידת הצורך אפשר לקבל טיפולי המשך קבועים ורצופים אצל כל אחד מאנשי המקצוע במרכז בעלות סמלית. כמו כן, המרכז מציע סדנאות וימי עיון מצת לעת בכל התחומים והדיסציפלינות המפותחים במרכז. מעבר להיבט הטיפולי, מרכז המחלימים הוא מקור מרכזי לידע ולמחקר בתחום ההחלמה בארץ ובעולם. מאות המחלימים המגיעים למרכז עונים על שאלוני מחקר ותורמים מזמנם לשיפור הידע וההבנה בחקר תהליכי ההחלמה מסרטן. תגובות נפוצות הנשמעות ממחלימים שהגיעו למרכז: "וואו! איך לא ידעתי שקיים מקום כזה, אנשים חייבים לדעת", או "זה בדיוק מה שהייתי צריכה, פתאום יצאתי ממסגרת בית החולים והרגשתי לבד בעולם, עכשיו אני מרגישה שיש מי שדואג לי".

זהו פרויקט חשוב שבו לפסיכולוגים רפואיים חלק משמעותי המאפשר למחלימים לקבל מענה לצרכיהם הרגשיים במסגרת הקהילה.

ליצירת קשר והפניה: מרכז "מתחילים מחדש", עמותת "עזר מציון", רחוב קפלן 40 פתח תקווה, טל': 03-9193333. בברכה,

**חברי הוועד לפסיכולוגיה רפואית  
ברק סלוצקר (יו"ר), רותי יבור,  
נטלי מלמד-שמעון,  
פטריסיה מן-בוטבול**

בהמשך לרצוננו לקדם ולפרסם פרויקטים ייחודיים בתחום הפסיכולוגיה הרפואית, בחרנו הפעם להפנות זרקור על מרפאת "מתחילים מחדש" - מרכז למחלימים ממחלת הסרטן.

הפסיכולוגית נטלי מלמד שמעון העובדת במרכז מספרת כי המרכז נוסד לפני כארבע שנים על ידי עמותת "עזר מציון" במטרה להעניק טיפול רב מקצועי ממוקד עבור המחלים מסרטן. לפי נתוני האגף הלאומי לרישום הסרטן במשרד הבריאות עולה כי ישראל היא מהמדינות המובילות בעולם בשיעורי ההישרדות של מחלימים ממחלת הסרטן וכי שיעורי ההחלמה עולים במהלך השנים. לצד שיעור ההחלמה הכולל וגדל, התבהר הצורך במומחיות מיוחדת לתקופת ההחלמה. ממחקרים שונים עולה כי מחלימים מסרטן חווים קשיים משמעותיים בטווח רחב של תחומים דווקא בתקופת ההחלמה, על רקע החזרה לשגרת החיים. הם מדווחים על בעיות כגון בעיות בריאותיות ותופעות לוואי כתוצאה מהמחלה והטיפולים הרפואיים, הצפה ברגשות שהודחקו בתקופת המחלה והצורך בעיבוד חוויית המחלה, חרדות, ירידה במצב הרוח, רצון לשינוי פנימי או תעסוקתי, שינויים במראה החיצוני ובדימוי הגוף, שינויים בתפקוד המיני, אי פריון, קשיים כלכליים ועוד. תהליך ההבראה ממחלת הסרטן, מסתבר, הוא במקרים רבים תחילתו של מאבק נוסף: "החזרה לחיים". במרכז "מתחילים מחדש" התוותה תוכנית עבודה לאחר מחקר איכותי שנערך בקרב מחלימים ממחלת הסרטן, והיא מתבססת על ידע שנצבר בעולם באשר לצרכים ולקשיים של אנשים הנמצאים בתהליך ההחלמה. מועסקים במרכז פסיכולוגים רפואיים, רופאים, עובדים סוציאליים, דיאטנים וסקסולוגים. שיטת העבודה של הצוות הרב מקצועי מתבססת על איסוף מידע מקיף על ההיסטוריה הרפואית של החולה

## שלום חברים,

מרביתנו בתקופה זו של השנה לוקחים פסק זמן, קצר או ארוך, לצורך חופשה והתרענות, לשהייה בחיק המשפחה ולבילוי משותף, ואנו מאחלים לכולכם חופשת קיץ מהנה ומטעינה באנרגיות מחדשות! כולנו מסכימים על חשיבות הדאגה לגוף ולנפש של המטפל ועד כמה משמעותי שניקח את המרחב לעצמנו לצורך התייחסות לצרכינו שלנו ולא רק לאלו של מטופלינו.

בחודש זה אנו מרכזים מאמצים אחרונים לקראת יום העיון אשר יתקיים עם סיום חופשת הקיץ ופתיחת השנה האקדמית במכללה האקדמית תל אביב יפו. יום העיון ייסב סביב כניסתה הייחודית של הפסיכולוגיה הרפואית בכמה תחנות שונות במעגל החיים של האדם, מלידה ועד סוף החיים. תאריכו הסופי ותכניו של יום העיון יופיעו בהזמנה הרשמית שתישלח ותפורסם בקרוב. הגעתכם אל יום העיון חשובה לכולנו שכן היכרות, דיון והפרייה הדדית יסייעו בהמשך עיצוב זהותה וייחודה של הפסיכולוגיה הרפואית בארץ. אנו פונים לכל חברי החטיבה הרפואית - מדריכים, מומחים, מתמחים וסטודנטים - הגיעו ועודדו את השותפים לכם בעשייה להגיע עמכם. יום העיון יהיה פתוח להגעת כל חברי החטיבות הנוספות אשר מתעניינים בתחומנו.

במהלך השנה ולקראת כניסתה לתוקף של הרפורמה בבריאות הנפש החליוזמות ברמה הארצית והמקומית להקמת מרפאות אשר תספקנה בהמשך שירותים פסיכולוגיים בקהילה. ניצנים ראשונים בהתייחסות של קופות החולים לצורך בשילוב הפסיכולוג הרפואי בצוותים של רפואה ראשונית החלו נראים בכמה מן הקופות ואנו שמחים ומברכים על כך מאוד. עם זאת, עדיין ישנה עבודה מרובה לפנינו ואנו נשמח לחבור לכל גורם אשר מבין את חשיבות השתלבותו במערכת הרפואית הקהילתית.

## דבר החטיבה התעסוקתית

### לחברי החטיבה שלום רב,

בעקבות כנס החטיבה אשר נערך בפברואר עלה צורך בהמשך תהליך הביורוקרטי המקצועי שהחל במהלכו, בחיזוק הקשר עם "השטח" וביצירת במה לתהליכי למידה רחבת בקרב החברים. לאור זאת מתוכנן יום עיון במהלך ספטמבר בנושא ייעוץ לאוכלוסיות חריגות, והוצעה מתכונת רבעונית לביצוע השתלמויות מקצועיות, כולל הקצאת זמן ומקום לדיון פתוח.

אנו ערים למאבקים פוליטיים בכנסת ובעיתונות לגבי מעמד הפסיכולוגיה על גווניה, תחרות עם בעלי עיסוקים אחרים ותחרות פנימית בתוך המקצוע.

אנו מברכים את חברי החטיבה ואת בני משפחותיהם בשנה טובה, שנה של עבודה והנאה בצידה, התפתחות אישית ומקצועית, מימוש עצמי וכמובן בריאות טובה.

**ועד החטיבה ואורית בן שאול  
יו"ר החטיבה התעסוקתית-חברתית-ארגונית**



### שלום לחברי החטיבה,

עד כה החטיבה הקלינית שבתוך הסתדרות הפסיכולוגים עבדה בשיתוף פעולה עם איגוד הפסיכולוגים הקליניים. רבים בהסתדרות הפסיכולוגים ראו באיגוד הפסיכולוגים ארגון מתחרה, ארגון פורש, ארגון הפוגע באחדות הפסיכולוגים, ואולם אנו בחטיבה הקלינית ראינו בו ארגון מקביל ומשלים ולא ארגון מתחרה.

כשהתחלתי את תפקידי כיו"ר החטיבה הקלינית לפני 4 שנים המצב הדואלי של שני ארגונים מייצגים לפסיכולוגים הקליניים היה עובדה מוגמרת. שנים לפני שהגעתי קם איגוד הפסיכולוגים הקליניים וההחלטה שלי ושל חברי החטיבה לשתף פעולה עם האיגוד נבעה מכך שרצינו לקדם את עניינם של הקליניים ולא לעסוק בהיסטוריה ובדואליות של התפקידים. בתחום המקצועי הייתה הבנה לא כתובה ולא רשמית שבעוד האיגוד ממשיך לארגן ימי עיון לקליניים ואת כנס הפסיכולוגים הוותיק בגינוסר, הרי שהחטיבה מארגנת ומקדמת בעיקר ימי עיון משותפים לקליניים ולחטיבות אחרות.

בתחום הפוליטי, הן החטיבה והן האיגוד הצטרפו ל"מטה המשותף" שפעל למתן את השינויים הדרסטיים שהמועצה הקודמת ניסתה לכפות על השדה הקליני, תוך התעלמות מקולם של רבים שעבדו בשירות הציבורי. המטה המשותף הורכב מארבעה נציגים של מנהלי התחנות לבריאות הנפש בארץ, מיו"ר איגוד הפסיכולוגים הקליניים, מיו"ר פורום אסטרטגיה, מהנציגים הקליניים במועצת הפסיכולוגים וממני כנציג החטיבה הקלינית בהפ"י. לאורך 4 השנים האחרונות נפגשנו לעתים קרובות, הוצאנו מכתבים ופעלנו רבות למען ייצוג הקול של השטח אל מול השינויים הדרסטיים שתכננה מועצת הפסיכולוגים למקצוע בכלל ולקליניים בפרט.

יחד עם זאת, בשנתיים האחרונות החל תהליך של חילוקי דעות ביני לבין שאר חברי המטה המשותף. אני מודה שחילוקי

הדעות נבעו משינויים בעמדה של החטיבה הקלינית לכיוון יותר מתפשר בנוגע להכשרה הקלינית העתידית וברצון ליזום ולפתוח ערוצים נוספים למפגשים בין המטה המשותף לגופים מ"המחנה האחר". לאורך הזמן היה קשה לגשר על פערים אלו.

שיתוף הפעולה בין איגוד הפסיכולוגים הקליניים לבין החטיבה הקלינית נחלש מהרגע שבו החטיבה הקלינית החלה ליזום באופן עצמאי ימי עיון וכנסים שנתנו במה לאנשים שבעבר תקפו את "המטה המשותף" ואת פועלו. לדוגמה, ביום עיון על התקשרות שיזמה החטיבה, אחד המרצים היה פרופ' אליצור שעמד בראש המועצה הקודמת ועורר ביקורת רבה הן במטרותיו והן בדרכי פועלו, כולל ביקורת שלי מעל במה זו. יחד עם זאת, השתתפותו ביום עיון הבהירה שיש הפרדה בין מחלוקות פוליטיות לבין שיתוף פעולה בנושא מקצועי גרידא. יום העיון הוחרם על ידי האיגוד!

בשנה האחרונה אני מרגיש את הקשר עם האיגוד כחד סטרי. בעוד שהחטיבה קידמה, פרסמה, ותמכה בכל פעילות של האיגוד, ושיתפה את האיגוד בכל יוזמה של החטיבה, האיגוד סירב לתמוך בימי עיון של החטיבה ולהפיצם בקרב חבריו. לאחרונה אף נמנעה מחברי הפ"י הקליניים ההנחה המסורתית בכנס השנתי בגינוסר, ללא שיתוף מוקדם של החטיבה במדיניות זו.

התלבטתי רבות האם לשתף אתכם הקוראים בתהליך הפנימי שהתרחש בשנתיים האחרונות. אני מבין שכלפי חוץ אנו צריכים להציג חזית אחת, במיוחד כאשר מתרחש מאבק. אולם יש גבול להצגת שווא של שיתוף פעולה כאשר בפנים יש התרחקות, כעס ועמדות שמתחילות להיות שונות באופן מהותי. כפי שאתם רואים, לבסוף הגעתי למסקנה שסגנון ההתנהלות של "המטה המשותף" מול החטיבה הקלינית ביחד עם תהליך של התרחקות בעמדות, מצדיק שלעת עתה, נקרא לילד בשמו ונאמר שהחטיבה הקלינית אינה שייכת יותר למטה המשותף ואינה בקשר עם איגוד הפסיכולוגים הקליניים.

ישנן מטרות משותפות שאמשיך להילחם עליהם והנתק אינו משנה את העקרונות. לדוגמה, אמשיך להילחם על כך שרצון רוב ציבור הפסיכולוגים בישראל להכשיר את דור העתיד עם בסיס פסיכודינמי יקבל ביטוי בדרישות הוועדה המקצועית. אמשיך לבטא את הדאגה של המשרתים בשירות הציבורי לגבי הרפורמה: הן בנושא מי זכאי לטיפול והן בנושא רמת ההשקעה בהכשרת הפסיכולוגים לעתיד. יחד עם זאת, אני מאמין שההכשרה צריכה לעבור שינויים. אי אפשר לשמור על אותה רמת השקעה יסודית בתחום הדינמי אם רוצים לפנות מקום גם לגישות אחרות. יש גבול כמה אפשר לדרוש מפסיכולוגיות בתחילת הדרך, ולמרות שתקופת התואר השני וההתמחות, היא זמן הכשרה קריטי לניצוב הבסיס המקצועי של הפסיכולוגים הקליניים בישראל, אפשר לחיות עם פשרה שתפחית את הידע הפסיכודינמי בתחום הטיפול והאבחון ותגביר ידע בתחומים אחרים ובשיטות טיפול חדשות.

בסופו של דבר, פסיכולוגים קליניים בארץ הוכיחו שהם אינם מסתפקים בהכשרה שקיבלו עד קבלת התואר "מומחה" (למעשה, הרישיון לטפל תחת התואר פסיכולוג מומחה), וריבוי הכנסים, ההכשרות, בתי הספר ללימודי המשך, ימי העיון ובעיקר קבלת הדרכות גם בהמשך הדרך, מעוררים בי ביטחון לגבי הרמה המקצועית שתישמר גם אם ילמדו את התחום הדינמי באופן פחות מעמיק מבעבר.

השנה, בעזרת נציגי הקליניים בוועד המרכזי, נמשיך לשמור על ערוץ תקשורת פתוח עם החברים הקליניים והלא קליניים בהסתדרות הפסיכולוגים, ליזום ימי עיון שיאפשרו קבלת אינפורמציה ויחשפו שינויים שמתרחשים במקצוע, לארגן ימי עיון שנותנים ביטוי לגישות חדשות ולפיתוחים בגישות קלאסיות ולקיים בחירות לחטיבה. קיץ נעים,

**עמוס ספיבק,**

**יו"ר החטיבה הקלינית**

## דבר חטיבת המתמחים

אפשרות להתחיל לטפל באופן פרטי בשלב מוקדם של ההתמחות ועוד. כמתמחים, אנו נמצאים בתחילת הדרך המקצועית ובכוחנו לסמן את השביל עבור עצמנו, אם רק נרצה בכך. בתקווה לשנה של התרחבות ואחדות בינינו, שייצרו כוח לשינוי ולהתקדמות חיובית.

**רותי ברנשטיין פרץ**

**נציגת המתמחים בוועד המרכזי**

ומול גורמים שמאיימים עלינו כמקצוע. חשוב שכולנו נעודד את כל חברינו להצטרף להפ"י ולחזק את כוחה. אין ספק שהצטרפות להפ"י מאפשרת לחברים להעלות נושאים שחשובים להם לסדר היום.

בימים אלה אנו עוסקים בין היתר בניסיון להשפיע על מקבלי ההחלטות בקשר להסכמי השכר שייפתחו בקרוב, הרחבת הזכאות לחופשת לידה במהלך ההתמחות,

### מתמחים יקרים שלום רב,

אני שמחה להיות המתמחה הראשונה שנבחרה לייצג אתכם בוועד המרכזי של הפ"י. עם זאת, לצערי, הייתי המתמודדת היחידה מקרבנו שהתמודדה על התפקיד. על מנת שנוכל, כפסיכולוגים וכמתמחים, להשפיע על אופי המקצוע ובבולותיו, עלינו לפעול כמיטב יכולתנו ולאחד כוחותינו, לחבור יחד לגוף מייצג אחד שיעמוד מול כל הגורמים החיצוניים שיכולים לסייע לנו



# מדיניות בעבודה: ילדים עם התנהגות מינית בלתי מותאמת

משולחנה של

## הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך, חוה פרידמן

המדווח. פרופ' שפין התייחס לדיווח של הורים לילדים המגיעים לקליניקה. 95% מהילדים המטופלים לא יפגעו שוב. הפרוגנוזה הטיפולית חיובית ביותר.

ישנה שונות רבה מאוד בין ילדים בתחום זה. בכל מקרה, יש להתייחס לכל מקרה לגופו! אלה מקצת מהדברים, יש להם משמעות רבה בנוגע לדעות רווחות בקרב אנשי מקצוע, דעת קהל ועיצוב מדיניות הטיפול בילדים במערכת החינוך. הנטייה הרווחת לאורך השנים בציבור הייתה להתייחס לילדים עם התנהגות מינית בלתי מותאמת כמי שמפתחים בעיות התנהגות מיניות. עמדה זו הגבירה את ההדרה של הילדים הללו ובאופן פרדוקסלי פגעה בסיכוי הטיפול בהם. יש חשיבות רבה לכך שאנשי המקצוע ומכאן גם הציבור הרחב יקבלו מידע אמין בנוגע לתופעה מטרידה זו בקרב ילדים, מידע המבחין כאמור בין התופעה בקרב ילדים, מתבגרים ובוגרים.

יוזר שמרכז המחקר והמידע של הכנסת הוציא דו"ח בנושא: "התנהגות מינית פוגעת אצל ילדים ומתבגרים. נתונים ודרכי טיפול במערכת הרווחה והחינוך" (נובמבר 2011):

[knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02973.pdf](http://knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02973.pdf)  
הגורמים המקצועיים בתחום, ובהם אנו הפסיכולוגים, זקוקים לידע אקדמי עדכני ורחב בתחום על מנת להדריך צוותי חינוך, ליעץ ולטפל בילדים ובמשפחותיהם. פעולות אלה מתבססות בין השאר על עמדותינו המקצועיות ועל כן חשוב שנעצור ונבחן אותן, בעיקר בתחום שבו הידע הולך ומתפתח. יש לנו השפעה רבה על עמדותיהם של צוותי חינוך ושל הורים ומכאן גם על ההתגייסות שלהם לסייע לילדים אלה.

חוה פרידמן

הפגיעות המיניות בין ילדים לשיח פתוח עם פרופ' מרק שפין, שעמד בראש כוח משימה אמריקאי שנדרש לסוגיית ההתנהגות הבלתי מותאמת מינית של ילדים עד גיל 12. כוח המשימה פרסם נייר עמדה בנושא זה:

Report of the Atsa Task Force on Children With Sexual Behavior Problems (2008). Child Maltreatment, 13(2), 199-218.

שיח זה אפשר לשמוע את תובנותיו של פרופ' שפין כמי שעוסק שנים במחקר ובטיפול הקליני בילדים שהתנהגותם המינית בלתי הולמת, בנושא רגיש זה הזקוק לעדכון ידע ומדיניות. אביא גם על קצה המזלג את עיקרי דבריו המתייחסים כאמור לילדים עם התנהגות מינית בלתי מותאמת מתחת לגיל 12 (גיל האחריות הפלילית):

המונח sexual abuse, הטרדה מינית, הוא מונח רחב ביותר.

קשה מאוד לבצע הערכת סיכון לילדים או במילים אחרות לנבא הישנות של פגיעה. ההערכה היא שהסיכוי לפגיעה חוזרת הוא 1:100. הערכת הסיכון מתבצעת בעיקר לצורך מעקב התנהגותי.

הסיכון שילד עם התנהגות מינית בלתי מותאמת יחזור על התנהגות של פגיעה קשורה בין השאר בכשל בהשגחה.

יש משמעות קריטית לטיפול בילדים עם התנהגות מינית בלתי מותאמת ולסוג הטיפול. הטיפול אינו בהכרח ייחודי לתחום הפגיעות המיניות וקשור בעיקרו לטיפול התנהגותי עם עדיפות ל-CBT משפחתי או multi systematic therapy. ההורים תמיד צריכים להיות שותפים בטיפול.

60% מהילדים שפוגעים בילדים אחרים - נפגעו בעצמם. יש עם זאת להסתייג ולהגיד שנתון זה משתנה בין מחקרים ומקורות מידע ציבוריים בהתאם לגורם

סוגיות הקשורות בהתנהגות מינית בלתי מותאמת של ילדים מעסיקה רבות את מערכת החינוך ובתוכה גם את הפסיכולוגים. הולכת ומתפתחת ההכרה שיש לתת את הדעת להתנהגות המינית בלתי מותאמת של ילדים צעירים באופן מובחן ממתבגרים ובאופן שונה מהתנהגות מבוגרים. כיצד אנו מתייחסים לילד בן שלוש שהזמין ילד אחר בגן שלו הנפגע. תגובתה של מערכת החינוך לאירועים של פגיעה מינית בין ילדים מסמנת למעשה לציבור הרחב את המשמעות שלה: מה מידת החומרה שיש לפגיעה מינית בין ילדים? מהו ייחוס הרצידיביזם של ההתנהגות? אילו התערבויות חינוכיות וטיפוליות דרושות לילד שפגע? מה הפרוגנוזה של טיפול? האם יש להפריד בין הילד הנפגע לבין ילד עם התנהגות מינית בלתי מותאמת?

עמדתה של מערכת החינוך כלפי התופעה מקבלת ביטוי בין השאר בטרימינולוגיה שבה משתמשים: "פוגע מינית" או ילד עם "התנהגות מינית בלתי מותאמת". משרד החינוך שוקד על דיונים מקצועיים בסוגיה זו מזה זמן, תוך היוועצות עם מומחים מהאקדמיה בתחום. אחת הסכנות בתחום זה ביחס לילדים היא התייחסות בלתי מובחנת להתנהגות מינית בהקשר גיל, ונטייה שרווחה לאורך השנים לראות בכל ילד עם התנהגות מינית בלתי מותאמת פדופיל פוטנציאלי! עמדה זו איננה משרתת באופן ראוי את הטיפול הפרטני והמערכתי בילדים שהוא הכרחי ונחוץ.

הפעם אני מבקשת לשתף את הקוראים ברשמים ממפגש, שהייתה לי הזדמנות להשתתף בו, באדיבותו ומקצועיותו של מכון חרוב. המכון הזמין פסיכולוגים ויועצים חינוכיים העוסקים בתחום

## דבר החטיבה ההתפתחותית

מפגשים לאחר האבחון, ובתוך ים העבודה המוטלת עלינו, אנו צריכים לתת את הדעת לרווחת המשפחות בד בבד עם התייחסות לצורכי המערכת ולתורים המתארכים. אני מאחלת לכולנו קיץ שקט, חופשה נעימה, ויכולת עמידה וחוסן.

תמי מאיר וכל חברי הוועד

וגדל בכוח אדם ובתקנים בכל המערכת הרפואית מחד גיסא, וזרם הולך וגובר של אוכלוסיות מיוחדות הזקוקות לעזרתנו כגון ילדים על הספקטרום וילדים הסובלים מהפרעות קשב מאידך גיסא. האתגר העומד בפנינו גדול ואנו צריכים לתת מענה במספר פגישות מצומצם באופן מהיר ומקצועי כאחד, לכל הילדים המגיעים אלינו. בכנס האחרון שלנו דיבר פרופ' אורנו על הצורך ללוות את המשפחות לפחות בכמה

## לחברי החטיבה שלום רב,

אנו נמצאים פעם נוספת בסיטואציה שבה אנו נדרשים לצאת מן השגרה של טיפול ועזרה למשפחות וילדים בעלי מורכבויות שונות, ולהידרש לתת מענה למצבי חירום ולחץ, והפעם גם באזורים נרחבים יותר. הנני מחזקת את ידי כל הפסיכולוגים בשעה טרופה זו, ומאחלת שישוב השקט במהרה למחוזותינו. כאן המקום לציין את המחסור ההולך



לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד ועוד הרבה תוכניות ומשימות נכונות לנו. חברים יקרים, בעודנו כותבים את הטור לגיליון הקרוב החל מבצע צוק איתן. אנו יודעים שהפסיכולוגים החינוכיים הפזורים ברחבי הארץ עושים לילות כימים על מנת לסייע לכלל האוכלוסייה להתמודד. אנו מחזקים את חברינו, אשר התייחסו למילואים וכן את אלו אשר פועלים בעורף. במקביל, כפי שפורסם באמצעי התקשורת, הפ"י הקים קו חירום טלפוני למענה וסיוע נפשי. אנו מאיישים אותו במשמרות ומשתדלים לסייע ככל שניתן.

לסיום, חברים יקרים, חשוב לנו לשמור על קשר עם הפסיכולוגים החינוכיים, לשמוע את קולכם, לדעת במה אנו יכולים לסייע. אנו מזמינים אתכם לפנות אלינו במייל עם שאלות, בקשות והצעות. אגא כתבו אלינו לכתובת: [vaadpc@gmail.com](mailto:vaadpc@gmail.com)

מאחלים לכולנו שיבואו ימים שקטים וטובים, ימים של שלום ושלוה.

**שמעון נסים**  
**אלסי מאמו וד"ר דליה אלוני**

החינוכיים כמי שיכולים להתקבל לשורותינו. הנושא עלה בישיבה האחרונה ואנו הבענו מחאתנו הנמרצת והמונמקת. סוכם שיתקיים דיון נפרד בנושא בוועד הפ"י וכמובן שדברינו יבאו בחשבון. שנית, שמעון, דליה ועו"ד ממשרד היועץ המשפטי של הפ"י הפיעו בדיון בוועדת החינוך של הכנסת בנושא חוק תלמידים לקוי למידה במוסדות על-תיכוניים. המעמד היה רציני, מרגש ומחכים מאוד. בדיון נכחו נציגי משרדי הממשלה השונים וכמובן בעלי אינטרסים שונים, אשר עושים מאמצים ניכרים לקדם את מעמדם. החוק המוצע נוגע לאבחון וטיפול בתלמידים לקוי למידה במוסדות על-תיכוניים ומנוסח כך שהוא פוגע פגיעה קשה ומהותית בעיקר ביכולת שלנו לאבחן. אנו העלינו השגות הנוגעות לשלושה סעיפים מתוך החוק ואלו נרשמו בפרוטוקול. במהלך חודש יולי הוזמנו למליאת הקראת החוק וגם שם נמשיך לפעול ולייצג את עמדותיהם של הפסיכולוגים החינוכיים.

בנוסף, בימים אלו אנו שוקדים על ארגון יום עיון עבור הפסיכולוגים החינוכיים, אשר יתקיים עם תחילתה של שנת הלימודים הבאה, וכן אנו שוקדים על ארגון כנס עבור סטודנטים

**חברים יקרים,** ראשית ברצוננו להודות מקרב לב לכל החברים אשר תמכו ובחנו בנו כנציגי הפסיכולוגים החינוכיים בוועד המרכזי של הפ"י. אנו רואים בתפקידנו זכות ואחריות גדולה. מאז שנבחרנו השתתפנו בישיבות של הוועד המרכזי, התוודענו לבעלי התפקידים, לנציגי החטיבות האחרות ולמטרות של הארגון. בכל ישיבה הועלו נושאים בעלי חשיבות עבור כלל החברים בהפ"י ובהם נושאים שרלוונטיים בעיקר לחטיבה שלנו. כנציגים של החטיבה החינוכית אנו משמיעים את קולם של הפסיכולוגים החינוכיים ומביעים את עמדתנו. המלאכה מרובה ומתפרשת על פני משורים שונים, החל מהגנה על גבולות המקצוע והטמעה של התיקון לחוק סעיף 9/ב, שיפור תנאי העסקה והשכר, הסדרת העיסוק באבחון לקויות למידה, השגת הטבות לרווחת הפסיכולוגים ועוד. אנו מסבים את תשומת לבנו ופועלים במקביל במישורים השונים.

אנו שמחים לעדכן בשני נושאים חשובים: ראשית, בגיליון הקודם של פסיכואקטואליה הופיע פרסום של בית ספר ללימודי פסיכותרפיה, אשר השמיט את הפסיכולוגים

# משולחנה של ועדת האתיקה

ועדת  
האתיקה

האתיקה, פרסום מאמרים בנושאים מקצועיים עקרוניים העולים מהשטח במדור "משולחנה של ועדת האתיקה" בפסיכו אקטואליה, רבעון הפ"י.

אנו נתקלים בשאלות חוזרות ובלונות העולות מהשטח המתייחסות לכללי אתיקה שונים ולדילמות עקרוניות הנוגעות למפגש בין חוק ואתיקה.

במדור זה נתמקד כל פעם בסוגיה אחרת החוזרת ועולה על שולחננו ונדון בה בהרחבה, מתוך רצון להעלות את המודעות לסוגיות אלו שהפסיכולוגים נפגשים עמן בעבודתם ולעזור לאיש המקצוע לחשוב "אתיקה": לקבל החלטות נכונות ולהתנהל בדרך הנכונה ביותר מבחינה מקצועית.

נשמח גם לענות לכל בקשה שתגיע אלינו להעלאת נושאים שמעניינים את הקוראים. הפנייה יכולה להיות דרך משרד הפ"י בדואר או באי-מייל.

מילה אחרונה של תודה שמורה למזכירת הפ"י, נחמה בלפר, המלווה את הוועדה ללא לאות, על סבלנותה וחריצותה.

בברכת עשייה איתת-מקצועית ופורייה.

**חנה בן-ציון - יו"ר**  
**יונת בורנשטיין בר-יוסף**  
**שלומית בן-משה**  
**נגה קופלביץ**

ועדת האתיקה פועלת בתוקף תקנון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. חברי הוועדה נבחרים על ידי כלל חברי הפ"י אחת לארבע שנים. חברי הוועדה מייצגים את כלל ההתמחויות המוכרות של הפסיכולוגיה בישראל. פעילותה של הוועדה מתבססת הן על עקרונות וכללי קוד האתיקה והן על החוק ותקנותיו. במקרים מסוימים, הוועדה מתייעצת גם עם היועץ המשפטי של הפ"י. הוועדה פועלת בכמה תחומים:

### דיון וביור תלונות של בעלי עניין על פסיכולוגים

את דיוני הוועדה בתלונות על פסיכולוגים מנחה הקפדה על ישר המידות של הפסיכולוגים והתנהלותם בהתאם לכללי האתיקה והחוק. מצאה הוועדה כי התלונה מוצדקת, היא יכולה לנקוט דרך ענישה החל מאזהרה עד להעברת התלונה לוועדת התלונות של משרד הבריאות (במקרים שבהם הוועדה סבורה שנעברה עבירה גם על החוק ולא רק על כללי האתיקה).

### ייעוץ לפסיכולוגים

הייעוץ ניתן לפסיכולוגים חברי הפ"י לגבי סוגיות ודילמות מקצועיות ואיתות שבהם הם נתקלים בתפקודם המקצועי.

**חינוך לחשיבה מקצועית-אתית**  
הכנה, הנחיה וליווי של ימי עיון הנוגעים בנושא

ועדת האתיקה הנכנסת החלה פעילותה במרץ 2014.

זו ההזדמנות להודות מכל הלב לד"ר רבקה רייכר-ענתי, יו"ר הוועדה היוצאת, ולחברות הוועדה: יונת בורנשטיין בר-יוסף, נאוה גרינפילד, חנה האושר-פורת ונגה קופלביץ, על עבודה ענפה ופורייה בתחום. אין ספק שפעילות הוועדה היוצאת מצטרפת לפעילות ועדות האתיקה הקודמות, אשר בזכותן מוטמע נושא האתיקה יותר ויותר בין הפסיכולוגים.

קוד האתיקה של הפסיכולוגים הוא קוד דינמי, שכלליו נגזרים מהעקרונות האתיים המנחים המשקפים את ערכי המקצוע. הוא מהווה אמת מידה לשיפוט ההתנהגות המקצועית הראויה, ומסייע לפסיכולוגים לקבל החלטות מקצועיות ואיתות נכונות ולדעת מהי ההתנהגות הראויה של איש המקצוע בחברה משתנה.

ועדת האתיקה של הפ"י פרסמה את קוד האתיקה הראשון של הפ"י בשנת 1998. קוד זה עודכן בשנת 2004 ואומץ על ידי מועצת הפסיכולוגים ב-2006. בימים אלה שוקד צוות המורכב מחברי הוועדה היוצאת, שחלקם ממשיכים גם בוועדה הנוכחית, על עדכון הקוד.

לאחר שיאושר הקוד המעודכן החדש על ידי הוועד המרכזי של הפ"י, תפעל ועדת האתיקה להפצתו ולהטמעתו בקרב כלל הפסיכולוגים בישראל.







## היחידה ללימודי המשך ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד

# ההרשמה לשנה"ל תשע"ה בעיצומה

היחידה מציעה לאנשי מקצוע בשדה ולגופים ארגוניים מגוון רב של תכניות להתמחות וכן קורסים מקצועיים ייחודיים. הלימודים ניתנים ע"י מיטב המרצים בתחום. פתיחת שנת הלימודים אוקטובר - נובמבר 2014.

### תכניות העמקה והתפתחות מקצועית

- "הורות כמרחב מיטיב" - גישה אינטגרטיבית בהדרכת הורים
- החלום בראי המעשה הטיפולי
- טקסטים לנפש
- התבוננות פסיכודינמית בראייה קוהוטיאנית - הבנה וכלים בעשייה הטיפולית

### תכניות ניהול ופיתוח

- תכנית למנהלים ולבעלי תפקידים בכירים במסגרות טיפול בקשישים
- ניהול איכות למנהלי בתי אבות בתפיסת ISO-9001

### קורסי הדרכה

- הדרכה לעובדים סוציאליים
- הדרכה בתפיסה דינמית
- סדנת הדרכה על הדרכה

### תכניות להתמחות

- תכנית לפסיכותרפיה ממוקדת קצרת מועד
- תכנית לפסיכותרפיה בגישה האנליטית של יונג
- תכנית לפסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית
- תכנית הכשרה לטיפול מיני
- תכנית הכשרה לטיפול מיני באנשים עם נכויות, לקויות וחולי כרוני
- תכנית להכשרת מטפלים בעברייני מין
- תכנית להכשרת מטפלים ומטפלות בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית
- תכנית להכשרת מטפלים זוגיים ומשפחתיים
- תכנית תרפיה מבוססת מיינדפולנס
- תכנית למטפלים בילדים ובנוער בגישה פסיכודינמית
- תכנית הכשרה לטיפול במשחק
- תכנית להכשרת מטפלים בגישת "מפנה", טיפול מערכתי ייחודי בתינוקות המאובחנים בספקטרום האוטיזם ובמשפחותיהם
- תכנית הכשרה לטיפול בהפרעות אכילה - תיאוריה, אבחון וטיפול
- המשחק - כלי להתמודדות רגשית ולהתפתחות הילד
- תכנית להתערבות התנהגותית-קוגניטיבית בשיקום בכריאות הנפש
- תכנית להכשרת מתורגמנים משפת סימנים ישראלית לעברית ומעברית לשפת סימנים ישראלית

במרכז לטיפול במשפחה ע"ש קיוקין של היחידה ללימודי המשך פועלות הקליניקות:

הקליניקה לטיפול זוגי ומשפחתי

הקליניקה לטיפול במשחק לילדים עם קשיים רגשיים

הקליניקה לטיפול מיני

הטיפוליים ניתנים באווירה אמפתית ורגישת תרבות.

הקליניקות פתוחות לקהל הרחב השירות בהן ניתן ע"י המתמחים בתכניות הלימוד השונות, בתשלום סמלי.

אנו מזמינים אותך לבקר באתר היחידה ולקרוא חומרים נוספים על תכניות הלימוד [www.biu.ac.il/soc/sw/hemshech/programs.html](http://www.biu.ac.il/soc/sw/hemshech/programs.html)

טל': 03-5318211, 03-5317265

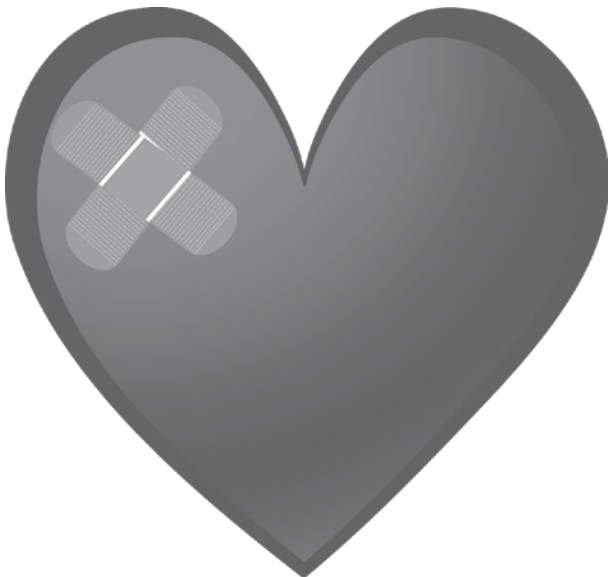
# דברים שהלב מרגיש וזוכר

## שילוב גישת EMDR באוכלוסיית החולים בשיקום הלב:

תאוריה, ניסיון קליני ותיאור מקרה טל בר-נוי רפפורט\*

אוכלוסייה אשר סבלה עוד לפני מחלת הלב ממחלות שונות כגון יתר לחץ דם, סכרת, כולסטרול שומנים בדם ועוד, התיגו של חולים אלה את עצמם כחולי לב מעורר אצלם קושי ונתפס בעיניהם כאיום ממשי הן על חייהם והן על תחושת הערך העצמי שלהם. תקפות השיקום מתאפיינת אפוא בעיסוק מוגבר ובבחינה מחדשת של אמונות ותפיסות הקשורות בבריאות, בגוף ובהערכת המסוגלות העצמית.

**הערוץ הפיזיולוגי** - תקופת ההחלמה מאופיינת לרוב בעוררות



פיזיולוגית מוגברת הכוללת מגוון של מיחושים והפניית קשב מוגברת לתחושות הפיזיות השונות. למעשה, במובן מסוים נראה כי אנשים אלה שמים לב פתאום שיש להם לב... תחושות שקודם לכן היו קיימות ולא זכו לתשומת לב מיוחדת מקבלות עכשיו מקום ומשמעות חדשים. כל תחושה עוברת הערכה דרך פילטר חדש, הבוחן: האם זוהי אינדיקציה לכך שמשהו לא בסדר? האם אני עומד לקבל התקף לב נוסף? לאלו מצטרפים לעתים אי נוחות, כאבים ועייפות הנובעים מתהליך ההחלמה של הגוף או מתופעות הלוואי של התרופות. השיקום עשוי להתבטא גם בקשיים בשינה, בירידה בחשק המיני ובהפרעות בתפקוד המיני, וכן בקשיים בריכוז הבאים לידי ביטוי בעיקר בקושי בקליטת מידע חדש.

**הערוץ ההתנהגותי** - המערכת הרפואית זוכה לעתים לקבל מקום חדש בחיי המטופל, כך שחולים שקודם לכן נמנעו מפנייה לבדיקות ולרופאים או פשוט לא הרגישו שהם זקוקים לכך, כעת הם מרגישים

מורבידיות פסיכיאטרית מזוהה בשנים האחרונות יותר ויותר כגורם סיכון ראשוני ושניוני לפיתוח מחלות לב, ולפגיעה בהחלמה ובהתאוששות. מתוך מחקרים שנערכו בשנים האחרונות עולה תכופות הקשר בין הפרעות חרדה ודיכאון לבין תחלואה ותמותה ממחלות לב. נראה כי מדובר הן בקשר ישיר והן בקשר עקיף. הקשר הישיר מוסבר על ידי קיומו של מנגנון פיזיולוגי משותף להפרעות אלו ולמחלות לב: ממחקרים עולה כי קיימת פגיעה בתפקוד הוויסות בציר בלוטת האדרנל, בתפקוד ובאיזון של מערכות העצבים, הסימפתטית והפאראסימפתטית, וכן בתגובה החיסונית-דלקתית הנראית גם בקרב חולי לב וגם בקרב האוכלוסייה הסובלת מחרדה ודיכאון ללא עבר ורקע קרדיאלי. הקשר העקיף מוסבר על ידי המנגנון ההתנהגותי: מחקרים מצביעים בבירור על השפעתם העקיפה של הפרעות דיכאון וחרדה על התנהגויות מסכנות, היענות מופחתת לטיפול רפואי והשתתפות ירודה בתוכניות לשיקום לב. מכאן עולה החשיבות הגבוהה לטיפול יעיל בהפרעות אלו בקרב הסובלים ממחלות לב (Whalley et al. 2014; Iosifescu 2007; Kop & Ader, 2006; Moser & DE Jong, 2006).

**תקופת השיקום היא תקופה מורכבת, שכן לצד ההתאוששות והחזרה לשגרה, זו גם תקופה שבה מתעורר צורך בשינוי הרגלים כגון תזונה, התעמלות, הפסקת עישון וכדומה, ובבחינה מחדשת של סדרי העדיפויות**

אוכלוסיית החולים המגיעה לשיקום הלב כוללת בעיקר חולים המגיעים זמן קצר אחרי התקף לב, צנתור או ניתוח מעקפים. חלקם מגיעים עם עבר קרדיאלי בעוד עבור חלקם זהו מפגש ראשוני עם מחלת הלב, ולחוויתם עם מחלה בכלל. תקופת השיקום היא תקופה מורכבת, שכן לצד ההתאוששות והחזרה לשגרה, זו גם תקופה שבה מתעורר צורך בשינוי הרגלים כגון תזונה, התעמלות, הפסקת עישון וכדומה, ובבחינה מחדשת של סדרי העדיפויות. ההתמודדות עם כל אלו מתאפיינת פעמים רבות בתגובות מוגברות בערוצים השונים: הקוגניטיבי, הפיזיולוגי, ההתנהגותי והרגשי. לכל אלו השפעה ניכרת על תהליך שיקומו והחלמתו של החולה.

**הערוץ הקוגניטיבי** - עוסק בהתמודדות עם תיוג האדם מחדש כחולה לב. על אף שפעמים רבות אוכלוסיית חולי הלב היא

\*טל בר-נוי רפפורט, פסיכולוגית רפואית, המכון לשיקום הלב, בית החולים מאיר, כפר-סבא.



לתחושת אשמה לגבי אופן ההתנהלות וההתמודדויות בעבר לצד תחושת החמצה וכסס. ממחקרים שנעשו נמצא כי שכיחות דיכאון בקרב חולי לב גבוהה פי 3 מהאוכלוסייה הרגילה. אולם פעמים רבות נראה כי דיכאון בעקבות מחלה לבבית שונה מדיכאון באוכלוסייה הרגילה הן במאפייניו והן בעמידותו לטיפולים (losifescu 2007; Kop & Ader 2006). אחד ההסברים שהוצע לכך הוא הממד הטראומתי הקיים בקרב אוכלוסייה זו, שכן האירוע הלבבי או פריצתה הפתאומית של מחלת הלב הם אירועים שעלולים להיות טראומטיים מהבחינה הרגשית. אוטם שריר הלב עשוי להיחוו כאירוע בלתי צפוי ומאיים על החיים, ולהותיר את החולה בתחושת פחד עזה וחוסר אונים. אם החולה מפתח היזכרות חזרתית באירוע זה, הימנעות ממצבים המזכירים את אירוע הלב וסובל מעוררות יתר תמידית לתקופה הנמשכת יותר מחודש אחרי האירוע, אפשר לאבחנו כסובל מתסמונת פוסט טראומטית. במחקרים נמצא כי בין 10 ל-20 אחוזים מהחולים סובלים מסימפטומים העונים לאבחנה של PTSD לאחר אירוע לבבי. אלה שנראים אצלם סימפטומים של PTSD גם שלושה חודשים אחרי האירוע, לא נוטים להשתפר ספונטנית עם הזמן. חשוב לציין שגם בהעדר אבחנה מלאה של פוסט טראומה, בקרב אלו הסובלים מסימפטומים טראומטיים, אפשר למצוא פגיעה משמעותית באיכות החיים והתוצאות הרפואיות ירודות. ביטוי לכך אפשר לראות בהיענות נמוכה יותר לטיפול רפואי. נמצא כי אנשים הסובלים מטראומה בעקבות האירוע הלבבי עשויים להימנע מכל רמז שמזכיר להם את המחלה ובכלל זה להימנע מהיענות להמלצות הרפואיות השונות (תרופות ועוד). כמו כן, נמצאה נטייה גבוהה יותר להתנהגויות סיכון כפי שנכתב לעיל. בנוסף ישנה סומטיזציה מוגברת המתבטאת בהגעה תכופה יותר לחדרי המיון ובפנייה תכופה יותר לרופאים. כל אלו מובילים לשליטה מועטה בגורמי הסיכון ולתמותה גבוהה יותר (Doerfler & Paraskos, 2011; Shemesh et al., 2006).

לאור הניסיון הקליני והמחקרי המצטבר, ובשל הקומורבידיות הגבוהה הקיימת בין דיכאון וחרדה, נראה כי בטיפול באוכלוסיית חולי הלב חשוב להתייחס גם להיבט הטראומתי הנלווה למחלה. עד היום נעשו מעט מחקרים אשר בדקו התערבויות טיפוליות יעילות בפוסט טראומה בקרב חולי לב (Doerfler & Paraskos, 2011). רוב המחקרים בחנו גישות התערבות קוגניטיביות-התנהגותיות וגישות לוויסות ולהפחתה של לחצים.

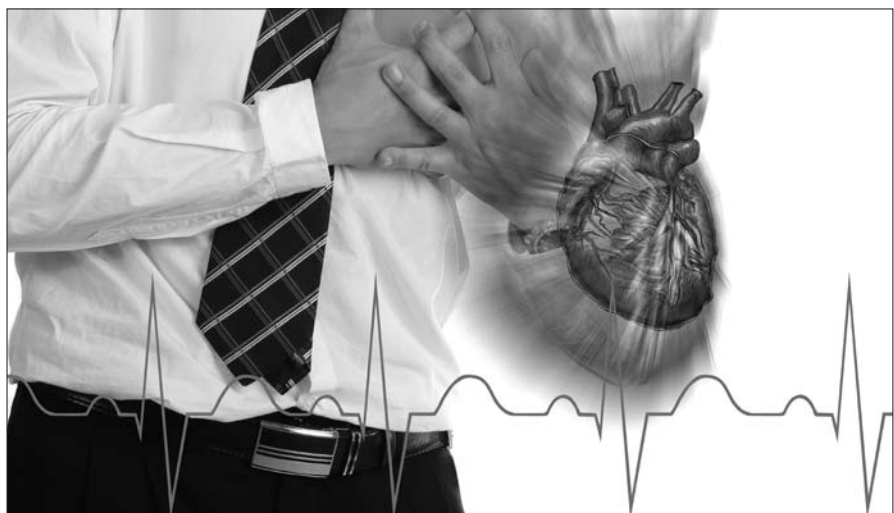
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) היא גישה פסיכו-תרפויטית לטיפול בקשיים נפשיים, סומטיים והתנהגותיים, הנגרמים בעקבות חשיפה לאירועים קשים. גישה זו מתבססת על מודל עיבוד המידע האדפטיבי, לפיו כאשר מידע הקשור לחוויה טראומטית או חוויה המעוררת מצוקה מאוחסן ברשתות הזיכרון. הוא אינו מעובד כהלכה, ולכן מעורר תגובות דיספונקציונליות. למעשה מודל זה מציע כי זכרונות לא מעובדים של אירועי חיים קשים הם הבסיס לפתולוגיה. באופן טבעי המוח מסוגל לעבד ולהתמודד עם מידע רב מסוגים שונים, אולם במצבים טראומטיים המוח לא מסוגל לעשות עיבוד זה. מכאן זכרונות טראומטיים יוצרים תקיעות במערכת עיבוד המידע.

כי זהו המקום הבטוח ביותר עבורם, המקום היחיד שבו הם יכולים להסיר את הספק מלבם ולקבל תשובה ודאית ולגבי תחושותיהם ומכאוביהם. דבר זה מוביל לפנייה מוגברת לרופאים ולחדרי מיון. מנגד, הפחד ממאמץ יתר ומשיפוט לא נכון של המצב מוביל פעמים רבות להתנהגויות שונות המאופיינות בהימנעות ולקושי בחזרה לשגרה שאינו תואם את ההמלצות הרפואיות. התנהגויות אלה כוללות לעתים הימנעויות גם ממצבים המזכירים את האירוע כגון הגעה לשיקום, נטילת תרופות ועוד. לפרקים מתפתחות גם התנהגויות ביטחון שונות כגון הימצאות תמידית בקרבת מקום נגיש לעזרה, בדיקות תכופות של לחץ דם, דופק ועוד. לצד אלו אפשר לראות פעמים רבות קושי בשינוי הרגלים או הגברת התנהגויות סיכון כגון עישון, שתייה ואכילת יתר כחלק מדפוסי ההתמודדות עם הלחצים והפחדים ומגוון הרגשות שהתעוררו.

## תקופת ההחלמה מתאפיינת בתגובתיות רגשית מוגברת. הפחד מהעתיד ומאירוע לב נוסף, הפניית הקשב המוגברת לסימפטומים הגופניים והעוררות המוגברת [...], מביאים פעמים רבות להתפתחותו של מעגל חרדה ופאניקה

**הערוץ הרגשי** - תקופת ההחלמה מתאפיינת בתגובתיות רגשית מוגברת. הפחד מהעתיד ומאירוע לב נוסף, הפניית הקשב המוגברת לסימפטומים הגופניים והעוררות המוגברת (שלעתים מייצרת בעצמה סימפטומים הדומים לסימפטומים של התקף לב), מביאים פעמים רבות להתפתחותו של מעגל חרדה ופאניקה. למעשה, חרדה היא תגובה שכיחה וטבעית בקרב חולי לב מיד לאחר אירוע או כל פרוצדורה כירורגית אחרת (70-80 אחוזים). על פי רוב החרדה פוחתת עם התייצבות המצב הרפואי והחזרה לחיים אקטיביים, אולם בקרב 20-25 אחוזים היא נמשכת ונהיית כרונית. (Moser & DE Jong 2006).

תחושת הערך העצמי הנפגעת וחוסר הוודאות לגבי העתיד, לצד התחושות הגופניות והמגבלה הפיזית, מביאים לעתים קרובות לדכדוך ולעתים אף לכדי דיכאון ממש. הבחינה המחודשת של סדרי העדיפויות, העמדות והתנהגויות הסיכון מובילה פעמים רבות



## היציאה מחדר הצנתורים

כשהתבקש לחזור ולהריץ את הסיפור בדמיונו ולעצור כשעולה משהו שמפריע, יוסי בחר להתמקד ביציאתו מחדר הצנתורים, במפגש הראשוני עם בני משפחתו.

כשנשאל לגבי האמונה השלילית שיש לו ביחס לתמונה זו אמר: "אני חלש, לא שווה".

כשנשאל מה היה רוצה להאמין על עצמו ביחס לתמונה זו אמר: "אני מספיק חזק, אני יכול להתמודד עם זה".

כשנשאל מה הוא מרגיש בגוף וברגש בזמן שהוא מחזיק בתמונה זו, תיאר קושי בנשימה, כאבים הדומים מעט לכאבים שחש בהתקף הלב עצמו ותחושת עצבות.

כשנשאל עד כמה מפריעה לו ההיזכרות בתמונה זו בסולם של 0 (לא מפריע בכלל) עד-10 (מפריע מאוד), תשובתו הייתה 5.

בתחילת עבודת העיבוד חש יוסי התגברות של הכאבים, לצד עלייה בתחושת העצב. לאחר כמה סטים של גירוי בילטרלי, כשהתבקש לחזור לאירוע שעליו עבדנו, תיאר קושי להתמקד בתמונה - קפיצה בין התמונה של לפני כניסתו לצנתור לתמונה של יציאתו מחדר הצנתורים, במקביל לתחושה של שרירים שקופצים בגוף. ביקשתי ממנו להתמקד בקפיצות האלה ולנסות לראות מה עולה שם תוך כדי גירוי. לאחר התמקדות יוסי תיאר זאת כקפיצה בין תקווה לייאוש.

ביקשתי מיוסי לאפיין את שני הקולות. יוסי תיאר זאת כך:

תקווה - עיגול אדום, גדול. יש בה מוטיבציה, כוח ואופטימיות.

ייאוש - משולש קטן, אפור, קר ושפיר.

ביקשתי מיוסי לתת לשני הקולות הללו לדבר ביניהם. בתחילה, כל פעם השתלט קול אחר, כאשר הקול של התקווה נראה היה כשייך יותר לסובבים אותו. בהמשך סיפר על ערבוב בצבעים, לצד תחושה טובה שמתפשטת באזור בית החזה ורוגע. כשנשאל עד כמה מפריעה לו עכשיו ההיזכרות באירוע ענה כי פחות (2), וכי אמונתו בדבר היותו חזק ומתמודד התחזקה.

## התקף הלב

האירוע הבא שעליו עבדנו היה התקף הלב עצמו. התמונה הכי קשה: בבית, עומד כאוב ומזיע מול המזגן.

כשנשאל לגבי האמונה השלילית שיש לו ביחס לתמונה זו אמר: "אני מטומטם, אני לא יכול לדאוג לעצמי".

כשנשאל מה היה רוצה להאמין על עצמו ביחס לתמונה זו אמר: "עשיתי מה שצריך, אני יכול לשמור על עצמי".

כשנשאל מה מרגיש בגוף וברגש בזמן שמחזיק בתמונה זו, אמר: תחושת חוסר אונים קשה ותחושה חזקה של פנפוס על שנתן להתקף להגיע לעוצמה כזו.

כשנשאל עד כמה מפריעה לו ההיזכרות בתמונה זו בסולם של 0 (לא מפריע בכלל) עד-10 (מפריע מאוד), תשובתו הייתה 6.

בעבודת העיבוד הזו עלה קושי בהורדת רמת המצוקה שהאירוע מעורר מתחת ל-4, למרות דיווחו על שיפור בתחושה (פחות נזכר ופחות חודרני בגוף). כשבדקתי איתו מה מפריע למצוקה לרדת, ענה כי הוא מרגיש שזה לא בסדר שמצוקתו תרד ל-0. הוא מרגיש שהזיכרון של האירוע שומר עליו מפני חזרה לדפוס ההתנהגות הישנים ושהוא עדיין זקוק לו. הצעתי שנבדוק עד כמה זה נכון בשבילו להוריד אותו. שאלתי אותו האם נכון לו לשמור על רמת המצוקה כמו עכשיו או פחות. יוסי אמר שפחות, אך לא ידע כמה. הצעתי ליוסי את האפשרות לשים את הזיכרון בתוך תיק דמיוני שאותו אפשר בכל עת לפתוח, ולבדוק היכן היה רוצה למקם את התיק הזה ביחס אליו. יוסי אמר שכרגע הוא מרגיש שהתיק כל הזמן פתוח בסלון

מטרת ה-EMDR היא לסייע למוח לשחרר תקיעויות אלו ולעשות עיבוד כמו שנעשה בכל זיכרון אחר, וכך להפוך זכרונות טראומטיים לזכרונות רגילים. למעשה, עיבוד הזיכרון בליווי הגירוי הביולטרלי מאפשר חיבור בין הזיכרון הטראומטי התקוע והמבודד לבין זכרונות נוספים אדפטיביים ומיטיבים. לבסוף מתקבלים החיבורים הרצויים בין רשתות זיכרון קיימות שהן חיוביות ומיטיבות, במקום קשרים המעוררים מצוקה (שני ואורן, 2008).

אף על פי ש-EMDR נמצאה בעשור האחרון כאחת הגישות המובילות והמוכרות לטיפול בפוסט טראומה בהנחיות הטיפוליות של גופים מקצועיים מרכזיים בארץ ובעולם (הסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית APA, הארגון הבינלאומי לחקר טראומה, ISTSS, המועצה הלאומית לבריאות הנפש ועוד) וכן נמצאה יעילה בטיפול במגוון מצבים רפואיים (Van Rood & De Roos, 2009), עד היום מחקרים מעטים בלבד בדקו את יעילותה בקרב אוכלוסיית חולי לב. במחקר שהשווה בין יעילותה של גישת ה-EMDR בהפחתת PTSD ותסמינים נלווים של דיכאון וחרדה לטיפול בחשיפה בדמיון בקרב מטופלים חולי לב, נמצא כי הטיפול ב-EMDR היה אפקטיבי יותר בהפחתת תסמיני דיכאון, חרדה ו-PTSD. כמו כן, נמצא בקרב נבדקים אלו תפקוד כללי ברמה גבוהה באופן משמעותי, ביחס לנבדקי קבוצת הביקורת (Arabia et al, 2011). בהתאם למחקרים, גם הניסיון הקליני הנצבר עד כה במכון לשיקום הלב בבית החולים מאיר הראה תוצאות טובות לשימוש בגישה זו. להלן דוגמה מטיפול שבו נעשה שימוש בגישת ה-EMDR.

## תיאור מקרה

יוסי (שם בדוי), בן 45, הגיע לפגישת אינטייק במסגרת הצטרפותו לשיקום הלב לאחר כחודשיים מהאירוע. מאז האירוע הפסיק לעשן, מקפיד על תזונה בריאה ועוסק בפעילות גופנית יומיומית. על אף השיפור הפיזי שחל במצבו דיווח על אי נוחות גופנית מתמשכת המלווה בכאבים שונים, בעיקר באזור הגב ובית החזה, לצד תסמיני חרדה נוספים המוכרים לו עוד מלפני האירוע. יוסי הרגיש קושי בחזרה לשגרה וסיפר על הימנעויות רבות, בעיקר ממצבים שבהם קבלת עזרה רפואית או בריחה תהיה קשה יותר. התנהגויות הביטחון של יוסי כללו בעיקר בדיקות חוזרות של מדדים שונים כגון לחץ דם ודופק. כשהחרדה הייתה גבוהה נוטל ואבן.

בתחילת הטיפול הוסבר ליוסי על מעגל החרדה ועל התקף הלב בתוכו. הוסבר לו על התנהגויות ביטחון והימנעויות כמשמרות חרדה, והוצג לפניו מודל אמ"ת (אירוע-מחשבה-תגובה) לזיהוי ואתגור חשיבה. נלמדו טכניקות של הרפיית שרירים ושל נשימה. לאחר כחמישה מפגשים עברנו לעבודת עיבוד האירוע לפי פרוטוקול EMDR למצבים אקוטיים-R-TEP.

עיבוד האירוע באמצעות EMDR: יוסי התבקש לחזור ולספר על היום שבו חווה את התקף הלב, כמה שעות לפני שהכול התחיל, תוך כדי גירוי בילטרלי. שתי התמות העיקריות שעלו בסיפור היו:

1. הקושי שחש סביב כניסתו לתפקיד החולה והחלש מול משפחתו והסביבה.

2. קושי והמצוקה שחש סביב חוסר הוודאות והביטחון בגופו. תוך כדי סיפורו נראתה עוררות רגשית וגופנית, ובהתאם הוא גם דיווח על תחושת מחנק והתגברות של כאבים בחזה ובגב. אולם כבר בסוף הסיפור דיווח על תחושת הקלה מסוימת. בהתאם לפרוטוקול עברנו לעבוד על אירועים בודדים מתוך הסיפור.







**מכון לטיפול משפחתי וזוגי**  
סולם תעריפים מדורג  
צוות רב-תחומי מנוסה

### מרכז הכשרה - החלה ההרשמה

- תכנית תלת שנתית בטיפול משפחתי וזוגי
- הדרכה וייעוץ ליחידים, קבוצות וצוותים
- תכנית השתלמות למדריכים בתהליך הסמכה
- סטאז' - הדרכה מתקדמת למטפלים בתהליך הסמכה
- קורס הדרכה מיועד למטפלים מוסמכים ייפתח בסוף יולי
- חדש!! קורס בסיסי בגישור ייפתח במהלך השנה



### תחומי טיפול

- טיפול משפחתי וזוגי
- גישור לזוגות בתהליך גירושין
- טיפול למשפחות וליחידים נפגעי טראומה
- טיפול במשפחות המתמודדות עם פגיעה מינית



ת.ד 6343 י-ם 91062  
טל: 02-6251390  
פקס: 02-6250666  
shiluv.merkazlemida@gmail.com  
www.shiluv.org.il

נוסד 1971 Est.

זיכרון לאפשר שינוי בכל הערצים: הקוגניטיבי, הפיזיולוגי, ההתנהגותי והרגשי. כמו כן אפשר לראות במקרה זה דוגמה החוזרת פעמים רבות מיד לאחר התרחשות טראומה, שבעקבותיה עולים בטיפול תכנים של ביטחון, שליטה ואשמה, מתוך הניסיון הרטרופקטיבי של המטופל להשגת שליטה מחדש. תכנים מאוחרים יותר שעשויים לעלות קשורים בתחושת האחריות (האשמה עצמית ותחושת נחיתות). לבסוף, עיבוד אדפטיבי של הטרומה מאפשר שינוי לאמונות חיוביות כגון קבלת אחריות סבירה על אירועי העבר, חוויה של ביטחון בהווה ותחושה של אפשרויות חדשות שנפתחות לעתיד. מניסיוני ומהתרשמותי הקלינית נראה כי השימוש ב-EMDR בקרב חולי לב יכול להביא לתוצאות טובות ומהירות, אולם על מנת להמשיך ולבחון את יעילות שילוב הגישה באוכלוסייה זו מתוכנן מחקר אשר ישווה בין שימוש בפרוטוקול זה לטיפול הסטנדרטי המוצע בשיקום הלב כיום.

ביתו והיה חצה לסגור אותו ולשים בארון. במקביל הזכרתי ליוסי כי העבודה של העיבוד היא על שינוי האמונה השלילית שלו ביחס לעצמו (אני מטומטם). לבסוף סוכם על מטרה מתאימה: רמת מצוקה 2. לאחר כמה סטים נוספים של גירוי בילטרלי, רמת המצוקה ירדה ל-0 ואמונתו החיובית ביחס לעצמו בהקשר לאירוע זה התחזקה.

### לסיכום

לאחר עבודת העיבוד שנעשתה, יוסי דיווח על פחות עיסוק באירוע שחווה, וגם כשעלה זכרון האירוע לא עורר עוד מצוקה. בנוסף דיווח על ירידה משמעותית בסימפטומים הגופניים (ימים שלמים ורצופים של שקט...), שיפור ניכר במצב הרוח ותחושת שליטה גבוהה יותר בחרדה ללא שימוש בוואבן והפסקת המדידות החוזרות של לחץ הדם והדופק. לאחר עבודה ממוקדת זו התפנה המקום להמשך עבודה ולטיפול בחרדה שקדמה לאירוע ולמחלה. מקרה זה מדגים את יכולתו של עיבוד

### מקורות

1. שני צ' ואורן א' (אפריל 2008). EMDR תאוריה, דוגמאות קליניות, מחקר והנחיות קליניות. פסיכואקטואליה, 39-33.
2. Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon R. M. (2011). EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study. Journal of EMDR Practice and Research 5(1), 2-13.
3. Doerfler L. A. & Paraskos J. A. (2011). Posttraumatic stress disorder and heart disease. In: M. Riba, L. Wulsin & M. Rubenfire (eds.), Psychiatry and Heart Disease: The Mind, Brain, and Heart. (12), 153-164.
4. Iosifescu D. V. (2007). Treating depression in the medically ill. Psychiatric clinic 30(1), 77-90.
5. Kop W. J. & Ader D. N. (2006). Depression in Coronary Artery Disease: Assessment and Treatment. In: E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds): Clinical psychology and heart disease (8), 121-147.
6. Moser D. K. & DE Jong M. J. (2006). Anxiety and heart disease. In: E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds): Clinical psychology and heart disease (7), 109-119.
7. Shemesh E., Koren-Michowitz M., Yehuda R., Milo-Cotter O., Murdock E., Vered Z., Shneider B. L., Gorman J. M. & Cotter G. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder in patients who have had a myocardial infarction. Psychosomatics 47(3), 231-239.
8. Van Rood Y. R. & De Roos C. (2009). EMDR in the treatment of medically unexplained symptoms: a systematic review. Journal of EMDR practice and research (3,4), 248-263.
9. Whalley B., Thompson D. R. & Taylor R.S. (2014). Psychological Interventions for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. International Journal of Behavioral Medicine 21, 109-121.

# אובדן שד בעקבות סרטן: תהליכי אבל וייחוס משמעות - מחקר איכותני

## אביטל גרשפלד-ליטוין\*

שאנו יודעים לגבי העולם, כי אם את האופן שבו אנו חווים אירועים בעולם וכיצד אנו מתמודדים עמם. באמצעות הפנמת ייצוגים חברתיים, הכוללים עמדות ותפישות, אנו למדים כיצד עלינו להרגיש במצבים מסוימים וכיצד להעריך את תגובותינו הרגשיות בהתאם לנומרות חברתיות כמקובלות או כסוטות מהנורמה. בהתאם לפריזמה של הבנייה חברתית, המשמעות המיוחסת לחוויה מסוימת מתגלה בתהליך של דיאלוג בין החוקר לבין התופעה, דיאלוג שבמרכזו עומדת השפה. בהתאם, מחקר זה, בוחן את ההבניות החברתיות סביב השד, סרטן השד והסרת השד ומשתמש בשיטת מחקר איכותנית - ריאיון עומק - במטרה להבין את המשמעות שמייחסות נשים לחווית הכריתה. השדיים היו מאז ומעולם לסממן האוניברסלי ולמאפיין החיצוני הבולט ביותר של נשיות, מיניות, פוריות ואמהות. ההבניה החברתית

המחלה הממארת השכיחה ביותר בישראל היא סרטן השד. לפי נתונים עדכניים, אחת מכל שמונה נשים יהודיות תחלה במחלה במהלך חייה. הטיפול בסרטן שד הוא רב ממדי וכולל הקרנות, טיפולים כימותרפיים והורמונליים לצד הליך כירורגי, שהוא כיום הטיפול השכיח ביותר. בישראל למעלה ממחצית הנשים המאובחנות כחולות סרטן השד עוברות הסרת שד וכ-30 אחוזים מהן עוברות שחזור שד במהלך ניתוח הכריתה או לאחריו. מחקר זה מתמקד בחוויותיהן של נשים שעברו ניתוח להסרת שד בעקבות אבחנה שלפיה יש להן גוש סרטני בשד. במחקרי ביקשתי לחשוף את ההבניות החברתיות של הסרת שד בעקבות סרטן שד וכיצד אלו מעצבות את המשמעויות שמייחסות נשים להסרת השד שעברו ומשתקפות בהן. מחקר זה נעשה מתוך פילוסופיה של הבנייה חברתית, המתמקדת באופן שבו אנשים מבנים משמעות לחוויותיהם ולרגשותיהם, ומתוך תפיסה תיאורטית הרואה בהסרת שד חווית אובדן מתמשכת הנעדרת לגיטימציה חברתית-רפואית.



### השפה - המילים - הן הכלי שבאמצעותו אפשר לחשוף הן את המשמעות החברתית והן את המשמעות האישית שפרטים בחברה מייחסים לאירועים ולחוויות

מחקר זה מתמקד בשני גופי ידע שונים, אשר למיטב ידיעתי, טרם זכו לשילוב: גוף הידע העוסק באובדן כתהליך של ייחוס משמעות והבנייתו, וגוף הידע העוסק בהתמודדות ובתגובה להסרת שד. מחקר זה, לפיכך, תורם לתיאוריות של אובדן, אשר עסקו עד כה במתן משמעות לאובדן אדם ובהקשר למחלת הסרטן - אובדן אדם כתוצאה ממחלת הסרטן. למיטב ידיעתי לא נבחנו תיאוריות אלו לגבי אובדן שד. בנוסף, מחקר זה תורם לגוף הידע הנרחב והמקיף בהקשר של סרטן השד והסרת שד, אשר רק מעט ממנו מתאר את חוויות הנשים מנקודת מבטן ובמילותיהן שלהן.

### הבניית משמעות והסרת שד

של השד עוסקת בשני אלמנטים מרכזיים: קיומו של השד כמרכיב מרכזי בהגדרה של אישה, וגודלו של השד כמדד להתאמת האישה לאידיאל היופי הנשי. האלמנט הראשון הוא דיכוטומי, ומגדיר אישה כבעלת זוג שדיים. האלמנט השני מייצר רצף, לפיו חזה שופע, דמוי בובת ברבי, מייצג שלמות ומיניות נשית. ההבניות החברתיות של מחלות מהוות אמצעי שליטה ופיקוח

מחקר זה יוצא מתוך הפריזמה של הבנייה חברתית (Social Constructivism), המניחה כי המשמעות שאנשים מייחסים לאירועים ולחוויות נבנית בדרך של פרשנות. השפה - המילים - הן הכלי שבאמצעותו אפשר לחשוף הן את המשמעות החברתית והן את המשמעות האישית שפרטים בחברה מייחסים לאירועים ולחוויות. פרספקטיבה של הבנייה חברתית מבנה לא רק את מה

\*ד"ר אביטל גרשפלד-ליטוין, פסיכולוגית רפואית מומחית. תקציר עבודת דוקטורט שבוצעה בהנחיית פרופ' רונית ליכטנשטיין, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.



במתן משמעות לאובדן כמוקד תהליך האבל. מחקר זה מתבסס על התיאוריה של Neimeyer, המדגישה הן את מרכזיות הבניית המשמעות בתהליך האבל והן את מקומה של החברה. במחקר זה מיושמת התיאוריה על אבל שמקורו אינו במוות, כי אם באובדן איבר.

בתהליך ההתמודדות עם האובדן על האדם ללמוד מחדש כיצד להתנהג ולהיות בעולם ללא האובייקט שאבד. תהליך זה מושפע מהחברה ומהסובבים אותנו, מהם אנו למדים כיצד להתנהג, להתבטא, להרגיש ולתת פרשנות לחוויותינו. לא תמיד השפעת הסביבה מסייעת בתהליך האבל. לעתים היא עשויה דווקא להקשות על התהליך ואז האבל יאלץ למצוא את הדרך שתתאים לו להתאבל. משמעות, אם כן, נתפסת כאסטרטגיית התמודדות קוגניטיבית, הכוללת שלושה אספקטים: מציאת היגיון באובדן (למה זה קרה לי?), מציאת שינויים חיוביים אקסיסטנציאליים כתוצאה מהאירוע (מה למדתי מן החוויה?) והבניה מחדשת של הזהות העצמית (מי אני עכשיו?).

למרות המחקר המקיף אודות סרטן שד והשפעתו על איכות החיים, ולמרות הערכת השפעתם של הטיפולים השונים וסוגי השחזור השונים, חסרים מחקרים איכותניים אשר יתמקדו בחוויית הנשים המאבדות שד, ובנוסף, לא נעשה ניסיון לבדוק את החוויה מתוך פרספקטיבה של אבל. המחקר הנוכחי מבקש לענות על מחסור זה תוך אימוץ תפיסת עולם קונסטרוקטיביסטית, ובהתאמה, תיאוריות שכול עדכניות העוסקות בייחוס ובהבניית משמעות.

## שיטה

מחקר זה מתבסס על גישתו הפרשנית ההבנייתית של Denzin



חברתיים: הן מלמדות על הפחדים החברתיים, הטאבו, הסטייה והסנקציות באמצעות סטיגמות, ומייצרות גבול בין בריא וחולה, נורמלי ולא נורמלי. הז'רגון הצבאי המשמש לתיאור מחלת סרטן השד מבנה כיצד החולות מבינות וחוות את המחלה כמו גם את תגובתן ורגשותיהן בעקבותיה. שימוש במטאפורות צבאיות מעלה על נס את ה"שורדת", שהיא גם נשית באופן מוחצן, ותמיד חייכנית, שמחה וחיובית. השורדת היא זו שסימני המחלה אינם ניכרים בה, והיא עוברת טרנספורמציה חיובית כתוצאה מהחוויה, המעצימה אותה. בהתאם, מי שעברה הסרת שד בעקבות סרטן שד נאלצת להתמודד עם ההבניה של העדר שד כסטייה וכפגם בנשיות.

## ההבניה החברתית של השד עוסקת בשני אלמנטים מרכזיים: קיומו של השד כמרכיב מרכזי בהגדרה של אישה, וגודלו של השד כמדד להתאמת האישה לאידיאל היופי הנשי

על מנת להתמודד עם הסטיגמה עומדות בפניה שתי אפשרויות: להתנגד לסטיגמה ולצאת כנגד הנורמה ומיתוס היופי או להפנים את הנורמות החברתיות על ידי יצירת מראה של שד באינטראקציות חברתיות תוך שימוש בפרוטזה (מילוי חיצוני או שחזור שד). החברה מדגישה את האפשרות השנייה: רופאים מגדירים גוף ללא שדיים או חסר שד כסטייה ומבנים את שחזור השד או הפרוטזה כדרך להעלים את הכריתה ולהסתיר את הפגם בפומבי. הבניות אלו משקפות תהליך של מדיקליזציה: הגדרה מחדש של מצב גופני כבעיה רפואית ושל פרקטיקה רפואית ככלי באמצעותו מתמודדים עם הבעיה. התוצאה של הבניות אלו היא הדרתן של נשים שעברו כריתה מהספירה הציבורית, שימור התלות בתעשיית היופי והרפואה הקוסמטית, וקושי של נשים שעברו כריתה שד להתמודד עם אובדן השד ולקבל את גופן כמות שהוא.

המחקר העוסק בהסרת שד ובהשלכותיה על הנשים אכן מקיף ונרחב. עם זאת, הספרות המחקרית בתחום מוטה. מרבית המחקר בוחן את השפעת הסרת השד מתוך ראייה קלינית כמותית שאלונים ומדדים המתמקדים בהשפעות הפרוצדורה הכירורגית הרפואית על מדדי איכות חיים, תפקוד פסיכו-חברתי ובריאות פיזית ונפשית. המחקר הקיים משקף ברובו את ההבניה החברתית של נשים כאובייקט מיני, ואת ההנחה, כי פגיעה בשדיים היא הדאגה המרכזית של נשים וכי השחזור פותר זאת. שתי מגבלות ניצבות בבסיס המחקר הכמותי: ממצאים סותרים המעמידים בסימן שאלה את יעילותו של השחזור לבריאות הנפשית של הנשים והעדר קולן של הנשים, המתאר כיצד הן חוות את הכריתה במילים שלהן. המחקר האיכותני שהתפתח בתחום, מנסה לענות על מגבלות אלו. ממצאי ראיונות עם נשים מגלים כי אחת החוויות המרכזיות המתוארות בהקשר של הסרת שד היא אכן חוויה של אובדן. עם זאת, לא ידוע על מחקר אשר בחן הסרת שד מפרספקטיבה תיאורטית המתמקדת במשמעות האובדן והאבל.

## הסרת שד, הבניית משמעות, אובדן ואבל

אובדן ואבל כתוצאה מיוחסים בדרך כלל למוות של אדם. תיאוריות של אובדן ואבל היוצאות מתוך הפריזמה ההבנייתית מתמקדות



מייצג אירועים מכוננים (epiphany): גילוי הסרטן וקבלת האבחנה, ניתוח הכריתה. ברצף זה שתי נקודות שינוי משמעותיות: הרגע שבו הסרטן חדר לחיי המרואיינות באופן ממש, וניתוח הכריתה, הרגע שבו הסירו להן שדיים. עבור נשים שעברו שחזור שד, מאורע זה הוא נקודת שינוי נוספת.

## המחקר הקיים משקף ברובו את ההבניה החברתית של נשים כאובייקט מיני, ואת ההנחה, כי פגיעה בשדיים היא הדאגה המרכזית של נשים וכי השחזור פותר זאת

שלוש התמות קשורות זו בזו וסובבות סביב הניסיון להעלים ולהסתיר את הכריתה ואת השפעותיה הרגשיות. התמה הראשונה, הגילוי מתמקדת בקבלת האבחנה ובהבניית המשמעות של הסרטן כמוות. התמה השנייה היא הכריתה, המובנית כאנטיתזה לסרטן ולפיכך כהצלחה. תמה זו כוללת הבניית משמעות לשד כאיבר נטול חשיבות לזהות הנשית כדי למזער את אובדנו וכן את תהליכי הפרידה מהשד ואת הבחירה בשחזור כניסיון להעלים את אובדן השד ואת הרגשות סביב האובדן הצפוי.

התמה השלישית, החיים לאחר הכריתה, כוללת התייחסות לאובדן השד והנשיות, תגובה רגשית על אובדן השד, נסיונות של חיבור לגוף החדש ובחינה והבנייה מחודשת של נשיות. תמה זו מתמקדת במפגש עם האין שד: מפגש עם משמעות (אובדן), רגש (אבל) ומראה (אין שד או יש שד משוחזר). במרכזו של מפגש זה עמד הניסיון של הנשים להעלים או את חוויית האובדן והרגש המתלווה אליה, ובמקביל, להסתיר את האובדן מבחינה ויזואלית-חינונית. הנסיונות להעלים את האובדן מבחינה ויזואלית ורגשית נשענים על תהליכים של הבניית משמעות. כך, הנשים שעברו שחזור שד הבנו אותו כאמצעי שמעלים את האובדן, ואילו אלו שלא בחרו בשחזור הבנו את השד כלא מרכזי עוד בחייהן או בזוהותן. דרך זו של העלמת האובדן הובילה לקושי לבטא רגשות של אבל סביב אובדן השד. הנשים אשר הרגישו עצב, יגון ואבל התקשו לקבל לגיטימציה מהסביבה לרגשותיהן וייחסו לרגשותיהן משמעות אחרת: דיכאון, וזו זכתה לגיטימציה ולטיפול בתרופות אנט-דכאוניות. כל הנשים עסקו בחיבור מחדש לגופן שהשתנה והוא כעת ללא שד או עם שד משוחזר. מדובר בתהליך בשלבים של חיבור מחדש של גוף ומשמעות. שלוש נשים תיארו זאת באמצעות עיסוק באמנות ויצירותיהן מוצגות ומתוארות בהרחבה בחיבור המקורי.

### הפרק הפרשני

הפרק הפרשני משקף את תהליך ההרכבה מחדש של הטקסט המפורק לכדי תמונה שלמה. פרק זה מחולק לשניים, על פי משנתו של דנזין: שלב ה-constructing המתאר את תהליכי הפירוק וההרכבה שהמראיינות עברו כחלק מההתמודדות עם הכריתה. תחילה, פירקו הנשים את השד ממשמעות, לאחר מכן פורק השד מהגוף, ולאחר מכן החלו בתהליך הרכבה מחדש, תרתי משמע, של השד בגוף ולתוך זהותן. למעשה, הנשים עברו שני תהליכי פירוק והרכבה מקבילים: פיזי וסמנטי. נסיונות הפירוק וההרכבה הפיזיים הם מלאכותיים ודיכטומיים. הם משקפים הבניה שלפיה אפשר להסיר את השד הסרה מוחלטת - איבר ומשמעות - ואז להחלפה

(1989), Interpretive Interactionism אינטראקציה פרשנית, המתמקדת במשמעות הסובייקטיבית שהאדם נותן לאירועי חיים קיצוניים תוך בחינה ביקורתית של הקונטקסט החברתי והתרבותי הרחב. אירועים או חוויות אלו קרויות בלשוננו של דנזין חוויות מכוננות או נקודות מפנה (epiphany), גישתו מתאימה במיוחד למחקר בתחום בריאות וחולי. מטרתו של החוקר להגיע להבנה של אותה חוויה מתוך הנרטיב של האדם שחוה אותה, ולהבין מה הקשר בין הבעיה הביוגרפית לבין ההבניה החברתית התרבותית שלו. בהתאם, אחת ממטרות המחקר על פי דנזין היא לאפשר לנשים להשמיע את קולן וכך לחשוף לא רק את חוויותיהן של הנשים אלא גם הבניות חברתיות בנושא.

האיינו 18 נשים, כולן עברו כריתה של שד אחד לפחות, כאשר הרקע לכריתה היה גילוי גוש שאובחן כסרטני. בין המראיינות הייתה שונות רבה במאפיינים סוציו-דמוגרפיים, כיאה למחקר איכותני. גיל המראיינות היה בין 27 ל-80, כאשר המראיינות הצעירה ביותר עברה כריתה בגיל 25, והמבוגרת ביותר - בגיל 70. הזמן שחלף בין הכריתה לבין קיום הראיון היה בין תשעה חודשים ל-15 שנים. איתור המראיינות וגיוסן התבסס על שלושה מקורות: פרסום מודעה בשמונה פורומים של סרטן השד באתרי אינטרנט שונים, היכרות אישית או דרך המראיינות עצמן. הראיון היה חצי מובנה וערך כשעה וחצי.

### פרק הממצאים

פרק הממצאים מציג את שלושת שלבי הניתוח האחרונים על פי גישתו של דנזין (1989). בהתאם, הפרק מחולק לשני חלקים, תיאורי ופרשני.

#### הפרק התיאורי

הפרק התיאורי, בהתאם לגישתו של דנזין, מכונה bracketing ומבקש להפגיש את הקורא עם הטקסט הגולמי, תיאורים מעובים נטולי פרשנות של חוויות הנשים, כפי שנאספו מתוך הראיונות. בפרק זה שלושה חלקים, המייצגים את תהליך פירוק הטקסט. החלק הראשון מתמקד בשלם ומציג שלושה ראיונות שלמים. שלושת הראיונות שבחרתי להציג בשלמותם מדגימים תהליכים של מתן משמעויות וייחוס, תלוי הקשר וזמן.

החלק השני מתאר את הנרטיבים שנוצרו כתשובה לשאלה הפותחת את הראיון: "ספרי לי את חוויותיך מרגע הגילוי ועד עכשיו". הנשים ענו על שאלה זו בסיפור, ללא הפרעות מצד, שתחילתו בגילוי המחלה וסופו בנקודת הזמן הנוכחית, שכלל למעשה התחלה, אמצע וסוף. כלומר, סיפור זה מתואר כיחידת משמעות שלמה. כל הנרטיבים אופיינו בצמצום התגובה הרגשית לכריתה ובמקומם הרחבה כרונולוגית של הפרטים הטכניים של הפרוצדורות הרפואיות או הבדיקות - המעשים שנעשו. נרטיב זה מייצג את האופן שבו הבנתה כל מראיינת לעצמה ולסביבתה את החוויה שלה. בהמשך הראיון התברר כי הנרטיב הראשוני כלל השטחה של תהליכי הבניית משמעות ותגובות רגשיות רבות, אשר במודע או שלא במודע לא נבחרו להיכלל בסיפור שהנשים בחרו לספר.

החלק האחרון בפרק התיאורי מתמקד בתוצר פירוק הטקסטים, יחידת המשמעות - התמות. חלוקת הפרק התיאורי לשלושה חלקים משקפת נאמנה את הרצף של תהליך הפירוק של הטקסט על פי גישתו של דנזין. מתוך ניתוח הראיונות עלו שלוש תמות מרכזיות: גילוי הסרטן, הכריתה, והחיים שאחרי. תמות אלו מייצגות רצף ליניארי שנשמר בכל הראיונות ולכל אורך הראיונות. הרצף





הקשור לביטוי רגשות האובדן והאבל, ההבניה החברתית מכתובה את אופי הביטוי הרגשי והנשים התקשו יותר לייצר רצף של תגובות אבל. בתרבות הסרט הוורוד אובדן השד נחשב לאובדן עמום, במיוחד עבור נשים שעברו שחזור שד, ולכאורה, אין להן אובדן. הן התקשו לתת שם לרגשות שלהן, משום שהאבל לגבי שד, הוא אבל נטול זכויות.

הניסיון להסתיר את רגשות האובדן בא לידי ביטוי גם בנרטיב שהנשים ניסו לייצר. כמעט בכל הנרטיבים האישיים נעדרו תגובות רגשיות. מי שהנרטיב שלה התאים לזה של שורדת, השמיטה לחלוטין כל תגובה רגשית לא תואמת מתוך הנרטיב האישי, כך שהנרטיב שלה יהיה נורמטיבי.

### מסקנות והיבטים יישומיים

ממצאי המחקר תוארו ונותחו בהתאם לגישתו הפרשנית הביקורתית של דנזין (1989) באופן המשלב לראשונה שני גופי ידע תיאורטיים: הראשון, עוסק בהבניית משמעות, והשני באובדן ובאבל. שילוב זה מהווה חידוש בכל הקשור לכריתת שד. בחינת חוויית הכריתה



מפרספקטיבה הבנייתית, המתמקדת בתהליכי הבניית המשמעות לאובדן המיוחס לכריתה ולתגובות האבל הסובבות אותה, לא נחקרו קודם. המחקר בתחום מניח אמנם כי הכריתה נחוות כאובדן של איבר וכי יש משמעויות המתלוות אליו, אולם לא תואר כיצד הנשים מבנות משמעויות לכלל אורך תהליך ההתמודדות - מרגע הגילוי ועד לזמן הנוכחי.

המחקר הנוכחי בחן את האופן שבו נשים מבנות משמעות לכריתת השד מפרספקטיבה של אובדן ואבל, תוך יישום התפיסה התיאורטית של (Neimeyer 2001) העוסקות בהבניית משמעות למוות בעקבות אובדן. התרומה העיקרית של מחקר זה מתמקדת בהרחבה למושג חיפוש משמעות, כפי שמתייחס אליו Neimeyer. המחקר הנוכחי אינו עוסק במציאת המשמעות במובן האקסיסטנציאליסטי והבינארי (יש/אין משמעות) של המילה, אלא מדגים תהליכים רציפים של הבניית משמעויות, meaning making, לכלל אורך ההתמודדות עם החוויה של הסרטן והכריתה. במסגרת תהליך הבניית המשמעויות, שהוא תהליך תלוי זמן ותרבות, מנהלות הנשים דיאלוג יומיומי

מושלמת - שחזור מידי - אשר תאפשר הרכבה "כמו חדש" או אפילו "יותר טוב" של השד, הגוף והזהות. תהליכי הפירוק וההרכבה הם נסיונות של הנשים להתנהל בתוך מסגרת הבנייתית דיכוטומית בהקשר של כריתת שד. אולם, כפי שעולה מן הראיונות, ההרכבה כמו גם הפירוק אינם מושלמים, לא כל שכן התחליף. תהליכי הפירוק וההרכבה הסמנטיים הם דרך לייצר רצף מתוך הדיכוטומיה.

## כל הנרטיבים אופייני בצמצום התגובה הרגשית לכריתה ובמקומם הרחבה כרונולוגית של הפרטים הטכניים של הפרוצדורות הרפואיות או הבדיקות - המעשים שנעשו. נרטיב זה מייצג את האופן שבו הבנתה כל מרואיינת לעצמה ולסביבתה את החוויה שלה

השלב השני, contextualizing, ממקם את החוויה בקונטקסט החברתי התרבותי הרחב. מתוך ניתוח הראיונות עולה הבניה מרכזית אחת החוזרת על עצמה באופנים שונים לכלל אורך הטקסט ומארגנת את כל התמונות - הסתרה. כריתה היא חוויה שיש להסתיר, ברמת הגוף והנפש. ראשית, ברמה הגופנית-ויזואלית, יש להסתיר את האין. שנית, ברמה הרגשית, יש צורך להסתיר את הרגשות סביב אובדן השד. הבניית משמעות הוא התהליך המקשר בין שתי הרמות. תהליך זה מחייב את הנשים להבנות מחדש את גופן ואת זהותן הנשית. הצורך להסתיר את האין הוא כה גדול, עד כי מחצית מן הנשים בחרו בשחזור מידי על מנת להימנע לחלוטין ממצב של אין שד. צורך זה מושפע מהבניות חברתיות-תרבותיות לגבי נשים שאובחנו כחולות בסרטן שד ועברו כריתה. הבניות אלו הן חלק מ"תרבות הסרטן הוורוד" (pink ribbon), הכוללת נורמות ברורות לגבי דמות השורדת מסרטן שד: כיצד היא צריכה להיראות, להרגיש ומה הנרטיב שלה. שלושת המרכיבים הללו מתוארים בהרחבה בראיונות ומהווים מסגרת מארגנת לניתוח הפרשני. השורדת המתוארת בתרבות הסרטן הוורוד היא אישה בעלת זוג שדיים, נשית, מטופחת, נאה, מבטאת רגשות של אופטימיות, שמחה, הערכה ותקווה, והנרטיב שלה הוא של צמיחה וטרנספורמציה. בהתאם, החוויה של הנשים את הכריתה היא חוויה של הסתרה בשלושה מימדים: מראה, רגש ונרטיב.

נשים שעברו כריתה בוחנות את עצמן אל מול הדימויים השולטים של שורדת סרטן שד. הן מנהלות דיאלוג באמצעות הבניית משמעות לגבי המראה שלהן, הרגשות שלהן והסיפור שלהן. בכל הקשור למראה, הבחירה של כל הנשים בהסתרת השד מחייבת מעבר מתפישה בינארית (כן/לא לשחזור), לתפישה הדרגתית (רצף) הרואה את הגוף הנשי כלא טבעי מלכתחילה, וכל ניסיון להתאים אותו באמצעות טכניקות - כדרך של השנים לשלוט על גופן שוב ולהבנות אותו מחדש. רצף זה בוחן לא רק את סוג השחזור שבחרו הנשים אלא גם את האופן שבו הן שילבו זאת בזהות הגופנית החדשה - עד כמה הן מרגישות שלמות. כך, הדגש אינו על סוג הטכנולוגיה אלא על המידה שבה הטכנולוגיה משרתת את האישה.

הניסיון לשלוט על המראה הוא גם הדרך להסתיר או להעלים את הרגש - הממד השני. בניגוד לרצף הקשור לניהול המראה הגופני, בכל הקשור לניהול הרגש בולטת עדיין תפישה דיכוטומית. בכל



ההתגובה הרגשית לו כאבל נטול זכויות (disenfranchised grief). ממציא המחקר מדגישים את הקושי הרגשי שבו מצויות הנשים המתמודדות עם כריתת שד. ראשית, אין להן לגיטימציה לבכות ולהתאבל על השד שאבד לנוכח העובדה שהכריתה מובנית כהצלה והשחזור מוצע כהליך שמבטל את הכריתה. שנית, כל ביטוי של רגשות עצב ויגון מתווג חברתית ואישית כדיכאון וככזה מדוכא תרופתית על מנת לאפשר לאישה להמשיך הלאה בשרת חייה, כמצופה, בהתאם לקודים של תרבות הסרט הוורוד. כך, העיסוק ברגשות האובדן אינו מעובד כראוי הן ברמה האישית, והן ברמה החברתית. אי מתן לגיטימציה לאובדן ולאבל סביב השד מאשרר את מודל השורדת המוצע על ידי תרבותה סרט הוורוד ומדיר את חוויותיהן של הנשים האחרות. למסקנה זו היבטים יישומיים בכל הקשור למערך התמיכה ולאופן שבו מוצג השחזור המיידי על ידי הצוות הרפואי המטפל.

ומתמשך מול גופן ומול המשמעויות החברתיות המיוחסות לשד כדי להתמודד עם אובדן השד, להמשיג אותו, לאפשר אותו. מחקר זה מדגיש גם את תפקיד הבניית המשמעות בהתמודדות עם אירוע טראומתי, כחלק מתהליך של הסתגלות. הבניית משמעויות מאפשרת פרידה מהשד טרם הכריתה והתחברות מחדש לגוף לאחר הכריתה, ולבנות ולהבנות מחדש את הזהות. תרומה נוספת עוסקת בזיהוי הבנות ונורמות חברתיות לתהליך ההתמודדות של נשים עם כריתת שד. המחקר מדגים כיצד הבניות חברתיות משפיעות על האופן שבו הנשים המתמודדות עם כריתת שד מבנות משמעות לחוויותיהן ולרגשותיהן. תרומתו השלישית של מחקר זה הוא ביישום התיאוריות המתחייבות לאובדן אדם לגבי אובדן שד. הרעיון לפיו כריתת שד מובילה לתחושת אובדן, לרגשות אבל ולפגיעה בזהות הוא חדשני. המחקר מדגים כיצד כריתת השד נחווית כאובדן עמום (ambiguous loss)

## המלצות לקריאה נוספת

1. גרשפלד-ליטוין, א' (2007). שחזור שד מיידי: להיות בלי, להרגיש עם - האמנם? מחקר איכותני על החלטתן של נשים לבצע שחזור שד מיידי לאחר ניתוח להסרת שד. חיבור לקבלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה, מכללה אקדמית ת"א-יפו, תל אביב.
2. Cobb, S. & Starr, S. (2012). Breast cancer, breast surgery, and the makeover metaphor, *Social Semiotics*, 22(1), 83-101. DOI:10.1080/10350330.2012.640526
3. Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
4. Crompvoets, S. (2012). Prosthetic fantasies: loss, recovery, and the marketing of wholeness after breast cancer, *Social Semiotics*, 22(1), 107-120. DOI:10.1080/10350330.2012.640058
5. Denzin, N. K. (1989). *Interpretive Interactionism*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
6. Doka, Kenneth J. (2002). *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*, Champaign, Ill: Research Press.
7. Ehlers, N. (2012). Tekhnē of reconstruction: breast cancer, norms, and fleshy rearrangements, *Social Semiotics*, 22(1), 121-141. DOI:10.1080/10350330.2012.640059.
8. Engle, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
9. Kasper, A. S & Ferguson, S. F. (2000). *Breast cancer – society shapes an epidemic*. NY: Palgrave.
10. Foucault, M. (1997). Technologies of the self. In: P. Rabinow (Ed), *Ethics: Essential works of Foucault 1954-1984*, 1, 223-252. London: Penguin.
11. Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
12. Freund, P. E. S. & McGuire, M. B. (1995). *Health, illness and the social body* (2nd Ed.), 121-128. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
13. Jagielski, C. H., Hawley, S. T., Corbin, K., Weiss, M. C. & Griggs, J. J. (2012). A phoenix rising: who considers herself a "survivor" after a diagnosis of breast cancer? *Journal Cancer Surviv*, 6(4), 451-457. DOI:10.1007/s11764-012-0240-z
14. King, S. (2010). Pink ribbons inc.: the emergence of cause-related marketing and the corporatization of the breast cancer movement. In: L. S. Reed & P. Saukko, (Eds), *Governing the female body: gender, health, and networks of power*, 85-111. Albany: State University of New York Press.
15. Leader, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
16. Manderson, L. (2012). *Surface tensions: surgery, bodily boundaries and the social self*, Left Coast Press.
17. Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC: APA.
18. Sulik, G. A. (2011). *Pink ribbon blues – how breast cancer culture undermines women's health*. Oxford University Press.
19. Tacon, A. M. (2011). Mindfulness: existential, loss, and grief factors in women with breast cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(6), 643-656. DOI:10.1080/07347332.2011.615382
20. Truelsen, M. (2003). The meaning of "reconstruction" within the lived experience of mastectomy for breast cancer, *Counseling and Psychotherapy Research*, 3(4), 307-314. DOI: 10.1080/14733140312331384313
21. Weitz, R. (2003). *The politics of women's bodies - sexuality, appearance and behavior*. NY: Oxford University Press.



# אני אתה והוא - אי פריון ושימוש בתרומות של זרע או ביצית

רעות בן קמחי ויעל סיון\*

של קנאה נוכח הריונות של אחרות. גילויי הקנאה הנתפשים על ידי האישה כמגונים, מקשים עליה מאוד ומבודדים אותה מהחברה (אברהם, 2012). למרות הקושי הרגשי המלווה את התהליך, פעמים רבות אין הכרה חברתית בתהליך שהאישה עוברת, וכתוצאה מכך עולה חוסר לגיטימציה המאלץ אותה לחזור במהרה לחיי השגרה. בעיית הפוריות מעמידה גם את הזוגיות בפני מבחנים, נסינות, קשיים וטלטלות. האינטימיות הקשורה בהבאת ילדים לעולם מופקעת מבני הזוג והנושא הופך לפרויקט נחלת הכלל. ללא קשר למקור האי פריון, האישה היא זו העוברת על גופה את עיקר הטיפול הרפואי. כפועל יוצא, נשים נוטות לשאת את נטל הטיפולים על כתפיהן יותר מאשר הגברים (Watkins & Baldo, 2004). לעתים, האישה אף ממדרת את הגבר מהתהליך כדי להגן עליו, אך תופעת הלואי היא הגדלת הריחוק ביניהם והעצמת תחושת האי שיתופיות בתהליך (Peterson et al, 2006). פעמים רבות קיים שוני באופן ההתמודדות בין בני הזוג. בעוד שבאופן כללי נשים מרגישות נוח יותר לשתף ברגשותיהן, גברים עלולים להיאבק עם רגשותיהם כדי להימנע מלגעת בהם ולהפגין

אי פריון מוגדר כהעדר הריון לאחר קיום יחסי מין סדירים ובלתי מוגנים במשך שנה. כיום מעריכים כי 15 אחוזים מהזוגות יחוו מצב של אי פריון (Watkins & Baldo, 2004). במרבית המקרים אפשר לזהות בעיה אורגנית אצל האישה (כ-35%), אצל הגבר (כ-35%) או אצל שניהם (כ-20%). בקרב 10 אחוזים מהמקרים אין הסבר רפואי, אורגני, לאי פוריות.

**אי פריון מלווה בתחושות של קנאה נוכח הריונות של אחרות. גילויי הקנאה הנתפשים על ידי האישה כמגונים, מקשים עליה מאוד ומבודדים אותה מהחברה (אברהם, 2012). למרות הקושי הרגשי המלווה את התהליך, פעמים רבות אין הכרה חברתית בתהליך שהאישה עוברת, וכתוצאה מכך עולה חוסר לגיטימציה המאלץ אותה לחזור במהרה לחיי השגרה**



ההתמודדות עם הקושי להרות ועם טיפולי הפריון שבאים בעקבותיו נוגעים בהיבטים רבים בחייה של האישה, ומשפיעים על האופן שבו היא תופסת את עצמה, על מערכות היחסים המשפחתיות והחברתיות שהיא מקיימת ואף על פרספקטיבת החיים שלה (בירמן וויצטום, 2010). לרוב זהו מצב מתמשך הכרוך באי ודאות ומאופיין בטלטלות רבות ובמעבר מתמיד בין תקווה לייאוש (Daniluk, 1988). מן הספרות עולה כי לאור ההנחה לפיה היכולת להרות נמצאת בבסיס זהותו של האדם, קבלת אבחנה של אי פריון מאיימת על תחושת ההמשכיות והיציבות של העצמי (Leon, 2010). אי הפריון יוצר אפוא חוסר איזון פסיכולוגי, המאופיין בתחושות אובדן ואבל, חרדה, דיכאון, אשמה, תסכול, חוסר שליטה וחוסר ודאות (Cook, 1987; Menning, 1980). הכאב הוא פיזי ונפשי, וחווית האין-ילד היא מרכזית וגוזלת אנרגיות. כדי למזער את האי נחת שבחוסר הודאות, פעמים רבות מפתחת האישה אמונות לא רציונליות מתוך ניסיון לייצר תחושת שליטה או ידיעה בתוך התהליך. התוצאה היא חיפוש אחר סיבות לאי פריון, שאינן רפואיות בהכרח, הטומנות בחובן האשמה עצמית. בנוסף ידוע כי האי פריון מלווה בתחושות

\*רעות בן קמחי, פסיכולוגית רפואית, המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא; קליניקה פרטית, הרצליה.  
\*יעל סיון, פסיכולוגית רפואית, קליניקה פרטית, תל אביב.



ואליה מצטרפות תחושות של בוש, נחיתות והשפלה (Daniels, 1993). לעתים קרובות נפגע הדימוי העצמי, ועולות תחושת כגון מתח ואף חרדה ודיכאון. במקרים רבים לנשים יש חלק בתחושות אלה, כיוון שהן משמרות את המצב, גם אם לא התכוונו לכך. לא פעם נשים עוזרות לבן הזוג להסתיר את העובדה שהבעיה היא אצלו, ולפעמים הן לוקחות על עצמן את ה"אשמה" מול המשפחה, כדי להגן על בן הזוג ולהישמר מפגיעה קשה יותר בדימוי העצמי שלו (בר חוה ושינקמן בן-זאב, 2008). ואכן, גברים רבים נוטים להימנע משיתוף בבעיית הפריון. בהעדר כל שיתוף של הסביבה נותר לעתים הגבר לבדו עם חויית כישלון ופגיעה. הוא מתכנס לתוך עצמו, ופעמים רבות בטוח שהוא היחיד שזה קורה לו, מה שמגביר תחושות של בדידות ומועקה. לאלה מתווספת לעתים תחושת אשמה כלפי האישה, על כך שנאלצת לעבור את הטיפולים הקשים בגללו, על כך שהיא צריכה לוותר על החלום שלה ללדת ילד ממנו ועל כך שבגללו היא חוללה (Verny, 1994). הגבר חש שאכזב את עצמו, את הוריו ואת סביבתו המשפחתית הקרובה, ושהוא זה שמונע את המשך הושושלת המשפחתית. עולות תחושות של אובדן על חוסר היכולת לקיים המשך גנטי ואובדן הפנטזיה לילד ביולוגי משותף של בני הזוג, הדומה להם. הרבה פעמים התחושות הללו כל כך מאיימות ומציפות עד שהגבר נמנע אפילו מלשתף את עצמו בהן. הוא פחות מאפשר מקום לרגשותיו גם בינו לבין עצמו, תוך העדפה להרחיק עצמו מהנושא הטעון ולהיות מושקע בתחומים אחרים. התנהלות זו עלולה להעצים את הקשיים שחוהה הגבר ואף עלולה להמשיך להכביד עליו גם בהיריון ואפילו לאחר הלידה.

אם הגבר לא יעבור עיבוד של התחושות המגיעות עמו, הוא עלול להגיע לתהליך עצמו ממקום של חסר, ללא יכולת קבלה והשלמה עם המציאות הכפויה. עיבוד של משמעות הבשורה וההחלטה להשתמש בתרומה, יכול לאפשר לגבר התארגנות מחדשת ובחירה בתרומת זרע ממקום שלם יותר.

בטיפול הפסיכולוגי, כחלק מעיבוד התחושות וההסתגלות לבחירה בתרומת הזרע, המשאלה לאבהות עוברת שינוי הדרגתי. עולה הצורך לנסח מחדש את הגדרת האבהות, ולבחון האם תמיד אבהות שווה בהכרח לגנטיקה. במקביל נוצרת הפרדה בין בעיית הזרע לבין הגבריות, שיכולה להתממש גם בדרכים רבות אחרות.

### תרומת ביצית

אחד המדדים העיקריים הקובע את סיכויי האישה להרות הוא גילה. למרות הקדמה והעלייה בתוחלת החיים, לא חל שינוי משמעותי בגיל הפריון. המשמעות היא, שסיכוייה של אישה להרות לאחר גיל 40 נמוכים, לאחר גיל 43 הם נמוכים במיוחד ועבור נשים מעל גיל 45 הדרך הריאלית היחידה להרות וללדת היא על ידי קבלת תרומת ביצית מנשים צעירות. השימוש בתרומת ביצית הסייר מפני האישה את מגבלות הגיל, ואפשר, באופן תיאורטי, לכל אישה שיש לה רחם להרות, ללא קשר לגילה (בר חוה ושינקמן בן-זאב, 2008).

מעבר למגבלות הגיל הכרונולוגי, קיימים מצבים נוספים שבהם מומלץ לפנות לתרומת ביצית בכדי להרות: כאשר איכות הביציות ירודה באופן שאי אפשר לפתור באמצעות מניפולציות הורמונוליות או מעבדתיות, במקרים של תגובה שחלתית ירודה ביותר (בלות מוקדמת, premature menopause) או במקרים של נשים ללא פעילות שחלתית כלל, מלידה (Applegarth & Riddle, 2007).

בשונה מתרומת זרע, השימוש בביצית של אישה אחרת על מנת להרות מחייב ביצוע פעולה פולשנית בהרדמה מלאה בתרומת

אותם. הם עלולים לחוש חסרי ישע ועל כן עלולים להיחסם רגשית. כפועל יוצא, האישה עלולה לחשוב כי לבן זוגה לא אכפת (Watkins & Baldo, 2004). בנוסף, פעמים רבות המסר המתקבל מהסביבה, בין אם במוצהר ובין אם לא, הוא שעל הגבר להיות חזק וחסין בעבור האישה. כתוצאה מציפייה זו גברים נוטים להשקיע אנרגיה בעבודה, מנסים "להמשיך הלאה" מתוך מחשבה שאם אינם יכולים "לייצר" ילד, לפחות הם ייצרו כסף או מעמד (Verny, 1994). הם עלולים להרגיש חוסר אונים בנסיונם לנחם את בנות זוגם, ותסכול על כך שהם לא מסוגלים לפתור את האי פריון. לאור העובדה ששיח על הקשיים הוא דרך יעילה עבור נשים להפחתת חרדה, יהיו הן פתוחות יותר לשילוב של טיפול פסיכולוגי לצד הטיפולים הגופניים (Watkins & Baldo, 2004), מה שמסייע להן לעבד חלק מהתחושות הקשות שמלוות את התהליך. לעומתן, גברים מגיעים פעמים רבות לילד הנכסף מבלי לעבור דרך הפגיעה האישית ולהתבונן במה שגרם התהליך לנפשם ולזוגיותם (Manson, 1993).

## גברים עלולים להיאבק עם רגשותיהם כדי להימנע מלגעת בהם ולהפגין אותם. הם עלולים לחוש חסרי ישע ועל כן עלולים להיחסם רגשית

למרות הקשיים הרבים המלווים את טיפולי הפריון, הרוב המוחלט של הזוגות יבחרו ללא היסוס להיכנס לתהליך עם גילוי הבעיה. קיימות לכך שלוש סיבות עיקריות: הרצון של האישה לשאת תינוק ברחמה וללדת, הרצון להיות הורים והרצון לשייכות גנטית לילד (Miller & Millstein, 2008). ברוב המקרים מטרת טיפולי הפריון היא ייצור כמות גדולה יותר של ביציות באותו החודש אצל האישה, הפרייתן בזרעו של הגבר והחזרת אחד העוברים לרחמה, בתקווה שישתרש ויניב היריון וילד בריא בסופו. בחלק מהמקרים אין אפשרות להשתמש בתאי המין של אחד מבני הזוג, מה שמעמיד אותם בפני אפשרות של שימוש בתרומה של זרע או של ביצית כדי לממש את כמיהתם לילד. קדמה מדעית זו מאפשרת היום לזוגות וליחידים להביא ילד לעולם באופנים שונים, ואף העלתה מחדש את התקווה להורות אצל זוגות אשר בעבר היו נותרים חשוכי ילדים. לצד זאת, הבחירה בדרך זו ומשמעותה הן עבור הגבר והן עבור האישה עלולה לעורר קשיים נוספים, תחושות מורכבות ושאלות שלא תמיד יש עליהן מענה ברור וחד משמעי.

### תרומת זרע

רוב הזוגות שבעיית הפוריות שלהם נובעת מגורם זכרי (male factor) מקבלים היום מענה טיפולי באמצעות הפריה חוץ גופית. ישנם מקרים כגון איכות זרע נמוכה ביותר, שבהם גם על ידי הפריה חוץ גופית לא ימומש היריון. במקרים כאלה, אחד הפתרונות האפשריים הוא שימוש בזרע תורם אנונימי (בר חוה ושינקמן בן-זאב, 2008).

הפריון נחשב למצווה חשובה ונהוג להעניק לו משמעותיות של חזק, כוח ומימוש של גבריות. כאשר גבר מגלה שהאי פריון טמון בזרעו, עולה איום על תחושת העצמי שלו ועל יכולתו למלא את התפקיד הגברי הנתפס. כבר בעצם הצעת הרופא לשקול תרומת זרע יחוש גברים רבים כישלון אישי. תחושת אשמה עשויה להציף את הגבר,





ה"אריזה" וה"ארגון" של הדנ"א, המושפעים מאוד ממהלך ההיריון, ואולי זו דרך שבה אמהות לתרומת ביצית מתבטאות באופן ביולוגי (Timothy & Douglas, 2012).

## מה קורה לפורה מבין בני הזוג

העיסוק בנושא תרומת הזרע והביצית מתמקד בדרך כלל במי שעליו לוותר על השכפול הגנטי שלו. עם זאת, לאי פרייון יש השפעה מערערת ומטלטלת עבור שני בני הזוג. גם החוויה של בן הזוג הפורה היא קשה וגם הוא נדרש לעבד את אובדנו, שעלול להיות עמוק באותה המידה. חשוב שכן הזוג הפורה יכיר ברגישותו הייחודית של בן הזוג הנושא את האי פרייון, אך בה בעת יש לתת לגיטימציה לטווח הרגשות העלולים להציף גם אותו, ויכולים לנוע מרצון לגונן על בן הזוג ועד כעס, בין שמודע ובין שלא מודע, כלפיו. הרבה פעמים המחשבה הראשונה שעולה בראשה של האישה לאחר שהרופא מבשר על הצורך בתרומת זרע, היא שבעלה רימה אותה, מה שעלול להוביל לתחושות של עוינות כלפיו (Verny, 1994). נשים אלה אף עלולות לחוות עלייה בכמות הסיוטים הליליים, כולל חלומות על בגידה בבני זוגן (Watkins & Baldo, 2004), או חלומות אשר חושפים משאלה להיפטר מהבעל וגוררים תחושת אשמה בעקבותיה (Verny, 1994).

לעתים נמנעים בן או בת הזוג משיתוף האחר בתחושות המלוות את התהליך הפרייוני מתוך דאגה להם

(Verny, 1994). בן הזוג הנושא את הבעיה עשוי להרגיש אשמה כה גדולה על היותו נשא של האי פרייון כך שהוא יסתיר את הרגשות הקשים כדי להגן על בן הזוג הפורה מפני סבל ועצבות נוספים. בן הזוג הפורה מצדו לא רוצה להכביד על מי שכבר נושא בנטל הקושי העיקרי של אובדן הפרייון. בני הזוג הפוריים עשויים להרגיש מאוכזבים מבני זוגם, אבל מרגישים שזה לא יהיה הוגן לחלוק עמם רגש זה. ואם בן הזוג שנושא את האי פרייון חש כעס על בן הזוג, הוא עשוי אף לחוש שזה לא לגיטימי מצדו לכעוס על מי שחווה כל כך הרבה טלטלות בגללו. כאשר מחשבות ורגשות כאלה מודחקים ומדוכאים, בני הזוג עלולים להתרחק אחד מהשני ולהיות מתוחים מאוד ומדוכדכים, דבר שמובייל לצמצום השיתוף והתקשורת ביניהם, ומשאיר כל אחד מהם בודד בצער.

בנוסף, לא תמיד קצב עיכול בשורת האי פרייון והבחירה בתרומה זהים עבור שני בני הזוג. לעתים אחד מבני הזוג דוחף קדימה את התהליך, בעוד האחר זקוק לזמן עיבוד והתארגנות וכך לא נותר מקום לדיאלוג אמיתי ביניהם להשלמת התהליכים הנחוצים. נמצא כי זוגות אשר נמחרו להיכנס אל תהליך התרומה חוו יותר קשיים במהלך הטיפול לעומת זוגות אשר עיכבו את החלטתם כדי לחשוב על משמעות העניין עבורם (Verny, 1994). יש הנוטים לסרב מראש לנושא התרומה במטרה להגן על בן הזוג שנושא את הבעיה. בן הזוג הפורה עלול לחשוב שזה יהיה קשה מדי עבור בן הזוג הסובל מבעיית הפוריות להיות הורה של מי שהוא לא קשור אליו גנטית. במקרים אחרים בן הזוג הפורה מסכים מראש לאימוץ למען הזוגיות שכן הוא מרגיש אשם מדי על כך שלבן הזוג לא יהיה סטטוס הורי זהה לשלו. ישנן מערכות זוגיות אחרות, שבהן בני הזוג שנושאים את בעיית הפוריות בוחרים באופציית התרומה לא מתוך רצון בתהליך אלא כדי לאפשר לבני זוגם הפוריים את הקשר הגנטי שיכול להיות להם עם ילדיהם.

לאחר הכניסה לתהליך הפרייון, אם משך הזמן עד השגת ההיריון הוא קצר, עלולות לעלות תחושות של כישלון ושל אשמה אצל בן הזוג הלא פורה. לצד העובדה כי בשורת ההיריון המתהווה משמחת

התורמת מקבלת טיפול הורמונלי המגרה את שחלתיה לייצר כמות גדולה של זקימים. במקביל, האם המיועדת מקבלת טיפול הורמונלי על מנת לעבות את רירית הרחם ולהכינה לקליטת העובר. הרופא מסנכרן את המחזורים של התורמת ושל מקבלת התרומה כדי שהרחם של האחת יהיה מוכן בדיוק בזמן שבו שואבים את הביציות מהאחרת.

## הגבר חש שאכזב את עצמו, את הוריו ואת סביבתו המשפחתית הקרובה, ושהוא זה שמונע את המשך השושלת המשפחתית. עולות תחושות של אובדן על חוסר היכולת לקיים המשך גנטי ואובדן הפנטזיה לילד ביולוגי משותף של בני הזוג, הדומה להם. הרבה פעמים התחושות הללו כל כך מאיימות ומציפות עד שהגבר נמנע אפילו מלשתף את עצמו בהן

הגוף הנשי מהווה חלק אינטגרלי ודומיננטי ביצירת הזהות ובתפיסת העצמי של האישה. לקות הקשורה לגוף יכולה להוביל לפגיעה בזהות, ובפרט לקות המתייחסת ליכולת להתרבות, עקב המשמעות האישית, התרבותית והחברתית הטמונה בה. החלטת האישה להפסיק את הנסיונות להרות מביציותיה שלה ולעבור לטיפול המשלב תרומת ביצית, מלווה במחשבות על אובדן השייכות הגנטית, אובדן הפנטזיה לילד ביולוגי ואובדן הנשיות. נשים רבות חוות את ההצעה לתרומת ביצית, שבדרך כלל מגיעה מהרופא, כפקפוק בנשיותן וביכולתן להרות. תחושות אלה עשויות לעורר התנגדות קשה ואף תגובת אבל שתבטא בהפתעה, הכחשה וכעס. החששות הכרוכים בתרומת ביצית דומים לאלה הכרוכים בתרומת זרע: מי התורמת, האם היא בריאה, איך היא נראית, כיצד ייראה הילד שלי, האם אוכל להרגיש כלפיו אהבה ושייכות, האם הוא יהווה תזכורת לפגמויות נשיות, ומה יעשה התהליך לחיי הנישואים שלי. בהמשך עשויות לעלות גם שאלות הנוגעות לסודיות ולאנונימיות (בר חוה ושינקמן בן-זאב, 2008). הטיפול הפסיכולוגי מסייע לאישה ליצור הפרדה הדרגתית בין המשאלה לקשר גנטי מלא עם פרי בטנה ובין הרצון להרות ולגדל ילד, מה שמאפשר לה לקבל את התרומה באופן מלא ושלם יותר.

אחד התכנים המחייבים התייחסות בטיפול, ופעמים רבות מקלים על האישה את המעבר לשימוש בתרומה הנו האפיוגנטיקה. זהו תחום מחקר גנטי הקיים בשנים האחרונות והמעיד על כך שלרחם שבו מתפתח העובר מתפתח בתקופת ההיריון בסביבה עוטפת ומוגנת, מתנהג כפרזיט ולוקח מאמו כל מה שהוא צריך, מתנפצת והולכת. היא מפנה את מקומה לטובת תיאוריה שמצביעה על התנאים ברחם כעל גורמים המשפיעים באופן משמעותי, לעתים בלתי הפיך, על מידת הבריאות וההתפתחות של העובר שעומד להיוולד: החל מהשמנת יתר, מחלת הסוכרת והפרעת קשב וריכוז וכלה במחלות נפש. האפיוגנטיקה, למעשה, מדברת על כך שהתכונות של הילד נקבעות לא רק על ידי מבנה הדנ"א שלו אלא גם על ידי אופן



במיוחד, המחשבות על חוסר הערך מקבלות כביכול תוקף משני. במקביל, מאותה הסיבה, הרבה פעמים עולה בן הזוג הפורה פחד לשמוח במלוא העוצמה. אם ההיריון מתעכב, לעתים בן הזוג הלא פורה עשוי לחוש הקלה מסוימת, לאור ההבנה שאולי לא רק בו הבעיה, ומנגד, אשמה מצטרפת לבן הזוג הפורה.

## נשים רבות חוות את ההצעה לתרומת ביצית, שבדרך כלל מגיעה מהרופא, כפקוק בנשיותן וביכולתן להרות. תחושות אלה עשויות לעורר התנגדות קשה ואף תגובת אבל שתבטא בהפתעה, הכחשה וכעס

### הטריאדה

מורכבות נוספת הקשורה לטיפול הפרייון היא העובדה שלפיה בעוד באופן המסורתי כדי ליצור ילד יש צורך בשני אנשים, הרי שבטיפול הפרייון ההפרייה מושגת על ידי סיוע של אדם אחד נוסף או יותר מלבד שני בני הזוג המרכיבים את מערכת היחסים הבסיסית (Verny, 1994).

הקשר בין המטפל והמטופל הופך לפיכך מדיאדה לטריאדה. הרופא והזוג יוצרים למעשה משולש תקשורת המוביל לקיום לא מודע של קואליציות. במילים אחרות, בטיפול הפוריות שלושה עושים עבודה של שניים, דבר שמשנה מכורח הנסיבות את האינטימיות הזוגית. הצוות הרפואי נחשף לקונפליקטים לא מדוברים הקשורים לחוסר בטחון פרייוני, ונדרשת מהם יכולת לזהות קונפליקטים אלו ולתת עליהם מענה. כדי ליצור קשר טוב המבוסס על אמון בין הצוות הרפואי לזוג, עליהם להתייחס לזוג כאל יחידה פסיכולוגית אחת. בעצם על הצוות הרפואי לטפל לא רק בבעיית הפוריות אלא גם בבבני הזוג המתמודדים עם בעיית הפוריות. יש צורך להבין את השקפותיהם, לעזור להם להביע את עצמם באופן חופשי ולשאול שאלות בפתיחות (Leite et al., 2005; Hertz, 1982).

אותה תבנית של טריאדה הופכת סבוכה עוד יותר כאשר מדובר בשימוש בתרומה. בעת קבלת התרומה נוצר משולש קרבה מורכב גם בין בני הזוג והתורם או התורמת.

הגישה של בני הזוג כלפי תהליך התרומה וכלפי התורם/ת משתנה מזוג לזוג. ישנם זוגות אשר מקבלים את התרומה כחומר גנטי בלבד, ובהתייחסות שכזו, התורם/ת נחשבים למשתתפים אנונימיים אשר כל שעשו היה למלא תפקיד מועיל בתהליך הרבייה. עבור זוגות אלה, הגנים של בן/בת הזוג הפורה, האווירה שלפני הלידה והקשר עם הילד וחינוכו במשך שנות ההורות, נחשבים ליסוד חיוני הרבה יותר משמעותי וחשוב מהתרומה.

לעומתם, אצל זוגות אחרים השימוש בתרומה עלול להוביל למחשבות מציקות ולרגשות מעיקים, כאשר המשולש הכפוי נתפש כרגשי, גם אם השותף השלישי אינו נוכח כאדם מוחשי. בן הזוג שהגנים שלו אינם חלק מתהליך ההפרייה, עלול להרגיש זר, יכולות להיווצר תחושות של קנאה ותחרות אל מול התורם, וישנם מקרים שבהם הקשר בין התורם/ת ובן הזוג הפורה עלול אף לקבל גוון מיני ולהיחות כבגידה (Verny, 1994).

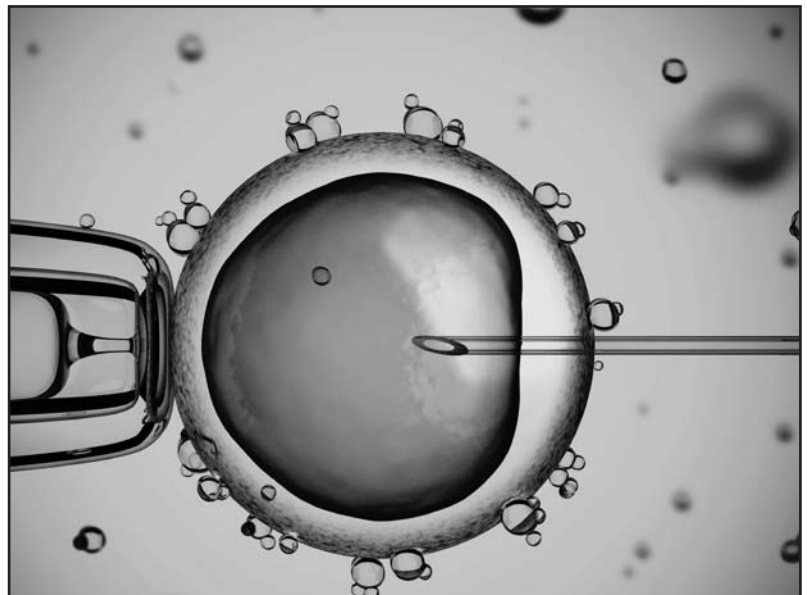
### הסוד

אחת הדילמות הנפוצות בקרב הורים לילדים מתרומה היא האם לחשוף בפני הילד את סיפור הגעתו לעולם (Verny, 1994). הפחדים המלווים את ההתלבטות קשורים למחשבות על התרחקותו של הילד מבן הזוג שאינו ההורה הגנטי, הקושי בעת צורך בטיפול רפואי כאשר המידע הגנטי שגוי, תגובות הסביבה והשפעת המידע על מצבו הרגשי של הילד. בעבר, השימוש בתרומות גנטיות לווה בדרך כלל בסודיות מוחלטת. הורים לילדים מתרומה לא התכוונו ליידע את ילדיהם בנוגע למקורותיהם הביולוגיים (Berkel et al., 2007). הרקע לבחירה זו היה פעמים רבות הרצון לשמור על הילד וגם על בן הזוג הלא פורה מפני פגיעה. המחשבה הייתה, ששמירה על סודיות תשמור על שלמות המשפחה (בר חוה ושינקמן בן-זאב, 2008). Murray et al (2006) אף הניחו ששמירה על סודיות נובעת מחשש מהסטיגמה החברתית הקיימת סביב הנושא וכן מחרדה לגבי מוצא התורם.

כיום אין בנושא זה תשובה אחת נכונה. כל מקרה נבחן לגופו. אמנם המחשבה הבסיסית הנה המשמעות הבעייתית של שמירת

סוד והאדוות שהוא יוצר סביבו, אך ההשלמה עם התרומה חשובה לא פחות. המחשבה היא שהפחד מהסטיגמה החברתית שמוביל פעמים רבות לסודיות, יהיה משמעותי עבור בני הזוג רק אם להם עצמם יהיו רגשות אשמה לגבי התרומה או חוסר קבלה של התהליך שעברו (Verny, 1994).

התחושה של כל אחד מבין בני הזוג בנוגע לשיחה עם הילד על סיפור הולדתו מושפעת מאיך אותו בן זוג מתמודד עם האמונות הקשורות לאי פרייון, לתרומת הזרע או הביצית ולמשמעות של אבדן הקשר הגנטי עם הילד. ככל שבני הזוג ירגישו נוח יותר עם עובדת התרומה ועם ההחלטה האם לחשוף את הנושא, כך יהיה להם קל יותר לזרום עם השלכות בחירתם ולהשרות תחושה נוחה ומקבלת הן על הילד והן על הסביבה.




**אוניברסיטת תל-אביב**  
 TEL AVIV UNIVERSITY  
 בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל  
 היחידה ללימודי המשך והשתלמויות

**יישומי פסיכולוגיה חיובית  
 למקצועות הטיפול**

**ההרשמה נסגרת ב-31 באוגוסט**



**מספר המקומות מוגבל**

**חשוב לדעת**  
 התכנית היחידה בישראל המציעה לאנשי טיפול הכשרה ייעודית בתחום הפסיכולוגיה החיובית, בעלת סגל מרצים מומחים ופרקטיקום מונחה.

**מטרת התכנית**  
 הכשרת אנשי טיפול לביצוע התערבויות טיפוליות המבוססות על עקרונות הפסיכולוגיה החיובית.

**מועמדים**  
 • בעלי BSW  
 • MA בפסיכולוגיה/ קרימינולוגיה/ מטפלים באומנות.  
 על כל המועמדים להיות בעלי ניסיון מקצועי של שנתיים לפחות.  
 \*הנהלת התכנית תבחן התאמתם של מועמדים נוספים על פי ק.ח ונסיון אישי

**לפרטים והרשמה**  
**03-6409559/355**  
 sivansau@tauex.tau.ac.il  
 www.socialwork.tau.ac.il/swce



## מקורות

1. אברהם, י' (2012). קנאת הפריון והשלכותיה על ההתמודדות עם טיפולי IVF. עבודת מוסמך, אוניברסיטת בר אילן, הפקולטה למדעי החברה, המחלקה לפסיכולוגיה.
2. בירמן, צ' וויצטום, א' (2010). להביא ילדים לעולם. ישראל, אריה ניר.
3. בר חוה, א' ושינקמן בן-זאב, ע' (2008). פוריות מאלף ועד טף: כל מה שצריך לדעת על בעיות פוריות והטיפול בהן. תל אביב: ידיעות אחרונות.
4. Applegarth, L. D., Riddle, M. P. (2007). What do we know and what can we learn from families created through egg donation? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 6(2), 90-96
5. Berkel, D., Candido, A. Pijffers, W. H. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: Secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation childfalse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(2), 97-104.
6. Cook, E. P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*, 65, 465-470.
7. Daniels, K. R. (1993). Infertility counselling: The need for a psychosocial perspective. *British Journal of Social Work*, 23(5), 501-515.
8. Daniluk, J. C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49, 982-990.
9. Hertz, D. G., (1982). Infertility and the physician- patient Relationship: A biopsychosocial challenge. *General Hospital Psychiatry*, 4, 95-101.
10. Leite, R. C., Makuch M. Y., Petta, C. A. & Morais, S. S. (2005). Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. *Patient Education and Counseling*, 59, 38-45.
11. Leon, I. G. (2010). Understanding and treating infertility: Psychoanalytic consideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 47-75.
12. Manson, M. C. (1993). *Male Infertility – Men Talking*. Routledge; 1st edition.
13. Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
14. Miller, W. & Millstein, S. (2008). The Measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. *Biodemography and Social Biology*, 54(1), 8-32.
15. Murray, C., MacCaiium, F., Golombok, S. (2006). Egg donation parents and their children at age 12 years. *Fertility & Sterility*, 86, 610-618.
16. Peterson B. D., Newton C. R., Rosen K. H. & Skaggs G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.
17. Timothy G. J. & Douglas T. C. (2012). Dynamic alterations in the paternal epigenetic landscape following fertilization. *Frontiers in genetics* (3)(143), 1-8.
18. Vervy, T. (1994). The stork in the lab: Biological, psychological, ethical, social and legal aspects of third party conceptions. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 9, 57-84.
19. Watkins, K. & Baldo, T. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82(4), 394-402.



# אובדן היריון - אָם בידיים ריקות

רעות בן קמחי\*

ומעבר לתפיסתו כיישות נפרדת מתחיל עם הרגשת התנועות, נמצא כי נשים רבות מתייחסות לעובר כאדם ממשי כבר בשלהי השליש הראשון להיריון. אמונה זו מתחזקת לנוכח ריבוי בדיקות האולטרא-סאונד המתרחשות מוקדם מאוד בהיריון. פעמים רבות האישה חשה כאילו חלק ממנה אבד, עולות תחושות ריקנות וחוסר שלמות. חלק מהנשים תרגשנה חוסר נוחות אל מול האמירות על היות ההפלה דבר טוב עבורן, כאשר הן מצדן כבר נקשרו לעובר המתפתח ברחמן. האישה אף עלולה להאשים עצמה על שיצרה עובר פגום. בשל העובדה כי בשבועות הראשונים להיריון תחושת הקשר לעובר חזקה יותר עבור האישה מאשר עבור בן זוגה, עלול להיות שוני בעוצמת האבל בין השניים, מה שמאפשר לבן הזוג להיות פנוי יותר לתמיכה באישה. מנגד, אותו שוני עלול להדגיש את תחושות הפגימות והבדידות שהאישה חשה בתקופה זו.



ככל שההיריון מתקדם גדלה תחושת ההיקשרות בין האם והעובר וממשיכים להתפתח אצל האישה פנטזיות, ציפיות, התרגשות, תקווה, תוכניות לעתיד וכן רגשות אמהיים. כפועל יוצא, ככל שההיריון נפסק בשלב מאוחר יותר, כך מתעצמות התחושות הקשות. לאחר לידה שקטה נשים רבות ממשיכות לשים לב לזמן העובר ולחשוב באיזה שלב של ההיריון הן היו צריכות להיות עכשיו אילו לא הטרואמה שפקדה אותן. הן ממשיכות לספור את שבועות ההיריון, חלקן מבקרות באתרי אינטרנט העוסקים בהיריון ובדקות מה הן

אובדן היריון מתרחש בכ-10-20 אחוזים מכלל ההריונות, ועלול לקרות בכל שלב ומכל סיבה, אם באופן טבעי בשבועות הראשונים, אם באופן יזום עקב מומים ומחלות גנטיות ואם מות עובר בשלבים מתקדמים של ההיריון או אף בלידה עצמה.

בהגדרתם הרפואית, אובדני ההיריון נחלקים להפלות וללידות שקטות. לפי ה-WHO (World Health Organization), לידה שקטה משמעותה מות עובר ברחם בשלבי היריון מתקדמים. לכל מדינה נקודת חתך אחרת המציינת מהו שבוע ההיריון שעד אליו אירוע כזה מדווח כהפלה וממנו והלאה מדווח כלידה שקטה. בישראל מתייחסים ללידה שקטה החל משבוע 23 להיריון. אם לא ידוע שבוע ההיריון, מתייחסים לעובר השוקל 500 גרם ומעלה.

## לאחר לידה שקטה נשים רבות ממשיכות לשים לב לזמן העובר ולחשוב באיזה שלב של ההיריון הן היו צריכות להיות עכשיו אילו לא הטרואמה שפקדה אותן

אובדן היריון הוא אירוע משנה חיים (Cote-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001), המהווה מקור פוטנציאלי רב עוצמה לקשיים רגשיים (Kersting et al., 2007). ככל שההשקעה הפסיכולוגית והרגשית בהיריון גדלה, כך האובדן או הטרואמה ייחוו כקשים יותר (Wenzel, 2014). משתנים נוספים שנמצאו כמשפיעים על רמות הדחק לאחר האובדן הם הזמן והאנרגיה שהושקעו בניסיונות להרות, ההיסטוריה הפריונית של האישה, גילה, מספר האובדנים הקודמים, מספר הילדים החיים, איכות מערכת היחסים בין בני הזוג וכן הציפיות הסביבתיות בנוגע להולדת ילד (Bennett et al., 2005). אלה מתווספים להיסטוריה הכללית של האישה ולאירועים הנוספים שחווה בחייה המעצבים גם הם את האופן שבו ייחווה האירוע (Wenzel, 2014). פריט זה אינו קיים ברשימת המקורות

לעתים קרובות הפלה המתרחשת בשלבי היריון מוקדמים נתפשת כבעלת חשיבות פחותה או כמתרחשת "כדרך הטבע", ולכן לא צפויה לגרום למצוקה רגשית רבה (Iles, 1989). משום כך כאשר מצוקה כזו אכן עולה, לעתים קרובות היא אינה מקבלת יחס או מענה. אם האישה עדיין לא הרגישה בתנועות העובר ולא חוותה אלא שינויים קלים בגופה, פעמים רבות מניחים שאין זה סביר שהיא נקשרה להיריון, ועל כן אינה צריכה להתאבל על אובדנו. אחרים מוסיפים שיש לשער שהעובר היה לא תקין באופן כלשהו ועל כן נפל באופן ספונטני, ומצפים מהאם לחוש הקלה.

בפועל, בשלבי היריון מוקדמים העובר נחוה על ידי האישה כחלק ממנה. על אף שרבים מעידים כי תהליך ההיפרדות מן העובר

\*רעות בן קמחי, פסיכולוגית רפואית, המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא; קליניקה פרטית, הרצליה.





ודאי לגבי מה גרם למוות העוברי, מה שעלול לגרום לתחושות של תסכול. נמצא כי לנשים שיש להן הסבר לאירוע קל יותר להסתגל לקושי לעומת נשים שחוו אובדן היריון ללא סיבה רפואית (Simmons et al., 2006).

במקרים שבהם נמצאו מומים בעובר, ההורים עומדים בפני מציאות טראומטית והחלטה רגשית קשה: להמשיך את ההיריון או לסיימו. הבחירה בסיום ההיריון משמעותה המתה אקטיבית של העובר, לאחר ההחלטה מייסרת לכאבי הלידה ולבסוף לידת עובר מת (Kersting et al., 2009). לאחר קבלת ההחלטה, יש נשים הנאלצות להמתין כמה ימים עד סיומו של ההיריון, מה שמעלה תחושת מצוקה רבה, במיוחד אם הן כבר מרגישות את תנועות העובר. אחרות תבקשנה עיכוב של כמה ימים עד סיומו של ההיריון כדי לתת לעצמן זמן לעכל ולהיות בטוחות בהחלטתן. מעבר לקושי הנוראי הזה, עלול להיווצר קושי רגשי נוסף כאשר בני הזוג מגלים כי הבעיה עלולה לחזור בהיריון הבא. כלומר לא רק ההיריון הנכחי אבד, אלא הריאות עתידיים כמו גם החזון הפרויני כולו נמצאים גם הם תחת איום (Iles, 1989).

## מקרים שבהם נמצאו מומים בעובר, [...] הבחירה בסיום ההיריון משמעותה המתה אקטיבית של העובר, לאחר ההחלטה מייסרת לכאבי הלידה ולבסוף לידת עובר מת

אובדן של דבר כל כך מורכב ומשמעותי, המצריך השקעה רגשית כל כך עמוקה, מלווה פעמים רבות בתחושות של אבל, הכוללות סממנים רגשיים, פסיכולוגיים, חברתיים ופיסיוולוגיים (Condon, 2010). ביטויי האבל עשויים לנוע החל מעצבות קלה ועד חוסר תפקוד כללי, ותלויים במשמעות האובדן עבור האישה. עבור רוב הנשים בגיל הפרייה האובדן מייצג מוות של ילד עתידי וכן עלול ליצור אובדן זהות של מי שתפשה את עצמה כעומדת להיות אמא, בין אם לראשונה ובין אם לילד נוסף (Iles, 1989). עלולות להופיע תחושות של עצב עמוק, כעס, אשמה, חוסר עניין, חוסר אונים והסתגרות (Wenzel, 2014), הפרעות כגון דיכאון, חרדה (Posttraumatic Stress Disorder) PTSD-1 (Kersting et al., 2009) (Turton et al., 2009) ואף סימפטומים סומטיים (Badenhorst & Hughes, 2007).

למרות זאת, החברה נוטה שלא לזהות הפלות כאובדן, ועל כן יש נטייה להתעלם מכך שמדובר באירוע המביא איתו תחושות אבל אמיתיות (Cacciato, 2010). דבר זה יכול להוביל לחוויה מלאה בדידות החסרה את התמיכה החברתית הנורמלית המגיעה בעקבות שכול. לא קיימים טקסים או מנהגים חברתיים או תרבותיים מקובלים שיכולים לסייע בהתמודדות, ופעמים רבות האישה עלולה לחוש מבודדת על ידי קשר של שתיקה, שנועד להגן לא רק עליה אלא גם על אלה הדואגים לה (Iles, 1989). לעתים נעשה ניסיון לנחם ולחזק תוך שימוש במשפטים כגון "הכול לטובה", "את תמיד יכולה לעשות עוד אחד" ודומיהם. אמירות אלה עלולות להיחוו על ידי האישה כהקטנת האבל שלה, מה שעלול לגרום להגברת תחושת הבדידות. התמודדות זו של הסביבה מובילה פעמים רבות לפער משמעותי בין הסביבה לבין חוויית האובדן והכאב של האישה, ובעטייה מונעת לא פעם קבלת תמיכה מספקת. התעלמות

היו מרגישות אם ההיריון לא היה נפסק וכדומה. כחלק בלתי נפרד, תאריך הלידה המשוער, היום שבו היה אמור להיוולד התינוק, הוא יום קשה במיוחד, שבו עלולה האישה לחוש מצוקה רגשית מוגברת (Iles, 1989). התנהלות זו ממשיכה לעתים תקופות ארוכות. נשים רבות חושבות בן כמה היה צריך להיות הילד בנקודת זמן מסוימת, מה הוא היה עושה וכדומה (Wenzel, 2014). בנוסף, לעומת הפלות המתרחשות בשבועות המוקדמים, שבהן פחות אנשים יודעים על דבר ההיריון, בהפלות מאוחרות או במצב של לידה שקטה ההיריון כבר נראה לעין, וגם אנשים מהמעגל הרחוק מכירים בו, מה שגורם לכך שבני הזוג צריכים להסביר ולעתים אף להצדיק את שקרה (Iles, 1989). אלה, בנוסף לקושי לשהות במחיצת נשים שרק ילדו או שנמצאות בהיריון מתקדם, מקשים על האישה לחזור לשגרת חייה ומגבירים את חוויית הצמצום והניתוק מהסביבה.



במקביל לתגובות הרגשיות, בתקופה הסמוכה לסיום ההיריון קיימים גם סימפטומים גופניים. הגוף אשר הכין עצמו לקבלת תינוק חי חווה לידה, והוא מושפע משינויים הורמונליים, קיים גודש בחזה והבטן שעדיין נראית הרינית ומצריכה בגדי הריון, מהווה תזכורת לאובדן (Wenzel, 2014). בנוסף לכל אלה יכולה האישה לחוות אנמיה, הזעת לילה ותחושה פיסית כללית לא טובה. סמוך ללידה ההורים צריכים להחליט האם ברצונם לראות את התינוק, להחזיק אותו ולהיפרד ממנו (Cacciato, 2010). ישנן עדויות מחקריות סותרות בנוגע להשפעת המפגש עם התינוק המת על ההתמודדות עם האובדן. יש הטוענים כי מפגש עם דמותו הממשית של הילד עשוי להיות טראומטי (Hughes et al., 2002), ומנגד נשמעות טענות שלפיהן פרידה ממשית כזו מסייעת להתהוותו של תהליך אבל תקין (Iles, 1989) ואף מפחיתה את הסיכון לדיכאון וחרדה (Cacciato et al., 2008). במקרים שבהם בני הזוג מתלבטים ואינם מסוגלים להחליט במעמד המבלבל שבו הם נמצאים, קיימים בתי חולים המציעים לצלם את התינוק כדי לשמור לבני הזוג את הזכות להביט בו אם יבחרו בכך בהמשך.

אצל חלק מהנשים קיים צורך עז למצוא משמעות באובדן, להבין למה זה קרה או לזהות הסבר רפואי. ברוב המקרים אין הסבר





שכזו מחשיבותו וממשמעותו של האובדן על ידי חלק מהחברה, חברים, משפחה, ולעתים אפילו על ידי האישה עצמה, משבשת את תהליך האבל התקין. דבר זה יכול להוביל להתפתחות תגובות אבל פתולוגיות, כרוניות או לא תואמות (Cacciatore, 2010). חשוב לציין כי בחלק מהמקרים האבל מאופיין בתגובה מושהית. במקרים אלה התגובה הראשונית יכולה להיראות כקשות רגשית, מה שעלול להוביל לפספוס המצוקה שמופיעה בשלב מאוחר יותר.

## לא קיימים טקסים או מנהגים חברתיים או תרבותיים מקובלים שיכולים לסייע בהתמודדות, ופעמים רבות האישה עלולה לחוש מבודדת על ידי קשר של שתיקה, שנועד להגן לא רק עליה אלא גם על אלה הדואגים לה (Iles, 1989)

אובדן היריון מכניס מתח לכל מערכות היחסים המשמעותיות הסובבות את האישה. הכעס שלה לצד הצורך להאשים מרחיק אותה מחברים, ממשפחתה ואף מבן זוגה, בייחוד אם בן הזוג לא חווה את האבל באופן דומה (Badenhorst & Hughes, 2007). אם יש בבית ילדים נוספים, גם הם מרגישים היטב שמהו קרה. תגובתם משתנה ויכולה לנוע החל משוויון נפש ועד שאילת שאלות שיהיו קשות להורים האבלים. התגובה תלויה בגיל, ביכולת הקוגניטיבית, ברמת הציפייה להגעת התינוק וכן בתגובת המשפחה כולה לאובדן. הם עלולים לחוות בלבול ואף להאשים - את עצמם או את אמם - באובדן היריון (Iles, 1989). כמו כן תיתכן הפגנת כעס כלפי האם על שמנעה מהם אח פוטנציאלי. במקרים רבים ההורים חווים קושי בהתמודדות עם תגובות ילדיהם לאובדן, ולעתים הם כל כך עסוקים באבל שלהם עד שאינם מבחינים בצרכים של ילדיהם (Badenhorst & Hughes, 2007). גם כאשר קיימת סביבה תומכת בדמות חברים ובני משפחה, פעמים רבות לאחר תקופה קצרה ממשיכים האחרים הלאה בחייהם, בעוד האישה חשה שהיא עדיין אינה מוכנה לחזור לשגרה. בשלב זה מצטרפת התחושה לפיה אף אחד לא מבין באמת את שקרה.

חווית אובדן היריון נותרת ומלווה בצורה זו או אחרת את האישה במשך כל חייה (Wenzel, 2014). נמצא כי נשים לאחר לידה שקטה מראות רמות לחץ גבוהות משמעותית מאלה של נשים שילדו עובר חי, לפחות 30 חודשים אחרי האובדן (Boyle et al., 1996). עוד נמצא כי סיום היריון, הפלה ספונטנית ומוות תוך רחמי עלולים להוביל לתגובת דחק פוסט טראומטית (Van Pampus & Wolf, 2004). Kersting et al (2009) אף מצאו שהפסקת היריון עקב מומים בעובר בטרימסטר השני עלולה להוביל לתגובת דחק פוסט טראומטית חמורה ותגובות אבל משמעותיות גם שנים לאחר האירוע.

### ההיריון הבא

בין 50 ל-89 אחוזים מהנשים שחוו אובדן היריון ינסו להרות שוב (Cordle & Prettyman, 1994; Swanson, 1999). ההיריונות הבאים יהיו מלווים בתחושות של פגיעות, דאגה, פחד וחוסר ודאות לגבי תוצאות היריון (Cote-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001) ואף בחרדה גבוהה יותר של הנשים הן ביחס לעצמן והן ביחס לנשים

אחרות שלא חוו אובדן, כאשר חרדה מוגברת במהלך ההיריון נמצאה כקשורה לתוצאות מילדותיות שליליות (Wadhwa et al., 1993) וכן לתוצאות טובות פחות בהתייחס לתינוק ולהורות (Armstrong & Hutti, 1998). היריון זה מאופיין לעתים בנימוק רגשי של האם מההיריון ומהעובר כדי לא להיפגע שוב במקרה של אובדן אפשרי (Cote-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001), לפחות עד השבוע שבו אובחנה הבעיה או הסתיים ההיריון הקודם. ציפייה לסיום היריון במועד עם תינוק חי ובריא נראית אפשרות תמימה ולא ודאית כלל.

לצד התפיסה שלפיה היריון חדש יעזור לאישה להתגבר על המצוקה הרגשית, יש הטוענים כי היריון חדש עשוי למנוע את השלמת תהליך ההתאבלות על ההיריון ועל העובר שאבדו (Iles, 1989). אבל לא פתור זה עלול לגרום לסימפטומים רגשיים במהלך ההיריון הבא ואף לאחר הולדת התינוק. מחקרים אף הראו שנשים מועדות יותר ל-PTSD בהיריון העוקב בייחוד אם הוא נוצר סמוך להיריון שהסתיים. (Turton et al 2001) מצאו כי כ-21 אחוזים מהנשים בהיריון העוקב חוו פוסט טראומה, וכ-5 אחוזים סבלו מפוסט טראומה גם שנה אחרי הלידה של התינוק החי. כמו כן נמצא שנשים שהיו עד שנה מהאובדן ונשים שלא קיבלו תמיכה או שקיבלו תמיכה לא מספקת היו מועדות יותר לפיתוח PTSD.

### טיפול

קיימים כמה גורמים המסייעים לבני הזוג להמשיך בחייהם לצד האובדן, ביניהם ביטוי הרגשות העולים כתוצאה מהאובדן, לרבות רגשות הנתפשים כלא לגיטימיים, קבלת מידע על אופני ההתמודדות עם אובדן היריון תוך הדגשת התגובות הנורמליות הצפויות לעלות כחלק מתהליך ההתמודדות, שימוש במערכות תמיכה קיימות כגון משפחה וחברים וכן פנייה לאיש מקצוע (Kersting et al., 2011). טיפול מקצועי יכול, לצד תהליך האבל הטבעי, לסייע להפחתת הסימפטומים הרגשיים בהמשך הדרך בכלל ובהיריון העוקב בפרט. קיימות כיום גישות טיפוליות שונות לטיפול בנשים המתמודדות עם אובדן היריון המסייעות להפחתת הסימפטומים הטראומטיים, ביניהן טיפולים פרטניים (פסיכותרפיה, CBT, EMDR), טיפול משותף לשני בני הזוג, קבוצות תמיכה ואף טיפול מקוון (on line).

## חשוב לציין כי בחלק מהמקרים האבל מאופיין בתגובה מושהית. במקרים אלה התגובה הראשונית יכולה להיראות כקשות רגשית, מה שעלול להוביל לפספוס המצוקה שמופיעה בשלב מאוחר יותר

### תיאור מקרה

גלית (שם בדוי), בשנות ה-30 לחייה, נשואה ואם לילדה בת 5. חוותה בשבוע 30 להריונה מוות תוך רחמי של העובר מסיבה לא ידועה. זמן קצר לאחר הלידה השקטה החלו היא ובעלה לנסות להרות בשנית, ללא הצלחה. גלית ואני נפגשנו כשנה לאחר הפסקת ההיריון. כבר בפגישה הראשונה אובדן היריון תפס את כל המקום. באותה



של בני הזוג להכיל אחד את האחר, נוצר ריחוק מחברות שלא הבינו את עומק כאבה, ואף צומצם השיח עם הוריה. התחלנו לעבוד על הלידה השקטה תוך עיבוד מחדש של אירועים ספציפיים שבלטו יותר מאחרים בסיפורה של גלית. שיתוף הפעולה מצידה היה מוחלט והיא התמסרה כולה לטיפול. עם כל פגישה ניכר שינוי בתחושותיה, לרוב בכיוון החיובי. בפגישה הרביעית סיפרה שהצליחה במהלך השבוע לבלות עם בתה ואף לשמוח, דבר שלא קרה מאז הלידה השקטה. לצד זה, סיפרה שהתגברה כמות הסיוטים, וכמעט כל לילה היא חולמת שמישהו מיקריה מת. בפגישה השישית דיווחה כי הסיוטים פסקו. היא חזרה לישון טוב, מרגישה שהתקפי הבכי חזקים יותר, אבל גם קצובים וקצרים יותר ואחריהם מצליחה לחזור לשגרה, מרגישה שמצליחה לנשום טוב יותר, לפנות קצת מקום.



בפגישה השמינית סיפרה שהמיגרנות נעלמו כמעט לחלוטין. לתחושתה היא כבר לא נמצאת בבור שחור. עדיין הייתה רוצה להיות שלווה יותר, אבל חושבת שכעת זה קשור לאי הפריון יותר מאשר ללידה השקטה. היא הצליחה להפריד בין התינוק המת והתינוק החי העתידי. לפגישה העשירית הגיעה מפוחדת, עם בשורה על בדיקת היריון חיובית. הפגישה עסקה בהתבוננות על התהליך שעברה, על המקום שבו נמצאת היום, על כך שמסוגלת לדבר על האירוע מבלי לבכות, מסוגלת לתת להיריון החדש מקום משלו, ולא במקום או על חשבון התינוק הקודם. דיברנו על פינוי הרחם מהתינוק הקודם, מה שאפשר מקום לתינוק הנוכחי. סיימנו לעבד את אירוע האובדן, ובפגישתנו האחרונה סיפרה שנצפה דופק עוברי. גלית לא האמינה. במהלך השיחה נעה בין אושר, התרגשות ופחד. היא סיפרה שבבדיקת הדופק לא חשבה על התינוק הקודם, ומרגישה שאמנם הוא יהיה חלק ממנה לעולם, אבל הוא גם סיפור שנגמר, שהיא מסוגלת לדבר עליו מבלי העומס התחושותי והרגשי. השינוי הזה מאפשר לה להכיל את הכאב של בעלה, לפנות מקום גם לשמחה, לבתה ולהיריון החדש בחייה.

פגישה היא גוללה בפני את "סיפור המוות" (כלשונה) ואת הקושי שהגיע בעקבותיו: היא לא הצליחה לישון, בקושי אכלה, בכתה המון, הסתגרה, לא תפקדה (כאישה, כאם, כאדם), מאוד כעסה על עצמה, לא הייתה מסוגלת לא לראות צמחים נובלים, לא להאזין לחדשות ולא לשמוע על מקרים קשים. היא כמעט שלא ישנה, וכשהייתה נרדמת, פעמים רבות חלמה את אותו חלום שבו היא רואה את התינוק המת בלב ים ומנגד את בתה, יושבת על החוף, והיא צריכה להחליט במי לבחור, נקרעת בין שניהם. מאז הלידה השקטה אף החלה לסבול ממגרנות, שלא נעלמו. גם המשפחה מסביבה התקשתה להתמודד עם המקרה. בעלה החל להסתגר, לא הצליח להכיל את כאבו ואת כאבה במקביל. בתה כעסה מאוד על האירוע והחלה לחוות התפרצויות זעם על סביבתה הקרובה. מצבה הלך והחמיר והיא הופנתה לטיפול רגשי פרטני. גם הוריה של גלית לא יכלו לשאת את כאבה, ובכל פעם שהתקשרה והחלה לבכות, ניתקו את השיחה. החברים בסביבתה המליצו לה לשכוח מההיריון בכוח ולחשוב רק על העתיד, על ההיריון הבא.

לאחר הלידה, כדי להקיא את הכאב מתוכה, הייתה רצה "עד שהרגליים היו נשברות". כשהרגישה שאינה יכולה יותר, נפגשה פעמיים עם המטפלת הרגשית של בתה, שלימדה אותה טכניקת דמיון מודרך שעזרה לה לדבריה לשחרר את התינוק ואת החלום ונורא.

עם הזמן המצב הפך נסבל יותר עבורה. היא תארה את עצמה כ"מחזיקה שגרה קרה", משתדלת להגביל את הזמן שמרשה לעצמה לחוש בו כאב. עם זאת, היא סיפרה שעדיין עולות מחשבות על הלידה השקטה והתינוק, כמו גם רגשות קשים, בעיקר כאשר רואה סרט שמזכיר, שומעת על אישה שהרתה או ילדה וכדומה. היא סיפרה שכששואלים אותה כמה ילדים יש לה היא עונה "אחת בחיים ואחד שלא פה".

במקביל להתמודדות עם הלידה השקטה, גלית מתמודדת לראשונה עם אי פריון. לדבריה גם ההיריון עם בתה וגם ההיריון שאבד נקלטו בניסיון הראשון. כעת, על אף שהכול תקין מבחינה גופנית, היא לא מצליחה להרות. במהלך פגישתנו הראשונה גלית בכתה ללא הפסקה, והיה נראה כאילו היא נמצאת איתי בגופה אך בנפשה היא נמצאת שם, חווה שוב את האירוע הטראומטי, עד כדי כך שהיא לא שמה לב לדמעות שניגרו על פניה ובתום הפגישה יצאה כשחולצתה רטובה.

מהתרשמותי היה נראה כי אף שעברה שנה מאז האירוע, רמת החדרנות שלו עדיין גבוהה מאוד. התנהלותה העידה כי קיימת תגובה רגשית חזקה מאוד ולהערכתי ניכרו בהתנהלותה מאפיינים המעידים על PTSD. לאור כל אלה הצעתי לגלית לנסות לעבד את האירוע תוך שימוש בשיטת EMDR, והיא נאותה. כאשר מדובר בטראומה ממוקדת, הטיפול בשיטה זו פעמים רבות קצר ויעיל. במהלך הטיפול מתחדש התהליך הנורמלי של עיבוד האינפורמציה, כך שבסיום העבודה האירוע עצמו נזכר, אך פחות מפריע ומטריד. הטיפול בגלית כלל בסך הכול 12 מפגשים. בתחילת הטיפול תיארה גלית תחושות קשות של אשמה, כעס על עצמה, חוסר יכולת לשמוח במלוא לבה, חוסר יכולת ליהנות עם בתה, עצבנות רבה וכן חוסר יכולת לדבר על האובדן מבלי לבכות בכי בלתי נשלט. היא סיפרה שהיא חווה חלומות חוזרים וסיוטים כך שלילותיה לא שקטים. התחושה הייתה של בדידות, צמצום חברתי, חסר וריקנות. ברמה הגופנית תיארה כאמור מיגרנות שהחלו לאחר הלידה השקטה וכן אי פריון משני. בראשה עברו מחשבות קשות כגון "אני רוצחת", "מת לי ילד" ואף ניכר ערבוב בין התינוק המת והילד העתידי הרצוי. ברמה הסביבתית ניכרה פגיעה בתא המשפחתי עקב חוסר יכולתם



1. Armstrong, D., Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment in a subsequent pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 27, 183-189.
2. Badenhorst, W. & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259.
3. Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S. & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. *Professional psychology: research and practice*, 36., 180-187.
4. Boyle, F. M., Vance J. C., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: prevalence and patterns of distress among mothers. *Social science and medicine*, 43, 1273-1282.
5. Cacciatore, J. (2010). Stillbirth: Patient-centered psychosocial care. *Clinical obstetrics and gynecology*, 53(3), 691-699.
6. Cacciatore, J., Froen, F. & Radestad, I. (2008). Effects of contact with their stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth Issue Perinatal Care*, 35(4), 313-320.
7. Condon, J. (2010). Women's mental health: a wish-list for the DSM V. *Archives of women's mental health*, 13, 5-10.
8. Cordle, C. J., Prettyman, R. J. (1994). A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage. *Journal of reproductive infant and psychology*, 12, 37-43.
9. Cote-Arsenault, D. & Morrison-Beedy, D. (2001). Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 33: 239-244.
10. Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 360: 114-118.
11. Iles, S. (1989). The loss of early pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 3(4): 769-790.
12. Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E. & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after TOP because of fetal anomalies – a pilot study. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynecology*, 26(1), 8-14.
13. Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S. & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*. 32(2): 72-78.
14. Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernug-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., Ohrmann, P., Arolt, V. & Suslow, T. (2009). Psychological impact on women after second and third versus women after preterm Birth – A 14 Month follow up study. *Arch womens mental health*. 12: 193-201.
15. Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lu'dorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., Arolt, V. & Suslow, T., (2007). Complicated grief after traumatic loss, A 14-month follow up study. *Eur arch psychiatry clinic and neuroscience*, 257, 437-443.
16. Simmons, R. K, Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the national women's health study. *Social science and medicine*, 63, 1934-1946.
17. Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well being. *Nursing research*, 48, 288-298.
18. Turton, P., Hughes, P. & Evans, C. (2009). Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of nested case-control cohort study. *Arch womens mental health*, 12, 35-41.
19. Turton, P., Hughes, P. & Evans, C. (2001). The incidence and significance of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British journal of psychiatry*, 178, 556-560.
20. Van Pampus, M. G. & Wolf, H. (2004). Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3/4), 183-187.
21. Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 169(4), 858-865.
22. Wenzel, A. (2014). Coping with infertility, miscarriage and neonatal loss. U.S.A: Edwards Brothers.



# מקומה של הפסיכולוגיה הרפואית ביחידה לניתוחי עמוד שדרה

לינור שושן-אמיר\*

פעילות גופנית מסוגים שונים ועוד. ניתוחי עמוד שדרה מהווים פתרון אפשרי למטופלים שלא נתרמו מהטיפולים השמרניים או במקרים שבהם קיימים "דגלים אדומים" אופייניים למצב רפואי אשר עלול לסכן את בריאותו ואת איכות חייו של המטופל. ההסבר שאני מציעה במאמר זה רואה בכאב בעמוד השדרה סינדרום כאב ביו-פסיכו-סוציאלי. לא עוד מכניקה ותיקונה, אלא תלונה המגיבה לטיפול ללא הכרח לריפוי מלא. הנחיות קליניות מארצות שונות המבוססות על מידע מהימן ועדויות מחקריות מוסרות מסר דומה בעיקרו: על פי רוב כאב בעמוד השדרה אינו מהווה בעיה חמורה. ברבים מהמקרים אפשר לטפל באמצעות שילוב של חזרה לפעילות, הדרכה והרגעה, טיפול סימפטומטי קצר ומובנה בכאב ושינוי תפיסת הכאב אצל המטופל (רייס ולהד, 2007).

ביחידה לניתוחי עמוד השדרה במרכז הרפואי מאיר, בראשות ד"ר יוסף לייטנר, קיימת מודעות גבוהה להיבטים הפסיכולוגיים בכאבי גב והשפעותיהם על ניתוחי עמוד השדרה. כחלק מכך הצטרפתי לצוות היחידה לפני כשנה. במאמר זה אסקור את מקום הפסיכולוגיה בתחום הכאב בעמוד השדרה והפתרונות הניתוחיים, כפי שמשתקף בעבודתי ביחידה.

## רקע תיאורטי

בספרות התיאורטית והמחקרית קיימות עדויות רבות העוסקות בנוכחותם של גורמים פסיכולוגיים בכאבי גב מסוגים שונים והשפעת גורמים אלה בקרב מטופלים שעברו ניתוחי עמוד שדרה. בין השאר מתוארים בספרות השפעות של דיכאון, חרדה, הפרעות סומטיזציה והפרעות אישיות כגורמים בעלי משמעות רבה בהקשר לכאב בעמוד השדרה (Manchikanti et al., 2002).

במחקר שבחן השפעת גורמים פסיכו-סוציאליים, חינוכיים וסומטיים בקרב מטופלים הסובלים באופן כרוני מכאב בגב התחתון, נמצאה נוכחות מוגברת של דיכאון במטופלים הסובלים מכאבי גב ביחס לאוכלוסייה הכללית. 47% מהמטופלים שנבדקו סבלו ממידה מסוימת של דיכאון שנעה מדיכאון קל ועד דיכאון קשה. בנוסף נמצא כי שיעורי הדיכאון בקרב המטופלים עלו ככל שהמטופל עבר יותר ניתוחים בעמוד השדרה - 47 אחוזים בקרב מטופלים שלא עברו כלל ניתוח, 50 אחוזים בקרב מטופלים שעברו ניתוח אחד ו- 62 אחוזים בקרב מטופלים שעברו יותר מניתוח אחד (Vereckei et al., 2013).

כאב בעמוד השדרה הוא אחד מסוגי הכאב הנפוצים ביותר. כ-80 אחוזים מכלל האוכלוסייה חווים כאב גב במהלך חייהם. הסיבות לכאבי הגב הן רבות: התכווצויות שרירים על רקע מאמץ יתר, תנועה פתאומית בלתי מבוקרת, עקמת, זיהומים, מחלות דלקתיות, שחיקה מכנית של מרווחים בין-חולייתיים, גידולים, חבלות ותזוזות של חוליות.

**אפשרויות הטיפול השמרניות המוצעות לסובלים מכאבי גב הן טיפולים במרפאות כאב, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, פעילות גופנית מסוגים שונים ועוד. ניתוחי עמוד שדרה מהווים פתרון אפשרי למטופלים שלא נתרמו מהטיפולים השמרניים או במקרים שבהם קיימים "דגלים אדומים" אופייניים למצב רפואי אשר עלול לסכן את בריאותו ואת איכות חייו של המטופל**

עמוד השדרה מאופיין במבנה סבוך של עצבים, מפרקים, שרירים, גידים ורצועות שכולם עלולים לגרום כאב. עצבי עמוד השדרה (העצבים הספינאליים) הממשיכים לאיברי הגוף השונים, עלולים להקרין את הכאב לאזורים אחרים בגוף. משמעות הדבר היא כי לעמוד השדרה ולפגיעות בעמוד השדרה השלכות על כאב פריריאלי, ומכאן שעמוד השדרה הוא מרכזי בתחום ההתמודדות עם כאבים, בין שהם בעמוד השדרה עצמו ובין שנובעים ממנו. בישראל, כמו במדינות מערביות אחרות, מהווים כאבי גב את סוג הכאב הנפוץ ביותר בקרב הסובלים מכאב כרוני. ההערכה הרווחת היא שמחצית הפניות לרופא משפחה ולמעלה מ-90 אחוזים מהפניות לאורתופד נובעות מכאבי גב. כמחצית המטופלים במרפאות כאב סובלים מכאבי גב. שליש מהפורשים מעבודה טרם זמנם יפרשו עקב הופעת כאב גב. כאבי גב תחתון הם הסיבה המובילה למוגבלות ברחבי העולם, יותר מכל מצב רפואי אחר. אפשרויות הטיפול השמרניות המוצעות לסובלים מכאבי גב הן טיפולים במרפאות כאב, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה,

\*לינור שושן-אמיר, פסיכולוגית רפואית וחינוכית, היחידה לניתוחי עמוד שדרה במרכז הרפואי מאיר בכפר סבא, שפ"ח תל אביב-יפו ופרקטיקה פרטית בהרצליה.



הערכה פסיכולוגית פרטנית, אשר בה נבנית התרשמות ממצבו הרגשי הנוכחי של המטופל ומהיסטוריה הרגשית שלו. מידע חשוב שעולה בהקשר זה, מהווה שיקול בקבלת ההכרעה בין פתרון ניתוחי לפתרון שמרני. במטופלים מסוימים, שלגביהם אותרו מאפיינים רגשיים המשפיעים על התחושות ועל התפקוד של המטופל, מומלץ בחלק מהמקרים על טיפול פסיכולוגי, עם או בלי תמיכה תרופתית, הן כהכנה לקראת הניתוח והן לשם איזון המצב הרגשי למשך תקופת הניתוח וההחלמה.

כחלק מתהליך איסוף המידע על המטופל נעשה שימוש בכלים הבאים:

- Oswestry Low Back Pain Scale - שאלון לבדיקת רמת הכאב.
- SF36 (The Mos 36 item short form survey) - שאלון לבחינת איכות החיים.
- BSI (Brief Symptom Inventory) - שאלון לבדיקת הפרופיל הפסיכולוגי.
- VAS (Visual analogue scale) - סרגל כאב.

מודלים של הערכות פסיכולוגיות לפני ניתוחי עמוד שדרה הם סטנדרטים מקובלים בתחום בעשור האחרון. על פי Block ואחרים (Block et al. 2003) הערכה זו נושאת בחובה יתרונות רבים: היכולת לסנן מטופלים שלא ייתרמו מתוצאות הניתוח, שיפור תוצאות הניתוח בקרב מטופלים שעוברים את הניתוח על ידי זיהוי בעיות רגשיות והתנהגותיות וטיפול בהן, זיהוי מבעוד מועד של מטופלים שעלולים לפתח בעיית היענות לטיפול וכן הפחתת עלויות על ידי מניעת ניתוחים לא נחוצים. במחקר נוסף של Block ואחרים (Block et al. 2001) אף מתארים שימוש באלגוריתם אשר מחלק את המטופלים לשלוש רמות סיכון (נמוכה, בינונית וגבוהה) הנובעות

במחקר שבחן את השפעותיהן של נטיות פסיכולוגיות (דיכאון וחרדה סומטית) קודמות לניתוחי עמוד שדרה על התוצאות הנתפסות של הניתוח, נמצאו השפעות של נטיות פסיכולוגיות אלה (Chaichana et al., 2011). המדדים נבחנו בארבע נקודות זמן: שישה שבועות לפני הניתוח, שלושה חודשים אחרי הניתוח, חצי שנה אחרי הניתוח ושנה אחרי הניתוח. בקרב מטופלים שדיווחו על רמות גבוהות של דיכאון וחרדה סומטית לפני הניתוח נמצאו לאחר הניתוח רמות גבוהות יותר של כאב בעמוד השדרה, מוגבלות ואיכות חיים נמוכה.

מאמר סקירה שהציב לעצמו מטרה לסכם את מגוון העדויות המדעיות כדי לנבא גורמי סיכון ביו-פסיכו-סוציאליים אשר עשויים להשפיע על תוצאות ניתוחי עמוד שדרה, זיהה כמה גורמים עיקריים. בסקירה הרחבה שנעשתה באמצעות מאגרי חיפוש מידע אלקטרוניים אותרו מגוון גורמים ביו-פסיכו-סוציאליים אשר נוטים להשפיע על תוצאות של ניתוחי עמוד שדרה. בין השאר נמצא כי רמות כאב גבוהות טרם הניתוח, רמת סיפוק תעסוקתי נמוכה, סגנון התמודדות המתאפיין בהימנעות פסיבית ורמות גבוהות של חרדה וסומטיזציה, הם גורמים מנבאים ליותר כאב, מוגבלות וקשיים תעסוקתיים לאחר הניתוח (Den Boer et al., 2006).

## ברבים מהמקרים אפשר לטפל באמצעות שילוב של חזרה לפעילות, הדרכה והרגעה, טיפול סימפטומטי קצר ומובנה בכאב ושינוי תפיסת הכאב אצל המטופל

נתונים אלו ואחרים המתוארים בספרות התיאורטית והמחקרית בתחום הכאב בעמוד השדרה, מנסחים את הקשר בין מאפיינים פסיכולוגיים לתחושות כאב בעמוד השדרה ולסיכויי ההצלחה של הטיפולים המוצעים.

### הערכה פסיכולוגית כחלק מוועדות טרום ניתוח

המודעות הגבוהה למודל הביו-פסיכו-סוציאלי והשפעותיו על התוצאות בניתוחי עמוד שדרה ביחידה לניתוחי עמוד שדרה במרכז הרפואי מאיר, הביאה ליישום מודל של וועדות טרום ניתוח הכוללות הערכה פסיכולוגית.

מטרת הוועדות היא דיון מעמיק על אודות מטופלים, בפורום של צוות רב מקצועי שבו נוכחים רופאים מומחים לכירורגיה אורתופדית, אחות אחראית ואנוכי. הצוות מקבל החלטות ביחס לנחיצות הניתוח. בפועל, הוועדה ממליצה לנתח רק בין שליש לבין מחצית המועמדים לניתוח. המטופלים מתחילים את התהליך במילוי טופס איסוף מידע המיועד לייעל את הדיון בוועדה ולסייע למטופלים לארגן את שאלותיהם לצוות הוועדה. מערכת השיקולים שמופעלת בוועדה מתייחסת לסיכוי שניתוח עמוד שדרה ישפר את יכולות התפקוד, יפחית את רמת הכאב וישפר את איכות החיים של המטופל.

לאחר שנערכת התרשמות מהמטופל בפורום הרחב, נערכת





מהשפעתם של גורמים פסיכולוגיים המתערבים בתוצאות הניתוח. הם מצאו כי כ-80 אחוזים מהמטופלים שסווגו לקטגוריה של רמת סיכון גבוהה יציגו תוצאות ניתוח נמוכות לעומת כ-20 אחוזים בלבד מהמטופלים שסווגו לקטגוריה של רמת סיכון נמוכה.

## בין השאר מתוארים בספרות השפעות של דיכאון, חרדה, הפרעות סומטיזציה והפרעות אישיות כגורמים בעלי משמעות רבה בהקשר לכאב בעמוד השדרה

### מחקר פסיכולוגי ביחידה לניתוחי עמוד שדרה

להיבטים פסיכולוגיים כאשר חווים כאב בעמוד השדרה יש מקום מרכזי בעבודתי גם באמצעות מחקר. בזמן זה מתנהלים ביחידה כמה מחקרים בשלבים שונים, אשר בעתיד יסייעו לשפוך אור על הרלוונטיות של הפסיכולוגיה הרפואית לתחום הכאב בעמוד השדרה.

#### להלן סקירה קצרה של הכיוונים המחקריים:

- בחינת ההשפעות הפסיכולוגיות בנייתוחי עמוד השדרה כחלק מהתהליך שצובר המטופל מהמועמדות לניתוח במסגרת ועדת טרום ניתוח ועד שנה לאחר הניתוח. במחקר זה ייבדקו ההשפעות הפסיכולוגיות לפני הניתוח בעמוד השדרה ובטווחי זמן שונים (חצי שנה ושנה) אחרי, ויבחנו ההשפעות השונות של הניתוח על ידי העברת שאלונים וניתוח ממצאי ההערכה הפסיכולוגית.

- בדיקת היעילות של התערבות פסיכולוגית קצרת מועד באמצעות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) על התוצאות בנייתוחי עמוד השדרה. בקבוצת המחקר תיערך התערבות טיפולית קוגניטיבית-התנהגותית פרטנית במשך תקופת ההמתנה לניתוח, בעוד שבקבוצת הביקורת לא תתקיים התערבות טיפולית.

הגדרת הפרופיל האישיותי של מטופלים בתחום הכאב בעמוד השדרה. מטופלים המאושפזים ביחידה ממלאים שאלוני Brief Symptom Inventory (BSI) במסגרת סריקה ראשונית ובמטרה לנסח בהמשך פרופיל אופייני. מדובר במטופלים שעברו ניתוח או שאושפזו לצרכים אחרים כמו אבחנה של מקור הכאב או טיפול לאיזון הכאב.

נשקלים כיוונים מחקרניים נוספים, וביחידה לניתוחי עמוד שדרה נהוגה גישה פרו-מחקרית וקיים כר מחקרי פורה.



## התערבויות פסיכולוגיות ביחידה

### לניתוחי עמוד שדרה

#### טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)

בקרב מטופל המועמד לניתוח עמוד שדרה מתעוררות אמונות ומחשבות המבוססות על נטיות אישיותיות וקשיים רגשיים כגון דיכאון, חרדה או סומטיזציה. לעתים מדובר בחודשים ואף שנים של התמודדות עם כאב, ולעתים קיימות התנסויות לא מוצלחות קודמות בתחום הטיפולים בעמוד השדרה. כל אלה משפיעים על הלך רוחו של המטופל כאשר הוא מופנה לניתוח, והם עלולים להפוך אותו לאויב הגרוע ביותר של עצמו, ולטרפד את אופן התאוששותו מהניתוח וההחלמה לאחריו (Block et al., 2003).

על מנת לסייע למטופל להיערך לקראת ניתוח בעמוד השדרה יש להעריך תחילה את הדפוסים הקוגניטיביים האופייניים לו בהקשר של התמודדות עם כאב, תוך התמקדות באמונות בסיס ותגובות רגשיות. בהמשך חשובה התערבות פסיכו-חינוכית המיועדת לוודא כי למטופל מידע מספק ומותאם לצרכיו ביחס לניתוח. יש לבחון בהקשר זה את סגנון חיפוש המידע של המטופל ולהתמקד בתיאום ציפיות ביחס לתוצאות הניתוח (Block et al., 2003).

טכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות אשר נהוגות במסגרת של הכנה לניתוח עמוד שדרה, עוסקות בהבניה קוגניטיבית. באמצעות אתגור והבניה מחשבתית אפשר לשנות את אמונות הבסיס של המטופל ולאתגר מחשבות אוטומטיות ועיוותי חשיבה על מנת להגיע לניתוח עם ציפיות והנחות חיוביות יותר, אשר עשויות להשפיע לטובה על תוצאות הניתוח (Hadjistavropoulos & Craig, 2004).

מחקר נוסף סקר עדויות ליעילות של התערבויות פסיכולוגיות בשיקום מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון כרוניים. מרבית ההתערבויות שנסקרו הן מתחום הטיפול הקוגניטיבי או ההתנהגותי: שליטה במתחים, טכניקות הרפיה, טיפול התנהגותי והתמודדות עם הימנעויות. במחקר נמצאה יעילות של טיפולים פסיכולוגיים בטיפול במשתקמים מכאב כרוני בגב התחתון (Reese & Mittag, 2013).

Tlach & Hampel (2011) בחנו במחקרן את ההשפעות לטווח רחוק של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לשליטה בסימפטומים רגשיים בקרב מטופלים המצויים בתהליך שיקום כאב בגב התחתון. הן בחנו סימפטומים דיכאוניים וחרדתיים במהלך תהליך שיקום של שנתיים, ומצאו השפעה חיובית למרכיב הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי המפחית מורכבות וסיכון פסיכולוגי.

## בקרב מטופלים שדיווחו על רמות גבוהות של

### דיכאון וחרדה סומטית לפני הניתוח נמצאו

### לאחר הניתוח רמות גבוהות יותר של כאב

### בעמוד השדרה, מוגבלות ואיכות חיים נמוכה

סגנונות התערבות המתאימים יותר למטופלים אשר ניתוח אינו פתרון מתאים עבורם, מכוונים לקבלה ולהסתגלות לכאב כחלק אינטגרלי מהחיים. התערבויות אלה מגיעות מגישות הגל השלישי של ה-CBT. גישת ה-ACT (Acceptance & Commitment Therapy) מתייחסת לקבלת הכאב כדבר שמעבר לשליטת המטופל מתוך מחויבותו





החרדה והחששות המתעוררים לקראתו. בהקשר זה בולט הפחד מפני שיתוק ומוגבלות בתפקוד בעקבות הניתוח. בקרב מטופלים המאושפזים במחלקה מדובר בעבודה עם כאב אקוטי תוך כדי האשפוז, בשונה מעבודה בתחום הכאב הכרוני האופיינית למרפאות כאב.

#### תיאור מקרה

מ', בת 58, הגיעה לטיפול לאחר שוועדת טרום ניתוח ביחידה המליצה לנתח אותה עקב היצרות קשה בעמוד השדרה הצווארי (spinal stenosis). מ' עוסקת באופן עצמאי בתחום היופי והאסתטיקה, וההיצרות בעמוד השדרה שלה עלולה לגרום לנזק עצבי אשר יקשה עליה בעבודתה עם לקוחותיה. הרופאים התריעו בפניה כי נזק עצבי לחוט השדרה הוא בלתי הפיך, וכי במצבה כל נפילה או תאונה ולו הקלה ביותר עלולות לגרום לנזק קשה, עד כדי שיתוק.

### סגנונות התערבות המתאימים יותר למטופלים אשר ניתוח אינו פתרון מתאים עבורם, מכוונים לקבלה ולהסתגלות לכאב כחלק אינטגרלי מהחיים

מ' התקשתה מאוד לקבל את הבשורה. עד שהחלו כאבי הגב היא הייתה אישה בריאה, ברמת תפקוד גבוהה. היא מעולם לא עברה ניתוח, והמחשבה על ניתוח בעמוד השדרה עוררה בה חרדה קשה. היא נמנעה מקביעת מועד לניתוח וכל מחשבה על כך עוררה בה גל חרדה. אזהרות הרופאים מההשלכות של תאונה או נפילה הפחידו אותה רק מעט פחות מהניתוח עצמו. היא הסתגרה בביתה,

לשיפור חייו והעשרתם במקביל לכאב (יובל, 2011). גישת ה-MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) מתייחסות לנכונות לקבל את החוויה הפסיכולוגית כולה באופן פתוח ולא שיפוטי, תוך כדי שימוש באלמנטים של קשיבות (Herbert & Forman, 2011).

#### הרפיה, דמיון מודרך והיפנוזה רפואית

טכניקות להרגעה עצמית כוללות שיטות שונות אשר מטרתן העיקרית היא להגיע לתגובת רגיעה הן פיזיולוגית והן רגשית. במצבי מתח הגוף מגיב בשורה של תופעות פיזיולוגיות אופייניות שאפשר לשלוט בהן באמצעות טכניקות הרפיה ודמיון מודרך. בין השאר אפשר להשפיע באמצעות טכניקות אלה על המטבוליזם, לחץ הדם, קצב הלב והנשימה, מתח השרירים ועוד. טכניקות להרפיה פועלות להפגת השפעות המתח על הגוף ולהגברת יכולת השליטה בכאב. כאשר המטופל חש יותר חיבור ושליטה על המתרחש בגופו, מושגת גם רגיעה מבחינה רגשית. טכניקות שנמצאו יעילות בתחום הכאב הן הרפיה עמוקה (תוך שימוש בהרפיית שרירים והרפיה נשימתית) והיפנוזה רפואית (Hadjistavropoulos & Craig, 2004). היפנוזה ידועה ככלי טיפולי רב השפעה בתחום הכאב, ורלוונטית גם לכאב בעמוד השדרה. במחקר שבחן השפעה של טיפול קצר מועד בהיפנוזה עצמית ששולב עם מסרים פסיכו-חינוכיים על כאבי גב תחתון, נמצא כי הטיפול הפחית בצורה ניכרת את עוצמת הכאב והשפעתו על איכות החיים של הנבדקים (Tan et al., 2009).

התערבויות פסיכולוגיות ייחודיות לתחום הכאב בעמוד השדרה סוגי ההתערבויות הפסיכולוגיות המתאימות לסובלים מכאבי גב אופייניות גם בתחומים אחרים הנוגעים להתמודדות עם כאב. יחד עם זאת, קיימים כיוונים טיפוליים ייחודיים לסובלים מכאבים בעמוד השדרה.

• בקרב מטופלים עם המלצה לניתוח מתווסף כיוון טיפולי המתייחס להכנה לניתוח עמוד השדרה ולהתמודדות עם



ונמנעה מפעולות שעלולות לסכן אותה.

לאחר כמה חודשי הימנעות והסתגרות, מ' קיבלה את הצעתי לטיפול פסיכולוגי. היא תיארה את עצמה בתחילת הטיפול כ"צל חיזור של עצמה". היא חשפה את מלוא קשייה ותיארה תחושות אופייניות לדיכאון תגובתי לנסיבות הרפואיות בנוסף לחרדה הקשה מהניתוח. היבטים רבים בחייה נפגעו כתוצאה מהמלכוד שנוצר בחייה. העסק העצמאי שלה נפגע כתוצאה מהכאב ומקשיי התפקוד, מצבה הכלכלי התדרדר, ומצב זה השפיע גם על הזוגיות ועל חיי המשפחה שלה.

## טכניקות להרפיה פועלות להפגת השפעות המתח על הגוף ולהגברת יכולת השליטה בכאב. כאשר המטופל חש יותר חיבור ושליטה על המתרחש בגופו, מושגת גם רגיעה מבחינה רגשית

בטיפול במ' השתמשתי בכלים מתחום הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. התייחסנו למאפייני החרדה וההימנעות שלה: מ' נחשפה בדמיון ובמציאות לאלמנטים מעוררי החרדה הנוגעים לניתוח שלה. במקביל התמקדנו גם באופני החשיבה של מ' והימרנו את החשיבה בעלת האפיונים הקטסטרופליים בחשיבה אדפטיבית יותר. קיימו

כ-15 מפגשים, וכעבור

שמונת המפגשים הראשונים מ' התמודדה באומץ עם קביעת תור לניתוח. יום לפני הניתוח מ' העידה על עצמה "שהיא הרבה פחות לחוצה וחרדה מהמצופה". ראיתי אותה שוב ליד מיטתה במחלקה יום למחרת הניתוח, והיא קיבלה את פני מחויכת ורגועה. על אף כאב ההחלמה מהניתוח, היא הייתה מאושרת מהעובדה שהתמודדה עם החרדה וצלחה את הניתוח. לאחר תקופת ההחלמה מ' חזרה לתפקוד תקין בתחומים השונים, החייתה מחדש את העסק העצמאי שלה ויצאה לטיולים

עם משפחתה. פגישתנו האחרונה נערכה ערב נסיעתה לחופשה ראשונה בחו"ל לאחר כשנתיים.

מ' חתמה את המפגש בהכרת תודה על כך

ש"קיבלה את חייה בחזרה".

ההתערבות אפשרה למ' להתעמת עם פחדיה ולהתגבר על תחושות דיכאון וחרדה באמצעות חשיפה לתכנים המאיימים עבורה ובאמצעות הבניה קוגניטיבית. הטיפול בה מהווה דוגמה מייצגת להתערבות מוצלחת כהכנה לניתוח.

### סיכום

מאמר זה נועד לתאר ולשקף את התהוותו של תחום חדש בפסיכולוגיה הרפואית, הנגזר מתחום ההתמודדות עם כאב. נסקרו במאמר זה סוגי התערבויות אופייניים ומחקרים שנועדו לבחון באופן מעמיק יותר את טיב הקשר בין פסיכולוגיה לכאבי גב. ממצאי המחקרים יפורסמו בהמשך ויסייעו לבסס "עמוד שדרה מחקרי" בתחום מסקרן וייחודי זה.

לסיום חשוב לי לציין את חשיבות העבודה עם צוות היחידה. לאחרונה זכתה היחידה בפרס מצוינות של "שירותי בריאות כללית", המדגיש את היכולות האמפטיות ותחושות המחויבות הגבוהה של אנשי הצוות בעבודה המורכבת עם מטופלי כאב. גישה זו ממשיכה גם בשיתוף פעולה פורה בכל הקשור להפניה וליתור הצרכים והמצוקות הרגשיות של מטופלים המאושפזים ביחידה. כפסיכולוגית היחידה, אני משמשת גם אוזן קשבת וכתף תומכת לאנשי הצוות מעת לעת. לצורך מניעת שחיקה ושימור הכוחות החיוביים של הצוות ביחידה, מתוכננת בהמשך להיפתח קבוצה בהנחייתי לאנשי הצוות.



1. יובל, י' (2011). קבלה ומחויבות: תיאוריה ופרקטיקה. בתוך צ' מרום, א' גלבוז-שכטמן, נ' מור וי' מאיירס (עורכים), **טיפול קוגניטיבי התנהגותי במבוגרים: עקרונות טיפוליים** (עמ' 353-384). תל אביב: דיונון.
2. רייס, ש' ולהד, א' (2007). בשם קבוצת העבודה הישראלית לכתובת הנחיות קליניות למניעה וטיפול בכאבי גב תחתון. קווים מנחים לאבחון כאב גב תחתון וטיפול בו. **הרפואה**, 146: עמ' 631-635.
3. Applegarth, L. D., Riddle, M. P. (2007). What do we know and what can we learn from families created through egg donation? Block, A. R., Gatchel, R. J., Deardorff, W. W. & Guyer, R. D. (2003). *The Psychology of Spine Surgery*. Washington, DC: American Psychological Association.
4. Block, A. R., Ohnmeiss, D. D., Guyer, R. D., Rashbaum, R. F. & Hochschuler, S. H. (2001). The use of presurgical psychological screening to predict the outcome of spine surgery. *Spine Journal*, 1 (4), pp. 274-282.
5. Chaichana, K. L., Mukherjee, D., Adogwa, O., Cheng, J. S. & McGirt, M. J. (2011). Correlation of preoperative depression and somatic perception scales with postoperative disability and quality of life after lumbar discectomy. *Journal of Neurosurgery*, 14(2), pp. 261-267.
6. Den Boer, J. J., Oostendorp, R. A., Beems, T., Munneke, M., Oerlemans, M. & Evers, A. W. (2006). A systematic review of biopsychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15(5), pp. 527-36.
7. Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. D. (2004). *Pain: Psychological perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
8. Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (eds.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 3-25). Hoboken, NY: Wiley.
9. Manchikanti, L., Pampati, V., Beyer, C., Damron, K. & Barnhill, R.C. (2002). Evaluation of the Psychological Status in Chronic Low Back Pain: Comparison with General Population. *Pain Physician*, 5(2), pp. 149-155.
10. Reese, C. & Mittag, O. (2013). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(1), pp. 6-12.
11. Tan, G., Fukui, T., Jensen, M. P., Thornby, J. & Waldman, K. L. (2009). Hypnosis Treatment for Chronic Low Back Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), pp. 53-68.
12. Tlach, L. & Hampel, p. (2011). Long-term effects of a cognitive-behavioral training program for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: A 2-year follow-up. *European Spine Journal*, 20, pp. 2143-2151.
13. Vereckei, E., Susanszky, E., Kopp, M., Ratko, I., Czibalmos, A., Nagy, Z., Palkonyai, E., Hodinka, L., Temesvari, P. I., Kiss, E., Tőro, K. & Poor, G. (2013). Psychosocial, educational and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatology International*, 33(3), pp. 587-92.



# חזקת הגיל הרך - פרשנות בית המשפט העליון סותרת את טובת הילד

אבי שגיא-שורץ, דן שניט\*

5. בקביעת הסדר ההורות.  
נדון בשאלה האם משמורת משותפת בהסכמה אינה סותרת את חזקת הגיל הרך.
6. נתנה על דחיית המלצותיהם של שלושה מומחים הממליצים באופן עקבי על משמורת משותפת.

## הכינוי "חזקת הגיל הרך" מתייחס להעדפת האם כ"משמורנית" יחידה במקרה של פרידת ההורים, העדפה המעוגנת בחוק לגבי ילדים שטרם מלאו להם 6 שנים

### נסיבות המקרה שביסוד החלטתו של בית המשפט העליון

לאחר פרידת ההורים התקיים הסדר הורות משותפת בהסכמה, שבמסגרתו מילא האב תפקיד מרכזי בטיפול היומיומי בילד במשך למעלה משלוש שנים. החלטת האם להעתיק את מקום מגוריה מצפון הארץ למרכז הובילה אותה לתבוע ביטולו של הסדר ההורות הקיים וקבלת הילד בגיל ארבע למשמורתה הבלעדית במקום מגוריה החדש, ולהותיר לאב הסדרי ראייה שיקוימו במסגרת האילוצים שהמרחק הגיאוגרפי כופה. אין מחלוקת שעד לאותו מועד זכה הילד להורות משותפת שבה האב היה המטפל העיקרי בילד בשעות היום ואילו האם, שהייתה עסוקה כרופאה בשעות היום עד שעות הערב, הייתה אחראית על הטיפול בשעות הלילה. הצטברו עדויות כי נוצר קשר ישיר, חם וציב בן הילד לאביו. הסדר ההורות המשותפת לאחר שנפרדו ההורים העניק לילד במשך תקופה ממושכת את התנאים המיטיביים לסיפוק צרכיו ההתפתחותיים. אין ויכוח, כפי שגם בית המשפט הנכבד מאשר בפסק דינו, כי לשני ההורים ישנה מסוגלות הורית תקינה ומיטיבה כלפי הילד וכי עד להחלטת האם להגר למרכז הארץ נהגו בשיתוף פעולה תוך הסכמה ורצון משותף להבטיח את טובתו. הסדר ההורות המשותפת שהתקיים בהצלחה, כאמור לעיל, במשך למעלה משלוש שנים מתוך ארבע שנות חייו של הילד, התגבש במעורבותו ובחסותו של בית המשפט למשפחה בטבריה (השופט

בתאריך 3.4.2014 פסק בית המשפט העליון בבקשת ערעור (בע"מ 1858/14) שהגירת אם מצפון הארץ למרכז, מהלך חד צדדי של האם ללא תיאום וללא הסכמת האב, שגרמה לניתוק האב מילדו שעד לאותה עת נהנה תקופה ארוכה ממשמורתם המשותפת של שני הוריו, אינה מהווה סיבה מיוחדת לסטות מחזקת הגיל הרך. החלטת בית המשפט העליון ניתנה חרף המלצות המומחים. פסק דין זה ניתן במסגרת רשות ערעור על פסק דין שנתקבל בבית המשפט המחוזי בנצרת (עמ"ש 10-13-38844-10 מיום 10.2.14), שניתן במסגרת ערעור על פסק דין של בית משפט לענייני משפחה (השופט זגורי תמ"ש 10-01-23494; תמ"ש 10-09-24310).

במאמר זה אנו באים להציע כי בית המשפט לענייני משפחה הוא זה שפעל נכון בהחלטתו המקורית ואילו בית המשפט המחוזי ובית המשפט העליון שגו כאשר החליטו לאפשר את שינוי מקום המגורים ולהעניק לאם את המשמורת היחידה על הילד. אנו טוענים כי פרשנותו המצמצמת של בית המשפט העליון במקרה זה לגבי התנאים שבחוק לטייה מחזקת הגיל הרך הרחיקה לכת, לדעתנו, מעבר לנובע מלשון החוק ומתכליתו להבטיח את טובתו של הילד. הכינוי "חזקת הגיל הרך" מתייחס להעדפת האם כ"משמורנית" יחידה במקרה של פרידת ההורים, העדפה המעוגנת בחוק לגבי ילדים שטרם מלאו להם 6 שנים (tender years doctrine).

לאחר הצגת נסיבות המקרה שביסוד החלטתו של בית המשפט העליון נברר כמה סוגיות:

1. נבחן את המשקל שיש לתת לידע הפסיכולוגי המעודכן בסוגיית התפתחותם התקינה של ילדים להורים גרושים, לפיו אין מקום לחזקת הגיל הרך שמקורה בגישה פסיכולוגית מיושנת, ובמקומה יש להעדיף הסדר הורות משותפת שבמסגרתו יקיים הילד קשר משמעותי עם שני הוריו.
2. ננסה לבדוק אם לשון הוראת סעיף 25 סיפא לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות מחייבת את קו הפרשנות המצמצם שאימץ בית המשפט העליון, לפיו אקט ההגירה החד צדדי של האם בנסיבות מקרה זה אין די בו לשכנע בקיומן של "סיבות מיוחדות" המתירות לסטות מחזקת הגיל הרך.
3. נשאל מהיכן מסיק בית המשפט העליון כי נדרשות ראיות "כבדות משקל" על מנת להשתכנע בקיומן של "סיבות מיוחדות" להורות אחרת" להצדקת סטייה מחזקת הגיל הרך.
4. נבחן את המגבלות על הכוח שמעניקה חזקת הגיל הרך לאם

\* פרופסור אבי שגיא-שורץ, המרכז לחקר התפתחות הילד והחוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה, וחבר הוועדה לבחינת ההיבטים המשפטיים של האחריות ההורית בגירושין. דואר אלקטרוני: [sagi@psy.haifa.ac.il](mailto:sagi@psy.haifa.ac.il)

\* פרופסור (אמריטוס) דן שניט, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב ויו"ר הוועדה לבחינת ההיבטים המשפטיים של האחריות ההורית בגירושין. דואר אלקטרוני: [shnitd@zahav.net.il](mailto:shnitd@zahav.net.il)

\* תודות מקרב לב לשופט (בדימוס) פיליפ מרכוס על הערותיו מאירות העיניים למאמר.





זגוריו, שהסתייע לשם כך בהמלצותיהם של הגורמים הטיפוליים המוסמכים ברשויות הרווחה ושל מומחים שמינה כדי שיחוו דעתם לגבי התוכנית ההורית שראוי לאמץ לטובתו של הילד הפעוט המסוים. רשויות הרווחה והמומחים שמונו המליצו בפני בית המשפט בעקבות פרידת ההורים על משמורת משותפת לילד שהיה בן חודשים ספורים כשהוריו נפרדו.

## בעקבות הגירת האם המליצו המומחים כי טובת הילד שלא ינותק מאביו וכי ההסדר הרצוי בשבילו הוא משמורת משותפת. מומחה אחד אף סבר כי בנסיבות החדשות שהאם כפתה על הצדדים ועל בית המשפט והקושי לקיים משמורת משותפת, עדיף כי הילד יועבר למשמורתו של האב

סביר להניח כי הסדר שיתוף פעולה הורי זה היה ממשיך גם בעתיד. בעקבות הגירת האם המליצו המומחים כי טובת הילד שלא ינותק מאביו וכי ההסדר הרצוי בשבילו הוא משמורת משותפת. מומחה אחד אף סבר כי בנסיבות החדשות שהאם כפתה על הצדדים ועל בית המשפט והקושי לקיים משמורת משותפת, עדיף כי הילד יועבר למשמורתו של האב. לאור הנסיבות והמלצות המומחים קבע בית המשפט בערכאה הראשונה כי נתמלאו התנאים שבחוק לסטות מתחולתה של חזקת הגיל הרך. החלטתו של בית המשפט בערכאה הראשונה בוטלה כאמור על ידי בית המשפט המחוזי ובית המשפט העליון בנימוק כי חזקת הגיל הרך מחייבת להעניק בנסיבות המקרה את המשמורת לאם, וכי לא נתמלאה הדרישה לקיומן של סיבות מיוחדות להורות אחרת ובעקבות זאת לסטות מהחלטה של החזקה לטובת האם. נדון עתה בשש סוגיות השלובות אחת בשנייה ביחס לחזקת הגיל הרך.

### 1. הידע הפסיכולוגי העיוני והאמפירי העדכני לגבי צרכיו ההתפתחותיים של הילד שולל את חזקת הגיל הרך

#### ההיסטוריה של חזקת הגיל הרך

בשנת 1962 (תשכ"ב) נתקבל חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות. סעיף 25 לחוק קובע כי כאשר ההורים אינם מגיעים להסכמה לגבי הסדר ההורות במקרה של פירוד או גירושין, יקבע בית המשפט את התוכנית ההורית על פי עקרון טובת הילד. מרחב שיקול הדעת של בית המשפט לקבוע מהו הסדר ההורות המיטבי לילד המסוים הוגבל כאשר מדובר בילדים בגיל הרך. אם טרם מלאו לילדים 6 שנים, מונחה בית המשפט לפעול על פי חזקה משפטית המעניקה לאם את המשמורת על הילדים ומותרת בידי האב זכויות "ראייה וביקור" בלבד. את היתרון המובנה בחוק לאם בהסדר ההורות של ילדים בגיל הרך אפשר לבטל אם מצא בית המשפט "סיבות מיוחדות להורות אחרת" שמצדיקות, לדעתו, סטייה מהכלל המחייב.

תקפותה הפסיכולוגית של חזקת הגיל הרך כבר נדונה רבות (יואלס ושגיא-שורץ, 2012) ולאחרונה אף פורסם מסמך קונצנזוס בינלאומי

שבאופן חסר תקדים הצטרפו אליו 111 מומחים בינלאומיים, כולל אחד המומחים של מאמר זה (שגיא-שורץ, 2014; וורשאק, 2014), וראו להלן את עיקרי הדברים. חזקת הגיל הרך מבוססת על תפיסה פסיכולוגית מיושנת, בלתי תקפה ושאיינה נתמכת מחקר. גישה זו רווחה בעת שנחקק החוק לפני למעלה מחמישים שנה, לפיה טובתם של ילדי גירושין בגיל הרך הוא שהקשר העיקרי שלהם יישמר עם האם שערובה רגשית ופסיכולוגית טוב יותר מהאב לספק את צרכי התפתחותם התקינה. כאמור, תפיסה זו אינה מקובלת כיום, כפי שעולה ממדעי ההתפתחות היישומיים - דיסציפלינה שלמה המבוססת מחקר אמפירי בחקר התפתחות הילד, שעוסקת בין השאר בהתפתחות נורמטיבית שמתרחשת גם בעת משבר כמו גירושין. למרות הרלוונטיות הרבה של גישה התפתחותית זו לילדי גירושין, היא לא מיוצגת מספיק בחיבור החשוב כל כך בין ילדים, הורים, מערכת הרווחה ומערכת המשפט בישראל, קל וחומר בהחלטת בית המשפט העליון. על אף ידע שנובע ממדעי ההתפתחות היישומיים, חזקת הגיל הרך עדיין מקובעת בחוק שלנו, והיוזמות לביטולה בחוק הישראלי, כפי שנהגו מרבית מדינות העולם המערבי, טרם צלחו, וראו דו"ח ועדת שניט: הוועדה הציבורית לבחינת ההיבטים המשפטיים של האחריות ההורית בגירושין: <http://index.justice.gov.il/Units/YeutzVehakika/NosimMishpatim/Pages/VaadatSnit.aspx>.

לדעתנו, חלק ניכר מההתנגדות לביטול חזקת הגיל הרך נשען על שיקולים שבחלקם הגדול אינם מן העניין: חלקם מגדריים, חלקם מוגנים מהשקפת עולם אישית, חלקם טקטיים וחלקם פוליטיים.

#### מסמך הקונצנזוס של 111 המומחים בעניין חזקת הגיל הרך

לא רק שחזקת הגיל הרך נשללת באופן חד משמעי וגורף על ידי מומחים בינלאומיים, אלא שבמסמך הקונצנזוס מועלית אף הסכמה כי תינקות ופעוטות זקוקים לטיפול לילי של שני ההורים אחרי פרידה או גירושין, לכן שינוי מגורים גיאוגרפי חד צדדי של אחד ההורים - אחד המאפיינים העיקריים של המקרה הנדון - משבש באופן בוטה ופוגעני את האפשרות לממש צורך זה ונוגד את טובת הילד. 111 המומחים טוענים כי כפי שאנו מעודדים שיתוף כל הורה בגידול הילד במשפחות עם שני הורים נורמטיביים, הרי שהראיות המחקריות מאירות את הצורך בשיתוף כל הורה בעתות גירושין. זאת צריכה להיות הנורמה לילדים בכל הגילים, גם מתחת לגיל שש, כולל חלוקת זמן בלילות עם כל הורה, אף שאין הכרח כי חלוקת הזמן תהיה שווה, יש מקום להתחשב באורח החיים של ההורים.

כל המומחים החתומים על מסמך הקונצנזוס הביעו את דאגתם כי קבלה חסרת ביקורת של עמדות לא מבוססות והישענות על מחקרים נטולי תוקף לגבי תוכניות הורות עבור ילדים צעירים מאוד מסכנת את רווחתם של הקשרים בין ההורים והילדים. "מסמך זה", אומרים החתומים, "הוא ניסיון שלנו לתקן הצגות מוטעות של מצב המדע ואת הנזק המאיים של הצגות כאלה" (וורשאק, 2014, עמ' 61). כך, למשל, מסמך הקונצנזוס עומד בניגוד מוחלט למסקנות השגויות שמעלים הפסיכולוגיה האוסטרלית מקינטוש ואחרים (2010, 2011) בדבר היתרון של הורה מטפל עיקרי אחד, זאת על בסיס מחקר לקוי ומוגבל מבחינת מתודולוגיה מחקרית. כאמור, 111 המומחים מתריעים במסמך הקונצנזוס מפני הטיית הציבור, מערכת המשפט ובעלי מקצוע המעורבים בתהליך קבלת ההחלטות, כפי שעושה מקינטוש. נילסן (2014), חוקרת מובילה בתחום שגם היא ברשימת המומחים, ממחישה זאת היטב במאמרה החדשני שבו היא משתמשת במושג WOZLES המראה כיצד יש העושים שימוש



של החוק בכל הנוגע לחזקת הגיל הרך מתוך גישה צרה ושמרנית עלול לעשות עוול לילדים, ובמקרים מסוימים גם עלול לגרום להם נזק של ממש.

מעצם תפקידם, לשופטים בבית משפט לענייני משפחה מזדמנת היכרות עמוקה עם התחום, והם צוברים ניסיון עשיר ביותר עם המציאות האמיתית והיומיומית של ילדים במשפחות מתגרשות. המלצות ועדת שניט, סדנאות וכנסים למכביר, מפגשי שופטים עם מומחים בינלאומיים ולאומיים, חושפים אותם לפרסומים בתחום, וכמובן הניסיון המצטבר - כל אלה ביחד הניעו תהליך מבורך של נסיגה מושכלת, גמישה והדרגתית מיישומה הדווקני והצר של חזקת הגיל הרך, מתוך תובנה שהיצמדות שמרנית אליה איננה צולה במקרים רבים עם טובת הילד.

## לא רק שחזקת הגיל הרך נשללת באופן חד משמעי וגורף על ידי מומחים בינלאומיים, אלא שבמסמך הקונצנזוס מועלית אף הסכמה כי תינוקות ופעוטות זקוקים לטיפול לילי של שני ההורים אחרי פרידה או גירושין

המחוקק הישראלי לא הגדיר את עקרון טובת הילד באופן אופרטיבי, ובואקום זה הפסיקה מנסה לצקת תוכן. שופטי בתי המשפט לענייני משפחה מחפשים דרכים יצירתיות וחכמות להביא להסדרי הורות שבראשיתו של דבר ובסופו של יום ייטיבו עם הילד. פסיקותו של בית המשפט העליון, שאימץ במקרה הנדון קו פרשנות מצמצם, מעבר למתחייב מלשון החוק ובניגוד לידע העדכני ולרוח התקופה, עלולה לחבל בניסיון מבורך זה של בתי המשפט למשפחה לתמרן במסגרת האילוצים שעדיין קיימים בחוק בזיקה לחזקת הגיל הרך במטרה להתאים הסדרי הורות שייטיבו עם ילדים אלו כמו במקרה הנדון. הדברים אמורים במיוחד במצב של הגירה חד צדדית של אחד מן ההורים.

כל בתי המשפט שהיו מעורבים בהליכים של המקרה הנדון, קבעו על יסוד חומר הראיות וחוות דעת המומחים, כי מדובר בשני הורים נורמטיביים עם מסוגלות הורית תקינה. אין עוררין גם על כך שהתקיימה במשך כל התקופה שקדמה לאקט ההגירה של האם למרכז הארץ, מערכת יחסים הורית משותפת ומכילה שהיטיבה עם הילד.

על בסיס עובדות אלו סברו העובדות הסוציאליות ברשויות הרווחה והמומחים בתחום התפתחות הילד שמינה בית המשפט, כי המשך קיומו של הסדר ההורות המשותפת שהתבסס על קיומו של קשר ישיר ומשמעותי של הילד עם שני הוריו, הוא לטובתו. בית המשפט בערכאה הראשונה שוכנע על בסיס העובדות שהתבררו בפניו

פעיל ושכיח בציטוט לא מבוסס שעשוי להטעות את התחום. באופן דומה מעלה זכי (2014) במאמרו מסקנות לא מבוססות מחקרית המצדדות בחזקת הגיל הרך עד גיל שנתיים.

מחקרם של ברבר, אלמן ופבריציוס (2003) עוסק בשינוי מקום מגורים של ילדים לאחר גירושין ובשאלה מהי טובת הילד בהקשר זה. החוקרים ניתחו את הסיכונים הקשורים בשינוי מקום מגורים או הגירה, ומצאו כי הגירה מנבאת משתני תפקוד כמו, למשל, הסתגלות אישית לא טובה, הסתגלות רגשית בעייתית, תחושה כי אין דמויות הוריות להתייחסות, תחושת מתח רב בכל מה שקשור לגירוש ההורים, וחשוב מכול, הרגשה כי נחלש הייצוג הרגשי של ההורה הלא המשמורן כתוצאה מקשר לא סדיר עמו. התרינגטון וסטנלי-הייגן (1999) מציינים סיכונים נוספים כמו סרבנות קשר הנובעת מכך שהילד מתקשה לשמר את הקשר עם ההורה הלא משמורן ובכך גם נפגע הייצוג המנטלי של ההורה הלא-משמורן, האב בדרך כלל. כאמור, אין מחלוקת בין החוקרים והמומחים, ששינוי גיאוגרפי משמעותי של מקום המגורים מהווה אירוע קשה עבור הילד הדורש הכנה והסתגלות. לכן, נראה בהמשך כי גם על פי מסמך הקונצנזוס הבינלאומי שפרסמו 111 המומחים, אין שום ספק שמדובר כאן ב"נסיבות מיוחדות" לסטות מחזקת הגיל הרך כמשמעותו בחוק.

## 2. בתי המשפט בערכאות הערעור נקטו קו פרשנות מצמצם ביחס ל"סיבה מיוחדת" שתצדיק סטייה מחזקת הגיל הרך

החלטת בית המשפט העליון עומדת בניגוד מוחלט לרוח המקצועית הרווחת כיום, כפי שהוצגה עד כה. ברוח זאת גם כותבי מאמר זה מתנגדים לחזקת הגיל הרך ומצדדים בביטולה. יחד עם זאת, בחרנו לנתח את נסיבותיו של המקרה הנדון לאור המצב המשפטי הקיים. ראוי לציין כי עיון בפסיקה של השנים האחרונות מגלה כי מספר גובר והולך של שופטי משפחה החל להבין ולהפנים כי יישומו



המחוזי ובית המשפט העליון שגו כאשר החליטו להחיל את חזקת הגיל הרך למרות שינוי מקום המגורים חד צדדית על ידי האם. אנו סבורים כי פרשנותו המצמצמת של בית המשפט העליון במקרה זה, הרחיקה לכת, מעבר לנובע מלשון החוק ומתכליתו להבטיח את טובתו של הילד. במרכזן של נסיבות המקרה שעמד להכרעתו של בית המשפט בערעור, עומד כאמור לעיל, אקט הגירה חד צדדית שהפכה את הקערה על פיה ורוקנה מתוכן הסדר הורות משותפת ממושך ומורכב שגובש בחסותו של בית המשפט לענייני משפחה לטובת הקטין, וכל זאת כאמור גם בניגוד למסמך 111 המומחים והממצאים שהם מציגים. חיובם של בתי המשפט לענייני משפחה ליישם את חזקת הגיל הרך ברוח קו פרשני מצמצם זה, עלול להסב בעתיד גם לילדים אחרים נזקים בהתפתחותם ובהסתגלותם למצב החדש כפי שעולה בבירור מהתובנות המקצועיות המקובלות ביחס לטובת הילד.

---

## **החוקרים ניתחו את הסיכונים הקשורים בשינוי מקום מגורים או הגירה, ומצאו כי הגירה מנבאת משתני תפקוד כמו, למשל, הסתגלות אישית לא טובה, הסתגלות רגשית בעייתית, תחושה כי אין דמויות הוריות להתייחסות, תחושת מתח רב בכל מה שקשור לגירושי ההורים, וחשוב מכול, הרגשה כי נחלש הייצוג הרגשי של ההורה הלא משמורן כתוצאה מקשר לא סדיר עמו**

---

### **3. הבסיס החוקי לדרישה של בית המשפט העליון להביא ראיות "כבדות משקל" להוכחת קיומן של "סיבות מיוחדות" לשם סטייה מחזקת הגיל הרך**

על רקע השינויים החברתיים והתרבותיים במבנה המשפחה ובהרגלי התעסוקה של שני המינים שחלו במהלך חמישים השנים שחלפו מקבלת החוק ועד היום, על רקע העובדה שמדינות המערב ביטלו רובן ככולן את חזקת הגיל הרך ועל רקע ההתפתחות בידע הפסיכולוגי המחקרי העדכני לגבי צרכי ההתפתחותיים של הילד בגיל הרך לקיום קשר משמעותי עם שני הוריו - הכול בסתירה לעקרון חזקת הגיל הרך - אפשר היה לצפות כי בית המשפט יאמץ גישה פרשנית גמישה התואמת את השינויים הללו ולא מתעלמת מהם.

ברוח זאת המליצה ועדת שניט לבטל את חזקת הגיל הרך ולהחליפה באחריות הורית משותפת. אף שהמלצות הוועדה טרם זכו לעיגון בחקיקה, עולה מפסקי דין חדשים שוב ושוב שהן מיושמות בהדרגה על ידי בתי המשפט למשפחה במקרים המתאימים שבהם מתעורר הצורך לקבוע הסדר הורי שייטיב עם הילד. המלצות אלו של הוועדה נוסחו ברוח הוראות אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד משנת 1989 (או"ם, 1993) שאותה ישראל אשררה, אמנה שמצהירה על זכותו של הילד לקשר משמעותי עם שני הוריו מתוקף האחריות ההורית המשותפת כלפיו. אלא שבניגוד למצופה,

כי יש לאכוף את המשך יישומה של תוכנית ההורות המשותפת שסיפקה עד לאותו מועד פתרון שמיטיב עם צרכי ההתפתחותיים של הילד. החלטתה של האם להגר באורח חד צדדי, ללא תיאום עם בית המשפט וללא הסכמת האב, טרפדה את המשכיותו של הסדר ההורות המוצלח. התנהלות שרירותית וחד צדדית זו של האם עונה לדעת בית המשפט בערכאה ראשונה לדרישה של קיום "סיבות מיוחדות להורות אחרת". לכן החליט להעביר, כרע במיעוטו ובחוסר ברירה, את המשמורת לאב שמילא, כאמור לעיל, תפקיד מרכזי בטיפול בילד עד לאותו מועד.

בערעורים בבתי המשפט, המחוזי והעליון, לא הוצגו ראיות או חוות דעת חדשות ושוונות מאלו שעמדו בפני בית המשפט לענייני משפחה המצדיקות להיענות לדרישת האם לבטל את הסדר ההורות המשותפת שהתבצע בהסכמה במשך כמה שנים, עד שהיגרה למרכז הארץ. שתי ערכאות הערעור סברו, בניגוד לעמדתו של בית המשפט לענייני משפחה, כי השינוי הדרמטי שנכפה בעקבות הגירת האם אינו מהווה סיבה מיוחדת מספקת לסטות מעקרון חזקת הגיל הרך שנקבע בחוק, ולכן הורו שתי ערכאות הערעור על ביטול החלטתו של בית המשפט לענייני משפחה למסור את המשמורת לאב והורו על העברת מקום מגוריו של הילד והמשמורת הבלעדית לאם.

כשעורכים את המאזן של מכלול השיקולים הרלוונטיים להבטחת טובתו של הילד בנסיבותיו של מקרה זה, מתקשים להבין מהו הרציונל לאימוץ קו הפרשנות המצמצם והנוקשה הזה מצד בתי המשפט שדנו בערעורים לגבי הסיבות המיוחדות שיצדיקו לסטות מחזקת הגיל הרך. מסכת העובדות, שאינן שנויות במחלוקת במקרה שלפנינו, מלמדת כי על כף המאזניים האחת מונחת פגיעה ודאית בצרכי ההתפתחותיים של הילד כתוצאה מניתוקו ממקום מגוריו ומאביו שטיפל בו במסירות כמטפל עיקרי על בסיס יומיומי בשיתוף פעולה הרמוני עם האם, זאת בשעה שעל כף המאזניים השנייה מונחים אינטרסים לגיטימיים של האם לשפר את מצבה התעסוקתי והכלכלי בעקבות המעבר למרכז הארץ.

מדובר בצעד מכריע ובעל משמעות מרחיקת לכת המשנה מהקצה לקצה את גורלו של הילד, שזכה עד לאותה נקודת זמן ליציבות בטיפול ובקשר עם שני הוריו, כאשר האב ממלא כאמור תפקיד מרכזי ומכריע בטיפול היומיומי בילד. מימוש האינטרס של האם להגדיל את הכנסותיה על ידי מעבר למרכז, אינו בגדר כורח קיומי. לאם לא חסרה עבודה כרופאה בצפון, מדובר במקצוע מבוקש שהעניק שכר הולם גם במקום מגוריה בצפון הארץ. קיים ספק רב האם די בשיקולים תעסוקתיים אלה כדי להצדיק את המחיר הכרוך בניתוקו של הילד מאביו.

כאשר משקללים את מאזן האינטרסים בין הזכות של הילד לקיים קשר משמעותי עם שני הוריו ולא לנתק את הקשר הטיפולי החם והרצוף עם אביו, לבין הזכות של האם לקיים חופש תנועה ולשנות את אזור מגוריה על מנת לשפר הכנסתה, יש להעדיף את הזכות של הילד וטובתו על זכותה של אמו. כך נהג בית המשפט בערכאה הראשונה. לא כך נהגו בתי המשפט שדנו בערעורים. בפרשנותם זו הם הכפיפו את זכותו של הילד למימוש טובתו לזכותה של האם לדרוש משמורת בלעדית לילד מכוח חזקת הגיל הרך, בעקבות החלטתה להגר עמו ולנתקו בפועל מאביו.

אנו מציעים כאן כי בית המשפט לענייני משפחה הוא זה שפעל והחליט באופן מקצועי ובהרמוניה מלאה עם מצב הידע בתחום ועם יישום קו פרשנות ראוי ומידתי ל"סיבות המיוחדות" שבגינן מתיר החוק לסטות מחזקת הגיל הרך. לעומת זאת, בית המשפט







להגר למרכז הארץ ובעקבות זאת לנתק את הילד ממקום מגוריו ומאביו, חמורות בהרבה בהשוואה לאלטרנטיבה שאותה אימץ בית המשפט בערכאה הראשונה. בהערת אגב יצוין, כי סביר להניח שהאם הייתה מוותרת בסופו של יום על ההחלטה לעבור למרכז, אילו היה מתברר לה שבתי המשפט בערכאות הערעור מאשרים את פסק דינו של בית המשפט בערכאה הראשונה ומקבלים שהמעבר החד צדדי מהווה סיבה מיוחדת המצדיקה שלא להחיל את חזקת הגיל הרך. אם בניגוד למצופה הייתה האם מוותרת על המשמורת המשותפת על הילד ומהגרת בהתעלם מפסיקתו של בית המשפט בערכאה הראשונה, היה בכך הוכחה כי טובתו אינה צומדת לנגד עיניה.

## יש להעדיף את הזכות של הילד וטובתו על זכותה של אמו. כך נהג בית המשפט בערכאה הראשונה. לא כך נהגו בתי המשפט שדנו בערעורים

### 4. מגבלות הכוח שמעניקה חזקת הגיל הרך לאם בקביעת הסדר ההורות

חזקת הגיל הרך לא נועדה להפקיד בידי האם כוח בלתי מוגבל לקבוע על פי רצונה את התנאים והגבולות לשיתופו של האב בגידולו של הילד בנסיבות כמו במקרה שלנו. הפקדת חופש החלטה לאם להגר עם הילד למקום מרוחק ששולל יכולת מהאב לקיים קשר ישיר ומשמעותי עם בנו או בתו, אינה מובנת מעליה. היתרון שמעניקה חזקת הגיל הרך לאם כמשמורתית, לא נועד להעניק לאם כוח להכתיב מצבי ניתוק שרירותי של אבות מילדיהם. ההשלכות מרחיקות הלכת הכרוכות באקט ההגירה במקרה כמו שלנו, מטילות על בית המשפט את החובה לבחון לעומק את המניעים שביסוד החלטת האם להגר, ולאזנם אל מול ה"מחיר" הצפוי מאקט ההגירה והניתוק מההורה השני לשלומו של הילד. יתרה מכך, מימוש החירות של האם להגר כזכות יסוד אזרחית לחופש תנועה, אינה סותרת את חובתה להבטיח כי תישמר זכותו של הילד לקיים קשר ישיר ומשמעותי עם שני הוריו. האם בת חורין לנוע ולקבוע את מקום מגוריה כרצונה, אך אין זכותה זאת מפיגה את התוצאות השליליות העלולות לצמוח מבחירתה למימוש זכותו של הילד לקשר משמעותי עם שני הוריו. החובה להעמיד במרכז את הדאגה לטובתו של הילד, מחייבת את ההורים לריסון עצמי במימוש זכותם לחופש תנועה והחלפת מקום מגוריהם. בהקשר זה יפה עשה השופט זגורי כאשר אימץ את הדרך שבה בחר השופט סילמן לאזן בין השיקולים השונים בסוגיה זו: "כאשר מביאים אנו, כהורים, ילדים לעולם, "מוותרים" אנו על זכויות רבות - נשללת מאתנו פרטיות, חופש מסוים, שלוה מסוימת, וזוכים אנו בהנאות רבות; הוויתור הינו מודע, כחלק מאחריותנו ההורית, יכולת השיקום, וניהול החיים לא נשללים אוטומטית, אלא שכפופים הם לטובת הקטין" (תמ"ש (קריות) 3461/05). לפיכך, הישארות באזור הצפון כדי לא לפגוע בילד אינו דבר לא סביר אם באמת רצתה האם בטובתו של בנה, וכך סבר בית המשפט לענייני משפחה. כאמור, גם אנו סבורים כי אם שאינה מוכנה לוותר בנסיבות אלו על מאווייה, ראוי שתיחשב כבעלת הורות פחות מיטיבה, משום שהיא מסכנת את טובת בנה בהחלטה שקיבלה ללא תיאום עם האב לנתק את הילד ממנו.

אנו סבורים כי בתי משפט צריכים לאמץ במכלול השיקולים גם את הזווית שמזהה את ההורה הידיוטי כלפי הילד, כלומר זה שמתחשב במקומו של ההורה השני בחיי הילד, כפי שעשה השופט זגורי בהחלטתו. זהו קריטריון הכרעה חשוב המסייע לשופטים להחליט בשאלה האם לאפשר מעבר מגורים או השארת הילד בעירו. ההתנהלות של האם כהורה לא ידיוטי שאינה דואגת לצרכי בנה לשמור על קשר רציף ומשמעותי עם אביו, לא זכתה להתייחסות בפסיקתו של בית המשפט העליון. נראה כי רק אם היו הוכחות להעדר מסוגלות אמיתית פסיכופתולוגית, הייתה נחה דעתו של בית המשפט העליון כי נתקיימו הסיבות המיוחדות המתירות לסטות מיישומה של חזקת הגיל הרך. לגישה פרשנית מצמצמת זו השלכות שליליות ניכרות, כאמור לעיל.

ישנו הבדל מהותי אפוא בעקרונות שהנחו את בית המשפט לענייני משפחה בהחלטתו, לעומת אלו שהדריכו את בית המשפט המחוזי ואת בית המשפט העליון בהחלטותיהם. פער תפיסתי זה הוא בליבת הדיון והבנתו מסייעת בנייתו המקרה שלפנינו, וגם יכולה לשמש מורה דרך לשיקולים והחלטות במקרים דומים. מצד אחד, יש הפועלים על פי "דוקטרינת הנסיבות המשתנות" (changed circumstances doctrine) שאיננה תואמת בהכרח את "דוקטרינת טובת הילד" (best interest of the child doctrine) (יואלס ושיגיא-שורץ, 2012; Shear, Kelly & Eisenberg, 2002).

## על פי החוק סמכותם של שני ההורים כאפוטרופוסים טבעיים של הקטין כוללת את החובה והזכות לדאוג יחדיו למכלול צרכיו של הקטין, לרבות הסמכות "לקבוע את מקום מגוריו" [...] בהקשר זה המחוקק מדגיש את החובה של ההורים לפעול בכל עניין הנתון לאפוטרופוסותם תוך הסכמה

בית המשפט העליון מעדיף, כפי שקרה במקרה אחר שבו השופט דורנר אפשרה הגירת אמו עם בנה לאנגליה (רע"א 4575/00), לאמץ את "עקרון הנסיבות המשתנות" שבעצם מצמצם את יישומו של "עקרון טובת הילד". בכל הכרעה בענייני קטינים, טובת הילד חייבת להיות הסמן הימני של בית המשפט וזאת גם על פי לשון החוק. בניגוד לטובתו של הילד המשתקפת בין השאר במימוש זכותו לקשר רציף ומשמעותי עם שני הוריו, מעדיפים בתי המשפט מעת לעת להחיל את עקרון הנסיבות המשתנות, תוך כדי כריכתו עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (המכיר בחירות התנועה). גישה זאת מחלישה עד מאוד את ההתחשבות בצורכי הילד וטובתו. בית המשפט העליון בהחלטתו טוען אמנם כי הוא פועל בשם טובת הילד, אך לאמיתו של דבר התוצאה הפוכה. החלטת שופטי בית המשפט העליון (והמחוזי) במקרה הנדון, אינה תואמת את ממצאי המחקר שתואר בפתיח, והיא מונעת, בעיקרה אם לא כולה, מ"עקרון הנסיבות המשתנות", קרי רצון האם להעתיק את מגוריה לעיר אחרת. שופטי בית המשפט העליון מקבלים את העובדה כי המשביה נהגה שלא כשורה במעבר הלא מתואם למרכז הארץ, ואף כי יתכן שהמבקש השקיע בקטין יותר מהמשיבה בתקופות בהן התמסרה לפיתוחה המקצועי. למרות זאת, לתפיסתם, "אין דבר





## 6. האם סביר היה לדחות המלצתם של שלושה מומחים להמשיך ולקיים משמורת משותפת?

פסיקתו של בית המשפט לענייני משפחה בערכאה הראשונה תאמה את המלצות המומחים שמונו לבדוק את המקרה. אימוץ חוות דעתם של מומחים כמכשיר חשוב המסייע בשאלות הנוגעות לטובתו של הקטין, היא פרקטיקה מקובלת בקרב שופטי בית המשפט, בייחוד כשהמחלוקת קשה. בדרך כלל הנטייה היא לא לדחות המלצות מומחים, כפי שכבר צוין לא פעם בעניין זה על ידי בית המשפט העליון עצמו: "חוות דעתם של מומחים מהווה מכשיר חשוב בו מסתייע ביהמ"ש בבואו להכריע בשאלות הנוגעות לטובתו של הקטין וככלל, אף יאמץ ביהמ"ש את המלצת המומחים שאותם מינה, אלא אם כן קיימים טעמים נכבדים ובעלי משקל ממשי, המצדיקים סטייה מאותה המלצה" (בע"מ 9358/04). עם זאת, דווקא שתי ערכאות הערעור בחרו להתעלם מהמלצות המומחים, ולדעתנו תוך שיקול דעת מוטעה שאיננו מבוסס על זיהוי פגמים או קשיים בחוות דעתם. יתרה מכך, חוות דעת המומחים תואמות את הדיון שהוצג עד כה בדבר המשמעות של שינוי מקום מגורים חד צדדי של אחד ההורים. לכן, המסקנה היא שבית המשפט העליון סטה מהמדיניות שקבע בכל הנוגע להסתמכות על מסקנות מומחים בחוות דעתם.

## סיכום הסוגיה: שינוי מקום מגורים חד צדדי בנסיבותיו של המקרה הנדון מצדיק לקבוע כי הוכחו "סיבות מיוחדות" לסטות מיישומה של חזקת הגיל הרך

בית המשפט לענייני משפחה נשען כמצופה ממנו על עקרון טובת הילד - הן על פי דין והן כפי שמשמע ממסד הידע המצטבר - ולא על פי עקרון הנסיבות המשתנות כפי שנהגו בתי המשפט בערכאות הערעור, ושכל כולו נוגד את מצב הידע בתחום. שופטי בית המשפט העליון החליטו פה אחד לא לקבל את ערעורו של האב תוך שהם קובעים מצד אחד, כי "החזקה כפופה כמובן לטובת הקטין אשר היא בראש כל השיקולים", ואילו מצד שני מסייגים את הסיבות שבגללן אפשר לסטות מהחזקה לטובת הקטין רק למצבים

חריגים, כמו העדר מסוגלות אמהית. כאמור, בית המשפט העליון אימץ פרשנות מצמצמת ביותר של הסיבות שבגינן אפשר שלא להחיל את חזקת הגיל הרך. זהו קו פרשנות מצמצם ושמרני מעבר לנובע מלשון החוק והמתעלם מההתפתחויות החברתיות והתרבותיות שחלו מאז נחקק החוק וממצב הידע שגובש במחקר הפסיכולוגי העדכני הנוגע לצרכיו ולטובתו של ילד הגירושין בגיל הרך. בית המשפט העליון אימץ הלכה למעשה נוסחה לפיה חזקת הגיל הרך = טובת הקטין.

כבר לפני חמישים שנה המחוקק הכיר בכך שהמציאות מורכבת יותר, וסייג את תחולתה של חזקת הגיל הרך כאשר מתקיימות "סיבות מיוחדות להורות אחרת". המחוקק לא קבע כי סיבות מיוחדות אלו מתקיימות רק במצבים קיצוניים המבוססים על ראיות כבדות משקל. כאמור, ניסינו להראות כי שופטי בתי המשפט בערכאות הערעור סטו כאן בפרשנותם המצמצמת מהמתחייב מלשון החוק. לעומתם, שופטים בבתי דין לענייני משפחה רבים העוסקים מדי יום בסוגיות אלה ומכירים היטב את

זה משה את הכף נגדה באופן שישלול ממנה את משמורת הקטין על פי החזקה הסטטוטורית, במקום שאין חולק כי לשני ההורים מסוגלות הורית. כלומר, הם שמים במרכז הדיון את זכויותיה של האם לאכופ את חזקת הגיל הרך ולהחליף את ההסדר המוסכם של משמורת משותפת שהיטיב עם הילד, להסדר של משמורת בלעדית לאם שילוה בכורח הנסיבות בניתוק מאב ובסיכון של ממש לפגיעה בו. השופטים אינם נותנים תשומת לב ראויה לנקודת המבט של טובת הילד, ובעצם בוחרים לא להתייחס לכך שרצונותיה של האם מהווים שיקול **אובצנטרי לא ייחודי** כלפי הילד וטובתו. לעומת זאת, שופט בית המשפט לענייני משפחה בטבריה לא אפשר את שינוי מקום המגורים מתוך תובנה שתהיה כאן פגיעה בטובת הילד. לדעתנו, שינוי מגורים חד צדדי של אחד ההורים, שאינו מתחשב בטובת הילד ובצרכיו וזאת על פי עקרון הנסיבות המשתנות, צריך להיחשב כ"סיבה מיוחדת להורות אחרת" ולסטות מחזקת הגיל הרך. מסמך הקובצנזוס של המומחים מחזק מסקנה זו.

## 5. משמורת משותפת בהסכמה אינה סותרת את חזקת הגיל הרך

חשוב לזכור כי במשך שנות חייו הראשונות חווה הילד "משמורת משותפת" בהסכמת שני ההורים ובאשרור כל הגורמים המעורבים כולל בית המשפט, ולכן לא התממשה כאן מלכתחילה חזקת הגיל הרך באמצעות קביעת משמורת אצל האם בלבד. המשמורת המשותפת לא סתרה את חזקת הגיל הרך, שכן האם הייתה חלק אינטגרלי מהסדר המשמורת המשותפת ולכן הילד זכה להיות במחיצתה באופן משמעותי. למעשה, התנהלו כאן במשך כמה שנים חיים שוטפים וזורמים באופן יומיומי עם תפקוד ראוי של משמורת משותפת שחובקת בתוכה גם את חזקת הגיל הרך. אין ספק שהחלופה העיקרית שבית המשפט צריך לשקול, כפי שעשה בית המשפט לענייני משפחה, היא זו שמאפשרת את המשך החיים במסגרת השגרה המיטיבה שקדמה לפרוץ הסכסוך. לפיכך השורה התחתונה היא "מדוע לתקן דבר שאיננו מקולקל" - בית המשפט העליון בחר "לתקן" את מה שפעל כראוי ובכך חשף את הילד לפגיעה מיותרת בטובתו.



יכול להתפרש כסיבה מיוחדת שלא להחיל את חזקת הגיל הרך על פי סעיף 25 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות. לפיכך, קיימת סכנה שהכרעתו זו של בית המשפט העליון, המהווה תקדים והלכה מחייבים לבתי המשפט לענייני משפחה שדנים במצבים של הגירה, כמו במקרה הנדון, תקבע מציאות משפטית נוקשה ומיושנת שתפגע בטובת הילד בגיל הרך. זאת בניגוד לאמנה בדבר זכויות הילד, לחקיקה של מדינות המערב, לרוח התקופה ולמסקנותיהם של מומחים בינלאומיים רבים בעלי שיעור קומה בתחום. לעומת זאת, מגמות פרשניות גמישות שמצאו את ביטויין בפסיקה של שופטים לענייני משפחה רבים הנדרשים להתמודד עם הקשיים הנובעים מיישום חזקת הגיל הרך במצבים שטובת הילד הברורה מצדיקה לסטות ממנה, עלולות לסגת לאחור, זאת כל עוד לא שונה החוק. את המחיר עלולים לשלם הילדים שיימצאו במלכוד כתוצאה מכך שטובתם תהיה כפופה למדיניות פרשנית מצמצמת אותה אימץ בית המשפט העליון, מבלי שלשון החוק ונסיבות המקרה הנדון חייבו אותו לפסוק כך.

---

## ישנו הבדל מהותי אפוא בעקרונות שהנחו את בית המשפט לענייני משפחה בהחלטתו, לעומת אלו שהדריכו את בית המשפט המחוזי ואת בית המשפט העליון בהחלטותיהם. פער תפיסתי זה הוא בליבת הדיון והבנתו מסייעת בנייתוח המקרה שלפנינו, וגם יכולה לשמש מורה דרך לשיקולים והחלטות במקרים דומים

---

העולם האמיתי של משפחות החיות בקונפליקט, מחפשים ומוציאים, חדשות לבקרים, את הפתרונות לטובתו של הילד בהתאמה לנסיבות המקרה ולמציאות החיים והידע המחקרי העכשוויים. הם עושים

זאת לא על פי מתכון קשיח ונוקשה כמו זה שאימץ בית המשפט העליון בפסיקתו, אלא ביישום גישה פרשנית גמישה שאינה חורגת מהמתחייב מלשון החוק לגבי "הסיבות המיוחדות" המצדיקות לסטות מהחלתה של חזקת הגיל הרך לטובת הקטין. כך פעל גם במקרה הנדון בית המשפט לענייני משפחה בטבריה, שהבין היטב בהסתמכו על ידע מקצועי מעודכן כי שניו מקום המגורים של האם באופן חד צדדי בנסיבות המקרה שלפניו, מהווה פגיעה בטובת הילד, שעד למועד זה זכה להורות משמעותית ויציבה עם שני הוריו. זעזוע זה בחיי הילד שינותק מאביו שהיה כה משמעותי בטיפול בו, בהחלט



**היכנסו עכשיו לאתר הבית שלנו  
לגלות מה חדש בשדה הפסיכולוגי  
[www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)**

1. אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד (1993), כ"א 1038, כרך 31, עמ' 221.
2. זכי, מ' (2014). עיונים בפסיכולוגיה משפטית: ביטול חזקת הגיל הרך והמגמה לשינויי החוק הנוכחי של טובת הילד. פסיכואקטואליה, ינואר, 55-52.
3. יואלס, ת' ושגיא-שורץ, א' (תשע"ב). "אמא, אבא, ומה אתי? אני זקוק לשניכם": עובדות, מיתוסים, ותקוות בהסדרי הורות במקרים של גירושין. דין ודברים, ז', 404-375.
4. שגיא-שורץ, א' (2014). 111 מומחים בינלאומיים מארצות שונות מסכימים כי תינוקות ופעוטות זקוקים לטיפול לילי של שני ההורים אחרי פרידה או גירושין. פסיכואקטואליה, מאי, 55-52.
5. Braver, S.L., Ellman, I.M. & Fabricius, W.V. (2003). Relocation of children after divorce and children's best interests: New evidence and legal considerations. *Journal of Family Psychology*, 17, 206-219.
6. Hetherington, M.E. & Stanley-Hagan, M.M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40 (1), 129-140.
7. McIntosh, J. E., Smyth, B. & Kelaher, M. (2010). Parenting arrangements post-separation: Patterns and developmental outcomes, Part II. Relationships between overnight care patterns and psycho-emotional development in infants and young children. In J. McIntosh, B. Smyth, M. Kelaher, Y. Wells & C. Long, *Post-separation parenting arrangements and developmental outcomes for infants and children: Collected reports* (pp. 85-168). North Carlton, Victoria, Australia: Family Transitions. Retrieved from <http://www.ag.gov.au/FamiliesAndMarriage/Families/FamilyViolence/Documents/Post%20separation%20parenting%20arrangements%20and%20developmental%20outcomes%20for%20infants%20and%20children.pdf>.
8. McIntosh, J. & The Australian Association for Infant Mental Health. (2011, Nov 26). Infants and overnight care - post separation and divorce: Clinical and research perspectives. Retrieved from: [http://www.aaimhi.org/inewsfiles/AAIMHI\\_Infants\\_and\\_overnight\\_care.pdf](http://www.aaimhi.org/inewsfiles/AAIMHI_Infants_and_overnight_care.pdf).
9. Nielsen, L. (2014). Wozzles: Their role in custody law reform, parenting plans, and family court. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20 (2), 164-180.
10. Shear, L.E., Kelly, J.B. & Eisenberg, D.S. (2002). Amicus Curiae brief. A letter to the Supreme Court of California, Marriage of LaMusga (Supreme Court Case No. S107355)
11. Warshak, R. A. (2014). Social science and parenting plans for young children: A consensus report. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20 (1), 46-67. DOI: 10.1037/law0000005. With the endorsement of the researchers and practitioners listed in the Appendix.

# שיקום תחושת הפוטנטיות - מטרה מרכזית בטיפול

הדסה לכמן\*

לצתים העדפה לטיפולים אלטרנטיביים על פני הטיפול הדינמי. טיפולים אלה אינם מחייבים התבוננות על הקשיים ועל מקורותיהם, במקום זאת הם מציעים טכניקות לפיתוח חשיבה חיובית. אפשר לפסול כיוונים אלו על הסף כקיצורי-דרך שאינם מועילים. אולם אפשר לעומת זאת לראות בהם דרך לבחינה מחודשת של המרחב הטיפולי המוכר לנו.

## הרחבות שנוספו לטכניקה הפסיכואנליטית

בעשורים האחרונים נתנה הגישה הפסיכואנליטית דעתה למורכבות זו. הוצעו הרחבות ביישום הקליני שבכוחן להנגיש אותה גם למטופלים שהפירוש בלבד מרתיע אותם (Pine, 1994; Tolpin, 1978). הרחבות אלו נועדו לעזור למטופל להכיל את הכאב הכרוך בתובנה, כאב שמטבעו מוריד הגנות ומעלה חרדות. אמנה להלן ארבעה תיאורטיקנים שתרמו להתפתחות זו:

1. ביון (Bion, 1965): הוסיף לצד הפירוש את תפקיד המטפל כמִכָּל ("container"), דהיינו, מסייע למטופל בהתמרת חוויות בלתי נסבלות ממצב גולמי לייצוג נפשי.
2. ויניקוט (Winnicott, 1960): הוסיף למטפל תפקיד כ-mother as an environment. משמעו של דבר, כי על המטפל להיות עבור המטופל סביבה מיטיבה ובטוחה, שתעזור לו להכיל את ההתבוננות ואת הפירוש.
3. מנקר (Menaker, 1995): הוסיפה לצד הפירוש פונקציה שאותה תיארה כ"העברת אינטרויקציה". תפקידה של זו לאפשר למטופל הזדהות ליבידינלית עם המטפל, כדי לחזק הפנמות מיטיבות.
4. קוהוט (Kohut, 1977): הוסיף את אפנות האמפטיה, הנותנת מענה לצורכי המטופל להרגיש קיים/חי ושווה/בעל ערך. זו בכוחה לקדם אינטגרציה ולשקם את העצמי הפגוע.

## ממד הפוטנטיות בטיפול

ברוח השינויים שהוכנסו עד כה בטכניקה הפסיכואנליטית, ברצוני להציע ממד נוסף לתפקיד המטפל. ממד שעשוי לשפר את נכונות המטופל להפיק מתובנותיו. הכוונה לתפקיד המטפל כמחזק את תחושת הפוטנטיות של המטופל, בתוך הטיפול ומחוצה לו. דגש על תחום זה נראה לי חשוב במיוחד, כיוון שהמטופל מגיע אלינו, על פי רוב, מעמדה של חולשה וחוסר אונים. בחרתי שני מושגים מהתחום התיאורטי היכולים לדעתי לתאר תפקיד זה. הראשון, מתייחס לחוויית-עצמי כ-"agent" ולקוח מהגישה ה"התייחסותית" ("relational"). השני, מתייחס לתפקיד המטפל כ"זולת-עצמי", ולקוח מהגישה הקוהוטיבית. אביא להלן תיאור קצר של שניהם:

- העצמי כ-"agent" מודגש רבות בגישה ה"התייחסותית". הוא מתייחס ליכולת לפעול על העולם מתוך אחריות ובחירה. דונלד

הגישה הפסיכואנליטית מתמקדת בדינאמיקה שבבסיס הקושי. ההנחה היא כי הבנתו ועיבודו של הקושי הכרחיים לתהליכי שינוי. גישה זו רואה את מקור הקושי בחוויות ילדות שהמערכת הנפשית לא הצליחה לעכל. חוויות מתחומים כגון קונפליקטים, חסכים, יחסי הורה-ילד, טראומות שונות ועוד. הכשל שאירע חשף את המערכת לחוסר איזון מסוכן, שפוצה על ידי מנגנוני הגנה נוקשים. אלו הכבידו אמנם על החוויה והתפקוד, אך הצליחו לשמר אילוזיה של יציבות והמשכיות.

## מעבר לשונות בדגשים התיאורטיים (אין הכרח לראותם כסותרים, אפשר לראותם כמשלימים), מטרת הטיפול נותרה זהה, ועיקרה להנגיש בהדרגה את הלא-זמין, את האמביוולנטי, את הדיסוציאטיבי ואת הטראומטי

כל אחד מארבעת הזרמים המרכזיים בפסיכואנליזה שם דגש על ממד אחר כמקור למצוקה:

1. הפסיכולוגיה של הדחף התמקדה בתכנים הלכודים בקונפליקט בלתי פתור (Freud, 1926).
2. הפסיכולוגיה של האגו הדגישה את הפגיעה בפונקציית ההסתגלות ובבוחן המציאות (Blank & Blank, 1974).
3. הפסיכולוגיה של יחסי אובייקט עסקה בשחזור כפיתית של קשרים בעייתיים מהילדות, שחזור שפוגע בקשרים בהווה (Kernberg, 1976).
4. פסיכולוגיית העצמי התמקדה בדינאמיקה המנציחה חוויית עצמי פגוע (Kohut, 1971).

מעבר לשונות בדגשים התיאורטיים (אין הכרח לראותם כסותרים, אפשר לראותם כמשלימים), מטרת הטיפול נותרה זהה, ועיקרה להנגיש בהדרגה את הלא-זמין, את האמביוולנטי, את הדיסוציאטיבי ואת הטראומטי. כל זאת דרך שימוש בעבר, בחלומות ובתהליכי העברה והעברה נגדית. אינטגרציה זו, על פי התפיסה הדינאמית, בכוחה לשחרר דפוסי חזרה ולפתוח אפשרויות שהיו חסומות עד כה.

אין יוכוח בין הזרמים התיאורטיים לגבי מטרת הטיפול, אך הדרך ליישומה נותרה מורכבת. היא מציבה בפני המטפל אתגר פרדוקסלי: מצד אחד, המפגש עם הקושי הכרחי לתהליך. מצד אחר, מאותו הדבר עצמו, המטופל מנסה להימנע כל חייו. מצב דברים זה יוצר

\*הדסה לכמן, פסיכולוגית קלינית בכירה, חיפה.



וזאת האמפטיה, אלא גם את חיזוק תחושת הפוטנטיות. המטפל בתפקידו זה, משמש עבור המטופל "זולת-עצמי" ליכולתו לשוב ולהוביל את חייו. תקווה שבכוחה לתרום הן לפנייה לטיפול והן לאפשרות להתמיד בו למרות הקשיים.

---

## כאשר [ ההורים ] נכשלים בתפקידם, נגרמת חבלה נרציסטית. המטפל באמצעות האמפטיה, יכול להוות זולת-עצמי לשיקום פגיעה זו

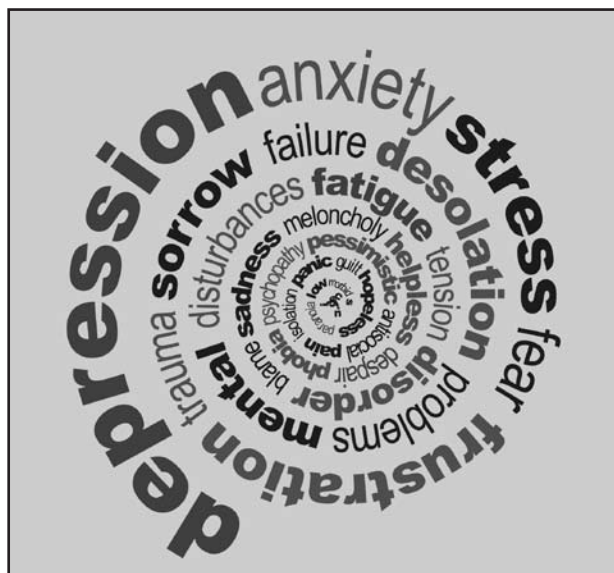
---

### דוגמאות

אביא להלן שתי דוגמאות. אין מדובר בתיאורי מקרה, אלא בקווי מתאר כלליים כדי להדגים את הרעיון.

#### דוגמא 1

ש', גרושה כבת שישים, הגיעה לטיפול עם סימפטומים של דיכאון וחרדה. ציינה שמדובר בתופעות חדשות שאינן מוכרות לה ונשמעה מבולבלת. הוסיפה שתופעות אלו החלו לאחר שבנה קיבל הצעה לעבוד שנתיים בחו"ל. ברקע, התייתמה מאמה בגיל צעיר ובנה הבכור נהרג באחת המלחמות. לדבריה, הבן שנסע היה הנחמה שלה לאחר האובדן ועזר לה להמשיך לחיות. היא לא ציינה כעס על נסיעתו, רק חשש מהגעגועים. היא גם לא הזכירה אפשרות לבקרו או להשתמש באמצעים טכנולוגיים כמו טלפון או מחשב כדי לתקשר איתו. כרטיס הביקור שאיתו הגיעה למפגש הראשון היה שעברה הרבה בחיים, ושתמיד עזרה לעצמה דרך רפואה אלטרנטיבית ויוגה. הבהירה כי מצוקתה זמנית וקשורה אך ורק לאירוע חיצוני. לדבריה התמקדות בקושי עלולה להוציא אותו מפרופורציה, לכן לא רואה צורך ביותר משתיים-שלוש פגישות. בלט חשש עמוק מאיבוד שליטה. עלה הרשם כי ש' בנתה בעמל רב ניתוק שהגן עליה מרגשות של כעס ושל אובדן. האתגר שעמד בפני כמטפלת היה איך לשמר את תחושת הפוטנטיות של ש' גם לנוכח מפגש עם חלקי עצמי טראומטיים. היה ברור כי בשל הצורך שלה בשליטה, כל יוזמה לפירוש עלולה לאיים. בחרתי לכן, מתחילת הטיפול, לשלב משוב מתמיד על היותה שותפה פעילה בהובלת התהליך. באחת הפגישות ספרה ש' על קושי להירדם לאחר שיחה טלפונית עם הבן. לדבריה, בשיחה הייתה רגועה ותומכת, אך בלילה היו לה תסריטי אימה על אסונות שיכולים להתרחש. ציינה שלא רוצה לדבר על זה, אלא פשוט לשכוח מזה. עלה הרשם כי חיבור לכעס ולחרדת הנטישה, היה בלתי נסבל עבורה. אפקטים אלו עברו דיסוציאציה בילדות, שהחמירה בשכול. הם עלו מחדש לאחר נסיעת הבן. בחרתי בשלב זה לא לפרש את תגובתה של ש' לשיחה הטלפונית כקשורה לעברה. הערתי רק כמה היטיבה לתאר לי מה עורר אצלה את החרדה. היא נרגעה והוסיפה שאולי כדאי שנדבר על זה, אבל בפעם אחרת. הוספתי כי חשוב לי שהיא זו שתקבע לנו את הקצב. הכוונה הייתה, לתת משוב ליכולתה האקטיבית, גם כאשר חשה מוצפת וחסרת אונים. גישה זו הייתה נחוצה לש' מתחילת הטיפול ולמעשה עד לסיומו. היא הייתה זקוקה לי כזולת-עצמי, שישדר לה כי לא איבדה את היכולת



סטון (Stern, 1997) ממייצגיה הבולטים של גישה זו, רואה בשיקום העצמי "agent" תוצאה חשובה של הטיפול. לדבריו, שינוי זה יכול להתרחש רק מתוך אינטגרציה הדרגתית של חלקי עצמי דיסוציאטיביים. היכולת להיות אקטיבי במקום קורבן של נסיבות, תשחרר דפוסים כפייתיים ותחזיר למטופל שליטה על חייו. שטיין, אף היא מהגישה ההתייחסותית, הדגישה את חשיבות האגרסיה לקידום חוויית העצמי כפוטנטי (Stein, 2014). לדבריה, הגורם המחזיק נשים בקשר סאדומזוכיסטי אינו הנאה מסבל וגם לא שליטה בטראומה על ידי שחזורה. הקושי העיקרי קשור לדיסוציאציה של הכעס עקב חרדת נטישה טראומטית בילדות. העדר הכעס, לדעתה, הוא שמונע אסרטיביות ופרידה. לדבריה, הנגשת אפקט זה לא רק תעזור לאישה להתיר קשר פתולוגי, אלא גם תחזיר לה את הבחירה ואת היכולת לפעול.

---

## הגורם המחזיק נשים בקשר סאדומזוכיסטי אינו הנאה מסבל וגם לא שליטה בטראומה על ידי שחזורה. הקושי העיקרי קשור לדיסוציאציה של הכעס עקב חרדת נטישה טראומטית בילדות. העדר הכעס, לדעתה [שטיין], הוא שמונע אסרטיביות ופרידה

---

- חוויית "זולת-עצמי" כצורך התפתחותי, נוסחה בהרחבה על ידי קוהוט (1971, 1977). הוא מנה שני צרכים מרכזיים שעליהם זקוק הפרט למשוב מהסביבה: הצורך באישור (affirmation) והצורך בערך (idealization). שניהם חיוניים לבניית עצמי יציב. ההורים, בילדות, משמשים זולת-עצמי (self-object) להטמעת חוויות אלו. כאשר הם נכשלים בתפקידם, נגרמת חבלה נרציסטית. המטפל באמצעות האמפטיה, יכול להוות זולת-עצמי לשיקום פגיעה זו.
- אחזור כעת להצעתי לכלול בתפקידי המטפל לא רק את הפירוש





בקשר הזוגי: היא מבוססת כלכלית, יש לה חברות וכבר מזמן אין משמעות לקשר הזוגי. חשבה שתתגרש כשהילדים יגדלו, אך זה לא קרה. עוד בלטה קשיי שינה וירידה במשקל.

היא תיארה שבכל פעם שעזבה את בעלה, התרחש דפוס דומה: תחילה היו כמה חודשים של אופוריה וגאווה. אחר כך עלה פחד בלתי נסבל מבדידות ורגשי אשמה, ולבסוף "התקפלה" וחזרה אליו. ציינה בייאוש, שכל סיבוב כזה החליש אותה.

בתחילת הטיפול עלה רשם מוטעה, כאילו ג' פנויה להתבונן על קשייה ועל הדינאמיקה שמנציחה אותם. ככל שהתקדמנו בפגישות, התבוננת לא רק שלא שיפרו את מצבה אלא אף החמירו אותה. תחושת חוסר האונים שלה התגברה, ונטייתה להאשים את עצמה הפכה יותר אגרסיבית. בשלב זה החלטתי לצמצם את ההתבוננות דרך פירוש. ג' אמנם שתפה פעולה עם פירושי העברה והעברה-נגדית, אך אלו דווקא חיזקו אצלה את תחושת הפסיביות וחוסר הערך. התרשמתי שקודם יש להחזיר לג' את חוויית הפוטנציאל, ורק אחר כך תוכל להפיק מהתבוננות בטיפול. בכל מפגש, כאשר הביאה את תסכוליה על כך שלא מצליחה להיפרד, מנעתי מלהיכנס איתה למעגל של האשמה עצמית ותובנות סרק. הצעתי במקום זאת זווית הסתכלות אחרת (לכמן, 2013). הדגשתי, שבמקום לראות בפרידות אלה הוכחה לחוסר כוח, אפשר לראות בהן פוטנציאל לכוח, שכן הבנתן היא שתחזיר לה את השליטה והיכולת להוביל את חייה. נראה היה כי דגש על הכוח במקום על החולשה, החזיר את האופטימיות לתהליך הטיפולי. משלב זה ובמשך כל הטיפול הקפדתי להוסיף לצד מפגש עם רגשות כגון כעס, אשמה וחרדת הנטישה, גם משוֹב להיותה שותפה פעילה בתהליך ובהובלה שלו. בסיום הטיפול ג' אמנם בחרה שלא להיפרד מבעלה, אך בניגוד לעבר הייתה שלמה עם החלטה זאת. השינוי בא לידי ביטוי בתוך הקשר הזוגי: ג' יכלה לעמוד על שלה מול בעלה, בלי לחוש רגשי אשמה ובלי להזדקק להתפרצויות זעם. היא גם הצליחה למלא את זמנה בעיסוקים עצמאיים משלה, שהעניקו לה שמחה וסיפוק.

להרגיש בעלות ושליטה על עולמה. משוב זה עזר לה לגייס כוחות כדי להתמודד בהדרגה עם טראומות העבר של חייה. בדיעבד, לאחר שנתיים של טיפול, ש' סיפרה לי, כי הטיפול, להפתעתה, לא רק שלא החליש אותה, אלא דווקא חיזק. במהלך תקופה זו נסעה פעמיים לבקר את בנה בחו"ל וכן רכשה שליטה מצוינת באינטרנט כדי לשמור איתו על קשר רציף.

## הוספתי כי חשוב לי שהיא זו שתקבע לנו את הקצב. הכוונה הייתה, לתת משוֹב ליכולתה האקטיבית, גם כאשר חשה מוצפת וחסרת אונים. גישה זו הייתה נחוצה לש' מתחילת הטיפול ולמעשה עד לסיומו. היא הייתה זקוקה לי כזולת-עצמי, שישדר לה כי לא איבדה את היכולת להרגיש בעלות ושליטה על עולמה. משוב זה עזר לה לגייס כוחות כדי להתמודד בהדרגה עם טראומות העבר של חייה

### דוגמא 2

ג', נשואה כבת חמישים, פנסיאנית ובעלת מקצוע חופשי. סיפרה שהייתה בת יחידה להורים קשי יום. אביה עבר, בילדותה, תאונת דרכים וסבל ממצבי רוח והתפרצויות. ציינה שנזרה מלהרגיז אותה, כי זו לא אשמתו. אמה הייתה אישה חזקה אך ממורמרת. את עצמה זכרה כילדה טובה שעוזרת להורים וסובלת מסיוטי לילה שמא אמה תמות. הוסיפה שתקופה זו מזמן מאחוריה, וכי בניגוד לאמה, בנתה

לעצמה קריירה שתאפשר לה עצמאות כלכלית. ג' הגיעה לטיפול לאחר שניסחה פעמיים להיפרד מבעלה, אך ללא הצלחה. סיפרה שהקשר עם בעלה מעולם לא היה טוב, והוא נעשה מאוד תובעני כלפיה מאז שהתגלו אצלו בעיות בריאות. יציאתה לפנסיה הפכה עבורה סיוט במקום להיות הזדמנות לממש תוכניות. לזוג שני ילדים המתגוררים מחוץ לבית. בפנייה לטיפול דיווחה ג' על ייאוש מעצמה ותחושת השפלה, על שאינה מסוגלת להיפרד מבעלה. ציינה שתמיד החזיקה מעצמה אדם רציונלי, וכיום אין לה שום סיבה להמשיך





---

## אין תחליף בטיפול הדינמי לטכניקת הפירוש. זו מגלה ויוצרת משמעות דרך תהליכי העברה והעברה-נגדית. חשובה גם האמפטיה שהוסיף קוהוט. זו נותנת מענה לצורכי עצמי שלא סופקו, כדי לשקם בהדרגה את הפגיעה הנרציסטית

---

### סיכום

אנשים פונים לטיפול כי איבדו בשלב מסוים תחושת שליטה על חייהם. הדוגמאות שהובאו לעיל תיארו, כיצד מטופלים אלה הרגישו שבויים בדפוסי תגובה חסרי מוצא: ש' הוצפה בחרדה בלתי נסבלת מנסיעת בנה לחו"ל, וג' חשה חוסר אונים עקב נסיונות כושלים להיפרד מבן-זוגה. המטפל תואר במאמר זה לא רק כמפרש ואמפטי, אלא גם כמחזק תחושת הפוטנטיות שאבדה למטופל: ש' יכלה לראות בפרידה מהבן לא רק חזרה על הטראומה אלא גם הזדמנות להעמקת הקשר איתו בדרכים שלא חשבה עליון קודם. ג' הצליחה לגייס אסרטיביות בתוך הקשר עם בעלה, חדלה להרגיש קורבן ועמדה על זכותה לזמן פנוי משלה. חשוב להדגיש כי אין תחליף בטיפול הדינמי לטכניקת הפירוש. זו מגלה ויוצרת משמעות דרך תהליכי העברה והעברה-נגדית. חשובה גם האמפטיה שהוסיף קוהוט. זו נותנת מענה לצורכי עצמי שלא סופקו, כדי לשקם בהדרגה את הפגיעה הנרציסטית. מאמר זה הציג ממד נוסף שעשוי לתרום משמעותית לתהליך הטיפול ולהישגיו. הכוונה לחיזוק תחושת הפוטנטיות של המטופל, שתחזיר לו תקווה ליכולתו לקחת אחריות ולהוביל את חייו.

### מקורות

1. לכמן, ה' (יולי, 2013). שיום מחדש של חוויה מניע תהליכי שינוי בטיפול. **פסיכו אקטואליה**, 29-32.
2. Bion, W. R. (1965). Transformations. London: Karnac.
3. Blank, G. & Blank, R. (1974). Ego psychology, theory, and practice. Columbia University Press. pp. 19-25.
4. Freud, S. (1926). Inhibitions symptoms and anxieties. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, (Vol. 20, pp. 87-172).
5. Kernberg, O. (1976). Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Jason Aronson, inc.
6. Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self. New York: Int. Univ. Press.
7. Kohut, H. (1977). The Restoration of the Self. New York: Int. Univ. Press.
8. Menaker E. (1995). The freedom to inquire. Jason Aronson, ch. 15.
9. Pine F. (1994). Some impressions regarding conflict, defect, and deficit. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 222-240.
10. Stein, A. (2014). *Cupid's Knife: Women's anger and Agency in Violent Relationships*. Routledge.
11. Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic press.
12. Tolpin M. (1978). Self-objects and oedipal objects . *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 167-184.
13. Winnicott, D. W. (1960). Ego Distortion in Terms of True and False Self. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, 140-152.



# עקרונות הגישה המערכתית לעבודה עם משפחה בתהליך גירושין

פינת  
ההורות

איריס ברנט\*

המסגרת הרחבה של התפישה המערכתית לא כל המשפחות שעוברות גירושין נכנסות למלכודת של עימותים קשים סביב משמורת. לא כל המשפחות בגירושין לכודים בתוך מריבות וכעסים. בהרבה מקרים ההורים מצליחים לעשות את התהליך בצורה מתונה, תוך שמירה על היכולת לראות את טובת הילד, תוך כדי גמישות מספיקה על מנת להכיל את החרדה, הכעסים. בסופו של תהליך ההורים מגיעים לאיזון המתאים להם לגבי החלטות המשמורת. במקרים אחרים הם לא מצליחים לעשות זאת ואז אנשי מקצוע אמורים לעזור להורים להגיע להחלטה, או במקרים קיצוניים יותר, על איש המקצוע להחליט על פי טובת הילד ולתת המלצות חד צדדיות לגבי משמורת. כאן נמצא האתגר הגדול של המטפל. הרי בדרך כלל לא מדובר בהורה שלא מסוגל לשאת בתפקיד ההורי לגמרי או אפילו באופן חלקי. לרוב, הורים לא זקוקים לרישיון על מנת להיות הורים, והדבר נכון גם במקרים קשים של הורים גרושים. כמטפלים מערכתיים אנו ננסה לבדוק ולהעריך מהם הצרכים שעומדים מאחורי ההתנהגויות ההוריות הלא אדפטיביות, ולתת להם מענה יעיל, במקום לאפשר להם להרוס. הסתכלות מערכתית כזאת, כבר יתרונה בכך שהיא שמה בצד שאלות של פסיכופתולוגיה בכך שהיא מסתכלת על האסטרטגיה של כל אחד. היתרון הוא שזה מאפשר למטפל או למאמן או למגשר, לשיים התנהגויות אלה ולבסס אסטרטגיה של התערבות שתהיה אובייקטיבית, רגישה, מדויקת ויעילה.

משפחה מוגדרת כאנשים שיש ביניהם קשרים יחסי תלות, ומטרתם, בין שמוצהרת ובין שלא מודעת, היא לשמור על איזון המערכת וקיומה. כל אחד מבני המשפחה משפיע על האחר ומושפע ממנו. משפחה שנמצאת בגירושין, מגיעה פעמים רבות לייעוץ בזמן שבו, שבו בני המשפחה מרגישים מרוקנים, רגישים לשיפוט החברתי שקיים על גירושין. המשפחה בגירושין עוברת שינויים ושרר ביחסים בין חברי המשפחה שכן שינויים דרמטיים מתרחשים בגבולות הפנימיים שלה וגם החיצוניים. חברי המערכת יכולים לפעול מתוך אסטרטגיה אישית נסתרת. נוצרים משולשים מורכבים מאוד.

## המשפחה בגירושין עוברת שינויים ושרר ביחסים בין חברי המשפחה שכן שינויים דרמטיים מתרחשים בגבולות הפנימיים שלה וגם החיצוניים

הורים מתגרשים לרוב לאחר שלא הצליחו לשמור על המערכת כמתפקדת, לא הצליחו לפתור בעיות וקונפליקטים בצורה מיטיבה. בסופו של תהליך הגירושין מתהוות שתי תתי מערכות עם גבול מאוד ברור ביניהן. כל חלק כזה של המשפחה מכונה משפחה חד הורית. המאמר הזה ענינו בהתמודדות ובהסתגלות של המשפחות ואיך המטפל יכול לסייע למשפחה במצב הזה. איך המטפל יכול לעזור להורים לעשות בחירות מודעות כך שתיווצר הפרדה בין הקונפליקט הזוגי הלא פתיר והיכולת לשמור את טובת הילד באופן מיטבי, איך מייצרים אווירה סבירה של אחרי גירושין שבה האמא והאבא מצליחים להסתגל ולהתאים את עצמם ואת ילדיהם לכדי שתי תתי מערכות ברורות ונפרדות מספיק כך שקונפליקטים יוכלו להיפתר בצורה סבירה ומשולשים יתפרקו עד למינימום האפשרי. איך כל אחד מבני הזוג מתמודד עם האובדן, הכעסים ובונה משמעות חיובית לחייו ולחיי ילדו. המאמר מציג את



\*איריס ברנט, פסיכולוגית התפתחותית ומטפלת משפחתית-זוגית. מנהלת שותפה של המרכז להורות במכון שינוי.

## שקיפות לגבי ערכי המטפל

לכל מטפל ערכים אישיים ומקצועיים שמובילים אותו. חשוב ביותר שהמטפל יהיה מודע לערכים אלו שבבסיס פעולותיו והשקפתו. כאשר למטפל יש ערכים קיצוניים ולא גמישים, והם יכולים לסתור את אלו של מטופליו, עליו להיות מודע לגבי פער זה ולבדוק האם הפער ניתן להכלה על מנת לאפשר כבוד לערכים מנוגדים. לעתים המטפל יכול לבחור לשתף בערכיו ולאפשר למשפחה או למטופל לבחור האם לקבל זאת או לא, האם מבחינתו אפשר לעבוד במשותף או לא.

## במקרים קיצוניים יותר, על איש המקצוע להחליט על פי טובת הילד ולתת המלצות חד צדדיות לגבי משמורת. כאן נמצא האתגר הגדול של המטפל. הרי בדרך כלל לא מדובר בהורה שלא מסוגל לשאת בתפקיד ההורי

להלן שלוש דוגמאות להמחשת העניין: נניח שהפסיכולוג מאמין

שלילד יש זכויות וחשוב ביותר שישמר לו הקשר עם שני הוריו. אמירה כזו כבר בראשית התהליך מונעת מראש חלק מהנוצמה של התלונות של ההורה, ואת היכולת של ההורה לדרוש ניתוק של קשר.

דוגמא נוספת, המטפל יכול לומר להורים שהוא מודע לכך שהם שונאים אחד את השני, אבל יודע שהורים יכולים לשים רגשות כאלה בצד ולהפריד בין החלטותיהם בדבר הזוגיות לבין החלטותיהם כהורים. במהלך התהליך ההורים צריכים לעשות את המעבר מההתמקדות בקונפליקט הזוגי להתמקדות באחריות ההורית שלהם, ככל יכולתם.

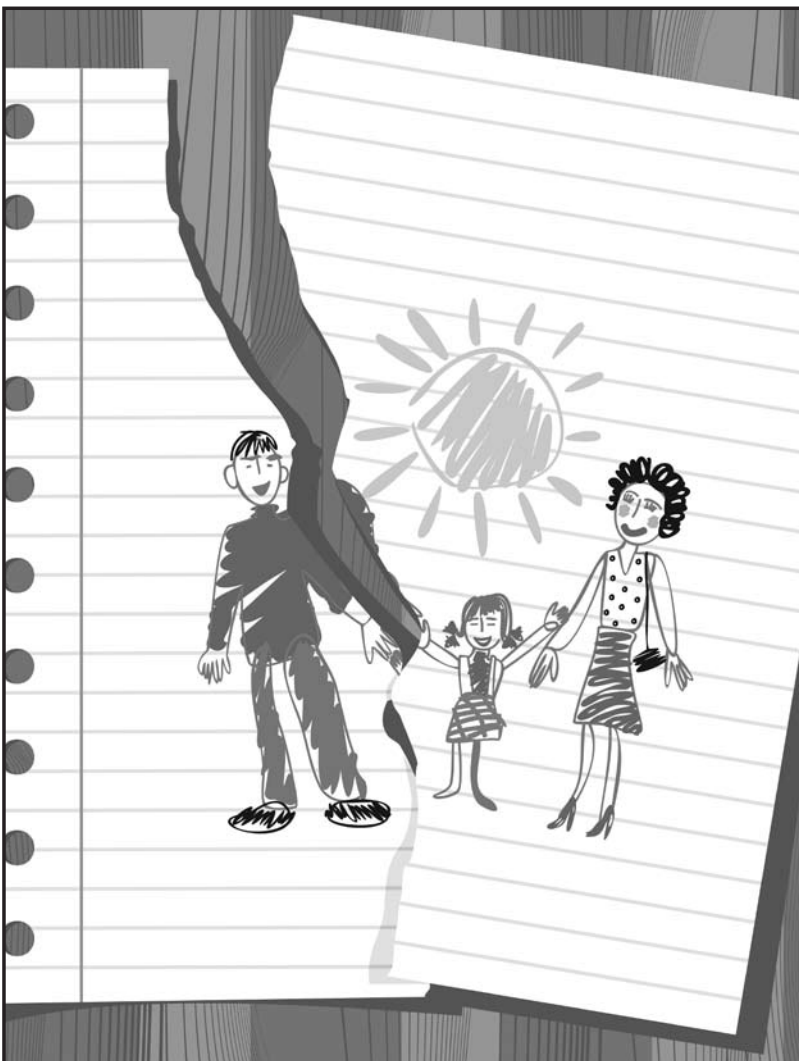
דוגמא שלישית, אם המטפל אומר מלכתחילה: הורים, למעט מקרים קיצוניים ביותר, לא זקוקים לרישיון להיות הורים. נקודת ההנחה שלי היא שההורים ראויים להיות הורים, אלא אם כן יש לי סיבה ממש טובה לפקפק בכך. במקרה זה ההורים מבינים את כיוון העבודה של המטפל ומרגישים על קרקע יציבה יותר.

## יצירת החוזה הטיפולי

לעתים נדרשת מהמטפל סמכותיות ברורה ושימת גבולות. חשוב שהחוזה הטיפולי יהיה ברור. אם המשפחה נשלחה על ידי בית המשפט או על ידי רשויות הרחוקה צריך לברר בדיוק מה ההוראות ומה הציפיות לגבי הטיפול ככל האפשר.

**הנושאים שצריכים להיות כלולים בחוזה הם:**

1. מי ישתתף בטיפול, כאשר בדרך כלל הציפייה היא שהטיפול יכול את האבא, את האמא, וגם את הילד או הילדים שכלולים במשפחה. אבל ייתכנו מצבים שהטיפול יוגדר לחלק מהמשפחה, או שאחד ההורים או אחד מהילדים המתבגרים לא ירצה להשתתף בו, ובית המשפט לא יכול להכריח לכך.
2. יש לדבר גם על תדירות המפגשים. לכל הורה יהיה צורך אחר לגבי תדירות המפגשים. לעתים ההורים מצפים להתערבות נקודתית קצרת מועד ולעתים לתהליך. יש להבהיר ציפיות אלה.
3. לא תמיד יש לנו את הלוקוסוס של שני הורים שמעורבים בטיפול, מגיעים לפגישות ומשתפים פעולה. ועדיין, תפקידנו להחזיק עבור הילד את נוכחותם וחשיבותם. תמיד נשאיר כיסא פנוי עבור כל אחד מההורים.
4. מי משלם עבור הטיפול? נושא זה מוטב להבהיר עוד לפני המפגש הראשון.
5. למי יש גישה לאינפורמציה לגבי הטיפול? יש להבהיר באיזה אופן אינפורמציה תהיה מועברת, איך תישמר הסודיות כלפי אנשים מחוץ לטיפול. זה חשוב, משום שאנשים מודאגים מהאופן שבו דברים שיעלו בטיפול יכולים להשפיע על הנושאים שבמחלוקת בבית המשפט. יש חשיבות לומר בבירור לכל בני המשפחה שכל מהלך נעשה בשקיפות ובידיעת כולם. לכל דעה יש משקל וכן הלאה.





גמישות ופתיחות גדולה יותר לשינוי, האם נדרשת התערבות ברמה התוך-אישית והאם כל זה אפשרי. על סמך הערכה זו נבנית התוכנית הטיפולית.

### בחירת הסיניג הטיפולי

בגישה המערכתית, כל חברי המשפחה נתפשים כחלק מהמערכת. אבל קביעת האנשים המשתתפים בתהליך משתנה בהתאם להרבה מאוד משתנים כגון המטרות הטיפוליות, רצון האנשים, המשאבים הרגשיים ואחרים. אני הייתי מצפה שתהליך זה ייעשה גם בדיאלוג עם הגורמים המפנים ובפיקוח שלהם.

### מטרות טיפוליות

קביעת המטרות הטיפוליות היא משימה מרכזית ומאוד לא פשוטה במקרים של גירושין בקונפליקט גבוה. באופן כללי המטרות הן להפחית את ההשפעות הקשות של הקונפליקט הזוגי, לצמצם את הקונפליקט, לצמצם את המשולשים שנוצרו מתוך כך, לעזור לכל אחד להסתגל למבנה החדש של המשפחה וליצירת המשפחה החד הורית, להגביר את תחושת הביטחון שכל חבר חש במערכת, לאפשר קיום חיים זורם כולל הביקורים וכן הלאה, במטרה שיתקיימו ויעברו ללא סערות מיוחדות. רוב ההורים שפועלים בתוך קונפליקט גבוה באמת מודאגים מטובת הילד ואכפת להם מאוד מהמצב הרגשי שלו. בהרבה מובנים הם מוכנים לשים את טובתם בצד כדי לנסות לפצות את הילד ולרצות אותו. גם בתוך הקונפליקט הגבוה הם מראים הגינות כלשהי, הבנה, התחשבות וחמלה. עם

לעתים מדובר בתהליך ארוך שמטרתו לעזור להורים לרכוש אמון מחדש שיאפשר שיתוף פעולה. יצירת ברית טיפולית עם כל אחד במשפחה דורשת תשומת לב רבה. תמיד ישנן מהמורות רבות בדרך שמקורן בקינאה, או בתחרות בין ההורים. הורה יכול לפרש מילים תמימות כמסמלות דברים שכלל לא התכוונו אליהם. חשוב שהמטפל ייתפש כאכפתי אבל גם כהוגן ואובייקטיבי. במיוחד כאשר צריך לפתוח נושאים כאובים או שנויים במחלוקת. הרבה פעמים מחמאות ענייניות, במיוחד כאלה שמתייחסות לחוזקים של הילדים, הן דרך טובה לתת הרגשה טובה וליצור תחושת אמון. חשוב מאוד לא ליפול לפתולוגיזציה של מישוה מחברי המשפחה.

**רוב ההורים שפועלים בתוך קונפליקט גבוה באמת מודאגים מטובת הילד ואכפת להם מאוד מהמצב הרגשי שלו. בהרבה מובנים הם מוכנים לשים את טובתם בצד כדי לנסות לפצות את הילד ולרצות אותו. [...] עם זאת, [...] ההורה מתקשה להתמקד באופן בהיר בטובת הילד**



לעתים סבלנות תהיה הכלי העיקרי שלנו ליצור ברית טיפולית ולעודד שיתוף פעולה. אנחנו נדע מה נדרש, ונצטרך לתת לתהליך זמן להתעכל, להורה זמן להירגע, ורק אז... להזמין לפגישה, להציע מהלך מסוים או התערבות מסוימת.

רפריימינג - הרבה פעמים אפשר לנסח מחדש דברים שנאמרים, וזה יכול להפוך מילים שאומר אחד מההורים כמילים מערערות ומאיימות למילים שיש בהן פרספקטיבה של שיתוף פעולה. למשל, הורה יכול לומר: "לי אין מה לבוא, תטפלי באמא, היא משוגעת". אפשר לנסח את זה כך: "אתה כרגע לא רוצה להיות מעורב. אם יהיה צורך אצור איתך קשר".

### הערכה

הערכה בסגנון הטיפול המערכתי-נרטיבי נעשית תוך כדי המפגשים הראשונים עם כל אחד מבני המשפחה, על מנת לזהות את הכוחות והחוזקים של כל אחד, הקשיים והמטרות הטיפוליות. חלק נוסף מההערכה מטרתו לברר עד כמה אפשר לשנות בעזרת תהליכים מערכתיים, היכן קיימת



אוניברסליות, יש גם ניואנסים ומטרות ספציפיות שקרובות לחוויה של כל אחד.

בהתאם לתפישה המערכתית, הקונפליקט הספציפי של ההורים קשור לדינמיקות מורכבות שקיימות בתוך המערכת המשפחתית. חשיפת הדינמיקות הללו מאפשרת להציע התערבויות שיביאו למציאת הפתרון האפקטיבי ביותר.

ככלל, אני סבורה כי אם ההנחיה לאיש המקצוע הייתה לא רק לתת חוות דעת אובייקטיבית, אלא תפקידו היה להגיע עם ההורים להחלטה לגבי טובת המערכת כולה, ילדים והורים, הרי שהתהליך היה כביכול ארוך יותר אך בסופו של דבר, גם קצר יותר, מכיוון שבהליך שנחשב קצר יותר, כלומר דרך החלטות שופט, ניתנת החלטה מגבוה אך ההורים לא עברו תהליך משמעותי ולעתים קרובות מדי אינם שלמים עם ההחלטה. וחשוב מכך, ההורים עוברים תהליך נכון יותר, שעולה פחות במחירים אישיים וכלכליים.

## כאשר למטפל יש ערכים קיצוניים ולא גמישים, והם יכולים לסתור את אלו של מטופליו, עליו להיות מודע לגבי פער זה ולבדוק האם הפער ניתן להכלה על מנת לאפשר כבוד לערכים מנוגדים

זאת, בזמן של קונפליקט גבוה שמעורבים בו שאלות משמורת וביקורים, כעס ומרירות, אשמה ומתח, ההורה מתקשה להתמקד באופן בהיר בטובת הילד. עם זאת שאלו הן מטרות כלליות וכמעט

### המלצה לקריאה נוספת

1. אילון, ע' ופלשר, ע' (1987). ילדים וגירושין: תגובת שרשרת. הוצאת נרד, חיפה.
2. ברגמן ז' וויצטום, א' (מרץ 1995). חטיפת ילד בידי הורה והתיסמונת של התנכרות להורה (סקירת ספרות, תיאור מקרים והיבטים טיפוליים ומשפטיים). **שיחות, ט(2)**.
3. גוטליב, ד' - (אפריל 2000). העתקת מגורים לאחר גירושין: הגדרת טובת הילד. **רפואה ומשפט, 22**.
4. לויטה, ז', עציון, נ' ואחרים (מרץ 1997). סרבנות קשר - קונפליקט ביחסי הורה-ילד במצבי פרידה וגירושין. **שיחות, יא(2)**.
5. שגיא-שורץ, א' (מאי 2014). 111 מומחים בינלאומיים מארצות שונות מסכימים כי: תינוקות ופעוטות זקוקים לטיפול לילי של שני ההורים אחרי פרידה או גירושין. **פסיכואקטואליה, 30-40**.
6. Aarditti, J. A. & Madden-Derdich, D. (June 1995). No regrets: Custodial mothers' accounts of the difficulties and benefits of divorce. *Contemporary Family Therapy*, 17(2), 229-248.
7. Cohen O. (Summer 1998). Parental narcissism and the disengagement of non-custodial father after divorce. *Clinical Social Work Journal*, 26(2).
8. Dunne, J. & Hedrick, M. (1994). The parental alienation syndrome: An analysis of sixteen selected cases. *Journal of Divorce and Remarriage*, 21, 21-38.
9. Greenberg L. R., Doi Fick L. & Schnider R. (2012). Keeping the developmental frame: Child-centered conjoint therapy. *Journal of Child Custody*, 9, 1-30.
10. Lebow, J. & Newcomb Rekart, K. (2006). Integrative Family Therapy for High-Conflict Divorce With Disputes Over Child Custody and Visitation. *Family Process*, 46(1).
11. Saposnek, D. T. *Strategies in Child Custody Mediation: A Family Systems Approach*.



# ד"ר עמוס ניר ז"ל

## 2014-1922

### לעמוס ניר

עמוס ניר הלך מאיתנו בשיבה טובה, אך צלול ורהוט כפי שהיה בצעירותו, וחם ומחבק כפי שהכרנוהו מאז ומתמיד.

עמוס היה המנהל הראשון, המדריך, המורה והמנטור המקצועי שלי בתחנת "התקווה" של שפ"ח תל-אביב/יפו, ואני חבה לו את קליטתי בפסיכולוגיה החינוכית. כפסיכולוגית צעירה מאוד, שזה עתה סיימה את לימודיה באקדמיה, ועדיין לא הבינה באמת את משמעותו של העיסוק בפסיכולוגיה ובוודאי שלא את העיסוק בפסיכולוגיה החינוכית המתייחדת ביציאה מן החדר המקצועי ובהליכה אל השדה הסואן והטעון בהתרחשויות, היה עמוס, באישיותו המיוחדת, סמכותי אך חם ותומך, מקצועי ומוקפד אך עם זאת אבהי ורגיש. תכונותיו אלה ודרך התנהלותו "ריפדו" את דרכי, והוא היה עבורי מודל לחיקוי.

עמוס זיהה בי את כישורי הניהול הרבה לפני שעמדתי עליהם בעצמי, האמין ביכולותי למרות גילי הצעיר, והתווה לי את הדרך כמנהלת תחנת "שלם", בעת שהוא עצמו היה למנהל שפ"ח תל-אביב/יפו.

אהבתי את עמוס והערכתי אותו כאדם וכאיש מקצוע, ואני אֶבְלָה על מותו עם עוד מאות פסיכולוגים חינוכיים שהסתופפו בצל קורתו האישית והמקצועית.

### צילה טנא

לשעבר מנהלת תחנת "שלם"  
וסגנית מנהל שפ"ח תל-אביב/יפו



ד"ר עמוס ניר ז"ל נפטר בשיבה טובה בגיל 92. עמוס ניהל את שפ"ח תל-אביב/יפו בשנים 1968-1986, פרק של 18 שנים, וזאת נוסף לשנות עבודה רבות לפני כן כמנהל תחנת "התקווה".

עמוס, שנודע כאחד מחלוצי הפסיכולוגיה החינוכית בישראל, היה אדם עם מעוף וחזון. הוא ניהל את שפ"ח תל-אביב/יפו במבנה ארגוני שירש מקודמו, פרופ' מלינובסקי, אולם ידע לבסס את המקום של השפ"ח בעיר הגדולה ולהרחיב את השירותים הניתנים למערכות החינוך.

עמוס הניח את היסודות לחיבור החשוב בין השפ"ח לבין הרשות, הקהילה ומערכת החינוך, והבאים אחריו זכו למרחב מוכן ולכר עבודה חשוב להתפתחות העיר.

לעמוס ניר ז"ל הייתה טביעת עין חדה בזיהוי בעלי כשרונות צעירים. הוא ידע לשלוף אותם מחבורת הפסיכולוגים החדשים שנקלטו בשפ"ח ולמנותם לתפקידי מפתח בשפ"ח עוד בהיותם צעירים מאוד, וכך יצר את שכבת הניהול הבאה שהובילה את השפ"ח לאחר שעזב את התפקיד.

ד"ר עמוס ניר היה ידוע בבת-לווייתו הנאמנה - המקטרת... העישון במקטרת הוסיף לו נופך של חשיבות והרהור, וכך ידע להשרות סביבו אווירה של חשיבות, רצינות, הרהור, קצב איטי ונינוחות עוד לפני שהעישון היה אסור במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים. גם קצב הדיבור שלו תאם את קצב העישון - לאט, לאט ברהיטות ובבהירות.

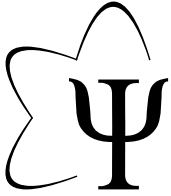
עובדי שפ"ח תל-אביב/יפו שמרו על קשר עמו עוד שנים רבות לאחר שסיים לעבוד בארגון. בתקופה שבה ניהל עמוס את השירות ידעו גם העובדים וגם כל הגורמים שהיה איתם במגע מתוקף תפקידו, להעריכו על מקצועיותו ועל אופן הניהול שלו.

לאחרונה חגג שפ"ח תל-אביב/יפו 75 שנה להיווסדו, ולרגל האירוע הופק סרט על השפ"ח. עמוס כיכב בסרט וידע להציג את פעילות השפ"ח בתקופה שבה ניהל את הארגון לידיעת הדורות הבאים של העובדים בשירות.

יהי זכרו ברוך  
**משה אלון**

מנהל שפ"ח תל-אביב/יפו





הסתדרות הפסיכולוגים בישראל  
Israel Psychological Association

הסתדרות  
הפסיכולוגים בישראל  
החטיבה השיקומית

## הכנס השנתי השני בפסיכולוגיה שיקומית פסיכותרפיה בשיקום: תיאוריה ומעשה

# קול קורא להגשת תקצירים להרצאות מליאה ולסדנאות

אנו שמחים להודיע על כנס ראשון מסוגו, שייערך בחסות החטיבה השיקומית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י), ואשר יעסוק בהיבטים תיאורטיים ומעשיים של פסיכותרפיה בשיקום. הכנס יתקיים ב-10-11/12/2014, במלון ניר עציון אשר במורדות הכרמל.

מטרותיו של הכנס הן יצירת מרחב מקצועי ללימוד ולהחלפת רעיונות וידע בנושאים הקשורים לעבודה הטיפולית הנעשית בתהליכי שיקום, על שלביהם וגווניהם השונים. בנוסף, זוהי הזדמנות עבורנו, העוסקים במלאכת השיקום היומיומית במקומות שונים ברחבי הארץ, להכיר זה את זה ולגבש את זהותנו המקצועית כפסיכולוגים שיקומיים בשדה הטיפולי.

הועדה המארגנת מתחייבת לבחון את ההתאמה של כל ההצעות לאופיו המתגבש של הכנס, ובמידת האפשר לתת לכמה שיותר משתתפים לקחת בו חלק. במידה והצעות לא יתקבלו לכנס בשנה הקרובה, תעשה הועדה מאמצים לשלב את ההצעות בתכנית של הכנסים הבאים.

### אופן ההגשה:

בהצעה, שאורכה עד 250 מילים, יש לכלול כותרת, שם המציג/ים, שיוכרום המקצועי, כתובת אימייל ומספר טלפון זמין. כמו כן יש לציין האם מדובר בהצעה להרצאת מליאה או לסדנא. את ההצעה יש לשלוח עד לתאריך ה-15.8.14 למייל: [kennes.shikum@gmail.com](mailto:kennes.shikum@gmail.com)

אנו מודים לכם על היענותכם ומקווים לראותכם בכנס, הועדה המארגנת:  
אורלי ניאגו, קובי טיברג,  
ד"ר עינת יהנה, עירא ענר

ד"ר מאיר נעמן, יו"ר הפ"י  
דני כפרי, מנכ"ל הפ"י  
ד"ר עומר פורת, יו"ר החטיבה השיקומית

### הכנס יכלול:

- הרצאות במושב מליאה.
- סדנאות בקבוצות קטנות, ללימוד והתנסות בטכניקות טיפוליות.

הכנס יעסוק בנושאים הקשורים לעבודה טיפולית עם אוכלוסיות שיקומיות ספציפיות, וכן לגישות ולסוגי התערבויות טיפוליות בתהליכי שיקום בתחומים שונים.

מוזמנות הצעות הן לסדנאות והן להרצאות מליאה בתחומים הבאים:

- פסיכותרפיה בחולים כרוניים
- פסיכותרפיה באנשים עם פגיעות מוחיות
- ההיבט הגופני במרחב הטיפולי
- תהליכי אבל ואבדן
- שיקום ילדים
- שיקום פסיכיאטרי
- פסיכותרפיה באנשים עם הפרעות אישיות
- בסטינג השיקומי
- היבטים מערכתיים בטיפול השיקומי

התחומים שלעיל מהווים קווים מנחים להגשת הצעות ואין בהם כדי לשקף את התכנים הסופיים של הכנס, שייקבעו מתוך ההצעות שיתקבלו.

בנוסף, מוזמנות גם הצעות בתחומים שאינם נכללים ברשימה זו, בעלות רלוונטיות ישירה לנושא הכנס.

## ברוך אברהמי\*

- אקולוגיה לימודית ואתיקה.
- מיומנויות באבחונים המקובלים על ידי בעלי מקצוע שונים.
- התאמות והתערבות בהתאם לממצאי האבחון.

בנוסף לכך ידרשו התקנות כתנאי לקבלת תעודת מאבחן הרשאי להגיש חוות דעת ללקויי למידה ביצוע הכשרה מעשית שתבצע במסגרת מוסד על תיכוני מוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה כמפורט להלן:

1. התנסות בביצוע 9 אבחונים של יחידים עם לקויות למידה, ומתוכם בוצע אבחון של 4 תלמידים הלומדים במסגרות על תיכוניות.



תחום אבחון לקויי הלמידה התרחב בשנים האחרונות. גברה המודעות לנושא זה והלכו ורבו המבקשים לקבל אבחון במגמה לקבל הקלות לימודים במסגרות השונות. מסתבר כי התפתח כאן שוק גדול מאוד של לקוחות. החלו לעסוק במתן אבחונים גורמים רבים שאינם פסיכולוגים ואינם בעלי הכשרה והשכלה מתאימה ורלוונטית לנושא.

### התקנות שבפתח

משרד החינוך יזם הצעת חוק והצעת תקנות הבאים לקבוע כי במוסדות העל תיכוניים יהיו רשאים לעשות אבחון לקויי למידה ולתת חוות דעת רק בעלי תעודות מאבחן. הצעת חוק והצעת תקנות זו מצויים עתה בהליכי חקיקה. משמע, שפסיכולוגים מוסמכים שהיו רשאים עד כה לאבחן לקויי למידה בתחום זה לא יהיו רשאים לעסוק בכך אלא אם יעברו מסלול ארוך של לימודים והכשרה שבחינות בצדם והתנסות מעשית. התקנות המוצעות כיום חלות על לימודים במוסדות על תיכוניים ואקווה כי הן לא תגלושנה במדרון החלקלק ותחולנה על מוסדות לימוד בכלל.

התקנות המוצעות מבקשות לקבוע כי אדם יהיה כשיר לקבל תעודת מאבחן מוכר אם הוא ממלא במצטבר אחר כל דרישות ההכשרה העיונית והמעשית הנדרשות לצורך הכרה כמאבחן מוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה. הדרישות כפי שהתקנות עומדות לקבוע הן אלה:

הוא בעל אישור רשמי המעיד על סיום לפחות ארבעה קורסים בתחומי אב תיאורטיים, במסגרת מוסד על תיכוני מוכר. הקורסים הם מהמפורט כאן:

- התפתחות תקינה בלמידה ולקויות למידה לאורך מעגל החיים.
- התפתחות תקינה של שפה דבורה וכתובה ולקויות שפה דבורה וכתובה.
- התפתחות תקינה של קריאה ולקויות למידה.
- התפתחות תקינה של כתיבה ולקויות כתיבה.
- התפתחות תקינה במתמטיקה ולקויות במתמטיקה.
- התפתחות תקינה של קשב וריכוז, ולקויות קשב, ריכוז והיפראקטיביות.
- הבנת ההיבטים, הרגישים, החברתיים, האישיים והתרבותיים של אנשים עם לקויות למידה.
- דיאגנוסטיקה.

כמו כן, ידרשו התקנות כתנאי לקבלת תעודות מאבחן מוכר ללקויי למידה אישור רשמי המעיד על סיום קורסים בתחומים יישומיים, במסגרת מוסד על תיכוני המוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה כמפורט בהמשך:

- סוגיות בדיאגנוסטיקה.
- עקרונות באבחון וכלים אבחוניים.

\* עו"ד ברוך אברהמי, היועץ המשפטי להפ"ו.

שהפגיעה תהא מפורשת, ברורה וחד משמעית... היא הפכה להיות זכות חוקתית המוקנית לכל אזרח ותושב, העומדת במדרגה הנורמטיבי מעל לחקיקה הרגילה...

וכדברי כב' השופט אהרון ברק בפרשת לשכת מנהלי ההשקעות בישראל (בג"צ 1715/97 לשכת מנהלי ההשקעות בישראל ואח' נ' שר האוצר ואח' פ"ד נא (4), 376, 383):

לחופש העיסוק מוענקת בישראל הגנה חוקתית על חוקית [...] חופש העיסוק כזכות חוקתית נגזר מהאוטונומיה של הרצון הפרטי. הוא ביטוי להגדרתו העצמית של האדם. באמצעות חופש העיסוק מעצב האדם את אישיותו ואת מעמדו ותורם למירקם החברתי. כך על-פי ערכיה של מדינת ישראל כמדינה דמוקרטית. כך על-פי ערכיה כמדינה יהודית. המלאכה מייחדת את האדם ומהווה ביטוי לצלם אלוהים שבו.

בשאלת מהותה של פגיעה בחופשה העיסוק נקבע בפסיקת בג"צ שיש לבחון את הדברים באופן מהותי ולא פורמלי. כמו כן נקבע כי תיתכן פגיעה בחופש העיסוק גם בעקיפין, כאשר נפגע מימושו של חופש העיסוק הלכה למעשה. במקרה שלפנינו נראה לי שהתקנות המוצעות פוגעות בעיסוקם של הפסיכולוגים בתחום לקויים הלמידה באופן מהותי ומרחיק לכת. יפים לענייננו דברי כב' השופטת דליה דורנר בפסק דינה לם נ' משרד החינוך (בג"צ 5936/97, פ"ד נה (4), 673):

השאלה, אם החלטה של רשות מהווה פגיעה בחופש העיסוק, צריכה להבחן באופן מהותי ולא פורמלי. פגיעה בחופש העיסוק אינה מתרחשת רק כאשר רשות מגבילה ישירות את הזכות לעסוק בכל עבודה או משלח-יד, למשל על ידי הטלת איסור על העיסוק או דרישת רשיון. גם שלילה בפועל של האפשרות לעסוק בעבודה או במשלח-יד מסוימים מהווה פגיעה בחופש העיסוק. כך, למשל, נקבע כי הטלת הגבלות על לימודים המכשירים לעיסוק במקצוע מסוים מהווה פגיעה בחופש העיסוק. [...] אכן, חופש העיסוק הוא החירות של הפרט להגשים את אישיותו ולתרום את תרומתו לחברה על ידי השקעת מאמציו בעיסוק, במלאכה או במשלח יד. חירות זו נפגעת אם הסדרים (נורמטיביים או פיזיים) מונעים ממנו - במישורין או בעקיפין - מלפעול על פי רצונו ויכולתו.

ועוד, מבלי לגרוע מהאמור לעיל, נדגיש כי חקיקת משנה, אשר אינה יכולה לגרוע מחופש העיסוק של הפסיכולוגים מבלי שנקבעה אפשרות כזו באופן ברור ומפורש בחוק המסמך, וזאת כפי שנקבע בבג"צ 337/81 שלמה מיטרני ואח' נ' שר התחבורה פ"ד לז (3), 337:

הסמכה לענין זה משמעותה 'הסמכה מפורשת' וכשלעצמי כוונתי בכך אך ורק למקרה, בו אומר המחוקק הראשי ברורות ומפורשות, כי הוא מסמך את מחוקק המשנה להתקין תקנות הקובעות איסורים או הגבלות על העיסוק במקצוע פלוני... [...] אין הרשות המבצעת בת חורין להטיל הגבלות רק מפני שהיא חושבת אותן כרצויות, אלא אם כן החוק, הדין בעניין הנדון, מקנה לה את הסמכות להטיל את ההגבלות, אם תמצא צורך בהן. אבל כל עוד לא ניתנה לה, אין היא רשאית ליטול אותה לעצמה, אחרת כל העיקרון של 'שלטון החוק', אחת הערובות למשטר הדמוקרטי במדינה, ייפך למליצה ריקה, וכל החוקים המטפלים, למשל, בהסדרת התעסוקת האזרחים במקצועות השונים ייעשו טפלים.

2. הדרכה של מאבחן מוכר או מומחה בכיר בעל ניסיון בתחום האבחון והדיאגנוסטיקה או איש מקצוע בעל לפחות 3 שנות ניסיון בתחום האבחון והדיאגנוסטיקה בלקויים למידה, שתכלול אבחון ואיסוף מידע על המאובחן, כתיבת דו"ח אינטגרטיבי והמלצות רלוונטיות לתנאי המציאות שאיתם מתמודד התלמיד או המועמד המאובחן.

## קביעת כלי אבחון

הצעת התקנות עומדת לקבוע עוד כי ועדת המומחים תאשר כלי אבחון לצורך האבחון המוכר לאחר שבחנה עמידתו בתנאים הבאים להנחת דעתה:

1. תקפות - הכלי המודד את מה שאמור למדוד ותוצאותיו אינן מוטות על ידי משתנים שאינם כלולים בתכונה או ביכולת הנמדדת.
2. מהימנות - תוצאות הכלי מושפעות במידה המינימלית מטעויות אקראיות.
3. נורמות - במהלך האבחון בוצע שימוש בנורמות ישראליות עדכניות בלבד.
4. כלים - האבחון יכלול שימוש בכלי האבחון הייחודיים והמקובלים בדיסציפלינה, והמתאימים לקשיים של הפונה לאבחון, וכן יכלול שימוש בכלי אבחון המוכרים ומתאימים לגיל הנבדק.

## פגיעה בחופש העיסוק של פסיכולוגים

נראה לי כי לאור פסיקת בג"צ מן הדין לפסול נוסח זה של הצעת התקנות מחמת פגיעה לא מוצדקת ולא מידתית בחופש העיסוק של הפסיכולוגים.

חוק יסוד חופש העיסוק מטרתו להגן על חופש העיסוק והוא בא לעגן בחוק יסוד את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית. יש לו מעמד קונסטיטוציוני ומשמעות חוקית.

לפי חוק יסוד זה, כל אזרח או תושב של המדינה זכאי לעסוק בכל עיסוק, מקצוע או משלח יד. חוק זה קובע עוד כי אין לפגוע בחופש העיסוק אלא בחוק החולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש, או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו. דעתי היא כי התקנות המוצעות והחלתן על הפסיכולוגים אינן לתכלית ראויה והן פוגעות במידה העולה על הנדרש.

נקבע בחוק יסוד חופש העיסוק כי כל רשות מרשויות השלטון חייבת לכבד את חופש העיסוק של כל אזרח או תושב. עוד נקבע בחוק יסוד חופש העיסוק כי הוראת חוק הפוגעת בחופש העיסוק תהיה תקפה, אם נכללה בחוק שנתקבל ברוב של חברי הכנסת ונאמר בו במפורש שהוא תקף על אף האמור בחוק יסוד זה; תוקפו של החוק יפקע בתום ארבע שנים מיום תחילתו, זולת אם נקבע בו מועד מוקדם יותר.

לפי עקרונות יסוד של חוק ומשפט, מתוך פסק דין בג"צ 2334/02 עו"ד שטנגר נ' יו"ר הכנסת ואח':

הזכות לחופש העיסוק הוכרה כ"זכות טבעית" המוקנית לכל אדם... זכות זו הייתה חלק מהמשפט המקובל שלנו והייתה אחת מתוך "זכויות יסוד" שאינן כתובות על ספר, אלא הן נובעות במישורין מאפיה של מדינתנו כמדינה דמוקרטית השוחרת חופש... מאז כינונו של חוק יסוד: חופש העיסוק שינתה זכות זו את מעמדה הנורמטיבי. שוב אין היא אך זכות אדם הילכתית, שניתן לפגוע בה בחוק, יהא תוכנו אשר יהא, ובלבד





לא הגיוני. שכן פסיכולוגים מורשים כחוק לטפל בסובלים מלקות למידה. האבחון הוא חלק בלתי נפרד מהטיפול. אין זה סביר להפריד לגבי פסיכולוגים ולהבחין בין אבחון שיהיה אסור לבין טיפול שאין בסמכות של התקנות להגבילו.

הצעת התקנות פרדוקסלית מבחינה נוספת. פסיכולוגים מאבחנים ורשאים לאבחן מצבים מורכבים וסבוכים יותר מאשר לקות למידה. אין שום נימוק רציונלי מדוע לא יהיו רשאים לאבחן בעיות קלות יותר.

## התקנות לוקות גם בכך שהן לא מבחינות בשיקולים ענייניים ומקצועיים רלוונטיים ולא נותנות להם משקל

כלל גדול במשפט המנהלי כי אם ניתנו הוראות מבלי שנסקלו השיקולים הרלוונטיים ומבלי שניתן להם משקל הולם דינן להיפסל. נראה לי כי לא נסקלו כהלכה השיקולים הנוגעים לפסיכולוגים. ההכשרה של הפסיכולוגים מקנה להם בסיס ידע נרחב באבחון ובטיפול בתחומים של אינטליגנציה, קוגניציה ובתחומים נוספים הרלוונטיים לנושא הנדון.

הפסיכולוגים עוברים מסלול ארוך ומורכב של התמחות על פי חוק הפסיכולוגים במסגרות מקצועיות שנועדו למקצוע זה. הם זוכים להכשרה נאותה. התקנות המוצעות מתעלמות מכך משום מה. אפשר להתבונן על הדברים מנקודות מבט נוספות. הפסיכולוגים נתונים לנורמות מקצועיות הולמות וחלים עליהם סטנדרטים ממלכתיים, מקצועיים ומסגרת משמעתית ואתית. לא כן אחרים, שלא עברו הכשרה והסמכה על פי חוק ונתנו רשות לעצמם לאבחן לקות למידה. התקנות המוצעות מתעלמות מכך ושמות אותם "בחבילה אחת" עם כל דכפין.

פסיכולוגים אינם כעין טכנאים, אלא בעלי מקצוע ובעלי הכשרה אקדמית ומעשית מקיפה. האבחון שנערך על ידי פסיכולוגים מתבסס על ידע מעמיק שרכשו באקדמיה, בהתמחות ובהכשרות מעשיות. הם ניזונים גם ממידע שנרכש במהלך השנים לאחר הלימודים וההכשרה הפורמלית. הם ניזונים מהשתלמויות, מעמיתים, משיח מקצועי עם עמיתים. נראה לי כי אין להתעלם מכך.

פסיכולוג מומחה חייב לעמוד בתנאי מומחיות, הכשרה ומומנות קפדניים ביותר ולאחר שקבל רשיון מומחה חזקה עליו שישתמש בכלי האבחון בהתאם לנורמות מקצועיות. האחריות המקצועית של פסיכולוגים וכללי האתיקה שלהם כוללים את העיקרון המנחה להימנע מעיסוק שבו אין למומחה כלים מספיקים של ידע וניסיון. אך ניסיון וידע לא תמו עם תום הלימודים וההתמחות. לכן אין מקום להתייחס רק לידע כזה. הרבה ידע נרכש בחיי המעשה והעשייה. המקצוע הוא מקצוע לומד וההכשרה לא קפאה על שמריה עם הכניסה לחיי המעשה.

אין הצדקה שפסיכולוג שקיבל תואר מומחה ורשיון יידרש להתחיל מחדש במסלול לימודים של קורסים נוספים בתחומי אב תאורטיים.

ונוסיף כי יש כלי אבחון שהם ייחודיים אך ורק לפסיכולוגים ואינם בחזקתם של בעלי מקצוע אחרים. אין לפגוע בציבור ולמנוע אותם מהציבור או לתת אותם בידי כאלה שאינם פסיכולוגים. ונראה גם כי לגבי תחום הדיאגנוסטיקה צריך להיות מובן כי תחום זה אינו יכול להיות פרץ ופתוח לכול. זהו תחום ייחודי לפסיכולוגים ולא יעלה על הדעת שיהיה נגיש וזמין למאבחנים שאין להם הכשרה מעמיקה בתחום כמו לפסיכולוגים.

יש לומר בהקשר זה כי החוק מסמיך את שר החינוך להתקין תקנות ולקבוע בהן דרישות נוספות לעניין הכשרה, השתלבות ובחינות הסמכה למי שיעסוק באבחון לקוי למידה במוסדות העל תיכוניים. סעיף ההסמכה - סעיף 6(ב) לחוק - קובע במפורש כי השר רשאי לקבוע דרישות שונות לסוגי תארים או לסוגי בעלי הכשרה ורשאי הוא לקבוע דרישות רק לחלק מבעלי ההכשרה.

בהתאם להלכה הפסוקה חובה על המחוקק, בבואו לפגוע בחופש העיסוק, לנקוט מידתיות ולבחור באמצעי שפגיעתו פחותה (ר' בג"צ לשכת מנהלי ההשקעות לעיל, עמ' 388). בבג"צ לשכת מנהלי ההשקעות קבע בית המשפט כי פגיעתן של הוראות החוק שנתקפו שם בחופש העיסוק היא ברורה ובחן את שאלת מידתיות. לדעתי היה מקום לכך שהתקנות יבחינו בין פסיכולוגים לבין שאינם פסיכולוגים ויקבעו לפסיכולוגים דין מיוחד ושונה ההולם את הכשרתם וכישוריהם.

## התקנות לוקות בכך שהן מתעלמות מחוק הפסיכולוגים, מהתקנות ומהוראות המנהל על פי ומהניסיון המצטבר

לדעתי, הצעת התקנות מתעלמת מכך כי מקצוע הפסיכולוגיה וכל הנדרש לצורך העיסוק בו מוסדרים בחוק הפסיכולוגים. הפסיכולוגים מצויים במשטר תקנות וכללים על פי חוק זה המחיל על הפסיכולוגים גם כללי התנהגות, כללים מקצועיים ואתיקה. הפסיכולוגים מצויים בפיקוח משרד הבריאות על פי חוק זה באורח מלא וממצה. מועצת הפסיכולוגים והפסיכולוגית הראשית במשרד הבריאות מופקדים על פי חוק על מקצוע הפסיכולוגיה. נראה לי כי כל משרד ממשלתי, זה או אחר, לא צריך להיכנס לתחום זה. עיסוקם של הפסיכולוגים בתחום זה הוא רב בשנים ויש להם את הניסיון ואת הידע המקצועי. הצעת התקנות מתעלמת מכך. הניסיון הנצבר מלמד עוד כי לא התעוררו כל בעיות ותקלות עם עיסוקם של הפסיכולוגים בתחום זה לאורך כל השנים, בשונה מעיסוקם של אחרים מהם גם חסרי השכלה והכשרה נאותה ששולחים ידם ועוסקים בכך. לגבי פסיכולוגים אין כל הצדקה וכל צורך בתקנות.

## חשש כי יגרם לציבור נזק בשל חוסר אבחון בעיה פסיכולוגית המתבטאת גם בלקות למידה או אבחונה בידי שאינם פסיכולוגים

לדעתי, לקוי למידה הן עיסוק ולא מקצוע. זאת וגם זאת: נראה כי לקות הלמידה נובעת לעתים מבעיות פסיכולוגיות מובהקות, ודי לעיין בסעיף 1 לחוק הפסיכולוגים כדי להבין כי האבחון והטיפול בהן יוחדו לפסיכולוגים בלבד המורשים לפי חוק הפסיכולוגים.

זאת ועוד: לא פעם ההפרעות או הקשיים בלמידה הם רק תוצאה של בעיה לגמרי אחרת המצריכה אבחון פסיכולוגי. מתן סמכות האבחון בידי שאינם פסיכולוגים עלולה לסכל את מטרתה אם לא תזוהה הבעיה הנכונה. לדעתי התקנות עלולות גם להוביל לכך שיינתנו התאמות והקלות בלימודים ללא הצדקה בניגוד לתכלית החוק לשמו הן מותקנות. תהיה הסחת הדעת והסתת ההתייחסות מבעיה פסיכולוגית קיימת לבעיה אחרת שאינה קיימת.

לדעתי, מתחייב על כן לשים בתקנות סייג הקובע כי אין בתקנות אלה כדי להתיר אבחון בעיה או שאלה פסיכולוגית למי שאינו פסיכולוג מורשה כחוק ויש להפנות לפסיכולוגים כל מקרה המצריך אבחנה מבלדת.

דומה כי אפילו לגבי הפסיכולוגים יוצרות התקנות עיוות ומצב



## השוואה למקצועות אחרים

אין כדבר הזה לגבי מקצועות אחרים. טלו, למשל, מקצוע אחר המוסדר בחוק כמו רפואה, או רוקחות או עריכת דין. היעלה על הדעת, למשל, שמשרד הרווחה יקבע אילו עורכי דין ייצגו כלפי רשויות הרווחה? היעלה על הדעת שמשרד הקליטה יקבע זאת בענייני עולים? שמשרד הביטחון בענייני חיילים ונפגעים בשירות צבאי? שהמוסד לביטוח לאומי בענייני ביטוח לאומי? שמשרד הפנים בענייני רשויות מקומיות? אנה אנו באים? ולגבי רואי חשבון למשל? ולגבי רוקחים?



וכך גם לגבי פסיכולוגים. משרדי ממשלה רשאים וגם חייבים להבחין בין מקצוע שהעיסוק בו מוסדר בחוק ובתקנות ובהוראות מנהל על פיו ובין עיסוק שאינו כזה. להבחין בין אנשים סתם שמינו את עצמם לתת חוות דעת למשרד החינוך לבין מוסמכים כחוק בפיקוח החוק בהתאם לאמות מידה כחוק. ולבסוף להבחין כי תפקידו של משרד החינוך להנחות את מוסדות החינוך אך לא את המומחים העובדים מולם תחת רשות אחרת.

## התקנות אינן תואמות לפסיקת בית המשפט העליון על ההרמוניה החקיקתית

מחוקק חוק לקוי למידה הניח כי יקיום חוק הפסיכולוגים. הוא לא ניתק אותו מחוקים רלוונטיים אחרים. מקצוע הפסיכולוגיה הוא מקצוע טיפולי באחריות ובסמכות משרד הבריאות ולא משרד החינוך ולא כל משרד אחר. אין מקום גם לכפל רשויות, וכל כפל רשויות מוביל גם לסתירה בין רשויות. לדעתי יש להחיל לעניין זה דברים מהספרות ומהפסיקה המשפטית על ההרמוניה החקיקתית. בבג"ץ 693/91 ד"ר מיכל אפרת נ' הממונה על מרשם האוכלוסין במשרד הפנים אומר בית המשפט העליון כי דבר חקיקה אינו עומד בבדידותו. הוא מהווה חלק ממערך החקיקה. הוא משתלב לתוכו, תוך שאיפה להרמוניה חקיקתית. כל חוק אינו עומד בפני

עצמו. החוקים כולם מהווים מערכת אחת, והם משתלבים בתוכה אלה באלה, תוך הרמוניה חקיקתית. המפרש חוק אחד, מפרש את החקיקה כולה. החוק הבודד עומד ביחס למערך של כלים שלובים. מערך החקיקה כולו משפיע על גיבוש תכלית החקיקה של חוק בודד (עמ' 204).

בעניין אחר אומר בית המשפט הגבוה לצדק כי "מבין שני פירושים אפשריים, יש להעדיף אותו פירוש השומר על הרמוניה בין חלקי המשפט והמונע בדרך פרשנית קיומן של סתירות שסופן בטלות של הוראות." (בגץ 333/85 אלי אביאל ו-23 אח' נ' שר העבודה והרווחה, מה (4) 581, בעמ' 596 (1991)).

מורה לנו מי שהיה נשיא בית המשפט העליון פרופ' אהרון ברק כי במסגרת האפשרויות הקיימות, ראוי הוא לשאוף למרב הביטחון והוודאות האפשריים. הוא הדין בהרמוניה ובעקביות: אלה אינן מטרת מוחלטות, הגוברות על כל ערך אחר. אולם במסגרת האיזון הראוי, הן ערכים חשובים לכל שיטת משפט. מאן התפישה, כי בעת חקיקת דבר חקיקה המחוקק שואף להבטיח ביטחון, ודאות והרמוניה: מתפישה זו נגזרת החזקה, כי תכליתו של כל דבר חקיקה היא לקיים ולקדם ביטחון, ודאות והרמוניה נורמטיבית. מבין שני פירושים אפשריים יש לבחור בפירוש המקדם ערכים חברתיים אלה יותר מכל פירוש אחר. לחזקת ההרמוניה מקום חשוב בתחום המשפט החוקתי.

כותב פרופ' אהרון ברק בספרו כי קיימת חזקה שתכליתו של כל דבר חקיקה היא להגשים את הערכים האתיים, את המטרות החברתיות ואת דרכי ההתנהגות הראויות העומדות ביסוד שיטת המשפט (פרשנות המשפט - פרשנות חקיקה" (תשנ"ג) כרך שני עמ' 590-583):

חזקה היא שכל דבר חקיקה נועד להגשים את זכויות האדם ואת שלטון החוק; חזקה היא שדברי החקיקה השונים, על רמותיהם השונות, אינם נוגדים זה את זה [...] חזקה היא כי תכליתו של כל דבר חקיקה לקיים ולקדם הרמוניה במשפט [...] זאת ועוד: לעתים, חקיקתו של חוק פלוני היא נחפזת ורשלנית, עד כי ברור שהשאיפה להרמוניה בחקיקת אותו חוק הייתה ממנה והלאה [...] ושאיפתה של השיטה כולה הינה להשיג הרמוניה נורמטיבית.

הנה כי כן, התקנות המוצעות צריכות לכופ ראשן מפני חוק הפסיכולוגים ולהשתלב עמו לכדי שלמות אחת.

## סיכום

בסיכומם של דברים אציע להוסיף לתקנות סעיפים מספר כדי ליטול עוקצן של הבעיות.

1. תקנות אלה לא יחולו על עיסוק בפסיכולוגיה בהתאם לחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977 ועל הפסיכולוגים המורשים בהתאם לחוק זה.
  2. אין בתקנות אלה כדי להתיר אבחון פסיכולוגי או טיפול פסיכולוגי.
  3. אם במהלך אבחון או טיפול עקב תקנות אלה מתעוררת שאלה אם הנבדק סובל מבעיה פסיכולוגית המתבטאת בליקוי למידה או שיש צורך באבחנה מبدלת, חובה להפנות את הנבדק לפסיכולוג מורשה לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.
- אין זה מונע, כמובן, להתקין תקנות לגבי פסיכולוגים ככל שיהיה צורך בכך בעתיד.



## בעריכת ד"ר יוכי בן-נון

### Empathy: A Handbook for Revolution. Roman Krznaric, CPI Group, Great Britain, 2014

הרגשית. רק "חיבור" בין-אישי מעין זה, יוכל לאפשר, לדעת קרזנריק, תקשורת ואינטראקציה יעילות. עוד חידוש שמביא קרזנריק הוא קיומה של היכולת האמפתית גם בחיות, ומכאן - שככל הנראה מדובר בתכונה חברתית אבולוציונית, שהטבע נטע ביצורים החיים במבנה חברתי, לצורך קיומו של מבנה זה ולטובת הפרט שבתוכו.

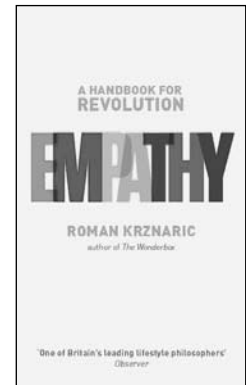
והעיקר - **אפשר ללמוד ולפתח אמפתיה!** הסופר מציג לפנינו מודלים לתוכניות המיושמים בעיקר במקומות עבודה ובמסגרות חינוכיות, ומטרתם להקנות לנו תכונה חשובה זו מגיל צעיר, גם אם אין בנו שפע ממנה.

ספר לא גדול, אך כתוב היטב, מתודי ובהיר. מאלף!!!

בחרתי לפתוח בספר זה, באשר נושא נחשב כלב-לבו של הטיפול הפסיכולוגי. אך מסתבר כי לא לכך מתכוון הכותב, והוא מרחיב את היריעה לתחומים בחיינו בהם דרושה האמפתיה הרבה מעבר ליחסי מטפל-מטופל.

רומן קרזנריק, פילוסוף בהשכלתו, מתאר את האמפתיה, שאותה הוא מגדיר כ"יכולת המנטלית להיכנס לנעליו של האחר ולהזדהות עמו", ככוח מרכזי בפעילות האנושית במעגלים רבים ונרחבים: במשפחה, במקום העבודה, בחוג החברתי, ואף ביחסים בין מדינות.

לאחר שעשה את האבחנה בין "אמפתיה" ל"חמלה" ול"רחמים", הוא מסביר מדוע הבסיס ליחסי אנוש מחייב את היכולת הראשונית להבין את האחר מנקודת מבטו-הוא, הן ברמה הקוגניטיבית והן ברמה



### כוח הרצון: איך הוא עובד, למה זה חשוב ומה אפשר לעשות כדי להשיג עוד ממנו. ד"ר קלי מק'גוניגל, תרגום: סיגל גפן, הוצאת הכורסה וידיעות ספרים, 2013

עיקר הספר, ואולי בכך מוקד הצלחתו, הוא המעשיות שבו. תרגום תיאורטי ל"תוכנית עבודה", שאותה נוכל ליישם במטלות שונות בחיינו: ראשית לכול - הרזיה, קניית הרגלים נכונים להתנהגות ולבריאות, התנהגות "טובה" בחברה, ניהול משאבינו הכספיים והאחרים. מק'גוניגל מתארת את הרצון כ"שריר" שיש לתרגל אותו, שוב ושוב, ולתחזק את גמישותו ואת עוצמתו. לשם כך היא מציעה לנו תרגילים לכל נושא ועניין בחיינו בזמן נתון. הספר מובנה היטב, מנוסח בהירות, בקלילות ובהומור, עם "קריצה" לקהל הרחב. מעניין ושימושי למטפלים ולמטופלים כאחד. כדאי!!!

אם האמפתיה היא מרכזו של המעשה הטיפולי, הרי שכוח הרצון, לפחות למשנתה של ד"ר מק'גוניגל, הוא ליבת היכולת לניהול חיינו. אותה יכולת לשלוט בקשב, ברגשות, בהתנהגות, המובילה אותנו להצלחה במערכות יחסים, בעבודה, במצבנו הכלכלי, ואף בבריאותנו. הספר הוא סיכום של קורס אשר הכותבת נותנת, לפי דבריה, מזה כמה שנים, באוניברסיטת סטנפורד היוקרתית, והוא זוכה לפופולאריות עצומה.

הספר משרטט את הבסיסים התיאורטיים למושג "כוח רצון": החל ממערכת הדופאמין במוחנו, דרך הצורך בסיפוק דחפים, דרך אמונות יסוד המנחות אותנו, מוטעות ומטעות לעתים קרובות, ועד לבסיס המוסרי והאתי העומד לעתים בשרש העניין החברתי שלנו.



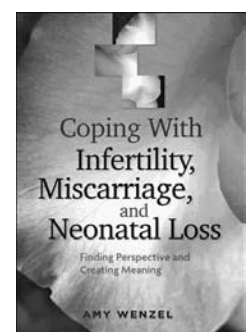
### Coping with Infertility, Miscarriage & Neonatal Loss Finding Perspective and Creating Meaning. Amy Wenzel, APA, 2014

פיתוח כלים ופרוטוקולים להתערבויות הטיפוליות הנדרשות, הן עם הזוגות המטופלים והן עם הצוות הרפואי והסיעודי שבמחלקת. ככזה, הספר משלב מידע תיאורטי ובהיר על התפתחות המצוקה או המשבר הרגשי, בצד פרוטוקולים מומלצים להתערבויות, רובם מתחום CBT-ה.

הספר כתוב היטב, ומומלץ לכל העוסקים בתחום או בתחומים משקים. כדאי!!!

כפי שתראו בספר זה, אחד הענפים המשגשים ביותר של הפסיכולוגיה הרפואית עוסק בתחום רפואת הנשים. ספר זה מציג למעשה את הנושאים העיקריים בתחום הגינקולוגיה שבהם עלולה להתפתח מצוקה נפשית קשה, והם מצריכים על כן התערבות טיפולית-פסיכולוגית: כשל בפריון, הפלה ומות עובר.

איימי וונזל, פסיכולוגית ותיקה במחלקת נשים, הוציאה ספר זה, אחד הראשונים בתחום, כדי להביא לידיעתנו ולמודעותנו נושאים אלה, וכדי לקרוא להמשך הפיתוח של העבודה המקצועית לגביהם:



## היפנוזה: דרכה של הנפש ליצור את הגוף. אודי בונשטיין, הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה וידיעות אחרונות, 2014

על עצמם ולעתים מוצגים באי-רצף. עם זאת, אוצר בלום של רשימת מקורות מאפשר לקורא לפנות לבחינת ספרות רחבה. וכן - חשוב ביותר: הספר כולל גם את חוק השימוש בהיפנוזה, התקנות, וכללי האתיקה.

לטעמי, עדיף היה לקצר ולתמצת במידה רבה, אך יש להעריך את ד"ר בונשטיין על לקיחת האתגר החלוצי והניסיון לארוז כל פיסת מידע אפשרית בנושא זה בכריכה אחת, בשפתנו. תודה.

עמיתנו ד"ר אודי בונשטיין נטל על עצמו תפקיד קולוסאלי בריכוז המידע הנרחב על היפנוזה, אותה תופעה מרתקת ומסתורית משהו, שחלקנו משתמש בה בטיפול הפסיכולוגי, והיא עדיין מסקרנת אותנו בייחודיותה.

ובכן, קיבלנו ספר בן כ-400 עמודים, גדוש מידע על ההיסטוריה של ההיפנוזה, תיאורים מסבירים, מחקרים, שימושי ההיפנוזה בפסיכולוגיה וברפואה, השתקפותה של ההיפנוזה בראי היצירה, עמדות, מיתוסים, ומה לא. ספר עמוס, מציף בשפע שלו, הנושאים לעתים חוזרים



## העם על הספה: הפוליטיקה של הטראומה בישראל. קרן פרידמן-פלה, הוצאת י"ל מגנס והאוניברסיטה העברית, ירושלים, 2014

כיצד הוא מפרסם עצמו? היא מראה, לשיטתה, כיצד מטופלי היעד, למשל, מוגדרים על בסיס של עמדות פוליטיות, המגדירות מצדן את נפגעי הטראומה, ומכאן, כיצד מאבקים פוליטיים בין ימין ושמאל למשל, עשויים לשנות הגדרות אלו ואת תפקוד הארגון בעקבות זאת, כפי שאכן קרה בנט"ל.

אין זה ספר מקצועי לפסיכולוג בשטח, אך הוא בהחלט מעורר מחשבות ושאלות של ספק ותהייה לגבי הגדרות של אבחנות, קטגוריות מטופלים וזכאויות לטיפולים, שאנו עוסקים בהן בהקשר לשאלת הרפורמה בבריאות הנפש, לדוגמה. כגון: מיהו חולה-נפש כרוני? מהי הזכאות לסל שיקום? ועוד.

כותבת הספר איננה פסיכולוגית. היא מרצה בבית הספר למדעי ההתנהגות במכללה למנהל, ולפי התיאור שבגב הספר, עיקר עניינה האקדמי והמחקרי הוא בממשק שבין מערכות הטיפול בטראומה לבין כוחות זרמים פוליטיים בחברה הישראלית, המביאים לעיצוב מערכות הטיפול.

עיקר עיסוקו של הספר, כמשל, הוא בניתוח התפתחות נט"ל כעמותה (מלכ"ר) להענקת טיפול נפשי לנפגעי טראומה וכן התפתחות הקואליציה לטיפול בטראומה, אשר צמחה בהמשך ויצרה את רשת הארגונים המטפלים.

הכותבת דנה בשאלות כמו: כיצד צומח ארגון כגון עמותה זו? אילו מטפלים נפשיים משתתפים בו? מדוע? כיצד הארגון מגדיר את קהל היעד שלו?



## המגפה השקטה במקומות העבודה: התעמרות, הצקה, התנכלות, התעללות פסיכולוגית: להכיר, לדעת, להתמודד. איתן מאירי, 2013

הספר יסודי ומקיף: החל בהגדרת התופעה ("מהי התנהגות פוגענית?"), המשך בניתוח של אישיות הפוגע, אישיות הנפגע, השלכות הפגיעה ודרכי התמודדות שונות, הניתנות לשימוש וליישום על ידי הנפגע עצמו, ועד דרכי טיפול מקצועיות. מוצגים ניתוחי מקרים הממחישים את האירועים והתהליכים שמאחוריהם, וכן מידע על המאמץ המשפטי והממשלתי להילחם בתופעה.

הספר כתוב היטב: מאורגן, ממוקד, סיסטמטי ובהיר. מפחיד אך מאלף, חשוב וכדאי!!!

איזה נושא "חם" ורלוונטי, לאור שפע הדיווחים בתקופה האחרונה על נכבדי העם שחטאו בהתעמרות בעובדים תחתיהם.

הספר טוען כי היקף התופעה רחב הרבה יותר, והוא ממש בגדר מגפה. על פי המצוין בספר, אחד מתוך ארבעה עובדים מעורב בהתעמרות או הצקה!

איתן מאירי, פסיכולוג תעסוקתי וארגוני, יוצא להילחם נגד הנגע הרע על ידי איסוף והצגת המידע לגבי תופעה זו, השלכותיה לגבי הפרט והארגון, והדרכים לטפל בה, כדי למזער או למגר אותה.



## פונת פרא. דייד קאהן, הוצאת כרמל, ירושלים, 2014

אנשים וחלקן חיות. כל דמות מתארת מקטע קטן מן המסע ברצף של מקטעים החוזרים על עצמם, ואמורים לתאר את המפגשים ואת האינטראקציות בין הדמויות.

בחווית, הן טכניקת הכתיבה של המקטעים והן התכנים, יוצרים כבדות וקדרות. לצערי, לא אהבתי. אשמח לשמוע דעה אחרת.

ספר זה נכתב על ידי עמית, ד"ר דייד קאהן, פסיכולוג קליני. נראה כי הוא פרי מלאכת יצירה של כותבו, מתחום הספרות היפה, ולא מתחום המקצוע. הוא מוגדר בגב הספר כ"רומן מסע אחר", היוצא מכפר מבודד ומוביל את הצועדים במסע אל החוויות הקשות של העולם והחיים, הכאב והבדידות, מהם יחפשו לברוח בהמשך, בחיפושם אחר קרבה.

אם ספרתי נכון, בספר 19 דמויות, חלקן



# ד"ר יוכי בן-נון, יו"ר הפ"י היוצאת, פסיכולוגית מומחית ומדריכה בחטיבות הרפואית וההתפתחותית, פסיכולוגית אחראית של המכון להתפתחות הילד ופסיכולוגית ראשית של בית החולים מאיר (לשעבר)

פרופיל אישי

## בעריכת שרית ארנון-לרנר\*

את המקצוע, והוא מרתק אותי עד היום. לפני כ-7 שנים התאלמנתי. בעלי יצחק ז"ל היה רופא נשים, מנהל המחלקה לפרייון, עמו חלקתי את החוויות ובעיקר הדילמות הרבות הקיימות סביב עבודה בבית חולים, החיים בראי הסבל האין-סופי, השאיפה והדאגה שסביב הבאת ילדים לעולם, וגידולם, מצוקות המטופלים ומצוקות הצוותים המטפלים, ועוד, ועוד... שני ילדי, בת ובן, בחרו במסלול מקצועי שונה, ושניהם בעלי מ"א במנהל עסקים, בעולם ההייטק.

### התחביבים שלי

כיום, לאחר שפרשתי מעבודתי בבית החולים מאיר לפני כשנתיים, אני מתנדבת בבית דיוור מוגן של "משען" יומיים בשבוע, מנחה קבוצות של דיירים, ומטפלת פרטנית בדיירים במצוקה, וכן מדריכה את הצוות הרפואי והסוציאלי במקום.

בנוסף, אני פעילה בעמותת של"מ - שירות לאומי למבוגר - עמותה העוסקת בגיוס מתנדבים בני הגיל השלישי לטובת שכבות חלשות באוכלוסייה, מכל הגילאים.

כך, עם התקרבי לגיל זקנה, אני עוברת לעיסוק בגיל זה, גם מבחינה מקצועית-תיאורטית, וגם מבחינת פעילות, בהנאה מרובה, תוך תחושה של סגירת מעגל התפתחותי תואם.

בשעות הפנאי, ולשם "טיפול נפשי-אישי", אני חובבת מושבעת של מוזיקה קלאסית, בעיקר בארוק, קריאה מרובה, תיאטרון וחברים. אומר כי ידידי הטובים ביותר הם חברים, ספרים ודיסקים.

### רקע מקצועי

מיד לאחר השירות הצבאי התקבלתי לאוניברסיטת תל אביב לחוג לפסיכולוגיה, בראשותו של פרופ' קרייטלר. כחוג שני בחרתי בלימודי בלשנות, נושא שהיה אהוב עלי מילדות.



### רקע אישי

נולדתי ב-1946, בתל אביב, בת לחלוצים מפולין-רוסיה. גדלתי בתל אביב, בבית שאבי בנה, כמעט במו ידי, ב-1924, עם שני אחי הגדולים ממני. אבי היה מנהל חשבונות, ואמי הייתה עקרת-בית.

מסלול ילדותי ונעורי היה שגרתי: בית ספר יסודי הירקון, בסמוך לבית הורי, תיכון עירוני א', במגמה ביולוגית, שירות צבאי במודיעין, בקריה. שירתתי כ"מקשרת לציתונות" בלשכת דובר צה"ל.

מנעורי חלמתי להיות רופאה, אך לאחר שאבי נפטר בהיותי חיילת, והרגשתי צורך להיות ליד אמי (לימודי הרפואה התקיימו אז רק בירושלים!), התפשרתי על פסיכולוגיה. בדיעבד - אינני מצטערת. למדתי לאהוב

\* שרית ארנון-לרנר, פסיכולוגית תעסוקתית מומחית.

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





תחומי הפסיכולוגיה ההתפתחותית והרפואית, הן בעבודת השדה והן בתחום החוק, מול מקצועות אחרים. נושא מעמדו של הפסיכולוג היה תמיד קרוב ללבי, והצורך בהשקעה בביסוס ובקידומו נראה לי חשוב ביותר. בשנת 2000 הקמת, עם חברותי צילה טנא ונחמה רפאלי, את מערכת "פסיכואקטואליה", בטאון הסתדרות הפסיכולוגים, המכנס מידע שוטף ומאמרים מייצגים מעולמנו, למען כל חברי הפ"י.

## התפקיד כיו"ר הפ"י וחזון להמשך

בשנת 2009 נבחרתי לעמדת הפיקוד כיו"ר הפ"י, לקדנציה בת 4 שנים.

בתפקידים השונים בשירות הפ"י ראיתי מחויבות קהילתית, החשובה לא פחות מאשר העבודה הקלינית. ראיתי בכך גם אתגר, שאפשר לי לתרום מיכולתי לקידום נושאים שונים ברמה ארגונית וארצית: הרחבת השירות הציבורי למטופלים, הגברת המודעות לחשיבות הטיפול הפסיכולוגי, הן במשרדים הרלוונטיים והן בקרב הסוכנים בקהילה כגון קופות החולים.

מטריד לראות את המגמה החברתית המצמיחה שלל של עיסוקים קיקיוניים בטיפול כגון "מטפל זוגי", "ליצן רפואי", "מלווה רוחני" ועוד כאלה, אשר יוצרת זילות בתחום הטיפול ומבלבלת את קהל המטופלים התמים. מול תהליכים אלה, הייתי שמחה לראות את הפסיכולוגים מאוחדים יותר, מניחים בצד את המאבקים ביניהם על "ייחוד התחום" או "עליונות" גישה זו או אחרת, ומתאחדים לשם פעילות משותפת למען המקצוע והמכנים המשותפים לכולנו. יש צורך רב בעיני לפעול בשיתוף עם המל"ג למען רגולציה של ההכשרה המקצועית והתעסוקה בשדה, למען המשך ההשתלמויות לפסיכולוגים, העמקת הידע והרחבת העיסוק לתחומים חדשים בכל המומחיות. יש צורך בהרחבת החקיקה לשם הגדרה טובה יותר של גבולות המקצוע, הן למעננו והן למען המטופלים, יש צורך בחיזוק נוכחותו ומעמדו של הפ"י במודעות הציבור, והעצמת קולו בנושאים חברתיים רבים יותר. כולנו רוצים לראות הפ"י גדול יותר, חזק יותר, ומשמעותי יותר.

ואחרון: אני מבקשת לקרוא לחברינו הצעירים לא רק להצטרף לשורות הפ"י, אלא להתנדב ולתרום במסגרת, לעשות לטובת הארגון והמקצוע ככל שניתן. לא רק כתרומה לחברה, אלא כדרך של התפתחות אישית והתמודדות עם אתגרים, אשר מעשירה ומפתחת, לא פחות מן העבודה הקלינית.

אוניברסיטת תל אביב שימשה לי בית שנים רבות, הן ללימוד שלושת התארים, והן לעבודה אקדמית במחקר ובהוראה, עד שנת 1989. למדתי למ"א במגמה לפסיכולוגיה קוגניטיבית, מתוך מחשבה לעסוק בהמשך בנוירופסיכולוגיה ושיקום קוגניטיבי, אך החיים הסיטו אותי במעט, וכך הגעתי לתחום הפדיאטריה הרפואית והתפתחות הילד, תחום שגם הוא מבוסס נוירולוגיה ושיקום במידה רבה.

את עבודת הדוקטורט עשיתי בבדיקת מעמס קוגניטיבי להבנה לשונית, בהנחייתו של פרופ' דניאל כהנמן בירושלים.

לימדתי קורסים בהתפתחות השפה, בפסיכולינגוויסטיקה ובלמידה, הן בחוג לפסיכולוגיה והן בבית הספר להפרעות בתקשורת של אוניברסיטת תל אביב.

במקביל עבדתי הן במכון להתפתחות הילד בתל השומר והן בביה"ח לוונישטיין, אשר נפתח ב-74', לאחר מלחמת יום כיפור, וקלט נפגעים רבים, בהם נפגעי ראש, אשר נזקקו לשיקום נפשי וקוגניטיבי.

בשנים 1979-1982 שהיתי בארצות הברית, בעקבות בעלי שיצא להשתלמות ברפואת פריון. ניצלתי תקופה זו לשנה של פוסט-דוקטורט בפסיכולוגיה פדיאטרית והתפתחות הילד.

כשחזרנו ארצה, הצטרפתי לראשונה להפ"י, מתוך הבנת החשיבות שיש להשתלבות בארגון מקצועי, לשם קידום המקצוע. באותם ימים החל לפעול גרעין שייסד את החטיבה ההתפתחותית, ושמחתי להימנות עם פעיליו. בהמשך שימשתי כיו"ר השני של החטיבה ופעלתי, עם משרד הבריאות, להרחבת פעילות המכונים להתפתחות הילד בארץ ובעיקר - לגיבוש תפקיד הפסיכולוגים ההתפתחותיים שבצוותים.

ב-1983 התקבלתי לבית החולים מאיר, למחלקת ילדים, כפסיכולוגית ראשונה, במטרה להקים שם מכון להתפתחות הילד. לאחר שנים של מאמצים ועקשנות אכן נבנה שם מכון מכובד ובעל מוניטין, הנחשב מהטובים בארץ כיום.

בהמשך, פעלתי לפיתוח צוות פסיכולוגים, אשר יהווה תשתית לשירות פסיכולוגי בכל מחלקות בית החולים למען המאושפדים ולמען חולים במחלות כרוניות, הנזקקים לטיפולים מרובים, ומתמודדים עם מצוקות פיזיות ונפשיות עקב מחלתם.

במקביל, פעלתי עם קבוצת מייסדי החטיבה ההתפתחותית בהפ"י, בראשם פרופ' רבקה יעקבי, ד"ר בני פלדמן, ד"ר רבקה רייכר וטובים אחרים, למיסוד תחום זה בשדה המקצועי ובמערכות הבריאות.

ב-1993 מוניתי לפסיכולוגית ראשית של בית החולים. יחד עם עבודתי הטיפולית במערכת הציבורית, פעלתי תמיד בשורות הפ"י ומועצת הפסיכולוגים, לשם קידום



אם הערר לא נתקבל והספרים נפסלו, ניתן להגיש ערר לבית המשפט תוך 60 ימים.

לסיכום, אני ממליץ לכל עצמאי או בעל עסק כבר בתחילת פעילותו לבדוק עם רואה החשבון שלו מהן ההוראות החלות על עסקו, לוודא שאכן הוא מנהל את כל הספרים כנדרש, ובמידה ומבקרי המס מגיעים לביקורת בעסקו, להיות בקשר עם המייצג, לא לחתום על דו"ח הביקורת לפני שהבין והסכים לכל האמור בו ואם אינו מסכים, הוא רשאי לרשום זאת על הדו"ח בעצמו.

והדרישה לתיקון, ולא מוטלת כל סנקציה. אם מתגלה ליקוי מהותי כגון אי רישום ספרים או אי רישום תקבול, יכול פקיד השומה לפסול את הספרים ולהטיל סנקציות משמעותיות על הנישום שציקרן:

- קנס כספי.
- אי הכרה בהוצאות ובהפסדים.
- חיוב ההכנסה החייבת במס שלא על פי מדרגות המס אלא בשיעור מס התחלתי של 30%.

לנישום ניתנת הזכות להגיש ערר תוך 30 יום מקבלת ההודעה. הוא זכאי להשמיע נימוקיו וטענותיו בפני פקיד השומה או סגנו. פקיד השומה רשאי להמיר את הפסילה באזהרה.

רשויות המס מבצעות לאחרונה יותר מהרגיל ביקורות ניהול ספרים בעסקים. בחלק מהביקורות שנערכו נמצאו ליקויים מהותיים שמשמעותם יכולה להיות חמורה עד כדי פגיעה בהמשך פעילות העסק. חוק מס הכנסה מסמך את פקיד השומה להיכנס לכל עסק או משלח יד ולבדוק את פנקסי החשבונות, הקופה, המלאי ואת כל המסמכים והתיעוד הנוגעים לאותו העסק. בתקנות מס הכנסה (תקנות ניהול פנקסי חשבונות) נקבעה חובת ניהול הספרים שבהם מפורט אילו ספרים אנו חייבים לנהל בעסקנו.

במקרים מסוימים אפשר לפנות לפקיד השומה ולקבל "הקלה" שמשמעותה ויתור מחובת ניהול של רישום מסוים או ספר שנדרש מאיתנו בהוראות.

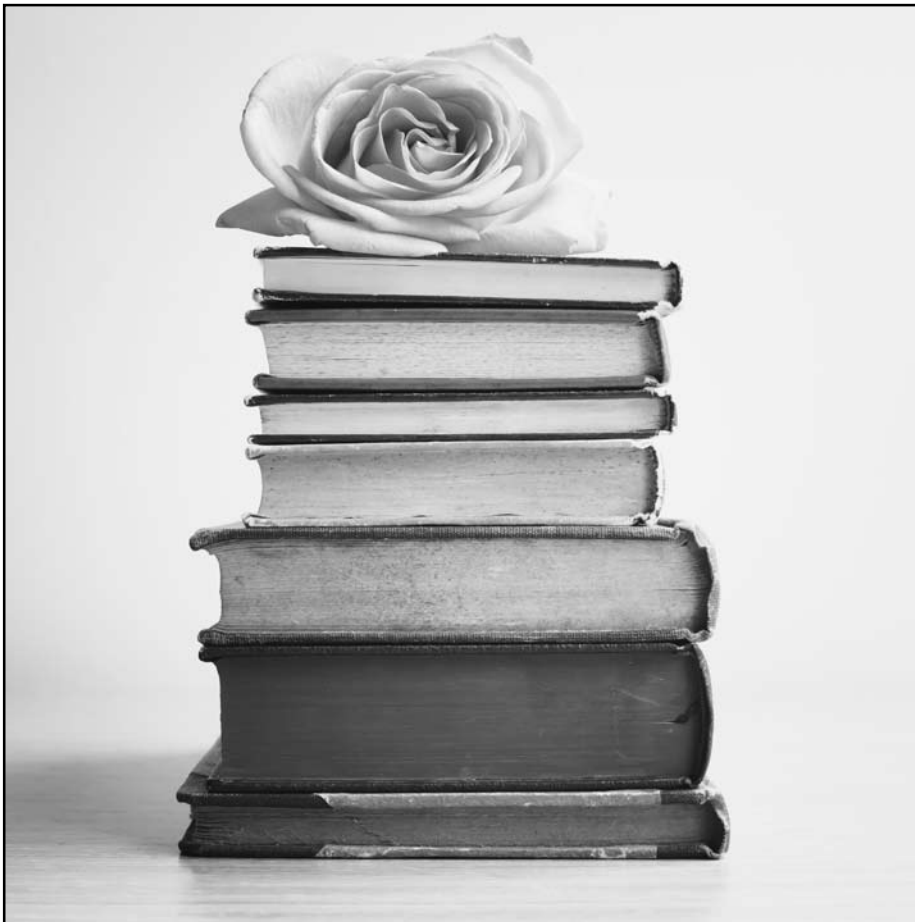
סעיף 135 (2) לפקודת מס הכנסה מאפשר למעשה לפקיד השומה להיכנס לעסק, לדרוש מבעל העסק או מעובדיו או מ"פקיד אחראי" את כל מסמכי העסק ולבדוק אותם. הביקורת מתבצעת בדרך כלל על ידי 2 מבקרים אשר הוכשרו והתמחו באופן מיוחד בבדיקת אופן ניהול ספרי החשבונות שאותם אנו חייבים לנהל בהתאם להוראות החוק השונות.

בתום הביקורת מכינים המבקרים דו"ח מסכם. אם נתגלו ממצאים או ליקויים ניתנת לבעל העסק האפשרות לרשום תגובתו והסברו ע"ג הדו"ח ללקוחות שנתגלו.

המבקרים ובעל העסק חותמים על דו"ח הביקורת ואז הוא מועבר למנהל/ת מחלקת ניהול ספרים בפקיד השומה להחלטה לגבי המשך ההתייחסות.

אם אין כל ממצאים והביקורת תקינה, מתועד סיכום הביקורת בתיק הנישום.

אם נתגלה ליקוי לא מהותי או טכני, נשלחת לנישום הודעה על הליקוי



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



שנה"ל תשע"ה



# מטפלים ומנהלים קחו את המקצוע רחוק יותר

## תכניות לימוד חדשות

- הכשרת מטפלים לטיפול בילדים ונוער שנפגעו מינית
- יישומי פסיכולוגיה חיובית למקצועות הטיפול
- הכשרה פסיכודינמית בזהות מינית ומגדרית

פסיכותרפיה פסיכודינמית | הכשרת מנחי קבוצות | טיפול זוגי ומשפחתי  
ניהול בתי אבות | אימון אישי בגישה פסיכולוגית | פוטותרפיה | גסטלט  
פסיכותרפיה אינטגרטיבית מזרח-מערב | ניהול והובלת שינוי בארגונים חברתיים



איכות אקדמית  
חסרת פשרות



למידע ופרטים נוספים חייגו 03-6409335 03-6409559  
ימים א'-ה' בין השעות 09:00-13:00 או סרקו את הברקוד



# אופקים חדשים לקבוצה שאק



## המרכז למקצועות הטיפול של בית הספר ללימודי תעודה במכללת סמינר הקיבוצים מזמין אתכם לגלות מגוון גישות טיפוליות.

תכניות הלימוד שלנו, ממוזגות למידת תיאוריה טיפולית וידע מקצועי עם דגש מיוחד על הווייתו האנושית של המטפל. צוות המרצים כולל אנשי טיפול מן השורה הראשונה, המתמחים בטיפול בכלל ובגישה הרלוונטית לתכנית הלימוד בפרט.

### פסיכותרפיה אנליטית יונגיאנית

**תכנית תלת-שנתית** שמטרתה לחשוף מטפלים לפרקטיקה הקלינית של הפסיכולוגיה האנליטית יונגיאנית ולדרך המחשבה הסימבולית.

### פסיכותרפיה בילדים ונוער

**תכנית תלת-שנתית** המתמקדת בתחום הטיפול הדינמי בילדים, נוער והוריהם.  
**התכנית הדו-שנתית** לטיפול דינמי בילדים ונוער.

### פסיכותרפיה ויעוץ אקזיסטנציאליסטי

**תכנית תלת-שנתית** להכשרת מטפלים בגישה אקזיסטנציאליסטית, גישה המתמקדת במפגש הבלתי נמנע עם שאלות קיומיות.

### טיפול דיאדי

**תכנית חד-שנתית** לטיפול דיאדי בו ההורה והילד נמצאים בחדר הטיפול בו זמנית ו"המטופל המזוהה" הוא למעשה הקשר ביניהם.

**לפרטים והרשמה: 03-6901200**



המכללה לחינוך  
טכנולוגיה ולאמנויות

www.smkb.ac.il | דרך נמיר 149 תל אביב |  **סמינר הקיבוצים**. להצליח ולהישאר בן-אדם.