



## PALLIATIVE CARE

32

לידה שקטה - חוויה מושקטת  
מקום השתיקה בחוויית האובדן  
והשכול לאחר לידה שקטה  
מירב זילברשטיין

40

לפעמים אני, לפעמים אתה, כה זקוקים  
לנחמה על תשישות קרבה בטיפול בחולה  
הסופני ובנפגעי טראומה נפשית מולי להד

19

התעוררות לשינוי במהלך אשפוז  
במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אוטם לבני  
והתערבות הפסיכולוג הרפואי  
אלעד נהלוני, נדיה שפרין ומור לביא

26

שמירת כבוד האדם במסגרות שיקומיות ורפואיות:  
תפקיד הפסיכולוגים כסוכני שינוי  
נעה וילצ'ינסקי ומיכל שטורם



אוניברסיטת  
בר-אילן

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

# מגוון תכניות לימוד לאנשי מקצוע מתחומי הטיפול השונים ההרשמה לשנה"ל תשע"ח (2017-2018) בעיצומה

### פסיכותרפיה פסיכודינמית

תכנית משותפת עם הפקולטה לרפואה בגליל, מתקיימת בנהריה

### פסיכותרפיה ממוקדת קצרת מועד

### פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית

תכנית לפסיכותרפיה בגישת הפסיכולוגיה האנליטית היונגיאנית - התפתחות לאורך החיים  
טיפול מיני

### זוגיות ומיניות בטיפול באנשים עם מוגבלויות

### טיפול בעברייני מין

### טיפול זוגי ומשפחתי

### תרפיה מבוססת מיינדפולנס

### תכנית לטיפול בילדים ובנוער בגישה פסיכודינמית

### פסיכותרפיה ממוקדת גוף

### הגישה ההתייחסותית לטיפול בילדים

### הפרעות אכילה והאכלה בגיל הרך

### הגישה ההתייחסותית לאן? תיאוריה ויישומים קליניים

\*הלימודים אינם מקנים נקודות זכות ללימודי תואר

## במרכז לטיפול במשפחה ע"ש קיוקין של היחידה ללימודי המשך פועלות קליניקות לשרות הקהילה

### קליניקה לטיפול זוגי ומשפחתי

קליניקה לטיפול במשחק לילדים עם קשיים רגשיים

קליניקה לטיפול מיני

### הטיפולים ניתנים ע"י מתמחים בתכניות הלימוד השונות ובתשלום סמלי

אנו מזמינים אותך לבקר באתר היחידה ללימודי המשך:  
<http://www.biu.ac.il/soc/sw/hemshech/index.html>  
טל' 03-5317265, 03-5318211



## תוכן עניינים

3	דבר המערכת צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, שרית ארנון-לרנר, אלה בן-נון
4	ברכות למקבלי תארים
5	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבות
13	משולחנה של הפסיכולוגית הארצית ימימה גולדברג
14	החלטות ועדת משמעת
17	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך ד"ר חוה פרידמן
19	התעוררות לשינוי במהלך אשפוז במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אוטם לבבי והתערבות הפסיכולוג הרפואי אלעד נהלוני, נדיה שפרין ומור לביא
26	שמירת כבוד האדם במסגרות שיקומיות ורפואיות: תפקיד הפסיכולוגים כסוכני שינוי נעה וילצ'ינסקי ומיכל שטורם
32	לידה שקטה - חוויה מושתקת מקום השתיקה בחוויית האובדן והשכול לאחר לידה שקטה מירב זילברשטיין
40	לפעמים אני, לפעמים אתה, כה זקוקים לנחמה על תשישות קרבה בטיפול בחולה הסופני ובנפגעי טראומה נפשית מולי להד
52	ימימה גולדברג - הפסיכולוגית הארצית במשרד בריאות, ראיון לקראת פרישה דני כפרי
54	פינת ההורות - יחסי מתבגרים-הורים איריס ברנט מארחת את עדנה כצלנסון
58	משולחנה של ועדת האתיקה סיכום פעילות ועדת האתיקה לשנת 2016
60	ספרים מומלצים ספרים רבות, ספרים שבתאי מגיר
62	פסיכולוגים יוצרים ראיון עם הפסיכולוגית איוון לידור על ספרה יומן אודיסיאה רפואית מודרנית צילה טנא
64	הפינה המשפטית שומר נפשו ירחק ממטפלים ויועצים שאינם פסיכולוגים ואינם מוכרים בחוק ברוך אברהמי
66	יעוץ מס מיסוי על פרישה ופנסיה (חלק ב') רו"ח אריה דן

## חברות המערכת

צילה טנא - יו"ר טלפון: 054-7933195, טלפקס: 09-9566711 דוא"ל: zilaabrasha@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
איריס ברנט טלפון: 054-6876801 דוא"ל: berenti@bezeqint.net	
שרית ארנון-לרנר טלפון: 050-7446484 דוא"ל: sarit.arnon@gmail.com	
אלה בן-נון טלפון: 052-3236360 דוא"ל: e_ben_nun@hotmail.com	

יו"ר הפ"י - ד"ר מאיר נעמן טל' 03-5239393 פקס: 03-5230763  
מנכ"ל הפ"י - מר דני כפרי ת.ד. 3361 רמת גן, מיקוד 5213601  
דוא"ל: psycho@zahav.net.il

עריכה לשונית: יעל שלמון ברנע  
עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי והפקות דפוס  
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

### קוראים יקרים,

לאחר שסיימתם את הניקיונות היסודיים, חגגתם את חג הפסח, ביליתם בחיק המשפחות ויצאתם מעבודות לחירות, אנו שמחים להציג לפניכם חוברת נוספת של פסיכואקטואליה בתקווה שתמצאו עניין בנושא המרכזי שלה ובמאמרים המפורסמים בה. תודה מיוחדת לחברתנו למערכת, אלה בן נון, אשר יזמה, דרבנה, ליקטה וארגנה את החומרים לחוברת הנוכחית, כאשר האינטרס האקדמי והמקצועי מונע לגמרי (וטוב שכך) על ידי האינטרס האישי - להמשיך את המסורת המכובדת של אמה המנוחה, חברתנו למערכת - יוכי בן נון, ולדאוג להעמקת המודעות ולשיפור השירות לחולים הסופניים ולמשפחותיהם, בבית ובמוסדות הרפואיים.

החוברת הבאה שלנו תוקדש לנושא "הילד, בית-הספר והקהילה" ויוצגו בה מאמרים מגוונים ורבי עניין. נשמח לקבל את תגובותיכם ונא שלחו אלינו מאמרים ורעיונות לנושאים חשובים ואנו נשקול אותם בכובד ראש.

בברכה,  
צילה טנא, יו"ר המערכת

ד"ר יוכי בן-נון ז"ל  
ממייסדות פסיכואקטואליה,  
פסיכולוגית התפתחותית ורפואית,  
יו"ר הפ"י בשנים 2009-2014.



## ברכות למקבלי תארים

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מברכת את חבריה אשר קיבלו בשנה האחרונה תואר מומחה ותואר מומחה-מדריך ומאחלת להם הצלחה רבה בהמשך דרכם המקצועית!

בהערכה רבה,

ד"ר מאיר נעמן, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

### תואר מומחה

#### חטיבה חינוכית

גולדשמיט-גוטיה	דנה ליאורה
סמיה	אפרת
קורסיה	אלעד
בר	אלון משה
בן-דוד	אביטל
הזה פילדרמן	ליאת
קסטל	אנה
נחום	אילה
שטרן	מיכל
נסאר	איהאב
שרגאי	סיון
נודלמן	ילנה
תמיר	אורלי סילביניה
קרביץ	פאולה
שגיא	ליאת
הירש	שבות
לויט-זלמנוב	גליה
פיש	אורי מאיר
רון גל	הדס
יקר	גיא
רבינוביץ	ברק
גריין-כהן	מורן

#### חטיבה רפואית

גרבר	נדיה
בן-יוחנה	ניר
עומר	הוני
מלול לוי	אנדרה-רפאלה

#### חטיבה התפתחותית

אהרוני-מאייר	יעל
ברום	יעל
ספיר	נועם
פרגמין-הייט	לי

#### חטיבה שיקומית

קטן	שרה
כהנא-לוי	נעמי

#### חברתית-תעסוקתית-ארגונית

הרשקוביץ	דקלה
----------	------

#### חטיבה קלינית

שקד	שיבולת
הראל-היימן	אפרת
אלנקוה	בועז
שמור-אביב	מיכל
סימיו חביב	אריקה אן
פיקר	מרב
סולומין-פלממנוביץ	ג'יסל
פינטו	אמיר
ברזילי-לבקוביץ	שירה
קלר	אביטל-ציפורה
בביץ	ענת
כינר	קרלוס-אלברטו
ועדיה	עירית
אינפלוס	מורן
מאיו	עודד
ילין-שנטל	טלי
קבטני-פרדמן	נטע
סלע	קרן
סבירסקי	הדס
טייב	ניקול
נחמן	יהודית
אבן-צור	אפרת
הבר	יעלה
קנולר	נעם
גורן	תמיר
כץ	אמיר
בן-עמי	עדי
קרטר	רוני-חמדה
גלבווע-הרמל	מיכל
בראשי	איה
צחור	אוריה
כרבי	ינון
כרמלי	גיל
גלנסקי-גלילי	נטע
ברקאי-שטרן	נטע
אבנון	איה
קשת-שגיא	ענבל

### תואר מומחה-מדריך

#### חטיבה חינוכית

להואני	ג'עפר
קגן	דורית
מרגלית	אסנת
עופרן-סעדון	שלומית
קמינקא	אושרה
אבישר	אלון
שביט	אורית
הגלילי	אלי
מורן	מיכל
ויצמן	ארז

#### חטיבה התפתחותית

ניר-שמיר	צילי
ארביב-ימיני	שרית
חיימוביץ	צפורה

#### חטיבה קלינית

נח	אורי
פרדס	אלינער
גוטל	יעל

#### חטיבה רפואית

חיימוביץ	אניטה
וינטראוב	נדב
בר-נוי רפפורט	טל

#### חטיבה שיקומית

פרנק	שי
------	----



## מה חדש בחטיבה?

### דבר החטיבה הרפואית (על רפואה פליאטיבית)

כך, הזהות הופכת ונהיית "החולה". השימוש שנעשה הוא במדד ה-Total pain, הבוחן כל סימפטום והשפעתו על ארבעת הצירים הללו. הסימפטום נמדד באמצעות VAS (Visual Analog Scale).

#### למי מכוונת הרפואה הפליאטיבית?

לבעלי מחלה חשוכת מרפא שעשויה לקצר את החיים. הטיפול הפליאטיבי שואף ללוות את החולה לאורך המחלה מתחילתה, ובהיותו מתמשך הוא מדגיש לאנשים שבכל רגע נתון יש להם בחירה. כל בחירה היא לגיטימית, ללא הצגת הדברים כ"לחימה ומאבק" אל מול "ויתור וכניעה", כך שניתן גם לבחור בחוסר טיפול כאשר הדבר הגיוני יותר מבחינה רפואית. אם שואלים אנשים "כיצד היית רוצה לסיים את חיך?" מרבית האנשים יענו בהתאם להגדרת הטיפול הפליאטיבי מבלי לדעת זאת: ללא סבל, מוקף באנשים אהובים, בבית. למרות זאת, רוב האנשים אינם מסיימים את חייהם כך, זאת על אף שמוות ממחלה ממושכת שכיח יותר ממוות מידי ופתאומי. דווקא כרוניות המחלה מאפשרת לעתים הזדמנות לסגירת מעגלים ופרידות.

#### איך מיושמת הרפואה הפליאטיבית?

קיים קושי רב בייצור שיח על סוף החיים. בשיחה כזו, חשוב לברר מידע במקום להציף את החולה במידע. הבירור נעשה באמצעות שלוש שאלות "ספר לי" (Tell me): (1) "ספר לי איך אתה רואה/מבין את המצב עכשיו", (2) "ספר לי מה הכי מפחיד אותך" - השאלה מנוסחת כך (מה מפחיד ולא האם אתה פוחד) כדי לאפשר דיבור על נושאים שקשה להעלות. למוות אין פתרון, אבל ייתכן כי החולה פוחד יותר מסבל, מחשיפת בני המשפחה להתדרדרות במצב, מהיותו נטל על אחרים. ולבסוף - (3) "ספר לי בבקשה מה היה הכי משמח אותך עכשיו?" בהינתן המצב הקיים, מה עוד ניתן להספיק ולעשות. שיחה כזו נעשית באווירה נעימה, תוך מתן שהות למענה, עם נוכחות בני המשפחה או התומכים, אך הם ישובים מאחורי האדם כך שלא יראה את תגובותיהם לדבריו. המטרה להפחית מהסבל ומתחושת הבדידות שבחוסר הלגיטימציה הרווחת לנושאי שיחה אלו. עם זאת, יש להביא בחשבון שמענה מתוך מנגנון הגנה של "חשיבה חיובית" אינו מאפשר התקדמות בשיח מעבר לשאלה הראשונה. במקרה כזה, יש לכבד את דרכו של החולה ולא לכפות את עמדת המטפל.

עם בוא האביב אנו מאחלים לחטיבתנו הצעירה המשך שגשוג וצמיחה בכל הרבדים הציבוריים והאישיים. כחטיבה צעירה יחסית, אנחנו ממשיכים לגדול ולהנכיח את עצמנו ואת חיוניות מקצוענו. הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה הרפואית ניסחה מסמך אמות מידה לשירות פסיכולוגי רפואי ברפואה הראשונית והשניונית, למיצוב התחום מול משרד הבריאות. בפעילות הוועד, אנו ממשיכים לקדם את שילובנו במהלך הרפורמה בבריאות הנפש, מתוך רצון להבטיח אופק עתידי של צמיחה ופריחה בתחום הפסיכולוגיה הרפואית.

פעילות נוספת בה אנו משקיעים ממרצנו לאחרונה היא בניית כנס ייחודי ראשון לפסיכולוגים רפואיים. צוות הארגון כולל מתנדבים רבים מהתחום שהתגייסו לסייע ולקדם כנס הכולל לינה, העתיד להתקיים בסתיו 2017.

גיליון זה של הפ"י מוקדש לנושא החשוב של הטיפול הפליאטיבי, ובהתאם, פינת הזרקור מוקדשת לנושא ולסקירת יום העיון "רסיסים של חמלה: למה זקוקים החולה ובני משפחתו כשהתקווה להחלים קורסת?". יום עיון זה הוקדש לזכרה של ד"ר יוכי בן-נון, והתקיים במכללה האקדמית של תל אביב-יפו באוקטובר 2016.

ההרצאה הפותחת ניתנה על ידי ד"ר רוני צבר, מנהל רפואי של "צבר רפואה" מערך אשפוז בית. מקור המילה "פליאציה" הוא מלטינית, "גלימה", והמשמעות היא של רפואה עוטפת, שלמה ומכילה. תחום זה, של רפואה תומכת, מתמקד בשיפור ונוחות איכות החיים במחלה חשוכת מרפא.

#### מהי רפואה פליאטיבית?

כאב וחוויותיו הם סובייקטיביים ביותר, והמדדים בהם נאמדים תוך שמירה על מהימנות עבור כל אדם ביחס לעצמו בנקודות זמן שונות. כמו כן, זהו מושג רחב המורכב מארבעה צירים: ציר פיזי, ציר רגשי - ההתמודדות עם מחלה חשוכת מרפא מובילה לסיכון של דיכאון, חרדה או השילוב ביניהם, ציר רוחני - שאלות כגון "למה זה קרה? למה אני?", נרטיב של שכר ועונש, ציר סוציאלי. השפעת מחלה משנה מרכיבים רבים בזהות האישית; השם משתנה והופך להיות בשיח הרפואי האבחנה, הגיל הביולוגי נמצא בפער לתחושה הפנימית (צעיר יותר או מבוגר הרבה יותר), הסטטוס המשפחתי והמקצועי עוברים גם הם שינוי - מעצמאי לתלותי, ממפרנס ל"חסר יכולת".

## חדשות החטיבות

להד, נשיא מרכז "משאבים", העלה את נושא תשישות הקרבה או החמלה והטראומטיזציה המשנית. תשישות חמלה נוצרת ממגע עם סבל המטופלים, בהעדר סביבת עבודה תומכת. במצבים אלו, הגבולות הטיפוליים לא נשמרים במלואם ויש לזה מחיר למטפלים. המטפל נושא עמו דחפים של כול-יכולות בבואו לסייע לאחר במצוקה, אך חווה לעתים קרובות תחושה של חוסר אונים, שאין לו מה להציע. הקרבה למצבי סוף חיים יוצרת היקשרות חזקה, כמו זו של ילד להורה, וזה גורם נוסף לשחיקה נוכח האובדנים המצטברים.

**סימנים לתשישות חמלה** כוללים הזדהות עם החולה, הקורבן או הנפגע, קושי בהעמדת גבולות ותחושת מחויבות למטופל, קושי בפרידה ("נשיאת" המטופל מעבר לשעות העבודה), חלומות וסימפטומים של המטופל (מעין תסמונת טראומטית ללא האירוע הטראומטי), כעסים בשם המטופל, עשיית שירותים עבור המטופל.

**גורמי סיכון אישיים** לפיתוח תשישות חמלה: דמיון פיזי, חברתי ותרבותי לחולה; מידת החשיפה לאירוע או למחלה; העדר או הימנעות ממנהיגות; ביישנות וסגירות; מוקד שליטה חיצוני; סגנון התמודדות הימנעוטי; ותק מועט בעבודה; זהות מקצועית לא מגובשת; תחושת איום אישית; צורך בשליטה; טראומות קודמות.

על אף הסיכון האישי, נשאלת השאלה מה הגמול בעבודה זו? מה גורם למטפלים להמשיך בעיסוקם? **סיפוק חמלה** (Compassion Satisfaction) - חיים מועשרים, הערכה ושמתח חיים; הערכה רבה יותר של החיים לנוכח אסון או טראומה; אומץ לב של המטופלים מעניק השראה; קבלת המציאות מבלי להתייאש; קבלת המגבלות האנושיות.

**לגורמי הרקע בארגון** יש השפעה על תשישות החמלה. ציפיות לא מציאותיות, ניכור במערכת, מתיחות במקום העבודה, משימתיות קונקרטית וחוסר גיבוי בסיכון מקצועי - מאפיינים אלו תורמים לתחושת תשישות החמלה. לעומת זאת, ישנם גורמים מגנים שהארגון יכול לשאוף לספק לעובדיו: תמיכה חברתית וחיזוק על ידי עמיתים, חיזוק משאבים (הכנה מראש, המשך הכשרה מקצועית).

**תוכנית טיפוח עצמית:** זמן לעצמך, טעינת מצברים יומית וקשר בינאישי ממוקד ובעל משמעות.

בברכה,

ועד החטיבה ונציגיו,

רותי יבור-ליברנט (יו"ר), פטריסיה מן-בוטבול, ברק סלוצקר, נטלי מלמד שמעון ודנה רבי

**ההרצאה השנייה** "לא על המוות לבדו, שיחות על החיים בטיפול הפליאטיבי" - ניתנה על ידי **שירלי אלון**, מנהלת השירות הפסיכולוגי בבית החולים מאיר. ההרצאה התמקדה בהתערבות הפסיכולוגית בטיפול פליאטיבי, המאופיינת בגבולות גמישים יחסית של סטינג, שילוב האחרים המשמעותיים בטיפול, הבנה כי ייתכן שכל מפגש הוא האחרון ועבודה כנגד אובדנים מתמשכים ומתווספים. ההתערבות הפליאטיבית מצריכה את היכולת לשאת בפרדוקס - איך להמשיך ולחיות עם הידיעה כי המוות קרב. ההתנהלות במצב חיים זה היא על שני צירים רגשיים מקבילים. האחד הוא של תעצומות נפש, והשני של אבל ופרידה.

במחלה כרונית וחשוכת מרפא הסבל הקיומי נחשב לשכיח ביותר, והטיפול בו מורכב ומאתגר. קיימים תמרורי אזהרה המעידים על מצוקה קיומית ורוחנית, ובהם: ציפיות לא ריאליות וכעסים על הדמויות המטפלות, ניסיונות נואשים למצוא טיפולים חסרי תוחלת (גם במחיר של נזק), צריכה גבוהה וגוברת של משככי כאבים, תרופות הרגעה ושינה, ניסיונות נואשים "לברוח" מן המציאות, קושי רב באיזון כאב, משבר אמונה, התרחקות מאחרים והתנכרות מהם. המצוקה עלולה להוביל לתחושת דה-מורליזציה, מצב נפשי המתאפיין בחוסר אונים, חוסר ישע בשל אובדן משמעות ותכלית. הטיפול בסבל הקיומי ובה-מורליזציה מכוון ליצירת כמיהה קיומית באמצעות איתור תקווה, הצבת יעדים, עיבוד אבל, חיזוק תפקידים, תמיכה מהסביבה.

**מה משפיע על רצונו של האדם להמשיך לחיות תחת אימת המוות?**

לפי גישת ה-Dignity therapy, ישנה חשיבות רבה בהנחלת המורשת הלאה, בהשארות אלמנט נצחי שנשמר בידי אחרים. בנוסף, ניתן דגש לכבוד האדם כפי שמשתקף בשימור תחושת עצמי רציפה ("אני עדיין אני, גם אם הרבה דברים השתנו"), שימור תפקידי עוגן, ציפייה לעתיד והיכולת להביט קדימה ושימור תחושת אוטונומיה ושליטה. גישות נוספות כוללות את היבט המשמעות (טיפול ממוקד משמעות, סקירת חיים נרטיבית), ההיבט הרוחני (אמונה בישות עילאית, חיבור לנשגב, מהות קיום).

לבסוף, מקום החמלה בטיפול הפליאטיבי הוא מרכזי. לעומת סימפתיה ואמפתיה, יש בה מרכיב יישומי - מעבר למודעות לסבלו של האחר, קיימת משאלה וניסיון להקל עליו. החמלה מונעת על ידי אהבה, ממניעים אלטראיסטיים, מכוונת לפעולה (במטרה להקל) כמחווה של רחב לב.

**ההרצאה השלישית** והאחרונה ביום העיון תיארה את חוויית המטפלים המלווים את החולים הפליאטיביים. פרופ' מולי



המרכז האינטגרטיבי  
לטיפול בחרדות וטראומה | הדרך של  
רונית

## המדריך המיוחד למטפל האפקטיבי

מאת: רונית חיימוב זילברמן

### מדריך EBOOK חינמי מקצועי למטפלים שחושף

- כיצד ניתן לאבחן חרדה בצורה הטובה ביותר ולהתאים לה את הטיפול האפקטיבי והמדויק ביותר
- שיטות טיפול שונות וכלים מעשיים לטיפול מידי בחרדה וטראומה
- כיצד להגדיל את הבטחון העצמי והמקצועי
- כיצד להתאים את עצמך ואת שיטת הטיפול לכל מטופל ומטופל
- כיצד לזהות את כל הסימפטומים של התקף החרדה והמנגנונים העובדים במהלך ההתקף (וכיצד לעזור למטופל להשתלט עליהם)
- 5 כלים לדיוק הטיפול לצרכי המטופל והגדלה משמעותית של הסיכוי להצלחה טיפולית
- כיצד להיות מטפל איכותי, המקבל הערכה, שמטופליו ממשיכים להגיע אליו ומרגישים שהטיפול מותאם אליהם

### מה אומרים האנשים שקראו את המדריך?

"המדריך של רונית חיימוב הוא כלי עזר מעולה לכל מטפל ומנחה/מאמן שעובד עם אנשים ובעיניי חובה ממש בכל בית!" | מוריה, מאמנת ומרצה מתחום ה-NLP

"מדריך ממקד, מעניין, יוצר עניין בשיטות טיפול בתחום החרדה והטראומה" | ענת, עובדת סוציאלית

"המדריך מאפשר ידיעה שיש המון כלים שניתן להתאים באופן אישי למטופל וליעל את הטיפול" | רותי, מרפאה בעיסוק

### אודות הכותבת רונית חיימוב זילברמן

בעלת תואר ראשון ושני בעבודה סוציאלית-MSW. בעלת ניסיון של 16 שנים כעובדת סוציאלית במערכת הבריאות, מטפלת בנפגעי חרדה, טראומה, תקיפה מינית, אלימות במשפחה, מנהלת קליניקה פרטית בתל אביב, מרצה במכללות, מייסדת המרכז לטיפול בחרדות וטראומה. מעבירה השתלמויות באיגוד העובדים הסוציאליים ובבתי חולים ובתי ספר לסיעוד.



להורדת המדריך ניתן לשרוק את הקוד  
או למלא פרטים בקישור

<http://ronitsway.ravpage.co.il/effectiveguidep>

## דבר החטיבה ההתפתחותית

לחברי החטיבה שלום רב,

הכנס כבר מאחורינו, היה כנס מוצלח ונעים, ועל פי המשובים רוב ההרצאות והסדנאות היו מעניינות. כעת נותר לשנס את המותניים ולבחור ועד חטיבה חדש על מנת שהפעילות החטיבתית תמשיך ועל מנת שיהיה רצף של קשר בין כל הגופים השייכים להפ"י ולמשרד הבריאות.

אנחנו בוועד היוצא מבינים בהחלט את העומס הרב בו פסיכולוגים ההתפתחותיים נתונים, במיוחד בתקופת האביב לקראת ועידות ההשמה. העומס לעתים בלתי נסבל, וחלק מאיתנו מוצאים את עצמם עובדים שעות רבות יותר מן התקן, מוסיפים שעות לעתים ללא תמורה, מכיוון שהרצון לתת שירות מיטבי לילדים ולמשפחות עומד בראש מעיינו. יחד עם זאת, פעילות כללית למען החטיבה היא חשובה ביותר וחיונית על מנת לשמר את ייחודה של החטיבה, ועל מנת שתימשך המסורת המפוארת של כנסים מקצועיים שמביאים טעימות חדשות בתחומים רחבים. גם העבודות שנעשות מאחורי הקלעים בקשר עם הוועדה המקצועית ועם מוסדות הפ"י ומשרד הבריאות הן חשובות ביותר. אנו מבקשים מכל המעוניינים לפנות למר דני כפרי ולהירשם לבחירות לחטיבה ההתפתחותית.

ברכת חג חירות שמח,

תמי מאיר - יו"ר, אודט בוקאי, יעל מולכו-דורות  
רוית שליסר, שלומית פופר-גרבר

## דבר החטיבה הקלינית

לחברים שלום רב,

ועד החטיבה הקלינית היה עסוק בשלושת החודשים האחרונים בכמה נושאים:

1) נושא ההתמחות: אנו ממשיכים להעלות את מצוקת המתמחים בפני חברי כנסת, מנהלת הרפורמה ומשרד הבריאות. התרשמנו שמשרד הבריאות והפסיכולוגית הראשית אינם מתכוונים להיאבק על תוספת תקציבית עבור המתמחים. המטרה המוצהרת שלהם היא לקצר את התור למקומות האשפוזיים וזו לכאורה הסיבה המרכזית למתווה המלגות החדש שעורר ביקורת בתחנות הציבוריות והביא להפסקת קליטת מתמחים מרפאתיים בקופות. למעשה, על פי שיחות עם בעלי תפקידים במשרד, נראה שהמהלך הוא חלק מכוונה כללית לצמצום את ההשתתפות הישירה של משרד הבריאות במימון ההכשרה במספר מקצועות, ללא קשר למצוקת ההמתנה להתמחות.

נראה שלאחר לחצים רבים בכנסת, בלשכת המנכ"ל ובמנהלת הרפורמה, משרד הבריאות מוכן לשקול מחדש את קיצוץ המימון של כל מלגה בשני שלישים וכנראה יגבילו לחצי. יחד עם זאת, לא התרשמנו שיש במשרד הבריאות כוונה אמיתית לקצר את התור המשמעותי לתחילת התמחות (כ-300 ממתנינים ובעיקר ממתנינות). משום כך, הסטנו את רוב המאמץ שלנו לכיוונם של חברי כנסת על מנת שהם יפעלו להקצות מהכספים הרבים שהופנו לרפורמה תקציב עבור המתמחים. מצאנו אוזן קשבת ועניין בקרב חברי כנסת מוועדות הבריאות, ביקורת המדינה, ועדת הכספים והוועדה לצדק חלוקתי. ישנם חברי כנסת רבים מכל סיעות הבית שפתוחים לשמוע אותנו, מזדהים עם המצוקה של המתמחים ומזהים את הקשר הברור בין תורי ההמתנה של ציבור המטופלים בקופות לבין תור הממתנינים להתמחות. במקומות רבים בארץ זמן ההמתנה לטיפול פסיכולוגי ציבורי מתחיל בחצי שנה ומגיע למעל שנה. במקומות רבים אחרים, בעיקר בפריפריה, אין כלל טיפולים פסיכולוגיים במסגרות שירותי בריאות הנפש של קופות החולים והמענה היחיד שניתן הוא טיפול תרופתי פסיכיאטרי. מהתחשיבים שהוצגו בכנסת עולה כי די ביעוד של 40 מיליון ש"ח מתוך מאות המיליונים שהועברו לטובת הרפורמה בבריאות הנפש כדי לפתור את שני התורים ולהביא לשיפור דרמטי בזמינות הטיפול הפסיכולוגי הציבורי בדגש על הפריפריה. ההתרשמות שלנו היא שמשרד הבריאות רצה לעזור למתמחים לסיים את ההתמחות מתוך כוונה לגייס פסיכולוגים צעירים לשירות הציבורי. בעינינו

וועל כך התרענו לא פעם במנהלת הרפורמה ובמשרד הבריאות), משרד הבריאות לא יצליח למשוך פסיכולוגים מומחים לשירות הציבורי, אם לא ישכיל ליצור מקומות רב גילים ורב מקצועיים. מתמחים יוצרים סביבם הדרכות, ישיבות, סמינרים וצוותים ייחודיים. רוב הפסיכולוגים מגיעים לשירות הציבורי מתוך שליחות ומתוך רצון שלא להיות לבד. לא השכר מושך אותם, ואם המשרה לא תכלול אפשרות להפרות אחד את השני ולקיים הדרכות בצד טיפולים, אנו מאמינים שהשירות הציבורי יהפוך לאטרקטיבי פחות.

2) הטבות לחברי הפ"י: בשבועות האחרונים פנינו לחברי החטיבה על מנת לרענן את פרויקט "למען דור העתיד" של טיפול והדרכה מוזלים לסטודנטים, ממתנינים להתמחות ומתמחים בפסיכולוגיה. כמו כן, ניצלנו את כוח ההתאגדות שלנו והשגנו אפשרות להשקיע בקופות גמל פאסיביות עם דמי ניהול נמוכים לפנסיה, השתלמות וגמל להשקעה. ההודעה על כך יצאה בתפוצת המייל של החטיבה וכן פורסמה בדף החטיבה באתר הפ"י. לשמחתנו הייתה היענות רבה ליוזמה ועשרות רבות של פסיכולוגים ובני משפחותיהם נרשמו להטבה שמסתיימת בימים אלו.

3) פעילות בתוך הוועד המרכזי של הפ"י: ועד החטיבה הקלינית מצא את עצמו מתמודד בחודשים האחרונים עם חששות של חלק מחברי הוועד המרכזי, בהובלת יו"ר הפ"י, מכניסתם של פעילים בארגונים אחרים כגון בנפשו (אביאל, רפאל) והתנועה (יחיאל, שי) לפעילות בתוך ועד החטיבה הקלינית בהפ"י. הניסיונות להצר את צעדינו עוררו מתח רב והקשו עלינו לפעול. אנו מקווים שככל שהזמן עובר והיוזמות השונות של ועד החטיבה הנוכחי ייתרגמו למציאות החשש ילך ויימוג.

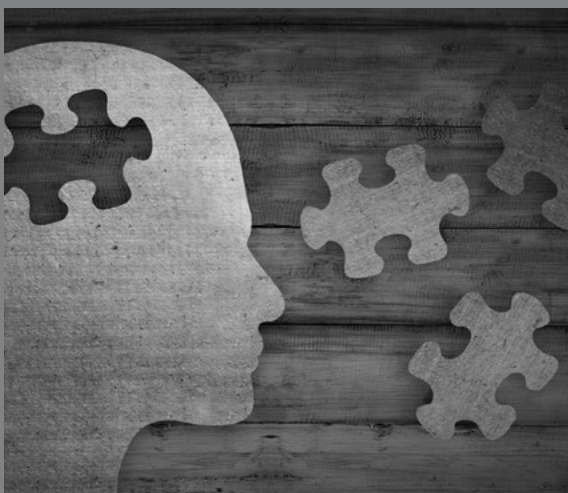
4) יוזמות חדשות: אנו מוטרדים מכך שהתחום שלנו פרוץ ויש לא מעט פסיכולוגים שמטפלים מבלי שעברו את שלב ההתמחות, בהם גם כאלה שלא למדו במגמה יישומית כלל. זה מטעה את הציבור ומביא לזילות ההתמחות והתואר פסיכולוג מומחה. אנו פועלים בשני מישורים בעניין זה. הראשון הוא הגברת מודעות הציבור לרישוי פסיכולוגים ולאפשרויות החיפוש בפנקס הפסיכולוגים. בקרוב ייצא קמפיין פייסבוק שיזמנו דרך העמוד של הפ"י. אנו מבקשים את עזרתכם בכך. כל שיתוף או הפצה יסייעו בהגברת החשיפה לציבור הרחב. השני הוא פעולה בשיתוף חטיבות נוספות להגברת מודעות ועדת התלונות לחריגות של פסיכולוגים שמפרסמים את שירותיהם כמטפלים שלא כחוק.





אוניברסיטת חיפה  
University of Haifa  
جامعة حيفا

## היחידה ללימודי המשך בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה מודיעה כי נפתחה ההרשמה לשנת הלימודים תשע"ח



- בית הספר לפסיכותרפיה באוריינטציה פסיכואנליטית- תכנית המוכרת ע"י האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה. תכנית תלת-שנתית.
- תכנית הכשרה בהנחיית קבוצות "מהתנסות ליישום" בגישה פסיכו-דינמית. תכנית דו-שנתית.
- לימודי פסיכותרפיה אינטגרטיבית לאנשים זקנים, עם דגש על לוגותרפיה. תכנית דו-שנתית.
- טיפול מיני - כלים מעשיים לעבודה טיפולית בנושאים השונים של מיניות האדם. תכנית דו-שנתית.

לפרטים נוספים: [cont-edu.haifa.ac.il](mailto:cont-edu.haifa.ac.il)

מתעניינים מתבקשים לפנות בטלפון 04-8249957/04-8240801 או במייל: [draize@univ.haifa.ac.il](mailto:draize@univ.haifa.ac.il)

5) גיבוש קהילת הפסיכולוגים הקליניים: פתחנו קבוצת גוגל לחברי הפ"י הקליניים וקבוצת פייסבוק לכלל הפסיכולוגים הקליניים. דרך קבוצות אלו אנו מצפים ומחכים לשמוע גם את הציפיות שלכם מאיתנו. בימים אלו אנו אוספים רעיונות לימי עיון בהתאם לנושאים המעניינים אתכם. מקווים שעד הגיליון הבא כבר נוכל לפרסם תוכנית למספר ימי עיון.

חג שמח,

ועד החטיבה הקלינית

עמוס ספיבק - יו"ר

אביאל אורן, רפאל יונתן, שי איתמר, יחיאל אסולין

## דבר החטיבה החינוכית

שלום לעמיתי הפסיכולוגים החינוכיים, התחדשות שמביא איתו האביב הגיעה גם לחטיבה שלנו. לפני כחודש התקיימו בחירות (לצערי בהשתתפות דלה מאוד של חברים) לוועד החטיבה, ונבחרה נבחרת ראויה ביותר בת שישה חברים שבחרה מתוכה את תמר גרינוולד משפ"ח ירושלים כיו"רית. אני מאחלת לוועד החדש הצלחה בקידום הנושאים הרלוונטיים לנו, וממה שאני כבר מתרשמת הם נכנסו לתפקיד במרץ, בעניין ועם רעיונות חדשים. אחרי 20 שנים כיו"ר ועוד כמה שנים כחברת ועד אני מעבירה את התפקיד בסיפוק ומיצוי לדור הצעיר הנפלא. אקורד הסיום בתפקידי הוא היענות לבקשות רבות שחוזרות מדי שנה בדפי המשוב של הכנסים וגם בעל פה והן לחזור לקיים את הכנס בים המלח. אז רשמו לפניכם - הכנס הבא יתקיים במלון ליאונרדו קלאב ים המלח בתאריכים 3-4.12.17 קדם, 4-7.12.17 הכנס.

אני שוב מודה לכולכם על האמון שנתתם בי במהלך כל השנים ואני מאחלת לכולם סיפוק והנאה בעבודת הקודש שאתם עושים למען הילדים, ההורים וצוותי בתי הספר.

ציפי חייקין,

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית הפורשת

## דבר החטיבה השיקומית

חברי החטיבה היקרים,

לא מזמן סיימנו את כנס החטיבה השנתי ואת אירוח המשלחת האמריקאית, וכבר אנו נערכים לבאות.

כזכור לכם בוודאי, בזכות תרומתה הנדיבה של הקרן המשפחתית ע"ש תד אריסון, וכן בסיוע סוכנות מדנס לביטוח, הצליחה החטיבה השיקומית להתחיל את פרויקט חילופי המשלחות כבר ב-2016. כחלק מהפרויקט, במהלך חודש מרץ נבחרה המשלחת הישראלית שמתוכננת לצאת לביקור הגומלין בארצות הברית בקיץ הקרוב. נספר בקצרה, כי תהליך הבחירה של חברי המשלחת התחיל בקול קורא שפורסם מטעם הפ"י לכל המוסדות שהציעו לארח את המשלחת האמריקאית בדצמבר 2016. כל מוסד הגיש עד שני מועמדים מטעמו, שהגישו חומרים לעיון. ועדה ממינית כפולה, גם בישראל וגם בארצות הברית, עברה על החומרים. הוועדה הממינת שפעלה בישראל כללה את ד"ר טלי ביתן (יו"ר), ד"ר יאנה אסא, פרופ' אלי וקיל ופרופ' דני הופיין. הוועדה עברה גם על החומרים שנשלחו מטעם המועמדים באנגלית כמובן, וגם ראינה את כל המועמדים לתוכנית באנגלית ביום מרוכז באוניברסיטת בר-אילן (בסיוע פרופ' וקיל). במסגרת הראיונות הציגו המועמדים עבודת מחקר או נושא שיקומי באנגלית כהכנה למצגות שבהם ישתמשו בסיור בארצות הברית. במקביל לכך, כל החומר הכתוב הועבר לעיון צוות ממייני מטעם חטיבה 22, שאף הוא דירג את המועמדים. בהזדמנות זו, אנו הוצים להודות מקרב לב לכל חברי הוועדה הממינת הישראלית, שהקדישו לנושא ממצרם ומזמנם ועשו זאת במקצועיות רבה. נציין במילה, שגם המועמדים שלא התקבלו השנה, בהחלט נמצאו ראויים ורק מפאת חוסר מקומות פנויים במשלחת לא התאפשר היה לשלוח השנה את כולם. אנו מקווים כי בקרוב נצליח לבשר על תוכניות נוספות שבהן יוכלו עוד ועוד נציגי חטיבה לקחת חלק.

ועכשיו לעניין המרכזי - להלן שמות משתתפי המשלחת הישראלית במסגרת חילופי הפסיכולוגים השיקומיים עם חטיבה 22-APA:

מר יותם בן שץ (יו"ר המשלחת, נציג החטיבה ונציג הפ"י)

ד"ר עדי גרנט - בית החולים לוינסטיין

ד"ר אייל חלד - שיבא שיקום מבוגרים

גב' לימור שרונה - המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (רקנאטי)

גב' קרן סרברו שורק - מח' שיקום איכילוב

מר אמיר צנדקוביץ' - מרכז רפואי רעות

ד"ר הילה כהן - שיבא שיקום פדיאטרי

מר גיל סוזין - מרכז היפרברארי אסף הרופא

בשם כל החטיבה, נאחל למשתתפים סיור מוצלח ופורה,

ומקווים שההשקעה הרבה הזו תניב עוד ועוד שיתופי פעולה. בתוכנית המשלחת, סיור בניו יורק ובוושינגטון במרכזי שיקום מובילים:

NYU - Rusk Institute

Kessler Institute

Mount Sinai Hospital

Johnson Rehabilitation Institute

Bellevue Medical Center

Johns Hopkins

לסיום תשתתף המשלחת הישראלית במספר אירועים רשמיים בכנס השנתי של ה-APA ובהם דיונים פעילים בחטיבה השיקומית, בחטיבה לעניינים בינלאומיים וקבלות פנים שונות. אנו מקווים שהפרויקט הזה יסלול דרך ליותר שיתופי פעולה ולהגברת ההכשרה והחשיפה של הפסיכולוגים השיקומיים בישראל לנעשה בעולם בכלל ובארצות הברית בפרט. נציין כי אנו כבר עומלים על הפרויקטים הבאים ומקווים שבקרוב יבוא עליהם פרסום נוסף.

עוד שני נושאים בקצרה: נערכו החודש שתי פגישות רשמיות עם הפסיכולוגית הארצית, וכן עם גופים נוספים בהם אגף שיקום בטל"א, עמותת נאמן, הוועדה המקצועית ועוד. מטעם החטיבה ייצגו אותנו נאמנה גב' דוריה כהן ממאומדת והיחידה הנירופסיכולוגית ומר עמיחי בן ארי מהדסה. יצאו מהפגישות הללו המלצות קונקרטיות שנמצאות בעיבוד ובהכנה לקראת קידום מהלכים משמעותיים שיעודדו שילובם של פסיכולוגים שיקומיים במערך הטיפול בנפגעי שבץ במסגרת הקופות וכן בנושאים שונים במסגרת בטל"א. על כל אלה ניתן יהיה לספר יותר בהמשך, אנו מקווים.

לסיום נברך את הגב' ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית היוצאת, לרגל יציאתה לגמלאות, בשלל ברכות להמשך צמיחה והתפתחות אישית ומקצועית עם כניסתה לגמלאות, זמן איכות ללא ספק המאפשר לממש משאלות ולהגשים חלומות. לנו, ימימה, הייתה הזכות והכבוד לראותך במשך שנים, מובילה את התחום, ובשנים האחרונות מרימה גם את התחום השיקומי על נס, ועל כך תודתנו מסורה לך וכך תיזכר כהונתך. בשם כל החטיבה - בהצלחה ימימה, והמוון המון תודה. לסיום חברים נאחל אביב וקיץ שמחים וטובים, יציאה מעבדות לחירות בכל המובנים.

בברכה,

ועד החטיבה השיקומית

## דבר נציגת המתמחים



יותר. זאת, על מנת לעודד הגשת תלונות נגד מי שפוגעים/ות באחרים/ות והוקעתם/ן של מי שפגעו מינית (ולא רק) באחרים/ות מהחברה.

נושא נוסף שמעסיק אותי בתקופה זו, לאחר פרסום מסמך "לימודי הליבה במגמות הקליניות, כישורים לתחילת התמחות וההכשרה בשדה" באוגוסט 2016 ולאחר איסוף מידע רב שהגיע אלי על מוסדות לימוד ומקומות התמחות שאינם עומדים בחובתם כלפי הסטודנטים/ות והמתמחים/ות בחטיבות השונות, הוא האחריות המוטלת על מקומות ההכשרה למקצועיות ולשמירה על דרישות ההכשרה.

**איסוף מידע על תוכניות הלימוד ומקומות ההתמחות.** בשלב ראשון, בכוונתי לאסוף מידע על תוכניות הלימוד השונות במוסדות הלימוד השונים ועל תנאי ההכשרה במקומות ההתמחות השונים ולהשוותם לדרישות של משרד הבריאות לצורך קבלת התואר השני ותואר המומחה. בשלב שני, אעביר את המידע לוועדות המקצועיות השונות ולפסיכולוגית הארצית במטרה לדרוש ממקומות שאינם עומדים בחובותיהם לעמוד בהן או להפסיק להכשיר באופן שאינו מקצועי ואינו עונה לדרישות.

שיהיה לכולנו חג פסח שמח ושנצא כולנו מעבודת לחירות, **רותי ברנשטיין פרץ**

נציגת חטיבת המתמחים/ות בוועד המרכזי

מתמחות יקרות ומתמחים יקרים שלום רב, כמי שעוסקת בתחום של פגיעות מיניות מזה שנים רבות, הפרסומים בתקופה האחרונה בנושא בכלל וסביב פסיכולוגים/ות בפרט מדירים שינה מעיני ומניעים אותי למגוון פעולות בנושא:

**יום עיון.** מתארגן יום עיון בנושא של פגיעות מיניות, המיועד לפסיכולוגים/ות, למטפלים/ות אחרים/ות ולקהל הרחב. הנושא יעלה מנקודת המבט הטיפולית, המשפטית והאישית-אנושית וידברו בו זה לצד זה נפגעים ונפגעות שבחרו להיחשף, פסיכולוגים/ות העוסקים/ות בתחום ועו"ד. **קידום מתן סיוע נפשי ומשפטי למתלוננים/ות.** נעשית בחינה של המהלכים הנדרשים לצורך הקמת מערך תמיכה נפשית למתלוננים/ות בהפ"י בכלל ובוועדת האתיקה בפרט, באמצעות קווים חמים ורשימת פסיכולוגים/ות המנוסים/ות בתחום של פגיעה מינית בתוך מערך טיפולי (בטיפול, בהדרכה, בלימודים טיפוליים וכדומה), לצד ליווי וסיוע משפטי למעוניינים/ות להתלונן במשטרה בעקבות פגיעה מינית בהקשר טיפולי.

**שינויי חקיקה.** נוצרים קשרים עם גורמים שונים המומחים בתחום של פגיעות מיניות בהיבטים שונים, על מנת לקדם שינויי חקיקה שמטרתם להפוך את חוויית הגשת התלונה במשטרה למאיימת פחות ואת התהליך הנלווה לה למוגן יותר עבור המתלונן/נת. מטרה נוספת היא לעודד קיום משפט במקרים של פגיעה מינית ומתן עונשים כבדים

## דבר החטיבה התעסוקתית

חברים יקרים,

לאחר החורף שבו עמד במרכזו הכנס השנתי המשותף לפיתוח אנשים, צוותים וארגונים, שבו נפגשנו עמיתים מן השדה והאקדמיה, יועצים ומנהלים מתחומים דומים ומשיקים, למדנו כי יש לפנינו עוד דרך על מנת לבנות מרחב בטוח ופתוח לדיאלוג בין נקודות המבט השונות בנושאים משותפים.

ועם בוא האביב קיוונו לקיים את הכנס השנתי של החטיבה החברתית תעסוקתית ארגונית, אולם מסיבות לוגיסטיות אנו דוחים אותו לחודש נובמבר 2017. תאריכים מדויקים יפורסמו בהקדם.

עד נובמבר אנו מעוניינים לקיים בחירות לוועד החטיבה. הפעם, בשונה משנים קודמות שבהן נבחר הוועד בכנס השנתי, נערוך את הבחירות באמצעות האינטרנט.

- התהליך יתבצע בדרך הבאה:
1. הקמת ועדת בחירות מתוך חברי החטיבה שתפקידה יהיה לארגן ולפקח על תהליך הבחירה.
  2. פרסום קול קורא לכל חברי החטיבה ובקשה להצעת מועמדות לוועד החטיבה.
  3. פרסום חוברת המועמדים וכן מתן אפשרות לבחירה אינטרנטית מתוכם.
  4. בחירת יו"ר ועד החטיבה מבין חברי ועד החטיבה החדש ועל ידם.
  5. פרסום התוצאות.
- פנייה פורמלית ומסודרת בנושא הבחירות תופץ בקרוב. בברכה,

ועד החטיבה

## לחברי החטיבה החינוכית מנציגי החטיבה החינוכית בוועד המרכזי בהפ"י

חברים יקרים,

אנו שמחים לעדכן שבשבועות האחרונים התקיימו בחירות לוועד החטיבה החינוכית ובכך – יצאנו לדרך! חברי הוועד הנבחרים ערכו פגישת היכרות ראשונית ובחרו יו"ר לחטיבה – גב' תמר גרינוולד. הוגדרו מטרות ראשוניות וחברי החטיבה מתכננים להתחיל את הפעילות לאחר פסח. אחת המטרות החשובות ביותר שהוצבו היא יצירת קשר שוטף עם השטח. תחילה על מנת ללמוד ולהכיר את הצרכים ובהמשך כאבן יסוד בפועלנו. בהזדמנות זאת נשמח להזמין כל מי שיש לו/ה נושא שברצונו/ה להציג לפנינו, לעשות כן. כתובת המייל של החטיבה החינוכית:

edupsyhappy@gmail.com

כמו כן, סביב שולחן הישיבות של הוועד המרכזי עמדו מספר נושאים על הפרק, אשר רובם נוגעים לקידום מעמדם של הפסיכולוגים החינוכיים, כמו גם כלל הפסיכולוגים בארץ. אחד הנושאים שעמד במוקד היה מעמדם והשתלבותם של פסיכולוגים עולים. בתחום של פסיכולוגיה חינוכית ישנם פסיכולוגים רבים שעולים לארץ ומשתלבים בשירות הפסיכולוגי חינוכי. גב' אלסי מאמו, נציגת הפסיכולוגים החינוכיים בוועד המרכזי, הייתה בין השותפים לארגון יום העיון "הפסיכולוגיה בעליה 2016 – השילוב התעסוקתי של פסיכולוגים עולים בישראל". במהלך היום נחשף עומק הקושי שיש למאות פסיכולוגים עולים והמידה הרבה שבה הם זקוקים לעזרה ותיווך בהשתלבות המקצועית בארץ. על אף שצברו ניסיון רב בארץ המוצא שלהם, במקרים רבים יש קשיים ברוקורטיים של הכרה בתארים שלהם ובהתמחות שלהם. הם מדווחים על תחושת עמימות רבה וכמובן על קושי בשל פערי השפה. בסיכום יום העיון עלו מספר נקודות חשובות: ראשית, חשוב שתהיה מודעות לכך שיש בארץ פסיכולוגים עולים מכל ההתמחויות, אשר רכשו ניסיון וידע מקצועי רב והם מחפשים עבודה. שירותים פסיכולוגיים יכולים להיעזר בהם, בייחוד אלה המתמודדים עם תקינה נמוכה. שנית, פסיכולוגים עולים יכולים לפנות למשרד הקליטה על מנת להשתלב ב"אולפן" מיוחד המסייע בלימוד השפה המקצועית. שלישית, הפ"י תשמח לגייס מתנדבים שיסייעו לפסיכולוגים עולים בשאלות מול מועצת הפסיכולוגים וגופים אחרים. ככל שיהיו לנו יותר מתנדבים מארצות שונות, נוכל להציע עזרה יותר ממוקדת, במגוון רחב יותר של שפות. מי שמעוניין להתנדב, מוזמן לפנות לאלסי בטלפון 050-5915756. זכור, בפברואר 2017 חל יום המשפחה, והשנה נערך דיון

חגיגי בכנסת, בוועדה לזכויות הילד, אשר בראשה עומדת ח"כ ד"ר יפעת שאשא-ביטון. ד"ר דליה אלוני השתתפה בדיון, אליו הגיעו נציגי משרדי החינוך והרווחה, נציגים של מרכזי הורים, הן כאלה המתוקצבים על ידי המדינה והן כאלה הפועלים באופן פרטי, ועוד נציגי מרכזים הפועלים במסגרות של רשויות מקומיות ועמותות שונות, אשר פעילותם המרכזית היא סיוע להורים. מן האמור עלה שכיום מידע רב קיים במרשתת (באינטרנט), בפורומים וברשתות החברתיות. עם זאת, עדיין קיים צורך עזב"בית להורים", מקום קונקרטי, אשר יספק מענה לשאלות וצרכים והדרכה להורים, באופן פרטי וקבוצתי. ד"ר דליה אלוני הציגה את השותפות והפעילות הנעשית לאורך השנה על ידי הפ"י עם המועצה הציבורית להורים, בראשותה של גב' רינה כהן ועם העמותה הישראלית למען הילד בגיל הרך בראשותה של ד"ר תמר ארז.

לסיום, חברים, הכנס "הולדתו של הורה", אשר התקיים בחודש מאי 2016 באוניברסיטת חיפה, התארגן לאור היוזמה הבינלאומית "1001 הימים הראשונים: תמיכה בהורות בראשית החיים". הכנס שאב אליו מגוון רב של אנשי מקצוע בתחום הגיל הרך ונחל הצלחה רבה. ניתן לקרוא תקצירים מההרצאות שהוצגו באתר הכנס: <http://www.icc.haifa.ac.il/index.php/he/conferences/26-horut>. לאחר הכנס החליטה הוועדה המארגנת להמשיך בפעילות לקידום תוכנית דומה בארץ. לאור זאת, "העמותה הישראלית למען הילד בגיל הרך", הפ"י וארגונים שותפים נוספים, מובילים יוזמה לקידום תוכנית "1001 הימים הראשונים: תמיכה בהורות בראשית החיים" וליישומה כמדיניות לאומית. הנושא של איתור מוקדם, התערבות וטיפול מוקדם ותמיכה בהורות נמצא בלבו של השיח שלנו כפסיכולוגים חינוכיים עם הורים. אנו מזמינים את מי שתומך בקידום תוכנית "1001 הימים הראשונים" לתמיכה בהורים בהיריון ובשנים הראשונות להורות כמדיניות לאומית, להיכנס לקישור הרצ"ב ולהצטרף לחותמים: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScKawDpgjheOshjFmq-zpZl\\_JqpJajD-lrmsLPZGGjGzzUdww/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScKawDpgjheOshjFmq-zpZl_JqpJajD-lrmsLPZGGjGzzUdww/viewform?c=0&w=1)

מתרגשים,

ועד החטיבה החינוכית: תמר גרינוולד, רוני גורסקי מלין, ארז בלנאו, מידד כהן, נגה בר יהודה ויואב גבע  
נציגי הפסיכולוגים החינוכיים בוועד המרכזי:  
אלסי מאמו, מידד כהן וד"ר דליה אלוני



# ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית

## לציבור הפסיכולוגים שלום רב,

ב-29.05.17 מתוכנן כנס רב משתתפים בנושא "הפסיכולוגיה בישראל - לאן", ובו תוצג העשייה הענפה והעשירה שלנו. רק מי שעוסק ביומיום בממשקים בין האקדמיה לשדה, בין מצבי בריאות וחולי, בין הערכה, אבחון, טיפול ושיקום, מינקות עד זקנה בכל מעגלי החיים ובכל המרחבים הציבוריים - בריאות, חינוך, רווחה, תעסוקה, תקשורת, ביטחון, צה"ל, משטרה, שב"ס, אקדמיה וכו' - רק הוא מבין את התרומה העצומה שיש לנו כפרטים וכפרופסיה. מבין את העוצמה הרבה והשקטה שיש בידינו. אנחנו הכוח המניע של הרבה מהלכים ותוכניות. אולי קשה איתנו, אבל אי אפשר בלעדינו.

מפרספקטיבה של 42 שנים אני חושבת שהגיעה העת להניח את המלחמות בצד ולפעול בהתאם לדבריו של הנביא ישעיהו בפרק ב': "וכתתו חרבותם לאתים, וחניתותיהם למזמרות. לא ישא גוי אל גוי חרב ולא ילמדו עוד מלחמה".

מי ייתן ולא נפנה יותר לחרבות אלא לדו שיח והידברות. מי ייתן והפלורליזם הקיים בתוכנו יתוכלל ולא יפוצל.

ואסיים בנימה אישית - תודה אישית ממני לכל אחת ואחד מכם על הכל, ובמיוחד לצוות המסור שמלווה אותי לאורך כל הדרך: איריס, דנה, רינת, מירב, אפרת, אושרה וכן לסגן שלי ולצוות המסור שליווה אותי בעבר.

בברכת חג שמח,

**ימימה גולדברג**  
פסיכולוגית ארצית  
וממונה על רישוי פסיכולוגים

אני מנצלת בימה זאת על מנת ליידע אתכם בדבר פרישתי לגמלאות בסוף אפריל השנה, במלאת 42 שנים לעבודתי במשרד הבריאות.

התחלתי את עבודתי במשרד בשנת '75 כפסיכולוגית מן השורה במרכז לבריאות הנפש בפתח תקווה ומשם עברתי בשנות ה-90' לנהל את המרפאה לילד ולנוער ברחוב הארבעה בתל אביב. מ-2004 עד היום, במשך 13 שנים, אני משמשת כפסיכולוגית ארצית וכממונה על רישוי פסיכולוגים.

זכות גדולה הייתה לי להיות פסיכולוגית בכירה בשירות המדינה ולקדם תוכניות ונושאים משמעותיים (ביניהם מניעת התאבדות, הגיל השלישי, טיפול פליאטיבי, פסיכולוגיה התפתחותית, אתיקה, הפרעות קשב וריכוז, הסרת חסמים בקליטת פסיכולוגים עולים, קידום המגזר הערבי ועוד ועוד).

וכן הייתה לי זכות גדולה להכיר במהלך השנים הללו אנשים נפלאים ופסיכולוגים מעולים, חדורי רצון לעזור, לסייע ולהשקיע מעצמם את המיטב.

צר לי על כי המלחמות הפנימיות בינינו מנעו ומונעות עד היום מהמקצוע שלנו להיות עמוד האש במגזר הציבורי ולהפוך אות ומופת לשאר המקצועות, וזאת למרות שאנו הפרופסיה הכי איכותית, מקצועית, מושקעת ותורמת.

ייחודנו בכך שרגל אחת נטועה באקדמיה ובמדע והרגל השנייה - בשדה, בעשייה. העשייה שלנו רבה ומגוונת ומתפרשת על כל תחומי החיים והתוכן. החל מהפסיכולוגיה ההתפתחותית, החינוכית, הקלינית, הרפואית, השיקומית והחברתית-ארגונית-תעסוקתית.

חברי הפ"י שלום רב,

בתיקון מס' 7 בחוק הפסיכולוגים, 2014 נאמר: בסעיף 46(א) " (1) מצאה ועדת המשמעת כי פסיכולוג עבר עבירת משמעת, והחלטתה הפכה סופית, יעמיד המנהל את דבר החלטת ועדת המשמעת... לעיון הציבור באתר האינטרנט של משרד הבריאות, ובכל דרך נוספת שיורה, ויאפשר למעוניינים בכך לקבל העתק ממנה, אלא אם כן הורתה ועדת המשמעת אחרת, מטעמים מיוחדים שיירשמו על ידה".

למען העלאת המודעות להתנהגות ראויה של פסיכולוגים ולמען השקיפות ביקשה הפסיכולוגית הראשית לפרסם את החלטות ועדת המשמעת של הפסיכולוגים גם בפסיכואקטואליה, רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

בגיליון זה מתפרסמת החלטת ועדת המשמעת מ-2.8.16 לגבי פסיכולוגית אשר הציגה את עצמה כמומחית בשעה שלא עברה עדיין מבחן מומחיות.

בסמכותה של ועדת המשמעת לפרסם פרטים מזהים על הפסיכולוג בהתאם לשיקול דעתה. לפי החלטת ועדת המשמעת מפורסם מקרה זה ללא חשיפת שם הפסיכולוגית (הנימוקים מפורטים על ידי הוועדה).

נשמח לשמוע תגובות הקוראים.

בברכה,

מערכת פסיכואקטואליה

## ועדת משמעת לפי פרק ה' לחוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977

כ"ז תמוז תשע"ו

2/8/16

### הקובלנה

1. ביום 7.4.13 הוגשה הקובלנה כנגד הנקבלת.
2. הנקבלת הינה בעלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה במסלול התמחות בפסיכולוגיה שיקומית. במועדים הרלוונטיים לכתב הקובלנה, טרם ניגשה הנקבלת לבחינות ההסמכה ולא הוכרה כפסיכולוגית מומחית.
3. בשל עובדות אלה יוחסה לנקבלת עבירה של התנהגות שאינה הולמת פסיכולוגית כאמור בסעיף 33(1) לחוק הפסיכולוגים התשל"ז - 1977 (להלן "החוק"), בכך שהציגה עצמה כפסיכולוגית מומחית ללא אישור המנהל ובאופן שיש בו כדי להטעות את הציבור.

### החלטה בדבר אמצעי משמעת

1. סעיף 5א(א) לחוק קובע: "לא ישתמש פסיכולוג בכל הקשור לעיסוקו, אלא בתואר מוכר בפסיכולוגיה שהוענק לו לפי חוק המועצה להשכלה גבוהה, התשי"ח-1958, ואם הוענק התואר מחוץ לישראל, שוועדת הרישום הכירה בתואר, במוסד האקדמי שהעניק את התואר ובלמודים לקראת התואר, ולא ישתמש בכינוי או בהגדר שיש בהם כדי לטעות בקרב הציבור רושם שאינו נכון על ההכשרה המקצועית המוכרת שלו או על כישוריו".



2. תקנה 3(א) לתקנות הפסיכולוגים (אישור תואר מומחה) התשל"ט-1979 (להלן "התקנות") קובעת: – "לא ישתמש פסיכולוג בתואר מומחה אלא אם המנהל אישר לו את התואר לפי תקנות אלה, ולא ישתמש פסיכולוג בתואר הדומה עד כדי להטעות לאחד התארים שלפי תקנות אלה".
3. הנקבלת השלימה את חובותיה האקדמיים והייתה במסלול התמחות בפסיכולוגיה חינוכית אולם טרם ניגשה לבחינות ההסמכה ולא הוכרה כפסיכולוגית מומחית.
4. הנקבלת השתמשה בתואר מומחה, שאינה זכאית לו. בפרשה ראשונה השתמשה במסמכים שונים, במועדים שונים, בתארים שונים: –פסיכולוגית שיקומית, פסיכולוגית קלינית, מומחיות שיקומית רפואית, ובפרשה שניה תארה עצמה כפסיכולוגית שיקומית קלינית מומחית.
5. בפרשה הראשונה המתוארת בכתב הקובלנה עולה כי מעשיה של הנקבלת לא נעשו כמקשה אחת, כמעידה חד פעמית. עסקין במספר מסמכים שנערכו על ידה, והועברו לגורמים בעיריית X במועדים שונים. בסמוך לאחר מכן, הגיעה חוות דעת חתומה על ידה כפסיכולוגית שיקומית קלינית לוועדת ערר במשרד החינוך.
6. אף שהנקבלת הודתה במעשיה, התקשינו בהבנת מניעיה של הנקבלת לביצוע המעשים. הנקבלת לא פירטה בפני הוועדה מדוע, לאחר שנים כה רבות בהן פעלה תחת פיקוח והדרכה בהתאם לדרישות החוק, ומשעמדה לקבל אישור להבחן לקראת תואר מומחה – מעדה. הנקבלת לא הבהירה לנו מדוע בחרה להציג עצמה כפסיכולוגית מומחית, שוב ושוב, באופן לא עקבי וכה מעורר חשד. לא הבנו מדוע, כשעלה חשד שאינה זכאית לתואר, שלחה מסמך הנחזה להיות אישור תואר מומחה שניתן על ידי משרד הבריאות ובכך הוסיפה חטא על פשע.
7. מקובלים עלינו דברי התובע לפיהם לעבירה זו חומרה יתירה לאור פגיעה אפשרית בציבור, בהטעייתו, ובפגיעה בציבור הפסיכולוגים שטרם ועמל על הכשרה ראויה כדי לזכות בתואר מומחה.
8. עוד נציין לחומרה כי אך מקרה הוא שמסמכים אלה הגיעו לגופים מקצועיים שידעו לזהות ולבחון את "תאריה המקצועיים" של הנקבלת, להשוואתם מול רישומי משרד הבריאות ולדווח על הפרת החוק. ניתן לשער תוצאה אחרת של הטעיה אפשרית אילו הגיעו המסמכים לידי גוף ציבורי אחר שאין לו את המיומנות לבחינת המסמכים.
9. לזכותה של הנאשמת מצאנו את הודאתה, הבעת הצער על המקרה וחלוף הזמן מאז האירועים המתוארים בכתב הקובלנה.
10. בנסיבות אלה ולאחר שבחנו את השיקולים לחומרה ולקולה, מצאנו כי העונש המוצע, דהיינו התליית הרישום בפנקס לתקופה של ששה חודשים הינו אמצעי משמעת ראוי אשר מבטא מחד את חומרת המעשים והישנותם ואת נסיבותיה האישיות וחרטתה הכנה של הנקבלת.
11. אשר על כן אנו מורים על אמצעי משמעת של התליית רישומה של הנקבלת בפנקס למשך ששה חודשים.

## פרסום ההחלטה

1. בהסתמך על המצב שהיה קיים ערב התיקון.
2. התובע עתר לפרסום ההחלטה לאור חשיבות נושאי הקובלנה – שימוש בתואר מומחה על ידי פסיכולוג שלא היה זכאי לתואר זה, באופן שיש בו כדי להטעות. לפרסום החלטות הוועדה יש לדבריו ערך מנחה ומחנך בצד חשיבות ההרתעה שתושג עם פרסום ההחלטה. התובע טען גם לפרסום שם הנקבלת בשל עקרון "זכות הציבור לדעת" על עברו המשמעותי של פסיכולוג אליו הוא פונה.
3. ב"כ הנקבלת עתר בפנינו להימנע מפרסום ההחלטה ולחילופין ביקש להסתפק בפרסום ההחלטה תוך עילום שמה של הנקבלת.

4. חזקה עלינו מצוות המחוקק להגביר את השקיפות ואת המידע בכל הנוגע להחלטות הועדה. אנו אף סבורים שלפרסום החלטות הועדה יש ערך מנחה ומרתיע, במיוחד בכל הנוגע לנושאים שנדונו בפנינו במסגרת קובלנה זו, דהיינו, שימוש בתואר מקצועי המציין מומחיות מקצועית, על ידי פסיכולוג שאינו זכאי לתואר זה.

5. באשר לפרסום שמה של הנקבלת - סברנו כי בנסיבות חריגות של מקרה זה אין מקום לפרסם את שמה וזאת מהטעמים הבאים: אין ספק כי פרסום שמו של פסיכולוג כמי שהורשע בהליך משמעתי גורם לו נזק מקצועי רב. כתב הקובלנה הוגש לפני כניסת התיקון לחוק לתוקף, ולאור הפגיעה הצפויה מפרסום שמה אין להחמיר עם הנקבלת בפרסום שמה. סברנו כי ממילא עובדת התליית רישיונה תפורסם באתר משרד הבריאות באופן גלוי ופומבי במשך כל תקופת ההתליה.

על פי סמכותנו לפי סעיף 43(4) לחוק, אנו מורים על התליית רישומה של הנאשמת בפנקס לתקופה של ששה חודשים. בהתאם לאמור בסעיף 46(א) לחוק, אנו מורים על פרסום החלטתנו זו, לעיון הציבור, באתר האינטרנט של משרד הבריאות ובכתב העת "פסיכו-אקטואליה". ההחלטה תפורסם בעילום שם הנאשמת וכל פרט מזהה שלה (כמופיע בכותרת החלטה זו) ועילום שם המטופלת (שאינו מופיע בהחלטתנו). הפירסום מיום התליית רישיונה של הנקבלת 25.10.16, אם לא יוגש ערעור על החלטתנו.

**ביטוח אחריות מקצועית  
בלעדי לחברי הפ"י**

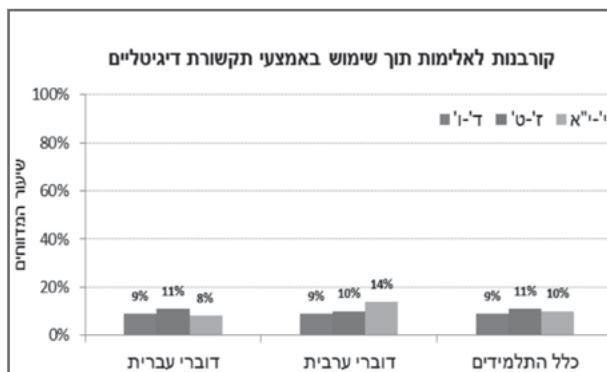
**הפוליסה עם הכיסוי הביטוחי הרחב ביותר  
ובמחיר הנמוך ביותר בארץ! 455 ₪ לשנה**

**להצטרפות: סוכנות טיב קפיטל, טל' 03-9181000  
או דרך אתר הפ"י  
[www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)**



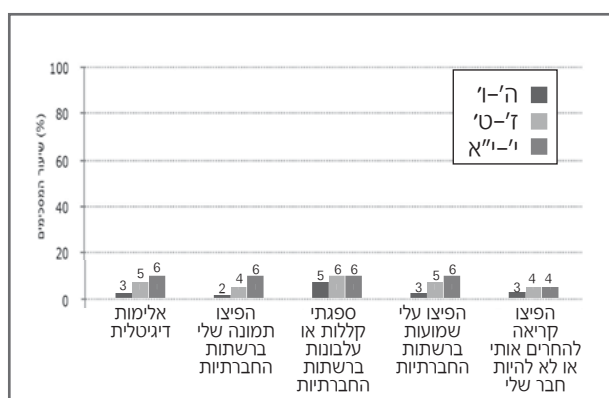
# ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך

## בריונות ברשת



### קבוצות גיל

התלמידים התבקשו לסמן עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים המפורטים:



השוואה רב שנתית בנוגע לדיווח תלמידים על הצקות ברשתות החברתיות מראה תופעה יחסית יציבה, ללא שינויים קיצוניים. עם זאת, אחד ההיבטים החשובים ביותר אליהם יש להתייחס היא מעורבות של שתי קבוצות: מעבירי המידע – מפיצים, שאינם יוזמי הפגיעה, אך יש להם מעורבות בהפצתה.

הצופים מן הצד שלוקחים תפקיד פסיבי, עדים לפגיעה. פעולות שפ"י: השירות הפסיכולוגי יעוצי נוקט מגוון של פעולות שנועדו לקדם גלישה בטוחה ברשתות החברתיות. שפ"י פועל ביחס לתלמידים, צוותי חינוך והורים. המבט הוא מבט אקולוגי המציג את תופעת הבריונות בכלל והבריונות ברשת בפרט כקשורה לכל אחד ואחת מאיתנו. מדובר בנקיטה של עמדת מחויבות אישית וחברתית. לצד מגוון של פעולות: פרסום חוזר מנכ"ל, שבוע הגלישה הבטוחה, הרצאות בבתי ספר על ידי מומחים בתחום, הסברה לצוותי חינוך, סדנאות להורים וכו', שפ"י פיתח תוכנית של עמיתים לגלישה בטוחה שבה תלמידים

"תופעת השיימינג לא נעלמת: נערים וילדים מוצאים עוד אמצעי תקשורת להעליב את חבריהם, לפגוע בהם, להפיץ תמונות מביכות שלהם ולארגן חרמות" (כתבת Mako 11.2015).

מעת לעת מתודע הציבור הישראלי לפגיעות ברשת. בריונות הייתה קיימת לפני עידן הרשתות החברתיות ומתקיימת גם מחוץ להן. עם זאת, הרשת מייצרת פלטפורמה לבריונות שיש בה אפשרויות תפוצה בקנה מידה הרבה יותר גדול.

### מהי בריונות?

בריונות מוגדרת כהתנהגות אגרסיבית מכוונת, הנעשית על ידי יחיד או על ידי קבוצה, באופן חוזר, לאורך זמן נגד קורבן, שאינו יכול להתגונן בקלות. הקושי להתגונן נובע מפער כוחות בין הפוגע לבין הקורבן בשל אי שוויון בכוח, או אי שוויון במעמד חברתי, או בשל פגיעה של מספר פוגעים בקורבן אחד.

ארגון הבריאות הבין לאומי פרסם ב-2010 התייחסות לתופעת הבריונות כתופעה חברתית מקיפה בעלת השלכות בתחום בריאות הנפש בהתפתחות מילדות לבגרות, כשהוא קורא למדיניות ממשלתית בתחום.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-077123/en>

### מהי בריונות ברשת?

התנהגות אגרסיבית מכוונת, הנעשית על ידי קבוצה או יחיד תוך שימוש באמצעים אלקטרוניים של קשר, באופן חוזר ולאורך זמן נגד קורבן שאינו יכול להתגונן בקלות, והיא דומה באופייה לבריונות חברתית עקיפה (הפצת שמועות, חרם וכו') לעומת בריונות פיזית ישירה הכרוכה בביטוי אלימות.

עד כמה נפוצה תופעת הבריונות ברשת? מצאתי לנכון להפנות את תשומת לבנו לסוגיה זו. אתייחס במשורה לבריונות ברשת משלוש נקודות מבט:

1. נתונים ופעולות של שפ"י.
  2. מדיניות בין משרדית – מערך מאו"ר.
  3. תפקידו של הפסיכולוג החינוכי.
- הנתונים שלהן לקוחים מסקר ניטור אלימות בתשע"ה. מדובר בדיווח תלמידים.

## משולחנה של

לבתי ספר שונים ואף לרשויות שונות. משמעות הדבר שההתערבות הפסיכולוגית, המתרחשת בשותפות עם בעלי תפקידים נוספים ובמיוחד היועץ החינוכי, מקבלת גם היא אופי רשתי. יש שיידרש גיבוש של מערך התערבות רחב מעבר לכתליו של בית הספר. מערך של גיבוש תוכנית התערבות הנוגעת לתוקף או תוקפים ולקורבן או קורבנות, שחוצה גדרות בית ספריים ולעתים אף מעבר לרשות מקומית אחת.

האתגר השני, הוא ההתייחסות לבריונות ברשת כתופעה חברתית-קהילתית. אין לראות בפגיעה זו סוגיה הנוגעת רק לילדים או בני נוער המעורבים בה. ההתערבות צריכה לרתום את כל הגורמים המקצועיים הרלוונטיים במערכת החינוך ומחוץ לה לשותפות, ולהתייחס להיבטים של מניעה, לא רק להתערבות בפגיעה. ברוח זו יש מקום לקשר עם גורמי בריאות בקהילה שפעמים רבות פוגשים ילדים המדווחים על העדרויות מבית ספר, ואם ישאלו את הילדים, הם עשויים לחשוף פגיעה מתמשכת.

האתגר השלישי, הוא האתגר הטיפולי. חשוב להתחקות דיאגנוסטית אחר הגורמים לפגיעה והאפשרות שבבסיסה נמצאת פסיכופתולוגיה (חרדה, דיכאון וכו'). בהתאם לכך תגובש תוכנית הטיפול, כששותפותם של ההורים בתוכנית מרכזית, כמו גם הדרכת הצוות החינוכי. שילוב המבט הדינמי והאקולוגי כמקובל בהתערבות הפסיכולוגית החינוכית הוא בעל ערך מוסף משמעותי גם באשר לבריונות ברשת.

לסיכום, מאחר שעסקנו כאן בפגיעה ברשת, יש לזכור שרשת האינטרנט ובכללה הרשת החברתית ויישומים נוספים, מהווים זירה בלתי נפרדת מחיי הילדים ובני הנוער בישראל ובעולם. במרחבי הרשת מתנסים הילדים ובני הנוער באפשרויות מרתקות ומגוונות ללמידה, לשיתוף מידע ולניהול ושימור קשרי חברות שאינם מוגבלים בזמן או במקום. יש אם כן, ברשת, סביבת חיים, ויש להתרכז בהיבטים של גלישה בטוחה, בצדם נדרשות התערבויות מתאימות בכל הנוגע לפגיעה.

בברכת אביב לכולם,

חנה

מנחים אלה את אלה. שפ"י פיתח את ערכת "גיבורי אל". הערכה מציעה לקוראיה רקע תאורטי ותוכניות התערבות המבוססים על שתי תפיסות חינוכיות: **גישת "תפקידי המשתתף"** (Kärnä, Voeten, Poskiparta, & Salmivalli, 2010), גישה מחקרית המתייחסת לדרך שבה תלמידים מעורבים במצבי בריונות, ומניחה כי מלבד פוגעים ונפגעים, גם לילדים ולנערים אחרים, כגון אלה העומדים מן הצד, תפקיד משמעותי בהתרחשות הבריונות. לפיכך ההתערבות החינוכית צריכה להתייחס לכלל תלמידי הכיתה ולדינמיקה החברתית המתרחשת בה.

"הגישה הסלוטוגנית" (Antonovsky, 1979) ו**גישת "הפסיכולוגיה החיובית"** (Seligman, 2005) היוצאות מתוך תפיסה שלכל פרט יש כוחות ויכולות אותם ניתן לפתח ולהעצים, ובכך לתרום לחוסנו ולרווחה הנפשית שלו.

התמודדות יעילה עם תופעת הבריונות דורשת תהליך עקבי של פיתוח יחסים בין אישיים בקבוצה, חיזוק כוחות הפרט, פיתוח ויסות רגשי ופיתוח אחריות וערבות הדדית, זאת בנוסף לטיפול עקבי במעורבים באירועים של בריונות. מצורף לינק לשפ"ינט בו ניתן למצוא מגוון של חומרים בנושא

[meyda.education.gov.il/files/shefi/giborei\\_al\\_new.pdf](http://meyda.education.gov.il/files/shefi/giborei_al_new.pdf)

**מאו"ר:** עתה למדיניות הבין משרדית. המשרד לביטחון פנים בשותפות עם משרדי ממשלה רלוונטיים ובכלל זה משרד החינוך פיתח את המערך למניעת בריונות ופשעה ברשת. בעתיד הקרוב יוקם אתר אינטרנט שינגיש מידע חיוני להורים וילדים, ויהווה ערוץ תקשורת עדכני וידידותי למשתמש. כמו כן, יתאפשר לילדים ולהוריהם, דיווח בזמן אמת על עבירות אלימות ברשת. קבלת פנייה על פגיעה תועבר לגורמים הרלוונטיים ברשויות ובמערכת החינוך לתכנון התערבות.

**תפקידי הפסיכולוג החינוכי:** אתייחס לשלושה אתגרים ייחודיים הניצבים בפני הפסיכולוג החינוכי מעבר לטיפול בבעיות התנהגות בהיבטים פרטניים ומערכתיים בשגרת עבודתו. האתגר הראשון קשור **למרחב ההתערבות הרשתי**. הפוגע או הפוגעים והנפגע עשויים להשתייך



# התעוררות לשינוי במהלך אשפוז

## במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אוטם לבבי והתערבות הפסיכולוג הרפואי

### אלעד נהלוני, נדיה שפרין ומור לביא

הכלייים האחראים על אספקת החמצן לשריר הלב. הסתימה בדרך כלל מתפתחת כתוצאה מטרשת עורקים, מחלה שגורמת להיצרות כלי הדם. במצב של סתימה מלאה, נפסקת אספקת החמצן לשריר הלב ומתרחש אוטם לבבי המכונה "התקף לב", אשר יכול להתחולל באופן פתאומי. אנשים שחוו התקף לב פעמים רבות מתארים את החוויה כמפגש עם המוות.

### בשיחות עם מטופלים שעברו זה עתה התקף לב, מובע פעמים רבות צורך בשינוי מהותי בחייהם

בשיחות עם מטופלים שעברו זה עתה התקף לב, מובע פעמים רבות צורך בשינוי מהותי בחייהם. השינוי יכול להיות בריאותי ("עלי להפסיק לעשן", "עלי לשנות את הרגלי האכילה שלי", "עלי לעסוק בפעילות גופנית", "עלי לקחת תרופות מעתה"), תעסוקתי ("עלי להחליף תפקיד", "עלי לפרוש מעבודתי"), משפחתי ("עלי להקדיש יותר זמן/תשומת לב לילדי", "עלי למצוא בן/בת זוג", "עלי להתגרש"), רוחני או דתי ("עלי לעשות תשובה/ להתחזק"), או פסיכולוגי ("עלי לטפל בחרדות שלי", "עלי ללמוד לשלוט בכעסים שלי").

הצורך בשינוי עולה בקנה אחד עם המסר המתווך על ידי הצוות הרפואי והמערכת הרפואית. בחודשים שלאחר התקף הלב כל מטופל זכאי לממש תוכנית שיקום לב, על חשבון קופת החולים. התוכנית מתקיימת במכון לשיקום

### התעוררות לשינוי בעקבות התקף לב

צ' אושפז בטיפול נמרץ לב בעקבות אוטם לבבי. האירוע החל בעת האימון הקבוע שלו במכון הכושר. הוא הרגיש כאבים עזים בחזה, שלוו בבחילה. צוות המכון הזמין אמבולנס שלקח אותו היישר ליחידת הצנתורים. זהו שני עורקים חסומים, ובשתי החסימות השתילו תומכנים. לאחר מכן אושפז צ' בטיפול נמרץ לב. בדיקת אקו הראתה ירידה בתפקוד החדר השמאלי, אך הרופאים שידרו מסר אופטימי שעם הזמן תפקוד הלב עשוי להשתפר. יומיים לאחר מכן צ' חווה דום לב פתאומי. הוא טופל באמצעות שוק ממכשיר דפברילטור ולבו חזר לקצב סדיר. בדיקת אקו נוספת הראתה שספיקת הלב שלו ירדה ל-28 אחוז (עד 60 אחוז הספיקה נחשבת תקינה. מתחת ל-35 אחוז מאבחנים אי ספיקת לב). האחות האחראית במחלקה זיהתה את המתח הרב שהיה שרוי בו וביקשה מהשירות הפסיכולוגי שייכנס אליו פסיכולוג להערכה. נכנסתי (א"נ) לשוחח איתו. במאמר זה נרצה להמשיג את חוויית המטופל המאושפז במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אירוע לבבי, באמצעות גישה אינטגרטיבית. נבקש לגזור מהמסגה זו קווים מנחים לעבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקה. בהמשך נביא את תיאור הטיפול בצ' ולבסוף נדגים כיצד ההמשגה שהצענו באה לידי ביטוי בתיאור המקרה. כדי להמשיג את חוויית המטופל ניעזר באינטגרציה של שלוש גישות תאורטיות: (1) הגישה האקזיסטנציאלית על פי יאלום; (2) גישת העיבוד הקוגניטיבי על פי ריסיק ודרבי; (3) הגישה הנרטיבית על פי ארתור פרנק. אוטם שריר הלב מתרחש כאשר נוצרת סתימה בעורקים

אלעד נהלוני הוא פסיכולוג במרכז הלב על שם לבייב, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, ובקליניקה הפרטית. [clinicallev.co.il](http://clinicallev.co.il), 054-5644050

נדיה שפרין היא סטודנטית לפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית תל אביב יפו. מור לביא היא פסיכולוגית שיקומית ורפואית בכירה במרכז הלב על שם לבייב, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר. \* הכותבים מבקשים להודות מכל הלב לפרופ' רבקה יעקובי שסייעה בכתיבת המאמר ופרסומו.



עניינים בעלי משמעות כגון קריירה, משפחה, דת, אהבה, או פעילות חברתית, ולחוות את עצמנו כבעלי כוח השפעה ויכולת בחירה. מטרת הטיפול בגישה האקזיסטנציאלית היא לסייע לאדם להכיל את רעיון המוות, כדי שיוכל לאפשר לעצמו להעניק משמעות אותנטית לבחירותיו, להרגיש חי, להרגיש ממומש עד כמה שניתן בתוך המגבלות של החיים. במובן זה, טוען יאלום, כי "מבחינה פיזית המוות מכלה את האדם אך רעיון המוות מציל אותו" (יאלום, 1980, עמ' 26).

#### זווית העיבוד הקוגניטיבי

אירוע לבבי הוא אירוע דרמטי שמפגיש את האדם עם עובדת היותו בן חלוף, מפגש המייצר אימה. מבחינה זו מדובר באירוע בעל איכות טראומטית. על פי הבנתם של ריסיק ודברי (2013), מפגש של אדם עם אימה שנוצרת כתגובה אינסטינקטיבית ובלתי נשלטת באירוע טראומטי, משפיע ומטלטל בחזקה אמונות בסיס המלוות את האדם ומתחזקות בתהליך למידה שמתרחש לאורך חייו. אירועים טראומטיים עלולים לערער אמונות יסוד אלה. למשל, נוכח התקף לב ואשפוז במחלקת טיפול נמרץ, קשה להחזיק באמונת הבסיס ש"גופי צפוי לי ואני יכול לבטוח בו". לחילופין, אצל מי שבמהלך חייו התפתחה והתבססה אמונה שלילית, למשל ש"גופי אינו צפוי לי ואני יכול לבטוח בו", התקף הלב עלול לחזק ולהקצין אותה.

לאחר אירוע טראומטי פועלים במערכת האמונות של האדם שני כוחות חזקים המייצרים דיסוננס קוגניטיבי. קיים הצורך לשמור על האמונה הישנה נוכח האירוע הטראומטי, ועם זאת, קיים צורך של האדם להסביר לעצמו את האירוע הטראומטי נוכח האמונה הישנה. בתהליך נורמלי, גם לאחר טלטלה חזקה, במהלך זמן

הלב והיא כוללת אימון גופני פרטני בעזרת פיזיולוג מומחה ומעקב של רופא, אחות, דיאטנית ופסיכולוג, במטרה לתמוך בהסתגלות להתנהגויות בריאות.

## המשגה תאורטית: שלוש זוויות מבט על חויית המטופל לאחר התקף לב

### הזווית האקזיסטנציאלית

ארווין יאלום (1980) גורס כי הקונפליקט הראשוני, שבעקבותיו נוצרים ומתפתחים מנגנוני הגנה נפשיים שיכולים להיות אדפטיביים יותר או פחות, נובע מחרדת המוות. כאשר אנו חיים את שגרת חיינו ומתרגלים לעסוק בענייני דיומא, רעיון המוות הופך בלתי נסבל ומאיים לבלום את מהלך חיינו, שאיפותינו, יעדינו והישגינו. לא רק את גופנו המוות מאיים לבלום, אלא שבעטיו סופנו להישכח. רוב החיים, בעזרת מנגנוני הגנה, אנו מתמודדים באופן מוצלח עם פחד המוות. בילדות בדרך כלל המוות מוכחש. עם ההתבגרות מבשילה הבנה מורכבת יותר של סופיות החיים ובדרך כלל נוצרים מפגשים עם המוות, שמקשים עלינו להכחישו. הדחקת המוות, למשל בעזרת חתירה אחר התקדמות והישג, נוטעת בנו תחושה של משמעות וזרימה מתמדת, ומאפשרת לנו להימנע ממפגש עם האיום, או להפחית את תדירותו ועוצמתו. הניסיון להימלט ממפגש בלתי נמנע עם חוויות המעוררות בנו זעזוע ותחושה שאנו חיים חיים "מבזבזים" וחסרי משמעות, יכול להתבטא גם בקושי לממש שאיפות ורצונות, קושי לקבל אחריות על בחירות, או בהתמכרויות ועיסוק בהתנהגויות כפייטיות. לכן, הרגעים שבהם האדם נפגש עם איום המוות הם גם הזדמנות של האדם להתעורר, לשאול את עצמו שאלות קיומיות וגם לבחור לשנות את חייו. במילותיו של יאלום: "ישנם מצבים שאינם ניתנים לתיקון, 'חוויות מידיות דחופות' מסוימות שמזעזעות את האדם, שמחלצות אותו מן המצב הראשוני היום יומי, ומעבירות אותו למצב של מודעות קיומית. מבין ה'חוויות המידיות' הללו (שיאספרס כינה אותן 'מצבי גבול'), המוות הוא אחד ויחיד: מוות הוא המצב המאפשר לנו לחיות את חייו באופן אותנטי" (יאלום, 1980, עמ' 27).

מכיוון שהתקף הלב מפגיש את האדם עם המוות, הוא עשוי להעביר את האדם למצב של מודעות קיומית, שבה לידי ביטוי בין היתר בהתעוררות לשינוי.

התקף הלב שובר כבאבחת סכין את מנגנוני ההגנה הרגילים, המאפשרים לנו בדרך כלל לארגן את חייו סביב



על עצמו, כאשר מטרתו לאפשר למטופל לארגן מחדש את הנרטיב באופן זורם ולכיד, הכולל בתוכו גם את המחלה. ארתור פרנק (Frank, 1995) מתאר שלושה סוגי נרטיב מחלה: "נרטיב הכאוס", "נרטיב השיבה" ו"נרטיב המסע".

1. "נרטיב הכאוס" מתאר קטיעה חדה בלכידות הזהות וסיפור החיים של האדם. נרטיב זה בא לידי ביטוי בהצפה רגשית, בלבול וחוסר אונים, והוא קשור באופן הדוק לקשיי הסתגלות למחלה. הטיפול בנרטיב הכאוס שואף לאחות את הקטיעה באופן המאפשר רציפות בסיפור החיים, הכולל ומשלב בתוכו גם את סיפור המחלה. המטרה אינה לשנות את משמעות המחלה כפי שהיא נחווית בהווה על ידי המטופל, אלא לאפשר למטופל לארגן אותה כאירוע נוסף בתוך רצף סיפור חייו, באופן שאינו משנה את הנרטיב העיקרי.

2. "נרטיב השיבה" מתאר סיפור שבו המחלה מסיטה את האדם ממסלול חייו, אבל כשיתגבר עליה ויבריא ממנה יוכל לשוב למקום שהיה בו ולהמשיך את מסלול חייו כפי שהיה בעבר. נרטיב זה מספר את סיפור המחלה כסיפור של גיוס משאבים, מאבק וניצחון. בשלבים ההתחלתיים של ההתמודדות עם המחלה, נרטיב זה מאפשר לאדם להתחבר לכוחותיו ולהתמודד. עם הזמן האדם עלול לחוש כי לא שב באופן מוחלט לבריאותו התקינה וכי חייו השתנו בעקבות המחלה. במצב כזה, הצורך להחזיק בנרטיב השיבה, עלול לייצר מפח נפש ותחושת כישלון.

## ניתן להבין את הצורך בשינוי שחש מטופל בעקבות התקף לב גם כתוצר של חוויה טראומטית, המערערת את אמונות הבסיס שלו על עצמו, על אחרים ועל העולם

3. "נרטיב המסע" מתאר את המחלה כמסע שנקודת הסיום שלו אינה ברורה. המסע מתקדם כל הזמן ובמהלכו האדם לומד, מתפתח ומגלה דברים חדשים כל העת. במהלך המסע האדם נדרש להתמודד עם משברים ומכשולים, אבל נוצרות גם הזדמנויות חדשות לצמיחה והתפתחות. נרטיב זה מאפשר לאדם להכיל את המחלה בתוך סיפור חייו ולשמור על רצף, למרות תחושות של אימה, חוסר אונים וחולשה.

בטיפול הנרטיבי, ההתעוררות לשינוי אצל אדם שחווה התקף לב מבטאת את ניסיונו לחזור ולחבר את סיפור

הנמשך כחודש, אדם מצליח ליישב את הדיסוננס, באופן שמאפשר לו להמשיך לחיות ללא מצוקה ניכרת. משום כך, מאבחנים תסמונת פוסט טראומטית על פי DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), לכל הפחות חודש לאחר האירוע. עיבוד זה מתאפשר בדרך כלל באופן טבעי כאשר האדם לומד להכיל את הרגשות העזים על ידי יישוב הדיסוננס, למשל: "גופי צפוי לי ואני יכול לבטוח בו בדרך כלל, במסגרת מגבלות מחלת הלב שלי". אצל חלק קטן מהאנשים שחוו אירוע טראומטי לא מתאפשר העיבוד ליישוב הדיסוננס הקוגניטיבי. כתוצאה מכך, רגשות שליליים כמו אימה, אשמה או השפלה ממשיכים להיחוו בעוצמה, יחד עם הצפה חוזרת של זיכרונות טראומטיים ועוררות יתר. הימנעות התנהגותית כתוצאה מהמפגש עם רגשות קשים אלה עלולה להחריף את עוצמת הרגשות ולעכב את תהליך העיבוד הקוגניטיבי.

## מכיוון שהתקף הלב מפגיש את האדם עם המוות, הוא עשוי להעביר את האדם למצב של מודעות קיומית, שבאה לידי ביטוי בין היתר בהתעוררות לשינוי

ניתן להבין את הצורך בשינוי שחש מטופל בעקבות התקף לב גם כתוצר של חוויה טראומטית, המערערת את אמונות הבסיס שלו על עצמו, על אחרים ועל העולם. הטיפול בגישה זו כולל הדרכה פסיכולוגית על ניהול התגובה הרגשית לטראומה וכן איתור נקודות היתקעות ואתגורן. "נקודות היתקעות" מתארות שינויים קיצוניים ולא אדפטיביים של אמונות בסיס בעקבות טראומה. בטיפול, המטופל לומד לאתגר נקודות היתקעות אלה ולהבנות מחדש את אמונות הבסיס שהוקצנו, אך באופן אדפטיבי למציאות חייו לאחר הטראומה. הטיפול מאפשר למטופל להשלים את תהליך העיבוד "התקוע" בעקבות הטראומה.

### הזווית הנרטיבית

על פי הגישה הנרטיבית, אדם בונה את סיפור חייו לכדי נרטיב המספק לו תחושה של לכידות, רצף ורווחה נפשית. אירועים טראומטיים, וכן מחלות מאיימות, יוצרות "הפרעה ביוגרפית" בסיפור החיים שאדם בנה לעצמו. בטיפול הנרטיבי המטפל מאזין למטופל כאל אדם המספר סיפור

מידע פסיכו-חינוכי על התמודדות עם חרדה, תגובות "הילחם או ברח", פלשבקים, סיטי לילה ועוררות יתר בעקבות האירוע. מידע זה עשוי להגדיל את יכולתו של המטופל לשאת חוויות אלה, לשתף בהן אחרים ולעבד אותן. יצירה של זיכרון חיובי ונעים בתוך המרחב הטראומטי, חיפוש המטפל אחר כוחות ומשאבים של המטופל להתמודדות ותיקופם בפניו, עשויים לעודד את המטופל לוותר על הגנת דיסוציאטיביות ולחזק את תהליך עיבוד הטראומה. בנוסף, התעניינות הפסיכולוג במשמעות הסובייקטיבית שנותן המטופל לאירוע הלבבי ולמפגש עם המערכת הרפואית, והזמנת המטופל להתבונן יחד במשמעות זו, בתוך אווירה מקבלת ובלתי שיפוטית, עשויה לאפשר למטופל לעבד את אמונותיו השליליות שהקצינו בעקבות הטראומה (לדוגמא "אני שביר ועלול להתפרק"), לבחון את תקפותן ביחס למציאות חייו ואולי אף להגמיש או לשנות אותן (לדוגמא "אני מרגיש מפורק כרגע מטבע הדברים, אבל מתאר לעצמי שעם הזמן אחלים, אשתקם ואולי אף אתפתח מכאן").

---

## **הטיפול הפסיכולוגי בסטינג הרפואי במחלקה אשפוזית ייחודי בכך שמטופל אינו בהכרח פונה לתמיכה ולא תמיד יודע שקיים שירות פסיכולוגי במחלקה. צוות המחלקה, הכולל רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות, מנתבים את הפסיכולוגים אל החולים**

---

ביטוי הצורך בשינוי מהותי על ידי המטופל יכול להיות ביטוי של חרדת המוות. התחושה של המוות המתקרב ובא מעוררת באדם את החרדה שהוא ייעלם ויישכח, ושלמעשה אין באמת דבר שיכול למנוע זאת. במובן זה, ניתן לראות בצורך של המטופל לדבר על שינוי ניסיון להשיב את מנגנוני ההדחקה שלו לפעולה. התערבות המפחיתה את החרדה, מאפשרת למטופל להרהר בשינוי מעמדה פחות הגנתית.

לעתים, עקב אילוצים מערכתיים שונים, מתקיימת רק פגישה אחת בין המטופל לפסיכולוג. גישתו של טלמון המובאת בספרו "תרפיה בפגישה אחת" (1993) מציעה אפשרות להתייחס גם לפגישה בודדת כטיפול

חייו שנקטע בעקבות ההתקף, וליצוק אותו לתוך נרטיב מסתגל.

## **מתאוריה לפרקטיקה: עבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקה**

שלוש הגישות שהוצגו מאפשרות לפסיכולוג הרפואי הבנה מקיפה של חוויית המטופל ושל המענה הטיפולי שניתן להעניק לו. הטיפול הפסיכולוגי בסטינג הרפואי במחלקה אשפוזית ייחודי בכך שמטופל אינו בהכרח פונה לתמיכה ולא תמיד יודע שקיים שירות פסיכולוגי במחלקה. צוות המחלקה, הכולל רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות, מנתבים את הפסיכולוגים אל החולים. האחות האחראית במחלקה מחזיקה בתמונת המצב של כלל המאושפזים והיא מקיימת דיון יומי עם הפסיכולוגים בדבר סדר העדיפות בהגשת התמיכה למטופלים השונים, במסגרת מגבלות הזמן ואילוצים נוספים. במפגש של המטופל עם הרופא הוא מקבל הסבר על המחלה ועל הטיפול הרפואי המוצע לו. השיחה בין המטופל לצוות הרפואי כוללת לקיחת היסטוריה רפואית, חקירת התסמינים הנוכחיים ובדיקה קלינית. במידה שהם מאתרים גורמי סיכון המצריכים התייחסות בחייו של המטופל, הרופאים לוקחים על עצמם להתרות על כך בפני המטופל ולכוון אותו לשנות אותם (לדוגמא, הפסקת עישון).

המפגש עם הפסיכולוג על פי רוב ארוך יותר מהמפגש עם הרופא, ומטבעו מכוון לייצר אווירה לא שיפוטית. במפגש זה אנו מבקשים להעניק למטופל מקום לשתף ברגשותיו ובתחושותיו, אלו שהתעוררו בעקבות האירוע ואלו שהתעוררו במפגש עם הצוות הרפואי. המטפל מאפשר למטופל לספר על המשמעות הסובייקטיבית שהוא מקנה לאירוע בתוך סיפורו האישי. בתוך חלון ההזדמנויות לשינוי שנפתח, המפגש עם הפסיכולוג עשוי להזמין את המטופל להרחיב הרהור זה מעבר לנושא הבריאותי. נוכחות פסיכולוג המייצרת אווירה לא שיפוטית, הקשבה אמפתית למטופל ומתן אפשרות להתבונן במחלה כאירוע נוסף בשרשרת אירועי חייו, תורמת גם לתיווך המידע הרפואי שמוסרים הרופאים והפנמתו. בנוסף, נוצרת לעתים הזדמנות לברית טיפולית, שעשויה לאפשר למטופל לממש את שאיפותיו לשינוי בהמשך. מבחינה זו, המפגש עם הפסיכולוג עשוי להפוך למנוע ממשי לצמיחה מתוך המשבר, לא רק במובן הבריאותי אלא גם במובנים נוספים, הנוסכים משמעות ותחושת ערך בחייו של המטופל.

כחלק מההתמודדות עם הטראומה הפסיכולוגי יכול לתת



דפיברילטור, שאמור לנטר ללא הפסקה את קצב לבו ולתת קיצוב חשמלי במקום הקוצב הטבעי של הגוף אם קצב הלב נמוך מדי, וגם לטפל מיידית באמצעות שוק חשמלי במקרה של דום לב. צ' ידע להסביר היטב את היתרונות והחסרונות של הטיפול המוצע. "ייתכן", הסביר לי, "כי עם הזמן ממילא יהיה שיפור בתפקוד הלב ולמעשה הקוצב יהיה מיותר. מאידך, ישנה אפשרות סבירה שלא יהיה שיפור מספק וכן ייתכן גם שתהייה הפרעות קצב מסוכנות ואז הקוצב יוכל להציל את חיי".

אולם מהן ההשלכות של השתלת קוצב על שגרת החיים? נושא זה היה לא ברור דיו ועורר בצ' דאגה רבה. למשל, צ' נוהג להתאמן בהרמת משקולות כמה פעמים בשבוע. צ' הביע חשש שמעתה יצטרך לוותר על מרכיב זה, שהיה חשוב לשגרת חייו ולזהותו הגברית. בדלפק האחיות במחלקה מצאתי חוברת הסבר על החיים עם קוצב לב. ישבנו לקרוא בה יחד. במקביל, על מנת להגדיל את הידע ובכך להגדיל את תחושת השליטה שלו, ביקשתי מרופא, מומחה לקוצבי לב ולאלקטרופיזיולוגיה, להיכנס לחדרו ולאפשר לצ' לשאול אותו שאלות. הרופא ענה על שאלותיו, ודאגותיו של צ' פחתו מעט כשהבין כי אין מניעה עקרונית לחזור להרים משקולות עם הקוצב. צ' הסכים להשתלה.



#### הפגישה השנייה: עיבוד הטראומה הפרטית והזוגית

הפגישה הבאה התקיימה יום למחרת, כשבת זוגו של צ' נכחה בחדר. הפעם שמעתי את הסיפור הטראומטי ממנה. מסתבר שדום הלב התרחש כשהיא וצ' שוחחו בטלפון. עבורה הייתה זו חוויה טראומטית שכן היא שמעה את בהלת הרופאים במכשיר שנשאר פתוח. דמעות זלגו מעיניה בשעה שתיארה מה עבר עליה וידה ליטפה את ידו

אפקטיבי. "משימה מרכזית של התרפיסט ב-SST [Single Session Therapy] היא לתרגם את הקושי של המטופל כך שיוכל לשמש אקורד צירי לשינוי" (טלמון, 1993, על גישתם של Rosenbaum, Hoyt & Talmon). כאשר הפסיכולוג מתרשם כי הצורך של המטופל לדון במרכיבים קונקרטיים של השינוי המקווה איננו משמש לו מיסוך לחרדת המוות כי אם מנוף לצמיחה מהטראומה, ניתן ורצוי לתקף את הרצון של המטופל בשינוי ואף להפנות את תשומת לבו לאפשרויות שונות לממשו בפועל ולקיומם של המשאבים הנמצאים ברשותו שיעזרו לו בכך (למשל: קבוצת תמיכה להפסקת עישון, פיתוח תחביבים, טיפול פסיכולוגי וכד').

## המפגש עם הפסיכולוג עשוי להפוך למנוע ממשי לצמיחה מתוך המשבר, לא רק במובן הבריאותי אלא גם במובנים נוספים, הנוסכים משמעות ותחושת ערך בחייו של המטופל

### המשך תיאור המקרה

הפגישה הראשונה: הכרעות לגבי המשך החיים בצל חרדת המוות

צ', בן כ-50, נראה צעיר מכפי גילו, גופו כבד משקל, שרירי ומעוטר קעקועים. בהוראת הרופאים אסור היה לו לרדת מהמיטה. מוניטורים מצפצפים הקרינו על מסך את קצב לבו, את מדד הסאטורציה ואת לחץ הדם. צ' גרוש, כיום מחזיק מערכת יחסים יציבה שבמסגרתה נולדו לו שני ילדיו. הזוגיות הנוכחית מתוארת כמשביעת רצון. צ' עובד בחברה גדולה בתחום הנחשב גברי, ובה הוא מנהל את המכירות בכמה מחוזות בארץ. הרושם הראשוני שקיבלתי מצ' היה של גבר קשוח, שלא יפתח בקלות לשיחה רגשית. להפתעתי צ' דווקא ביטא בפתיחות את רגשותיו. הוא סיפר על האימה שאחזה בו שוב אחרי שכבר ראה את המוות וחשב שהכול מאחוריו. ביני לבין עצמי השתאתי בדבר הפער בין הרושם הראשוני שנסכה בי הופעתו ובין הרגישות והפתיחות שהביע. דמותו נראתה לי מורכבת, ועוררה בי סקרנות וחיבה. הרופאים הציעו לצ' להשתיל בגופו קוצב לב עם

לשיקום הלב ותפקודו הלבבי השתפר מאוד. לאחר חודשיים ביקש צ' להקדים את חזרתו לעבודה, אך באוזני הביע חשש שמא החזרה לעבודה תחזיר אותו להרגליו הקודמים. קבענו עוד שני מפגשים גם לאחר חזרתו לעבודה. עם חזרתו נוכח "שאפילו שלושה אנשים לא הצליחו למלא את חסרונו". בפגישות אלה תוקפה יכולתו הגבוהה בעבודה, וכן יכולותיו לשלוט בכעסים ובלחץ, לא רק בחופשה אלא גם במהלך יום העבודה. הזמן ששהה בבית אפשר לו לטפח את מערכת היחסים עם זוגתו וילדיו וליהנות ממנה. עם זאת, מציאות הקוצב הפריעה ומדי פעם הביע חרטה על ההסכמה לקבלו. בשלב זה צ' סיים את הטיפול, כפי שתוכנן מראש.

## יצירה של זיכרון חיובי ונעים בתוך המרחב הטראומטי, חיפוש המטפל אחר כוחות ומשאבים של המטופל להתמודדות ותיקופם בפניו, עשויים לעודד את המטופל לוותר על הגנות דיסוציאטיביות ולחזק את תהליך עיבוד הטראומה

### דין

המעבר של צ' מחדר הכושר לאמבולנס ולאשפוז היה טראומטי ומטלטל. ברגע קצר הפך צ' בחווייתו ממרים משקולות, גברי ובעל כוח לחלש וחסר אונים. גופו המאומן שהסב לו כבוד, נוכחות ועוצמה גברית, איים כעת לכלותו. לא ניתן היה להכחיש או להדחיק עוד את האיום לאחר דום הלב והירידה המשמעותית בספיקת הלב. החשש של צ' מהשתלת קוצב דפיברילטור היא ביטוי של "כאוס". צ' חש מבולבל וחסר אונים, והתקשה לדמיין את חייו עם המכשיר. השיחה עם רופא הקוצבים והקריאה בחוברת על החיים עם קוצב דפיברילטור, אפשרו לצ' להמשיך לספר את סיפור חייו כגבר מרים משקולות, עם קוצב דפיברילטור. מעשה טיפולי זה אפשר לצ' להסכים מדעת להשתלת המכשיר. בכך גם ניתנה לו מידה של חירות לקבל הכרעה בדבר הטיפול המוצע לו, ובכך לחזור ולחוות את עצמו כאדם המכוון את חייו ובוחר את גורלו, נוכח איום המוות.

של צ'. נוכחותה של בת הזוג נסכה אווירה נעימה וניכר החום והחיבה ששררו ביניהם. לצ' היה חשוב להודות לזוגתו בנוכחותי, על היותה גורם מייצב ותומך בחייו. שיקפתי לזוג האוהב עד כמה הקשר שלהם הוא מקור לתקווה וכוח להתמודדות עבור שניהם. הפגישה אפשרה גם לבת הזוג עיבוד רגשי של חוויה טראומטית, ואולי אף חיבור של קונטציה חיובית לתמונה הטראומטית שזכרה, מעין הגדרה מחדש של מרחב האשפוז – ממרחב של סכנת מוות למרחב שמתקיימים בו גם אהבה וחיבור זוגי.

### הפגישה השלישית: התעוררות לשינוי מבססת ברית טיפולית ויוצרת הזדמנות לצמיחה

הפגישה הבאה שלנו נערכה לאחר השתלת הקוצב. צ' סיפר על דאגותיו ביחס לחזרה לשגרת חייו. העבודה, אמר, מעמיסה עליו לחץ גדול. לפני יותר מעשור פוטר במפתיע מחברה אחרת בגלל קיצוצים, למרות שהפגין נאמנות למעסיקיו והביא תועלת ורווח לחברה. בתקופה זו התמודד גם עם גירושים. במשך תקופה חווה חוסר ודאות לגבי עתידו הכלכלי והסתובב עם תחושת כישלון ואכזבה, שהגדילו עוד את בדידותו. כשמצא סוף סוף עבודה חדשה, הבטיח לעצמו שיעשה הכול כדי למנוע "כישלון" נוסף. חדר מוטיבציה להוכיח עצמו מצא עצמו מייצג את הלקוחות אל מול חלק ממנהליו, והתגייס להתעמת מולם לא פעם, מה שהעלה אצלו באופן יומי כעסים ומתחים. מצב הרוח שלו היה זעוף רוב הזמן והכעס הופנה כלפי ילדיו הזאטוטים. צ' חש הכרח לשנות את הלך רוחו על מנת לשמור על בריאותו. קבענו להמשיך ולהיפגש.

### מינוף המפגש במחלקה לטיפול קצר מועד וממוקד בשינוי

דמותו הגברית מאוד, הצורך לרצות והתוקפנות שעלתה מדיווחיו, העלו אפשרות של ערך עצמי נמוך, ועלתה תהייה לגבי התפתחותו הרגשית בילדותו. עם זאת, נראתה חשיבות ראשונית לעבודה ממוקדת וקצרה, מאחר שצ' הקצה לעצמו שלושה חודשים לטיפול בעצמו, זמן חופשת המחלה שנקבעה לו. החלטתי שצ' יתאים לטיפול קוגניטיבי התנהגותי. בטיפול צ' למד לזהות טריגרים מעוררי כעס, למד לזהות מחשבות אוטומטיות והטיות חשיבה, ובעיקר למד לייצר מרווח בין הכעס שמתחולל בו לבין ההתנהגות שהוא בוחר להפעיל כתוצאה מכך. במקביל לתהליך זה צ' הקפיד על האימון הגופני במכון





מרכיבים אפשריים בארגון סיפורו לנרטיב המסע. תהליך שיקום הלב שעבר לאחר האירוע הכיל מרכיבים פיזיים ונפשיים. מחקרים מראים כי מטופלים המקבלים בנוסף לאימון הפיזי במכון לשיקום הלב גם התערבות לניהול מתחים וכעסים, מפחיתים את כמות האירועים הקליניים ונהנים מבריאות פיזית ונפשית טובה יותר בשנים שלאחר מכן (Blumenthal et al., 2016).

## סיכום והמלצות

במאמר זה הצענו מסגרת אינטגרטיבית לעבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקת טיפול נמרץ לב. עבודת הפסיכולוג תורמת לרווחת המטופל המאושפז במחלקה, להתמודדותו עם המחלה ולתהליך הסתגלותו אליה. ראייתו ההוליסטית של הפסיכולוג מהווה נדבך חשוב בעבודת הצוות הרב מקצועי הקיים במחלקה ועשויה לאפשר למטופל לצמוח מהמספר. במחלקת טיפול נמרץ לב בבית החולים שיבא מתקיים בימים אלה מחקר, בשיתוף אוניברסיטת בר-אילן, העוקב אחר התפתחות תגובה פוסט טראומטית לאחר התקף לב בקרב מאושפזי המחלקה ובני זוגם במהלך חצי שנה. חלקם זכו להתערבות פסיכולוג וחלקם לא. מחקרים בעתיד יוכלו להתמקד גם בתרומת התערבות פסיכולוגית לצמיחה של המטופלים ולהתפתחות המשמעות שהם נותנים להתקף הלב בתוך סיפור חייהם.

המפגש עם זוגתו אפשר גם לה עיבוד של החוויה הטראומטית, דבר שחזק את הקשר הטיפולי עם צ' ותרתם להחלטתו להפוך את המפגש עם הפסיכולוג למנוף לשינוי. במחקרם של דקל ואחרים (Dekel et al., 2013) נמצא כי בשלב האקוטי שלאחר אירוע לבבי יש קשר חיובי בין שביעות הרצון מהזוגיות לבין רמות הדיכאון של שני בני הזוג. שביעות רצון מהזוגיות וביסוס ההבנה ההדדית לגבי השפעת המצב על כל אחד מהם, תרמה לחיזוק מערכת התמיכה של צ', החיונית כל כך להסתגלותו לחיים עם המחלה גם בהמשך. קיימת סבירות גבוהה שהמפגש הטיפולי במחלקה הוא שאפשר טיפול פסיכולוגי, וללא התקיים צ' כלל לא היה פונה לטיפול.

התעוררות זו של צ' לשינוי התעצמה מאוד נוכח המפגש עם המוות. החשש שחיי הולכים ומתקצרים עורר בו שאלה משמעותית, האם במאמצים לרצות אחרים הוא מזניח בסופו של דבר את עצמו. במובן זה, הקצבה מראש של משך הטיפול כבר הביאה לידי ביטוי את הצורך בעצמאות ונפרדות. חוויות אלה עם ההקשבה האמפתית לסיפור התמודדותו עם משבריו הקודמים בזוגיות ובקריירה, תרמו ליציאה מנרטיב הכאוס, וליכולתו להבנות לעצמו נרטיב מחלה אחר. מציאות הדפירילטור, והצורך בתרופות ובמעקב רפואי, הקשו עליו להבנות נרטיב של ניצחון על המחלה. צמיחתו מתוך האירוע, שכוללת חיזוק הערך העצמי, פיתוח יכולת שליטה בכעסים וטיפוח מערכות היחסים עם זוגתו וילדיו היו

## מקורות

1. טלמון, מ' (1993). תרפיה בפגישה אחת. תל אביב: מוטיב הוצאה לאור.
2. יאלום, א' (1980). פסיכותרפיה אקזיסטנציאלית. ירושלים: כינרת, זמורה ביתן, דביר, מאגנס.
3. ריסיק, פ' ודרבי, ד' (2013). אופקים חדשים – טיפול בתסמונת פוסט טראומטית Cognitive Processing Therapy באמצעות עיבוד קוגניטיבי. תל אביב: מרכז קוגניטיקה.
4. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.
5. Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Smith, P.J., Watkins, L., Mabe, S., Kraus, W. E., Ingle, K., Miller, P. & Hinderliter, A. (2016). Enhancing cardiac rehabilitation with stress management training: a randomized clinical efficacy trial. *Circulation*, 133:1341-1350.
6. Dekel, R., Vilchinsky, N., Liberman, G., Leibowitz, Khaskia, A., & Mosseri, M. (2013). Marital satisfaction and depression among couples following men's acute coronary syndrome: Testing dyadic dynamics in a longitudinal design. *British Journal of Health Psychology*, 19, 347-362.
7. Frank, A.W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.

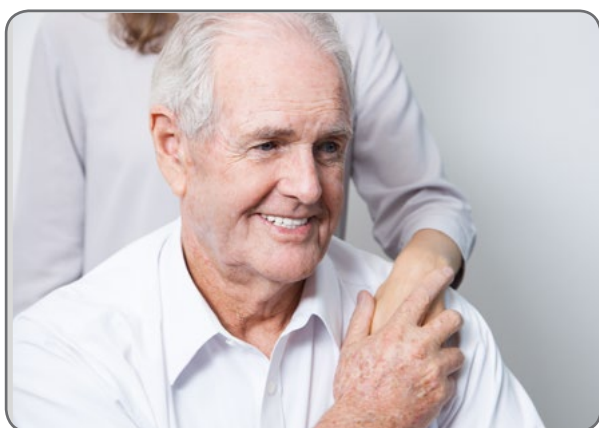
# שמירת כבוד האדם במסגרות שיקומיות ורפואיות: תפקיד הפסיכולוגים כסוכני שינוי

נעה וילצ'ינסקי ומיכל שטורם

"... לי מאוד מאוד חשוב... בכל טיפול שאני הולכת אליו... שיהיה לי איזה שהוא דיאלוג עם הבנאדם שנמצא מולי ושכאילו, אני ארגיש שהוא מסתכל עליי, שאני לא עוד, אה, אני לא יודעת מה, עוד אחת שנכנסת אליו, וכאילו, טוב, מה הבעיה שלך. הרבה פעמים אני נכנסת לטיפול רפואי והרופא פשוט מסתכל עלי בתור בעיה לא בתור בן אדם שכאילו יושב מולו, וזה... וזה הכי חשוב לי, זה הדבר הראשון שנורא נורא חשוב לי, שכן אדם שאני משתפת אותו בדברים כאילו פרטיים שלי שהוא יהיה בן אדם קודם כל. ושהוא באמת יתייחס אליי בצורה שהיא נעימה ו... וישדר אכפתיות, כאילו... וינסה לעזור לי, ולא כאילו, יסתכל עלי בתור איזה סטטיסטיקה או משהו כזה..."

(מתוך תמלול ראיון של נבדקת במחקר הנוכחי)

במסגרת רפואית. תנאים של מחסור בידע, בתקציב, בכוח אדם, במרחב פיזי ועוד מגבירים את תלותם ומגבולותם של חולים, והצורך בהקצאת משאבים מוביל לא פעם לאפליה של קבוצות חלשות ולהשפלתן (Jacobson, 2009). ואמנם, המחקרים שנערכו בנושא בעולם המערבי, על חולים במחלות שונות ובמסגרות רפואיות ושיקומיות מגוונות, מצביעים על כך שמטופלים רבים מדווחים על פגיעה משמעותית בכבודם במפגש הרפואי (Baillie, 2009; Enes, 2009; Lohne et al., 2010; Slettebo et al., 2009).



קצרה היריעה מלתאר את תרומתה של הרפואה המודרנית לאנושות. עם זאת, חדשים לבקרים מועלית הטענה בדבר הפגיעה באנושיותם של מטופלים במסגרת רפואית (Dehumanization) (Aranda & Jones, 2010). הרקע לטענה זו קשור בתהליכים כגון השימוש הגובר במכשור וציוד טכנולוגי, וכן סרבול בירוקרטי וחוסר יחס אישי בעת מתן טיפול רפואי (Parson & Hooker, 2010). בבתי חולים נחשפים מטופלים רבים לאובדן כבוד לאור המתחים הקיימים, ובעיקר האסימטריה הבין אישית, כאשר לצד אחד באינטראקציה מידה רבה יותר של ידע, כוח וסמכות, בעוד שהצד האחר מצוי בעמדה של חולשה ונחיתות (Jacobson, 2009). בנוסף, אנשי הרפואה מתמקדים לרוב בגוף החולה ובטיפול בסימפטומים הגופניים שהוא מציג, ופחות מונעים מתוך האוריינטציה המכוונת לראיית החולה כמכלול. סביר להניח כי במציאות טיפולית כזו, השמירה על כבוד האדם מצויה בסכנה מתמדת. הנחה זו משתלבת עם טענתה של Jacobson (2009) כי היעדר התאמה בין כמות המשאבים במערכת לצרכים הקיימים בה הוא גורם מרכזי בתהליכים חברתיים שונים שתוצאתם חילול כבוד האדם

ד"ר נעה וילצ'ינסקי היא פסיכולוגית שיקומית מומחית, ראש המעבדה למחקר פסיכו-קרדיולוגי ומרצה במגמה לפסיכולוגיה שיקומית, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

מיכל שטורם היא אחת מוסמכת וכיום פסיכולוגית שיקומית מתמחה. המאמר הנוכחי מבוסס בחלקו על עבודת התזה שלה אשר הוגשה באוניברסיטת בר-אילן.

מאמר זה הוא מאמר מקוצר. המאמר המלא התפרסם בכתב העת "חברה ורווחה", לו(3), 477-502.



השפה העברית ביחס לשפות האנגלו-סקסיות הכוללות הבחנה בין אספקטים שונים של המושג: Dignity, Honor, Respect+ Glory (קמיר, 2004).

## תנאים של מחסור בידע, בתקציב, בכוח אדם, במרחב פיזי ועוד מגבירים את תלותם ומוגבלותם של חולים, והצורך בהקצאת משאבים מוביל לא פעם לאפליה של קבוצות חלשות ולהשפלתן

מכל הנאמר לעיל עולה בבירור הצורך בבחינה מעמיקה של הממדים השונים של כבוד האדם במפגש הטיפולי-רפואי במערכת הבריאות בישראל. היעדר מודל תאורטי של המושג כבוד מתחום הפסיכולוגיה הוביל אותנו "לשאול" מודל של כבוד מתחום עולם המשפט שהוצג על ידי המשפטנית ד"ר אורית קמיר (2004), בכדי שיהווה את המסגרת התאורטית המנחה את חשיבתנו בנושא. מודל זה מאפשר הבחנה בין המושג "כבוד מחיה" (Respect) לבין המושג "כבוד סגולי" (Dignity), הבחנה בעלת פוטנציאל משמעותי להבנת חוויית המטופל. בעוד "כבוד סגולי" מוגדר כרף תחתון ומינימלי להתנהגות בין אישית, המשמרת את זכויותיו הבסיסיות ביותר של הפרט, הרי ש"כבוד מחיה" מוגדר כהתייחסות בין אישית המקדמת את תכונותיו הייחודיות של הפרט ומכוונת למיצי הפוטנציאלים הטמונים בו, מעבר לשימור זכויותיו הבסיסיות ביותר.

ההבחנה בין מושגי הכבוד השונים במודל של קמיר (2004) מייצרת מסגרת תאורטית ייחודית לשפה העברית המתאימה במיוחד לניתוח חוויית הכרוכות בחילול או בשמירה על כבוד באינטראקציה רפואית. מודל זה היווה מסגרת תאורטית עבור המחקר האיכותני והכמותי אשר יוצג להלן.

### תוצאות המחקר

על מנת לבחון האם ניתן לזהות את אותם סוגי הכבוד המתוארים במודל הכבוד של קמיר (2004) גם בתיאוריהם של מטופלים בהקשר רפואי, ערכנו מחקר שבו ראינו 107 משתתפים מהאוכלוסייה הכללית אשר חוו הליך רפואי

גם בישראל מערכת הבריאות חושפת את צרכניה ונותני השירותים שבה כאחד למציאות של דחק ומתחים (בן נון, ברלוביץ' ושני, 2010). על אף שמצב בריאות האוכלוסייה בישראל דומה לזה המצוי במדינות מפותחות, המערכת הרפואית מתקשה לאזן את הצרכים הקיימים עם המשאבים המועטים הנגישים לה. כך למשל מתואר מחסור חמור בכוח אדם לאור מגמת ירידה בשיעור הרופאים, ושיעור נמוך במידה חריגה של מספר אחיות לנפש. ריבוי גורמי דחק מערכתיים באים לידי ביטוי גם בכך ששיעור מיטות האשפוז הכלליות בישראל הוא מהנמוכים ביותר מבין המדינות הנסקרות, בעוד שיעור התפוסה מהגבוהים ביותר במדינות המתועשות (בן נון ואחרים, 2010). מציאות קשה זו מתבטאת פעמים רבות בהתייחסות הנתפסת על ידי החולה כפוגעת בכבודו כאדם. בעולם הרפואי והשיקומי, ההירארכי ורווי המתחים והפערים, הפסיכולוגים והפסיכולוגיות, האמונים על האמפתיה, המכוונים לעולם הרגשי והמחונכים לראיית האדם כולו על מגוון איכויותיו, הם אלו היכולים להוות סוכן שינוי המעצים את חוויית כבוד המטופל.

## אנשי הרפואה מתמקדים לרוב בגוף החולה ובטיפול בסימפטומים הגופניים שהוא מציג, ופחות מונעים מתוך האוריינטציה המכוונת לראיית החולה כמכלול

### מהו כבוד?

למה מתכוונים המטופלים בבקשתם לחוות חוויה מכבדת בעת הטיפול בהם? כדי לשפר את חוויית האדם במסגרת הרפואית נחוצה ראשית כול הבנה מעמיקה באשר לכוונה ולמשמעות שמטופלים מייחסים למושג פגיעה בכבוד ושמירה על כבוד בעת קבלת טיפול. הבעיה המחקרית הבסיסית היא השימוש הרווח במושג "כבוד" בהקשרים בין אישיים שונים, ללא הגדרה מעמיקה או ממצה שלו (מיקולינסר ונחמיאס-חיימוביץ, 2001). הבעיה מחמירה בפרט בישראל, לאור הדלות הסמנטית המאפיינת את

אי מניעת סבל מיותר; היעדר הסכמה מדעת; והעברת האחריות הטיפולית אל המטופל.

## בעולם הרפואי והשיקומי, ההירארכי ורווי המתחים והפערים, הפסיכולוגים והפסיכולוגיות, האמונים על האמפתיה, המכוונים לעולם הרגשי והמחונכים לראיית האדם כולו על מגוון איכויותיו, הם אלו היכולים להוות סוכן שינוי המעצים את חוויית כבוד המטופל

הדוגמא שלהלן מבטאת חוויה קשה של פגיעה בכבוד הסגולי (התמה היא חפצון או החפצה של המטופל) בין כותלי בית חולים:

*"הכניסו לי עירוי ישר כשהגעתי. לאחר מכן הגיעה אחות והלבישה אותי בכותנת. היא הייתה מאוד ברוטלית - לא היה אכפת לה מהעירוי ואם כואב לי, הצורה שבה היא מלבישה אותי, לא היה אכפת לה מהפרטיות שלי, היא פשוט באה והפשיטה אותי בבוטות והייתי צריכה לבקש ממנה לסגור את הווילון. היא השתמשה בי כחפץ, התנהגות מאוד לא יפה בלשון המעטה".*

בשלב השני של המחקר התבצע ניתוח כמותי של הממצאים. המטרה המרכזית של החלק הכמותי הייתה לבחון את קיומו של קשר בין סוג החוויה המדווחת על ידי המשתתפים במחקר (האם הם מתארים חוויה שהיא אירוע שבו שימרו את כבודם או אירוע שבו חיללו את כבודם) לבין משתניהם הדמוגרפיים וסוג הכבוד המתואר בראיונות עמם (האם הם מתארים חוויה שבה סוג הכבוד הוא מסוג "כבוד מחיה" או מסוג "כבוד סגולי" לפי המודל של קמיר).

הניתוח הסטטיסטי (מודל לוגיסטי הסתברותי בשילוב עם מודל ניתוח מולטינומי) העלה ממצאים מעניינים שחלק קטן מהם יוצג להלן. נמצא כי יותר מששתתפים דיווחו על חוויה לא מכבדת (55.9%) לעומת חוויה מכבדת (44.1%). עוד נמצא כי נשים מתארות חוויה של חוסר כבוד בשיעור של מעל פי שבעה לעומת גברים

כלשהו (ביקורת, מעקב, ניתוח, טיפול תרופתי, התייעצות עם מומחים ועוד). המראיינים היו 33 סטודנטים וסטודנטיות לתואר ראשון במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן אשר השתתפו בקורס בחירה שנתי בשם "ערכים מנחים בטיפול ובשיקום", בהנחיית הכותבת הראשונה. סך הכול בוצע ניתוח איכותני ל-186 נרטיבים של חוויות שתיארו מרואיינים מסיטואציות שבהן קיבלו טיפול רפואי כלשהו. 87 מהנרטיבים תיארו חוויות מכבדות ו-92 תיארו חוויות לא מכבדות. 7 נרטיבים תיארו בה בעת חוויה שהיא גם מכבדת וגם לא מכבדת.

בין התמות המרכזיות שעלו בהקשר של "שמירה על כבוד מחיה" בהקשר הרפואי היו דאגה ואכפתיות אותנטיים של המטפל, יצירת אווירה נוחה ופתוחה, יחס חיובי לא הכרחי, אינטראקציה טיפולית ממוקדת מטופל, טכניקה טיפולית מכבדת והתייחסות להיבטים נפשיים ותרבותיים במהלך הטיפול. תמות שסווגו תחת הקטגוריה של "שמירה על כבוד סגולי" כללו בין השאר: זיהוי צרכיו הגופניים של המטופל ומתן מענה עליהם; ביטחון המטופל במסוגלות ובמיומנות של המטפל; מאמץ להימנע מגרימת כאב בטיפול רפואי; מתן טיפול מהיר מציל חיים ועוד.

תיאור המשתתף שלהלן מבהיר את מהות ה"שמירה על כבוד סגולי" (שוין לתמה: מתן טיפול מהיר מציל חיים):

*"... וכשהרופא התחיל לבדוק, די זלזלתי, בגלל שזה רופא שנוהג לבדוק מאד מאד בקפדנות, אבל הוא פתאום אמר לי - אוקיי, תמתין פה, אני מזמין לך אמבולנס ולוקח אותך לבית החולים. כמובן שאני לא רציתי וחשבתי שזהו... שייתן לי משהו נגד הכאבים... והוא אמר תשמע אתה לא זז מפה, אני אישית לוקח אותך לאמבולנס. ובאמת כך היה. הגעתי לבית חולים, אחרי שעה מצאתי את עצמי בחדר ניתוחים, אפנדיציט. אחרי הניתוח באו ואמרו לי, תשמע... היית קרוב ל... וכו' וכו' וכו'".*

לעומת זאת, תמות שסווגו תחת הקטגוריה של "חילול כבוד מחיה" בהקשר הרפואי כללו לדוגמא: יחס מילולי משפיל; ניכור בעת מתן טיפול; סרבול טכני ובירוקרטי; פער ביחס הניתן במסגרת פרטית לעומת הציבורית; ו"פטרנויות של המטפל". תמות "חילול כבוד סגולי" כללו בין היתר: חפצון או החפצה (אובייקטיביזציה או ראיפיקציה) של המטופל; אי מענה על צרכים גופניים המתעוררים במהלך טיפול או



פירוק ההגדרה הרחבה לכבוד בהקשר רפואי, מתבסס על סוגי הכבוד כפי שנוסחו על ידי קמיר. הסוג הראשון, "כבוד סגולי", מתכתב עם החלק הראשון של ההגדרה ומשמעותו מתן טיפול המתבסס על ידע ומומחיות רפואית, מתוך מטרה לענות תמיד על צרכיו הגופניים של המטופל, לשמור על חייו ותפקודו הגופני והנפשי. הזכויות הנגזרות מהכבוד הסגולי הן בסיסיות כגון הזכות לחיים, לבריאות, לתזונה, לשליטה בגוף ועוד. שימור זכויות מינימליות אלו הוא הבסיס לאנושיות המחייבת הימנעות מוחלטת מחפצון מטופלים. למעשה, סוג כבוד זה קובע רף תחתון להתנהגות המטופל, הווה אומר, חריגה ממנו היא כל מה שאסור שיקרה במפגש טיפולי.

סוג הכבוד השני, "כבוד מחיה", מהדהד את חלקה השני של ההגדרה ומשמעותו מתן טיפול רפואי תוך התייחסות לאופיו של המטופל, צרכיו הרגשיים ותגובתו למצב. אספקט זה כולל בתוכו היבטים ייחודיים ושונים בחיי מטופלים המשתייכים לקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות. במודל של קמיר המושג כולל את תכונותיו וצרכיו הייחודיים של כל אדם הן כפרט והן כחבר בקבוצה והם אינם מינימליים ובסיסיים אלא אופטימליים ורחבים. בהתאם לכך, בהקשר הרפואי, הדגש הוא על התנהגות שהיא מעבר למינימום הנדרש לשימור חיי האדם ותפקודו הגופני. רצוי מאוד שהתנהגות זו תהיה חלק בלתי נפרד מהטיפול הניתן.

לסיכום, המחקר הנוכחי הראה כי מעבר לרמת ההמשגה התאורטית, כבוד סגולי וכבוד מחיה מתבטאים בחוויות אנושיות ניתנות לזיהוי, מובחנות זו מזו ורלוונטיות ביותר למטופלים, ברמה הפסיכולוגית הקונקרטי. אם משמעותו של הכבוד הסגולי מובנת מאלוה, שכן ברור לכול כי אסור לעולם לפגוע בגופו של מטופל, הרי שהתרומה החשובה במחקר הנוכחי היא דווקא בהעלאת המודעות למושג של כבוד מחיה.

## תפקידם של הפסיכולוגים כמעצמי כבוד המטופל

האתגר המרכזי הניצב לפתחנו כעת הוא לגזור מסקנות אופרטיביות מתוצאות המחקר, כאלו שיוכלו להוות הנחיות קונקרטיביות לאנשי הטיפול בשטח. במילים אחרות: כיצד משמרים כבוד מחיה? מהן ההתנהגויות הנדרשות על

( $EXP(B)=7.768$ ,  $p=0.010$ ). בנוסף, נמצא כי ככל שעולה הממד הסוציאקונומי של המרואיין, כך יורדת ההסתברות לחוות חוסר כבוד מצד המטפלים ( $EXP(B)=0.58$ ,  $p=0.052$ ). במילים אחרות, עלייה ביחידה סוציאקונומית אחת מורידה את ההסתברות לחוויה של חוסר כבוד פי 1.74, או ב-42.5 אחוזים. לסיים, אם תוארה חוויה מחללת כבוד, הסיכוי שהיא תסווג תחת "כבוד מחיה" נמוך פי 7.35 לעומת ההסתברות לסיווג ככבוד סגולי. במילים אחרות, כאשר מדובר בחוויה מחללת כבוד, רוב הסיכויים (84%) שמדובר בחילול כבודו הסגולי של האדם ולא חילול כבוד המחיה שלו.

**הזכויות הנגזרות מהכבוד הסגולי הן  
בסיסיות כגון הזכות לחיים, לבריאות,  
לתזונה, לשליטה בגוף ועוד. שימור  
זכויות מינימליות אלו הוא הבסיס  
לאנושיות המחייבת הימנעות מוחלטת  
מחפצון מטופלים. למעשה, סוג  
כבוד זה קובע רף תחתון להתנהגות  
המטופל, הווה אומר, חריגה ממנו היא  
כל מה שאסור שיקרה במפגש טיפולי**

## דיון בתוצאות המחקר

נוכחנו לדעת כי כבוד הוא מושג בעל חשיבות רבה במסגרת של קבלת טיפול רפואי, שכן העלאתו במהלך ריאיון עוררה באופן עקבי תגובות רגשיות וקוגניטיביות בעלות עוצמה רבה. כמו כן נמצא באופן ברור כי המושג כבוד אינו מונוליתי אלא רב ערכי ורב ממדי. בעקבות הניתוח התמטי התאפשר פירוק של ההגדרה האבסטרקטית "כבוד האדם במסגרת רפואית" לשני חלקים מובחנים זה מזה:

1. מתן טיפול רפואי תוך שמירה קפדנית על סטנדרטים של מקצועיות וראיית המטופל כבן-אנוש ולא כחפץ.
2. התנהלות תוך התייחסות לאישיותו ולצרכיו הייחודיים של החולה, וראיית המטופל כאדם ייחודי, בעל צרכים רגשיים ולא רק פיזיים-רפואיים.

מגיע המטופל, הקפדה על שיתופו בכל החלטה הכרוכה בו, הקפדה על פרטיותו, הגנה על תחושת האוטונומיה שלו, כל אלו ועוד תורמים לכך שהמטופל יחוש כבעל ערך, כאדם, ולא כפיסת בשר. מדובר בהתנהגויות צנועות, אפילו טריוויאליות, אך דווקא בהן יש את הפוטנציאל לרומם את כבודו של המטופל גם ברגעיו הנמוכים, הקשים והמתסכלים ביותר. התנהגויות שכאלו מצד המטפלים והדגשתן משיבות את תחושת הערך של המטופל, מטפחות את תחושת שליטתו בחייו, מפחיתות את תחושת החפצון האופיינית להקשר הרפואי, ומרוממות את הווייתו האנושית. מכאן שבכוח לגרום להיפוך תהליך הדה-הומניזציה, שאותו מטופלים רבים כל כך מרבים לתאר כחוויה הגרועה ביותר שחוו במסגרת הרפואית.

אך מעבר להתייחסות האינדיבידואלית, הפסיכולוגים העובדים במרכזים רפואיים ושיקומיים חייבים להשרות עולם ערכים זה גם מחוץ לחדר הטיפולים. מעצם היותם מתנהגים באופן מכוון-כבוד הם יכולים להוות דמות חינוכית ואף מודל לחיקוי בתוך הצוות הרב מקצועי. התנהגויות כגון הימנעות מחשיפת פרטים "מעניינים" על מטופלים בישיבות הצוות גם במחיר אובדנים חברתיים מסוימים, הקפדה על דלת חדר ישיבות סגורה כאשר דנים במטופל, סירוב לצחקק על חשבון מטופלים ובני משפחותיהם, גם לצורך הפגת מתח ויצירת קשרים עם אנשי צוות אחרים. התנהגויות פשוטות אך משמעותיות אלו יכולות להתבסס ובסופו של יום לאפיין את התייחסות הצוות כולו. חשוב לציין כי התנהלות טיפולית משמרת כבוד היא בעלת תרומה גם כלפי הצוות המטפל עצמו, שכן היא מעודדת תרבות ארגונית מכבדת. כשם שאין להרים קול על מטופל או לזלזל בו, כך גם אסור להשפיל או לבזות את העובדים המצויים בתחתית ההיררכיה הרפואית. כך שלהפנמה ערכית זו העצמה דו כיוונית של המטפל והמטופל כאחד.

לסיכום, שמירת כבוד המטופל אמורה לזהור כמגדלור בפסגת עולם הערכים הפסיכולוגי, ולהאיר את דרכנו אל המטופל וממנו. הרפאים נשבעים: "ראשית כול אל תזיקו", עוד מימי היפוקרטס, אבי הרפואה. לנו הפסיכולוגים אין שבועה ייחודית המעלה על נס את החשוב מכול. "שמירת כבוד המטופל" ראויה להתקבע ככזו.

מנת למנוע את חילול כבודו הסגולי של המטופל? אין ספק שחינוך והגברת המודעות של הרפאים והאחיות והכשרה נכונה של פרחי רפואה וסיעוד הנה הצעד הראשון בדרכן להגברת כבוד המטופל.

---

## התנהלות טיפולית משמרת כבוד היא בעלת תרומה גם כלפי הצוות המטפל עצמו, שכן היא מעודדת תרבות ארגונית מכבדת. כשם שאין להרים קול על מטופל או לזלזל בו, כך גם אסור להשפיל או לבזות את העובדים המצויים בתחתית ההיררכיה הרפואית

---

אך מה יכולים הפסיכולוגים לעשות בינתיים?

ובכן, לא מעט. ראשית, יש לזכור כי פסיכולוגים המטפלים בחולים במערכות השיקומיות והרפואיות אינם צריכים לעבור אינדוקטרינציה מחודשת על מנת להפוך רגישים לכבוד המטופל. הכשרתם מבוססת על רגישות למצבו הנפשי של האדם שאותו הם פוגשים בהקשר המאיים כל כך של משבר רפואי. תוכנית הלימודים שלהם כוללת העמקה בנושאים של אמפתיה, הקשבה טיפולית, רגישות בין אישית, מודעות לחוויה ההעברתית, סובלנות לשוני הערכי והתרבותי של כל מטופל באשר הוא וכיוצא באלה תמות טיפוליות המתקנזות רובן ככולן לליבה שהיא שמירה על כבוד המטופל.

מבחינה מעשית, בראש ובראשונה, על הפסיכולוגים הפועלים בהקשרים הרפואיים והשיקומיים להקפיד הקפדה יתרה על כבוד המטופל. ברור מאליו שאסור לפגוע בכבודו הסגולי, דהיינו, לגרום לו סבל או למנוע ממנו טיפול נדרש. אך יש לתת את הדעת גם לממד המופשט יותר של כבוד, מה שכונה במחקר הנוכחי כבוד מוחי, המחייב התייחסות הוליסטית ומעצימה כלפי מטופלים. לא המינימום שחובה לשמר אלא המקסימום שניתן לתת. התייחסות סובלנית, הפגנת הערכה לעולם התרבותי, הערכי וחברתי שממנו

## מקורות

1. בן נון, ג', ברלוביץ', י', ושני, מ' (2010). השוואות בינלאומיות. מערכת הבריאות בישראל (פרק 21, עמודים 520-535). הוצאת עם עובד, תל אביב.
2. מיקולינסר, מ' ונחמייאס-חיימוביץ', א' (2001). חווית כבוד בקשרים זוגיים: הגדרה ומיפוי מרכיבים. הרצאה ביום העיון המדעי הרביעי לזכרו של פרופ' ויקטור פלוריאן ז"ל: "הילכו שניים יחדיו". המחלקה לפסיכולוגיה ומרכז פלג ביליג לחקר איכות חיי המשפחה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.
3. קמיר, א' (2004). שאלה של כבוד: ישראליות וכבוד האדם. הוצאת כרמל.
4. Aranda, K. & Jones, A. (2010). Dignity in Health care: A critical exploration using feminism and theories of recognitions. *Nursing Inquiry*, 17, 248-256.
5. Baillie, L. (2009). Patient dignity in acute hospital setting: A case Study. *International journal of Nursing Studies*, 46, 23-37.
6. Enes, S. (2003). An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17, 263-269.
7. Jacobson, N. (2009). Dignity violation in health care. *Qualitative Health Research*, 19, 1536-1547.
8. Lohne, V., Asgaard, T., Caspari, S., Slettebo, A. & Naden, D. (2010). The lonely battle for dignity: Individuals struggling with Multiple Sclerosis. *Nursing Ethics*, 17(3), 301-311.
9. Parson, A. & Hooker, C. (2010). Dignity and narrative medicine. *Bioethical Inquiry*, 7, 345-351.
10. Slettebo, A., Caspari, S., Lohne, V., Asgaard, T. & Naden, D. (2009). Dignity in life of people with head injuries. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2426- 2433.

# מאבחן.

כאיש מקצועי, לאנשים מקצועיים




מהיום תוכל להשקיע יותר זמן עם המטופלים,  
אנחנו כבר נעזור לך עם המבחנים.

**PTech** מערכת מאובטחת לאבחון וציינון אינטרנטי

צרו קשר עוד היום לפרטים.

**PTech**   
מערכת אבחונים אינטרנטית  
מבית סייקטק

[www.psychtech.co.il](http://www.psychtech.co.il)   
02-6435360

סייקטק   
**PsychTech**  
כלי אבחון, טיפול והכשרה למקצועות בריאות הנפש

# לידה שקטה – חוויה מושתקת

## מקום השתיקה בחוויית האובדן והשכול לאחר לידה שקטה

מירב זילברשטיין

### מבוא

מכך, על רקע העדר נהלים אחידים המנחים לתעד לידות שקטות כמקרי מוות, נראה כי שכיחות המקרים רבה אף יותר (Lawn et al., 2016).

לידה שקטה מוגדרת כלידה של עובר ללא רוח חיים, במשקל של 500 גרם ויותר או בשבוע ה-22 להריון ומעלה (World Health Organization, 2004). שכיחות הלידות השקטות בעולם עומד על 2-6 מיליון תינוקות ברחבי העולם, ובישראל נכון לשנת 2013, שכיחות המקרים של לידות שקטות מוערכת בשיעור של כ-1,010 מקרים ולא תועדה ירידה בשיעורי הלידות השקטות ביחס לשנים קודמות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ללא תאריך). גורמי הסיכון הבולטים שנמצאו במחקרים מסווגים לגורמים הקשורים לאם כגון גיל (מעל גיל 35, או גילאי העשרה), עישון, BMI ומחלות כרוניות, כגון סכרת, מחלות קרדיווסקולאריות ועוד. גורמים הקשורים להריון כגון סיבוכי שליה או חבל הטבור, סכרת הריון, רעלת הריון, זיהום תוך רחמי והריון ממושך. גורמים מצביים כגון לידה שקטה קודמת, דחק, שכול במהלך ההריון, השכלה, מצב סוציאקונומי וסטטוס זוגי (Phillips & Millum, 2015). איתור מוקדם ומתן מענה הולם למצבים אלו, עשוי לסייע במניעת מקרים של מות העובר או סיבוכי הריון המובילים לצורך בהפסקת הריון. עם זאת, בהעדר מודעות ציבורית והכרה פרופסיונלית של גורמי הסיכון, פעמים רבות הטיפול נעשה מאוחר מדי.

**הסיכון גבוה יותר לסיבוכים פסיכולוגיים כאשר משך הזמן בין מות העובר ללידה עצמה עולה על 25 שעות. אף על פי כן, עולה כי לעתים ההמתנה ללידה הטבעית עלולה להגיע לכמה ימים עד שבועות, שבהם הנשים נושאות את גופת העובר בבטן**

ההסבר הניתן בספרות המקצועית לשכיחות הגבוהה והיציבה לאורך שנים של הלידות השקטות, קשורה בין היתר ל"קשר השתיקה". "קשר השתיקה" מושפע ומשפיע על העמדה הציבורית-חברתית-פרופסיונלית-פוליטית ועל תהליך ההתמודדות של ההורים והמשפחה. בולטת במיוחד המודעות הציבורית והפרופסיונלית הנמוכה בהתייחס לתהליך ההתמודדות הנפשי הקשה של הורים לאחר לידה שקטה (Gravensteen et al., 2013; Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013). ממצאי מחקרים בתחום העידו על השפעתם המשמעותית של גורמים רבים על תהליך האבל, כגון מידת ההיקשרות בין ההורים לעובר, יחס הצוות הרפואי, קבלת ההחלטות בנוגע להליך הלידה, תהליך הפרידה מהתינוק (שיכול לכלול מפגש עם התינוק המת, שמירת מזכרות וקבורה), מקורות תמיכה וההקשר התרבותי-חברתי-פרופסיונלי (Bleyen, 2012; Elmir, Schmied, Wilkes).

הדעה המקצועית הרווחת בקשר ללידות שקטות היא שאי אפשר למנוע אותן. נראה כי עמדה זו נשמרת על אף ממצאים אמפיריים מבוססים המעידים כי רק בכ-7.4% מהמקרים אכן ניתן לנבא את סיבוכי ההריון ומות העובר (Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013). במהלך העשורים האחרונים לא נמצאה התערבות יעילה למניעה או סיוע בעל יעילות מובהקת בהתמודדות הנפשית (Murphy & Thomas, 2013; Phillips & Millum, 2015; Slade, Cohen, Sadler & Miller., 2009). יתרה

מירב זילברשטיין היא בעלת תואר שני בפסיכולוגיה רפואית מיקוד ילדים – המכללה האקדמית תל אביב יפו, ופסיכולוגית חינוכית מתמחה בשפ"ח נס-ציונה. Meirav.zilb@gmail.com

ברצוני להודות לפרופסור רבקה יעקובי, על הליווי והתמיכה אשר אפשרה את כתיבתו של מאמר זה.





בנוגע ללידות עתידיות (יאלום, 2009; Bleyen, 2012). המודעות הציבורית הנמוכה בנוגע ללידות שקטות תורמת במידת מה לחוסר המוכנות של ההורים בקבלת הבשורה על מות העובר. תחושות ההלם והעמימות המלווים את תהליך הלידה השקטה מגבירים את המשמעות השלילית הקשורות לאירוע (Lawn et al., 2016). חוסר הוודאות והבלבול המלווה את כל שלבי תהליך הלידה השקטה פעמים רבות מוביל לקושי רב יותר בקבלת ההחלטות הרבות והמשמעותיות בתהליך. בשל כך, לרוב יסתמכו ההורים על עצת הרופאים ללא הבנה מלאה של משמעות הדבר (Cacciatore, 2013).

### יחס הצוות הרפואי

מתקבל הרושם שהעמדה של הצוות הרפואי מתמקדת לרוב בהשפעות הגופניות לאחר תהליך הלידה עם התייחסות לבריאותה ולביטחונה הנוכחי של האישה, גם עבור ההריונות הבאים. נראה כי ניתנת פחות תשומת לב להשלכות הנפשיות והרגשיות הקשורות להליך זה (Lawn et al., 2016). כך לדוגמה, במחקרם של Gravensteen et al. (2013) מדווחים החוקרים כי הסיכון גבוה יותר לסיבוכים פסיכולוגיים כאשר משך הזמן בין מות העובר ללידה עצמה עולה על 25 שעות. אף על פי כן, עולה כי לעתים ההמתנה ללידה הטבעית עלולה להגיע לכמה ימים עד שבועות, שבהם הנשים נושאות את גופת העובר בבטן.

דוגמא נוספת להעדפה הרפואית לבריאות הגופנית על פני זו הנפשית מודגמת גם במצבים בהם עולה הצורך בהפסקת ההריון. הצוות הרפואי מחויב לעשות כל שביכולתו להציל את חיי העובר בלידות לאחר שבוע 24, כמוגדר על פי החוק הישראלי כ"שבוע החיות". עם זאת, כאשר קיים סיכון לחיי האישה, או כאשר מתגלים מומים ובעיות בהתפתחות העובר, הרופאים לרוב מעודדים נחרצות לבצע תהליך הפסקת הריון. פעמים רבות, ההסבר בנוגע להליכים ולהשלכות של הפסקת הריון אינו ניתן באופן מעמיק, ומכיוון שהחלטות רבות צריכות להתקבל מיידית, הורים רבים אינם עוברים תהליך הכנה פסיכולוגי הולם (Murphy & Thomas, 2013). ניכר כי ההשפעה של חוסר ההכנה על גורמים רגשיים ופסיכולוגיים הוא רב, ובא לידי ביטוי בכך שנשים רבות תיארו את תחושתן על החלטות שהתקבלו תחת לחץ ועל פי מידע חסר כתחושת שבר, חרטה ואשמה (Bleyen, 2012). מחקרים העידו על אחוזים גבוהים במיוחד של תסמינים פוסט

& Jackson., 2010; Koopmans, Wilson, Cacciatore & Flenady, 2013; Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013; Olza-Fernández et al., 2014). מחקרים רבים מצאו שכיחות גבוהה של סיבוכים בריאותיים ונפשיים בקרב נשים לאחר לידה שקטה, כגון שכיחות גבוהה יותר של תסמיני פוסט טראומה, חרדה, דיכאון ותחושות שכול אשר נמשכו גם לאחר 5 עד 18 שנים, וזאת לעומת תהליך אבל "נורמלי" הנמשך כשנה (Koopmans et al., 2009; Slade et al., 2013). באפריל 2016 חל תיקון "חוק הלידות השקטות" בישראל. תיקון זה עדכן את הנהלים בנוגע לזכאות לחופשה ומענק דמי לידה לאחר לידת ולד מת משבוע 22 להריון (לעומת שבוע 26 כפי שהיה עד אז). עודכנו גם הנהלים בנוגע להתנהלות הצוות הרפואי והקבורה. שינויים אלה מבטאים את יישום ההבנות התאורטיות והקליניות המצטברות לכדי מציאות, אולם הלכה למעשה נראה כי השינויים נותרו ברמה הפורמלית בלבד ואינם קורמים עור וגידים כך שעדיין ניכר חוסר משמעותי בתוכניות סיוע, עלוני מידע, קבוצות תמיכה ומודעות ציבורית לנושא. מאמר זה נועד לבחון את התמות המרכזיות בנוגע לסיבות והגורמים העומדים בבסיס קשר השתיקה העוצמתי והמתמשך סביב הלידה השקטה כתופעה עולמית. אסקור גם את השפעת "השקט הרועם" בכל הקשור לתהליך ההתמודדות של ההורים והמשפחה לאחר אובדן טראומתי זה.



### לידה שקטה

אירוע הלידה השקטה הוא אירוע טראומטי המועצם בשל המעבר החד והקיצוני מתחושות תקווה וציפייה לתחושות הלם, שכול ואבל על מותו הבלתי צפוי של העובר לו מייחלים (Gravensteen et al., 2013). האבל על התינוק המת הוא בחלקו גם אבל על ציפיות, תקוות ומשאלות שהתנפצו, המועצם לעתים על ידי חש

פסיכולוגיים שנמצאו בקרב ההורים ובני המשפחה לאחר לידה שקטה (Üstündağ-Budak et al., 2015). על כן, עולה צורך מהותי לפיכך בביסוס נהלים אחידים ובפיתוח תוכניות הכשרה ותמיכה לצוות הרפואי, במטרה למנוע שחיקה והצפה רגשית של אנשי הצוות אל מול אירועים טראומטיים של מות עובר ולידה שקטה. כך יוכלו לתת את התמיכה ההולמת להורים בתהליך לידה שקטה (Flenady et al., 2014).

## המפגש

אחד הגורמים המרכזיים שנבחנו בהקשר של ההתמודדות עם לידת מות הוא שאלת המפגש בין ההורים והיילוד. בשנות השבעים רווחה הדעה כי מניעת המפגש מבטלת את הסיבה לאבל בשל העדר הקשר (Gravensteen et al., 2013; Koopmans., 2013). מחקרים נוספים חיזקו הנחה זו ובשנת 2007 התבססו הקווים המנחים של NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), אשר קבעו לא לעודד את המפגש בין ההורים והתינוק (Üstündağ-Budak et al., 2015). אולם מחקרים עדכניים ביססו את הטענה כי תהליך ההיקשרות והחיבור בין אם-תינוק, מתחיל כבר בתקופת ההריון וקשור למשתנים ביולוגיים, אנטומיים וחברתיים, כגון תזונת העובר ברחם וכמות הביקורים באולטראסאונד, אשר קשורים ומקדמים את תהליך ההיקשרות (Elmir et al., 2010; Slade et al., 2009). מות העובר עלול אפוא להיחווה כניפוץ טראומטי של התהליך, ונמצא כי ראיית התינוק ונוכחות גופו מסייעת לשינוי תפיסתי של התינוק מאובייקט לסובייקט ממשי, ובכך הופכת את האובדן לאמיתי (Murphy & Thomas, 2013; Üstündağ-Budak et al., 2015). לעומת זאת, הסתרת התינוק עלולה להקשות על הפיכת התינוק מאובייקט לסובייקט ולקדם תחושת "פאנטום" של אובדן חלק ממשי מהגוף וה"עצמי" (גזית, 2008). בשנת 2010 עודכנו שוב הנהלים והודגשה חשיבות רצונם של ההורים בקביעת הקשר בינם לבין היילוד (סרטל-רביב, 2016). כינון אנושיותו של העובר מהווה שלב מקדים הכרחי לעיבוד האובדן והאבל ומקדם את היכולת לביצוע אינטגרציה של האירוע בתוך סיפור החיים (גזית, 2008; Slade et al., 2009). יש לציין כי נושא המפגש שנוי במחלוקת גם כיום ותוצאות המחקרים אינן אחידות ואף סותרות (Koopmans et al., 2013). לטענתם של Gravensteen et al. (2013), יחס הצוות נמצא משמעותי בהשפעתו על רצון ההורים לקיים מפגש עם היילוד, ואף על האופן הסובייקטיבי בו יחוו את ראיית היילוד.

טראומטיים במהלך השבועות הראשונים לאחר הפסקת הריון וסיכון גבוה להפרעות פסיכיאטריות כ-14 חודשים לאחר מכן (Cacciatore, 2013).

## מדיווחי הנשים עולה כי פעמים רבות הצוות הרפואי כלל לא עדכן באופן מפורש על מות התינוק, וחילופי הדברים מעל ראשן, המבטים והבעות הפנים בין אנשי הצוות, הם הם אשר העידו על בעיה

הידע והמידע שאמורים להיות נגישים להורים בולט בהעדרו החל משלב מתן הבשורה הקשה ועד לפרידה וההתמודדות המורכבת ביום שאחרי. מדיווחי הנשים עולה כי פעמים רבות הצוות הרפואי כלל לא עדכן באופן מפורש על מות התינוק, וחילופי הדברים מעל ראשן, המבטים והבעות הפנים בין אנשי הצוות, הם הם אשר העידו על בעיה (בשור, 2002; Koopmans et al., 2013). במקרים רבים, יחס הצוות תואר כעוין או מתעלם, הן כלפי האם, הן כלפי צורכי האב. נשים תיארו התנהלות מאשימה, מבטלת, חסרת רגישות וחמלה מצד הצוות הרפואי. נמצא כי יחס מבטל ומבזה מצד הצוות הרפואי, מוביל להשלכות שליליות יותר כתוצאה מאובדן העובר, ולסיבוכים בריאותיים ונפשיים קשים יותר (Elmir et al., 2010). ניכר חוסר בקווים מנחים של המערכת הרפואית בנוגע לטיפול בהורים, לפני, במהלך ואחרי אירוע של מות העובר והליך הלידה (Üstündağ-Budak, Larkin, Harris & Blissett., 2015). נשים תיארו כיצד ילדו בשקט לצד בכי של תינוקות חיים, אחרות תיארו לידה בחדר אשפוז, ואחדות תיארו כיצד נאלצו לעבור בפעם הראשונה בחייהן את תהליך הלידה כולו ללא אף איש צוות נוכח. לעומתן, נשים אחדות תיארו את היחס העוטף והתומך שזכו לו מצד אנשי הצוות, את האיזון הדק שהעניקו אנשי הצוות בין תחושת התמיכה והסיוע ובין המרחק שאפשר לבני הזוג להתייחד עם כאבם. היחס הקשוב, האמפתי, הרגיש והמספק לא הפך את החוויה לחיובית, אך הורים אלו תיארו כיצד הוא סייע בעדם הן בהתמודדות לפני, הן בהליך עצמו והן לאחריו. ואכן, מחקרים מעידים כי יחס אמפתי מצד הצוות, תמיכה, מידע ותיווך הולמים, מהווים גורמים משמעותיים להפחתה בשכיחות סיבוכים



מזכרות כגון צילום התינוק, טביעת רגל או יד ופריטים נוספים. טקס הלוויה, מצבה וטקסי אבלות מסורתיים נמצאו כגורמים המסייעים להדגשת מציאות התינוק, האובדן ותחושת ההורות האמביוולנטית לילד ללא קיום ממשי (Koopmans et al., 2013).

## מחקרים מעידים כי יחס אמפתי מצד הצוות, תמיכה, מידע ותיווך הולמים, מהווים גורמים משמעותיים להפחתה בשכיחות סיבוכים פסיכולוגיים שנמצאו בקרב ההורים ובני המשפחה לאחר לידה שקטה

### קבורה

הקבורה בישראל הוסדרה רק בשנים האחרונות, לאחר מאבקים רבים. באוגוסט 2014 פורסם נוהל של משרד הבריאות והמשרד לשירותי דת שמסדיר את נושא הקבורה ואת התנהלות בתי החולים. נוהל זה קובע הנחיות ברורות ואחידות בנוגע לאופן שבו יש לטפל ב"עוברים המתים"<sup>1</sup>. על פי הנהלים החדשים, על ההורים לבחור מבין שלוש אפשרויות הקבורה: (1) קבורה ללא מעורבות ההורים; (2) קבורה עם מעורבות חלקית, המאפשרת פרידה בבית החולים; (3) מעורבות מלאה של ההורים, כולל תיאום סידורי הקבורה עם חברה קדישא. נראה כי למרות השינויים בחוק והנהלים המחייבים, ישנם בתי חולים שאינם מציגים לפני ההורים את הטופס ואת האפשרויות הזמינות להם, ובמקרים אחרים מחתימים את ההורים על אופן המשך הטיפול במהלך הלידה עצמה. לא כל חברה קדישא מחויבת לערוך קבורת נפלים. לעתים יש בהן שמסרבות לנוכחות ההורים בזמן הקבורה ומחייבות את ההורים לתאם מראש את העלייה לקבר. יש לציין כי עד השנים האחרונות נקברו הוולדות בקברי אחים, ללא רישום מסודר או ציון המקום. הנהלים החדשים מחייבים כעת קבורה נפרדת, מופרדת ומובחנת של התינוקות בחלקה, עם רישום מדויק של מקום הקבר.

כלומר, כאשר ההכנה מתבצעת בצורה לא תואמת לצרכים, המפגש עלול להיחווה עבור ההורים כטראומטי ולהעצים את הרגשות השליליים והסיבוכים הפסיכולוגיים העתידיים (Gravensteen et al., 2013). לעומת זאת, כאשר נעשה תיווך מותאם וכאשר רמת התמיכה של הצוות הרפואי נתפסה כגבוהה, המפגש מאפשר את הפרידה מהוולד המת, ובמקביל מאפשר עבור ההורים והמשפחה להישאר מחוברים לזיכרון התינוק, ובכך מסייע בתהליך האבל ומפחית משמעותית את המצוקה הרגשית (Elmir et al., 2010; Bleyen, 2012).

בנוסף לתגובה האמפתית, עולה החשיבות גם במתן הכוונה, ידע ומידע כתנאי הכרחי לקידום המעורבות הפעילה של ההורים בתהליך קבלת ההחלטות, אשר מסייע להתמודדות טובה יותר בתהליך האבל והשכול (Elmir et al., 2010). עולה כי כדי לעבד את תהליך האבל ואת תחושת השכול, על האבלים: (1) להכיר במציאות האובדן; (2) לאפשר לעצמם לחוות את הכאב; (3) להסתגל לסביבה ולמציאות בהעדר המת; מבחינה חיזונית בתפקוד היומיומי, מבחינה פנימית באופן בו המוות פוגע במושג העצמי, בתחושת הערך והמסוגלות, ומהבחינה הרוחנית של מושג העולם וערך החיים; (4) לפתח קשר מתמשך עם המת, במקום הימנעות והכחשת הרגשות (Murphy & Thomas, 2013). ארבעה שלבים אלו של האבל נועדו למציאת מקום עבור המת, באופן שיאפשר להורים להמשיך לחיות. נראה כי השתיקה וההשתקה במקרה של לידה שקטה מקשים על כל אחד ואחד משלבי תהליך פתרון האבל.

### שמירת הזיכרון

זיכרון התינוק וטקסי זיכרון נוספים נמצאו כמסייעים לקידום תחושת הלגיטימציה של ההורים לכאוב ולהתאבל. נמצא קשר חיובי בין יצירת זיכרונות ואיסוף פרטי זיכרון ובין תחושת ה-Well-Being של ההורים לטווח הארוך (Murphy & Thomas, 2013). לעומת זאת, החרטות הכואבות ביותר שתיארו ההורים היו בעיקר בנוגע לשמירת המזכרות ולהחלטות שהתקבלו על נתיחה וקבורה. חוסר בזיכרונות ניבא תגובת הכחשה וסיבוכים בתהליך האבל, גם כאשר ההורים לא היו מעוניינים במזכרות מיד לאחר האירוע (Koopmans et al., 2013). בקווים מנחים שפורסמו ב-2014, הומלץ לקיים טקסי זיכרון כגון מתן שם, והודגשה החשיבות באיסוף

<sup>1</sup> משרד הבריאות - חוזר מנהל הרפואה - חוזר מספר 2014/24

## תרבות ותהליכי אבלות

תהליך האבל נקבע על פי נורמות חברתיות ותרבותיות שמבססות את ההתנהגות והציפיות, הן של האבל הן של הסביבה. תהליכים אלה מעניקים מסגרת התנהגותית מובנית המקלה על תהליך האבל ועיבודו (Murphy & Thomas, 2013). נראה כי מסגרת התנהגותית זו מקבלת משנה תוקף במקרה של אובדן הריון ולידה שקטה (גזית, 2008). על פי ההלכה היהודית, תינוק נחשב ל"בר קיימא" רק לאחר 30 יום. על כן, במקרה של מות עובר (או "תינוק רך") לא מתקיימת הלוויה פומבית, אין טקסי טהרה ואין את מצוות מנהגי האבלות המקובלים. העדר מנהגי האבלות המקובלים מוביל פעמים רבות ל"היבלעות" באבל הלא מוכר והלא מוגדר בקרב ההורים השכולים (גזית, 2008). ביטול מנהג השבעה למעשה מבטל גם את החיוב החברתי לתמיכה, לביקורי הניחומים ולהבעת האמפיתיה, ומחזק את המסר: "לשכוח!" (וילנאי, 2013). ביטול מנהגי האבלות עלול לקדם את מסר הביטול החברתי של האובדן ולהעצים את מסר הציפיה החברתית מההורים לחזור למעגל החיים באופן כמעט מיידי (Murphy & Thomas, 2013).

ההדרה באה לידי ביטוי גם בכלי המחקר ובמדדי הבריאות. המדד DALY (Disability-adjusted life year), למשל, הוא אחד מכלי המחקר שנועדו להעריך את הבריאות של האוכלוסייה ואת נטל המחלות והמוות עליה. אולם מדד זה אינו מביא בחשבון את הלידות השקטות, ומקרים אלה לא נספרים ולא מסווגים כסוגיה בריאותית-רפואית (Phillips & Millum, 2015). החשיבות הרבה של סוגיה זו היא בין השאר בשל חלוקת המשאבים למחקר, לטיפול ולפיתוח תוכניות התערבות על פי תוצאות ערכי המדד. ייתכן שיש בכך גם להסביר את העדר המחקר והטיפול בלידות שקטות. נראה כי אירוע של מות עובר ולידה שקטה "נופל" בין קטגוריות רפואיות-תרבותיות-חברתיות. הוא אינו מחלה או פציעה, לא חיים שיש להציל ולא מוות שיש להתאבל עליו. פער זה עשוי לקדם את משבר הזהות של ההורים לאחר האובדן ולהעצים את הצורך שלהם בחיפוש המשמעות במרחב שבין הביולוגי-הדחפי הנפשי לבין הציפוי החברתי-תרבותי (פרוני, 2009).

בתרבויות רבות מקרה של מות עובר נחשב לטאבו, ונראה כי היחס החברתי מקדם גם הוא את "קשר השתיקה". בחברה הישראלית, היחס ללידות שקטות אינו נתפס כטרגדיה, כי אם "מקרה של חוסר מזל". יוצא מכך

שלעיתים ציון האובדן וההתאבלות עלול להיתפס על ידי החברה כביטוי לא נאות (גזית, 2008). הקושי החברתי-סביבתי בהכלת משמעות האירוע מוביל, פעמים רבות, לתגובה מתחמקת מצד הסביבה והתעלמות מהכרה גלויה במערכת היחסים של ההורים עם התינוק (Bleyen, 2012). התגובה החברתית לרוב מקדמת את מסר השתיקה ואת המסר "להתקדם" ו"לשכוח". מילות הנחמה עבור ההורים השכולים כוללות בין היתר משפטים כגון: "מזל שזה קרה לפני שנקשרתם", "מהר תעשו עוד אחד", או "מה את רוצה, יש לך עוד ילדים, הכל בסדר" (בשור, 2002). הספרות המחקרית מעידה על קשר שלילי מובהק בין מידת התמיכה הנתפסת של ההורים ובין רמות המצוקה, החרדה, הדיכאון והקושי בפתרון תהליך האבל אשר מוביל לשכול מורכב ולסיבוכים פסיכולוגיים, בריאותיים, תעסוקתיים ומשפחתיים (Flenady et al., 2014). הסטיגמה החברתית עלולה אפוא לתרום לבידוד החברתי ולתחושת האשמה, ונראה כי היא מפחיתה את רמת התמיכה (Flenady et al., 2014; Murphy & Thomas, 2013).

## זוגיות ומשפחה

תחושת הבדידות לעתים מועצמת אף יותר בשל קשיי התקשורת העולים גם בין בני הזוג והמשפחה. פעמים רבות גברים חשים חוסר לגיטימציה בביטוי רגשות האבל והכאב, בשל תפיסת התפקיד המגדרי של הגבר הנדרש להדחיק את רגשותיו ולהיות חזק עבור האישה (בשור, 2002). יוצא מכך, שהרגשות רבי העוצמה שחווים בני הזוג לאחר לידה קשה, החששות, הדאגות ועוד רגשות נשאים פעמים רבות לא מדוברים. קשיי התקשורת עלולים להוביל לחוסר הבנה ולחוסר קבלה של תהליך האבל האחד של השני. העדר תקשורת עלול להוביל לתחושת חוסר בסיפוק הצרכים ולפער בתפיסת השותפות בחוויה. פער זה עלול לגרום לתחושת ריחוק ובדידות, עד כדי גירושין (כ-40% מהזוגות מתגרשים לאחר לידה שקטה) (Murphy & Meaney et al., 2016; Koopmans et al., 2013). במחקרם של Koopmans et al. (2013) מצאו החוקרים כי תקשורת פתוחה ומשתפת בין בני הזוג מאפשרת את הקבלה של סגנונות האבל השונים ומקדמת תנועה של קרבה וחיזוק הקשר בין בני הזוג, המהווה גורם חוסן משמעותי בתהליך ההתמודדות עם האובדן (Koopmans et al., 2013; Meaney et al., 2016). קשיי התקשורת וקשר השתיקה עולים גם באינטראקציה

## זיכרון התינוק וטקסי זיכרון נוספים נמצאו כמסייעים לקידום תחושת הלגיטימציה של ההורים לכאוב ולתאבל. נמצא קשר חיובי בין יצירת זיכרונות ואיסוף פרטי זיכרון ובין תחושת ה-Well-Being של ההורים לטווח הארוך

הקושי הפיזי והנפשי בהתמודדות ובתחזוק הקשר הורה-ילד עם הילדים הנותרים משפיע לעתים גם על התנהגות ההורים (Murphy & Thomas, 2013). אבות תיארו כיצד הם משקיעים עצמם בעבודה על מנת להסיט את מחשבות הגעגוע והשבר, ועל כן נעדרים פיזית. לעומת זאת, מנגנון התמודדות של אמהות פעמים רבות מאופיין בהבלטת התנהגותן ה"אמהית", במקביל לתחושת האשמה על חוסר הפניות הנפשית לילדיהן (Cacciato, 2013). נראה כי דפוס זה של קרבה ומרחק עלול להשפיע על דפוסי ההיקשרות והחוסן הנפשי של הילדים, ואכן, מחקרים העידו על שיעור גבוה של סיבוכים נפשיים בקרב הילדים לאחר אירוע של לידה שקטה במשפחה, גם אצל ילדים שנולדו לאחר הלידה השקטה (Murphy & Thomas, 2013).

### סיכום

מות עובר בשבועות הסמוכים ללידה הוא אירוע הקורא תיגר על הסדר הטבעי של הדברים ונחשב לאחד האירועים הקשים והסטרוגניים בחוויה האנושית. אל מול התחושות הטבעיות כל כך של השכול, עומדות החברה והנורמה (Koopmans et al., 2013). סקירת הספרות והפורומים שהוצגו במאמר זה מעלה את האופן שבו מתמודדים ההורים השכולים עם פער תהומי בין הדחף להכרה במציאות התינוק, האובדן, הכאב והצורך העז לכינון אנושיותו, לבין הציווי הבוקע מכל מערכות התמיכה - לשכוח, לשתוק. ביטול האירוע והאובדן מסמן למעשה גם את ביטול אנושיותו של העובר ומוביל לתחושת בדידות וריחוק חברתי אשר מעצימים את השכול ואת תחושת השונות, החריגות והביקורת מהסביבה (Koopmans et al., 2013).

שבין ההורים לילדיהם האחרים. הורים רבים דיווחו על קושי בשיחה עם הילדים ועל חוסר הוודאות ומחסור בהדרכה בנוגע לאופן שבו עליהם לבשר לילדיהם את הבשורה המרה על האובדן. פעמים רבות ההורים נמנעים משיחה גם עם ילדיהם על רגשותיהם הקשורים לאובדן. הילדים, בתורם, לרוב מסתירים את תחושת השכול והבלבול עקב האובדן הלא ברור, כדי לא להוות נטל נוסף על מצוקת הוריהם (Murphy & Thomas, 2013). חוסר היכולת של הילדים לתקשר עם ההורים פעמים רבות מוביל לתחושת בדידות ולהעצמה של תחושות הכעס והפחד, נוכח ההתמודדות הפנימית עם האובדן הלא ברור של האח או האחות לו ציפו במשך חודשים ושמעולם לא הכירו (Murphy & Thomas, 2013).

תגובת האובדן של ילדים אינה זהה לזו של המבוגרים ומשתנה בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים. בגיל 0-2 - רגסיה עשויה לבטא את השכול; בגיל 2-6 - האשמה עצמית נוכח חשיבה מאגית עלולה להיות מועצמת נוכח אובדן לא ברור; בגיל 9-13 - תגובת השכול היא לרוב תחושת פחד מהלא נודע ואובדן שליטה. נראה כי מקור החרדה עלול לנבוע ממשכבות על פרידה שלהם עצמם מהוריהם, כתוצאה מהארעיות הנתפסת וחוסר ההסבר של האובדן; בגיל 13-17 - תיתכן הכחשת המוות, כתוצאה מההבנה המאיימת של המוות שלהם עצמם, וקידום תחושה של חוסר התאמה לבני השווים (Murphy & Thomas, 2013). תחושת השכול עלולה להיחוות שוב בשלבי ההתפתחות הבאים, עם השינוי בתפיסת רעיון המוות והאובדן (Murphy & Thomas, 2013). ניכרת על כן החשיבות הרבה בתמיכה ובסיוע לילדים במשפחה בהתמודדות עם האובדן ועם הרגשות הלא ברורים רבי העוצמה, בליווי תמיכה וסיוע להורים אשר מתפקדים לתווך לילדיהם את האובדן.



הפחתה בעוצמתן והשפעתן של ההשלכות השליליות וייתכן שהדבר יוביל אף להפחתת שכיחות המקרים. נראה כי במקרה הבוחן הישראלי, השתיקה מתחילה כבר במונח עצמו – "לידה שקטה", שלמעשה אינו הפירוש המילולי למונח באנגלית StillBirth. הבדל זה מהותי בשל השפעתן המשמעותית של המילים על המציאות הנפשית, ובעקבותיה, גם על הפיזית (גוטספלד-מנוח, 2006). על פי תאוריות סוציולוגיות, נקודת החיבור בין האדם לחברה מוגדרת על פי תפקידים חברתיים, אשר



על פיהם מפנים האינדיבידואל את המשמעויות והציפיות לגבי ההתנהלות הראויה (Bleyen, 2012; Wertsch, 1988). בהקשר של התרבות הישראלית-ציונית-דתית, מבוססת התפיסה של היותנו עם של גיבורים, תפיסת הנשים כרחם הלאומית ומסורת דתית המצווה: "פרו ורבו". על כן, ייתכן שהפנמת מסרים אלו עלולה להעצים אף יותר את תחושת הכישלון, האשמה, הבושה, השונות והבדידות, וגם את הצורך להיות חזקים, לא להישבר ולהתמודד לבד, בשתיקה (בשור, 2002; Meaney, 2016). על כן, ייתכן ששורשי מסר השתיקה בהקשר הישראלי עמוקים מאלו שהועלו במאמר זה ועולה הצורך בקידום המחקר, בפיתוח תוכניות התערבות תואמות לצרכים הייחודיים בהקשר הישראלי וכן העלאת הנושא למודעות הציבורית. ייתכן שממדי תופעת ההשתקה והשתיקה מובילים לצורך של הרגלי הקשבה חדשים, אם ברצוננו להקשיב בלתי נשמע ולהאיר את הנקודות העיוורות, המודחקות והמוכחשות, להפיג את תחושת הבדידות בהתמודדות עם השכול הלא מוכר ולסייע בהוצאת נושא זה מהצללים.

## אירוע של מות עובר ולידה שקטה "נופל" בין קטגוריות רפואיות- תרבותיות-חברתיות. הוא אינו מחלה או פציעה, לא חיים שיש להציל ולא מוות שיש להתאבל עליו

נראה כי שימור הסטטוס קוו של לידות שקטות מתאפשר בשל שתיקת ההורים אל מול העדר התמיכה והתנהלות הצוות הרפואי. פעמים רבות שתיקה זו נובעת בשל הכאב המשתק של ההתעסקות עם העבר ובשל חוסר היכולת והעדר הכוחות הנפשיים והגופניים להילחם. ייתכן גם שהשתיקה מבטאת את הפנמת הציפוי החברתי להתקדם ולשכוח. במקרים רבים, העדר התגובה היא גם בשל חוסר מודעות וחוסר הבנה של זכויותיהם של ההורים והמשפחה. עם זאת, בשנה האחרונה עולה מאבקם של ההורים השכולים לאחר לידה שקטה להכרה, בדגש על זכויות הקבורה וכוונה להעלאת המודעות, הקבלה וההכרה באבל ההורים. מאבקים אלו מדגישים את הצורך העז בחיפוש ובמתן משמעות אל מול עולם ללא משמעות לאחר אובדן התינוק, המועם נוכח יחס החברה הלא מקבל.

## תגובת האובדן של ילדים אינה זהה לזו של המבוגרים ומשתנה בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים

הקושי בהתמודדות מתחזק אף יותר בהעדר ממצאים אמפיריים על שיטות התערבות יעילות במצבים של מות עובר בשבועות המתקדמים להריון ושל לידה שקטה. בנוסף, עולה חוסר משמעותי גם בזמינות תוכניות סיוע וקבוצות תמיכה לאבלים. זעקת ההורים מחזקת את הצורך ואת החשיבות הרבה בפיתוח תוכניות התערבות מקצועיות תואמות וקידום המודעות והמידע בנוגע לגורמים הרבים הכרוכים בתהליך בלתי נתפס זה. ההכרה בלידה השקטה כנושא בריאותי-נפשי מהותי, עשוי להתחיל להזיז את הגלגלים של מימון מחקר, טיפול, התערבות וכתוצאה מכך הגברת המודעות,

1. בשור, י' (2002). להפרד לפני שמכירים - סיפורה של אם. ישראל: להבים.
2. גוטספלד-מנוח, נ' (2006). "מילים הורגות - כשדו-שיח יומיומי הופך לנשק קטלני". עריכה: א' יצחייק. תל אביב: ידיעות אחרונות וספרי חמד.
3. גזית, ז' (2008). "אמהות חסרה": כינון זהות עצמית בעקבות אובדן הריון או אובדן ילוד. ירושלים: המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית.
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ללא תאריך). לידות מת. נדלה ב-3 באפריל 2017 מתוך: [http://www.cbs.gov.il/reader/cw\\_usr\\_view\\_SHTML?ID=587](http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=587)
5. וילנאי, א' (2013). "לידה שקטה", השכול הלא מוכר. נדלה מאתר הארץ ב-3 באפריל 2017. <http://www.haaretz.co.il/opinions/premium-1.2032031>
6. יאלום, א' (2009). "להביט בשמש". תרגום: ש' הפין. דביר וכנרת.
7. סרטל-רביב, ש' (2016). "לידה שקטה" אינה שקטה, היא דוממת. [גרסה אלקטרונית]. נדלה מאתר פסיכולוגיה עברית ב-2 באוקטובר 2016 <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3445>
8. פרוני, א' (עורכת) (2009). "אמהות - מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר". מכון ון ליר. ירושלים. הוצאת הקיבוץ המאוחד.
9. Bleyen, J. (2012). Hiding babies: How birth professionals make sense of death and grief. *Understanding reproductive loss: Perspectives on life, death and fertility*, 179-191.
10. Cacciatore, J. (2013, April). Psychological effects of stillbirth. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 18(2). WB Saunders. 76-82.
11. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
12. Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 121(s4), 137-140.
13. Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, Ø. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ open*, 3(10), e003323.
14. Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *The Cochrane Library*.
15. Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D.,... & Shiekh, S. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587-603.
16. Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2016). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expectations* Jul 1.
17. Murphy, S., & Thomas, H. (2013). Stillbirth and loss: Family practices and display. *Sociological Research Online*, 18(1), 16.
18. Olza-Fernández, I., Gabriel, M. A. M., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(4), 459-472.
19. Phillips, J., & Millum, J. (2015). Valuing stillbirths. *Bioethics*, 29(6), 413-423.
20. Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and pregnancy. *Handbook of infant mental health*, 3, 22-39.
21. Üstündağ-Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1.
22. Wertsch, J. V. (1988). *Vygotsky and the social formation of mind*. Harvard University Press.
23. World Health Organization (2004). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Instruction Manual*. 2nd edition.

# לפעמים אני, לפעמים אתה, כה זקוקים לנחמה על תשישות קרבה בטיפול בחולה הסופני ובנפגעי טראומה נפשית

מולי להד

## תקציר

כיום אין זו עוד הפתעה שהמטפלים בנוטים למות, בקורבנות אסון או בקורבנות התעללות מפתחים תסמינים נפשיים וגופניים כתוצאה מהקרבה הנפשית הפיזית והחברתית אליהם. אולם גם כיום, כשהידע קיים, נעשה מעט יחסית על מנת לסייע למטפלים לשמור על בריאותם הפיזית והנפשית בהקשר של "תשישות חמלה". העדרם של טקסי בידול וחניכה הם אחת הדרכים להבין את תגובת המטפלים בסמיכות לאסון מוות ופגיעה טראומטית. מאמר זה המבוסס על מאמרי משנת 2000 ועל הרצאתי ביום העיון לזכרה של ד"ר יוכי בן נון, ינסה לתאר את התופעה, ובו אשתף בתובנותי ובתובנות עמיתי לעבודה עם מטפלים במצבי קיצון. עפרה אילון תרגמה את המושג האנגלי Compassion Fatigue שטבע פיגלי (Figley, 1995) לתשישות קרבה (אילון ושחם, 2000). מושג זה מחליף את המושג הקודם Secondary Traumatic Stress Disorder. מושגים אלו מתארים את השפעת המפגש הטיפולי או ההתערבות עם נפגעי אסונות שנחשפו לאימת המוות הסובלים מתגובה טראומטית אקוטית, מפוסט טראומה, או שהם נוטים למות, על אנשי מקצועות בריאות הנפש. במאמר זה אנסה לתעד את תצפיותי לאור ניסיוני בהתערבות באסונות ובליווי אנשי מקצוע המטפלים ומלווים נפגעים מיד לאחר אסון ובעקבותיו נפגעי התעללות ונוטים למות. המשותף לכל האוכלוסיות הללו הוא המגע הבלתי אמצעי שלהם עם המוות, הנוכחות של המוות בחייהם והתגובות של המטפלים מתחושת שליחות וכול יכולות מחד גיסא, וחוסר אונים ורפיון, אל מול העוצמות של הזוועה, הפחד ונוכחות המוות במפגשים, מאידך גיסא. זהו ניסיון להציע הסברים משלי לתופעה הנפשית הפוקדת את אנשי המקצוע בסמיכות למגעם עם הנפגעים, הנוטים למות או בני משפחותיהם. כמו כן אדון במה ידוע כמקל בתופעה זו.

## רקע

תופעת השחיקה הנפשית של אנשי מקצועות בריאות הנפש מוכרת והייתה נושא למחקרים רבים. בתגובה של תשישות קרבה מופיעות אצל המטפלים תופעות המדמות את התסמינים הפיזיולוגיים האמוציונליים והקוגניטיביים של הנפגעים. ב-3-7 אחוזים מן המקרים עלולות התגובות להיות כה חמורות עד שאנשי המקצוע יפתחו בעצמם פוסט טראומה או תופעות נפשיות אחרות שעליהן ארחיב בהמשך (Lahad, 2000). תופעה זו מתארת תהליך שחיקה מתמשך בעל שלושה מרכיבים עיקריים – רגשי, גופני ומנטלי (Pines & Aronson, 1988). אך בעוד ששחיקה (burnout) מתפתחת בהדרגתיות, יש לה התרעות מקדימות והיא מתבטאת בתופעות של תשישות רגשית, עצבנות, קשיי ריכוז ותופעות פיזיולוגיות ונפשיות אחרות ומתמשכות, תשישות קרבה יכולה להופיע בפתאומיות וללא סימנים מקדימים (Figley, 1995). טוען פיגלי, כי בהבדל משחיקה נפשית, יש כאן תחושה חזקה של חוסר אונים, בלבול, תחושת ניתוק מתמיכה, ותופעות פסיכוסומטיות הדומות לניצולים או לנפגעים, אולם גם ההחלמה מהירה מאוד. טיעוני המרכזיים הם כי בשל תנאי ההתערבות (מיידי – ללא הכנה, ללא הגדרת מרחב מסודר – יכול להיות בכל מקום, קשיים בהגדרת גבולות הזמן – ההיקף, התכיפות והאינטנסיביות של המפגשים ומשכם), היכרותם ודמיונם של המטופלים למתערב, למשפחתו ולחייו, קשה למתערב להשתמש בטקסי הבידול והחניכה המסורתיים ולכן עולמו נפרץ להשפעות הטרומה.

## מי עלול להיפגע מתשישות קרבה?

בעבר ההתייחסות לתהליך שאותו עובר המטפל התמקדה במפגש בין הקונפליקטים הלא מודעים של המטופל והמטפל. מתוך כך, הסיוע למטפל נתפס

פרופסור מולי להד הוא פסיכולוג רפואי מדרין, נשיא מייסד של מרכז משאבים, פרופסור מן המניין במכללה האקדמית תל חי. המאמר נכתב על בסיס הרצאה ביום עיון לזכר ד"ר יוכי בן-נון, ומוקדש לזכרה. כותרת המאמר לקוחה מהשיר "נחמה", מאת רחל שפירא.





שעברו טראומה אישית פגיעים במיוחד בעקבות הסיכון להפעלת הטראומה הקודמת (Figley, 1995; Herman, 1992). לעומת זאת, ישנם מחקרים המתנגדים לרעיון מרכזיות הטראומה הקודמת והשפעתה המכרעת על תגובתו של המטפל (Adams, Matta & Harrington, 2001; Creamer & Liddle, 2005; Follette, Polusny & Mikbeck, 1994; Schauben & Frazier, 1995). במחקר שבדק את הקשר בין היסטוריה אישית של התעללות מינית בילדות לבין טראומה עקיפה בקרב מטפלים העוסקים בטיפול בנפגעי התעללות מינית, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין מטפלים שנחשפו בעברם לטראומות משמעותיות לבין כאלו שלא נחשפו להן (Benatar, 2000). מחקרים שבדקו מטפלים שונים מצאו כי מטפלים שחוו היסטוריה של טראומה דיווחו על שימוש במנגנוני התמודדות חיוביים יותר בהשוואה למטפלים שלא חוו היסטוריה טראומטית (Follette et al., 1994; Schauben & Frazier, 1995). טיפול בחולי סרטן יכול להיות מורכב ועמוס רגשית כאשר המטפל מתמודד עם שלבים של סופניות, כמויות חולים גדולות וירידה בכמות הצוות לאיש המחלקות. אינטראקציה אינטנסיבית, אכפתיות ויחסי קרבה עם חולים ובני משפחותיהם, עלולים להוביל לעומס רגשי עצום (Shaha, Wenzel & Hill, 2011). אלמנט מרכזי בתשישות זו נובע מיחסי הקרבה האינטנסיביים במגע עם הנוטים למות (Vachon, 2000).

במחקר שבדק השפעות של עבודה עם נפגעי טראומה על עובדים סוציאליים העובדים בתחום הבריאות נמצא כי אוכלוסייה זו נמצאת בסיכון גבוה מאוד לפתח טראומה משנית ותשישות קרבה עקב חשיפה רחבה וקבועה לנפגעי טראומה לסוגיה. דקל, גינזבורג והנטמן (2004) בדקו במחקרן עובדים סוציאליים בבתי חולים כלליים באינתיפאדה השנייה. במחקר השתתפו 144 עובדים סוציאליים המטפלים בנפגעי טראומה במהלך עבודתם. נמצא כי 9 אחוזים מהעובדים סבלו מטראומטיזציה משנית מובהקת. מספר גורמי סיכון נמצאו לפיתוח טראומה משנית ובהם: מקום בית החולים שבו עובדים המטפלים ואינטנסיביות הפיגועים באזור. מחקרים (Dobkin, 2009; Halbesleben & Rathert, 2008) העלו כי תשישות חמלה, טראומטיזציה עקיפה או טראומטיזציה משנית, הם גורמי סיכון לשיבושים עמוקים בהשקפת העולם, תחושת הזהות, והשפעה על תחומים המבטאים רחניות של כל סוגי נותני השירות בתחום הרפואה: ממטפלים ועובדים סוציאליים עד

בעיקר כאמצעי להבנת המטופל ולא כמטרה בפני עצמה (ברגר, 2001). כך, גם בטיפול בטראומה, ניתן לראות כי בשנת 1980, עם כניסת האבחנה של התסמונת הפוסט טראומטית ל-DSM, ההיחשפות המשנית לא נכללה בהגדרה של אירוע טראומטי, המהווה תנאי לקיומה של הפרעה פוסט טראומטית. ההכרה בקיומה של טראומה משנית הגיעה רק מאוחר יותר, כעבור יותר מעשור שנים. בעקבות ציון הדבר ב-DSM של שנת 1994, גבר העניין בהשפעות הנפשיות בקרב מטפלים העובדים עם נפגעי טראומה, אף שהתחום קיבל תאוצה משמעותית רק מאמצע שנות התשעים של המאה העשרים, ומושגים כמו "טראומת לחץ משנית" (secondary traumatic stress), "תשישות חמלה" (compassion fatigue) (Figley, 1988; Figley, 1995) ו"טראומה עקיפה" (vicarious traumatization) (McCann & Pearlman, 1990) נכנסו לשימוש. כמו כן, החלה להתפתח ספרות ענפה בתחום (ברגר, 2001). פיגלי (Figley, 1988) היה הראשון שטבע את המושג "קורבנות משנית" (secondary victimization) ומאוחר יותר את המושג "טראומה משנית" (STS: secondary traumatic stress) הקשור להופעה פתאומית של תסמינים דמויי הפרעת דחק פוסט טראומטי. ההבדל העיקרי בין שתי התסמונות הללו הוא רמת החשיפה לאירוע הטראומטי. במקרה של הפרעת דחק פוסט טראומטית החשיפה היא ישירה, ואילו הטראומה המשנית היא חשיפה עקיפה המתרחשת כתוצאה מהיחס הטיפולי האמפתי שמעניק המטפל. עוד מציין פיגלי (Figley, 1995) את המחיר (cost) שאותו משלם המטפל על מתן הטיפול (caring). הוא עלול לסבול מתסמינים מקבילים להפרעה הפוסט טראומטית ובהם סיוטי לילה, הימנעות, חרדה ושינויים באינטראקציות עם בני המשפחה. מק'קאן ופרלמן (McCann & Pearlman, 1990) הציעו את המושג טראומה עקיפה כמייצג את השינויים החלים במטפל בעקבות הנגיעה בתכנים טראומטיים. הטראומה מתפשטת ומשפיעה על מעגלים נוספים המקיפים את הנפגע (אפקט הגל, ripple effect) (Terr, 1991). עבודה עם נפגעי טראומה עלולה להעמיד את המטפל במידה של סיכון ולעתים הוא עצמו זקוק לסיוע בהתמודדות עם הטראומה שלו (Cerney, 1995; Neumann & Gamble, 1995).

פרלמן ומק'יאן (Pearlman & Maclan, 1995) טוענות לקשר בין טראומה מעברו של המטפל להתפתחות טראומה משנית לאחר טיפול בנפגע טראומה. מטפלים

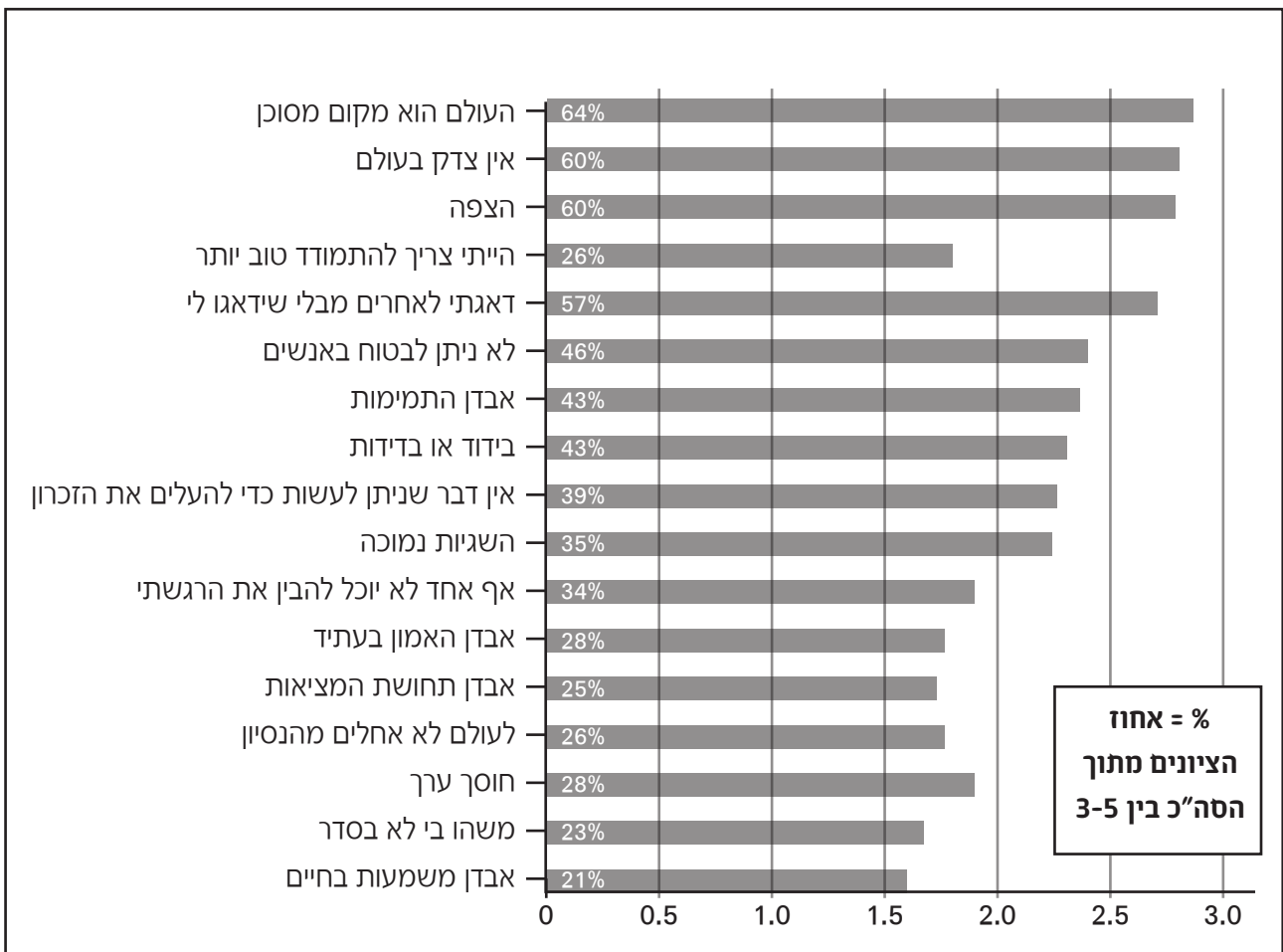
בהתאמה לנפגעים הישירים, יש המדגישים את ההיבטים החיוביים והצמיחה שעשויים לקרות אצל המטפלים בנפגעי טראומה (Linley, Joseph & Loumidis, 2005). בל (Bell, 2003) מציגה את הכוחות המסייעים למטפלים להימנע מתסמינים של טראומה משנית ולהפחיתם. בין כוחות אלו תחושת שביעות רצון של המטפל מאופן ההתמודדות שלו, אובייקטיביות בטיפול ועיבוד מוצלח של טראומות אישיות קודמות. עוד מצאה בל במחקרה על מטפלים באלימות כי 40 אחוזים מהמטפלים טענו כי העבודה עם נפגעי טראומה הייתה בעלת השפעה חיובית עליהם.



לרופאים ואחיות. ההשפעות עשויות להיות גם רגשיות ופסיכולוגיות, כגון בכי, התפרצויות, עצב, חוסר אונים או חרדה, ובמקרים מסוימים אדישות, כדי למנוע כאב רגשי. כמו כן יכולים להיות תסמינים פיזיולוגיים כגון עייפות, תחושת חנק בגרון או בחזה, שכחה, מחשבות טורדניות וסייטים. עובדי מקצועות הבריאות העובדים בסמיכות למוות פגיעים במיוחד ומבטאים לא אחת דיכאון, חרדה, כעס וחוסר אונים (Coulehan, 2009; West, Tan, Habermann, Sloan & Shanafelt, 2009), וכן עייפות, מחשבות טורדניות וסייטים. ספקות עצמיים ומתח מתמשך ולא פתור נמצאו כבעלי השפעה לרעה על שביעות הרצון של המטופלים, אי הקפדה על נטילת תרופות, ואפילו על החלמתם (Coulehan, 2009, p. 596). מנהלים שפועלים בצעדים כדי לצמצם מתח עבור עובדים שלהם יגלו "יתרונות במונחים של שביעות רצון של מטופלים וקצב התאוששותם" (Halbesleben & Rathert, 2008, p. 29).

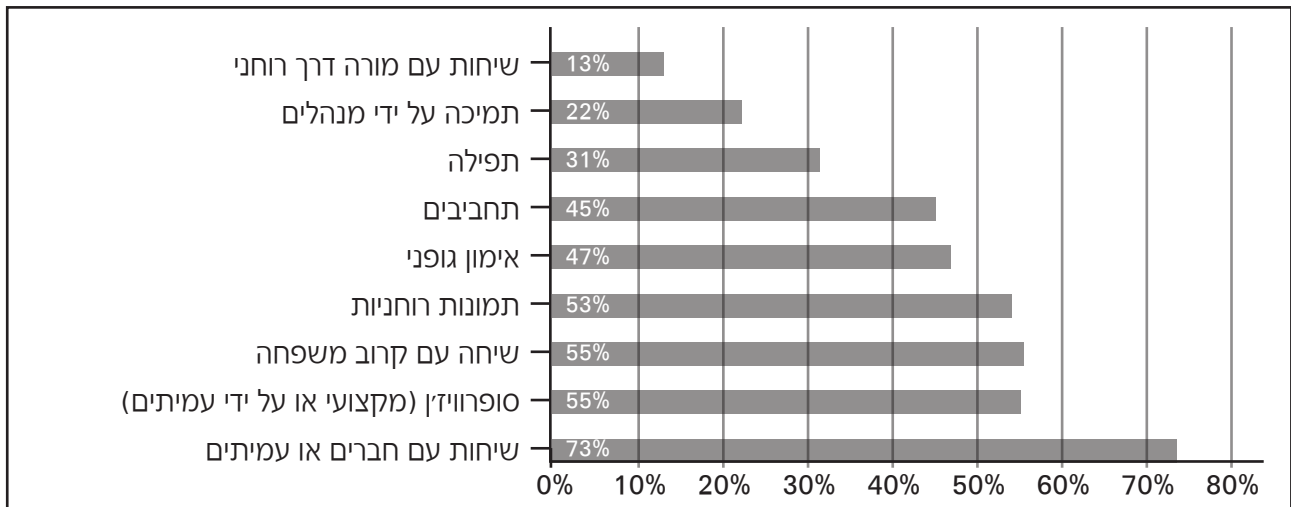
**טבלה 1**

(Tehrani, Humpage, Willmott & Haslam, 2007):





טבלה 2: מה מסייע למטפלים להתמודד עם המגע עם צער, סבל, כאב וטראומה? (Tehrani et al., 2007)



של המטופל. המטפל הושם, המטופל עונה, וכך מוצב גבול דמיוני בין השניים. גבול אחר הוא משך טקס ההתמודדות. ישנם לפעמים מספר מפגשי intake, וגם אם המפגש הוא חד פעמי, עיון של המטפל בחומר (לאחר שהמטופל הלך לביתו) עוזר לו להמשיג את בעיותיו של המטופל ועל ידי כך לבדל ביניהם. טקס חשוב לא פחות הוא קביעת המקום והזמן. שני אלמנטים שבדרך כלל נמצאים בשליטתו של המטפל גם אם קביעת הזמן נעשית בהתחשבות בצורכי המטופל. בטקס זה שולט המטפל במרכיב מרכזי והוא מקום המפגש, קרי: ב"מגרש" שלו. טקס נוסף הוא "50 הדקות הקדושות". וישנם טקסים נוספים.

## זמינות המטפלים לליווי המשפחות ברגעי הפרידה (בשעות שונות של היממה) וכן ליווי הצוות נמצאה יעילה במגע עם החולה, משפחתו והצוות, אך זמינות זו חושפת את המטפלים למלוא עוצמת הרגשות והתחושות העולות ממפגש אינטנסיבי זה

התערבות מיידית באסון כמו גם הליווי של הנוטה למות מבטלת לא אחת את השימוש בטקסים אלו. אין טעם בלקיחת אנמנזה מעמיקה, ולהפך, הספרות המקצועית מצביעה על כך שקישור או הצבעה על קשר היסטורי

פיגלי (Figley, 1995) מצביע על שני מרכיבים עיקריים המחייבים את תופעת תשישות הקרבה, האחד אמפתיה והשני חשיפה. ללא חשיפה ואמפתיה הסבירות להתפתחות תשישות קרבה היא נמוכה. פיגלי וחוקרים אחרים טוענים כי העבודה עם נפגעי טראומה (ניצולים, בני משפחה ונפגעים), חושף את המטפלים לחשיפה קיצונית בעוצמתה לפקטורים מעוררי טראומה. הפגיעות הזו מיוחסת למספר גורמים:

א) אמפתיה ככלי מרכזי בסיוע ובהערכת הפגיעה ותכנון תוכנית ההתערבות. Harris (1995) טוען שאמפתיה היא גורם מפתח "בהחדרת" הסיפור הטראומטי למטפלים.

ב) מרבית המטפלים חוו בחייהם אירועים טראומטיים. מכיוון שמטפלים בטראומה ובהתמודדות עם המוות מתמודדים עם מגוון של סיפורים טראומטיים, ללא ספק בחלק מהמקרים הם ייתקלו באירועים הדומים לחייהם.

ג) טראומות בלתי פתורות של המטפל.  
ד) מפגש עם ילדים נוטים למות או נפגעי טראומה חושף מאוד את פגיעות המטפלים (Beaton & Murphy, 1995).

העדר טקסי קבלה והגנה כמחמירי תשישות קרבה בשגרת יומם של אנשי מקצועות בריאות הנפש קיימים טקסים המאפשרים בידול והגנה מפני חדירת האינפורמציה הטעונה או המורבידית לחייהם.

טקס חשוב הוא ה-intake. טקס זה נערך בשלב הראשון של המגע עם המטופל ומטרותיו המקצועיות ידועות. בטקס זה מודיע המטפל למטופל שהוא זה שמראיין, שהוא אוסף נתונים שיעזרו לו (למטפל) להבין את מצבו

נובעת מהאינטנסיביות של המגע עם החולה ומשפחתו, סיפורי החיים וההיכרות עם רבים מבני המשפחה (בני זוג, ילדים, נכדים וכד') היוצרת "קרבה כמו משפחתית".

## הזדהות (identification) והעברה נגדית (counter transference)

הזדהות והעברה נגדית הן תופעות המוכרות בתהליך הטיפול ועליהן ניתנה הדעת למכביר הן בהכשרה והן בהדרכה של מטפלים ומתערבים. אולם במגע עם הסובלים מטראומה או הנוטים למות שתי תופעות אלו עולות בעוצמה רבה וגובות מחיר רב מהמטפלים.

אם בשגרת העבודה מקפידים אנשי מקצועות בריאות הנפש להתמודד ישירות עם תופעות ההעברה, כאשר הם נפגשים עם נפגע טראומה או עם הנוטה למות (או עם בני משפחתו) והוא אומר להם "אתה כל כך מזכיר לי את בני (בתי)" או "אתה כמו בן משפחה בשבילי", המטפלים מתקשים להתייחס לפנייה זו או לעבד אותה כהעברה. להפך, מרביתם מדווחים כי זה כמו "פריצה לתוך הבטן הרכה שלי, אני מרגישה כל כך משמעותית בשבילם מחד, ומאידיך עומס רגשי עצום".

עומס זה מתבטא לא אחת בכניסה לקשר אינטנסיבי ועמוק עם המטופלים, בני משפחתם והשאיירים. הדבר מתבטא בביקורי בית, טלפונים תכופים שהם מעבר להתערבות או לטיפול, והמטפלים מדווחים עליהם באומרם "זה כל כך חשוב להם, הם כל כך זקוקים לי".

תופעה זו קשורה במושג לו אני קורא "הטבעת המוות" או האסון. המטופל או בני המשפחה נצמדים בעוצמה רבה כמו בהטבעה (imprint) לדמות "המציל" שנקרית בדרכם. תופעה זו קשורה בתהליך שאותו אתאר בהמשך, אך לענייננו כאן ניכר שהטבעה זו פועלת גם על המטפל ומתבטאת לא אחת בלקיחת משימות שבדרך כלל אינו עושה למען פונים, כגון: חריגה משעות העבודה ומהגדרת התפקיד וכן קושי עצום בפרידה מהמטופלים, מבני משפחה ומהשאיירים.

ביטויים נוספים לעוצמה זו הם פיתוח תופעות גופניות דומות לאלו של המטופלים, כאבי גוף ומיחושים, כעס עצום בשם המשפחה על מוסדות, ארגונים ונותני שירות אחרים, שבדרך כלל המטפלים עובדים איתם בשיתוף פעולה.

תוארו גם חלומות על האירוע או על המטופלים ובני המשפחה, כמו גם קשיי ריכוז וחוסר עניין ביומיום (תופעות המדמות אבל ודיכאון קל). חשוב לציין כי

לתופעות הלחץ המיידיות והפוסט טראומטיות מפירות את הסיכוי להחלמה (ויצטום, 1989). כך מנגנון מרכזי בהגנה על המטפל יורד מהפרק.

## אם בשגרת העבודה מקפידים אנשי מקצועות בריאות הנפש להתמודד ישירות עם תופעות ההעברה, כאשר הם נפגשים עם נפגע טראומה או עם הנוטה למות (או עם בני משפחתו) והוא אומר להם "אתה כל כך מזכיר לי את בני (בתי)" או "אתה כמו בן משפחה בשבילי", המטפלים מתקשים להתייחס לפנייה זו או לעבד אותה כהעברה

גם מקום ההתערבות אינו בשליטת המטפל. התערבויות רבות מתרחשות ליד מיטת החולה, במרחב ציבורי (חדר אוכל) או בביתו של הנוטה למות. משך ההתערבות אף הוא אינו מוגדר בזמן, בוודאי כשמדובר בהתערבות חירום או בשיחה הנוגעת בשאלות של חיים ומוות שאותה מתקשה המטפל לסיים בלוח הזמנים הרגיל. זמינות המטפלים לליווי המשפחות ברגעי הפרידה (בשעות שונות של היממה) וכן ליווי הצוות נמצאה יעילה במגע עם החולה, משפחתו והצוות, אך זמינות זו חושפת את המטפלים למלוא עוצמת הרגשות והתחושות העולות ממפגש אינטנסיבי זה.

**קרבה חברתית וקרבה פסיכולוגית (מעגלי פגיעות)**  
מכיוון שמחלה סופנית, בדומה לאירוע חירום, אינה קשורה ברקע סוציולוגי, במקום גאוגרפי או בשלב חיים מסוים, חלק מהגנות הבידול (מעמד, רקע, מקום וכו') נפגעים. המושג מעגלי פגיעות מציין את הקרבה בין המטפל לנפגעים בשל מאפיינים שמקורם "אובייקטיבי" לכאורה. לדוגמה, למטפל יש ילד או נכדה בגיל של החולה הנוטה למות, משפחת הנוטה למות מזכירה בהרבה ממדים את משפחת המטפל - זוהי קרבה פסיכולוגית. קרבה חברתית נובעת מהדמיון במעמד סוציאקונומי או בהשתייכות לקבוצת גיל או קבוצה חברתית, ולעתים היכרות המטפל עם חברים או עם בני משפחה של המטופל. לעתים הקרבה החברתית



תגובות אופייניות הן לשבר ברציפות: אינני מבין מה קורה (רציפות תודעתית), אינני מכיר את עצמי (רציפות היסטורית), אני לא יודע מה לעשות, איך פועלים כאן, מה זה להיות שכול או חולה במחלה סופנית או נפגע ופצוע (רציפות תפקיד), איפה כולם, אני כל כך לבד, איפה יקירי (רציפות חברתית).

מניסיוני מצאתי שבבת אחת מתרוצצות שתי מחשבות מנוגדות במוחם של הנפגעים. האחת – "זה חלום בלהות, תכף אתעורר ואראה שהכול כמו קודם". השנייה – "זה רק ילך ויעשה יותר גרוע, זה הסוף, זה נורא, זה אסון, זה כואב מעבר לכל כאב". מאחר שהאירוע (מחלה, התעללות או אסון) אמיתי והתרחש במציאות, המחשבה הראשונה מתפוגגת די מהר והנפגע נכנס פעמים רבות לחשיבה הקטסטרופלית שהכול ילך ויעשה יותר ויותר גרוע.

הצורך העצום במישהו מבחוץ שיארגן אותי, שיעגן אותי במציאות, שיבטיח לי שזה לא קרה, שייקח אותי למקום מבטחים, גורם לא פעם לחלק מהנפגעים להיצמד אל המטפלים בעוצמות רגשיות ופיזיות חזקות מאוד (הטבעת המוות).

מנגד, המטפל "מתרוצץ", נע על רצף מקביל. מחד גיסא, מחויבות עצומה עם תחושת שליחות ורצון לעזור מתוך אמונה ביכולתו ובכוחותיו (כול-יכולות או אומניפוטנטיות), ומאידך גיסא תחושת אפסות – מה אני כבר יכול להועיל באסון שכזה אל מול פני המוות, חוסר אונים (אימפוטנטיות). באופן גרפי זה יראה כך:

נפגע: תכף אתעורר, זה רק חלום, אין מה לעשות, זה ילך ויעשה יותר גרוע – מול – יתרחש "נס" "זה אסון מחריד".  
מתערב: אני יכול להועיל, זה לא כל כך נורא. אני משמעותי ביותר – מול – אין שום טעם, מה כוח, אני חסר משמעות.

המטופל משליך על המטפל ציפיות של כול-יכולות, של מעין דמות הורית, דבר התורם לפנטזיה ההורית של "כול-יכולות" של המטפל.

Valent (1995) מתאר את חוויית ההיקשרות (attachment), או כפי שאני קורא לזה "מגע הקסם" המרגיע של ההורה את הילד הקטן שנפגע, ומקביל אותה לקשר עם מטופלים או נפגעי אסון.

בהיקשרות מסתגלת, על פי Valent, בכי וקריאה לעזרה מובילים להרגעת הכמיהה לעזרה על ידי סיפוק הצרכים (כגון חיבוק, נשיקה, מגע). התאחדות עם דמות ההיקשרות מעניקה תחושת ביטחון, שביעות רצון והקלה. היקשרות זו היא, אם כן, לדבריו, יכולה להיות מופנית גם כלפי אב או כל חבר בקבוצה, ופועלת גם אצל

התופעות הגופניות והרגשיות הללו חולפות בדרך כלל לאחר כשלושה עד ארבעה ימים, אם כי חזרה לשגרה מלאה דווחה על ידי רבים כמהלך ארוך יותר.

## חוויית האסון –

### "וחושיך על פני תהום" והציפייה ל"מגע הקסם"

תמיכה פסיכוסוציאלית וסבל, בהגדרה רחבה, הן חוויות קיומיות, והפדגוגיה הרפואית נוטה לכיוונים מנוגדים. תמיכה פסיכוסוציאלית היא "להגיב לסבל באובייקטיביות וריחוק" ולהימנע מלהיות "המום ומשותק על ידי כאב", במטרה להבטיח כי החלטות רפואיות לגבי טיפול בחולה נעשות באובייקטיביות (Coulehan, 2009, p. 592). למרות העובדה כי אין ראיות אמפיריות המצביעות על כך שניתוק רגשי משפר ביצועים רפואיים ומפחית מעייפות המטפלים, גישות אלה נשארו מקובלות. הדעה האחרת היא כי מטפלים צריכים "ליצור קשר מבוסס על סולידריות רחומה עם [החולים]" (Coulehan, 2009, p. 593). חמלה ורגישות לסבל של אחרים, נחשבות על ידי אחדים מהחוקרים כמרכיבים ראשיים בהשפעה הרפואית המיטיבה שבכוחן להקל כאב ומצוקה רגשית (Coulehan, 2009; Reich, 1989). טיפול פסיכולוגי אפקטיבי מכיל מודעות, צניעות ורגישות, ויש לו את היכולת להפחית את הפגיעה האנושית (Cacciatore, 2011), והוא דורש מידה מסוימת של גמישות וזרימה. המחקר מצביע על כך שנוכחות חמלה בעיצומו של האובדן הטראומטי עוזרת לטווח ארוך, תוך מיתון של סיבוכים פסיכיאטריים שליליים עבור המטפלים והנפגעים (Rushton et al., 2009; Walsh, 2007).

Van der Kolk כתב בספרו מ-1996 פרק בשם "החור השחור של הטראומה". בפרק זה הוא מתאר את החוויה של אסון המתוארת על ידי נפגעים רבים כ"הישאבות לתוך חור שחור". גם במפגשי ובתצפיותי בנפגעי טראומה ובני משפחותיהם שמעתי פעמים רבות את המשפטים המטאפוריים המתארים "אני נופל לתוך בור שחור", "אני מרגיש כאילו אני צולל בתוך תהום שחורה", "אני מוקף בשחור", "זה כמו תהום / בור ללא תחתית".

אסון שובר בבת אחת את תחושת הרציפות (continuities) שלנו (עומר וענבר, 1991; Winnicot, 1971). רציפויות הן גשרים שאנו בונים לעצמנו כדי להבטיח שאתמול מנבא את מחר, שאנחנו יציבים, שהחיים הגיוניים ושהעולם מקום הגון, בטוח, ושמי שעשה טוב יקרו לו דברים טובים. אסון שובר את האמונה שלנו בעולם טוב, ומפגיש אותנו בבת אחת עם התווה ובוהו.

אם כן שחויית הנפגע, הנמצא ב"תוהו ובוהו", והמגע עם חשכה זו, קוראת ל"כול-יכולות". המטופל מתחנן לאור. הנוכחות של המטפל מול האין אונים והתוהו ובוהו מזינים את הדחף האומניפוטנטי של המטפל. בכל מהלך חייו מנסה האדם ליצור סדר, לבסס רציפויות, וכאמור, המפגש עם האסון מחזיר באחת את תחושת התוהו ובוהו והפיכת סדרי בראשית.

זהו תיאור מרתק של הדינמיקה של ה"כול-יכולות" של מטפלים המתעצמת על ידי הכמיהה של הנפגע. דינמיקה הגורמת למטפלים להשתוקק להביא אור, ולו גם חלש ודהוי. אולם על פי ספר בראשית היכולת לברוא אור בתוך החושך מצריכה על-אנושיות, וזה מעבר לכוחותיו של מטפל באשר הוא. אז מה כן?

על פי בראשית א', תהליך יצירת הסדר מתוך תוהו ובוהו קורה בהדרגה. הבה נתבונן בסדר הבריאה מההתחלה של "חושך על פני תהום" ועד סיום הבריאה ביום השישי:

#### סדר הבריאה:

אור (ומאורות)

מים

צמחייה

חיות

אדם

(שבת)

מאחר שמשימת יצירת האור היא משימה של כול-יכולות (ולכן איננה מתאימה למטפל), נשאלת השאלה מה אם כן תפקיד המטפל?

תוך התבוננות בתהליך יצירת הסדר התנ"כי הגעתי למחשבה כי מאחר ש"יצירת אור" היא מעבר לכוחותינו, מה שנותר לנו הוא להיות "אדם". אם נביט מנקודה זו (כלומר מסוף תהליך בריאת הסדר) לכיוון התוהו ובוהו, נדמה לי שנמצא רמז לסיוע שניתן לתת לנפגע, כלומר, ראשית היה "אדם". אותה תופעה שמתאר פיגלי (Figley, 1995) כמגבירת פגיעות: אמפתיה. רגישות לסבל אנושי והיות אדם הם המרכיבים העיקריים שאנו יכולים להציע במפגש הראשוני עם נפגעי אסון ובמפגש האנושי עם הנוטים למות.

אך האם מספיק למתערב להיות אדם? נראה שבמהות, כן.

טבלה 3 מסכמת את עיקרי הדברים שעליהם מצביעים החוקרים (Tehrani et al., 2007).

באופן מרתק ניתן לקרוא בבראשית א' על המשך

מבוגרים החשים בפגיעותם. חויית "מגע הקסם" ההורי, אותו מגע שבנשיקה וחיבוק, משכך כאב כמו אצל ילד קטן. תופעה זו מתוארת באופן ספרותי אצל דבורה עומר בספרה "הנשיקה שהלכה לאיבוד" כשנשיקת האם שמעבירה כל כאב, היא חוויה חולפת ונעלמת כאשר פג הקסם של הילדות. אולם חוויה זו זכורה לכל מבוגר, הן כילד והן כהורה: היכולת להפסיק סבל באחת.

פנטזיית קסם זו פועלת בעוצמה על המטפל הנפגש בנפגע המשדר חוסר אונים, כאב וסבל עצומים כל כך. הסיטואציה של כאב אותנטי ותהומי מזכירה פעמים רבות את חוסר האונים של ילד קטן. הרצון העז לגונן מפעיל את הפנטזיה של כול-יכולות הקשורה בחויית "מגע הקסם" ההורית ודוחפת את המטפל לתחושת הכול-יכולות, אך כישלון ה"קסם" במגע עם נפגע אסון או עם הנוטה למות, עלולה לדחוף את המטפל לתחושת אין אונים, אפסות וספקות ביכולתו.

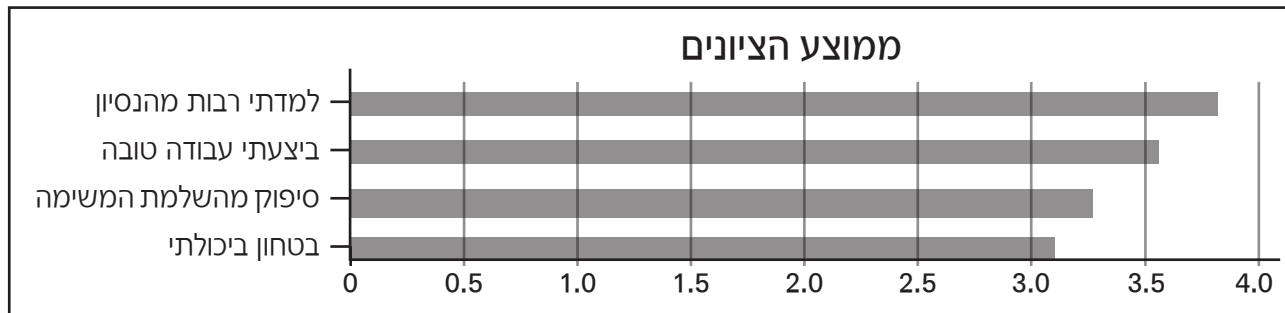
בספרות נהוג לכנות חוויה זו כאימפוטנציה. שנים שאני עוסק בהתערבות בחירום ובליווי של "סוף החיים" (end of life care), ומונח זה לא נראה הולם דיו. והנה, לפני מספר שנים, בקוראי את פרק א' בספר בראשית, התחווה לי התחושה במלוא עומקה. הבה נתבונן לרגע בתיאור החוויה של המפגש עם "התוהו ובוהו" כפי שהיא מתוארת בבראשית פרק א' 2: "והארץ היתה תוהו ובוהו וחושך על פני תהום", ובהמשך בפסוק 3 "ויאמר ה' יהי אור". חויית התוהו ובוהו המתוארת על ידי נפגעים רבים ועל ידי החולה הנוטה למות או ההורה לילד החולה במחלה סופנית, התחושה כי סדרי עולם השתבשו כל כך ואין סדר, אין היגיון והתוהו שב לשלוט בחיים, מקבלת בפסוקים אלו תיאור הולם של מפגש עם תהום וחושך.

שבירת הרציפויות של נפגעי אסון מעצימה את התחושה של הרס סדרי בראשית. זוהי חויית הנפגע, הניצול ובני המשפחה שתוארה לעיל. גם מי שבא לסייע נמצא כעומד על פי התהום ו"מציץ לחושך בעיניים". הצצה לחושך על פני תהום בעיניים אינה כרוכה רק בתחושת אין אונים (אימפוטנציה), אלא לדעתי זהו עימות אקזיסטנציאלי עם היותך בן חלוף, פחדי המוות שלך, פחדי הפגיעה שלך והדאגה ליקיריך.

עיון נוסף בפרק א' בבראשית מלמד על תהליך ביסוס הסדר ודחיית התוהו ובוהו, והוא נתן בידי תובנות נוספות לדינמיקה שבין המטפל למשווע לעזרה ונחמה. הזעקה לאור מתוך אפלת החושך באה לידי ביטוי בראשית א' 3: "ויאמר ה' יהי אור". אך הבה נשים לב, בהתמודדות עם החושך והתהום, כדי להביא אור יש צורך "בכול יכול". מובן



טבלה 3: ה"רווח" מהעבודה עם מטופלים הסובלים מטראומה נפשית קשה (Tehrani et al., 2007):



אומץ לב המטופלים מעניק השראה, קבלת המציאות מבלי להתייאש, השלמה עם המגבלות האנושיות (Lahad, 2000).

### כיצד מסייעים למתערבים?

הגורמים האישיים היכולים לסייע למטפל לשמור כל כשירותו ויכולתו להמשיך ולהתמודד עם העבודה בסמיכות לצער, סבל, כאב, טראומה ואסון הם משמעות אישית ערכית לעבודה המקצועית, תחושת מקצועיות ושליטה, לכידות, מקצועיות ויעילות בעבודה, מחויבות, מוטיבציה ותמיכה חברתית (להד ודורון, 2006). אולם ללא מערכת תומכת, גם עובדים מסורים יתקשו לאורך זמן להתמודד, ולכן מונים להד ודורון (2006) גם את המרכיבים המערכתיים ההכרחיים לתמיכה במטפלים: בהירות המשימה וסדר עדיפויות, העברת האחריות עם סמכות, נהלים לפנייה לדרג ממונה וקבלת סיוע, הקפדה על תזונה וסדר יום, הקפדה על שעות עבודה, פנאי ומנוחה, שמירת קשר עם עמיתים וגורמי תמיכה וקבלת הדרכה להתמודדות המקצועית.

Lawson & Myer (2011) בדקו את מושג השלמות wellness, בהקשר של עבודה של מטפלים עם מטופלים הסובלים מטראומה נפשית. טבלה 4 מסכמת את המרכיבים שנמצאו כמסייעים לכך.

תהליך העבודה עם נפגעי אסון המפגינים PTSD (Post traumatic Stress reactions without disorder) ופוסט טראומה. אם נתבונן בתהליך מרגע היווצרות האדם לכיוון בראשית, נגלה, לדעתנו, רמז לתהליך ההחלמה האיטי, מהסוף להתחלה.

### סדר ההתערבות

אדם  
חיות  
מים  
אור

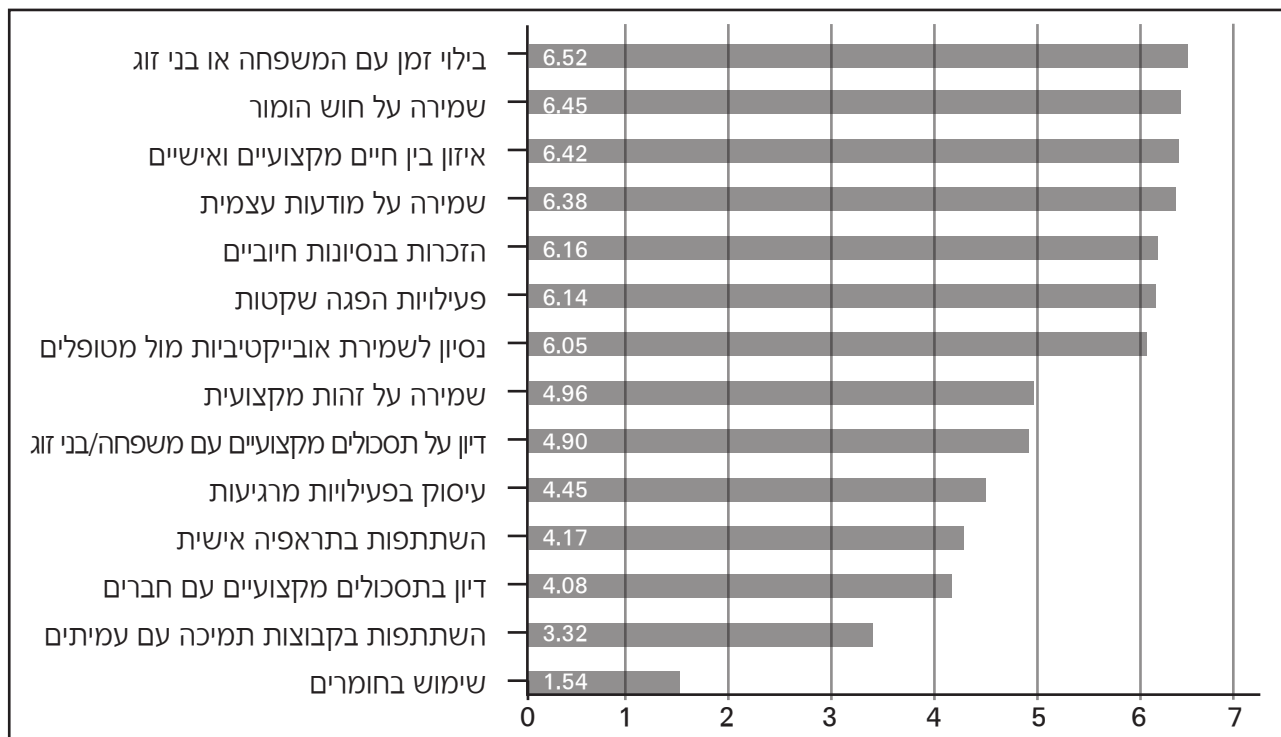
לאחר שפגש באדם, זכה בתמיכתו וחמלתו בשלב הראשון, רק אז יחל התהליך הטיפולי הכואב של המפגש עם "החיות" שבפנים: הזעם, הכעס, הכאב, הרצון לנקום. שלב שבלעדיו יהיה קשה לסובל למצוא כוח, לראות שבעולם יש גוונים, שהעולם והחיים ממשיכים, שפרחים פורחים ויש להם אפילו ניחוח. רק אחר כך, לאט לאט, ניתן לנפגע או למטופל לגלות שלמים שב הטעם, ואז, לפעמים, בליווי טיפולי רגיש, פתלתל ומורכב, יהיה מסוגל הנפגע גם לראות את הבלחת האור.

מעניין שכאשר נטבע המושג לפוסט טראומה באנגלית בשנת 1980 (ב-DSM השלישי), השתמשו המחברים במושג האנגלי disorder המקביל למושג הלטיני chaos או למושג העברי תוהו ובוהו. וכך, אולי בלי משים, טבעו מושג המתאר את התוהו ובוהו המתרגש כתוצאה מהמפגש עם האירוע הטראומתי. לעתים הוא נשאר בן לוויה לחיים של הנפגע, של בני משפחתו או של שאריו. מושג חדש יחסית של Hudnall (2002) מתבונן בסיפוק מתוך חמלה (compassion satisfaction).

בשנת 2000 סיכמתי זאת במילים: מה הגמול למי שעוסק בטיפול בטראומה נפשית: חיים מועשרים, הערכה רבה יותר של החיים לנוכח אסון או טראומה,



טבלה 4: מה תורם ליכולתם של מטפלים להמשיך הלאה? (Lawson & Myer, 2011)



מגדיל פעילות עצבית באזורים במוח הקשורים לחמלה (Morgan & Morgan, 2005; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), ומקטין מחשבות טורדניות. אמנם תרגולי מיינדפולנס לא מצמצמים את ממדי הסבל, אך הם מייצרים מכל גדול להחזקה בעדינות אינטימית ולידיעת ה"כאב". תהליך זה צפוי להוביל לשיפור החוסן ולצמיחה פוסט טראומטית (Kabat-Zinn, 2005, p. 91; Siegel, 2010).

### שימוש בגישת גש"ר מאח"ד כדרך לשמירה וטיפול שלומות אצל מטפלים

מודל החוסן הרב ממדי גש"ר מאח"ד של אילון ולהד (2000) מבוסס על ששת ערוצי ההתמודדות המתמצים בראשי התיבות הבאים:

- ג = גופני – פעילות גופנית, הרפיה ופעילות.
- ש = שכל, היגיון, מציאותיות וטכניקות קוגניטיביות.
- ר = רגש – ביטוי רגשי ישיר או עקיף.
- מ"א = מערכת אמונות, תקווה, דימוי עצמי, מוקד שליטה.
- ח = חברה, חברים, תפקיד, משפחה.
- ד = דמיון, יצירתיות.

חלק מההמלצות שייכות ליותר מקטגוריה אחת, כמובן. בתחום הגופני מדובר על פעילות גופנית כמשחררת

להד ודורון (2006) מדגישים כי חשוב שמטפלים העוסקים בטיפול בטראומה יאמצו את העקרונות הבאים: רגישות לזיהוי משבר מתקרב, הכרה בכך ששחיקה "מחכה בפניה", הבנה שהמשימות לא יושלמו – "שיש מחר", הימנעות ממצבים המזמינים הזדהות יתר, שמירה על גבולות מקצועיים ואתיים, גמישות תפקודית במצב המשתנה, פנייה לקבלת עזרה כחלק משמירה על שלומם וכשירותם וכחלק מהאחריות האישית שלהם לעצמם, לבני משפחתם ולמטופליהם.

### המטופל משליך על המטפל ציפיות של כול-יכולות, של מעין דמות הורית, דבר התורם לפנטזיה ההורית של "כול-יכולות" של המטפל

מיינדפולנס (mindfulness) היא גישה המדגישה תהליך שבאמצעותו מפתח הפרט מודעות עמוקה של העצמי ושל אחרים ומגיב בחוסר שיפוטי מתוך שהייה בהווה תוך קבלה עצמית מלאה (Kabat-Zinn, 1990). מסגרת זו מסייעת למטפלים לעבוד עם סבל אנושי תוך קבלת האתגרים של חיים ומוות כחלק בלתי נפרד מלהיות אנושי. אימון מיינדפולנס מטפח אמפתיה במטפלים,



במאמר זה ניסיתי לאפיין את הקורה למסייעים המטפלים במצבים טראומטיים ובהקשר זה גם בעבודה בסמיכות לנוטה למות ובני משפחתו. הרהורים אלו נשענים על ניסיוני האישי, תצפיותי ושיחותי עם אנשי מקצוע שאליהם אני קשור כמנחה ומדריך. הצבעתי על מרכיבים הקשורים בהעדר טקסי הגנה מקצועיים, הצבעתי על



התופעה של הטבעת המוות והשפעתה על המטפל. תוך עיון בפרק א' בבראשית ומתוך עניין במושג ה"תהו ובוהו" הצעתי דרך נוספת להבנת חוויית הנפגע והמטפל ופנטזיית הכול-יכולות הקשורה ב"מגע הקסם" המרפא, ההורי. הבנת חוויית המפגש עם חושך על פני תהום יכלה להסביר תופעות פסיכולוגיות עצימות (Intensive) שחוה המטפל בשל המגע עם התהום והחושך.

בסיום המאמר הצגתי על פי מודל החוסן הרב ממדי "גש"ר מאח"ד" באופן סכמתי את השיטות לסיוע למתערבים ומטפלים כדי להפחית את תופעת תשישות הקרבה. כיום קיים גוף מחקרי הולך וגדל בנושא תשישות החמלה והטראומטיזציה המשנית, וראוי שגוף ידע זה יהיה מוכר לאנשי המקצוע בתחומי בריאות הנפש בכלל והעוסקים בטראומה ובליווי הנוטה למות ומשפחתו בפרט.

ממתח, הקפדה על מנוחה, שינה, שימוש בהרפיות ותזונה נכונה.

בתחום הקוגניטיבי מדובר על הכנת הצוות מראש למה שעלול לקרות, עדכון הצוות תוך כדי התהליך, תדרכים ופתרון בעיות, שימוש בתוכניות מוכנות מראש וחלקיות – תהליך הדיבוב הפסיכולוגי. בתחום הרגשי הכוונה לאזורו, מתן לגיטימציה לביטוי רגשי לאחר המפגשים בדרך ישירה ועקיפה, למשל על ידי שיחה עם אדם משמעותי.

בתחום מערכת האמונות והערכים הכוונה למתן פירוש מחדש לחוויות, הצמדות לאמונות בדבר יכולתך, טיפוח מערכת האמונות שנפגעה, מציאת משמעות לסבל, טיפוח מוקד לשליטה פנימית, עיסוק ברוחניות.

**מצאתי שבבת אחת מתרוצצות שתי מחשבות מנוגדות במוחם של הנפגעים. האחת - "זה חלום בלהות, תכף אתעורר ואראה שהכול כמו קודם". השנייה - "זה רק ילך וייעשה יותר גרוע, זה הסוף, זה נורא, זה אסון, זה כואב מעבר לכל כאב". מאחר שהאירוע (מחלה, התעללות או אסון) אמיתי והתרחש במציאות, המחשבה הראשונה מתפוגגת די מהר והנפגע נכנס פעמים רבות לחשיבה הקטסטרופלית**

בתחום החברה חשובה התמיכה החברתית, לקיחת תפקיד, שייכות לארגון, היועצות והדרכה מקצועית, וגם טיפול אישי. משום כך אני מוצא בין תפקידי ראש הצוות כאחראי לבריאות הנפשית ולצרכים הפיזיים של צוותו וכמי שדואג לעבודה במשמרות, כמי שמספק הכרה רשמית במאמץ וכמסייע לתהליך הניתוק מן האסון וכמי שמזהה איש צוות במצוקה ודואג לשיחה עמו והפנייתו לסיוע אישי, גם את חובתו להפנות למנוחה ולארגן דיבוב פסיכולוגי.

בתחום הדמיון יש להשתמש ביצירתיות, במשחק, בדמיון מודרך, בהפגה ובהסחת הדעת על ידי פיתוח וטיפוח הומור.

## מקורות

1. אילון ע' ולהד מ' (2000). חיים על הגבול – 2000. חיפה: הוצאת נורד.
2. אילון, ע' ושחם, י' (2000). מי יתמוך בתומכים? בתוך קלינגמן, א', רביב, ע' ושטיין, ב' (עורכים). ילדים במצבי חרום ולחץ. ירושלים: משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-ייעוצי. עמ' 462-484.
3. ברגר, ר' (2001). מודל אקולוגי קהילתי להתערבות במצבי לחץ טראומטי. תל-אביב: נט"ל.
4. דקל, ר', גינזבורג, ק' והנטמן, ש' (2004). בקו החזית: עובדים סוציאליים בבתי-חולים כלליים בתקופה של טורח מתמשך. חברה ורווחה, כ"ד, 163-180.
5. ויצטום, א' (1989). בין התערבות במשבר לפסיכותרפיה קצרת מועד בתוך דסברג, ח', איזיקסון, י' ושפלר ג' (עורכים), פסיכותרפיה קצרת מועד. ירושלים: הוצאת מגנס, עמ' 53-66.
6. להד, מ' ודורון, מ' (2006). תדריך למסירת הודעה מרה. קרית שמונה: משאבים.
7. עומר ה' וענבר, ח' (1991). פיגועים המוניים: תפקיד צוות חירום. שיחות ב' 3, 157-170.
8. Adams, K. B., Matta, H. C., & Harrington, D. (2001), The traumatic stress institute belief scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82, 363-371.
9. Beaton, D. R. & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: research implications. in Figley, C. H. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
10. Bell, H. (2003). Strengths and secondary trauma in family violence work. *Social Work*, 48, 513-522.
11. Benatar, M. (2000). A qualitative study of the effect of a history of childhood sexual abuse on therapists who treat survivors of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 9-28.
12. Cacciatore, J. (2011). ATTEND: Toward a patient-centered model of psychosocial
13. care. In Spong, C. (Ed.), *Stillbirth: prediction, prevention, and management*. West Sussex, UK: Wiley Blackwell Publishing. pp. 203-228.
14. Cerney, S. M. (1995). Treating the heroic treaters. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/ Mazel. pp.131-149.
15. Coulehan, J. (2009). Compassionate solidarity: suffering, poetry, and medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52, 585-603.
16. Creamer, T., & Liddle, B. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers in September 11' attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96.
17. Dobkin, P. L. (2009). Fostering healing through mindfulness in the context of medical practice. *Current Oncology*, 16(2), 4-7.
18. Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3-16.
19. Figley, Ch. (Ed.). (1995). *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
20. Follette, V. M., Polusny, M. M., & Mikbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing service to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275-282.
21. Halbesleben, J. R, Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008 Jan-Mar; 33(1), 29-39.
22. Harris, C. J. (1995). Sensory based therapy for crisis counselors. in Figley, C. H. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
23. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
24. Hudnall, S. B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In Figley, C. R. (Ed). *Treating Compassion Fatigue*. New York, NY, US: Brunner-Routledge, viii, 227 pp. 107-119.



25. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York, NY: Dell Publishing.
26. Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses*. New York, NY: Hyperium.
27. Lahad, M. (2000). Darkness upon the abyss: supervising crisis intervention teams following disaster. *Traumatology* VI(4), Article 4, 273-293.
28. Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career sustaining behaviors: What keeps us well? *Journal of Counseling & Development*, 89, 163-171.
29. Linley, P.A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 85-188.
30. McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990) Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 3(1) pp.131-149. doi:10.1007/BF00975140
31. Morgan, W., & Morgan, S. (2005). Cultivating attention and empathy. In Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press. pp. 73-90.
32. Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: counter-transference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy*, 32, 341-347.
33. Pearlman, L. A., & Maclan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565.
34. Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout Causes and Cures*. New York: Free Press.
35. Reich, W. T. (1989). Speaking of suffering: a moral account of compassion. *Soundings*, 72(1), 83-108.
36. Rushton, C., Sellers, D., Heller, K., Spring, B., Dossey, B., & Halifax, J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying. *Palliative and Supportive Care*, 7, 405-414.
37. Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.
38. Shaha, M., Wenzel, J., & Hill, E. E. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Researcher* 18(2):77-87.
39. Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21. 581-598.
40. Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
41. Tehrani, N., Humpage, S., Willmott, B. & Haslam, I. (2007). What's happening with well-being at work? *Change Agenda*, Chartered Institute of Personnel Development, London.
42. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
43. Vachon, M. (2000). Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. In Chochinov, H. & Breitbart, W. (Eds.), *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: University Press.
44. Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. in Figley, Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel. pp. 21-50.
45. Van Der Kolk, B. A. (1966). The black hole of trauma. in Van Der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress*. New York: The Guilford Press.
46. Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207-224.
47. West, C., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302, 1294-1300.
48. Winnicott, D. W. (1971). *A Play and Reality*. London: Tavistock Publication.

## ימימה גולדברג - הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות ראיון לקראת פרישה

### דני כפרי

ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות וממונה על רישוי פסיכולוגים, מסיימת את תפקידה עם הגיעה לגיל פרישה ולאחר 13 שנותיה בתפקיד. לרגל אירוע זה נפגשתי איתה לראיון מסכם.

מעורבותה בבית הספר המקצועי לנערות "קופל קורן". יחד עם המנהלת, צוות המורים והתלמידות, הן פיתחו תוכניות רבות ומגוונות עבור הנערות. אחת הבעיות האקוטיות הייתה ניסיונות ההתאבדות הרבים שביצעו הבנות, לדבריה, שם נזרע הזרע של מעורבותה העתידית הרבה בנושא מניעת התאבדות.

בתקופה זו החלה ימימה בפעילותה הציבורית בתחום הפסיכולוגיה. ב-1990 החלה לנהל את התחנה לילד, לנוער ולמשפחה בתל אביב. בין הפרויקטים שאותם יזמה תוך יישום הניסיון שצברה עד אז היה פיתוח מודל הרשת. דהיינו, ככל שנדאג לרשת ביטחון צפופה יותר עבור ילדים בסיכון, כך נמנע את נפילתם.

במקביל לניהול התחנה, היא החלה את תפקידה כיו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית. בעת הזו פורסמה גם לראשונה חוברת האתיקה בחסות הוועדה.

ב-2004 קיבלה ימימה את התפקיד של פסיכולוגית ארצית. תפקידה נחלק לשלושה חלקים:

1. יו"ר ועדת הרישום ומנהלת פנקס הפסיכולוגים במינוי שר. מתוקף כך אחראית על רישום של פסיכולוגים בפנקס ומעקב אחר הרישום.
2. מנהלת תקנות אישור תואר מומחה במינוי מנכ"ל. מתוקף כך אחראית על משרד מועצת הפסיכולוגים ועל תהליכי העבודה. בסמכותה לקבל או לא המלצות של הוועדות המקצועיות לגבי הענקת תואר מומחה, תואר מדריך, הכרה במוסדות להתמחות, פטור מהתמחות או בחינות לקבלת תואר מומחה ומלגות.
3. ראש סקטור במשרד הבריאות ואחראית מקצועית על כלל עובדי המשרד ועובדי מערכת הבריאות, עיסוק בתחומי תוכן שונים ועוד.

מבוסס על פינת הפרופיל שערכה שרית ארנון לרנר עם ימימה גולדברג לרגל קבלת אות מפעל חיים בתחום מניעת אובדנות בישראל שפורסם בפסיכואקטואליה, באוקטובר 2012, עמ' 64-66.

ימימה נולדה, גדלה וגרה כל חייה בתל אביב. היא למדה בבית הספר תיכון עירוני ה' ושירתה בצבא בלשכת השליש הראשי, שם הייתה מקבלת דיווחים יומיומיים על חללים ופצועים במלחמת ההתשה. זו הייתה עבורה חוויה לא קלה. הרגע הקשה ביותר הגיע ללא הכנה מוקדמת, בעת שקיבלה הודעה על נפילתו של החבר שלה בעת ששירת בתעלה. היה זה המפגש הראשון שלה עם המוות.

בגיל 52 התאלמנה ימימה מבעלה. היא מספרת כי היה זה כמו רעם ביום בהיר ושנים רבות נדרשו לה כדי להתאושש מהטראומה הקשה. כיום היא חיה עם בן זוגה, עליו יש לה רק מילים טובות. יש לה שני ילדים ושני נכדים, ובהם היא רואה את המשמעות האמיתית של חייה.

בזמנה הפנוי ימימה מאוד אוהבת הצגות, והולכת לפחות פעמיים בשבוע. היא נהנית גם מבלט ומאופרה, ואוהבת ומרבה לקרוא ולטייל בארץ ובחו"ל, ואף חברה בחוג טיולים בארץ.

בשנת 1971 החלה ימימה בלימודי תואר ראשון בפסיכולוגיה ופילוסופיה באוניברסיטת תל אביב. עם סיום התואר החלה לעבוד בבית חולים לחולי נפש בפתח תקווה. בהמשך סיימה תואר שני בפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטת תל אביב וכן קורסים נוספים, והחלה ללמוד בבית הספר לפסיכותרפיה בתל אביב, במסגרת לימודי המשך ברפואה, וקיבלה דיפלומה בפסיכותרפיה.

ימימה התמחתה במרכז לבריאות הנפש בפתח תקווה, שם גם עבדה והתעצבה מבחינה מקצועית במשך 15 שנים נוספות. לדבריה, אהבה את העבודה, את הצוות, את הישיבות ואת הפעילות הקהילתית הרבה שהתקיימה במרכז.

במסגרת זו יזמה פעילויות רבות בקהילה, אשר התקיימו בפן האבחוני והטיפול, אך לא פחות מכך בפן המניעתי. ימימה מספרת כי שם למדה חשיבותה של בריאות נפש קהילתית מהי, ועד כמה מפגשים עם גננות, מורות, אחיות טיפת חלב, רופאים וכיוצא באלה, מאפשרים למנוע מקרים או לאתדם מוקדם יותר, טרם החרפת הבעיה. אחד הפרויקטים המשמעותיים ביותר עבורה היה



בנושא של לקויות למידה היה צורך לתת ביטוי למעמדו הייחוד של הפסיכולוג בתחום.

תחום חשוב נוסף הוא האתיקה וקידומו. חוברת האתיקה הראשונה חוברה על ידי יהודית אכמון, גבי שפיר וגבריאל וייל עוד לפני שהפ"י חרטה זאת על דגלה כאחד הנושאים החשובים. בימי כיו"ר הוועדה הקלינית הפצנו את החוברת לכל הפסיכולוגים הראשיים במוסדות המוכרים.

אני יכולה לומר שלא עסקתי בנושא שלא הייתי מחוברת אליו או שחשבתי שהוא לא חשוב, מבחינה זו "כולם היו בני".

**האם היו נושאים שיישומם לא הצליח או שהצליח פחות?**

עם סיום התפקיד אני רוצה להשאיר אחרי שולחן נקי. כל הנושאים שטיפלתי בהם מצויים בעשייה ובשלבי ביצוע. אין נושא שהוא רק בהגייה ולא בפעולה.



**שתפי אותנו בבקשה בסיבות שהביאו אותך לבחירה בתפקיד זה.**

בנוסף לעבודתי, כל השנים הייתי בפעילות ציבורית: התחלתי בוועד המתמחים, הייתי נציגה במועצת הפסיכולוגים, הייתי חברה בוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית ולאחר מכן יו"ר הוועדה המקצועית ועוד. הטיפול בנושא הציבורי והארגוני נראה לי חשוב מאוד, לא רק מהיבט הטיפולי, אלא גם מסיבות אחרות. זה עיסוק בפרופסיה מהיבטים

מגוונים ורחבים. חשבתי שיש לי הרבה מה לתרום בהיבט המערכתי, חשבתי שאני יכולה להשפיע ולשנות דברים וזאת הייתה דרכי להביא את תרומתי לידי ביטוי.

**מהם תחומי האחריות בתפקיד זה ומהם הנושאים העיקריים שבהם עסקת?**

מבחינת ההגדרה הפורמלית של התפקיד, הוא מורכב משני

היבטים: מקצועי ורגולטורי. במהלך התקופה עסקתי באין ספור נושאים הקשורים לפרופסיה, כאשר נקודת השיא מבחינתי היא התוכנית למניעת התאבדויות. בנוסף היו: הטיפול הפליאטיבי, תחום הכשרות המשפטית, ילדים בסיכון וילדים נפגעי תקיפה מינית, קידום נושא הטיפול בזקנה, פתיחת תוכניות ייעודיות באקדמיה כמו התוכנית לפסיכולוגיה התפתחותית, התוכנית לגרונטולוגיה, פסיכולוגיה רגישת תרבות ועוד. התוכנית למניעת התאבדות קודמה ממש מתחילתה. בתחום הנוגע לילדים עם חשש לפגיעה מינית, עלה הצורך לחבר את הסטנדרטים לטיפול ולמטפלים. בתוכנית הפליאטיבית הדגש היה להכניס את הפסיכולוגים בין יתר אנשי המקצוע העוסקים בתחום.

בתוכנית העוסקת בשבץ מוחי אנו מנסים להכליל את הפסיכולוגים כחלק מהשותפים בתוכנית ובטיפול. בתוכנית הגרונטולוגית יש ניסיון ליזום ולהוציא מהכוח אל הפועל את נושא הזקנה. כנ"ל גם לגבי התוכנית לפסיכולוגיה התפתחותית.

**לאחר 13 שנים בתפקיד, מהו לדעתך מעמד הפסיכולוג והפסיכולוגיה, מה קרה להם במהלך השנים?**

לצערי, אנחנו לא מצליחים להיות עמוד האש בגלל שאנו עסוקים כל הזמן במלחמות פנימיות שמכלות את האנרגיה ולא מאפשרות לנסוק אל על. מדובר במקצוע מיוחד במינו עם אנשים מעולים, שיש להם מה לתרום לחברה ולפרט בכל אחד מתחומי החיים.

**כיצד את מתייחסת לנושא הרפורמה בבריאות הנפש?**

בכל רפורמה יש צדדים חיוביים יותר ופחות. לדעתי רצוי היה שהפסיכולוגים יגידו את הדברים מבפנים ולא מבחוץ. אני מסכימה עם חלק מהביקורת, אך הדרך שבה זה נעשה היא דרך לעומתית, היוצרת התנגדות ולא שיתוף פעולה. גישה לעומתית אינה מגייסת אף אחד, וכדאי שנימנע ממנה.

אני עוסקת גם בנושא של הגדלת כוח האדם הפסיכולוגי החינוכי והקליני במגזר הערבי.

## יחסי מתבגרים-הורים

### עדנה כצנלסון

גיל ההתבגרות הוא תקופה מופלאה. הילד עובר שינויים ביולוגיים וקוגניטיביים משמעותיים שתומכים בשינויים נרחבים ביחסים שלו עם עצמו, עם המשפחה ועם בני גילו. הספרות המקצועית נוטה בדרך כלל להתייחס לאתגרים ולצייר את הגיל הזה כמשבר, אך למעשה אין זה מחויב כלל וכלל. ישנם הורים שקל להם הרבה יותר להתמודד עם מתבגרים מאשר עם ילדים צעירים יותר, וישנם מתבגרים שהופכים להיות לשותפים מדהימים במשפחתם בזכות היכולות החדשות שפיתחו וסיגלו לעצמם. להיות הורה לילד מתבגר זו הזדמנות למעגל המשפחתי לעבור לשלב ייחודי הכרוך בשאלות של עצמאות, נפרדות ואינדיבידואליזם.

הספר "מה עובר לך בראש - מה שצריך לדעת על פסיכולוגיה בגיל ההתבגרות" שכתבו עדנה כצנלסון ועמירם רביב ראה אור השנה בהוצאת מטר. הספר יוצק להבנת ההתמודדות של הורים עם מתבגרים את הידע והכלים שיכולים לסייע על מנת שהמשפחה תמשיך להתפתח במעגל חיי המשפחה. עדנה כצנלסון סיכמה בעבור פינת ההורות של פסיכואקטואליה את הפרק "יחסי מתבגרים-הורים" מתוך הרגישות המיוחדת שלה של התבוננות ניטרלית, מכבדת ואמפתית לשני הצדדים - להורים ולמתבגרים כאחד.

שלכם,

איריס ברנט

### להיות הורה למתבגר

מדוע בעצם מתקשים הורים רבים להתמודד עם גיל ההתבגרות של ילדיהם?

- **שינוי מעמד ההורה** - כשילד מתבגר, פיזית ונפשית, המעמד של הוריו משתנה. הם אינם נתפסים עוד על ידו כסמכות עליונה בכל תחום בחייו. המתבגר, כחלק טבעי מתהליך התבגרותו, נעשה יותר ביקורתי כלפיהם, וגם אם הם מבינים זאת, קשה להם להתמודד עם הביקורת.
- **אובדן שליטה על חיי הילד** - ככל שהילד מתבגר, להורים יש פחות שליטה על מעשיו. הילד נמצא זמן רב יותר מחוץ לבית, וגם כשהוא בבית הוא נמצא במרחב משל עצמו של מבוגרים אין בו שליטה (מחשב, טלפון נייד). בגיל זה ההורים יודעים פחות מיהם החברים של הילד ולאילו רעיונות והתנהגויות הוא נחשף.
- **שלב אמצע החיים** - בשלב שבו הילדים מגיעים לגיל ההתבגרות, רבים מההורים נמצאים בשלב אמצע החיים ועוברים גם הם טלטלות לא מעטות. ההורים מתמודדים עם סימני גיל המעבר, שאלות קיומיות לגבי המשך הדרך ועם הוריהם המזדקנים.

השינוי במערכת היחסים בין ההורים לילדיהם בגיל ההתבגרות גדול ומורכב. מצד אחד ההורים הם הגורם היציב והמוכר בחיי ילדיהם בתקופה מבלבלת זו, והם שדואגים לשלומם הגופני והנפשי של ילדיהם, עוזרים להם להתמודד עם המערבולת הרגשית האופיינית לגיל ועם דרישות המציאות ההולכות וגדלות ומשמשים מודל חשוב לחיים בוגרים, הן על דרך החיוב והן על דרך השלילה, ומנגד, ההורים הם בני דור קודם, בעל ניסיון וערכים שונים משל ילדיהם. הדאגה וההתערבות שלהם, שבילדות התקבלו בחיוב, עלולות להעיק על המתבגרים המנסים בשלב זה בחייהם להגדיר את זהותם העצמאית והעכשווית ולפיכך לעשות יותר ויותר דברים בדרכם. כל החוקים והמגבלות, ההתעניינות והשאלות, נתפסים אצל בני נוער רבים כהוכחה לכך שהוריהם אינם מבינים אותם או אינם מכבדים אותם או שהם עדיין רואים בהם ילדים קטנים וחסרי אונים, שאינם מסוגלים לקבל החלטות עצמאיות או להתמודד עם החיים בכוחות עצמם. רבים מהמתחים המאפיינים את גיל ההתבגרות נובעים מהיחסים המורכבים הללו שבין ההורים לילדיהם.

איריס ברנט היא בעלת קליניקה לטיפול אישי, זוגי ומשפחתי. 03-6876801

ד"ר עדנה כצנלסון היא פסיכולוגית קלינית חינוכית התפתחותית, אוניברסיטת תל אביב, בית ספר סאקלר לרפואה [ednak@post.tau.ac.il](mailto:ednak@post.tau.ac.il) המאמר מבוסס על: כצנלסון, ע' ורביב, ע' (2017). "יחסי מתבגרים-הורים". מה עובר לך בראש - מה שצריך לדעת על פסיכולוגיה בגיל ההתבגרות. הוצאת מטר. מעמ' 103.



ליחס אחראי כלפי כסף ולצרכנות נבונה. חשוב להם שילדיהם יבינו את ערך הכסף ושלא יתפתו לבזבז אותו בהשפעות הפרסום או כדי להשתוות לחברים. הורים רבים מרגישים שילדיהם מוציאים יותר מדי כסף על בגדים, מותגים יקרים ובילויים.

• **מין** - הילדים, שנתפסו עד כה כיצורים לא מיניים, מתחילים לגלות עניין הולך וגובר במין עקב שינויים הורמונליים. למשפחה נוסף פרטנר בעל צרכים ארוטיים, שלעתים משנה את האווירה במשפחה. ההורים עשויים לחשוש שילדיהם יתחילו לקיים יחסי מין בגיל מוקדם מדי, שהם יעברו חוויות מיניות שליליות, שיסבלו מניצול, יידבקו במחלות מין או יחוו הריונות בלתי מתוכננים. המתבגרים, לעומת זאת, מעוניינים כבר להתנסות בקשר מיני ותופסים את המגבלות המוטלות עליהם לא כעדות לדאגה שנובעת מניסיון חיים ומפרספקטיבה רחבה יותר, אלא כמפגן של גישה מיושנת וחוסר אמן בהם ובשיקול דעתם.

### מצבים בעייתיים בקשר בין מתבגרים להורים

הקשר בין רוב המתבגרים להוריהם הוא קשר מורכב, המאופיין בעליות וירידות, התרחקות והתקרבות. יש בני נוער שמצליחים להישאר קרובים יחסית להוריהם במהלך גיל ההתבגרות, ויש כאלה שיחסייהם עם הוריהם מרוחקים יותר או מתוחים יותר. כל אלה הן תופעות נורמליות, גם אם לא תמיד קל להתמודד איתן, אבל יש כמה מצבים ביחסים עם ההורים שהם מזיקים מאוד וחשוב לא להגיע אליהם.

#### נתק

כשמריבה מתלהטת במיוחד אפשר ואף רצוי לקחת פסק זמן קצר כדי להירגע ולחשוב בצלילות ולא להגיד משהו שנתחרט עליו, אבל אסור להגיע למצב שבו מתבגרים אינם מדברים עם הוריהם במשך ימים, שבועות או חודשים. מצב כזה מסוכן למתבגר, הן בהווה והן כמודל להתמודדות עם תגובות מעוררות כעס בעתיד.

מצב נתק הוא מצב שבו יש שתיקה מתמשכת או הגבלת הדיבור למינימום הנחוץ כדי לחיות בבית. במצבים קיצוניים יותר המתבגר עשוי לעזוב את הבית ולעבור לגור אצל חבר, לחיות לבד ולפרנס את עצמו או לעבור לחיות אצל בני משפחה אחרים (סבים למשל). מעבר למקום מגורים אחר, בעיקר עם בן משפחה, הוא פחות בעייתי

• **קנאה** - בעולם שבו יש דגש רב על נעורים, רעננות ועדכניות, הורים רבים חשים קנאה לא מודעת בכוחם, במראם, במיניותם ובעתידם של בניהם ובנותיהם המתבגרים, קנאה שגורמת למתח ולמריבות.

• **זיכרונות העבר** - ההתמודדות עם גיל ההתבגרות של הילדים מחזירה את ההורים לחוויות ההתבגרות שלהם עצמם, כולל ההתרגשות והקשיים שחוו הם בגיל זה. הדבר מעמת אותם עם ההורות שלהם ביחס להורות של הוריהם באותו שלב, בעיקר אם נראה שילדיהם יש שפה משותפת טובה יותר דווקא עם הסבים שלהם.

• **התקדמות טכנולוגית** - רוב ההורים הם מעין מהגרים בעולם הטכנולוגי של ההווה. לעתים קרובות הם נמצאים בפגור אחרי ילדיהם המעודכנים תמיד. למרות חוסר התמצאותם בטכנולוגיות העדכניות, ההורים עדיין צריכים לממן טכנולוגיות אלו, והם גם אלה שאחראים לטעויות שילדיהם עלולים לעשות באמצעותן.

• **אחריות הורית** - הורים למתבגרים עדיין אחראים להיבטים רבים מהתנהגותם של ילדיהם, אך יש להם פחות כלים לממש את סמכותם ההורית מאשר בגילים צעירים יותר. קושי נוסף שמתעורר פעמים רבות כשהילדים גדלים הוא שההורים לעתים קרובות עובדים שעות ארוכות יותר משהיה נהוג בעבר, ולכן פוגשים את ילדיהם פחות.

### נקודות חיכוך אופייניות בין הורים למתבגרים

• **עזרה בבית** - הורים רבים מצפים במשך שנים שילדיהם יגיעו לגיל שבו אפשר יהיה להטיל עליהם יותר אחריות לנעשה בבית, אבל כשהילדים מגיעים לגיל שבו זה אפשרי הם לרוב רק רוצים שיניחו להם לנפשם כשהם חוזרים הביתה מבית הספר או מכל מקום אחר.

• **סדר יום** - מתבגרים רבים מרגישים שהם בוגרים מספיק כדי להחליט בעצמם איך ייראה סדר היום שלהם - מתי ילמדו, מתי יחזרו מבילוי, מתי ילכו לישון, כמה זמן יקדישו לטלוויזיה או למחשב. ההורים לפעמים מרגישים שהילדים שלהם מבזבזים את הזמן על דברים לא חשובים, מזניחים את הלימודים, שבים מאוחר מבילויים ולא ישנים מספיק.

• **כסף** - ברוב המקרים ההורים הם מקור הכסף העיקרי אם לא הבלעדי של ילדיהם המתבגרים. כחלק מתפקידם ההורי, ההורים רוצים לחנך את ילדיהם

להידרדר למקומות בעייתיים מכיוון שלא קיבלו הדרכה מספקת ואזהרה מהסכנות הצפויות. במקרים פחות שכיחים עלולים המתבגרים לחוות לחץ נפשי מעבר לסביר בגילם, מכיוון שהם האחראים הבלעדיים על עצמם, וכתוצאה מכך להתבגר מוקדם מדי ולשלם על כך בתחושת לחץ.

המצבים המתוארים לעיל מתארים קשרים בעייתיים בין המתבגר להוריו, שפוגעים ביכולת של ההורים לתמוך במתבגר ובנכונות שלו להיעזר בהם ופוגעים בקשרים בין כל בני המשפחה.

## עצות למתבגרים לשיפור היחסים עם הוריהם

אין פתרונות קסם שיכולים להבטיח הרמוניה והבנה בין מתבגרים להורים, אבל להלן כמה עצות שיכולות לסייע לשני הצדדים לצמצם את כמות המתחים והמריבות:

- **שמירה על דרכי תקשורת פתוחות** - חשוב לשמור על קיום דיאלוג פתוח ומכבד בין הצדדים. בהחלט מותר לכעוס, אבל אסור לדבר בחוצפה, בזלזול או בצורה פוגענית. פעמים רבות, בעיקר בשעת כעס, יהיו חריקות בדיאלוג, אבל זהו הסיכוי היחיד לתקשורת טובה יותר. חשוב להימנע ממצב של נתק מוחלט. אם ההורים יוזמים איתכם דיאלוג, שתפו פעולה גם אם אתם כועסים ואינכם רוצים לדבר איתם. ואם הם אינם פונים אליכם מיוזמתם, קחו אתם יוזמה והתחילו לדבר איתם.

- **ראיית הצד האחר** - העיקרון החשוב ביותר בטיפול דיאלוג בונה הוא לנסות לראות את הדברים מזווית הראייה של הצד האחר. בעצם ההבנה של האחר אין שום מחויבות להסכים עם גישתו או עם עמדותיו, אבל ללא נכונות לנסות להבין את זווית הראייה שלו ואת המניעים שלו לא יכול להתקיים דיאלוג אמיתי.

- **התמודדות עם הנחות מוטעות** - הנחה מוטעית יכולה להתבטא בשלל דרכים: הורים מאמינים שלחבר מסוים יש השפעה שלילית על ילדיהם רק על בסיס המראה החיצוני שלו או השתייכותו החברתית. קשה להילחם בהנחות מוטעות, שחלקן נובעות מדעות קדומות או מידע בלתי מבוסס, אך חשוב להיות מודעים לקיומן ולהשתדל להיאבק בהן.

- **התבטאות ברורה** - לפעמים המריבות נובעות מחוסר הבנה ולא דווקא מחוסר הסכמה עקרונית. הקפידו לנסח באופן ברור את בקשותיכם ואל תניחו שההורים

בתנאי שהוא נעשה בהסכמת ההורים ונשמר קשר מינימלי איתם. מעבר לבית אחר לזמן שהוא יותר משעות ספורות ללא ידיעת ההורים וללא קשר איתם, הוא מסוכן לבני נוער, שבסך הכול זקוקים למעטפת המשפחתית גם אם היא מורכבת ונחוות אצלם כמעיקה. מעבר לפנימייה בהסכמת ההורים יכול להיות פתרון לבני נוער שאינם מוצאים את מקומם במשפחה, אבל אסור שהוא ישמש כאיום (מצד המתבגרים או מצד הוריהם) במקרה של ריב.

## קשר בלעדי עם הורה אחד

טבעי שילד ירגיש קרבה רבה יותר לאחד ההורים (באופן זמני או קבוע). אך קיום קשר רק עם הורה אחד והחרמת ההורה האחר יוצרים קואליציה הרסנית במשפחה, שמסכנת את הבריאות הנפשית של הילדים ואת הזוגיות של ההורים, ומשמשת מודל בעייתי למתבגרים בכל הנוגע למשפחתם העתידית.

מומלץ שמתבגר המנותק מאחד ההורים יפנה לגורם מקצועי שיבדוק איתו מהם הגורמים המודעים ובעיקר הלא מודעים לנתק, ומהם הכוחות המשפחתיים שמנציחים אותו.

## הורה כחבר יחיד

היעדר קשר עם חברים וקיום קשר הדוק רק עם ההורים אינם מעידים על מצב בריא. קשר בלעדי עם ההורים עשוי להתקיים כאשר המתבגר מטפל בהם ולכן אינו פנוי לקשרים אחרים, או כשהוא תלוי בהם באופן קיצוני ואינו מסוגל להתנתק מהם. מצב של תלות גדולה בהורים עלול להופיע אצל מתבגרים חולים או נכים שתלויים מאוד בטיפול הורי ואין להם מספיק הזדמנויות לקיים קשר עם בני גילם, ולעתים הוא עלול להופיע גם אצל מתבגרים לקויי למידה, שנוטים להזדקק יותר לעזרת ההורים ולכן עלולים לפתח בהם תלות קיצונית.

## הורה בלתי מעורב

רבים מההורים ומהמתבגרים אולי חושבים ומרגישים אחרת, אך מתבגרים זקוקים להוריהם. הורים לא מעורבים או שאינם מתפקדים כהורים, מסכנים מאוד את בריאותם הנפשית (והפיזית) של ילדיהם. הורים שהרימו ידיים ומאפשרים לילדיהם לעשות ככל העולה על רוחם עלולים לגרום לילדים להקצין את גילויי המרד של גיל ההתבגרות בניסיון לחוות עצמאות ואפילו





אחים וכולי. כדאי לא לנסות לדחוס הכול במשפט אחד, וחשוב מאוד להימנע מהאשמות. במקום להגיד להורים מה הם עושים, התמקדו בהרגשה שלכם.

● **הימנעות מדיאלוג שמותנה רק בקבלת טובת הנאה** - אם תסכימו לנהל דיאלוג רק בתנאי שתקבלו פרס חומרי כלשהו (למשל טלפון חדש או אופניים חשמליים), לא יתקיים דיאלוג משמעותי ביניכם ובין ההורים שלכם.

● **שימוש בהומור** - הומור יכול למתן מתח משפחתי בתנאי שאינו ציני ומתנשא. החוכמה העיקרית היא להבחין בין התבדחות "עם מישהו" ו"על חשבון מישהו". בצחוק "עם מישהו" אין עוינות ויש נכונות להידברות ולהתגמשות. אחת הדרכים היעילות ביותר לשימוש בהומור כדי לנטרל מתחים ולהוריד התנגדות היא שימוש בהומור עצמי, שמאפשר הבנה טובה יותר ומחליש התנגדות.

● **גיוס צד מגשר** - כשלא מצליחים לפתור חוסר הבנה בתוך התא המשפחתי, אפשר לגייס גורם חיצוני לעזרה: איש מקצוע, בן משפחה או חבר של המשפחה.

● **התחלקות בחוויות** - הרצון של בני נוער בפרטיות רבה יותר כשהם מתבגרים, והדבר טבעי לגמרי. אבל פעמים רבות קשה להורים להתמודד עם רצון זה כי הם מרגישים שהם כבר אינם מכירים אתכם. אתם ממש לא מוכרחים לספר להם כל פרט אישי לגביכם, אבל יש דברים כגון חוויות מהופעה או התרשמות מסרט, שאותן בעצם אין לכם בעיה לחלוק. את הדברים האלה כדאי לחלוק עם הורכם.

● **שמירה על קשר עם המשפחה** - בני נוער עסוקים יותר מילדים קטנים ומתעניינים יותר במה שנעשה בחיי בני גילם מאשר בחיי המשפחה המורחבת, אבל סירוב מוחלט ללכת לאירועים או לביקורים משפחתיים והבעת חוסר עניין בקרובי משפחה עלול לפגוע מאוד בהורכם.

## לסיכום

במהלך ההתבגרות, הן המתבגרים והן ההורים מגדירים מחדש את היחסים ביניהם. גם להורים וגם לילדיהם יש קשיים משלהם, וללא הידברות, כבוד הדדי וגמישות משני הצדדים, יהיה קשה לכל המעורבים לעבור את גיל ההתבגרות בשלום. אין כללים ופתרונות שמתאימים באותה מידה לכל המשפחות, אך בכלן נחוצים רצון טוב וסבלנות כדי להגיע להסכמה ולהבנה.

שלכם יודעים איך אתם מרגישים או מה אתם צריכים רק מתוך היכרות איתכם או אמירה מרומזת מצדכם.

● **התייחסות מכובדת** - מלבד הצורך להעביר מסר ברור, חשוב שתקפידו לדבר עם ההורים בכבוד, גם כשאתם כועסים ונעלבים. השפלה או התנשאות מגדילים את הסיכוי לרוגז ולחוסר הסכמה.

● **קביעת סדר עדיפויות** - יכולות להיות כל מיני סיבות לחוסר הסכמה ביניכם ובין ההורים שלכם, ולא כולן חשובות באותה מידה. מומלץ מאוד לערוך חשבון נפש ולהחליט על מה אתם בוחרים להתעקש ומה פחות חשוב.

● **תכנון וארגון** - כדאי להכין מראש רשימה של נושאים שעליהם אתם רוצים לדבר עם ההורים שלכם ולארגן אותה על פי סדר החשיבות. בהמשך נסו לחשוב באיזה סדר כדאי להציג את הנושאים. לא כדאי להתחיל בנושאים הכי טעונים שעלולים להסתיים בפיצוץ, כי אז תחמיצו את ההזדמנות לדבר על הנושאים האחרים. חשוב לתכנן מראש איך להציג את הדברים בצורה לא מאשימה ולא מתלהמת, אלא רגועה ועניינית ככל האפשר. נסו להגיע אל השולחן עם כמה הצעות לפתרון נקודות המחלוקת. נסו לנסח מסקנות ברורות והציעו משך זמן סביר לבדיקת יישום המסקנות.

● **הימנעות משימוש בתוויות** - בריבים יש נטייה להשתמש בתוויות: אתה אטום, חסר התחשבות, אנוכי, מרוכז רק בעצמך וכולי, אך תוויות מעוררות התנגדות ואינן מאפשרות קיום דיאלוג. נסו להימנע מהדבקת תוויות שכאלה על ההורים שלכם ובקשו גם מהם לא להדביק עליכם תוויות, אלא לציין באופן ענייני מה הרגז אותם או הפריע להם בהתנהגות שלכם.

● **התייחסות לנושאים העקרוניים** - הוב הריבים בין אנשים הם על דברים שנראים שטותיים, אך הם בעצם מייצגים נושאים עקרוניים, כך שהמריבה היא בעצם על נושא הרבה יותר עמוק מכפי שנראה לעין. למשל, מריבה על נוכחות בארוחת שישי עשויה לנבוע מתחושה של ההורים שהילד מתרחק או שהחברים שלו חשובים לו יותר מהמשפחה. זיהוי העניינים העקרוניים שמאחורי הפרטים הקטנים עשוי לעזור ליישב את המריבה, בעיקר אם נוכחים שרבים שוב ושוב על דברים שאינם ברומ של עולם.

● **הימנעות מהאשמות** - נסו להסביר להורכם מה בהתנהגותם מפריע לכם, לדוגמא, ביקורתיות רבה מדי, התנשאות כלפיכם, העלבה מול חברים, אפליה מול

# סיכום פעילות ועדת האתיקה לשנת 2016

3. הפסיכולוגית הראשית של משרד הבריאות.
4. ועדת התלונות של משרד הבריאות.
5. מועצת הפסיכולוגים - השתתפות בוועדה שהקימה מועצת הפסיכולוגים לדיון בהצעות לשינויים החוק.
6. ועדת היגוי של משרד הבריאות לקידום פעילות ועדות אתיקה לפי חוק. השתתפות ביום עיון של משרד הבריאות: "ועדות אתיקה לפי חוק זכויות החולה" שהתקיים ב-6.12.2016 בשפיים.

## "משולחנה של ועדת האתיקה"

מדור קבוע של ועדת האתיקה המתפרסם ב"פסיכואקטואליה", רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

השנה פורסמו במדור ארבעה מאמרים: מאמר אחד מסכם את פעילות ועדת האתיקה במשך שנים ומאמר לסיכום הפעילות לשנה האחרונה.

שניים מהמאמרים נכתבו בעקבות פניות לוועדת האתיקה במשך השנה.

1. סיכום פעילות ועדת האתיקה מ-1.1.2015 עד 31.12.2015. פסיכואקטואליה, ינואר 2016.
2. מה למדנו מעבודת ועדת האתיקה - סקר לאפיון ההפניות לוועדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל בין השנים 2007-2012. (מאמר זה נכתב על ידי ד"ר רבקה רייכר-עתיר ואודליה בן שלמה). פסיכואקטואליה, אפריל 2016.
3. חתימה "בשם" על דוחות פסיכולוגיים. פסיכואקטואליה, יולי 2016.
4. הסכמת הורים פרודים או גרושים לגבי התערבות פסיכולוגית בילדם הקטין. פסיכואקטואליה, אוקטובר 2016.

## עבודה שוטפת של ועדת האתיקה

- בשנת 2016 טיפלה ועדת האתיקה ב-127 פניות. הפניות כוללות בעיקרן: שאלות, התייעצויות ותלונות. מתחילת כהונת הוועדה הנוכחית: 128 פניות טופלו ב-2014

בבכל שנה מוגש לכם סיכום פעילות ועדת האתיקה לשנה שחלפה. פעולות ועדת האתיקה:

## עדכון קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים

הסתיים עדכון קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל. עדכון הקוד הוא תוצר של עבודה משותפת של הוועדה הקודמת בראשותה של ד"ר רבקה רייכר ושל הוועדה הנוכחית.

הקוד אושר על ידי היועץ המשפטי של הפ"י וכן על ידי הוועד המרכזי.

הקוד המשודרג הוצג ואושר על ידי האספה הכללית של הפ"י ב-31.1.2017 ומאז נכנס לתוקף.

הקוד יוצג לפני מועצת הפסיכולוגים של משרד הבריאות עם חזרתה לפעילות, על מנת שתאמץ את הקוד כמתווה להנחיות להתנהגות אתית של כלל הפסיכולוגים בישראל.

## הכשרה בפסיכולוגיה משפטית

המסמך "קווים מנחים ויישומיים לכתיבת חוות דעת פסיכולוגית לבית משפט", שנכתב על ידי צוות פסיכולוגים שמונה על ידי מועצת הפסיכולוגים והפ"י, מונח על שולחן היועץ המשפטי של משרד הבריאות על מנת לקבל אישור סופי להפצתו.

השנה נפתחה תוכנית חד שנתית להכשרת פסיכולוגים בפסיכולוגיה משפטית. התוכנית מגובה על ידי הפ"י וועדת האתיקה ועל ידי מועצת הפסיכולוגים. התוכנית פועלת במרכז הבינתחומי הרצליה.

## שיתוף פעולה בין גורמים שונים הנוגעים לנושאי חוק ואתיקה

1. הוועד המרכזי של הפ"י - השתתפות בכתיבת ניירות עמדה של הפ"י כתגובה על דברים שנשמעו בנושא הלהט"בים והתנהגות פוגענית מצד פסיכולוגים.
2. היועץ המשפטי של הסתדרות הפסיכולוגים.



מתמחה - 1

מומחים - 8

מדריכים - 13

(3 מהנילונים בעלי התמחות כפולה)

אינם פסיכולוגים - 6 (בד"כ מומלץ למתלוננים להפנות את תלונותיהם לכתובת מתאימה).

ללא שם של הנילונים - 2

(הערה: 2 תלונות הן נגד 2 נילונים כל אחת ולכן מספר הנילונים הוא 33 ב-31 תלונות).

### בשולי הדברים

1. לאור עדכון תקנון הפ"י בינואר 2016, הורחב הרכב ועדת האתיקה לשבעה חברים. מאוקטובר 2016 הצטרפו לוועדה שלושה חברים חדשים, שמועמדותם אושרה על ידי הוועד המרכזי של הפ"י.
2. הקפדה יתרה ניתנה לעניין מניעת כפילויות בהגשת פניות לוועדת האתיקה ולוועדת התלונות של משרד הבריאות או לכל גורם משפטי אחר.
3. ועדת האתיקה הייתה שותפה לדיונים שונים שהעסיקו (ועדיין מעסיקים) את קהילת הפסיכולוגים בישראל: נושא ה-shaming של פסיכולוגים העוסקים בעיקר באבחון מסוגלות הורית, טיפולי המרה, פסיכולוגים הפוגעים במטופליהם וחשש המטופלים להגיש תלונות נגדם, פסיכולוגים מטפלים ללא התמחות.
4. עיקר פעילותה של ועדת האתיקה בשנת 2017 תתמקד בחינוך לאתיקה על ידי הסברה והטמעת קוד האתיקה.

בברכה,

חברי ועדת האתיקה:

חנה בן-ציון - יו"ר, יונת בורנשטיין בר-יוסף,  
שלומית בן-משה, ד"ר יהושע וייס, ד"ר מיכה וייס,  
נגה קופלביץ, ד"ר אורלי קמפף-שרף

150 פניות טופלו ב-2015

סה"כ 405 פניות בשלוש שנים

### א. התפלגות מספר הפניות

68 - פניות של פסיכולוגים: שאלות והתייעצויות

20 - פניות מהציבור (גורמים שונים שאינם פסיכולוגים)

31 - תלונות

8 - אחר (ערעור, בקשות, דרישות, איום ועוד)

1. התייעצויות - 54% מהפניות לוועדה היו שאלות ובקשות להתייעצות של פסיכולוגים. (לעומת 49% בשנת 2015).

2. 16% מהשאלות היו מהציבור, שאינו כולל פסיכולוגים. (לעומת 27% בשנת 2015).

3. תלונות - 24% מהפניות לוועדה היו תלונות על פסיכולוגים (2 תלונות היו של פסיכולוג על פסיכולוג). (לעומת 15% בשנת 2015).

4. אחר: הוגש ערעור אחד על החלטות ועדת האתיקה (הערעור התקבל לאחר שנכתב מסמך המבהיר דרכי עבודה לבקשת ועדת הערעורים).

כ-70% מהפניות לוועדת האתיקה הן של התייעצויות ושאלות בעיקר מפסיכולוגים, דבר שמדגיש את המקום של ועדת האתיקה כגורם מלמד ומחנך יותר מאשר כגורם המטיל סנקציות על חבריו.

### ב. התפלגות מספר הפסיכולוגים הפונים להתייעצויות

#### לפי תחומי התמחות

35 פניות של פסיכולוגים קליניים.

26 פניות של פסיכולוגים חינוכיים.

3 פניות של פסיכולוגים שיקומיים.

2 פניות של פסיכולוגים רפואיים.

(9 מהפונים הם בעלי מומחיות כפולה)

2 פניות של פסיכולוגים ללא התמחות.

### ג. התפלגות מספר הנילונים שנגדם הוגשו תלונות לפי

#### מעמד מקצועי

פסיכולוגים רשומים ללא מומחיות - 3

## ספרים רבותי, ספרים

### כתב וערך: שבתאי מג'ר

#### חתייה אל העצמי – הפסיכותראפיה ההומניסטית של קרל רוג'רס

ארנון לויטן, הוצאת אדוואנס, 2016. 233 עמ'

לאיש, לפעלו ולגישתו הטיפולית והחינוכית, ומביא את עיקריה ואת רוחה בהתלהבות ובססגוניות. הספר ערוך ומעוצב בסגנון נאיבי, פתוח, מואר; הכתב גדול, מרווחים בין פסקאות, תמונות צבעוניות (קולאז'ים וציורים) משולבות לאורכו, ציטוטים מובאים בדיו אדום.

סקירה קצרה מעבירה את הקורא בהתפתחות הגישה ההומניסטית והחשיבה החופשית, מאז סוקרטס, אפלטון ואריסטו, דרך הוגי דעות בתקופות שונות, ועד מייסדי הפסיכולוגיה ההומניסטית, שביניהם אברהם מסלאו, רולו מיי, אריק פרום, ויקטור פראנקל וקרל רוג'רס.

הספר מכיר לנו את קרל רוג'רס, קורות חייו, מקורות מהם שאב והתפתחות אישיותו המקצועית וההגותית. יש בספר תיאורים ודוגמאות משדה הטיפול ומשולבים בו עקרונות התאוריה.

ראוי לציון פרק המפגש בין רוג'רס למרטין בובר. הוא מעלה יסודות בהקשבה פתוחה ובהיערכות לקיום שיח שוויוני אנושי מקצועי. רעיונותיו הטיפוליים של רוג'רס מקבלים תהודה והעצמה בזכות דבריו והשגותיו של בובר. הדיאלוג ביניהם מחדד שאלות מהות על אופיו של הטיפול ועל מקומו של המטפל.

קרל רוג'רס ביקש להביא אנושיות לעולם, וכמובן גם לחדר הטיפול וליחס בין אנשים, שאחד מהם הוא מטפל, והשני בא לקבל ולעבור טיפול. למעשה, שני המשתתפים בדיאלוג עוברים תהליך. מה שמתהווה ביניהם נושא בחובו כוח אנושי, שעשוי להביא לשינוי עמדות והתנהגות, ואף ריפוי.

רוג'רס מביע אמונה ואמון ביכולת האדם לדעת את עצמו ובכוחו ללמוד וללמד את עצמו. איש המקצוע עושה את תפקידו בליווי ובהובלת שיח ודיאלוג, שבו הוא שומר על עקרונות אי-התערבות, הימנעות מלכפות מדעותיו ועמדותיו הוא, ושאלת שאלות נבונות, שיפתחו בפני המטופל דרך ורצון לחתור ולהגיע אל עצמו ואל מה שיש בו. האדם במרכז, והגישה אליו היא "גישה בלתי מכוונת".

גישת האדם במרכז מאמינה באמת הקיימת באדם פנימה ובזכות הניתנת לו להשתמש בה. האמונה הזאת יצאה לעומת התאוריה הפסיכואנליטית שבונה אישיות המחולקת לחומר מודחק ולחומר מודע, ולעומת התאוריה ההתנהגותית שבנויה על מערך של גורמים וחיזוקים.

נראה שהמחבר, ארנון לויטן, מוקסם מרוח הגישה ההומניסטית והרוג'ריאנית וממה שהיא מציעה. הספר כתוב בכבוד ובהערכה



#### איך הביישן למד – מדריך לטיפול עצמי בחרדה חברתית ובביישנות

צופי מרום, מיכל ניובורן, מרים לבין, איזה גלבוע-שכטמן, הוצאת דיונון, 2016. 465 עמ'

יודעים לטעון את הקורא בתחושות הזדהות עם גיבורים והרגשת מעוף והתרוממות רוח, שנדמית כמאפשרת לבצע כל פעולה כעת. הספר "איך הביישן למד" מציע לקורא

לא פשוט ללמד אומץ, על אחת כמה וכמה באמצעות ספר. סיפורים יכולים לעורר השראה לאומץ, ולגרום תחושת התחזקות ורצון לצאת לפעולה מיידית שדורשת אומץ. סיפורים

שבתאי מג'ר הוא פסיכולוג ייעוצי-תעסוקתי מומחה. בעל קליניקה פרטית. משורר. מדריך ומנחה קבוצות וסדנאות כתיבה. מלמד באוניברסיטת בר-אילן בתכנית מ"א לייעוץ ארגוני.

ולקשר אותם לביטויים של חרדה. הם מכוונים להיכנס אל החרדה, וגם להתרחק ולהיבט עליה מהצד, כתופעה. יש גם שני "גיבורים" – ענת ויואב – שסיפוריהם משמשים כ"ציר עלילה" בספר. דרכם מנסים ליצור הזדהות ומקור למידה.

לאורך הספר משובצות פסקאות עידוד וחזוק. קשה לדעת באיזו מידה הן מופנמות ומצליחות להרגיע חששות ולעורר לעמדה חדשה, חיובית, אבל ייתכן שהן עושות זאת לחלק מן הקוראים.

זהו ספר מידע, רווי בתיאור תופעות ותסמינים עד לדפוסים ותבניות ופרטים קטנים. הספר עשוי להיות לעזר למטפלים שמחפשים דרכים לעבוד עם הסובלים מביישנות ומחרדה חברתית. נראה שיקשה יותר לתרגל וליישם למי שבעצמם סובלים מהתופעות האלה. החשש הוא שמי שנמצא בקבוצת האוכלוסייה הזאת עלול להירתע מגודש הנתונים ומזיהוי עצמו כמי שנתון בסכך או בשבי התופעות המתוארות.

ללמוד להבין התנהגויות שיוצרות ומשמרות חרדה, ומציע ללמד לאזור אומץ ולצאת איתו לפעולה שתביא שינוי. אכן נדרש אומץ רב כדי לנסות להתגבר על חרדה חברתית ועל ביישנות משתקת. ספר עיוני שמספק מידע ומגיש שאלונים להתבוננות עצמית ולהערכת תפקוד, מכניס עצמו לאתגר שלא קל לעמוד בו, ומעניין כיצד ישפיע על קוראים, במה יניע אותם, ולאן.

הנחת הבסיס של המחברות היא שמודעות ואימון עקבי יכולים לגרום לשינוי משמעותי באורח החיים, ויתור על הרגלים, ויישום דרכי התנהגות חדשות.

עיקרו של הספר, מהותו ודמותו הוא מדריך לטיפול עצמי. אחרי תיאורים קצרים של סיבות לחרדה חברתית, אפיונים, תיאור הפרעות, שכיחויות והשפעות, מגיע החלק המרכזי, שהוא סדרה של שאלונים לאבחון, תרגולים, טבלאות וטפסים לכתבה עצמית על פי שאלות מנחות. השאלונים מדריכים את הקורא לפגוש היבטים שונים בחייו



## נקודות וקווים

צחי ארנון, הוצאת פראג 2015 336 עמ'

המתוארות בו. הן פשוט נאמרות. גישות כמו הפסיכולוגיה החיובית והפסיכולוגיה הבודהיסטית מוצגות דרך עקרונות והגדרות בסיסיות. לומדים מן ובמה הן מטפלות, ובזה מסתפק הספר. מרבית הנאמר הוא מידע, היגדים, תיאורים ודוגמאות, ללא כניסה לדיון וללא הזמנה לחקר יסודי יותר.

כחוט שני עובר בספר מושג "מודל הנדנדה", שבעזרתו מסביר המחבר שלל תופעות אנוש, תכונות והתנהגויות. המודל מנסה להמחיש רעיון קיום ניגודים והתחלפות מצבים, ודרכו לגעת במושגי יסוד בחיינו, כמו צדק, אשמה, משמעות, שינוי; הם מוצגים ברמה סיפורית, תיאורית, יומיומית, לפרקים משולבים ציטוטים מספר הטאו וממקורות נוספים.

הספר מציג נקודות, ומנסה להוליך את הקורא לחברן לכלל תמונה מחייו שלו, או שיוכל להפנות ליישום בחיי מטופליו.

על שיריה של ויסלבה שימבורסקה, משוררת פולניה זוכת פרס נובל לשירה, יש האומרים שהם פשוטים, כתובים בשפה מדוברת, עממית, ואינם מעמיקים; ויש המשבחים את ישירותם ואת היותם נגישים ומתקשרים, ואינם אפופי סוד וחידה.

באופן דומה, עיון בספר "נקודות וקווים" מעלה את השאלה האם הוא מציג סוגיות רגשיות והתנהגותיות באופן צלול ונגיש, או שאנחנו קוראים דברים מוכרים שמוגשים ברמה ראשונית בלבד, והקורא נותר עם שאלה מה הוצה הספר לומר מעבר למתואר בו.

הספר כתוב בשפה בהירה ותכניו מוגשים באופן ישיר וגלוי. הם ברמה של היכרות עם מושגים ומעלים נקודות שהקורא יכול לקחת ולהמשיך לחשוב עליהן. הספר נקי מהסתעפויות ומהעמקה לכיוון הפילוסופיה וההיסטוריה של התורות והשיטות



## ראיון עם הפסיכולוגית איבון לידור על ספרה יומן אודיסיאה רפואית מודרנית הוצאת "סער", תל-אביב 2016

### צילה טנא

איבון לידור היא פסיכולוגית קלינית וחינוכית בכירה. הגיעה ארצה מצרפת כתיירת לאחר מלחמת ששת הימים ונשארה בעקבות אהבה. את רוב שנות עבודתה עשתה במגזר הציבורי כמנהלת תחנה של השירות הפסיכולוגי חינוכי. כתיבת יומן זה, המתאר 20 שנה של משפחה במשבר המנסה להתמודד עם מחלה חשוכת מרפא של אבי המשפחה, סייעה לה להגיע להחלטה שעליה לעשות שינוי בחייה והיא פרשה מעבודתה.

בעלי תמיד סירב לקרוא אותו. אפשר להבין את חוסר החשק שלו לחיות מחדש את התקופה הקשה שעבר לאחר שהצליח להשתקם! לאחר מספר שנים, כשקראו את הטיטה, ילדי, בני משפחה וחברים, מאוד התרגשו ממנה. חלקם שיתפו אותי בחוויות דומות, ובתחושת הבדידות שלהם. שימשתי להם פה ביכולתי לספר ולהביע את מחשבותי ורגשותי. חברותי הפסיכולוגיות ראו בספר "הצגת מקרה מהימנה ומרגשת מאוד" שמעלה סוגיות שהן מכירות, אישית או כמטפלות, בהתמודדות עם משפחות במשבר. יש לציין שבזמנו, משרד הבריאות היה מוכן לפרסם את הספר על חשבוננו.

כפסיכולוגית את מדברת על מאפיינים ייחודיים של "המטפל הקרוב" בחולה חשון המרפא, ואף מציגת שמערכת הבריאות האמריקאית מבקשת להכליל מאפיינים אלה בתוך תסמונת ספציפית שתופיע בספר האבחנות הפסיכיאטריות ה-DSM. האם תוכלי לתאר לנו את השלבים שזיהית בליווי "החולה הקרוב" ואת האפיונים המיוחדים של המלווים אותם בדרך החד כיוונית?

האם תוכלי לספר עד כמה נעזרת את כ"מלווה האישית הצמודה לבעל החולה" בגורמים מקצועיים ובאילו, מעבר להיעזרות הטבעית בחברים ובבני משפחה?

אכן, מסתמן שלהיות "מטפל קרוב" הוא אחת הבעיות הגדולות של המאה ה-21. בשנים האחרונות בעיה זו הגיעה למודעות של אנשי המקצוע והציבור הרחב. נערכים מחקרים בנושא זה וידוע לי שספרי כבר משמש כהצגת מקרה באקדמיה.

בספרי אני בעצם מתארת תהליך של אבל: תחילה התדהמה, חוסר האמון והכחשה של האמת הכואבת, מלווים בלחץ ומצוקה נפשית, רגשי אשמה, כעס ודיכאון. תחושת הבדידות היא קשה ולכן אני, ככל אחד, חיפשתי תמיכה, בעיקר נפשית רגשית, בדרכי ועל פי הרקע שלי. ולבסוף, אני מתארת את השלב של ההשלמה ואיתה החיפוש אחר פתרונות ושקום

מתוך קריאת הספר ניכר כי במשך שנים ארוכות עברת מסע קשה שדרש כוחות רבים ותעצומות נפש בליווי בעלך בשלבים השונים של מחלתו. כתיבת הספר אף היא גוזלת אנרגיות ומשאבי זמן רבים. שאלתי היא: מה דרבן אותך לכתוב את הספר בתקופה כה קשה ועמוסת אירועים, ומה היה המניע לפרסומו? איזה קהל קוראים ראית מול עיניך בעת כתיבתו? באופן אינטואיטיבי, קלטתי שכתבת יומן תאפשר לי סוג של קתרזיס. באמצעות הכתיבה, יכולתי להביע וללבן את המחשבות והרגשות הכי כמוסים, גם אם היו שליליים או מאוד אמביוולנטיים. זאת הייתה הדרך שלי לשחרר את המצוקות הנפשיות, המתח, החרדות, החרפים ביותר שחשתי לאורך חודשים רבים.

בעצם, לא התכוונתי לפרסם את היומן, אך לאחר מותו של בעלי (כעשר שנים לאחר האירועים שאני מספרת עליהם), חשבתי שפרסומו יהווה הנצחה למאבקו האיתן של בעלי במחלתו, כנגד כל הסיכויים. ובעיקר, הבנתי שאני יכולה להעביר מסר לקהל רב שהוא לרוב "שקוף": אני מתכוונת ל"מטפלים קרובים", שבלעדיהם הנזקקים אולי לא היו שורדים. רוב האנשים בעולם המערבי עלולים לחוות את מה שאני מתארת ביומן: הורים של ילדים בעלי צרכים מיוחדים, בני זוג שנזעקים לטיפול באחד מהם שחלה במחלה קשה, לפעמים סופנית, וגם דור הביניים שמטפל בהורים מזדקנים הזקוקים לעזרה.

הספר הוא יומן אישי חושפני המפנה זרקור לאירועים שקרו אך גם למחשבות ולרגשות פנימיים פרטיים מאוד שלך ושל בני משפחתך. אני סקרנית לדעת עד כמה עמדו בני משפחתך מאחוריך בעת כתיבת הספר והאם תמכו בפרסומו? ספרי גם על התגובות שקיבלת מבית ומחוץ, וכמוכן גם מעמיתייך למקצוע, לאחר פרסומו של הספר.

בעת כתיבת היומן, הרגשתי צורך להתבודד עם עצמי. לכן לא שיתפתי אף אחד מבני משפחתי בתוכנו.



החיים.

אך לשאלתך, לא חיפשתי תמיכה מחוץ למשאבים עצמיים שלי, למרות שהיה ידוע לי שקיים מערך תמיכתי מקצועי, בעיקר של פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. יש גם לציין שאף גורם מקצועי לא הפנה אותנו לשם.

נראה שההומור הוא משאב חשוב שבו אפשר להיעזר בתקופות קשות, ולאורך הספר ניכר כי התברכת בו בנדיבות רבה. ספרי נא כמה אנקדוטות שבהן ההומור סייע לך להתמודד.

אכן, ההומור מאפשר לקחת מרחק מהאירועים. שנינו הפעלנו אותו, גם כדרך לקרב בינינו וברגעים של מתח. כך אני מספרת שפעם, לאחר שבעלי קיבל טיפול בשל האנמיה הקשה שממנה סבל, הוא הצהיר:

"עכשיו, אני מלא ברזל!"

שאלתי אותו "אם הייתי מגנט, הייתי מושכת אותך?"

"תמיד משכת אותי", ענה וחייך אותי ברכות.

בצורה אסוציאטיבית הבלטתי הבדלים, שיכולים להיות מאוד מצחיקים, בין מצבים לכאורה דומים אך מאוד שונים בשל המקום והזמן שבהם התרחשו. כך השווייתי בין מהירות העברת המידע במסרון בימינו וסיפור מילדותי באפריקה המערבית: משרתו האישי של אבי, שהיה אחראי על הדואר, התרשל בתפקידו, כי בדרך לדואר היה מתעכב לחזר אחרי שתי המאהבות שלו. המכתבים הפסיקו לזרום, דבר שגרם לתסבוכת גדולה.

תיארת גם בהומור חוויות "אתניות" על הנהיגה בסין, מאכלים והרגלי אוכל: דבקות ברצון להישאר פתוח לאנשים, לעולם סביב, כנגד הנטייה להסתגר בתוך האבל על הבריאות שמתערערת, ואיבוד התקווה והכיף בחיים.

אין ספק שהתהליכים הממושכים של הטיפול הם "זוללי" זמן וכסף, וככל שהם מתמשכים הדבר נעשה יותר ויותר משמעותי באפשרות להוציא לפועל את תהליכי הטיפול הנדרשים. האם תוכלי להרחיב מעט ולספק לנו אינפורמציה חיונית בהקשר זה – כיצד מתמודדים? למי פונים? מי עוזר וכיצד?

בספר אני אכן מתייחסת לנושא הכספי. הוא מאוד קשור לזוגיות ולמשאבי זמן. כשמחלה קשה מכה במשפחה, כל המערכות נטרפות ומה שהיה בקדמת חיינו הופך למשני. אני מספרת על הניסיון הנואש של בעלי לשמור על פרנסתו והרגשתו האימה כשהבין שלא רק שלא יצליח בכך בשל האשפוזים החוזרים והטיפוליים הכבדים, אלא שחל היפוך תפקידים, ושהוא נעשה תלוי בי. מכיוון שהייתי מודעת לכך, ניסיתי להקל עליו. אך כדי ללוות אותו, גם אני נאלצתי לוותר על ימי עבודה וכך פרנסתי גם נפגעה.

מכאן עולה הנושא של זוגיות טובה, תומכת ומכבדת, אך גם ההדדיות שבקשר. קל מאוד להעביר את התסכולים והכעסים לבן זוג, "למטפל הקרוב". ביומן אני מדגישה "שקשר האמון

שנוצר בינינו, הוא זה שאפשר לנו לדבר באופן פתוח וגלוי על כל נושא באופן שיאפשר שיחה פתוחה ולא יחסום את הדיאלוג". עלי להוסיף שמצבנו היה יחסית טוב: בעלי היה עצמאי, לא שכיר שניתן לפטר ומתוך כך, תלוי בחסדי המדינה. כאיש מפוקח וזהיר, הוא השקיע בביטוחים שעזרו במימון ההוצאות. יש לעורר את המודעות של הציבור בדאגה לעתיד. אך לצערי, לא לכל אחד יש היכולת לממן תוכניות חיסכון כאלו.

האם תוכלי להתייחס לסוגיות של "אמת ושקר" או "אמיתות וחצי אמיתות" בקשר שבין הרופאים לבין לקוחותיהם ובין בני המשפחה לבין החולה? התייחסי גם לסוגיות אתיות נוספות שחשוב לנו להאיר לגבי עולם הרפואה, כפי שהוא מצטייר בעיני החולה חשון המרפא.

הרופאים והצוותים הפארא רפואיים, נמצאים גם כן בצומת הכואב הזה, בין הקשר האישי שנרקם עם החולה והמלווים האישיים, לבין האמת המקצועית שלהם. בהתאם לנסיבות, האופי והכוחות של החולים ומשפחתם, יכולות להתעורר התלבטויות ודילמות באשר ליכולתם, ואף הכדאיות, לתת אבחנה ברורה שכוללת גם אומדן הסיכונים.

בספר אני מעלה סוגיה זו בהקשרים שונים. ככל שהחולה מעורר אמפתיה, הערכה, או חמלה, הדבר נעשה יותר מורכב. אני גם מאמינה שבאופן לא מודע, ישנה פגיעה נרקסיסטית בכך שרופא נאלץ "לוותר" על האמונה שיצליח להציל כל חולה, ובעצם לקחת את תפקידו של אלוהים.

בשל סיבות אלו, הרופאים נמצאים במשבר מתמשך וברוב המקרים אין במערכת מי שיתמוך בהם, מי "שיטפל במטפל". מתוך המשבר והבדידות שלהם, אני בהחלט יכולה להבין את הנטייה לדחוק את המידע או לדחות את העברתו על ידי הפניות לבדיקות או מחלקות אחרות. מצוידת בניסיון מר ובהבנה זו, התחלתי לשאול את עצמי ואת הרופאים שאלות נוקבות שלא יאפשרו התחמקויות. אני גם שידרתי חוסן נפשי. מתוך תחושה שאני, וגם בעלי, לא נתמוטט, רופאים הרגישו שהם יכולים לדבר בגלילי לב.

אין לי תשובה בעניין האתי שבקשר בין הרופא והחולה הקשה. נראה לי שבבסיס, רופא שאינו מסוגל, נפשית, להתמודד עם סכנת החיים, הסבל, החרדות והבהלה של החולים והמשפחות, לא יוכל לתמוך ולטפל בהם נכון. לכן גם הוא לא יצליח לענות לציפיות לגיטימיות, אך אולי לא רציונליות של מי שנמצא בטיפולו. כך קרה ש"ברחנו" ממחלקה אחת והגענו למחלקה אחרת.

בסיום - אני מרגישה צורך לבטא את הערכתי הגדולה לאומץ לבך, לנדיבותך ולכנות שבה חלקת עמנו את התנסויותיך האישיות. אני מאחלת לך ולבני משפחתך בריאות טובה ואריכות ימים.

תודה.

## שומר נפשו ירחק ממטפלים ויועצים שאינם פסיכולוגים ואינם מוכרים בחוק

עו"ד ברוך אברהמי

למי שרשאי לעסוק בפסיכולוגיה מעיסוקו במקצועו או בעקבותיו, חובה עליו לשמרו בסוד ואינו רשאי לגלותו. בסעיף 50 בפקודת הראיות נוסח חדש (התשל"א-1971), העוסק בעדות של פסיכולוג, נקבע כי פסיכולוג-מומחה אינו חייב למסור ראייה על דבר הנוגע לאדם שנזקק לשירותו והדבר הגיע אליו תוך עבודתו כפסיכולוג, והוא מן הדברים שלפי טיבם נמסרים לפסיכולוג בדרך כלל מתוך אמון שישמרם בסוד, אלא אם ויתר האדם על החיסיון או שמצא בית המשפט כי הצורך לגלות את הראיה לשם עשיית צדק עדיף מן העניין שיש לא לגלותה. הוראות אלו יחולו גם לאחר שחדל העד להיות פסיכולוג-מומחה. כמו כן, אם נטען חיסיון לפי סעיף זה, יהיה הדיון בטענה בדלתיים סגורות; החליט בית המשפט לשמוע את העדות, רשאי הוא לשמעה בדלתיים סגורות.

הנה כי כן, כללים מוגדרים וברורים הן לשמירה על סודיות המידע והן על שימוש חוקי ומושכל בו למטרות ראויות ולגיטימיות. במה ובמי דברים אמורים? בפסיכולוג מורשה כחוק.

לעומת זאת, הפותח את סגור לבו כדי להתייעץ ולקבל טיפול נפשי ממטפל או יועץ שאינו מורשה כחוק, עלול למצוא את עצמו ואת נפשו חשופים. הפתיחות אל מול היועץ או המטפל חשובה למטופל וחיונית להצלחת הטיפול.

על המשמעויות ועל ההשלכות של שמירת הסודיות והחיסיון הפסיכולוגי, ניתן לעמוד במאמר המקיף שכתב הפסיכולוג ד"ר צבי גיל בשיתוף החתום מטה, ראו המאמר "הרשומה הפסיכולוגית בבית המשפט בהליך אזרחי או: של מי הרשומה הזו?", רפואה ומשפט, גיליון מס' 45, ינואר 2012, עמ' 61-75. ספק רב אם ייעוץ או טיפול יכולים להצליח אם המטופל לא יכול לקיים יחסי אמון עם המטפל תוך הגנה על סודותיו האינטימיים שלא יתגלו. החוק מעניק לפסיכולוג כלי נוסף שלא ניתן למטפל שאינו מוכר בחוק. פסיכולוג רשאי לערוך תרשומות אישיות שאינן חלק מהרשומה הרפואית או הרשומה הפסיכולוגית.

ברשימה זו נבקש להפנות תשומת לב ליתרון משמעותי שיש לטיפול נפשי אצל פסיכולוג בשונה מטיפול אצל מטפל שאינו מורשה על פי חוק להיות פסיכולוג ולעסוק בפסיכולוגיה. רצוי כי המטופלים והנזקקים לייעוץ יהיו ערים לכך ובהתחשב בכך יבחרו את המטפל ואת היועץ שלהם. היועצות עם פסיכולוג מורשה בחוק מקבלת הגנה חוקית ועל פי החוק זוכה למעטפת של הגנה על השיח עם היועץ או המטפל. לא כן לגבי מטפלים ויועצים למיניהם שאינם מורשים לתת טיפול או אבחון או ייעוץ פסיכולוגי או נפשי כחוק.

חוק הפסיכולוגים, תשל"ז-1977 קובע כי רק פסיכולוג הרשום בפנקס הפסיכולוגים לפי חוק רשאי לעסוק בפסיכולוגיה. העיסוק בפסיכולוגיה על פי החוק מוגדר כמשלח יד באבחונם ובהערכתם של עניינים ובעיות בתחום הנפשי, השכלי וההתנהגותי של בני אדם, וכן טיפול, שיקום, ייעוץ והדרכה בנוגע לעניינים ולבעיות כאמור, הנעשים בדרך כלל בידי פסיכולוג.

רצוי כי הנזקקים לייעוץ וטיפול נפשי ידעו כי חוק הפסיכולוגים מעניק הגנה לדברים האישיים שלהם שנמסרים לפסיכולוג. החוק קובע כי מידע על אדם שהגיע למי שרשאי לעסוק בפסיכולוגיה מעיסוקו המקצועי או בעקבותיו, חובה עליו לשמרו בסוד ואינו רשאי לגלותו. החוק גם מסדיר מסלולים לגיטימיים לגילוי המידע. המסלולים שהותוו בחוק הם כאלה: גילוי המידע הדרוש לדעת הפסיכולוג לשם טיפול באותו אדם; קיימת חובה או רשות בחוק לגלות את המידע; האדם שעליו המידע הסכים בכתב לגילוי, וכל עוד לא ביטל בכתב את הסכמתו האמורה. מסלולים אלה גם הם משרתים את טובת המטופל.

על פי חוק הפסיכולוגים, טיפול הוא בידי המוסמך לכך, לרבות טיפול סוציאלי וחינוכי, בנוסף, אין נפקא מינה אם המידע נוגע למי שבטיפולו של העוסק בפסיכולוגיה או לאדם אחר.

חוק הפסיכולוגים קובע בסעיף 7 כי מידע על אדם שהגיע





מקצועות שהכיר בהם מנכ"ל משרד הבריאות. מטפלים למיניהם שאינם כאלה, כמו למשל, מטפלים משפחתיים, מטפלים בילדים, מטפלים באמנות, תרפיסטים למיניהם שאינם מוזכרים בחוק או אינם מוכרים רשמית על ידי משרד הבריאות בהודעה ברשומות - כל אלה לא זוכים להגנת החוק לגבי מה שכללו בתרשומת האישית. בסיכום, שומר נפשו מפני חשיפת יתר של סודותיו האישיים והאינטימיים ירחק ממטפלים ויועצים שאינם מוכרים או מוסדרים בחוק, וכדאי למי שנזקק ליעוץ, לשירות או לטיפול, לברר אם המטפל הוא באמת פסיכולוג רשום כחוק.

ככל שיכלילו בתרשומת האישית דברים רגישים מאוד וסודות אישיים ואינטימיים של המטופל, הם לא ייחשפו, שכן, איש לא רשאי לבקש לעיין בדברים ואין לגורם כלשהו זכות לקבלם או לדעת עליהם. זהו יתרון ממשי. גם לאחר שהמטופל ילך לעולמו לא רשאים לבוא יורשיו ולדרוש לקבל את התרשומות האלה. סודותיו האינטימיים של המטופל הכתובים בתרשומת האישית יירדו איתו לקבר. הבסיס החוקי לכך הוא סעיף 17(א) לחוק זכויות החולה אשר עשה אבחנה בין רשומה רפואית ופסיכולוגית לבין תרשומת אישית של מטפל. כדאי לדעת כי התרשומת האישית המוגנת היא של מטפל כהגדרתו בחוק. כלומר, מקצועות המוסדרים בחוק או

ראיון עם ימימה גולדברג - המשך מעמוד 53

### מה האמירה שלך לגבי הפ"י?

אני חושבת שהפ"י צריכה להיות שותפה לתהליכים רבים ולהיות הבית המקצועי של הפסיכולוגים. חשוב שהפ"י תאגד את כל הפסיכולוגים לגוף אחד שייתן מענה לדברים הקורים בשטח.

### מתי את אמורה לסיים את תפקידך?

עדיין לא פורסם מכרז לתפקיד, ובחירת מחליף תיעשה בהתאם לכללי מכרז ובהתאם לכללי נוהל תקין.

האם לדעתך קיים קושי מבני בכך שתפקיד הפסיכולוג הארצי הוא מטעם משרד הבריאות? האם אין כאן נאמנות כפולה שמגבילה את יכולת התפקוד וההגנה על האינטרסים של הפסיכולוגים והפסיכולוגיה?

להפך, אני חושבת שהחיבור בין הרגולציה ובין המקצועיות הוא יתרון מאוד גדול ואמור להוות מקור לכוח לפרופסיה.

### משפט לסיום:

התפקיד שמילאתי הוא תפקיד מקצועי, חשוב, מאתגר ומשמעותי ואני מרגישה שתרמתי רבות. במבט לאחור אני יכולה רק לומר "אשרי שזכיתי".

בציבור שומעים בעיקר על המלחמות אבל לא על ההישגים הנפלאים של הפסיכולוגים בכל התחומים. יש לפסיכולוגים פריסה בתחומים רבים, יש כל כך הרבה יכולות, תרומות והישגים, אבל קשה לשמוע עליהם, וחבל.

### כיצד היית רוצה לראות את הפסיכולוגיה בארץ, כפי שלדעתך צריכה להיות?

אני חושבת שהפיצולים הם בדנ"א של המקצוע ובמקום לראות את הגופים המרובים כפיצולים יש לראותם כגופים מגוונים וייחודיים שיש צורך בתכלול שלהם. הייתי שמחה לו היינו גומרים עם שלב הפיצול ומתפתחים לשלב בו נוכל להכיל את כל השוניות האלה.

הפסיכולוגיה היא מקצוע שהקדים את זמנו בארץ מבחינת תהליכי רישוי ורגולציה, אבל לא השכיל לשמור על הראשוניות שלו מבחינת תהליכי ההתפתחות שלו. חסרה אינטגרציה של ישן וחדש, היה טוב לו החדש היה מכיל את הישן ומתפתח הלאה בהתאם.

### האם לדעתך הפסיכולוגיה ממוקמת היטב בתודעת הציבור?

ה"מותג" פסיכולוגיה הוא מותג המקבל הרבה כבוד בציבור הרחב, היות שהוא מקצוע היונק משני מקורות במקביל - מהמדע והמחקר ומהקליניקה.

# מיסוי על פרישה ופנסיה (חלק ב')

## מאת: רו"ח אריה דן

ב. פטור על "קצבה מוכרת"

מגיל 60 אנו נהנים מהטבה נוספת בעת הפרישה. מדובר על פטור ממס על כספים המשולמים לנו ועומדים בהגדרת "קצבה מוכרת".

מדובר על כספים שנבעו מהפקדות ששולם עליהן מס הכנסה כבר בעת ההפקדה, או שלא היינו זכאים לקבל עליהן הטבות מס בעת ההפקדה, וכן כספי פיצויים שחויבו במס בעבר (כגון הפקדות העובד מעל לתקרה, חיובי שווי וכד') וכספים פרטיים אחרים פטורים ממס.

בפועל קיים קושי טכני מול חברות הביטוח ומס הכנסה לאתר את הסכומים הנ"ל הנחשבים כ"קצבה מוכרת", ונדרשת השקעה לא קטנה בשחזורם והוכחתם לרשויות המס (בדרך כלל על ידי ניתוח תלושי השכר והמס שנכסה לאורך השנים).

החל משנת 2015 חברות הביטוח מחויבות להפריד ("לצבוע") לנו את הסכומים הנ"ל בדו"ח השנתי וכך יהיה קל יותר בעתיד לזהותם ולהחליט האם כדאי לנו לקבל את הכספים בפנסיה חודשית נוספת שפטורה ממס, או למשוך אותם בסכום חד פעמי (שבו הקרן פטורה ממס והרווחים יתחייבו ב-15 אחוזים)

ג. מעל גיל 60 במיסוי על ההכנסה הפסיבית (שכירות וכד') מותרות מדרגות המס הנמוכות (החל מ-10 אחוזים) כמו בהכנסה מיגיעה אישית. יחיד שטרם מלאו לו 60 ממוסה על הכנסותיו הפסיביות ממדרגת המס ההתחלתית בשיעור 31 אחוזים.

ד. ניתנת נקודת זיכוי נוספת ליחיד שהוא או בן זוגו הגיע לגיל פרישה וכלכלת בן הזוג עליו.

ה. ניכוי ממס על הכנסות מריבית בגין פיקדון בתאגיד בנקאי או תוכנית חיסכון - בדרך כלל הבנק מחשב את הפטור הנ"ל וההחזר מועבר לחשבון באופן אוטומטי.

ו. בגיל הפרישה קיימות הטבות מס נוספות על הכנסות מדמי שכירות, בשוק ההון ובשל הכנסות נמוכות.

לפני המשך חלק ב' של המאמר ברצוני לעדכן אתכם בתיקון משמעותי בנושא הפנסיה שחוקק לאחרונה. בחוק ההסדרים לשנת 2017 נקבעה **חובת ההפקדה לחיסכון פנסיוני לעצמאים**.

חובת ההפקדה חלה על עצמאים מגיל 21 עד 60 (נקבע שעצמאים שגילם 55 ביום כניסת החוק גם כן פטורים מהפקדות).

שיעור ההפקדה לפנסיה החובה הוא בשיעור 4.45 אחוזים עד חצי השכר הממוצע במשק (4837 ש"ח) ו-12.55 אחוזים על החלק שמעל מחצית השכר הממוצע במשק ועד גובה השכר הממוצע.

על פי התקנות, עצמאי שלא יפקיד לפנסיה ייקנס בסך 500 ₪.

חשוב לדעת כי הקצבה שאנו מקבלים בפרישה היא הכנסה חייבת במס, והטבות המס אשר אנו זכאים להן מגיל הפרישה הן אלו אשר מפחיתות את תשלום המס בפועל.

במהלך השנים שונו התקנות כך שהמיסוי שחל על כספי הפנסיה הוא בהתבסס על:

1. סוג הקופה.
2. מועד ופתיחת הקופה והוותק שבה.
3. מעמד החוסך (שכיר/עצמאי).
4. גיל המימוש (יציאה לפנסיה).

עיקר הטבות המס על הקצבה בגיל הפרישה הן:

- א. פטור על "קצבה מזכה"
- קצבה מזכה היא קצבה המשולמת על ידי המעביד או קופת גמל, והיא מוגבלת בתקרה המתעדכנת מדי שנה. בשנת 2016 הייתה בסך 8,360 ₪.
- שיעור הפטור מהסכום הנ"ל הוא 49 אחוזים ויועלה בהדרגה בשנים הבאות עד ל-67 אחוזים.

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

למאמר "מיסוי על פרישה ופנסיה (חלק א') מאת רו"ח אריה דן, ראו פסיכואקטואליה מאוקטובר 2016, עמ' 66.



# הסדר מיוחד לפסיכולוגים במנורה מבטחים

הטבה ייחודית בדמי הניהול, לפסיכולוגים במנורה מבטחים,  
המגדילה את החיסכון הפנסיוני באופן משמעותי!

**לפרטים נוספים:**

**ערן מוסמן 050-4049474 | אמיר שטיינברג 050-4049434**



האמור אינו מהווה יעוץ או שיווק פנסיוני, המלצה או חוות דעת ואין בו כדי להוות תחליף ליעוץ או שיווק פנסיוני כאמור הניתן על ידי בעל רישיון כדון, המתחשב בצרכים ובנתונים המיוחדים של כל אדם.

# קריאה להתפתחות

בכל שלב בחיים, בכל גיל ובכל מצב יש מקום להתפתחות. המסע להרחבת הידע, להעמקת הרגש וגיבוש הזהות הטיפולית נמשך לאורך כל החיים. כל מטפלת ומטפל יכולים וצריכים לרכוש תחומי מומחיות נוספים ולהרחיב את הכלים הטיפוליים. העולם שמסביבנו משתנה כל העת, וכך גם אנחנו.



## טיפול, סיוע ופסיכותרפיה

- פסיכותרפיה וייעוץ אקזיסטנציאליסטי
- פסיכותרפיה בילדים ונוער
- טיפול באמצעות בישול
- טיפול דיאדי
- הקול ככלי טיפולי
- טיפול במתבגרים באמצעות אמנויות
- טיפול במשחק בחול בגישה היונגיאנית
- פסיכותרפיה אנליטית יונגיאנית
- טיפול בעזרת בעלי חיים
- טיפול בעזרת שטח
- גינון טיפולי

לפרטים והרשמה \*8085

סמינר הקיבוצים



להצליח ולהישאר בן אדם

דרך נמיר 149, תל אביב | [www.smkb.ac.il](http://www.smkb.ac.il)