

פסיכואקטואליה

אפריל 2019
Ψ

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



התמכרויות ודרכי טיפול

התמכרות מינית בהיבטים פרטניים, זוגיים ומשפחתיים

38 ד"ר נגה נבארו (רובינשטיין), ד"ר חסינטו ענבר

אופ"י זה כל הסיפור התערבות שניונית, תוך בית ספרית, לתלמידים בכיתות ט'-יב' על סף סיכון ובסיכון המשתמשים באלכוהול, טבק או סמים קרן רוט איטח, ד"ר חיים מהל, יורם שליואר, רותי תוינה

פינת ההורות
התמכרות: מתבגרים והורים
ראיון עם ד"ר דוד גרין

51 ד"ר מירי נהרי

כיצד ללוות שינוי הגישה המוטיבציונית

14 בטיפול בהתמכרויות אורית קובץ, דניאל פיינגולד

פרופיל אישיותי של אנשים עם התמכרויות שונות

19 נועם זילברמן, פרופ' אורי רסובסקי

לראות מבעד למסך העשן הדומה המזדחלת של התמכרות לקנאביס

27 ד"ר דניאל פיינגולד, ד"ר שירה סובול

"אני מחובר, משמע אני קיים" התמכרות

33 בני נוער לאינטרנט וכיווני טיפול בתופעה ירון סלע

בית הספר לעבודה סוציאלית, ע"ש לואיס וגבי וייספלד
היחידה ללימודי המשך שמחים להודיע על

פתיחת ההרשמה לשנה"ל תש"פ

תכניות הכשרה לאנשי מקצוע מתחומי הטיפול

טיפול התנהגותי דיאלקטי (DBT)
להתערבות עם אוכלוסיות מיוחדות

"הורות כמרחב מיטיב": גישה
אינטגרטיבית בהדרכת הורים

הכשרת מתורגמנים משפת סימנים
ישראלית לעברית ומעברית לשפת
סימנים ישראלית

ניהול בתי אבות: תכנית לניהול
מסגרות לזקנים

הכשרת מטפלים זוגיים ומשפחתיים

תרפיה מבוססת מיינדפולנס

תרפיה במשחק

טיפול בילדים ובנוער בגישה
פסיכודינמית

טיפול בעברייני מין

הכשרת מנחים לקבוצות טיפול
בילדים, במתבגרים ובהורים

פסיכותרפיה פסיכודינמית

(תכנית משותפת עם הפקולטה לרפואה
בגליל, מתקיימת בנהריה)

פסיכותרפיה ממוקדת קצרת מועד

פסיכותרפיה פסיכואנליטית

טיפול מיני

פסיכותרפיה בגישת הפסיכולוגיה
האנליטית היונגיאנית

במרכז לטיפול במשפחה ע"ש קיוקין, שהוא חלק מהיחידה ללימודי המשך, פועלות קליניקות לשירות הקהילה:

**קליניקה לטיפול זוגי ומשפחתי, קליניקה לטיפול מיני,
קליניקה לטיפול במשחק לילדים עם קשיים רגשיים**

הטיפולים ניתנים באווירה חמה, אמפתית ורגישת תרבות.
הקליניקות פתוחות לקהל הרחב והשירות בהן ניתן ע"י מתמחים בתכניות הלימוד השונות, בתשלום סמלי.

*הלימודים אינם מקנים נקודות זכות ללימודי תואר

**אנו מזמינים אותך לבקר באתר היחידה ללימודי המשך
לקריאת חומר על תכניות הלימודים ולהורדת טפסי הרשמה**

biu.ac.il/soc/sw/hemshech | 03-5317265 | 03-5318211

פתיחת שנת הלימודים אוקטובר-נובמבר 2019

תוכן עניינים

דבר המערכת	3
צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, שרית ארנון-לרנר, אלה בן-נון	3
משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י	4
יורם שליאר	4
מה חדש בחטיבה?	6
חדשות החטיבות	6
משולחנו של הפסיכולוג הארצי	10
גבי פרץ	10
משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך	12
ד"ר חוה פרידמן	12
כיצד ללוות שינוי הגישה המוטיבציונית בטיפול בהתמכרויות	14
אורית קובץ, דניאל פיינגולד	14
פרופיל אישיותי של אנשים עם התמכרויות שונות	19
נועם זילברמן, פרופ' אורי רסובסקי	19
לראות מבעד למסך העשן הדרמה המזדחלת של התמכרות	27
לקנאבים ד"ר דניאל פיינגולד, ד"ר שירה סובול	27
"אני מחובר, משמע אני קיים"	33
התמכרות בני נוער לאינטרנט וכיווני טיפול בתופעה ירון סלע	33
התמכרות מינית בהיבטים פרטניים, זוגיים ומשפחתיים	38
ד"ר נגה נבארו (רובינשטיין), ד"ר חסינטו ענבר	38
אופ"י זה כל הסיפור התערבות שניונית, תוך בית ספרית, לתלמידים בכיתות ט'-יב' על סף סיכון ובסיכון המשתמשים	48
באלכוהול, טבק או סמים	48
קרן רוט איטח, ד"ר חיים מהל, יורם שליאר, רותי תוינה	48
פינת ההורות ד"ר מירי נהרי	51
התמכרות: מתבגרים והורים ראיון עם ד"ר דוד גרין	51
פסיכולוגים יוצרים צילה טנא	56
ראיון עם הפסיכולוג הנרי אברמוביץ' על ספרו אחים ואחיות - פסיכולוגיה, מיתוס, מציאות	56
ייעוץ מס רוי"ח אריה דן	59
החוק לצמצום השימוש במזון וחשיבות עדכון הביטוח הלאומי	59
פרופיל אישי נחמה רפאלי	60
פרופסור אלי וקיל עוסק שנים רבות בעבודה קלינית ומדעית בתחום הנירופסיכולוגיה. בשנת 2017 זכה בפרס מפעל חיים מהאגודה הבינלאומית לנירופסיכולוגיה, INS.	60
הפינה המשפטית עו"ד ברוך אברהמי	62
כמה הערות על אימים וניסיון להתאבדות מבחינה משפטית	62
כלים והיבטים משפטיים לשאלות בעבודת הפסיכולוגים	62
ספרים מומלצים שבתאי מג'ר	64
עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים	64
ברכות למקבלי תארים	66

חברות המערכת

צילה טנא - יו"ר טל' 09-9566711, טלפקס: 054-7933195 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	
ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com	
אלה בן-נון טלפון: 052-3236360 דוא"ל: e_ben_nun@hotmail.com	

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל:

יו"ר הפ"י - מר יורם שליאר | מנכ"ל הפ"י - מר דני כפרי
טל' 03-5239393, ת.ד. 3361 רמת גן, מיקוד 5213601
פקס: 03-5230763 | דוא"ל: psycho@zahav.net.il
עריכה לשונית: יעל שלמון ברנע yaelzz@gmail.com
עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244
פרסום והפקה: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
רח' יהודה לוי 92, תל-אביב www.newyork-newyork.co.il

דבר המערכת

שלום חברים,

כפי שהבטחנו, אנו מציגים חוברת בנושא התמכרויות. זהו נושא לא קל החושף לפנינו את ההתמכרויות השונות שאליהן "נופלים" מבוגרים, בני נוער ואף ילדים, ואת דרכי הטיפול היעילות אשר מוצעות על ידי אנשי המקצוע העוסקים בכך.

אנו מודים לחברת המערכת שלנו, אלה בן-נון, על עזרתה הרבה בפנייה לכותבים ובאיסוף המאמרים, ולמירי נהרי אשר הצטרפה אלינו לאחרונה כחברת מערכת וכבר בחוברת זאת הגישה ראיון מרתק עם הפסיכולוג ד"ר גרין בנושא ההתמכרויות.

את החוברת הבאה נייעד לנושא חדש ואולי שנוי במחלוקת, "הפסיכולוגיה הרוחנית".

חשוב לנו להצביע בחיוב על מגמה חדשה של כמה פסיכולוגים, היוזמים פניות אלינו ומציעים חשיפה של נושאים שבתחום עיסוקם ואף מוכנים לרכז ולגייס כותבים בנושאים הייעודיים. נשמח לעודד מגמה זאת, וקוראינו מזמנים לפנות אלינו ולהציע מאמרים מפרי עטם או רעיונות לריכוז נושא.

צילה טנא, יו"ר מערכת פסיכואקטואליה וחברות המערכת

ד"ר יוכי בן-נון ז"ל

ממייסדות פסיכואקטואליה, פסיכולוגית התפתחותית ורפואית, יו"ר הפ"י בשנים 2009-2014.





יורם שליאור, יו"ר הפ"י

לפסיכולוגיות ולפסיכולוגים חברות וחברי הפ"י שלום רב,

חג פסח מאחורינו ואני מקווה כי נהניתם ונהניתם מחופשה ראווה של מילוי מצברים והתחדשות.

כמה עדכונים על הנעשה בוועד המרכזי ובשטח:

- קביעת קריטריונים להשתלמות מובהקת - הפ"י היא הגורם המוסמך להגדיר ולאשר השתלמויות להכרה כ"השתלמות מובהקת". בשעה טובה, ולאחר דיונים מעמיקים בהובלתה של ד"ר ליאת הלפמן מהוועד המרכזי ביחד עם חברים נוספים מהחטיבות השונות המהווים את ועדת ההשתלמויות של הפ"י, גיבשנו ואישרנו את "תקנון השתלמויות מובהקות" ואנו נפרסם אותו בימים הקרובים. התקנון מתייחס לדרישות הסילבוס, למעמד המרצים ולקהל היעד לו מיועדת ההשתלמות. כעת נמצאות בשלבי סיום גם ההגדרות של "השתלמויות העשרה" לצורך הכרה ל"ק"ן ידע" וכן ההגדרות של תהליך בקשת האישורים. במקביל לפרסום התקנונים נפרסם באתר של הפ"י גם את רשימת ההשתלמויות שקיבלו הכרה או צפיות לקבל.
- מינוי נציג למועצה הלאומית לבריאות - בימים אלה נדרשנו למינוי נציג משותף להסתדרות הפסיכולוגים בישראל ולמועצת הפסיכולוגים. הנציג ייצג אותנו במועצה הלאומית לבריאות של משרד הבריאות במקום הנציג הקודם, יו"ר הפ"י היוצא ד"ר מאיר נעמן. בהסכמה משותפת של שני הגופים נבחר לתפקיד החשוב הזה מר נדב וינטראוב, מנהל המרפאה הפסיכולוגית בבית החולים רמב"ם בחיפה, מומחה ומדריך בשלוש התמחויות: קלינית, התפתחותית ורפואית. נדב הוא איש ראוי ביותר ורב פעלים בשדה המקצועי שלנו, אשר קידם רבות את מעמד הפסיכולוגיה על ענפיה השונים בבית החולים רמב"ם. אנו מאחלים לנדב הצלחה רבה ורואים את עצמנו מחויבים לסייע לו בתפקידו זה, לקדם את הפרופסיה שלנו גם ברמה הארצית במסגרת המועצה הלאומית לבריאות הנפש.

תורכב מאנשי ציבור, ממובילי דעה ומבעלי השפעה שיהוו גוף מוביל ומשפיע של פורום ארגוני הפסיכולוגים. אנו מקווים שהמהלכים הארגוניים הללו יובילו לשיפור מעמד הפסיכולוגיה הציבורית והעוסקים בה, וכן יובילו להצטרפותם של ארגוני פסיכולוגים נוספים לפורום המשותף.

- מחאה נגד דה-לגיטימציה לפנייה לטיפול פסיכולוגי - הבחירות הכלליות מאחורינו ובבחירות, כמו בבחירות, יש מי שתפילתו נענתה ומי שתפילתו הושבה ריקם. אולם מעבר להליך הדמוקרטי הראוי והלגיטימי, נחצו, ללא ספק, קווים רבים בשיח הציבורי, חציה שהתבטאה בביטויי שנאה ואלימות מילולית ובדה-לגיטימציה של ציבורים ושל עמדות ושל שירותים. הדבר מעלה שוב את השאלה אם יש לנו תפקיד בשיח הציבורי, מעבר לטיפול בעניינים הפרופסיונליים שלנו, ואם ראוי שנתערב ונשפיע. בעקבות פניות מהשטח, עוד לפני תקופת הבחירות וביתר שאת בעקבות מה שחוונו בבחירות, אנו נדרשים לשאלה זו. בימים אלה נרקמת יוזמה לקיים יום עיון בשאלת מעורבותנו ותפקידנו בשיח הציבורי בישראל. כך או כך לא יכולנו שלא להגיב לדה-לגיטימציה שנעשתה במהלך קמפיין הבחירות הנוכחי לפנייה לטיפול פסיכולוגי, וצוות התגובות שלנו, המשותף להפ"י ולתנועה לפסיכולוגיה ציבורית, פרסם במהירות ראווה לכל שבח גילוי דעת חד ומדויק נגד הפגיעה והפחתת הערך שנקשרה עם פנייה לטיפול פסיכולוגי שפורסם ברשתות השונות ובכלי הפרסום השונים של הפ"י וזכה לתמיכה עצומה.
- לנוחיותכם, מובא כאן גילוי הדעת כפי שפורסם.

- קידום האינטרסים של הפסיכולוגיה והפסיכולוגים בהסכמים הקואליציוניים - כעת משתמו הבחירות, הפורום המשותף של ארגוני הפסיכולוגים פועל באינטנסיביות להעלות את המודעות של המפלגות השונות למצוקת הפסיכולוגיה הציבורית במטרה שהנושא ילקח בחשבון במשא ומתן על ההסכמים הקואליציוניים. בהקשר לכך נשלחו מכתבים אישיים לראשי מפלגות המתארים את מצוקת הפסיכולוגיה הציבורית בישראל וקוראים להם לפעול לשינוי המצב.

- הפורום המשותף לפסיכולוגיה ציבורית - פורום ארגוני הפסיכולוגים עשה צעד נוסף של יציאה לדרך ובסוף החודש שעבר התקיימה במשרדי חברת הייעוץ השקה ראשונית של התוכנית האסטרטגית לצוות מצומצם של ראשי הארגונים. בימים אלה אנו שוקדים על הקמת מועצה ציבורית לקידום הפסיכולוגיה הציבורית. המועצה

גילוי דעת בנושא דה לגיטימציה של טיפול פסיכולוגי

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מוחה כנגד הניסיונות האחרונים במסגרת הקמפינים הפוליטיים של המפלגות השונות לעשות דה לגיטימציה לאלו הפונים לטיפול פסיכולוגי. התמודדויות עם קשיים שונים, עמידה בפני אתגרים או הרצון בצמיחה אישית הם חלקים מחייו של כל אדם והפניה לקבלת סיוע בדמות טיפול פסיכולוגי היא מעלה ולא חסרון. טיפול פסיכולוגי לא רק משפר רווחה נפשית, אלא גם משפר את המודעות העצמית ומאפשר לאדם לקבל החלטות מתוך תחושת חופש בחירה גדול יותר והבנה רחבה של עצמו ושל הזולת. אנו מאחלים לאזרחי מדינת ישראל שיתברכו במנהיגים פוליטיים שעברו טיפול פסיכולוגי רציני ומעמיק שבו הם יכולים לצמוח ולהתפתח. כמו כן, אנו מפצירים במועמדים השונים לכנסת ולראשות הממשלה לעסוק בנושא בריאות הנפש בצורה ראויה ומכבדת, ומצפים להתייחסות עניינית לאופנים השונים בהם יפעלו מתוך הכנסת והממשלה לחיזוק מערך השירותים הפסיכולוגים הציבוריים לטובת החברה הישראלית בכללותה.

כך או כך, בחוץ האביב כבר חוגג וריח הפריחות משכר ומעורר את כל החושים. הרי הגליל ורמת הגולן הופכים באחת מירוק לצהוב, ובגדי החורף מתחילים לפנות את מקומם בארון לחולצות הקצרות. כמחווה יוצאת דופן של הטבע, החרמון עדיין מכוסה שלג בסוף אפריל, אך עוד מעט יימס השלג ונחלי הצפון ישפיעו מים וימלאו את הכנרת. האביב כבר כאן והקיץ בעקבותיו. שיהיה המשך שנה נפלאה.

שלכם,

ועוד עניין - במסגרת הכוונה ההדדית לראות בתנועה לפסיכולוגיה ציבורית חלק בלתי נפרד מהפ"י, וכחלק מהשותפות שכבר נרקמה בין שני הארגונים במסגרת פורום ארגוני הפסיכולוגיה, ולאור הקריאה של ראשי התנועה לחבריהם ולחברותיהן להצטרף להפ"י מתוך הבנה ששני הארגונים משלימים זה את זה, החלטנו, דני כפרי המנכ"ל ואני, לאחוז בחברות כפולה ולהצטרף כחברים לתנועה לפסיכולוגיה ציבורית. אנו מקווים שרבים מחברי וחברות הפ"י ילכו בעקבותינו ושרבים מחברי וחברות התנועה אכן יצטרפו להפ"י, בתקווה שלא ירחק היום ונהיה לגוף אחד.

יורם

רוצים להתעדכן?

כנסו אלינו לאתר!

**כל האירועים
כל הפעילויות
כל הכנסים**

www.psychology.org.il

מה חדש בחטיבה?

דבר החטיבה ההתפתחותית

חברות יקרות וחברים יקרים שלום רב,

הצלחת הכנס ניכרת במשובים של המשתתפים שצינו לשבח את בחירת אנשי המקצוע המעולים שהציגו בכנס, וכעת פנינו לעתיד!

אמנם הכנס לשנת 2019 בא אל סיומו אך עבודתנו לקידום תחום הפסיכולוגיה ההתפתחותית ממשיכה. בהמשך לדברים שנאמרו בפניותינו הכתובות אליכם ובהתכנסויות השונות, מטרתנו היא להקים צוותי חשיבה ופעולה שיוכלו לקדם נושאים חשובים שעל הפרק. עלינו להגביר את קולנו, את נוכחותנו ואת תרומתנו לציבור שזקוק לנו - ילדים, הורים ואנשי מקצוע.

על כן הפנייה היא אל כל אחת ואחד מכם: בואו לעזור לנו להוביל את המקצוע שלנו אל החזית. אם אתם מעוניינים להשתלב בעשייה בחטיבה ולקדם את הפסיכולוגיה ההתפתחותית - ואתם הרי רוצים! ומאמינים שזה אפשרי, כתבו לנו!

psych.develop@gmail.com

בימים אלו נפתח הרישום, והשתלמות המתמחים והמתמחות בנושא "הרחבת ההתבוננות בתהליכי הערכה בגיל הרך" יוצאת לדרך. ההשתלמות, בדומה לכנס, היא תוצר של עשייה משותפת בחטיבה, וזו הזדמנות נוספת להודות לוועדה המקצועית שבנתה השתלמות עשירה ומפרה. השנה ההשתלמות אורגנה על ידי ועד החטיבה ועל כן הוחלט להוזיל עבור חברי הפ"י את העלות.

ברוח בואו של האביב, ברוח של תקווה ושל הסיכוי להתחדשות, בואו הצטרפו אלינו והיו חלק מן השינוי! שלכם,

חברות ועד החטיבה ההתפתחותית

עבור כל מי שלא לקחו חלק, לא התעדכנו או לא שמעו, נספר בגאווה שהכנס השנתי של החטיבה הקטנטנה שלנו היה לכנס עם מספר המשתתפים הרב ביותר אי פעם. התרגשנו לראות ותיקים וצעירים חולקים את אולם המליאה, את חדרי הסדנאות ואת קבוצות הדיון. המשתתפים הקדישו זמן לחשיבה משותפת על יחודיות הפסיכולוגיה ההתפתחותית, על תחום עיסוקנו ופועלנו בשירות הציבורי. זכינו לשמוע ממכובדינו בפאנל המומחים את החזון שלהם לפסיכולוגיה ההתפתחותית בשנים הקרובות, ויחד נהנינו בערב החטיבה מזמן איכות ויצירה משותפת.



דבר החטיבה התעסוקתית-ארגונית חברתית

לפסיכולוגים ולפסיכולוגיות שלום רב,

"פסיכולוגיה תעסוקתית: במבטו של יאנוס"

במיתולוגיה הרומית מתואר יאנוס כאל בעל שני פנים, המביט אל העבר ואל העתיד בעת ובעונה אחת. הוא ניצב בגבול שביניהם, ונחשב גם כ"אל של דלתות", אחראי על התחלות חדשות.

אין אל מתאים ממנו לסמל את הרעיון שעמד בבסיס יום העיון שנערך במכללה האקדמית תל-אביב-יפו, בשיתוף עם

הסתדרות הפסיכולוגים, בתאריך 4.4.2019.

היה זה יום עיון ראשון שבו נפגשו פסיכולוגים העובדים בשטח ובאקדמיה. פסיכולוגים מהתחומים השונים המרכיבים את המגוון הרחב של חברי החטיבה: פסיכולוגים העוסקים במיון, ייעוץ תעסוקתי וייעוץ ארגוני. אלו העובדים במגזר הציבורי, בצבא, במשטרה, ואלו העובדים במגזר הפרטי, השכירים והעצמאיים.

יום עיון זה נפתח בהרצאה בנושא: "בעידן של מעברים ותמורות - בין האישי והגלובאלי",

ובהמשך התמקד במושבים השונים בנושאים שעמם אנו מתמודדים בכל אחד מהתחומים שאנו עוסקים בהם מכמה נקודות מבט, לפחות שתיים כמו האל יאנוס: "היבטים של גיוון: פיתוח הון אנושי", "איכות חיים במרחב התעסוקתי" ו"נקודות

היא נוגעת בזהות התעסוקתית של כל אחד מאיתנו, במיצוב שלנו בקהילת הפסיכולוגים, בחברה ובעולם העבודה, במפגש בין הצרכים האישיים ודרישות השוק ובחזון שלנו כחטיבה הטרוגנית הסוללת את דרכה.

בחודשים האחרונים חברות הוועד יחד עם עדי שירצקי נציגת החטיבה בהסתדרות המח"ר, אספו מידע לגבי הנוכחות שלנו במגזר הציבורי, במטרה לבנות דרישות לתקנון עתידי לקראת פתיחת הסכמי השכר, בתקווה בשנה הקרובה. כמו כן, בעידודו ובתמיכתו של גבי פרץ, הפסיכולוג הראשי



של משרד הבריאות, נפתחה הזדמנות לחשוף את התרומה הייחודית שלנו בפני ועדת בריאות העובד. בנוסף, בימים אלו הסתיימה הפקת סרטון תדמית עבור החטיבה שלנו כחלק ממיצובה. הסרטון הופץ באמצעי הפרסום השונים של הפ"י וברשתות החברתיות.

ולא נשכח את העשייה בוועד המרכזי של הפ"י, בהצגת העמדה של החטיבה בנושאים הנמצאים על שולחן הוועד המרכזי כמו חוק הפסיכותרפיה ורה-ארגון בהסתדרות הפסיכולוגים. אחת המטרות של הרה-ארגון הוא חיזוק הקשר בין הנציגים בוועד המרכזי של החטיבות השונות לוועדי החטיבות, שמייצגים את השטח. העבודה מרובה ונשמח למתנדבים נוספים המעוניינים לסייע בקידום החטיבה. מוזמנים לצור עמנו קשר במייל:

vaadpsy@gmail.com, או עם כל אחת

מחברות הוועד.

בברכת המשך עבודה פורייה וחג אביב שמח!

ועד החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית



מפגש בין מסורת וקידמה". יום העיון הסתיים במושב סיכום: "פסיכולוגיה תעסוקתית - לאן?"

השאלה שבה הסתיים יום העיון - לאן פנינו? - היא סוגיה המהווה את כוכב הצפון, שעוזר לנו לסמן את הכיוונים לעתיד.

דבר החטיבה השיקומית

חברות וחברים יקרים שלום,

בחרנו לפתוח את שנת העשייה שלנו כוועד החטיבה בקידום פרויקטים בתחום ההכשרות המקצועיות וכן בשיתופי פעולה עם גורמים שונים בשדה השיקומי. פרויקטים אלה משקפים עבורנו את ההווה העמוקה של הפסיכולוגיה השיקומית, בהיותה מקצוע המתאפיין בעבודה רב מערכתית וכולל אינטגרציה מתמדת של ידע מדיסציפלינות שונות ועולמות תוכן מגוונים.

על מנת לקדם מטרות חשובות אלה ואחרות נוספות, הצטרפו אלינו בחודשיים האחרונים פעילים נוספים לוועד החטיבה. ברוכים הבאים להילה כהן, עידן שריג, קרן ריבקין נודלמן, יאסמין אבו פול, גל הדר ועדי סמדג'ה. ועד החטיבה מונה כעת 15 חברי ועד ופעילים. התגייסות מרשימה ומרגשת.

תחום הכשרה ראשון שבו מתמקד הוועד הוא הטיפול הקוגניטיבי - Cognitive Training - במבוגרים ובילדים. לאחר שלב האבחון הנירופסיכולוגי ועם הכניסה לתהליכי שיקום, מרכיב מרכזי בעשייה הפסיכולוגית שיקומית קשור בטיפול בתחום הקוגניטיבי - קשב, זיכרון ותפקודים ניהוליים. לא אחת, אנו מקבלים בקשות מן השטח ופוגשים בעניין רב בהעמקת הידע בתחום זה. אנו מבינים את החשיבות הרבה במתן כלים לפסיכולוגים השיקומיים, החל משיטות עבודה מבוססות תיאוריה ומחקר, המשך לכלי עבודה מומלצים, ממוחשבים וידיניים, וכלה בעזרים ובטכנולוגיה מסייעת הניתנים לשילוב ולתמיכה בעבודה המקצועית. לכן החלטנו להרים את הכפפה. ועד החטיבה, בשותפות עם המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, נמצא כרגע בתהליכי בדיקה וגיבוש תוכנית מול מוסדות מקצועיים מובילים בעולם בתחום הטיפול הקוגניטיבי, ואנו נשמח לשלוח אליכם את תוכנית ההכשרה בחודשים הקרובים.

תחום הכשרה שני, עוסק בממשקים החשובים והמורכבים שבין הפסיכולוגיה השיקומית לעולם לימודי המוגבלויות ולשינוי המתחולל כיום בשדה המקצועי, עם כניסתן של גישות ממוקדות ומוכוונות לקוח ומודלים ביו-פסיכו-סוציאליים למתן שירות לאנשים עם מוגבלויות, בהם גם מודל ה-ICF International classification of functioning, health - and disability. במסגרת הכשרה זו יקבלו אנשי המקצוע הן העמקה בתיאוריות של לימודי מוגבלויות עכשוויות בעולם

והחיבור שלהן לעשייה הטיפולית והן היכרות ישומית עם שיטת המיין והסיווג (ICF) המאפשרת יצירת פרופילים אישיים למטופלים בעת אבחון וטיפול במסגרות השונות. הצעה לסילבוס לתוכנית ההכשרה נשלחת בימים אלה לאישור הסתדרות הפסיכולוגים ומערכת הרצאות והכשרות מרתקות של אנשים עם ובלי מוגבלות, המובילים את העשייה בתחום בארץ ובעולם.

מבחינת שיתופי פעולה, התחלנו בשיח עם חברת "צבר" המנהלת מערך אשפוז ביתי, ביחס לכניסתם של פסיכולוגים שיקומיים לסל השירותים שמציעה החברה. אנו רואים במגמה זו של טיפולי בית תחום עשייה בעל פוטנציאל רב, ונשמח כמובן לקדם שיתופי פעולה עם גורמים נוספים בתחום.

כחלק משמעותי מהקשר של ועד החטיבה לאנשי המקצוע וללקוחות שלנו, החל מהלך מסודר של פנייה אל הקהילה, עם הנגשת תכנים על אודות הפסיכולוגיה השיקומית. ועד החטיבה הקודם יצר סרטונים שהופצו ברשתות החברתיות לגבי אבחון וטיפול שהציגו תחומי עניין שונים בפסיכולוגיה השיקומית, מהלך שיצר הדים חיוביים ביותר ועורר שיח פורה. קרסטין בג'אלה ויאסמין אבו פול התנדבו לתרגם את התכנים שבסרטונים גם עבור האוכלוסייה הערבית, וכן להנגיש ולהתאים תכנים נוספים שיעלו בהמשך. כמו כן נפתח דף פייסבוק לוועד החטיבה ואתם מוזמנים להצטרף אליו, כך שנוכל לעדכן אתכם ולקבל את חוות דעתכם על פעילות החטיבה בזמן אמת (חפשו "ועד החטיבה השיקומית בהפ"י"). ולבסוף, פתחנו במסורת של "הכר את הפסיכולוג", שבה אתם מוזמנים להציע אנשי ונשות מקצוע שנרצה להכיר. הצעות יתקבלו בברכה למייל ipa.rehab@gmail.com

אנחנו מזמינים אתכם להיות איתנו בקשר - אנשי מקצוע עצמאיים וגופים מקצועיים המעוניינים בשיתופי פעולה. דברו איתנו, כתבו לנו הצעות ורעיונות, ביקורות ומחשבות. והכי חשוב - הצטרפו כפעילים לתחומים המעניינים אתכם.

בברכה,

חברי ופעילי ועד החטיבה השיקומית בהפ"י

דבר החטיבה הרפואית

לפסיכולוגיות והפסיכולוגים הרפואיים שלום רב.

לפני כחודש התכנסנו בהתרגשות בפעם השנייה, לכנס השנתי של החטיבה, בנושא **תשוקה בפסיכולוגיה רפואית**. לכנס היו שני רבדים מרכזיים: הלמידה הפורמלית שנעשתה בו, בהרצאות ובסדנאות, ועוד רובד, בלתי פורמלי, לא מתוכנן, שנרקם במהלך הכנס. הרובד הזה עשוי מהמון חושים, שיכולים להירקם בכל מיני דרכים.

הכנס נפתח בהרצאה של ד"ר רבקה רייכר-עתי, שסיפרה לנו על החשיבות במציאת האיוויו שלנו בעבודתנו, ובכך שאי-דיבור נמצא בבסיס של כל סימפטום. ואנחנו, אומני ההקשבה למילים ולגוף, אלה שאמונים על יצירת המרחב לדיבור, מנסים לסלול בתוך אלו את דרכנו המקצועית.

כמו כן, כהמשך למסורת שהחלה בכנס בשנה שעברה, הוענק פרס מפעל חיים לד"ר בני פלדמן, על פועלו רב השנים בתחום. הכנס הזה היה רב דורי, מחלוצי התחום ועד כאלה שנולדו ממש לא

מזמן. ניתן לחשוב שהכנס הזה עוסק בשינוי, שינוי שכבר מתרחש מיום הקמתו של התחום ואולי עוד קודם.

הדיונים הפורמליים והבלתי פורמליים עסקו בתשוקה בתחום, בכברת הדרך שעבר עד כה, ובאופק המצפה לנו בשנים הקרובות. שאלות של גדילה והתבגרות, המקומות שבהם הפסיכולוגיה הרפואית כבר נמצאת, לצד ההרגשה והצורך העולה כי ניתן להגדיל ולהרחיב את הערך שאנו מביאים במקומות רבים נוספים. הפרספקטיבות הטיפוליות הנוספות, מקומו של הגוף בטיפול, לצד מקומו של המטפל והמטופל במערכת.

ניתן גם מקום להבעת קולות של שחיקה, וזאת על מנת לאפשר חשיבה משותפת כיצד ניתן להתמודד עם התחושות הללו כמשפחה אחת מאוחדת. כמה מרגש לראות את השונות והיצירתיות שפורצת לאורך הדורות ולרוחבן של המסגרות הקליניות והאקדמיות.

ואחרי הכול, היה זה כנס מלא באהבה ומשפחתיות. כנס שניתן לחוש בו את הקשרים האמיצים שמתקיימים בין משתתפיו, כנס עם המון מוטיבציה והשראה לקראת השנים הבאות. כנס, שלהרגשתנו, התקיים בו שיח כן וקרוב, ושיח שמוביל לעשייה והמשך צמיחה משותפת.

כעת, לאחר הכנס, התכנסנו לאסוף ולעבד את הדברים שעלו, על מנת לתכנן ברמת העשייה מתוך כך ולצאת עם תוכניות עבודה לשנה הקרובה.

בברכת חג אביב שמח,

הוועד



המשך דבר החטיבות בעמוד 11

הכנס ה-2 של החטיבה לפסיכולוגיה רפואית

תשוקה

בפסיכולוגיה רפואית:

עבודה עם המטופל, המטפל והמערכת

מלון ניר עציץ | 14-15 בפברואר 2019

יום חמישי, 14.2.2019

09:00-09:30	רישום וקפה של בוקר
09:30-09:45	דברי פתיחה וברכות
09:45-10:00	הבב וד עצמון משולם - יד ועד החטיבה הרפואית
10:00-10:45	מור דני כפרי - מנכ"ל הסתדרות הפסיכולוגים בישראל
10:45-11:00	מור נבי שרף - הפסיכולוג הארצי
11:00-11:15	הנפת פירוס מפעל חיים בפסיכולוגיה רפואית המרס יונק דרר בוי פלדמן.
11:15-11:30	הפרס הוענק לר"ר דרר שירל אלון. יד הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית
11:30-11:45	רפואות במסגרת הפסיכולוגיה.
11:45-12:00	יד רבקה רייכר-עתי
12:00-12:15	מה זה האכסדר הזה לרצות לעסוק בפסיכולוגיה רפואית?
12:15-12:30	הפסקה
12:30-13:15	סדנאות למידה חווייתית
13:15-14:15	ארוחת צהריים
14:15-15:30	הרצאות טד - הצגת פרדקסים ייחודיים בתחום הפסיכולוגיה הרפואית
15:30-16:15	• הרצאת פסיכולוגיה רפואית למתחמים ברפואת שפיעות - חיי יורטל, פסיכולוג רפואי
16:15-17:45	• שיתוף, חמבה, יישון והסדרה ברפואה רפואית - דרר בוי פלדמן, פסיכולוג רפואי
17:45-18:00	• יומת שיתוף פסיכולוגי במסגרת בריאות - איתמר וסבנות - דרר בוי פלדמן, פסיכולוג רפואי
18:00-19:30	• קליטת רפואות
19:30-21:00	• יומת סדנאות בנושא פירוס טקס אחרים - דרר עזרה נאליק
21:00	• יומת סדנאות רפואיות בטעות הלסיק של כל הולכי כלל אורשים אחרים סטטוסטטי
	• בארץ הרפואה הכנסים - שיר נלמן, פסיכולוג רפואי
	• יומת לטקס - סיום חבירי שחשיר מחבר כן נשים עזרה טקס לאהבת (סמל פרויט)
	• יומת שונאות כנס בטקס לאהבת - על שוק, פסיכולוג רפואי
15:30-16:15	הפסקה קפה ומונה וקבלת חדרים
16:15-17:45	פירוס מור לדר - עירי החקוק באמצעות שחיקות ודיון -
17:45-18:00	הפסקה
18:00-19:30	דיון במלואה: תשוקה בפסיכולוגיה רפואית - בן האיש למערכת.
19:30-21:00	ארוחת ערב
21:00	חגיגה נשנושים

יום שישי, 15.2.2019

07:00-07:45	ארוח לוקי הליכא מדיטטיבית
07:00-08:45	דיון שונאות בוקר
08:45-09:45	דיון שונאות: "השקעה ללא סכנות" או התחוקה להשקיע בהעדר
09:45-10:15	סכנות פורמליות
10:15-12:00	הפסקה קפה ומונה
12:00-12:30	סדנאות למידה חווייתית
12:30-13:30	ארוחת צהריים קלה
13:30-14:15	דיון דרר חולץ: על השחיקה בחיים המודרניים - האם תשוקה נבונה לסקסוק
14:15-15:00	מחנה סיום מונבר לשחיקה
15:00-16:00	סיכום ודיון

גבי פרא, הפסיכולוג הארצי

לציבור הפסיכולוגים שלום רב,

כל אדם צריך מצרים / אמנון ריבק

כל אדם צריך מצרים
כל אדם צריך שתהיה לו
איזו מצרים,
להיות משה עצמו מתוכה
ביד חזקה,
או בחריקת שנים.

כל אדם צריך אימה וחסד גדולה,
ונחמה, והבטחה, והצלחה,
שידע לשאת עניו אל השמים.

כל אדם צריך תפלה
אחת,

שתהא שגורה אצלו על השפתיים.
אדם צריך פעם אחת להתכופף -
כל אדם צריך כתף.

כל אדם צריך שתהיה לו
איזו מצרים,
לגאל עצמו מפיט מביית עבדים,
לצאת בחצי הליל אל מדבר הפחדים,
לצעד הישר אל תוך המים,
לראותם נפתחים מפניו לצדדים.
כל אדם צריך כתף,
לשאת עליה את עצמות יוסף,
כל אדם צריך להזדקק.

כל אדם צריך שתהיה לו
איזו מצרים,
יורשלים,
ומסע ארוך אחד,
לזכר אותו לעד
בכפות הרגלים.

בתקופה זו אנו מציינים את חגי חירותנו. בניסן, בחג הפסח, נחגוג את חג חירותנו הראשונה כעם, בחודש אייר נחגוג את יום העצמאות, חג חירותנו הנוכחי כעם במדינתו.

ברצוני להקדיש את דבריי להיבטים שונים של חירות בעבודתנו כפסיכולוגים. חירות - מבחינתי הכוונה לכל מה שמקביל לה במהות, כגון רצון, בחירה, חופש, מרחב ועוד מעין אלה. חירות שיכולה להתאפשר כמעט אך ורק בתוך מסגרת מובנית המאפשרת לה להתרחש.

"הרצון הוא מקור החיים. רצון האדם הוא באמת יסוד שכלולו והוייתו... כל זמן שהאדם הולך ומשתכלל, כך רצונו העצמי הולך ונהפך לטובה, ושבירתו של הרצון מאבדת טובה רבה... והבינה הישרה מוכרחת היא לפתור בזהירות את שאלת התחומין, באופן שיישאר האדם מלא אומץ מצד הטוב שברצון שכבר נשתכלל... לעומת אותם חלקי הרצון, שעדיין חית האדם הרעה שרויה בהם" (הרב קוק).

אנחנו רוצים ליצור מרחב של חופש עבור מטופלינו, כדי שיוכלו לבנות להם מרחבים שבהם לבחירות ולרצונות שלהם יש מקום. אנחנו מקווים שתהיה לנו חירות מספקת כדי שנוכל להיות מטפלים מאפשרי מרחב עבור הפונים אלינו לעזרה.

יחד עם זאת, לעיתים מצטמצמים מרחבי החירות עקב גורמים חיצוניים לנו, או אף מאפיינים פנימיים של אישיותנו. מתוך תפקידי הארגוני אעסוק יותר בגורמים החיצוניים, באופן של הצבת האתגרים הקיימים על יכולתנו לשמר מרחב של חירות. כך שהאתגר הוא לשמור על מרחב חופשי לרצון ולבחירה על אף האילוצים הגלויים והסמויים הרבים.

בשירותים הציבוריים, היבטים של רגולציה, כללים ארגוניים, היבטים כלכליים, ניהולי רשומה ועוד משפיעים על יכולתנו לעצב את התהליך הטיפולי המיטבי כפי שהיינו רוצים שהוא יהיה.

בתהליכי ההתמחות, ישנם משפיעים רבים המעצבים את האופן שבו אנחנו פועלים. עד כמה זה נמצא בפער למול הדרך שבה היינו רוצים לבחור? אנחנו פועלים בסביבה חשופה משפטית, עד כמה משפיעה האפשרות לחשיפת המתרחש בחדר הטיפול בנסיבות משפטיות כלשהן, על חירותנו כמטפלים?

כמה חופש לשינוי והתפתחות יש למי שנכפה עליו לפנות לטיפול? האם זה בכלל אפשרי לטפל במי שאינו בוחר להיכנס לטיפול?

האם, כמטפלים, אנחנו נותנים בתחילת הטיפול את כל המידע הנדרש למטופל או למטופלת כדי שיבחרו נכון? עד כמה אנחנו באמת בקיאים בהגדרות של

תודה לאמנון ריבק על האישור לצטט את שירו.



החופשי, ולא מחסומים בפני יכולות של בחירה ורצון. אני מאחל שנוכל לצאת מהמצרים שלנו גם כדי להרחיב את חופש הבחירה שלנו, גם כדי לאפשר זאת עבור מי שנעזר בנו, גם בפעולותינו בתוך הארגונים שבהם אנחנו עובדים, וגם בעיצוב עולם הפסיכולוגיה העתידית.

אמנון ריבק בשירו "כל אדם צריך מצרים" אומר את זה יפה הרבה יותר.

בברכה,

גבי פרץ

פסיכולוג ארצי

הסכמה מדעת כדי לאפשר בחירה ראויה?
בחיפוש אחר דרכים חדשות להתפתחות, עד כמה אנחנו פתוחים לדיאלוג של הקשבה? או שמא אנחנו נחסמים מראש עקב דעות מוקדמות?
בבואנו לכתוב, טור, עמדה, חוות דעת, עד כמה אנחנו חופשיים לכתוב את עמדתנו האמיתית?
כאשר אנחנו קוראים מסמך כתוב, עד כמה אנחנו חופשיים לקבל ממנו את מה שיש בו, ועד כמה אנחנו נאלצים לחפש את מה שחסר?
אני מקווה, ומאחל לנו, ליצור מרחב של דיאלוג פנימי וחיצוני, הרואה באילוצים אלה אופנים לעיצוב מחדש של המרחב

המשך דבר החטיבות מעמוד 9

דבר החטיבה הקלינית

לחברי וחברות החטיבה הקלינית שלום,

אינדקס משותף שיסביר על ההתמחויות השונות ואנו בודקים אם אינדקס כזה ניתן ליישום או שעדיף אינדקסים נפרדים. כתמיד, אנחנו ממשיכים להיות עסוקים בקידום התחום במגזר הציבורי. אנו שוקדים כעת בשיתוף עם החטיבה במח"ר והתנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית על מסמך מקיף בנושא התקינה של פסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי. נייר העמדה יתייחס גם למצב הקיים וגם למצב הרצוי, ויציע תוכנית חירום לאומית לגיוס פסיכולוגים קליניים לשירות הציבורי.

כמו כן, חשוב לעדכן שלראשונה זה שנים רבות החטיבה הקלינית תקיים כנס חטיבה. הכנס יתפרש על פני 5 ימים, שיתחילו ביום המוקדש למחקר בפסיכותרפיה, משם נמשיך לעוד שלושה ימי עבודה קבוצתיים בסדנאות שיעסקו באספקטים שונים של "השעה הטיפולית", ונסיים ביום הרצאות שיעסקו בפסיכולוגיה הקלינית בשירות הציבורי.

אביב שמח,

החטיבה הקלינית

עמוס ספיבק - יו"ר, אביאל אורן, ד"ר שי איתמר

יחיאל אסולין, עודד מאוי, רפאל יונתן לאוס

לאחרונה קיבלתם סקר הבדק את מידת העניין שלכם ביוזמה להקים אינדקס של פסיכולוגים קליניים. כלומר, מנוע חיפוש לאיתור פסיכולוגים קליניים על פי אזור גיאוגרפי, טיפול במבוגרים/ילדים, אבחון פסיכודיאגנוסטי ואולי חתכי חיפוש נוספים. מנוע החיפוש אמור להיות משולב בתוך אתר ייעודי שיכיל כתבות תוכן עבור הציבור הרחב בנושא הפסיכולוגיה הקלינית ונושאים משיקים. אנו סבורים שאינדקס מעין זה יהווה שירות חשוב גם עבור הציבור הרחב שיוכל להפיק תועלת מהאפשרות המובחנת לחיפוש אחר פסיכולוגים קליניים בהתאם לצרכיו, וגם יסייע להבהרת הייחוד המקצועי של תחום הפסיכולוגיה הקלינית. מהסקר עלה שיש עניין באינדקס, הן של פסיכולוגים קליניים החברים בהפ"י והן של פסיכולוגים קליניים שמוכנים להצטרף להפ"י על מנת להיות חברים באינדקס. אנו בודקים כרגע הצעות שונות והיתכנות כלכלית, ואתם תקבלו הזמנה להצטרף לכשיוקם האינדקס. לאור היוזמה שלנו לאינדקס של הקליניים, הוועד המרכזי דן במחשבות על

החטיבה הקלינית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן
מזמינות אתכם/ן ליום עיון בנושא:

**על היחסים בין מערכת בריאות הנפש לבין נפגעי
נפש: אבחון, כלכלה, וטיפול**

**יום שני, 3 ביוני 2019, כ"ט באייר תשע"ט,
אוניברסיטת בר אילן, אודיטוריום הגן על שם גונדה בנין 901**

ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך

"לו הייתי רוטשילד..."

האבולוציה של תפקיד מנהל השירות הפסיכולוגי חינוכי*

של השפ"ח, הקצאת פסיכולוגים באופן מותאם, הקצאת תקציב וניהול, לימוד השפה שכל תוכנית מביאה עמה, הטמעתה בקרב הפסיכולוגים וכו'. אין מדובר רק בהרחבת השירות הניתן לאוכלוסיות שונות, מדובר בהרחבת תפקיד המנהל בהיבטים מקצועיים, אתיים ובעיקר מנהליים. ביחס למילות השיר, כיום השירות הפסיכולוגי חינוכי אכן עשיר בהזדמנויות להרחבת שירותיו. מנהל השירות הפסיכולוגי מנצח על תזמורת מאתגרת, מרתקת ומורכבת ביותר.

בבית השני של השיר כתוב כך:

"הייתי אז בונה לי בית מאבן,
בית נאה, עם גג אדום..."

למען הסר ספק, נראה כי הבית של השירות הפסיכולוגי חינוכי עם התוכניות, נאה יותר מאשר בלעדיהן. ההזדמנויות להרחבת השירות הפסיכולוגי לטובת מקבלי השירות התפתחו באופן משמעותי כמו גם ההזדמנויות לפיתוח המקצועי של הפסיכולוגים. בכל אחת מהתוכניות שנכנסו, בין אם מדובר בתוכנית לאומית ובין אם מדובר בתוכנית מבית היוצר של שפ"ח, נפתחת אפשרות להתחדשות ולצמיחה של השפ"ח. מדובר בידע חדש שנלמד בשירות הפסיכולוגי חינוכי, הרחבה והעמקה של השירות הניתן לקהלים שונים, פרקטיקות שנלמדות ומיושמות על ידי הפסיכולוגים והזדמנות לשכר נוסף לפסיכולוגים המפעילים את התוכנית.

הרחבת השירות הפסיכולוגי חינוכי היא ברכה לכל הנוגעים בדבר. נפתחות הזדמנויות חדשות לשותפויות עם גורמים מקצועיים ברשות, אפשרות לבחירת תוכניות מותאמות צרכים, חלוקת מאמצים מושכלת בין הגורמים השונים ויצירת רשתות של קידום רווחה ובריאות נפשית. שירות פסיכולוגי חינוכי מורחב על ידי תוכניות הוא שירות המרחיב את מעגל ההשפעה שלו, מעמיק את ההתערבויות ומאפשר תהליכי התפתחות וצמיחה.

באחד מסיפוריו הקצרים מספר שלום עליכם על חלום התעשרותו של איש מהעיר היהודית כתריאליבקה. בחלומה מדמיין האיש את הממון שהיה נופל בחלקו ופותר את בעיותיו, בעיות הקהילה, ואפילו בעיות העולם כולו. בילדותי נהגנו לשיר בחדווה רבה את מילות השיר "לו הייתי רוטשילד" (מילים: ג'רי בוק ושלדון הרניק, תרגום: דן אלמגור).

תפקידו של מנהל השירות הפסיכולוגי חינוכי עובר אבולוציה משמעותית לאורך השנים. אחד הפרקים במסע זה, הוא פרק ההרחבה של תפקיד מנהל השפ"ח באמצעות תוכניות שונות שנהגות מדי פעם בפעם, לפי הצורך.

בעשור האחרון הופיעו בזה אחר זה על שולחן מנהל השפ"ח תוכניות רבות. אם בעשור שעבר יכלו מנהלי השפ"ח לזוזם הרחבה צנועה של השירות באמצעות פרויקט שפ"ח, ומעת לעת הופיעה יוזמה שהגיעה בדרך כלל מהרשות המקומית, הרי שמציאות זו השתנתה לבלי הכר.

לאור המדיניות הממשלתית, בעשור האחרון מופיעות על שולחן המנהל תוכניות לאומיות (כגון 360, התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות, הדרך החדשה), תוכניות אגף שפ"ח ואגף פסיכולוגיה (כגון מטיב"ה, התקשרות, מלקויות ללמידה, הורים במרכז), ולצידן יוזמות ותוכניות ברשויות המקומיות. ניהול השירות הפסיכולוגי חינוכי התרחב והשתנה.

בבית הראשון של "לו הייתי רוטשילד" מופיעים המשפטים הבאים:

"לו הייתי איש עשיר, אז הייתי נח קצת".

השירות הפסיכולוגי בהחלט עשיר בהזדמנויות חדשות, ויחד עם זאת, המנהל איננו נח. בשגרה, מנהל השירות הפסיכולוגי חינוכי נדרש לניהול אג'נדה כפולה, המובנית בעבודתו: ניהול של שירות לילדים, לצוותי חינוך, להורים, לקהילה ולרשות, לצד ניהול של תהליך ההתמחות בפסיכולוגיה חינוכית. עשור התוכניות הביא עמו אג'נדה שלישית. ניהול של תוכניות בשפ"ח מצריך שילוב של התוכנית בחזון ובתוכנית העבודה

* הדברים מתייחסים למנהלות ולמנהלים כאחד.

מוסיף המשורר:

"יבואו כל חכמי העיר לשאול בעצתי

גם הרב אותי ישאל אז

מה הדין והמנהג..."

אופנויות שונות של הקצאת שירות. המטריצה הניהולית הולכת ונעשית מורכבת ומאתגרת יותר. לאור תהליכים אלה של שינויי מדיניות המשליכים על עבודת המנהל, ישנן שתי סוגיות המצריכות דיון. האחת, פיתוח מודלים חדשים של שירות פסיכולוגי חינוכי הבוחנים מחדש את הקשר בין השירות השוטף והשירות המוסף לפי תוכנית, והאופן שבו הם משתלבים זה בזה. השנייה, התייחסות למנהל השפ"ח ולתפקידי הריכוז והניהול, כולל ההשלכות הקשורות בתגמול ומבנה השכר. יש קשר הדוק בין מודלים חדשים למתן שירות לבין גיבוש מבנים ארגוניים מותאמים לעבודת השפ"ח.

השירות הפסיכולוגי חינוכי בפרק ההתפתחות הנוכחי שלו, עשיר בהזדמנויות לטובת מקבלי השירות, ועם זאת, מדובר בתהליכי שינוי המצריכים בחינה מחדש של מתווה השירות הפסיכולוגי חינוכי. מטה אגף פסיכולוגיה דן בתהליכים אלה ופועל לפתיחת השיח הרלוונטי בין המטה לשדה.

שלכם,

חזה

לאחרונה, במסגרת מהלך תיקון חוק החינוך המיוחד, הכלה והשתלבות, ניתן תקציב שקלי למנהלי בתי הספר. תקציב זה מסמן גם הוא הזדמנות לשירות הפסיכולוגי חינוכי המכיר היטב את צורכי בתי הספר ברשות **ליזום** ולהציע הרחבת שירות על בסיס מקצועי ומותאם לצרכים. שירות שיייע למנהלים ולצוותי החינוך לקידום תפיסות ופרקטיקות של הכלה. יש לשירות הפסיכולוגי חינוכי יכולת להציע כאמור התערבויות מותאמות לצרכים של מקבלי השירות ולתחומי הידע הרלוונטיים: בעיות התנהגות, לקויות למידה, קשיים רגשיים, דחייה חברתית והדרה, ניהול שינוי, שותפות בית ספר-הורים וכו'.

ניתן לראות במהלך זה רכיב נוסף בהתפתחות השירות הפסיכולוגי חינוכי כגוף מקצועי רלוונטי המרחיב את שירותיו. יש למנהל השפ"ח תפקיד הולך ומתפתח בניהול

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

מברכת את חבריה וחברותיה מהקהילה המוסלמית בברכת

רמדאן כרים וצום משמעותי

رمضان كريم

أعاده الله عليكم باليمن والبركات. تقبل الله صيامكم
وأعمالكم الصالحة

יורם שליאר - יו"ר הפ"י
וחברי הוועד המרכזי



כיצד ללוות שינוי הגישה המוטיבציונית בטיפול בהתמכרויות

אורית קובץ, דניאל פיינגולד

בחדר התופסת את המפגש הטיפולי כשיח מומחים שבו המטפל כמומחה להתמכרויות והמטופל כמומחה לעצמו, ומכאן שעלינו כמטפלים לפנות אל המומחיות הזו של מטופלינו ולכבד אותה אם אנחנו רוצים לקדם סיכויי שינוי. אין תוכנית טיפולית או מטרה אחת שתהיה מתאימה לכולם באופן זהה. הגישה המוטיבציונית מאפשרת לנו המשגה של תהליך השינוי, הבנה וכלים פרקטיים כיצד לשבת בחדר הטיפולים וללוות את המטופלים שלנו באופן יעיל כך שיהיה יותר סיכוי לשיתוף פעולה בחדר, לשיתוף פעולה עם תוכניות טיפול ולשינוי התנהגותי בפועל.



כיצד מקדמים שינוי? כיצד אנו יכולים לעזור למטופל הסובל מהתמכרות לייצר שינוי במציאות חייו? מהו "הגורם המרפא" בטיפול בהתמכרויות? האם מה שיעזור הוא להבין את מקורות היווצרות ההתמכרות? או לטפל בקיום שלה כיום, ביומיום של המטופל, בניהול הכמיהה? ומה עם היחסים בחייו? היחסים עם המטפל? איזה ערך יש לחקירה הזו בטיפול בהתמכרות? ואיך אנו כמטפלים נעים בשיחה בין חקירת עבר להווה ולעתיד? בעידן שלנו, של ריבוי גישות ופרספקטיבות, טיפול באדם הסובל מהתמכרות יכול לקחת כיווני חקירה מגוונים, אך דבר

ילד קטן נוסע עם הוריו לים. המים צלולים ונעימים אבל גם עמוקים וסוחפים. בעודם מתבוננים בבנם רץ על החול, מתקרב אל המים ומתרחק מהם, ההורים עסוקים בשאלה כיצד לעזור לו לגדול, להפוך למבוגר הבריא הטמון בו, כיצד לשמור עליו מהגלים מבלי למנוע ממנו להתנסות, שהרי הם, ההורים, נמצאים בסביבה יותר זמן ממנו, ויודעים כבר כמה דברים שהוא לא יודע. הם מכירים את הים טוב ממנו, אבל כדי שהוא ילמד לשחות יום אחד, יהיה זה הכרחי שהוא ירצה בכך, שזו תהיה עבורו חוויה נעימה או מאתגרת, שיחוש את עצמו מסוגל יותר ויותר. הם כמובן לא יוכלו להכריח אותו, וודאי שלא יוכלו לשחות במקומו. יש בהורות מתח עדין שעל ההורים להחזיק בין להוביל ולהראות את הדרך לבין לתת לילד להוביל, בין להיות אלו שיוודעים יותר ממנו לבין לדעת שיש דברים שגם הורים צריכים ללמוד ושליעיתים קרובות ילדינו הם אלו שמלמדים אותנו. כן, יש להורים "כוח עליון", והם יכולים להשתמש בו, אבל אז הילד יתקשה ללמוד ולגדול, ודאי לאורך זמן. אם כהורים אנו רוצים שילדינו יגדלו להיות עצמאיים, שידעו להפעיל שיקול דעת ולקבל החלטות עצמאיות גם כשאנחנו לא בסביבה, עלינו לחשוב עם הילדים שלנו, וללמד אותם לחשוב. ילדים צריכים להרגיש שלפרקים הם אלו שבוחרים והם אלו שמנווטים את חייהם.

הגישה המוטיבציונית והתמכרויות

הגישה המוטיבציונית לביורר והגברת מוטיבציה לשינוי (Motivational Interview) היא קודם כול "דרך להיות עם אנשים". עבורנו המטפלים (Center for Substance Abuse Treatment, 1999), מעבר לכלים טכניים משוכללים, היא קודם כול רוח, רוח של מי שמלווה אנשים בתהליכי שינוי, רוח נעדרת שיפוטיות שכוללת קבלה עמוקה של המטופל ובחירותיו, כולל זכותו לא להשתנות. רוח של שיתוף פעולה

אורית קובץ היא פסיכולוגית רפואית מומחית, אחראית הדרכה במרכז הישראלי להתמכרויות (ICA), וחברת ארגון המדריכים הבינלאומי של הגישה המוטיבציונית (MINT).

ד"ר דניאל פיינגולד הוא פסיכולוג שיקומי מומחה, חבר סגל במכון מפרשים לחקר והוראת הפסיכותרפיה ובמחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת אריאל.



מקום העבודה, מגורים, זוגיות. ויש בכך היגיון מאחר שחלק בנו מרצה או למד לחיות בשלום יחסי עם המחירים והתועלות שבמצב הקיים, ואילו חלק אחר תוהה אם שינוי יכול לשפר את המצב. אנו חיים עם האמביוולנטיות הזו, לעיתים חולפות תקופות ארוכות עד שמשהו קורה, מבפנים או מבחוץ, והאיזון מופר, ואז אנו משנים משהו, מזיזים משהו, מתחילים לעשות ספורט, משנים מקום מגורים, זוגיות וכו'.

אבל האם אפשר לחשוב על אמביוולנטיות גם כשמדובר בהתנהגויות שנראה שיש בהן "רק" מחירים ונזקים? ודאי. לעיתים קרובות התנהגויות מזיקות משתמרות בגלל אמביוולנטיות, בשל דיבור פנימי ותנועה פנימית בעד ונגד השינוי. על פי הגישה המוטיבציונית, הנחת המוצא שלנו כמטפלים היא שכמעט תמיד קיימת אמביוולנטיות ביחס לשינוי. כמעט תמיד ישנם אצל המטופל קולות שונים בו־זמנית: קול פנימי הזועק לשינוי, זה המודע למחיר שגובה ממנו השימוש בחומר ומכיר בצורך בצעדים משמעותיים על מנת "לחזור לשפיות" (Forcehimes, 2004). הקול המיטיב המבטא זכות למציאות חיים בריאה, ולצידו קול פנימי משמעותי לא פחות המתנגד לשינוי, החושש משינוי, הנאחז בהתנהגות המזיקה בשל ההרגל שבכך ולעיתים אף בשל העובדה שלפרקים שימוש בחומרים אכן שומר עליו ומנחם אותו. כי שינוי הוא דבר מפחיד, הוא יציאה מאזור הנוחות, הוא גם ויתור על רווחים שיש במצב הקיים. בהפסקה של שימוש בחומר אחרי זמן רב, יש מפגש עם העולם החיצוני והפנימי שהמטופל נמנע ממנו, לעיתים, במשך שנים ארוכות. דבר זה עלול להפגיש את המטופל עם תחושות מאיימות.

במפגש עם מטופלנו, כשאנו מתבוננים דרך משקפי הגישה המוטיבציונית, אנו רוצים לחפש ולהציף את האמביוולנטיות מול שינוי, להזמין לחדר את הקולות השונים הקיימים במטופל, לאפשר לו לדבר את הקולות הללו בעצמו, ובכך למעשה לצאת מ"מלחמת הביצורים" שבה הוא לכוד מול סביבתו, ולעיתים אף בינו לבין עצמו, ובה, למול הביקורת שהוא סופג על השימוש, אין לו ברירה, כביכול, אלא להגן על עצמו ולהעמיק את ההכחשה בדבר הנזקים הכרוכים בשימוש. במפגש עם מטופל הסובל מתלות באלכוהול, למשל, אנו נקפיד לשאול גם על היתרונות שבשתייה: מה הוא אוהב באלכוהול? מה השתייה נותנת לו? איך הוא התחיל לשתות? מה יהיה קשה אם יחליט להפסיק לשתות? אבל גם מה הוא פחות אוהב, מה מפריע לו, למה הוא רוצה להפחית או להפסיק ולמה דווקא עכשיו.

מטופלים עשויים לבטא את הקולות השונים בעת ובעונה אחת, למשל "ודאי שאם הייתי יכול הייתי מפסיק, אבל ניסיתי בעבר וזה לא הצליח" (חלק שרוצה וחלק שלא מרגיש מסוגל), "אני יודע בדיוק מה האלכוהול עושה, אבל איך אפשר לצאת

אחד ברור: בלי שיהיה בחדר מטופל מגויס, בעל מוטיבציה ומשתף פעולה, השינוי לא יתרחש. גם אם יש לנו תוכנית שיקום מצוינת בשבילו, פרוטוקול קוגניטיבי-התנהגותי נהדר או הבנה דינמית עמוקה על מנגנוני ההרס והעונג שבבסיס ההתמכרות שלו.

הגישה המוטיבציונית ... היא קודם כול רוח, רוח של מי שמלווה אנשים בתהליכי שינוי, רוח נעדרת שיפוטיות שכוללת קבלה עמוקה של המטופל ובחירותיו, כולל זכותו לא להשתנות

הדבר בולט ורלוונטי במיוחד בתחום ההתמכרויות, שבו למרבה הצער ההצלחות לא רבות והאתגרים גדולים. אחוזי הפנייה לטיפול נמוכים במיוחד בתחום. סקר עולמי שהתפרסם לאחרונה הראה כי 7 אחוזים בלבד מבין האנשים הסובלים מהתמכרות אכן מקבלים טיפול נאות להפרעה זו (Degenhardt et al., 2017). עבור אלו שכן פונים, אחוזי הנשירה מטיפול גבוהים במיוחד (Perron & Bright, 2008), וגם עבור אלו שנשארים בטיפול, שיעור אלו המגיעים להתנזרות מלאה משימוש בחומרים אינו מעודד (Dutra et al., 2008). בחדר הטיפול אנחנו פוגשים מטופלים בהתנגדות, בהכחשה, פוגעים ופוגעים, לעיתים כאלה שאינם מכירים מציאות אחרת או אינם מאמינים כי היא אפשרית עבורם. הגישה המוטיבציונית באה לעזור לנו בדיוק כאן, עם המטופלים ה"קשים", במצבים "תקועים", כאשר יש מוטיבציה נמוכה לטיפול, התנגדות רבה, כאשר יש שינוי התנהגותי על הפרק שכדאי לקדם.

הגישה המוטיבציונית ואמביוולנטיות

הגישה המוטיבציונית מוגדרת כ"גישה אינטראקטיבית, ממוקדת מטופל, מוכוונת מטרה, להגברת מוטיבציה פנימית לשינוי על ידי חקירה ופתרון של אמביוולנטיות" (Miller & Rollnick, 1991). מושג מרכזי בגישה זו הוא אמביוולנטיות, "דו־ערכיות" בעברית. בלב העבודה הטיפולית, לפי הגישה המוטיבציונית, נמצאת החקירה המשותפת עם המטופל את האמביוולנטיות שלו ביחס להתנהגותו, ביחס לשינוי. אמביוולנטיות אינה נחלתם הבלעדית של אלו הסובלים מהתמכרות. מרביתנו אמביוולנטיים ביחס להיבטים רבים בחיינו: פעילות גופנית,

עמדה שהוא לא מוכן לה ושעשויה רק לדחוק אותו עמוק יותר לתוך ההתנגדות ההרסנית שלו.

דוגמא לדו־שיח לעידוד שפת שינוי

דו־שיח המעודד שפת שינוי יכול להישמע כך:

מטופלת: האמת? אני מרגישה די טוב. נכון, לפעמים אני קצת מגזימה וזה לא טוב, אבל בסך הכול אני מתפקדת, עושה מה שצריך. אני חושבת שהוא (בן הזוג) מגזים.

מטופלת: אז את מרגישה שהתפקוד שלך בסך הכול בסדר, שהוא מגזים אפילו שלפעמים גם את חושבת שאת מגזימה. ספרי לי על זה [שיקוף והזמנה לדבר על המחירים, כלומר דיבור בעד שינוי].

מטופלת: כן, תראי, בואי נגיד שאם בערב אחד עישנתי כמה ג'וינטים ברצף, אז יכול לקחת לי זמן להירדם ולמחרת לפני 12 בצהריים אין עם מי לדבר.

מטופלת: אז בכמויות הגדולות העישון מפריע לשינה וגם לוקח ממך כמה שעות של תפקוד למחרת בבוקר [שיקוף המחירים].

מטופלת: כן, אין מה לעשות, יש לזה גם את הצדדים האלה.

מטופלת: מה עוד? בואי נחשוב שאת ממשיכה לעשן את החמישה ג'וינטים האלה ביום. בואי אפילו נרוץ שנה קדימה. איך זה נראה? [מבט עתידי על המחירים, בהנחה ששינוי לא יקרה].

מטופלת: הממ... טוב, זה לא שהייתי רוצה שזה ימשיך ככה לנצח. לא קל לי לחשוב על זה... תראי, זה גם מלא כסף, זה כבר לא מה שהיה פעם, ואני מניחה שיהיה לי קשה גם לעבוד וגם ללמוד, וחשוב לי להצליח בלימודים, זה החלום שלי.

מטופלת: אז עכשיו את מרגישה די בסדר למרות הריבים שלכם לפעמים על העישון, אבל כשאת מביטה קדימה זה קצת מלחיץ אותך שזה ימשיך ככה, בטח עם התוכניות לשנה הבאה. זה לא כל כך מסתדר לך.

מטופלת: כן, אני מניחה שאהיה חייבת להפחית, לפחות קצת [שפת שינוי].

הדבר החשוב הוא שהמטופל הוא זה שידבר את שפת השינוי שלו ולא שהמטפל יספק לו את הסיבות כפי שהוא רואה אותן

בשיח טיפולי זה, המטופלת נמנעה במודע מלתקן את המטופלת, מלהגיד לה מה דעתה. במסגרות שבהן העמדה הטיפולית נוטה להיות לעיתים סמכותניות יותר (מרכז

לבלות בלי לשתות?) (חלק שמבין את הנזקים וחלק שמאוד רגיל למצב הקיים). ביטויי האמביוולנטיות בחדר יכולים גם להיות מעודנים יותר. למשל, מטופל הסובל מתלות באלכוהול, שאוהב לשתות בשל האפקט המרגיע שיש לשתיה, אך בה בעת מספר כיצד בשנה האחרונה האלכוהול פוגע ביחסים שלו עם אשתו והם מרבים לריב. המטפל הקשוב לאמביוולנטיות יכול להגיב לתכנים אלה בשיקוף: "מצד אחד האלכוהול מרגיע, מצד שני אתם רבים הרבה ואתה מרגיש שהוא מכניס הרבה מתח ביניכם... ספר לי עוד על זה..." בהזמנה לספר על הנזקים שגורם השימוש באלכוהול ליחסים עם אשתו, אנו למעשה מזמינים את המטופל לדבר על מחירי השתייה, כלומר, אנו מזמינים לחדר דיבור בקול רם של הקול הפנימי שבעד השינוי. דוגמא נוספת היא מטופלת שמספרת על תחושת התקיעות ביחס לחברות שלה שכבר לומדות באוניברסיטה ועברו לגור בדירה שכורה, ורק היא עדיין בבית ההורים ומעשנת הרבה קנאבים. במקום לדחוף אותה לשינוי, לומר לה מה לדעתנו היא צריכה לעשות, ולהראות לה כיצד היא הורסת לעצמה, אנו יכולים להזמין אותה לספר עוד על חוסר הנחת שהמצב הנוכחי מייצר, אנו יכולים להיות סקרנים לגבי הבנתה את השפעת העישון על המציאות הזאת ולגבי מה לדעתה יוכל לעזור לה.

לעיתים קרובות התנהגויות מזיקות משתמרות בגלל אמביוולנטיות, בשל דיבור פנימי ותנועה פנימית בעד ונגד השינוי

אך כמובן, כמטפלים לא נרצה "להיתקע" באמביוולנטיות. אז כיצד נסייע למטופלינו לפתור את האמביוולנטיות כדי לנוע לעבר שינוי? אם הצפנו את הקולות השונים, יהיה שלב שבו נרצה לחזק את הקול בעד השינוי, להזמין עוד את הדיבור של המטופל בעצמו בעד השינוי. לדיבור זה אנחנו קוראים "שפת שינוי" (Change talk: Miller & Rollnick, 2004). הדבר החשוב הוא שהמטופל הוא זה שידבר את שפת השינוי שלו ולא שהמטפל יספק לו את הסיבות כפי שהוא רואה אותן. על אף זאת, לעיתים קרובות אנחנו מוצאים את עצמנו שוב ושוב מסבירים, רומזים או מאשרים למטופלינו למה אפשרות מסוימת טובה יותר עבורם, במקום לסייע להם להפיק את שפת השינוי. יש לזכור כי שפת שינוי יעילה בשל העובדה המוכחת שאנחנו משתכנעים ממה שאנחנו אומרים בעצמנו (Bem, 1972). לכן עלינו להשתדל לפגוש את המטופל במקום שבו הוא נמצא, לסייע לו להפיק את שפת השינוי, אך לא לכפות עליו

ראויים לחקירה, מה יעזור בדרך לשינוי, מה יקדם מודעות ויגביר רווחה נפשית. יש לנו עמדה ביחס לשימוש בחומרים ממכרים והעדפה א־פרוירית לכך שמטופלינו יחיו חיים יותר חופשיים ומשוחררים מהצורך הכפייתי להשתמש בחומרים. כיצד עובדים עם העמדות האלה בחדר? כיצד ניתן לשתף מטופל בדאגה שלנו לגביו או לשתף בידע שיש לנו על הסכנות והנזקים הכרוכים לעיתים בשימוש מופרז בחומרים מבלי שתהיה בכך נקיטת עמדה מתעמתת או שיפוטית שתייצר התנגדות והרחקה? עלינו לזכור כי בסופו של יום המטופל הוא זה שיחליט מה טוב עבורו (לברן וניצן, 2011), מה הוא רוצה לשנות וכיצד, וחשוב כי אנחנו נשחרר את עצמנו, כמיטב יכולתנו, מהפנטזיה כי ביכולתנו לשנות אותו.

שילוב הגישה המוטיבציונית לקידום שינוי

כסגנון טיפולי, הגישה המוטיבציונית אינה עוקבת אחר פרוטוקול מסוים הבא ללמד את המטופל מיומנויות שעליו ליישם, זאת בשונה מטיפול קוגניטיבי-התנהגותי או גישות אחרות שיש בהן פן דידיקטי (Miller & Rollnick, 2009). תחת זאת, הגישה המוטיבציונית מספקת דרך לאינטראקציה אפקטיבית עם מטופלים כך שניתן יהיה להשתמש במומחיותם לעצמם על מנת לקדם שינוי. חשוב להדגיש כי הגישה המוטיבציונית אינה טיפול העומד בפני עצמו, אלא גישת התערבות לקידום שינוי המיועדת להגביר את המוטיבציה, את תפיסת המסוגלות והמוכנות לשינוי. עובדה זו מאפשרת לה להיות בשימוש בשילוב עם גישות טיפוליות אחרות. ואכן, מחקרים מראים באופן עקבי כי זוהי אחת הגישות היעילות ביותר לטיפול בהתמכרויות כאשר היא משולבת עם התערבויות ממוקדות פעולה (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010). אחת הדרכים לשלב את הגישה המוטיבציונית בטיפול היא להשתמש בה כשאנו נתקלים ברמות גבוהות של אמביוולנטיות של המטופל או בהתנגדות שלו לטיפול. למשל, בנקודת הפתיחה בטיפול כאשר יש צורך לבנות החלטיות או תנופה לשינוי נוכח האמביוולנטיות ואולי אף ההתנגדות לשינוי שמביע המטופל, אולי בשל ניסיונות שינוי קודמים שכשלו או סקפטיות בנוגע לשינוי עצמו. לעיתים, גם בשלבים מתקדמים של טיפול, כשהמטופל כבר נוקט פעולה לשינוי, אנחנו עשויים להיתקל בהתנגדות או ברמות מעורבות נמוכות, למשל בקושי לעמוד במשימות שנטל על עצמו המטופל במפגש או בין מפגשים. במצבים כאלה, מעבר זמני מגישה ממוקדת פעולה לגישה המוטיבציונית יכול להועיל ולסייע בקידום התהליך עד שהמוטיבציה ורמת המעורבות במשימות השינוי משתפרות.

גמילה, כלא, מחלקה סגורה), מטפלים יכולים בנקודה הזאת להשתמש באיום, להזכיר סנקציה ברקע ("אם תמשיכי לעשן... אז...") או להדגיש את המחירים האובייקטיביים של השימוש, אך בכך הדגש יוסט שוב למוטיבציה החיצונית במקום לזו הפנימית. כחלופה, המטפלת נשארה נאמנה לנקודת המבט של המטופלת והוסיפה לחקור עמה את סיפור המוטיבציה הפנימית שלה, את הקשיים סביב שינוי, תוך שיקוף הדברים שלה. באופן מכוון, המטפלת חיפשה את אזורי חוסר הנוחות של המטופלת, את נקודות חוסר ההתאמה בין מה שחשוב לה לבין המציאות הנוכחית, זאת בהנחה שתחושת א־ההתאמה היא דלק לשינוי (Treasure, 2004). כמו שקורה במצב של דיסוננס קוגניטיבי, במצב זה אנחנו מחפשים דרך ליישב את הסתירות הפנימיות בתוכנו, משום שהן לא נוחות לנו. כאשר ההתנהגות הנוכחית לא מתיישבת עם מה שחשוב למטופל, זהו אשנב שדרכו ניתן לבסס מוטיבציה פנימית ליצירת שינוי.

כאשר ההתנהגות הנוכחית לא מתיישבת עם מה שחשוב למטופל, זהו אשנב שדרכו ניתן לבסס מוטיבציה פנימית ליצירת שינוי

וכאן עולה שוב המתח שדובר בו בראשית המאמר. מחד גיסא, הרצון להיות עם המטופל, במקום שבו הוא נמצא, עם האמביוולנטיות הקיימת והבחירות שלו, ומאידך גיסא, ההכרח שלא להישאב אל התקיעות, והרצון לסייע למטופל, לכוון ולחזק בתוכו את הבחירה בשינוי. מובן שעמדה זו מעוררת שאלות: שאנחנו נכון? לאן? על בסיס מה? האם אנו יודעים טוב ממנו מה נכון עבורו? - לא, אנחנו לא. את המטרות נקבע ביחד. אבל כאשר מטופל מגיע לטיפול בשימוש לרעה בחומרים או בהתמכרות, כמו גם עם הפרעות אחרות, יהיה זה מיתמם מצידנו להצהיר שאנו לא נוקטים עמדה וכי אין לנו העדפה עבורו. יש לנו עמדות רבות בחדר, אפילו ביחס לאילו תכנים



תוך חיזוק הקול במטופל שבחר בשינוי ותוך קבלה עמוקה של האפשרות שלו לבחור גם שלא להשתנות. מצינו כמטפלים, זוהי הזמנה לחדד את מיומנויות ההקשבה שלנו, הקבלה והעדר השיפוטיות, הזמנה לעמדה צנועה יותר ביחס למה שאנו יכולים לעשות למטופל בניסיונות השכנוע שלנו ובמקום זאת, מה אנו יכולים לעשות עם המטופל, כיצד לבנות איתו יחסי אמון ושיתוף פעולה בדרך לשינוי, וכיצד להישאר סקרנים, כל פעם מחדש, עם כל מטופל אחרת, כלפי החוויה המיוחדת, החד-פעמית, של להיות הוא.



כלומר, ניתן להשתמש בגישה המוטיבציונית כטיפול מקדים, או לשלבה בתוך טיפולים ממוקדי פעולה כאשר מגיעים למבוי סתום מבחינת המוטיבציה.

הגישה המוטיבציונית מספקת דרך לאינטראקציה אפקטיבית עם מטופלים כך שניתן יהיה להשתמש במומחיותם לעצמם על מנת לקדם שינוי

הגישה המוטיבציונית מציעה אפוא דרך להיות עם המטופל, בחקירה משותפת, מכבדת וגם מכוונת, של סיפור השינוי עבורו, בחקירת החלקים השונים בתוכו המחזיקים את האמביוולנטיות, חלקים שאותם נרצה לחקור, להכיר ולקבל,

מקורות

1. לברין, ש' וניצן, א' (2011). הגישה המוטיבציונית בקידום בריאות. הרפואה, 150, 733-736.
2. Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology* (6). Academic Press. 1-62.
3. Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843.
4. Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Motivational interviewing as a counseling style. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment* (39-57). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Rockville (MD).
5. Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., ... & Bruffaerts, R. (2017). Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: An analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 16(3), 299-307.
6. Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B. & Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
7. Forcehimes, A.A. (2004). De profundis: Spiritual transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 60(5), 503-517.
8. Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.
9. Miller, W.R. & Rollnick, S.R. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
10. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299.
11. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(02), 129-140.
12. Perron, B.E. & Bright, C.L. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1), 123-131.
13. Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337.



פרופיל אישיותי של אנשים עם התמכרויות שונות

נועם זילברמן, פרופ' אורי רסובסקי

מבוא

החליפו את שם האבחנה מ"התמכרויות הקשורות לחומרים" ל"התמכרויות הקשורות לחומרים והפרעות ממכרות". כרגע, ההתמכרות ההתנהגותית היחידה שכלולה תחת אבחנה זו היא התמכרות להימורים, אך ישנם מחקרים המציעים להוסיף גם התמכרויות התנהגותיות נוספות למהדורה הבאה של ה-DSM (American Psychiatric Association, 2013). לצד זאת, עדיין אין תמימות דעים בנוגע לקיומן של התמכרויות התנהגותיות או בנוגע לרמת הדמיון שלהן להתמכרויות לחומרים. מעבר לכך, עוד לא ברור אם יש להתייחס לכל סוג התמכרות כהפרעה נפרדת, שיש לטפל בה בצורה שונה, או שכל ההתמכרויות הן בסופו של דבר ביטוי מעט שונה לאותה תסמונת כללית.

האישיות המתמכרת

אחד ממוקדי המחקר על התמכרויות סובב סביב השאלה אם יש דבר כזה "אישיות מתמכרת", אשר מגבירה את הסיכון להתמכרות עבור אנשים מסוימים. מחקרים השתמשו במדדי אישיות שונים (בעיקר שאלוני דיווח עצמי) בניסיון לזהות מאפייני אישיות של אנשים הסובלים מהתמכרות. אחד המאפיינים הנחקרים ביותר בהקשר של התמכרויות הוא אימפולסיביות, המאופיינת בהיעדר תכנון הקשור להעדפה של תגמול בטווח הקצר ללא התייחסות להשלכות השליליות, האפשריות או הוודאיות שלו, בטווח הארוך. נטייה זו נפוצה מאוד בקרב אנשים עם התמכרות שלא מצליחים לוותר על התגמול המיידי שההתמכרות מספקת להם על אף שבמרבית הפעמים הם מודעים להשלכות ההרסניות של התנהגותם לעצמם ולסביבתם (Widiger & Smith, 2012). בהתאם לכך, מחקרים על התמכרויות לחומרים מצאו באופן עקבי רמות גבוהות של אימפולסיביות בקרב אנשים עם התמכרות, גם בשאלוני דיווח

תופעת ההתמכרות קיימת כבר מאות שנים, אך הדרך שבה החברה מתייחסת אליה השתנתה רבות עם הזמן. החומר הממכר הראשון היה אלכוהול, ודרכו התפתח המודל הרפואי של התמכרות שלפיו התמכרות לאלכוהול זו מחלה שניתן לרפא רק באמצעות התנזרות מוחלטת. למרות זאת, בתחילת המאה ה-19 אנשים שתו בכל הזדמנות, וההנחה הייתה שהם עושים זאת מתוך רצון, ולא מתוך התמכרות (Levine, 1978). רק בסוף אותה המאה החלו להבין את ההשלכות השליליות של התלות בחומרים ממכרים. בשלב זה החברה החלה לראות אנשים עם התמכרות כפושעים שיש להענישם, ולא כאנשים הסובלים ממחלה וזקוקים לטיפול. רק בשנת 2007 יצא בארצות הברית חוק שהכיר באופן רשמי בכך שהתמכרות זו מחלה (Freed, 2012).

התמכרויות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות

בעבר ראו התמכרות כקשורה לחומר מסוים, כגון אלכוהול או סמים, מתוך הנחה שהתלות הפיזיולוגית בחומר היא חלק גדול מההתמכרות. כחלק משינוי התפיסה לגבי התמכרויות לאורך השנים, עולם המחקר החל מכיר גם בהתמכרויות שלא כוללות הכנסה של חומר מסוים לגוף. התמכרויות אלו ידועות כיום כ"התמכרויות התנהגותיות", והן כוללות, בין היתר, התמכרות להימורים, למין, לאינטרנט, לקניות ועוד. מחקרים רבים מראים נקודות דמיון בין התמכרויות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות באפידמיולוגיה, באטיולוגיה, בתרומה הגנטית ועוד (Griffiths, 1996). לאור המחקרים הללו, ובצעד משמעותי להרחבת תופעת ההתמכרות, ב-DSM-V

נועם זילברמן מסיימת בימים אלו דוקטורט בנושא התמכרויות במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן, וממשיכה לפוסט דוקטורט באותו נושא. בנוסף היא מתמחה בפסיכולוגיה שיקומית בבית החולים תל השומר. znoam85@gmail.com

פרופ' אורי רסובסקי הוא פסיכולוג קליני ונירופסיכולוג מורשה בעל מינויים מלאים בפקולטה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן ובמרכז הרב-תחומי לחקר המוח ע"ש גונדה. כיום הוא מכהן כראש המגמה הקלינית-שיקומית במחלקה לפסיכולוגיה בבר-אילן.

מבוסס על המאמר Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y. & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. Addictive Behaviors, 82, 174-181. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>

התנהגותיות כגון התמכרות להימורים והתמכרות לאינטרנט (למשל Bagby et al., 2007; Müller et al., 2014). ממציאים בנוגע לנעימות, מוחצנות ופתיחות לחוויה פחות עקביים. נעימות מאפיינת אנשים המפגינים אמון, שיתוף פעולה, ומייצרים קשרים בין-אישיים טובים; מוחצנות מאפיינת אנשים חברותיים, בעלי שמחת חיים ואסרטיביות; פתיחות לחוויה מאפיינת אנשים יצירתיים ובעלי דמיון. מחקרים שונים מראים כי ייתכן שמאפיינים אלו עשויים להיות שונים בין סוגי התמכרויות, ואף סוגי חומרים (כגון סמים מסוגים שונים), ולפיכך קשה להסיק מסקנה בנוגע אליהם בקרב אנשים הסובלים מהתמכרות.

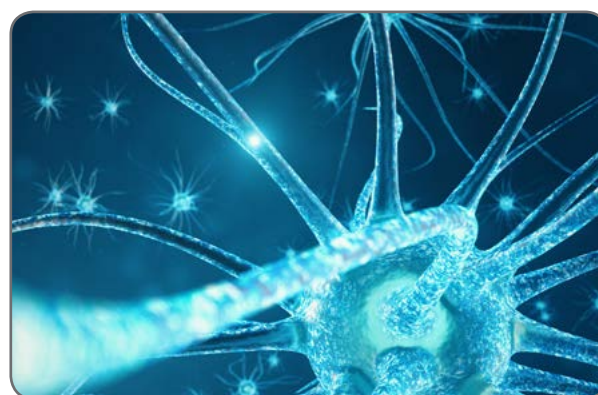
נראה שאימפולסיביות גבוהה אכן קשורה להתמכרויות, אך עדיין לא ברור לחלוטין איך היא באה לידי ביטוי באופן שונה בהתמכרויות שונות, אם בכלל

המחקר הנוכחי

מגבלה מרכזית של הספרות המחקרית שהוזכרה עד כה היא שמרבית המחקרים שבחנו אישיות בקרב אנשים עם התמכרות התמקדו בהתמכרות אחת בלבד. גם אלו שהשוו בין התמכרויות, ערכו השוואה בתוך אותה קטגוריה של התמכרות (חומרים או התנהגותית), או לכל היותר השוו בין שתי התמכרויות, אחת מכל קטגוריה. היעדר המחקרים שכוללים בתוכם מספר רב של התמכרויות מקשה על השוואה והכללה של הממצאים לכלל ההתמכרויות. בנוסף, מחקרים שונים השתמשו במערכי מחקר שונים, וכללו התערבות של משתנים הקשורים לאופן עריכת המחקר. בצורה זו לא ניתן להבין את מהות ההבדלים בין ההתמכרויות.

במחקר הנוכחי שאפנו לערוך השוואה בין הפרופיל האישיותי של כמה התמכרויות, גם לחומרים וגם התנהגותיות, במטרה להבין הן את הדפוסים הדומים בין ההתמכרויות השונות והן את המשתנים הייחודיים לכל התמכרות. בהתאם למודל הביופסיכוסוציאלי, הגורס כי הפרעות נפשיות רבות (ובהן התמכרות) מתפתחות מתוך אינטראקציה של גורמים אישיותיים, סביבתיים וביולוגיים, הוספנו למשתני המחקר גם גורמים דמוגרפיים אשר עשויים לבוא לידי ביטוי באופן שונה בין התמכרויות שונות, הן בנפרד והן באינטראקציה עם מאפייני האישיות. מחקרים רבים הראו הבדלים דמוגרפיים בין התמכרויות שונות לקבוצת הביקורת, בגורמים כגון גיל, מגדר, השכלה, מעמד כלכלי ועוד.

עצמי וגם במטלות התנהגותיות (למשל Hwang et al., 2014). מחקרים על התמכרויות התנהגותיות מדווחים על ממצאים דומים, אך עם פחות עקביות. לדוגמה, למרות שמספר מחקרים על התמכרות להימורים, התמכרות למין והתמכרות לאינטרנט הראו רמות גבוהות יותר של אימפולסיביות אצל קבוצות המכורים ביחס לקבוצות הביקורת (למשל Hwang et al., 2014; Nower, Derevensky & Gupta, 2004), מחקר אחר על התמכרות להימורים לא מצא הבדלים בין הקבוצות בתכונה זו (Myrseth, Pallesen, Molde, Johnsen, & Lorvik, 2009). לפיכך, אמנם נראה שאימפולסיביות גבוהה אכן קשורה להתמכרויות, אך עדיין לא ברור לחלוטין איך היא



באה לידי ביטוי באופן שונה בהתמכרויות שונות, אם בכלל. מודל אישיותי נוסף שנחקר רבות בהקשר של התמכרויות הוא מודל חמש התכונות הגדולות (McCrae & John, 1992). מודל זה כולל את הדפוסים ההתנהגותיים, הרגשיים והקוגניטיביים של האדם, ומתאר חמישה ממדים בסיסיים של האישיות: נירוטיות, מצפוניות, מוחצנות, נעימות ופתיחות לחוויה. חוקרים המשתמשים במודל זה לחקר התמכרויות מדווחים לרוב על נירוטיות גבוהה אצל אנשים עם התמכרות לעומת קבוצת הביקורת, גם בהתמכרויות לחומרים (למשל Hwang et al., 2014; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu, & Costa, 2008) וגם בהתמכרויות התנהגותיות (למשל Bagby, Vachon, Bulmash, Toneatto, Quilty & Costa, 2007; Müller, Beutel, Egloff & Wölfling, 2014). אנשים אלו עשויים לעסוק ב"ריפוי עצמי" במטרה לשכך תחושות שליליות או לא נעימות אשר שכיחות למדי אצל אנשים המאופיינים בנורוטיות גבוהה (Khantzian, 1985). מאפיין נוסף שמראה ממצאים עקביים בין מחקרים הוא מצפוניות. מצפוניות קשורה מאוד למשמעת עצמית, אשר לרוב לוקה בחסר בקרב אנשים הסובלים מהתמכרות. מחקרים דיווחו על רמות נמוכות של מצפוניות בהתמכרויות לחומרים, בעיקר בהתמכרות לסמים (למשל Terracciano et al., 2008), כמו גם בהתמכרויות



שיטה

נבדקים

במחקר השתתפו 58 אנשים עם התמכרות לסמים (ראו להלן במגבלות המחקר), 50 עם התמכרות לאלכוהול, 47 עם התמכרות להימורים, 61 עם התמכרות למין ו-78 נבדקי ביקורת ללא רקע של התמכרות. הנבדקים הסובלים מהתמכרות גויסו למחקר דרך מרכזי גמילה ציבוריים ופרטיים ברחבי הארץ, ודרך קבוצות לעזרה עצמית. נבדקי הביקורת גויסו באמצעות מודעות באוניברסיטה ובאינטרנט.

מצפוניות קשורה מאוד למשמעת עצמית, אשר לרוב לוקה בחסר בקרב אנשים הסובלים מהתמכרות

שאלונים שאלוני התמכרות

הערכת ההתמכרות נעשתה באמצעות שאלון דיווח עצמי ייחודי לכל סוג התמכרות. התמכרות לסמים נבדקה באמצעות שאלון (Skinner, 1982) Drug Abuse Screening Test, שבו ציונים בין 0 ל-28, מהם ציונים של 6 ומעלה מצינים התמכרות לסמים. התמכרות לאלכוהול נבדקה באמצעות שאלון (Selzer, Michigan Alcoholism Screening Test), שאלון מקביל לשאלון ההתמכרות לסמים עם נקודת חתך של 5 ומעלה להגדרת התמכרות לאלכוהול. שאלון (Lesieur & Blume, South Oaks Gambling Screen) שימש להערכת התמכרות להימורים, עם ציונים בין 0 ל-20 ונקודת חתך של 5 ומעלה לסיכון להתמכרות להימורים. לבסוף, התמכרות למין הוערכה באמצעות שאלון שפותח בארץ, Individual-Based Compulsive Sexual Behavior, שבו ציונים הנעים בין 24 ל-168. כיוון שבעת ביצוע המחקר לא נקבע ציון חתך בשאלון זה, הערכנו התמכרות למין כ-2 סטיות תקן מעל הממוצע (73) במחקר הנוכחי, כך שציון גבוה מזה מעיד על התמכרות למין).

שאלוני אישיות

להערכת הפרופיל האישיותי של הנבדקים העברנו שני שאלונים לדיווח עצמי. הראשון היה שאלון להערכת אימפולסיביות, Barratt Impulsiveness Scale Version 11, שבו 30 שאלות וסולם דירוג של 1 עד 4 אשר בסופו מתקבל ציון כללי למדד

אימפולסיביות (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). השאלון השני, להערכת חמש התכונות הגדולות, הינו שאלון Big Five Index שבו 44 שאלות וסולם דירוג של 1 עד 5, אשר נותן ציון כללי לכל תכונה בנפרד (ניורוטיות, נעימות, מוחצנות, מצפוניות ופתיחות לחוויה) (John & Srivastave, 1999).

שאלון דמוגרפי

המאפיינים הדמוגרפיים נאספו באמצעות שאלות פתוחות וסגורות אשר נכתבו באופן ייעודי למחקר זה, וכללו גיל, מגדר, זיקה לדת ומדדים של מעמד כלכלי (אזור מגורים - מדד פריפריאלי, השכלה, תעסוקה - עובד או לא עובד, והכנסה חודשית). הקבוצות הקליניות נשאלו גם לגבי ההתמכרות וההתנזרות שלהם (גיל פרוץ ההתמכרות, מספר השנים של ההתמכרות ומשך ההתנזרות).

הליך המחקר

משתתפי המחקר חתמו על הסכמה מדעת לאחר שקיבלו הסבר מלא על המחקר, בעל פה או בכתב, ולאחר מכן מילאו את שאלוני הדיווח העצמי. הנבדקים בקבוצות הקליניות מילאו את השאלונים במרכזי הגמילה שמהם גויסו, מלבד מספר נבדקים מקבוצת ההתמכרות למין אשר העדיפו להישאר אנונימיים ומילאו את השאלונים דרך האינטרנט. מרבית נבדקי הביקורת מילאו את השאלונים דרך האינטרנט. הקבוצות הקליניות התבקשו למלא רק את שאלוני ההתמכרות הרלוונטיים אליהם, ואלו הסובלים מיותר מהתמכרות אחת התבקשו לציין בנוסף מה ההתמכרות המרכזית שלהם. נבדקי הביקורת מילאו את כל שאלוני ההתמכרות כדי שנוכל להוציא מהמחקר את אלו שעברו את נקודת החתך של התמכרות מסוימת, ולפיכך אינם יכולים לשמש כנבדקי ביקורת. הנבדקים קיבלו מספרי נבדק במטרה לשמור על האנונימיות שלהם.

ניתוחים סטטיסטיים

לניתוח הפרופיל האישיותי ערכנו ניתוח שונות רב משתני תוך שימוש במאפייני האישיות כמשתנים תלויים ובשייכות לקבוצה כמשתנה בלתי תלוי. מבחן בונפרוני שימש בניתוחי ההמשך לצורך השוואה בין הקבוצות, בכל מאפיין שנמצא מובהק בניתוח שונות חד משתני. כאשר מבחן לוין לשוויון שונויות נמצא מובהק, נעשה שימוש במבחן Welch. במאפיינים הדמוגרפיים בסולם מנה נערך ניתוח שונות חד משתני עם בונפרוני כמבחן המשך, המשתנים הדמוגרפיים הקטגוריאליים נותחו באמצעות מבחני חי בריבוע, והמשתנים הדמוגרפיים בסולם סדר נותחו באמצעות מבחן דירוג Kruskal-Wallis.

תוצאות

טבלה 1 מאפייני התמכרות

מאפיינים	מין (n=61)	הימורים (n=47)	אלכוהול (n=50)	סמים (n=58)
ציון התמכרות ראשית ערכים חסרים	131.72 (21.62) 0	15.09 (3.91) 0	31.76 (10.64) 0	22.19 (3.96) 0
זמן גמילה מס' ימים ערכים חסרים	462.86 (681.6) 5	400.31 (777.57) 5	382.1 (1067.52) 2	268.26 (543.51) 1
שנות התמכרות ערכים חסרים	18.6 (6.98) 5	15.5 (13.25) 13	16 (11.35) 8	19.7 (10.57) 14
גיל פרוץ ההתמכרות ערכים חסרים	11.9 (4.75) 3	23.58 (13.03) 14	23.31 (10.39) 8	15.29 (3.97) 11

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נבדקים שמילאו את השאלונים באינטרנט לבין אלו שמילאו אותם עם דף ועיפרון, גם בקבוצת הביקורת וגם בקבוצת ההתמכרות למין. לפיכך לא נערכה הפרדה על סמך אופן מילוי השאלונים בניתוחים הסטטיסטיים. בנוסף, לאור הרמות הגבוהות של קומורבידיות (יותר מהתמכרות אחת) במדגם שלנו, ביצענו את הניתוחים פעמיים: בפעם הראשונה מבלי להוציא את הנבדקים עם הקומורבידיות, תוך שימוש בהתמכרות הראשית של הנבדק לצורך החלוקה לקבוצות, ובפעם השנייה לאחר הוצאה של נבדקים עם קומורבידיות. לאחר הוצאת הנבדקים עם הקומורבידיות, המדגם קטן משמעותית (26 סמים, 30 אלכוהול, 36 הימורים, 52 מין), ולפיכך עוצמת הממצאים קטנה, אך הדפוס הכללי של התוצאות נותר זהה. לאור זאת אנו מתייחסים במחקר זה רק לתוצאות של המדגם המלא, הכולל נבדקים עם קומורבידיות. מדגם סופי זה כלל 216 נבדקים עם התמכרות ו-78 נבדקי ביקורת.

מאפייני התמכרות

המאפיינים הקליניים של נבדקים עם התמכרות מוצגים בטבלה 1. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בזמן התנזרות ($F(3,199)=0.61$, $p=0.608$) או במספר השנים של ההתמכרות ($Welch's F(3,82.03)=1.32$, $p=0.273$). לעומת זאת, נמצאו הבדלים מובהקים בגיל פרוץ ההתמכרות. מן המחקר עולה כי התמכרויות לסמים והתמכרות למין פורצות בגיל צעיר יחסית להתמכרות לאלכוהול והתמכרות להימורים ($Welch's F(3,80.177)=21.425$, $p=0.000$).



מאפיינים דמוגרפיים

המאפיינים הדמוגרפיים של נבדקי המחקר מוצגים בטבלה 2. כצפוי ממחקרים קודמים, הקבוצות נבדלו זו מזו באופן מובהק במאפיינים של גיל, מגדר ומעמד כלכלי. קבוצת הביקורת הייתה הצעירה ביותר, הכילה בעיקר נשים, גרה באזורים מרכזיים יחסית והייתה בעלת ההשכלה הגבוהה ביותר. בקרב קבוצות ההתמכרות, קבוצת האלכוהול הייתה המבוגרת ביותר וקבוצת המין הצעירה ביותר, וכל הקבוצות הכילו בעיקר גברים. בנוגע למעמד כלכלי, נצפה הבדל ברור בין התמכרויות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות. המכורים לחומרים נמצאו כבעלי מעמד כלכלי נמוך יותר בכל המדדים. אלו עם התמכרויות התנהגותיות היו דומים יותר לקבוצת הביקורת, ואפילו בעלי מעמד כלכלי גבוה יותר בחלק מהמדדים (נבדקי קבוצת ההימורים והמין היו בעלי הכנסה גבוהה יותר, וקבוצת המין בעלי פחות אבטלה מקבוצת הביקורת).

אף על פי שההבדלים בין הקבוצות בנוגע לדת לא היו חלק ממטרות המחקר המרכזיות שלנו, לאור החשיבות הרבה של הדת בישראל ביקשנו מנבדקים לציין גם את הזיקה שלהם לדת, ולהגדיר עצמם כדתיים, כמסורתיים או כחילוניים. באופן מפתיע ומעניין, גילינו ש-86.9% מקבוצת ההתמכרות למין הגדירו עצמם כדתיים, אחוז שהיה גבוה באופן מובהק משאר הקבוצות.

מאפיינים	ביקורת (n=78)	מין (n=61)	הימורים (n=47)	אלכוהול (n=50)	סמים (n=58)	הבדלים בין הקבוצות
גיל (ממוצע דירוג)	124.72	132.11	164.90	180.60	149.47	$H(4)=20.095$ $p=0.000$
מגדר גברים נשים	23 55	57 4	44 2	30 20	45 13	$\chi^2(4)=91.274$ $p=0.000$
מעמד כלכלי מדד פריפריאלי (ממוצע דירוג)	170.47	151.72	148.99	101.77	115.04	$H(4)=33.735$ $p=0.000$
השכלה (ממוצע דירוג)	212.37	165.20	122.58	101.51	95.22	$H(4)=96.530$ $p=0.000$
תעסוקה לא עובד עובד	6 63	3 50	6 39	20 27	29 28	$\chi^2(4)=53.452$ $p=0.000$
הכנסה חודשית (ממוצע דירוג)	145.63	160.48	178.40	119.49	123.08	$H(4)=19.110$ $p=0.001$
זיקה לדת חילוני מסורתי דתי	56 11 11	6 2 53	19 16 8	26 8 13	25 23 7	$\chi^2(8)=130.418$ $p=0.000$

נבדקים עם התמכרויות לסמים, לאלכוהול או למין אופייני בנוסף ברמות נמוכות של נעימות ומצפוניות, ונבדקים עם התמכרות לאלכוהול אופייני גם ברמות נמוכות של מוחצנות ופתיחות לחוויה. מעבר לכך, במאפייני אישיות מסוימים נצפו הבדלים מובהקים בין סוגים שונים של התמכרויות. קבוצת האלכוהול הייתה בעלת רמה נמוכה של מוחצנות ביחס לקבוצת הסמים וההימורים, ובעלת רמה נמוכה של פתיחות לחוויה ביחס לקבוצת המין. בנוסף, קבוצת ההימורים הייתה בעלת רמה נמוכה של נזירותיות ורמה גבוהה של מצפוניות ביחס לקבוצת המין, ובעלת רמה גבוהה של נעימות ביחס לקבוצת הסמים והמין.



מאפיינים אישיותיים

לאור ההבדלים המובהקים בין הקבוצות בקשר לזיקה לדת, את ניתוח השונות הרב משתני למאפייני האישיות ערכנו תחילה עם שימוש בזיקה לדת כגורם מתערב, אך הוא לא נמצא מובהק ($Wilk's\ Lambda=0.97$, $F(6,273)=1.32$, $p=0.247$, $Cohen's\ d=0.34$). ניתוח האישיות הרב משתני ללא הגורם המתערב נמצא מובהק סטטיסטית ($Wilk's\ Lambda=0.53$, $F(24,991.97)=8.17$, $p=0.000$, $Cohen's\ d=0.84$). כפי שניתן לראות בטבלה 3, גם מבחני המובהקות לכל מאפייני אישיותי בנפרד נמצאו מובהקים.

לבסוף, נערכו סדרה של מבחני פוסט הוק (מתאם מקרי) על כל מאפיין אישיות כדי לבחון הבדלי ממוצעים בכל חמש הקבוצות (ראו טבלה 3). תצוגה ויזואלית של ההבדלים הללו מוצגת בתרשים 1. כיוון שכל מאפיין אישיות נמדד בסולם אחר, דבר המונע השוואה בין המאפיינים, צוינו הנבדקים בכל מאפיין הומרו לציוני T סטנדרטיים בהתבסס על התפלגות קבוצת הביקורת. כלומר, קבוצת הביקורת בעלת ממוצע 50 וסטיית תקן 10 בכל מאפיין האישיות. זה אפשר לנו להציג באופן ויזואלי את הפרופיל האישיותי של כל התמכרות ביחס לשאר ההתמכרויות ולקבוצת הביקורת. כפי שניתן לראות בתרשים 1 ובטבלה 3, כל הנבדקים הסובלים מהתמכרות אופייניו ברמות גבוהות של נזירותיות ואימפולסיביות ביחס לקבוצת הביקורת.

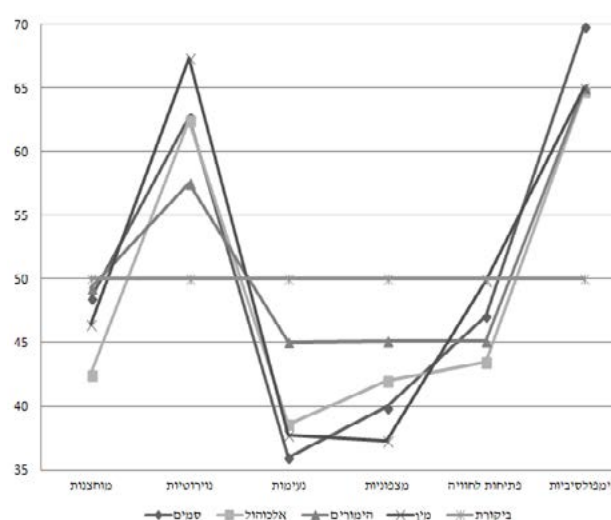
טבלה 3

מאפיינים אישיותיים

מאפיינים	ביקורת (n=78)	מין (n=61)	הימורים (n=47)	אלכוהול (n=50)	סמים (n=58)	AVONA / Welch	Cohen's d	מבחני פוסט הוק (רק מובהקים)
מוחצנות	27.58 (5.40)	25.64 (5.98)	27.21 (4.99)	23.54 (4.7)	26.78 (5.12)	$F(4,289)=5.22$ $p=0.000$	0.54	אלכוהול-סמים $p=0.017$ אלכוהול-הימורים $p=0.007$ אלכוהול-ביקורת $p=0.000$
נירוטיות	20.88 (4.78)	29.15 (4.63)	24.47 (5.8)	26.84 (6.57)	26.97 (5.68)	$F(4,289)=23.09$ $p=0.000$	1.13	ביקורת-סמים $p=0.000$ ביקורת-אלכוהול $p=0.000$ ביקורת-הימורים $p=0.004$ ביקורת-מין $p=0.000$ הימורים-מין $p=0.000$
נעימות	34.9 (4.45)	29.44 (5.74)	32.70 (5.2)	29.82 (6.21)	28.67 (7)	Welch's $F(4,133.809)=16.04$ $p=0.000$		ביקורת-סמים $p=0.000$ ביקורת-אלכוהול $p=0.000$ ביקורת-מין $p=0.000$ הימורים-סמים $p=0.004$ הימורים-מין $p=0.035$
מצפוניות	34.65 (4.731)	28.62 (6.078)	32.36 (5.712)	30.88 (6.063)	29.88 (6.725)	$F(4,289)=10.937$ $p=0.000$	0.78	ביקורת-סמים $p=0.000$ ביקורת-אלכוהול $p=0.004$ ביקורת-מין $p=0.000$ הימורים-מין $p=0.011$
פתיחות לחוויה	36.95 (5.29)	36.89 (6.54)	34.36 (5.59)	33.50 (7.05)	35.40 (5.9)	$F(4,289)=3.67$ $p=0.006$	0.45	אלכוהול-מין $p=0.036$ אלכוהול-ביקורת $p=0.018$
אימפולסיביות	62.38 (7.65)	73.87 (8.65)	73.83 (12.01)	73.64 (12.27)	77.53 (9.82)	Welch's $F(4,131.949)=32.07$ $p=0.000$		ביקורת-סמים $p=0.000$ ביקורת-אלכוהול $p=0.000$ ביקורת-הימורים $p=0.000$ ביקורת-מין $p=0.000$

תרשים 1

פרופיל אישיותי של קבוצות ההתמכרות וקבוצת הביקורת



דיון

להתפתחות של התמכרויות שונות. מעבר לכך, למרות שמדדי אישיות מסוימים מאפיינים את כל סוגי ההתמכרויות, הרמות שלהם עשויות להשתנות בין התמכרויות שונות. מבחינת מאפיינים דמוגרפיים, נמצא שבמדדים של מעמד כלכלי ושל השכלה ישנו דמיון רב יותר בין התמכרויות התנהגותיות וקבוצת הביקורת, מאשר בין התמכרויות לחומרים לבין קבוצת הביקורת. עוד מצאנו שזיקה לדת שונה בין אנשים הסובלים מהתמכרויות שונות, עם אחוז גבוה באופן ניכר של אנשים דתיים בקרב אלו עם התמכרות למין.

התמכרות להימורים

הפרופיל האישיותי של נבדקים עם התמכרות להימורים היה הדומה ביותר לקבוצת הביקורת (מלבד רמות גבוהות של אימפולסיביות ונירוטיות), והשונה ביותר מהתמכרויות אחרות, כולל ההתמכרות ההתנהגותית הנוספת למין. לצד זאת, על אף הדמיון האישיותי, מכורים להימורים נבדלו מקבוצת הביקורת במאפיינים הדמוגרפיים. חשוב לציין כי קבוצת ההתמכרות להימורים דיווחה על רמות ההכנסה הגבוהות ביותר מבין כל הקבוצות. כיוון שיש צורך כלכלי כדי להשתתף בהימורים, ייתכן כי בעלי הכנסה נמוכה יותר לא מצליחים לתמוך בהתמכרות זו,

במחקר הנוכחי מצאנו פרופיל אישיותי שונה המאפיין סוגים שונים של התמכרויות. זיהוי הפרופיל עשוי לספק הסבר אפשרי



לפתח דווקא התמכרות לאלכוהול, בניגוד להתמכרויות אחרות. בנוסף, בדומה להתמכרות להימורים, גם התמכרות לאלכוהול מתפתחת בגיל מאוחר יותר שבו הצורך בקשרים חברתיים, יד ביד עם הקושי המתעורר בסיטואציות אלו, עולה.

התמכרות לסמים והתמכרות למין

נראה כי הממצא המפתיע ביותר במחקר הנוכחי היה הדמיון האישי בין התמכרויות לסמים והתמכרות למין. שתי קבוצות אלו הפגינו רמות גבוהות של נזירות ואימפולסיות ביחס לקבוצת הביקורת, בדומה להתמכרויות אחרות, אך גם היו בעלות הרמות הנמוכות ביותר של מצפונית ונעילות. הסבר אפשרי לדמיון שנמצא בין המכורים לסמים והמכורים למין נובע מהרמה הנמוכה של מצפונית, המאופיינת בהתעלמות מחוקים חברתיים (McCrae & John, 1992). כיוון שסמים אינם חוקיים, ציפינו למצוא זאת בקרב אנשים עם התמכרות לסמים, אך לא ציפינו לכך בקרב אנשים עם התמכרות למין. לצד זאת, האחוז הגבוה של אנשים דתיים בקבוצת ההתמכרות למין במחקר הנוכחי עשוי לשפוך אור על ממצא זה.

היהדות מציבה חוקים נוקשים ביחס להתנהגות מינית, ונוקטת גישה שלילית כלפי חומר פורנוגרפי (Crane, 2010). כתוצאה מכך, החברה היהודית הדתית עשויה להיות פחות סובלנית לתסמינים מיניים, וייתכן שמחשיבה אדם כהיפר-מיני בקלות רבה יותר מאשר יהודים חילוניים (Needell & Markowitz, 2004). האדם הדתי עשוי אפוא לחוש אשמה ותיעוב עצמי גבוהים יותר בעת ביצוע פעילויות מיניות שהחברה שלו או שלה אינה רואה בעין יפה, תסמינים אשר כלולים בשאלון ההתמכרות למין שהעברנו (Coleman, 1992). המחקר שלנו אינו הראשון לדווח על קשר בין היפר-מיניות ודת. לדוגמה, מחקר קודם דיווח על התנהגות היפר-מינית רבה יותר בקרב יהודים דתיים לעומת חילוניים במרכז אשפוז פסיכיאטרי (Needell & Markowitz, 2004). הדעות בנושא עוד חלוקות, ויש לבחון אותן במחקרי המשך, אך הממצאים הללו מציעים שהגישה החברתית הכללית כלפי שימוש מופרז בסמים דומה לגישה כלפי מיניות חופשית יותר בקרב אנשים דתיים. לפיכך, יהודים דתיים אשר סוטים מהנורמות הדתיות שלהם, ואנשים חילוניים הסוטים מהנורמות החברתיות הכלליות, עשויים להראות רמות נמוכות יותר מאחרים בממד של מצפונית.

הסבר נוסף לדמיון האישי בין נבדקים עם התמכרויות לסמים ונבדקים עם התמכרויות למין עשוי להיות הגיל המוקדם שבו פורצות שתי התמכרויות אלו. במדגם הנוכחי, ההתמכרות פרצה אצל הנבדקים כשהיו בני 12-15. כיוון שמאפייני אישיות נותרים פלואידיים בתקופות של התפתחות כגון בגיל ההתבגרות (Caspi, Roberts & Shiner, 2005), ייתכן שחלק מהמאפיינים

המצריכה השקעת כסף.

הממצאים בנוגע להתמכרות להימורים מעלים את הסברה שאנשים הסובלים מהתמכרות זו מובחנים מאוכלוסייה בריאה בגורמים סביבתיים יותר מאשר אישיותיים. מהעולה במחקר הנוכחי, התמכרות להימורים פרצה בגיל מאוחר יחסית, בתחילת שנות העשרים. בעוד שמאפייני אישיות נחשבים לרוב כיציבים, ומגדירים את האדם מגיל צעיר יחסית (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001), גורמים סביבתיים נוטים להשתנות במהלך החיים ואף עשויים להיות בעלי השפעה רבה יותר בשלבי חיים מאוחרים יותר, במיוחד בתחילת שנות העשרים כאשר אנשים לרוב עוזבים את בית הוריהם ומתחילים את חייהם העצמאיים. ייתכן שהבדלים סביבתיים בשלב זה בחיים תרמו להתפתחותה של ההתמכרות להימורים אצל אנשים אלו.

הסבר אפשרי לדמיון שנמצא בין המכורים לסמים והמכורים למין נובע מהרמה הנמוכה של מצפונית, המאופיינת בהתעלמות מחוקים חברתיים

התמכרות לאלכוהול

בניגוד להתמכרות להימורים, נבדקים עם התמכרות לאלכוהול נבדלו מקבוצת הביקורת בכל מאפייני האישיות שנבחנו במחקר זה. מעבר לכך, זו הייתה הקבוצה היחידה שהראתה רמות שונות של מוחצנות ופתיחות לחוויה ביחס לקבוצת הביקורת. קבוצת המכורים לאלכוהול אף אופיינה ברמות נמוכות באופן מובהק של מוחצנות ביחס לקבוצת ההתמכרות לסמים ולהימורים, ושל פתיחות לחוויה ביחס לקבוצת ההתמכרות למין.

נראה אפוא שתכונות אלו מבחינות אנשים עם התמכרות לאלכוהול מהתמכרויות אחרות. אנשים מוחצנים נוטים להיות מוכוונים ולייחס ערך רב יותר כלפי קשרים בין-אישיים. פתיחות לחוויה מייצגת גישה של יצירתיות ודמיון, ועניין ביחסים חברתיים. אנשים עם רמות נמוכות של מוחצנות ופתיחות לחוויה נוטים להיות יותר שמרנים, שמורים, ביישנים ושקטים (Arora & Rangnekar, 2016). מחקרים קודמים הראו שאלכוהול מפחית חששות וחרדה במצבים חברתיים, תחושות בעלות נטייה לעלות בתדירות גבוהה יותר אצל אנשים פחות חברתיים, ולכן יכול לשמש כ"פתרון" לאנשים עם רמות נמוכות של מוחצנות ופתיחות לחוויה (Smail, Stockwell, Canter & Hodgson, 1984). ייתכן כי זו אחת הסיבות של אנשים אלו

(2012). נראה אפוא כי הדרה של קומורבידיות ממחקרי התמכרות עשויה להפחית את יכולת ההכללה והתוקף של תוצאות המחקרים. במחקר הנוכחי הנבדקים התבקשו לציין מהי ההתמכרות המרכזית שלהם ולפיה סווגו לקבוצות, ולפיכך מסקנות המחקר מלמדות אותנו על ההשפעה של מאפייני אישיות על ההתמכרות המרכזית של האדם, ללא קשר לקומורבידיות.

לבסוף, יש לשים לב שקבוצת ההתמכרות לסמים הכילה אנשים עם התמכרויות לסוגים שונים של סמים, ולפיכך הייתה הטרוגנית יותר משאר הקבוצות. כתוצאה מכך, תוצאות המחקר משקפות את הפרופיל האישיותי של התמכרות לסמים באופן כללי, ולא מתייחסות להבדלים האישיותיים הפוטנציאליים בין אנשים המשתמשים בסוגים שונים של סמים. מדגם גדול יותר, אשר מפריד בין סוגי סמים, עשוי לשפוך אור בנוגע לקשר שבין אישיות לסוג הסם שאליו האדם מתמכר.

מסקנות והשלכות המחקר

המחקר הנוכחי מציע שלמרות שלהתמכרויות שונות יש נטיות התנהגותיות דומות, כל התמכרות מייצגת מערך ייחודי של מאפיינים אישיותיים ודמוגרפיים. הממצאים הללו יכולים לסייע בפיתוחן של תוכניות מניעה והתערבות אפקטיביות יותר, אשר מותאמות לאדם או לסוג ההתמכרות שממנה הוא סובל. בתחום המניעה ניתן להתמקד באיתור נוער בסיכון בהתבסס על מאפייני אישיות. לדוגמה, כיוון שהתמכרויות לסמים ולמין מאופיינות במצפוניות נמוכה, ניתן לבצע מעקב אחר ילדים או בני נוער אשר מראים רמות נמוכות של תכונה זו. ניתן אף להתאים את תוכנית המניעה להבדלים תרבותיים, תוך שימת דגש על התמכרות למין בקרב קהילות דתיות והתמכרות לסמים בקרב אוכלוסיות במעמד כלכלי נמוך. גם בתחום הטיפול וההתערבות ניתן לשאוב מן הממצאים של מחקר זה. לדוגמה, חשיבותם של מאפיינים דמוגרפיים באבחנה של אנשים עם התמכרות להימורים ביחס לאוכלוסייה בריאה מדגישה למרכזי טיפול ומטפלים להתייחס יותר לסוגיות הסביבתיות באוכלוסייה זו, ולשים פחות דגש על תכונות אישיות עם נטייה לסיכון. בדומה לכך, הפרופיל האישיותי של אנשים עם התמכרות לאלכוהול מציע שבקרב אוכלוסייה זו יש יותר צורך ב־reaching out כחלק מההליך הטיפולי, ובשימת דגש על יחסים בין-אישיים.

מחקרים עתידיים ייתרמו מהרחבת אוכלוסיית המחקר כך שתכלול מספר סוגי התמכרויות בתוך אותו מערך מחקר. מאמצים אלו עשויים להרחיב את ההבנה שלנו בנוגע לנקודות הדמיון וההבדלים בין סוגים שונים של התמכרויות, ויכולים לסייע בהבנה של המנגנונים המובילים להתפתחותן של התמכרויות שונות.

לרשימת המקורות, ראו באתר הפ"י.

האישיותיים בשתי הקבוצות הללו עוצבו מתוך אינטראקציה עם ההתמכרות, ולא דווקא היוו חלק מהגורמים להתפתחותה. לבסוף, על אף הפרופיל האישיותי הדומה, נבדקים עם התמכרות לסמים ונבדקים עם התמכרות למין היו שונים מאוד במדדים הדמוגרפיים ובהם השכלה ומעמד כלכלי. לפיכך, קיימת האפשרות שישנן נטיות אישיותיות דומות בקרב אנשים הסובלים מהתמכרויות לסמים ואנשים הסובלים מהתמכרות למין, ומה שמשפיע על איזו מההתמכרויות תתפתח אלו בעיקר גורמים סביבתיים.

קיימת האפשרות שישנן נטיות אישיותיות דומות בקרב אנשים הסובלים מהתמכרויות לסמים ואנשים הסובלים מהתמכרות למין, ומה שמשפיע על איזו מההתמכרויות תתפתח אלו בעיקר גורמים סביבתיים

מגבלות המחקר

יש לציין מספר מגבלות של המחקר הנוכחי. ראשית, מדגם האנשים המכורים למין הכיל אחוז גבוה של אנשים דתיים. על אף מחקרים המצביעים על קשר בין היפר-מיניות ודת, אין עדיין מספיק מידע דמוגרפי שיצביע האם התפלגות זו מייצגת את החברה הדתית-יהודית בישראל, או שהיא מאפיינת אנשים דתיים באופן כללי. לפיכך, חשוב שמחקרי התמכרות עתידיים יבחנו את הנושא הזה בקרב תרבויות ודתות נוספות, ויערכו השוואה בין הפרופיל האישיותי של אנשים דתיים וחילוניים הסובלים מהתמכרות למין. מסקנות אלו יוכלו לספק מידע בנוגע להתערבויות פוטנציאליות הדורשות רגישות תרבותית או דתית ייחודית.

מגבלה נוספת היא הרמות הגבוהות של קומורבידיות בקבוצות ההתמכרות, במיוחד בהתמכרות לסמים. למרות שניתוח הנתונים לאחר הוצאת נבדקים עם קומורבידיות הראה כיוון דומה של תוצאות, הבדלים מסוימים לא הגיעו למובהקות נוכח המדגם הקטן שנוצר. לפיכך, ישנה חשיבות למחקרי המשך שיבחנו את ההשערות העולות ממחקר זה במדגם גדול יותר ו"נקי", שאינו כולל נבדקים הסובלים ממספר התמכרויות. לצד זאת, יש לציין שקומורבידיות היא הכלל, ולא היוצא מן הכלל, בהתמכרויות. אנשים רבים הסובלים מהתמכרות אחת מפתחים התמכרות נוספת במקביל, או "מחליפים" התמכרות אחת באחרת (Teesson, Farrugia, Mills, Hall, & Baillie,).

לראות מבעד למסך העשן

הדרמה המזדחלת של התמכרות לקנאביס

ד"ר דניאל פיינגולד, ד"ר שירה סובול

"תקוע" בחייו? האם וכיצד נוכל לעזור לו כמטפלים בקליניקה? כדי לענות על השאלות הללו, בראש ובראשונה עלינו להכיר מקרוב את צמח הקנאביס.

קנאביס

קולו של השיח הציבורי על אודות הקנאביס מלווה במטען רגשי רב, ומאופיין באמירות ועמדות סותרות, במסרים כפולים ובנטייה להקצנה ולפופוליזם. ישנה נטייה לייחס לקנאביס תכונות גואלות או לחלופין הרסניות מבלי להתבסס על עדויות מחקריות. בסקירה המדעית הקצרה שנציג כאן ננסה לעשות סדר בדברים.

קנאביס (הידוע גם בשמות מריחואנה, גראס, חשיש וכו') הינו חומר המופק מחלקים שונים של זני צמח הקנאביס ונצרך בדרך



עידו (שם בדוי), בן 35, פנה לטיפול בשל תחושה מתמשכת, שהתחזקה בשנה האחרונה, של תקיעות משמעותית בחייו. עידו, נשוי ואב לשני בנים צעירים, עובד זה כעשור כמתכנת בחברת תוכנה גדולה. תחושת חוסר הנוחות שלו החלה להתהוות במקום העבודה, שם הוא מרגיש תסכול מהול בקנאה על כך שחברים שגויסו עמו לעבודה כבר מאיישים עמדות בכירות בחברה, ואילו הוא "עדיין תקוע בקובייה הקטנה שלי, מתכנת דברים קטנים כמו מתלמד". בבית הוא נקלע לא אחת לעימותים עם בת זוגו על רקע חוסר המעורבות שלו בחיי המשפחה והתנהלותו הדחיינית. הטענה של בת הזוג, שאותה הוא ממחר להכחיש בעימותים מולה אך מאשש בהיסוס בפגישה הטיפולית, היא כי הוא אינו לוקח חלק פעיל ביחסים ביניהם ובגידול הבנים, ואף מתקשה להפגין כלפיהם חום: "אני משתדל לעשות מה שצריך, להיות אבא טוב, אבל רוב הזמן אני די חסר סבלנות... לא מעמיק בקשרים לא עם אשתי ולא עם הילדים... מעביר את הזמן... זורם עם החיים, כמו שאומרים". בבירור עם עידו עולה כי כנער החל לעשן קנאביס פה ושם עם חברים, אך מאז השתחרר משירותו הצבאי החל להשתמש באופן יומיומי. לפרקים השימוש היה מתון ומוגבל לשעות הערב, "אחרי שכולם כבר ישנים ואין אף אחד שצריך ממני משהו", אך מאז התרחבה המשפחה הוא מוצא עצמו משתמש לעיתים תכופות יותר גם במהלך היום: "בבוקר כשאני קם, עם הקפה לפני העבודה, אני מעשן כדי לבוא רגוע, כשאני חוזר הביתה אני מעשן כדי להעביר את הבלגן והרעש של אחר הצהריים (קשה להיות אבא!), ובערב בכיף שלי אחרי יום עמוס, ולפעמים אחד נוסף לפני השינה כדי שאירדם בקלות". מבחוץ, עידו משדר "עסקים כרגיל", נינוח וחברותי, אך מבפנים, בחוויה שלו, "משהו תקוע חזק" בכל מישורי חייו.

תיאור המקרה של עידו מייצג תופעה רווחת ומוכרת שאנו נתקלים בה לאחרונה יותר ויותר, במציאות חיינו בכלל ובקליניקה כמטפלים בפרט. האם עידו נחשב למשתמש או למכור? מה

ד"ר דניאל פיינגולד הוא פסיכולוג שיקומי מומחה, חבר סגל במחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת אריאל, ומרצה במכון מפרשים לחקר והוראת הפסיכותרפיה במכללה האקדמית תל אביב יפו.

ד"ר שירה סובול (גולדברג) היא עובדת סוציאלית קלינית, חברת סגל בבית הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-אילן ומרצה במכון מפרשים לחקר והוראת הפסיכותרפיה במכללה האקדמית תל אביב יפו. בעלת קליניקה פרטית.

ישנם למעלה מ-40,000 בעלי רישיונות לשימוש בקנאביס רפואי, בעיקר כטיפול בכאב כרוני.

רבים מצרכני הקנאביס משתמשים בחומר באופן מבוקר ומיטיב, ואף במשך שנים ארוכות, מבלי שתיגרם להם פגיעה משמעותית כלשהי. עם זאת, מחקרים מהשנים האחרונות מראים כי חלק מהמשתמשים בקנאביס, בעיקר אלו העושים שימוש יומיומי בחומר בעל ריכוז גבוה של THC, חשופים לנזקים בריאותיים, כגון פגיעה ומוות בתאונות דרכים ומחלות בדרכי הנשימה, בעיות פסיכוסוציאליות כגון התפרצות של הפרעות נפשיות שונות, בעיקר פסיכოזה, ופגיעה בתפקוד האקדמי והתעסוקתי (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017), והם גם בסכנה לפתח התמכרות לחומר.

לפחות 7% מבין מי שהשתמשו בקנאביס במהלך חייהם יפתחו התמכרות לקנאביס (Lopez-Quintero et al., 2011). ביטויי ההתמכרות הם תלות פיזיולוגית ופסיכולוגית בחומר לצד נזקים תפקודיים הנובעים מהשימוש בו. בקרב המשתמשים בקנאביס על בסיס יומיומי, עד ל-50% עשויים לפתח את ההפרעה (Looby & Earlywine, 2007). נוכח העלייה המשמעותית שדווחה בארץ ובעולם במספר הפונים לטיפול בשל התמכרות לקנאביס נעשים מאמצים לאתר גורמי סיכון אפשריים להתפתחותה של ההתמכרות (Feingold & Lev-Ran, 2017). כחוקרים וכלקניאים אל לנו להסתפק אפוא בשאלה האם שימוש בקנאביס מזיק או לא, אלא למי עלול להזיק, באילו נסיבות, וכיצד ניתן לסייע בהתמודדות עם נזקים אלו.

מחקרים אמפיריים רבים התמקדו בתיאור הפנומנולוגיה ההתנהגותית והנירוביולוגית של התמכרות לקנאביס וכן בגורמים הגנטיים, הדמוגרפיים והפסיכיאטריים העומדים בבסיס הסיכון לפתח הפרעה זו (לסקירה בנושא ראו למשל Courtney, Mejia & Jacobus, 2017). עם זאת, קיים מחסור רב בכתיבה קלינית ותיאורטית הנוגעת למאפיינים הנפשיים הייחודיים לשימוש ולשימוש פתולוגי בקנאביס ולגורמים ההתפתחותיים העשויים לעמוד בבסיס הפרעה זו. במאמר הנוכחי ננסה לאפיין את ההתמכרות לקנאביס בגיבוי עדויות מכתביה קלינית ואמפירית, תוך התבססות על שלושה גופי ידע: זה העוסק במישרין בהתמכרות לקנאביס, לצד תיאוריות פסיכולוגיות של שימוש בחומרים ממכרים ותיאוריות פסיכודינמיות כלליות הרלוונטיות להבנת התופעה. באמצעות גופי ידע אלו נתבונן על הדינמיקה התוך נפשית המתחוללת בקרב אנשים העושים שימוש פתולוגי בקנאביס. לאחר מכן נעמוד על חשיבותם של גורמים תרבותיים ברוח התקופה להבנתה של ההתמכרות לקנאביס, ולבסוף נציע קווים מנחים לעבודה עם מטופלים הסובלים מהתמכרות לקנאביס.

כלל על ידי עישון או אידוי. צמח זה מכיל למעלה מ-500 חומרים כימיים שונים, כולל 104 חומרים פעילים הנקראים קנבינואידים (Curran, Freeman, Mokrysz, Lewis, Morgan & Parsons, 2016). הקנבינואידים בעלי ההשפעה הנרחבת ביותר הם Δ-9 tetra-hydro-cannabinol (THC) ו-cannabinol (CBD). השפעת הקנאביס מתרחשת דקות מעטות לאחר צריכתו, בין אם נצרך בעישון, אידוי או אכילה, ונמשכת כשעתיים או יותר, בהתאם למינון ולריכוז החומרים הפעילים בחומר שנצרך (Volkow et al., 2016). עיקר השפעתו של החומר הוא על מצב הרוח והתפיסה, כולל תחושה של רגיעה ושיכוך כאב, ירידה בדריכות ובחרדה, תחושת זמן מעוותת, העצמה של חוויה חושית ותחושת מסוגלות חברתית מוגברת.

רבים מצרכני הקנאביס משתמשים בחומר באופן מבוקר ומיטיב, ואף במשך שנים ארוכות, מבלי שתיגרם להם פגיעה משמעותית כלשהי. עם זאת, מחקרים מהשנים האחרונות מראים כי חלק מהמשתמשים בקנאביס, בעיקר אלו העושים שימוש יומיומי בחומר בעל ריכוז גבוה של THC, חשופים לנזקים בריאותיים ... והם גם בסכנה לפתח התמכרות לחומר

לפי הערכות עדכניות, 190 מיליון איש, או 4% מכלל אוכלוסיית העולם, השתמשו בחומר לפחות פעם אחת בשנה האחרונה (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). בישראל, לאחר שנים ארוכות שבהן שכיחות השימוש בקנאביס הייתה נמוכה במובהק לעומת המדינות המערביות, ממצאים עדכניים הראו כי בשנת 2016 למעלה מ-29% מהישראלים צרכו קנאביס, ובקרב מבוגרים צעירים השכיחות הגיעה לכדי 40%. נתונים אלו מיקמו את ישראל כאחת השיאניות העולמיות בשכיחות השימוש בקנאביס, ועוררו דיון ער בדבר הנזקים והתועלת הכרוכים בשימוש בו (הראל פיש ואזרחי, 2017). השימוש בקנאביס לצרכים רפואיים מותר בארץ החל משנת 2009, וכיום



קריאה פסיכודינמית של התמכרות לקנאביס

הבנתה של תיאוריית הדחף את תופעת ההתמכרות מתמקדת בהיבטים הליבידינליים, באינסטינקטים, בדחפים ובמשמעות הסימבולית, הלא מודעת של החומר. בהקשרו של דחף החיים, ההתמכרות של עידו נתפסת, אליבא דפרויד, כקשורה למניעים של חיפוש הנאה וכניסיון לחזור לשלב התפתחותי ילדי מהנה (Kaufman, 1991). ממשיכי אסכולת הדחף (Chein, 1964) יראו בשימוש המוגבר של עידו כנועד לספק תשוקות אוראליות ארכאיות. אכן, משתמשים רבים, כמו עידו, מדווחים כי מעבר להשפעה ה"ממסטלת", פעולת העישון מהווה עבורם אופוריה מענגת המאפשרת בריחה והימנעות מכאב וממתחי היומיום. בהקשרו של דחף המוות, ההתמכרות נתפסת כטרנספורמציה של מניעים הרסניים המבטאים שאיפה לא מודעת של המכור להרס עצמי. האומנם? האם השימוש של עידו בקנאביס הוא פעולה כה מסוכנת והרסנית? האם משתמשי הקנאביס פועלים מתוך דחף הרסני שכזה? בשונה מאלו המשתמשים בסמים כגון הרואין, קוקאין וכו', הנזקים הנגרמים משימוש אינטנסיבי בקנאביס לרוב אינם נזקים דרמטיים המכלים את הגוף, כי אם נזקים מזדחלים המאופיינים בניתוק, ירידה במוטיבציה (Meier & White, 2018) ולהתרשמותו גם בנסיגה הדרגתית מהפניית הדחף לעולם ה"מציאותי" (בין אם לגירויים קונקרטיים כגון עבודה או לגירויים בין-אישיים ונפשיים) אל החוויה האומנימפוטנטית של השימוש, מעין מצב ינקותי ראשוני שאין בו כאב או דרישה חיצונית. עידו מכנה זאת "לחיות ב'טיסה מתחת לרדאר".

ביטויי ההתמכרות הם תלות פיזיולוגית ופסיכולוגית בחומר לצד נזקים תפקודיים הנובעים מהשימוש בו

מכאן שלהערכתנו השימוש בקנאביס כשלעצמו איננו ביטוי של הרס העצמי אלא החזרה הכפייתית של השימוש חרף תוצריה השליליים למכור. ההרס העצמי מקורו בפער שבין הרצוי למצוי. היינו, למרות שעידו מודע להשפעתו השלילית של הקנאביס על תפקודו הלקוי, הוא מתקשה להפסיק. סדר יומו הרגשי והאובייקטיבי מנוהל ומוכתב על ידי "סדר יומו" של השימוש ומשבש את אורח חייו התקין. מחקרים מהשנים האחרונות הדגישו את חשיבותה של "התשוקה האובססיבית" כמניע משמעותי לשימוש בקנאביס וכגורם סיכון להתמכרות לקנאביס (Davis, Arterberry, Bonar, Bohnert & Walton, 2018).

לפי מחקרים אלו, אדם המשתמש בקנאביס מתוך תשוקה אובססיבית, היינו מתוך רצון למלא ריק נפשי, מוצא עצמו נכפה לשימוש גם כשדפוסי השימוש והשלכותיהם סותרים את ערכיו ומטרתיו בחיים. לעומתו, אדם המשתמש בקנאביס מתוך "תשוקה הרמונית" להעצים רגשות חיוביים ולהעשיר את עולמו הרוחני עשוי לעשות שימוש בתדירות גבוהה, אך באופן אינטגרטיבי לחייו וללא נזקים נלווים לתפקוד (Davis, 2017). בשונה מתיאוריית הדחף, פסיכולוגיית האגו (Khantzian, 1985; 1986, 1995; Khantzian, Halliday & McCauliffe, 1990) הסיטה את הדגש ממניע של חיפוש הנאה או הרס עצמי אל מניע של פגיעות ותפקודי אגו לקויים (Margolis & Zweben, 1988). לדידה, מכורים מתקשים בזיהוי ושיום רגשותיהם וביכולת לווסתם (Khantzian, 1995). ואכן, מחקרים מצאו כי כאשר אנשים הסובלים מהתמכרות חווים מצבים רגשיים של מתח וחרדה, הם אינם מצליחים לתאר את רגשותיהם, שנותרים כללים, בלתי מובחנים וקדם מילוליים (Khantzian, 1997; Krystal, 1988; McDougall, 1984).

קנהציאן (Khantzian), שהיה ממובילי תיאוריית הריפוי העצמי (self-medication), הדגיש את אופיים המפצה והמרפא של הסמים (Khantzian, 1997). בחירת המכור את החומר המסוים אינה מקרית. חומרים שונים מיועדים לענות על צרכים מסוימים ולטפל במצבים רגשיים שונים, בהתאם למוקדי הקושי של המכור (Khantzian, 1981, 1982, 1985, 1997). לגישתו של קנהציאן, התמכרות נוצרת כאשר אדם משתמש בחומר לצורך ויסות עצמי ובהדרגה מאבד (או לא רוכש, כאשר מדובר בצעירים) את יכולת הוויסות הטבעית שלו. אנו רואים בתיאוריה זו כמחוללת שינוי מהפכני בתפיסת המכור מאדם פסיבי ותלתי בעל קיבעון ורגרסיה אוראלית לאדם פגיע אך אקטיבי ה"מטפל" בפגיעותו באמצעות השימוש.

האומנם משתמשי הקנאביס פונים לקנאביס כאקט של ניסיון לריפוי? איזה? האם תהליך הריפוי מצליח? בתיאוריה שלו, קנהציאן מזהה אצל אנשים הסובלים מהתמכרות קושי בוויסות של רגשות כואבים. מתוך המחקר והפרקטיקה עולה כי אנשים הסובלים מהתמכרות לקנאביס פונים לשימוש בעיקר על מנת לטפל במצבים רגשיים של דיכאון וחרדה ועל מנת להתמודד עם אירועים טראומטיים בעברם. מחקרים הראו כי טראומה מינית והתעללות פיזית ורגשית בילדות מגבירים את הסיכון לפתח התמכרות לקנאביס (Mills, Kisely, Alati, Strathearn & Najman, 2017; Sartor et al., 2015). עבור חלק גדול מהמטופלים, שימוש בקנאביס מציע הקלה בהפרעות השניה הנלוות לאירועים טראומטיים (Fraser, 2009). ואכן, במהלך הטיפול של עידו, שכאמור הגביר את השימוש בקנאביס עם שחרורו, הוא החל לשתף באירוע טראומתי של לחימה בצבא,

השימוש בחומר הופך למעין סדרה של טקסי מעבר יומיומיים שבין העבודה לפנאי, שבין הערות לשינה, הלבד והביחד. גם כאן, המניע לטיפול עצמי באמצעות קנאביס נתפס כמניע חיובי, אקטיבי, בריא, השואף לגדילה וצמיחה. זאת בדומה לבלוס (Blos) שבהתייחסותו למתבגר המסתכן מניח כי הוא פועל באופן הלא נכון מהסיבות הנכונות (Blos, 1967), ואכן אנשים הסובלים מהתמכרות לקנאביס נוטים לומר "ברגע השימוש... אני פתאום מבין מה קורה לי בפנים... הכול נעשה ברור, מאורגן ורגוע".

גם לפי תיאוריית יחסי אובייקט, השימוש מהווה ניסיון להתרפא כאשר הוא נועד לפצות על התקשרות ראשונית שאינה בריאה. כך המכור תר אחר פתרון מפצה "מבחוץ" במקום פתרון מפצה "מבפנים" של יחסי האובייקט הלקויים (Fine, 1972; Rado, 1960). כך, למשל, באמצעות השימוש, המכור משחזר את שלב התלות המוחלטת שבו לפי ויניקוט (Winnicott, 1965) האם והתינוק חד הם, והוא מצוי בעולם מאגי ואומניפוטנטי שבו צרכים מתמלאים מעצמם.

אנו סוברים כי תיאוריית הריפוי העצמי מחייבת אותנו כאנשי טיפול להתבוננות על המכור מתוך נקודת מוצא קונספטואלית וטיפולית שונה. עלינו לכבד את האופי ההגנתי והאדפטיבי של השימוש, שניתן להבנה כניסיון להתמודד עם קשיים נפשיים התפתחותיים. עם זאת, במבחן התוצאה לאורך זמן, שימוש בחומר כלל לא נושא אופי מפצה, כי אם מעוות ומסלים, שכן ככל שהשימוש הופך לדומיננטי יותר בחיי המכור כך התלות בקנאביס משתמרת, היכולת לצמיחה אישית מעוכבת, והיחסים עם עצמי, עם האחר ועם העולם נעשים מנוכרים ומעוותים יותר. כפי שניסח זאת שארל בודלר במסה שלו "שירת החשיש": "מי שמבקש להיעזר בסם על מנת לחשוב, סופו שלא יוכל עוד לחשוב ללא הסם".¹

התמכרות לקנאביס ברוח הזמן

קצרה היריעה במאמר זה לדון בהשפעות של רוח הזמן (zeitgeist) התרבותית על שכיחות השימוש בקנאביס והפנומנולוגיה העכשווית של התמכרות לקנאביס, אך ברצוננו להצביע על מספר גורמים "חוץ נפשיים" אשר משפיעים על המופעים השונים של התמכרות זו בקליניקה. ראשית, בהשראת תרבות ה-like-הרווחת ברשתות החברתיות, רוח הזמן הנוכחית מקדשת סיפוק מידי ומרדף כפייתי אחרי המענג. אלו גוזרים בהכרח חרדה מפני השגרה, השעמום והריק. לעיתים קרובות

אירוע שכל הנראה עורר אירועים טראומטיים משמעותיים נוספים שנחוו כ"זניחים" מילדותו. באופן פרדוקסלי, אנשים המשתמשים בקנאביס לצורך טיפול בטרומה, דיכאון או חרדה אכן חווים הטבה סימפטומטית ניכרת בדקות והשעות שלאחר השימוש. אך לאורך זמן, רמות הבסיס (baseline) של הדיכאון, החרדה וההימנעות שלהם עולות (Cutler, Spradlin, & McLaughlin, 2018), היכולת להתמודד עם מצבים רגשיים אלו, לבד או במסגרת פסיכותרפיה, יורדת, ובמקביל עולה החשיפה של המשתמשים לבעיות נוספות הקשורות לשימוש בקנאביס כגון הגברת הסיכון לפסיכוזה, להתמכרות ואף לעיתים לנזקים גופניים. מכאן שעלינו לזכור כי השימוש בקנאביס אינו מהווה תרופה יעילה נגד דיכאון, חרדה וטרומה, אלא יכול לשמש כ"משכך כאבים" נפשי המשפיע ביעילות לטווח קצר מבלי לטפל במקור של הכאב, ובשל אופיו המטשטש, אף מעכב נגיעה במקור הכאב הנפשי.

אדם המשתמש בקנאביס מתוך תשוקה אובססיבית, היינו מתוך רצון למלא ריק נפשי, מוצא עצמו נכפה לשימוש גם כשדפוסי השימוש והשלכותיהם סותרים את ערכיו ומטרותיו בחיים. לעומתו, אדם המשתמש בקנאביס מתוך "תשוקה הרמונית" להעצים רגשות חיוביים ולהעשיר את עולמו הרוחני עשוי לעשות שימוש בתדירות גבוהה, אך באופן אינטגרטיבי לחייו וללא נזקים נלווים לתפקוד

היבט נוסף של הריפוי העצמי הניכר בקרב משתמשים קבועים בקנאביס הוא זה הקשור בהתנהגויות של טיפול עצמי (self-care). הפעולות הכרוכות בהשגת קנאביס נקראות בעגת המשתמשים "להתארגן" על החומר. בהקשר זה ניתן לראות את ההתמכרות לקנאביס כפיצוי לתפקודים ניהוליים ורגשיים שתפקידם התארגנות בזמן ובמרחב, הפנימי והחיצוני. גם

¹ שארל בודלר: "גני-העדן המלאכותיים - על היין, החשיש והאופיום". תרגום: דורי מנור. הוצאת ידיעות אחרונות.



בדמות פיקוח לא רשמי על קנאבים מרוסס ורעיל באמצעות משוב מקוון שנותנים המשתמשים לספקים, הביא להפחתת החסמים הטבעיים והגברת הנורמליזציה של השימוש בו, ובכך לחשיפה מוגברת לאוכלוסיות בעלות פגיעות מוגברת להשפעותיו השליליות.

התמכרות לקנאבים - סוגיות טיפוליות

שינוי רוח הזמן והמסר החברתי הכפול כלפי השימוש, הטורלנטי מחד גיסא והנוקשה מאידך גיסא, יחד עם העובדה כי מחירי השימוש בקנאבים מזדחלים ובחלקם סמויים מן העין, מאתגרת את עבודת המטפלים במכור לקנאבים. תפקודו של המכור לקנאבים תקין לרוב, הקליפה בשלה למשעי, אך התוך, הפנים, "נרקב" ואינו נגיש עוד. עולם הרגש התקהה ונאלם. כך תפקודו של עידו. על פניו טוב למדי, אך למעשה "לווייני", רדוד ושטחי. עומקם ואיכותם של קשריו הבין-אישיים נפגעו בשל הקהות והניתוק הרגשי שקנו אחיזה בעולמו הפנימי.

לגישתו של קהנציאן, התמכרות נוצרת כאשר אדם משתמש בחומר לצורך ויסות עצמי ובהדרגה מאבד (או לא רוכש, כאשר מדובר בצעירים) את יכולת הוויסות הטבעית שלו

מכאן שהעבודה עם עידו ומכורי קנאבים אחרים היא בסיוע בזיהוי המחירים הגלויים והסמויים של השימוש, ביצירת מרחב של בחינת המערך המורכב של תועלות מול מחירים הנובעים מהשימוש, באיחוי ועיבוד הפצע או האירוע שדוחף להשתקה והשטחה של העולם הרגשי. דרך התבוננות, היכרות והתיידדות עם החלקים הפגועים והלא מטופלים של העצמי, מתאפשרת צמיחה התפתחותית "מרפאת" שמעודדת בחירת מנגנוני התמודדות ו"טיפול עצמי" אדפטיביים ובריאיים יותר.

אך מה הוא אותו מרחב וכיצד עלינו לבנות אותו? מתוך ניסיונו הרב בעבודה עם אנשים הסובלים מהתמכרות בקליניקה, חיוני שמטפלים העובדים עם אוכלוסייה זו של מטופלים יכירו מקרוב את הדינמיקה המתחוללת בנפשו של המכור. היכרות זו תאפשר למטפלים הבנה מעמיקה של מניעי השימוש ותסייע להם לבסס עמדה טיפולית אמפתית שאינה

שימוש בקנאבים מהווה מפלט והגנה מתחושות אלו ומאפשר למשתמשים להימנע ממגע עם ה"אין" והריק ומהשתהות בחווית ה"לבד", חוויה ויכולת המסמנת בשלות ובריאות נפשית (ויניקוט, 2009).

כאשר אנשים הסובלים מהתמכרות חווים מצבים רגשיים של מתח וחרדה, הם אינם מצליחים לתאר את רגשותיהם, שנותרים כלליים, בלתי מובחנים וקדם מילוליים

שנית, בשנים האחרונות אנו רואים זליגה של תקופת הבגרות המתהווה (emerging adulthood) לשנות ה-30 המאוחרות ואף מעבר לכך. תקופה זו, המאופיינת באופן מסורתי בגיבוש של עצמי בשל המסוגל לבסוף להתחייב, לבנות ולשמר קריירה, זוגיות ותא משפחתי, עוברת הבניה מחדש בעת הנוכחית ומבוגרים צעירים רבים מערערים עליה ואף מקדשים את החופש להתנסות ללא מחויבות ביחסים רומנטיים ומיניים ובשינויים תדירים של תחומי העניין והתעסוקה שלהם. מגמה זו מתאפשרת והיא בת קיימה על רקע היציבות הכלכלית של ימינו ועליית גיל הפריון ותוחלת החיים, אך בעבור חלק מהמבוגרים בהתהוות, הלגיטימציה לחקור ולהתנסות בזהויות בוגרות שונות משרתת חרדה עמוקה יותר מפני "היציאה אל החיים". כאשר חרדה זו מלווה בשימוש רב בקנאבים, שעשוי להקשות עוד יותר על השלמת המשימות ההתפתחותיות כגון רכישת מקצוע, התמדה בעבודה ויצירת קשרים רומנטיים, עשוי להיווצר כשל או עיכוב משמעותי, קיפאון (גרין, 2002; Coyne, Padilla-Walker; & Howard, 2013; Tell, 1999).

גם לשינויים הטכנולוגיים יש השפעה על התמכרות לקנאבים. ראשית, השבחה גנטית חקלאית הביאה לכך שהקנאבים שנמכר היום הוא מרוכז וחזק פי כמה מזה שהיה נפוץ בעשורים הקודמים. ההשפעה הפסיכואקטיבית והפוטנציאל הממכר של קנאבים כיום הם אפוא גדולים עד פי ארבעה מאשר בעבר. כמו כן, רכישת קנאבים מתאפשרת כיום באופן אנונימי ומוגן יחסית ברשתות החברתיות ובאפליקציה ייעודית המהווה שחקן משמעותי בשוק הקנאבים בארץ, כולל אספקה לבית הלקוח, ומכאן שהיא זמינה גם לקהלים שבעבר נמנעו משימוש בקנאבים בשל הקשיים הלוגיסטיים והסיכונים החוקיים שהיו כרוכים ברכישתו מסוחרים. שינוי זה, הגם שהביא עמו יתרונות

שיפוטית כלפי המטופל.

המכור לקנאביס אינו רודף תענוגות כי אם תר אחר ריפוי עצמי של כאבים, מתחים ולחצים. מכאן שהשיח הטיפולי חשוב שיתמקד באמביוולנטיות העומדת בבסיס השימוש. המתח, הכאב, הזיכרונות, הטראומות מבקשים להיבלע, להיעלם ולהיאלם תחת הנרקוטיקה של החומר. מול זאת נמצאת בקשתם הסמויה או הגלויה להימצא, להישמע ולהשמיע, ולהירפא סוף סוף. איזה מן הקטבים ינצח? הרבה תלוי ביד המושטת שהמכור יפגוש.

אנו דוגלים ביד הפועלת מתוך עמדה אינטראקטיבית, ולא מעמדה מעמדת. העמדה האינטראקטיבית מבוססת על התקשרות בטוחה. יד הפועלת מתוך עמדה אמיצה ורגישה המאפשרת מקום להתבוננות ונגיעה סביב פצעים נושנים



וחדשים, וגם מאפשרת בחינה של כוחות אגו המסייעים להתמודדות עם המציאות הפנימית והחיצונית המאיימת.

הטיפול הוא מעין ריקוד בין האינטרפסיכי לבין המציאות. מתוך עמדה בלתי שיפוטית, הרואה במכור אדם שמנסה לטפל במכאוביו, נוכל לחבור אליו, למשל, לשינוי התנהגותי ראשון קל שבקלים: לחכות 10 דקות לפני שידליק את הג'וינט הראשון של היום, לעבור מנייר גלגול ארוך לקצר, להפסיק לעשן חצי שעה לפני שהוא הולך לישון. שינוי שכזה ייתן למטופל תחושה של מסוגלות, שחסרה לו כל כך למול כוחו הרודני של הקנאביס, יחזק את האמון ואת הברית הטיפולית, אך בעיקר, יפתח פתח

ראשוני לעבודה רגשית צלולה. כאשר נוכל לנצל פתח זה של צלילות וחיבור, נוכל לגעת בכאב החבוי מתחת ולהתחיל לעבד אותו, ובהדרגה, המטופל יוכל לשאת את הכאב ללא צורך כפייתי בקנאביס. ייתכן שבשלב זה יהיה מן הנכון להציע שינוי התנהגותי נוסף, שיפתח בתורו אפשרויות העמקה נוספות בטיפול. ריקוד זה בין החוץ והפנים הוא מעין מרחב מעברי שבו מתאפשר מעבר מנגיעה בכאב אל נגיעה בכוחות, מנגיעה באזורי נפש בלתי מנוהלים אל אזורי נפש מנוהלים, מהיעדר שליטה אל השליטה, מתהליך של פירוק אל תהליך של איחוי, איסוף וארגון הנפש, מתנועה אחורנית אל העבר אל תנועה להווה ולעתיד. כל אלו מצריכים מאיתנו שילוב והחזקה של עמדה דינמית והתנהגותית בו זמנית. העמדה הדינמית תחתור אל מגע קרוב ומרוכך יותר עם המציאות הפנימית, והעמדה ההתנהגותית תחתור במקביל אל מגע מבוסס יותר עם המציאות החיצונית.

השימוש בקנאביס אינו מהווה
תרופה יעילה נגד דיכאון, חרדה
וטרואמה, אלא יכול לשמש כ"משכך
כאבים" נפשי המשפיע ביעילות
לטווח קצר מבלי לטפל במקור של
הכאב, ובשל אופיו המטשטש, אף
מעכב נגיעה במקור הכאב הנפשי

המטפל במכור יפעל לפיתוח פונקציית החשיבה של המכור והרחבת יכולת ההכלה שלו. כמו האם בתהליך ה־reverie "החולמת" את התינוק ובאמצעות תהליך הזדהות השלכתית מצליחה לעשות טרנספורמציה של תחושותיו ולהחזירם אליו, המטפל במכור מנסה להשתהות ולקלוט את החוויה הנפשית הספציפית של המכור, לעבד אותה בתוכו ולהחזירה למכור באופן שיוכל לשאת אותה. בתהליך זה המכור לומד לזהות, להכיר ולהתבונן בתחושותיו ללא חת, וליטול בעלות עליהם. תהליך מרגש זה מאפשר מעבר של המכור מסבל פסיבי למחשבה אקטיבית, לעבודה על פתרון בעיות ולתחושת חיות.

לרשימת המקורות, ראו באתר הפ"י.

"אני מחובר, משמע אני קיים"

התמכרות בני נוער לאינטרנט וכיווני טיפול בתופעה

ירון סלע

להתבגר בעולם דיגיטלי

בעידן הנוכחי, הימצאותם של מתבגרים ברשת משרתת גם חלק מהצרכים ההתפתחותיים הנורמטיביים שלהם, עד כדי קשירת קשר עמוק בין העולם הדיגיטלי לבין העולם הפיזי – "אני מחובר, משמע אני קיים". ניתן להסתכל על העולם הדיגיטלי כמעין "מרחב מעבר" (ויניקוט, 1971; De Varela, 2015) המתווך בין ייצוגי העולם הפיזי (אובייקטים מופנמים, פנטזיות ודחפים) לבין המציאות החיצונית. באמצעות דמויות וירטואליות המכונות "אוטאר" יכולים הילדים לחקור את עצמם, להתנסות ביחסים חברתיים ולגשש בסקרנות אחר תחומי עניין. כל אלו מהווים חלק מתהליך גיבוש הזהות שלהם (Sand, 2007). אחת הדוגמאות הנפוצות ביותר הינה משחקי הווידאו, בהם בונה הילד דמות עם מראה, כוחות, כלי נשק ואפיונים אישיותיים שונים, המהווה את ה"אוטאר" שלו, ודרכה הוא קושר קשרים עם ה"אוטארים" האחרים במרחב המשחקי. תהליך זה משתחרר ברשתות חברתיות, ביוטיוב, בפורומים ובקהילות וירטואליות. למעשה, לראשונה בהיסטוריה האנושית, יכולים ילדים ובני נוער להתנסות במגוון אינסופי של זהויות ומצבי עצמי מבלי להסתכן בהתנסות בפועל במרחב הלא וירטואלי ומבלי לשלם את המחיר של החשיפה האישית (Agger, 1999; Turkle, 2015). גם תהליך החיפוש אחר מודלים לחיקוי הפך להיות מהיר, אינטנסיבי ומגוון יותר. באמצעות מעקב באינסטגרם וצפייה ב"יוטיוברים" (בעלי ערוץ יוטיוב פרטי), מנסים המתבגרים לקבל מענה לצורך ההתפתחותי שלהם להיות חלק מזולתת עצמי אידיאלי (Idealized selfobject) המבטא מושא להערצה ולהאדרה (קוהוט, 1972).

עדיין מוקדם לאמוד את כל טווח ההשלכות של תהליכי ההתבגרות בעידן הדיגיטלי, אולם מצטברות עדויות מחקריות ראשוניות שהתבגרות כזו מלווה גם בשתי תופעות מדאגות. הראשונה הינה נטייה גבוהה יותר לנרקסיזם. מחקר מקיף שפורסם לאחרונה מראה כי שימוש אינטנסיבי ברשתות חברתיות מקושר לנטיית גבוהה של נרקסיזם גרנדיוזי (Gnambis, 2018 & Appel). הרשת החברתית מעודדת בעיקר הצגה של העצמי כבעל דימוי גבוה – מוצלח, יפה, חכם, אטרקטיבי ומוכשר (Sorokowski et al., 2015; Moon et al., 2016). בני הנוער שגדלים לתוך זירה חברתית כזו, מרגישים תחרותיות גבוהה מצד קבוצת

בשני העשורים האחרונים הפכו אמצעי המדיה השונים (מחשב, טאבלט וסמארטפון), ובעיקר נוכח השימוש ברשת האינטרנט שהם מאפשרים, לחלק בלתי נפרד מחיינו. במובנים רבים, האינטרנט עיצב מחדש את האופן שבו אנו משיגים מידע, מנהלים תקשורת בין-אישית, עובדים וצורכים בידור. אנו נמצאים בעיצומו של עידן טכנולוגי המביא מהפכות שמחברות מכשירים לסלולרי שלנו ("האינטרנט של הדברים"), שמוסיפות אלמנטים דיגיטליים על גבי עצמים בסביבה הפיזית ("מציאות רבודה") ואפילו מוחקות לחלוטין את המציאות הפיזית ובמקומה מציבות "מציאות וירטואלית". ככל שמהפכות אלו נכנסות לחיינו, הולכים ומיטשטשים הגבולות שבין המרחב הנפשי לבין המרחב הווירטואלי (סייבר ספייס, Cyber Space), בין החוויות הנפשיות לבין החוויות הווירטואליות ובין העולם הפיזי לבין העולם הדיגיטלי. טשטוש הגבולות משפיע בצורה העמוקה ביותר על ילדים ומתבגרים שנולדו לתוך העולם הדיגיטלי, והוא מהווה עבורם מציאות ממשית לא פחות (אם לא יותר) מהמציאות הלא דיגיטלית (Moreno, Jelenchick, Cox, Young & Christakis, 2011; Seo, Park, Kim & Park, 2016).



ירון סלע הוא פסיכולוג קליני, דוקטורנט לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב, מתמחה באבחון וטיפול בשימוש בעייתי באינטרנט. אתר: YaronSela.com
מייל: YaronSela@gmail.com | טלפון: 072-3926681

ל"אינטרנט" כאחת מההפרעות שב-DSM-IV או ב-ICD-10. אחת מהמחלוקות המהותיות נוגעת לשאלה האם שימוש בעיית באינטרנט הינו התמכרות התנהגותית ייחודית או שמא מדובר במניפסטציה (manifestation) משנית של הפרעה אחרת (למשל חרדה חברתית) (Czincz & Hechanova, 2009; Yellowlees & Marks, 2007). המחלוקת השנייה הינה פוליטית במהותה, ונוגעת לכך שתופעה נורמטיבית כל כך כמו גלישה באינטרנט עלולה להפוך בן לילה להתמכרות, ולהפוך מיליוני ילדים ובני נוער ל"מכורים" על פי הקריטריונים המקובלים של הפסיכיאטריה (Aarseth et al., 2017). לפיכך, לא קיימת הגדרה אחידה ועקבית שזוכה להסכמה רחבה. יחד עם זאת, ההגדרות שבהן נעשה שימוש עד כה ממשיגות את התופעה תוך התבססות על מסגרות קליניות-תאורטיות של התמכרות (Substance Use Disorder), הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית (Obsessive-Compulsive Disorder) והפרעה בשליטה בדחפים (Impulse Control Disorder) (Van Rooij & Prause et al., 2014; Mihajlov & Vejmelka, 2017). ההגדרה הנפוצה ביותר ל"התמכרות לאינטרנט" נוסחה על ידי קימברלי יאנג (Young, 1998) וכוללת שבעה קריטריונים: (1) התעסקות יתר באינטרנט; (2) טולרנטיות - צורך לגלוש זמן ממושך יותר על מנת להשיג אפקט דומה של הנאה כמו בעבר; (3) מאמצים חוזרים (אך לא מוצלחים) לצמצם את השימוש ברשת; (4) עצבנות או דיכאון כאשר הגישה לאינטרנט מוגבלת; (5) הידרדרות בתפקוד המקצועי או החברתי; (6) הצגת שקרים לאחרים כאשר נשאלים על הפעילות באינטרנט; (7) שימוש ברשת כדי לווסת את מצב הרוח (Young, 1998). אבל לא כל התכנים באינטרנט נולדו שווים, ולתכנים מסוימים יש פוטנציאל גבוה יותר לייצר התמכרות מלתכנים אחרים. התוכן הממכר ביותר הינו ככל הנראה משחקי הווידאו. מרבית המשחקים בנויים על בסיס מערכת תגמול מתוחכמת המספקת תגמול גבוה ואקראי ובכך מעודדת משחק אינטנסיבי וממושך (Heaven, 2014). חלק ממשחקי הווידאו כוללים גם את המרכיב החברתי, כאשר השחקנים משתפים פעולה או נלחמים אלו באלו. משחקים אלו הינם בעלי פוטנציאל ממכר עד כדי כך שמחברי ה-DSM וה-ICD החליטו להכניס דווקא היבט זה של התמכרות לאינטרנט והטביעו את ההפרעה "Internet Gaming Disorder". הפרעה זו מוגדרת על ידי שימוש אינטנסיבי ותלותי במשחקי וידאו המביא לפגיעה בתפקוד במשך 12 חודשים ומעלה. בעוד שמחברי ה-DSM-IV הכלילו את ההפרעה תחת קטגוריית "מחקרי המשך", ארגון הבריאות העולמי הודיע (למרות ההתנגדויות) שהפרעה זו עתידה להיכנס באופן רשמי ל-ICD 11 (Aarseth et al., 2017). אבל זמן שימוש וקושי להיפרד מהמסך מציגים רק חלק מהתמונה על האתגר האמיתי באינטרנט לילדים ולמתבגרים. הצד הנוסף, והלא פחות בעייתי, הינו מפגש של בני נוער עם תכנים שהם לא

השווים, ולעיתים קרובות גם צורך לפצות על יכולות נמוכות יותר מהמצופה באמצעות הצגת זהות מזויפת, "False Selfie" (Sung et al., 2016), אם תרצו. ככל שהפער בין העצמי המוצג לעצמי האקטואלי גדול יותר, כך גדלה הפגיעות הנרקסיסטית והתחושה העצמית השברירית נוטה להיטלטל בין פנטזיות גרנדיוזיות לבין נחיתות, בוושה וחרדה מכישלון. דפוס זה מגביר את הצורך באחרים כדי לווסת את הערך העצמי, ומעמיק את התלות של המתבגר בשימוש ברשתות חברתיות.

באמצעות דמויות וירטואליות המכונות "אוטאר" יכולים הילדים לחקור את עצמם, להתנסות ביחסים חברתיים ולגשש בסקרנות אחר תחומי עניין. כל אלו מהווים חלק מתהליך גיבוש הזהות שלהם

התופעה המדאגה השנייה של התבגרות בעידן הדיגיטלי הינה עומס מידע קיצוני המביא להסחות דעת, להפרעות בריכוז ולקשיים בויסות התנהגות ובשליטה בדחפים. ההצפה של תוכן ומידע חברתי באופן מתמשך מביאה לפחד מהחמצה (Fear Of Missing Out). החרדה מלהחמיץ הודעת ווטסאפ, סרטון "חם" ביוטיוב או עוד שלב במשחק הווידאו, מרכזית בחוויה של בני נוער רבים והופכת את הגלישה להתנהגות שקשה מאוד לווסת (Beyens, Frison & Eggermont, 2016). לא בכדי קיים מתאם גבוה בין הפרעת קשב וריכוז לבין שימוש ממכר באינטרנט בקרב צעירים (Ho et al., 2014; Evren et al., 2018). נוסף לכך, עדויות ראשונות ממחקרי מוח שנעשו על בני נוער המשחקים במשחקי וידאו באופן אינטנסיבי הראו פעילות עודפת של מנגנוני התגמול במוח, באופן הדומה למכורים לחומרים (Weinstein, Livny & Weinstein, 2017; Weinstein, 2017). כל אלו מצביעים על מגמה לפיה העולם הדיגיטלי הינו ככל הנראה בעל השפעות פסיכולוגיות ופיזיולוגיות המקשות על יכולותיהם של בני הנוער לווסת בעצמם את משך השימוש ואופן השימוש במסכים.

הצד האפל של האינטרנט

למרות ההבנה הרחבה בקרב קלינאים, תיאורטיקנים וחוקרים כי קיימת השפעה ממכרת של השימוש באינטרנט, עדיין לא הושגה הסכמה באשר להכללה רשמית של "התמכרות

קיצוניים אף אובדנות (Ortega et al., 2012).

על כן, התמכרות לשימוש אינטנסיבי באינטרנט, כמו גם מפגשים בעייתיים עם תוכן מיני, פדופילים או תופעות של בריונות ברשת, עלולים להוות סכנה משמעותית לאורח חיים תקין, מתפקד וחיוני עבור המתבגרים.

אז מה עושים? - ארבע רמות טיפול

טיפול בהתמכרות לאינטרנט ובסכנות התוכן הטמונות בו מהווה אתגר של ממש. כולנו מבינים שלא רק שהעולם הדיגיטלי כאן כדי להישאר, אלא שעם התפתחות הטכנולוגיה, התלות שלנו במציאות הווירטואלית הולכת וגדלה. לכן, להבדיל מהתמכרויות אחרות של בני נוער (כמו למשל מריחואנה), שהמטרה המרכזית בהן היא הכחדת השימוש, בכל הנוגע לאינטרנט לא ניתן - וגם לא רצוי - לקבוע מטרה שכזו. בהמשך לכך, מחקרים שבחנו תהליכי גמילה מחומרים ממכרים, הראו כי אחד הגורמים המנבאים חזרה לשימוש (relapse) הינם רמזים סביבתיים שעברו תהליך של התניה קלאסית לסם (למשל מזרק במקרה של הירואין) (Stevenson et al., 2017). כלומר, כאשר הגמול מסם פוגש רמזים שונים המקושרים אסוציאטיבית לסם, עלול להופיע רצון חזק לחזור להשתמש. בכל הנוגע להתמכרות לאינטרנט, קשה לחשוב על תופעה נוספת שיש לה יותר רמזים סביבתיים מאשר מסכים הנמצאים בכל מקום. לכן, עצם התהליך של גמילה ממסכים בסביבה נורמטיבית בימינו הינו תהליך מאתגר מאוד. לכן, כדי להתמודד עם תופעת ההתמכרות לאינטרנט והמפגש



הבעייתי עם תכנים באינטרנט, שהן תופעות חברתיות ולא דווקא פרטניות, יש צורך לאמץ מבט הוליסטי ורחב, לפי ארבע רמות של טיפול ומניעה (Sallis, Owen & Fisher, 2015). המעגל הראשון והרחב ביותר הינו המעגל הלאומי, כלומר מגוון פעולות של חקיקה ואכיפה, תוכניות חינוך והסברה וכן מוקדים לטיפול בנפגעים ברשת (כמו למשל מוקד 105 במסגרת). מעורבות גבוהה (אך רגישה וחכמה) של המדינה בתחום זה חשובה לאפשר מעטפת

בשלים להתמודד איתם מבחינה קוגניטיבית ורגשית. ניתן לחלק את הסיכונים הללו לשלושה סוגים עיקריים (Valcke et al., 2011):

(1) תוכן מיני פרובוקטיבי - מבין תכנים בעייתיים רבים, התוכן הבעייתי ביותר הינו חשיפה לתכנים פורנוגרפיים בתמונות או בווידיאו (Livingstone & Smith, 2014). צעירים רבים, שנחשפים לראשונה לתכנים מיניים באינטרנט, מתקשים לווסת את ההשפעה של תכנים אלו, מאחר שמרביתם נעדרים את המפגשים עם פרטנרים לאינטימיות במציאות הלא וירטואלית. לפיכך, הם רואים בפורנוגרפיה תמונה מציאותית, או לפחות תמונה נחשקת שיש לפעול להשיגה במציאות. מחקרים הראו שחשיפה לפורנוגרפיה בגיל ההתבגרות עלולה להביא להשלכות שליליות כגון עיסוק יתר במין, תפיסות בעייתיות בנוגע למערכות יחסים אינטימיות, אובייקטיפיקציה של נשים וכן התנהגות מינית תוקפנית מצד בנים (Peter & Valkenburg, 2010, 2016). נוסף לכך, חשיפה לתכנים מיניים באינטרנט נמצאה קשורה גם לדימוי עצמי נמוך ודימוי גוף נמוך הן בקרב בנים והן בקרב בנות (Tylka, 2015; Maas & Dewey, 2018).

(2) פדופילים - האינטרנט מספק לפדופילים פלטפורמה לתקשר אלו עם אלו בחדרי צ'אטים ופורומים באופן המגביר את העיסוק במין עם קטינים ואף נותן תוקף הדדי להתנהגויות אלו בעיני עצמם (Holt, Blevins, & Burkert, 2010). נוסף לכך, פדופילים משתמשים בפלטפורמות שונות באינטרנט בכדי ליצור קשרים עם צעירים תוך הסתתרות מאחורי זהות מזויפת המאפשרת להם לבצע פעולות המספקות את סטייתם מבלי להיחשף. הקורבנות למעשים אלו הם בדרך כלל מתבגרים בני 13 עד 17 (Wolak, Finkelhor, & Mitchell, 2004). במהלך תקופה זו, צעירים יוצרים קשרים חברתיים דרך האינטרנט ועל כן נוטים לפרסם על עצמם פרטי מידע אישיים החשופים גם לאנשים שאינם במעגלים החברתיים הישירים שלהם. יתירה מזאת, הצמא של מתבגרים רבים בקשר עלול להיתקל בפדופילים המנצלים צמא זה על מנת לנצל אותם לצרכיהם.

(3) בריונות ברשת - תוקפנות כלפי ילדים מצד קבוצת השוויים אמנם מתרחשת גם במישור הלא וירטואלי, אולם הזמינות, מהירות ההפצה והתפוצה הרחבה הופכים את הבריונות ברשת לחמורה יותר (Ybarra, Boyd, Korchmaros & Oppenheim, 2012). נוסף לכך, הרשת החברתית באינטרנט מאפשרת מרחק פסיכולוגי של התווקף מתגובתו הרגשית של הקורבן, אנונימיות יחסית וכן שליטה נתפסת גבוהה יותר. הנזקים הפסיכולוגיים לקורבנות הבריונות ברשת חמורים וכוללים חרדה, דיכאון, קשיים בשינה, הידרדרות בלימודים, היעדרויות מבית הספר, נשירה מבית הספר ובמקרים

במילים אחרות, דפוס שימוש ממכר במסכים עלול להוות תוצאה, ולא דווקא סיבה, להידרדרות בתפקוד בתחומים אחרים (מקומו של הילד במשפחה, בית הספר או הסביבה החברתית). לפיכך, חשוב מאוד לחדד את הקשב הקליני ולחפש באופן נרחב ומעמיק גורמים נוספים בחייו של המתבגר הגורמים, או לפחות משמרים, את הפגיעה הנוכחית בתפקוד, לצד השימוש הבעייתי באינטרנט. בתוך כך, יש לבצע מיפוי מעמיק של העולם הרגשי, המשפחתי, החברתי והלימודי של הילד, ובכל אחד מהם לשרטט את מוקדי הקושי ומוקדי החוזק שלו. פעמים רבות, ניוכח שההתנהגות ההתמכרותית ברשת הינה תוצר לוואי של קושי מהותי בשטחי חיים אחרים כמו למשל פגיעה במיומנויות חברתיות, לקויות למידה לא מאובחנות או לא מטופלות כראוי, או מצוקה ברמה המשפחתית שהילד מגיב אליה דרך בריחה למסכים. בהמשך לכך, ניתן להתאים קווים טיפוליים נוספים ברמה הפרטנית או המשפחתית, או גם וגם.

אולם לעיתים קרובות, טיפול פרטני אינו מספיק, בעיקר עקב שיתוף פעולה נמוך של המתבגר. לפיכך, מעגל ההשגחה ההורית מהווה רכיב חשוב ביותר בטיפול בהתמכרות לאינטרנט ובהתמודדות אל מול תכנים בעייתיים ברשת. בבסיס מודל ההשגחה ההורית ברשת (Sela & Omer, 2018) מונח שילוב של שני מרכיבים: (1) קירבה והקשבה, תוך יצירת ערוץ תקשורת פתוח וחיוני על הנעשה בעולם הדיגיטלי של הילד. אחת הפעולות הראשונות כדי לסמן נוכחות הורית ברשת, הינה בקשה של ההורה מהילד לעשות לו "סיור וירטואלי" באפליקציות שהילד מרגיש בנוח להראות. מטרת הפעולה ה"טקסית" הזו לסמן לילד שהמרחב הדיגיטלי איננו "מערב פרוץ" וכי ההורה הוא גורם רלוונטי, מבין ואחראי גם במרחב זה. יתירה מזאת, הסיור מאפשר להורה להמשיך ולשוחח בפתיחות על מה שמעסיק את הילד כשהוא נמצא אונליין, כולל בניית תסריטי מניעה עם הילד למקרים שבהם ייתקל במצבים פוגעניים. (2) הצבת גבולות, הסבר מנומק שלהם בפני הילד ועמידה איתנה על אכיפתם (תוך היעזרות בתומכים במידת הצורך). גבולות אלו מהותם ויסות הגלישה של הילד הן מבחינת זמן השימוש והן מבחינת תוכן השימוש. תפקידו המרכזי של ההורה בהקשר זה הוא לא לשלוט על הפעילות של הילד ברשת אלא לפעול להפנמת נורמות שימוש בטוחות, ומיקום השימוש ברשת כאחד מתוך מגוון הפעילויות האחרות באורח החיים של הילד. השילוב של שתי עמדות אלו חשוב במיוחד בשימוש בעייתי באינטרנט, וקיימות עדויות מחקריות שאכן עמדה הורית סמכותית ונוכחת, הקשובה והמגבילה בו זמנית, מביאה לוויסות טוב יותר של השימוש ולהתמודדות טובה יותר עם תכנים פוגעניים (Valcke et al., 2010, 2011; Williams & Merten, 2011; Sela & Omer, 2018).

והגנה כללית בעיקר בהיבט של ויסות תכנים בעייתיים, איתור וטיפול בפדופילים ברשת ועוד. המעגל השני הינו המעגל הקהילתי. במסגרת מעגל זה נמצאים הגורמים עימם הילד בא במגע לאורך שעות היום - בית הספר, השכונה, תנועת הנוער, החוגים והסביבה הקרובה. כבר היום קיימות יוזמות ברוכות המונהגות על ידי ועדי הורים ועל ידי הצוותים החינוכיים בבתי הספר. יוזמות אלו כוללות קביעת גבולות השיח, ויסות השימוש במסכים במרחב הציבורי וכן טיפול רחב ועוטף במקרים של פגיעה בילד ברשת (למשל התערבות מיידית מותאמת ברמת הכיתה או השכבה במקרים של שיימינג). שני המעגלים הנוספים, עליהם ארחיב מעט יותר (בסדר הפוך), הינו מעגל ההשגחה ההורית ומעגל הטיפול הפרטני. טיפול פסיכולוגי פרטני במתבגרים המכורים לאינטרנט מבוסס בעיקר על הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית. המשימה הראשונה של טיפול במכורים לאינטרנט, כמו בהתמכרויות אחרות, הינה לגייס את המוטיבציה של המטופל ולכרות ברית עם החלק במטופל שמעוניין בשינוי. אחת הדרכים לעשות זאת הינה באמצעות הראיון המוטיבציוני (Rollnick & Miller, 1995) הכולל תהליך חקירה שיטתי עם המטופל של יתרונות וחסרונות המצב הקיים, וכן חיבור לערכים ולשאיפות שהמטופל היה רוצה להשיג אך ההתמכרות מפריעה לו לעשות זאת. כאשר המטופל מעמת את המטופל מול הקונפליקט הפנימי שלו, המתבטא דרך ההתמכרות למסכים, עשוי להיפתח פתח לתחילת עבודה טיפולית משמעותית.

ליבת טיפול ה-CBT בהתמכרות לאינטרנט מבוססת על קווי הטיפול הבאים: (1) השגת שליטה גבוהה יותר על הגלישה באינטרנט. (2) הבנייה מחדש של קוגניציות לא אדפטיביות ואמונות שליליות בקשר לעצמי (למשל "רק במשחקים אונליין אני יכול לייצר חברים") המשמרים שימוש קומפולסיבי באינטרנט. (3) פיתוח ואימון של אסטרטגיות התמודדות אל מול דפוסי הימנעות בתחומים החברתי והאקדמי, המחוזקים על ידי שימוש בעייתי באינטרנט. בתוך כך המטופל בונה עם המתבגר תהליך הדרגתי של רכישת הרגלים קונסטרוקטיביים, כמו למשל השקעה של שעה בלימודים על חשבון של שעה במשחק. (4) בניית יכולת ויסות באמצעות יומן שימוש, עזרי זכירה לצמצום השימוש ובניית מערכת תגמולים הדרגתיים על הצלחות. (5) מיפוי גורמי סיכון למניעת relapse - בירור קשיים בסביבה החיצונית שעלולים להכביד עד כדי חזרה להתנהגות ממכרת ברשת, או לחילופין הבנת הפיתויים האדירים שעשויים למשוך את המתבגר חזרה למסך באופן לא מווסת. על המטופל לתכנן יחד עם המטופל מה לעשות בכל אחד ממקרים אלו ולתכנן מראש את ההתערבות (Winkler et al., 2013; Young, 2007). חשוב לציין כי לעיתים קרובות האינטרנט משמש כר נוח וזמין לבריחה מפני התמודדות מול אתגרים במציאות הלא וירטואלית.



סיכום

איננה הפרעה רשמית, אולם סימניה בהחלט ניכרים בקליניקה, במחקר ובמרחב הציבורי. מתוך ההכרה שהאינטרנט כאן כדי להישאר (ולהתעצם), יש לנקוט הסתכלות הוליסטית בטיפול בתופעה. לצד הטיפול הפרטני במתבגרים שההתמכרות לאינטרנט פוגעת באופן מהותי בתפקודם, חשוב לתת את הדעת לחיזוק יסודות ההשגחה ההורית ברשת, כמו גם ליצירת תשתית של השגחה קהילתית ולפעולות אפקטיביות של השגחה לאומית.

במאמר הנוכחי הוצגו האופנים השונים בהם העולם הדיגיטלי מעצב את אתגרי ההתבגרות של בני הנוער. לצד היותו מרחב מעברי התורם להתפתחות הפסיכולוגית שלהם, תכנים ופלטפורמות שונות ברשת עלולות להביא לכדי התנהגות ממכרת המאופיינת בתלות, בפגיעה בתפקוד וכן במפגש מול תכנים בעייתיים ברשת. התמכרות לאינטרנט אמנם עדיין

מקורות

1. ויניקוט, ד"ר (1971/2009). משחק: פעילות יצירתית וחיפוש העצמי. בתוך: ר' קולקה (עורך), משחק ומציאות (עמ' 274-286). תל אביב: עם עובד.
2. קוהוט, ה. (1972). הרורים על נרקיסיזם וזעם נרקיסיסטי. בתוך: פסיכולוגיית העצמי וחקר רוח האדם. תולעת ספרים, 2007, 150-183.
3. Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., ... & Haagsma, M. C. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267-270.
4. Agger, B. (2015). *Oversharing: Presentations of self in the internet age*. Routledge.
5. Beyens, I., Frison, E., & Eggermont, S. (2016). "I don't want to miss a thing": Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Facebook use, and Facebook related stress. *Computers in Human Behavior*, 64, 1-8.
6. Czincz, J., & Hechanova, R. (2009). Internet addiction: Debating the diagnosis. *Journal of Technology in Human Services*, 27(4), 257-272.
7. De Varela, Y. (2015). Cyberspace as potential space. *Psychoanalysis online*, 2, 233-238.
8. Evren, B., Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2018). Relationship of internet addiction severity with probable ADHD and difficulties in emotion regulation among young adults. *Psychiatry research*, 269, 494-500.
9. Gnambs, T., & Appel, M. (2018). Narcissism and social networking behavior: A meta-analysis. *Journal of personality*, 86(2), 200-212.
10. Heaven, D. (2014). Engineered compulsion: why Candy Crush is the future of more than games. *New Scientist*, 222(2971), 38-41.
11. Ho, R. C., Zhang, M. W., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., ... & Watanabe, H. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 14(1), 183.
12. Holt, T. J., Blevins, K. R., & Burkert, N. (2010). Considering the pedophile subculture online. *Sexual Abuse*, 22(1), 3-24.
13. Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of child psychology and psychiatry*, 55(6), 635-654.
14. Maas, M. K., & Dewey, S. (2018). Internet pornography use among collegiate women: gender attitudes, body monitoring, and sexual behavior. *Sage open*, 8(2), 2158244018786640.
15. Mihajlov, M., & Vejmelka, L. (2017). Internet addiction: A review of the first twenty years. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 260-272.
16. Moon, J. H., Lee, E., Lee, J. A., Choi, T. R., & Sung, Y. (2016). The role of narcissism in self-promotion on Instagram. *Personality and Individual Differences*, 101, 22-25.
17. Moreno, M.A., Jelenchick, L., Cox, E., Young, H. & Christakis, D.A. (2011). Problematic internet use among US youth: A systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(9), 797.
18. Ortega, R., Elipse, P., Mora-Merchán, J. A., Genta, M. L., Brighi, A., Guarini, A., ... Tippet, N. (2012). The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: a European cross-national study. *Aggressive behavior*, 38(5), 342-356.
19. Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2010). Processes underlying the effects of adolescents' use of sexually explicit internet material: The role of perceived realism. *Communication Research*, 37(3), 375-399.

לרשימת המקורות המלאה, ראו באתר הפ"י.

התמכרות מינית בהיבטים פרטניים, זוגיים ומשפחתיים

ד"ר נגה נבארו (רובינשטיין), ד"ר חסינטו ענבר

ההתנהגות המינית הכפייתית יכולה לשמש כמנגנון להפחתת חרדה או לוויסות רגשי, והפחתת החרדה עצמה פועלת כחיזוק המשמר ומחזק את ההתנהגות המינית הכפייתית-התמכרותית

מקרה שני - זוג ממעמד סוציו-אקונומי גבוה מאוד, לקראת שנות ה-40 לחייהם, עם שלושה ילדים. פנו משום שהאישה איימה שאם לא יתחילו טיפול היא תפרק את הנישואין. היא אוהבת את בן זוגה ונמשכת אליו מאוד, אבל "לא יכולה כבר עם הדרישות המיניות שלו". הוא טוען שהוא נמשך אליה מאוד ולא רואה שום פסול בקיום יחסי מין כמה פעמים ביום וגם באמצע העבודה. הוא מעיר אותה גם בלילה והיא מתקשה לישון. לדבריו היא צריכה לשמוח על כך שהוא נמשך אליה כל כך ו"לא יכול להוריד ממנה את הידיים". היא אוהבת את המין איתו וחווה אורגזמות חזקות, אבל היא "שבעה מזה". היא כבר מתקשה להתעורר מינית, וכעת הוא מציע לה סמים (MDMA) כדי לעורר אצלה את החשק. הוא מתעקש גם ללכת למסיבות מין שונות, לחילופי זוגות, לסדנאות טנטרה מינית ועוד פעילויות שיעוררו אותה יותר. לדבריו, "זה סם החיים" שלו, ובזכות זה הוא מצליח מאוד בעסקיו. היא צריכה להודות לו על שיש לה את כל העושר הזה, שמאפשר לה הכול. היא הפסיקה לעבוד ועסקה רק בגידול הילדים ובלהיות תמיד "מוכנה לקראתו". המחאות שלה במהלך השנים לא הועילו, עד שלבסוף הלכה לטיפול פרטני וקיבלה החלטה לדרוש ממנו טיפול זוגי כאולטימטום להמשך הקשר שלהם.

מקרה שלישי - הגיע זוג באמצע שנות החמישים, שניהם משכילים ובעמדה רמה במשק. הם היו במשבר משום שהאישה

כדי להבין מהי התמכרות למין וכיצד היא משפיעה על המכור ועל סביבתו, להלן ארבעה סיפורי מקרה להמחשת הקשיים בזוגיות.

מקרה ראשון - הגיעה לטיפול אישה צעירה (35) שהגדירה את עצמה "במצב חירום". היא אקדמאית ועובדת במקצועה. נשואה, ולה שני ילדים קטנים. היא התיישבה ומיד התחילה לבכות. מבעד לבכי סיפרה שבן זוגה "זרק" אותה הבוקר, בשיחת טלפון קצרה. הוא הסביר שהתאהב באישה צעירה, "נוצצת" יותר. לדבריו: "פצצה בעלת גוף של דוגמנית ועור חלק". כזו שלא מסרבת לאף אחת מהדרישות המיניות שלו, שלא מפריע לה "להזדיין" גם 10 פעמים ביום, כמה שהוא רוצה וצריך. הוא הסביר למטופלת שנמאס לו מהסירובים שלה ושהחליט ש"לא בא לו עליה" יותר - היו לו כבר הרבה כמוה בעבר ומגיע לו יותר בחיים. הוא יודע שהיא חושבת שיש לו בעיה אבל זה לא ממש מעניין אותו. לכל אחד יש את הצרכים שלו בחיים, ואלה הצרכים שלו.

היא סיפרה בבכי שהדרישות המיניות שלו היו מעל ומעבר לכוחותיה והתעלמו מהצרכים וההנאה שלה. "זה לא עניין אותו" אם היא אחרי יום עבודה מעייף, כאשר היא כבר "על הקרשים", אם בוקר ועליה לארגן את התינוק, או אם עוד חמש דקות מגיעים אורחים. זה גם לא משנה אם היא מתחננת או בוכה. הוא אף פעם לא מכריח אותה בכוח, אבל מסביר לה בתקיפות שהוא חייב את זה. היא מרגישה נאנסת, מושפלת וכבויה כל פעם מחדש, ולעיתים אף בוכה במהלך האקט המיני. היא אף פעם לא מתנגדת בכוח או מוחה בתקיפות. היא נאלצת להשמיע קולות הנאה ולזייף אורגזמות כדי שהוא ירגיש מסופק ולא ירצה לחזור על המעשה. היא מתקשה מאוד לישון בלילות ולתפקד במהלך היום.

כששאלתי אותה מה מחזיק אותה איתו בכל זאת, הסבירה לי עם יד על הלב שהיא אוהבת אותו ו"לא יכולה להיות בלעדיו", לא יכולה לסבול את המחשבה שילך למישהי אחרת ויעזוב אותה. תופעה זו היא ביטוי של co-dependency, תלות שיתופית, שתוזכר בהמשך.

ד"ר נגה נבארו (רובינשטיין) היא פסיכולוגית, מטפלת זוגית ומשפחתית מוסמכת ומדריכה בכירה. מנכ"ל ומנהלת מקצועית במכון שינוי. מרצה במוסדות אקדמיים בארץ ובחו"ל. mail@noga-nabarro.com

ד"ר חסינטו ענבר הוא פסיכולוג קליני, מטפל ומדריך בטיפול זוגי ומשפחתי. מטפל ומדריך ב-CBT ובפסיכותרפיה חויבית, מטפל ומורשה להוראת המדעים בהיפנוזה, מרצה במוסדות אקדמיים ומטפל בפרקטיקה פרטית. Jinbar@netvision.net.il



או משפחתי לבין הידע מהספרות המקצועית. ההשפעה של תופעה זו, כפי שאנו פוגשים בקליניקה ובספרות, על הזוגיות והמשפחה כולה, היא כבדת משקל ומסועפת ויכולה להוות גורם משמעותי לפירוד, גירושין, בעיות עם הילדים, בדידות ומשברים בעבודה. אחוז המקרים המגיעים דווקא לטיפול משפחתי זוגי (נוסף לפרטני) הולך וגובר בשנים האחרונות. חלקית משום שהמשברים הזוגיים, המשפחתיים והאישיים בעקבות החשיפה של ההתמכרות והמין הכפיייתי הולכים וגוברים עם השנים, וחלקית משום העירנות הגוברת להפרעה ולתוצאותיה, הגורמת ליותר אנשים וזוגות, ובעיקר לבנות הזוג, לחפש פתרון בשלבים מוקדמים יחסית.

למרות שמחקרים עוסקים יותר ב-cybersex ופורנוגרפיה (קל יותר למדידה), מאמר זה עוסק בעיקר בכפייטיות המינית עם פרטנרים בפועל. במקרים אלה ההשפעה על הזוגיות והמשפחה קשה יותר ודורשנית יותר מבחינה טיפולית. מאחר שאחוז הנשים ה"מכורות" הוא, על פי המחקרים בתחום, קטן בהרבה מאשר האחוז בין הגברים, הספרות המדעית מתארת ודנה בעיקר בהתמכרות של גברים הטרנסקסואלים או ביסקסואלים. מפאת קוצר היריעה, נתייחס גם אנחנו בעיקר לאוכלוסיה זו. על מנת להקל על הקריאה נתייחס לבנות זוג או בני זוג בלבד במקומות מסוימים.

מהי התמכרות מינית?

בספרות המקצועית התמכרות מינית היא מושג המתייחס להתנהגות מינית כפייטית המעסיקה את הפרט באופן שקשה לו או לה להפסיקה ולשמר הפסקתה, והיא בעלת השלכות שליליות, אף מזיקות ממש לפרט, לזוג או למשפחה, בחיים האישיים, בחברה או בעבודה. למרות שיטת הבדלים בחוויות ההתמכרות המינית, באופן כללי החוויה הממכרת דומה מאוד ללא קשר לאטיולוגיה, מגדר או נטייה מינית. כל המכורים ממשיכים להשתתף בהתנהגויות מיניות שנחוצות כבלתי נשלטות למרות התוצאות המזיקות וההשלכות השליליות. באופן כללי, המכורים חווים בושה ובידוד כתוצאה מהתנהגותם. חרף ההשלכות השליליות (ואולי כדי להימנע מהשלכות נוספות), המכורים ממשיכים להסתיר את התנהגותם מבני הזוג. לפיכך, בני זוג רבים אינם מודעים לכך שכן הזוג נתון להתמכרות המינית (כמו במקרה הרביעי למעלה). הם חשים שמהו לא תקין קורה, וחווים ריחוק ביחסים שלהם עם בן הזוג המכור, אך לא יכולים לזהות את הגורם לרגשות אלה.

מושג דומה שחוקרים שונים משתמשים בו כדי לתאר התנהגות זו הוא "כפייטיות מינית" (Sexual Compulsivity), המומשגת כחוסר היכולת לשלוט ולווסת את ההתנהגות המינית המהווה

גילתה במקרה אצל בעלה פנקס ובו שמות של למעלה מאלף נשים שאיתן היה בקשר מיני. ההלם הראשוני היה קשה מאוד, אך נוכח הפצרותיו והבטחותיו הסכימה להישאר איתו. כאשר גילתה שהמשיך בהתנהגותו דרשה להיפרד, אך לא יכלה להביא עצמה לכלל מעשה. היא הרגישה חסרת כל ערך בלעדיו.

מקרה רביעי - הגיע זוג הנשוי זה 15 שנים, שלהם עסק משפחתי. הם פנו לדרישת בת הזוג שמצאה עצמה חולה שוב ושוב במחלות שהוגדרו על ידי הרופא כמחלות מין שלא הבינה מה מקורן. רק לאחר כמה שנים ודרישה חד משמעית מהרופאים, החליטה לבדוק עם בעלה וגילתה בגידות כפייטיות שלו לאורך השנים וביקורים תכופים אצל זונות, שהביאו בעקבותיהם את המחלות. הוא אמר שניסה אך אינו מסוגל להפסיק. הוא גם הודה שהוא "לא ממש חושב עליה ועל הסכנות הכרוכות בהתנהגותו". בעקבות הגילוי והטיפול המשותף הפסיקו כל יחסי המין ביניהם, ולאחר תקופה קצרה בטיפול הם החליטו להיפרד למשך שנתיים על מנת להגן עליה ולאפשר לו להיגמל לחלוטין מהתמכרותו תוך המשך העבודה בטיפול הזוגי. שנתיים לאחר מכן, לאחר שנגמל לחלוטין מההתמכרות המינית, הם חזרו לחיות ביחד.

מטרת המאמר

בעשורים האחרונים חל גידול רב בספרות המקצועית בנוגע להתמכרויות מיניות, ועלה גם מספר הפניות שהגיעו לטיפול והציגו התנהגויות מיניות כפייטיות, ובהן התמכרויות למין באינטרנט. פרסום הספר Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction (Carnes, 1983) הנכיח את המונח "התמכרות מינית" וקידם את הספרות האמפירית והתיאורטית בתחום זה. פריצת האינטרנט סיפקה זירה חדשה למתמכרים פוטנציאליים בכך שהציעה גישה קלה למימוש מושא ההתמכרות. יתרה מכך, גורמים אלה עלולים לפתוח פתח להתמכרויות מיניות גם לאנשים שבעבר לא הפגינו רגישות לכך, או לדחוף מתמכרים מתונים להתמכרות קשה יותר (Young, Griffin-Shelley, Cooper, O'Mara & Buchanan, 2000).

למרות הגידול במודעות להתמכרויות מיניות, מטפלים רבים עדיין חשים חוסר נוחות או חוסר ידע בנוגע להתמכרויות אלה. הדבר עלול לגרום למטפלים להחמיץ רמזים, לפסוח על תלונות ולהתמקד בנושאים פרטניים אחרים הנחווים כחשובים או נוחים יותר.

ישנם היבטים שונים שמהם אפשר להתבונן על נושא ההתמכרות המינית. במאמר זה החלטנו להתמקד בתופעה בדגש על ההיבטים הזוגיים והמשפחתיים, נוסף להיבט הפרטני. המאמר מבטא את החיבור בין ניסיונו הטיפולי עם מקרים כאלו בטיפול פרטני, זוגי

וההשפעה של ריבוי פרטנרים באינטראקציה מינית מאפשרים להשיג תחושות של קבלה, הכלה, תמיכה, תוקף לרגשותיו של המכור ואפילו העצמת ההערכה העצמית אשר נוטה להיפגע בעקבות ההפרעה (Bancroft & Vukadinovic, 2004). כך, למעשה, נוצר מעגל רקורסיבי של ההפרעה ההתמכרותית, מעגל תגובות אישי המשמר את הבעיה למרות התוצאות והמחירים שמשלמים בעקבותיה, ברמת הפרט, הזוגיות, המשפחה, החברה והעבודה. זאת נוסף למעגלים המשמרים הנוצרים באינטראקציה הדינמית במשפחה עם בת או בן זוג או עם בני משפחה אחרים.

השפעת ההתמכרות המינית על זוגיות ומשפחה

להתמכרות המינית על גווניה השפעה רבה על המערכת הזוגית, על הילדים ועל המערכת המשפחתית בכלל. מערכת היחסים בהתמכרות המינית מתוארת בספרות המקצועית, באופן כללי, כיחסים דיספונקציונליים, ולפעמים אפילו פתולוגיים. מחקר איכותני (Schneider, 2000a) הראה בבירור את ההשפעות התפקודיות השליליות שיש להפרעה זו, בין אם מדובר בסקס וירטואלי (דרך האינטרנט, סייבר סקס) ובין אם לאו, על היחסים הזוגיים. נוצרת ירידה משמעותית ביחסי המין הזוגיים, והסערה הרגשית עקב הגילוי עוצמתית וטראומטית. בקרב זוגות עם ילדים אחוז הפרידות והגירושים בעקבות ההתנהגות הכפייתית התמכרותית גבוה, Wan, Finlayson & Rowles (2000) מצביעים על כך שגירושים ופרידה הם דווקא גורמים שמחישים נסיגה אצל המנסה להיגמל.

Bird (2006) בסקירתו המעולה את הנושא מציין שההתמכרות המינית בתוך זוגיות מאופיינת (בקצרה) על ידי שני סממנים עיקריים:

1. כשלים חוזרים ונשנים של שני הצדדים לשלוט בהתנהגות זו ובהישנונה למרות התוצאות וההשלכות המזיקות המשמעותיות.
2. "תלות שיתופית", co-dependency, של בת או בן הזוג כפי שידועה גם בהתמכרויות אחרות. בגישה המערכתית, באופן כללי, ההתייחסות לבנות הזוג היא כאל "שותפות" (או משתפות פעולה) עם ההתמכרות, ועל כן גם הן חייבות להיות שותפות לקונפונטציה במהלך ההחלמה והשינוי הנדרש לבנייה המחודשת של האמון הזוגי, האינטימיות והמיניות (Phillips, 2006).

בשנת 2013 פורסמה סקירה מקיפה ב-Journal of Sexual Addiction and Compulsion שהתמקדה באפיונים של משפחות המקור של נשים הנשואות לגברים עם התמכרות מינית. התוצאות הראו הבדלים משמעותיים בין האפיונים במשפחות המקור של נשים אלו לעומת נשים הנשואות לגברים ללא הפרעה

מקור אישי משמעותי למצוקה (Walton, Cantor, Bhullar, 2017 & Lykins). כפייתיות מינית מתוארת גם כדפוס של עיסוק אינטנסיבי ומופרז, חוזר ונשנה, בפנטזיות מיניות, דחפים והתנהגויות אשר הפרט נאבק כדי לשלוט בהם (Kafka, 2010). בקרב אנשי מחקר וטיפול מוכרת הפרעה זאת גם כ"מיניות יתר", היפר-סקסואליות (Hypersexual Disorder, HD) (Walton et Al., 2017). מיניות יתר מתייחסת לעוררות יתר למין, או כפייתיות ואימפולסיביות מינית. מניסיונו, ייתכן שיש טעם להבדיל בין היפר-סקסואליות (כמו שנראה במקרה הראשון והשני למעלה), ובין התמכרות מינית כפי שמוצגת במקרים השלישי והרביעי. נמצאו גם קשרים בין היפר-סקסואליות והפרעות אישיות כמו חרדות, דיכאון והפרעות כפייתיות אחרות כמו OCD. אנו נתמקד פחות בהגדרה המובהקת ויותר בתפיסה הפנומנולוגית וביטוייה הקליניים בחיי היומיום ובטיפול בבעל ההפרעה (המטופל).

סממני ההתמכרות המינית אצל הפרט (Carnes, 1991)

1. דפוס התנהגות מינית שיוצא מכלל שליטה.
2. אובססיה מינית ופנטזיה כאסטרטגיה עיקרית להתמודדות.
3. הגדלת מספר החוויות המיניות כי רמת הפעילות הנוכחית כבר לא מספקת.
4. שינויי מצבי רוח סביב הפעילות המינית.
5. השקעת זמן מופרזת בהשגת סקס, להיות מיני או בהתאוששות מהחוויה המינית.
6. עיסוק מתמשך בהתנהגות מינית הרסנית עצמית או בעלת סיכון גבוה.
7. השלכות חמורות עקב ההתנהגות המינית.
8. רצון או מאמץ מתמשך להגביל התנהגות מינית.
9. חוסר יכולת להפסיק למרות ההשלכות השליליות.
10. הזנחת פעילויות חברתיות, תעסוקתיות או פעילות פנאי עקב ההתנהגות המינית.

מחקרים שונים מצביעים על קשר בין התמכרות מינית וכפייתיות מינית לבין מצבים רגשיים שליליים המאופיינים בדרך כלל בתלות, הימנעויות, לחצים, חרדות, כעס, קושי בוויסות רגשי ובשליטה עצמית, בושה, אשמה ועוד. ההתנהגות המינית הכפייתית יכולה לשמש כמנגנון להפחתת חרדה או לוויסות רגשי (Walton et Al., 2017). והפחתת החרדה עצמה פועלת כחיצוק המשמר ומחזק את ההתנהגות המינית הכפייתית התמכרותית. חשוב גם לציין שלמרות מצבים נפשיים כגון דיכאון, אשר מפחיתים את המוטיבציה המינית על גווניה השונים, ההתנהגות המינית



הטיפול האינטגרטיבי הזוגי והמשפחתי בהתמכרות מינית

ככלל, שילוב של גישה אינטגרטיבית מערכתית עם טכניקות רב ממדיות מאפשר לקדם, בצורה אפקטיבית ומהירה יותר, את תחילת ההחלמה וההתמודדות של הפרט, הזוג והמשפחה, שיפור איכות חייהם, מניעת הישנות התופעה ואף צמיחה בעקבות המשבר. מומחים קליניים רבים בתחום ההתמכרות המינית מציעים לכלול את המשפחה או הזוג בטיפול ובריפוי של הפרעה זו, נוסף לטיפול הפרטני או הקבוצתי של המכור, ומעידים כי הטיפול הזוגי והמשפחתי עשוי להועיל יותר ולהקל על הריפוי הזוגי (Carnes, 1983) ובכלל מאשר טיפול קבוצתי או פרטני בלבד (Corley & Schneider, 2002; Earle & Crow, 1989; Laaser, 1996; Schneider, 1989; Sprenkle, 1987; Young et al., 2000).

חלק מהסיבות לכך נעוצות בהסברים הקונספטואליים והאטיולוגיים לתופעה, ובהם מערכות יחסים קשות ומשפילות בעבר (Bergner & Bridges, 2002), או רמה גבוהה של מצבי לחץ ודחק בחיי היומיום, כולל קשיים ביחסים זוגיים או משפחתיים ובידוד חברתי. Cooper Delmonico & Burg (2000) מציעים שטיפול זוגי הוא פורום להערכת הסיבות מדוע מערכות היחסים של מתמכרים ודפוסי ההיקשרות שלהם לוקים בחסר. Swisher (1995) מסבירה אף היא ששינוי הדינמיקה המשפחתית חיוני להחלמה ארוכת טווח, במיוחד למתמכרים עם תחלואה כפולה הנמצאים באשפוז.

על פי הגישה המשפחתית, חיוני להדגיש את שילוב בת או בן הזוג, ולגייס את נכונותו של המטופל לשלב אותם בתהליך הטיפול, במקרה של התנגדויות. בשלב הגילוי והטראומה כמוזכר לעיל, ובשלבם הראשונים של ההחלמה, זוגות רבים חווים תגובות רגשיות חזקות וסוערות. לפיכך, מטפלים פחות מנוסים העוסקים בהתמכרויות מיניות מעדיפים לעיתים להציע, לפחות בהתחלה, טיפול ללא בת או בן הזוג (Bird, 2006). אולם Raviv (1993) טוען שהכללת בני המשפחה של המטופל בטיפול, או עידודם להשתתף ב-S-Anon (מקביל לתוכנית 12 הצעדים), יגבירו את הבנתה של המשפחה ואת יכולתם לתמוך במתמכר במהלך השינוי.

Heaton Matheny (1998) מדגישה את חשיבות מעורבותם של בני המשפחה דווקא בשלבים הראשונים של השינוי וההחלמה בכך שהיא מאפשרת לספק תמיכה רגשית-אמפתית וחיצונית אפקטיביים לשינוי. מעורבותם חשובה גם להימנעות מחיזוק קוגניציות, רגשות והתנהגויות דיספונקציונליות כדי לאפשר לבן המשפחה המכור ולעצמם לשבור את המעגל המשפחתי של הפרעת ההתמכרות. שמירה על הקשר במהלך ההחלמה

זו. נשים הנשואות לגברים עם התמכרות מינית נטו לחוות בעברן, במשפחות המקור, יותר התעללות מסוגים שונים, הזנחה או נטישה, משברים או דיכאון, ולא אחת קיבלו עונשים פיזיים.

שלב הגילוי והטראומה

במקרים רבים, כאשר מתגלה ההתמכרות המינית, בנות הזוג מדווחות על תחושת בגידה, שוק, הלם, קורבנות, זעם, גועל, תחושת אובדן, חוסר תקווה, תחושת בדידות, בושה ואשמה, תסמינים פוסט-טראומטיים ותהייה אם להישאר במערכת היחסים (Hentsch-Cowles & Brock, 2013). על פי שניידר (Schneider, 2000b), בנות או בני הזוג מדווחים כי הם חשים אותה דרגת כאב בין אם ההתמכרות התבצעה דרך האינטרנט או בחיים האמיתיים. ניסיונו הקליני מורה, לעומת זאת, שבמקרים של פרטנרים "חיים" להתמכרות, הפגיעה חמורה, ולעיתים טראומטית והרסנית יותר הן לבני הזוג והן למשפחה כולה. בשני הסוגים בנות הזוג נטות לנקוט מייד בפעולות שונות כגון עבודת בילוש אינטנסיבית, מיקוח, מאמצים להגדלת נפח הפעילות המינית הזוגית והרפרטואר המיני, תשומת לב ניכרת להלבשה תחתונה, "שיפוצ" גוף ופנים וכדומה, בתקווה להפחית את הסבירות למימוש ההתמכרות שלא באמצעותן. כאשר מאמצים אלה אינם מצליחים לשנות את התנהגותו של השותף, רוב בנות או בני הזוג מגיבים באיומים לעזוב או לערב בני משפחה ועוד. אולם הממצאים מראים כי איומים אינם מונעים נסיגה מההחלמה ולעיתים אף מזיקים לפתרון הבעיות משום שהמכורים, לעיתים קרובות, יסתירו פרטים חשובים מחשש לאבד את הקשר. לרוב, בשלבים האלה נעשית הדרישה והפנייה לטיפול.

למרות הקשיים הנובעים מהגילוי, הדיווחים של בני הזוג מראים כי הגילוי היה נחוץ ומועיל, בטווח הארוך, בשיפור הקשר וההחלמה מההתמכרות. ואולם, זוגות שהתקדמו יותר בתהליך ההחלמה מההתמכרות מצביעים על כך שרכישת ידע מפורט על התנהגותו של המכור לא בהכרח מקנה להם יותר כוח לשלוט במצב, ולעיתים קרובות פרטים רבים מדי עלולים אף להחריף את תסמיני הפוסט-טראומה. בטיפול, על כן, יהיה על המטפל לעזור לבני הזוג לשקול בזירות השלכות שליליות של איסוף מידע רב מדי. השפעת הגילוי או חשיפה של התמכרות או ביטוייה יכולה להיות ישירה ומסיבית גם על הילדים, הן בעצם נוכחותם במצבי המתח, הדחק והטראומה הגלויה והמדוברת בין בני הזוג והן בדינמיקה הקשה שנוצרה במשפחה כגון ההכרח לקחת צד, לעיתים תפקיד בוגר מכפי גילם, שמירת סוד מפני בני משפחה אחרים וחברים, הבושה הנלווית ועוד. אם החשיפה מובילה גם לפירוד או גירושין, ההשפעה הישירה והעקיפה גדולה אף יותר.

ארבעה שלבים להחלמה

Milrad (1999) מציגת ארבעה שלבים להחלמה, ואלו הם:

שלב א. השלב שלפני הגמילה ותהליך ההחלמה. נשים מתכששות לאינטואיציה שלהן שמהו אינו כשורה, למרות שחלק מהן מתעקשות על טיפול זוגי להטבת מערכת היחסים. רובן מנסות בלולש אחר בן הזוג ולמנוע את ה־acting-out המיני. בני הזוג על פי רוב מכחישים את ההאשמות או התהיות, ולבסוף הן מתעמתות איתם.

שלב ב. כאשר הנשים מבינות שהן במשבר וזקוקות לעזרה, בני הזוג עוברים לשלב המשבר. בשלב זה עולות תחושות של בגידה, טראומה, כעס, עצב, דיכאון, הצפה רגשית, חוסר תקווה, בידוד, מרירות, בושה, בלבול בדבר הישגיות במערכת היחסים ותחושת ערך עצמי נמוכה (King, 2002; Bergner & Bridges, 2002; Schneider, 2000b; Milrad, 2003). בשלב זה, למרות שהנשים מכירות בכך שההתמכרות המינית אינה בהכרח קשורה בהן, קשה להן להאמין בזה. רובן מרגישות בלתי נחשקות וחלשות או טיפשות על כך שאינן עוזבות את בן הזוג. הן גם נאבקות עם האופן שבו הן תופסות את בני הזוג המכורים למין כסוטים, חולים, אנוכיים ובלתי ראויים כבני זוג או כהורים. למרות זאת, נשים מוכנות יותר להישאר במערכת היחסים אם הן רואות שכן הזוג מביע חרטה. בשלב הזה הנישואין לעיתים תכופות לחוצים במיוחד בגלל ההשפעה של ההתמכרות על הילדים.

שלב ג. הגילוי וחשיפת ההתמכרות המינית. Milrad (1999) וחוקרים נוספים טוענים כי גילוי ההתמכרות המינית דומה להפרעת דחק פוסט-טראומטית. ההתמקדות הראשונית אפוא בפתרון הטראומה בטיפול הזוגי עשויה להיות קריטית במיוחד. יש לעזור לבני הזוג להתמקד בהחזרת השליטה העצמית, בבירור הבטחות שבורות, בתיקון גבולות שבורים וגילוי מחדש זה של זה ושל הביחד שלהם. כמו כן יש צורך להעצים את השותפים להתמקד בצורכיהם ובהחלמה שלהם. שותפים רבים נדרשו ליותר משנה כדי לסלוח לבני זוגם המכורים.

שלב ד. הטיפול הזוגי כפי שתואר במהלך המאמר. הסוגיות העולות במהלך הקשורות לגורמים ולהשלכות של ההתנהגות המינית הכפייתית או ההתמכרותית, סוגיות נוספות של הזוגיות, ההורות, ריפוי וצמיחה.

הערכה והטיפול הפרטני

במהלך הטיפול ובהתאם למחקרים שהובאו, חיוני לעשות הערכה רחבה לצורך יצירת המשגה רב ממדית ולשם תכנון ויישום האסטרטגיות הטיפוליות. יש לקבוע יעדים טיפוליים, לעצב תוכניות התערבות, לתת כלים לטיפול התמודדות אפקטיבית

מההתמכרות עשוי להיות תהליך קשה, וללא טיפול זוגי, הנטייה של בנות הזוג להתגרש גוברת. Heaton Matheny (1998) אף ממליצה על תוכנית טיפולית מיוחדת שתאפשר אבחון, הערכה ותחילת טיפול לאנשים עם ההתמכרות מינית, יחד עם בנות הזוג שלהם וילדיהם.

ההתייחסות במרבית הספרות לבנות הזוג היא כאל שותפות (או משתפות פעולה) עם ההתמכרות, ועל כן עליהן גם להיות שותפות לקונפרונטציה ולמהלך השינוי בבנייה המחודשת של האמון הזוגי, האינטימיות והמיניות. בטיפול המשותף יש להעריך ולדאוג להביא לידי ביטוי את החוזקות, המשאבים, רמת התקווה והאופטימיות של הזוג ועוד.

יעדי הטיפול

מאמרים העוסקים בטיפול זוגי בהתמכרויות מיניות מצביעים על היעדים הבאים: חידוש האמון, שיפור המודעות בנושאים רגשיים ואישיים, שיפור התקשורת הזוגית והאסרטיביות, עבודה על סליחה, טיפול בבעיות מיניות, יצירת גבולות וכללים ברורים, יצירת חוזה מתאים להתנהלות נכונה, שיפור האינטימיות על ידי עידוד אינטראקציות חיוביות ופעילויות משותפות והפחתת הבושה (Bird, 2006).

מהלך הטיפול

בתחילת הטיפול המטפל צריך, תוך התחשבות זהירה, לקדם את החשיפה המתאימה ובמיוחד להימנע מלשתף פעולה עם המתמכר בשמירה על חשאיות או חוסר יושר מול בת או בן הזוג השותף. גילוי עתידי של דברים שהם בוחרים להסתיר עכשיו, עלול להרוס את ההתקדמות בטיפול ולסיים את הקשר לצמיתות. למרות שהדבר לא ימנע ממכורים להסתיר מידע, הוא עשוי להקל על פתיחות רבה יותר.

בהתאם לצורך, יש לפעול להפחתת הסלמה של רגשות שליליים. מטפלים יכולים לעזור לזוג לקבוע גבולות מתאימים עם התניות ברורות וניהול גילויים עתידיים כדי לבנות תהליך אמון מחדש. כמו כן, המטפל פועל לסייע לבני הזוג להיות מודעים יותר לרגשות שלהם וללמוד לחלוק את הרגשות האלה אחד עם השני. כך מטפלים יכולים להמשיך ולסייע לבני הזוג להגביר את האמון. בדומה לטיפול הפרטני או הקבוצתי, מטפלים ממליצים על יצירת חוזה, ניהול כעסים, הבניה קוגניטיבית מחודשת, עימות ואתגור, הגדרת פיקחות מינית, הגדרת גבולות התנהגותיים, אמפתיה וייעוץ לאבל (Swisher, 1995).



גישות טיפוליות מבוססות ראיות לטיפול בהתמכרות מינית

Emotion Focused Therapy - גישתם של Greenberg & Watson - שעוזרת בעיצוב טרנספורמציה ביחסים, בזוגות ובהתמודדות עם "בגידה".

טיפול קוגניטיבי התנהגותי - גישתם של מור, מאירס, מרום וגלבו-שכטמן שעוזרת בהמשגה קוגניטיבית התנהגותית, לחץ, חרדה ודרכי התמודדות.

Dialectical Behavior Therapy - הגישה של Linehan שעוזרת בפיתוח "סיבולת" בפני מצוקה רגשית.

Acceptance Commitment Therapy (ACT) - הגישה של Hayes - שילובו בקשיבות, בקבלה וביחסים.

פסיכותרפיה חיובית - הגישות של Snyder & Lopez ושל Rashid & Seligman מציעות מודל תקווה שעוזר לפתח סליחה, אופטימיות ותקווה.

הראיון המוטיבציוני - Miller & Rollnick (1991) וכן Miller, Yahne & Tonigan (2003) - כל הגברת המוטיבציה והכנתו לשינוי ההתנהגות הממכרת.

מיינדפולנס ו-OCD (Didonna, 2009, 2019) - על פיתוח קשב וקשיבות, טיפול ב-OCD ובכך התרומה לטיפול בהתמכרות מינית.

חיסון בפני לחץ - הגישה של Meichenbaum למניעה והתמודדות אפקטיבית עם חרדה.

ויסות רגשי בקרב הפרט וזוגות - הגישות של Leahy ומרצ'בסקי לפיתוח דרכים שונות לוויסות רגשי.

Emotion Modulation - Polyvagal Theory - גישה חדשנית של Porges & Dana - ליישום בהיבטים הקליניים והוויסות הרגשי בעקבות חווית הטראומה שבגילוי ההתמכרות למין.

עצמית - הגישה של Neff לפיתוח חמלה לבן או בת הזוג וגם לעצמנו בו זמנית.

טיפול ממוקד בוושה ואשמה - הגישה של Schwartz ליצירת דרכים לווסת בוושה ואשמה ולהתמודד עימן.

היפנוזה קוגניטיבית עם זוגות - הגישה של Inbar רואה משבר כמצב היפנוטי, ולכן היפנוזה עצמית ממוקדת פתרונות.

פסיכותרפיה משפחתית על פי הגישה המבנית של Minuchin, הגישה האסטרטגית של Haley & Madanes, גישת הטיפול הפרדוקסלי וקצר המועד של Watzlawick וחבריו, טיפול ממוקד פתרונות של De-Shazer de וטיפול ממוקד שינוי של נגה נבארו.

(עוד על כך בהמשך) ולהעריך את אפקטיביות הטיפול כדי למנוע הישנות ההפרעה.

כמתבקש, נתחיל בהערכה קוגניטיבית, רגשית והתנהגותית, ואם יש צורך אז גם רפואית-פיזיולוגית של המטופל המכור. עוד יש להעריך את הגורמים הסביבתיים, המשפחתיים והחברתיים, שמלחיצים ומשפיעים על תהליך ההתמכרות ומגבירים את הסכנות לחוות תשוקה ולשמר את ההפרעה. יש לזהות משברים עכשוויים וקודמים, ולהעריך משאבים, חוזקות ודרכי התמודדות. חשוב לבחון גם את עמדתו של המטופל ותפיסתו את עצמו ואת הזוגיות שלו, את חשיבותה ומשמעותה של המיניות והאינטימיות עבורו ועוד. יש לאסוף מידע רלוונטי (לפעמים נסתר) מההיסטוריה המינית של המטופל או המטופלת. בהמשך ניתן חשיבות להחלטה האם ההתנהגות המינית היא מצבית, נקודתית, או חלק מדפוס רגשי-התנהגותי, לא נורמטיבי, על פי קריטריונים הערכתיים.

בסיום שלב ההערכה על המטפל והמטופל להבין מה המחירים והתוצאות בעקבות ההפרעה ואובדן השליטה, מה התגובות של בת או בן הזוג והמשפחה (כולל הילדים) לכך, כיצד מגיבה הסביבה החברתית, המעביד והמערכת המשפטית, אם מעורבת. באופן כללי, נוכח האפיונים האובססיביים הכפייתיים של ההפרעה, ישנם חוקרים הטוענים שהתנהגות זו נופלת לתוך הספקטרום הרחב של הפרעה אובססיבית כפייתית, OCD (Kaplan & Krueger, 2010). ניתן אפוא לאמץ עקרונות של MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) כהתערבות.

לעומת זאת, אם מסתכלים על הבעיה במסגרת התייחסות להתמכרות, יש לשקול אם אכן הימנעות טוטאלית (obstinance), בדומה למודלים הבנויים על 12 הצעדים, מייצגת יעד סביר או הגיוני שניתן להשיגו.

בטיפול הפרטני, התערבויות מקובלות למניעת הישנות התופעה כוללות הגדרת גבולות התנהגותיים והכרה והימנעות ממצבים רבי סיכון. מטפלים בהתמכרויות מיניות מונים לעיתים קרובות ניהול כעסים, הבניה קוגניטיבית מחודשת (cognitive restructuring), עימותים, contracting, הגדרת פיתרון מיני, הגדרת גבולות ההתנהגות, אמפתיה, ייעוץ בשכול (Grief counseling), הרפיה, דמיון מודרך, חשיפה בדמיון ובמצאות, קשיבות MBSR (Mindfulness Based - Stress Reduction), וגישות וטכניקות נוספות מבוססות ראיות מדעיות.

להלן פירוט של גישות טיפוליות מבוססות ראיות שבכוחן להועיל גם לטיפול בהתמכרויות מיניות.

המקרה של "ירון"

ירון, עו"ד מצליח בן 42, נשוי ואב לשלושה ילדים. בילדותו חווה תחושת נחיתות הנובעת מהיותו בן למשפחה קשת יום, שבה האב סמכותי ולעיתים אלים, נפשית ופיזית. ירון תמיד ניסה להצטיין במה שהוא עושה, בין אם מדובר בתחום הספורט, בלימודים או בתחום החברתי, במיוחד עם נשים. בקשריו עם נשים ראה דרך לחיזוק ההערכה העצמית שלו ולקידום המעמד החברתי שלו בקרב קבוצת השווים. במקצועו, למרות כישורים גבוהים, הישגים משמעותיים והכרה והערכה על ידי העמיתים, חווה הרבה לחצים ולא מעט חרדה בזמן הדיונים בבתי המשפט, מציפיותיהם של לקוחותיו ועוד יותר מציפיותיו מעצמו.

למרות שהנשים מכירות בכך שההתמכרות המינית אינה בהכרח קשורה בהן, קשה להן להאמין בזה. רובן מרגישות בלתי נחשקות וחלשות או טיפשות על כך שאין עוזבות את בן הזוג. הן גם נאבקות עם האופן שבו הן תופסות את בני הזוג המכורים למין כסוטים, חולים, אנוכיים ובלתי ראויים

ירון הגיע תחילה לטיפול פרטני, בעקבות התנהגותו המינית אשר הוגדרה על ידו ועל ידי אשתו כלא נשלטת מבחינת שכיחותה והדרישות ה"ביצועיות" מבחינה כמותית ו"איכותית" (תנחות, צפייה בסרטים מגבירי דחף ועוררות מינית ופעולותיה של אשתו). כמו כן, הוא נטה לביטוי כעס עוצמתיים, קושי בוויסות רגשי ובשליטה עצמית, ולאלו התלוותה תחושת אשמה והוא אפילו דיווח על תחושת בושה.

לצורך אבחון ערכנו לירון את מבחן SAST-R גרסה 2.0 (Sexual Addiction Screening Test) המיועד להעריך התנהגות מינית כפייתית או התנהגות מכורה למין. על פי הציונים שהתקבלו המטופל התאפיין בציונים גבוהים ב"דאגה למין", אובדן שליטה, הפרעה ביחסים הבין-אישיים עם אשתו, ומסתבר שכך גם עם המאהבת המועדפת (הייתה לו מאהבת נוספת), נוסף על הקשיים בוויסות רגשי.

ירון נמצא בשלב "ההתבוננות", השלב שבו הוא מודע לכך שיש לו בעיה שדורשת פתרון אפקטיבי. ירון היה מעוניין לזהות ולאמץ

פתרונות אפקטיביים יותר מאשר לדעת את הסיבות ואת מקורות ההפרעה (Prochaska et al., 1994, אצל Inbar, 2007).

היעדים הטיפוליים שנקבעו במישור הפרטני והזוגי

בעקבות ההערכה

1. זיהוי מצבי לחץ וחרדה, הקוגניציות המתווכות בין המצב והתנהגותו הדיספונקציונלית, המשמרת והמתחזקת.
2. טיפוח השליטה העצמית בדפוס ההתנהגות המינית.
3. טיפוח ויסות רגשי על ידי הבנת החשיבות של הוויסות הרגשי, קבלה, טיפוח העיבוד הרגשי, מניעה והתמודדות אפקטיבית עם לחצים וחרדות עוד.
4. טיפוח של קשיבות - MBCT לשינוי המחשבות האובססיביות וההתנהגות המינית הכפייתית.
5. טיפוח חמלה כלפי אחרים, ובמיוחד כלפי אשתו, וכן טיפוח חמלה עצמית.

ובמישור הזוגי והמשפחתי

6. טיפוח סוגי אינטראקציות חדשים, שינוי ה"ריקוד" הזוגי.
7. טיפוח קשר בטוח בין בני הזוג. טיפוח רפלקציה אמפתית, העמקת ההבנה לגבי עוצמת הרגשות ביחסים הזוגיים והמשפחתיים. החלמה מההתמכרות המינית וחיזוק הקשר בין בני הזוג ושאר חברי המשפחה.
8. טיפוח אינטימיות בריאה ואיכות חיים זוגיים משמעותיים. צמיחה ולבולב זוגיים.
9. לשני בני הזוג - ללמוד כיצד לווסת ולהתמודד עם תחושת האשמה והבושה.

ההתערבויות והטכניקות שיושמו עם ירון ואשתו נקבעו בהתאם ליעדים שצוינו לעיל ולגישה שהיא אינטגרטיבית בבסיסה. חלק מההתערבויות נלקחו ממודלים טיפוליים שונים, והן יושמו בשלבים שונים בתהליך הטיפול, הפרטני והזוגי, לצורך שיקום הזוגיות והמשך לצמיחה וללבולב בעקבות ההפרעה והמשבר.





להלן טבלה המפרטת את ההתערבויות והטכניקות שנקטו.

ההתערבויות והטכניקות	הגישה הטיפולית
טכניקות מבוססות על מודל זה להפחתת ההסלמה בין בני הזוג ויצירת אמון מחדש. De-escalating Conflict Cycle הן טכניקות של הבניה מחודשת של דפוסי אינטראקציה בין בני הזוג, שעוזרות לזהות חרדות וצרכים הקשורים לתאוריית ההיקשרות (attachment) ולהגברת האינטימיות, הצמיחה והשינוי. טכניקות נוספות להגברת האינטימיות בדרכים חדשות, כגון זיהוי החרדות, חוסר האמון ובנייתו מחדש, התמודדות עם בגידה. טכניקות להגברת המודעות לגבי רגשות וחשיבותם ביחסים הבין-אישיים. טכניקות לזיהוי, לעיצוב ולהעמקת רגשות חיוביים ממוקדי חוסן נפשי ברמת הפרט והזוג. טכניקות להתמקדות בפתרון ובעתיד על ידי אימוץ שפה ומיומנויות מבוססות טיפול קצר מועד ממוקד פתרונות (SFBT). טכניקות לייחוס מחדש ושינוי הנרטיב (טכניקות של CBT).	הגישה המערכתית, כולל המודל לטיפול זוגי ממוקד ברגשות: Emotionally Focused Couple Therapy
הבניה קוגניטיבית מחודשת ומותאמת להתמכרות למין. טכניקות של אתגור, של ייחוסים מחדש ושל הפקת קוגניציות אפקטיביות. ניתוח עלות מול תועלת לטווח המידי, לטווח הביניים ולטווח הארוך. חיפוש ראיות בעד ונגד חוסר היכולת לשלוט בקוגניציות והייחוסים להתמכרות למין. זיהוי, אתגור ושינוי עיוותי חשיבה. החץ היורד / המתקדם. מודלינג סמוי ומציאות של התמודדות אפקטיבית בדחף המיני הכפייטי. חשיפה במציאות ובדמיון למצבים מעוררי אי-נוחות וחרדה. טכניקות להפחתת הלחץ והחרדה ולטיפול החוסן הנפשי, השליטה העצמית וניהול הכעס. טכניקות של ויסות רגשי - הרפיה, דמיון מודרך, קשיבות. טכניקות טיפול ב-OCD - Obsessive Compulsive Disorder Fusion-Defusion - "השתחררות", קבלת הקוגניציות במקום "ניטרול המחשבות". חשיפה למצבים מעוררי גרייה ועוררות מינית. מניעת ההתנהגות. טכניקות לטיפול ההערכה העצמית והמסוגלות העצמית הרלוונטית (כגון דחיית הסיפוק, שליטה עצמית). טכניקות של היפנוזה עצמית קוגניטיבית. טכניקות שנלקחו מהמודל של 12 הצעדים (Parker & Guest, 2002). טכניקות של מניעת הישנות, Relapse prevention.	הגישה הקוגניטיבית ההתנהגותית עם זוגות
טכניקות לזיהוי וטיפול החוזקות - פרטניות ובזוגיות. טכניקות לטיפול האופטימיות והתקווה. טכניקות לטיפול סליחה, חמלה וחמלה עצמית לטיפול ביטוי הערכה. טכניקות לטיפול הצמיחה והבלבול הזוגי בעקבות משבר, ולטיפול משמעות ותכלית. טכניקות מבוססות קשיבות להגברת המודעות לריקנות ולטיפול תחושת מלאות. טכניקות מוכרות בקשיבות כגון סריקת הגוף, אכילה מודעת, מיניות מודעת, נשימה מודעת ועוד. טכניקות מבוססות קשיבות להתמודדות עם OCD: "מחשבה-התכה-פעולה", Thought-Action Fusion, ושל שינוי הרומינציה.	פסיכותרפיה חיובית וקשיבות

התמכרויות מיניות בקרב נשים

ממצאים אלה תומכים בחשיבות הטיפול בדיכאון ובשימוש בסמים או באלכוהול (Opitz et al., 2009) בטיפול במכורות ואולי אף לפעולות מניעה.

סיכום

המאמר מתמקד בהתמכרות למין והשפעתה על הפרט ומשפחתו. זוהי תופעה בעלת השפעה רבה על חיי הפרט, הזוג והמשפחה בתחומים שונים, ובהם איכות החיים, יציבותם של החיים המשותפים וכן היא משפיעה על האפשרויות לחוות רגעי אושר משמעותיים, לצמיחה אישית ומערכתית. בחרנו להתמקד בתופעה רלוונטית זו בדגש על ההיבטים הזוגיים והמשפחתיים, היבט שמחבר בין ניסיונו הטיפולי עם מקרים כאלה לבין הידע שבספרות המקצועית.

ביריעה שעמדה לרשותנו ניסינו לשלב דוגמאות רלוונטיות ולספק מבט והגדרה רב ממדית רחבה של התופעה. אנו מאמינים שעל מנת למנוע הישנותה של ההתמכרות המינית או למניעת מיניות כפייתית, לא די בטיפול פרטני או קבוצתי בלבד. רצוי לשלב את בנות או בני הזוג בתהליך, ואולי אף אחרים במערכת המשפחתית המושפעת כולה מקיומה של הפרעה זו. אנו מעודדים קיומם של מחקרים מתמשכים לצורך הערכת האפקטיביות הטיפולית והגברתה על מנת לסייע להתגבר על הבעיה ולפתח שוב תחושת Well Being בקרב הפרט, הזוג והמשפחה.

המחקר על התמכרויות מיניות של נשים הוא מועט ומתרכז בעיקר בהתמכרות של נשים לסקס וירטואלי. במחקר אושר הקשר בין ההתמכרות המינית אצל הנשים להתעללות רגשית בילדות כולל גם התעללות מינית. אושר גם הקשר בין התמכרות מינית להיסטוריה של שימוש באלכוהול וסמים. למעלה ממחצית הנשים המכורות הציגו תסמינים של פוסט-טראומה (Opitz, Tsytarev & Froh, 2009). כמו כן, נמצא כי דיכאון הוא גורם מתווך בין התעללות רגשית בילדות להתמכרות מינית בבגרות. כלומר, התעללות רגשית בילדות גורמת לדיכאון, שיכול להוביל להתמכרות המינית, או לחילופין, התעללות מינית בילדות מובילה להתמכרות מינית אשר מובילה לדיכאון.

עוד נמצא במחקר של Opitz et al. (2009) כי הלכידות ויכולת ההסתגלות של משפחת המקור (Family cohesion and adaptability) נמצאות ביחס הפוך להתמכרות מינית. מרבית הנשים במחקר הגיעו ממשפחות "מנותקות" (Disengaged families), משפחות שבהן חברי המשפחה לא מעורבים ולא מחויבים זה לזה, או ממשפחות נוקשות (rigid families). כמו כן, מרבית הנשים תפסו את אביהן כאדם פחות אכפתי, פחות מטפח ופחות חם. האבות נתפסו גם כמגוננים יתר על המידה, שתלטניים ואף פולשניים (Opitz et al., 2009).

מקורות והמלצות לקריאה נוספת

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Pub.
2. Bancroft, J. & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or what?. The Journal of Sex Research, 41, 3 Psychology Database, 225-233.
3. Bergner, R. & Bridges, A. (2002). The significance of heavy pornography involvement for romantic partners. Research and clinical implications. Journal of Sex and Marital Therapy, 28, 193-206.
4. Bird, M.H. (2006). Sexual addiction and marriage and family therapy: Facilitating individual and relationship healing through couple therapy. Journal of Marital and Family Therapy: Jul 2006, 32, 3, 297-311.
5. Carnes, P. (1983). Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare.
6. Carnes, P. (1991). Don't call it love: Recovery from sexual addiction. New York: Bantam Books.
7. Cooper, A., Delmonico, D. & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. Sexual Addiction and Compulsivity, 7(1-2), 5-29.
8. Corley, M. & Schneider, J. (2002). Disclosing secrets: Guidelines for therapists working with sex addicts and co-addicts. Sexual Addiction and Compulsivity, 9, 43-67.
9. Didonna, F. (2009). Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. in Didonna, F. (ed), Clinical Handbook of Mindfulness (pp. 185-219), New York: Springer.
10. Didonna, F. (2019 in press). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD. New York: The Guilford Press.
11. Earle, R. & Crow, G. (1989). Lonely All the Time, New York: Pocket Books.
12. Heaton Matheny, J.C. (1998). Strategies for assessment and early treatment with sexually addicted families, Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment and Prevention, 5, 1, 27-48.



13. Hentsch-Cowles, G. & Brock, L. (2013). A Systemic Review of the Literature on the Role of the Partner of the Sex Addict, Treatment Models, and a Call for Research for Systems Theory Model in Treating the Partner. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 4, 323-335.
14. Inbar, J. (2007). *Terapia Integrativa Cognitiva Conductual, Sistémica y Positiva del Alcoholismo*. in *Nuevas Adicciones: Al Trabajo, Internet, Drogas, Celular, SMS, Juego, Amor*, Buenos Aires: Vergara Ediciones. 103-126.
15. Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
16. Kaplan, M.S. & Krueger R.B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res*. Mar; 47(2), 181-98.
17. King, S. (2003). The impact of sexually compulsive behaviors on clergy marriages: Perspectives and concerns of the pastor's wife. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 10, 193-199.
18. Laaser, M. (1996). Recovery for couples. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 3, 97-109. Lampis, J., Cataudella, S. Busonera, A. & Skowron, E.A. (2017) The Role of Differentiation of Self and Dyadic Adjustment in Predicting Codependency. *Contemp Fam Ther* 39, 62–72.
19. Milrad, R. (1999). Co-addictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 6, 125-136.
20. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior* New York: The Guilford Press.
21. Miller, W.R. , Yahne, C.E. & Tonigan, J.S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.
22. Opitz, D.M., Tsytsarev, S.V. & Froh, J. (2009). Women's Sexual Addiction and Family Dynamics, Depression and Substance Abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16:4, 324-340.
23. Parker, J. & Guest, D. (2002). The Integration of Psychotherapy and 12 Step Program. In Carnes, P. and Adams, K. (eds), *Clinical Management of Sexual Addiction* (pp. 115-124). New York: Brunner-Routledge.
24. Phillips, L.A. (2006). Literature Review of Research in Family Systems Treatment of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13:2-3, 241-246.
25. Raviv, M. (1993). Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 9, 17-31.
26. Schneider, J. (1989). Rebuilding the marriage during recovery from compulsive sexual behavior. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 38, 288-294.
27. Schneider, J. & Schneider, B. (1990a). Sex, lies, and forgiveness: Couples speaking out on healing from sex addiction. New York: HarperCollins.
28. Schneider, J. & Schneider, B. (1990b). Marital satisfaction during recovery from self-identified sexual addiction among bisexual men and their wives. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 16, 230-250.
29. Schneider, J. (2000a). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 249-278.
30. Schneider, J. (2000b). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 31-58.
31. Schneider, J., Corley, M. & Irons, R. (1998). Surviving disclosure of infidelity: Results of an international survey of 164 recovering sex addicts and partners. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 5, 189-217.
32. Sprenkle, D. (1987). Treating a sex addict through marital sex therapy. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 36, 11-14.
33. Swisher, S. (1995). Therapeutic interventions recommended for treatment of sexual addiction/compulsivity. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 2, 31-39.
34. Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N. & Lykins, A.D. (2017). Hypersexuality: A critical reviews and introduction to the "Sexhavior Cycle". *Arch. Sex Behav.* 46, 2231-2251.
35. Wan, M., Finlayson, R., & Rowles, A. (2000). Sexual dependency treatment outcome study. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 177-196.
36. Wessing, L., Ferril, M. Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S.R., Folch, C., Dolan, K., Galvin, B., Vickerman, P., Lazarus, J.V., Mravčík, V., Kretschmar, M., Sypsa, V., Sarasa-Renedo, A., Uusküla, A., Paraskevis, D., Mendão, L., Rossi, D., van Gelder, N., Mitcheson, L. Paoli, L., Diaz Gomez, C., Milhet, M., Dascalu, N., Knight, J., Hay, G., Kalamara, E., Simon, R., EUBEST working group, Comiskey, C., Rossi, C., & Griffiths, P. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: A consensus study. *Harm Reduction Journal*, 14, 19.
37. Young, K., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 59-74.

אופ"י זה כל הסיפור התערבות שניונית, תוך בית ספרית, לתלמידים בכיתות ט'-יב' על סף סיכון ובסיכון המשתמשים באלכוהול, טבק או סמים

קרן רוט איטח, ד"ר חיים מהל, יורם שליאר, רותי תוינה

המתנסים בשימוש בטבק, אלכוהול או סמים עלולים לפתח בעיית שימוש. מכאן החשיבות של מתן מענה ייחודי ומותאם בתוך המסגרת החינוכית שבה הם שוהים שעות רבות על ידי איש מקצוע מתוך בית הספר.

לפני כ־15 שנה התחדדה בשפ"י משרד החינוך ההבנה כי גיל תחילת השימוש ושיעורי השימוש בטבק, אלכוהול וסמים בשנים 2004-2005 בקרב בני נוער בגילאי תיכון בישראל מעידים על צורך באיתור ובפיתוח תוכנית ייחודית להתערבות שעל הרצף שבין מניעה לטיפול, כזו שתיתן מענה לתלמידים על סף סיכון ובסיכון, וזאת נוסף לתוכניות המניעה האוניברסליות הקיימות בתוכנית כישורי חיים המועברת לכלל התלמידים בכיתה. כך נולדה תוכנית אופ"י (אימון ופיתוח יכולות התמודדות).

הבסיס לתוכנית אופ"י אותר על ידי הגב' ריקי צימר וד"ר חיים מהל מהרשות למלחמה בסמים, והותאם לעבודה עם מתבגרים במסגרות החינוך בישראל על ידי אנשי מקצוע מהרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול וממשרד החינוך - שפ"י. התוכנית הותאמה ותורגמה גם לעבודה בחברה הערבית, וכן פותחה תוכנית הכשרה להנחיה, לייעוץ חינוכי ולעובדים סוציאליים ולפסיכולוגים חינוכיים. התוכנית מבוססת על SAP (Student Assistance Program), התערבות קבוצתית לטיפול במשתמשים בגראס, שנכתבה והופעלה בקרב סטודנטים בארצות הברית (Wagner, Kortlander & Morris, 2001). מטרות התוכנית הן הפחתת השימוש בחומרים מסוכנים, חוקיים ובלתי חוקיים, ושיפור היכולת להתמודד עם מצבי חיים בדרכים מסתגלות.

תוכנית אופ"י נותנת מענה תוך בית ספרי לתלמידים בתחילת רצף השימוש, כלומר תלמידים בשלב של התנסות או שימוש מזדמן. מדובר בתוכנית התערבות קבוצתית חינוכית-טיפולית, המבוססת על הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, ומשולבים בה מרכיבים הבעתיים ורגשיים. זוהי התערבות קבוצתית

המציאות החברתית שבתוכה פועלים מוסדות החינוך מורכבת, משתנה ומאופיינת במסרים מורכבים ולעיתים מבלבלים. השיח הציבורי בנושא השימוש בקנאביס משפיע על מתבגרים. בשיח זה עולות מגמות שונות כגון עניין הלגיטימציה של הקנאביס ושינויים במדיניות האכיפה לבגירים העושים שימוש עצמי בקנאביס (אכיפה חלופית - מתן קנס בפעמיים הראשונות החל מ־1 באפריל 2019). עישון סיגריות, שימוש בסיגריות אלקטרוניות ושתיית אלכוהול בתרבות הפנאי של המבוגרים משפיעים אף הם על המתבגרים.

בני הנוער שותים אלכוהול, מעשנים סיגריות ומשתמשים במוצרי טבק אחרים. שתיית אלכוהול מהווה מרכיב מרכזי בתרבות הפנאי, והשימוש במסכים משתלט על מרחבי החיים של ילדים וצעירים כאחד. שימוש בקנאביס נתפס כלגיטימי, וקיימת אצלם ירידה בתפיסת המסוכנות שלו (גראס או מריחואנה). אנו עדים לעלייה בשיעור המתנסים והמשתמשים בו באופן מזדמן.

ממצאי המחקר "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל" (הראל-פיש ואחרים, 2014), בנוגע להרגלי שימוש באלכוהול וסמים בקרב בני הנוער בישראל, מעידים על עלייה משמעותית בשימוש בקנאביס (מ־5.6% בשנת 2011 לכ־10.5% בשנת 2014), וכן על עלייה משמעותית באחוז התלמידים שחושבים שאין סיכון בשימוש בו (מ־14.8% בשנת 2011 ל־24% ב־2014).

שימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב מתבגרים מספק מענה "מידי" אך לא מותאם לתחושות של בלבול, חרדה ומצוקה האופייניים לגילם, ומסכן את התפתחותם התקינה. על פי סקר ניהול אלימות של משרד החינוך תשע"ז (ניטור, 2018), 49% מתלמידי י-י"א דיווחו על שימוש באלכוהול (שתיית בירה, בריזר או סמירנוף אייס), ו־28% דיווחו על שתייה עד להשתכרות. תלמידים בחטיבה העליונה ובכיתות הגבוהות בחטיבת הביניים

קרן רוט איטח, ממונה תחום סמים, אלכוהול וטבק, שפ"י משרד החינוך. Karenroth@education.gov.il

ד"ר חיים מהל, מרצה במכללת עמק יזרעאל, בעבר ראש אגף טיפול ושיקום ברשות למלחמה בסמים. ממפתחי התוכנית אופ"י.

יורם שליאר, פסיכולוג חינוכי מומחה, לשעבר נציג הפ" ברשות למלחמה בסמים. ממפתחי התוכנית אופ"י, מנחה הכשרות המנחים.

רותי תוינה, מדריכה ארצית ומרכזת תוכנית אופ"י ביחידה למניעת השימוש בסמים, אלכוהול וטבק, שפ"י משרד החינוך.



על הנחיית הקבוצה. בוגרי התוכנית הממשיכים להנחות קבוצות ממשיכים להשתתף במפגשי הדרכה, ומתוגמלים על ההנחיה. מדי שנה מתקיימות ברחבי הארץ, במחוזות ובמגזרים השונים, כ-100 קבוצות שבהן משתתפים כ-700 תלמידים. בשנים שבהן מופעלת התוכנית התקיימו 37 הכשרות במחוזות השונים. כ-370 יועצים חינוכיים, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים חינוכיים סיימו אותן ומוכרים כמנחי אופ".

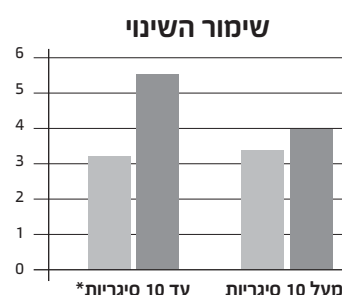
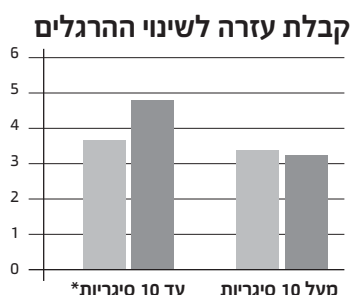
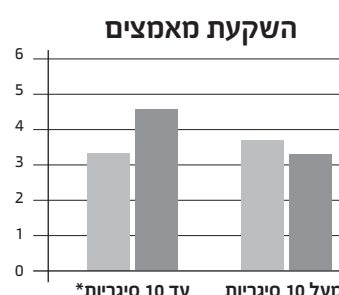
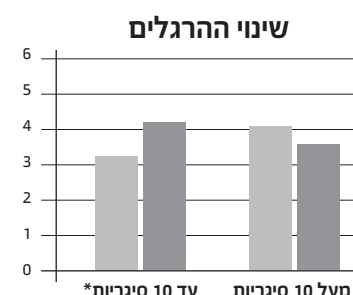
תוכנית אופ" עברה מחקרי הערכה (שגי, ראובני ועזר, 2010; שגי וגילת, 2013) שבהם לקחו חלק מנחות ומנחים בתוכנית ומשתתפי התוכנית בפועל, בהשוואה לקבוצות ביקורת. נבדקו גם בוגרי התוכנית, כאלה שהשתתפו בה שנה עד שלוש שנים קודם לכן. במחקרים נמצא כי קבוצת אופ" נתפסת על ידי המשתתפים כמשפיעה לחיוב על התמודדות עם חומרים אסורים, לימודים וביטחון עצמי, וכי קיימת מודעות לנזק שבצריכה של חומרים אסורים ובעיקר השתכרות. תלמידים שהשתתפו בקבוצות אופ" מבטאים שינוי חיובי בעמדות כנגד שימוש בחומרים אסורים, עמדות חיוביות לשינוי, כלומר הפחתה או הפסקה של עישון ושתיית אלכוהול, עלייה בתחושת השליטה העתידית בשימוש בחומרים אסורים וירידה ברצון ליטול סיכונים. הם מזהים את היועצת כמקור תמיכה וכגורם שאליו ניתן לפנות לעזרה, וכן תפיסותיהם כלפי בית הספר חיוביות בהשוואה לקבוצת הביקורת. עוד ציינו כי התוכנית משדרת להם שבבית הספר דואגים להם, ולכן הם מרגישים שייכים ויכולים "לחלום על עתיד טוב יותר". להלן היבטים הקשורים להשפעת התוכנית על המשתתפים על סמך הערכתם האישית.

אינדוקטיבית לקבוצת תלמידים שנבחרת על סמך המלצת הצוות החינוכי ויועצת השכבה. המשתתפים בה בוחרים להשתתף מרצונם או שחויבו לכך כחלק מתוכנית טיפולית שתואמה עם קצין מבחן לנוער בעקבות שימוש עצמי בגראס.

מנחה הקבוצה, לרוב הוא היועץ החינוכי, מאפשר לתלמידים מרחב ו"במה" לשיח על בעיות גיל ההתבגרות ולנרמול התחושות והקשיים שלהם. העבודה בקבוצה מאפשרת לתת להם תמיכה זה לזה, לסייע להם בפיתוח מודעות עצמית והיכרות עם דפוסים אוטומטיים שלהם בהתמודדות עם מצבי חיים ובתוכם מצבי לחץ. התוכנית מאפשרת גם רכישת כלים שיסייעו להם לשפר את הניהול והשליטה בחייהם ואת יכולת ההתמודדות בדרכים מסתגלות, להציב לעצמם מטרות ולהשיג אותן, לבדוק ולבקר את עצמם, לפתח את היכולת לפנות לעזרה ולהיעזר, ולשנות דפוסי התנהגות בלתי יעילים ובלתי רצויים עבורם.

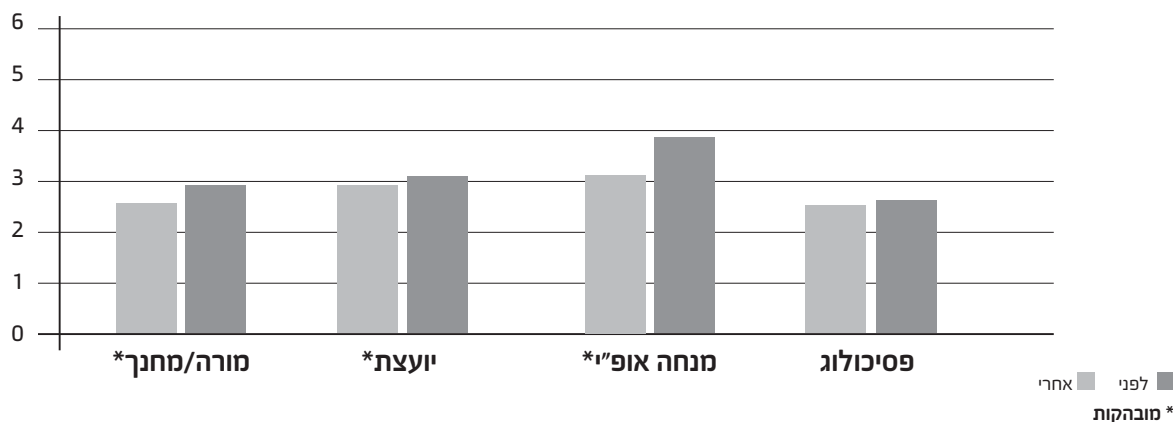
תוכן המפגשים מובנה ברובו. הסדנאות עוסקות במגוון נושאים כגון הגדרת מטרות לשינוי, איתור הגורמים המפעילים או הנסיבות להופעת התנהגויות מסוימות, ניטור שבועי של ההתנהגות הבלתי רצויה, סגנונות ומיומנויות תקשורת, התמודדות עם מצבי לחץ, חלופות, מחויבות לשינוי, מעידה ומניעת חזרה לשימוש, תמיכה ופנייה לעזרה. זה כ-14 שנים מתקיימות מדי שנה 2-3 הכשרות להנחיית קבוצות אופ" במחוזות שונים בארץ לבקשת המפקחים על הייעוץ. בהכשרות משתתפים יועצים חינוכיים, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים חינוכיים. תוכנית ההכשרה כוללת 60 שעות אקדמיות ושני שלבי פרקטיקום. המשתתף מחויב להנחות 2 קבוצות תלמידים במסגרת חינוכית ולהשתתף במפגשי הדרכה

רצון לשינוי, השקעת מאמצים, קבלת עזרה ושימור השינוי בקרב המעשנים בזיקה לכמות ולמועד (עד 10 סיגריות לפני 35 אחרי 22, מעל 10 סיגריות לפני 35 אחרי 31)



■ לפני ■ אחרי
* מובהקות

הבדלים בנכונות לפנייה למקור הפורמלי בזיקה למועד המדידה



- "התובנה שלי היא שזה מאוד משמעותי שיועצת השכבה עושה את הקבוצה, היא מהדקת את הקשר עם הילדים ויש שיפור גם בתחומים אחרים של חייהם".

לסיכום

התנסויות בעישון, בשתיית אלכוהול ושימוש בסמים הן התנהגויות חברתיות נפוצות בגיל ההתבגרות בימינו. חלק מהמתבגרים המתנסים בשימוש בחומרים עשויים להתמיד בהתנהגויות אלה עד להתמכרות, במיוחד אם קיימת אצלם מצוקה רגשית ואם השימוש בחומרים מהווה עבורם "ריפוי עצמי" (ראובן ותורג'מן, 2018).

מאפייני גיל ההתבגרות גורמים לכך שמתבגרים חיים בהווה, ב"כאן ועכשיו". הם יודעים שקיים עתיד אולם מבחינה רגשית הם מרוכזים רובם ככולם במתרחש בהווה. בשל כך הם מצויים בסיכון לבצע מעשים שהם עלולים להתחרט עליהם בהמשך, וחשוב לסייע להם בבלימת הידרדרות.

חשוב לתת מענה לתלמידים שבתחילת רצף השימוש בתוך המסגרת החינוכית נוכח הנתונים על התנסות בשימוש בחומרים בקרב בני הנוער בישראל, והידע המצטבר בדבר הסיכונים הכרוכים בכך עבורם. חשיבותו של מבוגר כגורם חוסן וחשיבות קבוצת בני הגיל כגורם מסייע ותומך עבורם, הם משמעותיים, ותוכנית אופ"י מאפשרת מקום לזה.

תוכנית אופ"י מהווה חלק מהמענים הבית ספריים המקדמים אקלים מיטבי וכישורי חיים והתמודדות. השתתפות בקבוצה מאפשרת לתלמידים מרחב לחיזוק האופ"י - אימון ופיתוח כישורי ההתמודדות, ובכך עשויה להשפיע על התפקוד וההתפתחות המיטבית של התלמידים ולמנוע התפתחות של בעיות שימוש והתמכרות לחומרים מסוכנים.

לרשימת המקורות, ראו באתר הפ"י.

בקרב בוגרים שהשתתפו בתוכנית בעבר נמצא כי העמדות כלפי תרומת קבוצת אופ"י לא השתנו עם חלוף השנים. גם כעבור שנתיים ושלוש שנים מזמן ההשתתפות בקבוצה ציינו הבוגרים את התרומה של הקבוצה כפי שתפסו אותה עם סיומה. הם ציינו את תרומת הקבוצה להפחתת העישון והשתייה ולעיתים אף להפסקתה, את תרומת הקבוצה ליחסים לבית הספר וללימודים, לביטחון העצמי שלהם ולכוחות ההתמודדות הן בהקשר של עישון ושתייה והן לגבי מטלות החיים. הם קוראים להמשיך בקבוצת אופ"י בשנים הבאות, לפתוח אותה בפני תלמידים נוספים ואף להמשיך אותה מעבר לפרק הזמן אשר בו היא מתקיימת.

מדברי תלמידים במחקרי ההערכה

- "הרגשנו שזה עוזר לנו להתמודד עם מצבים בחיים. יש לי יותר שליטה על עצמי, אני עושה מה שאני רוצה, עכשיו אנחנו לא דוחפים את הראש לכל מקום, קודם הסקרנות הרגה את החתול".
- "הקבוצה הזאת עשתה לי שינוי בהתנהגות בלימודים, ההתפרצויות, אני חושב רגע לפני, אם אני אתפרץ אני אגיע למצבים שאני לא רוצה, למדתי לחשוב לפני מעשה".

מדברי מנחות שלקחו חלק בתוכנית

- "הסדנה תורמת לקשר שלי כיועצת עם שכבת הגיל, פותחת ערוצים עם ילדים שקשה להגיע אליהם וחושפת תכנים שלא מגיעה אליהם בערוצים הרגילים. במפגשים עולים דברים מאוד אישיים ואינטימיים".
- "לבנות יש צורך עצום בקבוצת תמיכה, [הן] רוצות וצריכות והרוויחו מזה. יש השפעה כללית על תפקודן בבית הספר, למשל ניגשו יותר למתכונות".



התמכרות: מתבגרים והורים

ראיון עם ד"ר דוד גרין

ראיינה וערכה ד"ר מירי נהרי

כפטריות אחר הגשם), קריאת ספרים או עיתונות, האזנה למוזיקה, השקעה בעבודה ובקריירה. החברה היא זו שפוסקת מתי התמכרות מסוימת היא חיובית ורצויה ומתי היא שלילית ולא מקובלת. החברה היא גם זאת שקובעת מתי חומר מסוים או התנהגות מסוימת הם חוקיים או בלתי חוקיים, לכן גם השאלה אם השימוש בהם הוא פעילות פלילית היא תלויה חברה. לדוגמה, קנאביס, או בשמו הקודם מריחואנה, שהחברה המערבית נלחמה בו קשות במשך שנים, קיבל בשנים האחרונות תיוג חדש כשהוגדר כחומר רפואי. השימוש בקנאביס נמצא בדרך להפוך לחוקי, ואז השימוש בו לא יחשב עוד כפעילות בלתי חוקית או פלילית. ראוי לציין שההגדרה היחסית של החומרים היא מעשה החוק, מכיוון שהמחשבה מגיב באותה צורה אם החומר נקנה אצל סוחר סמים, נרשם על ידי פסיכיאטר, נקנה בבית המרקחת כתוסף מזון מרגיע וכו'. שינויים אלה הם תמיד פועל יוצא של תפיסה ערכית חברתית. כך היה מחוק היובש בתחילת המאה הקודמת בארצות הברית עד לתנועת המחאה העכשווית MeToo, למשל, שכן בעבר תקיפה מינית של נשים הייתה התנהגות גברית מקובלת בחברה, וכיום זו התנהגות בלתי חוקית, שכלפיה מופעלת מערכת ענישה ויש גם קליניקות לגמילה מהתמכרות לסקס או לפורנוגרפיה. מהן התמכרויות או ההתנהגויות לא חוקיות זה עניין זרם, משתנה, שאינו יציב ואינו מקובע. יש כאן שאלה ערכית, פילוסופית-חינוכית-סוציולוגית, שאין לה תשובה חד משמעית. ההגדרה של התמכרות כחיובית או כשלילית, של התנהגות כמותרת או כאסורה, היא במובן מסוים שרירותית, וקשורה לתהליכים פסיכו-סוציאליים. למשל, אלכוהול אסור בחברה המוסלמית, ואילו בחברה המערבית הוא חוקי, מותר ואף נערץ. מחקרים אמפיריים הוכיחו מזמן ששימוש באלכוהול וניקוטין יכול לגרום לנזק חמור בהרבה משימוש במריחואנה. ולמרות זאת, מסיבות היסטוריות ותרבותיות, אלכוהול מותר חוקית ואילו עישון קנאביס אסור ואינו חוקי עדיין במרבית החברות. אנו רואים עכשיו את המעבר מהפללה ללגליזציה ביחס לשימוש או להתמכרות לאותו חומר, והקנאביס נמצא בתהליך של הפיכתו לחומר חוקי ומקובל בתרבות, ואפילו נחשב בריא. כפי שאמרתי, לכל אדם יש נטייה לפתח התנהגות שיכולה להפוך

ד"ר דוד גרין הוא מומחה בכיר בפסיכולוגיה קלינית, בעל תואר דוקטור בהצטיינות יתרה מאוניברסיטת תל אביב. מרצה ומרצה בכיר (לשעבר) באוניברסיטאות תל אביב, בר-אילן ומכללת סמינר הקיבוצים. חבר בוועדת מאן הבין-משרדית והבין-מוסדית לשימוש בסמים. מייסד מכון גרין לפסיכולוגיה מתקדמת. תחומי ההוראה והמחקר שלו הם: פסיכולוגיה ופסיכופתולוגיה של גיל ההתבגרות, פסיכולוגיה של התמכרות, חומרים פסיכואקטיביים - מניעה וטיפול, תופעת ה"חזרה בתשובה" וה"ציאה בשאלה", כתות וקבוצות סמכותניות וחקר השיח. ד"ר גרין פרסם מעל 50 פרסומים, מאמרים וספרים.

איך אתה תופס את תופעת ההתמכרות ומהם הרעיונות שמנחים אותך בעבודתך הטיפולית בהתמכרות?

התמכרות, לתפיסתי המתומצתת, היא הנטייה של אדם לעסוק בפעולה חזרתית סביב אובייקט, רעיון, חפץ, התנהגות או חומר מסוים, החוזרת על עצמה, שעוצמתה הולכת וגדלה מבחינת הקשר אל האובייקט ויכולתו לשלוט בהתנהגות זו הולכת וקטנה. הבסיס להתמכרות הוא העונג, ההנאה והאוויר שהאדם חש בחיבור אל מושא ההתמכרות. ניתן לומר שביסודו האדם הוא חיה מתמכרת, ואין חומר, התנהגות או רעיון, שהאדם לא יכול לפתח כלפיהם התמכרות. למשל, שתיית הקפה בבוקר יכולה להיות התמכרות, כשאדם מרגיש שאינו יכול לתפקד בלעדיו. יכולה להיות התמכרות גם לסוכר, לפחמימות, ולמעשה כמעט לכול סוג מזון, ומכאן תופעת עודף המשקל הקשה והנפוצה. ישנן התמכרויות נפוצות ומוכרות יותר, כגון ל"חומרים פסיכואקטיביים", המשפעים על הנפש או על התודעה. הם נקראים במילה גנרית "סמים", והם כוללים גם קפה ואלכוהול. אולם אפשר להתמכר גם לפורנו, למכשירים דיגיטליים, לקניות, לעבודה ועוד. ניתן לחלק את ההתמכרויות לשני סוגים: התמכרויות שהחברה מקבלת ואף מתגמלת את המכור על כך והתמכרויות שהחברה אינה מקבלת ומענישה את המתמכר. דוגמאות להתמכרויות שהחברה מקבלת ומחזקת הן: עיסוק בספורט (ראו מספר המרתונים שמציף את ערי ישראל, או חדרי הכושר הצומחים

ד"ר מירי נהרי היא פסיכולוגית חינוכית וקלינית בכירה.

הופכת להרגל שפוגע בהתנהלות החיים, ואז הוא נקרא שימוש לרעה - abuse. לבסוף מתפתחת ההתנהלות שהיא ההתמכרות, ובאנגלית - misuse. בשלב זה המשתמש מגיע למצב שבו הוא מאבד שליטה על ההתנהלות הקשורה לאובייקט ההתמכרות. בשלב השני, שלב ה-abuse, ההתמכרות יכולה לעזור או להקל על התפקוד. כך למשל, חומרים פסיכואקטיביים יכולים להרגיע או להוריד מתח, ובמובן מסוים יכולים לשפר את התפקוד ואת מצב הרוח בשלב זה. דוגמא אחרת, למשל, היא חומרים משחררי עכבות, כמו אלוהול. חומרים כאלה מקלים ביצירת קשרים בין אישיים, שבלעדיהם המתבגר מרגיש "משותק". ודוגמא אחרת היא כשחומרים מייצרים הזיות כגון LSD, ומעניקים למשתמש חוויה מהנה ומרגשת של ניתוק מהמציאות. ככל שהחומרים גורמים לחוויות נדירות ורבות עוצמה יותר, שאין אפשרות להפיק אותן ללא חומרים חיצוניים לגוף, מתפתחת התלות והתשוקה לחזור שוב ושוב לחוויה הייחודית של שינוי מצב תודעה, ועולה הסיכון שהשימוש יהפוך להרגל בלתי נשלט, כלומר יהפוך להיות כפייתי וכרוני, ללא שליטה.

האם אפשר למנוע התמכרות של צעירים? מהו המרחב ההורי שיכול לעזור למניעת התמכרות?

המונח מניעה (prevention) הוא מושג רפואי המתייחס לפעולה שמקיימים באופן מכוון כדי לשלול הופעת מחלה. בהשאלה אומץ המודל הרפואי כדי להבין ולהסביר תהליכים שיביאו להימנעות משימוש בחומרים פסיכואקטיביים. ברפואה קיימות שלוש רמות של מניעה: ראשונית, שניונית ושלישונית. המניעה הראשונית מתבצעת לפני שהמחלה פורצת. אני מדבר על מתן חיסון, שעיקרו יצירת נוגדנים בגוף שימנעו בהמשך הופעתה של מחלה. מניעה שניונית היא התערבות כשהמחלה כבר קיימת, ומטרתה למנוע החמרת המצב וחזרה למצב הבריא. המניעה השניונית כוללת את שלב הטיפול וההחלמה. מניעה שלישונית מתרחשת בדרך כלל אחרי שהמחלה כבר פעילה באופן חמור, והפעילות הרפואית עוסקת במאמץ שמצבו של החולה לא יחמיר ושהוא לא ימות. בפסיכולוגיה שלוש הפזות של המניעה בתחום ההתמכרות כוללים גם חיסון ונוגדנים דרך פיתוח עוצמה פנימית אצל הילד או המתבגר בתהליך החינוך. נוגדנים הם תחושה בהירה של תפיסת עולם מגובשת, הבנה של מי אני ומה עמדותי לגבי העולם, ופיתוח מערכת ערכית ברורה המאפשרת לצעיר לקבל החלטות להטבת עצמו, החברה והעולם שלו. "נוגדנים" פסיכולוגיים בהקשר זה יהיו תובנות ערכיות של מורכבות הדברים הסובבים וכישורים מוסריים לגבי מה "כן" ומה "לא", או במילים אחרות, תפיסה המאפשרת לאדם, בכל גיל, לנהוג באופן נכון כלפי עצמו וכלפי הזולת. התנהלות נבונה כדי למנוע התמכרות, או "צריכה נבונה", תהיה,

להתמכרות. ההתנהלות תיחשב או תוגדר כהתמכרות כאשר היא הופכת לפוגענית למתמכר, מסכנת את בריאותו או פוגעת בהתנהלות התקינה של חייו. למשל, הגיע אלי פציינט שנשלח על ידי רופא המשפחה לטיפול פסיכולוגי בעקבות התמכרות לאוננות. אוננות היא, כמובן, התנהלות תקינה ובריאה, עד שהתכיפות והעוצמה פוגעות בתפקודו ובבריאותו הפיזית והנפשית של המאונן. זוהי הפרעה טורדנית כפייתית (OCD) המוגדרת לעיתים כהתמכרות או כמבוססת על נטייה להתמכרות, אף כי מדובר בשתי תופעות שונות גם באטיולוגיה שלהן וגם בביטויים ההתנהגותיים.

המשתנה החשוב בשאלה מתי התנהלות כפייתית מוגדרת מבחינה קלינית כהתמכרות, הוא נושא הנזק המוכח ליחיד עקב התנהגותו ההתמכרותית. הנזק יכול להיות פגיעה רפואית, מנטלית, התנהגותית, חברתית או תפקודית. השאלה אם ההתנהלות חוקית או לא היא שאלה מתחום החוק, המוסר וחופש הפרט. אם ההתנהלות של הפרט היא במסגרת החוק והוא אינו פוגע אלא בעצמו, כגון אלוהוליסט, שברוב המקרים מוגדר כחולה הסובל מהפרעה נפשית (DSM-v), שאינו נוהג, האם אפשר לטעון שהתנהגותו הממכרת אסורה ודורשת ענישה, אף ששתיית אלוהול מותרת בחברה? במקרה כזה העברין הוא למעשה קורבן של החברה, ועל הנושא מתקיים ויכוח סוציולוגי-פסיכולוגי-פילוסופי.

האם תוכל להרחיב בנושא התמכרות של ילדים ומתבגרים?

החברה היום מציעה מרכול אדיר של פעולות שונות, זמינות ומפתות לילדים ולנוער. אלה יכולות להיות פעולות שיהפכו להתנהגויות רפטיביות על חשבון פעילויות התפתחותיות חברתיות חשובות אחרות, שהופכות במהירות ובאינטנסיביות להתמכרות. מוכרת התופעה שילדים מפסיקים ללכת לבית הספר ועוסקים כל היום במשחקי מחשב, או התופעה שילדים מקיימים קשרים אינטנסיביים דרך תקשורת דיגיטלית אנונימית, היוצרת אצל הילד אשליה שהוא מוקף "חברים טובים" בווטסאפ, בטוויטר או באינסטגרם, אבל אין להם התנסות ממית בקשר בין-אישי חברי או אינטימי. הילד לא "יורד למטה", כמו שפעם קראו לזה, והולך עם חברים, משתף פעולה, רב או מתחרה, ואינו משתתף בפעילות שתורמת לפיתוח מיומנויות חברתיות אותנטיות, הנחוצות לאינטראקציה בין-אישית בכל הגילים. התמכרות היא תהליך, תהליך בשלבים. בקיצור אפשר להציג כמורכב משלושה שלבים: תחילה ישנו שימוש ראשוני, בשלב זה המתבגר או המשתמש רוצה לדעת מה זה ה"דבר" הזה, רוצה לנסות, למרוד, להוכיח עצמאות, או שזה נובע מלחץ חברתי ועוד. קוראים לשלב זה באנגלית use- עם הזמן ההתנהלות



הוא על חשיבות השיח המתמשך שבין ההורים והילד, שמאפשר לילד ולמתבגר לבנות תחושה עמוקה של שייכות ומשמעות בחייו. המוקד הנוסף של יצירת מרחב מונע התמכרות או מייצר נוגדנים הוא ההתנהלות ההורית עצמה. הורים שמעשנים חומרים אסורים לפי החוק, אוכלים באופן מתמכר, או מכורים לפעילות כגון התמכרות לעבודה או ניקיון כפייתי, לא עוזרים לילדיהם לפתח תפיסה ברורה של מותר ואסור, לא עוזרים לפתח הבנה של מרחב התנהגותי שבו בקצוות ישנה בעיה של שליטה. אך ישנו גם תווך התנהגותי אפשרי של בחירה, או "צריכה נבונה" מבחינת הכמות, האיכות, השכיחות או העיתוי. אפשר ללגום כוסית באירועים חברתיים, בלי להיות אלכוהוליסט, אפשר ליהנות ממשחקי מחשב, במידה, ובלי שזה יפגע באיכות החיים שמסביב, ואפשר לקיים קשר ברשת, לא במקום חברות של פנים אל פנים. כאשר נער מפנים "נוגדנים", התנסות בסמים או באלכוהול, לא תוביל להתמכרות. גם מפגש עם "מגייס" לאחת הכתות, למשל, המוגדרת היום בספרות המקצועית "תנועות דתיות חדשות", תהיה האידאולוגיה שלהן אשר תהיה, נער עם "נוגדנים" צפוי פחות להישאב לכת כזו, גם אם היא פועלת לשינוי מצב התודעה באמצעות חומרים פסיכואקטיביים או מילוליים, וגם אם המנהיג בה (לעיתים סוציופתי) שולט על התודעה ועל החיים של חברי הכת. מנהיג כזה לא יצליח להשתלט על החיים ועל האישיות של נער עם נוגדנים. דוגמא קשה לנושא ההתמכרות לכתות היא הפרשה של גואל ונשותיו. נשים צעירות, ללא נוגדנים, השתעבדו למנהיג ואיבדו כל שליטה על חייהן.

לא רק הורים, גם מורים לא מתפנים לעסוק בתהליך החינוכי המורכב של פיתוח שיח מעמיק עם התלמידים, שיח שיוכל להקניית כלים משמעותיים לחיים, שיהיו נוגדני התמכרות. מי שתופס תפקיד זה אחרי הטלוויזיה הן הכתות או התאגדויות כתתיות. מנהיג הכת אומר בפשטות: "החיים שלכם בזבל, אין להם משמעות, אין בהם ערך, בואו אלי", ואנשים זורמים. הם זורמים אל מי שמבטיח להם חיים משמעותיים ובעלי ערך וכיוון, ובעיקר השתייכות. כל עוד בית הספר אינו מחנך לחשיבה עצמאית וביקורתית, דפוס התנהגותי כזה יוצר יסודות של צייתנות וקונפורמיות המשפיעים על אופייה של החברה כולה.

החברה שלנו סוגדת לתרופות פסיכיאטריות. החברה שלנו מרשה ואף מקדמת את התפיסה שכדי ליהנות צריך לשתות, וכדי לתפקד צריך לצרוך חומרים כימיים מרגיעים, עם או בלי מרשם רופא. כך גם אפשר "להפוך" יום גרוע ליום רגוע, ומכאן שלהיות מפורסם בטלוויזיה, בתוכניות ריאליטי, זה משאת חיים. חברה כזו יוצרת מרחב מאפשר ואפילו מזמין להתמכרויות.

מי הם השותפים של ההורים ביצירת מרחב מפתח נוגדנים ובהתמודדות עם השלבים הראשוניים של התמכרות כשזו מתרחשת?

למשל, צריכה מבוקרת ומתוכננת של חומרים פסיכואקטיביים חוקיים שאינם פוגעים בתודעה באופן קריטי, אם בכלל. כך למשל לעניין שתיית אלכוהול במידה נאותה ובאירועים חברתיים בלבד. הפרסום האינטנסיבי בתקשורת לגבי "מי ששותה - לא נהג", מהווה דוגמא מעניינת של פיתוח נוגדנים להתנהגות ול"צריכה נבונה". כלומר, מותר לשתות, אבל אז אסור לנהוג. בגיל ההתבגרות התנסות בהתנהגויות, באירועים, במצבים חדשים, ברעיונות חדשים ולעיתים מסוכנים, היא הדרך האפקטיבית לגיבוש הזהות הבוגרת. התנסויות אלה שמשקפות מרד, הן חלק בלתי נפרד מתהליך התבגרות. מערכת ערכית ברורה תהווה ארגז כלים של נוגדנים שיאפשר התנסות עד הקצה מצד אחד, אבל גם עם בקרה פנימית מהצד השני. לא הליכה אל מעבר לקצה, אלא התנסות תוך שמירה על שליטה עצמית.

דרושים חמישה גורמים בסיסיים כדי לפתח תוכניות חינוכיות למניעת השימוש בחומרים פסיכואקטיביים: הרתעה, ערכים, מיומנויות חברתיות, חלופות לשימוש בחומרים פסיכואקטיביים ידיע.

מניעה שניונית במודל הפסיכולוגי של התמכרויות יכולה להיות אינטראקציה אמפתית עם גורמים סמכותיים: מחנכים, הורים ומדריכים, ולעת עתה גם האיום נוכח האפשרות לפתיחת תיק במשטרה. בשלב זה ההתמכרות כבר קיימת, אבל עדיין אפשר "להחלים" ולרפא את ה"מחלה". המניעה השלישית היא הפנייה לטיפול מקצועי, ובמקרים אקוטיים גם אשפוז במרכז גמילה.

מי עוסק בתהליך של פיתוח נוגדני התמכרות, של חינוך ערכי, מקיף, עמוק? - לדעת ד"ר גרין הטלוויזיה הפכה להיות אחד הגופים העיקריים העוסקים ב"חינוך ערכי". הוא מספר:

מגיעים אלי מתבגרים לטיפול, וכאשר אני שואל אותם מה הם רוצים להיות כשהיו גדולים, הם עונים עשיר או מפורסם או שניהם. מפורסם זה להופיע בטלוויזיה. הטלוויזיה מחנכת לקצב מהיר, לפתרונות מיידיים ולעיתים הזויים, הכול פשוט, חד ממדי, בחצי שעה כל הבעיות נפתרות, כל הפשעים מפוענחים, ומי שמופיע בטלוויזיה הוא מפורסם ו"שווה".

היום הורים רבים לא מתעסקים בנושאים מסובכים מול ילדיהם. הם מבלים איתם, הם עורכים קניות איתם, או משמשים נהגים לחוגים או לאירועים, אבל לא ממש משוחחים. חינוך מהסוג של פיתוח נוגדנים דורש "זמן כמותי", כלומר משך זמן ארוך דיו, לעומת "זמן איכות" שיכול להיות קצר. יכול להיות שכאשר נפגשנו עם הרעיון של "זמן איכות" פגענו ברעיון של "שיח מעמיק עם הילד". שיח בונה נוגדנים דורש זמן, ולא "זמן איכות" של כיף קצר. מחקרים מצביעים על כך שהורים רבים, לפחות בארצות הברית, שם נערכו המחקרים, משוחחים עם ילדיהם המתבגרים 7 דקות בממוצע ליום. ב-7 דקות ליום אי אפשר לפתח נוגדנים. הדגש כאן

עליהם משימה כזו בלי לציידם בכלים מתאימים? הרעיון שצריך כפר שלם כדי לגדל ילד אחד, שאני מכירה מהתרבות האינדיאנית, הוא בלתי אפשרי בתרבות המערבית שלנו, וזאת מכמה כיוונים. הורים, במשפחה הגרעינית, כמעט לגמרי מבודדים. המשפחה המורחבת, השכנים והקהילה אינם חלק מ"הקבוצה". רוב ההורים לילדים עם נטייה להתמכרות לא רק מתמודדים לבדם, אלא גם יודעים, כערך תרבותי, ש"רצוי" שישמרו על הבעיה בסוד. נדמה לי שמצב דומה קורה גם בבית הספר. גורמים בבית הספר לא יודעים כיצד להתמודד עם הבעיה, אולי כי היום זה לא המנדט של בית הספר ואולי כי אין למערכת החינוך כלים להתמודדות כזו. בעניין מניעה ראשונית, למשל, כיצד נכון או אפשר ליצור סביבה נוגדת התמכרות בבית הספר? ובמצב של מניעה שניונית - הרי מפנים את הבעיה הלאה, למשטרה, ל"מומחים" או אפילו מתעלמים ממנה. ההתמקצעות, שיתרונותיה רבים, תרמה מן הפן האחר לבדידות מקצועית. התפתחות הרשתות החברתיות שמעלותיה ויתרונותיה רבים, תרמה לבדידות אישית ולקושי בפיתוח כישרים חברתיים אותנטיים. העצמאות של המשפחה הגרעינית, ששחררה אנשים לנהל את חייהם לפי בחירתם והחלטותיהם, תרמה לקושי בזרימה בין-דורית, ובכך, לפעמים, לרידוד בפיתוח תפיסת עולם מעמיקה וברורה ומשמעותית אצל ילדים. ויותר מכך, יצירת הגבולות החדים סביב המשפחה הגרעינית הוסיף לעול הכבד הנופל על זוג הורים, שנמצאים בדרך כלל במרוץ (ממכר?) של פיתוח הקריירה. תנועת שחרור האישה, שבלעדיה, כמובן, אי אפשר, שחררה את הנשים לתוך מערבולת שלפעמים מרחיקה אותן מהילדים ומהמשפחה בלי שהחברה מצאה פתרון להציע למשפחה. והרשימה ארוכה. הרעיון, הכמעט בנאלי, של ד"ר גרין לגבי "צריכה נבונה" מפתיע בפשטותו, אך גם בעוצמתו ובחשיבותו. איך יוצרים לילדים מרחבים של איזון, של של עידוד עצמאות, אבל גם של יכולת לבקש עזרה מאחרים, של "צריכה נבונה" מבחינת כמות, תדירות, עיתוי או אינטנסיביות של חומרים שהם תורמי הנאה אך מסוכנים? הקושי הגדול באמת הוא לא בין מותר לאסור מוחלטים, אלה בין מותר, אבל בתהליך שיש ללמוד אותו ולשלוט בו, בלי להגיע לאסור.

ולבסוף, מחשבה שלי על הקושי של ההתמודדות של ההורים שמגלים שילדם מתמכר. הם ודאי כועסים ודואגים ומרגישים אשמים וחסרי אונים, אולי מיואשים, חרדים ובודדים. היום אין כפר שלם שעוזר לגדל ילד וודאי שמתגייס לעזור להורים במצוקתם.

תודה לד"ר גרין על הראיון המאלף, אם גם קצר, שאינו מאפשר להקיף את היריעה המורכבת כל כך כולה. אני ממליצה לקרוא את ספריו ואת מאמריו של ד"ר דוד גרין לקבלת תמונה רחבה יותר.

למעשה אין להם שותפים. הם לבד. הרופאים הם לא שותפים. המשטרה גם היא לא שותף משמעותי בתהליך המניעה הראשונית ולא מתעסקת מספיק בנושא. אולי גם אין לה המנדט לכך. המורים, כאמור, לא תמיד מהווים כתובת, וגם אם היו רוצים להיות בשיח משמעותי עם תלמידיהם, אני חושב שאין להם לכך זמן או הכשרה מתאימה. והפסיכולוגים? גם מכיוון זה עולה קושי. פסיכולוגים בדרך כלל נכנסים לתמונה בשלב של מניעה שניונית או שלישונית, כאשר המתבגר מופנה לטיפול. במצב זה עולה קושי שעיקרו "עם מי מקיימים את השיח?" התפיסה הטיפולית הקלאסית של סודיות מקצועית של הטיפול, תוך דגש על פיתוח האמון של המתבגר והקשר הטיפולי עמו, אינה בהכרח הדרך המתאימה ביותר לעבוד עם התמכרויות של מתבגרים. יש פסיכולוגים שמשיקולים מקצועיים לא יקיימו שיח אמיתי עם ההורים. מניסיוני, ראיתי מצבים שהמטפל לא שיתף את ההורים בידע שהיה לו על פעילות עבריינית של מטופליהם המתבגרים או לא סיפר להורים על פעילות מינית בעייתית של ילדיהם. עבודה עם מתבגרים בנושא של התמכרות ללא קשר טיפולי עם המשפחה היא בעייתית. טיפול משפחתי, או פיתוח מודל טיפולי בכיוון זה, יכולים להיות גישה טיפולית מתאימה יותר לעבודה במקרים של התמכרות אצל מתבגרים.

ולבסוף, התרבות המערבית כיום מתפתחת לכיוונים של מרחב מקל ומזמין התמכרויות. הייתי רוצה לראות יותר שיח פסיכולוגי מקצועי בנושא התמכרויות של ילדים ומתבגרים. הייתי רוצה לראות גם שיח פסיכולוגים-הורים-מורים, אולי גם שיח מתבגרים-הורים-מורים-פסיכולוגים בנושאים של התמכרויות וכתות נוכח העובדה שהצטרפות לכתות כוללת אפיונים זהים להתמכרות. כפי שמרקס אמר שדת היא "אופיום להמונים", כך לדעתי הצטרפות לכת היא סוג של התמכרות.

מחשבות שלי בעקבות הראיון עם ד"ר גרין, ושאלות שלא שאלתי

האם ייתכן שהתמכרות היא לא רק חיפוש הנאה ועונג, אלה גם דרך, בין שיעילה ובין שלא, להתמודד עם מצוקה נפשית, חרדה, בדידות, דיכאון? תפיסה זו היא הצד השני של אותו המטבע, של התמכרות כחיפוש הנאה וריגושים, אך היא אולי תורמת למחשבות לגבי מניעה. כלומר, האם אפשר לטפל בהתנהגות התמכרותית מזיקה על ידי מציאת פתרון למצוקה שבגינה היחיד פנה אל ההתמכרות כדרך התמודדות? בתפיסה רחבה זו נוכל אולי להגדיר התמכרות כהתנהגות שהיא חיפוש גם אחר הנאה וריגושים וגם בריחה מסבל.

נראה כי בסופו של סיפור עיקר העול של התמודדות עם התמכרות של מתבגרים, עד השלב השלישי של מאבק ב"מחלה קשה" ופנייה לאנשי המקצוע, מוטל על ההורים. האם נכון להטיל

המלצות לקריאה נוספת

1. גרין, ד' (2014). מניעה לפי מידה: עקרונות לתכנון התערבות פסיכו-חינוכית. בתוך ר' צחמור וח' בוני-נוה (עורכות), מניעת שימוש בסמים ובאלכוהול (עמ' 98-118). הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול. ירושלים: הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
2. גרין, ד' (2003). היבטים התפתחותיים של השימוש בסמים בקרב מתבגרים. בתוך: מ' אהרוני (עורך), עורכי דין של ילדים. תל-אביב: בית הספר למשפטים ע"ש בוכמן, אוניברסיטת תל-אביב.
3. גרין, ד' (1995). שאלון לבדיקת עמדות אישיות וחברתיות של נוער ישראלי כלפי חשיש ומריחואנה. חברה ורווחה, 36, 225-243.
4. גרין, ד' (1995). חינוך למניעת השימוש בסמים - עקרונות ועיקרים. בתוך: ד' גרין (עורך), סמים, עובדות, שאלות, בעיות (עמ' 214-278). תל-אביב: משרד הביטחון.
5. גרין, ד' (1994). טעם החיים - טעם הסמים. תוכנית חינוכית למניעת השימוש בסמים. הוצאת גבעת חביבה.
6. גרין, ד' (1993). שימוש בסמים ואלכוהול אצל מתבגרים. ירושלים הוצאת מכון סאמיט. חוברות ימי עיון שנתיים. עמ' 22-40.



הסתדרות הפסיכולוגים בישראל
Israel Psychological Association

ביטוח אחריות מקצועית

אזכור כראש סק

אנו שמחים להודיעכם כי תוכנית ביטוח אחריות מקצועית קבוצתית לשנת 2019 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל חודשה בחברת "מנורה מבטחים". הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים, ומוצע במחיר מוזל לחברי הפ" בלבד!

הצטרפותכם מאפשרת שימור יכולת התחרות ושיפור התנאים!!

ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2019 - עיקרי התנאים:

לצד ג' עד לסכום ביטוח כולל של 4 מיליון ₪. השתתפות עצמית למקרה תביעת צד ג' הינה בסך - 500 ₪ בלבד.

חדש! ביטוח סייבר! ללא תוספת

תשלום! הגנה מפני תביעות ונזקים העלולים להתרחש עקב תקיפות סייבר. הביטוח הוא על תביעה מצד שלישי לנזק שנגרם למטופל עקב חדירה למערכות המחשוב של המטפל.

של משרד הבריאות וועדת המשמעת של משרד הבריאות. במקרים אלו תחול השתתפות עצמית של 925 ₪.

• **התייעצות משפטית:** ייעוץ משפטי ראשוני או ייצוג משפטי לתביעה.

• **חדש! ביטוח צד ג' בכל קליניקה:** (בבית או בקליניקה מחוץ לבית) בגבול אחריות של 1 מיליון ₪ - **ללא תוספת מחיר!** ניתן להגדיל את הכיסוי

• **ביטוח בסיסי:** עלות ביטוח אחריות מקצועית בגבול אחריות של 4 מיליון ₪ - **455 ₪ לשנה!** ניתן להרחיב את גבולות האחריות בכפוף לתוספת תשלום.

• **הביטוח הינו על בסיס מועד הגשת**

התביעה וללא השתתפות עצמית!! למעט תביעות הכרוכות בהליכים משמעתיים המתנהלים בפני ועדת האתיקה של הפ", ועדת התלונות

תהליך הרשמה או חידוש ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2019:

ניתן להצטרף באמצעות אתר ייעודי לחברי הפ". האתר מקוון ומאובטח ובאמצעותו ניתן לשלם ולקבל אישור קיום ביטוח באמצעות הדוא"ל. היכנסו עכשיו לאתר הסתדרות הפסיכולוגים והירשמו!! www.psychology.org.il

תוכנית הביטוח מוצעת לחברי הפ" באמצעות "טיב קפיטל סוכנות לביטוח בע"מ". תמיכה טלפונית במהלך שעות העבודה תינתן ע"י ברוריה ואביבה בטלפון: 03-9181000.

על חידוש ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2019 - תשלח הודעה במועד

ראיון עם הפסיכולוג הנרי אברמוביץ' על ספרו **אחים ואחיות** - פסיכולוגיה, מיתוס, מציאות שראה אור בהוצאת רסלינג, תל אביב, 2016

צילה טנא



ואחיות קטנים ומפריעים. לאורך כל חייו הייתה לפרויד העברה (טרנספרנס) אחאית הקשורה לאחייו דווקא, כך שתמיד היה לו חבר אינטימי קרוב, ויריב שנא. דינמיקה זו באה לידי ביטוי ביחסיו עם יונג ועם רבים אחרים. יונג נולד לאחר שאמו עברה שלוש הפלות. העניין הרב שלו ברוחות והצורך שלו ביצירתיות יכולים לשקף את הזהות שלו כאח תחליפי. הייתה לו אחות אחת שנולדה כאשר היה בן תשע, עמה היה לו קשר מועט בלבד. לאחים הנולדים בפער גדול משבע שנים אין קשר אחים רגשי עמוק, אותו כינה יונג ליבידו של קשרי אחים (יכול להיווצר קשר הקרוב יותר ליחסי הורות). ליונג ולאחותו הייתה אישיות שונה לחלוטין, אולי בגלל שהם תפסו נישות שונות בתוך האקור-מערך המשפחתי.

ליונג ולפרויד, אם כן, היה תסביך אחים שלילי, אני מרחיב על כך בספר, שגרם להם לעיוורון בכל הנוגע לחשיבות הקלינית של יחסים בין אחים ואחיות, והדבר בולט במיוחד בתיאורי המקרים של פרויד, דורה ואיש הזאבים.

אתה נאמן בספרך לתיאוריה היונגיאנית ומסביר כי לארכיטיפ של האחים, כמו לכל ארכיטיפ אחר בתיאוריה היונגיאנית, יש שני קטבים מנוגדים אשר ביניהם נמצא רצף נרחב של מערכות יחסים בין אחים ואחיות. האם תוכל להוביל את קוראנו בתמציתיות בין שני הקטבים הללו?

ארכיטיפים הם אב-טיפוס או פוטנציאל לקשרים רגשיים, והם מולדים. לדוגמה, אדם יכול להיות בן יחיד, אבל עדיין יכולות להיות לו תובנות ביחס למה זה אומר להיות אח או אחות. אח או אחות יכולים להופיע בחלומות של ילד יחיד. יחסי אחאות אינם מבוססים רק על ניסיון, אלא גם על הארכיטיפ של אח או אחות. חוויה ארכיטיפית כזאת, והקונפליקטים הקשורים בה, נוטים להתארגן בקטבים של אהבה ושנאה, עליון ונחות, ביחד או לחוד ודומיהם. הקוטב החיובי של ארכיטיפ האחים מתואר באגדות, כמו בעמי ותמי, וכן בקלאסיקות של הספרות העולמית כמו אנטיגונה, על גאווה ודעה קדומה, אל תיגע בזמיר, נשים קטנות, התפסן בשדה השיפון. גם הקוטב ההרסני, השלילי, נמצא באגדות, כמו לכלוכית, ובספרות כמו האחים קרמזוב.

הארכיטיפ האחאי קיים לאורך הרצף בין שיתוף פעולה ותחרות, בין אלטרואיזם ואנוכיות. כאשר המקורות ההוריים אינם מספקים, התחרות עלולה להפוך לקנאה הרסנית ולזעם רצחני. סיפורם של

הנרי אברמוביץ' הוא פסיכולוג קליני, אנתרופולוג ומרצה בבית הספר לרפואה. הנרי הוא גם הנשיא הראשון של המכון הישראלי לפסיכולוגיה יונגיאנית, ומשמש כפרופסור בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב.

כפי שאתה מציין בספרך, אף על פי שהיחסים בין אחים ואחיות הם מרכיב יסודי בחוויה האנושית, העיסוק בנושא זה בפסיכולוגיית המעמקים מועט. האם תוכל להסביר חסר זה, וכמו כן, לשתפנו בסיבות שבעטיין בחרת אתה לחקור את הנושא ולכתוב על אודותיו בספרך?

יש לי יחסים קרובים ומתמשכים עם אחי, ובמיוחד עם אחותי. בתמימותי חשבתי שכך הוא בכל המשפחות. כאשר נוכחתי לדעת עד כמה קשים ובעייתיים יחסים אלה יכולים להיות, עד כמה רחוקים, לא דואגים זה לזה, אחים יכולים להיות, נדהמתי. רציתי להבין מדוע קיימת שונות כה גדולה. שוחחתי עם מאות אנשים על חייהם כאחים ואחיות, קיימתי סדנאות רבות, ויעצתי למקורות שונים, וכל זה הוביל אותי לספר זה. למרות העובדה שידעתי עד כמה חשובים יכולים להיות אחים, מעולם לא הזכירו אותם בהכשרה שעברתי. אני מאמין שיש שתי סיבות להזנחה זו של אחים. האחת היא תרבותית. במערב יש ציפייה לפרידה מוקדמת מאחים ואחיות, שפונים איש איש לדרך. בחלקים אחרים של העולם, כמו הודו למשל, אחים חיים יחד במשך כל חייהם. יש טקס מיוחד לחגיגת הקשר בין אחים ואחיות. הסיבה השנייה קשורה לשאלה הבאה, ואפרט אותה יותר בתשובתי לשאלה זו.

כבר בתחילת הספר אתה מספק הסבר מרתק לכך שפרויד ויונג הזניחו לחלוטין את הדינמיקה בין האחים לטובת הקשר אם-תינוק על רקע מקומם המיוחד במשפחת המוצא שלהם. הרחב נא עבורנו הסבר זה.

פרויד ויונג היו שניהם בנים בכורים מועדפים, ולשניהם לא היה קשר משמעותי עם אחיהם הצעירים יותר. פרויד קיבל חדר לעצמו, בזמן שאחיו ואחיותיו חלקו חדר אחד. כאשר התלונן על כך שהנגינה של אחותו הפריעה לו בלימודיו, אסרו עליה לנגן. כשנתן פירוש לאחד החלומות, שבו הופיעו מכרסמים, הוא ראה אותם כסמל לאחים



תאר נא את תופעת הילד התחליפי ואת הדינמיקה המורכבת המעצבת את אישיותו. ברשותך, אציג כהקדמה לתשובתך זו את הציטוט המרגש שהבאת בספרך של קריסטינה שלינסקי (Kristina Schellinski):

אלה הנולדים בעקבות המוות, טמונה בחובם זעקה אילמת בחלומותיהם. קבורים עמוק תחת האפר של האחר, הם זועקים לחיים משל עצמם.

אח תחליפי הוא ילד חי שנולד זמן קצר לאחר הפלה, טבעית או מתוכננת, או לאחר מותו של ילד, וזאת לפני שהאם יכולה להשלים את תהליך האבל. באופן סמלי, ילד זה בא לעולם כדי למלא את מקום המת, למלא את החלל שנוצר על ידי האב או האחות שמת. האבל של ההורים, שאינו פתור, מקופל בתוך המבנה הנפשי של הילד התחליפי שיכול לסבול מתחושות של ריקנות ובלבול. לעיתים ילדים תחליפיים סובלים מתחושת זהות מבולבלת, וזאת מכיוון שאינם יודעים מה הגבול בינם לבין האב המת. עולה בהם גם השאלה: האם אני אהוב כשלעצמי, או שמא במקום אחי המת? לעיתים חסר להם המרחב הרגשי של היות עצמם. הנפש שלהם ממוקדת בחסרונם של האחר, האב או האחות שאותם לא הכירו. הם יכולים לחוות תחושה הדומה לתחושת האשמה של ניצולים: מישהו מת כדי שאני אחיה. ילדים תחליפיים רבים אינם מודעים למעמדם זה, מכיוון שלא סיפרו להם על אירועים שקדמו ללידתם. ילדים שהם דור שני לניצולי שואה הם לעיתים נרות נשמה חיים. זו אחת הדוגמאות המובהקות לילדים תחליפיים.

מאידך גיסא, הרבה אנשים מפורסמים ויצירתיים סבלו מסינדרום הילד התחליפי. בטהובן, ואן גוך, דאלי, רילקה, הארייט ביצ'ר סטואו (הסופרת שכתבה את אוהל הדוד תום), ג'יימס ברי (הסופר שכתב את פיטר פן) ויונג, שנולד לאחר שלוש הפלות, אם להזכיר רק חלק מהם. ייתכן שיש קשר בין יצירתיות ועובדת היות האדם ילד תחליפי. סלבדור דאלי, שנולד בדיוק תשעה חודשים ועשרה ימים לאחר מותו של אחיו, שנקרא גם הוא סלבדור, אמר: "עם כל העשייה יוצאת הדופן שלי... אני רוצה להוכיח לעצמי שאינני האב המת, אלא זה החי".

יש להניח כי תאומות קשורה בהתפתחות מערכת יחסים מיוחדת בין האחים התאומים. האם יש מקום להנחה זאת, ואם כן, התייחס נא אליה בתשובתך.

המחקר בנושא התאומים הוא תחום חשוב כשלעצמו. לעיתים קרובות תאומים קרובים מאוד באופן רגשי. תיאורים של הקשר ביניהם נראים לעיתים כמתגרים ברציונליות הטהורה, כמו במקרים שבהם תאום אחד נפצע והאחר, הנמצא רחוק ממנו, חש כאב.

שני האחים הראשונים בתורה - קין והבל - הוא המבוא האולטימטיבי לצד השלילי של יחסי אחים. אנשים הסובלים מתסביך קין סובלים מזעם רצחני בגלל שמקומם נתפס על ידי אח צעיר (והדברים אמורים גם לגבי אחיות, כמו בן).

תחרותיות קשה ורגשות שליליים עוצמתיים של קנאה ואף שנאה הם תופעות בלתי זניחות בקשרים שבין אחים ואחיות. מהי הדינמיקה העיקרית העומדת מאחורי תופעות אלה ומה מקומם של ההורים ביצירת דינמיקה זאת? אשמח אם תדגים לנו בתשובתך את צמד האחים הראשון המוכר לכולנו מן התנ"ך, קין והבל. ומנגד, כיצד מוסברות תופעות חריגות של קירבה פיזית אסורה בין אחים עד לגילוי עריות?

בספרי אני משתמש באופן נרחב בסיפורי התנ"ך על אודות אחים ואחיות. ניתן לומר שהתנ"ך המרכזי של ספר בראשית היא יחסי אחים. סיפורם של האחים הראשונים מחדד את הפצע הארכיטיפי בחיינו בהיותנו אחים. קין עובד האדמה והבל רועה הצאן מציגים את אחת השאלות המעניינות - עוד לפני שעולה הקונפליקט ביניהם - מדוע אחים ואחיות הם כה שונים זה מזה? המחקר מראה שלמרות שהם גדלים באותה משפחה, וחולקים אותו מאגר גנטי, השוני ביניהם אינו פחות מזה שבין שני זרים. את העובדה הזאת מסבירים בתיאוריית הנישות במרחב המשפחתי. כך, אם אחות אחת היא היפה האחרת תהיה החכמה או, אם אח אחד הוא הטוב, לא נותר לשני אלא לתפוס את מקום האח הרע. אנו מחלקים את העולם בינינו, אולם באופן לא מודע מקנאים זה בזהותו של זה. קין מחליט באופן ספונטני להקריב מנחה לאלוהים, ואחיו הצעיר מצטרף אליו. אולם אז נדחית מנחתו של קין. הוא חווה את העדפתו של האל כאותו חטא קדמון הורי: העדפת ילד אחד על פני משנהו.

העדפה הורית היא אחת ההתנהגויות ההרסניות ביותר שיכולים ילדים לחוות. מעניין אם כן המחקר בהקשר זה. על פי המחקר, רוב ההורים אינם חושבים שהם מעדיפים ילד אחד על פני משנהו. הילדים, לעומתם, ברובם הגדול חושבים שלהוריהם אכן יש העדפה. קשה להגזים בחשיבות ההשפעה של ההעדפה ההורית ותרומתה לפגיעה בילד. אהבה בין אח ואחות נזכרת בתרבויות עתיקות. במיתולוגיות של עמים רבים נזכרת אהבה זו, והיא נזכרת בשירת האהבה המצרית, והדיה נשמעים אף בשיר השירים. באופן סימבולי ניתן לראות אותה כשזזת ארוס עם היכרות עמוקה. אולם יש ניגוד חריף בין אהבת אח ואחות כסמל, ובין גילוי עריות כטראומה. כאשר הדבר קורה במציאות אנו נוטים לראות זאת כמשקף פתולוגיה משפחתית, ותפקוד לקוי שמאפשר לכך לקרות, כאשר יש הזנחה הורית. אחד הביטויים של פתולוגיה כזו הוא כאשר יש אח מבוגר יותר, המרגיש עצמו חסר אונים, וכדרך לפצות עצמו על כך הוא מתעלל באחותו הצעירה.

מי להתאבל, או עם מי לחלוק זיכרונות עבר. בת יחידה ששכלה את אביה ולאחר מכן את אמה, כתבה: "זה היה הראשון מבין שני רגעים שילדים יחידים פוחדים מהם במיוחד. כאשר הוריי יעברו מן העולם, גם ילדתי תחלוף עמם. אני אהיה היחידה שאזכור כיצד טיגנו דגים בליל חג המולד, או כיצד נפלנו מסירה, ואבא שחה לעבר החוף ואמא שחתה אחריו, אוחזת בנעליו בשתי ידיה".

ילדים יחידים גמישות קוגניטיבית טובה יותר, וכן גם הישגים אקדמיים. הם גם נמוכים יותר בממד הנינוחות (agreeableness) במבחני אישיות. מחקר שנערך בסין לאחרונה, שבה ילדים יחידים נקראים קיסרים קטנים, מראה לראשונה שבמוחות של ילדים יחידים יש יותר חומר אפור, אולם לא ברור מה משמעותו של ממצא זה.

החקירה התיאורטית בנושא האחים והאחיות מטרחה להגיע אל חדר הטיפול ולהשליך על התהליך הטיפולי. שתף אותנו בהשלכות של הארת הדינמיקה בין אחים על הקליניקה הפרטית שלך.

החשיבות הקלינית של הדינמיקה של יחסי אחים ואחיות היא בעלת ממדים שונים, וצריכה להיכלל בכל תהליך קבלה (intake). מטופלים רבים, בין אם באופן גלוי או סמוי, באים לטיפול בגלל פצע ביחסים אלה. אני חושב על אח שניסה לגזול את הירושה מאחותו, או על אחות שהייתה היחידה שטיפלה בהורים מזדקנים. בנוסף, אנו יכולים לדבר על העברה (transference) אחת, שבה המטופל מתייחס למטפל במונחים של יחסיו עם אח. כך מטופל עם תסביך קין יכול לחוות תחרות עם המטופלים האחרים, ולראות עצמו כמטופל הדחוי. כמובן, שהעברה אחת חיונית קיימת לעיתים קרובות והיא מאפשרת קשר קרוב, אינטימי, לא היררכי עם המטפל, ללא הסיבוכים של העברה הורית.

לבסוף, יש גם העברה נגדית אחת (countertransference) שגם היא יכולה להיות חיונית או שלילית. תארו לעצמכם שאדם מטפל באישה ששמה כשם אחותו, שעמה יש לו יחסים קשים. בתנאים כאלה, קרוב לוודאי שתהיה העברה נגדית שלילית, וחשוב ונחוץ לטפל בה, ולהישמר מפניה. מאידך גיסא, תחושה שמטופלת זו היא כמו אחותי, יכולה גם היא להיות ביטוי להעברה נגדית, חיונית או שלילית.

במהלך הקריאה בספר נשיתי בקסם העולה מתיאורי המקרים, מן התנ"ך והמיתולוגיה ומן המציאות של ימינו, שבהם הספר רווי. קסם זה נוכח כמעט תמיד בקריאת התיאוריה היוניאנית שאתה מציג גם בספרך זה, והוא מועצם עוד יותר על ידי סיפורי התנ"ך השזורים לאורכו בליווי הפרשנות הדינמית המרתקת.

אני מקווה שהראיון יאתגר את הקוראים לחקירה נוספת של יחסי אחים ואחיות ויעשיר את התובנות בנושא כה מכריע בחיינו, בעיקר נוכח ריבוי המשפחות החדשות שבהן גם הזוגיות וההורות מקבלות פנים אחרות.

למרות העובדה שהמתח בין ההיררכיה והשוויון אינו חריף בדרכ כלל, תאומים יודעים תמיד מי נולד ראשון. התפקיד של נישות וזהויות מקוטבות (אני מה שאתה אינך) הוא חזק לעיתים קרובות, ובמיוחד בין תאומים זהים שיש להם את הצורך החזק ביותר להפרדה. תאומים מופיעים במיתולוגיות של תרבויות שונות ברחבי העולם. בחלקן הם אות מבשר רעות, באחרות הם אות מבשר טובות. תאומים מוצגים במיתולוגיות לעיתים קרובות כשני חצאי השלם, החולקים קשר עמוק מזה של אחים רגילים, או, לחילופין, הם מתחרים עזים. הם יכולים לייצג אספקט אחר של העצמי, או את הצל. בכל מקרה, תאומים משקפים גם את הצד ההפוך האחד של השני, כמו גילגמש המתורבת לעומת אנקידו הפראי, או בדוגמא של זהויות תאומים טובות ורעות.

הדינמיקה של הילד היחיד מתוארת בהרחבה בספרך. בהקשר זה אני מוצאת לנכון לצטט קטע שיר יפהפה מתוך ספר קטן ומרגש שקראתי במקביל לקריאה בספרך. מתוך "דרכים לחזור הביתה" של אלחנדרו סמברה בהוצאת עם עובד, 2016, עמ' 76:

בן יחיד הוא בעצם בכור אחיו
וביתמותו יש משהו
מפשור הבכורה,
כאילו מתו גם הם,
אחיו הצעירים הבלתי אפשריים.

עד כמה מייצגת פסקה זאת את תפיסתך לגבי הילד היחיד ואילו אפיונים נוספים ניתן למצוא אצל ילדים יחידים?

אני חושב ששיר זה מתייחס לחוויתו של ילד תחליפי, המתואר לעיל, ואינו טיפוסי לילדים יחידים. ילדים יחידים מתפקדים לעיתים קרובות כבני שני המגדרים בתוך המשפחה, ולאור זאת יש להם נטייה להיות בעלי תכונות של בני שני המינים. ילדים יחידים, מכיוון שאין להם חברים למשחק בתוך המשפחה הגרעינית, יכולים לפתח תלות מוגברת בהוריהם, ולא להיות מסוגלים לחיות את חייהם כילדים. עם זאת, אם לילד יחיד יש קשר חזק לאח פנימי, לאחים ואחיות מדומיינים, הדבר יכול לתת להם עוגן חזק לעצמי ולחיי הרגש שלהם.

דונלד ויניקוט טען שלידה של אח או אחות קטנים טומנים בחובם השפעה חיונית על הילד הגדול, דבר שאותו ילד יחיד לא חווה לעולם. הדבר החיובי הראשון הוא הידיעה שאומרת שההורים עדיין אוהבים זה את זה. ההשפעה החיובית הנוספת היא הטרנספורמציה של מערכת יחסים הבנויה על רגשות של תחרות ושנאה לכזו הבנויה על אהבה ואחוה. מחקר אמפירי מראה שרוב הילדים הבוגרים עוברים שינוי זה.

מוות של הורה עלול להיות קשה במיוחד לילד יחיד, מכיוון שאין עם

החוק לצמצום השימוש במזומן וחשיבות עדכון הביטוח הלאומי

רו"ח אריה דן

החוק לצמצום השימוש במזומן

רשות המיסים מעריכה כי ההון השחור בישראל מהווה כ-20% מהתל"ג. המשמעות במונחי מס היא אובדן הכנסות למדינה של כ-40 מיליארד ₪ בשנה. מטרת החוק להגביר את המאבק בכלכלה השחורה ולצמצם את ההון השחור בישראל. החוק נכנס לתוקף מיום 1.1.2019. החוק מבדיל בין אדם פרטי לבין עוסק במסגרת עסקו, ומכיל לראשונה סנקציות כספיות גם על **המשלם**, ואף עונש של מאסר בהפרה חוזרת של החוק.

הוראות לגבי עוסק

מזומן -

- לא ייתן ולא יקבל במסגרת עסקו תשלום במזומן (למעט עסקה עם תייר) בסכום העולה על 11 אלף ₪.
- לגבי עסקה עם תייר לא יקבל סכום במזומן של מעל 55 אלף ₪.
- לא ייתן ולא יקבל כמתנה תשלום במזומן העולה על 50 אלף ₪.

המחאות (צ'קים) -

- לא ייתן ולא יקבל תשלום בהמחאה בלי ששם מקבל התשלום נקוב בהמחאה.
- לא יסב המחאה ולא יקבל המחאה מוסבת, בלי ששמו ומספר זהותו של המסב נקובים בהמחאה.

תשלומים לספקים ואחרים -

יש לציין את כל הפרטים הנדרשים לשם זיהוי אמצעי התשלום לספק; אופן התשלום, כגון במזומן, ההמחאה עם מספרה, הבנק והחשבון, מספר כרטיס האשראי ושם בעליו. אם מקבל התשלום הפיק קבלה יש לצרפה לחשבונית, ואם לא ניתנה קבלה יש לרשום על חשבונית הספק את אופן התשלום.

הוראות לגבי מי שאיננו עוסק

- לא ניתן לתת או לקבל תמורה במזומן בכל עסקה מעל 50 אלף ₪ (כגון מכירת רכב).

- לא ניתן לתת או לקבל מתנה במזומן בסכום העולה על 50 אלף ₪.
 - לא ניתן לשלם לעוסק או לתת ולקבל תרומה או הלוואה במזומן בסכום של מעל 11 אלף ₪.
- הגבלות אלה על השימוש במזומן לא יחולו על קרובי משפחה מדרגה ראשונה (לרבות נכדים) ובני זוגם.
- החוק מחייב אותנו גם בעסקאות נדל"ן. יש לפרט את אמצעי התשלום שבאמצעותו תתבצע הרכישה.

חשיבות הדיווח למוסד לביטוח לאומי על השינוי בסיווגו או במעמדו

לפי החוק והתקנות, כאשר אנו מתחילים לעסוק כעצמאים, או משנים את היקף או את צורת עיסוקינו, חלה עלינו חובה לדווח למוסד לביטוח לאומי מיידית על השינוי במעמדנו. לצערי, לרבים מאיתנו נדמה כי מדובר בדיווח טכני בלבד, שנוכל תמיד לבצע. אך יש להבין את מידת חשיבות הדיווח באופן מידי למוסד לביטוח לאומי, שכן התעכבות בדיווח עשויה לגרום לנו לנזק משמעותי ובלתי הפיך.

יש להבין כי סיווגנו הנכון ומעמדנו בביטוח הלאומי הוא שקובע את זכויותנו לכיסוי הביטוחי, לקצבאות ולגמלאות שלהן אנו עשויים להיות זכאים, לדוגמא במקרים של פגיעה בעבודה, מילואים, אבטלה, אמהות ולידה ועוד.

אציין שלא מדובר על חובת עדכון סכומי הכנסותינו מהמקורות השונים, שלפיהם אנו משלמים את המקדמות מדי חודש. מקדמות אלה מתעדכנות בהתאם לדוח השנתי שהגשנו ובעקבות כך הביטוח הלאומי אמור לעדכן את הגמלאות ולחשב את ההפרשים לסכומים שהוא משלם לנו.

חשוב לדעת גם שעל פי רוב בתי המשפט אינם מאשרים בקשות לשינוי מעמד באופן רטרואקטיבי, גם כשמתברר שהעובדות בדבר שינוי עיסוקינו נכונות.

לסיכום, אני ממליץ להיות מודעים לחשיבות הגדולה של ההודעה בזמן אמת לביטוח הלאומי על כל שינוי במעמדנו או עיסוקנו.

פרופסור אלי וקיל

עוסק שנים רבות בעבודה קלינית ומדעית בתחום הנורופסיכולוגיה. בשנת 2017 זכה בפרס מפעל חיים מהאגודה הבינלאומית לנורופסיכולוגיה, INS.

בעריכת נחמה רפאלי

אלי וקיל הוא פרופסור מומחה מדריך בפסיכולוגיה שיקומית, פרופסור מן המניין, ראש המחלקה לפסיכולוגיה לשעבר וראש המעבדה לזיכרון ואמנזיה (במרכז הבינתחומי לחקר המוח ע"ש גונדה) באוניברסיטת בר-אילן. בקריירה שלו, פרופסור וקיל משלב בין העבודה הקלינית והעבודה המדעית.

שחלק מהביקורים של החולים במרפאה היו על מנת לשוחח איתי, ולא דווקא בכדי לקבל טיפול רפואי.

מה הוביל אותך לבחור בלימודי נורופסיכולוגיה שהיו אז בחיתוליהם בעולם?

במהלך לימודי התואר הראשון בפסיכולוגיה הבנתי שחלק גדול מהתיאוריות שלמדנו אז אינן מבוססות דיין מבחינה מדעית, ולכן אפשר ללמוד על תיאוריה אחת ועל היפוכה במקביל, כך שהכול אפשרי. החשיפה שלי לקורסים על תפקוד המוח הובילה אותי לאפשרות לשלב ולקשר בין למידה על תהליכים נפשיים וקוגניטיביים לבין הבסיס המוחי של התהליכים האלו. תחום הנורופסיכולוגיה בשנות השמונים עוד לא נלמד בארץ כדיסציפלינה. בארצות הברית היו אז רק חמש אוניברסיטאות שלימדו נורופסיכולוגיה לדוקטורט. לשם פניתי והתקבלתי למסלול ישיר לדוקטורט בנורופסיכולוגיה קלינית באוניברסיטת City University of New York.

מה נושא עבודת הדוקטורט שלך ומה הרקע לבחירה זו?

הדוקטורט שלי עסק בהשלכות חבלה מוחית על תהליכי זיכרון, תחום שאותו אני חוקר עד היום. הניסיון הקליני שלי הוא עם אנשים שסבלו מחבלה מוחית. זו אוכלוסייה צעירה, בדרך כלל, שיכולה להפיק המון מתהליך השיקום, ולכן היא מאתגרת. נושא הזיכרון תמיד ריתק אותי בגלל היותו מרכיב כה בסיסי בחיינו. ולכן הבנת ההשלכות של חבלה מוחית על הזיכרון הינה מפתח בהבנת הקשיים שאיתם מתמודדים אנשים אלו.

שתף אותנו בתובנות שלך מעבודתך.

אני רואה עצמי כבר מזל, ראשית על כך שאני עוסק בתחום מרתק שנקרא נורופסיכולוגיה העוסק בשאלות גוף ונפש. שנית, על כך



את התואר הראשון בפסיכולוגיה למד באוניברסיטת בר-אילן. את הדוקטורט בנורופסיכולוגיה קלינית ב-City University of New York סיים ב-1985. מאז שנת 1987 ועד היום הוא חבר סגל באוניברסיטת בר-אילן. את הקריירה הקלינית החל ביחידה לשיקום נפגעי ראש בניו יורק (בראשותו של פרופסור יהודה בן ישי) ב-Institute of Rehabilitation Medicine, NYU Medical Center.

עם חזרתו לארץ שימש כסגן מנהל במכון רקנאטי לשיקום נפגעי ראש. כיום משמש כראש פרויקט שיקום נכי צה"ל שלאחר חבלה מוחית ביפו.

שימש בעבר כחבר ועד המנהלים של האגודה הבינלאומית לנורופסיכולוגיה International Neuropsychological Society וכן כעורך משנה לכתב העת Journal of the International Neuropsychological Society (INS). עד היום פרסם למעלה מ-140 מאמרים ופרקים בספרים בתחומי הנורופסיכולוגיה השונים בדגש על תהליכי זיכרון.

ספר לנו על הרקע המוקדם שלך והבחירה בלימודי פסיכולוגיה.

נולדתי בתוניס בשנת 1953 ועליתי עם הוריי לארץ בשנת 1955. הגענו למשואה, מעברת עולים ליד יער משואה, וכעבור כשנה עברנו למבשרת ירושלים, שהייתה אז יישוב ספר. בתיכון למדתי בירושלים בבית ספר "הימלפרב". לאחר סיום התיכון ועד לגיוס לצה"ל, למדתי שנה בישיבת "שעלבים". התגייסתי לנח"ל ושירתתי כחובש קרבי.

בשירותי הצבאי שימשתי כמנהל המרפאה בהיאחזות נצרים ברצועה. במהלך השירות הגעתי לתובנה שאני רוצה להיות פסיכולוג דווקא בעקבות החוויות שלי כחובש, כיוון שהרגשתי

נחמה רפאלי, חברת מערכת פסיכוארטואליה, פסיכולוגית שיקומית ורפואית מומחית ומדריכה שיקומית. המלצות על פסיכולוגים מעניינים או בעלי תפקיד מעניין אפשר להעביר במייל לנחמה רפאלי nechamaraph@gmail.com

האם יש לך טיפים מעשיים לטיפול וטיפול בזיכרון או בחשיבה?

הסיסמה שהייתה תלויה פעם בבתי ספר, "נפש בריאה בגוף בריא", מסתברת כנכונה אמפירית. במחקר שלנו (מחקר שבו הייתי שותף בשהותי בשבתון באוניברסיטת אילינוי) מצאנו כי פעילות אירובית לא רק שימרה אלא אף שיפרה את הביצועים של אנשים בגיל השלישי. מעבר לכך, כל המחקרים על רזרבה קוגניטיבית בזקנה ודמנציה, וכן המחקרים שלנו על אנשים לאחר חבלה מוחית, מצביעים על כך שפעילות מנטלית מתמשכת תורמת לשימור היכולות הקוגניטיביות. אין הכוונה למשחקי חשיבה ממוחשבים שיעילותם ויכולת ההכללה לחיי היומיום נמצאה כמוגבלת ביותר, אלא דווקא ללמידה משמעותית של תכנים חדשים (כגון שפה חדשה ותחומים פחות מוכרים), הם התורמים לשימור היכולות הקוגניטיביות.

האם נשאר לך זמן לפעילויות פנאי, ומהן?

לצערי אין לי די זמן פנוי (אולי אני צריך לומר לשמחתי, כי כנראה אני אוהב את מה שאני עושה). אני מאוד אוהב לקרא ספרים במגוון תחומים, החל מספרי ריגול ומתח דרך אוטוביוגרפיות וכלה בספרי הגות ומחשבה. פעילות נוספת המסבה לי אושר רב היא הבילוי עם הנכדים שלי (בינתיים שלושה...).

כיצד תתפתח הפסיכולוגיה בעתיד, לדעתך?

אני מעריך שהמגמה שאנחנו רואים בעשורים האחרונים של החדירה של הנירופסיכולוגיה לכל תחומי הפסיכולוגיה תלך ותגבר. בעוד שבעבר הנירופסיכולוגיה זוהתה עם חבלות מוחיות ומחלות נירולוגיות, כיום כל התיאוריות המשמעותיות בתחומי הפסיכולוגיה השונים מתייחסות למרכיב המוחי. למשל תיאוריות המסבירות תהליכי התפתחות נורמליים בצד ליקויים בהתפתחות כגון ADHD או אוטיזם מתייחסות להיבטים שונים בהתפתחות המוח. כך גם תיאוריות על זקנה ומחלות דמנטיות, וכך גם במודלים של לקויות נפשיות כגון דיכאון, סכיזופרניה ו-OCD. להערכתי, עם המשך ההתפתחות הטכנולוגית והיכולת החישובית, המרכיב המוחי בתהליך האבחון הפסיכולוגי והפסיכיאטרי יגבר, כלומר אמצעי דימות יסייעו באבחנה. כך גם להערכתי יקרה בתחום הטיפול. אנו רואים ניצנים של זה למשל בשימוש בטכנולוגיית Deep Brain Stimulation - DBS שבתחילה יושמה רק בחולי פרקינסון וכעת יש ניסיונות ליישמה עם חולים הסובלים למשל מ-OCD. המשמעות היא שיש צורך להגביר את לימודי המוח בכלל והנירופסיכולוגיה בפרט בתהליך ההכשרה של פסיכולוגים על מנת שיהיו מוכנים יותר לשינויים הצפויים בעתיד.

שבקריירה שלי הצלחתי לשלב עבודה קלינית בצד עבודה מדעית. בחוויה שלי העבודה המדעית מעשירה את עבודתי הקלינית ולהפך. לכן לדעתי חשוב להגביר את החשיפה למחקרים עדכניים לקלינאים וכן חוקרים חייבים להיחשף ולבוא עם ידע קליני על מנת שלמחקרים תהיה תקפות אקולוגית ורלוונטיות יישומית.



לקחת חלק בהרבה מאוד מחקרים. מה המשמעותי ביותר בעיניך?

קשה לי להצביע על מאמר אחד ספציפי, אך אני מעריך שהתרומה המשמעותית שלי לספרות היא החקירה השיטתית של השלכות חבלה מוחית חמורה על תהליכי הזיכרון. על כך כתבתי כמה מאמרי סקירה. בהקשר זה אני רואה חשיבות בסדרת המאמרים האחרונה שכתבנו על רזרבה קוגניטיבית וחבלה מוחית (ראו הרחבה בסעיף 7). כמו כן אני רואה חשיבות בסדרת המאמרים שפרסמנו במהלך השנים על מבחן הריי המילולי (Rey - Auditory Verbal Learning Test). אני גאה לראות את השימוש הנרחב במבחן זה בהיותו אחד המבחנים הבודדים לצערי עם נורמות ישראליות מגיל 8 עד למעלה מ-90, על כ-1,500 נבדקים.

ציין נקודות התקדמות משמעותיות לדעתך בהבנת הקשר בין מוח והתנהגות.

אין ספק שלהתפתחות הטכנולוגית בעשורים האחרונים יש תרומה מכרעת בהתפתחות הידע שלנו על מוח-התנהגות. קפיצת המדרגה הייתה עם פיתוח אמצעי הדימות הפונקציונליים כגון fMRI ובהמשך גם הדימות של החומר הלבן - DTI. זאת, בשילוב החדירה של מתודות חישוביות לחקר המוח - חישוביות עצבית המאפשרות עיבוד נתונים ברמה שלא התאפשרה בעבר. אך גם טכנולוגיות נוספות כגון מכשירים לניטור תנועות עיניים תורמות רבות ומאפשרות לנו תובנות שלא יכולנו להגיע אליהן ללא מכשור זה.

כמה הערות על איומים וניסיון להתאבדות מבחינה משפטית כלים והיבטים משפטיים לשאלות בעבודת הפסיכולוגים

עו"ד ברוך אברהמי

של אי-מניעת עבירה, הקבועה בחוק העונשין כעבירה של אי-מניעת פשע. לדעתי, ניסיון להתאבדות או התאבדות אינם פשע, ולכן מי שלא מנע אותם לא עבר עבירה.

שאלה אחרת שהופנתה אלינו היא: האם עצם השמעת האיום בהתאבדות הוא עבירה?

בית המשפט השיב על כך בשלילה. נראה לי כי אין כל חשש שפסיכולוג שאומר שמטופל איים בהתאבדות מסבך את המטופל בעבירה.

איום הוא מעשה שלא כדין, ועבירת איומים קבועה בסעיף 192 לחוק העונשין. אולם בית המשפט העליון פסק כי איום בהתאבדות, גם כאשר משמיעים אותו מול אדם אחר, לא נחשב כשלעצמו למעשה שלא כדין.

החוק נותן, לדעתי כאמור, מרחב לשיקול הדעת הרפואי והפסיכולוגי, אך הוא גם מציב גבול. חוק העונשין אוסר להביא אדם לידי התאבדות בשידול ובעצה, והוא גם אוסר על סיוע להתאבדות. מי שנוהג כך עובר לכאורה עבירה בעצמו.

אבחנה בין סכנה מיידית לבין מצבים אחרים

עולה השאלה אם פסיכולוג שנחשף לניסיון אובדני יכול להזעיק את שירותי ההצלה, מגן דוד אדום, משטרה או שירותי הבריאות, כדי להציל את חיי המטופל חרף רצונו הנחוש למות.

לדעתי, יש להבחין בין מצבים רגילים לבין מצב שבו יש סכנה מוחשית ומיידית. באופן רגיל, אם יש חשש שאדם חושב להתאבד משום שאינו מבחין בין טוב לרע או סובל מדחף שאינו בר כיבוש, ניתן לפנות לפסיכיאטר מחוזי או לאפוטרופוס הכללי במשרד המשפטים. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות מאפשר במקרים כאלה למנות לאותו אדם אפוטרופוס בהיותו לא אחראי למעשיו. האפוטרופוס ייטול גורלו של אותו אדם בידיו ויוכל לנקוט צעדים להגנתו מפני עצמו ולקבל אישור לכך מבית המשפט.

מדי פעם נתקלים פסיכולוגים בבעיות והתלבטויות במהלך עבודתם, והם פונים לייעוץ משפטי. בחרנו לשתף את הקוראים בתשובות לשאלותיהם. יש בתשובות אלה כלים משפטיים מסוימים להתמודדות עם מצבים ודילמות שרלוונטיים לעבודת הפסיכולוגים.

פסיכולוגים מוצאים עצמם מתמודדים עם בעיות של חיים ומוות, פשוטו כמשמעו. כוונתנו כאן היא לכך שמטופל עשוי להשמיע איומים שונים, לפעמים קונקרטיים, של התאבדות, או אולי להביע מחשבות אובדניות. לפעמים יש צורך להתמודד עם ניסיונות התאבדות ממש.

בתחום זה קשת רחבה של סוגי מקרים שונים זה מזה, בהם נושאים קשים ובעייתיים עם קונפליקטים ודילמות. ברשימה זו מטרתנו להעיר כמה הערות בנקודות משפטיות. היישום המעשי תלוי בנסיבות כל מקרה ומקרה, במצב הרפואי והפסיכולוגי ובהערכה רפואית ופסיכולוגית.

איזון בין קדושת החיים לבין כבוד האדם

קדושת החיים היא עקרון העל והיא נורמה חברתית ומשפטית בישראל. אם אדם מבקש נפשו למות נשאלות שאלות מהותיות אך גם מעשיות אם ניתן לכפות עליו טיפול רפואי ופסיכולוגי שאין הוא רוצה בהם.

מבחינה משפטית, אדם הוא אדון לגופו ולגורלו, וכל פעולה רפואית או פסיכולוגית שתיעשה כלפיו מחייבת הסכמה מדעת. לפי חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, רצונו של אדם הוא כבודו. מכאן שביסודו של דבר אין לכפות עליו טיפול או עזרה רפואית ופסיכולוגית שאין הוא רוצה בהם.

ההיבט של המשפט הפלילי

עלתה שאלה האם פסיכולוג שלא מנע התאבדות עובר עבירה

מוטלת על המקום חובת זהירות כלפיו. קריאת חולה כזה לעזרה, אפילו במשתמע, מעלה חובה לעזור לו ככל הניתן ואין לטעון שמקבלים את רצונו להפסיק את חייו במצבים כאלה (ע"א 6649/96 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' גלעד).

פנייה לפסיכיאטר או לרופא המשפחה

במקרים אחרים שבהם פסיכולוג יכול להבחין בסימנים המעידים על כך שאימי ההתאבדות נעוצים במחלת נפש או כחשש להתפרצות מחלה כזו, הפניה לפסיכיאטר לדעתי מתבקשת. ואולם, המטופל עלול להתנגד לכך ואפילו לראות במי שמפנה אותו כמי שאינו מכבד אותו ואינו מתחשב ברצונו.

לדעתי רשאי הפסיכולוג המטפל לדווח לרופא המשפחה או לפסיכיאטר. תימוכין לכך ניתן למצוא בחוק הפסיכולוגים הקובע כי חובת הסודיות אינה מלאה ואינה מוחלטת, ורשאי הפסיכולוג לגלות מידע הדרוש לדעתו לשם טיפול במטופלו. לדעתי, ישנו כאן כלי נוסף, רשות שאינה חובה. לדעתי מצב משפטי זה אינו דוחק בפסיכולוג לדווח בדחיפות במקרים שבהם עצם הדיווח עלול להחריף או להעצים את הבעיה. מצב משפטי זה מאפשר שלא תוחמץ ההזדמנות לסיועו של הפסיכולוג תוך שמירת קשר טיפולי וקידום יחסי אמון.

ישנם מצבים שבהם הדילמות שפוגש הפסיכולוג בנקודה זו כבדות ומסובכות יותר. הכול תלוי בנסיבות המקרה ובשיקול דעת מקצועי ואתי. עצה אחת לא תתאים לכל המקרים, ועם זאת לדעתי יש לנהוג בזהירות. הזהירות היא גם מפני מצב שבו על אף הכול המטופל יתאבד חלילה.

המלצתי לפסיכולוג היא שלא יישאר לבדו ולא יישא לבדו בכובד האחריות. אני מציע לזכור כי לקופות החולים אחריות כוללת לבריאותו של כל תושב. פנייה לרופא המשפחה עשויה לעיתים להיות מוצא מכבד שייתן מענה גם אם מטופל הגיע לטיפול באופן פרטי.

לסיום

ברשימה זו הבאנו בתמצית מספר היבטים והערות משפטיות מתשובות לשאלות שנשאלנו. נעמוד ברצון לרשות קוראנו בשאלות נוספות.

האמור כאן אינו במקום ייעוץ משפטי לנושאים ספציפיים ולמקרים קונקרטיים, ובכל מקרה אני ממליץ להתייעץ בפסיכולוג מומחה בעל ידע וניסיון בנושא וכן עם עורך דין.

אולם לא תמיד יש אפשרות להיערך מבעוד מועד. קורה שהניסיון האובדני הוא אירוע פתאומי. לדעתי, מבחינה משפטית, חובה על כל אדם להושיט עזרה לאדם אחר הנמצא לנגד עיניו בסכנה חמורה ומיידית לחייו, לשלמות גופו או לבריאותו, אם יש לאל ידו להושיט את העזרה. הושטת העזרה יכולה גם להיות הזעקת משטרה, מגן דוד אדום ושירותי כבאות. המקור המשפטי לכך לדעתי הוא החוק "לא תעמוד על דם רעך" תשנ"ח-1998. חוק זה נותן לדעתי לגיטימציה להתערבות שבאה לאמיתו של דבר בניגוד לרצון המטופל, ברגע מסוים, המתבטאת בהצלת חייו מידיו שלו.

סירוב לקבל טיפול רפואי ופסיכולוגי

בשונה מהמצבים המתוארים, יש מצבים שבהם אין אירוע פתאומי ואין גם הצדקה למינוי אפטרופוס. יש מצבים שבהם מבקש אדם נפשו למות ומסרב לקבל טיפול רפואי או רפואי-פסיכולוגי שיש בהם כדי להציל את חייו. במצבים כאלה ניתן לפנות לוועדת האתיקה הפועלת לפי חוק זכויות החולה. בסמכותה של ועדה זו להתיר טיפול בניגוד לרצון המטופל אם נשקפת סכנה חמורה לחייו. המתעניינים מופנים לסעיף 15 לחוק זכויות החולה.

הערה מדיני נזיקין

מבחינת דיני נזיקין זו עוולה לגרום למותו של אדם. כללית נאמר כי זו עוולה מסוג רשלנות, ולכאורה היא קיימת במקרים שבהם יש חובת זהירות כלפי אדם וחובה זו הופרה באורח בלתי סביר ויש קשר סיבתי בין ההפרה לבין המוות. הדבר יכול להיות במעשה או במחדל.

בפסיקת בית המשפט ניתן למצוא ביטוי למה שמתאר בית המשפט "כקשר בל ינתק בין גוף לנפש" (ע.א. 8650/08 בנימין רפאלוב נגד מדינת ישראל ושירותי בתי הסוהר, בג"ץ 4634/04 רופאים לזכויות אדם נגד השר לביטחון פנים, פ"ד ס"ב (1) 762). ניתן לדעתי לומר כי בריאות הנפש קשורה לשלמות הגוף.

כאשר אדם נמצא במשמורת, מוטלת על המדינה חובה לדאוג לביטחונו הפיזי והנפשי (ראו: ע.א. 1892 אבו סעזר ואח' נגד שירותי בתי הסוהר ומשטרת ישראל, פ"ד נ"א (2) 704 (1997)). בית המשפט קבע כי על אף שלחולה קיימת זכות יסוד להחליט על עצם חייו, כאשר הוא נמצא בבית חולים במצב נפשי קשה,

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר

סוגיות בפסיכולוגיה חינוכית מהלכה למעשה

עורכות: שרונה מיטל וראובנה שלהבת-קניאל, הוצאת משרד החינוך, גף הפרסומים, 2018
כרך א' 523 עמ', כרך ב' 464 עמ'

דמות אנשי המקצוע ודרכם בו. הוא מתאר ומצייר את מעמדו העצמאי של הפסיכולוג, קשריו עם המערכות השונות, אישיותו הפרטית ואישיותו המקצועית מול מטופלים ופונים, מיומנותו הרגשית ומומחיותו בקבלת החלטות, ראייתו המערכתית, ההתחשבות בגורמים הסביבתיים, הבנת הניגודים וניתוח הכוחות הפועלים בכיוונים השונים, היכרות מגוון מודלים, התאמתם לגיל ולתוכן, התאמתם לרוח הדברים ולשפת האנשים; הוא מציג את הפסיכולוג כמגשר ומקשר ואת היותו מוביל ומנחה, לפעמים בודד בקולו הייחודי ובסמכותו; היותו מתווה דרך ויצירתי, והיותו קול מסתגל וקונפורמי, מייצג הנורמטיבי והמאזן; היותו אוזן קשבת וכתף, והיותו קול השקט בתוך סבך הקולות והרעשים מסביב; היותו מאבחן, מיעץ, מטפל, מעריך, עמית, נע וחבר; יכולתו לעבוד בפיצול וכישוריו להוות כוח מלכד ומאחד ברמה מערכתית, ברמה רעיונית וברמה אישיותית בעבודתו עם כל יחיד ופרט. ובתוך כך, באופן קבוע ורצוף, שוקד על טיפוח רגישויותיו ועל חידוד ההתבוננות וההקשבה ומשקיע בהתפתחותו המקצועית והאישית.

שני כרכים עבי כרס, ובהם 43 מאמרים, מקיפים את כל תחומי העניין והעיסוק שהפסיכולוגיה החינוכית מהווה ומפעילה, ומלמדים על דמותו של הפסיכולוג החינוכי ועל דרכו וצמיחתו בשלבים השונים בהתפתחותו המקצועית. כל המאמרים ראו אור ופורסמו בעשור האחרון, לבד משלושה ותיקים יותר.

אין אפשרות להיכנס כאן לנבכי הספר ולפרט את איכויותיו ואת תכניו, אבל יש מקום לציין את היקפו המרשים ואת עומק הכתיבה. המאמרים מספקים ידע וניסיון מצטבר מגוון רב, ונלוות להם רשימות מקורות עשירות ועדכניות.

זהו "ספר עבודה", או מדריך, אך גם מעבר לזה. הוא פורש פסיפס של עיסוקים, בעלי תפקידים, מוסדות, גישות טיפול, מודלים, כלים להערכה, תופעות פסיכולוגיות, תופעות חברתיות ומשברים, סוגיות אתיות, קונפליקטים ומכשולים, ניסיונות ודרכים לפענוח ולפיצוח, חשיבה יצירתית, שלבים בהתפתחות קריירה, מגוון אוכלוסיות, גילאים ותרבויות, תפקוד בזמן רגיעה ובזמן חירום, ובמיוחד מתווה הספר את רוח המקצוע ואת



פסיכותרפיה וחיי היומיום מורה דרך למטופל ולמטפל

אמילי בודק ורמי אהרונסון, הוצאת רסלינג, 2018. 244 עמ'

שמקשיב לעצמו מספר לעצמו דרך המטפל, שמקשיב לו ומחזיר לו את סיפורו בהד ובגווניו שונים.

הספר מוצג ומסופר בשני קולות: קול מקצועי של מטפל מוסמך וותיק, וקול מספר אישי של מי שהייתה מטופלת שלו, והיא גם מבקרת ספרות, רגישה לשפה ולמילה.

זהו ספר על מהי פסיכותרפיה, מה היא אוצרת בתוכה, כיצד היא מתנהלת, מה קורה ביחסים בין שני משתתפי-היצירה, ומה פשר המושגים הכרוכים בה והמעורבים בהתהוותה.

הפסיכותרפיה מוצגת כסיפור שמסופר באופן מיוחד, זוכה להקשבה מיוחדת במינה, הן מצד המאזין - המטפל, והן מצד המספר - המטופל,

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

בספר - מהאישי לעיוני לאישי לסיפורי לתיאורטי לסמלי לאישי, וכך הלאה. מורגש שהספר נכתב מתוך ידיעת עומק הטיפול, מהלכיו והשלכותיו. זה גורם לכך שהנכתב מוגש כידע "יודע" ופחות כהליך המתהווה תוך כדי קריאה. הספר נראה מתאים יותר לאנשי מקצוע, פחות מתאים להדיוטות. מטפלים ימצאו בו הסברים ותיאורים מאירי עיניים למושגי הפסיכותרפיה היסודיים וייהנו מכתובה מעניינת.

במבוא מוצג הספר כ"מורה דרך למטופלים ולמטפלים". בעיניי הוא יותר סיפור חוויה אישית, שמוצאת עיגון במושגים תיאורטיים ובפרישת תורת הפסיכותרפיה דרך מסע אישי ודיאדה של מטופלת ומטפל. התכנים חשובים, שיתוף הקוראים במסע האישי ובחוויות הנפשיות מעורר סקרנות ונטייה להזדהות. מבנה הכתיבה והעריכה יוצר דילוגים מנושא לתהליך ומתהליך למושג. הקריאה, לכן, דורשת תשומת לב וריכוז, שיעזרו לנוע בין הזרמים



איך עשית את זה?*

הלית ישרון, הוצאת הקיבוץ המאוחד/הספריה החדשה, 2016. 527 עמ'

השראה, על מימוש עצמי, קשר עם אנשים, קשר לתרבות, על נדודי שינה, מאבקים, בריאות וחולי, מצבים נפשיים, הגיונות, הזיות, אמונה, ועוד ועוד. רוח האדם בפניה המרובים, בייסוריה, ובפסגות שבהן היא נוגעת. השאלה החוזרת המלווה הייתה: "איך עשית את זה?" לדבריה, היא ניסתה להתקרב אל היד הכותבת, להתבונן מקרוב בעבודה העדינה של הנפש. היא מציינת במבוא: "אולי קשה להיות אמן טוב ובה בשעה תיאורטיקן של עצמך..." אכן, באתגר הזה עומד כל מטפל.

הספר עוסק בכתיבה, בקסם הכתיבה, באריגתה, בחיבוריה אל הנפש היוצרת ואל הנפש האנושית בכלל. מלאכת הכתיבה כמסע של היוצר אל עצמו וממנו החוצה אל העולם, תוך שהוא מתבונן על עצמו ועל מעשיו. בכך דמיון רב למלאכת הטיפול ודרכו של המטפל עם המטופל ויחד עם זאת אל עצמו, למצוא עוד, להסיר עטיפות, להבין מבלי להבין, להיות עם הרטט שמובע ומועבר מאחד לשני.

פסיכותרפיה היא עניין חמקמק. שירה גם. בשתייה מחפשים את המדויק, את החסכוני, הגרעיני, את השורש. בשתייה מנסים לשמוע מבעד לנאמר, לשמוע ולהרגיש את השקט שאומר את דברו. בשתייה מילים משחקות תפקיד מרכזי, נושאות מסרים ומסתירות מסרים. מגלות ומכסות. נדרשת מלאכת הקשבה עמוקה כדי לאתר את הרוצה להיאמר ולא תמיד יודע איך. בשתייה מחפשים השראה ובד בבד יוצרים דרך סלולה ועקבית אל הבלתי ידוע מראש, מקפידים בדיוק כמעט מדעי לא לזייף, לא לטשטש. מנסים להגיע לאיזו אמת פנימית, לא בהכרח בהגדרתה הערכית, אלא אישית, ייחודית, פרטית, ואשר נוגעת גם בכללי, באנושי, באוניברסלי. בשתייה יש רבדים ויש קישורים אינסוף ופרשנויות כאלה ואחרות. שתייה יצירה.

הלית ישרון ראינה משוררים וסופרים על יצירתם ועל חייהם ועל הזיק המסתורי שמתחבא בהם ופועם ושולח אליהם אותות ופקודות מה לכתוב, מתי וכמה. השאלות הן על כתיבה, על יצירה, על



* רשימת ביקורת שלי על הספר, שכותרתה: "חדרי המעבדה של הראש והלב", פורסמה בכתב העת 'עיתון 77', בגיליון 399, פברואר-מרץ 2018, עמ' 16-17.

פנייה לקוראים

מי קורא את המדור? אשמח לקבל תגובות ומבטי קוראים על חוויית הקריאה, ומשוב על אופי הסקירות ועל סגנון הכתיבה. ואני מזמין הצעות ורעיונות לסוגי הספרים שאתם מעוניינים להכיר ולקרו.

תודה,
שבתאי

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,

יורם שליאר, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

חטיבה רפואית

מנור	ענת
חזן	רועי שמעון
לוטן	שרון
ברנדס	יסכה בת שבע
גלפנד	הילה
ברדה	לירן

חטיבה התפתחותית

בירן פרנקל	גל
------------	----

חטיבה חינוכית

ח'וטבא	אמין
אל עטאונה	איברהים
אוזרזון	טלי
חגי	ענבר
אסולין שמאמה	הדס
גמזו זית	מיכל
קוגן פולקוב	ילנה
פרנקל-הלר	רחל שרה
פוקס	רותם
דינור	אלון אבנר
כתראן	ארז
ליכטנשטיין	חנה
אלסטר שרמן	יפית מרים
דוידסון יזמיר	מיכל
בנג'ו	יפעת

תואר מומחה-מדריך

חטיבה התפתחותית

דביר קורן	מיכל
טורס הררי	הדר צפורה
ורדיאל	דורית

חטיבה רפואית

אנטמן	אליעד
און	אלון

חטיבה חינוכית

גבע	נועה
-----	------



Congratulations
בהצלחה!

ביטוח בריאות לחברי הפ"י

תכנית הביטוח הינה מהטובות והמתקדמות בישראל

בעלות נמוכה ביחס לתכניות ביטוח פרטיות!

הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים

כיסוי למגוון רחב של אירועים רפואיים

כיסוי לתרופות שלא בסל הבריאות • ניתוחים בישראל ובחו"ל

כיסוי לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

בהברכת בריאות טאמה!

חידוש/הצטרפות באתר הפ"י

www.psychology.org.il



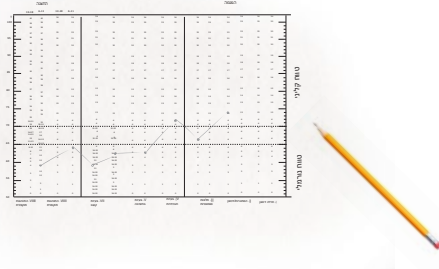
B.C. 10,000



C.E. 500



C.E. 1920



C.E. 2019



מתקדמים עם הזמן PTech

בית הספר ללימודי תעודה של סמינר הקיבוצים



בואו תהיו מה שאתם יכולים להיות

הכשרת מנחים לפרט ולקהילה בגיל השלישי

תוכנית שנתי: יום לימודים אחד בשבוע

ראש התוכנית: ד"ר שרה זיו

יום עיון - הגיל השלישי עם הפנים לעתיד

השינויים הנדרשים, המתחוללים והעתידיים לחול בתקופת חיים זו

וההערכות המקצועית שלנו לקראתם

יום ב' | 27.5.19 | 9:15-14:00 | סמינר הקיבוצים, דרך נמיר 149, ת"א

הדרכת הורים פרטנית - התמחות

תוכנית חד-שנתי: יום לימודים אחד בשבוע

ראש התוכנית: צאלה מיינרט

הנחיית קבוצות

תוכנית דו-שנתי: יום לימודים אחד בשבוע

ראש התוכנית: חגית צאן

פסיכותרפיה וייעוץ אקזיסטנציאליסטי

תכנית תלת-שנתי, שני ימי לימוד בשבוע

ראש התכנית: ד"ר גדעון מנדה

סמינר הקיבוצים



להצליח ולהישאר בן אדם

לפרטים והרשמה

03-6901200



דרך נמיר 149, תל אביב | www.smkb.ac.il