



## כשהגוף מדבר

33 "הקול בראש" ניתוח לקיצור קיבה באמצעות היפנוזה להתמודדות עם השמנה חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי מיה מזרחי

42 פסיכוסומטיקה ברפואה ראשונית מאפיינים ואתגרים ייחודיים אורן להק, דוד מעוז ישראל

47 הבדיקות שלי תקינות, אז למה הבטן משתוללת? טיפול CBT בתסמונת המעי הרגיש אפי גיל

13 ארבע הפרדיגמות של הפסיכוסומטיקה ד"ר אנדרס קוניצ'זקי

20 "בין עור ברווז לעור פיל" פסיכודרמטולוגיה וטיפול בבעיות עור אורי מנדלקורן, נפתלי אדרי

28 "הנסיכה הכלואה" טיפול בילדה הסובלת ממחלת מעי דלקתית חמורה ובהוריה דורית בן גד אלבז

# 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

דחלה איאיד  
זוילי ענבר  
טיבי רחל  
טילמן קרן  
לוי מעוז רז  
לסק כהן ענת  
מורן- עמיר אסנת  
מלך בן ברוך איזבל  
סגל טלי אסתר  
פלסקוב ורד  
פנחס מאיר  
פרום שירי  
פרי חיים מורן  
פרץ תומר אפרת  
קלקשטיין דנה  
קפלן אופק חיים

### חטיבה שיקומית

בדר רוני  
בן שמחון ונונו דקלה  
גלין לונצ'יץ' יעל  
ד"ר גרנט עדי  
זינגר לרה  
יפין דוד יהודה  
מור יאיר  
מי רז עידו  
עירשי דביר  
פלד אור

### חטיבה רפואית

הראל סער  
טוחי נרמין  
טרצ'יני דור  
יופה טליה  
לוטן דן

### חטיבה התפתחותית

מגלד ליטל  
פרביאש טלי  
פרנק מירי

כהן תמר  
ליכטש יעל  
מאלי יגאל  
מיה הרשקוביצי גלי  
מנור תום  
מרום אבירם  
סובול סיון  
סיבוני אריס  
סלע ירון  
סעד מראם  
ספורטא נירה נעמי  
עזרא רועי  
פוקסמן סבסטיאן אנדרס  
פורת גלעד  
פינקלשטיין טל חני  
פישר טל  
צור שלומית  
צורף מתניה שמעון  
ציוויאק ואנסה דבורה  
קארי כרמל ג'וספין  
קול צור אביטל  
קושניר שפרן נעמה רות  
קינן אליס מיה  
קרן צליל  
רבן זהר גוני  
רבקס שרון  
רוה ברוש שירלי  
רוזנשטיין שינפלד נועה שרה  
רענן רוני  
שור שירה  
שחף פרייסקל מעין  
שמיר בעז  
שניבאום אבי ארתור

### חטיבה חינוכית

אבנט ענבל  
אנגל אילת  
בדארנה רולא  
בלטמן רוני  
בן שמחון מועלם עדנה  
גבע יואב

## חטיבה קלינית

אבידור שרון  
אבישר ירושלמי רותם  
אולמן תמר  
אטיאס אסף  
אליוב אסנת  
אלקלעי כהן שיר  
ארביב רוני לפון  
אשכנזי חמוטל  
בן עמי נועה  
בן עמי איילת  
בניאל איתי  
בר תמוז  
בר- לב גלעד עמנואל  
בר כליפה ערן  
ברזניץ הילה שמחה  
ברט מירב  
ברקאי גודמן ליאת  
גלוטמן מאיה  
גלפי רוני דייזי  
ד"ר אלגרבליל אילן  
ד"ר זיתון מירב  
ד"ר שור יונית ג'ואן  
דביר ריזנפלד מיכל  
דורון איה  
דלי פרח ריני  
דנון מידן עדי  
הופמן גרינברג מורן  
הנדל רבקה בת  
הראל חוטר ישי לילך  
ואקנין שטרן אידית  
וגמיסטר רחל  
וייס איתן  
זוסמן נועם  
זיו מיכל  
זיני יהונתן  
חלוצי שלמה אברהם  
טל נעם  
יפרח כפיר  
ירצקי אמיר  
כהן אמונה

## תואר מומחה מדריך

### חטיבה קלינית

אסמאעיל הנד  
בן מוחה רויטל  
גזית שרון מירב ציפורה  
גליק זיו  
טל דורית  
למפרט דרסיאלה ליליאנה  
סדן קרן  
קורניק הירש קרן  
רוגובסקי דיאגו מרטין  
רונית זמיר-אהוד  
שמי שירה

### חטיבה חינוכית

אבו געפר אברהים  
אלצאנע סחר  
יורב רוזה  
לוי דורית  
לסקין ילנה  
סבו אילנית דינה

### חטיבה שיקומית

הדר זלשטיין ענת  
לוין סיון  
סגל אורן טד  
פרקש נטלי  
שר נועה

### חטיבה רפואית

גרשפלד ליטוין אביטל  
חיימוביץ בוגר חן  
לוריא יונה דוד

### חטיבה התפתחותית

טאוויל ופולר ליליה





## תוכן עניינים

דבר המערכת צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, ד"ר מירי נהרי, אלה בן-נון	3
משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י יורם שליאר	4
מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבות	6
משולחנו של הפסיכולוג הארצי גבי פרץ	10
משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך ד"ר חוה פרידמן	11
ארבע הפרדיגמות של הפסיכוסומטיקה ד"ר אנדרס קוניצ'זקי	13
"בין עור ברוז לעור פיל" פסיכודרמטולוגיה וטיפול בבעיות עור אורי מנדלקורן, נפתלי אדרי	20
"הנסיכה הכלואה" טיפול בילדה הסובלת ממחלת מעיי דלקתית חמורה ובהוריה דורית בן גד אלבז	28
"הקול בראש" ניתוח לקיצור קיבה באמצעות היפנוזה להתמודדות עם השמנה חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי מיה מזרחי	33
פסיכוסומטיקה ברפואה ראשונית מאפיינים ואתגרים ייחודיים אורן להק, דוד מעוז ישראל	42
הבדיקות שלי תקינות, אז למה הבטן משתוללת? טיפול CBT בתסמונת המעי הרגיש אפיגיל	47
פינת ההורות פנים אל מול פנים: מפגש של זהויות עצמי ד"ר לירון און	54
פסיכולוגים יוצרים ראיון עם ד"ר סמדר גונן ומנשה כהן על ספרם המשותף "פתאום אביב בסתיו" שיצא לאור בשנת 2015 בהוצאת "כרמל" ועם סמדר גונן עם צאת ספרה "חרדת האינטימיות" שראה אור בשנת 2019 במסגרת "הסדרה לפסיכולוגיה" בהוצאת "רסלינג" ראיינה צילה טנא	58
פרופיל אישי פרופ' רבקה יעקובי היא פסיכולוגית קלינית ורפואית, ממייסדות החטיבה לפסיכולוגיה רפואית, לשעבר יו"ר הוועדה המקצועית במשרד הבריאות וראש המגמה לפסיכולוגיה רפואית מאז הקמתה במכללה האקדמית תל-אביב-יפו. זוכת פרס מפעל חיים על קידום הפסיכולוגיה הרפואית בארץ לשנת 2017 נחמה רפאלי	62
ספרים מומלצים שבתאי מג'ר עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים	64
משולחנה של ועדת האתיקה סיכום פעילות ועדת האתיקה בשנים 2017-2019	66

## חברות המערכת

צילה טנא - יו"ר טל': 054-7933195, טלפקס: 09-9566711 דוא"ל: zilaabrasha@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
איריס ברנט טלפון: 054-6876801 דוא"ל: berenti@bezeqint.net	
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  
פסק: 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

זה עתה סיימנו את שנת 2019 עם חוברת שהוקדשה לשמונים שנה למותו של פריד. לשמחתנו, החוברת זכתה לתגובות חיוביות מאוד של רבים מקוראינו, ואנו מודים שוב לכל אלה שנטלו חלק פעיל ביצירתה.

את השנה הבאה עלינו לטובה נפתח בחוברת המוקדשת לנושא חשוב שעדיין לא טופל בעיתוננו - הפסיכוסומטיקה. אנו מודים לכותבים אשר שלחו אלינו מאמרים מגוונים ומרתקים בנושא ותודה מיוחדת מקרב לב נשלחת כאן לאורי מנדלקורן אשר הציע את הנושא וסייע לנו בגיוס הכותבים.

אנו מעודדים אתכם להרבות ביוזמות כאלה ולפנות אלינו עם רעיונות והצעות לטובת כלל קוראינו.

בברכת שנה אזרחית טובה ובתקווה שנצלח את המהמורת הפוליטיות הניצבות בפתחנו ונמשיך בעשייה וביצירה.

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 שליאר, יו"ר הפ"

### לחברי וחברות הפ" שלום רב,

שיזם פרום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית. זאת, על מנת להשיג תמיכה רחבה של ארגוני החברה האזרחית בישראל למען מתן שירות פסיכולוגי ציבורי נגיש ואיכותי בישראל. הערב התקיים במעמד משה בר סימן טוב - מנכ"ל משרד הבריאות, נציגי הארגונים חברי הקואליציה ואנשים חשובים אחרים. האירוע שהתקיים באוניברסיטת תל אביב היה רב משתתפים ובעיקר מרגש ומפיוח תקווה, תקווה שפעולה זו תמנף את המהלך שאנו מובילים בפרום הארגונים, מול מקבלי ההחלטות ולקראת סגירת ההסכמים הקואליציוניים לאחר הבחירות במרץ.

**יישום התיקון לחוק החינוך המיוחד** - מועצת הפסיכולוגים דנה בתיקון לחוק החינוך המיוחד ופרסמה בימים אלה נייר עמדה בנושא יישום התיקון לחוק, המבטא דאגה רבה מאופן יישום החוק מבחינת הפגיעה במעמד המקצועי של הפסיכולוגיה החינוכית, בלקוחות ובתהליך ההכשרה של הפסיכולוגים הצעירים. מעבר לכך השטח סוער עם תחילת היישום של החוק בכל מחוזות משרד החינוך ובעיקר סביב הכוונה לגייס פסיכולוגים בהעסקה פרטית לוועדות הזכאות שלא במסגרת הסכמי השכר, במטרה להפחית את העומס מהפסיכולוגים של השפ"חים. ההתנגדות לפתרון זה נובעת מהחשש שמדובר בצעד שנותן לגיטימציה ופוחת את הדלת להעסקה פרטית של פסיכולוגים במערכת הציבורית על פני השפ"חים. כידוע, הניסיון ליישם העסקה מסוג זה באחת הרשויות בדרום נבלם הן על ידי הארגונים בשינוף פעולה עם הפסיכולוגים במחוז והן על ידי מטה הפסיכולוגיה במשרד החינוך. אין ספק כי מציאות כזו עלולה ליטול מהפסיכולוגים את הסמכות הסטטוטורית הכמעט יחידה שיש להם. ב-14.1.2020 התקיימה פגישה שנייה של מטה פסיכולוגיה במשרד החינוך עם נציגי השטח ונציגי הארגונים לדון בנושא. זוהי פגישת המשך לזו שהתקיימה בהרכב דומה עם המנכ"ל מר שמואל אבוהב בקיץ האחרון, פגישה שהניבה שינויים משמעותיים ביישום הרפורמה. הפגישה השנייה הייתה סוערת ושיקפה את חילוקי הדעות לגבי הפתרון של העסקת פסיכולוגים חיצוניים בוועדות הזכאות ואת הספקות של השטח האם אכן יצטמצם מספר הוועדות. הגם שלא הושגו הסכמות הייתה הבנה שהדיאלוג מטה-שטח צריך להימשך.

החורף בשיאו, נחלי הגליל ורמת הגולן שוטפים ושוצפים בשפע מים והחרמון מבהיק בלבון שלגיו. עד לרגע כתיבת שורות אלה, הכינרת עלתה במטר שלם, ובמידה שכמות המשקעים תימשך באופן הזה, אולי נזכה בעוד שני מטרים נוספים, ונראה את הכנרת חוזרת לממדיה הטובים. נקווה לחורף מבורך ללא אסונות מיותרים כפי שפקדו אותנו בשבועות האחרונים. אז יש סיבות להיות אופטימיים.

שלכם,

יורם

כרגיל, דברים רבים התרחשו ומתרחשים בהפ" מאז כתבתי לכם לאחרונה.

**סמינר הוועד המרכזי בזיכרון יעקב** - בתחילת חודש נובמבר התכנסו חברי הוועד המרכזי לסמינר של יומיים בבית דניאל בזיכרון יעקב גם במטרה להעמיק את הקשר והתקשורת בין חברי הוועד ובעיקר כדי לדון ולהחליט בסוגיות מרכזיות ומהותיות שעמדו ועומדות על שולחננו, לחשוב ולקבל החלטות שיעשו את הפ" רלוונטית יותר לחבריה ולחברותיה ולחברה בישראל, היום ולעתידי.

במהלך היוםיים הצלחנו, באווירה טובה וביעילות רבה, להגדיר את ערכי הליבה של הפ" שיהוו בסיס לחזון הארגוני שלנו ואשר מהם נגזרו ההחלטות האופרטיביות לגבי המבנה הארגוני והתפקידים, וכן יחסי הגומלין והאחריות של הגופים השונים בהפ": הוועד המרכזי, החטיבות והמשרד.

אפרט כאן כמה מהן, בעיקר את אלה שבשלו לקראת יישום מעשי ואשר ישתקפו בתוכנית העבודה ובתקציב של הפ" ל-2020.

בהתייחס לחטיבות, הכיוון הכללי היה לתת לחטיבות מעמד סטטוטורי פורמלי שאין להן למעשה היום, להגדיל את מרחב הסמכויות וקבלת ההחלטות שלהן, ובהתאם לכך לקבוע את תקציב הפעילות שלהן. כל זאת במקביל להגדרת האחריות שלהן כלפי חבריהן, כלפי החטיבות האחרות וכלפי הארגון כולו, קרי - הוועד המרכזי של הפ". בתוך כך הוחלט שאחוז מסויים מתשלומי החברות בארגון יועבר לרשות החטיבות. עדיין לא סוכם סופית מהו אותו אחוז ולהיכן ישייכו כספיהם של בעלי מומחיות כפולה, כמו גם אילו מגבלות יוטלו על השימושים בכספי החטיבות וכיצד מבוטחים תקציב סביר לחטיבות הקטנות.

במסגרת הסמינר של הוועד המרכזי הוחלט למנות במסגרת מטה הפ" רפרנטים לתחומים שונים שחשוב לנו לקדם, שניים מהם הם: טיפול בפסיכולוגים עצמאיים והנגשת מידע ועדכונים שוטפים ברשתות הדיגיטליות לציבור החברות והחברים בארגון. מטבע הדברים, במסגרת התקציב לשנת 2020 נצטרך לעשות סדר עדיפויות חדש ולמצוא מקורות כספיים למטרות הללו.

**התכנסות מרכז הפ"י** - ביום שישי 31.1.2020 יתכנס ה"מרכז" של הפ"י "המרכז" הוא גוף חשיבה והתייעצות המורכב מחברי וחברות הוועד המרכזי, ועדי החטיבות, ועדת הביקורת, ועדת האתיקה ונציגי הפ"י במועצות השונות. נתכנס על מנת לדון בנושאים שעלו בסמינר הוועד המרכזי בזיכרון יעקב וכן בנושאים משמעותיים אחרים הקשורים להתנהלות ולמבנה של הפ", זאת מתוך רצון לשתף את מרב הנבחרים בארגון ולבחון ביחד את הכיוונים וההחלטות כפי שנידונו והתקבלו בסמינר.

**השקת קואליציית ארגוני החברה האזרחית** - ביום רביעי 15.1.2020 הושקה קואליציית הארגונים החברתיים למען הפסיכולוגיה הציבורית



## מה חדש בחטיבה?

### דבר החטיבה ההתפתחותית

חברות וחברים, יקרות ויקרים, שלום רב,

כבר אמצע החורף, וסוער מאוד גם אצלנו. במהלך הניסיון להתמודד ולהתגונן מפני רוחות השינוי הסוחפות, בדמות שלל הרפורמות שבאות לפתחנו עד כי לעיתים נדמה שכמעט עומדות לכלותינו, אנו גאות כל כך בשמש שזרחה והפציעה בדמות הרישום לכנס... מודות, ההיענות העצומה והרישום הסוחף הפתיעו גם אותנו. מרגש לראות עד כמה התחושה בקרב חברי החטיבה כיום היא שכדאי להיות חלק, שווה להשתתף, חשוב להתאגד כדי לממש את השאיפות המקצועיות שלנו.

פורום ועד החטיבה הרחב, הכולל גם את נציגות הוועדה המקצועית, נציגות משרד הבריאות ונציגי מועצת הפסיכולוגים, עוסק בימים אלה בכתיבת ניירות עמדה ומסמכים מול גורמים הקשורים בקבלת החלטות ומתכנני מדיניות ציבורית סביב הנוכחות המקצועית שלנו בארבעה תחומי תוכן עיקריים הקשורים לעבודתנו היומיומית ובדרך שבה ניתן להרחיבה. הכוונה לנוכחותי הדלה מאוד **במעונות יום שיקומיים** ובנחיצות שלנו בהם. מדובר בכניסה מורכבת מאוד מאחר שחלקם העיקרי של המעונות מופעלים על ידי עמותות שבהן אין פסיכולוגים כלל. לצידם, אנו עמלים על הרחבת השירות שניתן **במעונות היום הרגילים** מאחר שגם בגופים המפעילים אותם לא עובדים פסיכולוגים כדרך קבע, אלא רק במסגרת פרויקטים שמפעילות הרשויות המקומיות, או דרך השירותים הפסיכולוגיים המעטים שנתנים שירות למעונות היום. **היחידות לבריאות הנפש** שבהן כבר ניתן שירות לילדים צעירים מאוד, הן ספורות, ברבות מהן אין פסיכולוגים התפתחותיים, ובמסגרת המאמץ של הקופות להרחיב שירותים אלו, אנו עושים כל שביכולתנו על מנת להשתלב.

אך לא די בכך. מאמץ נוסף שדורש את מעורבותנו הינו דווקא במגרש הביתי שלנו, במסגרת **שירותי התפתחות הילד**. לצד העלייה הגדולה בשכיחות הלקויות הניירו-התפתחותיות, גם גיל הפנייה הולך ויורד. מחד גיסא: זהו הישג אדיר שהינו תוצאה של החדרת המודעות לאיתור ולטיפול המוקדמים. מאידך גיסא: אנו קורסים מרוב עבודה מאחר שכמות המטופלים הזקוקים למענה בכל רגע נתון גדל מאוד.

כלומר כל ילד שמגיע למכון נמצא זכאי לשירות לאורך יותר שנים, ומפת התקנים שלנו לא השתנתה כלל וכלל. המכונים בבתי החולים ובקופות לא ערוכים לגידול העצום במספר המטופלים ועל כן בימים אלה אנו עוסקים גם בניסיון לשינוי מפתח התקינה. בנוסף, נעדכן כי אנו עוסקים גם באפשרות כי טיפולים של פסיכולוגים ההתפתחותיים יהיו שירות שעבורו יוכלו מבוטחים לקבל החזרים מביטוחים פרטיים, תתפלאו: מול חברות הביטוח אנחנו עדיין לא נחשבים מטפלים שמעניקים טיפול פסיכולוגי.

ולכן חברים, עלינו להיות השגרירים של המקצוע. בכל פעם מפתיע לגלות עד כמה גם אנשי מקצוע לא יודעים די על עבודתנו ועד כמה עלינו לעבוד כדי להיראות.

אוהבים את המקצוע? מרגישים וחושבים שהיומיום שלנו הוא שליחות? אנו זקוקים לאנשים שיפנו לקהל הסטודנטים הפוטנציאלי ויעזרו להם לגלות עד כמה עניין אמיתי בגיל הרך יכול להתממש בלימודי פסיכולוגיה התפתחותית, ולאחר מכן, בהתמחות. וגם מול הציבור הרחב אנו זקוקים לכם: דף הפייסבוק שפתחנו הפונה לכלל זקוק לכותבים. חיברתם מאמר נחמד? חשבתם על רעיון? תכננתם פעילות הקשורה בהתפתחותם של ילדים והורים? המצאתם מודל שימושי ויעיל? שתפו אותנו! זו הדרך שלנו לבלוט ולהיות נוכחים במרחב הציבורי.

זכרו: פורום ועד החטיבה ונציגיה מזמין את כולכם להצטרף אלינו ולתרום מרעיונותיכם, ממחשבותיכם, מיכולת הכתיבה שלכם, מרשת המכרים המקצועית שלכם ומזמנכם הפנוי.

כתבו לנו: [psych.develop@gmail.com](mailto:psych.develop@gmail.com)

לסיכום, נעדכן כי הוועדה המקצועית עומלת על השתלמות מתמחים שתתפרסם בקרוב ותהיה מקצועית ביותר, וכן על מפגש מדריכים ומנהלי תוכניות ההתמחות אז יש למה לחכות... ונכון, יש גם כנס... והוא צפוי להיות הגדול ביותר בתולדות החטיבה...

מאחלות חורף של גשמי ברכה ומחכות לפגוש את כולכם!  
שלכם,

חברות ועד החטיבה ההתפתחותית

## דבר החטיבה החינוכית

### לחברי החטיבה החינוכית שלום רב,

הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית לשנת 2019 הסתיים לא מכבר, ושמחנו גם השנה במעורבות גדולה של פסיכולוגים חינוכיים רבים בכנס, בסדנאות ובפעילויות השונות. גם השנה הכנס התקיים באילת, ולקחו בו חלק כ־750 משתתפים וכ־90 מנחי סדנאות.

קדם הכנס, שעסק השנה בשאלות של אקטיביות ומעורבות תחת הכותרת "לתפוס מקום", נפתח בהרצאה של ד"ר ניסים אבישר על המתח ש"בין האישי לחברתי בפסיכולוגיה החינוכית". בהמשך, התקיימו שני סשנים של "קבוצה גדולה" במטרה לבחון את ההיבטים המודעים והלא־מודעים של הנושא, כפי שבא לידי ביטוי בפסיכולוגיה החינוכית של שנת 2019, העסוקה בשינויים ותמורות (למשל, בהקשר לתיקון בחוק החינוך המיוחד). המהלך שהתחיל היה טעימה מעניינת ומאתגרת ואנו חושבים על דרכים שונות שבהן יהיה ניתן להמשיך תהליך זה גם מחוץ לכנס. בערב נהנינו מהופעה של רועי חסן ומיכה שטרית - "על יצירה ואקטיביזם" - שהדהדה את הנושאים במילים ובצלילים. בבוקר קדם הכנס המציאות החיצונית נכנסה לרגע לתמונה בהרצאתה של ירדן מנדלסון, יו"ר חטיבת הפסיכולוגים במח"ר, שדיברה על המקום של כל אחד ואחד מאיתנו במאבק למען הפסיכולוגיה

## דבר החטיבה הרפואית

### חברי חטיבה יקרים,

בימים אלו, בפרוש השנה האזרחית החדשה, אנו עוסקים בהכנות לכנס השלישי של החטיבה לפסיכולוגיה רפואית שנושאו "פסיכולוגיה רפואית במהלך החיים". הנושא עלה מתוך ההכרה שכפסיכולוגים רפואיים אנו מטפלים באוכלוסיות גיל שונות, המתמודדות עם קשיים הנוגעים בבריאות ובחולי, במצבי משבר ובמצבים כרוניים. חילקנו את ההתייחסות בכנס לגילאים השונים לשלושה שלבים עיקריים: ינקות וילדים, בגרות (מצעירה למאוחרת) והגיל השלישי. כמקובל בתחומנו, התכנים בכנס יתמקדו בחולה עצמו, בקרוביו ובצוות הרפואי המטפל בו. נדבר נוסף שבו נעסוק בכנס הוא המטפלים עצמם - שמחד, כשאר האדם, חווים אף הם משברים רפואיים ומתפקדים כמטפלים עיקריים לקרוביהם, ומאידך, הנם חלק מהצוות המטפל. עמדות אלו משפיעות זו על זו, וראינו לנכון לתת תשומת לב גם לנקודות המפגש ביניהן.

לאורך הכנס ניהנה מהרצאות שבהן נשמע מהנעשה בשטח ובמחקר בתחום הפסיכולוגיה הרפואית, בארץ ובעולם, על חיזוק גורמי חוסן בקרב ילדים (והוריהם); נתאסף בסדנאות אשר יעסקו בנושאים כגון: caregivers, התמודדות ויחס למוות,

### הציבורית.

הכנס המרכזי נפתח ביום שני אחר הצהריים במעמד השופטת דליה דורנר שהביאה את הפרספקטיבה שלה על השינויים במדיניות ההכלה מוועדת דורנר (שבראשה עמדה) ועד לתיקון בחוק החינוך המיוחד שנכנס לתוקפו השנה. לאחר מכן התפזרו המשתתפים בין 62 סדנאות (מתוכן שליש סדנאות חדשות!) מגוונות ומעשירות. בין לבין התקיימו שלל פעילויות הווי ופנאי, כולל "ערב כישרונות צעירים" עם מיטב חובבי הבמה של הפסיכולוגיה החינוכית והופעה של להקת הג'רפות, שהפגינו בקיאות מרשימה בעבודת הפסיכולוג החינוכי (ובמשכורת שלו...).

בימים אלו אנו שוקדים על קריאת משובי המשתתפים וניתוחם על מנת שנוכל לפרסם אותם בקרוב. בהזדמנות זו אנו רוצים להודות לחברת "קליידוסקופ" על הפקת הכנס, למרצים השונים ולמנחי הסדנאות והקבוצה הגדולה, וכמובן - לכל מי שהגיע/ה לכנס, "תפסה/ה מקום", השתתף/ה והיה/הייתה מעורב/ת. עבורנו הכנס הוא פלטפורמה לקידום המקצוע באמצעות למידה, שיח, מפגש בין עמיתים ולקידוח אוויר משותפת - ואנחנו שמחים לראות כיצד מטרה זו מתממשת מדי שנה ושנה בכנס. להתראות בכנס הבא!

### ועד החטיבה החינוכית

יצירת שיתוף פעולה עם הורים, תשומת לב לזוגיות בעת מחלה, פיתוח ושמירה על self care בקרב המטפלים ועוד. בנוסף, לאור הצלחת חלק ה־TED בשני הכנסים שהתקיימו, החלטנו השנה להרחיב ולשמעו בשני ימי הכנס על פרויקטים ייחודיים ומעניינים הנערכים בשטח. כמו בכל שנה, גם השנה תלווה את הכנס תערוכת פוסטרים שתוציא לאור מחקרים ופרויקטים נוספים בתחום.

במקביל לעבודה על הכנס, ממשיך הוועד לעסוק בקידום התחום בתחומים שונים, וגיבוש מפגשים קהילתיים מקצועיים נוספים. לסיום, נקווה לראות את כולכם בכנס הקרוב, ליהנות יחד מתוכן מקצועי, רלוונטי לעבודתנו בשטח ומפתח, לצד חיזוק הקהילה המקצועית והשמחה להיפגש ולחוות יחד רגעי צחוק והנאה. בהזדמנות זו, נודה לכל המגיבים לקול הקורא, ובעיקר למרצים, למעבירי הסדנאות, למעבירי הרצאות ה־TED ולמכיני הפוסטרים, על התנדבותם ונדיבותם לחלוק ולאפשר לנו ללמוד ולצמוח בעזרתם.

שתיה שנה אזרחית נעימה ומאפשרת,

נתראה בכנס!

### ועד החטיבה לפסיכולוגיה רפואית



## דבר החטיבה הקלינית

### חברי חטיבה יקרים ויקרות,

מאז הגיליון הקודם הספקנו לעשות ולקדם מספר דברים שתכף נפרטם, אולם מכל הדברים שנעשו, ההתרחשות הבולטת ביותר היא כנס הפסיכולוגים הקליניים שהתקיים ב־14-12 בדצמבר במלון ישרוטל ספורט קלאב, באילת.

הכנס היה משמעותי עבורנו משום שהוא כנס ראשון מזה שנים רבות שהחטיבה הקלינית יוזמת ומקיימת עבור הפסיכולוגים הקליניים. למרות שמדובר ביוזמה חדשה, ההרשמה הייתה מרשימה, כ־190 משתתפים, ואנו רואים בכך הבעת אמון בנו, ובפורמט הכנס.

בכנס התקיימו 15 קבוצות עבודה שונות שהתמקדו בהקשבה לשעה הטיפולית. את הקבוצות הובילו מנחים מהשורה הראשונה בתחום המציגים את העושר הקליני, התאורטי והטכני שקיים בשדה הפסיכולוגיה הקלינית בישראל. בשלושת ימי הכנס התקיימו 7 מפגשים של שעה וחצי, כשבכל אחד מהם הקבוצה עסקה בהקשבה לשעה טיפולית שאחד מחבריה הכין מראש, ודיון קבוצתי על השעה. לפי הפידבקים שקיבלנו, המשתתפים הרגישו כי העבודה הייתה מלמדת, מעשירה, מעניינת, ולעיתים מרגשת. כנס כזה דורש ארגון רב ואנו רוצים להודות לחברת ההפקה "דנה גורסקי הפקות" שעזרה לנו לייצר כנס באווירה טובה עם דאגה מקיפה לכל הצרכים של המשתתפים והמנחים. נראה כי החלה מסורת חדשה בתחום הפסיכולוגיה הקלינית בישראל, ואנו נעמול לפתחה, לשפרה ולשמרה עבור כולנו.

לצד הכנס, החודש המשכנו בשלל פעילויות נוספות שעליהן רצינו לעדכן ולספר:

1. בכנס השקנו פרויקט שאנו שוקדים עליו מזה כשנה והוא אינדקס הפסיכולוגים הקליניים. האתר נמצא בשלבי פיתוח אחרונים ובקרוב יעלה לרשת. אנו מאמינים כי אינדקס זה יעזור לכן ולכם, המחפשים חשיפה לציבור, לקבל חשיפה זו באינדקס מושקע שמאפשר לכל אחת מכן לציין את תחומי מומחיותה. אנו גם מאמינים שאינדקס זה ישרת את הציבור שכן לצד האינדקס האתר יכיל מידע על תחום המומחיות הקליני וכן כתבות על תחום הטיפול והנפש וגם הסברים שונים לגבי הפנייה לטיפול ואבחון. אנו מאמינים שעם קידום נכון, האתר החדש יוכל לתת מענה לצורך שקיים למרות קיומם של שלל האינדקסים הפרושים ברשת.

2. בתאריך 11.11.19 התקיים יום עיון נוסף של החטיבה הקלינית בשיתוף "מכון שלם", בתל אביב. יום העיון עסק בתסריטים נרקיסטיים של ההורות, נושא שקרוב לליבו ולעיסוקו של אחד מחברי ועד החטיבה, עודד מאיו. הנושא

התברר כבעל עניין לציבור שכן יום העיון היה מלא עד אפס מקום. גם שם, כמו בכנס, קיבלנו הדים חיוביים על ההרצאות. בהמשך לעניין הרב שהתגלה בנושא, אנו שוקלים ובודקים אפשרות לבניית קורס בנושא, במתכונת דומה לזו שהתקיימה בנושא הטיפול הזוגי.

3. בתאריך 28.10.19 התקיים המפגש השני של פסיכולוגיה שעליו דיווחנו בגיליון הקודם. כזכור, מפגשי פסיכולוגיה הם מפגשים באווירה אחרת מימי עיון. הם מתרחשים בערב ולא במהלך היום, והם משלבים בין פסיכולוגיה לאומנויות. אנו משתדלים שהם יתקיימו בזירה האומנותית (מוזאון, תיאטרון, גלריה...). המפגש השני עסק בלידה שקטה. אנו מרגישים שזהו נושא שהזירה הפסיכולוגית צריכה לפנות לו יותר מקום בשיח ובמחקר. מסתבר שהורים נושאים את האובדן של תינוק שנולד ללא רוח חיים לאורך שנים, והמסר שהם מקבלים מהציבור הוא להמשיך הלאה ולא להתעסק בזה יותר מדי בעוד הצרכים הרגשיים שלהם דורשים עיבוד והכלה ולגיטימציה לתחושה של אובדן כפי שאנו מכירים אותו.

4. אנו ממשיכים לעבוד ולהיות בקשר עם המציאות בשדה קליני מתוך רצון לשמור ולדאוג לשירות הציבורי ולפסיכולוגים הקליניים שעובדים בו. בחודשים האחרונים נחשפנו למקרה של מר יואב רודנקי, פסיכולוג ותיק מתחנת הארבעה, שמנהל מאבק משפטי נגד משרד הבריאות ששוב החליט (במה שנתפס על ידינו כהחלטה כוחנית וכחלק ממגמה כללית) לבטל מכרז לניהול התחנה בעקבות פרישתו של המנהל הקודם, ולמנות תחתיו פסיכיאטר על פני פסיכולוג קליני ותיק ששימש עד כה סגן המנהל. נעדכן כי יוזמתה של החטיבה הקלינית להצטרפות הפ"י כידידת בית המשפט במקרה נדחתה על ידי בית המשפט. עם זאת, עורכי הדין שהפ"י שכרה על מנת לייצגה במקרה, סבורים כי ישנן עוד מספר אפשרויות על מנת להבטיח שעמדתנו ביחס להיותו של פסיכולוג קליני מועמד ראוי ומתאים לתפקידי ניהול במערך בריאות הנפש תישמע ותהיה חלק ממערך השיקולים של בית המשפט במקרה.

5. דוח מבקר המדינה - מבקר המדינה בחר לבדוק השנה את נושא הרפורמה בבריאות הנפש. מכיוון שצברנו ידע רב ומקיף על הרפורמה שקדנו על הכנת דוח מפורט שמציג את הליקויים שאנו רואים בה. הדוח שחובר לא הסתפק בהצבעה על הליקויים של הרפורמה. תחת זאת, התייחסנו למספר פתרונות ריאליים. במיוחד התמקדנו בנושא הכאוב של תורי ההמתנה. אנו רואים את הליקוי המרכזי של הרפורמה בכך שעדיין יש פער גדול בין דרישות

## חדשות החטיבות

החטיבה בשירות הציבורי.

נחזור שוב על התחושה הטובה שהענקתם לנו בהשתתפות בכנס הפסיכולוגים. עבורנו זו הייתה הזדמנות לפגוש אתכם פנים אל פנים, להכיר ולשמוע. רוב העבודה שלנו היא מאחורי הקלעים בפגישות עם גורמים שונים, בדיונים פנימיים בחטיבה ובהפ"י, בכתיבת דוחות, בכניסה לוועדות וכו'. ההזדמנות ליצור מפגש משמעותי ומוצלח עימכם, נותנת לנו כוח להמשיך את העבודה השגרתית במהלך השנה.

מאחלים לכולנו שנה אזרחית פורייה.

### ועד החטיבה הקלינית

**עמוס ספיבק - יו"ר, יחיאל אסולין, דנה אלפסי, ד"ר שי איתמר, רפאל יונתן לאוס, אביאל אורן, עודד מאי**

שצברו במהלך השנים. הם יתמקדו בתכנים הלקוחים מעולמות התוכן הייחודיים לנו העוסקים בפסיכולוגיה של עולם העבודה - מיון, ייעוץ אישי-תעסוקתי וייעוץ ארגוני. אנו מאמינות שנוכחות המנחים מהחטיבה מעצימה את כל המשתתפים בכנס ומסמלת את הביטחון שלנו בכוחות הפנימיים, בגיבוש הזהות המקצועית ובבניית החוסן החטיבתי.

במהלך החודשים האחרונים אנו עוסקות בנוסף ביצירת שותפויות ותקשורת בין גופים מובילים בתחום, חיבור בין אקדמיה לשטח ובדיקה של הדרכים שבהן נוכל לתת מענה מדויק יותר לצרכים השונים. על מנת להמשיך ולקדם את מעמד החטיבה והתחום שלנו בציבור הפסיכולוגים והציבור בכלל, אנו זקוקים למתנדבים נוספים חברי הפ"י להצטרף לקחת חלק פעיל בעשייה.

מוזמנים לצור עימנו קשר בפייסבוק ובמייל: [vaadpsy@gmail.com](mailto:vaadpsy@gmail.com)

ועד החטיבה הארגונית-תעסוקתית-חברתית

הציבור לשירותים פסיכולוגיים זמינים ואיכותיים לבין המצב בשטח שבו שירותים פסיכולוגיים כרוכים בהמתנה ארוכה ולא סבירה לטיפול בפסיכותרפיה. כמו כן, למרות התקציב הנדיב שקיבלו קופות החולים, יש מחסור חמור של שירותים פסיכולוגיים בפרפריה.

6. אנו שמחים להרחיב את שורות הוועד ולצרף אליו פעילה חדשה - דנה אלפסי. דנה הסכימה להצטרף כפעילה לוועד החטיבה לאחר שנחשפה לוועד ופעילותו בכנס האחרון באילת (עוד יתרון חשוב שהכנס מייצר). דנה מביאה עימה ידע והיכרות עם המציאות המורכבת בשטח הציבורי (תחום שבו הייתה פעילה בשנים האחרונות) וכן זווית ייחודית וחשובה בתור מתמחה. אנו בטוחים שהצטרפותה תתרום רבות לעבודת הוועד, וכפועל יוצא תתרום רבות לחברות

## דבר החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית

### לחברים שלום רב,

אנו שמחות לבשר כי ההכנות לכנס השנתי של החטיבה בעיצומן. ההכנות ממוקדות לקראת הוצאת חוברת הכנס, אשר תגיע אליכם במהלך חודש ינואר 2020. החוברת תכלול מידע מפורט על הסדנאות המוצעות, אירועי תרבות ופנאי, מועד האספה השנתית של החטיבה והסדרי תשלום והגעה.

**הכנס השנתי, "בין הים להר - המסע המשותף בעולם המשתנה", ייערך במלון ניר עזיון, בין התאריכים 4-6 במרץ 2020.**

בשונה משנה שעברה, הכנס יחל בשעות הבוקר של יום רביעי וימשך עד יום שישי בצהריים, כך שנוכל לישון עוד לילה בבית ולהגיע רעננים בבוקר לסדנאות השונות. הסדנאות ימשכו כחטיבה אחת לאורך כל ימי הכנס ויאפשרו לנו זמן לתהליך משמעותי. חלק מהסדנאות חדשות, ויש כאלה מוכרות.

בהתאם למגמה שהחלה בשנים האחרונות, מרבית מנחי הסדנאות יהיו פסיכולוגים מהחטיבה, אשר יחלקו עימנו מהידע והניסיון

החטיבה התעסוקתית-ארגונית | כנס "בין הים לים"

4-6 מרס 2020 | מלון ניר עזיון





## דבר החטיבה השיקומית

### חברי חטיבה יקרים,

החורף כאן, ואיתו גם שנה אזרחית חדשה. נפתח את דברינו באיחולי שנה טובה ובתקווה לגשמי ברכה.

הכנס השנתי שלנו, שעמד בסימן "קולות וצבעים: הפסיכולוגיה השיקומית כמגוון של אנשים, זהויות ותרבויות", התקיים לפני כחודשיים במלון ניר עציון, ובו נכחו כ-240 פסיכולוגים ופסיכולוגיות בשלבי ההכשרה השונים. ננצל שוב את ההזדמנות להודות לחברי הוועדה המדעית של הכנס, ד"ר יורם בראב, ד"ר שושי פלמור, ד"ר עידית שלו, ד"ר הילה כהן וד"ר שרון נפרסטק-זמלר על התוכנית המדעית הנפלאה; לחברי הוועדה המארגנת, דניאל לוי, טל שלו-בן יצחק, יאסמין אבו-פול, נטע משגב-צובארי, אדווה פרידלנדר ויתם בן-שץ, שיחד עם אלי אבוטבול מחברת הכנסים "אורטל" ועם צוות המשרד ודני כפרי מנכ"ל הפ"י הוציאו את התוכנית לפועל ודאגו לכל הפרטים הטכניים והלוגיסטיים. נודה גם לפרופ' דנה מרגלית, גב' יהודית אברון וגב' נחמה רפאלי על רגע מרגש במיוחד - טקס הענקת הפרסים המסורתית, שבו הוענק פרס מפעל חיים לפרופ' אלי וקיל ופרס על חדשנות בתחום הפסיכולוגיה השיקומית לגב' לימור שרוני. בפרס על פוסטר מצטיין זכה יוני דוד.

המשוב על הכנס היה חיובי. 78% דיווחו על שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד. חשוב לנו שהכנס יהווה בית והזדמנות למפגש חברתי ומקצועי של כלל הפסיכולוגים השיקומיים, ולכן נוסף להערות ולהארות ממשתתפי הכנס, נשמח גם לשמוע את אלה שלא הגיעו - מדוע לא הגעתם השנה ומה יגרום לכם להגיע בשנה הבאה? מוזמנים לשלוח לנו את תשובותיכם לכתובת [ipa.rehab@gmail.com](mailto:ipa.rehab@gmail.com). בינתיים אנחנו כבר עמלים על הפקת הלקחים וההכנות לקראת הכנס הבא שאותו יובילו חברי סגל המגמה לנוירופסיכולוגיה קלינית-שיקומית באוניברסיטה

העברית בירושלים: פרופ' הלל אביעזר, ד"ר תמי פלג, ד"ר טל שני-אור וד"ר שירי בן-נאים.

סיום הכנס מסמל גם את סיום שנת הפעילות הראשונה של ועד החטיבה השיקומית. בשנה זו הקדשנו זמן רב ללמידת התפקיד, להיכרות בינינו ולחשיבה על המטרות, היעדים והמשימות שלנו בהסתכלות רב שנתית. כמו כן הפקנו יחד עם ד"ר נצן אלמוג מהקריה האקדמית אונו תוכנית ללימודי מוגבלויות ייעודית לפסיכולוגים, אשר מוכרת לגמול השתלמות. לצערנו המחזור הראשון של התוכנית לא נפתח בשל מיעוט משתתפים, אך בכוונתנו לפתוח אותו שוב במועד מאוחר יותר השנה. אם מצאתם את הכנס מעורר עניין ומחשבה, אז תוכנית הלימודים הזו היא לגמרי בשבילכם. עקבו אחר הפרסומים בנושא.

אנחנו עם הפנים קדימה, לעבר שנת פעילות נוספת שאליה אנו מגיעים קצת יותר מנוסים, אבל הרבה יותר ממוקדים. נמשיך להוביל יוזמות ושיתופי פעולה עם גורמים בתוך ומחוץ לשדה הפסיכולוגי, להנכיח את עצמנו בצמתים מרכזיים ולהגביר את המודעות לתחום הפסיכולוגיה השיקומית.

נסיים עם ברכות מזל טוב למומחים והמומחיות החדשים שעברו את בחינת המומחיות במועד החורף האחרון. חברות הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית מדווחות כי השינוי במתכונת ההיבחנות והמעבר לשני מועדי בחינה בשנה מוכיח את עצמו, וכי מספר הניגשים בשנה האחרונה היה גבוה משמעותית ממספר הניגשים בשנים שקדמו לשינוי. אנחנו בסימן גדילה וכיום יש כבר למעלה מ-450 פסיכולוגים שיקומיים מומחים. רק לשם השוואה, בשנת 2015 היו 313.

שלכם,

חברי וחברות ועד החטיבה לפסיכולוגיה שיקומית

תצאים להתעדכן?  
**כנסו אלינו לאתר!**  
 כל האירועים  
 כל הפעילויות  
 כל הכנסים

[www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)

## גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי

### לציבור הפסיכולוגים שלום רב,

מתחילים שנה אזרחית חדשה, וממשיכים במרץ לפעול לקידום הפסיכולוגיה, ועוד נכוננו לנו אתגרים רבים.

ישנם יעדים שיושגו רק אם נזכה לשיתוף פעולה עם גורמים נוספים מחוץ לעולם הפסיכולוגיה. טבעם של יעדים אלה שהם מושגים באופן הדרגתי ואיטי ודורשים אורך רוח וסבלנות מרובה, יחד עם החזקת המטרה והתקווה למימוש המלא של היעד.

ישנן פעולות שכדאי ורצוי שאנחנו נקדם, ובאופן זה נוכל להשפיע גם על היעדים הנ"ל:

1. חיזוק השותפות בין תחומי המומחיות השונים הן במישור של הנהגה והן במישור של עבודת השדה.
2. פרויקטים שיחזקו את הפסיכולוגים בשירות הציבורי ויבטיחו את הישגותם.
3. הרחבת ההשפעה הארגונית של הפסיכולוגים במוסדות שונים.

### חיזוק השותפויות

הבסיס המשותף של כל תחומי המומחיות בפסיכולוגיה הוא רחב מאוד ויכול לשמש בסיס לדיאלוגים שיוצרים שיתופי פעולה בין התחומים תוך שמירה על ייחודיותו של כל תחום. יש לכך ביטוי בעבודת פורום יושבי ראש הוועדות המקצועיות על טופס הערכת המתמחה, משוב התמחות, הגדרת תפקיד אחראי ההתמחות, חוות דעת בתהליך הסמכה להדרכה ועוד. זה יכול להתבטא גם בפגישות משותפות בין ועדות מקצועיות לבחינה מדוקדקת של הדרישות למי שמעוניין לרכוש מומחיות נוספת או לתהליכי הסמכה של מיומנויות ייחודיות.

זה יכול לקרות גם בעבודת השטח. לדוגמה: מרפאות פסיכולוגיות רב תחומיות, פעילויות משותפות לקידום הרווחה הנפשית או להגברת הדיאלוג בין פסיכולוגים במסגרות שונות כמו הפסיכולוג החינוכי בבית הספר עם הפסיכולוג הקליני במרפאה לבריאות הנפש ועם הפסיכולוג הרפואי או השיקומי בקהילה. בדוגמה האחרונה יש לנו הזדמנות להוות את התשתית לגשר שיחבר בין עולמות תוכן דומים אך במסגרות נפרדות ומרוחקות מאוד תפיסתית שיכולות להתמקם בשכנות גאוגרפית.

### פרויקטים לחיזוק הפסיכולוגים בשירות הציבורי

תהליך ההתמחות הוא הכרחי ורובו נעשה במסגרות ציבוריות. עבור מומחים ומדריכים חשוב לייצר תהליכים ופעולות שיגבירו את הרצון להישאר בשירות הציבורי למרות תנאי ההעסקה

והשכר. פיתוח מסלול של תפקידים מקצועיים וניהוליים יכול להיות אתגר שכזה וסומן על ידי רבים ממשנתפי סקרי השחיקה למיניהם כנושא בעל פוטנציאל מחזק. כמו כן, קיימות פעילויות רבות שנעשות בשטח, שחשוב למנף אותן לטובת אוכלוסיית המומחים והמדריכים. פרויקטים כמו אלו שהוקמו במספר מרכזים רפואיים לבריאות הנפש של שילוב הטיפול הפסיכואנליטי בהפרעות קשות הן דוגמה טובה לתהליך שהוא טוב למטופלים וניתן למינוף בקידום פסיכולוגים. במרכזים רפואיים ציבוריים רבים מבוצעות הכשרות בתחומי טיפול ייחודיים ברמה גבוהה שיכולה להיות חלופה טובה יותר מאשר הסמכה של גופים פרטיים. מה שנדרש זה לקחת את הרעיון הטוב שכבר קיים ופועל ולתעל אותו לטובת מינוף הפסיכולוגיה והפסיכולוגים בארגון.

### השפעה ארגונית

אמרתיה בהזדמנויות רבות שרלוונטיות לארגון היא בסיס הכרחי לשימור מקומם של הפסיכולוגים בארגון ואף קידומם. תפקידנו לגרום לארגון להרגיש שהוא צריך את הפסיכולוגים עבור הארגון, לא רק עבור לקוחותיו. גם כאן מתקיימות פעולות רבות וחשוב להרחיבן הן בהיבט התפיסתי של תפקיד הפסיכולוג בארגון והן בפעילות למעשה. קבוצות לצוותים רפואיים, התחברות לפרויקטים מרכזיים (כמו למשל צמצום שחיקה), השתתפות בוועדות חשובות גם אם אינן קשורות ישירות לעולם הפסיכולוגיה (הלסינקי, למשל), השתתפות בקידום מחקרים ועוד פעולות רבות, שכן חוכמת הפועלים בשטח יכולה לייצר הרבה יותר ממה שאני יכול להציע במסמך אחד.

ברבים מהמודלים ההתפתחותיים, תהליך התפתחותי מתחיל בקושי/אתגר/משבר/שבירה. העלייה מהמשבר ודומיו יוצר כוחות ייחודיים שמייצרים את תהליך הצמיחה מן החוסר. עלינו לבוא בדרישות אל כל אלה שתפקידם לקדם את עולם הפסיכולוגיה, ויחד עם זאת לפעול מתוך עצמנו כדי לשמר ולקדם את מקצוע הפסיכולוגיה והפסיכולוגים. כי זה נכון, זה ראוי וזה טוב עבור המטופלים, הלקוחות, הארגונים, המוסדות ועבורנו.

"עלה למעלה עלה, כי כח עז לך, יש לך כנפי רוח, כנפי נשרים אבירים. אל תכחש במ, פן יכחשו לך, דרש אותם, וימצאו לך מיד" (הרב קוק).

בברכה,

גבי פרץ

פסיכולוג ארצי



## ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך

### SEL והפסיכולוגיה החינוכית... פרומו

שהוכשרו לכך. מדובר באתגר ראוי ומורכב של מפגש בין השפה הפדגוגית והשפה הרגשית, כך שבאי בית הספר יהיו דוברי השפות הללו בשיח בין מבוגרים ובין מבוגרים לילדים. זו המשמעות של גישה כוללת של SEL.

היוזמה למחקר יישומי בחינוך עומלת על דוח נרחב בנושא, שיוגש בתוך מספר חודשים למשרד ויהווה נדבך חשוב בעבודתו של משרד החינוך לפיתוח תפיסה ופרקטיקות בתחום זה. אחד הצעדים במסע זה היה יום למידה שארגנה היוזמה, שבו התארח פרופ' כרמל צ'פאי מהפקולטה לרווחה חברתית באוניברסיטת מלטה, חבר אגודת הפסיכולוגים הבריטית, העומד בראש המרכז לחוסן נפשי ולבריאות חברתית-רגשית. פרופ' צ'פאי מכהן כיו"ר משותף של כבוד ברשת האירופית לכשירות חברתית ורגשית. צ'פאי הציג תפיסה של Whole School SEL. הוא התייחס בדבריו לחמש שאלות יסוד:

1. למה צריך בכלל לעסוק ב-SEL בחינוך?
2. האם יש ל-SEL השפעה?
3. מהי הדרך המיטבית להפעלה של SEL בחינוך?
4. האם יש סיכונים או תופעות לוואי?
5. כיצד מתקדמים מכאן?

צ'פאי הציג את ה-SEL כ"שיחת היום" בתחום הפיתוח של מיומנויות לומד במאה ה-21. לדבריו נמצא במחקרי מוח ובמחקרים חברתיים שפיתוח מיומנויות רגשיות וחברתיות משפיע על יכולות התמודדות בחיי היומיום, על למידה ועל הישגים. דוח הפורום הכלכלי העולמי (2016) בנוגע למשרות העתיד הגדיר את האינטליגנציה הרגשית כאחת מעשרת הכישורים המצופים משכירים על ידי מעסיקים בשנת 2020. צ'פאי הציג גישה מערכתית ביחס לחינוך, הכוללת את הטמעת SEL בהוראה, בקידום אקלים מיטבי, בהכשרה של מורים, בהתמודדות עם מגוון תרבותי, בשילוב ובהכללה של תלמידים בסיכון ותלמידים בעלי צרכים מיוחדים. הוא הניח דגש רב על רווחתם של המורים.

#### איך קשור SEL לפסיכולוגיה החינוכית?

הפסיכולוג החינוכי פועל בתוך מסגרות החינוך. השפה הרגשית-חברתית היא שפת אם עבורו. מבטו המקצועי של הפסיכולוג החינוכי מופנה לילד כאדם, למערכת החינוכית

המונח SEL (social-emotional learning), למידה רגשית-חברתית, מתקדם בצעדי ענק ומתמקם בשדה החינוך בארץ\*. קידום SEL כרוך במגוון של צעדים ארגוניים ומערכתיים לצורך הטמעתו במערכת החינוכית (ראו: אינדיקטורים להטמעה של למידה חברתית-רגשית (SEL) בבתי הספר: <http://education.academy.ac.il/SystemFiles/23268.pdf>). במרכז של תפיסה זו הפיתוח של מיומנויות אישיות ובין-אישיות בקרב תלמידים. גופי ידע המתייחסים למיומנויות הלומד במאה ה-21 מניחים דגש רב על המיומנויות הרגשיות והחברתיות של התלמיד בהקשר של חיים בחברה, ובמיוחד בהקשר של הכנה לעולם העבודה. מדובר במיומנויות כדוגמת זיהוי רגשות, ויסות רגשי, התמודדות עם קונפליקטים בין-אישיים וכו'. זהו אתגר עצום בפני עצמו שמערכת החינוך בארץ, כמו מערכות חינוך אחרות בעולם, מתמודדת עימו מזה מספר שנים. תוכנית כישורי חיים של שפ"י היא ספינת הדגל בתחום הקניית מיומנויות להתמודדות רגשית וחברתית בתחום זה, ולצידה תוכניות נוספות במערכת החינוך.

המודל המוכר יותר בתחום זה בעולם הוא CASEL (ראו: <https://casel.org/core-competencies>). נראה כי מדינות שונות מתבססות על גוף ידע זה, ועם זאת מגבשות לעצמן מודל שיתאים למאפיינים החברתיים-תרבותיים שלהן. האתגר הניצב בפני מערכת החינוך הישראלית הוא גיבוש מודל שיתאים למאפייני החברה על שבטיה השונים במציאות של שינוי מתמיד. לומד שעלה השנה לכיתה א' יסיים את מערכת החינוך בשנת 2032. מה המשמעות של סוציאליזציה של תלמיד לחברה, לחיי משפחה, למארג החברתי, לעולם העבודה בטווח זה של שנים?

מערכת החינוך בישראל מושפעת מהרוחות המנשבות בעולם והידע הרב ב-OECD (ראו: <https://www.oecd.org/education/cei/OECD-Study-on-Social-and-Emotional-Skills.pdf>) וב-EU (מודל אוניברסיטת הארווארד: <http://exploresel.gse.harvard.edu/frameworks/45>) בהקשר של למידה רגשית-חברתית, ופועלת כאמור לגבש דרך משלה. לא מדובר רק בהקניית מיומנויות רגשיות-חברתיות לתלמידים על ידי מחנכים

\* מאמר ראשון נכתב בנושא בגיליון פסיכואקטואליה 7.2018

חויית העבודה, הרגשות החיוביים והשליליים המלווים אותה, יחסי העבודה המגוונים, ובכלל זה הקונפליקטים המתעוררים וכו'. ההתקרבות בין השפה הרגשית לבין השפה הפדגוגית מהווה אם כן פורה לעבודתו של הפסיכולוג במסגרות החינוך. במרחב שבין שפה רגשית כ"שפה זרה" לבין שפה רגשית כ"שפת אם", נפתחת אפשרות לאנשי החינוך לחוש נוכחות אותנטית, שמשמעה מקום ואפשרות לשיח על עולמו של המורה בעבודתו. קידום שיח רגשי בין מורים לתלמידים מושתת בראש ובראשונה על הזמנת המבוגר עצמו לבטא את מחשבותיו ורגשותיו בנוגע לחויית התפקיד שלו. זהו המקום ממנו עשויה להתפתח צמיחה וגדילה של הילדים לחברתם המתפתחת ומשתנה.

בברכת חורף טוב לכולם,

חיה

ולמערכות היחסים בין התלמיד למבוגרים המשמעותיים במסגרת החינוכית, מחוץ לה ובין הורים לאנשי החינוך. יש לפסיכולוג החינוכי הזדמנות להרגיש את הדופק בהיבט המערכתי בקרב הצוות ובכל הנוגע ליחסים בין אנשי חינוך ובין אנשי חינוך לתלמידים.

התוכנית האסטרטגית של אגף פסיכולוגיה מדגישה את העבודה עם המבוגרים המשמעותיים לילד על מנת לקדם השפעה על בריאותם ורווחתם הנפשית של ילדים. אתגר גדול ניצב לפני המערכת החינוכית לקידום SEL. מוסכם שתלמידים זקוקים להקניה של מיומנויות רגשיות וחברתיות ברוח התקופה. יש לפסיכולוג המסגרת החינוכית הזדמנות להציב בסדר העדיפויות במקום מרכזי את ההתייחסות לעולמם הסובייקטיבי של המבוגרים, לרגשות שלהם ולמערכות היחסים שלהם בעבודתם. לפתוח הצוהר לחויית האדם בתפקידו,



# BE HAPPY

## ביטוח בריאות הקבוצתי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

**במציאות כמו שלנו חשוב שלך ולבני משפחתך יהיה ביטוח בריאות פרטי.**

☺ בשביל חופש הבחירה בנותני שירות רפואיים ☺ בשביל קבלת שירותים רפואיים בזמינות מרבית ☺ בשביל לכסות הוצאות רפואיות יקרות ☺ בשביל הביטחון והשקט הנפשי שלך!

**פוליסה BE HAPPY הינה הרחבה לביטוח המשלים בקופת חולים (אין כפל ביטוח!) ומוצעת לחברי הפ"י ובמחירים ובתנאים אטרקטיביים במיוחד, וכוללת בין השאר:**

- כיסוי להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה).
- הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה, או אירוע רפואי קשה.
- כיסוי מורחב לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות עד לסך של 4,000,000 ₪.
- ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- שירותים אמבולטוריים כגון: התייעצות עם רופא מומחה בדיקות אבחוניות, טיפולי שיקום, כיסוי לנשים בהריון, כיסוי מיוחד לילדים ועוד...

חנה שיהיה כבי שלא נצטקק...





**פוליסה BE HAPPY גובשה ומלווה ע"י חברת הייעוץ ש. לוטינגר ושות' - המובילה בתחום ביטוחי הבריאות בישראל לפרטים והצטרפות בטלפון 072-2227357, או במייל: [lior-a@ayalon-ins.co.il](mailto:lior-a@ayalon-ins.co.il)**

\* המידע הינו כללי בלבד, התנאים הקובעים הם אלה המופיעים בפוליסה



# ארבע הפרדיגמות של הפסיכוסומטיקה

ד"ר אנדרס קוניצ'זקי

איננו אובייקט בעל מהות מוחלטת ולכן הוא ניתן להחלפה (מהשד אל המוצץ וכן הלאה). עקרון התחליפיות של האובייקט, כפי שנראה בהמשך, קשור גם במושג הלא מודע, ויוצר תנועה בלתי פוסקת המייצגת השתוקקות וחיים. מנגנון התחליפיות מתרחש לדעתו של פרויד בעזרת שני מנגנונים מרכזיים, אסוציאציה והסמלה: "... במקרים אחרים, הדבר שהביא לידי החלפת האובייקט בפטיש הוא קשר־מחשבה סימלי, שאינו מודע כלל לאדם. לא תמיד אפשר להוכיח בביטחון את נתיבי הקשרים הללו" (פרויד, 2002, עמ' 34).

עקרון התחליפיות של האובייקט... קשור גם במושג הלא מודע, ויוצר תנועה בלתי פוסקת המייצגת השתוקקות וחיים. מנגנון התחליפיות מתרחש לדעתו של פרויד בעזרת שני מנגנונים מרכזיים, אסוציאציה והסמלה

אובייקט הפטיש מורה על האופן שבו אדם יוצר רשת אסוציאטיבית וסימבולית אשר בעזרתה הוא מכונן אירועים ואובייקטים גופניים ומשתמש בהם לסיפוק הדחף. זהו אם כן לא גוף ביולוגי בעל איכויות ואיברים בעלי דטרמינציה ביולוגית א־פרוירית אלא גוף של קשרים והקשרים, של דימויים ודרמות אשר מועדים לקיבעונות וטעויות שסופם היווצרות של תסמין. אותו תסמין הוא למעשה העדות לקיומו של גוף סומטו־סימבולי שפורש מסלול סובייקטיבי פרטיקולרי רדיקלי בקליניקה ומשאל את עצמו לפענוח ופעולה בזמן הטיפול.

**הלא מודע כמרחב פסיכוסומטי**

לאחר שפרויד הגדיר את הזיקה בין הביולוגיה לסמל דרך הדחף כפונקציה של ייצוג, הוא נדרש למכשיר שיתרגם את השפה הביולוגית לשפה הסימבולית. מכשיר כזה הוא מצא בפעילות של הלא מודע. על מנת להראות כיצד הלא מודע פועל כמתורגמן

מאמר זה נכתב מתוך התנסות קלינית רבת שנים אשר במהלכה עלו תהיות רבות לגבי האפשרות להשפיע על תסמינים גופניים בעזרתן של מילים. תהיות לגבי האופן שבו הגוף האנושי רווי במשמעות ולגבי הדרך שבה אנחנו כבני אדם חווים את גופנו על תשוקותיו וכאביו. סבור אני שכל מי שעובד עם מטופלים פסיכוסומטיים נתקל בעקשנות של התסמין הגופני ולעיתים בפליאה הרבה שתסמינים אלה מעוררים בנו. המאמר הנוכחי הוא חלק ממאמץ לארגן ולתפוס את האופנים השונים שבהם ניתן להבין את הקשרים בין הגוף לנפש, ומעבר לכך לנסות ולהגדיר מהי העמדה הקלינית המתאימה לכל קשר.

## פרדיגמה ראשונה: הפרדיגמה של ייצוג הגוף הסומטו־סימבולי

פרויד, בתחילת דרכו, ניסה להשפיע על הגוף של המטופלות ההיסטריות שלו דרך השיטה החדשה שגילה, הריפוי בדיבור. על מנת להסביר את המנגנון שבו הגוף והנפש קשורים, פרויד השתמש בשני מונחים מרכזיים: הדחף והלא מודע. הדחף, מושג שפרויד מציב בין הגופני לנפשי, מתואר על ידו כאנרגיה פסיכוסומטית אשר מחפשת סיפוק על מנת לקיים את עקרון העונג אשר מוגדר כהורדה של מתח אנרגטי (פרויד, 1915). הדחף מחפש אובייקטים לסיפוק ונע בגוף בראש ובראשונה באזורים בעלי מוכנות עצבית שאותם כינה פרויד אזורים ארוטוגניים. אז מהו אם כן הגוף הפרוידיאני? מהו הגוף הנוצר דרך תהפוכות ומסלולי הדחף? זהו "הגוף הסומטו־סימבולי" המתגלה דרך אובייקטים חלקיים הבנויים על בסיס עצבי ומתפתחים כאובייקטים של הדחף התר אחר סיפוקו. זהו גוף לא אינטגרטיבי אשר נפרש בפנינו כאוסף של איברים ותחושות המופיעים בו־זמנית וזה אחר זה דרך ארגון חלקי אשר מתקבל בשלב הגניטלי.

המסלול שפרויד מתווה בעזרת התהפוכות של הדחף מציג תפיסה חדשה של היחסים בין הגוף לנפש. אין כאן שתי ישויות נפרדות ומובחנות וגם לא מרחבים לוגיים שונים, אלא קשרים בין הדחף לאובייקט שיכול להיות איבר בגוף או לחילופין מילים או דימויים (מרכיבים סימבוליים) אשר מבנים את חוויית הגוף. האובייקט שאליו אנחנו מתייחסים בפסיכואנליזה הפרוידיאנית

ד"ר אנדרס קוניצ'זקי הוא פסיכולוג קליני ורפואי מדרוך, מנכ"ל ופסיכולוג ראשי בת.ל.מ. מרצה וחוקר במכללה האקדמית תל־אביב-יפו. בתיאורי המקרה כל הפרטים שונו על מנת לשמור על פרטיות המטופלים.

כאשר התחליף מצוי במטפל נקבל העברה, וכאשר התחליף מתמקם באיבר בגוף אזי יש לנו המרה. ההמרה היא מקרה סימפטומטי של זיווג בין הדחף, הביולוגיה והמשמעות הסמלית. היא למעשה מייצגת קונפליקט לא מודע אשר קיבל ביטוי גופני ולכן הגוף הופך להיות איבר של השפה. מבחינתו של פרויד יש לנהוג בהמרה באותו האופן שבו ננהג בכל תצורה של הלא מודע, ובעיקר יש לנהוג בה דרך פירוש. למעשה, דרך קביעת מנגנון זה פרויד מצליח להראות כיצד ניתן לקשור בין אירועים דחפיים, קרובים אל הביולוגיה ומערכת העצבים ככל שיהיו, לבין אירועים נפשיים המצויים קרובים יותר אל הספקטרום של השפה, המחשבה והדימוי.

## אובייקט הפטיש מורה על האופן שבו אדם יוצר רשת אסוציאטיבית וסימבולית אשר בעזרתה הוא מכונן אירועים ואובייקטים גופניים ומשתמש בהם לסיפוק הדחף

### תיאור מקרה

ר' בת 16, הגיעה לטיפול בהפניית אלרגולוג, היות ומזה כחודשיים הופיעו על זרועותיה ועל גבה כתמים אדומים מוארכים. מתחילת הטיפול ניכר כי ר' היא נערה ורבולית מאוד עם יכולת סימבולית ומילולית מפותחת, דבר שעורר את הסברה שמדובר בהמרה על רקע מבנה נוירוטי. כבר בפגישה הראשונה אמרה ר': "לדעתי האלרגיה קשורה לחלב... כל פעם שאני אוכלת דברי חלב היא מתגברת". עוד אמרה ר': "אני לא יכולה להפסיק לאכול גבינה... אני לא רוצה להפסיק לעשות דברים שאני נהנית מהם".

בכל עת שר' אכלה גבינה הופיעו פסי האלרגיה, אך כאשר אכלה מוצרי חלב אחרים התופעה לא התעוררה. היות והלוגיקה של התסמין לא תאמה התנהלות רגילה של תופעות אלרגיות, הוחלט על טיפול אקספלורטיבי. כששאלתי את ר' מה עולה בדעתה כאשר היא מסתכלת על הכתמים, היא השיבה: "זה מוזר... אבל... לפעמים הם נראים לי כמו הצלפות של שוט... מאותה אמירה החלה להיות עסוקה בתכנים של ענישה עצמית שהובילו לאשמה: "זה כאילו שאני צריכה לקבל עונש על משהו... העור נהיה אדום וכואב..." הזכרתי לה את אמירתה: "אני לא רוצה להפסיק לעשות דברים שאני נהנית מהם". בהמשך הפגישות עלתה סצנה שבה היא התנשקה עם ידיד בן כיתתה ונבהלה מהמעשה היות והחברה הכי טובה שלה מאוהבת בו. ר': "רק מלחשוב על זה נהיה לי חם..." המשך הדיבור סביב האשמה

של מערכת העצבים, פרויד פנה לחלום. מבחינתו, בעבודת החלום הלא מודעת ישנו מנגנון תרגום שדרכו הרשמים הגופניים המופיעים כגירויים של מערכת העצבים הופכים לרשמים נפשיים: "בשעת השינה, ברגע שגירוי עצבים, חיצוני או פנימי, יוצר בנפש תחושה, או מכלול של תחושות, רגש או תהליך נפשי כלשהו, והנפש תופסת אותו, הוא מעורר תמונות תחושה מתוך מעגל ההתנסויות שנשתיירו בנפש ממצב הערות ... התהליך מלקט כביכול סביבו מספר קטן יותר או גדול יותר של תמונות כאלה, שבאמצעותן מקבל הרושם הנובע מגירוי העצבים את ערכו הנפשי..." (פרויד, 2007, עמ' 242).

הגוף הסומטו-סימבולי הפרוידיאני מתגלה כמנגנון שמארגן רשמים לתוך יחידות נרטיביות בעלות מובן. הבה נבחן זאת דרך החלום הבא שהביא מטופל: "אתמול בלילה התקשיתי להירדם בגלל טרדות רבות שיש לי בעבודה ... כשנשכבתי במיטה הרגשתי חוסר נוחות רבה בשכיבה, ולמרות הניסיונות שלי למצוא תנוחה טובה לשינה לא הצלחתי. התחלתי להרגיש כאבים ברגלי השמאלית ... תחילה התעלמתי מהם אך הם הלכו והתגברו. לבסוף הצלחתי כנראה להירדם... למרות שהרגשתי שהשינה קלה מאוד, חלמתי שאני מסתובב בחצר אחורית של בית ... בדיוק כשניסיתי להיכנס לבית הגיח לפתע כלב קטן ושעיר ונשך אותי ברגלי השמאלית. אני זוכר איך ראיתי אותו נושך אותי וכל החלום ניסיתי להפריד אותו מהרגל שלי אך ללא הצלחה ... חלום זה מראה באופן מאוד ברור כיצד הכאב העצבי של המטופל מתורגם לכדי סיפור שבמהלכו הרגל הכואבת ננשכת על ידי כלב. הנרטיב שנוצר באמצעות מנגנון יצירת המשמעות הוא שאפשר לכאב להפוך לתסמין נפשי.

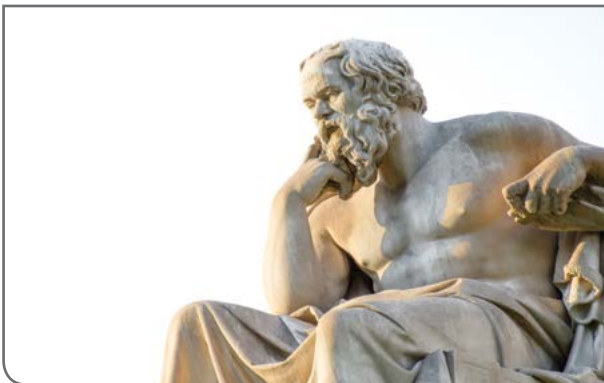
### ההמרה: כשהדחף והמילה מתאהבים

התוצר של הפקת משמעות בגוף הוא מנגנון ההמרה. ההנחה של הלא מודע מאפשרת לפרויד לבסס את עקרון התחליפיות העומד בבסיס הנוירוזה. כלומר כאשר הצנזורה אינה מאפשרת לתוכן לשהות במודעות הוא עובר לרישום בשדה של הלא מודע, ומכיוון שהאנרגיה של הדחף ממשיכה לפעול נדרש תחליף למה שהודחק: "לפי תפיסתי נזקק כל סימפטום היסטרי לתרומה משני הצדדים. הוא אינו יכול להתפתח ללא נכונות סומאטית מסוימת ... הוא אינו מופיע יותר מפעם אחת ... אלא אם כן יש לו טעם נפשי כלומר משמעות" (פרויד, 2007, עמ' 52).

החשיבות של המשמעות בתסמין ההיסטריה מקבלת משנה תוקף ומעניקה לפונקציה הסימבולית מעמד מועדף. כלומר, הגוף הופך להיות התחביר שבעזרתו הייצוג הלא מודע של הדחף מתפרק מן האנרגיה שלו. בעזרת עקרון התחליפיות, הייצוג בלא מודע יכול למצוא דרך מילוט חלקית בצורת ייצוג סימפטומטי. כאשר תחליף זה מתמקם באובייקט אנחנו מקבלים פוביה,



היכולת לתפוס עומק בפונקציה של התודעה לייצג את המרחק שהאדם עומד מהתמונה ולבצע מעין חישוב קוגניטיבי המביא בחשבון מרחק זה. מרלו־פונטי לעומת זאת גורס שתפיסת העומק קשורה לחוויה המתעוררת מהסצנה השלמה שבה יש מרחב, תודעה וחוויה. מבחינתו אין ייצוג של המרחב אלא חוויה בלתי אמצעית של אותו אירוע שבו הסובייקט מצוי מול התמונה. בניגוד לתפיסת הייצוג הרואה בתודעה מכשיר המנכס את המציאות, הפנומנולוגיה רואה את הסובייקט כמשתתף פעיל ובלתי נפרד מהחוויה. הכלי שבאמצעותו מתאפשרת החוויה הוא הגוף והרשמים החושיים. אל מול עקרון התחליפיות הפרוידיאני אשר מניח תמיד שמשהו הולך לאיבוד בתרגום ולכן ישנה זרות רדיקלית המשמעת את הסובייקט, הסובייקט הקליאינאני ניצב עם הפנטזיה שלו כפריזמה שיוצרת צורות ושברי צבעים באור המגיע ועובר דרכו. הפנטזיה עצמה איננה ישות פסיכולוגית גרידא אלא רוויה בביו־לוגיה של הגוף וממשיכה לתפקד, הן מטפורית והן הלכה למעשה, כרכיב מעכל. גישה זו להבנת הקשר בין הגופני לנפשי מקבלת ביטוי עדכני יותר בגישות ההתגלמות (embodiment) הגורסות כי התודעה מעוגנת בגוף לא רק באופן הטרו־ויאלי (שבו החומרה של המוח "מריצה" את התוכנה של התודעה), אלא במובן העמוק שלפיו מערכות המושגים ויכולות החשיבה שלנו מעוצבות על ידי מבנה המוח, תכונות הגוף האנושי והאינטראקציות הגופניות שלנו. כפי שלייקוף וג'והנסון כתבו בספרם "הפילוסופיה של הבשר": "לא קיימת תודעה נפרדת ובלתי תלויה בגוף, וכך גם אין מחשבות שקיימות ללא קשר למוח ולגוף" (Lakoff, & Johnson, 1999). על פי תפיסה זו אפוא הגוף איננו ייצוג של קונפליקט נפשי, והקשר בין הגוף והנפש מתואר כממשות שאיננה ניתנת לרדוקציה ושיש לראותה כמקשה אחת.



### התסמין כעמדת הוויה

כיצד ניתן להבין את התסמין הפסיכוסומטי על פי גישה זו? התסמין אינו כפוף לעקרון תחליפיות שנועד לאפשר לסובייקט להתמקם מול ההקשר התרבותי-סיביתי. במקום זאת, התסמין

הוביל לירידה משמעותית בתדירות ההתקפים עד להיעלמותם. למעשה, ניתן לראות דרך מקרה זה כיצד התסמין הגופני הפך להיות אובייקט להתקה של משאלה אסורה שהעלתה אשמה רבה. החקירה בטיפול מיקמה את התסמין הגופני כסמן לזירה אחרת, לא מודעת, שבה קיימת התרחשות הקשורה לאטיולוגיה של התסמין, במקרה של ר', לקונפליקט סביב אשמה. על פי היגיון זה עלינו להתייחס להמרה כחוט שבו יש למשוך על מנת לבחון אילו דברים קשורים מעברו השני. ה"משיכה" בחוט תעורר את החומר המודחק בזירה הלא מודעת ותאפשר לגוף הסומטו־סימבולי להשתנות וליצור ארגון חדש של משמעות. שינוי זה יוביל לפתרון הקונפליקט ולהשתנות התסמין הגופני.

### הפרדיגמה השנייה: "להיות גוף"

את הפרדיגמה השנייה של הפסיכוסומטיקה ניתן לייחס למלאני קליין. קליין לא ממקמת את עיקר התהליך הפסיכוסומטי במנגנון הייצוג כפי שעושה פרויד, אלא בתפקודים הביו־לוגיים של הגוף ובפנטזיה. בעומק הלא מודע מתקיים תהליך סומטו־פסיכי שבאמצעותו מתחילים להיווצר מנגנונים נפשיים המשמשים לשמירת לכידותה של הנפש. הסובייקט הקליאינאני הוא בראש ובראשונה סובייקט של ארגון. הוא פועל דרך העיקרון המארגן של הפיצול וההשלכה על מנת להתמודד עם העודפות של הדחף. מנגנון פרימורדיאלי זה מתפקד באופן כמעט אינסטינקטיבי מתחילת החיים ומאפשר להוריד מהפוטנציה של הדחף על ידי יצירה של הפרדה בין מה שנחווה כאני ומה שלא (מה שגורם לספוק ומתוג כטוב ומה שנחווה כתסכול ומתוג כרע). הארגון הזה מתרחש בתוך מטריצה נפשית המורכבת מתמונות, דימויים ולבסוף גם רכיבים סימבוליים המכונים פנטזיה. הפנטזיה מהווה פלטפורמה שבאמצעותה הביו־לוגיה עוברת טרנספורמציה אל העולם הנפשי והופכת לפסיכולוגיה. כך, תהליכים גופניים בסיסיים כדוגמת אכילה (אינקורפורציה - הכנסה לגוף) ופליטה (אקסקורפורציה - הוצאה מהגוף), מהווים אבטיפוס לתהליכים נפשיים כגון הפנמה והשלכה (קליין, 2002).

### קליין: פנומנולוגיה והתגלמות

הרעיון שהגוף אינו מהווה ייצוג של הנפש אלא הגוף עצמו הוא מרכז החוויה הנפשית מופיע בצורה מעניינת בפנומנולוגיה של מרלו־פונטי. בדומה לקליין, מרלו־פונטי רואה בגוף את הגורם המקשר בין החוץ לפנינים והגוף מצד אחד שייך לסובייקט ומהווה חלק ממנו ומצד שני הוא גם נמצא בחוץ ולכן הוא בו־זמנית גם אובייקט. הסובייקט "טבול" כולו בחוויה וכך הוא חווה את העולם. כדוגמה לכך מדבר מרלו־פונטי על תפיסת העומק כאשר אנחנו מסתכלים על תמונה. תאוריית הייצוג תסביר את

הסכים להגיב גם להיגיון קונברסיבי, המשיך להתעקש להיות נוכח, יציב וקולני מתמיד. באחת הפגישות, ד' החלה לצייר, ונראה שהיא שוקעת לתוך הציור ושוכחת את קיומי. היא החלה לצבוע את הדף בצבעים כהים מאוד והקפידה למלא כל פינה לבנה בצבע. היא לא ציירה צורות או דמויות אך נראה היה שהיא שקועה עמוק בתוך התנועה של הצביעה. גם בפגישות הבאות היא ביקשה להשתמש בצבעים וחזרה על פעולת הצביעה. עם חלוף הפגישות הבחנתי שהתקפי השיעול הולכים ופוחתים. שמתי לב לקצב הנשימה של ד' וראיתי כיצד הוא משתנה. הצבעים התחלפו מכהים לבהירים יותר והציור הפך להיות יותר אוורירי. התחושה שהציורים שלה העבירו השתנתה ונראה היה שיש הרבה פחות כובד ומלאות בציורים. בהדרגה התקפי השיעול פחתו עד שנעלמו כמעט לחלוטין. גם הוריה של ד' דיווחו על ירידה בהתקפים.



הטיפול בד' עורר בי שאלות רבות בהקשר למנגנון הריפוי שפעל במקרה זה. לא היה מדובר במנגנון סימבולי שמיקם את הגוף כתחליף גלוי להדחקה. התסמין הגיב לפעולת הגוף בהיותו טבול בתוך הציור. פעולה זו אפשרה לד' לפתוח "ארכיון סומטו־פסיכי" וליצור ביטוי מחודש של החוויה הסובייקטיבית שלה. ברגע שנתיב זה נפתח התאפשר שינוי סובייקטיבי בחוויה של ד', והגוף קיבל מעמד אחר. התרחש מעבר מסובייקט "משתעל" דרך פעולת הנשימה לסובייקט המבטא את החוויה שלו דרך ההיות בציור ובצבע. מעניין היה לשים לב כיצד שינוי סובייקטיבי זה יצר דפוס אחר של נשימה במהלך פעולתו. מנקודת מבט קלאיניאנית ניתן לראות בשיעול עדות להשתוקקות אקס־קורפורטיבית שלא הצליחה לקבל ביטוי כנראה גם לנוכח הנטייה המשפחתית ל"השתקה" של רעשים ודברים לא מוסברים. ד' לעומת זאת הביעה התעניינות רבה בסביבתה וביקשה הסברים לדברים שעוררו בה סקרנות. ייתכן שהסובייקט הטבול בפעולת הצביעה אפשר להתמקם בעמדה שהייתה עד כה בלתי אפשרית, ביטוי מצד אחד אך ללא גילויים

מופיע כתזכורת לכך שהסומה פועמת ומתהווה בכל תופעה נפשית: "לדוגמה, במקרה של מטופל בעל מאפיינים דיכאוניים וסכיזואידיים, האנליזה העלתה בחדות כה רבה את חוויותיו הראשונות כתינוק, עד שבחלק מהפגישות התעוררו תחושות פיזיות בגרון או באברי העיכול. מטופל זה נאלץ להיגמל בפתאומיות בגיל ארבעה חודשים מאחר שאמו חלתה..." (קליין, 2002, עמ' 192).

הגוף, במקרה זה, עולה בתסמין כעדות להיעלמותה של האם. הגוף איננו מטפורי במובן שהוא מחליף דבר מה אחר כמו בהמרה של פרויד, אלא מהווה זיכרון ארכיוני לחוויות פיזיות שהתרחשו בעבר ומהוות משענת להתפתחות הפסיכולוגית בהווה.

### תיאור מקרה

ד' בת 8, הגיעה לטיפול בעקבות התקפי שיעול בלתי נשלטים שהחלו כחצי שנה לפני הגעתה. היא הופנתה על ידי רופא המשפחה לאחר שכל הבירורים הגופניים לא הצליחו למצוא הסבר לתופעה. הוריה הביעו דאגה רבה לנוכח השיעול הבלתי נפסק ותיארו אותו כ"שיעול מטריד וקולני" שהפריע את מנוחת בני הבית. בקשתם הייתה מפורשת: "תעשה שזה יפסיק". אמירה זו הותירה בי תהייה לגבי היכולת של ד' לדבר אל מול עולם המבוגרים בבית ובכלל. בפגישות איתה היא הייתה שקטה ונראה שהדיבור קשה לה והיא אינה רגילה אליו. היא אהבה להגיע לפגישות ונהנתה מתשומת הלב שקיבלה במהלך הטיפול ומהניסיונות שלי להקשיב לדבריה. כשהתייחסתי ישירות לנושא השיעול, ד' אמרה שזה מפריע לה היות והיא אינה יודעת כיצד להפסיק את זה. היא הרגישה לכודה בתוך הגחמה של הגוף לפעול ללא אישורה או רצונה. לא ניתן היה להתרשם מתסמינים אחרים. היא הייתה ילדה שמחה ללא קשיים חברתיים או לימודיים. היא יצרה ברית טיפולית איתנה וניתן היה להרגיש את עולמה הרגשי בתוך הפגישות. עובדות אלה העלו בי שאלות רבות לגבי אופי התסמין והמבנה שלו. מצד אחד ניתן היה להתרשם שלד' מבנים פנטזמטיים רב־ממדיים כך שלא ניתן היה למקם את השיעול כתופעה פסיכוסומטית המשויכת לנטייה אלקסייתמית. גם במהלך הפגישות נהגה ד' להשתעל מבלי להיות מוכנה לכך. נראה היה שגרונה וריאותיה מחליטים להפתיע אותה ללא הסבר או הכנה מראש.

עם חלוף הזמן ועם התקדמות הטיפול לא התרחשה שום אבולוציה בתסמין עצמו, אך בהבנה של ד' היה שינוי משמעותי. הניסיונות הפרשניים שלי נתקבלו בברכה אך לא ניכר מגע כלשהו עם הלא מודע בכל הקשור לתופעת השיעול. הפירושים עזרו לד' להבין דברים רבים על הקשרים שלה עם חברותיה ולהצביע על דפוסי יחסי אובייקט לא מודעים, אך השיעול, שלא





ז'אנה ראה את התת-מודע כמקום שבו מאחסנים מידע שאינו זמין ברגע הנוכחי למודעות. התת-מודע מתקיים במקביל למודעות אך אין הפניה של קשב מידי אליו. בניגוד לפרויד שכפי שכבר ראינו מגדיר את הלא מודע כמנגנון של תרגום של מערכת העצבים לסימבול ונרטיב, ובשונה מקליין שראתה את הגוף כמצע החושי להיווצרות הנפש, ז'אנה ניסח את הנפש כבנויה ממערכות הפועלות בו-זמנית. הוא הדגים זאת באמצעות השימוש בהיפנוזה והראה כיצד תחת מצב של טרנס נוצר מצב דיסוציאטיבי יזום אשר מפנה את הקשב של המטופל למערך נפשי שהיה לא נגיש עד כה. ז'אנה המשיך ופיתח את התאוריה וטען שיכולים להתרחש פיצול או הפרדה בין חלקים שונים בנפש כשזיכרונות ורגשות יכולים להתקיים במקביל ומבלי לדעת אלה על אלה. לתופעה הזו הוא קרא דיסוציאציה. על בסיס הרעיון של הדיסוציאציה התפתחו גישות הטוענות שהנפש מורכבת ממצבי עצמי (Emmerson, 2007) אשר נמצאים במרחקים שונים מהמודעות, או במילים אחרות, מצבים שעברו דרגות שונות של דיסוציאציה, והם שאחראיים על התסמינים הפסיכוסומטיים בהווה. כדי להבין כיצד ניתן להסביר תסמין פסיכוסומטי דרך גישה זו עלינו להבין קודם מהו מצב עצמי.

#### "הקול בראש"

מצב עצמי הוא צבר של חוויות, זיכרונות, אמונות ורגשות המאוגדים סביב גרעין משותף. מצבי העצמי נוצרים בדרך כלל בילדות המוקדמת סביב אירועים משמעותיים בחיי האדם. ניתן לחלק את מצבי העצמי למצבים ילדיים ורגרסיביים יותר, כאלו שנוצרו סביב חוויה טראומטית, מצבי עצמי ניטרליים אשר מהווים חלק מהאישיות היומיומית ומצבי עצמי המוגדרים כמשאבים אישיותיים. מצבי העצמי נמצאים לרוב בדיסוציאציה מהמודעות והגישה אליהם אפשרית דרך הפניה של הקשב. מצבי העצמי הם חלק טבעי של האישיות ומטרתם לשמש כמנגנוני התמודדות עם האתגרים עימם נפגש האדם. לכל מצב עצמי ישנו מצב פסיכוסומטי שמאפיין אותו. מחקרים קליניים רבים מראים שמצבי עצמי יכולים להשפיע על התחושות שלנו וליצור תסמינים של כאב, שינויים בפעילות של המערכת הסימפתטית ותסמינים גופניים בלתי מוסברים (Emmerson, 2007).

#### תיאור מקרה

א' בן 19, הגיע לטיפול בהמלצת רופא המשפחה בעקבות פחד להקיא שהחל להתפתח לקשיים באכילה. הוא דיווח על גוש בגרון שלא מאפשר לו לבלוע בצורה חלקה ומלווה בפחד להיחנק. א' החל לרדת במשקל בגלל החשש ההולך וגובר לאכול מאכלים "שיתקעו בגרון". לאחר הערכה ראשונית של כוחות האגו ולאחר

ברורים. כאשר לא ניתן לשאול שאלה באופן ברור, בגלל הנטייה של המשפחה לא לאפשר שאלות מיותרות, נותר להתמקם אל מול הצבע ללא הצורה ולהפוך לסובייקט שואל ללא שאלה ברורה.

בעזרת עקרון התחליפיות, הייצוג בלא מודע יכול למצוא דרך מילוט חלקית בצורת ייצוג סימפטומטי. כאשר תחליף זה מתמקם באובייקט אנחנו מקבלים פוביה, כאשר התחליף מצוי במטפל נקבל העברה, וכאשר התחליף מתמקם באיבר בגוף אזי יש לנו המרה

#### הפרדיגמה השלישית: דיסוציאציה

לצד ההתפתחות של הרעיונות הפסיכואנליטיים של פרויד התפתחו רעיונות שלא שמו את הלא מודע כמרכז של הנפש וכהסבר לתסמין זה או אחר. ג'יימס ראה את הנפש כזרם תודעה שהזיקה אליו היא דרך הפניית הקשב ויצירת מודעות. מבחינתו, בחיי היומיום מצוי האדם בהצפה חושית אשר ממנה עליו לחלץ מידע על מנת לקבל החלטות ולפעול: "אנו רואים שבכל רגע נתון הנפש היא תיאטרון של אפשרויות בו-זמניות. המודעות מתקיימת בהשוואה של האפשרויות זו לזו, בבחירה של חלקן ובדיכוי של היתר באמצעות כוחות החיזוק והריסון של ההתכוונות... הנפש, בקצרה, פועלת על המידע שהיא מקבלת בדומה לדרך שבה פועל פסל על גוש האבן שלו..." (ג'יימס בתוך בנג'מין, 2010, עמ' 94).

מנקודת מבטו של ג'יימס המודעות היא בחירה, כלי שהתפתח על מנת ליצוק סדר לתוך עולם של כאוס ולאפשר לאדם להתפתח ולשרוד בעולם מסוג זה. תפיסת עולם זו אינה רואה צורך להכיר בקיומו של לא מודע על מנת להסביר את ההיגיון של התסמינים. במקום הלא מודע הגישה רואה את האדם כפסיפס של מצבי מודעות בו-זמניים.

תפיסת עולם נפשית זו עומדת בבסיס רעיון הדיסוציאציה. הדיסוציאציה תופסת את התסמין הפסיכוסומטי כ"השתלטות" של מצב מודעות. הנציג הבולט של גישה זו הוא פייר ז'אנה אשר הגדיר את המנגנון שבבסיס התסמינים הפסיכוסומטיים כמנגנון דיסוציאטיבי. במקום הלא מודע הסימבולי של פרויד,

הוא הגדיר אותן כעודף של אנרגיה שיש לפרוק (פרויד, 1966). הוא ראה את הנירוזה האקטואלית כתופעה סומטית אשר נוצרת בעקבות תהליך של עודפות. פרויד הבחין בין תופעה המבוססת על משמעות לבין תופעה שאינה מבוססת על מנגנון זה. הנירוזה האקטואלית איננה תחליף לחומר מודחק אלא תופעה כשלעצמה. ההצטרבות של האפקט נוצרת במערכת העצבים כמנגנון פעולה טבעי לנוכח תגובת חירום, וכאשר מתח זה אינו מתועל דרך מנגנונים שמייצרים פורקן הוא עלול להפוך לתסמין פסיכוסומטי (לוי, 2009).

ויניקוט (Winnicott, 1949) הדגיש את הדיסוציאציה בין הגוף לנפש בתסמינים פסיכוסומטיים והחל למקם את האטיולוגיה של תסמינים אלו בקשר הראשוני בין התינוק לאם. הוא ראה את הפיצול שנוצר בין הגוף לנפש כהגנה מפני כשל בהחזקה הראשונית שיצרה היעדר יכולת להתמודד עם רגשות גולמיים. הגנה זו מקבלת ביטוי בתסמינים פסיכוסומטיים. מבחינת, התסמין הפסיכוסומטי מאלץ את המטופל המקובע בהגנת אינטלקטואליות (Psych-Mind) לשוב אל הגוף (Psych-Soma) שבו שוכנות החרדות הראשוניות שהוצאו אל מחוץ לחוויה. חוויות אלה אינן מעובדות דרך מנגנוני השפה ואינן מקושרות לזיכרונות, סמלים ודימויים, ולכן הן עשויות לקבל ביטויים סומטיים, כמעין היסטריה ארכאית (McDougall, 1986). עם ההתמקדות ביחסי הדיאדה הראשוניים עולה החשיבות של החוויות הבלתי מספקות, או הכשלים בהורות המוקדמת. יחסים ראשוניים המאופיינים בהורות שלא אפשרה את הטרנספורמציה מהחוויה הסומטית אל החוויה הסימבולית המורכבת ממילים ורגשות, תהווה ערובה להיווצרותו של תסמין פסיכוסומטי. בניגוד למטופלים פסיכוסומטיים המשליכים חוויות אלו לאובייקטים רודפניים, המטופלים הפסיכוסומטיים משליכים את החרדה אל הגוף ונצמדים לאובייקט לצורך הרגעה (McDougall, 1986). הניסוח של דפוס יחסי האובייקט הפסיכוסומטיים מאפשר לנסח הגנות פסיכוסומטיות ומבנה אישיות פסיכוסומטי (McDougall, 1980). המאפיינים המרכזיים של מבנה מסוג זה הם קושי בוויסות רגשי נוכח היעדר מנגנונים מורכבים של סימבוליזציה. המטופל חסר יכולת אסוציאטיבית ומגלה קושי להתרחק מהאובייקט הממשי ולבטא פנטזיות. המושג שמתפתח בהקשר למנגנונים אלו הוא המושג אלקסיתימיה (Sifneos, 1975) שמשמעותו "ללא מילים או רגשות". מטופלים אלקסיתימיים מתארים בצורה נרחבת את התסמינים הגופניים שלהם אך מתקשים לקשר רגשות לתסמינים אלו וחסרים את היכולת הסמלית ואת הדמיון שאופייניים למטופלים בעלי פנטזיה מפותחת. מטופלים אלו פונים אל אובייקטים בעולם החיצון על מנת לווסת את עולמם הרגשי (Winnicott, 1949).

שהתערבויות בעלות אופי קוגניטיבי-התנהגותי הגיעו למבוי סתום, הוחלט להתייחס אל האזור הסימפטומטי, הגרון, ככרטיס כניסה לעבודת מצבי עצמי. במהלך הפגישות הופיע מצב עצמי ילדי עם זיכרון של חנק בגיל 3. בזיכרון א' היה בביתו, ובמהלך משחק הכניס חלק מצעצוע לפיו ולפתע החל להרגיש שאינו מצליח להכניס אוויר לריאותיו. למזלו, אמו, שהייתה בקרבת מקום, ראתה את המתרחש והצליחה להוציא את הצעצוע מגרונם ללא נזק פיזי. במהלך אותו מפגש א' החל לדבר כאותו ילד קטן מבוהל ולבטא את כל הזיכרונות הטרואומטיים מאותו המקרה. תחושת החנק הופיעה בצורה חזקה בחדר ובעזרת הליווי הטיפולי א' הצליח להכיל תחושה זו, להתבונן בה ולמקם אותה כזיכרון. בנוסף גויסו מצבי עצמי בוגרים יותר והתאפשר דיאלוג עם החלק הילדי. החל מאותה פגישה הגוש בגרון נעלם והטיפול התמקד בחשיפה למאכלים שמהם נמנע. היות ומצב העצמי "התגורר" בגרונם של א' והיה נתון במצב דיסוציאטיבי כבר לא היה פעיל, החשיפות התקדמו בצורה מהירה מאוד עד למצב שבו האכילה חזרה להיות תקינה.

מתוך מקרה זה ניתן לראות כיצד התסמין הפסיכוסומטי רשום כמצב עצמי עם זיכרונות, תחושות, קוגניציות ורגשות שהופעל בהווה כלחץ על שרירי הגרון. מצב עצמי זה היה בלתי נגיש והתקיים במקביל למודעות היומיומית של א'. התיקוף של אותו מצב, לצד ארגון מחדש של החוויה והדיאלוג עם מצבי עצמי המהווים משאבי חוסן אישיתיים, אפשרו את הפתרון של התסמין הפסיכוסומטי. מניסוינו בעבודה עם מצבי עצמי, הגוף מהווה מוקד אקטיבציה יעיל מאוד למצבי עצמי גרגריים רבים. חשוב לזכור שהגוף, כמו במקרה הזה, יכול לשמש כמצע לרישום של חוויות עוצמתיות ואף טראומטיות.

## הפרדיגמה הרביעית: "הגוף הרגשי", מנטליזציה

הרעיון המרכזי העומד בבסיס הפרדיגמה הזו הוא המנגנון של ההתמרה הרגשית. בשונה מהקונפליקט העומד בבסיס ההמרה, ובשונה מתפיסת הגוף כמצע להתפתחות הנפש כפי שראינו אצל קליין או ממנגנון הדיסוציאציה, לפי מנגנון ההתמרה הרגשית, מה שלא עבר עיבוד קוגניטיבי-סימבולי דרך מנגנוני התודעה עלול להישאר כרגש גולמי שמתמקם באיבר של הגוף ועלול לבוא לידי ביטוי כתסמין פסיכוסומטי. רעיון זה התחיל אצל פרויד שהגדיר את הנירוזה האקטואלית. לאחר עיסוקו בהמרה נתקל פרויד בתופעות גופניות שהיו תוצר של הדחף יותר מאשר תוצר של המשמעות. תופעות אלו לא הגיבו באופן שבו הגיבו המנגנונים של ההמרה לפירושים שנתן במהלך האנליזה, ולכן הוא נאלץ לתת להן הסבר אחר מההסבר שנשען על ההדחקה ועל תחליף הייצוג. לתופעות אלו הוא קרא "נירוזות אקטואליות",



שלא הצליחה לחשוב אותה ועליה עד לאותו שלב, וקיבלה ביטוי בכאב הפיזי של הכתפיים. העבודה ההדרגתית, במקרה הזה דרך מדיום כתיבת השירה שהיה נגיש לש', הצליחה ש' להתמיר את האפקט שהיה מגולם בכאב ולהכניס אותו לתוך מערך התודעה.

## לסיכום

באופן אישי, אני מתייחס לקשר גוף-נפש כקשר בעל ייחודיות פרטיקולרית, המהווה יצירה אישית של כל מטופל. קשר זה מספר סיפור על האופן שבו המטופל חווה את התשוקה שלו, הכאב שלו, ההנאה והחולי כמו גם ההתרגשות והכמיהה. מבחינתי, תסמין פסיכוסומטי מהווה אתגר לגילוי יצירתו האישית של המטופל, לזיהוי והקשבה לאמירה האקזיסטנציאלית המובלעת בו, על מנת שיהיה אפשר לתת לה מקום בשדה של הטיפול. אני רואה את הקשר גוף-נפש כמורכב ממילים, דימויים, תמונות וביולוגיה. עבורי, יחסי הגומלין בין המרכיבים הללו, המנגנון הייחודי לכל אחת מהפרדיגמות שהבאתי במאמר והדומיננטיות של כל מרכיב, הם אשר מנחים את הטכניקה הטיפולית המתאימה.

## תיאור מקרה

ש' בת 30, הגיעה לטיפול בעקבות כאבים חזקים בכתפיה. הכאבים החלו לאחר שהייתה מאושפזת כחודש בבית החולים כתוצאה מתסמונת גיליאן-ברה שהובילה לשיתוק בכל איברי גופה. תחילה היא לא קישרה את הכאבים לאשפוז וקיוותה שהבדיקות שעשתה יספרו סיפור אחר, סיפור פיזיולוגי, אך לא נמצא ממצא רפואי כלשהו שהצליח להסביר את הכאבים בכתפיים. בהדרגה החלו לעלות זיכרונות מהאשפוז שלוו בחוויה של חוסר אונים וחרדת מוות חזקה מאוד. עם הזיכרונות התחזקו הכאבים הפיזיים בכתפיים, דבר שכמעט הוביל את ש' להפסיק להגיע לפגישות. בשלב מסוים הצעתי לש' לכתוב את רשמיה במהלך השבוע, והיא חזרה עם ערימת שירים שכתבה על גופה. בשירים הופיע הגוף תחילה כאובייקט זר ומאיים ובהדרגה החל תהליך התקרבות שבסופו נוצר, בכתיבה עצמה, תהליך של התקרבות והכרה בגופה כשלה. השירים היו רוויי מטפורות ודימויים הקשורים בגוף ובחוויה של האשפוז, ואלה אפשרו לש' לעבד את החוויות הקשות שהתעוררו בעקבות המחלה ולמקם אותן בתוך נרטיב שאפשר לחשוב את החוויה ולהתבונן בה. לאחר כשנה של טיפול הכאבים בכתפיים חלפו. נראה שדרך הכתיבה ש' הצליחה להתחיל לעבד את החוויה

## מקורות

1. בנג'מין, ל"ט (2010). היסטוריה של הפסיכולוגיה המודרנית. תרגום: נ' לפידות. רסלינג.
2. ליון, פ' (2009). להעיר את הנמר: מרפאים את הטראומה. הוצאת אסטרולוג.
3. פרויד, ז' (1915). יצרים וגורלות יצרים. בתוך: מעבר לעקרון העונג ומסות אחרות (עמ' 37-54). תרגום: ח' איזק. הוצאת: דביר.
4. פרויד, ז' (1966). כתבי זיגמונד פרויד כרך ראשון. תרגום: ח' איזק. דביר.
5. פרויד, (2002). מיניות ואהבה. (עמ' 17-89). תרגום: ד' זינגר. הוצאת עם עובד.
6. פרויד, (2007). פירוש החלום. (עמ' 241-255). תרגום: ר' גינזבורג. הוצאת עם עובד.
7. קליין, מ' (2002). על אודות ההתפתחות של התפקוד הנפשי. בתוך: כתבים נבחרים ב' (עמ' 177-203). תרגום: א' זילברשטיין. הוצאת תולעת ספרים.
8. Emmerson, G. (2007). Ego State Therapy. Crown House Publishing.
9. Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought. New York: Basic Books.
10. McDougall, J. (1980). A child is being eaten. 1: Psychosomatic states, anxiety neuroses and hysteria: A theoretical approach. Contemp Psychoanal 16:417-59.
11. McDougall, J. (1986). Psychosomatic states, anxiety neurosis and hysteria. Chapter 5 in: Theatres of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage, 107-124. London: Free Association Books.
12. Sifneos, P.E. (1975). Problems of psychotherapy with patients with alexythimia characteristics and physical disease. Psychother Psychosom 26:65-70.
13. Winnicott, D.W. (1949). Mind and its relation to the psychesoma. In: Through paediatrics to psycho-analysis, 243-254. London: Hogarth, 1982.

# "בין עור ברוז לעור פיל"

## פסיכודרמטולוגיה וטיפול בבעיות עור

אורי מנדלקורן, נפתלי אדרי

מבוא

חשיבות רבה בטיפול במטופלים אלו בניסיון לאינטגרציה ברמה המערכתית, שתסייע לאינטגרציה בין עורו של המטופל, לבין נפשו.

המטופל הפסיכוסומטי נוטה להפריד או לפצל בין גוף לנפש. פיצול זה עלול להתבטא גם ברמה המערכתית בהפרדה בין רופא המטפל בגוף, לבין הפסיכולוג המטפל בנפש

בספרה המכונה "תיאטרון הגוף" על החיבור בין הגוף והנפש, כותבת מקדוגל על סבתה "מאטר", שאותה לא סבלה: "היא גם רצתה שאני, דור שלישי לילידי ניו-זילנד, אהיה נכדה למופת. אבל אבוי, בתוך ארבעים ושמונה השעות הראשונות של הביקור החצי-שנתי שלנו, פיתחתי באופן קבוע סרפדת - דלקת עור חריפה - תופעה שאירעה אך ורק בחווה" (מקדוגל, 1998, עמ' 20).

אותה מאטר, אף היא "החלה לשחק על הבימה הפסיכוסומטית. כל שארית חייה הארוכים סבלה מאנגינה פקטוריס, ובמשך שלושים שנה חששו שתמות כל רגע" (מקדוגל, 1998, עמ' 21). באופן מפתיע, לאחר עזיבתה של מאטר את החווה, הסרפדת הפסיקה לפקוד את הילדה, ויתר התאוריות על הגורמים דוגמת החלב של הפרות הייחודי הופרכו. "אני עדיין מאמינה שגם מאטר וגם אני חשנו תחושות צער וזעם שלא בוטאו, ותרמו בכך לתופעות הפסיכוסומטיות שלנו. אבל המדע לא המתין לפנטסיות של ילדה על מקור הסרפדת ומחלות הלב כדי לפתח תיאוריות החותרות לפתח את סיבת התפקוד הגופני הכושל" (מקדוגל, 1998, עמ' 21).

פסיכודרמטולוגיה היא תחום טיפולי חדש, מרתק. הפסיכודרמטולוגיה טומנת בחובה חיבור עז בין העור לנפש, אינטגרציה בין גלוי לנסתר, ויכולת הבעה גופנית את שלעיתים אין ביכולתן של המילים לבטא.

### מודלים פסיכודרמטולוגיים מערכתיים

המטופל הפסיכוסומטי נוטה להפריד או לפצל בין גוף לנפש. פיצול זה עלול להתבטא גם ברמה המערכתית בהפרדה בין רופא המטפל בגוף, לבין הפסיכולוג המטפל בנפש. ישנה אפוא

יחסי היועץ-נועץ (Consultation-Liaison) בין הרופא לפסיכולוג טומנים בחובם יתרונות רבים. השילוב מפחית את הפיצול בין חלקי העור והנפש, ואינטגרציה זו בעלת עדיפות ניכרת על פני פנייה לגורם חיצוני. תפקידי הפסיכולוג כוללים זיהוי ואבחון פסיכופתולוגיות, טריגרים בסמיכות להתפרצות המחלה, הבנה ופירוש השפה הסימבולית של המטופל בנוגע לעור, ועבודה על סכמות, תפיסות ורגשות הקשורות למחלה. נוכחות הפסיכולוג במפגש תורמת ליצירת קשר ישיר עם המטופל, המפחית פחד והימנעות שייתכנו בהפניה לטיפול חיצוני. בנוסף, ישנה חשיבות בזיהוי רמת המוטיבציה והתאמת הטיפול המיטבי. לדרמטולוג בייעוץ המשותף יכולת להבין, להתחבר, להיערך לטיפול הנפשי, לחוות דעתו ולחזק את מטרותיו ואת סוג הטיפול המוצע (Harth, Gieler, Kusnir & Tausk, 2010).

מרפאות פסיכודרמטולוגיה מתפתחות וקורמות עור וגידים במחוזות שונים בעולם, ובהן מתקיים שיתוף פעולה בין איש בריאות הנפש לרופא העור. ברחבי העולם קיימים מודלים

אורי מנדלקורן הוא פסיכולוג רפואי מומחה, מטפל ב"מרפאת פסיפ"ס" לפסיכולוגיה רפואית ופסיכוסומטיקה, מטפל ומרצה בתחום הטיפול בבעיות שינה במסגרת "המרפאה לשינה טבעית". [urimandekorn@gmail.com](mailto:urimandekorn@gmail.com)

נפתלי אדרי הוא פסיכולוג רפואי מומחה ומורשה להיפנוזה, מטפל במרפאה לחרדה דנטלית באוניברסיטת תל אביב ובקליניקה פרטית. [nafted@gmail.com](mailto:nafted@gmail.com)

תודתי לפרופ' ורה ליבוביץ', מנהלת המרפאה הפסיכודרמטולוגית בהדסה עין כרם, על ההדרכה והליווי המסור. פרטים אישיים שונו לשמירה על פרטיות המטופלים.

ציטוטים ללא הפניה נכתבו למאמר זה, והם מבוססים על דברי מטופלים.



מרכזיות: גישות פסיכודינמיות התפתחותיות, גישות קוגניטיביות- התנהגותיות והיפנוזה רפואית. לאחר מכן נדגים שילוב בין שיטות אלה.

### א. גישה פסיכודינמית התפתחותית

"ההתקפות הבלתי מודעות נגד המכיל של חיי הנפש, שאפשר כי הן נשענות על התופעות האורגניות האוטואימוניות, נובעות לדעתי מן ההתמזגות של פלגים ב'עצמי' עם ייצוגים של דחף ההרס העצמי האופייני ל'סתמי', פלגים המוגלים אל שולי העצמי ויוצרים ציסטות בשכבה עליונה זו, היא האני-עור', שאת רציפותו הן מכרסמות, שאת אחדותו הן מכלות ושבתפקידי הן פוגמות על ידי סיכול היעדים. העור הדמיני שהאני מתעטף בו הופך לכתונת מורעלת, חונקת, מאכלת, מפוררת. ניתן אם כן לדבר במקרה זה על פעילות רעילה של האני-עור" (אנזיה, 1985, עמ' 156).

אנזיה מתייחס לפונקציות השונות של העור, בהן החזקה, הכלה, מגן גרייה, אינדיבידואציה, בין תחושתיות, תמיכה בגירוי המיני, טעינה מחדש ליבידינלית ורישום עקבות, וכן לפונקציה ה"רעילה" הפתולוגית (אנזיה, 1985). תאורטיקנים מרכזיים נוספים מתייחסים לחשיבות העור להתפתחות הנפשית התקינה, או לחילופין הפתולוגית. העור כאיבר אשר דרכו ובאמצעותו נוצר האגו (Freud, 1949); "עור ראשוני" הנותן לתינוק תחושת קיום על ידי אובייקט חיצוני מחזיק, ו"עור משני" בהיעדר החזקת האובייקט, המתבטא בהמשך בפתולוגיות דוגמת חיטוט בעור, גרד כפייתי, דימום והזעת יתר (Bick, 1987); העור כבסיס למערכת יחסי האובייקט (אוגדן, 2001) וכמרכיב מרכזי בהחזקה של התינוק בידי אמו (ויניקוט, 1960).

אנזיה רואה בעור איבר המחבר בצורה המובהקת ביותר בין הפיזי לנפשי ולסביבה. "האני-עור" לדבריו, הינו מרכיב נפשי הנבנה החל מינקותו של האדם, החל מהמגע הראשון עם אמו, וממשיך להתפתח במהלך חייו. לעור למעשה יש פונקציות נפשיות מובהקות, המחברות בין העולם החיצוני של העור הפיזי, לעולמו הפנימי של התינוק ושל האדם הבוגר (אנזיה, 1985). תינוק החווה חסך במגע העורי של אמו, עלול בהמשך לחוות פתולוגיות נפשיות. לפי אנזיה, חוש המישוש הוא החוש היחידי שהינו דו-כיווני, שכן העור שחש את המגע הוא גם העור הנוגע, כך שמדובר בחוש שיוצר אינטראקציה הדדית בין הפנים לחוץ, בין העצמי לסביבה.

ניצה ירום, בספרה "סיפורי גוף" (ירום, 2010), סוקרת את ההתייחסות של פסיכואנליטיקאים שונים לקשר עור-נפש. בריטון משתמש בהמשגה של "העור הדק" ו"העור העבה" (Britton, 1998). מטופלים בעלי "עור עבה" הם מטופלים רגישים שעוטים מעטה אינטלקטואלי בלתי חדיר. בשונה מביק, בריטון

ושיטות עבודה שונות. בארצות הברית לרוב הדרמטולוג מתמחה גם בפסיכיאטריה, או משתף פעולה עם פסיכיאטר, והמטופלים שוהים במחלקות שונות כגון פנימית או אף אוזן גרון, ולא במחלקת עור. באירופה ישנם מודלים שונים שבהם שותף פסיכולוג או פסיכיאטר. למשל בגרמניה, הולנד, פולין, ואנגליה (Harth et al., 2010; Greener, 2014; Aguilar-Duran, Ahmed, Taylor, & Bewley, 2014). בישראל קיימות כיום מספר מרפאות פסיכודרמטולוגיות המשלבות עבודה של פסיכולוג ודרמטולוג.

## היפנואנליזה רפואית יכולה לסייע לעיתים גם במקרים שבהם הרקע הרפואי ברור, אך מתאימה במיוחד בטיפול בבעיות עור ללא הסבר רפואי מובהק

### אבחנה וסיווג

בשיתוף עם האבחנה הרפואית הניתנת על ידי רופא העור, ניתן לסווג את המטופלים לשני סוגים עיקריים.

הפרעות פסיכופיזיולוגיות לפי קו (Koo & Lebowitz, 2001):

1. הפרעות פסיכופיזיולוגיות - מחלות עור מוחמרות מתח כגון פסוריאזיס, דלקת עור אטופית, אלופסיה.
2. הפרעות פסיכיאטריות ראשוניות - הפרעות נפשיות המקבלות ביטוי בעור כגון דרמטילומניה, טריכוטילומניה.
3. הפרעות פסיכיאטריות משניות - הפרעות נפשיות כתוצאה מבעיות העור כגון חרדה, דיכאון.

מערכת הסיווג השנייה מבוססת על מודל של ד"ר יעקב עזרא (Ezra, Hammerman, & Shahar, 2019). הספקטרום הפסיכוסומטי בתחום הפסיכודרמטולוגיה כולל:

1. מחלות אורגניות (למשל מלנומה).
2. מחלות מוחמרות מתח (פסוריאזיס, דלקת עור אטופית).
3. תסמונות סף נמוך (גרד ללא הסבר אורגני מובהק).
4. קונברסיות (דרמטילומניה).

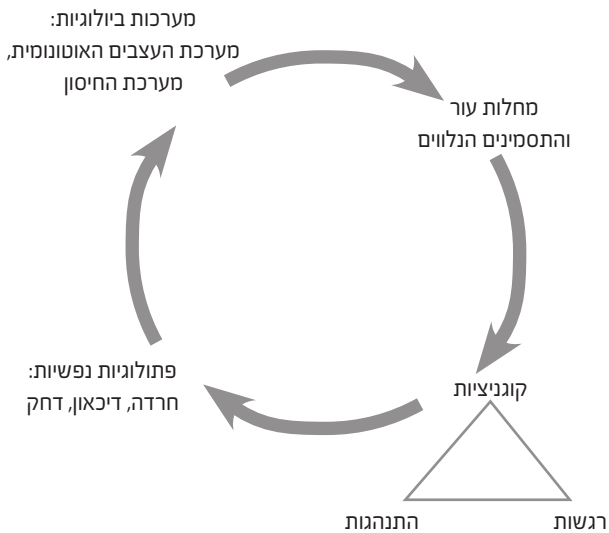
במקביל לעבודה המשולבת עם רופא העור, וכנגזרת מהאבחנה והסיווג, נבחרת הגישה הטיפולית המתאימה עבור המטופל, ולעיתים אף נעשית עבודה המשלבת בין הגישות במודל דוגמת שילוב עוקב (פרי, 2008).

יש דרכים שונות לטיפול בבעיות עור. ניתן לחלק אותן לפי הגישה הטיפולית של המטפל. בחלק שלהלן נציג גישות טיפוליות

חרדה הוא ילדו שברחמה. בדוגמה נוספת היא מספרת על מטופל שרוצה לברוח ולהשתחרר מהמשחות שנאלץ למרוח. בכך הוא מבטא את הרצון לברוח מאשתו שאינה מאפשרת לו לטייל בעולם. כלומר דבריו "אני לא יכול להיות בלי זה", שנאמר על המשחה, מפורש גם כלפי המצב עם אשתו. מטופל אחר מתייחס למחלתו כאל שותפה שמלווה אותו, ושמצאה אותו כמועמד המושלם. למעשה, התגלה כי המחלה התפרצה סביב עזיבתה של אשתו, שנפרדה ממנו מפני שהיה רכושני יתר על המידה. הפרשנות שהוצעה לו היא כי הוא מתייחס לדבקותה של מחלתו בו, כפי שציפה שאשתו תדבק בו. אחר שנים רבות של מחלה, הגיע שלב של רמיסיה, שבו הודה המטופל כי היה בודק בחרדה מתחת לשמיכתו, ושואל את הנגעים אם הם עדיין כאן. (Ulnik, 2007).

## ב. גישת CBT

### תרשים מעגל עור-נפש



העבודה ב-CBT בפסיכודרמטולוגיה מתבססת על מעגל העור-נפש (ראו תרשים). מתוך התפיסה שבה המטופל הוא שותף מלא ופעיל בטיפול (מרום, שכטמן-גלבוץ, מור ומאיר, 2011), במהלך האינטייק, המעגל ורציונל הטיפול מוסברים למטופל (Psycho-Education) עניינים שונים ומובאות דוגמאות מחוויותיו האיטיות. השלב הראשוני כולל מעקב ורישום של (1) תסמיני העור השונים - גרד, החמרה באדמומיות, הופעה של פצעים חדשים; (2) הקוגניציות, הרגשות וההתנהגות הנלווים לתסמיני העור; (3) תגובות גופניות נוספות שאינן בהכרח עוריות.

מתייחס אל העור באופן מטפורי יותר מאשר פיזי. פיינס, רופאת עור שהפכה לפסיכואנליטיקאית, מראה כי ישנה זעקה ממשית של העור, וכי נשים שסובלות מאקזמות סבלו מיחסים בלתי תקינים עם אמם (Pines, 1993).

### דוגמאות לעבודה פסיכודינמית

מקדוגל נותנת דוגמה למטופלת שביטאה את חרדותיה, את יצריה ואת הפנטזיות שלה דרך מה שהיא מגדירה כ"עור המתנפח" (מקדוגל, 1998). על ידי הכנסה של מוטיב העור כמטפורה, המטופלת הביאה את עורה הממשי לטיפול, וציינה כי הנפיחות של גופה נגרמת מאלרגיות עור שאותן ירשה מאמה. כך קיבלה האם מקום מרכזי בטיפול. מקדוגל פירשה זאת כך: "העור המתנפח" מציג באופן המוחשי את פנטזיית ההתמזגות של הבת עם אמה. העור משמש תפקיד כפול: הוא מעטפת משותפת עבור שתיהן, והוא גם אובייקט המעבר שמזכיר ומייצג את אמה. ניתן לראות על פי תיאורה של מקדוגל את יחסי הגומלין במהלך הטיפול בין העור הפיזי לבין המטפורה של העור.

ירום גם היא מתייחסת לתסמין עורי בספרה, והפעם לגירוד. היא מביאה כדוגמה מטופל שהחל לגרד ללא הסבר פיזיולוגי מובהק בפלג גופו העליון, מייד לאחר שהחל לקיים יחסי מין עם בת זוג חדשה. הגירוד פורש כדבר שמפריע לו ליהנות, ודרכו נפתח צוהר לדבר על הסיבות לכך, ועל הפיצול בין ה"אני הגברי" שבו לבין ה"אני הילדי" שבו, שלא מאפשר לו ליהנות בצורה בוגרת מיחסי מין (ירום, 2010).

חיתוכים בעור הם תסמין נוסף המחבר בין העור לנפש. מטופלת נוספת שירום הציגה מראה את הקשר בין היחס של אמה כלפיה, היחס של אמה כלפי השמנה והביטוי האישי בחיתוך העור. למעשה, היא מתקשרת עם המטפלת שלה דרך העור, או ליתר דיוק, דרך פגיעה בעור. כך היא מסמנת שאין רגיעה, וכי ישנם דברים רבים סוערים עדיין, גם אם אינם עולים באופן מילולי במהלך המפגשים. דרך הזיהוי של החתכים המטפלת מצליחה להגיע אל אותם רכיבים בוערים וסוערים בנפשה של המטופלת. מרכיב עורי נוסף על פי ירום הוא "העור המלוטף". ירום מתבססת על מאמר של מרגוט וודל (Waddall, 2003) המספרת על מטופלים שחוו חסך רב במגע של אמם הביולוגית בילדות, וגם מבחינת ההכלה, ההזנה והאהבה שלה אותם. מטופלים אלה מביעים במהלך הטיפול דרישה כי המטפל ייגע בהם מבחינה מטפורית, ולעיתים אף מבחינה פיזית.

אולניק בספרו על עור בפסיכואנליזה, נותן דוגמאות לפרשנויות שונות ליחס של מטופלי עור למחלתם. מטופל שמתלונן, למשל, על נגע פסוריאזיס קטן שמתחיל לגדול באזור הטבור, ייתכן כי הרקע לכך הוא הרקע הקשה שבו גדל, או שאשתו נמצאת בהריונה הראשון, והדבר הקטן שמתפתח, שמטריד אותו ומעורר



## עבודה קוגניטיבית

המרכיב הקוגניטיבי כולל בעיקרו אתגור של מחשבות שליליות והטיות קוגניטיביות (Beck, 1972; Burns, 1989), כמו גם ניסויים התנהגותיים.

### דוגמאות לעבודה עם הטיות קוגניטיביות

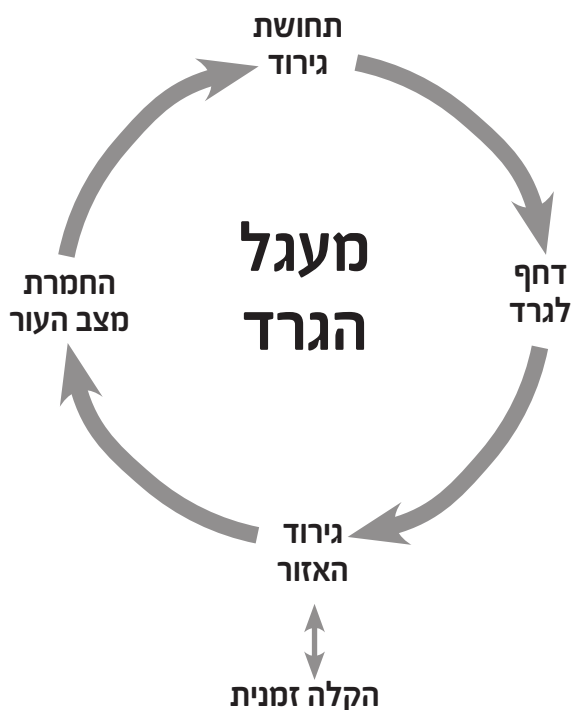
סוג הטיה	דוגמה	אתגור
הכללת יתר	"כולם מסתכלים עליי".	בחינה של המציאות, יציאה לניסויים התנהגותיים שבהם ניתן לראות אחרת. "גם מי שמסתכל לא חושב על זה בהמשך / לא מכיר אותי / לא זוכר אותי".
הגדלה (magnification)	"הפצע הזה הוא הדבר היחיד שרואים בי".	הגברת תשומת לב וקשב לחלקים אחרים בגוף, שילוב אפשרי של מיינדפולנס.
הכול או כלום	"רק כשאהיה נקי מקשקשים אוכל לצאת לדייטים".	"ישנם אנשים שחיים בזוגיות עם סימפטומים כמו שלי".
הצהרות חייב (should statements)	"אני חייב להפסיק להתגרד" (מה שמחזק את המתח ולעיתים כתוצאה מכך את הגרד עצמו).	שינוי ניסוח ל"כדאי שאפסיק להתגרד", או "לא נורא אם הפעם אתגרד מעט, מחר אנסה להתגרד".



### דוגמאות טיפוליות לעבודה ההתנהגותית

המרכיב ההתנהגותי כולל שלושה רכיבים מרכזיים:

1. חשיפות - חיות ובדמיון.
  2. עבודה על הפחתת הגרד.
  3. טכניקות של הרפיה.
- דוגמאות לכך יכולות להיות, למשל, חשיפה הדרגתית ליציאה לבריכה. זהו פחד שמעסיק רבים מחולי העור, על כן תחילה נציע למטופל לדמיין כיצד ירגיש ויחווה. בהמשך, נבנה באופן היררכי הליכה לבריכה ללא כניסה למים, ולאחר מכן כניסה למשך זמן קצר, חשיפה גדלה והולכת של אזורי הגוף עם הפצעים, חשיפה למגע עם בני זוג וכן הלאה. באופן דומה אפשר להשתמש במראה, ולהסתכל על הפצעים באופן הדרגתי, שכן לעיתים במצבים של החמרה המטופלים בוחרים להימנע מכך. דוגמאות נוספות יכולים לספק מפגשים עם חברים, ישיבה בבתי קפה ועמידה במרכז קהל.
- העבודה ההתנהגותית על הגרד כוללת הסבר על המעגל (ראו תרשים), מעקב ורישום מצבים שבהם מופיע הגרד, וניסיון למציאת טריגרים והקשרים שבהם הגרד מתפרץ או מחמיר. לאחר זיהוי המצבים, אפשר לעבוד על שינוי הרגלים (Bridgett, 2014).



יש להדגיש שהכוונה הטיפולית היא לא לגלות גורם אחד "אמיתי" לבעיית העור, אלא לנטר גורמים אפשריים ביצירה או בהחמרה של מצב העור, וכוונה זו מועברת גם אל המטופלים

על טכניקות של הרפיה, אשר מהוות גם עבודה על המרכיב הגופני והרגשי, יורחב בחלק המתמקד בהיפנוזה שיובא להלן.

## ג. היפנוזה רפואית

מחקרים רבים בדקו את היעילות של שימוש בהיפנוזה רפואית בטיפול בבעיות עור מסוגים שונים (Qureshi, Awosika, Baruffi, Rengifo-Pardo & Ehrlich, 2019; Shenefelt, 2000), ויש רופאי עור שאכן משתמשים בהיפנוזה במסגרת הטיפול הרפואי. פסיכולוגים שמטפלים בפסיכודרמטולוגיה המשתמשים בהיפנוזה רפואית במסגרת של טיפול פסיכולוגי, מטפלים בדרך כלל באדם הסובל מבעיות העור בהיפנוזה בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות או בגישות פסיכודינמיות-התפתחותיות, ולעיתים קרובות בשילוב הגישות השונות.

בשימוש בהיפנוזה במסגרת של טיפול רפואי בבעיות עור, ואחד העקרונות בכל סוג של עבודה היפנוטית, המטפל נשען על היכולות הלא מודעות של המטופל. דבר זה בולט במיוחד בטיפול בבעיות עור. בני אדם יכולים להפיק צורות שונות של תחושות גופניות, שיכולות להיות נעימות יותר או פחות. דוגמה פשוטה לכך, למשל, היא גירוד, שלפעמים רק המחשבה על גירוד יכולה להתחיל לעורר אותן. לעיקרון זה קוראים בהיפנוזה "תגובה אידאונסורית". בעבודה הרפואית בהיפנוזה אנו יכולים להשתמש בעיקרון זה על מנת לסייע למטופלים. דוגמה נוספת היא חימום העור או קירורו, כשלמעשה העור הוא אחד האיברים שמגיבים בצורה הישירה ביותר לרעיונות. מטופל בפסיכודרמטולוגיה יכול ללמוד איך ליצור תחושה של חמימות, כבדות או קלילות בידיים, והוא יכול לעודד תחושות ותגובות מסוימות בעור שלו. המטופל יכול ליישב את העור באמת רק דרך מחשבה על מדבר ושמש, או לגלות שהגירוד נרגע יותר תוך כדי שהוא רואה את עצמו בים במדינה טרופית. החוויה של שינויים אלה בפסיכודרמטולוגיה יכולה לסייע בריפוי יבלות, בחיזוק מערכת החיסון ובוויסותה במצבים אוטואימוניים (Ewin, 2011; Zachariae, Bjerring & Arendt, 1977; Nielsen, 1989; Tasini & Hackett, 1977). לעיתים קרובות משלבים בעבודה בפסיכודרמטולוגיה גם תרגילי היפנוזה עצמית המסייעים להרגעה ולהכלה עצמית. ההתחברות של המטופל ליכולות הלא מודעות של הגוף, להרפיה, למטפורות, לדמיון ולמוטיבציות, יכולה לסייע לו לטפל בעור בדרכים שונות. אפשר לומר שהעיקרון הבסיסי בשימוש בהיפנוזה בטיפול רפואי בפסיכודרמטולוגיה הוא בגיוס המשאבים הביולוגיים הלא מודעים של הגוף וביצירה של חוויות המשפיעות על הגוף באופן חיובי. כך, עור חם ומציק נרגע על ידי רוח, נזלת אלרגית מתייבשת מהשמש, עור מעקצץ נרגע מדמיון של מפל טבעי, יבלת ויראלית מחלימה משרביט קסמים וכדומה. בעבודה סנסורית-מטפורית מומלץ כמובן לעודד את המטופל למצוא בעצמו את הדימוי המסייע, ולעזור לו לבנות את החוויה דרך הערוצים החושיים השונים, בצורה שמותאמת לו.

**דוגמה לשילוב היפנוזה בעבודה רפואית:** "אפשר להתחיל לדמיון מקום אחר, באיזה מקום יכול להיות לך נעים? מקום עם אור, מקום שיכול לטפל בעור, אולי מקום שהיית בו, או מקום חדש... כי הגוף זוכר דברים... הוא זוכר למשל את ההרגשה של שמש נעימה על העור, שנספגת פנימה ועוזרת לו להפיק את החומרים שהוא צריך, או את ההרגשה של העור... למשל ביום קיץ חם... בחוף הים, כשמתחילים להיכנס לתוך המים הקרירים, בהתחלה התחושה הנעימה היא רק בכפות הרגליים, ואז לאט לאט אפשר להיכנס פנימה וכל כף הרגל מתחילה להרגיש את התחושה הקרירה הנעימה, נכון?... והתחושה הזו שיש עכשיו, של קרירות נעימה, אולי יכולה לעזור בכל מיני מצבים? כמו שסיפרת שהעור מרגיש שורף (מעקצץ/מגרד)... לפעמים...? נוכל לתרגל קצת עכשיו לכמה רגעים את המעבר הזה מחום לקור? ואולי אפשר להשתמש בעתיד במצב הזה: כדי להירגע, כדי להתחבר אל הגוף, כדי שוב להשתמש ביכולות הטבעיות שלו..."

בטיפול פסיכולוגי בפסיכודרמטולוגיה בגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות, משתמשים בהיפנוזה רפואית כחלק מהעבודה על מעגל ה-CBT, למשל בחשיפה בדמיון, טכניקות הרפיה, טכניקות לשינוי הרגלים, ויסות של התנהגויות "ממכרות" הקשורות בטיפול בעור, שינוי מחשבתי דרך עבודה בדמיון ושינוי בעמדה כלפי המצב. אחד הנושאים החשובים בפסיכודרמטולוגיה הוא בשיפור ההיענות לטיפול הרפואי. לעיתים קרובות מטופלים מתקשים בביצוע מטלותיהם בבית ובניטור התנהגויות הקשורות בעור (למשל טיפול בעור במשחה או הימנעות מגירוד), באמצעות היפנוזה רפואית אפשר לסייע למטופל להתמקד בקשיים ובתחושות, ולעודד אותו למצוא בעצמו דרכים לשינויים שיובילו לפתרונות.

**דוגמה לשילוב היפנוזה בגישה קוגניטיבית-התנהגותית:** "תוך כדי שאתה יושב על הכיסא, תוכל להרגיש בעיניים עצמות את התחושות השונות שהעור מבטא... יכול להיות למשל שבמקומות מסוימים העור מרגיש עדין במיוחד, ובמקומות אחרים קצת יותר כהה, תוכל לשים לב כרגע לתחושות השונות שמתפתחות על העור, ויכול להיות שתרגיש גירוד מסוים... בעוד רגע תוכל לחזור לזמן שבו הרגשת, כמו שסיפרת, שהגירוד היה בלתי נסבל, ברגע שתחיל להרגיש את הגירוד תסמן לי ונוכל לבחון יחד דרכים שונים להפחית אותו... אוקי? למשל דרך דמיון של מגע נעים, של מים, או בדרכים אחרות בהן המחשבה יכולה לסייע ולהקל על הגוף... ולאט לאט תוכל למצוא את הזמן לשבת ולטפל בעור, בדרכים שתמצא לנכון... אתה יכול לראות את זה?"

השימוש בהיפנוזה בגישות הפסיכודינמיות-התפתחותיות מתמקד בחקירה של הלא מודע ושל גורמים לא מודעים שיינתן שקשורים בבעיות העור, בעבודה על קשיים בוויסות ובעיבוד





כאן איתך עכשיו, ואת יכולה לקחת את הזמן ולדמיין פתרון אחר, טוב יותר... עם זאת, מעבר לשינויים חיצוניים, לעיתים קרובות תחושות הקונפליקט מורכבות וקשורות בנושאים כמו אשמה ובושה. אם לא עלה קונפליקט משמעותי, ממשיכים לגורם הפסיכודינמי הלא מודע האפשרי הבא.

**Organ language** - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים מבטאים דרך 'שפת איברים' כל מיני דברים שמפריעים להם, למשל 'זה כמו חרב על הצוואר שלי' או 'היא נכנסה לי מתחת לעור'... האם השתמשת פעם בשפת איברים הקשורה לעור שלך?" מטופלת שסבלה מגירוד בלתי מוסבר בעור ותחושות של חום ברגליים, למשל, נזכרה במהלך ההיפנוזה כי כל הזמן אמרו על אבא שלה "יש לו עור של פיל". היא הופתעה מאוד להיזכר שכשהתחילה תהליך של גירושים אמרה כמה פעמים "הלואי והיה לי עור של פיל". העבודה הטיפולית במקרה זה כללה שיתוף הדרגתי של המטפל באותם הדברים שלא רצתה שייכנסו לה מתחת לעור, וכן סוגסטיית לטיפול ושמירה של עור חזק אך גמיש.

לאחר חקירה של שני הגורמים הראשונים, ממשיכים עם המטופל לחקירה של רווח משני.

**Motivation** - הסבר למטופל: "לכל האנשים לפעמים יש רצון לשמור על דברים שסובלים מהם, כי זה מסייע במקומות אחרים... האם יש בכל זאת גם דברים חיוביים בעקבות השינוי במצב העור?" תהליך חקירה ישיר זה של הרווח המשני צריך להיעשות כמובן בכבוד ובזהירות רבה. מטופלים רבים, תחת המצב ההיפנוטי, לפתע משתפים ברווח משני סביב תופעה הקשורה במצב העור. העבודה הטיפולית במצב כזה היא בדרך כלל לחפש יחד עם המטופל דרכים לשימור הרווח הזה ולראות את הנושא מפרספקטיבה אחרת.

**Past Experience** - הסבר למטופל: "לפעמים יש חוויות מאוד משמעותיות שמשפיעות עלינו ועל הגוף שלנו. האם תוכל לחשוב על איזושהי חוויה משמעותית שאולי השפיעה על המצב של העור?" לעיתים קרובות עולות טראומות סביב התפרצותה של מחלת עור או סביב החמרתה, למשל מטופלת שסבלה מאלופציה אריאטה חוותה טראומה מינית סביב הפעם הראשונה שהתפרצה המחלה, ושתי החמרות החריפות ביותר היו סביב פרידות משמעותיות במערכות יחסים.

**Identification** - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים שחשובים לנו משפיעים עלינו בכל מיני דרכים לא מודעות. האם מישהו שחשוב לך סבל בעבר מבעיות בעור?" מעבר למרכיב הגנטי, בשלב זה עולים לעיתים קרובות זיכרונות משמעותיים עם בני משפחה שסבלו גם הם ממצב דומה של העור. מטופלת אחת נזכרה במהלך ההיפנוזה איך אמה, שסבלה גם היא מפסוריאזיס, הייתה מטפלת בעצמה בחדרה, בסתר ובבושה. המטופלת גם היא התביישה מאוד בעור שלה והתקשתה לשתף פעולה עם

רגשי, ובנושאים הקשורים ביחסים בין-אישיים ובעצמי. ישנן שיטות היפנואנליטיות שונות שיכולות לסייע בטיפול בבעיות פסיכוסומטיות. שיטה אחת המשלבת את הגישה הפסיכואנליטית עם היפנוזה רפואית היא Rapid Medical Hypnoanalysis, והיא יכולה להמחיש מספר עקרונות של שילוב היפנוזה בעבודה עם פסיכודרמטולוגיה (Ewin & Eimer, 2006; Cheek & LeCron, 1968). בדומה לפסיכודרמטולוגיה, השיטה של ההיפנואנליזה הרפואית הממוקדת התפתחה משיתוף פעולה של רופא ופסיכולוג, אבל בעבודה עם תסמינים רפואיים לא מוסברים. למעשה, שיטה זו יעילה מאוד בעבודה עם פסיכוסומטיקה. לפי הפרוטוקול, די בכמה מפגשים, ולכן ניתן לומר כי היא שייכת לטיפול הדינמי הממוקד. ההיפנואנליזה רפואית יכולה לסייע לעיתים גם במקרים שבהם הרקע הרפואי ברור, אך מתאימה במיוחד בטיפול בבעיות עור ללא הסבר רפואי מובהק. בשיטה זו אנו למעשה עוזרים למטופל לחקור בצורה ספציפית שבעה גורמים שכיחים ביצירה של תסמינים רפואיים לא מוסברים, שכן כל אחד מהגורמים יכול להיות רלוונטי בהיווצרותו של תסמין פסיכוסומטי. שבעת הגורמים הפסיכודינמיים השכיחים ביצירת תסמינים מרכיבים את ראשי התיבות: COMPISS: Conflict, Organ language, Motivation, Past experience, Identification, Self punishment, Suggestions. במהלך העבודה וההתחקות אחר המקור לבעיה הרפואית, מתחילים מהגורם הראשון ומתקדמים עד לגילו. להלן הצגה אפשרית של התהליך. יש להדגיש שהכוונה הטיפולית היא לא לגלות גורם אחד "אמיתי" לבעיית העור, אלא לנטר גורמים אפשריים ביצירה או בהחמרה של מצב העור, וכוונה זו מועברת גם אל המטופלים.

**דוגמה לשילוב היפנוזה בגישה פסיכודינמית להתחקות אחר מקור הבעיה:** החקירה הטיפולית של כל אחד מהגורמים מתחילה בהסבר קצר ופשוט על הגורם האפשרי. נתחיל מהגורם הראשון. **Conflict** - הסבר למטופל: "לעיתים קרובות אנשים חווים קונפליקטים או דילמות בחיים ובתוכם אשר משפיעים על הגוף... האם יכול להיות שקונפליקט מסוים בחיים השפיע על מצב העור שלך?" מכיוון שהמטופל נמצא בתוך טראנס היפנוטי, עיניו עצומות והוא מרוכז מאוד בתחושות הגוף, לעיתים קרובות עולה קונפליקט משמעותי שיצר חרדה ומתח. לפעמים המטופל אומר משהו כמו: "הבעיה הזו השפיעה לי על המצב רוח, וחשבתי שאולי היא קשורה גם למצב של העור", ולפעמים המטופל מופתע מאוד ממה שעולה. בשיטה זו של ההיפנואנליזה רפואית משתמשים לעיתים קרובות בשפת סימנים, והמטופל עונה בעזרת האצבעות לשאלות, כלומר מציג "תגובה אידאומוטורית" (Shenefelt, 2011). אך בדרך כלל ישנו גם חלק מילולי שבו מנסים יחד לחשוב על פתרון לקונפליקט במהלך הטראנס ההיפנוטי: "אני

התסמוין אף קיבל פרשנות של רצון להוציא משהו מתוך עצמו, משהו שדבק בו, ובעורו. במהלך עבודה בהיפנוזה עלה בו דימוי של אבן מחוספסת מתחת לעור, קרה ואפורה, המנסה לצאת. משנשאל מה יכול לקרות לאבן המחוספסת, המטופל הרגיש מים נעימים שעוטפים ולאט לאט מרככים את האבן, ועוזרים לה להתחיל להתאדות בעדינות דרך העור החוצה. טכניקה נוספת הייתה יצירה של "מקום בטוח" והרפיה. נ' בחר במעיין קטן, שמסביבו עצים שמצלים, מלא באוויר בריא, נעים לתחושה על העור. בה בעת נעשה שימוש בהיפנוזה עצמית, ונ' החל להיעזר בכך מחוץ לטיפול לא רק כדי להתמודד עם התחושות של הגרד אלא גם בכלל במצבים שבהם חש מוצף. שילוב של טכניקות אלו ליווה את הטיפול במהלך השלבים השונים.

השלב השני כלל עבודה על עיבוד הטראומה. דרך סיפור החוויות שחוהו ופירוש של חלומותיו שכללו דימויים עוריים, למשל סדינים לבנים ונקיים שמכסים את המיטה, שאותה בפועל הוא מנקה כל בוקר מקשקשים. כמו כן, נ', אשר אהב לכתוב סיפורים, כתב במהלך תקופה זו בטיפול סיפור שבו הגיבור, בן דמותו, מתעמת עם דודו. הסיפור נותח עם המטופל, והיווה פן של חוויה מחודשת מול דודו. נעשתה עם נ' גם עבודה התנהגותית על הימנעותיו. נ' לא יכול, למשל, לומר את המילה "התעללות", וכן נמנע תחילה מלעצום עיניים במהלך תרגולי ההרפיה.

השלב השלישי בטיפול, שהגיע אחר הפחתה משמעותית ברמת הפוסט טראומה, כלל עבודה על קשרים בין-אישיים. הכוונה לקשרים ישירים מסוגים שונים, ובהם: נשים שהיוו בנות זוג אפשריות, חברים, אמו ואחיו. ניתן מקום גם לקשר עם המטפל, תוך חיבור לתגובות עוריות שעלו לעיתים במהלך הטיפול או קודם הגעתו לפגישה.

ניתנה למטופל המשגה לעור אליבא דאנזיה כמכיל ומחזיק, ולנגעים שבו כפגיעה במגן ובגבולות בעקבות החודרנות שפרצה פנימה. עם הזמן ועם השיפור בנגעי הפסוריאזיס וביכולת העור להכיל ולשמור עליו, התגברה גם תחושת הביטחון שלו, וכן גבר ביטחונו באשר ליכולתו להיות בקשר. התגובות הקופצניות והחרדתיות ממגע פחתו, ויכולתו לחוות אינטימיות גברה.

הפרשנות נשענה אף על מודל "הגוף המשיח" (רייכר-עתי, 2010), כלומר מה שהעור מבטא כאשר מצבו מחמיר, הותמרה מפרשנות הימנעותית ומכלילה של "אל תיגע בי" לפרשנות שמאפשרת שמירה על העצמי במידת הצורך כגון "אל תפגע בי", ואף לפרשנות של רצון בקשר "ראו אותי, שימו לב אליי".

סיום הטיפול הגיע אחר תקופה שבה מעבר לקשרים המחודשים עם סביבתו, חווה המטופל קשר מחודש עם עורו, ולמד כיצד לתת לו מקום, לטפל בו ולדאוג לו באופן מיטבי. המטופל החל לראותו כבית מכיל, שבו יכולים לדור בכפיפה אחת גופו ונפשו.

הטיפול הרפואי. האסטרטגיה הטיפולית כאן הייתה להפריד בין המטופלת לדמות המשמעותית, ובבטיוי רגשי של הזיכרונות הקשים הקשורים באימה ובטיפול בעור.

**Self punishment** - הסבר למטופל: "לפעמים אנשים פוגעים בעצמם כי הם מרגישים שהם עשו משהו לא בסדר... אולי יש משהו שעשית שאתה מרגיש שהוא לא בסדר?" מטופל צעיר שהחל לגרד בחומרה את העור ללא סיבה נראית לעין, שיתף בהיפנוזה במספר אירועים טרם ההתפרצות שבהם העליב ופגע מילולית באופן קשה בחבריו ובבני משפחתו. בכל מקרה ניתנת למטופלים ההזדמנות שלא לשתף עדיין בדברים שעולים ולשמור אוֹץ לעצמם. עם זאת, כחלק מהטיפול הפסיכודינמי הזדמנות זו לווידי ולקשר לעיתים קרובות מאפשרת לשתף אירועים בעלי השפעה הקשורים בתחושות חרדה ואשמה מורכבות, ומסייעת במצב העור ובטיפול בו.

**Suggestions** - הסבר למטופל: "למילים שנאמרות לנו יכולה להיות משמעות רבה, האם מישהו אי פעם אמר לך משהו משמעותי בשבילך הקשור בעור?" מטופלים רבים משתפים בדברים שנאמרו להם על ידי בני משפחה ורופאים, אשר השפיעו עליהם ועל מצב העור והטיפול בו.

## הצגת מקרה ואינטגרציה

המקרה שיתואר בקצרה להלן מציג רכיבים שונים במטרה להדגים את החיבור בין הגישות השונות של הטיפול שהוצגו. נ' בן 45, סבל בילדותו מהתעללות על ידי דודו. מעבר לתסמינים של פסוריאזיס הוא סובל מעודף משקל, קושי עם מגע ואבחנה של פוסט טראומה. נ' הופנה על ידי רופאת המשפחה, אחר שבבדיקה אצל רופא העור סבל מהתקף חרדה כאשר נגע בו בבדיקה שגרתית בשל הרגשה של חודרנות, שבהמשך הובן כי קשורה לטראומה.

בשלב האינטייק, נוכח התגובה שהתרחשה בביקור אצל הרופא, נשאל והובן כי ישנה טראומה ברקע והוא עומד בקריטריונים של פוסט טראומה. הובן אף כי מחלת הפסוריאזיס התפרצה בסמוך לטראומה. מעבר לאבחנה הרפואית של הפסוריאזיס, נעשה סיווג על פי הספקטרום הפסיכוסומטי, מהיותה מחלה פסיכופיזיולוגית מוחמרת מתח, והדבר הוסבר לנ' במקביל לתוכנית הטיפולית. מהלך הטיפול כלל מספר שלבים שנועו באופן ספירלי, על פי מודל שילוב עוקב (פרי, 2008), המשלב CBT לצד מרכיבים דינמיים, ובמקביל מודל שלבי ההחלמה של הרמן - ביטחון, זיכרון ואבל, וקשר מחודש (הרמן, 1994).

בשלב הביטחון ניתן מקום לביסוס הקשר, חיזוק תחושת היציבות והפחתת החרדה באמצעות כלים של CBT בשילוב טכניקות להפחתת גרד. במקביל לעבודה ההתנהגותית עם הגרד,



1. אוגדן, ת"ה (2001). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. תרגום: א' ברגשטיין וח' אהרוני. תל אביב: עם עובד.
2. אנזיה, ג' (1985/2004). האני-עור. תרגום: א' רוזן, עריכה מדעית: מ' גרנק. תל-אביב: תולעת ספרים.
3. הרמן, ג' (1994). טראומה והחלמה. תרגום: ע' זילבר. תל-אביב: עם עובד.
4. ויניקוט, ד"ו (1960). התיאוריה של יחסי הורה-תינוק, בתוך: עצמי אמיתי עצמי כוזב (2014). תל אביב: עם עובד.
5. ירום, ג' (2010). סיפורי גוף. בן שמן: מודן.
6. מקדוגל, ג' (1998). תיאורני הגוף. תל אביב: הוצאת דביר.
7. מרום, צ', שכטמן-גלבע, א', מור, ג' ומאירס, י' (2011). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים, עקרונות טיפוליים. תל אביב: דיונון.
8. פרי, ט' (2008). טיפול פסיכודינמי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי - שילוב אפשרי? שיחות, כרך כ"ב, חוב' מס' 2, 135-142.
9. רייכר-עיתר, ר' (2010). הכאב וחיווי גוף אחרים - סימפטום אורגני ו/או עיוות קוגניטיבי? MEDICAL - מגזין הרופאים בישראל, 33, 52-55.
10. Aguilar-Duran, S., Ahmed, A., Taylor, R. & Bewley, A. (2014). How to set up a psychodermatology clinic. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39, pp. 577-582.
11. Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
12. Bick E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, pp. 484-486.
13. Bick, E. (1987). The experience of the skin in early object relations, in M. Harris (ed.). *The Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 133-139). Perthshire: Clunie Press.
14. Bridgett, C. (2014). Habit reversal therapy: A behavioural approach to Atopic Eczema and other skin conditions. In A. Bewley et al. (Eds.), *Practical Psychodermatology* (Chp 8, pp. 66-71), Chichester, UK Wiley & Sons Ltd, 2014.
15. Britton R. (1998). *Belief and imagination*. London & New York: Routledge.
16. Burns, D.D. (1989). *The feeling good handbook: Using the New mood therapy in everyday life*. New York: W. Morrow.
17. Cheek, D.B. & LeCron, L.M. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. Orlando, Florida: Grune & Stratton.
18. Ewin, D.M. (2011). Treatment of HPV with hypnosis—psychodynamic considerations of psychoneuroimmunology: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59:4, 392-398, DOI: 10.1080/00207144.2011.594664.
19. Ewin, D. M. & Eimer, B. N. (2006). *Ideomotor signals for rapid hypnoanalysis: A how-to manual*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Reviewed by Edward A. Schechtman, Ph.D., Commack, NY, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49:3, 231, DOI: 10.1080/00029157.2007.10401588.
20. Ezra, Y., Hammerman, O. & Shahar, G. (2019). The four-cluster spectrum of mind-body interrelationships: An integrative model. *Front. Psychiatry* 10:39.
21. Freud, S. (1949). *The Ego and the Id*. London: The Hogarth Press Ltd.
22. Greener, M. (2014). Beneath the surface: Dermatology and psychiatry. *Progress in Neurology and Psychiatry*, January/February, pp. 16-18. ([www.progressnp.com](http://www.progressnp.com)).
23. Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D. & Tausk, F.A. (2010). *Clinical Management in Psychodermatology*. Berlin and Heidelberg: Springer-Verlag.
24. Koo, J. & Lebowitz, A. (2001). Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *American Family Physician* 64(11), pp. 1873-1878.
25. Pines, D. (1993). *A woman's unconscious use of her body*. London: Virago Press.
26. Qureshi, A.A., Awosika, O., Baruffi, F., Rengifo-Pardo, M. & Ehrlich, A. (2019). psychological therapies in management of psoriatic skin disease: A systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019 Oct;20(5):607-624. DOI: 10.1007/s40257-019-00437-7.
27. Shenefelt, P.D. (2000). Hypnosis in Dermatology. *Arch Dermatol*.136(3):393-399. doi:10.1001/archderm.136.3.393.
28. Shenefelt, P.D. (2011). Ideomotor signaling: From divining spiritual messages to discerning subconscious. *Answers during Hypnosis and Hypnoanalysis, a Historical Perspective*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53:3, 157-167, DOI: 10.1080/00029157.2011.10401754.
29. Tasini M.F. & Hackett, T.P. (1977). Hypnosis in the treatment of warts in immunodeficient children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19:3, 152-154, DOI: 10.1080/00029157.1977.10403862.
30. Ulnik, J. (2007). *Skin in psychoanalysis*. London: Karnac.
31. Waddall, M. (2003). Coming into one's own: The Oedipus complex and the couple in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*. 29, pp. 53-73.
32. Zachariae, R., Bjerring, P. & Arendt-Nielsen, L. (1989). Modulation of Type I immediate and Type IV delayed immunoreactivity using direct suggestion and guided imagery during hypnosis. *Allergy*.44:537-42.

# "הנסיכה הכלואה" טיפול בילדה הסובלת ממחלת מעי דלקתית חמורה ובהוריה

דורית בן גד אלבז

**"באגדה ... לובשת המשאלה ביטוי גלוי ... היא מציעה (בניגוד לחלום) פורקן לכל הלחצים, ולא זו בלבד שהיא מצביעה על דרכים לפתרון בעיות, היא גם מבטיחה, שהפתרון ה'מאושר' אכן יימצא" (בטלהיים, קסמן של אגדות)**

חל עיכוב בהתפתחותה המוטורית, וזיו התחילה לזחול רק בגיל שנה וללכת בגיל שנתיים. סביב המעבר לאכילה דרך הפה נתגלו קשיים. זיו הייתה מאוד "בררנית", והיו תקופות ארוכות שבהן הסכימה לאכול רק מאכל אחד (מילקי או לחם טבול במיץ של סלט). היו קשיים גם סביב שגרת האכילה המשפחתית, כמו אכילה יחד סביב שולחן, זמני האכילה וסוגי המאכלים. ההורים הרגישו שחלק ניכר מהיום סובב סביב האוכל והאכילה של זיו, ושעניין זה הוא מקור למאבקים ולמניפולציות.

זיו הגיעה לטיפול כשברקע אבחנה של הפרעת הזנה ותת-משקל. גילית שמאחורי האבחנה הזו, יש סיפור רפואי טראומטי לא מעובד, גם שלה וגם של הוריה. נראה היה שההורים וזיו סובלים מ"טראומה רפואית" (pediatric medical traumatic stress), מושג שנחקר בעשורים האחרונים ונוגע רבות בהשפעה של מחלה פיזית על חייו הרגשיים של האדם (Kazak et al., 2006).

במקרה זה, שבו באים לידי ביטוי תסמינים סומטיים של אכילה בררנית לצד עיבוד טראומה, אנו "מקשיבים למטופל". פגשתי את זיו בחדר הטיפול שבמרפאה למחלות ילדים, המוכרת לה מהפגישות אצל הרופא. דיברנו על כך שהיא מגיעה אליי בעקבות מחלתה. כבר מרגע כניסתה לחדר היא נמשכה לבובות הפליימוביל, והבנתי שכלי הטיפול המרכזי יהיה משחק. הטיפול בזיו ארך כשנתיים, בין גיל חמש לגיל שבע.

## תקופה ראשונה - "בית - בית חולים"

בפגישות הראשונות שיחקה זיו בעיקר ב"בית". יש בית עם משפחה, זוג הורים (שהם בעצם בובות של רופא ורופאה מבית החולים), ארבעה ילדים (אחות גדולה, אח, אחות ותינוק). ישנם גם כלבים וחתולים וגם תוכי. זמן רב הוקדש לסיודור הבית:

זיו בת חמש, נראית כבת שלוש, הופנתה לטיפול על ידי רופא גסטרו שאיתו עבדתי בשיתוף פעולה. "אני מפנה אלייך משפחה, ילדה עם אכילה בררנית, מטופלים במרפאת האכילה, אבל אני מרגיש שיש עוד משהו מסביב", כתב לי. אני פוגשת את ההורים, שומעת על ילדה עם דעות מוצקות, מלאת אנרגיה שמחוברת ל-PEG (מכשיר האכילה מלאכותית) ולסטומה (שקית שמחליפה את המעי).



צילום: דורית בן גד אלבז

ההורים מספרים כי בגיל ארבעה חודשים, כשעברה נוסף להנקה גם לתחליף חלב (מטרנה), התגלה אצלה דם בצואה, והחלו בירורים רפואיים שונים שבמהלכם גם ניתנה הוראה לאם להפסיק להניק. באותה תקופה החלה זיו גם להקיא. זיו אושפזה לתקופה ארוכה (כמעט ארבעה חודשים) שבמהלכה ירדה מאוד במשקל ללא סיבה רפואית ברורה לכך. עלו השערות של אלרגיה לחלבונים או לאוכל באופן כללי. בכל פעם ניסו סוגי מזון שונים ובדקו תגובות. בסופו של דבר אובחנה זיו כחולת קרוהן (מחלת מעי דלקתית) בצורה חמורה מאוד, עם חוסר תגובה להרבה מהתרופות. בשל המשקל הנמוך והאשפוזים

דורית בן גד אלבז היא פסיכולוגית רפואית וחינוכית מומחית, כיום עובדת בקופת חולים מאוחדת, במרכז בריאות הילד, סביב מקרים של מחלות כרוניות וכאבים פסיכוסומטיים. עובדת בשפ"ח ירושלים ובקליניקה פרטית, ומנחה קבוצת ילדים במכון הגסטרו בשערי צדק. dorit.bengad@gmail.com  
ברצוני להודות למדריכות שליוו אותי בטיפול בזיו, גב' אהובה יבין ארנון וגב' שרה הרמתי שהעדינות, הרגישות והחוכמה שלהן מלוות אותי עד היום. תודה נוספת לד"ר אייל שטייר על שיתוף הפעולה בינינו במקרה זה ובמקרים נוספים. הפרטים האישיים שוננו לשמירת פרטיות המטופלת ומשפחתה.



בשונה מסביבת בית החולים מראשית חייה. בה בעת, עסקו ההורים בפגישות ההדרכה עימם בגבולות ובהצבת גבולות לזיו (ואולי באופן מקביל בארגון "הבית שלהם", הגדרת תפקידים ומסגרת ביתית שהיו חסרים להם בתחילת תפקידם כהורים). ההורים עסקו גם בפחדים שלהם לעבור עוד שלבים בתהליך כמו לנתק את זיו לגמרי ממכשיר ה-PEG. במהלך הזמן זיו אכלה הרבה יותר סוגים של אוכל, בכמויות טובות יותר, והעיסוק באכילה השתנה, גם אצל ההורים וגם אצלה.

### תקופה שנייה - "ארמון"

לאחר כחמישה חודשים של טיפול זיו שינתה את המשחק בפליימוביל, ובנתה סיפור אגדה שבו ישנם זוג הורים (הבובות של הרופאים) שהופכים להיות "הרעים", ויש נסיכה שכלואה בכלוב. הנסיך מגיע בכל בוקר להציל אותה, והיא משתחררת. אולם כשיורד הלילה, מתרחש כישוף והיא חוזרת אל הכלוב, וכך בכל בוקר מחדש מתרחש סיפור ההצלה (לי זה העלה אסוציאציה למכשיר ה-PEG שאליו היא התחברה להזנה בכל לילה). יש במשחק עיסוק רב בטוב ורע, ובשאלה: מי רע באמת? ומי עושה את עצמו כזה? כששאלתי את זיו מתי יוסר הכישוף והנסיכה לא תחזור לכלוב, היא ענתה: "הנסיך יציל אותה לתמיד רק כשזיו תפסיק לבוא לדורית...". נראה שברובד מסוים זיו הרגישה שהסיפור יוכל להיפתר רק כשיושלם תהליך, שהיא תרגיש אחרת, כשהטיפול יסתיים. במהלך הפגישות הסיפור הוסיף להתפתח, הנסיכה למדה להציל את עצמה, ובמקביל זיו דרשה מהוריה להוריד את כמות "הפחיות" שהיא קיבלה בכל לילה.

אני קיבלתי במשחק זה את תפקיד "הנסיך" ונאלצתי להתמודד עם תסכול רב מכך שבכל פעם אני מצילה את הנסיכה והיא בכל זאת חוזרת לכלוב. פעמים רבות מצאתי את עצמי רוצה להתווכח עם זיו, אולם הבנתי שעליי לשחק את המשחק בהתאם לסיפור שלה. עם זאת, הרשיתי לעצמי לשאול את זיו שאלות על הסיפור, כמו: מה הוא הכישוף? האם הנסיכה נכנסת מרצונה לכלוב? השאלות אפשרו לזיו ולי לדבר על "המחלה" באופן עקיף, ובכך לחבר גם אותה לפחד ולרצון בשינוי. להבנתי לאחר שנבנה "הבית" והגבולות, יכלה זיו להתפנות לעסוק באופן מטפורי במחלה שלה, ויותר מכך, בתחושות שעלו בה מול ההורים שלה ומול העולם בהקשר זה.

בפגישות עם ההורים שוחחנו רבות על החשש שלהם מהידרדרות במצבה הרפואי של זיו, ועל הפחד להפחית בהזנה. לאחת מהפגישות הצטרף גם הרופא, ואני למדתי שגם הוא מפחד משינוי: הוא אמר, "כרגע המצב ממש טוב, המעי לא מודלק, למה שנרצה להחזיר את הסטומה...". בעזרת ההדרכה

ההיטים, כיסאות, שולחן אוכל. בכל פעם זיו מחלקת תפקידים: "תהיי האמא", "תהיי הכלב". התמה שחוזרת היא ריב ודחייה של מישהו, בהתחלה בין הכלבים או החיות ואחר כך עם האח שמציק לכולם. תוך כדי משחק מספרת לי זיו על הבית שלה ועל דברים מהחיים, חלקם מוגזמים (למשל שכבר בגיל שנה וחצי ידעה את מספרי הטלפון של ההורים). הרבה פעמים יש הרגשה שהמשחק נקטע באמצע בגלל שנגמר הזמן. מתוך הבנה שלזיו צורך בשליטה, צורך שבעבודה עם חולים גיליתי לא פעם שהוא מועצם אצלם אולי בשל חוויית חוסר השליטה במחלה, נראה היה שיש צורך בהכנה שלה ל"סיום המפגש" ונוצר מעין טקס סיום שבו אנו מחזירות יחד את הפליימוביל לארון. מפגישות אלה יצאתי לעיתים קרובות מותשת ועייפה.

אולי בתחילה היה משהו פחות אותנטי ואמיתי במשחקה של זיו, מה שעורר בי קושי ועייפות, ובאיזשהו אופן כשסיפור המחלה החל לעלות מתחת לפני השטח, זיו פחות עייפה אותי. דרך נוספת היא לראות את "הבית" כגוף של זיו, ואת הדחייה כיחסה לאיברים החולים, מה שהיה קשה עד מתיש עבורי. עם הזמן החלה להיווצר אינטגרציה בין החלקים החולים לבריאים והמפגש נעשה פחות מתיש

### מתיש

בהמשך חל שינוי. זיו החלה להביא יותר דמויות של חולים, והייתה הרגשה שהיא מביאה יותר את עצמה, ואני כבר לא יצאתי מהפגישות עייפה מאוד. אולי בתחילה היה משהו פחות אותנטי ואמיתי במשחקה של זיו, מה שעורר בי קושי ועייפות, ובאיזשהו אופן כשסיפור המחלה החל לעלות מתחת לפני השטח, זיו פחות עייפה אותי. דרך נוספת היא לראות את "הבית" כגוף של זיו, ואת הדחייה כיחסה לאיברים החולים, מה שהיה קשה עד מתיש עבורי. עם הזמן החלה להיווצר אינטגרציה בין החלקים החולים לבריאים והמפגש נעשה פחות מתיש.

נראה שזיו עסקה בחלק זה של הטיפול בהגדרת "הבית" שלה, שבו ההורים תפקיד "רפואי" נוסף לתפקיד הנורמטיבי. היא עסקה ב"בניית הבית וסידורו", בית של ילדה עם חלקים בריאים,

ישנה, לבין בריאות - בובה ערה. במהלך המשחקים הללו זיו ואני דיברנו יותר גם על מה שקרה לה. היא סיפרה על בדיקות הדם שהיא צריכה לעשות, על מה שקרה לה כשהייתה תינוקת. בדיעבד נוכחתי לדעת שגם אצלי נוצר פיצול, וכשההורים שאלו אותי על ערב שמתקיים במרכז לילדים עם מחלות מעי, תגובתי הראשונית הייתה לשאול איך זה נוגע אליהם. ברגע שהצלחתי לעשות חיבור ולראות את זיו כילדה אחת, ילדה שחיה חיים מלאים וחולה במחלת מעי חמורה, יכלה גם היא לאחד את ההיבטים השונים, ולמעשה כשהמשחק הפך ליותר ישיר גם הדיבור שלי עם זיו נעשה ישיר יותר. נראה שזיו הרגישה שניתן לדבר עימי על המחלה ועל הבדיקות בלי שאבהל מצד אחד ובלי שאכתיב לה כיצד לנהוג מן הצד השני. במהלך השיחות עם זיו אני "זוכרת" שמדובר בילדה שהסתובבה בעולם עם שלושה "חורים" ועם תחושה חזקה של חודרנות, ושעליי לצעוד בקצב ובדרך הנכונה עבורה. בה בעת, בפגישות עם ההורים בשלב זה הם דיברו פחות על האוכל והמחלה ויותר על חיי היומיום עם זיו. הטיפול בולפסון הופך להרבה פחות אינטנסיבי, והעיסוק באכילה משתנה.

**בעזרת ההדרכה הבנתי שהמבוגרים (ההורים והרופא) חווים "טראומה רפואית", ושלואור שינויים בטיפול בעבר שהובילו לחזרת התסמינים הם מפחדים להתקדם בטיפול. אני שוחחתי על כך הן עם ההורים והן עם הרופא, שכן הבאת הדברים למודעות עוזרת לכולם להתחיל ולנסות שינוי הדרגתי, במסגרתו מופחתת ההזנה הלילית**

### **תקופה חמישית - מחילות תת־קרקעיות, מעבר אל פני השטח, לקראת סיום**

בחדר הטיפול, על הקיר, יש ציור של עץ עם שורשים שבתוכו ומתחתיו גרות משפחות שונות של חיות. יום אחד זיו הגיעה לחדר ואמרה שנמאס לה "לשחק". היא ביקשה שאוריד את התמונה, ואנחנו התבוננו יחד בפרטים השונים, בחיות ובדברים הנסתרים. רק אחרי כמה שבועות שמתי לב עד כמה דומות המחילות למעי. במעבר ממשחק לשיחה והתבוננות יש המשך

הבנתי שהמבוגרים (ההורים והרופא) חווים "טראומה רפואית", ושלואור שינויים בטיפול בעבר שהובילו לחזרת התסמינים הם מפחדים להתקדם בטיפול. אני שוחחתי על כך הן עם ההורים והן עם הרופא, שכן הבאת הדברים למודעות עוזרת לכולם להתחיל ולנסות שינוי הדרגתי, במסגרתו מופחתת ההזנה הלילית.

### **תקופה שלישית - "רחוב"**

לאחר כחודשיים וחצי של המשחק בסיפור האגדה, ולאחר שההורים אכן הורידו בכמויות ההזנה ב-PEG, זיו חיפשה מחדש מה לעשות בחדר. היא פנתה בפעם הראשונה למשחקי קופסה וניסו לשחק מונפול. ישנם כמה מפגשים סביב משחק זה (הגמשנו את חוקי המונפול, על פי רצונה של זיו), ואז חזרה זיו לשחק בפליימוביל אבל בבובות שונות, כעת בחרה במשפחה של "שחורים". זיו שיחקה בבית ובבית הספר, ביחסים בין אחים, בין חברים בכיתה. מעין מעבר מחולי לבריאות תחילה דרך דמיות "אחרות", "ציליות" (יונג, 1975). הרגשתי בתקופה הזאת שהיא עושה אתנחתא או מתחילה שינוי, ועוברת מעיסוק במצבה הרפואי לסוגיות אופייניות לגילה. עם זאת, בתקופה זו עלתה הרבה דמות של "אמא רעה". הרגשתי מוטרדת מהאופנויות של דמות זו, הייתה לי הרגשה שהעיסוק בזה לקוח מהחיים. חשבתי איך להעלות את זה עם ההורים, ובמקביל האם פתחה את אחת הפגישות בכך שהיו כמה אירועים שבהם היא צעקה על זיו סביב החלפת השקית. תוך כדי המפגש הבנו גם אני וגם ההורים שיש בהם כעס על זיו על כך שהיא חולה, על כך שהם סובלים בגללה, על כל העומס שמחלתה גורמת להם. נראה לי, שברגע שניתנה הבנה ולגיטימציה לכעס הזה, הוא לא היה צריך עוד לצאת בדרך עקיפה (acting out), והאם יכלה שוב לזכור ולהבין את הסבל של זיו. מעניין לחשוב על דמות זו בהקשר יונגיאני. אריק נימון מדבר על בגידת "האם הטובה" במצבי מחלה ועל התקבעות ארכיטיפ "האם הרעה" (Neuman, 1955).

### **תקופה רביעית - בית חולים**

אחרי כחודש וחצי זיו חזרה לשחק בפליימוביל של בית החולים, אך הפעם הדמויות הן רופאים, והמשחק הוא ממש בילדה או בילדים חולים המגיעים לטיפול בבית החולים. היא שיחקה כמה פעמים בילדה עם כאבי בטן שלא מוצאים מה יש לה. בפגישות אחרות היא עשתה לחולים בדיקות דם, ניתוחים ועוד. מדי פעם היא בנתה את בית החולים כחלק מבית המשפחה, ואת דמות הילדה סימלו שתי בובות, וזה ההסבר שנתנה: "זאת [בובה לבושה רוד] היא הילדה כשהיא ישנה, וזאת [בובה אחרת] היא הילדה כשהיא ערה". עולה תחושה של פיצול בין מחלה - בובה

באמצעות משחק אפשר לפגוש רבות מהחוויות "הרפואיות" שלה שהתרחשו בשלב קדם מילולי ולעבדן תחילה מתוך ערוץ דומה. נראה היה שהמשחק הוא מנקודות הכוח והבריאות של זיו, וששימוש בכלי זה יאפשר עיבוד ונגיעה במחלה ובהשלכותיה, הפיזיות והרגשיות. פסיכואנליטיקאים רבים, בהם ויניקוט (1995) ואקסליין (1968), מציינים שבמשחק, מלבד האפשרות להביט אל העולם הלא מודע של הילד, יש איכויות מרפאות כשלעצמן. "ראוי לזכור תמיד שהמשחק עצמו הוא תרפיה ... הרגע המשמעותי הוא הרגע שבו הילד או הילדה מפתיעים את עצמם, לא הרגע שבו אני מציג את הפירוש המתוחכם שלי" (ויניקוט, 1995, עמ' 76-77). זיו השתמשה בחדר - ובמובן מסוים גם במטפלת - כדי לשחזר את חוויותיה וליצור להם "תיקון". בספרו "שערות הזהב של השד" כותב באומן (2005) על סיפורי אגדה ועל היותם מראה לצדדים קשים בנפש. זיו השתמשה במשחק בסיפור אגדה על נסיכה מכושפת והורים "רעים". מדהים לראות את הבחירות שעשתה במהלך המשחק, ואת הסימבוליות גם בפרטים הקטנים. כפי שצוין, דמויות ההורים היו למעשה בובות פליימוביל של רופא ורופאה, הנסיכה הייתה דמות של בובה רגילה, ורק הנסיך היה דמות פליימוביל עם כתר קטן על הראש. להרגשתי בחרה זיו דווקא בבובות אלה (מתוך מגוון גדול שהיה בחדר) להדגים את הקשר למחלה ואת התפקיד הרפואי של הוריה בחייה. נראה שהטיפול אפשר את ההתפתחות שחלה בסיפור: השינוי בעמדת הנסיכה מפסיבית לאקטיבית, ובמקביל הדרישה של זיו מהוריה באופן גלוי להוריד את כמות "הפחיות" שקיבלה בכל לילה. כמטפלת הרגשתי שתפקידי בחלק זה של הטיפול הוא להיות מעיין "כלי משחק" של זיו, אולי באופן שמקביל לחווייתה של זיו את עצמה ככלי של הרופאים שכן לתחושתה איש לא הקשיב או שאל לרצונה בטיפול (בעיקר בגלל היותה פעוטה). ייתכן שההזדהות ההשלכתית שחשתי כנסיך שלא מצליח לשחרר את הנסיכה ולא יכול להחליט שהיא תישאר משוחררת, והעובדה שהבעתי את תחושותיי דרך המשחק, אפשרו לזיו לאט-לאט להשתחרר מהעמדה הפסיבית, לגרום



של השינוי שתיארתי קודם.

למעשה, לאור השיפור במצבה של זיו, הן מבחינת האכילה, הן בתפקוד המשפחתי והן ביחס למחלה, ולצד דרישות המערכת, החלטנו על סיום הטיפול. דווקא אז התחילה זיו לדבר באופן ישיר על המחלה, והטיפול עבר למישור גלוי יותר. כך, למשל, זיו סיפרה שהיא מפחדת מבדיקת הגסטרוסקופיה שעליה לעבור (בדיקה בהרדמה). הצעתי לה שנעשה הכנה לבדיקה והשתמשתי בחוברת הכנה לניתוח שקיימת בחדרי. ההורים סיפרו אחר כך שבהרדמה זו לעומת הרדמות רבות שזיו עברה בעבר זיו הייתה רגועה יותר, ושיתפה פעולה עם הצוות הרפואי. מתוך ההכנה לבדיקה זיו ואני דיברנו על המעי שלה, על הניתוחים שעברה, ועל מה שעוד תצטרך לעבור. ראינו יחד תמונה של מעי, וזיו הרשתה לעצמה להגיד שזה מעצבן, שהיא רוצה להיות כמו כולם, שנמאס לה מהסטומה. סביב ההכנה להרדמה עלו פרוצדורות רפואיות קודמות, עלו זיכרונות. נראה שאחרי שנעשה עיבוד במישור הסימבולי, שאפשר עיבוד רגשי של חוויות פחות מודעות ופחות קונקרטיות של המחלה, נפתחה האפשרות לעיבוד ישיר יותר של היבטים יומיומיים ומודעים יותר.

## נראה לי, שברגע שניתנה הבנה ולגיטימציה לכעס הזה, הוא לא היה צריך עוד לצאת בדרך עקיפה

### דיון וסיכום

הטיפול בזיו נע בין הוויה לעשייה ועבודה ממוקדת. מתוך ההיכרות עם זיו והוריה נראה היה שיש צורך מצד אחד בשימוש בכלים ממוקדים: עיבוד סיפור המחלה, עבודה משותפת עם הצוות הרפואי ועזרה בהבנה של השפעות המחלה על נפשה של זיו ועל נפש הוריה, ומן הצד השני, בגלל גילה הרך, היה צורך למצוא את דרך העבודה המתאימה לשלב ההתפתחותי ולקצב שלה.

סיפור מחלתה של זיו היה רווי התערבויות רפואיות שחלקן היו לא נכונות, כמו הבקשה מהאם להפסיק להניק, האבחנות המוטעות למחלתה ושימוש בתרופות רבות שבדיעבד הזיקו לה. נראה היה שמול העשייה (doing) הרפואית הרבה (גם במרפאת האכילה בוולפסון) היה צורך להיות בהוויה (being), לנקוט טיפול שנמצא עם זיו ב"מקום שלה" ומאפשר לה שליטה על התכנים ועל הקצב ולמעשה יוצר מרחב ביניים, בין המציאות לעולם הפנימי, כפי שדיבר עליו ויניקוט (1971, הראל 2009). הטיפול

הצעצועים לאחר המשחק. שאלתי למה הוא מתכוון והוא אמר שמאז שהתחלנו בטיפול ברור לזיו שעליה לאסוף את הצעצועים בבית. יכולנו להצביע יחד על כך שהשינוי נבע גם משינוי הגישה שלהם כהורים. הדגשתי רבות שלמען בריאותה הנפשית של זיו היא זקוקה ליחס כאל ילדה בריאה, למעט בתחומים שהמחלה משפיעה עליהם ישירות. פגישות רבות הוקדשו לשרטוט הקו הדק המפריד בין תחומים אלו. ההורים למדו לעצור ולשאול את עצמם כיצד היו מגיבים להתנהגות דומה אם הייתה נעשית על ידי אחותה של זיו; כלי זה אפשר להם לשנות את התייחסותם לזיו ואף נתן לגיטימציה לשונות הקיימת בין ההורים בתפיסתם החינוכית.

ההיכרות עם זיו בחדר הטיפול עזרה לי רבות בעבודה עם ההורים והצוות הרפואי, שכן זיו עוררה רגשות אצל כולנו. מצד אחד יכולנו להתפעל מיכולותיה, מהיצירתיות, מהחוכמה ומהדמיון, ופעמים רבות יכולנו אף "לשכוח" שמדובר בילדה הסובלת ממחלה (זיו מעולם לא נזקקה לרוקן את הסטומה בחדר), ומצד שני הרגשתי לעיתים ממש על בשרי מעט מתחושותיהם של ההורים והרופאים: את התסכול מטיפול שלא עוזר (הנסיכה שנכלאת בכל פעם מחדש), את הכאב בלהיות "האם הרעה" ואת העלבון בלהיות דמות דחוייה. אלו אפשרו לי לתווך את זיו עבור המבוגרים, לעזור להם להרגיש את הדברים מנקודת מבטה, לאפשר גם להם כמוני לראות את החלקים הבריאים, ועם זאת גם להיות אמפתית לפחדים שלהם מחזרת תסמיני המחלה ולצורך שלהם לגונן עליה ולא לגרום לה לתסכול כשאינם "חייבים".

מתוך סיפור האגדה של זיו ניתן ללמוד רבות על ההשפעות השונות של מחלה על ילד ועל משפחתו, על הקשר החזק בין גוף לנפש ועל הקו הדק שעליו מתהלך המטפל, בין עשייה להווייה. ניתן ללמוד גם על הקסם שנוצר בין מטפל למטופל, קסם שיכול לאפשר לנסיכה להציל את עצמה.

לנסיכה לשחרר את עצמה, ולה להביע סוף-סוף את רצונה בהפחתת ההזנה המלאכותית. לאחר שעידנו חלק מסיפור המחלה באופן לא מילולי ודרך משחק דרמטי יכלו להיכנס לחדר "כלים" נוספים, ישרים יותר. כך, למשל, השתמשנו בחוברת הכנה לפני ניתוח, לפני הרדמה, ובפגישה אחרת בדקנו יחד את תפקיד המעי בגוף והבנו טוב יותר את המחלה של זיו.

לאור ההבנה כי ההורים חוו טראומה רפואית, נתנו הסבר למה שעבר עליהם ולמה שעבר על זיו. הבנה זו אפשרה להורים לראות את הדברים בפרספקטיבה ובמכוונות לכוחות הבריאים שלהם, וכתוצאה מכך יכלו לקבל את התגובות שלהם ושל זיו כטבעיות ונורמליות. כך, למשל, הבינו ההורים את התנהגותה של זיו בנושא האכילה לא כמניפולציה אלא כצורך שלה ללמוד לאכול (כפעוט). הבנה זו אפשרה להם לתת לזיו לאכול סוגי מרקמים שונים בלי לחוש רגשות אשמה על כך שהמאכלים שביקשה אינם תואמים לגילה.

## כשהמשחק הפך ליותר ישיר גם הדיבור שלי עם זיו נעשה ישיר יותר... בה בעת, בפגישות עם ההורים בשלב זה הם דיברו פחות על האוכל והמחלה ויותר על חיי היומיום עם זיו

נקודה נוספת של עבודה הייתה סביב הפרדה בין הצרכים המיוחדים של זיו כחולה לבין הגבולות שהיא זקוקה להם כילדה בת שש. האב שאל באחת הפגישות האם דיברתי עם זיו על איסוף

## מקורות

1. אקסליין, ו' (1968). דיבס, הילד שמחפש את זהותו. תרגום: י' הלוי. ישראל: ספריית הפועלים.
2. באומן, א' (2005). שערות הזהב של השד, אגדות גרים כראי לצד האפל של הנפש. ישראל: מודן.
3. בטלהיים, ב' (1980). סוד קסמן של האגדות ותרומתן להתפתחות הנפשית של הילד. ישראל: רשפים.
4. הראל, א' (2009). "סוד קיסמו". בתוך וינקוט, ד', עצמי אמיתי, עצמי כוזב, עריכה: ע' ברמן (עמ' 9-21). תל אביב: עם עובד.
5. וינקוט, ד' (1995) משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד.
6. יונג, ק' (1975). הפסיכולוגיה של הלא-מודע. תרגום: ח' איזק. תל אביב: דביר.
7. Neumann, E. (1995). *The Great Mother: An analysis of the archetype*. NJ: Princeton University Press.
8. Kazak, E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N. Alderfer, M. & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology* 31(4) pp. 343-355.



# "הקול בראש" ניתוח לקיצור קיבה באמצעות היפנוזה להתמודדות עם השמנה חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי

## מיה מזרחי

במילים אחרות, השמנת יתר היא תופעה מולטי-פקטוראלית המושפעת ממספר גורמים:

**גורמים נפשיים:** מצבים פסיכופתולוגיים (דיכאון, אובדנות, הפרעות מצב רוח ועוד), מצבי דחק, חוויות טראומטיות, בעיות היקשרות (attachment) ונטויה להתמכרות.

**גורמים סביבתיים:** סביבה משפחתית, הרגלים תרבותיים ומצב סוציו-אקונומי.

**גורמים פיזיולוגיים:** הפרעות הורמונליות (בלוטת התריס, בלוטת יותרת המוח או בלוטת יותרת הכליה), טיפולים תרופתיים (כגון סטרואידים), הורמון לפטין, מחלות מטבוליות, הפרעות שינה, הפרעות קשב ותורשה.

**גורמים התנהגותיים:** גורמים התנהגותיים הם שיובילו להשמנה: התנהגויות אכילה מופרעות המהוות תסמין או תוצאה של מצוקה רגשית כגון אכילה רגשית, אכילה לילית, אכילה אימפולסיבית ובולמוסי אכילה.

מדד מקובל להשמנה הוא מדד מסת גוף (body mass index = BMI). ערך BMI מעל 30 נחשב להשמנת יתר, והשמנת יתר חולנית היא מצב קיצוני של מדד BMI מעל 40, או מעל 35 עם מחלות נלוות. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2016), מאז 1975 מספר הסובלים מהשמנת יתר שילש את עצמו. בישראל, 15.5% מהאוכלוסייה מוגדרים כסובלים מהשמנת יתר, מהם כ-70% חולים גם במחלה מטבולית נלווית.

## ניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנת יתר חולנית

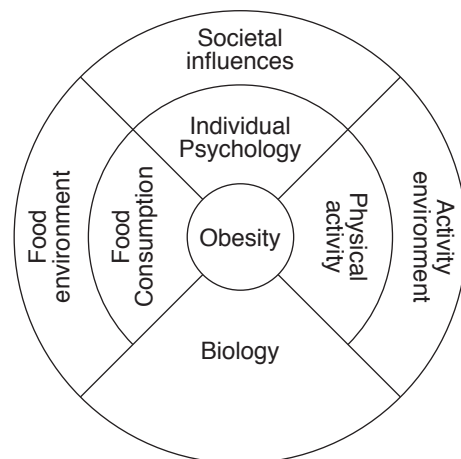
טיפולים שונים מוצעים כיום לטיפול בהשמנת יתר, בין השאר טיפולים פסיכולוגיים (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005), תרופתיים ואנדוסקופיים. אולם ארגון הבריאות העולמי מנחה רופאים ברחבי העולם להמליץ על ניתוח בריאטרי לכל מטופל הסובל מהשמנת יתר חולנית.

מטרת הניתוח הבריאטרי להקטין את נפח המזון שייכנס או

לפני אי-אלו שנים ישבתי בקליניקה כפסיכולוגית בריאטרית וליוויתי מטופלים סביב הניתוח הבריאטרי שלהם. במשך שנים האמנתי שהניתוח הבריאטרי בשילוב ליווי מתאים הוא הפתרון האולטימטיבי. אולם בחלוף השנים התגלו עוד ועוד מטופלים שעולים בחזרה במשקל גם לאחר הניתוח, וכך הניתוח הפך לעוד תחנה במסע האינסופי. בעודי יושבת על הכורסה, רשמתי לעצמי משפט אחד שחזר על עצמו מפיהם של מטופלים רבים, שוב ושוב: "הלוואי שיכולתי לעשות את ניתוח השרוול כל שנתיים". מכאן הדרך להתערבות הייתה סלולה.

## פסיכוסומטיקה והשמנה

המושג "פסיכוסומטיקה" מניח שקיים קשר דו-כיווני בין הגוף והנפש, וההסתכלות הפסיכוסומטית מאפשרת לראות את המטופל כאדם שלם. בהתייחס להשמנה, ההסתכלות הפסיכוסומטית מאפשרת להבין את מצבו של המטופל כתוצאה של אינטראקציה בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים (ראו אזור).



מבוסס על: Vandenbroeck, Goossens & Clemens, 2007

מיה מזרחי היא פסיכולוגית רפואית בכירה, מורשית להיפנוט ומומחית בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. בשנת 2008 הקימה את השירות הפסיכולוגי במרפאה הבריאטרית בבתי החולים הדסה עין כרם והדסה הר הצופים. חברת ועד של "האגודה הישראלית לפסיכוסומטיקה" וחברה בוועד המייסד של "האגודה הישראלית לפסיכוסומטיקה". maya.healthpsycho@gmail.com. תודה מיוחדת לד"ר איתן אברמוביץ על התמיכה וההכוונה המקצועית. הפרטים האישיים בתיאורי המקרה שוננו לשמירת הפרטיות.

## השמנת יתר חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי

על פי נתוני משרד הבריאות, מספר הניתוחים הבריאטריים למטופלים בגירים בארץ בשנת 2016 היה 8,233. הניתוח הבריאטרי הנפוץ ביותר בארץ ובעולם הוא ניתוח שרוול. עם זאת, תוך חמש שנים מהניתוח, 40-60 אחוזים מהמנותחים עולים חזרה במשקל (Lauti, Kularatna, Hill & MacCormick, 2016). קיימים גם הסברים מטבוליים והורמונליים לכישלון הניתוח, שאליהם לא ניכנס במאמר הנוכחי. כתוצאה מכל אלו, אנו עדים בשנים האחרונות לעלייה ניכרת במספר הניתוחים הבריאטריים החוזרים.

ההתמודדות עם העלייה החוזרת במשקל לאחר הניתוח מאתגרת ומעלה את סוגיית הכרוניות של הפרעת ההשמנה. מטופלים שהגיעו לניתוח בריאטרי, לרוב ניסו בעבר טיפולים אלטרנטיביים לירידה במשקל, עוד לפני הניתוח הראשון. בעת העלייה החוזרת לאחר הניתוח, לאחר הפתרון הקיצוני, הם נותרים לרוב אבודים ומיואשים.

ההתערבות המוצגת להלן מוצעת כאלטרנטיבה לניתוחים אלו, ומאפשרת למטופלים לממש את הפנטזיה של חוויית "ירח הדבש" שלאחר הניתוח ללא הצורך בקיומו.



## פסיכולוגיה, היפנוזה וירידה במשקל

תפיסות דינמיות שונות ניסו להבין את תופעת ההשמנה, הרעב והאכילה מהפן הנפשי, או לחקור את הפן הגופני של החוויה הסובייקטיבית במטרה להגיע אל הלא מודע. קוהוט (Kohut, 1977), למשל, מייחס את אכילת היתר והשמנת היתר לקיבעון דחף ראשוני או תסוגתי (רגרסיבי) ברמה האורלית, מעין בריחה מפחד סירוס או מסיפוק. ויניקוט (Winnicott, 1974) מתאר חוויית אימה בתגובה לריקנות פנימית, וניסיון לארגן מצב של "ריקנות נשלטת" על ידי אכילה דיסוציאטיבית. לעומתם, תפיסות התנהגותיות רואות בהשמנת יתר ביטוי סימפטומטי של התנהגויות נרכשות. טיפול באמצעים היפנוטיים מאפשר

ייספג בגופו של המטופל על ידי הקטנת נפח הקיבה, יצירת שינויים הורמונליים, ושינויים בהרכב אוכלוסיית החיידקים בדרכי העיכול. הניתוח אף מסייע בהתמודדות עם היבטים פסיכולוגיים והתנהגותיים של השמנת היתר, מהיותו מונע את מעגל הקסמים של האכילה המופרזת, רגשות האשמה, הבושה, חוסר השליטה, הדחייה העצמית, הכאב הנפשי וחזרה לאכילה.

## הניתוח כפתרון להשמנת היתר אינו מביא בחשבון כי השמנה היא תהליך שבמהלכו מתפתחת מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה. לאחר הניתוח הבריאטרי נדרש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו

הניתוח כפתרון להשמנת היתר אינו מביא בחשבון כי השמנה היא תהליך שבמהלכו מתפתחת מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה. לאחר הניתוח הבריאטרי נדרש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו (העצמי, 2010). עקב כך, בתהליך הטיפול חשוב לזהות את הגורמים הפסיכולוגיים והסומטיים אשר תרמו להתפתחות ההשמנה, ואת הגורמים המשמרים אותה, כגון טריגרים נפשיים וסביבתיים, טראומה מוקדמת, זהות ודימוי עצמי, משמעות האוכל מבחינה חברתית ותרבותית ותפקיד האוכל בחיי המטופל (Grimaldi & Van Etten, 2010).

היעדר התייחסות לגורמים אלו עשוי לעורר בעיות משניות שכן הניתוח ונטרול היכולת לאכול לוקח מהמטופל את הפתרון שמצא למצוקתו הנפשית, ומותיר אותו חסר כלים להתמודדות עם המצוקות הקיימות. מצב זה עשוי אף לייצר מצוקות פסיכולוגיות חדשות (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013).

חשוב לציין כי למרות המורכבות הפיזית והרגשית, מרבית המנותחים יחוו בשנה שלאחר הניתוח תקופה הנקראת "ירח דבש". תקופה זו מתאפיינת בירידה מהירה במשקל, המלווה בתחושת מסוגלות עצמית, מוטיבציה לשינוי התנהגותי, ביטחון עצמי ואפקט חיובי. אך תקופה זו לא נמשכת לעד, וההתמודדות עם הקונפליקטים הפנימיים שהובילו לבעיית ההשמנה, בשילוב גורמים מטבוליים שונים, מובילה לכך שחלק לא מבוטל מהמטופלים סובלים מהשמנת יתר חוזרת.



מתחים, הגברת תחושת שליטה, חיזוק מוטיבציה לשינוי, טיפול בגורמים הרגשיים הנמצאים בבסיס ההשמנה, שיקום היחסים עם הגוף, חיזוק רצון לאכילה בריאה, העלאת המודעות לתחושות רעב ושובע ואף חיזוק תחושות אברסיביות כגון בחילה וצרבת המופיעות אחרי אכילת יתר (Bo et al., 2018; Bolocofsky, Spinler & Coulthard-Morris, 1985; Kirsch, Montgomery & Sapirstein., 1995). שינויים אלו נחוצים וחשובים, אך כשלעצמם לא מייצרים שינוי יציב במשקל (Cochrane & Friesen, 1986). מניסיוני, אחת הסיבות לקושי בשינוי ובהתמדה טמון בהיעדר חיבור בין החלק הרגשי לחלק הסומטי הקשור באכילה. במילים אחרות, חסר חיבור בין הגוף לנפש. ראייה לכך היא כי מרבית המטופלים הסובלים מהשמנה מבינים את השינוי שעליהם לעבור, אך לא מסוגלים לבצעו. שימוש בהיפנוזה תוך ביצוע "ניתוח שרוול היפנוטי" יכול לספק מענה לכך ולאפשר את החיבור הפנימי דרך הגברת המודעות הגופנית, מגע וקשיבות לדחפים, ויצירת חוויית קיבה קטנה באמצעות שחזור הניתוח.

## ב"ניתוח שרוול היפנוטי", המטופל לא עובר את הניתוח באופן פסיבי, אלא המוח שלו בעצמו הוא זה שמבצע את הניתוח באופן אקטיבי, ולכך חשיבות מכרעת להצלחת התהליך

### ניתוח שרוול היפנוטי

הרציונל העומד מאחורי ההתערבות המוצגת, "ניתוח שרוול היפנוטי" שעליה ארחיב, הוא שהמוח לא מבחין בין מציאות לדמיון ולכן חוויה חושית ורגשית מדויקת של ניתוח בריאטרי בתוך טראנס היפנוטי יכולה להיחווה כחוויה אמיתית של שחזור הניתוח והשלכותיו הפסיכוסומטיות.

Greetham ועמיתיו (2017) מצאו כי התערבות היפנוטית המדמה ניתוח טבעת מתכווננת אינה יעילה יותר מאשר היפנוזה המקדמת בריאות ושובע. התערבויות היפנוטיות המדמות ניתוח בריאטרי נקראות בספרות "קיצור קיבה וירטואלי". על אף שקיים ניסיון קליני בתחום, בעולם בכלל ובארץ בפרט, אין כמעט ספרות מדעית מקצועית בנושא. מעבר לכך, רובן של ההתערבויות שנעשו עד כה, בוצעו במטופלים שביקשו להימנע מניתוח בריאטרי. הייחודיות של "ניתוח שרוול היפנוטי" היא בכך שהוא לא רק מדמה ניתוח בריאטרי, אלא משחזר את הניתוח הכירורגי

אינטראקציה של תפיסות דינמיות והתנהגותיות תוך שימוש בכלי טיפולי אחד.

היפנוזה היא מצב של מודעות או תודעה אחרת, מצב ביניים בין ערות לשינה. מצב תודעתי זה מוביל לרגיעה עמוקה (המכונה גם טראנס), המאפשרת לאדם קליטת מסרים מהסביבה ללא הצנזורה של המודע. היפנוזה רפואית היא כלי טיפולי רב עוצמה. בעזרת סוגסטיות (אידיאה, רעיון, "השאה" בעברית) מועברים מסרים שעוקפים את החשיבה הלוגית ואת מנגנוני הבקרה האינטלקטואליים (ההתנגדות והביקורתיות), ובכך מתאפשר מגע ישיר עם החלקים האינטואיטיביים, הרגש והדמיון. כך, באמצעות תגובה למחשבה (ideo-response) יכולים להיווצר שינויים גופניים ונפשיים. קיימות כמה קונטרה-אינדיקציות לטיפול בהיפנוזה, וחשוב שהמטפל יהיו מודע להן.

מבחינה אנטומית, נמצא כי במצב היפנוטי נוצרת עלייה בקשרים בין שני אזורים במוח (בין ה־dorsolateral prefrontal cortex לבין האינסולה) המשפיעים על תהליכים גופניים. במצב היפנוטי, מופעלים שרירים ונוצרות תחושות ומחשבות, שיכולות לייצר שינויים פיזיולוגיים, חושיים, תחושתיים ורגשיים (אברמוביץ', 2014).

## המוח לא מבחין בין מציאות לדמיון ולכן חוויה חושית ורגשית מדויקת של ניתוח בריאטרי בתוך טראנס היפנוטי יכולה להיחווה כחוויה אמיתית של שחזור הניתוח והשלכותיו הפסיכוסומטיות

תאורטיקנים שונים בחנו את המכניזם הדיסוציאטיבי המתרחש בתוך האכילה המופרעת (אכילה אוטומטית, בולמוסי אכילה) (Fuller-Tyszkiewicz & Mussap, 2008). בסוף המאה ה־19, פייר ג'אנה ציין שדיסוציאציה עשויה לייצר תסמינים כגון הפרעות אכילה, וכי היא מהווה מנגנון התמודדות בעקבות אירועים טראומטיים (Vanderlinden & Vandereycken, 1997). ההיפנוזה מאפשרת כניסה לחוויה דיסוציאטיבית נשלטת ובכך משתמשת באותו המנגנון הפגוע, אבל הפעם באופן שמאפשר למטופל להפוך לשותף פעיל בטיפולו. כך הופך מצב דיסוציאטיבי של אכילה לא נשלטת למצב אסוציאטיבי שבו הוא מחובר ושולט יותר בהתנהגותו.

מחקרים שונים בדקו את הקשר בין היפנוזה לירידה במשקל. המחקרים הראו יעילות בין היתר בתחומים הבאים: הפחתת

את השפה ההיפנוטית למטופל הספציפי. למרות שעומק הטראנס לא משפיע על האפקט הטרפויטי (Hutchinson-Phillips, Gow & Jamieson, 2007) חשוב להכיר את מאפייני המטופל (צורך בשליטה, רמת התנגדות/התנגנות, צורך לרצות); (4) תרגול באמצעות היפנוזה עצמית בבית עד לניתוח ההיפנוטי (התרגיל מוקלט בפגישה).

ביום "הניתוח", המטופל מגיע בצום לקליניקה, וחדר הטיפולים הרגוע והאינטימי הופך לזירה רפואית. הניסיון הוא להעיר במוחו את החוויה של חדר הניתוח, דרך כל החושים: טמפרטורת החדר, ריחות כגון אלכוהול וחומרים אנטיספטיים, מכשירים ויזואליים, חלוק ומד לחץ דם. המטופל עובר הזכרה והסבר מפורט הכולל תמונות של האנטומיה ושל המהלך הכירורגי שמתבצע בעת ניתוח שרוול. אני מראה למטופל את המכשירים הכירורגיים הרלוונטיים, ומנסה ללמד את המוח שלו, עוד בשלב הערות, מה הוא הולך לעשות בזמן הטראנס, כך שהמטופל יוכל לשכב ולהירגע, והחלק במוח האחראי על הניתוח כבר ידע מה לדמיין בהנחיית. בשלב הבא משוחזרת חוויית ההכנה לניתוח: המטופל לובש חלוק בית חולים וחובש כובע חדר ניתוח, גורב גרבי לחץ, מוכנס עירוי (ללא המחט), ומחברים אותו למוניטור המודד דופק ולחץ דם לאורך כל הניתוח. המטופל חותם על טופס הסכמה מדעת ויוצאים לדרך (ראו תמונת אילוסטרציה). בשלב הזה, מטופלים רבים נמצאים כבר בטראנס היפנוטי עוד לפני שהחלה ההיפנוזה הפורמלית.

לאחר אינדוקציה והעמקה, המטופל מתחיל את "המסע" - מסע כירורגי ורגשי כאחד: אני מנצחת התזמורת אך המוח של המטופל הוא שחותך, צורב, מהדק, שוטף, מקצר... אני מלווה אותו בדמיון מהכניסה לבית החולים עד ליציאה מבית החולים. במעמד הניתוח, אנו עוברים שלב אחר שלב ומדמים בפרטי פרטים את הניתוח הבריאתי, והמוח מייצר חוויה של כיש קיבה צר המכיל 60 מ"ל. נוסף לשחזור הניתוח, שזורים בתוך הסקריפט ההיפנוטי סוגסטיית מעצימות, מחזקות, סוגסטיית פוסט-היפנוטיות של שובע ושליטה עצמית, של בריאות ורצון להתעמל ולתכנן ארוחות. לאחר "הניתוח", מתקיימות פגישות מעקב שמטרתן להניע את התהליך לצד בירור מכשולים פוטנציאליים. במקרים רבים, כעבור שבועות אחדים מתחילים לצוץ "חלקים" בנפש (Ego states) המשפיעים על האכילה וההשמנה: "הילד שבתוכי", "החלק המורד", "החלק שרוצה פיצוץ" ועוד. כל אותם חלקים פנימיים מגלמים את הקול האפל שמשלט בדרך כלל על יכולת השליטה של המטופל ועל האכילה שלו. בשלב זה אני משלבת התערבות היפנוטית בשיטת מצבי אגו (Watkins & Watkins, 1997) במטרה לזהות מי מנהל את ההתנהגות ולאפשר מפגש ראשוני בין ה"חלקים" השונים העולים בהתערבות. לאחר מכן, במשך כחצי שנה מתבצעות פגישות מעקב טלפונית חודשיות.

שהמטופל עבר. הצלקות קיימות, המיקום של החתך נמצא בזיכרון, הריחות של חדר הניתוח מאוכסנים בחומר האפור... רק צריך "להעיר" את החוויה, ולשחזר... בנוסף, ב"ניתוח שרוול היפנוטי", שלא כמו בהליך כירורגי, המטופל לא עובר את הניתוח באופן פסיבי, אלא המוח שלו בעצמו הוא זה שמבצע את הניתוח באופן אקטיבי, ולכך חשיבות מכרעת להצלחת התהליך.

### מבנה ההתערבות

ההתערבות היא התערבות ממוקדת וקצרת מועד, אשר במרכזה הניתוח ההיפנוטי. מעבר לכך, היא בנויה באופן שיאפשר בניית קשר טיפולי חזק, מכיל, תומך ואינטנסיבי. ההתערבות כוללת חמישה מפגשים פרטניים וליווי טלפוני במשך כחצי שנה, או עד שמוקד השליטה נמצא אצל המטופל. המטרה היא לשחזר את כל מהלך הניתוח, כולל השינויים ההתנהגותיים והתזונתיים הנלווים לו. לאחר סקרינינג טלפוני הבדוק התאמה פוטנציאלית, המטופלים מקבלים שאלון מובנה ארוך, במטרה לייעל את פגישת ההיכרות וההערכה. פגישות ההכנה מתמקדות בבניית ראפור, הגברת המוטיבציה, בירור מכשולים, זיהוי גורמי פגיעות וחוסן, זיהוי דפוסי אכילה, הכנה תזונתית והתנהגותית, תיאום ציפיות ובניית יעדים. במקרים מסוימים יש צורך בהפניה לתזונאית בריאטרית להגברת הידע וההבנה התזונתית.

חלק חשוב במפגש הוא סיפור הניתוח של המטופל, המאפשר העלאת זיכרונות וחוויית מהניתוח ומהתקופה שאחרי. נעשה שימוש בטכניקות נרטיביות, כשמטרת ההיזכרות משולשת: (1) לאפשר בניית סקריפט היפנוטי של הניתוח מותאם אישית לכל מטופל, כולל התאמת סוג הניתוח (שרוול או מעקף קיבה); (2) לאפשר למוח להתחיל תהליך שלילת זיכרונות ואסוציאציות הקשורות לניתוח;

(3) להכיר את התופעות והסיבוכים שחוו על מנת לאפשר עיבוד של חוויות שליליות ותיקון בחוויה ההיפנוטית (למשל מטופל שסבל מכאבים עזים בהתאוששות, יקבל יותר מורפין בניתוח ההיפנוטי, או מטופלת שסבלה מסיבוך בניתוח, כגון דלף ואשפוז ארוך, נבנה סקריפט הכולל תיקון של החוויה). במקרים מסוימים אבקש ליצור קשר עם הכירורג הבריאתי שניתח בעבר.

במפגשי ההכנה נבצע תרגיל היפנוטי ראשון. מטרת התרגיל: (1) הפחתת רמות החרדה העשויות להיווצר עקב חששות בנוגע להיפנוזה (במיוחד עבור מטופלים הפוגשים את תחום ההיפנוזה לראשונה בחייהם);

(2) הגברת יכולת ההקשבה הפנימית וחיזוק יכולת המטופל להיכנס פנימה ולחוות את ההרפיה ההיפנוטית העמוקה, תוך מתן סוגסטיית של שובע וירידה במשקל, והגברת המוטיבציה לשינוי דרך כלים היפנוטיים של חיזוק אגו;

(3) בדיקת מידת ההיפנוטיזביליות של המטופל על מנת להתאים

### תיאור מקרה I

יוסי, בן 57, נשוי ואב לשלושה ילדים. מנהל בכיר בחברת הייטק, איש "בריא בנפשו", ילדות נורמטיבית ויציבה. אופטימי, מתפקד, בעל אינטליגנציה גבוהה, אב ובעל מסור. חווה אירועים ואובדנים משמעותיים אך בעל כוחות התמודדות וארגון אישיות נורמטי תקיין, כך שכל תחומי חייו בשליטה יחסית, מלבד תחום האכילה. בשנת 2015 הגיע למשקל שיא של 135 ק"ג (BMI=42) עם מחלות נלוות (סוכרת ויתר לחץ דם) ועבר ניתוח שרול. הוא חווה "ירח דבש" וירד 45 ק"ג, אך בשנתיים האחרונות החל לעלות בחזרה והגיע למשקל 115 ק"ג. הוא פנה אליי בעקבות מפגש עם מטופל שלי שעבר את "ניתוח השרוול ההיפנוטי" ואמר לי: "במהלך חיי, עלייתי וירדתי סך של מאות קילוגרמים. עברתי ניתוח שרול, ניסיתי כל דיאטה אפשרית, אבל אני לא מצליח לעשות שינוי אמיתי מבפנים. אני יודע מה עליי לעשות, מחזיק מעמד תקופה ובסוף 'נשבר'... עמדתי לקבוע תור לניתוח חוזר, כשפגשתי חבר ותיק באירוע. נראה לעין כי ירד במשקל, והוא יושב ואכל בשלווה. חיין אליי ואמר: 'עשיתי ניתוח בהיפנוזה לפני שלושה חודשים, ירדתי כבר 14 קילו וכיף לי'". יוסי אדם מאורגן, ממושמע ובעל מוטיבציה גבוהה, אך ההפתעה שלו בעקבות "הניתוח ההיפנוטי" הייתה כי אין הנחיות נוקשות ומובנות אלא הזמנה להקשיב ולשאול את עצמו בכנות "מה בא לי לאכול".

**במקרים רבים, כעבור שבועות אחדים מתחילים לצוץ ה"חלקים" בנפש (Ego states) המשפיעים על האכילה וההשמנה: "הילד שבתוכי", "החלק המורד", "החלק שרוצה פיצוי" ועוד. כל אותם חלקים פנימיים מגלמים את הקול האפל שמשתלט בדרך כלל על יכולת השליטה של המטופל ועל האכילה שלו**

החיבור פנימה היה חדש עבורו. הוא יודע לבצע הנחיות, אך לעולם לא עצר לשאול את עצמו אם הוא רעב, מה הוא צריך וכיצד לדאוג לעצמו. החלק בהתערבות שאפשר ליוסי חיבור ושינוי פנימי אמיתי הוא שכל ההנחיות נעשות ממקום של הזמנה להקשבה וסוגסטיה של סיפוק, ולא ממקום של "החזקה", שלילה או צמצום. תוך חודש יוסי ירד 10 ק"ג. במפגש המעקב קיימנו תרגיל Ego states ועלה חלק "ילדי" אשר העלה תחושות של בדידות,



תמונת אילוסטרציה. התמונה צולמה באישור המטופלת

בהתאם לצורך, אני מפנה את המטופלים למעקב אחר חוסרים תזונתיים אצל רופא המשפחה. ברגע שהמטופל חש יציב ובטוח בתהליך הטיפולי, בטוח שיכול להתמודד עם קשיים ומכשולים, אנו עוברים למעקב שנתי.

### תוצאות ונתונים

בשנה שחלפה, ביצעתי 21 ניתוחים היפנוטיים. להלן תוצאותיהם: 67% לאחר ניתוח בריאטרי (N=7), 33% (N=14) ללא ניתוח קודם. היחס המגדרי הינו 13:8 לטובת הנשים. מתוך המנותחים לשעבר, 10 עברו שחזור ניתוח שרול ו-4 שחזור ניתוח מעקף קיבה. 80% מהמטופלים החלו לרדת במשקל עוד בשלב שלפני הניתוח, בין התרגיל ההיפנוטי הראשון לבין הניתוח ההיפנוטי (טווח הירידה נע בין 1 ל-3 ק"ג). 70% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים מהניתוח. רובם ממשיכים לרדת במשקל לאחר מכן אך בקצב איטי יותר. מטופלים עם BMI גבוה מ-40 (השמנת יתר חולנית) ירדו במשקל מהר יותר ובאחוזים גבוהים יותר. מלבד חמישה מטופלים, כולם דיווחו על חוויית שובע ומלאות מהרגע שעברו את הניתוח ההיפנוטי למשך מספר חודשים. לאחר חמישה חודשים בממוצע, מתפוגגת תחושת השובע המוקדמת בכל המטופלים. שלושה מטופלים לא ירדו במשקל, ושניים ירדו מעט ונעצרו. ארבעה מתוך חמשת המטופלים הללו החלו את ההתערבות עם BMI נמוך מ-30 ובעצם ביקשו לעצור את העלייה לפני שיגיעו למדד גבוה. אחת מתוכם נטלה כדור הרגעה בבוקר הניתוח ולכן התבטלה היכולת שלה להיכנס לטראנס היפנוטי. גם אלו שלא הגיעו ליעד מבחינת המשקל, דיווחו על חוויה רגשית מעצימה ומקדמת. ניתן היה לצפות בשינויים התנהגותיים נוספים בעקבות ההתערבות: רישום לחדר כושר, הרשמה לאימוני מרתון והפסקת עישון.

## הניתוח ונטרול היכולת לאכול לוקח מהמטופל את הפתרון שמצא למצוקתו הנפשית, ומותיר אותו חסר כלים בהתמודדות עם המצוקות הקיימות

פגישות ההכנה התמקדו בהגברת המודעות והקשב פנימה, מגע עם הדיסוציאציה הסומטית ובניית מקום רגשי מכיל בהווה. הסקרפט ההיפנוטי התמקד בשימת דגש על השילוב של הניתוח הקודם בתוך האדם הקומפוטנטי והחזק שסימה נהייתה היום. הייתה חשיבות בשחזור הניתוח שעברה בתוך "האני המתפקד" של ההווה, ובכך ליצור רציפות פנימית של זהות. בתוך "חדר הניתוח ההיפנוטי" קיבלה תפקידים קונקרטיים במטרה לשנות את מיקוד השליטה מעמדה פסיבית לאקטיבית, מעמדת קורבן לחוויה מעצימה של בחירה ושינוי. במהלך הטראנס ההיפנוטי של "הניתוח", ניתן היה להבחין בכך שסימה באמת משחזרת את הנוכחות שלה בחדר הניתוח: בכניסה לחדר הניתוח החלה לרעוד וחשה שקר לה (כפי שנהוג להרגיש בחדר ניתוח אמיתי). ברגע שאמרתי שהמרדים מתקרב אליה עם המסכה, הדופק שלה עלה בן רגע מ-68 ל-89. כאשר התעוררה מהטראנס ההיפנוטי, סימה דיווחה על מספר חוויות מעניינות: תחושת כיווץ ולחץ באזור הקיבה, הרגשה של "ברזל בבטן", לצד תחושה נפשית של התרוממות ואנרגיות. תופעת עיוות הזמן (time distortion) מוכרת בהיפנוזה, וסימה חוותה 50 דקות של טראנס היפנוטי כאילו ארכו 10 דקות. קלות בעמידה במגבלות התזונתיות בחודש הראשון (כלכלה נוזלית ורכה). כעבור שבוע, סימה ירדה 6 ק"ג ונרשמה לחדר כושר. כעבור חודש, ירדה 10 ק"ג (כלומר 4 ק"ג נוספים), ולראשונה בחייה החלה לתכנן ולבשל לעצמה ארוחות. במקרה של סימה, העובדה שהחלה לתת לעצמה מקום ולדאוג לעצמה העיד על שינוי רגשי עמוק. כעבור שלושה חודשים, לקראת אירוע משפחתי, הלכה סימה לתופרת וגילתה שהיקף המותניים שלה ירד ב-32 ס"מ. סימה ירדה עד כה 28 ק"ג בחמישה חודשים, שוקלת 114 ק"ג, וממשיכה לרדת במשקל. ההצלחה האמיתית, אצל סימה ואצל אחרים אשר טופלו בהליך זה, היא לא המספרים והקילוגרמים, אלא השינוי הרגשי העמוק שעוברים בזכות ההיפנוזה. ההתערבות מתחילה תהליך רגשי עמוק. לאחר "הניתוח", סימה הרגישה בשליטה ובחרה את מה שאוכלת, היא הרגישה ש"אוכל הוא לא issue", היא הרגישה ביטחון עצמי ומסוגלות עצמית, הפסיקה לחוות בושה ואשמה, והתחילה לחוות הנאה מתוך שליטה. דרך בניית קשר טיפולי תומך ומכיל, ההתערבות ההיפנוטית אפשרה לסימה להתחבר

של נראות וחוסר נראות, של משמעות ושל הדחקה. היכרות עם החלק הזה, הבנתו והבנת הקשר שלו לאכילה, אפשרו פתיחת ערוץ תקשורת בין החלק הזה לבין החלק המתפקד של יוסי, במטרה להתחיל לקדם את תחושת השליטה בתחום האכילה. כעבור חודשיים, בדיקות הדם הראו שרמות הסוכר ירדו מ-121 ל-92. כעבור 5 חודשים, יוסי ירד כבר 17 ק"ג אך החל להרגיש עצירה בירידה, ובמיוחד החלה מתפוגגת תחושת השובע. תופעת הפלאטו, שבה נעצרת ההתקדמת בכיוון הרצוי, ידועה גם לאחר הניתוח הכירורגי - הגוף רעב, הוא נכנס למצוקה, וכתהליך הישרדות אבולוציוני הוא מאט את המטבוליזם כדי לשמר אנרגיה. יש חשיבות להמשיך את התהליך למרות העצירה במשקל. המעקב הטלפוני ארוך הטווח אפשר "לתפוס" את תחילת הנפילה ולעורר מוטיבציה מחודשת, להתחבר חזרה לתחושת המסוגלות ולאפשר פסיכו-אדוקציה על תופעת הפלאטו. יוסי התבקש לא להישקל עד למפגש הטלפוני הבא, וכעבור חודש ירד עוד קילו. הוא חזר למסלול, וגברה בו תחושת השליטה. חצי שנה לאחר הניתוח יוסי תיאר שינוי משמעותי ביחסים הבין-אישיים. לדבריו, מאז ההתערבות ההיפנוטית הוא חווה חיבור משמעותי לילדיו ולאשתו, הפסיק לחפש מפלט באוכל, מחפש לחוות רגעי שקט שמהם פחד בעבר, ונרשם לקבוצת ריצה.

### תיאור מקרה II

סימה, בת 47, גרושה ואם לארבעה ילדים. כיום מתפקדת ובעלת עסק עצמאי. ברקע, הורים מזניחים, ילדות קשה רוויית אירועים טראומטיים, התעללויות ופגיעות מיניות מתמשכות, חתונה עם גבר אלים ובריחות למקלטים לנשים מוכות. סימה פיתחה יכולות דיסוציאטיביות שאפשרו לה לשרוד, אך גרמו להזנחה גופנית קיצונית. האוכל היה מפלט וגם אמצעי לבניית חומה בינה לבין העולם. רקע רפואי: בשנת 1995 עברה ניתוח בריאטרי ראשון (SRVG) - סוג של טבעת קיבה מובנת), אך הניתוק המוחלט מהגוף ומהחוויה הגופנית גרמו להזנחה שהובילה להשמנה קיצונית חוזרת. בשנת 2006 הגיעה למשקל 181 ק"ג (BMI=72), עישנה 3 חפיסות סיגריה ביום, מעולם לפני כן לא עבדה, ואובחנה כסובלת מדיכאון ומטראומה מורכבת. בשנת 2009 עברה ניתוח שרזול, בעקבותיו חוותה "ירח דבש", וירדה ל-118 ק"ג. המשקל ירד אך סימה לא עשתה שום שינוי התנהגותי, התזונה שלה התבססה על עוגות ועוגיות. במשך עשור היא התחזקה, נפתחה אל העולם, אל האחרים, החלה ללכת זקוף יותר, לעבוד ולהאמין בעצמה. אולם לא נוצר חיבור בין הגוף לרגש, היא לא פיתחה מודעות גופנית, וככל ש"ירח הדבש" התרחק בזמן, כך המשקל החל לעלות. כשפנתה אליו ב-2019, כבר שקלה 142 ק"ג! מבחינה רפואית, היא הייתה מועמדת לניתוח חוזר, אך החלטנו לנסות קודם את הניתוח ההיפנוטי.



התהליך, הוא מחויב יותר לתהליך והמוח ממשיך להוביל לשינוי. כאמור, קהל היעד של ההתערבות הינו מנותחים לשעבר, אולם חלק מהמטופלים שפנו הגיעו ללא ניתוח קודם. בשלב זה, התוצאות דומות גם באוכלוסייה זו: 80% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים, והירידה המשיכה במהלך השנה העוקבת. המשקל ההתחלתי הממוצע של מטופלים אלו היה גבוה יותר, כך שסטטיסטית ירדו יותר במשקל. מטופלים אלו מגיעים עם מוטיבציה גבוהה, כי מפחדים להגיע לניתוח כירורגי. עם זאת, קיימת הידעיה שאם לא מצליחים אז יש פתרון כירורגי. עבור מטופלים אלו, הסקרפט הניתוחי נעזר בתחושות גופניות של חוויה אשפוזית כלשהי ושילוב של פרוצדורות הלקוחות מתהליכים מקובלים בניתוח השרוול.

תוצאות אלו דומות לתוצאות של פרוצדורות אנדוסקופיות המוצעות לטיפול בהשמנת יתר שהן פרוצדורות פולשניות ויקרות. כך למשל, בלון אנדוסקופי מציע ירידה של 10% ממשקל הגוף, ולאחר הורדת הבלון כעבור חצי שנה, כ-80% מהמטופלים עולים חזרה במשקל (Tate & Geliebter, 2017). הצרת קיבה אנדוסקופית מאפשרת בממוצע ירידה של 20% מהמשקל ומחזיקה כשנתיים. יש לציין כי הפרוצדורות האנדוסקופיות אינן זמינות למי שעבר ניתוח בריאטרי קודם.

מטרת "ניתוח השרוול ההיפנוטי" היא אכן לרדת במשקל, אך מטרת העל היא לאפשר שינוי נפשי עמוק ומשמעותי, ואנו עדים לכך: המטופלים מדווחים על שינוי בתפיסה העצמית ובחוויות העצמי שלהם. התהליך ההיפנוטי מעביר למטופלים תחושת העצמה, וכתוצאה מכך הם מדווחים על תחושת שליטה וחיבור פנימי, מדווחים על שינויים משמעותיים במצבם הנפשי, הרגשי והמשפחתי ("לראשונה אני דואג לעצמי", "לראשונה בחיי אני מכינה לעצמי קופסה בבוקר, ולא רק לילדים", מטופל הפסיק ליטול תרופות נוגדות דיכאון בעקבות שיפור משמעותי במצב רוחו לאחר "הניתוח" בליווי פסיכיאטרי כמובן).

ההתערבות מאפשרת חזרה לזירה קשה ועוצמתית, אבל ממקום מוגן ומכיל. ניתוח הוא אקט קיצוני וחודרני, כך ששחזור החוויה בתנאים מוגנים, יחד עם מטפל המכיל את הבהלה והחששות, מאפשרת חוויה מתקנת ומעצימה.

לחלקים הקומפלטניים גם באכילה, לבנות רצף פנימי של חוויית עצמי וזהות, ולהשתמש במנגנון הדיסוציאטיבי כאמצעי לפתח תחושת שליטה פנימית וחיבור פנימי.

## סוגיות לדין

"אפקט רשימת ההמתנה": בהתערבויות שערכתי, 90% מהמטופלים ירדו במשקל עוד לפני "הניתוח", במהלך פגישות ההכנה. תופעה זו תואמת את "אפקט רשימת ההמתנה" שלפיו הקבוצה הממתנה להתערבות מראה שינויים סימפטומטיים עוד בשלב ההמתנה (Penkova, Stark, Leichsenring & Steinert, 2018). אפקט זה מהווה סממן לציפייה חיובית לקראת ההתערבות.

תופעה משמעותית נוספת המתרחשת בהתערבות היא **שחזור תופעות פיזיולוגיות** בעת "הניתוח ההיפנוטי" התואמות לאלו שהתקיימו בניתוח הכירורגי. כך למשל, שבוע לאחר "הניתוח ההיפנוטי" דיווחו מטופלים שסבלו מעצירות לאחר הניתוח הכירורגי כי הם סובלים מעצירות גם לאחר הניתוח ההיפנוטי. הכנסת סוגסיות פוסט-היפנוטיות לביטול העצירות אפשרה להתמודד עם התופעה. מטופלת אחת הגיעה בבוקר הניתוח ההיפנוטי עם מיגרנה קשה ואמרה: "זה בסדר, זה אפילו מכניס אותי לאווירה כי בבוקר הניתוח שרוול שלי גם הייתה לי מיגרנה". מטופלת נוספת התקשרה משועשעת מספר ימים לאחר הניתוח ההיפנוטי ואמרה "איזה קטע, תראי כמה זה חזק. אני שוכבת במיטה עם שפעת באמצע אוגוסט. זה לא הגיוני, ופתאום נזכרתי שכמה ימים אחרי ניתוח השרוול הייתה לי שפעת...". מטופל ומטופלת דיווחו שלאחר הניתוח ההיפנוטי לא היה להם חשק לעשן, ומכאן הפסיקו לעשן, כפי שאירע אצל שניהם לאחר הניתוח הכירורגי. המטופל חזר לעשן כעבור חודשיים, אך חלפה כמעט שנה והמטופלת עדיין נקיייה מניקוטין. בפגישות ההכנה אני מנסה לקבל מידע רחב במטרה למנוע שחזור של תופעות לא רצויות, אך לפעמים תופעה נשכחת ומשוחזרת, והסוגיה רק מחזקת את הידוע על עוצמת ההתערבות ההיפנוטית.

## יעילות הטיפול

עד כה, איסוף הנתונים העלה ש-70% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים מהניתוח. המשמעות היא כי ממוצע הירידה במשקל למטופל היה 12 ק"ג בחודשיים! עד לתום השנה הראשונה, 60% מהמטופלים המשיכו לרדת במשקל. חשוב לציין שבעבור חלק מהמטופלים, המטרה הייתה בלימת העלייה במשקל ולא ירידה. מאפיין המשותף לארבעת המטופלים שלא ירדו במשקל (מתוך החמישה) היה שהם לא סיפרו לסביבה שלהם על ההתערבות. מי שמשתף את הסובבים לו בדבר הניתוח ההיפנוטי מאפשר, ככל הנראה, למוח שלו להמשיך לחוות את

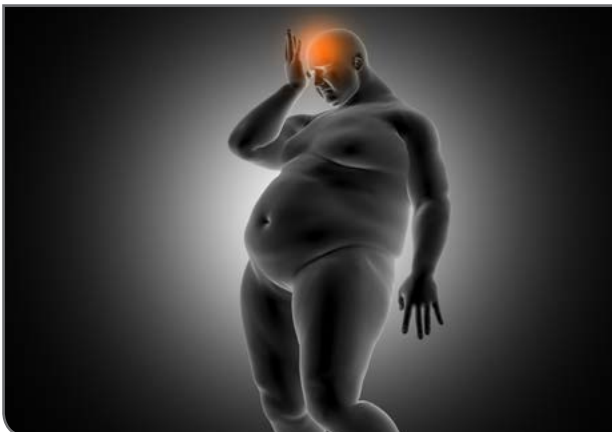
### אינדיקציות ל"ניתוח שרוול ההיפנוטי":

- מטופלים הסובלים מהשמנת יתר (BMI>30), או מטופלים שעברו ניתוח בריאטרי והחלו לעלות במשקל.
- מטופלים שהחלו לעלות במשקל ורוצים להימנע מניתוח חוזר.
- מטופלים הסובלים מהשמנה קיצונית המגבירה סיכונים בניתוח, כהתערבות קדם ניתוחית.
- מטופלים הסובלים מהשמנת יתר ולא עומדים בקריטריונים לניתוח בריאטרי.

מקצוע מסוימים (רופאים, פסיכולוגים ורופאי שיניים) בעלי רישיון להיפנוט ממשרד הבריאות לעסוק בהיפנוזה. כך שלא כל מטפל המומחה בתחום ההשמנה יכול לטפל בשיטה זו.

## סיכום

התערבות דרך "ניתוח שרוול היפנוטי" היא התערבות ממוקדת. היא מתבססת על בניית קשר טיפולי אינטנסיבי המאפשר שימוש בכלי היפנוטי להשגת הגברת מודעות וקשב פנימה, חוויית חיבור רגשי עמוק ושינוי תפיסה סומטית, במטרה לרדת במשקל. ההתערבות נולדה בכדי לתת מענה לסוגיית ההשמנה החוזרת לאחר ניתוח בריאטרי. השמנה היא תהליך מורכב הכולל מרכיבים של התמכרות, הגנות, התנהגות אוטומטית, הפרעות אכילה ועוד. ההתערבות לא מתיימרת לפתור את כל הסוגיות, אלא שואפת לאפשר הנעה ואתחול של תהליך פנימי עמוק ומשמעותי, תוך חיבור בין החלק הרגשי לחלק הסומטי. על אף שלכאורה מדובר בהתערבות סימפטומטית ממוקדת, למעשה היא מאפשרת מגע ישיר ועמוק עם חלקים פנימיים שונים.



ומה צופה העתיד? אני מקווה ורוצה להאמין שעבור חלק גדול מהמטופלים, בעקבות הסינון הראשוני וההתאמה האישית של הטיפול, השינוי והחיבור שייעשו בזכות התהליך ההיפנוטי יאפשרו שינוי ושימור התוצאות לטווח ארוך. אולם, גם אם לא כך יהיה, כלומר גם אם לטווח ארוך יתרחש תסריט דומה לניתוח הכירורגי וחלק גדול מהמטופלים יעלו חזרה במשקל, ההתערבות ההיפנוטית עדיין תהווה התערבות משמעותית. או כפי שמטופלת אמרה לי: "מבחינתי, גם אם לא יחזיק לתמיד, שווה לי לעשות אצלך מנוי ולבוא כל שנתיים". השמנת יתר מוגדרת כמחלה כרונית, וכמו בכל מחלה כרונית, המטרה היא למצוא דרך להגיע לרמיסה ולשמר אותה. "ניתוח שרוול היפנוטי" יכול להוות כלי משמעותי, נטול תופעות לוואי מסכנות חיים ובעל רווחים רגשיים בדרך להגשמת מטרה זו.

יעדים ותיאום ציפיות		
שינויים פסיכולוגיים	שינויים התנהגותיים	שינויים סומטיים
מסוגלות עצמית מודעות עצמית דאגה לעצמי	הפחתת התנהגויות אכילה (בולמוסי אכילה, אכילה לילית, אכילה נשנושית, אכילה רגשית וכו')	הפחתת מודדי מחלות נלוות
הפחתת שיפוטיות ואשמה	הגברת פעילות גופנית	ירידה במשקל
שיפור מצב רוח	תכנון ארוחות	בלימת העלייה במשקל

### מספר הסתייגויות...

מאחר שמדובר בפייולט ראשוני, שעליו עדיין לא נערך מחקר מדעי יסודי אלא התבוננות קלינית ראשונית, אפרט מספר מגבלות.

הנתונים לא נאספו באופן מתודולוגי מבוקר ולא נעשה מעקב מעבר לשנה.

קיימת חשיבות גם בבדיקת עמדותיהם של המטופלים בנוגע לטיפול בהיפנוזה טרם תחילת התהליך. היפנוזה היא כלי טיפולי רב עוצמה, אך עדיין עטוף בסטיגמות ודעות קדומות העשויות לגרום לפרשנות מוטעית של ההתערבות בקרב המטופלים. מי שמצפה לראות שההיפנוזה עושה קסמים, מי שמחכה שהשינוי יקרה לבד או יבוא מהמטפל, ומי שמתחילת התהליך "מחפשים" לראות שזה לא עובד, אינם מתאימים להתערבות היפנוטית.

מטופלים נוספים שיתקשו ליהנות מהתערבות מסוג זה, הם מטופלים בעלי קושי בהיקשרות (attachment). מיקוד ואינטנסיביות הטיפול מצריכים בניית קשר טיפולי משמעותי, כך שמי שמתקשה לסמוך על אחר ולהביע בו אמון, לא יצליח להיות פנוי להקשבה ולבניית החיבורים הפנימיים במתכונת ממוקדת.

ההתערבות מתאימה במיוחד למטופלים בעלי ארגון אישיות נירורטי שיצליחו לגייס משאבים וכוחות להתערבות אינטנסיבית מסוג זה (Kernberg, 1984). לפי המודל המבני של קרנברג, ניתן לסווג מטופלים לאחת משלוש רמות של ארגון אישיות (ניורוטי, גבולי ופסיכוטי) בהתאם לחיבור למציאות, סוגי מנגנוני ההגנה, מידת התבונה ומידת האינטגרציה בזהות. מטופלים בעלי ארגון אישיות גבולית יוכלו ליהנות מ"ניתוח שרוול היפנוטי", אך לעיתים יצטרכו המשך טיפול להעמקת הסוגיות הרגשיות והחזקתן. מניסיון העבר, חלקם כבר נמצאים בטיפול פסיכולוגי, ושיתוף פעולה עם המטפל הכרחי למתן טיפול הולם.

יש לציין שבארץ קיים חוק ההיפנוזה (1984) המאפשר רק לאנשי





1. אברמוביץ, א' (2014). היפנוזה והיפנותרפיה: מדריך למטפלים. הוד השרון: ספרי מקור-עיון.
2. העצני, צ' (2010). לשקול מחדש: המדריך הפסיכולוגי למטפל הבריאתני. רימונים.
3. Bo, S., Rahimi, F., Goitre, I., Properzi, B., Ponzio, V., Regaldo, G., ... & Broglio F. (2018). Effects of self-conditioning techniques (self-hypnosis) in promoting weight loss in patients with severe obesity: A randomized controlled trial. *Obesity*, 26(9):1422-1429.
4. Bolocofsky, D.N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
5. Cochrane, G. & Friesen, J. (1986). Hypnotherapy in weight loss treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 489-492.
6. Fuller-Tyszkiewicz, M. & Mussap, A.J. (2008). The relationship between dissociation and binge eating. *J Trauma Dissociation*. 2008;9(4):445-462.
7. Greetham, S., Goodwin, S., Wells, L., Whitham, C., Jones, H., Rigby, A., ... Atkin, S. (2017). Pilot investigation of a virtual gastric band hypnotherapy intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 64(4):419-433.
8. Grimaldi, D. & Van Etten, D. (2010). Psychosocial adjustments following weight loss surgery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(3), 24-29.
9. Hutchinson-Phillips, S., Gow, K. & Jamieson, G.A. (2007). Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concerns: A literature survey. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55:1, 84-113.
10. Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale Universities Press.
11. Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, pp. 214-220.
12. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
13. Kubik, J.F., Gill, R.S., Laffin, M. & Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity*; 2013:837-989.
14. Lauti, M., Kularatna, M., Hill, A.G. & MacCormick, A.D. (2016). Weight regain following sleeve gastrectomy - a systematic review. *Obesity Surgery*. 26(6):1326-1334.
15. Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(2):1-18.
16. Penkova, Z., Stark, R., Leichsenring, F. & Steinert, C. (2018). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of wait-list control groups in randomized controlled trials for panic disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 14(2): 60-70.
17. Tate, C.M. & Geliebter, A. (2017). Intra-gastric balloon treatment for obesity: Review of recent studies. *Advanced Therapy*. 34(8):1859-1875.
18. Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse control in eating disorders*. Taylor and Francis group.
19. Vandenbroeck, I.P., Goossens J. & Clemens M. (2007). *Building the obesity system map*. London, UK: Foresight.
20. Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. Norton & Company edition.
21. Winnicott, D. (1974). The fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.
22. WHO. (2016). *Obesity and Overweight*. Retrieved from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html) [Google Scholar]

# פסיכוסומטיקה ברפואה ראשונית מאפיינים ואתגרים ייחודיים

אורן להק, דוד מעוז ישראל

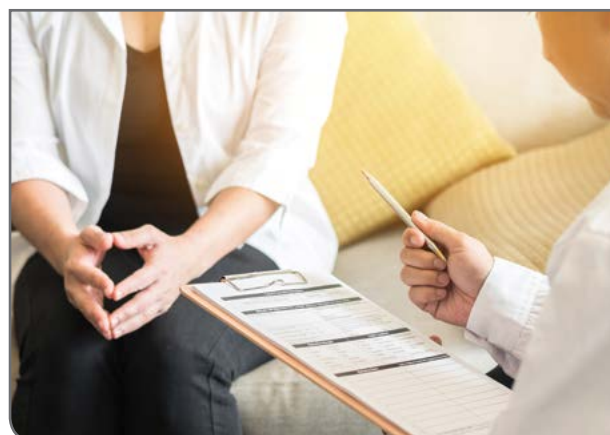
הרופא הראשוני, ובפסיכולוג המעורב בטיפול. מדריך האבחון הפסיכיאטרי (DSM) הציע במהלך השנים קטגוריות שונות להגדרה וסיווג של תופעות פסיכוסומטיות, כגון הפרעה סומטופורמית, סומטיזציה וכיום הפרעת תסמין סומטי. בסקירה קצרה זו מובאת ספרות מחקרית הבודקת תופעות אלו בהתאם להגדרה שהייתה מוסכמת בתקופה שבה נערכו. לשם נוחות בקריאת המאמר, ייעשה שימוש במינוח הכללי פסיכוסומטיקה.

## רפואה ראשונית ופסיכוסומטיקה

טיפול רפואי ראשוני מוגדר על ידי המסד הרפואי כ"אספקת שירותי טיפול רפואי כוללני, גיש, על ידי קלינאים האחראים לתת מענה למגוון רחב של צרכים אישיים בטיפול רפואי, לפתח שותפות ממושכת עם המטופלים, ולפעול בהקשר של משפחה וקהילה" (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996). הגדרה זו מציבה רופאים ראשוניים, בהרבה מקרים, כחזית הראשונה והיחידה לאיתור ולטיפול ראשוני במצוקה נפשית של מטופלים. למעשה, חלק ניכר מהאנשים הסובלים מתסמינים נפשיים יפנו תחילה לרופא המשפחה שלהם, לעיתים ככתובת היחידה לקבלת עזרה. מקרב פונים אלו כ-20-30 אחוזים סובלים מדיכאון, דחק, חרדה ופסיכוסומטיקה (Ansseau et al., 2004; Kahn et al., 2004). כולם עשויים לבטא תלונות על תסמינים גופניים לא מוסברים, אולם רק חלק יענו על הקריטריונים הנדרשים למתן אבחנה פסיכוסומטית. החלק האחר יבטא תסמינים גופניים (כגון קצב לב מואץ, כאבי גב, עייפות כרונית, סחרחורת וכו') כחלק מאבחנה של חרדה או דיכאון או שניהם (Robbins & Kirmayer, 1991).

ככלל, נמצא שמטופלים החווים מצוקה פסיכולוגית גם חווים תסמינים גופניים בעוצמה גבוהה יותר (Kroenke et al., 1994). לאור זאת נמצא כי הם נוטים לפנות לרופא המשפחה בשיעור גבוה יותר משיעורי הפנייה באוכלוסייה הכללית (Spitzer, Williams & Kroenke, 1994), ובשל כך מהווים נתח נכבד

אייל, בן 37, נשוי טרי להדר ועובד במערכת הביטחון. לאחרונה פנה לרופא המשפחה בשל תלונה כי לפני שלושה חודשים, עת נישואיו להדר וכניסתו לתפקיד ניהולי בעבודתו, החל לחוות לחץ רב וקושי גובר בהטלת שתן: "הזרם חלש מדי ואני אף פעם לא מצליח להגיע לתחושת התרוקנות מלאה". הבעיה החלה בשנות שירותו הצבאי, אך מאחר שהצליח להתנהל באופן סביר ותפקודו לא נפגע, נמנע מלפנות לעזרה מקצועית. לאחרונה, עקב תחושת אי-נוחות באזור, נמנע מלקיחת חלק בפעילויות שונות אשר עלולות להציבו בתנאים שעשויים להגביל את האפשרות להטיל שתן ולהתרוקן, בעיקר במקומות ציבוריים.



בדיקה אצל אורולוג העלתה ממצא להגדלה מסוימת בבלוטת הערמונית, אך כזו העשויה להסביר רק באופן חלקי את התסמין המדווח. לאחר שני ניסיונות של טיפול תרופתי הושגה הקלה חלקית לבעיה, ואייל ממשיך להיות טרוד ממשמעות של התסמין. הוא חושש שהדבר עשוי להעיד על קיומה של מחלה ממארת שטרם זוהתה בגופו, חווה תחושות של אי-ודאות, תסכול ולחץ, נוטה להימנע ממקומות שבהם אין שירותי נוחות, ופונה לרופא המשפחה בבקשה להמשיך בדיקות ובירורים רפואיים.

מקרים כאלו ודומים להם מתרחשים באופן שכיח במרפאות של רופאי משפחה ומתארים את קו התפר הדק שקיים בין ההיבט הגופני לנפשי. מה יקרה לאחר מכן, תלוי בהכשרה ובגישה של

אורן להק הוא פסיכולוג רפואי מומחה, מדריך, מנהל "מרפאה פסיכולוגית". דוד מעוז ישראל הוא פסיכולוג רפואי מומחה, בצוות "מרפאה פסיכולוגית". הפרטים האישיים שוננו לשמירה על הפרטיות.



שונים, כדוריות דם לבנות ואדומות ואנדורפינים. אלו משפיעים על הרגשות שלנו וכך גם על תהליכים פיזיולוגים שונים כגון מתח השריר, דופק הלב, לחץ הדם, מערכת העיכול וכו'. במצבי רגיעה מערכת החיסון פועלת במיטבה אך גם להפך, במצבי דחק, דרך הפעלה של ציר ההיפותלמוס-היפופיזה-אדרנל (HPA) והמערכת הסימפטטית (SNS) מתחילה שרשרת תגובות המובילה דרך שינוי מספרם של תאי לימפוציטים ותאי ההרג הטבעיים (NK) להפחתת תפקודה היעיל של מערכת החיסון, ולפיכך לחשיפה מוגברת לגורמי מחלה כמו וירוסים וחיידקים. במטא-אנליזה מקיפה שבחנה יותר מ-300 מחקרים אמפיריים בנושא נמצא שגורמי לחץ אקוטיים (כאלה הנמשכים כמספר דקות) נמצאו קשורים להסתגלות טובה של מרכיבים של המערכת החיסונית, ברמה התאית. גורמי לחץ קצרי מועד פגעו במערכת החיסונית ברמה התאית תוך ששימרו גורמי חיסון בנוזלים בין-תאיים, ולבסוף גורמי לחץ כרוניים פגעו בכל הרמות של מערכת החיסון.

## הפסיכולוג הרפואי שעובד בגישה אינטגרטיבית מחזיק בידע בפן הגופני-רפואי הכולל את מהלך המחלה, הטיפול ותופעות הלוואי של הטיפול הרפואי, וכן בפן הנפשי ובכיווני החשיבה השונים. כמו כן בשל שיתוף פעולתו עם המערכת הרפואית, הוא יכול לבנות מטרות משותפות עם הרופא הקשורות לטיפול הרפואי

אם נשוב למקרה של אייל, מצבו יוגדר על ידי המערכת הרפואית באבחנה הנקראת שגשוג שפיר של הערמונית (BPH, Benign Prostatic Hyperplasia), שבו היא גדלה. הגדלה שפירה של הערמונית היא מצב שבו בלוטת הערמונית צומחת לתוך חלל השופכה (הצינור שמוביל את השתן משלפוחית השתן החוצה). לאחר זמן מה עלולה הערמונית המוגדלת לגרום לחסימה במוצא של שלפוחית השתן ולהוביל להאטה במתן השתן וכן לתחושה של חוסר התרוקנות. מבחינת הפסיכולוגיה הרפואית, ניתן להתייחס לסוגיה שעימה אייל מתמודד משתי זוויות שונות: תחילה אייל מתמודד עם מצב רפואי ידוע המשפיע על מצבו הנפשי והתנהלותו, ולכן ההתייחסות להשלכות הרגשיות וההתנהגותיות הנובעות מכך משמעותיות בפני עצמן. יחד עם זאת, אין לשלול את האפשרות

מהשתמשים התדירים בשירותי הבריאות (Demers, 1995). תדירות זו מגיעה לעיתים לפי 2 ובמקרים מיוחדים גם פי 9 מהנורמה באוכלוסייה הכללית (Smith et al., 2003). למרבה הצער, בין 30% ל-75% מהתסמינים הסומטיים נעדרים הסבר אורגני ברור, וגם לאחר בדיקות יקרות וניסיונות תרופתיים, לרוב לא מושגת הקלה מספקת (Kroenke & Mangelsdorff, 1989); מהווים אתגר בקרב הרופאים המטפלים במסגרות אלו (Smith et al., 2003), ולפי אוסליבן (O'Sullivan, 2015) בשל כך נמצא שהם נוטים להעניק לפונים אבחנה אורגנית, מבלי להצביע על ההיבט הנפשי הקיים בבסיס ההפרעה. נטייה זו מושפעת משתי סיבות: הראשונה כרוכה בהעדפתם של רופאים להימנע מהכעס הבלתי נמנע של מטופליהם כאשר מקשרים את תלונותיהם למצוקה נפשית, והשנייה קשורה בחשש שמא סיווג תלונותיהם של המטופלים למצוקה פסיכולוגית יתגלה מאוחר יותר כטעות באבחון ויוביל לתביעות משפטיות.

חשוב לציין שמלבד קיומה של אבחנה פסיכיאטרית ישנם משתנים נוספים שנמצאו קשורים בביטויים גופניים כגון מוצא אתני (Kirmayer & Young, 1998), רמה סוציו-אקונומית נמוכה (Fink, Sorensen, Engberg, 1999), נשים (Kroenke & Spitzer, 1999), והגירה (Ritzner Ponizovsky, Kurs & Modai, 2000).

## המשגה

פסיכוסומטיקה היא תחום רפואי ומדעי ששואף להבין את תרומתו של הקשר בין הנפש (פסיכה) והגוף (סומה) בהתפתחותן של מחלות או תופעות גופניות. הידע המצטבר במהירות ובהתמדה על המוח ומערכת העצבים, על המערכת החיסונית ועל המערכת ההורמונלית, והתפקיד של המערכת האוטונומית האחראית על תגובת הדחק ביחסי הגומלין ביניהן, הביא את המדענים והתאורטיקנים למודעות ברורה ביחס למלאכותיות של ההבחנה הקרטזיאנית המסורתית בין גוף לנפש. מאחר שהמערכת החיסונית האנושית מושפעת מהיבטים נפשיים וממצוקה רגשית, אפיזודות של מחלות סומטיות (גופניות) רבות יתעוררו או יועצמו על ידי מרכיבים פסיכולוגיים. השדה המדעי שבו נחקרים הקשרים בין גורמים אלו נקרא פסיכונורואנודאימונולוגיה. מושג זה משקף את התפיסה שהגוף והנפש הם יחידה אחת בלתי נפרדת.

במשך השנים הלכו והתרבו המחקרים שהצביעו על הקשר ההדוק בין הבריאות הגופנית והמצב הנפשי. בזכות הטכנולוגיה המתקדמת ואמצעים כמו מכשיר התהודה המגנטית (fMRI) או PET והביולוגיה המולקולרית, הולך ומתבהר הקשר בין מחשבות ורגשות לבין פיזיולוגיה של מערכות הגוף. כל מחשבה גורמת לשחרור חומרים בגוף כמו הורמונים, אנזימים, חלבונים

לתלונות אלה עשויה אף לחזק אותן. בתפיסתו של הפרט, "תפקיד החולה" יכול להציע שחרור מציפיות בינאישיות (רווח ראשוני) ולעיתים אף פרס כספי (רווח משני). אין מדובר ב"התחלות" (זיוף תסמינים), מאחר שהחולה אינו מודע לתהליך שבאמצעותו התסמין מופיע, אינו יכול לסלקו, ובאופן כן סובל ממנו. תאוריית הלמידה החברתית מסבירה גם את התורשתיות שבהפרעה: ילד עשוי, באמצעות חיקוי או הזדהות עם ההורה, לסגל לעצמו תסמינים סומטיים שיתפתחו בבגרותו להפרעה פסיכוסומטית.

3. **דיסוציאציה** - למטופלים עם סומטיזציה נטייה לשימוש בהגנות דיסוציאטיביות כגון פלאשבקים, חוויות חוץ גופניות ודפרסונליזציה. ישנה השערה שתסמינים סומטיים נובעים משימוש בדיסוציאציה הבאה לידי ביטוי בהפעלה של ייצוגים גופניים בהיעדר גירוי גופני.

## אבחון

ה-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) מציע קריטריוני אבחון המבדילים מבלבליים ומפחיתים את מספר ההפרעות ותת-הקטגוריות שהיו במדריך הקודם במטרה להפוך את שיטת האבחון ליעילה עבור מספקי שירות שאינם נכללים במסגרות הפסיכיאטריות. לטובת מטרה זו הוא מייחד פרק בשם "תסמין סומטי והפרעות קשורות" המאגד אבחנות שונות לתיאור מגוון המופעים הגופניים העומדים לפתחן של המרפאות לרפואה ראשונית, בהן: הפרעת המרה (conversive disorder), חרדת בריאות (illness anxiety disorder), גורמים פסיכולוגיים המשפיעים על מצב רפואי (psychological factors affecting other medical conditions), מחלה מדומה (factitious illness). במקרה של אייל, קיים תסמין יחיד ולו הסבר אורגני. אולם הסבר זה לא מסביר את כל התסמין. לפי המדריך הקודם, אייל לא היה מקבל אבחנה פסיכיאטרית, והיה ככל הנראה נותר ללא מענה טיפולי מלא שמביא בחשבון גם את ההיבטים הפסיכולוגיים בתלונתו. במדריך הנוכחי נעשה תיקון למצב זה. לפי המדריך הנוכחי הרופא מביא בחשבון גם את המצוקה שאייל מבטא ואת הפגיעה בתפקוד, ועשוי לקבל אבחנה של Somatic symptom disorder. אבחנה זו מאפשרת מענה מתאים יותר על ידי הרופא הראשוני בכך שיפנה את המטופל להתערבות פסיכולוגית בקהילה.

המקרה של אייל מייצג את אחד השינויים המרכזיים שנעשו במעבר מהמדריך הרביעי לחמישי. השינוי שנערך מוביל לכך שאנשים שקיבלו לפי המדריך הקודם את אחת האבחנות הסומטופורמיות: הפרעת סומטיזציה, היפוכונדריה, הפרעת כאב והפרעה סומטופורמית בלתי מובחנת, כעת ברובם מתאימים

שמצבו הנפשי של אייל משפיע על מצבו הרפואי ותורם להחמרתו. במחקרים שנערכו בשדה המחקר שתואר (Ullrich, Lutgendorf & Leserman, 2005; & Kreder, 2007), נמצא שהתסמין של אייל הכרוך בקושי בהטלת שתן יכול להיות מוסבר גם על ידי קיומו של מצב דחק שמשפיע דרך שני מנגנוני פעולה שונים, הראשון ארוך טווח והשני קצר טווח:

1. פעילות אנדוקרינולוגית (ארוך טווח) - באמצעות הפעלת ציר HPA ההיפותלמוס מפעיל את יותרת הכליה המווסתת את רמות הטסטוסטרון בגוף. הטסטוסטרון מותמר להורמון דהידרוטסטוסטרון (DHT) על ידי אנזים אלפא-5 שבתאי בלוטת הערמונית. הטסטוסטרון ודהידרוטסטוסטרון מעודדים גדילה של בלוטת הערמונית ומובילים להפרשת טסטוסטרון ודהידרוטסטוסטרון נוספים, דבר שמוביל להגדלה של בלוטת הערמונית באופן שעוטף את צינורית השתן ומצר אותה, ומוביל גם להאטה בהטלת שתן והיעדר תחושת התרוקנות.

2. פעילות של המערכת האוטונומית (קצר טווח) - דחק גורם להפעלה של המערכת הסימפתטית ולהפרשת אדרנלין. בלוטת הערמונית ושלפוחית השתן המכילות קולטני אלפא מגיבות לאדרנלין על ידי גירוי תאי השריר החלקיים בבלוטת הערמונית ושלפוחית השתן. כאשר תאי השריר מתכווצים, הם מצרים את צינורית השתן, מאטים את זרימת השתן ומונעים מהשלפוחית להתרוקן במלואה. בנוסף בכך הם גורמים לכיווץ כלי דם והצרה של צינורית השתן, באופן שמוביל להאטה בהטלת השתן.

דוגמה תמציתית זו היא רק אחת מבין דוגמאות רבות המשקפות את הקשר בין דחק נפשי למצב גופני. תפקידו של הפסיכולוג ברפואה ראשונית לעמוד בתפר החיבור ביניהם, ולתרגם את יחסי הגומלין לרופא ולמטופל למען בניית התערבות טיפולית מתאימה. מלבד השפעותיו האנדוקריניות של הדחק התורמות להיווצרותו של התסמין, ישנם היבטים פסיכולוגיים נוספים התורמים לרמת המצוקה הנחווית במצבים פסיכוסומטיים. העיקריים הם:

1. **מיקוד קשב בגוף** - דאגה לגבי מחלות גופניות מובילה להעצמת הקשב לתחושות גוף הנחוות כמטרידות ולא נעימות. אלו מהוות ראיה מאששת לקיומה של פתולוגיה גופנית, ותפיסה זו מובילה להגברה של החרדה וכך להעצמה נוספת של תחושות הגוף.

2. **אימוץ תפקיד החולה** - החולה הפסיכוסומטי מבטא מצוקה נפשית דרך תלונות גופניות ולכן נפוץ בעיקר בקרב אלו שאין להם אוצר מילים או לגיטימציה חברתית להביע את המצוקה שלהם בדרך אחרת. ישנה השערה שהפרט גדל בסביבה שמתעלמת מביטוי מצוקה רגשית אך מעניקה תשומת לב לתלונות גופניות. חשוב לציין שהקדימות שהרופא נותן



## טיפול פסיכולוגי ברפואה ראשונית

הספרות המחקרית בתחום הרפואה הראשונית מראה שמטופלים נוטים שלא לבטא את צוריהם הפסיכולוגיים בפני רופאי המשפחה, והרופאים מצידם נוטים להתמקד יותר בהיבטים הגופניים של המחלה והטיפול, ופחות בהשלכותיה הרגשיות (Hack, Degner & Parker, 2005). מובן שבקרב אנשים המבטאים תסמינים גופניים לצד או במקום מצוקה פסיכולוגית, מתן מענה לסוגיה זו מקבל חשיבות רבה. בהתאם לכך, המלצת האגודה האמריקנית לפסיכולוגיה (APA) היא לקדם עבודה אינטגרטיבית של פסיכולוגים רפואיים במסגרות הרפואה הראשונית (Bray, 2010). האגודה האמריקנית לפסיכולוגיה הקימה בשנת 2012 ועדה שמטרתה זיהוי הכישורים הנדרשים לפסיכולוג העובד ברפואה ראשונית (McDaniel et al., 2014). הצרכים העיקריים שעלו היו בידע מדעי בתחומים הרלוונטיים, מיומנויות של חשיבה מערכתית, הבנת הסטיג של רפואה ראשונית, שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע אחרים, תקשורת יעילה בצוות ברמות הקליניות והארגוניות ופיתוח אסטרטגיות להערכה והתערבות בהתאם למיקום על סולם בריאות-חולי. ממצאים אלו מדגישים את הצורך המקצועי בשילוב פסיכולוגים שהוכשרו לעבודה בפסיכולוגיה רפואית ברפואה ראשונית.

ממטרותיו העיקריות של פסיכולוג בכניסתו למערך הרפואה הראשונית היא בניית מערכת יחסים משולשת של רופא-חולה-פסיכולוג. אחד מתפקידיה העיקריים של מערכת היחסים הזו להציע ראייה אינטגרטיבית למצבו של המטופל ולסייע בביסוס קשר תקין ותקשורת מיטבית בין הרופא לחולה. בקרב מטופלים שמדווחים על קשר ותקשורת טובה עם רופאיהם, ניתן למצוא שביעות רצון רבה יותר מהטיפול, שיתוף נרחב יותר במידע הרלוונטי לאבחנה והיענות טובה יותר לטיפול (Ha & Longnecker, 2010).

במטרה להשיג מטרות אלה הפסיכולוג הרפואי פועל בהשראת מודל אינטגרטיבי ברפואה ראשונית, המבוסס על הרעיון של שילוב שירותים על מנת לשרת את המטופל באופן הנכון ביותר דרך שיתוף פעולה וטיפול בצרכים הרפואיים והפסיכולוגיים יחדיו. מודל כזה פועל תחת השאיפה שפסיכולוגים יעבדו עם רופאי משפחה על מנת לזהות מטופלים שיש להם צרכים רגשיים ולספק להם טיפול מקיף (Blount, 2003). האבולוציה המקצועית-אינטגרטיבית בתחום הרפואה כללה בראשיתה את היסוד הביולוגי-רפואי בלבד, כמודל חד-גורמי. בשנת 1977 אתגר אנגל (Engel, 1977) את עולם הרפואה בהציעו מודל חדש ואינטגרטיבי - המודל הביופסיכוסוציאלי, הגורס שבריאות האדם מורכבת מחלקים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים-תרבותיים, ושרכיבים רבים מרמת התא ועד הרמה החברתית מקיימים

לאבחנה של "הפרעת תסמין סומטי". על כן ראוי להתייחס באופן רחב יותר לאבחנה זו ולתרומתה.

ראשית, המדריך הרביעי המשיג וסיווג תלונות גופניות מהסוג הנדון במאמר זה תחת ההגדרה של "הפרעת סומטיזציה" והתבסס על הגדרה על דרך השלילה, כלומר מתן אבחנה רק בהיעדר פתולוגיה אורגנית. אבחנת תסמין סומטי אינה דורשת זאת. במילים אחרות, תסמינים יכולים להיות קשורים במצב רפואי אחר או לא. שנית, התוספת החשובה של התסמין הסומטי היא הדרישה שהתסמין המוצג יעורר מצוקה משמעותית או יפריע לתפקוד בחיי היומיום וילווה במחשבות חודרניות, רגשות והתנהגויות. אפשר לזהות כאן שינוי ממתן חשיבות לסוג התסמין אל מתן חשיבות לאדם שמאחוריו, ולמצוקה שהוא מפגין. שינוי זה בדגש מסיר את ההפרדה בין גוף ונפש שהוצעה על ידי המדריך האבחוני הרביעי ומעודדת קלינאים לבצע הערכה תוך שימוש בשיקול דעת קליני, במקום לערוך "רשימת מכולת" שיכולה לשלול באופן אקראי מטופלים רבים הסובלים ממצוקה נפשית לצד מצבים רפואיים אחרים, ולמנוע מהם את העזרה שלהם הם זקוקים.

לצד היתרונות באבחון החדש ישנן גם מגבלות (Mayou, 2014). המגבלה הראשונה נוגעת לטענה שיש לה חפיפה כמעט בלתי מובחנת עם שתי קטגוריות אחרות: אחת היא "הפרעת הסתגלות" אשר יכולה להינתן גם היא כאשר האדם מראה תסמינים פסיכולוגיים או התנהגותיים בתגובה למצב רפואי קיים, והשנייה היא האבחנה "היבטים פסיכולוגיים המשפיעים על מצב רפואי" אשר ניתנת למצבים שבהם משתנים פסיכולוגיים מחמירים מצב רפואי כגון הסעיף הקיים בהפרעת תסמין סומטי לגבי מחשבות, רגשות והתנהגויות בלתי מסתגלות אל מול התסמין המוצג.

אם נשוב למקרה של אייל, נראה שבמקום האבחנה של תסמין סומטי הוא היה יכול לקבל כל אחת משתי האבחנות דלעיל. הראשונה הייתה משתנה בחלוף הזמן (כלומר לאחר כשלושה חודשי אי-הסתגלות), ואילו השנייה הייתה נותרת בעינה. לפיכך מאיו (Mayou, 2014) מציע כי ייתכן שמדובר באבחנה מיותרת. מגבלה נוספת נוגעת לאבחנה המבדלת אל מול אבחנה של חרדת בריאות הדורשת כי כאשר המטופל דואג למצבו הבריאותי אך אין לו תסמין סומטי או שהתסמין הסומטי שמציג הוא שולי (כלומר בעוצמה מתונה) והסבל שעליו מדווח נובע מהחרדה לקיומה של מחלה, כדאי לשקול שמדובר בהפרעת חרדת בריאות. אולם הספרות המחקרית מעידה שההגבלות באבחנה לקיומו של תסמין בעוצמה מתונה הולך נגד כל הניסיון הקליני והראיות שיש בתחום (Starevic, 2013). במקרה של אייל, לדוגמה, אפשר לתהות אם מדובר בתסמין שולי או לא, ובכל אופן, גם כאשר התסמינים הסומטיים הלא מוסברים לעיתים שוליים וארעיים, תסמינים אלו לרוב מקושרים עם רמת מצוקה ופגיעה תפקודית באופן שמספיק כדי להתייחס אליהם כמחלה לכל דבר (Kupfer, First & Regier, 2002).

(הקהיה שיטתית), ובהמשך עבודה על טעויות חשיבה והפחתת התנהגויות של הימנעות במטרה לשוב לתפקוד יחסי בהיבטי החיים השונים ולהגביר את תחושת השליטה במצבו. אינטגרציה שנייה בפן הפסיכולוגי נעשתה בהמשך, לאור עלייתה של תמה נפשית הקשורה בתסמין שאייל ביטא. בשלב זה הוחלט לעבור לטיפול בעצמות גבוהה יותר, בהתאם לבחירתו, ולכן נערכה התערבות בפסיכותרפיה דינמית במטרה להעמיק את היכרותו עם תמה זו ולהביא לשינוי מעמיק יותר. תמה זו ביטאה את יחסיו הקונפליקטואליים המודעים והלא מודעים סביב כניסתו לתפקידים החדשים בחייו: הראשון כמנהל צוות, והשני כבן זוג לאשתו ואבא לעתיד.

להתערבות הפסיכולוגית במקרה של אייל יש השלכות חשובות, מכיוון שסוגיה נוספת שמוסיפה מורכבות למצב היא הטיפול התרופתי הניתן למצבו בחוסמי אלפא. תרופות ממשפחה זו משמשות לטיפול בבעיות במתן שתן כתוצאה מהגדלת הערמונית, ובמקביל עלולות לגרום גם לקשיי פליטה ולהקטין את נפח הזרע בכל פליטה. לפיכך מובן איך מצב שכזה פוגע באופן ממשי במטרותיו, המודעות לפחות, להביא ילד לעולם. הפסיכולוג הרפואי שעובד בגישה אינטגרטיבית מחזיק בידע בפן הגופני-רפואי הכולל את מהלך המחלה, הטיפול ותופעות הלוואי של הטיפול הרפואי, וכן בפן הנפשי ובכיווני החשיבה השונים. כמו כן בשל שיתוף פעולתו עם המערכת הרפואית, הוא יכול לבנות מטרות משותפות עם הרופא הקשורות לטיפול הרפואי. במקרה של אייל, אחת המטרות הייתה הפחתה הדרגתית בחוסמי אלפא כדי לתמוך במטרותיו להביא ילד לעולם.

לסיכום, שילוב הפסיכולוגיה הרפואית ברפואה הראשונית הוכיח את עצמו במודלים השונים ובאכזריות שונות, ובפרט באוכלוסיית המטופלים המציגים תסמינים סומטיים שלא נמצא להם הסבר רפואי (Cooper, Abbass & Town, 2017). ממצאים מהשנים האחרונות מצביעים על החלמה של כ-46% מהמטופלים שטופלו ברפואה ראשונית בדיכאון וחרדה (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti & Berardi, 2008) בעצמות נמוכה של פרטוקול Brief CBT, וכן שהטיפול ממוקד, יעיל ומתאים למערכת הרפואית המתמודדת עם עומס מטופלים. הפסיכולוג הרפואי המחזיק בגישה אינטגרטיבית הן בהבנת המנגנונים הגופניים והפסיכולוגיים במצבי דחק והאינטראקציה שלהם עם מצב רפואי, לצד שימוש בכלים מגוונים בפסיכותרפיה, יכול להעניק טיפול רחב אך גם מעמיק במצבים אלו המהווים אתגר משמעותי למערכת הרפואית.

ביניהם יחסי גומלין ומשפיעים על הבריאות והחולי. ברוח מודלים שכאלו המציעים שילוב של הטיפולים והשירותים הניתנים על ידי המערכת הרפואית ניתן להגביר יעילות ולשפר את היחס עלות-תועלת.

פסיכולוגים רפואיים במסגרות רפואה ראשונית בארץ משתמשים במודל IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), אשר מטרתו להגביר את הנגישות של טיפול פסיכולוגי להפרעות נפשיות שכיחות כגון דחק, דיכאון וחרדה במסגרת מערכות הרפואה הכללית. למטופל מוצע בשלב ראשון טיפול בעצמות נמוכה (4-6 מפגשים) ובשלב שני, במידת הצורך, מעבר לטיפול בעצמות גבוהה יותר (12-16 מפגשים). למודל שני עקרונות מרכזיים: הראשון, על הטיפול להיות בעל הסיכוי הטוב ביותר לספק את התוצאה החיובית לצד היכולת להקטין את המעמסה על המטופל, עד כמה שאפשר. השני, קיום ראיון הערכה המאפשר לזהות מצבים של חוסר שיפור ולפעול על מנת לאפשר הגברת העצמות לטיפול אינטנסיבי יותר או הפחתת העצמות לטיפול אינטנסיבי פחות, כאשר הוא מתאים יותר, וכמובן הפסקת הטיפול כאשר טיפול אחר או הימנעות מטיפול מתאימים יותר.

לאור מודל IAPT המציע מעבר מטיפול בעצמות נמוכה לגבוהה, הפסיכולוג ברפואה הראשונית מצויד במודלים של התערבות פסיכולוגית אינטגרטיבית המשלבת גישות טיפוליות שונות שהוכחו כיעילות מחקרית. דוגמה למודל שכזה הוא המודל של פרי (2008) שמציע שילוב עוקב המתחיל התערבות קוגניטיבית-התנהגותית להשגת שינוי בתסמינים המוצגים, ובהמשך עובר לטיפול בגישה פסיכודינמית להרחבת התובנה וטווח החוויה של המטופל בתחומי הרגש, היחסים הבינאישיים וחוויות העבר שלו. זאת, מתוך כוונה לשפר את איכות חייו של המטופל ולייצב את השינוי שהושג בהטבה בתסמינים.

במקרה של אייל, אינטגרציה ראשונה נערכה בין הפן הרפואי לפסיכולוגי - הקו הטיפולי הראשון הוא תרופתי. קו זה סייע לו באופן חלקי ולכן אם קו זה אינו מסייע די הצורך עוברים לקו שני הדורש טיפול אנדוסקופי הכולל תהליך כירורגי של צנתור הערמונית. על מנת להימנע ממעבר לקו שני, אשר כשלעצמו עורר חששות, ובמטרה למצות את יעילות הקו הראשון, אייל הופנה לפסיכולוג הרפואי במרפאה. לאחר הערכה באמצעות ראיון והעברת שאלון דיווח עצמי לבדיקת אבחנה של תסמין סומטי SSD-12 (Toussaint et al, 2016), התחלנו בהתערבות קוגניטיבית-התנהגותית שכללה תחילה פסיכודוקציה וטכניקות פסיכו-פיזיולוגיות הכוללות תרגול נשימות, הרפיה ומדיטציית קשיבות (Mindfulness) במטרה לסייע בהפחתה של מיקוד הקשב בתסמין המטריד ויצירה של דה-סנסיטיזציה



1. פרי, ט' (2008). טיפול פסיכודינמי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי - שילוב אפשרי? שיחות כ"ב, 2, 135-141.
2. Alex Kahn, L.S., Halbreich, U., Bloom, M.S., Bidani, R., Rich, E. & Hershey, C.O. (2004). Screening for mental illness in primary care clinics. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(4), 345-362.
3. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
4. Anseau, M., Dierick, M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 78(1), 49-55.
5. Blount, A. (2003). Integrated primary care: Organizing the evidence. *Families, Systems & Health*, 21, 121-134.
6. Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M.B., & Berardi, D. (2008). Psychological intervention for major depression in primary care: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 293-302.
7. Bray, J.H. (2010). The future of psychology practice and science. *American Psychologist*, 65(5), 355.
8. Cooper, A., Abbass, A. & Town, J. (2017). Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of clinical medicine*, 6(12), 109.
9. Demers, M. (1995). Frequent users of ambulatory health care in Quebec: The case of doctor shoppers. *CMAJ*, 153, 37-42.
10. Donaldson, M.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N. & Vanselow, N.A. (Eds.). (1996). *Primary care: America's health in a new era*. Washington, DC: National Academy Press.
11. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-236.
12. Fink, P., Sorensen, L. & Engberg, M. (1999). Somatization in primary care: Prevalence, health care utilization and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40, 330-338.
13. Ha, J.F. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
14. Hack, T.F., Degner, L.F. & Parker, P.A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 14(10), 831-845.
15. Kirmayer, L.J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical; Epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Medicine*, 60, 420-430.
16. Kroenke, K., Arrington, M.E., & Mangelsdorff, A.D. (1990). The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med*, 150, 1685-1689.
17. Kroenke, K. & Mangelsdorff, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*, 86, 262-266.
18. Kroenke, K. & Spitzer, R. (1988). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Medicine*, 60, 150-155.
19. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, G.B.W., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy, F.V. & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774-779.
20. Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
21. Mayou, R. (2014). IS the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*. 204, 418-419.

22. McDaniel, S.H., Grus, C.L., Cubic, B.A., Hunter, C.L., Kearney, L.K., Schuman, C.C., & Miller, B.F. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409.
23. O'Sullivan, S. (2015). *It's all in your head*. UK: Penguin Random House.
24. Ritzner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R. & Modai, I. (2000). Somatization in the immigrant population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors and help seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000, 157, 385-392.
25. Robbins, M. & Kirmayer, L. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*. 21 (4), 1029-1045.
26. Smith, R.C., Lein, C., Collins, C., Lyles, J.S., Given, B., Dwamena, F.C., ... & Given, C.W. (2003). Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 478-489.
27. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Kroenke, K. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756.
28. Starevic, S. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: Conceptual challenges. *Br J Psychiatry*, 202,7-8.
29. Toussaint, A., Murray, A., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K., Rief, W., Henningsen, P., Löwe, B. (2016). Development and validation of the somatic symptom Disorder-B criteria scale (SSD-12). *Psychosomatic Medicine*, 78 (1) , 5-12.
30. Ullrich, P.M., Lutgendorf, S.K. & Kreder, K.J. (2007). Physiologic reactivity to a laboratory stress task among men with benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 70, 487-491.
31. Ullrich, P.M., Lutgendorf, S.K. & Leserman, J. (2005). Stress, Hostility, and disease parameters of benign prostatic hyperplasia. *Psychosomatic Medicine*, 67,476-482.

הכנס השנתי  
החטיבה לפסיכולוגיה  
התפתחותית

"נתיבי התפתחות-  
בין תקינות לפתולוגיה"

11-13.02.2020  
מלון נווה אילן







# הבדיקות שלי תקינות, אז למה הבטן משתוללת? טיפול CBT בתסמונת המעי הרגיש

אפי גיל

מגדירים את תסמונת המעי הרגיש כהפרעת מעי תפקודית שבה כאבי בטן חוזרים קשורים לצואה או לשינוי בהרגלי המעי. הרגלי המעי אינם סדירים ומופיעים כעצירות, שלשול או תערובת של עצירות ושלשול יחד עם תחושות נפחות בטן, תחושות של התרוקנות חלקית וריבוי גזים. הופעת התסמינים צריכה להופיע לפחות 6 חודשים לפני האבחון, והתסמינים צריכים להיות קיימים במהלך 3 החודשים האחרונים (Brian et al, 2017).

## הגורמים לתסמונת המעי הרגיש

הגורמים לתסמונת המעי הרגיש אינם ברורים לחלוטין, אך לחוקרים בתחום יש מספר תאוריות בנוגע לגורמים המעורבים, ובהם:

- גורמים גנטיים.
- רגישות יתר של המעי הגס למזון, גז או צואה במעי.
- שינויים הורמונליים (מעל 70% מהסובלים מתסמונת המעי הרגיש הן נשים).
- מעורבות של המוליך העצבי סרטונין (הסובלים משלשולים בעלי רמות סרטונין גבוהות במעי, והסובלים מעצירות בעלי רמות סרטונין נמוכות במעי).
- תגובתיות יתר של המעי לגורמים שונים כגון אכילה, מתח, עוררות רגשית, דלקות במערכת העיכול, מחזור הווסת או גזים.
- שיבוש בתקשורת הדו-כיוונית בין המוח למעי (ציר מוח-מעי) המובילים לשינויים בתנועתיות ובתחושה במעי.
- שינויים בהרכב חיידקי המעי.

## המודל הביופסיכוסוציאלי בתסמונת המעי הרגיש

המודל הביופסיכוסוציאלי הוצע לראשונה על ידי החוקר דרוסמן (Drossman, 1998). מודל זה מדגיש אינטראקציות בין ביולוגיה (כגון נטייה גנטית, הפרעה בתנועתיות המעי, גורמים דלקתיים במעי), התנהגות (כגון נטייה להימנעות), תהליכים קוגניטיביים (כגון קשיים בוויסות עצמי ונטייה לחרדה) וסביבה (כגון אירועי חיים מלחיצים). הגורם המרכזי במודל זה, התורם להחמרה בתסמינים, הוא ציר מוח-מעי. ציר מוח-מעי מתייחס לתקשורת הדו-

לפני יותר מאלפיים שנים טען היפוקרטס כי "כל המחלות מתחילות במעיים". נראה כי היפוקרטס צדק במשהו, למרות שלא כל המחלות מתחילות במעיים. מערכת העיכול מעורבת בתהליכים מטבוליים רבים כמו גם בתהליכים קוגניטיביים ורגשיים. אחת ההפרעות הנפוצות ביותר המערבת הן את מערכת העיכול והן תהליכים נפשיים היא תסמונת המעי הרגיש (תמ"ר, IBS). מדובר בהפרעה תפקודית כרונית במערכת העיכול המאופיינת בכאבי בטן, נפחות, שינויים בהרגלי היציאות, שלשולים, עצירויות או שלשולים ועצירויות לסירוגין (Spiller et al., 2007).

הערכת שכיחות תסמונת המעי הרגיש באוכלוסייה המערבית נאמדת בכ-10-20 אחוזים מהאוכלוסייה. השכיחות הגבוהה יותר היא בנשים (פי שלושה לערך), מסיבות שיכולות להיות קשורות למבנה רגשי או מצב הורמונלי. ההערכה היא כי כ-50% מן הפניות למרפאות גסטרואנטרולוגיות נובעות מתסמיני תסמונת המעי הרגיש (Hillila & Farkkila, 2004).

## מטופלים רבים מדווחים על אכזבה מהטיפול הרפואי והתרופתי בהם... המטופלים נוטים להרגיש שהם לא נלקחים ברצינות ומתויגים כנוירוטיים ולא אמינים על ידי המערכת הרפואית

כאשר מטופל פונה לרופא בשל כאבי בטן חוזרים ויציאות מוגברות, הוא יישלח לסדרת בדיקות רפואיות (כגון בדיקות צואה, צילומי קיבה, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, CT). מאחר שלא קיימים פגמים פיזיולוגיים או כימיים עקביים, האבחנה הקלינית של תסמונת המעי הרגיש תתבסס על שלילת מחלות אורגניות אחרות כגון קרוהן או קוליטיס כיבית, טפילי מעיים ואי-סבילות לגלוטן, ועל דיווח סובייקטיבי של המטופלים והערכתם בקריטריונים אשר נקראים "קריטריוני רומא". קריטריונים אלו

אלו משפיעים על תנועתיות המעי ומגבירים את תפיסת הכאב (Posserud, et al., 2004).

### מצוקה נלווית בתסמונת המעי הרגיש

כ־50% מהמטופלים בתסמונת המעי הרגיש מדווחים על תסמינים סומטיים ונפשיים נוספים: 20%-65% סובלים מפיבורומיאליגיה, 36%-63% סובלים מתסמונת התשישות הכרונית, 6%-70% סובלים מתסמינים דיכאוניים כולל תשישות, שינה ואובדן תיאבון, 5%-50% סובלים מחרדה כולל עצבנות, דאגנות והתקפי פאניקה, ו־8%-36% סובלים מהפרעות טראומה כגון הפרעת דחק פוסט־טראומטית (Hausteiner-Wiehle, Henningsen, 2014).

### הטיפול הרפואי בתסמונת המעי הרגיש

הגורמים לתסמונת המעי הרגיש אינם ידועים בוודאות והטיפול מתמקד בניהול התסמינים יותר מאשר בניסיון להשיג ריפוי מלא. הטיפול התרופתי יכול לכלול תרופות למניעת שלשולים, תרופות למניעת עצירות, תרופות להפחתת כאב, תרופות נוגדות דיכאון והמלצות לשינויים תזונתיים.

רופאים ומטופלים רבים חשים תסכול מרמת השיפור המושגת באמצעות טיפול רפואי סטנדרטי, והדבר ככל הנראה מוביל מטופלים רבים לחפש אחר טיפול אלטרנטיבי לתסמינים. מחקרים הראו כי 20%-50% מן המטופלים נעזרים בשירותי רפואה משלימה (Koloski, Talley, Huskic & Boyce, 2003).

### התמודדות המטופלים עם תסמונת המעי הרגיש

מטופלים עם תסמונת המעי הרגיש חשים לעיתים קרובות תסכול בשל חוסר היכולת לצפות, למנוע או לשלוט בתסמיני התסמונת. חוסר הוודאות בנוגע להופעת התסמינים מוביל מטופלים רבים לבדיקה האם יש שירותים בסמוך למקום הימצאם ולתכנון מוקדם של סדר יומם. בנוסף, קיימת תחושת חוסר שליטה, ואמירות כגון "הבטן שלי שולטת בחיי" נפוצות.

מבחינה חברתית, מטופלים רבים חשים בידוד חברתי, גם בהשוואה למצבים כרוניים אחרים. הדיון על הרגלי מעיים אינו מקובל חברתית ומוביל לתחושות מבוכה אישית ולהסתרה הן מפני קרובי משפחה וחברים ואף מפני נותני השירות במערכת הרפואית. החשש מפני סטיגמה חברתית יכול להוביל לקשיים ביצירת מערכות יחסים אינטימיות, להתנהגויות של הימנעות ונסיגה ממצבים חברתיים, ולהגביר בכך עוד יותר את תחושות הבידוד החברתי (Halpert, 2018).

### תפיסת הרופאים את המטופלים עם תסמונת המעי הרגיש

בהשוואה למטופליהם, הרופאים נוטים להמעיט בחומרת תסמונת המעי הרגיש ובהשפעתה על איכות חיי המטופלים. התסמינים

כיוונית המורכבת בין המוח למעי. מערכת העצבים הבטנית מתקשרת ישירות עם המוח דרך נתיבים עצביים רבים. מתח נפשי בצירוף גורמים פסיכולוגיים נוספים יכולים להשפיע ישירות על תפקוד הבטן דרך מסלולים אלו (למשל להגביר תנועתיות במעי ולהגביר את רמת הכאב), ובכך להגביר תסמינים של תסמונת המעי הרגיש.

## מחקרים הוכיחו כי טיפול פסיכולוגי יעיל הן בהפחתת כאב והן בשיפור תנועתיות מערכת העיכול ושיפור איכות החיים

### רגישות יתר ולחץ נפשי

רגישות ויסרלית (רגישות האיברים הפנימיים של הבטן) היא אחת התכונות הבולטות של תסמונת המעי הרגיש. מדובר בנטייה מוגברת לחוות כאב או אי־נוחות בבטן גם כאשר תפקוד המעיים תקין. לחולי תסמונת המעי הרגיש סיבולת כאב נמוכה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, ומערכת העצבים שלהם שולחת איתותי כאב מוגברים גם כאשר תפקוד מערכת העיכול תקין. כתוצאה מכך, גם הצטברות גזים נורמטיבית או התכווצות שרירים קלה במעי יכולים להיחוות בצורת כאב רב.



דרכי העיכול רגישות מאוד להשפעות של לחץ נפשי. ללחץ נפשי תרומה רבה לקשיים בויסות ציר מוח־מעיים, ומחקרים הראו כי לחץ נפשי מגביר את תסמיני תסמונת המעי הרגיש. לחץ נפשי יכול לנבוע הן מאירועי חיים והן ממאפייני התסמונת: פחד מכאבי בטן, פחד ממצבים חברתיים שבהם שירותים אינם זמינים, פחד מאכילת מזון במקומות ציבוריים, פחד מרעשים הנובעים מתנועתיות מערכת העיכול במקומות ציבוריים ועוד. כל



נוספות. הוא מבוסס על ארבעה שלבים:

1. פסיכודוקציה.
2. בירור תסמינים מלא.
3. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בתסמונת המעי הרגיש.
4. לימוד טכניקות של הרפיה ושליטה בתסמינים.

#### 1. פסיכודוקציה

מטופלי תסמונת המעי הרגיש מגיעים בדרך כלל לטיפול פסיכולוגי דרך הפניית גורמי המערכת הרפואית, כאשר הם מתוסכלים כבר מן האפשרות שהציעה להם המערכת הרפואית הקונבנציונלית, במטרה לסייע להם ולהקל על מצוקתם הפיזית והנפשית הנובעת מהתסמונת. לעיתים המטופלים יחוו תחושות מפנייה לגורמי טיפול נוספים לאחר שהמענה שקיבלו לא סיפק את צורכיהם. לעיתים הם יחוו פגיעים מן הרעיון שהפנו לטיפול פסיכולוגי משום שתלונתם הראשונית מקורה במצוקה פיזית, ועלולות לעלות תחושות של כעס על המערכת הרפואית שאינה מספקת הקלה למצוקתם וגם גורמת ללתיאומים של מצבם בהאשמתם כי מדובר בחולי נפשי ולא פיזיולוגי.

מטרת הטיפול הפסיכולוגי בראש ובראשונה היא לבנות יחסי אמון עם המטופל ולבסס קשר בין מצוקתו הפיזית למצוקתו הפסיכולוגית. מטופל שלא יקבל אישור לסבלו הגופני הממשי יתאכזב מן הטיפול הרפואי וימשיך לנדוד בין רופאים מומחים עד שיקבל אישור למצוקתו הפיזית הממשית. ההסבר למטופל לקוח מן המודל הביופסיכוסוציאלי הגורס כי גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים משפיעים על מצבו הבריאותי של האדם וכך גם בתסמונת המעי הרגיש: כאבי הבטן הם ממשיים, תחושות חוסר הנוחות המתמשכות הן ממשיות, אך הן נגרמות עקב רגישות יתר של מערכת העצבים. רגישות יתר זו מושפעת הן מגורמים גנטיים, הן מגורמים תזונתיים והן מגורמים רגשיים כגון לחץ. בכוחו של הטיפול הפסיכולוגי לסייע להקל על התסמינים הפיזיולוגיים והן לאפשר פרשנות אחרת שלהם ובכך להביא להפחתת המצוקה הפיזית והרגשית גם יחד.

#### 2. בירור תסמינים מלא

מעבר ללקיחת אינטייק, חשוב לברר את התסמינים הייחודיים של כל מטופל: מתי החלו, האם ישנם בני משפחה נוספים הסובלים מהתסמונת, האם בילדות הופיעו כאבי בטן וכיצד דמויות הוריות התייחסו אליהן, מתי החלה התסמונת והאם היא החלה בעקבות אירועי חיים משמעותיים, האם יש תקופות של הקלה או החמרה, האם יש מצבים שבהם התסמינים מוחמרים (כגון לפני בחינות, לפני ראיונות עבודה, לפני נסיעות), האם יש הרגלים שהשתמרו הנוגעים לפנייה לשירותים (כגון לפני יציאה לקולנוע, לפני היציאה לעבודה), האם כל כניסה לשירותים אכן מלווה ביציאות או שחלקן

נתפסים כפחות רציניים ותרומתם של גורמים פסיכולוגיים בתסמונת נתפסת כגבוהה יותר בהשוואה לתפיסת המטופלים. רוב הרופאים מודים שהם מרגישים מתוסכלים מחולי תסמונת המעי הרגיש בשל האבחנה הלא ודאית וחוסר היכולת לרפא את המטופלים. בנוסף הם מגלים חוסר סובלנות לגבי חולים אלה. מחקר הבודק עמדות של רופאי גסטרואנטרולוגיה המגיבים לשיחות טלפון של מטופלים לאחר שעות העבודה, הוכיחו סטנדרטים כפולים. רופאי גסטרואנטרולוגיה החשיבו שיחות שנעשו על ידי חולים עם הפרעות תפקודיות כתסמונת המעי הרגיש כפחות חמורות ופחות סבירות בהשוואה לשיחות טלפון של חולים הסובלים ממחלות אורגניות. הרופאים גם דיווחו כי הם מחבבים יותר מטופלים הסובלים מהפרעות אורגניות מאשר חולים הסובלים ממחלות פונקציונליות כתסמונת המעי הרגיש (Dalton, Drossman, Hathaway & Bangdiwala 2004).

## מטופל שלא יקבל אישור לסבלו הגופני הממשי יתאכזב מן הטיפול הרפואי וימשיך לנדוד בין רופאים מומחים עד שיקבל אישור למצוקתו הפיזית הממשית

### תפיסת המטופלים את הטיפול הרפואי בתסמונת המעי הרגיש

מטופלים רבים מדווחים על אכזבה מהטיפול הרפואי והתרופתי בהם. הרופאים המטפלים בהם נתפסים כלא מספיק תומכים וכמי שאינם מספקים די הנחיות ומידע בנוגע לניהול תסמיניהם. המטופלים נוטים להרגיש שהם לא נלקחים ברצינות ומתויגים כנוירוטיים ולא אמינים על ידי המערכת הרפואית (Halpert et al., 2010).

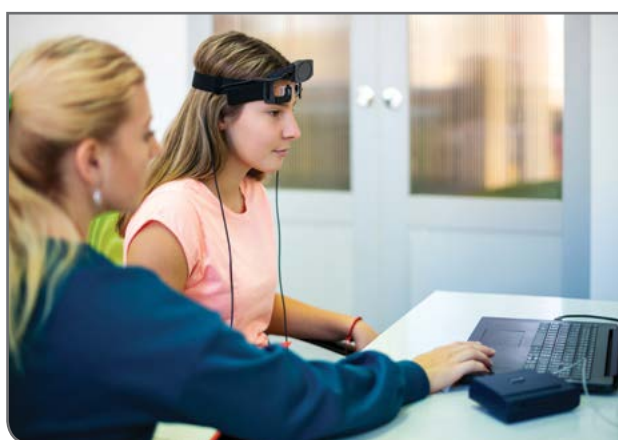
### טיפול פסיכולוגי בתסמונת המעי הרגיש

תסמונת המעי הרגיש מושפעת מאינטראקציות בציר מוח-מעיים בשילוב גורמים תזונתיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים. טיפול פסיכולוגי הוא רכיב חשוב ויעיל בטיפול בתסמונת, בייחוד במטופלים אשר המערכת הרפואית לא הצליחה להביא מזר למצוקתם. מחקרים הוכיחו כי טיפול פסיכולוגי יעיל הן בהפחתת כאב והן בשיפור תנועתיות מערכת העיכול ושיפור איכות החיים, והטיפולים היעילים ביותר הם טיפול פסיכולוגי קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בהיפנוזה, טיפול בביופידבק ומינדפולנס (Kinsinger, 2017).

המודל הטיפולי המוצג להלן משמש אותי לטיפול בתסמונת המעי הרגיש ומהווה דוגמה לאפשרות לטיפול בהפרעות פונקציונליות

להגביר קשב למערכת העיכול וציפיותיהם לתחושות אי-נוחות במצבים מסוימים (כגון לאחר ארוחת הצהריים) מגבירה את הרגישות התחושתית ומעלה את הסבירות לייחוס שגוי של גירויים טבעיים להחמרה בתסמינים.

בטיפול חשוב לאפשר למטופלים לחוות תחושות הקשורות למערכת העיכול וללמוד להבחין בין תחושה של אי-נוחות בבטן לבין צורך ממשי להתפנות. טכניקות הרפיה ושליטה עצמית כגון היפנוזה, ביופידבק ו־Mindfulness נחקרו בעבר ונמצאו כיעילות בהפחתת התסמינים ובחיזוק תחושת השליטה העצמית של המטופלים.



#### הצגת מקרה

ליאת, בת 25, סטודנטית למדעי המחשב, הגיעה לטיפול בהמלצת גסטרואנטרולוג שטיפל בה מספר חודשים. בפגישתנו הראשונה התקשתה להבין מדוע הופנתה לטיפול פסיכולוגי כיוון שהקשיים שהציגה נראו לה כקשורים למערכת העיכול בלבד. ליאת הביעה אכזבה מהמערכת הרפואית שלא הצליחה לסייע לה והתקשתה להאמין שטיפול פסיכולוגי יוכל לסייע במקום שבו המערכת הרפואית כשלה.

ליאת היא בת בכורה להוריה, מתארת את עצמה כילדה נוחה וחברותית, תלמידה מצטיינת שעברה את מסגרות הלימוד ללא קשיים מיוחדים. בצבא שירתה כמפקדת טירונים ונהנתה מהתפקיד ומהשירות בבסיס מרוחק מביתה. בסיום השירות הצבאי טיילה בארצות הברית במשך שלושה חודשים עם בן זוגה. בחזרתה לארץ החלה לימודי מדעי המחשב באוניברסיטה. במהלך הסמסטר הראשון ללימודים החלו התקפים של יציאות תכופות. ליאת פנתה לרופא המשפחה שהתייחס לכך בקלות ראש וצייד אותה בכדורים נגד שלשולים. בהמשך הסמסטר היציאות הלכו והתגברו עד לכדי 10 פעמים ביום, וליאת הופנתה לגסטרואנטרולוג. ליאת עברה סדרה של בדיקות: דם, צואה וקולונוסקופיה, אך כל הבדיקות שעברה יצאו תקינות. רופא המשפחה פטר אותה באמירה "את בחורה צעירה ובריאה, אין

הן מתוך הרגל, האם קיימות הימנעויות בעקבות התסמונת (למשל הימנעות ממפגשים חברתיים או הימנעות מנסיעות בתחבורה ציבורית), מהן הדאגות המלוות את התסמונת והאם יש ציפייה להקלה בעתיד.

3. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בתסמונת המעי הרגיש בשבועות הראשונים לטיפול המטופלים מתבקשים להשתמש ביומן מעקב שבועי ולתעד את התסמינים, את חומרתם ואת הסיטואציות שעוררו אותם. המטופלים מתבקשים לרשום את הסיטואציות שבהן תסמיני תסמונת המעי הרגיש התעוררו ואת מחשבותיהם והתנהגותם הקשורה לתסמינים אלו. בעזרת יומן המעקב השבועי אפשר, לאחר מכן, לבחון תמות מרכזיות, התנהגויות ומחשבות חוזרות לא אדפטיביות הקשורות למאפייני המטופל. יומן המעקב מסייע בהבנת דפוסי החשיבה שאינם אדפטיביים המשמרים את התסמונת כגון "חייבים לרוקן את המעי כל בוקר ואם איני מצליח בכך אז משהו לא תקין אצלי", "אני חייב להיפטר מכל הצואה שבגופי", "אם אני מרגיש אי-נוחות בבטן אני חייב להתפנות" ועוד. עלינו לאתגר את דפוסי החשיבה הללו של המטופל ולהציע אלטרנטיבות חשיבה שהן אדפטיביות יותר ותואמות יותר את המציאות.

ננסה גם לסייע למטופל להציב מטרות, לשנות דפוסי התנהגות שהשתמרו הנוגעים להרגלי השירותים (כגון ביקור בשירותים לפני כל יציאה מהבית), להפחית הימנעויות ולבצע חשיפה הדרגתית למצבי חיים נורמטיביים שמהם החלה נסיגה בעקבות תסמונת המעי הרגיש (כגון הימנעות מנסיעה בתחבורה ציבורית ועידוד להשתלבות בפעילויות חברתיות).

## טכניקות הרפיה ושליטה עצמית כגון היפנוזה, ביופידבק ו־Mindfulness נחקרו בעבר ונמצאו כיעילות בהפחתת התסמינים ובחיזוק תחושת השליטה העצמית של המטופלים

4. לימוד טכניקות של הרפיה ושליטה בתסמינים אחת ההנחות המרכזיות בתסמונת המעי הרגיש היא כי גורמים גנטיים, סביבתיים ורגשיים המשפיעים על ציר מוח-מעי מובילים לרגישות יתר של מערכת העיכול ומביאים לסף תחושה נמוך כך שגירויים קטנים שבדרך כלל אינם מגיעים למודעות אצל אנשים ללא התסמונת, נחווים בצורה עוצמתית באוכלוסייה הסובלת מתסמונת המעי הרגיש. חשוב להסביר למטופלים כי נטייתם



בווריאציות שונות בכל בוקר שגורמות לציפייה לתחושות אי-נוחות בבטן ולפחד לצאת מהבית ללא התרוקנות. יחד התחלנו לבחון את ההסתברות להתממשות המחשבה. בחנו אלטרנטיבות חשיבה (כגון "מעולם לא עצרתי בדרך להתרוקן, אני אוכל להתאפק") והתחלנו לתרגל היפנוזה עצמית לשיפור תנועתיות מערכת העיכול תוך שימוש בסוגסטיות של העברת חום לבטן, סוגסטיות להרפיה וסוגסטיות לציפייה עתידית לתפקוד רגוע ונינוח של מערכת העיכול. ליאת התבקשה לתרגל בביתה טכניקות להרפיה עצמית ולהקשיב להקלטת ההיפנוזה שתרגלנו בקליניקה. בהמשך הטיפול עבדנו על שינוי דפוסי התנהגות והימנעויות: בתחילה ליאת התבקשה לנסות לצאת מביתה מבלי לבקר מראש בשירותים. בהמשך הטיפול היא התבקשה לצאת שוב לנסיעה קצרה באוטובוס, ולאחר שהצליחה בכך היא התבקשה להרחיב את טווח הנסיעה תוך תרגול הרפיות במהלכה.

ככל שהטיפול התקדם ליאת הצליחה לחזור למפגשים חברתיים, הנסיעות באוטובוסים חזרו להיות אירוע שגרתי ולא מאיים והפניות לשירותים הלכו ופחתו. למרות שתסמיני תסמונת המעי הרגיש לא נעלמו לחלוטין, ליאת מצליחה ליחס להם חשיבות פחותה ולחזור לשגרת חייה.

לך כלום". למרות זאת, היציאות התכופות לא פסקו וליאת פנתה שוב לגסטרואנטרולוג. בהמשך עברה בדיקת CT בטן שגם היא יצאה תקינה ואחריה נפגשה שוב עם גסטרואנטרולוג שאבחן אותה כסובלת ממעי רגיש והפנה אותה לדיאטנית להמשך טיפול. דיאטנות שונות שניסתה ליאת לא הקלו על בטנה ובנוסף ליציאות המוגברות החלו להופיע גם כאבי בטן חוזרים ותחושות של נפיחות. בשל החשש מהתרוקנות פתאומית של המעי, ליאת הפסיקה לנסוע באוטובוסים והחלה להגיע לאוניברסיטה ברכב פרטי בלבד. היא צמצמה את מפגשיה החברתיים ופנתה לטיפול מומחה ברפואה סינית מאחר שלרפואה המערבית לא היה מענה לתסמיני הבטן שרק הלכו והחריפו.

בתחילת הטיפול הבעתי אופתיה רבה לתסכולה ולגיטימציה לתחושות התסכול מהמערכת. הסברתי לליאת על התסמונת המאופיינת ברגישות יתר של מערכת העיכול ואמרתי לה כי רגישות זו מושפעת גם מגורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים ועל כן ביכולתה להסתייע בטיפול פסיכולוגי להפחתת התסמינים ולהרגעת תפקודה של מערכת העיכול. בהמשך הטיפול ניתנה לליאת טבלת מעקב אחר התסמינים, המחשבות והרגשות שליוו אותם. מצאנו שהמחשבה "אם לא אתרוקן בבוקר בשירותים אצטרך לגשת לשירותים באמצע הדרך ללימודים" חוזרת

## מקורות

1. Brian E.L. & Patel, N.K. (2017). Rome criteria and a diagnostic approach to Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med. Nov 2017 6(11): 99.
2. Dalton, C.B., Drossman, D.A., Hathaway, J.M. & Bangdiwala, S.I. (2004). Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastrointestinal diagnoses. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2004, 2, 121-126.
3. Drossman, D.A. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. Psychosom Med. 60(3):258-267.
4. Halpert, A. (2018). Review Irritable bowel syndrome: Patient-provider interaction and patient education. Journal of Clinical Medicine, 2018 Jan; 7(1): 3. Published online 2018 Jan 2. doi: 10.3390/jcm7010003
5. Halpert, A., Dalton, C.B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S. ... Drossman, D.A. (2010). Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent experiences with healthcare providers: A national survey. Dig. Dis. Sci. 2010, 55, 375-383.
6. Hausteiner-Wiehle, C. & Henningsen, P. (2014). Irritable bowel syndrome: Relations with functional, mental, and somatoform disorders. World J Gastroenterol 2014 May 28; 20(20): 6024-6030.
7. Hillila, M.T. & Farkkila, M.A. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. Aliment Pharmacol Ther 20:339-345.
8. Kinsinger, S. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: Current insights. Psychology Research and Behavior Management. 10: 231-237.
9. Koloski, N.A., Talley, N.J., Huskic, S.S. & Boyce, P.M. (2003). Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2003, 17:841-851.
10. Posserud, I., Agerforz, P., Ekman, R., Bjornsson, E.S., Abrahamsson, H. & Simren, M. (2004). Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. Gut 2004;53(8):1102-1108.
11. Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P. ... Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: Mechanisms and practical management. Gut 56, 1770-1798.

# פנים אל מול פנים: מפגש של זהויות עצמי

ד"ר לירון און

**לתת, אבל תוך גבולות. להשתייך, אבל לשמור על מרחק ביקורתי,** או אולי אפילו על ריחוק? אותה התבוננות ממרחק שמור הצופנת בתוכה כמיהה להיטמע ופחד להיבלע.

אני זוכר במעומעם את האמפי הפנימי בכניסה לתיכון שבו למדתי, חלל ריבועי משוקע בן שלוש מדרגות בליבו של הבניין. המבנה הזה, בעיצובים שונים, פוקד אותי מדי פעם בחלומות. תמיד באפרוריות מבהיקה ומשמימה של גרמי מדרגות במפעלי חינוך. אני זוכר משהו מן התחושה של הכניסה למבנה והמחשבה התורנית היומיומית - כיצד לחצות את האמפי הקטן עם התלמידים היושבים על גרמי המדרגות? האם פשוט להתעלם, להמשיך ללכת בדרך הארוכה אך הבטוחה יחסית לאורך המסדרונות התוחמים את צלעותיו ואז להתחבר לגרם המדרגות העולה לכיתות בקומות הגבוהות? או שמא לאזור ביטחון ומידה לא מבוטלת של אדישות לכאורה ופשוט לחצות אותו ממש במרכזו כדי לקצר את הדרך ואולי להוכיח משהו לעצמי ולעולם? פשוט לרדת שלוש מדרגות ולחצות את החצר הפנימית הקטנה ממש כהולך רגל ברחוב סואן ולהתעלם (לכאורה להתעלם) מן התלמידים היושבים על המדרגות בחבורות או בזוגות ואולי צופים ובוחנים כל אחד שעובר לפנייהם בזירה?

דילמה כל כך התברורתית ועם זאת כל כך אקטואלית גם היום לגבי נטילת מקום ושייכות. עד כמה אני רוצה שיראו אותי? עד כמה אני חרד שיראו לי? ומה אני מוכן להקריב למען זה? ולמען זה? שנים ספורות חלפו, ורצה הגורל והמזל הטוב ואני שוב פוקד את כותלי בית הספר התיכון, אבל לא אותו התיכון ולא באותו מעמד - הפעם יש לי שריון. שריון מבהיק בצבע חקי עם שרוך חום ודרגות תפורות על הכתף. אני חייל מדרך נוער! החשש והמבוכה מן ההתקהלות מרובת ההורמונים נמהלים כבר באיזו מין תחושת כוח וגאוה והכרת ערך, המלווה אותי מאז ועד היום כאשר אני מרצה בפני סטודנטים. מצאתי לי, מסתבר, מקצוע לחיים - ואני אפילו לא בחרתי בזאת בזמנו! אבל לפעמים, בזוויות של חדרי הלב, המבוכה, החשש והדחייה של הגיל הזה עוד מתגנבים למרות השריון שהלך והתעבה עם השנים, והם מבצבצים דווקא מן המקומות הבלתי צפויים. אני יושב עם שני בני המתבגרים ואומר משהו, כנראה - משהו לא

אם אתה רק מרגיל עצמך לרעיון כמו גלגלי השיניים המסתנכרנים זה עם זה בשעון אנלוגי, אני חש בעת האחרונה כי הולך ומתקרב המועד לסנכרון, והפעם, סנכרון בין הזמנים, בין הדורות, בין מי שהייתי למי שילדי עתידים להיות. בני הבכור המסיים י"ב ומתגייס בקרוב, אבי הקשיש שהולך ונסוג לעבר הדמנציה, ובתוכם - ספק מאמר ספק שיתוף המוני, שנועד לחבר את תחנות הזמן למסלול, לתואי, שיש בו אבני דרך שנחצבו מן האישי שלי, אבל אולי יזמנו לכל קורא וקוראת מפגש עם המשעול הייחודי להם, עם נקודות החיבור והסנכרון המצויות בשעון הגדול של חייהם. מחוגי השעון מזמנים לי כרגע מפגש בין-דורי עם הפסיכולוג, עם האב, עם הבן ועם המתבגר שבתוכי. ואני קופץ קפיצה של אמונה ומתחיל לכתוב.

הכול התחיל בשיפוץ. יצירת חדר לבני הבכור, רגע טרם גיוסו לצבא אנו מאפשרים לו הלכה למעשה "לצאת מן הבית", אך להישאר בתחומו. ותוך כדי האיסוף, המיון והזריקה של החפצים המצויים בחדר ילדותו ושל חפצים המצויים בחלל שעתיד להיות חדרו המחודש, אני נתקל בעצמי - פיסות עיתון שערכתי בימי בית הספר, תמונות מחזור מהיסודי ומהתיכון, ניירות ישנים, תצלומי סטילס ועוד גוללות נוסטלגיה שכאלו - מרירות מתוקות. ומנוע החיפוש הגדול של הזיכרון, גולל את רשת האסוציאציות של שורות החיפוש - מן העבר להווה וממנו לעתיד וחוזר חלילה. תמונות של ילדי המתבגרים, אהבת נעורי אז ואשתי היום, זיכרונות מן התיכון. כל שורה היא עולם שלם, כל תמונה, כל מילה מהדהדת, היא "אובייקט מעבר" שנותר לי מן הגיל ההוא, גיל נעורי. אני תוהה איזה קישור לעבר אפתח? במה ארשה לעצמי לשתף ולמה? מה נותר בי מאז המפעם בהורה שאני היום? מה מאפשר לי את עבודתי רבת השנים כפסיכולוג עם מתבגרים?

בהדרגה, מתוך התחקות אחר שביל הזיכרונות, מתבהרת ההכרה כי כבר אז בגיל ההתבגרות, ואולי עוד קודם לכן, יש משהו מבצבץ המשותף גם לנער הצעיר וגם לפסיכולוג המבוגר - לא רק צד הפסיכולוג שבי, המוכר לי מילדותי, אלא אולי דווקא אותה עמדה מוכרת של הפסיכולוג החינוכי, אותה רגל בפנים - רגל בחוץ, שכולנו אוחזים בה בעבודתנו עם מערכות. אותה **שאיפה**

ד"ר לירון און, נשוי ואב לארבעה, הוא פסיכולוג חינוכי מומחה, מרצה במכללה האקדמית לחינוך גורדון בחיפה ובתוכנית לפסיכולוגיה חינוכית במכללה האקדמית עמק יזרעאל, ומנחה בקורס הכשרה להדרכה ליועצות חינוכיות באוניברסיטת חיפה. עומד בראש התמחות הנחיית עמיתים באקדמיה בבית הספר ללימודי התמחות מקצועית במכון מופ"ת בתל אביב. רכז הדרכה של הפסיכולוגים החינוכיים ביחידה לאקלים מטיב" בשפ" ובעל קליניקה פרטית בזיכרון יעקב. לפניית: [onnliron@gmail.com](mailto:onnliron@gmail.com)



שוב מביט בהם - קצת בתוך וקצת מחוץ, ואיני מכיר ואיני זוכר את שמותיהם. ומאז בכל פעם שאני מטיף למורים על חשיבות הקשר האישי וההיכרות עם כל תלמיד אני נזכר באותה תקופה ושותק! כי מה אפשר לומר? אידיאלים לחוד ומציאות לחוד.

אבל הייתה גם כיתה שהכרתי היטב. במהלך שנתיים לימדתי בתיכון בפריקט של נוער עולה בסיכון. בסך הכול 15 חברה, ואת שמותיהם נזכרתי והכרתי את סיפוריהם האישיים וביילתי איתם שעות ארוכות כמה ימים בשבוע. אבל ברגע אחד גיליתי כי תהום פעורה ביני לבינם וזה היה רגע נורא ואיום במיוחד. בוקר יום א', חמישה בנובמבר 1995. לאחר אותה מוצאי שבת מקוללת ואחרי שהמורה לתנ"ך פתח את הבוקר באספה ספונטנית של תלמידים בחצר והקריא את הפסוקים מספר בראשית ל"ד המתארים את מות הנביא משה. ואחרי הדברים הללו, מלווה בתסריט האימה על מלחמת אזרחים העתידה לפרוץ במולדתי, אני נכנס לכיתה עם העיתונים ומנסה להסביר "לנוער הסיכון העולה" שלי מדוע מדינה שלמה מזועזעת מרצח ראש ממסלה. והם - הם לא מזדעזעים בכלל, ואולי אפילו מתריסים באדישות כמה דברים שכבר מחקתי מזיכרוני. איני זוכר בבהירות את הרגעים הללו, שותף בכך לאמנזיה הציבורית, אבל אני זוכר, כי עשיתי כל מאמץ שלא לכעוס, ושלא לזלזל, ושלא לנתק את עצמי מרוב כעס. לא בטוח שהצלחתי, לא בטוח שאפשר היה בכלל, אבל עד היום הזה אני חש את התסכול הזה מול מה שדימיתי כחומת האטימות של המתבגרים הללו, שכה עמלתי למענם, והם ברגע אחד - מחקו את כל שאני מאמין בו, ולכמה רגעים הייתי "עולה חדש" בכיתה של "עולים חדשים" - חשתי מנותק בעל כורחי. כאילו אפשרו לי להביט מבעד למראה ההפוכה, זו שרק בני נוער יכולים לשים נגד עינינו בחדות בלתי אמצעית שכזאת.

היום בדיעבד אני יכול להוציא עוד מתוק מן העז ההוא ולחשוב על הכוח האדיר שיש למתבגרים ביכולת הניתוק שלהם. כוח שפעפע בעוז גם אלינו, כהורים ב"עידן המסכים". דומני כי נוכח כל מערך העומס, הלחץ והדרישות, כל אחד מאיתנו אימץ לו את היכולת - או שמא את הרשות - ההתבגרותית המופלאה להיות ולא להיות, להיות נוכח פיזית ללא נוכחות נפשית, להיות בנייתוק ובנתק מן החוויה. אבל כל נשכח, כי זכות ההמצאה של יכולת זו היא של המתבגר, ואין דבר קשה יותר, מטריף יותר, מעורר כעס, תסכול וחוסר אונים, ועל אחת כמה וכמה להורים, מאשר להיות בחלל אחד עם מתבגר, אשר באופן עמוק ביותר לא חולק עימך אלא את תחושת אי-היותו, ובכך עוטה עליך בעל כורחך מין גלימת היעלמות. דבר אליו, נסה לתקשר, נסה לצעוק! אבל משהו במבט הזגוגי לעיתים, המזלזל לעיתים, מבהיר היטב כי הוא כבר לא רואה אותך.

אבל אל מול זה, אולי גם לי יש חומות והן פשוט מוסתרות היטב? האם אני מעז לפגוש מתבגרים באמת? האם כל התפקידים

מתאים, משהו מדור אחר או מתוך הבנה לא מותאמת, ופתאום - מין צחוק שכזה, מין לגלוג נעורים ציני, ובבת אחת אני נשאב מן המקום המוגן והבטוח של האבהות וחוזר להיות המתבגר ההוא - זה שנדמה לו כי תפסו אותו לרגע עירום וללא הגנות, זה ש"שקוף לראות" עד כמה הוא מתאמץ להיות שייך, אפילו שהוא לא מתאים, זה שהוא לא באמת בפנים ולא באמת בחוץ... זה הנראה מוקף עשייה ומקובל, אבל בעצם מרגיש בודד... כל כך הרבה סתירות באדם אחד, כאילו כל הרגשות המנוגדים הללו רק המתינו לשעת כושר שבה יוכלו לצאת מן המחשכים ולתבוע את מקומם - היי, אל תשכח מאין באת ולאן אתה הולך!

ואז... לפעמים בקליניקה אני פוגש מישהו כמוני...

אבל מעניין הרבה יותר לפגוש את המתבגר שהייתי רוצה להיות... משהו בסקס אפיל של גיל ההתבגרות נמהל אז בחדר - מתבגר חסון, מלא ביטחון עצמי, יודע כיצד להתנהל ומה לומר ומתי. חיך ממיס ומעין שובבות בעיניים - כזה שנדמה שלא אכפת לו כלום והוא יפלט את דרכו החברתית בחיים ללא שום קושי. מסיבות, חברים, סטוצים, סמים קלים - כל מיני תעוזות ומשובות נעורים שלא היו לי וגם לא יהיו... יש גם כאלה, אבל למרבה האכזבה - הם הגיעו לטיפול! ושנים של ניסיון לימדו אותי שהקסם של התאהבות הנעורים שוכך ובמקומו גם בקסומים מכולם נופלת לה שלהבת, ומבעד לכל הנרקסיזם שובה הלב מתגלים לא מעט כתמי אבק, שריטות והשתקפויות של טראומות דהיות המוסתרות היטב. כמה נורא עבורו! כמה נורא עבורי! כמה מתעתע הגיל הזה... וכשאני סוגר לעת ערב את דלת הקליניקה ונכנס הביתה, אני שב ומביט במבט שונה בשני הגבראים הצעירים, שהם בניי הבוגרים, הפושטים מתוך תיאבון נעורים בריא על המקרר, ומהרהר תוך חרדה קלה, כי ייתכן שגם מתחת לחזותם השאננה, שנדמית לי כה שונה משלי כבן נוער, מסתתרים סדקים שטרם ידעתי לזהות? ייתכן שגם משהו בקסם הממשי שהם מקרינים הוא למראית עין? במעט מאמץ אני הודף מחשבה זאת מראשי, מחייך ומביט בתדהמה בכמויות האוכל הנעלמות במהירות אל תוך פיהם.

ושבו אני מבקש לחזור למעלה מעשרים שנה לאחור. סיימתי את הצבא, התחלתי ללמוד באקדמיה, אבל לא הרבה השתנה - אני ממשיך ללמד באותו תיכון שבו שירתי כמדריך נוער. למעשה, מבחינת גילי ומראי, אני רוצה להאמין כי אני נראה כמו אחד התלמידים המעבירים מדי יום כרטיס בשער, אבל שוב יש לי שריון, והפעם הוא לא מדי הזית, אלא "מדי המורה"! וכמורה אני מלמד כיתות של שלושים ושלושים וחמישה ואפילו שלושים ושבעה תלמידים, אשר הגיעו לארץ לפני שנים ספורות וכבר נדרשים ללמוד לשון עברית או ספרות עברית. ואני עובר כך מכיתה לכיתה - ארבעה וחמישה שיעורים מדי יום, שלושה ימים בשבוע - ומלמד מאות תלמידים, ופרט ל"בניקים מכיתת המב"ר שאני פוגש פעמיים בשבוע, כל שאר החברה מלהגים ביניהם ברוסית שוטפת, ואני

כלל... ואני חש לעיתים לכוד בקו האש שבין התפקידים השונים. אני הופך להיות ההורה שאינו מקשיב, ההורה המאכזב, ההורה הפוגע... אבל אני מתקומם! זה כלל לא אני וזו לא הייתה כלל כוונתי... התכוונתי רק "להיות אני", רק לעזור לך...

וברגע זה, כאשר אני מעלה את הדברים הללו על הכתב, מתבהרת לי עוד תובנה ומסתכרן לו עוד גלגל שיניים בחריקה צורמת במיוחד. אני מתחקה אחר האופן שבו אני מתמודד עם מחלת אבי. המחלה המעכלת, השומטת ממנו בהדרגה את זהותו, מתעתעת בזיכרונו ולמעשה מפוררת את אישיותו, ואז אני מבין... נדמה לי, כי דרך החוויה המטלטלת הזו אני מסוגל להעניק איכות שונה למפגש עם בני. אני חווה כיצד נשמט ערכן של תובנות הניתנות לך "מן החוץ", "מן המוכן" - אבחונים רפואיים, ממצאי בדיקות, המלצות מחברים וקרובים מלאי רוח טובה ואפילו המלצות טיפוליות של רופאים - כל אלו, אני חש כבנו של אבי וכאביו של בני, מקנים לך ידיעה קלושה בלבד של הדבר עצמו, ועל אף ש"הדבר עצמו" עדיין סמוי ונסתר ממני, ברור לי שהדרך להגיע אליו אינה בקנייה מן המוכן של ה"דבר עצמו" שמבקש להעניק לי הזולת - ויהיה הזולת מיטיב ככל שיהיה. את התבונה האמיתית אני צריך לרכוש דרך גופי ובשרי ומכאובי. אין קיצור דרך פלאי שיקל על כל זה... ופתאום, בכאב רב אני עומד מול העובדה המרה לעיתים: דבר מכל שאעשה או אומר לא יקצר עבור בני את מסלולה של הדרך אל הזהות שלו, אשר אני כה מייחל לקצר עבורו. **הידיעה שלי אינה הידיעה שלו** והוא את תובנותיו יצטרך לכאוב בעצמו...

וגם אני אכאב אותן, כהורה שלו.

ושבו תנועה מטלטלת בזמן אל עבר "ילדיי האחרים", הסטודנטים "שלי".

כאשר אני מלמד אותם כיצד לשוחח עם בני נוער על מיניות, אני מדגיש שוב ושוב את החשיבות שבהקשבה למסר הסמוי בכל שאלה. התוכן לעיתים מהמם, מטלטל, פרובוקטיבי או סתם מצחיק, אבל הסיבה לשאלה תמיד משמעותית, רצינית, ייחודית. קשורה לשאלת השאלות - **עד כמה אני נורמלי? עד כמה אני חריג?** אני אומר להם - תתחברו למתבגר בתוכם, לְקָה הייתם שואלים כזאת שאלה? מה הייתם רוצים לשמוע בתשובה? מה מלבד התוכן היה מאפשר לכם לשאול עוד? לגלות עוד טפח? לבסס אמון? וזו אולי השאלה המשמעותית ביותר שמתבגרים מציבים כל העת מול הוריהם - עד כמה הם חיים בשלום עם מי שהם? יש הורים שמעדיפים להדוף את השאלה בחזרה למתבגר, להכחיש את עצם העיסוק בה, או לעבור מייד להיות "המבוגר האחראי" "היודע-כול" ובביטחון עצמי ניכר. אבל לדעתי, לעיתים קרובות, ההגנת הללו לא יעזרו, שהרי כולנו היינו מתבגרים וכולנו בני אדם ולכן מתקיים בנו מנעד נפשי שבו מפעמות שאלות של זהות ושונות, שייכות וחריגות. ובמנעד זה כל הורה חש, כי ילדיו הם רק מראות המשקפות לו עוד היבט בנורמליות או בחריגות הזהויות

הללו - מורה, פסיכולוג, מרצה - הם עוד חלק בשריון? ומהו מקור המשיכה הבלתי נלאה שלי לגיל הזה?

...ושוב מסתנכרנים גלגלי השיניים - המתבגר שהייתי, המורה שבי, הפסיכולוג החינוכי וההורה. כולם נובעים זה מזה ומשקפים במעין חדר מראות ענק את בבואתי באין ספור השתקפויות... ומה מקומו של ההורה שאני?

אני יושב עם בני לשיחה רצינית, מין שיחת אב ובן. אני רוצה שידבר עימי וגם חרד בה בעת ממה שהוא עומד לספר. יש משהו באמביוולנטיות הזו שמשתק לגמרי, כאשר אתה הורה, אבל אני מוצא אותה דווקא מסקרנת כמטפל, שהרי משחק הניחושים הזה אינו אינסופי, הרי ההיכרות, הזמן, הניסיון המצטבר והחיבור למתבגר שבתוכי מכוונים אותי כמו אבני דרך לאותו סוד נעלם, לאותו מקור מצוקה תוך נפשי. מה שנדמה למתבגר מכוסה היטב יכול להיות חשוף בזכות כיוונו, אבל כאמור, להתבונן בו חושף בה במידה גם את ההתבוננות שלי בעצמי. זהו לאמיתו של דבר גם החשש שלי כמטפל במתבגרים. האם מה שנדמה לי שהצלחתי לכסות ולהסתיר כל השנים הללו מאז גיל ההתבגרות אינו גלוי למטופליי כשם שהם במידה מסוימת גלויים לפניי? האם אכן ניתן להסתיר משהו מן המתבגרים, ואם לא ניתן להסתיר באמת - עד כמה הם היו רוצים לדעת? האם המטופלים שלי חשים שחלק בי זקוק להם, להערכתם, לאהבתם, בדיוק כפי שהם זקוקים לחלקים האבהיים, המגוננים, המווסתים והמטפחים שלי? מה יש בו במבט של המתבגר שהופך כל מבט שלו למבחן, ומנגד, יוצר מין תיקוף מעצים שכזה לנוכחותך? וגם, במידה שהוא נחשף לפניך, מנלה את סודותיו, האם תוכל לעמוד בכך? האם זה עוד מבחן? ומה בעצם הוא רוצה ממך?

... וכאשר אני מבקש לפגוש באחד מבניי, נחבטים בנפשי כל אותם הרהורים. עד כמה הייתי רוצה להקשיב לו ועד כמה הוא היה רוצה להקשיב לי? ואם אקשיב, האם אוכל להגיד לו טפח ולכסות טפחיים? עד כמה לשתף כי ההתלבטויות שלו הן בעצם שלי?

אני יושב מול בני, מקשיב לו, ובמקביל שוצפות המחשבות, הולמות השאלות בראשי - מה להגיד? ומתי? ומה הוא בעצם רוצה לומר? ומה אוכל לתת לו? את עצמי? את ניסיוני או רק את ליבי ואוזני? האם הוא משתף או מנהל שיח? האם הוא עושה זאת מבחינת רע הכרחי של "שיחת אב-בן" שכזו, או שהוא פונה אליי מעבר לתפקיד ההורי, כאדם משמעותי? עם איזה היבט בי הוא מעוניין להיפגש והאם אני מוכן להיענות למשאלתו ולהשהות את כלל ההיבטים האחרים המבקשים ביטוי? כיצד אוכל לעזור לו אם אני חש מוגבל להביא רק את אותם החלקים בי שהוא מתיר לי להביא? לפתע אני מבין כי אין בכוחי להעניק לו את העזרה המהותית לתפיסתי, הוא לא זקוק לי כ"אני", הוא זקוק לי רק כבעל התפקיד ההורי, המאשר את מי שהוא... אבל באופן פרדוקסלי מאשר את מי שאני בעיניו. מה שנדמה לי כפנייה לדיאלוג בין בוגרים אינו כזה





**לבין התסכול העז והמכאוב הנלווים לידיעה שאני יודע רק לכאורה. כך, שכאשר אנו עובדים עם מתבגרים, כאילו כולנו "אנשים בורחים מבשורה".**

עוד למדתי כי לפגוש מתבגרים פירושו גם לפגוש את החלק המתאווה, הנרקיסטי, הכולי-יכול, המשתוקק, האגואיסטי, הבלתי מתחשבן שבתוכי, ובה בעת לפגוש את היפוכו המלא, את החלק הקטן, חסר היכולת, הדחוי, המגעיל, הבלתי מווסת. וגם אל מול החלקים הללו יכול עולם המבוגרים להגיב בתגובה ובהיפוכה. ברצון לקרבה ומשיכה למתבגר ומנגד בחשש מדחייה שלו ומתחושת דחייה כלפיו.

ודבר שלישי ואחרון הוא שפגישה עם מתבגרים מזמנת בנו פגישה עם תנועה מתמדת, ובהקשר זה היא תמיד קוסמת ובה בעת מעוררת חרדה גם עבורנו כהורים. עבודה עם מתבגרים דורשת מצב של דריכות תמידית. רואים זאת היטב בכניסה לכיתות בתיכונים, אולם נראה שהדריכות הזו גובה גם מחירים. אני מתרשם, כי התנועה שמייצרים מתבגרים היא כה גדולה וכה רבת תדרים, עד שהמערכות אינן מסוגלות להכילה. הדריכות התמידית מתישה, הספק מכרסם והכלת הניגודים דורשת משאבים כה רבים, עד כי המערכת חייבת לחלק את התנועה למנות קטנות ולהחלישה. במובן מסוים נראה כי גם המתבגר עצמו מסוגל לפגוש את עצמו רק במינונים מדודים אלו, לו רק הייתה בידיו הבחירה. אבל, וכאן טמון פרדוקס נוסף, אי-אפשר לזייף את התנועה הזו ולעיתים קרובות הניסיון להיות ולהתנהג כמו מתבגר מתוך החלטה שלא לקבע את עצמו, שלא לזנוח את התנועה התמידית הזו בתוכך, מייצרת עבור מתבגרים דווקא סוג של בוז או חרדה. הם מזהים את הזיוף שבו כולם נעשים למתבגרים באמצעות תזזיתיות, ניתוק וחיבור חסרי משמעות. זה מביך, כאב וכפסיכולוג, להבין בדיעבד למראה תגובת ילדיך, שלרגע ביקשת באמת ובתמים לעשות את הבלתי אפשרי, ולחזור לגיל ההתבגרות אחרי שכבר נושלת ממנו.

ולסיכום, גם אני קפצתי בפניכם הקוראים קפיצה קטנה של אמון והפקדתי בידיכם כמה מרגעי ההתבגרות שלי, ההורות שלי והילדות שלי, מתוך ניסיון לשהות במבוכה. שיתפתי במחשבות כמוסות יותר ופחות מחיי וניסיוני מתוך תקווה התבגרותית המבקשת "שיראו לי" רק את מה שהייתי מוכן להראות, אבל מבינה היטב כי בעצם ראיתם הרבה יותר ממה שביקשתי לחשוף, או אולי לא ראיתם דבר זולת עצמכם. וגם אני, לצד החשש, מסיים בתקווה, ומקווה שעם כל הפחד מחשיפה והפחד מן המבוכה והחשש המוכר כהורה למתבגרים שלא "לחפור", הצלחתי בכל זאת לעורר תקווה שעל אף כל הפחדים ניתן גם לצאת ולפגוש את ההורה שבתוכנו, ועימו לצאת ולפגוש גם ילדים אחרים, מתבגרים אחרים, הורים אחרים. ככלות הכול, אם לא הייתי מאמין בכך ונימשך לכך, לא הייתי ממשיך ועושה זאת כל יום, מדי יום ביומו.

שלו כהורה וכאדם. וכולם מאפשרים לו לשוב ולבחון את האמון הבסיסי בעצמו, במשפחתו, ביציבות העולם שבנה לעצמו. ואולי כאן עליי לסיים את השיטוט החופשי במרחבי מנוע החיפוש שלי, במקום שבו ויניקוט סימן את ההתחלה, **בנקודת האמון.** הנקודה הארכימדית הזאת שעימה אנו יוצאים לעולם הרבה לפני שהתבגרנו, ואותה אנו פוגשים שוב ושוב במהלך חיינו וביתר שאת בגיל ההתבגרות. ואולי הריחוק שאני מפגין לעיתים הוא ההגנה האישית שלי מפני בגידה באמון, ואולי הסיבה לכל המשיכה לקשר ושיתוף היא ההכרה האישית שלי שבלי אמון שום דבר לא יצמח, שאמון וקרבה הם מקור כל הטוב שייצרתי ועוד אייצר בחיי. האם זו תמציתה של כל הדרמה של ההתבגרות? הדרמה שקמה לתחייה בכל עבודה טיפולית וחינוכית עם מתבגרים, הדרמה שכל הורה חווה בכל רגע שהוא מאפשר לעצמו להיות עם חוויית ההורות שלו, אותה הסתירה המפורסמת בין תקווה לפחד, זו המצריכה, בלשונו של הפילוסוף סרן קירקגור, "קפיצה של אמונה", ואולי שם בקפיצה הזו שעימה התחלתי את דבריי טמונה כל הייחודיות של גיל ההתבגרות. ההכרח לקפוץ אל הבלתי נודע של ההורמונים המשנים את הגוף עד בלי די, של המיניות המסחררת את הגוף והמחשבה, של ההכרה כי יש בכוחי לבחור וההכרה המקבילה, שכל בחירה שלא אעשה כרוכה גם בסכנה עמוקה של אכזבה ואובדן אמון. ובבסיס כל אלו - האם אני מבין לפתע שבעצם אני לבד בעולם ובכוחי לעצב את גורלי לטוב ולרע?

אז מה למדתי מן הגיחה הזאת בין הזמנים? מה ניתן ללמוד מהתנועה אחורה, קדימה והצידה על גיל ההתבגרות? ראשית לכול, אני למד שיש בעבודה עם מתבגרים בכלל ובהורות למתבגרים בפרט כניסה **למרחב הגדול של הספק.** כל עמדה, ברורה ככל שתהיה, מסתירה גם את הספק שממנו נוצרה. כל שלמות יכולה ללמד גם על מה שחסר וגם על מה שעוד צריך להתווסף. לצד זאת גם ספקות יכולים להיות מוצא לוודאויות אותנטיות שהמתבגר מבכר להשהות או מפחד להודות בהן. **הדברים אינם כפי שהם נראים!**

ונדמה לי שככל שאנו מתקרבים יותר לצורך בעשייה או בהנעה לפעולה, העובדה הזו, שדבר אינו כפי שהוא נראה, שדבר אינו "פשוט" בעבודה עם המתבגר, יוצרת בלבול גדול. מה שניתן להכלה מסוימת בחדר הטיפול, נהפך למעורר תסכול ואפילו למכעים עבור המורה בכיתה ולמטלטל ומפרק עבור ההורה. דומה שהספק של המתבגר מדבק, והדרך של ההורה להתגונן כנגד כך היא לעיתים להדוף כליל את הנכונות להיפגש עם הספק, לעיתים לחפות עליו באמירות בוגרות, יודעות ומוחלטות, ולעיתים דווקא להידבק בו ולהפגין בבלבול עז, חוסר ודאות ואף ייאוש מצמית. אם כך, לפגוש מתבגרים הוא פעמים רבות לפגוש את **הספקות הפנימיים שבתוכי, את הפערים הללו בין מה שנדמה לי שאני יודע**

## ראיון עם ד"ר סמדר גונן ומנשה כהן על ספרם המשותף "פתאום אביב בסתיו" שיצא לאור בשנת 2015 בהוצאת "כרמל"

### ועם סמדר גונן עם צאת ספרה "חרדת האינטימיות"

שראה אור בשנת 2019 במסגרת "הסדרה לפסיכולוגיה" בהוצאת "רסלינג"

ראיינה: צילה טנא

מנשה כהן הוא פסיכולוג קליני בכיר, מומחה לפוסט-טראומה. ד"ר סמדר גונן מלמדת פילוסופיה במכללת אל-קאסמי. ספריה הקודמים: "לדעת רגש", "זברה הרואית טיפשה", "שחזור אינטימי" ו"אחריות לחינוך וחינוך לאחריות" עם ג'מאל אבו חסין. ספרם המשותף של סמדר ומנשה "פתאום אביב בסתיו" מדמה ריקוד זוגי שבו השניים, אנשים שחיו את רוב חייהם הרחק זה מזה, נעים בקצב הטנגו - שני צעדים קדימה ואחד לאחור - בניסיון להכיר זה את זה ולבחון את רגשותיהם זה כלפי זה. הספר מציג לפנינו את סיפור התקרבותם באמצעות מפגשים שהתקיימו ביניהם ותקשורת דיגיטלית שקיימו בין המפגשים.

להביא לעולם יצירה שעשויה להועיל לזוגות חדשים ושאינם חדשים בתהליך של ההיכרות, לספר על הקשיים ועל היופי והמורכבות שבהם. כמו כן, הספר מאפשר להביט דרכו אל בעיות כלליות של המפגש של האני והאחר ושל מהות האהבה. אין בו כמובן תשובות או עשרת דברות של עשה ואל תעשה, אלא התבוננות מעמיקה לתוך



מערכת יחסים. אולי אפילו כהיבט טיפולי של "עשה זאת בעצמך" שדורש מהאדם להתבונן בנבכי נפשו.

**מנשה:** אכן הדחף לכתוב ולשתף אחרים באתגר הזה של יצירת חברות וזוגיות בפרק גימל של חיינו היה בעיקר של סמדר. אני הצטרפתי לתהליך זה כתרגיל ללמוד לדבר על עצמי ולשתף בהגיגי ובעולמי הפנימי. חוץ מזה, הכתיבה עצמה הייתה חלק מעניין ומהותי של בניית הקשר, כמו שכתבנו בהקדמה: "הכתיבה עצמה הייתה חלק מיצירת החברות. המודעות והתודעה יכולים



כבר מן הפסקה הראשונה בספרם "פתאום אביב בסתיו" נסחפים אל תוך עולמכם הרגשי וחשים כ"פולשים" לאינטימיות המאוד פרטית של כתיבתכם. אני סקרנית לגבי הצורך לשתף אותנו, ה"זרים", בחוויות כה אישיות, ומבקשת שתספרו לי על המניעים העומדים מאחורי פרסום הספר ועל קהל הקוראים שאליו הוא מכוון.

**סמדר:** הכתיבה הווידויית הפכה היום לגיטימית ונפוצה. היא כאילו חוסכת את התיווך של דמויות ורקע בדיוניים על מנת שסיפרו לנו אמת מצויה ומוכרת. לאחר שהספר יוצא לאור הוא גם יוצא מתחום הפרטיות האישית שלנו ומשתנה לאמירה כללית על מצב האישיות, או הזוגיות. מאחורי הכתיבה שלנו היו מפגשים והיכרות מעמיקה ושיחות נפש שאינם מובאים בספר. הספר משמש הצצה אל תוך החיים שמאחוריהם. הדחף שלי בעיקר ולא של מנשה הוא



**סמדר:** "פתאום אביב בסתיו" הוא ספר אותנטי, שמתאר את היחסים בהתהוותם. לעומתו, ב"חרדת האינטימיות" ישנו מבט הבוחן את האינטימיות באופן כללי יותר ומחבר בין התובנות שלי לתובנות של הוגים שונים, אף שהוא מביא גם את ההתנסויות שלי. זו כתיבה יותר עיונית שמערבת את העיסוק הפילוסופי שלי ברגשות בכלל ובאהבה ואינטימיות בפרט. היא גם לא נעשית תוך כדי החיים אלא בהתבוננות בהם מבחוץ.

**המושג שצד את עיניי כבר בפתיחת ספרך הוא "שיחות בחושך".**  
**אשמח אם תוכלי לספר על המשמעויות הטמונות בו.**

**סמדר:** עד כמה אנחנו ממעטים לדבר באמת-באמת זה עם זה ללא הסחות דעת ובקשב מלא, יודעים כמעט כל בני זוג. רוב השיחות שאינן העברת מידע מתקיימות כאשר ישנה איזו הפרעה בשגרה, אם מתוך פגיעות או מתוך ציפיות ואי-מילוי תפקידים, ואז מביאים לתוך השיחה אלמנטים מהעבר ומהאישיות ולא מתוך מה שמתהווה בינינו. לכן המטפורה של "שיחות בחושך" משמשת לתיאור דיאלוג אינטימי המתרחש בין שניים, פסק זמן מכל מה שאנו נושאים עימנו ללא הרף, תפקידים, משימות והתנהלות יומיומית. השתהות של שניים עם עצמם במרחב משותף ובסביבה מוגנת ומבודדת, כדי שהדיאלוג יהיה חופשי, פתוח, עם הדהוד וחלחול אינטימיים ומלווה בניסיון להבין האחד את האחר לעומק וללמוד לקבלו ולדעת גם שלא הכול מתבהר ומסתדר ואפשר לחיות גם עם אי-הבנות ואי-הסכמות.

**בספרך "חרדת האינטימיות" את מביאה הגדרה גמישה לאינטימיות: "אינטימיות היא קרבה רגשית בין אנשים, הנוצרת הן על ידי מגע פיזי והן על ידי דיאלוג מילולי. היא כוללת מעורבות, פתיחות ומתן רשות להיכנס האחד אל תוך עורו של האחר. היא אינה נמדדת במושגים של כאב או עונג, אלא במושגים של הרחבת המשמעות של הקשר עם הזולת והעשרתה" (חרדת האינטימיות, עמ' 12).** עוד את כותבת: "מרכיב משמעותי ביחסים האינטימיים הוא היכולת להתבונן בהם ולדבר עליהם, ללא הנחות מוקדמות וללא דפוסים אוטומטיים. זו חווית חיים יחד עם הזולת, לחוות באופן כפול, מהצד שלי ומהצד שלו. במעין חלחול הדדי כחוויה נוספת על האירוע המשותף" (חרדת האינטימיות, עמ' 11). ובאותו הקשר: "אינטימיות היא היכולת לגלות את האני הפנימי שלנו ולהרגיש את התגובה של השותף כלפנו, הכוללת הבנה, דאגה וקבלה שמעשירות ומרחיבות את האני שלנו" (חרדת האינטימיות, עמ' 14).

אני קוראת בימים אלה את ספרה "חיים קטנים" של האניא יגיהארה, ובו למרות מה שנראה כקשרי אהבה עוצמתיים

להתפתח וללוות את החברות, להעצימה ולפתוח אותה לממדים אחרים שמעבר לקונכייה המקובלת" (פתאום אביב בסתיו, עמ' 5).

**במהלך ההתכתבות ביניכם אתם משתפים זה את זה בחומרים אישיים שכתבתם ביומניכם, בשירים ובהגיגים שלכם או של סופרים ואנשי רוח שהשפיעו על חייכם. נראה שדרך השיתוף בחלקים מעברכם אתם "אורגים" בזהירות ובעדינות את הקשר החדש המתהווה ביניכם ואולי מבטיחים גם את הקשר שיאפיין את יחסיכם בעתיד.**

**אני שואלת לגבי אופיו של הקשר המתקיים ביניכם כיום, ועד כמה הוא נבנה אמנם על ההתכתבות שהתקיימה ביניכם ונחשפה בפנינו בספר זה. בעיקר מעניין אותי איך עוברים ליחסים של "שגרה" זוגית לאחר התחלה כה פואטית או לירית, כפי שהיא מצטיירת לי?**

**סמדר:** כיום הצטברו מאחורינו תשע שנים, שמהן שש שנים של מגורים וניהול משק בית משותף. כמו לכל זוג, במיוחד בגילנו, זהו תהליך ממושך ולא פשוט של הסתגלות, של הבנה ושל השלמה, וגם של אי-הבנות ואי-הסכמות. מנשה עבר מאזור חייו והרגליו למקום שונה מהותית מהעיר שבה חי, כך שהסתגלותו הייתה הרבה יותר מורכבת. אבל הדיאלוג נמשך ומתפתח, מעט ממנו בכתב והרבה בשיחות, ולא מפסיקים ללמוד זה את זה ומשתדלים להיות קשובים לצורכי האחר ולמרחב המשותף שאנו מוסיפים לו עוד ועוד נדבכים.

**מנשה:** בעצם, גם חיי השגרה האישיים שלי לא היו מעולם "שגרה". הייתי עסוק באותם נושאים ביני לביני, רק שלא היה את מי לשתף, ו"השגרה החדשה" הפכה לאורח חיים שהרהור והשיתוף מלווים את חיי היומיום שלנו. זהו מעין "פיצוץ" על החסכים בחיינו הקודמים. בעיניי יש גם מטרה התפתחותית אישית, להתפתח יחד עם שותפה לחיים, וכך כתבנו: "עכשיו אנו חוברים יחדיו להאיר את דרכנו, כדי שנבין בעזרת החברות את חיינו יותר לעומק ואת עצמנו מעבר להיותנו פרטים נפרדים" (פתאום אביב בסתיו, עמ' 5).

**המעבר מן הראיון של הזוג סמדר גונן ומנשה כהן אל הראיון של סמדר על ספרה "חרדת האינטימיות" שיצא לאור זה עתה רציף וטבעי מאוד אף על פי שארבע שנים תמימות מפרידות ביניהם. אין לי ספק שמי ששיתפה אותנו בסיפור התהוותו של קשר אהבה זוגי-בוגר יודעת דבר-מה על חקר האינטימיות.**

**האם תוכלי להשוות עבורנו בין חוויית הכתיבה הראשונה, כשאת כותבת את האינטימיות לבין חוויית הכתיבה החדשה, כשאת כותבת על האינטימיות?**

בהמשך לזה - עד כמה היכולת לאינטימיות ביחסים הזוגיים והחברתיים שלנו קשורה בחוויות הילדות שלנו ובקשרים המשפחתיים הראשוניים שאותם חווינו?

**סמדר:** ב"חרדת האינטימיות" יש פרק על מקורות האינטימיות הנובעים מהקשר ההורי-ילדי, הבסיס הבטוח של ג'ון בולבי ותורת ההיקשרות. "הנחה רווחת היא שהצורך והמהות של יחסים אינטימיים נובעים מההתנסויות שלנו בראשית הילדות, מהקשר ההכרחי בין אם (וגם אב) לילד, והם גם מתווים את הדרך בה נחוה אינטימיות בהמשך, בחייו הבוגרים" (עמ' 17). דוגמה שהבאתי בהרחבה בספרי "שחזור אינטימי" היא של ילדי הלינה המשותפת בקיבוץ שגדלו בלא קרבה הורית מספקת ובחוסר אינטימיות שגרמו אצל חלקם לאי-יכולת ליצור אינטימיות בחייהם הבוגרים וגם לא להרגיש בחסרונה (זו הכללה לצורך הסבר ולא השלכה על כל בני הקיבוץ).

**בעמוד 18 את מדגימה את מושג "מטפורת המגנטיס". בספרו "נשף הדמים של הרזנת מרגיט" כותב ששה בתיאני: "כשאני חושב על אבי ועל עצמי, עולה בי תמונה של אותם מגנטיס קטנים. כשמנסים להצמיד זה לזה שני מגנטיס, אחד בורח תמיד הצידה. יש ביניהם מרחק קטנטן, מילימטרים אחדים, נראה שזה רק אוויר ואין שום בעיה - ובכל זאת לא מצליחים לחבר את שני העצמים האלה זה לזה. כך זה ביני לבין אבי. הייתי רוצה שהמרחק בינינו ייעלם" (עמ' 67).**

**הרחיבי נא בהסבר "מטפורת המגנטיס" בהקשר של האינטימיות.**  
**סמדר:** המטפורה של המגנטיס מסבירה את התנועה המתמדת בחיפוש אחר האינטימיות, שנובעת מצד אחד מהנפרדות הנדרשת לאינטימיות ומצד שני מהצורך בקרבה הדדית. שני בני אדם שונים מבקשים ליצור מרחב משותף וכל אחד מהם מגיע עם מטען העבר והאישיות וצריך להתפשר ולהתאים עצמו זה לזה ולכן נוצרת תנועת משיכה ודחייה שגורמת לחרדה ואי-ודאות. מעין "מרחק התקרבות", כל אחד בתוך היחסים נמצא בתנועה בין התרחקות או התקרבות ונוצר בין השניים מרווח חסר מנוח. אחד מתרחק ומתקרב בהתאם לאישיותו, צרכיו ומסוגלותו, בלא לראות ולתאם עם התנועה של האחר. כך עלול להיווצר מצב שאחד השותפים אינו מעוניין או אינו מסוגל להתקרב או שהשונות בין השניים כה רבה עד שאין כל דבק או שפה שתחבר ביניהם, והם נותרים במרחק התקרבות קפוא.

**עד כמה הקשר הגופני בכלל והמיני בפרט מושגים כמו "כימיה", "משיכה - דחייה" ואולי גם המושג "תאומות נפש" מהווים מרכיב מרכזי ביצירת האינטימיות, או שאולי הם תוצאה של אינטימיות**

והתמסרות כמעט טוטאלית בין הגיבור ג'וד ובן זוגו ווילם, מתקשה ג'וד לשתף את ווילם בסודות אפלים וכואבים מעברו ומן הפגיעות הקשות שחוה. האם תוכלי להסביר קושי זה והאם דברייך על אודות הפריצה של כל המחסומים שהיא המאפשרת אינטימיות אמיתית יכולים להוות חלק מן התשובה? בהקשר זה, פרטי נא גם מה הם המחסומים העומדים בפני האינטימיות? האם היא מחייבת התמסרות מלאה, טוטאליות ואיבוד גבולות - או לאו דווקא?

**סמדר:** אהבה והתמסרות אינן אינטימיות בהכרח, ואכן אני גורסת שאינטימיות מחייבת גילוי לב, שאם לא כן, תמיד יעמוד בין השניים סוד שלא יאפשר קרבה עמוקה ופתיחות. יחד עם זאת, כרכתי את האינטימיות עם חרדה משום שהוודי והחשיפה המתנים אינטימיות מלווים גם בחרדה שמא הרסנו משהו בגלל שנחשפנו, ואי-הידיעה איך האחר יקבל אותנו, כשיגלה את עברנו, מעשינו או אישיותנו, כלומר, איך שהאחר תופס אותנו ומרגיש כלפינו, והאמון בינינו עלולים להשתנות ולפגוע באינטימיות. אם היחסים האינטימיים גמישים והגבולות בין השניים אינם חסומים ומקובעים הם גם מאפשרים התמסרות. על המחסומים בפני האינטימיות כתבו הרבה יותר מאשר על האינטימיות, אך אפשר לציין שהמהותיים ביותר זה שלא לימדו אותנו להתייחס ולסמוך על הרגשות וודאי שלא לדבר עליהם. אין לרובנו רצון וצורך ליצור יחסים כאלו ואנו מסתפקים בחיי חברה זוגיים ולא בהיכרות עמוקה של עצמנו ושל האחר. ובנוסף, חסרה לנו המיומנות ליצור יחסים כאלו. יש גם הבדל לא קטן (בהכללה) בין הנפש הגברית שזקוקה פחות לאינטימיות מהנפש הנשית.

**האם ניתן להגדיר אנשים שונים ככשירים פחות או יותר לאינטימיות או כבעלי צורך שונה באינטימיות או שהאינטימיות בעצם היא תלויה קשר ולא תלויה אדם?**

**סמדר:** רבות נכתב על סוגי אישיות והפוטנציאל הרגשי שלהם (אנטוני סטור, קרל רוג'רס). בחברות קדומות, שבטיות או מסורתיות לא עוסקים ולא דנים באינטימיות, היא לא רלוונטית, זו המצאה מודרנית שתחילתה באינדיבידואל וביחסים עם היחיד ולא עם החברה (ההגדרה של מרטין בובר ל"אני - אתה" מול ה"לז"). לכן היא גם תלויה תרבות ובודאי שהיא תלויה האישיות הפסיכולוגית. ולצניעות דעתי גם ניתן להגדיר כשירות אינטימית, לא במבחנים אלא בסוג של הבנה והתבוננות, ועולה שאלה מהותית האם אפשר לפתח אינטימיות, ואין לי תשובה חד-משמעית ואני חושבת שדרושה נטייה וכשירות שאם אינן קיימות לא תפתח אינטימיות למרות כל המאמצים. צריך אדם לרצות ולראות באינטימיות רובד מהותי לחייו כדי להקדיש זמן ומאמץ לפתח אותה.



### אמיתית בין בני זוג?

**סמדר:** רוב הסופרלטיבים של הכימיה והתאומות שייכים להתאהבות ולא לאהבה ואינטימיות (שוב, בהכללה). יש מרכיב כימי בהתאהבות ובמשיכה מינית שגורם לנו היקסמות והאדרה של בן הזוג, שעל פי רוב הן זמניות. יחד עם זאת, יחסי מין מכוננים אינטימיות. מתוך ספרי "שחזור אינטימי": "ההתמזגות המינית של אנשים מאפשרת תנועה של גל בתוך גל, של מגע רך ומתחשב. יחסי מין פתוחים, רגישים, קשובים ואינטימיים מגלמים בתוכם את הרגשות והקרבה שחשים בני הזוג זה כלפי זה. האינטימיות המינית היא מעין ויברציה בכל הגוף, בעודו חדיר לתנועות הזולת ולמגעו, כאילו קצות העצבים נחשפים ועתה הם גלויים למגע. לאחר מכן נעלמות הבושה וההסתרה, ונותר העירום הגלוי מתוך בחירה" (שחזור אינטימי, עמ' 129).

סימון דה בובאר כותבת ב"המין השני": "המודעות לאיחוד הגופים הנפרדים היא שמעניקה ליחסי המין את אופיים המרגש. והדבר מרגש הרבה יותר ככל ששני היצורים, אשר מבטלים יחדיו ומאשרים בלהט את גבולותיהם, הם דומים ובכל זאת שונים. השונות הזאת שלא פעם מפרידה ביניהם, נהפכת למקור ההתפעלות שלהם כשהם מתאחדים" (עמ' 192).

כלומר, מגע ויחסים פיזיים יכולים לבסס אינטימיות, לא רק ביחסי מין, אלא בכל מגע, כמו בין הורה לילד, שידוע מכבר שהוא הכרחי להתפתחות תקינה של הילד. כמו דיאלוג מילולי אינטימי, המגע גם הוא מהווה מדד לאיכות האינטימיות.

### אינטימיות וחרדה (חרדת נטישה) - האם הן הולכות יחד או שלהפך, האחת מבטיחה אותנו מפני האחרת? ואם לא, מדוע בעצם לא מצליחה האינטימיות להוות חיסון בפני החרדה?

**סמדר:** על חרדה ופחד מאינטימיות קיימת ספרות ענפה. ואני סבורה שהאינטימיות עצמה כוללת חרדה משום שהיא נעה ללא רשת ביטחון. מתוך "חרדת האינטימיות": "ככל שאנו מונעים על ידי פחד מפגיעה, כן אנו נמנעים מאינטימיות, ונוצר קונפליקט בין הפגיעות לאינטימיות, אף שהיא מובנית בתוך האינטימיות" (עמ' 37), וכן, "לולא אהבנו כל כך לא היינו כה פגיעים, אך גם היינו חסרים את חוויית החיים. האהבה מהלכת על סף תהום, בלעדיה לא נחיה באופן מלא, בלעדיה לא נכיר במצוקות של האחר שעשויות לעורר בנו אהבה וחמלה לפגיעות האין סופית של יצורי אנוש. במקום הכי רגיש, בו אנו חשופים לביקורת והוא המקום הכי מושקע שלנו - האינטימיות, שם גם אנו נבחנים ומקבלים משובים, שם קשה להתעלם, לא להקשיב, להיות שווי נפש" (עמ' 36).

מילן קונדרה כותב בספרו "אלמוות" (1990): "האם אפשר לתאר אהבה בלי החרדה שבה אנו עוקבים אחרי תמונתנו בעיני הנפש

האהובה? ברגע שאנו כבר לא שמים לב איך רואה אותנו אהובנו סימן שחדלנו לאהוב אותו" (עמ' 182).

**האם אפשר להגדיר את הקשר הטיפולי כמגלם בתוכו אינטימיות?**  
**סמדר:** אין לי תשובה חד-משמעית בעניין, ורבים יחלקו על תשובתי. ברור שמבחינת המטופל הוא חווה יחס אינטימי, קשוב ואכפתי מצד המטפל, אך אם ההגדרה שלי לאינטימיות היא יחסים הדדיים שהם תכלית לשם עצמה ולא בתמורה, ולא כמטרה לשיפור החיים, הרי היא חסרה בטיפול הפסיכולוגי. מתוך "חרדת האינטימיות": "רוב חיינו מנוטים על ידי תהליכים יעילים להשגת מטרת שהצבנו או הציבו לנו בחברה, ולכל אחד מטרת אישיות משלו ששקד עליהם במהלך חייו. גם הרגשות מגויסים להשגת מטרה כמו זוגיות ומשפחה. אך אינטימיות היא יותר מכל, תהליך ספונטני ולפיכך אינו מוכתב על ידי מטרה מלבד האינטימיות כשלעצמה" (עמ' 85). יחד עם זאת אני מודעת מקרוב (בעזרת בן זוגי הפסיכולוג) להשפעה של הטיפול על המטפל והשתנותו שלו בעקבות מטופליו והיחס והחום ההדדי שקיים בטיפול, לכן תשובתי אינה חד-משמעית.

### בחרתי לסיים את הראיון בציטוט מתוך הפרק האחרון בספרך "שיחות בחושך" המגלם את תמצית תפיסתך אודות אינטימיות ביחסים הבין-אישיים ואינו משאיר שאלות רבות לגבי משמעותה עבורך ובחייך האישיים:

"עבורי, גולת הכותרת של האינטימיות היא הדיאלוג, דיאלוג בנוסח של אני-אתה, עם מודעות מלאה להיותנו מודעים בכל רגע ורגע לנוכחות שלנו ולנוכחות של האתה. הוא פעולה של אהבה ושל אחריות מלאה שלא ליפול לתגובה אוטומטית שאנו נוהגים בה בחיי היום-יום, לסלק לגמרי את האוטומט המילולי וההתנהגותי מתוכנו. כדי להתאמן בדיאלוג כזה עלינו להתכוון אליו, להקצות לו פנאי ולפתח את הכישרון שלנו; לשבת זה מול זה בלוויית מבט עיניים שאינו בורח למקום אחר ויחד עם זאת אינו חש מאוים, ופשוט - עד כמה שזה נשמע פשוט וכלל אינו כך - לדבר ולהקשיב זה עם זה, עם כל העצמויות האמיתיות והממשיות שלנו. התוצאה מפליאה, היא ממלאת אותנו אהבה ואמון שיש פוטנציאל כה רב ולא די מפותח. אפשר להשקיע חיים שלמים רק בתהודה בינינו ולגלות את נפלאות האחר, השונה והבן זוגי.

... האינטימיות מלווה בסקרנות ובהתפעלות שיכולות להעמיק ולנסוק. רמת הסקרנות לאהוב עשויה להיות מדד לאהבה. זו אש שעלינו להתמיד בה ולהזין אותה. התלהבות היא סקרנות בלתי נדלית ומתן חשיבות עצומה לאישיות של האהוב המהלך קסם. ההיקסמות היא חוויה של הליכה והתמזגות עם משהו שנראה גדול מאיתנו, השואב אותנו אל תוכו." (עמ' 171-172)

**פרופ' רבקה יעקובי** היא פסיכולוגית קלינית ורפואית, ממייסדות החטיבה לפסיכולוגיה רפואית, לשעבר יו"ר הוועדה המקצועית במשרד הבריאות וראש המגמה לפסיכולוגיה רפואית מאז הקמתה במכללה האקדמית תל-אביב-יפו. זוכת פרס מפעל חיים על קידום הפסיכולוגיה הרפואית בארץ לשנת 2017.

## בעריכת נחמה רפאלי

אחרי שנים כפסיכולוגית קלינית, מה הוביל אותך להקים את החטיבה לפסיכולוגיה רפואית?

במקביל להכשרתי הקלינית, תמיד העסיקה אותי השאלה על המפגש המרתק בין רוח האדם לגופו. למעשה עוד כשעבדתי כפסיכולוגית קלינית בבית חולים שלוותה התעניינתי רבות במקומו של הגוף בטיפול, שיתפתי פעולה עם מטפלת בתנועה והתנסיתי בעצמי בשיטות טיפול שונות הממוקדות בגוף. כשהתחלתי את עבודת המחקר שלי בבית חולים מאיר נחשפתי לגוף הממשי, הגוף הכואב, הסובל, הפצוע, כמו גם למצוקתם הרגשית של האנשים החולים במחלות גופניות, בעיקר במחלת הסרטן. אז גמלה



שתפי אותנו ברקע האישי המוקדם שלך, כולל נקודות בביוגרפיה שהובילו אותך לתחום הפסיכולוגיה הרפואית.

אני מניחה שהשורשים להתעניינותי בתחום הפסיכולוגיה הרפואית ניטעו בילדותי. גדלתי כבת לאב שנולד עם מום בליבו ונחשפתי למצוקה שהוא ואנחנו, בני משפחתי, חווינו עם כל הרעה במצבו ואשפוזיו החוזרים. אחיו של אבי נפטר ממחלת הסרטן בגיל 42 ואירוע זה היווה נקודת שבר בחייו. נחשפתי גם לתעצומות הנפש של אבי, אשר בניגוד לכל תחזית רפואית התמודד עם בעייתו הרפואית בגבורה. במהלך לימודי בתיכון למדתי במגמה הביולוגית ואף חשבתי על לימודי רפואה. אולם עם תום שירותי הצבאי

בי ההחלטה לקדם את תחום הפסיכולוגיה הרפואית בארץ לטובת אותם חולים ובני משפחותיהם, ולתרום בין השאר לשיפור השיח בין הרופאים והחולים. הקדשתי לכך שנים רבות ואני גאה בהישגים הרבים של עמיתיי ושלי בפיתוח וקידום תחום חשוב זה.

בחרתי בלימודי פסיכולוגיה ובהמשך עבדתי כפסיכולוגית קלינית בבית חולים שלוותה. התחלתי לעסוק בתחום הפסיכולוגיה הרפואית במהלך עבודת הדוקטורט שלי.

## על מה כתבת את עבודת הדוקטורט ואילו תובנות משמעותיות עלו מעבודתך אז?

עבודת הדוקטורט שלי, בהנחייתו של פרופ' שלמה ברזניץ מהמכון לחקר מצבי לחץ באוניברסיטת חיפה, עסקה ב"עבודת התקווה בתהליך ההחלמה לאחר ניתוח". אולם עיקר העיסוק האקדמי שלי במהלך לימודיי, ולמעשה עד היום, מתמקד בפיתוח מושג התקווה. עברתי תהליכים רבים עם עצמי בניסיון להבין תקווה מהי, האם וכיצד ניתן למדוד אותה ומה תרומתה בהתמודדות עם מצבי דחק, כולל מחלות גופניות. בשנים האחרונות אני עובדת בשיתוף פעולה עם הפסיכולוג פרופ' גיל גולדצויג, ואומר בזהירות רבה שנראה לי שהגענו לפריצת דרך מסוימת בהבנת מה שאנחנו קוראים "עבודת התקווה".

## נשמח לשמוע על הזווית שלך בקשר לגוף-נפש ופסיכוסומטיקה, ועל הבדלים ודגשים אבחנתיים וטיפוליים.

אני לא אוהבת את השימוש העממי במונחים גוף-נפש או פסיכוסומטיקה, ובעיקר את שיטות הטיפול הנגזרות מתפיסה שהיא פעמים שטחית. התהליכים הרבה יותר מורכבים ומתווכים על ידי מערכות שיש להכירן כגון מערכת העצבים, המערכת האנדוקרינית ומערכת החיסון. כדי לדייק אציג את ההגדרה שלי את הפסיכולוגיה הרפואית:

## פסיכולוגיה רפואית היא תחום מחקר וטיפול המתמקד בהבנת הקשרים בין המשתנים הפיזיולוגיים לבין המשתנים הפסיכולוגיים,

נחמה רפאלי, חברת מערכת פסיכואקטואליה, פסיכולוגית שיקומית ורפואית מומחית ומדריכה שיקומית. המלצות על פסיכולוגים מעניינים או בעלי תפקיד מעניין אפשר להעביר במייל לנחמה רפאלי [nechamaraph@gmail.com](mailto:nechamaraph@gmail.com)



אני גורסת ששירי מחאה נועדו לבטא את הכאב, המצוקה, הסבל של הפרט או החברה, והם מייצגים את התקווה שלהם להשיב לעצמם את מה שאבד להם (ויניקוט, ד' (1995)). הכל מתחיל בבית. הוצאת דביר).

**כיצד ניתן לצמצם או למנוע חולי באמצעות הידע הקיים ושיטות הטיפול בפסיכולוגיה הרפואית?**

ניתן לדבר על מניעה ראשונית ומניעה שניונית. בהתייחס למניעה ראשונית ניתן ליישם היום גישות טיפוליות ושיטות התערבות מבוססות מחקר שנועדו לקדם התנהגויות בריאות כגון הפסקת עישון, שינוי הרגלי תזונה, ניהול דחק ועוד. כך למשל אנחנו מרבים לעסוק בהכנה פסיכולוגית לקראת ניתוח, אשר במקרה של ניתוחים להסרת גידול סרטני יש לנו בסיס מחקרי שמאפשר לנו לטעון שהכנה מותאמת אישית שמאפשרת הפחתה של רמת הדחק של הפרט עשויה להשפיע על תפקודים אימונולוגיים ואולי גם לסייע במניעת התפתחות גרורות. ברמה השניונית, לאחר שאדם אובחן כחולה במחלה כלשהי, ניתן באמצעות כלים מתאימים לסייע בעדו להתמודד עם המצב החדש ולתרום למידת היענותו להמלצות הרפואיות כגון לקיחת תרופות והגעה למעקב, ובכך לתרום למניעת החמרת המחלה או להתפרצות אקוטית נוספת (למשל: היענות להמלצות רפואיות במקרה של סוכרת, צליאק, לאחר אירוע לבבי וכד').

**חזן. אילו מגמות היית רוצה לראות בעתיד בתחום הפסיכולוגיה הרפואית?**

הייתי רוצה לראות מעורבות גדולה יותר של פסיכולוגים רפואיים במערכות הבריאות, הן בשדה והן בתפקידים ניהוליים המאפשרים קבלת החלטות מבוססות על ידע עדכני ומחקרי, לטובת אוכלוסיית החולים. הייתי שמחה אם בקופות החולים השונות היו פועלים להעסקתם של פסיכולוגים רפואיים במסגרת שירותי רפואה ראשונית, הדבר נעשה בקופת חולים מאוחדת וזוכה להצלחה גדולה. הייתי רוצה לראות הקמתן של מגמות נוספות לתואר השני, כדי שניתן יהיה לקדם במשותף אתגרים גדולים בתחום. ואשמח מאוד אם במהלך השנים הבאות יגדל מספר הפסיכולוגים הרפואיים שילמדו לתואר השלישי ובכך יוכלו הן לתרום למחקר בתחום והן להוות עתודה אקדמית לעתיד.

**ואולי כמה מילים על תחביבך ושעות הפנאי?**

כפי שצינתי אני אוהבת מוזיקה, אני אוהבת לרקוד (בעבר למדתי פלמנקו), אוהבת לקרוא בדגש על שירה ואוהבת לטייל. עם זאת עליי לציין שגם אם אינו תחביב, אני מאוד אוהבת את העיסוק האקדמי שלי ומאמינה שנפלה בחלקי זכות גדולה להכשיר דור צעיר ומוכשר של פסיכולוגים ולצפות בתהליך התפתחותם, כאשר אחדים ממוסמכי התוכנית נמנים כיום עם סגל ההוראה שלה ואחרים ממלאים תפקידי מפתח בבתי החולים ובמסגרות טיפוליות נוספות.

**החברתיים והתרבותיים המעורבים בהתפתחות תופעות ומחלות גופניות, דרכי ההתמודדות איתן ומניעתן.**

**ככזו, הפסיכולוגיה הרפואית חובקת את כל הרצף של בריאות וחולי החל ממניעה, דרך התמודדות עם מחלות אקוטיות או כרוניות, ועד לתהליכים הקשורים בסוף החיים.**

**הענף המחקרי והענף הטיפולי פועלים בשילוב ומזינים זה את זה.**

**מהו מעמד הפסיכולוגיה הרפואית בארץ לעומת אירופה או ארצות הברית?**

בארצות הברית ובאירופה נעשה שימוש במושג Health Psychology, כלומר פסיכולוגיה של הבריאות, מכיוון שעיקר המודלים והמחקר שלהם עוסקים בקידום בריאות, וקיימת הבחנה בין Clinical Health Psychology שהוא הענף העוסק בחלק היישומי לבין Experimental Health Psychology המתמקד במחקר. גם אם הקהילייה המקצועית העוסקת בתחום החלה לצאת ממגדל השן האקדמי בשנים האחרונות ולחקור יעילותן של התערבויות (interventions), הרי שההתערבויות שהם חוקרים יותר ממוקדות, נקודתיות, ולא בהכרח לוקחות בחשבון את מורכבות האדם. היסודות שאנחנו נותנים בתוכנית הלימודים וההכשרה כוללים יסודות דינמיים, וגם אם אנחנו מיישמים התערבויות ממוקדות, ההבנה והחשיבה שלנו נשענת לא פעם על הבנה דינמית. מכיוון שאנחנו עוסקים בחולי ולא רק בבריאות, ועובדים במערכת הבריאות, העדפנו את השם Medical Psychology (פירטתי על כך במאמר: פסיכולוגיה רפואית: סיכויים, סיכונים ודילמות. שיחות, י"ב (2): 126-133).

**גונב לאוזנינו שיש לך קשר הדוק לשירי מחאה ומוזיקה יוונית... נא ספרי לנו על כך.**

אני אוהבת מוזיקה. כשעסקתי בטיפול אף שילבתי מוזיקה בעבודתי. במהלך הפיתוח התאורטי של מושג התקווה אספתי וניתחתי שירים רבים: שירי לוחמים, שירי אסירים, שירים שנכתבו בתקופת השואה, בגטאות, שירי מחאה שנכתבו בדרום אמריקה ועוד ומצאתי שיש בהם עיסוק בתקווה. שירים אלו סייעו בעדי לפתח את מה שאני קוראת לו עבודת התקווה. עיקר הפיתוח עסק בתהליכים שעובר הפרט. בשנים האחרונות אני מרבה לנסוע ליוון ועוקבת אחר שירי מחאה שנכתבו בתקופות שבר שונות, ובאמצעותם מבקשת ללמוד על תקווה קולקטיבית, אותה תקווה שמחזיקה אומה במצבי משבר ומצוקה.

**הרחיבי מעט על הקשר בין מחאה לתקווה.**

אני מתבססת על ויניקוט שטען שהתנהגות אנטי סוציאלית של ילדים וילדות קשורה לאובדן, והיא מייצגת למעשה את הדחף לשוב אל הרגע שלפני האובדן. ויניקוט טוען שהתנהגות זו מהווה ביטוי לתקווה מכיוון שלדבריו בהתנהגות זו מנסה הילד או הנער להשיב לעצמו את מה שאבד לו. ניתן בהחלט לראות זאת כסוג של מחאה. באותה מידה

## עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר

### מסע הגיבורה מסע האישה אל עצמיותה במיתוסים, במעגל החיים ובתרפיה

רות נצר. הוצאת מודן, 2019. 523 עמ' כולל מקורות, מונחים ומפתח

לספר אופי של סקירה, של מסמך מיתי היסטורי, של מסע הבנה פסיכולוגי ומסע אומנות ותרבות. הוא מציג עושר עצום של יצירות תרבות ואומנות. דרך סיור במקורות הרבים נרקמים הרעיונות והתודעה מתמלאת עוד ועוד בתמונות ובתחושות ויוצרת התייחסות והבנה לנושא.

אנשי המקצועות הטיפוליים, גברים ונשים, מוזמנים להכיר את הפחד הארכיטיפי מהנשי, להיחשף למקורות הפחד ולמקורות העוצמה הנשית, לעמוד מולם, להלך בהם, ולהעניק מהם לעצמם ולבני שיחם.

הספר מציג רקע להתפתחות האיכויות הנשיות, מעניק עומק וידע פסיכולוגי להבנת תהליכים, מציע משמעויות לשלבים בהתפתחות הנפשית ונקודות ציון להתמקמות האישה בעולם ובחברה, ולדימויה בעיני עצמה. הידע מוצג באופן סיפורי, קולח, עובר מתקופה לתקופה, ממצב למצב, מציג תופעות וסיפורים, אגדות ועובדות ברצף סוחף.

פרקים רבים עוסקים בנחיתותה של האישה וחייה בצל העולם הגברי לאורך הדורות, ובאותה מסכת נסקרות ונלמדות חוכמת הנשיות, כוח ההישרדות והיצירתיות שבה, והגאווה הטמונה בקיומה של התודעה הנשית המפוארת והמורכבת.

מסע הגיבורה מתחיל במסע האישי של המחברת, רות נצר. קוראת שתצטרף לספר הזה קרוב לוודאי תשחזר את מסעותיה, תלמד על מסעות והרפתקאות של נשים גיבורות, ותמצא בהם גילויים על מסעה שלה; סביר להניח שגם הקוראת תרגיש גיבורה. ונכון הדבר גם לגבי קוראים גברים, שימצאו גבורה בעצמם, בחלקים שונים בהם, ויצאו למסעות נשיים דרך עיניים גבריות.

הספר נושא את הקוראים אל מפגש עם רוח האישה הקדמונית - והממשית - והאמצית, אל הכוחות הגלומים בה, ואל המושג המהותי שבשורשה. הקריאה תישא אל תרבויות שונות, אל יצירות ספרות ואומנות, ואל הטבע העמוק בלב הנשיות.

האישה מתגלה ונלמדת כרבת פנים וכוחות: האישה כאיום, האישה כאלה - אדירה, שולטת, האישה כעוצמה, האישה כבוגדנית, חלקלקה ומפתה, האישה כמנחמת, מזינה, תומכת ומבינה, האישה כנחותה, כמנוצלת, מקופחת, מודרת ופגיעה, האישה כסמל התשוקה, כמקור עינוגים, האישה כחוכמה, מתוחכמת, האישה כהפכפכה, רבת פנים ומצבי רוח, האישה כחפץ, האישה כסוד, האישה כמסכסכת ומחריבה, האישה כמשלימה ומפייסת, האישה כיופי, האישה ככישוף.



### חרדת האינטימיות

סמדר גונן. הוצאת רסלינג, 2019. 182 עמ'

אינטימיות היא הוויה רגישה, מופשטת, חמקמקה, אישית ופרטית. כיצד ניתן לחלוק בה באופן שתיפגש עם האינטימיות של הזולת, לא-אני, ותיצור מרחב ותחושה ודאית, הדדית ומתקיימת מתוך עצמה? הסברים על אינטימיות ותיאורים של מאפייניה, כפי שהם מוצגים בספר, נקלטים, מחלחלים ומופנמים, ואט-אט יוצרים תמונת התרשמות וחוויה שעוזרת

במה עוזרים לנו הסברים על מהותה של אינטימיות? האם הם מקדמים אותנו להבנה חדשה של עצמנו או של דרכנו במבוכי הקשר הזוגי? במה בכלל מילים והסברים מסייעים לנו להבנת העולם ולתפקוד בו? והאם כשמדובר באינטימיות יש בכוחנו להיות מושפעים מן הנאמר ולהניע בתוכנו גל חדש, שונה מהשגור והמוכר לנו?

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



את הפסיפס המגוון הזה מנסה סמדר גונן להכיל, לתאר ולפענח. דרך המפגש עם האינטימיות אנחנו עשויים להכיר יותר את עצמנו, ומכאן גם לפגוש את האחרים וגם להציע להם לנוע בשביליה ובמרחביה בחיים.

נימת הכתיבה היא אישית, משתפת, סקרנית, נובעת כמו מתוך החשיבה והניסיון להבין מה צופנת בחובה האינטימיות, במה כוחה וסגולותיה, ובדרך גם פוגשת בקשיים בהשגתה וביצירתה.

הקריאה בספר ריתקה ומשכה והובילה אותי לניסיון ניסוח הגדרה משלי: אינטימיות היא אותו קו ענוג שעובר ונמתח בין שניים, שהחליטו בתוך עצמם, בלי דעת לפעמים, באופן הדדי, כמעט מיסטי, שהם רוצים זה בזה, להכיר, לשהות, לגעת ולהינות. הקו נובע משניהם, חודר לשניהם ומחבר אותם בהבנה פנימית עמוקה לאותו רגש קרוב שרק הם חווים.

להכיל את המושג "אינטימיות", לקלוט את רוחו ולבחון את העצמי האינטימי לאורו. לאנשי הטיפול עשויה התמונה לתרום בניסוח שאלות לגבי מהות האינטימיות ולגבי מהותה בחוויה האישית הפרטית של מטופלים, וללמוד את אפיוניה ואת נחיצותה עבורם.

הספר מציג תגובות רגשיות ותופעות התנהגותיות שאינטימיות מעוררת או יכולה לעורר. אינטימיות מוצגת כשדה רגיש שמחולל תגובות שרשרת הקשורות לפחדים ולהתניות מוקדמות. מרוב שאינטימיות היא מושא נשאף, מערבת תפיסתה כוחות של דימוי עצמי, של כמיהות ושל ציפיות, והיא מעלה תגובות עוצמתיות הקשורות לתפיסת המסוגלות להיכנס לאינטימיות, לשהות בה או ליצור אותה, כשמנגד עולות רגשיות שגורמות לפרט להחליט להימנע ולהתרחק מאינטימיות, או לשבש אותה.



## נפרדנו כך על החלטה של נשים וגברים ליזום גירושין

יעל הרשקוביץ. הוצאת רסלינג, 2019. 163 עמ', כולל מקורות והערות

החיים בהתהוותם בעת משבר הזוגיות, וחושפים בפנינו מה עובר על האנשים בזמן המשבר ובעקבותיו. אפשר ללמוד על הקושי הרב שבו נתונים בני זוג ועל הבדידות שכל אחד מהם חווה כנגד הזוגיות ובתוכה, כאשר היא משנה את פניה ואופייה והופכת מגורם מוכר, יציב וידידותי (בחלק מהמקרים) למציאות מנוכרת, זרה ומאיימת, הדורשת כלים חדשים להבנה ולהתמודדות. הסיפורים האישיים מציגים את עוצמתה הרבה של תחושת הפסקת האהבה ואת עוצמת הצורך להשתחרר מקשר שבהדרגה, או בבת אחת, הפך למעיק. מתוארים תהליכים שנמשכים זמן רב עד שההכרה מתארגנת ומתייצבת להחלטה ליזום צעד כה משמעותי בחיי משפחה, והשפעתה החזקה על התפתחותו של היחיד, גבר ואישה, בעקבותיה.

עד כמה ימצא הקורא את עצמו בטקסטים הוא אחד ממאפייניו הבולטים והמושכים של ספר. גם ספר עיוני, מלבד הידע שהוא מוסר, כוחו נמדד בכישרונו לחבר את הקורא לחייו שלו, להניע את רגשותיו ולעורר בו מחשבות על עצמו.

"נפרדנו כך" מציג מסגרת תאורטית ומפרט שלבים ושיקולים במסכת שעוברים בני זוג בדרכם אל גירושין ופירוק הזוגיות. הוא מספק תמונה שיכולה להעניק לקורא הבנה לגבי מצבו ולגבי תחושותיו, במיוחד אם הוא נמצא בתהליך לקראת גירושין, או שהוא כבר במעמד של גרוש או גרושה.

אנשי מקצוע, בין אם חוו גירושין וגם אם לא, ימצאו כאן מניעים ומהלכים בקבלת החלטות, שמקורם בחשיבה רציונלית או ברגש ובאינטואיציה, וילמדו גם כיצד האי-רציונלי מכתוב החלטות. הידע התאורטי מסביר תופעות; לציוד הסיפורים האישיים של 13 גברים ו-13 נשים מפנים מבט אל



## 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 ולקרוא.

תודה,

שבטאי

## סיכום פעילות ועדת האתיקה בשנים 2017-2019

**שיתופי פעולה עם גורמים העוסקים בנושאים מקצועיים, חוקיים ואתיים בתוך ומחוץ להפ"י** - ועדת האתיקה משתפת פעולה הן בתוך הפ"י - עם יו"ר הפ"י, עם הוועד המרכזי ועם היועץ המשפטי, והן מחוץ להפ"י - עם הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות, עם ועדת התלונות ועם מועצת הפסיכולוגים.

בין התחומים לשיתופי הפעולה:

**כתיבת ניירות עמדה ומכתבים בנושאים שעל סדר היום הציבורי** - ועדת האתיקה רואה חשיבות רבה ביוזמות ושיתופיות עם הוועד המרכזי ועם גורמים נוספים לפרסום עמדת הפ"י בנושאים ודילמות מקצועיות, אתיות ומוסריות שעל סדר היום הציבורי. בשנים האחרונות ניירות עמדה, מכתבים ותשובות פורסמו בין היתר בנושאים הבאים:

\* נייר עמדה שעניינו **"הגנה על החיסון הפסיכולוגי והתנגדות לחשיפת חומרים מטיפול בנפגעות תקיפה מינית"**. בעקבות דרישת גורמים משפטיים לחשיפת חומרים מהטיפול בנפגעת תקיפה מינית הידוע כ"מקרה קסטיאל", נקראה ועדת האתיקה להידרש לעניין. על נייר העמדה שפורסם ביוזמת הוועדה חתמו במשותף הסתדרות הפסיכולוגים, הפסיכולוג הארצי ומועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות. כמו כן פרסמה הוועדה מאמר בעניין ברבעון פסיכואקטואליה (אפריל 2018).

\* עוד בעניין פגיעות מיניות לקחה הוועדה חלק גם בפרסום של גילוי דעת מטעם הפ"י שכותרתו **"חשיפת מקרים של פגיעות מיניות"**. הוועדה נטלה חלק גם בהוראה בקורס "טיפול פסיכולוגי בנפגעי תקיפה מינית" שנערך ביוזמת הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות ובשיתוף הפ"י.

\* נושאים נוספים שבהם פורסמו תשובות וניירות עמדה: חשיפת חומרי גלם של מבחנים בפני גורמים משפטיים, טיפולי המרה (עם הוועד המרכזי), אימוץ על ידי זוגות חד מיניים (עם הוועד המרכזי), ולאחרונה, לקראת דיון בנושא בבג"ץ, נייר עמדה בנושא איסור פרסום שם של פסיכולוג החשוד בעבירות של פגיעה מינית בקטינים (עם הוועד המרכזי).

\* **הסכמה מדעת בהתערבויות פסיכולוגיות באמצעים מרחוק** - לאור המגמה ההולכת וגוברת של התערבויות פסיכולוגיות מקוונות, הוזמנה הוועדה לתת את חוות דעתה בנושא של

ועדת האתיקה עוסקת בקידום החשיבה, החינוך והשיח בתחומי האתיקה המקצועית של מקצוע הפסיכולוגיה ושל הפסיכולוגים. בסיומה של שנת 2019 אנו מגישים לכם סקירה של פעילות הוועדה בשלוש השנים החולפות, בכל תחומי עבודתה. תקנון הפ"י מגדיר חמישה תחומים לפעילותה של ועדת האתיקה:

1. פעילות לשם הטמעת חשיבה אתית-מקצועית בקרב קהילת הפסיכולוגים.
2. עדכון שוטף של קוד האתיקה.
3. ייעוץ לפסיכולוגים חברי הפ"י בנושאי אתיקה מקצועית של פסיכולוגים.
4. טיפול בתלונות מבעלי עניין על פסיכולוגים.
5. מתן חוות דעת בנושאים עקרוניים שלפי שיקול דעתה יש בהם עניין לציבור.

במאמר הנוכחי נסקור את פעילות הוועדה בשלוש השנים האחרונות בתחומים אלה, ונצביע על שינויים במגמות ובדגשים של הפניות אל הוועדה ושל עבודתה, מגמות המצביעות הן על עלייה במודעות ציבור הפסיכולוגים לכללים המקצועיים-אתיים של מקצוע הפסיכולוגיה, והן על עלייה המתחילה להסתמן במודעות הציבור לצריכה של מטפלים בעלי מומחיות והכשרה בהתערבויות טיפוליות.

### פעילות ועדת האתיקה במישור החינוך לחשיבה מקצועית-אתית ובמישור הציבורי

**אשרור קוד האתיקה המקצועית המעודכן של הפסיכולוגים בישראל, 2017** -

בתאריך 31.1.17 אושרר באספה הכללית של הפ"י קוד האתיקה המעודכן, שעליו שקדו חברי הוועדה בשתי קדנציות שלה, ולאחר שהתקבלו הערות של עשרות פסיכולוגים בכירים מכל תחומי המקצוע.

הקוד החדש, כמו קודמיו, אושרר גם על ידי מועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות בישיבתה בתאריך 10.4.18. אשרור זה הקנה לקוד המעודכן תוקף של המתווה להתנהגות מקצועית-אתית המחייבת את כלל הפסיכולוגים בישראל הרשומים בפנקס הפסיכולוגים, והוא מבטא את עמדת המועצה שוועדת האתיקה של הפ"י משמשת כיום עבור ציבור הפסיכולוגים כתובת להתייעצות בסוגיות מקצועיות-אתיות, ועבור הציבור הרחב כתובת לתלונות על פסיכולוגים במקרים של בעיות אתיות בהתנהלותם המקצועית.



מערכות פסיכולוגיות ציבוריות ופרטיות שנדרשו למסור חומרי גלם בהוראת בתי משפט

### עבודה שוטפת של ועדת האתיקה -

מסקירת עבודת הוועדה במהלך העשור האחרון ניכרת עלייה גדולה במספר הפניות לוועדה: מ-48 פניות בשנת 2008, ועד 151 פניות בשנת 2018, עלייה של 215% במספר הפניות בעשור האחרון!

בשנת 2019, עד לכתבת המאמר, הוגשו לוועדה 131 מקרים (מספר לא סופי). בולטת בשנה האחרונה ירידה במספר התלונות על פסיכולוגים - 13 תלונות בלבד עד לכתבת המאמר, ומספר גבוה של תלונות על מטפלים שאינם פסיכולוגים שהוגשו לוועדה - 10 תלונות בשנת 2019 בלבד (הוועדה אינה מוסמכת לטפל בתלונות על מי שמציעים טיפול ואינם פסיכולוגים).

להלן מספר הפניות בשלוש השנים האחרונות, בחלוקה לפניות של פסיכולוגים להתייעצויות ושאלות לוועדה, ותלונות על פסיכולוגים שהוגשו לוועדה על ידי הציבור הרחב:

שנה	מספר פניות כולל	מספר תלונות על פסיכולוגים	מספר פניות להתייעצות
2017	149	24	125
2018	151	22	129
2019	131 (לא סופי)	13	118

מגמות העולות מתוך אפיון הפניות בשנים האחרונות:

עלייה באחוז הפניות של פסיכולוגים להתייעצות עם הוועדה מתוך כלל הפניות שהוגשו לוועדה, וירידה באחוז התלונות על פסיכולוגים מתוך כלל הפניות.

הירידה באחוז התלונות שהוגשו לוועדה בשנים האחרונות מתוך כלל הפניות, כדוגמה:

2014 - 34% מכלל הפניות  
2016 - 24%  
2018 - 14%

2019 - 10% (בנוסף, 10 תלונות הוגשו על מי שאינם פסיכולוגים)

מגמה זו מעידה לדעת חברי הוועדה על:

(1) עלייה הדרגתית בידע ובחינוך של ציבור הפסיכולוגים

הסכמה מדעת להתערבות פסיכולוגית באמצעים מרחוק למועצת הפסיכולוגים, שדנה בנושא בישיבתה ביום 9.10.18. הוועדה סיכמה את חוות דעתה והמלצותיה במסמך שהוגש למועצת הפסיכולוגים: "הסכמה מדעת בהתערבות פסיכולוגית פנים אל פנים ובהתערבות באמצעים מרחוק".

\* **מתחזים ומטפלים חסרי ידע והכשרה בפסיכולוגיה** - נוכח העלייה הגדולה בתלונות ובפניות לוועדה בדבר מתחזים לפסיכולוגים ומטפלים ללא מומחיות והכשרה המציעים טיפול פסיכולוגי, והיות והוועדה לא מוסמכת לדון בתלונות על מי שאינם פסיכולוגים, הוחלט ליזום טיפול בעניין בחבירה בין הוועד המרכזי, היועץ המשפטי וועדת האתיקה. בישיבת התנעה השתתף גם הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות. בישיבה הוחלט על הקמת תת-ועדה לטיפול בנושא המתחזים, נושא שחשיבותו רבה כדי להגן על הציבור ולעורר מודעות לחשיבות של בחירה במטפלים בעלי מומחיות בפסיכולוגיה.

### \* פרסום מאמרים ברבעון "פסיכואקטואליה" - "משולחנה של ועדת האתיקה" -

ועדת האתיקה מפרסמת בקביעות מאמרים בנושאים מקצועיים-אתיים במדור של הוועדה ברבעון פסיכואקטואליה. הוועדה מקדישה חשיבה רבה לבחירת נושאי המאמרים, בהתאם לסוגיות ולדילמות שעל סדר היום המקצועי והציבורי, ובהתאם לנושאים ספציפיים שלגביהם יש ריבוי פניות להתייעצויות או תלונות על פסיכולוגים. מלבד מאמר אחד המסכם את עבודת הוועדה בשנת 2016, עסקו כל המאמרים שפורסמו בשלוש השנים האחרונות בנושאים שהוועדה סברה כי יש בהם עניין רב לציבור הפסיכולוגים:

07/2017 - היבטים אתיים של מגע בטיפול פסיכולוגי

10/2017 - אתיקה במחקר ופרסום מדעי בפסיכולוגיה

01/2018 - סוגיות ודילמות אתיות במתן אבחנות ובקביעת תוכניות טיפוליות - פורסם לאור פניות אל הוועדה הנוגעות לרפורמה בבריאות הנפש

04/2018 - הפרת החיסיון על טיפול פסיכולוגי בפני המערכת המשפטית מנקודת ראות מקצועית-אתית - פורסם בעקבות "מקרה קסטיאל"

07/2018 - סוגיות מקצועיות-אתיות בעבודת הפסיכולוג עם מתבגרים

10/2018 - סוגיות אתיות באבחון והערכה

01/2019 - סוגיות מקצועיות-אתיות בהדרכה

07/2019 - הסכמה מדעת בטיפול בהפרעות אכילה

10/2019 - מסירת חומרי גלם של מבחנים פסיכולוגיים בהוראת בית המשפט - פורסם בעקבות ריבוי פניות של

## משולחנה של ועדת האתיקה

דילמות מול דרישות בתי משפט המנוגדות לכללי האתיקה, עבודה עם קטינים שהוריהם מצויים בסכסוכי גירושין מורכבים, דילמות הקשורות לכתיבה ומסירה של רשומות פסיכולוגיות ותרשומות אישיות בתנאים מורכבים, דילמות מול החלטות שיפוטיות המורות לפסיכולוגים למסור רשומות פסיכולוגיות, תרשומות אישיות וחומרי גלם של מבחנים פסיכולוגיים, שאלות של שמירה והפרה של סודיות וחסיון, דילמות מורכבות נוכח חובת דיווח על פגיעה בקטינים, הפרת החיסיון הפסיכולוגי במקרים של סיכון אובדני במטופלים בגירים, הצגה עצמית, דילמות הנוגעות למחקר ופרסום מדעי ועוד.

ועדת האתיקה מאחלת לציבור הפסיכולוגים המשיך עבודה פורייה, מקצועית ואתית, ועומדת לרשות הפסיכולוגים חברי הפ"י במתן ייעוץ בסוגיות מקצועיות-אתיות.

### חברי ועדת האתיקה:

יונת בורנשטיין בריי-סוף - יו"ר, שלומית בן-משה,  
אולגה בס, ד"ר מיכה וייס, רימון לביא,  
לימור מאירוביץ', ד"ר אורלי קמפף-שרף

לחשיבה מקצועית-אתית; (2) עלייה במודעות לחשיבות של בחינת היבטים מקצועיים-אתיים וחלופות להתערבות נכונה עוד בטרם תחילת ההתערבות; (3) עלייה במודעות לחשיבות השמירה על כללי התנהלות מקצועית-אתית לא רק על מנת להימנע מעבירות אתיות, אלא כחלק אינטגרלי משמירה על רמה מקצועית ראויה.

המגמה של עלייה בידע ובמודעות ציבור הפסיכולוגים לחשיבות השמירה על כללי האתיקה מתבטאת גם בנושאי הפניות של פסיכולוגים להתייעצות עם הוועדה. אם בשנים קודמות פניות רבות של פסיכולוגים היו בשאלות מקצועיות-אתיות-חוקיות בסיסיות (כגון הצורך בקבלת הסכמת שני הורים לטיפול בקטין, החובה למסור רשומה, העברת מטופלים מהציבורי לפרטי ועוד), הרי שהפניות להתייעצות עם הוועדה בעת האחרונה מאופיינות יותר ויותר בפנייה של פסיכולוגים מנוסים, מומחים ומדריכים, להתייעצות בסוגיות מורכבות ורבות פנים שבהן עליהם להכריע בעבודתם.

חלק מהנושאים שבלטו מתוך הפניות: דילמות מקצועיות-אתיות במצבים מורכבים של ריבוי לקוחות וקונפליקט בין נאמנויות,



# ביטוח אחריות מקצועית

## אזכור כראש סקט

אנו שמחים להודיעכם כי תוכנית ביטוח אחריות מקצועית קבוצתית לשנת 2020 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל חודשה בחברת "מנורה מבטחים". הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים, ומוצע במחיר מוזל לחברי הפ"י בלבד!

**הצטרפותכם מאפשרת שימור יכולת התחרות ושיפור התנאים!!**

ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2020 - עיקרי התנאים:

<p>כולל של 4 מיליון ₪. השתתפות עצמית למקרה תביעת צד ג' הינה בסך - 500 ₪ בלבד.</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"><b>חדש! ביטוח סייבר! ללא תוספת תשלום!</b> הגנה מפני תביעות ונזקים העלולים להתרחש עקב תקיפות סייבר. הביטוח הוא על תביעה מצד שלישי לנזק שנגרם למטופל עקב חדירה למערכות המחשוב של המטפל.</p>	<p>של משרד הבריאות וועדת המשמעת של משרד הבריאות. במקרים אלו תחול השתתפות עצמית של 500 ₪.</p> <p>• <b>התייעצות משפטית:</b> ייעוץ משפטי ראשוני או ייצוג משפטי לתביעה.</p> <p>• <b>חדש! ביטוח צד ג' בכל קליניקה:</b> (בבית או בקליניקה מחוץ לבית) בגבול אחריות של 1 מיליון ₪ - ללא תוספת מחיר! ניתן להגדיל את הכיסוי לצד ג' עד לסכום ביטוח</p>	<p>• <b>ביטוח בסיסי:</b> עלות ביטוח אחריות מקצועית בגבול אחריות של 4.5 מיליון ₪ - <b>455 ₪ לשנה!</b> ניתן להרחיב את גבולות האחריות בכפוף לתוספת תשלום.</p> <p>• <b>הביטוח הינו על בסיס מועד הגשת התביעה וללא השתתפות עצמית!!</b> למעט תביעות הכרוכות בהליכים משמעתיים המתנהלים בפני ועדת האתיקה של הפ"י, ועדת התלונות</p>
---	---	---

**תהליך הרשמה או חידוש ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2020:**

ניתן להצטרף באמצעות אתר ייעודי לחברי הפ"י. האתר מקוון ומאובטח ובאמצעותו ניתן לשלם ולקבל אישור קיום ביטוח באמצעות הדוא"ל. היכנסו עכשיו לאתר הסתדרות הפסיכולוגים והירשמו! [www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)

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

המטופלים שלכם  
כבר שם.  
תתחברו אליהם.

PTech  
מערכת להעברת  
אבחונים אונליין



פוליטיו



חברת סייקטק מפתחת ומספקת מזה כ-25 שנה כלי אבחון, טיפול והכשרה לאנשי מקצוע מתחום הטיפול ובריאות הנפש. פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, ואנשי מקצוע נוספים מוצאים אצלנו את הכלים שאיתם הם עובדים יום-יום. PTech מאפשרת העברה של אבחוני סייקטק אונליין מכל מקום.  
[custserv@psychtech.co.il](mailto:custserv@psychtech.co.il) • [www.psychtech.co.il](http://www.psychtech.co.il) • 02-6435360





# The Quest to Feel Good...

## Emotions and Private Logic

Adlerian psychology is a psychology of use. This is particularly relevant as we consider the adaptive purpose of emotions. Each emotion serves a useful purpose. Understanding that useful purpose helps the therapist, and the individual, to understand the individual's private logic. In this workshop, the two classes of emotions, and the three critical purposes of emotions are presented as means to understanding an individual's unconscious ambitions and private logic. In support of this approach, the Broad Stroke Strategy of early recollection interpretation will be demonstrated as means of using emotions to understand an individual's fears and desires and as a guide to growth.

**Paul R. Rasmussen** obtained his PhD in Clinical Psychology at the University of Georgia. He is a retired Professor of Psychology, currently working with U. S. Military veterans in post-military readjustment. He is an adjunct professor at the University of South Carolina and Columbia College in South Carolina. He taught for 20 years at Furman University before joining the core faculty at the Adler University in Chicago, where he was director of the Adler Child-Guidance Center. He is a diplomate in Adlerian Psychology, licensed Clinical Psychologist and the author of several books, including: *The Quest to Feel Good (2010)*. He is also co-author of the soon to be published trade book entitled: *Duckology: Getting Your Ducks in a Row in Times of Stress*. In addition, he is the author of over 40 professional articles and teaches throughout the United States, Europe and Asia on topics related to emotional health and clinical treatment.



# האם להרגיש טוב...?

סמינר בנושא:

**רגשות והיגיון פרטי**

**באמצעות ניתוח זיכרונות מוקדמים**

בתחניית ד"ר פול ראסמוסן - פסיכולוג קליני, מרצה אורח מארה"ב

ע"פ גישת הטיפול האדלריאנית כל רגש משרת מטרה מסוימת.

הסמינר יעסוק בבחינת המטרות של הרגשות השונים, וכיצד הבנת המטרות מסיעת לנו, המטפלים, להבין את השאיפות הלאל מודעות וההיגיון הפרטי של המטופל.

המנהיג יזמין את המשתתפים להתנסות וידגים כיצד פרשנות וניתוח הזיכרונות המוקדמים משמשים כאמצעי להבנת הפחדים והרצונות של המטופל, ומכאן כהודדמנות לצמיחה.

**ד"ר פול ראסמוסן** - פסיכולוג קליני, מטפל ומדריך אדלריאני במשך שנים היה חבר סגל

חוראה במחלקה לפסיכולוגיה במס' אוניברסיטאות בארה"ב. כיום, מטפל בחיילים משוחררים

ותיקים, מרצה אורח באוניברסיטת דרום קרוליינה וכן חבר בצוות המרצים של I-CASSI -

סמינר אדלריאני שנתי בגולדמו. פרסם מאמרים וספרים רבים, האחרון שבתם: "The Quest

to Feel Good" ובימים אלו לקראת פרסום ספרו החדש:

"Getting Your Ducks in a Row in Times of Stress".

מלמד ומדריך בנושא טיפול רגשי וקליני בגישה האדלריאנית ברחבי ארה"ב, אירופה ואסיה.

**יום תמישי 27.2.20 בין השעות 9:30 - 16:45**

במכון אדלר, רח' התע"ש 14, כפר סבא

• מחיר השתתפות עבור בוגרי מסלולי הטיפול במכון אדלר

ולחברי האגודה לפסיכותרפיה ממוקדת - 150 ₪

• עבור מצטרפים חיצוניים (מטפלים בלבד) - 190 ₪

להרשמה לבוגרים ומטפלים חיצוניים

אריאלה, מייל: [ariela@m-adler.com](mailto:ariela@m-adler.com)