



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

פסיכואקטואליה

מין, מגדר ומיניות

הקשר בין דפוסי ויסות רגשות
ובין התנהגות מינית מסתכנת
ובריאה בקרב בוגרות צעירות

עמוד 32

טיפול באכילת יתר
של נשים בגישה
פסיכואנליטית-פמיניסטית

עמוד 37

טיפול ומגדר -
בין פיצול ובין אינטגרציה

עמוד 44

טיפול מיני מבוסס
קבלה ומחויבות

(Acceptance and commitment based)

(sex therapy) בקרב גברים ונשים עם

פגיעה בחוט השדרה

עמוד 16

התמודדות עם וסטיבולדיניה
והשפעותיה על זהות בקרב
נשים דתיות-לאומיות

עמוד 25

תואר שני M.A. בלימודי משפט ללא משפטים

השכלה משפטית המעניקה יתרון
מקצועי ואישי



קורס
דירקטורים



למידה
היברידית



4 סמסטרים
רצופים



יום לימודים
מרוכז



מלגות
שכר לימוד



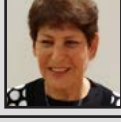
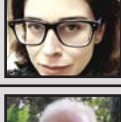
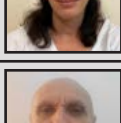
קורס
גישור

לייעוץ אישי ללא התחייבות ניתן לפנות לדורית אטיאס
050-6899099 או בדוא"ל dorita@netanya.ac.il

תוכן העניינים

4	משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י יורם שליואר
5	דבר המערכת שרונה מיטל, ליאת הלפמן
6	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבה
9	משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלוך
11	משולחנו של הפסיכולוג הארצי גבי פרץ
13	משולחנה של הפסיכולוגיה הראשית במשרד החינוך פסיכולוגיה חינוכית קהילתית ומלחמת חרבות ברזל חוה פרידמן
16	טיפול מיני מבוסס קבלה ומחויבות (Acceptance and commitment based sex therapy) בקרב גברים ונשים עם פגיעה בחוט השדרה יותם בן שץ
25	התמודדות עם וסטיכולדיניה והשפעותיה על זהות בקרב נשים דתיות לאומיות תמר יעקבי ואורן סגל
32	הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה בקרב בוגרות צעירות רוזיטל מסרמן אזולאי, מאיה קלמן הלוי וגיא רוט
37	טיפול באכילת יתר של נשים בגישה פסיכואנליטית-פמיניסטית רחל בריוסף-דדון
44	טיפול ומגדר - בין פיצול ובין אינטגרציה יעל ילינק ליברמן
50	פרופיל אישי פרופ' אריאלה פרידמן נחמה רפאלי
52	פינת אקטואליה טיפול EMDR - עדכונים ושינויים בפרוטוקולים ובדרכי הנגשה בעקבות 7 באוקטובר נועה אליאס
56	מקבלי תארים
57	מהפסיכולוגיה בעולם ליאת הלפמן
58	ספרים מומלצים עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים שבתאי מגר
61	משולחנה של ועדת האתיקה היבטים אתיים של מגע בטיפול פסיכולוגי יונת בורנשטיין בריוסף
65	ייעוץ מס "חשבוניות ישראל" - מספרי הקצאה לחשבוניות מס אריה דן
66	פינת נזכור
67	תקצירים

חברי וחברות המערכת

	ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: psychoactuallya@gmail.com
	נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com
	ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com
	ד"ר נועה אליאס טלפון: 052-2971130 דוא"ל: nenoaalias80@gmail.com
	טלי סמני טלפון: 050-8785995 דוא"ל: semani.tali@gmail.com
	ד"ר ליאת הלפמן טלפון: 054-4913329 דוא"ל: liat.helpman@gmail.com
	שבתאי מגר טלפון: 054-4505470 דוא"ל: majarsabi@gmail.com
	ד"ר סמי חמדאן טלפון: 052-8863468 דוא"ל: samihamd@mta.ac.il
	ד"ר עדי מרום-הררי טלפון: 054-5732002 דוא"ל: adimarom1@gmail.com
	ד"ר שרגא שדה טלפון: 054-5605089 דוא"ל: tuts@zahav.net.il
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל: יו"ר הפ"י - מר יורם שליואר מנכ"לית הפ"י - גב' מריאל הוברמן טל' 03-5239393, ת.ד. 10211 רמת גן 5200201 פקס: 03-5230763 דוא"ל: office@psych.org.il עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244 פרסום: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ יהודה הלוי 92, תל אביב www.newyork-newyork.co.il הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל *המערכת אינה אחראית לתוכן מודעות הפרסום המופיעות בגיליון.	
	מקורות המאמרים בגיליון יופיעו באתר הפ"י psychology.org.il סרקו אותי



יורם שליאר, יו"ר הפ"י

חברות וחברי הפ"י,

החטיבות ימי עיון מרשימים שעסקו בתפקידנו בתקופה הזאת, בלקחים מהתערבויות שנעשו, בשיתוף בלמידה ובניסיון ובמחקר. גם החטיבות וגם המטה פועלים ללא לאות לרווחת חברי וחברות הפ"י בפרט ולרווחת הפסיכולוגים. בכלל, מפתחים ומקדמים יוזמות, השתלמויות, קורסים והרצאות, שירותים והטבות שונות. בקרוב נשדרג את האינדקס החדש שלנו, מאגר הפסיכולוגים. חברי הפ"י, בהוספת מרכיב AI למערכת. בזכות התוספת הזאת יוכלו המחפשים באינדקס להיעזר בבינה מלאכותית בתהליך סינון הצרכים והבחירות שלהם.

פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית, ובו הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, התנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית וחטיבת הפסיכולוגים במח"ר לשעבר, ממשיך במאבק יום-יום ושעה-שעה. עם חברת הייעוץ האסטרטגי שלנו וחברת היח"ץ, ובעזרת עשרות פסיכולוגים. מתנדבים, אנחנו מגייסים חברי כנסת ושרים, ארגונים מקבילים, ראשי רשויות ואת המרכז לשלטון המקומי כדי לשנות את המצב הבלתי אפשרי שנתונה בו הפסיכולוגיה הציבורית. בחודש אפריל קיימנו מפגש חשוב, "המלחמה על הנפש", בבית הנשיא, בחסות אשת הנשיא הגב' מיכל הרצוג. בית הנשיא, בהנהגתה של הגברת הראשונה, מבין את עומק המשבר ואת הצורך העצום של הפסיכולוגים. ותומך לחלוטין במאבקנו.

בימים האלה ממש, עם פתיחת הסכמי השכר במשק, משתתפים נציגינו מחטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר לשעבר וההסתדרות הכללית בדיונים עם נציגי האוצר על השכר והתנאים של כלל הפסיכולוגים בשירות הציבורי. משרד הבריאות התגייס לעניין, ואנחנו מקווים שגם משרד החינוך, שעדיין אינו מגויס לנושא, יירתם לעשייה הזאת בקרוב. אנחנו מקווים שהמאמצים הללו יישאו פרי ויביאו לידי שינוי מהותי וראוי לא רק בשכר אלא

גם בתנאי ההעסקה של הפסיכולוגים. בשירות הציבורי. וכמו בכל הגיליונות האחרונים, גם כאן אני ממשיך לייחל בכל מאודי לשובם של החטופים, להחלמת פצועי ופצועות המלחמה בגוף ובנפש, לסיום המלחמה בדרום ובצפון ולחזרת המפונים במהרה ובבטחה לבתיהם. ובסתר ליבי אני מקווה שכל זה יקרה עוד קודם שהגיליון הזה יתדפק על דלתותיכם. לסיום אני מבקש לחבק ולנחם בשם כולנו את המשפחות השכולות של חיילי צה"ל ונרצחי הטבח הנורא ב-7 באוקטובר.

שלכם,

יורם

חברי וחברות הפ"י שלום רב, עוד רבעון חלף בשנה האימה והנוראה הזאת, ונראה שמאז הגיליון הקודם דבר לא השתנה במציאות חיינו. החטופים לא שבו אלינו, ומספרם שם מתמעט רק כי צה"ל מצליח לחלץ עוד ועוד גופות מתוך עזה. המלחמה בדרום לא הסתיימה, והמצב בצפון הולך ומסלים. חזרת המפונים אינה נראית באופק, ומצוקתם וייאושם הולכים וגוברים. מצבנו בזירה הבין-לאומית גם הוא כבי רע, והאנטישמיות גואה בארצות הברית ובאירופה. מצב הרוח הלאומי, על רקע הדברים האלה, ירוד למדי. השגרה שלנו, כמו שהיא תוארה כאן, מאתגרת אותנו מאוד כאנשי מקצוע, כמי שאמורים לטעת תקווה במטופלינו, להגדיל את הרווחה הנפשית שלהם ולסייע לאנשים ולנשים ליצור שינויים במציאות חיייהם. האווירה בארץ גולשת אל תוך הקליניקות, אל מערכות החינוך, אל חדרי המורים, אל מערכות הבריאות, אל מקומות העבודה, אל הקהילות, אל המשפחות וכמובן, אל כל אחד ואחת מאיתנו ברמה האישית כאזרחי המדינה הזאת.

וזוהו הרגע שבו המדינה והחברה זקוקות לנו יותר מאי פעם. בטרומה הלאומית הזאת, הקרובה כל כך מבחינת מאפייניה לשואת היהודים באירופה, יש לנו תפקיד חשוב בסיוע בהתמודדות הן עם המציאות הכללית הן עם המציאות הפרטית-אישית של כל אחד ואחת מאיתנו. עלינו להצליח לגרום למטופלינו לאחוז בתקווה ולעזור להם להתמודד עם האובדן והשכול, עם הטרומה ועם החרדות. עיקר מאבקנו על דמות הפסיכולוגיה הציבורית מבוסס על המחויבות הזאת. ואנחנו מנסים לגרום למקבלי ההחלטות להבין שייבוש הפסיכולוגיה הציבורית במשך שנים רבות היה טעות חמורה וחוסר אחריות משווע כלפי אזרחי ואזרחיות המדינה. הקורנה הוכיחה זאת היטב, והמצב היום אך מעצים את ההבנה הזאת.

אני מלא הערכה לפסיכולוגים ולפסיכולוגיות, בשירות הציבורי ומחוצה לו, שמתגייסים לסייע ופועלים ללא לאות וללא תמורה כספית ראויה, ובדרך כלל גם בסביבות עבודה ובתנאים קשים, ונאבקים על החוסן האישי והלאומי שלנו בימים הקשים האלה. אנחנו הצבא שנלחם על הנפש בד בבד עם הלוחמים והלוחמות האמיצים הנלחמים בשדה הקרב על ביטחוננו הפיזי. ואשר לשתיה החזיתות האלה, נדמה שמותר לצטט כאן את משפטו המיתולוגי של וינסטון צ'רצ'יל על הטייסים האנגלים במלחמת העולם השנייה, "מעולם לא חבו רבים כל כך כה הרבה למעטים כל כך".

אני גאה בחטיבות שלנו - למרות הקשיים הרבים בתקופה הזאת ועל אף אי-היכולת לקיים כינוסים מקצועיים ארוכים, ערכו רוב

שלום לקהל קוראות. פסיכואקטואליה,

גיליון זה עוסק בנושא מין, מגדר ומיניות. נושאים אלו היו תמיד חלק מהקליניקה והמחקר בתחום הפסיכולוגיה. עוד מימי פרויד (Frued, 1949), אשר חידש בין השאר בעצם הבאת העיסוק בדחפים המיניים כדחפים אנושיים בסיסיים אל פני השטח, דרך המחקר של קינסי (Kinsey et al., 1948, 1953) ואחר כך של מסטרס וג'ונסון (Masters & Johnson, 1966) עמד תמיד העיסוק בנושאים אלו בחזית הפסיכולוגיה מבחינת מתן מקום לנושאים שנחשבו טאבו ודחיקת גבולותיו של השיח המקובל. אנו פוגשים את המיניות בקליניקה, אבל לרבים מאיתנו אין הכשרה ספציפית בתחום. בגיליון זה נוכל לקרוא את מאמרו של יותם בן שץ על טיפול שעוסק במיניות באנשים עם מגבלות ואת מאמרם של תמר יעקבי ואורן סגל על מחקר שבוחן את המפגש של המיניות עם אוכלוסייה ייחודית של נשים דתיות שחוות כאבים ביחסי מין.

אפשר לומר שכיום אנו חיים בעולם אשר מקומה של המיניות בו, על גווניה השונים, מוכר מבעבר ומדברים עליו יותר. העיסוק במגדר לעומת זאת חדש יותר, ואף שחלקים ממנו הופיעו גם בעבודות הראשוניות של פרויד, קינסי ומסטרס וג'ונסון, סנדרה בם (1993) (Bem), היא שהביאה את העיסוק במגדר כמרשם חברתי וכהבניה שנוצרת ביחסי הגומלין בין הפנימי לחיצוני. בם עשתה זאת בהשפעת התנועה הפמיניסטית של המחצית השנייה של המאה הקודמת. מאז המשיכו תפיסות מגדר וגבולות מגדריים להתפתח באמצעות פסיכולוגיות כגון פרופ' אריאלה פרידמן, המרואיינת בגיליון זה, בעבודות של אפי זיו בעולם הפסיכואנליזה (למשל, זיו, 2013) ובעבודותיה של פרופ' דפנה יואל בתחום מדעי המוח (Joel & Vikhanski, 2019). בגיליון זה אפשר לקרוא על היבטים במגדר

בטיפול פסיכולוגי ממבט אינטגרטיבי במאמרה של יעל ילינק ליברמן, ועל היבטים מגדריים בטיפול באכילת יתר בקרב נשים במאמרה של רחל בריוסף־דודן. מאמרם של רוזיטל מסרמן אזולאי, ד"ר מאיה קלמן הלוי ופרופ' גיא רוט מחבר בין היבטים מגדריים ופסיכולוגיים והתנהגות מינית מסתכנת ובריאה בקרב נשים צעירות. ההבחנה בין מגדר, שהוא משתנה פסיכולוגי חברתי, למין, שהוא משתנה ביולוגי, היא הבחנה חשובה אשר מסמנת גבולות ויחסי גומלין בין השפעות קונסטרוקטים אלו. בזכות ההתקדמות במחקר בתחום זה וכן בקליניקה של פסיכולוגיה שעוסקת ביחסי הגומלין בין הגוף לנפש כגון פסיכולוגיה רפואית נוכל להבין טוב יותר את הנושאים הללו. הגיליון הבא של **פסיכואקטואליה** יעסוק ביחסי גומלין בין הגוף לנפש. אני מזמינה את כולכם להגיש מאמרים לגיליון חשוב זה.

אאחל לכם קריאה מעניינת ואזמין אתכם להצטרף לעשייה בתחום פסיכולוגיה מודעת מין ומגדר במסגרת הפורום של הפ"י העוסק בנושא. אפשר ליצור קשר ב־sagipsych@gmail.com

בברכה,

ד"ר ליאת הלפמן

חברת מערכת **פסיכואקטואליה** ועורכת הגיליון, חברת סגל בחוג לייעוץ והתפתחות האדם בפקולטה לחינוך באוניברסיטת חיפה, ראש מעבדת STAGS לחקר מין, מגדר, סטרס וטראומה וראש פורום מין ומגדר בהפ"י.

רשימת מקורות בעמוד 12.

דברי המערכת לקראת הגיליונות הבאים

ל־psychoactuallya@gmail.com או למשרד של הפ"י בכתובת: office@psych.org.il

הנחיות הכתיבה מופיעות באתר הפ"י.

להלן הנושאים המתוכננים לגיליונות שיתפרסמו בהמשך שנת 2024 והמועדים להגשת המאמרים:

גיליון קיץ 2024 יעסוק בנושא נפש חסונה בגוף בריא. יערוך אותו חבר המערכת ד"ר שרגא שדה.

גיליון סתיו 2024 בנושא אתיקה ומשפט בעבודה פסיכולוגית, בעריכה משותפת עם ועדת האתיקה של הפ"י בראשותה של יונת בורנשטיין בריוסף, 31 ביולי 2024.

בברכה ובתקווה לימים שקטים מאלו,

שרונה מיטל, יו"ר המערכת

תודותינו לד"ר ליאת הלפמן על עריכת גיליון זה. למרות הזמנים הקשים המערכת משתדלת לחזור ולפרסם גיליונות בנושאים שבשגרת העבודה הפסיכולוגית. עם זאת, כדי לתת קול גם לדברים ייחודיים לזמננו, פתחנו מדור חדש בגיליון זה, "פינת אקטואליה", בעריכת ד"ר נועה אליאס. היא תציג בה חידושים ומידע אקטואליים על הנעשה בשדה. קוראינו מוזמנים להציע חידושים עכשוויים לפינת האקטואליה. תודות לכל מי שהגישו מאמרים. נשמח לקבל מאמרים מחקריים - מחקריים, תאורטיים או יישומיים, ובכללם תיאורי מקרה - לפי כללי APA. פירוט ההנחיות באתר הפ"י.

בשאלות שקשורות לכתיבה ולהגשת מאמרים לפסיכואקטואליה אפשר לפנות אלינו בכל עת בשליחת אימייל

דבר החטיבה השיקומית

הדרך הנוחה לו לבחון את נושא המיניות - באינטייק ובטיפול עצמו. מי שניסה לעשות זאת יודע שכאשר עוסקים בעניין זה צפים ועולים אלמנטים קריטיים לטיפול, ופעמים רבות הם מתחברים לזוגיות, לערך העצמי, למצב הרוח, לנטילת תרופות ולפרוגנוזה השיקום של המטופלים.

כמובן, רק אחדים מאיתנו השלימו הכשרה מלאה בטיפול מיני או התנסו בליווי אנשים ונשים שמתמודדים עם שאלות שקשורות למגדר ולמיניות. ועם זה חובתנו להכיר את הספרות בתחום, את השאלות שאנחנו יכולים וצריכים לשאול באינטייק ובטיפול וכן מענים נוספים תואמי אוכלוסייה שאפשר להפנות אליהם.

אנחנו מקווים שכל אחת ואחד מאיתנו ימצא את הדרך הנכונה והמכבדת לשלב גם אלמנטים אלו בטיפול. אתם מוזמנים לשתף אותנו במה שתגלו בדרך.

ועד החטיבה השיקומית

פעם השתתפתי בסדנה ששאלו בה את המשתתפים, "איך אתם אוהבים את הקפה שלכם?". מגוון התשובות שהתקבלו ודיוקן - החל במגוון הקפה, דרך סוג הכוס, הטמפרטורה וכלה ביחס הקצף והקפה היה רחב מאוד. היה ברור שכל אחד מהמשיבים השקיע רבות בחשיבה על טיב הקפה שלו. אחר כך המשיכה המנחה והזכירה לנו שמגדר ומיניות הם חלק מהותי לא פחות מחיינו, אבל לפעמים אנחנו משקיעים בהם יותר ולפעמים פחות; לפעמים אנחנו ערים למגוון ולפעמים מודעים לו פחות. על כן חשוב לעסוק בהם בטיפול הפסיכולוגי, למשל בפרוגנוזה השיקום, בערך העצמי ובמצב הרוח של המטופלים.

הגיליון הזה של **פסיכואקטואליה** נועד להזכיר גם לנו שמגדר ומיניות הם חלק חשוב בעבודת השיקום ויש לעסוק בהם, בייחוד משום ששיקום המיניות הוא חלק בלתי נפרד מתהליך השיקום בכלל. על כל אחת ואחד מאיתנו למצוא את

דבר החטיבה ההתפתחותית

או האם בנות אינן יכולות לשחק במכוניות ולהסתפר קצר? השאלות האלה ממחישות את הפיכת נושא המין והמגדר לנזיל, עניין שלא תמיד קל ופשוט להתמודד איתו, אך בה בעת נושא שמרחיב את אפשרויות הבחירה והביטוי העצמי לעומת תלות בסביבה.

לצד ההיבטים החיוביים בנושא זה אנחנו עדים בשנים האחרונות לעלייה בשכיחות הפגיעות המיניות בקרב ילדים, לא אחת מאדם מבוגר וקרוב להם. הפגיעות המיניות אף עלו לכותרות וזכו להדים מאז מאורעות 7 באוקטובר. עלינו להניח לילדינו להתפתח, להסתקרן, לחקור מין, מיניות ומגדר בהדרגה ובאופן שתואם את הגיל ואת השלב ההתפתחותי שלהם, אבל בה בעת עלינו לשמור ולהשגיח עליהם. אנחנו צריכים ללמד אותם על שוויון מגדרי ועל חופש בחירה אך גם על פרטיות הגוף, על בקרה של תכנים במדיה ועל חובתם לסרב למגע לא נעים או להתנהגות שאינה הולמת.

אנחנו תקווה שהעולם שיגדלו בו הילדים. של היום יקבל שונות ומגוון רבים יותר ללא שיפוטיות, יכיל ויאפשר אותם ויעניק לילדים. ותרגשה שהם מוגנים. בגופם ובנפשם.

בתקווה לימים טובים מאלה,

החטיבה ההתפתחותית

"אימא אמרה לי, דני, ילדי הוא גיבור ונבון, ילדי לא בוכה אף פעם כפתי קטון". את המילים האלה, שכתבה מרים ילן שטקליס בשנת 1941, שרו דורות של ילדים וילדות. שנים רבות חלפו מאז, והנושא שגיליון זה עוסק בו, מין, מגדר ומיניות, עדיין אינו קל לעיכול ואינו טריוויאלי, בייחוד כאשר מדובר בילדים. לעיתים הוא נתפס כלא רלוונטי לילדים, כעניין ששייך לעולם המבוגרים, ולעיתים ההורים, ואפילו צוותי החינוך, מתקשים להיות עדים להבעת דיספוריה מגדרית, לסקרנותם של ילדים. בתחום המיני ולעיסוק בו ולתת להם לגיטימציה. ההורים וצוותי החינוך עשויים לחשוש מהתנהגות כזאת ואף לנקוט סנקציות או ביקורת, ואלה עשויות להגביר רגשות בושה ואשמה בקרב הילדים.

ועם זאת חשוב לזכור כי ההתפתחות המינית והמגדרית מתחילה כבר בילדות המוקדמת וכי המין והמיניות טבעיים וחשובים להתפתחות האדם ומשמשים ביטוי של דחף החיים. ילדים. לומדים בהדרגה להכיר את גופם, את מינם ואת המגדר שלהם ושל חבריהם. ומפתחים נטיות, התנהגויות ותפקידים שונים תואמי מין ומגדר או שונים מהם. הם שואלים שאלות, מטילים ספקות, חוקרים ומאתגרים סכמות קיימות כגון האם בנים אינם יכולים ללבוש ורוד ולמרוח לק?

דבר החטיבה התעסוקתית

חברי חטיבה יקרים,

בחודשים האחרונים יצאו אל הפועל שני פרויקטים; האחד - יום העיון שהפקנו במאי בשיתוף המחלקה לתואר שני במכללה האקדמית תל אביב-יפו, והשני - תוכנית ההכשרה בטרואמה וחוסן בשיתוף אוניברסיטת רייכמן ובית החולים שיבא. התוכנית הזאת תחל לפעול ביוני 2024. ביום העיון השתתפו 80 פסיכולוגים. בקירוב מהחטיבה. עסקנו בו בחזרת אנשי המילואים לשגרה ולעבודה. דיברנו על התמות העולות בנושא זה, למשל, על הקושי לשוב לשגרה, על הפערים שנוצרו בעקבות המלחמה בין "מי שהייתי" ובין "מי שאני היום" ועל הקושי להתחבר לקולגות או למשפחה בשל אותם פערים. לצד זאת דיברנו על מנופי הצמיחה שנוצרו

ולפעמים הביאו לידי שינויים בתעסוקה. שמענו הרצאות מהנעשה בצבא וסקרנו היבטים של עבודה עם הפרט ועם הקבוצה וכן היבטים של מענים בארגון שניתנו בעקבות אירועי 7 באוקטובר. הייתה הרגשה של קהילתיות ולמידה. לתוכנית ההכשרה בתחום הטרואמה נרשמו 25 פסיכולוגים. בקירוב. יזמנו אותה מתוך מחשבה והבנה שהדי הטרואמה ואירועי המלחמה ילוו את אזרחי המדינה במעגלי חייהם עוד זמן רב. אנחנו גאות בתוכנית ומתרגשות לקראת פתיחתה. ולסיום, יש לנו חבר חדש בוועד - דניאל ספיץ, פסיכולוג תעסוקתי מומחה מיון. אנחנו שמחות מאוד על הצטרפותו.

שלכם,

ועד החטיבה

דבר החטיבה החינוכית

פסיכולוגים. יקרים. וות,

התקופה הזאת מוסיפה להיות מורכבת לכולנו. בצד המלחמה המתמשכת, הימצאותם של חטופים. בשבי חמאס והרגשת הדריכות ואי-הוודאות השוררת בקרבנו אנחנו ממשיכים. בשגרת העבודה ובמתן מענים מגוונים על צורכי האוכלוסייה, צרכים שעלו במידה ניכרת מאז 7 באוקטובר. אלה ימים של שיא העבודה הפסיכולוגית, שנכללים בה בין השאר תהליכים טיפוליים עם ילדים. והורים, ליווי צוותים, תהליכי הערכה ואבחון והשתתפות בוועדות זכאות ואפיון.

זה לא כבר השתתפו כמה נציגים. מוועד החטיבה בכנס שהתקיים בבית הנשיא ועסק בחשיבות הפסיכולוגיה הציבורית כמי שנותנת מענים על המשבר הנפשי המעמיק שחווה עם ישראל מאז 7 באוקטובר. הכנס היה פרי יוזמה משותפת של רעיית הנשיא הגב' מיכל הרצוג ופורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית. תוארו בו המאמצים הכבירים לתת מענה מותאם לכלל אזרחיות המדינה - לנפגעים. הטבח, לפצועים. לעקורים. למשפחות השכולות, לחייליות המילואים ומשפחותיהם. בפרט ולשאר אזרחיות המדינה הנתונים. במציאות מלחמה מתמשכת בכלל - אישי-איש ואישה-אישה על פי הנסיבות והצרכים שלהם. כן הדגשנו שם את הצורך לטפל בבעיות התקינה והשכר שמקשות על אנשי מקצוע מחויבים. וערכיים. לתת מענה מלא על הצרכים הרבים.

גיא יקר, יו"ר ועד החטיבה, השתתף בדיון בוועדה המיוחדת לזכויות הילד בכנסת כנציג פורום הארגונים למען

הפסיכולוגיה הציבורית. הוא קרא למשרדי הממשלה, ובכלל זה לשר החינוך, לתקצב פסיכולוגיה ציבורית ראויה וליצור בהקדם הסכם שכר ראוי לפסיכולוגים. שאם לא כן, לא יישארו עוד פסיכולוגים. במערכת ולא יהיה אפשר לסייע כנדרש לילדים ולילדות הזקוקים. למענה רחב היקף, בייחוד בימים האלה.

מלבד זאת התראיין גיא יקר לגל"צ ואמר בריאיון כי,

לצערנו, יש תקינה מזעזעת של הפסיכולוגים במערכות החינוך, המרפאות ובתי החולים. אנחנו שם גם כדי לעשות מניעה ולא לחכות שהבעיות יחמירו. אבל לצערנו, בגלל תנאי השכר בשירות הציבורי, פסיכולוגים עוזבים, ואז הילדים נשארים בלי מענה כמו שצריך... אנחנו בימים של משא ומתן לגבי הסכם השכר שלנו, ואנחנו קוראים לכל משרדי הממשלה להכניס את היד לכיס - אנחנו מאמינים שלכל אזרח בישראל מגיע טיפול נפשי בחינם.

לפני זמן לא רב פתחנו פרויקט חדש שנקרא "לבחור נכון" ואנחנו בונים. בעזרתכם. מחוון לבחירת שפ"ח או לטיוב. הפרק הראשון עסק בתנאי העבודה והשכר, והפרק השני בהתמחות. אנחנו מזמינים אתכם. לעקוב אחר העדכונים בפייסבוק ובמייל לקראת הפרסומים הבאים.

הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית לשנת 2024 נמצא בשלבי חשיבה ותכנון וישמש עוגן של ממש לכולנו. על כך ועוד נעדכן בקרוב.

בתקווה לימים שקטים מאלה,

ועד החטיבה החינוכית

דבר החטיבה הקלינית

להציף תכנים כואבים אך אינו מזהה שהמטופל כרגע זקוק למנגנוני הגנה מולם כדי לשמור על שפיות. המציאות הנפשית היא מורכבת, ושימוש בכלי ספציפי שאפשר ללמוד בהכשרה של חודשיים אינו יכול להחליף את ההעמקה הנדרשת בתהליך ההכשרה בפסיכותרפיה. חיפוש קיצורי דרך בתחום הזה הוא לא פחות ממחדל שנובע משיקולים כלכליים צרים בלבד שאינם מביאים בחשבון את השיקולים המקצועיים. לאור המצוקה בתחום בריאות הנפש על מקבלי ההחלטות לפעול לחזק את מערכת הבריאות על ידי הבאת אנשי מקצוע ומטפלים מוסמכים, ולא להחלישה עוד יותר. אנו מצפים ממשרד הבריאות לשנות את מדיניותו, להגיע להסכמי שכר מתאימים ולהחזיר את אנשי המקצוע למערכת בריאות הנפש הציבורית.

כדי לשנות את התוכנית שמקדם משרד הבריאות ולפיה יונמכו במידה ניכרת הסטנדרטים שלפיהם ייקבע מי רשאי לטפל, אנו קוראים לכם להיות מעורבים בנושא ולהגביר את המודעות לבעיות ולנזקים שעלולים להיגרם בעקבותיה. נשמח לשמוע מכם על הצעות לדרכי פעולה אפשריות ועל דרכים שתוכלו לעזור בהן.

החטיבה הקלינית

הטראומה הלאומית המתמשכת שאנו חווים כיום משפיעה על מעגלים רבים באוכלוסייה. החשיפה לאכזריות ולזוועות שהתרחשו, מעגלי האובדן והשכול הרבים וכן הרגשת התלישות של המפונים הרבים מביתם באים לידי ביטוי במצוקה נפשית גבוהה שחווים אזרחי המדינה. עקב המורכבות של המצוקה הנפשית הזאת הכרחי לתת מענה מקצועי ואחראי מטעם אנשי מקצוע שהוכשרו בטיפול. ודווקא משום כך מפתיעה ומקוממת גישת משרד הבריאות הלכה למעשה ולפיה יש להרחיב את מעגלי המטפלים ולהכניס למערכת אנשים ונשים שיוורשו לתת טיפול ללא ההכשרה הנדרשת כיום. בטענה שאין הגבלה חוקית למתן שירותי פסיכותרפיה, ומאחר שהצורך הנפשי גדול, נפתחות כיום הכשרות מקוצרות לבעלי מקצוע שונים ללא רקע בטיפול, והם מוזמנים לבוא וללמוד פסיכותרפיה.

אך לאפשר לאנשים לאחר הכשרה מקוצרת לטפל ולגעת במקומות הכי רגישים ללא הכשרה מעמיקה וראויה, משמעה פגיעה ודאית במטופלים וסיכון חיי אדם. מטפלים שאינם מיומנים עלולים לעשות נזקים לטווח הרחוק, ולמרות הרצון הטוב לגרום להחמרה במצב הנפשי של המטופל; לדוגמה, מטפל שמפספס סיכון אובדני או מנסה, מתוך כוונה טובה,



אינדקס הפסיכולוגים.ות

מאגר הפסיכולוגים.ות הרשמי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל





חבריות הפ"י מוזמנים.ות למלא

פרטים בפרופיל האישי - סרקו את הקיו-קוד

ד"ר אילה בלון, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

פסיכולוגים יקרים ואהובים,

על פי חוק הפסיכולוגים, אחד מתפקידיה של מועצת הפסיכולוגים הוא לייעץ לשר הבריאות בכל הקשור לפסיכולוגיה. החובה הזאת, שמוטלת על השר כ"חובת היועצות", חמקנית ושברירית מאוד. אומנם אפשר לשאול מהי מחויבות המתייעץ, מה משמעות הייעוץ, על מי מוטלת החובה ליזום את ההיוועצות ומה דין העצות שניתנו, אבל כנראה לא נפתור את הסוגיה הזאת, לא בהקשר של המועצה שלנו ולא בהקשר של מועצות ויועצים אחרים המחויבים לעשות זאת על פי החוק. בינתיים חברי מועצת הפסיכולוגים ואני עושים כמיטב יכולתנו להגיע אל השר ולהעביר לו את הידע והניסיון של הפסיכולוגים בישראל. אנו עושים זאת גם בזמן שמתקבלות החלטות ונעשים תהליכים שונים במשרד הבריאות גם בלעדינו וכן בנושאים שרלוונטיים לנו ולעיתים נזנחים.

שר הבריאות ח"כ אוריאל בוסו יזם מפגש עם המועצה. את המפגש אירחה המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן, והשתתפו בו חברי המועצה ומשקיפים במועצה. הם הציגו לשר את הייחודיות והחיוניות שבעבודת הפסיכולוגים. פרופ' אילנית חסון-אוחיון, ראש החוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן, בירכה את הנוכחים וציינה במיוחד את מחויבות הפסיכולוגים לחברה הישראלית בכלל ובתקופה הזאת בפרט.

פרופ' תומר שכנר מאוניברסיטת חיפה הציג את תהליך ההכשרה וההתמחות בפסיכולוגיה כיום. לאחר מכן הוא תיאר מחקר לאיתור מרכזים לניבוי הצלחה של טיפול בחרדה בקרב

ילדים.

פרופ' ראובן דר מאוניברסיטת תל אביב הציג מחקר שעוסק בשיטת טיפול שפותחה במעבדה שלו לאנשים ונשים בעלי הפרעה אובססיבית קומפולסיבית.

ד"ר רפאל יונתן-לאוס הציג שני מחקרים. האחד מתאר את הירידה הגדולה בהוצאות על הבריאות בעקבות טיפול פסיכולוגי, והאחר את הנטייה הברורה, המפתיעה והמצערת להעדיף מתן טיפול תרופתי בכל מקרה של מצוקה נפשית, גם בלי לנסות קודם, או בה בעת, טיפול פסיכולוגי.

סא"ל (במיל') ד"ר יאיר נעם הציג את פרויקט MEGO, שניתנים בו שירותי פסיכולוגיה תעסוקתית לצעירים חרדים שמבקשים להשתלב בשוק העבודה.

ד"ר שירי בן דוד, מנהלת השירות הפסיכולוגי במרכזים הרפואיים הדסה, הציגה את היערכות צוות הפסיכולוגיה להתמודדות עם אתגרי השיקום בעקבות המלחמה שהחלה ב-7 באוקטובר.

גב' מיכל אנגלרט, סגנית הפסיכולוגיה הארצית במשרד החינוך, הציגה את עבודת הקודש של הפסיכולוגים החינוכיים בקליטת ילדים ונערים פדויי שבי במערכת החינוך.

גב' ליאת אריאל, מנהלת השירות הפסיכולוגי בקריה הרפואית רמב"ם, ניהלה את חלקו השני של הדיון בנושא הפסיכולוגיה במערכת הבריאות. היא הציגה את הפעילות הענפה בפסיכולוגיה בבתי החולים שעובדים בהם פסיכולוגים, לצד מצבם הלא נתפס של אחדים מבתי החולים בישראל שעדיין אין בהם שירותים פסיכולוגיים כלל.



ד"ר אילה בלון היא פסיכולוגית שיקומית, מדריכה וניירו-פסיכולוגית, יו"ר מועצת הפסיכולוגים. Yor.moetzetsy@gmail.com



של הרפורמות המתוכננות בבריאות הנפש ובשיקום ביקשה המועצה להציג לפני השר את עמדתה בסוגיות השונות בזמן גיבוש התוכניות ולא אחריהן וכן להיות שותפה במעקב אחרי הביצוע והתוצרים. באופטימיות זהירה אציין כי השר הביע נכונות להיענות לבקשה.

אין ספק שרבים הם האתגרים העומדים לפני הפסיכולוגים במדינת ישראל. במקומות רבים שאני מגיעה אליהם מתוקף תפקידי כיו"ר מועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות אני מתקשה לעמוד ברוחות המוחקות את הייחודיות והחיוניות שלנו. עלינו לעמוד איתנים כדי להציע אותן וגם לשפר את התנהגותנו במקומות שהדבר נדרש.

בשיתוף פעולה עם השר, ועל פי הנושאים שהוא מעוניין לקדם, ננסה, בין השאר, להגדיל במידה ניכרת את מספר הפסיכולוגים במערכת הבריאות, להפוך את הכשרתנו למושכת ורלוונטית יותר, מבלי לפגוע ברמה המקצועית הגבוהה, להביא את הפסיכולוגיה לקבוצות תרבות שהיא אינה נוכחת בהן במידה מספקת היום ולעדכן את חוק הפסיכולוגים.

בימים הקשים האלה נאחל לכולנו הצלחה. נתפלל לחזרתם של החטופים והחטופות, להצלחת כוחותינו ולהחלמה ולשיקום מוצלח של הפצועים.

אילה

גב' סיגל סדליק'אלון, הפסיכולוגית הראשית בשירותי בריאות כללית ומשקיפה קבועה במועצה, הציגה לשר את עבודת הפסיכולוגים בקופות החולים והיבטים שונים שייחודיים לעבודה הזאת מנקודת המבט של הפסיכולוגיה בקופות החולים. גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות, הכין סיכום של נושאים מעבודת המשרד והקשר למועצה, אך לא הספיק להציגם (ואני מתנצלת לפניו).

מאז הרפורמה בבריאות הנפש, בעת שעברה האחריות לטיפול הפסיכולוגי בתחום זה ממשרד הבריאות לקופות החולים, חלו שינויים רבים באופן מתן השירותים הפסיכולוגיים וניהולם במערכת הבריאות. כיום נתונים כל השירותים הפסיכולוגיים במערכת הבריאות, בתחום בריאות הנפש, הרפואה, השיקום והתפתחות הילד באחריות קופות החולים. לשייכות הזאת יש השפעות של ממש על הצרכים ועל האתגרים של שר הבריאות ומשרדו. לפיכך נדרש משרד הבריאות, כרגולטור, לתת את הדעת על ההיבטים השונים של השירותים הפסיכולוגיים בקופות החולים ולהתאים את הכללים שלו, את מבחני התמיכה, את מפתחות השירות וכיוצא באלה למציאות הנוכחית. חברי המועצה הביעו את דאגתם הכנה למטופלים ולכלל אזרחי ישראל בכל הקשור לשירותים פסיכולוגיים ציבוריים זמינים ואיכותיים, כנדרש בחוק הפסיכולוגים. גם בהקשר



גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי והממונה על רישוי פסיכולוגים

שלום לכולם,

המונח מגדר טומן בחובו שני מושגים שונים. הראשון קשור להגדרה, והשני לגדר. הראשון קשור לזהות ולהשתייכות, והשני לחומות ולהסתגרות. בעצם מדובר בשתי פעולות משמעותיות שאנחנו עושים מעצם טבענו כבני אדם: גיבוש העצמיות והשתייכות חברתית.

בשירו של יהונתן גפן "מעבר לגדר" (פוליקר, 2010) מתואר הכוח המרחיק של הגדר והרצון למצוא את הדרך פנימה, גם כשלא ברור "מה תמצא מעבר לגדר":

גדר את כולנו היא סוגרת

גבוהה ארוכה ודוקרת

מי פה יודע איפה היא נגמרת

ולך תמצא את הפרצה

אני מבקש להיענות למשאלה של יהונתן גפן ולמצוא את הפרצה; את הדרך שבה אפשר לחבר אחריות, לכבד שונות, לברך על ההבדלים המאפשרים לנו לצמוח. היכולת לפרוץ גדר תלויה מאוד ביכולתנו לגבש זהות. כאשר הזהות שלי ברורה ומגובשת יש לי יכולת גדולה יותר לקבל את האחר. קבלת האחר בזכות היותו שונה יוצרת השתייכות וחיבור חזקים יותר לעומת חיפוש המכנה המשותף.

הימים שבין פסח לשבועות נקראים ימי ספירת העומר, ונוהגים בהם במנהג אבלות לזכר 24 אלף תלמידיו של רבי עקיבא שמתו בתקופה הזאת "מפני שלא נהגו כבוד זה בזה" (מסכת יבמות דף סב ע"ב). בשבתות שבין פסח לשבועות (ואצל אחדות מהעדות עד ראש השנה) נהוג לקרוא במסכת אבות העוסקת במוסר ודרך ארץ, ושם כתוב, "יהי כבוד חברך חביב עליך כשלך" (מסכת אבות, פרק ב, משנה י). הפעולה הראשונה ההכרחית ליצירת הפתח בין הגדרות והיכולת להיות יחד היא מתן הכבוד לאחר בזכות היותו שונה ממני. בספרו

לרפא עולם שבור מעצים הרב יונתן זקס (2010) את החשיבות של כיבוד האחר וקובע אותו כתנאי לחברה חופשית: "תנאי מוקדם לחירות הוא כבוד עצמי, וחברה חופשית היא לפיכך חברה שאינה שוללת מאיש זכות אנושית בסיסית זו" (עמ' 50). אם נקפיד לכבד את האחר ואת האחרות, נסלול את הדרך לקיום דיאלוג שנובע מתוך הקשבה מוקירה שנותנת תשומת לב לדעותיו של הזולת אף על פי שאין אלו דעותיי ועמדותיי. הקשבה כזאת אין משמעותה ויתור על עמדותיי או על אמונותיי, ובכל זאת היא יוצרת תהליכי שינוי. ובלשונו של הרב זקס (2008): "אולם אנחנו אכן משתנים, במובן זה שאני מבין עתה שעליי לפנות מקום לאמונה אחרת, שיש מי שמחזיק בה בכל נימי נפשו, ושהצד השני מבין, אם הראיתי שאני משוכנע בעמדותי, שעליו לפנות מקום לאמונותי שלי" (עמ' 63).

כיבוד האחר השונה ממני והיכולת ליצור איתו דיאלוג פותחים

פתח חשוב לצמיחה באמצעות הזולת, ויתרה מכך להבנה שאנחנו זקוקים לזולת השונה מאיתנו גם כדי להיות וגם כדי לצמוח. אחד המושגים המרכזיים בפסיכולוגיה המבוססת על מקורות יהודיים, פסיכולוגיה שפיתח פרופ' מרדכי רוטנברג, הוא האלטרצנטריות; ובזכותו אני אוהב מאוד את הגישה הזאת. לדברי רוטנברג (1990):

אלטרצנטריות: בניגוד להנגדה המוכרת שבין "אגוצנטריות" (מצב הנפש שבו ה"אני" במרכז) ו"אלטרואיזם" (מצב הנפש שבו ה"אחר" במרכז), מציעה החשיבה הדיאלוגית את המונח "אלטרצנטריות" שפירושו שימת הדיאלוג עצמו במרכז - והרי דיאלוג הוא תמיד דוֹקוטבי, ואף צד מצדדיו אינו אמור לבוא על חשבון האחר. האני והאתה אינם קיימים אלא מתוך היחס ההולך ומתהווה ביניהם, כאשר כל אחד מגיע להגשמתו העצמית רק ע"י ההשקעה באחר וההתגלות אליו (עמ' 47).

היעד לצמיחה באמצעות התהליך האלטרצנטרי הוא הגשמת העצמי התורמת לגיבוש הזהות; הדרך להשגת היעד היא ההשקעה בזולת מתוך הבנה שקיומו ההדדי תלוי ביחסינו זה עם זה. משמעות הדבר אפוא היא שאני זקוק לזולת שהוא אחר ממני כדי להביא את עצמי לידי גיבוש זהותי, לצמיחה ולהגשמה, וחשוב מאוד שאתן מקום של כבוד לאחרות שלו. וכך, בשלושה צעדים, "מצאנו את הפרצה" המאפשרת את החיבור ואת המעבר בין הזהויות המוגדרות והמגודרות. כבוד לאחרות שמבסס תשתית לקיומו של דיאלוג שמאפשר יצירת תהליך של אלטרצנטריות.

בימים טרופים אלו, שבהם אנחנו משועים לפרצה בגדר וליציאה מהגדרות ומהדרות, אני חוזר ומוצא נחמה ותקווה בהתבוננות הארוכה בהיסטוריה היהודית כמו שראה אותה הרב זקס (2008):

התבוננות בהיסטוריה היהודית לימדה אותי הבחנה חשובה: ההבדל שבין אופטימיות לתקווה. אופטימיות היא האמונה שפני הדברים ישתנו לטובה. תקווה היא האמונה שביחד אנחנו יכולים לשנות את פני הדברים לטובה. האופטימיות פאסיבית; התקווה אקטיבית. כדי להיות אופטימי אין צורך באומץ, אבל כדי לשמור על תקווה צריך אומץ רב. בהתחשב בעברו של העם היהודי, אף יהודי אינו יכול להיות אופטימי. אולם מעולם, גם לא בשנות ייסוריהם הנוראות ביותר, לא נטשו היהודים את התקווה (עמ' 190).

בתפילה גדולה להחזרת החטופים, לסיום הלחימה ולשלום בינינו.

בכבוד רב,

גבי



מקורות

זקס, י' (2008). **לכבוד השוני: כיצד נוכל למנוע את התנגשות התרבויות**. טובי.
זקס, י' (2010). **לרפא עולם שבור: החיים כקריאה לאחריות**. מגיד.
פוליקר, י' (2010). מעבר לגדר [שיר]. **אהבה על תנאי**. פוליקר.
רוטנברג, מ' (1990). **קיום בסוד הצמצום: מודל התנהגותי לפי החסידות הקבלית**. מוסד ביאליק.

רשימת מקורות מעמוד 5.

מקורות

זיו, א' (2013). גבריות תחת מתקפה: מבט מחודש על טראומה מינית בגברים. **שיחות**, כ"ז(1), 32-23.
Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. Yale University Press.
Freud, S. (1949). *Three essays on the theory of sexuality*. Imago Publishing.
Joel, D., & Vikhanski, L. (2019). *Genderm: Beyond the myth of the male and female brain*. Octopus.
Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. (1948). *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders Company.
Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W. B. Saunders Company.
Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.

ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

דברי פרדה

עם תוכניות המניעה, לקויות הלמידה והיחידות השונות. מארג שיתופי פעולה זה השתבח עם השנים. הפסיכולוגיה החינוכית משתייכת לשתי זירות מרכזיות: החינוך ובריאות הנפש. ניהול מדיניות הפסיכולוגיה החינוכית כרוך בתנועה בין הזירות הדינמיות האלה ובין ההתכוונות המותאמת לכל אחת מהן. בשדה החינוך היה לנו חלק, בין השאר, בשינויים במדיניות השילוב וההכללה ובכלל זה תיקון חוק החינוך המיוחד, בגיבוש וביישום תוכנית מלקויות ללמידה, בהשלכות של מדיניות פיקוח המשרד מגיל אפס עד שלוש ובגפ"ן. בשדה בריאות הנפש היה לנו חלק גם במדיניות הטיפול בילדים נפגעי פגיעות מיניות, בהתאמת הכשרות בתחומי אבחון קשב ואבחון אוטיזם ובגיבוש ויישום התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות. לאחר כל שינוי היה עלינו לבחון את השפעותיו על זהותו ועל עבודתו של הפסיכולוג ועל גיבוש תמונת עתיד לפסיכולוגיה החינוכית בהיבטים של מדיניות, דרכי פעולה והכשרות.

מיצוב הפסיכולוגיה החינוכית באקוֹסיסטם הארגוני זימן לנו שותפויות חשובות ויקרות ערך עם גורמים רבים. במשרד החינוך שיתפנו פעולה עם אגפי הגיל, חנ"מ, הייעוץ המשפטי והדוברות. מחוץ למשרד שיתפנו פעולה עם מרכז השלטון המקומי ועם איגוד מנהלי אגפי החינוך, ובמשרד הבריאות עבדנו עם הפסיכולוג הארצי, עם הוועדה המקצועית, עם אגף בריאות הנפש ועם היחידה למניעת התאבדות. כן עבדנו עם משרד הרווחה, עם משרד המשפטים, עם ג'וינט־אשלים ועם גורמים שונים במוסדות האקדמיים. בהקשר זה חשוב להזכיר את הברית עם איגוד מנהלי השפ"חים שהתפתח בדרכים שונות במשך השנים ואת הקשר עם ועד המתמחים. אחד השינויים הבולטים בייצוג הפסיכולוגיה הציבורית בישראל התרחש עם הקמתה של התנועה לפסיכולוגיה ציבורית. הקמת התנועה עיצבה את השיח הציבורי על הפסיכולוגיה הציבורית וגם על הפסיכולוגיה החינוכית בכנסת ובתקשורת ואפשרה לנו ליצור מנגנון שיתופי פעולה עם איגוד מנהלי השפ"חים, עם הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ועם חטיבת הפסיכולוגים במח"ר (לפני פירוקה). מקוצר היריעה לא אוכל לציין כאן את כל אבני הדרך בהתפתחות הפסיכולוגיה החינוכית ב־18 השנים הללו, ועל כן אזכיר אך כמה נקודות ציון עיקריות וחשובות שעיצבו את זהות המקצוע והשפיעו במידה ניכרת על העוסקים בו. יציקת המסד היא המאפשרת את בניית הטפחות. המסד הוא

אני מגיעה ליום העבודה הראשון שלי בשפ"י בתפקיד מנהלת אגף פסיכולוגיה ופסיכולוגית ארצית ונכנסת נרגשת לחדר 550 בקומה החמישית. המזכירה מברכת אותי במאור פנים ופותחת את הדלת לחדר שעתיד להיות שלי. החדר מלא ארגזי קרטון מאובקים שנערמו זה על גבי זה במשך שנתיים וחצי. האסימון יורד, כן אז עוד היו אסימונים. זה היום הראשון שלי ב"חפיפה" עם כיסא ריק.

מראה החדר סימל את הרוחות שנשבו באותה תקופה. פסיכולוגים רבים, יודעי דבר, הביעו חשש עמוק מפני גוויעתה והיעלמותה של הפסיכולוגיה החינוכית. ואולם לצד החששות והדאגה היו לפסיכולוגים מנהיגות וחזון; הייתה קבוצת פסיכולוגים מחוזיים ומנהלי שפ"חים בעלי קוד גנטי משותף: זהות מקצועית ברורה, אכפתיות ואהבה עמוקה למקצוע. לא הייתי היחידה שבחרה בכל יום להיות פסיכולוגית חינוכית.

הפרפרים בבטן משמיעים את קולם כשאני כותבת את פינת הפסיכולוגית הארצית של משרד החינוך בפעם האחרונה, והפעם אלה דברי פרדה. אני נעה בין החוויה האישית של פרישה וסיום פרק חיים מקצועי משמעותי כל כך ובין ההתבוננות על הפסיכולוגיה החינוכית במבט לעבר, להווה ובפנים לעתיד.

ב־18 השנים שחלפו מאז אותו יום ראשון בשפ"י עבר השירות הפסיכולוגי חינוכי ציבורי דרך ארוכה ובה עליות ומורדות, אבל תמיד בצמיחה מתמדת. ממעוף הציפור אפשר לומר שבמדינה ללא הפסקה שלנו נדרשנו תמיד למשימות השעה, עסקנו במיסוד המבנה הארגוני, בגיבוש מנהיגות איתנה, בכתיבת תורת עבודה (מתווה השפ"ח), בקביעת סטנדרטים מקצועיים ואתיים וברקימת שותפויות איתנות מבית ומחוץ.

עבדנו יחד. כל רעיון, יוזמה ונתיב פעולה גובשו ונרקמו לכלל מדיניות ודרכי פעולה בעבודה ששותפים לה פסיכולוגים בכירים רבים ובראשם הנהגת מטה אגף פסיכולוגיה, הסגניות וכל אחד ואחת מהפסיכולוגים המחוזיים מאז ועד היום. אי אפשר לתאר את התפתחות הפסיכולוגיה החינוכית בלי להזכיר את השותפים הרבים לדרך. באגף גיבשנו רשת תפקידים ומבנה ריכוזי שנועד לקדם את סדר היום המקצועי כך שיהיה רלוונטי למנהלי השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים ולפסיכולוגים בכלל. רכזי אגף פסיכולוגיה תרמו למסוגלות המקצועית תרומה עצומה. מבנה זה נוצר בשיתופי פעולה בעלי משקל רב עם מנהלת שפ"י, עם מנהלות אגפי הייעוץ,

- התערבות באמצעות כלל המשאבים העומדים לרשות השפ"ח. המנהל פועל על פי עקרונות הפסיכולוגיה החינוכית ברצף של קידום בריאות הנפש ומניעת סיכון לתחלואת הנפש. בידי המנהל הסמכות להגדיר את השירותים שיינתנו למקבלי השירות: ילדים, הורים, צוותי חינוך וקהילה על פי העקרונות המקצועיים ובהפעלת שיקול דעת במודל רמות השירות. עבודת כל שפ"ח מותאמת למגזר ולאופי הקהילה שהשירותים ניתנים לה.

במתווה השפ"ח הוגדרה אפשרות הרחבת עבודת השפ"ח - השפ"מ - בשני מצבים: **שירות פסיכולוגי מורחב במימון ציבורי** ושירות פסיכולוגי במימון ההורים. במשך השנים נמצא שהשירות הפסיכולוגי המורחב במימון ציבורי רלוונטי במיוחד בגלל ההתפתחויות הרבות שהתרחשו בכל הקשור למקורות המימון הציבורי של השפ"ח. עד שנת 2010 היו המשאבים שעמדו לרשות מנהלי השפ"חים תקנים, פרויקט שפ"י ותקציב לטיפול בילדים נפגעי פגיעה מינית. בשנת 2010 יצאה לדרך התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (שמיד - 360). היא הייתה "הסנונית הראשונה" שבישרה על האפשרות להרחיב ולהעמיק את עבודת השפ"ח **במימון ציבורי-תוספתי**, ועם הזמן הופיעו מקורות מימון שונים: התוכנית למניעת התאבדות, הדרך החדשה, מלקיות ללמידה, גפ"ן בית ספרי, גפ"ן רשותי וכדומה. זה המקום להזכיר את הרחבת שירותי השפ"ח בתקופת מגפת קורונה באמצעות סלי קורונה והפעלת סלי תגבור מאז פרוץ מלחמת חרבות ברזל.

השינויים האלה הביאו לידי לידת המושג **השפ"ח כחידה מקצועית ארגונית וכלכלית**. הרחבת עבודת השפ"ח באמצעות תוכניות לאומיות, תוכניות משרד החינוך וסלים שינתה מאוד את תפקיד מנהל השפ"ח. כדי ליצור מפת שירותים ברשות המקומית על המנהל למפות צרכים, סוגי משאבים (תקן, תוכניות, סלים) ולצוות פסיכולוגים למסגרות חינוך, לתוכניות ולמשימות. מדובר בתוכנית עבודה מורכבת רבת-משתנים שמחייבת סנכרון בין צורכי האוכלוסייה, מאפיינים מקצועיים של כוח האדם של השפ"ח ואף צורכי ההתמחות. תקצר היריעה מלציין את כל השינויים שהתרחשו בעבודתם של מנהלי השירותים הפסיכולוגיים מאז 2010. אציין אך שחל שינוי דרמטי בדרישות התפקיד, ברפרטואר התפקיד ובתמהיל העבודה, והם מתכנסים יחד לאחריות עצומה ולעומס רב שמוטל על כתפי המנהלים.

ניהול מבוסס נתונים - בחדר הלידה של אגף פסיכולוגיה נמצאת מערכת ממוחשבת לניהול השפ"ח. המערכת עודנה בשלבי אפיון, ובסיום התהליך תשמש כלי ניהול אחיד לכל מנהלי השפ"חים. היא תספק נתונים ברמת הרשות, המחוז והמדינה, והם ישקפו את עבודת השפ"חים כשירות פסיכולוגי חינוכי ציבורי.

תחומי הליבה של הפסיכולוגיה החינוכית, ואלה התחומים:

פסיכותרפיה - תיקון סעיף 39 בחוק הפסיכולוגים נוצר בעבודה מאומצת ומשותפת של שותפים רבים ונתן תוקף לפסיכותרפיה בפסיכולוגיה החינוכית. תיקון זה נעשה יסוד מהותי להעמקת העבודה הפסיכותרפויטית במסגרות החינוך, בחדרי שלוה, בתוכניות טיפול בילדים נפגעי פגיעה מינית, בילדים שיש להם בעיות התנהגות ובילדים בסיכון להתאבדות. הפסיכולוגיה החינוכית התפתחה ונהייתה לפסיכולוגיה רלוונטית וזמינה למתן טיפול בילדים במצבי הסיכון החריפים ביותר. ואזכיר שלפסיכולוגיה החינוכית יש מסלול הכשרה ייחודי משלה לפסיכותרפיה.

פסיכודיאגנוסטיקה - בתחום זה חלו התפתחויות רבות במשך השנים. אחת מנקודות הציון המובהקות היא הטמעתו של מבחן וודקוק-ג'ונסון בעבודת השפ"ח. "צוות מדף המבחנים" שלנו בחן את המבחן, ומשרד החינוך רכש זכויות להתאמתו לאוכלוסייה הישראלית. זהו מבחן האינטליגנציה הראשון והיחיד שהותאם לכלל ילדי ישראל, מהגיל הרך ועד גיל ההתבגרות, בשפה העברית ובשפה הערבית וקיבל את אישור החינוך העצמאי ומעיין החינוך התורני בחברה החרדית. קדמו להטמעת המבחן הכשרות בגישת CHC. הצעדים האלה לוו בגיבוש פורמט של חוות דעת פסיכולוגית וקידום ידע פסיכודיאגנוסטי בתשומת לב לאבחונים של ילדים בתחום לקויות למידה והפרעות קשב.

עבודה פסיכולוגית מערכתית-תשתיתית - מרכיב זה בעבודה הפסיכולוגית חינוכית הוגדר והוכר כיסוד מרכזי בעבודת הפסיכולוגים החינוכיים בכל רצף הגילים. עבודת הפסיכולוג עם המבוגר המשמעותי, הורים וצוותי חינוך, היא מאבני היסוד של פסיכולוגיה חינוכית משפיעה. לימים יצק פיתוח הגישה המגדלת שהתהווה בשיתוף פעולה עם הג'וינט תפיסה ופרקטיקות לעבודת עומק מערכתית בפסיכולוגיה החינוכית שלווה בהכשרות בשדה זה.

מודל ההפעלה

העיקרון המנחה המרכזי של מודל הפעלת השפ"ח הוא שירות הציבור - שירות פסיכולוגי שפועל במסגרות החינוך של הקהילה, זמין לה ורגיש לצרכיה. אחד משותפינו באגפי החינוך אמר לי פעם, "עבודתכם מבחינתי היא היד על הדופק של החינוך ברשות". המעבר מחוזר מנכ"ל: "של שירותים" (2003) לחוזר מנכ"ל: "מתווה השירות הפסיכולוגי חינוכי" (2010) מבטא שינוי פרדיגמה. החלטנו לעבור מסכמה כמותית שנוגעת להיקף השירותים שישפק השפ"ח למסגרות החינוך (גנים ובתי ספר), במגבלות התקציב העומד לרשותו (שירותי חובה ורשות), לסכמה תפיסתית חדשה. על פי התפיסה הזאת מגבש מנהל השירות הפסיכולוגי חינוכי את מארג השירות הפסיכולוגי הדרוש לכל קהילה ברצף מניעה

מסוגלות מקצועית

הכשרות הפסיכולוגים מביאות לידי ביטוי את ביסוס ליבת המקצוע מזה ואת יעדי התפתחותו מזה. תוכנית המדרשה לפסיכולוגיה חינוכית, שהוקמה לפני שני עשורים בקירוב, משקפת את צורכי ההתפתחות המקצועית של הפסיכולוגיה ומסמנת את עתידו. ציון דרך ניכר בעניין זה היה גיבוש תוכנית ההשלמה. לפני עשור שאלנו את עצמנו אם יוכל בוגר תואר שני בפסיכולוגיה, בארץ או בעולם, שלא עשה פרקטיקום ולא התנסה יישומית בפסיכולוגיה לגשת למרכז בשפ"ח. ותשובתנו הייתה שלילית. בתשובה הזאת יצרנו רף כניסה מקצועי לשפ"ח, למרות המחיר הכרוך בו - צמצום מספר הפסיכולוגים המגיעים למרכז בשפ"ח. יצרנו את תוכנית ההשלמה. במסגרת התוכנית שגובשה במטה אגף פסיכולוגיה נקבע שהחל מינואר 2015 יידרשו מי שלא סיימו לימודי פסיכולוגיה יישומית לשנת השלמה. המדיניות הזאת הייתה כרוכה בגיבוש תוכנית לימודים בשיתוף האקדמיה ובשינוי דרישות המרכז של משרד הפנים למרכזים ברשויות. אין מדובר בתוכנית בלבד כי אם בהחלטות מעצבות פני עתיד שקיבל מטה האגף בקשר לדרישות סף הכניסה למקצוע.

מטה אגף פסיכולוגיה וצוות המדרשה והפיתוח המקצועי עמלו במשך שנים על פיתוח המסוגלות המקצועית של הפסיכולוגים בסטטוסים השונים והתאמתה לצורכי השעה ולרוח הזמן. יש הכשרות שהתאימו לתקופה מסוימת, ועם הזמן השתנה הצורך והן נסגרו, למשל מסלול הגיל הרך; ויש הכשרות, כמו הכשרת מנהלי השפ"ח, שהתפתחו והשתבחו עם השנים, והשנה אף נוספה להן הכשרת סגנים. במבט מעמיק על הקורסים והמסלולים במדרשה נגלה גם שם מאמץ מתמיד לפתח את העוסקים במקצוע ברגישות לרלוונטיות של ההכשרה לאותה העת.

מראת המספרים

אי אפשר לדבר על התפתחות הפסיכולוגיה החינוכית בלי לגעת בשני נתונים מרכזיים: בעשור האחרון הוכפלו מספר התקנים ומספר הפסיכולוגים בשפ"ח וחל גידול גם במספר המוסדות האקדמיים שנלמד בהם תואר שני בפסיכולוגיה חינוכית. הגידול במספר התקנים מעיד על הכרת משרד החינוך בצורך בעבודה פסיכולוגית במסגרות החינוך ועל המאמצים לבסס את השירות הפסיכולוגי החינוכי ולקדמו. ועם זאת אנו עדים לחסר עמוק בפסיכולוגים לעומת הצרכים בשדה. החסר המרכזי קשור בשכר הנמוך של הפסיכולוגים, ובימים האלה הם ממתינים לבשורה טובה בעניין הזה.

משבר וחירום

רבים מכם ודאי יעידו על המקום המיוחד שתופסת העבודה הפסיכולוגית בשעת חירום בזיכרון המקצועי. חודשים אחדים אחרי כניסתי לתפקיד פרצה מלחמת לבנון השנייה. אז לא הייתי פסיכולוגית בשפ"ח וגם לא מנהלת השפ"ח, אלא מנהלת אגף פסיכולוגיה, הממונה הארצית על עבודת הפסיכולוגים בשפ"ח; שינוי גדול באחריות ובפרספקטיבה. עסקנו בסוגיות של איסוף מידע בין המטה ובין השדה בזמן אמת וגם באפשרות נידוד פסיכולוגים בין השפ"ח. זה היה מקרה הבוחן הראשון שלי לשותפות עם מרכז השלטון המקומי. מאז התמודדה ישראל בכלל ויישובי העוטף בפרט עם 11 מבצעים צבאיים ועם קורונה אחת. במשך השנים התמודדו מנהלי השפ"ח והפסיכולוגים ביישובי העוטף עם מצבי דחק, דיכאון וטראומה מתמשכים ששום שירות לא ידע מעולם. הם הפכו את השירות הפסיכולוגי חינוכי לחלק בלתי נפרד מההתמודדות הקהילתית ומחוסנה, ועשו זאת במקצוענות.

כמו שלמד כל אחד ואחת מאיתנו, טבעם של אירועי חירום הוא שבכל אחד מהם מופיע אתגר מקצועי ייחודי לאותו מצב. לפסיכולוגים החינוכיים הייתה ההתמודדות עם מגפת קורונה לא רק התמודדות אישית-בריאותית, משפחתית וחברתית, כחלק מהעולם כולו, עם נגיף מאיים שבתחילה לא נמצא לו חיסון, אלא התמודדות עם סוגיות ה"חינויות". סוגיית הספק בדבר החינויות של הפסיכולוגים באה לידי ביטוי בהגדרה שקבעה כל רשות מקומית בקשר לעובדים החינוכיים בה. הסוגיה הזאת משקפת את אותה דאגה סמויה או גלויה בקשר לצורך בפסיכולוגיה החינוכית ובעוסקים בה. עד מהרה טיפסה סוגיית החינויות מהרמה המקומית אל הרמה הארצית. מגפת קורונה הציפה את שאלת החינויות של הפסיכולוגיה החינוכית בעיני קובעי המדיניות. משרד החינוך קיבל עליו אז תפקיד מרכזי מאוד בהכרעה והתגייס משפטית להכריע בסוגיה כדי שהפסיכולוגים החינוכיים עובדי השירות הציבורי ברשויות יוגדרו כעובדים חינוכיים. בזירה הזאת פעלו גם שחקנים נוספים ותרמו תרומה סגולית משלהם.

ברטרספקטיבה לאחר 7 באוקטובר נראית מגפת קורונה כמו סיפור ישן, וסוגיית החינויות כמו אנקדוטה שמשקלה מועט. מאז 7 באוקטובר ניצבת הפסיכולוגיה החינוכית בחזית ההגנה על נפשם של ילדים, והפסיכולוגים החינוכיים משקיעים בעבודה אינטנסיבית עם מפונים ומתפנים, עם ילדים במצבי שכול, אבל, חרדה, דיכאון וטראומה. הפסיכולוגים החינוכיים מטפלים ומתערבים בטיפול פרטני וקבוצתי ומחזקים התמודדות של הורים וצוותי חינוך. שירותים פסיכולוגיים ביישובי העוטף ושירותים בצפון פונו גם הם. יש פסיכולוגים שהפליטות,



טיפול מיני מבוסס קבלה ומחויבות (acceptance and commitment based sex therapy) בקרב גברים ונשים עם פגיעה בחוט השדרה

יותם בן שץ¹

תקציר

מאמר זה בוחן את יישומה של תרפיית קבלה ומחויבות בטיפול מיני (acceptance and commitment based sex therapy) בקרב גברים ונשים עם פגיעה בחוט השדרה. הוא מציג את ההשפעות הפיזיולוגיות והנפשיות של פגיעה כזאת על תפקודם המיני ומדגיש את הפוטנציאל הטמון בגישה להתמודדות מקיפה ואינטגרטיבית עם האתגרים הייחודיים שהפגיעה מזמנת. תרפיית קבלה ומחויבות - ACT - מתמקדת ביצירת גמישות פסיכולוגית באמצעות טיפוח קבלה ומחויבות לפעולות מבוססות ערכים. היא מאפשרת למטופלים להתמודד עם החוויות הקשות שנובעות מפציעתם ולפתח דרכים חדשות להגשמת המיניות והאינטימיות שלהם על פי מצבם החדש. במאמר מוצעות המלצות ליישום טיפול מיני מבוסס ACT, ומוצג בו תיאור מקרה לדוגמה. כן מודגש הצורך בפיתוח מחקר נוסף בתחום זה כדי לבסס את יעילות הגישה בטיפול בנשים ובגברים שחוו פגיעה כזאת. כמו כן המאמר עוסק באתגרים בנושא הנגישות לטיפול מיני מותאם ובצורך בהכשרה מקצועית ובפיתוח שירותים מתאימים לאוכלוסייה הזאת.

הקדמה

בהיותנו אנשי בריאות הנפש חשוב שנכיר את ההשפעות שיש לפציעות חוט שדרה (פח"ש) על חייהם של גברים ונשים ועל מערכות היחסים האינטימיות שלהם, ובכלל זה ההיבט המיני. פח"ש הן פציעות שבהן ניזוק חוט השדרה, ועקב זאת נגרם אובדן תפקוד חושי ומוטורי ונוצרות רמות שונות של מוגבלות (McDonald & Sadowsky, 2002). מצב מורכב ומשנה חיים זה עשוי לתת את אותותיו בכל התחומים: ניידות, תעסוקה, חברה, משפחה וכמובן, התפקוד המיני ואיכות החיים הכללית (Silva et al., 2014). תפקוד מיני הוא היבט בסיסי ברווחת האדם, ומלבד חשיבותו האבולוציונית בתחום הפריור ובגרימת הנאה הוא ממלא

תפקיד חשוב במגוון היבטים כגון הערכה עצמית, דימוי גוף, זהות וקשרים אינטימיים. גברים ונשים עם פח"ש נתקלים בשינויים ובמגבלות מהותיים בתפקוד ובביטוי המיני שלהם (Basson & Bronner, 2015). ההשפעות הפיזיולוגיות של פח"ש משתנות על פי סוג הפציעה וחומרתה. ככל שהפגיעה ממוקמת גבוה יותר על חוט השדרה כך השפעותיה חמורות יותר (Salehi et al., 2015). פציעות חוט שדרה עשויות לשבש היבטים שונים בתפקוד המיני בשל פגיעה במסלולים העצביים המקשרים בין המוח ובין איברי המין (McDonald & Sadowsky, 2002). תחושה מופחתת באיברי המין, קשיי זקפה, שינויים בתגובה האורגזמית ושינויים בפוריות הם אתגרים שכיחים שנתקלים בהם גברים ונשים עם פח"ש (Salehi et al., 2015).

לפח"ש עשויה להתלוות גם תגובה נפשית קשה כגון פגיעה בדימוי הגוף, חרדה, דיכאון, פוסט-טראומה ושינויים בתפיסה העצמית, ולצידם גם הרגשת חוסר התאמה, אבל על אובדן תפקודים (מיניים ואחרים), פחד מדחייה ושיפוט מצד החברה. אלה עשויים להשפיע לרעה על הביטחון המיני ועל האינטימיות (ארזי-מרגלית ואחרים, 2002; Basson & Bronner, 2015; Teal & Athelstan, 1975).

הטיפול המיני בגברים ובנשים שנפגעו בחוט השדרה הוא מרכיב חיוני בתהליך שיקומם, אך למרבה הצער הוא נזנח או נדחק בשל רגשות בושה ומבוכה, חוסר ידע מצד הצוות המטפל, היעדר משאבים ותיעודף חסר של הנושא לעומת מטרות שיקומיות אחרות. ההיבטים הפיזיולוגיים והנפשיים של פגיעה בתפקוד המיני ובמיניות בעקבות פח"ש מחייבים התערבויות ומענים מקצועיים, הוליסטיים וגופנפשיים. טיפול מיני שמבוסס על גישה קבלה ומחויבות עשוי להציע מסגרת כזאת. על ידי טיפוח של קבלה וחיזוק המחויבות לפעולות מבוססות ערכים אפשר לסייע לגברים ולנשים האלה לעסוק במיניותם ללא שיפוט וללא הימנעות (Enjeb et al., 2021). באמצעות הטיפול יוכלו המטופלים ליצור מערכת יחסים חדשה ומסתגלת יותר עם המחשבות והרגשות שיש להם על

¹יותם בן שץ הוא פסיכולוג שיקומי מומחה, בהסמכה להדרכה, ובוגר התוכנית הדו-שנתית להכשרת מטפלים מיניים במרכז לבריאות מינית (שס"ק) בתל השומר; פסיכולוג אחראי במחלקת שיקום כללי ג' במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי; ובעל קליניקה פרטית בתל אביב.

שהיו מקובלות עד כה ואימוץ תנוחות חדשות (לדוגמה, מעבר מיחסי מין במצב שבו הגבר למעלה למצב שבו האישה למעלה או שימוש בערסל). שינוי והתאמה נדרשים גם בגלל המגבלות הסנסוריות. למשל, גברים ונשים עם פח"ש עשויים להיות נעדרי תחושה באזורים מסוימים או לחוות כאבים נירופטיים (תלויים ושאנים תלויים במגע וכן בעת אורגזמה) (Basson & Bronner, 2015). הדבר עלול להטריד ולפגוע ביכולתם לחוות הנאה, סיפוק ועונג מיניים וכן בקשרים הזוגיים המיניים עצמם.



מלבד זאת גברים ונשים עם פח"ש מתמודדים גם עם השפעות רגשיות על תפקודם המיני ועל מיניותם. עלולים להתעורר בקרבם מצבים רגשיים כגון פגיעה בדימוי הגוף ובדימוי העצמי והמיני, חרדה, דיכאון ופוסט-טראומה. כן עלולה להשתנות מידת המשיכה בין בני הזוג בגלל שינויים גופניים שנגרמו מהפגיעה (צלקות, הידלדלות שרירים, שינויים במנח הגוף בעת מנוחה ועוררות וכיוצא באלה). ההשפעות האלה עשויות להקשות עליהם עוד יותר את התפקוד המיני ולפגוע במיניותם עד כדי הפחתת העניין במין ובמיניות, הימנעות ממין או קשיים ביצירה ובשימור של מערכות יחסים (ארזי-מרגלית ואחרים, 2002; Teal & Basson & Bronner, 2015; Athelstan, 1975).

על נשות ואנשי המקצוע להכיר את ההשפעות הראשוניות והמשניות של פח"ש על התפקוד המיני והמיניות ולעסוק בהן. התערבויות מותאמות צריכות להתבסס על גישה הוליסטית ורב-מקצועית שנוגעת לממדים פיזיולוגיים, רגשיים, תפקודיים ותרבותיים. באמצעות שילוב טיפולים רפואיים (תרופות ואביזרים מסייעים), פסיכואדוקציה, ייעוץ, טיפול ושיקום מיני יוכלו נשות ואנשי המקצוע לסייע לגברים ולנשים עם פח"ש בהחזרת הרווחה המינית שלהם ובשיפור איכות חייהם.

עצמם, על מגבלתם ופציעתם וכמובן, על מיניותם. הם יעשו זאת מתוך הגברת המודעות והקשיבות (מיינדפולנס) להווה בזמן אינטראקציות אינטימיות ומיניות ומתוך חקירה ויצירה של אפיקי הנאה חדשים, של עונג וחיבור לעצמם ולאחר.

פח"ש והשפעתן על התפקוד המיני

כאמור, פח"ש הן נזק בחוט השדרה עקב פציעה טראומטית, גידולים או מחלות אחרות (McDonald & Sadowsky, 2002). הבנת ההשפעות הנורולוגיות הייחודיות של פח"ש חיונית להתאמת התערבויות יעילות להתמודדות עם האתגרים שעשויים לעמוד לפני גברים ונשים עם פח"ש בחייהם. למשל, אחת ההשפעות העיקריות של פח"ש על תפקוד מיני בקרב גברים היא פגיעה ביכולתם להגיע לזקפה או לשמר אותה. מצב זה נובע משיבוש המסלולים העצביים המעורבים בתהליך יצירתה. חומרת הפרעת הזקפה תלויה בדרגת הפגיעה בחוט השדרה ובהיקפה. פציעות שלמות וגבוהות בחוט השדרה גורמות בדרך כלל להפרעות זקפה קשות (וכמובן, גם למוגבלויות קשות נוספות אחרות). לעומת זאת ייתכן שלגברים עם פציעות לא שלמות, או בחלקים נמוכים של חוט השדרה, תישמר יכולת זקפה מסוימת. השפעה עיקרית נוספת של פח"ש קשורה לשפיכה. גברים עם פח"ש עלולים לחוות שפיכה אחורית שבה הזרע מנותב לשלפוחית השתן במקום להיפלט דרך השופכה. הדבר מתרחש עקב פגיעה במסלול העצבי האחראי לסגירת פתח השלפוחית בזמן השפיכה. אף שהגבר יוכל לחוש תחושות אורגזמיות, היעדר שפיכה עשוי לגרום לו חששות ושינויים בחוויות המיניות (Salehi et al., 2015).

בקרב נשים עשויות פח"ש טראומטיות לגרום איסדרים במחזור החודשי, בדרך כלל עד פרק זמן של שנה בקירוב אחרי הפציעה, בשל ההלם הגופני שנגרם להן בעת הפציעה. כמו כן נשים עם פח"ש מדווחות על הפרעות בעוררות ובחשק, על בעיות בסיכון הנרתיקי, על כאב ועל קשיים בהגעה לאורגזמה. מצב זה נגרם בגלל פגיעה עצבית שגורמת שינויים בתחושה, פגיעה במנגנון הסיכון הטבעי של הנרתיק ורפיון שרירים באזור האגן ואיברי המין (Lombardi et al., 2007; Sramkova, 2017).

הדוגמאות הללו עוסקות בהשפעות הישירות של פח"ש על איברי המין ותפקודם. ואולם קיימות השפעות גופניות נוספות שאינן מערבות בהכרח את איברי המין. בגלל המגבלות המוטוריות של גברים ונשים עם פח"ש נדרשת בחינה מחודשת של הפרקטיקות המיניות והתאמתן לרמת התפקוד במצב החדש. למשל, יהיה צורך בשינוי התנוחות

גופניות). אחת הדרכים המרכזיות לעשות זאת היא בתרגול מיינדפולנס. באמצעות התרגול יכולים גברים ונשים עם פח"ש לשפר את יכולתם להיות נוכחים באופן מלא בתוך גופם (על מגבלותיהם התפקודיות, המוטוריות והסנסוריות) ולהיות מחוברים לגמרי לתחושתיהם (או להיעדר תחושתיהם) הגופניות בעת החוויה המינית או האינטימית שלהם. המגע עם ההווה מאפשר גם התבוננות על המיניות, כמו שהיא כרגע, מתוך השהיית הנטייה האוטומטית להשוותה למיניותם של גברים ונשים "בראים" או לזאת שהייתה טרם הפציעה.

- **קבלה (acceptance):** נכונות לחוות את כל טווח החוויות, המחשבות, הרגשות והתחושות האנושיות כמו שהן, ללא שיפוט או ניסיונות להימנע מהם או לדכאם. בהקשר של תפקוד מיני ופח"ש הקבלה מאפשרת לגברים ולנשים להכיר בהשפעה של פציעתם על חוויותיהם ועל מערכות היחסים המיניות שלהם. באמצעות טיפוח קבלה הם יכולים להרפות מהמאבק נגד נסיבות חייהם, הפרוגנוזה הקשה והאובדנים שחוו בעקבות הפציעה ולהתקרב לעבר הבנה חומלת ולא שיפוטית של מצבם ושל המסע הייחודי להם. מן המקום הזה יוכלו להתחיל בתהליך חדש או מחודש של גילוי עצמי, של בניית נרטיב, של יצירת זהות ושל פיתוח מערכת יחסים חדשה בינם ובין עצמם ובין גופם ובין אחרים.

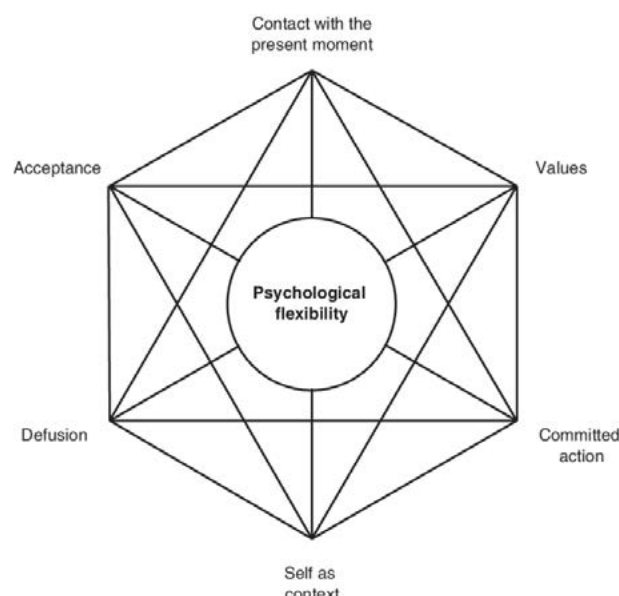
- **הפרדה קוגניטיבית (diffusion):** יצירת מרחק והפחתת ההזדהות עם אירועים פנימיים. טכניקות של הפרדה קוגניטיבית מאפשרות התבוננות במחשבות בלי להסתבך בהן או לפעול על פיהן אוטומטית. כך מתפתחות ההבנה וההכרה שמחשבות הן אך אירועים נפשיים ולא ייצוגים מדויקים של המציאות ("אני זה לא המחשבות שלי". "אני זה לא הדיכאון שלי"). טכניקות הפרדה קוגניטיבית עשויות לסייע לגברים ולנשים עם פח"ש לתפוס מרחק ממחשבות מגבילות, למשל, מעבר מ"אין לי מיניות כאישה נכה" ל"אני שמה לב שיש לי מחשבה שאין לי מיניות כאישה נכה". ההפרדה הקוגניטיבית מאפשרת תשומת לב לזרם התודעה, מקדמת פתיחות לאפשרויות חדשות, וכפועל יוצא גם להרחבת האופקים המיניים והתפיסות על מין ומיניות.

- **העצמי כהקשר (self as context):** תפיסה ולפיה ה"עצמי" אינו ישות אחת וקשיחה אלא תהליך גמיש שמאפשר שינוי ותזוזה. העצמי כהקשר הוא "לוח הצירוף" שעליו מצוירים כל האירועים הפנימיים של האדם ויכולתו להתבונן עליהם בלי להזדהות עימם. העצמי כהקשר מאפשר לאדם להתבונן במחשבותיו

תרפיית קבלה ומחויבות - ACT - עקרונות טיפול והחיבור לעולם הטיפול המיני בגברים ובנשים עם פח"ש

ACT היא גישה פסיכותרפויטית ששורשיה בתחום הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי - CBT, אך היא מתרחבת מעבר לטכניקות CBT מסורתיות. היא מבוססת על עקרונות של מיינדפולנס וקבלה מתוך התמקדות בטיפול גמישות פסיכולוגית וקידום פעולות מבוססות ערכים (Hayes et al., 1999). בהקשר של טיפול מיני בגברים ובנשים עם פח"ש מציעה ACT מסגרת ייחודית להתמודדות עם האתגרים המורכבים שאוכלוסייה זאת עשויה להיתקל בהם. על פי גישה זאת מושגת הגמישות הפסיכולוגית באמצעות שישה תהליכים שניתנים ללמידה ולפיתוח (שם; Blackledge & Barnes-Holmes, 2009). התהליכים האלה מהווים קודקודי של משושה (משושה הגמישות או "גמישושה" - hexagon of flexibility) (גילעד ואלמוג, 2018; Hayes et al., 1999), אך הם מחוברים ביניהם ומשפיעים זה על זה (ראו איור 1). לכל תהליך כזה קיים גם תהליך הופכי אשר יוצר נוקשות פסיכולוגית שהיא המקור למצוקה.

איור 1: משושה הגמישות (גמישושה, hexagon of flexibility)
(מתוך Hayes et al., 1999)



ואלה ששת התהליכים:

- **מגע עם הרגע הנוכחי (present moment):** טיפוח מודעות להווה והתבוננות לא שיפוטית באירועים הפנימיים של האדם (מחשבות, רגשות ותחושות

בפרספקטיבות שונות דרך שימוש במסגרות דאיקטיות (deictic frames) שונות, כלומר לנוע מחשבתית בין פרספקטיבה של "אני", "את/ה" ו"הוא/היא", "אז", "עכשיו" ו"בעתיד", "כאן" ו"שם". כשם שהמגע עם ההווה וההפרדה הקוגניטיבית מסייעים לגברים ולנשים עם פח"ש, כך גם טיפוח התהליך של העצמי כהקשר מאפשר להם לגלות את עצמם ואת מיניותם כמו שהיא עכשיו, ובתוך כך ליצור גמישות ותנועה ב"עצמי המיני" שלהם ("הייתי אדם מיני X בעבר, אני אדם מיני Y בהווה ואהיה אדם מיני Z בעתיד").

- **כיווני חיים מוערכים (values):** כיווני החיים האלה הם ערכי הליבה של האדם, מעין "מצפן פנימי" אשר מסמן את הדברים המשמעותיים לאדם. בשפת ACT הערכים מנוסחים בצורת פעולה מתמשכת, שאין לה נקודת סיום, ולא כמטרות או יעדים. כיווני החיים המוערכים עשויים להנחות ולכוון את התנהגות האדם, וכאשר הוא פועל על פיהם הוא מתמלא רגשות חיות וחיוניות, מטריות, מוטיבציה והגשמה. בהקשר המיני "הגעה לזקפה" או "הגעה לאורגזמה" הן דוגמאות למטרות או ליעדים. "פיתוח קשרים אינטימיים" ו"להיות בחקירה מתמדת של המיניות שלי" לעומת זאת הם דוגמאות לכיווני חיים מוערכים שאפשר לגזור מהם פעולות כדי לשנות את מה שאפשר, או להתאבל על מה שאבד, לכאוב ולקבל בהדרגה את מה שאינו בר שינוי.

- **מחויבות או פעולה מחויבת (committed action):** בחירה אקטיבית לעסוק בפעולות מבוססות ערכים שתואמות את המטרות ואת השאיפות האישיות של האדם. בהקשר של הרווחה המינית של גברים ונשים עם פח"ש כרוכה המחויבות הזאת בנקיטת צעדים לקראת הרחבת המיניות, שיפור החוויות המיניות וחיפוש אחר משמעות בקשרים אינטימיים מלאים למרות האתגרים שמציבה הפציעה. המחויבות הזאת יכולה לבוא לידי ביטוי בנכונות לצאת לדייטים לאחר הפציעה, בנכונות לגעת, ליצור אינטימיות ובחיפוש אחר המיניות ומשמעותה כאדם עם פח"ש.

טיפול מיני מבוסס ACT בקרב גברים ונשים עם פח"ש - מתאוריה למעשה

טיפול מיני מבוסס ACT מציע תובנות וטכניקות יעילות לשיפור הרווחה הנפשית והמינית ולטיפול קשרים אינטימיים חשופים. להלן אציג קווים מנחים ליישום התאוריה ולאחריהם תיאור מקרה. הקווים המנחים האלה אינם משמשים

פרוטוקול מחייב הן משום שפרוטוקול כזה לא פותח ולא נחקר הן משום שהגישה עצמה גמישה ודינמית, ואפשר להתאים את סדר ההתערבויות לכל מטופל.

• שלב א: הערכה

הערכה היא מרכיב חיוני לקבלת תמונת מצב עדכנית ומקיפה בקשר לאתגרים הייחודיים שהמטופל/ת מתמודדים עימם, לחששותיהם בהקשר של הטיפול ושל המיניות שלהם וכן המטרות שהיו רוצים להשיג. בהערכה הזאת נכללת סקירה יסודית של השינויים הפיזיים, המוטוריים, התחושתיים והתפקודיים (למשל, שינויים בתחושה באיבר המין, תפקוד זקפה, אורגזמה וכאב). כן יש להעריך ולאמוד את השפעות הפגיעה על המצב הנפשי הכללי, על הקשרים הבין-אישיים ועל ההיבטים הרגשיים של המיניות (למשל, שינויים בחוויית החשק, העוררות והדימוי הגופני-עצמי-מיני).

• שלב ב: יצירת ברית טיפולית וסביבה בטוחה

ברית טיפולית איתנה וסביבה בטוחה הן מרכיבים בסיסיים בכל טיפול (Norcross & Lambert, 2011), קל וחומר בטיפול מיני אשר עוסק בסוגיות ובנושאים שיש עליהם טאבו חברתי. היעדר שיפוטיות מצד המטפל/ת, פיתוח וטיפול עמדה סקרנית ומקבלת כלפי המטופל/ת, לצד אמפתיה ותיקוף של החוויה הנפשית, מאפשרים למטופלים לדבר באותנטיות ובפתיחות על חוויותיהם, מחשבותיהם, רגשותיהם והתנסויותיהם וכן מובילים להיענות גבוהה יותר להתערבויות התנהגויות אשר אופייניות לטיפול מסוג זה.

• שלב ג: חיזוק המגע עם הרגע הנוכחי ועם העצמי כהקשר

התהליכים והמיומנויות שאנחנו מבקשים לטפח בשלב זה רלוונטיים לכל שלבי הטיפול, וודאי יבואו לידי ביטוי לכל אורכו. עם זה כדאי לייחד להם זמן ומקום נפרדים משום חשיבותם הרבה לשיפור הרווחה הנפשית ויכולתם לסייע בחיבור לגוף ולמיניות. טכניקות מיינדפולנס הן חלק בלתי נפרד מטיפול ACT (Hayes et al., 1999). באמצעות טיפוח מודעות להווה והתבוננות לא שיפוטית יכולים המטופלים והמטופלות להתמסר לאינטראקציות אינטימיות, גופניות, חושיות ומיניות ולמזער הסחות דעת אשר עלולות לפגוע בהם (Lazaridou & Kalogianni, 2013). אפשר לכלול בהתערבויות השלב הזה תרגול מיינדפולנס in-session (למשל, נשימה מודעת וסריקת גוף) וכן תרגולים בין הפגישות, בנפרד או עם פרטנר/ית (למשל, sensate focus). שלב זה עשוי לעורר התנגדות אצל המטופל/ת,

או זוגי ליחסי מין או למגע, קריאה ולמידה על השפעות הפגיעה על המיניות, תרגול יום-יומי של תרגילי רצפת האגן או תרגילי מיינדפולנס רלוונטיים. יש להגדיר את הפעולות וההתנהגויות באופן ממוקד וברור כדי שהן המטופל/ת הן המטפל/ת יוכלו לעקוב אחריהן, ובמידת הצורך לדייקן (Strosahl et al., 2015).

אומנם פח"ש נותנות את אותותיהן בראש ובראשונה באדם שנפצע, אך הן משפיעות גם על מערכות היחסים הבין-אישיות והמיניות שלו, כאמור. אפשר להתאים את הקווים המנחים שהוצגו כאן גם לטיפול מיני זוגי מבוסס ACT. טיפול זה עשוי לתת מענה על האתגרים בזוגיות ובקשר המיני, אתגרים שהנפגעים מתמודדים איתם בעקבות פציעתם. באמצעות טיפוח תקשורת פתוחה ומקבלת, בירור ערכי הזוג והגדרת פעולות שמחויבות לערכים האלה ובאמצעות הפרדה קוגניטיבית ואי-הזדהות עם מחשבות, רגשות ותפיסות על זוגיות ומיניות, אפשר להשיג קרבה ואינטימיות מחודשים בין בני הזוג ולשקם גם את מערכת היחסים המינית ביניהם שנפגעת פעמים רבות בשל המצב.

הטיפול המיני בגברים ובנשים שנפגעו בחוט השדרה הוא מרכיב חיוני בתהליך שיקומם, אך למרבה הצער הוא נזנח או נדחק בשל רגשות בושה ומבוכה, חוסר ידע מצד הצוות המטפל, היעדר משאבים ותיעדוף חסר של הנושא לעומת מטרות שיקומיות אחרות.

תיאור מקרה

נדב, גבר בן 27, רווק, מתגורר לבדו בדירה שכורה. לפני שמונה חודשים נפצע בתאונת אופנוע, ונגרם נזק חמור לחוט השדרה שלו באזור חוליות החזה. הוא נותר עם פרפלגיה שלמה (AIS A T6) וכן הוא סובל גם מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, מדיכאון, מרגשות אשמה ומבושה. הוא חווה את עצמו כלא מושך בשל התניידותו בכיסא גלגלים ובגלל הצלקות שעל גופו. לפני התאונה היו לו חיי מין פעילים ומהנים. הוא רוצה לשוב ולהיות פעיל מינית בעתיד, אבל חושש שזה לא יהיה אפשרי משום שמאז התאונה אין לו תחושה מאזור הטבור ומטה. גם התפקוד המוטורי מאזור זה ומטה נפגע, ובכלל זה הזקפה והשפיכה. נדב מודע לפרוגנוזה ולמצבו ומטופל מיום קבלתו למחלקת האשפוז.

השיחה שלהלן התקיימה שבועות מספר לאחר תחילת הטיפול, אחרי שכבר בוצעה הערכה ולאחר שכוננה ברית טיפולית. השיחה (ה"מואצת" כמובן לצורכי הדוגמה) מדגימה "ריקוד סביב הגמישושה" (dancing around the hexafelx) (Harris, 2013), כלומר מעבר בין ששת התהליכים

משום שהם עלולים לפרשם ככניעה למגבלה. נדרשת אפוא עבודה לריכוך העמדה הזאת והסבר על שקבלה אינה כניעה כי אם תהליך אקטיבי של הכרה במציאות כמו שהיא, וניסיונות להימנע מרגש שלילי משיגים בדרך כלל תוצאה הפוכה ומחזקים את אותו הרגש.

• שלב ד: בירור ערכים

כאמרתו המפורסמת של ניטשה (1889), "מי שיש לו איזה 'למה' שלמענו יחיה, יוכל לשאת כמעט כל 'איך'" (עמ' 143), שלב זה נועד לסייע למטופל/ת לנסח את הדברים החשובים בחייהם בהיבט המיני. ערכים שקשורים למיניות עשויים לנבוע גם מעולמות תוכן משיקים כמו משחקיות, אינטימיות, תשוקה וזוגיות. אחת הדרכים שבעזרתן אפשר לערוך בירור כזה היא ההכרה בכאב ובאובדנים שהביאה איתה הפציעה והמגע בהם. ואכן, על פי אמרה ידועה בעולם ה-ACT, אמרה שטבע וילסון (Wilson, 2009), ממפתחי הגישה, ערכים וכאב נובעים מאותו המקור (values and vulnerabilities are poured from the same vessel, p. 8). עם דרכים אחרות לבירור ערכים נמנים בין השאר שימוש בקלפי ערכים, דפי עבודה ייעודיים ותרגולי מיינדפולנס.

• שלב ה: הפרדה קוגניטיבית וקבלה רדיקלית

לאחר בירור הערכים ננסה להבין עם המטופל/ת מהם הגורמים שאינם מאפשרים להם לחיות את חייהם לאורם, כלומר "מה תוקע אותם" ואינו מאפשר להם לנקוט פעולות מחויבות. בירור זה מוליד בדרך כלל תגובות משני סוגים: (1) רגשות לא נעימים כמו חרדה, בושה ואשמה; (2) מחשבות, תפיסות ושיפוטיות עצמיים מגבילים כגון "אף אחת לא תרצה להיות עם גבר בכיסא גלגלים". בעזרת פיתוח "חוסר תקווה יצירתי" (creative hopelessness) (Hayes et al., 1999) נוכל לסייע לגברים ולנשים עם פח"ש לחולל שינוי פרדיגמטי בנוגע לאופן שבו הם מתייחסים לרגשותיהם ולמחשבותיהם ה"שליליים". באמצעות טכניקות של הפרדה קוגניטיבית ופיתוח קבלה רדיקלית יוכלו המטופלים ליצור דפוס פעולה חדש ובו נכונות להרגיש, לחקור ולהתנסות באפשרויות חדשות, לאתגר ציפיות חברתיות וכדומה.

• שלב ו: פעולות מחויבות

לאחר שהוסרו החסמים בשלב הקודם אפשר לחשוב עם המטופל/ת על ביטויי ההתנהגות שיהלמו את כיווני החיים המוערכים שהגדירו. אם "חקירה מתמדת של המיניות שלי" הוגדרה כערך, נגדיר עם המטופל/ת את ההתנהגויות הנגזרות ממנו. למשל, הקדשת זמן עצמי

מטפל: "אתה מתמודד עם הרבה דברים מאז התאונה. הזכרת בפגישות הקודמות גם את ההתמודדות עם הקשיים בתפקוד המיני ועם המיניות בכלל. ספר לי עוד על זה."

נדב: "זה ממש קשה. אולי הדבר הכי קשה בכל החרא הזה. תבין, עד לתאונה הייתי פעיל מאוד. לא רוצה להשתחצן או משהו, אבל תכלס הייתי די זיין. יכולתי להיפגש כמעט כל יום עם מישהי אחרת... אבל עכשיו...? יש לי חצי גוף שמתפקד וחצי גוף שהוא בעצם גופה. לא זז, לא מרגיש... כלום. מצולק ומכוער. ומי תרצה אותי ככה? אני בקושי מצליח להסתכל על עצמי במראה... והכי חרא שכל זה קרה באשמתי... אם לא הייתי נוסע מהר כל כך אולי הכול היה נגמר אחרת... עזוב, בוא נדבר על משהו שמח. ראית אתמול איך מכבי ניצחו?"

מטפל: יש שם כל כך הרבה כאב ואובדן... מי שהיית, הגוף שלך, התפקוד שלך... ואני שומע גם את האשמה שרודפת אותך ומוסיפה עוד שכבה של כאב על זה שכבר קיים שם. אין פלא שתמצא לדבר על דברים שמחים ועל מכבי. אני מניח שכל אחד היה רוצה לדבר על זה... מה אתה חושב שיקרה אם נדבר על מכבי? כל הדברים האלה שדיברת עליהם ייעלמו?"

נדב: "הלואי שהם היו נעלמים... מקסימום ייתנו לי הפסקה של כמה דקות, אבל הם תמיד מחכים שם..."

מטפל: "הם תמיד מחכים שם. מבקשים את תשומת הלב שלך. מבקשים להישמע ומבקשים לעבור עיבוד. כבר דיברנו לא מעט בעבר על כל הדרכים שבהם אתה מנסה להשתיק אותם, ולעצמך, כמו ב'לדבר על מכבי' זה עוזר רק לכמה רגעים במקרה הטוב. אולי תהיה מוכן לנסות משהו אחר הפעם, להסכים להתקרב אליהם ולנסות להקשיב להם?"

נדב: "לא יודע... אני שונא אותם. נמאס לי שהם כאילו קופצים עליי משום מקום ודופקים לי את כל היום ואת כל הלילה."

מטפל: "כן. הם מכאיבים וקשים ויש הרגשה שהם רודפים אותך. אבל כבר ניסית כל כך הרבה דברים כדי להיפטר מהם, לא? ניסית לישון, ניסית לא לחשוב על זה, ניסית נטפליקס, ניסית וויד (weed) ואפילו ניסית להסביר לעצמך למה כל זה אולי מגיע לך. משהו מזה עבד?"

נדב: "שום דבר לא עזר... אז מה אתה אומר? שכלום

לא יעזור? שנגזר עליי לחיות ככה כנכה עלוב ומדוכא?"

מטפל: "אני אומר שכל הדברים האלה לא עזרו כי למרות שהם נראים אחרת מבחינת ההתנהגות שלך, הם זהים מבחינת הפונקציה שלהם - לנסות להרחיק את הכאב הנורא הזה. אני מציע לנסות משהו חדש, שיכול להרגיש מאוד לא אינטואיטיבי ואולי אפילו מוזר. אני מציע לנסות להתקרב אליהם ולעזור להם למצוא מקום בתוכך. הרי הם כבר שם ורועשים ומפריעים מאוד. תאר לעצמך שתוכל למצוא להם מקום שבו הם יוכלו להיות יותר בשקט..."

נדב: "לנסות אני מוכן... נראה לי".

מטפל: "זה המון. ואני יודע שזה לא קל. אני איתך. תסכים שנעשה איזשהו תרגיל בעיניים עצומות?"

נדב: (עוצם עיניים).

מטפל: "ניקח כמה נשימות עמוקות... ננסה לשים לב לנוכחות שלנו בתוך החדר: האור שנופל על העפעפיים, הקול שלי וצלילים אחרים שיש בחדר, התחושה בכפות הידיים, הנשימה. נשים לב איך היא עולה ויורדת... התחושות שמופיעות לנו על העור ובתוך הגוף... לא צריך לעשות איתם שום דבר, רק לשים לב... ואולי נוכל גם לשים לב שיש בתוכנו איכות שמסוגלת להסתכל עלינו ברגע הזה יושבים בתוך החדר ומבצעים את התרגיל. מעין 'איש קטן' מאחורי העיניים שרק מתבונן... בעדינות נפקח את העיניים..."

נדב: "זה היה מרגיע. היו רגעים שזה אפילו היה נעים. שמתי לב להמון תחושות בחזה ובכפות הידיים. לא יודע... זה קצת מוזר להגיד, אבל כאילו הרגשתי את עצמי שוב בתוך הגוף שלי".

מטפל: "נחמד לשמוע שזה היה מרגיע ונעים. ומרגש שהרגשתי שוב קצת מהחיבור שהיה לך עם הגוף שלך. נסה לשמור על החיבור הזה, ואם צריך, קח לך רגע לעצום את העיניים לבדוק אם אתה מצליח להרגיש אותו שוב. ומתוך המקום המחובר הזה אני רוצה לבקש ממך לחשוב מהם הדברים שחשובים לך בקשר למיניות שלך. יש פה אפילו כרטיסיות שאתה יכול לכתוב עליהן".

נדב: "זה קשה... לא יודע מה לכתוב. לא רוצה לחשוב על המיניות שלי כאדם נכה..."

מטפל: "זה הגיוני כל כך שלא תרצה לחשוב על זה.

זאת מחשבה שיש בה הרבה כאב. אלא שהניסיון לא לחשוב על זה די דומה לדברים שמנינו קודם, דברים שנועדו להרחיק אותך מלהרגיש את זה. ואנחנו מנסים משהו חדש... אתה יכול למצוא שוב את האיש מאחורי העיניים שלך ולראות איך הוא מסתכל על החלק הזה שכועס ומתנגד לדמיין את המיניות שלך כאדם עם מגבלה?"

נדב: "כן, אני יכול לראות את זה. זה כמו איזה מן מסך קולנוע שיש בתוך המוח".

מטפל: "נכון! ומה שיפה וחשוב זה שיש לנו שליטה מסוימת על מה האיש מאחורי העיניים מסתכל. מפעם לפעם איזה 'רעש' מסית את תשומת הלב שלו, אבל אנחנו יכולים להחזיר אותה ולמקד אותה. האם תוכל לעזור לו להתמקד בשאלה הזאת ששאלתי? אם יצוץ חלק מתנגד, תן לאיש להסתכל לכיוון ההתנגדות, להתבונן עליה כמו שהוא יודע לעשות, ואז תחזיר אותו אל שאלת המיניות שלך".

נדב: "הייתי רוצה להרגיש שוב עונג, סיפוק... הייתי רוצה להיות עם מישהי... לגעת בה ושהיא תיגע בי... הייתי רוצה שהיא לא תיגעל מהמראה שלי, שאני לא איגעל מהמראה שלי..."

מטפל: "דברים חשובים וראויים כל כך. אני רוצה לבקש ממך שוב לעצום את העיניים. תחשוב רגע על העונג והסיפוק שאתה רוצה להרגיש. מה קורה עכשיו בגוף כשאתה חושב עליהם?"

נדב: (מחייך חיוך קטן). "אני מרגיש מעין מעטפת סביב הכתפיים והזרועות. כאילו משהו מחבק אותם".

מטפל: "מצוין! יש שם עוד משהו שאתה שם לב אליו?"

נדב: "יש לי איזו מין צמרמורת נעימה בעורף".

מטפל: "נפלא! הגוף מספר לך שהוא יודע לחוות עונג, גם אם באופן שונה ממה שהכרת. ויכול להיות שיש עוד עומקים ועוד פנים לעונג הזה והם מחכים שתגלה אותם. אתה יכול לחשוב מהן הסיבות שלא מאפשרות לך לגלות אותם ולא מאפשרות לך לחוות יותר מדי עונג?"

נדב: "אמממ... בעיקר העובדה שאין לי בת זוג ושאיף אחת לא תרצה להיות עם נכה..."

מטפל: "כן, יש לך מחשבה כזאת, שאף אחת לא תרצה להיות איתך. שים לב רגע לתחושות ולרגשות

שהמחשבה הזאת מציפה בך. רק שים לב, בינך לבין עצמך".

נדב: (עוצם עיניים).

מטפל: "האיש מאחורי העיניים יכול לראות איך המחשבה הזאת עוברת לך בראש עכשיו?"

נדב: "כן, אני ממש יכול לראות אותה".

מטפל: "מצוין! עכשיו אתה יכול להשמיע לעצמך את המחשבה הזאת בתוך הראש כאילו היא הייתה שיר של הלהקה האהובה עליך?"

נדב: (נראה קצת מבולבל). "אמממ... אני יכול לנסות..."

מטפל: ("נותן" לנדב כמה רגעים). "יופי, ועכשיו אתה יכול לדמיין את המחשבה הזאת כשלט חוצות?"

נדב: "כן".

מטפל: "עכשיו שים לב שוב לרגשות ולתחושות בגוף. משהו השתנה שם?"

נדב: "כן, האמת שכן. קודם זה עשה איזו מין הרגשה דוקרת כזאת. איזה אי־שקט. עכשיו זה דוקר, אבל הרבה פחות. מציק, אבל נסבל".

מטפל: "נפלא שאתה מצליח להיות ער לכל השינויים האלה שקורים בתוך הגוף! ואתה יודע, המחשבה הזאת - 'אף אחת לא תרצה להיות איתי' - אני חושב שזה רק חלק קטן מהסיפור. אני חושב שזה מעליב ופוגע מאוד רק לחשוב על האפשרות הזאת - לגשת למישהי ולהתחיל איתה, או לשלוח הודעה באפליקציה, ולקבל ממנה דחייה או התעלמות..."

נדב: (משפיל מבט). "כן, ממש..."

מטפל: "הנפש שלך פועלת בחוכמה כשהיא מרחיקה אותך מהמרחבים האלה. אם לא תהיה בהם, לא תיפגע. אבל מה אם אי אפשר להפריד בין האפשרות לחוות עונג וסיפוק עם עוד מישהי ובין האפשרות להידחות ולהיפגע? מה אם הדברים האלה הם שני הצדדים של אותו המטבע?"

נדב: "אז אני רוצה למצוא את הדרך לעשות את זה, למרות הסיכוי שאיפגע בדרך. כל החיים שלי נלחמתי על מה שחשוב לי, בצבא ואחר כך בלימודים. אני לא אפסיק עכשיו".

סיכום

במאמר זה ביקשתי להדגים את יישום תרפיית קבלה ומחויבות - ACT בטיפול מיני לגברים ולנשים עם פח"ש. לצד הבנת ההשפעות הפיזיולוגיות והפסיכולוגיות של הפגיעה על התפקוד המיני נראה כי המסגרת התאורטית והיישומית של ACT יכולה להציע מענה מקיף, אינטגרטיבי והוליסטי לאתגרים הייחודיים שהאוכלוסייה הזאת מתמודדת עימם ולסייע בשיפור רווחתם הנפשית והמינית. בהיותי פסיכולוג שיקומי ומטפל מיני אשר מיישם את הגישה בטיפוליו אני עד לשינויים שהיא מחוללת ולפוטנציאל הטמון בה. עם זה הכתיבה והמחקר בתחום הטיפול המיני המבוסס ACT עדיין נתונים בחיתוליהם, ובנושא הטיפול באוכלוסייה עם פח"ש הכתיבה מצומצמת אף יותר. יש צורך במחקרים נוספים רבים כדי לבנות בסיס ראיות שמתמקד ביישום ACT בהקשר של שיקום מיני באוכלוסייה הזאת. נושא נוסף שיש לתת עליו את הדעת, אך הוא מעבר לענייני של המאמר הזה, הוא מתן מענה לאתגרים ולמחסומים

מקורות

- ארזי-מרגלית, ד', רפפורט, ש', נאמן, ד', פרידמן, א', צדוק, נ', עזריה, מ' ועורי, א' (2002). התגובה הנפשית לנכות גופנית. בתוך א' בלייך וז' סולומון (עורכים), *נכות נפשית, היבטים רפואיים, מחקריים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים* (פרק 8). משרד הביטחון.
- גילעד, ל' ואלמוג, ר' (2018, 9 בדצמבר). גמישות פסיכולוגית כאתגר עצמי - עמדת המטפל על פי גישת ACT. *פסיכולוגיה עברית*. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3756>
- ניטשה, פ' (1889). *שקיעת האלילים*. שוקן.
- Basson, R., & Bronner, G. (2015). Management and rehabilitation of neurologic patients with sexual dysfunction. *Handbook of Clinical Neurology*, 130, 415–434. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00024-9>
- Blackledge, J. T., & Barnes-Holmes, D. (2009). Core processes in acceptance and commitment therapy. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary: Theory, research and practice* (pp. 41–58). Australian Academic Press. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.086660393547485>
- Enjezab, B., Rejaezadeh, M., Bokaie, M., & Salimi, H. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sexual self-efficacy and sexual quality of life in reproductive-age women: A randomized controlled trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(8), 764–772. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1944938>
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Lazaridou, A., & Kalogianni, C. (2013). Mindfulness and sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1–2), 29–38. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.773398>

הייחודיים העומדים לפני גברים ונשים עם פח"ש בגישה לקבלת טיפול מיני. עם אלה נמנים זמינות מוגבלת של שירותים מותאמים, אילוצים כלכליים, סטיגמה ותפיסות מוטעות על מוגבלות ומיניות לצד ידע לא מספק, מבוכה ואי-נעימות מצד הגורמים המטפלים. על כן חשוב לפתח מענים מותאמים ונגישים ולוודא שנשות ואנשי הרפואה ומקצועות הבריאות זוכים להכשרה בנושא טיפול מיני, לפחות ברמתו הבסיסית ביותר (Morozowski & Roughley, 2020). לסיום, באמצעות יישום ACT בטיפול מיני לגברים ולנשים עם פח"ש אפשר להציע גישה מבטיחה שחורטת על דגלה קבלה, קידום פעולות מבוססות ערכים, טיפוח חוסן והתמודדות עם אתגרים פיזיים ורגשיים. בשילוב העקרונות והטכניקות של ACT בטיפול מיני אפשר לסייע למטופלים לנווט את דרכם בסבך המורכב של הפגיעה ולשוב ולתבוע את חייהם המיניים, להגביר את חיבורם לגוף, להנאה ולעונג וכן לשפר את יכולתם לכוון מערכות יחסים אינטימיות משמעותיות ואת רווחתם הנפשית הכללית.

- Lombardi, G., Mondaini, N., Macchiarella, A., & Del Popolo, G. (2007). Female sexual dysfunction and hormonal status in spinal cord injured (SCI) patients. *Journal of Andrology*, 28(5), 722–726.
<https://doi.org/10.2164/jandrol.106.002113>
- McDonald, J. W., & Sadowsky, C. (2002). Spinal-cord injury. *The Lancet*, 359(9304), 417–425.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07603-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07603-1)
- Morozowski, M., & Roughley, R. A. (2020). The journey of sexuality after spinal cord injury: Implications for allied health professionals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 29(3), 354–365.
<https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0024>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II* (Vol. 48, No. 1). Educational Publishing Foundation.
- Salehi, M., Kharaz Tavakol, H., Shabani, M., & Ziaei, T. (2015). The relationship between self-esteem and sexual self-concept in people with physical-motor disabilities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1).
<https://doi.org/10.5812%2Fircmj.25359>
- Silva, N. A., Sousa, N., Reis, R. L., & Salgado, A. J. (2014). From basics to clinical: A comprehensive review on spinal cord injury. *Progress in Neurobiology*, 114, 25–57. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.11.002>
- Sramkova, T., Skrivanova, K., Dolan, I., Zamecnik, L., Sramkova, K., Kriz, J., Muzik, V., & Fajtova, R. (2017). Women's sex life after spinal cord injury. *Sexual Medicine*, 5(4), e255–e259.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.esxm.2017.07.003>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: A clinician's guide to promoting radical change using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Teal, J. C., & Athelstan, G. T. (1975). Sexuality and spinal cord injury: Some psychosocial considerations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 56(6), 264–268.
- Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.

המשך מעמוד 15

לסיום

השירות הפסיכולוגי החינוכי הוא מערך השירות הפסיכולוגי הציבורי הגדול ביותר בישראל העומד לרשות ילדים, הורים וצוותי חינוך מכל מגזרי האוכלוסייה בשגרה ובחירום. לפסיכולוגיה החינוכית מסוגלות מקצועית להשפיע, לפרק זמן קצר וארוך, על ההתמודדות הנפשית של האוכלוסייה הזקוקה לה ולקדם צמיחה מהמשבר עם שותפים מקצועיים נוספים בפרופסיות המשיקות. לפסיכולוגים החינוכיים תפקיד חברתי ומקצועי מרכזי בריפוי ובחיסון אוכלוסיית ישראל בימים הקשים האלה. עוד נכוננו לנו ימים של מלחמה על הנפש, ואני סמוכה בטוחה שהפסיכולוגים ימשיכו למלא את שליחותם במקצועיות רבה. הייתה לי זכות גדולה לעמוד בראש המערך הזה, לראות בצמיחתו ולהוביל אותו בגאווה רבה. לעולם יהיה ליבי מלא רחשי תודה עמוקה לכל אותם אנשים ונשים יקרים, שותפי לדרך, שזכיתי לעבוד עימם. מי ייתן ונדע ימים טובים מאלה בקרוב - שיסוחרו כל החטופים, שישובו חיילינו למקום מבטחים ויחזרו העקורים לביתם. ובתוך כך נקווה להחלמה נפשית ולצמיחה מן השבר.

חווה

השכול והאבל פוקדים אותם אישית. אלה ימים של כאב ועצבות שיש בהם גם התגייסות למען רבים כל כך שזקוקים למענה נפשי. בנסיבות הקשות האלה יש לנפש מקום מרכזי בתודעת הציבור ובשיח הציבורי, ויש משאלה שנשמעת בקול רם לתגבור המענים המקצועיים.

בנימה אישית-מקצועית

אני מסיימת את תפקידי בימים של מלחמה, חצי שנה לאחר מועד הפרישה שהודעתי עליו בזמנו. ימים אחדים לאחר 7 באוקטובר הוצאתי לעצמי צו 8. הרגשתי אז שמתחוללת סערה בישראל, סערה שעדיין אין לה שם, פנים ופשר. במילון המונחים העברי והמקצועי חסרו מילים שיבטאו את המתרחש. ועם זאת בתוך הכאוס, הכאב והשבר שחווינו כולנו ידעתי בוודאות שהפסיכולוגים בשפ"חים, שפועלים במציאות משותפת עם מקבלי השירות ולא אחת מתמודדים עם כאבים אישיים ודאגות אישיות ומשפחתיות, ניצבים בחזית ההתמודדות על בריאות נפשם של הילדים בישראל ומשמשים עוגן של ידע, מסוגלות מקצועית וערבות למקבלי השירות בקהילתם.

התמודדות עם וסטיבולדיניה והשפעותיה על זהות בקרב נשים דתיות-לאומיות

תמר יעקבי¹ ואורן סגל²

תקציר

מאמר זה³ עוסק בחוויותיהן של נשים דתיות-לאומיות⁴ שחוות כאבים בקיום יחסי מין, תופעה שמכונה וסטיבולדיניה. הנשים האלה חוות את המתח שבין מיניות בתרבות מערבית מודרנית חילונית ובין אופני הביטוי של מיניות בהלכה היהודית. במאמר תיארו מחקר שבחן את אופן התמודדותן של הנשים האלה עם וסטיבולדיניה שמושפעת ממתח זה. במסגרת המחקר ראיינו 15 נשים דתיות-לאומיות נשואות, בטווח הגילים 21-38, שאצל כולן אובחנה וסטיבולדיניה. מהראיונות האלה חילצנו ארבע תמות מרכזיות: (1) בין לבד ובין שייכות בחברה; (2) הכרה ואי-הכרה מצד המערכת הרפואית; (3) הפנים הרבות של הזהות הנשית; (4) ממשבר לצמיחה. מלבד זאת נדונה במאמר חשיבותו של טיפול רגיש תרבותית ושל טיפול מודע מין ומגדר.

מסורת, מודרנה ומיניות בחברה הדתית-לאומית

הקדמה לא פסחה על החברה הדתית-לאומית בישראל ומשפיעה גם על חיי היומיום שלה. לצד הצורך לשמר את ערכי הדת והמסורת הכריע הציבור הדתי בעד קבלת המודרנה כאחד מעמודי התווך שלו כבר בשלבי התפתחותו המוקדמים (פרינס, 2018). ועם זה בקבלה הזאת נכללים מתחים בין ערכים שמיוחסים לחברות מודרניות ובין ערכים שמיוחסים לחברה שומרת דת, ובהם ערכים שנוגעים למיניות. בכל הקשור למיניות כבר הראו היסטוריונים כי עוד במאה החמישית לפנה"ס נטו הדתות המערביות לפיצול בין גשמיות ובין רוחניות והדגישו את דיכוי המיניות שמטרתה הנאה בלבד (Shalev et al., 2013). ואכן, החברה הדתית-לאומית רואה בשלילה מימוש פעילות מינית וחשיפה לתכנים מיניים בגיל צעיר.

כבר משנות ילדותה ונעוריה של הנערה הדתית-לאומית אין עוסקים בגופה בחיוב, לא כל שכן בגופה המיני, והחינוך

לצניעות מתמקד באחריות לטוהר הגבר שעלול לחטוא בשל הפיתוי הטמון בגוף האישה. חינוך זה מוטמע בנשים האלה באינטנסיביות מגיל צעיר (פרינס, 2018). למשל, בנות דתיות-לאומיות נדרשות לכסות את גופן ולהימנע מריקוד ומשירה בפני גברים כבר בבית הספר היסודי. הוראה זאת מעבירה את המסר שהיצר המיני קיים רק אצל גברים, ואילו תפקיד הנשים הוא להישמר ממנו, וחשוב מכך, להגן על הגברים מפני נפילה רוחנית-דתית (ברגר-רענן, 2014). חתונתן של הנשים משמשת נקודת מעבר: לפניה גוף האישה מוצנע, וערב נישואיה האישה ניצבת בצומת גופני חדש שבו נדרשת ממנה עבודה גופנית, רגשית וזהותית (פרינס, 2013). עקב זאת עליהן להתמודד עם קשיים שונים שנובעים מהשינוי שהתרחש. הקושי העיקרי שתיארו כלות טריות בקשר לנישואיהן הוא המעבר החד והבלתי נתפס בעיניהן ממצב שבו "הכול אסור" למצב שבו "הכול מותר" - מחינוך לצניעות ולכיסוי הגוף עליהן לעבור כעת לחיים אינטימיים של חשיפה פיזית ורגשית בפני גבר. נוצר אפוא מצב שבו תחום המיניות אינו מוכר - אסור לעסוק במין, לא מדברים עליו לפני החתונה ואף נאסר להרהר בו. ועם זה מייד עם החתונה הוא נעשה הנושא מרכזי ביותר בקשר הזוגי בלי שניתנה לבני הזוג ההזדמנות להכירו בהדרגה. בליל הכלולות יתקיים האקט המיני הראשון, והנשים עלולות להרגיש חרדה ממנו מחד גיסא וחובה הלכתית לבצעו מאידך גיסא, והרגשות האלה מקשים עליהן עוד יותר. במצב שנוצר עלול החתן הטרי והלא מנוסה להפעיל כוח רב שעשוי לגרום לכלה חוויה קשה וכאב מוחשי (הטב' בלום, 2009). האתגרים האלה עשויים ליצור קשיים באינטימיות ומורכבויות שונות בנושא קיום יחסי מין או אף לגרום להימנעות מהם (וולפסון, 2009).

וסטיבולדיניה כהפרעה בתפקוד המיני

וסטיבולדיניה מתוארת כ"כאבים בחדירה וגינלית כתוצאה מהחדרת אצבע, חפץ או טמפון לאיבר המין או במהלך קיום יחסי מין" (לב' שגיא, 2020) ונצפתה בין גיל 20 ובין גיל 40

¹ תמר יעקבי היא מתמחה בפסיכולוגיה רפואית במרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל השומר ובמחלקה לפסיכולוגיה במכללה האקדמית אחווה.

מייל: tamshem@gmail.com

² ד"ר אורן סגל הוא נירופסיכולוג שיקומי מומחה ומדריך במחלקה למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית תל אביב-יפו. מייל: orinseg@gmail.com

³ המאמר נכתב על בסיס עבודת גמר מחקרית בתואר השני בפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית תל אביב-יפו.

⁴ המונח "דתי" בעבודה הזאת עוסק באדם דתי-לאומי אורתודוקסי.

המין "הטבעיים" בין גבר ובין אישה בראייה הרפואית ובראייה החברתית (Kaler, 2006). התפיסה הזאת נעשית בסיס למוטיבציה גבוהה לקיום יחסי מין שבהם חדירה, על אף הכאבים, גם בקרב הנשים הדתיות וגם בקרב הנשים החילוניות הסובלות מווסטיבולדיניה (אורשלימי, 2015; פרינס, 2013, 2018).

למרכזיות החדירה ביחסי המין הזוגיים עשויה להיות השפעה רבה על חוויית הזהות של הנשים המתמודדות עם ווסטיבולדיניה. הנשים הסובלות מהמחלה תיארו אותה כמי שמנשלת אותן מזהותן הנשית ומפקיעה אותה מהן עד כדי כך שהן רואות בעצמן נשים מזויפות. ההרגשה הזאת באה לידי ביטוי, בין היתר, בירידה בביטחון העצמי והמיני ובאכזבה מהאופן שבו יחסי המין באים לידי ביטוי בקשר הזוגי (Ayling & Ussher, 2008). מחד גיסא האישה הדתית הסובלת מווסטיבולדיניה מתמודדת עם דיסוננס זהות - היא אישה נערה דתית המחונכת לצניעות ולהדחקת מיניותה, אבל מצפים ממנה לפתח זהות נשית ומינית בערב חתונתה - ומאידך גיסא היא מתמודדת עם ווסטיבולדיניה שלקיומה תתוודע רק לאחר חתונתה.



המחקר

אם כן, כיצד מתמודדות נשים דתיות שסובלות מווסטיבולדיניה עם המתח הזה? כיצד הן תופסות את מיניותן ואת חווייתן העצמית? כדי לענות על השאלות האלה ערכנו מחקר איכותני שמבקש לתת מקום לחווייתיהן הייחודיות מתוך העמקה בבחינתן הפנומנולוגית. מטרתו המרכזית של המחקר הייתה למפות משמעויות וחוויות סובייקטיביות

(אורשלימי, 2015). לאבחון ווסטיבולדיניה צריכים להתקיים שלושת המרכיבים האלה: (1) כאב בפתח הנרתיק שבא לידי ביטוי בעיקר בניסיון חדירה לנרתיק; (2) אודם ברקמה; (3) בדיקה על ידי רופא/ה שבוחן את רגישותו של הווסטיבול מבוא העריה (שם). במחקרים שנעשו בשנים האחרונות נמצא כי 16 אחוזים בקירוב מהנשים בעולם מאובחנות כסובלות מווסטיבולדיניה. הסטטיסטיקה בישראל תואמת את הנתון הזה, אבל התופעה נקראת גם "הסוד השמור של כאבי פות", וייתכן כי האחוזים גבוהים אף יותר (שם).

אומנם הסיבות הגורמות לווסטיבולדיניה ולכאבים בחדירה עדיין אינן ידועות (Simonelli et al., 2014), אך ישנן שתי השערות מרכזיות למקור הכאב: האחת היא הסבר פיזיולוגי-רפואי כגון גורמים גנטיים או חיסוניים, גורמים הורמונליים ושימוש באמצעי מניעה, דלקות ואבנורמליות בשחלות; והשנייה מבליטה היבטים פסיכוסקסולוגיים כגון טראומה מינית, סף כאב נמוך, חרדה, לחצים והתנהגויות עבר (אורשלימי, 2015).

שיטות הטיפול רבות ושונות, ובין היתר נכללים בהן היתר טיפול תרפויטי כגון תרופות ומשחות, פיזיותרפיה של רצפת האגן, אמבטיות שמנים ומאמני נרתיק, טיפול פסיכולוגי וביופידיבק ואף ניתוח. למרות הטיפולים הרבים המוצעים לא קיים מידע מספק שיעיד מהו הטיפול הטוב והיעיל ביותר (Weinberger et al., 2019).

זהות נשית ומינית בצל ווסטיבולדיניה

התמודדות עם מחלה גופנית כמו ווסטיבולדיניה עשויה ליצור טראומה לגוף ואף לערער ממש את החוויה הנפשית-זהותית. החוויה הטראומתית הפיזית קשורה בקשר הדוק לחוויה של שינוי טראומתי של העצמי (Segal, 2018). הגוף הפיזי הוא מרכיב ראשוני של העצמי בכל הרמות - נפשית, בין-אישית, חברתית וקוגניטיבית. מכאן שכאשר חוויית הגוף משתנה באופן מהותי ופתאומי בעקבות מצב רפואי-פיזי נרכש, המחיר הפסיכולוגי הוא כפול: מחד גיסא ההתמודדות עם גוף מוגבל וכואב, ומאידך גיסא שיבוש יסודות הידע על העצמי כמו שאנחנו מכירים אותו. מלבד זאת, השינויים הגופניים והנפשיים יוצרים בתורם גם שינויים ביחסים הבין-אישיים ומעצבים אינטראקציות על רקע ההתמודדות הגופנית (Segal, 2022).

בהקשר זה למדים בני הזוג מהמוסכמה החברתית על יחסי מין שההיבטים השונים של המגע המיני הם אך הקדמה ליחסי המין "האמיתיים", שבמרכזם ציווי החדירה the coital imperative (Jackson, 1984). כך נתפסים יחסי

התמודדות עם מחלות וחשיבות השייכות

בעקבות אבחון של תסמונת כאב או מחלה כרונית נאלץ האדם הסובל מהן להתמודד עם קשיים רבים. אחד הקשיים המרכזיים שספרות המחקר עוסקת בהם הוא קטיעת הרצף הנרטיבי - הופעתה של מחלה עלולה לקטוע בחדות את הרצף הנרטיבי של האדם ולגרום לשינוי בדינמיקת היחסים בין הנפש ובין הגוף, ביחסים עם אחרים ובחיי היומיום (Bury, 1982; Segal, 2022). ואכן, כל המוראיות, ללא יוצאות מן הכלל, עסקו בהרגשת ה"לבד" לעומת מעגלים משמעותיים בחייהן: בני זוג, בני משפחה, חברות וקהילה. הרגשתן הושפעה בעיקר מהיעדר שיח על מיניות בכלל ועל כאבים במין בפרט במעגליהן החברתיים. כמעט כולן (מלבד שתי מוראיות) עסקו בהקלה ובריפוי שהעניקה להן ההכרה מהחברה והדיבור עם נשים שחוו מצבים דומים.

גם בספרות המחקר נמצא כי להרגשת השייכות, להיכרות עם חולות אחרות שסובלות מהמחלה ולשיתוף החוויה הייתה משמעות רבה לחולה, והן קידמו בריאות פיזית ונפשית (חול ונווה, 2014). כמו המוראיות במחקר זה, גם נשים רבות שמתמודדות עם וסטיבולדיניה מרגישות שהן לבד בעולם, שהן היחידות שסובלות מכאבים בקיום יחסי מין. כאשר הן למדות על שכיחות התופעה ומופנות לקבוצות תמיכה אינטרנטיות שבהן הן זוכות להזדהות ולתמיכה מנשים אחרות הן מרגישות הקלה עצומה (יופה, 2021). על סמך האמור לעיל נראה כי לתמיכת המשפחה (ובייחוד מבן הזוג) ולתמיכת החברה (בעיקר מנשים מתמודדות) ישנה חשיבות עצומה ליכולתן להתמודד עם וסטיבולדיניה.

בדידות בקשר הזוגי

בצרכים הראשוניים של האדם נכללים ביטחון, קשר וקרבה לאדם אחר והרגשת שליטה (Winnicott, 1953). יחסי המין מהדהדים את הקשר הדיאדי ומעוררים את הכמיהה למילוי הצרכים הראשוניים (מרום, 2012). כאשר בת הזוג חווה כאבים ביחסי המין עלולה להיווצר גם דיאלקטיקה מורכבת שבה בן הזוג הוא המאפשר, המנגיש והאוהב מחד גיסא, והמכאיב והחודר מאידך גיסא. להחזקת התפקיד הכפול הזה נדרשים משאבים משני בני הזוג. בן הזוג משמש במידת מה בתפקיד ה"אם סביבה" שעליה להמשיך את רצף ההוויה הלבדית המיטיבה שהתקיימה ברחם מחד גיסא, ולהנגיש את העולם באופן מותאם כך שהחוויה לקשר עם אחר תתהווה מתוך רצון פנימי מאידך גיסא (ויניקוט, 1958).

בעולמן של המוראיות המתמודדות עם וסטיבולדיניה, בתשומת לב מיוחדת לעובדת היותן דתיות. כל המוראיות חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר, וועדת האתיקה של המכללה האקדמית תל אביב יפו אישרה אותו - אישור מספר 2022063.

כל המוראיות, ללא יוצאות מן הכלל, עסקו בהרגשת ה"לבד" לעומת מעגלים משמעותיים בחייהן: בני זוג, בני משפחה, חברות וקהילה.

במחקר השתתפו 15 נשים, מגיל 21-38, אשר סובלות מוסטיבולדיניה, נשואות שנה עד שמונה שנים ומגדירות את עצמן כמי שחונכו וגדלו על הרצף הדתי-לאומי. הנשים משמרות את הזהות הדתית-לאומית בחייהן גם בהווה. המוראיות אותרו בשיטת "כדור שלג" שבה הועברה מודעת חיפוש בקבוצות פייסבוק, בפורומים שמיועדים לנשים שסובלות מכאבים ביחסי מין ובקבוצות ווטסאפ. כן הועברה המודעה מפה לאוזן כדי לנסות להגיע לנחקרות שאינן חברות בקבוצות או בפורומים ייעודיים. חיפשנו נשים דתיות-לאומיות שסובלות מוסטיבולדיניה ומוכנות לשתף את המראייתן בסיפור התמודדותן עם המחלה. בשיטת איסוף הנתונים בחרנו בריאיון מובנה למחצה - השאלה הפותחת בו הציגה את נושא המחקר וביקשה מהנשים לספר, במידה הנוחה להן, על חוויתן הפרטית מהתמודדותן עם וסטיבולדיניה. בהמשך הריאיון שאלנו אותן שאלות להשלמת הידע, להבהרת נושאים לא ברורים או כדי לחזור לשאלה הפותחת במקרים שבהם הייתה זליגה למרחבים משיקים.

תמות מרכזיות מתוך ממצאי המחקר

תמה 1: בין לבד ובין יחד בחברה

מוראיות אחת סיפרה שהיא "לבד בעולם. אני לא מרגישה בנוח לשתף שום דבר עם חברות, אימא שלי לא באה בחשבון, וככה אני מתהלכת. לבד בעולם". אחרת אמרה לנו:

לא היה פשוט. מצד אחד הוא מאוד תמך והכיל, מצד שני היו תקופות שלא יכולתי לקיים יחסים וזה יצר מרחק. היה הרבה תסכול. אני מאמינה שזה גם השפיע הרבה מאוד על הקשר. היו גם תקופות שזה קירב, והוא תמך למרות שהיה לו קשה ושהיה לו צורך ורצון מסוים, אבל לגמרי יש תסכול... מצידו הייתה ציפייה שאם את לא יכולה - תספקי אותי בדרך אחרת. לפעמים זה לא היה בתדירות שהוא רוצה. זה היה קשה.

אם כן, בן הזוג נתפס כמוביל וכאקטיבי יותר מבית הזוג, לכל הפחות בשלב הראשוני של יחסי המין. ויש לו תפקיד מורכב עד מאוד: עליו לאפשר לבת זוגו את רצף ההווה הגופנית הלבדית שהתקיימה בחייה עד כה וגם להגיש לה (ולעצמו) את עולם המיניות החדש לשניהם כדי שתיווצר חוויה טובה. חוויה חיובית כזאת תיצור ביניהם קשר מיני שנובע מהרצון הפנימי של שניהם בעתיד (אורשלימי, 2015). אם לא נוצר קשר כזה מתעצם הקונפליקט, וחווית הלבד מוסיפה להתפתח עם התפתחות הקשר הזוגי. בתוך כך עלולים להיווצר פערים גדולים בין בני הזוג, ואלה יגרמו להתעצמות הרגשת הבדידות.

תמה 2: בין הכרה ובין אי-הכרה במערכת הרפואית

אחת המרואיינות סיפרה ש"הרופא אומר לי: תראי, אני בודק אותך והכול תקין. את יכולה לקיים יחסים. פשוט תשתי יין ותירגע". אחרת תיארה טיפול:

בשנייה שהמתמר נגע בי קפצתי וצעקתי. היא (הרופאה) הסתכלה עליי במבט המום ואמרה לי להירגע ושהיא לא עושה לי שום דבר רק בודקת באולטרסאונד מה המצב של הרחם. ושאהיה רגועה וארפה את הגוף. כשצעקתי בפעם השנייה היא קמה בפתאומיות, עזבה את הכול, אמרה לי - תתלבשי עכשיו. אני לא יכולה לבדוק אותך ככה. תחזרי אליי כשתלמדי להרפות כמו שצריך, זה לא עסק ככה. זה לא משחק פה. ופשוט גירשה אותי מהחדר.

נראה אפוא שנשים חוות חוויות קשות בבדיקות גינקולוגיות שגרתיות; קל וחומר שכאשר מתווספים עליהן כאב ואימתן אבחנה מתאימה מתעצם הקושי שלהן.

רפואה מודעת מין ומגדר

מרבית המרואיינות תיארו את הרגשת חוסר השליטה שלהן במצב ואת חוסר ההבנה מצד מערכת הרפואה. הן הרגישו כי המענה שקיבלו לא היה מקיף מספיק והתעלם משורש הבעיה. לדבריהן, היה עליהן לעבור בין מספר רב של רופאים שלא ידעו לאבחן את הבעיה, נתנו טיפול לא מתאים או פטרו אותן באמירה שהן אינן סובלות מכלום והתעלמו מהקושי ומהכאב שלהן. היחס והטיפול שזכו לו התישו אותן. בהקשר זה נערך בשנת 2018 מחקר מטעם "קרן בריאה" על אודות חוויותיהן של הנשים בארץ בזמן בדיקה גינקולוגית. נאספו בו נתונים של 6,500 נשים ויותר, ונחשפו נתונים מדאיגים שקשורים להרגשת ביטחון של

נשים בחדר הטיפולים וליחסי רופא/ה-מטופלת. בעקבות המחקר הובן הפער בין ציפיות המטופלת ובין מה שקורה בפועל בחדר הרופא/ה. נראה אפוא שנשים חוות חוויות קשות בבדיקות גינקולוגיות שגרתיות; קל וחומר שכאשר מתווספים עליהן כאב ואימתן אבחנה מתאימה מתעצם הקושי שלהן. ואפשר להבין שהחוויה שחוו הנשים בחדר הבדיקה ליוותה אותן והשפיעה רבות על אופני פעולתן בחייהן בכלל. מרואיינות רבות אמרו כי במשך חודשים ארוכים נמנעו מלחזור לבדיקה נוספת, אף שהיה ברור הצורך בה, מכיוון שהתקשו לעמוד בחוסר האמפתיה ובכאב שסברו שיהיו מנת חלקן גם בביקור הבא אצל הרופא/ה. לעומת זאת, ארבע המרואיינות שקיבלו הכרה בכאבן ומענה רגיש מצד הרופא/ה תיארו הרגשת הקלה עצומה בזכות ההבנה ש"יש לזה שם" ומינוח רפואי, ועל כן הייתה להן מוטיבציה גבוהה לטפל בעצמן.

רפואה מודעת מין ומגדר היא תחום מדעי חדש למדי שמטרתו לפתח כלים לטיפול ולאבחון מתוך הבנה שמערכות הגוף מושפעות מהמין ומהמגדר. נשים אינן נכללות ברוב המחקרים הקליניים, ועקב זאת הרפואה אינה מכירה לעומק את מאפייניהן הייחודיים ומתמקדת באופן שבו הגוף הגברי מגיב על תהליכים שונים. שני שלישים מן המחלות שפוגעות בשני המינים נחקרו אפוא בקרב גברים בלבד (Jarvis et al., 2020). גם בתחום רפואת הנשים מתמקדים הלימודים בעיקר בפריון ובילודה, ולא עוסקים בהם די במחלות הפות והנרתיק, בכאבים ביחסי מין, באמצעי מניעה וכיוצא באלה (יופה, 2021). וגם כאשר נשים מדווחות על כאב מתקשים הרופאים לטפל בהן, משום שגם בקרבם יש חסמים כגון היעדר ידע, הרגשת חוסר הודאות, מבוכה וקוצר זמן, והם מקשים עליהם לאבחן את מקור הכאב ולהעניק לנשים טיפול מיטבי. 52 אחוזים בלבד מהנשים הסובלות מכאב ופנו לרופא/ה מקבלות אבחנה מתאימה. האבחנה הזאת ניתנת לאחר שנתיים-שלוש בקירוב ולאחר שנפגשו עם 15 רופאים בממוצע (Vieira-Baptista et al., 2018). הנתונים האלה תואמים את סיפוריהן של המרואיינות במחקר זה, שתיארו אבחון וטיפול תרופתי מוטעה (לדוגמה, אבחון של פטרייה בנרתיק) וגם את אי-המענה לעניין הכאב ביחסי מין על אף פניותיהן החוזרות ונשנות בנושא. מלבד הקושי בקבלת האבחנה דיווחו מקצתן גם על יחס אנושי לא נאות מצד הרופאים.

תמה 3: הפנים הרבות של חוויות הזהות הנשית

"הרגשתי מאוד מקולקלת כאישה. גדלתי בתחושה שאני שונה מהסביבה שלי וחריגה, לא רק בנשיות ומיניות.

ואז התווסף לי מין... זו הייתה הוכחה אובייקטיבית כזאת שאני באמת מוזרה, שונה, כולם מצליחים לעשות את זה ורק אני לא", אמרה לנו אחת המרואיינות. מרואיינת אחרת סיפרה ש"נחשפנו לעוד אפשרויות והחלטנו שמוציאים את החדירה מחדר השינה. זה לא היה בבת אחת כמובן וגם זה לא היה מוחלט, אבל זה ירד מהדיפולט. זה כבר לא היה הברירה מחדל. וזה היה מדהים בשבילנו, גם בשביל החשק שלי וההנאה שלי". המרואיינות במחקר דיברו על האופנים שבהם משפיעה התמודדות עם וסטיבולדיניה על חוויית העצמי שלהן, ובפרט על חוויית העצמי הנשית-מינית. הן עסקו במגוון פיצוי זהותיים, בהרגשת חוסר נשיות, בכעסים, בתסכולים ובהאשמות עצמיות, ועם זה גם בניסיונות להרחיב את הזהות הנשית הדתית ומתוך כך לשנות את ציווי החדירה; ועל כך בהמשך המאמר.

שינויים בהלכה והשפעתם על חוויית הזהות הנשית

ההבנה שחדירה אינה חייבת להיות חלק ממיניות כבר רווחת למדי בחברה החילונית ואף מעוגנת במחקרים. בחברה הדתית לעומת זאת עדיין נתון תהליך זה בראשית דרכו, והדרך להבנה עוד ארוכה. ועם זה נראה כי ישנה תנועה של שינוי בהלכה, ובשינוי זה יש משום הקלה גדולה לנשים שנחשפו אליו. בשנתיים האחרונות אפשר לראות ניצנים של פרקטיקות מיניות שיוצרות נשים דתיות, פרקטיקות שעיקרן לשמש נקודת מפגש שחוקרים בה מגע וחושניות בגוף הנשי השלם ולא חותרים לסוף החדירה. הן אינן מוצגות כפתרון לסובלות מכאבים אלא כדרך להכיר עונג נשי ומיני מסוג אחר. הפרקטיקות האלה הן תחילתו של שינוי חברתי תודעתי בנושא ציווי החדירה ושל האופן שבו נראית מיניות בין בני זוג ובין האישה לבין עצמה. תגובות החברה לשינוי זה חיוביות ברובן - יש הכרה בחשיבות הנושא והשינויים ועניין בהם. נראה כי הכלל צמא להבין את הנושא וללמוד אותו בצורה שתואמת את רוח ההלכה ואת כללי הצניעות (פרינס, 2018).

תמה 4: ממשבר לצמיחה

"חברה שלי כתבה שיר בעקבות הסיפור שלי ובנוסף הייתה הצגה שהעלינו אני וחברות שלי על כל מיני סיפורי מיניות. מרגיש לי שהתהליך שלי הגיע עד לשם. ההצגה הייתה לי ריפוי", סיפרה אחת המרואיינות. מרביתן תיארו שינוי והתפתחות עצמית בתהליך שלהן עד כה. הן תיארו מעבר ממשבר לצמיחה, מחוסר שליטה לשליטה ומאי-

הכרה להכרה מצד הרופאים. אחדות מהנשים אף ציינו מעבר ממצב של נתמכת על ידי נשים אחרות לתומכת במתמודדות בתחילת דרכן.

במחקר הזה בחרו רבות מהמרואיינות להציע את עזרתן או להעלות את המודעות לתופעה באמצעים שונים. רובן עשו זאת בלי מערכת מאורגנת, מכיוון שקיימות מסגרות אחדות בלבד שעוסקות בנושא (וגם אותן הקימו המתמודדות עצמן בדרך כלל, מהן מרואיינות במחקר זה). נראה כי באמצעים האלה, פרטיים או במסגרת כלשהי, הן יצרו רשת תמיכה חשובה למאבחות החדשות וגם להן עצמן, מכיוון שרבות מהן בחרו לעסוק בעניין בכלים שקשורים לתחום המומחיות שלהן.

דיון

אינטגרציה של הסיפור הדתי ושל המיניות

נושא הכאבים ביחסי המין באוכלוסייה הדתית מורכב מהשפעות מכיוונים שונים. בגלל הטאבו המוטל על מיניות ועל יחסי מין נוצר קושי גדול לדבר על הנושא ולשתף בו אדם מחוץ לזוגיות, ולעיתים הקושי קיים גם בין בני הזוג עצמם. לצד זה ישנו ציווי החדירה - ציווי שנובע מהתרבות המערבית ההלכתית. במחקרנו בולטים שני גורמים מרכזיים שמעצבים את השפעות וסטיבולדיניה על חווייתן של נשים דתיות:

(1) הקושי בתקשורת ראשונית בכל הנוגע למיניות. אף אחת מהמרואיינות לא הכירה את מחלת וסטיבולדיניה לפני נישואיה, ורובן המוחלט תיארו היעדר תקשורת בכל הקשור למיניות על כל גווניה. בגלל השתקת נושא המיניות בחברה הדתית, קל וחומר נושא הכאבים ביחסי המין, אפשר להבין את הנחתן של רוב המרואיינות ולפיה הכאבים שהן חשות ביחסי המין נורמליים, וכל הנשים סובלות מהן. אומנם גם הנשים החילוניות מתארות מעבר בין מספר רב של רופאים עד שהן זוכות לאבחנה (אורשלימי, 2015), אבל ההבדל בין ובין הנשים הדתיות נעוץ בזמן - מרבית הנשים החילוניות שרואיינו במחקר של אורשלימי (שם) החלו את הברורים הרפואיים מייד עם הרגשתן את הכאב, ואילו הנשים הדתיות במחקר זה סבלו שנה בממוצע עד שהבינו שעליהן לפנות לרופא כדי לברר את מקור הכאב ולקבל טיפול.

(2) הכאבים מתגלים רק לאחר נישואים ומחויבות. דבר זה נתפס כיתרון בעיני אחדות מהנשים הדתיות. החשש שמא יעזוב בן הזוג נוכח ומובהק בקרב החילוניות (שם), ואילו בקרב הנשים הדתיות שרואיינו במחקר זה החשש כמעט

כיווני המשך

המחקר המתואר במאמר זה הוא מחקר ראשוני שבוחן את חוויותיהן הייחודיות של נשים דתיות שמתמודדות עם וסטיבולדיניה. נחוצים מחקרי המשך שיעמיקו את ההבנה על השפעות וסטיבולדיניה על נשים וכן קווים מנחים ברורים מהקיימים בקשר להתערבות ולטיפול (רפואי, נפשי וזוגי) למתמודדות ולבני או בנות זוגן. בתוך כך מומלץ לחקור את החוויה של גברים דתיים שבנות זוגן סובלות מכאבים ביחסי המין כדי לנסות ולהבין את ההתמקמות שלהם בקשר לאישה שמרגישה בודדה אף שבדרך כלל היא זוכה לתמיכתו של בן זוגה. מחקר המשך עשוי להרחיב את הידע על אודות כאבים ביחסי מין בחברות דתיות ושמרניות אחרות שחיות בישראל כגון החברה הערבית והחברה החרדית ולהשוות ביניהן. ישנה חשיבות רבה לחקר כל חברה דתית בפני עצמה כדי להתאים טיפול פסיכולוגי ורפואי רגיש תרבותית לכל אוכלוסייה. טיפול כזה יאפשר לכל אדם לפנות לטיפול פסיכולוגי שבו המטפלת/מטפל מבינים את הניואנסים של תרבותו הייחודית, חוקרים אותם ומתחשבים בהם.

סיכום

מטרת העל של מחקרנו הייתה להדגיש את החשיבות הגדולה של הכרת אוכלוסיות שונות ומגוונות בחברתנו ואת תפקידנו כפסיכולוגים לעודד טיפול רגיש-מגדר ומותאם תרבותית וקהילתית במרחבים שאנחנו עובדים בהם. חשוב לעסוק בנושא הכאבים ביחסי מין בחברה בכלל ובחברה הדתית בפרט. השיח על מיניות אינו מספיק בכלל כאמור, ובחברה הדתית מושתק הנושא עוד יותר. כמו שתיארנו זאת דרך חוויותיהן של המרואיינות, היעדר העיסוק בנושא עשוי להערים עוד קשיים ואתגרים שקשורים לסוגיות של מין ומיניות. כדי לאפשר טיפול במקרים שעוסקים במין ומיניות על המטפלת/לת את הדעת על הרגישות התרבותית הנוגעת לאוכלוסייה הזקוקה לטיפול. בהקשר זה תפקידה של הפסיכולוגיה הרפואית לעסוק בקשרים שבין משתנים פסיכולוגיים ובין משתנים פיזיולוגיים ותרבותיים בעת התמודדות עם מחלות. בהקשר של וסטיבולדיניה עשויים הדרכה פסיכורפואית ומתן ידע מונגש על המחלה, על שכיחותה באוכלוסייה, על דרכי הטיפול בה ועל העיסוק בה בהקשרים הפסיכורפואיים והדתיים להיות התערבות בעלת ערך לנשים האלה. מרואיינות רבות תיארו את רגעי ההקלה והשמחה שבהבנה ש"שיש לזה שם" בתחום הרפואי. בתחום הנפשי תפקידנו כמטפלים לוודא שהנשים ירגישו שגם אנחנו יודעים לכנות את כאבן בשם, מכירים אותו ובו, מודעים להשפעותיו הרבות ומטפלים בו ברגישות הנדרשת.

אינו קיים. על אף הכאב והתסכול שחוות הנשים הדתיות הן תיארו את הרגשת הביטחון בהישארות בן הזוג איתן למרות הקשיים במערכת היחסים המינית. כן תיארו נשים רבות את בן זוגן כשותף מלא לחוויה וכמי שנתן גם הוא ל"ציווי החדירה". אף שבן הזוג ממלא את תפקידו כ"חודר" במרחב המיני המשותף הדגישו נשים רבות את רגישותן, ולא את אחריותו לכאב, וראו בו אדם קשוב ותומך. אומנם הנשים הדתיות בטוחות יותר ביכולתן להתמודד עם וסטיבולדיניה בלי לפגוע בקשר הזוגי עד כדי סיומו, אבל העובדה כי הכאבים מתגלים רק לאחר הנישואים, עם התבססות הקשר המיני בין בני הזוג, עשויה ליצור ריחוק של הנשים מגופן ועקב זאת גם ריחוק פיזי ונפשי מבן הזוג. אחדות מהנשים אמרו כי בגלל זה הן התחמקו מקיום יחסים ולא שיתפו את בן הזוג בכאבן, ובהמשך הקשר נוצרו קשיים וליקויים בתקשורת בין בני הזוג בפן הזוגי והמיני כאחד.

העובדה כי הכאבים מתגלים רק לאחר הנישואים, עם התבססות הקשר המיני בין בני הזוג, עשויה ליצור ריחוק של הנשים מגופן ועקב זאת גם ריחוק פיזי ונפשי מבן הזוג.

בתוך המורכבויות האלה מתהווה בשלוש השנים האחרונות קבוצת נשים אשר יוצרת את תחילתו של שינוי חברתי ושל שינוי בשיח, בהתנהגות ובלגיטימציה לדבר על המחלה בגלוי. הנשים הדתיות הסובלות מוסטיבולדיניה ומכאבים אחרים בזמן יחסי מין פעילות למען הנושא ברשתות החברתיות, ובזמן האחרון גם מחוצה להן. שם הן מושפעות ומשפיעות כאחת ומקדמות שינוי ותהליכים חברתיים נרחבים. הן כבר אינן מובכות ואינן מרגישות צורך להסתתר מאחורי מסך ומקלדת בגלל היותן נשים דתיות שמדברות על מין. הן פעילות ממש, אינן מתנצלות על הכאב ואינן רואות בו את אשמתן, כמו שתיארו שהרגישו בתחילת הדרך, ומחזקות נשים אחרות. אומנם הנשים האלה מעטות, אך פעילותן חשובה מאוד, וקולן בקרב קהילת הנשים הדתיות הסובלות מכאבים ביחסי מין נחוה כמשמעותי ותורם לנורמליזציה של הנושא, לשיח עליו ולריפוי. ועם זה גם הנשים המשפיעות והחזקות האלה מספרות על קושי גדול ועל הרגשת בדידות אדירה, על קושי במציאת מענה נפשי תואם אשר מבין את מצבן לאשורו. על כן חשוב ליצור רגישות תרבותית בעת טיפול בנשים האלה. כאשר תובן מורכבות מצבן יהיה אפשר לתת מענה אמפתי בטיפול ולדון בו בכל המורכבויות והמתחים הנוגעים למצבן הייחודי של הנשים האלה.

- אורשלימי, ש' (2015). **הטרנסקסואליות, כאב, התנגדות: חוויותיהן של נשים עם ויסטיבוליטיס**. אוניברסיטת בר-אילן.
- ברגר-רענן, ר' (2014). **לקפוץ לבריכה שאין בה מים: חוויות שנת הנישואין הראשונה של נשים דתיות**. המכללה האקדמית תל אביב-יפו.
- הטב-בלום, ק' (2009). השתיקה אינה יפה להם, קשיים בתפקוד המיני בקרב בני זוג נשואים. בתוך ט' כהן (עורכת), **להיות אישה יהודייה**. קולך.
- וולפסון, נ' (2009). לקראת כלה לכו ונלכה - דגשים בהדרכת כלות. בתוך ט' כהן (עורכת), **להיות אישה יהודייה** (עמ' 143-154). קולך.
- ויניקוט, ד' (1958). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**. עם עובד.
- חול, ב' ונווה, ש' (2014). לצלול אל המצולות: מבט אישי על הנחיית קבוצה להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 2, 62-56. https://isot.org.il/wp-content/uploads/2020/08/H-04-5_2014.pdf.
- יופה, ט' (2021). כאב ביחסי מין בקרב נשים מנקודת מבט ביופסיכופמיניסטי. **פסיכואקטואליה**, 82, 46-42. <https://www.psychology.org.il/StaticContent/magazine0421/42/index.html>
- לב-שגיא, א' (2020). **וסטיבולידיה ממגע**. VCLINIC - מרפאה לטיפול במחלות הנרתיק והפות. <https://did.li/0ax5>.
- מרום, ר' (2012). **נשים בסקס - פוליטיקה, גוף ונפש**. האוניברסיטה העברית.
- פרינס, מ' (2013). התמודדות נשים דתיות עם מיניות וגוף לאחר החתונה. בתוך ט' כהן (עורכת), **אישה ויהדותה** (עמ' 135-143). קולך.
- פרינס, מ' (2018). **בין גוף לחברה: מיניות נשית בחברה הדתית לאומית** אוניברסיטת בר-אילן.
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). If sex hurts, am I still a woman? The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behave*, 37(2), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Bury, M. R. (1982). Chronic Illness as a biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–182. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10260456/>
- Jackson, M. (1984). Sex research and the construction of sexuality: A tool of male supremacy? *Women's Studies International Forum*, 7, 43–51. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277539584900839>
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F., & Alvarez, E. (2020). Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
- Kaler, A. (2006). Unreal woman: Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Feminist Review*, 82, 50–75. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fr.9400262>
- Segal, O. (2018). "I am not myself, but I am not an other": Self-dissolution narrative in medical rehabilitation psychotherapy. In E. R. Severson & D. M. Goodman (Eds.), *Memories and monsters: Psychology, trauma, and narrative* (pp. 187–211). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315159713-10>
- Segal, O. (2022). "Tragic Knots" following acquired chronic medical conditions: A relational perspective in psychotherapy in medical settings. In D. Lemberger (Ed.), *Psychoanalytic investigations in philosophy: An interdisciplinary exploration of current existential challenges* (pp. 174–197). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Shalev, O., Baum, N., & Itzhaki, H. (2013). "There's a man in my bed": The first experience of sex among modern orthodox newlywed in Israel. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(1), 40–55. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.67502>
- Simonelli, C., Eleuteri, S., Petrucci, F., & Rossi, R. (2014). Female sexual pain disorders: Dyspareunia and vaginismus. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 406–412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25211497/>
- Vieira-Baptista, P., Almeida, G., Bogliatto, F., Bohl, T. G., Burger, M., Cohen-Sacher, B., & Zalewski, K. (2018). International society for the study of vulvovaginal disease recommendations regarding female cosmetic genital surgery. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 22(4), 415–434. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29994815/>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: A systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223–250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402732/>
- Winnicott, D. W. (1953). Mind and its relation to the psyche-soma. *Through Pediatrics' to Psychoanalysis*. Hogarth Press.

הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה בקרב בוגרות צעירות

רוזיטל מסרמן אזולאי,^{1,2} מאיה קלמן הלוי³ וגיא רוט⁴

תקציר

מאמר זה עוסק בשני מחקרים שבחנו את הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה בקרב בוגרות צעירות. במחקרי עבר נמצא כי רגש שלילי מפחית את הסיכוי לנטילת סיכון, ועל כן שיערנו כי דפוס ויסות רגשות שבא לידי ביטוי בהתעניינות ברגשות שליליים ובחקירתם, (לעומת דיכוי והימנעות מהם), יהיה קשור לנטילת להימנע מהתנהגות מינית מסתכנת בקרב בוגרות צעירות. השערות המחקר מעוגנות בתאוריית ההכוונה העצמית. התאוריה הזאת מבחינה בין שלושה דפוסי ויסות רגשות: **ויסות אינטגרטיבי**; הפניית קשב לרגש, חקירה ואינטגרציה של החוויה עם אספקטים נוספים בעצמי כמו מטרות, ערכים וצרכים; **ויסות מדכא**: ניסיון להתעלם מרגשות שליליים ואף לדכאם. **ויסות חסר (דיסרגולציה)**: היעדר ויסות, ותחושת שיתוק והצפה במצבים שמעוררים רגשות שליליים. בשני המחקרים נמצא קשר חיובי בין ויסות מדכא וחסר ובין התנהגות מינית מסתכנת. במחקר השני נמצא גם קשר חיובי בין ויסות אינטגרטיבי ובין התנהגות מינית בריאה. פרק הדיון עוסק בהשלכות תאורטיות ויישומיות.

מבוא

במחקרים שעוסקים בקבלת החלטות ובלקחת סיכונים נמצא כי לרגשות יש השפעה על האופן שבו האדם מעריך את מידת הסיכון שלפניו (Leone et al., 2005; Tversky & Kahneman, 1992). ממצא עקבי מלמד כי רגש שלילי קשור להימנעות מלקיחת סיכון (Leone et al., 2005). ממצא זה בא לידי ביטוי בהקשרים מגוונים כמו במחקרים של כהנמן וטברסקי (Kahneman, 2003; Tversky & Kahneman, 1981), על שנאת הפסד (loss aversion). הציפייה להפסד אפשרי מעוררת מחשבות על הכאב הצפוי, וכאב אפשרי זה גורם להימנעות מלקיחת סיכון (Andrade & Ariely, 2009).

לפיכך רגש שלילי גורם לתפיסת סיכון גבוהה יותר אשר מפחיתה את הסיכוי לנטילת סיכון (Kim-Spoon et al., 2015; Lerner & Keltner, 2000; Zimmermann, 2010).

ויסות רגשות: אינטגרציה רגשית לעומת הימנעות

בשלושת העשורים האחרונים מתנהל מחקר ער שעוסק בדפוסים שונים של ויסות רגשות שליליים (Gross, 2013). עבודת המחקר הזאת מבוססת על תאוריית ההכוונה העצמית (self-determination theory - SDT) (Ryan & Deci, 2006; Ryan & Deci, 2000; Deci & Ryan, 1985), ויסות רגשות אדפטיבי שמאפשר חוויה של כל מנעד הרגשות (Deci & Ryan, 1985; Vansteenkiste et al., 2010). הגישה הזאת רואה ברגשות שליליים מקור מידע חשוב, שהשימוש בו מדריך התנהגות אדפטיבית שמבוססת על הכוונה עצמית, להבדיל מהימנעות עקבית והגנתית מרגשות שליליים. הפניית קשב לרגשות שליליים מאפשרת הבנה מעמיקה יותר של המצב בכללותו ושל מצב הפרט ומטרותיו האישיות, וההבנה הזאת מאפשרת קבלת החלטות והתמודדות אדפטיבית יותר בהמשך הדרך (Ryan & Deci, 2001; Ryan et al., 2000; Deci & Ryan, 2008).

באופן ספציפי מגדירה תאוריית ההכוונה העצמית שלושה דפוסי ויסות רגשי אשר נבדלים זה מזה ברמת העיבוד הרגשי, במושא השליטה ובמידת האדפטיביות של הדפוסים האלה (Ryan & Deci, 2006; Ryan et al., 2015). הדפוס הראשון הוא ויסות חסר (dysregulation), מצב של הצפה רגשית שנובע מחוסר יכולת להכיל את הרגש ולהתמודד עימו. הדפוס השני הוא ויסות מדכא (suppressive regulation), והוא בא לידי ביטוי בדיכוי ביטוי של הרגש או בהימנעות מהחוויה הרגשית, ואלה מלווים בהרגשת כפייה, לחץ והיעדר לגיטימציה להרגיש או להביע רגשות שליליים. אומנם דפוס זה מאפשר

¹ רוזיטל מסרמן אזולאי היא פסיכולוגית חינוכית מומחית, דוקטורנטית בבית הספר לחינוך באוניברסיטת בן-גוריון.

² מאמר זה מבוסס על שני מחקרי פיילוט שבוצעו במסגרת עבודת דוקטורט שעוסקת בבחינת הקשרים בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה.

³ ד"ר מאיה קלמן הלוי היא פסיכולוגית חינוכית מומחית ומרצה במכללה האקדמית גליל מערבי.

⁴ פרופ' גיא רוט הוא פרופסור מן המניין בבית הספר לחינוך באוניברסיטת בן-גוריון.

תפקוד אינסטרומנטלי ממוקד משימה, אבל הוא עשוי לבוא לידי ביטוי בתפקוד לקוי במצבים שונים, למשל, ביחסים חברתיים וביחסים רומנטיים שבהם עשויים להתעורר רגשות שליליים (Roth & Assor, 2012; Roth et al., 2017). הדפוס השלישי הוא דפוס ויסות אינטגרטיבי (integrative emotion regulation) המאופיין בהתעניינות ברגש. אף שבתחילת התהליך עלולה האסטרטגיה הזאת לדרוש משאבים רגשיים (מתוך הלגיטימציה להתעניינות בחוויה השלילית), בהמשכו נמצא כי היא דווקא מחסנת מפני גירויים דומים שמעוררים רגשות שליליים ומנבאת דפוסי תגובה גמישים שמבוססים על בחירה במצבים מעוררי רגשות שליליים (Roth et al., 2018). דפוסי הוויסות נבדלים ברמת האוטונומיה היחסית המאפיינת אותם. ויסות אינטגרטיבי מבטא תחושת אוטונומיה גבוהה שבאה לידי ביטוי במודעות לטווח רחב של רגשות ושימוש במידע זה לבחירה של דרכי תגובה. אדם יכול אפוא לבחור בקונטקסט אחד לבטא רגש שלילי ובקונטקסט אחר כדי לדכא אותו, והוא יעשה זאת מתוך התחשבות בנסיבות, במטרות ובצרכים (Roth & Benita, 2023). להבדיל, ויסות מדכא וחסר מבטאים רמה נמוכה של אוטונומיה שמתאפיינת בתגובות נוקשה בזמן של התעוררות הרגש, ללא יכולת הגמשה והתאמה לקונטקסט (Benita, 2020).

במחקר שבחן את הקשר שבין דפוסי ויסות ורגשות ובין התנהגות מסתכנת בכלל ומינית בפרט (קיום יחסי מין לא מוגנים) נמצא קשר חיובי בין דפוס ויסות מדכא (התעלמות עקבית מהחוויה הרגשית) ובין נטייה להסתכן וקשר שלילי בין דיכוי ובין תפיסת סיכון. לעומת זאת, דפוס ויסות אינטגרטיבי נמצא בקשר חיובי עם הנטייה להימנע מהסתכנות (משאלי ואחרים, 2017). בשני המחקרים שנציג להלן נבחנו הקשרים בין דפוסי הוויסות ובין התנהגות מסתכנת והתנהגות אדפטיבית בתחום יחסי המין.

התנהגות מינית מסתכנת

התנהגות מינית מסתכנת בקרב צעירים וצעירות מעסיקה חוקרים רבים וקובעי מדיניות ברחבי העולם בכלל ובישראל בפרט (Ben-Zur et al., 2000; Dimbuene et al., 2014; Forhan et al., 2009; Lindberg & Maddow-Zimet, 2012; Reyna & Mills, 2014; Wilkins et al., 2022). מחקר רב מוקדש להתנהגות מינית מסתכנת של מתבגרים ובוגרים צעירים מאחר שהם פעילים מינית, אך לעיתים תכופות אינם מתייחסים ברצינות מספקת למחיר שישלמו על התנהגותם בהקשרי בריאות וחברה (מייקל, 2016). נראה כי קיימת ירידה מתמדת בגיל ההתנסות הראשונה בקיום יחסי מין (Amare et al., 2019), ואיתה עולים הסיכונים להתנהגות מינית מסתכנת

(Megersa et al., 2017). בסקר שערך משרד הבריאות בנושא התנהגויות בריאות בקרב ילדים בגיל בית ספר (HBSC) נמצא ש-44 אחוזים בקירוב מן הבנים ו-46 אחוזים מן הבנות קיימו יחסי מין כבר בהיותם בני 15 (הראל פיש ואחרים, 2016).

בעבודה הזאת הגדרנו שני מרכיבי התנהגות שמביאים לידי ביטוי התנהגות מינית מסתכנת: מרכיב אחד הוא קיום יחסי מין לא מוגנים מפני היריון לא רצוי ומפני העברת מחלות מין, והמרכיב השני הוא סקסטינג (sexting) (Döring, 2014a; Krieger, 2017). למרכיב הראשון יש חשיבות רבה הן במניעת היריון לא מתוכנן הן במניעת מחלות שמועברות במגע מיני ובכללן איידס. על כן נחקר נושא זה בהיקף נרחב בקרב ארגוני בריאות הציבור בעולם (רבינוביץ, 2010; CDC, 2020). בסקר רטרוספקטיבי שנערך בישראל בקרב בני נוער בני 18-19 ובו הם התבקשו לדווח על התנסותם המינית מכיתה ז' ועד י"ב נמצא כי רק 60 אחוזים ממי שדיווחו על קיום יחסי מין ציינו שהשתמשו באמצעי מניעה (הברון והברון, 2015, 2017). לשימוש מועט או לא יעיל באמצעי מניעה יש השפעות על הבריאות, והן באות לידי ביטוי, בין היתר, בהעברת מחלות מין, בהתמודדות עם היריון לא רצוי (מייקל, 2016), עם לידה בגיל צעיר או עם הפלה (Chawla & Sarkar, 2019; Ganchimeg et al., 2014). להיריון בגיל צעיר יש השפעה שלילית גם על אפשרויות ההשכלה והתעסוקה של האם בעתיד, למשל נשירה מלימודים, עלייה בשיעור האבטלה ועקב זאת ירידה במיצב החברתי-כלכלי (מייקל, 2016).

המרכיב השני, סקסטינג, הוא הלחם של שתי מילים, "סקס" ו"טקסט", המתארות הפקת טקסט מיני או תמונות וסרטונים ושליחתם באמצעות רשת האינטרנט לאחרים (Döring, 2011; Ferguson, 2014b). באמצעות הסקסטינג נחשפים בני הנוער למידע לא מותאם, לעיתים שלא מרצונם (Mori et al., 2019), וגורע מכך, נערים ונערות נחשפים ברגעים האינטימיים ביותר בניגוד לרצונם ודעתם ועלולים ליפול קורבן לניצול מיני ולפגיעה רגשית (Korenis & Billick, 2014). פגיעה כזאת נמצאה קשורה לעלייה ברמת החרדה והדיכאון (Dodaj et al., 2019). מחקרים רבים מראים כי שיעור ניכר של מתבגרים ובוגרים צעירים ברחבי העולם שלחו או קיבלו הודעה בעלת תוכן מיני (Dodaj et al., 2019; Madigan et al., 2018). במחקר שערכו דולב־כהן וריקון (Dolev-Cohen & Ricon, 2020) בישראל נמצא כי רבע מכלל המשתתפים (458 בסך הכול) דיווחו כי שלחו תוכן מיני לאחר, ושליש דיווחו כי מישהו ביקש מהם לשלוח לו תמונת עירום שלהם.

מהספרות עולה כי גורמים שונים כגון מגדר, גיל, תרבות, מצב סוציאקונומי, מצב משפחתי, תפיסות חברתיות שנוגעות

גדול מאחרות להיות קורבנות של פגיעה מינית (Kearns & Calhoun, 2010; Kelley et al., 2016; Rosette et al., 2016). הרגש הקשור למין הוא ממד מרכזי נוסף של חוללות מינית, והוא מייצג את הרגשות העולים בהשתקפות העצמית של אדם מחוויותיו המיניות. בממד זה נכללים רגשות שליליים כגון אשמה, בושה ומבוכה ולחלופין, רגשות חיוביים כגון שביעות רצון, נוחות ונחמה (Ward et al., 2018). נמצא כי חוויה מינית שלילית עשויה להגביר את הרגשת החרטה (Kennair et al., 2018). בושה היא רגש שכיח בהקשר של מיניות ועשויה לגרום לחוללות מינית נמוכה. נמצא כי לגליטימיות התרבותית (Ussher et al., 2017) ולחשש משיפוט חברתי (Fallon, 2013) יש השפעה על רכישת הידע המיני, על אי נוחות גופנית ואף על שימוש לא יעיל בקונדום (Schooler et al., 2005). לעומת זאת, תפיסה עצמית חיובית בנוגע למיניות מבטאת חוללות עצמית גבוהה וקשורה לעורות מינית גבוהה ולרגשות חיוביים בהקשר לחוויה המינית (Pai et al., 2012). במחקרים אחרים נמצאו כמה גורמים שקשורים להתנהגות מינית בריאה ובהם נורמות חברתיות, אירועי חיים, מעמד, גיל, דת וכמובן, שונות מגדרית (Ninsiima et al., 2020; Rosette et al., 2016; Wieringa, 2012). חוללות מינית גבוהה נמצאה קשורה ליכולת להימנע מסיכונים בתחום המיני (Jardin et al., 2017). כן נמצא במחקרים שונים כי חוללות מינית קשורה באופן חיובי לרווחה נפשית של בוגרות צעירות (Horne & Zimmer-Gembeck, 2006; Klein et al., 2022; Zimmer-Gembeck & French, 2016).

המחקר

בשני מחקרים מתאמיים בחנו את ההנחה ולפיה ויסות אינטגרטיבי של רגשות יהיה קשור להתנהגות מינית בריאה (חוללות מינית), ואילו סגנון ויסות מדכא וחסר יהיו קשורים להתנהגות מינית מסתכנת.

מחקר 1 - הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין נטילה ותפיסה של סיכון מיני

השערות המחקר

שיערנו כי דפוס ויסות מדכא שבא לידי ביטוי בניסיון להימנע, בנוקשות ובעקביות, מרגש שלילי יהיה קשור בירידה בתפיסת הסיכון, מאחר שהאדם מתעלם מרגש שלילי שמשמש מעין תמרור שמעיד על סכנה אפשרית, ולפיכך יהיה קשור באופן חיובי לעלייה בסיכוי ליטול סיכון. לעומת זאת שיערנו כי דפוס ויסות אינטגרטיבי (נטייה להביע עניין ברגש שלילי) יהיה קשור באופן חיובי בתפיסת סיכון ובאופן שלילי בלקיחת סיכון. ולבסוף, ויסות חסר מתאר חוויה של קושי בוויסות עצמי (Ryan & Deci, 2006) שמעורר תחושת הצפה, שיתוק וחסר אונים ועשוי לערב אימפולסיביות (Roth et al., 2019). מאחר

לשימוש בקונדום ופורנוגרפיה קשורים להתנהגות מינית מסתכנת. מתבגרים רבים חשופים לתכנים מיניים, לעיתים בוטים, במדיה בכלל ובאתרים פורנוגרפיים בפרט (Bailey & Hanna, 2011), ובאמצעותם רוכשים את הידע שלהם על מין ומיניות ומגבשים את תפיסותיהם ואת עמדותיהם בנושא. בעקבות ההשפעה הזאת קיימת נטייה להתנהגות מינית מסתכנת (Raine et al., 2020). כן נמצא כי פעמים רבות נערות מקבלות את הרושם שהן אינן צריכות להרגיש תשוקה מינית או שרצונן חשוב פחות מרצונם של נערים (Chmielewski et al., 2009; Teva et al., 2020). הן גם לומדות שעליהן לשמור על עצמן מפני הצרכים הבלתי נשלטים של נערים ומפני ההשפעות הלא רצויות של מין (מחלות והיריון). התוצר של המסרים האלה פרדוקסלי, שכן החברה מצפה מהנערות לשמור על עצמן, אבל בה בעת היא מענישה אותן, מבחינה חברתית, על המאמצים הללו (Chmielewski et al., 2020; Curtin et al., 2011; Tolman, 1999). למשל, נשים ונערות שיצטיידו בקונדום עלולות להיחשב "זולות" מאחר שיש תפיסה ולפיה בנות אינן אמורות לדבר על מין, קל וחומר על שימוש בקונדום (Cook, 2012). לא מפתיע אפוא כי נשים מדווחות שלא דנו עם הפרטנרים שלהן על שימוש בקונדום. התפיסות האלה קשורות להתנהגות מינית מסתכנת של צעירות, והן עלולות לשלם עליה מחיר גבוה. על כן התמקדנו במחקר הזה באוכלוסייה של בוגרות צעירות.

התנהגות מינית בריאה

התנהגות בריאה מתקיימת כאשר ישנה גישה חיובית הוגנת ומכבדת למיניות ולמערכות יחסים ולא נכללים בה היבטים של כפייה, פחד, הפליה, סטיגמה, בושה ואלימות (CDC, 2020). המשגה נפוצה במחקרים למיניות בריאה היא חוללות מינית (sexual agency) (Gill & Donaghue, 2013), שמוגדרת כיכולת לבחור בחירות מיניות אדפטיביות, ליזום יחסי מין ולבטא רצונות וצרכים מיניים עם הפרטנר (Fetterolf & Sanchez, 2015; Horne & Zimmer-Gembeck, 2006; Tirone & Katz, 2020).

בעבודה הזאת התמקדנו בשני מדדים מרכזיים של חוללות מינית והם אסרטיביות והרגש המתעורר בקשר למין. אסרטיביות היא מרכיב מרכזי בהגדרתה של חוללות מינית (Curtin et al., 2011; Impett et al., 2006; Ward et al., 2018). היא קשורה ליכולת לסרב ליחסי מין לא רצויים, ליזום מגע מיני ולחפש סיפוק מיני שמבוסס על רצון ובחירה וכן ליכולת לדבר עם פרטנר מיני על ההיסטוריה המינית שלו (Widman et al., 2018). היכולת הזאת נמצאה קשורה לרווחה נפשית בקרב נשים (Ménard & Offman, 2009). נשים שמתקשות לבטא אסרטיביות במצבים מיניים נתונות בסיכון

שאימפולסיביות קשורה להתנהגות מינית מסתכנת (Jardin et al., 2017; Weiss et al., 2019) שיערנו כי דפוס זה יהיה בקשר חיובי לנטילת סיכון.

משתתפים

במחקר זה השתתפו 259 רווקות לא דתיות בנות 18-25 (ממוצע הגילים היה 22.66). השאלונים הועברו להן במקוון. לפני מילוי השאלונים אישרה כל נבדקת את השתתפותה באמצעות הסכמה מדעת.

כלי המחקר

שאלון דמוגרפי. נכללו בו גיל המשתתפות, ארץ לידתן, שנת עלייתן ארצה, השכלתן ועיסוקן.

שאלון דפוסי ויסות רגשות. דפוסי ויסות רגשות נמדדו במחקר זה באמצעות שאלון שפיתחו רוט ואחרים (Roth et al., 2009). נכללו בו שבעה פריטים שמדדו ויסות אינטגרטיבי, למשל, "במצבים שבהם אני מרגישה חרדה או לחוצה חשוב לי לנסות להבין מדוע אני מרגישה כך"; שבעה פריטים שמדדו סגנון ויסות מדכא, למשל, "אני משתדלת שלא לתת ביטוי להרגשת חרדה או לחץ שלי"; ושבעה פריטים שבדקו סגנון ויסות חסר, למשל, "קשה לי לשלוט בחרדה או בלחץ שלי, והם באים לידי ביטוי בדרכים שאני לא מרגישה טוב בקשר אליהן". המשתתפות התבקשו לציין את מידת נכונותו של כל היגד מבחינתן בסולם של 1-7: 1 מצוין היעדר הסכמה מוחלט, ו-7 מצוין הסכמה מוחלטת. מהימנות הפריטים של כל סגנון ויסות נבדקה במדגם זה באמצעות אלפא של קרונברך ונמצאה טובה: ויסות חסר - 0.86, דיכוי - 0.84 וויסות אינטגרטיבי - 0.91.

שאלון תפיסה ונטילה של סיכון מיני. שאלון זה מבוסס על DOSPERT (domain-specific risk-taking scale) (Weber et al., 2002) שבו היגדים שמתארים התנהגויות סיכון כלליות. ההיגדים האלה חוזרים על עצמם בתפיסת סיכון ("האם את תופסת את ההתנהגות הזאת כמסוכנת?") ואחר כך בנטילת סיכון ("מה הסיכוי שתתנהגי כך?"). השאלון עבר אדפטציה כך שיתאר התנהגויות סיכון שקשורות למיניות. נכללו בו היגדים מתוך שאלון ARQ (adolescent risk-taking questionnaire) שפיתחו גאלון ואחרים (Gullone et al., 2000). לדוגמה, "אני מקיימת יחסי מין ללא אמצעי מניעה". חלק אחר מההיגדים התבסס על מחקרים קודמים ועל בסיס ניסיונו בקליניקה. למשל, "אשתף פעולה מתוך לחץ עם התנהגות מינית מסוימת שבעבר הבטחתי לעצמי שלא אעשה", "...לשלוח תמונת עירום שלי לחבר או חברה". אחר כך ביצענו שני ניתוחי גורמים נפרדים ביחס לתפיסת סיכון ולנטילת סיכון. נמצאו שני גורמים מובחנים של תפיסה ונטילה של סיכון. להלן השונויות המוסברות והמהימנויות של שני הגורמים: תפיסת סיכון: אחוז שונויות מוסברות 56.4, מהימנות

0.87; נטילת סיכון: אחוז שונויות מוסברות 44.51 ומהימנות 0.77. כצפוי, נמצא קשר שלילי מובהק בין תפיסה ובין נטילת סיכון ($r^2 = -.273, p < 0.01$).

תוצאות

המתאמים בין דפוסי הוויסות ובין תפיסה ונטילה של סיכון מיני מוצגים בטבלה 1.

טבלה 1: מתאמים בין דפוסי ויסות רגשות ובין תפיסה ונטילה של סיכון

	נטילת סיכון	תפיסת סיכון		
			מדכא	מתאם
	*0.139	0.045	חסר	מתאם
	*0.156	-0.29	אינטגרטיבי	מתאם
	*-0.30	*0.145		

*המתאם מובהק ברמה של 0.05 ** המתאם מובהק ברמה של 0.01.

על פי השערותינו נמצא כי דפוס ויסות מדכא ודפוס ויסות חסר קשורים באופן חיובי בנטילת סיכון. דפוס ויסות אינטגרטיבי קשור באופן חיובי בתפיסת סיכון, אך שלא כמצופה, לא נמצא קשר בין דפוס ויסות אינטגרטיבי לנטילת סיכון.

מסקנות

על פי השערותינו נמצא כי דפוס ויסות מדכא ודפוס חסר קשורים באופן חיובי להתנהגות מינית מסתכנת, אך דפוס ויסות אינטגרטיבי לא נמצא קשור בנטילת סיכון מיני. לפיכך, ולאור ניסיונו הקליני, החלטנו לבחון אם ויסות אינטגרטיבי קשור בהתנהגות מינית בריאה שלא נמדדה במחקר הראשון. כלומר לצד התנהגות מינית מסתכנת בחנו במחקר הפיילוט השני גם התנהגות מינית בריאה.

מחקר 2 - הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת והתנהגות מינית בריאה

השערות

במחקר זה בדקנו את הקשר בין דפוסי ויסות רגשות ובין מיניות בריאה ומסתכנת. בהמשך למחקר הראשון שיערנו כי דפוס ויסות מדכא וחסר יהיו קשורים בהתנהגות סיכון מיני, ודפוס ויסות אינטגרטיבי יהיה קשור במיניות בריאה.

משתתפים

במחקר זה השתתפו 213 בוגרות צעירות ורווקות שאינן משתייכות למגזר הדתי, בנות 18-25 (הגיל הממוצע היה 22.14). השאלונים הועברו להן במקוון. לפני מילוי השאלונים אישרה כל נבדקת את השתתפותה באמצעות הסכמה מדעת.

כלי המחקר

שאלון דמוגרפי. כמו במחקר הראשון.

שאלון סגנון ויסות רגשות. כמו במחקר הראשון. נמצא כי

דיון

במאמר זה הצגנו שני מחקרי פיילוט שהם חלק מפרויקט מחקר גדול יותר. בחנו בהם את הקשרים בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה בקרב בוגרות צעירות. על פי השערותינו מצאנו כי ויסות אינטגרטיבי קשור בהתנהגות מינית בריאה, ואילו ויסות מדכא וחסר קשורים בהתנהגות מינית מסתכנת. לממצאים האלה משמעויות תאורטיות ויישומיות. ראשית, הממצאים עולים בקנה אחד עם ההבחנה בין שלושה דפוסים של ויסות רגשות על פי תאוריית ההכוונה העצמית (Ryan & Deci, 2006; Ryan et al., 2015) ועם היותם קשורים באופן שונה להתנהגות מינית מסתכנת ובריאה. שנית, על פי ממצאי המחקר, להפניית קשב לרגש שלילי וחקירתו עשויה להיות חשיבות רבה בנטייה לבחור התנהגות מינית או להימנע ממנה. נראה כי ויסות אינטגרטיבי של רגש שלילי עשוי לאפשר זיהוי של מצבי סכנה ולקדם התנהגות בטוחה ואחראית. התעלמות עקבית מהחווייה הרגשית לעומת זאת עשויה לגרום להתנהגות מינית מסתכנת. ייתכן שלקידחת הסיכון נובעת מהתעלמות מהחווייה הרגשית שעשויה לשמש תמרוך אזהרה שמגביר את תפיסת הסיכון. שלישית, במסגרת המחקר פיתחנו שאלון בעברית (בהתבסס על שאלונים קיימים), והתוקף שלו מקבל תמיכה ראשונית.

חלק נכבד מהמחקר הפסיכולוגי בנושא ויסות רגשות מתאר ויסות של רגשות שליליים כסיבוב של כפתור העוצמה מעלה או מטה. מאחר שחלק גדול מגוף מחקר זה צמח מתוך הספרות על התמודדות עם לחץ וחרדה (Lazarus, 1994), לא מפתיע שברבים מהמקרים נוגעת הגדרת ויסות רגשות אדפטיבי במידה שבה האינדיווידואל מסוגל להפחית את עוצמת הרגשות השליליים (Gross, 1998). עם זאת ההגדרה של תאוריית ההכוונה העצמית את הוויסות האדפטיבי אינה מתמקדת בהפחתת העוצמה אלא מדגישה את חשיבות העיבוד האקטיבי של רגשות, עיבוד שעשוי להוביל להתנהגות אוטונומית ואינטגרטיבית יותר. הגישה הזאת רואה ברגשות מרכיב חשוב של אינפורמציה שיש לו תפקיד בעל ערך בוויסות עצמי אדפטיבי. התייחסות קשובה לרגשות ולמשמעותם עוזרת להגביר מודעות ובחירה ובעקבותיהן ויסות עצמי אוטונומי יותר (Roth et al., 2017). שני המחקרים האלה מדגישים את חשיבות האינטגרציה הרגשית בתחום לקידחת הסיכונים. המחקר הנוכחי מרחיב את היריעה מבחינת שילוב בחינת דפוסים שונים של ויסות רגשות והקשרים הדיפרנציאליים שלהם עם התנהגות מינית בריאה ומסתכנת. הממצאים הראשוניים האלה מכוונים אותנו למחקרי המשך כדי להעמיק את הבנת הדרך שבה דפוסי ויסות רגשות שונים קשורים בלקידחת סיכונים. הבנה כזאת תאפשר לפתח תוכניות התערבות ומניעה שמדגישות את תפקידו של דפוס ויסות רגשות.

כל הפריטים בכל דפוס ויסות הם בעלי מהימנות גבוהה גם במדגם זה: ויסות אינטגרטיבי (אלפא קורנבך 0.89), ויסות מדכא (אלפא קורנבך 0.83), ויסות חסר (אלפא קורנבך 0.87). **שאלון אסרטיביות.** את השאלון הזה פיתחו לושק וטרל (Loshek & Terrell, 2014), והוא משמש מדד למיניות בריאה. בשאלון נכללו 18 פריטים, והוא בחן שלושה ממדים: (א) היכולת ליזום ולבטא העדפות שקשורות לאופי יחסי המין, למשל, "אני לא מרגישה בנוח לומר לפרטנר שלי מה נעים לי" (פריט הפוך); (ב) היכולת לסרב למין לא רצוי, למשל, "אני מסרבת לקיים יחסי מין כשאני לא מעוניינת בהם"; (ולבסוף (ג) היכולת לדבר על ההיסטוריה המינית של הפרטנר, למשל, "אני שואלת את הפרטנרים שלי על ההיסטוריה המינית שלהם". בשאלון זה התבקשו הנבדקות לדרג את מידת הנכונות של ההיגדים הללו מבחינתן בסולם של 1-5: 1 מצוין "בהחלט לא מסכימה" ו-5 מצוין "מסכימה בהחלט". מהימנות שאלון האסרטיביות במדגם זה היא 0.81.

שאלון התנהגות מינית מסתכנת. השתמשנו בהיגדים ששימשו אותנו במחקר הפיילוט הראשון, אך הפעם שאלנו על שכיחות ההתנהגות המסתכנת ולא מדדנו תפיסת סיכון. עם זאת התווספו פריטים שבחנו התנהגות סיכון מיני מתוך פזיזות, למשל, "אני נפגשת עם גברים שהכרתי באינטרנט, גם במקומות לא ציבוריים", ומהיעדר זהירות, למשל, "אני יוצאת בלילות עם גברים שאני מכירה חלקית". בניתוח גורמים מצאנו כי כל הפריטים טעונים גבוה בגורם אחד. מהימנות הסולם במדגם זה טובה ועומדת על 0.86, ואחוז השונות המוסברת הוא 46.49.

תוצאות

המתאמים בין דפוסי הוויסות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה מוצגים בטבלה 2. על פי השערותינו נמצא כי דפוס ויסות אינטגרטיבי קשור באופן חיובי לאסרטיביות. ככל שנבדקת גבוהה בוויסות רגשות אינטגרטיבי כך היא תיטה להתנהגות אסרטיבית יותר. המתאם החיובי בין ויסות מדכא וויסות חסר ובין התנהגות מינית מסתכנת משחזר את ממצאי המחקר הקודם.

טבלה 2: מתאמים בין דפוסי ויסות רגשות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה

התנהגות מינית מסתכנת	אסרטיביות (התנהגות מינית בריאה)	מתאם	אינטגרטיבי
-0.081	*0.136	מתאם	אינטגרטיבי
*1.158	*-1.143	מתאם	מדכא
*0.160	*-0.10	מתאם	חסר

*המתאם מובהק ברמה של 0.05 **המתאם מובהק ברמה של 0.01

טיפול באכילת יתר של נשים בגישה פסיכואנליטית-פמיניסטית

רחל בריוסף־דדון¹

תקציר

אכילת יתר הפכה למגפה בעולם המערבי. במאמר הזה אני טוענת כי יש ליישם תאוריות פסיכואנליטיות שעוסקות באכילה בגיל הינקות כשמטפלים באכילת יתר באוריינטציה פסיכואנליטית-פמיניסטית. השיטה הזאת מבוססת על הניסיון שצברנו בטיפול בבעיה בשיטה הקוגניטיבית-התנהגותית. בזכות הטיפול המוצע בגישה הפסיכואנליטית-פמיניסטית תוכל האישה להשתנות בקצב שלה ולהבין את המקורות העמוקים לאכילת היתר. בה בעת היא תוכל לקבל את הצרכים האישיים הייחודיים שלה, הן באכילה הן בטיפול, בלי שתהיה כפופה למוסכמות מגדר ותרבות נוקשות שתובעות מהאישה רזון שאינו אפשרי. במאמר מובא תיאור מקרה ואחריו דיון, ובו גם משמעויות מעשיות לטיפול בבעיה הזאת.

מבוא

הגישה לטיפול באכילת יתר בתרבות המערבית יסודה בטעות. כן טועה מאוד גישת הטיפול הרווחת בראייתה את הטיפול בהפרעה הזאת כשינוי קל לביצוע, שכן הנתונים מעידים כי רוב מוחלט כמעט של הדיאטות נכשלות (Buchanan et al., 2019). על כן עלינו להציג מודל חלופי לטיפול בבעיית אכילת יתר. מודל חלופי זה מציע טיפול קוגניטיבית-התנהגותי; ואם טיפול כזה אינו מספיק לשינוי, מוצע טיפול באוריינטציה פסיכואנליטית-פמיניסטית ולפיה השינוי הדרגתי ואיטי ונמשך לאחר עבודה נפשית עמוקה.

מבחינה פנומנולוגית אכילת יתר היא התנהגות נפוצה בחברה המערבית. היא מאופיינת בצריכת אוכל מוגזמת, לעיתים קרובות אף לאחר תחושת שובע. אכילת יתר עשויה להיות מושפעת ממגוון סיבות ובכללן גורמים גופניים, נפשיים וסביבתיים (Ruhm, 2012). היא עלולה להשפיע לרעה על בריאות הגוף מאחר שהיא גורמת לעודף משקל, להשמנה ולבעיות בריאות הנובעות ממנה (Prentice, 2001); כן יש לה השפעות רגשיות ופסיכולוגיות כמו אשמה, בושה ודימוי גוף שלילי. יש אף עדויות מחקריות על הפליה נגד אנשים

ונשים בעלי משקל עודף, וההפליה הזאת גורמת לדיכאון, לפסיכופתולוגיה ולבעיות רפואיות אחרות (Launius, 2024). המחקר על דיאטות שונות שאמורות לטפל באכילת יתר מעיד על שיעורי הצלחה נמוכים במעקב לאחר שלוש עד חמש שנים מתחילת התהליך. הדיאטות משתמשות בשינוי התנהגות, ואומנם מחקרים על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מציגים תוצאות טובות, אך טיפול זה אינו מתאים לכל המטופלות (Cha et al., 2020).

פסיכואנליזה פמיניסטית

טיפול פמיניסטי הוא תפיסה פילוסופית אידאולוגית טיפולית שמקורה בגל השני של הפמיניזם. גישת הטיפול הזאת מבוססת על חקירה של נקודות מבט וחוויות שאינן נגישות לתרבות הדומיננטית. טיפול פמיניסטי שואף לחשוף קולות שותקים ומושקעים, קולות שהודרו לשוליים החברתיים, ולהקשיב להם מתוך אמונה כי בקולות השותקים מצוי ידע עמוק. הטיפול רואה את המקור לקשיי המטופלת (או המטופל) באינטראקציה בין גורמים פנימיים (תוך נפשיים) וחיצוניים (השפעת התרבות והחברה). הטיפול מתמקד באופן שבו הזהות האישית ומערכות היחסים מושפעים ממשתנים כמו מגדר, גזע, מעמד, דת, תרבות ויחסי כוחות. (Remer, 2012; Zakin & Leeb, 2023)

זקין וליב (שם) סקרו את התפתחות הגישה הזאת. בסקירתן הן מביאות את דברי הורני ומראות כי היא שקבעה לראשונה כי נשים מושפעות מאוד מהחברה שגדלו בה. הן גם מצטטות את דה־בובאר אשר טענה בעקבות הורני כי לנשים יש גם אחריות אישית להיות הן עצמן, ולא רק השתקפות של רצונות הגברים שלצידן. זקין וליב טענו כי מלבד הכוחות החברתיים והפוליטיים שאפשר לחקור בפסיכואנליזה הפמיניסטית מציעה הפסיכואנליזה עצמה הסברים אונטולוגיים ליצירת ההבדלים בין המינים. וילסון (Wilson, 2021) כתבה שלמרות ההתקדמויות האחרונות בקהילה האקדמית, ובייחוד בתחום מחקר הנשים, המגדר והמיניות, השמנה עדיין נתפסת כנושא יחיד ולא כשילוב של גורמים חברתיים אשר משפיעים על כל היבט בחיינו. הפטופוביה (fatphobia) נהייתה לסוג של דיכוי,

¹רחל בריוסף־דדון היא פסיכולוגית קלינית מומחית, מורשה להיפנוזה וסופרת. היא עובדת בפרקטיקה פרטית ועם משרד הביטחון.

ועל כן היא יכולה לעזור לנו להבין סוגים אחרים של דיכוי. ג'ובנובסקי (Jovanovski, 2017) טענה כי גישות מסוימות בפמיניזם העכשווי מציגות תפיסת גוף רזה כהעצמה של נשים, ובעשותן כן תורמות להפצת מסרים מזיקים ומלאי בושה כלפי הגוף הנשי. לדבריה, הנשים עצמן שותפות לגישה הזאת, שכן הן כותבות ספרי דיאטה פופולריים או ספרי בישול. היא טענה כי המודעות לגוף הנשי בימינו פתולוגית ותיארה תנועה נשים אשר מעדיפה אכילה טבעית ומעניקה לגיטימיות לגוף המלא. היא הציעה להעביר את העיסוק בתפיסות המזון והמשקל לכל המגדרים, ולא רק למגדר הנשי. בייקון (Bacon, 2019) כתבה בספרה על הפיכת הגוף הנשי לאלוהי לעומת מקולל. לדוגמה היא הציגה את השבת כיום שבו מותר לנשים להתענג על אוכל, ובתנאי שהאכילה סבירה.

אכילת יתר עשויה לבטא מרד נשים נגד תרבות הרזון וצורך בחופש מדיאטות למיניהן שנמשכו שנים רבות. נשים מבצעות אקט פמיניסטי בפתיחת המקרר, בהכנת אוכל לעצמן ובאכילתו. ההתנגדות לדימוי הגוף האידיאלי היא חלק מהגל הרביעי של הפמיניזם. ברמה הסוציולוגית פמיניסטית מסמל משטר האכילה גם דרישות יתר ודיכוי כלפי נשים כמגדר. במאה התשע-עשרה נדרשו נשים לשתוק ולהתנהג כיאות (על פי מושגי התקופה), כמו במחזה **בית בובות** (איבסן, 2014) שבו נורה, גיבורת המחזה, הופכת בן רגע מאישה נכנעת ומרצה לאישה חזקה, אישה שעומדת על דעתה. והשאלה מהי המנה האחרונה לארוחה נחשבת לשובבות לגיטימית רק לנשים שאינן נשואות, כמו נטשה, בת למשפחת אצולה **במלחמה ושלום** (טולסטוי, 1976), ששואלת אותה בניגוד לקודים של הנימוס בחברה הגבוהה ברוסיה. ואילו היום, בעידן המודרני, מצפים מנשים להיות רזות. הציפייה הזאת גורמת למיליוני נשים לנסות עשרות דיאטות בחייהן כדי להפנים את ציפיות התרבות האלה ולעמוד בהן. הציפייה באה לידי ביטוי גם במסרים שאינם מילוליים כמו ליהוק נשים שחקניות או מגישות טלוויזיה שמשקלן נמוך מאוד. נשים מלאות מופיעות בסרטים ובסדרות כאנטי-גיבורות. אושיית תרבות כמו הזמרת הישראלית נטע ברזילי מקבלת תשומת לב בשל המרד האקסטרואגנטי שלה בנורמות האלה. התנהלותה של ברזילי מתקשרת לממצאים על היתרונות הנפשיים שיש לנשים אשר מתנגדות לתרבות הרזון (Jaeger & Jovanovski, 2024).

תאוריות פסיכואנליטיות על אכילה בגיל צעיר

החשיבה הפסיכואנליטית הרחיבה את הבנתנו את האכילה, אבל עד כה מיעטו לשלב אותה בבסיס התאורטי של טיפולים שונים לאכילת יתר. לדברי פרויד (Freud, 1962), השלב האורלי מתרחש במשך השנה הראשונה לחיים. בשלב הזה

מרוכז המיקוד הראשוני של ההנאה והסיפוק בפה ובהאכלה. פרויד טען כי כל בני האדם מופעלים בבסיסים מעקרון העונג - הרצון המולד לחוות סיפוק והנאה בכל רגע נתון; ובהקשר של האישה האוכלת, האישה נהנית מעצם העונג שבאכילה. קליין (Klein, 1975) הגדירה את השלב הזה כשלב האורלי-סדיסטי, שכן קיימת בו תאוות התינוקת לִשָּׁד, אבל גם ההרסנות שלה כלפיו. יצרים אלה קודמים להפרדה שעושה התינוקת אחר כך בין הִשָּׁד הטוב לִשָּׁד הרע. בשלב זה בליעת האובייקט משמעה הרס האובייקט, כלומר היחס אל האובייקט אמור להיות אמביוולנטי. אם כן, האישה האוכלת עשויה להרגיש תאוה והנאה מן האוכל הטעים והמזין, או להרגיש שבעצם האכילה היא תוקפת אובייקטים מופנמים או חוקי מגדר שחינכו אותה לריסון עצמי, ובעקבות זאת לפחד מהתוקפנות ומההרס העצמי הבאים לידי ביטוי באכילת יתר.

הטיפול הפסיכואנליטי-פמיניסטי רואה בתפיסות חברתיות ומגדריות בלתי מודעות את המקור לרבות מבעיות האכילה, ולא רק את מקורן האישי והפנימי, ושואף לאפשר לאישה למצוא את צורת הגוף המתאימה לה ולצורכי האכילה שלה.

אנחנו רואים אפוא באכילת יתר את האמביוולנטיות שבאכילה: האוכל עשוי להפוך למקור של כוח ונחמה, אבל גם לאובייקט אשר גורם לנזיפה עצמית בעלת גוון מלנכולי. תחילה משייכים את הרעב ואת המצוקה הפנימיים לאובייקט חיצוני מרושע ומקנים לשלב חיים זה את התואר "פרנואידי". לאחר הפיצול הזה מגיעה העמדה הדיכאונית. לכן עם התפתחותה מתחילה התינוקת לתפוס את אימה כאובייקט שיש בו גם שָׂד טוב וגם שָׂד רע. לאחר שמתבטל הפיצול מרגישה התינוקת שהפנטזיות ההרסניות והשנאה שהיא חווה פוגעים באובייקט (האם) האוהב והדואג, ועל כן מתעוררים בה חרדה ודיכאון. היכולת לשאת את החרדה והדיכאון הנחווים בשלב זה נובעת מאמונת התינוקת לא רק ביכולתה להרוס אלא גם ביכולתה לתקן את שהרסה. והאמונה הזאת נכונה גם באכילת יתר - ישנו פיצול בין אוכל טוב ומזין ובין אוכל מזיק. אכילת האוכל המזיק נתפסת ככוח שאינו נשלט. רק לאחר התפתחות עמדה דיכאונית מתעוררת ההבנה כי האוכלת היא השולטת באוכל וכי האוכל עשוי להיות בה בעת מזין ומזיק. אם כן, תאוריות פסיכואנליטיות מרכזיות מצביעות על הדואליות בשלב האורלי: בשלב זה נכלל ליבידו שמבטא גם אהבה ואמון ותשוקה בריאה כלפי האובייקט שאליו מופנית האורליות, אבל גם קנאה, תוקפנות והרסנות כלפי האובייקט. יכולים להיות סגנונות שונים לאורליות, וכל סגנון הוא תוצאה של מזג שונה של התינוק, מזג שונה של האם והמפגש של "השלישי" הנוצר ביניהם.

סטיינר (Steiner, 2020) כתב על הקושי להכיר בפער בין השאיפות הגבוהות האשליטיות ובין המציאות. לעיתים אנחנו אוכלים מתוך אשליה שהאוכל נפלא ואפשר לאכול ממנו ככל שנרצה. אנחנו חולמים על מאכלי גורמה ועל מסעדות, אבל בבואנו להישקל אנחנו מתפכחים מן האשליה. הנפילה על קרקע המציאות כואבת ואף עלולה להזיק לבריאות. האכילה מענגת אך גם מזיקה. סטיינר כתב על הצורך שלנו באשליה ועל היכולת לנוע בין האשליה ובין המציאות. קיימת אשליה כי האוכל כולו טוב ומזין; קיימת אשליה כי גם אם נרבה לאכול לא נשמין; ויש גם אשליה אומניפוטנטית ולפיה קל לשמור על דיאטה. כל המתנסים בדיאטות מבחינים כמה קשה השינוי בהתנהגות וכמה מתסכלות ה"נפילות". במובן הזה ההתגברות על אכילת היתר היא ניצחון של עקרון המציאות, ניצחון האגו. המציאות שדיבר עליה סטיינר משתקפת בתחום אכילת היתר במונחים שמקצתם בינריים כגון המשקל שעולה ביום השקילה, מידת הסיכון של אנשים ונשים שסובלים מהשמנת יתר קיצונית והצורך לאזן את ההשמנה בפעילות גופנית. ואולם לא כל המציאות בינארית - מופיעה מציאות הסופר אגו המעניש שלנו; צצה בושה בפני אנשים ונשים מוכרים שמבחינים בהשמנה; יש קושי ללבוש בגדים; וישנו הקושי לקנות בגדים במידות גדולות.

תהליך הטיפול באכילת יתר

כל תהליך טיפול פסיכולוגי באכילת יתר, ובכלל זה טיפול באוריינטציה פסיכואנליטית-פמיניסטית, כדאי שישלב בתחילתו כלים באוריינטציה קוגניטיבית-התנהגותית. במטא-אנליזה של מחקרים נמצא כי להתערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות יש יתרון בטיפול בירידה במשקל, באכילה רגשית ובריסון קוגניטיבי לעומת התערבויות אחרות (Jacob et al., 2018). מחקר עדכני ניסה ליצור הליך טיפול קוגניטיבי-התנהגותי שמתאים אישית לכל מטופל; אחדים מהמשתנים בו הם אשפוז יום או אשפוז מלא (Dalle Grave et al., 2020). במטא-אנליזה של מחקרים על אכילת יתר נמצא כי יש להתאים את הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לסוגים השונים של אכילת יתר כמו אכילת יתר שמלווה בדיכאון או בהפרעות אכילה (Cha et al., 2020). בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי יכולה המטפלת להציע למטופלת התערבויות כמו שקילה קבועה, מעקב אחר האכילה - איזה מזון היא אוכלת, כמותו ורגשות ומחשבות לפני האכילה. כלים אחרים, "קטנים" מאלה, כמו הפחתה הדרגתית בכמויות המזון ובדיקת האמונות הפנימיות הקשורות לאכילה ולרזון אצל נשים משמשים בהתערבות כזאת. ועם זה יש גם ממצאים שמעידים על ירידה בהישגי הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי במשך השנים (Dalle Grave et al., 2020).

אומנם קיימות גישות שממליצות על טיפול מותאם אישית באכילת יתר, אבל כאשר נשים מסוימות אינן מצליחות להתגבר עליה באמצעות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי יש לשוחח עימן על הברית הטיפולית ולברר עם המטופלת את הקשר הרגשי בינה ובין המטפלת, ובייחוד את המטרות והכלים של הטיפול. בשלב הזה צריכה להיות התאמה בין הידע הקליני של המטפלת ובין רצונות המטופלת (Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018). הברית הטיפולית היא אחד הגורמים החשובים ביותר בהצלחת טיפול פסיכולוגי (Zilcha-Mano, 2017). אחת האפשרויות בה תהיה טיפול לפרק זמן ארוך באוריינטציה פסיכואנליטית-פמיניסטית. יש להניח כי נשים שסובלות מהפרעות נפשיות קשות מאלה יזדקקו לטיפול ארוך ועמוק מזה. חשוב להסביר למטופלת כי בזכות טיפול כזה היא תוכל לעסוק בתהליכים לא מודעים מבחינה אישית וחברתית-מגדרית ובקשר בין העבר ובין העתיד; היא תוכל לעבד קונפליקטים שקשורים לאכילה; ותוכל להגיב על המתרחש בחדר הטיפולים כעל מה שמייצג את דפוסי האכילה המוקדמים שלה או את דפוסי היחסים שהביאו אותה לידי אכילת יתר, למשל, דפוסי אורליים שבאים לידי ביטוי גם בבליעת האובייקט. בטיפול כזה אפשר להמשיך בעבודה הנפשית זמן ארוך. טיפול כזה מרשה למטופלת לעבד את הנושא הספציפי ונושאים שאינם קשורים לכאורה לאכילת יתר, אבל מחזקים את כוחותיה של האישה. טיפול כזה גם מבליט את השפעות התרבות המגדריות על התנהגות האישה. ייתכן כי תתרחש גרסיה בזמן הטיפול, והמטופלת תחוה גם תקופות של אכילה פרועה, מבזה ואף משפילה בחווייתה הסובייקטיבית. רק אחרי אירועי אכילה רגרסיביים, שנתפסים כהרס עצמי, מתחילה להיות הפרדה בין האכילה הטובה, המשקפת את הַשָּׂד הטוב, ובין האכילה הפוגענית, המשקפת את הַשָּׂד הרע.

תיאור מקרה

דנה (שם בדוי, כל המקרה בדוי לחלוטין), בת 56, מרצה לפילוסופיה, נשואה ואם לבן מתבגר, הגיעה לטיפול אצל אמילי בגלל סלידתה מאכילת היתר שלה וחרדתה מהשפעתה השלילית על בריאותה ועל המראה החיצוני שלה. היא סבלה גם מדיכאון דיספורי שנמשך מאז גיל ההתבגרות והחריף בתקופת גיל המעבר. כן התלוננה דנה על חוסר מוטיבציה בעבודתה המחקרית כאשר אקדמיה. היא ניסתה דיאטות רבות בחייה, אך לא הצליחה לשמר את הישגיה. בתחילת הטיפול הציעה לה אמילי כלים קוגניטיביים-התנהגותיים, אבל דנה לא הצליחה להפיק מהם תועלת. היא הרגישה שאין לה כוחות לטיפול מסוג

זה בשלב הזה בחייה. בשיחה שעסקה בברית הטיפולית העלו השתיים את האפשרות לשנות את המטרות והכלים של הטיפול. אמילי הסבירה לדנה מהו טיפול באוריינטציה פסיכואנליטית פמיניסטית, ודנה הביעה נכונות להתנסות בטיפול כזה. דנה הבינה כי אכילת היתר שלה נובעת מילדותה, מן התרבות הגוזרת על נשים להיות רזות, ומגורמים אחרים בחייה כמו נטייתה למצבי רוח קשים או להתנהלות אורלית באופן כללי. היא סיפרה כי הוריה חשבו שאישה רזה נראית טוב, ואימה היא שהציעה לה את הדיאטות השונות עוד כשהייתה דנה בת 12, אף שהייתה אך מלאה מעט. מאז בחרה דיאטות לעצמה. דנה עיוותה את פניה ואמרה:

אני פשוט שונאת את עצמי. נעשיתי בהמית. מצד אחד אני אוהבת אוכל ומתעניינת באוכל. הייתי עושה דיאטה למשל של 16/8, כלומר מפסיקה לאכול אחרי הצהריים. והייתי חזקה אז. אהבתי את הרזון שלי - התאמתי לנורמות התרבותיות. אבל לאחרונה אכילת היתר היא בשבילי פיצוי רגשי כאשר אני מדוכאת או פגועה. ובאמת, תחשבי על זה, איזה שפע מדהים של אוכל טעים יש היום: פסטות מוקרמות, גלידות, פיצות, בשרים. אני אוהבת כמעט הכול. אבל אם לפני האכילה המוגזמת אני מצפה להנאה ולכוחות שהאכילה תיתן לי, הרי אחרי האכילה אני מרגישה חרטה וגועל, אבל לפעמים גם תחושת ניחום עצמי. ומצד שני, כל הזמן רואים על מסך הטלוויזיה נשים רזות מאוד. בחדשות. במודעות. בכל מקום.

דנה המשיכה וסיפרה:

כשהייתי תינוקת אימא שלי תיארה אותי כמי שיונקת בהתלהבות. היא סטרה לי אם נשכתי את הפה. כשהייתי ילדה קטנה גדלתי מספר שנים בקיבוץ, בעמק יזרעאל. אני זוכרת, כי ביקשתי מאימא שלי לאכול כאשר לקחה אותי מבית הילדים אל חדר האוכל. היא התפללה. הרי כבר אכלת בבית הילדים. הרגשתי מבוכה. אהבתי את הספגטי ברוטב קציצות הבשר ורציתי לאכול ממנו שוב. אמילי הגיבה על הצרכים האורליים החזקים, שמקצתם נובעים ממזג מולד, ודנה הוסיפה ואמרה:

בשלב הילדות אימי הייתה אם מסורה, אבל בהתנגשויות בגיל ההתבגרות אימא שלי זיהתה אותי כדומה לסבתא שלי, שממנה סלדה, בגלל היותי אוהבת אוכל. סבתא שלי, בילדותי, לפני השינה, נהגה לספר לי על העוגות הנפלאות שהיו מכינים בביתה הגדול, באוקראינה, לפני השואה. על שהתרחש בשואה לא סיפרה אף פעם. היא עלתה לארץ כמה שנים לפני השואה, והמשפחה שנשארה באוקראינה נספתה כולה.

אמילי קישרה בין החוויות האלה של הדגשת הסלידה

מהאכילה המוגזמת, שאפיינו מסרים מצד אימה, ובין אהבת האוכל הטעים, המעלה זיכרונות טובים מסבתה. היא תיקפה גם את ההשפעה החברתית-מגדרית שהרגישה דנה כאשר נשים מוצגות כרזות מאוד. היא אף אמרה כי אומנם דנה נהגת בחייה כאישה פמיניסטית, אבל היא אימצה לעצמה סטנדרטים מגבילים שפוגעים בנשים, כנראה בגלל תדירות המסרים התובעים ממנה להיות רזה והיותם בלתי מודעים בדרך כלל. היא סיפרה לדנה על חברתה - בשלב כלשהו בחייה היא החליטה לקבל את עצמה כאישה מלאה. היא אפילו שמה לב שבתקופות שבהן היא מלאה היא מוצאת בן זוג קבוע בקלות גדולה לעומת תקופת אחרות. בסופו של דבר נישאה החברה הזאת לגבר שמעדיף נשים מלאות.

בהדרגה נראתה דנה עוד יותר מלאה, אבל אמילי לא ביקשה ממנה לעצור את אכילת היתר. בשיחות ביניהן התברר הכעס שיש בדנה על הכפייה החברתית להיות רזה, כפייה שהשליכה על החברה ועל אמצעי התקשורת. ועם זה היה ברור כי היא עצמה הפנימה את החוקים החברתיים הנוקשים האלה כמו שגורסות תאוריות פמיניסטיות. בשיחות האלה גם התברר כי ההתנהלות האורלית המוגזמת אפיינה לא רק את האכילה אלא גם את התנהגותה בתחומים אחרים של חייה. לפעמים היא קנתה יותר מדי בחנויות שונות; וכאשר רצתה להשיג הישג מקצועי היא השקיעה יותר מדי בפרויקט עד שהתעייפה. עלתה המחשבה שהיא נעה בין פעילות יתר בעלת גוון אורלי ובין אשמה והרגשה דיספורית בקשר להתנהגות האורלית הכללית. בשלב הזה החלה דנה לקבל את עצמה כמו שהיא. היא החלה לקנות לעצמה בגדים בחנויות למידות גדולות והבחינה בהנאתו של בעלה מגופה המתמלא ובמחמאות שקיבלה על פניה המלאות, שלא היו בהן קמטים רבים בגלל השמנתה.

אחרי עשרה חודשי טיפול בקירוב קיבלה דנה תוצאות של בדיקות דם שעשתה, והן העידו על מצב טרום סוכרתי. דנה נזעקה, אבל עדיין לא הייתה מסוגלת להפסיק את אכילת היתר אף שהיה ברור שכעת האכילה הרסנית לבריאותה. שנה בקירוב לאחר תחילת הטיפול חל שיפור מסוים בדפוסי האכילה של דנה. היא החלה להקפיד על ארוחות קטנות מבעבר, לספור קלוריות וללכת חצי שעה ביום. עקב זאת נעצרה העלייה שלה במשקל, והיא אף ירדה כמה ק"ג עד שהשתפרו תוצאות בדיקות הדם.

בשיחה נוספת על הברית הטיפולית הביעה דנה רצון להמשיך ולשוחח על נושאים שאינם קשורים לכאורה ישירות לאכילת היתר כדי לחזק את הישגי הטיפול. היא סיפרה על ילדותה כנערה ביישנית אך שקדנית בלימודים ועל גיל ההתבגרות הקשה שחוותה. לא מעט פגישות הקדישה ליחסיה עם הוריה השמרניים. היא הרגישה שהם לא ידעו להעניק לה חום ואהבה.

אמילי קישרה בין היעדר החום שחוותה ובין הצורך שלה להתנחם באוכל. כן התברר שקשייה בכתיבת מאמרים היו קשורים לדרישות הסופר אגו של דנה. היא לא הייתה מודעת להיותה אישה פמיניסטית ומצליחה והתקשתה לקבל את עצמה כאישה כזאת. היא הרגישה שהיא שוקעת בכעס עצמי ובמצב רוח דיספורי - היה עליה לכתוב, אבל התחלת הכתיבה הייתה קשה לה, והיא הרגישה שאינה כותבת היטב. היא הבינה כי לא תוכל להימלט מדרישות הסופר אגו שלה בקשר לכתיבה ושיהיה עליה לשפר את כתיבתה. הטיפול של דנה הסתיים לאחר שנתיים בקירוב. בשיחת מעקב שנערכה עימה לאחר חמש שנים התברר שהתנהגותה בקשר לאכילה נשמרה וחלה ירידה ניכרת גם בתסמינים האחרים שסבלה מהם.

בטיפול המוצע אפשר לבדוק את השפעות המגדר והסביבה על התסמינים ולחקור גורמים עמוקים יותר שגורמים לאכילת יתר. שיקופים, פירוש ועבודה על היחסים בחדר הטיפולים - כל אלה יהיו הכלים בטיפול כזה.

דיון

במאמר זה הצגתי גישה שונה להתמודדות עם תופעת אכילת יתר. השוני בגישה נובע מהממצאים המאכזבים של הדיאטות המקובלות המניחות כי התערבות קצרה שמקורה בשינוי ההתנהגות תגרום לשינוי לפרק זמן ארוך בהתנהגות בסיסית כמו אכילה. הטיפול הפסיכואנליטי-פמיניסטי רואה בתפיסות חברתיות ומגדריות בלתי מודעות את המקור לרבות מבעיות האכילה, ולא רק את מקורן האישי והפנימי, ושואף לאפשר לאישה למצוא את צורת הגוף המתאימה לה ולצורכי האכילה שלה. בגישה הזאת גם תהיה אפשרות לבדוק את הכפייה של החברה בנושא הרזון ואת הצורך הפמיניסטי למרוד בתפיסת התרבות הנכפית הזאת. כן תזכה המטופלת למרחב זמן ולגישה עמוקה לנושא אכילת היתר. יש להניח כי ככל שהפסיכופתולוגיה של המטופלת קשה יותר כך היא תזדקק להתערבות הפסיכואנליטית-פמיניסטית במידה רבה יותר. ועם זה, לדעתי, גם מטופלות שהאבחנה שלהן טובה יוכלו להיתרם מטיפול כזה. כמובן, ההשקעה הנפשית והכספית הנדרשת בטיפול כזה גדולה לעומת דיאטות אחרות, אבל התועלת יכולה להיות עצומה הן למטופלת הן למערכת הבריאות, שכן עלויות הטיפול במחלות הנגרמות מאכילת יתר גבוהות.

בעבר ראו פסיכואנליטיקאים באכילה את השלב הראשוני והבסיסי בחיי התינוק, שלב שהתנהלותו משפיעה על התפתחות התינוק ועל היסודות האורליים בחייו. מצד אחד תיארו הוגים אלה את האכילה כצורך בסיסי חיובי, שבו הליבידו

מאפשר חיים, ומצד אחר כהתנהגות שכרוכה בה גם תוקפנות כלפי השך או כלפי העצמי. ואילו היום, בשיחה משותפת על הברית הטיפולית, יש לשקול טיפול פסיכולוגי באוריינטציה פמיניסטית פסיכודינמית, אם ההתערבויות הקוגניטיביות התנהגותיות אינן מביאות לידי שיפור בתסמינים. בטיפול המוצע אפשר לבדוק את השפעות המגדר והסביבה על התסמינים ולחקור גורמים עמוקים יותר שגורמים לאכילת יתר. שיקופים, פירוש ועבודה על היחסים בחדר הטיפולים - כל אלה יהיו הכלים בטיפול כזה.

בתיאור המקרה שהצגתי יש מבט כולל על חייה של המטופלת. אכילת היתר שלה נקשרה לנוממות תרבות מגדריות נוקשות שהועברו במשפחתה, גם אם מתוך כוונה טובה להפוך אותה לאישה מושכת יותר. התקוממות פמיניסטית וקבלה עצמית הועלו כאפשרויות להתמודד עם מסרים משפחתיים חברתיים שהועברו באמצעי המדיה השונים. אכילת היתר נקשרה גם לילדותה, לחסכים רגשיים ולזיכרונות טובים וגם מביכים שניסתה המטופלת לשחזר. אכילת היתר קושרה למבנה אישיותה וגם לקשיים שהיא נתקלה בהם בחיי היום-יום. המטפלת לא לחצה עליה להתחיל בשינוי התנהגות בקשר לאכילה אלא נהגה בהכלה ובסבלנות כלפי התסמין. כמו שעלה בטיפול המתואר השתמשה המטופלת באוכל, בחווייתה הסובייקטיבית, לנחמה עצמית ולהתגברות על ציווי מגדר נוקשים שספגה במשך שנים. האישה האוכלת רוצה למרוד במוסכמות נוקשות מדי של דימוי גוף רזה ולא ריאלי. היא אוכלת מתוך דחף אורלי ובריא ומתוך ראיית השך כסמל, כשך טוב. אם כן, יש לתקף את יצר האכילה הטבעי, את ההנאה מן האוכל, את המזג הבסיסי האוהב אוכל, את הסמליות של האוכל המזכיר חוויות טובות מן העבר.

ואולם האכילה עלולה להפוך לאקט תוקפני כלפי המטופלת עצמה, או שהיא עלולה לחוות את האוכל כשך רע, כשך שעלול להזיק לה, ולהשליך עליו את תוקפנותה: לא היא הגורמת לאכילה המזיקה אלא היא נשלטת בידי כוח המפתה של האוכל. דרושה הכרה שגם האכילה הטובה וגם האכילה הבעייתית יכולות לדור בכפיפה אחת. המטופלת אינה רוצה להיכנס לסד של דיאטות נוקשות ומוותרת, בלית ברירה, על השגת גוף אידיאלי שממילא אינו מציאותי לרוב הנשים. בטיפול המוצג כאן, שבו המטופלת אוכלת עמוס בזיכרונות, קישרה המטפלת בין ההווה ובין העבר והמחישה את משמעות האכילה כדי ליצור אינטגרציה בחיי המטופלת. בזכות האוכל אפשר להתחבר להווה, לעבר ולדמויות משמעותיות שמתגעגעים אליהן; אבל כאשר מפריזים בו נעשית האכילה חרב פיפיות.

הבושה, הגועל והסלידה העצמיים הנלווים לאכילת יתר

זמן קצר. ועם זה ברור כי לטיפול באכילת יתר באמצעות טיפול פסיכולוגי נדרשים משאבים רבים יותר מבחינת זמן ולפעמים גם כסף, אם אין מימון לטיפול מגורם חיצוני. במקום שינוי תפריט וקבלת דרך אכילה שונה נדרשת בגישה הזאת התחייבות לטיפול שאינו קצר מועד והמתנה עד שתהיה ירידה במשקל. ואולם הגישה הזאת מקלה על המטופלות, והן יכולות לדחות את שינוי האכילה עד שיאפשרו להן כוחותיהן לעשות זאת ולהגדיל את סיכוייהן לשמור על הישגיהן. אשר לחוזקות ולחולשות הממצאים - אומנם הממצאים כאן אינם מחקרניים כי אם תאורטיים או קליניים בלבד, אבל הם שואפים להיות איכותניים. אין כאן עדות מחקרית אמפירית לגישה הזאת, אבל מחקר עתידי יוכל יבדוק את הממצאים האלה באוכלוסיות גדולות מזאת שנבדקה כדי לתת תוקף לטענות שהצגתי במאמר.

אם כן, יש לשקול טיפול בגישה פסיכואנליטית-פמיניסטית כדי להתמודד עם אכילת יתר, ובתחילתו תיבחן יעילותה של התערבות קוגניטיבית-התנהגותית. אומנם טיפול כזה עשוי להימשך זמן רב, אך יש להניח שתוצאותיו תהיינה טובות יותר ועמידות לזמן רב לעומת טיפולים אחרים. בטיפול כזה ייושמו תאוריות פמיניסטיות ופסיכואנליטיות כדי לתת מענה על תסמיני אכילת יתר של המטופלות. חשיבה משותפת על טיפול בבעיה הזאת נראית חיונית ליחיד ולחברה כולה, חברה ששקועה במאבק שמוצג לעיתים כדיכוטומי בין קבלה עצמית ובין שיפוט נוקשה שנגרם מגורמים אישיים וחברתיים מגדריים, מודעים ושאנים מודעים.

קשים מאוד. אלה רגשות שהאישה האוכלת יתר על המידה מנסה להיפטר מהם, אבל המגע האמפתי והמכיל עימם עשוי לעזור לה בתהליך של קבלה ושינוי. בטיפול כזה עשוי עודף האורליות לבוא לידי ביטוי גם בהעברה ובהעברה נגדית. המטפלת עשויה להרגיש מוצפת, "נטרפת". הגודש עלול לבוא לידי ביטוי בהעברה נגדית שיש בה, בהשלכה של הזדהות, חלקים של המטופלת. המטפלת תפגוש אפוא בחלקים התאווותניים והבזויים של עצמה וגם בחלקים המורדים שלה, התובעים חופש ועונג. לעיתים יש לעבד אחר כך גם את חווית הבושה והתוקפנות כלפי העצמי ואת מקורן של החוויות האלה: ההתנהגות הקשורה לאכילת היתר נגרמה בחלקה מהתנהגות בעלת אופי אורלי ובחלקה מנורמות תרבות ומהרגשת חוסר שליטה עצמית. עיבוד כזה יביא לידי בדיקה מחודשת של אובייקטים פנימיים מאשימים. וכמו באכילה כך גם בטיפול - יש לאפשר למטופלת להרגיש שיש לה זכות לצורך בעל מאפיין אורלי ולשעות טיפול רבות ככל שתזדקק להן, שהרעב שלה לאוכל ולאובייקטים אחרים בעולמה יבוא על סיפוקו, במידה מסוימת, בפגישות, ותהיה לה הזדמנות לדבר ולהיות מוכלת בקשר לפרק זמן ארוך.

סיכום והשלכות הטיפול

במטא-אנליזה של תוצאות טיפול פסיכודינמי לזמן רב, לעומת תוצאות טיפול לזמן קצר, מצאו ליכסנריג ורבונג (Leichsenring & Rabung, 2008) את העובדות המתבקשות האלה: טיפול לפרק זמן ארוך מועיל יותר מטיפול לפרק

מקורות

- איבסן, ה' (2014). **בית בובות**. הוצאת ליון בוקס.
- טולסטוי, ל' (1976). **מלחמה ושלום**. ספרית פועלים.
- Bacon, H. (2019). *Feminist theology and contemporary dieting culture: Sin, salvation and women's weight loss narratives*. Bloomsbury Academic Publishing.
<https://www.bloomsbury.com/uk/feminist-theology-and-contemporary-dieting-culture-9780567659958/>
- Buchanan, K., Sheffield, J., & Tan, W. H. (2019). Predictors of diet failure: A multifactorial cognitive behavioural model. *Journal of Health Psychology*, 24(7), 857–869. <https://doi.org/10.1177/1359105316689605>
- Cha, J.-Y., Kim, S.-Y., Shin, I.-S., Park, Y.-B., & Lim, Y.-W. (2020). Comparison of the effects of cognitive behavioral therapy and behavioral treatment on obesity treatment by patient subtypes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Medicine for Obesity Research. Society of Korean Medicine for Obesity Research*, 20, 178–192. <https://doi.org/10.15429/jkomor.2020.20.2.178>

- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2020). Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): Theory, strategies and procedures. *BioPsychoSocial Medicine*, 14, Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00177-9>
- Freud, S. (1962). *Three essays on the theory of sexuality*. Basic Books.
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 417–432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Jaeger, T., & Jovanovski, N. (2024). "People need to be valued because of who they are:" Self-conception and strategies of resistance in women who challenge weight-loss diet culture. *Feminism & Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/09593535241233839>
- Jovanovski, N. (2017). *Digesting femininities: The feminist politics of contemporary food culture*. Palgrave Macmillan.
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 417–432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Jaeger, T., & Jovanovski, N. (2024). "People need to be valued because of who they are:" Self-conception and strategies of resistance in women who challenge weight-loss diet culture. *Feminism & Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/09593535241233839>
- Jovanovski, N. (2017). *Digesting femininities: The feminist politics of contemporary food culture*. Palgrave Macmillan.
- Klein, M. (1975). *The psycho-analysis of children*. Hogarth/Institute of Psycho-Analysis; Reprinted in The Writings of Melanie Klein (Vol. 2). Delacorte/Seymour Lawrence.
- Launius, K. N., & Lydecker, J. A. (2024). Early and current experiences of weight-based discrimination are associated with eating psychopathology, depression, and poor general health in adulthood. *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000527>
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy a meta-analysis. *Journal of American Medicine Association*, 300(13), 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–513. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-51673-001.html>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, Online First*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Prentice, A. M. (2001). *Overeating: The health risks. Obesity – A research*, 9(S11), 234S–238. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2001.124>
- Remer, P. (2012). Feminist therapy. In J. Frew & M. D. Spiegler (Eds.), *Contemporary psychotherapies for a diverse world* (pp. 373–414). Taylor & Francis.
- Ruhm, C. H. (2012) Understanding overeating and obesity. *Journal of Health Economics*, 31(6), 781–796. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629612000938>
- Steiner, J. (2020). *Illusion, disillusion, and irony in psychoanalysis*. Routledge.
- Wilson, J. S. (2021). Publicly Fat: Narratives of fatphobia, diet culture, and intersectional feminism. *University Honors Program Senior Projects* 22. <https://neiudc.neiu.edu/uhp-projects/22>
- Zakin, E., & Leeb, C. (2023). Psychoanalytic feminism. In E. N. Zalta & U. Nodelman (Eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter Ed.). <https://plato.stanford.edu/archives/win2023/entries/feminism-psychoanalysis/>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *The American Psychologist*, 72(4), 311–325. <https://psycnet.apa.org/record/2017-19038-001>

טיפול ומגדר - בין פיצול ובין אינטגרציה

יעל ילינק ליברמן¹

תקציר

במקצועות הטיפול השונים אנו עוסקים לא מעט בבחינת תהליכי חִבּוּר שמתחילים בילדות המוקדמת, כאשר מלמדים בנים "להיות בנים" ובנות "להיות בנות". במאמר זה אני מבקשת לבחון את תהליכי החִבּוּר שאנו עוברים כמטפלים, תהליכים שמבנים את האופן שבו אנו רואים את המטופלים שלנו ומציעים התערבויות מקצועיות רלוונטיות. אני מבקשת לדון באופן השונה שבו אנו מתייחסים למטופלים ממגדר שונה ובהנחות היסוד המבססות את תפקידי המגדר כמו שהם מופיעים בעבודה הקלינית ובתאוריה האנליטית. מתוך האמונה שגם אנו, המטפלים, מלמדים ילדים וילדות ונשים וגברים מה משמעותו של המגדר שהם משתייכים אליו אבקש להציג קול טיפולי שקורא לשוויון ולאינטגרציה. בעשותי כן אני מתבססת על ההבנה שעמדתנו הטיפולית לעולם אינה עמדה ניטרלית, ועל כן יש באפשרותה ליצור ולקדם שינוי חברתי.

מבוא

פעמים רבות מבקשים אנשי טיפול לראות בעצמם אנשים ונשים שדוגלים בעמדות של שוויון וצדק חברתי. תופעות של הדרת נשים, הפחתת ערך או השתקה על רקע מגדרי - שנצפות במוסדות השלטון, הצבא או בגופים עסקיים - מובאות לדיון בעולמנו המקצועי בעין ביקורתית ומתוך שאיפה לכונן מרחב תיקון אישי או חברתי. בעיני רבים נובעת הקריאה לשוויון גם מהבנת הקשר שבין הפליה נגד נשים ובין אלימות ואלימות מינית, וכמעט מדי יום ביומו אנו קוראים בכותרות החדשות על מקרים חוזרים ונשנים של פגיעה ופוגענות. אומנם הצורך לקרוא לשוויון הזדמנויות, לצדק חברתי ולשמירה על ביטחון של נשים הוא צורך אנושי בסיסי, אך הוא בעל משמעויות שונות מעט כאשר הוא עולה כצורך מקצועי או טיפולי. במאמר זה אבקש לבחון את האופן שבו אנו, אנשי המקצוע, נתקלים בסוגיות של הטיה והפליה על רקע מגדרי ומושפעים מהן. אציג דוגמאות מן העולם הקליני ובהן דילמות רלוונטיות והקשרים תאורטיים ופסיכואנליטיים מתוך האמונה שבהיותנו אנשי טיפול יש לעמדותינו ולהשקפת עולמנו ערך רב, גלוי וסמוי, ועל כן יש בכוחן להשפיע ולקדם שינוי.

טיפול בילדים, בהורים ובאימהות

כשהייתי מתמחה בטיפול בילדים, לפני אי אלו שנים, החלטתי לעשות ניסיון - קיבלתי את מספרי הטלפון של הורי הילדים האלה כדי להזמין לפגישה ראשונה והחלטתי לטלפן לאבות דווקא ולבדוק כיצד יגיבו. התברר ששיחות הטלפון היו בזבז זמן מוחלט. כשהתקשרתי אליהם נשמעו האבות מבלבלים מעט, לא הבינו מה אני מבקשת מהם, ולאחר השתהות קצרה ביקשו, "טלפני לאשתי, היא אחראית לזה". הובכתי לגלות שאחדים מהם לא ידעו כלל על הפנייה לטיפול בילדיהם. כעבור זמן מה החלטתי "לייעל תהליכי עבודה" ומאז אני נוהגת לטלפן לאימהות בתחילת הטיפול. עם השנים שמתי לב שבמקרים רבים שבהם מילא האב את התפקיד הדומיננטי בניהול הטיפול הייתה האם פגועה מאוד או חולה, ולכן לא הייתה מסוגלת לעשות זאת בעצמה.

דומיננטיות תפקידה של האם בגידול ילדיה מוצגת במאמרה של קליין (2003) באמצעות תיאורה את יכולתו המולדת של התינוק להתייחס לאובייקטים חיצוניים ופנימיים במציאות ובפנטזיה. קליין טענה שחווית התינוק מתארגנת כחוויה מפוצלת מול השָׂד הטוב (המזין, האוהב, המקיים) ומול השָׂד הרע (המרעיל, הנוטש, הפוגע). אף שהאובייקטים המציאותיים של התינוק הם שני הוריו, אימו ואביו, בחרה קליין להשתמש בִּשָּׂד לייצוג האובייקט החלקי וביקשה להציב את דימוי ההנקה כמכונן בהתהוותה של החוויה האנושית. השָׂד הוא אובייקט חלקי של גוף נשי. ומאחר שהאב אינו יכול להיניק, אפשר להסיק בנקל מדבריה של קליין שהאב אינו יכול לשמש בתפקיד הורי שווה משקל לזה של האם. בכתיבה הפסיכואנליטית מדובר פעמים רבות על "האובייקט ההורי" בלשון יחיד, וכמובן מאליו אנו מסיקים שמדובר באם. בדרך כלל מתוארים תינוק ואימו, כלומר גם קיומן של התינוקות הבנות נדחק מן הספרות המוקדמת עד כדי היעדרות של ממש.

פעמים רבות נתפס ויניקוט כתאורטיקן שהיטיב עם האימהות, אולי בזכות תיאורו את "האימהות הטובה דייה" (ויניקוט, 1995, עמ' 43), מושג שמעניק כביכול לגיטימציה לאימהות שלא להיות מושלמות. ולצד זאת הוא הציג את המושג "מושקעות אימהית ראשונית" (ויניקוט, 2009, עמ' 149) כמודל הפוך

¹ יעל ילינק ליברמן היא פסיכולוגית קלינית מדריכה, פסיכולוגית אחראית ביחידה לגיל הילדות של בית החולים גה ומטפלת במסגרת פרקטיקה פרטית. מייל: yaelynek@gmail.com

כמעט, מודל של התמסרות אימהית מוחלטת. ויניקוט דרש מהאם שילדה התמסרות עד כדי "שיגעון", היענות מותאמת ומיידית שהוא תפס כהכרחית להתפתחותו התקינה של התינוק. ואני תוהה אם הוא ידע עד כמה מושג זה עשוי לעורר הרגשת כישלון ואשמה מצד האם. האם הוא הביא בחשבון אימהות, וגם אימהות בעלות יכולת הורות תקינה לחלוטין, שאינן מסוגלות או אינן רוצות להתמסר באופן מוחלט כזה לטיפול בתינוק?

פעם סיפרה לי אימא לתינוק על כרזה גדולה שראתה במחלקת היולדות ועליה הכותרת "כיצד תדעי שתינוקך רעב?". מתחת לכותרת היו שלוש תמונות - תמונה של תינוק חביב מחייך ומעליה הכותרת "לא רעב". לצידה תמונה של תינוק שנראה לא מרוצה מעט, פיו מעוקם, ומעליה הכותרת "רעב". לצידן הופיעה תמונתו של תינוק אדום וצורח, ותחתיה הכותרת "רעב מדי". האם סיפרה שתינוקה אוכל מבקבוק, ונדרש זמן להכינו: למלאו, להוסיף את האבקה, לערבב. היא לא הצליחה לעשות את זה בזמן שהחזיקה את תינוקה בידה, ועל כן נהגה להשאירו במיטתו כשהכינה את הבקבוק. בזמן הזה בכה התינוק מאוד והתאדם כמו בתמונה. היא אמרה בכאב, "התינוק שלי תמיד רעב מדי".

את ציפיית המטפל למסירות אימהית מוחלטת אפשר למצוא גם אצל כותבים מאוחרים מוויניקוט. סטרן (סטרן וברשווילר-סטרן, 2000) פנה אל האימהות ותיאר בעבורן את חוויתן עם התינוק הרך:

אחרי שתלדי, תמצאי את עצמך פעם אחר פעם פועלת בלי לחשוב. את תהיי מוצפת באינסטינקטים אימהיים, ותפתחי דרכים אינטואיטיביות להחזיק את ילדך, לנגוע בו, ולעשות לו קולות שיבנו את היחס בינך לבין התינוק שלך. אחרי זמן לא רב תתחילי להבין שיש לך מאגר בלתי נדלה של תגובות אינטואיטיביות והתנהגויות שמעולם לא הגעת אליהן קודם לכן, והן חלק מהלך המחשבה החדש שלך (עמ' 18).

כשנתקלתי בציטוט הזה תהיתי, כאם וכמטפלת, כמה אימהות לא היו מזדהות עם תיאור כזה ואפילו מגיבות עליו בכעס. ועוד תהיתי כיצד היו מתקבלים דבריו לו בחר סטרן להתנסח כך בפנייתו לאבות, לגברים...

את הנחת היסוד של התאוריה הפסיכואנליטית שלפיה על האם לשמש אובייקט בעבור תינוקה בחנה בנג'מין (2005) בספרה **כבלי האהבה**. היא טענה שלא זו בלבד שאין ביכולתה של האם להיות אובייקט, אלא שאף אין בכך כל צורך לשם התפתחותו התקינה של התינוק. לדבריה, עולם הנפש מתפתח לא מתוך הקשר בין סובייקט ובין אובייקט אלא מתוך קשר בין סובייקט ובין סובייקט: "מתוך הנחה

שאנו מסוגלים וזקוקים להכרה בסובייקט האחר כשונה ועם זאת דומה, כאחר שמסוגל לחלוק איתנו התנסויות מנטליות דומות" (עמ' 28). בהיותי מטפלת אני תוהה על הקשר הזה - האם האב והאם אינם ממלאים את שני התפקידים גם יחד, גם אנשים ונשים שעומדים בפני עצמם וגם ניתנים בגופם ובנפשם בעבור ילדיהם? להלן דוגמה קלינית:

אם לילדה כבת שש סיפרה לי כי ערב אחד, לאחר שחזרה מעבודתה, קפצה עליה ילדתה, טיפסה עליה, משכה בשיערה, חיבקה ונישקה אותה. בשלב מסוים אמרה לה האם בתקיפות, "די כבר, אני רוצה את הגוף שלי לעצמי". האם סיפרה שהילדה נעלבה מעט והתיישבה בפינת הספה. לאחר שלוש דקות בערך חזרה הילדה ואמרה לה בחיוך, "מספיק זמן היה לך את הגוף שלך לעצמך. עכשיו תורו".

בנג'מין הוסיפה וטענה כי האם והתינוק מחפשים הכרה זה בזה, ובדבריה טבעה את המושג "ההכרה ההדדית" (mutual recognition) (שם, עמ' 23-24). לדבריה, במצבים שבהם החיפוש אחר הכרה הדדית אינו מתאפשר עשויים להיווצר יחסי שליטה תוקפניים או מאבק כוחות. במעגל הכרה שלילי אדם מרגיש שהוא יכול להיות לבד רק אם ימחק את האחר הפולש, כלומר התאמה אפשרית רק לאחר כניעה לאחר. את יחסי השליטה בהורות היא תיארה באמצעות שני תסריטים הפוכים: האחד הוא ההורה הוותן, שחדל להציב גבול, והילד המורד כנגדו; השני הוא ההורה שאינו יכול לשאת את השאיפה של הילד לעצמאות לעומת הילד שנעשה צייתן מדי (עמ' 44-45). ועוד דוגמה קלינית:

הופנתה אליי ילדה כבת שנתיים בגלל קשיי הירדמות בלילות. היא באה אליי בליווי שני הוריה. לדבריהם, כאשר הילדה שוכבת במיטה היא צורחת ובוכה עד עמקי נשמתה וללא קץ. ההרדמה נעשית מייגעת ובלתי אפשרית, וניכר כי היא והוריה שרויים במצוקה רבה. כששאלתי את ההורים איך הם מתמודדים עם הקושי בשעת השינה הם ציינו כי הם חלוקים בדעותיהם. האם אמרה שהיא אינה יכולה לשאת את בכי הילדה. כאשר היא מתחילה לבכות חווה האם את הבכי ככאב פיזי ממש ומייד מוציאה אותה מהמיטה. האב אמר, "מבחינתי שתצרח עד הבוקר, לא מוציא אותה מהמיטה". כאשר מגיעה שעת השינה ומתחילים הבכי והצעקות שבה ועולה המחלוקת בין ההורים, ולעיתים קרובות הם רבים בנוכחות הילדה.

אם נבחן את התיאור הקליני הזה נוכל לייחס להורים שני תפקידים הפוכים - אימא אומרת לילדתה, "אני האובייקט שלך, ואת מוזמנת להשתמש בי בכל אופן שתבחרי. אם את בוכה, אעשה כל דבר כדי להפסיק את בכיך. אם את מתנגדת,



אוותר על דרישותיי". האם מפסיקה להתקיים כנוכחות נפרדת שיכולה לעזור: כאם ששומרת על שעת השינה ועל שנת הלילה, כמי שמסוגלת לדבר אל הילדה, להרגיע אותה ולהסביר לה מדוע חשוב ללכת לישון כעת, כמי שיכולה לשאת תסכול, לתת לו מענה ולא "להעלים אותו". מלבד זאת האם מוותרת גם על טובתה שלה - הגב עלול לכאוב לה כאשר היא מרימה ילדה גדולה, או שהיא זקוקה לשעות הערב לעצמה ולצרכיה. הילדה הזאת מרגישה שלאימה אין יכולת להרגיע אותה, אין לה רצונות משלה והיא אינה עמידה בפני תביעותיה. ואילו אבא אומר לילדה, "אני לא האובייקט שלך, אני לא אאפשר לך להשתמש בי". האב מתקיים כישות נפרדת, אך רחוקה ומנותקת. מצוקת הילדה אינה משפיעה עליו כביכול. הוא מניח לה לבכות לבדה ולהירגע בכוחות עצמה, והיא עשויה להרגיש בדידות ונטישה. בטיפול ניסינו לבחון את העמדות המנוגדות של כל אחד מן ההורים. במפגשים ראינו שאפשר למתן את התוקפנות, את המאבק, את הדינמיקה שלפיה מישו מנצח ומישהו מפסיד. העלינו את האפשרות שגם אימא וגם אבא יוכלו לאמץ עמדה הורית אחרת, עמדה שאינה מבוססת על מאבק אלא על הרגשת יכולת ושותפות.

הנבדקות נוטות להעריך דילמות מוסריות מפרספקטיבה של מערכות יחסים, הן שוקלות את השפעת החלטותיהן על היחסים עם הזולת, ואילו הנבדקים הגברים נוטים להתמודד עם דילמות מוסריות בהציבם את עצמם ואת זכויותיהם במרכז. גיליגן טענה שהקול הנשי הוא קול שונה, וכך אף כינתה את הספר שהתבסס על מחקרה; ושהקול הנשי אינו נחות מקולו של הגבר וגם אינו מתעלה עליו.

מן התאוריה למחקר

במקרה שהוצג לעיל בולטת החלוקה הסטריאוטיפית בין האם ה"רכה" ובין האב ה"נוקשה". וגם אפשר לומר בין האישה הרגשנית והלא רציונלית ובין הגבר העומד על שלו. את הפיצול בין התכונות הנתפסות כ"נשיות" ובין התכונות הנתפסות כ"גבריות" אפשר למצוא כבר בכתיבתו של פרויד. את פתרונו של התסביך האדיפלי תיאר פרויד (2002) כנובע מחרדת הסירוס: הבן החושש שאביו יענישו על תשוקתו לאימו מוותר על התשוקה הזאת ומאמץ את מערכת החוקים והאיסורים שמגלם האב. כך נוצר הסופר אגו, האני העליון המייצג את המוסר ואת חוש הצדק. והבת? היא נולדת ללא פין ועל כן אינה סובלת מחרדת סירוס שמופיעה אצל הבנים. לדברי פרויד, הקונפליקט האדיפלי אינו מגיע לידי פתרונו

המלא אצל הבנות, ועל כן גם היווצרותו של הסופר אגו נתפסת כלקויה. וכך הוא כותב:

אין להתכחש לרעיון שרמת המוסריות הנורמלית אצל האישה שונה. האני העליון לעולם אינו קשוח כל כך, לא אישי, בלתי תלוי במקורותיו הרגשיים, כפי שהדבר נדרש מן הגבר... שהיא מגלה פחות חוש צדק מאשר הגבר, פחות נוטה לקבלת את מרותם של האילוצים הגדולים של החיים, שהיא מונחית לעתים קרובות בהכרעותיה על ידי תחושות של חיבה ועוינות (עמ' 193).

הטענה בדבר הליקוי ביכולתה המוסרית של האישה עדיין שבה ועולה גם במסקנות מחקרו של קולברג, חצי מאה ויותר לאחר פרסומו של פרויד. קולברג (Kohlberg, 1981) חקר את התפתחותם ואת יכולתם המוסרית של ילדים ונערים; נערו לא נכללו במחקר המקורי. הוא הציג בפני הנבדקים דילמות מוסריות ובחן את האופן שבו נימקו את עמדתם בכל סוגיה. מתוך ניתוח התגובות הוא ניסח שישה שלבים בהתפתחות המוסר, כל שלב "גבוה" מזה שקדם לו. בשלבים העליונים הוא תיאר אנשים שמגדירים מוסריות במושגים של עקרונות וערכים מופשטים של מצפון, ערכים שהאדם בוחר בעבור עצמו. אחר כך, כאשר רואינו ילדות ונשים למחקרים אחרים שעסקו בהתפתחות מוסרית, נמצא כי התפתחותן אינה תואמת את סולם ההתפתחות ה"נורמלי" - הן לא הגיעו לשלבים העליונים. מתוצאות אלה נגזרה המסקנה שהתפתחות המוסרית של נשים פחותה מזאת של הגברים, והפעם אף הוצג לכך בסיס מחקרי.

גיליגן (Gilligan, 1982) הציגה את הביקורת הידועה ביותר על מחקרו של קולברג. היא ניהלה מחקר שבו התראיינו ילדות ונשים והשוותה את תשובותיהן לתשובות הילדים והגברים. היא טענה שהנבדקות נוטות להעריך דילמות מוסריות מפרספקטיבה של מערכות יחסים, שהן שוקלות את השפעת החלטותיהן על היחסים עם הזולת, ואילו הנבדקים הגברים נוטים להתמודד עם דילמות מוסריות בהציבם את עצמם ואת זכויותיהם במרכז. גיליגן טענה שהקול הנשי הוא קול שונה, וכך אף כינתה את הספר שהתבסס על מחקרה; ושהקול הנשי אינו נחות מקולו של הגבר וגם אינו מתעלה עליו. בהקשר שונה, ואולי בכל זאת גם דומה, ביקשה גיליגן (Gilligan, 2011) לטעון שההפך מהפטריוארכיה אינו מטריארכיה או שלטון האם אלא דמוקרטיה. ההפך מהפליה של אחד אינו הפליה של האחר כי אם שוויון.

המחשבה על שלטון האם ושלטון האב שכיחה מאוד בטיפול במשפחות, קל וחומר בטיפול בילדים. מטפלים בילדים למדים שפעמים רבות אבות נעדרים מן הטיפול. לא פעם נשמע שהם "עסוקים", שהם "לא מאמינים בטיפול", שהטיפול הוא "פחות

העסק שלהם". לעיתים קרובות לא ברור עד כמה האב רוצה להישאר מחוץ לטיפול ועד כמה האם אכן מעדיפה שישאר בחוץ. קושי אמיתי עולה במצבים שבהם אנו מתרשמים כי האב באמת לא יוכל להגיע ואנו נדחפים, לעיתים תכופות מדי, לקיים טיפולים במעורבות האם בלבד. להלן דוגמה נוספת:

הופנה אלי לטיפול ילד כבן שלוש עקב התפרצויות ואלימות בבית ומחוצה לו. בזמן ההיכרות עם המשפחה התברר שיש מריבות קשות בין ההורים ותוקפנות הדדית, ובדרך כלל האב הוא שמתפרץ בקללות ואף זורק חפצים. הילד עד למריבות, לתוקפנות של שני הוריו ולהתפרצויות של אביו. הסכמנו להתחיל בטיפול במסגרת דיאדית, אם ילד, אבילד, אך האב לא הגיע לפגישות שלאחר מפגש האינטייך הראשוני אפילו פעם אחת. גם כאשר נקבעו פגישות במועדים מיוחדים לפי בקשתו הוא "שכח" או "לא הסתדר לו". נוצר מצב מבלבל מבחינתי. הבנתי שללא שינוי בתפקוד ההורי לא נראה שיפור במצבו של הילד. לאחר כמה שיחות וכמה "הברזות" מצד האב היה ברור שהוא לא יהיה שותף לטיפול. במקרה זה בחרתי שלא להציע טיפול "בכל מחיר" ואמרתי להורים שכששניהם יהיו מוכנים להשתתף בטיפול ולהיות פעילים בו אשמח לשוב ולקבלם.

ההחלטה לסיים טיפול בילד ובמשפחה שזקוקים לעזרה אינה החלטה פשוטה. אני סבורה שלעיתים, כמו במקרה זה, נגזרת ההחלטה הזאת ממצב פתולוגי שהמשפחה מבקשת להנציח באמצעות שיתוף פעולה לקוי עם המסגרת הטיפולית. אני משערת שלו הייתי ממשיכה את הטיפול עם הילד ואימו בלבד, לא היה אפשר להיטיב עם הילד ולא להפחית את רמת התוקפנות בבית, קל וחומר לא את תוקפנות האב שבחר שלא להגיע למפגשים. על כן החלטתי שנסיים את הטיפול.

טראומה והחלמה: האשמת הקורבן או התקרבות ותוקפנות?

גם הרמן (1994) עסקה בהטיות מגדריות והציגה בספרה **טראומה והחלמה** מחקר שנערך בשנת 1964 ופורסם תחת הכותרת "אשתי של מכה אשתי". גם מחקר זה בדק נשים בלבד, כמו מחקרו של קולברג. לדברי הרמן, התכוונו החוקרים לחקור תחילה את הגברים המכים, אבל הגברים לא שיתפו פעולה עימם. כחלופה בת ביצוע הוחלט לחקור את הנשים המוכות, והן נענו והביעו נכונות להשתתף במחקר. בין שאר הממצאים תיארו החוקרים את הפרופיל של הנשים הנבדקות במילים קשות: הן תוארו כ"מסרסות, פריג'ידיות, תוקפניות, הססניות וסבילות, כאשר האלימות ממלאת את הצרכים

המזוכיסטיים שלהן" (עמ' 145-146). במחקר הזה השתמשה הרמן כדוגמה לאופן שבו אנו מגנים את הקורבנות, מייחסים להן פתולוגיה שאינה במקומה ומסבירים מדוע הן מזמנות את האלימות שהופנתה כלפיהן. הרמן חקרה נפגעי ונפגעות טראומה מסוגים שונים וברמות חומרה משתנות, ולטענתה, הנטייה להאשים את הקורבן אינה יוצרת עיוות חברתי שכיח בלבד אלא גם משבשת את ההבנה הפסיכולוגית, ובייחוד את אבחון התסמונת הפוסט-טראומטית. הרמן טענה שאנשים בכלל, ובהם גם מטפלים, נוטים למתוח ביקורת על נפגעי הטראומה הכרונית, להאשיםם ולגנותם. לדבריה, זוהי הנטייה לחשוב שאנו, במקומם של הקורבנות, היינו נוהגים באומץ לב או שהתנהגות הקורבן נובעת מפגמים באישיותו או בתכונותיו המוסריות (שם).

הרמן טענה שאנשים בכלל, ובהם גם מטפלים, נוטים למתוח ביקורת על נפגעי הטראומה הכרונית, להאשיםם ולגנותם. לדבריה, זוהי הנטייה לחשוב שאנו, במקומם של הקורבנות, היינו נוהגים באומץ לב או שהתנהגות הקורבן נובעת מפגמים באישיותו או בתכונותיו המוסריות.

כדי להדגים את האופן שהתהוותה בו הנטייה להאשים את הקורבן בחשיבה הפסיכואנליטית הציגה הרמן את תיעוד הטיפול בדורה (פרויד 2000). כאשר הייתה דורה בת 18 היא תיארה בפני פרויד מקרה של הטרדה מינית שאירע שנתיים קודם לכן, כשהייתה דורה בת 16. המטריד היה ידיד של אביה. היא הוסיפה וסיפרה שאביה ניהל רומן עם אשתו של אותו ידיד וכי האב "העניק" אותה לאותו ידיד כפיצוי על שלא התרעם על הרומן עם אשתו. פרויד פירש באוזני דורה את התסמינים שפיתחה. לדבריו, הם לא היו אלא תוצר של תשוקתה לאותו ידיד של האב ושל קנאתה במאהבת של אביה. באיזו קלות הוא ייחס לה התנהגות פתיינית כלפי גבר מבוגר שפגע בה. את עזיבתה את הטיפול עימו פירש פרויד כהתנגדות לו או נקמה בו. בתיאור הטיפול הוא כלל לא הביא בחשבון את הנזק שהוא עשוי לגרום לה בהיותו מטפל מבוגר וסמכותי שמטיל את האחריות על המטופלת הצעירה שבאה לבקש את עזרתו.

דוגמה לאופן שבו ההאשמה עשויה להיות מופנמת אצל מטופלת צעירה אפשר למצוא אצל פרנצי שטיפל באלמה בת ה־23, בתה של המאהבת שלו (ברמן, 2003), והתאהב בה. בפגישה טיפולית אחת הוא ניגש אליה, נישק אותה והתוודה על אהבתו אליה. וכך כתבה אלמה: "הייתי מפתה מרושעת, חשבת רק על עצמי ולא היה לי אכפת מקורבנותיי" (עמ' 21). נוצר אפוא מערך מרובה משתתפים בין פרנצי, המאהבת שלו

בבור שאין לו תחתית, בחירה בטיפול שאין בו הישגים של ממש. קושי אמיתי עלה כאשר עסקנו בצורך לבחור בהתערבויות פרקטיות במערכת שמוגבלים בה המשאבים המוקצים לטיפול.

בעיה מורכבת אחרת שהוצגה בדיון בהקשר הזה נגעה לקריטריון האבחנה של הפרעת האישיות הגבולית ולפיו הנשים עושות מאמצים להימנע מנטישה אמיתית או מדומה. גם סיום הטיפול עשוי להיחווה כנטישה מצד המטפל או המוסד, ועל כן הנשים האלה נדחפות להיאבק בו בכל אמצעי המצוי ברשותן ובכלל זה איומים ופגיעה עצמית. לצד זה גם נאמר שמחוך לבתי החולים קשה למצוא מסגרות שונות לנשים מענה מקצועי ומקיף דיו. המענים הטיפולים קצרים בדרך כלל, מקוטעים ואינם אינטנסיביים דיים להתמודד עם המורכבות הרבה שהנשים מציגות. מתוך כך חשבתי על מה שלא נאמר - הנטישה שהן חוות בסיום הטיפול בבית החולים אינה נטישה מדומה; זאת נטישה ממשית.

בשעה שניסתה הרמן (שם) לנסח את עקרונותיו של הטיפול המיטיב במקרים אלה היא ציינה שפעמים רבות קלינאים אינם עוסקים בקשר שבין ההיסטוריה הטראומטית ובין התמונה הקלינית המוצגת בהווה. בשל כך, לדבריה, נפגעים רבים מקבלים אבחנות שגויות ומטופלים בטיפול שגוי בבריאות הנפש. במקום האבחנות הקיימות, ובעיקר האבחנות של הפרעות האישיות, היא הציעה אבחנה חלופית, "הפרעת דחק פוסט טראומטית מורכבת" (עמ' 151). לדבריה, התסמינים והקשיים נעשים מובנים יותר כאשר קושרים אותם להיסטוריה הטראומטית. אז נעשים נפגעי הטראומה מובנים לעצמם. האבחנה החדשה שהציעה הרמן נועדה לשמש צעד ראשון בתהליך שנועד להבנות זהות חדשה, זהות שאינה מוכתמת. לאחר שתיווצר הזהות הזאת תתאפשר יצירת ברית של שיתוף פעולה ונרמול תגובות הנפגע, וכן יהיה אפשר לתת תוקף להתהוות התסמינים כאמצעי שנועד להישרדות (שם). אני חושבת שיש מורכבות נוספת שעולה בטיפול בנפגעי ובנפגעות טראומה, והיא הקשר העמוק בין קורבנות ובין תוקפנות. במקרים רבים הנשים שקיבלו אבחנה של הפרעת אישיות גבולית, או של פוסט-טראומה מורכבת, הן עצמן נשים שנוהגות בתוקפנות ופוגעות גם בטיפול וגם מחוצה לו. בעבודה הקלינית אנו מכירים דוגמאות רבות שבהן נהפכים קורבנות של אלימות מינית או אחרת לפוגעים בהווה, או ייעשו כאלה בעתיד. להלן דוגמה קלינית:

אישה שהייתה אצלי בפסיכותרפיה, במסגרת אשפוז במחלקה, תיארה פגיעה מינית שחווה בילדותה ולצד זה כמה מקרים של פגיעה מינית בבנות משפחה אחרות. הטיפול עסק בזה. היא כאבה את עברה. כאבנו אותו יחד.

ובתה, שגם היא נעשתה המאהבת שלו, ובין פרויד המשקיף ומיינץ מן הצד. כמה עצוב לקרוא שבמערך הטיפולי הלכוי שהייתה נתונה בו, אלמה היא שרואה בעצמה פתיינית ואשמה. הרמן (1994) קשרה בין האשמת הקורבן ובין ההאשמה העצמית ומתחה ביקורת על תהליכי האבחון והסיווג הנפשי. היא עסקה באבחנות שונות אנשי הטיפול ובסיווג שעושים הרופאים או הפסיכולוגים וטענה כי במקרים של אנשים ונשים שחוו טראומה קשה נדרשת המשגה אבחונית והתבוננות טיפולית אחרת. לדבריה, מושגים של ארגון האישיות המתפתח בתנאים רגילים מוחלים על קורבנות בלי הבנת הפגיעה העמוקה המתרחשת בתנאי אימה. הרמן ציינה שפעמים רבות מקבלות נפגעות הטראומה אבחנה של הפרעת אישיות גבולית; ולא אחת אלה הן נשים שנואות במסגרות הציבוריות ובפרקטיקות הפרטיות, ואנשי המקצוע אינם ששים לקבלן לטיפול.



לפני זמן מה התקיימה ישיבה בבית החולים שבו אני עובדת. נערך בה דיון בקשר לטיפול המיטיב שאפשר להעניק לנשים ולנערות שסובלות מהפרעת אישיות גבולית (בדרך כלל אלה הן נערות ונשים ולא נערים וגברים). הבעיה העיקרית שהוצגה בדיון הייתה מוכרת - קשה מאוד לשחרר את הנשים האלה מאשפוז ומטיפול במרפאה, ולעיתים אף נראה שהטיפול בהן אינו מסתיים לעולם. פעמים רבות הן מאיימות באובדנות כאשר מתקרב מועד שחרורן, פוגעות בעצמן או מתמרנות באופן אחר את הצוות המטפל. לפעמים נוצר משא ומתן בינן ובין המטפלים, והן מרגישות שמנסים לסלק אותן מן הטיפול בבית החולים. בדיון הוצגו שיטות טיפול שונות ובייחוד הטיפול הדינמי לפרק זמן ארוך לעומת טיפולים ממוקדים כמו DBT. המשתתפים התבקשו להצביע על שיטת הטיפול העדיפה בעיניהם, ותוצאות ההצבעה העידו על יתרון גדול לטיפולים הקצרים. קולם של המטפלים נשמע בבירור - טיפול בנשים הגבוליות בפרק זמן ארוך הוא בחירה בשקיעה

היא דיברה על הקושי לשמר זוגיות, על האימה המתעוררת בה בתגובה על מגע פיזי. בטיפול הזה, ועקב ההיסטוריה שלה, לא היה קשה להכיר בטראומה שחוותה, לתקף אותה ולהסביר לה את הקשיים שלה בהווה הכרוכים בחוויות הקשות בעברה.

על אף זאת היא סיפרה לי באחת הפגישות על ילדה צעירה, בת משפחה, שהתלוננה על פגיעה מינית מצד הדוד. היא אמרה לי בפשטות, "אני יודעת שאת חייבת לדווח", ועם זה התנגדה בתוקף לתת לי את פרטיו של הדוד שפגע. כאשר התעקשתי היא אמרה שכנראה הבינו את הילדה לא נכון, והמשפחה אינה רוצה לגרום נזק שלא לצורך. כמטפלת הרגשתי אז שאני נתקפת זעם ותדהמה, שאני מתקשה להאמין שלאחר שדיברנו על העוול שחוותה היא עצמה, כשנפשה וגופה לא זכו להגנה בילדותה, היא משחזרת בידעין את אותו עוול לילדה אחרת. במידה לא מבוטלת של כישלון במקרה זה נותרתי אילמת מולה. לא הצלחתי להתעמת איתה. נתתי את פרטיה לרווחה ולמשטרה ונשאיתי בעבורה "אובייקט טוב", גם אם אובייקט שותק וזועם בתוך תוכו. כולי תקווה, עד היום, שהרשויות עשו את עבודתן נאמנה.

סיכום

במאמר זה ביקשתי להציג סוגיות שונות שבהן באים לידי ביטוי תפיסות, הבדלים וסטריאוטיפים מגדריים בעבודתנו הקלינית, בתאוריה ובמחקר. המחברים השונים שהוצגו, ובעיקר המחברות, הציעו קול ייחודי, ואת הקול הזה, קול

מקורות

בנג'מין, ג' (2005). **כבלי האהבה**. כנרת-זמורה-ביתן.

ברמן, ע' (2003). הקדמה. בתוך ש' פרנצי, **בלבול השפות בין המבוגרים לילד**. עם עובד.

הרמן, ג' (1994). **טראומה והחלמה**. עם עובד.

ויניקוט, ד"ו (1995). **משחק ומציאות**. עם עובד.

ויניקוט, ד"ו (2009). **עצמי אמיתי, עצמי כוזב**. עם עובד.

סטרן, ד"נ וברושווילר-סטרן, ג' (2000). **הולדתה של אם: כיצד משנה אותך החוויה האימהית לתמיד**. מודן.

פרויד, ז' (2000). קטע מתוך אנליזה של היסטוריה. **פריד ודורה**. עם עובד.

פרויד, ז' (2002). **מיניות ואהבה**. עם עובד.

קליין, מ' (2003). אהבה, אשמה ותיקון. **מלאני קליין - כתבים נבחרים, כרך א'**. תולעת ספרים.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Harvard University Press.

Gilligan, C. (2011). *Joining the resistance*. Malden; Polity Press.

Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development (Vol. 1): Moral stages and the idea of justice*. Harper and Row.

טיפול שיקורי לאינטגרציה - ביקשתי להבליט כאן. קליין היא מעין "אם גדולה", בלשון היונגיאנית, ומגדירה את העמדה הדיכאונית כעמדה שיכולה לקיים בתוכה את שני צדדיו של הפיצול. ו"בנותיה" למדו ממנה ולקחו מדבריה אל תוך עבודתן שלהן. בנג'מין דיברה על חשיבות ההכרה ההדדית של שני סובייקטים זה בזה וביקשה לשאוף לקיום הדדי של שניים בתוך קשר. גיליגן הציגה את הקול הנשי ואת הקול הגברי כקולות שונים זה מזה, ואולי משלימים זה את זה, שאינם מסודרים בהיררכיה. הרמן יצאה נגד האשמת הקורבן והציגה תפיסה מורכבת מזאת של פסיכופתולוגיה, תפיסה שמאפשרת למטפלים לאמץ עמדה מגויסת ומפוכחת ולהציע מענה הולם למטופליהם.

הרמן ציינה שפעמים רבות מקבלות נפגעות הטראומה אבחנה של הפרעת אישיות גבולית; ולא אחת אלה הן נשים שנואות במסגרות הציבוריות ובפרקטיקות הפרטיות, ואנשי המקצוע אינם ששים לקבלן לטיפול.

באמצעות הדוגמאות והתאוריה שהצגתי במאמר זה ביקשתי להאיר חלק מההטיות, מהמכשלות ומההנחות שאנו פועלים לפיהן לעיתים בבלי דעת ולהציע פרספקטיבה טיפולית אינטגרטיבית. הדוגמאות היום-יומיות מן העבודה הקלינית, בשילוב החומר התאורטי והמחקרי, הובאו מתוך תקווה ואמונה בתפקידנו כמטפלים, ביכולתנו להשמיע את קולנו שלנו, קול שגם הוא "קול שונה", ואני מקווה שהוא גם מייטיב ומחולל שינוי.





פינת הפרופיל - פרופ' אריאלה פרידמן

בחרנו להציג בפינת הפרופיל את פרופ' אריאלה פרידמן, מהפסיכולוגיות החלוצות בישראל בתחום נשים ומגדר. פרופ' פרידמן שותפה בפרסומים מכוננים של התודעה הפמיניסטית בישראל, בנושאי מין, מגדר ופוליטיקה, במשך שנים רבות. היא הייתה חברת סגל בחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב וראש החוג למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית צפת ובמכללה לחברה ואומנות בנתניה. עם פרסומיה נמנים הספר **מחוכרות**, שעוסק בקשר בין אימהות ובנות והיה לרב־מכר; הספר **באה מאהבה**, שעניינו אינטימיות וכוח בזהות הנשית; והספר **דיאלוג בקמפוס**, שמדבר על יהודים וערבים במרחב משותף.

ספרי לנו עליין בקצרה.

נולדתי בחיפה ב־1940. אני בת בכורה להורים שעלו מדרום אפריקה. אבי היה עורך דין, ואימי הייתה עקרת בית. אלו היו שנות מלחמת העולם השנייה, והגרמנים התקרבו לחיפה. כדי להרחיק אותי ואת אימי מהסכנה שלח אותנו אבי לדרום אפריקה. הייתי אז בת חצי שנה, ושהינו שם שלוש שנים. אימא רצתה שאהיה "ילדה טובה" - אתלבש יפה ואעשה דברים כמו שהיה מקובל בדרום אפריקה. חזרתי ארצה לבושה בתחרה ובסרטים. די מהר הבנתי שזה לא מתאים לארץ. גם הבנתי שהבנים שולטים פה, ולכן התחברתי גם איתם, ולא רק עם הבנות, כדי ללמוד מהם איך הם עומדים על שלהם, מפתחים מנהיגות וכדומה. ברוח זו הגעתי להיות מדריכה בצופים, קצינה בצבא, מפקדת בבה"ד 12 ואחר כך קצינת ח"ן בגולני. אחרי השחרור התלבטתי בין הגשמה בקיבוץ ובין לימודים. לבסוף החלטתי ללמוד עבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית. לאחר סיום התואר הראשון התחתנתי ונסעתי עם בעלי לארצות הברית. הוא למד שם מדעי המדינה ב־UCLA, ואני למדתי פסיכולוגיה לתואר שני ושלישי.

יש לי אח עורך דין ואחות שמרצה בחוג לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל אביב. יש לי בת מאומצת, ואת הסיפור שלנו הצגתי בספר המשותף שלנו, **כשפגשתי אותך - סיפורן של אם ובת**.

איזו השפעה הייתה לתקופת לימודיך בארצות הברית על התפתחותך המקצועית?

התמזל מזלי ללמוד בארצות הברית בשנות השישים של המאה העשרים, שהיו שנים עשירות באירועים בעלי חשיבות פוליטית וחברתית. ארצות הברית הייתה שקועה אז במלחמת וייטנאם, ובה בעת התפתחה בה תנועת מחאה של צעירים שקראו לממשל לנטוש את דרך המלחמה ודגלו

בערכי שלום, שוויון ואהבה. כמו כן הם תבעו שוויון זכויות לשחורים. צעירים אלו כונו "ילדי הפרחים" והיו פעילים בייחוד באוניברסיטאות. בתקופה זו התפתחה גם התנועה הפמיניסטית בארצות הברית ודרשה לקדם את מעמד האישה ולסיים את אי־השוויון בין נשים ובין גברים. שנותיי בארצות הברית השפיעו עליי מאוד מבחינת התפיסות הפוליטיות שלי ותפיסותיי בנושאי נשים ופמיניזם ובסוגיית הקונפליקט הישראלי-פלסטיני בארץ.

מה למדת אז על הכוח שיש לנשים?

בזמן לימודיי בארצות הברית הבנתי שיש לנו, הנשים, כוח גם אם אין לנו קריירה ואנחנו "רק" עקרות בית. הבנתי שאימא שלי הייתה חזקה וחכמה; הבנתי שלא יכולנו להסתדר בלעדיה. המדד שלפיו קובעים מהו חוזק, מהי השפעה, השתנה אצלי - במשך מאות שנים היה לגברים סטטוס גבוה, ואילו הנשים נחשבו לרגשניות, לקשקשניות וכדומה. התברר לי אז שהערכים שאנחנו מקדשות - מתן מקום לרגישות בין־אישית, לכוח העצום להחזיק אנשים ונשים סביבנו, והתמודדות עם משברים - הם ערכים מרכזיים לא פחות מערכים "גבריים". תובנה זו גרמה למהפך בחשיבה שלי. קרול גיליגן (1982), הפסיכולוגית הפמיניסטית ופילוסופית של המוסר, נחשבת למייסדת הפמיניזם התרבותי. היא כתבה שלנשים ולגברים יש קול אחר בעניין המוסריות, ויש צורך בתאוריות שונות בהתפתחות המוסר בהתאם למגדר.

ספרי על ישראל בשנות השישים והשבעים ועל היחס למגדר. כשראיתי את תחילת פעולתה של תנועת הנשים באוניברסיטה בארצות הברית הייתי בטוחה שאנחנו כבר נשים משוחררות בישראל; הרי היו לנו קיבוצים שדגלו בשוויון מגדרי, ונשים התגייסו לצבא עם הגברים. נדרש לי זמן להבין שלא זה המצב



תארי את נושא המגדר בחברה הערבית.

בשנים שניהלתי את החוג למדעי ההתנהגות במכללת צפת ובמכללה לחברה ואומנויות היו לי סטודנטיות ערביות רבות, צעירות ובוגרות. בזמן הלימודים ראיתי את התחזקותן של הנשים הללו. הן נעשו מודעות יותר ויותר לכוח שלהן ודרשו שוויון וחופש. בחברה הערבית מתרחשת מהפכה שקטה בתחום זה.

נרמז לנו שניסית לקדם דיאלוג בין יהודים ובין ערבים בעיר המעורבת צפת. ספרי לנו על כך.

חצי מהסטודנטים במכללת צפת הם יהודים וחצי מהם ערבים. אני מאמינה שיש לטפל ישירות ביחסי הכוחות הבלתי שוויוניים בין הקבוצות ולהתמודד עם הקונפליקט, ולשם כך יש לקיים שיח ודיאלוג מתמשך. על כן הקמנו לסטודנטים, לסגל וגם להנהלה קבוצות דיאלוג של יהודים וערבים. ההנהלה שיתפה איתנו פעולה, ואין זה דבר מובן מאליו.

תרצי להוסיף משהו?

כן. מאז 1976 חלה מהפכה אמיתית בארץ בנושא מעמד הנשים. אני מסתכלת על השינויים העצומים שהתרחשו במכלול התפקידים שנשים ממלאות, בכוח הפורץ שלהן, ביכולתן לשלב קריירה ומשפחה. כמו כן אני רואה שינוי בתחום מיגור האלימות נגד נשים, בקידום נשים לא רק כדרך לגיטימית אלא אף נחוצה ותורמת, ואני מרגישה נחת גדולה. מובן שלא הגענו לסוף הדרך. עדיין יש בארץ קבוצות שהשוויון לא הגיע אליהן, וגם בציבור הכללי עלינו להוסיף ולקדם נשים כדי שהן ישתלבו יותר בחברה, בעיקר בתהליך קבלת החלטות חשובות בקשר לעתיד המדינה.

לאשורו ולהכיר באי־השוויון המגדרי ובחברה הפטריאכלית בארץ. אומנם רווחה בארץ, ובייחוד בקיבוצים ובקרב החלוצים, תפיסה מוקדמת של שוויון בין גברים ובין נשים, אך למעשה היה ה"שוויון" מעוות שכן הערכים נותרו "גבריים", ונשים "הורשו" לעשות מה שגברים עושים; לא היה שינוי מהותי בתפיסת הגבריות והנשיות. כדי להביא לידי שינוי אמיתי נדרש שינוי מודעות עמוק בכל תחומי החיים, למשל בתפיסת הכוח, בתקשורת, ביחסים הבין־אישיים, באינטליגנציה הרגשית, בתפקידים ובהורות. רק ההכרה בדרך ובקולן של הנשים והערכתם הביאו לידי השינוי הרצוי.

ב־1970 חזרתי ארצה. מלחמת ששת הימים הסתיימה שלוש שנים קודם לכן, וישראל הייתה מדינה מיליטריסטית שהעלתה על נס את התרבות הגברית. ואולם מאחר שמשתנה כיהנה אישה בתפקיד ראש הממשלה, נוצרה אשליה שבה אין בישראל בעיית מגדר של ממש. ועם זה בהשפעת המגמה שרווחה בארצות הברית בשנות השבעים החלה לפעול התנועה הפמיניסטית גם בארץ.

תארי את העשייה בארץ בנושא המגדר.

באמצע שנות השבעים יזמנו פעילות אקדמית בנושא נשים ומגדר. ב־1976 פתחתי עם פרופ' דפנה יזרעאלי תוכנית לימודי חוץ לנשים שעסקה במגדר. המונח הזה, מגדר, עדיין לא היה קיים אז, והתוכנית נקראה "נשים בעידן של שינוי". בסוף התוכנית פרסמנו עם רות שריפט את הספר **נשים במלכוד - על מצב האישה בישראל**, והוא היה לאחד הספרים הפמיניסטיים הראשונים בארץ. הנושא הזה צבר תאוצה, עוד ועוד קורסים נפתחו בחוגים השונים בקמפוס, וסטודנטיות רבות עסקו בחקר הנושא שחסר כל כך באקדמיה. לבסוף נפתח תואר ראשון, ואחריו גם שני ושלישי, בלימודי מגדר באוניברסיטת תל אביב ואחר כך גם בכל האוניברסיטאות.

מקורות

גיליגן, ק' (1982). **בקול שונה - התאוריה הפסיכולוגית והתפתחות האשה**. ספרית פועלים.

טיפול EMDR – עדכונים ושינויים בפרוטוקולים ובדרכי הנגשה בעקבות 7 באוקטובר 2023

הכתבה מבוססת על ריאיון עם אסתי בר שדה¹
ערכה: נועה אליאס

והפרעות פאניקה ודיכאון. תאוריות ומחקרים עדכניים מסבירים את יעילות השיטה (Matthijssen et al., 2013; Van der Hout et al., 2020). במחקרים אחרים מהתקופה האחרונה (ואן דר קולק, 2021; Lanius et al., 2015, 2017) נמצאו שינויים בפעילות המוח של אנשים ונשים שסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית בעקבות טיפול EMDR. תהליכי העיבוד מסייעים למערכת העצבים לעבד את המידע הטראומטי בדרך חדשה ומשנים את האופן שבו אפשר להגיש אותו למודעות פעילה. שילוב תפקודי הניהול בעת העלאת הזיכרונות הטראומטיים וההתמקדות בגוף וברגשות מאפשרים למערכת העצבים להתאושש ולשנות את הדרכים שבהן היא מגיבה על זיכרונות טראומטיים.

שינויים בפרוטוקולים ובדרכי ההנגשה

במצב אקוטי או במצב של טראומה מתמשכת הנגשות למשאבים מצומצמת, ולכן המטופלים זקוקים להנגשת משאבים רחבה הרבה יותר, אינטנסיבית ופעילה כדי שהתנועה הדיאלקטית בזמן העיבוד תוכל להתפתח. נמצא כי גם גברים ונשים שיש להם משאבי התמודדות וחוו אירועים טראומטיים קשים זקוקים להתערבות EMDR מדורגת מכפי שהייתה נהוגה בעבר, ויותר מכך זקוקים לה בעלי מאגר משאבים מצומצם שחוו אירועים כאלה. לכן פותחו פרוטוקולים מותאמים למצבים האלה. הצורך בהנגשת משאבים נמצא גם בקרב מטפלים באוקראינה (Sinisar et al., 2019). בפרוטוקול הרגיל התבקש המטופל להעלות את החלק הקשה ביותר בזיכרון הטראומטי ולהוביל את תהליך העיבוד לקראת שינוי אדפטיבי. בפרוטוקול הזה הניח המטפל כי זמינות המשאבים ירדה או נחסמה, ולכן עליו לסייע למטופל לבנות מעטפת משאבים רחבה ומקיפה (לאוב, 2024). במציאות הקשה והטראומטית המתמשכת עלה צורך בולט להפעיל ולתגבר את המשאבים והיכולות שיש

EMDR מוכרת לפסיכולוגים רבים כשיטת טיפול בטראומה שעומדת בפני עצמה ומשולבת בגישות אחרות. כיום נחשב הטיפול ב-EMDR לטיפול מוביל, ליעילותו יש תוקף מחקרי, והוא מוכר על ידי ארגון הבריאות העולמי (Onofri, 2023). מאז מלחמת לבנון השנייה פותחו בישראל פרוטוקולים חדשים שאפשרו לסייע למבוגרים ולילדים ב-EMDR עוד בזמן שהייה במקלטים. שפירא ולאוב (2020) פיתחו פרוטוקולים לעבודה קבוצתית ופרטנית במצבי משבר: R-TEP ו-G-TEP. הפרוטוקולים האלה נתמכים במחקר והותאמו לעיבוד ממוקד יותר. במלחמת חרבות ברזל, שהחלה ב-7 באוקטובר 2023, עודכנו ופותחו פרוטוקולים ודרכי הנגשה חדשות על פי המצב שנוצר ועל פי הצורך של ילדים והורים חדשים בעוטף עזה, של חיילים בשעת לחימה וכן של אוכלוסיות שפוננו מהצפון ומהדרום. בכתבה הזאת מוצגים כמה מהחידושים הללו.

שיטת EMDR מבוססת תאורטית על מודל AIP (adaptive information processing), מערכת עיבוד המידע המסתגל, שפיתחה שפירא (Shapiro, 2017) כדי להסביר את התוצאות שנצפו אצל מטופלים ב-EMDR שחוו טראומה או סובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD). לפי מודל זה, זיכרונות שלא עברו עיבוד אדפטיבי יוצרים קושי בעיבוד רציונלי של מידע שמתרחש באונה הקדמית של המוח, ולכן ממשיכים להשפיע באופן שלילי על תפקודים שונים של האדם. מטרת הטיפול היא לעבד את הזיכרונות באופן אדפטיבי כדי שיפסיקו להיות מקור לפתולוגיה.

תאוריית הקישוריות של רשתות הזיכרון (Pagani et al., 2005) ומחקרים שונים מצביעים על השפעת תנועות עיניים דו-צדדיות על המערכת העצבית. התנועות האלה מפעילות אזורים במוח כמו ההיפותלמוס, האמיגדלה והניאוקורטקס הקשורים לעיבוד מידע רגשי ולפעילות מוחית מוגברת שמתרחשת לאחר חוויה טראומטית. הטיפול ב-EMDR נועד לאפשר למידע חלופי ואדפטיבי להתחבר לזיכרונות הטראומטיים כדי שהזיכרונות ישובו ויתגבשו ותרד עוצמת המצוקה והתסמינים המאפיינים מצבי פוסט-טראומה, חרדה,

¹אסתי בר שדה היא פסיכולוגית חינוכית מומחית מדריכה, מטפלת ומדריכה מוסמכת לטיפול ב-EMDR בילדים ובמתבגרים. בר שדה משמשת יו"ר ועדת הטיפול בילדים ב-EMDR ישראל ונציגת האגודה הישראלית בוועדה האירופית ובפורום הטריינרים של הטיפול ב-EMDR בילדים באירופה. כן היא שותפה פעילה בפיתוח הפרוטוקולים החדשים המוצגים כאן וסרטונים מותאמים למצב. בימי גניף קורונה היא כתבה ספר לילדים ועתה ערכה והתאימה אותו לימים אלה.

לטיפול עצמי בנפגעי טראומה. להב (גל, 2024) ציינה כי פרוטוקול ISP נמצא יעיל בטיפול כשהיה צורך בהתערבות אקוטית מיידית בארץ ובאוקראינה, ועתה מפתחים תוכנה שבה ייחשף המטופל להיגדים ספציפיים שיותאמו לו, תוך כדי גירוי בילטרלי על כתפיו. כך הוא יפעיל בוזמנית את שתי האונות במוח.

פרוטוקול השמיניות (∞)

פרוטוקול השמיניות הוא התערבות קבוצתית שפיתח תולי פלינט (ספריית המשאבים של עמותת EMDR ישראל). פרוטוקול זה שימש את מטפלי EMDR כבסיס להתערבות ראשונית בקרב משפחות בדרום ובקרב חיילים שנלחמו בעזה. ההתערבות הזאת ממחישה, גם פיזית, את התנועה הדיאלקטית בין חשיפה מצומצמת לטראומה ובין חיבור מודגש וממושך למשאבים. במעגל הראשון מעלה כל משתתף את המקום הבטוח באמצעות בחירת חפצים ותמונות, ולאחר מכן נעשה שיתוף קבוצתי. התקנת המשאב נעשית בעזרת תיפוף דו־צדדי איטי וארוך (30-60 שניות בקירוב). לאחר מכן המטפל מוביל את הקבוצה למעגל השני של השמינייה, ושם המשתתפים מציירים על דף "נקודה שמבקשת הקלה" והופכים את הדף. העיבוד הקצר נעשה בתיפוף מהיר מלווה ברקיעת רגליים על הדף (חמש שניות בקירוב). בסיום התהליך שבו הקבוצה מתחברת למשאב כולם עומדים במעגל שמסמל כוח, עוצמה וחיבור (מינץ־מלחי, 2024).

פרוטוקול פלאש (flash)

את פרוטוקול פלאש פיתח מנפילד (Manfield, 2017) כהכנה לעבודה ב־EMDR, ואפשר להשתמש בו לעבודה פרטנית וקבוצתית. הפרוטוקול הותאם והוגש לשימוש כי החשיפה לזיכרון הטראומטי בו קצרה לעומת ההתמקדות הרבה בחוויות חיוביות ומהנות כמו הישגים, תחביבים, ילדים, בעלי חיים וחברים (Yaşar et al., 2022).

חידושים בהנגשת EMDR לילדים

עבודה רבה עם ילדים ב־EMDR בכלל, ומ־7 באוקטובר בפרט, נשענת על עבודה דיאדית עם ההורים, מאחר שהרגשת רגיעה אצל ילדים תלויה בחיזוק הקשר עם ההורים ובמקומה של ההורות כגורם מווסת וממשאב. תשומת הלב העיקרית ניתנת לחיבור הנרטיב המשפחתי, להנצחת קשרים מיטיבים ודמויות מיטיבות כגורם מגן מחוויות הרוע, מאי־הוודאות ומהרגשת היעדר הביטחון. המטפל בונה נוכחות תומכת עם ההורים ועם דמויות משמעותיות אחרות

לכל אחד כדי להתמודד עם המצב. על כן עתה מבליטים בטיפול ב־EMDR את עיבוד החלקים המתעוררים בעקבות הטראומה המתמשכת באמצעות מעטפת משאבים רחבה ככל האפשר כדי להוריד את רמת המצוקה ולחזק חיבור למשאבים ולתפקוד. והפרוטוקולים נבנו בהתאם: שימור כוחות ועיבודים קטנים וחלקיים של המצוקה. כל פרוטוקול EMDR מתחיל בקשר טיפולי, בייצוב ובתיאור של מקום בטוח לפני העיבוד, כדי שבעת העיבוד יהיה אפשר להחזיר את המטופל לחלון הסיבולת שלו ובתוך כך להחזיר את הרגשת השליטה שלו. בתקופה הזאת נמצא כי חשוב להתחיל בתרגילים הגופניים מכיוון שהגוף נתון בדריכות ובמתח, ובזכות התרגילים תתאפשר הקלה מיידית של המתח וכן תיסלל הדרך לעיבוד הטראומה העכשווית. על פי תגובת המטופל אפשר לנוע אחורה וקדימה בתהליך העיבוד.

עבודה קבוצתית חד־פעמית

בתהליך העבודה עם קבוצות חד־פעמיות בזום שנועדו להורים ולבני ולבנות זוג של חיילים נמצא שעדיפה התערבות ממשאבת (resourcing) בלבד, ללא העיבוד הקצר, כמו שהיה נהוג לעשות בעבר בפרוטוקולים קבוצתיים. מטרת המפגש היא חיזוק ההתמודדות ולא עיבוד הטראומה. מהקבוצות הללו למדנו שיש לחבר משאבים רבים ככל האפשר ולחשוף את המשתתפים לחוויה הטראומתית מעט ככל האפשר.

פרוטוקול ISP

פרוטוקול ISP (immediate stabilization procedure) (קווין וצוקר, 2020) הוא התערבות שמיועדת לגברים ולנשים בשלב האקוטי, בשעות שלאחר יציאתם מהאירוע הטראומטי. החשיפה לטראומה מצומצמת למדי ונעשית מייד לאחר ההיכרות, כשהמטפל מבקש לתאר בקצרה את האירוע הטראומטי. מרבית ההתערבות עוסקת במשאוב מעצים בעזרת משפטים חיוביים שמותאמים למצב המטופל (חוסר ביטחון, אשמה וכדומה). המטפל חוזר ואומר את המשפטים האלה (חמש חזרות על חמישה משפטים חיוביים) בעת גירוי בילטרלי מהיר. ההתערבות הזאת עוזרת להחזיר את האדם מייד לסטביליזציה ול"כאן ועכשיו" ונמצאה יעילה מאוד בקרב אנשים ונשים במצב של דיסוציאציה.

פרויקט משותף של אוניברסיטת תל אביב ומכללת יזרעאל, בהובלת אורן האסמאן, יעל להב וזהר אלישיב ובשיתוף חברת מיקרוסופט, עוסק בפיתוח בינה מלאכותית שמתבססת על פרוטוקול ISP. המודל הזה עדיין נתון בפיתוח, ובסיומו יאפשר לעשות התערבות ראשונית

בכפתורי הרגעה. זמן מה לאחר 7 באוקטובר היו הסרטונים פתוחים לקהל הרחב, ועתה הם נגישים לחברי העמותה בלבד. כן נמצא באתר הספר הדיגיטלי **כששוב הכול כבר לא היה אותו דבר** שנכתב בימי מגפת קורונה והותאם לימים האלה (בר שדה, 2024). הספר עוסק בהתמודדות עם חוסר ודאות, בפחד ממוות ובהרגשה מתמשכת של מצוקה שאינה מסתיימת. הספר המעודכן מתאר את מה שקורה כאן מאז תחילת המלחמה: אזעקות, שהייה במרחב מוגן, הרס בתים ביישובי העוטף ובצפון, פינוי מצפון ומדרום ושהייה ארוכה מחוץ לבית וליישוב שגרים בו בדרך כלל והיעדרות ממושכת של אבות מגויסים. הספר מאפשר לנהל דיאלוג עם הורים, עם אנשי חינוך ועם מטפלים על מצב של חוסר אונים מתמשך.

סיכום

EMDR היא שיטת טיפול שממשיכה להתפתח מאז היווסדה. הפרוטוקולים ודרכי הנגשת הטיפול בה הותאמו למצב בימינו ומוסיפים להיות מותאמים לצורכי הטיפול של האוכלוסייה בארץ במצב החירום המתמשך.

שמייעות לילדים להתחבר לכוחותיהם כדי להמשיך את רציפות החיים. ההורים והילד מאתרים את משאבי ההתמודדות של הילד והמשפחה, מספרים את הנרטיב של החוויה הטראומטית ומחזקים את הכוחות ואת ההתמודדות עם יסוד התקווה הנלווה לה.

בשל הצורך הרב בטיפול נפתחו קבוצות של הורים וילדים, מקצתן בזום. למשל, באשקלון נפתחה קבוצת אימהות וילדים כשהייתה העיר נתונה למתקפות טילים אינטנסיביות, ולא אחת התקיימו המפגשים האלה בשעת אזעקות ובמרחבים מוגנים. פרוטוקול הזום הקבוצתי התבסס על חיזוק הקשר עם ההורים מתוך העלאת זיכרונות מיטיבים. פרוטוקול קצר ומובנה של עיבוד אירוע קטן נבנה כשכל אחד מהמשתתפים התמקד במשהו שעורר אצלו חשש, פחד או מצוקה, וההורה הוא שעשה לילדו את העיבוד הבילטרלי.

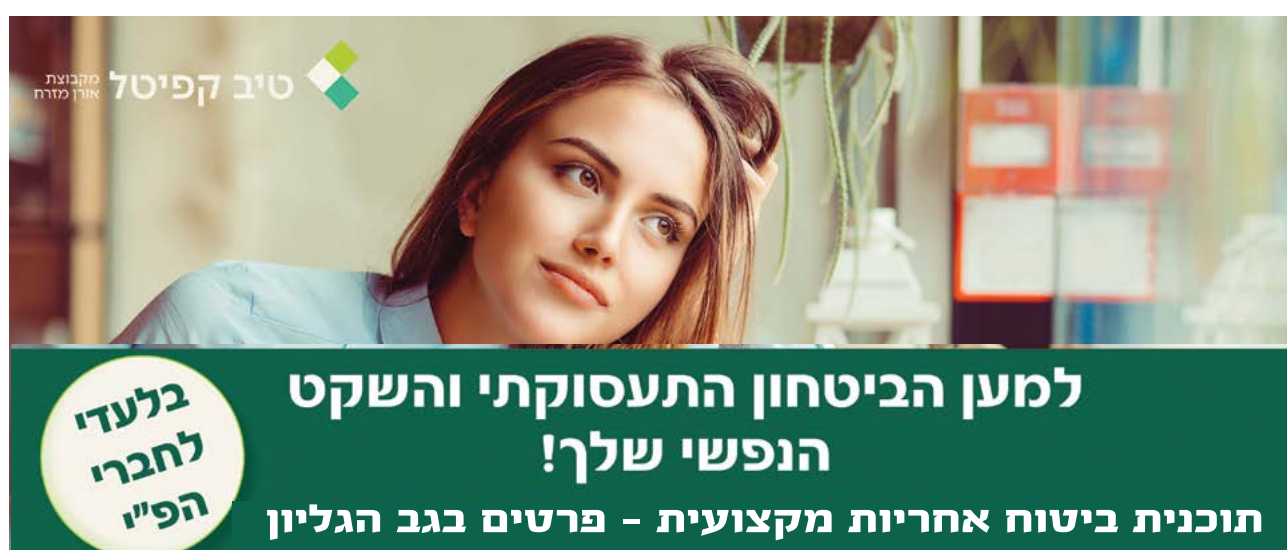
בספריית המשאבים של עמותת EMDR ישראל מצוי שפע של כלים ובהם סרטונים על עבודת סטביליזציה. אחד הסרטונים, "א אימא", הוא פרוטוקול קצר שעוזר להתחבר למשאבים שבתוכנו ועוסק בארבעת היסודות הבסיסיים להרגעה: אדמה, אוויר, מים ואש. סרטון אחר מתאר שימוש

מקורות

- גל, א' (2024, 14 בפברואר). חוקרים ישראלים פיתחו טכנולוגיה ממוחשבת למניעה מידית של פוסט טראומה. **מעריב**.
ואן דר קולק, ב' (2021). **נרשם בגוף: מוח, נפש וגוף בריפוי מטרומה**. פרדס.
- לאוב, ב' (2024, ינואר). התערבות EMDR מודרגת בעקבות ה-7.10 מנקודת ראות דיאלקטית. **מידעון EMDR**.
- מינץ-מלחי, ק' (2024). ספריית המשאבים למטפלי EMDR בילדים ונוער, ספריית ילדים ונוער - עמותת EMDR ישראל.
<https://www.emdr.org.il>
- קווין, ג' וצוקר, ד' (2020). נוהל ייצוב מיידי ונוהל חירום. בתוך א' אורן וד' סגל (עורכים), **EMDR, הפסיכותרפיה של המאה ה-21** (עמ' 58-72). מודן.
- שפירא, א' ולאוב, ב' (2020). פרוטוקול EMDR R-TEP ו-G-TEP. בתוך א' אורן וד' סגל (עורכים), **EMDR, הפסיכותרפיה של המאה ה-21** (עמ' 88-104). מודן.
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Tursich, M., Jetly, R., & McKinnon, M. C. (2015). Restoring large-scale brain networks in PTSD and related disorders: A proposal for neuroscientifically-informed treatment interventions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27313. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27313>
- Lanius, R. A., & Olf, M. (2017). The neurobiology of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 8(1), 1314165. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314165>
- Manfield, P., Lovett, J., Engel, L., & Manfield, D. (2017). Use of the flash technique in EMDR therapy: Four case examples. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 195-205.
https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.4.195_201

מקורות

- Matthijssen, S. J. M. A., Lee, C. W., de Roos, C., Barron, I. G., Jarero, I., Shapiro, E., Hurley, E. C., Schubert, S. J., Baptist, J., Amann, B. L., Moreno-Alcazar, A., & Tesarz, J. (2020). The current status of EMDR therapy, specific target areas, and goals for the future. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(4), 241–284. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>
- Onofri, A. (2023). Editorial: Present and future of EMDR in clinical psychology and psychotherapy, volume II. *Frontiers in Psychology*, 14, 1138153. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1138153>
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., Porta, P., Verardo A. R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusane, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in Psychology*, 6, 1614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614>
- Shapiro, F. (2017) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. The Guilford Press' Third Edition.
- Sinisar, D., Khmelnytska, O., Novak, O., & Stoliarchuk, O. (2019, June). Preventing trauma and rebuilding resources among health professionals in the east of Ukraine. Poster presented at the EMDR Europe Conference, Krakow, Poland.
- Van der Hout, M. A., Eidhof, M. B., Verboom, J., Little, M., & Engelhard, I. M. (2014). Blurring of emotional and non-emotional memories by taxing working memory during recall. *Cognition and Emotion*, 28, 717–727. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.84878>
- Yaşar, A. B., Konuk, E., Kavakçı, Ö., Uygün, E., Gündoğmuş, İ., Taygar, A. S., & Uludağ, E. (2022). A randomized-controlled trial of EMDR flash technique on traumatic symptoms, depression, anxiety, stress, and life of quality with individuals who have experienced a traffic accident. *Frontiers in Psychology*, 13, 845481. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845481>



מקצועת
איון מזרח

טיב קפיטל

בלעדי
לחברי
הפ"י

**למען הביטחון התעסוקתי והשקט
הנפשי שלך!**

תוכנית ביטוח אחריות מקצועית - פרטים בגב הגליון

ברכות למקבלי התארים

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

בהערכה רבה,

יורם שליאר, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

קציר גולדנבוים דפנה	ורד רונה	החטיבה הקלינית
ליפשיץ אברהם	קובלנץ שירלי	דוידוביץ שירי דורית
ג'רבי גלבוע דורית	מצאייב אנה	פרידמן יונדב
סמואל שי	גל בלאט שמואל	גרין נילי
שמש שרון	לוינגר אוריה	בוכניק נבו
בן צבי עמית	אלישביץ יוסף	ציון קארי יונתן
פרן דרומי נועה	הראל כליל רון	שלזינגר עקיבא

שפרלינג משיח דלית	קירש ניצן	החטיבה ההתפתחותית
טבול לויט ענת	קליר חן	סימן טוב דינה

דולב קורל	החטיבה השיקומית
אשרמן ויצמן עדי	קונטי-אלקובי יעל

רוטשילד שטורם מיכל (שוש)	החטיבה החינוכית
--------------------------	------------------------

החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

לוי מן עדי
אבירם אופיר מילי

תואר מומחה-מדריך

החטיבה הקלינית

מורג ענבר
קוריסקי אוסנת
שוורץ הדס
לבנת טל חיים
פיקר מרב
נווה ענבל
קשת ענת
לוסטיג עובדיה נטע

החטיבה החינוכית

בולור נעמי רות
טל רות
דופצ'יס הראל גבריאלה סופיה
כץ אמיר

החטיבה הרפואית

לוטן דן

החטיבה ההתפתחותית

שמש מיכל
מרוז הדס
וייסמן עדין
ברום עידן יעל
סנה אטד דפנה
מיכל ג'ודי



congratulations

מהפסיכולוגיה בעולם

ערכה: ליאת הלפמן

עקב ריבוי המאמרים שהוגשו לגיליון הזה מופיע הפעם המדור "מהפסיכולוגיה בעולם" כרשימת המלצות על מאמרים אחדים בתחום הדעת של הגיליון, ללא סיכומים כנהוג. המעוניינים להעמיק ולהעשיר את הידע שלהם בנושא מין, מגדר ומיניות מוזמנים לעיין במאמרים עדכניים מומלצים אלו:



Lindqvist, A., Sendén, M. G., & Renström, E. A. (2021). What is gender, anyway: A review of the options for operationalising gender. *Psychology and Sexuality*, 12(4), 332–344.



McGrath, M., Low, M. A., Power, E., McCluskey, A., & Lever, S. (2021). Addressing sexuality among people living with chronic disease and disability: A systematic mixed methods review of knowledge, attitudes, and practices of health care professionals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(5), 999–1010.



Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large German cohorts, *Frontiers in Public Health*, 9.



Sala, G., Pecora, L., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2020). As diverse as the spectrum itself: Trends in sexuality, gender and autism. *Current Developmental Disorders Reports*, 7(2), 59–68.

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר¹

המשולש החדש - על חוויות אדיפליות במשפחות חד־מיניות
 יפעת איתן־פרסיקו | הוצאת פרדס והוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה, 2023.
 306 עמ' כולל מקורות ומפתח מושגים

מִזָּה שְׁנַיִם יְלָדִים וְיִלְדוֹת חֲדָשִׁים
 נֹצְרִים בְּכֶמָה וְכֶמָה אֶפְנִים וּמִכְמָה
 וְכֶמָה מְקוֹרוֹת. מִיָּן הַהוֹרִים מְהִיָּה
 מִסְרָה מִשְׁתַּנָּה לְמִבְטָ וּלְמִאֲבָק.

מַעֲנִין לְרֵאוֹת וְלִלְמֹד
 כִּיצַד הַסֵּפֶר הַמִּיתוֹלוֹגִי (אֲדִיפּוֹס)
 מוֹצֵא בְטוֹי בְּקוֹמְפֶּלֶקס הַפְּסִיכוֹלוֹגִי
 אוּ מְקַבֵּל פָּנִים אַחֲרוֹת
 אֶצֶל הַיְלָדִים שֶׁפּוֹגְשִׁים בְּבֵיתָם
 אֶת אָבָא וְאָבָא, אֶת אִמָּא וְאִמָּא
 וְאֶת חֵיהֶם.

בְּאֵתִי מְשֻׁנְכֶם, הוֹרִים.
 פֶּעֶלָה אַחַת, מִנִּי רְבוּת יֵשׁ לְשַׁעַר,
 חִבְרָה אֶת לְשִׁדְיֶכֶם בְּמִפְגֵּשׁ לְחִלּוּחִי
 לְרִקְמָה אֶלְמוּנִית עֲלוּמָה - אֲנִי.
 כֶּף יוֹדְעִים וְחוֹשְׁבִים מְרִבִּית הַיְלָדוֹת
 וְהַיְלָדִים בְּעוֹלָם מֵאֶז וְכִמְעַט מִתְמִיד.
 אַתֶּם בְּשִׁבְלִי, הוֹרִים, אָבָא וְאִמָּא, אַתֶּם
 הַיְחִידִים שֶׁאֲנִי מְכִיר, שֶׁבְּרֹר
 זֹרָמִים וּמִתְקַיִּמִים בְּתוֹכִי.
 כָּל מֵאוּיִי מִכֶּם, וְגַם נִגְדְּכֶם. כֶּף אֶצֶל
 כָּלִנִּי, הַיְלָדִים שֶׁל פֶּעַם, וְכֶף אֶצְלֶכֶם
 וְאֶצְלִנִּי, הוֹרִים.

האדיפלי, נחשפת אל תצורות רבות שלו ומלמדת על ההשלכות שיש לגידול ילדים במשפחות חד־מיניות.

הספר נוגע ברגישויות הקשורות לתפיסת הומואים ולסביות ולמצבם החברתי והמשפטי בחברה. בשיחות עם הורים עולים אפיונים ביחסים בין הורים לילדיהם וחששות מהאשמות סטראוטיפיות שיופנו כלפיהם.

פרקים בספר עוסקים במורכבות שיש ביחסים בין שתי אימהות בבית, האם היולדת והאם המגדלת, ובתפישתן בעיני הילדים כמשמעותיות יותר או פחות, ובהתאם לזאת גם בחיפוש הקרבה אליהן. התמודדותם של אבות הומואים מוצגת גם בהקשר לסוגיית השיוך הביולוגי והגנטי של ילדם והשפעתו על התפקידים בבית ועל יחסי הכוחות.

הסיפורים האישיים והמשפחתיים נוגעים ללב ומרחיבי דעת. גידול הילדים והתפתחותם, וכן התפתחות והתגבשות ההורים בתפקידיהם, נפרשים כמסכת מורכבת, עמוקה ומרתקת, שמפנה מבט אל עולם ההורות והמשפחה שמתהווה ומשתנה בשנים אלה ואל הנפש האנושית שחוזה מעברים ומשברים בזהות האישית ובהתמקמות החברתית.

יפעת איתן פרסיקו מקפידה לשמור על ניסוחו המקורי של תסביך אדיפוס - קומפלקס אדיפוס - כדי לנטרל משמעות שלילית ולהדגיש את המורכבות הכרוכה בו. הספר מציג פיתוחים ותיקונים של התאוריה האדיפלית למצב האדיפלי במשפחה החד־מינית.

במסגרת פנטזיית הרומן המשפחתי מתחוללות בנפש הילד דרמות שקשורות למאבקים על קבלת אהבת ההורה ותחרות על ההורה השני(יה) בגישה המדומיינת של הקרבה המינית. סצנות שונות, ובהן "הסצנה הראשונית", וחלומות מתארים התרחשות נפשית שמוצאת ביטוי בשיחות ובציורים.

בספר מוצגים גרסאות וביטויים לקשר אדיפלי של ילדים אל כל אחד, או אחת, מהוריהם במשפחות שההורים מאותו המגדר.

חוויות נפשיות לא מודעות והתנהגויות גלויות מוצגות בפירוט ובעניין באמצעות ציורי ילדים, שיחות עם הילדים ועדויות ההורים.

התאוריה הפרוידיאנית מלווה כרקע וכבסיס לתיאור סצנות מבוטאות וסצנות סמויות במשפחות ולהבנת התהליכים הנפשיים.

הקריאה מעמיקה מבט אל נבכי הקומפלקס



¹ שבתאי מגר הוא פסיכולוג ייעוצי־תעסוקתי מומחה, בעל קליניקה פרטית, משורר, מדריך ומנחה קבוצות וסדנאות כתיבה ומנחה ומדריך בער"ן.

מיניות בלב פתוח - אינטימיות, סודות ואמון

מיכל ניר | הוצאת מודן, 2023. 254 עמ'

בטיפול מיני ובהם שיקוף דבריהם, ניתוח קישורים לחייהם בעבר וניתוח תהליכים נפשיים שהותירו חותם על התנהגותם המינית, על תפיסתם את המיניות, על תשוקתם ועל אופני ביטוייה ומימושה. הסיפורים מעניינים ומרתקים וכתובים ביד קלה. המבט של מיכל ניר מגלה ומעלה פינות עדינות ורגישות בחיי הנפש ובחיי זוגות, ביחסם זה לזה ובתפיסת העצמי של כל יחיד. השימוש בשפה חופשית וישירה מאפשר הקטנת מבוכה שגורמת לרבים לנקוט הסתרה או הגחכה בדיבור על איברי המין, על יחסי מין ועל מיניות.

הכתיבה הפתוחה מזמינה ומאשרת התבוננות בכל מה שכרוך במין ובמיניות ועשויה לתרום לריכוך עכבות וליצירת מסוגלות לעסוק בנושא בנינוחות רבה מדרך כלל ולגעת בנושאים הנלווים לו כגון סודות, בגידות, מונוגמיות ויחסים אחרים.

הספר מציע מבט על מגעי מין ועל הבנת המיניות. הוא מאפשר הרפיה ומזמן היכרות - חדשה או מחודשת - עם זיכרונות עבר, עם פנטזיות ועם כוחות משחק יצירתיים. הקריאה מחוללת התעוררות רגשית ותחושתית ויוצרת מפגש מחודש עם עצמנו, מי שהיינו ומי שאנחנו עכשיו.

הספר עוסק בחיי המין, בגילוי המיניות, בחדוות המין, בדעיכתו, בסיפורים הנקשרים בו, בניסיונות וברצון להחיותו ולשקמו, בשחרור עכבות ומעצורים, ביחס הפתוח והאוהד כלפי המיניות ומקומה בנפש וביחסים הזוגיים בשלבי החיים השונים.

יחסי המין ותפיסת המין מוצגים דרך האיברים המעורבים וכן כחלק ממערכת זוגית רגשית הווה ומתפתחת. בטיפול המיני מציעה המחברת מניסיונה: מדגישה את הפניית המבט אל הגוף, עוברת מן הגוף אל הנפש ומתמקדת בתגובות הנפש על אורחות החיים הזוגיים.

פרק מוקדש לדיאלוג הזוגי של גבר ושל אישה עם גופם. היחסים עם הגוף, עם השתקפותו ועם הסיפורים הנכרכים בו הם מרכיב חזק וחשוב ביכולת השחרור הנפשית להתפנות לקשר עם גוף של אדם אחר ולמגע בו.

המראה משמשת אביזר לתרגול תקשורת עם הגוף, להיכרות עם אבריו ועם מראהו. במהלך המוצע נסללת דרך לריכוך עמדות קדומות נוקשות ולפיתוח חיבה לגוף ושמחה בו.

מבנה הספר משלב סיפורים על זוגות ועל יחידים



אהבה בימות אלצהיימר - סיפורי אהבה על זוגיות לצד מחלת האלצהיימר

אורית שבי | הוצאת פרדס והוצאת אוניברסיטת חיפה, 2023. 194 עמ'

ה"אלצהיימר של אבא או של אימא" ואת ה"אהבה בצל השכחה".

בתוך כך הספר חולק נגיעות רכות בתהליכים מתמשכים של פרדה, בתהליכי קבלת המציאות המשתנה ובהסתגלות אליה. מסופרים גילויים של רבדים ברגשות ויכולות חדשות להבעות רגש, יחסים משתנים בין בני זוג ויחסים משתנים בין הילדים להוריהם, ההורה החולה וההורה הבריא. הקוראים מתוודעים לתיאורים נוגעים ללב של התרחקות ושל התקרבות. קשרים זוגיים משנים את פניהם ואת אופיים. יש שמצטמצמים ונגעלים, ויש שנפתחים וזוכים לפריצה של חופש. עולות הבחנות מרגשות על שינויים דרמטיים של האישיות. שנים של זוגיות משתקפות בבהירות

הספר שזור יופי ועדינות וכתוב במבנה ברור: פרק סיפוריהם של בני ובנות הזוג של חולי אלצהיימר, פרק סיפוריהם של החולים ופרק סיפורי הילדים של חולי אלצהיימר.

בפרק הראשון מוצגות שלוש קבוצות של סיפורי האהבה של הזוגות: אהבה שנשתמרה, אהבה שהצטמצמה ואהבה שהתרחבה בגלל פריצת המחלה ובזמן התפתחותה.

בתיאורי בני הזוג מתוארת המחלה ואז תיאורים תחת הכותרת "אהבה בצל השכחה". בתיאורי החולים מפורטים סיפורי המחלה ותיאורי הזוגיות ואחריהם "אובדן הזיכרון" ו"אהבה בצל השכחה". בפרק דיווחי הילדים מספרים הילדים על הוריהם ומתארים אותם ואת הזוגיות ביניהם ואחר כך את



חדה מתוך מסכת החיים שנכפתה בשל המחלה. עמידתם והתמודדותם של בני הזוג ושל הילדים מלמדת על חלוקת כוחות, חלוקת קשב, עייפות נפשית וכאב אובדן של אדם חי שנעשה שונה מאוד, תלותי ורחוק. חיים בתוך אָבל. הם חווים מאבק פנימי מתמשך, שהולך ומתגבר, בין כעס עצב וייאוש לבין חמלה הבנה ורוך. נוצרים יחסים עם המחלה. היא הופכת לישות נוכחת בבית ולגורם שחובה להתחשב בו ולפעול על פי תנודותיו.

צ'כוב

נטליה גינצבורג | תרגום מאיטלקית: שירלי פינצ'ילב | הוצאת תשע נשמות, 2021.
98 עמ', כולל סיפור של צ'כוב

קריאה בספר מלמדת הקשבה והבנה בפרטים רבים, גדולים וקטנים, שיוצרים תצורה (פאזל) של חיים דינמיים גם ללא הצורך במודל או בשאלות מכוונות. התיאורים כשלעצמם והשהייה עם המשפטים הכתובים מפרים את התודעה ומפעילים את הרגש. הספר כתוב ללא כחל ושרק. האירועים מוצגים בשפה "רזה", בתיאור נתונים ותנועות ותו לא. עולה בהם ונרקמת דמותו של אנטון צ'כוב ולצידו, במארג חייו, דמויות בני משפחתו, אשתו, חברים, עמיתים וידידות, ועולה מסכת היחסים בין הנפשות המוצגות. בקצה הספר סיפור קצר מאת צ'כוב, "איגרת לשכן מלומד". הוא כתוב בשפה שנונה, גוזמאית ומשובשת, ויש בו על תולדות בני האדם, השכלה, טיפשות אנושית וביקורת עוקצנית נוקבת.

זהו ספר ביוגרפיה צנום, כתוב בסגנון "יבש" ופיוטי, מרתק ומעמיק. כותרת המשנה שלו: פרופיל ביוגרפי. הקריאה בספר מפנה את המבט ואת הדמיון לחוש, לראות ו"לראות" בעיני הרוח מה עובר אדם במרוצת חייו, כיצד הוא נע ומטולטל בתהפוכות אירועים ונסיבות, במה הוא נעצר לבחון ולהחליט על כיוון דרכו, במה הוא נסחף בכוחם של החיים ומה עובר על נפשו, על גופו ועל רוחו. בתוך כך מתעצבת תמונת חיים עשירה, מלאה תכנים ונופים, מעוטרת בדמויות ובאנשים ודרכו של היחיד נחרצת בתוכם, מתהווה ומתמלאת, מתפרקת ומתגבשת מחדש, ממשיכה לנוע, משפיעה על סביבותיה. בעלילה הזאת מתפרטים קורותיה של הדמות, מתגלות מחוות אנוש, מנוסחים הרהורי אדם וחיבוטי נפש, מצטיירים ומתקיימים יחסים בין אנשים, ודמותה של החברה מספרת משהו גם על התקופה.



המשך מעמוד 36

סיכום

מהמחקרים שהצגנו כאן עולה תמונה ולפיה דפוס ויסות רגשות אינטגרטיבי, שמתבטא בקבלה ובחקירה של רגשות שליליים (בניגוד להדחקתם או להתעלמות מהם), קשור להתנהגויות מיניות מושכלות ואדפטיביות. בימים האלה אנחנו עורכים ניסויים ומחקרי אורך שיאפשרו לנו לבחון את הקשר הסיבתי שבין דפוסי הוויסות ובין התנהגות מינית מסתכנת ובריאה.

רשימת המקורות באתר הפ"י.

היבטים מקצועיים-אתיים של מגע בטיפול פסיכולוגי

סוגיית קיומו של מגע בטיפול פסיכולוגי היא סוגיה מקצועית-אתית בעלת חשיבות רבה, שטומנת בחובה הן יתרונות הן סיכונים לקשר טיפולי מיטיב, מקצועי ואתי, כזה שממלא את ייעודו של הפסיכולוג לפעול לקידום רווחתו של המטופל ולמזעור סבלו (עיקרון א' לקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017). הסוגיה הזאת שבה ומועלית מפעם לפעם אל שולחנה של ועדת האתיקה באמצעות בקשות של פסיכולוגים להתייעצויות, ולצערנו, גם במסגרת התלונות המוגשות לוועדה. הדילמה בדבר היתכנות קיומו של מגע פיזי בין פסיכולוג ולקוח היא שאלה שהפסיכולוג נדרש להיות מודע לקיומה במהלך הקשר הטיפולי, ובמקרים מסוימים לדון בה עם הלקוח כבר כחלק מהחווה הטיפולית, בעת קבלת ההסכמה מדעת לטיפול והגדרת הגבולות מטפל-מטופל. יש לעשות זאת כדי ליצור יחסי אמון וכבוד בין הפסיכולוג למטופל, לקדם את טובתו ואת המטרות הטיפוליות ולהימנע מפגיעה במטופל.

בשל חשיבות הנושא פרסמה ועדת האתיקה מאמר בנושא זה, "היבטים אתיים של מגע בטיפול פסיכולוגי", כבר בגיליון יולי 2017 של **פסיכואקטואליה**. בחרנו להביאו שוב בשלמותו בגיליון זה של **פסיכואקטואליה** בגלל ההקשר שלו לנושא הגיליון - מין, מגדר ומיניות - והחשיבות והרלוונטיות שלו גם בימים האלה.

מאז פרסום המאמר גברו מאוד המודעות והעיסוק המקצועי בנושא שאלת ההיתכנות והלגיטימיות של מגע בטיפול פסיכולוגי והגבולות הברורים שהפסיכולוג נדרש להציב בנושא זה לעצמו ולמטופל כדי לוודא שצורכי המטופל, ולא צורכי המטפל, יכתיבו את התנהלות הטיפול גם בשאלה הזאת. העיסוק בנושא זה בא לידי ביטוי הן בגישות התופסות בהדרגה מקום מרכזי יותר ויותר של טיפולי גוף-נפש, הן בגישות העוסקות גם במקומו של המטפל כאדם בתוך הטיפול ופיתוח המודעות שלו לכך, ובזמן האחרון גם בטיפולים ממוקדי טראומה מורכבת. בהם לא אחת מביעים מטופלים שמצויים במשבר על רקע טראומטי מורכב את הצורך בתמיכה גם באמצעות מחוות גופניות, כמו חיבוק, שמבטאות בעיניהם את האמפתיה והתמיכה של המטפל בהם ברגעיהם הקשים.

כדי לשמור על התנהלות מקצועית-אתית ראויה ולהימנע מחציית גבולות או ממדרון חלקלק של מגע פיזי שחוצה גבולות מקצועיים מקובלים, נדרשת מודעות עצמית של הפסיכולוג המטפל ויכולת רפלקטיבית מתמדת. במקרים קיצוניים עלול מדרון חלקלק זה אף להפוך למגע מיני, מגע שאסור מקצועית בתכלית האיסור ויש בו הפרה חמורה מאוד של כללי החוק וכללי האתיקה המקצועית. סעיף 6.4 לקוד, יחסים מיניים בין פסיכולוג ולקוח, עוסק בכך וקובע כי "הקשר בין פסיכולוגים ולקוחותיהם הוא קשר של יחסי מרות במובן זה שהוא כולל בחובו גם השפעה וסמכות מקצועית. מכאן שעל פי חוק, פסיכולוגים לא יקיימו יחסי מין או קשרים ארוטיים עם לקוחותיהם ועם אחרים המשמעותיים ללקוחותיהם". עוד קובע סעיף זה כי "אם פסיכולוגים מגלים שהם נמשכים מינית ללקוח במידה שעלולה לפגוע בפעילותם המקצועית, יתייעצו עם עמיתים, וישקלו להפסיק את ההתערבות. במידת הצורך ישקלו להעביר את הלקוח לפסיכולוג אחר".

המודעות למדרון החלקלק של קיום יחסים בעלי אופי מיני בתוך הקשר פסיכולוגי-לקוח גברה מאוד בשנים האחרונות, לצערנו, גם בעקבות מקרים של עבירות קשות על כללי החוק והאתיקה שבוצעו על ידי פסיכולוגים שהשתמשו בקשר הטיפולי לרעה למענה על צורכיהם האישיים. הבולט שבהם הוא המקרה של פרופ' חנוך ירושלמי. בתום תהליך ארוך שנים הצליחה ועדת האתיקה, בשיתוף פעולה עם מועצת הפסיכולוגים, להביא לידי שלילת מעמד המומחה שלו על ידי משרד הבריאות. אנו מביאים כאן קישור גם לנייר העמדה שפרסמה ועדת האתיקה באוגוסט 2022 בעקבות מקרה זה: "איסור על קיום יחסים בעלי אופי מיני או ארוטי בין פסיכולוגים ולקוחותיהם בעקבות שלילת רישיון המומחה של פרופ' חנוך ירושלמי ע"י משרד הבריאות" (ראו קוד QR למטה). אנו חוזרים ומדגישים את הנכתב במאמר הוועדה מ-2017, שיובא להלן: מגע פיזי בטיפול אינו אסור בתכלית, כמו שהיה נהוג בתאוריות פסיכואנליטיות קלאסיות, אך יש להחזיק במודעות גבוהה בקשר אליו, כי חריגה מהגבולות של מגע פיזי לגיטימי שאינו מיני, כזה שמשרת את צורכי המטופל בלבד, עלולה לפגוע במטופל, לגרום נזק לו ולמטרות הטיפוליות ולנצל לרעה את יחסי המרות הנוצרים בטיפול. חשוב שהפסיכולוגים יהיו מודעים תמיד לנושא, ובמקרים של דילמות או חשש מחציית הגבולות יעצרו ויבחנו את הסוגייה ואת עצמם. כמו כן חיוני כי ישתפו עמיתים ומדריכים בדילמות אלה ויתייעצו עימם.

יונת בורנשטיין בריוסף

יו"ר ועדת האתיקה



היבטים אתיים של מגע בטיפול פסיכולוגי

תאורטיקנים הומניסטים רבים משתמשים במגע כגורם המספק ביטחון ומקדם חקירה עצמית. סיפוק צרכים ראשוניים נתפס כתנאי מקדים לטיפול הרגשי, שנועד לשחזר ולשקם את ההתפתחות הנפשית התקינה (סלע, 2004).

התומכים במגע בטיפול טוענים שעל מנת ליצור מנגנוני שינוי משמעותיים, יש לפגוש את בעיותיו של המטופל הן בממד השפתי, אך לא פחות מכך דרך שפת הגוף, הקול, התנועה - ממדי הוויה המעורבים יחד בחוויית הקיום, והם האפיקים למפגש טיפולי משמעותי, לעתים עם שימוש במגע ולעתים בלעדיו (Aiden, 1998).

נמצא שמגע יכול להיחווה כחיובי בעיני מטופל אם הוא מדובר וכשאינו מעורר סימני שאלה: מדיווחי מטופלים נמצא כי התערבות פיזית בעת טיפול נתפסה כחיובית כשהנושא נדון בטיפול וכלל התייחסות לרגשות המיניים ולגבולות בטיפול, כשהיה ברור שהמגע הוא בשליטת המטופל, שהמגע תאם את בעיית המטופל ואת רמת האינטימיות, וכשהייתה תחושה שהמגע הוא לטובת המטופל ולא המטפל (Horton, Clance, Strek-Elifson & Emshoff, 1995).

גישות סומטו-פסיכולוגיות פיתחו את הפסיכותרפיה הקלאסית לטיפולים שמטרתם לגרום לשינוי פיזיולוגי-פסיכולוגי. במחקר נויורופסיכולוגי נמצא זה מכבר כי טראומה נפשית משפיעה גם על מבנים מוחיים, דבר שהוביל לטיפולים פסיכולוגיים שמשלבים טכניקות ממוקדות גוף והמאפשרים שחזור הטראומה במצב מוחי שמאפשר יצירת אסוציאציות חדשות (למשל Fair, 1994).

בנוסף לטענות התומכות במגע כתורם לטיפול, עולה טענה כי הימנעות ממגע עלולה לפגוע במטופל בנסיבות מסוימות, ולהיחווה כחוסר תמיכה מצד המטפל, כשהמטופל מצפה למחווה כגון טפיחה על השכם או חיבוק ממנו.

דלית נחמיאס רייך מתארת בספרה "לנפש אין טיטוא" את התחושה החזקה שלה כמטופלת שבמהלך טיפול חשה צורך עז במגע תומך לאחר שבתה נפטרה, מגע שהמטפלת נמנעה ממנו אף שהמטופלת הביעה את הצורך בו בדברים שכתבה למטפלת. בראיון על ספרה, שבא לערער על המוסכמות של טיפולים פסיכולוגיים, היא מביעה געגוע לפסיכולוגית ומתייחסת לתגובתה לאחר שביקשה את ברכתה: "היא קראה (את הספר) ובירכה אותי. אמרה לי שאם זה עושה לי טוב, אז היא נותנת לי את ברכתה. וגם אמרה: 'בעוד עשר שנים תביני'. עניתי לה: 'בעוד עשר שנים את תביני'" (נבון, 2014). נוסף לשאלה העקרונית לגבי מגע שאינו מיני מצד המטפל, עולה אפוא שאלה אתית לא פחות מורכבת לגבי מצבים שבהם המטופל הוא זה שמבקש ואפילו יוזם מגע פיזי. סירוב למגע יכול לגרום לבניית התנגדות מצד המטופל,

מדי פעם עולה על שולחנה של ועדת האתיקה שאלה לגבי מקומו של מגע בטיפול הפסיכולוגי. בסקירה זו מטבע הדברים מובא הנושא בתמצות.

האיסור על מגע במובן של קיום יחסים מיניים בין מטפל למטופל ברור וחד משמעי, הן לפי כללי האתיקה (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים, 2017, סעיף 6.4 - יחסים מיניים בין פסיכולוג ללקוח), והן לפי חוק העונשין (סעיף 347 א (ב) (התשל"ז, 1977)).

עם זאת, קיים תחום אפור לגבי מגע שאינו מיני (לסיווג מגע מיני ר' Smith, 1998). למשל מגע בעל אופי תרבותי, מגע כחלק מהדגשה או הסבת תשומת לב בשיחה או מגע בעל אופי תמיכתי במסגרת הטיפול הפסיכולוגי: מה למשל לגבי לחיצת יד בסוף פגישה? טפיחה על הכתף? חיבוק קצר?

לפי קוד האתיקה המקצועית 2017 מטרת עבודתו של המטופל ולמזער את סבלו (עיקרון א') ולהימנע מפגיעה במטופל (סעיף 6.1). בספרות המקצועית ניתן למצוא קשת רחבה של עמדות בנוגע למגע שאינו מיני בטיפול, קשת שנעה בין תאוריות שפוסלות מגע מכל סוג בטיפול פסיכולוגי, בטענה שמגע עלול לפגוע במטופל, לבין כאלו שלפיהן מגע הוא חלק חיוני בטיפול ושמניעתו עלולה להוות פגיעה! **כלומר, מגע בטיפול פסיכולוגי יכול להיתפס כנכון או כפסול מבחינה אתית, בהתאם לגישות התאורטיות השונות.**

לפי תאוריית הדחף של פרויד "... התהליך האנליטי נועד לאפשר ביטוי מילולי מתוך התבוננות מבוקרת ומודעת במוטיבציות שמקורן בתהליכים ראשוניים-גופניים. ביישום התיאוריה, השימוש בגוף ככלי לביטוי או להתערבות טיפולית נראה כהפרה עקרונית של החתירה להשתחררות מהביטוי הלא מעובד של דחפים ואיום על עיצוב התהליך ההעברתי..." (סלע, 2004), ולפיכך אין מקום בגישה הפסיכואנליטית הקלאסית למגע בטיפול.

לפי גישה זו, המגע בטיפול טומן בחובו פוטנציאל לפגיעה ולניצול של מטופלים. אחת הדאגות היא שמגע יפורש כמיני וכתוצאה מכך גבולות הטיפול יטושטשו, מה שעלול להוביל למגע מיני (Holub & Lee, 1990). סוגיה זו מכונה "המדורן החלקלק", כאשר הגמשת גבולות תוביל ממגע אקראי או תומך, לחציית גבול ולמגע שאינו מונע מהמסגרת התאורטית ואינו מייטיב עם המטופל ולעתים מוביל אף לניצול מיני (Gabbard, 1996; Gutheil & Gabbard, 1993).

הפסיכותרפיה הגופנית בימינו מתבססת על עקרונותיו של רייך, מתלמידיו של פרויד, שזיהה את הקשר גוף-נפש כחינוי, ופיתח גישה טיפולית הפועלת להסרת התנגדויות הממוקמות בגוף.

להזין טראומות מוקדמות, ולהגביר את השימוש של המטופל במנגנוני הגנה של הימנעות ודחייה (Breckenridge, 2000).

התנהלות אתית מיטיבה

להלן הצעות להתנהלות מיטיבה, השומרת על כללים של אתיקה מקצועית, מתוך הספרות המקצועית: התרינגטון (Hetherington, 1998) מדגישה כי מגע מעצים את דפוס ההעברה וההעברה הנגדית ומגביר תחושות של תקווה, כאב, כעס וייאוש הן אצל המטפל והן אצל המטופל. לכן, גם אם מגע יכול לשמש ככלי בטיפול, הרי שיש לזכור כי מדובר בכלי רב עוצמה. כדי שיישאר בטוח עבור המטופל עליו להיות בלתי מיני, ולעלות בדיון עם המטופל. חשוב שפסיכולוגים יכירו בקיומן של גישות תאורטיות שונות המתייחסות לסוגיית המגע בטיפול. נראה כי כיום יש פחות מקום לחששות שליוו את Breckenridge בשנת 2000, כשבעצם כתיבתה בנושא סיכנה לתחושתה את שמה הטוב בקרב הקהילה האנליטית, שכן מאמרה כוון לאתגר את הרעיון שלמגע פיזי אין מקום במפגש הטיפולי האנליטי. היא מבהירה שבהתייחסותה למגע פיזי בטיפול אין כוונה למגע תוקפני או מיני, עליו חל איסור חד משמעי על פי כללי האתיקה, אך לדעתה מגע הוא דבר שיש לשקול אותו עם המטופל במסגרת השעה הטיפולית, באותו אופן שבו מועלים נושאים אחרים הנוגעים לאינטראקציה מטפל - מטופל. **בתחום כה רגיש, שקיימות בו דעות לכאן ולכאן, נראה כי על אף שקוד האתיקה אינו מתייחס ישירות לתחום האפור של מגע שאינו מיני בטיפול, ניתן להיעזר בו לשם הכוונת המטפל:**

מקורות

סעיף 6.4 לקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים, 2017 -

6.4 יחסים מיניים בין פסיכולוג ולקוח

הקשר בין פסיכולוגים ולקוחותיהם הוא קשר של יחסי מרות במובן זה שהוא כולל בחובו גם השפעה וסמכות מקצועית. מכאן שעל פי חוק, פסיכולוגים לא יקיימו יחסי מין אוקשרים ארוטיים עם לקוחותיהם ועם אחרים המשמעותיים ללקוחותיהם. האיסור על קיום יחסי מין ויחסים אירוטיים חל גם על יחסי הדרכה, שם יחסי מרות הם מובהקים ולפסיכולוגים מדריכים ומנהלים אסור לקיים יחסים אלו עם סטודנטים, מודרכים או אחרים שהם בעלי סמכות ישירה עליהם. אם פסיכולוגים מגלים שהם נמשכים מינית ללקוח במידה שעלולה לפגוע בפעילותם המקצועית, יתייעצו עם עמיתים, וישקלו להפסיק את ההתערבות. במידת הצורך ישקלו להעביר את הלקוח לפסיכולוג אר. פסיכולוגים לא יבצעו התערבויות פסיכולוגיות לאנשים שהיה להם איתם קשר מיני או אירוטי בעבר. פסיכולוגים יימנעו מקשר מיני עם מטופליהם מהעבר, מצב שגם הוא חשש לניצול יחסי המרות שהיו בטיפול.

סעיף 5.1 לקוד האתיקה, העוסק בהסכמה מדעת להתערבות המקצועית כחלק מהנושא של הבניית הקשר הטיפולי ("חוזה טיפולי"), קובע כי עלינו לספק מראש מידע ללקוח הכולל את כל הפרטים המקצועיים, כולל אופייה של ההתערבות המקצועית.

לפי סעיף 6.1 "הימנעות מפגיעה", ההמלצה במקרים של הבדלי גישות ודעות בין הפסיכולוג למטופל שעלולים להשפיע על ההתערבות המקצועית היא שעל הפסיכולוג לפתוח את הנושא בשקיפות עם הלקוח.

מפאת מורכבותו ורגישותו של הנושא, הן מבחינת הסיכון שמגע נתון לפירוש שונה על ידי המטפל והמטופל וכן לאור הגישות התאורטיות השונות שרק חלקן הובא כאן כדוגמא לטווח הרחב הקיים בתחום, ועדת האתיקה ממליצה למטפלים לשתף את הלקוח בגישתם הטיפולית, **כולל ביחסו של המטפל למגע שאינו מיני בטיפול, בשקיפות מלאה, ולדון איתו על כך, במידת הצורך ובעיתוי מתאים, לפי שיקול דעתם המקצועי.**

במקרים שמטפל יחשוב במהלך טיפול שנכון לשלב מגע בטיפול, למשל, כשהמטופל מבטא צורך במגע כזה או חווה פגיעה מהעדר מגע, מומלץ לדון בכך עם המטופל. כמו כן מומלץ להתייעץ עם מדריכים ועמיתים על מנת לחדד את הבנת המשמעות של הצורך במגע שהופיע בטיפול, הן מבחינת צורכי המטופל והן מההיבט של צורכי המטפל. במקרה שאירע מגע באופן ספונטני, ללא מחשבה או הסכמה מראש, באחריות המטפל להתייעץ עם מדריכים ועמיתים ובמידת הצורך גם לדון בכך עם המטופל.

ועדת האתיקה:

יונת בורנשטיין בר-יוסף, יו"ר, ד"ר מיכה וייס, לימור לייבוביץ.

1. נבון, ע' (14.3.2014). "גם מטפלים הם בני אדם, לא?". ישראל היום. <http://www.israelhayom.co.il/article/166023>.
2. סלע, י' (2004). שילוב בין פסיכותרפיה לטיפול אלטרנטיבי במגע. בתוך: סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי. עורכים: שפיר, ג', אכמון, י' וייל, ג'. פרק 21, עמ' 380-397.
3. קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017 <http://www.psychology.org.il/%D7%A7%D7%95%D7%93-%D7%94%D7%90%D7%AA%D7%99%D7%A7%D7%94>
4. Aiden, B. (1998). The use of touch in psychotherapy. Self and Society, 26, 3-8.
5. Breckenridge, K. (2000). Physical Touch in Psychoanalysis: A Closet Phenomenon? Psychoanalytic Inquiry, 20, 2-20.
6. Fair, C. (1992). Cortical Memory Functions. Boston: Birkhauser.
7. Gabbard, G.O. (1996). Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. American Journal of Psychotherapy, Vol 50(3), 311-322.
8. Gutheil, T.G., & Gabbard, G.O. (1993). The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. <https://kspope.com/ethics/boundaries.php>
9. Holub, E.A. & Lee, S.S. (1990). Therapists' use of nonerotic physical contact: Ethical concerns. Professional Psychology: Research and Practice, 21, 115-117.
10. Hetherington, A. (1998). The use and abuse of touch in therapy and counselling. Counselling Psychology Quarterly, 11(4), 361-364.
11. Horton, J.A., Clance, P.R., Sterk-Elifson, C., & Emshoff, J. (1995). Touch in psychotherapy: A survey of patients' experiences. Psychotherapy, 32, 443-457.
12. Smith, E.W.L., (1998). A taxonomy and ethics of touch in psychotherapy. In: Touch in Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Eds. Smith, E.W.L., Clance, P.R. & Imes, S. The Guilford Press: N.Y., Ch.3.

סעיף 347 לחוק העונשין (תיקון: תשס"ד, תשע"ב) -

347א. יחסי מין בין מטפל נפשי למטופל (תיקון: תשס"ד, תשע"ב)

- א. בסימן זה -
 "טיפול נפשי" - אבחון, הערכה, ייעוץ, טיפול, שיקום או ניהול שיחות, שנעשו באופן מתמשך, בדרך של מפגש פנים אל פנים, כדי לסייע לאדם הסובל ממצוקה, הפרעה, מחלה או בעיה אחרת, שמקורן רגשי או נפשי
 "מטפל נפשי" - מי שעוסק, או שמציג את עצמו כעוסק, במתן טיפול נפשי, במשלוח יד או מכוח תפקיד.
- ב. מטפל נפשי הבוטל אישה או העושה מעשה סדום באדם, שמלאו להם שמונה עשרה שנים. במהלך התקופה שבה ניתן להם טיפול נפשי על ידו ועד תום שלוש שנים מסיום הטיפול כאמור, בהסכמה שהושגה תוך ניצול תלות נפשית ממשית בו, שמקורה בטיפו הנשפי שניתן להם על ידו, דינו - מאסר ארבע שנים; לענין סעיף קטן זה יראו מעשיו כאמור שנעשו על ידי מטפל נפשי שהוא פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי, או מי שמתחזה לאחד מאלה במהלך התקופה שבה ניתן הטיפול הנפשי כאילו נעשו תוך ניצול תלות נפשית ממשית כאמור; חוקה זו לא תחול אם המעשים החלו לפני תחילתו של הטיפול הנפשי.

ביטוח בריאות לחברי הפ"י

תכנית הביטוח הינה מהטובות והמתקדמות בישראל

בעלות נמוכה ביחס לתכניות ביטוח פרטיות!

הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים

כיסוי למגוון רחב של אירועים רפואיים

כיסוי לתרופות שלא בסל הבריאות • ניתוחים בישראל ובחו"ל

כיסוי לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

חידוש/הצטרפות באתר הפ"י www.psychology.org.il



"חשבוניות ישראל" - מספרי הקצאה לחשבוניות מס

רו"ח אריה דן¹

בשיעור אפס, רשומוני יצוא או יבוא, חשבונית עצמית וחשבוניות זיכוי.

האחריות לביצוע שלבי הרישום חלה על הנישום או על החברה, והמייצג (רואה החשבון, יועץ המס) אינו רשאי להיכנס לאזור האישי, לקבל סיסמאות או לתת הרשאות בשם העוסק. על כן אני ממליץ להיערך לשינוי הזה ברישום ראשוני חד-פעמי באזור האישי במס ההכנסה ובמערכת ההרשאות של רשות המיסים כלהלן:

עוסק יחיד - רישום עצמי.

תאגיד - בעל מניות או דירקטור בחברה.

עמותה - מורשה חתימה בעמותה.

שותפות למע"מ - נציג השותפות.

הליך קבלת מספר ההקצאה לעובדים עם מערכת ממוחשבת להפקת חשבוניות נעשה אוטומטית באמצעות ממשק בין המערכת להפקת חשבוניות ובין אתר רשות המיסים. כלומר תהליך הפקת החשבונית ומתן מספר ההקצאה מרשות המיסים אינו אמור להכביד על ההתנהלות השוטפת והרגילה של הנפקת חשבוניות ללקוחות.

עוסק שמפיק חשבוניות ידניות באמצעות פנקס נדרש להיכנס למערכת של רשות המיסים באינטרנט בכל פעם שהוא מוציא חשבונית כדי לקבל את מספר ההקצאה לכל חשבונית. ולכן אני ממליץ לבצע את הרישום הזה גם אם אינכם זקוקים לאישור מספרי הקצאה כעת ולהנפיק את החשבוניות מראש, באמצעות אחת התוכנות או האפליקציות הקיימות בשוק.

זה שנים רבות קיימת בישראל תופעה נרחבת של חשבוניות פיקטיביות. החשבוניות נפוצות בעיקר בענפים ובמגזרים שמועסקים בהם עובדים, נותני שירותים וקבלני משנה שלא על פי הנהלים המקובלים ושלא על פי החוק. חשבוניות פיקטיביות אינן משקפות עסקאות אמיתיות וכמובן, אינן חוקיות. הן נועדו להפחית את ההכנסה החייבת בקיזוז הוצאות שלא היו בפועל ואת מע"מ התשומות הכלול בהן, ובאמצעות ההפחתה הזאת להקטין את תשלומי מס ההכנסה והמע"מ של העסק. היקף פגיעתה של התופעה הזאת נאמד במיליארדי שקלים בשנה. היא פוגעת בגביית המיסים לאוצר, גורמת נזקים לקופת המדינה ולכלכלה הישראלית ונחשבת לאחד המקורות העיקריים להעלמות מס ולהון השחור בישראל.

רשות המיסים מתקשה להתמודד עם התופעה בעיקר כי העסקים המפיקים את החשבוניות הפיקטיביות אינם מדווחים עליהן כהכנסה, ואחדים אף אינם תובעים את ההוצאה בספריהם. כדי להתמודד עם החשבוניות הפיקטיביות ולצמצם את כמותן פיתחה רשות המיסים את מודל "חשבוניות ישראל". במסגרת המודל, ועל פי חוק ההתייעלות הכלכלית, נקבע כי החל ב-5 במאי 2024 תנפיק רשות המיסים מספרי הקצאה לחשבוניות מס באמצעות מערכת מקוונת. מספרי ההקצאה יהיו יחודיים לכל חשבונית ויידרשו כתנאי לניכוי מס התשומות בעסקאות שמעל לתקרה שנקבעה בחוק (25,000 ₪ לשנת 2024). אם לא יירשמו מספרי ההקצאה בחשבוניות המס, לא יהיה אפשר לקזז או לקבל את החזר המע"מ. המודל חל על עסקאות שמתבצעות בין עוסקים לעוסקים (לא עוסקים פטורים) בלבד, והחוק מחריג עסקאות

¹רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י, משרד רו"ח סנדק, דן, בראונשטיין ושות'.



לזכרה של בת שבע דגן (1925-2024) פסיכולוגית, מדריכה, סופרת, משוררת ופעילה להנצחת זכר השואה בארץ ובעולם

חמלה אנושית ולגיני הרשע. כמו כן סברה שהשיח בנושא השואה יביא את הילדים לידי נקיטת עמדה פעילה להגנה עצמית בעת סכנה ויתרום לפיתוח החוסן שלהם.

בת שבע עסקה בפיתוח חומר ספרותי בשירה ובפרוזה בעזרת דמויות של ילדים ומבוגרים שמתארים את ההתרחשויות בתקופת השואה מנקודת מבט של מבוגר תומך ומתוך הבלטת האופטימיות. מלבד שני הספרים שלעיל היא כתבה עוד חמישה ספרים¹ ומאמרים רבים. עד שהחלה מגפת קורונה היא נסעה לגרמניה ולאנגליה למפגשים עם מחנכים בנושא הוראת נושא השואה ולמפגשים עם בני נוער לשיח בנושא השואה.

בחולון יזמה בת שבע מפגשים עם שורדי שואה לטיפול תודעת השואה ולקחיה והכינה קבוצות נוער לביקור במחנות השמדה בפולין. על פעילותה בקידום הוראת השואה היא קיבלה את אות יקירת העיר, ועיריית חולון העמידה בחצר "בית להיות", מרכז חינוך עירוני לטיפול תודעת השואה ולקחיה בעיר, מיצב פיסולי על פי ספרה **צ'יקה הכלבה בגטו**. בשנת 2008 קיבלה בת שבע את פרס יד ושם לאשת החינוך, ובשנת 2012 הדליקה משואה בטקס שנערך ביד ושם בערב יום הזיכרון לשואה ולגבורה.²

במאי 2021, בריאיון שנערך עימה במסגרת יום עיון של פורום הגמלאים של הפ"י בנושא אופטימיות בזקנה, היא דיברה מתוך ניסיון חייה על **תקווה ומשמעות ככוח מניע**. המסרים שלה כפסיכולוגית חינוכית וכאשת חינוך היו כי יש לחנך לכך **שלכל אדם היכולת לבחור, גם במצבים קשים, בין טוב לרע, לגנות את הרע ולמצוא משמעות בעשייה חיובית. כדבריה, "החינוך הוא המפתח לעיצוב השיפוט המוסרי וגיוני הרשע"**.

רבים הכירו והוקירו את בת שבע, את אישיותה ואת פועלה. את ספרי הילדים שכתבה על השואה אפשר למצוא כמעט בכל גן חובה; ואת סיפורה על הכלבה צ'יקה עיבדו ביוון מגסיג וסנדרה שיבל³ לסרט הנפשה. בת שבע נפטרה בינואר 2024. יהי זכרה ברוך.

כתבה: **נועה אליאס**, חברת צוות עורכי פסיכואקטואליה ונציגת פורום הגמלאים של הפ"י.

בת שבע נולדה בלודז' שבפולין בשנת 1925 במשפחה בת תשעה ילדים. עם פרוץ מלחמת העולם השנייה ברחו ארבעה מאחיה ואחותה הבכורה לברית המועצות. היא, הוריה ושלוש אחיותיה עברו לראדום ואחר כך לגטו ראדום, ושם השתתפה בת שבע בפעילות השומר הצעיר. במאי 1943 נשלחה בת שבע לאושוויץ לעבודות כפייה. עבודתה האחרונה הייתה ב"קומנדו קנדה", באיסוף חפצי היהודים שהגיעו לאושוויץ במשלוחי הגירוש מרחבי אירופה בטרם העברתם לתאי הגזים. במשך תשעת החודשים ב"קומנדו קנדה" היא חייתה בקבוצה של שמונה נשים צעירות עד הוצאתן לצעדת המוות למחנות אחרים בינואר 1945. האופטימיות של בת שבע, ההומור שלה, כישוריה החברתיים וכישורי הכתיבה שלה באו לידי ביטוי כבר שם בהתמודדותה עם ההישרדות באושוויץ.

במאי 1945 שוחררה בת שבע ממחנה ראוונסברוק, הגיעה לבלגיה ושם הכירה את פרץ דגן. פרץ שירת בבריגדה הבריטית וסייע לה ולחברתה לקבל אישורי עלייה לפלשתינה. כעבור זמן מה נישאה בת שבע לפרץ, ונולדו להם שני בנים. פרץ נפטר ב־1958, ובת שבע גידלה את שני בניה בגפה. בד בבד היא עבדה כגננת בתל אביב ובחולון, המשיכה את לימודיה בפסיכולוגיה ובחינוך באוניברסיטה העברית ועבדה כפסיכולוגית חינוכית בשירות הפסיכולוגי חינוכי (שפ"ח) תל אביב. בת שבע יצאה ללימודים לתואר שני בפסיכולוגיה חינוכית באוניברסיטת קולומביה שבניו יורק ועם שובה לארץ, כעבור שנה, חזרה לעבוד בשפ"ח תל אביב וריכזה את מדור גנים ובה בעת לימדה בסמינר שיין. ב־1990 פרשה בת שבע מהשפ"ח ויצאה לשליחויות במקסיקו ובאנגליה מטעם הסוכנות. בתקופה הזאת כתבה את שני ספריה הראשונים: **מה קרה בשואה** (1991) ו**צ'יקה הכלבה בגטו** (1992) והחלה להגשים את ייעודה כשורדת השואה בהנצחת זכר השואה והעברתו לדורות הבאים בארץ ובעולם. בהסתמך על הידע הפסיכולוגי המעשי שלה, על אישיותה האופטימית ועל ניסיון החיים שלה בנתה בת שבע תוכניות להוראת השואה מגיל הגן. היא האמינה כי חיוני לתת לילדים תשובות על שאלותיהם בנושא השואה. לדבריה, דרך שאלותיהם והתשובות שיקבלו אפשר לחנך אותם לעיצוב שיפוט מוסרי, להבעת

¹ יאלה הספרים שכתבה:

דגן, ב' (1991). **מה קרה בשואה? סיפור בחרוזים לילדים הרוצים לדעת**. מאור. דגן, ב' (1992). **צ'יקה, הכלבה בגטו**. מורשת. דגן, ב' (1997). **ברוך הדמיון, ארור הדמיון**. מורשת (מהדורה שנייה, 2009, יד ושם). דגן, ב' (2000). **לו כוכבים ידעו לדבר**. צבר. דגן, ב' (2002). **היום בכתה לי הצפירה**. יד ושם. דגן, ב' (2006). **כשהרעש שכב לישון**. צבר. דגן, ב' (2018). **מכאן לשם בחלון הזמן**. צפרא.

² סרט הנפשה על הכלבה צ'יקה <https://youtu.be/TMAR-CZ3LY>

³ סרטון "אני בחרתי בחיים", ביד ושם, בהשתתפות בת שבע: <https://www.youtube.com/watch?v=hC8ZN02c7oY&author=0>



Therapy and Gender - From splitting to Integration טיפול ומגדר - בין פיצול לאינטגרציה

Yael Yelenik Lieberman is a licensed expert and supervisor in clinical psychology, Head of the early childhood department at Geha Psychiatric Hospital and private practice.

In the clinic we often deal with socialization occurring in early childhood, in which boys are taught how to “be boys” and girls are taught how to “be girls”. In the present article, I wish to examine the processes of socialization that we the therapists undergo, processes that condition our perception of patients as well as the interventions we offer or consider appropriate. I discuss the different manners in which we treat patients based on their gender, and examine the basic assumptions upon which gender roles are based, as these appear in clinical work and analytical theory. Since, in my view, therapists play a significant role in teaching patients—boys and girls, women and men—what it means to belong to one gender or another, I wish to present a therapeutic voice that calls for equality and integration. Based on the assumption that the therapeutic stance we assume is never neutral, I believe we should use it—here as well as in other realms—to promote change.



אינדקס הפסיכולוגים

מאגר הפסיכולוגים הרשמי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל





חבריות הפ"י מוזמנים למלא

פרטים בפרופיל האישי - סרקו את הקו-קוד

The relationship between patterns of emotional regulation and adaptive and maladaptive sexual behavior among young adult women

Rozital Masserman Azulai is a licensed school psychologist and doctoral candidate, School of Education, Ben Gurion University.

Dr. Maya Kalman Halevi is a licensed school psychologist and lecturer at the Western Galilee Academic College.

Prof. Guy Roth is a professor at the School of Education, Ben Gurion University.

Two studies examined the associations between emotional regulation styles and adaptive and maladaptive sexual behavior among young adult women. Past studies have found that negative emotions reduce the likelihood of engaging in risky behavior. Therefore, we hypothesized that an emotion regulation style involving the acknowledgment and exploration of negative emotions, rather than suppression and avoidance, would be associated with a tendency to avoid risky sexual behavior. These hypotheses are grounded in self-determination theory (SDT; Ryan & Deci, 2017), which differentiates among three distinct styles of emotional regulation: integrative regulation, suppressive regulation, and dysregulation.

The two studies demonstrated a positive correlation between suppressive regulation (attempting to ignore or suppress negative emotions) and dysregulation (feeling paralyzed or overwhelmed by situations that evoke negative emotions) and risky sexual behavior. Additionally, the second study revealed a positive correlation between integrative regulation and healthy sexual behavior. We discuss theoretical and practical implications, research limitations, and potential directions for future research.

Treatment of over-eating among women: A Psychoanalytic-feminist Approach.

Dr. Rachel Bar-Yossef-Dadon is a licensed clinical psychologist, certified in hypnosis and a writer.

Overeating has become an epidemic in the Western world. This article claims that psychoanalytic theories should be applied to understanding eating in infancy when treating overeating from a psychoanalytic-feminist orientation. This approach should be adopted following an attempt to treat overeating with cognitive behavioral therapy. The proposed treatment allows the woman to change at her own pace and to understand the deep sources of overeating while allowing for her unique personal needs, both in eating and in treatment - without being subject to rigid cultural gender conventions, which expect the woman to be thin, which is impossible. The article presents a case study, followed by a discussion, including practical implications for addressing this problem.

Acceptance and commitment-based sex therapy among men and women with spinal cord injuries

Yotam Ben Shatz is licensed rehabilitation psychologist with a specialization in sex therapy. Head psychologist in the Rehabilitation Department, Sourasky Medical Center, Tel Aviv.

This article examines the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in sexual therapy for men and women with spinal cord injury. It presents the physiological and psychological implications of such an injury on sexual functioning and emphasizes the potential of the ACT approach for a comprehensive and integrative coping with the unique challenges faced by this population. Acceptance and Commitment Therapy focuses on cultivating psychological flexibility, by fostering acceptance and commitment to actions based on one's values. It allows patients to cope with the difficult experiences resulting from the injury and to develop new ways to fulfill their sexuality and intimacy, in accordance with their current situation. The article offers practical recommendations for ACT-based sexual therapy and provides a case study example. It also underscores the need for further research to establish the efficacy of this approach in treating this population. Finally, it addresses the challenges of accessibility to sexual therapy, and the need for professional training and development of appropriate services.

Coping with vestibulodynia and its implications on identity among National Religious women

Tamar Yakobi is an intern in medical psychology at the Shiba Medical Center, Tel Hashomer and at the psychology department at the Achva Academic College.

Dr. Oren Segal is a licensed expert and supervisor in neuropsychology and rehabilitation psychology, Department of Behavioral Sciences, Tel Aviv-Jaffa Academic College.

This article aims to better understand the experiences of National Religious women who suffer from vestibulodynia, a medical condition characterized by pain during sexual intercourse. These women navigate the tension between sexuality in modern Western secular culture and the expressions of sexuality within Jewish law. The article presents a study that examines how this tension influences the way these women cope and are affected by vestibulodynia. This qualitative research involved semi-structured interviews conducted in person, over the phone, or via Zoom with 15 married National religious women aged 21-38 diagnosed with vestibulodynia. The study yielded four central themes: 1. Isolation vs. Belonging to a Community; 2. Recognition and Non-Recognition Within the Medical System; 3. The Multifaceted Aspects of Female Identity; 4. From Crisis to Growth. Additionally, the article emphasizes the importance of culturally sensitive treatment and gender-aware therapy.

מכבי מגייסת למערך בריאות הנפש

פסיכולוגים/ות מומחים/ות

מכבי שירותי בריאות,

מרחיבה את מערך בריאות הנפש, ומגייסת
פסיכולוגים/ות מומחים/ות בכל הארץ

סירקו את קוד ה-QR,

הגישו מועמדות עכשיו

והצטרפו אלינו בעשייה חשובה זו!



עקבו אחרינו
"האנשים של מכבי"



מכבי
בריאות זה הכול



למען הביטחון התעסוקתי והשקט הנפשי שלך!

תוכנית ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2024

סוכנות הביטוח טיב קפיטל, מקבוצת אורן מזרח, שמחה להציע את תוכנית ביטוח אחריות מקצועית הקבוצתית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל! הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים **ומוצע במחיר וכיסוי ללא תחרות!**

תוכנית ביטוח שגובשה והותאמה במיוחד לצרכים שלכם - להלן עיקרי

- גבול ביטוח בסיסי הגבוה והזול בשוק ע"ס 4.5 מיליון ₪. ניתן להגדיל את סכום הביטוח ל-10 מיליון ₪.
- צד ג' ע"ס 1.5 מיליון ₪ לכיסוי בכל קליניקה בה ניתן הטיפול.
- ניתן להרחיב את הכיסוי ל-4 מיליון ₪.
- ראן אופ ללא עלות למשך 7 שנים כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבוססת.
- כיסוי ליעוץ משפטי במקרה של תלונות לוועדת המשמעת של משרד הבריאות ו/או ועדת האתיקה של הפ"י. ייעוץ משפטי במקרה של "איומים" ע"י מטופלים, הורי מטופלים ועו"ד. הייעוץ ניתן ע"י משרד עו"ד גדול ומומחה בתביעות של פסיכולוגים.
- אחריות שילוחית מובנית בפוליסה.
- פיצוי במקרה של התליית רישיון ע"י משרד הבריאות.
- כיסוי לטיפול מרחוק באמצעים דיגיטליים.
- ללא השתתפות עצמית גם אם מקור התביעה בחו"ל ובתנאי שתוגש בישראל עפ"י הדין הישראלי.
- במקרה של מחלוקת בתביעת אחריות מקצועית לוועדת האתיקה של הפ"י ניתנה זכות הכרעה.
- אין השתתפות עצמית בתביעות אחריות מקצועיות.
- השתתפות עצמית בצד ג' בסך 500 ₪.
- כיסוי רטרואקטיבי כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבוססת ובתנאי לרצף ביטוחי אישי.
- חתימה על נספח ביטוח בהתאם לדרישת משרדי ממשלה, רשויות מקומיות, קופ"ח, מכונים וכדומה.
- הכרה ברצף ביטוחי גם במקרה בו לא נרכש ביטוח עקב מחלה קשה המונעת מהפסיכולוגית לקבל מטופלים וכן עקב חופשת לידה וכדומה.
- במקרה ותוגש תביעה כנגדך עקב עבודתך כשכירה ולמקום העבודה אין כיסוי ביטוחי עבורך, הפוליסה שלנו תכסה אותך. גם אם יש ביטוח למעסיק שלך אך גובה הכיסוי איננו גבוה מספיק לתביעה, הפוליסה שלנו תשמש כרובד שני ותשלם עד גבול האחריות בפוליסה.
- הרחבת לביטוח סייבר כלפי צד ג' עד לסך של 200,000 ₪ כלולה במחיר הבסיסי.
- הביטוח מכסה טיפול בנפגעי טרור ומלחמה.

בואו נדבר קצת מספרים:

סכום ביטוח	4,500,000 ₪	10,000,000 ₪
צד ג'	1,500,000 ₪	1,500,000 ₪
תשלום שנה	455 ₪	655 ₪

הרחבה לביטוח צד ג' ע"ס 4 מיליון ₪ בעלות של 340 ₪ לשנה.

השתתפות עצמית בביטוח צד ג' 500 ₪

הצטרפו עכשיו - טלפון: 03-9181014

